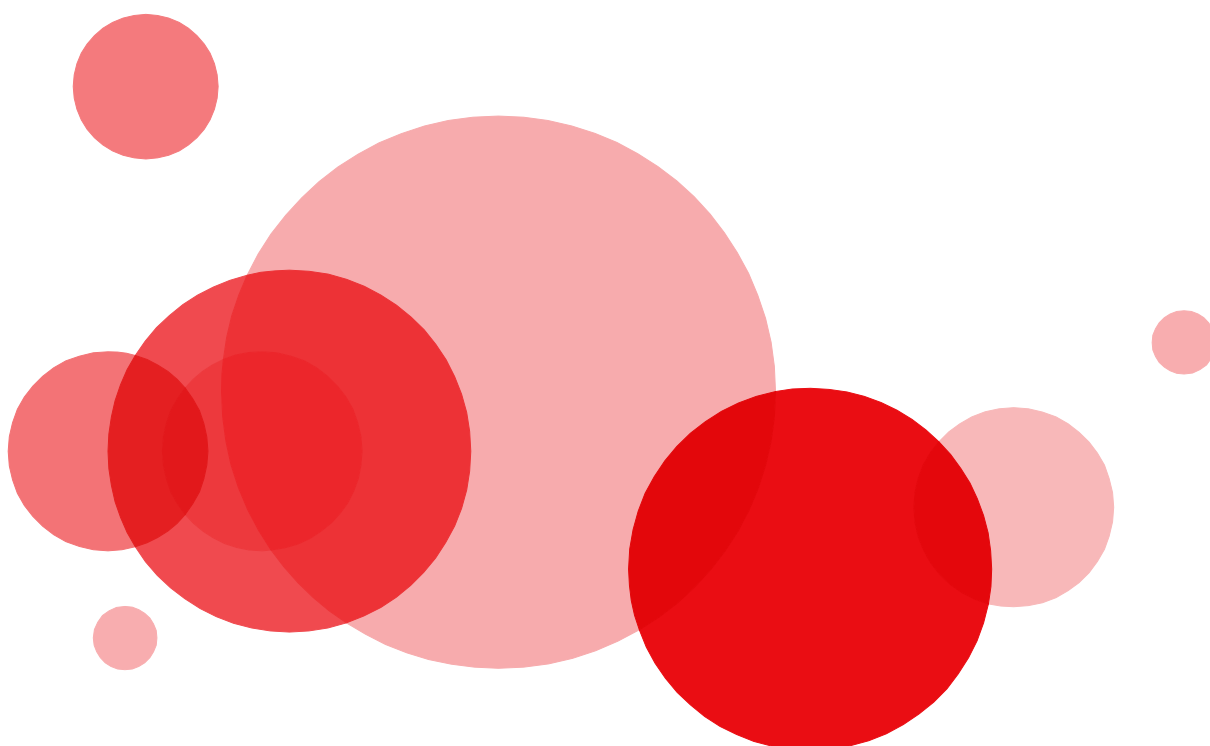


**Årlig melding 2017 for
Helse Nord RHF til Helse- og
omsorgsdepartementet**



Innhold

1. Innledning	3
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2017	4
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument	9
2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	9
2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	20
2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	24
3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 28. juni, 11. august 2017 og 22. august 2017	33
3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	33
3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	36
3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	36
4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet	41
4.1 Krav og rammer for 2017	41
4.2 Øvrige aktuelle saker i 2017	47
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	53
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	55

1. Innledning

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Det regionale helseforetakets strategiske grunnlag i form av 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.

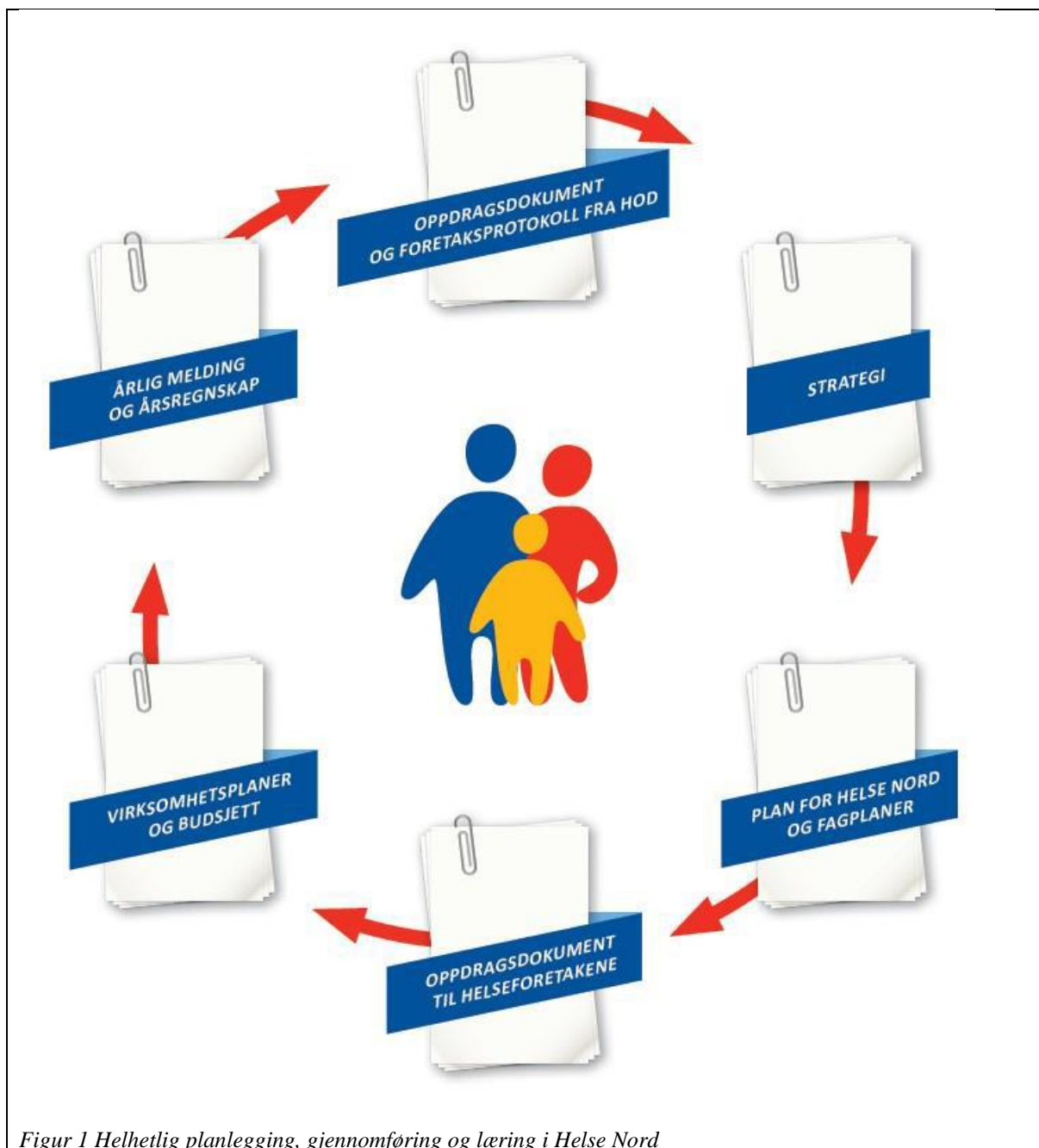
Utvikling og forbedring av helsetjenesten skal skje i et samarbeid mellom brukerne, helseforetakene, kommunene og andre som yter helsetjenester.

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 2017 er:

- 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 Nord planlegger langsiktig. Vi ønsker være tydelige og forutsigbare. Det er viktig at det er sammenheng mellom våre viktigste plandokumenter og våre formål: pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Figur 1 illustrerer sammenhengen.



1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2017

Trekk frem det som det regionale helseforetaket opplever å ha lyktes særlig med, og det som oppleves som særlige utfordringer. Hovedområder for styring og oppfølging.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det har vært god vekst i poliklinisk aktivitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i regionen i 2017. Arbeidet videreføres i 2018 for å øke den polikliniske aktiviteten opp mot landsgjennomsnittet. Det ble inngått nye avtaler med private leverandører som sikrer et videre godt og differensiert døgntilbud for ruspasienter i regionen.

Det har vært en klar målsetning å styrke helsetilbudet til barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Det er derfor etablert samarbeidsavtaler mellom alle lokale

helseforetak og alle barnevernsinstitusjoner i regionen. Bufetat har påbegynt arbeidet med å etablere en omsorgsinstitusjon hvor ungdommen samtidig skal ha tilbud om hjelp fra psykisk helsevern.

I løpet av 2017 har flere tiltak fra «Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016–2025» blitt implementert. Det medikamentfrie tilbudet for alvorlig psykisk syke har drevet et helt år, det er etablert døgnplasser for pasienter med utviklingshemming og samtidig psykisk lidelse og det er etablert flere tilbud til sped- og småbarn i regionen. Planen vedtok å etablere regionale sikkerhetsplasser i regionen i løpet av 2019/20. En lovendring fra høsten 2016 har økt behovet for sikkerhetspsykiatrien og av denne grunn er det i 2017 iverksatt et arbeid for å fremskynde etablering av flere døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien.

Ventetid

Helse Nord har hatt en svært positiv utvikling i gjennomsnittlig ventetid, med en reduksjon fra 66,1 dager i 2016 til 58,4 dager i 2017. Ved UNN har gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i 2017 vært 56 dager. Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har hatt en ventetid på henholdsvis 54,7 dager og 55,2 dager. Nordlandssykehuset hadde i 2016 en gjennomsnittlig ventetid på 81 dager. I 2017 har de ligget over styringskravet, men klarte i årets to siste måneder å innfri målet om gjennomsnittlig ventetid på 60 dager.

Den største reduksjonen har vært innen somatikk, som er redusert fra 67 til 59.3 dager. Innen psykisk helse og rus har det vært en mindre reduksjon, mens det innen barne- og ungdomspsykiatri har vært en liten økning. Gjennomsnittlig ventetid er likevel godt under styringskravet.

Kvalitetsutvikling

Det er i 2017 gjennomført klinisk fagrevisjon med tema NSTEMI og fagrevisjon på kjemoterapi etter tarmkreft er startet. Regional retningslinje for kliniske fagrevisjoner er ferdigstilt og et nasjonalt nettverk for kliniske fagrevisjoner ledet av Helse Nord er opprettet. Så langt er erfaringene med kliniske fagrevisjoner svært gode, og det er grunn til å tro at arbeidsmetoden blir et nyttig supplement i kvalitetsarbeidet.

Gjennomføring av lokale pasienterfaringsundersøkelser er ikke kommet i gang i 2017 pga. avhengighet av annen IT-løsning. Når ny løsning for innsjekk og utsjekk av pasienter er på plass, kan arbeidet med dette startes opp igjen.

Det pågående prosjektet legemiddelsamstemming vil føre til bedre pasientsikkerhet og forberede organisasjonene på å ta imot elektronisk kurve. Det er laget nye rutiner, maler, mulighet for registrering og en opplæringspakke for legemiddelsamstemming, riktig bruk av kritisk informasjon og legemiddelreaksjoner/CAVE og for å ta legemiddelmodulen i DIPS i bruk i alle enheter.

Vi har gjennomført en pilot med utlysning av søkbare kvalitetsmidler, og det kom inn svært mange gode søknader. Fem prosjekter fikk tildelt midler. Dette videreføres dersom mulig i 2018. Forbedringsprisen ble utdelt 2 ganger i 2017.

PCI

Saken om hvorvidt vi skal ha to PCI-tilbud i Helse Nord har preget året. I desember 2017 vedtok styret i Helse Nord RHF at det skulle opprettes et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø.

Private helsetjenester

Kjøp av private helsetjenester utgjorde 765 mill. kroner i 2017. Dette er en økning fra 2016, hvor psykisk helsevern er økt med 12 mill. kroner og TSB med 17 mill. kroner.

Vi har også i 2017 erfart kapasitetsutfordringer innenfor rehabiliteringsområdet. Det er behov både for elektiv og akutte kapasitet innenfor ortopedi, hjerneslag og komplekse og sammensatte lidelse hos rehabiliteringsinstitusjonene hos de private institusjonene for at sykehusene skal kunne frigjøre plass til behandling.

Helse Nord har per 31.12.17 driftsavtaler med 79 avtalespesialister fordelt på lege- og psykologspesialister. Det er ønskelig å øke antall avtaler, men rekruttering er utfordrende.

Pasientreiser

Nå kan nær 100 % av brukerne bruke «Mine pasientreiser» på helsenorge.no for å søke om refusjon av reiseoppgjør. Helse Nord har hatt en kampanje for å øke bruken av løsningen i regionen. Evalueringen viser at vi slo målsetningen om 48 % bruk innen utgangen av 2017; Vi oppnådde vi en bruk på 53 %.

Resultatet fra brukerundersøkelsen av pasientreiser viser at brukerne er godt fornøyd med tjenestene fra pasientreisekontorene i Helse Nord (4,1 av 5 poeng).

I et samarbeid mellom helseforetakene og Widerøe er det i 2017 etablert nye retningslinjer for vurdering av pasientens tilstand (medisinsk og fysisk) i forhold til transportdistanse og eventuelt behov for tilrettelagt transport ved utskrivning.

Nødnett

I begynnelsen av oktober 2017 gikk AMK Finnmark, som siste AMK-sentral i Norge, i drift på nytt nødnett. Etterfulgt av akuttmottak og legevaktsentraler er dermed nødnettutbyggingen fullført i Helse Nord.

LIS-utdanning

I 2017 er det etablert ny spesialistutdanning del 1 i alle helseforetak i tråd med ny forskrift. Det er planlagt regionalt implementeringsprosjekt for å håndtere videre implementering av del 2 og 3.

Pasientinformasjon

Takket være det gode nasjonale samarbeidet gjennom felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten, kan sykehusene i Helse Nord presentere sitt behandlingstilbud på en svært god måte for pasientene. Vi prioriterer arbeidet med pasientinformasjon på nett.

Brukermedvirkning

Det er etablert ungdomsråd som representerer ungdom i alderen 12-23 år i Nordlandssykehuset (2017) og UNN (2016). Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset arbeider med å etablere ungdomsråd. Rådene gir verdifulle innspill til utviklingen av Helse Nord.

Forskning og innovasjon

Helse Nord har et mål om stadig å øke forskningsaktiviteten. Kostnadene har økt fra 304 millioner kr i 2016 til 338 millioner i 2018. Dette er samlet ressursbruk fra alle helseforetak og det regionale helseforetak på prosjekter, strategiske tiltak, støttefunksjoner m.m. innen forskning. Det gir seg også utslag i resultater målt i antall publikasjoner. Antallet har gått opp fra 411 i 2016 til om lag 480 i 2017. Dette er positivt.

Inneværende periode preges av realisering av prioriterte mål og tiltak fra forsknings- og innovasjonsstrategien. Noen av satsingene gjøres i samarbeid med UiT Norges arktiske universitet. De nasjonale kriteriene om nytte og kvalitet i forskningen følges, og skal i størst mulig grad samordnes med Forskningsrådet. Likeså kravet om brukermedvirkning i forskning, der vi har stort fokus på hvordan dette faktisk gjøres i prosjekter finansiert av RHF.

Det er fremdeles en målsetning å få økt ekstern finansiering (Forskningsrådet, EU, private stiftelser) for å gi rom for ytterligere forskningsaktivitet og internasjonalt samarbeid.

I 2017 ble det for første gang lyst ut innovasjonsmidler. Fem prosjekter fikk tildeling. Det er også gitt midler til et strategisk prosjekt om droner i helseberedskap, og jobbet med innføring av innovasjonsregistreringssystem på UNN HF.

Bygg

Det har vært stor byggeaktivitet i Helse Nord i 2017. Den omfattende byggingen og renoveringen ved Nordlandssykehuset Bodø er i siste fase med renovasjon av A/B-fløyen. Fløy A planlegges tatt i bruk primo juni 2018, mens renovering av fløy B forventes tatt i bruk november 2019.

Finnmarkssykehuset Kirkenes er i slutfasen, det samme gjelder A-fløy og PET-senter ved UNN. Alle disse vil ferdigstilles og tas i bruk første halvår i 2018. I tillegg er det startet bygging av klinikk Alta. Samisk helsepark i Karasjok får byggestart våren 2018.

Planleggingen av nye UNN Narvik og Finnmarkssykehuset Hammerfest er gjennom konseptfase. Når det gjelder Helgelandssykehuset 2025 har lokalisering og avgrensning av alternativer vært gjenstand for utredning i 2017.

Informasjonssikkerhet

Helse Nord har de siste årene løftet arbeidet rundt personvern og informasjonssikkerhet, i likhet med mange andre aktører. Alle helseforetak i Helse Nord har etablert ordningen med personvernombud. Datatilsynet har uttalt at erfaringsmessig viser det at det å ha en person med kunnskap om og fokus på personvern i en virksomhet kan gjøre en stor forskjell.

IKT

Vi utvikler nødvendige IKT-løsninger for hele foretaksgruppen etter en strategi om felles løsninger og samarbeid. Prosjektet Felles innføring av kliniske systemer (FIKS) ble etablert i 2011 og avsluttet i 2017. Ved veis ende viser måloppnåelsen at vi har innført en systemportefølje som gir bedre sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen. Vi har effektiv elektronisk tilgang til pasientinformasjon mellom foretak. Prosjektet har gitt lavere innførings- og vedlikeholdskostnader sammenliknet med om foretakene skulle gjort dette hver for seg.

I 2017 er det arbeidet videre med harmonisering og sammenslåing av databaser i de ulike pasientsystemene.

Nytt program for innføring av fremtidens systemer i klinikken (FRESK) har i 2017 arbeidet med systemkonfigurerings og planlegging av fasene for innføring av DIPS Arena og elektronisk medikasjon og kurve.

Økonomi

Styret for Helse Nord RHF budsjetterte med et resultatkrav på 335 millioner kroner i 2017. Foretaksgruppens regnskapsresultat er et overskudd på 383 millioner kroner.

Foretaksgruppen Helse Nord har følgelig et resultat som er 383 millioner kroner bedre enn resultatkravet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og 48 millioner kroner bedre enn styrets resultatmål.

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

Styrets egevaluering

I tråd med veileder for Styrearbeid i regionale helseforetak skal styret i årlig melding oppsummere deler av resultatene av styrets egevaluering.

Styret i Helse Nord RHF har gjennomført styrets egevaluering for 2017 i form av en questback-undersøkelse. Rapport fra undersøkelsen ble gjennomgått i forkant av styremøte 22. november 2017. Rapporten fra questback-undersøkelsen og oppsummeringen fra evalueringen ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet pr. e-post 22. november 2017. Styret kjenner seg som kollegium igjen i evalueringsrapporten. Styresaker håndteres godt gjennom gode prosesser og god dialog i styret.

I forbindelse med gjennomgangen av rapporten fra questback-undersøkelsen diskuterte styret ulike tiltak som vil kunne bidra til at styret gjennom gode prosesser sørger for å utveksle nødvendig kunnskap og informasjon med relevante interessenter, jf. styreveilederens punkt 3.2.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2017:

- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2016. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager i alle regioner.

Gjennomsnittlig ventetid i Helse Nord er redusert fra 65,6 dager i 2016 til 58,4 dager i 2017.

gj. ventetid avviklede	År		Evaluering	
	2016	2017	<60 dager	<2016
Helseforetak				
Finnmarkssykehuset HF	65,3	55,2		
Helgelandssykehuset HF	54,2	54,7		
Nordlandssykehuset HF	76,0	62,2		
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	64,2	58,5		
Helse Nord	65,6	58,4		

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i Helse Nord per helseforetak i 2016 og 2017. Grønt: mål oppnådd; rødt: mål ikke nådd (HN LIS - NPR anonymiserte data)

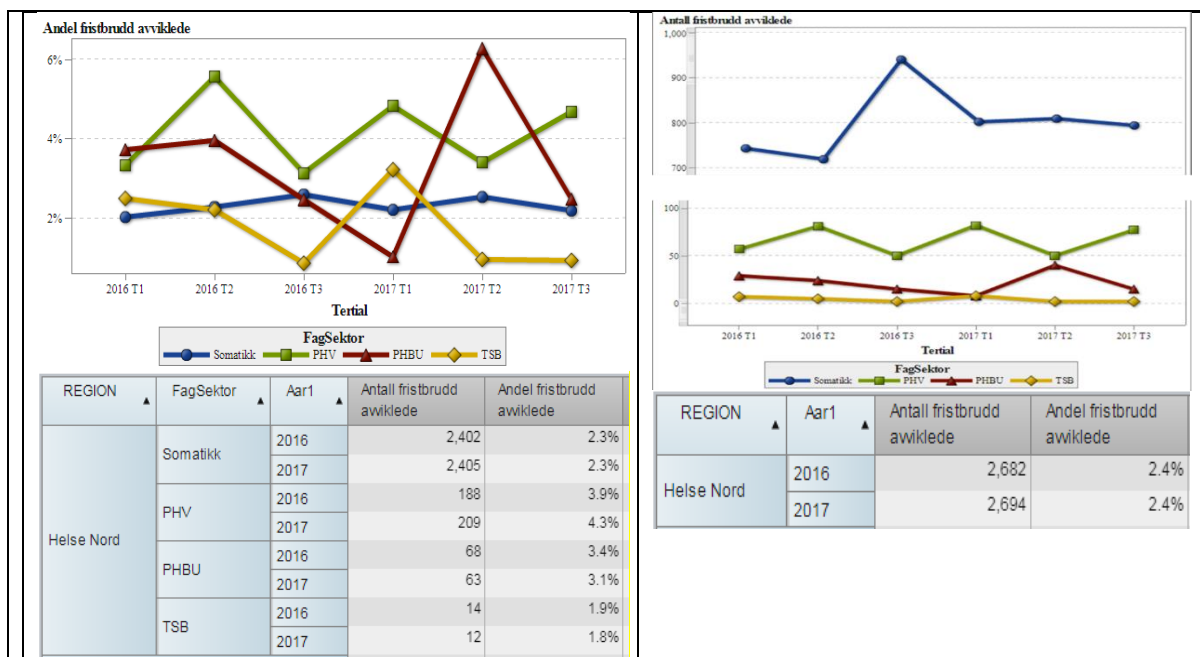
Nordlandssykehuset har store deler av året ligget over styringskravet, men klarte i årets to siste måneder å innfri målet om en gjennomsnittlig ventetid på 60 dager. De arbeider fortløpende for å redusere ventetidene.

Ved UNN har gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i 2017 vært 56 dager. UNN fortsetter arbeidet med kontinuerlig forbedring og vil arbeide for ytterligere nedgang i ventetiden i tråd med nye krav.

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset hadde en ventetid på henholdsvis 54,7 dager og 55,2 dager. De ligger godt innenfor styringskravet.

- Ingen fristbrudd.

Andel fristbrudd i Helse Nord for avviklede pasienter er uforandret fra 2016 til 2017, og ligger på 2,4 %.



Antall fristbrudd og andel fristbrudd for avviklede pasienter i Helse Nord per fagområde og per tertial i 2016 og 2017. Nederst vises tilhørende datatabeller som viser aggregerte tall for 2016 og 2017. (HN LIS - NPR anonymiserte data)

Nordlandssykehuset innfrir ikke styringskravet, og i løpet av 2017 har andelen fristbrudd blant avviklede variert mellom 1,4 - 2,9 %. Dette er en forbedring fra fjoråret hvor resultatet var 3,6%. Det arbeides fortløpende for å innfri styringskravet.

UNN har over tid redusert antall fristbrudd til et lavt nivå. I 2017 har fristbruddene variert mellom 30-80 % pr måned. Det er laget gode systemer for måling av fristbrudd og oppfølging på daglig basis. Fristbruddene oppstår innenfor fagområder hvor kapasitet og krevende planlegging av pasientforløpene mot tilgjengelige ressurser skal avstemmes. UNN vil iverksette tiltak på disse områdene for å unngå fremtidige fristbrudd. Hovedutfordringen har vært innenfor håndkirurgi. Det har vært gjennomført et eget prosjekt for å løse utfordringene, og de har nå få eller ingen fristbrudd.

Finmarkssykehuset har iverksatt flere tiltak for å redusere og unngå fristbrudd. Klinikken for psykisk helsevern og rus har gjennomført et større prosjekt i 2017 som har vist gode resultater og klinikken nærmer seg nå målet om ingen fristbrudd.

Klinikk Hammerfest kan vise til et bedre resultat i 2017 sammenlignet med 2016, og under 2 % fristbrudd. Også her er det gjort tiltak med kvalitetssikring av registreringsrutiner, da flere fristbrudd har fremkommet som følge av registreringsfeil.

Fristbrudd har vært fokusområde i Helgelandssykehuset i lengre tid, og følges opp i de månedlige virksomhetsrapportene og gjennom foretakets dashboard i HelseNord LIS. Sykehusene har gjennom året hatt tiltaksplaner for å få ned fristbrudd i fagområdene som har hatt utfordringer. Flere konkrete tiltak er benyttet, som bruk av Helfo, innleie av vikarleger for å øke kapasiteten, fordeling mellom sykehusene, ambulering, og opplæring i registrering DIPS.

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

I Helse Nord er andelen nye kreftpasienter som inngår i et pakkeforløp i 2017 82 %, som er bedre enn snittet for landet på 77 %. Alle våre helseforetak ligger over styringskravet, og resultatene fordeler seg slik: Finnmarkssykehuset 85 %, UNN 86 %, Nordlandssykehuset 75 % og Helgelandssykehuset 81 %.

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

Andelen gjennomførte pakkeforløp innen definert standard forløpstid i Helse Nord er totalt på 69 %, som er identisk med snittet for landet. UNN har oppnådd målet med en andel på 71 %, mens Nordlandssykehuset ligger tett opptil med 69 %. Helgelandssykehuset har 66 %, mens Finnmarkssykehuset ligger lavest med en andel på 59 %. Det er særskilt pakkeforløp for prostatakreft som trekker ned snittet for alle helseforetakene. Ulik registreringspraksis kan være noe av forklaringen.

Ved UNN er det noen kreftforløp med få pasienter som er under 70 %. Av de fire store har de økt andelen for prostatakreft til 56 %, mens de ligger noe lavere på tykk- og endetarmskreft med en andel på 66 %. Det er iverksatt et arbeid med nærmere analyser av forløpene ved hjelp av Statistisk prosesskontroll og oppfølging på tavlemøter for å avdekke systemfeil. Dette er et ledd i satsingen på kontinuerlig forbedring og vil bidra til at alle forløpene på sikt kommer innenfor normert tid.

Nordlandssykehuset oppgir at de har avdekket ulik praksis på registrering av pakkeforløp ved de ulike sykehusene i helseforetaket, knyttet til når det skal startes pakkeforløp og vurdering av hva som er et pakkeforløp. Det er avdekket flere eksempler på kodefeil. Pasienter er registrert med ICD10-kode på kreft som ikke er riktig. Det arbeides med å utbedre dette. Det er også avdekket mangler ved registrering av pakkeforløp hos ø-hjelpspasienter. Det arbeides nå med å etablere gode nok systemer for å sikre lik og riktig praksis. Nordlandssykehuset jobber med tiltak for å redusere gjentakende tidstyver og flaskehalsar:

- Lang ventetid for røntgendiagnostikk som MR og PET
- Lang ventetid for biopsier
- Lang ventetid i forløp hvor pasienten må sendes videre, spesielt ut av helseforetaket
- Lang postgang og uklare linjer for pasientinformasjon
- Ikke entydig praksis ved de ulike sykehusene i foretaket på gjeldende frister; rettighetsfrister kontra pakkeforløpsfrister
- Manglende merking av pakkeforløp i henvisninger og rekvisisjoner
- Pakkeforløp som trenger tjenester fra annen avdeling (for eksempel biopsier) kan ta for lang tid

Finnmarkssykehuset har nå regelmessige tverrfaglige møter med UNN for å øke andelen innen prostatakreft hvor de har en andel på 34 %. Forløpskoordinatorstillingen ved sykehuset i Kirkenes skal flyttes fra kreftpoliklinikken til den merkantile innkallingsenheten når de flytter inn i nytt sykehus, noe som forventes å øke måloppnåelsen.

I desember tok Helgelandssykehuset i bruk DIPS Arena og forventer at dette skal føre til mer riktig registrering. Andre tiltak er forbedring av prosedyrene i forløp der måloppnåelsen er lav. Ett eksempel er tiltak for å redusere ventetid for MR prostata ved annet foretak.

Sykehusapotek Nord (SANO) understøtter helseforetakenes arbeid ved å sørge for at apotek og sykehus er omforent om bestillingsrutiner vedr cytostatika. I tillegg skal produktene leveres i henhold til avtalt tid.

- Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene, jf. andre oppgaver.

Helse Nord 5. Regionale innsatsteam ble avviklet 15. mars 2017. Dette teamet benyttet flere av de indikatorer som AIM har hatt fokus på, både i retrospektive analyser og for å skaffe en baseline i kommende forbedringsarbeid. Her nevnes to eksempler hvor teamet aktivt benyttet seg av følgende indikatorer:

- Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
- Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.

Teamet gjennomførte en enkel aktivitetsanalyse for å skaffe oversikt over antall nyhenviste pasienter, for utvalgte fagområder, innen to sammenlignbare foretak i Helse Nord. Resultatet viste stor variasjon, og viste i flere tilfeller overraskende resultater. Spesielt ble dette spennende når man sammenlignet ressursbruk og poliklinisk drift. Ved å anvende denne indikatoren fikk ledelsen i aktuelle foretak mulighet til å bruke disse resultatene i planlegging og argumentasjon for fremtidig drift.

Analyser vedrørende andel kontroller viste også stor variasjon, både sammenlignet opp mot andre foretak – men også internt i egen klinikk. Noe av denne variasjonen hadde kjente årsaker, mens andre fikk frem ukjente problemstillinger. Innsatsteamet påpekte store utfordringer hva angikk ulike registreringsrutiner, da det manglet definisjoner på hva som registreres som behandling og hva som registreres som kontroll. Det ble også avdekket ulike rutiner i oppfølging og antall kontroller innen samme fagområde. Ved å anvende denne indikatoren fikk ledelsen mulighet til å sikre like rutiner og begrense ressursbruk der andel kontroller var spesielt høy.

Det ble avgjort i slutten av 2017 at arbeidet med lokale fagmiljø skal gjennomføres på et annen måte i 2018, via etablering en regional arbeidsgruppe med representanter fra alle HF og fra RHF-et, og som skal jobbe under det regionale variasjonsteamet.

Andre oppgaver 2017:

- Helse Nord RHF skal følge opp Helsedirektoratets gjennomgang av kvalitet i ventelisteregistrering som er ventet publisert 1. februar 2017.

Helsedirektoratet har publisert «*Utredning av ventelisteregistrering i spesialisthelsetjenesten*» i mai 2017. Rapporten har blitt diskutert og evaluert i flere møtearena både nasjonalt og regionalt. Generelt sett er RHF-ene fornøyde med rapporten

og den ble godt mottatt. Rapporten har hatt fokus på de rette (vanskelige) problemstillingene og har brukt en tilstrekkelig metodikk for å avdekke, evaluere rot årsaker til ulike problemstillinger og har kommet med transparent og adekvat anbefalinger / behov for tiltak.

Det som ble nevnt og pekt på av rapporten var ikke ukjent fra før – f. eks. innsatsteamet til Helse Nord har også indentifiserte flere faktorer av disse i sine rapporter i 2016 og 2017. Helse Nord har fulget opp saken ved bruk av ulike kanaler.

Anbefalinger kommer ut fra rapporten ble diskutert som et fast agendapunkt på det nasjonale ventelisteforumet (29. mai 2017; 29. november 2017) hvor Helsedirektoratet, NPR og alle fire regioner i lag har gått gjennom det viktigste punktene av rapporten og diskutere tiltak som har allerede ble implementert eller vil implementeres og innføres for å forbedre datakvalitet, for å få mer robust og pålitelig datagrunnlag og ikke minst for å sikre at alle pasient får lik vurdering og alle pasientrettighet skal ivaretas.

Våren 2017 meldte Helse Nord RHF inn en sak om mulig systemfeil av beregning fristbrudd – og det er knyttet til samarbeid med andre aktører (institusjon, sykehus, særlig bruk av HELFO). Som konsekvens har alle RHF sjekket sine egne rutiner og implementerte registreringspraksis.

Helse Nord RHF har gjennomført en grundig kartlegging og analyse av dagens registreringspraksis, med spesiell fokus på samarbeidet med HELFO. Oppsummeringen konkluderte at selv om det finnes en felles regional veileder som er tilgjengelig for alle gjennom Helse Nord sitt kvalitetssystem (Docmap), det finnes ulike tolkning av regelverket, og derfor ser vi ulike registreringspraksis og kodebruk ikke bare på HF nivå, men også på klinikknivå.

Regionalt fagsjefmøte i november 2017 har støttet innspill om en egen gruppe som skal utrede registreringsrutiner der variasjon ble avdekket med mål om felles og tydeligere regionale rutiner. Gruppen har blitt etablert med representanter fra alle fire HF og RHF-et. Forvaltningssenter EPJ har blitt også involvert til arbeidet, og gruppen ble tilknyttet til det regionale variasjonsteamet.

- Helse Nord RHF skal implementere pakkeforløp hjerneslag.

Pakkeforløp for hjerneslag fase 1 ble offisielt lansert 18.12.2017, og implementering startet i januar 2018, med oppstart av registrering fra 10. februar 2018. Det er etablert et samarbeid mellom slagenhetene i regionen knyttet til implementeringen. Helse Nord RHF har koordinert samarbeidet initialt, for å sikre at personell som vil være involvert i arbeidet med pakkeforløp for hjerneslag har fått tilstrekkelig og oppdatert informasjon.

- De regionale helseforetakene skal, i samråd med Helsedirektoratet, vurdere konkrete tiltak for å bedre samhandlingen mellom sykehusene og private avtaleparter. Tiltakene skal også inkludere private med godkjenning gjennom fritt behandlingsvalgordningen, særlig der det er vesentlige forskjeller i kapasitetsutnyttelsen mellom ulike institusjoner, og tilgjengeligheten derfor kan forbedres gjennom å utnytte disse forskjellene. Som grunnlag for vurdering av tiltakene, skal det gjennomføres en kartlegging og analyse av årsakene til at samhandlingen ikke er tilfredsstillende. Helse

Sør-Øst RHF leder arbeidet. Forslag til tiltak skal legges fram for departementet innen 1. juni 2017.

Helse Sør-Øst RHF har levert tilbakemelding til HOD på vegne av de fire RHF-ene.

- De regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet, skal i løpet av første halvår 2017 gjennomføre en informasjonskampanje for å øke pasienters og helsepersonells kjennskap til pasientrådgivere og nettsiden "Velg behandlingssted".

Kampanjen ble gjennomført som et interregionalt samarbeid i drøyt to uker fra 19. mai til 4. juni.

Pasientrådgiverne hos Velg behandlingssted merket ikke økt pågang på telefonhenvendelser i kampanjeperioden. Nettsiden valg behandlingssted har hatt økt trafikk, men det er vanskelig å si hvor mye av økningen som kan tilskrives kampanjen.

En før og etter-måling gjennomført av Epinion viste 12 prosentpoeng økning i kjennskap til nettsiden «Velg behandlingssted». Økningen er signifikant.

- Helse Nord RHF skal i 2017 gi styringsmessig prioritet til:
 - Oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer:

I 2017 har Helse Nord hadde flere utfordring med å jobbe med å få redusert variasjon og økt kapasitetsutnyttelse i regionen. Pga utskifting av sentrale personer i 2017 har det regionale arbeidet vært begrenset.

Til tross for alle utfordringer jobbet Helse Nord videre med å rapportere gode datagrunnlag til AIM arbeidet og publisere indikatorene om kapasitetsutnyttelse og effektivitet internt i regionen via Helse Nord LIS. Nå har vi fire av fem indikatorer på plass og tilgjengelig for alle interesserte – det jobbes videre med å få god datagrunnlag for kontroller. Her er utfordringer - som det ble diskutert i flere møtearenaer tidligere – at det fortsatt ikke entydig definert, hva en kontroll egentlig betyr– vi ser stor variasjon av bruk begrepet «kontroll», det dekker ulike type pasientkontakter fag for fag.

- Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.

Målet med indikatoren er å redusere nivå og variasjon i antall og andel pasientkontakter med passert planlagt tid, slik at pasienter og pårørende kan få en mer forutsigbar plan for et behandlingsforløp hvor avtaler holdes. Indikatoren ble første gang publisert 1. tertial 2017, og for Helse Nord ble resultatene også vist på fagområdenivå fra 2. tertial 2017.

Dette året har vi hatt stor fokus på hvordan dataene tas ut og også ned på fagområdenivå.

Fra 1. tertial til 2. tertial har vi samlet sett i Helse Nord hatt en forbedring fra 14 % andel kontakter passert tid til 13,4 %.

Målet fremover er å øke bruken av indikatoren i rapportering fra HF-ene og øke kvaliteten på registreringer av data.

- Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Målet med indikatoren er å identifisere hvor mye henvisninger/pasienthendelser ble vurdert å ikke ha rett til helsehjelp. Indikatoren viser om det finnes noe geografisk variasjon eller om det finnes noe variasjon i ulike fagområder/institusjoner hvordan henvisninger håndteres og vurderes.

I 2017 ble denne indikatoren publisert for fagområde ortopedi og psykisk helsevern. Resultatene viser at Helse Nord har hatt en svært positiv utvikling ilt ett år, særlig i ortopedi: andel avviste henvisninger viste stor variasjon i 2016 1. tertial, da ulike HF hadde meget ulikt indikatorverdi med minimum 7,7 % (FIN HF) og maksimum 31,8 % (UNN HF). Tre HF har redusert sine resultat og ligger mellom 0,4-0,8 %, dvs at de viser lite variasjon, mens UNN som også har redusert andel avviste, ligger på en høyere verdi med 6,2 %. Helse Nord samlet sett har også meget bra utvikling – andel avviste har gått ned fra 27,4 % (1. tertial 2016) til 2,9 % (2. tertial 2017.)

I psykisk helsevern ser utviklingen også positiv ut. Reduksjon i andel avviste viser moderat synkende trend, samlet sett for Helse Nord fra 26,9 % (1. tertial 2016) til 18,5 % (2. tertial 2017.). I utgangspunktet observerte vi mindre variasjon i psykisk helsevern i 1. tertial 2016 (indikatorverdier ligger mellom 19,6 % og 31,4 % på HF nivå) enn i ortopedi, men selve variasjonen i faget – som følger synkende trend – ble uendret i perioden og står mellom 8,5 % og 24,2 % i 2. tertial 2017.

Etter kartlegging av registreringsrutiner ifm håndtering og vurdering av innkommende henvisninger ble det avklart at høyere antall av avviste pasienter per 10.000 innbyggere kan skyldes av arbeidskultur: mesteparten av elektronisk kommunikasjon skjer i form av eHenvisning, men en del av kommunikasjon handler ikke om reel henvisning – det er bare melding mellom fastlegekontor og sykehus som skal avvises. Det skjer også ofte at det blir en dobbelthenvisning – henvisningen sendes inn både elektronisk og på papir, så den ene form blir avvist.

Vi ser fortsatt lav registreringsprosent av fagområdet i EPJ systemet. Det ble også diskutert i flere møtearenaer at fagområde er ikke en obligatorisk felt i DIPS, og selve plasseringen av feltet er litt uheldig - så som konsekvens, man kan hoppe over feltet og det kan registreres en avvisning uten registrering av fagområdet. Det jobbes videre med å få riktig verktøy på plass – DIPS rapporterte at det kommer en løsning på det ved implementering av DIPS Arena.

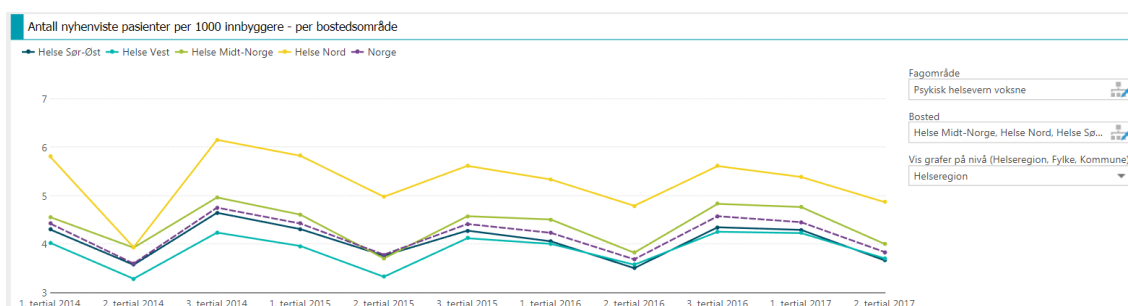
- Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.

Indikatoren viser – etter definisjon fra AIM – befolkningens tilgjengelighet til polikliniske spesialisthelsetjenester. Det gir oversikt over strømmen av pasienter og belastning til spesialisthelsetjenesten. Det kan gi informasjon om hvem/hvilke aktører sender inn mest pasient til poliklinikker, hvor pasienter blir henvist fra (fastlegekontor, avtalespesialist, privat praksis, osv.).

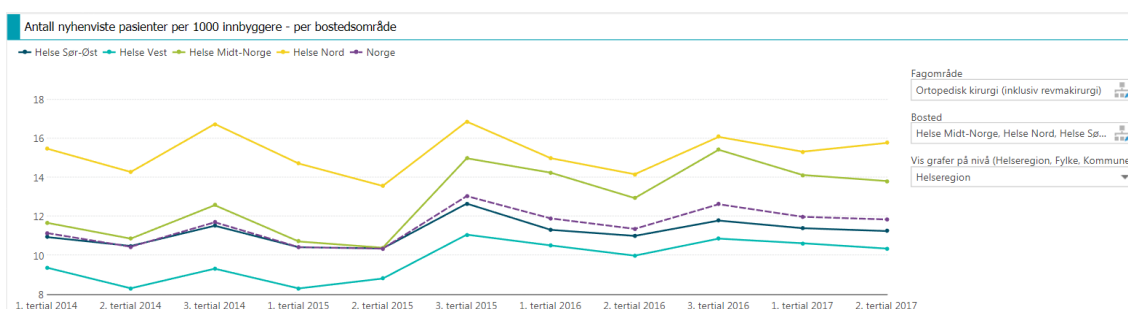
Andel nyhenviste i Helse Nord (og i hele landet) viser en kjent sesongvariasjon og en moderat økende trend: indikatorverdien har gått opp fra 27,2 % til 31,1 % i ortopedi og fra 4,7 % til 5,3 % i psykisk helsevern.

Da vi analyserer standardiserte tall (antall nyhenviste pasienter per 1.000 innbyggere) da ser vi fortsatt en mild sesongvariasjon. Helse Nord ligger mellom 4 og 6, mens øvrige RHFene viser lavere tall, mellom 3 og 5 i psykisk helsevern. Landets gjennomsnitt ligger mellom 4 og 5.

Samme indikator for ortopedi viser verdier mellom 14 og 16 i Helse Nord i 2016 og 2017, like høyere verdier vises i Helse Vest, mens øvrige RHFene og landets gjennomsnitt ligger mellom 8 og 12 (se grafene under).



Antall nyhenviste pasienter per 1.000 innbyggere p/RHF og p/tertiar fra 2014 og i 2017 for psykisk helsevern voksne. (Kilde: Helsedirektoratet, [Dashbord for Nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten](#), arkfane Kapasitetsutnyttelse / Nyhenviste)



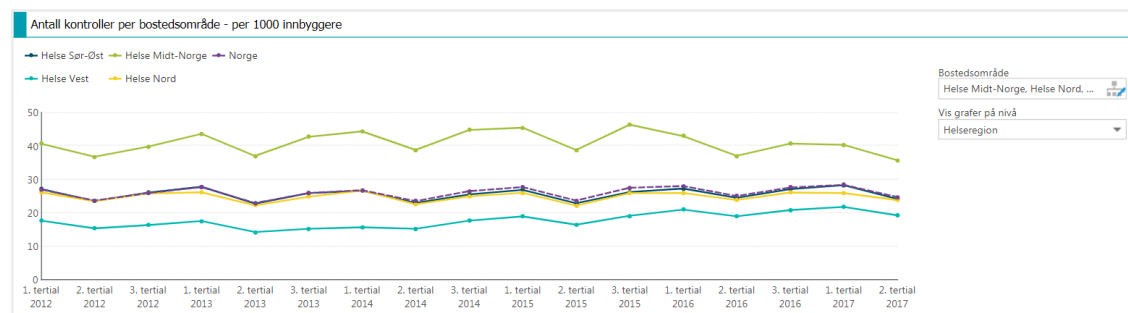
Antall nyhenviste pasienter per 1.000 innbyggere p/RHF og p/tertiar fra 2014 og i 2017 for ortopedisk kirurgi (inkl. revmakirurgi). (Kilde: Helsedirektoratet, [Dashbord for Nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten](#), arkfane Kapasitetsutnyttelse / Nyhenviste)

Det ble påpekt flere ganger at det trenges en del forsiktighet når en indikator evalueres, men i denne sammenheng resultatene kan tolkes sånn at pasienter har litt bedre tilgang til polikliniske konsultasjoner i fagområde ortopedi og psykisk helsevern i Helse Nord enn i andre landsdelen av Norge. Samtidig sier det ingenting om selveste faglig kvalitet av disse tjenestene (outcome).

- Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.

Opprinnelig ble denne indikatoren etablert for å belyse geografiske forskjeller i helsetilbudet som leveres til utvalgte pasientgrupper. Andel kontroller gir mulighet til å sammenligne ulike behandlingsteder innenfor et gitt fagområde, avdekke ulike praksisforskjeller og gir godt utgangspunkt for nærmere undersøkelser av et konkret fagmiljø.

I 2017 ble det opprettet og publisert en datasett for ett utvalg pasientgruppe (sykdommer i skjelett- muskelsystemet og bindevev). Helse Nord viser stabile verdier med liten variasjon rundt 42 % i 2016-2017.



Antall kontroller per 1.000 innbyggere p/RHF og p/tertiar fra 2014 og i 2017 for sykdommer i skjelett- muskelsystemet og bindevev. (Kilde: Helsedirektoratet, [Dashbord for Nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten](#), arkfane Kapasitetsutnyttelse / Kontroller)

Når vi analyserer standardiserte tall (antall kontroller per 1000 innbyggere) ser vi at Helse Nord står høyere enn nasjonale tall og enn de øvrige RHFene. Funnene antyder at Helse Nord tilbyr bedre tilgang til polikliniske konsultasjoner for dette pasientgruppen – men det betyr ikke nødvendigvis at kvaliteten (outcome) av tjenestene er høyere enn i andre steder i landet.

En undergruppe i AIM arbeidet (undergruppe for nye fagområder, i første halvår i 2017 ledet av Helse Nord RHF) har sett fokus på indikatoren andel kontroller og mulig utvidelse av denne indikator til andre pasientgrupper (øyesykdommer og hjertesykdommer) i det lokale forbedringsarbeidet. I deres rapport (AIM rapport, 10. oktober 2017, s 31.) pekte undergruppen på at pga ulik kodepraksis innen kontakttype og registrering og diagnosekoder/bidiagnosekoder, blir det utfordrende å implementere «andel kontroll» på spesifikke pasientgrupper innenfor et fagområde.

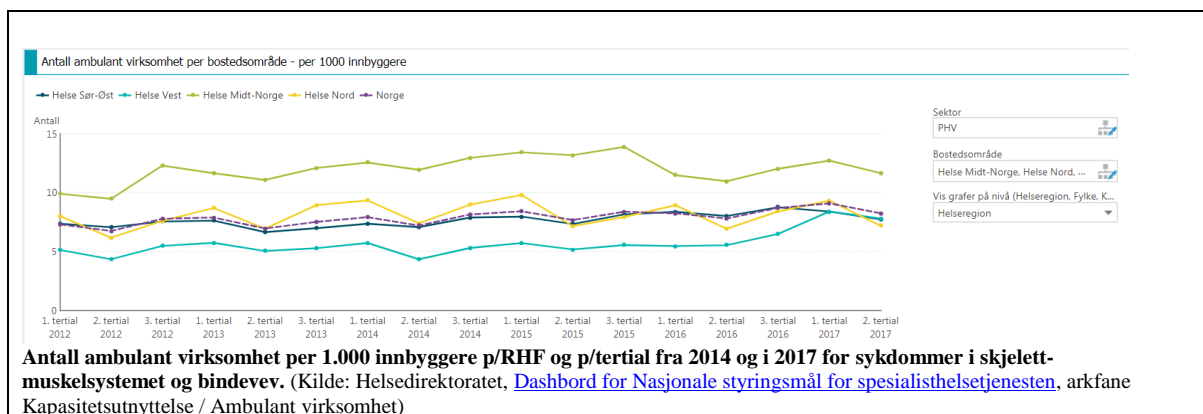
- Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.

Pasientkontakt utenfor et poliklinikk, institusjon eller annet fast behandlingssted innebærer store faglige og personlige merverdier for pasienter med psykiske lidelser, bl. a. unngåelse av innleggelse til psykiatrisk enhet, eller redusert bruk av tvang. Derfor er det ønskelig å øke forholdet til ambulante konsultasjoner innen faget.

Målet ved å bruke denne indikatoren er å evaluere og å følge opp bruk av ambulant virksomhet og å identifisere eventuelle geografiske variasjoner.

Andel ambulante konsultasjoner vises en ikke signifikant reduksjon i 2017 (7,8 %, 2. tertial 2017) sammenlignet med 2016. (7,9 % i 1. tertial 2016). På HF nivå ser vi større variasjon i utviklingen: mens tre av fire HF viser økt andel av ambulante konsultasjoner, har Nordlandssykehuset HF en betydelig reduksjon (fra 13,1 % i 2. tertial 2016 ned til 9,5 % i 2. tertial 2017).

Ved evaluering av standardiserte indikatortall (antall ambulant virksomhet per 1000 innbyggere) viser lite sesongvariasjon med lavest tall 6,9 (2. tertial 2016) og høyest tall 9,3 (1. tertial 2017) – Helse Nord følger nasjonal utviklingen i nasjonal sammenligning.



De regionale helseforetakene skal i oppfølgingsmøter i 2017, rapportere særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals sykdommer, hensyntatt evt. forskjeller i den enkelte indikatorers relevans for ulike fagområder.

- Oppfølging av systematiske sammenlikninger mellom sykehus av dagbehandling for behandlinger/pasientgrupper og gjennomsnittlig liggetid for de prosedyrer/pasientforløp som de regionale helseforetakene har pekt på i sin rapport til departementet av 25. november 2016.

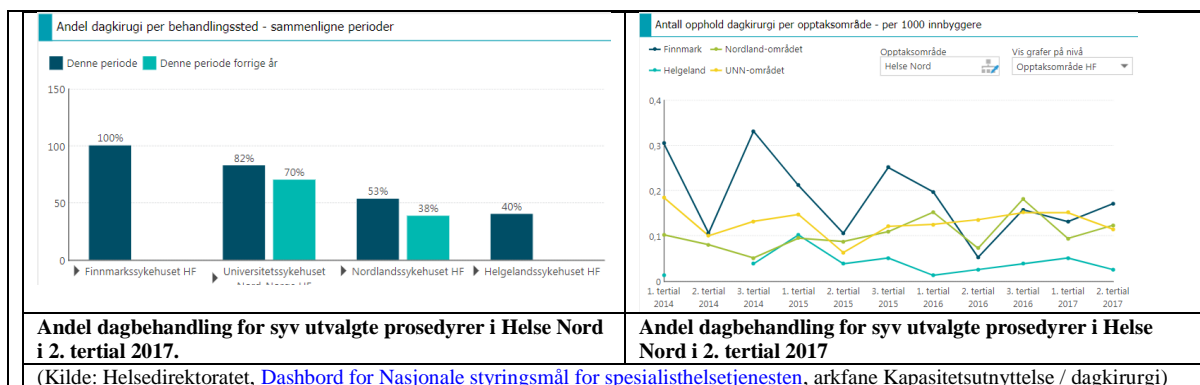
Tabellen under viser andel dagbehandling for syv utvalgte prosedyrer for Helse Nord i 2. tertial 2017.

Helse Nord RHF har høyest andel dagbehandling på fire av syv dagkirurgiske inngrep som ble utvalgt av AIM i 2016 og hvor datagrunnlaget ble ferdigstilt og ble publisert av Helsedirektoratet sitt dashbord på internett.

Selv om Helse Nord kommer positivt ut fra en nasjonal sammenligning, er vi nødt til å peke på at denne indikator illustrerer volumet og kapasitetsutnyttelse (dagkirurgi krever mindre ressurs og garanterer like bra outcome enn innleggelse på en redusert risikonivå blant veldefinerte grupper av pasienter), men ikke nødvendigvis har relasjon med medisinsk kvalitet.

	Prosedyre	Andel dagbehandling	Rangering	Merknad
1.	Fjerning av mandler (barn)	64%	(1.)	
2.	Fjerning av mandler (voksne)	64%	(1.)	
3.	Fjerning av osteosyntesemateriell i over- og underekstremiteter	93%	(1.)	
4.	Gallesteinoperasjon	30%	(3.)	Helse Sør-Øst har høyest tall med 32%
5.	Lyskebrokk, voksne	60%	(3-4.)	Helse Sør-Øst har høyest tall med 69%
6.	Makulahull	75%	(2.)	Helse Vest har høyest tall med 96%
7.	Operasjon av genitalt fremfall	38%	(1.)	

Andel dagbehandling for syv utvalgte prosedyrer i Helse Nord i 2. tertial 2017. (Kilde: Helsedirektoratet, [Dashbord for Nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten](#), arkfane Kapasitetsutnyttelse / dagkirurgi)



Her presenterer vi en eksempel om fjerning av mandler (barn), hvor det vises stor variasjon på HF nivå både i andel og standardisert antall dagbehandling. Finnmarkssykehuset HF har høyest andel med 100 % og Helgelandssykehuset HF med lavest andel med 40 %, og det utgjør en 60 % prosentdifferanse (representerer 2,5x høyere verdi hos Finnmarkssykehuset HF). Standardiserte tall viser ca. 6x høyere tall for Finnmarkssykehuset HF (0,17 opphold/1000 innbyggere) enn for Helgelandssykehuset HF, som har lavest verdi (0,03 opphold/1000 innbyggere). Det viser at det en som bor i Finnmark har mye større sjans for å få sine mandler fjernet enn en andre som bor i Helgeland.

Høy variasjon både på nasjonalt og på regionalt nivå hos flere prosedyrer antyder at felles nasjonale retningslinjer er tolkes og implementeres annerledes i ulike behandlingssteder – så indikatoren gir en adekvat utgangspunkt for lokale undersøkelser og kvalitetsarbeid som kan avdekke og identifisere årsaker og kan lede til gode tiltak for redusering evt. unødvendig variasjon.

Vi må peke på at denne indikator bør ikke brukes alene, det er flere faktorer og andre indikatorer som bør analyseres samtidig i denne sammenheng (antall behandling, andel dagbehandling, antall behandling per 1000 innbyggere med alder- og kjønnsjustering, osv).

Andre viktige utfordringer er at det finnes nesten ingen standard måltall som representerer god praksis og faglig kvalitet og kunne brukes for evaluering våre funn. Undergruppen for dag/døgn i AIM samarbeidet har testet ut en modell fra NHS (Storbritannia) som estimerer utnyttet potensiale for økt andel medisinsk dagbehandling – den gir oss godt grunnlag og metodikk for å kjøre lignende analyser i regionen. Det kommer etter at undergruppen kommer med en prosedyre som beskriver hvordan disse pasientgrupper kan indentifiseres basert på data fra NPR-meldingen.

- De regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet, skal innen medio oktober 2017:
 - Utføre analyser for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse for poliklinisk aktivitet som kobler aktivitetsdata, HR-data og data for kostnad på pasientnivå (KPP), med sikte på å utvikle indikatorer.
 - Arbeide videre med de 5 indikatorene som ble foreslått i 2016, både for å sikre datakvalitet og optimale definisjoner, samt for å innhente og videreformidle erfaringer med bruken av indikatorene
 - Foreta systematiske sammenligninger av kapasitetsutnyttelse og effektivitet for utvalgte prosedyrer/forløp med forbruk av de samme prosedyrene/forløpene på tvers av sykehus. Det forutsettes at NPR og SKDE involveres i dette arbeidet.

- Legge fram en plan for styringsmessig oppfølging og videre utviklingsarbeid knyttet til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse

Helse Midt-Norge har ledet arbeidet i arbeidsgruppe der Helse Nord har deltatt sammen med de øvrige regionene. Arbeidet har hatt en bredt sammensatt styringsgruppe, og en referansegruppe der både tillitsvalgte og brukere har deltatt. SKDE med nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre har bidratt i arbeidet. Etter godkjenning av de fire administrerende direktørene, ble rapporten oversendt HOD i oktober 2017, i tråd med oppdraget.

Hovedkonklusjoner i rapporten:

- Arbeidet med å utvikle indikatorer (både de som er identifisert og nye) bør fortsette.
- I rapporten presiseres det at nasjonale indikatorer viser observert variasjon, men at en er avhengig av lokale data og et lokalt analysearbeid for å identifisere hva som er uønsket variasjon. Å identifisere uønska variasjon er en viktig inngang til lokalt forbedringsarbeid.
- Rapporten understreker at i alt forbedringsarbeid er det viktig å ha perspektiv både på «indre effektivitet», dvs for den enkelte enhet, og på «ytre effektivitet», dvs i et populasjonsperspektiv.

Når det gjelder det siste kulepunktet har dialogen hittil vært direkte mellom SKDE og de enkelte HF eller regionale fagråd/fagmiljø. Fremover vil RHF-et være mer systematisk involvert i dialogen slik at det sikres at anbefalinger/kommentarer SKDE sender til de enkelte HF, også tas inn i oppfølgingsmøtene.

2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2017:

- 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 avskrivninger, 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 2017*	56	39	43	35
Endring fra 2016	- 3	- 1	+ 3	+ 9
Kostnader**	+ 1,8 %	+ 6,3 %	+ 5,4 %	+ 4,9 %
Årsverk	+ 1,8 %	+ 1,9 %	+ 5,1 %	+ 1,9 %
Aktivitet poliklinikk	+ 1,8 %	+ 3,8 %	+ 6,5 %	+ 10,2 %

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

* Gjennomsnittlig ventetid avviklede desember 2017.

** Korrigerte kostnader er akkumulerte kostnader uten avskrivninger, legemiddel og pensjon.

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 og TSB. Til tross for korte ventetider er det nødvendig å holde fokus på å ytterligere reduseres ventetiden innen psykisk helsevern og TSB.

Helse Nord har prioritert psykisk helsevern og TSB på områdene aktivitet, kostnader og årsverk. Samlet viser tallene fra 2017 en klar positiv utvikling sammenliknet med tidligere år.

- I samarbeid med kommunene redusere antall tvangsinnleggelseser innen psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere sammenliknet med 2016.

Antall tvangsinnleggelseser per 1000 voksne i befolkningen ble redusert i 2017.

2016: 2,26 2017: 2,12

Helseforetakene har jobbet for å styrke egne tjenester som vaktordning og beredskapssenger DPS og ambulante akutteam. Det er videre ført samtaler med kommuner om hvordan helseforetakene kan legge til rette for redusert antall tvangsinnleggelseser.

- Registrere med mål om å redusere antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.

Tvangsmiddelbruk per 1000 voksne i befolkningen gikk litt opp i 2017.

2016: 0,36 2017: 0,42

Både Universitetssykehuset i Nord-Norge og Nordlandssykehuset har iverksatt kvalitetsforbedringstiltak for å sikre riktig registrering og riktig og redusert tvangsmiddelbruk. Økningen ved UNN skyldes et arbeid i avdelingen med å redusere bruk av de mest inngripende tvangsmidlene. UNN kan vise til en stor reduksjon bruk av mekaniske tvangsmidler. Derimot er bruken av kortvarig fastholding økt noe. En tvangsepisode med beltelegging kan vare over mange timer og registreres som ett tvangsmiddel. Hvis man kan unngå bruk av belter, men må holde pasienten fast i noen sekunder eller minutter, kan dette medføre registrering av flere fastholdinger. NLSH rapporterer at økningen i hovedsak skyldes flere og mer krevende pasienter i 2017 enn 2016.

- Registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helseforetakene i Helse Nord registrerer avbrudd og har rutiner for tettere kontakt med pasienten og hjelpeapparatet før innleggelse. Helgelandssykehuset har ikke fått registrert avbrudd i behandlingen i DIPS, men har funnet en løsning og vil ha dette på plass i 2018.

Tiltak som er innført er blant annet innføring og utprøving av feedbackverktøy, økt bruk av kartlegging av kognitiv fungering, team som følger opp pasienter før innleggelse, for-samtale med alle pasienter og styrket samarbeid med kommunen i forkant av innleggelseser.

Andre oppgaver 2017:

- Helse Nord RHF skal utarbeide samarbeidsavtaler som omfatter kommunale helsetjenester, kommunalt og statlig barnevern og psykisk helsevern for barn og unge som sikrer god og lett tilgjengelig helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjoner, poliklinisk og ambulant, samt veiledning til ansatte i institusjonene. Helsedirektoratet og BUFdir skal utarbeide nasjonale føringer for innhold i avtalene.

Alle helseforetak i regionen har etablert samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og samtlige tilhørende barnevernsinstitusjoner. Det foreligger også samarbeidsavtaler på regionalt nivå mellom Helse Nord RHF og Bufetat region nord.

- Det skal pekes ut barnevernsinstitusjon i hver barnevernsregion som skal ha ansvar for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og med særlig store psykiske hjelpebehov med oppstart av de to første i 2018. Helse Nord RHF skal i 2017 forberede en hjemmesykehusmodell i psykisk helsevern for barn og unge rettet mot barn i disse institusjonene.

Bodø ungdomshjem er utpekt som institusjonen som skal etablere et tilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og med særlig store psykiske hjelpebehov. Nordlandssykehuset har etablert et prosjekt i samarbeid med Bufetat for å forberede helsehjelp til de barn og unge som mottar hjelp i tilbudet. Målsetningen er oppstart i løpet av 2018.

- Helse Nord RHF skal etablere Barnevernsansvarlig i BUP i henhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet <https://helsedirektoratet.no/nyheter/psykisk-helsehjelp-til-barn-i-barnevernet> Direktoratene har i oppdrag å utarbeide en kortfattet beskrivelse og rutiner for en slik funksjon i løpet av første halvår 2017.

Alle helseforetak er i ferd med å etablere funksjonen som barnevernsansvarlig i BUP. Bakgrunnen for at ikke alle er ferdig med innføringen er at retningslinjen for etablering fra Helsedirektoratet ikke ble publisert før i andre halvdel av desember 2017.

- Departementet utarbeider et rammeverk med bl.a. maler for kommunale forskrifter og avtaler mellom regionale helseforetak og interesserte kommuner for å legge til rette for forsøksordningen med kommunal drift av DPS, jf. avsluttet høring om saken. Rammeverket er planlagt ferdigstilt ila våren 2017. Helse Nord RHF forutsettes å legge til rette for dialog og eventuelle forhandlinger med interesserte kommuner.

Ingen kommuner har tatt initiativ til dialog om kommunal drift av DPS i 2017.

- Helse Nord RHF skal registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene, jf. plan om innføring av betalingsplikt for kommunene tidligst fra 2018.

Alle helseforetak i regionen rapporterer at de registrerer utskrivningsklare pasienter og at de har etablert samarbeidsrutiner med kommunene.

- Helse Nord RHF skal sikre at kvinner i LAR får informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR.

I Helse Nord får kvinner i LAR informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR.

- Helse Nord RHF skal sørge for at system for komplette og kvalitetssikrede data om tvang i psykisk helsevern er etablert. Innen 1. februar 2017 skal det gis tilbakemelding til departementet om når slikt system er på plass. Komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinngelger, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler for 2016 skal leveres NPR ved ordinært rapporteringstidspunkt, jf. krav for 2014 og 2015 i revidert oppdragsdokument 2016.

Rapportering ble levert til HOD innen 1. februar 2017. Foretakene i Helse Nord har alle etablert systemer for å sikre komplette og kvalitetssikrede data om tvang i psykisk helsevern.

- Som ledd i å redusere bruken av tvang, skal Helse Nord RHF gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter/brukerorganisasjoner om erfaringer med tvang i alle psykisk helsevernsheter som benytter tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.

Det er UNN og NLSH som har avdelinger godkjent for tvungent psykisk helsevern i regionen. Begge foretakene rapporterer at de av kapasitetshensyn ikke har kunnet gjennomføre et større kvalitetsforbedringsprosjekt i sine akuttposter. Bakgrunnen for dette er større lovendringer som kom i 2017 og allerede påbegynte forbedringsprosjekter som var svært ressurskrevende. Både UNN og NLSH rapporterer at de vil iverksette kravet i løpet av 2018.

- Helse Nord RHF skal etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll.

Det er etablert Narkotikaprogram med domstolskontroll i Helse Nord.

- Helse Nord RHF skal påse at helseforetakene forebygger ev. uønskede tilpasninger som følge av omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i 2017, og at omleggingen brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene.

Helse Nord har i innføringen av ISF etablert en regional arbeidsgruppe bestående av representanter fra alle helseforetak. Der er gitt informasjon om implementering og kravet om det ikke skulle innføres uønskede tilpasninger er tydelig formidlet. Alle helseforetak rapporterer at de har innført ISF i løpet av 2017 uten uønskede tilpasninger.

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2017:

- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016.

Helse Nord hadde i sum lavere andel av sykehusinfeksjoner i 2017 sammenlignet med 2016. (3,4 % i 2017 mot 3,5 % i 2016). Dette er marginalt bedre enn snittet for landet som i 2016 var på 3,6 %. Helgelandssykehuset var eneste helseforetak som ikke hadde reduksjon i 2017, med en marginal økning fra 2,0 % til 2,1 %. Helse Nord RHF vil følge utviklingen nøye.

Helseforetakene har iverksatt flere tiltak for å redusere andelen sykehusinfeksjoner ytterligere. Disse er blant annet:

- Smittevernvisitter.
- Etablering av foretaksovergripende infeksjonskontrollprogram
- Kontinuerlig opplæring av ansatte i basal hygiene.
- Korrekt antrekk
- Selektering av pasienter som kan ligge på samme rom. Prosedyre for systematisk gjennomgang av dype postoperative infeksjoner
- Prevalensundersøkelser gjennomgås i lokale KVAM-råd

- Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. Mål: minst 50 pst.

Helse Nord hadde en andel på 51,9 % i 2016 mot snittet for landet som lå på 63 %. Det er stor variasjon mellom helseforetakene. Finnmarkssykehuset 42,9 %, UNN 68,3 %, Nordlandssykehuset 45,8 % og Helgelandssykehuset 33,3 %.

Finnmarkssykehuset gjennomgår i forbindelse med innføring av pakkeforløp for hjerneslag alle prosedyrer knyttet til hjerneslagsbehandling, med særskilt vekt på prosedyrer for trombolysebehandling.

UNN har etablert trombolysealarm og dette bidrar til at alle er godt drillet i prosedyrene.

Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har også etablert trombolysealarm, og følger opp med jevnlig trening for å korte ned tiden det tar før trombolyse gis.

- Ingen korridorpasienter.

Alle helseforetakene har korridorpasienter. Alle helseforetakene jobber kontinuerlig med å få ned antallet korridorpasienter, blant annet med dialog med kommunene om utskrivningsklare pasienter, vridning fra døgn til dagbehandling og Forbedring av pasientforløp med reduksjon av unødvendig liggetid.

Nordlandssykehuset er det foretaket med flest korridorpasienter på grunn av kapasitetsutfordringer under ombyggingen.

- Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 pst.

Andelen som får hjemmedialyse pr. 2. tertial 2017 er totalt 30,8 % i Helse Nord, henholdsvis 35,2 % ved UNN og Finnmarkssykehuset, og 27,3 % ved Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset.

Det er iverksatt tiltak i pasientforløpet som sikrer at hjemmedialyse er første behandlingsalternativ ved behov for dialyse. I 2017 er det etablert et regionalt samarbeid for å øke andelen hjemmehemodialyse. Tiltak i dette arbeidet er å utarbeidet felles regionale rutiner for etablering av hjemmehemodialyse, samt felles materiell og prosedyrer for informasjon, opplæring og oppfølging av pasienter som velger denne formen for hjemmedialyse.

- 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzyminhibitorer og kinoloner).

Helse Nord har en reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika fra 2012 til 2. tertial 2017 på 17,5 %, fra 18,3 til 15,1 definerte døgndoser (DDD). Alle helseforetak har et lavere forbruk av bredspektret antibiotika sammenliknet med 2012. De har etablert antibiotikastyringsprogram og antibiotikateam som skal bistå med redusert bruk av bredspektret antibiotika slik at målet om 30 % innfris.

Andre oppgaver 2017:

- Helse Nord RHF skal utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering.

Innenfor rehabilitering for voksne har alle helseforetakene i Helse Nord i mange år hatt ambulante rehabiliteringsteam. Teamene har tett samarbeid med de fysikalske og rehabiliteringsmedisinske døgnenhetene.

Habiliteringstjenesten for barn og voksne har også en svært desentral arbeidsform, med ambulante team i alle helseforetak.

- Helse Sør-Øst RHF skal på vegne av de fire regionale helseforetakene, fra 1. januar 2017 og inntil avtalene utløper, forvalte avtaler og tilhørende midler på 57 mill. kroner under kap. 732, post 70, jf. Raskere tilbake-ordning, som i 2016 har vært forvaltet av Arbeids- og velferdsetaten. De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, innen 1. juni 2017 vurdere fremtidig bruk av midlene på 57 mill. kroner etter avtalenes utløp. Midlene skal målrettes arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og bidra til å understøtte opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp, tiltak der samarbeid med kommunene er en integrert del av virksomheten og styrking av spesialisthelsetjenestens veiledning overfor kommunene, jf. Prop. 1 S (2016-2017).

Helse Nord RHF har sammen med de øvrige regionale helseforetak vurdert framtidig bruk av midler til Raskere tilbake-ordning som tidligere ble forvaltet av Arbeids- og velferdsetaten, felles RHF-rapport levert HOD innen 1.mai 2017. I planlegging av behandlingstilbud for 2018 har Helse Nord RHF lagt til grunn at disse midlene, slik

forutsatt, benyttes fullt ut til å styrke arbeidsrettet rehabilitering og understøtte opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

- De regionale helseforetakene skal i felleskap innen 1. mai 2017 vurdere hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud. Det skal særlig gis en vurdering av tilbud som har vist seg å være effektive, tverrfaglige tilbud og tilbud som stimulerer til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand. De regionale helseforetakene skal innhente eventuelle erfaringer og vurderinger av ordningen fra Helsedirektoratet.

Helse Nord RHF har sammen med de øvrige regionale helseforetak utarbeidet rapport til HOD slik forutsatt, innen fristen 1.mai 2017.

- Helse Nord RHF skal utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk i alle helseforetak.

Det er UNN som har prosjektlederansvar i vår region for å utvikle flere samvalgsverktøy. Innen fagområdet psykiatri og rus ser man på om samvalgsverktøy kan integreres i en videre satsing på CheckWare. CheckWare vil implementeres på Helsenorge på sikt. PsyConnect som leveres på CheckWare sin plattform er et eksempel på at slike verktøy allerede er utviklet.

Medisinsk klinikk ved UNN utviklet mine behandlingsvalg som er i bruk. Nevro-ortopedi og rehabiliteringsklinikken har startet planleggingen med å utvikle samvalgsverktøy innen sine fagområder. De andre helseforetakene i vår region signaliserer at de er kjent med de verktøyene som så langt er utviklet, men at disse ikke er tatt i bruk

- Helse Nord RHF skal legge til rette for et system for fagrevisjoner i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt nettverk for å utvikle kompetanse og bistå med læring og erfaringsoverføring. Helse Nord RHF skal lede dette arbeidet.

Helse Nord RHF har i samarbeid med helseforetakene i 2017 gjennomført piloter for kliniske fagrevisjoner innen fagområdene «NSTEMI» og «Adjuvant kjemoterapi etter tykktarmskreft». Rapporter fra kliniske fagrevisjoner for «NSTEMI» er ferdigstilte og oversendt de aktuelle foretakene.

Nettside for kliniske fagrevisjoner i Helse Nord er under etablering på hjemmesiden til Helse Nord – se <https://helse-nord.no/helsefaglig/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kliniske-fagrevisjoner>. Her publiseres samlerapporter, årsplaner og annen dokumentasjon vedrørende kliniske fagrevisjoner.

Helse Nord RHF har tatt initiativ til å etablere et nasjonalt nettverk for klinisk fagrevisjon i tråd med oppdraget. Nettverket hadde sitt første møte 16.11.2017 og vil fortsette sitt arbeid i 2018.

- Helse Nord RHF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i helseforetakenes opptaksområde deltar.

Alle helseforetak med unntak av Helgelandssykehuset er invitert og deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp. Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke er presentert for de overordnede samarbeidsorganene i de respektive helseforetak.

- De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med seksuelle atferdsproblemer. Det skal legges vekt på tverrfaglig samarbeid, blant annet med barnevernet. Helse Vest RHF skal lede nettverket.

Det er i samarbeid mellom dei regionale helseføretaka etablert eit nasjonalt klinisk nettverk. Nettverket er leia av Betanien sykehus på vegne av Helse Vest RHF.

Etter avtale med Helsedirektoratet vil nettverket også bli nytta til særskild kompetanseutvikling i alle regionane. Det er sett av eigne midlar til dette, og laga forslag til eit program for kompetanseutvikling over 2-3 år. Betanien sykehus vil vere leiar for prosjektet/programmet.

Den første samlinga er i mars 2018.

Det er også sett ned ei styringsgruppe som Helse Vest leiar, med representantar frå alle dei regionale helseføretaka.

- Helse Nord RHF skal bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Dette er en del av de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset. Helse Nord RHF skal innen 1. mai levere en plan for oppbygging av kompetanse og kapasitet. Planen skal beskrive hvordan kapasiteten kan styrkes gjennom bruk av sosialpediatere og annet helsepersonell, herunder sykepleiere.

Helse Nord RHF viser til tilsendt plan for plan for oppbygging av kompetanse og kapasitet. Det arbeides nå for tilby medisinske undersøkelser ved barnehusene i Mosjøen og Kirkenes (åpnes medio mars 2018). Per i dag har vi ikke tilstrekkelig med kapasitet til å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet.

- Helse Nord RHF skal sikre at hendelser der anbefalingen om at den fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, ikke blir fulgt opp, blir dokumentert i helseforetakenes avvikssystemer og at resultatene blir brukt til kvalitetsforbedring.

Helseforetakene rapporterer at hendelser blir registrert i avvikssystemet, gjennomgått og brukt i forbedringsarbeidet. Tiltak for å forhindre uønskede hendelser er blant annet å sikre at bemanning og kompetanse er tilstrekkelig ut fra behovet. Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset rapporterer at de ikke har utfordringer knyttet til dette, mens UNN og Nordlandssykehuset som er kvinneklinikker har større utfordringer. Det skyldes i hovedsak

samtidighetskonflikter, og disse forsøkes løst med innleie av ekstra personell, alternativt at vakthavende jordmor går utover sitt ordinære skift.

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid etablere et prosjekt for å sikre sammenhengende og helhetlige pasientforløp for barn under 18 år med moderate og alvorlige hjerneskader. Arbeidet ledes av Helse Midt-Norge RHF som skal utarbeide en prosjektskisse innen 1. april 2017.

Deltakere fra fagmiljøer i Helse Nord er deltakere i prosjektarbeidet.

- Helse Nord RHF skal ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Som ledd i dette skal det etableres et prosjekt som skal utrede muligheten for døgkontinuerlig samisk språkkompetanse i AMK-sentraler, f.eks. ved hjelp av teknologi, og mulighetene for samarbeid mellom landets AMK-sentraler for å sørge for slik språkkompetanse.

Helse Nord RHF har tilsatt rådgiver med arbeidsfelt samiske helsetjenester.

Det er igangsatt et arbeid med å utarbeide en strategisk og overordnet plan med tiltak som fremmer likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen nasjonalt. Arbeidet med utarbeidelse av en slik strategiplan vil bli prosjektorganisert, og i nært samarbeid med samenes representative organ Sametinget.

Samisk tolkeprosjekt er i dag et implementert tjenestetilbud i Finnmarkssykehuset med navnet samisk tolketjeneste på nordsamisk språk. Tjenesten er et tilbudt også for AMK-sentraler, men det er ikke inngått et samarbeid på nasjonalt nivå. Tolketjenesten kan i dag ikke gi et tilbud på lulesamisk og sørsamisk språk. Gjennom regional avtale firma Noricom kan tolketjenester på nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk tilbys. Helse Nord RHF vil utrede muligheten for døgkontinuerlig samisk språkkompetanse i AMK-sentraler og mulighet for samarbeid på nasjonalt nivå basert på nye teknologiske løsninger for AMK-sentralene. Denne jobben vil bli sett i sammenheng med utarbeidelsen av en strategisk overordnet plan med tiltak som fremmer likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

Helse Nord RHF skal bruke kunnskap om uberettiget variasjon i sin styringsmessige oppfølging av helseforetakene, herunder følge opp eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester som er avdekket gjennom helseatlas. De målsatte indikatorene som er identifisert gjennom rapporten Indikatorer for måling av uberettiget variasjon, SKDE november 2016, skal brukes i oppfølgingen av helseforetakene. De regionale helseforetakene skal i fellesskap, under ledelse av Helse Nord RHF, videreføre arbeidet med å dokumentere eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester.

SKDE har publisert 2 nye atlas Eldrehelseatlas 2013-2015 og Helseatlas KOLS 2013-2015.

I den styringsmessige oppfølgingen har dialogen til nå vært direkte mellom SKDE og de enkelte HF eller regionale fagråd/fagmiljø. Fremover vil RHF-et være mer systematisk involvert i dialogen slik at det sikres at anbefalinger/kommentarer SKDE sender til de enkelte HF, også tas inn i oppfølgingsmøtene.

- De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt nettverk av regionale kompetansesentre for persontilpasset medisin og et nasjonalt anonymt frekvensregister for arvelige humane genvarianter, begge under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i dialog med Helsedirektoratet og Direktoratet for eHelse. Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere oppfølging av strategien.

Helse Nord RHF har gitt UNN og Nordlandssykehuset i oppdrag å delta i dette nettverket. UNN er delaktig i arbeidsgruppen gjennom medisinsk genetisk avdeling. Fagdirektør i Helse Nord RHF og Kvalitets- og utviklingssjef i UNN deltar i den nasjonale styringsgruppen.

Sykehusapotek Nord vil kunne bidra med støtte for sykehusene i implementering av persontilpasset medisin. Dette gjelder både på områdene tilvirkning og klinisk farmasi. Det er i 2017 ikke etablert konkrete prosjekter eller tjenester knyttet til dette området.

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid etablere enhetlige arbeidsprosesser og systematikk for innsamling og analyser av data om forbruk, effekt, sikkerhet og kostnader for legemidler, andre etablerte metoder i Nye metoder og utprøvende behandling (off-label bruk) som gis enkeltpasienter, f. eks. ved bruk av elektroniske kurver, FEST og SAFEST programmet og nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Formålet er bl.a. å kunne fase ut metoder som ikke har forventet nytte. Arbeidet skal gjennomføres i dialog med Direktoratet for eHelse og aktørene i system for nye metoder.

Rapporten *Overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag* er de regionale helseforetaks besvarelse til Helse- og omsorgsdepartementet på oppdraget om overgang til faglig likeverdige legemidler gitt i foretaksmøtet 10. januar 2017 og tilgrensende oppdrag i tilleggsdokumentet til oppdragsdokumentet av 28. juni 2017.

Rapporten ble behandlet i AD-møte 23. oktober 2017.

- Helse Nord RHF skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeide en elektronisk statusrapport for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Rapporten skal vise måloppnåelse for arbeidet, herunder dekningsgrad og bruk av kvalitetsregistre til kvalitetsforbedring og forskning.

Rapporten «*Status for nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2017*» er utarbeidet av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, SKDE og ble ferdigstilt og overlevert helseministeren 13. november 2017.

- Helse Nord RHF skal iverksette tiltak for økt bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.

Foretakene i Helse Nord har tatt i bruk og benytter samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet (NasjKlas/NOKUP) fra 10. januar 2017.

For foretakene er alle avvik i egen avdeling, avvik i annen avdeling og pasienthendelser omfattet av det nye nasjonale klassifikasjonssystemet. Nevnte avvikstyper og pasienthendelser må risikovurderes før hendelsen kan lukkes.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Helgelandssykehuset HF rapporterer om økning i antall registrerte hendelser.

Foretakene har ulike systemer og rutiner for analyser og statistikk. Det er inngått databehandleravtaler som skal sikre at data fra hendelsesbehandlingssystemet kan tas inn som kilde i datavarehusløsning for Helse Nord – dette vil gjennomføres i løpet av 2018.

UNN HF:

Kvalitetsutvalget har behandlet statistikk basert på den nye klassifiseringen. Arbeidet med å sette KVAM-strukturen i stand til å bruke den nye klassifiseringen til eget lokale avviks- og forbedringsarbeid er igangsatt. Videre er det arbeidet med bedre og nye rapportformater slik at erfaringene er mer tilgjengelige i forbedringsarbeidet.

HSYK HF:

Avviksoversikter/statistikk benyttes hver måned i rapporter. Avvik er også bakgrunnsmateriale når risikoanalyser skal gjennomføres.

NLSH HF:

Foretaket har i mange år rapportert til styret på pasienthendelser, i tillegg blir statistikk fra vårt avvikssystem brukt i klinikkene og stabenes systematiske forbedringsarbeid (KVAM – møter). Etter at vi tok i bruk det nasjonale klassifiseringssystemet arbeider vi nå med å se på hvordan vi på foretaksnivå og nedover i organisasjon i enda større grad kan bruke kunnskapen som avvikssystemet gir.

Statistikk og oversikter på avvik og forbedringer legges frem for ledergruppen og styret regelmessig og vi følger utviklingen og kommenterer den.

FIN HF:

Foretaket bruker avvikssystemet aktivt i forbedringsarbeidet gjennom presentasjon av data og diskusjon rundt forbedringer i KVAM råd og KVAM grupper. Foretaket har nå også opprettet Pasientsikkerhetsutvalg som ledes av Kvalitets- og utviklingssjef. Utvalget får et spesielt ansvar for å bidra til læring og forbedring som et resultat av avviksbehandling.

SANO HF:

Det er ikke blitt gjennomført hendelsesanalyser i Sykehusapotek Nord, men farmasøyter fra foretaket har bidratt i hendelsesanalyser gjennomført ved andre foretak i regionen.

Som del av et internt prosjekt for å videreutvikle system for kvalitetsstyring og kvalitetsledelse i foretaket arbeides det med rutiner rundt rapportering og oppfølging av avvik meldt i foretaket, dette som et ledd i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

I arbeidet med utbedring av avviksrapporteringen i foretaket vil klassifikasjonssystemet til meldeordningen bli vurdert tatt inn, der det er aktuelt.

Sykehusapotek Nord har startet med systematisk deling og erfaringsutveksling i forbindelse med meldte avvik. Dette gjøres i foretakets ledergruppe og oppsummeringen fra

diskusjonen nedfelles i et læringsnotat og tas så med til apotekenes ledergrupper. Tilsvarende gjennomganger gjøres også i apotekenes ledergrupper.

Personell, utdanning og kompetanse

- Helse Nord RHF skal implementere del 1 i ny spesialistutdanning for leger/iverksette ny ordning for spesialistutdanning i henhold til ny forskrift, med ansettelser i LIS1-stillinger fra og med høsten 2017.

Ny spesialistutdanning del 1 er etablert i alle foretak. Samtlige foretak rapporterer at det er etablert utdanningsutvalg for del 1 av LIS-utdanningen, at det er utarbeidet utdanningsplaner, og at kompetansemodule er tatt i bruk for dokumentasjon av oppnådde læringsmål. Foretakene rapporterer videre om at veiledning av LIS-legene er satt i system. Det er gjennomført veilederkurs i regionen, og det arbeides med å opprette en regional komite for veilederkurs.

- Helse Nord RHF skal planlegge for å iverksette del 2 og 3 (LIS2 og LIS3) i ny ordning for spesialistutdanning henhold til ny forskrift.

Helse Nord deltar aktivt i arbeidet i det nasjonale prosjektet for å rigge ny utdanning for LIS 2 og 3. Fordi foretakene i Helse Nord er små, vil det være behov for samarbeid og regional koordinering mellom foretakene når de skal utarbeide utdanningsplaner som dekker alle læringsmål innenfor mange spesialiteter. Det er derfor i 2017 planlagt og budsjettert et regionalt implementeringsprosjekt med oppstart 1. februar 2018 og planlagt varighet fram til 30. juni 2019. Samtlige foretak vil delta med en lege i 40 % stilling i prosjektet, som vil bli ledet av en prosjektleder (lege) tilsatt ved det regionale utdanningssenteret (RegUT). RegUT innehar prosjektkoordineringsansvaret, og foretaksdirektørmøtet utgjør sammen med tillitsvalgte styringsgruppe for det regionale implementeringsprosjektet.

Ved rapporteringstidspunkt er prosjektet fullt bemannet med unntak av prosjektdeltaker fra universitetssykehuset, som rapporterer at man arbeider med å få denne på plass. Det er ulikt hvor langt de enkelte foretakene har kommet i å planlegge for det lokale implementeringsarbeidet. To av foretakene (FIN, NLSH) rapporterer om å være godt i gang med å planlegge for det kommende arbeidet i eget foretak. LIS 2- og 3-utdanning har vært fast punkt på agendaen i det regionale fagsjefsmøtet i andre halvdel av 2017, og det har vært tema på flere av foretaksdirektørmøtene. Styret i Helse Nord ble i møte 22.11.2017 (sak 132-2017-4) orientert om status og utfordringer med omleggingen av LIS 2- og 3-utdanningen.

Forskning og innovasjon

- De regionale helseforetakene og Forskningsrådet skal vurdere mulighetene for økt samordning av kriteriene for nytte, samt evaluere forståelsen og effekten av nye kriterier for hhv kvalitet, nytte og brukermedvirkning.

Det er startet et interregionalt arbeid ledet av Helse Vest RHF for å løse dette oppdraget. Helseregionene har tidligere vedtatt felles vurderingskriterier og disse benyttes i alle regioner. Det er innhentet informasjon fra alle regioner om hvordan disse praktiseres. Vurdering av kvalitet og nytte gjøres av samme komite, og vektet likt, i alle

regioner. Innstilling gjøres noe ulikt, men den baserer seg på foreliggende vurderinger av kvalitet og nytte for det enkelte prosjekt.

Det har dessverre ikke blitt avholdt et dialogmøte med Forskningsrådet i 2017, men dette vil bli fulgt opp i 2018.

Andel prosjekter med brukermedvirkning er økende. Det er litt tidlig å si noe om effekten av dette, men samarbeidsorganet med universitetene vedtok i 2017 å lage et prosjekt i 2018 for å undersøke hvordan brukermedvirkningen faktisk skjer i de RHF-finansierte forskningsprosjektene. En felles nasjonal veileder for brukermedvirkning i forskning er under utarbeidelse, og denne forventes ferdigstilt våren 2018. Både brukerrepresentanter og forskere er med på arbeidet.

- Helse Nord RHF skal styrke innovasjonssamarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og næringslivet i samsvar med regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21- strategien.

Det er ikke igangsatt særskilte tiltak på strategisk nivå. Det er gjennomført en konseptfaseutredning ved UNN om «Droner i helseberedskap i nord» der samarbeid med næringslivet er aktuelt i et pilotprosjekt i framtiden.

- Helse Nord RHF skal følge opp rapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen for samordning mellom universiteter og helseforetak (Husebekktutvalget) innenfor sitt ansvarsområde. Det forutsettes at oppfølgingen skjer i dialog med universitets- og høyskolesektoren og øvrige regionale helseforetak. De regionale helseforetakene skal sammen med universitetene særlig vurdere mulighetene for harmonisering av rutiner og retningslinjer på tvers av sektorene, regionalt og nasjonalt. Der det er hensiktsmessig, bør Helse Nord RHF vurdere å etablere fellesfunksjoner med universitetet(ene).

Rapporten er fulgt opp ved at UNN og Helsefak ved UiT, på oppdrag fra samarbeidsorganet med universitetene, har arrangert et innspillsseminar i november 2017. I seminaret ble det sett på alle nevnte elementer ovenfor, og flere andre forslag. Alle forslagene fra seminaret, for hvilke tiltak som er spesielt viktig å jobbe med i vår region, vil vurderes for oppfølging i 2018.

3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 28. juni, 11. august 2017 og 22. august 2017

- Helse- og omsorgsdepartementet viser til oppdragsdokumentet til Helse Nord for 2017 hvor det framgår at "Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas".

Samisk helsepark

Vi viser til at Helse Nord RHF er tillagt et særlig ansvar for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Helse Nord skal ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen innenfor de rammer og prinsipper som framgår av Nasjonal helse- og sykehusplan. Helse Nord ivaretar nødvendig samhandling og koordinering med øvrige helseregioner, slik at den samiske befolkningens behov for spesialisthelsetjenester blir godt ivaretatt, og at kompetanse om samisk helse, kultur og språk blir gjort tilgjengelig også i andre deler av landet.

Styret i Helse Nord behandlet idé- og konseptrapport med plan for oppstart av forprosjekt for Samisk Helsepark i mai 2017, på bakgrunn av styrebehandling i Finnmarkssykehuset HF i april 2017. Dette er et arbeid som har pågått over lengre tid. Av styresaken går det blant annet fram at administrerende direktør i Helse Nord mener arbeidet med realiseringen av Samisk Helsepark har tatt for lang tid.

Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på betydningen av å få etablert Samisk Helsepark. Helse Nord RHF bes derfor, som ledd i sitt ansvar for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen, om å ta et særskilt ansvar for framdrift av prosjektet. Helse Nord RHF bes i denne sammenheng også om å ha et særskilt fokus på at utviklingen av helseparken og miljøet rundt denne på en hensiktsmessig måte sikrer en kompetanseutvikling som bygger opp under det ansvaret Helse Nord har for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til hele den samiske befolkningen i Norge.

Helse Nord RHF har tiltrådt styringsgruppen for byggeprosjektet Samisk Helsepark. Anskaffelse for bygg og løsning har vært ute på anbud, og det er valgt leverandør for totalentreprise. Det arbeides nå for å finne løsninger som skal tilfredsstille behovet for tjenester innen psykisk helsevern, rus og somatikk innenfor den økonomiske rammen.

Helse Nord RHF har tilsatt en egen samisk rådgiver som skal ta et særskilt ansvar for å følge opp strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i samarbeid med Finnmarkssykehuset.

3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Andre oppgaver 2017:

- Det vises til Helsedirektoratets rapporter *Kvalitet i ventelistedata* (2014) og *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten* (2017) hvor det framgår at registreringstekniske forhold knyttet til pasientadministrative systemer kan ha ført til at
 - andelen pasienter som registreres med frist til utredning er for høy

- at andelen henvisninger som registreres som avvist av spesialisthelsetjenesten er for høy.

De regionale helseforetakene skal sørge for at riktige opplysninger registreres i de pasientadministrative systemene og rapporteres til Norsk pasientregister, herunder sørge for at det gjennomføres endringer i de pasientadministrative systemene i henhold til det som framkommer i rapportene.

I RHF-regi er det i 2017 jobbet i det regionale variasjonsteamet, med innsatsteam og i den nasjonale gruppen AIM med dette. Arbeidet videreføres i noe endret form og med økte ressurser i 2018 særlig vil det være fokus på å kartlegge og forbedre kvalitet på data som registreres i EPJ. Det er satt ned egen gruppe som skal kartlegge registreringsrutiner der internrevisjonen har avdekket variasjon med mål om felles og tydeligere regionale rutiner.

- Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag å utrede og planlegge en løsning for nasjonale KPP-data (kostnader på pasientnivå) i NPR med sikte på etablering av en nasjonal KPP-database fra 1.1.2018. De regionale helseforetakene skal sørge for at alle helseforetak leverer data inn til den nasjonale databasen. Det forutsettes at de regionale helseforetakene legger til rette for at KPP anvendes i det lokale forbedrings- og planarbeidet i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal innen 1. november 2017 redegjøre for departementet for status for bruk av KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid i helseforetakene.

Dokumentet «KPP - redegjørelse for departementet for status for bruk av KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid i helseforetakene og leveranse av data til den nasjonale databasen» ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet pr epost den 23.10.2017.

Avtalespesialister

- Stortinget slo gjennom behandlingen av prioriteringsmeldingen i 2016 fast at de foreslåtte prinsippene for prioritering skal gjelde for spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at også pasientbehandling som finner sted i avtalepraksis skal være underlagt disse prinsippene. Dette er til dels reflektert i rammeavtalene som er inngått mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistenes organisasjoner. I avtalene heter det bl.a. at den enkelte avtalespesialist skal foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling i henhold til lov og forskrift, nasjonale og regionale planer, og gjeldende faglige retningslinjer og behandlingsveiledere. Avtalespesialisten skal videre organisere sin venteliste i henhold til gjeldende prioriteringsveiledere. Avtalespesialistene har imidlertid ikke juridisk kompetanse til å vurdere og tildele pasientrettigheter. Med endringen i pasient- og brukerrettighetsloven i 2015 er loven endret med sikte på å gi disse behandlerne slik kompetanse. Det har samtidig vært en felles vurdering mellom departementet, de regionale helseforetakene og avtalespesialistenes organisasjoner at det må gjennomføres et forsøksprosjekt før slik kompetanse kan gis til alle avtalespesialistene. Departementet gir i revidert oppdragsdokument ansvaret for å gjennomføre et slikt forsøksprosjekt til de regionale helseforetakene, i samråd med foreningene og etater, jf. nærmere spesifisert oppdrag nedenfor. Samtidig varsler departementet at det tas sikte på gi avtalespesialistene både rett og plikt til å tildele pasientrettigheter innen utgangen av kommende stortingsperiode.

De regionale helseforetakene skal utrede og foreslå konkrete pilotprosjekter som skal prøve ut rettighetsvurdering i tilknytning til avtalespesialistpraksis, både innenfor

psykisk helsevern og somatisk(e) fagområde(r). Arbeidet skal ledes av Helse Vest RHF. Arbeidet skal skje i samhandling med Den norske legeforening og Norsk psykologforening og må koordineres med Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Frist: 15. oktober 2017.

I eit felles notat datert 18.10.2017 frå dei fire regionale helseføretaka til Helse- og omsorgsdepartementet er det gjort greie for korleis vi foreslår å prøve ut vurdering av rett til helsehjelp knytt til avtalepraksis.

Dei regionale helseføretaka peiker i notatet på ulike modellar for utprøving av vurdering av rett til helsehjelp. Utdrag frå rapporten:

*«De regionale helseføretakene er samstemt i å tilrå en pilotering av rettighetsvurdering etter modell 4.2, **Rettighetsvurdering i tilknytning til en eksisterende vurderingsenhet i et helseføretak/DPS**. I første omgang bør denne modellen utprøves innenfor psykisk helsevern, dernest innenfor somatikk.*

*En pilot etter modell 4.3, **Rettighetsvurdering i et samarbeid mellom avtalespesialister i gruppepraksis**, kunne også være mulig å gjennomføre, men en slik modell har et svært begrenset potensiale, grunnet få aktuelle kandidater for en slik modell.*

*De regionale helseføretakene vil samstemt frarå en pilotering etter modell 4.1, **Den enkelte avtalespesialist gis rett og plikt til å tildele pasientrettigheter**».*

- Spesialistutdanningen av leger og tannleger er besluttet lagt om. Det vises til etablert forsøksordning med utdanning av legespesialister (LIS) i avtalepraksis. Driftsansvaret for ordningen som nå ligger i Helsedirektoratet, overføres til de regionale helseføretakene så snart som mulig og vil ved prøveprosjektets slutt 1. mars 2019 bli ivarettatt av den nye spesialistutdanningen for leger. Avtalespesialistene må integreres i utdanningsløpene for legespesialistene, særlig i spesialiteter der dette er nødvendig for å sikre gode utdanningsløp og der kapasitetshensyn tilsier dette. Arbeidet må utføres i dialog med Helsedirektoratet og tilrettelegges opp mot ny spesialiststruktur og definerte læringsmål.

Helse Sør-Øst RHF har på vegne av de fire regionale helseføretakene tatt ansvar for å utrede dette oppdraget i et prosjekt, der Helse Nord har deltatt i styringsgruppa og dessuten med innspill til prosjektgruppa gjennom RegUT. Rapport fra prosjektet vil bli behandlet i interregionalt fagdirektørmøte, HR-sjefs-møte og økonomidirektørmøte innen rapportene ferdigstilles. Det vises for øvrig til rapportering fra HSØ på dette punktet.

- Det vises til arbeidet med å inngå samarbeidsavtaler mellom avtalespesialister og sykehus, jf. de inngåtte rammeavtaler. De regionale helseføretakene skal oppsummere erfaringer vedr. inngåelse av samarbeidsavtaler med avtalespesialistene. Helse Nord RHF skal, på vegne av alle de regionale helseføretakene, levere en samlet statusrapport til HOD innen 20. november 2017

Helse Nord RHF oversendte den 16.11.2017 oppsummert status og de enkelte regionale helseføretak sine statusrapporter på inngåelse av samarbeidsavtaler mellom HF og avtalespesialister til HOD.

Det var på tidspunktet status ble levert inngått et begrenset antall samarbeidsavtaler, men det ble rapportert at arbeidet hadde betydelig fokus og forventninger om at de fleste avtalene skulle være på plass innen utgangen av 2017.

3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andre oppgaver 2017:

- De regionale helseforetakenes sluttevaluering av prosjektet Transport av psykisk ustabile personer forutsettes å foreligge sammen med årlig melding for 2017. Det skal rapporteres på omfang av politioppdrag, brukertilfredshet og på utvikling mht omfanget av akuttinnleggelser. Rapportering og oppsummering skal gjøres i samarbeid mellom helseforetakene og aktuelle politidistrikt, jf. revidert oppdragsdokument 2014 og departementets brev av 1. desember 2014 etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014).

Helse Nord RHF har valgt å fordele kompetansemidlene på Finnmarkssykehuset, UNN, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. Hensikten er å oppnå kompetanseheving i hele regionen da helseregionen strekker seg over et stort geografisk område. Rapportering fra helseforetakene er imidlertid ulik og lar seg ikke direkte sammenligne. Helse Nord RHF vil derfor gjennomføre møter med alle helseforetakene for å harmonisere rapporteringen og vil ettersende rapporten i løpet av våren 2018.

- Det vises til departementets brev av 30. mars 2017, der Helsedirektoratet sammen med de regionale helseforetakene ved kompetansesentrene for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri bes om å bistå i arbeidet med å planlegge for nasjonal utbredelse av modell for rettspsykiatri. Helse Midt-Norge RHF skal etablere en styringsgruppe med blant annet SIFER, Domstolsadministrasjonen og Riksadvokaten. Styringsgruppen skal bidra med å sette i verk og kvalitetssikre oppdragene for nasjonal utbredelse.

Helse Nord har bistått i arbeidet.

3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Andre oppgaver 2017:

- Som følge av beslutninger i Nye metoder og gjennom overføring av flere legemidler fra folketrygden, utgjør finansiering og forvaltning av legemidler en stadig større oppgave for de regionale helseforetakene. Dette setter økte krav til regionale helseforetaks kapasitet til å forvalte legemiddelområdet, og fordrer evne til å realisere gevinster både gjennom anbudskonkurranser og overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler.

I 2018 tas det sikte på å overføre flere legemiddelgrupper fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Som varslet i Prop. 129 S (2016–2017) legges det opp til å overføre finansieringsansvaret for gjenværende legemidler i noen legemiddelgrupper/terapiområder der finansieringsansvaret allerede er overført, samt for terapiområder der det forventes nye legemidler som kan føre til konkurranse. Dette

vil blant annet omfatte legemidler til behandling av hiv, hepatitt B, alvorlig astma og mastocytose. For at de regionale helseforetakene skal få tid til å forberede seg til overføringen, herunder bestille metodevurderinger, ble dette varslet allerede i Prop. 129 S (2016–2017).

De regionale helseforetakene skal:

- Etablere tilstrekkelig kapasitet for å gjennomføre anbudskonkurranser knyttet til legemidler finansiert av regionale helseforetak, herunder legemiddelgrupper som overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2018. Kapasiteten skal dimensjoneres med sikte på å realisere gevinstpotensialet knyttet til anbud.
- Sørge for at det er tilgjengelig strukturert legemiddelinformasjon i spesialisthelsetjenesten for å understøtte bruk og forskrivning av legemidler i sykehus.
- Sørge for tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre metodevurderinger. Departementet viser i denne sammenheng til at det i statsbudsjettet for 2016 ble understreket at dersom behovet for metodevurderinger overstiger det antall metodevurderinger som da ble lagt til grunn for SLVs og FHIs bevilgninger og rammer, kan disse finansieres over regionale helseforetaks egne rammer.

De regionale helseforetakene skal innen 1. november 2017 redegjøre for departementet for hvordan disse styringskravene er fulgt opp.

Rapporten *Overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag* er de regionale helseforetaks besvarelse til helse- og omsorgsdepartementet på oppdraget om overgang til faglig likeverdige legemidler gitt i foretaksmøte 10. januar 2017 og tilgrensende oppdrag i tilleggsdokumentet til oppdragsdokumentet av 28. juni 2017.

Rapporten ble behandlet i AD-møte 23. oktober 2017.

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid legge til rette for at pasienter i hele landet får økte muligheter for deltakelse i kliniske studier i Norge og i utlandet. Det innebærer at nettsiden for pasientrettet informasjon om alle pågående og planlagte kliniske studier på helsenorge.no er oppdatert og komplett, og at pasienter i hele landet gis en likeverdig mulighet for å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier.

Kommunikasjonsavdelingen har jobbet sammen med øvrige RHF for å publisere pågående kliniske studier, og lage informasjon som er tydelig for pasientene og som bidrar til mulighet for likeverdig deltakelse.

Helse Nord RHF har i sitt oppdragsdokument til foretakene for 2018 gitt krav om å rekruttere flere pasienter inn i nasjonale studier, der pasientene fyller inklusjonskriteriene.

I Helse Nord er det jobbet spesielt på UNN og Nordlandssykehuset med å kunne publisere egne studier. Det er gitt opplæring i den tekniske løsningen av kommunikasjonsavdelingene i foretakene. Det er kun UNN som har hatt kliniske studier å publisere til nå – ett-to egne studier. Tallet er i realiteten høyere og det vil jobbes framover med bedre rutiner for å aktivere prosjektlederne - det er de som må levere det faglige innholdet til publiseringen av studiene.

- Siden 2015 har sykehusene regransket celleprøver til kvinner som har fått livmorhalskreft, og som har hatt normale celleprøver mindre enn fem år tidligere. Sykehusene har ansvar for å sikre at kvinner med livmorhalskreft får informasjon om tidligere celleprøver som har vært feiltolket. De regionale helseforetakene må sørge for at sykehusene har gode rutiner for hvordan man informerer kvinner som har fått en betydelig endret diagnose etter en regransking av tidligere prøver. Det vises også til økning i tilskudd til Kreftregisteret omtalt i vedlegg 1.

Nordlandssykehuset oppgir at når de oppdager høygradig celleforandringer re-screener de tidligere prøver inntil 5 år tilbake (dette er ifølge kvalitetsmanuell for screening). Nytt svar sendes til rekvirenten, alternativt diskuteres eventuelle funn med rekvirenten i noen tilfeller. Ved feil registreres avvik/pasienthendelse.

Rekvirenten som har pasient kontakt informerer pasienten om prøvesvaret. Nordlandssykehuset har ikke direkte pasientkontakt på patologi, men stiller opp om rekvirenten eller pasienten ønsker det. Pasienter som tilhører Helgelandssykehuset følges opp av Nordlandssykehuset på dette området.

Finnmarkssykehuset oppgir at de har utarbeidet rutiner som fungerer godt for å sikre at korrekt informasjon blir gitt til de pasientene det gjelder.

- Det tas sikte på en omlegging av Raskere tilbake-ordningen fra 2018. Med forbehold om Stortingets behandling av statsbudsjettet 2018, vil dagens midler i Raskere tilbake-ordningen på kap. 732, post 79 og helserelevante midler i ordningen på kap.732, post 70, overføres til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling (kap. 732, postene 72-77) i 2018. Dette innebærer at midlene inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF under post 76 og polikliniske refusjoner under post 77. Med grunnlag i de regionale helseforetakenes anbefalinger, forutsettes det at tilbud med gode resultater videreføres. Hvert regionale helseforetak skal i 2018 videreføre sine kjøp av helsetjenester knyttet til tidligere Raskere tilbake midler på samme nivå som i 2017. For å unngå brudd i pasientenes behandlingsforløp, skal hvert regionale helseforetak vurdere mulighetene for forlengelse av avtaler der det er aktuelt.

Helse Nord RHF har blant annet gjennom behandling i direktørmøte etablert et opplegg for å sikre at midlene benyttes slik forutsatt.

Private avtaler videreføres med samme volum som i 2017. En avtale om ortopedisk kirurgi er erstattet med tilsvarende styrking av arbeidsrettede tilbud innen fagområdene psykisk helse og muskel/skjelettlidelser. Øvrige Raskere tilbake-avtaler med private leverandører er videreført for 2018.

De fleste eksisterende Raskere tilbake-tilbud i helseforetakene er allerede i tråd med vedtatte faglige føringer fra HOD. I samråd med helseforetakene har Helse Nord RHF sørget for at disse tilbudene videreføres for 2018 med de nødvendige endringer og tilpasninger som følger av føringer fra HOD, jamfør også den felles RHF-rapporten.

- Utgiftene til laboratorievirksomhet ved sykehusene (kap. 732, post 77) har vist en langvarig og sterk vekst. Veksttaket i 2017 har økt. Departementet vil vurdere alternative tiltak i forslag til statsbudsjett 2018. Laboratorieanalyser kan rekvireres av

både primær- og spesialisthelsetjenesten. Departementet ber de regionale helseforetakene kartlegge om rekvisisjonene inkluderer den nødvendige (kliniske) informasjon som er nødvendig både for å vurdere om prøvene faktisk skal analyseres og for å tolke analysene. De regionale helseforetakene skal også foreslå tiltak som kan iverksettes dersom kartleggingen skulle konkludere med at informasjonsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig. Departementet ber om at resultatet av kartleggingen samt forslag til tiltak sendes til departementet innen 1. mai 2018.

Kartleggingen pågår, og resultat samt forslag til tiltak vil sendes departementet innen 1. mai 2018.

- Helse Nord RHF skal lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye samvalgsverktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk. Dette er en oppfølging av oppgave gitt i oppdragsdokument 2017. Prosjektet bør i tillegg omfatte Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, FHI, KS, relevante profesjonsorganisasjoner og brukere/pasientorganisasjoner

Samvalg er et prosjekt som kjøres av UNN. Inkludert i Helsenorge.no. Prosjektet er organisert i et samarbeid med Helse Sør-Øst, Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og de andre regionene. Prosjekt er finansiert ut 2018 med 8 MNOK årlig. Tilleggsoppdraget er videreformidlet til UNN. Det har vært samordningsmøter med Helse Sør-Øst som også har samvalgsverktøy. De andre regionene er involvert, bla. Skal Helse Vest utarbeide verktøy for psykiatri. UNN v/ samvalgsgruppen har gjennomført undervisning i fagmiljøene for å ta i bruk verktøyet.

- Med utgangspunkt i Helsedirektoratets rapport Områder i helsetjenesten med mangelfullt kunnskapsgrunnlag og mulig etablering av kvalitetsregistre (2016) og de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar (og ansvar for etablering og drift av medisinske kvalitetsregistre), skal de regionale helseforetakene sammen utarbeide en plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre. Planen skal inkludere fremtidig håndtering av områder med lavt pasientvolum og mulighet for internasjonalt samarbeid i nordisk og europeisk regi. Helse Nord RHF skal koordinere arbeidet.

Utredningen gjennomføres av Nasjonalt servicemiljø i SKDE, og det er opprettet en styringsgruppe for arbeidet på fagdirektørnivå. Arbeidet er noe forsinket på grunn av manglende tilbakemeldinger fra styringsgruppen. Arbeidet vil ferdigstilles våren 2018.

De regionale helseforetakene skal gjøre seg kjent med og følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene, herunder sette i gang et arbeid for å følge opp de områder som Riksrevisjonen har påpekt og som er innenfor de regionale helseforetakenes ansvarsområde, herunder helseforetakene. Det vises til Dokument 3:5 (2016-2017) Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene, og Stortingets behandling av denne, jf. Innst. 297 S (2016-2017).

Riksrevisjonens rapport er oppsummert i en orienteringssak framlagt for styret i Helse Nord 30. august 2017 (sak 90-2017-5). Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger har vært behandlet i det regionale fagsjefsmøtet og foretaksdirektørmøte med sikte på å identifisere tiltak som allerede er igangsatt i foretakene, og behov for eventuelle felles regionale tiltak. Flere av foretakene rapporterte i disse møtene om stor oppmerksomhet på kodearbeidet, og

at dette var ytterligere intensivert etter Riksrevisjonens gjennomgang. Universitetssykehuset i Nord-Norge har igangsatt et eget, omfattende prosjekt med siktemål å bedre kodepraksis.

- De regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Sør-Øst RHF utrede en nasjonal ordning med et ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine muligheter for annen etablert behandling i Norge eller utlandet. Panelet skal også gi pasienter en likeverdig mulighet til å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier i Norge eller utlandet. Utredningen skal omfatte forslag til organisering, praktisk tilrettelegging og finansiering av ordningen, herunder sekretariatsfunksjon. Ordningen skal ivareta ulike pasientgrupper og fagområder og bør der det er hensiktsmessig utnytte kompetansen i nasjonale tjenester eller internasjonalt gjennom de europeiske referansenettverkene (ERN). Det bør ses hen til annet relevant pågående arbeid i de regionale helseforetakene om tilgang til legemidler uten markedsføringstillatelse. Det legges til grunn at ordningen finansieres innenfor gjeldende rammer og etablerte finansieringssystemer. Vi ber om at en utredning sendes departementet innen 1. november d.å. Det tas sikte på at ordningen etableres fra 2018.

Helse Sør-Øst ledet arbeidet og leverte sin rapport til HOD i november 2017. Helse Nord har oppnevnt representant til ekspertgruppen.

- De regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet utvikle pasientrettet informasjon for å gi pasienter bedre grunnlag for å velge om de vil delta i kliniske studier. Etikkmiljøer og pasientorganisasjoner bør trekkes inn i arbeidet. Informasjonen skal gjøres tilgjengelig på helsenorge.no og i alle sykehus.

Helse Sør-Øst RHF har gitt oppdraget til sin kommunikasjonsavdeling som samarbeider med direktoratet for eHelse bl.a. om helsenorge-portalen. Dette arbeidet er presentert i RHFenes strategigruppe august 2017, og vil bli fulgt opp der i 2018.

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 2017

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke, og når forventer man å oppnå kravet?

- Styring og oppfølging

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- utarbeide utviklingsplaner innen 31. desember 2018, slik at det foreligger samlede regionale planer som grunnlag for neste nasjonale helse- og sykehusplan.
- etablere et samarbeidsutvalg for miljø- og klimatiltak med representanter fra alle fire regioner, samt Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF. Arbeidet må organiseres slik at man får et hensiktsmessig samarbeid med vernetjeneste og tillitsvalgte.
- finne et hensiktsmessig felles format for dokumentasjon og rapportering av spesialisthelsetjenestens arbeid med samfunnsansvar.
- utvikle nasjonale systemer for vurdering og oppfølging av krav til etikk og miljø i anskaffelser av legemidler, som sikrer at kravene blir ivaretatt i hele leverandørkjeden.

Utviklingsplaner:

Arbeidet med Regional Utviklingsplan 2035, som skal styrebehandles desember 2018, er startet. Planen skal gi retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Helse Nord for de kommende 18 år og være del av grunnlaget for neste versjon av Nasjonal helse- og sykehusplan. Den regionale utviklingsplanen kommer etter at de fleste av helseforetakene har laget første versjon av sine planer. Den regionale planen vil ta opp i seg vesentlige elementer av de foretaksvis planer. Strategier og tiltak i den regionale planen vil få god forankring i helseforetaksgruppen samlet.

Samarbeidsutvalg:

Samarbeidsutvalget er etablert, og har vært i drift siden januar 2017. Utvalget er ledet av Helse Vest RHF og har følgende sammensetning:

- Utvalgsleder
- De fire lederne av regionale miljøfaggrupper
- 1 representant fra Sykehusbygg HF
- 1 representant fra vernetjenesten
- 1 representant fra tillitsvalgte

Samfunnsansvar:

Med utgangspunkt i Helse Sør-Øst sin rapport om HMS og samfunnsansvar etableres tilsvarende rapporter i de øvrige regionene. Regionrapportene sammenstilles videre til en nasjonal rapport for HMS og samfunnsansvar

Anskaffelse:

Sykehusinnkjøp samarbeider med Sverige om en pilot på sporbarhetssystem ned til produsent av aktive råstoffer til legemidler (fokus: antibiotika) og samarbeider med bransjen om evalueringskriterier som kan brukes i anskaffelser høst 2018.

Organisatoriske krav og rammer:

- Åpenhet og dialog i helseforetakene

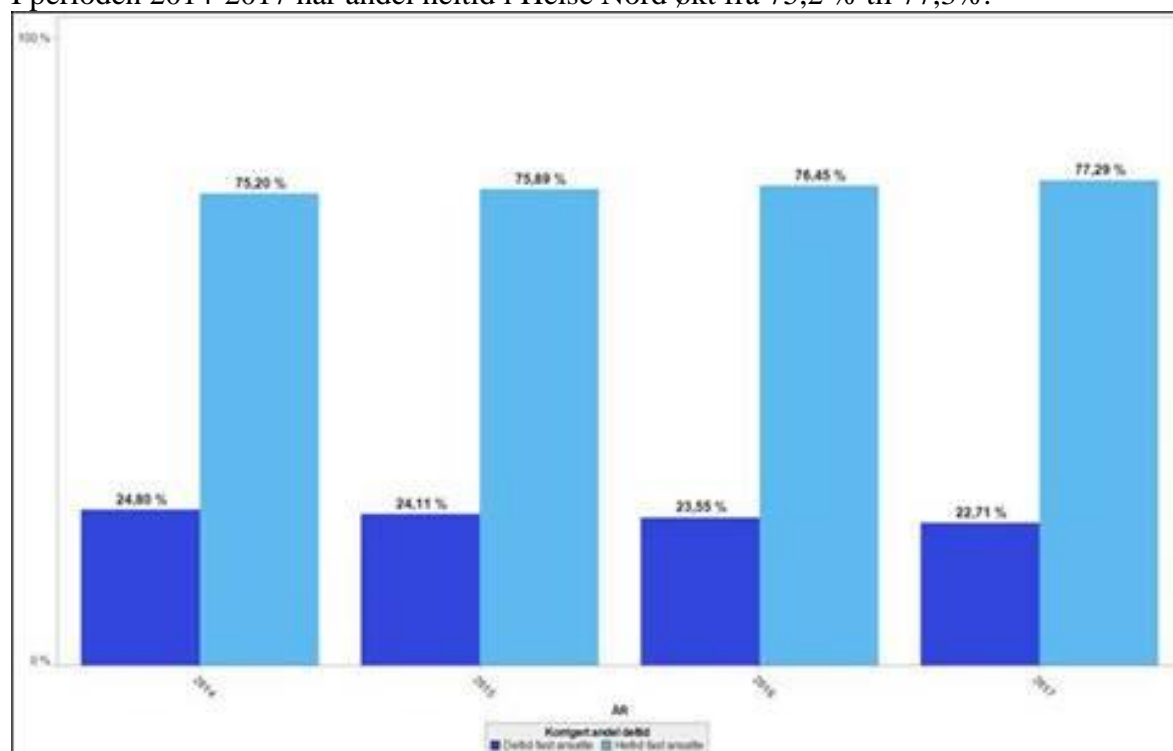
I 2017 har regionene samarbeidet rundt en felles undersøkelse som er en sammenslåing av medarbeiderundersøkelse, pasientsikkerhetsundersøkelse og HMS grovkartlegging. Formålet med den nye undersøkelsen er å legge til rette for målrettet lokalt forbedringsarbeid slik at både pasienter og medarbeidere skal være trygge og sikre i helsetjenesten. «Forbedring» vil bli gjennomført i hele spesialisthelsetjenesten ila februar/mars 2018.

- Utvikling av heltidskultur

I foretaksgruppen søker man bevisst å tilrettelegge for at ansatte som ønsker det skal få 100 % stilling. Dette gjelder også for nyansatte. Ved Nordlandssykehuset er et bemanningssenter under etablering, hvor fleksibilitet er en av grunnsteinene.

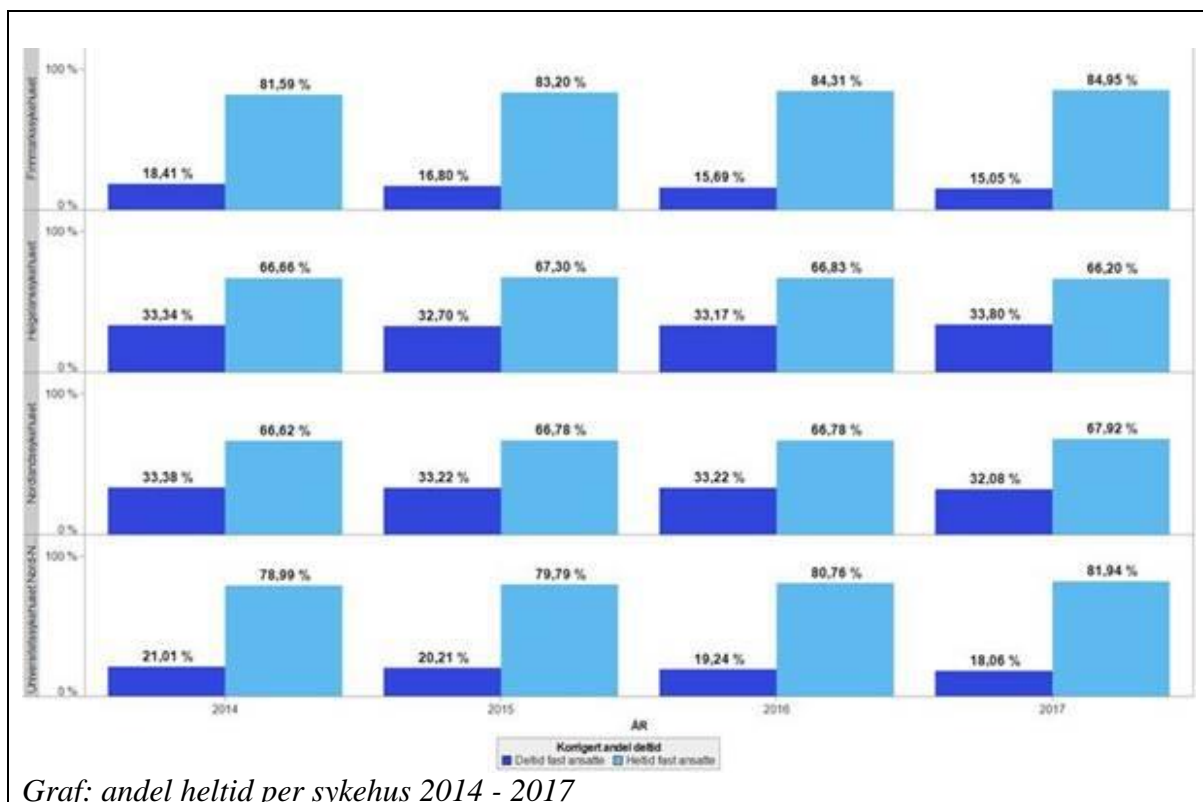
Gjennom at ansatte jobber ved flere ulike enheter er målet å kunne utnytte ressursene bedre ved å utnytte ledig kapasitet, styrke robustheten og øke motivasjonen for den enkelte. Sykepleiere med avtale om videreutdanning har rett på 100 % stilling i påfølgende bindingstid.

I perioden 2014-2017 har andel heltid i Helse Nord økt fra 75,2 % til 77,3%.



Graf: andel heltid i foretaksgruppen 2014 – 2017

Det er klare forskjeller mellom foretakene. Ved Finnmarkssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge er andel heltid langt høyere enn ved Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. Det er også ved de nordligste sykehusene at andel heltid har økt mest. Nordlandssykehuset kan vise til en positiv trend.



Graf: andel heltid per sykehus 2014 - 2017

- Vold og trusler mot helsepersonell

Det er utarbeidet nasjonal indikator som skal sikre at vold og trusler mot medarbeidere, blir rapportert og fulgt opp på en systematisk måte.

Indikatoren har ikke i 2017 blitt lagt inn, men skal etter planen komme på plass våren 2018. Helseforetakene i Helse Nord benytter alle avvikssystemet Docmap. Her meldes og registreres hendelser knyttet til vold og trusler. Foretakene har gjennom Docmap oversikt over antall registrerte saker. Det vil alltid være et spørsmål om både system og kultur når det kommer til å få registrert tilfeller av vold og trusler. Det kan derfor være en del tilfeller som uansett system ikke vil bli fanget opp. Men godt arbeid med et åpent, trygt og godt arbeidsmiljø vil både virke forebyggende og gjøre det lettere å melde.

Registrerte saker behandles i foretakenes arbeidsmiljøutvalg og i foretakets ledelse. Foretakene har også rapportert til Helse Nord i 2017.

Alle foretak arbeider systematisk med kartlegging/ risikovurdering, tiltak, opplæring. Tillitsvalgte og vernetjeneste er involvert i dette arbeidet.

Samarbeid med vernetjeneste og tillitsvalgte i foretakene er godt. Ivaretas hovedsakelig gjennom AMU, drøftings- og informasjonsmøter og forbedringsprosjekter. Vernetjenesten er involvert i oppfølging av skademeldinger.

Alle foretak i Helse Nord har felles avvikssystem, Docmap. Indikator for vold og trusler vil sikre systematisk, lik og målbar rapportering, i større grad enn i dag.

Helse Nord har utarbeidet e-læringskurs for alle ansatte. Legges inn i den enkelte medarbeiders kompetanseplan i Helse Nord's kompetansesystem. Kurset gir en opplæring i bruk av avvikssystemet i Docmap.

- Samordning på tvers av regionene

Det er i samarbeid med de andre regionale helseforetakene vært løpende dialog med de felleseide selskapene knyttet til budsjett og rapportering. Vi mener vi gjennom denne dialogen har sikret at foretakene har rammebetingelse som sikrer drift i tråd med foretaksmøtets mål og krav.

- Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen

Arbeidet har vært utsatt, men er nå påbegynt. Helse Sør-Øst er eneste regionale helseforetaket som er direkte involvert så langt. De deltok i arbeidsgruppe både i det opprinnelige planarbeidet og nå gjennom arbeidet som er reorganisert i samråd med HOD. Det planlegges pilot i 2018.

- Samordning på helseregisterfeltet

Det interregionale AD-møtet har besluttet at regionenes styring og organisering av arbeidet med medisinske kvalitetsregistre skal evalueres i 2018.

Det er besluttet at alle de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene skal driftes hos Norsk Helsenett. Ved utgangen av 2017 driftes 23 av 54 nasjonale kvalitetsregistre hos Norsk Helsenett, og en plan er lagt for 2018 for flytting av de gjenværende registrene.

- Samordning av framskrivninger

Det er etablert en arbeidsgruppe med representanter fra de fire regionale helseforetakene og Sykehusbygg HF. Arbeidsgruppen ledes av Helse Sør-Øst RHF. Arbeidsgruppen skal sikre at framskrivningsmodellene for bemanning og kapasitet baserer seg på samme datagrunnlag og benytter sammenlignbar metodikk.

Det er utarbeidet rapport som er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. november 2017.

Rapporten fra arbeidsgruppen omhandler en redegjørelse for relevante variabler som legges til grunn ved framskrivninger av aktivitet og hvordan forutsetninger som ligger til grunn for framskrivninger kan samordnes. I arbeidet med rapporten er det gjort to viktige avgrensninger:

1. Planleggingshorisont er fram til og med 2035.
2. Rapporten berører drivere som påvirker aktiviteten, ikke kapasitet i form av areal og bemanning.

Arbeidsgruppen tar utgangspunkt i fem ulike aktivitetsdrivere som det bør tas høyde for i framskrivning av aktivitetsbehovet fram mot 2035. De fem behandles derfor særskilt i rapporten:

- Demografisk befolkningsvekst
- Sykdomsutvikling og variasjon
- Teknologisk utvikling
- Nye driftsformer og samhandling
- Regulatoriske rammer

Rapporten fra arbeidsgruppen beskriver også relevante variabler som må vurderes når man skal vurdere aktivitetsbehovet frem mot 2035. Mulige effekter er ikke kvantifisert i denne omgang, men arbeidsgruppens anbefaling er at dette kvantifiseres i et videre arbeid.

- Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

Helse Nord RHF deltar aktivt i arbeidet med En Innbygger – En Journal herunder også med ressurser i den utstrekning disse etterspørres. Helse Nord har vært den ledende helseregionen vedrørende å tilby pasienten innsyn i både pasientinformasjon men også tilgangsløser relatert til lesing av den samme dokumentasjonen. Andre helseregioner b.la. Helse Vest har tilsvarende tatt i bruk de løsninger utviklet og finansiert av Helse Nord RHF.

Helse Nord har innført de standarder som eksisterer i helsesektoren med unntak av tjenestebasert adressering nivå 3 (avventer ferdigstilling av standard). Videre utvikling av den elektroniske samhandlingen med andre aktører i sektoren er nå avhengig av Direktoratet for eHelse evne til å få på plass nye standarder som lar seg implementere i tråd med de føringer gitt av Helse- og Omsorgsdepartementet. Ytterligere avvikling av papir i samhandlingen er ikke mulig før slike standarder foreligger, jfr. Helse Nord's tilbakemeldinger mai 2017. For kjernejournal er det gitt tilbakemeldinger tidligere hvor tett integrasjon med EPJ/PAS var pekt på som en forutsetning for kvalitetsmessig rett bruk av kjernejournal. Før slik er på plass er det vanskelig å sikre adekvat og korrekt bruk av kjernejournal. Direktoratet for eHelse har nå gitt tilbakemelding om at slik integrasjon prioriteres for 2018.

Helse Nord deltar aktivt i arbeidet med felles infrastruktur, felles kodeverk og terminologi samt modernisering av folkeregisteret.

Plan for felles nye tjenester og løsninger er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet. Tilsvarende er også status vedrørende plan for EPJ/PAS.

- Beredskap og sikkerhet

Siden CBRNE-senteret ligger i Helse Sør-Øst har vi tatt initiativ til løsning og samordning knyttet til dette oppdraget. CBRNE-senteret har utarbeidet et notat/konseptskisse som formodentlig svarer opp oppdraget som er gitt til de fire RHF-ene. Forslaget er foreløpig drøftet i møte mellom de fire RHF-enes beredskapsansvarlige.

Det legges opp til følgende videre behandling:

- Avklaring i det enkelte RHF om innhold og videre behandling
- Møte med nødvendige instanser (Hdir mv)
- Avklaring av finansiering. Det er nærliggende å foreslå same finansieringsmåte som for den felles beredskapsordningen på legemiddelområdet, som er etablert på OUS. Dette innebærer en kostnadsdeling mellom RHF-ene.
- Saksfremlegg for det interregionale fagdirektørmøtet der leder av CBRNE-senteret deltar og presenter løsningsforslaget
- Sak for det interregionale AD-møtet, som formodentlig vil kunne behandle saken med anbefaling fra fagdirektørene.

- Organisering av AMK-sentralene

Helse Nord RHF har i Oppdragsdokument 2018 gitt Universitetssykehuset Nord-Norge HF ansvaret for å koordinere alle helikoptrene i Nord-Norge som utfører ambulansetjeneste, samt ivareta «flight following» for de tre ambulanshelikoptrene i regionen. Endringen er planlagt gjennomført i forbindelse med nye helikopteravtaler fra juni 2018.

- Sivilt-militært samarbeid

Dette oppdraget drives foreløpig av HOD, med deltakelse fra de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge og Helse Nord deltar i en arbeidsgruppe. Dette er omtalt i et eget brev fra HOD. SBS-helse vil være et eget kapittel i Nasjonal helseberedskapsplan som skal sendes på høring i juni. Når den nasjonale planen er ferdigstilt må det foretas tilpasninger i de enkelte regionale beredskapsplanene og evt. planer på helseforetaksnivå. Dette må ivaretas av det enkelte RHF, og det er ikke nødvendig med samordningstiltak utover det som skjer i den ordinære samordningen mellom RHF-enes beredskapsansvarlige.

Økonomiske krav og rammer:

- Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskreditrammen

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.

- Investeringer og lån

Veileder for tidligfaseplanlegging er revidert pr oktober 2017.

Standardromskatalogen benyttes ved alle nye byggeprosjekter, og prosjektene evalueres etter hvert som de ferdigstilles slik at erfaringer kan tas inn i kommende prosjekter.

- Protonsenter

Sykehusbygg ble i mandat fra de regionale helseforetakene datert 28.07.2017, bedt om å lede et nasjonalt prosjekt med målsetting om å etablere protonterapi i Norge innen 2022.

Følgende leveranser i forbindelse med delleveranse med frist 15. oktober er utført:

- Valg av anskaffelsesprosedyre for å gjennomføre utstyrsanskaffelse, inklusiv realistisk tidsplan for selve anskaffelsesprosessen med milepæler og kritiske beslutningspunkter
- Vurdering av hvorvidt det har tilkommet vesentlige endringer i forutsetningene som påvirker kapasitets- og kostnadsestimater (kapasitetsvurderinger fra andre land, bedre kjennskap til tomter, råvaremarkedet, teknologiutvikling etc.) for etablering av protonterapisentre angitt i konseptfaserapporten.
- Plan for forprosjekt trinn 1 – frem til vedtak om lokalisering ble igangsatt høsten 2017 med sluttleveranse i mars 2018:
 - Prosjektorganisering for delleveranse 1 ble vedtatt videreført med styringsgruppe og prosjektgruppe.

Stortinget besluttet gjennom statsbudsjettet for 2018 å legge ett protonsentertil Oslo Universitetssykehus (3 behandlingsrom og ett forskningsrom) med frist for ferdigstilling i 2023 og ett til Helse Bergen (ett behandlingsrom og ett forskningsrom) med frist for ferdigstilling senest i 2025.

Etablering av protonbehandling, hvor Sykehusbygg HF har prosjektledelsen skal fortsette som et nasjonalt samarbeidsprosjekt. Gjenstående arbeid i prosjektet er knyttet til innkjøp, kliniske studier og arbeid med godkjenning av behandlingstjenesten. Dette arbeidet blir videreført etter mars 2018 basert på de nye avklaringene. I tillegg skal den videre planleggingen/prosjekteringen av de to protonsentrene samordnes i størst mulig grad.

- Ressursutnyttelse og kvalitet i tjenesten

Dette har Helse Nord utarbeidet i samarbeid med de andre regionene under ledelse av Helse Sør-Øst – se rapport om Overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag.

Det er fra fagdirektørgruppen utarbeidet prinsippdokument til Beslutningsforum om oppfølging av prinsippene i prioriteringsmeldingen og spesielt mot små pasientgrupper.

Helseforetakene eller Helse Nord RHF har ingen lederopplæring som omhandler prinsippene for prioritering. Foretakene melder riktignok at temaene om prioritering, beskrevet i St. meld 34 Verdier i pasientens helsetjeneste— Melding om prioritering er delvis dekket i allerede eksisterende lederopplæringsprogrammer.

Foretakene evaluerer og reviderer sine lederopplæringsprogram løpende, og har meldt tilbake at innholdet i St. meld 34 innarbeides i opplæringen.

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2017

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

--

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 befolkningssammensetningen, 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 2017 Helse Nord RHF	Mål	Datakilde	Publisering s-frekvens	Rapportering				
				2014	2015	2016	2017	
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Redusert i alle regioner sammenliknet med 2016. Skal være under 60 dager i alle regioner	Helse-direktoratet	Månedlig	2014	2015	2016	2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
			FIN HF	74,4	71,0	65,3	55,2	Finnmarkssykehuset har innfridd kravet
			HSYK HF	61,9	59,0	54,2	54,7	Helgelandssykehuset har innfridd kravet
			NLSH HF	72,6	78,2	76,0	62,2	Nordlandssykehuset har i store deler av 2017 ligget over styringskravet, men i årets to siste måneder ble styringskravet oppnådd. Nordlandssykehuset vil i 2018 jobbe videre med reduksjon av ventetiden.
			UNN HF	79,1	80,1	64,2	58,5	Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter har i 2017 vært 56 dager. UNN fortsetter arbeidet med kontinuerlig forbedring og vil arbeide for ytterligere nedgang i ventetiden og innstiller seg på nye krav om ventetidene.
			Helse Nord	73,9	74,8	66,1	58,4	Kilde
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helse-direktoratet	Månedlig	2014	2015	2016	2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
			FIN HF	3,4%	4,5%	2,9%	2,4%	FIN har iverksatt flere tiltak for å redusere og unngå fristbrudd. Klinikk for psykisk helsevern og rus har gjennomført et større prosjekt i 2017 som har vist gode resultater og klinikken nærmer seg nå målet om ingen fristbrudd. Klinikk Hammerfest kan vise til et bedre resultat i 2017 sammenlignet med 2016, og under 2 % fristbrudd. Også her er det gjort tiltak med kvalitetssikring av registreringsrutiner, da flere fristbrudd har fremkommet som følge av registreringsfeil.
			HSYK HF	5,0%	5,3%	2,6%	4,8%	Fristbrudd har vært fokusområde i Helgelandssykehuset i lengre tid. Det ligger som fast KPI i hver virksomhetsrapport og foretakets dashboard i HelseNord LIS. Sykehusenhetene har gjennom året hatt tiltaksplaner for å få ned fristbrudd i fagområdene som har hatt utfordringer. Bruk av helfo, innleieleger for ekstra kapasitet, fordeling mellom sykehusene, ambulering, opplæring i registrering DIPS, er eksempler på tiltak.

			NLSH HF	9,6%	7,9%	3,6%	2,3%	Nordlandssykehuset har ikke innfridd styringskravet. I 2017 er andelen fristbrudd redusert, slik at foretaket har hatt mellom 1,4 %-2,9 % fristbrudd blant avviklede. Det arbeides fortløpende med å innfri styringskravet.
			UNN HF	6,9%	4,1%	1,2%	1,4%	UNN har over tid redusert antall fristbrudd til et lavt nivå. I 2017 har fristbruddene variert mellom 30-80 pr måned. Det er laget gode systemer for måling av fristbrudd og oppfølging på daglig basis. Det er på noen fagområder der kapasitet og krevende planlegging av pasientforløpene mot tilgjengelige ressurser fristbruddene oppstår. UNN iverksetter tiltak på disse områdene for å unngå fremtidige fristbrudd. Hovedutfordringen har vært på faget håndkirurgi. Det har vært gjennomført et eget prosjekt på dette. De har nå få eller ingen fristbrudd.
			Helse Nord	6,9%	5,5%	2,4%	2,4%	Kilde
Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for kreft (samlet for 24 krefttyper)	Minst 70 %	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
			FIN HF	92%	96%	85%	90%	Alle våre helseforetak ligger prosentvis over styringskravet.
			HSYK HF	82%	90%	80%	80%	
			NLSH HF	65%	72%	75%	74%	
			UNN HF	94%	93%	85%	86%	
			Helse Nord	83%	87%	81%	82%	https://helsedirektoratet.no/styringsdata-for-rhf#indikatorer-for-pakkeforl%C3%B8p-for-kreft
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 %	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
			FIN HF	61%	53%	57%	55%	Finnmarkssykehuset har nå regelmessige tverrfaglige møter med UNN for å øke andelen innen prostatakraft hvor de har en andel på 34 pst. Forløpskoordinatorstillingen ved sykehuset i Kirkenes skal flyttes fra kreftpoliklinikken til den merkantile innkallingsenheten når de flytter inn i nytt sykehus, noe som forventes å øke måloppnåelsen.
			HSYK HF	63%	57%	59%	69%	Helgelandssykehuset har tatt i bruk Dips Arena og forventer at dette skal føre til mer riktig registrering. Andre tiltak er forbedring av prosedyrene i forløp der måloppnåelsen er lav. Ett eksempel er tiltak for å redusere ventetid for MR prostata ved annet foretak.
			NLSH HF	60%	67%	69%	63%	Nordlandssykehuset jobber med tiltak for å redusere gjentakende tidstyver og flaskehalsar:

								<ul style="list-style-type: none"> • Lang ventetid for rgt diagnostikk som MR og PET • Lang ventetid for CT- og UL-veiledede biopsier, og biopsier til immunhistokjemi og PDL1 • Forløp hvor pasienten må sendes videre, spesielt ut av helseforetaket, blir veldig lang. • Lang postgang og uklare linjer for pasientinformasjon. • Ikke entydig praksis ved de ulike sykehusene i foretaket på gjeldende frister; rettighetsfrister kontra pakkeforløpsfrister. • Manglende merking av pakkeforløp i henvisninger og rekvisisjoner. • Pakkeforløp som trenger tjenester fra annen avdeling (for eksempel biopsier) kan ta for lang tid.
			UNN HF	66%	68%	74%	68%	Det er iverksatt et arbeid med nærmere analyser av forløpene ved hjelp av Statistisk prosesskontroll og oppfølging på tavlemøter for å avdekke systemfeil. Dette er et ledd i satsingen på kontinuerlig forbedring og vil bidra til at alle forløpene på sikt kommer innenfor normert tid.
			Helse Nord	64%	66%	70%	66%	https://helsedirektoratet.no/styringsdata-for-rhf#indikatorer-for-pakkeforl%C3%B8p-for-kreft
Oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer:			Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<ul style="list-style-type: none"> • Andel og antall pasient-kontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporterings-tidspunktet 	Alle fagområder	Helse-direktoratet	FIN HF	Finnes ingen publiserte data for 2016		4 633 17,0%	3 712 13,6%	
			HSYK HF			3 370 11,7%	3 630 12,2%	
			NLSH HF			8 916 16,1%	8 474 14,4%	
			UNN HF			8 014 12,1%	10 239 13,0%	
			Helse Nord			24 933 14,0%	26 055 13,4%	Kilde (arkfane [Passer planlagt tid])
<ul style="list-style-type: none"> • Andel pasienter vurdert til å ikke ha 	Ortopedi	Helse-direktoratet	FIN HF	7,7%	8,9%	0,9%	0,4%	
			HSYK HF	16,7%	11,7%	0,3%	0,7%	
			NLSH HF	27,8%	28,1%	1,1%	0,8%	

behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten			UNN HF	31,8%	32,9%	7,9%	6,2%	
			Helse Nord	27,4%	25,7%	3,7%	2,9%	Kilde (arkfane [Avviste-ortopedi])
• Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	Psykisk helsevern	Helse-direktoratet	FIN HF	19,6%	18,3%	5,8%	8,5%	
			HSYK HF	26,8%	22,4%	17,4%	17,0%	
			NLSH HF	30,0%	27,0%	17,7%	21,2%	
			UNN HF	31,4%	27,9%	22,4%	24,2%	
			Helse Nord	26,9%	24,0%	17,2%	18,5%	Kilde (arkfane [Avviste-psykisk helsevern])
• Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet	Ortopedi	Helse-direktoratet	FIN HF	34,8%	36,1%	33,3%	34,6%	
			HSYK HF	31,0%	30,3%	27,0%	34,1%	
			NLSH HF	24,6%	25,8%	25,5%	27,1%	
			UNN HF	24,8%	28,6%	26,3%	31,9%	
			Helse Nord	27,2%	29,0%	27,1%	31,1%	Kilde (arkfane [Nyhenviste])
• Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet	Psykisk helsevern	Helse-direktoratet	FIN HF	5,6%	6,7%	5,1%	7,1%	
			HSYK HF	4,2%	4,7%	4,2%	4,8%	
			NLSH HF	4,2%	5,5%	4,6%	4,9%	
			UNN HF	4,3%	4,5%	4,4%	4,6%	
			Helse Nord	4,7%	5,3%	4,7%	5,3%	Kilde (se arkfane [Nyhenviste])

• Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet	8 Sykdommer i skjellett-muskelsystemet og bindevev	Helse-direktoratet	FINN HF	36,2%	41,7%	39,9%	37,6%	
			HSYK HF	39,6%	44,8%	41,9%	43,0%	
			NLSH HF	49,3%	45,8%	48,0%	47,8%	
			UNN HF	38,6%	39,8%	40,4%	41,0%	
			Helse Nord RHF	41,6%	42,5%	42,8%	42,8%	Kilde (se arkfane [Kontroller])
• Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted	PHV	Helse-direktoratet	FINN HF	5,8%	6,6%	9,5%	8,5%	
			HSYK HF	2,6%	2,6%	3,4%	3,5%	
			NLSH HF	13,1%	10,4%	12,0%	9,5%	
			UNN HF	8,1%	9,2%	7,9%	8,8%	
			Helse Nord RHF	7,9%	7,8%	8,2%	7,8%	Kilde (arkfane [Ambulant virksomhet])

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

Mål 2017 Helse Nord RHF	Mål	Datakilde	Publiserings- frekvens	Rapportering			
				2015-2016	2016-2017		
<p>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). Kommunal ø-hjelpsplikt innføres i psykisk helsevern og rus fra 2017, og midlene overført fra hvert RHF til KMD synliggjøres i ressursbruken innen psykisk helsevern og TSB (fordelingen av overførte midler til KMD er om lag 96 og 4 pst.).</p>	Prosentvis større reduksjon i ventetid	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet		Årstall der dette er mulig		Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat	
			FIN HF	18,3% (P 9,4% ; S -8,9%)	8,6% (P -7,6% ; S %)		
			HSYK HF	-18,6% (P -25,9% ; S -7,3 %)	4,4% (P 5,2% ; S 0,8%)		
			NLSH HF	-13,1% (P -15,4% ; S -2,3%)	28,0% (P 9,1% ; S -18,9%)		
	UNN HF	2,7% (P -15,1% ; S -17,8%)	5,9% (P -1,3% ; S -7,2%)				
	Helse Nord	-2,4% (P -12,7% ; S -10,3%)	11,9% (P 0,4% ; S -11,5%)	NEGATIV tall vises større reduksjon av ventetid for PH totalt (P) enn somatikk (S)			
	Prosentvis større økning i kostnader,	Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap	FIN HF	% (P % ; S %)	% (P % ; S %)		
			HSYK HF	% (P % ; S %)	% (P % ; S %)		
			NLSH HF	% (P % ; S %)	% (P % ; S %)		
			UNN HF	% (P % ; S %)	% (P % ; S %)		
			Helse Nord	% (P % ; S %)	% (P % ; S %)		
	Prosentvis større økning årsverk	Årsverk: de RHFenes HR systemer og SSB for private	FIN HF	% (P % ; S %)	% (P % ; S %)		
			HSYK HF	% (P % ; S %)	% (P % ; S %)		
			NLSH HF	% (P % ; S %)	% (P % ; S %)		
			UNN HF	% (P % ; S %)	% (P % ; S %)		

			Helse Nord	% (P % ; S %)		% (P % ; S %)		
	Prosentvis større økning i aktivitet.	Polikliniske konsultasjoner: Helsedirektoratet (Helfo)	FIN HF	% (P % ; S %)		% (P % ; S %)		
			HSYK HF	% (P % ; S %)		% (P % ; S %)		
			NLSH HF	% (P % ; S %)		% (P % ; S %)		
			UNN HF	% (P % ; S %)		% (P % ; S %)		
			Helse Nord	% (P % ; S %)		% (P % ; S %)		
						% (P % ; S %)		% (P % ; S %)
Antall tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen	Redusert sammenlignet med 2016	DIPS	Helse Nord	2016		2017		Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				2,26	2,12	Tall hentet fra foretakene da det ikke er publisert tvangstall for 2017 på helsenorge.no		
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med ett eller flere tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere	Redusert sammenlignet med 2016	DIPS	Helse Nord	2016		2017		Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				0,36	0,42	Tall hentet fra foretakene da det ikke er publisert tvangstall for 2017 på helsenorge.no		
Avbrudd i døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	Registrere og sikre færrest mulig avbrudd	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
			FIN HF	No data	No data	No data	No data	
			HSYK HF	No data	No data	No data	No data	
			NLSH HF	No data	No data	No data	No data	
			UNN HF	No data	No data	No data	No data	
			Helse Nord	2,6%	4,3%	1,3%	3,5%	Kilde: Helsenorge.no

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 2017 Nord RHF	Mål	Datakilde	Publiserings- frekvens	Rapportering				
Andel sykehusinfeksjoner	Redusert Sammenliknet med 2016	Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig	mai.16	nov.16	mai.17	nov.17	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
			FIN HF	2,3	2,7	No data	No data	Flere tiltak er iverksatt i helseforetakene for å redusere andelen sykehusinfeksjoner ytterligere. Disse er blant annet: <ul style="list-style-type: none"> • Smittevernvisitter • Etablering av foretaksovergrepene infeksjonskontrollprogram • Kontinuerlig opplæring av ansatte i basal hygiene • Korrekt antrekk • Selekttering av pasienter som han ligge på samme rom. Prosedyre for systematisk gjennomgang av dype postoperative infeksjoner • Prevalensundersøkelser gjennomgås i lokale KVAM- råd
			HSYK HF	2,0	2,0	No data	No data	
			NLSH HF	3,6	1,5	No data	No data	
			UNN HF	5,3	4,2	No data	No data	
Helse Nord	4,0	3,0	No data	No data	Kilde: helsenorge.no			
Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.	Minst 50 pst.	Helse- direktorat et	Tertialvis	2014	2015	2016	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat	
			FIN HF	100,0%	50,0%	42,9%	Finnmarkssykehuset gjennomgår i forbindelse med innføring av pakkeforløp for hjerneslag alle prosedyrer knyttet til hjerneslagsbehandling, med særskilt vekt på prosedyrer for trombolysbehandling.	
			HSYK HF	30,0%	40,0%	33,3%	Helgelandssykehuset har etablert trombolysalarm, og følger opp med jevnlig trening for å korte ned tiden det tar før trombolys gis.	
			NLSH HF	45,7%	68,5%	45,8%	Nordlandssykehuset har etablert trombolysalarm, og trener jevnlig for å korte ned tiden det tar før trombolys gis.	
			UNN HF	37,5%	59,4%	68,3%	UNN har etablert trombolysalarm, og dette bidrar til at alle er godt drillet i prosedyrene. Arbeid med å følge og forbedre de tverrfaglige prosedyrene pågår kontinuerlig.	
			Helse Nord	41,3%	60,4%	51,9%	Kilde: helsenorge.no	
Andel korridorpasienter på sykehus	0 %	Helse- direktorat et	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
			FIN HF	0,9%	0,4%	0,2%	0,1%	

			HSYK HF	1,4%	1,1%	1,4%	1,3%	
			NLSH HF	1,5%	1,1%	1,3%	0,7%	
			UNN HF	2,6%	2,3%	2,4%	1,3%	
			Helse Nord	1,9%	1,6%	1,7%	1,0%	Kilde: helsenorge.no
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	Minst 30 pst.	Helse- direktorat et	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
			FIN HF	No data	No data	No data	No data	Det er nært samarbeid i regionen innen nyremedisin, slik at tiltakene som er iverksatt for å nå målet er de samme i alle helseforetakene. Det er iverksatt tiltak i pasientforløpet som sikrer at hjemmedialyse er første behandlingsalternativ ved behov for dialyse. I 2017 er det etablert et regionalt samarbeid for å øke andelen hjemmehemodialyse. Tiltak i dette arbeidet er å utarbeidet felles regionale rutiner for etablering av hjemmehemodialyse, samt felles materiell og prosedyrer for informasjon, opplæring og oppfølging av pasienter som velger denne formen for hjemmedialyse.
			HSYK HF	No data	No data	No data	No data	
			NLSH HF	20,3	21,5	26,7	27,3	
			UNN HF	32,8	32,8	34,2	35,2	
			Helse Nord	26,5	26,4	30,2	30,8	Kilde: helsenorge.no

Mål 2017 Nord RHF	Mål	Datakilde	Publisering-frekvens	Rapportering					
				2012	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012	Sykehuse- nes Legemidd- els- statistikk	Tertialvis	2012	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
			FIN HF	18,5	15,2	13,8	15,3	16,4	Det er utarbeidet antibiotikastyringsprogram for Finnmarkssykehuset og nedsatt A-team med det formål å følge nasjonale målsettinger om reduksjon i bruk av bredspektret antibiotika. Det lages årlig rapport om lokale resistensforhold og avdelingsvis antibiotikabruk.
			HSYK HF	20,2	15,8	17,0	14,9	16,6	Helgelandssykehuset har igangsatt eller planlagt følgende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Implementering av revurdering 3. dag (påbegynt) • Implementering av frase i DIPS (påbegynt) • Utarbeidelse og implementering av prosedyrer for bruk av gentamycin, vancomycin og kirurgisk profylakse (påbegynt) • Kartlegging av aktuelle avdelinger med utarbeidelse av egne forbedringsmål (påbegynt) • Oppfølging (audits) av forbedringsmål etter gjennomførte tiltak (ikke påbegynt) • Internundervisning om mikrobiologisk prøvetakning (ikke påbegynt) • Innføring av månedlig antibiotikavisitt på avdelinger hvor man ikke har klinisk farmasøyt (planlagt fra høst 2018)
			NLSH HF	21,8	19,2	20,1	20,9	18,1	Nordlandssykehuset følger opp dette gjennom antibiotikastyringsprogrammet.
			UNN HF	15,5	13,8	14,8	12,5	12,7	Ved UNN er følgende tiltak iverksatt: <ul style="list-style-type: none"> • Identifisering av områder med høyt forbruk av bredspektret antibiotika og se på mulighetene for endringer • A-teamene besøker avdelingene og gjennomgår forbruk og rutiner Informere jevnlig, og gjennomgå statistikk for forbruk på operasjonelt nivå

			Helse Nord	18,3	15,7	16,5	15,4	15,1	Kilde: helsenorge.no
--	--	--	------------	------	------	------	------	------	--

6.4 Rapportering 2017 Helse Nord RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet

Rapportering 2017 Helse Nord RHF	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	
30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2016 (uansett årsak til innleggelse)		Nasjonalt kunnskaps senter for helsetjene sten (Folkehels einstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføre s årlig)	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.
			FIN HF	95,1% Kun rapportert tall
			HSYK HF	95,1% Kun rapportert tall
			NLSH HF	95,4% Nordlandssykehuset HF skiller seg ikke nevneverdig ut sammenlignet med de nasjonale eller regionale tallene for noen av målingene i 2016. Nytt av 2016 er at FHI ikke har utarbeidet spesifikke rapporter per sykehus, bare per helseforetak. Nordlandssykehuset har etterlyst slike data for sine sykehus i Bodø, Lofoten og Vesterålen og vil analysere disse dataene fortløpende.
			UNN HF	95,2% UNN planlegger pilot på kontinuerlig analyse av dødsfall.
			Helse Nord	95,2% Kilde: helsenorge.no
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016		Nasjonalt kunnskaps senter for helsetjene sten (Folkehels einstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføre s årlig)	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.
			FIN HF	87,7% Kun rapportert tall
			HSYK HF	87,4% Helgelandssykehuset har 87,4% overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016 (hele landet 87,7%)
			NLSH HF	88,1% Nordlandssykehuset HF skiller seg ikke nevneverdig ut sammenlignet med de nasjonale eller regionale tallene for noen av målingene i 2016. Nytt av 2016 er at FHI ikke har utarbeidet spesifikke rapporter per sykehus, bare per helseforetak. Vi har etterlyst slike data for Nordlandssykehuset Bodø, Lofoten og Vesterålen og har vil analysere disse dataene fortløpende.
			UNN HF	87,3% Følger revidert nasjonal veileder for behandling av hjerneslag med fokus på bla tidlig mobilisering. Følger med på forskning i slagbehandling for å kunne være i tråd med beste praksis. Innføring av trombektomi kan gi bedre overlevelse.
			Helse Nord	87,4% Kilde: helsenorge.no
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2016		Nasjonalt kunnskaps senter for helsetjene sten	Publiseres i 2017 (gjennomføre s årlig)	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.
			FIN HF	90,7% Kun rapportert tall

		(Folkehels einstitutet)	HSYK HF	91,1%	Helgelandssykehuset har et pågående prosjekt for fasttrack for disse pasientene. Helgelandssykehuset håper på å bedre måloppnåelsen ytterligere gjennom dette arbeidet.
			NLSH HF	90,5%	Nordlandssykehuset HF skiller seg ikke nevneverdig ut sammenlignet med de nasjonale eller regionale tallene for noen av målingene i 2016. Nytt av 2016 er at FHI ikke har utarbeidet spesifikke rapporter per sykehus, bare per helseforetak. Det er etterlyst slike data for Nordlandssykehuset Bodø, Lofoten og Vesterålen og disse dataene vil analyseres fortløpende når disse foreligger.
			UNN HF	91,3%	Ortopedisk avdeling er med i prosjektgruppe som jobber med fasttrack hoftebrudd som skal bidra til at pasienter med FCF får kortere ventetid før operasjon og redusert liggetid.
			Helse Nord	90,6%	Kilde: helsenorge.no
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2016		Nasjonalt kunnskaps senter for helsetjenesten (Folkehels instituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.	
			FIN HF	91,7%	Finnmarkssykehuset deltar i fagråd for hjertemedisin i Helse Nord, og vil gjennom dette arbeidet forbedre rutineene som skal sikre god pasientbehandling.
			HSYK HF	90,2%	Helgelandssykehuset har 90.5 % overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2016 (hele landet 92.1) Helgelandssykehuset deltar i fagråd for hjertemedisin i Helse Nord, og vil gjennom dette arbeidet forbedre rutineene som skal sikre god pasientbehandling.
			NLSH HF	90,3%	Nordlandssykehuset HF er ett av fire helseforetak som i 2016 hadde signifikant lavere overlevelse enn resten av landet i perioden 2014-2016. På foretaksnivå kan det se ut som det er de eldste pasientene hos oss som har dårligst overlevelse sammenlignet med landet for øvrig. Nytt av 2016 er at FHI ikke har utarbeidet spesifikke rapporter per sykehus, bare per helseforetak. Vi har etterlyst slike data for Nordlandssykehuset Bodø, Lofoten og Vesterålen og har vil analysere disse dataene fortløpende. For denne indikatoren har vi tro på at pågående arbeid sammen med UNN HF for opprettelse av PCI i Bodø kan bidra til forbedring, blant annet ved at en høyere andel av de eldste får denne behandlingen.
			UNN HF	93,5%	Det arbeides på flere felt for å bedre omsorg for pasienter med hjerteinfarkt. 1) Korte ned tid fra innleggelse på lokalsykehus til invasiv diagnostikk og behandling for pasienter med NSTEMI. Interne retningslinjer er endret, og det har gitt forberinger. Andel pasienter i Helse Nord til invasiv diagnostikk i løpet av 72 timer har kommet opp fra 57 % i 2015 til 81 % i siste kvartal 2016. Etter Hjerteinfarktregisterets klassifisering regnes > 80 % som «Meget god måloppnåelse». Tidstyvene en må ha fokus på nå er ventetid på lokalsykehus før

				<p>henvendelse til UNN, og logistikk etter ankomst UNN. For stor andel pasienter får ikke utført invasiv undersøkelse før dagen etter ankomst UNN, flere bør få gjort dette på ankomstdagen.</p> <p>2) For STEMI: Korte ned tid fra første medisinske kontakt til revasculariserende behandling, enten det er trombolyse eller primær PCI (PPCI). Ta riktig beslutning i valget mellom trombolyse og PPCI. Korte ned transporttid til PCI-senter etter trombolyse. Det er arbeid i gang med tanke på å starte tavlemøter på denne problematikken.</p> <p>3) Det pågår diskusjon med Medisinsk klinikk om vakt samarbeid i vakt skikt for LIS. En ønsker å sikre bedre kompetanse på medisinsk intensiv. Dette vil også heve kvalitet i behandling og omsorg for pasienter med hjerteinfarkt. En kan oppnå raskere og sikrere beslutninger om prehospital trombolyse i de tilfeller det er aktuelt.</p> <p>4) Vi arbeider for å få til styrket kompetanse på medisinsk intensiv ved større tilstedeværelse av overlege. Dette kan vi oppnå ved en todeling av den hjertemedisinske bakvakt der den ene får medisinsk intensiv som et hovedansvar.</p> <p>5) Styrket sykepleierbemanning på sengepost i helg. Økt fokus på pasient monitorering og evaluering på sengepost (TILT).</p> <p>6) Økt aktivitet på PCI-lab i helg.</p> <p>7) I regi av Helse Nord's fagråd for Hjertemedisin er det satt i gang arbeid for standardisering av forløp for pasienter med hjerteinfarkt. Det er gjort en innsamling av prosedyrer som finnes på de forskjellige sykehus om dette. En vil utarbeide oppdaterte og samordnede prosedyrer som skal være felles for alle sykehus som hører til Helse Nord.</p>	
			Helse Nord	91,9%	Kilde: helsenorge.no
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25% innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012	GTT-undersøkelsene. Helse direktoratet	Årlig	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.	
			FIN HF	Finnmarkssykehuset er ett av to foretak i landet som allerede i 2017 innfridde mål om 25% reduksjon i pasientskader sammenlignet med 2012.	
			HSYK HF	Pasientskader uavhengig av alvorlighetsgrad forekom like hyppig ved Helgelandssykehuset i 2016 som foregående år, jf. Rapport «Pasientskader målt ved Global Trigger Tool 2016».	
			NLSH HF	GTT-resultater for Nordlandssykehuset HF viser at andel pasientskader er 15,3 % for 2016. Baseline fra 2012 er 16 % og det er en stabil andel pasientskader i Nordlandssykehuset HF over de siste fire årene. På klinikk-/avdelingsnivå har ortopedisk og kirurgisk avdeling ved Nordlandssykehuset oppnådd målet om en 25 % reduksjon av pasientskader siden 2012. Disse resultatene ble også beskrevet i den nasjonale rapport for GTT-analysen «Pasientskader i Norge 2016». Nordlandssykehuset var tidlig ute med GTT-analyse og viste en betydelig reduksjon av andel pasientskader på foretaksnivå fra 2010-12 (21-16%). Det blir derfor utfordrende på foretaksnivå å vise en 25 % reduksjon fra 2012-18. Likevel jobbes det med innsatsområdene i	

				<p>pasientsikkerhetsprogrammet og andre forbedringstiltak for å redusere andel pasientskader på klinikk- og avdelingsnivå.</p> <p>Den store variasjonen i UNNs GTT-tall skyldes trolig et lite utvalg journaler hvert år og at det har vært hyppige utskiftninger i teamene som gjorde journalgjennomgangene. To ulike team kan vurdere journaler svært forskjellig. Det er derfor ikke mulig å sammenligne ulike sykehus eller sammenligne med seg selv over tid. Så lenge dataene er på foretaksnivå føler få eierskap til resultatene, og de benyttes i for liten grad til forbedringsarbeid. UNN har generelt jobbet aktivt med å bedre meldekulturen. Dette kan også medføre at en blir bedre til å dokumentere pasienthendelser i pasientens journal.</p> <p>Figur. Andel sykehusopphold med pasientskade ved Universitetssykehuset Nord-Norge 2011 til 1. tertial 2017 målt med metoden Global Trigger Tool</p> <p>Tabell. Andel sykehusopphold med pasientskade ved Universitetssykehuset Nord-Norge 2011 til 1. tertial 2017 målt med metoden Global Trigger Tool</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Andel pasientskader</td> <td>15%</td> <td>13%</td> <td>19%</td> <td>19%</td> <td>16%</td> <td>22%</td> </tr> <tr> <td>95% konfidensintervall</td> <td>(11-20%)</td> <td>(9-16%)</td> <td>(14-25%)</td> <td>(14-25%)</td> <td>(12-21%)</td> <td>(17-26%)</td> </tr> </tbody> </table>		2011	2012	2013	2014	2015	2016	Andel pasientskader	15%	13%	19%	19%	16%	22%	95% konfidensintervall	(11-20%)	(9-16%)	(14-25%)	(14-25%)	(12-21%)	(17-26%)
	2011	2012	2013	2014	2015	2016																			
Andel pasientskader	15%	13%	19%	19%	16%	22%																			
95% konfidensintervall	(11-20%)	(9-16%)	(14-25%)	(14-25%)	(12-21%)	(17-26%)																			
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i	100 %	RHF's rapportering til	Årlig	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.																					
			FIN HF	Ved psykisk helse og rus klinikken er 3 av tiltakspakkene implementert. Forebygge selvmord, forebygge overdose og ledelse av pasientsikkerhet. Samstemming av legemiddellister er påbegynt. De																					

pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.		pasientsikkerhetsprogrammet		<p>andre tiltakspakkene er ikke aktuell. Klinikkk Hammerfest har implementert 8 av 12 tiltakspakker, 2 er påbegynt og 2 er ikke aktuell. Klinikkk Kirkenes har implementert 6 av 12, påbegynt 4 og 2 er ikke aktuell.</p> <p>Foretaket arbeider godt med tiltakspakkene i programmet med målsetning om å etablere rutiner og systemer som fanger dette opp i ordinær drift. Det er fortsatt en vei å gå før alle pakker er implementert i ordinær drift.</p>
			HSYK HF	<p>Mo i Rana har implementert 5 av 12 tiltakspakker, påbegynt 5 og 2 er ikke aktuell. Mosjøen har implementert 7 av 12, påbegynt 2 og 3 er ikke aktuell. Sandnessjøen har implementert 7 av 12, påbegynt 2 og 3 er ikke aktuell.</p> <p>Månedlig oppfølging i det regionale fagsjefmøtet med status og oppfølging.</p>
			NLSH HF	<p>Ved NLSH Bodø er 5 av 12 tiltakspakker implementert. 7 er påbegynt. Ved NLSH Lofoten er 4 av 12 tiltakspakker implementert, 7 er påbegynt og en er ikke aktuell. Ved NLSH Vesterålen er 4 av 12 implementert, 5 er påbegynt, 1 er ikke påbegynt og 2 er ikke aktuell</p> <p>Siste statusrapport for NLSH ble foretatt høsten 2017. Rapporteringen viser at kun tre av tiltakspakkene; Trygg kirurgi, overdose og hjerneslag, tilfredsstillende foretakets nokså strenge krav til «ferdig implementert». For de andre tiltakspakkene gjelder at vesentlige deler av tiltakspakkene er implementert i alle relevante enheter. «Ferdig implementert» krever at det jobbes aktivt med alle deler av tiltakspakkene. For NLSH er status at flere enheter jobber med de ulike elementer i tiltakspakkene etter behov.</p>
			UNN HF	<p>De aller fleste tiltakspakkene som er aktuelle for de ulike avdelingene er implementert. Det er noen som mangler målinger eller ikke fått satt i gang alle tiltakene i alle pakkene enda.</p> <p>De fleste av tiltakspakkene er implementert i klinikkene. For de som ikke er aktuelle har flere avdelinger tilpasset pakkene slik at de kan brukes i avdelingene. Noen av tiltakspakkene er ikke aktuelle for alle avdelinger. UNN har i tillegg til pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker også valgt å starte nye frivillige innsatsområder som er godt i gang.</p>
			Helse Nord	<p>Samlet sett har ikke Helse Nord oppfylt styringsmålet på 100 % implementering av tiltakspakkene. Det er tidkrevende å få implementert alle pakkene i alle enheter. Helseforetakene jobber aktivt med implementering av pakkene som er aktuelle for de ulike enhetene, dette arbeidet vil fortsette også i 2018.</p>

Vedlegg til styresak Årlig melding 2017 for Helse Nord RHF til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:

Jann-Hårek Lillevoll / 47012324

Sted/dato:

Bodø, 22.03.2018

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

3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

- Etablere en overordnet ernæringsstrategi innen 1. juni i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og «Kosthåndboken».

UNN har utarbeidet overordnet ernæringsstrategi, men mangler et komplett dokument som beskriver dette. Strategien er i tråd med nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Hver avdeling skal ha en ernæringsansvarlig lege og sykepleier med hovedansvar for implementering av strategien i sine respektive avdelinger.

Finnmarkssykehuset har etablert en ernæringsstrategi gjeldende fra 2017-2020.

Nordlandssykehuset er i gang med sitt arbeid for å få på plass en ernæringsstrategi.

Helgelandssykehuset har ikke utarbeidet egen strategi, men har rutiner og retningslinjer for ernæringscreening og kartlegging av risiko for underernæring på innlagte pasienter.

- Implementere de regionale fagprosedyrene for barn som pårørende, og i tertialrapport 1 redegjøre for organisering og forankring av arbeidet.

De regionale fagprosedyrene er gjort gjeldende i helseforetakene, men det er ulikt hvor langt hvert foretak, klinikk, avdeling og enhet er kommet i arbeidet med å ta dem i bruk. UNN har klinikkbarneansvarlige i alle klinikker bortsett fra OPIN2. Fagprosedyrene og lovverket er tema på felles fag- og opplæringsdager og på internundervisning og fagdager i klinikkene. Arbeidsgruppe med klinikkbarneansvarlige jobber også aktivt med implementeringen. UNN har i likhet med andre helseforetak i for liten grad utviklet systemer for å kvalitetssikre at

lovedringene følges opp, slik at barns rettigheter blir ivaretatt som en naturlig del av helsehjelpen til pasienten.

Det er fortsatt manglende kartlegginger, mangelfull dokumentasjon og udekkede behov når det gjelder informasjon til barn og oppfølging av barna og familien, og ytterligere tiltak er nødvendig.

I Nordlandssykehuset er arbeidet i gang, men det er langt igjen før prosedyrene er implementert og tatt i bruk av alt helsepersonell. I henhold til vedtatte prosedyrer, skal det utnevnes koordinatorene/ klinikkbarneansvarlige i ulike avdelinger/klinikker i sykehuset. Dette er ikke utført i Nordlandssykehuset, med unntak av ved ett DPS.

Arbeidet er organisert med:

- Foretakskoordinator for barn som pårørende i 50% stilling.
- Erfaringskonsulent i 20% stilling.
- Barneansvarlige i mange enheter, og det oppfordres til å utnevne flere.
- Foretakskoordinator har møter med barneansvarlige.

Følgende tiltak er gjennomført:

- Informasjon om nye fagprosedyrer er sendt via e-post til barneansvarlige, med link til Docmap, med oppfordring om å ta prosedyrene i bruk og informere i egen enhet.
- Prosedyrekort utviklet av foretakskoordinatorene i Helse Nord deles ut til barneansvarlige for videre distribueringsarbeid i egen enhet.
- Foretakskoordinator og erfaringskonsulent har gitt tilbud om undervisning/opplæring og har vært i noen enheter, har avtale med flere, samt har gitt opplæring til nye barneansvarlige.
- Møte med barneansvarlige i NLSH, somatikk og psykiatri, er planlagt til juni 2017, der tilbakemeldinger på implementeringsarbeidet er et fokus.
- Det arbeides med Intranettside, bl.a. for å lette tilgang på informasjon til barneansvarlige og annet helsepersonell i Nordlandssykehuset.
- Det gis informasjon om barn som pårørende og prosedyrer ved mottak av sykepleierstudenter og turnusleger.

Ved Helgelandssykehuset har foretakskoordinator informert om de regionale fagprosedyrene i enhetsdirektørens ledergrupper ved de tre sykehusene. Ledergruppene var også utvidet til å omfatte alle lederne ved den enkelte enhet. Den enkelte avdeling er oppfordret til å lage tilpassede prosedyrer.

Finnmarkssykehuset rapporterer å ha implementert prosedyrene. Det er avsatt 20% stilling som foretakskoordinator og 20% til klinikk- koordinatorene (10%+10%).

- Prosedyren er tilpasset Helse Nord, og lagt i Docmap PR11066.
- Lenke til prosedyren ligger på intranettsiden til Barn som pårørende i Helse Nord. Enkel tilgang for ansatte med knapp på forsiden av intranett i helseforetaket til Helse Nord Barn som pårørende- side.
- Det er laget prosedyrekort som er delt ut til enhetene i alle klinikker.

- Klinikene har frikjøp stillingsandel for barneansvarlige og det er i tillegg barneansvarlige i alle enheter. Disse er del av et nettverk i hver klinikk, med faste nettverksmøter med referater. Her er prosedyrene tema, med veiledning fra koordinator. Alle barneansvarlige er godt kjent med prosedyrene.
- Barneansvarlige har internundervisning i sine enheter. Koordinator bistår ved behov.
- Det arrangeres årlig fagdag i klinikene for barneansvarlige, hvor prosedyrene har vært tema. Noen fagdager er åpen for samtlige ansatte.
- Forelesning for hele helseforetaket på telematikk/Skype, om prosedyrer og registrering i DIPS. Åpen for alle.

- Følge opp nasjonal strategi for persontilpasset medisin, sammen med Helse Nord RHF.

Helse Nord deltar i det nasjonale arbeidet både i styringsgruppen, ved fagdirektør i Helse Nord og direktør i kvalitets- og utviklingsavdelingen ved UNN, samt med deltakere fra UNN i hhv. arbeidsgruppen for variantdatabase med representant fra medisinsk genetisk avdeling og i arbeidsgruppen for regionale kompetansesentre.

- Etablere og videreutvikle felles forvaltning av regionale IKT-systemer innenfor retningslinjer gitt av systemeier. Helse Nord IKT skal forvalte administratortilganger på systemene som er en del av Helse Nord's felles infrastruktur.

Helse Nord IKT har etablert eget tjenestestyre, utpekt tjenesteansvarlige for tjenesteområdene og utarbeider forvaltningsplaner for regionale tjenester. Forvaltningsplanene har sterkt fokus på merkantil forvaltning. Helse Nord IKT har gjennom Access Management etablert rutiner for forvaltning av administratortilganger.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

- Gjennomføre risikoanalyser på tilberedning av legemidler på sykehusavdelinger, og definere en standard knyttet til fasiliteter, rutiner og opplæring av personell som skal tilberede legemidler på sykehusavdelingene.

Sykehusapotek Nord, Nordlandssykehuset Bodø og Helgelandssykehuset har i samarbeid gjennomført arbeidet med risikovurdering og utarbeidet en standard/veileder for tilberedning av legemidler på sykehusavdelinger, som skal brukes i hele regionen.

Forslag til veileder for gjennomføring av risikovurdering av sykehusenes legemiddeltilberedning har følgende målsettinger:

1. Legemidlers kvalitet opprettholdes slik at de er trygge å bruke.
2. Personell og omgivelser skal ikke eksponeres for virkestoff.

Det er utarbeidet et risikovurderingsverktøy med definisjon av kritiske suksessfaktorer for tilberedning av legemidler. Det er også utarbeidet støtteverktøy

for sykehusfarmasøyter for gjennomføring av risikovurdering i samarbeid med sykehusavdeling.

Gjennomføring:

Risikovurderingsverktøyet er testet på to sykehusavdelinger ved Helgelandssykehuset, samt påbegynt på en tredje avdeling. Tidsbruk ved risikovurderingen har vært ca. sju timer per avdeling (intromøte og risikovurdering). En tverrfaglig gruppe bestående av avdelingsleder, medisinsansvarlig sykepleier, smittevernsykepleier og farmasøyt har definert risikoområder innenfor tilberedning i avdelingen, samt forslag til risikoreduserende tiltak. Avdelingen har fått en samlet oversikt over risiko på området, samt liste over risikoreduserende tiltak som bør iverksettes i avdelingen.

Evaluering og forbedring:

De gjennomførte risikovurderingene har vært tidkrevende, og det arbeides derfor nå med å se på muligheter for forenkling av verktøyet. I tillegg er det behov for forankring av kritiske suksessfaktorer for tilberedning av legemidler i et regionalt samarbeid mellom sykehusfarmasøyter, sykepleiere og smittevern. Det er også viktig å bruke tid på forankring av risikovurderingsarbeidet internt i sykehuset for å sikre god forståelse av bakgrunnen for arbeidet. Legemiddelkomiteen og sykehusfarmasøytene vil være pådrivere for fortsatt kvalitetsarbeid på området.

Regional prosedyre/mal:

I regionalt fagsjefmøte 7.12.2017 ble prosedyren og mal for gjennomføring av risikovurderingene godkjent som regional prosedyre og mal. Å bistå sykehusene med gjennomføring av risikovurderinger vil være et satsingsområde i 2018.

- På bakgrunn av rapport «Lukket legemiddelsløyfe», utarbeidet i FIKS-programmet, skal helseforetakene utarbeide en felles strategi for å oppnå en lukket legemiddelsløyfe. Helse Nord RHF vil komme tilbake til hvem som skal lede arbeidet.

Plan for «Lukket legemiddelsløyfe» vil bli utarbeidet i arbeidet med konseptfasen for produksjonsstøttesystem for Sykehusapotek Nord, i dialog med FRESK og arbeidet med «Elektronisk Medikasjon og Kurve».

- Bidra i arbeidet med å utvikle samordnet og kvalitetssikret informasjon til innbyggerne på egne nettsider og etablere digitale innbyggertjenester på den nasjonale helseportalen helsenor.no.

Gjennom det nasjonale arbeidet i felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten, har sykehusene i Helse Nord hevet kvaliteten betraktelig på informasjon til innbyggerne. Det arbeides godt og systematisk med stadige forbedringer av informasjonen på egne nettsider.

Når det gjelder digitale innbyggertjenester på helsenorge.no, tilbyr Helse Nord flere slike tjenester. I 2017 vil vi særlig trekke frem den digitale løsningen hvor pasienter søker dekket pasientreiser. Stadig flere pasienter benytter løsningen.

2017 har videre vært benyttet til å beskrive de digitale innbyggertjenestene Helse Nord mener bør realiseres i tidsperioden 2018–2020 jf. vedtatt målbilde. Vi er således beredt til å svare ut kravet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2018 hvor det skal presenteres en plan for å ta i bruk ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no.

- De nasjonale systemene for oppgjørskontroll (CTRL) og samkjøringssystemet skal implementeres på pasientreisekontorene i henhold til den vedtatte implementeringsplanen.

Finnmarkssykehuset:

Implementeringen av oppgjørskontroll (CTRL) har tatt noe lengere tid enn forventet, Pasientreiser er i dialog med Finnmark taxi og vi forventer oppstart innen kort tid.

Helgelandssykehuset: Det automatiske systemet for oppgjørskontroll (CTRL) er implementert og kontrollerer ca 70% av alle kjørte taxiturer. En stor taksameterleverandør (Halda) har ikke systemet på plass for å levere til elektroniske kontroll. Når denne kommer på plass vil over 90% av alle taxiturer kunne kontrolleres automatisk.

Nordlandssykehuset:

Systemet er tatt i bruk i noen områder og rulles fortløpende ut etter hvert som transportørenes taksameter kan levere.

UNN:

Oppgjørskontrollsystemet (Ctrl) er levert, men systemleverandørene til UNNs største transportører er ikke klare til implementering. UNN vil starte testing mot mindre leverandører i første kvartal 2018.

Det nasjonale samkjøringssystemet er forsinket med minst et år. Oppstart og bruk i Helse Nord vil tidligst være tidligst 1. kv. 2019.

- Pasientreisekontorene skal ferdigstille og implementere metode for kvalitetsforbedring/avvikshåndtering innen 31. desember

Pasientreiser ved UNN HF har ledet prosjektet som oppfyller denne leveransen for pasientreisekontorene i Helse Nord. Hos Pasientreiser UNN er metode, system og rutiner implementert per 31/12.2017. Dette vil være implementert hos alle de øvrige HF i Helse Nord i løpet innen medio mars. Prosjektet er avsluttet og leveransene er i tråd med bestillingen.

- Vurdere kompetansen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) når det gjelder personer med utviklingshemming og psykiske lidelser, og gi en tilbakemelding i tertialrapport 1.

Fra tertialrapport 1:

UNN arbeider med å avklare behovet for et døgntilbud til pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser i samarbeid med habiliteringsavdelingen. Nordlandssykehuset har god kompetanse og flere års erfaring med ansvar for det regionale teamet for pasienter med utviklingshemming og psykisk sykdom. I 2016 ble det også etablert et døgntilbud med både overlege, psykologspesialist og høyskoleutdannede knyttet til teamet og døgnplassene. Helgelandssykehuset har tilfredsstillende kompetanse, men opplever det utfordrende å finne egnet behandlingstilbud for pasienter som ikke kvalifiserer for døgntilbud ved Nordlandssykehuset. Organiseringen av habiliteringstjenesten sammen med psykisk helsevern og TSB legger til rette for gjensidig å bruke hverandres kompetanse. Finnmarkssykehuset har liten kompetanse innenfor området. I et visst omfang utredes mild til moderat utviklingshemming. I saker der tester viser avvik på et generelt grunnlag, skjer oppfølging i samarbeid med Habiliteringstjenesten.

I årlig melding fra UNN fremkommer at utredningen fra den UNN-interne arbeidsgruppen anbefalte at: «... det er behov for endringer i faglig struktur og organisering av tilbudet ved UNN til denne pasientgruppen for å sikre kvalitet og likeverdige tjenester i opptaksområdet». UNN vil i løpet av 2018 utarbeide forslag til endringer i faglig struktur og organisering.

HNIKT:

- Bygge opp en virksomhetsarkitekturpraksis i tråd med anbefalinger gitt av Nasjonal IKT. Arkitekturområdet skal eies av Helse Nord RHF, men forvaltes av Helse Nord IKT i tett dialog med eier.

Helse Nord IKT har gjennom prosjektet FAKT Arkitekturprosjekt realisert målet.

Helse Nord IKT HF vurderer derfor oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

- Brudd på avtalt servicenivå slik disse fremkommer på tjenestenivå skal meldes i Helse Nord's avvikssystem Docmap.

HN IKT har lagd en rutine hvor det skal meldes avvik til tjenesteansvarlig ved brudd på avtalt opptid målt pr. måned. Det har ikke vært noen brudd på avtalt opptid i 2017.

Rutinen er manuell. Det er ønskelig å automatisere dette på sikt.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

HSYK:

- Saksbehandlingstid etter at Pasientreiser ANS har overført saken skal være mindre enn 8 dager

- Den 31.12.17 var lokal saksbehandlingstid 20,8 dager.
- Den nasjonale løsningen er ikke et tilstrekkelig automatisert og krever langt mer manuell saksbehandling enn det nasjonale prosjektets estimer. Estimert bemanningsbehov pr 31.12.17 var 10,7 årsverk, mens forbruket er nærmere 20 årsverk.
- Pasientreiser HF overtok 01.01.2018 oppgaven og ansvaret med å avregne alle pasientreiseregninger i Norge. 7 ansatte + 5 vikarårsverk ble virksomhetsoverdradd fra Helgelandssykehuset HF til Pasientreiser HF fra samme dato.

FIN:

- Utvikle videre tolketjenesten for den samiske befolkningen.

Samisk tolkeprosjekt rulles ut i henhold til planen, og er i dag et implementert tjenestetilbud i Finnmarkssykehuset med navnet samisk tolketjeneste. Det er ansatt tolker i turnus, og en har nå et tilbud og tilgjengelig samisk tolk i Finnmarkssykehuset fra kl 08.00 til kl 22.00 alle dager. Det er også mulighet å forhåndsbestille tolk av pasienter og fastleger. Det gis kun tilbud på nordsamisk. Et tilbud på lule- og sørsamisk språk var foreslått på et senere tidspunkt i henhold til prosjektrapport. For videre utvidelse av tolkeprosjektet må det lages en finansieringsplan. Tolkeprosjektet vil også bli sett i sammenheng med utarbeidelsen av en strategisk overordnet plan, med tiltak som fremmer likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Gjennom regional avtale med firma Noricom kan likevel tolketjenester ved hjelp av nord, sør og lulesamisk tolk leveres ved forespørsel.

3.2 Somatikk

- Mer enn 40 % av pasienter under 80 år med ST-elevasjonsinfarkt (STEMI), med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, skal bli behandlet med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter.

Alle våre helseforetak har prosedyrer for å gi prehospital trombolyse. Måloppnåelsen har variert, og det vil i løpet av 2018 gjennomføres et prosjekt for å harmonisere prosedyrene som vil bli koordinert fra Helse Nord RHF. Vi har også gitt i oppdrag at helseforetakene må etablere systemer for opplæring av nytilsatte, samt resertifisering for personell som er i tjenesten.

Resultatene for 2017 fordelte seg som følger:

- UNN 37,5 pst
- Nordlandssykehuset 14,9 pst

- Helgelandssykehuset 32,7 pst
- Finnmarkssykehuset 17,4 pst

Det nasjonale snittet for 2017 var på 40,3 pst.

- Sikre bedre og mer standardiserte pasientforløp for pasienter med hjerteinfarkt.

Fagråd for hjertesykdommer har startet arbeidet med å standardisere pasientforløp for pasienter med hjerteinfarkt. I arbeidet inngår oppfølging av fagrevisjonen som ble gjort for pasienter med NSTEMI. Fagrådet skal være pilot for å etablere regionale prosedyrer i ny oppdatert versjon av Docmap.

NLSH, UNN:

- Leverer plan for gjennomføring av oppgavedelingsprosjektet i radiologi innen 1. tertial.

UNN har iverksatt oppgavedeling ved at ortopedene selv vurderer kontrollbilder. Ved Nordlandssykehuset er oppgavedelingsprosjektet i radiologi ytterligere forsinket. Ferdigstilling var planlagt innen utgangen av desember 2017, men på grunn av sykdom er ferdigstilling utsatt til mars 2018.

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

- Øke poliklinisk/ambulant aktivitet i TSB uten reduksjon i døgntilbudet.

Det er ikke gjort noen reduksjon av døgntilbudet innen TSB i 2017. Alle foretak har gjennomført tiltak for å øke den polikliniske aktiviteten i regionen.

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

Finnmarkssykehuset, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset rapporterer at de har egne tilbud til sped- og småbarns psykiske helse. Universitetssykehuset i Nord-Norge rapporterer at det arbeides med planer for utvikling av tilbudet til denne gruppen.

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

UNN har i 2017 jobbet med å få godkjenning som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering innen Rus og avhengighetsmedisin. NLSH mangler akutttilbud for å kunne få godkjenning. Begge foretak har etablert LIS-stillinger i rusavdelingene.

FIN og HSYK:

- Ferdigstille plan for riktig og redusert bruk av tvang innen 1. juni.

Planene ble ikke ferdigstilt innen fristen. Begge helseforetakene rapporterer at de jobber med å ferdigstille planen.

UNN:

- Etablere relevant følgeforskning ved innføring av medikamentfritt behandlingstilbud ved alvorlige psykiske lidelser.

Tiltaket er under arbeid ved UNN. Det er utarbeidet en forskningsprotokoll som er godkjent av den etiske forskningskomiteen (REK) i 2017. Det jobbes med mindre endringer i prosjektet med påfølgende endringsmelding til REK i 2018. UNN melder at de vil utarbeide to prosjektbeskrivelser, en kvalitativ og en kvantitativ, ut fra protokollen. Senter for kvalitet og utvikling ved UNN er involvert i arbeidet. Helse Nord RHF vil vurdere delprosjektene før innvilgelse av finansiering av prosjektet fra RHF. UNN forventer oppstart av datainnsamling første halvår 2018 etter etablering av nødvendig forskningsteknisk infrastruktur.

3.4 Samhandling med kommuner og private avtaleparter

- Delta i arbeid med å revidere strategi for avtalespesialister. Arbeidet koordineres av Helse Nord RHF.

Helse Nord RHF har i 2017 jobbet med revidering av Regional utviklingsplan for avtalespesialister. Prosjektstyret har representasjon fra RHFet, avtalespesialistene, RBU og KTV/HTV. Fagsjefmøte er referansegruppe i planarbeidet. Alle avtalespesialister, kommuner og helseforetak, ved fagsjefer, har vært invitert til å komme med skriftlige innspill.

Planen skal styrebehandles 25. april 2018.

- Etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialister innen 1. juni.

UNN har ikke fylt kravet om å etablere samarbeidsavtaler. Har som mål å innfri kravet i løpet av første halvår 2018.

Nordlandssykehuset har sendt forslag til samarbeidsavtale til alle avtalespesialister i desember 2017, og har inngått seks avtaler. Målsetting om å få på plass øvrige avtaler.

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har fått på plass avtaler.

- Gi tilbakemelding på oppfølging av tjenesteavtale 2, 5 og 10 med kommunene i tertialrapport 2.

Tjenesteavtale 2 omhandler helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. UNN arbeider med flere områder innen denne avtalen; barn som pårørende, individuell plan, koordinerende enhet (KE) og regional koordinerende enhet (RKE). Det er også laget nye prosedyrer for behandlingshjelpemidler vedtatt av OSO.

Tjenesteavtale 5 omhandler retningslinjer for utskrivning av pasienter. Ved UNN tilbys det opplæring knyttet til avtalen i klinikker/avdelinger, det er gjennomført egne workshop med deltakere fra kommuner og foretak mm. Viktigst er at OSO har satt ned et eget klinisk samarbeidsutvalg (KSU) som lager nye retningslinjer, prosedyrer, flytskjema m.m. knyttet til tjenesteavtale 5.

Tjenesteavtale 10 omhandler samarbeid om forebygging. Her har hovedfokus vært å forebygge smittespredning. Folkehelseindikatorer vil bli lagt ut på Samhandlingsbarometeret.

Ved Nordlandssykehuset er tjenesteavtale 2, 5 og 10 revidert og behandlet av OSO høsten 2017. Revisjonen er gjennomført i samarbeid med KSU. Tjenesteavtale 3 og 5 er slått sammen til en avtale. Helseforetaket følger opp innholdet i tjenesteavtalene på flere måter. Herunder avviksbehandling; dersom det avdekkes manglende oppfølging av avtalene, gjennom smittevernsykepleier; som arbeider ut mot kommunene, og gjennom ambulante rehabiliteringsteam.

Helgelandssykehuset har som en fast standard invitert kommunal helsetjeneste til samarbeid i alle lærings- og mestringstilbud som utvikles og driftes ved foretaket. Videre er det utviklet og etablert helsepedagogisk grunnkurs, hvor hovedfokus er på helsefremmende arbeid og pedagogisk virksomhet. Tilbud er til både spesialist- og kommunal helsetjeneste.

Koordinerende enhet v/KE-rådgiver på foretaksnivå deltar i arbeidsgruppe for å utarbeide retningslinjer/funksjonsbeskrivelse gjeldende for alle foretak i Helse Nord vedrørende:

- Retningslinjer for oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten
- Funksjonsbeskrivelse for koordinator i spesialisthelsetjenesten

Når disse er ferdigstilt vil de bli implementert i Helgelandssykehuset HF, herunder opplæringsmodul i Campus.

Finnmarkssykehuset har i samarbeid med kommunene revidert overordnet samarbeidsavtale, samt tjenesteavtalene 1, 3, 5, 6, 7, 11 og ledsageravtalen. Det er påbegynt arbeid med de resterende tjenesteavtalene. Punktene om rehabilitering og læring- og mestring er fulgt opp underveis, blant annet i dialogmøter med alle kommuner som er gjennomført vår/høst 2017. Smittevern følges opp i revisjon av tjenesteavtale 10. Dialog om utskrivningsklare pasienter skjer ukentlig gjennom meldingsutveksling og gjennom klinikkenes samhandlingskoordinatorer. Utskrivningsklare pasienter er også tema på dialogmøter med kommunene.

- Delta i utarbeidelse av en oppdatert strategi for samhandling med kommunene. Arbeidet koordineres av Helse Nord RHF.

Alle helseforetak deltar i arbeidet gjennom Samhandlingsutvalget i Helse Nord.

- Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden. I samråd med Sykehusapotek Nord sørge for at samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå.

Finnmarkssykehuset har ivarettatt dette i ny revidering av tjenesteavtalene.

UNN har gjort en revidering av prosedyrer for legemiddelhåndtering, men det fremkommer ikke om dette er tatt med i tjenesteavtalene.

Helgelandssykehuset gir undervisning i legemiddelhåndtering til ansatte i Helgelandssykehuset, samt til sykepleierstudenter ved Nord universitet Helgeland. Innføring av Tønsys bestillingssystem for legemidler og internopplæring i bruk av kjernejournal, reseptformidler samt DIPS medikamentmodul for leger bidrar til bedre kvalitet på samstemming ved innleggelse og utskrivelse. Samarbeidsavtalene inneholder ikke punkter om legemiddellister og håndtering av dette.

Nordlandssykehuset har i 2017 oppdatert alle tjenesteavtaler, men Sykehusapotek Nord har ikke deltatt i dette arbeidet. God legemiddelhåndtering arbeides det også med i læringsnettverket Gode pasientforløp, og erfaringene herfra inkluderes også videre.

Regionalt prosjekt for samstemming av legemiddellister kan bidra til at legemiddellistene inneholder de riktige og faktiske medikamenter pasienten bruker ved utskrivelse til et annet omsorgsnivå.

- Delta aktivt i arbeidet til nasjonal standardisering innen IKT-området jf. Stortingsmelding nr. 9 2012-2013, samt strategi for Nasjonal IKT HF. Egne bestillinger vil komme fra Helse Nord RHF.

HN IKT deltar aktivt i dette arbeidet.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

NLSH, HSYK, FIN:

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

Alle våre helseforetak har fått inn data som omhandler samhandling, kommunehelsetjenesten og demografiske data. Det gjenstår fortsatt en del arbeid med å orientere ansatte og kommunene om bruk. Alle OSO er informert om samhandlingsbarometeret. Det varierer imidlertid i hvor stor grad helseforetakene har tatt samhandlingsbarometeret i aktiv bruk. Dagens status er at Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset ikke har tatt dette i bruk, mens Finnmarkssykehuset og UNN benytter dette som et verktøy i samhandlingsøymed. UNN v/ samhandlingsavdelingen, som har ansvar for å utvikle verktøyet, har et særskilt ansvar for å bidra til implementering i hele regionen.

HNIKT:

- Ansvar for at organisasjonen er dimensjonert til, innen rimelig tid, å kunne levere på konkrete bestillinger. «Rimelig tid» konkretiseres og formaliseres i tjenestenivåavtaler med helseforetakene og Helse Nord RHF. Det skal avklares om krav til responstid skal avspeiles i ulike timepriser innen 1. mai.

Det er iverksatt kortsiktige og langsiktige tiltak for å øke leveranseevnen, og sikre at HN IKT leverer tilleggsoppdrag utenfor tjenestenivåavtalene innen avtalt tid.

Gjennomføringsevnen er bedret i løpet av siste halvår 2017. Det er i tillegg igangsatt egen analyse og gjennomgang av leveransmodellen og intern organisering for å sikre bedre gjennomføringsevne – herunder en vurdering av om økning i timeprisene kan være et virkemiddel. Resultatene fra denne gjennomgangen vil ventelig gi effekter i løpet av 2018, og sikre at målet nås.

- Etablere et testsenter som benyttes aktivt for testing av eksisterende og ny funksjonalitet og driftsendringer. QA-installasjoner skal først etableres for DIPS, Sectra, integrasjonsplattformen og digitale pasienttjenester. Testsenteret skal kunne utføre ende-til-ende-testing fra helsenorge.no og inn til sentralt QA-miljø med akseptansetester. Helse Nord IKT skal senest ved utløp av 1. tertial bekrefte at testsenteret er i drift på de tjenester som er etablert.

Testsenteret er etablert og i bruk. Den tekniske løsningen er ferdigstilt. E-helsedirektoratet har varslet endring på deres testmiljø som får konsekvenser i forhold til ende-til-endetesting fra helsenorge.no og inn til sentralt QA-miljø med akseptansetester. Videre framdrift krever avklaring med E-helsedirektoratet.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

- Sikre at elektroniske meldinger til enhver tid er i tråd med siste versjon av nasjonale standarder. Bekrefte etterlevelse innen utløp 1. tertial. For eventuelle områder med avvik fra nasjonale standarder, skal dette begrunnes.

HN IKT oppfyller de fleste standarder. Unntak er systemer HN IKT ikke har kontroll på (for eksempel Labcraft som forvaltes av UNN), og nylig vedtatt standard for PLO, PLO 2.0 som ikke kan implementeres siden journalsystemer ikke er klar for å ta disse i bruk. PLO 2.0 er foreløpig ikke tatt i bruk av noen, HN IKT deltar i nasjonale fora hvor implementering drøftes.

Det legges om til bruk av integrasjonsplattformen for lab og røntgen.

Røntgensvar: Tilpasset tjenestebasert adressering via integrasjonsplattformen, litt gjenstår.

Sympathy: Tilpasset tjenestebasert adressering via integrasjonsplattformen, litt gjenstår.

Analytix: Prosess startet for å få meldingene ihht standard – tjenestebasert.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

- Adresseregisteret tilgjengeliggjort fra Norsk Helsenett skal benyttes i hele regionen innen utløpet av 1. tertial.

Plan ikke nådd delvis på grunn av tidkrevende jobb, delvis på grunn av at leverandør ikke har levert tilfredsstillende produkt (Visma Link).

Med bakgrunn i overnevnte beskrivelse vurderes ikke oppdraget som gjennomført i henhold til oppdragsdokument 2017.

- Drifte og forvalte integrasjonsbuss (ESB) i tråd med anbefalingene knyttet til tjenesteorientert arkitektur og med de standarder som defineres av Direktoratet for e-helse samt Nasjonal IKT. Integrasjonsgrensesnitt som utvikles skal i så stor utstrekning som mulig kunne gjenbrukes i andre helseregioner.

Etablering av drift og forvaltningsorganisasjon fase 1 er gjennomført (plattformdrift). Integrasjonsutvikling og arkitektur innlemmes ila Q2 2018.

Styring av tjenesten gjøres ved hjelp av en Integrasjonsstrategi, målarkitektur og integrasjonspolicy som er etablert gjennom Integrasjonsprosjektet i Helse Nord.

Nasjonalt samarbeid og utveksling av kildekode er etablert mellom alle fire regioner.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

- Sikre at det foreligger tilstrekkelig ressurser til å realisere regionens sentrale integrasjonsbehov slik disse er utledet av behov definert i prosjekt porteføljen. Leveransene gjennomføres uten unødvendige forsinkelser for de aktuelle hovedprosjekter – enten ved interne ressurser eller i form av partnerskap ved eksterne aktører.

Integrasjonstjenesten og integrasjonsprosjektet leverer til regionale prosjekt på bestilling og leveransene prioriteres i henhold til Integrasjonspolicy. Vurdering av ressursbehov gjøres løpende.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

- Helse Nord IKT har et særlig ansvar å orientere Helse Nord RHF om de tilfeller det iverksettes tiltak eller prosjekter som bryter med regionens vedtatte strategier og planer innen IKT-området.

Helse Nord IKT har startet registrering av saker som indikerer at helseforetakene ikke forholder seg til vedtatte strategier, bruk av HN IKTs infrastruktur, sikkerhetsregime etc.

Det er under utarbeidelse egne prosedyrer for å håndtere og rapportere slike saker.

Helse Nord IKT HF har igangsatt tiltak som skal sikre håndtering av oppdraget i tråd med oppdragsdokument 2017.

3.5 Kvalitet

- Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:
 - Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid.

NLSH:

Ny elektronisk løsning NCAF ble tatt i bruk av GTT-teamene ved Nordlandssykehuset HF i 2016. I 2017 har løsningen blitt implementert i alle foretakene i Helse Nord. Regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet har vært aktive i utvikling og verifisering av NCAF. Kompetansetjenesten utfører opplæring og veiledning i GTT-arbeidet for hele regionen. To avdelinger ved Nordlandssykehuset er i gang med å bruke enkelthendelser avdekket ved GTT til aktiv forbedring. I 2018 fortsetter arbeidet for å utvikle lett tilgjengelige rapporter i VA-portalen til bruk for foretaksledelse, klinikkledelse og de enkelte GTT-teamene.

FIN:

Finnmarkssykehuset har tatt i bruk elektronisk løsning for GTT-granskning.

HSYK:

Foretaket har tatt i bruk ny elektronisk løsning for GTT-granskning. De nye dataene i portalen er for små til å ta i bruk i forbedringsarbeid. Resultatene følges opp og vil bli brukt i forbedringsarbeid.

UNN:

UNN har tatt i bruk ny elektronisk løsning for GTT-granskning.

SANO:

Ikke aktuelt

- Delta i arbeidet med å definere behov for pasientrapporterte erfaringer (PROMS og PREMS), samt ta i bruk elektronisk løsning når den er klar. Resultatene skal brukes i lokalt forbedringsarbeid. Det vil komme nærmere bestilling fra Helse Nord RHF.

Helse Nord RHF har ikke etablert en elektronisk løsning for PREMs. Arbeidet med PROMs gjøres fra SKDE, jf arbeidet med medisinske kvalitetsregistre. UNN og Nordlandssykehuset har en elektronisk løsning for PREMs, og i avvente av anbud på inn/utsjekksløsningen er det ikke gjort noe ytterligere fra Helse Nord RHF for en egen løsning for PREMs. Helse Nord RHF vil legge til rette for at alle helseforetakene kan få

en slik løsning, med en opplæringspakke i hvordan bruke resultatene i forbedringsarbeid.

- Utføre fagrevisjoner på utvalgte fagområder. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.

Det er i 2017 gjennomført piloter for kliniske fagrevisjoner for «NSTEMI» (FIN Hammerfest, NLSH Bodø, UNN Harstad og HSYK Mo i Rana) og «Adjuvant kjemoterapi etter tykktarmskreft» (UNN Tromsø/FIN Hammerfest og NLSH Bodø/HSYK Sandnessjøen) i Helse Nord.

Revisjonsrapporter er utarbeidet for «NSTEMI» og under utarbeidelse for «Adjuvant kjemoterapi etter tykktarmskreft».

- Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

Alle helseforetakene har deltatt i utviklingen av modulbasert opplæringsprogram med prosjektledelse fra UNN. Sluttrapport og opplæringsmaterieell ble overlevert Helse Nord RHF ved utgangen av august.

- Alle ansatte skal ha nødvendig opplæring i pasientadministrative systemer, og opplæringen skal dokumenteres.

Alle medarbeidere i Helse Nord er blitt tildelt en felles, obligatorisk kompetanseplan. Kompetansemoduleen i Personalportalen skal brukes for å registrere og følge opp kompetanseutvikling for ansatte. Moduleen gir god oversikt for både ledere og medarbeidere, og dokumenterer kompetanseutvikling for den enkelte. Arbeidet med å legge inn kompetanseplaner i Kompetansemoduleen er kommet ulikt langt i klinikkene i UNN.

Ved Nordlandssykehuset fikk Senter for klinisk støtte og dokumentasjon høsten 2017 i oppdrag å etablere systematisk opplæring for alle ansatte i DIPS EPJ. Fortløpende med at opplæringsmaterieell tilpasses prosedyrer og rutiner tilgjengeliggjøres det i Campus og knyttes som aktivitet opp mot kompetansekrav i Kompetansemoduleen. Helgelandssykehuset har videreført opplæringen som ble igangsatt etter HOS prosjektet, der EPJ- rådgivere gjennomførte opplæringen av DIPS brukere.

Helgelandssykehuset har en sak til beslutning som beskriver hvordan opplæring av ansatte/nyansatte skal gjennomføres. Opplæringen skal være målrettet mot profesjon og funksjon og nyansatte vil få et eget program med grunnleggende bruk og forståelse av EPJ.

Det er lagt til rette for at avdelingsledere dokumenterer opplæring i kompetansemoduleen.

En stor utfordring for fullstendig måloppnåelse er at helsepersonell som skal motta opplæring, ikke er tilgjengelig på grunn av at annen aktivitet prioriteres.

Ved Finnmarkssykehuset arbeides det med å utvikle Kompetanseportalen som et hjelpemiddel til å kunne sette kompetansekrav og følge opp at nødvendig opplæring blir gjennomført og dokumentert.

Ved Sykehusapotek Nord har Kliniske farmasøyter tilgang til sykehusenes pasientadministrative systemer. Nødvendig opplæring gis av sykehusene.

- Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

- Helgelandssykehuset – en hendelsesanalyse
- UNN – 7 hendelsesanalyser
- Nordlandssykehuset – gjennomført 1, 1 pågår og vil ferdigstilles i januar 2018.
- Finnmarkssykehuset – ikke gjennomført noen, Sentralt Pasientsikkerhetsutvalg skal gjennomføre første analyse innen våren 2018.
- Det er ikke blitt gjennomført hendelsesanalyser i Sykehusapotek Nord, men farmasøyter fra foretaket har bidratt i en hendelsesanalyse gjennomført ved Nordlandssykehuset. I tillegg er det gjennomført en hendelsesanalyse internt i Sykehusapotek Nord.

UNN:

- Lede arbeidet med utvikling av modulbasert opplæringsprogram for forbedringsarbeid.

Prosjektet ble ledet med prosjektleder ved UNN. Prosjektleder overleverte opplæringsmateriale og prosjektrapport i slutten av august 2017.

3.7 Smittevern

- Oppfylle smittevernforskriftens krav om å ha en lege som koordinerer smittevernarbeidet i institusjonen.

Alle våre helseforetak har ansatt smittevernlege som koordinerer smittevernarbeidet.

- Inkludere smittevern i tjenesteavtale 10 mellom hvert helseforetak og deres opptakskommuner.

Alle våre helseforetak med tilhørende opptakskommuner har inkludert smittevern i tjenesteavtale 10.

- Innføre antibiotikastyringsprogram som sikrer et nøkternt forbruk av antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer.
 - Legge til rette for et fungerende antibiotikateam (A-team).

Alle våre helseforetak har innført antibiotikastyringsprogram og opprettet antibiotikateam, med deltakelse av farmasøyter fra Sykehusapotek Nord.

- Årlig rapportere forbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

Alle våre helseforetak har utarbeidet rapporter for forbruk av antibiotika fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger. Sykehusapotek Nord har bistått i arbeidet.

- NOIS-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Ved dyp postoperativ sårinfeksjon skal avdelingen gjennomgå pasientforløpet og iverksette tiltak.

Alle våre helseforetak med unntak av Nordlandssykehuset har i 2017 en oppfølging på over 95 pst. Nordlandssykehuset ligger i 2. tertial tett oppunder måloppnåelse for keisersnitt, hemiprotese og coloninngrep. Arbeidet med å bedre oppfølgingen vil fortsette i 2018. Ved UNN skal dette gjennomgås ved hendelsesgjennomgang. De har i likhet med Finnmarkssykehuset etablert egne prosedyrer for slik oppfølging. Dette arbeidet er pågående i Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset.

- Rapportere NOIS-resultater til Helse Nord RHF tertialvis.

Alle våre helseforetak rapporterer tertialvis.

HSYK:

- Opprette stilling for hygienesykepleier med ansvar mot kommunehelsetjenesten

Helgelandssykehuset har fra 1.10.2017 styrket smittevern med 50 pst stilling slik at smittevernsykepleier på foretaksnivå nå har 100 pst stilling. Smittevernpersonellet bidrar med undervisning og råd til kommuner på forespørsel. Helgelandssykehuset vil i løpet av året på nytt vurdere å styrke smittevern ytterligere for å bistå kommunehelsetjenesten.

3.8.1 Klima og miljøtiltak

- Resertifisere styringssystem etter ISO-14001:2015 innen 15.september.

Alle helseforetakene samt Helse Nord RHF er resertifisert til ISO 14001:2015 unntatt Helgelandssykehuset HF.

Helgelandssykehuset HF har avtale med DNV og skal resertifiseres i april 2018. Helse Nord IKT HF ble etablert som eget HF pr 1. januar 2017 og ble sertifisert i henhold til ISO 14001:2015 12-13. desember 2017.

FIN:

DNVGL gjennomførte sertifiseringsrevisjon i uke 46. Revisjonen avdekket fem avvik. Finnmarkssykehuset har utarbeidet handlingsplan med tiltak for å lukke avvikene. DNVGL har godkjent tiltakene, og sertifikatet er videreført.

NLSH:

Nordlandssykehuset HF ble 4. september 2017 sertifisert etter nye ISO-14001:2015.

HN IKT:

Helse Nord IKT ble revidert av DNV 12.-13. desember 2017. Revisjonen ble gjennomført på ledelsessystemet. Basert på revisjonsutvalget ble ledelsessystemet vurdert å være effektivt i henhold til standardens krav, med unntak av noen avvik i funnlisten. Revisjonsleder vil innstille til utstedelse av sertifikat når korrigerende tiltak for alle avvik er gjennomgått og godkjent. Dette skal gjøres innen 13.mars 2018. Når overnevnte godkjenning er gjort vil oppdraget være løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

UNN:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF ble resertifisert etter ISO14001:2015 9.6.2017 og følger opp de nasjonale indikatorene til Nasjonalt klimaregnskap. Grunnet utbyggingen av A-fløy og PET senteret og prøvedrift vil det ikke være mulig å sammenligne resultat mot foregående år, Men det totale forbruket vil bli meldt inn.

Sykehusapotek Nord

Resertifisering av miljøstyringssystemet etter ISO-14001:2015 er gjennomført med godt resultat. Alle avvik er lukket, og Sykehusapotek Nord har mottatt bekreftelse på at foretakene tilfredsstiller kravene.

HSYK:

Resertifisering av styringssystem etter ISO14001:2004 er utført i mai 2017.

- Sette mål for de nasjonale miljøindikatorene. Resultater skal inngå i årlig klima- og miljørapport i tillegg til årlig melding.
 - Energiforbruk
 - Avfall
 - Vann
 - Innkjøp

Helse Nord har etablert en regional gruppe for klima og miljø hvor alle spørsmål og forhold innen dette området følges opp. I tillegg rapporteres resultater for de nasjonale klima- og miljøindikatorene i felles rapporteringssystem. For 2017 blir det også utarbeidet en rapport for HMS og samfunnsansvar hvor også klima og miljø inngår.

FIN:

Finnmarkssykehuset deltar i regionalt miljønettverk. I dette fora følges rapportering og rapporteringsverktøy for de nasjonale miljøindikatorene opp.

NLSH:

Energi

Oljeforbruket i helseforetaket måles ikke fortløpende, men vi registrerer vårt «forbruk» gjennom det som blir kjøpt inn i løpet av et år. I 2016 ble det derfor ikke forbrukt fyringsolje. I 2017 har forbruket vært på 250.867 kWh. Dette skyldes i hovedsak at el-kjelen på gartneriet på Rønvik har vært defekt i store deler av 2017 og at vi har fyrte med olje som reserveløsning. Det er nå i ferd med å bli etablert fjernvarme på gartneriet slik at vi kan fjerne muligheten for å fyre med olje der i fremtiden.

Når det gjelder fjernvarme i Bodø sentrum har det vært en reduksjon på forbruket av fjernvarme fra 2016 til 2017 på 1 million kWh. Dette kan skyldes at vi ikke betalte for oppvarmingen av det meste av A-fløy i store deler av 2017 siden denne er under rehabilitering. Samtidig har vi tatt i bruk en meget energieffektiv G-fløy. På Rønvik sykehus er 2017 det første hele året vi kun fyrte med fjernvarme. Her havnet vi på 5,35 millioner kWh.

El-forbruket i Lofoten er omtrent på samme nivå i 2016 og 2017, mens el-forbruket i Vesterålen har hatt en stor prosentvis reduksjon fra 2016 til 2017, nesten 19 %. Dette skyldes nok at varmpumpen er justert inn slik at den ikke dumper så mye varme til sjø, men tar vare og nyttiggjør seg varmen bedre. I tillegg har forbruket av propangass også gått ned i Vesterålen i samme tidsrom.

Når det gjelder ny varmpumpe i Lofoten har det vært en stor forsinkelse, noe som fører til at denne ikke er operativ før sommeren 2018.

Avfall

Den totale avfallsmengde for hele helseforetaket har hatt en økning på 7,5 % fra 2016 til 2017. Målet har vært å redusere avfallsmengden med 1 % årlig fram mot 2018. Noe av grunnen til denne økningen skyldes at rivningen av det gamle akuttmodtaket i Bodø sentrum ble registret inn på drift og vedlikehold. Trolig har også har mye av inventaret i A-blokka i Bodø sentrum blitt kastet som restavfall og trevirke, noe som forklarer mye av økningen i både restavfall og totalavfallsmengde.

Når det gjelder farlig avfall har vi en økning i mengden, noe som skyldes at ansatte er flinkere til å sortere dette ut. Mengden papiravfall har økt grunnet bedre sortering.

Vann

Vannforbruket i Bodø sentrum og i Vesterålen har økt en del fra 2016-2017. I Vesterålen skyldes dette sannsynligvis defekter i 2 ventiler som styrer innmatingen av nettvann til kjøleprosesser på kjøll/fryserom og dataromskjøling. I Bodø sentrum kan dette skyldes økt bruk av nødkjøling siden høyblokkas A-fløy bygges om.

Lystgass

Tallene fra Sykehusinnkjøp HF om lystgass er ikke klare for 2017 før tidligst 20 januar 2018.

HN IKT:

Energiforbruk – Helse Nord IKT holder til i leide lokaler og har begrenset mulighet for påvirkning på energiforbruket.

Avfall – Redusere forbruket av kopipapir årlig med 2% fram til 2021.

Innkjøp - Mål om at 20% av leverandører på rammeavtaler for Helse Nord IKT skal være miljøsertifiserte innen 2021.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

UNN:

UNN deltar i regionalt miljønettverk. I dette fora følges rapportering og rapporteringsverktøy for de nasjonale miljøindikatorene opp.

Sykehusapotek Nord:

For energiforbruk, avfall og vann inngår Sykehusapotek Nord i sykehusenes tall. Det er foreløpig ikke utarbeidet mål for innkjøp, men dette kan vurderes i forbindelse med revisjon av miljøstyringssystemet. Dette er ikke gjort da det vesentligste av Sykehusapotek Nord innkjøp er varer for videresalg til sykehus og pasienter. Det er egen avtale med grossisten som leverer varer for videresalg. Avtalen inneholder også miljøkrav.

HSYK:

Det måles på de vedtatte miljøfaktorene. System for nasjonal rapportering er tatt i bruk.

HNIKT:

- Etablere tiltak for gjenbruk av utstyr, f.eks. ved avhending til ideelle organisasjoner

Helse Nord IKT sørger for at Helseforetak i Helse Nord benytter seg av retur ordning fra Atea kall Loop3. Denne tjenesten utfører blant anna resirkulering av elektronisk utstyr i henhold til gjeldende forskrifter og lovverk.

Helse Nord IKT HF vurderer oppdraget som løst i tråd med oppdragsdokument 2017.

3.8.2 Personvern og informasjonssikkerhet

- Området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles av helseforetakets styre innen 1.6.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen, og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler.

- Eventuelle avvik som er ikke lukket innen utløpet av 2016 skal rapporteres til Helse Nord RHF innen 1.mars med tilhørende tiltaksplan. Planen skal risikovurderes med hensyn til måloppnåelse.

Styrene i helseforetakene har behandlet området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) i 2017.

Flere av helseforetakene avgrensner dette kravet til å omhandle Helse Nord RHF sitt brev til helseforetakene 24. November 2017. I et kontinuerlig utviklingsarbeid er dette forståelig, da dette brevet gir viktige prioriteringer. Gjennomføring og oppfølging av risikovurderinger i helseforetakene er en kontinuerlig prosess.

HN IKT gjennomførte i 2016 risikovurderinger for de største systemområder/applikasjonsområder. Det gjøres også en ny risikovurdering for disse i løpet av 2018. Videre så utarbeider HN IKT HF en helhetlig risikostyringsmodell for å sikre at risiko vurderes og håndteres korrekt og likt, uavhengig av type og område. Denne forventes klar for implementering innen utgangen av 2018.

Styresakene viser at det har blitt gjennomført svært mange risikovurderinger på kort tid. Det er gjennomført mange risikoreduserende tiltak, men ifølge styresakene er det fortsatt områder hvor status på anbefalte tiltak ikke er tilfredsstillende.

Med unntak av en, gir styresakene en detaljert beskrivelse av hvilke risikovurderinger som er gjennomført, og beskriver og tidfester plan for hvilke som skal gjennomføres. Disse sakene gir også en beskrivelse av hvilke risikoer som er avdekket, og hvilke tiltak som er iverksatt.

Helse Nord RHF vil innhente, og eventuelt følge opp, ytterligere informasjon der styresakene er ufullstendig i beskrivelsen av gjennomførte risikovurderinger, tiltak og plan fremover.

- Innen 30.juni skal det utpekes personvernombud i samsvar med krav som følger av EUs nye personvernforordning.

I mai i år får Norge nye personvernregler. Da vil den nye personvernforordningen fra EU erstatte dagens regelverk. Det nye regelverket styrker ordningen med personvernrådsgiver (ombud), og det blir obligatorisk for sykehusene. Til nå har dette vært en frivillig ordning.

Alle helseforetak i Helse Nord har etablert ordningen med personvernombud. Ett av helseforetakene har valgt å kjøpe denne tjenesten fra UNN HF, mens de andre HFene har ansatt egne personvernombud.

Datatilsynet har uttalt at erfaringsmessig viser det at det å ha en person med kunnskap om og fokus på personvern i en virksomhet kan gjøre en stor forskjell.

- Igangsette gjennomføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) og HelseCERTs generelle anbefalte tiltak for beskyttelse mot dataangrep.

De relevante tiltakene er lagt inn under Helse Nord IKT sitt prosjekt «Helhetlig informasjonssikkerhet». Helse Nord IKT har etablert samarbeidsforum, hvor IKT sikkerhetskoordinator fra alle helseforetakene deltar. IKT sikkerhetskoordinator skal sikre oppfølging og iverksettelse av tiltak i eget foretak.

- Sikre at anskaffelser og innføring av IKT-systemer følger Helse Nord sine drifts- og sikkerhetsmessige krav.

Helse Nord IKT har utarbeidet krav for tilknytning til IKT-infrastruktur i Helse Nord. Dette har vært presentert og behandlet i bestillermøte med alle helseforetak. Kravdokumentet er nylig revidert og kvalitetssikring av reviderte krav pågår nå i Avdeling for tjenesteproduksjon i Helse Nord IKT. Når reviderte krav er ferdigstilt, vil disse framlegges bestillermøtet på nytt.

Helseforetakene melder om at anskaffelser og innføringer av IKT systemer gjøres i henhold til gjeldene krav fra Helse Nord IKT og Helse Nord. Noen av helseforetakene trekker frem at det er dialog med Helse Nord IKT ved behov.

Ett av helseforetakene melder at det ikke er gjennomført egne anskaffelser i 2017.

3.8.3 Beredskap

- Sikre at tiltakene knyttet til Riksrevisjonens rapport om beredskap innenfor IKT, vann og strøm blir fulgt opp.

Alle HF ene har iverksatt nødvendige tiltak i henhold til Riksrevisjonens rapport. Det er i tillegg foretatt gjennomgang og revisjon av planverk og tiltaksplaner.

FIN:

Dette er ivare tatt gjennom foretakets planverk og tiltaksplaner knyttet til beredskap.

NLSH:

Bortfall av vann og strøm.

NLSH HF, sammen med Vestvågøy kommune, gjennomførte i 2017 fellesøvelse ved Lofoten sykehus hvor bortfall av vann var tema. Det var i tillegg et tilfelle med reelt bortfall av vann ved sykehuset hvor beredskapen ble prøvd. Både ved det reelle bortfallet og ved øvelsen ble det skrevet erfaringsrapporter samt gjennomført samtaler mellom NLSH HF og kommunen. Det har resultert i at erfaringene er samordnet og skrevet inn i hverandres planverk. I tillegg er det avtalt årlige

fellesøvelser. Gjennom erfaringene fra Vestvågøy kommune er det nå startet opp samtaler med Hadsel kommune samt etablert kontakt med Bodø kommune hvor beredskapsplanverket er tema.

Det er gjennomført samvirkeøvelser med lokalt kommunalt brannvesen innen brann og evakuering ved sykehusene Lofoten, Vesterålen samt Bodø sentrum. Det er gjennomført evaluering og erfaringene fra øvelsene er skrevet inn i de respektive planverkene.

Ved sykehusene i Lofoten, Vesterålen samt i sentrum Bodø er det etablert nødaggregat slik at sykehusene er selvforskyldt ved bortfall av strøm. Rønvik har deler av bygningsmassen dekket av reservekraft. Aggregatene blir funksjonstestet hver måned gjennom testkjøring.

På grunn av utarbeidelse av nytt pandemiplanverk er ikke arbeidet med samkjøring av planverk og øvelser mellom kommunene i Hadsel og Bodø og sykehusene ferdigstilt. Prioriteringen er forankret.

IKT

Etter riksrevisjonenes rapport er det sikret at nødvendige tiltak er satt i verk for IKT området gjennom et omfattende arbeide med risiko- og sårbarhetsvurderinger for de ulike gruppene av systemer, hovedjournalssystemer og spesialistmoduler, systemer for MTU samt enkel databaser og skåringsverktøy. Det gjenstår kun to risikovurderinger for to skåringsverktøy. Dette vil bli gjennomført i første kvartal 2018.

Styret ved Nordlandssykehuset har løpende vært orientert om status for dette arbeidet, senest 12. desember 2017 gjennom styresak 107-2017 Orienteringssak - Informasjonssikkerhet.

I tillegg til den løpende gjennomgang av status for dette arbeidet har styret i Nordlandssykehuset bedt om oppfølging av Helse Nord om hvilke behov og løsning man har for fjernlagerløsning for de kliniske data som driftes ved det regionale datasenteret. Helse Nord er bedt om å redegjøre for dette, men tilbakemelding er ikke mottatt. Nordlandssykehuset HF etterlyser slik tilbakemelding.

UNN:

Beredskapsplaner for infrastruktur er revidert og oppdatert i 2017.

HSYK:

Det er utført nye ROS analyse på alle tre sykehusenhetene i 2017, og laget nye tiltakskort for Drift og Eiendom på bortfall av strøm og vannforsyning. Det er også gjort tiltak på de mest kritiske utfordringene på sykehusene ifm rehabiliteringsprosjekter (Nødstrømsaggregat, UPS mm).

- Sikre at planverk er koordinert med andre offentlige instanser (kommunenivå, sivil beredskap og Forsvaret).

Tjenesteavtale 11 regulerer samarbeidet mellom helseforetak og kommuner om beredskap. Koordinering er et kontinuerlig utviklingsarbeid, og skjer i hovedsak ved at problemstillinger tas opp i etablerte samarbeidsfora, deltakelse i felles øvingsutvalg mellom beredskapsaktører i området, og i øvelser.

- Med bistand fra regional legemiddelkomite opprette og vedlikeholde lokale ROS-analyser for legemiddelberedskap og sikre tilstrekkelige beredskapslagre av legemidler herunder infusjonsvæsker. Regional legemiddelkomite skal i løpet av 2017 utarbeide retningslinjer for håndtering av mangelsituasjoner.

Dette arbeidet er utsatt fordi regional legemiddelkomite ikke har startet sitt arbeid i 2017.

3.8.4 Forskning og innovasjon

- Implementere tiltak som beskrevet i Strategi for forskning og innovasjon 2016-2020, jf. vedtatt tiltaksplan for 2017, herunder forskning på samisk helse, inkludert behandlings- og helsetjenesteforskning.

2017 er første året med fullårseffekt av strategien og tiltaksplanen. Foretakene melder om fortløpende iverksettelse av tiltak som beskrevet i planen og aktiviteter knyttet opp mot strategiens satsingsområder.

Angående forskning på samisk helse rapporterer foretakene om ulike aktiviteter relatert til området, både enkeltstående prosjekt og tiltak av mer overordnet karakter. Dialog med aktuelle miljø pågår for ytterligere systematisk og målrettet innsats.

UNN rapporterer på bakgrunn av deres særlige ansvar som regional forskningsstøtteavdeling, herunder status på tilsetting i nyopprettede støttefunksjoner, øvrige konkrete tiltak for økt tilgjengelighet til tjenester, samt pågående samarbeid med UiT om felles og koordinerende tiltak innen forskningsstøtte.

- Identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen.

Noe varierende hvordan foretakene har forstått og ivaretatt oppdraget. Foretakene som rapporterer eksplisitt på dette henviser til samarbeid og dialog med SANKS om identifisering av behov, både på generelt og foretaksspesifikt nivå.

UNN har ikke oppfylt kravet. De refererer til at de ikke har spesialkompetanse i minoritetsforskning. Det er ikke gjort noe fra UNNs side for å søke samarbeid med de

miljøer som faktisk har denne spesialkompetansen, for å identifisere behovene som samiske pasienter i universitetssykehuset har.

UNN:

- Implementere nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene.

Avdeling for E-helse og IKT ved Kvalitet – og utviklingssenteret (KVALUT) har gjennomført flere workshops for å legge til rette for implementering av **Induct** (nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten). Foretaket er i ferd med å etablere et forvaltningsregime for ivaretagelse av ideskaping.

4 Sikre god pasient og brukarmedvirkning

- Implementere nasjonale retningslinjer for brukarmedvirkning og enhetlig praksis på systemnivå.

Nasjonale retningslinjer for brukarmedvirkning og enhetlig praksis på systemnivå er implementert og tatt i bruk i alle HF.

- Følge opp resultatene fra PasOpp-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningsamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon:
 - om sin sykdom
 - om medikamentene
 - får med seg oppdatert medikamentliste

Ved Finnmarkssykehuset er resultatene fra PasOpp er gjennomgått på alle ledernivå, i alle avdelinger, samarbeidsforum med TV/VO og KVAM råd i klinikkene. Handlingsplaner er også utarbeidet for lukke "avvik". Arbeidet med prosedyrer for utskrivningssamtalen og sjekklister for utskrivning er startet og forslag til prosedyrer foreligger.

Ved Helgelandssykehuset er det Lærings og mestringssenteret som følger opp med helsepedagogisk grunnkurs for helsepersonell der fokus er bedre informasjon til pasienter og pårørende i hele pasientforløpet.

Ved UNN er det satt fokus på pasientenes informasjon om sin sykdom om medikamentene de får med seg inkludert en oppdatert medikamentliste ved utskriving. PasOpp undersøkelsene følges opp i ulik grad i de enkelte klinikker i UNN. I stor grad er disse distribuert og gjort kjent men det finnes ikke oversikt som viser hvilke tiltak som systematisk er iverksatt. Lokal spørreundersøkelse er igangsatt. Her er resultatene mer lokale og det er enklere å iverksette forbedringstiltak basert på egne lokale data.

Ved Nordlandssykehuset er det Prosjektet Et vennlig sykehus som følger opp resultatene fra tidligere PasOpp undersøkelser i somatikk, men undersøkelsen har ikke vært gjennomført de siste to år. Det er i prosjektet utarbeidet tiltak, retningslinjer og prosedyrer med bakgrunn i resultater fra indikatorene utskriving, informasjon, standard, pårørende og organisering.

Sykehusapotek Nord har ikke gjennomført noen særskilte tiltak, men arbeider som del av implementering av klinisk farmasi med å kvalitetssikre legemiddelinformasjon ved utskrivning.

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

Dette ses i sammenheng med elektronisk løsning for PREMs. Derfor er det noe ulikt om helseforetakene har laget seg egne mål for pasientopplevd kvalitet. Det er flere enheter i helseforetakene som gjennomfører pasient- og brukerundersøkelser.

Resultatene fra disse brukes i det lokale forbedringsarbeidet.

Sykehusapotek Nord startet i 2016 startet et prosjekt med å utvikle egne lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet. Etter å ha gjennomført en brukerundersøkelse (hemmelig kunde) er det i 2017 i gang satt et arbeid for å utvikle brukerundersøkelser og mål for pasientopplevd kvalitet.

Arbeidsgruppen består av ansatte og brukerrepresentanter og arbeidet skal slutføres i 2018.

5 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

- Innfri pålagt antall praksis-, turnus- og lærlingeplasser som beskrevet i vedlegg 1.

Foretakene har innfridd pålagte antall praksis-, turnus- og lærlingeplasser med et par unntak ved Nordlandssykehuset. Unntakene er begrunnet i forsinkelse i gjennomføringen av tidligere opptaksplasser, som legger beslag på kapasiteten for mottak av nye kandidater.

- Delta i prosjekt «Ledermobilisering» og utarbeide plan for gjennomføring.

Samtlige helseforetak har i 2017 hatt kandidater på «Ledermobilisering». Helse Nord overtok med virkning fra 01.01.18 regionalt ansvar for «Leder-mobilisering». Høsten 2017 ble prosjektet overført fra Nasjonal ledelsesutvikling til de 4 RHF'ene. Helse Finnmark ved HR sjef leder og koordinerer prosjektet i Helse Nord.

- Delta i utviklingen av felles tiltak i strategi for leder- og ledelsesutvikling.

Foretakene har ved sine HR sjefer deltatt i regionalt nettverk for å videreutvikle tiltakene i strategien. Nettverket har vurdert hva det er behov for å løse felles, og gjennomgått alle foretaks samlede portefølje innen leder- og ledelsesutvikling. Foretakene har vurdert best practice, og blitt enige om samarbeid i regionen.

Foretakene har i 2017 hatt fokus på følgende 4 områder:

Rekruttering, Lederskifter, Lederveiledning og Evaluering.

Foretakene har etablert en felles mappe hvor foretakenes arbeid med leder- og ledelsesutvikling er tilgjengeliggjort.

- Innføre «Kompetansemodulen» i henhold til prosjektets plan.

Foretakene har i hovedsak innført Kompetansemodulen (KM) i henhold til prosjektets plan. Tekniske utfordringer, som skyldes leverandør, har medført forsinkelser som har resultert i behov for forlengelse av prosjektet. I forlengelsen av prosjektet vil man gjennomføre resterende opplæringsbehov i tillegg til at scopet for prosjektet er blitt utvidet. Fram til 1. mars 2019 tar prosjektet sikte på å få etablert strukturer for arbeid med regionale kompetansekrav/planer og lokale ressurser for drift av KM.

- Delta i arbeidet med regional bemanningsmodell som grunnlag for egne strategiske utviklings- og rekrutteringsplaner.

I 2017 har foretakene i varierende grad deltatt i arbeidet med bemanningsmodellen med hensyn til egne strategiske utviklings- og rekrutteringsplaner. UNN har vært aktive i samarbeid med RHFet og flere workshops/arbeidsmøter har blitt gjennomført. Alle foretakene inngår i regionalt nettverk for erfaringsdeling.

- Analysere rekrutteringsbehovet for helsefagarbeidere i fulltidsstillinger, og etablere pilotprosjekt for å teste oppgavedeling knyttet til helsefagarbeideres arbeidsfelt.

Det er gjennomført noen mindre analyser av rekrutteringsbehovet for helsefagarbeidere i fulltidsstillinger og Helgelandssykehuset viser til at stillingsandelen for helsefagarbeidere har økt.

Finnmarkssykehuset planlegger å etablere pilot i 2018. For øvrig gir tilbakemeldingene fra foretakene et inntrykk av et behov for sterkere forankring av oppdraget i ledelsen.

UNN:

- Ansvar for drift av Regionalt utdanningskontor (RegUt). Dette innebærer ansvar for at RegUt bemannes med tilstrekkelig og relevant kompetanse i henhold til de funksjoner og oppgaver som tilligger enheten. Dette er beskrevet i mandat for Regionalt utdanningskontor.

I 2017 har RegUt fått tilsatt leder i 100% stilling (fra april 2017), koordinator (gr I og gr II tjeneste) i 100% stilling fra september 2017. Tilsetningsarbeidet for kursadministrator i 50% stilling er også fullført og vedkommende starter januar 2018. RegUt har vært representert i det interregionale LIS prosjektet og tar der ansvar for arbeidsgruppe 1 "Avtaler og finansiering".

RegUt har, i tett samarbeid med LIS 1 komiteen i UNN, utarbeidet planer for Del 1 tjeneste, som alle foretak i regionen har fått. Disse har valgt å tilpasse planene eller bruke dem slik de stod.

Det er avholdt 2 veilederkurs i regionen i 2017, ett i Bodø og ett i Tromsø. Systematiske avklaringsmøter holdes månedlig mellom UNN og RegUt. Systematisk avklaringsmøte holdes også månedlig mellom RegUt og HN-RHF.

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

- Sikre systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte.

Alle foretak i Helse Nord har felles avvikssystem, Docmap. Indikator for vold og trusler vil sikre systematisk, lik og målbar rapportering, i større grad enn i dag. Helse Nord har utarbeidet e-læringskurs for alle ansatte. Legges inn i den enkelte medarbeiders kompetanseplan i Helse Nord's kompetansesystem. Kurset gir en opplæring i bruk av avvikssystemet i Docmap.

- Definere konkrete forbedringstiltak ut fra medarbeiderundersøkelsen 2016.

Foretakene har i stor grad utarbeidet handlingsplaner på alle nivåer i organisasjonen, det vil si både på foretaksnivå og på laveste organisasjonsnivå. Klinikksjefene følger opp gjenværende enheter som mangler handlingsplaner. Handlingsplanene omfatter i hovedsak 2-3 forbedringsområder og 1-2 bevaringsområder.

Det er stor variasjon i forbedringstiltakene, og viser at det er lokalt forbedringsarbeid som har stått i fokus. Det er allikevel positivt å registrere at flere har satt gjennomføring av utviklingssamtaler på agendaen. Dette er en viktig arena for forbedring og videreutvikling, og få ansatte har tidligere hatt utviklingssamtaler i foretaksgruppen.

Andre forbedringstiltak som foretakene har iverksatt er; håndtering av konflikter, økt bruk av kompetanseutviklingsplan, redusere jobbrelatert sykefravær, redusere/forebygge mobbing og trakassering, redusere/forebygge vold og trusler, etablering av trivselsgrupper, økt fokus på faglig utvikling, redusere arbeidsbelastning og bedre tilpasning av arbeidsplassene (ergonomi).

- Terialvis redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 % herunder med et særskilt fokus på enheter med fravær over 10 %.

Erfaringene fra 2017 viser som tidligere at arbeidet med å redusere sykefravær er et langsiktig arbeid, men som samtidig krever god ledelse og gode tiltak. Det er viktig at sykefravær ses i sammenheng med arbeidsmiljøet og ledelse. Skal foretakene lykkes, må innsats settes inn overfor lederne og arbeidet med arbeidsmiljø.

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har etablert egne nærværprosjekter som involverer medarbeidere, ledere, vernetjeneste, tillitsvalgte og bedriftshelsetjeneste. Vi ser at dette arbeidet er målrettet og gir resultater.

Samlet sett har foretaksgruppen et stykke igjen for å nå milepælen 7,5%. Det har i andre halvår av 2017 vært feil på sykefraværstallene i personalportalen. Dette har medført at foretakene ikke har hatt optimale data å arbeide med.

NLSH, UNN:

- Etablere nærværprosjekt med tiltak for å nå målsettingene om sykefravær under 7,5 % innen 1.7.2017.

Ingen av de 2 foretakene har etablert nærværprosjekt innen fristen. Begge foretakene melder om at de har flere enkelttiltak for deler av virksomheten, men ikke et helhetlig prosjekt.

Nordlandssykehuset HF har kjørt en pilot på en klinikk i 2017, og anser dette som et godt utgangspunkt for å brukes i hele foretaket.

HSYK, FIN:

- Evaluere eksisterende nærværprosjekt og rapporter i tertialrapport 2

Finnmarkssykehuset HF:
Nærværprosjektet i Finnmarkssykehuset HF er evaluert gjennom en intern revisjon høsten 2017. Evalueringens anbefalinger er overført i linjeorganisasjonen. Alle

avdelinger/ enheter skal ha etablert en nærværplan innen 31.12.18. Personal og organisasjon bistår i arbeidet som lederstøtte.

Evaluering av nærværprosjektet viser at prosjektet har gitt følgende konkrete resultater:

Fra 2015 til 2016 ble sykefraværet redusert med 0.8 %. På grunn av feil med rapportsystemet er ikke totale tall for 2017 tilgjengelig. Til og med august 2017 var sykefraværet omtrent på samme nivå som 2016. Det er først og fremst langtidsfraværet som har gått ned.

Prosjektet har bidratt med avklaring av om lag 25 langtidssykemeldte.

I prosjektperioden har foretaket også hatt en vesentlig økning i tildelte tilretteleggingstilskudd fra NAV. Dette har økt fra ca. 720 000 i 2015, til ca. 980 000 i 2016. Nivået i 2017 er omtrent det samme som for 2016.

Lederne opplever det som svært positivt at det er en dedikert ressurs de kan kontakte ved behov for hjelp til nærværarbeid i enheten, samt bistand i enkeltsaker.

Helgelandssykehuset HF:

Nærværprosjektet: Økt nærvær for kvalitet og arbeidsglede forlenges ut 2018. Det er ikke gjennomført en evaluering av prosjektet per nå. Prosjektgruppa velger dele «funn» fra vårt lille «forskningsprosjekt» gjennom tiltaket Stimulerings tiltak.

Avdelinger som hadde lavt sykefravær (<=6,5%) kunne søke om stimuleringsmidler. Bakgrunnen for tiltaket er at det i nærværarbeid er viktig å også ha fokus på de som er på jobb. Det er av interesse å få kunnskap om hva avdelingene med lavt sykefravær selv fremhever som årsak til at de får dette til. Det var 15 avdelinger som fylte kravene og som fikk tildelt midler.

Noen funn, og mulige suksessfaktorer for lavt sykefravær:

- Har satt kompetanseheving, faglig oppdatering i system
- Opplevelse av medbestemmelse, samhold/gruppefølelse
- Fokus på arbeidsmiljø, arbeidsglede og nærvær
- Faglige og sosiale sammenkomster. Turer og fellesopplevelser
- Innvirkning, takhøyde for meningsutvikling
- Respektfull adferd og god tone
- Humor
- Individuell tilrettelegging/tilpasning
- Endringskompetanse. Til enhver tid gjøre det beste ut av situasjon/driftsramme
- Samarbeid med tillitsvalgte og verneombud
- Involvere og ivaretaelse av nyansatte
- Mest mulig forutsigbar drift
- Raust og involverende lederskap

Kontrollspennet for ledere i disse avdelingen var mellom 8 og 26 medarbeidere.

Foreløpig resultat:

Resultatutvikling og sammenligning - like perioder, januar til og med november:

Gjennomsnittlig sykefravær:

2015: 7,7%

2016: 6,7%

2017: 6,9%

6.3 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

FIN, UNN, NLSH, HSYK:

- Ferdigstille registrering av alle data i nasjonal database for klassifikasjons-systemet innen 30. april.

Alle foretakene er godt i gang med registrering i nasjonal base for klassifikasjonssystemet. Det gjenstår noe for FIN, NLSH og UNN som i hovedsak er knyttet til nybyggprosjektene. Dette vil bli tatt fortløpende. For øvrig er det noen utfordringer knyttet til kobling mot FDVU-systemene, men dette diskuteres videre med systemleverandørene, samt at det er et tema i Eiendomsforum Helse Nord.

FIN:

Dette er ivaretatt i Hammerfest. Kirkenes vil få dette oppdatert når Nye Kirkenes sykehus er ferdigstilt. Finnmarkssykehuset HF mangler dette i Tana og Karasjok, og det får fokus framover først med fokus på Tana. Karasjok må sees på i forbindelse med ferdigstilling av Samisk Helsepark.

NLSH:

NLSH Lofoten, Stokmarknes og Rønvik er ferdigstilt. NLSH Bodø er under ombygging og rokadevirksomhet slik at dette vil ikke være ferdig før 2020.

UNN:

UNN leverte data i henhold til bestillingen til Plania i august 2017. Det er tekniske utfordringer for overføring fra Plania til nasjonal database, men dette er under arbeid og tilligger ansvarlig for nasjonal database å løse.

HSYK:

Arbeidet med å få ferdigstilt klassifikasjonssystemet startet i mars og ble ferdigstilt august 2017. Forsinkelsen var avklart med HN og hadde begrunnelse i at vi ikke hadde et FDV system implementert fullgodt. Vi startet et prosjekt for å ta i bruk Lydia som FDV program, og et av delmålene i det prosjektet var å få på plass klassifikasjonssystemet.

- Gjennomføre nødvendig vedlikehold som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet.

Alle foretakene har gjennomført vedlikehold i 2017. Noe er håndtert gjennom investeringsprosjekter og noe over drift. Likevel er det et faktum at ingen av HF ene har vært i stand til å gjennomføre tilstrekkelig verdibevarende vedlikehold på grunn av stramme økonomiske rammer.

Det er et håp om at en eventuell innføring av internleie på sikt vil kunne gi mer forutsigbar økonomi for å ivareta verdibevarende vedlikehold. Dette følges opp og diskuteres i Eiendomsforum Helse Nord i 2018.

FIN:

Finnmarkssykehuset HF driver ikke tilfredsstillende verdibevarende vedlikehold. Etterslepet på bygninger er betydelig, og dette skal ivaretas gjennom investering i nybygg.

Finnmarkssykehuset HF må sikre nok midler til reinvestering og vedlikehold på resterende bygg.

NLSH:

En stor del av vedlikeholdsetterslepet ved de kliniske anleggene hentes inn gjennom pågående utbyggingsprosjekt. Øvrige tiltak prioriteres innenfor gjenværende investeringsramme i konkurranse med kritiske utstyrsanskaffelser. Det er en utfordring å drive preventivt vedlikehold innenfor de foreliggende økonomiske rammer, enten dette er investering eller drift, men NLSH HF opplever å ha meget høy opptid for alle deler av vår virksomhet.

UNN:

På bakgrunn av foretakets overordnede økonomiske resultat i 2107 ble det nødvendig å utsette planlagt vedlikehold i siste halvdel av 2017. Dette medførte at vedlikehold for ca. 7 mill kr ikke ble gjennomført som planlagt. Resterende vedlikeholdsplan på totalt 33 mill kr ble gjennomført.

Sykehusapotek Nord:

Sykehusapotek Nord leier lokaler av sykehusene. Når det er behov for dette gjennomføres det nødvendig vedlikehold.

HSYK:

Drift og Eiendom er helgelandsykehusets eiendomsforvalter og startet sitt virke fra 1.1.2017.

Første ordinære driftsår har stor grad gått med til kartlegginger, tilstandsanalyser, vurderinger, prioriteringer og beregning av kostnadsbildet for nødvendige utskiftings- og utviklingstiltak (vedlikehold). Dette arbeidet har resultert i en «Utskiftings og utviklingsplan». Nødvendig tiltak for å holde anleggene i forsvarlig drift har likevel vært iverksatt og utført.

- Utarbeide en konkret 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet over tid. Frist 1. oktober.

Alle HF ene har etablert en plan for vedlikehold og utskifting, men metode og omfang varierer betydelig. Det pågår fortsatt betydelig med nybygg- og renoveringsprosjekter i Helse Nord og dette vil fortsette noen år fremover. Disse prosjektene vil håndtere omtrent halvparten av det vedlikeholdsetterslepet som foretakene har pr i dag, og en rullerende 4-årsplan skal i hovedsak sørge for at

resterende etterslep samt nye og renoverte bygg blir vedlikeholdt slik at standard og kvalitet opprettholdes.

For å få en mer ensartet plan og prosedyre for vedlikehold av bygg og anlegg vil videre arbeid med planene følges opp og koordineres av Eiendomsforum, Helse Nord i 2018.

FIN:

Det jobbes med dette kravet. Delvis løses det gjennom planlagt reinvestering, men resterende nivå og kvalitet bør løses gjennom husleiemodell. Det pågår jobb med denne modellen i samarbeid med Eiendomsforum HN RHF.

NLSH:

Pågående utbygging og øvrige prosjekter har belastet eget personell på en slik måte at det ikke har vært mulig å få denne på plass innen fristen. Etablering av rullerende vedlikeholdsplan er et fokusområde for 2018.

UNN:

UNN har over mange år hatt 3-årige vedlikeholdsplaner som sikrer verdibevarende vedlikehold. Det jobbes nå med å utvide plan til å være 4-årig i tråd med styringssignal. Dette oppfattes som en minimal justering av vårt planverk. I 2017 ble UNN nødt til å utsette noe vedlikehold på grunn av foretakets overordnede økonomiske situasjon. Dette har gitt en mindre økning i vedlikeholdsetterslep.

HSYK:

For å ivareta byggene på en god måte er de nødvendig å systematisere arbeidet og derigjennom å få på plass en utskifting og utviklingsplan. (Tidligere benevnt «Vedlikeholdsplan»)

Denne utskifting og utviklingsplanen gjelder fra 2017-2021. Denne planen skal være dynamisk og revideres 1-2 ganger pr år. Utskifting og utviklingsplanen baser seg på kartleggingen av sykehusene i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen som ble utført høsten 2015 og sommeren 2017 samt også i stor grad etterslep som er blitt avdekket i forhold til igangsatte prosjekter og andre renovering -og rehabiliteringstiltak. Denne planen baserer seg på bygningsmessige og bygningsdelsmessige tiltak. Planen er veid ut fra eiendomsforvalters behov for å ivareta realverdiene på Helgelandssykehuset og for å opprettholde normal drift ved sykehusene der kritiske tiltak som kan gi følgeskader skal prioriteres.

- Innføre nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).

FDV-systemet Medusa er implementert og i bruk ved FIN, UNN og HSYK. NLSH benytter fortsatt Merida i påvente av integrasjon mellom Medusa og innkjøpssystemet Clockwork. Det er igangsatt et integrasjonsprosjekt for å integrere systemene og det forventes at dette er fullført i løpet av 2018.

FIN:

Dette er ikke noe Finnmarkssykehuset HF kan gjøre i egenregi, men foretaket deltar i den regionale jobben som gjøres innen dette felt.

NLSH:

Nordlandssykehuset har meldt inn hva vi mener må på plass i nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr for at dette systemet skal være tilfredsstillende i forhold til det systemet vi bruker i dag (Merida).

Nordlandssykehuset ble i juli 2017 orientert om at det skulle iverksettes et prosjekt med prosjektgruppe og styringsgruppe for å arbeide med integrasjon mellom Clockwork og Medusa.

Vi avventer videre saksgang fra Helse Nord for å utbedre/videreutvikle Medusa slik at det oppnår tilfredsstillende funksjonalitet, slik at vi kan ta i bruk dette systemet også i Nordlandssykehuset.

UNN:

Avdeling for medisinsk teknikk og behandlingshjelpemidler har innført nasjonal database. Avdelingen er representert i alle nasjonale råd relatert til eierskap og forvaltning. Kunnskapsnivået om databasen er på et høyt nivå hos utvalgte på avdelingene. Rapportverktøy vil i større grad bli tatt i bruk når de er ferdig utviklet hos SW leverandøren. DSB var ved tilsyn nov 2017 fornøyd med medisinsk teknisk seksjonens tidlige innføring og dokumentasjon av MTU i databasen.

HSYK:

Systemet MEDUSA er innført på MTA og BHM ved alle enheter i sykehuset. Alt MTU er registrert i dette. Alt av vedlikehold på MTU registreres i dette. Systemet videreutvikles og oppdateres jevnlig.

HSYK:

- Etablere husleiemodell, og rapportere erfaringer innen 1. desember.

Prosjektet med Internhusleie ble startet i mai 2017. Arbeidsgruppa består av representanter fra hvert sykehus, samt verneombud tillitsvalgt og økonomisjef. Det ble tidlig klart at det vil være for kort tid til å trekke erfaringer med rapportering pr 31.12.2017 og prosjektet ble derfor utvidet slik at sluttrapport leveres 1. mai 2018. Internhusleie ble innført fra 01012018. Arbeidet med å få på plass alle avtalene gjøres i starten på året. Det er gjennom hele prosjektet kontinuerlig samarbeid med HN RHF gjennom fast medlem i prosjektgruppa (prosjektstøtte).

NLSH:

- Ferdigstille utviklingsplan innen 1. mars 2018, i tråd med veileder for utviklingsplan.

Nordlandssykehuset er inne i en arbeidsintensiv periode for å ferdigstille strategisk utviklingsplan. De har bedt om og fått utsettelse av ferdigstilling til 1. mai 2018. Det betyr at utviklingsplanen vil styrebehandles hos NLSH 24. april 2018.

UNN:

- Ferdigstille utviklingsplan innen 31. desember 2017, i tråd med veileder for utviklingsplan.

Arbeidet med utviklingsplan for bygg er fullført, men styrebehandling er utsatt til mars 2018.

6.4 Anskaffelsesområdet

- Organisere kompetanse slik at bestillerrolle overfor Sykehusinnkjøp blir ivaretatt.

2017 har vært et utviklingsår både foretakene i regionen for Sykehusinnkjøp, og utviklingen av nye prosesser og roller har blitt preget av at man fremdeles er i en «as is» fase.

Universitetssykehuset har kommet lengst med å se på hvordan prosessene kan optimaliseres i samhandlingen med Sykehusinnkjøp. Generell tilbakemelding er at denne funksjonen i dag ivaretas av innkjøpsfunksjonen, men at det forventes regional tilnærming gjennom operasjonalisering av anskaffelsesstrategi.

- Sikre medvirkning i produktråd fra foretakets brukere av varer og tjenester.

For alle nasjonale anskaffelsesprosjekt ønsker vi i tillegg til å stille med representant i prosjektgruppa, å få opprettet en regional referansegruppe. Foretakene bes oppnevne en representant for hvert anskaffelsesprosjekt til enten å representere regionen eller sitte i referansegruppa.

Vi er representert i prosjektgruppa i alle prosjekter, men har ikke greid å opprette like mange komplette referansegrupper. Foretakene melder da at de har ikke tilgjengelige ressurser med at deres interesser blir ivaretatt av de øvrige foretakene i regionen.

- Implementere nasjonal kategoristruktur i innkjøpsvirksomheten.

Alle foretakene leverer anskaffelsesplaner og -behov til Sykehusinnkjøp etter gjeldende kategoristruktur, og oppnevning av ressurser til anskaffelsesprosjekter går også etter denne strukturen. Denne strukturen er også tatt inn i Clockwork og vi vil i 2018 både kunne hente ut, implementere og følge opp data etter denne strukturen. Organisatorisk tilpasning vil skje parallelt med tilsvarende strukturering av sykehusinnkjøp og således endres i løpet av 2018.

- Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon, herunder:

- Innen 30. november levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.
- Innen 31. desember kunne rapportere detaljert for alle vare- og tjenesteanskaffelser på artikkelnivå mht. hvilken avtale og til hvilke vilkår.

Alle foretak har levert anskaffelsesplan til Sykehusinnkjøp innen fristen 30.11.17.

Ingen av foretakene har nådd målet med full implementering og det er store forskjeller på status internt i foretaksgruppen. UNN har jobbet mest strukturert og lagt et grunnlag som i stor grad kan gjenbrukes av de øvrige foretakene. Alle foretakene rapporterer om et fokus som indikerer at man skal nå forventninger i anskaffelsesstrategi og krav i oppdragsdokument for 2018.

- Kartlegge og utarbeide re-anskaffelsesplan av medisinsk teknisk utstyr i tråd med nasjonal struktur.

Ingen av foretakene leverer en komplett reanskaffelsesplan, og det er store forskjeller hvordan slike anskaffelser håndteres, fra en strukturerte årlige kartlegginger av behov til ren brekkasjetilnærming.

I løpet av 2018 vil en integrasjon mellom Medusa og Clockwork legge bedre til rette for kontroll på hva som finnes og kjøpes av utstyr som igjen vil være grunnlaget for en slik reanskaffelsesplan.

- Innen 1.september skal foretakene utarbeide og styrebehandle plan som beskriver ledelsesmessige og organisatoriske tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Alle foretakene utenom Helgelandssykehuset har styrebehandlet plan i 2017. Helgelandssykehuset har styrebehandlet plan i møte 1.2.2018.

- Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket (se OD)

Alle foretakene har gjennomgått tilstanden og det vises til styresak 140-2017 Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2017 med risikovurdering av overordnede mål.

Regnskap 2017

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



STYRETS BERETNING 2017 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 og støttefunksjoner er organisert i seks helseforetak heleid av Helse Nord RHF. Helse Nord RHF har hovedkontor i Bodø. Foretaket er 100 % eid av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Helse Nord IKT ble skilt ut fra Helse Nord RHF og etablert som eget helseforetak 1.1.2017.

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 2017 – styrets hovedstrategier og viktigste tiltak

Helse Nord's viktigste mål for utvikling av pasientens helsetjeneste i 2017 var:

- 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

De sakene styret har behandlet i 2017 understøtter at Helse Nord når sine mål innen pasientbehandling, forskning, utdanning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende.

Noen av styresakene i 2017:

- Oppdragsdokument 2017 til helseforetakene
- Smittevernplan 2016–2020 og tuberkuloseprogram 2016–2020
- Retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå
- Felles e-læringsstrategi
- Nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge
- Nasjonal helse- og sykehusplan
- Plan for Helse Nord 2018–2021, inkl. rullering av investeringsplanen 2018–2025
- Retningslinjer for kliniske fagrevisjoner

- Stimuleringstiltak for forskningsaktiviteten i foretaksgruppen
- Evaluering og organisering av traumebehandling innen psykisk helsevern
- PCI i behandling av hjerteinfarkt i Helse Nord
- Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2017
- Flere pågående IKT-prosjekter
- Flere rapporter med resultater fra internrevisjonen
- Jevnlig status i alle byggeprosjekter

4. Resultater og aktiviteter 2017

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

Det har vært god vekst i poliklinisk aktivitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i regionen i 2017. Arbeidet videreføres i 2018 for å øke den polikliniske aktiviteten opp mot landsgjennomsnittet. Det ble i 2017 inngått nye avtaler med private leverandører som sikrer et videre godt og differensiert døgntilbud for ruspasienter i regionen.

Det har vært en klar målsetning å styrke helsetilbudet til barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Det er derfor etablert samarbeidsavtaler mellom alle lokale helseforetak og alle barnevernsinstitusjoner i regionen. Bufetat har påbegynt arbeidet med å etablere en omsorgsinstitusjon hvor ungdommen samtidig skal ha tilbud om hjelp fra psykisk helsevern.

I løpet av 2017 har flere tiltak fra «Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016–2025» blitt implementert. Det medikamentfrie tilbudet for alvorlig psykisk syke har drevet et helt år, det er etablert døgnplasser for pasienter med utviklingshemming og samtidig psykisk lidelse og det er etablert flere tilbud til sped- og småbarn i regionen. Planen vedtok å etablere regionale sikkerhetsplasser i regionen i løpet av 2019/20. En lovendring fra høsten 2016 har økt behovet for sikkerhetspsykiatrien, og av denne grunn er det i 2017 iverksatt et arbeid for å fremskynde etablering av flere døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien.

Somatisk virksomhet

I somatisk virksomhet har poliklinisk aktivitet økt med 1,8 %, mens antall sykehusopphold er videreført på om lag samme nivå som 2016.

Saken om hvorvidt vi skal ha to PCI-tilbud i Helse Nord har preget året. I desember 2017 vedtok styret i Helse Nord RHF at det skulle opprettes et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø.

Ventetid

Helse Nord har hatt en svært positiv utvikling i gjennomsnittlig ventetid, med en reduksjon fra 66 dager i 2016 til 58 dager i 2017. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i 2017 vært 56 dager. Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har hatt en ventetid på 55 dager. Nordlandssykehuset hadde i 2016 en gjennomsnittlig ventetid på 81 dager. I 2017 har de ligget over styringskravet, men klarte i årets to siste måneder å innfri målet om gjennomsnittlig ventetid på 60 dager.

Den største reduksjonen har vært innen somatikk, som er redusert fra 67 til 59 dager. Innen psykisk helse og rus har det vært en mindre reduksjon, mens det innen barne- og ungdomspsykiatri har vært en liten økning. Gjennomsnittlig ventetid er likevel godt under styringskravet.

Kvalitetsutvikling

Det er i 2017 gjennomført klinisk fagrevisjon med tema NSTEMI og fagrevisjon på kjemoterapi etter tarmkreft. Regional retningslinje for kliniske fagrevisjoner er ferdigstilt og et nasjonalt nettverk for kliniske fagrevisjoner ledet av Helse Nord er opprettet. Så langt er erfaringene med kliniske fagrevisjoner svært gode, og det er grunn til å tro at arbeidsmetoden blir et nyttig supplement i kvalitetsarbeidet.

Gjennomføring av lokale pasienterfaringsundersøkelser er ikke kommet i gang i 2017 pga. avhengighet av annen IT-løsning. Når ny løsning for innsjekk og utsjekk av pasienter er på plass, kan arbeidet med dette startes opp igjen.

Det pågående prosjektet legemiddelsamstemming vil føre til bedre pasientsikkerhet og forberede organisasjonene på innføring av felles elektronisk medikasjons- og kurveløsning. Det er laget nye rutiner, maler, mulighet for registrering og en opplæringspakke for legemiddelsamstemming, riktig bruk av kritisk informasjon og legemiddelreaksjoner/CAVE og for å ta legemiddelmodulen i DIPS i bruk i alle enheter.

Vi har gjennomført en pilot med utlysning av søkbare kvalitetsmidler, og det kom inn svært mange gode søknader. Fem prosjekter fikk tildelt midler. Dette videreføres dersom mulig i 2018. Forbedringsprisen ble utdelt to ganger i 2017.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) – en del av Helse Nord RHF

SKDE har publisert eldrehelseatlasen i 2017 som er et omfattende atlas som viser variasjon i tjenestetilbudet for personer 75 år eller eldre.

SKDE har i 2017 overlevert rapporten «Status for nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2017» til helseministeren.

SKDE har fortsatt sitt nære samarbeid med svenske og danske søsterorganisasjoner. Det er i 2017 etablert samarbeid med The Dartmouth Institute i USA som har skapt

forskningsfeltet «small area variation». I tillegg er SKDE engasjert i et samarbeid med institusjoner i tysk forvaltning som arbeider med reduksjon av uberettiget variasjon.

Forskning

Helse Nord har et mål om stadig å øke forskningsaktiviteten. Kostnadene har økt fra 304 millioner kr i 2016 til 337 millioner i 2018. Dette er samlet ressursbruk fra alle helseforetak og det regionale helseforetak på prosjekter, strategiske tiltak, støttefunksjoner m.m. innen forskning. Det gir seg også utslag i resultater målt i antall publikasjoner. Antallet har gått opp fra 411 i 2016 til om lag 480 i 2017. Dette er positivt.

Inneværende periode preges av realisering av prioriterte mål og tiltak fra forsknings- og innovasjonsstrategien. Noen av satsingene gjøres i samarbeid med UiT Norges arktiske universitet. De nasjonale kriteriene om nytte og kvalitet i forskningen følges, og skal i størst mulig grad samordnes med Forskningsrådet. Likeså kravet om brukermedvirkning i forskning, der vi har stort fokus på hvordan dette faktisk gjøres i prosjekter finansiert av RHF.

Det er fremdeles en målsetning å få økt ekstern finansiering (Forskningsrådet, EU, private stiftelser) for å gi rom for ytterligere forskningsaktivitet og internasjonalt samarbeid.

I 2017 ble det for første gang lyst ut innovasjonsmidler. Fem prosjekter fikk tildeling. Det er også gitt midler til et strategisk prosjekt om droner i helseberedskap, og jobbet med innføring av innovasjonsregistreringssystem på UNN.

Private helsetjenester

Kjøp av private helsetjenester utgjorde 765 mill. kroner i 2017. Dette er en økning fra 2016, hvor psykisk helsevern er økt med 12 mill. kroner og TSB med 17 mill. kroner.

Vi har også i 2017 erfart kapasitetsutfordringer innenfor rehabiliteringsområdet. Det er behov både for elektiv og akutt kapasitet innenfor ortopedi, hjerneslag og komplekse og sammensatte lidelser hos de private institusjonene for at sykehusene skal kunne frigjøre plass til behandling.

Helse Nord har per 31.12.17 driftsavtaler med 79 avtalespesialister fordelt på lege- og psykologspesialister. Det er ønskelig å øke antall avtaler, men rekruttering er utfordrende.

Pasientreiser

Nå kan nær 100 % av brukerne bruke «Mine pasientreiser» på helsenorge.no for å søke om refusjon av reiseoppgjør. Helse Nord har hatt en kampanje for å øke bruken av løsningen i regionen. Evalueringen viser at vi slo målsetningen om 48 % bruk innen utgangen av 2017; Vi oppnådde vi en bruk på 53 %.

Resultatet fra brukerundersøkelsen av pasientreiser viser at brukerne er godt fornøyd med tjenestene fra pasientreisekontorene i Helse Nord (4,1 av 5 poeng).

Helseforetakene og Widerøe har samarbeidet om nye retningslinjer for å vurdere pasientens tilstand (medisinsk og fysisk). For eksempel vurderes transportdistanse og eventuelt behov for tilrettelagt transport ved utskrivning.

Nødnett

I begynnelsen av oktober 2017 gikk AMK Finnmark, som siste AMK-sentral i Norge, i drift på nytt nødnett. Etterfulgt av akuttmottak og legevaktsentraler er dermed nødnettutbyggingen fullført i Helse Nord.

Bemanning og utdanning

LIS-utdanning

I 2017 er det etablert ny spesialistutdanning del 1 i alle helseforetak i tråd med ny forskrift. Det er planlagt regionalt implementeringsprosjekt for å håndtere videre implementering av del 2 og 3.

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. Helse Nord tok inn totalt 24 nye helsefaglæringer i 2017.

Stillingsandel og ansatteformer

Den gjennomsnittlige stillingsandelen for fast ansatte holder seg stabil på 92 %. Andel deltid blant fastansatte er i underkant av 23 %.

Sammensetningen av faste og midlertidige ansatte er 68 % faste og 32 % midlertidige (vikarer, engasjementer/prosjekter og ekstrahjelpere/timelønnede). Fastansatte står for 85 % av årsverkene.

Fra juli 2015 har andelen fast ansatte leger i spesialisering økt fra 12 % til 44 %.

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 er i 2017 utbetalt til sammen 4,2 mill. kroner til 86 brukerorganisasjoner og 5 stiftelser.

Det er etablert ungdomsråd som representerer ungdom i alderen 12–23 år i Nordlandssykehuset (2017) og UNN (2016). Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset arbeider med å etablere ungdomsråd. Rådene gir verdifulle innspill til utviklingen av Helse Nord.

Pasientinformasjon

Takket være det gode nasjonale samarbeidet gjennom felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten, kan sykehusene i Helse Nord presentere sitt behandlingstilbud på en svært god måte for pasientene. Vi prioriterer arbeidet med pasientinformasjon på nett.

Informasjonssikkerheten

Helse Nord har de siste årene løftet arbeidet rundt personvern og informasjonssikkerhet, i likhet med mange andre aktører. Alle helseforetak i Helse Nord har etablert ordningen med personvernombud.

IKT

Vi utvikler nødvendige IKT-løsninger for hele foretaksgruppen etter en strategi om felles løsninger og samarbeid. Prosjektet Felles innføring av kliniske systemer (FIKS) ble etablert i 2011 og avsluttet i 2017. Ved veis ende viser måloppnåelsen at vi har innført en systemportefølje som gir bedre sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen.

I 2017 er det arbeidet videre med harmonisering og sammenslåing av databaser i de ulike pasientsystemene.

Nytt program for innføring av fremtidens systemer i klinikken (FRESK) har i 2017 arbeidet med systemkonfigurering og planlegging av fasene for innføring av DIPS Arena og elektronisk medikasjon og kurve.

5. Redegjørelse for årsregnskapet

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

Foretaksgruppen en egenkapital på 10,5 mrd. kroner per 31.12.17.

Helseforetakene har pr. 31. desember 2017 følgende egenkapitalandel:

Egenkapitalandel	2017	2016
Finnmarkssykehuset	33 %	35 %
Universitetssykehuset Nord-Norge	62 %	68 %
Nordlandssykehuset	30 %	30 %
Helgelandssykehuset	68 %	68 %
Sykehusapotek Nord	35 %	47 %
Helse Nord IKT	30 %	
Sum Helse Nord	57 %	58 %

I tråd med regnskapsloven og Norsk regnskapsstandard har Helse Nord per 31.12.2017 en beregnet netto pensjonsforpliktelse knyttet til på 4 765 mill. kroner som ikke er resultatført. Beregnet forpliktelse er redusert fra 5 108 mill. kroner per 31.12.2016.

Investering i helseforetakene er bokført etter kostmetoden i morselskapet Helse Nord RHF. Siden helseforetakene i perioden 2002-2016 i perioder har gått med underskudd er Helse Nord RHF's investering i datterforetakene skrevet ned like mye som egenkapitalen er redusert i helseforetakene. Når helseforetakene går med overskudd bokføres dette mot tidligere års underskudd (reversering av tidligere års underskudd). Sykehusapotek Nord HF (og Helse Nord IKT fra 2017) har ikke tidligere års underskudd som skal dekkes inn.

Styret vurderer egenkapitalen som tilfredsstillende.

Helse Nord finansierer investeringer med egen likviditet og lån fra HOD. I 2017 er det tatt opp ytterligere langsiktige lån på 576 mill. kroner, inklusive kapitaliserte renter på lån under opptrekk. Langsiktig lånegjeld per 31.12.17 er kr 3 587 mill. kroner, hvorav 1 223 mill. kroner er lån under opptrekk, mens 2 363 mill. kroner er nedbetalingslån med nedbetalingstid på 20-25 år. Nedbetalingslån utgjør 66 % av låneporteføljen og alle har fastrente i ytterligere 1-8 år.

Innskuddsrenten i gjeldende bankavtaler er basert på flytende rente. Samlet vurderes renterisikoen som akseptabel.

I 2017 er det tilbakebetalt 716 mill. kroner i driftskreditt og per 31.12.2017 har Helse Nord RHF ingen driftskreditt. Driftskredittrammen i Norges Bank ble i 2017 redusert til 3 mill. kroner som følge av at premiefond i KLP er benyttet til å betale deler av pensjonspremier i 2017.

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

Felleseide helseforetak er regnskapsført etter egenkapitalmetoden. Akkumulert overskudd er ført mot fond for vurderingsforskjeller. Fondet utgjør 28,7 mill. kroner per 31.12.2017.

Arbeidskapitalen er styrket med 265 mill. kroner i 2017, men er fremdeles negativ med -576 mill. kroner per 31.12.17.

Likviditetsbeholdningen er redusert med 394 mill. kroner i 2017. Dette er tråd med investeringsplanen hvor planlagte høye investeringer i 2017 og årene fremover vil redusere likviditetsreserven. Likviditetsreserven utgjorde 1 385 mill. kroner per 31.12.2017.

Det er bokført nedskrivninger av bokførte verdier for bygg og eiendom på 42,6 mill. kroner, hvorav 42 mill. kroner i forbindelse med avvikling/salg av Kirkenes sykehus.

Foretaksgruppens inntekter kommer i hovedsak fra eier, og andre offentlige aktører. Risiko for tap er dermed liten. Avsetning for tap på fordringer per 31.12.17 utgjør 15,7 mill. kroner. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med kr 15,5 mill. kroner i 2017.

6. Økonomisk drift

Helseforetaksgruppen

For å legge til rette for videreutvikling av Helse Nord fastsatte Styret for Helse Nord RHF et resultatkrav på 331 mill. kroner i 2017. Budsjettet ble justert til 334,7 mill. kroner som følge av reduksjon av pensjonskostnader.

Årsresultat (mill. kroner)	Regnskap 2017	Justert budsjett 2017	Regnskap 2016
Årsresultat	382,6	334,7	539,4
Eiers resultatmål	0,0	0,0	0,0
Avvik fra eiers resultatmål	382,6	334,7	539,4

Foretaksgruppen Helse Nord har et resultat som er 382,6 mill. kroner bedre enn resultatkravet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og 47,9 mill. kroner bedre enn justert budsjett.

Helseforetakene

Resultat per helseforetak sett sammen med styringsmålene:

Resultat 2017 per HF (mill. kroner)	Resultat	Budsjett	Avvik
Helse Nord RHF	293,0	236,0	57,0
Helse Nord IKT	2,9	0,0	2,9
Finnmarkssykehuset	9,6	30,0	-20,4
Universitetssykehuset Nord-Norge	54,0	40,0	14,0
Nordlandssykehuset	0,4	5,0	-4,6
Helgelandssykehuset	18,5	20,0	-1,5
Sykehusapotek Nord	4,2	3,7	0,5
Sum	382,6	334,7	47,9

Det vises til de enkelte helseforetaks beretninger.

Helse Nord RHF

Årsresultatet for Helse Nord RHF viser et overskudd på kr 375,5 mill. kroner. Korrigert for netto reversering av nedskrivning av verdi datterforetak på 82,6 mill. kroner viser regnskapet for Helse Nord RHF et overskudd på 293 mill. kr.

7. Investeringer

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

Investeringsbudsjettet for 2017 var på 2 503 mill. kroner. I tillegg kommer ubrukt investeringsbudsjett fra 2016 og tidligere, på 681 mill. kroner. Det er gjennomført investeringer i 2017 på 2 010 mill. kr inkludert egenkapitalinnskudd i KLP¹.

Det har vært stor byggeaktivitet i Helse Nord i 2017. Den omfattende byggingen og renoveringen ved Nordlandssykehuset Bodø er i siste fase med renovasjon av A/B-fløyen. Fløy A planlegges tatt i bruk primo juni 2018, mens renovering av fløy B forventes tatt i bruk november 2019.

Finnmarkssykehuset Kirkenes er i slutfasen, det samme gjelder A-fløy og PET-senter ved UNN. Alle disse vil ferdigstilles og tas i bruk første halvår i 2018. I tillegg er det startet bygging av klinikk Alta. Samisk helsepark i Karasjok får byggestart våren 2018.

¹ Kommunal landspensjonskasse

Planleggingen av nye UNN Narvik og Finnmarkssykehuset Hammerfest er gjennom konseptfase. Når det gjelder Helgelandssykehuset 2025 har lokalisering og avgrensning av alternativer vært gjenstand for utredning i 2017.

8. Arbeidsmiljø m.m.

I Helse Nord RHF's administrasjon (inkl. SKDE og FIKS) var det 102 årsverk i 2017 mot 107 i 2016.

Sykefraværet i RHF-ets administrasjon var på 5,3 % i 2017 mot 3,6 % i 2016.

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

Helseforetaksgruppen hadde i 2017 gjennomsnittlig 13 838 årsverk mot 13 489 årsverk i 2016.

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

9. Likestilling

Helse Nord RHF

Styret har i 2017 bestått av seks kvinner og fire menn. Helse Nord RHF's ledelse har i 2017 bestått av fire kvinner og tre menn. Kvinneandelen av ansatte i Helse Nord RHF er 52 %.

Helseforetaksgruppen

Helse Nord har generelt en stor andel kvinner i styrene og i toppledelsen. Nesten halvparten av styremedlemmene er kvinner (46%). 5 av 7 styreledere i 2017 er kvinner. 57 % av toppledelsen i Helse Nord er kvinner. På underliggende ledelsesnivå samlet er kvinneandelen 46 %.

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

10. Diskriminering

Rekruttering skal skje i samsvar med WHO's internasjonale kode for etisk rekruttering av helsepersonell.

11. Tilgjengelighet

Arbeid for å bedre tilgjengeligheten for bl.a. bevegelseshemmede i eksisterende bygg bygger på standarden *NS 11001 Universell utforming av byggverk*. TEK 10 gjelder også for pågående byggeprosjekter. TEK 17 blir gjort gjeldende for prosjekter under planlegging. I tillegg er det stilt strengere krav på enkelte områder i tråd med en uoffisiell veileder for universell tilgjengelighet «*Bra for alle – nødvendig for noen*». Regionalt Brukerutvalg vil i 2018 komme med forslag til justeringer av universell

tilgjengelighet som ønskes hensyntatt i planlegging av bygg ut over det som vil gjelde i TEK 17.

12. Ytre miljø

Helse Nord påvirker det ytre miljø begrenset i forhold til avfall, renhold og elektrisk kraft. Energi brukes til oppvarming, belysning, prosess og drift i leide kontorlokaler. Avfall kildesorteres og håndteres gjennom kommunal avfallsordning. Den mest omfattende påvirkning er knyttet til ansattes reisevirksomhet.

Helse Nord RHF har innført miljøledelse og samtlige helseforetak i foretaksgruppen er miljøsertifisert etter ISO 14001-2015. Miljøledelsessystemet er dokumentert i kvalitetssystemet og inngår i ledelsens årlige gjennomgang av hele virksomheten.

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

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

Helse Nord har et kostnads- og aktivitetsnivå som er i samsvar med tilgjengelige ressurser i 2017.

Realisering av planlagte utbyggingsprosjekter og finansiering av dem, representerer en betydelig utfordring både planleggingsmessig og realøkonomisk. 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. Siste del av låneopptak til disse prosjektene skjer i 2018.

Helse Nord RHF er avhengig av lån fra Helse- og Omsorgsdepartementet for å kunne finansiere UNN og Finnmarkssykehusets bygging av nye sykehus i henholdsvis Narvik og Hammerfest.

Helseforetakene

For ytterligere informasjon vises det til helseforetakenes egne beretninger.


14. Resultatdisponering

Styret innstiller overfor foretaksmøte at årsresultatet 2017 for Helse Nord RHF disponeres slik:

Overført fra fond for vurderingsforskjeller	kr -1 198 606
Overført til annen egenkapital	kr 376 763 074
Sum overføringer	kr 375 564 468

For foretaksgruppen var overskuddet kr 382 664 218.

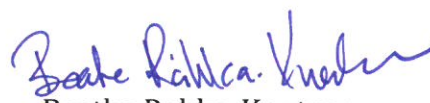
Tromsø, 25. april 2018



Marianne Telle
Styreleder



Inger Lise Strøm
Nestleder



Beathe Rahka-Knutsen
Styremedlem



Fredrik Sund
Styremedlem



Kari Jørgensen
styremedlem



Kari B. Sandnes
Styremedlem



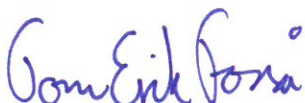
Sissel Alterskjær
Styremedlem



Svenn Are Jensen
Styremedlem



Tom Børje Eriksen
Styremedlem



Tom Erik Forså
Styremedlem



Lars Vorland
Adm. direktør

Helse Nord RHF
Årsregnskap 2017

Resultatregnskap

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2016	2017	NOTE	DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2017	2016
12 286 309	11 878 481	3	Basisramme	11 878 481	12 286 309
3 651 979	3 899 459	3	Aktivitetsbasert inntekt	4 266 492	4 066 754
1 050 739	516 321	3	Annen driftsinntekt	964 094	1 000 806
16 989 027	16 294 260	2	Sum driftsinntekter	17 109 067	17 353 870
15 779 454	15 597 632	4	Kjøp av helsetjenester	2 192 848	2 076 245
0	1	5	Varekostnad	1 545 537	1 737 775
250 834	107 473	6/7	Lønn og annen personalkostnad	9 863 512	9 632 054
130 831	11 940	10	Ordinære avskrivninger	706 643	772 059
800	289	10	Nedskrivninger	45 273	10 821
537 631	335 626	8	Annen driftskostnad	2 394 100	2 632 390
16 699 551	16 052 961	2	Sum driftskostnader	16 747 912	16 861 344
289 477	241 299		Driftsresultat	361 155	492 526
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER					
128 047	106 168	9	Finansinntekt	46 070	87 342
192 312	82 556	11	Netto reversering av tidligere års nedskrivning	0	0
-71 657	-54 458	9	Annen finanskostnad	-24 286	-40 771
248 702	134 266		Netto finansresultat	21 785	46 571
538 178	375 564		Resultat før skattekostnad	382 939	539 097
0	0	28	Skattekostnad på ordinært resultat	275	-378
538 178	375 564	18	ÅRSRESULTAT	382 664	539 475
OVERFØRINGER					
7 743	-1 199	17	Overført fond for vurderingsforskjeller	-1 199	7 743
530 436	376 763	17	Overført annen egenkapital	383 863	531 732
538 178	375 564		Sum overføringer	382 664	539 475

Balanse pr 31. desember

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

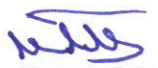
Foretaksgruppen

2016	2017	NOTE	EIENDELER	2017	2016
			Anleggsmidler		
			Immaterielle driftsmidler		
371 093	38 068	10	Immaterielle eiendeler	457 302	392 025
<u>226 862</u>	<u>87 840</u>	10	Prosjekt under utvikling	<u>128 059</u>	<u>229 076</u>
<u>597 955</u>	<u>125 908</u>		Sum immaterielle eiendeler	<u>585 361</u>	<u>621 101</u>
			Varige driftsmidler		
0	0	10	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	7 648 439	7 902 776
118 380	3 222	10	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	1 350 250	1 319 166
<u>0</u>	<u>0</u>	10	Anlegg under utførelse	<u>4 770 082</u>	<u>3 314 442</u>
<u>118 380</u>	<u>3 222</u>		Sum varige driftsmidler	<u>13 768 770</u>	<u>12 536 383</u>
			Finansielle anleggsmidler		
7 802 252	7 885 011	11	Investering i datterforetak	0	0
52 627	49 945	12	Investering i felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap	50 445	52 627
4 217	2 840	13	Investering i andre aksjer og andeler	558 692	501 469
4 613 800	5 296 273	14/22	Andre finansielle anleggsmidler	11 883	13 600
<u>2 245</u>	<u>654</u>	7	Pensjonsmidler	<u>250 681</u>	<u>896 066</u>
<u>12 475 142</u>	<u>13 234 722</u>		Sum finansielle anleggsmidler	<u>871 702</u>	<u>1 463 763</u>
<u>13 191 478</u>	<u>13 363 852</u>		Sum anleggsmidler	<u>15 225 833</u>	<u>14 621 247</u>
			Omløpsmidler		
<u>0</u>	<u>0</u>	5	Varer	<u>163 851</u>	<u>199 637</u>
			Fordringer		
288 711	836 029	22	Fordringer på selskap i samme konsern	0	0
<u>336 117</u>	<u>287 420</u>	15	Fordringer	<u>744 281</u>	<u>679 466</u>
<u>624 828</u>	<u>1 123 449</u>		Sum fordringer	<u>744 281</u>	<u>679 466</u>
1 747 961	1 384 480	16	Bankinnskudd, kontanter o.l.	1 737 985	2 132 479
<u>2 372 788</u>	<u>2 507 929</u>		Sum omløpsmidler	<u>2 646 117</u>	<u>3 011 583</u>
<u>15 564 266</u>	<u>15 871 782</u>		SUM EIENDELER	<u>17 871 950</u>	<u>17 632 830</u>

Balanse pr 31. desember

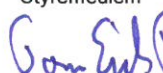
Helse Nord RHF		(Beløp i 1.000 NOK)		Foretaksgruppen	
2016	2017	NOTE	EGENKAPITAL OG GJELD	2017	2016
Egenkapital					
Innskutt egenkapital					
100	100	17	Foretakskapital	100	100
7 920 950	7 920 950	17	Annen innskutt egenkapital	7 920 950	7 920 950
<u>7 921 050</u>	<u>7 921 050</u>		Sum innskutt egenkapital	<u>7 921 050</u>	<u>7 921 050</u>
Opptjent egenkapital					
30 886	28 713	17	Fond for vurderingsforskjeller	28 713	30 886
2 163 022	2 540 759	17	Annen egenkapital	2 599 262	2 214 425
<u>2 193 908</u>	<u>2 569 472</u>		Sum opptjent egenkapital	<u>2 627 975</u>	<u>2 245 311</u>
10 114 957	10 490 522		Sum egenkapital	10 549 025	10 166 361
Gjeld					
Avsetning for forpliktelser					
45 461	13 871	7	Pensjonsforpliktelser	126 821	55 015
0	0	28	Utsatt skatt	172	397
0	0	19	Andre avsetninger for forpliktelser	387 521	399 553
<u>45 461</u>	<u>13 871</u>		Sum avsetninger for forpliktelser	<u>514 515</u>	<u>454 965</u>
Annen langsiktig gjeld					
3 159 533	3 586 600	20	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	3 586 600	3 159 533
<u>3 159 533</u>	<u>3 586 600</u>		Sum annen langsiktig gjeld	<u>3 586 600</u>	<u>3 159 533</u>
<u>3 204 995</u>	<u>3 600 471</u>		Sum langsiktige forpl. og annen gjeld	<u>4 101 114</u>	<u>3 614 499</u>
Kortsiktig gjeld					
715 706	0		Driftskreditt	0	715 706
0	0	28	Betalbar skatt	0	314
8 588	10 530		Skyldige offentlige avgifter	435 600	473 394
1 015 999	1 397 544	22	Gjeld til selskap i samme konsern	0	0
504 021	372 715	21	Annen kortsiktig gjeld	2 786 211	2 662 556
<u>2 244 314</u>	<u>1 780 789</u>		Sum kortsiktig gjeld	<u>3 221 811</u>	<u>3 851 970</u>
5 449 309	5 381 260		Sum gjeld	7 322 925	7 466 469
<u>15 564 266</u>	<u>15 871 782</u>		SUM EGENKAPITAL OG GJELD	<u>17 871 950</u>	<u>17 632 830</u>

Tromsø, 25. april 2018


Marianne Telle
Styreleder



Fredrik Sund
Styremedlem


Sissel Alterskjær
Styremedlem



Tom Erik Forså
Styremedlem

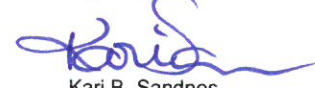

Inger Lise Strøm
Nestleder


Kari Jørgensen
Styremedlem


Svann Are Jenssen
Styremedlem


Lars Vorland
Adm. Direktør


Beathe Rahka-Knutsen
Styremedlem


Kari B. Sandnes
Styremedlem


Tom Børje Eriksen
Styremedlem

Kontantstrømoppstilling

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2016	2017	Note		2017	2016
			KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:		
538 178	375 564	17	Årsresultat før skatt	382 939	539 097
0	0	28	Skatteutbetalinger	-814	0
0	0		Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	-1 089	2 951
130 831	11 940	10	Ordinære avskrivninger	706 643	772 059
800	289	10	Nedskrivninger varige driftsmidler	45 273	10 821
-200 055	-81 356		Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	1 295	-7 742
32 868	-22 371	26	Endring i omløpsmidler	-29 029	-154 029
170 478	352 302	26	Endring i kortsiktig gjeld	85 861	307 654
			Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	717 191	70 253
5 414	4 366	7	Inntektsført investeringstilskudd		0
0	0				0
678 515	640 735		Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	1 908 270	1 541 064
			KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
0	37 661		Innbetalinger ved salg av driftsmidler	3 520	2 127
-251 764	-64 865	10	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-1 951 088	-2 209 571
68 510	91 787	14	Innbetalinger av avdrag på utlån	2 977	1 200
-1 216 000	-774 260	14	Utbetalinger ved utlån	-1 260	-6 000
0	2 924		Innbetalinger ved salg av finansielle eiendeler	2 924	
-1 950	-1 829		Utbetalinger ved kjøp av finansielle eiendeler	-59 165	-54 321
-1 401 204	-708 583		Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-2 002 092	-2 266 565
			KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
607 609	575 686	20	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	575 686	607 609
-140 104	-148 620	20	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-148 620	-140 104
0	0		Ekstraordinær nedbetaling av langsiktig gjeld	0	0
-60 194	-715 706		Endring driftskreditt	-715 706	-60 194
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	-12 032	13 606
-50 000	-6 992		Endring foretaks kapital med kontanteffekt	0	0
357 311	-295 632		Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	-300 672	420 917
-365 378	-363 480	1	Netto endring i likviditetsbeholdning	-394 494	-304 584
2 113 339	1 747 961	1	Likviditetsbeholdning pr 01.01.	2 132 479	2 437 063
1 747 961	1 384 480	1/16/22	Beholdning av bankinnskudd, kontanter o.l. pr 31.12.	1 737 985	2 132 479
57 294	3 000		Ubenyttet driftskredittramme	3 000	57 294
1 793 725	1 383 035	16	Likviditetsreserve pr 31.12 1)	1 384 593	1 845 040
773 000	3 000		Innvilget driftskredittramme pr 31.12	3 000	773 000

1) Likviditetsreserve består av ubenyttet driftskredittramme og bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet.

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 2017. Notene er følgelig en integrert del av årsregnskapet.

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

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

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

Andre generelle forhold

Helse Nord RHF ble stiftet 17.08.2001 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 eiendelens 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. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en viss økonomisk levetid, samt en vesentlig kostpris. Renter som knytter seg til anlegg under oppføring blir aktivert som en del av kostprisen.

Leieavtaler

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

Avskrivninger

Ordinære avskrivninger er beregnet lineært over driftsmidlenes økonomiske levetid med utgangspunkt i historisk kostpris. Tilsvarende prinsipper legges til grunn for immaterielle eiendeler. For bygninger blir det ved beregningen av årlige avskrivninger legges til grunn en dekomponering hvor de ulike bygningsdelene avskrives over forskjellig levetid. Avskrivningene er klassifisert som ordinære driftskostnader. Balanseført leasing avskrives i henhold til plan, og forpliktelsen reduseres med betalt leie etter fradrag for beregnet rentekostnad.

Finansielle eiendeler

Behandling av datterselskap

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

Behandling av felleskontrollerte virksomheter

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

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 aktuariemessige 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.

Kompensasjon for merverdiavgift

Med virkning fra 1. januar 2017 ble det innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Endret finansiering av helseforetakene innebærer en generell reduksjon både av inntekter og kostnader i regnskapet for 2017 sammenlignet med 2016. Endringen har ikke ført til noen prinsippendringer i regnskapsavleggelsen og det er derfor ikke utarbeidet regnskapstall som viser inntekter og kostnader som om ordningen hadde vært innført i 2016. Effekten på overordnet nivå er likevel synliggjort i egen note, jf. note 29. Nærmere omtale av ordningen framgår også av samme note.

Helse Nord IKT

Helse Nord IKT HF er skilt ut som eget helseforetak fra 1.1.2017. Til og med 2016 var Helse Nord IKT en del av morselskapet Helse Nord RHF.

Omarbeidelse av sammenligningstall

Det er foretatt en omarbeidelse av balanseført lønn egne ansatte 2016 i note 6.
Det er foretatt en omarbeidelse mellom øremerkede tilskudd fra eier til forskning og basisramme til forskning 2016 i note 27.

Note 2 Virksomhetsinformasjon

Driftsinntekter pr virksomhetsområde

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
997 321	968 885	Somatiske tjenester	11 888 075	11 633 786
93 441	114 606	Psykisk helsevern voksne	1 982 254	2 064 624
0	1 164	Psykisk helsevern barn og unge	516 295	543 137
48 646	99 823	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	428 177	441 826
1 167 558	661 062	Annet	2 294 246	2 670 498
14 682 061	14 448 699	Overføringer til datterforetak		
16 989 027	16 294 240	Sum driftsinntekter	17 109 047	17 353 870

Driftskostnader pr virksomhetsområde

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
720 059	731 559	Somatiske tjenester	11 415 348	11 530 903
118 824	114 490	Psykisk helsevern voksne	1 875 448	1 798 593
572	573	Psykisk helsevern barn og unge	522 715	506 146
51 824	103 915	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	478 142	443 831
1 126 210	653 726	Annet	2 456 260	2 581 871
14 682 061	14 448 699	Kjøp av helsetjenester fra datterforetak	0	0
16 699 551	16 052 961	Sum driftskostnader	16 747 912	16 861 344

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	
2016	2017		2017	2016
16 989 027	16 294 260	Helse Nord RHF sitt opptaksområde	17 012 530	17 260 039
0	0	Resten av landet	68 090	63 195
0	0	Utlandet	28 447	30 635
16 989 027	16 294 260	Sum driftsinntekter	17 109 067	17 353 870

Lavere nivå på inntekter og kostnader i 2017 sammenlignet med 2016 skyldes innføring av nøytral merverdiavgift. Det vises til note 29.

Note 3 Inntekter

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
		Basisramme		
12 286 309	11 878 481	Basisramme	11 878 481	12 286 309
		Aktivitetsbasert inntekt		
2 798 671	3 034 702	Behandling av egne pasienter i egen region	3 034 702	2 798 671
260 802	279 088	Behandling av egne pasienter i andre regioner	279 088	260 802
62 437	124 462	Behandling av andre pasienter i egen region	105 076	85 744
528 253	459 474	Poliklinikk, laboratorie og radiologi	738 619	805 758
0	0	Utskrivningsklare pasienter	43 527	43 022
1 816	1 734	Andre aktivitetsbaserte inntekter	65 481	72 756
3 651 979	3 899 459	Sum aktivitetsbasert inntekt	4 266 492	4 066 754
		Annen driftsinntekt		
73 100	48 618	Kvalitetsbasert finansiering	48 618	73 100
62 975	64 646	Øremerkede tilskudd til "raskere tilbake"	64 646	62 975
205 701	166 975	Øremerkede tilskudd til andre formål	168 391	203 968
2 430	3 238	Inntektsførte investeringstilskudd	3 238	2 430
0	0	Driftsinntekter apotekene 1)	132 520	138 000
706 534	232 844	Andre driftsinntekter	546 681	520 334
1 050 739	516 321	Sum annen driftsinntekt	964 094	1 000 806
16 989 027	16 294 260	Sum driftsinntekter	17 109 067	17 353 870

1) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotek Nord til foretak i Helse Nord eliminert. Totale driftsinntekter for Sykehusapotek Nord er kr 495 829 425 i 2017 og kr 458 166 595 i 2016.

Lavere nivå på inntekter og kostnader i 2017 sammenlignet med 2016 skyldes innføring av nøytral merverdiavgift. Det vises til note 29.

Aktivitetstall

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
		Aktivitetstall somatikk		
409	620	Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	149 533	143 923
0	0	Antall DRG poeng iht. eieransvaret	137 187	134 047
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	504 039	494 940
		Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
0	0	Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt opphold	441	421
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner 2016/polikliniske opphold 2017	82 344	74 273
		0 DRG-poeng iht. eieransvaret	23 707	
		Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
310	310	Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt opphold	6 239	6 066
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	148 248	137 010
		0 DRG-poeng iht. eieransvaret	27 613	
		Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
304	262	Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt opphold	1 642	1 283
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	20 115	18 550
		0 DRG-poeng iht. eieransvaret	3 044	

Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av Raskere tilbake og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering. Aktivitetstallene består også av pasienter behandlet hos private.

Fra og med 2017 er den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern (PH) og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) overført til ISF-ordningen. I antall polikliniske opphold for TSB og PH for 2017 inngår opphold som er finansiert gjennom ISF (antall DRG-poeng).

Note 4 Kjøp av helsetjenester

Sum kjøp av helsetjenester består av følgende:

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
103 923	130 698	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	652 776	609 125
438 146	420 509	Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	494 553	522 262
8 035	13 415	Kjøp fra utlandet somatikk	13 415	8 035
10 044	12 665	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	48 089	21 130
106 591	99 530	Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	129 509	123 561
38	904	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	4 132	7 633
51 381	102 595	Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	141 308	130 767
718 158	780 316	Sum gjestepasientkostnader	1 483 784	1 422 513
0	0	Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	228 884	165 188
370 734	368 546	Kjøp av luftambulansetjenester	368 546	370 734
0	0	Kjøp av ambulansetjenester	67 618	69 402
8 501	51	Andre kjøp av helsetjenester (herunder avtalespesialister)	44 015	48 407
379 235	368 597	Sum kjøp av andre helsetjenester	709 063	653 732
14 682 061	14 448 719	RHF-ets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene	0	0
15 779 454	15 597 632	Sum kjøp av helsetjenester	2 192 848	2 076 245

Innføring av nøytral merverdiavgift reduserer kostnader sammenlignet med 2016. Det vises til note 29.

Note 5 Varer

Varekostnad

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
0	0	Legemidler	343 791	447 271
0	0	Medisinske forbruksvarer	638 510	707 153
0	1	Andre varekostnader til eget forbruk	140 374	186 578
0	0	Innkjøpte varer for videresalg	422 861	396 773
0	0	Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer	0	0
0	1	Sum varekostnad	1 545 536	1 737 775

Valelager

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
0	0	Råvarer	0	0
0	0	Varer i arbeid	0	0
0	0	Ferdigvarer	0	0
0	0	Handelsvarer	23 996	24 325
0	0	Sum lager til videresalg	23 996	24 325
0	0	Varebeholdning til eget bruk	139 855	175 313
0	0	Sum varebeholdning	163 851	199 637

0	0	Kostpris	163 851	199 637
0	0	Nedskrivning for verdifall	0	0
0	0	Bokført verdi 31.12	163 851	199 637

Reduserte varekostnader i 2017 sammenlignet med 2016 har sammenheng med innføring av nøytral merverdiavgift, jf note 29.

Note 6 Lønn og andre godtgjørelser

Lønnskostnader mm.

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
232 311	85 628	Lønninger	7 820 602	7 529 678
17 409	6 694	Arbeidsgiveravgift	492 289	466 985
39 630	14 994	Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	1 462 775	1 551 665
12 480	7 719	Andre ytelser	135 082	144 240
-50 995	-7 562	Balansført lønn egne ansatte	-47 235	-60 514
250 834	107 473	Lønnskostnader	9 863 512	9 632 054
401	122	Gjennomsnittlig antall ansatte	17 668	17 557
372	102	Gjennomsnittlig antall årsverk	13 838	13 489

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	2 009	163	160	2 332	1.1-31.12	1.1-31.12		

Adm. direktør har skrevet ny arbeidsavtale 13.3.2018. Adm. direktør har ikke avtale om etterlønn.

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
Siw Sandvik	Kom. direktør	1 228	401	5	1 634	01.01-19.04	01.01-31.12		
Anne May Knudsen	Kom. direktør	1 075	246	5	1 326	19.04-31.12	01.01-31.12		
Siv Høymork	Kvalitets- og forskn. dir.	1 497	358	172	2 027	01.01-31.12	01.01-31.12		
Geir Tollåli	Fagdirektør	1 579	249	5	1 833	01.01-31.12	01.01-31.12		
Kristian I. Fanghol	Direktør	1 234	196	8	1 438	01.01-31.12	01.01-31.12		
Hilde Rolandsen	Eierdirektør	1 646	334	5	1 985	01.01-31.12	01.01-31.12		
Karin Paulke	Stabsdirektør	1 273	288	5	1 566	01.01-31.12	01.01-31.12		

I tillegg til lønn opptjener Geir Tollåli og Siv Høymork studie- og oppdateringspermisjon.

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

Godtgjørelse til styret

2016	2017	
1 564	1 478	Styrehonorar og annen godtgjørelse til styrets medlemmer
253	251	Herav honorar og godtgjørelse til styrets leder

Godtgjørelse til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Styre-honorar	Honorar til revisjons-utvalg	Lønn	Andr. godtgjør.	Sum	Tjeneste-periode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgr.	
								Hon./lønn	Andre godtgj
Marianne Telle	Styreleder	251				251	01.01-31-12		
Inger Lise Strøm	Nestleder	168	32			200	01.01-31.12		
Arnfinn Sundsfjord	Styremedlem	122				122	01.01-31.12		
Svenn A. Jenssen	Styremedlem	122				122	01.01-31.12		
Jonny Jernsletten	Styremedlem	122				122	01.01-31.12		
Fredrik Sund	Styremedlem	122				122	01.01-31.12	1 242	1
Kari Jørgensen	Styremedlem	122	16			138	01.01-31.12		
Kari B Sandnes	Styremedlem	130				130	01.01-31.12	486	5
Line M. Sandberg	Styremedlem	112				112	01.01-09.11		
Sissel Alterskjær	Styremedlem	130	15			145	01.01-31.12	548	1
Ann-Mari Jenssen	Styre-/varamedlem	14				14	01.01-31.12	508	10
Sum		1 415	63	0	0	1 478			

Revisjonshonorar

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
249	156	Lovpålagt revisjon	1 160	639
262	0	Utvidet revisjon	185	609
0	8	Andre attestasjonstjenester	229	74
0	0	Skatte- og avgiftsrådgivning	10	18
33	50	Andre tjenester utenfor revisjon	66	472
545	214	Sum honorarer	1 650	1 812
230	230	Honorar til revisor i henhold til inngått avtale	1 060	980

Revisjonshonorar er eksklusiv merverdiavgift

Revisjonshonorar for 2016 inklusiv merverdiavgift utgjør kroner 2.265.016.

Utvidet revisjon består av:

262		Gjennomgang byggeprosjekter		300
0	0	Utvidede IKT kontroller		290
		Tilleggsfaktura merarbeid	185	20

Andre tjenester utenfor revisjon består hovedsaklig av:

20		Deltakelse på møter		53
		Utredning parkeringshus UNN		196
13	50	Andre tjenester	66	223

Revisjonshonorar er eksklusiv merverdiavgift

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

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

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2017

Lønn og godtgjørelse til adm. direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 89-2017.

Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Helse Nord RHF har i 2017 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 2017 justert som følger:

Adm. direktør	fra kr. 1 992 000 til kr. 2 034 000	tilsvarende 2,1 %
Eierdirektør	fra kr. 1 592 782 til kr. 1 629 782	tilsvarende 2,3 %
Fagdirektør	fra kr. 1 532 747 til kr. 1 562 747	tilsvarende 2,0 %
Kvalitets- og forskning	fra kr. 1 532 747 til kr. 1 562 747	tilsvarende 2,0 %
Direktør	fra kr. 1 206 237 til kr. 1 236 237	tilsvarende 2,5 %
Kom. direktør	fra kr. 1 212 600 til kr. 1 242 600	tilsvarende 2,5 %
Stabdirektør	fra kr. 1 224 447 til kr. 1 261 447	tilsvarende 3,0 %

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

Helse Nord RHF har fulgt opp Statens retningslinjer for ledernes ansettelsesvilkår i underliggende helseforetak knyttet til behandling av årsregnskap. I note til regnskapene er erklæring om ledernes ansettelsesvilkår inntatt. Erklæringen er gitt tilslutning til i foretaksmøtene.

Styret i Helse Nord RHF mener at lønnspolitikken i 2017 i foretaksgruppen har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Retningslinjer for 2018

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

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 oppebåret 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 fratse 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	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
327 465	180 710	Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	26 209 016	24 312 385
-252 703	-146 443	Pensjonsmidler	-21 829 265	-20 285 945
74 762	34 268	Netto pensjonsforpliktelse	4 379 751	4 026 440
5 494	2 707	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	261 400	240 201
-37 040	-23 757	Ikke res ført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-4 765 011	-5 107 692
43 216	13 218	Netto balanseført forpl. (-midler) inkl. aga.	-123 860	-841 051
45 461	13 871	herav balanseført netto pensjonsforpl. inkl. aga.	126 821	55 015
-2 245	-654	herav balanseført netto pensjonsmidl. inkl. aga.	-250 681	-896 066

2016	2017	Spesifikasjon av pensjonskostnad	2017	2016
32 405	12 910	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	1 171 825	1 053 843
8 650	4 401	Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	655 305	629 058
41 054	17 311	Årets brutto pensjonskostnad	1 827 130	1 682 901
-7 526	-4 698	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-731 759	-609 375
1 673	660	Administrasjonskostnader	73 542	69 204
35 202	13 273	Netto pensjonskostnad inkl. adm. kost	1 168 913	1 142 730
2 578	1 049	Aga netto pensjonskostnad inkl. adm.kost	70 729	69 371
967	580	Resultatført actuarielt tap (gevinst)	203 139	253 038
117	93	Resultatført aga av actuarielt tap (gevinst)	18 529	20 950
767	0	Resultatført planendring	0	63 410
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
39 630	14 994	Årets netto pensjonskostnad	1 461 310	1 549 499
0	0	Andre pensjonskostnader	1 465	2 166
39 630	14 994	Sum pensjonskostnader	1 462 775	1 551 665

Pensjonsmidler - Premiefond

Brutto pensjonsmidler inkluderer premiefond med følgende beløp og bevegelser i løpet av regnskapsåret:

2016	2017	Spesifikasjon av premiefond	2017	2016
3 191	4 307	Saldo pr 1.1	1 185 036	865 623
1 116	1 681	Tilført premiefond	279 291	319 493
-	-2 000	Uttak fra premiefond	-655 180	-81
4 307	3 988	Saldo pr 31.12.	809 147	1 185 036

2016	2017	Økonomiske forutsetninger	2017	2016
2,60 %	2,40 %	Diskonteringsrente	2,40 %	2,60 %
3,60 %	4,10 %	Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,10 %	3,60 %
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 %
355	107	Antall aktive personer med i ordningen	14 180	13 506
200	95	Antall oppsatte personer med i ordningen	20 692	20 168
39	26	Antall pensjoner med i ordningen	9 726	9 022

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 tjenstepensjonsordningen er innarbeidet i beregningene.

Pensjonskostnaden for 2017 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2017 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt per 31.12.2017. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2017 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2017.

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 ble denne virkningen resultatført.

Demografiske forutsetninger

Helse Nord RHF		Anvendt dødelighetstabell	Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
K 2013 BE	K 2013 BE		K 2013 BE	K 2013 BE
15-45 %	15-43 %	Forventet uttakshyppighet AFP	15-43 %	15-45 %

Frivillig avgang for Sykepleiere (i %)

Alder (i år)	< 20	20-23	24-25	26-30	31-45	46-50	>50
Sykepleiere	25	15	10	6	4	3	0

Fradragene gjøres for hvert av årene i aldersgruppen

Frivillig avgang for Sykehusleger og Fellesordning (i %)

Alder (i år)	< 24	24-29	30-39	40-50	51-55	>55
Sykehusleger/ Fellesordning	25	15	7,5	5	3	0

AFP-førtidspensjoner

Foretaket / foretaksgruppen har i tillegg til ordinær offentlig tjenstepensjon 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 tjenstepensjon, 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	
2016	2017		2017	2016
684	0	Transport av pasienter	706 422	772 300
22 468	6 881	Bygninger og kontorlokaler	275 213	301 655
4 652	1 491	Kjøp og leie av utstyr, maskiner mv.	165 212	200 648
4 858	2 784	Reparasjon, vedlikehold og service	251 327	293 121
66 115	26 703	Konsulenttjenester	101 047	91 864
122 344	142 066	Annen ekstern tjeneste	261 389	246 672
38 812	3 850	Kontor- og kommunikasjonskostnader	107 939	126 683
25	0	Kostnader forbundet med transportmidler	31 363	36 225
22 804	16 481	Reisekostnader	181 543	183 314
404	1 274	Forsikringskostnader	8 788	6 768
97 941	97 690	Pasientskadeerstatning	104 481	101 505
156 524	36 405	Øvrige driftskostnader	199 376	271 636
537 631	335 626	Sum	2 394 100	2 632 390

Reduserte driftskostnader i 2017 sammenlignet med 2016 har sammenheng med innføring av nøytral merverdiavgift. Det vises til note 29.

Note 9 Finansposter

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
7 743	2 599	Resultatandel felleskontrollerte selskaper	2 599	7 743
63 487	67 305	Konserninterne renteinntekter	0	0
56 704	36 138	Andre renteinntekter	43 066	79 391
114	127	Andre finansinntekter	405	208
128 047	106 168	Sum	46 070	87 342

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
0	3 797	Resultatandel felleskontrollerte selskaper	3 797	0
7 663	0	Konserninterne rentekostnader	0	0
63 993	50 658	Andre rentekostnader	18 290	39 587
0	2	Andre finanskostnader	2 198	1 184
71 657	54 458	Sum	24 286	40 771

I andre rentekostnader for foretaksgruppen i 2017 inngår avktiverte byggelånsrenter med 32,902 mill kr.

Note 10 Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Helse Nord RHF

Immaterielle eiendeler

	FoU	Lisenser og programvare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2017	-	622 566	226 862	849 428
Tilgang	-	2 363	58 817	61 179
Avgang virksomhetsoverdragelse	-	(464 061)	(190 645)	(654 706)
Avgang	-	234	-	234
Fra anlegg under utførelse til....	-	7 193	(7 193)	-
Anskaffelseskost 31.12.2017	-	167 827	87 840	255 667
Akk avskrivninger 31.12.2017	-	129 759	-	129 759
Akk nedskrivninger 31.12.2017	-	-	-	-
Balanseført verdi 31.12.2017	-	38 068	87 840	125 908
Årets ordinære avskrivninger	-	11 374	-	11 374
Årets nedskrivninger	-	289	-	289

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 1.1.2017	-	-	-	-	330 917	330 917
Tilgang	-	-	-	-	3 686	3 686
Avgang virksomhetsoverdragelse	-	-	-	-	(313 660)	(313 660)
Avgang	-	-	-	-	6 326	6 326
Fra anlegg under utførelse til....	-	-	-	-	-	-
Anskaffelseskost 31.12.2017	-	-	-	-	14 617	14 617
Akk avskrivninger 31.12.2017	-	-	-	-	11 394	11 394
Akk nedskrivninger 31.12.2017	-	-	-	-	-	-
Balanseført verdi 31.12.2017	-	-	-	-	3 222	3 222
Årets ordinære avskrivninger	-	-	-	-	566	566
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		5 813		0
Varighet		Inntil 2024		Inntil 5 år

Foretaksgruppen

Immaterielle eiendeler

	FoU	Lisenser og programvare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2017	-	738 528	229 076	967 605
Tilgang	-	11 102	105 659	116 760
Omklassifisering	-	-	(53 785)	(53 785)
Avgang	-	35 649	(2 028)	33 621
Fra anlegg under utførelse til....	-	154 918	(154 918)	-
Anskaffelseskost 31.12.2017	-	868 899	128 059	996 958
Akk avskrivninger 31.12.2017	-	411 597	-	411 597
Akk nedskrivninger 31.12.2017	-	-	-	-
Balanseført verdi 31.12.2017	-	457 302	128 059	585 362
Årets ordinære avskrivninger	-	96 398	-	96 398
Årets nedskrivninger	-	2 317	-	2 317

Årets balanseførte lånekostnader	-	-	-	-
Levetid		5 år		
Avskrivningsplan		lineær		

Varige driftsmidler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2017	1 104 247	11 950 925	3 314 442	2 344 250	1 070 547	19 784 411
Tilgang	-	31 391	1 552 565	90 735	159 636	1 834 328
Omklassifisering	-	-	53 785	-	-	53 785
Avgang	-	-	-	16 072	129 258	145 330
Fra anlegg under utførelse til....	-	61 669	(147 309)	74 645	10 996	0
Anskaffelseskost 31.12.2017	1 104 247	12 043 985	4 773 483	2 493 558	1 111 921	21 527 193
Akk avskrivninger 31.12.2017	71 106	5 372 402	3 401	1 561 223	691 523	7 699 655
Akk nedskrivninger 31.12.2017	28 502	30 267	-	-	-	58 768
Balanseført verdi 31.12.2017	1 004 640	6 641 316	4 770 082	932 335	420 398	13 768 770
Årets ordinære avskrivninger	2 533	304 814	3 401	185 195	114 302	610 245
Årets nedskrivninger	22 600	20 000	-	356	-	42 956

Årets balanseførte lånekostnader	-	-	32 902	-	-	32 902
Levetider		Dekomponert				
Avskrivningsplan	lineær	10-60 år		3-15 år	3-15 år	
		lineær		lineær	lineær	

Helse Nord RHF har ingen finansielle leasingavtaler.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har finansiell leasingavtale med COBO AS vedrørende kontoretasjer i PET-senteret. Bygget er under oppføring og leasingavtale er ikke balanseført per 31.12.17.

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	1 581	81 214	3 564	11 954
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 2017 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Foretak	Akkumulert	Akkumulert	Total kostnadsramme P85	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt for ferdigstilling
		regnskap pr 31.12.17	regnskap pr 31.12.16			
Byggetrinn 2 Bodø	NLSH	3 170 238	2 790 201	3 673 900	3 717 250	2019
A-fløy Tromsø	UNN	1 270 970	775 060	1 594 000	1 560 000	2019
UNN Narvik	UNN	20 670	2 930	1 670 000	1 670 000	2022
PET-senter	UNN	462 820	193 000	567 900	607 000	2018
Alta Næringsykehus	Finnmark	74 747	43 051	458 000	409 500	2019
Kirkenes sykehus	Finnmark	1 555 273	1 262 758	1 485 000	1 548 000	2018
Sum		6 554 718	5 067 000	9 448 800	9 511 750	

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 %	815 623	815 623	9 603	9 603
Universitetssyk. Nord-Norge HF	Tromsø	100 %	100 %	4 372 071	4 372 071	54 004	54 004
Nordlandssykehuset HF	Bodø	100 %	100 %	1 813 715	1 813 715	401	401
Helgelandssykehuset HF	Mo i Rana	100 %	100 %	832 150	832 150	18 547	18 547
Sykehusapotek Nord HF	Tromsø	100 %	100 %	1 250	56 898	4 245	0
Helse Nord IKT HF	Tromsø	100 %	100 %	50 203	53 058	2 855	0
Sum eierandeler i datterforetak				7 885 011	7 943 514	89 655	82 556

Helse Nord IKT er stiftet som eget helseforetak i 2016. Aktiviteten i 2016 var del av Helse Nord RHF og ble overført til helseforetaket 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	Kostpris	Balansef. e.kap på kjøpstids-punktet	Balansef. verdi 1.1	Balanseført verdi 31.12	Årets resultat-andel
Helsef. Nasj. Luftamb. tj. ANS	Bodø	20 %	20 %			13 031	0	1 526
Luftambulansetjenesten HF	Bodø	20 %	20 %	3 515	1 000	0	13 116	-1 461
Helsef. Innkjøpsservice AS	Vadsø	20 %	20 %			3 447	0	-523
Sykehusinnkjøp HF	Vadsø	25 %	25 %	2 650	5 000	-772	1 096	469
Helsef. senter for pas. reiser ANS	Skien	20 %	20 %			17 800	0	-266
Helset. driftsorg. for nødnett HF	Gjøvik	20 %	20 %	10 600	53 000	10 757	10 798	42
Pasientreiser HF	Skien	20 %	20 %	3 520	7 500	0	17 823	270
Nasjonal IKT HF	Bergen	25 %	25 %	1 250	5 000	7 121	5 723	-1 398
Sykehusbygg HF	Trondheim	25 %	25 %	1 250	5 000	1 244	1 387	143
Sum eierandeler i FKV og TS				22 785	76 500	52 627	49 945	(1 199)

Selskap eid av datterforetak i Helse Nord RHF

Kirkenes Storkjøkken AS	Kirkenes	50 %	50 %	500	1 000	-	500	-
Sum eierandel i selskaper eid av datterforetak				500	1 000	-	500	-

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
52 627	49 945	Sum eiendeler i felleskontrollerte virksomheter	50 445	52 627
		Sum eiendeler i tilknyttede selskaper	0	0
52 627	49 945	Sum investeringer i TS og FKV	50 445	52 627

Note 13 Investeringer i aksjer og andeler

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
1	0	Norwegian safety promotion centre AS	0	1
513	513	Norinova Technology Transfer AS	1 175	1 175
0	0	Nord Salten Kraft AS	13	13
0	0	Lofoten Samdriftskjøkken AS	237	237
3 704	2 327	Egenkapitalinnskudd KLP	557 267	500 043
4 218	2 840	Sum aksjer og andeler	558 693	501 469

Egenkapitalinnskudd KLP

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

Note 14 Andre finansielle anleggsmidler

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
4 600 200	5 284 390	Lån til foretak i samme konsern		
13 600	11 883	Lån til tilkn. selskaper og felleskontrollerte virksomh.	11 883	13 600
		Andre langsiktige lån og fordringer		
4 613 800	5 296 273	Sum andre finansielle anleggsmidler	11 883	13 600

Note 15 Fordringer og obligasjoner

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
10 447	31 014	Kundefordringer	272 490	244 967
145 000	181 433	Fordring på Helse- og omsorgsdepartementet	181 433	145 000
0	0	Påløpne inntekter	35 116	14 209
180 669	74 974	Andre kortsiktige fordringer	255 242	275 290
336 117	287 420	Sum	744 281	679 466

Aldersfordeling kundefordringer

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
9 502	29 752	Ikke forfalte fordringer	227 791	215 120
3 310	1 456	Forfalte fordringer 1-30 dager	16 416	13 323
0	-626	Forfalte fordringer 30-60 dager	4 081	7 431
-6	0	Forfalte fordringer 60-90 dager	6 740	3 106
-2 359	433	Forfalte fordringer over 90 dager	17 462	5 986
10 447	31 014	Kundefordringer pålydende pr. 31.12.	272 490	244 967

Tap på kundefordringer

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
15	15	Avsetning for tap på kundefordringer pr. 1.1.	13 061	8 205
0	0	Årets avsetning til tap på krav	5 087	5 610
0	0	Reverserte tidligere avsetninger	-2 496	-754
15	15	Avsetning for tap på fordringer pr. 31.12.	15 652	13 061

0	15	Årets konstaterte tap	12 119	10 693
---	----	-----------------------	--------	--------

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med kr 15 537 267 i 2017. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

Note 16 Kontanter og bankinnskudd

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
11 530	4 445	Skattetrekksmidler	356 391	344 731
		Andre bundne konti		2
11 530	4 445	Sum bunde kontanter og bankinnskudd	356 391	344 733
1 736 431	1 380 035	Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	1 381 593	1 787 746
1 747 961	1 384 480	Sum kontanter og bankinnskudd	1 737 985	2 132 479

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 31.12.2016	100	0	7 920 950	30 886	2 163 022	10 114 957
Egenkapital 1.1.2017	100	0	7 920 950	30 886	2 163 022	10 114 957
EK transaksjoner	0	0	0	-974	974	0
Årets resultat	0	0	0	-1 199	376 763	375 564
Egenkapital 31.12.2017	100	0	7 920 950	28 713	2 540 759	10 490 522

Foretaksgruppen

	Foretaks- kapital	Struktur- fond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2016	100	0	7 920 950	30 886	2 214 425	10 166 361
EK transaksjoner	0	0	0	-974	974	0
Årets resultat	0	0	0	-1 199	383 863	382 664
Egenkapital 31.12.2017	100	0	7 920 950	28 713	2 599 262	10 549 025

Note 18 Eiers styringsmål

Forklaring av hvordan korrigert årsresultat fremkommer:

	2017	2016	2002-2017
Årsresultat	382 664	539 475	1 805 842
Overføring fra strukturfond			709 763
Korrigerings for endrede levetider			530 024
Korrigert resultat	382 664	539 475	3 045 629
Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultatkravet	0	0	-104 500
Resultat jf økonomisk krav fra HOD	382 664	539 475	2 941 129
Resultatkrav fra HOD	0	0	-1 166 100
Avvik fra resultatkrav fra HOD	382 664	539 475	1 775 029

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

De siste årene, inkludert 2012, 2013 og 2015-2017, 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	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
0	0	Tariffestet utdanningspermisjon	337 193	346 912
0	0	Investeringsstilsjudd	19 621	21 614
0	0	Avsetning til pasientskadeerstatning	15 671	15 375
0	0	Andre avsetninger for forpliktelser	15 037	15 652
0	0	Sum avsetning for forpliktelser	387 521	399 553
0	0	Antall leger som er omf. av ordn. med tariffestet utdanningsperm.	1 116	1 154
		Uttakstilbøyelighet	100 %	100 %

Note 20 Annen langsiktig gjeld

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
3 159 534	3 586 600	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	3 586 600	3 159 534
		Gjeld til kredittinstitusjoner		
		Annen langsiktig gjeld		
3 159 534	3 586 600	Sum langsiktig gjeld	3 586 600	3 159 534
641 021	711 309	Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	711 309	641 021

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 31.12.2017 er det tatt opp lån på kr 1 223 152 000 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	
2016	2017		2017	2016
194 411	61 386	Leverandørgjeld	967 837	839 887
15 248	9 260	Påløpte lønnskostnader	254 412	271 971
25 534	9 316	Påløpne feriepenger	894 127	854 092
61 121	70 451	Påløpte kostnader	249 667	280 792
207 706	222 302	Annen kortsiktig gjeld	420 168	415 814
504 021	372 715	Sum	2 786 211	2 662 556

Note 22 Mellomværende med selskap i samme foretaksgruppe

Fordringer

	31.12.2017	31.12.2016
Finnmarksykehuset HF	77 302	-767
UNN HF	9 334	6 248
Nordlandssykehuset HF	276 180	282 022
Helgelandssykehuset HF	4 952	1 170
Sykehusapotek Nord HF	45	38
Helse Nord IKT	468 217	0
Sum	836 029	288 711

Gjeld

	31.12.2017	31.12.2016
Finnmarksykehuset HF	1 062	72 050
UNN HF	915 137	601 175
Nordlandssykehuset HF	1 065	6 299
Helgelandssykehuset HF	414 473	316 042
Sykehusapotek Nord HF	65 807	20 433
Helse Nord IKT	0	0
Sum	1 397 544	1 015 999

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. 31.12.17	2018	2019	2020	2021	2022	2023-
Låneopptak 2015	400 000	16 000	16 000	16 000	16 000	16 000	320 000
Låneopptak 2016	700 000	28 000	28 000	28 000	28 000	28 000	560 000
Låneopptak 2017	68 000	2 720	2 720	2 720	2 720	2 720	54 400
Sum	1 168 000	46 720	46 720	46 720	46 720	46 720	934 400

Universitetssykehuset Nord Norge:

Avdragsprofil	Pr. 31.12.17	2018	2019	2020	2021	2022	2023-
Låneopptak 2015	130 000		5 200	5 200	5 200	5 200	109 200
Låneopptak 2016	210 000		8 400	8 400	8 400	8 400	176 400
Låneopptak 2017	605 000		24 200	24 200	24 200	24 200	508 200
Sum	945 000	0	37 800	37 800	37 800	37 800	793 800

Nordlandssykehuset:

Avdragsprofil	Pr. 31.12.17	2018	2019	2020	2021	2022	2023-
Låneopptak 2006	203 040	22 560	22 560	22 560	22 560	22 560	90 240
Låneopptak 2008	90 000	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	60 000
Låneopptak 2009	97 500	6 500	6 500	6 500	6 500	6 500	65 000
Låneopptak 2010	120 750	8 050	8 050	8 050	8 050	8 050	80 500
Låneopptak 2011	323 000	17 000	17 000	17 000	17 000	17 000	238 000
Låneopptak 2012	285 500	4 500	14 500	14 500	14 500	14 500	223 000
Låneopptak 2013	120 000		6 000	6 000	6 000	6 000	96 000
Låneopptak 2013	270 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	195 000
Låneopptak 2013	230 000		11 500	11 500	11 500	11 500	184 000
Låneopptak 2014	211 600	9 200	9 200	9 200	9 200	9 200	165 600
Låneopptak 2014	300 000		12 000	12 000	12 000	12 000	252 000
Låneopptak 2014	170 000		6 800	6 800	6 800	6 800	142 800
Låneopptak 2015	350 000		12 000	12 000	12 000	12 000	302 000
Låneopptak 2016	300 000		6 800	6 800	6 800	6 800	272 800
Låneopptak 2017	100 000			4 000	4 000	4 000	88 000
Sum	3 171 390	88 810	153 910	157 910	157 910	157 910	2 454 940

Avdragsprofil	Pr. 31.12.17	2018	2019	2020	2021	2022	2023-
Sum interne lån	5 284 390	135 530	238 430	242 430	242 430	242 430	4 183 140

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 705 mill kroner i 2017 mot 638 mill kroner i 2016, tilsvarende salg utgjorde 68 mill kroner i 2017 mot 63 mill kroner i 2016. 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 2017 utgjorde om lag 1023 mill kroner. Sykehusapotek Nord sitt salg til øvrige helseforetak utgjør om lag 35 % av dette, mens Helse Nord IKT sitt salg til øvrige enheter utgjorde om lag 56 %.

Den viktigste transaksjonen med felleskontrollerte virksomheter og tilknyttede selskaper er kjøp fra Luftambulansetjenesten HF med 369 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 innflyttelse på inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgsvtaler 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 Nord plikter å stille nødvendig areal mv til disposisjon for universiteter og høyskoler. Rettighetene er knyttet til areal vedr. kontor, undervisningsrom og forskning.

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

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

Ved Finnmarkssykehuset HF's institusjoner gis det bruksrett til medisinerutdanning, sykepleierutdanning og andre profesjoner innen helse. Denne undervisningsretten er ikke knyttet til bestemte arealer og heller ikke formalisert juridisk som en forpliktelse utover det som vil følge av pålagt undervisningsansvar som departementet til enhver tid måtte pålegge foretaket.

Note 25 Pantstillelser og garantiforpliktelser

Helse Nord RHF har ingen pantstillelser eller garantiforpliktelser.

Note 26 Sammenslåtte poster i kontantstrømoppstillingen

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
		Endring i varelager	35 786	-14 726
77 582	-27 815	Endring i fordring på selskap i samme konsern		
-44 714	5 445	Endring i øvrige fordringer	-64 815	-139 303
32 868	-22 371	Sum endring i omløpsmidler	-29 029	-154 029
		Endring i skyldige offentlige avgifter	-37 793	22 578
-12 507	12 598	Endring i kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern		
84 347	411 678	Endring i annen kortsiktig gjeld	123 654	285 076
98 638	-71 975			
170 478	352 302	Sum endring i kortsiktig gjeld	85 861	307 654

Note 27 Forskning og utvikling

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
6 262	27 751	Øremerkede tilskudd fra eier til forskning	83 432	71 721
40 579	29 818	Basisramme fra eier til forskning	214 803	181 538
0	897	Andre inntekter til forskning og utvikling	38 774	50 390
46 841	58 466	Sum inntekter til forskning	337 009	303 650
2 400	2 311	Andre inntekter til utvikling	3 779	2 400
21 931	20 077	Basisramme til utvikling	41 184	55 299
24 331	22 388	Sum inntekter til utvikling	44 963	57 699
71 172	80 854	Sum inntekter til forskning og utvikling	381 972	361 349

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
46 271	58 013	Kostnader til forskning - somatikk	306 251	275 155
570	453	Kostnader til forskning - psykisk helsevern	28 726	25 188
0	0	Kostnader til forskning - TSB	2 032	3 307
0	0	Kostnader til forskning - annet	0	0
46 841	58 466	Sum kostnader til forskning	337 009	303 650
24 331	22 388	Kostnader til utvikling - somatikk	37 785	48 589
0	0	Kostnader til utvikling - psykisk helsevern	4 944	6 580
0	0	Kostnader til utvikling - TSB	2 234	2 531
0	0	Kostnader til utvikling - annet	0	0
24 331	22 388	Sum kostnader til utvikling	44 963	57 699
71 172	80 854	Sum kostnader til forskning og utvikling	381 972	361 349

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
0	0	Antall avlagte doktorgrader	19	18
6	15	Antall publiserte artikler	479	411
4	3	Antall årsverk forskning	246	227
30	20	Antall årsverk utvikling	41	60

Nivået på kostnader til forskning og utvikling reduseres som følge av innføring av nøytral merverdiavgift. Det vises til note 29.

Note 28 Skatt

	Foretaksgruppen	
	31.12.2017	31.12.2016
Midlertidige forskjeller		
Anleggsmidler	1 034	750
Omløpsmidler	-159	-159
Avsetninger for forpliktelser	1 104	1 063
Annen langsiktig gjeld		
Kortsiktig gjeld		
Gevinst- og tapskonto		
Netto midlertidige forskjeller	1 979	1 654
Underskudd til framføring	-1 230	
Grunnlag for utsatt skatt/skattefordel i balanse	749	1 654
Utsatt skatt (utsatt skattefordel)	172	397
Herav ikke balanseført utsatt skattefordel		
Utsatt skatt (utsatt skattefordel)	172	397

Årets skattekostnad på ordinært resultat framkommer slik:	Foretaksgruppen	
	2017	2016
Grunnlag for betalbar skatt		
Resultat før skatt	382 939	539 097
Resultat ikke skattepliktig virksomhet	381 845	540 544
Resultat før skattekostnad	1 094	-1 448
Permanente forskjeller		
Grunnlag for årets skattekostnad	1 094	-1 448
Endring i midlertidige forskjeller	-325	-551
Skattepliktig inntekt	769	-1 998
Bruk av framførbart underskudd	-769	
Grunnlag for betalbar skatt	0	-1 998
25 % av grunnlag for betalbar skatt	0	-500
Endring i utsatt skatt	255	121
For lite/for mye avsatt i fjor	20	
Sum skattekostnad på ordinært resultat	275	-378
Spesifikasjon av skattekostnad		
Skatt av resultat før skatt	263	-362
Korrigerings av skattekostnad	12	-17
Beregnet skattekostnad	275	-378

Note 29 Nøytral merverdiavgift – ny finansieringsordning for helseforetakene

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) for Helse- og omsorgsdepartementet er det fra 1. januar 2017 innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Innføringen innebærer at helseforetakene får kompensert merverdiavgiftsutgifter på en rekke varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten. Ordningen skal være budsjettneutryl for staten i innføringsåret. Dette innebærer at basisbevilgningen til de regionale helseforetakene er redusert tilsvarende det som forventes å bli refusjonsomfanget for helseregionene sett under ett. Inntektsreduksjonen er fordelt mellom helseregionene i tråd med ordinær inntektsfordelingsmodell. For Helse Nord innebærer dette at basisrammen for 2017 er redusert med 767 mill. kroner. Helse Nord har for 2017 mottatt 775,0 mill. kroner i merverdiavgiftskompensasjon. I dette beløpet inngår også merverdiavgiftskompensasjon gitt iht. overgangsreglene vedrørende behandling av forskuddsbetalte kostnader og varebeholdning 1.1.2017.

Den endrede finansieringsordningen er ikke å anse som en prinsippendring og endrede sammenlikningstall er derfor ikke presentert i foretakets regnskap.

Helse Nord RHF			Foretaksgruppen	
Kompensert merverdiavgift	Faktisk kostnad 2017		Faktisk kostnad 2017	Kompensert merverdiavgift
32 736	15 597 632	Kjøp av helsetjenester	2 192 848	40 575
-	1	Varekostnad	1 545 537	340 059
-	107 473	Lønn og annen personalkostnad	9 863 512	8 403
-	11 940	Ordinære avskrivninger	706 643	-
-	289	Nedskrivninger	45 273	-
20 519	335 626	Annen driftskostnad	2 394 100	311 308
53 254	16 052 961	Sum driftskostnader	16 747 912	700 345

Tallkolonne viser refusjonsberettiget merverdiavgift for kostnader i regnskapsåret 2017. Kompensert merverdiavgift for innkjøpte varer og andre utgifter som er balanseført inngår ikke i denne oppstillingen.

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 2017, 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 2017, 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 2017 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 2017 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.

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 utilsiktede 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 avvirket.

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 og konsernets 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 og konsernets regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringsskikk i Norge.

Bodø, 31. mai 2018
BDO AS

Stein Erik Sæther
statsautorisert revisor