



Styremøte i Helse Finnmark HF

Saksnummer 72/2013

Saksbehandler: Administrasjonssjef, Ole Martin Olsen
Møtedato: 26. september 2013

Rapportering 2. tertial på Oppdragsdokument 2013

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Finnmark HF godkjenner rapportering 2. tertial på oppdragsdokument 2013. Rapportering 2. tertial oversendes Helse Nord RHF.
2. Risiko knyttet til gjennomføring av oppdraget vurderes som middels, og avbøtende tiltak etablert i forhold til dette er tilfredsstillende.

Hans Petter Fundingsrud
Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Rapportering 2. tertial på Oppdragsdokument 2013



Rapportering 2. tertial på Oppdragsdokument 2013

Saksbehandler: Administrasjonssjef, Ole Martin Olsen

Dato: 26. september 2013

Sammendrag

Styret har behandlet Oppdragsdokument 2013 som egen sak i sitt møte i februar 2013. Sak om overordnet risikostyring relatert til oppdragsdokumentet ble behandlet av styret i mars 2013. Styret behandlet også sak knyttet til rapportering 1. tertial på sitt møte i mai i år. Foretaket har kontinuerlig fokus på oppdragsdokumentet gjennom hele året både i forhold til styrearbeid, arbeid i foretaksledergruppen og ute i klinikkene. Foretaket er kommet godt i gang med arbeidet på de punktene som det rapporteres på i 2. tertial. Risiko knyttet til gjennomføring av oppdraget vurderes som middels. Tiltak er utarbeidet for å håndtere denne risikoen. Vi sliter fortsatt med å nå målsetninger knyttet til ventelister og fristbrudd. Trenden er positiv for foretaket sett under ett. I august øker likevel både fristbruddene og ventetidene.

Bakgrunn

Styret har behandlet oppdragsdokument 2013 som egen sak i sitt møte i februar 2013. Styret behandlet også oppdragsdokument 2013 som sak i forbindelse med overordnet risikostyring i mars. Styret fikk rapportering oppdragsdokument 2013 inklusive overordnet risikostyring til behandling i sine styremøter i mai (1. tertial) og nå i september 2013 (2. tertial). I tillegg kommer rapportering på oppdragsdokument 2013 opp som sak i styret i forbindelse med Årlig melding i mars 2014. I 2013 har man tatt ut all rapportering på økonomi fra rapportering på oppdragsdokument. Dette fordi vi rapporterer på dette månedlig i månedsrapporteringen.

Vurdering

Foretaket har kontinuerlig fokus på oppdragsdokumentet gjennom hele året både i forhold til styrearbeid, arbeid i foretaksledergruppen og ute i klinikkene. Felles for dette arbeidet er at det jobbes godt på veldig mange områder. Risikoen knyttet til gjennomføring av oppdraget ble gjennomgått på styremøtet i mai. Det er registrert lav til middels risiko for gjennomføring av oppdraget i dette møtet. Risikoen målt nå i september er stort sett uforandret på alle arbeidsområdene.

Vi oppnår ikke målsetningene knyttet til ventelister og fristbrudd. En rekke tiltak er etablert. Trenden for foretaket er nedadgående både på fristbrudd og ventetider, men i august viser tallene en negativ utvikling.

Foretaket har en lav andel korridorpasienter. Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg.no er stort sett uforandret eller noe høyere enn siste måling. Dataene på kreftbehandling er så lave i siste rapporteringsperiode at det ikke er mulig å angi prosentsats for dette i denne rapporten.

Månedsverkene i foretaket øker i forhold til første tertial. Månedsverkene ligger også litt over plantall. Foretaket har etablert rutiner og prosedyrer på arbeids- og hviletidsbestemmelsene.

System for melding av uønskede hendelser til Kunnskapscenteret er etablert og fungerer iht plan og prosedyre.



Risikovurdering

Saken vurdert opp mot våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt:

Gjennomføring av prosess og vedtak rundt tertialrapport 2. tertial anses ikke å ha negativ effekt på våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt.

Saken vurdert opp mot beslutningshensyn i navigasjonshjulet:

Gjennomføring av prosess og vedtak rundt tertialrapport 2. tertial er vurdert i forhold til navigasjonshjulet. Det er ikke registrert negative konsekvenser ved prosess og vedtaket relatert til noen av faktorene som jus, etikk, identitet, moral, omdømme, eller økonomi som vurderes som negativt for foretaket.

Saken vurdert generelt knyttet til risiko relatert til måloppnåelse:

Risiko knyttet til måloppnåelse vurderes som moderat da foretaket har stor fokus på risikostyring generelt og risikostyring opp mot oppdragsdokumentet spesielt.

Medbestemmelse

Sak vedrørende tertialrapport 2. tertial er drøftet med de tillitsvalgte i møte 17. september.

Vedlegg:

- Rapportering 2. tertial på Oppdragsdokument 2013.



HELSE FINNMARK
FINNMÁRKKU DEARVVAŠVUOHTA

HELSE  NORD

Rapportering
2. tertial

30. september

2013

Oppdragsdokumentet

Innholdsfortegnelse

1.	OM RAPPORTERINGEN	3
2.	KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	4
2.1	KVALITETSFORBEDRING	4
2.2	PASIENTSIKKERHET	10
3.	TILGJENGELIGHET, BRUKERVENNLIGHET OG BRUKERMEDVIRKNING	13
4.	SAMHANDLINGSREFORMEN	18
5.	PASIENTTILBUD	21
5.1	KREFTBEHANDLING	21
5.2	BEHANDLING AV HJERNESLAG	25
5.3	SVANGERSKAPS-, FØDSELS- OG BARSELSOMSORG	26
5.4	TRAUMEBEHANDLING/KARKIRURGI	27
5.5	OPPFØLGING AV REGIONALE HANDLINGSPLANER INNEN KRONIKEROMSORG M. V.	28
5.6	HABILITERING OG REHABILITERING	29
5.7	TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING FOR RUSMIDDELAHVHENGIGE (TSB) OG ANNEN AVHENGIGHETSBEHANDLING	30
5.8	PSYKISK HELSEVERN	32
5.9	KJEVELEDDSDYSFUNKSJON	36
5.10	PASIENT- OG PÅRØRENDEOPPLÆRING	36
6.	ANDRE OMRÅDER	38
6.1	BEREDSKAP OG SMITTEVERN	38
6.2	FOREBYGGING OG FOLKEHELSESAMARBEID	39
6.3	BARENTS HELSESAMARBEID/NORDOMRÅDESATSINGEN	40
7.	UTDANNING AV HELSEPERSONELL	41
8.	FORSKNING OG INNOVASJON	42
8.1	FORSKNING	42
8.2	INNOVASJON	44
9.	FELLES ØKONOMISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER	46
	RESULTATKRAV	46
9.1	RISIKOSTYRING OG INTERNKONTROLL	46
9.2	INVESTERINGSRAMMER, BYGG OG EIENDOMSFORVALTNING	51
9.3	INNKJØP	52
9.4	GAVER, STIFTELSE, LEGATER OG FOND	53
9.5	KLIMA- OG MILJØTILTAK	53
9.6	ORGANISASJONS- OG LEDERUTVIKLING, ARBEIDSGIVERSTRATEGI	54
	<i>9.6.1 Personal og kompetanse</i>	54
	<i>9.6.2 Helse, miljø og sikkerhet</i>	58
	<i>9.6.3 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)</i>	60
10.	OPPFØLGING OG RAPPORTERING	62

1. Om rapporteringen

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2013** til Helse Nord RHF. De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

Tertialrapport og årlig melding fra helseforetakene danner grunnlag for utarbeidelse av Helse Nord RHF's årlige melding til Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD).

Det skal gis tilbakemelding på alle rapporteringskrav i dette dokumentet. Tabellen under rapporteringskrav viser hvilke krav som skal rapporteres tertialvis og hvilke kun i årlig melding.

Rapporteringsteksten skal være konkret og konsis, og inneholde informasjon om status med beskrivelse av gjennomførte tiltak. **Med andre ord er hensikten med tilbakemeldingene i denne rapporten ikke å gjengi tall fra tabeller, men å få en kort og utfyllende forklaring på hva som gjøres. Det er også viktig at rapporteringsteksten utformes slik at andre har tilstrekkelig grunnlag for selvstendig vurdering i forhold til status og måloppnåelse.**

Rapportering fra helseforetakene på styringsparametre m.v. er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Vi har etter henstilling fra helseforetakene gjennomgått hvilke styringsparametre det skal rapporteres på, og hvilke Helse Nord RHF kan svare HOD på direkte. Det er også her viktig å gi en vurdering av bakenforliggende årsaker fremfor bare å gjengi tallene. Kildene for tallene finnes i vedlegg 2 – Styringsparametre for 2013 med tilhørende linker:

Lenke til nasjonale kvalitetsindikatorer: <http://nesstar2.shdir.no/webview/>

Lenke til månedlige ventelistestatistikk: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-nord.aspx>

Lenke til statistikkalender Norsk pasientregister: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/statistikkalender/Sider/default.aspx>

Rapporter fra Nasjonalt kunnskapssenter for spesialisthelsetjenesten vil bli publisert her: <http://www.kunnskapssenteret.no/>

I denne offisielle rapporteringen er det kildene fra Vedlegg 2– Styringsparametere 2013 i oppdragsdokumentet som skal stå som grunnlag. Dersom det brukes grunnlag fra andre tall for å forklare utviklingen må dette presiseres

2. Kvalitet og pasientsikkerhet

2.1 Kvalitetsforbedring

Helseforetakene i Helse Nord skal:

- Rapportere andel epikriser sendt ut innen en uke (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Rapporteringstekst 1.tertial

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

Siste tilgjengelige oversikt fra Helsedirektoratet er 2. tertial 2012:

Epikrisetiden i foretaket var i 2. tertial 2012 på 68.4 %. Dette er en forbedring fra 1. tertial 2012 hvor epikrisetiden var 67.4 %. Sammenlignet med de andre foretakene i Helse Nord så ligger vi lavest, selv om avstanden er liten mellom lavest og høyest andel.

Foretaket har ikke nådd målet om at alle epikriser skal være sendt ut innen 7 dager. Det arbeides aktivt for å få opp andelen og opplæring og veiledning til leger og sekretærer er en del av tiltakene for å oppnå dette. Fokus på epikrisetid settes nå opp som månedlig rapporteringsindikatorer og vil følges nøye i forbindelse med direktørens dialogmøter med klinikkjefene.

Rapporteringstekst 2.tertial

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

Siste tilgjengelige oversikt fra Helsedirektoratet er 1. tertial 2013. Andel epikriser i foretaket sendt innen 7 dager var i 1. tertial 2013 på 71.7 %. Dette er en forbedring fra 2. tertial 2012. Klinikk Kirkenes har høyst andel epikriser sendt innen 7 dager på 87 %. Klinikk Hammerfest har lavest med 63 %.

Klinikk Hammerfest har arbeidet med å få opp andel epikriser sendt innen 7 dager gjennom hele 2013. Siden forsommeren 2013 har foretakets kvalitetspatrulje v/ kvalitetsrådgiver sammen med Klinikk Hammerfest jobbet med å øke andelen epikriser sendt innen 7 dager. Dette er blant annet gjort ved gjennomgang av arbeidsflyten ved Kir/ort avdeling Hammerfest.

Klinikk psykisk helsevern og rus: Andelen epikriser sendt ut inne 7 dager er pr 2. tertial på 78,8 %.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Rapportere andel korridorpasienter ved somatiske sykehus (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Rapporteringstekst 1.tertial

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

Siste tilgjengelige oversikt fra Helsedirektoratet er 2. tertial 2012:

Foretaket hadde 47 korridorøgn 2. tertial 2012 av totalt 12.604 liggedøgn. Dette utgjør 0,4 % av de totale liggedøgnene. Dette er en nedgang fra 1. tertial hvor antallet korridorpasienter var 0,6 %.

Foretaket har som mål at ingen skal ligge på korridor. Alle klinikker og avdelinger arbeider ut fra dette. På enkelte avdelinger i enkelte perioder lykkes man likevel ikke med dette. Dette kan skyldes ombygginger, omlegging av driften og spesielle forhold knyttet til organisering av driften som er av forbigående art.

Antallet korridorpasienter er lavt og lavest i hele Helse Nord. Spesielle tiltak er ikke iverksatt for å redusere dette ytterligere da det er vanskelig å planlegge med tanke på alle spesielle forhold som kan inntreffe i løpet av året.

Rapporteringstekst 2.tertial

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

Siste tilgjengelige oversikt fra Helsedirektoratet er 1. tertial 2013:

Foretaket hadde 150 korridorøgn 1. tertial 2013 av totalt 13.648 liggedøgn. Dette utgjør 1.1 % av de totale liggedøgnene. Dette er en økning fra 2. tertial 2012. Klinikk Hammerfest hadde 1.6 % korridorøgn og Kirkenes ingen.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Andel helseforetak som rapporterer data om ulykker og skader til NPR (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Antall gjennomførte mini-metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Andel nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten som har etablert faglig referansegruppe med brukerrepresentasjon (Ref vedlegg 3 OD 2013 - rapportering på særskilte områder)*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Antall søknader om metodevurderinger for alle metodeområder som er ferdigbehandlet (Ref vedlegg 3 OD 2013 - rapportering på særskilte områder)*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Antall bestillinger for hurtig metodevurdering og fullstendig metodevurdering som er sendt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.(Ref vedlegg 3 OD 2013 - rapportering på særskilte områder)*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Antall bestillinger for hurtig metodevurderinger for legemidler som er sendt til Statens Legemiddelverk (Ref vedlegg 3 OD 2013 - rapportering på særskilte områder)*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Delta i regionalt arbeid for å gjøre faglige retningslinjer mv. i Docmap¹ tilgjengelig for kommunene.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Implementere oppdaterte nasjonale kliniske retningslinjer, legge disse i Docmap og sørge for at disse legges til grunn for medisinsk praksis.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Gjennomgå egen praksis og opplæringsbehov på prioriteringsveilederne, veileder for registrering av aktivitet og Forskrift for ventetidsregistrering.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

¹ Docmap er foretaksgruppens elektroniske kvalitetssystem.

- Ta i bruk felles e-læringsplattform.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Rapportere all klinisk aktivitet korrekt til NPR

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Innregistrere komplette data til alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre som omfattes av helseforetakets virksomhet.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Drive systematisk forbedringsarbeid i alle deler av virksomheten basert på regelmessig evaluering av klinisk praksis. Dette inkluderer resultater fra kliniske kvalitetsregistre der slike er etablert.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Delta i arbeid med regionalt kvalitetsnettverk, jf. Helse Nords kvalitetsstrategi.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Bruke sykehusapoteket mer aktivt som rådgivere innen klinisk farmasi for å oppnå bedre og mer sikker bruk av medikamenter.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Sikre bedre kvalitet i rapporteringen til Norsk pasientregister fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Rapportere i Tertialrapport II på gjennomføring og effekt av øremerkede kvalitetsmidler som ble tildelt i 2010/2011.

Rapporteringstekst 2.tertial

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

Prosjekt 1: Ventelister ØNH Hammerfest.

Tiltaket gikk ut på å leie inn ekstra innsatsuker for ØNH-lege, operasjonsteam og etablere operasjonsmuligheter for neseskillevegg i Hammerfest.

Resultat:

Innleie av ekstra ØNH uker ble gjennomført og klinikken fikk redusert sine ventelister innen ØNH. Det ble innkjøpt utstyr for å forbedre effektivitet mellom Karasjok og Hammerfest.

Prosjekt 2: Etablering av systemer og rutiner for IKT ledelse, systemansvar og systemadministrasjon.

Tiltaket gikk ut på å styrke og videreutvikle foretakets interne rutiner og prosesser knyttet til overordnet styring av IKT. Dette med tanke på tilpasning av kapasitet og kompetanse hos Helse Finnmark for å understøtte overordnede styringsmodeller under etablering i helse nord RHF.

Resultat:

Det ble ansatt egen IKT systemansvarlig som har satt fokus på foretakets utfordringer og behov. Han ble det bindeleddet mellom Helse Nord og oss som vi hadde behov for, og vi har nå betydelig bedre kontroll på våre systemer og rutiner, samt avtaler vi har med Helse Nord IKT. Organiseringen med systemansvarlig ivaretas framover av leder for enhet for Medisinteknisk og IKT.

Prosjekt 3: Ventelister øye og urologi Kirkenes.

Tiltaket gikk ut på å leie inn personell til ekstra innsatsuker innen områdene øyelege, fundusfotografering, urologiske undersøkelser og urologiske konsultasjoner.

Resultat:

Klinikk Kirkenes klarte ikke å benytte alle ukene som var planlagt innen urologi grunnet manglende operasjonskapasitet samt at poliklinikken ikke klarte å kjøre dobbel urologisk poliklinikk. Gjenstående midler fra urologi ble benyttet til ekstra innleie av øyelege. Øyepoliklinikken hadde også lang ventetid, men ikke så lang som urologi.

Prosjekt 4: Transport av psykisk syke med fly fra Finnmark til Tromsø.

Tiltaket gikk ut på å utarbeide og iverksette en ordning med sivilt følgepersonell i Finnmark som kunne bistå helsepersonell ved tvangsinnleggelse. Bakgrunnen for dette var både å få ned ventetid på transport av psykisk syke, redusere kostnader på transport og redusere unødvendig kontakt mellom pasient og politi.

Resultat:

Det er nå etablert en ordning med sivilt ledsagerpersonell både i Alta og i Kirkenes (begge baser for luftambulansetjenesten). Disse fungerer utmerket og har overtatt ca halvparten av de ledsageroppdragene som politiet hadde tidligere. Alle er godt fornøyd med tjenesten, som er satt i fast drift.

Prosjekt 5: Utvikling av gode rutiner for implementering av kvalitetsarbeid i hele organisasjonen.

Tiltaket gikk ut på å ansette en prosjektleder som Docmap-ansvarlig, samt å etablere et nettverk av Docmap-medarbeidere i avdelingene.

Resultat:

Medarbeider ble ansatt og ekstra fokus på DocMap ble etablert. Det ble foretatt rydding i DocMap og ekstra opplæring. Vedkommende sluttet tidligere enn planlagt og det tok tid å få på plass ny.

Prosjekt 6: Hospitering ortopedi.

Tiltaket gikk ut på å la ortopeder fra Hammerfest og Kirkenes hospitere hos hverandre; 2 uker hver vei. Dette for å fremme felles retningslinjer og klinisk praksis innen Helse Finnmark.

Resultat:

Det ble utført 2 uker med hospitering fra Kirkenes til Hammerfest samt en reise for ortoped med følge fra Hammerfest til Kirkenes for å se på tilbudet i Kirkenes.

Prosjekt 7: Sammenlåing av medisinske avdelinger i Hammerfest til én avdeling og etablering av slag/geriatrienhet.

Tiltaket gikk ut på å slå sammen de to medisinske avdelingene C og D til én medisinsk avdeling samt å etablere en slagenhet/geriatriisk enhet integrert i denne sammenslåtte avdelingen.

Resultat:

Avdelingene ble oppgradert i tråd med prosjektbeskrivelsen og det er etablert en slag- og geriatrienhet. Ny turnus og bemanningsplan ble utarbeidet og en fikk med dette styrket helgebemanningen i den nye syvdagersposten.

UNN HF skal:

- *Drive nasjonale medisinske kvalitetsregistre, der UNN HF har databehandlingsansvar, i henhold til konsesjon.*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Sikre at nasjonale medisinske kvalitetsregistre med databehandlingsansvar i UNN HF oppnår akseptable nasjonale dekningsgrader hva gjelder både innregistrerende enheter og registrerte enkeltpasienter.*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Formidle relevante resultater og kvalitetsindikatorer fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre med databehandlingsansvar i UNN HF til både allmennhet og til innregistrerende enheter.*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Rapportere på internkontroll, informasjonssikkerhet og risikostyring med hensyn til måloppnåelse for nasjonale medisinske kvalitetsregistre.*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

NLSH HF og Helse Finnmark HF skal:

- *Gjennomgå medisinsk kodekvalitet, jf. styresak om internkontroll behandlet i Helse Nord RHF's styre i 2012².*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

2.2 Pasientsikkerhet

Helseforetakene i Helse Nord skal:

- Følge opp den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens vedtak.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Delta på alle innsatsområder i pasientsikkerhetskampanjen, implementere alle tiltakspakkene og rapportere egne resultater

Rapporteringstekst Årlig melding

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

² Styresak 93-2012, Internrevisjonsrapporter om Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis

- Offentliggjøre resultater fra journalundersøkelser (GTT)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Iverksette tiltak for å følge opp egne resultater i Pasientsikkerhetskampanjen, herunder kartleggingen av pasientsikkerhetskultur.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Videreutvikle arbeidet med ny meldeordning (§ 3-3 meldinger) til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og bruke erfaringene i eget forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Legge ut informasjon om meldte § 3-3 meldinger på egnet måte.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Iverksette tiltak for å følge opp tilsynsrapporter.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Utarbeide planer for og gjennomføre opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Bidra med nødvendig kompetanse og metodestøtte for å utføre mini-metodevurderinger (mini-HTA)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

Helseforetakene i Helse Nord skal styrebehandle:

- Statusrapporter fra Pasientsikkerhetskampanjen. Disse skal blant annet omfatte GTT³-resultater og oppfølging av disse.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journal- undersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhets- kampanjens føringer. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

³ Global Trigger Tool

3. Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning

Helseforetakene i Helse Nord skal:

- Sørge for at det arbeides målrettet, med utgangspunkt i rapporter fra SKDE og nasjonale behandlingsveiledere, for å sikre en mest mulig enhetlig behandlingspraksis i regionen.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Ikke ha fristbrudd.

Rapporteringstekst 1.tertial

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

Det jobbes godt i klinikkene i forhold til å redusere antallet fristbrudd. Andel fristbrudd har gått ned i alle klinikker gjennom hele perioden. Fristbruddene er likevel ikke nede på det som er målsetningen i oppdragsdokumentet. Færrest fristbrudd har man innenfor Klinikk Psykisk helsevern og rus og høyest antall fristbrudd har man ved klinikk Hammerfest.

Klinikk Hammerfest har ikke klart å komme seg under måltallene for fristbrudd i første kvartal 2013, men det er en nedgang i fristbrudd sammenlignet med samme periode i 2012. Hver uke sendes det ut lister til avdelingene med pasienter som står i fare for å få fristbrudd de neste 4 ukene, noe som har vært med på å redusere fristbruddene. Klinikken har en del fristbrudd som er forårsaket av uvær og innstilt transport 1. tertial 2013. Det er ikke praksis å sette inn disse utsettelsene som pasientutsatt, noe som viser seg å avvike fra blant annet UNN. Det er også opprettet et tettere samarbeid med Klinikk Kirkenes for overføring av pasienter der Kirkenes har kapasitet. Klinikk Kirkenes har i siste måned en liten økning i fristbrudd. Avdelingslederne får rapportert hver fredag om det er fare for fristbrudd, dette for å iverksette tiltak.

Klinikk psykisk helsevern og rus har 15 fristbrudd som er registrert i løpet av 1. tertial 2013. Tre med dato for behandling henholdsvis en, to og seks dager etter frist. Tre overføringssaker. Tre utsatt pga uvær og seks saker som er feilregistrert der pasienten har fått behandling innen frist / pasientutsatt. Ingen fristbrudd er oversendt Helfo etter 13.07.12.

Rapporteringstekst 2.tertial

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

Det jobbes godt i klinikkene i forhold til å redusere antallet fristbrudd. Andel fristbrudd har gått ned i alle klinikker gjennom året, med en økning nå i august for somatikken. Fristbruddene er likevel ikke nede på det som er målsetningen i oppdragsdokumentet. Færrest fristbrudd har man innenfor Klinikk Psykisk helsevern og rus og Klinikk Kirkenes. Høyest antall fristbrudd har man ved klinikk Hammerfest. Kvalitetspatruljen i foretaket jobber nå aktivt sammen med klinikkledelsen i Klinikk Hammerfest for å bedre disse resultatene.

Klinikk psykisk helsevern og rus har 25 fristbrudd som er registrert pr. 2. tertial 2013 (jan-aug). Tre med dato for behandling henholdsvis 1, 2 og 6 dager etter frist. Åtte overføringsaker. Tre utsatt pga uvær, og 10 saker som er feilregistrert der pasienten har fått behandling innen frist / pasientutsatt. Rusteamet i Alta har ett fristbrudd som er feilregistrering. Ingen fristbrudd er oversendt Helfo etter 13.07.12.

Antall fristbrudd var i august fordelt slik:

Samlet 10.8 %

Klinikk Hammerfest 16.2 %

Klinikk Kirkenes 6.6 %

Klinikk Psykisk helsevern og Rus 1.5 %

(kilde: SAS portalen)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Redusere gjennomsnittlig ventetid til under 65 dager

Rapporteringstekst 1.tertial

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

Ventetiden har gått ned i alle klinikker i perioden. Gjennomsnittlig ventetid er likevel ikke nede på det nivå som er målsetningen i oppdragsdokumentet. Lavest ventetid har man ved klinikk Psykisk helsevern og rus. Høyest ventetid har man ved Klinikk Hammerfest.

Klinikk Hammerfest har ved utgangen av mars nådd måltallene på under 65 dager for pasienter med rett til prioritert. Arbeidet med rydding i ventelister er igangsatt, det forventes at dette arbeidet vil være ferdig i løpet av mai/juni 2013. Det er i Klinikken gjennomført opplæring på riktig registrering av henvisninger samt at det har vært leid inn ekstern kursholder fra UNN som har undervist 24 sekretærer om ventelistebehandling. Klinikken jobber aktivt for å få ned ventetiden for pasienter uten rett til helsehjelp blant annet ved tettere samarbeid med Kirkenes, samt ekstra innleie av spesialist på noen fagområder.

Klinikk Kirkenes har ventetid under 65 dager for pasienter med rett ved utgangen av april. For pasienter uten rett er ventetiden 66 dager. Klinikken har utfordringer innenfor fagområdene reumatologi, ortopedi og ØNH, samt pasienter som skal inn til førerkortvurdering. Dersom klinikken skal få ned ventetiden innen for disse fagområdene må klinikken leie inn ekstra uker med lege utover det som er planlagt i 2013.

For Voksenpsykiatrien er styringskravet oppfylt. Pr. 1. tertial er snitt ventetid for de med rett 37 dager og for de uten rett 43 dager.

Rapporteringstekst 2.tertial

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

Rapporteringen av ventetid er endret i 2013 ved at det ikke lenger skilles mellom pasienter med og uten rett til helsehjelp. Det er derfor ikke helt lett å sammenlikne årets tall med tidligere års tall. Ventetiden viser en nedadgående trend i alle klinikker i perioden. Gjennomsnittlig ventetid er i juli nede på det nivå som er målsetningen i

oppdragsdokumentet, men i august øker den igjen. Lavest ventetid har man ved klinikk Psykisk helsevern og rus. Viktige årsaker er at stillinger er besatt samt forbedring av oppfølgingsrutiner. Høyest ventetid har man ved Klinikk Hammerfest.

Snitt ventetid var i august 2013 slik:

Samlet 78 dager

Klinikk Hammerfest 81 dager

Klinikk Kirkenes 78 dager

Klinikk Psykisk helsevern og Rus 50 dager

(Kilde: SAS portalen)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Sørge for at alle som behandler henvisninger sikres tilstrekkelig opplæring⁴

Rapporteringstekst 2.tertial

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

Alle leger er minnet om kurs i prioriteringsveilederen. Det er også satt fokus på veilederne i ledermøter både på klinikknivå og avdelingsnivå.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Sørge for at pasientene får direkte innkalling til time for undersøkelse/behandling i første svar på henvisningen.

Rapporteringstekst 2.tertial

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

Ved Klinikk Kirkenes er det slik at pasienter som skal inn til time i løpet av de første 4-6 ukene og de som har rett til prioritert helsehjelp ikke mottar ventelistebevis, men får innkallingen direkte. De som skal inn til time senere enn dette mottar først ventelistebevis fra klinikken, mens innkallingen kommer seinere.

Ved Klinikk Hammerfest har man innført praksis med direkteinnkalling på avdeling føde/gyn/barn. De andre avdelingene har foreløpig ikke innført denne praksisen.

Innenfor Psykiatri har man innført system der time og behandler tildeles i rettighetsbrev til pasienten. Dette er iverksatt i hht krav i Oppdragsdokument 2012. Ordningen er evaluert våren 2013 og videreføres.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

⁴ jf Helsedirektoratets kurs for de som prioriterer og registrerer i spesialisthelsetjenesten, <http://prioriteringer.helsedirektoratet.no>

- Sørge for at pasienter som skal gjennomgå omfattende utredning og behandling får utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet. Planen skal være et arbeidsdokument for pasient og behandler som revideres ved behov.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Følge opp strategi og tiltaksplan for brukermedvirkning i helseforetakene.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- I samarbeid med SANKS⁵ inngå forpliktende samarbeid om kompetanseutvikling knyttet til samisk språk og kultur i pasientbehandling.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Øke bruken av teleradiologi.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Sikre at resultater fra pasienterfaringsundersøkelser offentliggjøres på nettsidene og følges aktivt opp.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Sikre at ikke personer under 18 år brukes som tolk i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av foreldres eller andre slektingers diagnose⁶. Barn under 18 år kan kun unntaksvis brukes som tolk ved akutte situasjoner hvor det er fare for liv og helse.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker – Somatikk (Ref Vedlegg 2 i OD - Styringsparametre 2013).

⁵ Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern

⁶ Det vises til føringer vedr. barn som tolk i Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk.

Rapporteringstekst 1.tertial

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

80 % av ventetidene var oppdatert i løpet av de siste 4 ukene i somatikken 2. tertial 2012. Klinikk Kirkenes hadde 100 % oppdatert og Klinikk Hammerfest hadde 67.2 % oppdatert. Innenfor Psykisk Helsevern og Rus var 37.5 % oppdatert innenfor VOP, 33.3 % innenfor TSB og 41.7 % innenfor BUP i samme tertial.

Rapporteringstekst 2.tertial

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

Siste tilgjengelige tall fra Helsedirektoratet er 1. tertial 2013.

Klinikk Kirkenes hadde 94.5 % oppdatert og Klinikk Hammerfest hadde 71.5 % oppdatert.

VOP: 74 % av ventetidene oppdatert (DPS midt 100 %, DPS vest 67 %, DPS øst 64 %).

BUP: 64 % av ventetidene oppdatert (DPS midt 73 %, DPS vest 64 %, DPS øst 55 %).

Rapporteringstekst Årlig melding *Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?*

- Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013, publiseres: november 2013)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

4. Samhandlingsreformen

- Prioritere faglig utviklingsarbeid i henhold til inngåtte avtaler med kommunene, herunder å etablere øyeblikkelig hjelp-tjenester, kompetanseoppbygging og pasientforløp.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Gi økt fokus til personer med sammensatte og/eller kroniske lidelser. Kunnskapen om "The Chronic Care Model"⁷ skal styrkes, og prinsippene i denne modellen skal legges til grunn for behandlingen.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste, spesielt innen geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Følge opp de forpliktelser som følger av samarbeidsavtalene, herunder dokumentasjon av og aktiv håndtering av avvik.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Sikre at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter ikke endrer vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- I samarbeid med kommunene og brukerne videreføre arbeidet med å utvikle standardiserte pasientforløp for de store pasientgruppene. Dette skal inkludere pasienter med kroniske sykdommer. Nettverkssamarbeidet mellom helseforetakene og mellom helseforetakene og kommunene skal styrkes.

⁷ The Chronic Care Model - innebærer vektlegging av helhetlige pasientforløp der pasienten medvirker (shared decision making) både i valg og gjennomføring av behandling

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Bidra med kompetanse og kvalitetsutvikling til oppbygging og drift av kommunale døgnbaserte ø-hjelpfunksjoner. Disse skal sikre likhet og tilgjengelighet til akuttfunksjoner av god kvalitet uavhengig av bosted, og skal ha en kvalitet som reelt avlaster sykehus, jf Helsedirektoratets veileder om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Hensynet til gode og forsvarlige beredskapsordninger må ivaretas gjennom avtalene som inngås. Det skal også vurderes om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det nye kommunale tilbudet.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Drive systematisk opplæring av personell som er nødvendig for å gjennomføre samhandlingsreformen. Et grunnlag for dette er kartlegging av behov og anbefalte tiltak i sluttrapport januar/februar 2013 fra prosjektet Kompetansebehov etter samhandlingsreformen⁸.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Videreføre arbeidet med å desentralisere kontroller.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Følge opp samhandlingstiltak i Helse Nord's vedtatte handlingsplan for pasient- og pårørendeopplæring.⁹

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Foreslå for samarbeidsorganene mellom kommunene og helseforetakene at tillitsvalgte inviteres til å delta

Rapporteringstekst Årlig melding

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

⁸ Rapport utarbeidet av Margrete Gaski, forventes ferdig januar/februar 2013

⁹ ”Status og utviklingsmuligheter for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord”, vedtatt i Helse Nord RHF's styre 27.9.12

UNN HF skal:

- *Sørge for at Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) bistår helseforetakene i implementering og bruk av telemedisinske løsninger i gjennomføringen av samhandlingsreformen.*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

NLSH HF skal:

- *Etablere samarbeidsorgan (OSO) etter samme modell som øvrige helseforetak.*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

5. Pasienttilbud

- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- 30-dagers risikjustert totaloverlevelse(Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Andel helseforetak som har utarbeidet ernæringsstrategi (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

5.1 Kreftbehandling

Helseforetakene skal:

- Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Rapporteringstekst 1.tertial

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

Gjennomsnitt tid fra henvisning til oppstart behandling for tykktarmskreft i Helse Finnmark var i andre tertial 2012 på 12 dager (mot 16 dager nasjonalt). 80 % fikk igangsatt behandling innen 20 dager (nasjonale tall 63 %).

Rapporteringstekst 2.tertial

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

Gjennomsnittlig andel pasienter som fikk behandling for tykktarmskreft startet opp innen 20 dager etter henvisning i Helse Finnmark under ett var i 2012 78 % (mot nasjonale tall 59 %).

Tallene for første tertial 2013 viser så lav forekomst av sykdommen at man ut fra statistisk forsvarlighet ikke kan offentliggjøre tallene for behandlingsstedene i Helse Finnmark.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Rapporteringstekst 1.tertial
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Gjennomsnitt tid fra henvisning til oppstart behandling for lungekreft i Helse Finnmark var i første tertial 2012 på 11 dager (mot 27 dager nasjonalt). 75 % fikk igangsatt behandling innen 20 dager (nasjonale tall 37 %). For andre tertial 2012 har Helse Finnmark for små tall til å bli rapportert.

Rapporteringstekst 2.tertial
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Gjennomsnittlig andel pasienter som fikk behandling for lungekreft startet opp innen 20 dager etter henvisning i Helse Finnmark under ett var i 2012 58 % (mot nasjonale tall 37 %).

Tallene for første tertial 2013 viser så lav forekomst av sykdommen at man ut fra statistisk forsvarlighet ikke kan offentliggjøre tallene for behandlingsstedene i Helse Finnmark.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Rapporteringstekst 1.tertial
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Antallet tilfeller med brystkreft i Helse Finnmark er så små at det i de to første tertial i 2012 ikke er rapportert på dette. Vi må vente til vi kan få komplette tall for hele året før vi kan si noe på dette feltet.

Rapporteringstekst 2.tertial
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Tallene for hele 2012 og også for første tertial 2013 viser så lav forekomst av sykdommen at man ut fra statistisk forsvarlighet ikke kan offentliggjøre tallene for behandlingsstedene i Helse Finnmark.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Påse at Pasientrettighetslovens krav til fristfastsettelse og forløpstid er oppfylt, og at nasjonale kvalitetsindikatorer etterleves.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- I samarbeid med øvrige helseforetak utvikle og ta i bruk standardiserte pasientforløp for de viktigste kreftformer.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Iverksette tiltak for å bedre informasjonen til kreftpasienter og koordinere pasientforløpene, for eksempel ved bruk av kreftkoordinatorer¹⁰

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Iverksette tiltak i henhold til regional handlingsplan for plastikk-kirurgi og midler fordelt over budsjett 2013.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

UNN HF skal:

- Styrke tilbudet for kreftpasienter for å nå nasjonale behandlingsmål

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Styrke tilbudet ved Vardesenteret med 1 stilling, og etablere "Pusterom" ved UNN Tromsø.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Iverksette en pilot med tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand og mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom.

¹⁰ Jf Høringsutkast Nasjonal kreftstrategi (Helsedirektoratet 2012)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- I samarbeid med Nordlandssykehuset HF bygge opp robuste fagmiljøer med økt kapasitet for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Rapportere på bruk av øremerkede midler i 2012 for kapasitet til brystrekonstruksjon innen 15. april 2013, jf krav i HODs oppdragsdokument til Helse Nord RHF kap. 8, og styresak 75- 2012.

Rapporteringstekst 1.tertial (NB; rapporteres 1.tertial, men må også sendes innen 15.april 2013)

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

NLSH HF skal:

- Styrke tilbudet for kreftpasienter for å nå nasjonale behandlingsmål.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Styrke tilbudet med 0,5 kreftsykepleier ved Vardesenteret i Bodø.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- I samarbeid med UNN HF bygge opp robuste fagmiljøer med økt kapasitet for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft .

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Rapportere på bruk av øremerkede midler i 2012 for kapasitet til brystrekonstruksjon innen 15. april 2013, jf krav i HODs oppdragsdokument til Helse Nord RHF kap. 8, og styresak 75- 2012.

Rapporteringstekst 1.tertial(NB; rapporteres 1.tertial, men må også sendes innen 15.april 2013)

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

Helgelandssykehuset HF skal:

- *I samarbeid med UNN og NLSH sikre et godt tilbud til kreftpasienter*

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- *Rapportere på bruk av øremerkede midler i 2012 for kapasitet til brystrekonstruksjon innen 15. april 2013, jf krav i HODs oppdragsdokument til Helse Nord RHF kap. 8, og styresak 75- 2012.*

Rapporteringstekst 1.tertial (NB; rapporteres 1.tertial, men må også sendes innen 15.april 2013)
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Helse Finnmark HF skal:

- *I samarbeid med UNN sikre et godt tilbud til kreftpasienter*

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

5.2 Behandling av hjerneslag

Nasjonalt retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag skal følges opp. Informasjonstiltak til befolkningen har stor betydning for å sikre at pasienter kommer raskt til sykehus, og må prioriteres.

Helseforetakene skal:

- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre)

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Andel pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolisebehandling. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre)

Rapporteringstekst 1.tertial
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

I følge tall fra 1. og 2. tertial er det ikke gitt slik behandling til noen pasienter i

Finnmark, men i 3. tertial vet vi om 3 pasienter som fikk (hvorav en utlending, som derved ikke vil bli registrert i nasjonale tall). Hovedgrunnen til at vi ikke får gitt trombolyse i Finnmark er de lange transportavstandene i fylket som medfører lang prehospital transporttid. Tidsvinduet på 4,5 timer blir derved lett overskredet. Prosedyrene for slagbehandling ved de to klinikkene har vært gjennomgått og sjekket; de er i overensstemmelse med nasjonale anbefalinger.

Rapporteringstekst 2.tertial

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

I 2012 fikk 4 % av pasienter med hjerneslag i alderen 18-80 år trombolyse (nasjonale tall 9 %). Ingen pasienter har mottatt trombolyse ved finnmarkssykehusene i første tertial 2013.

Rapporteringstekst årlig melding.

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

5.3 Svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg

Nasjonale krav til tjenesten skal ivaretas gjennom regional og nasjonal handlingsplan for fødselsomsorgen. Denne gir et bilde av dagens status i regionene for innføringen av de nasjonale kvalitetskravene for fødselsomsorgen, en beskrivelse av arbeidet som hittil er gjort og forslag til fremtidige tiltak for å sikre en tjeneste i tråd med nasjonale føringer.

Helseforetakene skal:

- Fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Andel forløsninger foretatt ved keisersnitt totalt, og andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt) (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Hvert tertial gi en oppdatert status for situasjonen på fødeinstitusjonene vedrørende implementering av kvalitetskrav, herunder en kort oversikt over særskilte utfordringer samt planlagte/gjennomførte tiltak. Rapporteringsskjema som er benyttet i handlingsplanen skal brukes.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- I påvente av utviklet løsning iverksette tiltak for å begrense risikoen ved bruk av to journalsystemer for fødende (Partus og DIPS).

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Inngå dialog med kommunene med mål om å få på plass organisering av kommunale fødestuer i tråd med krav i veileder.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Leverer data til regionalt perinatalregister¹¹.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel (Ref Vedlegg 2 i OD - Styringsparametre 2013 publiseres 15.mai 2013)

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

5.4 Traumebehandling/karkirurgi

Helseforetakene skal:

- Implementere regionale retningslinjer for kommunikasjon, transport og overflytting av alvorlig skadde pasienter i Helse Nord.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Tilrettelegge og følge opp traumesystemet, inkl. levere data til regionalt traumeregister fra 1.1.2013 og implementere destinasjons- og kommunikasjonsprotokoller.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

¹¹ Registeret er lokalisert til Helse Nord RHF

- Levere data til kvalitetsregister for hjerte/kar

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

UNN HF skal:

- Øke eget tilbud for pasienter med behov for ablasjonsbehandling av atrieflimmer og i samarbeid med øvrige helseforetak sørge for at landsdelens pasienter gis et likeverdig tilbud på dette området, om nødvendig ved kjøp av tjenester utenfor Helse Nord.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

NLSH HF skal:

- Bygge opp kapasitet innen karkirurgi og intervensjonsradiologi.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

5.5 Oppfølging av regionale handlingsplaner innen kronikeromsorg m.v.

I budsjettammene for 2013 er det avsatt øremerkede midler til å følge opp regionale handlingsplaner i lungemedisin, nyreerstattende behandling og revmatologi, jf. styresak 72/2012.

Ny regional handlingsplan i geriatri ferdigstilles våren 2013. Utdanningskapasiteten for leger i geriatri må styrkes i tråd med nasjonal og regional føring.

Helse Nord RHF har fra 2013 fått ansvar for nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde. Oppgaven innebærer ansvar for avtaleinngåelser og oppfølging av de institusjonene i spesialisthelsetjenesten som tilbyr kompetansetjenester for døvblinde¹², samt etablering av en nasjonal koordinerende funksjon.

Helseforetakene skal:

- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd(Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre)

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

¹² Døvblindesenteret på UNN er en av disse institusjonene, den eneste innen Helse Nord

- Innen utgangen av 2. tertial utarbeide plan for opptrapping av tjenestene for lungesyke og for nyreerstattende behandling ¹³. Helse Nord RHF vil koordinere arbeidet.

Rapporteringstekst 2.tertial

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

[Helse Finnmark deltar i Helse Nord's fagråd for nyre- og lungemedisin.](#)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Sørge for at LIS-hjemler øremerket geriatri ikke holdes vakante av økonomiske årsaker.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

UNN HF skal:

- Ansette ny overlege i revmatologi ¹⁴

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Etablere nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde

Rapporteringstekst Årlig melding

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

Helse Finnmark HF skal:

- Utrede hvordan foretaket kan ta et større ansvar for pasienter med nyresykdommer.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

5.6 Habilitering og rehabilitering

Regional handlingsplan for rehabilitering behandles i Helse Nord RHF's styre våren 2013.

¹³ Jf øremerkede midler i budsjett 2013, styresak 72-2012 til oppfølging av regionale handlingsplaner for lungemedisin og for nyremedisin

¹⁴ Jf øremerkede midler til revmatolog i budsjett 2013, styresak 72-2012

Helseforetakene skal:

- Følge opp ny regional handlingsplan for rehabilitering.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

UNN HF skal:

- Bistå Helse Nord RHF i å utarbeide kravspesifikasjon for nye avtaler med de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Bistå Helse Nord RHF i å gjennomføre krav fra HOD i forbindelse med overtakelse av nasjonalt ansvar for ledelse og koordinering av døvblindesentrene.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Iverksette tiltak for å styrke kunnskapsgrunnlaget om CFS/ME.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

5.7 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) og annen avhengighetsbehandling

Helseforetakene skal:

- Forebygge overdosedødsfall etter utskrivning fra institusjon.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Utarbeide og følge opp samarbeidsrutiner og forankre disse i tjenesteavtalene med kommunene.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Etablere tilbud om brukerstyrte plasser innen TSB.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Etablere lavterskel-LAR for den mest hjelpetrengende gruppen opiatavhengige med sammensatte sykdommer, i samarbeid med kommunene

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Gjennomføre brukerundersøkelser innen TSB etter mal fra Kunnskapscenteret, og følge opp resultatene.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Styrke kunnskapen om forebygging av rusmiddelskader hos barn.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Etablere systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og eventuelt viderehenvise disse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

UNN HF skal:

- Opprette lavterskel/familieambulatorium¹⁵ med særlig vekt på langsiktig oppfølging av familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR - behandling. Tilbudet skal være et lavterskeltilbud til sårbare familier hvor problematikken kan omhandle psykiatri, rus, somatikk. Det skal legges særlig vekt på familier med barn 0-6 år.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

¹⁵ Familieambulatorium: Tilbud til gravide, mødre og fedre med sammensatte problemer knyttet til psykisk helse og/ eller som sliter med pågående eller tidligere rusproblemer

NLSH HF skal:

- *Ivareta psykologtilbudet ved rusmestringsenheten i Bodø fengsel.*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Samarbeide med UNN for å sikre gode og langsiktige pasientforløp for familier behandlet ved familieambulatorium . Det skal legges særlig vekt på familier med barn 0-6 år.*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

Helse Finnmark HF og Helgelandssykehuset HF skal:

- *Samarbeide med UNN for å sikre gode og langsiktige pasientforløp for familier behandlet ved familieambulatorium. Det skal legges særlig vekt på familier med barn 0-6 år.*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

5.8 Psykisk helsevern

Omstillingen innen psykisk helsevern skal fullføres, slik at DPS ene blir satt i stand til å ivareta alle allmennpsykiatriske funksjoner, herunder akutfunksjoner gjennom døgnet.

Sykehusene skal ivareta oppgaver som kun kan utføres på sykehusnivå, dvs. sikkerhetsavdelinger, lukkede avdelinger og enkelte spesialfunksjoner. Akutfunksjoner og spesialfunksjoner vurderes samlokalisert med somatiske sykehus.

Helseforetakene skal:

- *Registrere lovgrunnlag psykisk helsevern voksne (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Andel tvangsinnleggelseser (antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet) (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Andel tvangsbehandlingstiltak (antall per 100 000 innbyggere > 18 år) (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Andel DPS som dekker akuttberedskap ut over normal arbeidstid (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Andel reinnleggelseser innen 30 dager for pasienter med schizofreni. (Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013)*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Etablere akuttberedskap på døgnbasis ved DPS.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Alle DPS skal ha ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar. Løsningen i ”DeVaVi¹⁶” bør blant annet vurderes

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Redusere andel tvangsinnleggelseser med 5 %.¹⁷

¹⁶ Prosjekt gjennomført i UNN ved DPSer som har utviklet modeller for ambulante tjenester

¹⁷ HOD har presisert kravet til 5 % reduksjon av antall tvangsinnleggelseser, ikke prosentandel

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Redusere andel tvangsbehandlingstiltak med 5 %.¹⁸

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Utarbeide og iverksette felles prosedyrer for prioriteringspraksis som sikrer likeverdige tjenester innen barne- og ungdomspsykiatriske tilbud.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Rapportere i 1. tertial prosentandel av de totale økonomiske rammene innen psykisk helsevern som går til psykisk helse for barn og unge.

Rapporteringstekst 1.tertial
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Pr. 1. tertial har 23 % av den totale rammen (forbruk pr 1. tertial) gått til psykisk helsevern for barn og unge.

- Sørge for at fristbrudd ikke forekommer innen barne- og ungdomspsykiatrien, og at ventetider er maksimum 50 dager.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Planlegge og iverksette tiltak for å forebygge selvmord i psykiatrisk sengepost innen psykisk helse for voksne.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Følge opp prosessen med funksjons- og arbeidsdeling mellom sykehus og DPS.¹⁹ Tertialvis rapportering på status.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

¹⁸ 5 % reduksjon av antall tvangsbehandlingstiltak, ikke prosentandel

¹⁹ Jf. krav i OD 2012, med bakgrunn i tilrådninger fra Nasjonal strategigruppe 2

- Sikre at det er tilstrekkelig kompetanse i og gode rutiner på å ivareta barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Øke antall konsultasjoner pr. fagårsverk i psykisk helsevern for voksne til tre konsultasjoner pr. dag. Tertialvis rapportering på status.

Rapporteringstekst 1.tertial

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

Foretaket har ikke nådd målet om 3 konsultasjoner pr. dag for voksne. Tiltak er iverksatt for å nå målsettingen i løpet av 2013. Antallet konsultasjoner pr fagårsverk følges opp ved enhetene og overfor den enkelte ansatte av enhetsleder/DPS leder. Status og tiltak for å nå målet rapporteres til klinikksjefen som oppfølging av klinikkledermøte 27.05.13 der kravet i Oppdragsdokument 2013 ble satt på dagsorden.

Rapporteringstekst 2.tertial

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

Målet om 3 konsultasjoner pr dag med refusjon for voksne er fortsatt ikke nådd. Tiltak for å nå målsettingen er iverksatt og følges opp.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

UNN HF skal:

- Styrke arbeidet med å rekruttere leger til voksenpsykiaterutdanningen.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

Helse Finnmark HF skal:

- Styrke arbeidet med å rekruttere leger til voksenpsykiaterutdanningen.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Sørge for at SANKS innen utgangen av 1. tertial utarbeider en søknad om nasjonal tjeneste.²⁰*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- *Sørge for at SANKS bedrer egen kompetanse i sørsamisk språk og kultur.*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

5.9 Kjeveleddsdisfunksjon

Det skal gis et tilstrekkelig tilbud og med god kvalitet til pasienter med alvorlig kjeveleddsdisfunksjon (TMD).

Helseforetakene skal:

- Gi behandlingstilbud til pasienter med alvorlig kjeveleddsdisfunksjon som er vurdert og utredet ved det tverrfaglige tilbudet etablert i Helse Bergen HF.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

5.10 Pasient- og pårørendeopplæring

Helse Nord RHF's styre behandlet i styresak 103/2012 regional strategiplan for pasient- og pårørendeopplæring. Vedtatt tiltaksplan vil, jf opplysninger i styresaken, bli noe endret fra arbeidsgruppens forslag.

Helseforetakene skal:

- Følge opp regional strategiplan for pasient- og pårørendeopplæring.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Styrke pasient- og pårørendeopplæringen inkl. tilbudene innen psykisk helse og rus.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

²⁰ Jf. FOR-2010-12-17-1706

- Sørge for at avdelinger/klinikker har personell med definert ansvar for pasient- og pårørendeopplæring. Disse skal også være kontaktpersoner for lærings- og mestringssentrene.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Følge opp arbeidet med barn som pårørende.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

6. Andre områder

6.1 Beredskap og smittevern

Helseforetakene skal:

- Rapportere prevalens av sykehusinfeksjoner (*Ref Vedlegg 2 i OD – Styringsparametre 2013*)

Rapporteringstekst 2.tertial

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

Prevalensundersøkelse («øyeblikksbilde» dvs måling på en dag) foretatt i 2.tertial 2012 viser følgende forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner:

Klinikk Kirkenes 2,7 % (urinveisinfeksjon) og Klinikk Hammerfest 3,8 % (urinveisinfeksjon, postoperativ sårinfeksjon).

Til sammenligning er resultatene for Helse Nord 7.3 % og hele landet 4,8 %.

Ved både Klinikk Kirkenes og Klinikk Hammerfest gjennomføres det insidensundersøkelser (kontinuerlig registrering av infeksjoner jfr. lovpålagt NOIS), men ingen resultater for 2013 foreligger ennå.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Innen 31.12.13 ha oppdatert egen krise- og katastrofeplan.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Oppdatere og tilpasse sine beredskapsplaner²¹, blant annet med utgangspunkt i evalueringsrapportene etter terrorangrepet 22.juli 2011.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Implementere krisestøtteverktøyet Helse CIM.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Delta i planlegging og i øvelsen Barents Rescue 2013.

²¹ Jf sak om regional plan for helsemessig og sosial beredskap, til Helse Nord RHF's styremøte 27.02.13

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Øve egne planer i samarbeid med andre nødetater

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Styrke tiltaksarbeidet for å redusere sykehusinfeksjoner og sette mål for reduksjon av infeksjoner, jf. mål i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Sikre nødvendig kompetanse i sterilsentralene, jf. regional smittevernplan.²²

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

6.2 Forebygging og folkehelsesamarbeid

Forebygging er et viktig mål i samhandlingsreformen. Helse Nord RHF har inngått samarbeidsavtale med fylkeskommunene. Denne omhandler tiltak som skal følges opp av helseforetakene. Helseforetakene har i samhandlingsreformen inngått egne tjenesteavtaler med kommunene om forebygging.

Helseforetakene skal:

- Bistå kommunene med kompetanse for å fremme sekundærforebyggende tiltak innen blant annet diabetes, ernæring, psykisk helse og skadeforebygging.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Rapportere data om skader og ulykker til NPR

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

²² Smittevernplan 2012-2015 Helse Nord, vedtatt i Helse Nord RHF's styremøte 3.5.2012

- Etablere en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og ”Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten” (Helsedirektoratet 2012)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

6.3 Barents helsesamarbeid/nordområdesatsingen

Nordområdene er et av regjeringens viktigste satsingsområder. Helse Nord vil ha en sentral rolle i utviklingsarbeidet innenfor helse- og sosialtjeneste, herunder beredskap²³.

Helseforetakene skal:

- Delta i helsesamarbeidet i Barentsregionen.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

²³ Jf styresak 98-2010, Strategi for Barentssamarbeidet

7. Utdanning av helsepersonell

Helseforetakene skal gi kvalitetsmessig god og utviklingsorientert praksis av god kvalitet. Denne må også ha fokus på pasientforløp, og det må samhandles med kommunene.

Helseforetakene skal:

- Sørge for kvalitetsmessig god og utviklingsorientert praksis.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Vektlegge kompetansebehov som følger av gjennomføring av samhandlingsreformen, og samarbeide med kommunene for å vedlikeholde og styrke deres kompetanse.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Øke antall turnusplasser for fysioterapeuter, og styrke oppfølgingen.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Forbedre oppfølgingen av lærlinger, i tråd med føringer i styresak 153-2012.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

8. Forskning og innovasjon

8.1 Forskning

Helseforetakene skal:

- Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for det regionale helseforetaket. Helseforetakene skal ha rapportert på forskningsaktivitet for 2013 til CRISStin (alle vitenskapelige publikasjoner) og NIFU (avlagte doktorgrader) innen 1. april 2013. Det er ønskelig at vitenskapelige monografier og vitenskapelige artikler i antologier registreres og at Health Research Classification System (HRCS) benyttes (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Rapporteringstekst årlig melding

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

- Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseforetaket, herunder andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU er 15. mars 2013. (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Rapporteringstekst årlig melding

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

- Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter i det regionale helseforetaket på medisinske fagområdet og etter forskningsart i 2013 ved bruk av HRCS. Samhandlingsforskning og forskning som følge av terrorhandlingene i Norge den 22.7.2012 skal synliggjøres. (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Rapporteringstekst årlig melding

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

- Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler (pr år) fra Norges forskningsråd og EUs 7. ramme- program for forskning og teknologiutvikling i 2013. (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Rapporteringstekst årlig melding

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

- Resultater (koordineringsfunksjon, nettverk, flerregionale forskningsprosjekter) for fagområder det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning). (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Forskningens resultater og implikasjoner for tjenesten (rapport). (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Ivareta sitt ansvar for å finansiere og stille til rådighet infrastruktur for forskning.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Ha brukermedvirkning i forskning, enten i utforming av prosjekter, i styringsgrupper eller vurderingskomiteer, i tillegg til at det må vektlegges å rekruttere pasienter på en god måte til deltakelse i forskning.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Ha rutiner for å implementere forskningsresultater.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Prioritere samhandlingsrelevant forskning.²⁴

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Iverksette større grad av forskningssamarbeid med kommunesektoren, på basis av inngåtte samarbeidsavtaler i 2012.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Iverksette tiltak for å styrke forskning på pasientsikkerhet.

²⁴ Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi (2012-2015).

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Fortsatt sikre at Cristin²⁵ brukes som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner, og at det rapporteres på monografier og artikler i antologier i 2013 i tillegg til artikler.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

8.2 Innovasjon

Helseforetakene skal:

- Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2013. (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Rapporteringstekst årlig melding

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

- Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2013. (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Rapporteringstekst årlig melding

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

- Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2013.. (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

Rapporteringstekst årlig melding

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

- Innovasjonsindikatorerne fra helseforetakene i 2013: Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk
Antall nye patentsøknader Innovasjonskulturtiltak (tekstlig omtale). (Ref til vedlegg 3 i OD – Rapportering på særskilte områder)

²⁵ Current Research Information System In Norway

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Arbeide for å skape kultur og aksept for innovasjon.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Implementere rapportering på de nye innovasjonsindikatorne. Disse skal hjelpe helseforetakene til registrering av faktisk innovasjon i eget helseforetak.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

UNN HF skal:

- *Ha et særlig ansvar i helseforetaksgruppen for å ivareta innovasjonsvirksomheten, og ha en målrettet satsing på flere innovasjonsprosjekter både innen behovsdrevet og forskningsbasert innovasjon, jf videreføring av Nasjonal samarbeidsavtale for innovasjon i helsesektoren.*

Rapporteringstekst Årlig melding

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

9. Felles økonomiske krav og rammebetingelser

Resultatkrav

Helseforetakene skal realisere følgende resultatmål i 2013:

Helse Finnmark	Overskudd	5 mill kroner
UNN HF	Overskudd	41 mill kroner
Nordlandssykehuset HF	Overskudd	22 mill kroner
Helgelandssykehuset HF	Overskudd	5 mill kroner
Sykehusapotek Nord HF	Økonomisk balanse	

Helseforetakene skal utarbeide og styrebehandle komplette og reelle tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i 2013 og i planperioden (2013-2016).

9.1 Risikostyring og internkontroll

Risiko og krav endres over tid. Prosessen for intern styring og kontroll må derfor følges opp for å sikre at styret og ledelsen har rimelig grad av sikkerhet for at helseforetakets målsettinger vil bli oppfylt.

Helse Nord RHF har identifisert tre hovedmål for risikostyringen for 2013:

1. Fristbrudd skal unngås, og ventetiden skal ned for de som i dag venter for lenge.
2. Pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå.
3. Virksomheten skal ha et aktivitetsnivå og økonomisk resultat i tråd med budsjett.

Helseforetakene skal:

- Gjennomføre risikostyring i henhold til vedtatte retningslinjer og rapportere til Helse Nord RHF i samsvar med disse.

Rapporteringstekst 1.tertial

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

Hovedmål 1:

Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå

Delmål/KSF

Gjennomføring av kvalitetsstrategi skal være tema på alle ledermøter

Er ikke gjennomført i ledergruppen i Helse Finnmark hittil i år. Kvalitetsstrategien er tema på klinikkledermøter både i Klinikk Hammerfest og Klinikk Kirkenes. Middels risiko.

Internkontrollen er tilstrekkelig dokumentert i henhold til §5 i forskrift om internkontroll

Internkontrollen vurderes som tilstrekkelig dokumentert. Klinikkenes jobber

kontinuerlig med forbedring av dokumentasjon. Prosesser et igangsatt for kvalitets-sikring av dokumenter, men det gjenstår fortsatt arbeid som skal gjennomføres. Plan for internrevisjoner er under revidering og revisjonsteam er under etablering. Ledelsens gjennomgang er etablert som rutine slik at den delen av vårt kvalitets-system nå også er på plass. Middels risiko.

Oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer skal være tilgjengelige og i bruk i DocMap

DocMap brukes som sentralt verktøy i dag både i forhold til dokumentasjon av rutiner og prosedyrer og som verktøy knyttet til avvikshåndtering. Betydelig ryddejobb er foretatt i DocMap slik at rutinene nå i langt større grad er oppdaterte. Det gjennomføres også en gjennomgang av DocMap i regi av RHF med tanke på å bedre logikk og systematikk i systemet til beste for alle foretakene. Ledelsens gjennomgang viser at antallet dokumenter som mangler revisjon er gått betraktelig ned det siste året. Middels risiko knyttet til måloppnåelse.

Mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis

Noen eksempel på felles behandlingspraksis finnes. Betydelig potensial i forbindelse med Finnmarkssykehuset fase 2 der økt samhandling på tvers av klinikkene skal utvikles. Felles faglige retningslinjer er utarbeidet innen psykiatrien og innenfor enkelte fagområder i somatikken. Ikke etablert foretaksvis fagråd. Leveranse av data til nasjonale kvalitetsregistre har fått høyere fokus enn tidligere. Middels til høy risiko knyttet til måloppnåelse.

Delta i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og rapportere gjennomførte tiltak innen fastsatte frister

Kampanjen gjennomføres iht nasjonale planer og egne planer på området. De områdene hvor vi har hatt lavest framdrift er nå tatt tak i slik at det nå arbeides like godt innenfor alle områdene. Senter for fa, forskning og samhandling har fått på plass egen ressurs med dette som en av sine hovedarbeidsoppgaver. Middels risiko knyttet til måloppnåelse.

Hovedmål 2:

Ventetider skal ned for de som i dag venter for lenge

Delmål/KSF

Fristbrudd skal ikke forekomme

Det jobbes godt i klinikkene i forhold til å redusere antallet fristbrudd. Andel fristbrudd har gått ned i alle klinikker gjennom hele perioden. Fristbruddene er likevel ikke nede på det som er målsetningen i oppdragsdokumentet. Færrest fristbrudd har man innenfor Klinikk Psykisk helsevern og rus og høyest antall fristbrudd har man ved klinikk Hammerfest. Middels risiko.

Redusere gjennomsnittlig ventetid for alle fagområder samlet til maksimalt 65 dager
Ventetiden har gått ned i alle klinikker i perioden. Gjennomsnittlig ventetid er likevel ikke nede på det nivå som er målsetningen i oppdragsdokumentet. Lavest ventetid har man ved klinikk Psykisk helsevern og rus. Høyest ventetid har man ved Klinikk Hammerfest. Middels risiko.

Ingen må vente i over 1 år på behandling med mindre det foreligger medisinske begrunnelser med å vente med å starte behandlingen

I dag får alle pasientgrupper tilbud om behandling innen 1 år.

Pasientene prioriteres i samsvar med nasjonale veiledere

Pasientene prioriteres i stor grad iht nasjonale prioriteringsveiledere. Vurdering skjer i samråd med overlege. Innenfor enkelte fagområder er det lik praksis i hele foretaket. Kursing på veiledere er etablert og fokus settes på prioriteringsveiledere i ledermøter. Foretaket gir færrest pasienter rett til helsehjelp i Helse Nord. Middels risiko knyttet til måloppnåelse.

Hovedmål 3

Virksomheten skal ha et aktivitetsnivå og økonomisk resultat i tråd med budsjett

Delmål/KSF

Innholdet i aktiviteten innrettes mot prioriterte områder i tråd med budsjett

Foretaket opplever en viss vridning fra døgn- til dagbehandling. Egne rutiner for gjennomgang av virksomheten med tanke på økt dagbehandling er under utarbeidelse. Aktiviteten (Antall DRG) er lavere denne perioden i år sammenlignet med i fjor og sammenlignet med plantall. Foretaket elger å opprettholde prognosen for resultat satt ved inngangen av året og styrer mot måltall for 2013. Middels risiko knyttet til måloppnåelse.

Rapporteringstekst 2. tertial

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke

Hovedmål 1:

Pasientsikkerhet, kvalitetssikring og internkontroll skal være en integrert del av ledelsesfokus på alle nivå

Delmål/KSF

Gjennomføring av kvalitetsstrategi skal være tema på alle ledermøter

Kvalitet er tema på de fleste ledermøter både i foretaksledelsen og klinikkene. Lav risiko.

Internkontrollen er tilstrekkelig dokumentert i henhold til §5 i forskrift om internkontroll

Internkontrollen vurderes som tilstrekkelig dokumentert. Klinikkene jobber kontinuerlig med forbedring av dokumentasjon. Prosesser pågår for kvalitetssikring av dokumenter i Docmap, men det gjenstår fortsatt arbeid som skal gjennomføres. Plan for internrevisjoner er revidert og revisjonsteam er etablert. Ledelsens gjennomgang er etablert som rutine slik at den delen av vårt kvalitetssystem nå også er på plass. Middels risiko.

Oppdaterte faglige retningslinjer og prosedyrer skal være tilgjengelige og i bruk i DocMap

Docmap brukes som sentralt verktøy i dag både i forhold til dokumentasjon av rutiner og prosedyrer og som verktøy knyttet til avvikshåndtering. Betydelig ryddejobb er foretatt i DocMap slik at rutinene nå i langt større grad er oppdaterte. Det gjennomføres også en gjennomgang av DocMap i regi av RHF med tanke på å bedre logikk og systematikk i systemet til beste for alle foretakene. Ledelsens gjennomgang viser at antallet dokumenter som mangler revisjon er gått betraktelig ned det siste året. Middels risiko knyttet til måloppnåelse.

Mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis

Noen eksempel på felles behandlingspraksis finnes. Betydelig potensial i forbindelse med Finnmarkssykehuset fase 2 der økt samhandling på tvers av klinikkene skal utvikles. Felles faglige retningslinjer er utarbeidet innen psykiatrien og innenfor enkelte fagområder i somatikken. Ikke etablert foretaksvis fagråd. Leveranse av data til nasjonale kvalitetsregistre har fått høyere fokus enn tidligere. Middels til høy risiko knyttet til måloppnåelse.

Delta i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og rapportere gjennomførte tiltak innen fastsatte frister

Kampanjen gjennomføres iht nasjonale planer og egne planer på området. De områdene hvor vi har hatt lavest framdrift er nå tatt tak i slik at det nå arbeides like godt innenfor alle områdene. Senter for fag, forskning og samhandling har fått på plass egen ressurs med dette som en av sine hovedarbeidsoppgaver. Middels risiko knyttet til måloppnåelse.

Hovedmål 2:

Ventetider skal ned for de som i dag venter for lenge

Delmål/KSF

Fristbrudd skal ikke forekomme

Det jobbes godt i klinikkene i forhold til å redusere antallet fristbrudd. Andel fristbrudd har vist en nedadgående trend i alle klinikker gjennom hele perioden. I august øker likevel fristbruddene. Fristbruddene er likevel ikke nede på det som er målsetningen i oppdragsdokumentet. Færrest fristbrudd har man innenfor Klinikk Psykisk helsevern og rus og høyest antall fristbrudd har man ved klinikk Hammerfest. Middels risiko. Ekstra tiltak iverksettes nå i Hammerfest der foretakets kvalitetspatrulje involveres i arbeidet. I tillegg har vi fått midler til å ansette en fristbruddkoordinator. Utlysning skjer i september.

Redusere gjennomsnittlig ventetid for alle fagområder samlet til maksimalt 65 dager

Ventetiden viser en nedadgående trend i alle klinikker i perioden. Gjennomsnittlig ventetid er likevel ikke nede på det nivå som er målsetningen i oppdragsdokumentet, og øker i august. Lavest ventetid har man ved klinikk Psykisk helsevern og rus, der

ventetiden oppfylder krav i Oppdragsdokument 2013. Høyest ventetid har man ved Klinikk Hammerfest. Middels risiko. Fristbruddkoordinatør og kvalitetspatrulje vil også her kunne bidra til å få ned ventelistene.

Ingen må vente i over 1 år på behandling med mindre det foreligger medisinske begrunnelser med å vente med å starte behandlingen

I dag får alle pasientgrupper tilbud om behandling innen 1 år bortsett fra innenfor rauma og skulderartroskopi.

Pasientene prioriteres i samsvar med nasjonale veiledere

Pasientene prioriteres i stor grad iht nasjonale prioriteringsveiledere. Vurdering skjer av overlege eller psykologspesialist. Innenfor enkelte fagområder er det lik praksis i hele foretaket. Kursing på veiledere er etablert og fokus settes på prioriteringsveiledere i ledermøter. Foretaket gir færrest pasienter rett til helsehjelp i Helse Nord. Middels risiko knyttet til måloppnåelse.

Hovedmål 3

Virksomheten skal ha et aktivitetsnivå og økonomisk resultat i tråd med budsjett

Delmål/KSF

Innholdet i aktiviteten innrettes mot prioriterte områder i tråd med budsjett

Foretaket opplever en viss vridning fra døgn- til dagbehandling. Egne rutiner for gjennomgang av virksomheten med tanke på økt dagbehandling er utarbeidet og arbeid rundt dette er etablert. Aktiviteten (Antall DRG) er lavere denne perioden i år sammenlignet med i fjor og sammenlignet med plantall. Den økonomiske situasjonen i foretaket er dårligere enn på samme tid i fjor. Prognosen opprettholdes likevel fortsatt. Styret har vedtatt at det skal utarbeides strakstiltak for å komme i balanse. Middels til høy risiko knyttet til måloppnåelse.

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke

- Sørge for å ha minst en årlig gjennomgang fra ledelsen av foretakets interne styring og kontroll. Ledelsens vurderinger og beslutninger skal dokumenteres.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

Helseforetakene skal styrebehandle:

- Ledelsens gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontroll og pasientsikkerhet, og tiltak for å følge opp avvik.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Månedlige virksomhetsrapporter, og vedta eventuelle korrigerende tiltak uten unødig opphold, herunder også gjennomføringen av helseforetakets investeringsplan sett opp mot vedtatt fremdriftsplan og tildelt investeringsramme.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder foretaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger, jf. krav i OD 2011.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Styrebehandle status og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

9.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Helseforetakene skal gjennomføre investeringsplanen slik den er vedtatt i budsjett 2013. Eventuelle avvik i fremdrift skal fortløpende avklares med Helse Nord RHF. Helse Nord RHF skal gis plass i intern prosjektgruppe på månedlige statusmøter i plan- og gjennomføringsfasen.

Helseforetakene skal:

- Følge opp og implementere endringene i konsernbestemmelser investeringer.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Innrette virksomheten etter RHF-styrets vedtak om budsjett i møte 31.10.12.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Rapportere kvartalsvis fremdrift og kostnadsoppfølging i store pågående byggeprosjekter, samt i utbyggingsfasen rapportere månedlig status til virksomhetsrapporten.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Følge opp vedlikeholdstiltak for 2013-2016 slik de kommer frem gjennom samordning av vedlikeholdsplanen, driftsbudsjett og investeringsplan.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Ferdigstille arbeidet med å registrere alle sykehusbygg etter klassifikasjonssystemet og oppdatere denne løpende i den nasjonale databasen for registrering av sykehusbygg.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Følge opp forvaltningsplanene utarbeidet i 2012 i henhold til landsverneplanen for helsebygg, herunder tinglysing og synlig merking mv.²⁶

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Utarbeide utviklingsplaner i henhold til veileder for tidligfaseplanlegging forut for planlegging av investeringsprosjekter i samarbeid med Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

9.3 Innkjøp

Helseforetakene skal:

- Følge opp Helse Nord's strategiplan for innkjøp og HINAS' strategiplan, med tilhørende handlingsplaner.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Sørge for nødvendige ressurser til innkjøpsfunksjonen, systemutvikling og -forvaltning, herunder stille til rådighet ressurser i regionale og nasjonale anskaffelser.

²⁶ jf krav i Foretaksprotokoll 2013 fra HOD, punkt 5.13.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Etablere en plan for ferdigstillelse av ”bølge 2²⁷” – innkjøps- og logistikksystemet, samt plan for fullimplementering.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

9.4 Gaver, stiftelser, legater og fond

Helse Finnmark HF, UNN HF og NLSH HF skal:

- Rapportere på status i arbeidet med å bringe helseforetakets forhold til stiftelser og legater m.v. i samsvar med stiftelsesloven og Helse Nords konsernbestemmelser, innen 1. 5.13.

Rapporteringstekst 1.tertial (NB; rapporteres innen oppgitt frist, 1.5.2013 og per 1.tertial)
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Helse Finnmark har ikke noen engasjementer i legater. Foretaket er engasjert i to boligstiftelser. Det er i løpet av 2012 vedtatt at boligstiftelsen Reinmo I og Reinmo II skal søkes oppløst. Alle aktiva og passiva vil i forbindelse med eventuell oppløsning søkes overført til Helse Finnmark. Oppløsning planlegges slutført i 2013.

9.5 Klima- og miljøtiltak

Helseforetakene skal:

- Alle helseforetakene skal ferdigstille arbeidet med å etablere miljøledelse. Arbeidet med miljøsertifisering etter NS-ISO 14001 skal følges opp.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Ferdigstille arbeidet med å utforme klima- og miljøstyring, kartlegge foretakets miljøpåvirkning og utarbeide miljømål, og ferdigstille plan for gjennomføring av miljøsertifisering i samarbeid med øvrige HF og valgt sertifiseringsorgan.

Rapporteringstekst Årlig melding

²⁷ Fase 2 av Helse Nords handlingsprogram for innføring av nytt innkjøpssystem – ”Clockwork”.

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

- Følge opp ENØK-tiltakene som blir besluttet gjennomført i ENØK-planen som utarbeides for Helse Nord mot slutten av 2012 etter behandling av søknad om støtte til planen fra ENOVA.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

9.6 Organisasjons- og lederutvikling, arbeidsgiverstrategi

9.6.1 Personal og kompetanse

Virksomheten i helseforetakene skal organiseres slik at det er *en* ansvarlig leder på alle nivåer. Arbeidet med ledelse og lederutvikling skal særlig innrettes slik at ledere i førstelinjen har nødvendig kompetanse og støtte for å ivareta sitt ansvar som leder.

Helseforetakene skal:

- Rapportere bemanning. Vedlagt tabellen viser endring i forbrukte månedsverk (*), sammenlignet med samme tertial i fjor. Videre hva det er budsjettert (***) med av endringer, sammenlignet med i fjor. Budsjettposter med flere elementer (eks. flere prosjekter) beskrives nærmere. Det bes kommentert differansen mellom forbrukte- og budsjetterte månedsverk; kan differansen knyttes til forbruket av faste stillinger eller variabel lønn. Årsak til endring i tellegrunnlaget kommenteres.

Bemanningsanalyse 1. tertial:

Forbruk (+/- endring) + 5,0

Budsjettert/planlagt:

Prosjekter + 1,0

Permanent utvidelse av pasienttilbud + 6,5

Sum budsjettert/planlagt + 7,5

Forbruk utover budsjett - 2,5

Rapporteringstekst 1.tertial

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke? HF-ene bes å kommentere i henhold til vedlagte tabell.

Plan er iverksatt. Antall månedsverk noe lavere enn budsjettert pr. 1. tertial.

Rapporteringstekst 2.tertial

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke? HF-ene bes å kommentere i henhold til vedlagte tabell.

Plan er iverksatt. Antall månedsverk har økt og er noe høyere en budsjettert pr 2. tertial (0,4% målt i antall stillinger).

Rapporteringstekst Årlig melding

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke? HF-ene bes å kommentere i henhold til vedlagte tabell.

- Arbeide for å øke andelen faste stillinger, stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger. Dette skal gjøres i nært samarbeid med Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst 1.tertial

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

Helse Finnmark har gjennomført Deltidsundersøkelsen som ellers i Helse Nord i 2012 og resultatene er i tråd med foreliggende data.

Størstedelen av de spurte som har deltidsstilling svarer at de ønsker dette grunnet familiære- eller andre forhold.

Helse Finnmarks bemanning har rimelig stabil 75% heltidsansatte og 25% deltidsansatte.

Hele 80% av alle deltidsansatte i Foretaket har 50% eller større stilling. Det er dermed et fåtall som har små stillingsbrøker.

I de tilfeller der det er mulig praktiserer vi en personalpolitikk som er i tråd med avtaleverket og medarbeidere med mindre stillingsbrøker som har krav på dette har fortrinn i ansettelsessaker. Det er en del praktiske utfordringer med dette, særlig det å overholde Arbeidsmiljølovens Helgevakter, som gjør at det ikke alltid lar seg gjøre å øke stilling.

Førstelinjledelsen har fokus på dette i sine ansettelsesprosesser.

Helse Finnmark vil innen utløpet av 2013 sette seg mål for å fokusere særlig på de som ønsker økte stillinger opp fra små stillingsbrøker.

Rapporteringstekst 2.tertial

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

Helse Finnmark har i 2. tertial en stabil andel deltidsansatte som i 1. tertial. Opplæring av mellomledere i september er planlagt for å fokusere på fortrinnsretten deltidsansatte har og rutinen rundt dette før annonsering/ansettelser. Der det er meldt avvik i 2. tertial og saken har kommet via tillitsvalgtsapparatet eller direkte har vi kommet til gode løsninger for de med fortrinnsrett.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Sikre at habilitetsregler og rutiner for bierverv følges opp, og rapportere status på antall bierverv pr. 31.12.2013.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Bidra til å nå overordnede mål i ”Samfunnskontrakt for flere lærlingeplasser”, herunder sikre flere lærlingeplasser både i egen virksomhet og gjennom å stille krav til leverandører.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Arbeide med å innføre en felles metode for forbedringsarbeid innen kvalitet og pasientforløp, herunder opplæring av førstelinjeledere.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Delta i arbeidet med å styrke nettverk og utvikle førstelinjeledere.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Innarbeide måltall for antall årsverk og innleie, og sikre balanse mellom disse

Rapporteringstekst 1.tertial
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Foretaket har etablert rutiner for å innarbeide måltall for antall årsverk og innleie. Korrigert for innleie og refusjoner viser tallene nå at vi bruker 2,3 flere månedsverk i år, enn samme periode i 2012. Det er særlig Senter for drift og eiendom og Klinikk Psykisk helsevern og rus som har økt forbruket med hhv. 5,5 og 4,3 månedsverk. Klinikk Kirkenes har redusert forbruket med 5,4 månedsverk i forhold til fjoråret. Foruten Senter for drift og eiendom, som ligger 10,9 månedsverk over plan, ligger alle under plantallene. Totalt ligger Helse Finnmark 18 årsverk under plantallene.

Rapporteringstekst 2.tertial
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Korrigert for innleie og refusjoner viser tallene nå at vi bruker 19,2 flere månedsverk i år, enn samme periode i 2012. Det er særlig Klinikk Psykisk helsevern og rus, Klinikk Hammerfest og Senter for Drift og Eiendom som har økt forbruket med hhv. 8,8, 6,8 og 5,6 månedsverk. Klinikk Kirkenes har redusert forbruket med 2,6 månedsverk i forhold til fjoråret. Foruten Senter for drift og eiendom, som ligger 5,6 månedsverk over plan, ligger alle +/- på plantallene. Totalt ligger Helse Finnmark 6,7 årsverk over plantallene.

Helse Finnmark har i 2. tertial et høyere forbruk enn før omstillingen i 2011. Det kan synes som at omstillingen ikke har hatt langvarig effekt.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Bidra til at valgt system og organisatorisk løsning for e-læring blir implementert i foretaksgruppen.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Delta i regionalt samarbeid på utvalgte fagområder for å få bedre koordinert ferieavvikling, og å unngå uhensiktsmessig bruk av vikartjenester.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Sørge for rask og effektiv tilsettingsprosess for turnusleger i samarbeid med aktuelle kommuner.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Forsere arbeidet med samlet aktivitetsbasert bemanningsplanlegging basert på faktisk informasjon om driften, i nært samarbeid med medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjeneste.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Bidra i arbeidet med kartlegging og utredning for å vurdere å utvide sykehusenes åpningstid for planlagt virksomhet.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Videreutvikle samarbeidet med tillitsvalgte. Dette inkluderer tydeliggjøring av partssamarbeidet og medbestemmelse.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Sørge for at medbestemmelse/medvirkning synliggjøres i styresaker gjennom et eget punkt.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Ha oppmerksomhet på forholdet mellom lønnsutviklingen for ledere og øvrige ansatte.²⁸

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

9.6.2 Helse, miljø og sikkerhet

Helseforetakene skal:

- Utarbeide handlingsplan og tidsplan for forberedelse, gjennomføring og oppfølging av medarbeiderundersøkelse i foretaket for perioden 2013-2014.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Fortsette arbeidet med å få kontroll på arbeids- og hviletidsbestemmelsene. Avvik skal registreres og kategoriseres, og handlingsplaner for ytterligere forbedringer skal utarbeides innen 01.05.13.

Rapporteringstekst 1.tertial (NB; rapporteres innen 1.5.2013 og per 1.tertial)
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Helse Finnmark har fokus på opplæring i riktig bruk og registrering av overtid i GAT. Dette inkluderer registrering av dispensasjoner. Riktig bruk er en forutsetning for korrekt oppfølging av arbeidstid- og hviletidsbestemmelsene. Helse Finnmark samarbeider med Helse Nord RHF og de andre foretakene for felles standard på rapportering av AML-brudd. Det er i dag en del usikkerhet rundt rapportene, noe som gjør målrettet tiltaksarbeid vanskelig. Det jobbes med å utbedre dette, og legge til rette for regelmessig rapportering og oppfølging.

Rapporteringstekst 2.tertial (ny kartlegging vil kommuniseres via HN RHF)
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Antall brudd per bruddkode for den aktuelle perioden
 På grunn av at Helse Finnmark er i konverteringsfase rundt innføring av ny

²⁸ Jf retningslinjene for "Ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper" av 31.mars 2011.

personalportal og lønnsystem har vi pt ikke mulighet til å ta ut en rapport som viser antallet brudd per bruddkode for 2. tertial. Vi vil oversende den så snart vi er klare i nytt system.

- Kommentere kort utviklingen, ref. 2012.

Utviklingen i AML brudd er rimelig stabil i Helse Finnmark, men vi ser en liten positiv endring. Det er særlig Klinikk for Prehospitaltjenester som produserer antallet brudd. I de somatiske klinikkene er det enkeltpersoner som produserer brudd og det følges mer systematisk opp enn i 2012. Klinikk for Psykisk Rus og Helsevern og Senter for drift og eiendom har ingen brudd.

- Kommentere kort tiltak gjennomført/planlagt 2013.

Fokuset er på hyppig rapportering og det gir effekt. Direktørens ledergruppe har saken oppe kvartalsvis og det er et godt fokus.

I Helse Finnmark er ikke alle leger enda inne i GAT noe som medfører at vi ikke får alle tall ifra samme system. Målet er at alle ansatte i Helse Finnmark bruker GAT fom 1.1.2014.

- Kommentere kort eventuelle egne nøkkeltall for arbeids- og hviletid.

Det er et behov for ytterligere styrking av kompetanse rundt regler rundt arbeids- og hviletid og da særlig i forbindelse med ferieavvikling. HR senteret tilbyr kurs og særlig Prehospital klinikk har benyttet seg av dette.

- Status implementering av årsaksfaktorer, HR-indikator nr 32.

Direktørens ledergruppe har hatt implementeringen oppe som sak den 20. august. Fokus på kvalitetssikring av innleggelse av dispensasjonssøknader/godkjenninger i GAT i denne omgang. HR senteret utarbeider rutiner for å sikre at alle godkjente dispensasjonssøknader skal lages ett sted i Foretaket (Ephorte).

- Arbeide systematisk internt i eget foretak, og samarbeide regionalt, for å sikre etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene for både egne ansatte og innleide vikarer.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Registrere og kategorisere avvik på arbeids- og hviletidsbestemmelsene. Handlingsplaner for ytterligere forbedringer skal utarbeides innen 01.05.13.

Rapporteringstekst Årlig melding (NB; rapporteres innen 1.5.2013 og per 1.tertial)

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

- Registrere innleide vikarer i vaktboka i GAT, for å ha kontroll på arbeidstiden deres.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

9.6.3 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

Helseforetakene skal:

- Videreføre arbeidet med Helseinformasjonssikkerhetsforskriften.²⁹

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Avgi personell til deltakelse i FIKS og Medikasjon-Kurve-prosjektet.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Arbeide systematisk for å forebygge, forhindre og avdekke svikt/avvik i de pasientadministrative systemene, og etablere rutiner for varsling innad og rutiner for erfaringsutveksling på tvers av helseforetak.

Rapporteringstekst Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

- Sikre at rutiner ved intern henvisning i spesialisthelsetjenesten er i tråd med gjeldende rett innen 1. mai 2013.

Rapporteringstekst 1.tertial (NB; rapporteres 1.tertial, men må også sendes innen 1.mai 2013)

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

Det er laget en overordnet prosedyre i Helse Finnmark som ligger å venter på godkjenning i DocMap. Klinikk Hammerfest har tatt i bruk prosedyren for overføring mellom institusjoner i spesialist helsetjenesten og skal være i tråd med nasjonale retningslinjer. Prosedyren har vært på høring hos klinikklederne og avdelingslederne. Rutinen etableres for å standardisere registreringen av henvisninger i Helse Finnmark HF og for å sikre at disse registreres i samsvar med våre intensjoner og sentrale retningslinjer.

²⁹ 2011-06-24 nr. 6 Forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre

Rapporteringstekst årlig melding

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

Følgende prosedyrer i DocMap omhandler disse temaer og er gjort gjeldende i hele regionen:

PR 23898 Sending av henvisning til annet sykehus

PR 25586 Mottak av henvisninger fra annet sykehus

- Sikre at det elektroniske systemet for melding om uønskede hendelser er på plass innen 15. april 2013. Systemet skal være integrert i foretakets avvikssystem, og på en slik måte at Kunnskapssenteret både kan motta meldinger og gi tilbakemeldinger i systemet.

Rapporteringstekst 1.tertial (NB; rapporteres 1.tertial, men må også sendes innen 15.april 2013)

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

Helse Finnmark benytter regionens felles applikasjon DocMap. Foreløpig er ikke kommunikasjon fullverdig integrert. Kvalitetsrådgiver ivaretar kommunikasjon med Kunnskapssenteret inntil arbeidet med å få etablert integrert meldingsutveksling er slutført. Helse Finnmark vil ha dette på plass samtidig med de øvrige foretakene i regionen.

Rapporteringstekst årlig melding

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

10. Oppfølging og rapportering

Dette kapitlet presiserer krav til oppfølging og utvikling av data og datakvalitet samt rutiner og frister for rapportering som skal følges i 2013. Kravene til enhetlig og standardisert regnskapsføring i foretaksgruppen gjelder all offisiell rapportering. Helse Nord RHF vil publisere standardiserte virksomhetsrapporter basert på uttrekk fra LIS³⁰, og helseforetakene skal levere analyser av de innsendte data. Alle krav som skal rapporteres er lagt i vedlegg.

Rapporteringskravene fra Helse- og omsorgsdepartementet vil bli innarbeidet i Helse Nord RHF's rapporteringsmal for tertialrapport og årlig melding. Det vil framgå hvilke av kravene fra HOD som helseforetakene skal rapportere på, og hvilke som skal følges opp gjennom virksomhetsrapporteringen eller følges opp direkte fra Helse Nord RHF.

Helseforetakene skal:

- Sikre de pasientadministrative rutinene slik at helseforetaket avgir riktig rapportering til NPR.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Sette av tilstrekkelige ressurser til å implementere LIS, samt kvalitetssikre data og lære opp eget personell.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Delta i Helse Nord RHF's arbeid med forenkling av virksomhetsrapporteringen, herunder kortere rapporteringsfrist og samordning av rapporter til styret og Helse Nord RHF. Frister i oversikt over rapporteringsrutiner og frister gjelder senest for månedsavslutning for mai.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

- Bidra til kartlegging av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten.

Rapporteringstekst Årlig melding

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

³⁰Lederinformasjonssystem/Helse Nord's styringsportal

UNN HF og NLSH HF skal:

- *Delta i pilot i indikatorprosjekt for kostnadsnivå og produktivitet*

Rapporteringstekst Årlig melding

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