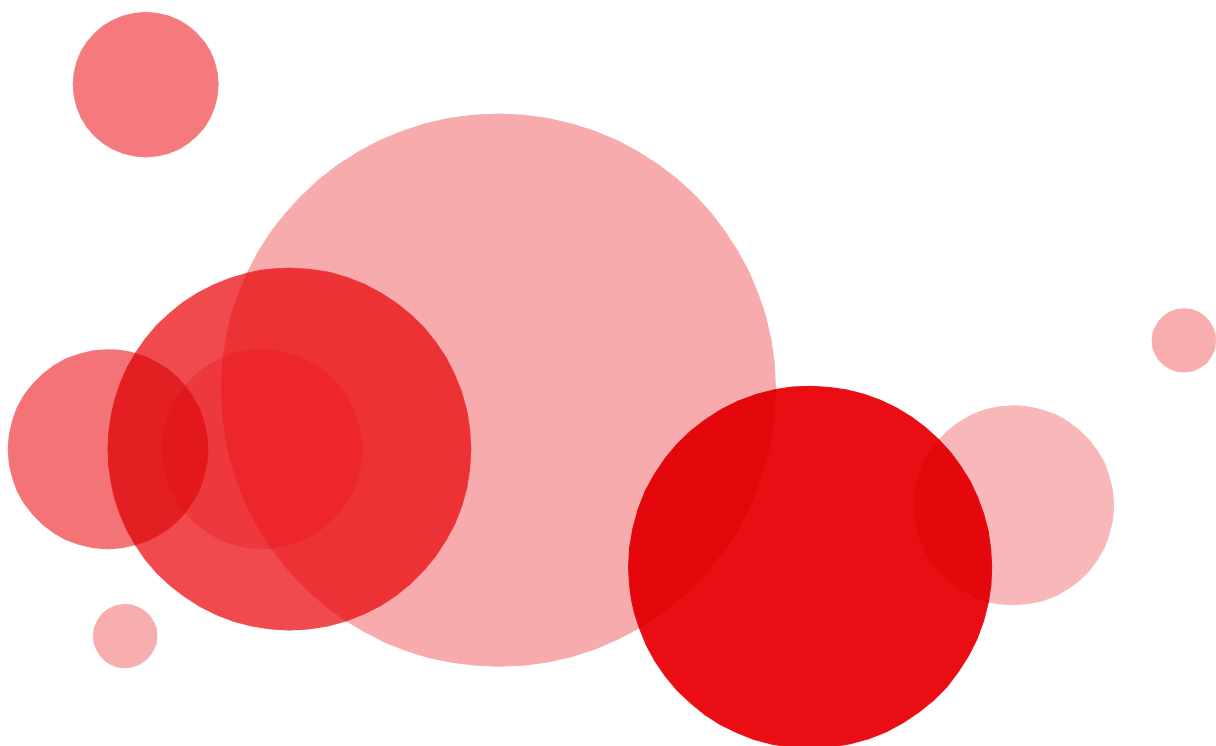


**Årlig melding 2017 for
Helse Nord RHF til Helse- og
omsorgsdepartementet**



Innhold

1. Innledning	3
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2017	4
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument	9
2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	9
2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	20
2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	24
3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 28. juni, 11. august 2017 og 22. august 2017	33
3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	33
3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	36
3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	36
4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet	41
4.1 Krav og rammer for 2017	41
4.2 Øvrige aktuelle saker i 2017	47
5. Styrets plandokument	48
5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser	48
5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer	48
6. Vedlegg	49
6.1 Redusere unødig venting, mindre variasjon og bedre effektivitet, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	49
6.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	53
6.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, forskning innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	55

1. Innledning

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Det regionale helseforetakets strategiske grunnlag i form av visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.

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

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

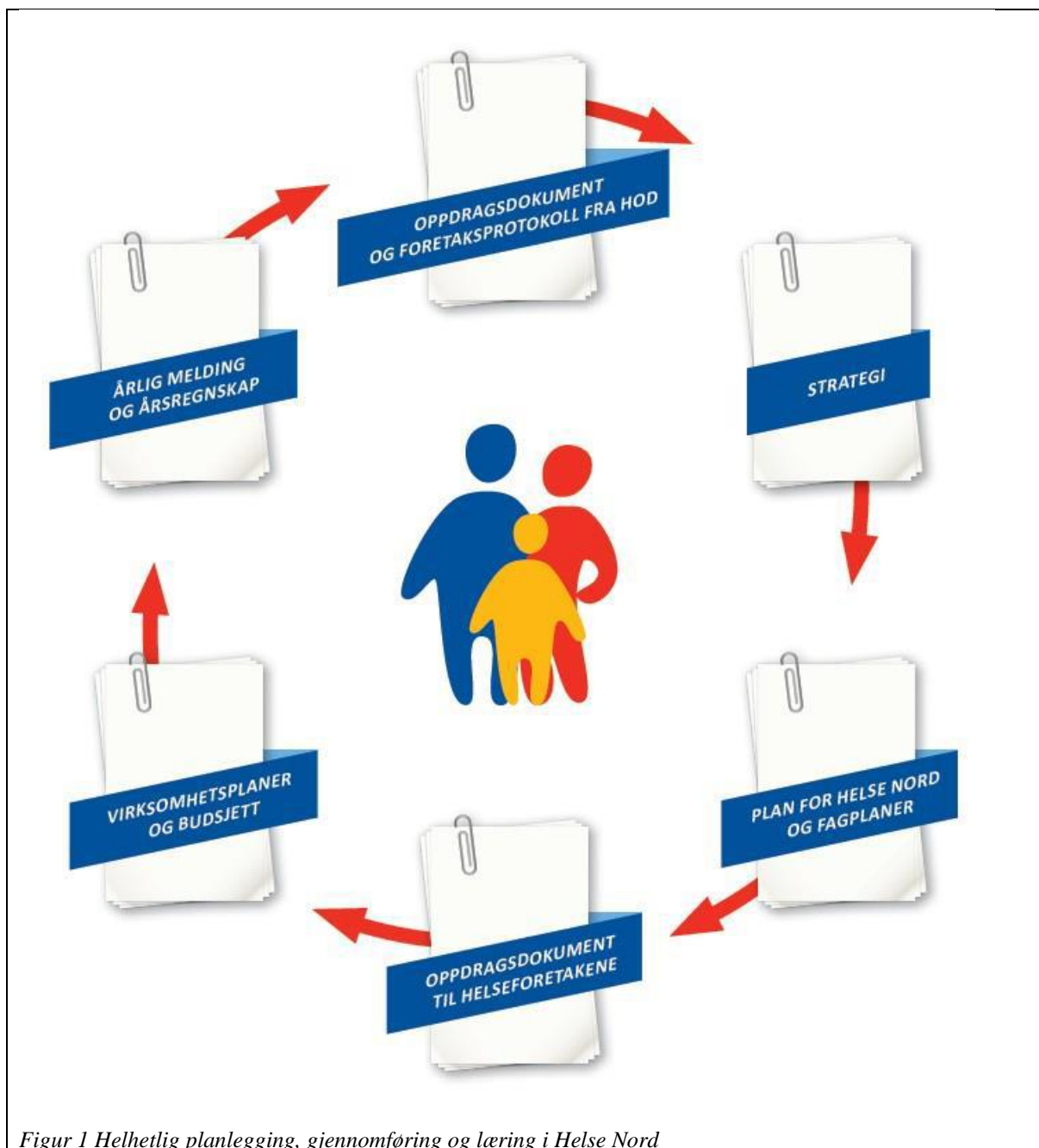
Utvikling og forbedring av helsetjenesten skal skje i et samarbeid mellom brukerne, helseforetakene, kommunene og andre som yter helsetjenester.

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

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

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

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



1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2017

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

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

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

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

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

Ventetid

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

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

Kvalitetsutvikling

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

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

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

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

PCI

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

Private helsetjenester

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

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

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

Pasientreiser

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

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

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

Nødnett

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

LIS-utdanning

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

Pasientinformasjon

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

Brukermedvirkning

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

Forskning og innovasjon

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

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

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

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

Bygg

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

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

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

Informasjonssikkerhet

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

IKT

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

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

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

Økonomi

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

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

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

Styrets egevaluering

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

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

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

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2017:

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

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

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

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

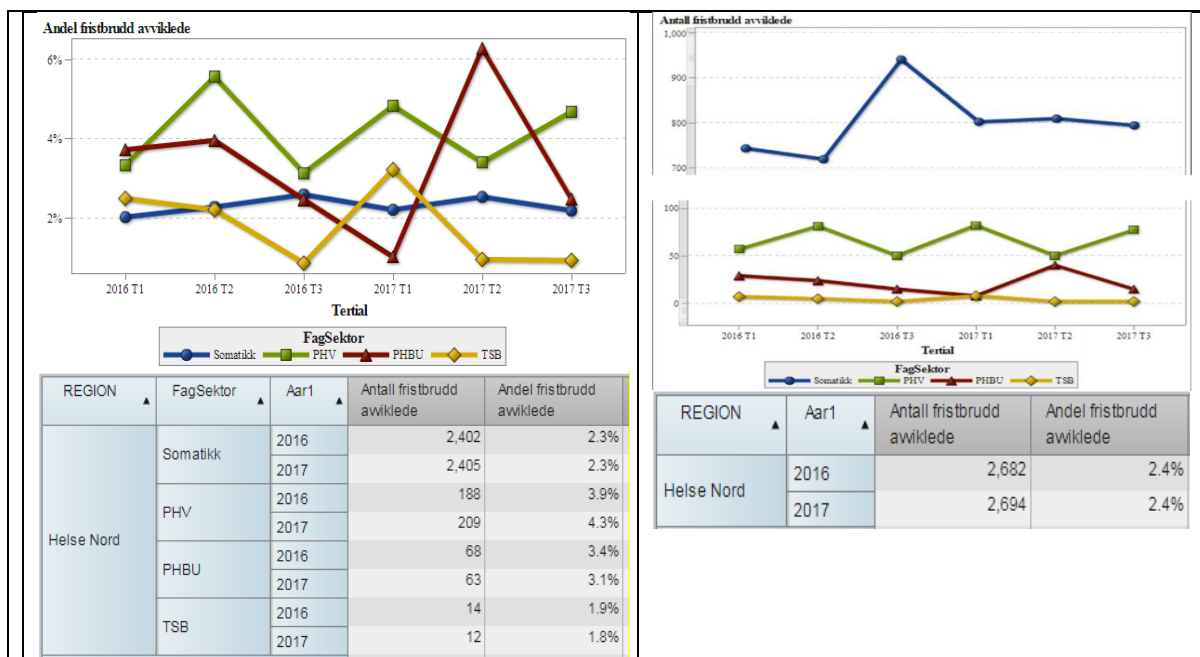
Nordlandssykehuset har store deler av året ligget over styringskravet, men klarte i årets to siste måneder å innfri målet om en gjennomsnittlig ventetid på 60 dager. De arbeider fortløpende for å redusere ventetidene.

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

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

- Ingen fristbrudd.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Andre oppgaver 2017:

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

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

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

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

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

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

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

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

- Helse Nord RHF skal implementere pakkeforløp hjerneslag.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

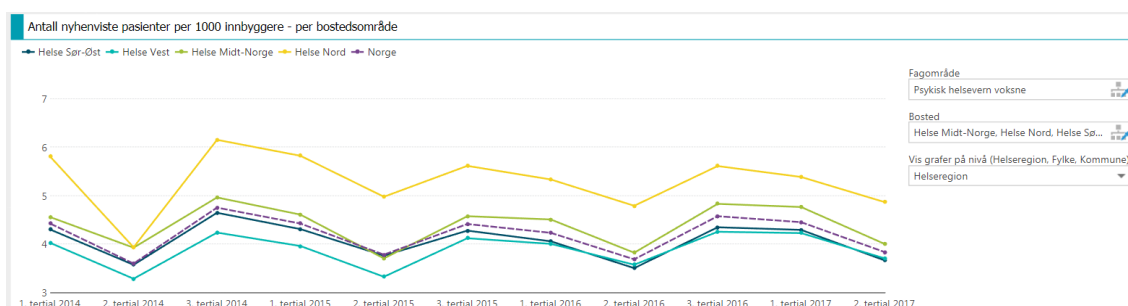
- Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.

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

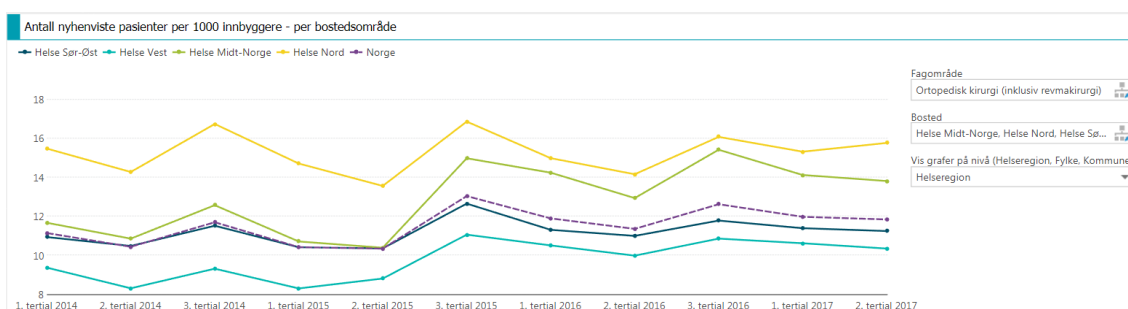
Andel nyhenviste i Helse Nord (og i hele landet) viser en kjent sesongvariasjon og en moderat økende trend: indikatorverdien har gått opp fra 27,2 % til 31,1 % i ortopedi og fra 4,7 % til 5,3 % i psykisk helsevern.

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

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



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



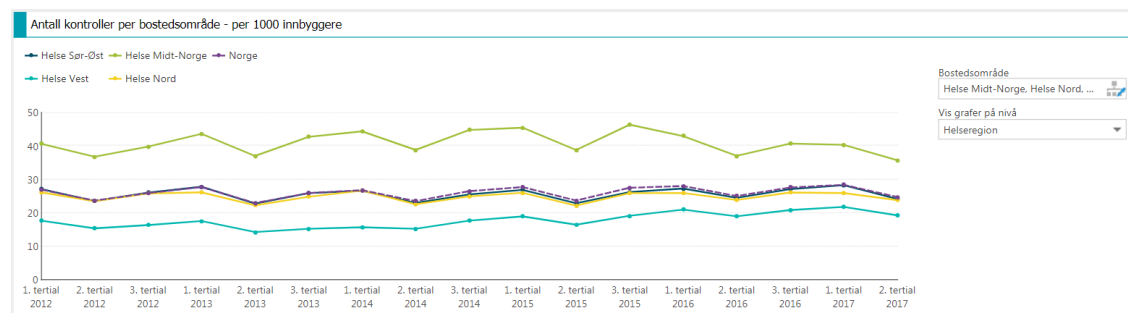
Antall nyhenviste pasienter per 1.000 innbyggere p/RHF og p/tertiar fra 2014 og i 2017 for ortopedisk kirurgi (inkl. revmakirurgi). (Kilde: Helsedirektoratet, [Dashbord for Nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten](#), arkfane Kapasitetsutnyttelse / Nyhenviste)

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

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

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

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



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

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

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

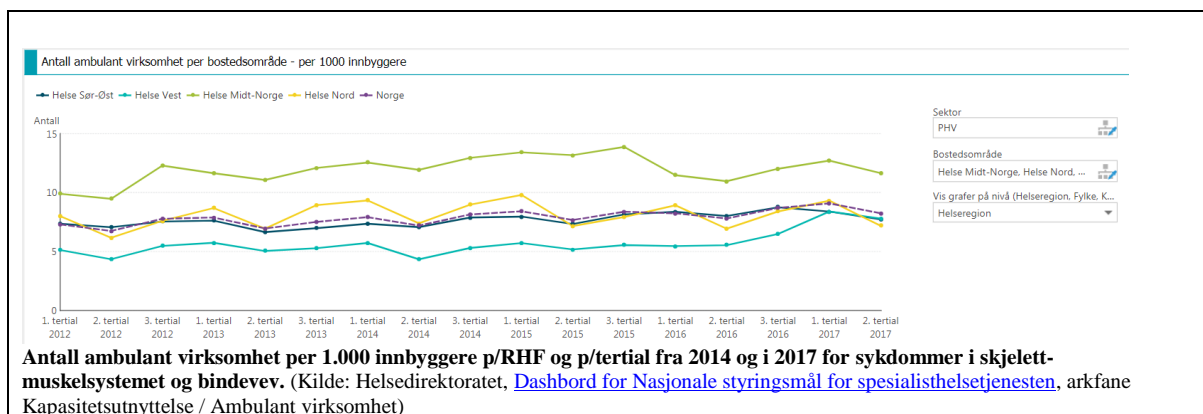
- Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.

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

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

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

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



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

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

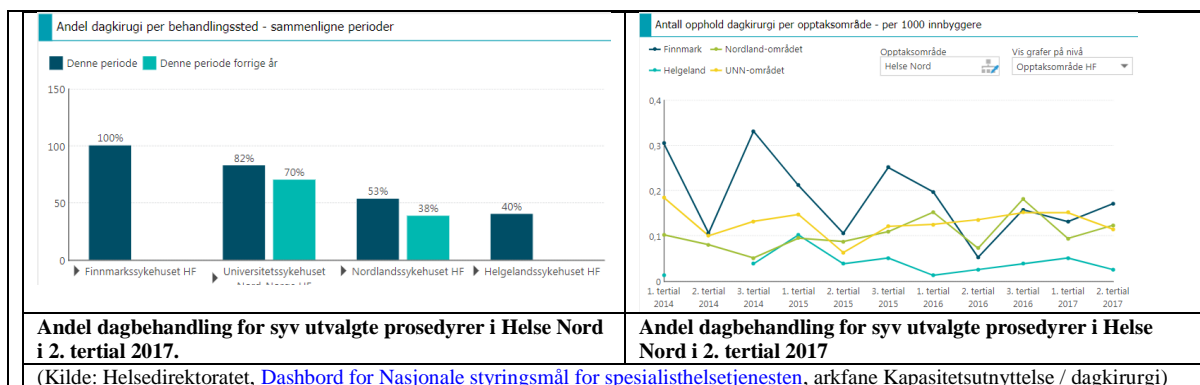
Tabellen under viser andel dagbehandling for syv utvalgte prosedyrer for Helse Nord i 2. tertial 2017.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Hovedkonklusjoner i rapporten:

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

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

2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2017:

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

Fagområde	Somatikk	PHV	PHBU	TSB
Antall dager 2017*	56	39	43	35
Endring fra 2016	- 3	- 1	+ 3	+ 9
Kostnader**	+ 1,8 %	+ 6,3 %	+ 5,4 %	+ 4,9 %
Årsverk	+ 1,8 %	+ 1,9 %	+ 5,1 %	+ 1,9 %
Aktivitet poliklinikk	+ 1,8 %	+ 3,8 %	+ 6,5 %	+ 10,2 %

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

* Gjennomsnittlig ventetid avviklede desember 2017.

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

Ventetiden for psykisk helsevern og TSB er kortere enn for somatiske fag. Reduksjon i ventetid er størst for somatiske fag, og ventetiden har økt for psykisk helsevern for barn og unge og TSB. Til tross for korte ventetider er det nødvendig å holde fokus på å ytterligere reduseres ventetiden innen psykisk helsevern og TSB.

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

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

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

2016: 2,26 2017: 2,12

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

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

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

2016: 0,36 2017: 0,42

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

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

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

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

Andre oppgaver 2017:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Helse Nord RHF skal etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll.

Det er etablert Narkotikaprogram med domstolskontroll i Helse Nord.

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

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

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2017:

- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Ingen korridorpasienter.

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

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

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

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

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

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

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

Andre oppgaver 2017:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Den første samlinga er i mars 2018.

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

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

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

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

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

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

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

Deltakere fra fagmiljøer i Helse Nord er deltakere i prosjektarbeidet.

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

Helse Nord RHF har tilsatt rådgiver med arbeidsfelt samiske helsetjenester.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UNN HF:

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

HSYK HF:

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

NLSH HF:

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

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

FIN HF:

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

SANO HF:

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

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

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

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

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

Personell, utdanning og kompetanse

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

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

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

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

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

Forskning og innovasjon

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Samisk helsepark

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

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

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

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

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

3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Andre oppgaver 2017:

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

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

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

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

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

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

Avtalespesialister

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andre oppgaver 2017:

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

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

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

Helse Nord har bistått i arbeidet.

3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Andre oppgaver 2017:

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

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

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

De regionale helseforetakene skal:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

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

4.1 Krav og rammer for 2017

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

- Styring og oppfølging

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

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

Utviklingsplaner:

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

Samarbeidsutvalg:

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

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

Samfunnsansvar:

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

Anskaffelse:

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

Organisatoriske krav og rammer:

- Åpenhet og dialog i helseforetakene

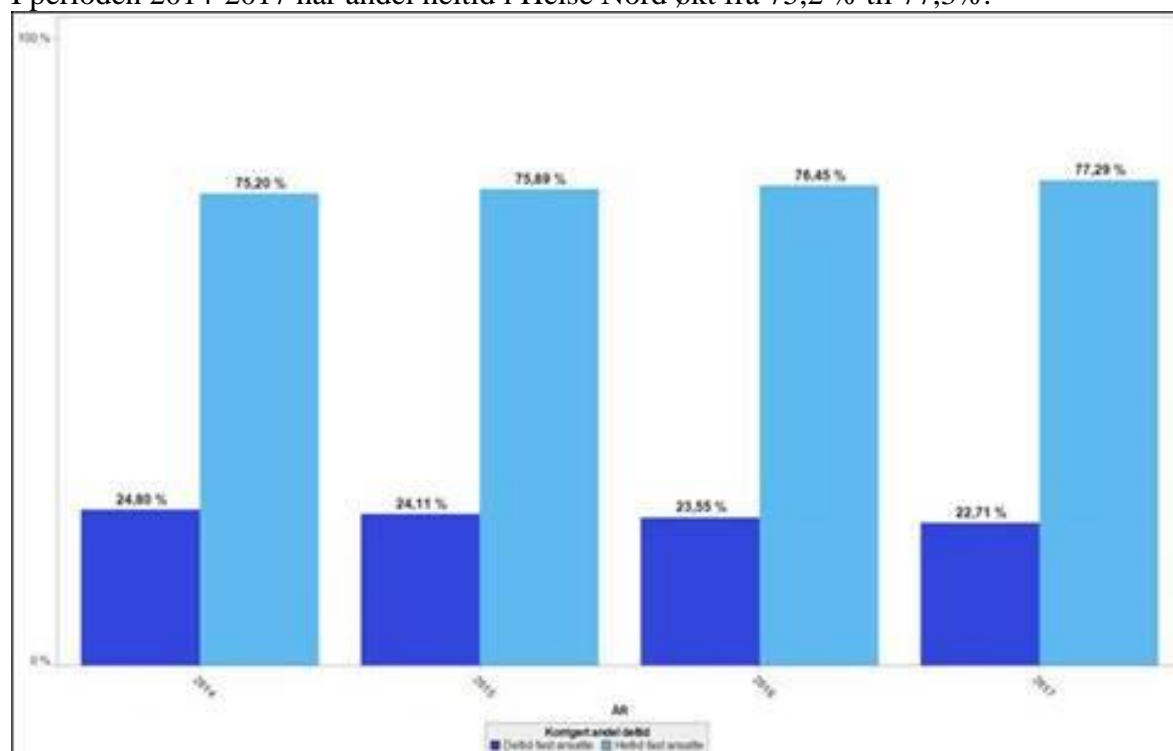
I 2017 har regionene samarbeidet rundt en felles undersøkelse som er en sammenslåing av medarbeiderundersøkelse, pasientsikkerhetsundersøkelse og HMS grovkartlegging. Formålet med den nye undersøkelsen er å legge til rette for målrettet lokalt forbedringsarbeid slik at både pasienter og medarbeidere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

- Utvikling av heltidskultur

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

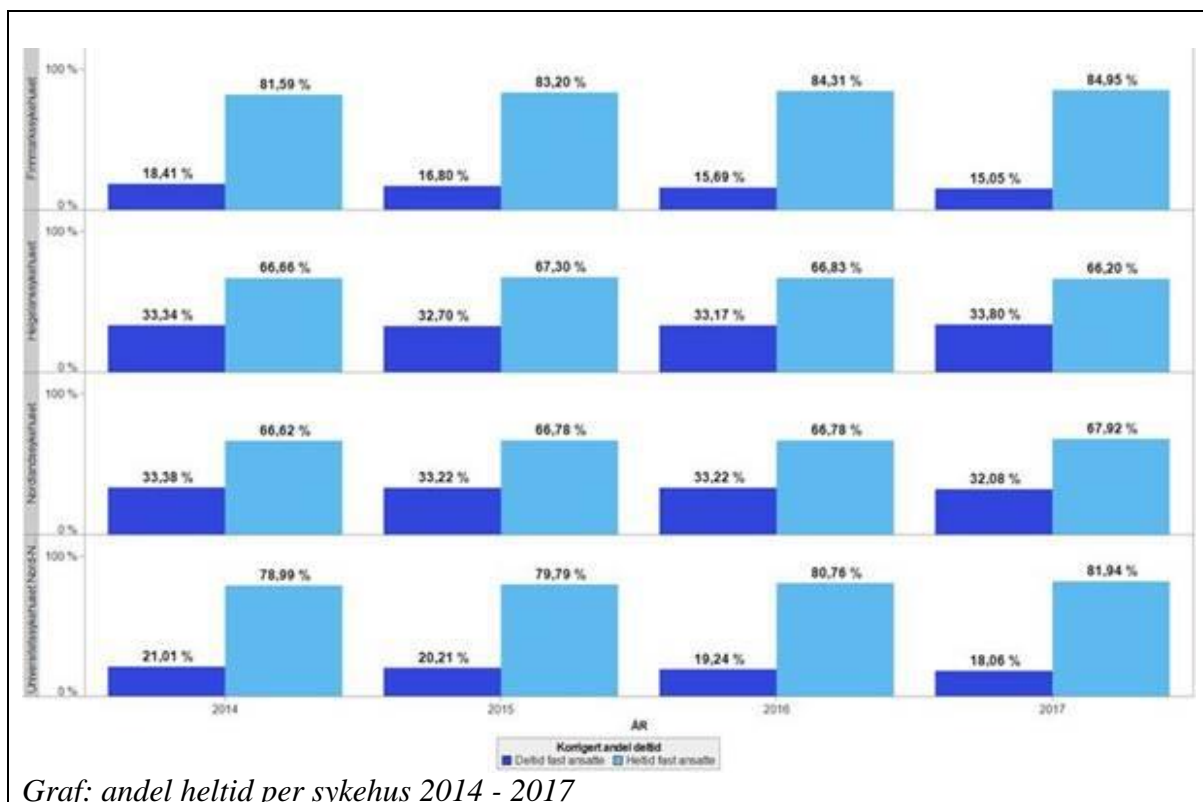
Gjennom at ansatte jobber ved flere ulike enheter er målet å kunne utnytte ressursene bedre ved å utnytte ledig kapasitet, styrke robustheten og øke motivasjonen for den enkelte. Sykepleiere med avtale om videreutdanning har rett på 100 % stilling i påfølgende bindingstid.

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



Graf: andel heltid i foretaksgruppen 2014 – 2017

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



Graf: andel heltid per sykehus 2014 - 2017

- Vold og trusler mot helsepersonell

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

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

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

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

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

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

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

- Samordning på tvers av regionene

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

- Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen

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

- Samordning på helseregisterfeltet

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

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

- Samordning av framskrivninger

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

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

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

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

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

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

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

- Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

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

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

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

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

- Beredskap og sikkerhet

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

Det legges opp til følgende videre behandling:

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

- Organisering av AMK-sentralene

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

- Sivilt-militært samarbeid

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

Økonomiske krav og rammer:

- Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskreditrammen

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

- Investeringer og lån

Veileder for tidligfaseplanlegging er revidert pr oktober 2017.

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

- Protonsenter

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

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

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

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

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

- Ressursutnyttelse og kvalitet i tjenesten

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

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

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

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

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2017

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

--

5. Styrets plandokument

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

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

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

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

5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

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

- Utviklingen innenfor opptaksområdet

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

- Økonomiske rammebetingelser

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

- Personell og kompetanse

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

- Bygningskapital – status og utfordringer

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

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

5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

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

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

6. Vedlegg

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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