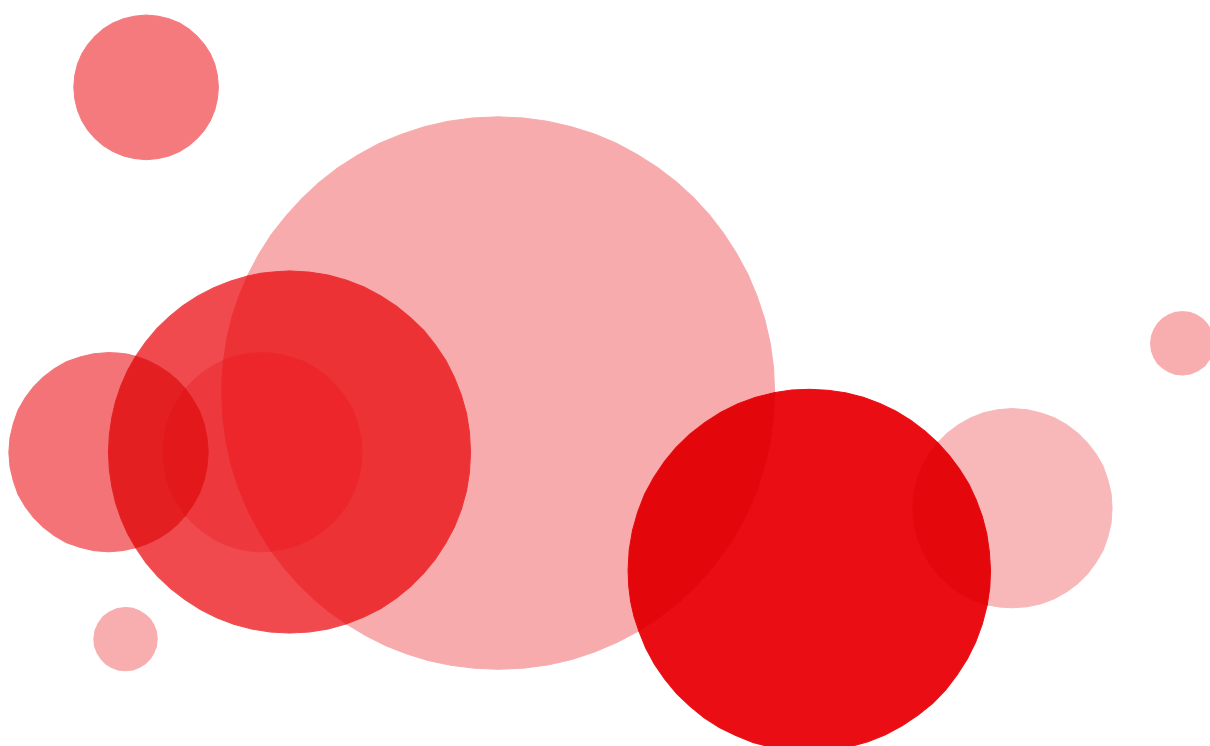


**Årlig melding 2016 for  
Helse Nord RHF til Helse- og  
omsorgsdepartementet**



## Innhold

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

# 1. Innledning

## 1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Nord RHF skal sørge for en spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge og på Svalbard som bygger på verdiene *kvalitet, trygghet og respekt*. Med dette menes kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg, og respekt i møtet med pasienten. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester, uavhengig av diagnose, bosted, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Det skal arbeides for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres ved planlegging, utredning, beslutning om, og iverksetting av tjenestetilbud.

«*Helse i nord, der vi bor*» er vår visjon, og befolkningens helse og særskilte utfordringer skal være sentralt for prioritering og utvikling av tjenesten. Befolkningen skal i all hovedsak kunne få sine helsetjenester i nord. Helsetjenesten skal være nært der folk bor kombinert med samling av oppgaver som krever høyspesialisert kompetanse.

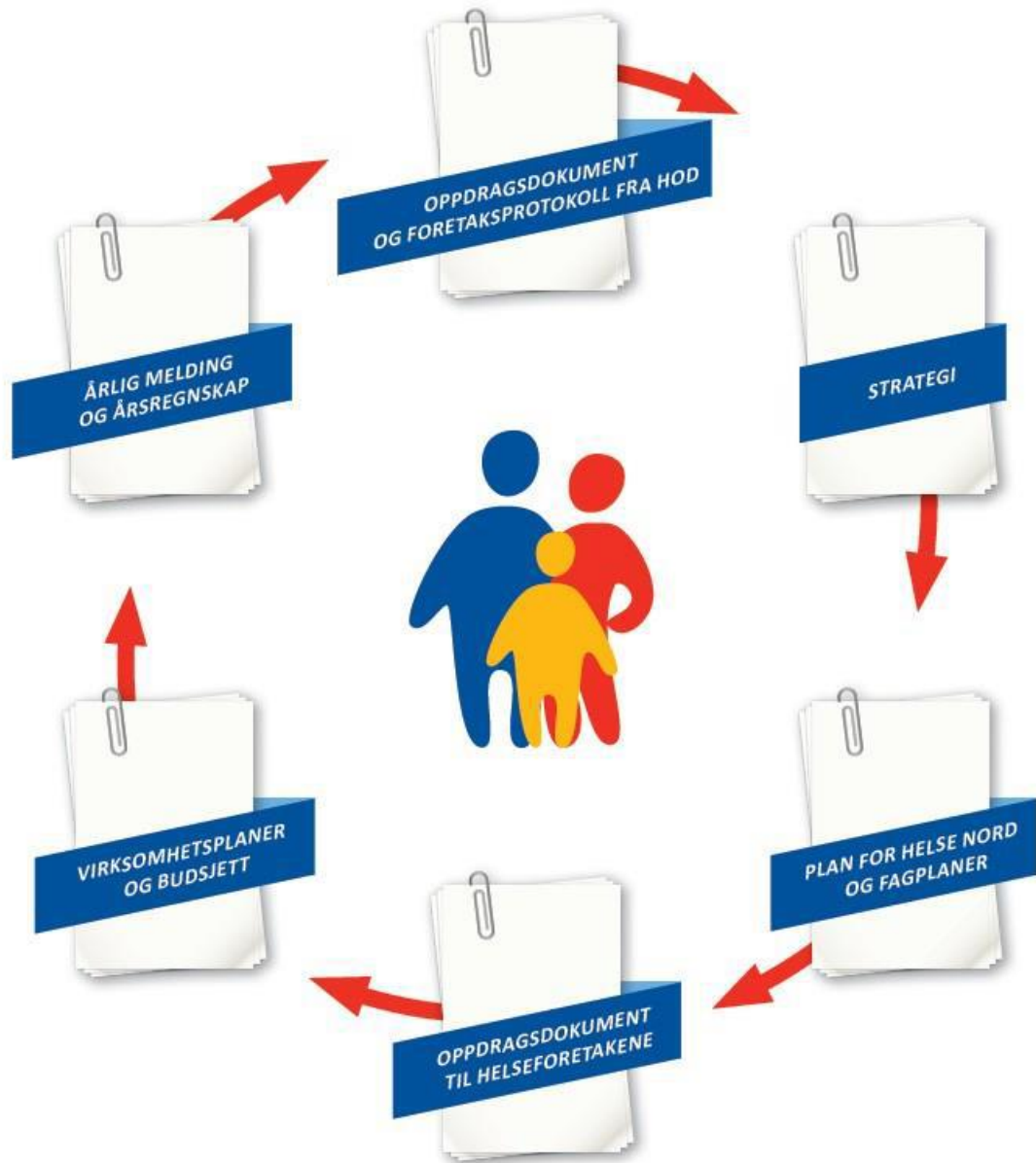
Utvikling og forbedring av helsetjenesten skal skje i et samarbeid mellom brukerne, helseforetakene, kommunene og andre som yter helsetjenester.

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

Helse Nord's viktigste mål for utvikling av pasientens helsetjeneste i planperioden 2016-2019 er:

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

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



Figur 1 Plandokumentenes sammenheng i Helse Nord

## 1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2016

### Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

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

## **Ventetid**

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

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

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

## **Kvalitetsstrategi**

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

Status for de fire satsningsområder i kvalitetsstrategien for 2016:

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

## **Redusere variasjon**

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

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

## **Nødnett**

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

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

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

## **Pasientreiser**

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

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

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

## Private helsetjenester

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Forskning og innovasjon**

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

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

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

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

## **Kompetanseledelse**

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

## **Nasjonal bemanningsmodell**

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

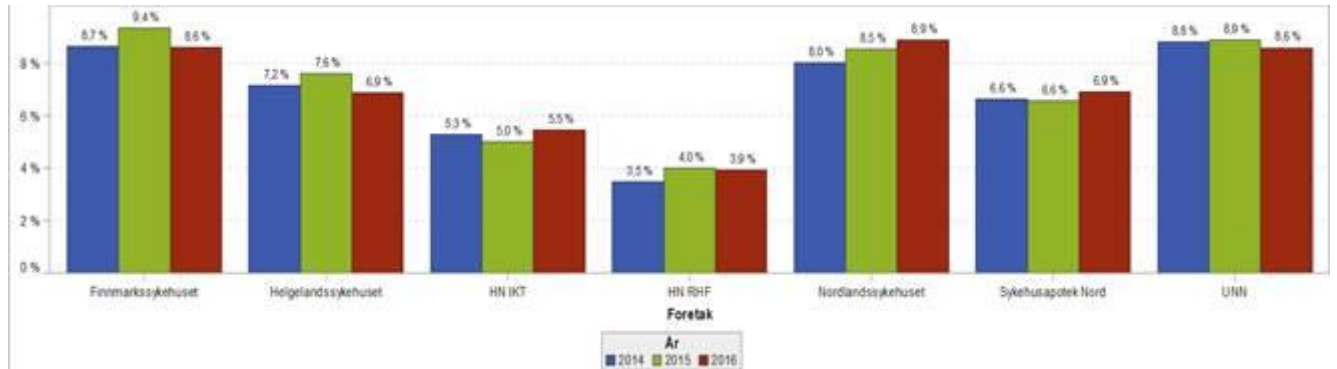
## **Helsefaglæringer**

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



## Sykefravær

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



Graf: sykefravær per foretak 2014–2016

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

## Økonomi

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

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

Foretaksgruppens regnskapsresultat er et overskudd på 539 millioner kroner.

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

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

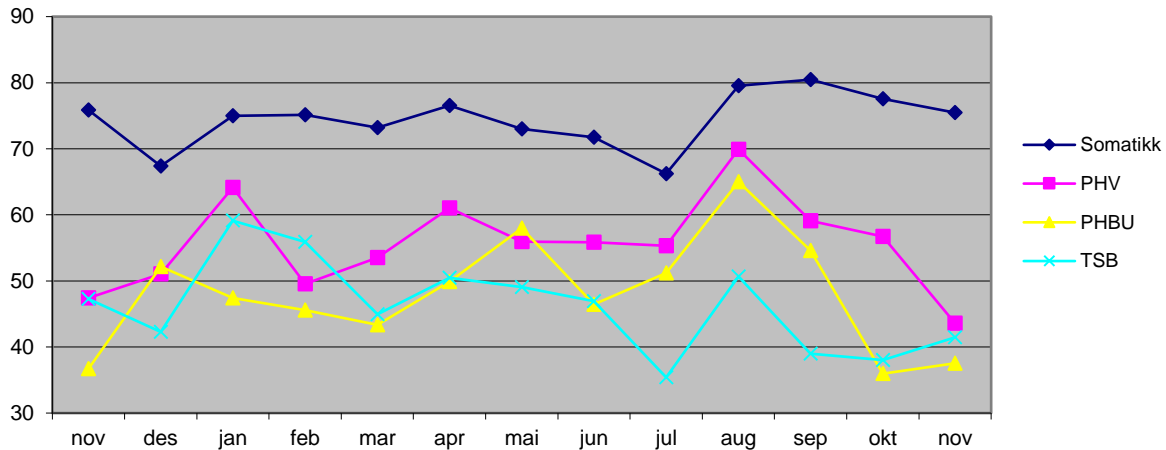
## 2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

### 2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2016:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

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



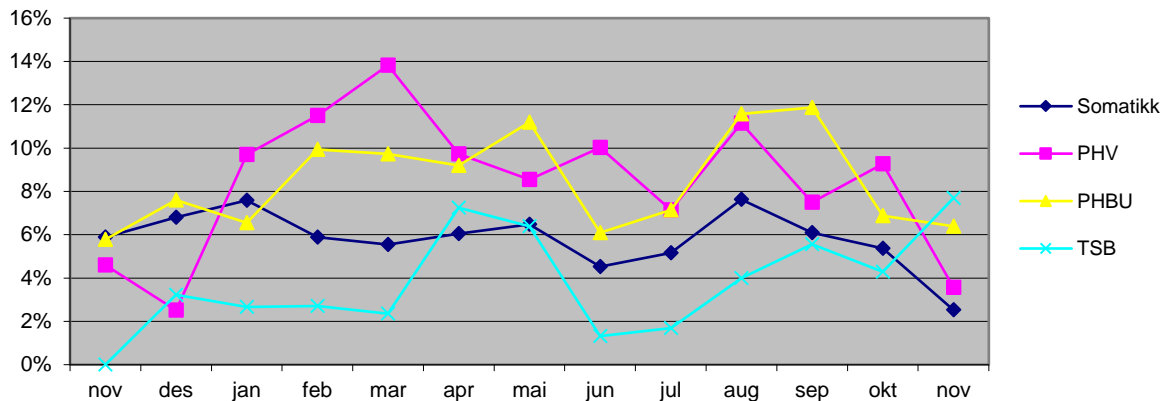
Helse Nord har hatt en svært positiv utvikling i forhold til reduserte ventetider innenfor somatikk. Snittet for regionen per 2. tertial 2016 var 66 dager. I desember 2016 var imidlertid alle våre helseforetak innenfor kravet.

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

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

- Ingen fristbrudd.

#### Utvikling i andel fristbrudd pr sektor 2014 og 2015



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

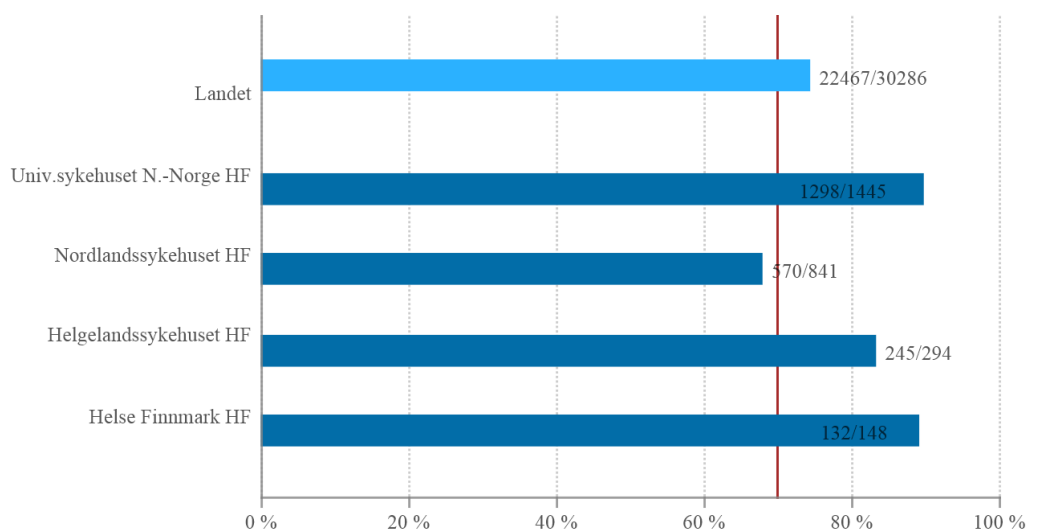
Nordlandssykehuset hadde i desember 2,8% fristbrudd. De har arbeidet aktivt hele året for å redusere fristbrudd. Det er gitt opplæring til både leger og sekretærer i riktig registrering av datoer i DIPS EPJ for å unngå «tekniske fristbrudd».

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

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

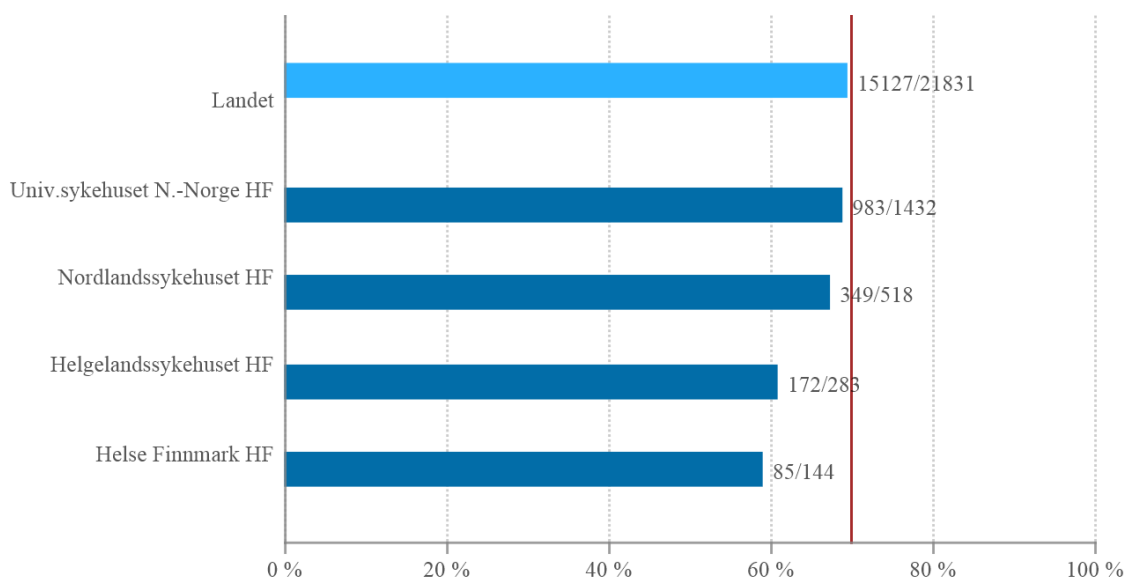
Innenfor psykisk helse og rus var fristbruddene for regionen per 2. tertial for TSB 2,8%, for PHBU 4,0% og for PHV 5,7%. Innen TSB kommer Nordlandssykehuset dårligst ut med 8,9%. Svært få pasienter gjør at utslaget blir stort (fem stykker). Fristbruddene skyldes begrenset kapasitet for langtidsbehandling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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Andre oppgaver 2016:

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

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

Forslaget knyttet til hjerteinfarkt er fulgt opp gjennom en egen rapport. Denne er igjen fulgt opp gjennom tiltak forankret i Helse Nord RHF styret. Stikkord er forbedrede pasientforløp og økt fokus på hjerteinfarktregisterets kvalitetsparametere. Det skal i februar<sup>1</sup> 2017 vurderes å utvide tilbudet til koronar angiografi og PCI i regionen ved etablering av et utrednings-/behandlingstilbud ved NLSH.

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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

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

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

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

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

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

## Mål 2016:

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til 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*            | 59       | 40      | 40      | 26       |
| Endring fra 2015*        | -10      | -7      | +6      | -9       |
| Korrigerte kostnader**   | + 5,7 %  | - 2,2 % | +2,1 %  | + 15,1 % |
| Årsverk - endring        | 0,8 %    | - 3,3 % | - 1,5 % | + 7,7 %  |
| Aktivitet poliklinikk*** | + 3,7 %  | +10,4 % | +3,8 %  | +32,9 %  |

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

\* Gjennomsnittlig ventetid avviklede desember. Antall dager.

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

\*\*\* Per november 2016

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Andre oppgaver 2016:

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

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

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

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

- Etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler.

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

### **2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

#### Mål 2016:

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

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

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

- Ikke korridorpasienter.

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

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

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

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

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

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

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

### Andre oppgaver 2016:

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

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

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

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

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

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

UNN har etablert antibiotikastyringsprogram.

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

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

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

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

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

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

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

### **Konkrete tiltak:**

#### **Styrke de regionale helseforetakenes kapasitet til å gjennomføre forhandlinger / anskaffelser**

##### *Organisering:*

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

##### *Mandat:*

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

##### *Konkurransetsetting:*

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

##### *Overføring av finansieringsansvar fra HELFO til RHF:*

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

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

#### **Bidra til bedre samhandling mellom aktørene**

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

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

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

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

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

Legemiddelindustrien leverer dokumentasjon raskere.

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

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

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

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

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

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



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

### **Sikre at beslutninger som tas av Beslutningsforum implementeres i spesialisthelsetjenesten**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Personell, utdanning og kompetanse***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Forskning og innovasjon***

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

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

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

Programmet klinisk behandlingforskning er etablert.

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

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

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

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

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

#### 3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

##### Mål 2016:

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

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

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

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

##### *Status rekruttering av nye hjemler:*

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

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

##### *Status rekruttering av eksisterende hjemler:*

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

##### Andre oppgaver 2016:

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

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

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

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

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

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



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

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

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

#### *Måloppnåelse antall henvisninger:*

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

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

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

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

#### *Måloppnåelse andel avviste:*

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

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

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

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

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

*Måloppnåelse andel kontroller:*

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

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

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

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

*Måloppnåelse ambulant virksomhet:*

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

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

*Måloppnåelse tentativ tid passert:*

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

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

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

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

### **3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

#### Andre oppgaver 2016:

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

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

### **3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

#### Andre oppgaver 2016:

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

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

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

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

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

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

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

## 4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

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

### 4.1 Krav og rammer for 2016

- **Styring og oppfølging**

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

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

- *Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

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

- *Bedre kvalitet og pasientsikkerhet*

Se kapitlene 2.3 og 3.3 om Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *utarbeide felles veileder for arbeidet med utviklingsplaner*

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

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

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

Organisatoriske krav og rammer:

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

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

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

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

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

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

#### *Faste stillinger:*

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

#### *Kvinnelige ledere:*

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

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

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

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

---

<sup>2</sup> Utdypet etter ønske fra styremøtet i Helse Nord RHF

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

### **Systematisk arbeid med beredskap og forebyggende sikkerhet**

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

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

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

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

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

### **Bidra i redningsledelse ved hovedredningssentralene og lokale redningssentraler**

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

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

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

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

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

Utviklingsplanen skal gjøre rede for følgende områder:

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

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

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

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

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

Hvor stort er endringsbehovet mht. omfang og innretning på behandlingstilbudene

Hvor solide leverandørene er

Avtalevarighet på inntil 6 år gir god forutsigbarhet for avtalepartene

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

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

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

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

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

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

Helse Nord har deltatt i dette arbeidet.

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

### **Bidra til å følge opp regjeringens mål for utviklingen i nordområdene**

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

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

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

Legge til rette for god beredskap, øvelser og helsesamarbeid

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

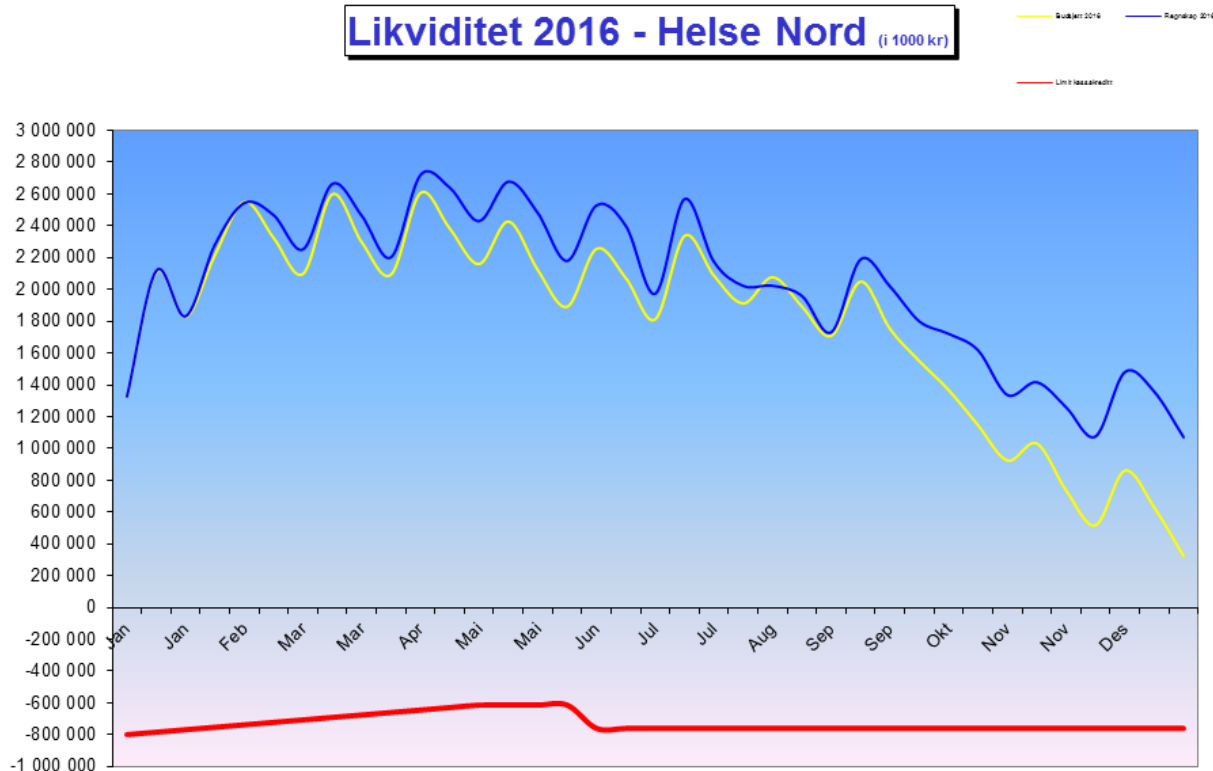
Med bakgrunn i øvelse Svalbard i 2014, og skredulykken i 2015 har UNN HF iverksatt gjennomgang og tilpasning av lager for beredskapsmateriell på Svalbard. Droneprosjektet kan være et tiltak for å styrke den stedlige beredskap på Svalbard, og i nordområdene generelt.

Økonomiske krav og rammer:

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

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

## Likviditet 2016 - Helse Nord (i 1000 kr)



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

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

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

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

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

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

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

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

## 4.2 Øvrige aktuelle saker i 2016

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

### ***Foretaksmøte 4. mai 2016:***

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

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

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

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

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

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

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

*Åpen og god dialog:*

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

## 5. Styrets plandokument

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

Helse Nord RHF viser til «Plan for Helse Nord» som svar på dette punktet. Planverket beskriver helseforetaksgruppens viktigste mål, føringer og hvordan målene skal nås.

Planen har fireårshorisont, men inneholder også Helse Nord's investeringsplan, som har åtteårshorisont. Planen oppdateres årlig og vedtas i styret i Helse Nord RHF. Dokumentet gir rammer og prioriteringer som helseforetakene skal bruke i sitt langsiktige planarbeid.

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

### 5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

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

- Utviklingen innenfor opptaksområdet

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

- Økonomiske rammebetingelser

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

- Personell og kompetanse

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

- Bygningskapital – status og utfordringer

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

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

### 5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

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

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



## 6. Vedlegg

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet

### Status november 2016 Helse Nord

| Foretak/sykehus                    | Forebyggelse av fall | Forebyggelse av overdose | Trygg skurgi | Smitt. Legemiddellister | Hjerneslag | UVI   | SVK   | Trykkløst | Fall  | Ledelse av pasienter | Tidlig oppdagelse av forverret tilstand | Tidlig oppdagelse av pasienter i akuttomsorg |
|------------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------|-------------------------|------------|-------|-------|-----------|-------|----------------------|---|--|
| Rennmarkssykehuset - Psykiatri/sus | 3/3                  | 3/3                      | 0/0          | 5/5                     | 0/0        | 0/0   | 0/0   | 0/0       | 0/0   |                      |   |  |
| Rennmarkssykehuset - Hjemmehest    | 0/0                  | 0/0                      | 1/1          | 1/2                     | 1/1        | 3/2   | 1/1   | 1/2       | 3/2   |                      |   |  |
| Rennmarkssykehuset - Eikenes       | 0/0                  | 0/0                      | 1/1          | 1/2                     | 1/1        | 0/2   | 1/1   | 1/2       | 3/2   |                      |   |  |
| URN - Tromsø                       | 3/3                  | 2/2                      | 2/2          | 9/14                    | 1/1        | 16/17 | 15/14 | 14/15     | 15/16 |                      |   |  |
| URN - Harstad                      | 0/0                  | 0/0                      | 1/1          | 2/5                     | 1/1        | 3/5   | 2/4   | 2/5       | 3/5   |                      |   |  |
| URN - Narvik                       | 0/0                  | 3/3                      | 3/3          | 0/1                     | 1/1        | 1/1   | 0/0   | 2/3       | 1/1   |                      |   |  |
| Nordlandssykehuset - Bodø          | 0/11                 | 1/11                     | 1/3          | 4/24                    | 0/1        | 2/11  | 1/2   | 1/9       | 1/9   |                      | 1/9                                     | 1/1  |
| Nordlandssykehuset - Lofoten       | 0/1                  | 0/0                      | 0/1          | 2/6                     | 1/1        | 0/5   | 0/1   | 0/4       | 0/5   |                      | 2/2                                     | 0/1  |
| Nordlandssykehuset - Vesterålen    | 1/3                  | 0/3                      | 1/3          | 1/5                     | 0/1        | 0/4   | 0/1   | 0/3       | 0/2   |                      | 1/2                                     | 0/1  |
| Helgeland - Molli Rane             | 0/0                  | 3/3                      | 3/3          | 2/2                     | 1/1        | 3/3   | 0/0   | 2/3       | 2/3   |                      |   |  |
| Helgeland - Mosjøen                | 0/0                  | 0/0                      | 1/1          | 2/2                     | 1/1        | 1/1   | 0/0   | 1/2       | 1/2   |                      |   |  |
| Helgeland - Sandnessjøen           | 0/0                  | 0/0                      | 1/1          | 1/1                     | 1/1        | 2/3   | 0/0   | 2/3       | 2/3   |                      |   |  |

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

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