

HELSE  NORD

Årsmelding 2008





INNHold

Ordforklaringer og forkortelser.....	4
Fra direktøren	5
Helseforetakene.....	6
Aktivitet	8
Ventetider fysisk helse (somatikk), psykisk helsevern og rus.....	9
Kvalitet.....	12
Epikrisetid	13
Korridorpasienter	13
Strykninger av planlagte operasjoner	14
Sykehusinfeksjoner	14
Individuell plan – habilitering av barn	15
Utskrivningsklare pasienter	15
Reinnleggelser.....	15
Psykisk helsevern	16
Bruk av tvang i psykisk helsevern.....	16
Barn som pårørende	18
Rus.....	19
Eldremedisin	22
Diabetes.....	22
Revmatologi.....	22
Barnemedisin.....	23
Intensivmedisin	23
Kreft	24



Kvinnehelse	24
Ortopedi.....	25
Slagrammede.....	25
Spiseforstyrrelser.....	25
Rehabilitering og habilitering.....	26
Tolketjenester	27
Beredskap og smittevern.....	27
Riktig omsorgsnivå innen psykisk helsevern og rus.....	30
Brudd på behandlingsfrister for pasienter.....	30
Uønskede hendelser	31
Samhandling med primærhelsetjenesten	32
Folkehelsearbeid	35
Utdanning og rekruttering	35
Forskning	36
Sykefravær.....	38
Økonomi	39
Styrets årsberetning.....	39
Resultat	47
Balanse	48
Kontantstrøm	50
Noter.....	51
Revisjonsberetning.....	66

Ordforklaringer og forkortelser

ACT-team	Assertive Community Treatment Team. Det vil si aktivt oppsøkende behandlingsteam som jobber tverrfaglig og på tvers av flere sektorer.
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
DPS	Distriktpspsykiatrisk senter
Epikrise	Informasjon om en pasient som oppsummerer pasientens sykdomsstatus, årsak, utvikling, behandling og plan for videre behandling/oppfølging. Sendes fra sykehus/ behandler til henvisende lege eller annen oppfølgende instans.
HF	Helseforetak
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
FYSAK	Fysisk aktivitet
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering (for rusmisbrukere)
MR	Magnetresonanstomografi. En teknikk for å fremstille bilder av kroppsvev.
MSIS	Meldingssystem for smittsomme sykdommer
NLSH	Nordlandssykehuset
NOIS	Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten
Poliklinikk	Avdeling som tar i mot pasienter på timeavtaler.
RHF	Regionalt helseforetak
Somatikk	Den delen av medisinen, ved behandling i sykehus, som refererer til den fysiske delen av kroppen: fysisk helse. I motsetning til f.eks. psykisk helsevern, som omhandler psykisk helse, eller rus, som omhandler rusavhengighet.
TSB	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
VOP	Voksenpsykiatrisk poliklinikk



Fra direktøren

Vi prioriterer psykisk helsevern, rus og kronikergrupper

Helse Nord RHF synes å ha lyktes relativt bra med prioritering av nasjonale og regionale satsningsområder, sett i lys av de store økonomiske utfordringene foretaksgruppen har hatt i 2008. Faglig utvikling har gitt et bredt tjenestetilbud preget av kvalitet i behandling og pleie og en bedre styring mot riktig prioritering fagene imellom. Det har lyktes oss å prioritere psykisk helsevern, rus og tilbud til kronikergruppene herunder styrket pasientopplæring og brukermedvirkning gjennom lærings- og mestringstilbud. Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) gir tilbud til 6 % av barnepopulasjonen, noe som ligger over det nasjonale måltallet. BUP-ene har også hatt en betydelig bedre effektivitet i 2008 enn i 2007.

Vi har i 2008 vedtatt å sette ut i live hele handlingsplan for diabetesomsorgen. Vi oppretter tilbud til ME-pasienter og har styrket innsatsen innenfor kreftområdet. Smittevern og beredskap har hatt fokus og det er økt innsats innen forskning. Det har vært en ressursmessig økning på forskning innen rus og psykisk helsevern i forhold til 2007.

Av uløste utfordringer er det selvsagt den økonomiske situasjonen som er mest bekymringsfull. Innad i foretaksgruppen har det vært fokus på at omstillingstiltakene skal ha langsiktige varige effekter og at disse skal være prioritert foran tiltak med kortsiktig effekt. Helse Nord RHF har i 2008 hatt månedlig oppfølging av status på tiltaksplanlegging og gjennomføring i helseforetakene, med vurdering av tilhørende prognose og risikovurdering. Dette har vært fast punkt i månedsrapportene og tema på oppfølgingsmøtene med foretaksdirektør. Den løpende oppfølgingen og rapportering har vist at tiltaksplanene har gitt for liten effekt i forhold til de utfordringer som har vært rapportert. Dette er den viktigste årsaken til avviket fra resultatkravet.

Sykefraværet i Helse Nord for 2008 er stabilt på 9,1 %, sammenlignet med samme periode i både 2007 (9,0 %), 2006 (8,9 %) og 2005 (9,0 %). Totalt sykefravær i Norge (9,6 %) var i 2. tertial økt med 4,6 % mot samme periode for 2007. Sykefraværet er høyest innen helse- og sosiale tjenester, og har siste året økt med 6,2 % på landsbasis. Styret i Helse Nord erkjenner at sykefraværet er for høyt og at det er av stor betydning, også for å få kontroll på utgiftene i foretaksgruppen, å fortsette arbeidet med sykefraværsoppfølgingen.

Foruten det betydelige avviket i forhold til balansekravet, er det manglende oppfyllelse av flere av de nasjonale kvalitetsindikatorerne som vekker størst bekymring. Dette skal ha økt oppmerksomhet i året som kommer.

Lars H. Vorland
adm.dir. Helse Nord RHF





Helseforetakene



Driftskostnader: 11,5 milliarder kroner i hele helseforetaksgruppen.

Årsverk: 54 i Helse Nord RHF's adm., inkl. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), 143 i Helse Nord IKT. 12 364 i hele foretaksgruppen.

Styreleder: Bjørn Kaldhol

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
FINNMÁRKKU DEARVVAŠVUOHTA

Driftskostnader: 1,4 milliarder kroner

Årsverk: 1 541

Styreleder: Ketil Holmgren

Foretaksdirektør: Eva Håheim Pedersen

Hovedkontor: Hammerfest

Telefon: 78 42 10 00

E-post: postmottak@helse-finnmark.no

Hjemmeside: www.helse-finnmark.no



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU

Driftskostnader: 5,2 milliarder kroner

Årsverk: 6 035

Styreleder: Johan Petter Barlindhaug fram til ny styreoppnevning i april 2008.

Fra april: Jorhill Andreassen.

Foretaksdirektør: Tor Ingebrigtsen

Hovedkontor: Tromsø

Telefon: 77 62 60 00

E-post: post@unn.no

Hjemmeside: www.unn.no



NORLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIHPPIJVIESSO

Driftskostnader: 2,8 milliarder kroner

Årsverk: 3 212

Styreleder: Bjørn Kjensli fram til ny styreoppnevning i april 2008. Fra april: Stig Fossum.

Foretaksdirektør: Eivind Solheim

Hovedkontor: Bodø

Telefon: 75 53 40 00

E-post: postmottak@nordlandssykehuset.no

Hjemmeside: www.nordlandssykehuset.no



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE

Driftskostnader: 1,2 milliarder kroner

Årsverk: 1 298

Styreleder: Frode Møllemyr

Foretaksdirektør: Jan Eirik Furunes

Hovedkontor: Mo i Rana

Telefon: 75 12 51 00

E-post: administrasjon@helgelandssykehuset.no

Hjemmeside: www.helgelandssykehuset.no



SYKEHUSAPOTEK NORD
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA

Omsetning: 276 millioner kroner

Årsverk: 81

Styreleder: Anne Helen Hansen

Foretaksdirektør: Liv Unni Naalsund

Hovedkontor: Tromsø

Telefon: 77 62 62 56

E-post: sykehusapoteket.tromso@unn.no

Hjemmeside: www.sykehusapotek-nord.no

Aktivitet

Veksten i aktivitet innen rusomsorg og psykisk helse har vært sterkere enn innen somatisk virksomhet.

Polikliniske konsultasjoner har vekst innen barne- og ungdomspsykiatri (+17 %), innen voksenpsykiatri (+4,9 %) og innen rusomsorg (+53 %). Antall utskrevne pasienter viser også vekst.

Innen somatisk virksomhet har det vært en reduksjon i antall opphold (-2,4 %), mens polikliniske konsultasjoner viser en vekst (+3,2 %).

Tabell: Aktivitet Barne- og ungdomspsykiatrien i Helse Nord 2008 sammenlignet med 2007 og plan for 2008

Barne- og ungdomspsykiatri	2 007	2 008	plan 2008	endring 07-08	avvik fra plan
Antall polikliniske konsultasjoner	65 637	76 970	64 958	17,3 %	18,5 %
Antall utskrevne pasienter	252	277	257	9,9 %	7,8 %
Antall liggedøgn	10 006	10 034	11 568	0,3 %	-13,3 %
Antall oppholdsdager	309	148	696	-52,1 %	-78,7 %
Antall tiltak (inkl ikke refusjon)	105 172	111 390	104 690	5,9 %	6,4 %

Tabell: Aktivitet Voksenpsykiatrien i Helse Nord sammenlignet med 2007 og plan for 2008

Voksenpsykiatri	2 007	2 008	plan 2008	endring 07-08	avvik fra plan
Antall polikliniske konsultasjoner	98 667	103 487	103 025	4,9 %	0,4 %
Antall utskrevne pasienter	5 481	5 799	5 358	5,8 %	8,2 %
Antall liggedøgn	128 698	125 599	133 134	-2,4 %	-5,7 %
Antall oppholdsdager	7 402	7 980	8 640	7,8 %	-7,6 %

Tabell: Aktivitet Rusomsorgen i Helse Nord sammenlignet med 2007 og plan for 2008

Rusomsorg	2 007	2 008	plan 2008	endring 07-08	avvik fra plan
Antall utskrevne pasienter	670	706	767	5,4 %	-7,9 %
Antall polikliniske konsultasjoner	7 086	10 853	6 733	53,2 %	61,2 %
Antall liggedøgn	45 946	45 390	48 210	-1,2 %	-5,8 %

Tabell: Aktivitet somatikk 2007 og 2008

Helse Nord - somatisk aktivitet	2007	2008	Endring
Totalt antall opphold somatikk	141 174	137 777	-2,4 %
herav			
dagkirurgi	24 965	27 832	11,5 %
elektive dagopphold	28 156	23 958	-14,9 %
innlagte heldøgnsopphold	88 053	85 987	-2,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner somatikk	421 769	435 416	3,2 %
Sum opphold + konsultasjoner	562 943	573 193	1,8 %

På tross av budsjettoverskridelser, hovedsakelig innenfor somatisk behandling, har det vært en vekst i brutto driftskostnader innen rusomsorg og psykisk helse som har vært sterkere enn innen somatisk virksomhet.

Kostnader fordelt på tjenesteområder	Regnskap for 2007	Års-budsjett 2008	Regnskap per 1. tertial 2008	Regnskap per 2. tertial 2008	Regnskap per 3. tertial 2008	Prosentvis vekst
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	178 330	223 025	77 181	155 439	259 670	45,6 %
Psykisk helsevern	1 742 650	1 865 546	621 075	1 173 354	1 866 204	7,1 %
Somatiske tjenester	6 760 371	6 840 759	2 364 130	4 610 907	7 222 263	6,8 %
Rehabilitering	353 750	366 132	129 728	242 869	384 709	8,8 %
Annet	1 690 572	1 857 661	577 866	1 159 107	1 802 474	6,6 %
Sum	10 725 673	11 153 123	3 769 980	7 341 676	11 535 320	6,6 %

Grunnet tekniske justeringer knyttet til føringen av kostnader innen rusomsorg vurderes veksten reelt sett å være noe lavere enn hva som fremkommer av tabellen (om lag +13 %). Kostnadene til ambulansedrift og luftambulanse øker betydelig, som planlagt (inkludert i ”annet”).

Ventetider fysisk helse (somatikk), psykisk helsevern og rus

Helse Nord registrerer ventetider inn til Fritt sykehusvalg tjenesten (www.frittsykehusvalg.no).

Krav: Gjennomsnittlig ventetid på ordinært avvirket på rettighetspasienter innen fysisk helse (somatikk) skal ikke øke.

Fritt sykehusvalgtjenesten rapporterer et generelt inntrykk av at ventetiden for enkelte behandlinger på noen sykehus har økt betydelig, men at de ventetider som meldes til Fritt sykehusvalg for det meste gjelder for pasienter som ikke har oppnådd retten til nødvendig helsehjelp. Når det gjelder ventetid for rettighetspasienter innen fysisk helse (somatikk) har denne økt svakt for foretaksgruppen, fra 71 dager til 74.

Krav: Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede rettighetspasienter innen VOP skal reduseres.

Det er underrapportert tall fra Helse Nord på dette området (jf. IS-8/2009 Ventetider og pasientrettigheter Norsk Pasientregister).

Ved UNN HF er ventetid for rettighetspasienter VOP-poliklinikk på 20,5 dager ved Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk. Ventetiden ligger i dag under fastsatte maksimumsfrister. Ved allmennpsykiatrisk klinikk er ventetiden for ordinært avviklede rettighetspasienter 54 dager.

Helse Finnmark HF har som mål å kunne tilby oppstart i behandlingen senest innen 90 dager etter at henvisningen er vurdert. Ventetiden er kraftig redusert sammenlignet med samme periode i fjor. Ventetiden har holdt seg stabil fra 2. til 3.tertial med minimale endringer. Ventetiden anser man som tilfredsstillende i forhold til [prioriteringsforskriften](#). Klinikken har hele tiden fokus på å holde ventetiden så lav som mulig.

Helgelandssykehuset HF arbeider med konkrete tiltak for å få ned ventetiden. Blant annet ser de på mer effektiv og bedre arbeidsfordeling. Siden styringskravet er at ventetiden skal reduseres, er realistisk tidsfrist utgangen av 2009.

Krav: Gjennomsnittlig ventetid tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB) skal reduseres.

Helse Nord har laget en samlet tabell for endring av forventet ventetid på behandling fra mai 2005 til juni 2008:

	Rettighetspasienter	Ikke rettighetspasienter
Avrusning/abstinensbehandling	Økning fra 4 til 28 uker	Økning fra 17 til 32 uker
Korttidsbehandling inntil 6 md	Økning fra 6 til 21 uker	Økning fra 20 til 39 uker
Langtidsbehandling	Nedgang fra 54 til 16 uker	Nedgang fra 69 til 29 uker

Ventetiden sees i sammenheng med økningen i antall henvisninger til TSB. I 2005 ble det behandlet 704 henvisninger og i 2008 ble det behandlet 1230 henvisninger. Det er en formidabel økning. Antall døgnbehandlingsplasser har vært 168 (privat og offentlige plasser) i samme tidsrom.

Det økende behovet for TSB for rusmiddelavhengige har en klar sammenheng med økning i ventetid for de med rett til nødvendig helsehjelp. Helse Nord RHF har et stort fokus på å få ned ventetiden på rettighetspasienter.

I 2008 var det gjennomsnittlig et fristbrudd hver dag. I alt 50 av disse ble sendt til HELFO pasientformidling i NAV for å få behandlingsplass utenfor Helse Nord. Dette er ingen god løsning for de pasientene det gjelder eller for Helse Nord RHF. Kjøp av behandlingsplasser utenfor Helse Nord utgjorde i 2008 over 60 millioner kroner.

Arbeidet med å gjennomgå og videreutvikle tilbudet innen TSB er startet opp. Helse Nord har økt kjøpet fra private institusjoner fra 62 til 75 plasser, fra ca. 60 til 70 millioner kroner. I omstillingsarbeidet vil det bli lagt stor vekt på en mer effektiv og fleksibel bruk av døgnplassene da det er viktig med en tilstrekkelig kapasitet på avrusning og utredningsfunksjonene. Det er foretatt økning av kapasiteten ved UNN og planlagt nybygg for døgntilbud ved Nordlandssykehuset (NLSH) og Helgelandssykehuset.

Oppsummert vil følgende tiltak være med å få ned ventetiden for TSB:

- Det er foretatt en økning av antall plasser ved UNN HF i 2008/vinter 2009.
- Det er gjennomført en økning i volum for kjøp plasser fra private (avtalefestede), øker kapasitet og et mer differensiert og behovsrettet tilbud.
- Pågående omstilling og utviklingsarbeid i TSB, med mål om fleksibilitet.
- Pågående planlegging av utbygging ved NLSH HF og Helgelandssykehuset HF.
- Pågående arbeid med å øke poliklinisk og ambulant virksomhet innen TSB.

Krav: Barn- og unge under 23 år skal ikke vente mer enn 10 virkedager på behandling innen psykisk helsevern og rus.

Barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har en ventetidsgaranti for behandling. De skal ikke vente mer enn 10 virkedager.



Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)

Rus- og psykiatriposten (RoP) (dobbeldiagnose utredningsseksjon) ivaretar pasientgruppen 18-23 år. RoP hadde i 2008 tre pasienter mellom 18-23 år som har ventet hhv 12, 15 og 17 dager på vurdering av søknad. Seksjonen har faste inntaksmøter hver 2. uke for å ivareta dette.

Rus: Seksjonene Ruspoliklinikken og Færingen ivaretar disse pasientgruppene i noen grad. Kravene etterfølges gjennom hyppige vurderingsmøter og bevisst bruk av prioriteringsforskriften.

Nordlandssykehuset (NLSH)

NLSH HF fikk 450 henvisninger i 2008, av disse var det 116 (25,8 %) som omhandlet unge under 23 år. Det var en vurderingstid for henvisning på 11 dager eller mer. 153 (45,8 %) av de 334 pasientene som fikk rett til (prioritert) helsehjelp måtte vente 91 dager eller mer før behandlingsstart (Bearbeiding av Dips-rapport D-6813).

Salten psykiatriske senter (SPS), VOP, behandlet søknadene for unge under 23 år innen 10 dager og man bestreber seg på å gi tilbud innen fristen, men har hatt et par korte fristbrudd. Ved sengepostene kjenner man ikke til noen uregelmessigheter.

VOP Lofoten har fortsatt kapasitetsproblemer. Det skyldes flere forhold: Ubesatte spesialiststillinger, sykmeldinger, medarbeidere i redusert stilling samt manglende privatpraksis i opptaksområdet. Foreløpig har de ikke fristbrudd, men de forventer at dette vil oppstå i nær fremtid. Ventetidene for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp øker. Foreløpig har verken rusteamet eller VOP fristbrudd i aldersgruppen 18-23 år.

BUP Lofoten har fristbrudd i forhold til garanti på ca. 1 måned per i dag. Lengst fristbrudd har de på sammensatte saker, som krever to behandlere, på grunn av stor oppgavemengde. De har ingen fristbrudd hvor pasienten har søkt behandling et annet sted. Kun de med rett til behandling i spesialisthelsetjenesten tas inn hos dem, det vil i praksis si ca. 95 % av alle henviste pasienter.

BUP Vesterålen melder at de regner med lengre ventetider fremover på grunn av en økning i antall henvisninger i 2008 sammenlignet med 2007. Noe av årsaken til denne økningen skyldes opprettelse av et nytt tilbud: sped- og småbarnsteam. Dette er opprettet etter sterke føringer fra staten om at BUP også skal jobbe med barn fra 0-3 år. Nesten alle pasientene innvilges rett til nødvendig helsehjelp. Det meldes ikke om fristbrudd. De har få pasienter i alderen 18-23 år, men der det har vært hensiktsmessig at pasienten fortsetter hos dem etter fylte 18 år har de gitt tilbud. Angående ventetid på vurdering for om de har rett til nødvendig helsehjelp vurderes alle pasientene innen en uke, uansett alder.

Helse Finnmark

Helse Finnmark HF sine ventelister og fristbrudd er betydelig redusert i 2008. Målet er at fristbrudd skal unngås og at alle skal gis tilbud innen vedtatte frister, innen første halvår 2009.

VOP: Ca 57,8 % av de under 23 år med rett til nødvendig helsehjelp har hatt mindre enn 10 dager ventetid på vurdering.

Ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene viser erfaringsdata at vi i stor grad oppfyller kravet.



Helgelandssykehuset

Helgelandssykehuset HF har ukentlige inntaksmøter, prioritering av inntaksfunksjon ift. undervisning etc., og større andel av henvisninger vurdert direkte fra søknadene. Helse Nord RHF ser at det må sette inn målrettet tiltak for barn under 23 år.

Krav: Departementet ber Helse Nord iverksette tiltak for å bedre oppdateringen av ventetider på www.frittsykehusvalg.no: Oppdateringer bør gjøres minimum hver fjerde uke.

Fritt sykehusvalgtjenesten for Helse Nord jobber kontinuerlig med dette. Alle sykehusene i Helse Nord, foruten Nordlandssykehuset Lofoten og Nordlandssykehuset Bodø, har fått eget passord til nettsiden for fritt sykehusvalg og kan oppdatere ventetidene så ofte de ønsker. Nordlandssykehuset har utarbeidet en liste over ansvarlig for oppdatering av hvilke ventetider når. Oppdatering skjer til Fritt sykehusvalg, som også tilbakerapporterer til kvalitetssjef om ev. mangler.

Kravet er at disse skal være oppdaterte minimum hver fjerde uke. Dette fungerer veldig bra for noen sykehus/helseforetak, mens det for andre byr på et større problem. Det kan ha sammenheng med utskifting av personell, sykdom eller annet fravær. Fokuset på dette kan også være for dårlig hos noen. Enkelte sykehus må stadig påminnes om dette. Det er nå laget ny rutine på området som vi håper skal bedre situasjonen. Rutinen innebærer at alle sykehus får påminnelse pr. e-post fra ansvarlig for Fritt sykehusvalg, når fristen for oppdatering nærmer seg.

Kvalitet

I Norge måles ulike forhold (kvalitetsindikatorer) for å gi en pekepinn på kvaliteten på tjenesten.

Flere resultater finnes på www.frittsykehusvalg.no.

Forbedringstiltak

Korridorpasienter, epikrisetid og ventetid på operasjon ved lårhalsbrudd oppleves som indikatorer på at det er dårlig flyt i behandlingsprosessen, planlegging og samhandling i sykehusene og mellom nivå i tjenestene. Helse Nord vil iverksette tiltak for å støtte prosessene internt ved:

1. Brev fra 2005 fra Helse Nord RHF v/adm.direktør til foretakene gjentas tydelig.
2. Ha fokus på indikatoren internt i HF-ene og etterspørre resultat i de månedlige oppfølgingsmøter med HF-ene.
3. Sette konkrete mål for det enkelte HF.
4. Skissere konsekvenser hvis målet ikke nås.
5. Dedikert oppfølger i hver klinikk som gir månedlige rapporter til medisinskfaglig ledelse.
6. Iverksette tiltak for opprydning, da det er gamle data i systemet.
7. Prioritere oppfølging i enkeltavdelinger med lave verdier.
8. Formidle suksesskriterier fra de som får det til.
9. Pålegg om at det behandles i styrene i HF og i kvalitetsutvalg og at det utarbeides en plan med konkrete tiltak for å nå styringsmålet i 2009.

Epikrisetid

MÅL: Ingen helseforetak skal ligge lavere enn 80 % av epikrisene sendt innen 7 dager etter utskriving. Det skal arbeides for å sende ut epikrisene raskest mulig.

Fysisk helse (somatikk)

Andel epikriser sendt innen 7 dager	1. tertial 07	2. tertial 07	3. tertial 07	1. tertial 08	2. tertial 08	3. tertial 08
Helse Finnmark	59 %	66 %	60 %	58 %	67 %	57 %
UNN	56 %	60 %	54 %	58 %	51 %	50 %
NLSH	57 %	58 %	57 %	58 %	59 %	56 %
Helgeland	53 %	64 %	66 %	66 %	67 %	60 %
Helse Nord	56 %	61 %	57 %	59 %	58 %	54 %

Psykisk helse

Epikrisetid psykisk helse - andel sendt innen 7 dager	1. tertial 07	2. tertial 07	3. tertial 07	1. tertial 08	2. tertial 08	3. tertial 08
Helse Finnmark	37 %	36 %	37 %	32 %	60 %	49 %
UNN	46 %	47 %	44 %	57 %	49 %	45 %
NLSH	53 %	48 %	45 %	53 %	59 %	57 %
Helgeland	42 %	28 %	28 %	30 %	28 %	33 %
Helse Nord	45 %	43 %	41 %	47 %	51 %	47 %

Tallene i Helse Nord har en synkende tendens. Vi har et mål om å oppfylle styringskravet i løpet av 2009.

Korridorpasienter

MÅL: Helse Nord skal tilstrebe å ikke ha korridorpasienter.

Korridorpasienter somatikk - snitt per dag	1. tertial 07	2. tertial 07	3. tertial 07	1. tertial 08	2. tertial 08	3. tertial 08
Helse Finnmark	1	0,2	0,6	0,2	0,3	2,4
UNN	10,5	5,8	9,8	12,4	10,0	14,0
NLSH	7,4	3,6	6,4	6,6	2,7	5,1
Helgeland	7,4	1,3	4,3	7,0	5,6	2,2
Helse Nord	26,3	10,8	14,7	26,1	18,6	23,6

Antall korridorpasienter stiger i alle HF-ene, høyest antall i de to store HF-ene. For Nordlandssykehusets vedkommende gikk antallet noe ned fra 2007 til 2008, men fortsatt for høyt. Både UNN og NLSH har hatt store omorganiseringsprosjekter og ombygginger i 2008 og det er forventet bedre pasientflyt og færre korridorpasienter når omstillingene er ferdig.

Fokus på budsjettbalanse og overgang til andre driftsformer enn heldøgnsopphold, som har medført kutt i antall senger, samt stigning i antall utskrivningsklare pasienter er medvirkende til flere korridoropphold. Alle helseforetakene har tiltak for å minke antall korridorpasienter i sine tiltaksplaner. Noen av tiltakene er å få ned antall utskrivningsklare pasienter ved samarbeidsavtaler med kommunene og ved bedre portvaksordninger.

Helse Nord har forventninger til at antallet korridorpasienter går ned i 2009, men vi er dessverre ikke i stand til å se når måltallet kan være nådd, da vi fortsatt i mange år vil være i omstilling og ombygingsprosesser ved sykehusene.

Strykninger av planlagte operasjoner

MÅL: Strykninger av operasjoner fra oppsatt program er ikke akseptabel praksis og skal unngås.

Med strykning fra operasjonsprogrammet forstås at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført den dagen pasienten er satt opp på programmet.

Andel strykninger fra planlagt operasjon	1. tertial 07	2. tertial 07	3. tertial 07	1. tertial 08	2. tertial 08	3. tertial 08
Helse Finnmark	11,2 %	17,1 %	18,3 %	12,1 %	10,1 %	13,8 %
UNN	12,4 %	19,0 %	13,8 %	12,6 %	11,4 %	8,5 %
NLSH	8,6 %	6,2 %	10,1 %	9,5 %	10,9 %	9,3 %
Helgeland	9,3 %	6,8 %	12,2 %	10,2 %	9,5 %	14,5 %
Helse Nord	10,8 %	14,2 %	12,7 %	11,4 %	10,9 %	10,5 %

Andel strykninger fra operasjonsprogrammet har gått ned i 2008, men det er fortsatt et stykke igjen til måltallet. Både UNN HF og Nordlandssykehuset HF rapporterer en bevisst satsing på tiltak for å bedre rutinene for ressursstyring. Et av tiltakene er innføring av nytt elektronisk operasjonsplanleggingsverktøy som har gitt bedring i 2009 og forventes gi ytterligere nedgang resten av året.

Helse Nord RHF vurderer det slik at for UNN og NLSH, som ligger lavest i andel strykninger, er det håp om å nå målet i løpet av 2010. Når det gjelder Helse Finnmark og Helgelandssykehuset vil Helse Nord RHF etterspørre årsakssammenhenger og iverksette tiltak i henhold til det som best vil bedre ressursstyringen. Helgelandssykehuset melder at de har blinket ut denne indikatoren for spesiell oppfølging. Det er særlig Sandnessjøen som har hatt økning av strykninger. Dette skyldes delvis omleggingen med akutt kirurgiske pasienter fra Mosjøen. Helgelandssykehuset kartlegger nå hvorvidt andelen strykninger fra operasjonsprogrammet skyldes egne logistiske årsaker eller pasientvalg. Vi håper derfor også de to resterende helseforetakene vil nå måltallet i 2010.

Helse Nord mener forøvrig at departementet bør vurdere nærmere hvordan strykninger på operasjonsprogram registreres. Dette gjøres svært forskjellig fra sykehus til sykehus og hva som måles er også svært ulikt. Det er ikke gitt tydelige signaler på hvordan man skal måle og ikke minst når på døgnet det skal måles. Indikatoren er ment å skulle måle hvorvidt sykehusene har gode systemer for effektiv ressursbruk, og logistikk. Når også pasientvalgte strykninger telles med, kan ikke dette være en god indikasjon på sykehusets effektivitet. Indikatoren er for upresis.

Sykehusinfeksjoner

MÅL: Det skal forekomme så få sykehusinfeksjoner som mulig.

Sykehusinfeksjoner - andel	Høst 05	Vår 06	Høst 06	Vår 07	Høst 07	Vår 08
Helse Finnmark	5,5 %	9,0 %	2,6 %	7,5 %	9,9 %	2,6 %
UNN	7,9 %	5,5 %		6,9 %	7,0 %	7,0 %
NLSH	10,1 %	7,9 %	0,0 %	8,8 %	5,1 %	8,0 %
Helgeland	3,8 %	3,9 %	4,9 %	9,7 %	6,1 %	3,8 %
Helse Nord RHF	7,3 %	6,2 %	4,0 %	8,0 %	6,4 %	6,6 %

Individuell plan – habilitering av barn

MÅL: At alle som har rett til individuell plan skal få det.

Habilitering betyr å trene opp en funksjon som personen tidligere ikke har hatt (rehabilitering betyr å trene opp en funksjon som en person tidligere har hatt, men har mistet).

Indikatoren uttrykker andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan av de som har rett til individuell plan i henhold til pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Andel individuelle planer barnehab	1. tertial 07	2. tertial 07	3. tertial 07	1. tertial 08	2. tertial 08	3. tertial 08
Helse Finnmark	27 %	27 %	31 %	38 %	35 %	45 %
UNN	100 %	12 %	35 %	56 %	48 %	48 %
NLSH	39 %	52 %	14 %	39 %	30 %	18 %
Helgeland	41 %	64 %	55 %	68 %	73 %	42 %
Helse Nord	64 %	30 %	36 %	55 %	48 %	44 %

Vi ligger over landsgjennomsnittet bortsett fra Nordlandssykehuset som har nedgang.

Utskrivningsklare pasienter

MÅL: Det skal ikke forekomme utskrivningsklare pasienter.

Utskrivningsklare pasienter	1. tertial 07	2. tertial 07	3. tertial 07	1. tertial 08	2. tertial 08	3. tertial 08
Helse Finnmark	3	1	1			6
UNN	22	25	10	18	25	28
Nordlandssykehuset	36	21	20	17	20	25
Helgelandssykehuset	9	7	4	9	9	10
Helse Nord totalt	70	54	35	44	54	69

Reinnleggelser

Andel reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdelinger, psykisk helsevern.

Ved NLSH HF registreres reinnleggelser rutinemessig ved sykehusavdelingen, men ikke ved Salten Psykiatriske senter. Reinnleggelse er etter ”adm. definisjonskatalog for psykiatriske sykehus” (jf. rapportbeskrivelse av rapport D-496) alle innleggelser etter første innleggelse. Gjeninnleggelse er definert som en innleggelse som skjer før en definert tidsperiode (f. eks. 30 dager) etter forrige utskrivning. Dips gir en rapport over reinnleggelser, som er uten betydning i denne sammenheng da de ikke har en rapport som viser reinnleggelser. Utfordringen vedrørende punktet tas opp innad i NLSH HF.

UNN HF hadde 220 reinnleggelser innen 30 dager i akuttposter (av totalt 1149). Tallet er noe usikkert ettersom en ikke har spesialtilpassede rapporter i DIPS.



Ettersom DIPS ikke tar ut rapporter på dette området finnes ikke samlet tall eller rapporter for Helse Nord for andel reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdelinger, psykisk helsevern. Indikatoren vil bli tatt i opp i møte 15. juni i år.

Helse Nord implementerer LIS (Ledelses – og Informasjons Styringssystem) i løpet av høsten. Innenfor LIS arbeider vi med et ”målekort” med noen få indikatorer, blant annen indikator på ventetid inn og reinnleggelser ut. Dette arbeidet er i gang og leverandør av systemet er engasjert for å lage et forslag og pilot til september 2009.

Psykisk helsevern

Videre utvikling av psykisk helsevern

Opptappingsplanen for psykisk helsevern ble avsluttet i 2008. Helse Nord har i stor grad oppfylt målsettingene i planen. Den regionale Tiltaksplan for psykisk helsevern 2005-2015 ble vedtatt av styret i juni 2005. Planen beskriver utfordringene Helse Nord står overfor i forhold til styrking og videreutvikling av det psykiske helsevernet utover opptappingsplanen.

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

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

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

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

Bruk av tvang i psykisk helsevern

Krav: Departementet ber Helse Nord om å implementere handlingsplan for kvalitetssikret bruk av tvang.



”Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern ” (IS-1370 2006), har som mål å øke frivillige innleggelse, kvalitetssikre bruk av tvang og øke kunnskapen om bedre dokumentasjon av tvangsbruk overfor mennesker med psykiske lidelser. Tiltaksplanen er tatt opp i fagrådet for psykisk helsevern i Helse Nord i forbindelse med arbeidet for å bedre datakvaliteten på pasientdata innen feltet, med spesielt fokus på registrering av lovgrunnlaget for vedtak om tvungen psykisk helsevern. Arbeidet følges opp i et møte 15. juni 2009, hvor et samlet psykisk helsevern skal delta.

Ved UNN HF benyttes tvang både innen psykiatri og rus. Begge tiltakene kvalitetssikres gjennom kompetent helse- og sosialfaglig personell. UNN HF har ingen konkret handlingsplan, men har gode rutiner for internundervisning ved tvangsbruk og lovverk rundt dette. Det gjennomføres systematisk opplæring på forebygging av aggresjon ved alle seksjoner hvor brukermedvirkning og fokus på bruk av tvang står sentralt.

Bruk av tvungent psykisk helsevern er tematisert i dialogavtaler med sykehusledelse og avdelingsledere. Dialogavtalene følges opp underveis i året. I avtalene er det satt konkrete mål om reduksjon av så vel innleggelse og liggedøgn med tvungent psykisk helsevern og tvangsmiddelbruk. UNN HF har ikke sett noen endring i bruken av tvang sammenliknet med tidligere år. Som forvaltere av det tvungne psykiske helsevern har de plikt til å vurdere bruk av frivillighet først. Dette er noe de forsøker å etterkomme, og å formidle til nye medarbeidere som skal gå inn i rollene hvor de vurderer bruk av tvang, psykiaterne og psykologene.

Det vil bli arbeidet for bedre registrering av tvangsbruk. I deler av virksomheten arbeides etter tilnærmingen BAT (Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus) bl.a. gjennom planlagt hospitering ved sykehus/enheter som inngikk i BAT. Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn gjennomfører prosjekt med brukerstyrte innleggelse ved sin døgnenhet i Tromsø og er også involvert i prosjekt knyttet til etablering av ACT-team i Tromsø. Det gjennomføres i dag et doktorgradsarbeid på brukererfaringer ved flere seksjoner innen rus og psykiatri.

Klinikken er også involvert i arbeid i regi av Samhandlingsenheten vedrørende transport ved innleggelse innenfor psykisk helsevern som bl.a. vil berøre dagens bistand fra politimyndighet. Bred deltakelse på Nasjonal konferanse om forskningsbasert kunnskap om bruk av tvang i det psykiske helsevernet i regi av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet.

NLSH HF ligger nest lavest i landet i bruk av tvang. De har ikke iverksatt ytterligere tiltak, annet enn at de har et kompetanseprogram for ansatte, TERMA (terapeutisk møte med aggresjon), som skal trygge ansatte i aggresjonshåndtering. De mener at tiltaket kan være med å redusere bruken av tvang.

Helse Nord RHF vil arbeide videre med implementering av handlingsplanen for å kvalitetssikre bruk av tvang. Planen vil bli tatt opp i fagsjefsmøte i Helse Nord, i fagrådet for psykisk helsevern og spesielt med sykehusavdelingene, men også med DPS-ene.

Helse Nord har en utfordring i å bedre datakvaliteten på pasientdata, spesielt registrering av bruk av tvang. Norsk pasientregister (NPR) skal delta i dagsmøtet den 15. juni 2009, hvor det skal arbeides sammen med helseforetakene for å forbedre pasientdata i psykisk helsevern.

Krav: Departementet ber om rapportering på andel av tvangsinnlagte i psykisk helsevern, og på hvilke tiltak som iverksettes i forhold til bruk av tvang.

I Helse Nord er det i hovedsak sykehusavdelingene, UNN og NLSH, som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

Ved UNN, Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, var det 13,5 % av de innlagte som var innlagte på tvang i psykisk helsevern i 2008.

Ved NLSH, er andel tvangsinnlagte i 2008 18 %, herunder 9,5 % tvungent psykisk helsevern med døgnopphold og 8,6 % uten døgnopphold (Dips-rapport D-5925).

Helse Nord iverksetter nye tiltak for å forbedre datakvaliteten for registrering for bruk av tvang og håper gjennom dette at holdningen og arbeidet med å kvalitetssikre bruken av tvang bedres. Helseforetakene er med i en regional gruppe som møtes jevnlig for å bedre kvaliteten på data. Gruppen/plattformen består av representanter for somatikken og det psykiske helsevernet fra Helse Nord, Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister og systemleverandør.

Barn som pårørende**Krav: Barn av foreldre med psykisk lidelse/rusavhengighet skal identifiseres.**

Helse Nord RHF har fått prosjektmidler fra HOD til et 3-årig prosjekt for barn som er pårørende. Prosjektleder startet 1.10.08 i 50 % stilling, som senere er utvidet til 100 % stilling.

”Føre var-prosjektet” skal kartlegge situasjonen i helseforetakene, bidra til modellutvikling og utvikle strategier for det videre arbeidet i Helse Nord. En foreløpig oversikt viser at alle helseforetakene har gjennomført ulike prosjekter knyttet til barn som er pårørende. Eksempelvis er det ved UNN og Nordlandssykehuset (NLSH) utviklet kartleggingsverktøy for å identifisere barns behov.

Det finnes en rekke ressurspersoner som arbeider med fokus på barn som er pårørende. Det er også utviklet noe informasjon, foreldregruppe og temadager for pårørende. Det er etablert noen mestringsgrupper for barn og foreldre/barn i samarbeid med kommunene. Et gjennomgående trekk er likevel at dette arbeidet ikke er godt nok forankret i sykehusene og at det fortsatt i stor grad er knyttet til ildsjeler. Kartleggingsverktøy og informasjonsmateriell må spres og tas i bruk ved alle enheter. Det er et stort behov for å utveksle kunnskap og systematisere innsatsen.

Høsten 2008 ble det etablert et nettverk, Små i Nord, for å bidra til å styrke kompetansen og utvikle sped- og småbarnsteam ved BUP-ene. Det ble også etablert et regionalt sekretariat som skal koordinere og utveksle kunnskap mellom prosjektleder for ”Føre var-prosjektet”, regional koordinator for sped- og småbarn og regional koordinator for modellkommuneforsøket.

I løpet av 2009 vil det bli gjennomført et pilotprosjekt med implementering av barneansvarlige ved Nordlandssykehuset HF og skolering av disse i samarbeid med Nasjonalt kompetansenettverk, Barns Beste. Det vil også bli etablert et regionalt nettverk for barneansvarlige for å styrke kompetansen og spre erfaringene fra de mindre prosjektene som er gjennomført.

”Føre var-prosjektet” tar sikte på å utvikle en handlingsplan for barn som er pårørende i Helse Nord, slik at innsatsen blir målrettet.

Rus

Styret i Helse Nord RHF vedtok i 2007 regional handlingsplan for rusomsorg. Planen forutsetter at tilbudet til rusmiddelmissbrukere må styrkes kapasitetsmessig på noen områder, og at tjenestene må differensieres og organiseres bedre for å ivareta krav til kvalitet i tjenestene.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skal integreres i de øvrige tjenestene. På kort sikt har økte ressurser blitt brukt til å sikre tilbud til pasienter med behov for innleggelse i institusjon. Fremover skal det vurderes endringer i struktur for å integrere tilbudene i større grad i den øvrige spesialisttjenesten. Det skal utvikles lokalbaserte alternativer til dagens institusjonstilbud. De tjenester som er for dårlig utbygd i dag er polikliniske tjenester og korttids døgntilbud for krisehjelp og utredning i helseforetakene. Det er også behov for en betydelig satsing i å styrke kunnskapsgrunnet og kompetanseutviklingen i tjenestene.

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

Krav: Øke kapasiteten på tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB) både innen avrusning og akuttbehandling.

Helse Nord RHF har styrket TSB og har gjennomført noen tiltak for å øke kapasiteten.

Oppsummert vil følgende sammenhengende tiltak være med å øke kapasiteten innen TSB:

- Det er foretatt en økning av antall plasser ved UNN HF i 2008/vinter 2009.
- Det er gjennomført en økning i volum for kjøp plasser fra private (avtalefestede), øker kapasitet og et mer differensiert og behovsrettet tilbud.
- LAR har fått en styrking på 5 mill for 2009. Beløpet er fordelt mellom LAR ved UNN og LAR ved NLSH.
- Pågående omstilling og utviklingsarbeid i TSB, med mål om fleksibilitet.
- Pågående planlegging av utbygging ved NLSH HF og Helgelandssykehuset HF, med senger til bl.a. akutt og avrusning.
- Pågående arbeid med å øke poliklinisk og ambulant virksomhet innen TSB.
- Arbeid med å etablere ambulante team vil bli vurdert.

Helse Nord RHF har mange fristbrudd, for mye kjøp av ikke avtalefestede plasser utenfor regionen og stor mangel på avrusningsplasser. Helse Nord RHF ønsket å få et bredt og mer differensiert behandlingstilbud for rusmiddelavhengige.

Helse Nord RHF har inngått avtaler med fem private TSB-leverandører. Avtalene har en varighet på to år med mulighet for ett + ett års forlengelse. Kjøp av private plasser er økt fra 62 til 75 plasser. Det avtalefestede kjøpet er økt fra ca. 60 til 70 millioner kroner.

UNN HF har foretatt en økning av kapasiteten ved Krise- og utredningsenheten med tre plasser. For UNN Nordlandsklinikken er den lave avrusningskapasiteten (kun tre plasser som også er øremerket tvang og skjerming) en flaskehals. Den høyt prioriterte avrusningsenheten ved Nordlandsklinikken vil etableres så fort som mulig, jf. handlingsplanen rus. En slik kapasitetsøkning anses også som en helt nødvendig forutsetning for å kunne bygge opp, og utvikle, et funksjonelt desentralisert poliklinisk behandlingstilbud i henhold til handlingsplanen.



Ved både Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset planlegges det å etablere små akuttenheter som kan tilby avrusning og akuttinnleggelse som også må kunne muliggjøre et godt systematisk og langsiktig poliklinisk behandlingstilbud. Bodø har i dag de største og tyngste avhengighetsutfordringene i landsdelen.

UNN HF, Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, har for 2009 økt kapasiteten med åtte sengeplasser, fordelt på tre til avrusning og fem til korttidsbehandling.

Krav: Styrke helsefaglig kompetanse innen TSB.

UNN HF, Kompetansesenter rus Nord-Norge, har gjennomført mange kompetansehevingstiltak i Finnmark, Troms og Nordland. I tillegg er det gjennomført fylkesovergripende kompetansehevingstiltak og videreutdanninger i rusrelatert arbeid 08/09, også for spesialisthelsetjenesten.

Helse Nord RHF planlegger å igangsette kompetanseheving innen TSB for inntil 1 million kroner, for ansatte innen feltet. Kompetansehevingen vil starte opp i løpet av høsten 2009. Dette som tiltak i styrkingen av TSB.

Krav: Samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og annen tverrfaglig spesialisert behandling.

I UNN HF var det i 2008 fire gravide pasienter i LAR-tiltak og fem gravide pasienter innlagt på tvang i Tromsø.

Samtlige pasienter ble ivaretatt gjennom utstrakt samarbeid mellom relevante instanser ved etablering av ansvarsgrupper bestående av representanter fra spesialisthelsetjenesten rus, barnevern, sosialtjeneste, fastlege og kvinneklinikk.

NLSH HF, Salten psykiatriske senter (SPS), opplyser at samarbeidstiltak er på plass mellom sitt rusteam og kommunen (rusenheten) og barnevernet. Det er etablert et velfungerende samarbeid rundt denne pasientgruppen, og det har ikke vært behov for tvangsbehandling, dvs. at en har klart å etablere frivillig behandling. Teamet følger retningslinjer i prioriteringsveilederen for rus der det heter at gravide rusavhengige har 1. prioritet til behandling.

LAR-pasienter i Helse Finnmark og Helgelandssykehuset HF blir fulgt opp av LARiNord ved UNN. Helgelandssykehuset HF har samarbeidstiltak som ansvarsgruppemøter og faste samarbeidsmøter.

LAR har fått en styrking på 5 millioner kroner for 2009. Beløpet er fordelt mellom LAR ved UNN og LAR ved NLSH. Det er satt i gang et utviklingsarbeid mellom UNN og NLSH når det gjelder utvikling av LAR-tilbudet til befolkningen i regionen.

Krav: Samarbeid rundt pasienter i TSB med behov for andre helsetilbud.

De offentlige og private rusinstitusjonene i Helse Nord RHF har både medisinsk og sosialfaglig kompetanse. Evt. behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten blir kartlagt ved inntak av pasienter. Som regel er det et eget inntaksteam som gjør vurderingene og mange team har psykiater med i teamet.

UNN HF ivaretar helsemessige vurderinger av søkere gjennom tverrfaglig vurderingsteam sammensatt ut fra en matrisemodell som ivaretar både ulike helse- og sosialfagområder og behandlingstilbud. Vurderingsteamet møtes ukentlig.

Hvis det er behov som ikke kan dekkes innenfor TSB institusjon blir pasienten henvist videre. Ved Helgelandssykehuset HF inngår ruskonsulentene i tverrfaglig team som letter tilgang til andre behandlere ved DPS-ene. Ingen formelle avtaler med somatiske avdelinger.

Krav: Sikre gode rutiner ved utskriving.

Utskriving behandles som enkeltvedtak. Det er utarbeidet interne prosedyrer for utskriving. Kun vold og trussel om vold er i utgangspunktet utskrivingsgrunn, og da ut fra en individuell vurdering. Utskriving inngår som integrert del i det helhetlige samarbeidet rundt hver pasient. All planlagt utskriving skjer i overensstemmelse med pasienten, og i tett samarbeid med lokalt hjelpeapparat for å sikre god overføring. Ingen skrives ut uten at det i noen grad er tilrettelagt for oppfølging.

I et behandlingsforløp er utskrivningsprosessen den mest utfordrende og viktigste delen. Langsiktige resultater av behandlinger er avhengig av en god og samhandlende utskrivingsprosess. Her er det enda mange tiltak som må iverksettes.

Ved mange av utskrivningene fra Helse Nord RHF blir kommuner kontakter og det innkalles til ansvarsgruppemøte med henvisende instans for å sikre god oppfølging fra kommunale tjenesteytere. Her blir det kartlagt videre behov.

Helse Nord RHF, Husbanken i Region Nord og representanter fra fylkesmennene i de tre nordligste fylkene har hatt flere møter hvor bl.a. boliger til rusmiddelavhengige har blitt tatt opp. Det er en utfordring at kommunene ikke kan stille bolig til disposisjon etter utskriving.

Å sikre god og sammensatt oppfølging etter utskriving er noe det vil bli arbeidet videre med. Individuell plan for pasientene og forpliktende avtaler med kommunene er en forutsetning for å lykkes.

DPS-ene har jevnlig møter med kommunenes russeksjon/ruskonsulenter for oppfølging med spesielt fokus på endt eller avbrutt behandling.

Krav: Iverksette tiltak for soning etter § 12 (soning i institusjon som ikke tilhører kriminalomsorgen).

Når det er praktisk og faglig mulig tilbys § 12 soning ved TSB-institusjoner (private og offentlige) i Helse Nord. Straffen kan gjennomføres ved heldøgns-TSB-institusjon dersom oppholdet er nødvendig for å bedre domfeltes evne til å fungere sosialt og lovlydig.

Ved UNN HF har samtlige døgnbehandlingstilbud innen rus i Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk ivaretatt soning etter § 12. Dette er i dag regulert gjennom inngått samarbeid med fengselhelsetjenesten (Klinisk samarbeidsutvalg KSO - underutvalg til samarbeidsavtalen med kommunene).



Eldremedisin

I handlingsplan for geriatri (eldremedisin) fra 2004 er det vedtatt at alle lokalsykehus skal ha geriatriske team. Vi har foreløpig etablert team ved halvparten av lokalsykehusene, fordelt til alle HF-ene.

Ifølge handlingsplanen skal det ved hvert sykehus (medisinsk avdeling) avsettes minimum åtte til ti *senger samlet til geriatri- og slagbehandling*. Konkret antall senger avhenger av sykehusets størrelse. Dette skal være en *felles enhet* med fast personale på dagtid, for å bygge opp kompetanse og skape den felles behandlings- og rehabiliteringsfilosofi som er avgjørende for pasientenes muligheter til å gjenvinne helse og kontroll med sine liv.

Ergoterapeut og fysioterapeut som er tilknyttet geriatrisk team må ha det som en del av sin arbeidsoppgave å betjene sengeenheten. Det vil være naturlig at geriater eller indremedisiner med spesiell interesse for geriatri *leder disse kombinerte slag- og geriatrienhetene*. Pasientene bør mottas i den akutte fasen og gis mulighet til lengre opphold enn det som er gjennomsnitt for medisinsk avdeling for øvrig.

Geriatric har ikke vært skjermet fra innsparingstiltak i foretakene i 2008.

Diabetes

Helse Nords styre har i budsjett 2009 vedtatt at handlingsplan for diabetes blir gjennomført i sin helhet i 2009 og 2010. Helseforetakene har fått midler til bl.a. å sørge for at det er ansatt diabetessykepleiere ved alle lokalsykehus i 2009.

Alle lokalsykehus skal ha diabetesteam som skal bestå av minimum fast ansatt diabetesansvarlig overlege og diabetessykepleier. Teamet skal være ansvarlig for samhandlingsrutiner mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

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

Revmatologi

I handlingsplan for revmatologi, som ble vedtatt i 2008, er det vedtatt en struktur som gir klare føringer for polikliniske tilbud og pasientskoler som bør finnes i lokalsykehus.

Tilbud som ifølge handlingsplanen bør finnes i alle helseforetak er:

- spesialistpoliklinikk for diagnostikk og kontroll
- tverrfaglige team i de sykehus hvor det allerede er et revmatologisk fagmiljø



- pasientskoler for de hyppigst forekommende tilstander
- dagenhet for pasientopplæring og for infusjon av de mest vanlige biologiske medikamenter

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

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

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

Barnemedisin

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

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

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

Intensivmedisin

Handlingsplan for intensivmedisin ble vedtatt høsten 2008. Utredningen viser at intensivkapasiteten i Helse Nord samlet sett er god nok, men fagutviklingen har ført til at de fleste pasientene nå behandles ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø. De fleste intensivsengene ved mindre sykehus fungerer som overvåkingsenger som ikke representerer reell kapasitet for intensivbehandling.

Det er vedtatt en nivådeling av sykehusene som medfører at truende eller etablert enorgansvikt skal behandles ved nivå 2 sykehus (Hammerfest, Harstad, Mo/Sandnessjøen). Flerorgansvikt skal



behandles ved avdelingene ved nivå 3, som er UNN Tromsø og NLSH Bodø. Akutt rehabilitering av hodeskader og annen spesialisert rehabilitering foregår ved UNN Tromsø.

Planen konkluderer med at det er behov for en økning av kapasiteten ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Nordlandssykehuset Bodø. Budsjettet ved UNN ble styrket i 2009 for å starte opptrapping av kapasiteten ved intensivheten der.

Fagråd i intensivmedisin skal utrede faglige retningslinjer, protokoller og rutiner for samhandling mellom enhetene og overføring av pasienter mellom nivåene, før planen iverksettes for fullt.

Kreft

Nasjonal strategi for kreftområdet gir en overordnet referanseramme for satsingen i de regionale helseforetakene, med målsetninger og tiltak innen forbygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og forskning. Det er fortsatt for lav kapasitet innen lindrende kreftbehandling og smertebehandling. Optimalisering og kvalitetssikring ved bruk av stråling ved diagnostisk radiologi og strålebehandling skal ivaretas både ovenfor pasienter og helsepersonell. Ny stråleterapienhet ved Nordlandssykehuset ble satt i drift i 2007. Nye medikamentelle behandlingsmetoder utvikles innenfor en rekke kreftsykdommer. Helse Nord vil bidra til at det nasjonalt bygges opp systemer for dokumentasjon og metodevurdering som sikrer kvaliteten av behandling og behandlingsresultat.

Helse Nord har gjennomført funksjonsfordeling innen kreftkirurgi. Kreftkirurgien ble sentralisert fra 1.1.2005 hvor det ble gjort endringer i arbeidsdeling ved kreftkirurgi i endetarm, magesekk, brystkreft og gynekologisk kreft. Sekundær kirurgi ved testikkelkreft (retroperitoneal glandeltolett), binyrekreft, nevroendokrine svulster, peniskreft og bløtdelssarkomer gjøres kun i Tromsø. Ved prostatakreft med kurativ intensjon skal pasientene som før behandles i Bodø eller Tromsø og det samme gjelder for blærekreft.

Kvinnehelse

Helse Nord har to brystdiagnostiske sentre, hhv. ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Nordlandssykehuset (NLSH). Gjennomføringen av mammografiprogrammet er i tråd med nasjonale føringer. Brystdiagnostisk senter ved NLSH utfører også preoperativ MR (magnetresonanstomografi) på alle pasienter som skal til brystbevarende kirurgi.

Tekniske kommunikasjonsmuligheter mellom de ulike aktørene som deltar i den praktiske gjennomføringen av mammografiprogrammet vil være på plass fra og med uke 34-2009 da Brystdiagnostisk senter NLSH vil være fulldigitalisert før neste screeningsrunde starter. UNN er fulldigitalisert. Begge mammografibussene, Emma og Kaiia, som benyttes i Helse Nord er fulldigitalisert.

Ortopedi

Innen ortopedisk virksomhet som har få pasienter (lavt volum) er det gjennomført funksjonsfordeling mellom hvilke sykehus som utfører hva.

UNN har ansvar for all instrumentell ryggbehandling, håndkirurgi, avansert revmakirurgi (ev. Bodø i tillegg), tumor, nevroortopedi, bløtdelssarkomer, barneortopedi, og all større traumatologi.

UNN og Nordlandssykehuset Bodø har ansvar for all revisjonskirurgi og usementert protesekirurgi.

Ikke-instrumentell ryggbehandling skal kun foregå ved UNN, Nordlandssykehuset Bodø, Helgelandssykehuset Mo i Rana.

Slagrammede

Krav: Departementet krever at Helse Nord setter i gang prosesser for å få bedre tilbud til slagrammede i tråd med ny kunnskap om akuttbehandling.

Helse Nord har i 2008 i forbindelse med [kronikersatsingen](#) hatt et omfattende regionalt kompetanseutviklingsprogram i hjerneslagbehandling og -rehabilitering ("Hjernekraft"). Programmet gikk over to år og ble avsluttet våren 2008.

Helsedirektoratets arbeidsgruppe om slagbehandling publiserer Nasjonale retningslinjer for hjerneslagbehandling i 2009. Vi vil følge opp denne saken i 2009 og blant annet sikre at lokalsykehus som skal behandle slagpasienter må ha slagenhet samt prosedyre for å gi trombolyse ved hjerneslag.

Spiseforstyrrelser

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)

UNN, Regionalt senter for spiseforstyrrelser, er et spesialisert behandlingstilbud for barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser fra Nordland, Troms og Finnmark.

Behandlingstilbudet gjelder barn og unge inntil 18 år. (Pasienter over 18 år gis behandling ved Nordlandssykehuset Bodø.) Behandling gis til pasienter som har en alvorlig spiseforstyrrelse og som har behov for innleggelse.

Det arbeides med etablering av egen sengeavdeling med 6 plasser, som skal åpne høsten 2009. I påvente av etablering av den nye avdelingen, gis pasienter med behov for innleggelse behandlingstilbud innenfor Barne- og ungdomsklinikkens øvrige døgnavdelinger (Barneavdeling, Barnepsykiatrisk avdeling, Ungdomspsykiatrisk avdeling).



Nordlandssykehuset Bodø (NLSH)

NLSH har en regional enhet for spiseforstyrrelser (RESP) som i 2008 har utvidet sin drift, både mht pasientantall og personell. Byggeprosessen er i god rute og en forventer åpning av ny enhet med 12 sengeplasser for voksne 14. september 2009. De har pr. i dag 4 sengeplasser som har vært kontinuerlig i bruk i hele 2008, totalt 20 innleggelser.

Ved utgangen av 2008 er det opprettet totalt 18 stillinger av en planlagt bemanning på 42,5 stillinger. Resten av personalet vil i hovedsak ansettes til åpningen av enheten, september 2009.

Det satses mye på å bygge opp spesialkompetanse for behandling av denne pasientgruppen. Fagfeltet er relativt nytt i Norge og det er en del felles opplæringstiltak for personell ved de 4 regionale spesialenhetene som nå etablert. Det drives et godt nasjonalt klinisk nettverk som alle enhetene er del av. Det er også nødvendig å hente en del kompetanse og erfaring fra utlandet.

Regionalt kompetanseteam (RKT)

Det regionale kompetanseteamet (RKT), bestående av fem fagpersoner, har vært i full drift i 2008. RKTs virksomhet består av poliklinisk behandling og ambulant arbeid i form av veiledning, konsultasjon og samarbeid med de lokale DPS-er. Et regionalt klinisk nettverk drives med halvårlige møter og telematikkundervisning. Det er satset mye på å lage en god modell for å involvere pårørende i arbeidet med pasienter med spiseforstyrrelser. Disse familiene er sterkt lidende og det har manglet tilbud som inkluderer familien. En modell for familiearbeidet er nå utviklet og i drift.

Det er ansatt en forsker med doktorgrad som utvikler en forskningsdel under kompetanseteamet. Det er innvilget midler til et forskningsprosjekt og det samarbeides om flere prosjekter med Universitetet i Tromsø og med forskningsmiljøene i de andre spesialenhetene både i Norge og i London. RKT er del av et nasjonalt forskningsnettverk.

Rehabilitering og habilitering

Handlingsplan for habilitering og rehabilitering har lagt en struktur med ambulante habiliterings- og rehabiliteringsteam samt lærings- og mestringsentre ved lokalsykehusene, og i tillegg en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved tre av lokalsykehusene.

I Helse Nord's budsjett for 2009 er habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, samt lærings- og mestringsentrene, styrket gjennom øremerkede stillinger. Samlet får helseforetakene årlig ca. 50 millioner kroner i øremerkede midler til tiltakene i [kronikersatsingen](#) for 2009. Ressursinnsatsen innen rehabilitering og habilitering har økt med 8,8 % i 2008.

Krav: Etablere og stryke rehabiliteringstilbudet til personer med alvorlig hodeskade.

Dette tilbudet ble etablert høsten 2006 på UNN med øremerkede stillinger og kapasitet på tre senger, og ble videreført med en tilleggsbevilgning fra Helse Nord RHF i 2007. Det ble ikke gitt ytterligere midler til styrking i 2008.

**Krav: Ambulante tjenester skal ivaretas som en del av lokalsykehusfunksjonen.**

Sykehusene i Helse Nord var tidlig ute med å etablere ambulante tjenester innen habilitering og rehabilitering. Behovet for denne typen tilbud er stort med vår geografi og 88 kommuner. Det er ambulante rehabiliteringsteam ved de fleste lokalsykehus og i alle foretak. Nordlandssykehuset Bodø har våren 2009 har utarbeidet et prosjekt for å etablere et slikt team i sitt lokalsykehusområde. Det er retablert velfungerende fagnettverk i helseregionen som ledes av en regional koordinator.

Krav: Helse Nord skal videreføre arbeidet med behandlings- og rehabiliteringstilbudet til tinnitusrammede.

Det er gode tilbud for tinnituspasienter i helseregionen. Tinnituspasienter skal først utredes i sykehus. De fleste skal ha mestringskurs i regi av hørselssentralene, og et mindretall er aktuelle for rehabiliteringsopphold på Nordtun HelseRehab.

Det regionale tilbudet for tinnitusrammede ved Nordtun har tilfredsstillende kvalitet og kapasitet. Tilbudet er godt kjent og søknader mottas fra hele helseregionen.

Helse Nords fagnettverk for hørselsrehabilitering vil høsten 2009 holde et regionalt møte om tinnitustilbudet, hvor det vil bli vektlagt å sikre gode henvisningsrutiner til tilbudene i HF-ene og Nordtun.

Tolketjenester

Rutine for tolketjeneste i helseforetakene er på plass bortsett fra i Helgelandssykehuset som arbeider med å tilrettelegge for dette. Samisk tolketjeneste er tilgjengelig på dagtid både i Helse Finnmark og UNN. Utover den ordinære arbeidstid tilbyr Helse Finnmark tolketjeneste pr. telefon og i UNN leies det inn tolk ved behov. Nordlandssykehuset melder at tolketjeneste er greit tilgjengelig.

Beredskap og smittevern

Krav: Helse Nord skal oppdatere beredskapsplaner.

Alle helseforetak i foretaksgruppen har oppdaterte beredskapsplaner, som inkluderer pandemi, atomhendelser og kjemiske hendelser. På sistnevnte to typer hendelser vil det være behov for å utarbeide nye ROS-analyser (risiko- og sårbarhetsanalyser). Dette inngår bl.a. i ROS-analyse vedrørende beredskap i nordområdene som gjennomføres i 2009. Alle planer øves jevnlig ut fra lokale behov i det enkelte helseforetak, og ved deltakelse i nasjonale øvelser. Helse Nord (RHF, Helse Finnmark, UNN og noen ganger NLSH) deltar annet hvert år i øvelsene Barents Rescue.

Krav: Forebygge antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner.

[Smittevernplan 2008-2011 Helse Nord](#) omhandler forebygging av antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner og tiltak innenfor disse feltene i Helse Nord. Antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner følges opp av det enkelte helseforetak.



Handlingsplanen [Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens \(2008-2012\)](#) har en rekke hovedmål/delmål som bidrar til å styre smittevernarbeidet i Helse Nord. Her er en rapport over hvilke tiltak man har satt i verk ved sykehusene i Helse Nord for å oppfylle kravene i handlingsplanen:

Mål: Videreutvikle NORM

NORM (Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober) er organisert ved avdeling for mikrobiologi og smittevern UNN Tromsø. Laboratoriene ved NLSH Bodø og UNN Tromsø leverer data til NORM. I samråd med Fagrådet har man over tid gradvis tilpasset overvåkingssystemet til bruk av metoder tilsvarende det man benytter i rutinediagnostikken. Spørsmålet om endring av registeret til å inneholde personidentifiserte data vil bli behandlet i samråd med FHI og HOD. Data i NORM-registeret og stammematerialer innsamlet gjennom NORM benyttes i økende grad til forskning.

Mål: Utvikle MRSA overvåking

Sykehusene i Helse Nord oppfyller MRSA-meldeplikt til MSIS (meldingssystem for smittsomme sykdommer) og sender stammer til nasjonalt MRSA-lab ved St.Olav Hospital. MRSA-diagnostikk er tilgjengelig ved mikrobiologisk laboratorium i hhv UNN Tromsø og NLSH Bodø. PCR-undersøkelse utføres kun ved UNN Tromsø. NLSH Bodø sender sine isolater til UNN Tromsø for verifisering med PCR. Genotypisk karakterisering av MRSA utføres nå ved St.Olav Hospital.

Mål: Overvåking av antibiotikabruk ved sykehus

Sykehusapotek Nord fører oversikt over salgstall for antibiotika per sykehus og per avdeling (og per hovedgruppe antibiotika) ved sykehusene i regionen og melder kvartalsvis tilbake til hvert sykehus. Statistikk for antibiotikaforbruk har ikke vært utgitt av sykehusapoteket Nord det siste året pga endringer i bemanningen deres.

Mål: Sikre faglig forsvarlig antibiotikabruk

En arbeidsgruppe er i ferd med å ferdigstille UNNs reviderte antibiotikaveileder. Denne veilederen vil gjelde for UNN HF, men tilbys alle sykehus i Helse Nord (via Kompetansesenter i smittevern i Helse Nord, KORSN) som vil sørge for at alle får tilgang til elektronisk- og papirversjon). Ved neste revisjon vil man ha deltakere fra alle sykehusene med i arbeidsgruppen slik at antibiotikaveilederen kan implementeres ved alle Helse Nord sine sykehus.

Mål: Forekomst av infeksjoner i helsetjenesten skal reduseres, og NOIS skal videreutvikles

Helse Nord RHF bidrar aktivt til kvalitetsforbedring innen NOIS (Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten) ved å ha utnevnt sju fagpersoner til referansegruppen for de neste to år slik at gruppen kan styrkes, og fagmiljøene i kirurgi/intensivmed blir mer engasjert. Alle sykehusene i Helse Nord har etablert datastøtte/ elektronisk verktøy for overvåking av postoperative sårinfeksjoner og leverer data til det sentrale NOIS-registeret. Hygienesykepleier Hege Lundmark er medforfatter på vitenskapelig artikkel om postperative sårinfeksjoner etter keisersnitt (Tidsskriftet legeföreningen).

Mål: Implementering smittevernforordningen i sykehjem

Alt smittevernpersonell gir løpende råd om smittevern til sykehjem og hjemmebaserte tjenester i bostedsområdet til sitt sykehus. Kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN) bistår sammen med lokalt smittevernpersonell ved utbruddsoppløsing i sykehjem.



Helse Nord RHF har for perioden 2009-2010 bevilget midler til 2 prosjektstillinger for sykepleier i smittevern ved sykehusene i hhv UNN Tromsø/NLSH Bodø som skal jobbe direkte mot sykehjem/kommunehelsetjenesten. Bistand ved utarbeiding av infeksjonskontrollprogram og etablering av gode bistandsmodeller fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten inngår i prosjektet. Begge stillinger er besatt, og arbeidet er godt i gang.

Mål: Videreutvikle kompetanse om smittevern i helsetjenesten

Kompetansesenter i smittevern i Helse Nord, KORSN, har i 2008-09 et prosjekt hvor leder reiser rundt til alle sterilforsyninger ved de 11 somatiske sykehus i Helse Nord, og har en praktisk og teoretisk gjennomgang av hver virksomhet om kvalitet og kompetanse. Hensikten er å styrke regionens sterilforsyningsenheter. Egenutviklet standard sjekklister fylles ut, og det rapporteres til ledelsen i hvert sykehus etter hvert besøk. I 2008 bidro KORSN til etablering av fagnettverk for sterilforsyninger som møtes en gang i året. En samlet rapport om sterilforsyninger i Helse Nord vil foreligge høsten 2009.

Smittevernpersonell i sykehus: Anbefalinger om antall/organisatorisk plassering er gitt i regional smittevernplan. KORSN arrangerer regionale fagmøter hvert halvår i hhv Bodø og Tromsø. Smittevernpersonell deltar også på nasjonale fagmøter/fora. Som nevnt over, er mange i gang med kompetanseheving og videreutdanning.

Mål: Forbedre fysisk utforming av helseinstitusjoner

Smittevernpersonell fra KORSN og sykehusene deltok på konferanse om sykehusbygg i regi av Folkehelseinstituttet i 2008. På forespørsel bidrar KORSN med råd/veiledning i forbindelse med nye sykehusbygg eller ombygg. Lokalt smittevernpersonell er involvert i planlegging av nybygg ved NLSH Bodø, NLSH Vesterålen, UNN Narvik og Helse Finnmark Klinikk Kirkenes.

Isolatbehov i Helse Nord er beskrevet i regional smittevernplan. NLSH Bodø, NLSH Vesterålen og UNN Narvik vil oppfylle sitt isolatbehov (kontakt og luft) gjennom nybygg i løpet av de neste årene. Det bemerkes at Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø mangler fungerende luftsmitteisolater slik smittevernplanen anbefaler (kun 1 av 5 er på plass). Det er bevilget sentrale sysselsettingsmidler til ett luftsmitteisolat i Kirkenes. Smittevernpersonell ved alle sykehusene bidrar som rådgivere i planlegging, ombygging og nybygg både lokalt og til kommunehelsetjenesten.

Mål: Styrke vaksinasjon

Smittevernpersonell i sykehus jobber systematisk for å øke oppslutningen om influensavaksinasjon til definerte målgrupper gjennom informasjon, kampanjer og massevaksinasjonsøvelser av helsepersonell.

Mål: Revidere regelverk og fastsette mål for smittevernarbeidet

Som nevnt foreligger regional smittevernplan i oppdatert utgave med virketid 2008-2011. Regionalt tuberkulosekontrollprogram er revidert og gjelder i samme tidsperiode. Beredskap ved pandemi er av RHF-et gjennomgått med ledelsen av alle helseforetakene i forbindelse med varslet pandemirussel som følge av Influenta A (H1N1) epidemi med utgangspunkt i Mexico.

Mål: Definere behov smittevernpersonell

Kartlegging av og behovet for å øke utdannings/overlegetstillinger i infeksjonsmedisin er gjort i smittevernplanen. UNN Tromsø jobber med en langsiktig plan for å reetablere gruppe I- tjeneste for infeksjonsavdelingen gjennom å styrke forskning og øke antall stillinger. Stillingsinstruks og funksjonsbeskrivelse for smittevernpersonell skal være på plass i alle sykehusene.



Mål: Gjennomføre internrevisjon i sykehus

UNN HF har et internrevisjonsteam som i 2008 gjennomførte internrevisjon av infeksjonskontrollprogrammene ved UNN Narvik, Tromsø og Harstad på utvalgte avdelinger. Det er planlagt ytterligere to revisjoner i 2009.

Det foreligger ikke oversikt over internrevisjoner innen smittevern ved de andre helseforetakene, men flere av hygiene-sykepleierne har utdanning innen internrevisjon.

Avvikssystemet i dataverktøyet DocMap er innført ved alle sykehus i Helse Nord og sikrer at avvikssystemene også omfatter smittevern. Å måle effekt av smitteverntiltak på forekomst av sykehusinfeksjoner gjøres ikke systematisk foreløpig.

Riktig omsorgsnivå innen psykisk helsevern og rus

Krav: Pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet skal få oppfølging på riktig omsorgsnivå.

Å sikre at pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, som har store og sammensatte behov, får god oppfølging på riktig omsorgsnivå er en stor utfordring for Helse Nord. En av utfordringene ligger i at de minste kommunene i regionen (42 kommuner av 88 har under 2000 innbyggere) ofte ikke har den nødvendige kompetanse for pasienter med store sammensatte behov. Store geografiske områder og lange avstander må nevnes i denne sammenhengen. DPS-ene er i hovedsak lokalisert til de større kommunene og de to psykiatriske sykehusene er UNN HF og NLSH HF. DPS-ene i Helse Nord reiser ut til kommunene, som en fast avtale og ved behov.

Helse Nord har ikke et godt nok utbygd tilbud for behandling av rusmiddelavhengige. Det betyr samtidig at det er få ressurser til konkret samhandling mellom tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) og psykisk helsevern om pasienter med store sammensatte behov. Helse Nord har igangsatt et arbeid hvor TSB for rusmiddelavhengige bygges ut og videreutvikles. I tillegg arbeides det med å finne frem til konkrete samhandlingstiltak for denne gruppen.

Et tiltak er å arbeide videre med å få til et strukturert samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten, mellom de som gir behandling av rusmiddelavhengige og de som behandler psykiske lidelser, i tillegg til samarbeidet med de somatiske sykehusene. Den viktigste samarbeidsparten er selvfølgelig kommunehelsetjenesten.

Brudd på behandlingsfrister for pasienter

Krav: Rapporter andel fristbrudd og tiltak som iverksettes for å redusere antall fristbrudd.

Status fra HELFO Pasientformidling i NAV på antall registrerte saker i første tertial i 2009 er for Helse Nord 185 saker, mot 88 saker samme periode i 2008. Dette mener vi bare er ”toppen av isfjellet”. I forhold til de 185 henvendelsene første tertial i år, tok fristbruddsinstitusjonene selv over



88 av sakene. Dette tyder på dårlig oppfølging fra sykehusenes side noe som tyder på at foretakene/sykehusene for liten fokus på arbeidet med fristbrudd og oppfølgingen av disse.

Vi har dessverre en mistanke om at mange av sykehusene heller ikke har særlig fokus på hvordan fristene settes. Vi håper dette bedrer seg med de nye [prioriteringsveilederne](#) som er utarbeidet for de fleste fagområder. Veilederne vil være en spore til bedre harmonisering mellom sykehusene og likhet for hva som ligger til grunn når fristene blir satt. Helse Nord har satt inn dedikerte ressurser i forhold til iverksetting/oppfølging og opplæring i bruk av veilederne. I prosessen med implementering av prioriteringsveilederne er arbeidet med å redusere fristbrudd et sentralt tema.

Vi vil også ha styrket fokus på fristbrudd i oppfølgingsmøter med helseforetakene, hvor utviklingen innen fristbrudd blir tatt opp regelmessig. Utviklingen innen rusbehandling, psykisk helse og rehabilitering vil bli fulgt nøye. Innen september 2009 vil vi ferdigstille et målekort hvor vi har valgt ut styringsindikatorer for ventetid, fristbrudd og reinnleggelser. Dette vil gi foretakene et bedre verktøy til å følge opp utviklingen på disse områdene.

Uønskede hendelser

Krav: Departementet ber Helse Nord RHF rapportere hvilke tiltak som er iverksatt for å sikre at helseforetakene rapporterer og følger opp uønskede hendelser. Videre bes om rapport på hvilket samarbeid regionene har med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.

Helse Nord RHF følger dette opp gjennom HF-enes kvalitetsutvalg som behandler avviksmeldinger og meldinger om uønskede hendelser og som følger disse opp i fagmiljøene innad i det enkelte HF. Kvalitetsutvalgene gjør systematiske analyser av årsakene til hendelsene i systemet og iverksetter ev tiltak slik at tilsvarende hendelser ikke skjer igjen.

Helse Nord er kjent med at det er en underrapportering av uønskede hendelser og følger derfor dette opp særskilt med foretakene gjennom kvalitetsutvalgene. Helsetilsynet har markert dette som forbedringspunkt overfor foretakene i sine tilsyn, og foretakene arbeider aktivt med dette punktet i sine oppfølginger av tilsynsrapporter. I tillegg deltar Helse Nord ved to foretak i pilot for innføring av elektroniske meldeordninger for å bedre og øke rapportering.

Krav: Helse Nord RHF skal bruke data fra Norsk pasientskadeerstatning aktivt for å fremme kvalitet og redusere skader.

Helse Nord RHF følger dette opp gjennom HF-enes kvalitetsutvalg som behandler saker fra Norsk pasientskadeerstatning i eget foretak. Dette innebærer systematisk analyse av årsakene til hendelsene i systemet og læring slik at tilsvarende hendelser ikke skjer igjen. Helse Finnmark har utarbeidet retningslinjer, som gjøres kjent for hele foretaksgruppen for evt. å utvikle felles retningslinje. De største foretakene, Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge, har jurist som arbeider spesifikt med slike saker opp mot kvalitetsutvalg og klinikk.



Samhandling med primærhelsetjenesten

Lokale samarbeidsavtaler med primærhelsetjenesten

Helse Finnmark

Det er etablert en overordnet samarbeidsavtale mellom foretaket og kommunene. Det avholdes samarbeidsmøte mellom foretaket (representert ved direktør, klinikkssjef somatikk og klinikkssjef psykisk helsevern og rus) og kommunens ledelse (representert ved ordfører/rådmann og ledelse helsetjenesten) annen hvert år. Det avholdes årlige møter med vertskommunene. I 2008 er det gjennomført møter med samtlige kommuner i Finnmark.

Det er opprettet et eget samarbeidsforum med Alta kommune som har to møter per år. Forumet består av rådmann, kommuneoverlege, helse- og sosialsjef fra kommunen, samt klinikkssjef somatikk, klinikkssjef psykisk helsevern og rus og avdelingsleder for Spesialistpoliklinikken fra foretaket. Andre deltakere kan trekkes inn ved behov. Fokus er hvordan tilbudet kan bli mest mulig tilpasset befolkningens behov og fremstå som attraktivt for brukerne.

Psykisatri og Rus

Samarbeidet med kommunene om pasientrettede samhandlingstiltak, med god oppfølging på riktig omsorgsnivå overfor prioriterte pasientgrupper. Dette følges opp både på klinikknivå og avdelingsnivå:

- Ivaretas blant annet gjennom DPS sine kommunedager, og er et prioritert område fremover.
- Ambulering – poliklinikkene ambulerer ut til kommunene.
- Det brukes IKT og telematikk i samhandlingen med kommunene.
- Reviderte kommuneavtaler vil være på plass i første halvdel av 2009.

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)

Til grunn for samarbeidet mellom UNN HF og lokalsykehuskommunene ligger et felles avtaleverk. Den reviderte overordnede samarbeidsavtalen mellom UNN HF og 31 lokalsykehuskommuner er gjeldende fra og med 2008. Avtalens hovedmålsetting er å ivareta pasientens behov for en sammenhengende behandlingsskjede ved å utvikle et velfungerende samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og UNN HF. Avtalen inneholder bestemmelser om ulike møtefora, deres sammensetning og mandat, om brukermedvirkning, om gjensidig informasjonsplikt, og om fordeling av kostnader knyttet til samarbeidet mellom partene.

Nedenfor gjennomgås de tre viktige arenaer for samarbeid på overordnet nivå i UNN.

Overordnet samarbeidsorgan (OSO)

OSO er et organ på rådmanns/direktørnivå (les: ledernivå) som representerer UNN og alle avtalekommunene i lokalsykehusområdet. OSO har 12 medlemmer, 6 fra kommunene og 6 fra UNN, som oppnevnes for 4 år av gangen. Kommunenes representanter oppnevnes av regionrådene. Fylkeslegene i Nordland og Troms samt en brukerrepresentant har møte- og talerett. Organets viktigste oppgave er å sørge for at samarbeidsavtalen og tilknyttede avtaler og retningslinjer følges opp.



OSO skal avklare saker av prinsipiell, administrativ, faglig og økonomisk karakter, så langt representantene har fullmakt til fra kommunene/UNN. OSO skal oppnevne Kliniske SamarbeidsUtvalg og gi disse mandat, samt godkjenne retningslinjer og underavtaler til den overordnede samarbeidsavtalen. OSO hadde sine to første møter i 2008. Det er planlagt fem møter i 2009. OSO har egen nettside: [Overordnet samarbeidsorgan](#)

Overordnet Dialogforum (ODF)

Overordnet Dialogforum er et kontakt- og drøftingsorgan på rådmanns/direktørnivå og på faglig nivå mellom UNN og alle de 31 kommunene. Dialogforum er et årlig møte for dialog om administrative, faglige og ledelsesmessige forhold samt kunnskaps- og kompetanseutvikling mellom UNN og kommunehelsetjenesten. Første Dialogforum gikk av stabelen 4.12.2008 i Tromsø, hvor også helseministeren deltok.

Klinisk Samarbeidsutvalg (KSU)

KSU er samarbeidsutvalg på klinisk nivå som oppnevnes av OSO og rapporterer til OSO. Det vil til enhver tid kunne være mange Kliniske Samarbeidsutvalg i aktivitet på forskjellige områder. De vil ha ulik funksjonstid og ulike mandat. De kliniske samarbeidsutvalgene vil utvikle og evaluere retningslinjer for faglig samarbeid som skal sikre gode pasientforløp. Utvalgene kan videre få oppdrag i tilknytning til utvikling av helsetjenester samt kunnskaps- og kompetanseutveksling. I vårt område er det nå flere kliniske samarbeidsutvalg i arbeid.

Konsekvenser av den nye avtalen

Overordnet Samarbeidsorgan i den nye avtalen kan ta beslutninger, for eksempel i form av godkjenning av retningslinjer eller underavtaler, som derved gjøres gjeldende for UNN og alle aktuelle kommuner. Et beslutningsorgan har tidligere ikke vært etablert, og dette har vært en hindring for en mer konkret operasjonalisering av samarbeidet. Det forventes derfor at den nye avtalen vil bety en potensering og konkretisering av samarbeidet mellom partene.

Som tidligere er praksiskonsulentordningen i UNN en viktig del av samarbeidet med kommunehelsetjenesten.

Nordlandssykehuset (NLSH)

NLSH Vesterålen har gjennom mange år etablert og videreutviklet en rekke samarbeidsordninger og -avtaler mellom sykehuset og primærkommunene i Vesterålen. Dette gjelder både innenfor somatikk, psykiatri, rus og habilitering/rehabilitering. Samarbeidet foregår både på behandler- og pleienivå, herunder også i forhold til pasientforløp. Det er videre etablert avtale om felles legevaktsordning i sykehuset på kveld, natt og helg mellom sykehuset og alle Vesterålskommunene.

Praksiskonsulentordning for primærleger ble etablert i januar 2008 og har bidratt positivt, hva angår både utvikling av samarbeidet generelt og i forhold til samarbeidsprosjekter under utvikling. Samarbeidet bidrar til et bedre samordnet tilbud overfor pasient, en forbedret ressursutnyttelse og kompetanseutvikling både innenfor sykehuset og i kommunehelsetjenesten. Formelle samarbeidsavtaler mellom Nordlandssykehuset og primærkommunene i Vesterålen er etablert og ble godkjent av alle kommunene i løpet av 2008. Nye samarbeidsarenaer vil, som følge av avtalen, bli etablert i løpet av 2009.



I NLSH Lofoten foregår samarbeidet med kommunene med enkeltvise møter for hver kommune (høst og vår) der sykehusledelse og avdelingssjef (og andre fagledere) møter kommuneledelse og fagpersonell. Man diskuterer overordnede problemstillinger på områder der man har felles interesser (ferdigbehandlede pasienter, legevakt, personell mv.). I tillegg har man hatt ansvar for ett høstmøte og ett vårmøte (i 2008 bare ett vårmøte) med fastleger, kommuneleger og leger fra Nordlandssykehuset Lofoten. Dette er et fagmøte mellom de 2 nivåene der man diskuterer felles problemstillinger. Det pekes på at det er vanskelig å vise til helt spesielle resultater unntatt at man har svært god kontakt med kommunene og legene i Lofoten utenfor sykehuset.

I Salten har det vært regelmessige møter mellom sykehusledelsen og ledelsen i Bodø kommune for informasjon og samarbeid. Med basis i dette har en arbeidsgruppe med representanter fra begge parter arbeidet med planer om utvikling av samarbeidet rundt sentrale pasientgrupper og halvannenlinjetilbud. Foreløpig har man i dette arbeidet konkludert en søknad til Helse- og omsorgsdepartementet om midler til et forprosjekt for samarbeid mellom kommunen, sykehuset og private aktører om et bedret tilbud for personer med kombinasjon av alvorlig rusproblematikk, alvorlig psykisk lidelse og sekundær somatisk problematikk.

Med praksiskoordinator og praksiskonsulent (Steigen), radiologisk og medisinsk avdeling samt sykehusledelsen som aktører har det i samarbeid med politisk/administrativ og faglig ledelse i kommunene Steigen, Saltdal og Meløy vært gjennomført et stort planarbeid for etablering av prehospitale observasjonsenhet og desentralisert radiologivirksomhet i de tre kommunene, som alle har lang reiseavstand til sykehuset. Utgangspunktet for dette arbeidet har vært erfaringen med den prehospitale observasjonsenheten i Steigen som kommunen driver med faglig og økonomisk støtte fra sykehuset. Søknad fra de tre kommunene, NLSH og Helse Nord om midler til oppbygging av dette prosjektet mellom de tre kommunene og sykehuset, som vil kunne ha stor modellverdi for samarbeidsprosjekter mellom sykehus og kommuner og der også hensiktsmessige finansieringsordninger vil kunne bli vurdert, er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet primo januar 2009.

Nordlandssykehuset Bodø har møtt i regionrådet i Salten. Sykehuset har møter to ganger årlig med helse, pleie og omsorgsledelse i Saltenkommunene hvor man drøfter ulike samarbeidsspørsmål. Sykehuset har møtt i enkeltmøter i kommunelege-I-forum i Salten, der sykehusets praksiskoordinator også er medlem. Praksiskoordinator har vært sentral i etablering av en kursplattform mellom primærleger og sykehusleger i Salten der man tar for seg sentrale medisinske temaer i fire dagsmøter i året.

Det foregår omfattende samarbeid mellom enkeltavdelinger i sykehuset og Saltenkommunene. Det foreligger samarbeidsavtale med Saltenkommunene vedrørende ferdigbehandlede pasienter som medisinsk avdeling følger opp på ulik måte. På enkeltpasientnivå har man samarbeidsavtaler med hjemkommunene vedrørende for eksempel hjemmerespirator for tilpasning av respirator, opplæring av personell og drift av respiratoren. Videre er det etablert desentralisert hemodialysestasjon i flere primærkommuner med tilsvarende avtale om tilpasning, opplæring og drift. Det samme gjelder i prinsippet også peritonealdialyse (posedialyse/hjemmedialyse). Avdelingen forvalter også sykehusets driftsavtale for akutt plass/observasjons plass ved sykehjemmet i Steigen.

Salten psykiatriske senter og Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling har fulgt opp sine samarbeidsavtaler med Saltenkommunene gjennom praktisk samarbeid. Samarbeidsprosedyrer vedlikeholdes og videreutvikles, veiledning/undervisning og teamreiser med møter med pasienter/familier, primærhelsetjeneste og andre samarbeidsinstanser gjennomføres.



For øvrig må det nevnes at sykehuset generelt og spesielt ved seksjon for kunnskapsbygging og lærings- og mestringssenteret driver en omfattende opplæringsvirksomhet som også er rettet mot kommuner og brukere.

Helgelandssykehuset HF

Samarbeidsavtaler er ikke underskrevet i alle kommuner. På Sør-Helgeland er det etablert forvaltning av avtalene med Overordnet Samarbeidsorgan og Klinisk samarbeidsutvalg. Regelmessige møter mellom to av sykehusenhetene og primærlegene i sykehusområdet. Helseforetaket har PKO med praksiskoordinator og fire praksiskonsulenter.

Folkehelsearbeid

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

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

Utdanning og rekruttering

Krav: Sørge for tilstrekkelig antall stillinger for tannleger.

Det er i dag ikke utdanning av tannleger i spesialitene oral kirurgi og oral medisin ved tannlegestudiet ved Universitetet i Tromsø. Det er derfor ikke opprettet stillinger eller plasser for dette ved UNN HF eller andre av våre HF. Det er av samme grunn ikke etablert noe samarbeid mellom Helse Nord RHF, UiT og Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge (TkNN) om saken.

Institutt for klinisk odontologi ved UiT vil fra høsten 2009 starte spesialistutdanning av kjeveortopedier i samarbeid med TkNN, men instituttet har ingen planer om spesialistutdanning i oral kirurgi og oral medisin. Dersom Helse Nord i framtiden får henvendelser om å stille stillinger til rådighet for tannleger under spesialistutdanning i oral kirurgi og oral medisin vil vi gjøre det, og samarbeide med de som er ansvarlige for denne spesialistutdanningen.

Krav: Bidra til å utdanne tilstrekkelig antall legespesialister.

Helse Nord arbeider med utvikling av en strategisk kompetanseplan, som også skal inneholde plan for utdanning av legespesialister innen alle spesialiteter som er etablert i landsdelen. Vi har imidlertid god oversikt over utviklingen innen de ulike fagene og vi har hatt spesielt fokus på rekrutteringssvake fag. Det er igangsatt egne regionale utdanningsprogrammet innen psykiatri,



barne- og ungdomspsykiatri, fysikalsk medisin og rehabilitering, geriatri og revmatologi. Metodikken i programmene går ut på å sikre gode utdanningsløp for den enkelte, sikre at gjennomføringen ikke forhindres av stopp i utdanningen pga manglende hjemler, drift el. Videre benyttes samlinger, telematikkundervisning og kongresser for å sikre nettverksbygging og stabilisering av legespesialistene. Det er nå slik at disse programmene utdanner det antall legespesialister vi har behov for i framtiden.

Utdanningsprogrammene har hatt stor suksess og vi vurderer kontinuerlig behov for programmer innen andre spesialiteter. Pr. i dag vurderes radiologi og gynekologi/obstetikk som rekrutteringssvake områder samt noen av ”småfagene”; hud, mikrobiologi og ØNH. Disse spesialitetene er imidlertid så små i vår landsdel at vi ikke har funnet det hensiktsmessig med eget utdanningsprogram. Her forsøker vi heller legge til rette for egne løp gjennom tilrettelegging gjennom samarbeid mellom avdelingene. Dette er imidlertid vanskelig pga regelverket som er etablert.

Helse Nord utdanner forholdsmessig 2 LIS pr. overlege og vi følger våre strategiske planer og prioriterte fagområder ved oppretting av nye LIS-hjemler i foretakene. Dette betyr at fagområder som kreft, diabetes, kronikeromsorg, rus og psykisk helsevern har vært og er våre satsingsområder også når det gjelder fordeling av legestillinger.

Krav: Sikre stillingsstruktur og oppdatering i NR-basen.

NR-basen er en database over den lovbestemte legebemanningen innen spesialisthelsetjenesten: www.helsedirektoratet.no/nasjonalt_rad/nr_databasen/

Helse Nord RHF følger nøye med at stillingsstrukturen er rapportert og oppdatert i NR-basen. Vi har kontinuerlig kontakt med HF-ene og driver også opplæring i hjemmelsforvaltning og rutineer for registrering og vedlikehold av hjemmelsregisteret, slik at NR-basen skal være så korrekt som mulig. Det er imidlertid stor turnover i enkelte stillinger, mye innleie og vikarstafetter som fra tid til annen vanskeliggjør dette arbeidet.

Antall årsverk for psykologer og psykiatere per 10 000 innbygger

De private hjemlene er ikke med i undersøkelsen fra Helsedirektoratet AGENDA 2008. Årsverk i DPS-ene for de kliniske faggruppene psykiatere, psykologspesialist pr. 10 000 i Helse Nord var 1,38 psykiatere og 1,59 psykologspesialister.

Antall DPS og BUP som har etablert ambulante team og virksomhet

Det er etablert ambulante team i åtte DPS-er i Helse Nord (Helsedir 2008). Samisk nasjonalt kompetansesenter psykisk helsevern (SANKS) har ett akutteam. Samtlige BUP-er og DPS-er ambulerer og driver ambulant virksomhet.

Forskning

Helse Nord har fulgt opp forskningssatsingen i egen region gjennom økt budsjett, satsing på infrastruktur og støttetjenester, og økt bruk av forskningsledere på flere fagfelt. I 2008 tildelte Helse Nord 71 millioner kroner til forskning.



Samarbeid

Helse Nord samarbeider nasjonalt med øvrige regionale helseforetak (RHF) for å sikre gjennomføring av forskningssamarbeid innenfor utvalgte tematiske områder. Arbeidet er forankret i strategigruppe for forskning mellom RHF og Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning (NSG) der også alle breddeuniversitetene og andre samarbeidsparter deltar (Helsedirektoratet, høskolerepresentant, Forskningsrådet m.fl.).

Regionalt samarbeider vi med Universitetet i Tromsø for gjennomføring av prosjekter, felles infrastruktur og ved samfinansiering av noen prosjekter. Vi ønsker et tettere samarbeid med høskolene innen forskning.

Prioritert forskning

Helse Nord har prioritert forskning og oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, herunder tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, psykisk helse, rehabilitering/habilitering og kvinnehelse. Dette har vært gjort gjennom etablerte forskningsprogram og øremerking av midler til formålene ved utlysning av forskningsmidler fra Helse Nord for tre av de nevnte områdene.

Det er brukt mer midler til både psykisk helse-forskning og rusforskning fra Helse Nord i 2008 enn i 2007. UNN og Nordlandssykehuset finansierer i tillegg selv hver sin forskerlederstilling innen psykisk helse. Helse Nord besluttet i 2008 å finansiere forskerleder innen rusforskning fra 2009.

Helse Nord har i 2008 brukt samme beløp til rehabiliteringsforskning som i 2007. I tillegg har UNN finansiert forskning, inkludert en forskerlederstilling, innen feltet. Videre har vi spesielt framhevet kvinnehelse i vår forskningsutlysning, som et av flere tellende kriterier for tildeling. Vi har prosjekter som omhandler kvinnehelse på de fleste av våre forskningsområder.

Helse Nord har også i 2008 finansiert en forskningslederstilling innen helsefag, ansatt ved UNN og med et regionalt ansvar for å bygge opp virksomhet innen området.

Innovasjon

Innovasjon har fått mer fokus som strategisk område, også koblet til forskningsvirksomheten. Det er i 2008 jobbet med nasjonal satsing på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011) i samarbeid med InnoMed, Norges forskningsråd og Innovasjon Norge. Helse Nord skal bidra til å øke antallet forsknings- og utviklingskontrakter mellom norske leverandørbedrifter og helseforetak (OFU-kontrakter) innen helse gjennom å stille nødvendige ressurser i form av kompetanse til disposisjon. Dette er fulgt opp gjennom Helse Nord's representanter til styringsgruppe i Innomed, innovasjonsrådgiver til Innomed og regional innovasjonskoordinator. Helse Nord har i 2008 deltatt i å lage de regionale helseforetakenes handlingsplan for innovasjon.

Ny forskningsstrategi

Det er i 2008 arbeidet med forslag til ny forskningsstrategi i Helse Nord gjennom en arbeidsgruppe sammensatt av representanter fra alle helseforetak, representanter fra Universitetssamarbeidet og fra Høgskolesamarbeidet. Arbeidsgruppens utkast forelå i 2009 og ny strategi skal implementeres fra 2010.

Sykefravær

Sykefraværet i Helse Nord var på 9,1 % i 2008 mot 9,0 % i 2007. Dette innebærer at det er minimale endringer totalt sett. Det langsiktige målet på sykefravær er 7,5 %. Ingen av sykehusforetakene har nådd målet.

Tabell: Sykefravær januar-desember 2007 sammenlignet med januar-desember 2008.

	Jan - des 2007				Jan - des 2008			
	Totalt fravær	Fravær over 56 dager	Fravær under 56 dager	Fravær under 16 dager	Totalt fravær	Fravær over 56 dager	Fravær under 56 dager	Fravær under 16 dager
Helgelandssykehuset HF	7,9%	4,2%	3,7%	1,9 %	8,5%	4,4%	4,1%	2,1 %
Nordlandssykehuset HF	9,2%	4,8%	4,4%	2,7 %	9,3%	5,0%	4,3%	2,4 %
Universitets sykehuset HF	9,2%	4,5%	4,8%	2,8 %	9,3%	4,7%	4,6%	2,8 %
Helse Finnmark HF	9,2%	4,3%	4,9%	2,8 %	9,1%	4,4%	4,7%	2,6 %
Sykehusapotek Nord HF	10,0%	4,2%	5,8%	3,3 %	8,3%	3,3%	5,0%	2,9 %
Helse Nord IKT	5,6%	2,1%	3,5%	1,9 %	4,8%	2,3%	2,6%	1,6 %
Helse Nord RHF	2,7%	1,8%	0,9%	0,5 %	2,8%	0,8%	2,0%	1,0 %
SUM Helse Nord	9,0%	4,5%	4,6%	2,7 %	9,1%	4,6%	4,5%	2,6 %

	Endring			
	Totalt fravær	Fravær over 56 dager	Fravær under 56 dager	Fravær under 16 dager
Helgelandssykehuset HF	0,6%	0,2%	0,4%	0,1 %
Nordlandssykehuset HF	0,0%	0,2%	-0,1%	-0,4 %
Universitets sykehuset HF	0,1%	0,2%	-0,1%	0,0 %
Helse Finnmark HF	-0,1%	0,1%	-0,2%	-0,2 %
Sykehusapotek Nord HF	-1,7%	-0,9%	-0,8%	-0,4 %
Helse Nord IKT	-0,8%	0,2%	-0,9%	-0,3 %
Helse Nord RHF	0,1%	-1,0%	1,1%	0,5 %
SUM Helse Nord	0,1%	0,2%	-0,1%	-0,1 %

Størst forbedring har Sykehusapotek Nord som har redusert sykefraværsprosent med 1,7 prosentpoeng.

Helgelandssykehuset har i lengre tid hatt en trend med økende sykefravær og hadde i 2008 en økning på 0,6 prosentpoeng fra 2007 til 2008. Veksten er i hovedsak i refunderbart fravær av varighet under 56 dager. Trenden med økning i sykefraværet for Helgelandssykehuset vises også i desemberfraværet i tabellen under der også langtidsfraværet øker.

Ser vi desember isolert er det en merkbar reduksjon i sykefraværet ved Helse Finnmark sammenlignet med samme måned i 2007, mens Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset har vekst i sykefraværet. Dette gjelder spesielt langtidsykefraværet.

STYRETS ÅRSBERETNING 2008

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 fem 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, jf. helseforetakslovens § 5.

3. Virksomheten i 2008

Et viktig siktemål for Helse Nord i 2008 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 å oppnå økonomisk resultatmål i 2008 var å:

- Fokusere på kostnadsreducerende tiltak
- Intensivert oppfølging av helseforetakene
- Sette av en sentral buffer for å redusere risikoen knyttet til økonomisk resultat
- Øke aktivitetsnivået i psykiatri i tråd med økt ressurstilførsel i opptrappingsplanen
- Fokus på utvikling av en kultur for løpende forbedring
- Aktiv bruk av prioriteringsforskriften i den løpende drift og omstilling
- Mer målrettet satsing på rekruttering av helsepersonell innen helsepolitisk høyt prioriterte områder, og der rekrutteringsproblemene er størst
- Arbeide med å redusere sykefraværet, blant annet gjennom prosjekt arbeidsglede

I tillegg til den helhetlige styring og oppfølging av helseforetakene som styret foretar gjennom vedtak av helsepolitisk bestilling og oppdragsdokumenter, budsjett, regnskapsrapporter og tertialrapporter, har styret i Helse Nord RHF behandlet en rekke store saker i 2008. Her nevnes:

- Handlingsplaner; for diabetes
- Smittevernplan
- Handlingsplan for folkehelsearbeid.
- Det barnemedisinske tilbudet i Helse Nord
- Modernisering av Nordlandssykehuset somatikk Bodø
- Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik oppstart konseptfase.
- Nybygg av Nordlandssykehuset Vesterålen oppstart forprosjekt
- Tuberkuloseprogrammet
- Overtakelse enkeltoppgjør pasienttransport
- Investeringsplan 2009-2018
- Handlingsplan for intensivmedisin
- Konsernbestemmelser for håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond
- Oppdatering regional inntektsfordelingsmodell, laboratorieoppgjør
- Overordnet risikovurdering av virksomheten
- Rullering plan for avtalespesialister
- Landvernplan Helse

- Samarbeidsavtale om folkehelse
- Samarbeidsavtaler med kommuner
- Høgskolesamarbeid
- Seniorpolitikk

4. Pasientbehandling i helseforetaksgruppen

Somatisk virksomhet

Aktivitetsnivået innen somatisk virksomhet har samlet sett økt med 1,8 %, noe som er litt i overkant av hva oppdragsdokumentet og ressurstildelingen fra Helse- og omsorgsdepartementet la opp til. Utviklingen er noe ulik i det enkelte helseforetak, men samlet sett har veksten i somatisk aktivitet vært på dag/poliklinikk noe som er i tråd med ønsket utvikling. Heldøgnsopphold er redusert i alle helseforetak. Målsettingen om å vri virksomheten mot mer dagpoliklinisk behandling er således oppfylt. Utviklingen har vært fulgt nøye gjennom rapporteringen i 2008.

Oppgave- og arbeidsfordeling innen barnemedisin og intensivmedisin er avklart og det har vært satset på å styrke tilbudet til eldre og pasienter med kroniske sykdommer og lidelser ("kronikersatsingen") og en har startet implementeringen av handlingsplaner for diabetes og revmatologi, vedtatt i 2007. Utdanningsprogrammer innen de ulike spesialitetene i kronikersatsingen, igangsatt i 2007, rekrutterer som planlagt og vil på sikt styrke spesialistkompetansen innen alle viktige fagområder.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

Aktiviteten innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere har fortsatt å øke. Det er en god utvikling og økning i antallet utskrevne pasienter, det samme gjelder for poliklinikk. Antallet ferdig vurderte henvisninger var i 2008 1230 fordelt på 822 personer. I 2007 var det 1280 henvisninger fordelt på 805 personer. Det er en sterk økning i kjøp av plasser fra private institusjoner.

Ny handlingsplan for tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet vedtatt i 2007. Behandlingskapasiteten i regionen har lenge vært for dårlig, og planen legger opp til nødvendig styrking på flere områder. Den påpeker også behovet for å styrke forskning og fagutvikling. Opptrappingstakten avhenger av helseforetakenes økonomiske situasjon framover.

Psykisk helse

Helse Nord har i 2008 hatt vekst i poliklinisk behandling innen psykisk helse og rusomsorg. Økningen har vært størst innenfor Barne- og ungdomspsykiatrien med en økning på polikliniske konsultasjoner med 13 833, tilsvarende 18,4 %, fra 75 656 i 2007 til 89 539 i 2008. Antallet polikliniske konsultasjoner innen voksenpsykiatrien økte med 7 277, tilsvarende 7,4 %, fra 97 773 i 2007 til 105 050 i 2008.

Tiltaksplan for psykisk helsevern 2005 – 2015 bidro til å skape forventninger om økt aktivitet og kapasitet, men retter også fokus mot strukturendringer og innholdet i tjenestene. Målsetningen er å videreutvikle et desentralisert psykisk helsevern som kan tilby befolkningen differensierte behandlingstilbud i henhold til anbefalingen fra Sosial- og helsedirektoratets rapport om "gjennomgang av akuttfunksjoner" og nasjonale veiledere. Helseforetakene ble i 2006 utfordret til å utarbeide helhetlige planer for det psykiske helsevernet. Sammen med ulike kartleggingsundersøkelser vil disse planene danne et godt utgangspunkt for å vurdere hvordan tilbudene skal videreutvikles for å sikre mer likeverdige tilbud i hele regionen.



Rekrutteringsprogram for legespesialister innenfor voksen psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri har vært en suksess. Disse er etablert som permanente tiltak, for å sikre tilgangen på høyt kvalifisert medisinsk personell.

Ventetid

Utviklingen i 3.tertial 2008 sett opp mot 3.tertial 2007 viser en liten økning i ventetid i somatikk og voksenpsykiatri for gjennomsnittlig ventetid for avviklede behandlinger. Gjennomsnittlig ventetid avviklede innen barne- og ungdomspsykiatri er redusert. Helse Nord ligger totalt sett litt over landsgjennomsnittene. Dette er en forventet utvikling som settes i sammenheng med økonomisk tilpasning av driften som er gjennomført i løpet av 2008 i alle helseforetak.

Ventetiden for pasienter med alvorlig sykdom og rett til nødvendig helsehjelp er i hovedsak tilfredsstillende. For noen deler av tjenestene som f.eks. fedmekirurgi, barne- og ungdomspsykiatri, rusbehandling og spiseforstyrrelser er det fortsatt for lang ventetid.

Samtidig er det foreløpig få reelle fristbrudd. Situasjonen innen små fagfelt påvirkes også direkte av tilgangen på spesialister.

Forskning

Helse Nord RHF har videreført styrkingen av forskningstilskuddene, og i tillegg er det fortsatt satset spesielt på toppforskning i tråd med styrets vedtatte forskningspolicy. Det er flest prosjekter og størst konkurranse innen somatisk forskning. Helse Nord lyste også i 2008 ut midler til forskningssvake områder, og noen har fått startstipend innen slike områder. Ellers prioriteres psykiatrisk forskning, og der ligger Helse Nord godt an på statistikken over ressursbruk (rapport 39/2007 NIFU STEP). Rusforskning og rehabiliteringsforskning prioriteres med øremerkede midler. Det er flere prosjekter som omhandler kvinnehelse blant de forskningsprosjektene Helse Nord finansierer. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er det i 2008 vedtatt en egen forskningsstrategi med konkrete tiltak for å få til mer og bedre forskning i Universitetssykehuset Nord-Norge HF¹. Helse Nord RHF har i flere år jobbet spesielt mot å få opp aktivitet i helsefaglig forskning i helseforetakene, og Helse Nord har i 2008 finansiert en regional forskningslederstilling innen helsefag som er lokalisert til Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Det er et stort fokus på at infrastruktur er viktig som plattform for vår forskningsvirksomhet, og det satses derfor også på materiell og kompetansemessig infrastruktur som støtte for våre forskere.

5. Redegjørelse for årsregnskapet

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

Helse Nord finansierer investeringer med egen likviditet og lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Nord avstemmer sitt investerings- og driftsnivå slik at foretaksgruppen samlet planlegger med likviditetsbeholdning innen tildelt driftskredittramme i 2009.

Helse Nord har i flere perioder i 2008 brukt av kassakreditt i hovedbankforbindelsen. Pr.31.12.2008 var det benyttet 304 mill av en total kassakredittramme på 700 mill kroner. Likviditeten er bedret noe i løpet av 2008.

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

¹ Styresak 6-2008, vedtatt 6.2.2008

Foretaksgruppen er i beskjeden grad eksponert for endringer i rentemarkedet, da ca 67 % av den langsiktige lånerenten er bundet i 5 og 10 år. Innskuddsrenten i gjeldende bankavtaler er basert på flytende rente. Samlet sett vurderes renterisikoen som akseptabel.

Ut fra en samlet vurdering, med hovedvekt på at Helse Nord eies av staten, anses den samlede finansielle risikoen å være lav.

De mest sentrale risikoer og usikkerhetsfaktorer som foretaket står ovenfor er etter styrets vurdering evnen til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak slik at driften bringes i tråd med økonomiske rammer samtidig som tilbudet til befolkningen sikres med god kvalitet og tilgjengelighet. Økt etterspørsel etter tjenester som følge bl.a. av den demografiske utvikling er en særlig risikofaktor, i tillegg til utfordringer med rekruttering av enkelte yrkesgrupper – primært legespesialister og spesialsykepleiere. Realisering av planlagte utbyggingsprosjekter og finansiering av dem representerer også en betydelig utfordring.

6. Økonomisk drift

Helseforetaksgruppen

Helse Nord har samlet hatt følgende korrigert resultat i forhold til eiers styringsmål:

	Resultat 2008	Styringsmål 2008	Resultat 2007
Underskudd	289 mill kr	68 mill kr	723 mill kr
Økt pensjonskostnad			- 325 mill kr
Resultatkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet	- 68 mill kr	- 68 mill kr	- 135 mill kr
Avvik fra eiers resultat mål	221 mill kr	0 mill kr	263 mill kr

I forhold til resultatkravet fra Helse- og omsorgsdepartementet er det et underskudd på 221 mill kr.

I styrets årsberetning i 2007 var det opplyst at Helse Nord tok sikte på å få driften i 2008 i tråd med resultatkravet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Regnskapet for 2008 viser imidlertid et dårligere resultat og de viktigste årsakene til dette er følgende:

- Økte lønnskostnader på grunn av høyere bemanning enn forutsatt
- For liten effekt av planlagte og gjennomførte omstillingstiltak
- Kostnadene til rusbehandling økte ut over kompensasjon fra eier

Helseforetakene

For de enkelte helseforetak vises det til egne årsberetninger. For å sikre god kvalitet på regnskapet har det også i 2008 vært et stort fokus med to tertialvise revisjoner for alle foretakene.

Resultat pr foretak i forhold til styringsmålene var som følger (tall i mill kr.):

Foretak	Resultat	Styringsmål	Avvik
Helse Nord	+ 157,7	+ 2,1	+ 155,6
Helse Nord IKT	+ 0,3	- 2,4	+ 2,7
Helse Finnmark HF	- 100,6	- 18,3	- 82,3
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	- 207,4	- 29,9	- 177,5
Nordlandssykehuset HF	- 110,2	- 18,2	- 92,0
Helgelandssykehuset HF	- 31,8	- 2,0	- 29,8
Sykehusapotek Nord HF	+ 3,4	+ 0,7	+ 2,7
Sum	- 288,7	- 68,0	- 220,7

Helse Nord RHF

Helse Nord RHF hadde et overskudd på 157,7 mill kr (eks nedskrivning av verdi av helseforetakene) mot et budsjettert overskudd på 2,0 mill kr. Helse Nord IKT hadde et overskudd på 0,3 mill kr, slik at samlet resultat for Helse Nord RHF er et overskudd på 158 mill kr. De viktigste årsakene til overskuddet var at

- Sentral buffer 127 mill kr til styrets disposisjon ikke ble benyttet
- Økte finansinntekter
- Stram økonomisk styring i 2008, særlig er bedring i Helse Nord IKT positiv.

7. Investeringer

Investeringsbudsjettet for 2008 var på 579 mill. kroner. Det ble foretatt investeringer i 2008 på ca. 494 mill. kroner, inkludert egenkapitalinnskudd i KLP. Lavere forbruk skyldes forskyvninger i oppstarten for Nordlandssykehuset Bodø og i gjennomføringen av prosjekter i Helse Nord IKT. Sykehusapotek Nord HF hadde også et mindreforbruk, mens øvrige foretak brukte mer enn vedtatt investeringsramme.

Helse Nord har fortsatt utfordringer med å komme i økonomisk balanse og må begrense investeringene til helt nødvendige investeringsobjekter. Betydelige utfordringer gjenstår i anleggene, både i forhold til vedlikeholdsinvesteringer og nyinvesteringer i bygg og medisinteknikk utstyr. Nordlandssykehuset Bodø kom i gang med forberedende grunnarbeider sent i 2008. Konseptrapport for Nordlandssykehuset Vesterålen ble slutført og vedtatt fulgt opp med igangsetting av forprosjekt som ventes ferdig i september 2009. Idéfasene for Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik og Helse Finnmark Kirkenes ble gjennomført. Helse Nord vedtok i juni 2008 investeringsplan for 2008-2018 for hele foretaksgruppen. Investeringsplanen er basert på forutsetninger om så vel likviditet som økonomisk bærekraft i foretakene. Investeringsplanen er under oppdatering og skal rulleres årlig.

8. Arbeidsmiljø m. m. (internt)

I Helse Nord RHF's administrasjon (inkl. SKDE²) var det 54 årsverk i 2008 mot 49 i 2007. Samlet for Helse Nord RHF og Helse Nord IKT var det i 2008 197 årsverk mot 175 årsverk i 2007.

Sykefraværet i Helse Nord RHF's administrasjon var på 378 dagsverk. Dette er et gjennomsnittlig sykefravær på 2,8 % i 2008 mot 2,7 % i 2007. I Helse Nord IKT var sykefraværet på 1557 dagsverk. Det er et gjennomsnittlig sykefravær på 4,8 % i 2008 mot 5,6 % i 2007. Samlet for Helse Nord RHF var sykefraværet gjennomsnittlig på 4,2 % i 2008 mot 4,7 % i 2007.

Ingen arbeidsrelaterte skader eller ulykker er registrert siste år i Helse Nord RHF.

Helseforetaksgruppen

Helseforetaksgruppen hadde i 2008 gjennomsnittlig 12 366 årsverk mot 12 377 årsverk i 2007 – en reduksjon på 11 årsverk.

Årsaken til reduksjonen er i hovedsak:

- Økning knyttet til overtakelse av ambulansedrift i Helse Finnmark HF med om lag 165 årsverk.
- Reduksjon i månedsværk i barnehager ved overføring til kommuner med omlag 40 årsverk.
- Øvrig reduksjon i bemanningen med om lag 136 årsverk.

² SKDE – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering



Samlet sykefravær og langtidsfravær

I 2008 utgjorde sykefraværet 9,1 % (239 088 dager), noe som er en marginal økning på 0,1 % fra 2007. Fravær over 56 dager har økt fra 4,5 % til 4,6 %, mens fravær på 56 dager og under har holdt seg på 4,5 %. Fravær på under 17 dager har gått fra 2,7 % til 2,6 %.

Samlet sykefravær ligger følgelig på om lag samme nivå som i 2007 og fortsatt er sykefraværet alt for høyt i forhold til måltallet på 7,5 %.

Nordlandssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Helse Nord RHF har økning i fraværet. Økningen er i hovedsak i fravær over 56 dager. Kun Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord RHF har reduksjon i langtidsfraværet. Det er bare Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF som har økning i korttidsfravær.

I følge Idébanken Inkluderende arbeidsliv er suksessfaktorene i sykefraværsarbeidet ikke det enkelte tiltaket, men summen av de mange tiltak, og at en gir dem tid til å virke. Sykefraværet har hatt et høyt fokus i 2008. Det har vært jobbet med ulike tiltak, både i foretakene og regionalt. Samtlige helseforetak har deltatt i det regionale sykefraværsprosjektet, Prosjekt Arbeidsglede, der de langtidssykemeldte arbeidstakerne er i fokus. Evalueringen/ følgeforskningen vil avgjøre om metoden og målgruppen er effektiv for å redusere sykefraværet i Helse Nord.

For arbeidsrelaterte skader og ulykker i foretaksgruppen vises det til foretakenes egne årsberetninger.

9. Ligestilling

Helse Nord RHF

Frem til februar besto styret av 6 kvinner og 6 menn, fra mars til juni besto styret av 6 kvinner og 7 menn og fra juli har styret bestått av 7 kvinner og 6 menn. Ledergruppen har i 2008 bestått av 5 menn og 1 kvinne. Kvinneandelen av ansatte i Helse Nord RHF er 52,2 % og kvinneandelen i Helse Nord IKT er på 22,4 %. Samlet kvinneandel for Helse Nord RHF i 2008 har vært 31,1 %.

Helseforetaksgruppen

Av alle ansatte er 29,1 % menn, mot 27,1 % i 2007. I forhold til andel ansatte er kvinner fremdeles klart underrepresentert i lederstillinger på mellom- og toppnivå i helseforetakene. I ledelsesutviklingstiltakene som gjennomføres er det lagt særlig vekt på rekruttering av kvinnelige deltakere.

Ufrivillig deltid er en likestillingsutfordring. Nordlandssykehuset i 2008 gjennomførte en kartlegging av ufrivillig deltid. De andre HF-ene vil gjennomføre dette i 2009. Styret vil følge opp resultatene.



10. Ytre miljø

Helse Nord påvirker i liten grad det ytre miljø ut over det som er vanlig for slik virksomhet. Energiforbruket er knyttet til oppvarming, belysning, prosess og drift. Avfall håndteres i tråd med gjeldende krav.

I samsvar med oppdraget beskrevet i foretaksprotokollen, har Helse Nord sammen med landets øvrige RHF kartlagt etablerte miljø- og klimatiltak i vår tjeneste. I en felles rapport til Helse og omsorgsdepartementet er det beskrevet miljø- klimatiltak som er iverksatt innenfor de 4 miljøindikatorene i handlingsprogrammet "Grønn Stat": Avfall, energi, innkjøp og transport. Dessuten er det beskrevet hvordan ansvaret for miljø er organisert og hvilken kompetanse vi har på området.

Helse Nord samarbeider nå med de andre RHF-ene om å organisere den samlede innsatsen med miljø- og klimatiltak for på en slik måte å bidra til en helhetlig tilnærming til de nasjonale miljø- og klimamålene. Dette arbeidet vil være basert på rapporten om klima og miljø og vil fortsette i 2009.

De enkelte helseforetakene i Helse Nord har særskilte registre med datablad over farlige stoffer. Likeledes behandles energiforbruk, energiøkonomisering og avfallshåndtering i årsmeldingene fra foretakene. Gjennom innkjøpsprosessene legges det inn forutsetninger i anbudsgrunnlagene om mulig gjenvinning av brukt materiell og om miljøvennlig emballasje.

Energiforbruket øker fortsatt noe på grunn av noe større areal i form av nye bygg. Det foretas løpende utskifting og fornying av utstyr, elektriske anlegg og ventilasjon ved institusjonene som skal bidra til utflating av energibruken og på sikt redusere energiforbruket. Helse Nord gjennomfører også ombygginger og nybygg som vil redusere energibruken pr arealenhet.

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

11. Redegjørelse som gir grunnlag for å vurdere foretakets fremtidige utvikling

Helse Nord har pr. i dag et kostnadsnivå i forhold til aktivitet og tilgjengelige ressurser som er høyere enn det som er forsvarlig ut fra et økonomisk perspektiv på lang sikt. Etter at basisramme for 2009 er styrket, budsjetteres det med driftsmessig overskudd.

Helse Nord er avhengig av å oppnå overskudd i driften i årene fremover for å kunne fortsette utviklingen av tjenestetilbudet, fornye og utvikle sykehusene.

Den likvide situasjonen i 2009 vil bli noe bedre enn i 2008. Dette skyldes at eier, Helse- og omsorgsdepartementet, har bevilget penger til å dekke økte pensjonskostnader og fulgt opp konklusjonene i Magnussen utvalget ved å øke basisrammen ytterligere. Dette er også viktige bidrag fra eier til langsiktig finansiering av foretaksgruppens fremtidige investeringer. Helse Nord RHF er tildelt lån til delvis lånefinansiering av utbyggingen av trinn 2-5 på Nordlandssykehuset Bodø. For at Helse Nord skal klare å gjennomføre sin investeringsplan er det både nødvendig med ytterligere lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet og overskudd i fremtidig drift.

12. Helseforetakene

For ytterligere informasjon vises det til foretakenes egne årsberetninger.

13. Resultatdisponering

Styret foreslår følgende disponering av årsresultat for Helse Nord RHF:

Overført til fond for vurderingsforskjeller	+ kr 1 765 557
Overført til udekket tap	- kr 293 840 864

For foretaksgruppen var underskuddet kr 288 690 521.

Longyearbyen, 22. april 2009

Bjørn Kaldhol
Styreleder

Ann-Mari Jenssen
Styremedlem

Terje Olsen
Styremedlem

Inge Myrvoll
Styremedlem

Trygve Myrvang
Styremedlem

Kirsti Jacobsen
Styremedlem

Jens Munch-Ellingsen
Styremedlem

Kari B. Sandnes
Styremedlem

Inger Lise Strøm
Styremedlem

Line Miriam Haugan
Styremedlem

Tone Finnesen
Styremedlem

Kåre Simensen
Styremedlem

Lars Vorland
Adm. direktør

Resultatregnskap

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2007	2008	NOTE	DRIFTSINNTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2008	2007
7 259 116	8 254 733	3	Basisramme	8 254 733	7 259 115
1 892 843	2 011 738	3	Aktivitetsbasert inntekt	2 225 126	2 100 634
535 580	610 144	3	Annen driftsinntekt	785 513	668 657
9 687 539	10 876 615	2	Sum driftsinntekter	11 265 372	10 028 405
9 296 896	10 365 439	19	Kjøp av helsetjenester	1 320 574	1 212 719
1 005	15	4	Varekostnad	1 121 677	1 066 203
101 031	114 259	5/6	Lønn og annen personalkostnad	6 584 135	6 119 320
34 802	35 063	7	Ordinære avskrivninger	642 576	632 152
0	0	7	Nedskrivning	14 583	5 752
232 918	255 280	5	Annen driftskostnad	1 851 794	1 689 527
9 666 652	10 770 056		Sum driftskostnader	11 535 340	10 725 673
20 887	106 559		Driftsresultat	-269 968	-697 268
FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER					
81 323	113 273	21	Finansinntekt	39 539	22 629
-771 073	-450 025	8	Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	0	0
-55 342	-61 882	21	Annen finanskostnad	-58 262	-48 120
-745 092	-398 634		Netto finansresultat	-18 722	-25 491
-724 205	-292 075	13	ÅRSRESULTAT	-288 691	-722 759
OVERFØRINGER					
0	0	12	Overført fra strukturfond	0	114 697
-2 455	-1 766	12	Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	-1 617	-2 492
726 659	293 841	12	Overført til/fra annen egenkapital	290 308	610 554
724 205	292 075		Sum overføringer	288 691	722 759

Balanse pr. 31. desember

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2007	2008	NOTE	EIENDELER	2008	2007
Egenkapital					
Innskutt egenkapital					
100	100	12	Foretakskapital	100	100
0	0	12	Strukturfond	0	0
8 754 480	8 754 480	12	Annen innskutt egenkapital	7 943 906	7 943 906
8 754 580	8 754 580		Sum innskutt egenkapital	7 944 006	7 944 006
Opptjent egenkapital					
5 227	6 992	12	Fond for vurderingsforskjeller	6 993	5 376
-3 232 984	-3 526 825	12	Udekket tap	-2 698 761	-2 408 454
-3 227 758	-3 519 833		Sum opptjent egenkapital	-2 691 768	-2 403 078
5 526 822	5 234 747		Sum egenkapital	5 252 237	5 540 928
Gjeld					
Avsetning for forpliktelser					
20 091	22 851	6	Pensjonsforpliktelser	554 057	480 368
0	0	14	Andre avsetninger for forpliktelser	229 453	197 611
20 091	22 851		Sum avsetninger for forpliktelser	783 510	677 979
Annen langsiktig gjeld					
1 196 528	1 166 585	11	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	1 166 585	1 196 528
1 196 528	1 166 585		Sum annen langsiktig gjeld	1 166 585	1 196 528
Kortsiktig gjeld					
397 569	304 723		Driftskreditt	304 723	397 569
9 167	7 853		Skyldige offentlige avgifter	331 093	308 549
23 036	6 312	15	Gjeld til selskap i samme konsern	0	0
136 611	254 686	11	Annen kortsiktig gjeld	1 707 932	1 650 358
566 384	573 573		Sum kortsiktig gjeld	2 343 748	2 356 476
1 783 002	1 763 009		Sum gjeld	4 293 842	4 230 982
7 309 824	6 997 755		SUM EGENKAPITAL OG GJELD	9 546 079	9 771 910
2 922	482	22	Garantistillelser	482	2 922

Longyearbyen, 22. april 2009

Bjørn Kaldhol
Styreleder

Ann-Mari Jenssen
Styremedlem

Terje Olsen
Styremedlem

Inge Myrvoll
Styremedlem

Trygve Myrvang
Styremedlem

Kirsti Jacobsen
Styremedlem

Jens Munch-Ellingsen
Styremedlem

Kari B. Sandnes
Styremedlem

Inger Lise Strøm
Styremedlem

Line Miriam Haugan
Styremedlem

Tone Finnesen
Styremedlem

Kåre Simensen
Styremedlem

Lars H. Vorland
Adm.dir.

Balanse pr. 31. desember

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2007	2008	NOTE	EGENKAPTIAL OG GJELD	2008	2007
Anleggsmidler					
Immaterielle driftsmidler					
35 072	51 042	7	Immaterielle eiendeler	116 440	67 120
35 072	51 042		Sum immaterielle eiendeler	116 440	67 120
Varige driftsmidler					
1 683	1 359	7	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	6 659 517	7 024 292
71 879	64 460	7	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	967 133	1 039 185
0	0	7	Anlegg under utførelse	477 662	297 168
73 562	65 818		Sum varige driftsmidler	8 104 312	8 360 645
Finansielle anleggsmidler					
5 367 779	4 919 519	8	Investering i datterforetak, felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap	21 789	20 172
440 676	527 116	9/15	Andre finansielle anleggsmidler	210 504	186 429
85	95	6	Pensjonsmidler	382 839	427 650
5 808 540	5 446 731		Sum finansielle anleggsmidler	615 132	634 251
5 917 175	5 563 591		Sum anleggsmidler	8 835 885	9 062 016
Omløpsmidler					
0	0	4	Varer	154 149	148 854
Fordringer					
1 241 744	1 302 382	15	Fordringer på selskap i samme konsern	0	0
134 059	127 138	10	Fordringer	301 638	319 657
1 375 802	1 429 520		Sum fordringer	301 638	319 657
16 847	4 644	16	Bankinnskudd, kontanter o.l.	254 408	241 384
1 392 649	1 434 164		Sum omløpsmidler	710 195	709 895
7 309 824	6 997 755		SUM EIENDELER	9 546 079	9 771 910

Kontantstrømoppstilling

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2007	2008	NOTE	KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:	2008	2007
-724 205	-292 075	12	Årsresultat	-288 691	-722 759
34 802	35 063	7	Ordinære avskrivninger	642 576	632 152
	0	7	Nedskrivninger varige driftsmidler	14 583	5 752
			Forskjell mellom kostnadsført pensjon og		
3 113	2 750	6	inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	118 500	144 072
-62	-4		Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	-17 721	1 672
768 780	448 259		Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	-1 617	-2 329
-591 169	46 320	20	Endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld	124 684	-30 689
-508 741	240 313		Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	592 315	27 871
			KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
112	76		Innbetalinger ved salg av driftsmidler	26 073	1 324
-52 687	-43 361	7	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-469 727	-558 668
11 280	-86 160	9	Inn-/utbetalinger ved utlån		
			Inn-/utbetalinger ved salg/kjøp av		
-392	-280		finansielle eiendeler	-12 848	-23 534
-41 687	-129 725		Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-456 502	-580 878
			KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
			Innbetalinger ved opptak av		
206 430	63 139	11	ny langsiktig gjeld	63 139	206 430
			Utbetalinger ved nedbetaling av		
-26 069	-93 082	11	langsiktig gjeld	-93 082	-26 069
377 503	-92 846		Endring driftskreditt	-92 846	377 503
			Inn-/utbetalinger ved opptak/nedbetaling		
0	0		av øvrig kortsiktig gjeld	0	0
0	0		Endring foretaks kapital med kontanteffekt	0	0
557 864	-122 789		Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	-122 789	557 864
7 436	-12 201	1	Netto endring i likviditetsbeholdning	13 024	4 857
9 410	16 846	1	Likviditetsbeholdning pr 01.01.	241 384	236 527
16 846	4 644	1/15/16	Beholdning av bankinnskudd, kontanter o.l. pr 31.12.	254 408	241 384

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 2008. 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 salgspris 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.

Det følger av Helseforetakslovens § 31- 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets



muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser.

Alle beløp i resultat, balanse kontantstrøm og noter er oppgitt i 1 000 NOK hvis ikke annet er oppgitt.

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.

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. For bygninger blir det ved beregningen av årlige avskrivninger legges til grunn en dekomponering hvor de ulike bygningsdelene avskrives over forskjellig levetid. 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.

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, 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 gjennomsnittskostnad 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.

Omarbeidelse av sammenligningstall

I note 3 er det lagt inn en egen linje for øremerket tilskudd knyttet til ordningen "Raskere tilbake" og sammenligningstallene for 2007 er korrigert med dette.

I note 7 er anskaffelseskost pr 01.01.08 forskjellig fra tallene i regnskapet pr 31.12.07. Årsaken til dette er at det var feil beløp i regnskapet for Helse Finnmark HF i 2007 som er korrigert i 2008.

Note 2 Segmentinformasjon

Driftsinntekter pr virksomhetsområde (tabell 1)

	Foretaksgruppen	
	2008	2007
Somatiske tjenester	7 360 584	6 255 450
Psykisk helsevern	2 101 528	1 764 772
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	190 376	156 020
Annet	1 612 884	1 852 164
Sum driftsinntekter	11 265 372	10 028 405

Driftsinntekter fordelt på geografi

	Foretaksgruppen	
	2008	2007
Helse Nord RHF sitt opptaksområde	11 185 016	9 954 316
Resten av landet	62 517	58 963
Utlandet	17 839	15 127
Sum driftsinntekter	11 265 372	10 028 405

Note 3 Inntekter

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2008	2007	2008	2007
Basisramme				
Basisramme	8 254 733	7 259 116	8 254 733	7 259 115
Aktivitetsbasert inntekt				
Behandling av egne pasienter i egen region	1 610 141	1 355 974	1 616 649	1 355 953
Behandling av egne pasienter i andre regioner	119 637	114 201	113 129	114 201
Behandling av andre pasienter i egen region	12 635	18 234	43 836	53 207
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	269 325	332 082	239 101	358 263
Andre aktivitetsbaserte inntekter	0	72 351	212 411	219 008
Sum aktivitetsbasert inntekt	2 011 738	1 892 843	2 225 126	2 100 633
Annen driftsinntekt				
Øremerket tilskudd til psykisk helsevern	252 789	227 354	262 251	256 592
Øremerkede tilskudd til "raskere tilbake"	38 223	3 911	33 908	1 433
Øremerkede tilskudd til andre formål	45 477	52 040	55 850	87 861
Inntektsførte investeringstilskudd	0	0	421	942
Driftsinntekter apotekene 1)	0	0	75 795	87 256
Andre driftsinntekter	273 654	252 275	357 288	234 573
Sum annen driftsinntekt	610 144	535 580	785 513	668 657
Sum driftsinntekter	10 876 615	9 687 539	11 265 372	10 028 405

1) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotek Nord til foretak i Helse Nord eliminert. Totale driftsinntekter for Sykehusapotek Nord er kr 275 744 902 i 2008 og kr 264 744 277 i 2007.

Aktivitetstall

	Foretaksgruppen	
	2008	2007
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	112 351	110 946
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	107 576	105 866
Antall polikliniske konsultasjoner	438 486	415 593
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	284	252
Antall polikliniske konsultasjoner	89 539	75 656
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	5 797	5 481
Antall polikliniske konsultasjoner	105 050	97 773
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	706	406
Antall polikliniske konsultasjoner	10 853	7 086

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	31.12.2008	31.12.2007
Helse Finnmark HF	14 206	9 331
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	71 748	74 393
Nordlandssykehuset HF	39 511	36 197
Helgelandssykehuset HF	15 783	15 585
Sykehusapotek Nord HF	12 901	13 347
Helse Nord RHF	0	0
Sum	154 149	148 854

Varekostnad

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2008	2007	2008	2007
Kjøp av medisinsk forbruksmaterieell			746 395	692 258
Andre varekostnader	15	1 005	375 282	373 945
Sum varekostnad	15	1 005	1 121 677	1 066 203

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

Lønnskostnader mm.	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2008	2007	2008	2007
Lønninger	91 413	78 928	5 149 382	4 807 717
Arbeidsgiveravgift	6 631	5 725	318 900	316 759
Pensjonskostnader inkl arb avgift	15 160	12 298	1 004 841	899 021
Andre ytelser	4 965	4 082	119 371	100 394
Balanseført lønn egne ansatte	-3 910	0	-8 358	-4 571
Lønnskostnader	114 259	101 031	6 584 135	6 119 320

Gjennomsnittlig antall ansatte	199	180	12 943	13 815
Gjennomsnittlig antall årsverk	197	175	12 366	12 377

Godtgjørelser (i 1000 kroner)	Adm. direktør	Styret	Styreleder
Lønn	1 559	1 461	200
Ytelse til pensjonsforpliktelser	216		
Annen godtgjørelse	9		

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 fratruke, 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	
	2008	2007	2008	2007
Lovpålagt revisjon	200	80	1 425	1 349
Utvidet revisjon	858	878	1 224	989
Andre attestasjonstjenester	0	0	187	258
Skatte- og avgiftsrådgivning	0	0	0	10
Andre tjenester utenfor revisjon	24	0	44	41
Sum honorarer	1 082	958	2 881	2 647

Utvidet revisjon består av:

Tertialrevisjoner	777	411	777	411
Tilleggsfaktura merarbeid	81	466	447	578

Revisjonshonorar er inkludert merverdiavgift

Note 6 Pensjon

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31-12-08	31-12-07	Pensjonsforpliktelse	31-12-08	31-12-07
107 003	86 511	Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	12 220 358	11 032 681
-73 750	-58 442	Pensjonsmidler	-9 235 231	-8 458 531
33 253	28 069	Netto pensjonsforpliktelse	2 985 127	2 574 150
2 428	2 027	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	182 292	160 582
-12 926	-10 091	Ikke resultatført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-2 996 202	-2 682 014
22 756	20 006	Netto balanseført forpliktelse (-midler) inkl arbeidsgiveravgift	171 218	52 718
22 851	20 091	herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	554 057	480 368
-95	-85	herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	-382 839	-427 650
2008	2007	Spesifikasjon av pensjonskostnad	2008	2007
11 427	9 325	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	663 493	590 023
5 399	4 519	Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	628 392	569 347
16 826	13 844	Årets brutto pensjonskostnad	1 291 885	1 159 371
-3 625	-2 965	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-491 147	-442 957
501	393	Administrasjonskostnad	38 320	28 007
302	212	Resultatført estimatendring/-avvik	119 031	108 526
993	813	Arbeidsgiveravgift	51 945	46 075
164	0	Korreksjoner	-5 194	0
15 160	12 298	Årets netto pensjonskostnad	1 004 841	899 021
2008	2007	Økonomiske forutsetninger	2008	2007
5,30 %	5,50 %	Diskonteringsrente	5,30 %	5,50 %
5,60 %	5,75 %	Forventet avkastning på pensjonsmidler	5,60 %	5,75 %
20-60 %	20-60 %	Uttakstilbøyelighet AFP	20-60 %	20-60 %
4,50 %	4,50 %	Årlig lønnsregulering	4,50 %	4,50 %
4,25 %	4,25 %	Regulering av folketrygdens grunnbeløp	4,25 %	4,25 %
183	161	Antall aktive personer med i ordningen	12 485	12 435
28	19	Antall oppsatte personer med i ordningen	4 536	4 116
9	13	Antall pensjoner med i ordningen	5 817	5 495

Pensjonskostnaden for 2008 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2008 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2008. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2008 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2008. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenestepensjon.

Note 7 Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Helse Nord RHF

Immaterielle eiendeler

	FOU	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2008	-	84 081	5 777	89 858
Tilgang	-	3 809	26 233	30 042
Omklassifisering	-	-	-	-
Avgang	-	-	-	-
Fra anlegg under utførelse til...	-	2 841	(2 841)	-
Anskaffelseskost 31.12.2008	-	90 731	29 169	119 899
Akk avskrivninger 31.12.2008	-	68 857	-	68 857
Akk nedskrivninger 31.12.2008	-	-	-	-
Balanseført verdi 31.12.2008	-	21 874	29 169	51 042
Årets ordinære avskrivninger	-	14 072	-	14 072
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

5 år

Avskrivningsplan

lineær

Varige driftsmidler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2008	-	1 947	-	-	119 375	121 321
Tilgang	-	-	-	-	13 319	13 319
Omklassifisering	-	-	-	-	-	-
Avgang	-	-	-	-	360	360
Fra anlegg under utførelse til...	-	-	-	-	-	-
Anskaffelseskost 31.12.2008	-	1 947	-	-	132 334	134 281
Akk avskrivninger 31.12.2008	-	588	-	-	67 874	68 463
Akk nedskrivninger 31.12.2008	-	-	-	-	-	-
Balanseført verdi 31.12.2008	-	1 359	-	-	64 460	65 818
Årets ordinære avskrivninger	-	324	-	-	20 667	20 991
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, boliger og barnehager	Bygninger	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp		4 684		65
Variighet		Inntill 2013		Inntill 2009

Foretaksgruppen

Immaterielle eiendeler

	FOU	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2008	310	126 805	7 704	134 819
Tilgang	-	27 338	43 946	71 284
Omklassifisering	-	-	-	-
Avgang	-	781	-	781
Fra anlegg under utførelse til...	-	2 888	(2 888)	-
Anskaffelseskost 31.12.2008	310	156 250	48 762	205 322
Akk avskrivninger 31.12.2008	310	88 571	-	88 882
Akk nedskrivninger 31.12.2008	-	-	-	-
Balansført verdi 31.12.2008	-	67 679	48 762	116 440
Årets ordinære avskrivninger	-	21 964	-	21 964
Årets nedskrivninger	-	-	-	-
herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 1.1.2002	-	30	-	30
Balansførte lånekostnader	-	291	-	291
Levetid		5 år		
Avskrivningsplan		lineær		

Varige driftsmidler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2008	1 267 025	7 806 379	297 168	1 248 221	559 843	11 178 637
Tilgang	850	17 372	267 160	67 758	45 303	398 443
Omklassifisering	(798)	798	-	-	-	-
Avgang	15 875	-	-	101 618	40 428	157 921
Fra anlegg under utførelse til...	-	49 724	(86 666)	29 481	7 461	-
Anskaffelseskost 31.12.2008	1 251 202	7 874 274	477 662	1 243 843	572 179	11 419 159
Akk avskrivninger 31.12.2008	76 928	2 383 031	-	573 097	275 792	3 308 847
Akk nedskrivninger 31.12.2008	-	6 000	-	-	-	6 000
Balansført verdi 31.12.2008	1 174 274	5 485 244	477 662	670 745	296 387	8 104 312
Årets ordinære avskrivninger	3 753	407 073	-	130 855	78 932	620 613
Årets nedskrivninger	-	6 000	-	5 407	3 177	14 583
herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 1.1.2002	977	358 325	-	36 856	4 319	400 477
herav nedskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 1.1.2002	-	6 000	-	804	-	6 804
Balansførte lånekostnader	-	7 952	13 102	2 172	612	23 837
Levetider		Dekomponert	10-60 år	3-15 år	3-15 år	
Avskrivningsplan	lineær	lineær		lineær	lineær	

Helse Nord RHF har ingen finansielle leasingavtaler.

Utgifter knyttet til forskning og utvikling blir kostnadsført i perioden de påløper, og det er derfor ikke aktivert noen slike utgifter.

Leieavtaler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp	15 426	52 805	858	10 351
Varighet	Løpende	Intill 12 år	Inntill 5 år	Intill 5 år

For store deler at gruppene "tomter og boliger" og "bygninger" er det løpende kontrakter som gjelder til de blir sagt opp.

Note 8 Eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet (FKV) og tilknyttet selskap (TS)

Andeler i datterforetak	Hovedkontor	Eier- andeler	Stemme- andel	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets nedskrivning
Helse Finnmark HF	Hammerfest	100 %	100 %	399 708	399 708	-100 611	-100 611
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Tromsø	100 %	100 %	2 748 998	2 748 998	-207 417	-207 417
Nordlandssykehuset HF	Bodø	100 %	100 %	1 249 813	1 249 813	-110 163	-110 163
Helgelandssykehuset HF	Mo i Rana	100 %	100 %	498 366	498 366	-31 835	-31 835
Sykehusapotek Nord HF	Tromsø	100 %	100 %	1 250	17 741	3 385	0
Sum eierandeler i datterforetak				4 898 135	4 914 626	(446 641)	(450 025)

Andeler i FKV og TS	Hovedkontor	Eier- andeler	Stemme- andel	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Resultat- andel
Helseforetakenes Nasjonale							
Luftambulansetjeneste ANS	Bodø	20 %	20 %	7 225	36 124	1 177	235
Helseforetakenes Innkjøpsservice AS	Vadsø	20 %	20 %	1 065	5 327	637	127
Norsk Helsenett AS	Trondheim	20 %	20 %	13 093	65 467	7 014	1 403
Sum eierandeler i FKV og TS				21 384	106 918	8 828	1 766

Selskap eid av datterforetak i Helse Nord RHF

Selskap	Hovedkontor	Eier- andeler	Stemme- andel	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Resultat- andel
Lofoten Samdriftskjokken AS	Vestvågøy	50 %	50 %	18	37	-463	-232
Vefsn Samdriftskjokken AS	Vefsn	50 %	50 %	387	683	167	83
Sum eierandeler i selskap eid av datterforetak				405	719	(297)	(148)

Note 9 Andre finansielle anleggsmidler

Består av:	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2008	2007	2008	2007
TTO Nord AS			150	150
Lytix Biopharma AS				35
Norwegian safety promotion centre AS	165	165	165	165
Egenkapitalinnskudd KLP	571	291	209 889	185 779
Sum aksjer og andeler	736	456	210 204	186 129
Ansvarlig utlån til HINAS	300	300	300	300
Lån til Nordlandssykehuset HF	526 080	439 920		
Sum andre finansielle anleggsmidler	527 116	440 676	210 504	186 429

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.

Note 10 Fordringer og obligasjoner

Fordringer består av:

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2008	2007	2008	2007
Forskuddsbetalte kostnader	10 234	11 668	28 616	22 947
Kundefordringer	2 217	3 244	81 086	82 893
Andre kortsiktige fordringer	114 688	119 147	191 936	213 817
Sum	127 138	134 059	301 638	319 657

Note 11 Gjeld og obligasjoner

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

Helse Nord RHF har tatt opp lån hos Helse- og omsorgsdepartementet til finansiering av investeringer. Lånene er konvertert til langsiktig lån med en løpetid beregnet som et veid gjennomsnitt av den økonomiske levetiden til de enkelte investeringene. Pr 31.12.2008 er det tatt opp lån på kr 168.906.420,42 inkludert påløpte renter, som det ikke er fastsatt løpetid for. Løpetid kan ikke settes lengre enn 20 år.

Avdragsprofil langsiktige lån	Saldo 31.12.08	2009	2010	2011	2012	2013	2014-
Serielån v- 01	194 628	12 975	12 975	12 975	12 975	12 975	129 752
Serielån v- 02	42 046	7 008	7 008	7 008	7 008	7 008	7 008
Serielån v- 03	25 232	3 605	3 605	3 605	3 605	3 605	7 209
Serielån v- 04	513 921	28 551	28 551	28 551	28 551	28 551	371 165
Serielån v- 05	133 867	14 874	14 874	14 874	14 874	14 874	59 496
Serielån v- 06	87 984	4 399	4 399	4 399	4 399	4 399	65 988
Viderførte byggelån - ikke konvertert	168 906						168 906
Sum	1 166 585	71 412	71 412	71 412	71 412	71 412	809 525

Annen kortsiktig gjeld består av:

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2008	2007	2008	2007
Leverandørgjeld	64 536	22 471	381 500	454 784
Påløpt lønn	5 423	2 955	243 545	233 677
Feriepenger	9 857	8 605	594 740	555 920
Påløpte kostnader	45 462	30 618	207 329	138 150
Utbytte	0	0	0	0
Annen kortsiktig gjeld	129 407	71 962	280 819	267 827
Sum	254 686	136 611	1 707 932	1 650 358

Note 12 Egenkapital

Helse Nord RHF

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Udekket tap	Total egenkapital
Egenkapital 1.1.2008	100	8 754 480	5 227	-3 232 985	5 526 822
EK transaksjoner	0	0	0	0	0
Minoritetsinteresse	0	0	0	0	0
Årets resultat	0	0	1 766	-293 841	-292 075
Avvikling strukturfond	0	0	0	0	0
Egenkapital 31.12.2008	100	8 754 480	6 992	-3 526 826	5 234 746

Foretaksgruppen

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Udekket tap	Total egenkapital
Egenkapital 1.1.2008	100	7 943 906	5 376	-2 408 454	5 540 927
EK transaksjoner	0	0	0	0	0
Minoritetsinteresse	0	0	0	0	0
Årets resultat	0	0	1 617	-290 308	-288 691
Avvikling strukturfond	0	0	0	0	0
Egenkapital 31.12.2008	100	7 943 906	6 993	-2 698 762	5 252 237

Note 13 Eiers styringsmål

Forklaring av hvordan korrigert årsresultat fremkommer:	2008	2007	2002-2008
Årsresultat	288 691	722 759	3 517 922
Overføring fra strukturfond			-709 763
Korrigering for endrede levetider			-530 024
Korrigert resultat	288 691	722 759	2 278 135
Økte pensjonskostnader grunnet endrede økonomiske forutsetninger	-68 000	-325 000	-505 500
Resultat jf økonomisk krav fra HOD	220 691	397 759	1 772 635
Resultatkrav fra HOD jf foretaksmøter februar 2007	0	-135 000	
Avvik fra resultatkrav fra HOD	220 691	262 759	1 772 635

Som følge av bevilgningsøkningen i gjennom St.prp. nr. 1 (2007-2008) ble de regionale helseforetakene satt i stand til å opprettholde den fulle verdien av varige driftsmidler. For første gang ble det derfor stilt krav om et ordinært regnskapsmessig resultat i balanse i 2008 i foretaksmøtene i januar 2008. Imidlertid økte pensjonskostnadene for 2008 med om lag 3 800 mill. kroner for de regionale helseforetakene. Gjennom St.prp. nr. 59 (2007-2008) ble det bevilget 3 200 mill. kroner til dekning av denne kostnadsøkningen. De resterende 600 mill. kroner ble unntatt fra resultatkravet i foretaksmøter i juni 2008. For Helse Nord RHF innebar dette at 68 mill. kroner ble unntatt fra resultatkravet i 2008.

Note 14 Usikre forpliktelser og betingede eiendeler

Usikre forpliktelser

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

	Helse Nord RHF	Foretaksgruppen			Sum
	Klasse 1	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	
Avsetning 01.01	0	161 051	24 257	12 303	197 611
Årets opptjening	0	46 962	0	6 382	53 344
Årets uttak	0	-18 169	-181	-3 152	-21 503
Avsetning 31.12	0	189 844	24 076	15 532	229 453

Klasse 1

Beløpet gjelder permisjonsrettigheter for overleger. Avsetning er beregnet ut fra et forventet uttak på 100%. Avsetningen er beregnet for 727 overleger.

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.

Note 15 Mellomværende med selskap i samme foretaksgruppe

Fordringer	31.12.2008	31.12.2007
Helse Finnmark HF	438 987	342 144
UNN HF	269 568	339 384
Nordlandssykehuset HF	391 590	365 971
Helgelandssykehuset HF	202 171	194 227
Sykehusapotek Nord HF	65	18
Sum	1 302 381	1 241 744

Gjeld	31.12.2008	31.12.2007
Helse Finnmark HF	0	0
UNN HF	0	0
Nordlandssykehuset HF	0	0
Helgelandssykehuset HF	0	0
Sykehusapotek Nord HF	6 312	23 036
Sum	6 312	23 036

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.

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

Helse Nord RHF har gitt lån til Nordlandssykehuset HF til finansiering av investeringer.

Avdragstid er fastsatt til 20 år for alle lånene, hvorav låneopptak 2008 er gitt avdragsfrihet til og med 2012.

Avdragsprofil	Pr. 31.12.08	2009	2010	2011	2012	2013	2014-
Låneopptak 2006	168 480	9 360	9 360	9 360	9 360	9 360	121 680
Låneopptak 2006	237 600	13 200	13 200	13 200	13 200	13 200	171 600
Låneopptak 2008	70 000	0	0	0	0	3 500	66 500
Låneopptak 2008	50 000	0	0	0	0	2 500	47 500
Sum	526 080	22 560	22 560	22 560	22 560	28 560	407 280

Note 16 Bankinnskudd og bundne midler

Av totale bankinnskudd for Helse Nord RHF er kr 4 644 177 bundet til dekning av skyldig skattetrekk pr. 31.12.08.

Av totale bankinnskudd for foretaksgruppen er kr 240 534 166 bundet til dekning av skyldig skattetrekk pr. 31.12.08.

Note 17 Nærstående parter

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

Note 18 Universiteter og høyskolebruksrett

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.

Note 19 Kjøp av helsetjenester

Sum kjøp av helsetjenester består av følgende:

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2008	2007	2008	2007
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	5 651	0	304 946	238 825
Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	52 296	30 881	89 394	69 730
Kjøp fra utlandet somatikk	3 623	6 396	6 947	13 178
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	0	0	22 934	21 930
Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	3 882	0	15 602	8 613
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	0	0	7 510	2 351
Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	0	0	98 819	90 779
Sum gjestepasientkostnader	65 451	37 277	546 152	445 406
Innleie av vikarer	0	0	155 186	146 249
Kjøp av ambulansetjenester	0	0	55 859	122 919
Andre kjøp av helsetjenester	10 299 988	9 259 619	563 378	498 145
Sum kjøp av helsetjenester	10 365 439	9 296 896	1 320 574	1 212 719

Note 20 Sammenslåtte poster i kontantstrømoppstillingen

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2008	2007	2008	2007
Endring i varelager			-5 295	-3 641
Endring i fordring på selskap i samme konsern	-60 638	-542 563		
Endring i øvrige fordringer	6 921	-7 906	18 019	-30 740
Endring i skyldige offentlige avgifter	-1 314	1 704	22 544	-51 844
Endring i kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	-16 724	-104 408		
Endring i annen kortsiktig gjeld	118 075	62 831	57 574	42 059
Endring i avsetninger for forpliktelser		-826	31 842	13 477
Sum	46 320	-591 168	124 684	-30 689

Note 21 Finansinntekter og finanskostnader

Finansinntekt består av:

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2008	2007	2008	2007
Renteinntekter	111 508	78 869	26 527	19 149
Agio	0	0	2	9
Andre finansinntekter	0	0	167	979
Gevinst salg av aksjer	0	0	11 227	0
Resultatandel felleskontrollerte selskaper	1 766	2 455	1 617	2 492
Sum	113 273	81 323	39 539	22 629

Finanskostnad består av:

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2008	2007	2008	2007
Rentekostnader	61 828	55 139	62 595	54 113
Disagio	0	0	24	53
Andre finanskostnader	54	43	2 125	710
Aktivering av byggelånsrenter	0	0	-6 481	-6 699
Nedskrivning aksjer	0	160	0	160
Sum	61 882	55 342	58 262	48 338

Note 22 Garantiforpliktelser

Låntaker	Pr 31.12.08	Pr 31.12.07	Kreditor	Løpetid
Ambulansetjenesten Alta AS	0	1 105	Kommunalbanken AS	2008
Nordtrafikk Ambulanse Finnmark AS	0	357	Kommunalbanken AS	2008
Artic Ambulanse AS	0	334	Kommunalbanken AS	2008
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	482	1 126	Sparebanken Nord-Norge	2009
Totalt	482	2 922		



Statsautoriserte revisorer
Ernst & Young AS

Storgata 118, NO-9008 Tromsø
Postboks 1212, NO-9262 Tromsø

Foretaksregisteret: NO 976 389 387 MVA
Tlf.: +47 24 00 32 00
Fax: +47 77 64 14 63
www.ey.no

Medlemmer av Den norske Revisorforening

Til foretaksrådet i
Helse Nord RHF

Revisjonsberetning for 2008

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Nord RHF for regnskapsåret 2008, som viser et underskudd på kr 292 075 307 for Helse Nord RHF og et underskudd på kr 288 690 523 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 årsregnskapet. 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.

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 interne kontrollsystemer. Vi mener at vår revisjon gir et forsvarlig grunnlag for vår uttalelse.

Vi mener at

- årsregnskapet er avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av foretakets og konsernets økonomiske stilling 31. desember 2008 og av resultatet og kontantstrømmene i regnskapsåret i overensstemmelse med god regnskapsskikk i Norge
- ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foretakets 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.

Tromsø, 7. mai 2009
ERNST & YOUNG AS


John Giæver
statsautorisert revisor