

Årlig melding

til Helse- og omsorgsdepartement

Rapport 2004

Oppfølging av styringsdokument 2004

Styrets plan 2005-07

SAMMENDRAG

Rapport 2004

I oppfølgingen av HODs styringsdokument er enkelte tiltak fulgt opp og koordinert fra Helse Nord RHF mens majoriteten er/blir iverksatt på HF-nivå. Det skjer som operasjonaliserte krav i vårt styringsdokument til helseforetakene.

Som det fremgår av rapporten har Helse Nord fulgt opp forventningene på de fleste punkter. Områder hvor vi står overfor særlige avvik/utfordringer, og som det må arbeides aktivt med i 2005 og i planperioden, er oppfølgingen av nasjonale kvalitetsindikatorer. Andelen epikriser som sendes innen 7 dager etter utskrivning er fortsatt langt unna målet. Individuelle planer er for dårlig utviklet og registrering av data som grunnlag for rapportering er mangelfullt noe som gjør at kvaliteten på vurderingene av viktige nasjonale indikatorer blir for dårlig. Andelen henviste pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp varierer fortsatt mellom de ulike helseforetakene. Praksis for fristfastsettelse og anvendelsen av prioriteringskriteriene må fortsatt arbeides med for å oppnå en bedre og mer enhetlig praksis i foretaksgruppen.

Helse Nord konkluderer likevel med at departementets styringsbudskap i Styringsdokumentet for 2004 i alt vesentlig er fulgt opp og de nasjonale prioriterte områdene har vært i fokus i foretaksgruppen.

Plandokumentet

Plandokumentet har i første rekke et perspektiv mot 2007. Lovgrunnlag og rammer for virksomheten beskrives og det gjøres rede for befolkningsutvikling, medisinske utviklingstrender og kapasitetsbehov.

I hovedmål og strategier for 2005 – 2007 (kap.6) for Helse Nord fremheves foretaksgruppens overordnede mål og prioriteringer innen pasientbehandling, utdanning, forskning, pasientopplæring og brukermedvirkning. Gjennom disse prioriteringene har Helse Nord etablert sin plattform for å innfri de lovmessige krav og eiers styringssignaler.

Dette innebærer at Helse Nord i planperioden vil

- Bedre tilbudet til de psykiatriske pasientene ut over det som følger av opptrappingsplanen og en mer effektiv og rasjonell drift.
- Øke fokuset på de tjenestetilbudene hvor vi i dag har underkapasitet, i første rekke tilbudet til eldre og kronikere samt ø-hjelpsfunksjonene i indremedisin
- Øke innsats på forskning og fagutvikling
- Øke innsats på rekruttering, stabilisering og utdanning av nøkkelpersonell, i første rekke legespesialister innen spesialitetene psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, fysikalsk medisin, geriatri og revmatologi
- Desentralisere spesialisthelsetjenester og øke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten herunder bruk av IKT- og telemedisinske løsninger
- Utvikle verktøy for en klarere prioritering og videreføre prioriteringsdebatten
- Videreføre effektiviseringen og øke produktiviteten bl.a. gjennom arbeidsmetoder for beste praksis og ulike metoder for kvalitetsforbedrende arbeid.
- Fortsette arbeidet med funksjons- og oppgavefordelingen.
- Videreføre og styrke samarbeidet med de øvrige regionale helseforetakene.

Den økonomiske utfordringen for 2005 oppsummeres i et salderingsbehov på ca.350 mill kroner. For 2005 legges det til grunn at det er vil kreves en aktivitetsøkning på 1,5 % for å holde tritt med behovsutviklingen i somatisk virksomhet. Opptrappingsplanen for psykisk

helsevern og behovet for økt aktivitet innen russektoren og kronikeromsorgen, vil medføre et høyere aktivitets- og kostnadsnivå enn i 2005.

Helse Nord har store utfordringer med den økonomiske styringen av foretaksgruppen men tar sikte mot en tilfredsstillende økonomisk status ved årsskiftet 2005/2006. Med dette som utgangspunkt er det Helse Nord's vurdering at man i planperioden vil kunne gi et godt tilbud til befolkningen og oppnå gode resultater med hensyn til riktig prioritering, aktivitetsnivå, faglig kvalitet og ressursbruk.

Helse Nord vil samtidig bemerke følgende:

- Svært stramme ressursrammer både mht drift og investeringer, har gjort det nødvendig å ha stor oppmerksomhet mot økonomistyring og effektiviseringskrav. Overføring av nye oppgaver knyttet til bl.a. rus og behandlingshjelpemidler uten at tilstrekkelig finansiering følger med, har forsterket dette.
- Det er samtidig gjennomført betydelige endrings- og omstillingsprosesser i alle deler av virksomheten knyttet til struktur, samt funksjons- og oppgavefordeling. Disse endringer er begrunnet i å kunne gi et bedre faglig og kvalitetsmessig tilbud til pasientene og bedre ressursutnyttelse samlet sett.
- Helse Nord erkjenner at stort tempo i omstilling og effektivisering medfører slitasje i organisasjonen. Tempoet i nye omstillingsprosesser må vurderes nøye.
- Uklarhet om helseforetakenes åpningsbalanser samt om den totale finansieringen av de store investeringsbehovene i sykehusbygg skaper usikkerhet om de fremtidige økonomiske rammer for foretaksgruppen. Det er dokumentert et betydelig etterslep hva gjelder investering og vedlikehold i Helse Nord, og det må arbeides for å finne mer langsiktige finansieringsløsninger med større grad av forutsigbarhet.

INNHold

Sammendrag

Innhold

Om årlig melding

RAPPORT FOR 2004

1. Mål og prioriteringer for 2004

1.1 Innledning

1.2 Prioriterte mål for 2004

2. Resultatrapportering i henhold til mål.

2.1 Resultatvurdering

3. Viktige saker i 2004

4. Oppfølging av styringsdokumentet 2004

STYRETS PLANDOKUMENT 2005-2007

5. Rammer for virksomheten

5.1 Planens innhold og tidshorisont

5.2 Lovgrunnlag

5.3 Organisering og styringsmodell

5.4 Medisinske utviklingstrender

5.5 Befolkningsutvikling

5.6 Kapasitetsbehov

6. Hovedmål for Helse Nord – strategisk fokus 2005-2007

6.1 Visjon og virksomhetside

6.2 Verdigrunnlag

6.3 Overordnede mål for Helse Nord

6.3.1 Pasientbehandling

6.3.2 Utdanning

6.3.3 Forskning

6.3.4 Opplæring

6.3.5 Kvalitet

6.3.6 Ressursutnyttelse

7. ”Sørge-for-ansvaret” i forhold til rammebetingelsene i 2005

7.1 Risikofaktorer

7.2 Økonomiske rammer

7.3 Sørge-for-ansvaret i forhold til økonomiske forutsetninger

8. Sørge-for-ansvaret i forhold til befolkningens behov for helsetjenester

Vedlegg 1: STYRINGSDOKUMENT 2004 – RAPPORT

Vedlegg 2: Skjematisk fremstilling av helseforetakenes rapportering

Om Årlig melding

Årlig melding om foretakets virksomhet (inkludert egne helseforetak) fra styret for det regionale helseforetaket (RHF) sendes Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) med hjemmel i lov om helseforetak. Det er lagt til grunn at Årlig melding skal:

- Gi departementet det nødvendige faglige underlaget for å kunne medvirke i regjeringens forberedelse av det årlige forslaget til statsbudsjett
- Inngå i grunnlaget for de styringsbudskap som tas inn i Stortingsproposisjon nr. 1 og i det årlige styringsdokumentet. Planene skal gi grunnlag for identifikasjon av viktige politiske problemstillinger som bør behandles i foretaksmøte, eventuelt legges frem for Stortinget
- Gi departementet rapportering på oppfølging av styringsdokumentet.

Rapporten om virksomheten i 2004 viser

- Hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i styringsdokument, foretaksmøtet eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er fulgt opp.
- Virksomhetens utvikling i forhold til Helse Nord's plandokumenter.

Rapporteringen baseres på styringsdokumentet for 2004 og formålet med gitte bevilgninger og de ulike resultat- og styringskrav.

Plandokumentet

- Er strategisk og overordnet og viser hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor rammebetingelser gitt av eier.
- Gir beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og av den helsefaglige utviklingen på fagområdene.
- Viser behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene.

Tidsperspektivet for plandokument og bevilgningsbehov er 2-3 år, dvs. 2005-2007. Styret for Helse Nord behandlet Årlig melding i møte 07. februar 2005.

Rapport for 2004

1. MÅL OG PRIORITERINGER FOR 2004

1.1 Innledning

Grunnlaget for virksomheten i Helse Nord er aktuelle lovtekster, vedtekter, vedtak i foretaksmøtene, rammer og forutsetninger i statsbudsjettet og styringsdokumentet for 2004.

Det overordnede grunnlag for helseforetakenes virksomhet finnes i lov om spesialisthelsetjenesten. I § 3-8 angis følgende oppgaver:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning, og
- opplæring av pasienter og pårørende.

1.2 Prioriterte mål for 2004

Helse Nord RHF har, som leder for den regionale foretaksgruppen, lagt følgende overordnede premisser for styring av virksomhetene i 2004:

- Oppgaveløsningen skal skje i overensstemmelse med nasjonale og regionale helsepolitiske prioriteringer, med god og riktig kvalitet, gjennom effektiv ressursbruk, og det verdigrunnlag som er redegjort for i det nasjonale styringsdokumentet.
- For å gjenvinne langsiktig handlefrihet, er det avgjørende at helseforetakene i løpet av 2004 initierer de tiltak og når de delmål som er nødvendige for å innfri kravet om økonomisk balanse i 2005
- Eiers forutsetning om å opprettholde aktiviteten på om lag samme nivå som i 2003, må søkes realisert gjennom et sterkere foretaksfokus på aktivitets- og innholdsstyring.
- Det skal legges større vekt på prioritering, både med hensyn til prioriterte grupper og i forhold til rettighetspasienter innenfor alle områder
- Faglige premisser forutsettes lagt til grunn for den prioritering og innholdsstyring som er nødvendig for å nå de økonomiske målene. Det innebærer at medisinsk- og annen helsefaglig kunnskap og dokumentasjon skal legges til grunn for prioritering, diagnostikk og behandling av pasienter.
- Samarbeid med førstelinjen er avgjørende for at pasientene skal få et godt tilbud, og Helse Nord vil legge til rette for desentraliserte spesialisthelsetjenester når dette kan forenes med kravene om faglighet og kostnadseffektivitet.
- Omstilling, i betydningen endring av behandlings-, drifts- og organisasjonsformer, er nødvendig både for å bedre ressursutnyttelsen og for å oppnå medisinske gevinster.
- I omstillingsarbeidet, som i samtlige helseforetak også vil inkludere nedbemanning, er det viktig å etablere et godt samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, og at formelle krav til medvirkning og drøftelser ivaretas.

De prioriterte mål for 2004 har vært de mål som eier har skissert i Styringsdokument for Helse Nord RHF 2004:

1. Faglige prioriteringer skal være i samsvar med mål, rammer og retningslinjer trukket opp av overordnede politiske og faglige myndigheter:
 - Prioriteringsforskriften skal følges opp
 - en mer enhetlig praktisering av retten til nødvendig helsehjelp innen foretaksgruppen
 - Helse Nord skal redusere kapasitet på områder med overkapasitet og kanalisere frigjorte ressurser til områder med mangelfullt utbygd tilbud
2. Helse Nord skal følge opp de nasjonale kvalitetsindikatorene
3. Helse Nord skal realisere opptrappingsplanen for Psykisk Helse
4. Helse Nord skal prioritere de nasjonale satsningsområdene kreft, rehabilitering og habilitering.
5. Helse Nord skal sørge for et godt og helhetlig behandlingstilbud til rusmisbrukere. Et særlig fokus rettes mot implementeringen av rusreformen.
6. Helse Nord vil utvikle desentraliserte tjenester og forbedre samarbeidet med primærhelsetjenesten.
7. Helse Nord vil utarbeide smittevernplan og beredskapsplan.
8. Helse Nord skal arbeide for at praksisplasser blir stilt til disposisjon for helsefagutdanninger i grunnutdanninger i høgskolene i tilstrekkelig antall.
9. Helse Nord vil prioritere forskning og forskerutdanning med tilstrekkelige ressurser for å sikre at vi har forskningsmiljøer av høy kvalitet.
10. Helse Nord skal sørge for et helhetlig opplæringstilbud til pasienter med behov for opplæring. Brukerne skal medvirke i utviklingen av tjenestetilbudet ved alle helseforetak og plikten til å utarbeide individuelle planer for pasienter med kroniske og sammensatte lidelser skal ivaretas.

2. Resultatrapportering i henhold til mål.

Resultater i 2004 refereres her i relasjon til de skisserte mål i styringsdokument fra Helsedepartementet samt Helse Nord's styringsdokument til helseforetakene. En detaljert gjennomgang av hvordan Helse Nord har oppfylt styringsmålene i vårt styringsdokument finnes i vedlegg 1: Styringsdokument 2004 – rapport, og en detaljering av de enkelte helseforetaks rapport finnes i skjemaet i vedlegg 2: Årlig melding 2004 – oppsummering.

2.1 Resultatvurdering

Mål 1: Faglige prioriteringer skal være i samsvar med mål, rammer og retningslinjer trukket opp av overordnede politiske og faglige myndigheter:

Mål 4. Helse Nord skal prioritere de nasjonale satsningsområdene kreft, rehabilitering og habilitering.

Helse Nord har definert overkapasitet innenfor de kirurgiske fagområder og underkapasitet er erkjent innenfor psykisk helsevern, rusomsorg, tilbud til kronikergruppene samt geriatri og generell indremedisin. Helse Nord har derfor prioritert dette samt kreftbehandling innen de stramme budsjettene helseforetakene har hatt slik at disse områdene har vært skjernet for innskrenkninger og nedbemanning. Helse Nord har i 2004 utarbeidet handlingsplaner for habilitering/rehabilitering, geriatri, rus og psykisk helsevern. Disse planene legger opp til en økt prioritering i 2005 -2010 og det er tilført nye ressurser fra 2005.

Kirurgiske fagområder er redusert med 53 senger fra utgangen av 2003 til utgangen av 2004. Det er iverksatt tiltak for arbeids- og funksjonsfordeling innen flere områder og det er gjennomført sentralisering av kreftkirurgi hvor volum har betydning for kvaliteten av behandlingen. Det er også iverksatt tiltak for sentralisering innen ortopedi for lavvolum prosedyrer. Helse Nord har etablert regionalt senter for behandling av sykkelig overvekt. Det gir tilbud om forberedelse, behandling og oppfølging til pasienter som oppfyller kriteriene for slik behandling.

Helse Nord har etablert systemer for en god implementering av endringene i pasientrettighetsloven og en mer enhetlig praktisering av prioriteringskriteriene. Regionalt prioriteringsutvalg overvåker utviklingen av andelen som gis rett til nødvendig helsehjelp, fristfastsettelse og anvendelsen av prioriteringskriteriene. Andelen som gis rett til nødvendig helsehjelp er forsøkt harmonisert i foretaksgruppen og varierer nå fra 52 % til 77,5 %. Helse Nord anser dette for å være tilfredsstillende da flere helseforetak har problemer med registreringen og nye rutiner er under etablering.

Aktiviteten innen somatisk virksomhet er i 2004 videreført på omtrent samme nivå som 2003. Antall opphold viser en vekst på 1 pst. Dagkirurgien har den sterkeste veksten relativt sett (+5,2 pst). Antall polikliniske konsultasjoner viser imidlertid en nedgang på 2 pst. Nedgangen er ved tre av fem helseforetak. Innen voksenpsykiatrien er antall utskrivninger marginalt økt, mens antall liggedøgn øker noe mer. Dagopphold viser en reduksjon, mens antall polikliniske konsultasjoner øker. Totalt er inntrykket en moderat aktivitetsvekst i voksenpsykiatrien. Innen barne- og ungdomspsykiatrien er det en vekst innen alle omsorgsnivå.

2. Helse Nord skal følge opp de nasjonale kvalitetsindikatorne

I tillegg til de etablerte nasjonale kvalitetsindikatorne, ble det innført flere nye indikatorer i løpet av 2004. Målingene gikk over fra kvartal til tertial for flere av indikatorne. På grunn av tekniske problemer har det kun kommet resultater for 2.tertil for de fleste nye indikatorne. Det er derfor ikke mulig å si noe om utviklingen foreløpig. Generelt viser rapporteringen at resultatene for flere av indikatorne både er for varierende og for dårlige sett i forhold til målsettingene. Helse Nord RHF vil sette fokus på å oppnå bedring i 2005.

Særlig alvorlig er det resultatet på andel epikriser som sendes inne 7 dager. Våre resultat er langt under målsettingen om 80% utsendt innen 7 dager. Resultatene varierer fra 25,7% til 60,2%. Andelen korridorpatienter er derimot generelt lav og preoperativ liggetid for lårhalsbrudd er stort sett under 48 timer, med unntak av Helse Finnmark, som ligger lavest

med 92,3%. For øvrige indikatorer er resultatene varierende og generelt må vi konstatere at datakvaliteten er for dårlig på alle de nye indikatorene for 2004.

3. Helse Nord skal realisere opptrappingsplanen for Psykisk Helse Nord RHF

Helse Nord oppfyller opptrappingsplanen for psykisk helse etter intensjonene.

Investeringsprosjektene er i henhold til plan, og økningen i antall BUP-tiltak og poliklinisk virksomhet i VOP er tilfredsstillende. Mangel på lege- og psykologspesialister er imidlertid en vesentlig årsak til at tilbudet, både i barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri, er skjævt fordelt i regionen. Helse Nord RHF gir likevel tilbud til 4,5 % av barnebefolkningen i regionen, mot 2,9 i landet for øvrig. Utfordringen er å sikre likt tilbud uavhengig av bosted.

Akutt-tilbud til barn, unge og voksne er utilstrekkelig utbygd. Tilbudet til pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, rus/psykiatri og utviklingsforstyrrelser mangelfullt. For øvrig viser erfaringene at der et desentralisert tilbud er tilgjengelig, sikrer det pasientenes interesser på en god måte. I tillegg gir det mindre ulemper og belastninger for pasientene for å få gjennomført nødvendig undersøkelse og behandling, ved at de slipper krevende dagsreiser. Således er det også en hensiktsmessig bruk av ressursene. I vedlegg 1 er en detaljert gjennomgang av de mange styringsmål fra HD vedrørende psykisk helsevern.

Mål 5: Helse Nord skal sørge for et godt og helhetlig behandlingstilbud til rusmisbrukere. Et særlig fokus rettes mot implementeringen av rusreformen.

Samhandlingen med kommunene og psykisk helsevern er en sentral del av utviklingen av et godt og helhetlig tilbud til rusmisbrukere. Kommunene er trukket inn i planarbeid på regionalt nivå, og generelt i arbeidet med å implementere og følge opp rusreformen fra 2004.

Klientinntakene koordineres fra høsten 2004 gjennom regional koordineringsenhet v/ kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken. LAR-senter er etablert i Tromsø og organisert under Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Alle helseforetak har samarbeid med private institusjoner både i enkeltsaker og ved nettverkssamarbeid i regionen. Det er etablert et regionalt samarbeidsutvalg for å koordinere utvikling av spesialisttjenestene i regionen der også private institusjoner m/avtale deltar.

Mål 6: Helse Nord vil utvikle desentraliserte tjenester og forbedre samarbeidet med primærhelsetjenesten.

Helse Nord har hatt en hovedrolle i utarbeiding av den nasjonale rapporten om strategier for samhandling og desentralisering. Mange tiltak er initiert, som for eksempel praksiskonsulentordningen, samarbeidsavtaler med kommunene og dialogmøter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Elektroniske henvisninger og epikriser medfører at kommunikasjonen mellom nivåene omkring enkeltpasienter, går raskere og gir effektiviseringsgevinster på begge nivå. Det arbeides også med telemedisinske løsninger, mellom sykehus og mellom sykehus og primærleger, for å lette tilgjengeligheten for befolkningen i landsdelen. Helse Nord har igangsatt et større prosjekt som tar sikte på å etablere desentraliserte spesialisthelsetjenester nærmere pasientene både for å bedre tilgjengelighet og kostnad ved transport. Prosjektet skal være ferdig utredet og behandlet i juni 2005.

Mål 7: Helse Nord vil utarbeide smittevernplan og beredskapsplan.

Helse Nord har utarbeidet regional plan for smittevern og eget tuberkulosekontrollprogram. Disse er utarbeidet i samarbeid med helseforetakene, og ligger til grunn for planer og oppfølging lokalt. Disse har også et løpende faglig samarbeid både innen smittevern og beredskap. Beredskapsplanleggingen har også hatt høy prioritet i 2004. Det er utarbeidet regional beredskapsplan, og overordnet plan i alle helseforetak. Planarbeidet på disse områder fortsetter i 2005 og sees i sammenheng med de ROS-analyser og planlegging som skjer nasjonalt. Planleggingen av øvelse Barents Rescue er gjennomført etter forutsetningene

Mål 8: Helse Nord skal arbeide for at praksisplasser blir stilt til disposisjon for helsefagutdanninger i grunnutdanninger i høgskolene i tilstrekkelig antall.

Helse Nord har til sammen i 2004 hatt 952 studenter i praksis ved våre virksomheter noe som er over 200 flere enn kravet som er stilt. Antallet praksisplasser for medisinerstudenter i klinisk undervisning er totalt 100, og praksisplasser for psykologer er 32. Helse Nord RHF er fornøyd med at spesialisttjenesten i nord i så stor grad er med til å bidra til å utdanne nøkkelpersonell innen helsesektoren.

Mål 9: Helse Nord vil prioritere forskning og forskerutdanning med tilstrekkelige ressurser for å sikre at vi har forskningsmiljøer av høy kvalitet.

Helse Nord har prioritert flere typer forskning i 2004. Somatisk forskning, forskning innenfor psykisk helse, aldersforskning/rehabilitering/samhandling med primærhelsetjenesten, telemedisinsk forskning og klinisk og laboratoriemedisinsk infrastruktur. Forskningen innenfor psykisk helse er tverrfaglig og inkluderer mange typer helsepersonell og andre profesjoner som driver kliniske prosjekter innenfor feltet. Forskningsresultater formidles både ved publisering, deltakelse på konferanser nasjonalt og internasjonalt, formidling gjennom medieoppslag m.m.. Videre formidles de fra HFenes side i årsrapporter, årsmeldinger m.m. En betydelig del av pågående forskningsprosjekter, foreløpige og endelige resultater, ble presentert på den regionale forskningskonferansen i Helse Nord i november 2004, arrangert av Helse Nord/Universitetssamarbeidet. Egen forskningsstrategi ble vedtatt i 2004 og lagt til grunn for økt satsing i 2005

Mål 10: Helse Nord skal sørge for et helhetlig opplæringstilbud til pasienter med behov for opplæring. Brukerne skal medvirke i utviklingen av tjenestetilbudet ved alle helseforetak og plikten til å utarbeide individuelle planer for pasienter med kroniske og sammensatte lidelser skal ivaretas.

Det er etablert lærings- og mestringssentre (LMS) i alle helseforetak, og aktiviteten har økt kraftig i 2004. Alle LMS har et systematisk samarbeid med brukerorganisasjonene i planlegging, gjennomføring og evaluering av opplæringen. Utarbeidelsen av individuelle planer er ikke ivarettatt på en tilfredsstillende måte. Registreringen av slike planer er så dårlig at det ikke er grunnlag for å vurdere hvor mange av pasientene som har rett til slik plan som har fått det.

3. Viktige saker i 2004

I tillegg til økonomi og aktivitetsoppfølging, budsjett og investeringsplaner mv. har styret for Helse Nord behandlet en rekke vesentlig saker. Enkelte av disse temaene blir også berørt i vedlegg 1:

- Styringsdokument 2004
- Samhandling og desentralisering – videre håndtering og oppfølging av nasjonal RHF-rapport
- Forskningsstrategi i Helse Nord
- Strategi – og etablering av Norsk Helsennett
- Etablering av LAR
- Framtidig organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord
- Fremtidig organisering av stab- og støttefunksjoner i Helse Nord
- Regional plan for helsemessig og sosial beredskap
- Etablering av fedmekirurgi i Helse Nord
- Rammeavtale mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten
- Policy for bruk av private aktører i Helse Nord
- Handlingsplan geriatri
- Handlingsplan rehabilitering/habilitering
- Plan for samlet kronikersatsning
- Utbyggingsprosjektene i Stokmarknes og Bodø
- Nedskalering av flere DPS-utbyggingsprosjekt
- Regional smittevernplan
- Regionalt senter for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i Helse Nord

- Overordnet personalpolicy for Helse Nord
- Budsjett og helsepolitisk bestilling for 2005

Helse Nord har i tillegg gjennomført en rekke viktige faglige prosesser, utredninger og planarbeid hvor fagfolk i hele foretaksgruppen har vært involvert:

- Kartleggingsmøter m/ diabetes- og revmatikerforbundet
- Handlingsplan rus
- Handlingsplan psykiatri
- Drøftingsmøter om samhandling DPS/sykehusavdelinger
- Praktisk implementering av ny pasientrettighetslov
- Sentralisering av kreftkirurgi
- Kartlagt regionens intensivressurser og tilhørende pasientflyt
- Fullført prosjekt prehospital trombolyse
- Deltagelse i flere prosjekt for felles nasjonal fagutvikling og utarbeidelse av nasjonale retningslinjer
- Forbedret rutiner for tildeling av forskningsmidler
- Avholdt stor regional forskningskonferanse
- Omstilling av akuttkirurgi – og fødselsomsorgen i Helgelandssykehuset Mosjøen
- Deltagelse i internasjonalt nettverk for utvikling av helsetjenester i spredtbygde strøk – samhandling med skotske helsemyndigheter

4 Oppfølging av styringsdokumentet 2004

Helsedepartementets styringsdokument til Helse Nord for 2004 ble behandlet sammen med Helse Nord's styringsdokument til egne helseforetak i styremøte 12. februar 2004 (RHF-sak 003/2004). Det ble fattet følgende vedtak:

Styrets vedtak:

1. *Styret for Helse Nord RHF viser til forslag til styringsdokument for helseforetakene (generell og helseforetaksspesifikk del).*
2. *Forslagene vedtaes som styringsdokument for helseforetakene for 2004 med de endringer og innspill som kom frem under behandling av saken. Styreleder og nestleder får fullmakt til å godkjenne det endelige styringsdokument 2004 for helseforetakene.*
3. *Styringsdokument 2004 for helseforetakene fremmes til behandling i foretaksmøtene for helseforetakene.*

Det ble foretatt en detaljert gjennomgang av styringsdokumentet for å klargjøre oppgavene og angi oppfølging både overfor styret og helseforetakene.

Som det fremgår av rapporten har Helse Nord fulgt opp forventningene på de fleste punkter. Vi vil imidlertid nevne noen spesielle områder hvor vi står overfor særlige avvik/utfordringer og som det må arbeides aktivt med i 2005 og i planperioden:

- Sykehusforbruket i Helse Nord er ennå langt over landsgjennomsnittet i deler av landsdelen noe som representerer en styringsmessig og ressursmessig utfordring.
- Epikriser. Andelen epikriser som sendes innen 7 dager etter utskrivning er fortsatt langt unna målet. I enkelte helseforetak er ikke situasjonen forbedret i 2004
- Individuelle planer er for dårlig utviklet for alle pasienter som har rett til slik plan
- Registrering av data som grunnlag for rapportering er mangelfull noe som gjør at kvaliteten på vurderingene av nasjonale indikatorer blir for dårlig
- "Sørge-for"-ansvaret. Det må arbeides videre med å klargjøre hva det regionale helseforetaket har ansvar for, hva dette innebærer, samt gode rutiner for rapportering for å sikre nødvendig og riktig prioritering av oppgavene.

- Målsetting for ventetid. Ventetiden for behandling i regionen er redusert, men en har ikke utarbeidet målsettinger for ventetid for de ulike behandlingstilbud og det skilles ikke mellom ventetid for høyt prioriterte og lavere prioriterte oppgaver.
- Andelen henviste pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp varierer fortsatt mellom de ulike helseforetakene og fristfastsettelse og anvendelsen av prioriteringskriteriene må fortsatt overvåkes for å oppnå en bedre – og mer enhetlig praksis i foretaksgruppen.

Arbeidet med disse momentene er ført videre i plan for Helse Nord og i bestillerdokumentet til helseforetakene for 2005.

Med bakgrunn i punktene foran og vedlegg 1 vil Helse Nord konkludere med følgende:

- Helsedepartementets styringsbudskap gjennom Styringsdokumentet for 2004 er i alt vesentlig fulgt opp og de nasjonale prioriterte områdene har vært i fokus i foretaksgruppen.
- "Sørge for"-ansvaret som er pålagt Helse Nord innenfor det juridiske og faglige rammeverket er i hovedsak oppfylt for 2004.
- Helse Nord har styrt virksomheten slik at det økonomiske resultatet for 2004 er bedre enn styringsmålet og styret er tilfreds med de aktivitetsmessige og faglige resultater som er presentert i Årlig melding for 2004 til Helse- og omsorgsdepartementet.
- Avvikene i forhold til de nasjonale kvalitetsindikatorene er urovekkende og det må iverksettes tiltak for å bringe avvikene under kontroll i 2005.

5. RAMMER FOR VIRKSOMHETEN

5.1 Planens innhold og tidshorisont

Det er forutsatt at plandokumentet skal:

- Være strategisk og overordnet og viser hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor rammebetingelser gitt av eier.
- Gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og av den helsefaglige utviklingen på fagområdene.
- Vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten samt styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Tidsperspektivet for plandokument og bevilgningsbehov skal være 2-3 år, dvs. 2005 -2007. For å kunne oppfylle det samlede ansvar må Helse Nord imidlertid etablere flere horisonter for sin planlegging:

Oppgave	Planhorisont
Den konkrete planlegging i forhold til gitte økonomiske rammebetingelser og styringskrav.	Årlig. Erfaring viser at det er stor usikkerhet også innen dette perspektivet da økonomiske forutsetninger, takster mv. endres i løpet av året på en måte som også gir langsiktige konsekvenser.
Strategisk planlegging med lengre tidshorisont. Imøtekomme kortsiktige endringer i behov. Utføre endringer i struktur, organisasjon og tilbud.	2-3 år. Usikkerheten øker i dette perspektivet samtidig som kravet til nøyaktighet blir mindre.
Optimal ressursutnyttelse, herunder god kapitalutnyttelse og ivaretagelse av helseforetakets økonomisk bæreevne. Befolkningsutvikling og alderssammensetning	10-20 år. Disse forhold må sees i sammenheng.

5.2 Lovgrunnlag

De overordnede helsepolitiske mål er nærmere nedfelt blant annet i Lov om Helseforetak §1.1, Lov om pasientrettigheter §1-1, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. §1-1, Lov om psykisk helsevern §1, i øvrig helselovgivning og annen lovgivning som retter seg mot foretakets virksomhet. Lov om spesialisthelsetjenesten angir (§3-8 Sykehusenes oppgaver) at sykehusene særlig skal ivareta følgende oppgaver: Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Rammer for virksomheten fra myndighetene er fastsatt gjennom vedtektene for Helse Nord, i vedtatt statsbudsjett, det årlige styringsdokumentet og i foretaksmøter.

5.3 Organisering og styringsmodell

Helse Nord er landets minste helseregion i relasjon til populasjon og omfatter fylkene Nordland, Troms og Finnmark, samt Svalbard, med til sammen ca.470.000 innbyggere. Helse Nord har ca 11 000 medarbeidere og en årlig omsetning på ca 8,6 milliarder kroner.

Helse Nord RHF har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 et "sørge for"-ansvar i regionen. Helse Nord er både eier av helseforetakene og bestiller av tjenester.

Helse Nord består av følgende helseforetak:

- Helse Finnmark HF
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Hålogalandssykehuset HF
- Nordlandssykehuset HF
- Helgelandssykehuset HF
- Sykehusapotek Nord HF

Det er også inngått avtaler med 92 privatpraktiserende spesialister, 4 private kommersielle sykehus, 3 laboratorier/røntgeninstitutter, 6 rehabiliterings-/opptreningsinstitusjoner, 3 private rusinstitusjoner og 2 andre ideelle institusjoner/stiftelser.

Helse Nord er medeier i Helseforetakenes Innkjøpsservice ANS i Vadsø, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS i Bodø (20%), Norsk Helsennett (20%) og fra 01.01.05 eier vi 100% av Nordnorsk Helsennett (under avvikling). Helse Nord er også medeier i Risco (Røntgeninformasjonssystem, 51%)

Helse Nord RHF's rolle som eier av helseforetakene utøves i vedtekter og beslutninger i foretaksmøte. Eierstyringen i foretaksmøtet vil særlig dreie seg om økonomiske og organisatoriske forhold. Rammer for helseforetakenes virksomhet fastsettes også i årlige budsjetter og bestillerdokument hvor det avtales nærmere om aktivitet og prioritering.

Helse Nord har siden august 2003 hatt ansatte i RHF som representanter – også nestleder og leder – i flere helseforetaksstyrrer.

5.4 Medisinske utviklingstrender

Medisinsk kunnskap og teknologi er i kontinuerlig utvikling. Det vil skje betydelige endringer i behandlingstilbudet i årene framover, bl.a. som følge av digitalisering og genteknologi. Samtidig blir behandlingsmetodene mer skånsomme slik at flere pasienter kan behandles uten innleggelse.

Antallet pasienter med sammensatte og kroniske lidelser, psykiske lidelser og med kombinasjon rus og psykiske lidelser øker. Det blir flere med behov for omfattende pleie og omsorg i tillegg til medisinsk oppfølging. I tillegg til at befolkningen vil bestå av flere eldre, er dette tendenser som vil forsterkes i årene framover.

Selv om det blir flere med kroniske sykdommer, og de som legges inn vil være sykere og ha større pleiebehov enn i dag, er det likevel grunn til å forvente en fortsatt generell bedring i helsetilstanden hos eldre. Samtidig vil antall eldre som behandles på sykehus øke.

Sykkelig overvekt er et voksende helseproblem med alvorlige og langsiktige helsemessige konsekvenser og med store samfunnsøkonomiske kostnader (type 2- diabetes, artrose, alvorlig hjerte-karsykdom, hypertoni, økt kreftrisiko og dødelighet). Forekomsten av sykkelig overvekt er økende. Beregninger viser at det i dag finnes rundt 15-20 000 mennesker i Norge med sykkelig overvekt (IS-1150 Rapport Shdir). Nest etter røyking er fedme og fedmerelatert sykdom i dag den viktigste årsak til tidlig død.

Mange kjente risikofaktorer, for eksempel røyking, overvekt og inaktivitet kan forebygges. Potensialet for positive helseeffekter knyttet til forebygging anses for stort, men er vanskelig å utløse.

Helsetilstanden vil fortsatt i vesentlig grad også avhenge av sosiokulturelle og økonomiske faktorer. Det ser ut til å være en økning i psykososiale problemer hos barn og unge.

Følgende trekk vil prege utviklingen i de kommende år:

- Kreftsykdommer vil fortsatt vise en betydelig økning i de nærmeste årene. Antallet som lever med kreft vil øke kraftig for flere kreftformer.
- Hjertesykdommene ser ut til å ha stabilisert seg eller viser en liten nedgang i alle aldersgrupper mht nye tilfeller. Antallet som lever med hjertesykdommer vil øke, men neppe mer enn befolkningsutviklingen tilsier. Perifere karsykdommer viser en relativ økning både mht nye tilfeller og antallet som lever med slike sykdommer. Økningen er i første rekke knyttet til økningen av pasienter med diabetes type II.
- Astma, allergi og luftveissykdommer vil øke mer enn befolkningsutviklingen tilsier.
- Problemer knyttet til nye infeksjonssykdommer, forårsaket av multiresistente mikroorganismer, forventes å øke.
- Psykososiale problemer knyttet til økende familiær og sosial ustabilitet, svakere sosiale nettverk og sosiale forskjeller, antas å øke.
- Sykdommer knyttet til fedme og overvekt, som diabetes, artrose, hypertoni m.v. vil øke kraftig pga barn og unges endrede vaner innen kosthold og fysisk aktivitet.
- For enkelte grupper vil sykdomsbildet i større grad preges av voldsskader, rusmiddelbruk og psykiske lidelser. Denne type lidelser er preget av høy kompleksitet med behov for nært samarbeid mellom somatikk, psykiatri og førstelinjetjenesten.

Pasientenes forhold til helsetjenestene er i endring. Pasientene stiller større krav om informasjon, medbestemmelse, kvalitet og valgfrihet. Sannsynligvis vil befolkningens opplevelse av lidelser og plager også endre seg og skape økte forventninger til helsevesenet. Sammen med endrede muligheter til å avdekke og beskrive sykdomstilstander vil dette virke inn på så vel helsetilstand som sykdomsutvikling.

5.5 Befolkningsutvikling

Befolkningen i Nord-Norge har tradisjonelt vært noe "yngre" enn ellers i landet. Andelen eldre vil imidlertid øke kraftig i årene framover. Spesielt fra 2020 vil økningen bli dramatisk, hvis vi tar utgangspunkt i SSBs midlere befolkningsframskrivningsalternativ. I tillegg har regionen store utfordringer med at befolkningsøkningen er negativ i alle våre tre fylker i 2004 (basert på tall fra 1-3.kvartal 2004). Den negative trenden er størst for Finnmark og Nordland, mens Troms viser noe mindre endring. Samtidig var utflyttingen størst fra Troms og Nordland (sammen med noen andre fylker) i 3.kvartal.

5.6 Kapasitetsbehov

Nesten halvparten av de somatiske sykehuskostnadene i Norge kan relateres til sykdom hos eldre. Gamle lider ofte av flere sykdommer, og får ikke den nødvendige helhetlige tilnærming og fullstendige diagnostikk. 90 % av pasientene over 75 år i medisinske avdelinger innlegges som øyeblikkelig hjelp. 87 % har vært innlagt før. I dag utgjør de nesten halvparten av alle pasientene i de indremedisinske avdelingene og vel en femtedel av pasientene på kirurgiske avdelinger. Gamle blir ofte "svingdørspasienter". Den dramatiske økningen i antall ø-hjelpsinnleggelser av eldre de siste år, gjør at vi vil ha behov for å øke kapasiteten ved indremedisinske avdelinger.

Den medisinske og epidemiologiske utviklingen viser også en betydelig økning av pasienter med sammensatte og kroniske lidelser. Helsepolitiske målsettinger om likeverdige

helsetjenester er særlig dårlig oppfylt innen psykisk helse og rusomsorg. Endringer i pasientgrunnlag og sykkelighet er allerede en utfordring innen psykisk helsevern. Antall unge mennesker med depresjoner og selvmordsproblematikk synes å øke, og antall mennesker med rusproblematikk og kombinasjonen av alvorlige psykiske lidelse øker.

Stadig flere har behov for omfattende pleie og omsorg i tillegg til medisinsk oppfølging. I tillegg til at befolkningen vil bestå av flere eldre, er dette tendenser som forsterkes i årene framover. Gruppen pasienter med sykkelig overvekt har fra 2004 fått et tilbud i alle helseregioner. Det etablerte tilbudet er imidlertid marginalt i forhold til behovet og dimensjoneringen av tilbudet må vurderes i planperioden.

I 2004 presenterte Helse Nord fire omfattende handlingsplaner for psykisk helse, rusbehandling, geriatri og rehabilitering/habilitering. I tillegg vil vi kartlegge mulige tiltak for andre store kronikergrupper som diabetes og revmatiske sykdommer. Ved utgangen av 2004 er det lagt frem en tilnærmet samlet plan for å styrke tjenestetilbudet til kronikergruppene. Dette kan ikke ensidig løses ved kostnadsvekst. En vridning av ressursbruken mot disse gruppene og en bedre samhandling med primærhelsetjenesten er derfor nødvendig.

Dette betyr overføring av ressurser fra andre fagområder. Innenfor kirurgiske fagfelt er dekningsgraden nær tilfredsstillende, men det foreligger overkapasitet på enkelte områder. Beleggsprosenten rapportert på 2. tertial 2004 viser et gjennomsnittlig belegg på 75% av effektive senger for foretaksgruppen som helhet. Dette er ca. 10 - 15 % under det man bør legge til grunn for en effektiv utnyttelse av sengekapasitet på kirurgiske avdelinger.

Endringene i pasientrettighetsloven, som trådte i kraft 01.09.04, stiller oss overfor store utfordringer ved dimensjonering av tjenestetilbudet slik at det bedre ivaretar befolkningens behov. En fortsatt overkapasitet på noen områder og underdekning av andre tjenester, vil raskt gi mange fristbrudd med store økonomiske utgifter til dyr subsidiær behandling. Det er således nødvendig med rask omstilling av tjenestetilbudet til de nevnte satsningsområder. For å sikre at sykehusene er i stand til å behandle pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, innen de medisinsk forsvarlige behandlingsfrister, må vi påregne økt ventetid for pasienter som ikke er rettighetspasienter, men som likevel vil motta helsehjelp.

6. Hovedmål for Helse Nord – strategisk fokus 2005-2007

6.1 Visjon og virksomhetside.

Helse Nord skal være en regional institusjon med en tydelig nordnorsk profil. Helse Nord velger samarbeid mellom enheter og nivåer som hovedstrategi:

Vår visjon er:

Pasientene skal gis rett kompetanse til rett tid og foretrekke
undersøkelse og behandling i Helse Nord
- Helse i Nord der vi bor -

6.2 Verdigrunnlag

Helse Nord bygger på de nasjonale verdier: KVALITET, TRYGGHET og RESPEKT

6.3 Overordnede strategier og mål

De strategiske mål for å realisere vår visjon er:

- At tilbudene i Helse Nord har en kvalitet av god internasjonal standard
- At det i Helse Nord skal etableres en evaluerende kultur basert på kunnskap om "beste praksis" og dokumentasjon av egen virksomhet
- Å videreføre en betydelig desentralisering av høyvolumtjenester
- Å eliminere uverdige ventetider
- Å utdanne og rekruttere nok helsepersonell til å dekke landsdelens behov

- Å stabilisere fagmiljøene gjennom gode og utviklende arbeidsmiljø
- At pasientene i Helse Nord skal møte et mest mulig sømløst helsevesen uten unødige omveier, forsinkelser eller barrierer mellom leddene i behandlingsskjeden
- En optimal samordning av tjenester og fleksibel utnyttelse av ressurser og kompetanse på tvers av nivåer og foretaksgrenser, til beste for befolkningen
- At Helse Nord skal bli ledende i landet på å ta i bruk informasjonsteknologi som verktøy for å bedre tilgjengelighet og arbeidsflyt, samarbeid og effektivitet
- Å organisere spesialisthelsetjenesten i Helse Nord på en kostnadseffektiv måte, samtidig som de kombinerte krav til kvalitet og tilgjengelighet og utdanning ivaretas
- At Helse Nord skal utvikle seg til en regional institusjon med en tydelig nordnorsk profil, gjennom medvirkning fra pasienter, pårørende og ansatte, og gjennom bred mobilisering av landsdelens befolkning.

6.3.1 Pasientbehandling.

Vi står overfor en sterk økning av antallet eldre med sammensatte og kroniske sykdomstilstander. Disse har behov for et sammenhengende tjenestetilbud. Dette gjelder særlig for pasienter som har tjenestebehov som ingen tjenesteyter kan løse alene. Disse pasientgrupper har behov for godt integrerte tjenester. Det krever fleksibilitet og differensiering i behandlingsskjeden, med større vekt på desentralisering av spesialisthelsetjenester og økt samhandling med primærhelsetjenesten. For tjenester der det er faglig godt og økonomisk effektivt, må infrastrukturen innrettes for å tilby tjenestene nærmest mulig der folk bor.

Samhandling og desentralisering.

Samarbeid med primærhelsetjenesten er viktig for å oppnå god og riktig behandling. Bedre kvalitet og kontinuitet i behandlingen, redusere antall "svingdørsbesøk" og å få ned total liggetid i spesialisthelsetjenesten da sykehusforbruket fortsatt er for høyt i enkelte områder av foretaksgruppen.

For å møte pasientenes behov for nærhet til- og samordnede tjenestetilbud, forutsettes en betydelig omstilling i helsetjenestens ulike ledd. Faglig subspecialisering og organisatorisk oppdeling øker behovene for samordning av tjenestene; det gjelder både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene.

Helse Nord legger vekt på at *lokalsykehusenes rolle* og oppgaver skal ivareta tilbudene til de store sykdomsgruppene som trenger nærhet til tjenesten. Eksempler er indremedisinske tjenester, psykiatri, rehabilitering og tjenester for syke eldre. Utover de grunnleggende sykehus-tjenestene som bør være tilgjengelige desentralisert, og en nødvendig beredskap for øyeblikkelig hjelp, bør ressursinnsatsen fremme en mer hensiktsmessig arbeidsfordeling innad i det enkelte helseforetak og mellom helseforetak.

Medisinsk og teknologisk utvikling gir forutsetninger for at oppgaver kan løses desentralt og økt bruk av telemedisin og ambulant virksomhet vil være virkemidler som må settes i system og utnyttes bedre.

Helse Nord vil i 2005 lage en plan for desentralisering av spesialisthelsetjenester som bl.a. vil kunne innebære forslag til lokalisering av nye spesialistpoliklinikker, distriktsmedisinske sentre og andre samhandlingsarenaer i skjæringspunktet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helsevern i Helse Nord

Helse Nord har et ansvar for forebyggende arbeid. Vi vil sammen med de øvrige RHFer lage en tiltaksplan for forebygging innen psykisk helse. Viktige fokusområder kan være spiseforstyrrelser og depresjoner. Helsestasjoner og skoler bør styrkes som helsefremmende arenaer, og helsesøstrene bør være nøkkelpersoner i dette samarbeidet.

En av hovedutfordringene i psykisk helsevern er å utdanne og rekruttere tilstrekkelig antall personell med høy fagkompetanse, spesielt psykiatere og psykologspesialister. Det er også mangel på psykoterapiveiledere. Dette medfører igjen store utfordringer med faglig ledelse,

fagutvikling, kortere ventetid og utvikling av differensierte behandlingstilbud av høy kvalitet. Vi har ikke likt tilbud til alle uavhengig av hvor de bor i landsdelen. Antakelig representerer tilbudet noe av landets minst likeverdige tilbud. Som følge av dette er det nødvendig å utrede alternative DPS-modeller der geografiske og ressursmessige forhold tilsier det. Helse Nord initierer bl.a. en forskningsbasert evaluering av DPSene i Lofoten og Vesterålen hvor de har valgt svært ulike modeller.

Tjenestetilbudet ved DPSene må tilpasses og utbygges i takt med faktisk personelltilgang, slik at befolkningen tilbys et tjenestetilbud med godt faglig innhold. En konsekvens av det ulike, sviktende tjenestetilbudet ved flere DPSer er at man må øke kapasiteten (særlig akutt-plasser) ved sykehusene i Tromsø og Bodø. Akutt-tilbud til både barn, unge og voksne er ikke tilstrekkelig utbygd. Andre eksempler på tilbud som må bygges ut er tilbud til pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, rus/psykiatri og utviklingsforstyrrelser. Dagtilbudet er ikke tilstrekkelig utbygd og ambulante tjenester må videreutvikles.

Samarbeid og samhandling med kommuner og brukerorganisasjonene må bedres. I dette må bruk av telekommunikasjon styrkes som verktøy, både for å øke tilgjengeligheten og for å få en mer effektiv bruk av ressursene.

Langsiktig satsing på å styrke tilbudet til eldre og pasienter med kroniske lidelser

Styret i Helse Nord RHF vedtok i november 2004 en samlet plan for å styrke tilbudet til eldre og pasienter med kroniske lidelser. Planene inneholder tiltak for perioden 2004-2010, men starten for iverksettingen er forskjøvet til 2005.

Utdanning og rekruttering av nok, kompetent personell (både medisinsk og annen helsefaglig) er en forutsetning for å realisere satsingen i kronikeromsorgen. De første årene vil oppstarten av et rekrutteringsprogram for spesialister i geriatri, fysikalsk medisin og rehabilitering samt revmatologi være svært viktig.

I perioden 2005-07 skal bl.a. følgende tiltak iverksettes:

- Økt kapasitet ved avdeling for fys.med.rehab ved Nordlandssykehuset for å kunne ivareta multitraumer, amputasjoner, rygg- hjerneskadepasienter med mer.
- Styrke ambulante team i voksenrehabilitering og barnehabilitering
- Styrke eksisterende geriatritilbud ved Helgelandssykehuset og Hålogalandssykehuset med nødvendige ressurser og senger for å få etablert fullt operative geriatriske team/sengeplasser.
- Styrke geriatrisk avdeling ved UNN, først ved prosjekt for å gjennomgå avdelingens funksjoner innen utdanning og forskning.
- Styrke funksjoner i geriatri ved Sonjatun og områdegeriatriske tjenester i Midt-Troms
- Planlegge og etablere geriatritilbud ved Nordlandssykehuset (geriatrisk avdeling i Bodø).
- Planlegge/etablere geriatritilbud i Helse Finnmark

Innen diabetes vil etableringen av et regionalt kompetansesenter stå sentralt i årene framover, samt utprøving av en ordning med brukerombud i samarbeid med Diabetesforbundet. Innen revmatologi skal det utarbeides en egen handlingsplan etter modell fra geriatriplanen, samt etableres fagnettverk og gjennomføre samlinger for brukere og fagfolk ("reumatikerdagene").

Rus

Helse Nord RHF har utarbeidet handlingsplan som nå er til behandling. Fokus skal være på de yngste for å forebygge en videre utvikling som rusmiddelmissbrukere, og de tyngste misbrukerne; de med langvarige og sammensatte problemer. Det er behov for å styrke tjenestetilbudene på flere områder; avrusning, innleggelses etter tvang, samt polikliniske tjenester (egne rusteam). Tilbudet til personer med dobbeltdiagnose rus og psykiatri må styrkes. I tillegg må også tilbudet til pårørende forbedres.

Det er behov for å gjennomgå struktur, innhold i og koordinering av eksisterende tjenester for å øke kvaliteten og bedre tilgjengeligheten. Som følge av reformen må det arbeides med å rekruttere fagpersonell til tjenestene, samt øke og vedlikeholde kompetanse. Samhandling med primær helse- og sosialtjeneste må prioriteres.

Handlingsplanen er til høring og behandles våren 2005. Planen foreslår styrking på følgende områder:

- Styrking av poliklinisk behandlingstilbud (egne rusteam),
- Avrusning – 3 nye enheter
- Styrke regionalt tilbud for innleggelse etter tvang
- Tilpasse funksjonsfordeling/nivådeling innen tjenestene i regionen
- Utvikle metoder for oppsøkende virksomhet
- Brukerundersøkelser
- Styrke tilbudene til pårørende
- Regionalt nettsted for beste praksis
- Program for systematisk kompetanseutvikling inkl system for veiledning
- Program for behandlingsforskning

Ortopedi.

Utfordringen innen ortopedi er at først og fremst at kapasiteten totalt er god nok, men tilbudet er organisert slik at det til dels er lange ventelister enkelte steder. Bekymring for framtidig rekruttering til faget har medført at den vedtatte planen for oppbyggingen av en tilfredsstillende kapasitet og organisering, legger føringer for at utdanning av ortopeder må intensiveres og først og fremst skje ved de to store fagmiljøene.

Smittevern

Regionalt kompetansesenter etableres i 2005 og skal prioritere utvikling av felles informasjonssystemer og kompetanseutvikling i regionen. Styrking av bemanning og kompetanse (sykepleiere og leger) og å øke isolatkapasiteten er prioriterte oppgaver de nærmeste år.

6.3.2 Utdanning

Grunnutdanning

Helseforetakene er forpliktet til å ivareta praksisandelen i grunnutdanningene innenfor medisin og helsefag i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Utviklingen i spesialisthelsetjenesten med økt bruk av dagbehandling, poliklinisk behandling og bruk av hotellposter medfører en stadig reduksjon i sengeantall. Dette får konsekvenser for organiseringen og gjennomføringen av praksisstudiene. I planperioden vil Helse Nord

- ta initiativ til at dagens organisering gjennomgås sammen med utdanningsinstitusjonene, for å utvikle praksisstudiene i tråd med de omstillingene som gjennomføres.
- følge opp dette både gjennom samarbeidsorganene med høyskolene og universitetet, samt delta i en gjennomgang av praksisstudiene.

Etter – og videreutdanning

Etter- og videreutdanning er et svært viktig felt for å opprettholde faglig standard og kvalitet. I tillegg er etter- og videreutdanning nødvendig for å gjennomføre den planlagte satsningen innen rehabilitering, geriatri, psykisk helse, rus, kronikeromsorgen og smertelindring.

Helse Nord RHF vil, i samarbeid med HFene, iverksette gjennomgang av strategi og organisering for anskaffelse av etter- og videreutdanning. Dagens ordning fordeler positivt enkelte fagområder, basert på tidligere praksis, og gir foretakene begrenset mulighet til å skaffe seg den kompetansen de til enhver tid trenger.

En sterkere satsing på utdanning av egne legespesialister etter modell av utdanningsprogrammene i psykiatri vil bli prioritert innenfor geriatri, fysikalsk medisin og rehabilitering samt revmatologi. Det er startet opp et rekrutterings- og utdanningsprogram for å møte de store utfordringene med å skaffe nøkkelpersonell i Finnmark. Det skjer i samarbeid med nasjonale myndigheter. Programmet er beregnet å gå over en periode på 10 år.

Helse Nord skal også utrede mulig etablering av en paramedicsutdanning (på høyskolenivå) i Nord-Norge for faglært ambulanspersonell. Sikring av nødvendig *rekruttering av lærlinger* i ambulansefaget, slik at Stortingets (og ny forskrifts) krav til kompetanse innfris, vil være en prioritert oppgave. Det er et mål å opprette 12 lærlingeplasser pr. år pr. helseforetak (sum 1. og 2. års lærlinger)

Lederutdanning/lederutvikling.

Helse Nord RHF jobber for å etablere en *mastergrad i ledelse* for våre ansatte. Mastergraden er planlagt utstedt fra Handelshøgskolen (HHB) ved Høgskolen i Bodø i samarbeid med NTNU og vil gi akkreditering som en Master of Business Administration. Mastergraden organiseres som en deltidsstudie over 5 semester med oppstart høsten 2005 for 25 – 30 studenter. Masteroppgaven er berammet til 2 semester. Målgruppen vil være ledere på ulike nivå, men kliniske ledere og særlig medisinske ledere vil rekrutteres aktivt.

Modulene er: Ledelse av ekspertorganisasjoner, Innovasjon og prestasjonsutvikling, Etikk og ledelse, Helseøkonomi og statistikk, Finansiering og resultatmåling, Økonomi og aktivitetsstyring.

Coaching og generell lederutvikling

Helse Nord RHF har etablert et coaching-program med målsetting å styrke ivaretagelse av det personlige lederskapet i vår organisasjon. Coaching for toppledelsen (RHF og HF direktørene) planlegges gjennomført våren 2005.

Helse Nord RHF arrangerer 2 ledersamlinger pr. år fra 2005, en i april og en i oktober. Erfaringene viser tydelig effekt med hensyn til bygging av en felles foretakskultur i Helse Nord RHF. Effekten av å bringe 90 – 100 ledere sammen både fra klinisk virksomhet og fra stab/støtte vil være et viktig bidrag til å utvikle den såkalte "to-lojalitetsholdning" som er helt nødvendig i vår foretaksmodell. Også på HF nivå utvikles egne lederutviklingsprogram for å styrke lederskapet lokalt. Helse Nord RHF ser nødvendigheten av at det regionale helseforetaket har en modul i hvert lokale lederutviklingsprogram. I tillegg bør alle lokale lederutviklingsprogram inneholde en eller flere sekvenser av coaching???

Behov for samisk språk og kulturkompetanse

For å ivareta behov og tilbud i forhold til den samiske befolkningen, må spesialisthelsetjenesten inneha kompetanse i samisk språk og kultur. Personell som skal arbeide i Helse Nord og møte samer må inneha en viss kompetanse om samisk språk og kultur, men ikke minst gjelder det også å rekruttere samisktalende personell. Gjennom kartleggingen av samiske helsetjenester i 2005 vil det fremkomme resultater om status og framtidig behov for samisk språk og kulturkompetanse. Helse Nord RHF vil følge opp med konkrete tiltak i tråd med resultatene fra denne undersøkelsen.

Ambulansetjeneste

Krav til kompetanse – tomannsbetjening med minimum én fagarbeider og en med relevant medisinsk/pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse – vil kreve en stor satsing fra Helse Nord RHF, dersom dette skal kunne innfris. Pr i dag har vi en dekningsgrad på gjennomsnittlig 30 % fagarbeidere totalt i foretaksgruppen. Det må satses både på grunnutdanning gjennom rekruttering og finansiering av lærlingeplasser og på oppgradering av personell som arbeider i tjenesten.

6.3.3 Forskning

Helse Nord RHF har i styresak 71-2004 vedtatt en spissing av forskningsstrategien med tydeligere mål og veivalg de nærmeste år. Våre forskningsfelt er konkretisert i 6 områder: somatikk, psykisk helse, klinisk og laboratoriemessig infrastruktur for å understøtte den øvrige forskningen, samt aldersforskning, rehabilitering, samhandling med primærhelsetjenesten og endelig telemedisin. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, etablert og finansiert av Helse Nord, ses på som en ressurs for forskningsområdet. Senteret skal særlig konsentrere seg om pasientstrømsanalyser og forbruksprofiler. Vedrørende tematiske satsinger innenfor Helse Nord's programmer, skal dette gjøres i 2005 gjennom samarbeidsorganet med universitetet.

Helse Nord ønsker å prioritere anvendt forskning de kommende årene. Det innebærer klinisk forskning, epidemiologisk forskning og helsetjenesteforskning innen alle våre forskningsprogram. Det kan føre til kompetansehevning og bedre diagnostikk, forebygging, behandling og rehabilitering samt organisering av tjenestene. Videre skal det satses på å legge til rette for multisenterstudier i regi av den kliniske forskningsavdelingen ved UNN, og det satses på forskerutdanning gjennom kombinertstillinger for medisinerere.

Det skal satses på toppmiljøer fra 2005 hvor kirurgisk forskning samt forskning rundt de tre kompetansesentrene i mikrobiologi, blodbanktjeneste og muskelsykdommer vil stå sentralt. Det skal også satses på bredde i alle forskningsprogram og legges enda bedre til rette for forskning i helseforetak utenom universitetsklinikken. Det er vedtatt en økonomisk opptrappingsplan som blir realisert, gitt økonomisk balanse fra 2006.

6.3.4 Opplæring av pasienter og pårørende

Helse Nord har i løpet av 2004 fått lærings- og mestringssentre i alle helseforetak. Helgelandssykehuset har lærings- og mestringssentre ved alle 3 sykehusene. Det er også etablert et nettverkssamarbeid mellom lærings- og mestringssentrene i Helse Nord.

I 2005 vil det bli gjennomført en evaluering av lærings- og mestringssentrene, med vekt på å identifisere beste praksis, styrke samarbeidet mellom LMSene og finne fram til pasientgrupper som nå mangler tilbud. Det er helt klart et behov for å styrke lærings- og mestringstilbudene til psykiatriske pasienter. LMSene vil også få en viktig rolle i årene framover i oppfølgingsprogram for pasienter som er under behandling for sykkelig overvekt.

Utfordringer knyttet til den samiske befolkning

Alle innbyggere har rett til et likeverdig helse- og sosialtjenestetilbud. Samene har som urfolk ifølge Grunnloven rett til et særlig vern for å kunne utvikle sin kultur, sitt språk og samfunnsliv. Som et ledd i vår oppfølging av dette området, startet vi høsten 2004 en kartlegging om kompetanse og tjenestetilbud for samiske brukere i helse- og sosialtjenesten i Nord-Norge. Resultatene av spørreskjemaundersøkelsen skal brukes som grunnlag for videre planlegging og utvikling av helsetjenestene til den samiske befolkningen.

Planer 2005-07

- Helse Nord RHF vil i 2005 etablere et eget samarbeidsorgan med Helse Midt-Norge og Sametinget.
- Samisk nasjonalt kompetansesenter innen psykisk helsevern, etablert i Karasjok og Laksely, vil bli en viktig samarbeidspartner i årene fremover når det gjelder utvikling av kompetanse og forskning på disse temaene, sammen med Samisk avdeling UNN.

6.3.5 Kvalitet

Helse Nord's overordnede strategi på kvalitetsområdet (KUNNSKAP, KVALITET OG LÆRING) påpeker at *"forbedringsarbeid forutsetter både organisatorisk og individuell læring. Slik læringsbasert forbedring må omfatte både klinisk praksis og organiseringen av behandlingsskjeder."* Målsettingen er at tilbudene i Helse Nord har en kvalitet av god internasjonal standard, og at det etableres en evaluerende kultur basert på kunnskap om "beste praksis" og dokumentasjon av egen virksomhet. Et viktig tiltak her er *"å sørge for at det etableres systemer og rutiner for kvalitetssikring, avvikshåndtering og kvalitetsforbedring som er tuftet på dokumentasjon, åpenhet og læring."*

Kvalitetssystemet i Helse Nord (DocMap) skal etter planen tas i bruk ved alle avdelinger og enheter i løpet av 2006. Da vil Helse Nord RHF ha et verktøy som avhjelpe flere av utfordringene i å sikre en god virksomhetsstyring og internkontroll, ved en systematisk oversikt og oppfølging av gjeldende lov- og regelverk og øvrige styringssignaler. Det skal i 2005 også etableres et rapporteringssystem i tilknytning til øvrige rapporteringsrutiner hvor HFenes håndtering av meldinger og avvik vil fremkomme på en systematisk måte.

Oppfølging av kvalitet gjennom kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre

Det er et klart mål for Helse Nord at resultatene skal stabiliseres og nærme seg nasjonale målsettinger for indikatorene i løpet av 2005 -06.

Helse Nord RHF vil følge opp etablering og drift av nasjonale kvalitetsregistre i tråd med de retningslinjer som skal etableres for det enkelte register. Siden alle deler av tjenestene etter hvert innfører felles pasientadministrativt system, ønsker Helse Nord primært at alle registerdata i størst mulig grad skal kunne registreres og sikres gjennom pasientadministrativt system, mens eksport videre til sentrale registre kan standardiseres og automatiseres i henhold til de konsesjoner som foreligger.

Beredskap

Rutinemessig øving av beredskapsplaner må prioriteres. Både regionalt og nasjonalt må det utvikles avtaler som sikrer forsyning av materiell og medikamenter ved kriser og katastrofer. Nasjonal veileder for psykososiale tjenester (2005) skal implementeres i Helse Nord.

6.3.6 Ressursutnyttelse

Disponering av personellressurser

Helseforetakene i Helse Nord forbruker i gjennomsnitt om lag 11000 årsverk for å gi befolkningen i regionen tilgang til spesialisthelsetjenester i tråd med vårt "sørge-for" ansvar. I tillegg kommer kjøp av ressurser fra private. Helse Nord er fortsatt rekrutteringssvak for flere grupper høyspesialisert personell selv om vi har registrert en bedring av situasjonen i 2004. For tilgang på nødvendige personellressurser har derfor foretaksgruppen utviklet/ har under utvikling policy og tiltak for å bedre tilgangen av helsepersonell og utnytte personellet mer effektivt. Punktvis nevnes;

- Forholdsvis stort utdanningsvolum for leger
- Prosjekt på utenlandsrekruttering
- Rekrutterings og utdanningsprosjekt for spesialister i Barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri
- Eget Finnmarksprosjekt for rekruttering av leger under planlegging
- Prosjekt for ambulering av helsepersonell for å bedre lik tilgang på spesialisthelsetjenester under planlegging
- Strukturert tilnærming mot vikarbyrå for å sikre tilgang av helsepersonell gjennom rammeavtaler

Oppsummert må vi ha fokus på strategier for å sikre tilgang-, beholde og utdanne-, samt å utnytte eget helsepersonell på tvers av foretaksgrensene i regionen. Sistnevnte vil være del av prosjektet om desentralisering av spesialisthelsetjenester, hvor økt ambulering og etablering av spesialistpoliklinikker i flere kommunesentra vil ha betydning både for utnyttelsen av helsepersonell og kostnader til pasienttransport.

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Ny forskrift om krav til akuttmedisinsk tjenester utenfor sykehus vil sannsynligvis tre i kraft våren 2005. Evt. bestemmelsene om tilstedevakt, nødvendig kompetanseutvikling, felles kommunikasjonsnett, opprettelse av akuttmedisinske team og gjennomføring av felles øvelser for helsepersonell fra spesialist- og kommunehelsetjenesten får store økonomiske konsekvenser for både investering og drift. Spesielt innføring av tilstedevakt i mindre ambulansedistrikt vil kunne ha store økonomiske konsekvenser for Nord-Norge (avstander, bosetning, kommunikasjoner). I tett dialog med Arbeidstilsynet vil derfor Helse Nord gjøre de tilpasninger som er nødvendig i henhold til Arbeidsmiljøloven. Spesielt viktig blir det å utvikle

reserveløsninger for å avlaste ved de relativt sjeldne topper i aktivitet for de perifere ambulansene.

Luftambulansetjeneste

Luftambulansetjenstens fly- og helikopteroperative del er skilt ut i et felles nasjonalt eid ANS, mens det medisinske ansvar for tjenesten ligger i helseforetakene. Implementering av bestemmelser i JAR OPS 3 (nye myndighetskrav) medfører skifte av ambulanshelikopter fra 2006. Ny forskrift vedr. arbeids- og hviletidsbestemmelser medfører økte bemanningskostnader. I sum utgjør dette betydelige økte kostnader som konsekvens av myndighetspålegg.

Nødmeldetjeneste – koordinering av ressurser

AMK-sentralene skal som minimum ha 2 kvalifiserte operatører døgkontinuerlig tilgjengelig for sentralen. Det skal etableres back-up-løsning ved driftsstans og det skal forberedes mottagelse av nytt digitalt nødnett.

I perioden planlegges etablert et system for flåtestyring og som trinn I etableres system for koordinering/oversikt pr. helseforetak, i trinn II skal ressursene kunne sees / koordineres på tvers av helseforetakene i Helse Nord.

7. "Sørge-for-ansvaret" i forhold til rammebetingelsene i 2005

I dette kapitlet beskrives det nærmere hvordan Helse Nord vil løse sitt "sørge - for" ansvar med utgangspunkt i rammebetingelsene i 2005 og de mål og strategier som fremgår av kapittel 6.

7.1. Risikofaktorer

Helse Nord vil arbeide systematisk med å avklare innholdet i "sørge for"-ansvaret og de andre hovedoppgavene i samarbeid med de øvrige 4 RHF. Det må utvikles metoder for å klarlegge utviklingen i behov og metodene for prioritering.

I praksis fremkommer de største utfordringene på kort sikt som følge av endrede økonomiske rammebetingelser, effektiviseringskrav, økte pasientrettigheter og nye oppgaver, – og ikke som følge av endret sykelighet og nye behandlingsmetoder.

En anser følgende risikofaktorer som vesentlige i forhold til oppfyllelse av "sørge for"-ansvaret:

- Aktivitetsvolum innen somatiske tjenester. Dette påvirkes av endret etterspørsel, endrede pasientrettigheter, endret finansieringsmodell mv.
- Eiers fastsetting av poliklinikkrefusjoner, ISF-refusjoner og evt. fastsetting av gjestepasientpriser.
- Fastsetting av DRG-vektorer i forbindelse med innføring av nye behandlingsmåter
- Utviklingen i lønns- og pensjonskostnader.
- Finansiering av nye oppgaver som overføres til de regionale helseforetakene. Erfaringsvis er nye oppgaver ikke fullt ut finansiert, samtidig som det stilles krav om effektivisering.
- Fastsetting av åpningsbalanse og herunder avskrivingsregler/-regime.
- Handlingsrom for endring (reduksjon) av realkapitalen.
- Lite forutsigbare lånerammer og eventuelle investeringstilskudd.
- Innføring av nytt nasjonalt finansieringssystem

7.2 Økonomiske rammer

En enkel fremskriving av de økonomiske utfordringer de nærmeste årene viser følgende bilde:

Konsern	Prognose 2004	Budsjett 2004	Budsjett 2005	2006	2007	2008
Basistilskudd	-5 296 983 000	-5 296 983 000	-4 576 208 000	-4 566 208 000	-4 556 208 000	-4 546 208 000
ISF-inntekter	-1 321 500 000	-1 290 317 000	-2 022 287 324	-2 022 287 324	-2 022 287 324	-2 022 287 324
Gjestepasientinntekter	-30 251 000	-29 261 000	-31 984 562	-31 984 562	-31 984 562	-31 984 562
Polikliniske inntekter	-527 324 000	-506 685 000	-426 110 811	-426 110 811	-426 110 811	-426 110 811
Øremerkede tilskudd	-715 541 500	-728 353 700	-1 207 563 068	-1 207 563 068	-1 207 563 068	-1 207 563 068
Annen driftsinntekt	-342 000 000	-381 503 000	-408 658 086	-408 658 086	-408 658 086	-408 658 086
Sum inntekter	-8 233 599 500	-8 233 102 700	-8 672 811 851	-8 662 811 851	-8 652 811 851	-8 642 811 851
Kjøp av helsetjenester	561 000 000	536 712 266	588 686 252	588 686 252	588 686 252	588 686 252
Varekostnad	1 202 285 000	1 246 624 196	1 258 534 153	1 258 534 153	1 258 534 153	1 258 534 153
Lønnskostnad	4 926 000 000	4 929 974 077	5 054 690 001	5 054 690 001	5 054 690 001	5 054 690 001
Avskrivning åpningsbalansen	529 233 894	533 247 608	500 226 894	295 591 136	264 320 336	238 152 536
Avskrivning inv 2002-2004	76 067 106	75 483 731	127 560 444	127 560 444	127 560 444	127 560 444
Annen driftskostnad	1 344 000 000	1 382 507 606	1 417 048 061	1 417 048 061	1 417 048 061	1 417 048 061
Netto finanskostnad	-4 430 000	-10 171 783	-9 837 086	0	0	0
Årsresultat	400 556 500	461 275 000	264 096 868	79 298 196	58 027 396	41 859 596
Strukturfond	141 593 000	141 593 000	131 591 000			
Resultat etter strukturfond	258 963 500	319 682 000	132 505 868	79 298 196	58 027 396	41 859 596
Resultateffekt av kortere levetid						
åpningsbalansen	52 000 000	52 000 000	45 000 000			
Årsresultat	206 963 500	267 682 000	87 505 868	79 298 196	58 027 396	41 859 596
Planer						
Avskrivninger av investeringsplan 2005-08				49 397 500	93 637 054	141 075 839
Forskningsstrategi				42 000 000	62 000 000	62 000 000
Geriatrici				10 000 000	10 000 000	10 000 000
Hab/Rehab				9 000 000	9 000 000	9 000 000
Økt pensjonskostnad				90 000 000	90 000 000	90 000 000
Innføring av nye tiltak				50 000 000	50 000 000	50 000 000
Brutto omstillingsutfordring	206 963 500	267 682 000	87 505 868	329 695 696	372 664 450	403 935 436
Tiltak for balanse 2006				-87 000 000	-87 000 000	-87 000 000
Uløst omstilling pt				242 695 696	285 664 450	316 935 436

7.3 Sørge-for ansvaret i forhold til økonomiske forutsetninger

En foreløpig fremskrivning av den økonomiske utviklingen for Helse Nord fram til 2008, basert på de beslutninger som allerede er vedtatt, viser en betydelig økt netto omstillingsutfordring de nærmeste årene. Denne beregningen er gjennomført før en har fått beregnet konsekvensene av:

- endringer i alderssammensetning
- sykdomsbilder
- behov for å styrke tilbudet til kronikere
- større investeringer

De økonomiske rammebetingelsene er utfordrende, og vil kreve en betydelig innsats fra alle ansatte. Tiltakene medfører blant annet en reduksjon i omtrent 403 årsverk i 2005. Det skjer reduksjon i grunnbemanning og sammenslåing av avdelinger, reduksjoner i sengetall og annen omlegging av drift. Omstillingen vil, slik driftsopplegget er for 2005, ha moderat effekt på pasienttilbudet. Det er ingen tilbud som nedlegges helt, men omstilling gjennomføres ved sammenslåing av avdelinger, høyere beleggsprosent, omorganisering av drift med økt dagbehandling og bruk av sykehotell samt generelle nedskjæringer i grunnbemanning og kostnader. Omstillingen vil ha en mer usikker effekt på det generelle pasienttilbudet, og det er forventet at reduksjoner i tilbud vil kunne føre til lavere servicenivå, lengre ventetid for pasientene evt. fare for at pasientene velger behandling i andre regioner.

Helse Nord er bekymret over muligheten til å investere i nytt medisinsk teknisk utstyr, både i forhold til lave investeringsrammer og i form av muligheten til å betjene fremtidige kostnader av nødvendige nyanskaffelser. Enkelte helseforetak har innført tilnærmet investeringsstopp, og kun nødvendige reanskaffelser av utstyr på grunn av brekkasjer vil gjennomføres. En slik situasjon vil på lengre sikt føre til konsekvenser i form av et dårligere tilbud til pasientene.

Helse Nords perspektiv er å drive virksomheten innen de prioriteringsmessige og økonomiske rammer som gis fra eier. I 2003 og 2004 har det skjedd betydelige omstillinger i helseforetakene. Styret i Helse Nord RHF har som målsetting å styrke satsingen på helsepolitisk høyprioriterte områder som geriatri, rehabilitering og psykiatri samt gjennomføre et investeringsprogram som sikrer at Helse Nord har en moderne og tilfredsstillende infrastruktur. De foreliggende økonomiske rammebetingelsene medfører at dette ikke kan gjennomføres så langt som styret mener det er nødvendig. Investeringer må utsettes, takten på iverksetting av nye tiltak på de helsepolitisk prioriterte områder må reduseres og det må gjennomføres ytterligere innstramminger i budsjettene til helseforetakene for planperioden.

Skal Helse Nord kunne møte de store utfordringene er det avgjørende at de økonomiske rammebetingelsene blir forutsigbare, og ikke skaper nye tilpasningsproblemer. Det betyr at lønns- og prisvekst må kompenseres fullt ut, jfr. opplegget for 2005. I tillegg er det særlig viktig at nye oppgaver fullfinansieres, og at Helse Nord kan følge opp tidligere vedtatte prioriteringer. Dette gjelder også for bygningsmessige prosjekter.

En viktig del av de økonomiske rammebetingelser er måten ISF- ordningen innrettes på. Endring av forhold mellom basis og aktivitetsavhengig finansiering fra ett år til et annet er svært utfordrende. Vurderingen av denne balansen bør primært skje med utgangspunkt i hvilke fagområder en ønsker å styrke. Satsing på geriatri, rehabilitering etc. trekker i retning av en lavere aktivitetsavhengig andel.

Helse Nord RHF vil understreke at statsbudsjettet for 2006 må sikre økonomiske rammebetingelser som gir fullfinansiering av nylig gjennomførte reformer, og som gir muligheter for omstilling og utvikling av tilbudene til de helsepolitisk høyt prioriterte pasientgrupper.

8. "Sørge-for-ansvaret" i forhold til befolkningens behov for helsetjenester.

Veksten i behov

I gjennomsnitt over de siste 20-30 år har antall heldøgnsopphold i somatiske sykehus hatt en årlig vekst som tilsvarer ca. 1 % mer enn det befolkningsutviklingen alene skulle tilsi. For perioden 1995-2001 var det tilsvarende tall 1,5 %. En regner med at det i årene som kommer vil kreves en tilsvarende aktivitetsøkning innen somatisk virksomhet. Det understrekes at dette gjelder døgnopphold. For poliklinikk og dagbehandling, har veksten vært vesentlig høyere, og vi forventer at denne trenden vil fortsette. I psykisk helsevern, rusomsorg og kronikeromsorgen vil økningen måtte være betydelig over den prosentvise økningen i somatikk, da dette er områder som er forutsatt å ha en større vekst enn den øvrige somatiske virksomheten i årene som kommer, noe som også fremkommer i eiers bestillingsdokument for 2005.

Aktivitetsøkningen i somatikk gjenspeiler utviklingen innen medisinsk kunnskap og teknologi, som frembringer stadig nye behandlingstilbud. Helse Nord ser det som en del av "sørge for"-ansvaret å gjøre nye effektive behandlingstilbud tilgjengelige for den nordnorske befolkning. Helse Nord vil imidlertid aktivt bidra til at helseforetakene har økt fokus på metodevurdering og kvalitetssikring av nye tilbud og teknologi, for å sikre dokumentasjon på effekten av behandlingen. Kostnadene ved behandlingen i forhold til resultat i relasjon til økt livslengde og/eller livskvalitet, skal aktivt vurderes før nye behandlingsmetoder og/eller medisinteknikk utstyr/teknologi tas i bruk.

Omstilling og effektivisering.

Spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt vært opptatt av de akutte og klart definerte tilstander. Styrking av tilbudet til eldre og kronikere, psykisk syke og rusmisbrukere innebærer økt fokus på en mer helhetlig tilnærming til pasientene, tverrfaglig samarbeid, samhandling med kommunene, fokus på individuelle planer og pasientopplæring. Rehabiliteringstilbudet må konsolideres og styrkes i hele regionen. Spesialisthelsetjenesten må endre ta opp i seg et nytt fokus.

For å utvikle et nytt og bredere fokus er det nødvendig med en viss omstrukturering av kapasiteten. Dette må i stor grad skje ved reduksjon av kapasitet innenfor kirurgi, vridning mot økt dagbasert behandling og økt grad av desentralisering av spesialisthelsetjenester. Desentralisering og samhandling med primærhelsetjenesten vil være sentral i dette omstillingsarbeidet både for å få ned det høye sykehusforbruket i landsdelen og for å bedre tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene til pasientgrupper hvor behandlingsvolumet er stort og nærhet til tjenestene viktig, slik som for alle de nevnte prioriterte gruppene.

Rekruttering, utdanning og stabilisering av helsepersonell.

Utdanning og rekruttering av spesialister innen rusmedisin, psykiatri, geriatri og fysikalsk medisin samt annet personell med nødvendig kompetanse, er helt sentralt for å kunne virkeliggjøre alle våre tiltak og oppfylle sørge- for ansvaret overfor befolkningen. Det er stort behov for å øke de nevnte fagenes posisjon. Geriatritilbudet er så sparsomt utbygd at det trengs både styrking og nyetablering i hele regionen. Mye av dette skyldes en nærmest total mangel på geriatere. Det desentraliserte utdanningskonseptet fra psykiatrien vil nå danne utgangspunkt for nye utdanningsprogram i fysikalsk medisin og geriatri, noe som forhåpentlig vil gi langt bedre spesialistdekning på sikt.

OPPFØLGING AV STYRINGS-DOKUMENT 2004 – RAPPORT.

1. Tildeling av midler og ressursgrunnlag for Helse Nord

Helse Nord's samlede ressursramme er benyttet i tråd med forutsetninger. DRG-produksjonen har vært styrt innenfor overslagsbevilgningen på 112 455 DRG-poeng. Øremerkede midler er videreført til gitte tiltak i tråd med forutsetninger for tildelingen, og ubenyttede midler fremkommer som kortsiktig gjeld i balansen til det enkelte helseforetak.

2. Krav til ivaretagelse av "sørge-for" ansvaret for pasientbehandling – andre hovedoppgaver.

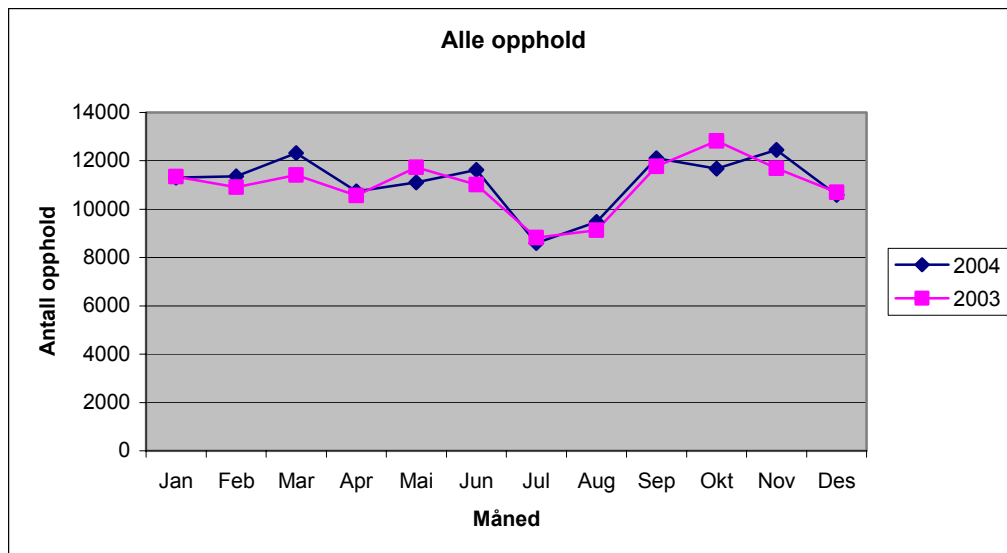
2.1 Pasientbehandling

Forventninger til aktivitet

- *Aktiviteten skal tilpasses tilgjengelig og påregnelig ressursramme. Budsjettet for 2004 legger til rette for en videreføring av aktiviteten på om lag samme høye nivå som aktiviteten i 2003. Innen psykisk helsevern legges det til grunn økt aktivitet.*

Aktivitet somatikk

Aktiviteten innen somatisk virksomhet er i 2004 videreført på omtrent samme nivå som 2003. Antall opphold viser en vekst på 1 pst. Målt i antall produserte DRG-poeng innrapportert fra foretakene er den reelle veksten om lag 0,5 pst. Dagkirurgien har den sterkeste veksten relativt sett (+5,2 pst).



Antall polikliniske konsultasjoner viser imidlertid en nedgang på 2 pst. Nedgangen er ved tre av fem helseforetak.

Somatisk aktivitet	2003	2004	pst endring
	Totalt antall opphold	131 922	133 325
Herav dagkirurgi	20 286	21 362	5,3 %
Herav innlagte heldøgnsopphold	86 866	87 311	0,5 %

Herav elektive dagopphold	24 770	24 652	-0,5 %
---------------------------	--------	--------	--------

Aktivitet psykisk helsevern

Innen voksenpsykiatrien er antall utskrivninger marginalt økt, mens antall liggedøgn øker noe mer. Dette indikerer at flere pasienter ligger lengre inne.

Produksjonstall - VOP	2003	2004	pst endring
Utskrivninger - døgnbehandling	4 863	4 899	0,7 %
Antall liggedøgn	129 791	137 483	5,9 %
Antall oppholdsdager - dagbehandling	9 966	9 685	-2,8 %
Polikliniske konsultasjoner VOP	74 822	79 299	6,0 %

Dagoppholdene viser en reduksjon, mens antall polikliniske konsultasjoner øker. Dette antas å ha sammenheng med noe endret registreringspraksis. Veksten i dagbehandling og poliklinikk er samlet 4,9 pst. Totalt er inntrykket en moderat aktivitetsvekst i voksenpsykiatrien.

På høsten 2004 ble driften av enhet for idømt behandling i Tromsø etablert.

Innen barne- og ungdomspsykiatrien er det en vekst innen alle parametere. Antall dagopphold (+77,9 %) og antall tiltak (+6,9 %) viser den sterkeste veksten.

Produksjonstall - BUP	2003	2004	pst endring
Utskrivninger - døgnbehandling	168	198	17,9 %
Antall liggedøgn	7 430	8 015	7,9 %
Antall oppholdsdager - dagbehandling	854	864	1,2 %
Polikliniske konsultasjoner BUP	32 847	33 530	2,1 %
Antall tiltak BUP (indirekte og direkte)*	64 003	68 433	6,9 %

* = tall oppgitt eksklusive Helse Finnmark

På høsten 2004 ble ny klinikkavdeling for barn og unge etablert i Mosjøen. Opptrappingsmidler til psykisk helsevern har i hovedsak finansiert nye døgntiltak slik at veksten innen poliklinisk behandling vil være realisert gjennom økt produktivitet.

Aktivitet rusomsorg

Aktivitetstall for rusomsorg i 2004 foreligger ikke, disse vil ettersendes i egen ekspedisjon.

Per 2. tertial rapporterte Helse Nord en aktivitetsvekst innen antall liggedøgn (+ 21 %) og i antall utskrivninger (+ 4 %). Ventetidene ved institusjonene er varierende og skyldes økt pågang. Dette har også resultert i etablering av en regional koordineringsfunksjon, lagt til Hålogalandssykehuset, Nordlandsklinikken fra 2005. LAR-senter for Helse Nord har oppstart i 2005.

Ventelister og ventetider

Det er etablert gode samarbeidsrutiner mellom helseforetakene og telefontjenesten for Fritt sykehusvalg. De ansatte på telefontjenesten rapporterer at ventetiden i Helse Nord har gått ned. Mange av sykehusene oppgir ventetider på under 12 uker på de fleste diagnoser det skal rapporteres til på nettsiden. UNN har fremdeles høyest gjennomsnittlig ventetid, selv om ventetidene har gått ned. Diagnosene som har flest henvendelser til Fritt Sykehusvalg er MR-undersøkelse, artroskopi menisk og skulder, nevrologisk utredning og reumatologisk utredning.

Pasientrådgiverne har foreslått overfor Sosial- og helsedirektoratet at listen over diagnoser/prosedyrer på nettsiden bør revideres. Det er stort behov for at ventetider for rus, habilitering og rehabilitering kommer inn som valgmulighet i menyen på hjemmesiden.

Utskrivningsklare pasienter

Rapporteringen på dette har vært mangelfull. For Helse Finnmark og UNN er det ikke sammenligningstall fra 2003. Resultatene for HF som både rapporterte i 2003 og 2004, viser varierende resultater. Antallet utskrivningsklare pasienter ser ut til å øke for Helgelandssykehuset og Hålogalandssykehuset, mens Nordlandssykehuset (kun tall for Lofoten) viser gledelig nedgang. Et annet uttrykk for hvilket omfang dette problemet har for HFene, kan vi få ved å se på hvor store summer HFene kan inntektsføre fra kommunene på kontoen utskrivningsklare pasienter. Prognosen for 2004 indikerer nedgang i antallet utskrivningsklare pasienter både i Nordlandssykehuset og Helse Finnmark, men en økning i de øvrige HFene. Disse tallene avhenger av i hvor stor grad HFene krever inn penger fra kommunene for utskrivningsklare pasienter.

2.1.1 Kvalitet i tjenesten

Prioritering.

- *Det regionale helseforetaket skal følge opp prioriteringsforskriften, og prioritere innenfor ulike pasientgrupper.*

Målet for 2004 har vært å starte en prosess hvor områder med overkapasitet tas ned for å kunne øke tilbudet til prioriterte områder der vi har underkapasitet eller mangelfullt tilbud. Overkapasitet er definert innenfor de kirurgiske fagområder og underkapasitet er erkjent innenfor psykisk helsevern, rusomsorg, tilbud til kronikergruppene samt geriatri og generell indremedisin. Helse Nord har derfor i 2004 utarbeidet handlingsplaner for psykisk helsevern, rus, habilitering og rehabilitering samt geriatri.

Foretaksgruppen har prioritert disse områdene samt kreftbehandling innen rammen av de stramme budsjettene helseforetakene har hatt på en slik måte at disse områdene har vært skjermet for innskrenkninger og nedbemanning. Fra 2005 er det avsatt øremerkede midler for å øke innsatsen innen alle de nevnte områder. Kirurgiske fagområder er redusert med 53 senger fra utgangen av 2003 til utgangen av 2004. Det er iverksatt tiltak for arbeids- og funksjonsfordeling innen flere områder og det er gjennomført sentralisering av kreftkirurgi hvor volum har betydning for kvaliteten av behandlingen. Det er også iverksatt sentralisering innen ortopedi for lavvolum prosedyrer.

Helse Nord har etablert regionalt senter for behandling av sykkelig overvekt, som gir tilbud om forberedelse, behandling og oppfølging til pasienter som oppfyller kriteriene for slik behandling jfr. de nasjonale retningslinjer utarbeidet i 2004 av en nasjonal arbeidsgruppe hvor også Helse Nord har deltatt. Senteret har kapasitet til å behandle ca. 50 pasienter i året, noe som beregnes å skulle ivareta insidens pr. år men som er for lite i forhold til det store etterslepet som har oppstått over flere år hvor denne pasientgruppen ikke hadde noe tilbud innenlands.

Helse Nord har etablert systemer for en god implementering av endringene i pasientrettighetsloven og en mer enhetlig praktisering av prioriteringskriteriene. Det er etablert en prosjektgruppe som ivaretar utarbeiding av felles systemer, rutiner og retningslinjer for de driftsmessige konsekvenser av endringene i loven. Regionalt prioriteringsutvalg overvåker utviklingen av andelen som gis rett til nødvendig helsehjelp, fristfastsettelse og anvendelsen av prioriteringskriteriene. Andelen som gis rett til nødvendig helsehjelp er harmonisert i foretaksgruppen og varierer nå fra 52 % til 77,5 %

Kvalitet og metodevurdering.

- *Helse Nord skal etablere og finansiere et nytt nasjonalt kvalitetsregister i 2004.*

Helse Nord fikk ikke antatt sitt forslag om å gjøre skaderegisteret til nasjonalt kvalitetsregister og har derfor brukt noe mer tid i 2004 på denne prosessen enn ønsket. Nå er det imidlertid vedtatt at Helse Nord skal ha ansvar for et nasjonalt ryggregister basert på ryggregisteret ved UNN. Dette vil bli implementert nasjonalt i løpet av 2005.

Der er en omfattende virksomhet i fagmiljøene i helseforetakene for å være faglig oppdatert og ta i bruk konsekvenser av vitenskapelig dokumentasjon og metodevurdering. Dette følges opp via faglige nettverk, også i forskningssammenheng. Alle HF har gode systemer for oppdatering, men noen kan bli mer bevisst på implementering av ny viten. Faglig oppdatering av leger skjer gjennom både nasjonale-, internasjonale- og andre kanaler. Internt foregår implementering gjennom internundervisning, revidering av prosedyrer, teknikker, metoder m.m.

Kvalitetsforbedrende tiltak implementeres gjennom linjeledere og faglige oppdateringer på guidelines og felles prosedyrer er tilfredsstillende i alle helseforetak. Der det er dokumentert sammenheng mellom volum og kvalitet, jobber Helse Nord aktivt for å ivareta denne kvaliteten ved sentralisering av prosedyrer. Kreftkirurgi og ortopedi har gjennomgått endringer i 2004 for å sikre tilstrekkelig volum på tjenestene.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

I tillegg til de etablerte nasjonale kvalitetsindikatorene, ble det innført flere indikatorer i løpet av 2004. Målingen gikk over fra kvartal til tertial for flere av indikatorene. På grunn av tekniske problemer har det kun kommet resultater for 2.tertial for de fleste nye indikatorene, noe som medfører at det foreløpig ikke er mulig å si noe om utviklingen. Generelt viser det seg at resultatene for flere av indikatorene både er for varierende og for dårlige sett i forhold til målsettingene. Helse Nord RHF vil sette fokus på å oppnå bedring i 2005.

Pasientrapporterte indikatorer

Pasientenes egne vurderinger knyttet til tjenestene (pasienttilfredshet) måles gjennom følgende hovedindikatorer:

- informasjon og kommunikasjon
- erfaringer med personalet
- organisering
- standard

Høsten 2004 ble første landsomfattende undersøkelse blant psykiatriske pasienter ved voksenpsykiatriske poliklinikker gjennomført. Svarprosenten er så lav at Kunnskapscenteret ikke vil konkludere med at undersøkelsen er representativ, men resultatene sier likevel noe om hvordan brukerne vurderer tjenestene. Generelt er brukerne fornøyd med tilbudet ved voksenpsykiatriske poliklinikker i Helse Nord. Hovedindeksen for Helse Nord ligger på landsgjennomsnittet (68,7 på en skala fra 0 til 100). Mest fornøyd er brukerne med relasjonen til behandler (70,1) og utbytte av behandlingen (70,4), som i somatisk virksomhet er de minst fornøyd med informasjonen (62,1) om egen helse og tilbudet de kan få.

Resultatene fra disse undersøkelsene tilsier at selv om mange pasienter er fornøyd med det tilbudet de får, så er det likevel rom for forbedringer, spesielt når det gjelder kommunikasjon og informasjon. Dette henger sammen med kultur og holdninger.

Tvungen innskrivning i psykisk helsevern

Indikatoren måles hvert halvår. Resultatene for 1.halvår 2004 viser at det er flere institusjoner i Helse Nord som opplever noe nedgang eller en stabil utvikling når det gjelder andelen tvangsinnleggelse.

Hyppighet av keisersnitt (ny 2004).

Indikatoren skal måles årlig. Det er foreløpig ikke satt et bestemt måltall for indikatoren. Resultatene viser at både andel elektive keisersnitt, ø-hjelpkeisersnitt og total andel keisersnitt varierer en del både mellom og internt i HFene. Flere holder imidlertid et lavt nivå. Høyest andel totalt får Nordlandssykehuset Bodø med 19,7 %, fulgt av Hålogalandssykehuset Harstad på 18,6% og UNN på 18,2%. Høyest andel elektive keisersnitt får Nordlandssykehuset Bodø med 7,2 % og Unn med 6,5 %. Høyest andel ø-

hjelpekisersnitt har Hålogalandssykehuset Harstad med 14,4 % og Nordlandssykehuset Bodø med 12,4%. Andel keisersnitt må vurderes hvilken funksjon den aktuelle avdeling har, eksempelvis om det har kvinneklinikkstatus eller ei.

Ventetid før operasjon for tykk- og endetarmskreft (ny 2004)

Indikatoren skal måles tertialvis. Det er dessverre manglende data for indikatoren, men blant sykehusene som har fått gyldige resultater, viser det seg at kun ett sykehus holder seg godt på den antatte målsettingen på 14 dager (Hålogalandssykehuset Harstad). Det er behov for større oppmerksomhet for å få gyldige resultater og dermed kunne vurdere denne indikatoren i 2005.

Strykninger fra operasjonsprogrammet (ny 2004)

Indikatoren skal måles tertialvis. Også her er det flere sykehus som ikke har hatt mulighet til å melde inn resultater. Målsettingen for indikatoren er at andelen strykninger skal komme under 5 %, og det ser ut til at kun ett av sykehusene, Helgelandssykehuset Rana (3%), oppnår dette målet. De øvrige sykehusene ligger til dels langt over det akseptable, som for eksempel UNN med andel strykninger på 16 %, Helse Finnmark Hammerfest og Helgelandssykehuset Sandnessjøen begge med 12 %.

Individuell plan barnehabilitering (ny 2004)

Indikatoren skal måles tertialvis og vise andelen barn som har fått utarbeidet individuell plan av de som har rett til slik plan. Siden dette er første rapportering er det vanskelig å vurdere resultatene, men enheter som rapporterer tall i Helse Nord ser generelt ut til å ha mye å arbeide med for å oppfylle pasientenes rettigheter. Best resultat oppnår Habiliteringstjenesten for barn ved Hammerfest sykehus med 47 %, og Barnehabiliteringstjenesten ved Nordlandssykehuset med 42 %. For de øvrige er resultatene svake.

Ventetid før primærbehandling (klinisk vurdering) etter henvisning til psykiatrisk behandling (ny 2004)

Indikatoren skal måles hvert halvår. Data fra 1.halvår 2004 viser at ventetiden for pasientene ved DPS og sykehus i Helse Nord varierer svært mye både mellom HF og internt i HF. Forskjellen mellom laveste median ventetid på 17 dager, som oppnås av DPS Øst Finnmark, og høyeste median ventetid på 109 dager som Nordlandssykehuset Poliklinikk Indre Salten får, er svært stor. Indikatoren skal skille mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp, men flere HF har ikke meldt inn tall for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, så det er vanskelig å tolke resultatene her.

Andel diagnostisk vurdert innen barne og ungdomspsykiatri (ny 2004)

Indikatoren skal måles hvert halvår. Resultatene fra 1.halvår 2004 er svært varierende, både mellom og internt i de ulike HF, og resultatene er gjennomgående et stykke unna målsettingen på 90 %. Høyest andel oppnår BUP Sandnessjøen, med 51,5 %, mens lavest andel får BUP Narvik med 0,6. Gjennomsnittet for alle barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner er imidlertid også på beskjedne 37,4 %.

Faglig rammeverk

- *Helse Nord skal sørge for at minst 80% av epikrisene sendes innen 7 dager etter utskrivning. Helse Nord skal som hovedregel ikke ha korridorpasienter. Ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid før behandling for lårhalsbrudd.*

Epikrisetid somatikk

Resultatene for andel epikriser sendt innen 7 dager er fortsatt gjennomgående langt fra målet på 80 %. Andelen varierte i 2.tertial 2004 mellom 25,7 % og 69 %, og det er de samme sykehusene som oppnår lavest og høyest andel gjennom året. Både Helgelandssykehuset Sandnessjøen og Helse Finnmark Kirkenes oppnår en gledelig økning fra 4.kvartal 2003 til 2.tertial 2004. Samtidig er det dessverre sykehus som har nedgang i samme periode.

Epikrisetid psykisk helsevern (ny 2004)

Indikatoren skal måles tertialvis. Det har vært vanskelig å gjennomføre målingen både fordi Datatilsynet har hatt innvendinger, men også på grunn av tekniske problemer. Resultatene fra den første målingen i 2.tertial, som kun omfatter barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner, viser imidlertid at det er et stykke igjen. Best ut kommer BUP Hammerfest med 84,4 %, mens flere oppnår resultater godt over 60 %. Mange BUPer i Helse Nord oppnår imidlertid bedre resultater enn snittet for landet, som var på 43,8 %.

Korridorpasienter somatikk

Indikatoren rapporteres tertialvis. Andelen korridorpasienter er generelt på et lavt nivå ved alle sykehusene i regionen, og mange sykehus har en andel rundt 0 pasienter på korridor. For 2.tertial varierer andelen mellom 3,0 og 0,0. Det samme gjelder antallet korridorpasienter per dag. Her varierer antallet mellom 6,7 og 0. Med unntak av Hålogalandssykehuset Stokmarknes, har alle sykehusene i regionen hatt en gledelig nedadgående eller stabiliserende trend når det gjelder andelen korridorpasienter i 2004, og alle sykehusene er nå generelt på et lavt nivå. Mest gledelig er kanskje utviklingen for Helgelandssykehuset Rana, som har fått ned andelen korridorpasienter fra 5,0 i 4.kvartal 2003 til 1,9 for 2.tertial 2004.

Korridorpasienter psykisk helsevern (ny 2004)

Skal måles tertialvis. Resultatene for korridorpasienter i de akuttpsykiatriske sengeavdelingene i Helse Nord er svært gode, målt ut fra første rapportering for 2.tertial 2004. Nordlandssykehuset Bodø og UNN rapporterer omtrent ikke om korridorpasienter.

Preoperativ liggetid for lårhalsbrudd

Indikatoren rapporteres tertialvis. Resultatene varierer. Mens mange sykehus har en generelt god utvikling, ser vi dessverre også at noen sykehus opplever nedgang. Dette gjelder dessverre også sykehus som tidligere hadde gode resultat. På den positive siden trekker vi fram Hålogalandssykehuset Harstad, som hadde en andel nede på 71 % av pasientene som ble operert innen 48 timer i 3.kvartal 2003. Andelen økte til 97 % i 1.tertial 2004 og nå er den 100 %. Sykehuset oppnår dermed målsettingen for indikatoren, sammen med Lofoten, Rana og Mosjøen.

2.1.2 Nærmere om særskilt prioriterte områder

Opptappingsplanen for psykisk helse.

- *Helse Nord skal realisere opptappingsplanen for psykisk helse i Helseregion Nord.*

Omstillingstiltak:

Som ledd i å effektivisere tjenesten, er det gjennomført omstillingstiltak i både voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Frigjorte ressurser har vært rettet inn mot kvalitetsarbeid, kompetanseoppbygging og forskning, samt differensiering av behandlingstilbud. Andre ringvirkninger har vært økning av poliklinisk aktivitet og etablering av nye tilbud.

I Psykisk Helsevern for Voksne i Ofoten (Hålogalandssykehuset HF) startet man i 2004 gjennomføring av en omfattende omstilling av tjenestetilbudet. Justering av antall normerte senger til effektive senger. Frigjorte ressurser har gitt mulighet for oppstart av poliklinisk dagenhet, beredskapsteam (akutt-team), som skal jobbe ambulant, i tillegg til at poliklinikken gir veiledning til kommunene. Fortsatt er det problemer med forsvarlig vaktordning i døgnavdelingen på grunn av svak psykiaterdekning.

Omstillingen av Seidajok går etter planen, og vil slutføres slik styret i Helse Finnmark HF har vedtatt, innen 1. juli 2005. Døgnplassene ble redusert fra 7 til 3 innen 1. juli i 2004. Det er utarbeidet forslag på oppfølging av samtlige punkter i *Delrapport II - oppfølging av Seidajok*. Arbeidet med å etablere ambulante og familiebaserte team i Øst- og Vest-Finnmark vil slutføres i nærmeste fremtid. I løpet av en periode vil både teamene og virksomheten på Seidajok drives parallelt.

I Helse Finnmark HF har de administrative støttefunksjoner blitt vesentlig endret, og denne omleggingen har vært ledd i foretakets arbeid med en mer hensiktsmessig organisering, reduserte kostnader og bedre kvalitet på administrative støttefunksjoner. Tiltaket har ikke tilført psykisk helsevern ekstra ressurser, men det forventes en positiv effekt av bedre kvalitet på støttefunksjonene.

Mål for behandlingsskapasitet:

Helse Nord RHF gir tilbud til 4,5 % av barnebefolkningen i regionen, mot 2,9 i landet for øvrig. Helse Finnmark HF gir tilbud til 5,5 %. Imidlertid er det et problem at ressursfordeling og innsatsfaktorene, både i barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri er skjevt fordelt i regionen, og dette påvirker hvorvidt det enkelte DPS / BUP har oppnådd målene om økt kapasitet, spesielt innen poliklinisk virksomhet. Dette har for enkelte også ført til ventelister.

Tiltak for redusert bruk av tvang – tiltak for kvalitetssikring av tvangsbruk:

Tvunget psykisk helsevern er en sykehusfunksjon, og ivaretas av Nordlandssykehuset HF (NLSH) og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Begge foretakene har igangsatt tiltak for bruk av tvang og kvalitetssikring av tvangsbruk.

I voksenpsykiatrien ved UNN er noen av tiltakene undervisning og veiledning for miljøpersonalet med fokus på reduksjon av maktbruk og økt pasientmedbestemmelse. Det gis veiledning med fokus på holdninger til tvangsbruk og hvordan opptre på måter som ikke framprovoserer aggresjon. Det gjennomføres felles seminar for alle akuttpostene der man utveksler erfaringer av tvangsbruk. Videre sammenligner en tall vedrørende registrert tvangsbruk mellom de enkelte enhetene, og problematiserer forskjeller.

Alle tvangsvedtak som skjerming, tvangsmiddelvedtak og tvangsmedisineringsvedtak registreres i pasientsystemet. Registreringen kvalitetssikres ved at alle innleggelser blir gjennomgått jevnlig. Dette blir regelmessig rapportert både for internt bruk og til offentlige myndigheter. Fra 01.01.05 vil også Kontrollkommisjonen ta i bruk disse rapportene på sine møter på sykehuset.

Ungdomspsykiatrisk avdeling (UPA) på UNN hadde ikke godkjenning for bruk av tvunget psykisk helsevern i 2004. Notoritetsprotokoll (omfattende frihetsberøvende tiltak) fremlegges regelmessig for kontrollkommisjonen. Dette er ikke et lovmessig krav, men gjøres for å høyne bevisstheten rundt frihetsbegrensende tiltak og lovligheten av disse.

Ved NLSH reiser ansatte ved akuttposten for ungdom ut i forvern for å sikre frivillige innleggelser. Antall tvangsinnleggelser har gått ned fra 11,4 % i 2003 til 5,4 % i 2004.

Kvalitetssikringen innenfor sentralsykehusklinikken for voksenpsykiatri ved NLSH består av interne oversikter over tvangsbruken samt at tvangsbruk i lovregulert forstand legges fram for kontrollkommisjonen. Denne protokollføres og registreres i DIPS (pasientsystem). Høyt overbelegg i akuttavdelingen, er en faktor man vet kan medføre økt bruk av tvang. Sykehuset har reelt sett hatt lite tvangsbruk, ikke minst ut fra at DPS-ene ikke er godkjent for å ha ansvar for tvunget psykisk helsevern med døgnopphold.

Tiltak for å sikre ø-hjelp og krisetjeneste:

Samtlige poliklinikker innen barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri har ø-hjelpstilbud innenfor arbeidstiden (dagtid). Ved Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy er det etablert eget akutt-team som gir tilbud til kl 21.30 på hverdager. Ø-hjelpstilbudet omfatter vurderinger, spørsmål fra primærlege og for noen poliklinikker, også tilsyn av pasienter innlagt i somatiske avdelinger.

Ved akutt-teamet ved Nasjonalt Kompetansesenter i psykisk helsevern for den samiske befolkningen (SANKS) er det ikke nødvendig med legehenvising for å søke kontakt. Det gjelder også psykiatrisk ungdomsteam i SANKS som er et lavterskeltilbud for ungdom mellom 15 og 30 år med rus og selvmordsproblematikk.

Utover dette gir akuttposten for ungdom ved NLSH, samt akuttpostene for voksne ved UNN og NLSH døgnkontinuerlig tilbud. Dette omfatter selvsagt innleggelser, men også råd og veiledning til primærlegene. NLSH har systematisk prøvd å understreke overfor vakthavende leger og legene som klinikken har kontakt med i primærhelsetjenesten, at det ikke er en forutsetning for innleggelse som ø-hjelp, at pasienten tvangsinnlegges.

Samarbeid mellom DPS og sykehusfunksjonene om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold:

Helse Nord har til sammen 14 DPS, og ikke alle er godkjent for tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette har sammenheng med de lokale DPS ressurser, både personellmessige (tilstrekkelig antall spesialister) og kulturelle (hvilke tradisjoner og holdninger institusjonen har til å påta seg ansvaret for det tvungne psykiske helsevernet). En utfordring med denne tjenesten er derfor å sikre likt tilbud uavhengig av bosted.

Det er forskjeller når det gjelder samarbeid etablert mellom DPS-ene og sykehusfunksjonene. Generelt kan det sies at samarbeid og avtale om oppfølging skjer fra sak til sak, og ut fra den enkelte pasients behov. Enkelte DPS ønsker tettere samarbeid og klarere prosedyrer. NLSH har i 2004 forsøkt å lage prosedyrer for hvordan samarbeidet skal foregå, gjennom møtevirkosomhet og gjentatte direkte henvendelse fra sykehusavdelingene til DPS-ene. Fra NLSH opplyses at dette fungerer så svakt ved enkelte DPS, at sykehuset fortsatt har ansvaret for disse pasientene.

For øvrig viser erfaringene at der et desentralisert tilbud er tilgjengelig, sikrer det pasientenes interesser på en god måte. I tillegg gir det mindre ulemper og belastninger for pasientene for å få gjennomført nødvendig undersøkelse og behandling, ved at de slipper krevende dagsreiser. Således er det også en hensiktsmessig bruk av ressursene.

Prosedyrer i forbindelse med utskriving av pasienter fra sykehus til DPS/BUP:

I barne- og ungdomspsykiatrien skjer rutinemessig utskrivelsesmøte med innleggende instans, og i noen tilfelles også med pasient/familie og lokalt hjelpeapparat.

Mellom sykehusfunksjonene på UNN og DPS/BUP i deres opptaksområde rapporteres at det er etablert samarbeid og prosedyrer. I forkant av utskriving, holdes det som oftest møte mellom sykehusavdeling og lokale instanser som skal følge opp pasienten. Det gjøres en individuell vurdering av behov for lokale tiltak, både i forhold til poliklinikk og kommunale tjenester.

Også mellom sykehusfunksjonene på NLSH og BUP-ene i deres opptaksområde, er det etablert prosedyrer for utskriving. Dette gjelder også for nær alle DPS i opptaksområdet. Det gjenstår fortsatt en del arbeid med å få til gode rutiner, både for å sikre rask poliklinikktime eller overføring til døgntilbud.

Tiltak for oppfølging av personer som har forsøkt selvmord:

Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge tilbyr bistand til helseinstitusjoner i Nord-Norge vedr. kompetanseheving/kvalitetssikring når det gjelder selvmordsforebyggende tiltak. Dette gjelder tiltak for mennesker etter selvmordsforsøk, men også for mennesker med selvmordstanker og etterlatte etter selvmord. Senteret har bistått flertallet av sykehusene i Helse Nord i utarbeiding av skriftlige rutiner og andre kompetansehevende tiltak for dette arbeidet. Dette arbeidet har også inkludert sykehusenes samarbeid med psykiatriens liaisontjenester og kommunehelsetjenesten.

Tiltak for oppfølging av personer med dobbel diagnose -problematikk /rus/psykiatri):

Rus/psykiatri er relativt sjelden forekommende innenfor BUP. Det finnes imidlertid flere personer som er i slik risiko. Tiltakene her er generell poliklinisk oppfølging med familie- og nettverksarbeid.

Ved UNN er det etablert egen rus/psykiatripost med 8 døgnplasser. Posten samarbeider både internt og eksternt i fagfeltet. I tillegg har posten utlånt en stilling til Tromsø kommune

som inngår i et oppsøkende team som jobber med denne gruppen. NLSH etablerer slik post i 2005.

Ut over dette gis denne pasientgruppen tilbud i allmennpsykiatriske døgnavdelinger og poliklinikker både ved sykehusfunksjonene og i det enkelte DPS. Salten Psykiatriske senter har et eget team som jobber mot rus/psykiatripasienter, og om lag halvparten av DPS-ene har egne russtillinger som skal ha spesielt fokus på denne gruppen pasienter. Det rapporteres at en har vektlagt utarbeiding av individuelle planer (IP) i samarbeid med kommunene for å få helhetlige, sammenhengende og forutsigbare tjenester.

Samarbeid med privatpraktiserende spesialister:

Helse Nord RHF gjennomførte i 2004 møter mellom sykehusfunksjonene, DPS-ene og private spesialister, hvor tema var samarbeid. Det rapporteres at det ikke er inngått avtaler om fordeling av pasienter, men at en samarbeider omkring den enkelte pasient.

Nasjonalt Kompetansesenter i psykisk helsevern for den samiske befolkning (SANKS):

Det er utarbeidet en overordnet plan for SANKS. Hovedutfordringene for det kliniske arbeidet vil være å åpne virksomheten for forskningsaktivitet og utvikle et system for formidling av kliniske erfaringer. For opplæring, utvikling og veiledningsdelen må nettverket utvikles og det må bygges opp nødvendig kompetanse på området. For FOU-arbeidet vil utfordringene være å bygge opp et formelt nettverk mot andre kompetansemiljø som jobber med kulturminoritetsspørsmål i helsesammenheng, samt universitets og høyskolemiljø. Kompetansesenterets kliniske virksomhet er en integrert del av SANKS. Familieavdelingen ble offisielt åpnet i februar 2004. Akutteamets virksomhet har fungert som et ambulanseteam med 4 ansatte, jfr. ovenfor.

Investeringsprosjekter knyttet til Opptrappingsplan for psykisk helse.

Helse Finnmark:

Gjennomgang av utbyggingsprosjektene med sikte på å redusere investeringskostnadene er gjennomført i 2004 i samarbeid med Shdir. Nytt forslag til plan fremlegges for HOD våren 2005.

Universitetssykehuset Nord-Norge:

Enhet idømt behandling ferdigstilt og delvis i drift i 2004. Bygging og renovering av DPS-ene i Nord-Troms og Midt-Troms er igangsatt i 2004, med ferdigstillelse i 2005.

Nordlandssykehuset:

Planarbeidet for enhet idømt behandling og ny rus/psykiatripost er ferdigstilt i 2004. Det samme gjelder samlokaliseringen av BUP og VOP i Lofoten. Det forventes at forprosjekt er ferdig våren 2005.

Helgelandssykehuset:

Klinikkavdeling for barn og unge i Mosjøen er ferdig. Sandnessjøen og Brønnøysund er begge påbegynt i 2004.

Kreftbehandling og kreftomsorg.

- *Helse Nord skal prioritere tilbud innen kreftbehandling og -omsorg. Intensjonene i kreftplanen skal videreføres innenfor rammen av tilgjengelige ressurser.*

Helse Nord følger opp Nasjonal Kreftplan gjennom videreføring av kompetansesentrene innen arvelig kreft, lindrende behandling og genterapi. Det er tilført økte ressurser til lindrende behandling og det er inngått samarbeid med flere kommuner enn tidligere rundt tiltak for lindrende behandling for alvorlig syke og døende. Mammografiscreeningen går etter planen og fremmøteprosenten er relativt høy, over 80 %. Planleggingen av den palliative strålebehandlingsenheten ved Nordlandssykehuset går etter planen og skal stå ferdig i 2007.

Rehabilitering og habilitering.

- *Helse Nord skal prioritere utviklingen av tilbudet innenfor rehabilitering og habilitering.*

Helse Nord har utarbeidet en handlingsplan for habilitering og rehabilitering. Planen er vedtatt i Helse Nord's styre 17.11.2004 og blir fulgt opp gjennom en flerårig opptrapping fra og med 2005. Opptrappingen omfatter også geriatri og andre pasientgrupper med kroniske lidelser og rehabiliteringsbehov.

Helse Nord har ikke god nok kartlegging av ressursbehov i barnehabiliteringstjenesten. Flere høringsuttalelser til handlingsplanen, og søknader i 2004 på støtte til alternative treningsmetoder (Doman) tyder på at tilbudet i kommunene og helseforetakene for barn med habiliteringstilbud er mangelfullt. Området vil bli prioritert i årene framover i forbindelse med oppfølging av handlingsplanen.

Samarbeidet med opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord Helseportssenter har vært prioritert. Institusjonene har deltatt i arbeidet med handlingsplan for habilitering og rehabilitering. Samarbeidet vil bli forsterket i 2005, med hovedvekt på å styrke det faglige samarbeidet med helseforetakene og å utarbeide en langsiktig avtale fra 1.1.2006.

Tilbudet til rusmiddelmissbrukere.

- *Helse Nord skal sørge for et godt og helhetlig behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere. Et særlig fokus må rettes mot implementering av rusreformen.*

I helseforetakene er rus og psykiatri organisatorisk nært tilknyttet hverandre, særlig mhp vurdering av henvisninger. Samhandlingen med kommunene er derfor en del av samarbeidet i psykisk helse. Kommunene trekkes inn i planarbeid på regionalt nivå, og generelt i arbeidet med å implementere og følge opp rusreformen fra 2004. Klientinntakene koordineres fra høsten 2004 gjennom regional koordineringsenhet v/ kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken. LAR-senter er etablert i Tromsø og organisert under Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Alle helseforetak har samarbeid med private institusjoner både i forhold til enkeltsaker og gjennom nettverkssamarbeid i regionen. Det er etablert et regionalt samarbeidsutvalg for å koordinere utvikling av spesialisttjenestene i regionen der også private institusjoner m/avtale deltar.

2.1.3 Strategiske tiltak innenfor pasientbehandling

Desentralisering av spesialisthelsetjenesten og samarbeid med primærhelsetjenesten.

- *Helse Nord skal utvikle desentraliserte tjenester og forbedre samarbeidet med primærhelsetjenesten*

Helse Nord har hatt en hovedrolle i utarbeiding av den nasjonale rapporten om strategier for samhandling og desentralisering. Mange tiltak er initiert, som for eksempel praksiskonsulentordningen, samarbeidsavtaler med kommunene og dialogmøter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Elektroniske henvisninger og epikriser medfører at kommunikasjonen mellom nivåene omkring enkeltpasienter, går raskere og gir effektiviseringsgevinster på begge nivå. Det er i 2004 gjennomført en kartlegging av ambulatorisk virksomhet mellom sykehus og mellom sykehus og helsesentre/ spesialistpoliklinikker m.v. Kartleggingen er trinn 1 i et større prosjekt som tar sikte på å etablere desentraliserte spesialisthelsetjenester nærmere pasientene både for å bedre tilgjengelighet og redusere kostnad ved transport. Prosjektet skal være ferdig utredet og behandlet i juni 2005.

Helgelandssykehuset har arbeidet aktivt med videreutvikling av spesialistpoliklinikken i Brønnøy, hvor flere spesialiteter er etablert gjennom 2004. Samarbeidet mellom Helgelandssykehuset Mosjøen og kommunene i nedslagsfeltet rundt etableringen av FAM,

(felles akutt mottak), nytt kommunalt legesenter og nye polikliniske- og dagbehandlingstilbud er omfattende og godt.

Det arbeides også med telemedisinske løsninger mellom sykehus og mellom sykehus og primærleger for å lette tilgjengelighet til tilbud for befolkningen i landsdelen.

Forebyggende arbeid

- *Helse Nord skal sørge for opprustning av den forebyggende innsatsen i helseforetakene*

Helse Nord har innført røykfrie sykehus i hele foretaksgruppen og hjelp til røykeslutt er tilbudt ansatte og pasienter i samtlige foretak. Det individrettede forebyggingsarbeidet blir i all hovedsak ivarettatt i avdelingenes pasientopplæring og veiledning. Det er imidlertid ikke iverksatt egne pasientopplæringsprogrammer som systematisk ivaretar individrettet forebygging.

Helse Nord ivaretar egen og nasjonal risikoovervåkning av antibiotikaresistens. I tillegg leverer vi data om infeksjonssykdommer til Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Sykefravær

Totalt for Helse Nord var sykefraværet i 2004 på 8,6 %. Fordelt på kvinner og menn var sykefraværet henholdsvis 9,8 % og 4,9. I 2003 var sykefraværet på 9,5 %. dvs en reduksjon i sykefravær på 12,2 % fra 2003 til 2004. Den positive utviklingen kan skyldes inngåelse av avtaler om inkluderende arbeidsliv(IA-avtaler) som kan ha medført økt prioritet til arbeidet med redusert sykefravær. I tillegg har det skjedd endringer i registrering som kan ha påvirket resultatet.

Smittevern og beredskap

- *Helse Nord skal arbeide med forebygging av sykehusinfeksjoner og iverksette den nye handlingsplanen for å forebygge sykehusinfeksjoner i Norge 2003-2005*

Helse Nord har utarbeidet regional plan for smittevern og eget tuberkulosekontrollprogram. Disse er utarbeidet i samarbeid med helseforetakene, og ligger til grunn for planer og oppfølging i det enkelte helseforetak. Disse har også et løpende faglig samarbeid både innen smittevern og beredskap. Foreberedelse til etablering av regionalt kompetansesenter v/ UNN startet høsten 2004, med etablering av senteret i 2005. Dette har som formål å styrke arbeidet på de områder som er omtalt i styringsdokumentet. Nasjonal pandemiplan er implementert i beredskapsplanen ved UNN, og ventes ferdig ved alle helseforetak tidlig på nyåret 2005. Helseforetakene har utpekt tuberkulosekoordinatorer som følger opp kontrollprogrammene.

Beredskapsplanleggingen har hatt prioritet i 2004. Det er utarbeidet regional beredskapsplan, og overordnet plan i alle helseforetak. Oppdatering av de operative planer er i gang i foretakene. Det øves også rutinemessig på viktige problemstillinger. Det er i beredskapssammenheng satt fokus på lager og forsyning av kritiske legemidler og materiell. Planarbeidet på disse områder fortsetter i 2005 og sees i sammenheng med de ROS-analyser og planlegging som skjer nasjonalt.

Planleggingen av øvelse Barents Rescue er gjennomført etter forutsetningene.

Høyspesialisert medisin - landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra

- *Helse Nord skal etablere referansegrupper med representanter fra alle de regionale helseforetak for godkjente landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra som Helse Nord er tillagt ansvar for.*

Det har vært gjennomført samarbeidsmøter for å få opprettet disse referansegruppene, men en kom fram til at det ville bli mange grupper, med samme formål og representasjon. Etter beslutning i fagdirektørkollegiet er en blitt enige om at etablering av referansegruppene skal ivaretas på nasjonalt nivå. Dette arbeidet er ikke kommet så langt som en hadde ønsket.

2.2 Utdanning

- *De regionale helseforetakene skal stille et antall praksisplasser til disposisjon for helsefagutdanninger i grunnutdanninger i høyskolene som følger av årskullstørrelsen fastsatt av UFD.*

Styringsdokumentet fra Helsedepartementet skisserer et måltall for Helse Nord for andre helsefagutdanninger på 736 studenter. Helse Nord har til sammen i 2004 hatt 952 studenter i praksis ved våre virksomheter. Antallet praksisplasser for medisinerstudenter i klinisk undervisning er totalt 100, fordelt på 5 helseforetak. Antallet praksisplasser for psykologer er 32 fordelt på 4 helseforetak – de aller fleste på UNN og 2-4 ved de andre unntatt Helse Finnmark. Helse Nord RHF er fornøyd med at spesialisttjenesten i nord i så stor grad er med til å bidra til å utdanne nøkkelpersonell innen helsesektoren.

Det er ikke satt i gang systematiske tiltak for vurdering/sikring av kvaliteten på praksisundervisningen i medisin eller de øvrige helsefagutdanningene. Det er imidlertid generelt høy bevissthet rundt dette, og Universitetet i Tromsø har hatt et møte med Nordlandssykehuset der også dette spørsmålet ble tatt opp. Det er også tatt med i forbindelse med utbyggingsprosjekt ved dette helseforetaket. Sikring av kvalitet i de øvrige helsefagutdanningene er satt opp som tiltak som skal gjennomføres i 2005 (se plan -kap. 6.3.3)

Samarbeidsorganet med universitetet, har jobbet med utdanningsspørsmål vedrørende medisinerstudentene. Det er enighet om at man må se på studiepraksis opp mot studieplanene, både ut fra endringene i helseforetakene – særlig utviklingen med stadig mer dag- og poliklinisk behandling – og ut fra studieplanene. Det samme gjelder for høyskolesamarbeidet.

2.3 Forskning

- *Helse Nord skal dokumentere ressursbruk til forskning ved bruk av felles mal utarbeidet av de regionale helseforetak. Helse Nord forutsettes å følge opp nasjonalt system for måling av forskningsresultater og bidra til etablering av felles retningslinjer for registreringspraksis og kvalitetssikring av grunndata.*

På RHF-nivå ble det tildelt om lag 46 mill kr til forskning gjennom Universitetssamarbeidet. I tillegg kommer om lag 4 mill som ble bevilget av RHF til Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Om lag 1 mill kr er disponert til fellestilltak, konferansestøtte, andre forskningskonferanser og drift av egne forskningsutvalg. Helse Nord har prioritert flere typer forskning i 2004. Somatisk forskning (ca 18 mill kr), forskning innenfor psykisk helse (ca 5 mill kr), aldersforskning/rehabilitering/samhandling med primærhelsetjenesten (4,8 mill kr), telemedisinsk forskning (12 mill kr), og klinisk og laboratoriemedisinsk infrastruktur (6 mill kr). Forskningen innfor psykisk helse er tverrfaglig og inkluderer mange typer helsepersonell og andre profesjoner som driver kliniske prosjekter innenfor feltet.

På HF-nivå har Helse Finnmark tildelt 1,5 mill kr i forskningsmidler til egne ansatte, Nordlandssykehuset 0,3 mill kr. Øvrige helseforetak gir ikke egne forskningsmidler. De fleste helseforetak bestreber seg på å legge til rette for forskning uten at det vises i budsjettet – jfr det pågående nasjonale arbeidet med synliggjøring av reell ressursbruk til forskning.

Det arrangeres egne forskerkurs i regi av Nord-Norsk Psykiatrisk Forskningscenter ved UNN og i noen grad NLSH, enten med egne ressurser eller også i samarbeid med både kliniske og samfunnsvitenskapelige miljøer ved UiTø. Dette er et tilleggstilbud til UiTø's kurs, og ofte

skreddersydd behovene for kliniske forskere. Også Klinisk forskningscenter ved UNN gir enkelte kurs.

RHF har bevilget midler til kombinertstillinger der medisinerer frikjøpes 50 % over en periode på inntil 7 år for å oppnå både spesialisering og doktorgrad. Det er tildelt to slike stipend til medisinerer ved universitetsklinikken i 2004, og det skal satses videre framover på flere kandidater. Det er oppnevnt styringsgruppe for prosjektet som skal følge opp denne forskerrekutteringssatsingen. Det er ikke satt i gang spesielle tiltak for å ivareta kjønnsperspektivet i klinisk forskning.

Kompetansesentra/landsfunksjoner var i 2004 ikke særskilt tilgodesett i forskningsfordelingen (unntatt NST). Noen av de øvrige kompetansesentraene har likevel forskningsprosjekter. Fra 2005 er disse en del av toppsatsingen ved UNN (vedtatt forskningsstrategi i styresak 71-2004). Det vises ellers til særskilt rapportering til SHdir for de medisinske kompetansesentra/landsfunksjoner.

Tiltak for å legge til rette for kunnskapsbasert praksis er opprettelsen av Helse Nords Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). SKDE er direkte underlagt styret i Helse Nord, og lokalisert på UNN. Senteret skal særlig konsentrere seg om pasientstrømsanalyser og forbruksprofiler. Andre tiltak er formidling av betydningen av at ny vitenskapelig dokumentasjon og metodevurdering må implementeres i sykehusene i form av kunnskapsbasert praksis.

Forskningsresultater formidles både ved publisering, deltakelse på konferanser nasjonalt og internasjonalt, formidling gjennom medieoppslag m.m.. Videre formidles det fra HFenes side i årsrapporter, årsmeldinger m.m. En betydelig del av pågående forskningsprosjekter, foreløpige og endelige resultater ble presentert på den regionale forskningskonferansen i Helse Nord i november 2004, arrangert av Helse Nord/Universitetssamarbeidet. Forskningsresultater presentert på konferansen ble også formidlet i media regionalt og nasjonalt, og det er laget abstractbok fra prosjektene som ble presentert på konferansen (om lag 60 prosjekter).

Helse Nord har bidratt til utvikling av felles retningslinjer for forskning og avtaleverk for forskningsbasert innovasjon og kommersialisering via strategigruppe for forskning ledet av Helse Sør.

2.4 Pasientopplæring og brukerperspektiv

- *Helse Nord skal sørge for at det gis et helhetlig opplæringstilbud til pasienter med behov for opplæring. Brukerne skal medvirke i utviklingen av tjenestetilbudet ved alle helseforetak, og plikten til å utarbeide individuelle planer for pasienter med kroniske og sammensatte lidelser skal ivaretas.*

Det er etablert lærings- og mestringssentre (LMS) i alle helseforetak, og aktiviteten har økt kraftig i 2004. Alle LMS drives etter "Aker-modellen", som innebærer et systematisk samarbeid med brukerorganisasjonene i planlegging, gjennomføring og evaluering av opplæringen. Utarbeidelsen av individuelle planer har ikke vært gjennomført i tilstrekkelig grad for pasientgrupper med rett til slik plan.

Det er brukerutvalg i alle helseforetak og i RHFet og disse har bred representasjon fra både funksjonshemmedes organisasjoner, eldres organisasjoner og kreftforeningen.

3 Eierkrav knyttet til økonomi og organisasjonsutvikling

3.1 Økonomiske prestasjonskrav

3.1.1 Resultatkrav og forventet effektivisering i 2004

Budsjett 2004 ble lagt med forutsetning om at tilpasningsproblemet skulle løses innen utgangen av 2005. Foretaksgruppen budsjetterte derfor med et underskudd på 462 mill kr før strukturfond og korrigering for kortere levetider, jf HODs regime for resultatmåling.

Foreløpige regnskapstall tilsier et ordinært underskudd på om lag 400 mill kr. Etter føring mot strukturfond og korrigering for kortere levetider er resultatet ca 206 mill kr i underskudd. Sammenlignbart styringsmål for Helse Nord var et underskudd på 268 mill kr

Helse Nord's oppfatning av Helsedepartementets resultatvurdering følger av tabellen.

Resultat til vurdering	Foreløpig Regnskap 2004	Årsbudsjett
Ordinær resultat	- 400 000	- 462 000
Mot strukturfond	141 593	141 593
Korrigering kortere levetid	52 207	52 207
Resultat til vurdering	- 206 200	- 268 200

Det er gjennomført investeringer for om lag 380 mill kr i løpet av 2004 og likviditetsbeholdningen var ca 400 mill kr ved utgangen av året.

Hovedtall for Helse Nord.

	Regnskap 2004	Budsjett 2004
Basisramme	-5 296 973	-5 296 973
ISF inntekter	-1 319 198	-1 290 192
Gjestepasientinntekter	-31 639	-29 261
Polikliniske inntekter	-492 121	-506 685
Øremerkede inntekter	-708 578	-726 705
Andre inntekter	-598 849	-477 652
Sum driftsinntekter	-8 447 358	-8 327 468
Varekostnader	1 877 517	1 907 418
Lønnskostnader	4 960 061	4 910 065
Andre driftskostnader	1 403 938	1 377 103
Avskrivninger	613 407	605 000
Sum driftskostnader	8 854 923	8 799 586
Driftsresultat	407 565	472 118
Renteinntekter	-22 466	-24 511
Rentekostnader	14 901	14 393
Sum finansielle poster	-7 565	-10 118
Ordinært resultat	400 000	462 000

Foreløpige regnskapstall (interne transaksjoner ikke eliminert) viser at inntektene er om lag 120 mill kr høyere enn budsjettert (1,4 %). Dette skyldes i hovedsak posten andre inntekter. Kostnadssiden ligger 55 mill kr (0,6 %) over budsjett. Avviket skyldes i hovedsak lønnsområdet og andre driftskostnader.

3.2 Tiltak knyttet til organisasjonsutvikling

3.2.1 Ledelse

- *Det forventes at Helse Nord deltar i utforming og gjennomføring av program for ledelsesutvikling og at dette har forankring på høyeste ledelsesnivå.*

Ledelsessatsningen i Helse Nord RHF har vært fordelt på tre ulike nivå. Deltagelse i det nasjonale programmet, regionale tiltak og tiltak på HF – nivå.

Nasjonalt program

Helse Nord har hatt 32 deltagere på det nasjonale pilotprogrammet for ledelsesutvikling. Programmet har hatt fokus på tema som verdigrunnlag, krav til lederskap, reformens intensjoner, kunnskapsstyring, økonomi og nye perspektiver på organisering. Programmet la vekt på utvikling av den enkelte leder blant annet gjennom en omfattende 360 graders tilbakemelding til alle deltakerne. Tilbakemeldingene på programmet viste stor variasjon. Klasseøktene og 360 graders tilbakemelding fikk god score. Videre var deltakere på høyere nivå (direktørnivå) mindre fornøyde enn kliniske ledere.

Mastergrad i ledelse

Helse Nord RHF har siden innføringen av reformen jobbet med ulike modeller i forsøk på å etablere en mastergrad i ledelse for våre ansatte. Mastergraden er planlagt utstedt fra Handelshøgskolen (HHB) ved Høgskolen i Bodø i samarbeid med NTNU og vil gi akkreditering som en Master of Business Administration. Mastergraden organiseres som deltidsstudie over 5 semester, med oppstart høsten 2005 for 25 – 30 studenter.

Coaching

Helse Nord RHF har siden 2002 investert 1,2 mill. til dette tiltaket og har i perioden 2002 til dags dato gjennomført tiltak ved opplæring av 50 ledere og stabspersoner fordelt på alle foretak. Det er etablert en regional gruppe, supplert av SINTEF, som overvåker den videre fremdrift i implementeringsarbeidet. Det er utviklet og gjennomført planer for implementering i hvert foretak.

Regionale ledersamlinger:

Helse Nord RHF arrangerte regional ledersamling både i 2003 og 2004. Effekten av å bringe 90 – 100 ledere både fra klinisk virksomhet og fra stab/støtte har vist seg gode med hensyn til å utvikle felles lederskap og fokus i forhold til de aktuelle utfordringene.

3.2.2 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

- *Helse Nord skal bidra til realiseringen av Nasjonalt Helsennett i 2004* **BN**

Helse Nord RHF har deltatt aktivt i arbeidet med Nasjonal IKT for å sikre koordinerte aktiviteter i sektoren. Helse Nord RHF har i løpet av 2004 gjennomført et oppfølgende prosjekt for å sikre at samtlige legekantor i regionen er koblet opp til Norsk Helsennett, og anser dette nå som ferdigstilt. Helse Nord RHF har også aktivt bidratt til realisering av Norsk Helsennett AS både gjennom å stille betydelig immaterielle verdier til rådighet gjennom tidligere Nordnorsk Helsennett AS samt gjennom å stille til rådighet investerings- og økte driftsmidler. Helse Nord RHF har i løpet av 2004 har gjennomført prosjekter knyttet til de to store volumtjenestene epikrise og henvisning sammen med Legeforeningens ELIN-prosjekt. Disse tjenestene er nå implementert i regionen.

3.2.3 Åpenhet

- *Styremøter i regionale helseforetak og helseforetak skal være åpne*

Styrene i Helse Nord RHF og helseforetakene har gjennomført åpne styremøter i tråd med de retningslinjer som ble etablert. Enkelte skjønnhetsfeil mht. til hjemmelsbruk knyttet til unntak av dokumenter har forekommet. Praksis med styreseminarer i forkant av styremøtene er tatt opp og skal gjennomføres i tråd med lovverkets kraf og hensynet til effektivt styrearbeid.

3.2.4 Juridisk rammeverk og arbeid med internkontroll

- *Helse Nord skal etablere et system som sikrer at lover og forskrifter, herunder journalforskriften og retningslinjer for koding, følges i virksomhetene*

De målene vi skal styre våre virksomheter etter og den kontrollfunksjonen vi skal ha med HF-ene er kommunisert gjennom våre styringsdokumenter til HF-ene-styrene og foretaksmøtene. Den løpende oppfølging av mål og krav i styringsdokumentene skjer

gjennom tertialrapportering. Den operative ledelsen og kommunikasjonen mellom Helse Nord og HF-ene skjer også gjennom månedlige direktørmøter. RHF-administrasjonen skal gjennom representasjon i HF-styrene også følge opp at målene og kravene i styringsdokumentene fra Helse Nord følges opp og behandles i foretaksstyrene. På kort sikt vil vi generelt øke fokuset på aktuelle internkontrollområder gjennom presisering av tertialrapporteringen, gjennom direktørmøtene og gjennom vår deltakelse i HF-styrene. Vi vil spesielt arbeide med å få kontroll på disse områdene umiddelbart:

- lov og forskrift om offentlige anskaffelser
- forskrift om intern kontroll
- bruken av individuelle planer
- oppfølging av retningslinjer om lønns- og pensjonsforhold for statlige ledere
- begrenset bruk av revisor til oppdrag ut over inngått kontrakt
- samhandling i beslutningsprosesser med interessentgrupper (brukere og medarbeidere)
- sette krav til habilitet for styremedlemmer, styresammensetning og kompetanseutvikling for styremedlemmer

I 2004 ble det startet et arbeid med å utvikle et eget ledelsesinformasjonssystem (LIS) for Helse Nord RHF. Et fullt utviklet LIS-system vil bli nyttig både som styringsinformasjon for den enkelte leder, og for rapporteringsformål.

3.2.5 Grønn stat

- *Helse Nord skal innføre miljøledelse som integrert del av sitt styringsystem.*

Helse Nord har og har hatt fokus i arbeidet med miljøledelse på fire områder – innkjøp, energi, transport og avfall. Myndighet for etablering av miljøledelse ble delegert til leder for helseforetakene i Helse Nord, ved brev av 05.11.2003 og ved brev av 31.03.2004 for oppfølging og gjennomføring. Helseforetakene følger dette opp på best mulig måte etter de retningslinjer som er lagt av miljøverndepartementet.