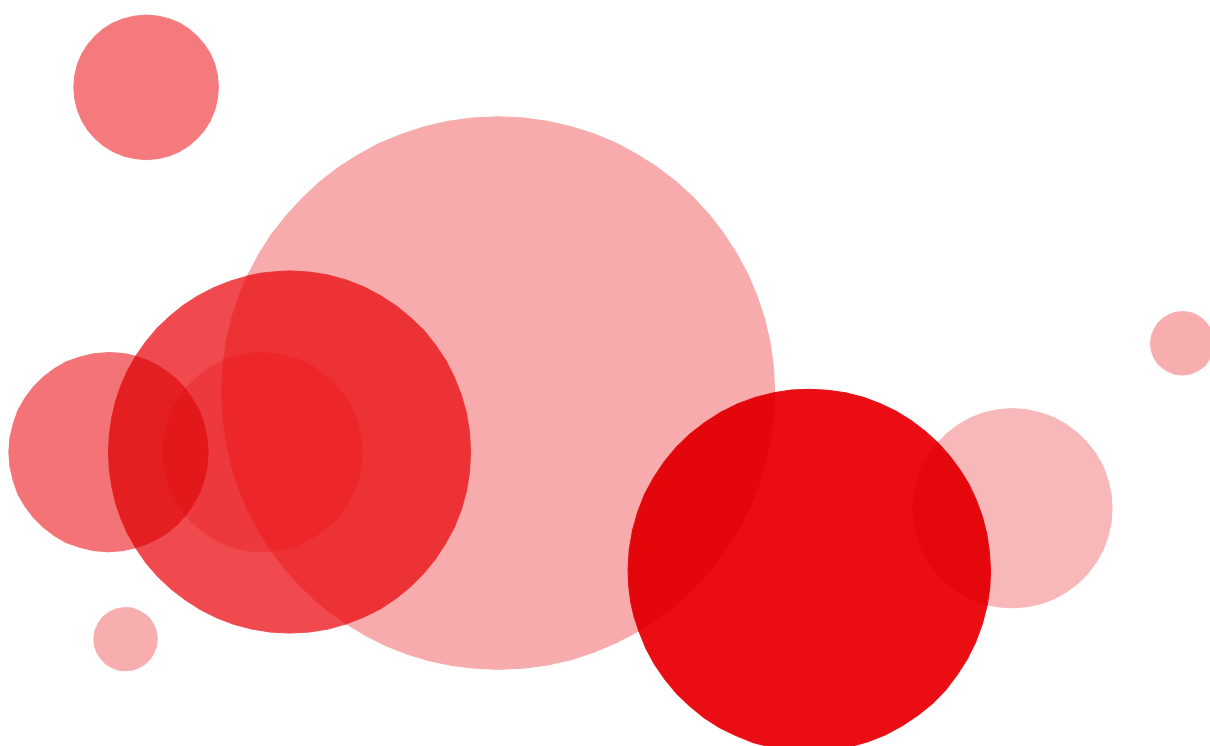


**Årlig melding 2016 for
Helse Nord RHF til Helse- og
omsorgsdepartementet**



Innhold

1. Innledning	3
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2016	4
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument	10
2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	10
2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	18
2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	20
3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2016	31
3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	31
3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	35
3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	35
4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet	37
4.1 Krav og rammer for 2016	37
4.2 Øvrige aktuelle saker i 2016	46
5. Styrets plandokument	48
5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser	48
5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer	48
6. Vedlegg	49
6.1 Redusere unødig venting, mindre variasjon og bedre effektivitet, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	49
6.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	52
6.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, forskning innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	53
6.4 Rapportering 2016 Helse Nord RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet	55

1. Innledning

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Nord RHF skal sørge for en spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge og på Svalbard som bygger på verdiene *kvalitet, trygghet og respekt*. Med dette menes kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg, og respekt i møtet med pasienten. Alle skal ha et 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 i nord, der vi bor*» er vår visjon, og befolkningens helse og særskilte utfordringer skal være sentralt for prioritering og utvikling av tjenesten. Befolkningen skal i all hovedsak kunne få sine helsetjenester i nord. Helsetjenesten skal være nært der folk bor kombinert med samling av oppgaver som krever høyspesialisert kompetanse.

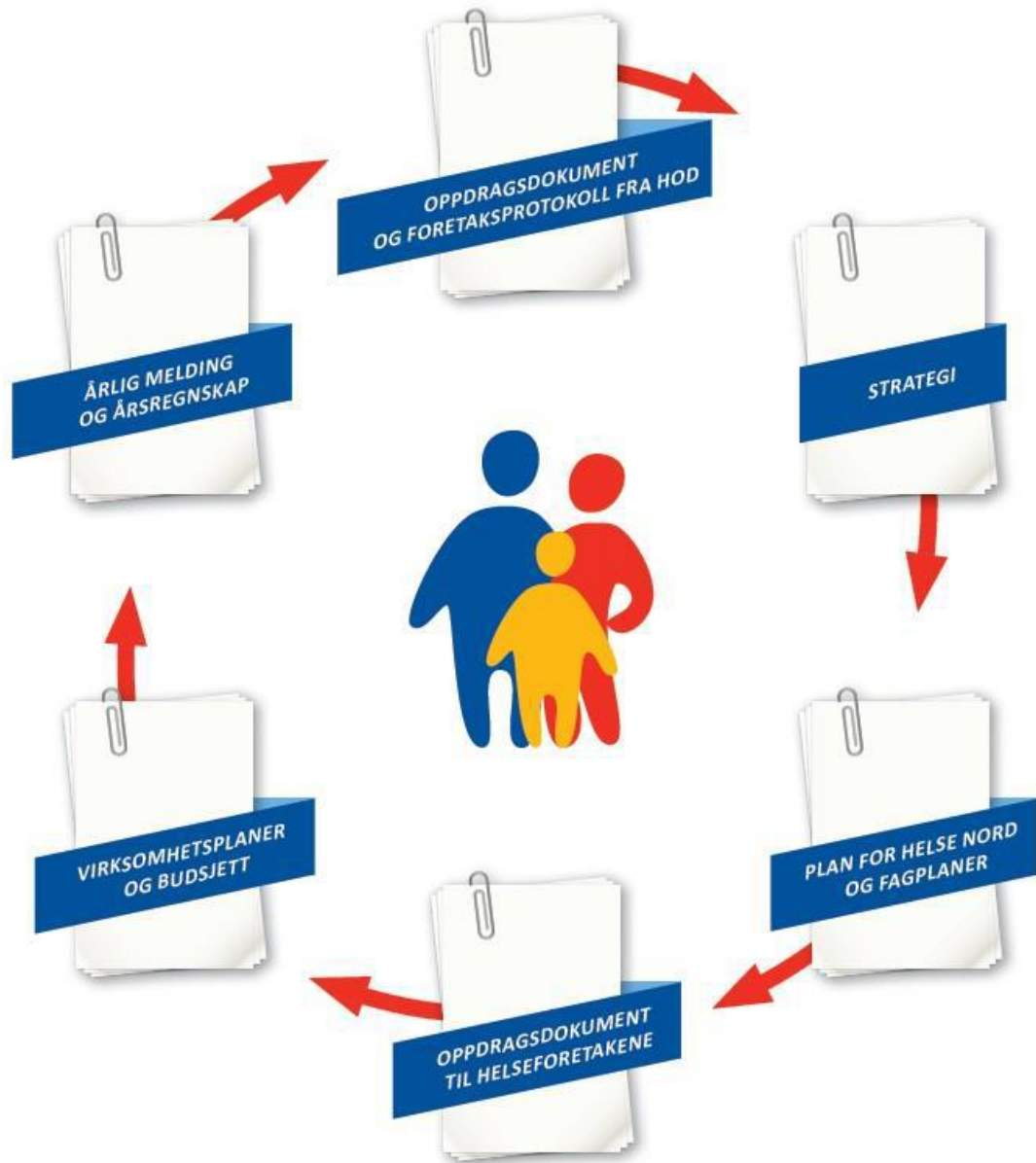
Utvikling og forbedring av helsetjenesten skal skje i et samarbeid mellom brukerne, helseforetakene, kommunene og andre som yter helsetjenester.

Helsetjenesten skal baseres på nasjonale og regionale prioriteringer. 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's viktigste mål for utvikling av pasientens helsetjeneste i planperioden 2016-2019 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

Helse Nord tilstreber å være tydelige og se sammenheng mellom våre viktigste plandokumenter og våre formål: pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Figur 1 illustrerer sammenhengen.



Figur 1 Plandokumentenes sammenheng i Helse Nord

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2016

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

«Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016–2025» ble vedtatt i 2016. Planen stiller både faglige krav til tjenestetilbudet og peker ut områder som skal prioriteres. Helse Nord skal i løpet av planperioden etablere et regionalt kompetansesenter for sikkerhetspsykiatri og et behandlingstilbud til pasienter med behov for behandling på et regionalt sikkerhetsnivå. Pasienter i TSB skal få bedre tilgang til poliklinisk behandling, og alle helseforetak skal ha behandlingstilbud for sped- og småbarn i psykisk helsevern for barn og unge. I 2016 ble det etablert en medikamentfri døgnpost med seks plasser for pasienter med alvorlig psykisk lidelse ved Universitetssykehuset Nord-Norge

(UNN). Det medikamentfrie tilbudet har i fokus pasientens valgmuligheter og medvirkning i egen behandling, og den enkeltes ressurser står sentralt. Arbeidet med utviklingsplanen avdekket også et behov for et spesialisert døgntilbud til personer med samtidig utviklingshemming og psykiske lidelser. Pasientgruppen fikk i 2016 et tilbud ved Nordlandssykehuset. Nordlandssykehuset har i 2016 etablert en regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse, i tillegg til en regional behandlingstjeneste for psykoselidelser.

Ventetid

Helse Nord har hatt en positiv utvikling i reduserte ventetider innenfor somatikk. Snittet for regionen per 2. tertial 2016 var 66 dager. I desember 2016 var alle våre sykehus innenfor kravet.

I sykehusene varierer gjennomsnittlig ventetid fra 55–81 dager. Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har innfridd kravet, mens UNN ligger tett oppunder måloppnåelse med 66 dager. Nordlandssykehuset har en gjennomsnittlig ventetid på 81 dager. Dette begrunnes med at de har prioritert å ta ned ventelistene for de langtidsventende, og at streiken høsten 2016 bidro til redusert aktivitet. Avtalespesialist og private sykehus benyttes aktivt for å redusere ventetidene.

Innenfor psykisk helse og rus var gjennomsnittlig ventetid for regionen per 2. tertial på 42 dager for TSB, 50 dager for psykisk helse barn og unge, og 51 dager for psykisk helse voksne. I desember 2016 var ventetidene henholdsvis 22–40 dager for TSB, 31–48 dager for barn og unge, og 35–42 dager for voksne. Alle helseforetakene er godt innenfor kravet.

Kvalitetsstrategi

Helse Nord's kvalitetsstrategi for 2016–2020 ble vedtatt i 2015 og arbeidet med å sette den i verk startet i 2016. Alle foretakene skulle styrebehandle tiltaksplaner for dette i løpet av 2016. To helseforetak utsatte dette til begynnelsen av 2017.

Status for de fire satsningsområder i kvalitetsstrategien for 2016:

- Gjennomføre minimum to kliniske fagrevisjoner på tvers i regionen:
 - Prosjektet for to fagrevisjoner startet i 2016 og planlegges sluttført i 2017.
 - Regional retningslinje for kliniske fagrevisjoner påbegynt i 2016 og ferdigstilles i 2017.
- Rulle ut løsning for automatisk GTT (Global Trigger Tool) til alle foretakene:
 - Prosjektet kom godt i gang i 2016 og fortsetter i 2017.
- Regional utdanning i forbedringsarbeid. Sette flere i stand til å drive forbedringsarbeid i enhetene:
 - Prosjektet ble startet i august 2016 og ferdigstilles i august 2017.
- Anskaffe verktøy for å gjennomføre lokale pasienterfaringsundersøkelser:
 - Forarbeid er gjort i 2016, prosjektet startes i 2017.

Redusere variasjon

Arbeidet i variasjonsprosjektet har blant annet vært koblet til fagrådet i ortopedi. Resultatene har blitt diskutert og svakheter og styrker knyttet til dataleveransene har blitt vurdert. Videre utvikling har blitt foreslått. Den nyttige dialogen med fagrådet kan tjenes som en mal for andre fagområder.

Innsatsteamet har gjort analysearbeider i alle sykehusforetakene. I Helgelandssykehuset har målet vært tiltak for å oppnå færre innleggelser ved sykehuset i Mosjøen. Oppgaven i Nordlandssykehuset og UNN har vært konsentrert om reduksjon i ventetid og fristbrudd i spesifikke avdelinger med utfordringer. Erfaringene kan ha nytte på tvers i foretakene og innsatsteamet er under evaluering med tanke på eventuell videreføring.

Nødnett

Spesialisthelsetjenesten i Helse Nord tok i 2016 i bruk det felles digitale nødnettet for helse, politi og brann. Alle ambulanser og AMK-er er satt i drift på nytt nødnett med unntak av AMK Finnmark. På grunn av forsinkelse med byggingen av nye Kirkenes sykehus vil ikke kontrollrommene være i drift på nytt nødnett før høsten 2017. Imidlertid er nettet i drift, og helse har tatt i bruk radioer.

Når det gjelder små kontrollrom (kommunale legevaktsentraler og akuttmottak) ferdigstilles disse i området AMK Tromsø i løpet av februar 2017 og i området AMK Bodø i løpet av mars 2017.

På grunn av at Sea King ikke har installert nye nødnettradioer må deler av det gamle analoge helseradionettet videreføres til sommeren 2018. I Finnmark må komplett helseradionett være operativt til ultimo 2017.

Pasientreiser

1. oktober 2016 ble «Mine pasientreiser» lansert på www.helsenorge.no. 50 % av pasientene vil kunne benytte denne inngangsportalen for refusjon av reiseoppgjør. Innen juni 2017, vil nær 100 % av brukerne kunne benytte løsningen. I forbindelse med innføringen er også oppgavefordelingen endret, og Helgelandssykehuset er blitt ny regional enhet for reiseoppgjør i Helse Nord. Tidligere ble enkeltoppgjør behandlet ute i de øvrige HF-ene også.

I forbindelse med overgangen er et nytt regelverk på pasientreiseområdet trådt i kraft og nye systemer og arbeidsprosesser er blitt innført. Det nye systemet skal legge til rette for en større grad av automatisering av reiseoppgjørene.

Det har vært en del oppstartsutfordringer i forbindelse med innføringen av Mine pasientreiser. Blant annet har registerkvaliteten vært lavere enn forventet, slik at man ikke har fått så høy automatiseringsgrad som man forventet. Mer ressurser enn forventet har blitt brukt på å håndtere manuelle arbeidssteg. På sikt vil Mine pasientreiser bli et godt verktøy for å automatisere behandlingen av enkeltoppgjør.

Private helsetjenester

Totalbudsjettet for 2017 ligger på samme nivå som for 2016 nivå korrigert for prisstigning.

Helse Nord har i likhet med i 2015 også i 2016 erfart kapasitetsutfordringer innenfor rehabiliteringsområdet som har medført lange ventetider for pasientene. På tross av en tilleggsbevilgning på 25 millioner kroner ved inngangen til året, viste første halvår 2016 et signifikant overforbruk. Konsekvensen ble at ytelser innen ortopedi, muskel/skjelett, subakutt hjerneslag og pasienter med komplekse og sammensatte lidelser fikk inntaksstopp med påfølgende forsinkelser i pasientbehandlingen. Foruten muskel/skjelett, henger disse ytelsene nøye sammen med aktiviteten på sykehusene. Inntaksstoppen medførte at pasienter ble liggende lengre inne i sykehusene enn ønskelig i påvente å komme til rehabilitering. Det ble derfor i fjerde kvartal gitt ekstrabevilgning på ca. 5,5 millioner kroner til disse ytelsene.

Det ble fra april 2016 inngått avtale med Aleris om leveranse av PET/CT. Avtalen har en årlig ramme på ca. 6,6 millioner.

Ny avtale innenfor somatikk ble inngått fra juli 2016 med Aleris og Volvat og gjelder prosedyrer innenfor ortopedi, håndkirurgi, øre-nese-hals, plastikk kirurgi, søvnapnoe, indremedisin, kardiologi og urologi. Avtaleomfanget er fordelt på Tromsø og Bodø med hhv. 18 og 7,7 millioner. Totalt er dette en økning på 4,6 millioner sammenlignet med dagens avtale.

Det ble i september 2016 inngått avtale med Viken Senter om et traumetilbud til unge i alderen 18–26 år. Rammen er på 6,5 millioner.

Det ble i september 2016 utløst opsjon på etablering av CT i Tromsø på ca. 2,9 millioner.

Budsjettet for private avtalespesialister er redusert med ca. 2,2 millioner sammenlignet med 2016 og overført til kjøp av eksterne helsetjenester. Bakgrunnen for reduksjonen er at Helse Nord RHF opplever til dels store utfordringer knyttet til rekruttering av nye spesialister ved ledighet i driftsavtaler eller opprettelse av nye hjemler. Avtalehjemler er utlyst opptil fem ganger uten kvalifiserte søkere. Manglende norske språkkunnskaper er en hovedutfordring hos de få kandidatene som søker ledige hjemler. Utfordringen gjelder ikke bare distriktene, men også i byer som Bodø og Tromsø.

Arbeid for å få til et formalisert samarbeid mellom avtalespesialistene og HF-ene fortsetter. Målet er å etablere samarbeidsavtaler knyttet til blant annet pasientflyt, ventelister og faglig samarbeid. Helse Nord har valgt ut øyefaget i UNN og Finnmarkssykehuset som pilot for dette. HF-ene er ansvarlig for at avtalene kommer på plass.

Det pågår et arbeid for å få på plass en pilot for lege i spesialisering (LIS) i avtalepraksis. Det har vært dialog med to øyelegesentre i tillegg til at det har vært sett på muligheter å etablere dette innenfor psykiatri, men foreløpig har vi ingen pilot oppe og går. Hovedårsakene er at vi har svært få gruppepraksiser som egner seg for LIS, i tillegg til at HF-ene ikke har kandidater som er kommet langt nok i sin utdanning for at dette er aktuelt.

Forskning og innovasjon

Helse Nord satser på å øke forskningsaktiviteten, men kostnadene har minket litt fra 315 millioner kroner i 2015 til 304 millioner kr i 2016. Det meste av nedgangen er rapportert fra UNN, innen feltet psykiske helse-forskning. Dette vil ses nærmere på.

Helse Nord har blant annet satset ytterligere på målrettede miljøstøttetildelinger og strategiske satsinger innen prioriterte områder fra forskningsstrategien, eksempelvis psykisk helse. Noen av disse satsingene er i samarbeid med UiT, og det har også medført at forskerstillinger og forskningsaktivitet legges dit. Kravet om brukermedvirkning er fulgt opp fra året før og skal vektlegges i forskningsprosjekter. Det er innført nye, nasjonale, kriterier om nytte og kvalitet i forskningen. Kriteriene er likestilte og detaljert definert for søkerne.

Det er fremdeles en målsetning å få økt ekstern finansiering for å gi rom for ytterligere forskningsaktivitet og internasjonalt samarbeid. Det er også et mål om å få realisert flere kliniske forskningsprosjekt med base i helseforetakene.

Det er vedtatt en tiltaksplan for 2017, som skal følges opp av årlige tiltaksplaner, for gjennomføringen av strategien for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016–2020. Det er i tråd med den allerede forsterket tiltak i helseforetakene, og det er i 2016 lagt grunnlag for et betydelig løft på innovasjonsaktivitetene.

Kompetanseledelse

Helse Nord er godt i gang med å innføre et felles verktøy for kompetanseledelse som skal brukes av alle medarbeidere. Dette vil gi oversikt over kompetansen, og er et utgangspunkt for strategisk kompetanseplanlegging. Dette er det samme verktøyet som brukes i de øvrige regionene og som skal brukes til å administrere den nye LIS-utdanningen. En regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering ble vedtatt i 2016 og legger føringer for foretakene, og er et verktøy for å dekke kompetansebehovet.

Nasjonal bemanningsmodell

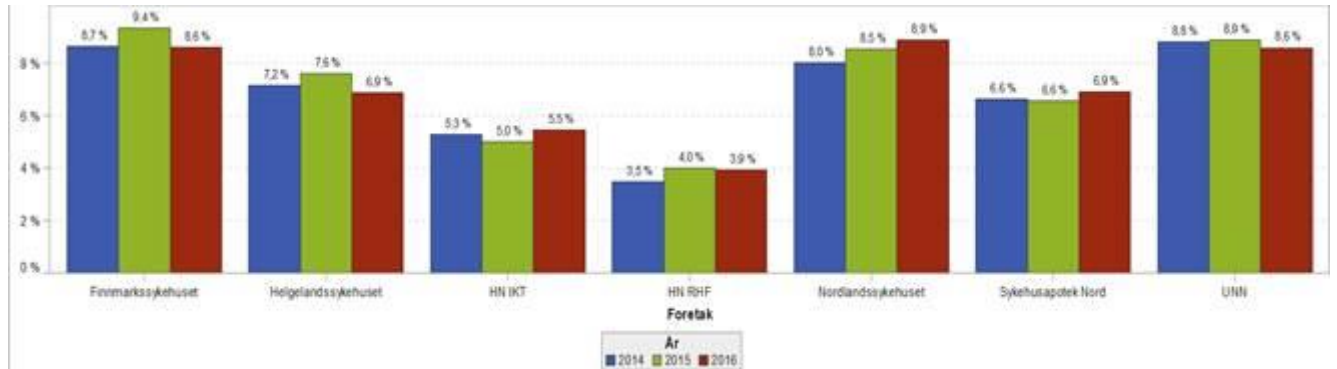
Arbeidet med Nasjonal bemanningsmodell har skapt nye utviklingsarenaer både mellom regionene og fag-, forsknings-, HR- og analysemiljøene. Foretakene har bidratt aktivt med deltakelse i opplæring i scenariometodikk og modellbruk.

Helsefaglæringer

Det regionale satsingsprosjektet på helsefagarbeiderlæringer som ble startet i 2013 ble avsluttet i 2016. Prosjektet bidro til en økning av årlig inntak av helsefagarbeiderlæringer fra 18 til 29 i tidsperioden 2012 til 2016. Totalt antall læringer som har vært ansatt samtidig (1. og 2. års læringer) er økt fra 27 til 54 i samme tidsperiode. Gjennomføringsgrad for fagbrev er økt til 85 %, og alle systemer for oppfølging av læringer er kvalitetssikret og følges tett opp av fast ansatte lærlingeansvarlige i alle sykehusene i Helse Nord.

Sykefravær

Trenden innenfor sykefraværet fra 2014 til 2015 (8,3–8,6 %) har snudd i foretaksgruppen. I 2016 har sykefraværet vært 8,4 % i foretaksgruppen, hvor tre av helseforetakene har hatt en positiv utvikling. Se graf under.



Graf: sykefravær per foretak 2014–2016

Det pågår mange gode prosjekter for å styrke nærværet i foretakene. Tertialets forbedringspris har to ganger blitt tildelt prosjekter hvor det har blitt arbeidet målrettet med nærvær, og hvor man har lyktes i å redusere sykefraværet.

Økonomi

Styret for Helse Nord RHF budsjetterte med et resultatkrav på 409 millioner kroner i 2016.

Resultatkravet ble justert ned til 361 millioner kroner i styresak 79-2016.

Foretaksgruppens regnskapsresultat er et overskudd på 539 millioner kroner.

Foretaksgruppen Helse Nord har følgelig et resultat som er 539 millioner kroner bedre enn resultatkravet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og 178 millioner kroner bedre enn styrets resultatmål.

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

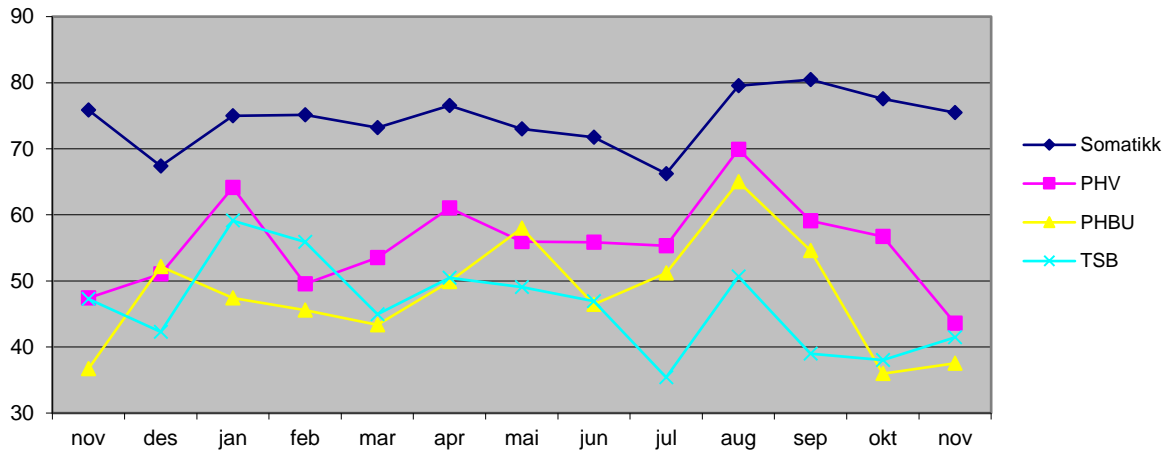
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2016:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Utvikling i gjennomsnittlig ventetid i antall dager pr sektor 2014 og 2015



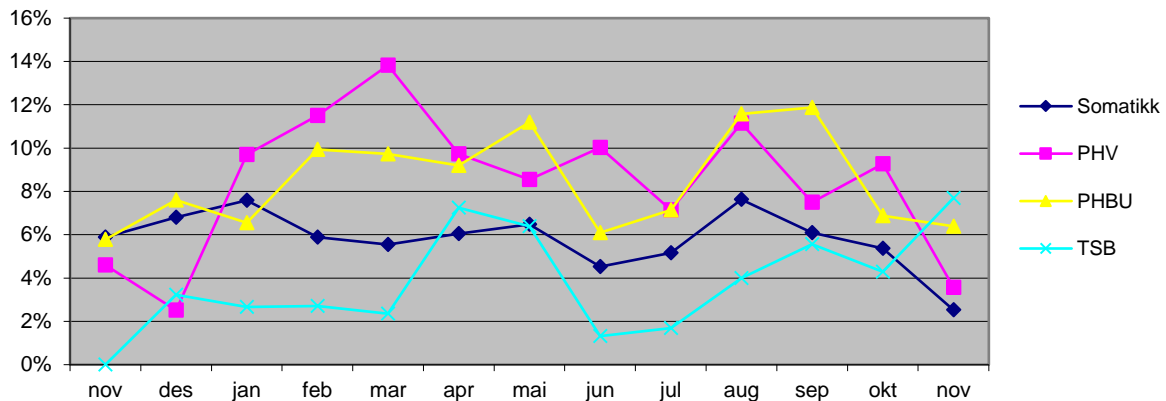
Helse Nord har hatt en svært positiv utvikling i forhold til reduserte ventetider innenfor somatikk. Snittet for regionen per 2. tertial 2016 var 66 dager. I desember 2016 var imidlertid alle våre helseforetak innenfor kravet.

I helseforetakene varierer gjennomsnittlig ventetid fra 55-81 dager. Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har innfridd kravet, mens UNN ligger tett oppunder måloppnåelse med 66 dager. Nordlandssykehuset har en gjennomsnittlig ventetid på 81 dager. Dette begrunnes med at de har prioritert å ta ned ventelistene for de langtidsventende, og at streiken har bidratt til redusert aktivitet. Avtalespesialist og private sykehus benyttes aktivt for å redusere ventetidene.

Innenfor psykisk helse og rus var gjennomsnittlig ventetid for regionen per 2. tertial på 42 dager for TSB, 50 dager for PHBU og 51 dager for PHV. I desember 2016 var ventetidene henholdsvis 22-40 dager for TSB, 31-48 dager for PHBU og 35-42 dager for PHV. Alle helseforetakene er godt innenfor kravet.

- Ingen fristbrudd.

Utvikling i andel fristbrudd pr sektor 2014 og 2015



Helse Nord har et snitt for regionen på 2,2 % fristbrudd for somatikk ved utgangen av 2. tertial. I helseforetakene varierer andel fristbrudd ved utgangen av desember fra 1,2 % i Finnmark til 4% i Helgelandssykehuset. De oppgir at de hadde en økende utfordring i 3.tertial 2016, spesielt innenfor fagområdene øyesykdommer, fordøyelses-sykdommer og nevrologi. Tiltak er planlagt og delvis igangsatt.

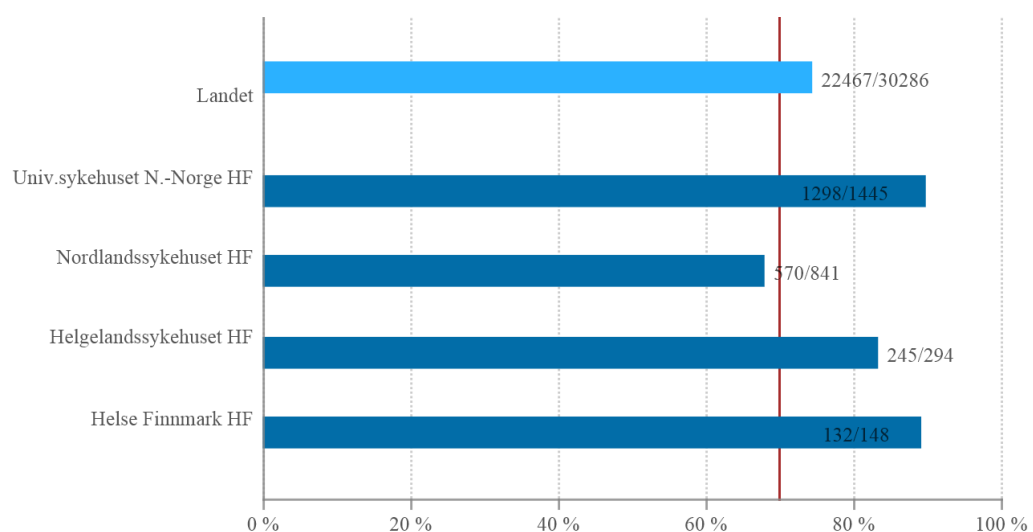
Nordlandssykehuset hadde i desember 2,8% fristbrudd. De har arbeidet aktivt hele året for å redusere fristbrudd. Det er gitt opplæring til både leger og sekretærer i riktig registrering av datoer i DIPS EPJ for å unngå «tekniske fristbrudd».

Kapasiteten innen enkelte fagområder har i perioder vært lav, og det har vært nødvendig å prioritere mellom pasienter med frist eller pasienter som allerede har startet et utrednings- / behandlingsløp. Ved lav kapasitet har medisinske faglige vurderinger vært avgjørende for hvem som har fått tilbud om time, og dette har medført noen fristbrudd.

I forbindelse med arbeidskonflikt mellom Akademikerne Helse og Spekter var flere av Nordlandssykehusets leger tatt ut i streik. Dette medførte redusert kapasitet for poliklinikk, spesielt i Medisinsk klinikk i Bodø med påfølgende økning av fristbrudd. Målsettingen om ingen fristbrudd ved utgangen av 2016 ble ikke nådd. For å styrke arbeidet med fristbrudd i 2017 er det ansatt en rådgiver i prosjektstilling.

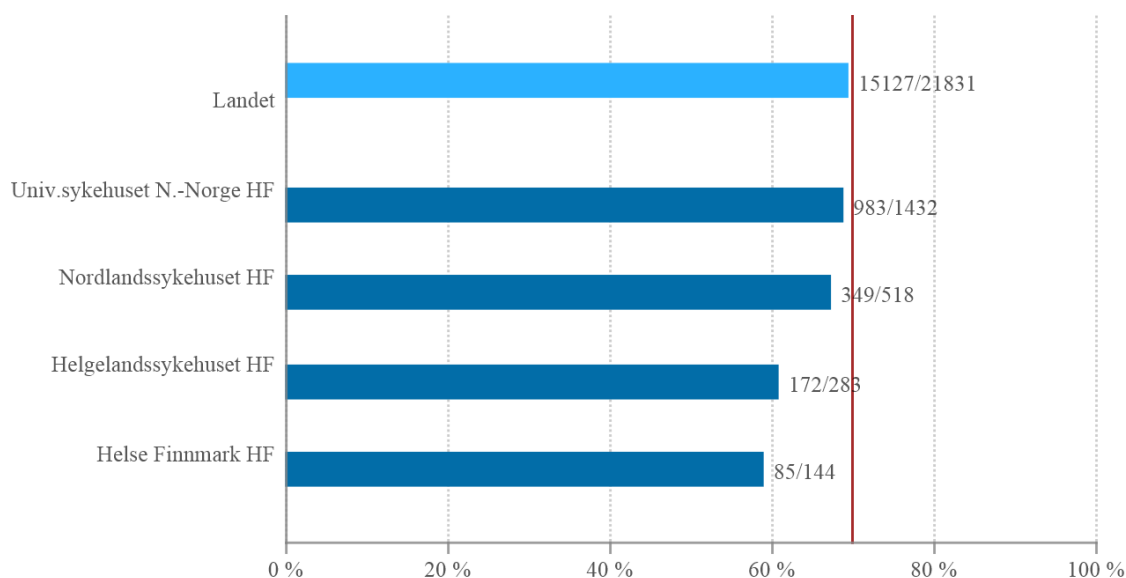
Innenfor psykisk helse og rus var fristbruddene for regionen per 2. tertial for TSB 2,8%, for PHBU 4,0% og for PHV 5,7%. Innen TSB kommer Nordlandssykehuset dårligst ut med 8,9%. Svært få pasienter gjør at utslaget blir stort (fem stykker). Fristbruddene skyldes begrenset kapasitet for langtidsbehandling hos private rusinstitusjoner. Innen PHBU kommer Finnmarkssykehuset dårlig ut grunnet ubesatte stillinger og sykefravær. Det har vært vanskelig å rekruttere spesialister, noe som har påvirket tilbudet. Det samme gjelder PHV hvor andelen fristbrudd var 23,5% innen utgangen av 2. tertial. I desember 2016 var andelen fristbrudd for regionen henholdsvis 2,0% for TSB, 1,8% for PHBU og 4,2% for PHV.

- Andel kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp skal være minst 70 pst.



Regionen samlet har et snitt på 82%. Dette er godt over snittet for landet som er 74%. Alle våre helseforetak med unntak av Nordlandssykehuset oppfyller kravet. Det er ikke god nok kvalitet på kodingen, og dette skyldes begrenset tilgang på merkantile ressurser. Når DIPS Arena tas i bruk våren 2017 vil dette løse seg. Dersom oppgraderingen av DIPS blir ytterligere forsinket vil det bli prioritert å tilsette flere merkantile ressurser. Den økonomiske situasjonen til helseforetaket har hittil medført andre prioriteringer.

- Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført for kreftpasienter innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp skal være minst 70 pst.



Store deler av utredning og behandling er sentralisert til Nordlandssykehuset og UNN. Det medfører at registrerte forløpstider i Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset kan påvirkes av kapasiteten i henholdsvis Nordlandssykehuset og UNN. Dette gjelder blant annet pakkeforløp som omfatter utredning med PET-CT (finnes kun ved UNN) eller MR prostata. Det er inngått avtale med Aleris for å øke tilgjengelig kapasitet på PET-undersøkelser.

Fagmiljøet i regionen har hatt sterke synspunkter på hvilke MR-protokoller som skal benyttes i utredning av prostatakreft. Ved UNN er den faglige holdningen at 3T MR skal benyttes, og dette skaper flaskehalsen i forløpene for pasienter fra Finnmark. UNN har bare en 3T MR-maskin.

Helse Nord har 1,5T MR ved alle sykehus, men har utfordringer knyttet til kompetanse. Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset er i startfasen av et prosjekt for å utarbeide felles retningslinjer og sørge for kompetanseoverføring slik at Helgelandssykehuset kan ivareta sine prostata-kreft pasienter selv. Dette vil bedre forløpstidene særskilt for pasienter i Nordland. Tilbudet har vært sårbart fordi Nordlandssykehuset bare har en MR-maskin.

UNN har god oversikt og kontroll på pakkeforløpene. Kravet på 70 % innen standard forløpstid overholdes ikke for alle krefttyper. Det er gjennomført intern revisjon på flere av forløpene som viser til dels stor variasjon i tidene fra pasient til pasient. Det søkes etter effektive tiltak for å redusere variasjon i hvert ledd i forløpet. Andelen kreftpasienter innenfor standard forløpstid i UNN var 69 %.

- Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015 målt ved utvalgte indikatorer, jf. andre oppgaver.

I 2016 har Helse Nord RHF etablert en systematisk tilnærming for måling av kapasitetsutnyttelse og oppfølging både regionalt og lokalt på sykehusnivå. Helse Nord RHF har opprettet en dedikert prosjektgruppen ledet av kvalitetssjefen til Helse Nord RHF. Denne involverer medarbeider med analysekompetanse både fra eieravdelingen, fagavdelingen og kvalitets- og forskningsavdelingen samt med lederen til det regionale innsatsteamet. Denne gruppen har jobbet tett sammen med den nasjonale arbeidsgruppen for indikatorutvikling og metodeutveksling (AIM). Diskusjon og evaluering rundt kapasitetsutnyttelse er vanskelig, fordi det finnes ingen standard definisjon om hva som er korrekt kapasitet og hvordan denne skal måles. Etter grundig og detaljert diskusjon ble fem indikator valgt ut av AIM gruppen.

Dagens status: fire av fem indikatorer ble innført og kan følges opp i Helse Nord LIS (ledelse informasjonssystem) for to utvalgte fagområder (ortopedi og PHV).

Det er gjort arbeid av vårt innsatsteam i UNN HF innenfor fagområdene ortopedi, handkirurgi og ØNH. Videre er det også gjort analyser i NLSH av brystkirurgi, endokrinologi, gastro- og generell kirurgi, kar-thorax, ortopedi, urologi og plastikk kirurgi. Sistnevnte er under ferdigstilling.

Resultatene fra UNN innen ortopedi viser betydelige forskjeller i antall pasienter på ortopedisk poliklinikk per lege (7-14 pasienter/dag). Dette er fremlagt i foretaket og grep er allerede gjort. For å belyse aktivitet innen ortopedi er det også, knyttet til det regionale fagrådet for ortopedi, innhentet data fra nasjonalt register for leddproteser (NRL). Dette gir mulighet for kobling mellom aktivitetsdata og kvalitetsdata. På grunn av at det har tatt tid å innhente nødvendige godkjenninger for datatilgang så foreligger det foreløpig kun grove aktivitetsoversikter som er diskutert i fagrådet ortopedi. Disse viser en økende desentralisering av ortopedi i vår region som kan ha blitt for sterk. Det er videre under planlegging registrering av pasientforløp innen hofteprotesekirurgi med mål om bedre effektivitet.

Det er også av innsatsteamet gjort et arbeid i HSYK HF hvor bakgrunnen ved sykehuset i Mosjøen var et høyt antall akuttinnleggelses og gjennomsnittlig lang liggetid. Spesielt har samspillet med kommunen vært fokusert her.

For øvrig er det i HSYK sett på følgende hovedområder: Lungesykdommer, hoftelidelser uten behov for kirurgi, sykdommer i muskel og ledd. Rapporten er i disse dager ferdigstilt til Helseforetaket.

Helse Nord RHF har også i samarbeid med HF-ene gjort en gjennomgang av hjerteinfarktomsorgen i regionen. Med utgangspunkt i spørsmålet om vi har et likeverdig tilbud i regionen er det gjort analyser med bakgrunn i NPR data og data fra hjerteinfarktregisteret.

Tilgang til PCI, koronar angiografi, luftambulansetjenester er vurdert opp mot forekomst av hjerteinfarkt. Analyser er gjort i forhold til boområder. Blant annet er det tydelig at vi i forbindelse med helger får opphopninger av NSTEMI pasienter som venter på koronar angiografi. Tiltak er allerede gjort for å gi en bedre fordeling av kapasiteten gjennom uken. Tilsvarende er det også gjort i luftambulansetjenesten hvor samtidighet i mannskapsbytte på alle ambulanseflyene nå er under endring for å gi en bedre ressurstilgang gjennom døgnet.

Videre er det gjort analyser av keisersnittfrekvens ved fødeinstitusjonene i nord og det iverksettes et oppfølgende arbeid i 2017 for å følge dette. Dette for å sikre en riktig bruk av ressursene knyttet til keisersnittaktivitet i regionen.

- Redusere variasjonen i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. andre oppgaver.

Gjennomsnittlig liggetid ble litt redusert for elektive døgnopphold (2,5 dag/opphold i 2015, 2,4 dag/opphold i 2016) og hadde en marginal økning for øyeblikkelig hjelp pasienter (3,5 dag/opphold i 2015, 3,6 dag/opphold i 2016).

AIM (arbeidsgruppe for indikator- og metodeutveksling) har påpekt utfordringene ved å identifisere og å analysere bestemte fagområder basert på aktivitetsdata. Helse Nord har identifisert aktivitet innen ortopedi ved hjelp av kombinasjon av hoveddiagnoser og DRG grupper. Liggetid per sykehusopphold (elektiv, døgnopphold) med ortopedisk DRG har gått ned fra 3,9 dag til 3,6 dag, mens antall opphold med ortopedisk DRG har økt fra 2983 til 3050. Antall dagbehandling har også økt fra 5999 til 7098.

Gjennomsnittlig liggetid ved ulike tilstander har også vært fokusert av innsatsteamet i sitt arbeid ved Helgelandssykehuset Mosjøen. Detaljer er beskrevet i kulepunktet ovenfor. I det felles samarbeidet i arbeidsgruppe for indikator og metodeutvikling (AIM) er det gjort enkelte dypdykk knyttet til andel dagbehandling/dagkirurgi og liggetid. Andel dagkirurgi vil påvirke liggetiden for de resterende som er innlagte. Se derfor punktet under.

Per nå har ikke Helse Nord utviklet en fullstendig og systematisk oversikt over liggetider innenfor utvalgte fagområder. Arbeidet vil kontinuere i samarbeid med de øvrige RHF i AIM samarbeidet.

- Redusere variasjonen i andel dagbehandling innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. andre oppgaver.

I samsvar med det nasjonale samarbeidet (AIM) har Helse Nord fulgt opp andel dagbehandling innenfor fagområdet ortopedi. Tallene viser at andel dagbehandling [antall dagbehandling / (antall dagbehandling + antall døgnopphold)] har økt fra 2015 til 2016 med 3 prosentpoeng (fra 67% til 70%). På foretaksnivå ble forholdet enten uendret (HLSH 72%) eller økte med 3-4 prosentpoeng.

Andel dagkirurgi for fjerning av mindre og godartede føflekker og for gjerning av metall innsatt etter brudd i hofte/kne/fot varierer mellom våre HF. Totalt ligger Helse Nord omkring landssnittet. Andel dagkirurgi ved gallestensoperasjon er høyt i Helse Nord. Når det gjelder fjerning av mandler både hos voksne og barn er det meget store variasjoner innad i Helse Nord. Spesielt ligger HSYK lavt. Dette er tatt opp med foretaket og et samarbeid med FIN HF (de ligger høyest) er anbefalt. For detaljer vises det til RHF-enes felles rapport til HOD av 25.10.2016.

Andre oppgaver 2016:

- Helse Nord RHF skal innen 1. juni 2016 identifisere et antall fagområder i egen region som skal gis styringsmessig prioritet fra og med andre halvår 2016. Det skal gis særlig oppmerksomhet til fagområder med mange ventende og/eller lang ventetid som ikke er faglig begrunnet. Det bør i tillegg velges fagområder som berører de fleste helseforetakene i regionen. I tillegg skal helseregionene i fellesskap identifisere fagområder som egner seg for styringsmessig prioritet på tvers av regionene.

Det er av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) gjennomført et arbeid (se rapport: Indikatorer for måling av uberettiget variasjon, november 2016). Deres anbefaling er knyttet til hjerteinfarkt, hjerneslag, brystkreft, leddproteser og hoftebrudd.

Forslaget knyttet til hjerteinfarkt er fulgt opp gjennom en egen rapport. Denne er igjen fulgt opp gjennom tiltak forankret i Helse Nord RHF styret. Stikkord er forbedrede pasientforløp og økt fokus på hjerteinfarktregisterets kvalitetsparametere. Det skal i februar¹ 2017 vurderes å utvide tilbudet til koronar angiografi og PCI i regionen ved etablering av et utrednings-/behandlingstilbud ved NLSH.

Anbefalinger knyttet til hjerneslag følges opp i aktuelt fagråd og utviklingen innen faget gjør det nødvendig å revurdere tilbud og retningslinjer.

Brystkreft og andel brystbevarende operasjoner følges opp gjennom kvalitetsregister for brystkreft i Krefregisteret og i de faglige fora i regionen.

Når det gjelder leddproteser og hoftebrudd vises det til detaljer beskrevet under kulepunkt ovenfor: Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015 målt ved utvalgte indikatorer, jf. andre oppgaver.

¹ Styresak 12-2017 Koronar angiografi og PCI i behandling av hjerteinfarkt - organisering av tilbudet i Helse Nord ble trukket fra behandling i styremøtet for Helse Nord den 22. februar 2017

- Helse Nord RHF skal etablere et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet. Indikatorsettet skal inneholde indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus og primært måles på nivået der pasientbehandlingen faktisk finner sted, for eksempel poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonsenhet. I tillegg skal helseregionene i fellesskap etablere et felles sett av slike indikatorer på tvers av regionene. Alle indikatorene skal etableres innen 1. juni 2016 og brukes i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016.

Dette punktet er i begrenset grad gjennomført. Det regionale innsatsteamet har gjennomgått aktiviteten ved UNN HF og i NLSH HF innen ortopedi. Åpningstid, effektivitet og variasjon mellom poliklinikkene er analysert. Det er dokumentert betydelig variasjon i antall pasienter på de ulike poliklinikker (7-18 pasienter/lege).

Tiltak fremover vil være en aktiv deltakelse i AIM samarbeidet med de øvrige RHF og utvikle parametere for systematisk måling av variasjon mellom og innad i våre foretak innenfor flere fagområder.

Forsinkelser skyldes dels vakante stillinger i Kvalitets- og forskningsavdelingen i Helse Nord RHF og dels manglende mulighet for prioritering av oppgaven. Staben er nå styrket og nødvendig styringsmessig prioritet kan gis.

- Innenfor fagområdene som gis prioritert styringsmessig oppfølging skal Helse Nord RHF bruke systematiske sammenlikninger mellom sykehus av gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer/pasientforløp i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016. I tillegg skal helseregionene i fellesskap identifisere prosedyrer/pasientforløp der gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling kan sammenlignes mellom sykehus på tvers av regionene. Utvalget av prosedyrer/pasientforløp for styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016 skal avklares innen 1. juni 2016.

Det vises til rapportering i punktene ovenfor. Det er gjort et arbeid i HSYK hvor gjennomsnittlig liggetid er sammenlignet. Her ble det sett på lunge, hofteskader uten behov for kirurgi, sykdommer i muskel og ledd.

Det vises også til rapportering av 25.10.2016 til HOD fra det interregionale AIM arbeidet. Her fremkommer enkeltteksempler knyttet til fjerning av godartede føflekker, fjerning av metall etter ortopediske inngrep, operasjon for genitalt fremfall, gallestensanfall, tonsillektomier (fjerning av mandler), behandling for lyskebrokk, operasjon for makulahull og fjerning av ostesyntesemateriell i over og underekstremitet.

Det vises også til sammenligningen mellom de ulike helseforetak i forhold til gjennomsnittlig liggetid for seks indremedisinske diagnoser (KOLS, lungebetennelse, sykdommer i fordøyelsessystemet, sykdommer i nervesystemet, sykdommer i nyre/urinveier/prostata, sykdommer i hjerte og blodårer (unntatt hjerteinfarkt og hjerneslag)). Som forventet kommer FIN HF og HSYK HF ut med noe lang liggetid ved KOLS og lungebetennelse. Andel røykere i boområdene til disse sykehusene er høy og avstandene er store og de klimatiske utfordringer periodevis betydelig i Finnmark. Tallene er således ikke overraskende. For HSYK sitt vedkommende vises det til oppfølgingsarbeidet til det regionale innsatsteamet nevnt ovenfor.

Per nå er arbeidet i sin begynnelse og Helse Nord har per nå ikke i dag en bred oversikt over liggetid, andel dagbehandling og andel innleggelser for et vidt spekter av fagområder. Dog har 6 indremedisinske og 11 kirurgiske områder i AIM samarbeidet og det regionale innsatsteamets arbeid gitt oss en god start.

- Helse Nord RHF skal innen 1. november 2016 vurdere ytterligere fagområder for styringsmessig prioritet fra og med 2017 og evt. forslag til ytterligere og/eller justerte indikatorer for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse, bl.a. i lys av etablering av Kostnad per pasient (KPP) ved alle helseforetak fra og med 1. januar 2017.

I det felles AIM arbeidet har ulike nye fagområder vært diskutert. Blant disse er øye-, ØNH sykdommer, plastikk kirurgi, hjertelidelser og hudlidelser. Helse Nord RHF følger og støtter dette felles arbeidet og bidrar til utvikling nye metodikker og indikatorer, indikatorsett for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse.

Ved innføring av Kostnad per pasient (KPP) åpner det seg nye muligheter, en viktig dimensjon av kvalitet, nemlig kostnad kan knyttes til aktivitet, dvs per enkelte episoder og sykehusopphold.

I første omgang skal KPP beregnes og rapporteres bare en gang i år, men modellen og metodikken som ligger bak denne skal gjenbrukes i AIM arbeidet. KPP gir oss nye muligheter for å kartlegge variasjon i kostnader blant ulike helseforetak/sykehus, samt med analyse av dyreste varianter av samme DRG (identifikasjon av mulige komplikasjoner, geografisk fordeling av dyreste pasienter, blant annet).

Den største utfordring i dette arbeidet er at vi utvikler flere nye indikatorer som analyseres og vurderes i mange dimensjoner – slik at vi får en stor mengde av indikatortall som bør presenteres og visualiseres på en enkel og oversiktlig måte som gir oss mulighet til å avdekke ulike mønstre og ukjente sammenhenger i helsesektoren.

- Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet med å identifisere fagområder, etablere indikatorer og identifisere prosedyrer/pasientforløp på tvers av regioner. Helse Sør-Øst RHF skal fra og med 2016 også lede nettverket for å fremme metodeutvikling på tvers av regionale helseforetak, jf. krav om etablering av slikt nettverk i revidert oppdragsdokument 2015.

Helse Nord har deltatt i AIM arbeidet ledet av Helse Sør-Øst RHF. Fra 01.01.2017 er ledelsen overtatt av HMN RHF. Ulike fagområder har vært og diskuteres for videre oppfølging og analyser.

2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2015 (Merknad: ber om ekstra rapportering på 2015-opdrag):

- Status for etableringen av medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern i henhold til oppdrag for 2015 med presisering i brev av 25 nov 2015:

Som et ledd i arbeidet og for å for å vinne erfaringer med medikamentfri behandling for alvorlig syke skal Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest etablere minst en enhet/post i DPS øremerket for medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling. Helse Sør-Øst skal etablere to slike enheter. Erfaringene skal oppsummeres i samarbeid med brukerorganisasjonene. Frist for etablering av slike poster er 1. juni 2016.

UNN har åpnet et regionalt medikamentfritt døgntilbud, og de første pasientene er under behandling. Brukermedvirkningen har vært sterk, og brukerorganisasjonene har deltatt både i arbeidsgruppen som har lagt retningslinjene for tilbudet, i tillegg til at brukerorganisasjonene deltar i en samarbeidsgruppe for tilbudet. Enheten har ansatt flere erfaringskonsultenter, både i ledelsen og kvalitetsarbeidet.

- Status for prosjekt(er) vedr transport av psykisk ustabile personer, jf oppdrag i brev av 27. juni 2014 hvor det er forutsatt ordinær rapportering gjennom ordinære rutiner samt sluttevaluering etter utløpet av prosjektperioden (2017, opprinnelig 2016)

Alle helseforetakene gir tilbakemelding om økt bruk av sivil følge ved akuttinnleggelser og tilfredshet med kompetanseheving. Finnmarkssykehuset har redusert antall akuttinnleggelser og bruk av politifølge, mens andelen akuttinnleggelser er stabil ved Helgelandssykehuset.

Mål 2016:

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

Fagområde	Somatikk	PHV	PHBU	TSB
Antall dager*	59	40	40	26
Endring fra 2015*	-10	-7	+6	-9
Korrigerte kostnader**	+ 5,7 %	- 2,2 %	+2,1 %	+ 15,1 %
Årsverk - endring	0,8 %	- 3,3 %	- 1,5 %	+ 7,7 %
Aktivitet poliklinikk***	+ 3,7 %	+10,4 %	+3,8 %	+32,9 %

Tabell 1 Samlet oversikt over indikatorer den gylne regel. Kilde: Agresso, Norsk pasientregister og HN LIS

* Gjennomsnittlig ventetid avviklede desember. Antall dager.

** Korrigerte kostnader er akkumulerte kostnader uten avskrivinger, legemiddel og pensjon, per 2. tertial 2016.

*** Per november 2016

Tabellen viser at ventetiden for psykisk helsevern og TSB er kortere enn for somatiske fag. Reduksjon i ventetid er størst for somatiske fag, og ventetiden har økt for psykisk helsevern for barn og unge.

Kun TSB har økt kostnadene mer enn for somatiske fag. De andre fagområdene har lavere kostnadsvekst enn somatikken. Psykisk helsevern for voksne har redusert kostnadene i perioden, blant annet fordi UNN har omorganisert slik at flere årsverk nå er registrert som TSB. Kun TSB har høyere økning i antall årsverk enn somatiske fag (deler er teknisk endring fra PHV), mens hele psykisk helsevern har redusert antall årsverk sammenliknet med 2015.

Psykisk helsevern og TSB har likevel god aktivitetsvekst i perioden og aktivitetsveksten er høyere enn for somatiske fag.

- Redusere antall tvangsinnleggelses for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen sammenliknet med 2015.

1. og 2. tertial	2015	2016
Tvangsrate	1,45	1,32

* Beregnet ut fra innbyggertall over 18 år i 2015 og 2016

Antall tvangsinnleggelses per 1000 innbyggere er redusert i Helse Nord for perioden første og andre tertial 2015 og 2016.

- Øke andel årsverk i distriktpsikiatriske sentre i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne sammenliknet med 2015.

DPS sysselsetter 53 % av månedsverkene, mens 47 % er sysselsatt i sykehus i Helse Nord. Lange avstander og begrenset befolkningsgrunnlag gir behov for å samle spesialiserte funksjoner, og det er derfor ikke planlagt med ytterligere nedbygging av spesialpsykiatrien. Dersom avtalespesialister og private institusjoner inkluderes i grunnlaget, står DPS for en enda høyere andel.

Andre oppgaver 2016:

- Styrke desentralisert behandlingstilbud (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern og rus.

Alle helseforetakene gir desentral behandling gjennom ambulering og har etablert samarbeid med førstelinjen. Den polikliniske aktiviteten er styrket for både TSB og psykisk helsevern. UNN og Nordlandssykehuset har FACT-samarbeid.

- Sikre videre drift av OCD-teamene, herunder nødvendig implementering og opplæring.

I Helse Nord er behandlingstilbudet for OCD regionalisert til UNN. UNN har etablert behandlingstilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser (OCD) for barn og unge ved Barne- og ungdomsklinikken og til voksne ved Psykisk helse- og rusklinikken.

- Etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler.

Alle helseforetak har avtaler med kommunale fengsel som sikrer innsatte et behandlingstilbud.

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2016:

- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 pst.

Vi får rapporter om helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) på andel i egne institusjoner og på andel oppstått i egne og andre institusjoner. Vi har valgt å ta med begge i tabell 6.3, men regner med at det som etterspørres er andel HAI i egne institusjoner hva angår kravet på 4,7%.

Gjennomsnittet HAI i egne institusjoner for Helse Nord ligger på 3,0%. Det er godt under kravet på 4,7%. Alle helseforetakene og sykehusene ligger også godt under kravet. Vi har som mål å fortsette den fine trenden med reduksjon og har beskrevet noen tiltak i tabell 6.3.

- Ikke korridorpasienter.

Andelen korridorpasienter i Finnmarkssykehuset ligger under landsgjennomsnittet. For 2015 var tallet for FIN 0,7 % mot landsgjennomsnitt 1,4 %. For andre tertial 2016 var tallene henholdsvis 0,4 % og 1,1%.

Klinikk Kirkenes har hatt 2 korridorpasienter i 2016. Men har en buffer i ikke normerte senger som fører til et overbelegg, men ikke korridorpasienter.

Klinikk Hammerfest har hatt utfordringer med korridorpasienter i hele 2016. Korridorpasienter kan blant annet forklares med at klinikken har slitt med et høyt antall utskrivningsklare pasienter gjennom hele året. Det er opprettet tett kontakt med kommunene for å få de til å ta hjem sine utskrivningsklare pasienter.

Status for korridorpasienter ved UNN er uendret i 2016. I gjennomsnitt har UNN mellom 8 og 13 pasienter på korridor pr døgn.

UNN driver en utstrakt ombygging og omstrukturering med rocade av sengeposter og funksjoner. Det er i denne sammenheng ikke satt i verk gode nok tiltak for å hindre korridorpasienter. Flere tiltak er iverksatt, men UNN har ikke lyktes med å redusere korridorpasientene helt. Det trengs en strukturert gjennomgang på de steder der dette er et problem. Ferdigstilling av byggeprosjektene, endelig plassering av sengeposter og nærmere oppfølging av de sengepostene som har korridorpasienter er tiltak som vil redusere antallet.

Nordlandssykehuset har i 2016 hatt 1017 korridorpasienter, hvorav 970 i Bodø. På grunn av renovering av A/B-fløyen har det vært redusert sengekapasitet ved Nordlandssykehuset Bodø, men når A/B fløyen er ferdig renoverert vil foretaket ha økt sin sengekapasitet. Tiltak for å redusere korridorsenger vil videreføres i 2017, og på grunn av ytterligere reduksjon i antall senger fra høsten 2016 vil det være nødvendig å intensivere disse. Tiltakene går blant annet på aktiv dialog med kommunene slik at de tar raskt imot utskrivningsklare pasienter, hensiktsmessig bruk av pasienthotell, bruk av obs-post, etablering av erfaren lege i front, etablering av digitale tavler for klinisk overblikk og optimalisering av pasientforløp.

I Helgelandssykehuset har det vært korridorpasienter ved sykehusenhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen hver mnd. Gjennomsnitt 19 pr mnd i Mo i Rana og 27 pr mnd i Sandnessjøen. Ingen korridorpasienter i Mosjøen. Dette skyldes høy aktivitet og at vertskommunene Ranas og Alstadhaug i økende grad har hatt utskrivningsklare pasienter liggende i sykehusene. Mosjøen har et noe høyere sengetall i forhold til antall innbyggere, og har ikke de samme utfordringene i forhold til vertskommunen med utskrivningsklare pasienter. Det blir tatt kontakt med de aktuelle kommunene for å løse utfordringene.

Andre oppgaver 2016:

- Bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene, slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger.

Alle våre helseforetak tilbyr nødvendige spesialisthelsetjenester og bidrar med veiledning til kommunene på forespørsel. Nordlandssykehuset benytter tuberkulosesykepleier aktivt i dette arbeidet. UNN tilbyr undersøkelser for dokumentering av påstått tortur for asylsøkere og flyktninger for hele regionen.

- Spre alle innsatsområder som er igangsatt i pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7" til relevante enheter/avdelinger. Se Tabell 2 Rapportering 2016.

Å få på plass alle innsatsområdene fra Pasientsikkerhetskampanjen er et krevende arbeid. Innsatsområdene skal spres til alle relevante enheter, og de skal implementeres i enhetene. Alt er ikke på plass ved utgangen av 2016, men dette arbeidet videreføres. Hva som er relevante enheter gjennomgås og revideres også med jevne mellomrom.

For små enheter som skal implementere mange innsatsområder er det krevende å få alt på plass samtidig. Implementering skal dokumenteres med målinger. Automatisk elektronisk dokumentasjon er dessverre svært sparsom, og de fleste målinger foregår manuelt.

- Sette i gang etablering av et antibiotikastyringsprogram i sykehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens. Som et ledd i etableringen skal de regionale kompetansesentrene for smittevern styrkes. Se Tabell 2 Rapportering 2016.

UNN har etablert antibiotikastyringsprogram.

KORSN (Kompetansesenter i smittevern Helse Nord) ble i 2017 styrket med midler for å etablere en ny stilling for farmasøyt, som skal bistå både sykehus og sykehjem i arbeidet med riktig bruk av antibiotika. Stillingen har vært utlyst, og intervjuene starter ganske snart.

Finmarkssykehuset har startet prosessen med å innføre antibiotikastyringsprogram
Smittevernoverlege er ansvarlig for implementering og gjennomføring i 2017.

Helgelandssykehuset besluttet høsten 2016 å iverksette antibiotikastyringsprogram etter mal fra tilsvarende program ved UNN. Det er laget rapport over antibiotikaforbruk fordelt på antibiotikagrupper. Foreløpig er dette fordelt på sykehusenheter, men i 2017 blir dette også fordelt på avdelinger.

Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk er tatt i bruk, og etterlevelsen vil bli fulgt opp i 2017 som en del av antibiotikastyringsprogrammet.

Nordlandssykehuset har høsten 2016 utarbeidet antibiotikastyringsprogram som skal implementeres i 2017. Sentral i implementeringen blir både nytilsatt smittevernlege og farmasøyt i 50 % stilling.

Farmasøyter fra Sykehusapotek Nord deltar i antibiotikastyringsprogrammet i alle sykehusforetakene i Helse Nord. Sykehusapotek Nord bidrar med statistikk over antibiotikaforbruk til sykehusene.

- De regionale helseforetakene skal i fellesskap gjennomføre konkrete tiltak som styrker de regionale helseforetakene sin kapasitet til å gjennomføre forhandlinger/anskaffelser, bidrar til bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i systemet for nye metoder, og sikrer at beslutninger som tas av Beslutningsforum implementeres i spesialisthelsetjenesten. Helse Nord RHF skal lede arbeidet.

Konkrete tiltak:

Styrke de regionale helseforetakenes kapasitet til å gjennomføre forhandlinger / anskaffelser

Organisering:

LIS (legemiddelinnkjøpsamarbeidet) er innlemmet i HINAS, som er innlemmet i Sykehusinnkjøp HF. LIS er derved blitt del av et større innkjøpsfaglig miljø, som har bredere og bedre kompetanse på innkjøp.

Mandat:

Beslutningsforum har gitt HINAS mandat med kriterier for å foreta prisforhandlinger, og retningslinjer for mandatet er utarbeidet. HINAS skal foreta prisforhandlinger, og samarbeider med Legemiddelverket underveis i Legemiddelverkets arbeid med hurtig metodevurdering. Ved behov for raske avklaringer underveis i prosessen, kan leder av Beslutningsforum kontaktes. Metodevurderingen, som bygger på fremforhandlet pris, oversendes Bestillerforum. Dersom Beslutningsforum beslutter at legemiddelet kan tas i bruk, sendes kontrakter til de fire regionale helseforetakene til undertegning.

Konkurranseutsetting:

Legemiddelet skal inngå i fremtidige LIS-anbud så snart det er praktisk mulig. Avtaleprisen for et legemiddel skal gjelde for alle godkjente indikasjoner.

Overføring av finansieringsansvar fra HELFO til RHF:

Medikamenter som har vært finansiert fra HELFO har ikke vært gjennom metodevurdering. Det er ønskelig å ha en lenger planleggingshorisont, slik at finansieringsansvaret ikke overføres til RHFene før en hurtig metodevurdering er gjennomført. Dersom det aktuelle medikamentet viser seg ikke å være kostnadseffektivt, vil det ikke automatisk bli videreført til bruk i spesialisthelsetjenesten.

Ved overføring av finansieringsansvaret for medikamenter til RHFene, inngår også disse medikamentene i anbud, og reduserte priser kan oppnås ved konkurranseutsetting.

Bidra til bedre samhandling mellom aktørene

I Bestillerforum avklares hvilke saker som ikke skal fremmes for Beslutningsforum. Beslutningsforum har gitt fagdirektørene mandat til å avgjøre noen saker i det nasjonale fagdirektørmøtet. Dette bidrar også til effektivisering av systemet.

Dersom det er behov for å avklare hvordan nye problemstillinger bør håndteres, tas dette opp i Beslutningsforum.

Saksbehandlingstiden i systemet reduseres. For legemidler er rutinene betydelig bedret. De enkelte aktørene arbeider for å optimalisere egne prosesser.

Det er ønskelig at finansieringsansvaret avklares så tidlig som mulig, og før markedsføringstillatelse (MT) foreligger.

Statens legemiddelverk (SLV) venter ikke på en bestilling fra Bestillerforum, men starter sine metodevurderinger ved dag 120 i søknadsprosessen for markedsføringstillatelse (MT) hos de europeiske legemiddelmyndighetene (EMA). I første Bestillerforum deretter gjennomgås saken der, slik at en bestilling kan bekreftes eller avbestilles.

Legemiddelindustrien leverer dokumentasjon raskere.

For medisinsk utstyr (MU) er erfaringene mer begrenset. Rapporten «*Håndteringen av medisinsk utstyr i Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten og oppdatering av skjema for mini-metodevurdering*» ble utarbeidet i 2015. I 2016 er det arbeidet videre med å avklare hvilke kriterier som skal være relevante for å velge ut hvilket medisinsk utstyr som er aktuelt for metodevurdering. Man har ventet på etableringen av Sykehusinnkjøp HF som skal involveres i dette arbeidet. Bestillerforum RHF ønsker at Sykehusinnkjøp HF og bransjeorganisasjonene for medisinsk utstyr vurderer de foreslåtte kriterier, og at de så prøves ut over en periode på ett år. Sekretariatet vil komme med forslag til evaluering etter prøveperioden.

For medisinsk utstyr er en mini-metodevurdering ofte den mest egnede metoden, men vi har ikke en organisasjon til å gjennomføre dem. Mini-metodevurdering er ment til bruk lokalt når et helseforetak vurderer å ta i bruk en ny metode. Det kan være krevende å finne tid til å gjøre dette ved eget behov, og det er ikke ressurser til å gjennomføre mini-metodevurderinger etter ønske fra eksterne bestillere.

Spørsmålene blir stående uavklart, og det er til misnøye for leverandørene av MU. De har mindre kompetanse enn legemiddelindustrien på å levere nødvendig dokumentasjon til metodevurderingene. Dersom de deltar aktivt i metodevurdering, og metoden skulle få ja i Beslutningsforum, er det ingen automatikk i at metoden blir tatt i bruk. Selv om utstyrsfirmaene er interessert i å være med på dette, har de lite insentiv til å gå i gang med arbeidet.

Sekretariat for Nye metoder har regelmessig kontakt med ulike aktører, og samordner prosesser bl a i forberedelsene til møter i Bestillerforum. Det er en kontinuerlig forbedring av informasjonsflyt, og nettsidene til Nye metoder med aktuelle oversikter oppdateres fortløpende.

Det årlige statusmøtet i HOD, der aktørene deler erfaringer, bidrar til bedre samhandling. Det avdekkes hva som fungerer godt, hva som ikke fungerer, og forslag til forbedringer kan diskuteres der.

«Roterende fagseminar» for aktørene i systemet bidrar til bedre samhandling mellom aktørene. Man får økt kunnskap om hverandres arbeidsfelt, blir kjent med hva andre kan bidra

med, og lærer å etterspørre aktuelle innspill - for eksempel at andre aktører tenker på om Statens strålevern skal bidra ved en metodevurdering.

Sikre at beslutninger som tas av Beslutningsforum implementeres i spesialisthelsetjenesten

Ved beslutning om at en metode kan innføres, skal Helsedirektoratet oppdatere og publisere aktuelle retningslinjer og krefthandlingsprogrammer.

Ut fra aktuelle tilbud utarbeider LIS behandlingsveiledere, inkludert rangering av preparatene som skal brukes.

Beslutninger i Beslutningsforum er regelmessig tema i fagsjefmøtet i regionen. Fra sykehusapoteket legges det der også fram forbruksstatistikk for aktuelle medikamenter som «har fått ja» i Beslutningsforum.

Nettsidene til Nye metoder oppdateres fortløpende. Vedtakene i Beslutningsforum publiseres raskt.

- Det er ansatt sosialpediatere i alle barneavdelinger. Overgrepsutsatte barn som avhøres ved Statens barnehus skal tilbys medisinsk undersøkelse.

Barneavdelingen i Nordlandssykehuset har ansatt en overlege som sosialpediater. I praksis er arbeidet fordelt på tre overleger og en LIS for å redusere sårbarhet i tilbudet.

Nordlandssykehuset og Statens barnehus i Bodø har inngått samarbeidsavtale, og barnehuset har egnet undersøkelsesrom.

UNN har ansatt en sosialpediater som er barne- og ungdomspsykiater og fagansvarlig på området. Det er inngått avtale mellom UNN HF og Statens barnehus i Tromsø, og barnehuset har egnet undersøkelsesrom.

I Finnmarkssykehuset har en av overlegene fagansvar for sosialpediatri. Det er utarbeidet plan for utvikling av barneavdelingen der sosialpediatri er et av områdene. Avdelingen har etablert en tverrfaglig faggruppe innen sosialpediatri. Gruppen vil være med å sikre oppfølgingen av planen, samt kompetanseheving i avdelingen samt for faggruppens medlemmer. I mars 2017 skal det gjennomføres internundervisning i avdelingen. Finnmarkssykehuset har bedt Statens Barnehus i Tromsø om et samarbeid som innebærer hospitering og annen faglig kontakt.

- Ha ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, herunder ha inngått avtaler med videreførte robuste kommunale overgrepsmottak, fra 1. januar 2016. For helseforetak og kommuner som ikke har inngått slike avtaler per 1. januar 2016, settes endelig frist for avtaleinngåelse til 1. juli 2016, jf. brev av 11. november 2015. Helse Nord RHF skal sikre at tilbudet til samiske voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep er tilrettelagt samisk språk og kultur.

I Finnmarkssykehuset ble overgrepsmottak etablert både i Klinikk Hammerfest og i Klinikk Kirkenes innen fristen 01.07.2016 som foreløpig dekker alle kommunene i Finnmark. Det planlegges et overgrepsmottak i Alta i nær fremtid.

Tilbudet til samiske pasienter følges opp av SANKS med spesiell fokus på Tysfjordsaken. Dette planlegges organisert i samarbeid med Samisk helsepark som skal etableres i Karasjok. Overgrepsmottak bygges nå opp både i Alta og Kirkenes i tillegg til det som har vært i Hammerfest. Det satses betydelig på dette nå og det vil være enklere å få til gode løsninger som også tar hensyn til samisk språk og kultur. I tillegg er tolkeprosjektet etablert som også kan bidra positivt.

UNN har inngått avtale med Harstad og Tromsø kommune om å videreføre eksisterende overgrepsmottak for alle kommunene i nedslagsfeltet til UNN. Disse var på plass før 01.01.16.

Nordlandssykehuset har inngått avtale med Bodø og Harstad kommune om å videreføre eksisterende mottak i Bodø og Harstad. Pasienter fra Lofoten og Vesterålen blir undersøkt i Bodø eller Harstad avhengig av hva som er mest hensiktsmessig. Avtalene ble inngått innen fristene.

Helgelandssykehuset har opprettet tilbud til alle kommunene på Helgeland. Tilbudet er lokalisert ved Helgelandssykehuset Mo i Rana.

- Bidra til forbedring og videreutvikling av den nasjonale nødmeldingstjenesten gjennom tverretattlig "program for forbedring av nødmeldingstjenesten".

Helse Nord RHF og helseforetakene har deltatt i HODs utredning av «Sentrale elementer vedrørende medisinsk nødmeldetjeneste» samt i pågående felles prosjekt i regi av Nasjonal IKT HF, «Ny teknologi AMK». AMK Bodø er samlokalisert med politi og brann - som et tiltak innenfor PFN skal AMK Bodø være pilot for mottak av nød-tekstmeldinger.

- Etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, herunder vurdere om det er hensiktsmessig å inngå særskilte samarbeidsavtaler med Arbeids- og velferdsetaten. Helsedirektoratet har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet maler for samarbeidsavtaler til dette formålet. I rapporteringen skal det inngå en oversikt over hvilke områder det er etablert samarbeid på og konkrete samarbeidstiltak. Tilsvarende oppdrag er gitt Arbeids- og velferdsetaten.

Helse Nord RHF har siden 2013 hatt samarbeidsavtale med NAV i Nordland, Troms og Finnmark. Avtalen understøtter nasjonal målsetting om flere i arbeid og færre på passive ytelser. Forebyggende, helsefremmende og inkluderende tiltak vektlegges. Gjennom Raskere tilbake-ordningen er det etablert et samarbeidstiltak mellom Helse Nord og de tre NAV kontorene som bygger på «iBedrift-konseptet», som et ledd i det felles ansvaret for å redusere sykefravær.

Helse Nord og NAV i Nordland, Troms og Finnmark har bidratt aktivt i Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles utvikling av nasjonalt konsept som bygger på iBedrift, jamfør rapporten «HelseIArbeid» (2016).

- De regionale helseforetakene skal i fellesskap identifisere indikatorer for å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer innen 1. november 2016. Det bør velges prosedyrer som utføres hos mange helseforetak. De utvalgte indikatorene og prosedyrene skal gis styringsmessig prioritet fra 2017. Helse Nord RHF skal lede arbeidet.

Helse Nord RHF plasserte oppdraget om utvikling av indikatorer for å redusere uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester i SKDE. Prosjektet ble deretter forankret i det interregionale Fagdirektørmøtet og andre relevante utvalg (AIM, Styringsgruppen for publiseringer i spesialisthelsetjenesten) ble orientert om arbeidet.

Oppdraget ble basert på data både fra NPR og utvalgte nasjonale medisinske kvalitetsregistre (Hjerneslag, Hjerteinfarkt, Brystkreft, Leddprotese, Hoftebrudd, og Ryggkirurgi). Det endelige forslaget fra Helse Nord RHF/SKDE ble forankret i det interregionale fagdirektørmøtet før overlevering av rapport til HOD 22. november 2016.

Anbefalingene om nasjonale nivå for de aktuelle indikatorene er utviklet av og med den faglige ledelsen i det enkelte nasjonale kvalitetsregister. Det ble anbefalt 9 mulige indikatorer som kunne gis styringsmessig prioritet fra 2017. 6 mulige indikatorer ble anbefalt å videreutvikles i fagmiljøene før de eventuelt kan brukes til styring.

Personell, utdanning og kompetanse

- Utvikle Nasjonal bemanningsmodell som et verktøy for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov i regionen og nasjonalt.

Helse Nord har i 2016 hatt to faste regionale deltakere i en nasjonal arbeidsgruppe for arbeid med Nasjonal- og Regional bemanningsmodell. I regi av dette har Helse Nord bidratt til utvikling, kvalitetssikring og implementering av disse modellene. Helse Nord har i tillegg bidratt til analyser innenfor strategisk viktige fagområder, framskrivinger av kompetansebehov etter nasjonalt bestillinger fra HOD og Helsedirektoratet.

15.juni 2016 deltok Helse Nord inn i en nasjonal scenarioøvelse på de tre fagene øye, patologi og voksenpsykiatri. Resultatet fra disse scenarioøvelsene ble fremskrevet i Nasjonal bemanningsmodell og dokumentert i egne rapporter. Helse Nord bidro her med to regionale fasilitatorer, i tillegg til 12 deltakere fra regionens foretak som hadde ulik fagbakgrunn i de aktuelle fagene.

Helse Nord har i sum registrert 39 modellbrukere, med en sammensatt fagbakgrunn fra HR, økonomi/analyse, fag, kvalitet og forskning. Det er gjennomført sertifiseringskurs for disse i regi av modelleier (Helse Vest), i tillegg til ulike Skypekurs for bistand til innlogging og modelltilgang. To regionale modellbrukere fra Helse Nord har i tillegg gjennomført foretaksvise opplæringsdager i bruk av regional bemanningsmodell tilpasset foretakenes behov.

For å følge opp videre arbeid med bruk av modellen til ulike framskrivinger og i utvikling av strategiske utviklingsplaner, planlegges det oppstart av et regionalt forvaltningsforum for regional bemanningsmodell ledet av Helse Nord.

- Synliggjøre utdanningsaktivitet i sykehusene. Gi departementet årlig innspill på dimensjonering av utdanningskapasitet, aktivitet og behov innen området. Departementet vil tydeliggjøre rammer og frist for innspillet.

Helse Nord har i 2016 kartlagt all utdanningsaktivitet i helseforetakene, og har dermed god oversikt over nåsituasjonen. Det gjelder innenfor alle utdanningsretninger og på alle nivå.

Innspill om utdanningskapasitet i helsefaglige utdanninger ble rapportert til HOD den 3.10.2016. Ut i fra et 0-scenario (uten noen endringer i behandlingspraksis, og uten rekruttering av nye ansatte) vil det fremover være størst behov for ambulanspersonell, helsesekretærer, sykepleiere/spesialsykepleiere, helsefagarbeidere, bioingeniører og psykologer i Helse Nord.

Innen legegruppen, er det et behov innen følgende spesialiteter; gastroenterologisk kirurgi, urologi, lungesykdommer, øyesykdommer, revmatologi, hud- og veneriske sykdommer, hjertesykdommer, onkologi, thoraxkirurgi, blodsykdommer, karkirurgi, anesthesiologi, infeksjonssykdommer, nukleærmedisin, psykiatri og radiologi.

Ved å ta i bruk nye verktøy som er under innføring vil helseforetakene bli enda bedre til å imøtekomme fremtidig kompetansebehov.

- Tilrettelegge for kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning, videreutvikle tilbud gjennom e-læring, simulatorentrening mv.

Det ble foretatt en internrevisjon i 2016 med formål å bekrefte at det er etablert en intern styring og kontroll i foretakene som gir rimelig sikkerhet for at helsepersonells fagkompetanse vedlikeholdes og utvikles, i samsvar med foretakenes behov. Konklusjonen var at det er behov for enda bedre overordnede oversikter og styring. Helseforetakene har tatt tak i anbefalingene, og jobber med å utarbeide oversikter og handlingsplaner.

Mye opplæring i Helse Nord foregår på felles e-læringsplattform. Alle helseforetakene har egen e-læringskoordinator, som samhandler i et regionalt nettverk. Regional koordinator deltar i interregionalt nettverk.

Helse Nord innfører for tiden et felles kompetanseverktøy som alle medarbeidere skal bruke. Det vil synliggjøre kompetansebeholdningen og kompetanseplaner, og dokumentere gjennomført opplæring.

I Helse Nord er det en operasjonssimulator i Finnmarkssykehuset (Kirkenes) og et Ferdighets- og simulatorsenter (FOSS) i Tromsø i samarbeid mellom UNN og UiT/ helsefakultetet. Simulatoren i Kirkenes er myntet på trening for leger (for å opprettholde ferdigheter/ volum) og leger i samarbeid med sykepleiere. Simulatoren er også brukt i utdanning LIS.

Ferdighets- og simuleringssenteret er et senter hvor studenter fra Det Helsevitenskapelige Fakultet på UiT og ansatte på Universitetssykehuset Nord Norge, kan bli trent i kliniske ferdigheter og tilegne seg erfaring gjennom komplekse kliniske simuleringsscenarioer. Dets mål er å bedre forberede alle for klinisk læring gjennom klinisk praksis.

I 2013/2014 gikk Helse Nord inn med støtte/støtteerklæring til Medisinsk simulatorsenter ved St. Olavs hospital.

Med bakgrunn i dette leier f eks NLSH simulatortid ved SO for endoskopiopplæring. Helse Nord deltar med øvrige regioner i det relativt nyetablerte nasjonale nettverk for medisinsk simulering.

- Etablere et regionalt utdanningscenter ved regionsykehuset for å ivareta læringsaktiviteter og andre oppgaver i ny ordning for legenes spesialistutdanning. Delta i tverregional ordning for å sikre nasjonal, samordnet spesialistutdanning. Planlegge for iverksetting av læringsaktiviteter for oppstart i 2017 av spesialistutdanningens del 1 etter ny ordning.

De regionale utdanningssentrene har vært under etablering i 2016, som del av ny ordning for spesialistutdanning. Senteret etableres i begynnelsen av 2017. I påvente av formell opprettelse ivaretar UNN HF det kommende senterets oppgaver.

Ved UNN har Klinisk utdanningsavdeling bidratt i arbeidet med ny spesialistutdanning.

Regionalt utdanningscenter ble ikke etablert ved UNN HF i 2016. Dette skyldtes at forutsetningene ikke var klarert i det interregionale prosjektet før sent på året i 2016.

Regionalt utdanningscenter har lagt plan for utdanning av veiledere første halvår 2017.

Forskning og innovasjon

- Det er i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og andre helseforetak, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU fra 2015.

Rapport fra arbeidet fra alle de regionale helseforetakene foreligger (13.12.2016) «Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet. Videreutvikling av nasjonale innovasjonsindikatorer for helsesektoren». Dette vil følges opp.

- Følgende tre tiltak fra regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21 implementeres: Etablert nytt felles program for klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med Norges forskningsråd, som kan bidra til at flere pasienter får tilbud om deltakelse i kliniske studier. Helse Sør-Øst RHF skal koordinere arbeidet. Infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner som nytt medisinsk-teknisk utstyr er styrket ved universitetssykehusene. I den nasjonale forskningsinfrastrukturen for kliniske studier, NorCRIN, skal det etableres et kontaktpunkt for tidlig fase kliniske studier og industrien skal inviteres inn i nettverket.

Programmet klinisk behandlingforskning er etablert.

Det er uklart om dette er ivaretatt, men det meldes om at innovasjonspotensialet i prosjekter skal vektlegges.

Det er etablert et kontaktpunkt for tidlig fase kliniske studier i NorCRIN (Helse Sør-Øst/OUS). NorCRIN har besluttet opprettelse av en ny arbeidspakke «Tidligfaseenheter» AP7 for å kartlegge hva som finnes av ressurser til tidlig- faseutprøvinger i Norge.

- Andre relevante tiltak i HelseOmsorg21-strategien vurderes og implementeres. Her bør sentrale målsetninger for helseforskningen hensyntas.

Det er gjort en vurdering av tiltakene i HelseOmsorg21-strategien. Det går eksplisitt fram av Helse Nords forsknings- og innovasjonsstrategi for 2016-2020 at det er tatt hensyn til de mål og tiltak i HO21 som er relevante for spesialisthelsetjenesten, og disse er integrert i vår strategi.

3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2016

3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2016:

- Hvert regionale helseforetak skal i 2016 lyse ut driftsavtaler for avtalespesialister, med sikte på at antall avtalte årsverk i 2017 blir større enn i 2016.

Helse Nord RHF har avtale med 89 avtalespesialister med følgende geografisk fordeling knyttet til helseforetaksområdene:

- Finnmarkssykehuset HF – 8 driftsavtaler
- UNN HF – 44 driftsavtaler
- NLSH HF – 30 driftsavtaler
- Helgelandssykehuset HF – 7 driftsavtaler

Helse Nord RHF opplever innen alle spesialiteter til dels store utfordringer knyttet til rekruttering av nye spesialister ved ledighet i driftsavtaler eller opprettelse av nye hjemler. Det betyr at det ofte er behov for flere utlysninger av samme driftsavtale og et svært begrenset utvalg av kandidater. Manglende norske språkkunnskaper er en hovedutfordring hos de få kandidatene som søker ledige hjemler. Ulike rekrutteringsstrategier er forsøkt uten å gi resultater. Rekrutteringsutfordringene gjelder ikke bare i desentrale strøk, men også i byer som Tromsø og Bodø.

Status rekruttering av nye hjemler:

Hud- og veneriske sykdommer er det opprettet 2 nye driftshjemler, men begge er fortsatt ubesatt etter 2. gangs utlysning.

Indremedisin og lungesykdommer –1 ny driftshjemmel, men fortsatt ubesatt etter 2. gangs utlysning

Status rekruttering av eksisterende hjemler:

- Psykologi (voksen) – 1 ubesatt hjemmel
- Urologi – 1 ubesatt hjemmel etter 4. gangs utlysning
- Øye – 1 ubesatt hjemmel
- Kardiologi – 1 ubesatt hjemmel

Andre oppgaver 2016:

- I arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, jf. oppdragsdokument 2016, gis det fra og med andre halvår 2016 særskilt styringsmessig prioritet til fagområdene ortopedi og psykisk helsevern.

Det skal etableres et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet. Indikatorsettet skal inneholde indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus og primært måles på nivået der pasientbehandlingen faktisk finner sted, for eksempel poliklinikk, avdeling, sengepost

og operasjonsenhet. Fra og med andre halvår 2016 skal følgende indikatorer inngå i dette indikatorsettet, jf. leveranse av 1. juni 2016 fra regionale helseforetak for nærmere definisjoner: Nyhenviste (antall per 1 000 innbyggere og andel per enhet), henvisninger som ikke gis rett til helsehjelp (antall per 10 000 innbyggere og andel per enhet), polikliniske kontroller (antall per 1 000 innbyggere og andel per enhet, avgrenset i første omgang til ortopedisk fagområde), tentativ tid til kontakt (nyhenviste pasienter og pasienter i forløp der planlagt dato for kontakt er overskredet) og ambulant virksomhet (antall per 10 000 innbyggere og andel per enhet). Endelige definisjoner, og tall for fagområdene ortopedi og psykisk helsevern, skal rapporteres til departementet senest 15. oktober 2016 og gås gjennom på tertialoppfølgingsmøtet annet halvår 2016. Det skal videre vurderes hvordan styringsindikatorer kan understøtte eierstyring og ledelsesbeslutninger, samt bidra til å avdekke avvik og identifisere korrigerende tiltak.

I den styringsmessige oppfølgingen skal det benyttes systematiske sammenlikninger mellom sykehus av gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer/pasientforløp. Utvalget av prosedyrer skal ikke avgrenses til de prioriterte fagområdene. Det skal legges vekt på å identifisere prosedyrer med betydelig volum og/eller betydelig ventetid som det samtidig er mulig å definere og rapportere på innen den aktuelle tidsfristen. For dagbehandling kan det bl.a. tas utgangspunkt i de ortopediske prosedyrene for dagkirurgi foreslått i leveransen av 1. juni. For gjennomsnittlig liggetid skal de regionale helseforetakene bl.a. vurdere de prosedyrene som helseforetakene i Helse Sør-Øst i dag måler gjennomsnittlig liggetid for i sin kvalitetsstyring. NPR skal sammenstille og publisere dataene for dagbehandling og gjennomsnittlig liggetid på prosedyrenivå basert på utvalget av og definisjoner av prosedyrer fastsett av de regionale helseforetakene. Disse sammenligningene skal rapporteres til departementet senest 15. oktober 2016 og gås gjennom på tertialoppfølgingsmøtet annet halvår 2016.

Indikatorsettet, antall fagområder og antall prosedyrer skal bygges ut fra og med 2017, jf. oppdrag med frist 1. november 2016 gitt i oppdragsdokument 2016. Som del av leveransen til 1. november skal de regionale helseforetakene oppsummere erfaringene fra prosjektet "Global Comparator Program som nasjonalt pilotprosjekt". De regionale helseforetakene skal i samråd med Helsedirektoratet gi en vurdering av evt. videreutvikling av dette prosjektet til en nasjonal løsning, evt. foreslå konkrete alternativer som kan sikre samme funksjonalitet på kort til mellomlang sikt.

Arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse skal ses i sammenheng med og koordineres tett med oppdraget om å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer innen 1. november 2016. Det vises til at dette oppdraget ble gitt til de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Nord i oppdragsdokument 2016.

Fagområdene ortopedi og psykisk helsevern har blitt gitt styringsmessig prioritet. Følgende fem parametere ble valgt i AIM samarbeidet med de øvrige RHF:

- Nyhenviste
- Ikke rett til helsehjelp
- Kontroller
- Tentativ tid til kontakt
- Ambulant virksomhet.

Helse Nord RHF har rapportert i lag med de øvrige RHF med felles leveranse 01.06.2016 og 25.10.2016. Det vises til disse for detaljer.

Måloppnåelse antall henvisninger:

Når det gjelder nyhenviste har arbeidet særlig blitt knyttet til fagområdene ortopedi og psykisk helsevern. Dette i tråd med føringene. Det er gjort analyser av NPR og av Helse Nord RHF selv.

Tallene for eksempel ortopedi varierer betydelig mellom HF-ene og dette oppfattes å ha tekniske årsaker. I DIPS kan en pasient få mange henvisninger for samme årsak gjennom at purringer og internhenvisninger regnes som egne henvisninger. Bruken av dette varierer mellom HF-ene i nord. En pasient med fire henvisninger for samme sak kan således få en akseptert og 3 avviste henvisninger uten rett til helsehjelp.

Problemstillingen er størst i UNN HF og NLSH HF. Forskjell i bruk av primærhenvisninger i forhold til sekundærhenvisninger kan forklare noe av denne forskjellen. «DIPS-regionene» har dermed langt høyere antall avviste innen ortopedi og dette gjelder særlig Helse Nord RHF.

Målet om å få ut tall for antall henvisninger er således nådd, men kvaliteten på dette tallet er meget dårlig på grunn av utbredt registrering av dobbelhenvisninger. Dette er en svakhet i DIPS som trolig ikke kan løses før innføring av DIPS Arena. Det er også en utfordring at man ikke kan gjøre underanalyser i forhold til hva pasientene ble henvist for (eks. hofte-, kne-, skulderlidelser etc.). Det er i svært begrenset grad gjennomført analyser innen PHV, men dette er blant annet på gang i FIN HF i 2017.

Måloppnåelse andel avviste:

Helse Nord har oversikt over andel avviste, men variabelen har og har hatt betydelige svakheter. Som beskrevet ovenfor kan en pasient ha mange henvisninger for samme lidelse.

Analyser av vårt innsatsteam har vist at også ø-hjelp pasienter ofte får dobbel henvisning fordi det brukes elektronisk henvisning som går direkte til sykehuset og det sendes ytterligere en fra fastlege/legevakt i etterkant. Sistnevnte henvisninger blir da avvist i DIPS, selv om pasienten har fått behandling. Fastlegen/legevakt skal kun sende et varsel i etterkant og ingen ny henvisning (kopi av den første). Vi tror vi nå i stor grad har denne problemstillingen under kontroll i forhold til ø-hjelp pasienter.

Vi ser også at vårt største helseforetak systematisk avviser søknader utenfra sitt opptaksområde dersom det ikke uttrykkelig er beskrevet at pasienten vil benytte seg av fritt behandlingsvalg og/eller UNN har et region- eller sentralsykehusansvar.

Andel avviste måles i forhold til antall henvisninger. Det vises derfor også til usikkerheter i forhold til denne angitt ovenfor. Helse Nord RHF ser behov for en forbedring av

tallgrunnlagene for denne parameteren. Dette da den svake kvaliteten på parameteren skaper frustrasjoner i de kliniske miljø.

Måloppnåelse andel kontroller:

Det er gjort analyser av andel kontroller innen ortopedi (2015-2016). Andelen ved lokalsykehus er i overkant av 30% og ved de to største sykehusene omkring 40%. Tilsvarende tall er ikke ferdigstilt innen psykisk helsevern (PHV).

Igjen er det meget krevende å benytte prosenter av henvisningstall som er forbundet med store usikkerheter (se ovenfor). Tallene er diskutert med regionalt fagråd og soliditeten i dette møter betydelig motstand.

Vårt innsatsteam har sett på ØNH, urologi, kir/ort, plastikk- og handkirurgi. Det konkluderer at vi har ulik registrering. Eksempelvis kan kontroll av et høreapparat i et foretak registreres som behandling i et annet. Det er behov for entydige definisjoner av kontroller.

Videre mangler vi også standard forløp som beskriver det vanlige kontrollopplegg (eks. radiusfrakturer). Dette er meldt til bake til vårt felles AIM arbeid og vil inkluderes i det videre arbeid.

Måloppnåelse ambulant virksomhet:

Helse Nord har en andel ambulant virksomhet (9%) innen psykisk helsevern tett på landsgjennomsnittet i 2016. Over tid har denne andelen vært svakt fallende fra 2014. Den høyeste andelen er i NLSH HF med 14% og lavest i HSYK HF på 4%. Det er antatt at årsakene til variasjonen er knyttet til ulik registrering i foretakene.

Det vurderes, i lag med de øvrige RHF, en registrering basert på HELFO takst for registrering av ambulant virksomhet. Denne taksten er ny og er derfor ikke tatt i bruk i gjeldende rapportering.

Måloppnåelse tentativ tid passert:

Andel pasienter med passert tentativ tid varierte i Helse Nord i oktober 2016 fra 11% i HSYK til 17% i FIN HF. Tallene var beheftet med betydelig usikkerhet. En feil i DIPS rapport 4829 gjør det ikke mulig å fremstille data fordelt på fagområde. De fleste pasienter var ikke nyhenviste, men pasienter i forløp.

Vårt innsatsteam har også avdekket at tentativ tid til utredning/behandling i stor grad gjelder pasienter i forløp. Eksempelvis har vi avdekket at pasienter til kontroll for sin pacemaker i NLSH HF ofte får forskyvninger i sitt tidspunkt. Det synes som dette skyldes et for sterkt fokus på rettighetspasienter.

Innsatsteamet har også avdekket i UNN Harstad en unyansert vurdering av tidsrammen for rett til helsehjelp. Vi tror dette skyldes en uønsket variasjon i tolking av prioriteringsveiledere.

Vår vurdering er at vi har startet et godt arbeid i forhold til denne måloppnåelsen, men svakheter i tallgrunnlaget og avdekkede uønskede variasjoner viser behov for ytterligere styrking av dette arbeidet.

3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andre oppgaver 2016:

- RHF skal levere kort status for arbeidet med å etablere systemer som sikrer komplette og korrekte data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til NPR. Komplette data om bruk av tvangsmidler for 2014 og 2015 skal være levert NPR innen 15. september.

I Helse Nord er Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og Nordlandssykehuset godkjent for innleggelses etter psykisk helsevernloven § 3-2 og § 3-3. En gjennomgang av registreringen av tvunget psykisk helsevern viste få avvik, og det er levert komplette data til NPR for 2015. Helse Nord RHF vil arbeide for å harmonisere regionens registreringspraksis gjennom å innføre regionale rutiner for å registrere tvang.

3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Andre oppgaver 2016:

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å legge til rette for en nasjonal opplysningskampanje i 2016 for å lære befolkningen å identifisere symptomer på hjerneslag, jf. brev til Helsedirektoratet av juni 2016. Helsedirektoratet har startet en prosess som involverer brukere og tjenesten med sikte på en anbefaling om ett akronym eller symptombeskrivelse som kan ligge til grunn for en nasjonal kampanje. De regionale helseforetakene bes om å delta i arbeidet med å planlegge og rulle ut kampanjen.

Helse Nord RHF og helseforetakene deltok i informasjonskampanjen om hjerneslag som ble kjørt i regi av Helsedirektoratet.

- Departementet la 3. juni 2016 fram Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering. Basert på Stortingets behandling av meldingen vil departementet fastsette nye rammer for de regionale helseforetakenes beslutninger om innføring av nye metoder, samt sende på høring et forslag til reviderte forskrifter på legemiddelområdet. For å understøtte departementets arbeid ber vi om at Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, i samråd med de regionale helseforetakene, iverksetter:
 - En utredning av hvordan de foreslåtte prinsippene for prioritering, herunder særlig forslagene knyttet til unntaksordning, skjønnsmessige vurderinger og alvorlighet, kan konkretiseres og operasjonaliseres. Utredningen skal ikke adressere spørsmålet om hvordan alvorlighet og skjønnsmessige vurderinger skal vektles inn i beslutningene om å finansiere nye legemidler og nye metoder.
 - Et arbeid, basert på forslagene i meldingen, for å revidere Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet sine veiledere for metodevurderinger og Helsedirektoratets veileder for økonomisk evaluering av helsetiltak.

Statens legemiddelverk skal lede arbeidet. Nærmere innretning og timeplan for utredningsarbeidet avklares nærmere med departementet innen 1. september 2016. Leveranser til departementet skal unntas offentlighet, jf. § 15 i offentlighetsloven.

Regionale helseforetak, i samråd med Statens legemiddelverk, bes med utgangspunkt i forslagene i Meld. St. 34 (2015-2016) om å iverksette et arbeid med sikte på å etablere en felles praksis for hvordan alvorlighet og skjønnsmessige vurderinger, herunder vurderinger knyttet til hhv. usikkerhet og budsjettvirkninger, skal vektas inn i beslutningene om å finansiere nye legemidler og nye metoder. Arbeidet må innrettes med forbehold om endringer i rammene for arbeidet som kan følge av Stortingets behandling av meldingen.

De regionale helseforetakene skal, sammen med Statens legemiddelverk, bistå Helsedirektoratet i utredningen knyttet til hhv. kriterier for fordeling av finansieringsansvar for legemidler mellom folketrygden og de regionale helseforetakene, system for avklaring av finansieringsansvar før legemidler får markedsføringstillatelse og en plan for ev. overføring av finansieringsansvaret for enkeltlegemidler eller grupper av legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene, jf. brev til direktoratet om dette i juni 2016

Helse Nord har representanter inne i arbeidet i samarbeid med Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet for å finne løsninger på de spørsmålene som er referert til ovenfor. Helse Nord har de siste årene hatt sekretariatet for Beslutningsforum der saksbehandlingen tar opp i seg de viktige prioriterings spørsmål. Helse Nord er sammen med de øvrige regionene høringsinstans og samhandler med Helsedirektoratet gjennom møtepunkter som f.eks Bestillerforum og det interregionale fagdirektørmøtet.

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 2016

- **Styring og oppfølging**

- *I oppdragsdokumentet for 2016 framgår det at de regionale helseforetakene i 2016 skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:*
 - *Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen*

Se kapitlene 2.1 og 3.1 om Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.

- *Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Se kapitlene 2.2 og 3.2 om Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

- *Bedre kvalitet og pasientsikkerhet*

Se kapitlene 2.3 og 3.3 om Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene:*

- *om fortsatt å prioritere ledelse og lederutvikling som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og ha stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon*

Helse Nord RHF og helseforetakene i regionen prioriterer leder- og ledelsesutvikling. Man har i 2016 hatt særskilt fokus på ledermobilisering og arbeidet med åpen og god dialog. Ledermobilisering er en del av et samarbeid mellom regionene, samtidig som det er en del av Helse Nord sin strategi for leder- og ledelsesutvikling.

Helseministeren har satt pasientsikkerhet på dagsorden i sammenheng med helse-, miljø og sikkerhetsarbeid. Ambisjonen er å sikre at det skapes en kultur preget av åpenhet, god dialog og læring. Slikt arbeid er evigvarende prosesser. Dette er problemstillinger som ledelse og medarbeidere i helseforetakene har vært og er opptatt av. Oppgaven må løses på lokalt hold i et samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjeneste og medarbeidere på alle nivå. I Helse Nord RHF har vi valgt å bruke dette som et utgangspunkt for å stimulere til en samlet og styrket innsats på dette feltet. Derfor har vi, i tillegg til arbeidet som gjøres i helseforetakene, utviklet en verktøykasse med forslag som kan brukes i det lokale arbeidet.

- *om å ta i bruk ny nasjonal bemanningsmodell for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov lokalt og regionalt*

Helse Nord har i 2016 bidratt aktivt inn i pågående nasjonalt arbeid for å utvikle, kvalitetssikre og ta i bruk nasjonal og regional bemanningsmodell.

- *om å legge til rette for samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten om ledelse og lederutvikling*

I regi av Nasjonal ledelsesutvikling gjennomføres et samarbeid med KS nasjonalt for å vurdere mulig samarbeid med kommunesektoren om ledelsesutviklingsaktiviteter

- *oppdatere overordnede planer for regionen etter at Nasjonal helse- og sykehusplan er behandlet i Stortinget*

Overordnede planer for regionen vil bli oppdatert som del av arbeidet med utviklingsplan 2035 som skal være ferdig i løpet av 2018.

- *utarbeide felles veileder for arbeidet med utviklingsplaner*

Felles veileder for arbeidet med utviklingsplaner ble utarbeidet i fellesskap mellom de regionale helseforetakene, koordinert gjennom Sykehusbygg HF. Veilederen ble overlevert de regionale helseforetakene i eget foretaksmøte i mai 2016. Helse Nord RHF behandlet veilederen i styresak 75-2016 i styremøtet 15.juni 2016 og fattet følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner Veileder for arbeidet med utviklingsplan. Veilederen og de punktene i protokollen fra foretaksmøtet 4. mai 2016 som omhandler utviklingsplaner legges til grunn for arbeidet med utviklingsplaner i Helse Nord.
2. Styret ber adm. direktør følge opp at helseforetakene utarbeider utviklingsplan og/eller tilpasser eksisterende utviklingsplaner innen mai 2017 etter innholdsfortegnelsen i veilederen.
3. Styret ber adm. direktør videre om å samordne og innarbeide helseforetakenes utviklingsplaner i den årlige rulleringen av plansaken i juni, første gang i 2017, og sørge for at det gjøres en hovedrevisjon av utviklingsplanene hvert fjerde år i etterkant av oppdatert Nasjonal helse- og sykehusplan.
 - *gjennomføre årlig gjennomgang av helseforetakene basert på foreliggende sammenlignbar statistikk jf. tidligere stilte krav og delta i arbeid med Helsedirektoratet om dette*

Oppdraget følges opp tertialvis med oversikt over resultat for nasjonale kvalitetsindikatorer, resultat for hvert HF og for Helse Nord samlet. Data sammenliknes med data fra andre regioner. Visualisering av data er gjort tilgjengelig i regionalt datavarehus, og øvrige regioner har fått tilgang til disse data for egne HF.

Organisatoriske krav og rammer:

- Bemanning
 - *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene:*
 - *om å videreføre arbeidet for å bedre pasientsikkerheten og se dette i sammenheng med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid*

Helseministeren har satt pasientsikkerhet på dagsorden i sammenheng med helse-, miljø og sikkerhetsarbeid. Ambisjonen er å sikre at det skapes en kultur preget av åpenhet, god dialog og læring. Slikt arbeid er evigvarende prosesser. Dette er problemstillinger som ledelse og medarbeidere i helseforetakene har vært og er opptatt av. Oppgaven må løses på lokalt hold i et samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjeneste og medarbeidere på alle nivå. I

Helse Nord RHF har vi valgt å bruke dette som et utgangspunkt for å stimulere til en samlet og styrket innsats på dette feltet. Derfor har vi, i tillegg til arbeidet som gjøres i helseforetakene, utviklet en verktøykasse med forslag som kan brukes i det lokale arbeidet.

- *ha fortsatt oppmerksomhet på bruken av faste stillinger, heltid og vikarer, og at bemanningen må tilpasses til aktiviteten*
- *bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå*

Helse Nord har deltatt aktivt i arbeid med ny sammenslått medarbeiderundersøkelse, pasientsikkerhetsundersøkelse og HMS undersøkelse. Helse Nord har bidratt med å avklare deltakelse i pilot fra samtlige foretak, ledet teknisk gjennomføring og fulgt opp gjennom en regional koordinering av foretaksvis pilotteam. Helse Nord har i tillegg hatt både regionale og lokale ressurser inn i den nasjonale referansegruppen og arbeidsgruppen for dette arbeidet.

Helse Nord ser at det er en sammenheng mellom andel faste stillinger, andel heltid, andel innleie og sykefravær. Helse Nord og foretakene i regionen har et fokus på dette.

Faste stillinger:

Andel faste stillinger øker og andel deltid er nedadgående for foretaksgruppen. Den positive trenden finner vi ved alle foretak. Hovedregelen om full fast stilling og ny ordning for leger i spesialisering er forventet å forsterke denne trenden. Vi ser at andelen fast tilsatte LIS øker i alle foretak.

Kvinnelige ledere:

Helse Nord har generelt en stor andel kvinner i styrene og i toppledelsen. Nesten halvparten av styremedlemmene er kvinner (48,6%). 5 av 7 styreledere er kvinner. 47,7% av toppledelsen i Helse Nord er kvinner. I Helse Nord RHF er halvparten av toppledelsen kvinner. En foretaksdirektør og en viseadministrerende direktør er kvinner (ved henholdsvis Finnmarkssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge). I Helgelandssykehuset er 2 av 3 enhetsdirektører kvinner. Det gjøres ingen spesielle tiltak for å rekruttere kvinner til lederstillinger.

- Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)²
 - *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:*
 - *etablere systemer og rutiner som sikrer oppfølging og lukking av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet*

Helse Nord har 3 ulike til nærminger for styring og kontroll av tilgang til helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler (EPJ).

1. Pasientenes innsyn i egne helseopplysninger, herunder også innsynslogger på sykehusene.
 - Pasientene i Helse Nord har fått elektronisk tilgang til egen pasientjournal (inkludert epikrise og henvisning). Innsynsloggene i EPJ/Pas er åpnet for pasientene i Nord-Norge, og pasientene kan se denne informasjonen gjennom www.helsenorge.no

² Utdypet etter ønske fra styremøtet i Helse Nord RHF

2. Sykehusenes eget forbedringsarbeid rundt tilgang til elektroniske pasientjournaler.
 - Helse Nord RHF har styrket oppfølgingen av helseforetakene, med en mer løpende rapportering rundt lukking av avvik. Når det gjelder gjennomføring av risiko- sårbarhetsanalyser, er den overordnet statusen for kliniske systemer at alle helseforetakene har utarbeidet en plan for gjennomføring, men det meldes om noe forsinkelser. Arbeidet vil derfor fortsette utover i 2017.

Innføring av felles kliniske systemer i Helse Nord forutsetter felles rutiner, prosedyrer og maler. Dette arbeidet vil naturlig føre til lukking av avvik.

3. Etablering av maskinelle analyser for identifisering av unormal bruk av pasientjournaler (mønsterkjennning)
 - Tidligere har det blitt uttalt at sektoren ønsker at arbeidet med logganalyse gjennomføres som et nasjonalt prosjekt gjennom Nasjonal IKT. Allerede i 2012 anskaffet Helse Nord RHF nødvendige lisenser. Dette arbeidet er nå utsatt grunnet manglende finansiering for etablering av felles nasjonal løsning for spesialisthelsetjenesten.
 - *etablere rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører*

Helse Nord RHF deltar sammen med de andre regionale helseforetakene i Nasjonal IKTs systemeierforum. Innenfor rammene av Nasjonal IKT HF herunder også etablering av felles system for medisinteknisk utstyr, deles informasjon rundt alvorlige hendelser knyttet til EPJ/PAS og medisinteknisk utstyr.

- *i samarbeid vurdere organiseringen av enheter for medisinsk-teknisk utstyr og øvrige enheter innen IKT for å sikre en samlet tilnærming og kompetanse på informasjon og personvern i sykehusenes systemer*

Helse Nord RHF har foreløpig ikke iverksatt et eget arbeid på området. Helse Sør/Øst har nylig gjennomført et større arbeid i regionen og Helse Nord RHF avventer tilgang til rapporten for området før eget arbeid iverksettes. Dette for å kunne gjenbruke erfaringer fra andre regioner på en god måte. Straks rapporten foreligger vil Helse Nord RHF starte opp eget arbeid i regionen.

- *samarbeide med Direktoratet for e-helse om felles IKT-tiltak*

Helse Nord bidrar aktivt i arbeidet rundt felles IKT tiltak, Her kan nevnes både eHelsestyret, NUIT (Prioriteringsutvalget), NUFA (Fagutvalget), FIA (Program felles infrastruktur), og Helsenorge.no. Det er i tillegg etablert en rekke ulike samarbeidsfora for å bedre samhandlingen mellom nivåene. Her bidrar også Helse Nord aktivt med dem mangeårige erfaringen regionen har rundt elektronisk samhandling.

- *bidra i arbeidet med utvikling av Nasjonalt senter for e-helseforskning*

- Beredskap
 - *Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å:*
 - *videreføre arbeidet med å gjennomføre risikoanalyser og sikre god beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og IKT, sikre at planene og systemene er koordinert med berørte parter, og gjennomføre øvelser regelmessig*
 - *rapportere årlig på det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet*
 - *bidra i redningsledelsen ved hovedredningsssentralene og i lokale redningsssentraler*

Videreføre arbeidet med å gjennomføre risikoanalyser og sikre god beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og IKT

Helseforetakene har fulgt opp arbeidet med å gjennomføre risikoanalyser og utvikling av planverket, bl.a. som følge av krav i Oppdragsdokument 2016 fra Helse Nord RHF. Dette har også vært tema i regionalt beredskapsutvalg og i dialogmøter mellom RHF og helseforetakene. Nødstrøm og vannkvalitet testes rutinemessig. Det har vært reelle hendelser og øvelser som har gitt viktig læring. Skredulykken i Longyearbyen i desember 2015 er evaluert og har gitt viktig læring. I 2016 ble det gjennomført en regional beredskapsøvelse om IKT-hendelser.

Systematisk arbeid med beredskap og forebyggende sikkerhet

Alle helseforetakene har oppdaterte overordnede beredskapsplaner, og arbeider systematisk med å utarbeide underliggende scenariobaserte planer. Dette er kommet noe ulikt langt i de enkelte helseforetak. Alle helseforetak øver planer. Finnmarkssykehuset har også øvd avtale om grensepassering av ambulanser over norsk russisk grense.

Det er i 2016 opprettet regional legemiddelkomite som er gitt mandat for å gjøre ROS-analyse som grunnlag for å oppdatere planer for legemiddelberedskap og forsyningsikkerhet.

I 2016 ble det satt fokus på planer for væpnet konflikt og krig, bl.a. gjennom møter mellom helseforetak og forsvaret på nasjonalt og regionalt nivå. I Helse Nord RHF ble det i 2016 gjennomført en table top øvelse mellom Forsvarets sanitet og Helse Nord. Regional beredskapsplan skal revideres i 2017.

Helse Nord RHF og flere helseforetak har etablert sikkerhetsorganisasjon ihht lov om forebyggende sikkerhetstjenester (Sikkerhetsloven). De øvrige helseforetak vil ferdigstille arbeidet i 2017.

I Helse Nord RHF er det opprettet stiling for IKT informasjonssikkerhetsleder, som også ivaretar krav ihht sikkerhetsloven.

Bidra i redningsledelse ved hovedredningsssentralene og lokale redningsssentraler

Etter henvendelse fra Helsedirektoratet har aktuelle helseforetak foreslått representanter og vararepresentanter, som er blitt oppnevnt av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har utarbeidet felles instruks for representantene.

- Etablering av ungdomsråd
 - *Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om at det i felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak tas inn bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.*

De fire regionale helseforetakene har i samarbeid med de regionale brukerutvalgene utarbeidet felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå, hvor det er lagt inn bestemmelser om etablering av ungdomsråd i alle helseforetak. Retningslinjene vil bli styrebehandlet i alle regionale helseforetak i løpet av våren 2017.

- Avtalespesialistordningen
 - *Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å videreføre arbeidet på avtalespesialistområdet i tråd med gitte føringer.*

Det pågår et arbeid med ny regional utviklingsplan for avtalespesialister. Planen skal være gjeldende fra 2018 – 2025. Den regionale utviklingsplanen for avtalespesialister skal være fremtidsrettet og dynamisk og beskrive hvordan Helse Nord RHF skal utvikle, organisere og legge til rette for god kapasitetsutnyttning av avtalespesialistene i regionen

Utviklingsplanen skal gjøre rede for følgende områder:

- Demografisk framskrivninger av pasientgrunnlag og behov
- Organisering av avtalepraksis
- Helhetlig kapasitetsutnyttelse og funksjonsfordeling avtalespesialister/Helseforetak
- Fagområder/spesialiteter – nåværende og framtidige behov
- Samhandling med HF-ene og øvrig spesialisthelsetjeneste
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- IKT – utfordringer og muligheter
- Avtalespesialistenes deltakelse i utdanning
- Aktivitet og kvalitetsoppfølging av avtalespesialistene
- Rekruttering – utfordringer og muligheter

Utviklingsplanen for avtalespesialister skal være en del av den regionale utviklingsplanen. Planen skal være forankret i Helse Nord RHF's visjon og verdigrunnlag. Samt løpende styringsbudskap gitt av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom nasjonale strategier, oppdragsdokument og foretaksprotokoll.

- Rammevilkår for ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester
 - *Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å vurdere tiltak for å videreføre og videreutvikle samarbeidet med ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester, herunder:*
 - *vurdere bruk av tidsbestemte avtaler med oppsigelsesadgang (løpende avtaler) i forbindelse med innkjøp av spesialisthelsetjenester*
 - *vurdere hvordan representanter for tjenesteyterne, herunder ideelle leverandører, i større grad kan involveres i drøfting av hvilke kvaliteter som bør etterspørres i fremtidige anskaffelser av konkrete tjenester*
 - *inngå tettere samarbeid om planlegging og faglig utvikling med tjenesteleverandørene, herunder ideelle virksomheter*

- *vurdere bruk av konkurranser der pris er fastlagt på aktuelle tjenesteområder*

Helse Nord RHF (HN) kunngjorde en forhandlet konkurranse for kjøp av tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) i 2016. I Helse Nord region er den største leverandøren av TSB ikke å regne som ideell, slik at løpende avtaler spesielt for ideelle leverandører ble ikke vurdert i denne sammenhengen. Det ble imidlertid på generelt grunnlag vurdert løpende avtaler med oppsigelsesadgang kontra tidsbestemte avtaler. Forhold som var med i vurderingen var bl.a.:

Hvor stort er endringsbehovet mht. omfang og innretning på behandlingstilbudene

Hvor solide leverandørene er

Avtalevarighet på inntil 6 år gir god forutsigbarhet for avtalepartene

Vår vurdering er at løpende avtaler med sin vekt på forutsigbarhet muliggjør gode dialoger og utvikling av behandlingstilbudene, men kan også føre til sementering av struktur og innhold. Våre tidsavgrensede avtaler ivaretar god samhandling for å sikre både faglig utvikling og forutsigbarhet hos leverandørene og etter en totalvurdering valgte HN å inngå tidsbestemte avtaler.

Som et eksempel på tett og god samhandling kan det nevnes at HN i 2016 har inngått en avtale om traumetilbud til unge i alderen 18-26 år med en ideell tjenesteleverandør hvor drøfting av tjenesteinnhold initiert fra tjenesteleverandøren var inngangen til at avtalen kom i stand.

Konkurranser der pris er fastlagt på aktuelle tjenesteområder har ikke vært vurdert som aktuelt i forhold til de anskaffelser som har vært gjort i 2016.

- Deltakelse i utviklingsarbeid
 - *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten som er gitt i oppdrag til Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.*

Helse Nord bidrar i løpende utviklingsoppgaver jfr. forespørsel fra direktorat og Folkehelseinstituttet. Helse Nord har bidratt aktivt til utvikling av nettbaserte pasientrettede tjenester, og bidrar i Helse Midt-Norge's arbeidet med utvikling av Helseplattformen. Helse Nord bidrar i det nasjonale arbeidet med fremskriving av kompetansebehov.

- Fritt behandlingsvalg
 - *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i arbeidet med oppfølging av godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg.*

Helse Nord har deltatt i dette arbeidet.

- Samarbeid i nordområdene
 - *Foretaksmøtet ba Helse Nord RHF om å:*
 - *bidra til å følge opp regjeringens mål for utviklingen i nordområdene*
 - *legge til rette for god beredskap, øvelser og helsesamarbeid mellom helseforetak i regionen og samarbeidspartnere i Russland, Finland og Sverige*

Bidra til å følge opp regjeringens mål for utviklingen i nordområdene

Helse Nord har opprettholdt og videreutviklet faglig samarbeid med Nordvest Russland, og regionene i Nord-Finland og Nord-Sverige. Dette er regulert i avtaler mellom Helse Nord RHF og regionene. Finnmarkssykehuset har i tillegg egen samarbeidsavtale med Murmansk fylke. UNN og Finnmarkssykehuset deltar i konkret prosjektsamarbeid med Arkhangelsk og Murmansk fylker.

Helse Nord RHF deltar i Joint working group of health and social related issues (JWGHS) i barenessamarbeidet. Helse Nord støtter også ved behov departementet i utvikling og iverksetting av nasjonale tiltak og policy.

Helse Nord RHF har gjort en utredning om muligheter for bruk av droner i beredskap i nord. Dette følges opp i et innovasjonsprosjekt i 2017, der målet er å utvikle en modell for beredskap der droner inngår som et supplement i tjenesten for å ivareta viktige funksjoner. Løsningen vil bli testet og implementert på Svalbard.

Legge til rette for god beredskap, øvelser og helsesamarbeid

Helse Nord deltar i planlegging av øvelse Barents Rescue i 2017 i Russland. Avtalen om grensepassering av ambulanser over Storskog øves rutinemessig. Det er avtale om grensepassering av ambulanser mellom helse Nord og regionene i Nord-Finland og Nord-Sverige. Partene arbeider fortsatt for å løse noen felles praktiske problemstillinger.

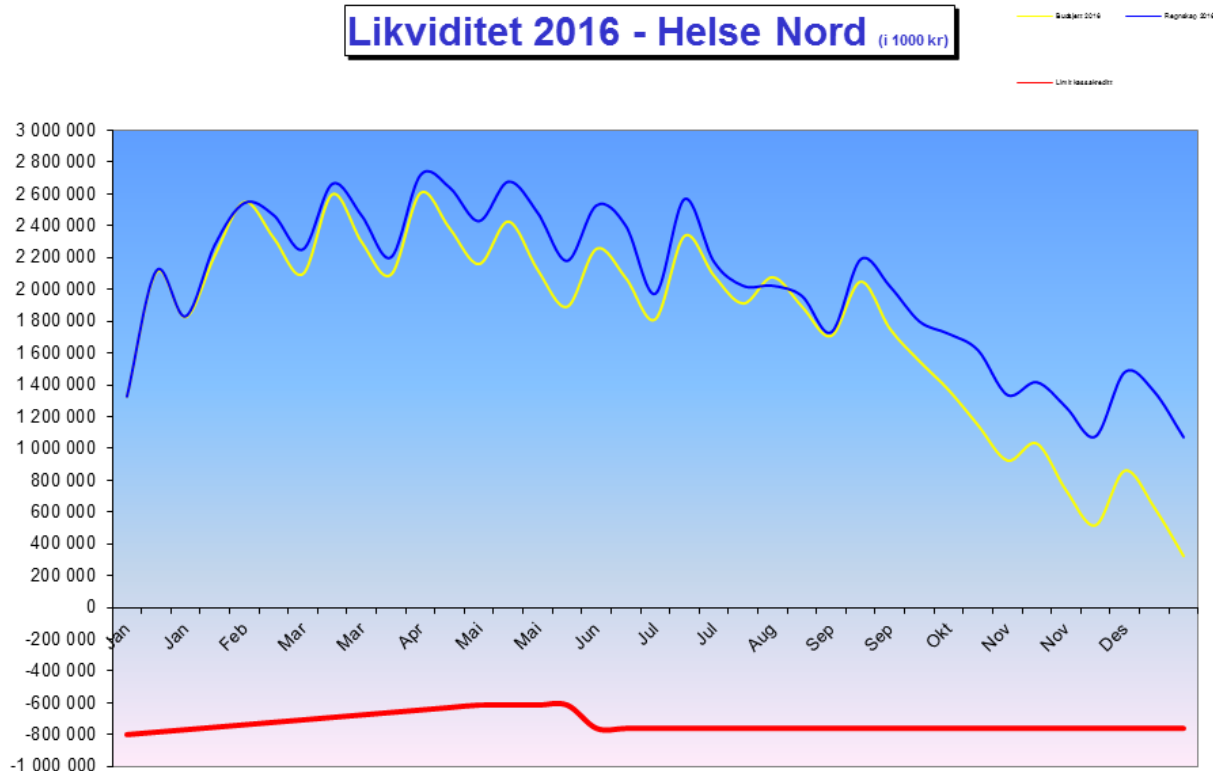
Med bakgrunn i øvelse Svalbard i 2014, og skredulykken i 2015 har UNN HF iverksatt gjennomgang og tilpasning av lager for beredskapsmateriell på Svalbard. Droneprosjektet kan være et tiltak for å styrke den stedlige beredskap på Svalbard, og i nordområdene generelt.

Økonomiske krav og rammer:

- Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskreditrammen
 - *Foretaksrådet la til grunn at:*
 - *Helse Nord RHF skal drive sin virksomhet innenfor en driftskreditramme på 241 mill. kroner pr. 31. desember 2016*
 - *foretaksgruppen i Helse Nord innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2015–2016), foretaksrådet og oppdragsdokumentet for 2016, slik at sørge-foransvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid*

Helse Nord har tilpasset sin aktivitet til den likviditetsrammen og de økonomiske rammene vi har fått tildelt fra HOD. Helse Nord oppnår et økonomisk resultat som er bedre enn kravet fra eier.

Likviditet 2016 - Helse Nord (i 1000 kr)



- Investeringer og lån
 - Foretaksmøtet forutsatte at:
 - de regionale helseforetakene kartlegger tilstandsgraden for sykehusbygg i 2016 og at denne kartleggingen oppdateres hvert fjerde år

Helse Nord gjennomførte senhøstes 2015 en kartlegging av tilstanden i våre sykehusbygg. Felles rapport ble ferdigstilt 3. januar 2016. Rapporten er tidligere oversendt Helse og omsorgsdepartementet.

- helseforetakene evaluerer sine sykehusprosjekter etter at byggene er tatt i bruk

Nordlandssykehuset HF har foretatt en evaluering av det nye sykehuset i Vesterålen. Evalueringen benyttes som læring i øvrige byggeprosjekter. Finnmarkssykehuset HF har fått i oppdrag å evaluere Nye Kirkenes Sykehus i 2018 etter om lag ett års drift.

- Måling av kostnad pr. pasient
 - *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra i arbeidet med KPP-spesifikasjon for psykisk helsevern og rus og nasjonale KPP-data.*

Helse Nord har i 2016 jobbet med utvikling av modell for KPP etter nasjonal spesifisering for KPP. Helse Nord har også bidratt med arbeidet i utvikling av KPP-spesifisering for psykisk helsevern og rus.

- Nøytral merverdiavgift for helseforetakene
 - *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å gjøre nødvendige tilpasninger og delta i arbeidet med innføring av nøytral merverdiavgift for helseforetakene.*

Helse Nord har deltatt i nasjonal arbeidsgruppe for å forberede innføring av ordning med nøytral MVA refusjon i helsesektoren. Helse Nord har gjennomført eget innføringsprosjekt i regionen, ordningen er i drift.

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2016

Her omtales eventuelle krav til rapportering gitt i andre foretaksmøter, sammen med omtale av eventuelle øvrige aktuelle saker.

Foretaksmøte 4. mai 2016:

Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: *"Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus."*

Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner.

Helseforetakene i Helse Nord RHF er ulike og ulikt organisert. Arealet i regionen utgjør med Svalbard 45% av landarealet i Norge. Å ha et helsevesen med høy kvalitet der folk bor, stiller store krav til organisering. Alle de 4 foretakene dekker store områder, og har flere sykehus innenfor sitt ansvarsområde.

Kravet om enhetlig ledelse på alle nivå er det førende organisasjonsprinsipp – ingen kan ha mer enn en leder.

Klinikkjef Kirkenes og Hammerfest ved Finnmarkssykehuset HF og enhetsdirektører i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen ved Helgelandssykehuset HF har ansvar for den samlede virksomhet ved disse lokasjonene for de fagområder der det ikke er etablert gjennomgående klinikker, eksempelvis prehospitaltjenester i begge helseforetak og psykisk helsevern i Finnmarkssykehuset HF.

Når det gjelder Nordlandssykehuset HF og UNN HF er det klinikker/enheter med gjennomgående ledelse av alle områder på tvers av lokasjoner, men med stedlige ledere på lavere nivå i organisasjonsstrukturen uten at noen av disse har et samlet ansvar for all virksomhet, ut over eget område, ved den enkelte lokasjon. I UNN HF er det etablerte koordinerende organ i Harstad og Narvik. Disse har fungert/fungerer på ulikt vis. Helse Nord vil i forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan behandle en styresak våren 2017, som i mer detalj redegjør for foretakenes oppfyllelse av hovedregelen om stedlig ledelse.

Slik vi ser det oppfyller alle foretak i regionen kravet til stedlig ledelse.

Åpen og god dialog:

Helseministeren har satt pasientsikkerhet på dagsorden i sammenheng med helse-, miljø og sikkerhetsarbeid. Ambisjonen er å sikre at det skapes en kultur preget av åpenhet, god dialog og læring. Slikt arbeid er evigvarende prosesser. Dette er problemstillinger som ledelse og medarbeidere i helseforetakene har vært og er opptatt av. Oppgaven må løses på lokalt hold i et samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjeneste og medarbeidere på alle nivå. I Helse Nord RHF har vi valgt å bruke dette som et utgangspunkt for å stimulere til en samlet og styrket innsats på dette feltet. Derfor har vi, i tillegg til arbeidet som gjøres i helseforetakene, utviklet en verktøykasse med forslag som kan brukes i det lokale arbeidet. Helseforetakene i regionen har videre tatt dette til behandling i egne ledergrupper og styrer.

5. Styrets plandokument

Denne delen av meldingen skal vise utviklingstrender innen demografi, medisin, infrastruktur mv. som vil kunne få betydning for helseforetaket og ”sørge for”-ansvaret. Kapittel 5.1 skal anskueliggjøre fremtidens behov, mens kapittel 5.2 skal beskrive styrets planer for å møte disse utfordringene.

Helse Nord RHF viser til «Plan for Helse Nord» som svar på dette punktet. Planverket 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.

Se oppdatert «Plan for Helse Nord» som finnes på Helse Nord's nettsider på lenken <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/plan-for-helse-nord>

5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

I kapittel 5.1 redegjøres det på generelt grunnlag for utviklingstrekk og forventede ressursmessige konsekvenser av dette i form av økonomi, personell og spesialkompetanse. Tidshorisont 3–4 år.

- Utviklingen innenfor opptaksområdet

Stikkord: Befolkning, kapasitetsvurdering, lokalsykehusfunksjoner, spesielle forhold som f.eks. endring i befolknings sammensetningen, nye/større grupper med særlige behov.

- Økonomiske rammebetingelser

Kort om forhold knyttet til økonomi. Relateres ev. til budsjettvedtak eller andre beslutninger.

- Personell og kompetanse

Stikkord: Rekruttering, opplæring, utdanning. Behov og planer.

- Bygningskapital – status og utfordringer

Stikkord: Status bygg, arealeffektivisering og kostnadseffektivisering, planer og/eller nye prosjekter. Forankring til det regionale helseforetakets strategiske dokumenter.

Se oppdatert «Plan for Helse Nord» som finnes på Helse Nord's nettsider på lenken <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/plan-for-helse-nord>

5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

Denne delen beskriver helseforetakets planer for å møte utviklingen, herunder de områder som skisseres i kapittel 5.1. Forankring til overordnede strategier.

Se oppdatert «Plan for Helse Nord» som finnes på Helse Nord's nettsider på lenken <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/plan-for-helse-nord>

6. Vedlegg

6.1 Redusere unødig venting, mindre variasjon og bedre effektivitet, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2016 Helse Nord RHF	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	Rapportering				
				2013	2014	2015	2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	Helse-direktoratet	Månedlig	2013	2014	2015	2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat Se beskrivelse i punkt 2.1
				2. tertial Somatikk 74 PHBU 55 PHV 54 TSB 53	2. tertial Somatikk 72 PHBU 49 PHV 50 TSB 52	2. tertial Somatikk 73 PHBU 52 PHV 60 TSB 47	2. tertial Somatikk 66 PHBU 50 PHV 51 TSB 47	
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0	Helse-direktoratet	Månedlig	2013	2014	2015	2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat Se beskrivelse i punkt 2.1
				2. tertial Somatikk 7,6% PHBU 7,5% PHV 6,5% TSB 6,2%	2. tertial Somatikk 6,6% PHBU 7,9% PHV 4,4% TSB 2,0%	2. tertial Somatikk 5,9% PHBU 8,7% PHV 9,2% TSB 3,4%	2. tertial Somatikk 2,2% PHBU 4,0% PHV 5,7% TSB 7,6%	
Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft)	Minst 70 % ved årsslutt	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				76,9%	79,2%	83,2%	88,4%	Det er ikke iverksatt nye tiltak i 2016.
Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 % ved årsslutt	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				Brystkreft 85% Tykk/ende 75,8% Lungekreft 93,9% Prostata 62,5%	Brystkreft 83,5% Tykk/ende 75,2% Lungekreft 64,6% Prostata 31%	Brystkreft 69,7% Tykk/ende 71,7% Lungekreft 55,8% Prostata 44,9%	Brystkreft 73,5% Tykk/ende 60,4% Lungekreft 68,3% Prostata 40,9%	Ved UNN er det operasjonskapasiteten som påvirker tykk- og endetarmskreft forløpet. Inntil den nye A-flyen står ferdig er dette en utfordring. UNN arbeider fortløpende med å bedre logistikken. Finnmarkssykehuset hadde lav måloppnåelse (25%) i 2. tertial 2016. Det dreide seg om få pasienter, og mot slutten av året har dette bedret seg betydelig (67%). Nordlandssykehuset oppgir at ca. 50% av deres pasienter må få sin PET ved Aleris Oslo. Det går en hel uke for å få svar fordi bildene ikke kan sendes elektronisk. CD sendes med post. Disse forsinkelsene påvirker også pasienter fra Helgelandssykehuset. Nordlandssykehuset har også i en periode hatt interne kapasitetsproblemer for å få gjennomført CT-veiledet biopsi. Svartiden på patologen er også noe lengre. En overlege gjennomgår nå alle pasientforløp for 2016 for å se detaljert hvor flaskehalsene er, slik at konkrete tiltak kan iverksettes.

								<p>Dekningsgraden for prostatakraft er bedre på begge prostatasentrene i regionen. Nordlandssykehuset har bedret sin kodepraksis. I tillegg har de anskaffet robot, hvor de tar en til to pasienter per uke.</p> <p>Oppsummering av iverksatte tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny A-fløy ved UNN Tromsø, med nye og flere operasjonsstuer, som vil bedre forløpet for tykk- og endetarmskreft. • Rutiner for bedre logistikk ved operasjonsavdelingen ved UNN. • PET-senter ved UNN Tromsø, som vil øke tilgangen til denne type undersøkelser for hele regionen. • Ved Nordlandssykehuset gjennomgås alle pasientforløp innen lungekreft fra 2016, for å kartlegge flaskehals. Med bakgrunn i dette vil det bli iverksatt konkrete tiltak.
Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt)	Minst 70 % ved årsslutt	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
						80,9%	83,1%	Andelen nye kreftpasienter som inngår i et pakkeforløp er godt over 70%, samlet for 24 krefttyper. For de øvrige forløpene (sarkom, nevroendokrine svulster, diagnostiske forløp og metastaser) har vi ikke rapporter om andel nye pasienter inkludert i pakkeforløp. Det er ikke iverksatt nye tiltak i 2016.
Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 % ved årsslutt	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
						Helse Nord totalt for 26 forløp 64,9%	Helse Nord totalt for 26 forløp 65,6%	Gjennomsnittet reduseres hovedsakelig av de store kreftformene; prostata, lunge og tykk- og endetarmskreft. Se forklaring og tiltak i punkt om «Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakraft innen maksimal anbefalt forløpstid» Noen forløp omfatter svært få pasienter, som peniskreft, testikkelkreft og nyrekreft, hvor utslagene blir store dersom en eller to pasienter bruker lengre tid enn anbefalt.

Kreftform	1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Merknad
Akutt leukemi			100 %	80 %	
Brystkreft	85 %	83,50 %	69,70 %	73,50 %	
Bukspyttkjertelkreft			64,70 %	52,90 %	
Eggstokk kreft		83,30 %	79,30 %	78,60 %	
Føflekk kreft			91,40 %	87,30 %	
Galleveis kreft			100,00 %	75,00 %	
Hjernekreft			87,50 %	81,80 %	
Hode- og hals kreft		50 %	81,00 %	69,00 %	
Kreft hos barn			76,80 %	60,50 %	
Spiserør/magesekk kreft		84,60 %	69,60 %	80,00 %	
Kronisk lymfatisk leukemi			100,00 %	mangler data	Fortsatt i implementeringsfase
Livmorhals kreft	50 %	70 %	81,80 %	63,60 %	
Livmor kreft		100 %	52,20 %	79,30 %	
Lungekreft	93,90 %	64,60 %	55,80 %	68,30 %	
Lymfom		67,40 %	50,00 %	68,40 %	
Myelomatose			100,00 %	100,00 %	
Nevroendokrin svulst			83,30 %	77,80 %	
Nyrekreft		77,80 %	27,80 %	44,40 %	
Peniskreft			33,30 %	0,00 %	Lavt antall pasienter
Primær leverkreft			0,00 %	80,00 %	
Prostata kreft	62,50 %	31 %	44,90 %	40,90 %	
Sarkom			84,60 %	75,60 %	
Skjoldbruskkjertel kreft			54,50 %	52,60 %	
Testikkel kreft		75 %	53,30 %	mangler data	Tall er fjernet grunnet lavt antall pasienter
Tykk og endetarms kreft	75,80 %	75,20 %	71,70 %	60,40 %	UNN trekker ned grunnet manglende operasjonskapasitet. Finmarkssykehuset hadde dårlig måloppnåelse i 2. tertial. Dette har bedret seg.
Diagnostisk kreft			83,30 %	81,60 %	
Blærekreft		87,20 %	79,40 %	70,20 %	
Metastaser med ukjent opprinnelse				50 %	

6.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2016 Helse Nord RHF	Mål	Datakilde	Publisering-frekvens	Rapportering				
				1. tertial 1 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helse-direktoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap Årsverk: de regionale helseforetakenes HR-systemer og SSB for private Polikliniske konsultasjoner: Helse-direktoratet (Helfo)	Tertialvis	1. tertial 1 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				Årstall der dette er mulig				Se punkt 2.2
Andel tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne	Redusert sammenliknet med 2015	Helse-direktoratet	Årlig	2014	2015	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat		
				14,6	14	Helseforetakene som er godkjent for innleggelse etter tvunget psykisk helsevern har hatt stort fokus på å redusere bruk av tvang. Begge har vedtatte planer for økt frivillighet og reduksjon av tvang. Andel innleggelse etter tvunget psykisk helsevern er redusert med 9 % mellom 2015 og 2016 (første og andre tertial)		
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis distriktpsykiatriske sentre og sykehus	Økt andel årsverk i DPS sammenliknet med 2015	Helse-direktoratet (SSB)	Årlig	2014	2015	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat		
				Sykehus 794 DPS 871	Sykehus 726 DPS 818	Reduksjon i månedsverk i sykehus er -8,6 % DPS har hatt en nedgang i månedsverk tilsvarende -6,1 % DPS har flere månedsverk enn sykehusene i Helse Nord og det er ikke lagt opp til ytterligere forskyvning fra sykehus til DPS.		

6.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, forskning innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2016 Helse Nord RHF	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens	Rapportering		
				mai.16	nov.16	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Andel sykehusinfeksjoner	Mindre enn 4,7%	Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig	<p>Helgelands-sykehuset snitt 2,0%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sandnessjøen 1,6% • Mo i Rana 1,7% • Mosjøen 4,0% <p>Nordlandssykehuset snitt 6,8%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lofoten 3,1% • Vesterålen 4,1% • Bodø 8,0% <p>UNN snitt 6,2%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Narvik 0,0% • Harstad 3,8% • Tromsø 7,5% <p>Finmarkssykehuset snitt 5,3%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hammerfest 5,1% • Kirkenes 5,7% 	<p>Snitt i Helse Nord 4,6%</p> <p>Helgelands-sykehuset snitt 3,4%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sandnessjøen 1,9% • Mo i Rana 3,0% • Mosjøen 7,7% <p>Nordlandssykehuset snitt 3,8%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lofoten 0,0% • Vesterålen 3,0% • Bodø 4,6% <p>UNN snitt 5,5%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Narvik 7,1% • Harstad 6,5% • Tromsø 4,9% <p>Finmarkssykehuset snitt 4,0%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hammerfest 4,3% • Kirkenes 3,6% 	

				1. tertial 2015	2. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Andel korridorpasienter på sykehus	0 %	Helse- direktoratet	Tertialvis	2,4	1,4	1,8	1,6	<p>Andelen korridorpasienter i Finnmarkssykehuset ligger under landsgjennomsnittet.</p> <p>Korridorpasienter kan blant annet forklares med at klinikken har slitt med et høyt antall utskrivningsklare pasienter gjennom hele året. Det er opprettet tett kontakt med kommunene for å få de til å ta hjem sine utskrivningsklare pasienter.</p> <p>Status for korridorpasienter ved UNN er uendret i 2016. I gjennomsnitt har UNN mellom 8 og 13 pasienter på korridor pr døgn. UNN driver en utstrakt ombygging og omstrukturering med rokade av sengeposter og funksjoner. Det er i denne sammenheng ikke satt i verk gode nok tiltak for å hindre korridorpasienter. Flere tiltak er iverksatt, men UNN har ikke lyktes med å redusere korridorpasientene helt.</p> <p>Nordlandssykehuset har i 2016 hatt 1017 korridorpasienter, hvorav 970 i Bodø. På grunn av renovering av A/B-fløyen har det vært redusert sengekapasitet ved Nordlandssykehuset Bodø, men når A/B fløyen er ferdig renoverert vil foretaket ha økt sin sengekapasitet. Tiltak for å redusere korridorsenger vil videreføres i 2017, og på grunn av ytterligere reduksjon i antall senger fra høsten 2016 vil det være nødvendig å intensivere disse. Tiltakene går blant annet på aktiv dialog med kommunene slik at de tar raskt imot utskrivningsklare pasienter, hensiktsmessig bruk av pasienthotell, bruk av obs-post, etablering av erfaren lege i front, etablering av digitale tavler for klinisk overblikk og optimalisering av pasientforløp.</p> <p>I Helgelandssykehuset har det vært korridorpasienter ved sykehusenhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen hver mnd. Gjennomsnitt 19 pr mnd i Mo i Rana og 27 pr mnd i Sandnessjøen. Ingen korridorpasienter i Mosjøen. Dette skyldes høy aktivitet og at vertskommunene Ranas og Alstadhaug i økende grad har hatt utskrivningsklare pasienter liggende i sykehusene. Mosjøen har et noe høyere sengetall i forhold til antall innbyggere, og har ikke de samme utfordringene i forhold til vertskommunen med utskrivningsklare pasienter. Det blir tatt kontakt med de aktuelle kommunene for å løse utfordringene.</p>

6.4 Rapportering 2016 Helse Nord RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet

Rapportering 2016 Helse Nord RHF	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens																																																													
Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres 2016	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>Helseforetakene har i gjennomsnitt mer fornøyde pasienter enn på landsbasis. Det er noe mer variasjon i vurderingen av private institusjonene.</p> <p>Det er lavere tilfredshet med behandlingsinstitusjonenes fokus på tiden etter utskrivelse, og samarbeidet med pårørende. Helseforetakene er informert om resultatene og de tas opp i regionalt fagråd TSB. For private institusjoner, med avtale med Helse Nord RHF, er resultater fra PasOpp undersøkelsen tema i årlige oppfølgingsmøter.</p>																																																												
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>Resultatene fra PasOpp undersøkelsen 2015 ble presentert i styresak 98- 2016. Det har ikke vært gjennomført PasOpp undersøkelse fra kunnskapssenteret i 2016.</p> <p>Tabellen under viser resultatene på de ni indikatorene for Helse Nord (1-9 over) på en skala fra 0 til 100:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Antall svar 2015</th> <th>Gjennomsnitt 2015</th> <th>Landssnitt 2015</th> <th>Endringer 2014-2015</th> <th>Endringer 2011-2015</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pleiepersonalet</td> <td>1943</td> <td>76</td> <td>77</td> <td>↔</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>Legene</td> <td>1953</td> <td>75</td> <td>76</td> <td>↔</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>Informasjon</td> <td>1944</td> <td>71</td> <td>73</td> <td>↔</td> <td>↔</td> </tr> <tr> <td>Organisering</td> <td>2031</td> <td>67</td> <td>68</td> <td>↔</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>Pårørende</td> <td>1452</td> <td>75</td> <td>77</td> <td>↓</td> <td>↔</td> </tr> <tr> <td>Standard</td> <td>2047</td> <td>70</td> <td>73</td> <td>↔</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td>Utskriving</td> <td>1654</td> <td>56</td> <td>58</td> <td>↔</td> <td>↔</td> </tr> <tr> <td>Samhandling</td> <td>1247</td> <td>60</td> <td>64</td> <td>↔</td> <td>↔</td> </tr> <tr> <td>Ventetid</td> <td>587</td> <td>62</td> <td>65</td> <td>↔</td> <td>↔</td> </tr> </tbody> </table> <p>Resultatene fra undersøkelsen i 2015 viser liten endring på resultatene fra undersøkelsen i 2014. Det som skiller seg ut av forbedring siden 2011 er indikatorene for pleiepersonalet, legene, organisering og standard.</p> <p>Indikatoren Pleiepersonalet sier noe om hvordan pleiepersonell kommuniserer med pasienter, om pasientene føler at pleiepersonell hadde omsorg for en under oppholdet, og tillit til pleiepersonellens faglige dyktighet. Her skårer de fleste av sykehusene bedre enn tidligere år. Foretaksgruppen Helse Nord ligger like under landsgjennomsnittet.</p> <p>For indikatoren Legene skårer Helse Nord også her like opp til landsgjennomsnittet, og mange av sykehusene har en forbedring fra tidligere år. Denne indikatoren sier noe om at pasientene føler at legene snakker til dem på en måte de forstår, samt at pasientene har tillit til legenes faglige dyktighet.</p>	Indikator	Antall svar 2015	Gjennomsnitt 2015	Landssnitt 2015	Endringer 2014-2015	Endringer 2011-2015	Pleiepersonalet	1943	76	77	↔	↑	Legene	1953	75	76	↔	↑	Informasjon	1944	71	73	↔	↔	Organisering	2031	67	68	↔	↑	Pårørende	1452	75	77	↓	↔	Standard	2047	70	73	↔	↑	Utskriving	1654	56	58	↔	↔	Samhandling	1247	60	64	↔	↔	Ventetid	587	62	65	↔	↔
Indikator	Antall svar 2015	Gjennomsnitt 2015	Landssnitt 2015	Endringer 2014-2015	Endringer 2011-2015																																																											
Pleiepersonalet	1943	76	77	↔	↑																																																											
Legene	1953	75	76	↔	↑																																																											
Informasjon	1944	71	73	↔	↔																																																											
Organisering	2031	67	68	↔	↑																																																											
Pårørende	1452	75	77	↓	↔																																																											
Standard	2047	70	73	↔	↑																																																											
Utskriving	1654	56	58	↔	↔																																																											
Samhandling	1247	60	64	↔	↔																																																											
Ventetid	587	62	65	↔	↔																																																											

				<p>Indikatoren Organisering sier noe om pasientens opplevelse av at én lege hadde hovedansvar for den enkelte pasient, om personalet var godt informert om sine pasienter og at sykehusets arbeid var godt organisert.</p> <p>På indikatoren Standard går spørsmålene på sykehusenes standard, rom og mat. Her varierer det veldig ut fra hvilke sykehus som er gamle og slitte eller nye og oppusset.</p> <p>Sammenlignet med undersøkelsen i 2014 har det vært en nedgang i indikatoren Pårørende. Denne indikatoren sier noe om pasientens oppfatning om pårørende ble tatt godt imot, og om det var enkelt for pårørende å få informasjon mens pasienten var innlagt på sykehuset.</p> <p><i>Videre forbedringsarbeid for Helse Nord:</i> I Helse Nords kvalitetsstrategi 2016-2020 (Det gode pasientforløp) er pasientsikkerhet og pasientopplevd kvalitet sentrale områder. Gjennom satsningsområdet pasientsikkerhet skal tiltakspakkene utarbeidet av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet implementeres, og arbeidet med å lære av uønskede hendelser skal løftes frem. Gjennom satsningsområdet pasientens helsetjeneste vil vi legge til rette for en aktiv pasient- og brukerrolle. Strategien beskriver konkrete tiltak som nå er i ferd med å iverksettes.</p> <p>De neste årene vil det satses på bedre samhandling med kommunene i form av helhetlige og sammenhengende pasientforløp, der pasienten hele tiden er i sentrum. Vi vil at pasienten skal oppleve hele forløpet, fra hjem innom helsetjenesten og hjem igjen, som godt koordinert og at tjenestene er samkjørte.</p> <p><i>Oppfølging i helseforetakene:</i> UNN følger opp og gjennomfører PasOppundersøkelsene i tråd med kunnskapssenterets prosedyrer. Det er etablert faste administrative og tekniske kontaktpersoner. Resultatene fra årlige PasOpp distribueres til klinikkene og til sykehusets lederorgan. I noen tilfeller fattes beslutninger om forbedringstiltak på bakgrunn av pasienttilbakemeldinger. Det er særlig på områdene informasjon og medvirkning det er lav tilfredshet.</p> <p>PasOpp-undersøkelsen 2015 ved Helgelandssykehuset viste stort sett uendrete forhold for sykehusenhetene i Mo i Rana og Mosjøen, mens Sandnessjøen hadde negativ utvikling i tilbakemeldingen på flere spørsmål ved sammenlikning av resultatene 2014-15 og 2011-15.</p> <p>Det er etablert et prosjekt ved sykehusenheten i Sandnessjøen for å bedre pasientopplevd kvalitet.</p> <p>På Nordlandssykehuset ble resultatene for PasOpp 2016 presentert i styresak 072-2016. På flere områder har Nordlandssykehuset, som landet for øvrig, et betydelig forbedringspotensial på områdene organisering, utskriving, samhandling og ventetid.</p> <p>Det er igangsatt flere tiltak for å bedre resultatet på disse områdene. Prosjektet «Et vennlig sykehus» har vært pilotert på sengepostene ved kirurgisk ortopedisk klinikk, og inneholder blant annet fokus på matkvalitet og ernæring, rent på rommet ved matservering, velkomstsamtale, utskrivingsamtale med mer. Lokale pasienttilfredshetsundersøkelser i klinikken viser en betydelig bedring på indikatorene informasjon, organisering og utskriving. Det er nå ansatt en egen koordinator for å sikre spredningen til sengeposter ved de øvrige klinikker.</p> <p>Ved Finnmarkssykehuset bruker foretaket resultatene i forbedringsarbeidet i klinikkene. Resultatene er behandlet i foretakets kvalitetsutvalg, Kvamråd i klinikkene og kvamgrupper nede i avdelingene. Styret i FIN er også forelagt resultatene og handlingsplanene etter undersøkelsen er også presentert i styret.</p>			
			Årlig	2013	2014	2015	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat

30 dagers overlevelse etter hjerneslag		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)		87,4%	87,2%	87,0%	Snittet for landet i 2015 var 87,3% UNN hadde et snitt på 87,1%.
30 dagers overlevelse etter hoftebrudd		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig	2013	2014	2015	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				91,3%	90,9%	91,5%	Snittet for landet i 2015 var 92,1%
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.	GTT-undersøkelsene. Helsedirektoratet	Årlig	2012	2015	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.	
						<p>HSYK: Helgelandssykehuset har i dag tre GTT team på plass, et team på hver sykehusenhet, og det leveres data til pasientsikkerhetsprogrammet for 2016. Det jobbes kontinuerlig med forbedringsarbeid og tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet så sykehuset har som mål å redusere andel pasientskader basert på GTT med 25 % fra 2013 til 2018.</p> <p>UNN: UNN registrerer GTT på minimumsnivået, dvs 20 journaler pr mnd. for hele helseforetaket. Dette medfører at kartleggingen blir grov. Vi har også slitt med ustabilitet på sykepleiersiden i GTT-teamet, noe som også kan gi utslag på registreringene. For 2016 foreligger kun 1. halvår pr. d.d. Som tabellen viser er 2012 det året med desidert lavest gjennomsnitt, og det er ikke trolig at vi vil klare en 25 % nedgang fra 2012-tallene.</p> <p>NLSH: Andel pasientskader måles på tre parameter; andel pasientskader pr 1000 liggedøgn, andel pasientskader pr 100 innleggelser samt andel innleggelser med minst en pasientskade. Nordlandssykehuset HF har nådd målet for to av tre parameter (presentert i styresak 105-2016). Tallene viser at etter en jevn nedgang siden målingene startet i 2010, har nedgangen nå stagnert. Det forventes at innføring av nye innsatsområder mot sepsis og tidlig oppdagelse av forverret tilstand, samt en bred innsats for bedre legemiddelhåndtering i 2017 vil føre til en videre nedgang i pasientskader.</p> <p>FIN: GTT-målinger gjøres og følges opp gjennom kvalitetsutvalget.</p>	
	100 %		Årlig	Presentasjon av resultat og vurdering av dette, samt tiltak for oppfølging.			

Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.

RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet

Status november 2016 Helse Nord

Foretak/sykehus	Forebyggelse av infeksjoner	Forebyggelse av fall	Trykkløst	Smitteforebygging	Hjerte- og lungesyke	UVI	SVE	Trykkløst	Fall	Ledelse av pasienter	Tidlig oppdagelse av forverring	Tidlig oppdagelse av pasienter i akuttomsorg
Rennmarkssykehuset - Psykiatri/sus	3/3	3/3	0/0	5/5	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0			
Rennmarkssykehuset - Hjemmehelse	0/0	0/0	1/1	1/2	1/1	3/2	1/1	1/2	1/2			
Rennmarkssykehuset - Eikenes	0/0	0/0	1/1	1/2	1/1	0/2	1/1	1/2	1/2			
URN - Tromsø	3/3	2/2	2/2	9/14	1/1	16/17	15/14	14/15	15/16			
URN - Harstad	0/0	0/0	1/1	2/5	1/1	3/5	2/4	2/5	3/5			
URN - Narvik	0/0	3/3	3/3	0/1	1/1	1/1	0/0	2/3	1/1			
Nordlandssykehuset - Bodø	0/11	1/11	1/3	4/24	0/1	2/11	1/2	1/9	1/9		1/9	1/1
Nordlandssykehuset - Lofoten	0/1	0/0	0/1	2/6	1/1	0/5	0/1	0/4	0/5		2/2	0/1
Nordlandssykehuset - Vesterålen	1/3	0/3	1/3	1/5	0/1	0/4	0/1	0/3	0/2		1/2	0/1
Helgeland - Molle Rane	0/0	3/3	3/3	2/2	1/1	3/3	0/0	2/3	2/3			
Helgeland - Mosjøen	0/0	0/0	1/1	2/2	1/1	1/1	0/0	1/2	1/2			
Helgeland - Sandnessjøen	0/0	0/0	1/1	1/1	1/1	2/5	0/0	2/3	2/3			

<p>Bruk av disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner.</p>	<p>30% reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenlignet med 2012</p>	<p>Sykehusenes legemiddelstatistikk</p>	<p>Årlig</p>	2012	2015	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.
						<p>UNN bruker minst antibiotika blant sykehusene i Norge (NORM rapporten). Sykehuset er også blant de som har klart å gjøre den største reduksjonen i bruk av de fem bredspektrede antibiotika. Gevinsten er oppnådd gjennom tydelige ledere og leger som går foran og viser hvordan man kan behandle trygt med bruk av mer smalspektrede midler.</p> <p>Finnmarkssykehuset ligger i utgangspunktet lavt når det gjelder bruk av disse medikamentene. I antibiotikastyringsprogrammet vil dette følges tett.</p> <p>I Helgelandssykehuset er forbruket redusert med 11% i 2015 sammenlignet med 2012. Antibiotikastyringsprogram inkludert A-team er opprettet. Forbruksrapport for 2015 er utarbeidet og distribuert internt.</p> <p>Nordlandssykehuset oppgir at rapportering på antibiotikabruk, både samlet for foretaket og pr avdeling vil inngå i antibiotikastyringsprogrammet. For 2016 er det ikke tilfredsstillende rapportering på dette, men</p>

				salgstall for 2016 vil inngå i oppfølging av antibiotikastyringsprogrammet for utvikling av forbruk fremover.
Antall bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre i a) vitenskapelige artikler og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring		Årsrapporter fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene	Årlig	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.
				<p>a) I 2016 ble det publisert 6 artikler i internasjonale tidsskrifter basert på data fra Nasjonalt register for ryggkirurgi. Det har ikke vært publisert artikler basert på data fra de seks andre nasjonale kvalitetsregistrene som UNN har databehandleransvar for. Disse registrene er i stadium 1 og 2 og har ennå ikke grunnlag for slik aktivitet.</p> <p>Hvorvidt ansatte fra UNN har publisert med bakgrunn i nasjonale registre som UNN ikke har databehandleransvar for, er ikke kjent for Kvalitetsavdelingen. For at Kvalitetsavdelingen skal holdes orientert om dette, må det innføres rapportering om slike publikasjoner. Det er neppe hensiktsmessig. Det er mer hensiktsmessig om hver klinikk rapporterer sin egen vitenskapelige aktivitet basert på data fra de over 50 nasjonale kvalitetsregistrene.</p> <p>Ingen av de syv nasjonale kvalitetsregistrene ved UNN har konkrete prosjekter for kvalitetsforbedring, men det har vært avholdt seminar med dette som tema i samarbeid med SKDE og registerlederne er bedt om å konkretisere slike prosjekter. Norsk intensivregister har et kvalitetsforbedringsprosjekt med 19 intensivavdelinger inkl. UNN. Prosjektet omhandler pårørendetilfredshet.</p> <p>Norsk hjerneslagregister kartlegger innholdet i landets slagenheter og «slagalarmene». UNN er med i kartleggingen. I 2017 kommer de to diabetesregistrene for henholdsvis barn og voksne i gang med store nasjonale kvalitetsforbedringsprosjekt der det formodes at UNN deltar.</p> <p>b) I 2016 var ingen av registrene i Helse Nord som fikk støtte til kvalitetsforbedringsprosjekter, kun til dekningsgrads-prosjekter (Analinkontinens og Ryggkirurgi).</p>

Vedlegg til styresak Årlig melding 2016 for Helse Nord RHF til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:

Jann-Hårek Lillevoll / 47012324

Sted/dato:

Bodø, 15.03.2017

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

Pasientens helsetjeneste, ventetid, variasjon og effektivitet

- Bidra til å utarbeide og implementere nye nasjonale pakkeforløp.

I 2016 er de siste nasjonale kreftpakkeforløpene innført. Det vil si at vi nå har innført samlet 28 pakkeforløp totalt. Det er gjort forberedelser til innføring av nye nasjonale forløp innen psykisk helse og rus og for hjerneslag. Representanter fra UNN og Nordlandssykehuset har deltatt i utarbeidelse av disse pakkeforløpene, som skal innføres i 2017.

- Ha dedikerte analyseressurser til å bistå avdelingene i å implementere tiltak for å redusere variasjon.

Helse Nord jobber med å øke kapasiteten og kompetansen i analyseavdelingene i helseforetakene ved å tilby og arrangere kurs i analyseverktøyene fra SAS Institute gjennom programmet Helse Nord LIS (Helse Nords ledelsesinformasjonssystem). Disse miljøene følges også opp på aktiviteter knyttet til analyser og rapporter i disse verktøyene.

Vi er også i helt starten av et prosjekt for implementering av programvare for statistisk prosesskontroll.

- Opprette helhetlig pasientforløp for sykelig overvekt og måle effekt av implementering herunder utvikling i ventetid (volum) og pasientopplevd kvalitet.

Fagnettverket innen sykelig overvekt har i 2016 arbeidet med en skisse til felles pasientforløp i Helse Nord. Dette skal ferdigstilles og implementeres i løpet av 2017. I løpet av 2016 har flere av sykehusene etablert et tilbud.

UNN har et tilbud i tråd med anbefalingene, og pasientopplevd kvalitet kartlegges ved hjelp av spørreskjema.

Finnmarkssykehuset har et tverrfaglig tilbud i Hammerfest. I Kirkenes er et tilbud under etablering, men det gjenstår fortsatt mye før det er på plass. Det foreligger ikke data på ventetid eller pasientopplevd kvalitet.

Helgelandssykehuset har ikke etablert helhetlig pasientforløp, men det er gjennomført en rekke tiltak for å styrke samarbeidet mellom sykehusenhetene, med kommunene og Regionalt senter for sykelig overvekt (RSSO) ved Nordlandssykehuset. Det er også gjort tiltak for å øke kompetansen. Det foreligger ikke data på ventetid eller pasientopplevd kvalitet.

Nordlandssykehuset har bedret lokalsykehusstilbudet til pasienter med sykelig overvekt i 2016 både når det gjelder kompetanse og kontinuitet, ventelister og fristbrudd. Det er gjort endringer i lokalsykehusstilbudet, hvor stabile lege- og sykepleierressurser bidrar til bedre pasientforløp. Det er etablert tilbud i Lofoten.

Ventetiden for utredning ved RSSO er fortsatt lang (52 uker), men kontinuitet og kvalitet i vurdering av henvisninger er bedret ved at det er tilført flere legeressurser. Etterslep på kontroller er tatt inn, og tiltak for gjennomgang av ventelisten er iverksatt. Det arbeides også med kompetanseheving og nettverksbygging.

I desember 2015 ble beslutningsverktøyet «Mine behandlingsvalg» publisert og tatt i bruk. Effekten er merkbar ved at pasientene er mer forberedt og orientert om hva behandlingen innebærer.

Fra mars 2017 iverksettes et nytt pasientforløp ved RSSO, som forventes å bidra til å øke kapasiteten og redusere ventetiden for pasienter som henvises hit. Det vil i løpet av 2017 bli gjennomført brukerundersøkelse ved RSSO.

- Bruke data fra nasjonale kvalitetsregistre systematisk i lokalt klinisk forbedringsarbeid.

Ved Finnmarkssykehuset brukes resultater fra nasjonale kvalitetsregistre gjennom kvalitetsutvalgets møter. Samtlige registre vil bli presentert i løpet av 2017. Det er fortsatt et potensiale ute i klinikkene til å bruke registrene i forbedringsarbeidet.

Nordlandssykehuset bruker data fra flere nasjonale kvalitetsregistre i eget arbeid, mest for å vurdere områder med behov for forbedringsarbeid. Siden data fra flere registre kommer relativt lenge etter aktuell registrering er de er vanskelig å bruke til kontinuerlig forbedringsarbeid.

Ved Helgelandssykehuset har det vært utarbeidet en god oversikt over status på innrapportering, registeransvarlig etc for aktuelle nasjonale kvalitetsregistre som Helgelandssykehuset skal rapportere til. Data fra Norsk hjerteinfarktregister og Norsk hjerneslagsregister er benyttet i lokalt klinisk forbedringsarbeid. Forøvrig har det ikke vært kapasitet til benytte registerdata i forbedringsarbeid.

Ved UNN benytter man data fra kvalitetsregistrene i ulik grad. Dette henger sammen med registrenes modenhet i form av inkludering av pasienter, statistiske løsninger, innsamlings og rapporteringsmetoder.

Et modent register har mange nytteområder men det tar erfaringsmessig flere år før registeret har etablert seg som et klinisk verktøy.

- Legge til rette for innregistrering av PROMs i kvalitetsregistrene.

I Helse Nords kvalitetsstrategi er målene for PROMs (pasientrapporterte resultater) at helseforetakene vil delta i arbeidet med å utvikle bruken av PROMs ved å legge til rette for nødvendig infrastruktur til å sikre pasientenes egenrapportering og at helseforetakene vil bruke resultatene fra egenrapporteringen aktivt til forbedring av behandlingsforløp.

SKDE har fått oppdraget med å utvikle bruken av PROMs i de medisinske kvalitetsregistrene.

Helse Bergen (Fagsenter for pasientrapporterte data) har en veiledningstjeneste for pasientrapporterte data i nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Denne er finansiert av de fire regionale helseforetakene. Dette nettopp fordi det er et behov for kunnskapsbasert veiledning til registermiljøene.

Av helseforetakene er det kun Nordlandssykehuset som har rapportert at de vil legge til rette for innregistrering av PROMs i kvalitetsregistre hvor dette inngår i registrering.

Øvrige helseforetak har rapportert at de ikke gjør det pr i dag, da de venter på en felles regional løsning for dette fra Helse Nord RHF.

- Utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.

Ved Finnmarkssykehuset har Klinikk Kirkenes satt som mål at klinikken skal ha minimum tre stjerner ved neste PasOpp- undersøkelse. (Klinikken hadde i 2015 to av fem stjerner). Klinikken har gjennomgått resultatene av siste undersøkelse i klinikkledelsen, utvidet klinikkledermøte og KVAM-råd.

Generell informasjon om resultatene og forbedringsområder på ekstra kampanjedag «Bare spør!» i møter med flere faggrupper og på mobil stand på alle avdelinger. Det er iverksatt ulike tiltak med fokus på følgende områder: Informasjon til pasient og pårørende, etablere rutiner for utreisesamtaler i klinikken og utprøving av visittstol på kirurgisk avdeling.

Klinikk Hammerfest har som mål å komme opp på landsgjennomsnittet til neste PasOpp undersøkelse. Resultater fra PasOpp er gjennomgått i klinikkledelse, utvidet klinikkledergruppe, KVAM- råd, samarbeidsfora samt i alle avdelinger. Klinikken deltok i oppfølging av «Bare Spør!» som en del av å forbedre kommunikasjon og informasjon til pasienter. Det er utarbeidet mål i avdelingene som oppfølging etter PasOpp.

Ved Nordlandssykehuset har flere avdelinger gjennomført lokale pasienttilfredsundersøkelser og bruker resultatene aktivt i eget forbedringsarbeid. Noen av disse offentliggjøres på avdelingenes kvalitetstavler, andre gjennomgås i KVAM møte eller andre interne fora.

Ved Helgelandssykehuset har man foreløpig ikke utviklet egne lokale mål for pasientopplevd kvalitet. På bakgrunn av resultater fra PasOpp-undersøkelsene 2015 er det etablert et prosjekt ved sykehusenheten i Sandnessjøen for å bedre pasientopplevd kvalitet.

På UNN har man etablert systematiske tilbakemeldinger fra pasienter i flere enheter. Det er ikke satt spesifikke mål for pasientopplevd kvalitet lokalt. Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken, Hjerte og lungeklinikken, Psykiatri og rusklinikken, Barne og ungdomsklinikken arbeider med innsamling av pasienterfaringer.

Sykehusapotek Nord har i 2016 startet et prosjekt med å utvikle egne lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.

- Iverksette tiltak, sammen med pasienter og deres pårørende, for å bedre helsepersonells kommunikasjon og informasjon (muntlig og skriftlig).

Finnmarkssykehuset deltar i «Bare spør!»-kampanjen. Klinikkene har dette som satsningsområde etter PasOpp-undersøkelsen.

Ved Nordlandssykehuset har både Salten DPS og Psykoseteamet seminar som arrangeres for pasienter, pårørende og helsepersonell hvor læring av hverandre inngår. Også andre enheter i psykiatrien har egne aktiviteter rettet mot pasient og pårørende for gjensidig læring.

For å styrke arbeidet i hele foretaket, både innenfor psykiatri og somatikk, er det ansatt rådgiver som skal jobbe særskilt med dette. Det har vært et pilotprosjekt på «Et vennlig sykehus» i sengepost til kirurgisk ortopedisk klinikk i Bodø. Tiltak for å bedre kommunikasjon vil få eget fokus når prosjektet «Et vennlig sykehus» skal videre til øvrige somatiske sengeposter.

Ved Helgelandssykehuset er tiltak iverksatt i forbindelse med arbeidet med nytt nettsted for spesialisthelsetjenesten i landet, der nettstedet til Helgelandssykehuset inngår. Lansering fant sted høsten 2016, og alt innhold er utarbeidet med stor grad av brukerinvolvering og brukertesting (pasienter og pårørende). I dette ligger tilbakemeldinger på brukergrensesnitt, språk og grafisk utforming – inkludert universell utforming.

Høsten 2016 initierte Helgelandssykehuset et eget «Klart Språk» - prosjekt med sikte på oppstart 1. kvartal 2017. Prosjektet vil rette seg inn mot tekstlig innhold på papir og nett som er pasient- og pårørenderettet, men også administrative tekster. Prosjektet planlegges også løftet som et fellesprosjekt for alle foretakene i Helse Nord i regi av kommunikasjonssjefene i foretakene.

Sykehusapotek Nord har innført standardisert inhalasjonsveiledning i publikumsavdelingene. Ut over dette er det ikke gjennomført tiltak for å bedre kommunikasjon og informasjon med pasienter og deres pårørende.

UNN har etablert «Mine behandlingsvalg» der pasienter og pårørende kan gjøre mer kvalifisert valg av behandlingsstrategier sammen med fagpersoner. Mine behandlingsvalg gjør at kommunikasjonen er mer rettet mot de muligheter som finnes for pasientene inne visse diagnoser. Prosjekt i samarbeid med Forandringsfabrikken i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.

Kampanjen «Bare spør» (Et tiltak i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet) var planlagt i samarbeid med Brukerutvalget til høsten 2016, men ble utsatt til uke 3, 2017 pga sammenfall med omlegging av datasystemer (HOS II).

Pasientene i nord har fått økt tilgang, medvirkning og tillit til helsetjenesten ved at de kan se sin egen tilgangsløgg, egen pasientjournal og henvisningsstatus. Videre arbeid i «Min helse» vil i perioden medføre innsjekk og dialog for timeavtaler.

- Implementere og ferdigstille resultat fra prosjektet felles regionale retningslinjer for kvalitetsforbedring på pasientreiseområdet innen 01.08.2016.

Løsningen ble ikke slutført og levert i 2016. Tiltaket ble ikke tilstrekkelig prioritert og bestillingen til HF-ene var for uklar. Bestillingen og ansvaret for gjennomføringen tydeliggjøres fra RHFet i form av et mandat og bestillingen følges tett opp i 2017. Ansvaret for gjennomføring ligger hos HF-ene. Kravet er tatt med inn i OD 2017.

- Saksbehandle reiseoppgjør innen 14 dager.

Alle HF-ene har i gjennomsnitt vært over kravet på 14 dagers saksbehandlingstid i 2016 (se kolonne «YTD»), dette varierer mellom 3 dager for UNN og 4,8 dager for Finnmarkssykehuset. Årsaken til at snittet ligger over kravet er blant annet periodevis høy turnover, sykefravær og opplæring av midlertidige ressurser.

GJENNOMSNITTLIG SAKSBEHANDLINGSTID (LR3)	YTD	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Nordlandssykehuset Lofoten	17,5	19,3	17,3	24,1	26,0	20,0	8,4	11,2	15,1	7,8	17,0	22,5	19,8
Pasientreiser Helgelandssykehuset HF	18,1	21,6	13,0	13,2	16,5	17,9	19,0	28,6	31,6	15,5	9,3	15,6	15,7
Pasientreiser Finnmarkssykehuset HF	18,8	19,9	16,7	19,6	23,0	20,8	14,2	6,5	6,2	22,9	30,9	31,5	9,6
Pasientreiser Tromsø	17,0	19,0	13,2	10,0	14,2	22,3	21,0	28,6	28,7	9,6	8,4	9,9	12,3
Helse Nord	17,8	19,8	14,8	15,6	19,9	20,4	15,7	18,1	23,2	12,9	15,5	20,9	15,1

Fra 01.10.2016 overtok Helgelandssykehuset oppgavene knyttet til reiseoppgjør fra de øvrige helseforetakene i Helse Nord for reiser gjennomført etter 01.10. Nordlandssykehuset, Finnmarkssykehuset og UNN behandler reiseoppgjør knyttet til reiser gjennomført før 01.10.

Saksbehandlingstid i forbindelse med reiser gjennomført etter 01.10.2016 lå pr 31.12 på 24,7 dager for Helse Nord.

I OD 2017 er det bare rettet krav til Helgelandssykehuset på saksbehandlingstid for reiseoppgjør.

- Gjennomføre flytting av egne internett til felles nasjonal webløsning. Det skal ikke opprettes nettsted eller eksterne nettjenester utenfor felles nasjonal publiseringsplattform.

Alle helseforetakene i Helse Nord hadde gjennomført flytting av egne internettsider til felles nasjonal nettløsningen innen utgangen av juni 2016. Alle helseforetakene skal ha nettsidene sine på felles nettløsning og det skal som et utgangspunkt ikke opprettes nettsider utenfor løsningen.

I noen tilfeller kan ikke felles nettløsning tilby nødvendig teknisk funksjonalitet. Da kan andre nettløsninger vurderes brukt etter avtale med kommunikasjonssjefen ved Helse Nord RHF. Eksempler på dette er <http://www.helseatlas.no> og laboratoriehåndbøker. Prinsippet om at det ikke skal opprettes nettsteder utenfor felles nettløsning, betyr at løsningen må utvikles og forbedres kontinuerlig.

- Ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

Helse Nord har fått oppgaven med å videreutvikle spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i et urbefolkningsperspektiv. SANKS har en nøkkelrolle i formidling av kunnskap til helsetjenesten for øvrig rundt samisk kulturforståelse. I tillegg har SANKS en viktig rolle i behandling av pasienter med psykiske lidelse og rus i de samiske områdene. Det er viktig å understreke SANKS sin rolle i oppfølgingen av overgrepssakene i Tysfjord. Videre har Helse Nord RHF besluttet utbygging av Samisk helsepark i Karasjok, som også skal tilby spesialisthelsetjenester til samer på Nordkalotten.

Samiske tolketjenester er videre utbygd og tilbys den samiske befolkning som et tiltak for pasientsikkerhet og kvalitet også i akutte prehospitalt situasjoner. Det er etablert kontakt mellom Helgelandssykehuset og SANKS med mål om å etablere samarbeidsavtale for å utvikle helsetjenester også for den sørsamiske befolkningen. Det er samarbeid med SANKS om kontorlokaler når representanter har kontordager på Helgeland.

Helse Nord har fått oppnevnt samiske representanter i de fleste sentrale råd og utvalg. Det er startet et arbeid med en strategisk utviklingsplan for spesialisthelsetjenesten for den samiske befolkningen. Det er et omfattende arbeid med utgangspunkt i Finnmark, men som også skal involvere representanter fra de andre samiske språkområdene sammen med det omfattende forskningsprogrammet ved Universitetet i Tromsø. Målet for planen er å tilby den samiske befolkningen tilgang til spesialisthelsetjenester som er tilpasset samisk språk og kulturforståelse.

- Implementere tiltakene fra Tolkeprosjektet med tertialvis statusoppdatering til Helse Nord RHF.

I 2016 er tiltakene i tolkeprosjektet gradvis iverksatt, med stadig bedre tilgjengelighet til nordsamisk tolk.

- Det er utarbeidet prosedyrer for bruk av Skype. Prosjektet vil prøve ut om Skype er et egnet redskap i tolkearbeidet.
- Norsk senter for forskningsdata har godkjent etablering av et lokalt kvalitetsregister.
- Innkallingsbrev er endret. Pasienter med samisk som førstespråk blir i brevet oppfordret til å forhåndsbestille tolk til sine timeavtaler ved Finnmarkssykehuset Hammerfest. Ansatte skal i tillegg tilby tolk ved innkomst.
- Det er etablert tilbud om tolk på dagtid ved avdelingene Alta og Karasjok via Skype, i tillegg til frammøtetolking i Hammerfest. Høsten 2016 ble tilgjengeligheten utvidet til å gjelde fra kl. 08.00 - 22.00 hele uka ved klinikk Hammerfest. I januar 2017 utvides tilbudet og inkluderer ambulansetjenester.
- Det er en fast ansatt tolk på dagtid i Hammerfest, og seks prosjektansatte tolker, som dekker resten av døgnet.
- Evaluering av ordningen gjøres via kvalitetsregistret

- Ferdigstille og oppsummere PING -prosjektet innen andre tertial. Gi anbefaling til regional bruk av løsningen.

«PING»-prosjektet er overlevert UNN og vi har en prototype i bruk. Løsningen er funksjonell i henhold til de krav som ble satt i utviklingsavtalen. Som alle utviklingsprosjekter er det rom for videreutvikling det melder seg ganske raskt et behov for nye og andre funksjonaliteter som ønskes utviklet. Løsningen fungerer godt rent teknisk som beskrevet i avtalen.

Det ligger utfordringer til å kommunisere elektronisk med pasienter og brukere. Piloten viser at det ikke er noen automatikk i at pasienter vil gi tilbakemelding i elektroniske kanaler. Det må initieres et større informasjon og guide arbeide rundt dette når det tas i bruk i bred skala.

- Legge til rette for implementering av samvalg gjennom kommunikative og strukturelle tiltak.

Spesifikk for UNN HF:

Medisinsk klinikk har implementert Mine behandlingsvalg for samvalg av behandlingsstrategi.

Psykisk helse og rusklinikken har innført tilbud om medikamentfri behandling.

Pasientsikkerhet

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

Aktiviteter i Pasientsikkerhetsprogrammet er omtalt i månedlige virksomhetsrapporter.

- Bidra i prosjekt for å beskrive en løsning for elektronisk bestilling og utarbeide dokumentasjon knyttet til produksjon av legemidler.

Sykehusapotek Nord har deltatt i nasjonalt prosjekt om systemstøtte for legemiddelkjeden, der beskrivelse av en løsning for elektronisk bestilling og utarbeiding av dokumentasjon knyttet til produksjon av legemidler inngår.

Sykehusapotek Nord har i samarbeid med Helse Nord RHF intensivert arbeidet med å anskaffe system for elektronisk bestilling og dokumentasjon knyttet til produksjon av legemidler.

Smittevern

- Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig i henhold til forskrift. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine prevalenstall to ganger i året til Helse Nord RHF.

Ved Finnmarkssykehuset hadde 5,3% av pasientene infeksjon ved undersøkelsen i mai 2016. Tallene behandles i smittevernrådet, KVAM-råd og kvalitetsutvalg. Prevalenstallet for UNN var på 4,8% for 2016. Resultatene er ikke kommentert. Nordlandssykehuset gjennomfører fire prevalensundersøkelser pr år. Ved undersøkelsen i tredje kvartal 2016 var prevalenstallet for NLSH samlet 7,9%, «egne»

infeksjoner var 4,2%. De beskriver en god utvikling. Fram til primo oktober var det gjennomført 40 smittevernvisitter ved Nordlandssykehuset. Ved Helgelandssykehuset var samlet prevalenstall ved undersøkelsen i mai 2016 2,0%.

- NOIS-registrering: Det skal være minst 95% oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine infeksjonstall for hvert tertial til Helse Nord RHF.

Oppfølgingsgraden for NOIS-registrering er høy i alle helseforetakene i Helse Nord.

- Ved Finnmarkssykehuset er oppfølgingsgraden over 95%. Resultater for 2016 er ikke rapportert. For 2015 er resultater rapportert, og det angis at dataene brukes aktivt i tilbakemelding til klinikkene gjennom KVAM-råd og kvalitetsutvalg.
- Ved UNN er oppfølgingsgraden 95% eller høyere. UNN har ikke rapportert og kommentert sine infeksjonstall.
- Nordlandssykehuset har en oppfølgingsgrad på 100%. Det vises til en grundig gjennomgang av NOIS postoperative sårinfeksjoner i første kvartal 2016 (egen styresak). Forekomsten ligger fortsatt over det nasjonale gjennomsnittet. Det er i 2015/2016 arbeidet for å bedre kvaliteten på registreringene. Nordlandssykehuset har lenge vært uten smittevernlege, men ny smittevernlege starter i mars 2017.
- Ved Helgelandssykehuset er oppfølgingsgraden for de fleste inngrep 100%, men for lav for hofteprotese (hemiprotese) ved sykehuset i Mo i Rana, der den var 85,7% og 78,6% i hhv første og andre tertial 2016. Mulige årsaker til dette kommenteres. Helgelandssykehuset gir en grundig gjennomgang av infeksjoner ved de ulike typer inngrep i første og andre tertial, og redegjør for de dype infeksjoner. Disse følges opp av lokal avdelingsledelse og smittevernpersonell. Generelt gir små tall store prosentvise utslag.

Forskning og innovasjon

- Forskningsmiljøene skal gå sammen med miljøer i andre regioner for å søke på prosjekter i nytt felles program (utarbeidet av RHF-ene i samarbeid med Norges forskningsråd) for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten.

Rapporteringen fra HF-ene viser at dette synes å være godt ivaretatt, selv om det meldes om lite aktivitet fra de mindre HF-ene. Kravet er spesielt relevant for større helseforetak og det er også disse som rapporterer om mest aktivitet.

- Delta i arbeidet med å utvikle en modell for budsjettering av totale kostnader i eksternt finansiert forskning i helseforetak, jf. rapport fra arbeidsgruppe fra 2015.

Problemstillingen har vært til behandling i det nasjonale Husebakk-utvalget og løsningsforslag ble fremsatt i november 2016. Foretakene har avventet resultatet fra utvalgets arbeid.

- Implementere tiltakene i Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016–2020, sammen med RHF-et.

Den generelle tilbakemeldingen er at strategien og tiltaksplanen er godt innarbeidet i foretakene. Tiltak er iverksatt etter planen og det blir fremhevet at strategien har vært et viktig grunnlag for utarbeidelse av foretakenes egne forskningsstrategier. UNN rapporterer iht. til deres særlige ansvar som regional forskningsstøtteavdeling og viser til konkrete tiltak herunder opprettelse av støttefunksjoner, samarbeid nasjonalt/internasjonalt på utvalgte områder, utvikling av nye kurs m.m.

- I samarbeid med Helse Nord RHF sørge for at det nyetablerte Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) organiseres med en fagprofil og tilhørende ledelses- og styringsformer som kan ivareta de forpliktelser og formål som følger av bevilgningen over statsbudsjettet. Senteret skal i tillegg til sin frie forskning finansiert gjennom søknader (forskningsråd, regionale forskningsmidler, EU mv.) også ha en anvendt profil med vekt på følgeforskning og utredninger på bestilling fra helsemyndighetene. Det skal etableres en nasjonalt sammensatt styringsgruppe for senterets virksomhet, og i samarbeid med det nye e-hesledirektoratet utvikles rutiner for bestillinger og leveranser. Helse Nord RHF vil spesifisere dette oppdraget ytterligere gjennom et særskilt oppdragsbrev.

Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) er etablert med styringsstruktur. Senterleder ble ansatt i fast stilling fra april 2016, og styringsgruppe med nasjonal representasjon ble etablert. Det ble avholdt fire møter i 2016.

Senteret har etablert en tett dialog med Direktoratet for e-helse, og har igangsatt flere prosjekter som svarer ut nasjonale behov for kunnskap i samarbeid med direktoratet.

Senteret har startet et arbeid med nyrekruttering og kompetanseutvikling, og har gjennom året hatt sterk fokus på den faglige vridningen som er forventet fra eiere og oppdragsgivere gjennom ledelsesmessig styring av forskningssøknader og øvrig faglig aktivitet.

Personell, utdanning og kompetanse

- Ta i bruk regional handlingsplan for rekruttering.

Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering ble vedtatt i styremøte 22. september 2016 (sak 106-2016). Finnmarkssykehuset rapporterer om at de tar i bruk handlingsplanen i sin «Arbeidsgiverpolitiske handlingsplan 2016-2019» som de vedtok i 2016. UNN rapporterer at de bruker planen og modellen i rekrutteringsarbeid. Nordlandssykehuset vedtok egen handlingsplan i 2016; "Rekruttering i Nordlandssykehuset 2016-2020 - strategier og tiltak". Helgelandssykehuset rapporterer at de har igangsatt noen tiltak, og planlegger videre tiltak for å implementere handlingsplanen i 2017.

- Innfri pålagt antall praksis-, turnus- og lærlingeplasser som beskrevet i vedlegg 1. Tilleggskrav for ambulanséfaglæringer: 50 % skal rekrutteres fra videregående skole i egen helseregion.

Alle sykehusforetakene innfrir måltallene for praksis-, turnus- og lærlingeplasser, og et minimum av 50 % ambulanséfaglæringer rekrutteres fra egen region.

- Delta i prosjekt «ledermobilisering».

Ledermobilisering er et svært viktig program for foretakene i Helse Nord for å nå målsettingene i Helse Nords strategi for leder- og ledelsesutvikling. Det var derfor også helt naturlig at Finnmarkssykehuset HF på vegne av foretaksgruppen var med som pilotforetak i oppstarten.

I 2016 har Finnmarkssykehuset HF og Nordlandssykehuset HF gjennomført et program hver.

Helgelandssykehuset HF og UNN HF skal gjennomføre programmet i 2017.

- Rekruttere deltakere til Master i helseledelse i henhold til målgruppe og intensjon for studiet.

MBA i Helseledelse er et 2-årig masterstudie i helseledelse som leveres av Nord Universitet og finansieres av Helse Nord RHF. Etter å ha innløst opsjon om forlengelse av innkjøpsavtale med Nord Universitet, ble det i januar 2016 lyst ut 25 studieplasser for kull 2016-2018. Foretakene har vist stor interesse for dette studiet noe som resulterte i mer enn dobbelt så mange søkere som plasser. To av foretakene kjøpte ekstra plass, slik at inntak totalt ble på 27 studieplasser. For første gang siden oppstart av dette studiet er nå alle foretakene representert og endelig studentopptak samsvarer godt med definert fordeling og målgruppe for dette studiet.

- Rekruttere deltakere til Nasjonalt topplederprogram.

Helse Nord fylte også i 2016 opp sine 6 plasser på Nasjonalt topplederprogram. Denne gang med bare kvinnelige deltakere. Kull 20 ble avviklet i perioden 18. januar til 8. april 2016. Rekruttering til kull 21 som avvikles i 2017, ble gjort i 2016. Det vil også i 2017 være 6 deltakere fra Helse Nord.

- Ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, innen 30. juni, med seks måneders planleggingshorisont, både i GAT og DIPS.

Planleggingsmetodikk for oppsett av arbeidsplaner har i 2016 vært et sentralt tema i tariffoppgjøret og i den påfølgende arbeidskonflikten mellom Akademikerne og Spekter. Foretakene har derfor ikke kommet like langt i arbeidet som ønsket med aktivitetsbasert bemanningsplanlegging. Foretakene har i 2016 gjennomført opplæring i arbeidstidsplanlegging, og man har ved flere klinikker en planleggingshorisont på 6 måneder.

- Bidra i arbeidet med å innføre ny legespesialitetsstruktur

Helse Nord RHF deltar i det interregionale arbeidet med innføring av ny legespesialitetsstruktur, gjennom arbeidsgrupper, referansegrupper og i styringsgruppen. Foretakene er representert i regionalt arbeid sammen med regionalt utdanningskontor (RU) ved UNN.

- Delta i prosjekt for utvikling og innføring av regionalt system for kompetanseledelse, og ta dette i bruk.

Helse Nord startet opp regionalt prosjekt for innføring av Kompetansemodule i Personalportalen 1. mars 2016, som felles verktøy for kompetanseledelse. Prosjektet skal pågå i 2 år. Pilotering er gjennomført i alle foretak og tilbakemeldingene er positive. Lokale prosjektledere i alle sykehusforetakene har sørget for opplæring og oppfølging av ledere og fagansvarlige i pilotenhetene, og deltar aktivt i prosjektet. Helse Nord IKT og Sykehusapotek Nord har også deltatt. Utrulling skjer gradvis fra februar 2017. Det er god kontakt med de andre helseregionene som bruker samme verktøy, også i forhold til at verktøyet skal brukes til administrering av ny LIS-utdanning fra 2017.

- Gi alle ledere opplæring og muligheter til utvikling gjennom kurs og møteplasser som dekker den basiskompetanse ledere skal ha.

Foretakene har deltakere på Nasjonalt topplederprogram og Master i helseledelse. I tillegg har Finnmarkssykehuset HF og NLSH HF hatt deltakere på Ledermobilisering. Alle foretak gjennomfører introduksjonskurs for ledere.

- Gi lederstøtte ved å ta i bruk Helse Nords lederhåndbok.

UNN, Nordlandssykehuset, Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset har deltatt i det regionale i arbeidet med å utvikle Helse Nords lederhåndbok. Grunnet noe varierende ressurstilgang har dette arbeidet tatt litt lengre tid enn planlagt. Framdrift og lanseringstidspunkt vil derfor bli noe ulikt mellom foretakene.

- Ansvar for prioritering, koordinering og utvikling av nye e-læringskurs i regionen.

Disse kursene er utviklet i regi av Helse Nord/ foretakene i Helse Nord i 2016. Kursene ligger på Campus. Kurs i Smittevern Isolering er delt med andre regionale foretak i Norge

- Smittevern Isolering
- Strålevern grunnkurs
- Strålevern for brukere av mobile c-buer
- PR33953: Oppholdsregistrering EPJ DIPS
- Etiske retningslinjer for Helse Nord
- Hva ser pasienten på Helsenorge.no?

I tillegg har vi importert flere kurs kostnadsfritt fra andre foretak:

- Legemiddelsamstemming (Helse Midt) (under vurdering)
- 10 trinn for vellykket amming (Helse Sør-Øst)
- Preoperativ håndhygiene (Helse Vest)
- Hindre drop-out fra rusbehandling (Helse Sør-Øst)
- Antibiotikabruk i sykehus (Helse Vest)
- Den gylne pennen (DiFi)
- Den vanskelige samtalen (kurs for ledere. DiFi)
- Fungerer det digitalt da? (DiFi)
- Er det sikkert? Et e-læringskurs i informasjonssikkerhet for ledere (DiFi)

- Ansvar for å bidra til at felles nasjonal kurskatalog utvikles, og at generell avtale om deling av kurs utarbeides.

Det er utarbeidet retningslinjer for deling av e-læring som er signert av HR-direktører i alle regionale helseforetak. Denne avtalen skal støtte opp under det delingskulturen som er bygget opp mellom helseforetakene i spesialist-helsetjenesten. E-læringskurs skal deles kostnadsfritt etter gjeldende tekniske spesifikasjoner.

Den interregionale arbeidsgruppen for e-læring er også involvert i prosjekt for ny LIS utdanning. Dette gjør at utviklere og koordinatorene av e-læring blir tettere koblet til

prosjektet. Det er også satt opp et plattformprosjekt nasjonalt som ser på en xAPI / LRS løsning nasjonalt. Helse Nord har kommet lengst i dette arbeidet. Helse Nord kan regne med å måtte bidra med å utvikle e-læringskurs til LIS utdanning.

- Teste ut og etablere et felles LRS mellom helseregionene.

LRS er oppe og kjører på adressen <https://lrstest.helsenord.no> med mulighet for import av data fra Campus, men er fortsatt under utredning for endelig løsning. LRS er testet i det nasjonale arbeidet med den nye LIS utdanningen. Det er ikke tatt stilling til hvorvidt denne LRS løsningen blir en del av LIS løsningen.

- Videreutvikle dagens nettverk for e-læring, og opprette et adminforum bestående av e-læringskoordinator i hvert HF.

Per-Henrik Kvalnes – koordinerer koordinatorforumet i Helse Nord, og representerer Helse Nord i arbeidsgruppen for interregionalt nettverk for digital læring. Det har i løpet av 2016 vært utviklet en ny e-læringsstrategi for Helse Nord. Den gir prinsipper for bestilling, utvikling, deling av e-læring og den formelle organiseringen av e-læringskoordinatorer ved hvert foretak.

- Ansvar for at det opprettes en styringsgruppe innenfor e-læring sammen med regionalt utdanningscenter.

Det er ikke opprettet styringsgruppe i 2016. Hovedsakelig fordi den nye strategien ikke blir godkjent før i 2017. Det arbeides fortsatt med prioritering av kurs. Styringsgruppe vil for utvikling av e-læring er felles Fag-/ HR sjef møte i Helse Nord.

- Forberede at regional finansiering knyttet til helsekompetanse.no f.o.m. 2017 vil overføres til regionalt nettverk for e-læring.

Finansiering av helsekompetanse.no er fra og med 2017 avsluttet. Man har ikke tilført det regionale nettverket økt finansiering. Dette må man komme tilbake til i budsjettrevisjon i løpet av 2017.

- Legge til rette for at utviklerkompetansen innenfor e-læring gjøres tilgjengelig for regionalt utdanningscenter og e-læringsnettverket.

Helse Nord har orientert e-læringsnettverket og Regionalt utdanningskontor at man ved behov knyttet til utvikling av læringsaktiviteter/ ny spesialitetsstruktur, skal prioritere dette arbeidet.

- Helsekompetanse.no sin utvikling av e-læringskurs skal være basert på etterspørsel og koordinering med samarbeidspartnere og KS Læring.

Dersom det er aktuelt for det regionale e-læringsnettverket i Helse Nord RHF og/ eller foretakene å bestille e-læring fra helsekompetanse.no, skal dette være basert på Helse Nord's strategi for e-læring.

Samhandling

- Delta aktivt i etableringen av gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialistene som gir grunnlag for et godt samarbeid og en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom helseforetak og avtalespesialistene i eget nedslagsfelt. Samarbeidsavtalen kan gjelde pasientflyt/strømmer, håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom avdelinger og avtalespesialister, utveksling av informasjon, felles prosedyrer og kliniske retningslinjer, deltakelse i kompetanseutvikling, rutiner for kontakt mellom legen og helseforetaket mv. Helse Nord RHF vil fasilitere fellesmøter og initiere samarbeidet mellom avtalespesialister og helseforetak.

Oppstartsmøte ble gjennomført i Tromsø i april 2016 hvor UNN- og Finnmark HF sammen med avtalespesialistene innen øyefaget i deres nedslagsfelt deltok. Helseforetakene ble i møtet tillagt ansvaret med å utarbeide samarbeidsavtaler med avtalespesialistene og Helse Nord RHF har distribuert veileder og avtale mal til HF-ene for formalisering av samarbeidet mellom HF og avtalespesialistene. HF-ene rapporterer at arbeidet er igangsatt, men foreløpig er få avtaler inngått.

- Status er som følger:
 - *Finnmark: Utkast til avtaler ble sendt ut før jul 2016 til alle avtalespesialistene i sitt nedslagsfelt, en avtale signert.*
 - *HLSH: Ikke inngått samarbeidsavtaler med noen av avtalespesialistene i eget nedslagsfelt.*
 - *NLSH: En samarbeidsavtale er etablert med en avtalespesialist innenfor fordøyelse.*
 - *UNN: Ikke inngått samarbeidsavtaler med noen av avtalespesialistene i eget nedslagsfelt.*

- Iverksette tiltak for å gjøre tjenesteavtalene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kjent, med tertialvis rapportering på status.

Ved UNN er alle avtalene revidert og det er laget kortversjoner av avtalene. Det er avholdt fire workshops i meldingsutveksling, med utgangspunkt i tjenesteavtalene samt innmeldte samhandlingsavvik. Arbeidet for å sikre etterlevelse og oppfølging av avtalene pågår, bl.a. gjennom egne saker i OSO.

I Finnmarkssykehuset er de fleste av tjenesteavtalene revidert. Klinikkene har vært involvert i revisjonsprosessen, noe som bidrar til økt kjennskap til avtalene. Det er samtidig iverksatt arbeid med å lage brukervennlige kortversjoner av tjenesteavtalene som fokuserer på foretakets forpliktelser.

Helgelandssykehuset reforhandlet samarbeidsavtalene høsten 2016. I forberedelsen til reforhandlingene var ledere og annet helsepersonell i sykehuset involvert i arbeidet, noe som har bidratt til å gjøre avtalene mer kjent. Ledere i sykehusenhetene er informert om at avtalene er reforhandlet. Avtalene er også tilgjengelig på sykehusets intranettside.

Nordlandssykehuset arrangerer erfaringsmøter med kommunene to ganger årlig, hvor forhold knyttet til avtalene blir drøftet. Klinikksjefene bidrar i samarbeid med samhandlingsavdelingen med kunnskapsformidling om avtalene.

- Sikre at foretakets rutiner for utskrivningsklare pasienter som har behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon er i samsvar med tjenesteavtale 5, med tertialvis rapportering på status.

UNN har gjennomført fire Workshops i meldingsutveksling, med til sammen over 300 deltakere. Utskrivningskoordinator tilbyr fortløpende opplæring i prosedyre for utskrivning av pasienter. Eget flytskjema for utskrivning (i tråd med revidert tjenesteavtale 5) er under utarbeidelse.

Samhandlingsavvik (og fakturainnsigelser) UNN mottar fra kommunene handler i stor grad om manglende etterlevelse av tjenesteavtale 5. Egen sak om dette er presentert for OSO og vil bli lagt fram i Kvalitetsutvalget i UNN.

Finnmarkssykehuset har gjennomgått rutinene slik at disse er i tråd med avtalen. Foretaket jobber med meldte samhandlingshendelser/avvik. Disse har vist at foretaket ikke har hatt gode nok rutiner for at epikrise blir oversendt elektronisk ved utskrivningstidspunkt, for pasienter som skal ha umiddelbar oppfølging i kommunen i form av hjemmesykepleie eller institusjonsopphold. Årsaker til manglende oversendelse av epikriser er kartlagt, og det er laget rutiner for å bedre situasjonene. Dette vil bli fulgt opp i 2017.

I Nordlandssykehuset fungerer rutineene svært godt og det er god samhandling partene imellom basert på tjenesteavtale nr. 5.

Helgelandssykehuset har fortsatt forbedringspotensial i forhold til tidligmelding og epikrisekvalitet når pasienter som utskrives har behov for kommunale tjenester. Antall samhandlingsavvik/hendelser kan være et parameter på dette. Tjenesteavtale 5 trer i kraft når pasienten legges inn i sykehus. Avdelingene forholder seg til avtalens innhold så langt det er praktisk mulig. I Mo i Rana er det etablert en ordning med daglige fysiske møter mellom sykehusenheten og kommunen for å forbedre samarbeidet rundt pasientene som skal utskrives. I Sandnessjøen er det etablert et prosjekt som skal se på kommunikasjon med pasienter og primærhelsetjeneste i forbindelse med utskrivelse, med bakgrunn i lavere score på dette området i PasOpp 2015.

- Øke utøvende virksomhet mot kommunehelsetjenesten ved blant annet veiledning, for å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten.

Samhandlingsavdelingen ved UNN har avholdt workshops og møter i samarbeidsforum; tre for somatikk og fem for psykisk helse og rus.

Finnmarkssykehuset har etablert hospiteringsprogram ved de fleste avdelinger i klinikkene. Imidlertid benyttes tilbudet lite av kommunene. Samarbeid med kommunene skal utvikles videre gjennom ansettelse av samhandlingskoordinatorer i klinikkene.

Helgelandssykehuset gir tilbud om opplæring og veiledning til kommunehelsetjenesten etter behov.

Nordlandssykehuset har gjennomført flere faglige kurs for kommunalt ansatte innen pleie- og omsorgssektoren. Det er avviklet fagdager for leger både i Lofoten og Vesterålen, hvor programmet er utarbeidet i samråd med kommuneoverlegene. Helseforetaket har tilbud om hospitering.

- Utrede muligheten for bedre tilrettelegging for tilgang til resepter/legemidler via digitale tjenester.

E-resept er innført i alle helseforetakene. Det gjenstår noe opplæring og praktisk tilrettelegging før ordningen er fullt implementert.

- Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingskjeden i Helse Nord.

God legemiddelhåndtering er en viktig del av pasientsikkerhetsprogrammet og dette er sikret gjennom følgende forhold:

Kompetansetiltak

Sykehusapotek Nord har gitt undervisning i legemiddelhåndtering til ansatte i alle helseforetakene i Helse Nord, samt til sykepleierstudenter ved Universitetet i Tromsø og Nord universitet i Bodø.

Avvik behandles i KVAM- grupper for å sikre læring av feil. I Finnmarkssykehuset vurderes det obligatorisk legemiddelhåndteringskurs for alle sykepleiere. Alle helseforetakene har tett samarbeid med Sykehusapotek Nord, gjennom at farmasøyt bistår med kompetansehevende tiltak. Helgelandssykehuset har revidert sin Håndbok i legemiddelhåndtering.

Oppfølging av rutiner og implementering av nye løsninger

Sykehusapotek Nord har bistått i utarbeidelse, kvalitetssikring og oppfølging av rutiner for legemiddelhåndtering i sykehusene. Ordningen med apotekstyrte legemiddellagre og innføring av Tønsys bestillingssystem for legemidler er også faktorer som kan bidra til bedre kvalitet i legemiddelhåndteringen. Sykehusapotek Nord har også deltatt i FIKS-programmets prosjektgruppe for å beskrive løsninger for lukket legemiddelsløyfe. Farmasøyter har også deltatt i innføringen av elektronisk kurveløsning i Helse Nord. Bruk av elektronisk legemiddelkabinett (ELK) ved mindre sykehus som Vesterålen, Kirkenes og Mosjøen, er også en satsing som gir tryggere legemiddelsløyfe.

God oppfølging i publikumsavdelingen

Sykehusapotek Nord tilbyr legemidler til utskrivningsklare og utskrevne pasienter.

- 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. Eventuelle innovasjonsprosjekter og resultatet av slike skal kunne benyttes av hele foretaksgruppen.

Samtlige helseforetak bekrefter oppfyllelse av prinsippene i styresak 70-2002. Dog ser Helse Nord RHF at spesielt IMATIS prosjektet ved Nordlandssykehuset i større grad skulle sikret gjenbruk av løsningen som er pilotert og innført ved NLSH.

- Bidra aktivt til en større nasjonal standardisering innen IKT-området basert på de styringssignaler som gis i retning av én innbygger, én journal, samt arbeidet som utføres i regi av Nasjonal IKT.

Helseforetakene bekrefter at de slutter aktivt opp det nasjonale arbeidet som pågår.

- Ta i bruk Samhandlingsbarometeret i samarbeid med overordnet samarbeidsorgan (OSO).

UNN har tatt i bruk Samhandlingsbarometeret og bistår de andre foretakene med implementering.

Finmarkssykehuset leverer nå data til Samhandlingsbarometeret. Det er etablert egen arbeidsgruppe med representant fra kommunene, som bistår prosjektleder.

I Helgelandssykehuset er Samhandlingsbarometeret demonstrert i OSO-møte, men foreløpig ikke tatt i bruk. Samhandlingssjefen sluttet ved nyttår, og bruk av samhandlingsbarometeret var ikke av de områdene som ble prioritert før hun sluttet. Bruk av samhandlingsbarometeret vil bli iverksatt i 2017.

Nordlandssykehuset har startet arbeidet med Samhandlingsbarometeret. De har behandlet saken i OSO, som besluttet å drøfte innfasingen i det årlige dialogmøtet med kommunene. Etter drøfting går de videre med etablering.

- Foreslå forbedringer i rutiner med forskrivning av medikamenter.

Sykehusapotek Nord har jevnlig informert fagsjefmøtet i Helse Nord om omsetning knyttet til H-resepter og etterlevelse av LIS-avtaler og LIS-anbefalinger. På forespørsel fra helseforetakene har de også utarbeidet statistikker over legemiddelbruk.

Farmasøyter fra Sykehusapotek Nord underviser medisinerstudenter og turnusleger i forskrivning av legemidler, og har deltatt i UNNs pilot før implementering av E-resept.

Rådgivnings- og kliniske farmasøyter foreslår rutinemessig forbedring i rutiner der de ser behov for dette.

- Ansvar for å foreslå tiltak i samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene som sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå.

Sykehusapotek Nord har ikke foreslått tiltak for dette da foretaket ikke har blitt involvert i revisjon av samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommune.

Helse, miljø og sikkerhet

- Følge opp felles regional plan for gjennomføring og videreutvikling av medarbeiderundersøkelsen.

Alle foretak i Helse Nord gjennomførte felles medarbeiderundersøkelse (MU) i uke 44-48 i 2016. Undersøkelsen ble sendt ut i arbeidstidssystemet Gat Puls, til totalt 12755 medarbeidere, og resulterte i 8215 svar. Svarprosent for MU 2016 ble totalt 64 %. Til sammenligning ga MU 2014 en svarprosent på 68%. Lederrapportene fra MU 2016 ble tilgjengeliggjort i virksomhetsportalen HN-Lis i uke 4, 2017. Gjennomgang av sammenligningsscore fra MU 2014 viser MU 2016 et nokså likt resultat som sist. Generelt ser man antydning til en svak positiv utvikling på de fleste spørsmål, med en økning på 1-2 poengscore.

Ved sammenligning mot Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge som har gjennomført samme undersøkelser, ser man i Helse Nord betydelig lavere score på spørsmål om man har vært involvert i oppfølging av forrige undersøkelse. 35 % svarte i Helse Nord bekreftende på at de hadde vært involvert i oppfølging av forrige MU, mot 70-80 % i de øvrige regionene. I tillegg er det samme avvik i score på spørsmål om man har hatt utviklingssamtale/medarbeidersamtale det siste året, hvor 40% svarer bekreftede på dette i Helse Nord, mot tilsvarende 70-80% svarer bekreftende på dette i de øvrige regionene.

Alle foretak i Helse Nord har i tillegg bidratt til å pilotere ny sammenslått medarbeiderundersøkelse, pasientsikkerhetsundersøkelse og HMS undersøkelse i 2016. Helse Nord er således godt forberedt til å ta i bruk ny sammenslått undersøkelse så snart den klarstilles nasjonalt.

- Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling. Primært skal dette gjøres internt mellom egne sykehus, men også på tvers av helseforetakene for egnede områder av hensyn til kvalitet i tjenesten, og for å redusere bruk av vikarer.

Helseforetakene har alle planer og tilhørende tiltak for å samordne virksomheten under ferieavvikling. Dette gjelder internt i klinikker, mellom klinikker, mellom foretak i og utenfor regionen.

Antall vakter besatt av vikarer er redusert i regionen i 2016 sammenlignet med tidligere år.

- Ha et gjennomsnittlig sykefravær under 7,5 % for 2016. I første tertial rapporteres tiltak for å nå målet.

Flere foretak har en positiv trend gjennom 2016, og hvor Helgelandssykehuset, HN IKT, HN RHF og SANO har et fravær under styringskravet. Det er fortsatt en stor oppgave for øvrige foretak å realisere et sykefravær tilsvarende 7,5 %.

	FIN	UNN	NLSH	HSYK	HN IKT	HN RHF	SANO
2013	8,6 %	8,9 %	8,2 %	7,0 %	3,9 %	2,5 %	7,1 %
Måltall 2014, egne strategier	7,0 %	8,4 %	7,5 %	6,0 %	5,0 %		
2014	8,7 %	8,8 %	8,0 %	7,2 %	5,3 %	3,5 %	6,6 %
2015	9,4 %	8,9 %	8,5 %	7,6 %	5,0 %	4,0 %	6,6 %
Måltall 2016, OD	7,5 %	7,5 %	7,5 %	7,5 %	7,5 %	7,5 %	7,5 %
Resultat 2016	8,6 %	8,6 %	8,9 %	6,9 %	5,5 %	3,9 %	6,9 %

Tabell: sykefravær per foretak 2013-2016

Sykefravær er et komplekst område, og det tar tid å få fraværet redusert – betydelig og vedvarende. Foretakene har gjennomført og planlegger ulike tiltak for å styrke nærværet på arbeidsplassene i sykehusene; forebygging av vold/trusler, forebygging gjennom gode HMS-systemer inklusiv tilrettelegging for gravide arbeidstakere, tilrettelegging i forhold til ansattes helseplager, samarbeid med bedriftshelsetjenestene for enheter med sykefravær over 7,5 % og økt bruk av medarbeiderundersøkelsen til lokalt forbedringsarbeid.

I Finnmarkssykehuset er 15 enheter tatt inn i Nærværprosjektet med oppfølgende nærværsmål i separate nærværplaner for enhetene.

Beredskap

- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser innen utløpet av 2016 for de systemer som inneholder sensitiv personopplysninger i tråd med gjeldene lover og forskrifter.

Alle helseforetakene har laget en plan for gjennomføring av risikovurderinger for kliniske systemer, men alle er ikke gjennomført innen fristen. Gjennomføring av risikovurderinger vil derfor fortsette i 2017.

- Ferdigstille prosjekt «VAKe2». Det skal utarbeides driftskonsept og dokumentasjon av løsningen innen utgangen av 2016, i nært samarbeid med helseforetakene og Helse Nord IKT. Forslag til finansieringsmodell skal utarbeides innen utgangen 30.04.2016.

Driftskonsept og dokumentasjon av løsningen er utarbeidet innen fristen, og det er sendt søknad til Helse Nord IKT om overtakelse av eierskap og konsept.

Det varierer i hvor stor grad driftskonseptet er implementert i helseforetakene, og dette må det jobbes videre med i 2017. Forslag til finansieringsmodell er under utarbeidelse.

Risikostyring og internkontroll

- Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 1.1.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Alle kjente avvik slik disse er beskrevet av Riksrevisjonen skal være lukket innen utløpet av 2016.

Dette er i varierende grad gjennomført, og helseforetakene har valgt et noen ulik tilnærming. To av helseforetakene har fortløpende orientert styret om status innenfor området informasjonssikkerhet og ROS analyser. To av helseforetakene har meldt om at saken ikke er styrebehandlet. Et helseforetak har gitt tilbakemelding om sak til styret ikke er utarbeidet, på grunn av at siste ROS vurdering ikke er utført. Så snart dette er på plass skal sak til styret utarbeides.

- Styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av internkontrollen, og tiltak for å følge opp avvik.

Alle foretak har styrebehandlet «Ledelsens gjennomgang», herunder tiltak for å følge opp avvik.

Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

- Gjennomføre samspillmodell med Sykehusbygg HF.

Arbeidet med en samspillmodell mellom Sykehusbygg HF og Helse Nord RHF er slutført. Adm. direktør har informert HF-ene om at foretakene direkte avtaler samarbeid med Sykehusbygg. Saken har vært forelagt direktørene i HF-ene i Helse Nord og de slutter seg til denne samarbeidsmodellen. Adm. direktør vil følge opp den samlede prosjektporteføljen og deltakelse i fellesprosjekter mellom Helse Nord med foretak og Sykehusbygg HF.

- Delta i utarbeidelse av styresak til Helse Nord RHF knyttet til oppfølging av nytteverdien av FIKS- programmet og DIPS Arena, innen utgangen av andre tertial.

Det er lagt frem to saker til styret i HN RHF:

- 51-2016 (juni) Vedtak: Styret ber adm. direktør legge frem forslag til eget prosjekt... .. ny generasjon EPJ og optimalisering av pasientforløp parallelt med innføringen av elektronisk medikasjon og kurve. Rammer og innhold bes lagt frem i forbindelse med rullering av langsiktig plan i styremøte 15. juni 2016. Mandat for prosjektet bes lagt frem til orientering innen utgangen av 2016
- 151-2016: DIPS Arena og Elektronisk Medikasjon og Kurve – videreføring. Vedtatt som anbefalt av styringsgruppen i FIKS

Styringsgruppen til FIKS har vært involvert i begge saksfremlegg.

- Som oppfølging av ny tilstandsrapport og med data registrert i klassifikasjonssystemet, bidra til en omforent vedlikeholdsstrategi ved rullering av Plan for Helse Nord 2017–2020 innen 31.03.16

Mer enn halvparten av vedlikeholdsbehovet løses gjennom investeringsprogrammet. Men investeringsprogrammet vil, med den horisonten vi nå ser, ikke være ferdig før midt på 2020-tallet og på den tiden vil flere eldre anlegg være modne for ombygging eller nybygging. Det er derfor behov for å øke budsjettene for årlig vedlikehold, både for å ta igjen akkumulert behov, og for å sikre verdiene i de nye byggene. Videre strategi for vedlikehold vil bli utarbeidet i tilknytning med innføring av ny interntleiemodell.

- Bidra i å vurdere hvilke muligheter en husleiemodell kan gi, og hvordan den eventuelt kan implementeres i foretakene.

Det er besluttet å gjennomføre et pilotprosjekt med utprøving av internleiemodell i Helgelandssykehuset i løpet av 2017, med sikte på gjennomføring fra 2018. Oppdraget er gitt Helgelandssykehuset i oppdragsdokumentet for 2017 og arbeidet er allerede igangsatt.

- Innen første tertial etablere plan for innfasing til nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).

Arbeidet er i full gang. Det er reetablert faggrupper for MTU og BHM som kom i gang med sitt arbeid i 2016. Alle HF er i gang med å ta det nasjonale FDV-systemet Medusa i bruk og vil være i full drift i alle HF innen utgangen av 2017.

- Gjennomføre årlig gjennomgang av ekstern revisor av store byggeprosjekter.

Dette arbeidet gjennomføres i hvert enkelt HF som har byggherreansvar.

- Arbeidet med idéfase for Hammerfest sykehus skal startes.

Idefasen for Hammerfest ble startet opp i februar 2016 gjennom styresak 37-2016 og ferdig idefaserapport ble ferdig i januar 2017 og behandles av styret i Helse Nord 29. mars 2017.

- Følge opp vedtak i Helse Nord RHF's styresak om forprosjekt - Styrking av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta/Vest-Finnmark.

Forprosjektrapport for Alta ble behandlet i styresak 14-2016 og detaljprosjektering og planlegging byggefase ble umiddelbart påbegynt. Bygget vil stå ferdig i 2019.

- Arbeidet med idéfase for Helgelandssykehuset skal startes.

Første trinn i idefasen for Helgelandssykehuset var å sette kriterier for lokalisering og valg av tomt. Sak om dette ble behandlet av styret i Helse Nord i september 2016 i styresakene 104-2016 og 105-2016. Videre arbeid med idefasen pågår nå og skal

innom styrene i Helgelandssykehuset og Helse Nord i to omganger og endelig ferdigstilles i slutten av 2018.

- Evaluere det nye sykehuset i Vesterålen.

Evaluering av prosjektet vil bli gjennomført av Sykehusbygg HF i 2017 og koordineres av Senter for utbygging.

- Ansvar for å opprette regionalt fagråd for MTU og BHM. Forslag til mandatet skal legges frem i direktørmøtet innen april 2016.

Mandater ble utarbeidet i og endelig godkjent i oktober 2016.

- Regionalt forvaltningsansvar for FDV-system for MTU og BHM inntil nasjonal forvaltningsenhet er etablert.

Nasjonal forvaltning kom formelt på plass i september 2016. Det regionale forvaltningsansvaret er ivarettatt gjennom ressurser fr UNN HF. Det er også etablert en nasjonal forvaltningsgruppe og et nasjonalt systemeierforum.

Anskaffelsesområdet

- Nasjonal kategoristruktur skal implementeres i foretakenes samlede innkjøpsvirksomhet, og innkjøpsarbeidet skal gjennomføres i tråd med ny nasjonal innkjøpshåndbok.

Dette er gjennomført i varierende grad. UNN og Nordlandssykehuset har gruppert avtaler og planlagte anskaffelsesprosesser i tråd med nasjonal kategoristruktur mens de øvrige foretakene har dette ikke på plass. Dette skyldes både ressursituasjonen og en avventende holdning i påvente av at dette er noe Sykehusinnkjøp HF tar ansvar for. Dette vil ha ytterligere fokus i 2017 i forbindelse med etablering av denne strukturen i innkjøpssystemet samt i samhandlingen med Sykehusinnkjøp HF.

- Innen 28.2.16 ha oppdatert oversikt over foretakets løpende, konkurransebaserte avtaler og levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres og/- eller startes opp i løpet av 2016.

Samtlige av foretakene har lever oversikt av varierende kvalitet for gjeldende avtaleportefølje og for sine anskaffelsesplaner for 2016.

- Innen 31.3.16 levere en omforent plan for hvilke anskaffelser som i 2016 kan gjøres felles for to eller flere av foretakene.

Grunnet varierende grad av implementering av kategoristruktur, stor grad av anskaffelser etter brekkasjepriippet (ikke planlagte anskaffelser) og knapphet på ressurser til å påta seg oppgaver på vegne av flere foretak foreligger det ikke en regional anskaffelsesplan. Det foreligger et felles oversikt over planlagte anskaffelser i regionen som et grunnlag for å kunne vurdere felles prosesser.

- Innen 30.11.16 levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres og /eller startes opp i 2017.

Samtlige av foretakene har lever oversikt av varierende kvalitet for gjeldende avtaleportefølje og for sine anskaffelsesplaner for 2017. Disse er dog ikke komplett, men vil suppleres når foretakene er ferdig med sine prioriteringer for 2017.

- Innen 31.12.16 levere en omforent plan for hvilke anskaffelsesprosesser i 2017 som kan gjøres felles for 2 eller flere av foretakene.

Basert på de planene som er spilt inn er det utarbeidet en felles oversikt over planlagte anskaffelser i 2017. Denne vil Divisjon Nord i sykehusinnkjøp bruke som et grunnlag for felles prosesser på tvers av foretakene i regionen, samt sammenstille mot tilsvarende oversikt nasjonalt og vurdere prosesser på tvers av regionsgrensene.

- Følge opp regional plan for MTU-anskaffelser. Alle planlagte anskaffelser skal skje i tråd med plan, og uforutsette behov skal avstemmes regionalt før anskaffelsesprosess starter opp. Dette gjøres parallelt med prosess i kategoristyringsprosjektet.

Samtlige av foretakene har levert inn en oversikt over de planlagte MTU-anskaffelsene. På samme måte som de øvrige planene er de utarbeidet en felles regional oversikt som skal danne grunnlaget for å vurdere samordning på tvers av foretakene. For 2017 skal

alt medisinteknisk utstyr kartlegges og foretakene skal utarbeide en reanskaffelsesplan. Denne vil danne grunnlaget for fremtidige anskaffelsesplaner, da både lokalt, regionalt og nasjonalt.

- Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon. Innen 1.1.2017 skal det innenfor definert scope kunne rapporteres detaljert for alle vareanskaffelser hva som kjøpes, på hvilken avtale og til hvilke vilkår.

Med unntak av Sykehusapotek HF, som følger et eget løp på linje med RHFet og HN IKT, så pågår det aktiviteter i alle foretak for å jobbe mot at systemet skal bli implementert fullt ut. Noe er gjort i 2016, men ingen av foretakene rapporterer at de er der de skulle være. Dette skyldes i all hovedsak knapphet på ressurser samt eksterne prosjekter som har medført behov for å skyve på andre prosjekter. Dette er et fokusområde også for 2017 hvor tjenestekjøp i tillegg til varekjøp skal kanaliseres gjennom innkjøpssystemet.

- Stille til rådighet nødvendige ressurser ved deltakelse i regionale og nasjonale anskaffelsesprosesser og til kategoristyringsprosjektet, jf. samarbeidsavtale mellom RHF og HF-ene

Alle foretak rapporterer om at de stiller med ressurser i de prosjekter hvor dette blir etterspurt.

- Sikre at forvaltningsressurs for innkjøps- og logistikksystem er frigjort til forvaltningsoppgaver i henhold til plan.

Samtlige foretak rapporterer at de har dedikert(e) ressurser til å utføre forvaltningsoppgaver knyttet til innkjøpssystemet.

- Sikre tilstrekkelige ressurser til å fullføre utrulling av innkjøps- og logistikksystem.

Foretakene rapporterer varierende vedrørende slik sikring. UNN rapporterer at de er noe forsinket i forhold til plan grunnet eksterne prosjekt som har tatt fokus, men rapporterer en strategisk tilnærming med utarbeidelse av rutiner og fokus på tilstrekkelig forankring, samt synliggjort og hensyntatt behov for tilstrekkelig ressursinnsats. Nordlandssykehuset viser til at seksjonsleder for innkjøp og logistikk er sterkt involvert i prosessen mens Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har

behov for å skaffe seg et bedre beslutningsgrunnlag, men vil når dette foreligger sikre fremdriften i forhold til utrulling av systemet.

Klima- og miljøtiltak

- Helseforetakenes miljøsertifikat skal resertifiseres etter ny versjon av ISO-14001:2015 i løpet av 2016/2017.

Nordlandssykehuset HF har avtalt revisjon april 2017. Dette er overgangsrevisjon til ISO 14001:2015 som krevd av Helse Nord.

UNN HF skal gjennomføre ny kartlegging og tilpasning av styringssystemet for miljø innen resertifisering etter ISO-14001:2015. Resertifisering er avtalt 6.-9. juni 2017.

Finnmarkssykehuset HF har som mål å bli sertifisert etter ny standard ved resertifisering høsten 2017.

I Helgelandssykehuset vil arbeidet med å tilpasse ny standard vil starte opp til høsten 2017. Arbeidet er i tråd med plan.

Sykehusapotek Nord skal resertifiseres etter ISO 14001:2015 i 2017.

Helse Nord RHF skal sertifiseres etter ny standard ila høst 2017, mens Helse Nord IKT HF må gjennomgå sertifisering etter etableringen som eget HF fra 01.01.2017.

- Helseforetakene skal sette miljømål for de miljøindikatorerne som forventes besluttet av administrerende direktører (AD-ene) i de regionale helseforetakene. Resultater for disse indikatorerne skal rapporteres ved utgangen av 2016.

Nordlandssykehuset HF har etablert miljømål for 4 årsperioden 2014-2018. Miljømålene er innenfor følgende 4 områder: Energi, transport, avfall og innkjøp. Miljøregnskap for 2016 viser en nedgang i energiforbruk pr kvm. Videre er det gjennomført pilotprosjekt vedrørende sortering matavfall sentrum. Dette forventes satt ut i fullskala i 2017. Innkjøp sentraliseres i vesentlig større grad og evnen til lokal påvirkning reduseres tilsvarende. På transportsiden forventes det nedgang i reisevirksomhet sammenlignet med 2015.

UNN HF følger opp sine miljømål og rapporterer i Ledelsens gjennomgang. Som en del av revideringen av miljøstyringssystemet skal vi også revurdere vår miljøstrategi. Miljømålstrategien til UNN skal også ivareta indikatorerne som er

bestemt i AD møtet og det vil bli rapportert til Helse Nord RHF etter avtalte frister for 2016 og 2017.

Finnmarkssykehuset har egne mål for klima og miljø. Status på miljømålene rapporteres årlig til styret i Finnmarkssykehuset gjennom ledelsens gjennomgåelse. Det er ikke startet arbeid med felles miljøindikatorer.

I Helgelandssykehuset måles det på de vedtatte miljøindikatorer og rapporteringen er i tråd med plan.

Sykehusapotek Nord har hatt følgende interne miljømål for 2016:

1. Delta i nasjonal kampanje for økt innlevering av legemidler fra privatpersoner.
2. Redusere legemiddelkassasjon på sykehusapotekene og på sykehusene.
3. Samarbeide med andre sykehusapotek for å oppgradere/videreutvikle miljøkurset for de ansatte.

Målene er i varierende grad nådd. Mål 1 er oppnådd, mens mål 3 ikke ble nådd i 2016, arbeidet med dette fortsetter i 2017. Tiltakene for å nå mål 2 er delvis gjennomført, og arbeidet med å nå målet fortsetter i 2017, da dette er et kontinuerlig arbeid.

Helse Nord RHF har koordinert arbeidet med nasjonal og regional arbeidsgruppe for klima og miljø, samt fulgt opp det interne arbeidet med de prioriterte områdene:

1. Avfallshåndtering: Miljøstasjoner for sortering av farlig avfall har hatt en betydelig effekt. Nye kopimaskiner og program for «sikker utskrift» har redusert volum av papir merkbart.
2. Transport/tjenestereiser: Desktop video er nå tilgjengelig på alle arbeidsplasser. Utstyr for Skype er installert i alle møterom. Utviklingen kontrolleres fortløpende for både CO2-utslipp og ved antall videomøter.

Miljøaspekt som vil få større oppmerksomhet er:

- Avfallssortering
- Energi
- Kjemiske utslipp
- Avvikshåndtering
- Opplæring og introduksjon til nyansatte

Kvalitet

- Dokumentere at alle relevante ansatte får opplæring i pasientadministrative systemer.

I Finnmarkssykehuset har enhetsleder ansvaret for opplæring i pasientadministrative systemer, men det finnes ingen totaloversikt. Strukturering av slik opplæring blir en viktig del av kompetanse-portalen, som skal etableres i Finnmarkssykehuset i løpet av 2017.

Ved UNN er det ulikheter mellom klinikkene og avdelingene, men opplæring gjennomføres både som e-læring, mester/svenn opplæring og ved kursing. Det er ikke fullstendig dokumentasjon, og dokumentasjonspraksis er ulik (Campus, Personalportal, interne dokumentasjonssystemer).

For Nordlandssykehuset er det laget «grunnpakke» for nyansatte i DIPS for sekretærer, leger og sykepleiere i somatikken, men det er ikke vedtatt hvordan dette skal etableres som obligatorisk opplæring i DIPS. Det er utarbeidet utkast til opplæringsstrategi for IT – systemer som også omhandler organisering av e-læring. Campus kan levere rapporter på hvem som har påbegynt og/eller fullført e-læringskurs for alle DIPS ASA kurs og HOS e-læringskurs

Etter HOS trinn 2 har Helgelandssykehuset hatt fokus på opplæring spesielt med hensyn til nye og endrede rutiner. Det er derfor igangsatt et opplæringsprogram i kraft av EPJ-rådgivere som kartlegger og gir målrettet opplæring til alle relevante avdelinger. Opplæringen er obligatorisk og avdelingsledelse har ansvar for at alle ansatte mottar opplæringen.

- Definere fem mål for datakvalitet - med tiltak, for å forbedre kvaliteten i elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system (PAS/EPJ).

FIN, UNN NLSH og HSYK rapporterer om at det er definert mål med tiltak for å forbedre datakvalitet i EPJ og PAS, som spenner fra innføring av DIPS EPJ ved Longyearbyen sykehus til innføring av sikker utskrift ved NLSH. Det pågår fortsatt arbeid på enkelte av målområdene og det rapporteres således ulikt grad av måloppnåelse.

- Bruke tilbakemeldingene fra Norsk pasientregister (NPR) aktivt for å redusere feilkoding.

Mål for bruk av tilbakemeldinger fra NPR er i hovedsak ikke innfridd.

Arbeidet med Regionale Innsatsteam i Helse Nord RHF avdekket mangelfull bruk av månedlig tilbakemelding angående ventelistestatistikk fra NPR.

Alle lokale innsatsteam som har jobbet med ventetider (4 av 5 team) har påpekt dette. Det ble også avdekket at ledere i flere steder er ikke kjent med mulighetene disse meldingene gir, derfor ikke har bygget opp en nødvendig kvalitetsprosess på det.

Innsatsteamene har iverksatt bruk som et forbedringstiltak hvor det var aktuelt, disse tiltak skal følges opp i 2017.

- Sikre at alle helseforetak innregistrerer data i relevante (der de har pasienter) nasjonale kvalitetsregistre.

Finnmarkssykehuset registrerer i alle pålagte kvalitetsregistre.

UNN registrerer data i relevante registre i varierende grad. Det er ikke en samlet oversikt over alle registre, men det registreres i svært mange register og antallet er økende.

UNN har jevnlig oppfølging med møter mellom registeransvarlige og de foretak som skal levere til de Nasjonale register som UNN har ansvar for.

Det jobbes systematisk med registrene for å sikre god inkludering og gi god rapportering tilbake til det enkelte fagmiljø. Det utarbeides bedre webløsninger for rapportering. Arbeidet med de nasjonale registrene vil bli fulgt opp gjennom dialogmøter med direktør og dialogavtaler mellom nivåene.

Registrene har ulik modenhetsgrad og det tar relativt lang tid å komme opp på et godt nivå nasjonalt.

Diagnostisk klinikk/RELIS: Mulighet for elektronisk melding av mistenkte legemiddelbivirkninger via DIPS er etablert.

Nordlandssykehuset har hatt særskilt fokus på kvalitetsregister i 2016. For nasjonale kvalitetsregistre hvor det tidligere har vært dårlig dekningsgrad er dette nå betydelig forbedret. Det er fortsatt kvalitetsregistre med forbedringspotensiale på dekningsgrad. Dette er regelmessig punkt i oppfølgingsmøte med aktuelle klinikker.

Helgelandssykehuset har gjort et arbeid for å verifisere registeransvarlig og registreringsansvarlig for de ulike aktuelle nasjonale kvalitetsregistre, der Helgelandssykehuset har pasienter, for å sikre en god oppfølging av registreringen. Det rapporteres foreløpig ikke til KOLS-registeret, Gastronet og NorArtritt. Dette skyldes manglende kapasitet til registreringsarbeidet. Registrering til KOLS-registeret vil bli prioritert i 2017.

- Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder.

Ingen av helseforetakene har benyttet minimetodevurdering i 2016.

Finmarkssykehuset har ikke prioritert dette da man mener det ikke vil være aktuelle metoder å vurdere der med det første.

UNN har ikke benyttet minimetodevurderinger i 2016. Årsaken til at UNN ikke har benyttet mini-metodevurdering ligger på de aktuelle enheter der nye behandlingsformer iverksettes. Bedre informasjon og bedre strukturerte prosesser ved slike endringer er tiltak. UNN har i 2016 tilsatt fagsjef som vil kunne bidra i dette.

Nordlandssykehuset er i ferd med å tilegne seg kunnskap om metoden, men har ikke kunnet prioritere dette arbeidet i 2016.

Helgelandssykehuset har ikke hatt aktuelle metoder å vurdere i 2016. Det har i 2016 ikke vært beslutninger om innføring av nye metoder og eller endring av praksis/avvikling av metoder, der bruk av metoden har vært ansett nødvendig.

I 2016 har det ikke blitt implementert eller vurdert metoder der det har vært aktuelt å benytte mini-metodevurdering i Sykehusapotek Nord.

- Gjennomføre hendelsesanalyser, og ha klare prosedyrer for åpenhet og oppfølging av pasienter og pårørende som har vært utsatt for alvorlige hendelser og for personell som har vært involvert i hendelsene.

Finmarkssykehuset vil følge opp Helse Nords kvalitetsstrategi. I følge den skal Helse Nord RHF sørge for opplæring i hendelsesanalyser.

UNN har tatt i bruk hendelsesanalyser som verktøy mot slutten av 2016. Det er igangsatt flere hendelsesanalyser på bakgrunn av rapporterte hendelser. Det arbeides nå mer strukturert med avvik, pasienthendelser og hendelsesanalyser. Mange klinikker har gjennomført hendelsesanalyser og det er fokus på å lære a hendelsene. UNN utarbeidet senhøsten 2016 en ny prosedyre «Håndtering av pasienter, pårørende og helsepersonell og varsling ved alvorlige og utilsiktede pasienthendelser». Denne ble sendt på høring i januar 2017.

Helgelandssykehuset har prosedyrer for oppfølging av pasienter og pårørende som har vært utsatt for alvorlige hendelser og flere prosedyrer for personell som har vært involvert i hendelser. Det har ikke vært gjennomført hendelsesanalyser, da man har ventet på en regional systematikk. Det er besluttet i ledergruppen å benytte rotårsaksgranskning som metode i avviksbehandling i helseforetaket.

Publisering av §3-3-hendelser har ikke vært gjort i nye nettsider, men dette blir tatt opp igjen våren 2017.

NLSH har ved utgangen av året seks ansatte som har deltatt på to dagers opplæring i hendelsesanalyser gjennom Helsedirektoratet. Det er igangsatt en forsøksordning med gjennomføring av tre analyser for å skaffe erfaring med bruk av metoden. Den tredje analysen avsluttes like over årsskiftet. Erfaringene vil danne utgangspunkt for utvikling av et prosedyreverk som integrerer hendelsesanalyser i det allerede eksisterende kvalitetssystemet.

Det har i 2016 ikke vært aktuelle hendelser i SHA og derfor ikke gjennomført hendelsesanalyser. Ivaretagelse av pasienter, pårørende og ansatte som har vært involvert i kritiske hendelser i SHA følger av prosedyren PR40811 «Håndtering av alvorlige uønskede hendelser og kritiske feil», og RL5259 «samtalemaler når skaden har skjedd».

- I samarbeid med Helse Nord RHF løfte eksisterende ASJ-løsning over på ny plattform innen 1/7 2016 og delta som superbruker i videre utrulling av løsningen til UNN, HSYK og FIN høsten 2016.

Den nye elektroniske portalen for strukturert journalanalyse, nå kalt GTT-portal, ble løftet over på ny plattform og tatt i bruk ved Nordlandssykehuset HF fra november 2016. Det har vært utført grundig arbeid med portalen og verifisering av triggere ved GTT som et samarbeid mellom seksjon for pasientsikkerhet hos NLSH, seksjon for prosessstøtte og leverandøren, SAS Institute.

Data for Nordlandssykehuset HF fra og med juli 2016 skal granskes i den nye portalen av teamene fra Nordlandssykehuset. I forbindelse med bredding av løsningen til de øvrige HF-ene, deltar 3 stk. fra prosessstøtte, GTT -sykepleier og lege - alle fra NLSH.

- Legge frem en handlingsplan for utrulling og bruk av ASJ innen andre tertial 2016 sammen med hovedprosjekt for innføring av ASJ, med tertialvis rapportering på status.

UNN, HSYK og FIN vil ha manuell granskning av pasientjournaler for 2016. Prosjektet med bredding av den nye elektroniske portalen til de andre foretakene i Helse Nord RHF hadde oppstart i januar 2017, og det er forventet at løsningen vil være i bruk ved de andre foretakene ved gjennomgang av resultater for 1 tertial 2017. Det er prosjektdeltagere fra alle HF-ene med i prosjektgruppen.

- Bidra i å utarbeide handlingsplan og iverksette tiltak som sikrer kostnadseffektivitet ved anskaffelse, distribusjon, produksjon og bruk av legemidler.

Det er foreløpig ikke utarbeidet felles handlingsplan for dette, men flere tiltak er iverksatt i helseforetakene. Finnmarkssykehuset, Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset har elektronisk legemiddelkabinett med elektronisk bestilling til apotek. Dette gir mulighet for effektiv distribusjon til avdelingene og man kan unngå kassasjon pga. store lagre i avdelingen som kan utgå på dato.

I Helgelandssykehuset er prosedyre for rullering av legemidler mellom sykehusenhetene innført. Eget bestillingssystem for legemidler er også innført (basislister revidert/reduert). Bestillingssystemet gir felles oversikt over lagerbeholdning og forenkler dermed lån av legemidler mellom avdelinger og enheter. Antidotliste er revidert, inkludert antall og lokalisering.

- Ansvar for å utarbeide handlingsplan og iverksette tiltak som sikrer kostnadseffektivitet ved anskaffelse, distribusjon, produksjon og bruk av legemidler.

Det er ikke utarbeidet en egen handlingsplan for dette. Gjennom innkjøpsavtaler, effektiv drift, rådgivningstjenester, oppfølging av LIS-avtaler, bruk av statistikk og leveranse av apotekstyrt legemiddellager, arbeider Sykehusapotek Nord (SANO) kontinuerlig med å sikre kostnadseffektiv anskaffelse, distribusjon, produksjon og bruk av legemidler.

Helse Nord er en aktiv deltaker i legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) og foretakene er informert om resultatet av anbudsprosessene. SANO har regelmessig presentert forbruksstatistikk i fagsjefmøtene for å belyse foretakenes etterfølgelse av LIS anbud. Målet med dette er å sikre at anbud følges og at foretakene dermed oppnår betydelige besparelser. Det er også samarbeid om anskaffelse av legemidler til lager for å begrense effekt av kostnadsøkning.

SANO har samarbeid med Nordlandssykehuset og UNN om legemidler som skal leveres til pasienter i kommunehelsetjenesten. Dette gjelder legemidler som ikke kan tilberedes på lokalt apotek, men i SANOs produksjonslokaler i Bodø eller Tromsø. Det er også inngått avtale med de angitte aktører om leveranse av Anti-D til primærhelsetjenesten der dette er indisert.

Psykisk helsevern og rus

- Planlegge innføring av e-helsebehandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Finmarkssykehuset har satt i gang et innovasjonsprosjekt i DPS Vest-Finnmark.

Helgelandssykehuset beskriver at de har pågående e-helseprosjekter.

UNN arbeider med å videreutvikle bruken av internettbaserte og behandlingstilnærminger, og bruk av videokonferanse i pasientbehandlingen og i veiledning.

- Innlagte pasienter må sikres somatisk undersøkelse og oppfølging.

Alle helseforetakene har etablert rutiner for å ivareta innlagte pasienters somatiske helse.

- Etablere et eget tilbud til sped- og småbarns psykiske helse (0-3 år.)

Finmarkssykehuset og Helgelandssykehuset har etablert eget tilbud til sped- og småbarn.

Nordlandssykehuset har spedbarnsteam i BUP Salten, Lofoten og Vesterålen.

UNN har ikke etablert eget tilbud til sped- og småbarn, eller beskrevet hvorvidt tilbudet skal etableres.

- Sikre at det er tilstrekkelig med utdanningsstillinger for den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin.

Alle helseforetakene arbeider med å sikre dekning av spesialister innen rus- og avhengighetsmedisin og har satt av ressurser til utdanningsstilling(er) og/eller søkt om godkjenning som utdanningsinstitusjon.

- Distriktpsikiatriske sentre skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, herunder ambulante tjenester med deltagelse fra spesialister.

Helseforetakene har etablert ambulante akutteam. Spesialistdekningen er variabel. Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har AAT-tjenester kun på dagtid på hverdager. Nordlandssykehuset og UNN har ambulante akutteam med utvidet åpningstid. Nordlandssykehuset har også beredskapsenger i DPS som kan ta imot pasienter gjennom døgnet.

- Overta ansvar for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i eget foretaksområde i 2016. Rapporteres innen utgangen av første tertial.

Kravet gjelder Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset. Begge helseforetakene har overtatt behandlingsansvaret for egne LAR-pasienter.

- Ferdigstille plan for riktig og redusert bruk av tvang.

Finnmarkssykehuset har utarbeidet planen og er i prosess for å ferdigstille. Helgelandssykehuset har utsatt arbeidet i påvente av gjennomgang av akuttkjeden, der blant annet vaktberedskap, AAT og transport av psykisk syke inngår. Lokalt akutttilbud har stor betydning for riktig og redusert bruk av tvang.

- Etablere familieambulatorium med særlig fokus på familier med barn 0–6 år innen 1.7.2016.

Kravet gjelder Nordlandssykehuset. Etableringen av familieambulatoriet har vært forsinket og tilbudet er derfor ikke etablert. Arbeidet planlegges nå gjennomført i barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.

- Bidra med kompetanse ved overføringen av LAR-ansvaret til Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset. Rapporteres innen utgangen av første tertial.

Kravet gjelder UNN. Det er gitt veiledning og oppfølging slik at LAR-pasientene har fått et tilbud ved Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset.

- Redusere antall innleggelser med tvang sammenlignet med 2015.

Gjelder kun UNN. Antall innleggelser med vedtak om tvunget psykisk helsevern med døgnopphold, tvungen observasjon og tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold er redusert med 8,5 % fra 2015. Til sammen ble det fattet 539 vedtak i 2016.

- Opprette et regionalt tilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser (OCD) for barn og unge. Tilbudet skal også kunne gis over lyd/bilde. Sikre drift av OCD-team for voksne, herunder nødvendig implementering og opplæring.

Gjelder kun UNN. UNN har etablert et tilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser (OCD) for barn og unge ved Barne- og ungdomsklinikken.

- Sikre tilgjengelighet til forsvarlige medikamentfrie tilbud for pasienter i psykisk helsevern innen 1. juni 2016. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

Kravet gjelder UNN. UNN har åpnet et medikamentfritt behandlingstilbud, og de første pasientene er under behandling. Brukermedvirkningen har vært sterk, og brukerorganisasjonene har deltatt i arbeidsgruppen som har lagt retningslinjene for tilbudet. Enheten har etablert en samarbeidsgruppe sammen med brukerorganisasjonene som møtes jevnlig. Det er tilsatt personer med brukerkompetanse i ledelsen og i fagutviklingen.

Somatikk

- Etablere interne mål og rutiner for overvåking og lukking av: Åpne dokumenter eldre enn 14 kalenderdager (DIPS- rapporter D-9586 og D-9582), åpne henvisningsperioder uten ny planlagt kontakt (D-7221), ugjorte oppgaver i DIPS arbeidsflyt (D-9690).

Alle helseforetakene har etablert rutiner og prosedyrer for dette, mens interne mål ikke er beskrevet.

UNN har stort etterslep på dette området, og det er særlig eldre saker som har vist seg vanskelig å avklare hvordan de kan avsluttes. Fagforum for rapport og analyse har saken på agenda med jevne mellomrom, og arbeidet vil fortsette i 2017.

Finmarkssykehuset følger opp månedlig via virksomhetsrapporten, som viser at de har en halvering i antall åpne dokumenter innen psykisk helse og rus, mens det i

somatikken bare er en liten reduksjon. Åpne henvisningsperioder har økt innen somatikk, og gått litt ned innen psykisk helsevern.

I Helgelandssykehuset rapporteres også data månedlig, og antall åpne dokumenter er redusert fra 6624 til 1487, mens antall åpne henvisningsperioder er økt fra 4037 til 8729. Antallet ugjorte oppgaver i arbeidsflyt eldre enn 14 dager redusert fra 5100 til 3450. Tiltakene vil bli fulgt opp ytterligere.

Nordlandssykehuset følger opp via månedlig driftsrapport og i oppfølgingsmøte med klinikkene. Det har vært en betydelig forbedring i 2016, men antallet er fortsatt for høyt. Foretaksledelsen vil fortsette oppfølgingen av dette i 2017.

- Sikre at det er tilstrekkelig kapasitet innen endoskopi, for å unngå flaskehalsen i pakkeforløpet.

Foretakene har gjort en betydelig innsats for å sikre nødvendig endoskopi kapasitet. UNN rapporterer om effektivisering av pasientforløp som har medført at man unngår fristbrudd. De har også et utstrakt samarbeid med avtalespesialist. Finnmarkssykehuset har gjort forbedringer i logistikk for å sikre at forløpstidene overholdes.

Helgelandssykehuset rapporterer å være ved kravet på 70 % og prioriterer pasienter i pakkeforløp til endoskopi. Foretaket er mest sårbar når det gjelder kapasiteten for koloskopi i Mo i Rana, noe som medfører at pasienter som skal til kontroll har fått økt ventetid. Det arbeides med tiltak for å øke koloskopikapasiteten, og for å utnytte samlet kapasitet i helseforetaket i større grad.

Nordlandssykehuset har økt kapasiteten i 2016, samt inngått samarbeidsavtale med avtalespesialist. Foretaket angir at de nå har en kapasitet som gjør at flaskehalsen unngås.

Den store utfordring er fremover. Dette da mange gastroenterologer om kort tid vil gå av med pensjon og rekruttering av erstattere må sikres. Spesielt vil innføring av en nasjonalt screening for tykk/endetarmskreft kunne skape betydelige utfordringer. Helse Nord RHF følger opp denne problemstillingen.

- Sikre at tilbudet til samiske voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep er tilrettelagt samisk språk og kultur.

UNN har samarbeidsavtale med Statens barnehus om avhør og undersøkelse av barn som er utsatt for seksuelle overgrep. Barnehuset har ansatt en samisk rådgiver og en

samisk psykolog. Disse bidrar til at både undersøkelse og avhør gjennomføres på samisk. Videre oppfølging skjer ved SANKS.

Det kan nevnes at Troms politidistrikt har fått i oppdrag fra politidirektoratet å opprette en underavdeling av barnehuset i Finnmark.

I Finnmarkssykehuset følges dette opp av SANKS. Videre fremover planlegges dette organisert sammen med Samisk helsepark i Karasjok. Overgrepsmottak er nå under etablering både i Alta og Kirkenes, utover det tilbudet som i dag er i Hammerfest.

- Bidra i arbeidet med å utarbeide felles radiologiske protokoller.

UNN har startet arbeidet ved å etablere et fora for de fagansvarlige i Harstad, Narvik og Tromsø. Første møte er planlagt 23. januar, og planen er å utarbeide felles protokoller for MR og CT i løpet av vinteren. Finnmarkssykehuset ønsker å delta i arbeidet sammen med UNN.

Nordlandssykehuset har utarbeidet felles protokoller for CT og generell røntgen. Siden protokoller er i stadig endring og utvikling er det etablert en arena hvor dette blir fulgt opp av enhetene i Bodø, Lofoten og Vesterålen.

Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har i samarbeid laget felles protokoller. På grunn av vakt samarbeid gjelder dette i første omgang for CT som utføres på vakt. Intensjonen er å fortsette med alle CT-protokoller. Det siste som er utarbeidet er felles radiologiske 3-fase CT-protokoller for undersøkelse av pasienter med mistenkt hjerneslag, basert på regionalt utkast. I tillegg har Helgelandssykehuset tatt i bruk de fleste protokoller for generell røntgen fra Nordlandssykehuset.

- Registrere personskader og rapportere data (FMDS) til Norsk pasientregister (NPR) i henhold til forskrift og veileder.

Alle helseforetakene har nå rutiner for å registrere personskader og rapportere data i henhold til veileder. Graden av registrering varierer fortsatt noe, men det jobbes med forbedringer. Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset har opplevd problemer med opprettelse av og registrering i personskadeskjema i Dips. Dette er tatt opp med NPR og Helse Nord IKT. Riktige tilganger og aktivering av funksjoner som ikke var aktivert kan være løsningen.

- Gjennomføre oppgavedelingsprosjektet i radiologi (NLSH)

Prosjektplan for gjennomføring av oppgavedelingsprosjektet i radiologi ble utarbeidet og godkjent i januar 2016. Målet med prosjektet er å finne ut om radiografer kan vurdere og prioritere henvisninger til CT og MR på linje med radiologer. Ved positivt funn vil dette være en oppgave for videre oppgavedeling mellom radiograf og radiolog. På grunn av sykdom ble gjennomføring av prosjektet utsatt. Ny tidsplan er utarbeidet og prosjektet er planlagt slutført innen utgangen av 2017.

- Gjennomføre oppgavedelingsprosjektet i radiologi (UNN)

UNN rapporterer at prosjektet foreløpig ikke er iverksatt.

- Sikre at det er tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i det tverrfaglige diagnosesenteret slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen. Det skal være tilrettelagt for bruk av samisk språk innenfor tverrfaglig diagnosesenter

Diagnostisk enhet (diagnosaavttadat) ved UNN ble åpnet 11. desember 2013. Den dekker 2 pakkeforløp

1. diffuse symptom som kan være kreft
2. Kreft med ukjent utgangspunkt.

Enheten er bemannet med en erfaren indremedisiner og en koordinator (sykepleier).

Nøkkelen for virksomheten er god planlegging og samarbeidsavtaler med slot-tider for diagnostiske prosedyrer som radiologi, endoskopier, biopsier og tilgang til operasjonsstue. Enheten mottar henvisninger fra hele regionen, mens flest i fra lokalområdet - naturlig nok. Aktiviteten er økende, men ikke utover rimelig kapasitet.

Sykehuset har tilgang til samisk tolketjeneste. Målet er oppstart av utredning innen 48 timer. Pasienten ringes opp av koordinator innen 2 dager. Alle har så langt fått tilbud om start utredning innen 1 uke.

Siden oppstart er 279 pasienter utredet tom 2016. Arbeidsformen er også innarbeidet i de andre pakkeforløpene i alle helseforetakene. Enheten ved UNN kan utføre krevende utredninger ved vanskelig problemstillinger, mens de fleste utredninger kan utføres lokalt etter de samme arbeidsmetodene.

Helse Nord RHF har ikke umiddelbare planer om å opprette spesielle diagnostiske enheter ved de andre helseforetakene i vår vidstrakte landsdel.

	2013	2014	2015
Utredet	3	76	88
Kreft	ingen	19 (25%)	15 (17%)

Regnskap 2016

- Styrets årsberetning
- Resultatregnskap og balanse
- Kontantstrømoppstilling
- Noter til årsregnskapet
- Revisjonsberetning

STYRETS BERETNING 2016 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 2016 – styrets hovedstrategier og viktigste tiltak

Helse Nord oppdragsdokument 2016 har følgende mål:

- Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre samhandlingen med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp
- Realisere forskningsstrategien
- Bedre pasient- og brukermedvirkningen
- 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

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsdokumentet for 2016 hatt fokus på at Helse Nord RHF skal følge opp følgende mål i 2016:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
- Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB).
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

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 2016.

- Oppdragsdokument og budsjett for helseforetakene for 2016
- Budsjett 2017 - rammer og føringer
- Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB 2016 - 2025
- Plan 2017 - 2020, inkludert rullering av investeringsplanen 2017-2024
- Veileder for arbeidet med utviklingsplaner
- Strategi for forskning og innovasjon
- Nasjonal IKT strategiplan for 2016 - 2019
- Nasjonal helse- og sykehusplan - mandat for videre arbeid

- Inntektsfordelingsmodell psykisk helsevern og TSB
- Valg av nye styrever for helseforetakene
- Etablering Helse Nord IKT HF
- Utvidelse av spesialisthelsetilbudet i Vest-Finnmark
- Sivilombudsmannens besøksrapport UNN Åsgård
- Medikamentfritt tilbud i psykisk helsevern - innhold og dimensjonering
- Rapport Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI) Et likeverdige tilbud i Helse Nord? - oppfølging og videre prosess
- Pasienttransport - tiltak for å bedre kvaliteten
- Alvorlige hendelser i foretaksgruppen - oversikt
- Verdibasert hverdag - etikk og verdiarbeidet i foretaksgruppen
- Regional handlingsplan for rekruttering
- Finnmarkssykehuset Nye Hammerfest sykehus -mandat for idfase
- Samisk helsepark - ide- og konseptfase for bygg og somatiske spesialisthelsetjenester
- Byggeprosjekt Nordlandssykehuset, AB fløy resultat av anbudsrunde og plan for gjennomføring, forslag til sluttfinansiering og økonomiske konsekvenser
- Helgelandssykehuset 2025 - idfase, kriterier for valg av lokalisering og tomt for sykehusbygg og utredning av alternativer
- Tertialrapporter for bygge- og IKT prosjekter
- Virksomhetsrapporter Internrevisjonsrapporter

Medarbeidernes store innsats har gitt innbyggerne i Nord-Norge et enda bedre helsetjenestetilbud i 2016 og sikret grunnlaget for at Helse Nord skal kunne gjennomføre hardt tiltrengte investeringer i bygg, utstyr og IKT.

4. Pasientbehandling i helseforetaksgruppen

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Kravet om høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk er innfridd for områdene aktivitet og ventetid, men ikke for driftskostnader og antall ansatte.

«Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016–2025» ble vedtatt i 2016. Planen stiller både faglige krav til tjenestetilbudet og peker ut områder som skal prioriteres.

Helse Nord skal i løpet av planperioden etablere et regionalt kompetansesenter for sikkerhetspsykiatri og et behandlingstilbud til pasienter med behov for behandling på et regionalt sikkerhetsnivå. Pasienter i TSB skal få bedre tilgang til poliklinisk behandling, og alle helseforetak skal ha behandlingstilbud for sped- og småbarn i psykisk helsevern for barn og unge.

I 2016 ble det etablert en medikamentfri døgnpost med seks plasser for pasienter med alvorlig psykisk lidelse ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Det medikamentfrie tilbudet har i fokus pasientens valgmuligheter og medvirkning i egen behandling, og den enkeltes ressurser står sentralt.

Arbeidet med utviklingsplanen avdekket også et behov for et spesialisert døgntilbud til personer med samtidig utviklingshemming og psykiske lidelser. Pasientgruppen fikk i 2016 et tilbud ved Nordlandssykehuset.

Nordlandssykehuset har i 2016 etablert en regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse, i tillegg til en regional behandlingstjeneste for psykoselidelser.

Ventetid

Helse Nord har hadde i 2016 et krav om at gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skulle være lik eller under 65 dager.

Ved utgangen av 2016 var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i Helse Nord på 58 dager. De enkelte HF-ene var også under kravet på 65 dager.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter for 2016 var for Helse Nord på 66 dager.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter innen de ulike fagsektorene:

	Des.16	snitt 2016
Somatikk	59	66,5
PHV	40	48,1
PHBU	40	45,7
TSB	26	41,4

Kvalitetsstrategi

Helse Nord's kvalitetsstrategi for 2016–2020 ble vedtatt i 2015 og arbeidet med å sette den i verk startet i 2016. Alle foretakene skulle styrebehandle tiltaksplaner for dette i løpet av 2016. To helseforetak utsatte dette til begynnelsen av 2017.

Status for de fire satsningsområder i kvalitetsstrategien for 2016:

- Gjennomføre minimum to kliniske fagrevisjoner på tvers i regionen:
 - Prosjektet for to fagrevisjoner startet i 2016 og planlegges slutført i 2017.
 - Regional retningslinje for kliniske fagrevisjoner påbegynt i 2016 og ferdigstilles i 2017.
- Rulle ut løsning for automatisk GTT (Global Trigger Tool) til alle foretakene:
 - Prosjektet kom godt i gang i 2016 og fortsetter i 2017.

- Regional utdanning i forbedringsarbeid. Sette flere i stand til å drive forbedringsarbeid i enhetene:
 - Prosjektet ble startet i august 2016 og ferdigstilles i august 2017.
- Anskaffe verktøy for å gjennomføre lokale pasienterfaringsundersøkelser:
 - Forarbeid er gjort i 2016, prosjektet startes i 2017.

Redusere variasjon

Arbeidet i variasjonsprosjektet har blant annet vært koblet til fagrådet i ortopedi. Resultatene har blitt diskutert og svakheter og styrker knyttet til dataleveransene har blitt vurdert. Videre utvikling har blitt foreslått. Den nyttige dialogen med fagrådet kan tjenes som en mal for andre fagområder.

Innsatsteamet har gjort analysearbeider i alle sykehusforetakene. I Helgelandssykehuset har målet vært tiltak for å oppnå færre innleggelser ved sykehuset i Mosjøen. Oppgaven i Nordlandssykehuset og UNN har vært konsentrert om reduksjon i ventetid og fristbrudd i spesifikke avdelinger med utfordringer. Erfaringene kan ha nytte på tvers i foretakene og innsatsteamet er under evaluering med tanke på eventuell videreføring.

Nødnett

Spesialisthelsetjenesten i Helse Nord tok i 2016 i bruk det felles digitale nødnettet for helse, politi og brann. Alle ambulanser og AMK-er er satt i drift på nytt nødnett med unntak av AMK Finnmark. På grunn av forsinkelse med byggingen av nye Kirkenes sykehus vil ikke kontrollrommene være i drift på nytt nødnett før høsten 2017. Når det gjelder små kontrollrom (kommunale legevaktsentraler og akuttmottak) ferdigstilles disse i området AMK Tromsø i løpet av februar 2017 og i området AMK Bodø i løpet av mars 2017.

På grunn av at Sea King ikke har installert nye nødnettradioer må deler av det gamle analoge helseradionettet videreføres til sommeren 2018. I Finnmark må komplett helseradionett være operativt til ultimo 2017.

Forskning

Helse Nord satser på å øke forskningsaktiviteten, men kostnadene har minket litt fra 315 millioner kroner i 2015 til 304 millioner kr i 2016. Det meste av nedgangen er rapportert fra UNN, innen feltet psykisk helse-forskning.

Helse Nord har blant annet satsset ytterligere på målrettede miljøstøttetildelinger og strategiske satsinger innen prioriterte områder fra forskningsstrategien, eksempelvis psykisk helse. Noen av disse satsingene er i samarbeid med UiT-Det arktiske Universitet, og det har også medført at forskerstillinger og forskningsaktivitet legges dit. Kravet om brukermedvirkning er fulgt opp fra året før og skal vektlegges i forskningsprosjekter. Det er innført nye, nasjonale, kriterier om nytte og kvalitet i forskningen. Kriteriene er likestilte og detaljert definert for søkerne.

Det er fremdeles en målsetning å få økt ekstern finansiering for å gi rom for ytterligere forskningsaktivitet og internasjonalt samarbeid. Det er også et mål om å få realisert flere kliniske forskningsprosjekt med base i helseforetakene.

Det er vedtatt en tiltaksplan for 2017, som skal følges opp av årlige tiltaksplaner, for gjennomføringen av strategien for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016–2020. Det er i tråd med den allerede forsterket tiltak i helseforetakene, og det er i 2016 lagt grunnlag for et betydelig løft på innovasjonsaktivitetene.

Private helsetjenester

Kjøp av private helsetjenester har økt betydelig fra 695 mill. kr. i 2015 til 777 mill. kr. i 2016. Økningen fordeler seg med 49,6 mill. kr. innenfor somatikk, 18,0 mill. kr. innenfor TSB og 13,2 mill. kr. innenfor psykiatri.

Veksten innenfor somatikk gjelder hovedsakelig rehabilitering.

Det ble fra april 2016 inngått avtale med Aleris om leveranse av PET/CT. Avtalen har en årlig ramme på ca. 6,6 millioner.

Ny avtale innenfor somatikk ble inngått fra juli 2016. Avtaleomfanget er fordelt på Tromsø og Bodø med hhv. 18 og 7,7 millioner, hvilket er en økning på 4,6 millioner sammenlignet med forrige avtale.

I september 2016 ble det inngått avtale Viken Senter om traumetilbud til unge i alderen 18-26 år. Rammen er på 6,5 millioner.

Pasientreiser

1. oktober 2016 ble «Mine pasientreiser» lansert på Helsenorge.no. 50 % av pasientene vil kunne benytte denne inngangsportalen for refusjon av reiseoppgjør.

Nytt regelverk på pasientreiseområdet er trådt i kraft og nye systemer og arbeidsprosesser er blitt innført. I forbindelse med innføringen, så er også oppgavefordelingen endret og Helgelandssykehuset HF er blitt ny regional enhet for reiseoppgjør i Helse Nord. Tidligere ble enkeltoppgjør behandlet ute i de øvrige foretakene også.

Det har vært en del oppstarts utfordringer i forbindelse med innføringen av Mine Pasientreiser. Blant annet har registerkvaliteten vært lavere enn forventet, slik at man ikke har fått så høy automatiseringsgrad som man forventet fra dag 1. Dette har medført at foretakene har måttet bruke mere ressurser enn forventet på å håndtere manuelle arbeidssteg. På sikt vil Mine Pasientreiser bli et godt verktøy for å automatisere behandlingen av enkeltoppgjør.

Utviklingen av øvrige nasjonale systemer som system støtte for automatisering av reiseplanlegging og oppfølging av oppgjør fra våre transportører har gått for fullt i 2016.

Nasjonal bemanningsmodell

Arbeidet med Nasjonal bemanningsmodell har skapt nye utviklingsarenaer både mellom regionene og fag-, forsknings-, HR-, og analysemiljøene. Foretakene har bidratt aktivt med deltakelse i opplæring i scenariometodikk og modellbruk.

Helsefaglæringer

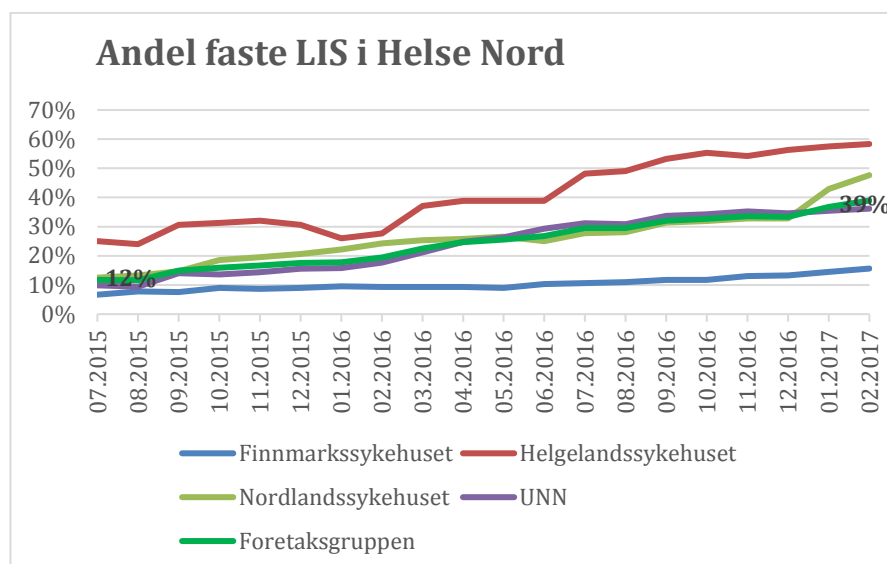
Regionalt satsingsprosjekt på helsefagarbeiderlæringer ble avsluttet 2016 og resulterte i en økning på inntak av helsefagarbeidere fra 18 til 29 i tidsperioden 2012 til 2016 (tilnærmet 60%). Totalt antall læringer som har vært ansatt samtidig har økt fra 27 til 54 i samme tidsperiode.

Stillingsandel ansatte

Utviklingen viser at den gjennomsnittlige stillingsandelen har vært stabil mellom 91 % og 92 %. I løpet av 2016 har den økt ytterligere til 93 %.

Sammensetningen av faste og midlertidige ansatte er ca. 63 % faste og 37 % midlertidige (vikarer, engasjementer/prosjekter og ekstrahjelpere/timelønnede). Fastansatte står for ca. 85 % av årsverkene. Foretakene jobber jevnt med å øke andelen fastansatte.

Fra juli 2015 fram til 31.12.2016 har andelen fast ansatte leger i spesialisering økt fra 12 % til 33 %.



Graf: andel fast ansatte LIS i Helse Nord

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 i 2016 hatt tre oppdrag:

1. Ivareta og drive nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre
2. Bidra med dokumentasjon og evaluering av det kliniske tjenestetilbudet i Helse Nord samt å bistå sentral helseforvaltning med relevante analyser
3. Utvikle og produsere helseatlas

SKDE ble etablert i 2004 av Helse Nord RHF i samarbeid med UNN og UiT-Det arktiske Universitet. Analyseoppdrag utføres på etterspørsel fra ledelse i RHF, helseforetak, klinikker, enkeltklinikere og sentrale myndigheter samt gjennomføre egeninitierte prosjekter.

Helse Nord RHF fikk i 2009 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å etablere og drive et nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved SKDE som har kompetanse innen opprettelse og drift av medisinske kvalitetsregistre. Virksomheten er etablert i en nettverksorganisasjon med regionale enheter i alle regioner. Den femte nasjonale registerkonferansen ble gjennomført 10. og 11. mars 2016, med ca. 600 deltakere. Konferansen samler klinikere, forskere, administratorer og helsemyndigheter med interesse for helse- og kvalitetsregistre.

En viktig oppgave for servicemiljøet er å utvikle infrastruktur for formidling av resultater fra kvalitetsregistre til styring og kvalitetsforbedring. Det ble i 2016 opprettet et Fagsenter for pasientrapporterte data i servicemiljøet, som bistår kvalitetsregistrene med å inkludere pasientrapporterte data (PROM).

SKDE har levert en rekke lokale og regionale analyser for spesialisthelsetjenesten i Helse Nord. Sentral helseforvaltning har i 2016 etterspurt til dels omfattende analyser og utredninger fra SKDE. Oppdragsdokumentet fra HOD for 2016 ga Helse Nord RHF oppgaven om å utvikle indikatorer for å redusere uønsket variasjon i spesialisthelsetjenesten. SKDE fikk oppdraget og leverte bestilt utredning i november 2016. Arbeidet var krevende og var den første omfattende utredningen som ble gjort som et felles arbeid mellom det nasjonale servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre

og forsknings- og analyseseksjonen i avdelingen. Denne rapporten er i sin helhet inkludert i oppdragsdokumentet til de fire RHF for 2017.

SKDE fikk oppdrag fra Kvinnslandutvalget om å beskrive de kliniske universitetsklinikkfunksjonene ved OUS, rapport ble levert i juni 2016. Nyfødtmedisinsk helseatlas ble publisert i desember 2016 og arbeidet med helseatlas for KOLS og eldre over 75 år ble startet i 2016.

Helse Nord IKT

Ny, felles datasentral i Tromsø er ferdigstilt i 2016. Arbeider med etablering av nytt sentralt kjøremiljø og drifts- og overvåkingscenter pågår, i tillegg til et antall mindre IKT-prosjekt. Investeringene vil styrke informasjonssikkerheten i foretaksgruppen. Status både for driftssituasjonen og for prosjektporteføljen sett under ett er tilfredsstillende. Helse Nord IKT skilles ut fra Helse Nord RHF i eget helseforetak med virkning fra 1. januar 2017.

Arbeidet med digitale pasienttjenester tilgjengelig på helsenorge.no har fortsatt. Målinger viser at bruken av tjenesten har økt vesentlig, og at pasient og pårørende er fornøyd.

Helse Nord RHF bidrar inn i arbeidet med Én innbygger – én journal i regi av Direktoratet for e-helse.

Felles innføring av kliniske systemer (FIKS)

Programmet Felles Innføring av Kliniske System (FIKS) avsluttes ved utgangen av 2016, sluttrapport ferdigstilles innen 1. april 2017. Arbeidet med harmonisering og sammenslåing av databaser har gått i henhold til plan, mens utvikling av Arena er forsinket fra leverandørens side. Totale investeringskostnader er lavere enn budsjett.

Etablering av styringsstruktur for funksjonell forvaltning har vært en krevende prosess, og arbeidet vil fortsette inn i 2017. Realisering av nytteverdi av investeringen forutsetter at helseforetakene lykkes å styrke kompetansen hos egne brukere, og samarbeidet med forvaltningsenheten for den kontinuerlige forbedringen av rutiner og arbeidsprosesser.

Rammebetingelser for innføring av Arena og elektronisk medikasjon og kurve er sikret gjennom langsiktig plan.

5. Redegjørelse for årsregnskapet

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

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

I 2016 er det benyttet 716 mill. kr i av innvilget driftskreditt. Ubenyttet driftskreditt er 57 mill. kr.

66 % av langsiktig lånerente per 31.12.2016 har fastrente i ytterligere 1–10 år. 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 31.12.2016 en beregnet netto pensjonsforpliktelse knyttet til på 5 108 mill. kr som ikke er resultatført. Beregnet forpliktelse er redusert fra 5 625 mill. kr. Pr 31.12.2015.

Foretakene har pr. 31. desember 2016 følgende egenkapitalandel:

	2016	2015
Finnmarkssykehuset	35 %	49 %
Universitetssykehuset Nord-Norge	68 %	73 %
Nordlandssykehuset	30 %	31 %
Helgelandssykehuset	68 %	70 %
Sykehusapotek Nord	47 %	50 %
Sum Helse Nord	58 %	59 %

6. Økonomisk drift

Helseforetaksgruppen

Styret for Helse Nord RHF budsjetterte med et resultatkrav på 409 mill. kr i 2016.

Resultatkravet ble justert ned til 361 mill. kr. i styresak 79-2016, for å dekke inn trekket i inntektsrammen for lavere pensjonskostnad enn budsjettert for i 2016.

	Regnskap 2016	Justert budsjett 2016	Regnskap 2015
Årsresultat	539,4 mill. kr.	361,0 mill. kr.	616,7 mill. kr.
Eiers resultat mål	0,0 mill. kr.	0,0 mill. kr.	0,0 mill. kr.
Avvik fra eiers resultat mål	539,4 mill. kr.	361,0 mill. kr.	616,7 mill. kr.

Foretaksgruppen Helse Nord har følgelig et resultat som er 539,4 mill. kr bedre enn resultatkravet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og 178,4 mill. kr bedre enn styrets resultatmål. Resultatet sikrer gjennomføring av vedtatt investeringsplan og gir økt mulighet for videreutvikling av Helse Nord.

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	339,2	252,0	87,2
Helse Nord IKT	6,6	4,0	2,6
Finnmarkssykehuset	41,8	37,0	4,8
Universitetssykehuset Nord-Norge	135,2	40,0	95,2
Nordlandssykehuset	-18,0	5,0	-23,0
Helgelandssykehuset	33,3	20,0	13,3
Sykehusapotek Nord	1,3	3,0	-1,7
Sum	539,4	361,0	178,4

Helse Nord RHF

Årsresultatet for Helse Nord RHF viser et overskudd på kr 538,2 mill. kr.

Korrigert for netto reversering av nedskrivning av verdi datterforetak på 192,3 mill. kr viser regnskapet for Helse Nord RHF, inklusiv Helse Nord IKT, et overskudd på 345,8 mill. kr noe som er 89,8 mill. kr bedre enn budsjettert.

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

- lavere utbetalinger til Norsk Pasientskadeerstatning
- prisjustering av fordring på HOD knyttet til tidligere overtakelser av oppgaver
- andel resultat felleskontrollerte virksomheter
- diverse mindre besparelser og merinntekter

7. Investeringer

Investeringsbudsjettet for 2016 var på 2 488 mill. kr. I tillegg kommer ubrukt investeringsbudsjett fra 2015 og tidligere, på 586 mill. kr. Det er gjennomført investeringer i 2016 på 2 264 mill. kr inkludert egenkapitalinnskudd i KLP¹.

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 er i siste fase med renovasjon av A/B-fløyen som skal være ferdig i 2019. H-fløyen, G-fløyen (kontor) og inngangspartiet ved sykehuset er ferdigstilt i løpet av 2016, og ble sammen med K-fløyen offisielt åpnet.

Arbeidet med ny A-fløy og PET-senter ved UNN Tromsø pågår for fullt. Idefase for psykisk helsevern og rus er igangsatt. Likeledes oppgradering av konseptrapport for sykehus i Narvik.

Arbeid med nytt sykehus i Kirkenes er i er i slutfasen og åpnes sensommeren 2017. De første pasientene vil være på plass i juni 2017. Bygging i Alta er igangsatt. Ide og konseptfase for Samisk Helsepark i Karasjok og idefase for sykehus i Hammerfest er i arbeid.

Helgelandssykehuset er kommet i gang med idefasen for valg av sykehusmodell i foretaket.

I tillegg er det investert 203 mill. kr i IKT-løsninger og om lag 247 mill. kr i inventar og medisinteknisk utstyr.

¹ Kommunal landspensjonskasse

8. Arbeidsmiljø m.m. (internt)

I Helse Nord RHF's administrasjon (inkl. SKDE og FIKS) var det 107 årsverk i 2016 mot 108 i 2015.

Samlet for Helse Nord RHF og Helse Nord IKT var det 372 årsverk i 2016 mot 350 årsverk i 2015.

Sykefraværet i RHF-ets administrasjon var på 3,6 % i 2016 som er det samme som i 2015. I Helse Nord IKT var det et gjennomsnittlig sykefravær på 5,5 % i 2016 mot 4,8 % i 2015.

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

Helseforetaksgruppen

Helseforetaksgruppen hadde i 2016 gjennomsnittlig 13 489 årsverk mot 13 359 årsverk i 2015 – en økning med 130 årsverk.

Til tross for ulike tiltak har sykefraværet i foretaksgruppen vært stabilt på ca. 8,5 % de siste fem årene. Trenden om økt fravær fra 2014-2015 er dog snudd, og nivået i 2016 er tilnærmet likt 2014. For å redusere sykefraværet vedvarende over tid, må tiltaksarbeidet intensiveres ytterligere og nye tiltaksområder vil vurderes.

I 2016 utgjorde sykefraværet 8,1 % (222 555 dager) mot 8,4 % 2015. 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 2016 bestått av seks kvinner og fire menn. Helse Nord RHF's ledelse har ved utgangen av 2016 bestått av tre menn og fire kvinner. Kvinneandelen av ansatte i Helse Nord RHF er 54 %, og kvinneandelen i Helse Nord IKT er på 24 %.

Helseforetaksgruppen

Helse Nord har generelt en stor andel kvinner i styrene og i toppledelsen. Nesten halvparten av styremedlemmene er kvinner (48,6%). 4 av 6 styreledere er kvinner. 47,7% av toppledelsen i Helse Nord er kvinner. På underliggende ledelsesnivå samlet er kvinner representert i større grad enn menn.

I hele foretaksgruppen er kjønnsfordelingen stabil hvor ca. 70 % er kvinner.

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 2017 vil skje etter ny miljøstandard slik at alle foretak ved utgangen av året er sertifisert etter 2015-standard.

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 2016 og plan for gjennomføring følges opp foreløpig ut 2017 med støtte fra ENOVA.

Helse Nord er medlem av Grønt punkt og Initiativ for etisk handel og har en god samordning på området med øvrige RHF.

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.

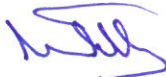
15. Resultatdisponering

Styret innstiller overfor foretaksmøte at årsresultatet 2016 for Helse Nord RHF disponeres slik:

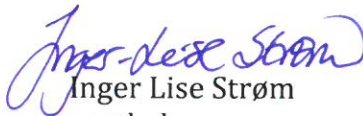
Overført til fond for vurderingsforskjeller	kr	7 742 646
Overført til annen egenkapital	kr	530 435 753
Sum overføringer	kr	538 178 399

For foretaksgruppen var overskuddet kr 539 475 028.

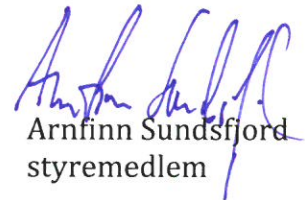
Bodø, 29. mars 2017



Marianne Telle
styreleder



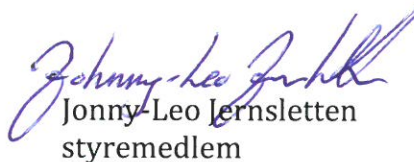
Inger Lise Strøm
nestleder



Arnfinn Sundsfjord
styremedlem



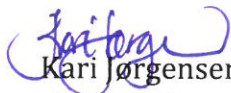
Fredrik Sund
styremedlem



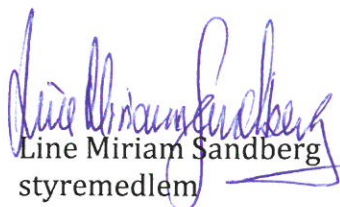
Jonny-Leo Lærnsletten
styremedlem




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 2016

Resultatregnskap

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2015	2016	NOTE	DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2016	2015
12 313 311	12 286 309	3	Basisramme	12 286 309	12 313 311
3 540 517	3 651 979	3	Aktivitetsbasert inntekt	4 066 754	3 886 352
987 069	1 050 739	3	Annen driftsinntekt	1 000 806	1 009 197
16 840 897	16 989 027	2	Sum driftsinntekter	17 353 870	17 208 859
15 551 135	15 779 454	4	Kjøp av helsetjenester	2 076 245	2 009 750
0	0	5	Varekostnad	1 737 775	1 587 923
244 463	250 834	6/7	Lønn og annen personalkostnad	9 632 054	9 826 997
103 861	130 831	10	Ordinære avskrivninger	772 059	736 553
0	800	10	Nedskrivninger	10 821	1 334
508 473	537 631	8	Annen driftskostnad	2 632 390	2 470 985
16 407 932	16 699 551	2	Sum driftskostnader	16 861 344	16 633 542
432 965	289 477		Driftsresultat	492 526	575 317
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER					
138 086	128 047	9	Finansinntekt	87 342	90 944
113 079	192 312	11	Netto reversering av tidligere års nedskrivning	0	0
-73 254	-71 657	9	Annen finanskostnad	-40 771	-48 865
177 911	248 702		Netto finansresultat	46 571	42 079
610 876	538 178		Resultat før skattekostnad	539 097	617 396
0	0	28	Skattekostnad på ordinært resultat	-378	663
610 876	538 178	18	ÅRSRESULTAT	539 475	616 733
OVERFØRINGER					
6 294	7 743	17	Overført til fond for vurderingsforskjeller	7 743	6 294
604 582	530 436	17	Overført til annen egenkapital	531 732	610 439
610 876	538 178		Sum overføringer	539 475	616 733

Balanse pr 31. desember

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2015	2016	NOTE	EIENDELER	2016	2015
			Anleggsmidler		
			Immaterielle driftsmidler		
203 264	371 093	10	Immaterielle eiendeler	392 025	229 640
<u>267 768</u>	<u>226 862</u>	10	Prosjekt under utvikling	<u>229 076</u>	<u>267 885</u>
<u>471 032</u>	<u>597 955</u>		Sum immaterielle eiendeler	<u>621 101</u>	<u>497 525</u>
			Varige driftsmidler		
0	0	10	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	7 902 776	7 317 249
125 171	118 380	10	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	1 319 166	1 309 554
<u>0</u>	<u>0</u>	10	Anlegg under utførelse	<u>3 314 442</u>	<u>2 611 546</u>
<u>125 171</u>	<u>118 380</u>		Sum varige driftsmidler	<u>12 536 383</u>	<u>11 238 348</u>
			Finansielle anleggsmidler		
7 559 941	7 802 252	11	Investering i datterforetak	0	0
43 635	52 627	12	Investering i felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap	52 627	43 635
3 517	4 217	13	Investering i andre aksjer og andeler	501 469	448 398
3 466 310	4 613 800	14/22	Andre finansielle anleggsmidler	13 600	8 800
<u>2 534</u>	<u>2 245</u>	7	Pensjonsmidler	<u>896 066</u>	<u>959 100</u>
<u>11 075 936</u>	<u>12 475 142</u>		Sum finansielle anleggsmidler	<u>1 463 763</u>	<u>1 459 932</u>
<u>11 672 140</u>	<u>13 191 478</u>		Sum anleggsmidler	<u>14 621 247</u>	<u>13 195 805</u>
			Omløpsmidler		
0	0	5	Varer	199 637	184 911
			Fordringer		
366 293	288 711	22	Fordringer på selskap i samme konsern	0	0
<u>291 403</u>	<u>336 117</u>	15	Fordringer	<u>679 466</u>	<u>540 163</u>
<u>657 696</u>	<u>624 828</u>		Sum fordringer	<u>679 466</u>	<u>540 163</u>
2 113 339	1 747 961	16	Bankinnskudd, kontanter o.l.	2 132 479	2 437 063
<u>2 771 035</u>	<u>2 372 788</u>		Sum omløpsmidler	<u>3 011 583</u>	<u>3 162 137</u>
<u>14 443 175</u>	<u>15 564 266</u>		SUM EIENDELER	<u>17 632 830</u>	<u>16 357 942</u>

Balanse pr 31. desember

Helse Nord RHF		(Beløp i 1.000 NOK)		Foretaksgruppen	
2015	2016	NOTE	EGENKAPITAL OG GJELD	2016	2015
Egenkapital					
Innskutt egenkapital					
100	100	17	Foretakskapital	100	100
<u>7 920 950</u>	<u>7 920 950</u>	17	Annen innskutt egenkapital	<u>7 920 950</u>	<u>7 920 950</u>
<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					
23 143	30 886	17	Fond for vurderingsforskjeller	30 886	23 143
<u>1 632 586</u>	<u>2 163 022</u>	17	Annen egenkapital	<u>2 214 425</u>	<u>1 682 693</u>
<u>1 655 729</u>	<u>2 193 908</u>		Sum opptjent egenkapital	<u>2 245 311</u>	<u>1 705 836</u>
<u>9 576 779</u>	<u>10 114 957</u>		Sum egenkapital	<u>10 166 361</u>	<u>9 626 886</u>
Gjeld					
Avsetning for forpliktelser					
40 337	45 461	7	Pensjonsforpliktelser	55 015	47 795
0	0	28	Utsatt skatt	397	276
<u>0</u>	<u>0</u>	19	Andre avsetninger for forpliktelser	<u>399 553</u>	<u>385 947</u>
<u>40 337</u>	<u>45 461</u>		Sum avsetninger for forpliktelser	<u>454 965</u>	<u>434 018</u>
Annen langsiktig gjeld					
2 692 028	3 159 533	20	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	3 159 533	2 692 028
<u>2 692 028</u>	<u>3 159 533</u>		Sum annen langsiktig gjeld	<u>3 159 533</u>	<u>2 692 028</u>
<u>2 732 365</u>	<u>3 204 995</u>		Sum langsiktige forpl. og annen gjeld	<u>3 614 499</u>	<u>3 126 047</u>
Kortsiktig gjeld					
775 900	715 706		Driftskreditt	715 706	775 900
0	0	28	Betalbar skatt	314	814
21 095	8 588		Skyldige offentlige avgifter	473 394	450 816
931 652	1 015 999	22	Gjeld til selskap i samme konsern	0	0
405 383	504 021	21	Annen kortsiktig gjeld	<u>2 662 556</u>	<u>2 377 480</u>
<u>2 134 030</u>	<u>2 244 314</u>		Sum kortsiktig gjeld	<u>3 851 970</u>	<u>3 605 010</u>
<u>4 866 395</u>	<u>5 449 309</u>		Sum gjeld	<u>7 466 469</u>	<u>6 731 056</u>
<u>14 443 175</u>	<u>15 564 266</u>		SUM EGENKAPITAL OG GJELD	<u>17 632 830</u>	<u>16 357 942</u>

Bodø, 29. mars 2017



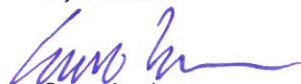
Marianne Telle
Styreleder



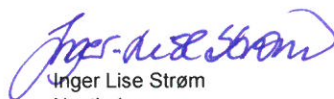
Fredrik Sund
Styremedlem



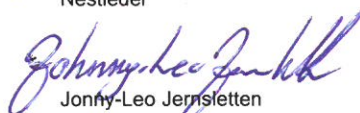
Kari B. Sandnes
Styremedlem



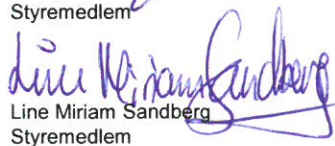
Svenn Are Jensen
Styremedlem



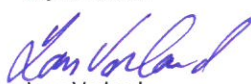
Inger Lise Strøm
Nestleder



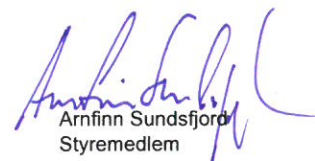
Jonny-Leo Jernsletten
Styremedlem



Line Miriam Sandberg
Styremedlem



Lars Vorland
Adm. Direktør



Arnfinn Sundsfjord
Styremedlem



Karl Jørgensen
Styremedlem



Sissel Alterskjær
Styremedlem

Kontantstrømoppstilling

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2015	2016	Note		2016	2015
			KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:		
610 876	538 178	17	Årsresultat før skatt	539 097	617 396
0	0	28	Skatteutbetalinger		0
0	0		Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	2 951	764
103 861	130 831	10	Ordinære avskrivninger	772 059	736 553
0	800	10	Nedskrivninger varige driftsmidler	10 821	1 334
-119 371	-200 055		Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	-7 742	-6 295
858 345	32 868	26	Endring i omløpsmidler	-154 029	283
825 086	170 478	26	Endring i kortsiktig gjeld	307 654	-78 708
			Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	70 253	761 078
13 861	5 414	7	Inntektsført investeringstilskudd		0
0	0				
2 292 657	678 515		Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	1 541 064	2 032 405
			KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
0	0		Innbetalinger ved salg av driftsmidler	2 127	3 833
-214 739	-251 764	10	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-2 209 571	-1 807 239
43 110	68 510	14	Innbetalinger av avdrag på utlån	1 200	0
-888 800	-1 216 000	14	Utbetalinger ved utlån	-6 000	-8 800
0	0		Innbetalinger ved salg av finansielle eiendeler		155
-505	-1 950		Utbetalinger ved kjøp av finansielle eiendeler	-54 321	-43 639
-1 060 934	-1 401 204		Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-2 266 565	-1 855 690
			KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
397 682	607 609	20	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	607 609	397 682
-134 297	-140 104	20	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-140 104	-134 297
0	0		Ekstraordinær nedbetaling av langsiktig gjeld	0	0
62 105	-60 194		Endring driftskreditt	-60 194	62 105
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		Endring øvrige langsiktige forpliktelser	13 606	43 798
-1 000 000	-50 000		Endring foretaks kapital med kontanteffekt	0	0
-674 510	357 311		Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	420 917	369 288
557 213	-365 378	1	Netto endring i likviditetsbeholdning	-304 584	546 003
1 556 126	2 113 339	1	Likviditetsbeholdning pr 01.01.	2 437 063	1 891 060
2 113 339	1 747 961	1/16/22	Beholdning av bankinnskudd, kontanter o.l. pr 31.12.	2 132 479	2 437 063
23 100	57 294		Ubenyttet driftskredittramme	57 294	23 100
2 125 887	1 793 725	16	Likviditetsreserve pr 31.12 1)	1 845 040	2 129 074
799 000	773 000		Innvilget driftskredittramme pr 31.12	773 000	799 000

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 2016. 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	
2015	2016		2016	2015
1 080 445	997 321	Somatiske tjenester	11 633 786	11 596 110
121 288	93 441	Psykisk helsevern VOP	2 064 624	2 075 387
1 118	0	Psykisk helsevern BUP	543 137	539 405
54 474	48 646	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	441 826	418 855
1 092 890	1 167 558	Annet	2 670 498	2 579 102
14 490 682	14 682 061	Overføringer til datterforetak		
16 840 897	16 989 027	Sum driftsinntekter	17 353 870	17 208 859

Driftskostnader pr virksomhetsområde

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
713 468	720 059	Somatiske tjenester	11 530 903	11 305 314
106 744	118 824	Psykisk helsevern VOP	1 798 593	1 916 619
990	572	Psykisk helsevern BUP	506 146	509 455
50 906	51 824	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	443 831	410 777
1 045 142	1 126 210	Annet	2 581 871	2 491 377
14 490 682	14 682 061	Kjøp av helsetjenester fra datterforetak	0	0
16 407 932	16 699 551	Sum driftskostnader	16 861 344	16 633 542

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, pasientreiser, administrativ virksomhet ved Helse Nord, samt kostnader vedrørende aktivitet som ikke er en del av spesialisthelsetjenesten.

Driftsinntekter fordelt på geografi

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
16 840 897	16 989 027	Helse Nord RHF sitt opptaksområde	17 260 039	17 114 009
0	0	Resten av landet	63 195	69 265
0	0	Utlandet	30 635	25 585
16 840 897	16 989 027	Sum driftsinntekter	17 353 870	17 208 859

Note 3 Inntekter

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
		Basisramme		
12 313 311	12 286 309	Basisramme	12 286 309	12 313 311
		Aktivitetsbasert inntekt		
2 736 796	2 798 671	Behandling av egne pasienter i egen region	2 798 671	2 735 613
241 870	260 802	Behandling av egne pasienter i andre regioner	260 802	241 870
97 166	62 437	Behandling av andre pasienter i egen region	85 744	82 741
462 691	528 253	Poliklinikk, laboratorie og radiologi	805 758	732 755
0	0	Utskrivningsklare pasienter	43 022	24 952
1 994	1 816	Andre aktivitetsbaserte inntekter	72 756	68 422
3 540 517	3 651 979	Sum aktivitetsbasert inntekt	4 066 754	3 886 352
		Annen driftsinntekt		
71 200	73 100	Kvalitetsbasert finansiering	73 100	73 548
59 092	62 975	Øremerkede tilskudd til "raskere tilbake"	62 975	61 508
146 903	205 701	Øremerkede tilskudd til andre formål	203 968	136 635
2 274	2 430	Inntektsførte investeringstilskudd	2 430	2 274
0	0	Driftsinntekter apotekene 1)	138 000	168 652
707 599	706 534	Andre driftsinntekter	520 334	566 579
987 069	1 050 739	Sum annen driftsinntekt	1 000 806	1 009 197
16 840 897	16 989 027	Sum driftsinntekter	17 353 870	17 208 859

1) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotek Nord til foretak i Helse Nord eliminert. Totale driftsinntekter for Sykehusapotek Nord er kr 458 166 595 i 2016 og kr 423 777 375 i 2015.

Aktivitetstall

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
		Aktivitetstall somatikk		
444	409	Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	143 923	141 535
0	0	Antall DRG poeng iht. eieransvaret	134 047	132 656
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	494 940	479 317
		Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
0	0	Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	421	399
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	74 273	70 998
		Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
310	310	Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	6 066	6 281
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	137 010	131 403
		Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
0	304	Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	1 283	1 075
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	18 550	14 143

Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av Raskere tilbake og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering. Aktivitetstallene består også av pasienter behandlet hos private.

Note 4 Kjøp av helsetjenester

Sum kjøp av helsetjenester består av følgende:

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
121 712	103 923	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	609 125	640 859
410 957	438 146	Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	522 262	472 644
8 538	8 035	Kjøp fra utlandet somatikk	8 035	8 538
8 323	10 044	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	21 130	34 796
95 198	106 591	Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	123 561	110 367
0	38	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	7 633	9 314
50 581	51 381	Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	130 767	112 719
695 309	718 158	Sum gjestepasientkostnader	1 422 513	1 389 237
103	0	Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	165 188	137 262
357 598	370 734	Kjøp av luftambulansetjenester	370 734	357 598
0	0	Kjøp av ambulansetjenester	69 402	68 127
7 444	8 501	Andre kjøp av helsetjenester (herunder avtalespesialister)	48 407	57 526
365 144	379 235	Sum kjøp av andre helsetjenester	653 732	620 512
14 490 682	14 682 061	RHF-ets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene	0	0
15 551 135	15 779 454	Sum kjøp av helsetjenester	2 076 245	2 009 750

Note 5 Varer

Varekostnad

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
0	0	Legemidler	447 271	357 314
0	0	Medisinske forbruksvarer	707 153	679 018
0	0	Andre varekostnader til eget forbruk	186 578	188 439
0	0	Innkjøpte varer for videresalg	396 773	363 152
0	0	Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer	0	0
0	0	Sum varekostnad	1 737 775	1 587 923

Valelager

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2015	31.12.2016		31.12.2016	31.12.2015
0	0	Råvarer	0	0
0	0	Varer i arbeid	0	0
0	0	Ferdigvarer	0	0
0	0	Handelsvarer	24 325	23 117
0	0	Sum lager til videresalg	24 325	23 117
0	0	Varebeholdning til eget bruk	175 313	161 794
0	0	Sum varebeholdning	199 637	184 911

0	0	Kostpris	199 637	184 911
0	0	Nedskrivning for verdifall	0	0
0	0	Bokført verdi 31.12	199 637	184 911

Note 6 Lønn og andre godtgjørelser

Lønnskostnader mm.

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
200 220	202 997	Lønninger	7 500 364	7 263 844
16 072	17 409	Arbeidsgiveravgift	466 985	453 244
41 518	39 630	Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	1 551 665	2 014 885
11 609	12 480	Andre ytelser	144 240	126 919
-24 957	-21 682	Balanseført lønn egne ansatte	-31 200	-31 894
244 463	250 834	Lønnskostnader	9 632 054	9 826 997

368	401	Gjennomsnittlig antall ansatte	17 557	17 241
350	372	Gjennomsnittlig antall årsverk	13 489	13 359

Lønn til administrerende direktør (i 1000 kroner)

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgr.	
								Lønn	Pensj. og andre godtgj
Lars Vorland	Adm. direktør	1 994	160	110	2 264	1.1-31.12	1.1-31.12		

Dersom adm. direktør må fratruke 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 foretaksgr.	
								Lønn	Pensj. og andre godtgj
Siv Sandvik	Kom. direktør	1 128	375	7	1 510	01.01-31.12	01.01-31.12		
Rune Sundset	Kvalitets- og forskn. dir.	1 039	228	60	1 327	01.01-31.08	01.01-31.08	487	1
Siv Høymork	Kvalitets- og forskn. dir.	200	0	27	227	14.11-31.12	14.11-31.12		
Geir Tollåli	Fagdirektør	1 550	244	5	1 799	01.01-31.12	01.01-31.12		
Kristian I. Fanghol	Direktør	1 206	187	7	1 400	01.01-31.12	01.01-31.12		
Hilde Rolandsen	Eierdirektør	1 610	337	5	1 952	01.01-31.12	01.01-31.12		
Karin Paulke	Stabsdirektør	1 238	283	7	1 528	01.01-31.12	01.01-31.12		

I tillegg til lønn opptjener Geir Tollåli 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

2015	2016	
1 256	1 564	Styrehonorar og annen godtgjørelse til styrets medlemmer
235	253	Herav honorar og godtgjørelse til styrets leder

Godtgjørelse til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Styre-honorar	Honorar til revisjons-utvalg	Lønn	Andr. godt-gjør.	Sum	Tjeneste-periode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgr.	
								Hon./ lønn	Andre godtgj
Bjørn Kaldhol	Styreleder	9				9	01.01-12.01		
Marianne Telle	Styreleder	244				244	12-01-31-12		
Inger Lise Strøm	Nestleder	167	31			198	01.01-31.12		
Arnfinn Sundsfjord	Styremedlem	122				122	01.01-31.12		
Svønn A. Jenssen	Styremedlem	234				234	01.01-31.12		
Jonny Jernsletten	Styremedlem	118				118	12-01-31-12		
Fredrik Sund	Styremedlem	71				71	01.06-31.12	1 111	1
Eirik Holand	Styremedlem	48				48	01.01-31.05	747	1
Inger Jørstad	Styremedlem	4				4	01.01-12.01		
Kari Jørgensen	Styremedlem	122	15			137	01.01-31.12		
Kari B Sandnes	Styremedlem	114				114	01.01-31.12	477	5
Line M. Sandberg	Styremedlem	122				122	01.01-31.12		
Sissel Alterskjær	Styremedlem	114	15			129	01.01-31.12	543	1
Ann-Mari Jenssen	Styre-/varamedlem	14				14	01.01-31.12	500	9
Sum		1 503	61	0	0	1 564			

Revisjonshonorar

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
319	311	Lovpålagt revisjon	789	1 468
634	328	Utvidet revisjon	762	940
0	0	Andre attestasjonstjenester	86	199
0	0	Skatte- og avgiftsrådgivning	18	158
15	42	Andre tjenester utenfor revisjon	590	438
968	681	Sum honorarer	2 244	3 204
281	288	Honorar til revisor i henhold til inngått avtale	1 213	1 279

Utvidet revisjon består av:

0	0	Gjennomgang byggeprosjekter	375	106
500	328	Utvidede IKT kontroller	362	500
134	0	Tilleggsfaktura merarbeid	25	334

Andre tjenester utenfor revisjon består hovedsaklig av:

10	25	Deltakelse på møter	66	10
		Akkreditering UNN		388
		Utredning parkeringshus UNN	245	
5	17	Andre konsulenttenester	279	40

Revisjonshonorar er inkludert merverdiavgift

Helse Nord har i 2016 skiftet revisor fra KPMG AS til BDO AS og betalt revisjonshonorar gjelder begge selskapene.

Honorar til revisor i henhold til inngått avtale gjelder for BDO AS

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 lederlønnspolitikken i 2016

Lønn og godtgjørelse til adm. direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 97-2016.

Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Helse Nord RHF har i 2016 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i det foregående regnskapsår har bygget på de samme prinsipper som beskrevet overfor.

Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2016 justert som følger:

Adm. direktør	fra kr. 1 945 000 til kr. 1 992 000	tilsvarende 2,4 %
Eierdirektør	fra kr. 1 576 232 til kr. 1 592 782	tilsvarende 1,1 %
Fagdirektør	fra kr. 1 516 820 til kr. 1 532 747	tilsvarende 1,1 %
Kvalitets- og for	fra kr. 1 516 820 til kr. 1 532 747	tilsvarende 1,1 %
Direktør	fra kr. 1 191 725 til kr. 1 206 237	tilsvarende 1,2 %
Kom. direktør	fra kr. 1 200 000 til kr. 1 212 600	tilsvarende 1,1 %
Stabsdirektør	fra kr. 1 211 725 til kr. 1 224 447	tilsvarende 1,1 %

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

Styret i Helse Nord RHF mener at lønnspolitikken i 2016 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Retningslinjer for 2017

Til grunn for Helse Nord RHF's 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 lederlønnjusteringer 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 lønnsvilkårene.

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 fratrukke 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	
31.12.2015	31.12.2016		31.12.2016	31.12.2015
289 591	327 465	Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	24 312 385	22 499 240
-214 588	-252 703	Pensjonsmidler	-20 285 945	-18 051 520
75 003	74 762	Netto pensjonsforpliktelse	4 026 440	4 447 720
5 519	5 494	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	240 201	265 867
-42 720	-37 040	Ikke res ført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-5 107 692	-5 624 892
37 802	43 216	Netto balanseført forpl. (-midler) inkl. aga.	-841 051	-911 304
40 337	45 461	herav balanseført netto pensjonsforpl. inkl. aga.	55 015	47 795
-2 534	-2 245	herav balanseført netto pensjonsmidl. inkl. aga.	-896 066	-959 100

2015	2016	Spesifikasjon av pensjonskostnad	2016	2015
31 450	32 405	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	1 053 843	1 201 781
7 344	8 650	Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	629 058	587 507
38 794	41 054	Årets brutto pensjonskostnad	1 682 901	1 789 288
-6 244	-7 526	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-609 375	-548 188
1 570	1 673	Administrasjonskostnad	69 204	73 706
34 120	35 202	Netto pensjonskostnad inkl. adm. kost	1 142 730	1 314 806
2 488	2 578	Aga netto pensjonskostnad inkl. adm.kost	69 371	80 300
4 537	967	Resultatført actuarielt tap (gevinst)	253 038	576 993
373	117	Resultatført aga av actuarielt tap (gevinst)	20 950	40 414
0	767	Resultatført planendring	63 410	0
0	0	Resultatført andel actuarielt tap (gevinst) v/avk.	0	0
0	0	Resultatført andel av nettoforpliktelse v/avk.	0	0
0	0	Ekstraordinære kostnader	0	0
41 518	39 630	Årets netto pensjonskostnad	1 549 499	2 012 512
0	0	Andre pensjonskostnader	2 166	2 373
41 518	39 630	Sum pensjonskostnader	1 551 665	2 014 885

2015	2016	Økonomiske forutsetninger	2016	2015
2,70 %	2,60 %	Diskonteringsrente	2,60 %	2,70 %
3,30 %	3,60 %	Forventet avkastning på pensjonsmidler	3,60 %	3,30 %
2,50 %	2,50 %	Årlig lønnsregulering	2,50 %	2,50 %
2,25 %	2,25 %	Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,25 %	2,25 %
1,48 %	1,48 %	Pensjonsregulering	1,48 %	1,48 %
315	355	Antall aktive personer med i ordningen	13 506	13 115
192	200	Antall oppsatte personer med i ordningen	20 168	19 314
32	39	Antall pensjoner med i ordningen	9 022	8 199

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

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 AFP, alderspensjon, uførepensjon, ektefellepensjon og barnpensjon. Alderspensjonen samordnes med folketrygdens ytelser.

Opptjeningstiden for full alderspensjon er 30 år. Sammen med folketrygden 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. Alle vedtatte endringer i den offentlige tjenestepensjonsordningen er innarbeidet i beregningene.

Pensjonskostnaden for 2016 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2016 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt per 31.12.2016. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2016 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2016.

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. Av hensyn til sammenstillingsprinsippet ble effekten av planendringen i helseregionenes regnskaper, forskjøvet til 2016. Endret forpliktelse som følge av denne endringen ble innarbeidet i beregnet pensjonsforpliktelse pr 31.12.2015 og lagt i posten ikke resultatført estimatavvik. I 2016 er denne virkningen resultatført.

Demografiske forutsetninger

Helse Nord RHF		Anvendt dødelighetstabell	Foretaksgruppen	
31.12.2015	31.12.2016		31.12.2016	31.12.2015
K 2013 BE	K 2013 BE		K 2013 BE	K 2013 BE
15-45 %	15-45 %	Forventet uttakshyppighet AFP	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
Fradrag				0,4	0,2	0,1	

Fradragene gjøres for hvert av årene i aldersgruppen

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 avtalefestet førtidspensjon (AFP) etter reglene for offentlig sektor. Ordningen er 100% egenfinansiert av foretakene, men blir administrert av KLP/SPK. 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. Estimatavvik utover "korridoren" resultatføres med 1/12-del.

Note 8 Andre driftskostnader

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
3 163	684	Transport av pasienter	772 300	750 501
8 929	22 468	Bygninger og kontorlokaler	301 655	282 542
12 999	4 652	Kjøp og leie av utstyr, maskiner mv.	200 648	185 615
10 330	4 858	Reparasjon, vedlikehold og service	293 121	282 863
62 455	66 115	Konsulenttjenester	91 864	79 770
114 142	122 344	Annen ekstern tjeneste	246 672	244 544
38 952	38 812	Kontor- og kommunikasjonskostnader	126 683	119 614
13	25	Kostnader forbundet med transportmidler	36 225	35 342
23 855	22 804	Reisekostnader	183 314	168 870
791	404	Forsikringskostnader	6 768	7 449
93 355	97 941	Pasientskadeerstatning	101 505	103 451
139 489	156 524	Øvrige driftskostnader	271 636	210 426
508 473	537 631	Sum	2 632 390	2 470 985

Note 9 Finansposter

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
6 294	7 743	Resultatandel felleskontrollerte selskaper	7 743	6 294
70 266	63 487	Konserninterne renteinntekter	0	0
61 506	56 704	Andre renteinntekter	79 391	84 427
20	114	Andre finansinntekter	208	226
138 086	128 047	Sum	87 342	90 947

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
0	0	Resultatandel felleskontrollerte selskaper	0	0
6 046	7 663	Konserninterne rentekostnader	0	0
67 208	63 993	Andre rentekostnader	39 587	46 762
0	0	Andre finanskostnader	1 184	2 107
73 254	71 657	Sum	40 771	48 869

I andre rentekostnader for foretaksgruppen i 2016 inngår avktiverte byggelånsrenter med 24,899 mill kr.

Note 10 Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Helse Nord RHF

Immaterielle eiendeler

	FoU	Lisenser og programvare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2016	-	381 266	267 768	649 034
Tilgang	-	-	200 394	200 394
Tilgang virksomhetsoverdragelse	-	-	-	-
Avgang	-	-	-	-
Fra anlegg under utførelse til....	-	241 300	(241 300)	-
Anskaffelseskost 31.12.2016	-	622 566	226 862	849 428
Akk avskrivninger 31.12.2016	-	251 473	-	251 473
Akk nedskrivninger 31.12.2016	-	-	-	-
Balanseført verdi 31.12.2016	-	371 093	226 862	597 955
Årets ordinære avskrivninger	-	72 670	-	72 670
Årets nedskrivninger	-	800	-	800

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 1.1.2016	-	-	-	-	279 547	279 547
Tilgang	-	-	-	-	51 370	51 370
Tilgang virksomhetsoverdragelse	-	-	-	-	-	-
Avgang	-	-	-	-	-	-
Fra anlegg under utførelse til....	-	-	-	-	-	-
Anskaffelseskost 31.12.2016	-	-	-	-	330 917	330 917
Akk avskrivninger 31.12.2016	-	-	-	-	212 537	212 537
Akk nedskrivninger 31.12.2016	-	-	-	-	-	-
Balanseført verdi 31.12.2016	-	-	-	-	118 380	118 380
Årets ordinære avskrivninger	-	-	-	-	58 161	58 161
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		17 929		49
Varighet		Inntil 2017		Inntil 5 år

Foretaksgruppen

Immaterielle eiendeler

	FoU	Lisenser og programvare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2016	-	496 846	267 885	764 731
Tilgang	-	382	202 491	202 874
Tilgang virksomhetsoverdragelse	-	-	-	-
Avgang	-	279	-	279
Fra anlegg under utførelse til....	-	241 300	(241 300)	-
Anskaffelseskost 31.12.2016	-	738 250	229 076	967 326
Akk avskrivninger 31.12.2016	-	346 225	-	346 225
Akk nedskrivninger 31.12.2016	-	-	-	-
Balansført verdi 31.12.2016	-	392 025	229 076	621 101
Årets ordinære avskrivninger	-	78 497	-	78 497
Årets nedskrivninger	-	800	-	800

Årets balanserte 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 1.1.2016	1 105 323	10 994 613	2 611 546	2 149 097	980 412	17 840 991
Tilgang	-	85 297	1 674 542	142 309	104 549	2 006 697
Omklassifisering	-	8 262	-	-	(8 262)	-
Avgang	1 076	41 634	-	3 285	17 281	63 277
Fra anlegg under utførelse til....	-	904 386	(971 645)	56 129	11 130	(0)
Anskaffelseskost 31.12.2016	1 104 247	11 950 925	3 314 442	2 344 250	1 070 547	19 784 411
Akk avskrivninger 31.12.2016	69 297	5 066 931	-	1 390 881	704 751	7 231 860
Akk nedskrivninger 31.12.2016	5 902	10 267	-	-	-	16 168
Balansført verdi 31.12.2016	1 029 049	6 873 727	3 314 442	953 370	365 796	12 536 383
Årets ordinære avskrivninger	1 979	394 050	-	179 647	117 885	693 561
Årets nedskrivninger	-	9 937	-	84	-	10 021

Årets balanserte lånekostnader	-	-	24 899	-	-	24 899
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	1 742	93 694	3 954	11 837
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 2016 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Foretak	Akkumulert	Akkumulert	Total kostnadsramme P85	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt for ferdigstilling
		regnskap pr 31.12.16	regnskap pr 31.12.15			
Byggetrinn 2 Bodø	NLSH	2 790 201	2 535 683	3 574 600	3 673 900	2020
A-fløy Tromsø	UNN	775 060	315 550	1 594 000	1 594 000	2017
Bygg Åsgård 7 - renov.	UNN	94 810	100 160	96 300	100 160	2017
PET-senter	UNN	193 000	64 330	567 900	567 900	2017
Alta Næringspark	Finnmark	43 051	6 980	458 000	395 000	2019
Kirkenes sykehus	Finnmark	1 262 758	592 569	1 485 000	1 485 000	2017
Sum		5 158 880	3 615 272	7 775 800	7 815 960	

Note 11 Eierandeler i datterforetak

Andeler i datterforetak	Hoved-kontor	Eier-andeler	Stemme-andel	Balansef.verdi	Egen-kapital	Årets resultat	Nedskrivning/rev. nedskrivning
Finnmarkssykehuset HF	Hammerfest	100 %	100 %	806 020	806 020	41 779	41 779
Universitetssyk. Nord-Norge HF	Tromsø	100 %	100 %	4 318 067	4 318 067	135 208	135 208
Nordlandssykehuset HF	Bodø	100 %	100 %	1 813 314	1 813 314	-18 003	-18 003
Helgelandssykehuset HF	Mo i Rana	100 %	100 %	813 602	813 602	33 328	33 328
Sykehusapotek Nord HF	Tromsø	100 %	100 %	1 250	52 653	1 297	0
Helse Nord IKT HF	Tromsø	100 %	100 %	50 000	50 000	0	0
Sum eierandeler i datterforetak				7 802 252	7 853 656	193 608	192 312

Helse Nord IKT er stiftet som eget helseforetak i 2016. Aktiviteten i 2016 er en del av Helse Nord RHF og vil bli overført til selskapet med virkning 1.1.2017.

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

Andeler i FKV og TS	Hoved-kontor	Eier-andeler	Stemme-andel	Balansef. e.kap på kjøpstids-punktet	Balansef. verdi 1.1	Balansef. verdi 31.12	Andre endr. i året	Årets resultat-andel
Helsef. Nasj. Luftamb. tj. ANS	Bodø	20 %	20 %	3 495	1 000	10 715	13 031	2 316
Helsef. Innkjøpsservice AS	Vadsø	20 %	20 %	400	500	4 200	3 447	-753
Sykehusinnkjøp HF	Vadsø	25 %	25 %	1 250	1 250	0	-772	-2 023
Helsef. senter for pas. reiser ANS	Skien	20 %	20 %	3 500	7 500	10 316	17 800	7 483
Helsef. driftsorg. for nødnett HF	Gjøvik	20 %	20 %	10 600	53 000	10 600	10 757	157
Nasjonal IKT HF	Bergen	25 %	25 %	1 250	5 000	6 622	7 121	499
Sykehusbygg HF	Trondheim	25 %	25 %	1 250	5 000	1 181	1 244	63
Sum eierandeler i FKV og TS				21 745	73 250	43 635	52 627	- 7 743

Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2015	31.12.2016	31.12.2016	31.12.2015
43 635	52 627	52 627	43 635
		0	0
43 635	52 627	52 627	43 635

Note 13 Investeringer i aksjer og andeler

Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2015	31.12.2016	31.12.2016	31.12.2015
1	1	1	1
513	513	1 175	1 175
0	0	13	13
0	0	237	237
3 003	3 704	500 043	446 972
3 517	4 218	501 469	448 398

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	
31.12.2015	31.12.2016	31.12.2016	31.12.2015
3 457 510	4 600 200		
8 800	13 600	13 600	8 800
3 466 310	4 613 800	13 600	8 800

Note 15 Fordringer og obligasjoner

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2015	31.12.2016		31.12.2016	31.12.2015
19 095	10 447	Kundefordringer	244 967	107 552
110 921	145 000	Fordring på Helse- og omsorgsdepartementet	145 000	110 921
0	0	Påløpne inntekter	14 209	13 627
161 387	180 669	Andre kortsiktige fordringer	275 290	308 064
291 403	336 117	Sum	679 466	540 163

Aldersfordeling kundefordringer

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2015	31.12.2016		31.12.2016	31.12.2015
14 067	9 502	Ikke forfalte fordringer	215 120	82 382
8 141	3 310	Forfalte fordringer 1-30 dager	13 323	14 732
0	0	Forfalte fordringer 30-60 dager	7 431	3 401
0	-6	Forfalte fordringer 60-90 dager	3 106	2 138
-3 113	-2 359	Forfalte fordringer over 90 dager	5 986	4 899
19 095	10 447	Kundefordringer pålydende pr. 31.12.	244 967	107 552

Tap på kundefordringer

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2015	31.12.2016		31.12.2016	31.12.2015
15	15	Avsetning for tap på kundefordringer pr. 1.1.	8 205	9 960
0	0	Årets avsetning til tap på krav	5 610	2 712
0	0	Reverserte tidligere avsetninger	-754	-4 468
15	15	Avsetning for tap på fordringer pr. 31.12.	13 061	8 205
0	0	Årets konstaterte tap	10 693	9 259

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med kr 15 873 613 i 2016. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

Note 16 Kontanter og bankinnskudd

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2015	31.12.2016		31.12.2016	31.12.2015
10 552	11 530	Skattetrekksmidler	344 733	331 089
		Andre bundne konti	2	0
10 552	11 530	Sum bunde kontanter og bankinnskudd	344 735	331 089
2 102 787	1 736 431	Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	1 787 746	2 105 974
2 113 339	1 747 961	Sum kontanter og bankinnskudd	2 132 481	2 437 063

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 31.12.2015	100	0	7 920 950	23 143	1 632 586	9 576 779
Årets resultat	0	0	0	7 743	530 436	538 178
Egenkapital 31.12.2016	100	0	7 920 950	30 886	2 163 022	10 114 957

Foretaksgruppen

	Foretaks- kapital	Struktur- fond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2015	100	0	7 920 950	23 143	1 682 693	9 626 886
Årets resultat	0	0	0	7 743	531 732	539 475
Egenkapital 31.12.2016	100	0	7 920 950	30 886	2 214 425	10 166 361

Note 18 Eiers styringsmål

Forklaring av hvordan korrigert årsresultat fremkommer:

	2016	2015	2002-2016
Årsresultat	539 475	616 733	1 423 178
Overføring fra strukturfond			709 763
Korrigerings for endrede levetider			530 024
Korrigert resultat	539 475	616 733	2 662 965
Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultatkravet			-104 500
Resultat jf økonomisk krav fra HOD	539 475	616 733	2 558 465
Resultatkrav fra HOD			-1 166 100
Avvik fra resultatkrav fra HOD	539 475	616 733	1 392 365

I perioden 2002-2010 har det vært ulike korrigerings 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 korrigeringsene.

De siste årene, inkludert 2012, 2013, 2015 og 2016, 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 kostnadreduksjonen 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	
31.12.2015	31.12.2016		31.12.2016	31.12.2015
0	0	Tariffestet utdanningspermisjon	346 912	324 574
0	0	Investeringsstilsjudd	21 614	25 408
0	0	Avsetning til pasientskadeerstatning	15 375	17 424
0	0	Andre avsetninger for forpliktelser	15 652	18 541
0	0	Sum avsetning for forpliktelser	399 553	385 947
0	0	Antall leger som er omf. av ordn. med tariffestet utdanningsperm.	1 154	1 087
		Uttakstilbøyelighet	100 %	100 %

Note 20 Annen langsiktig gjeld

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2015	31.12.2016		31.12.2016	31.12.2015
2 692 028	3 159 534	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	3 159 534	2 692 028
		Gjeld til kredittinstitusjoner		
		Annen langsiktig gjeld		
2 692 028	3 159 534	Sum langsiktig gjeld	3 159 534	2 692 028
649 989	641 021	Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	641 021	649 989

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 31.12.2016 er det tatt opp lån på kr 1 073 278 000 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	
2015	2016		2016	2015
149 272	194 411	Leverandørgjeld	839 887	660 393
12 380	15 248	Påløpte lønnskostnader	271 971	228 191
23 547	25 534	Påløpne feriepenger	854 092	827 083
85 386	61 121	Påløpte kostnader	280 792	328 001
134 798	207 706	Annen kortsiktig gjeld	415 814	333 812
405 383	504 021	Sum	2 662 556	2 377 480

Note 22 Mellomværende med selskap i samme foretaksgruppe

Fordringer

	31.12.2016	31.12.2015
Finnmarksykehuset HF	-767	964
UNN HF	6 248	1 800
Nordlandssykehuset HF	282 022	358 265
Helgelandssykehuset HF	1 170	5 256
Sykehusapotek Nord HF	38	7
Sum	288 711	366 293

Gjeld

	31.12.2016	31.12.2015
Finnmarksykehuset HF	72 050	18 856
UNN HF	601 175	612 054
Nordlandssykehuset HF	6 299	1 744
Helgelandssykehuset HF	316 042	259 692
Sykehusapotek Nord HF	20 433	39 307
Sum	1 015 999	931 652

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. 31.12.16	2017	2018	2019	2020	2021	2022-
Låneopptak 2015	400 000		16 000	16 000	16 000	16 000	336 000
Låneopptak 2016	700 000		28 000	28 000	28 000	28 000	588 000
Sum	1 100 000	0	44 000	44 000	44 000	44 000	924 000

Universitetssykehuset Nord Norge:

Avdragsprofil	Pr. 31.12.16	2017	2018	2019	2020	2021	2022-
Låneopptak 2015	130 000			5 200	5 200	5 200	114 400
Låneopptak 2016	210 000			8 400	8 400	8 400	184 800
Sum	340 000	0	0	13 600	13 600	13 600	299 200

Nordlandssykehuset:

Avdragsprofil	Pr. 31.12.16	2017	2018	2019	2020	2021	2022-
Låneopptak 2006	93 600	9 360	9 360	9 360	9 360	9 360	46 800
Låneopptak 2006	132 000	13 200	13 200	13 200	13 200	13 200	66 000
Låneopptak 2008	56 000	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	38 500
Låneopptak 2008	40 000	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	27 500
Låneopptak 2009	104 000	6 500	6 500	6 500	6 500	6 500	71 500
Låneopptak 2010	48 800	3 050	3 050	3 050	3 050	3 050	33 550
Låneopptak 2010	80 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	55 000
Låneopptak 2011	340 000	17 000	17 000	17 000	17 000	17 000	255 000
Låneopptak 2012	290 000	4 500	4 500	14 500	14 500	14 500	237 500
Låneopptak 2013	120 000			6 000	6 000	6 000	102 000
Låneopptak 2013	285 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	210 000
Låneopptak 2013	230 000			11 500	11 500	11 500	195 500
Låneopptak 2014	220 800	9 200	9 200	9 200	9 200	9 200	174 800
Låneopptak 2014	300 000			12 000	12 000	12 000	264 000
Låneopptak 2014	170 000			6 800	6 800	6 800	149 600
Låneopptak 2015	350 000			12 000	12 000	12 000	314 000
Låneopptak 2016	300 000			6 800	6 800	6 800	279 600
Sum	3 160 200	88 810	88 810	153 910	153 910	153 910	2 520 850

Avdragsprofil	Pr. 31.12.16	2017	2018	2019	2020	2021	2022-
Sum interne lån	4 600 200	88 810	132 810	211 510	211 510	211 510	3 744 050

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 Nords kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 638 mill kroner i 2016 mot 685 mill kroner i 2015, tilsvarende salg utgjorde 63 mill kroner i 2016 mot 69 mill kroner i 2015. 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 2016 utgjorde om lag 900 mill kroner. Sykehusapotek Nord sitt salg til øvrige helseforetak utgjør om lag 36 % av dette, mens Helse Nord IKT sitt salg til øvrige enheter utgjorde om lag 55 %.

Den viktigste transaksjonen med felleskontrollerte virksomheter og tilknyttede selskaper er kjøp fra Nasjonal Luftambulansetjeneste ANS med 371 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 salgavtaler 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 sine 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 Pantstillelser og garantiforpliktelser

Helse Nord RHF har ingen pantstillelser eller garantiforpliktelser.

Note 26 Sammenslåtte poster i kontantstrømoppstillingen

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
860 969	77 582	Endring i varelager	-14 726	-3 067
-2 624	-44 714	Endring i fordring på selskap i samme konsern		
		Endring i øvrige fordringer	-139 303	3 350
858 345	32 868	Sum endring i omløpsmidler	-154 029	283
7 462	-12 507	Endring i skyldige offentlige avgifter	22 578	16 968
877 600	84 347	Endring i kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern		
-59 976	98 638	Endring i annen kortsiktig gjeld	285 076	-95 676
825 086	170 478	Sum endring i kortsiktig gjeld	307 654	-78 708

Note 27 Forskning og utvikling

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
26 544	6 262	Øremerkede tilskudd fra eier til forskning	104 877	127 735
21 504	40 579	Basisramme fra eier til forskning	148 383	164 607
0	0	Andre inntekter til forskning og utvikling	50 390	22 425
48 048	46 841	Sum inntekter til forskning	303 650	314 767
2 400	2 400	Andre inntekter til utvikling	2 400	2 419
20 384	21 931	Basisramme til utvikling	55 299	54 249
22 784	24 331	Sum inntekter til utvikling	57 699	56 668
70 832	71 172	Sum inntekter til forskning og utvikling	361 349	371 435

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
47 762	46 271	Kostnader til forskning - somatikk	275 155	278 613
286	570	Kostnader til forskning - psykisk helsevern	25 188	33 321
0	0	Kostnader til forskning - TSB	3 307	2 835
0	0	Kostnader til forskning - annet	0	0
48 048	46 841	Sum kostnader til forskning	303 650	314 768
22 784	24 331	Kostnader til utvikling - somatikk	48 589	46 727
0	0	Kostnader til utvikling - psykisk helsevern	6 580	7 472
0	0	Kostnader til utvikling - TSB	2 531	2 469
0	0	Kostnader til utvikling - annet	0	0
22 784	24 331	Sum kostnader til utvikling	57 699	56 668
70 832	71 172	Sum kostnader til forskning og utvikling	361 349	371 436

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2015	2016		2016	2015
0	0	Antall avlagte doktorgrader	18	25
15	6	Antall publiserte artikler	411	469
2	4	Antall årsverk forskning	227	229
33	30	Antall årsverk utvikling	656	723

Note 28 Skatt

	Foretaksgruppen	
	31.12.2016	31.12.2015
Midlertidige forskjeller		
Anleggsmidler	750	-3
Omløpsmidler	-159	-159
Avsetninger for forpliktelser	1 063	1 265
Annen langsiktig gjeld		
Kortsiktig gjeld		
Gevinst- og tapskonto		
Netto midlertidige forskjeller	1 654	1 103
Underskudd til framføring		
Grunnlag for utsatt skatt/skattefordel i balanse	1 654	1 103
Utsatt skatt (utsatt skattefordel)	397	276
Herav ikke balanseført utsatt skattefordel		
Utsatt skatt (utsatt skattefordel)	397	276

Årets skattekostnad på ordinært resultat framkommer slik:	Foretaksgruppen	
	2016	2015
Grunnlag for betalbar skatt		
Resultat før skatt	539 097	617 396
Resultat ikke skattepliktig virksomhet	540 544	614 857
Resultat før skattekostnad	-1 448	2 539
Permanente forskjeller		
Grunnlag for årets skattekostnad	-1 448	2 539
Endring i midlertidige forskjeller	-551	476
Skattepliktig inntekt	-1 998	3 015
Bruk av framførbart underskudd		
Grunnlag for betalbar skatt	-1 998	3 015
25 % av grunnlag for betalbar skatt	-500	814
Endring i utsatt skatt	121	-151
For lite/for mye avsatt i fjor		
Sum skattekostnad på ordinært resultat	-378	663
Spesifikasjon av skattekostnad		
25 % skatt av resultat før skatt	-362	686
25 % skatt av endring i midlertidige forskjeller	-138	128
25 % skatt av midlertidige forskjeller 1.1.2016	-276	-298
24 % skatt av midlertidige forskjeller 31.12.2016	397	276
Beregnet skattekostnad	-378	792

Uavhengig revisors beretning

Til foretaksmøtet i Helse Nord RHF

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

Konklusjon

Vi har revidert Helse Nord RHF's årsregnskap som består av:

- foretaksregnskapet, som består av balanse per 31. desember 2016, resultatregnskap og kontantstrømoppstilling for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper, og
- konsernregnskapet, som består av balanse per 31. desember 2016, resultatregnskap og kontantstrømoppstilling for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening:

- er årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter
- gir foretaksregnskapet et rettviseende bilde av den finansielle stillingen til Helse Nord RHF per 31. desember 2016 og av foretakets resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.
- gir konsernregnskapet et rettviseende bilde av den finansielle stillingen til konsernet Helse Nord RHF per 31. desember 2016 og av konsernets resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder de internasjonale revisjonsstandardene International Standards on Auditing (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet i Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av årsregnskapet. Vi er uavhengige av foretaket og konsernet slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Annen informasjon

Ledelsen er ansvarlig for annen informasjon. Annen informasjon består av årsberetningen, men inkluderer ikke årsregnskapet og revisjonsberetningen.

Vår uttalelse om revisjonen av årsregnskapet dekker ikke annen informasjon, og vi attesterer ikke den andre informasjonen.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese annen informasjon med det formål å vurdere hvorvidt det foreligger vesentlig inkonsistens mellom annen informasjon og årsregnskapet, kunnskap vi har opparbeidet oss under revisjonen, eller hvorvidt den tilsynelatende inneholder vesentlig feilinformasjon.

Dersom vi konkluderer med at den andre informasjonen inneholder vesentlig feilinformasjon er vi pålagt å rapportere det. Vi har ingenting å rapportere i så henseende.

Styrets og daglig leders ansvar for årsregnskapet

Styret og daglig leder (ledelsen) er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet i samsvar med lov og forskrifter, herunder for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge. Ledelsen er også ansvarlig for slik intern kontroll som den finner nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller feil.

Ved utarbeidelsen av årsregnskapet er ledelsen ansvarlig for å ta standpunkt til foretakets og konsernets evne til fortsatt drift, og på tilbørlig måte å opplyse om forhold av betydning for fortsatt drift. Forutsetningen om fortsatt drift skal legges til grunn for årsregnskapet så lenge det ikke er sannsynlig at virksomheten vil bli avviklet.

Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betryggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir vurdert som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på årsregnskapet.

Som del av en revisjon i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, utøver vi profesjonelt skjønn og utviser profesjonell skepsis gjennom hele revisjonen. I tillegg:

- identifiserer og anslår vi risikoen for vesentlig feilinformasjon i regnskapet, enten det skyldes misligheter eller utilsiktede feil. Vi utformer og gjennomfører revisjonshandlinger for å håndtere slike risikoer, og innhenter revisjonsbevis som er tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon. Risikoen for at vesentlig feilinformasjon som følge av misligheter ikke blir avdekket, er høyere enn for feilinformasjon som skyldes utilsiktede feil, siden misligheter kan innebære samarbeid, forfalskning, bevisste utelatelser, uriktige fremstillinger eller overstyring av intern kontroll.
- opparbeider vi oss en forståelse av den interne kontroll som er relevant for revisjonen, for å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige etter

omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av foretakets eller konsernets interne kontroll.

- evaluerer vi om de anvendte regnskapsprinsippene er hensiktsmessige og om regnskapsestimatene og tilhørende noteopplysninger utarbeidet av ledelsen er rimelige.
- konkluderer vi på hensiktsmessigheten av ledelsens bruk av fortsatt drift-forutsetningen ved avleggelsen av regnskapet, basert på innhentede revisjonsbevis, og hvorvidt det foreligger vesentlig usikkerhet knyttet til hendelser eller forhold som kan skape tvil av betydning om foretakets evne til fortsatt drift. Dersom vi konkluderer med at det eksisterer vesentlig usikkerhet, kreves det at vi i revisjonsberetningen henleder oppmerksomheten på tilleggsopplysningene i regnskapet, eller, dersom slike tilleggsopplysninger ikke er tilstrekkelige, at vi modifierer vår konklusjon om årsregnskapet og årsberetningen. Våre konklusjoner er basert på revisjonsbevis innhentet inntil datoen for revisjonsberetningen. Etterfølgende hendelser eller forhold kan imidlertid medføre at foretaket ikke fortsetter driften.
- evaluerer vi den samlede presentasjonen, strukturen og innholdet, inkludert tilleggsopplysningene, og hvorvidt årsregnskapet representerer de underliggende transaksjonene og hendelsene på en måte som gir et rettviseende bilde.
- innhenter vi tilstrekkelig og hensiktsmessig revisjonsbevis vedrørende den finansielle informasjonen til enhetene eller forretningsområdene i konsernet for å kunne gi uttrykk for en mening om det konsoliderte regnskapet. Vi er ansvarlige for å lede, følge opp og gjennomføre konsernrevisjonen. Vi alene er ansvarlige for vår revisjonskonklusjon.

Vi kommuniserer med styret blant annet om det planlagte omfanget av revisjonen og til hvilken tid revisjonsarbeidet skal utføres. Vi utveksler også informasjon om forhold av betydning som vi har avdekket i løpet av revisjonen, herunder om eventuelle svakheter av betydning i den interne kontrollen.

Uttalelse om øvrige lovmessige krav

Konklusjon om årsberetningen

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, mener vi at opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til anvendelse av overskuddet er konsistente med årsregnskapet og i samsvar med lov og forskrifter.



Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foretakets regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringskikk i Norge.

Bodø, 30. mai 2017
BDO AS

Stein Erik Sæther
statsautorisert revisor