

ÅRLIG MELDING 2004 - oppsummering

Nr	Spørsmål	Helse Finnmark HF	Hålogalands-sykehuset HF	UNN HF	Nordlands-sykehuset HF	Helgelands-sykehuset HF	Oppsummering / Avvik
1a	<i>Samarbeid i kommuner med opptaksområde DPS/BUP</i>	Ja Ambulant virksomhet drives også i alle kommunene	Ja	Ja	Ja	Delvis, da 2 av 3 divisjoner har et aktivt samarbeid	Samarbeidet mellom DPS/BUP og kommunene er tilfredsstillende
1b	<i>Har helseforetaket gjennomgått båtambulansetjenesten i samarbeid med kommunene og lagt plan for finansiering, organisering og avtaleforhold?</i>	Avtaler løper ut 2005. Anbud/nye avtaler blir inngått 2005. Behov for ny kostnadsfordelingsnøkkel.	Avtaler og organisering av båtambulansetjenesten er evaluert i foretaket.	Ja, 2 av 3 kommuner har skrevet under på avtalen.	Det er utarbeidet kravsspesifikasjon vedr. amb.båt/samfunnsbåt Vågan. Det er laget utkast til avtale. Vil kjøre ut anbud for ny drift 1. halvår 2005.	Første runde er gjennomført – andre runde pågår disse tider. Saken følges nøye opp av HF-styret. Planen forventes ferdig 1. halvår – 05.	Helseforetakene er i gang med arbeidet, men vil trenge 1. halvår 2005 for å være i mål. RHF deltar i arbeidet i det største båtforetaket - Helgelands-sykehuset HF og bidrar til samordning i regionen.
1c	<i>Inngåtte samarbeidsavtaler om fødselsomsorg</i>	Ja	Ja	Med Tromsø kom. og lavterskeltilbud under etablering	Nei	Avtale med Vefsn og Brønnøy rundt fødestueteilbudet	HF med fødestuer har inngått samarbeidsavtaler om fødselsomsorgen
1d	<i>Samarbeid for å få ned sykehusforbruk</i>	Ja og disk. Om bruk av sykestueplasser	Ja en rekke tiltak	Ja en rekke tiltak	Ja særlig ved utskrivningsklare pasienter	Ja delvis, på Sør-Helgeland	En rekke tiltak er gjennomført, men ingen nye observasjonssenger er opprettet
1e	<i>Er målsetting om tilbud om prehospitalet trombolysetilgjengelig for befolkningen i alle kommuner i løpet av 2004 oppnådd?</i>	Pr. 31.12.2004 tilbys befolkningen i alle kommuner i Helse Finnmark prehospitalet trombolysetilgjengelig for befolkningen i alle kommuner i løpet av 2004 oppnådd? basert på nytt utstyr, standardisert medikament og etablert kompetanse.	Tilbud om prehospitalet trombolysetilgjengelig for befolkningen i alle kommuner i Helse Finnmark prehospitalet trombolysetilgjengelig for befolkningen i alle kommuner i løpet av 2004 oppnådd? I Harstad er alle kommuner dekt.	Ja	Nei, behandlingen tilbys kun fra SeaKing og i enkelte kommuner/leger. Resterende kommuner uke 10/2005. <i>(Kompletter med spørsmål om PHT-utstyr til legevakt i distriktkommunene)</i>	Nei. Utstyr og kompetanse på plass, men ennå tekniske problemer med overføring/mottak av EKG-data.	Befolkningen i 2 av 5 HF fikk tilbud om PHT basert på ambulansetjenesten i 2004. I øvrige HF er tilbudet delvis tilgjengelig/kommer på plass i løpet av 1. halvår 2005. Noe mer usikkert vedr. Nordlandssykehuset.
2	<i>Hvilke kliniske og epidemiologiske registre leveres data til</i>	Kreftregister, NPR, MSIS, Fødselsregister, Dødsårsaksregister, Flere cancerregistre	Kreftregister, Fødselsregister, SINTEF, Fylkeslegen	Janus har en rekke registre, Fødselsregister, Kreftregisteret, rectumcancerregisteret, ERCP-register, nefrologiregister,	Kreftregister, fødselsregister, MS-register, diabetesregister, cancerregistre, NPR, thoraxregister m.fl.	Kreftregisteret og Fødselsregisteret	Alle HF leverer data til en rekke registre. Helgeland og Hålogaland kun til Kreftreg. og fødselsregister

Nr	Spørsmål	Helse Finnmark HF	Hålogalands- sykehuset HF	UNN HF	Nordlands- sykehuset HF	Helgelands- sykehuset HF	Oppsummering / Avvik
				intensivregisteret m.fl.			
3	<i>Kreftkirurgiske prosedyrer som ikke lenger foregår</i>	I henhold til vedtak minus noen mammaekir. Operasj.	Ca.mammae, ca. recti, en del GI	Ingen	Uklart for Lofoten, Bodø etter vedtak	Ca.rectum, ca. mammae	Det ser ut til at vedtak om kreftkirurgi i all hovedsak blir fulgt
4	<i>Omstillingstiltak i psyk.helsevern/frigjorte ressurser tilbakeført?</i>						Se tekst i rapport
5	<i>Mål for behandlingsskapasitet nådd?</i>						Se tekst i rapport
6	<i>Igangsatte tiltak for redusert bruk av tvang</i>						Se tekst i rapport
7	<i>Prosedyrer som er utviklet for å redusere tvang?</i>						Se tekst i rapport
8	<i>Samarbeid mellom DPS og sykehusfunksjoner?</i>						Se tekst i rapport
9	<i>Prosedyrer i DPS/BUP for oppfølging av pasienter som utskrives fra døgnopphold?</i>						Se tekst i rapport
10	<i>Tiltak for oppfølging av selvmordsforsøk?</i>						Se tekst i rapport
11	<i>Oppfølging av personer med DD-problemmattikk</i>						Se tekst i rapport
12	<i>Samarbeid med privatpraktiserende spes.?</i>	Noe samarbeid og/eller samlokalisering med de 3 avtalespesialistene	Noe innfor psykisk helsevern voksne	Noe innenfor øye og ØNH, samt psykisk helse. Hovedinntrykket er at de private spesialistene ikke er interessert i et samarbeide.	Veldig ulikt – noe samarbeid med noen, på ulike måter. Eks.nevrolog, urolog. Kontakt privatpraktiserende gynekologer for at de skal	Ingen spesielle tiltak	Varierende. Bør jobbes mer systematisk med former for samarbeide for å oppnå god arb.deling, reduksjon av ventelister, utnytte ressurser m.m.

Nr	Spørsmål	Helse Finnmark HF	Hålogalands- sykehuset HF	UNN HF	Nordlands- sykehuset HF	Helgelands- sykehuset HF	Oppsummering / Avvik
					bruke lab på sykehuset. Noe samarbeid priv. spes. i psykiatri/psykologi ved henvisninger fra VOP, ellers ikke.		
13	Beskriv samarbeidet med opptreningsinstitusjonene: Alta, Skibotn, Kurbadet i Tromsø, Salangen, Nordtun, Valnesfjord	Samarbeider med Alta, Skibotn og Kurbadet (muskel/skjelett), ikke formalisert samarbeid med de tre andre	Stokmarknes: Formalisert samarbeid med Salangen vedr. protesekirurgi Narvik: Faste plasser Salangen. Godt samarbeid. Harstad: Er innarbeidet funksjonsfordeling mellom avd. for fys med rehab og opptreningsinstitusjonene	Avtale med Skibotn for hjerte- og lungepasienter. Uavklart om dette kan fortsette på grunn av krav fra hjertelegene om ekstra betaling for ambulansetjeneste som ikke er innfridd Kurbadet: Samarbeid innen revmatologi, ortopedi og barnehabilitering. Leier lokaler på Salangen for dagavdeling innen voksenpsykiatrien	Nært samarbeid med Nordtun for flere pasientgrupper Nært samarbeid med Valnesfjord både for barn med CP, muskelsykdommer, astma, Angelmann syndrom og medfødt hjertefeil, pas. med Parkinson, MS og hjerneslag.	Samarbeid med Nordtun, kirurgisk og medisinsk avd.	Det synes fortsatt som om Valnesfjord Helseportssenters regionale tilbud benyttes for lite av andre HF enn NLSH Behov for å gjennomgå samarbeidet mer systematisk
14	Samarbeid med rusinstitusjonene?	Ved søknadsvurderinger eller garantier for behandling i disse inst.	I enkeltsaker, fortrinnsvis Sigma Nord.	Alle tre, men ulike former for samarbeid. Påpeker at de jobber veldig ulikt. Vurderer fastere samarbeid.	Rusteamet ved Salten psykiatriske senter nær henvisningssamarbeid med rusinst.	Noe samarbeid, men bruken av dem synes liten/uklar. De savner bedre kjennskap til de private rusinst.	Variierende. Generelt behov for tettere samarbeid og kjennskap til deres driftsmodeller for alle HF.
15	Samarbeid med private sykehus?	Henviser der det er naturlig. Uklart hvor/hvilke/volum	Nei. I enkelte enkeltsaker.	Avd. etter hvert inngått underavtaler med Ishavs- og Stokkanklinikken, reduserer ventelister og ventetider. Tromsø MR-senter: positivt samarbeid med UNN og gir resultater.	Nei. Noen hjertepas. velger selv privat sykehus (antar det menes Feiring . Ingen avtale men med i fritt sykehusvalg).	Nei	Variierende. Behov for noen flere henvisninger fra noen HF for pasienter som har ventet lenge/er i målgruppa for henvisning kun fra sykehus, bare 2 HF rapporterer at de henviser.
16	Implementering av retningslinjer akutt coronar?	Ja	Ja	Ja	???	Delvis – implementert i Ssj.	Stort sett implementert
17	Ivaretas all ambulanskoordinering av AMK-sentral med 113-	Kun oppdrag som kommer til 113, øvrige styres av kommunene ved LV-sentral.	All Ambulansekoordinering i foretaket ivaretas av AMK-sentral med 113-funksjon.	Nei - AMK-Tromsø mangler ambulanskoordinatør natt. Dette gjør at vi kun har kapasitet til å	Fra 1.1.2005	Iverksettes fra 03.03.05, (felles 113-nr.)	Forsinkelser i etablering/oppgradering av AMK m/113 funksjon pr. HF. Ikke på plass i 2004, men 2

Nr	Spørsmål	Helse Finnmark HF	Hålogalands- sykehuset HF	UNN HF	Nordlands- sykehuset HF	Helgelands- sykehuset HF	Oppsummering / Avvik
	<i>funksjon?</i>			koordinere, ambulansetransport som går mellom kommuner og til/fra UNN og andre sykehus.			HF starter tidlig i 2005. I 2005 og 2006 må det være et fokus på bemanning og system for flåtestyring.
18	<i>Er det utarbeidet plan for samordning mellom syketransport og ambulanse?</i>	Nei	Det er ikke utarbeidet plan for samordning mellom syketransport og ambulanse.	Nei - dette planarbeidet kan starte så snart vi har fått på plass døgnkontinuerlig ambulanseskoordinator.	Nei, ikke utover at det er besluttet at ambulansesamordning skal iverksettes fra 01.01.2005.	Ikke foreløpig, men det foreligger planer om dette, vil bli satt i system i løpet av våren -05.	Ingen av HFene har utarbeidet plan/opplegg for samordning mellom syketransport og ambulanse.
19	<i>Hvordan er helseforetakets langtidspaner for rekruttering og kompetanseutvikling av ambulansepersonell?</i>	Ingen egne planer, følger Helse Nord RHF. Kjøper tjenesten fra priv. utøvere som styrer utviklingen. HFet bidrar med kompetansegivende kurs og sertifisering av personalet.	Det er utarbeidet en 5-årsplan som det ikke er mulig å følge opp på grunn av manglende ressurser.	Vi kan ta inn flere lærlinger dersom det stilles midler til disposisjon. Vi har jevnlig kurs/opplæring for personell i tjeneste, samt årlig re-sertifisering av disse.	(Foreligger ingen planer.) Anser rekrutteringen for å være tilfredsstillende. En positiv utvikling at ambulansesarbeidere med lisens velger å ta fagbrev. Dette skyldes i første rekke at Nordlandssykehuset har avgjort at kun personell som innehar fagbrev blir videreutdannet og får myndighet til å gi avansert medisinsk behandling.	Foretaket satser på lærlinger – vi har i dag 6 stk av totalt 43 ansatt innen ambulansetjenesten – vi kommer til å satse på 6 lærlinger hvert år fremover. (totalt 12)	Det foreligger ikke langtidspaner for rekruttering og lærlinger som er godkjent/forankret i helseforetakene. Med noen unntak er det bekymringsfullt lite villighet til å "investere" for fremtiden og forsvarlighetsoppnåelse.
20	<i>I hvilken grad har helseforetakene samordnet ambulansplaner og krav til tjenesten slik at den framstår som en standardisert regional tjeneste?</i>	Benytter MOMen som medisinsk grunnlag. Felles amb.journal i HN - planer om å legge disse i felles database. Ny ambulansplan må lages innen rimelig tid.	Slikt arbeid er ikke iverksatt.	UNN starter arbeidet med revidering av ambulansplanen i januar 2005. Unn har hatt ambulansplan siden 1994.	(Ikke besvart)	Samordnet ambulansplan er under utarbeidelse, (se tidl.) Denne planen vil ta inn kommende pålegg som følge av vedtatte forskrifter, som også må være førende for regional standardisering. Fagseksjonen RHF er repr. i arbeidsgruppen.	Det er ikke oppstartet arbeid med å samordne ambulansplaner mellom helseforetakene. Det er et "handicap" at ny hensiktsmessig forskrift ennå ikke foreligger.
21	<i>Foreligger det planer for opplæring av lærlinger som sikrer kvalitet og rekruttering, og samhandling med</i>	Det foreligger ikke plan. Vil første halvår 2005 samarbeide med vgs. Vil stimulere private utøvere til å ta inn lærlinger.	Det foreligger slike planer for lærlinger innen ambulansesfaget.	Det er utarbeidet planer for lærlinger i foretaket. Det er tett kontakt med Finnfjordbotn videregående skole som har ambulansesfagklasse.	(Foreligger ikke plan) Vi har til nå hatt som praksis å tilsette lærlinger fra 20 år og eldre. (Noen beskrivelser av NLSHs lærlingepolicy)	Ja.	3 av 5 HF opplyser at det finnes læreplaner. Helseforetakene må samordne følge opp dette arbeidet i 2005.

Nr	Spørsmål	Helse Finnmark HF	Hålogalands- sykehuset HF	UNN HF	Nordlands- sykehuset HF	Helgelands- sykehuset HF	Oppsummering / Avvik
	<i>videregående skole?</i>						
22	<i>Er det tatt initiativ for felleskap med Høgskolesamarbeid det å utarbeide planer for etablering av etterutdanning på høgskolenivå for ambulanspersonel I fra 2005?</i>	Positiv til opprettelse av høgskoletilbud i Nord-Norge.	Det har vært avholdt møter mellom Foretaket og Høgskolene, men detaljerte planer foreligger ikke enda.	Det skal settes ned en prosjekt-gruppe i lag med høyskolen i Tromsø for å se på hvordan paramedicstudiet skal organiseres.	Uformelle samtaler med Høgskolen i Bodø om Paramedic utdanning. Fagmiljøet i Bodø burde ligge vel til rette for en slik utdanning	Nei	Helse Nord har - på vegne av HFene – tatt initiativ overfor høgskolesamarbeidet om å etablere et tilbud i Nord-Norge fra tidligst høst 2005.
23	<i>Har tjenesteområdene habilitering og rehabilitering blitt skjermet?Beskriv evt. styrkingstiltak og innsparingstiltak</i>	Har ikke vært skjermet, men omstillingsarbeidet har gitt status quo for avdelingen	Har vært skjermet. En stilling i rehab.teamet St.nes vakant i 2004, besatt igjen fra jan. 2005	Avd. for fys. med og rehab er skjermet relativt sett i nedbemanningsprosessen. Tverrfaglig ryggpoliklinikk er under oppbygging, ambulant rehabilitering er styrket	Er omfattet av de generelle kravene om kostnadsreduksjon, men ingen reduksjoner i tilbudene	Habilitering og rehabilitering har vært skjermet	Tjenesteområdene har vært skjermet
24	<i>Konsekvenser av vtenskapelig dokumentasjon/metodevurdering – oppfølging?</i>	Følger med rapporter fra SMM. Forskermiljøer diskuterer, evaluerer selv, drøfter egne hendelser ut fra medisinske metoder.	Etablert fagråd på tvers i foretaket, samt bedret tilgjengeligheten til medisinsk litteratur.	Avd.leders ansvar – prosesser i avdelingene.	Omfattende virksomhet for å være oppdatert og ta i bruk konsekvenser av vit. dokumentasjon og metodevurdering. Følges opp via faglige nettverk, også i forskningssammenheng. Faglig oppdatering av leger "ute" (nasj., internasj.-mange kanaler) og internt, internundervisning m.m. Revidering av prosedyrer, teknikker, metoder m.m.	Ledende fagfolk og faggrupper internt i helseforetaket som følger med på og håndterer ny dokumentasjon og metodevurderinger. Noe deltakelse fagfora nasjonalt og internasjonalt.	Alle HF god på oppdatering, noen HF kan bli mer bevisst på implementeringa av ny viten.
25	<i>Implementering av kvalitetsforbedrende tiltak?</i>	Avdelingsledelsen har ansvar	Gjennom linjeledelse og faglig medvirkning i forkant av beslutning om implementering	Avdelingsvis – avdelingsleder delegert myndighet	Internasjonale/nasjonale guidelines følges opp av avd.lederne, og det er ukentlige faglige møter	Jevnlig tema på internseminarer og faggruppemøter. Tiltak for felles prosedyrer og utveksling av prosedyrer	Kvalitetsforbedrende tiltak gjennom linjeleder og faglig oppdateringer på guidelines og felles prosedyrer er tilfredsstillende
26	<i>Bedre elektiv arbeidsdeling?</i>	Ortopedi under prosess, barn og rehab	Ingen	Samarbeid med andre HF om et par prosedyrer	Interne effektiviseringer	Under etablering: redusert akuttkir.	Lite gjort totalt sett i HFene for en bedre elektiv

Nr	Spørsmål	Helse Finnmark HF	Hålogalands- sykehuset HF	UNN HF	Nordlands- sykehuset HF	Helgelands- sykehuset HF	Oppsummering / Avvik
		funksj.fordelt					funksjonsfordeling
27	Tilrettelegging for samiske pasienter?	Egne samiske tjenestetilbud i psykiatri, tolketjeneste og skilting på samisk ved alle institusjoner	Brosjyrer på samisk og bruk av tolk	Egen samisk avdeling, skilting, forskning på tilbud til samisktalende samt flere tiltak innen psyk.helsevern	Tolketjenestesykehusprest deltatt i samisk opplæring, tas hensyn til spesielle kulturelle forhold	Infomøte med den samiske befolkningen, brukerutvalget invitert samisk befolkning til møtene, innhenter tolk ved behov	En del tiltak gjennomført, usikkert hvorvidt dette er nok i forhold til behovet
28	Styrking av det geriatriske tilbudet?	nei	Ingen nye tiltak	Liten styrking	Ingen nye tiltak	Ja med 1 geriatr og ger. Pol.kl.	Ingen eller relativt liten styrking av geriatrien i 2004
29	Implementering av DocMap?	I henhold til plan	Nei, eget system	I henhold til plan	I henhold til plan	I henhold til plan	Implementering av DocMap går etter planen i HFene
30	Utnyttning av elektronisk samhandling	78% elektroniske henvisninger, alle epikriser unntatt psykiatri	Elektronisk henvisning og epikrise til de fleste kommunene	Alle epikriser, 18 av 170 legekantor på henvisning, men dette er etter plan	Alle epikriser og 10 kontor bruker henvisning elektronisk	Alle epikriser, mindre på henvisninger i bruk av primærlegene	Epikriser og henvisning etter plan og tilfredstillende Sterkere fokus på volum i 2005
31	Effektiviseringsgevinster av samhandlingen?	Nettogevinst beregnet til 23500 pr. år, kvalitetsforbedring av tjenesten, epikrisene fortere ut	Kvalitetn på tjenestene øker i flere ledd, tilgjengeligheten økes til journal, raskere tilgang og mindre ressurskrevende	Hurtigere dokumentutveksling, sikrere utveksling og mindre papir, større fremmøteprosent, primærlegene slipper purringer	Raskere svar til primærlegene, men så lenge de også har papirversjoner er gevinsten ikke så stor som ønsket. Blir bedre i løpet av 2005	Slipper dobbeltarbeid, kvalitetssikring, alltid tilgjengelig, tid spart	Relativt bra gevinster av elektroniske epikriser og henvisninger, mindre papir, kroner spart og raskere innfor og kommunikasjon. Full effekt først senere
32	Viktige mål som ikke ble nådd?	Økonomiske mål	Funksjonsfordeling og prosjekt ny ledelse	Spiseforstyrrelser B/U, rekruttering av spesialister B/U-psyk, voksenpsyk. Og ass.leger, samt legedekning rusfeltet	Ikke besvart	Samarbeidsavtaler med kommunene, innføring av PKO	Ulike
33	Tilrettelegging for forskningsnettverk?	Ja, nettverk etablert i somatikk og psykisk helsevern.	Ingen på HF-nivå. Forskningsprosjekter i psykisk helse, Stokmarknes, lokalt nettverk.	Ja. Klinisk forskningscenter sentral rolle, mange aktiviteter og tiltak for nettverksbygging. Nettverksdanning i de enkelte forskningsmiljø. Nord-Norsk Psykiatrisk Forskningscenter lignende roll i psyk.	Ja. Både internt i NSLH, regionalt, mot UNN og UiTØ, og internasjonalt. Like mye innefor somatikk og psykisk helse.	Nei	Hålogaland og Helgeland må være mer aktiv for etablering av forskernetverk.
34	Tilrettelegging for	Ja. Ved midler til frikjøp gis	?	Ja. På avd.nivå. Somatikk:	Ja, endel. Frikjøp av en del	Få som har	3 HF veldig bevisst på

Nr	Spørsmål	Helse Finnmark HF	Hålogalands- sykehuset HF	UNN HF	Nordlands- sykehuset HF	Helgelands- sykehuset HF	Oppsummering / Avvik
	<i>arbeidstid/forhold til forskerne?</i>	det helt eller delvis fritak fra pas.behandling – arbeidstiden brukes til forskning		ledelsesansvar at ansatte får utnytte sine forskningsmidler. Psykiatri: Også ledelsesansvar. Annen tilrettelegging gjennom infrastruktur m.m.	klinikere med forskningsmidler, skjermet for eksempel i 20 eller 50% av stillingen, noen D-stillinger. For noen avd. har frikjøp ikke vært en mulighet – og må forske på fritiden.	forskningsmidler. Uklart om tilrettelegging i praksis.	tilrettelegging, får til mye. Må jobbes mer for like muligheter i hele HFet og i øvrige HF.
35	<i>Fulgt opp rutiner og systemer for registrering og måling av forskningsaktivitet?</i>	Ja	Ingen publikasjoner i 2004, men har kontaktperson for registrering og vil følge opp målesystemet.	Ja	Ja.	Ikke systematisk registrering (men lite/ingenting i 2004)	3 av 5 HF har fulgt opp systemer for registrering og måling av forskningsaktivitet
36	<i>Hvilken vurdering gjør HFet av status og resultater for lærings- og mestringssentre (LMS) i foretaket?</i>	Har startet LMS (Kirkenes) i 2004 ved hjelp av statlige stimuleringsmidler. 1/1 stilling, foreløpig for 3 år	St.nes: Oppstart LMS i 2005 Harstad: Planleggingsfase i 2004, opprettes LMS i 2005, nye lokaliteter fra sommeren 2005	Lærings- og mestringssentret er blitt et permanent tilbud med 2 hele stillinger og har fått nye lokaler. Driver meget aktivt og deltar i å utvikle fagnettverk for LMS i landsdelen	Har skjedd en betydelig kvalitetsforbedring av mestringstilbudene for ulike kronikergrupper. Det planlegges videreutvikling på dette området	Er etablert LMS i to av sykehusene (Rana, S.sjøen) og vil komme i Mosjøen i 2005 Enhetene fungerer meget bra og har godt samarbeid seg imellom	HFene er svært positive til å utvikle LMSene og det gjøres et meget godt arbeid i alle HF
37	<i>Opplevs brukerutvalgene som reelle medvirkningsorganer for styre og adm. ledelse? Forslag til forbedringstiltak i HFet eller regionalt?</i>	Svært aktivt brukerutvalg. Tar opp egne saker, deltar aktivt i strategiprosessen og gir uttalelser på styresaker	Godt samarbeid med de lokale brukerutvalgene ved de 3 sykehusene	Fokus på kvalitetsforbedrende tiltak for pasienter og pårørende. Møtene er lagt like før styremøtene slik at brukerutvalget kan gi uttalelser. strategiske saker til RHF, benytte de lokale brukerutvalg som høringsinstans ser til styresakene.	Brugerutvalget kom først i gang andre halvår 2004 slik at de har lite erfaringsgrunnlag foreløpig	Gir uttalelser til styresaker, oppleves som reelt medvirkningsorgan	Ennå er brukerutvalgene preget av at de er relativt nystartet, men de definerer seg som strategiske organer som bl.a. vektlegger uttalelser til styresaker og de strategiske prosessene.

Helseforetaksspesifikk del:			
	<p>HELSE FINNMARK: <i>Er det utarbeidet planer for effektiv koordinering og utnytting av ambulanseresurser basert på to 113 sentraler?</i></p>	<p>Den kliniske virksomheten i Helse Finnmark HF er organisert i 3 klinikker (sykehusene i Kirkenes, Hammerfest og Psykisk helsevern og rus). AMK og ambulansetjenesten – som skal være organisert som en del av den kliniske kjernevirksomheten – er organisert med utgangspunkt akuttavdelingene i Kirkenes og Hammerfest.</p> <p>Akuttavdelingen i Hammerfest avdelingsoverlegen har ansvaret for nødmeldetjenesten og luftambulansen samt det overordnede medisinske systemansvaret for ambulansetjenesten (bil og båt) i Helse Finnmark HF. I tillegg er vedkommende Helse Finnmarks kontaktperson i Helse Nord i forhold til nødmeldetjenesten og luftambulansen.</p> <p>Ambulansesjefen ved Akuttavdelingen i Kirkenes er med unntak av det medisinske systemansvaret, koordinator for overgripende oppgaver i forhold til ambulansetjenesten (bil og båt). Dette innbefatter også å være Helse Finnmarks kontaktperson i Helse Nord innenfor nevnte områder.</p> <p>Denne organiseringen krever at de ansvarlige gjensidig informerer hverandre om vesentlige forhold knyttet til utvikling og drift av tjenesten.</p>	<p>Helse Finnmark HF har tatt "grep" for organisatorisk ansvarsfordeling av funksjoner og ressurser mellom Hammerfest og Kirkenes, men har ikke en plan/et opplegg for operativ samordning mellom sentralene.</p>

Helseforetaksspesifikk del:			
	<p>UNN: <i>Er det tatt initiativ til å følge opp den nasjonale planen for hørselsrehabilitering fra 2002? Hvilke tiltak mener UNN må gjøres for å styrke hørselsrehabiliteringen i regionen?</i></p>	<p>Har vært vanskelig å gå videre på denne oppgaven. Viser til problemene med at hørselsomsorgen er så fragmentert, med et mangfold av instanser som overlapper hverandre uten videre samarbeid. Lite har skjedd på oppfølging av den nasjonale planen, verken fra Helse Nord RHF eller i HFene.</p> <p>UNN anmoder Helse Nord om at de 3 hørsentralene i Bodø, Harstad og Tromsø får en sentral oppgave i det videre arbeidet for en helhetlig hørselsomsorg. Viktige områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tydeligere ansvars- og rollefordeling mellom hørsentralene, hjelpemiddelsentralene, de private ØNH-legene, fylkeaudiopedagoger, PPT m.fl. - organiseringen av høreapparat-området - kontakten med kommunene - kontakten med Hørselshemmedes Landsforbund/hørselshjelper-ordningen 	<p>RHFene er pålagt å følge opp tiltak i handlingsplan for rehabilitering av hørselshemmede i departementets styringsdokument for 2005. Foreslås at UNN fortsatt skal ha koordineringsansvar</p>

STYRINGSKRAV 2004

Indikatorer	Helse Finnmark HF		Hålogalands- sykehuset HF		UNN HF		Nordlands- sykehuset HF		Helgelands- sykehuset HF		Oppsummering / Avvik
	3. tert. 04	#: 03 til 04	2. tert. 04	#: 03 til 04	2. tert. 04	#: 03 til 04	2. tert. 04	#: 03 til 04	2. tert. 04	#: 03 til 04	
KVALITET											
Epikrisetid, % sendt < 7 dager	51,8	+ 13,4	St.nes somatikk: 60,2 Harstad somatikk: 50 Narvik somatikk: 31,5	100% 66,7 142,3	45%	-	Bodø: 33,5 Lofoten: 25,7	18% 8%	Rana 34% Mosj. 31% S.sj. 54%	- 15% - 32% 14%	Langt igjen til målet. Helgelandspsykehuset har stor nedgang og stort sprik internt i HFet. . NLSH ligger lavest, mens Håland Stokmarknes er høyest
Korridorpas. Gj.sn. antall/dag	1,22 korr.pas.	1,5 korr.pas.	St.nes somatikk: 2,3 Harstad somatikk: 1,1 Narvik somatikk: 0,7	Foreligger ikke tall pr. tertiel 2003, kun kvartlasvis	6,7	-	Bodø 3,2 Lofoten 0,6	3% - 14%	Rana 1,2% Mosj. 0% S.sj. 0,7%	1,6% 0,2% 0,8%	Gjennomgående lavt antall korridorpasienter
Preoperativ liggetid, lårhalsbrudd, innen 48 timer	92,3%	7,2%	St.nes: 89% Harstad: 97% Narvik: 96%	- 5,3% -1% 5,5%	96%	-	Bodø 96,7 Lofoten 100	6% 14%	Rana100% Mosj. 100% S.sj. 77%	Ikke rapp. 2003	3 sykehus oppnål målsettingen m/indikatoren, mens mange ligger tett oppunder
Strykninger operasj.program	11,7% (2. og 3. tertial)	Ikke reg. 2003	Mangler data		16%	-	10%	Ikke reg.	Rana 3% Mosj. - S.sj. 12%	Ikke rapp. 2003	Relativt store forskjeller og for høy prosent hos de fleste
Hypighet av keisersnitt elektiv/akutt i %	2.tertiel 2004: 5,8% elektive, 8,1% akutt	Ikke reg. 2003	Mangler data		6,5% elektiv, 11,7% akutt	-	11,3% elektiv, 6,3% akutt	11,3% elektiv og 5,7% akutt (endring 0,04%)	Ikke rapportert manuelt		Som landsgjennomsnittet
Barnehabilitering: Andel individuell plan (for de m/rett)	45,7% (2. og 3.tertiel)	Ikke reg. 2003	Mangler data		4%	-		-	Rana 6 av 18 Mosjøen – S.sj. 1 av 28		Presisering tall fra Helgeland: Har registrert de barna som har rett til indiv. plan, samt de HFet er kjent med har fått

Indikatorer	Helse Finnmark HF		Hålogalands- sykehuset HF		UNN HF		Nordlands- sykehuset HF		Helgelands- sykehuset HF		Oppsummering / Avvik
	3. tert. 04	%: 03 til 04	2. tert. 04	%: 03 til 04	2. tert. 04	%: 03 til 04	2. tert. 04	%: 03 til 04	2. tert. 04	%: 03 til 04	
											utarbeidet indiv. plan.
Rehabilitering: andel med individuell plan (for de m/rett)	13	Ikke reg. 2003	Mangler data		-	-	6		Mangler data		For dårlige data
Rus: andel individuell plan	ettersendes		Mangler data		-	-	9		Msj: 12% MiR: ikke data S.sj: 60%	20% - -	Mangler data
Geriatri: andel Individuell plan	Ikke utarbeidet ennå		Mangler data		-	-	Ingen data reg.		Mangler data		Ingen data rapportert
Gj.førte pas.tilfredshetsunders. psykiatri	Ja		Gj.ført høsten 2004,		PasOpp på alle psyk. pol.				Gj.ført høsten 2004,		Se tekst i rapport
Avvik/merknader fra Helsetilsynet, antall	1		0		0 avvik, 5 merknader				1 avvik, 4 merknader		
Avvik/merknader lukket	1				4 merknader				1 avvik, 4 merknader		Alle avvik/merknader, unntatt 1 merknad, er lukket
Antall sykehus i BEST	2		1		1				3	1	7
Ant. Kommuner med tilbud prehospital trombolyse	0		13	=	13	=	Ikke besvart		Kun hkp.	=	Det forventes at befolkningen i samtlige kommuner vil ha tilbud om PHT i løpet av 1. kv 2005.
PRIORITERING											
Andel rett til nødv.helsehjelp	Ikke reg.		Ikke reg.		56%	- 11,2%	52%	Ikke gode nok data	77,5%	- 2,3%	2 HF registrerer ikke. UNN/NLSH tilfredsstillende, Heland for høyt?
DRIFTSMESSIGE FORHOLD											
Reduksjon antall senger		- 16		-22		0	-14	-8		-7	Totalt: - 53
Nye observasjonssenger	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sykehusforbruk: ant. Opphold / innleggelser Pr.1000 innb.	136	-4,9%	135,8	-2,2	102,77	+4	227	+1,79%			Stor variasjon mellom HFene, noen går opp, noen ned
Inngåtte avtaler kommuner	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	Kun 1 avtale inngått med kommune
Gjennomførte samarbeids- møter med prim.helsetj.	2	2	35	+ 26	5 m/ alle kom	5 m / alle	1 m/ alle	1 m/ alle	5	+5	Alle har hatt møte med kommunene i en eller annen

Indikatorer	Helse Finnmark HF		Hålogalands- sykehuset HF		UNN HF		Nordlands- sykehuset HF		Helgelands- sykehuset HF		Oppsummering / Avvik
	3. tert. 04	%. 03 til 04	2. tert. 04	%. 03 til 04	2. tert. 04	%. 03 til 04	2. tert. 04	%. 03 til 04	2. tert. 04	%. 03 til 04	
											form
Antall praksiskonsulenter	0	0	0,2		9	+1	0	0	0	0	Liten endring i forh. Til målsettingen
Overførte kontroller (pas.gr.) til fastlegene	Ingen info		0	0	Ca.mamma		Ingen info		Diskutert men ikke gj.ført		Diskuteres med primærlegene, men ikke gjennomført andre steder enn ved UNN
REKRUTTERING / UTDANNING											
Antall lærlinger i amb.tjenesten (1. + 2. år)	3	+ 200 %	6	- 25 %	6	+ 100 %	2	=	4	+ 100%	Antallet lærlinger er uakseptabelt lavt og vil medføre at HN på noe sikt ikke vil være i stand til å oppfylle krav/forsvarlighet. HN vil ha et særlig fokus på rekrutterings- og lærlings situasjonen i 2005.
Antall praksisplasser medisinerstudenter	8	-	29	-2	22	-	25	+ 7	16	-	Totalt: 100
Ant.praksisplasser psykologer	-		2	-	24	-	4	+1	2	-	Totalt: 32
Ant.praksispl. andre helsefag	110		52		325		395		122		Totalt: 1004
Antall vakante stillingshjemler	-	-	30	-	65	-	Mangler data	-	28		Mangelfulle data
Andel vakante hj.av totalt ant.hjemler	-	-	-	-	1,5 %		-	-	24%		For dårlige data