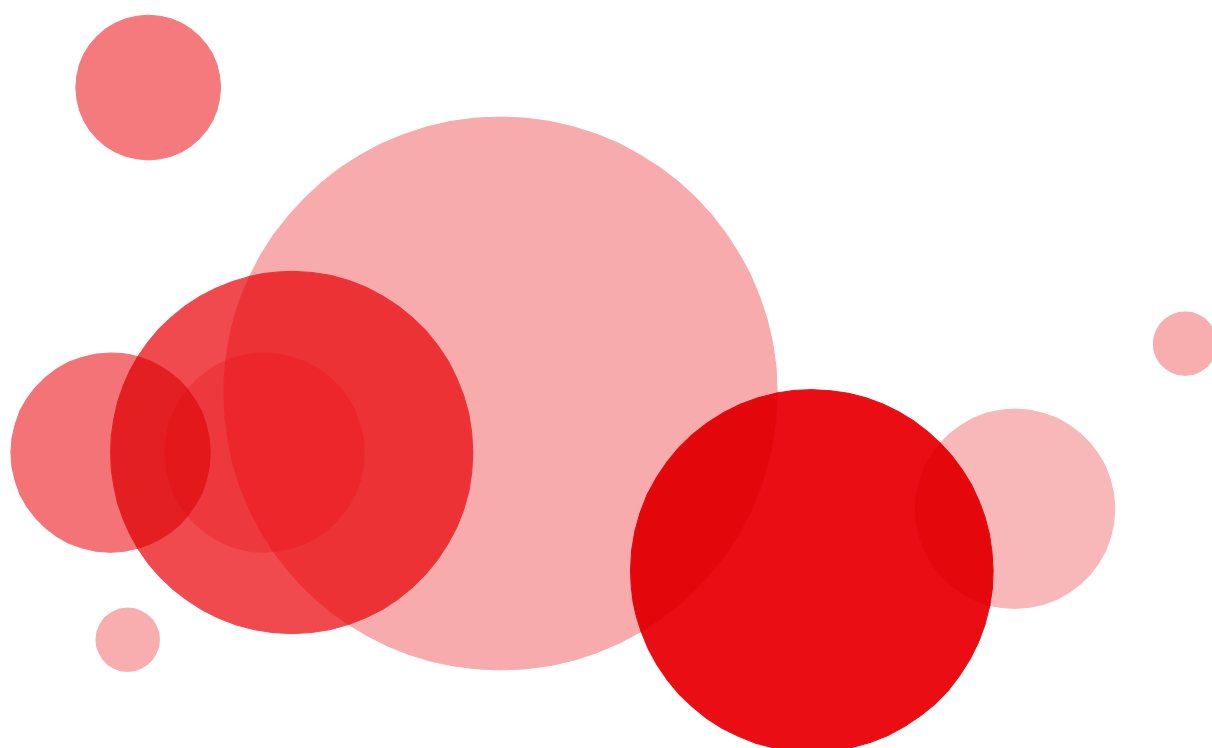


**Årlig melding 2015 for
Helse Nord RHF til Helse- og
omsorgsdepartementet**



Innhold

1. Innledning	3
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2015	4
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument	9
2.1 Pasientens helsetjeneste	9
2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet	13
2.3 Personell, utdanning og kompetanse	18
2.4 Forskning og innovasjon	20
3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015	21
3.1 Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere	21
3.2 Helseforetakenes kommunikasjon om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser	22
3.3 Samfunnskontrakt for flere læreplasser	22
4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet	23
4.1 Krav og rammer for 2015	23
4.2 Øvrige aktuelle saker i 2015	35
5. Styrets plandokument	35
6. Vedlegg	36
6.1 Tabellrapportering: Styringsparametre og rapporteringskrav 2015	36

1. Innledning

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

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

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

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

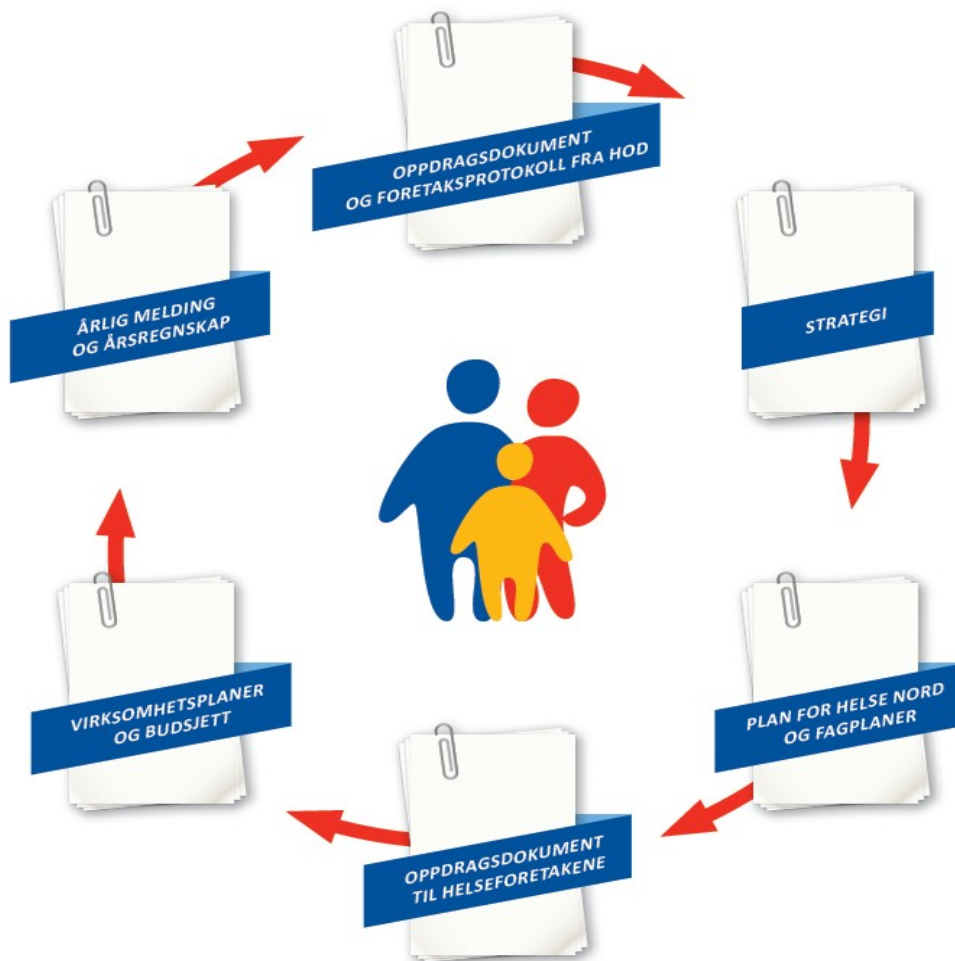
Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres ved planlegging, utredning, beslutning om og iverksetting av tjenestetilbud.

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

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

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

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



1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2015

Pasientsikkerhet

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

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

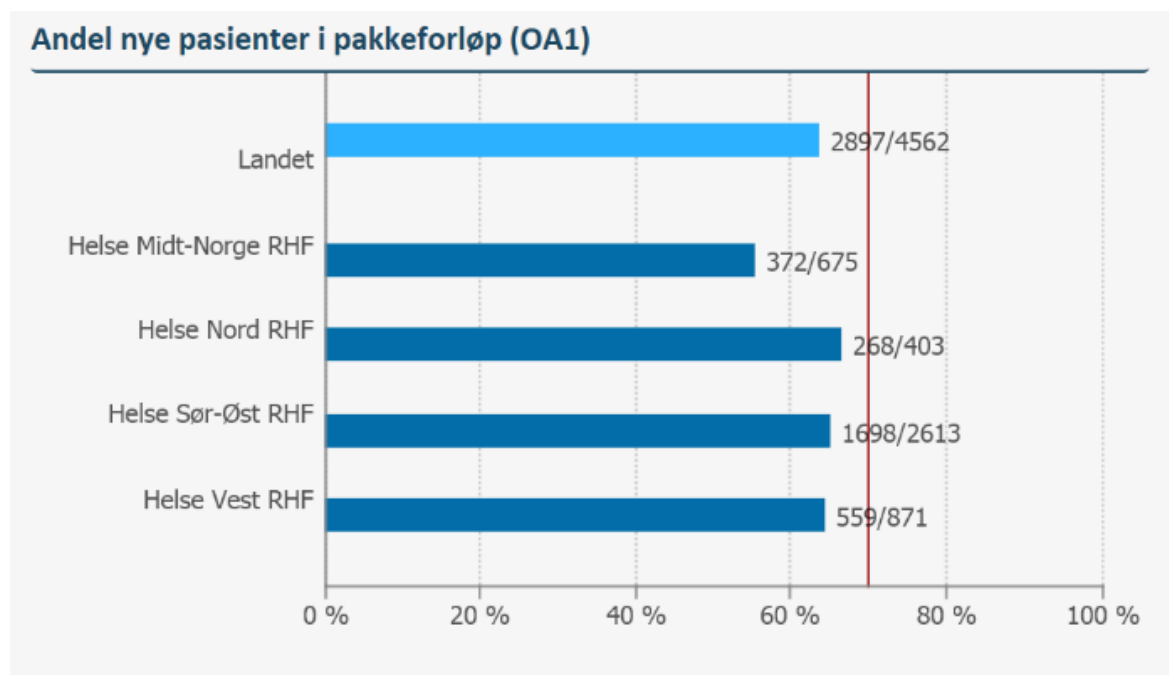
Traumekurset «Stø Kurs» er utviklet som et nettbasert kompetanseprogram for miljøpersonell og behandlere i psykisk helsevern. RVTS Nord¹, fikk oppdraget fra Helse Nord og Helsedirektoratet. Programmet er Helse Nord's satsning på kompetanseheving om traumer og traumeforståelse. Det har vært stor oppslutning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

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

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

Pakkeforløp kreft

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

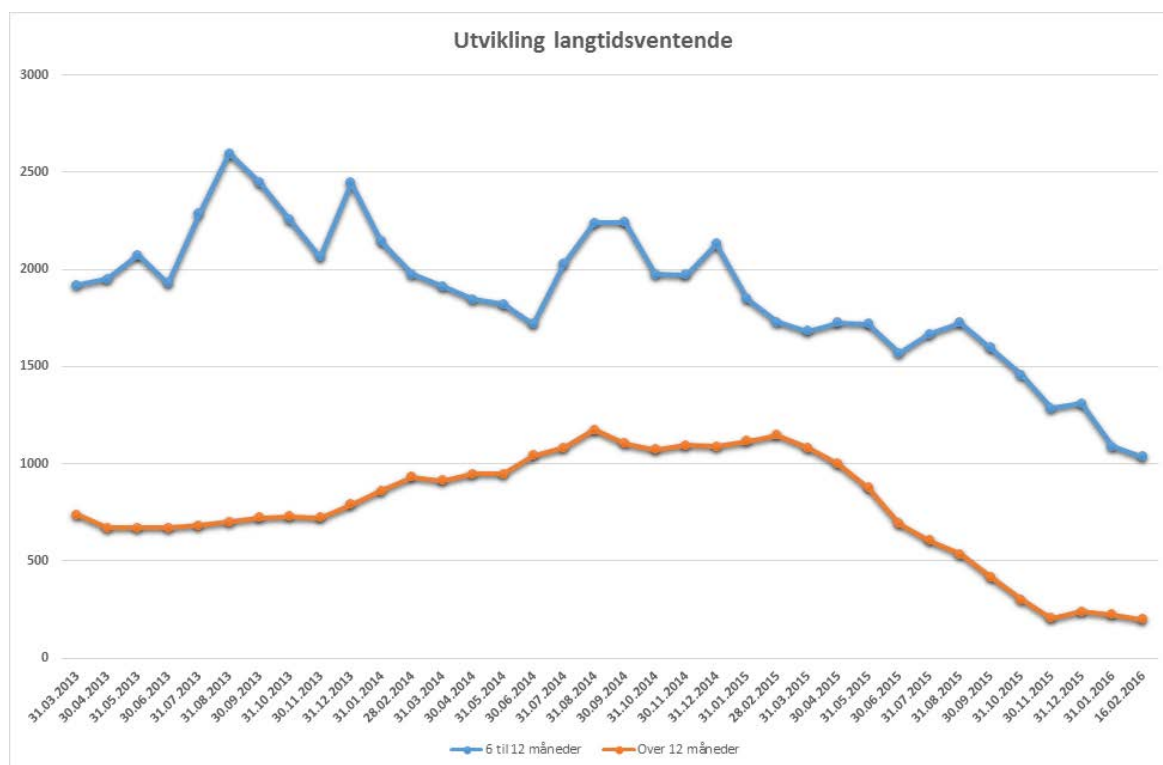


Kilde: NPR

¹ Regionalt ressurscenter om vold, traumatiske stress og selvmordsforebygging

Ventetider og fristbrudd

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



Kilde: Helse Nords ledelsesinformasjonssystem

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

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

Kvalitetsstrategi

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

- Gjennomføre minimum to kliniske fagvisjoner på tvers i regionen.

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

Forskning

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

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

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

Private helsetjenester

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

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

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

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

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

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

Flyktningestrømmen

I høstmånedene i 2015 kom det rundt 5000 flyktninger over grensen ved Storskog. Det var et krav om screening for tuberkulose før de skulle videre fra ankomstsenteret i Kirkenes.

² CFS-ME – Kronisk utmattelsessyndrom

Finnmarkssykehuset utvidet kapasiteten, og ansatte taklet utfordringene i samarbeid med helsetjenesten i kommunen, andre offentlige myndigheter og frivillige organisasjoner. Flyktingestrømmen viste oss i praksis at sykehus er beredskapsorganisasjoner, som har kompetanse, erfaring og dyktige medarbeidere som er rustet til å takle krevende hendelser.

Pasientreiser

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

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

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

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

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

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

Helsefaglæringer

Vi har de siste årene rekruttert færre lærlinger innen helsefag enn det vi ønsker. Med det behovet foretakene har for kompetanse i årene fremover, er det en utvikling som ikke kan fortsette. Gjennom prosjekt helsefaglæringer 2013-2016 har vi lyktes i å snu denne utviklingen. Dette har kommet tydelig frem i 2015. Gjennom tydelige inntaksmål og krav om en økning i antall læreplasser med 40 % årlig (fra 18 lærlinger tatt inn i 2012 til 30 lærlinger i 2015), ser vi i 2015 at vi går i riktig retning. Dette har vi fått til gjennom kompetansebygging i foretakene og regionalt samarbeid. Over 80 % fullførte i 2015 fagbrev.

Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

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

manuelt arbeid. Dette er et viktig forbedrings- og endringsarbeid som er krevende og som fortsetter i 2016.

Leder- og ledelsesutvikling

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

Styringsdata

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

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

Økonomi

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

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

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

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Pasientens helsetjeneste

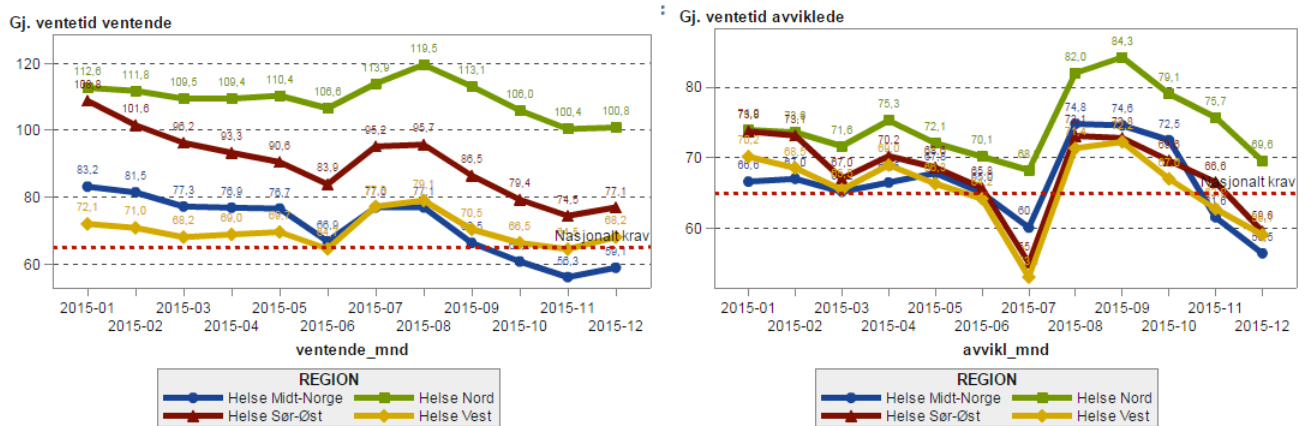
Mål 2015:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

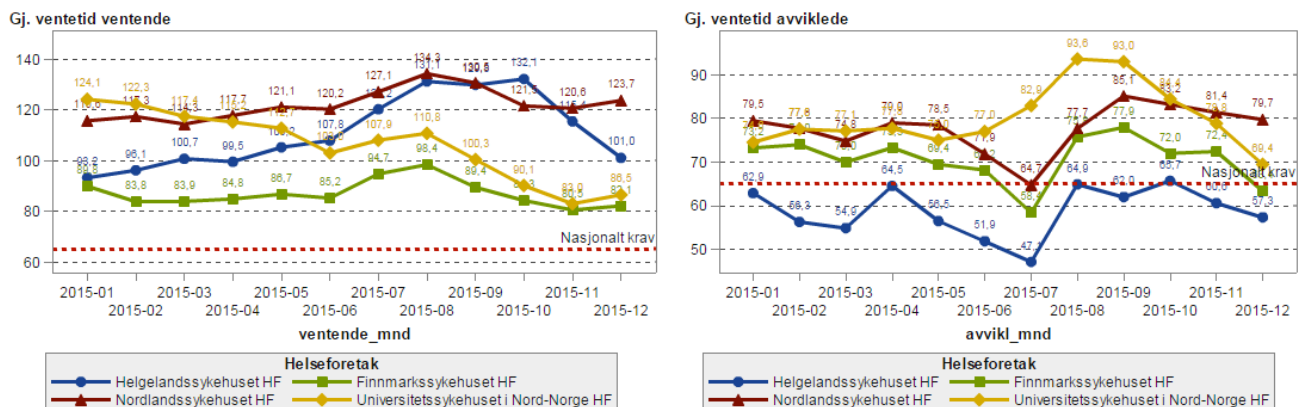
Helse Nord RHF har ikke nådd målet, og ligger vel fire dager over målet om gjennomsnittlige ventetid på 65 dager. Det har ikke vært noen klar forbedring fra 2014. Finnmarkssykehuset ligger tilnærmet på landsgjennomsnittet, mens Helgelandssykehuset ligger under målet i 2014. Nordlandssykehuset ligger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

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

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



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

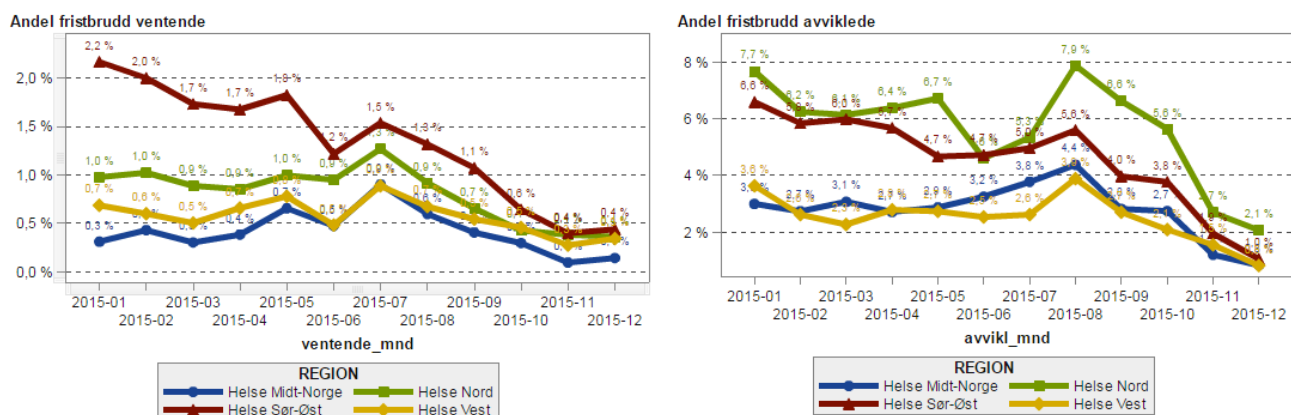


Figur 2: Utvikling av gjennomsnittlig ventetid for ventende og avviklede gjennom 2015 vist på helseforetaksnivå, Nordlandssykehuset kommer dårligst ut og har svakest forbedring gjennom 2015.

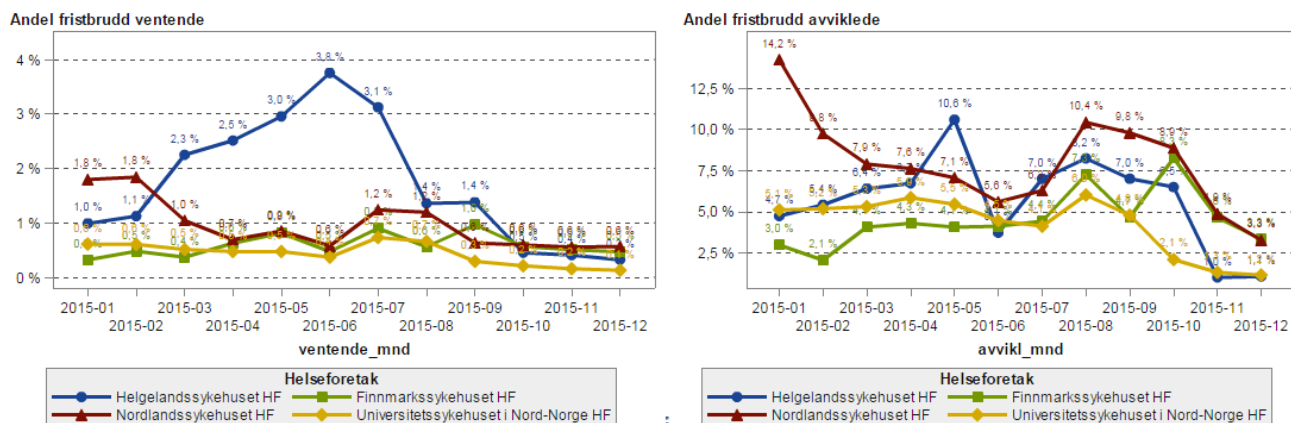
- Ingen fristbrudd.

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

enkler/ forbedret tilgang til styringsdata. Helgelandssykehuset oppgir det som utfordrende at en stor del av fristbruddene ikke er reelle, men skyldes at ventetidsperiodene ikke er avsluttet korrekt. Dette følges opp i helseforetaket.



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



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

- Etablert flere standardiserte pasientforløp iht. nasjonale retningslinjer.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.

⁴ MDT – Multidisiplinære team

Det er i varierende grad bruk av pasienterfaringer i helseforetakene. Alle deltar i PasOpp-undersøkelsene og bruker resultatene fra disse til forbedringsarbeid. Finnmarkssykehuset klinikk psykisk helsevern og rus har nettbrett ute i poliklinikkene med spørreundersøkelse. Ved Nordlandssykehuset har flere av de kliniske avdelingene undersøkelser, som blir presentert i avdelingenes kvalitetstavler. Ved UNN løser ordningen med PING-pasienttelefonen enkeltsaker og de har hatt ca. 300 henvendelser som registreres og følges opp klinikkvis. I Kreft-, kirurgi og kvinnehelseklinikken, Hjerte- og lungeklinikker og Psykiatrisk klinikk ved UNN benytter sengeposter og poliklinikker standardisert skjema i kortform fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. Resultatene summeres opp til den enkelte enhet i rapportform. Temaer som gir dårligst score er informasjon og om man er med bestemmende i behandlingen. Det gjøres årlige sammenligninger statistisk for å undersøke om tiltakene er virkningsfulle. Rapportene gjennomgås i klinikkenes KVAM⁵-utvalg, i klinikkenes lederteam samt er tilgjengelig i avdelingen for pasienter. I tillegg hentes det inn skriftlige pasienthistorier som benyttes til refleksjon over praksis der det er behov for tiltak.

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

2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2015:

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

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

⁵ Kvalitets- og arbeidsmiljøutvalg

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

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

Oversikten i tabell 1 er distribuert til helseforetakene og presentert for styret i Helse Nord RHF. På bakgrunn av denne oversikten ga Helse Nord RHF alle helseforetak høsten 2015 i oppdrag å lage en handlingsplan for hvordan innrapportering til de nasjonale kvalitetsregistrene skal optimaliseres. Tre av helseforetakene har på en tilfredsstillende måte redegjort for tiltak som forutsetts ivaretatt i 2016. Tilbakemeldingen fra Nordlandssykehuset gir så langt ikke samme forsikring om at nødvendige tiltak er på plass for å sikre en bedring i dekningsgrad.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁶ TSB – Tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet

⁷ DPS – Distriktpsikiatriske setre

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

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

- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre.

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

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

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

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

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

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

- Andel tvangsinnleggelse for helseregionen er redusert sammenliknet med 2014.

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

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

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

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

UNN og Finnmarkssykehuset har rutiner som sikrer god samhandling for pasienter som trenger samtidig oppfølging for somatiske og psykiatriske problemstillinger. Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har ikke etablert skriftlige rutiner for å sikre dette, men beskriver at de vurderer at det praktiske samarbeidet fungerer bra rundt enkeltpasienter.

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

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

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

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

Helgelandssykehuset viderefører sitt tilbud ved sykehuset i Mo i Rana. Nordlandssykehuset leier tjenester fra overgrepsmottaket i Salten, som også tar imot pasienter fra Lofoten og Vesterålen. UNNs overgrepsmottak i Harstad kan brukes av enkelte pasienter tilhørende Vesterålen. UNN leier tjenester fra kommunale overgrepsmottak i Tromsø og Harstad. Finnmarkssykehuset viderefører tilbudet ved Hammerfest sykehus, men vurderer mottak i de tre største byene i Finnmark fra 01.06.16.

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

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

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

2.3 Personell, utdanning og kompetanse

Mål 2015:

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

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

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

I forbindelse med ny legespesialiststruktur og implementering av fast ansettelse av leger i spesialisering, har Spekter helse, i samarbeid med helseforetakene, utarbeidet maler for nasjonal arbeidsavtale for stillingen som lege i spesialisering/legespesialist og samarbeidsavtaler mellom helseforetakene. Behov for og omfang av «ledige» stillinger for midlertidig tjenestegjøring for leger fra andre helseforetak og øvrige utdanningsinstitusjoner har vært vurdert, og knyttet til dimensjonering av stillinger ved gruppe-1-sykehusene. UNN har den forbindelse har foretatt en kartlegging av behov for utdanning av legespesialister, både på kort og lang sikt i eget foretak, samt en grovkartlegging i regionen forøvrig.

UNN har fått i oppgave å koordinere spesialistutdanningen på vegne av Helse Nord RHF. Første del av dette arbeidet har vært å etablere en regional funksjon med ansvar for koordinering av utdanningsløpene på tvers av helseforetakene i Helse Nord og med foretak i andre regioner. Regional koordinator er ansatt og starter opp 1. mars 2016. Medisinsk rådgiver (20 %) med ansvar for faglig

utvikling er under ansettelse. Ved hvert av de andre helseforetakene i Helse Nord er det tilsatt lokale koordinatorene for å ivareta forløpene for leger i spesialisering i eget foretak.

Det er etablert utdanningsstillinger i rus- og avhengighetsmedisin både ved Nordlandssykehuset og UNN. Ved Nordlandssykehuset er det to leger som tar sikte på å søke godkjenning innen 1.12.2016. UNN har ansatt tre leger i spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin. En LIS⁸ har startet sin utdanning, en starter 1. februar 2016 og siste kandidat starter i august 2016.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁸ LIS – Lege i spesialisering

⁹ OSO – Overordnet samarbeidsorgan

2.4 Forskning og innovasjon

Mål 2015:

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

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

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

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

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

Kravet er ikke fulgt opp. UNN melder at det ikke er etablert noe system for dette i dag, og at det er flere, eller andre, i UNN enn innkjøpsseksjonen som må ivareta oppgaven. UNN har leanet anskaffelsesforløpene/-rutinene og disse følger innkjøpsseksjonen ved gjennomføring av de enkelte anskaffelsene. Dersom det skal gjennomføres førkommersielle anskaffelser ved UNN, må behovene i en tidlig fase vurderes om de egner seg for førkommersielle anskaffelser.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1 Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere

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

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

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

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

Helgelandssykehuset har stabile blodgivere. Noen tiltak er iverksatt:

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

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

- Markedsføring via Facebook.

- GiBlod.no
- Bedre utnyttelse av registrerte blodgivere.
- Kortere tid fra registrering til første tapping.
- Nyrekruttering av tidligere ekskluderte blodgivere (for eksempel pga. allergi).
- Skal starte plasmaferese, og på den måten kunne benytte givere som ikke får gitt så ofte (AB og B-givere).
- Gi bedre service ved å etablere bedre telefoniløsning, slik at givene kommer raskt gjennom på telefon.
- Vurdere endret åpningstid og sted for tapping.
- Planlegger å bruke patient blood management, som skal bidra til riktigere og mindre bruk av blodprodukter.

3.2 Helseforetakenes kommunikasjon om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser

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

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

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

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

3.3 Samfunnskontrakt for flere læreplasser

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

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

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

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

4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

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

4.1 Krav og rammer for 2015

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Helse Nord RHF gjorde i 2015 en nyanskaffelse av radiologitjenester både for institutt og teleradiologi gjeldende fra 01.01.2016. Den nye anskaffelsen fikk utvidet behandlingsskapasitet og rammen ble økt med ca. 40 % sammenlignet med tidligere avtaler. Nytt i den nye avtalen for teleradiologi er at det er inkludert en opsjon på vaktjeneste for lokalsykehusene i Helse Nord.

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

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

¹⁰ OD – Oppdragsdokument fra HOD til regionale helseforetakene

1.1.2016.

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

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

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

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

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

Øvrige tiltak for å sikre bedre spesialisthelsetjenester

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

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

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

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

¹¹ KPP – Kostnad per pasient

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

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

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

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

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

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

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

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

Helse Nord RHF har styrket analyseenheten i Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) med to stillinger for videre utvikling av helseatlas. I 2015 publisert SKDE helseatlas hhv. for utvalgte dagkirurgiske prosedyrer og for spesialisthelsetjenester til barn i Norge. SKDE har utviklet kontakt med helseatlasarbeidet i Helse Førde, og utkast til en overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Vest RHF og Helse Nord RHF er utformet. Helsedirektoratet har kanalisert sitt bidrag gjennom opprettelsen av en styringsgruppe mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene om formidling av data fra Norsk Pasientregister.

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

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

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

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

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

- **Investeringer**

Generelt:

Investeringsbudsjettet for 2015 var på 2068 millioner kroner. I tillegg kommer ubrukt investeringsbudsjett fra 2014 og tidligere, på 378 millioner kroner. Det er gjennomført investeringer i 2015 på 1 851 millioner kroner inkludert egenkapitalinnskudd i Kommunal Landspensjonskasse.

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

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

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

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

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

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

Helse Nord RHF er aktivt med i arbeidet med å sikre større grad av standardisering av nye sykehusbygg ved erfaringsoverføring. Dette gjøres sammen øvrige RHF gjennom prioritering av oppgaver i kundeforum for Sykehusbygg HF som igjen behandler dette i sitt styre og godkjenner plan for gjennomføring. I Helse Nord driver vi i tillegg aktiv

kompetanseoverføring og overføring av gode løsninger mellom lokalsykehus under planlegging. Det er for eksempel gjort konkret mellom Vesterålen, Kirkenes og det planlagte sykehuset i Narvik. I tillegg er utbyggingsleder for Nordlandssykehuset med i styringsgruppen for Kirkenes og har med seg viktig erfaringsoverføring til byggeprosessen. Endelig er RHF representert med samme person i styringsgruppen for alle plan og utbyggingsprosjekter i regionen, blant annet for å passe på at kunnskap fra andre prosjekter i regionen, nasjonalt og internasjonalt, blir nyttiggjort.

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

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

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

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

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

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

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

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

¹² NAWSHAR-prosjekt – Anskaffelsesprosjekt for nye redningshelikoptre

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

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

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

- Låneopptak

Helse Nord har ikke inngått finansielle leieavtaler per 31.12.2015.

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

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

Styring av de regionale helseforetakenes felles eide selskaper

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

De regionale helseforetakene har etablert følgende felles eide selskaper:

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

- Sykehusinnkjøp HF – etablert i 2015 med hovedkontor i Vadsø

De regionale helseforetakene har i 2015 videreført et felles arbeid for videreutvikling av det interregionale samarbeidet når det gjelder organisering, styring og saksbehandling i forhold til de felles eide selskapene. Hovedhensikten med dette arbeidet har vært å finne gode løsninger for styring og å videreutvikle det som fungerer bra. Dette arbeidet munnet ut i en felles styresak fremmet for styrene i de regionale helseforetakene i november/desember 2015. Saken omhandlet drøftinger og prinsipper bl.a. innen følgende tema:

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

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

Etablering av Sykehusinnkjøp HF

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autentisering og autorisering:

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

Innsyn i pasientjournaler:

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

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

Prosedyrer for stikkprøver er i dag etablert ved helseforetakene. Etablere innsyn til tilgangslogger for pasienter vil bli pilotert våren 2016 med planlagt produksjonssetting desember 2016. Innføring av tjenesten vil foregå samtidig som pasientene får mulighet til elektronisk kommunikasjon med sykehusene. Når det gjelder statistisk logganalyse er nødvendige lisenser allerede anskaffet (2012)

og det regionale helseforetaket venter nå på etablering av produksjonsmiljø i regi av Norsk Helsenett SF.

Tjenestebasert adressering:

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

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

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

- Miljø- og klimaarbeid

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene:

Sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav.

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

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

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

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

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

Når det gjelder videreutvikling av miljøindikatorer legger vi til grunn ferdigstilt rapport fra delprosjekt klimaregnskap under hovedprosjektet Grønt sykehus. Rapporten beskriver krav til

styringssystem for måling og kontroll av miljøaspektene, samt gap mellom krav og dagens system. Det er også anbefalinger på hvordan gapet kan lukkes. Rapporten er nå til intern behandling.

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

- Beredskap

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

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

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2015

Ingen øvrige aktuelle saker i 2015 omtales.

5. Styrets plandokument

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

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

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

6. Vedlegg

6.1 Tabellrapportering: Styringsparametre og rapporteringskrav 2015

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

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

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel pasienter 18- 80 år innlagt med blodpropp i hjerne som har fått behandling med trombolyse	Helsedirektoratet	8,6	12,6	15,6	12,6	20 %	<p>Finnmarkssykehuset Alta nærsykehus vil få CT, og det kan bidra til å øke andelen pasienter som får tilbud om trombolyse.</p> <p>Helgelandssykehuset Helgelandssykehuset rapporterer en samlet andel på 16 % for perioden jan-august 2015. Andelen ved sykehuset i Mosjøen var på 11,5%, og var således noe under snittet for landet. (kilde hjerneslagsregistret). Det er igangsatt et internt kvalitetsforbedringsprosjekt for å bedre pasientforløpene for pasienter med hjerneslag.</p>	<p>Nasjonalt tall er samlet for 2015 14,6%</p> <p>Helse Nord RHF har en samlet andel for 2015 på 12,6%.</p> <p>Finnmarkssykehuset Finnmarkssykehuset har samlet en andel på 13 % for perioden jan-august 2015. Dette er ikke signifikant avvikende fra snittet for landet, men er godt stykke under målet om 20%. Klinikk Hammerfest har derimot nådd målet i 2. Tertial 2015, og har en andel på 25%. Finnmark resultater er preget av spredt bosetning i et stort fylke. Lange avstander gir utfordringer knyttet til tidsvinduet for utredning.</p> <p>Helgelandssykehuset Det er avvik mellom data som er registrert på helsenorge.no hvor samlet andel er 8,6% mot det Helgelandssykehuset selv har rapportert (16%)I sin redegjørelse for oppgir Helgelandssykehuset følgende</p> <p>Data i årlig melding er hentet fra Norsk Hjerneslagregister Dataene er manuelt kvalitetssikret av slagsykepleier/lege på den enkelte sykehusenhet, da frist for innlevering av data for 2015 til Norsk Hjerneslagregister er i etter frist for årlig melding</p>

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

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

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp for brystkreft, kolrektalkreft, lungekreft og prostatakreft.</i>	<i>Helsedirektoratet</i>			56,5	74,2	70 % ved årsslutt	Alle våre helseforetak har tilsatt kreftkoordinatorer og forløpsansvarlige. Dette bidrar til at pasientforløpene kvalitetssikres i henhold til de nasjonale veilederne. MDT- møter avholdes regelmessig. I tillegg er det to prostatasenter i regionen, og to brystdiagnostiske senter.	Helse Nord RHF har nådd målet med en andel på 74,2%. Måloppnåelsen anses å være god ved alle våre helseforetak. Pakkeforløp for prostata trekker ned prosentandelen både i første og andre tertial 2015, men for andre tertial. Snittet for Helse Nord RHF har en andel på 44%. Nordlandssykehuset har en andel på 24% og UNN har en andel på 38%. Finnmarkssykehuset har en andel på 85% og er godt over måloppnåelsen, mens Helgelandssykehuset også har nådd målet med en andel på 65%. Vi er klare over at vårt totale antall registrerte pasienter i pakkeforløp for prostatakreft (6,6%) er for lavt. Alle våre helseforetak går gjennom sine registreringsrutiner for å bedre resultatet.
<i>Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid for brystkreft, kolrektalkreft, lungekreft og prostatakreft.</i>	<i>Helsedirektoratet</i>			84,7	70,3	70 % ved årsslutt	Nordlandssykehuset oppgir at de har hatt utfordringer knyttet til kodepraksis for prostatakreft, og at de nå gjennomgår sine rutiner for å bedre registreringspraksis. Det har også vært forsinket oppstart med registrering innen enkelte forløp, slik at pakkeforløpskodene har blitt registrert etter at rapportene til NPR har blitt sendt. Dette gjelder spesielt prostatakreft. UNN HF oppgir at de fortløpende arbeider for å nå målet innenfor de kreftformene som de ikke når opp på i dag.	Samlet er målet nådd for Helse Nord RHF(70,3), men UNN HF (69,1) og Finnmarkssykehuset HF (66,7) ligger noe under målet, men over snittet for landet(61,6). I Finnmark er det små tall som gir store utslag, mens UNN og Nordlandssykehuset har utfordringer knyttet til pakkeforløp for prostata. Ikke alle pasienter med denne kreftypen skal inkluderes i pakkeforløp, og det har gitt utfordringer i kodearbeidet. Andelen for UNN HF i andre tertial var 28,6% mens andelen for Nordlandssykehuset HF var 20% for prostatakreft.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vedlegg til styresak Årlig melding 2015 for Helse Nord RHF til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:

Namik Resulbegovic 92615576

Sted/dato:

Bodø, 15.3.16

Orientering til styret i Helse Nord RHF om styringskrav fra Helse Nord RHF til HF-ene som ikke rapporteres til HOD

Pasientens helsetjeneste

- Sørge for at pasientene får direkte innkalling til time for undersøkelse/behandling i første svar på henvisningen.

Finnmarkssykehuset oppgir at kravet er innfridd. Helgelandssykehuset sier at kravet som hovedregel er innfridd ved alle poliklinikker og inntaksfunksjoner. DIPS-sammenslåingen i februar 2016 vil forbedre dette ytterligere ved at det er mulig å utnytte fleksibiliteten ved sykehusene optimalt. Nordlandssykehuset oppgir at de fleste avdelinger gjennomfører direkte innkalling, men at det fortsatt er enkelte avdelinger som ikke gjennomfører dette godt nok. Dette vil følges opp med de aktuelle klinikkene i oppfølgingsmøter. Nordlandssykehuset ser behov for en god rapport i DIPS hvor dette kan tas ut. Pasientene i UNN innkalles til time i første svar på henvisningen. Pasienter blir satt på time på dato innen 4 md. Etter 4 md. vil pasienten få timeanslag på en uke.

- Skal ha koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

I årlig melding for 2014 til Helse- og omsorgsdepartementet framkom det at Helse Nord har utfordringer på oppfølging av lovkrav om koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Vi valgte derfor å ta med kravet i oppdragsdokumentet til foretakene for 2015 for å sikre bedre oppfølging.

Dette kravet har bakgrunn i lov om spesialisthelsetjeneste § 2-5. Det framgår her at for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal det oppnevnes koordinator. Helseforetakene skal også ha en koordinerende enhet som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen.

Ved UNN er koordinatorordningen vel etablert. Alle pasienter innen psykisk helse har en fast koordinator. I Barne- og ungdomsklinikken (både somatisk og psykisk helse) er dette vel etablert. Ved rehabilitering har pasientene koordinatore i tverrfaglige team, og får oppnevnt lege som koordinator under innleggelse. Medisinsk klinikk har etablert et tverrfaglig sammensatt team som består av medlemmer både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. UNN har mål om at retningslinjer eller prosedyrer for oppnevning eller opplæring av koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige tjenester skal være på plass våren 2016.

Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har i 2015 etablert egne stillinger for koordinerende enhet for rehabilitering (KE). Finnmarkssykehuset er det eneste foretaket som p.t. ikke har etablert egen øremerket stilling for KE, men foretaket vurderer behovet blant annet som følge av tilsyn på foretakets koordinerende enhet fra Fylkesmannen i Finnmark.

- Sørge for et godt tilbud til CFS/ME pasienter.

Ved UNN gis tilbud om mestringskurs og polikliniske utredninger. Tilbudet ble i 2015 redusert pga. mangel på ressurser. Fra høst 2015 og videre i 2016 styrkes tilbudene i Tromsø gjennom øremerkede budsjettmidler til å iverksette regional handlingsplan for somatisk rehabilitering.

Helgelandssykehuset hadde i begynnelsen av 2015 utfordringer med legedekningen innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering, slik at det ble satt inntaksstopp for CFS/ME. Fra høsten 2015 fikk foretaket legespesialist på plass og er nå i gang igjen med tilbudet.

Barneavdelingen ved Nordlandssykehuset gjør tverrfaglige utredninger i samarbeid med psykiatrien ved mistanke om ME, eller tilstander som grenser mot dette. Disse pasientene følges opp tett i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Nordlandssykehuset har ikke egne tilbud for voksne.

Finnmarkssykehuset har ikke egne tilbud for pasienter med CFS/ME.

I avtalene med private rehabiliteringsinstitusjoner har Helse Nord RHF inngått egne tilbud for pasienter med CFS/ME. I de nye avtalene fra 1.1.2015 er det opprettet ett nytt tilbud ved Helgeland Rehabilitering i Sømna, i tillegg til Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad som også hadde tilbud til ME-pasienter i forrige avtaleperiode.

Generelt vurderes tilbudet til pasienter med CFS/ME å ha blitt forbedret blant annet gjennom øremerkede midler til fagplanen for rehabilitering. Tilbudene er sårbare, og må fortsatt ha oppmerksomhet. Dette gjelder ikke minst behandlingstilbudene for barn/unge og unge voksne.

- Sikre at pasientene har et nødvendig rehabiliterings-, habiliterings- og geriatritilbud.

Styret i Helse Nord RHF har i 2014 vedtatt regionale handlingsplaner for habilitering og for rehabilitering. Det ble med virkning fra 1.1.2015 inngått nye langsiktige avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner, hvor den økonomiske rammen ble økt. I budsjett 2015 ble det også avsatt øremerkede midler til foretakene for å iverksette tiltakene i handlingsplanene.

Helse Nord RHF har nylig utarbeidet en handlingsplan for geriatri, denne vil bli brukt som grunnlag til en ny handlingsplan som omfatter en bredere pasientgruppe eldre pasienter. Den reviderte planen vil bli utarbeidet i nært samarbeid med primærhelsetjenesten.

- Gjennomføre fagplaner i tråd med prioriteringer i Plan for Helse Nord 2015–2018.

Regionale fagplaner er utarbeidet for å sikre riktig kompetanse og kapasitet og utvikle lik faglig praksis basert på beste kunnskap. Fagplanene er basert på helsepolitiske føringer og prioriteringer. Alle våre helseforetak forsøker å følge opp føringene som ligger i de ulike fagplanene. Det er imidlertid fortsatt variabelt i hvor stor grad tiltak og anbefalinger er fulgt opp. Det ble gjennomført internrevisjon høsten 2015, hvor dette ble ytterligere aktualisert. Fagavdelingen vil i samarbeid med helseforetakene ha økt fokus på dette arbeidet videre fremover.

- Organisere et tilbud, slik at de som ønsker det kan få utført rituell omskjæring av gutter.

Helse Nord RHF har ikke lyktes i å etablere et slikt tilbud i regionen. Dette skyldes at fagmiljøene av ulike årsaker reserverer seg. Helse Nord RHF har inngått en avtale med St. Olavs hospital for å sikre at pasienter fra vår region får et tilbud.

- Tolkeprosjektet skal innføres med tertialvis statusoppdatering til Helse Nord RHF.

Finnmarkssykehuset oppgir at stillingen som ansvarlig for prosjektet er besatt og arbeidet er igangsatt. Tiltaksplan er utarbeidet og arbeidsgruppe og styringsgruppe er under etablering.

- Implementere regionalt kompetanseprogram for traumebehandling i samarbeid med RVTS.

Kompetanseprogrammet «Stø kurs» i regi av RVTS Nord er implementert i alle helseforetak i Helse Nord. Tilnærmet alle DPS i regionen har alt fra oppstart meldt opp medarbeidere til kompetanseprogrammet. Programmet har hatt meget god deltakelse fra ansatte i helseforetakene.

- Lokale planer for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern skal ferdigstilles.

I Helse Nord har alle helseforetak vedtatt eller er i ferd med å utarbeide plan for riktig og redusert bruk av tvang. Universitetssykehuset i Nord-Norge og Nordlandssykehuset har ferdigstilt sine planer og de er vedtatt av styre. Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset er i gang med utarbeidelse av sine planer.

- Rusbehandling skal integreres i psykisk helsevern på DPS-nivå.

I Helse Nord er rusbehandling integrert i psykisk helsevern på DPS-nivå i alle helseforetak.

- Overta ansvar for LAR i eget foretaksområde i 2015 (OBS: gjelder ikke for UNN.)

I Helse Nord har Nordlandssykehuset overtatt behandlingsansvar for sine LAR-pasienter. Finnmarkssykehuset overtok ansvaret fra 1. januar 2016. Helgelandssykehuset planlegger å overta noen av pasientene fra 1. mars 2016 og de resterende pasientene innen 1. juli 2016. Det er mangel på legespesialist som har forsinket overtakelsen for Helgelandssykehuset.

- Skal bidra med kompetanse ved overføringen av LAR-ansvaret til Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset. (UNN)

I forbindelse med at LAR-ansvar overtas av Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset, etableres et regionalt nettverk for LAR-ledere, leger og brukerorganisasjoner. UNN med kompetanse inn i dette nettverket slik at det sikrer en god overføring av ansvaret for LAR-pasientene.

- Gjennomføre vridning av poliklinisk aktivitet fra psykisk helsevern til TSB. (UNN)

Gjennom implementering av ny klinisk struktur og organisering ved UNN er det fra 2016 tilført ressurser fra psykisk helsevern til etablering av rusteam ved Sentrene for psykisk helsevern og rusbehandling i Sør-Troms, Midt-Troms og Nord-Troms

- Øke døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og ungdom. (UNN)

UNN har forberedt en utvidelse med to sengeplasser i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Tromsø. Disse døgnplassene skal etableres i løpet av 2016.

- Økt vekst i årsverk for leger og psykologer i forhold til høgskolepersonell. (UNN)

UNN har jobbet for økt vekst av psykologer og leger i poliklinisk og ambulante virksomhet innen psykisk helsevern. Rekrutteringssituasjonen for psykologer er utfordrende på enkelte enheter. I 2015 oppnådde de en økning i legeårsverk på 5 %. Liten endring i øvrige personellgrupper.

- Tilby pasienten tilgang til egen pasientinformasjon (journaldokumenter, timer, innsynslogg, etc.) i tråd med fremdriften i prosjektet «Pasientens tilgang til egen journal».

Åpnet 10. desember 2015 for samtlige foretak i Helse Nord. Timer, innsyn osv. kommer i 2016.

- Besvare 80 % av telefonhenvendelsene til pasientreiser innen 60 sekunder.

Kravet tas inn i langsiktige mål for 2016–2019 og ses i sammenheng med de store omorganiseringsprosesser som vil komme på pasientreisefeltet. Kravet er endret i henhold til de nasjonale målkravene på 80 % innen 90 sekunder for 2016. Helgeland og Nordlandssykehuset tilnærmet innfrir det nasjonale kravet. Kravet er ikke gjentatt i OD 2016.

- Operasjonalisering av resultat fra prosjektet felles regionale retningslinjer for kvalitetsforbedring på pasientreiseområdet.

På grunn av arbeidet med Mine Pasientreiser, og da i særlig grad arbeidet med fremtidsrettet organisering på pasientreiseområdet, er ikke dette arbeidet avsluttet. Revidert plan for å ferdigstille prosjektet er satt til 01.08.2016. Kravet er gjentatt i OD 2016.

- Saksbehandle reiseoppgjør innen 14 dager. For månedene juli og august er kravet 21 dager.

Med unntak av en liten topp på slutten av sommeren hvor Nordlandssykehuset var inne og bidro til å redusere UNN sin kø, leverer Nordlandssykehuset reiseoppgjørene innenfor kravet. Helgelandssykehuset har også i all hovedsak innfridd kravet. Ved målrettet innsats og innleie av ekstraressurser fikk UNN i slutten av august kontroll på reiseoppgjør behandlingen og leverte derfra og ut 2015 innenfor kravet. Finnmarkssykehuset leverte ikke innenfor kravet og hadde en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på ca. 17 dager.

Kvalitet og pasientsikkerhet

- Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.

Tiltakspakkene i Pasientsikkerhetsprogrammet kommer på plass i stadig flere enheter i sykehusene. Ved UNN, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset er det god framdrift i dette arbeidet. I Finnmarkssykehuset har man slitt med framdriften, men arbeidet er nå intensivert.

Det regionale prosjektet «SamStem – regional innføring av samstemming av legemiddellister» er gjennomført. I samarbeid med helseforetakene har Sykehusapotek Nord utarbeidet og implementert prosedyrer for samstemming av legemiddellister. Det gode samarbeidet som er utviklet videreføres ved regelmessige nettverksmøter for erfaringsutveksling.

En elektronisk løsning for å forenkle registreringer av aktuelle målinger knyttet til Pasientsikkerhetsprogrammet er enda ikke på plass i Helse Nord. Dette er utfordrende, spesielt ved mindre enheter der en person gjerne får ansvar for registreringen for flere tiltakspakker.

Resultater fra Pasientsikkerhetsarbeidet er nå innarbeidet i de månedlige virksomhetsrapportene til Helse Nord RHF.

- Tiltaket «Innføring av generisk ordinerings» skal gjennomføres i samarbeid med Sykehusapotek Nord.

Helgelandssykehuset innførte generisk ordinerings 16. november 2016, og Nordlandssykehuset innførte generisk ordinerings 15. februar. Prosjektet har hatt god involvering fra klinikkene, og opplæring av superbrukere ble foretatt i desember 2015. Innføring i 2015 ble noe forsinket grunnet HOS trinn 2. I UNN og Finnmarkssykehuset er generisk ordinerings er planlagt, men noe forsinket grunnet forsinkelse i trykking av nye kurver. Dette vil bli iverksatt i løpet av februar 2016.

Smittevern

- NOIS-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften.

Komplette resultater for 2015 foreligger ikke enda. Elektroniske løsninger for NOIS-registreringer er mangelfulle i Helse Nord. Dette gjør registreringsarbeidet tungvint og tidkrevende. Resultatene kan ikke alltid leveres til Folkehelseinstituttet innen de

lovpålagte tidsfrister. Tillegg i Oppdragsdokument 2016: Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine infeksjonstall for hvert tertial til Helse Nord RHF.

- Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus skal implementeres og etterleves.

Retningslinjene er gjort kjent for ansatte. Når elektronisk kurve er på plass, vil det bli mulig å få oversikt over om disse retningslinjene etterleves. Ved internrevisjon og ved smittevernvisitter observeres brudd på retningslinjene. Et kontinuerlig fokus og ledelsesengasjement er nødvendig for å øke etterlevelsen av disse retningslinjene.

- Alle ansatte i Helse Nord skal gjennomføre e-læringskurs i håndhygiene.

E-læringskurset i håndhygiene er obligatorisk for alle ansatte, og mange ansatte har gjennomført kurset. Ledelsens oppmerksomhet på dette tiltaket er fortsatt nødvendig for å øke gjennomføringsgraden.

- Alle sykehus skal rapportere antibiotikaforbruk årlig, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

Ved UNN og ved Finnmarkssykehuset gjøres dette ved deres årlige «Pest eller kolera»-rapporter.

Forskning og innovasjon

- Det skal etableres rutiner for formidling og implementering av forskningsresultater.

Helseforetakene har etablert ulike rutiner her. Alle er bevisst på formidlingsansvaret. Noen fokuserer på ledelsesfokus som viktig for å få etablert og gjennomført rutiner. Flere foretak formidler forskningen aktivt på intranett, i norske tidsskrift og ute i allmennheten (kronikker, forskningsarrangement m.m.). UNN har hatt rutinemessig presentasjon av et prosjekt/en forsker på nett hver måned første halvår.

Det er potensiale for bedre rutiner og tiltak for implementeringen av forskningsresultatene, i alle foretak. Nordlandssykehuset peker på viktigheten av klinikkene og ledelsesfokus her, i arbeidet med implementering av forskning i foretaket.

- Data fra kvalitetsregistrene skal nyttiggjøres til forskningsformål. Flere forskningsprosjekter må realiseres med bruk av data fra nasjonale kvalitetsregistre.

Dette målet er ikke nådd. Det foregår slik forskning ved UNN og Nordlandssykehuset, men de to foretakene har ikke oversikt over dette, og har ikke jobbet aktivt med å få realisert mer forskning på data fra kvalitetsregistrene. Et par av foretakene våre har startet med å gjøre seg mer kjent med mulighetene.

Personell, utdanning og kompetanse

- Bidra til å oppfylle partenes avtale om fast tilsetting av leger i spesialisering.

Helse Nord har etablert en regional organisering på lik linje med de øvrige helseregioner for å koordinere og samkjøre tilsetting og utdanning av leger i spesialisering. Foretakene har selv ansvar for å lyse ut stillinger innenfor den spesialitet det er behov for. Dernest koordineres utdanningsløpet i og utenfor regionen med foretak som har gruppe 1 tjeneste. Regionalt utdanningskontor ved UNN har ansvaret for å koordinere gruppe 1 tjeneste i hele regionen. Det er videre i samarbeid med arbeidsgiverforeningen Spekter utarbeidet maler som regulerer tilsettingsforholdet og samarbeid mellom foretak.

Helseforetakene har innfridd avtalen om fast tilsetting av leger i spesialisering fra og med 1.7.2015.

- Sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, med spesielt fokus på behovet for operasjonssykepleiere, radiologer og intensivsykepleiere.

Helse Nord har gjennom hele 2015 deltatt i et interregionalt arbeid med utvikling av nasjonal bemanningsmodell. Dette er et felles verktøy for å ha oversikt eller å kunne fremskrive oversikt gitt ulike kriterier (modifiserende faktorer). Modellen viser behov og utvikling innen alle spesialiteter og yrkesgrupper i foretakene. Foretakene har som følge av overgang fra stipend til lønn for sykepleiere under videreutdanning aktivt lyst ut og rekruttert til videreutdanning innen operasjon og intensiv. I tillegg er det opprettet flere utdanningsstillinger innenfor ABIOK i Finnmark. Ved UNN er det for Kull 2013 og Kull 2015 opprettet en egen avtale med UiT, Norges arktiske universitet, Helsefakultetet, om et økt antall studieplasser (8 ekstra) for operasjonssykepleie. Antall uteksaminerte spesialsykepleiere innen anestesi-, barne-, intensiv-, kreft- og operasjonssykepleie doblet seg i perioden 2010 (30) til 2015 (68).

Som følge av at leger i spesialisering fikk fast tilsetting fra 01.07.15, har foretakene i langt større grad enn tidligere fått definere behov for spesialiteter, og tilsatt iht. foretakets behov. Mangelen på ferdige spesialister i Norge og resten av Skandinavia gjør at man er blitt avhengig av å utdanne egne radiologer, og legge til rette for at de blir i landsdelen. Tromsø har i flere år vært rammet av lekkasje til de større sykehusene i sør. Rekruttering av LIS-er må derfor i størst mulig grad skje blant søkere med tilknytning til landsdelen. Helgelandssykehuset har rekruttert to radiologer gjennom

rekrutteringsbyrå. Nordlandssykehuset har fått 3 nye radiologer etter ekstra innsats. De søker om godkjenning som gruppe 1 sykehus innen radiologi, noe som gir forventninger om bedre rekruttering. For spesialiteter som mangler på kort sikt har man i 2015 hatt et utviklingsprosjekt i regionen for rekruttering fra utlandet. Nordlandssykehuset har deltatt i dette arbeidet som pilot, og har fått inn leger fra Spania til Bodø og Vesterålen. I tillegg har Helse Nord jobbet med en regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering.

- Innfri pålagt antall praksis og turnusplasser med god kvalitet.

Helseforetakene innfrir måltall for praksis og turnusplasser. UNN og Finnmarkssykehuset rapporterer om forbedringsarbeid for nye praksisformer og praksisinhold. UNN har jobbet systematisk for å fremme praksisnær undervisning, nye samarbeidsformer og nye samarbeidsarenaer. UNN har i 2015 videreutviklet Ferdighets- og simuleringssenteret (FOSS) i Harstad og Tromsø som læringsarena.

- Utvikle og implementere tiltak i Strategi for leder- og ledelsesutvikling i Helse Nord.

Det har i 2015 vært arbeidet spesielt med to deler av strategien. Finnmarkssykehuset har deltatt, og etter hvert vært med å lede et prosjekt i regi av Nasjonal ledelsesutvikling, kalt Ledermobilisering. Dette handler om å kartlegge potensiell ledere og forberede/motivere dem til å lederstillinger. Det er også et mål å få opp en base med lederkandidater i eget foretak.

Ledermobilisering dekker i stor del fase 1 i Strategi for leder- og ledelsesutvikling. Innenfor lederstøtte har Helse Nord RHF ledet et arbeid i regionen med å utvikle Helse Nord's lederhåndbok. Dette er et verktøy som skal være til støtte for ledere som oppslagsverk og prosesstøtte. Videre er lederhåndboka et tydelig uttrykk for hvilke forventninger foretakene og Helse Nord stiller til sine ledere. Foretakene har utviklet og gjennomført lederopplæring primært for enhetsledere/1. linjeledere. Nordlandssykehuset har utarbeidet en rekrutteringsstrategi der utvelgelse og innfasing av ledere inngår som del av denne, og de har utviklet introduksjonsprogram for ledere basert på e-læring.

- Ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging i løpet av 2015 (Finnmarkssykehuset). Ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging for hele helseforetaket (Nordlandssykehuset).

Helseforetakene fikk i tillegg til foretaksspesifikke krav i Oppdragsdokument 2015 en tydeliggjøring av kravene gjennom Tilleggsdokument til OD 2015 fra HOD. Her fikk foretakene i oppdrag å etablere minimum 6 måneders planleggingshorisont innen 31.12.15. Å ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging innebærer en helt annen måte å planlegge tjenesten på. Dette tar tid å legge om. Alle foretak er godt i gang med

dette, og har fått dette oppdraget også i 2016. Det er videre behov for å få på plass noen tekniske løsninger. Disse har vist seg å være mer kompliserte å få til enn først antatt. Helse Nord jobber med dette sammen med Helse Nord IKT og systemleverandører.

Nordlandssykehuset har startet implementering med utvalgte legegrupper. Målsettingene i Nordlandssykehuset har vært opplæring og informasjon, tilpasning av arbeidsplaner og bruk av GAT.

Finnmarkssykehuset skal ansette prosjektleder for implementering av ABP og forventer oppstart i løpet av våren 2016.

Samhandling

- Vurdere å etablere kliniske samarbeidsutvalg (KSU) i regi av OSO i de enkelte helseforetaksområdene, for å styrke samhandlingen på klinisk nivå (inkludert fastlegene).

KSU er en etablert samarbeidsform i samhandlingsreformen. Overordnet samarbeidsorgan (OSO) vurderer i ulike sammenhenger etablering av KSU-er og mandat for disse. Dette gjøres også for samhandling på klinisk nivå.

Ved UNN består KSU foruten klinisk nivå fra kommune og spesialisthelsetjeneste også av brukerrepresentanter og tillitsvalgt, samt fastleger der det er naturlig. OSO har vedtatt rutiner for kostnadsdeling knyttet til drift av KSU-ene. Det er til enhver tid flere ulike KSU-er i arbeid.

Ved Helgelandssykehuset har det vært nødvendig å endre sammensetningen av OSO. Nytt OSO hadde sitt første møte 3 september 2015. Etablerte KSU er vil derfor fortsette det påbegynte arbeidet i 2016. Praksiskoordinator/ konsulenter (fastleger ansatt i sykehuset) og spesialister i Helgelandssykehuset gjennomfører minimum 1 dialogmøte/ fagmøte årlig i hver region (Nord-, Sør-, Indre- og Ytre Helgeland)

Finnmarkssykehuset: OSO har etablert to KSU-er i 2015: en om sykestuer og en om kreftforløp. I 2015 ble det vedtatt i OSO at det skal iverksettes et KSU-prosjekt (klinisk samarbeidsutvalg) tilknyttet behandlingsforløp for ROP-pasienter.

- Bistå i å utvikle kommunenes kompetansebehov som følger av Samhandlingsreformen. Rapporten «Kompetanseutfordringer som følger av samhandlingsreformen» skal legges til grunn for det videre arbeidet.

Det er etablert en felles møteplass; Nordnorsk samarbeidsorgan for helseutdanning hvor UNN deltar og sitter i arbeidsutvalget. UIT v/Helsefak har fått fast representasjon i OSO med møte- og talerett, på lik linje med KS og Fylkeslegen.

Nordlandssykehuset driver et omfattende samarbeid med kommunene om kompetanseutvikling for ulike personellgrupper i kommunene. Regelmessige fagdager for leger i Lofoten og Vesterålen er etablert, Salten er i startfasen. Hospitering for sykepleiere er jevnlig tiltak. Ulike kurs- og kompetansegivende undervisning gjennomføres og kan eksemplifiseres med KOLS, palliasjon, dialyse og sårbehandling. I tillegg har implementering av elektronisk varsling (PLO) medført opplæring i kommunene. Årlige erfaringsmøter (vår og høst) har også undervisnings- og kompetansebygging som tema.

Ved Helgelandssykehuset gjennomfører praksiskoordinator (primærlege i deltidsstilling i foretaket) 4–6 møteserier pr. år. Formålet er kompetanseoverføring, og undervisningen skal også bidra til at endringer og etablering av fagtilbud i Helgelandssykehuset gjøres kjent blant primærlegene. Det gis opplæring til personell i kommunen som skal følge opp pasienter med spesielle behov/behandling som før overflytting til kommunen.

Ved Finnmarkssykehuset er det gjennomført eget prosjekt etter at OSO opprettet arbeidsgruppe med dette som tema. Rapport er slutført og er behandlet i OSO. Arbeidsgruppen ga konkrete anbefalinger knyttet til rekruttering, stabilisering samt relatert til kultur- og språkkompetanse.

- Skal, der det er relevant, invitere kommuner og brukerrepresentanter inn i pasientforløpsprosjekter.

Nordlandssykehuset har i 2015 hatt svært lav aktivitet i forhold til pasientforløpsprosjekter, men har fokus på å involvere både kommuner og brukerrepresentanter. Ett av prosjektene som har vært i 2015 er utvikling av henvisningsrutiner mellom BUPA og Bodø kommune, og dette prosjektet var det Bodø kommune som ledet.

Ved UNN har kommuner og brukere vært representert i pasientforløpsprosjekter innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. Brukerrepresentant har deltatt i arbeidet med å revidere Hjerneslagsforløpet i 2015.

Ved Helgelandssykehuset deltar brukerrepresentanter i økende grad i pasientforløpsprosjekter. Prosjekter der brukerrepresentant og eller kommunene/ spesialisthelsetjenesten bidrar: Etablering av Distriktsmedisinsk senter på Sør-Helgeland (somatisk poliklinikk, samarbeid med DPS), og kliniske samarbeidsutvalg, utvalg knyttet til rehabilitering og kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Ved Finnmarkssykehuset har brukerrepresentanter deltatt i to av de gjennomførte prosjekter i 2015; kompetanseheving samt pågående arbeidsgruppe som arbeider med pasientforløp for kreftpasienter.

- Prinsippene i styresak 70-2002 IKT- strategi i Helse Nord skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Helseforetakene skal ikke gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som kan true de ambisjoner som er beskrevet rundt realisering av FIKS. Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt.

Dette er ett løpende styringskrav og representerer således rammer for helseforetakene.

- Innen utgangen av 2. tertial skal helseforetakene utarbeide en plan for å realisere gevinster/effekter av FIKS-prosjektet. Planen skal vise de viktigste gevinstområder, konkrete tiltak som er nødvendig for å realisere gevinsten, samt tidsfrist og hvem som er ansvarlig for å hente ut gevinstene.

Det er planlagt egen tematime og styresak om dette i styremøte i april 2016.

- Skal etablere arena med faste møter for samhandling med avtalespesialistene. Helse Nord RHF vil fasilitere etableringen av møtearenaene.

Helse Nord RHF arrangerte to møter i 2015 mellom avtalespesialister og HF-ene, et i Tromsø og et i Bodø. Temaet for møtene var samhandling om ventelister og pasientstrømmer. I Tromsø stilte UNN HF med avdelingsleder fra samhandlingsseksjonen og på møtet i Bodø var Nordlandssykehuset representert ved medisinsk direktør. Deltakelse fra avtalespesialistene var god på møtet i Tromsø, mens møtet i Bodø hadde en noe lavere oppslutning. Møtene og temaene ble godt mottatt og alle parter ønsket dette velkommen. Avtalespesialistene fremmet at de i tillegg ønsket seg et faglig samarbeid med HF-ene.

- Etablere et godt samarbeid med avtalespesialistene i sine nedslagsfelt for å sikre gode pasientforløp, slik at den samlede kapasiteten blir utnyttet optimalt.

Det pågår et arbeid nasjonalt med å lage en veileder/mal for å etablere samarbeidsavtaler mellom HF og avtalespesialister. Denne ventes å være klar i løpet av mars 2016. I etterkant vil Helse Nord RHF fasilitere et møte mellom Øyeavdelingen på UNN og avtalespesialistene på Øye i Troms og Finnmark. Dette er ment å være en pilot for å høste erfaringer for etablering av tilsvarende samarbeid mellom andre faggrupper og våre HF i sine respektive regioner.

Helgelandssykehuset er på eget initiativ i gang med å formalisere et samarbeid mellom dem og avtalespesialistene på Helgeland.

Bygg og eiendomsforvaltning

- Bidra til å utvikle en helhetlig vedlikeholdsstrategi som et ledd i rullering av Plan for Helse Nord 2016–2019.

Vedlikeholdsetterslep er anslått til en verdi av i underkant av 3 milliarder kroner.

Om lag halvparten av vedlikeholdsbehovet løses gjennom investeringsprogrammet. Det er behov for å øke budsjettene for årlig vedlikehold, både for å ta igjen akkumulert behov, og for å sikre verdiene i de nye byggene.

Erfaringer fra andre steder kan vise potensial for arealeffektivisering gjennom å få på plass felles normer og retningslinjer for etablering og utvikling av areal. Nytt klassifikasjonssystem for arealbruk var planlagt tatt i bruk innen utgangen av 2015, men er forsinket til første halvår 2016. Dette vil gi oss faktagrunnlag for bedre analyser.

Felles tilstandsanalyse for alle foretak ble gjennomført høsten 2015 med ferdig sluttrapport ved årsskiftet 2015/16 og vil i 2016 bli et viktig element i rullering av Plan for Helse Nord 2017-2020.

Helse Nord startet høsten 2015 en utredning om husleiemodell for å vise behovet for ressurser til eiendomsdrift og vedlikehold.

Alle disse elementene vil bli viktige elementer i en felles vedlikeholdsstrategi som blir oppdatert i forbindelse med rullering av plandokumentet.

Innkjøp

- Innen 31.03.15 tilpasse lokal innkjøpsstrategi i samsvar med regional og nasjonal innkjøpsstrategi. Følge opp Helse Nord's forpliktelser ved å delta i utforming og følge opp handlingsplan for etisk handel.

Felles for foretakene er at det foreligger ikke egne innkjøpsstrategier, men den regionale strategiplanen samt den nasjonale (HINAS) handlingsplanen ligger til grunn for den anskaffelsesvirksomhet som pågår og de planer som foretakene har. Det gjennomføres fellesregionale anskaffelser både i regi av RHF-et samt av HF-ene.

Som en del av medlemskap i Initiativ for etisk handel har regionen et felles fokus på etisk handel og rapporterer inn aktivitet på området til IEH i fellesskap.

- Bidra til å utarbeide en regional plan for medisinteknisk utstyr (MTU) som skal være grunnlaget for regionale og nasjonale MTU-anskaffelser.

Samtlige foretak har meldt inn sine planlagte MTU-anskaffelser til Helse Nord RHF. Basert på tilbakemelding om at det jobbes med kategorisering av MTU som på sikt vil være grunnlag for MTU investeringer samt regional og nasjonal samordning, ansees denne oversikten ikke å være komplett. Regional plan for MTU anskaffelser i tråd med gjeldende investeringsplan vil uansett baseres på innmeldte planer.

- Innfri målkrav i bølge 2 om 1 mrd. i samlet omsetning gjennom innkjøps- og logistikksystemet Clockwork der anslagsvis nøkkel er: UNN (50 %), Nordlandssykehuset (30 %), Helgelandssykehuset (10 %) og Finnmarkssykehuset (10 %). Innen 31.03.15 skal det legges fram en tiltaksplan for hvordan dette målet skal nås. Samtidig skal tilsvarende plan for 2014 være evaluert.

Ingen av foretakene har verken nådd målsetningen eller kommet vesentlig lengre enn tilsvarende målsetning for 2014. Bakgrunnen for dette synes å være at systemet ikke er tilfredsstillende implementert utover innkjøps- og logistikkmiljøet ved foretakene. Nordlandssykehuset viser til funksjonalitet i fagsystem som tar av potensialet, UNN adresserer konkrete systemtekniske utfordringer knyttet til utrulling av systemet mens Finnmarkssykehuset viser til at innstramning av alternativene bør vurderes.

- Sikre at alle utviklings- og endringsprosjekter knyttet til IKT godkjennes av Helse Nord RHF før de settes i gang. Helse Nord IKT som tjenesteleverandør skal tidlig trekkes inn i prosjektene. Utviklingskontrakter som inngås skal sikre at alle helseforetak i Helse Nord kan benytte resultatene.

Fortsatt rapporteres en del prosjekter noe sent inn til Helse Nord RHF. Men disse fanges i større grad opp nå enn tidligere.

Helse, klima-miljø og sikkerhet

- Anbefalingene fra delrapporten ”Bygg og miljø” i det nasjonale klima- og miljøprosjektet skal følges opp, herunder arbeide kontinuerlig med å finne bedre energiløsninger ved ENØK-tiltak og ved å planlegge nybygg etter strengeste energikrav.

Ved alle nybygg i Helse Nord planlegges de strengeste miljøkrav. Helseforetakene er i full gang med ENØK-prosjekter som vil gi vesentlig effekter på energiforbruket. I 2012 ble godkjent et regionalt ENØK-prosjekt med ENOVA tilskudd tilsvarende energimål på 41 256 570 kwt/år. Prosjektet er nå forlenget ut 2017.

- Følge opp resultatene av medarbeiderundersøkelsen (MU) på en systematisk måte og gi ledere nødvendig støtte til oppfølgingsarbeidet, samt bidra til å utvikle MU-konseptet og forberede gjennomføring av MU i 2016.

Status er at foretakene i stor grad har fulgt opp resultatene fra MU 2014 på en god måte. Oppfølgingen kan forsterkes gjennom å etterspørre arbeidet i linjen. HR-miljøene ved foretakene har gitt nødvendig støtte til ledere, både gjennom aktiv oppsøking og tilgjengelighet ved forespørsler.

Alle foretakene har deltatt aktivt i MU forvaltningsforum, herunder i arbeidet med forberedelsene til gjennomføring i 2016. Forumets hovedoppgaver er planlegging, gjennomføring og oppfølging av MU.

Det er konkrete gjennomføringsmål knyttet til oppfølgingsarbeidet. Målene understøtter hovedformålet til MU.

Før MU ble det gjennomført planleggingsmøter med alle klinikkene samt informasjonsmøter og lederopplæring i MU. Ca. 190 ledere, verneombud og tillitsvalgte deltok på opplæringen. Etter gjennomføring ble det gitt individuell lederstøtte på flere måter: Bistand til rapportkjøring. Veiledning og rådgiving i MU-oppfølging i egen enhet. Lederstøtte og større oppdrag i forbindelse med oppfølging etter MU.

Rapportering i dialogavtalen, egne kartlegginger og etterspørsel etter bistand viser betydelig og gjennomgående oppfølgingsaktivitet etter MU i hele UNN. Oppfølgingen vurderes å variere noe i omfang og kvalitet. Oppfølging etter MU er evaluert og behandlet i AMU der det er etablert konkrete tiltak for å sikre enda bedre oppfølging ved neste gjennomføring.

Helseforetakene bidrar i Regionalt forvaltningsforum for MU og i arbeidet med å samkjøre MU og PSKU nasjonalt. MU-gjennomføring ligger i foretakets planer for 2016, men vi avventer regional avklaring på gjennomføring i 2016.

Medarbeiderundersøkelsen er gjennomgått på alle nivå og i egne avdelingsledermøter, og så videreført med presentasjon og gjennomgang innenfor hver av seksjonene. I disse møtene ble satsingsområder definert og lagt inn i handlingsplan, og det gjenstår litt individuell oppfølging på grunn av mangelfull gjennomføring av utviklingssamtaler.

Medisinsk klinikk har jobbet systematisk med MU fra direktør ledersamling i mars 2015 og utover året. Alle seksjoner har gjennomgått sin MU og utarbeidet tiltak.

Beredskap

- Gjennomføre risikovurderinger som danner grunnlaget for sykehusenes legemiddelberedskap, inkl. forsyningsikkerhet.

Ingen av helseforetakene har i 2015 gjennomført ROS-analyse for legemiddelberedskap og forsyningsikkerhet. Helseforetakene ønsker å gjøre en felles ROS-analyse i Helse Nord; bl.a. for å se dette i sammenheng med rapport om nasjonal legemiddelberedskap som ble utarbeidet i 2015.

Alle helseforetakene har gjennomgått ulike deler av legemiddelberedskapen; bl.a. lister over legemidler og lagerhold. Sykehusapoteket har bistått UNN og Finnmarkssykehuset i å gjennomføre risikovurderinger.

- Inngå avtale mellom helseforetak og Sykehusapotek Nord som klargjør Sykehusapotek Nord's rolle og ansvar for helseforetakets legemiddelberedskap.

Beredskap inngår som en del av Sykehusapotek Nord's samarbeidsavtaler med UNN og Nordlandssykehuset. Det har ikke blitt inngått nye avtaler i 2015 som konkretiserer Sykehusapotek Nord's ansvar og roller i forbindelse med beredskap. Sykehusapotek Nord vil i 2016 følge dette opp med alle helseforetakene.

- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse på kritisk infrastruktur. Gjennomføres for vann og strøm hver for seg.

Noen foretak har allerede gjennomført ROS analyser for vann og strøm. Helse Nord har satt dette på sakskartet for alle HF i 2016 og arbeidet koordineres og forankres i Eiendomsforum i Helse Nord.

- Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 01.06.15. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik skal være lukket innen 31.12.15.

Styrelederne i Helse Nord RHF og på foretaksnivå er i slutten av 2015 orientert skriftlig om status på helseforetaksnivå rundt informasjonssikkerhet. Området er fortsatt ikke ivaretatt godt nok av helseforetakene og Helse Nord RHF har derfor lagt opp til en tett rapportering fra foretakene for 2016 i tråd med innholdet i brev.

- Skal delta i arbeidet med å utforme en nasjonal strategi for legemiddelberedskap.

Helse Nord RHF og Sykehusapotek Nord har deltatt i dette arbeidet.

- Skal bistå det regionale helseforetaket og helseforetakene i regionen med å gjennomføre tiltak anbefalt i ny strategi for legemiddelberedskap.

Sykehusapotek Nord bistår hele tiden helseforetakene med å bedre legemiddelberedskapen i Helse Nord. Dette gjøres blant annet gjennom samarbeid med de øvrige sykehusapotekforetakene og grossist for å sikre tilgang til kritiske legemidler og for å i størst mulig grad forebygge mangelsituasjoner.

STYRETS BERETNING 2015 HELSE NORD RHF

1. Opplysninger om arten av virksomheten og hvor virksomheten drives

Helse Nord RHF ble stiftet 17. august 2001. Helse Nord RHF har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nordland, Troms, Finnmark og på Svalbard. Den tjenesteytende virksomheten er organisert i fem helseforetak heleid av Helse Nord RHF. Helse Nord RHF har hovedkontor i Bodø. Foretaket er 100 % eid av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

2. Redegjørelse for forutsetningen om fortsatt drift

I årsregnskapet er forutsetningen om fortsatt drift lagt til grunn, da det er styrets oppfatning at det er grunnlag for dette. Det vises i denne forbindelse til helseforetakslovens § 5.

3. Virksomheten i 2015 – styrets hovedstrategier og viktigste tiltak

Helse Nord's oppdragsdokument 2015 har følgende mål:

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

I behandlingen av oppdragsdokumentet 2015 ble det særlig lagt vekt på vekt på:

- Pasienter som venter unødvendig lenge på behandling skal gjennom samarbeid med andre helseforetak eller private aktører gis tilbud, der det er ledig kapasitet.
- Regional kreftplan 2014–2021 og øvrige regionale fagplaner for Helse Nord skal følges opp.
- I HODs oppdragsdokument til Helse Nord RHF er det forutsatt at tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk.

I tillegg til den helhetlige styringen og oppfølgingen av helseforetakene som styret foretar gjennom vedtak av oppdragsdokumenter, budsjett, regnskapsrapporter og tertialrapporter, har styret i Helse Nord RHF behandlet en rekke store saker i 2015.

- Åpning av Pingvinen pasienthotellet i Tromsø
- Arbeidet med innføring av elektronisk kurve i Helse Nord er startet

- Vedtatt plan for Helse Nord 2016–2019, med rullering av investeringsplan 2016–2023. Hovedmål er å oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet og bedre samhandlingen med kommunehelsetjenesten samt sikre helhetlige pasientforløp
- Forbedring av innkjøpsfunksjonen med etablering av Sykehusinnkjøp HF,
- Vedtatt mandat for idéfaseprosjekt Helgelandssykehuset 2025
- Vedtatt ny kvalitetsstrategi for Helse Nord 2016–2020
- Ny strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord RHF 2016–2020 blir vedtatt
- Startet arbeidet med medikamentfritt behandlingstilbud i psykisk helsevern
- Planlegging av forbedret spesialisthelsetjenestetilbudet i Vest-Finnmark – Alta nærsykehus
- Fortsatt moderniserings og renovering av Nordlandssykehuset i Bodø.
- Grønn beredskap iverksatt i forhold til den økte flyktningestrømmen
- Bygging av PET-senter og A-fløya ved UNN Tromsø, modernisering og utbygging av Nordlandssykehuset Bodø og nybygg Finnmarkssykehuset Kirkenes er i tråd med plan og forutsetninger
- Felles Innføring av Kliniske Systemer (FIKS) er i tråd med plan og forutsetninger
- Anskaffelser og organisering av pasientreiser
- Styring av de regionale helseforetakenes felleseide selskaper

Medarbeidernes store innsats har gitt innbyggerne i Nord-Norge et enda bedre helsetjenestetilbud i 2015 og sikret grunnlaget for at Helse Nord skal kunne gjennomføre hardt tiltrengte investeringer i bygg, utstyr og IKT.

4. Pasientbehandling i helseforetaksgruppen

Pasientsikkerhet

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

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

Traumekurset «Stø Kurs» er utviklet som et nettbasert kompetanseprogram for miljøpersonell og behandlere i psykisk helsevern. På oppdrag fra Helse Nord og

Helsedirektoratet, lanserte RVTS Nord¹ et omfattende, nasjonalt opplæringsprogram kalt «Stø Kurs» om psykiske traumer. Programmet er Helse Nord's satsning på kompetanseheving om traumer og traumeforståelse. Det har vært stor oppslutning om kurset fra vårt helsepersonell. RVTS Nord har i 2015 startet kursing av traumeveiledere fra Kirkenes i nord til Brønnøysund i sør. Helseforetakene har fulgt opp med utdanning av ansatte, som for eksempel utdanningsprogram i relasjonstraumer ved Salten DPS.

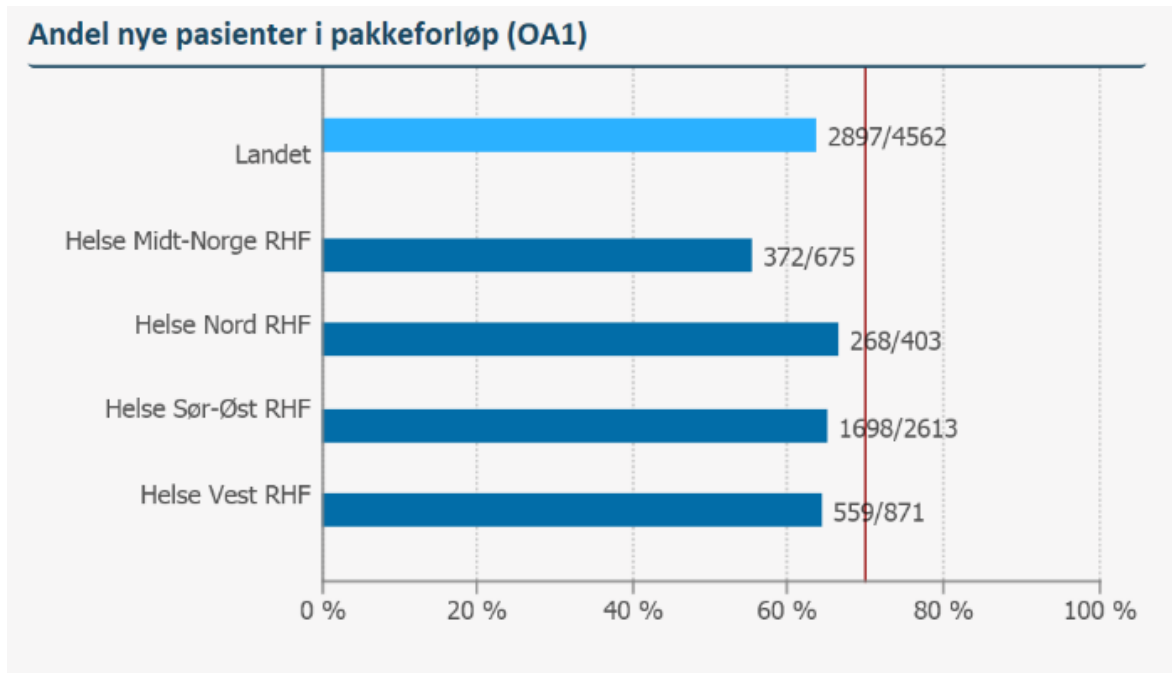
Det har vært stor vekst i TSB i regionen i 2015. Ventetidene er redusert siste året. Helse Nord har etablert et døgntilbud på nivå med nasjonalt gjennomsnitt. Det jobbes ennå med å øke den polikliniske aktivitet opp på landsgjennomsnittet.

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

Pakkeforløp kreft

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

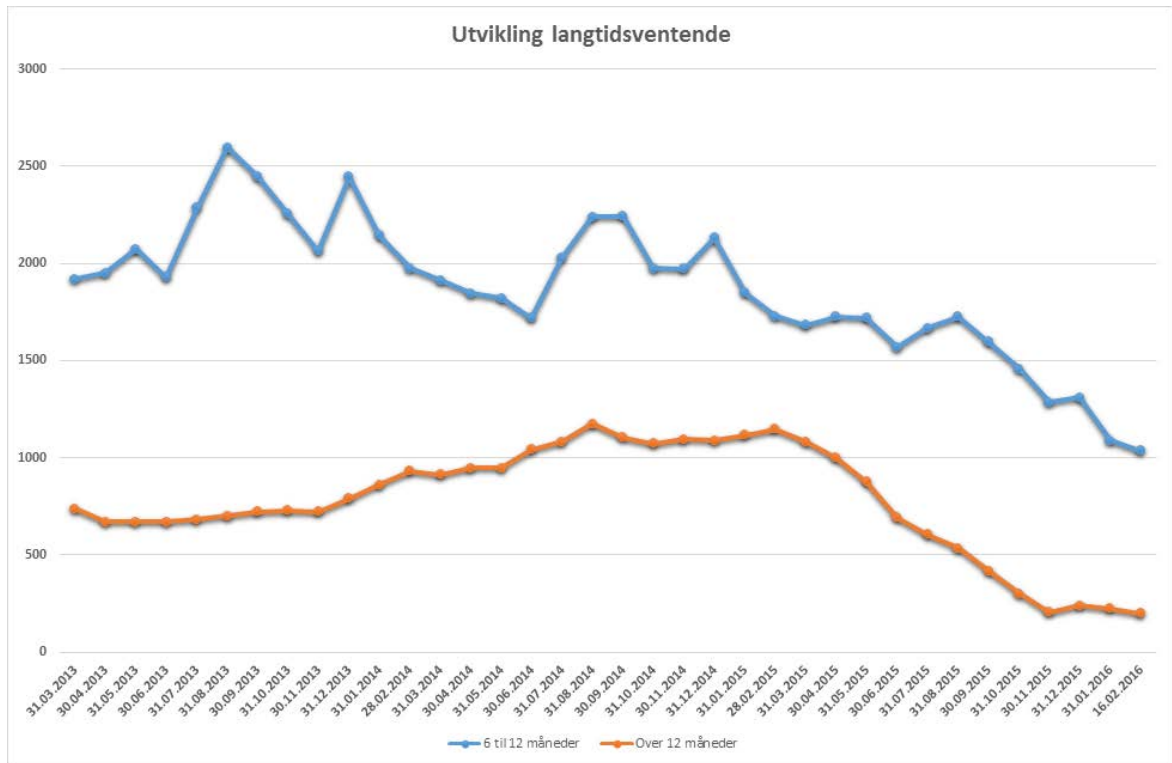
¹ Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging



Kilde: NPR

Ventetider og fristbrudd

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



Kilde: Helse Nords ledelsesinformasjonssystem

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

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

Kvalitetsstrategi

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

- Gjennomføre minimum to kliniske fagrevisjoner på tvers i regionen.
- Rulle ut løsning for automatisk GTT til alle foretakene (se nærmere forklaring under overskriften «Styringsdata»).

- Regional utdanning i forbedringsarbeid. Sette flere i stand til å drive forbedringsarbeid i enhetene.
- Anskaffe verktøy for å gjennomføre lokale pasienterfaringsundersøkelser.

Forskning

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

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

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

Private helsetjenester

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

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

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

Det er i 2015 inngått avtaler innenfor bildediagnostikk, både institutt og teleradiologi på totalt 43,4 mill. kr.

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

En utfordring innen eksterne helsetjenester er rekruttering av avtalespesialister. Dette gjelder innen alle fagfelt og nesten uavhengig av lokalisering. Innen somatikken er det

urologer, hudleger og kardiologer som utpeker seg som spesielt vanskelig å rekruttere. For psykisk helsevern er bildet noe bedre.

Flyktningestrømmen

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

Pasientreiser

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

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

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

Helsefaglæringer

Vi har de siste årene rekruttert færre lærlinger innen helsefag enn det vi ønsker. Med det behovet foretakene har for kompetanse i årene fremover, er det en utvikling som ikke kan fortsette. Gjennom prosjekt helsefaglæringer 2013–2016 har Helse Nord lyktes i å snu denne utviklingen. Dette har kommet tydelig frem i 2015. Gjennom tydelige inntaksmål og krav om en økning i antall læreplasser med 40 % årlig (fra 18 lærlinger tatt inn i 2012 til 30 lærlinger i 2015), ser vi i 2015 at vi går i riktig retning. Dette har Helse Nord fått til gjennom kompetansebygging i foretakene og regionalt samarbeid. Over 80 % fullførte i 2015 fagbrev.

Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

Foretakene har i 2015 arbeidet aktivt for å gå over til aktivitetsbasert bemanningsplanlegging. Gjennom dette arbeidet har vi erkjent visse utfordringer. Det stiller krav til teknologi. Det stiller krav til alle medarbeidere å tenke og planlegge

annerledes. Det er en kulturendring, som ikke må undervurderes, og arbeidet tar lengre tid å realisere enn først antatt. Dette er et viktig forbedrings- og endringsarbeid som er krevende og som fortsetter i 2016.

Leder- og ledelsesutvikling

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

Styringsdata

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

Alle helseforetakene har i tillegg bygd sine egne Dashboard som er tilpasset lokale forhold for å følge opp aktivitet og kvalitet i linja.

Brukermedvirkning

Regionalt brukerutvalg (RBU) deltar som observatør med møte- og talerett i styret i Helse Nord RHF. Styret anser RBU som en viktig ressurs og brukermedvirkning som et vesentlig bidrag i styrets behandling av forskjellige saker.

Brukerorganisasjonene deltar i alt omstillings- og utviklingsarbeid i helseforetakene. RBU oppnevner faste medlemmer til regionale fagråd og andre råd/utvalg der det er naturlig. RBU deltar også i deler av anskaffelsesarbeid.

Det ansees som positivt at RBU er tidlig involvert i forskjellige prosesser og får relevante saker forelagt i forkant av styrets behandling.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

SKDE har tre oppdrag:

Bidra med dokumentasjon og evaluering av det kliniske tjenestetilbudet i Helse Nord: SKDE ble etablert i 2004 av Helse Nord RHF i samarbeid med UNN og Universitetet i Tromsø, med formål å bidra til dokumentasjon og evaluering av sørge-for-ansvaret til Helse Nord RHF gjennom analyser av utførte spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Nord. Analyseoppdrag utføres på etterspørsel fra ledelse i RHF, helseforetak og klinikk, og det gjennomføres også egeninitierte prosjekter. Virksomheten har blant annet lagt grunnlaget for utviklingen av helseatlas.no.

Drive nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre:

Helse Nord RHF fikk i 2009 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å etablere og drive et nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved SKDE. Virksomheten har utviklet seg gradvis og er nå etablert i en nettverksorganisasjon med regionale enheter i alle regioner. Den femte nasjonale registerkonferansen arrangeres 10. og 11. mars 2016, med nær 600 deltakere. Informasjonsvirksomhet drives gjennom www.kvalitetsregistre.no. Nasjonalt servicemiljø ved SKDE er også sekretariat for Interregional styringsgruppe, som ivaretar RHF-enes felles oppdrag på kvalitetsregisterfeltet.

Utvikle nasjonal elektronisk atlatstjeneste for forbruk og variasjon i helsetjenesten

SKDE utviklet i 2014 et helseatlas over utvalgte dagkirurgiske prosedyrer på oppdrag fra administrerende direktør i Helse Nord RHF. Dette resulterte i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet 7. januar 2015 om å etablere en nasjonal atlatstjeneste i samarbeid med Helse Vest og Helsedirektoratet. Norsk barnehelseatlas ble åpnet av helseminister Bent Høie høsten 2015. Det er utviklet ved SKDE i samarbeid med Oslo Universitetssykehus, norsk barnelegeforening og forum for avdelingsoverleger ved barneavdelinger i Norge.

Helse Nord IKT

Tilgjengelighet på IKT-systemene har vært god og i tråd med målsettingene. Brann i datasentral til ekstern samarbeidspartner har ført til 2,5 md. forsinkelse på å sette i drift regionalt datasenter i Tromsø. Øvrige prosjekt er i hovedsak levert i henhold til plan både med hensyn til tid og kostnader.

Pasientens innsyn i egen journal ble tilgjengelig i desember 2015. Tjenesten har et stort antall daglige brukere, og er et stort skritt i retning av en mer brukerorientert helsetjeneste.

Planleggingen av optimalisering av driftsmiljø i regional datasentral er startet.

Felles innføring av kliniske systemer (FIKS)

FIKS er Helse Nord's prosjekt for å klargjøre for og å innføre kliniske IKT-systemer. Prosjektet skal avsluttes ved utgangen av 2016.

I 2015 ble det brukt 292 mill. kr av investeringsrammen for programmet. Rammen for arbeidet som gjøres er på til sammen 520,6 mill. kr, hvorav 42,6 mill. kr er til forprosjekt for innføring av elektronisk medikasjon og kurveløsning. Implementeringsprosjektene i programmet har ved årsskiftet kontroll på økonomien, og vil med planlagt framdrift avslutte programmet ved utgangen av året innenfor vedtatte økonomiske rammer.

UNN får, som siste foretak, felles regional radiologiløsning og implementering av regionale standarder i pasientjournalen i løpet av oktober. De fire helseforetakene ble allerede i juni 2015 samlet i en felles regional database for pasientjournalen, og dette var et viktig grunnlag for at pasientene skulle få innsyn i egen journal på tvers av foretaksgrensene i Helse Nord. Harmonisering, optimalisering og sammenslåingsprosjektet (HOS) arbeider i 2016 med å implementere vedtatte regionale standarder for oppsett og bruk av journalsystemet i sykehusene. Dette er et viktig grunnlag for å nå visjonen om «en journal i nord – uansett kor du bor».

5. Redegjørelse for årsregnskapet

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

Helse Nord finansierer investeringer med egen likviditet og lån fra HOD.

I 2015 er det benyttet 776 mill. kr i av innvilget driftskreditt. Ubenyttet driftskreditt er 23 mill. kr.

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

Deler av investeringene i nye Kirkenes sykehus foretas i euro, og dette er valutasikret.

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

Realisering av planlagte utbyggingsprosjekter og finansiering av dem, representerer en betydelig utfordring både planleggingsmessig og realøkonomisk.

I tråd med regnskapsloven og Norsk regnskapsstandard har Helse Nord per 31.12.2015 en beregnet netto pensjonsforpliktelse knyttet til på 5 625 mill. kr som ikke er resultatført. Beregnet forpliktelse er redusert fra 9 910 mill. kr og årsaken til økningen er hovedsakelig økt diskonteringsrente fra 2,3 % i 2014 til 2,7 % i 2015.

Foretakene har per 31.12 følgende egenkapitalandel:

	2015	2014
Finnmarkssykehuset	49 %	48 %
Universitetssykehuset Nord-Norge	73 %	69 %
Nordlandssykehuset	31 %	28 %
Helgelandssykehuset	70 %	59 %

Sykehusapotek Nord	50 %	48 %
Sum Helse Nord	59 %	58 %

6. Økonomisk drift

Helseforetaksgruppen

Styret for Helse Nord RHF budsjetterte med et resultatkrav på 370 mill. kr i 2015. I juni vedtok styret å skjerpe resultatkravet til et samlet overskudd på 400 mill. kr.

	Regnskap 2015	Justert budsjett 2015	Regnskap 2014
Årsresultat	617 mill. kr.	400 mill. kr.	1 665 mill. kr.
Eiers resultat mål	0 mill. kr.	0 mill. kr.	1 301 mill. kr.
Avvik fra eiers resultat mål	617 mill. kr.	400 mill. kr.	363 mill. kr.

Foretaksgruppen Helse Nord har følgelig et resultat som er 617 mill. kr bedre enn resultatkravet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og 217 mill. kr bedre enn styrets resultatmål.

Gjennom overskudd hvert år siden 2009 har Helse Nord nå dekket inn tidligere års underskudd slik at regionen akkumulert siden 2002 har et samlet overskudd på 884 mill. kr.

Helseforetakene

For de enkelte helseforetak vises det til egne beretninger.

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

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

Helse Nord RHF

Årsresultatet for Helse Nord RHF viser et overskudd på kr 610,9 mill. kr.

Korrigert for inntektsført resultat datterforetak etter egenkapitalmetoden på 113,1 mill. kr viser regnskapet for Helse Nord RHF, inklusiv Helse Nord IKT, et overskudd på 497,8 mill. kr noe som er 102,8 mill. kr bedre enn budsjettet.

De viktigste årsakene til at overskuddet ble større enn resultatkravet er:

- lavere kostnader til luftambulanse knyttet til utsatt oppstart av base i Evenes
- lavere kostnader til nytt nødnett, dels som følge av forsinket fremdrift
- lavere kjøp av helsetjenester fra private
- lavere utbetalinger til Norsk Pasientskadeerstatning
- diverse mindre besparelser og merinntekter

7. Investeringer

Investeringsbudsjettet for 2015 var på 2 068 mill. kr. I tillegg kommer ubrukt investeringsbudsjett fra 2014 og tidligere, på 378 mill. kr. Det er gjennomført investeringer i 2015 på 1 851 mill. kr inkludert egenkapitalinnskudd i KLP².

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

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

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

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

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

8. Arbeidsmiljø m.m. (internt)

I Helse Nord RHF's administrasjon (inkl. SKDE og FIKS) var det 108 årsverk i 2015 mot 97 i 2014. Økning skyldes hovedsakelig fire årsverk i FIKS-prosjektet, to årsverk ved SKDE og tre årsverk knyttet til innkjøp.

² Kommunal landspensjonskasse

Samlet for Helse Nord RHF og Helse Nord IKT var det 349 årsverk i 2015 mot 326 årsverk i 2014.

Sykefraværet i RHF-ets administrasjon var på 3,6 % i 2015 mot 3,2 % i 2014. I Helse Nord IKT var det et gjennomsnittlig sykefravær på 4,8 % i 2015 mot 5,2 % i 2014. Ingen arbeidsrelaterte skader eller ulykker er registrert siste år i Helse Nord RHF.

Helseforetaksgruppen

Helseforetaksgruppen hadde i 2015 gjennomsnittlig 13 359 årsverk mot 13 219 årsverk i 2014 – en økning med 140 årsverk.

Samlet sykefravær og langtidsfravær

Til tross for ulike tiltak har sykefraværet i foretaksgruppen vært stabilt ca. 8,5 % de siste fem årene. For å redusere sykefraværet vedvarende over tid, må tiltaksarbeidet intensiveres ytterligere og nye tiltaksområder bør vurderes.

I 2015 utgjorde sykefraværet 8,4 % (220 237 dager). Det er en økning på 0,1 % fra 2014. Fravær over 56 dager har vært ca. 4–4,2 % de siste årene, tilsvarende gjelder også samlet fravær under 56 dager. Fravær på under 16 dager ligger stabilt på ca. 2,5 %.

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

9. Likestilling

Helse Nord RHF

Styret har i 2015 bestått av seks kvinner og fire menn. Helse Nord RHF's toppledelse har ved utgangen av 2015 bestått av tre menn og tre kvinner. Kvinneandelen av ansatte i Helse Nord RHF er 50 %, og kvinneandelen i Helse Nord IKT er på 23 %. Samlet kvinneandel for Helse Nord RHF i 2015 har vært 34 %.

Helseforetaksgruppen

Av alle ansatte har andel menn vært stabilt i underkant av 30 % i flere år. I toppledelsen (direktør, klinikkledelse) er fordelingen henholdsvis 31/38 for kvinner/menn samlet i regionen. Det vil si at andel kvinner i toppledelsen har økt fra 40 til 45 %. På underliggende ledelsesnivå samlet er kvinner representert i større grad enn menn.

Utviklingen viser at den gjennomsnittlige stillingsandelen har vært stabil mellom 91 % og 92 % i løpet av de siste fem årene.

Sammensetningen av faste og midlertidige ansatte er ca. 63 % faste og 37 % midlertidige (vikarer, engasjementer/prosjekter og ekstrahjelpertimelønnede).

Fastansatte står for ca. 85 % av årsverkene. Foretakene jobber jevnt med å øke andelen fastansatte.

10. Diskriminering

Helse Nord forutsetter at all rekruttering skjer i samsvar med WHO's internasjonale kode for etisk rekruttering av helsepersonell.

11. Tilgjengelighet

Arbeidet med å bedre tilgjengeligheten for bl.a. bevegelseshemmede i eksisterende bygg finnes dokumentert i helseforetakenes beretninger. Arbeidet bygger på standarden *NS 11001 Universell utforming av byggverk*. I tillegg vil det bli stilt noen strengere krav på enkelte områder i tråd med veileder for universell tilgjengelighet «*Bra for alle – nødvendig for noen*», som er utarbeidet av Helse Midt-Norge. Det legges stor vekt på tilgjengelighet i alle ombyggings- og nybyggprosjekter.

12. Ytre miljø

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

Helse Nord har innført miljøledelse og samtlige foretak er nå sertifisert etter ISO 14001. Det siste foretaket, Helgelandssykehuset ble sertifisert i 2015. Hele Helse Nord er dermed miljøsertifisert. Neste sertifiseringsrunde i 2016 vil skje etter ny miljøstandard.

De enkelte helseforetakene i Helse Nord har særskilte registre med datablad over farlige stoffer. Likeledes behandles energiforbruk, energiøkonomisering og avfallshåndtering i årsmeldingene fra helseforetakene. ENØK-tiltak er gjennomført i 2015 og plan for gjennomføring følges opp gjennom 2016 og foreløpig ut 2017 med støtte fra ENOVA.

Helse Nord er medlem av Grønt punkt og Initiativ for etisk handel.

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

Helse Nord har et kostnads- og aktivitetsnivå som er i samsvar med tilgjengelige ressurser. Foretaksgruppen er avhengig av å oppnå overskudd i driften i årene fremover for å kunne fortsette utviklingen av tjenestetilbudet, og å fornye og utvikle sykehusenes infrastruktur. Dette krever endringsledelse og forbedringsarbeid.

Likvidsituasjonen er tilfredsstillende.

Helse Nord er tildelt lån til delvis finansiering av utbyggingen av trinn 2–5 på Nordlandssykehuset Bodø, A-fløy UNN Tromsø, PET-senter UNN Tromsø og nytt sykehus i Kirkenes.

Gjennomføring av investeringsplanen krever ytterligere lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet og positive regnskapsresultater i de nærmeste årene fremover.

14. Helseforetakene

For ytterligere informasjon vises det til helseforetakenes egne beretninger.

15. Resultatdisponering

Styret disponerer årsresultatet for Helse Nord RHF slik:

Overført til fond for vurderingsforskjeller	kr 6 293 992
Overført til annen egenkapital	kr 604 581 831
Sum overføringer	kr 610 875 823

For foretaksgruppen var overskuddet kr 616 732 840.

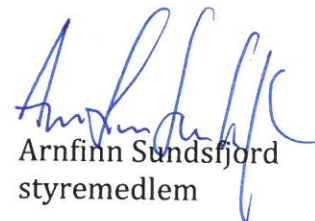
Bodø, 6. april 2016



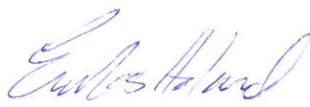
Marianne Telle
styreleder



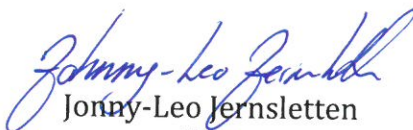
Inger Lise Strøm
nestleder



Arnfinn Sundsfjord
styremedlem



Eirik S. Holand
styremedlem



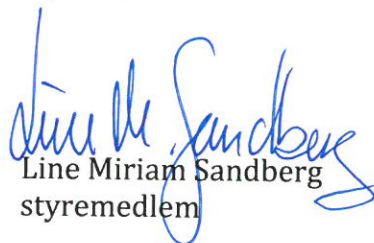
Jonny-Leo Jernsletten
styremedlem



Kari B. Sandnes
styremedlem



Kari Jørgensen
styremedlem



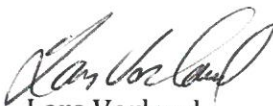
Line Miriam Sandberg
styremedlem



Sissel Alterskjær
styremedlem



Svenn Are Jenssen
styremedlem



Lars Vorland
adm. direktør

Helse Nord RHF

Årsregnskap 2015

Resultatregnskap

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2014	2015	NOTE	DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2015	2014
10 703 888	12 313 311	3	Basisramme	12 313 311	10 703 888
3 257 663	3 540 517	3	Aktivitetsbasert inntekt	3 886 352	3 617 115
702 842	987 069	3	Annen driftsinntekt	1 009 197	780 684
14 664 392	16 840 897	2	Sum driftsinntekter	17 208 859	15 101 687
13 571 254	15 551 135	4	Kjøp av helsetjenester	2 009 750	1 843 298
0	0	5	Varekostnad	1 587 923	1 453 043
200 030	244 463	6/7	Lønn og annen personalkostnad	9 826 997	7 198 180
83 819	103 861	10	Ordinære avskrivninger	736 553	644 688
0	0	10	Nedskrivninger	1 334	11 069
401 439	508 473	8	Annen driftskostnad	2 470 985	2 358 448
14 256 543	16 407 932	2	Sum driftskostnader	16 633 542	13 508 726
407 849	432 965		Driftsresultat	575 317	1 592 961
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER					
158 763	138 086	9	Finansinntekt	90 944	104 762
1 153 941	113 079	11	Resultat fra datterforetak	0	-1 360
-73 635	-73 254	9	Annen finanskostnad	-48 865	-31 820
1 239 070	177 911		Netto finansresultat	42 079	71 582
1 646 919	610 876		Resultat før skattekostnad	617 396	1 664 543
0	0	28	Skattekostnad på ordinært resultat	663	0
1 646 919	610 876	18	ÅRSRESULTAT	616 733	1 664 543
OVERFØRINGER					
4 835	6 294	17	Overført til fond for vurderingsforskjeller	6 294	4 835
1 642 084	604 582	17	Overført til annen egenkapital	610 439	1 659 707
1 646 919	610 876		Sum overføringer	616 733	1 664 543

Balanse pr 31. desember

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2014	2015	NOTE	EIENDELER	2015	2014
Anleggsmidler					
Immaterielle driftsmidler					
128 359	203 264	10	Immaterielle eiendeler	229 640	132 795
<u>220 976</u>	<u>267 768</u>	10	Prosjekt under utvikling	<u>267 885</u>	<u>221 346</u>
<u>349 335</u>	<u>471 032</u>		Sum immaterielle eiendeler	<u>497 525</u>	<u>354 141</u>
Varige driftsmidler					
0	0	10	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	7 317 249	5 247 481
122 304	125 171	10	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	1 309 554	1 036 924
13 685	0	10	Anlegg under utførelse	<u>2 611 546</u>	<u>4 032 570</u>
<u>135 989</u>	<u>125 171</u>		Sum varige driftsmidler	<u>11 238 348</u>	<u>10 316 976</u>
Finansielle anleggsmidler					
6 446 861	7 559 941	11	Investering i datterforetak	0	0
37 341	43 635	12	Investering i felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap	43 635	37 341
3 012	3 517	13	Investering i andre aksjer og andeler	448 398	404 914
2 620 620	3 466 310	14/22	Andre finansielle anleggsmidler	8 800	0
2 002	2 534	7	Pensjonsmidler	<u>959 100</u>	<u>1 698 326</u>
<u>9 109 836</u>	<u>11 075 936</u>		Sum finansielle anleggsmidler	<u>1 459 932</u>	<u>2 140 580</u>
<u>9 595 160</u>	<u>11 672 140</u>		Sum anleggsmidler	<u>13 195 805</u>	<u>12 811 697</u>
Omløpsmidler					
0	0	5	Varer	184 911	181 844
Fordringer					
1 227 262	366 293	22	Fordringer på selskap i samme konsern	0	0
288 779	291 403	15	Fordringer	<u>540 163</u>	<u>543 513</u>
<u>1 516 042</u>	<u>657 696</u>		Sum fordringer	<u>540 163</u>	<u>543 513</u>
1 556 126	2 113 339	16	Bankinnskudd, kontanter o.l.	<u>2 437 063</u>	1 891 060
<u>3 072 168</u>	<u>2 771 035</u>		Sum omløpsmidler	<u>3 162 137</u>	<u>2 616 416</u>
<u>12 667 328</u>	<u>14 443 175</u>		SUM EIENDELER	<u>16 357 942</u>	<u>15 428 113</u>

Balanse pr 31. desember

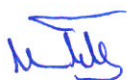
Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

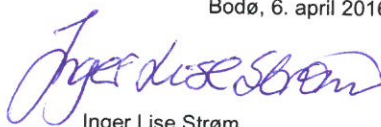
Foretaksgruppen

2014	2015	NOTE	EGENKAPITAL OG GJELD	2015	2014
			Egenkapital		
			Innskutt egenkapital		
100	100	17	Foretakskapital	100	100
7 920 950	7 920 950	17	Annen innskutt egenkapital	7 920 950	7 920 950
<u>7 921 050</u>	<u>7 921 050</u>		Sum innskutt egenkapital	<u>7 921 050</u>	<u>7 921 050</u>
			Opptjent egenkapital		
16 849	23 143	17	Fond for vurderingsforskjeller	23 143	16 849
1 028 004	1 632 586	17	Annen egenkapital	1 682 693	1 072 680
<u>1 044 854</u>	<u>1 655 729</u>		Sum opptjent egenkapital	<u>1 705 836</u>	<u>1 089 530</u>
8 965 903	9 576 779		Sum egenkapital	9 626 886	9 010 579
			Gjeld		
			Avsetning for forpliktelser		
25 943	40 337	7	Pensjonsforpliktelser	47 795	25 943
0	0	28	Utsatt skatt	276	0
0	0	19	Andre avsetninger for forpliktelser	385 947	342 149
<u>25 943</u>	<u>40 337</u>		Sum avsetninger for forpliktelser	<u>434 018</u>	<u>368 092</u>
			Annen langsiktig gjeld		
2 428 643	2 692 028	20	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	2 692 028	2 428 643
<u>2 428 643</u>	<u>2 692 028</u>		Sum annen langsiktig gjeld	<u>2 692 028</u>	<u>2 428 643</u>
			Sum langsiktige forpl. og annen gjeld		
<u>2 454 586</u>	<u>2 732 365</u>			<u>3 126 047</u>	<u>2 796 735</u>
			Kortsiktig gjeld		
713 795	775 900		Driftskreditt	775 900	713 795
0	0	28	Betalbar skatt	814	0
13 633	21 095		Skyldige offentlige avgifter	450 816	433 848
54 052	931 652	22	Gjeld til selskap i samme konsern	0	0
465 359	405 383	21	Annen kortsiktig gjeld	2 377 480	2 473 156
<u>1 246 839</u>	<u>2 134 030</u>		Sum kortsiktig gjeld	<u>3 605 010</u>	<u>3 620 799</u>
3 701 425	4 866 395		Sum gjeld	6 731 056	6 417 534
12 667 328	14 443 175		SUM EGENKAPITAL OG GJELD	16 357 942	15 428 113

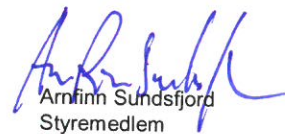
Bodø, 6. april 2016



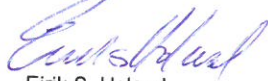
Marianne Telle
Styreleder



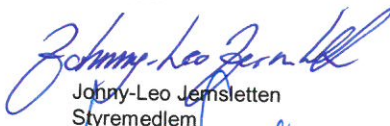
Inger Lise Strøm
Nestleder



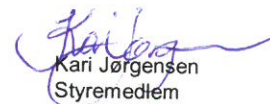
Arntinn Sundsfjord
Styremedlem



Eirik S. Holand
Styremedlem



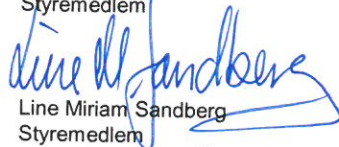
Johnny-Leo Jernsletten
Styremedlem



Kari Jørgensen
Styremedlem



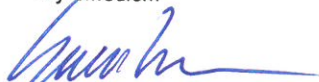
Kari B. Sandnes
Styremedlem



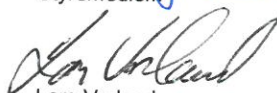
Line Miriam Sandberg
Styremedlem



Sissel Alterskjær
Styremedlem



Svenn Are Jenssen
Styremedlem



Lars Vorland
Adm. Direktør

Kontantstrømoppstilling

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2014	2015	Note		2015	2014
			KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:		
1 646 919	610 876	17	Årsresultat før skatt	617 396	1 664 543
0	0	28	Skatteutbetalinger	0	0
0	0		Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	764	1 021
83 819	103 861	10	Ordinære avskrivninger	736 553	644 688
0	0	10	Nedskrivninger varige driftsmidler	1 334	11 069
-1 158 786	-119 371		Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	-6 295	-3 475
-497 139	858 345	26	Endring i omløpsmidler	283	-75 242
-239 813	825 086	26	Endring i kortsiktig gjeld	-78 708	189 260
-8 852	13 861	7	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	761 078	-1 683 289
0	0		Inntektsført investeringstilskudd		0
-173 851	2 292 657		Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	2 032 405	748 575
			KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
0	0		Innbetalinger ved salg av driftsmidler	3 833	3 163
-213 142	-214 739	10	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-1 807 239	-1 748 552
43 110	43 110	14	Innbetalinger av avdrag på utlån	0	0
-700 000	-888 800	14	Utbetalinger ved utlån	-8 800	0
0	0		Innbetalinger ved salg av finansielle eiendeler	155	0
-2 965	-505		Utbetalinger ved kjøp av finansielle eiendeler	-43 639	-43 316
-872 997	-1 060 934		Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-1 855 690	-1 788 705
			KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
529 084	397 682	20	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	397 682	529 084
-102 988	-134 297	20	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-134 297	-102 988
0	0		Ekstraordinær nedbetaling av langsiktig gjeld	0	0
209 417	62 105		Endring driftskreditt	62 105	209 417
0	0		Innbetalinger ved opptak av øvrig kortsiktig gjeld	0	0
0	0		Utbetalinger ved nedbetaling av øvrig kortsiktig gjeld	0	0
0	0		Innbetaling av investeringstilskudd	0	0
0	0	19	Endring øvrige langsiktige forpliktelser	43 798	7 459
0	-1 000 000		Endring foretakskapital med kontanteffekt	0	0
635 513	-674 510		Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	369 288	642 972
-411 335	557 213	1	Netto endring i likviditetsbeholdning	546 003	-397 158
1 967 461	1 556 126	1	Likviditetsbeholdning pr 01.01.	1 891 060	2 288 218
1 556 126	2 113 339	1/14/22	Beholdning av bankinnskudd, kontanter o.l. pr 31.12.	2 437 063	1 891 060
676 505	23 100		Ubenyttet driftskredittramme	23 100	676 505
2 223 647	2 125 887	16	Likviditetsreserve pr 31.12	2 460 162	2 225 587
1 390 300	799 000		Innvilget driftskredittramme pr 31.12	799 000	1 390 300

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 2015. Notene er følgelig en integrert del av årsregnskapet.

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

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

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

Andre generelle forhold

Helse Nord RHF ble stiftet 17.08.2001 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

Behandlingsrelaterte inntekter regnskapsføres i den periode behandlingen har funnet sted. Basisramme inntektsføres i den perioden den mottas. Øvrig 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.

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.

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 normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført.

Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, aktiveres.

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.

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

Behandling av tilknyttede selskap

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

Investering i tilknyttet selskap skal som hovedregel vurderes etter egenkapitalmetoden i selskapsregnskap og konsernregnskap

Valuta

Transaksjoner i utenlandsk valuta omregnes til kursen på transaksjonstidspunktet. Pengeposter i utenlandsk valuta omregnes til norske kroner ved å benytte balansedagens kurs. Ikke-pengeposter som måles til historisk kurs uttrykt i utenlandsk valuta, omregnes til norske kroner ved å benytte valutakursen på transaksjonstidspunktet. Ikke-pengeposter som måles til virkelig verdi uttrykt i utenlandsk valuta, omregnes til valutakursen fastsatt på måletidspunktet. Valutakursendringer resultatføres løpende i regnskapsperioden under andre finansposter.

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 brukte/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

Helse Nord er kun skattepliktig for publikumsavdelingen ved Sykehusapotek Nord. For den øvrige virksomheten er det ikke foretatt noen skatteberegning.

Skattekostnaden i resultatregnskapet omfatter både periodens betalbare skatt og endring i utsatt skatt. Utsatt skatt beregnes på grunnlag av de midlertidige forskjeller som eksisterer mellom regnskapsmessige og skattemessige verdier, samt eventuelt ligningsmessig underskudd til fremføring ved utgangen av regnskapsåret. Skatteøkende og skattereduserende midlertidige forskjeller som reverserer eller kan reversere i samme periode er utlignet. Oppføring av utsatt skattefordel på netto skattereduserende forskjeller som ikke er utlignet og underskudd til fremføring, begrunnes med antatt fremtidig inntjening. Utsatt skatt og skattefordel som kan balanseføres oppføres netto i balansen.

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.

Note 2 Segmentinformasjon

Driftsinntekter pr virksomhetsområde

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
1 004 610	1 080 445	Somatiske tjenester	11 596 110	10 212 160
123 162	121 288	Psykisk helsevern VOP	2 075 387	1 841 335
1 085	1 118	Psykisk helsevern BUP	539 405	474 083
40 643	54 474	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	418 855	352 610
837 842	1 092 890	Annet	2 579 102	2 221 498
12 657 050	14 490 682	Overføringer til datterforetak		
14 664 392	16 840 897	Sum driftsinntekter	17 208 859	15 101 687

Driftskostnader pr virksomhetsområde

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
635 185	713 468	Somatiske tjenester	11 305 314	9 085 523
113 566	106 744	Psykisk helsevern VOP	1 916 619	1 534 988
907	990	Psykisk helsevern BUP	509 455	399 757
5 991	50 906	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	410 777	301 609
843 843	1 045 142	Annet	2 491 377	2 186 848
12 657 050	14 490 682	Kjøp av helsetjenester fra datterforetak	0	0
14 256 543	16 407 932	Sum driftskostnader	16 633 542	13 508 726

Driftsinntekter benevnt Overføring til datterforetak tilsvarer det regionale helseforetakets andel av inntekter fra eier / staten som benyttes til finansiering av datterforetakenes oppgaver innenfor spesialisthelsetjenesten. RHF-ets overføring til datterforetakene kostnadsføres som kjøp av helsetjenester fra datterforetak. Andre ordinære kjøp fra datterforetakene inngår ikke i denne posten.

Virksomhetsområdet benevnt Annet omfatter i hovedsak kostnader og inntekter knyttet til ambulansse, pasienttransport, administrativ virksomhet ved Helse Nord, samt kostnader vedrørende aktivitet som ikke er en del av spesialisthelsetjenesten.

På grunn av nye uførepensjonsregler og innarbeidelse av levealdersjustering på ytelser for framtidige pensjonister hadde Helse Nord en betydelig lavere pensjonskostnad i 2014 i forhold til 2015. Effekten av dette ble fordelt forholdsvismessig på de respektive virksomhetsområdene og medfører reduserte kostnader per virksomhetsområde i 2014 i forhold til 2015. Det vises for øvrig til note 7 Pensjon for ytterligere opplysninger.

Driftsinntekter fordelt på geografi

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
14 664 392	16 840 897	Helse Nord RHF sitt opptaksområde	17 114 009	15 028 324
0	0	Resten av landet	69 265	50 727
0	0	Utlandet	25 585	22 636
14 664 392	16 840 897	Sum driftsinntekter	17 208 859	15 101 687

Note 3 Inntekter

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
		Basisramme		
10 703 888	12 313 311	Basisramme	12 313 311	10 703 888
		Aktivitetsbasert inntekt		
2 541 688	2 736 796	Behandling av egne pasienter i egen region	2 735 613	2 547 804
235 463	241 870	Behandling av egne pasienter i andre regioner	241 870	229 263
56 677	97 166	Behandling av andre pasienter i egen region	82 741	67 209
422 024	462 691	Poliklinikk, laboratorie og radiologi	732 755	681 306
0	0	Utskrivningsklare pasienter	24 952	32 346
1 811	1 994	Andre aktivitetsbaserte inntekter	68 422	59 187
3 257 663	3 540 517	Sum aktivitetsbasert inntekt	3 886 352	3 617 115
		Annen driftsinntekt		
66 150	71 200	Kvalitetsbasert finansiering	73 548	66 150
45 948	59 092	Øremerkede tilskudd til "raskere tilbake"	61 508	45 948
27 618	146 903	Øremerkede tilskudd til andre formål	137 028	147 596
4 408	2 274	Inntektsførte investeringstilskudd	1 881	4 408
0	0	Driftsinntekter apotekene 1)	168 652	147 575
558 718	707 599	Andre driftsinntekter	566 579	369 007
702 842	987 069	Sum annen driftsinntekt	1 009 197	780 684
14 664 392	16 840 897	Sum driftsinntekter	17 208 859	15 101 687

Inntekter omtalt som Behandling av egne pasienter i egen region og egne pasienter i andre regioner består av ISF-refusjon, av dette utgjør Kommunal medfinansiering kr 533 409 124 i 2014. Ordningen er avvirket slik at det ikke fremkommer beløp for 2015.

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.

1) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotek Nord til foretak i Helse Nord eliminert. Totale driftsinntekter for Sykehusapotek Nord er kr 423 777 375 i 2015 og kr 391 090 640 i 2014.

Aktivitetstall

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
		Aktivitetstall somatikk		
390	444	Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	141 535	138 487
0	0	Antall DRG poeng iht. eieransvaret	132 656	129 366
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	479 317	465 728
		Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
0	0	Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	399	405
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	70 998	69 638
		Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
312	310	Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	6 281	6 158
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	131 403	120 136
		Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
0	0	Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	1 075	1 102
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	14 143	12 832

Note 4 Kjøp av helsetjenester

Sum kjøp av helsetjenester består av følgende:

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
93 503	121 712	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	640 859	588 186
312 924	410 957	Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	472 644	380 498
4 814	8 538	Kjøp fra utlandet somatikk	8 538	4 814
2 716	8 323	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	34 796	36 295
81 713	95 198	Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	110 367	100 772
0	0	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	9 314	11 486
17 924	50 581	Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	112 719	73 283
513 595	695 309	Sum gjestepasientkostnader	1 389 237	1 195 333
408	103	Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	137 262	153 916
320 014	357 598	Kjøp av luftambulansetjenester	357 598	320 014
0	0	Kjøp av ambulansetjenester	68 127	66 304
80 187	7 444	Andre kjøp av helsetjenester (herunder avtalespesialister)	57 526	107 730
400 609	365 144	Sum kjøp av andre helsetjenester	620 512	647 965
12 657 050	14 490 682	RHF-ets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene	0	0
13 571 254	15 551 135	Sum kjøp av helsetjenester	2 009 750	1 843 298

Note 5 Varer

Varekostnad

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
0	0	Legemidler	357 314	318 922
0	0	Medisinske forbruksvarer	679 018	641 099
0	0	Andre varekostnader til eget forbruk	188 439	161 150
0	0	Innkjøpte varer for videresalg	363 152	331 872
0	0	Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer	0	0
0	0	Sum varekostnad	1 587 923	1 453 043

Valelager

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2014	31.12.2015		31.12.2015	31.12.2014
0	0	Råvarer	0	0
0	0	Varer i arbeid	0	0
0	0	Ferdigvarer	0	0
0	0	Handelsvarer	23 117	20 537
0	0	Sum lager til videresalg	23 117	20 537
0	0	Varebeholdning til eget bruk	161 794	161 307
0	0	Sum varebeholdning	184 911	181 844

0	0	Kostpris	184 911	181 844
0	0	Nedskrivning for verdifall	0	0
0	0	Bokført verdi 31.12	184 911	181 844

Note 6 Lønn og andre godtgjørelser

Lønnskostnader mm.

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
176 945	200 220	Lønninger	7 263 844	6 958 781
14 325	16 072	Arbeidsgiveravgift	453 244	427 531
15 855	41 518	Pensjonskostnader inkl arb avgift	2 014 885	-320 069
13 610	11 609	Andre ytelser	126 919	150 242
-20 704	-24 957	Balansført lønn egne ansatte	-31 894	-18 306
200 030	244 463	Lønnskostnader	9 826 997	7 198 180
349	368	Gjennomsnittlig antall ansatte	17 241	17 891
325	350	Gjennomsnittlig antall årsverk	13 359	13 219

Lønn til administrerende direktør (i 1000 kroner)

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
								Lønn	Pensjon og andre godtgj.
Lars Vorland	Adm. direktør	1 909	251	57	2 217	1.1-31.12	1.1-31.12		

Dersom adm. direktør må fratre sin stilling og/eller stillingen bortfaller som følge av omorganisering, har han rett til ordinær lønn i 12 måneder ut over avtalt oppsigelsestid. Retten til etterlønn er betinget av at adm. direktør ikke har gjort seg skyldig i grovt pliktbrudd eller annet vesentlig mislighold av sine plikter, at han ikke fremmer krav om ytterligere godtgjørelse for å slutte, og at han ikke reiser søksmål på grunnlag av avslutningen av arbeidsforholdet.

Lønn til ledende personell (i 1000 kroner)

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
								Lønn	Pensjon og andre godtgj.
Finn Henry Hansen	Direktør	1 613	27	7	1 647	1.1-31.12	1.1-31.12		
Siw Sandvik	Kom. direktør	264	0	1	265	12.10-31.12	12.10-31.12		
Rune Sundset	Kvalitets- og forskningsdirektør	1 472	261	91	1 824	1.1-31.12	1.1-31.12	44	
Geir Tollåli	Fagdirektør	1 472	253	1	1 726	1.1-31.12	1.1-31.12	57	
Kristian Iversen Fanghol	Kom. direktør	1 190	215	5	1 410	1.1-31.12	1.1-31.12		
Hilde Rolandsen	Eierdirektør	1 590	425	5	2 020	1.1-31.12	1.1-31.12		
Karin Paulke	Stabsdirektør	1 222	337	9	1 568	1.1-31.12	1.1-31.12		

I tillegg til lønn opptjener Geir Tollåli og Rune Sundset studie- og oppdateringspermisjon for hvert hele år i funksjon i ledergruppen.

Adm. Direktør og ledergruppen har ordinære pensjonsbetingelser via KLP og har ingen avtaler om tilleggspensjon.

Godtgjørelse til styret

2014	2015	
1 603	1 256	Styrehonorar og annen godtgjørelse til styrets medlemmer
226	235	Herav honorar og godtgjørelse til styrets leder

Godtgjørelse til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Styrehonorar	Honorar til revisjonsutv.	Lønn	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
								Honorar/lønn	Andre godtgj.
Bjørn Kaldhol	Styreleder	235				235	01.01-31.12		
Inger Lise Strøm	Nestleder	157	30			187	01.01-31.12		
Arnfinn Sundsfjord	Styremedlem	114				114	01.01-31.12		
Steinar Pettersen	Styremedlem	9				9	01.01-21.01		
Svenn Are Jenssen	Styremedlem	0				0	22.01-31.12		
Eirik Holand	Styremedlem	114				114	01.01-31.12	809	166
Inger Jørstad	Styremedlem	110				110	01.01-31.12		
Kari Jørgensen	Styremedlem	114	15			129	01.01-31.12		
Kari B Sandnes	Styremedlem	107				107	01.01-31.12	463	17
Line Miriam Sandberg	Styremedlem	114				114	01.01-31.12		
Sissel Alterskjær	Styremedlem	114	15			129	01.01-31.12	556	4
Ann-Mari Jenssen	Styremedlem/varamedlem	8				8	01.01-31.12	488	9
Sum		1 196	60	0	0	1 256			

Revisjonshonorar

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
515	319	Lovpålagt revisjon	1 468	1 843
58	634	Utvidet revisjon	940	503
0	0	Andre attestasjonstjenester	199	182
0	0	Skatte- og avgiftsrådgivning	158	4
14	15	Andre tjenester utenfor revisjon	438	257
587	968	Sum honorarer	3 204	2 790
281	281	Honorar til revisor i henhold til inngått avtale	1 279	1 279

Utvidet revisjon består av:

Navn				
0	0	Gjennomgang byggeprosjekter NLSH	106	106
0	500	Utvidede IKT kontroller	500	0
58	134	Tilleggsfaktura merarbeid	334	397

Andre tjenester utenfor revisjon består hovedsaklig av:

10	10	Deltakelse på møter	10	10
		Akkreditering UNN	388	231
4	5	Andre konsulent tjenester	40	16

Revisjonshonorar er inkludert merverdiavgift

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Helse Nord RHF definerer personer i stillingene adm. direktør, fagdirektør, eierdirektør, kommunikasjonsdirektør, direktør, kvalitets- og forskningsdirektør og stabsdirektør som ledende ansatte.

Redegjørelse for lederlønspolitikken i 2015

Lønn og godtgjørelse til adm. direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 88-2015.

Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Helse Nord RHF har i 2015 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønspolitikken i det foregående regnskapsår har bygget på de samme prinsipper som beskrevet overfor.

Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2015 justert som følger:

Adm. direktør	fra kr. 1 890 000 til kr. 1 945 000	tilsvarende 2,9 %
Direktør	fra kr. 1 242 607 til kr. 1 264 974	tilsvarende 1,8 %
Eierdirektør	fra kr. 1 528 715 til kr. 1 576 232	tilsvarende 3,1 %
Fagdirektør	fra kr. 1 490 000 til kr. 1 516 820	tilsvarende 1,8 %
Kvalitets- og forskningsdir.	fra kr. 1 490 000 til kr. 1 516 820	tilsvarende 1,8 %
Kommunikasjonsdirektør	fra kr. 1 170 653 til kr. 1 191 725	tilsvarende 1,8 %
Stabsdirektør	fra kr. 1 170 653 til kr. 1 211 725	tilsvarende 3,5 %

Lønnsjusteringen til ledergruppen gjelder fra 1. januar, med unntak av adm. direktør som gjelder fra 1. juli.

Styret i Helse Nord RHF mener at lønspolitikken i 2015 har vært i tråd med de stattlige retningslinjene.

Retningslinjer for 2016

Til grunn for Helse Nord RHF sine retningslinjer ligger blant annet generelle retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015) hvor hovedprinsippet er at lederlønningene i foretaket skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

- Lønnsutviklingen i Helse Nord generelt
- Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger
- Resultatvurderinger i forhold til de mål og krav styret har satt

Det innebærer at årlige lederlønsjusteringer ikke skal skje før de årlige tariffoppgjørene i spesialisthelsetjenesten er avsluttet.

Naturalytelser

Ytelser vurderes med utgangspunkt i hva som er behovet for utøvelsen av stillingen, dog begrenset til å gjelde:

- Mobiltelefonordning i henhold til foretakets bestemmelse
- Hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
- Ordinære forsikringsordninger i henhold til lov og avtaler
- Eventuelt avisabonnement

Videre vurderes firmabil basert på behov og som en del av de totale lønsvilkårene.

Pensjonsordning

Ledende ansatte skal være omfattet av offentlig tjenestepensjon på lik linje med andre ansattes vilkår i foretaket. Det vil si gjennom ordinær løsning i KLP. Det er ikke anledning til å inngå avtale om pensjon ut over ordinære vilkår gjennom KLP.

Sluttvederlag

Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn.
- Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppbåret i perioden.
- Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratru sin stilling umiddelbart. Avtale om sluttvederlag er betinget av at den ledende ansatte fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern.

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn

Det finnes ikke variable elementer i selskapets godtgjørelse til ledende ansatte.

Note 7 Pensjon

Helse Nord RHF		Pensjonsforpliktelse	Foretaksgruppen	
31.12.2014	31.12.2015		31.12.2015	31.12.2014
289 286	289 591	Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	22 499 240	24 581 937
-184 464	-214 588	Pensjonsmidler	-18 051 520	-16 812 103
104 822	75 003	Netto pensjonsforpliktelse	4 447 720	7 769 834
7 742	5 519	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	265 867	468 414
-88 622	-42 720	Ikke resultatført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-5 624 892	-9 910 630
23 941	37 802	Netto balanseført forpliktelse (-midler) inkl arbeidsgiveravgift	-911 304	-1 672 382
25 943	40 337	herav balanseført netto pensjonsforpliktelse inkl aga	47 795	25 943
-2 002	-2 534	herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	-959 100	-1 698 326

2014	2015	Spesifikasjon av pensjonskostnad	2015	2014
26 935	31 450	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	1 201 781	973 772
10 177	7 344	Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	587 507	828 149
37 112	38 794	Årets brutto pensjonskostnad	1 789 288	1 801 921
-7 372	-6 244	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-548 188	-687 105
1 421	1 570	Administrasjonskostnad	73 706	61 477
31 161	34 120	Netto pensjonskostnad inkl. adm. kost	1 314 806	1 176 293
2 279	2 488	Aga netto pensjonskostnad inkl. adm.kost	80 300	71 429
3 142	4 537	Resultatført aktuarielt tap (gevinst)	576 993	384 179
253	373	Resultatført aga av aktuarielt tap (gevinst)	40 414	28 625
-20 981	0	Resultatført planendring	0	-1 983 306
0	0	Resultatført andel aktuarielt tap (gevinst) v/avk.	0	0
0	0	Resultatført andel av nettoforpliktelse v/avk.	0	0
0	0	Ekstraordinære kostnader	0	0
15 855	41 518	Årets netto pensjonskostnad	2 012 512	-322 779
0	0	Andre pensjonskostnader	2 373	2 710
15 855	41 518	Sum pensjonskostnader	2 014 885	-320 069

2014	2015	Økonomiske forutsetninger	2015	2014
2,30 %	2,70 %	Diskonteringsrente	2,70 %	2,30 %
3,20 %	3,30 %	Forventet avkastning på pensjonsmidler	3,30 %	3,20 %
2,75 %	2,50 %	Årlig lønnsregulering	2,50 %	2,75 %
2,50 %	2,25 %	Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,25 %	2,50 %
1,72 %	1,48 %	Pensjonsregulering	1,48 %	1,72 %
315	320	Antall aktive personer med i ordningen	13 115	13 096
192	158	Antall oppsatte personer med i ordningen	19 314	18 743
32	29	Antall pensjoner med i ordningen	8 199	7 617

Foretaket har en ytelsesbasert tjenestepensjonsordning i KLP/SPK. Denne pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenestepensjon.

Ytelsesbaserte pensjonsordninger

Foretaket har en offentlig kollektiv pensjonsordning (sikrede pensjoner) for sine ansatte, som gir en bestemt framtidig pensjonsytelse basert på antall opptjeningsår og lønnsnivået ved pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Pensjonsordningen dekker alderspensjon, uførepensjon og barnpensjon.

Opptjeningstiden for full alderspensjon er 30 år. Sammen med folketryden gir full opptjening en alderspensjon på omkring 66 % av sluttlønn. Det opptjenes ikke pensjon for lønn over 12 G (folketrygdens grunnbeløp), det vil si at det er et tak på 12 G.

Pensjonskostnaden for 2015 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2015 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2015. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2015 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2015.

Konsekvensene av nye uførepensjonsregler og innarbeidelse av levealdersjustering for personer født i 1954 og senere ble innarbeidet i beregningen i 2014. Begge endringene ble behandlet som planendringer og medførte en redusert framtidig pensjonsforpliktelse. Effekten av dette ble innregnet som en engangseffekt i regnskapet for 2014 og medførte betydelige beløp til inntektsføring (ev kostnadsreduksjon).

1. desember 2015 ble en forskriftsendring av reglene for beregning av den løpende ytelsen for uføre i perioden mellom særaldersgrense og pensjonsalder, vedtatt med virkning for 2015. Endringen medfører økte utbetalinger for arbeidsgiver hovedsakelig for perioden mellom 65 og 67 år for de som har særaldersgrenser på 65 år. Konsekvensen av større endringer i pensjonskostnader som påvirker kostnadene for helseforetakene og ikke foretakene kan påvirke, blir normalt håndtert gjennom endrede rammebetingelser fra eier. Forventet endring i rammebetingelser knyttet til denne endringen vil skje i 2016 og av hensyn til sammenstillingsprinsippet er effekten av planendringen i helseregionenes regnskaper, forskjøvet til 2016. Endret forpliktelse som følge av denne endringen er innarbeidet i beregnet pensjonsforpliktelse pr 31.12.2015 og lagt i posten ikke resultatført estimatavvik.

Demografiske forutsetninger

Helse Nord RHF		Anvendt dødelighetstabell	Foretaksgruppen	
31.12.2014	31.12.2015		31.12.2015	31.12.2014
K 2013 BE	K 2013 BE	Forventet uttakshyppighet AFP	K 2013 BE	K 2013 BE
15-45 %	15-45 %		15-45 %	15-45 %

Frivillig avgang for Sykepleiere (i %)

Alder (i år)	< 20	20-23	24-25	26-30	31-45	46-50	>50
Sykepleiere	20	8	6	6	4	1	0

Frivillig avgang for Sykehusleger og Fellesordning (i %)

Alder (i år)	< 20	20-23	24-29	30-39	40-50	51-55	>55
Sykehusleger	20	20	15	8	5	2	0
Fellesordning	20	15	10	7,5	5	2	0

AFP-førtidspensjoner

Foretaket / foretaksgruppen har i tillegg til ordinær offentlig tjenestepensjon også avtafefestet førtidspensjon (AFP) etter reglene for offentlig sektor. Siden offentlig AFP er tett integrert med ordinær tjenestepensjon, inngår forpliktelsen for AFP som del av beregningen av pensjonsforpliktelsen.

Kort om ikke resultatførte estimatavvik

I samsvar med god regnskapsskikk, benytter Helse Nord reglene om "korridor" og fordeling over gjenværende opptjeningstid ved behandling av estimatavvik knyttet til pensjonsordningen. Det har i 2015 vært en betydelig reduksjon i uamortiserte estimatavvik (tap) jfr. tabellen ovenfor. Dette skyldes i hovedsak økt diskonteringsrente ved beregningen av pensjonsforpliktelsen. Reduksjonen i ikke resultatført estimatavvik reduserer differansen mellom regnskapsført pensjonsforpliktelse (netto pensjonsmidler kr. 911 304 000) og faktisk estimert netto pensjonsforpliktelse (kr 4 713 587 000 inkl. arbeidsgiveravgift).

Note 8 Andre driftskostnader

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
2 052	3 163	Transport av pasienter	750 501	730 555
16 626	8 929	Bygninger og kontorlokaler	282 542	284 754
6 845	12 999	Kjøp og leie av utstyr, maskiner mv.	185 615	177 117
7 692	10 330	Reparasjon, vedlikehold og service	282 863	283 500
33 254	62 455	Konsulenttjenester	79 770	60 956
109 457	114 142	Annen ekstern tjeneste	244 544	258 109
13 129	38 952	Kontor- og kommunikasjonskostnader	119 614	103 045
18	13	Kostnader forbundet med transportmidler	35 342	36 279
22 078	23 855	Reisekostnader	168 870	174 737
279	791	Forsikringskostnader	7 449	7 215
100 441	93 355	Pasientskadeerstatning	103 451	107 044
89 569	139 489	Øvrige driftskostnader	210 426	135 135
401 439	508 473	Sum	2 470 985	2 358 448

Note 9 Finansposter

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
4 835	6 294	Resultatandel felleskontrollerte selskaper	6 294	4 835
63 302	70 266	Konserninterne renteinntekter	14 437	0
90 627	61 506	Andre renteinntekter	69 987	99 702
0	20	Andre finansinntekter	226	225
158 763	138 086	Sum	90 944	104 762

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
0	0	Resultatandel felleskontrollerte selskaper	0	0
5 529	6 046	Konserninterne rentekostnader	-3	0
68 106	67 208	Andre rentekostnader	46 762	28 606
0	0	Andre finanskostnader	2 107	3 215
73 635	73 254	Sum	48 865	31 820

Note 10 Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Helse Nord RHF

Immaterielle eiendeler

	FoU	Lisenser og programvare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2015	-	351 175	220 976	572 151
Tilgang	-	25 448	143 832	169 279
Tilgang virksomhetsoverdragelse	-	-	-	-
Avgang	-	92 396	-	92 396
Fra anlegg under utførelse til....	-	97 040	(97 040)	(0)
Anskaffelseskost 31.12.2015	-	381 266	267 768	649 034
Akk avskrivninger 31.12.2015	-	178 003	-	178 003
Akk nedskrivninger 31.12.2015	-	-	-	-
Balanseført verdi 31.12.2015	-	203 264	267 768	471 032
Årets ordinære avskrivninger	-	47 583	-	47 583
Årets nedskrivninger	-	-	-	-

Årets 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 1.1.2015	-	1 947	13 685	-	343 399	359 031
Tilgang	-	-	-	-	45 460	45 460
Tilgang virksomhetsoverdragelse	-	-	-	-	-	-
Avgang	-	1 947	-	-	122 997	124 944
Fra anlegg under utførelse til....	-	-	(13 685)	-	13 685	-
Anskaffelseskost 31.12.2015	-	-	-	-	279 547	279 547
Akk avskrivninger 31.12.2015	-	-	-	-	154 376	154 376
Akk nedskrivninger 31.12.2015	-	-	-	-	-	-
Balanseført verdi 31.12.2015	-	-	-	-	125 171	125 171
Årets ordinære avskrivninger	-	-	-	-	56 278	56 278
Årets nedskrivninger	-	-	-	-	-	-

Årets balanseførte lånekostnader

Dekomponert

Levetider

10-60 år

3-15 år

Avskrivningsplan

lineær

lineær

Leieavtaler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp		15 646		75
Varighet		Inntil 2017		Inntil 5 år

Foretaksgruppen

Immaterielle eiendeler

	FoU	Prosjekt under		Sum
		EDB programvare	utvikling	
Anskaffelseskost 1.1.2015	-	443 089	221 346	664 435
Tilgang	-	44 886	143 578	188 464
Omklassifisering	-	-	4 840	4 840
Avgang	-	93 286	-	93 286
Fra anlegg under utførelse til....	-	101 879	(101 879)	(0)
Anskaffelseskost 31.12.2015	-	496 568	267 885	764 452
Akk avskrivninger 31.12.2015	-	266 927	-	266 927
Akk nedskrivninger 31.12.2015	-	-	-	-
Balansført verdi 31.12.2015	-	229 640	267 885	497 525
Årets ordinære avskrivninger	-	49 920	-	49 920
Årets nedskrivninger	-	-	-	-

Årets balanseførte lånekostnader	-	-	-	-
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 1.1.2015	1 110 374	8 750 744	4 059 109	1 822 194	933 751	16 676 172		
Tilgang	(51)	75 206	1 310 582	123 553	109 485	1 618 775		
Omklassifisering	-	-	(4 840)	-	-	(4 840)		
Avgang	5 000	247 958	902	44 046	151 211	449 116		
Fra anlegg under utførelse til....	-	2 416 620	(2 752 404)	247 397	88 387	-		
Anskaffelseskost 31.12.2015	1 105 323	10 994 613	2 611 546	2 149 097	980 412	17 840 991		
Akk avskrivninger 31.12.2015	67 563	4 698 957	-	1 214 796	605 149	6 586 465		
Akk nedskrivninger 31.12.2015	5 902	10 267	-	-	11	16 179		
Balansført verdi 31.12.2015	1 031 859	6 285 390	2 611 546	934 301	375 252	11 238 348		
Årets ordinære avskrivninger	2 025	416 178	(26 539)	180 871	114 098	686 633		
Årets nedskrivninger	-	-	902	16	415	1 334		

Årets balanseførte lånekostnader	-	-	22 087	-	-	22 087
Levetider		Dekomponert				
Avskrivningsplan	lineær	10-60 år		3-15 år	3-15 år	
		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	2 143	87 291	2 330	11 891
Varighet	Løpende	Inntil 12 år	Inntil 5 år	Inntil 5 år

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

Langsiktige byggeprosjekter

Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2015 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Foretak	Akkumulert	Akkumulert	Total kostnads-ramme	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt for ferdigstilling
		regnskap pr 31.12.15	regnskap pr 31.12.14			
Byggetrinn 2 Bodø	NLSH	2 535 683	2 112 244	3 574 600	3 604 100	2018
G-fløy Bodø	NLSH	75 650	0	134 400	125 000	2016
A-fløy Tromsø	UNN	315 550	181 734	1 596 000	1 596 000	2018
Bygg Åsgård 7 - renov.	UNN	100 160	17 778	96 300	96 300	2016
PET-senter	UNN	64 330	23 339	536 300	493 100	2017
Alta Nærpsykehus	Finnmark	6 980	0	330 000	458 000	2019
Kirkenes sykehus	Finnmark	592 569	159 739	1 460 000	1 460 000	2017
Sum		3 690 922	2 494 834	7 727 600	7 832 500	

Note 11 Eierandeler i datterforetak

Andeler i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Stemmeandel	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Resultatandel
Finnmarkssykehuset HF	Hammerfest	100 %	100 %	764 241	764 241	30 094	30 094
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Tromsø	100 %	100 %	4 182 859	4 182 859	120 804	120 804
Nordlandssykehuset HF	Bodø	100 %	100 %	1 831 317	1 831 317	-65 496	-65 496
Helgelandssykehuset HF	Mo i Rana	100 %	100 %	780 274	780 274	27 677	27 677
Sykehusapotek Nord HF	Tromsø	100 %	100 %	1 250	51 357	5 857	0
Sum eierandeler i datterforetak				7 559 941	7 610 048	118 936	113 079

Note 12 Eierandeler i felleskontrollert virksomhet (FKV) og tilknyttet selskap (TS)

Andeler i FKV og TS	Hovedkontor	Eierandeler	Stemmeandel	Kostpris	Balanseført e.kap på kjøpstidspunktet	Balanseført verdi 1.1	Balanseført verdi 31.12	Andre endringer i året	Årets resultatandel
Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS	Bodø	20 %	20 %	3 495	1 000	10 937	10 715		-222
Helseforetakenes Innkjøpsservice AS	Vadsø	20 %	20 %	400	500	4 583	4 200		-382
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS	Skien	20 %	20 %	3 500	7 500	7 593	10 316		2 724
Helseforetakenes Driftsorganisasjon Nødnett HF	Gjøvik	20 %	20 %	10 600	53 000	10 600	10 600		0
Nasjonal IKT HF	Bergen	25 %	25 %	1 250	5 000	2 378	6 622		4 243
Sykehusbygg HF	Trondheim	25 %	25 %	1 250	5 000	1 250	1 181		-69
Sum eierandeler i FKV og TS				20 495	72 000	37 341	43 635	-	6 294

Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2014	31.12.2015	31.12.2015	31.12.2014
37 341	43 635	43 635	37 341
		0	0
37 341	43 635	43 635	37 341

Note 13 Investeringer i aksjer og andeler

Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2014	31.12.2015	31.12.2015	31.12.2014
1	1	1	1
513	513	1 175	1 175
0	0	13	13
0	0	237	0
0	0	0	155
2 498	3 003	446 972	403 570
3 012	3 517	448 398	404 914

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 pensjonsinretning, vil kundens andel av egenkapitalinnskuddet bli tilbakebetalt. Dette er den eneste situasjon der kunden faktisk kan disponere sitt egenkapitalinnskudd.

Note 14 Andre finansielle anleggsmidler

Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2014	31.12.2015	31.12.2015	31.12.2014
2 620 620	3 457 510		
	8 800	8 800	
2 620 620	3 466 310	8 800	0

Note 15 Fordringer og obligasjoner

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2014	31.12.2015		31.12.2015	31.12.2014
6 907	19 095	Kundefordringer	107 552	99 650
110 718	110 921	Fordring på Helse- og omsorgsdepartementet	110 921	110 718
0	0	Påløpne inntekter	13 627	16 699
171 155	161 387	Andre kortsiktige fordringer	308 064	316 446
288 779	291 403	Sum	540 163	543 513

Aldersfordeling kundefordringer

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2014	31.12.2015		31.12.2015	31.12.2014
5 707	14 067	Ikke forfalte fordringer	82 382	76 568
3 808	8 141	Forfalte fordringer 1-30 dager	14 732	7 821
-98	0	Forfalte fordringer 30-60 dager	3 401	4 419
0	0	Forfalte fordringer 60-90 dager	2 138	5 111
-2 510	-3 113	Forfalte fordringer over 90 dager	4 899	5 731
6 907	19 095	Kundefordringer pålydende pr. 31.12.	107 552	99 650

Tap på kundefordringer

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2014	31.12.2015		31.12.2015	31.12.2014
15	15	Avsetning for tap på kundefordringer pr. 1.1.	9 960	14 015
0	0	Årets avsetning til tap på krav	2 712	3 266
0	0	Reverserte tidligere avsetninger	-4 468	-7 321
15	15	Avsetning for tap på fordringer pr. 31.12.	8 205	9 960

0	0	Årets konstaterte tap	5 571	9 286
---	---	-----------------------	-------	-------

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med kr 7 365 095 i 2015. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

Note 16 Kontanter og bankinnskudd

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2014	31.12.2015		31.12.2015	31.12.2014
8 984	10 552	Skattetrekksmidler	331 089	341 976
		Andre bundne konti	0	2
8 984	10 552	Sum bunde kontanter og bankinnskudd	331 089	341 978
1 547 142	2 102 787	Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	2 105 974	1 549 082
1 556 126	2 113 339	Sum kontanter og bankinnskudd	2 437 063	1 891 060

Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld i Helse Nord RHF og i foretaksgruppen.

Note 17 Egenkapital

Helse Nord RHF

	Foretaks- kapital	Struktur- fond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2014	100	0	7 920 950	16 849	1 028 004	8 965 903
Årets resultat	0	0	0	6 294	604 582	610 876
Egenkapital 31.12.2015	100	0	7 920 950	23 143	1 632 586	9 576 779

Foretaksgruppen

	Foretaks- kapital	Struktur- fond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2014	100	0	7 920 950	16 849	1 072 680	9 010 579
EK transaksjoner	0	0	0	0	-426	-426
Årets resultat	0	0	0	6 294	610 439	616 733
Egenkapital 31.12.2015	100	0	7 920 950	23 143	1 682 693	9 626 886

Egenkapitaltransaksjonen er en konsekvens av innføring av skatteplikt for publikumsavdelingene til Sykehusapotek Nord HF, jf. note 28

Note 18 Eiers styringsmål

Forklaring av hvordan korrigert årsresultat fremkommer:

	2015	2014	2002-2014
Årsresultat	616 733	1 664 543	883 703
Overføring fra strukturfond			709 763
Korrigerings for endrede levetider			530 024
Korrigert resultat	616 733	1 664 543	2 123 490
Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultatkravet			-104 500
Resultat jf økonomisk krav fra HOD	616 733	1 664 543	2 018 990
Resultatkrav fra HOD		-1 301 100	-1 166 100
Avvik fra resultatkrav fra HOD	616 733	363 443	852 890

I perioden 2002-2010 har det vært ulike korrigeringer mellom regnskapsmessig årsresultat og det årsresultatet Helse- og omsorgsdepartementet har stilt krav til. Forskjellen utgjør i all hovedsak justeringer for at bevilgningsnivået frem til og med 2007 ikke dekket fulle regnskapsmessige avskrivninger og ulike resultatkrav knyttet til pensjonskostnader. I perioden 2002-2006 ble denne underfinansieringen håndtert gjennom å stille krav til et "korrigert resultat", mens det i 2007 ble stilt krav til et negativt regnskapsmessig årsresultat på et nivå tilsvarende korrigeringene.

De siste årene, inkludert 2012, 2013 og 2015, har eier stilt krav om at foretaksgruppen skal gå i økonomisk balanse. Dette innebærer at foretaksgruppens samlede ressursbruk til både drift og investeringer skal holdes innenfor de rammer som følger av Stortingets vedtak. Det er følgelig ikke anledning til hverken regnskapsmessig underskudd eller bruk av driftskreditt utover de rammene som Stortinget har bevilget.

I 2014 var pensjonskostnadene redusert betydelig på grunn av innføring av levealdersjustering for offentlige tjenestepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere. Ved behandling av Prop. 23 S (2014-2015) ble basisrammen til de regionale helseforetakene for 2014 satt ned med 5 040 mill. kroner, mens den øvrige kostnadsreduksjonen disponeres til å styrke foretakenes egenkapital, tilsvarende 10 100 mill kr. Resultatkravet for 2014 ble derfor endret til et samlet positivt resultat på 10 100 mill kr. Helse Nord's andel av dette utgjorde 1 301,1 mill kroner.

Note 19 Avsetninger for forpliktelser

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2014	31.12.2015		31.12.2015	31.12.2014
0	0	Tariffestet utdanningspermisjon	324 574	280 589
0	0	Investeringsstilsudd	30 631	34 255
0	0	Avsetning til pasientskadeerstatning	17 424	13 424
0	0	Andre avsetninger for forpliktelser	13 317	13 880
0	0	Sum avsetning for forpliktelser	385 947	342 149
0	0	Antall leger som er omfattet av ordningen med tariffestet utdanningspermisjon	1 137	1 053
		Uttakstilbøyelighet	100 %	100 %

Note 20 Annen langsiktig gjeld

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2014	31.12.2015		31.12.2015	31.12.2014
2 428 642	2 692 028	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	2 692 028	2 428 642
		Gjeld til kredittinstitusjoner		
		Annen langsiktig gjeld		
2 428 642	2 692 028	Sum langsiktig gjeld	2 692 028	2 428 642
627 319	649 989	Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	649 989	627 319

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 31.12.2015 er det tatt opp lån på kr 465 669 000 inkludert påløpte renter, som det ikke er fastsatt løpetid for. Løpetid kan ikke settes lengre enn 25 år.

Note 21 Kortsiktig gjeld

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
175 978	149 272	Leverandørgjeld	660 393	626 663
11 773	12 380	Påløpt lønn	228 191	232 237
21 045	23 547	Feriepenger	827 083	794 176
78 680	85 386	Påløpte kostnader	328 001	439 785
177 883	134 798	Annen kortsiktig gjeld	333 812	380 295
465 359	405 383	Sum	2 377 480	2 473 156

Note 22 Mellomværende med selskap i samme foretaksgruppe

Fordringer

	31.12.2015	31.12.2014
Finnmarksykehuset HF	964	284 774
UNN HF	1 800	254 887
Nordlandssykehuset HF	358 265	656 434
Helgelandssykehuset HF	5 256	31 101
Sykehusapotek Nord HF	7	67
Sum	366 293	1 227 263

Gjeld

	31.12.2015	31.12.2014
Finnmarksykehuset HF	18 856	3
UNN HF	612 054	19 693
Nordlandssykehuset HF	1 744	1 563
Helgelandssykehuset HF	259 692	102
Sykehusapotek Nord HF	39 307	32 691
Sum	931 652	54 052

Alle Helseforetakene i Helse Nord er med i en konsernkontoordning i DnB 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 følgende lån til finansiering av investeringer:

Finnmarkssykehuset:

Avdragsprofil	Pr. 31.12.15	2016	2017	2018	2019	2020	2021-
Låneopptak 2015	400 000			23 360	46 720	46 720	283 200
Sum	400 000	0	0	23 360	46 720	46 720	283 200

Universitetssykehuset Nord Norge:

Avdragsprofil	Pr. 31.12.15	2016	2017	2018	2019	2020	2021-
Låneopptak 2015	130 000				28 000	28 000	74 000
Sum	130 000	0	0	0	28 000	28 000	74 000

Nordlandssykehuset:

Avdragsprofil	Pr. 31.12.15	2016	2017	2018	2019	2020	2021-
Låneopptak 2006	102 960	9 360	9 360	9 360	9 360	9 360	56 160
Låneopptak 2006	145 200	13 200	13 200	13 200	13 200	13 200	79 200
Låneopptak 2008	59 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	42 000
Låneopptak 2008	42 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	30 000
Låneopptak 2009	110 500	6 500	6 500	6 500	6 500	6 500	78 000
Låneopptak 2010	51 850	3 050	3 050	3 050	3 050	3 050	36 600
Låneopptak 2010	85 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	60 000
Låneopptak 2011	340 000		17 000	17 000		17 000	272 000
Låneopptak 2012	290 000					14 500	261 000
Låneopptak 2013	120 000					6 000	108 000
Låneopptak 2013	300 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	225 000
Låneopptak 2013	230 000					11 500	207 000
Låneopptak 2014	230 000	9 200	9 200	9 200	9 200	9 200	184 000
Låneopptak 2014	300 000					12 000	276 000
Låneopptak 2014	170 000					6 800	156 400
Låneopptak 2015	350 000						350 000
Sum	2 927 510	67 310	84 310	84 310	135 110	135 110	2 421 360

Avdragsprofil	Pr. 31.12.15	2016	2017	2018	2019	2020	2021-
Sum interne lån	3 457 510	67 310	84 310	107 670	209 830	209 830	2 778 560

Note 23 Nærstående parter

Helse Nord RHF's nærstående er definert i regnskapslovens § 7-30b og regnskapsforskriftens § 7-30b-1. Vesentlige transaksjoner med nærstående parter framgår i denne og andre noter i årsregnskapet.

Ytelser til ledende ansatte er omtalt i note 6, og mellomværende med konsernselskaper er omtalt i notene 14 og 22.

Helse Nord RHF mottar det vesentligste av sine inntekter fra eier, det vil si Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD er også eier av de andre regionale helseforetakene.

Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Nord-Norge og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Nord-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Helse Nord's kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 685 mill kroner i 2015 mot 617 mill kroner i 2014, tilsvarende salg utgjorde 69 mill kroner i 2015 mot 51 mill kroner i 2014. Det vesentligste av gjestepasientoppjøret er basert av avtalte beregningsmåter for prising.

Andre transaksjoner med de andre helseregionene er i hovedsak knyttet til felles prosjekter, delvis initiert av eier.

Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen er Helse Nord RHF's overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Ordinært kjøp og salg mellom foretak i Helse Nord i 2015 utgjorde om lag 828 mill kroner. Sykehusapotek Nord sitt salg til øvrige helseforetak utgjør om lag 31 % av dette, mens Helse Nord IKT sitt salg til øvrige enheter utgjorde om lag 54 %.

Den viktigste transaksjonen med felleskontrollerte virksomheter og tilknyttede selskaper er kjøp fra Nasjonal Luftambulansetjeneste ANS med 358 mill kr.

Alle foretak i foretaksgruppen har gjennomført en kartlegging og dokumentasjon av styremedlemmers og ledende ansattes verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører. Helseregionen er blant annet underlagt lov om offentlige anskaffelser. I noen av helseforetakene er det etablert rutiner som skal bidra til å sikre at ansatte som er ansvarlig for, eller har innflytelse på inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgsavtaler ikke sitter med verv eller har andre relasjoner til leverandører eller kunder mv som kan tenkes å komme i konflikt deres rolle i foretakene. Det er ikke etablert gjennomgående rutiner og retningslinjer for kartlegging, vurderinger, dokumentasjon mv av dette i foretaksgruppen.

Note 24 Universiteter og høyskolebruksrett

Undervisning er en sentral del av helseforetakets virksomhet. Dette innebærer at Helse NN plikter å stille nødvendig areal mv til disposisjon for universiteter og høyskoler. Rettighetene er knyttet til areal vedr. kontor, undervisningsrom og forskning.

UIT-Norges Arktiske Universitet har disponeringsrett på til sammen 3113 m2 ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

Videre har Universitetssykehuset Nord-Norge disponeringsrett på til sammen 599 m2 ved UIT-Norges Arktiske Universitet.

Ved Finnmarkssykehuset HF's institusjoner gis det bruksrett til medisinerutdanning, sykepleierutdanning og andre profesjoner innen helse.

Denne undervisningsretten er ikke knyttet til bestemte arealer og heller ikke formalisert juridisk som en forpliktelse utover det som vil følge av pålagt undervisningsansvar som departementet til enhver tid måtte pålegge foretaket.

Note 25 Garantiforpliktelser

Helse Nord RHF har ingen garantiforpliktelser.

Note 26 Sammenslåtte poster i kontantstrømoppstillingen

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
-471 478	860 969	Endring i varelager	-3 067	-704
-25 661	-2 624	Endring i fordring på selskap i samme konsern		
		Endring i øvrige fordringer	3 350	-74 538
-497 139	858 345	Sum endring i omløpsmidler	283	-75 242
-2 661	7 462	Endring i skyldige offentlige avgifter	16 968	9 028
-342 994	877 600	Endring i kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern		
105 842	-59 976	Endring i annen kortsiktig gjeld	-95 676	180 232
-239 813	825 086	Sum endring i kortsiktig gjeld	-78 708	189 260

Note 27 Forskning og utvikling

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
22 211	26 544	Øremerkede tilskudd fra eier til forskning	127 735	108 064
8 871	21 504	Basisramme fra eier til forskning	164 607	127 887
0	0	Andre inntekter til forskning og utvikling	22 425	35 229
31 082	48 048	Sum inntekter til forskning	314 767	271 180
2 400	2 400	Andre inntekter til utvikling	2 419	2 861
15 036	20 384	Basisramme til utvikling	54 249	51 937
17 436	22 784	Sum inntekter til utvikling	56 668	54 798
48 518	70 832	Sum inntekter til forskning og utvikling	371 435	325 978

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
30 817	47 762	Kostnader til forskning - somatikk	278 613	233 175
265	286	Kostnader til forskning - psykisk helsevern	33 321	34 392
0	0	Kostnader til forskning - TSB	2 835	3 613
0	0	Kostnader til forskning - annet	0	0
31 082	48 048	Sum kostnader til forskning	314 768	271 180
17 436	22 784	Kostnader til utvikling - somatikk	46 727	50 067
0	0	Kostnader til utvikling - psykisk helsevern	7 472	4 242
0	0	Kostnader til utvikling - TSB	2 469	489
0	0	Kostnader til utvikling - annet	0	0
17 436	22 784	Sum kostnader til utvikling	56 668	54 798
48 518	70 832	Sum kostnader til forskning og utvikling	371 436	325 978

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2014	2015		2015	2014
0	0	Antall avlagte doktorgrader	25	27
15	15	Antall publiserte artikler	469	391
1	2	Antall årsverk forskning	229	214
29	33	Antall årsverk utvikling	723	632

Note 28 Skatt

	Foretaksgruppen	
	31.12.2015	31.12.2014
Midlertidige forskjeller		
Anleggsmidler	-3	50
Omløpsmidler	-159	-159
Avsetninger for forpliktelser	1 265	1 688
Annen langsiktig gjeld		
Kortsiktig gjeld		
Gevinst- og tapskonto		
Netto midlertidige forskjeller	1 103	1 579
Underskudd til framføring		
Grunnlag for utsatt skatt/skattefordel i balanse	1 103	1 579
Utsatt skatt (utsatt skattefordel)	276	426
Herav ikke balanseført utsatt skattefordel		
Utsatt skatt (utsatt skattefordel)	276	426

Årets skattekostnad på ordinært resultat framkommer slik:	Foretaksgruppen	
	2015	2014
Grunnlag for betalbar skatt		
Resultat før skatt	617 396	
Resultat ikke skattepliktig virksomhet	614 857	
Resultat før skattekostnad	2 539	
Permanente forskjeller		
Grunnlag for årets skattekostnad	2 539	0
Endring i midlertidige forskjeller	476	
Skattepliktig inntekt	3 015	0
Bruk av framførbart underskudd		
Grunnlag for betalbar skatt	3 015	0
27 % av grunnlag for betalbar skatt	814	
Endring i utsatt skatt	-151	
For lite/for mye avsatt i fjor		
Sum skattekostnad på ordinært resultat	663	0
Spesifikasjon av skattekostnad		
27 % skatt av resultat før skatt	686	
27 % skatt av endring i midlertidige forskjeller	128	
27 % skatt av midlertidige forskjeller 1.1.2015	-426	
25 % skatt av midlertidige forskjeller 31.12.2015	276	
Beregnet skattekostnad	663	0