



Styreleder Ketil Holmgren
Nestleder Irene Skiri
Mona Søndena
Torfinn Reginiussen
Ragnhild L. Nystad
Staal Nilsen
Ulf Syversen
Ole I. Hansen (for Ally Nyheim)
Evy Adamsen
Odd Oskarsen
Svein Størdal

1. september 2010

Brukerutvalget v/leder

INNKALLING TIL STYREMØTE/STYRESEMINAR 8.-9. SEPTEMBER 2010

Det innkalles herved til styreseminar onsdag 8. september 11.00-18.15 og styremøte torsdag 9. september 08.30-15.00 i Karasjok.

Saksliste:

- Sak 47/2010 Godkjenning av innkalling og saksliste.**
- Sak 48/2010 Godkjenning av møteprotokoller av 24. juni 2010 og 3. august 2010.**
- Sak 49/2010 Regnskaps- og tiltaksrapport per juli 2010, Helse Finnmark HF.**
- Sak 50/2010 Hovedlinjer og budsjettpremisser 2011-2014 Helse Finnmark HF**
- Sak 51/2010 Utredning av fremtidig tilbud ved døgnenhetene/Finnmarksklinikken for personer med samtidig rus og psykisk lidelse.**
- Sak 52/2010 Tilsynsrapport, Helsetilsynet, med spesialisthelsetjenesten ved BUP Kirkenes, klinikk psykisk helsevern og rus. Rapport datert 20.7.2010.**
- Sak 53/2010 Tilsynsrapport, Helsetilsynet, Mottak og behandling av pasienter med mistanke om akutt hjerneslag ved Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest 2010. Rapport dater 7.7.2010.**
- Sak 54/2010 Konseptfaserapport Nye Kirkenes sykehus – orienteringssak (muntlig).**
- Sak 55/2010 Referatsaker.**
- Sak 56/2010 Eventuelt.**

Org.nr:
MVA 983 974 880 NO

Kontonr:
4910.11.87585

Avd.e-post:
www.helse-finnmark.no

saksbehandler epost:
laila.hansen@helse-finnmark.no



Styremøte i Helse Finnmark HF

Dato. 1. september 2010

Møtedato: 8. og 9. september 2010

Saksbehandler: Adm. konsulent Laila Hansen

Sak nr: 48/2010

Navn på sak: Godkjenning av møteprotokoller av 24. juni 2010 og 3. august 2010.

Tilrådning:

1. Styret for Helse Finnmark HF godkjenner protokoller fra styremøte 24. juni 2010 og 3. august 2010.

Vedlegg:

1. Protokoll fra styremøte 24. juni 2010.
2. Protokoll fra styremøte 3. august 2010.

Eva Håheim Pedersen

Adm. dir.



PROTOKOLL FRA TELEFONSTYREMØTE AV 24. JUNI 2010

Til stede: Styreleder Ketil Holmgren
Torfinn Reginiussen
Staal Nilsen
Ulf Syversen
Ane Kokkvoll
Anita Johnsen
Tor-Birger Grønnum
Ingjerd Eriksen

Meldt forfall: Nestleder Irene Skiri
Mona Søndena
Ragnhild L. Nystad
Ally Nyheim
Ole I. Hansen
Vibeke Seierstad

Fra administrasjonen møte:

Adm. dir. Eva Håheim Pedersen
Økonomisjef Lill-Gunn Kivijervi
Administrasjonskonsulent Laila Hansen som førte protokollen

Fra Brukerutvalget Helse Finnmark møte:

Leder Werner Johansen

Sak 41/2010 Innkalling og saksliste

Styret for Helse Finnmark HF godkjenner innkalling og saksliste.

Enstemmig vedtatt

Sak 42/2010 Godkjenning av møteprotokoll av 1. og 2. juni 2010

Tilrådning: Styret for Helse Finnmark HF godkjenner protokoll fra styremøte 1. og 2. juni 2010.

Vedtak: Styret for Helse Finnmark HF godkjenner protokoll fra styremøte 1. og 2. juni 2010.

Enstemmig vedtatt.

Sak 43/2010 Regnskaps- og tiltaksrapportering mai 2010

Tilråding:

Direktørens endrede tilråding:

1. Styret i Helse Finnmark HF tar resultat- og tiltaksrapporten for mai 2010 til orientering. Resultat- og tiltaksrapporten viser at Helse Finnmark har et avvik mot budsjett på 9, 5 mill. kr, justert for gevinst boligsalg og refusjon askeskyen. Klinikk Kirkenes har et negativt avvik på 6, 7 mill. kr., klinikk prehospital – 4, 8 mill. kr og klinikk Hammerfest – 3,1 mill. kr.
2. Styret viser til vedtak 38/2010 pkt. 2 og 4. Styret ber i tillegg adm. dir. foreta en gjennomgang av bemanningen med henblikk på å få antall årsverk, inkludert innleie og overtid, ned til budsjettert nivå på de klinikkene/ avdelingene som har avvik.
3. Styret er tilfreds med at den somatiske virksomheten i økende grad gjennomfører en vridning i aktiviteten fra døgn til dag.
4. Styret er tilfreds med at klinikk Psykisk helsevern og rus har redusert døgnopphold i tråd med plan, og at den polikliniske aktiviteten innenfor voksne, barn og innenfor rus har økt og ligger i hht. og over plantall.

Vedtak:

1. Styret i Helse Finnmark HF tar resultat- og tiltaksrapporten for mai 2010 til orientering. Resultat- og tiltaksrapporten viser at Helse Finnmark har et avvik mot budsjett på 9, 5 mill. kr, justert for gevinst boligsalg og refusjon askeskyen. Klinikk Kirkenes har et negativt avvik på 6, 7 mill. kr., klinikk prehospital – 4, 8 mill. kr og klinikk Hammerfest – 3,1 mill. kr.
2. Styret viser til vedtak 38/2010 pkt. 2 og 4. Styret ber i tillegg adm. dir. foreta en gjennomgang av bemanningen med henblikk på å få antall årsverk, inkludert innleie og overtid, ned til budsjettert nivå på de klinikkene/ avdelingene som har avvik.
3. Styret er tilfreds med at den somatiske virksomheten i økende grad gjennomfører en vridning i aktiviteten fra døgn til dag.
4. Styret er tilfreds med at klinikk Psykisk helsevern og rus har redusert døgnopphold i tråd med plan, og at den polikliniske aktiviteten innenfor voksne, barn og innenfor rus har økt og ligger i hht. og over plantall.

Enstemmig vedtatt.

Sak 44/2010 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Brev av 7. mai 2010 fra Arbeidstilsynet til Helse Finnmark HF ad. sykehuskampanjen God vakt! - lukking av pålegg 3.
2. Referat fra drøftingsmøte med organisasjonene 18.6.2010.
3. Protokoll fra møte i FAMU 18.6.2010.

Tilråding: Styret i Helse Finnmark HF tar referatsakene til orientering.

Vedtak: Styret i Helse Finnmark HF tar referatsakene til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Sak 45/2010 Eventuelt

1. Direktøren informerte om styreseminar 8. og 9. september 2010 i Karasjok.
2. Styreleder orienterte om vedtak i Helse Nord RHF angående traumesaken.

Møtet ble avsluttet klokken 10.00.

Neste styremøte er i Karasjok 8. og 9. september 2010.

Protokoll godkjent av styreleder i etterkant av styremøtet.

Laila Hansen
Referent



PROTOKOLL FRA TELEFONSTYREMØTE AV 3. AUGUST 2010

Til stede: Styreleder Ketil Holmgren
Nestleder Irene Skiri
Torfinn Reginiussen
Staal Nilsen
Ulf Syversen
Mona Søndena
Anita Johnsen
Ole I. Hansen
Vibeke Seierstad

Forfall: Ane Kokkvoll
Ragnhild L. Nystad
Ally Nyheim

Sak 46/2010 Rekruttering av adm.dir

Styreleder orienterte om det arbeidet som har vært gjennomført til nå, deriblant status mht valg av rekrutteringsselskap som skal bistå Helse Finnmark HF i arbeidet med rekruttering av ny adm.dir.

Vedtak: Styret for Helse Finnmark HF besluttet å oppnevne et ansettelsesutvalg som skal bistå rekrutteringsselskapet i arbeidet. Følgende personer ble valgt: Ketil Holmgren, Torfinn Reginiussen, Evy C. Adamsen og Lars Vorland (adm. dir. Helse Nord RHF). Styreleder skal påse at resten av styret holdes informert om arbeidet.

Ass.dir. Jan-Erik Hansen konstitueres som adm. dir. i perioden fra Eva Håheim Pedersen slutter (medio september) til ny adm.dir er på plass. Styreleder får fullmakt til å forhandle frem en avtale med Jan-Erik Hansen for nevnte periode.

Enstemmig vedtatt.

Møtet ble avsluttet klokken 1340.



Styremøte i Helse Finnmark HF

Dato. 1. september 2010

Møtedato: 8. og 9. september 2010

Saksbehandler: Økonomisjef Lill-Gunn Kivijervi

Sak nr:	49/2010
Navn på sak:	Regnskaps- og tiltaksrapport per juli 2010, Helse Finnmark HF.

Tilråkning

1. Styret i Helse Finnmark HF er fornøyd med den økonomiske utviklingen, men er ikke tilfreds med at resultatkravet ikke nås. Styret ber om at det iverksettes nødvendige tiltak basert på det analysearbeidet som pågår i de avdelingene/klinikkene som ikke er i balanse.
2. Styret er fornøyd med at aktiviteten er økt i somatisk virksomhet, men er ikke fornøyd med at aktivitetsmålet målt i DRG-poeng ikke nås.
3. Styret er fornøyd med aktivitetsutviklingen innenfor BUP og at ventetiden for prioriterte pasienter er redusert.

Vedlegg:

1. Saksfremlegg.
2. Resultatrapport juli 2010.
3. ØBAK juli 2010.

Eva Håheim Pedersen
Adm. dir.



Saksbehandler: Økonomirådgiver Inger Marie Kongsbak

31.08.2010

Styresak 49/2010 Regnskaps og tiltaksrapportering juli 2010

Bakgrunn

Styrets behandling av regnskaps- og tiltaksrapport juli 2010.

Kommentarer til regnskap, avvik og prognose

Resultat pr juli 2010

Resultatrapportering	Juli			Akkumulert per Juli			Årsestimat vs årets budsjett		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Årsbudsjett 2010	Årsestimat 2010 per Juli	Avvik i kr
Basisramme	75 241	74 903	338	705 280	704 313	967	1 236 817	1 234 556	-2 261
ISF egne pasienter	10 914	12 566	-1 652	105 964	105 731	233	179 509	188 755	9 246
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	-21	1 250	-1 270	9 342	10 514	-1 172	17 851	17 067	-783
ISF-inntekt kostnadskrevene legemidler									
UTENFOR sykehus	643	719	-76	4 827	6 049	-1 222	10 270	11 000	730
Gjestepasientinntekter	-311	791	-1 102	1 746	3 276	-1 531	5 649	5 649	0
Polikliniske inntekter	1 693	1 662	31	15 047	14 007	1 041	23 782	27 172	3 390
Øremerket tilskudd psykisk helsevern	0	363	-363	1 085	2 558	-1 473	4 372	3 360	-1 012
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	716	716	0	5 653	5 013	640	8 595	10 102	1 508
Andre øremerkede tilskudd	-773	730	-1 503	1 018	5 179	-4 161	9 238	1 527	-7 711
Andre driftsinntekter	6 381	5 491	890	47 740	38 139	9 601	66 244	74 394	8 150
Sum driftsinntekter	94 484	99 190	-4 706	897 703	894 780	2 923	1 562 327	1 573 583	11 256
Kjøp av offentlige helsetjenester	6 084	7 170	-1 086	46 987	50 189	-3 202	86 038	81 252	-4 787
Kjøp av private helsetjenester	2 143	1 690	453	12 844	11 781	1 063	20 296	24 967	4 671
Varekostnader knyttet til aktivitet	9 218	10 926	-1 707	71 709	76 416	-4 708	131 044	125 619	-5 425
Innleid arbeidskraft	602	349	253	5 678	2 489	3 189	4 236	8 702	4 466
Lønn til fast ansatte	26 299	28 922	-2 624	376 951	381 713	-4 762	671 621	680 000	8 379
Vikarer	7 383	4 359	3 023	32 171	25 200	6 971	46 138	46 000	-138
Overtid og ekstrahjelp	5 676	3 332	2 343	38 610	19 433	19 177	36 790	63 388	26 598
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	9 588	9 977	-389	67 114	69 870	-2 756	119 755	117 294	-2 461
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-3 855	-1 694	-2 161	-22 437	-10 526	-11 912	-19 533	-30 000	-10 467
Annen lønnskostnad	2 512	2 499	13	15 884	18 003	-2 119	30 189	26 602	-3 587
Avskrivninger	6 178	6 178	0	43 070	43 070	0	75 000	73 763	-1 237
Nedskrivninger	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andre driftskostnader	22 979	23 766	-786	204 800	195 527	9 273	340 806	347 905	7 099
Sum driftskostnader	94 807	97 475	-2 669	893 381	883 166	10 215	1 542 381	1 565 492	23 111
Driftsresultat	-323	1 714	-2 037	4 322	11 614	-7 292	19 946	8 091	-11 855
Finansinntekter	0	83	-83	315	583	-268	1 000	652	-348
Finanskostnader	852	1 317	-465	5 004	9 218	-4 214	15 803	8 780	-7 023
Finansresultat	-852	-1 234	381	-4 689	-8 635	3 946	-14 803	-8 128	6 675
Ordinært resultat	-1 175	481	-1 656	-367	2 978	-3 346	5 143	-37	-5 180

Helse Finnmark har pr. juli et regnskapsmessig resultat i balanse. Dette er et avvik fra styringsmålet som pr. juli er +2,9 mill. I juli isolert sett har Helse Finnmark HF et negativt avvik på 1,7 mill. i fht. styringsmål. Hittil i år er avviket negativt med 3,3 mill. Justert for gevinst boligsalg er avviket negativt med 11,1 mill. Avviket hittil i år 2009 var på -23,7 mill. Helse Finnmark opererer med en prognose på 0 for 2010. Resultatkravet er 5 mill. Dette viser at Helse Finnmark HF har hatt en resultatforbedring på 23,7 mill. hittil i 2010 inkl. gevinst av boligsalg.

Inntektene for juli viser et negativt avvik på 4,7 mill, mens budsjettavviket hittil i år er positivt med 2,9 mill. Korrigert for gevinst ved salg av bolig er avviket negativt med 4,9 mill. Avviket både for juli og hittil i år ligger i hovedsak på ISF-inntektene. DRG aktiviteten ligger under plantall med 50 poeng på poliklinikk og 87 poeng på øvrig aktivitet. Sammenlignet med 2009 var det et negativt budsjettavvik på inntektene på 12,3 mill hittil i år. DRG aktiviteten lå

da under med 151 poeng på poliklinikk og 381 poeng på øvrig aktivitet hittil i år. Helse Finnmark HF har hatt en fin utvikling i aktiviteten i 2010 sammenlignet med tidligere år.

Varekostnadene siste periode viser et positivt avvik på 2,1 mill, grunnet lavere kostnader på medikamenter og gjestepasienter enn forutsatt. Gjestepasienter rus er i balanse per juli.

Lønnskostnadene for juli er tilnærmet i balanse, men hittil i år viser lønnskostnadene et negativt avvik på 4,6 mill. Avviket skyldes overforbruk på vikarer, overtid og ekstrahjelp. I 2009 var det et negativt budsjettavvik på 9,3 mill hittil i år på lønnskostnader. Det er klinikk Kirkenes og Prehospital klinikk som har de største avvikene på lønn, mens Klinikk for psykisk helsevern og rus har et positivt avvik på lønnskostnader på 6,9 mill. som følge av ubesatte stillinger. Reduserte lønnskostnader må sees i sammenheng med redusert sykefravær.

Andre driftskostnader viser et positivt avvik på 0,8 mill i juli. Hittil i år er avviket negativt med 9,3 mill. Avvikene skyldes i hovedsak pasientreisekostnader, mens vedlikeholdskostnader på bygg og utstyr nå begynner å komme i balanse. Kostnader knyttet til pasientreiser svinger mye fra måned til måned, og det er iverksatt et analysearbeid for å se på årsaken til disse svingningene.

Investeringer/sysselsettingsmidler

Prosjektene finansiert med sysselsettingsmidler fra 2009 er godt i gang, og man har brukt 10,7 mill av tildelte midler på 28,7 mill. Sysselsettingsmidlene vil brukes i sin helhet i 2010. Av den ordinære investeringsrammen på 37,8 mill er 15,1 investert per juli.

Gjennomføring av tiltak

Helse Finnmark HF arbeider med å gjennomføre tiltak med beregnet effekt på 48 mill, noe som betyr en gjennomføringsgrad på 80%. Pr juli er det registrert effekt av tiltak på 27%. Det er grunn til å anta at den økonomiske effekten for gjennomførte tiltak er høyere enn rapportert, noe som skyldes vi har vært forsiktig med å registrere økonomisk effekt. Blant annet er det registrert lav økonomisk effekt av tiltak i klinikk Psykisk Helsevern og rus. I realiteten er tiltakene i stor grad gjennomført.

Det ligger imidlertid utfordringer knyttet til tidsaspektet for gjennomføring av tiltakene som vedrører omlegging av aktivitet fra døgn til dag ved kirurgisk og medisinsk sengepost i Kirkenes og ved de to medisinske avdelingene i Hammerfest. Det har også vært utfordringer knyttet til igangsetting av ny turnus i bilambulansetjenesten, noe som har medført at effekten av tiltakene ikke kommer så raskt som forventet. Det ligger imidlertid en forventning om at disse tiltakene vil gjennomføres, men hoveddelen av den økonomiske effekten vil komme først i 2011.

Personal

Helse Finnmark HF budsjetterte med en årsverksreduksjon på 61 månedsverk i fht prognose året før, totalt en reduksjon på 20 årsverk i fht. plan 2009.

Klinikknavn	plan 2009	Prognose 09	plan 2010	Korrigert budsjett 2010	Gjennomsnittlig forbruk 08/10	Avvik
Administrasjon	91	86	86	95	96	2
Drift	98	96	96	90	88	-3
Klinikk Hammerfest	456,5	475	450	450	475	25
Klinikk Kirkenes	340,8	318	300	sjekkes	309	
Prehospitale tjenester	199,4	249	241	241	246	5
Klinikk psykisk helsevern og rus	346,8	350	340	sjekkes	355	
Sum antall ansatte	1 533	1 574	1513			
<i>Endring fra forbruk året før</i>	-5	37	-61			

I hht styrets bestilling i styresak 38/2010 har administrasjonen påbegynt et arbeid med å kvalitetssikre budsjetterte årsverk. Dette arbeidet er gjennomført for administrasjon, klinikk Drift, Hammerfest og Prehospitale tjenester. Det gjenstår en analyse av budsjetterte månedsverk i klinikk Kirkenes og klinikk Psykisk helsevern og rus.

Budsjettet for administrasjon og klinikk drift sees under et. Dette skyldes at boligenheten ble flyttet til økonomiavdelingen ved årsskiftet, mens budsjettet ble lagt på klinikk drift. Administrasjonen har en økning på 10,7 månedsverk. Av dette er 10 månedsverk faste, denne økningen skyldes etableringen av pasientreisegruppen og er i henhold til plan.

Klinikk Hammerfest har budsjettert med ca 450 årsverk, mens forbruket ligger på 475 i gjennomsnitt. Dette tilsvarer forbruket i 2009. Det har vært en vridning fra dyre overtidsmånedsverk til faste stillinger hittil i 2010, noe som har medført lavere lønnskostnader. Klinikken har ikke lyktes med å redusere antall månedsverk, til tross for at der er utarbeidet retningslinjer for innleie av personell. Det vil nå utarbeides en analyse som definerer hvilke avdelinger som har de største avvikene, og se på årsakene til dette.

Stillingsbudsjettet til klinikk Kirkenes er ikke gjennomgått, det gjøres en gjennomgang også her for å sjekke at antall stillinger stemmer med budsjettet. Klinikk Kirkenes har lyktes i å redusere antall månedsverk, men er ikke helt i mål i hht. opprinnelig plan. Klinikken har fortsatt høyt forbruk av overtidsmånedsverk, noe som medfører for høye lønnskostnader. Det gjøres en analyse av månedsverkforbruket og tiltak utredes etter at analysearbeidet er gjennomført.

Klinikk Prehospitale tjenester har budsjettert med 241 stillinger, og har hittil i år forbrukt 5 månedsverk mer enn budsjett. Årsaken til store avvik på lønnskostnader forårsakes av dyre overtidsmånedsverk. Det er iverksatt et arbeid knyttet til endring av turnus samtidig som antall stillinger økes på enkelte stasjoner med mye utrykning på passiv vakt.

Det gjøres en gjennomgang av budsjetterte stillinger i klinikk Psykisk Helsevern og Rus. Klinikken har i forbindelse med omstillingsprosessen holdt stillinger vakante, men har likevel et høyere månedsverksforbruk enn stillingsbudsjettet tilsier.

Oppsummert viser vurderingen av stillingsbudsjettet opp mot budsjett 2010 at stillingsbudsjettet er korrekt. Kvalitetssikring av stillingsbudsjettet til klinikk Psykisk helsevern og rus og klinikk Kirkenes pågår. Det er iverksatt et arbeid for å redusere antall stillinger i hht. budsjett. Resultatet av dette arbeidet vil fremlegges styret i oktober 2010.

Sykefravær

Helse Finnmark HF har gjennom oppdragsdokumentet et krav om å redusere sykefraværet til 7,8% i 2010, noe som er en betydelig nedgang fra året før. Målt mot denne målsettingen er sykefraværet fortsatt høyt med 8,8% pr. juni. Dette er imidlertid en nedgang sammenlignet med samme periode året før som var på 9,1%.

Aktivitet

Innenfor somatikk ligger man under plantall både på heldøgnsopphold og dagsopphold. I forhold til 2009 ligger man over på heldøgnsopphold, mens dagsoppholdene ligger under nivået i 2009. Det er et mål for foretaket å vri aktiviteten fra heldøgnsopphold til mer dag- og poliklinikkbehandling.

På DRG poliklinikk ligger Helse Finnmark HF under både i forholdt til plan med 50 poeng, og i forhold til 2009 med 179 poeng. Ortopediske leger ligger over plantall, mens øvrige områder ligger under plantall.

Øvrige DRG poeng ligger 87 poeng under plantall. Sett i fht året før har Helse Finnmark HF økt aktiviteten, og er 262 poeng over samme periode i 2009. Klinikk Kirkenes ligger under med 92 DRG-poeng. Kir. leger og gyn. leger ligger etter plan, mens med. leger og rehab ligger noe over plantallene. Klinikk Hammerfest ligger over med 6 DRG-poeng. I Hammerfest er det i hovedsak med. leger og gyn. leger som ligger under plantallene, mens ortopedi og kir.leger ligger over plantallene.

Veien videre

Det vil være viktig for Helse Finnmark å fokusere på plattformen som er lagt for driften de siste årene. Den økonomiske utviklingen viser at Helse Finnmark HF er på rett vei, men at det fortsatt er en utfordring i den underliggende driften. Fokus fremover er å iverksette og få ønsket økonomisk effekt av de tiltak styret har vedtatt.

Økonomirapport juli 2010

Helse Finnmark HF

Innhold

Oppsummering av utvikling	2
Økonomi	3
Resultat	3
Funksjonsregnskap	5
Driftsinntekter	5
Driftskostnader	5
Finansposter	6
Prognose	6
Regjeringens sysselsettingspakke	6
Gjennomføring av tiltak	7
Likviditet og investeringer	7
Personal	8
Bemannings	8
Sykefravær	8
Aktivitet	9
Somatikk	9
Psykisk helsevern	9
TSB	10

Oppsummering av utvikling

Helse Finnmark har i juli et negativt avvik på 1,7 mill. Avviket skyldes lavere ISF inntekt som følge av en bokføringsfeil i juni, hvor inntektene som ble ført var for høye. I tillegg var det et overforbruk på vikarer og overtid. Hittil i år er avviket negativt med 3,3 mill. Justert for gevinst boligsalg er avviket negativt med 11,1 mill. Helse Finnmark opererer med en prognose på 0 for 2010. Resultatkravet er 5 mill.

Inntektene for juli viser et negativt avvik på 4,7 mill, mens avviket hittil i år er positivt med 2,9 mill over budsjett. Korrigert for gevinst ved salg av bolig er avviket negativt med 4,9 mill. Avviket både for juli og hittil i år ligger i hovedsak på ISF-inntektene. DRG aktiviteten ligger under plantall med 50 poeng på poliklinikk og 87 poeng på øvrig aktivitet.

Varekostnadene siste periode viser et positivt avvik på 2,1 mill, grunnet lavere kostnader på medikamenter og gjestepasienter enn forutsatt. Gjestepasienter rus er i balanse per juli.

Lønnskostnadene for juli er tilnærmet i balanse, men hittil i år viser lønnskostnadene et negativt avvik på 4,6 mill. Avviket skyldes overforbruk på vikarer, overtid og ekstrahjelp.

Andre driftskostnader viser et positivt avvik på 0,8 mill i juli. Hittil i år er avviket negativt med 9,3 mill. Avvikene skyldes i hovedsak pasientreisekostnader, mens vedlikeholdskostnader på bygg og utstyr nå begynner å komme i balanse.

Prosjektene finansiert med sysselsettingsmidler fra 2009 er godt i gang, og man har brukt 10,7 mill av tildelte midler på 28,7 mill. Sysselsettingsmidlene vil brukes i sin helhet i 2010. Av den ordinære investeringsrammen på 37,8 mill er 9,1 investert per juli.

Antall månedsverk ligger noe over samme periode i 2009. Dette skyldes i hovedsak etableringen av pasientreisegruppen og ungdomspsykiatrisk avdeling i Karasjok.

Sykefraværet viser fortsatt en positiv utvikling, siste periode viser et fravær på 8,9%, mens den for samme periode i 2009 var på 9,1%.

DRG på poliklinisk ligger under plantall med 50 poeng. Øvrig DRG aktivitet ligger under plantall med 87 poeng.

Innenfor psykisk helsevern ligger aktiviteten i voksenpsykiatrien under plantall både på liggedøgn med 919 døgn og polikliniske konsultasjoner med 375 konsultasjoner. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien øker polikliniske konsultasjoner og ligger over plantall med 467 konsultasjoner, men liggedøgn ligger under plantall med 600 døgn.

Økonomi

Resultat

Avvik per kontoklasse hittil i år:

Tall i hele 1000	Regnskap pr. juli 2009	Regnskap pr. juli 2010	Budsjett pr. juli 2010	Avvik pr. juli	Årsbudsjett	Prognose
inntekt	836 275	897 703	894 780	2 923	1 558 484	1 574
Varekostnader	136 905	137 218	140 876	-3 658	241 310	242
Lønn	483 479	508 293	503 694	4 599	884 420	903
Andre driftskostnader	189 427	204 799	195 527	9 272	342 340	347
Avskrivninger	43 070	43 070	43 070		70 611	74
Finansposter	6 765	4 689	8 635	-3 946	14 803	8
Sum driftsutgifter	859 646	898 069	891 801	6 268	1 553 483	1 574
Resultat	-23 371	-366	2 978	-3 345	5 001	

Budsjettavvik for siste periode og hittil i 2010 sammenlignet med 2009:

Tall i hele 1000	Juli 2010	Pr 31.07.10	Juli 2009	Pr. 31.07.09
Resultat	-1 175	-366	-1 106	-23 371
Budsjett	481	2 979	503	306
Avvik	-1 656	-3 345	-1 609	-23 677

Helse Finnmark har i juli et negativt budsjettavvik på 1,7 mill og akkumulert et negativt avvik på 3,3 mill. Dette inklusive en gevinst ved salg av boliger på 7,8 mill. Justert for denne gevinsten er det negative avviket 11,1 mill. Juli viser omentrent samme negative avvik som i 2009, men hittil i år har man en forbedring i resultatet sett i forhold til budsjett på 20 mill. Resultat i juli er i realiteten ca 1 mill bedre enn tallene viser, på grunn av en feilføring av inntekt i juni.

Negativt budsjettavvik hittil i år skyldes i hovedsak andre driftskostnader og da spesielt pasientreisekostnadene. I tillegg er det overforbruk på overtid og ekstrahjelp. Det negative avviket i juli skyldes lavere ISF inntekt i forhold til budsjett.

Avvikene fordelt på klinikkene

Tall i hele 1000	Avvik juli	Avvik hittil i år
Adm	-425	10 889
Pasienttransport	-1 238	-4 163
Psykisk Helsevern og rus	302	7 253
Klinikk Hammerfest	-1 507	-4 291
Klinikk Kirkenes	-844	-8 236
Prehospital avdeling	-2 266	-7 805
Drift	141	-448
Boligforvaltning	4 181	3 455
Sum	-1 656	-3 346

Administrasjon viser et positivt avvik hittil i år på 10,9 mill. Avviket skyldes gevinst ved salg av boliger på 7,8 mill og rentekostnad 3,9 mill lavere enn budsjett.

Pasienttransport har i juli et negativt avvik på 1,2 mill, mens hittil i år er avviket negativt med 4,2 mill. Avviket skyldes høyere kostnader på drosje og egne transportmidler i forhold til budsjett.

Avviket på Psykisk Helsevern og rus er positivt med 0,3 mill for juli. Hittil i år er avviket positivt med 7,3 mill. Akkumulert positivt avvik skyldes lavere lønnskostnader enn forutsatt grunnet vakante stillinger tidligere på året. Dette gir igjen lavere aktivitet og lavere driftskostnader.

Klinikk Hammerfest viser i juli et negativt avvik på 1,5 mill og hittil i år et negativt avvik på 4,3 mill. Avviket for juli skyldes lavere inntekter i forhold til budsjett, hovedsakelig på ISF poliklinikk. For juli ligger klinikk Hammerfest under planlagt DRG med 53 poeng, dette utgjør ca 0,8 mill. I tillegg ble det i juni bokført for høye polikliniske inntekter ved klinikk Hammerfest på ca 0,7 mill. Hittil i år ligger man over planlagt DRG med 6 poeng. Det negative avviket hittil i år skyldes høyere forbruk på medikamenter, innleie av helsepersonell, vikarer og overtid enn budsjett. De negative avvikene ligger i hovedsak på medisinsk sengepost, gynekologiske leger og radiologer, mens ortopedi gir de største positive avvikene ved klinikken.

Klinikk Kirkenes viser i juli et negativt avvik på 0,8 mill, og hittil i år et negativt avvik på 8,2 mill. Avviket for juli skyldes i hovedsak ISF inntektene på egne pasienter. For juli ligger imidlertid klinikken i henhold til plantall på total antall DRG poeng. Hittil i år ligger man imidlertid under med 92 DRG poeng, noe som gir et negativt avvik på ISF inntektene på 1,3 mill hittil i år. Øvrig avvik hittil i år skyldes overforbruk på innleie av leger fra firma, vikarer og overtid. Ved klinikk Kirkenes er det medisinsk sengepost, medisinske leger og kirurgiske leger som viser de største negative avvikene.

Prehospital klinikk viser et negativt avvik i juli på 2,3 mill, og hittil i år et negativt avvik på 7,8 mill. Avviket i juli skyldes i hovedsak overforbruk på overtid på 1,6 mill. Også hittil i år er overforbruk på lønn og overtid hovedårsaken til det negative avviket. Det er fortsatt de største stasjonene som gir de største negative avvikene – Alta, Hammerfest, Lakselv, Tana og Vadsø.

Drift er tilnærmet i balanse for juli, mens hittil i år er avviket negativt med 0,4 mill. Avviket skyldes noe høyere vedlikehold i forhold til budsjett. Drift har i de siste periodene fått god kontroll på kostnadssiden, noe også resultatene viser.

Bolig viser i juli et positivt avvik på 4,2 mill, og hittil i år et positivt avvik på 3,5 mill. I juli har man imidlertid foretatt en feilføring på gevinst ved salg av bolig som skal på administrasjon på 3 mill. Det vil si reelt resultat i juli er et positivt avvik på 1,2 mill og hittil i år 0,5 mill.

Funksjonsregnskap

Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201007	Andel av totale driftskostnader			
Funksjon	R hittil i fjor	R hittil i år	JB hittil i år	JB 2010
Sum Somatikk	58,5 %	57,8 %	57,6 %	58,0 %
Sum Psykisk helse	16,7 %	16,1 %	17,6 %	17,7 %
Sum Rusomsorg	2,2 %	1,7 %	1,8 %	1,8 %
Sum Prehospitale tjenester	21,6 %	23,0 %	21,6 %	21,9 %
Sum Personal	1,0 %	1,5 %	1,4 %	0,6 %
Sum driftskostnader	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

R = regnskap

JB = justert budsjett

Innenfor somatikk har man budsjettet med 57,6 % forbruk av brutto driftskostnader hittil i år. Forbruket er 57,8%, dvs 0,2% overforbruk. Dette skyldes overforbruk på lønn og innleie av personell. Forbruket for samme periode i 2009 var på 58,5%, dvs 0,7% høyere enn årets forbruk.

Innenfor Psykisk helse er det budsjettet med 17,6% hittil i år, forbruket viser 16,1%, 1,5% under budsjett. Dette skyldes lavt belegg på ungdomspsykiatrisk avdeling og lavere forbruk på lønn grunnet vakanser.

Innen Rusomsorgen viser budsjettet hittil i år 1,8%, men ligger per juli på 1,7%. Årsak til avviket er at man har hatt problem med å få kvalifisert personell til avdelingen, men dette er nå løst.

På Prehospitale tjenester er det budsjettet med et forbruk av de totale driftskostnadene på 21,6%, mens resultatet viser 23%. Altså et overforbruk på 1,4% i 2010. I forhold til 2009 ligger man over med 1,4%. Overforbruket er på lønn, hovedsakelig overtid.

Driftsinntekter

Inntektene i Helse Finnmark viser i juli et negativt avvik på 4,7 mill og hittil i år et positivt avvik på 2,9 mill. Korrigerer vi inntekten hittil i år for gevinst ved salg av bolig får vi et negativt avvik på 4,9 mill. Avviket både for juli og hittil i år ligger i hovedsak på ISF-inntektene. Noe vi også ser på DRG aktiviteten som ligger under plantall med 50 poeng på poliklinikk og 87 poeng på øvrig aktivitet.

Driftskostnader

Varekostnader

Varekostnadene viser i juli et positivt avvik på 2,1 mill, og hittil i år et positivt avvik på 3,7 mill. Dette skyldes lavere kostnader på medikamenter og gjestepasientkostnader enn forutsatt. Gjestepasienter rus ligger per juli i balanse, og koordineringsenheten er nå ajour i forhold til faktureringen.

Lønnskostnader

Lønnskostnadene for juli er tilnærmet i balanse, men hittil i år viser lønnskostnadene et negativt avvik på 4,6 mill. Avviket skyldes overforbruk på vikarer, overtid og ekstrahjelp. Det er klinikk Kirkenes og Prehospital klinikk som viser de største avvikene på lønn på

henholdsvis 5,7 mill og 6,6 mill, mens Klinikk for psykisk helsevern og rus viser positivt avvik på lønnskostnader på 6,9 mill.

Andre driftskostnader

Andre driftskostnader viser et positivt avvik på 0,8 mill i juli. Hittil i år er avviket negativt med 9,3 mill. Avvikene skyldes i hovedsak pasientreisekostnader, mens vedlikeholdskostnader på bygg og utstyr nå begynner å komme i balanse.

Finansposter

Finanspostene viser et positivt avvik i juli på 0,4 mill og hittil i år et positivt avvik på 3,9 mill. Dette skyldes lavere rentenivå enn forutsatt.

Prognose

Resultatprognosen for 2010 opprettholdes, dvs. Helse Finnmark HF budsjetterer med resultat i balanse for 2010.

Regjeringens sysselsettingspakke

Sysselsettingsmilder 2009-2010					
	Investering	Drift	Investert	Forbruk	Rest
AMK-rom, kontorfasiliteter Hab/art	2 500 000		250 259		2 249 741
Finnmarksklinikken Karasjok	8 000 000		1 143 987		6 856 013
Pasientventerom	654 378		0		654 378
Dialyse Kirkenes	1 200 000		36 500		1 163 500
Tilførselskabler Bolig Kirkenes		2 800 000		1 993 005	806 995
Rehabilitering av barneavdelingen		4 740 374		4 071 639	668 735
Pasienttransport Hammerfest (sysseles.m.)	2 945 622		2 945 622		0
Etterisolering og skift av vindu sør/øst fløya		2 899 476		63 476	2 836 000
Mottakelsen	500 000		8 196		491 804
Tak fyrrom	500 000		17 125		482 875
Laborat.		310 000		173 324	136 676
Taket nordøst fløya	800 000		4 161		795 839
Tak østfløy	500 000		9 579		490 421
Dren N-øst fløy Kirkenes	350 150		7 230		342 920
Vindu klt.fløy Kirkenes		0		11 953	-11 953
Maling av søsterhjem		0		0	0
Totalt	17 950 150	10 749 850	4 422 659	6 313 397	17 963 944

Av sysselsettingspakken tildelt i 2009 på 28,7 mill, er det en rest på 18 mill. Prosjektmidlene vil i all hovedsak benyttes i 2010.

Gjennomføring av tiltak

Helse Finnmark HF har utarbeidet tiltak for 60,8 mill. i 2010. Det forventes at 80% av tiltakene gjennomføres i 2010 dvs. ca 48 mill.

REALISERT OMSTILLING 2010	Juli	Hittil
0 - Ingen risiko	656	2 492
1 - Usannsynlig at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	3 147	9 510
2 - Lav sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	506	4 496
3 - Middels sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	0	90
4 - Høy sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	0	0
5 - Tiltaket blir ikke gjennomført i 2009	0	0
Sum Helse Finnmark	4 309	16 588
Realisert i % av budsjett	7 %	27 %

Pr. Juli er 27% av tiltakene gjennomført. Flere av tiltakene med stor økonomisk effekt er godt i gang og økonomisk effekt forventes fra høsten 2010.

Likviditet og investeringer

Trekkrammen for Helse Finnmark er på 450 mill. Disponibel saldo pr. 31.07. var kr. 89 mill. Likviditeten i foretaket er bedret, dette skyldes bedre resultat hittil i år i forhold til året før, samt lavere investeringsnivå. Det har vært noe økt investeringer, spesielt på sysselsettingsmidlene, siste perioder som påvirker likviditeten.

Investeringsbudsjett 2010	Ramme 2010	Investert 2010	Rest
Investeringer 2009	446		
Ambulanser	3 500	2 268	1 232
Renovering Kirkenes sykehus	11 200	5 246	5 954
Drift	41	93	-52
Med.tekn.utstyr Hammerfest	4 000	931	3 069
Med.tekn.utstyr Kirkenes	3 000	495	2 505
Diverse utstyr drift	310	310	0
Egenkapital KLP	3 600	3 492	108
Kronikersatsing	38		38
Brannteknisk oppgradering 2010	1 000	37	963
Brannprosjekt Kirkenes 2010	3 000	2 001	999
Sammenslåing med/kir avd Kirkenes	2 000		2 000
Pasienthotell/pårørenderom Hammerfest	850		850
Opptrapping psykiatri Alta - takterasse	304	243	61
Ufordelt ramme	4 361		4 361
Sum investeringsramme	37 650	15 116	22 088
Omst.midler skiftetue bedre logsistikk	100		100
Sum ramme omstillingsmidler	100	0	100
Sum 2010	37 750	15 116	22 188

Sysselsettingsmidler er ikke med i oppsettet, dette rapporteres under eget kapittel.

Det er hittil i år investert for 15,1 mill, og har en rest på 22,2 mill.

Personal

Bemanning

Juli	Antall mnd verk	Lønnskost	pr.ansatt
2009	1 593	46 270	29
2010	1 611	49 164	31

Lønnskost 2009 er justert for 3,62% lønnsvekst.

Hittil i år/juli	Antall mnd verk	Lønnskost	pr.ansatt
2009	10 732	500 981	47
2010	10 948	509 855	47

Lønnskost 2009 er justert for 3,62% lønnsvekst.

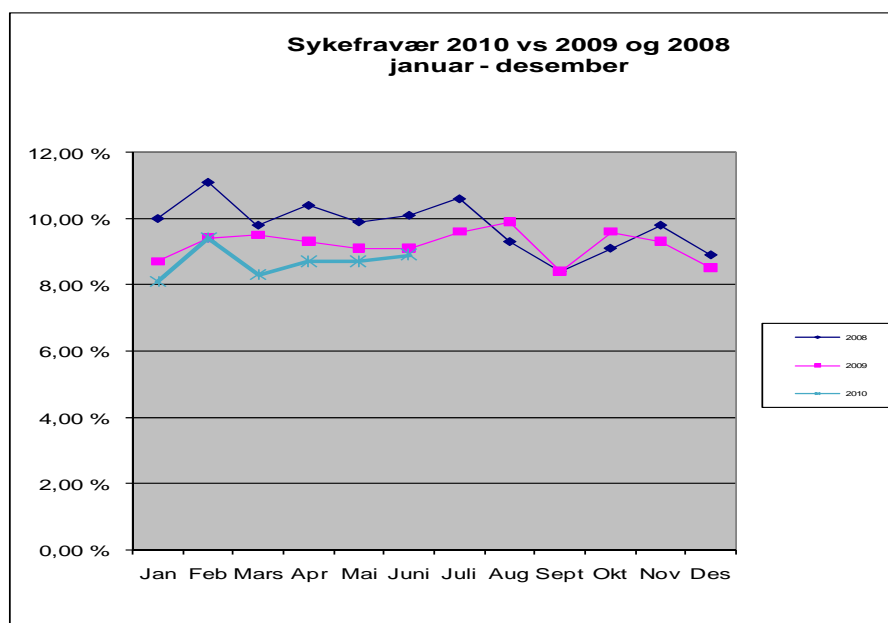
I juli hadde foretaket 1.611 månedsverk, dette er 18 mer enn samme periode i 2009. Lønnskostnaden er noe høyere per ansatt enn for samme periode i 2009 etter justering for lønnsvekst. Årsaken til dette skyldes økte kostnader per ansatt ved Prehospital klinikk og Klinikk Kirkenes i form av overtid.

Hittil i år ligger man over med 216 månedsverk. Økningen i antall månedsverk ligger på fast ansatte som har økt med 188 månedsverk hittil i år og timelønne er redusert med 54 månedsverk. Overtidsmånedsverkene er økt med 6. I tillegg har man økt med 76 månedsverk på frivillig utvidet arbeidstid.

Økningen i faste månedsverk skyldes i hovedsak etableringen av pasientreisegruppen og ungdomspsykiatrisk avdeling.

Sykefravær

Sykefraværet for juni ble på 8,9%, noe høyere enn forrige periode, men likevel lavere enn samme periode i 2009 hvor sykefraværet var på 9,1%. Hittil i år har Helse Finnmark et sykefravær på 8,8%.



Aktivitet

Somatikk

Pr. juli	Heldøgn		Dagopp/DK		DRG poeng pol.		DRG poeng	
	Faktisk	Plan	Faktisk	Plan	Faktisk	Plan	Faktisk	Plan
2009	6 868	6 938	2 631	2530	562	713	6 315	6 696
2010	7 063	7 186	2 591	2986	383	433	6 577	6 664
Endring	195	248	-40	456	-179	-280	262	-32

Tabellen avviker fra Øbak – denne inkluderer gjestepasienter, det gjør ikke Øbak.

Heldøgnsoppholdene ligger 123 døgn under plantall og 195 opphold over samme periode i 2009.

Dagsoppholdene ligger 395 opphold under plantall og 40 opphold under samme periode i 2009.

DRG poliklinikk ligger 50 poeng under plantall og 179 poeng under samme periode i 2009.

Øvrige DRG poeng ligger 87 poeng under plantall, og 262 poeng over samme periode i 2009. Klinik Kirkenes ligger under med 92 DRG-poeng. Kir. leger og gyn. leger ligger etter plan, mens med. leger og rehab ligger noe over plantallene. Klinik Hammerfest ligger over med 6 DRG-poeng. I Hammerfest er det i hovedsak med. leger og gyn. leger som ligger under plantallene, mens ortopedi og kir.leger ligger over plantallene.

Psykisk helsevern

Pr. juli	OPPNÅDD 2009	OPPNÅDD 2010	PLANTALL 2010	AVVIK
Liggedøgn PHV	9 633	7 944	8 863	-919
Polikliniske konsult. PHV	10 172	9 301	9 676	-375
Liggedøgn BUP	116	583	1 183	-600
Polikliniske konsult. BUP	7 248	8 571	8 076	495

Antall liggedøgn i voksenpsykiatrien ligger 919 døgn under plantall og 1.689 døgn under samme periode 2009. Polikliniske konsultasjoner ligger 375 under plantall, og 871 konsultasjoner under for samme periode 2009.

I barn og ungdomspsykiatrien viser antall liggedøgn 600 under plantall, men 467 over i forhold til samme periode i 2009. Det er fortsatt lavt belegg på ungdomspsykiatrisk avdeling i Karasjok. Det har vært en betydelig økning i polikliniske konsultasjoner BUP, som ligger 495 over plantall og det er en økning på 1.323 sammenlignet med samme periode i 2009.

Fra juli 2010 har samtlige DPS redusert antall døgnplasser med til sammen 14 plasser jfr styresak 72/2010. Ny bemanningsplan ved de døgnenheten i Tana er iverksatt, mens Lakselv og Alta iverksettes i august. Overgangsperioden til ny turnus har vært regulert og forlenget slik at overtallige har fått tilbud om å gå i sommerturnus fremfor å leie inn vikarer

Antall liggedøgn for juli viser samme trend tidligere måneder i 2010 med lavt belegg ved døgnenheten Tana. Her er det ikke venteliste og det er færre som søkes inn til døgnbehandling

samt at de i større grad enn tidligere planlegger behandlingsopplegg slik at pasienter skrives ut i helger. Pga ferieavvikling har det vært redusert kapasitet i juli ved døgnenheten Lakselv og Tana. DPS Vest-Finnmark har hatt tilnærmet full aktivitet også i juli.

Det er fortsatt mangel på spesialister (psykologspesialister og psykiatere) i klinikken spesielt i DPS Øst-Finnmark, både VPP og BUP. Rekrutterings og stabiliseringsarbeidet er intensivert i DPS Øst-Finnmark. Det vil bli utarbeidet en rekrutterings- og stabiliseringsplan i klinikken høsten 2010.

Aktiviteten i Barne- og ungdomspsykiatrien viser at økningen utover plantall fortsetter både i BUP Midt-Finnmark og BUP Vest-Finnmark. Spesialistdekningen er styrket ved at vakante stillinger er besatt i BUP Midt-Finnmark. Leder for Bup Alta ga pr. 02.07.10 melding om at BUP Alta er kommet i mål og ikke har fristbrudd. Ved BUP Kirkenes ligger aktiviteten i hht plantall. Det jobbes mye med å rekruttere psykiater og psykologspesialist til BUP Kirkenes. BUP Hammerfest har redusert kapasitet pga 2 sykemeldinger i juli.

Familieavdelingen og Ungdomspsykiatrisk avdeling har ikke hatt familier/ungdom innelagt i juli. Ansatte ved Ungdomspsykiatrisk avdeling har bidratt i forhold til ferieavviklingen i Lakselv og ved Finnmarksklinikken utover egen ferieavvikling. Ved familieavdelingen har det ikke vært familier som har ønsket behandling juli (feriemåned). Ansatte har benyttet anledningen til å ta ut avspasering og avviklet ferie.

TSB

Pr. juli	2009	2010	PLANTALL 2010	AVVIK
Antall liggedøgn døgnbehandling	2412	1950	2100	-150

Antall liggedøgn innenfor rusbehandling ligger 150 døgn under plantall. Per juni lå man 57 døgn over plantall, mens juli alene ligger 207 døgn under plantall.

Finnmarksklinikken har feriestengt fra 19.07.10 – 16.08.10. Begrunnelsen er at det var planlagt å forta ”grovarbeidet” inne på institusjonen i forbindelse med planlagt reovering av hovedbygget. Prosjektet er utsatt og sendt ut på ny anbudsrunde pga høye kostnader. Plantall er ikke periodisert mht feriestegning noe som forklarer redusert aktivitet pr juli i forhold til plantall.

Økonomirapportering til Helse Nord RHF 2010

Helse Finnmark HF

Velg periode her: **Juli**

Tall i 1000 kr

Resultatrapportering	Juli				Akumulert per Juli				Juli			Årsestimat vs årets budsjett			Årsestimat vs fjorårets resultat			Anslått utvikling ut året ift budsjett			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Endring ift 2009	Endring i %	Årsbudsjett 2010	Årsestimat 2010 per Juli	Avvik i kr	Årsresultat 2009	Estimat -10 vs resultat -09	Endring i %	Budsjett ut året	Estimat ut året	Avvik i kr	Endring i %	
Basisramme	75 241	74 903	338	0 %	705 280	704 313	967	0 %	39 136	6 %	1 236 817	1 234 556	-2 261	1 185 085	49 471	4 %	532 504	529 276	-3 228	-1 %	
ISF egne pasienter	10 914	12 566	-1 652	-13 %	105 964	105 731	233	0 %	6 482	7 %	179 509	188 755	9 246	176 054	12 701	7 %	73 778	82 791	9 013	11 %	
ISF somatisk poliklinisk aktivite	-21	1 250	-1 270	-102 %	9 342	10 514	-1 172	-11 %	1 443	18 %	17 851	17 067	-783	13 570	3 498	26 %	7 337	7 725	388	5 %	
ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler																					
UTENFOR sykehus	643	719	-76	-11 %	4 827	6 049	-1 222	-20 %	1 808	60 %	10 270	11 000	730	6 499	4 501	69 %	4 221	6 173	1 952	32 %	
Gjestepasientinntekter	-311	791	-1 102	-139 %	1 746	3 276	-1 531	-47 %	279	19 %	5 649	5 649	0	3 727	1 922	52 %	2 373	3 903	1 531	39 %	
Polikliniske inntekte	1 693	1 662	31	2 %	15 047	14 007	1 041	7 %	23 782	27 172	3 390	655	5 %	24 060	3 112	13 %	9 775	12 125	2 349	19 %	
Øremerket tilskudd psykisk helseven	0	363	-363	-100 %	1 085	2 558	-1 473	-58 %	-2 518	-70 %	4 372	3 360	-1 012	4 311	-951	-22 %	1 814	2 275	461	20 %	
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	716	716	0	0 %	5 653	5 013	640	13 %	304	6 %	8 595	10 102	1 508	10 212	-110	-1 %	3 581	4 449	868	20 %	
Andre øremerkede tilskudd	-773	730	-1 503	-206 %	1 018	5 179	-4 161	-80 %	-1 123	-52 %	9 238	1 527	-7 711	2 450	-923	-38 %	4 059	509	-3 550	-698 %	
Andre driftsinntekter	6 381	5 491	890	16 %	47 740	38 139	9 601	25 %	14 962	46 %	66 244	74 394	8 150	61 339	13 055	21 %	28 106	26 654	-1 451	-5 %	
Sum driftsinntekter	94 484	99 190	-4 706	-5 %	897 703	894 780	2 923	0 %	61 428	7,3 %	1 562 327	1 573 583	11 256	1 487 307	86 276	5,9 %	667 547	675 880	8 333	1,2 %	
Kjøp av offentlige helsetjeneste	6 084	7 170	-1 086	-15 %	46 987	50 189	-3 202	-6 %	-11 799	-20 %	86 038	81 252	-4 787	87 569	-6 317	-7 %	35 849	34 265	-1 585	-5 %	
Kjøp av private helsetjeneste	2 143	1 690	453	27 %	12 844	11 781	1 063	9 %	20 296	24 967	4 671	7 077	123 %	29 306	-4 339	-15 %	8 515	12 123	3 608	30 %	
Varekostnader knyttet til aktivite	9 218	10 926	-1 707	-16 %	71 709	76 416	-4 708	-6 %	5 274	8 %	131 044	125 619	-5 425	116 909	8 710	7 %	54 628	53 910	-718	-1 %	
Innleid arbeidskraft	602	349	253	72 %	5 678	2 489	3 189	128 %	-239	-4 %	4 236	8 702	4 466	14 193	-5 491	-39 %	1 747	3 024	1 277	42 %	
Lønn til fast ansatt	26 299	28 922	-2 624	-9 %	376 951	381 713	-4 762	-1 %	24 108	7 %	671 621	680 000	8 379	606 575	73 425	12 %	289 907	303 049	13 141	4 %	
Vikarer	7 383	4 359	3 023	69 %	32 171	25 200	6 971	28 %	46 138	46 000	-138	-7 093	-18 %	64 313	-18 313	-28 %	20 938	13 829	-7 109	-51 %	
Overtid og ekstrahjelp	5 676	3 332	2 343	70 %	38 610	19 433	19 177	99 %	3 721	11 %	36 790	63 388	26 598	65 357	-1 969	-3 %	17 357	24 778	7 421	30 %	
Pensjon inkt arbeidsgiveravgif	9 588	9 977	-389	-4 %	67 114	69 870	-2 756	-4 %	1 497	2 %	119 755	117 294	-2 461	112 745	4 549	4 %	49 884	50 180	295	1 %	
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-3 855	-1 694	-2 161	128 %	-22 437	-10 526	-11 912	113 %	1 326	-6 %	-19 533	-30 000	-10 467	-41 974	11 974	-29 %	-9 008	-7 563	1 445	-19 %	
Annen lønnskostnac	2 512	2 499	13	1 %	15 884	18 003	-2 119	-12 %	1 255	9 %	30 189	26 602	-3 587	27 327	-725	-3 %	12 186	10 718	-1 468	-14 %	
Avskrivninger	6 178	6 178	0	0 %	43 070	43 070	0	0 %	0	0 %	75 000	73 763	-1 237	78 297	-4 534	-6 %	31 930	30 693	-1 237	-4 %	
Nedskrivninger	0	0	0	0 %	0	0	0	0 %	0	0 %	0	0	0	0	0	0 %	0	0	0	0 %	
Andre driftskostnader	22 979	23 766	-786	-3 %	204 800	195 527	9 273	5 %	15 376	8 %	340 806	347 905	7 099	340 019	7 886	2 %	145 280	143 105	-2 175	-2 %	
Sum driftskostnader	94 807	97 475	-2 669	-3 %	893 381	883 166	10 215	1 %	40 503	4,7 %	1 542 381	1 565 492	-23 111	1 500 636	64 856	4,3 %	659 215	672 111	-12 896	-2 %	
Driftsresultat	-323	1 714	-2 037	-119 %	4 322	11 614	-7 292	-63 %	20 925	126 %	19 946	8 091	-11 855	-13 329	21 420	-161 %	8 332	3 769	-4 563	-121 %	
Finansinntekter	0	83	-83	-100 %	315	583	-268	-46 %	-116	27 %	1 000	652	-348	689	-37	-5 %	417	337	-80	-24 %	
Finanskostnader	852	1 317	-465	-35 %	5 004	9 218	-4 214	-46 %	-2 192	-30 %	15 803	8 780	-7 023	10 475	-1 695	-16 %	6 585	3 776	-2 809	-74 %	
Finansresultat	-852	-1 234	381	-31 %	-4 689	-8 635	3 946	-46 %	2 076	31 %	-14 803	-8 128	6 675	-9 786	1 658	-17 %	-6 168	-3 439	2 729	-79 %	
Ordinært resultat	-1 175	481	-1 656	-344 %	-367	2 978	-3 346	-112 %	23 001	98 %	5 143	-37	-5 190	-23 115	23 078	-100 %	2 164	330	-1 835	-556 %	

OMSTILLINGSUTFORDRING 2010	Budsjett 2010	Tiltak uten konsekvenser for pasient-tilbudet	Tiltak med akseptable konsekvenser for pasient-tilbudet	Mereffekt av tiltak iverksatt tidligere år	Sum akseptable tiltak
0 - Ingen risiko	8 480				0
1 - Usannsynlig at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	30 540				0
2 - Lav sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	16 500				0
3 - Middels sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	4 200				0
4 - Høy sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	1 100				0
5 - Tiltaket blir ikke gjennomført i 2009					0
Sum Helse Finnmark	60 820	0	0	0	0

REALISERT OMSTILLING 2010	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	Hittil
0 - Ingen risiko			620	329	887		656						2 492
1 - Usannsynlig at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan			652	5 041	670		3 147						9 510
2 - Lav sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan			2 995	567	428		506						4 496
3 - Middels sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan			0	0	90		0						90
4 - Høy sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan			0	0	0		0						0
5 - Tiltaket blir ikke gjennomført i 2009			0	0	0		0						0
Sum Helse Finnmark			4 267	5 937	2 075	0	4 309						16 588
Realisert i % av budsjett	0 %	0 %	7 %	10 %	3 %	0 %	7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	27 %

ARSESTIMAT FOR REALISERT OMSTILLING 2010	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
0 - Ingen risiko	4 530	4 530	4 530		8 900	8 900	8 900	8 900	8 900	8 900	8 900	8 900
1 - Usannsynlig at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	17 040	17 040	17 040		23 664	23 664	23 664	23 664	23 664	23 664	23 664	23 664
2 - Lav sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	3 200	3 200	3 200		6 871	6 871	6 871	6 871	6 871	6 871	6 871	6 871
3 - Middels sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	0	0	0		8 200	8 200	8 200	8 200	8 200	8 200	8 200	8 200
4 - Høy sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	1 100	1 100	1 100		140	140	140	140	140	140	140	140
5 - Tiltaket blir ikke gjennomført i 2009	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
Sum Helse Finnmark	25 870	25 870	25 870	0	47 775	47 775	47 775	47 775	47 775	47 775	47 775	47 775
i % av budsjettet omstilling	43 %	43 %	43 %	0 %	79 %	79 %	79 %	79 %	79 %	79 %	79 %	79 %

PERIODISERT BUDSJETTERTER OMSTILLINGER 2010	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	Sum	kontroll
0 - Ingen risiko	300	300	300	300	446	446	446	446	381	381	381	381	4 510	-4 510
1 - Usannsynlig at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	870	870	870	870	1 758	1 758	1 758	1 758	1 633	1 633	1 633	1 633	17 040	-17 040
2 - Lav sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	1 983	1 983	1 983	1 983	2 484	2 484	2 484	2 484	2 484	2 484	2 484	2 484	27 801	-27 801
3 - Middels sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	125	125	125	125	463	463	463	463	463	463	463	463	4 200	-4 200
4 - Høy sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	1 101	-1 101
5 - Tiltaket blir ikke gjennomført i 2009	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum Helse Finnmark	3 370	3 370	3 370	3 370	5 242	5 242	5 242	5 242	5 052	5 052	5 052	5 052	54 652	
i % av budsjettet omstilling	6 %	6 %	6 %	6 %	9 %	9 %	9 %	9 %	8 %	8 %	8 %	8 %		

REALISERT OMSTILLING 2010	Jan	Feb	Mars	April	Akk av budsjett 1. tertial	Mai	Juni	Juli	Aug	Akk av budsjett 2. tertial	Sept	Okt	Nov	Des	Akk av budsjett 3. tertial	Akkumulert 2010
0 - Ingen risiko	0,00 %	0,00 %	7,31 %	3,88 %	79,08 %	0,00 %	7,74 %	0,00 %	0,00 %	86,44 %	0,00 %	0,00 %	29,39 %	0,00 %	0,00 %	55,25 %
1 - Usannsynlig at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	0,00 %	0,00 %	2,13 %	16,51 %	163,59 %	0,00 %	10,30 %	0,00 %	0,00 %	54,30 %	0,00 %	0,00 %	31,14 %	0,00 %	0,00 %	55,81 %
2 - Lav sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	0,00 %	0,00 %	18,15 %	3,44 %	44,90 %	0,00 %	3,07 %	0,00 %	0,00 %	9,40 %	0,00 %	0,00 %	27,25 %	0,00 %	0,00 %	16,17 %
3 - Middels sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	4,86 %	0,00 %	0,00 %	2,14 %	0,00 %	0,00 %	2,14 %
4 - Høy sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
5 - Tiltaket blir ikke gjennomført i 2009	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Sum Helse Finnmark	0,00 %	0,00 %	7,02 %	9,76 %	75,70 %	0,00 %	7,08 %	0,00 %	0,00 %	30,45 %	0,00 %	0,00 %	27,27 %	0,00 %	0,00 %	30,35 %

Sum Helse Finnmark



Styremøte i Helse Finnmark HF

Dato. 1. september 2010

Møtedato: 8. og 9. september 2010

Saksbehandler: Økonomisjef Lill-Gunn Kivijervi

Sak nr:	50/2010
Navn på sak:	Hovedlinjer og budsjettpremisser 2011 - 2014.

Tilråkning:

1. Styret i Helse Finnmark HF slutter seg til hovedlinjer og budsjettpremisser 2011-2014 Helse Finnmark HF med følgende presiseringer
 - a. Det legges en buffer på direktøren i desember på minimum 10,0 mill.
 - b. Styret gir sin tilskutning til fordeling av investeringsrammen i tråd med saksfremlegget
 - c. Direktøren gis fullmakt til å disponere og prioritere investeringsreserven i hht. oppstått behov
2. Styret forventer at hver klinikk oppnår budsjettbalanse i 2011. Det skal utarbeides tiltak i tilknytning til budsjettprosessen i hver klinikk slik at økonomiske rammer etterleves
3. Styret er tilfreds med at foretaket har innført virksomhetsplanlegging som et systematisk verktøy i planlegging av driften.

Vedlegg:

1. Saksfremlegg.

Eva Håheim Pedersen

Adm. dir.



Saksbehandler; Direktør Eva Håheim Pedersen/økonomisjef Lill-Gunn Kivijervi 31.08.2010

Saksfremlegg ”Hovedlinjer og budsjettpremisser 2011-2014 Helse Finnmark HF

1. Bakgrunn

I Helse Nord RHF sin styresak 71-2010 Plan- og budsjettpremisser 2011-2014, legges fortsatt til grunn prioriteringer vedtatt i styresak 103-2009 Plan 2010-2013. Dette innebærer blant annet å videreutvikle gode lokalsykehus og desentraliserte helsetjenester, styrke samhandlingen med primærhelse- og sosialtjeneste, utvikle helhetlige behandlingsforløp og styrke tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere.

I Helse Nord's styrevedtak ligger en forventning om lavere inntektsvekst fremover noe som må medføre strengere prioriteringer og større omstillingsbehov. Dette betyr at Helse Finnmark HF ikke tildeles friske midler i 2011. Det fremkommer av beregninger gjort av Helse Nord RHF at Helse Finnmark HF får en strammere økonomisk situasjon fremover. Dette innebærer at vi må prioritere innenfor foretakets økonomiske handlingsrom.

Det vil være viktig for Helse Finnmark å fokusere på plattformen som er lagt for driften de siste årene. Fokus fremover er å iverksette og få ønsket økonomisk effekt av de tiltak styret har vedtatt. Den økonomiske utviklingen viser at Helse Finnmark HF er på rett vei, men at det fortsatt er en utfordring i den underliggende driften. Samtidig må Helse Finnmark HF ta innover seg innskjerping i rammene i årene fremover, og allerede nå iverksette et arbeid for å møte nye utfordringer.

Resultatkrav 2011-2014

Helse Nord RHF har tidligere vedtatt å holde tilbake inntekter for å finansiere fremtidig økte kostnader som følge av investeringer. I tillegg har styret i Helse Nord lagt til grunn at det settes overskuddskrav tilsvarende reduksjon i åpningsbalanseavskrivningene, slik at kostnadsbortfallet ikke bindes opp i andre permanente tiltak. Dette styrker likviditeten i foretaksgruppen og øker mulighetene for å gjennomføre ønskede investeringer.

Helse Nord vedtok i styresak 71-2010 at følgende resultatkrav legges til grunn i budsjett for 2011-2014

Resultatkrav 2010-2018	2010	2011	2012	2013	2014
Helse Nord RHF inkl IKT	143 000	143 000	143 000	143 000	47 000
Helse Finnmark HF	5 000	5 000	5 000	5 000	15 000
UNN HF	10 000	0	20 000	24 000	38 000
Nordlandssykehuset HF	32 000	32 000	41 000	42 000	5 000
Helgelandssykehuset	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Apotek Nord HF	0	0	0	0	0
Sum	195 000	185 000	214 000	219 000	110 000

For Helse Finnmark HF er resultatkravet satt til 5 mill i perioden 2011-2013, og øker til 15 mill. i 2014. Dette innebærer for Helse Finnmark HF en ytterligere omstillingsutfordring på 10 mill. fra 2013 til 2014. Åpningsbalanseavskrivningene reduseres gradvis fra 2018.

2. Basisramme 2012-2014

Tabellen nedenfor fremstiller basisramme for 2011 og beste estimat for 2012-2014 sammenlignet med vedtatt basisramme for 2010. Foreslåtte endringer i saken er innarbeidet. I 2012 forventes effektene av regional inntektsmodell å snu tilbake til fordel for UNN. Effekt av regional inntektsmodell er derfor innarbeidet i tall for 2011, men ”nullstilt” for 2012-2014. Kun estimat av forventet flytting av ressurser fra Helgeland til UNN som følge av befolkningsendring er innarbeidet. I tillegg kommer andre endringer som følge av oppdatering av inntektsmodell (ikke innarbeidet i tabellen).

Basisramme 2011-2014	2010	2011	2012	2013	2014
Helse Nord RHF	970 412	925 212	941 212	956 212	971 212
Styrets disp (netto rente kommer i tillegg)	124 603	124 603	124 603	124 603	28 603
Helgelandssykehuset	957 927	970 424	966 151	965 151	964 151
Nordlandssykehuset	2 356 272	2 366 191	2 352 814	2 352 814	2 448 814
UNN	3 877 708	3 863 998	3 874 112	3 875 112	3 876 112
Helse Finnmark	1 224 760	1 231 254	1 224 081	1 224 081	1 224 081
SUM	9 511 682	9 481 682	9 482 973	9 497 973	9 512 973

For Helse Finnmark HF er det en forventning om at regional inntektsfordelingsmodell vil gi redusert basisrammen på 7,0 mill. i 2012. I tillegg kommer forventet reduksjon i rammen til psykisk helsevern og rus som følge av etablering av inntektsfordelingsmodell innenfor dette området.

Helse Finnmark HF får allerede fra 2012 en innskjerping i rammen. Dette kombinert med økt resultatkrav medfører økt omstillingsutfordring. Når enkelte klinikker i tillegg har et stort negativt avvik, stilles enda større krav til omstilling i foretaket.

Som følge av innskjerpingen i rammen i årene fremover må foretaket allerede nå starte et omstillingsarbeid som gir resultater. I tillegg til at klinikkene har et krav om å drive innenfor utdelte rammer, foreslås en ytterligere innskjerping i rammene i 2011 for å møte de økonomiske utfordringene som Helse Finnmark HF står ovenfor i årene fremover. De somatiske klinikkene får trekk i rammen, samt at klinikk Psykisk Helsevern og rus må håndtere trekk i rammen som følge av utvidet inntektsmodell fra 2011.

Basisramme 2011

Helse Finnmark HF sin inntektsramme er justert med trekk og bevillinger fra/til konkrete tiltak og som følge av oppdatering av inntektsmodellen for somatikk. Basisrammen er justert for følgende forhold:

- *Betaling til helsebibliotek*

Helse Nord RHF har inngått avtaler om betaling for bruk av tilbudet til Helsebiblioteket som medfører ca 1 mill kroner i økte kostnader for RHF, mens helseforetakene får reduserte kostnader. Helse Finnmark HF trekkes 137.000,-

- *Egenandelsregistrering/frikort*

Helse Nord RHF er pålagt å etablere rutiner som sikrer elektronisk innsending av opplysninger om egenandeler, slik at frikort sendes automatisk når den enkelte pasient har krav på det. I budsjettet er det satt av 3,5 mill kroner til formålet som fordeles til helseforetakene. Helse Finnmark HF tildeles 538.000,- i prosjektmidler.

- *Tolketjeneste i Helse Finnmark.*

I brev av 13.1.2010 har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) pålagt Helse Nord RHF å finansiere et toårig tolkeprosjekt ved Helse Finnmark HF. Foretaket har søkt om til sammen 2 mill kroner. Det er bevilget 1 mill kr i 2010 og det bevilges 1 mill kroner til Helse Finnmark HF i 2011. Midlene dras inn igjen i 2012.

- *Betaling for kjøp av private rehabiliteringsplasser i andre regioner og behandling ved Modum Bad*

I 2009 har Helse Nord RHF betalt for kjøp av private rehabiliteringsplasser i andre regioner og for kjøp av psykiatribehandling ved Modum Bad (80 % av kostnaden betalt av RHF, resterende 20 % har vært betalt av helseforetaket). Finansieringsansvaret legges til helseforetakene og budsjetterte midler i RHF fordeles til helseforetakene gjennom behovskomponenten i inntektsmodellen. Helse Finnmark HF tildeles 4,1 mill. som vil dekke Helse Finnmarks forbruk.

- *Inndragning nasjonal inntektsmodell*

Det forventes et trekk som følge av nasjonal inntektsmodell i størrelsesorden 30-35 mill kr i 2010. Helse Nord RHF kan delvis håndtere dette trekket gjennom frigjøring av ressurser fra avsluttede prosjekter med mer, men det er behov for å fordele deler av trekket på helseforetakene. Det er vedtatt at 20 mill kr trekkes inn fra helseforetakene nå. Inntektsmodell for somatikk legges til grunn for dette trekket, noe som utgjør 2,7 mill for Helse Finnmark HF.

- *1% trekk psykiatri*

I Helse Nord sin styresak 71-2010 fremkommer at innføring av inntektsmodell for psykisk helse og rusomsorg vil medføre omfordeling av inntekter mellom helseforetakene.

Finansieringen av psykiatritilbudet vil bli håndtert i inntektsfordelingsmodellen, når den utvides til også å omfatte rus og psykiatri. Dette vil skje fra og med 2012 og det er derfor behov for annen løsning i tiden frem til utvidet inntektsmodell er på plass. Helse Nord RHF har derfor allerede for 2011 foretatt et mindre trekk (1 %) i helseforetakenes basisramme til psykisk helse og rusomsorg. Disse midlene foreslås delt ut til konkrete tiltak ved Helgelandssykehuset HF (forventet effekt av inntektsmodell) og UNN (sørge-for-ansvar for Ofoten). Dette vil være en første innføring av modellen og den gradvise tilnærmingen vil forberede helseforetakene til omstilling. Dette betyr et trekk for Helse Finnmark på 2,449 mill i 2011.

Oppdatering av Helse Nord's inntektsmodell 2011-2014

Inntektsmodellen for somatikk er oppdatert ved at kriterieverdier er oppdatert og at kronikersatsningen er faset inn i modellen i tråd med tidligere vedtak.

Oppdatering rammene for 2011:

Effekter oppdatering inntektsfordelingsmodell budsjett 2011 (i 1000 kr)				
	Helgeland	NLSH	UNN	Finnmark
SUM	3 273	13 377	-22 823	6 173

Bakgrunn for reduksjon ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er i hovedsak redusert aktivitet ved UNN i 2009 (og dermed lavere betaling fra de andre helseforetakene), samt at

Øvrige helseforetak har styrket sin relative forskningsandel i siste treårsperiode. Disse trendene forventes å snu i 2012.

Foreløpig ramme Helse Finnmark HF 2011

- Foreløpige planramme for Helse Finnmark er satt til 1,231 mrd. kr for 2011
- Resultatkrav for Helse Finnmark er for 2011 satt til + 5,0 mill. kr
- Investeringsrammen for Helse Finnmark er satt til 60 mill. kr for 2011
 - Rusinstitusjon 30 mill.
 - MTU, amulanser, Rehab med mer. 24 mill.
 - Økt MTU (resultatavhengig) 6 mill.
- Midler til sykestuetilbudet videreføres med 7,8 mill.kr i 2011, inntil avklaring av finansiering jfr. samhandlingsreformen

KLINIKK	KLINIKK	JUSTERT BUDSJETT 2010	BUDSJETT 2011
	ADMINISTRASJONEN	90 813 014	103 151 014
	GJESTEPASIENTOPPGJØR SOMATIKK	46 909 816	49 181 816
	DRIFTSTILSKUDD SYKESTUEPLASSER	31 000 000	31 000 000
	PASIENTTRANSPORT ENHET	151 000 000	151 000 000
	BOLIGAVDELING	-1 691 359	-3 191 359
	FELLES (RAMME, RENTER MV	-1 177 027 057	-1 178 470 057
1	SUM ADMINISTRASJONEN	-858 995 586	-847 328 586
2	KLINIKK PSYKISK HELSEVERN OG RUS	215 908 006	210 241 006
3	KLINIKK HAMMERFEST	198 191 535	196 191 535
4	KLINIKK KIRKENES	122 008 622	121 008 622
6	KLINIKK PREHOSPITALE TJENESTER	155 723 777	155 223 777
8	KLINIKK DRIFT	162 163 646	159 663 646
	BUDSJETTERT RESULTAT	-5 000 000	-5 000 000

*Rammen er ikke justert for effekt av lønnsøkning.

3. Budsjettprosess 2010

Budsjettprosessen ble iverksatt i mai. Økonomiavdelingen v/økonomirådgiverne bistår klinikksjefene i prosessen. Den enkelte budsjettansvarlige har ansvar for å gjennomføre prosessen i hht. tidsplanen, jfr. vedlegg 1.

Fokus i det videre arbeid i budsjettoppdraget vil være rettet mot gjennomføring av tiltak 2010. Samt at det påbegynnes et arbeid knyttet til omstillingstiltak 2011.

4. Hovedlinjer budsjett 2011-2014 Helse Finnmark HF

Bakgrunn og utfordringer 2011

Helse Finnmark HF er pr. juli i regnskapsmessig balanse. Dette er et historisk godt resultat uavhengig av om vi tar høyde for en ekstraordinær boligsalgsgvinst på 7,8 mill. Foretaket har fortsatt en utfordring knyttet til å nå resultatkravet på + 5 mill, og pr dato er utfordringen

for neste år 11 mill. det tas høyde for gevinst av boligsalg. Helse Finnmark hatt god økonomisk effekt av tiltakene:

- Aktivitetsøkning og kodeverksarbeid
- Sykefraværet er hittil i år redusert med 0,3%-poeng sammenlignet med året før
- Tilpasning av døgnseger i psykisk helsevern til faktisk bruk
- Reduksjon i gjestepasientkostnader innefor rus

Den foreløpige tiltaksrapporteringen i økonomirapporten for juli viser at Helse Finnmark har hatt økonomisk effekt på 27% av opprinnelig planlagte tiltak på 60,8 mill. Gjennomgang av tiltakene på klinikknivå og resultat pr. juli tyder på at effekten av tiltaksgjennomføringen er underrapportert pr. juli og vil korrigeres pr. august.

Klinikk Psykisk helsevern og rus

Pr. juli har klinikken et positivt resultatavvik på 7,2 mill. Klinikken har hittil gjennomført en stor omstillingsprosess hvor antall senger er redusert. Gjennom hele året har klinikken holdt stillinger vakant der det har vært mulig. Tiltaket er beregnet å utgjøre 5 mill. i 2010. Det er en liten risiko knyttet til utskrivningsklare pasienter, men omstillingen vurderes å gi planlagt økonomisk effekt. Pr. juli er det registrert effekt på 800'.

Gjestepasienter rus skulle håndteres innenfor eget budsjett, og gi en økonomisk effekt på 7,0 mill. Det er ingenting som tyder på at dette tiltaket ikke gjennomføres i hht. planen.

Utfordringsbilde i 2011

Klinikk Psykisk Helsevern og rus har gjennomført planlagt omstillingsprosess i 2010, med omlegging av døgnbehandling til mer poliklinikkbehandling. Økonomisk effektivisering er dermed oppnådd, og rammen for 2011 reduseres med 5,0 mill. i hht. styrevedtak x/2009. Klinikken får en utfordring knyttet til innføring av ny inntektsfordelingsmodell på 2,449 mill. dette må løses innenfor egne rammer.

Pasientreiser

Pr. juli er det et budsjettavvik på -4,1 mill. innenfor pasienttransportområdet. Det er budsjettert med innsparinger på 8 mill. på pasientreiser i 2011. Utgiftene til pasientreiser svinger fortsatt for mye, og det er usikkerhet knyttet til om tiltakene vil gi planlagt effekt. Det er iverksatt et analysearbeid av pasientreisekostnadene for å avdekke sammenhenger mellom økning i antall reiser og vridning til annen type transport. Hittil er det registrert økonomisk effekt på ca 30%.

Utfordringsbilde i 2011

Foreløpig holdes budsjettrammen på samme nivå som i 2010. Utfordringen for 2011 vil være knyttet til å ta ned overforbruk i forhold til budsjettrammen.

Klinikk Kirkenes

Pr. juli har klinikken et budsjettavvik på -8,3 mill. Dette er en resultatforbedring på 33% fra året før. Klinikken har utarbeidet tiltak for 18,3 mill. Forventet effekt pr. juli var 9 mill. Klinikken har gjennomført tiltak med økonomisk effekt på 4,7 mill, dvs 52%. Det har ikke lyktes klinikken å redusere kostnader knyttet til innleie av leger til tross for nyansettelser. Dette er en kombinasjon av at klinikken har hatt langtidssykemeldte leger og at overlegestillinger har blitt ledig. Det er inngått samarbeid med klinikk Hammerfest for å løse legesituasjonen i Kirkenes. Tiltak knyttet til gyn/fødeavdeling og gynekologiske leger er ikke

gjennomført som følge av ferieavvikling. Klinikken har flere mindre tiltak som har vært forventet å gi mindre økonomisk effekt. Heller ikke disse tiltakene har gitt ønsket effekt pr. juli. Tiltaket "5-dagers kirurgisk sengepost" iverksettes ikke som planlagt 1. september. Prosessen knyttet til dette arbeidet er ikke ferdigstilt. Ombyggingsarbeider iverksettes i høst. Tiltaket vil sannsynligvis ikke ha effekt før i slutten av 2010.

Utfordringsbilde i 2011

Klinikken har pr. juli et budsjettavvik på -8,3 mill. Utfordringsbildet er pr. dato tilsvarende, samtidig har klinikken utfordringer knyttet til å få økonomisk effekt av tiltak i hht. planlagt tidsramme. Allerede vedtatte tiltak skal gjennomføres. Som en forberedelse til skjerpet ramme og økt resultatmål i årene fremover, får klinikk Kirkenes en omstillingsutfordring ved at rammen reduseres med 1,0 mill. i 2011.

Klinikk Hammerfest

Pr. juli har klinikk Hammerfest et budsjettavvik på -4,3 mill. Dette er en resultatforbedring på i overkant av 50% i fht året før. Klinikken har utarbeidet tiltak for 11,9 mill. Forventet effekt pr. juli 2010 var 6,1 mill. Det er gjennomført tiltak med økonomisk effekt på 2,6 mill, dvs. 43%. Tiltaket "5 dagers medisinsk sengepost" er forsinket i fht. opprinnelig plan, og økonomisk effekt vil først komme i slutten av 2010.

Utfordringsbilde i 2011

Klinikken har et budsjettavvik på -4,3 mill. Utfordringsbildet er tilsvarende. Fokus vil være å gjennomføre allerede vedtatte tiltak. Som en forberedelse til skjerpet ramme og økt resultatmål i årene fremover, får klinikk Hammerfest en omstillingsutfordring ved at rammen reduseres med 2,0 mill. i 2011.

Klinikk Prehospitale tjenester

Pr. juli har klinikk Prehospitale tjenester et budsjettavvik på -7,8 mill. Dette er en resultatforverring på 85% i fht. året før. Det er i all hovedsak i bilambulansetjenesten kostnadene er økende. Klinikken har utarbeidet tiltak for 5,9 mill. Tiltakene knyttet til turnusendring er gjennomført, men har ikke hatt ønsket økonomisk effekt. Det er iverksatt et analysearbeid av bilambulansetjenesten for å avdekke sammenhenger mellom økning i lønnskostnader, særlig knyttet til variable kostnader og utrykningsmønster og volum. Analysearbeidet vil danne grunnlag for utarbeidelsen av tiltak. Det er tidligere vedtatt at stasjoner med mye utrykning på passiv tid skal styrkes ressursmessig. Dette arbeidet pågår, men effekt av tiltaket vil sannsynligvis ikke komme før i slutten av 2010.

Utfordringsbilde i 2011

Klinikk Prehospitale tjenester ble styrket i forbindelse med gjennomføring av ambulanseskole i 2010 jfr. styrevedtak 35/2010. Dette var en engangskostnad og trekkes inn i 2011. For øvrig opprettholdes rammen til klinikken, og fokus fremover må være å tilpasse driften til de økonomiske rammer som klinikken har gjennom å få økonomisk effekt av vedtatte tiltak.

Klinikk Drift

Klinikken er i økonomisk balanse pr. juli, men det er store økonomiske utfordringer i underliggende avdelinger. Klinikken har gjennomført 43% av tiltakene på 1,4 mill. Det forventes at planlagte tiltak er gjennomført i sin helhet ved utgangen av 2010.

Utfordringsbilde i 2011

Det legges ingen innskjerping i budsjettet til klinikk Drift. Fokus i 2011 blir å effektivisere driften i hht. det som fremkommer i mulighetsstudien. Det forventes at økonomisk effekt av mulighetsstudien skal styrke teknisk avdeling slik at bygg- og maskinteknisk vedlikehold kan prioriteres fremover. Teknisk drift ble styrket i budsjett 2010 for å dekke økte strøm- og oljekostnader jfr. styrevedtak 35/2010. Det er usikkerhet knyttet til strømkostnad, derfor trekkes utdelt beløp inn i 2011 og legges til direktørens buffer.

Videreføring av satsningsområder 2011

DMS Vadsø

Helse Finnmark HF vi har inngått avtale med Vadsø kommune for å få etablert dialysebehandling i Vadsø. Oppstart er planlagt over nyttår, når lokaler og utstyr er på plass og opplæring av helsepersonell er gjennomført. Det er per dags dato fire pasienter som vil være aktuell for dialyse i Vadsø. Arbeidet er gjort i samarbeid med UNN.

Slag- og geriatrienhet Klinikk Hammerfest

Når det gjelder kronikersatsningen vil en etablering og utvikling av slag- og geriatrienhet være ressurskrevende. Klinikken arbeider nå med å få etablere slag- og geriatrienhet. De økte ressursene dette krever må løses innenfor klinikkens økonomiske handlingsrom.

Geriatri Kirkenes

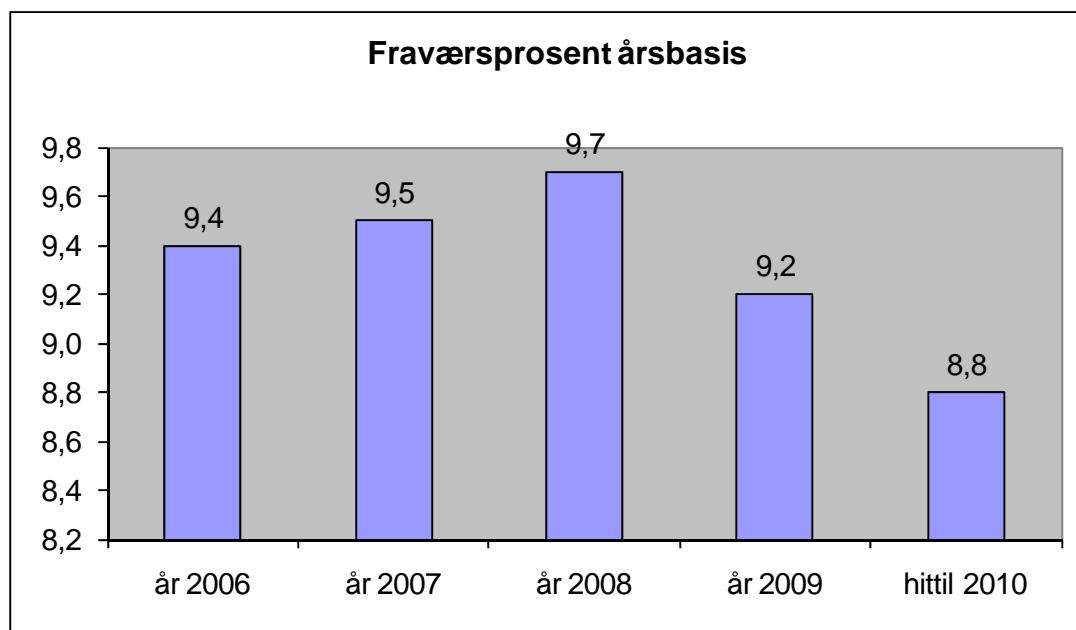
Helse Finnmark HF fikk i 2010 en styrking av kronikersatsningen, og har som mål å videreutvikle dette området i årene fremover. Helse Finnmark HF er ikke tildelt ytterligere midler i 2011. Driften må stabiliseres og videreutvikles innenfor de rammer som foreløpig er tildelt.

Helhetlig pasientforløp

Metodikken helhetlig pasientforløp har vært planlagt tatt i bruk i foretaket i flere år. Det har vist seg å være vanskelig å iverksette dette arbeidet, uten å øremerke ressurser til å planlegge og gjennomføre dette. De overordnede målene for dette arbeidet er å øke den faglige kvaliteten, bedre pasientservicene og øke effektiviteten. Det vil først og fremst være med på å gi et faglig løft, men det forventes at det også vil virke positivt i fht. ressursbruken. Det foreslås etablert to 3-årige prosjektstillinger som skal ha ansvar for å drive frem dette arbeidet i de to somatiske klinikkene.

Nærværarbeid

Fraværprosenten i Helse Finnmark er redusert fra 9,7% i 2008 til 9,2 i 2009. Hittil i 2010 er sykefraværet redusert til 8,8%.



Satsningen i 2009 og 2010 har vist at økt fokus på sykefravær, IA og arbeidsglede har gitt resultater.

I løpet av våren 2010 skal det utarbeides avdelingsvise handlingsplaner for å redusere sykefraværet ytterligere. Vi ser en positiv effekt av sykefraværsarbeidet, men Helse Finnmark har fortsatt en vei å gå når det gjelder sykefravær og vil fortsette det gode arbeidet som er påbegynt. Målsetningen er å redusere sykefraværet til 7,8%, slik at dyre månedsverk reduseres ytterligere. Nærværprosjektet videreføres i 2011.

HMS

HMS arbeidet ble styrket med 1,0 mill. i 2010. Denne potten foreslås videreført i 2011. FAMU har etablert målsetting og retningslinjer for bruk av HMS-midlene. Det er de lokale KVAM-rådene som disponerer midlene internt. Midlene skal prioriteres til positive tiltak som kan gagne flest mulig arbeidstakere.

FAMU vedtok 28. mai 2010 følgende fordeling av 1.000.000,- til HMS-arbeid i 2010.

Fordeling til arbeidsmiljøarbeid på foretaksnivå

150.000,- Vernetjenesten: fysisk møte og kompetanseutvikling for FHVO og HVO
 150.000,- FAMU: møte og deltakelse HR-dager Helse Nord for FAMUs representanter
 200.000,- HMS-prosjekt – foretaksnivå

Fordeling til KVAM-rådene

KVAM-rådene får fordelt følgende til målrettet HMS-arbeid i egen klinikk/avdeling:

100.000,- Klinikk Hammerfest
 100.000,- Klinikk Kirkenes
 100.000,- Klinikk prehospitale tjenester
 100.000,- Klinikk psykisk helsevern og rus
 50.000,- Klinikk drift
 50.000,- Stab/støtte

HMS-relatert prosjekt

FAMU besluttet å sette av 200.000,- til prosjektmidler til et HMS-relatert prosjekt.

Det kan søkes midler til et prosjekt som skal:

- Utvikle et system for jobbank/ansattebank og bedriftsintern attføring
- Eksempelvis et system som forenkler å finne frem til alternative arbeidsoppgaver for sykmeldte/arbeidstakere som står i fare for sykmelding og gradert sykmeldte arbeidstakere.
- Prosjektet/prosjektlederen skal samarbeide med personalavdelingen og nærværprosjektet

Alternativt kan disse midlene fordeles til prosjekt for oppfølging og tilrettelegging for gravide arbeidstakere.

Hospitering spesialsykepleiere og AOIBJ

På grunn av bemannings- og rekrutteringssituasjonen ved gyn-/fødeavdelingene ble det iverksatt en hospiteringsordning for jordmødrene i Kirkenes i 2010. Per dags dato har to jordmødre i fra Klinikken gjennomført hospitering og ytterligere to til tre skal hospitere ved annet sykehus i høst. Denne potten foreslås videreført. Klinikkk Hammerfest står ovenfor samme utfordring og ordningen foreslås utvidet til også å gjelde for jordmødre ved klinikkk Hammerfest i 2011, det settes av tilsvarende pott på 0,3 mill til hospitering for jordmødre ved klinikkk Hammerfest

Utdanningstilbudet til AOIBJ ble prioritert med 1,0 mill. i 2010. Denne potten foreslås videreført i 2011.

Forskning

Forskning er ett av foretakets hovedoppgaver og et viktig satsningsområde for foretaket. Forskning bidrar til å tenke kritisk på egen kompetanse og til å heve kvaliteten på våre tjenester. Et aktivt fagutviklingsmiljø virker også rekrutterende og stabiliserende på våre fagfolk. Forskningen ble styrket med 0,5 mill i 2010, denne potten foreslås videreført.

Helse Finnmark og Høgskolen i Finnmark, avdeling for helsefag inngikk et FOU samarbeid om felles forskningsleder for å organisere og fremme forskningsaktiviteten ved institusjonene. Forskningslederen er på plass fra 1. september 2010 i en 3-årig engasjementsstilling. Samarbeidsprosjektet videreføres i hht. avtalen.

Kurs/opplæring sekretærtjenesten

Det ble satt av 0,3 mill. til faglig oppdatering av sekretærtjenesten i 2010. Midlene skal benyttes til å planlegge og gjennomføre en fagkonferanse for skrive- og sekretærtjenesten i foretaket. Midlene foreslås videreført i 2011.

Bemanning

Helse Finnmark har et høyt årsverksforbruk knyttet til overtid og innleie. Det er lagt inn en forventning om at antall årsverk reduseres betydelig knyttet til de somatiske klinikkene og klinikkk prehospitalet i 2010. Klinikkk Hammerfest har ikke lyktes i sin strategi for å redusere månedsverkforbruket. Klinikkk Prehospitale tjenester og klinikkk Kirkenes bruker fortsatt for mange dyre månedsverk. Klinikkk Kirkenes har imidlertid klart å redusere totale månedsverk hittil i år. Det må fortsatt være fokus på å gjennomføre årsverksreduksjonen i 2010-2011. Dette skal være mulig siden månedsverkforbruket har vært betydelig høyere i

2009 pga. avvikling av restferie. Samtidig skal god driftsplanlegging gi effekt i form av mindre innleie. Dette, i tillegg til en positiv utvikling i sykefraværet, gir Helse Finnmark gode muligheter til å lykkes i dette arbeidet.

Nye områder som prioriteres regional og nasjonalt

Traumebehandling

Traumerapporten skal behandles av Helse Nord sitt styre i desember og stiller en del kompetanse krav som foretakene må innfri. Dette innebærer opplæring av personell, personellressurser og deltakelse på nasjonale kurs. Ved iverksettelse kreves det registrering og innrapportering av aktivitet for å sikre kvalitetsforbedring. Foreløpig er dette stipulert til 1,0 mill. for Helse Finnmark HF.

Følgetjeneste for gravide

Det foreligger føringer fra HOD om at følgetjenesten for gravide skal overtas og finansieres av spesialisthelsetjenesten. Det er store avstander i Finnmark. Flere kommuner har i dag ikke jordmortjeneste, dermed vil følgetjenesten for gravide bli ekstra utfordrende for Helse Finnmark HF. Foreløpig anslag for Klinikk Hammerfest innebærer en betydelig kostnadsøkning på rundt 5 mill. basert på dagens tjenestetilbud. Det må forventes at kostnadene knyttet til Klinikk Kirkenes vil være tilsvarende.

Virksomhetsplanlegging og risikostyring

Foretakets nye strategiplan ble vedtatt i februar 2010. Planen gjelder fra 2010 til 2015. Direktøren har implementert virksomhetsplanlegging som et verktøy i planlegging av driften, og det er pekt ut 6 strategiområder det skal fokuseres på i virksomhetsplanleggingen.

I 2010 har fokus vært å etablere et system og rutiner for gjennomføring av virksomhetsplanlegging i hele foretaket, og alle klinikkene har iverksatt virksomhetsplanlegging fra sommeren 2010. Virksomhetsplanleggingen skal bidra til systematisk arbeid med planlegging av neste års virksomhet. Planprosessen er samordnet med de mest sentrale milepælene i den årlige budsjettprosessen. Målsetningen er at samordningen vil kunne gi mer riktige budsjetter, og gjøre det enklere å prioritere tiltak. Parallelt skal det etableres system og rutiner for risikostyring. Dette skal være et hjelpemiddel i arbeidet med å løse de styringsmessige utfordringer ledelsen står ovenfor i forhold risiko ved gjennomføring av tiltak. Det er et mål for 2011 at virksomhetsplanen gjennomgås og evalueres månedlig i forhold til effekt av tiltak og vurdering av risiko.

Aktivitetsbudsjett 2011

Psykisk helsevern og rus

Det legges følgende føringer for aktivitet i psykisk helsevern og rus i 2011:

- Økt aktivitet i rusvern - videreutvikling av rusvern knyttet til dag- og polikliniske tilbud
- Planlagt poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern voksne i 2010 er ikke oppnådd. Plantallene videreføres i psykisk helsevern for voksne for 2011 Det kreves at aktiviteten økes og plantall nås
- Helse Finnmark HF har hatt en god aktivitetsøkning i BUP. Det legges til grunn ytterligere økning i 2011.

Somatikk

Pr juli 2010 ligger Helse Finnmark ca 50 DRG etter plantall når det gjelder poliklinikkaktivitet og ca 90 DRG poeng etter aktivitet målt i øvrige DRG. På samme tidspunkt året før lå Helse Finnmark HF 500 DRG poeng etter planlagt aktivitet. Økningen i DRG skyldes en kombinasjon av økt aktivitet og omlegging av ISF inntekten.

Det legges følgende føringer for aktivitet i somatikken i 2011:

- Plantall for somatikken opprettholdes på 2010 –nivå. Det legges til grunn et fortsatt krav om dreining fra døgn til dag, spesielt innenfor de kirkurgiske fagområdene
- Økt polikliniske konsultasjoner for hele foretaket ved å utarbeide plantall for antall konsultasjoner pr. behandler pr. poliklinikkdag.

5. Vedlikehold og investeringer 2011-2018

De to sykehusene

Helse Finnmark HF har en vedlikeholdsplan for perioden 2010 – 2013. Denne planen er en ”rød-liste” og inneholder de områdene som er vurdert som mest kritiske med foretakets bygningsmasse. Denne planen tar for seg tiltak på til sammen 51 millioner kroner for perioden. Dette er estimater og ikke kvalitetssikrede kostnader. Dette er å anse som det kritiske av det bygningsmessige etterslepet i Helse Finnmark HF. Denne planen er inndelt i følgende:

- Bygningsmessige tiltak
- Tekniske anlegg

De er også inndelt etter om det er pålegg/krav om utbedring og om de er kritiske i forhold til driften av foretaket.

I hht. styrets diskusjon i styremøte 1. juni 2010 er denne vedlikeholdsplanen under revidering og det gjøres en større gjennomgang av all bygningsmasse med hensikt å få en total oversikt over teknisk status. Det reelle behovet for vedlikehold er vesentlig høyere enn de 51 mill som fremkommer i dagens plan. Dette bekreftes blant annet gjennom 0-alternativet i Nye Kirkenes Sykehus, der renovering av dagens sykehusbygg bare i Kirkenes beløper seg på mellom 690 millioner og 1 milliard.

Helse finnmark HF har for 2010 et budsjett på 5 millioner kroner til vedlikehold av sykehusene og det tilhørende tekniske utstyret. Den totale bygningsmassen på de to sykehusene er på ca 43000kvm. Budsjettet til vedlikehold dekker ikke behovet for periodisk vedlikehold eller å ta igjen etterslepet som har oppstått. Dette budsjettet benyttes til å ivareta akutt vedlikehold som er driftskritisk og til lukking av krav fra tilsynsmyndigheter.

Boligenheten

Helse Finnmark HF har en gammel boligmasse og vedlikeholdsplanen viser et vedlikeholdsetterslep på i overkant av 100 mill. Boligavdelingen har fortsatt et avkastningskrav i hht. tidligere vedtak. Dette avkastningskravet vil reduseres i takt med tilbakeføring av ”kravet” fra Helse Nord RHF. Det planlegges ytterligere nedsalg av 37-38 boligenheter i perioden 2011-2014. Helse Finnmark HF ønsker å få benytte gevinsten ved salg av disse boligene til vedlikehold av boligmassen. Midlene vil ikke legges inn i ordinært driftsbudsjett men disponeres i form av prosjektmidler.

Helse Nord sine prioriteringer for perioden 2011-2018

Helse Nord har i styresak 72-2010 ”investeringsplan 2011-2018 rullering” vedtatt en langsiktig investeringsplan. Det legges opp til at investeringsplanen skal rulleres årlig i juni som et ledd i en løpende oppdatering av rammebetingelser og føringer for helseforetakenes planlegging av neste års budsjett.

Prioritering av Investeringsramme 2011

Helse Nord vedtok i styresak 72-2010 en investeringsramme for Helse Finnmark på 60 mill i 2011 hvorav 30 mill. er øremerket rusinstitusjon, og 6 mill. er knyttet til resultatkrav. Helse Finnmark HF har stort behov for investering i både medisinteknisk og maskinteknisk utstyr samt bygningsmessige investeringer. Direktøren foreslår følgende fordeling av investeringsrammen i 2011:

	Ramme fordeling 2011
Rusinstitusjon	30 000
Ambulanser	2 000
MTU Hammerfest og Kirkenes	5 000
Røntgenlab Hammerfest	5 500
Ambulansstasjon Hammerfest	1 500
Egenkapital KLP	3 600
DRIFT bygg- og maskinteknisk	3 600
Reserve	2 800
Ufordelt (holdes igjen pga resultatkrav)	6 000
Sum investeringer nødvendig oppgradering	60 000
Sum tildelt ramme	-60 000
Rest etter fordeling investeringsramme	0

Prehospitale tjenester

Bilambulansetjenesten har en investeringsplan som tilsier utskifting av 7 biler hvert år. Planen baserer seg på en vurdering av investeringsår og antall kjørte kilometer. En ambulansebil bør i hht. denne planen skiftes ut etter 5 år og etter 300.000 kjørte kilometer. Bilambulansetjenesten gjennomgår bilene regelmessig, og gamle biler flyttes slik at disse går i mindre utrykning enn nyere biler. Det stramme investeringsrammen gjør at direktøren anbefaler 2,0 mill. i ramme til utskifting av ambulansebiler i 2011.

Ambulansestasjonen i Hammerfest tilfredsstiller ikke krav til garderobeforhold og hvilerom for ansatte. En midlertidig løsning må erstattes og det foreslås en ramme på 1,3 mill. til dette.

Medisinteknisk utstyr (MTU)

Behovet for investering i medisinteknisk utstyr er stort basert på at mye av utstyret ”lever på lånt tid”. En prioritering fra Medisinteknisk avdeling i Kirkenes tilsier et minimumsbehov i 2011 på 4,8 mill. i 2011. Dette er utstyr til en investeringsramme på under 1,0 mill. pr. enhet. Dersom vi tar høyde for 40/60 delingen mellom Kirkenes og Hammerfest beregnes behovet i Hammerfest å være ca 7,0 mill.

I tillegg til oversikten ovenfor kommer større investeringer i røntgen-lab’er og digital transport på totalt 16,5 mill.

Direktøren anbefaler at det prioriteres en røntgen-lab i Hammerfest innenfor rammen på 5,5 mill. Det anbefales en foreløpig ramme på 5,0 mill. til klinikk Hammerfest og Kirkenes til øvrig MTU.

Bygg- og maskinteknisk utstyr

I eksisterende vedlikeholdsplan fremkommer et investeringsbehov på 21,3 mill. Denne listen inneholder behov for tiltak som vurderes med stor risiko for havari og/eller tiltak om pålegg og krav til utbedring. Direktøren anbefaler en ramme på 3,6 mill. i investeringsmidler som disponeres av driftssjefen. Kjente pålegg og krav fra tilsynsmyndigheter skal prioriteres.

Avslutning

Det er øremerket midler på 30,0 mill til rus institusjon. I tillegg utgjør egenkapitaløkningen vi får i KLP 3,6 mill i overkant av 12% av investeringsrammen som ikke er øremerket. Det er også lagt en begrensning på 6,0 mill knyttet til overskuddskrav. Denne bør ikke deles ut før resultatkravet er innfridd. Det anbefales at 2,8 mill. holdes igjen som reserve til uforutsette investeringer i 2011. Rammen foreslås disponert av direktøren.

6. Veiene videre – hvordan møte utfordringen fra 2012

Fra 2012 øker Helse Finnmark HF sin økonomiske utfordring. Rammen skjerpes som følge av både nasjonal og regional inntektsfordelingsmodell. I tillegg vil ny inntektsmodell innen psykisk helsevern påvirke Helse Finnmark.

Helse Finnmark HF må allerede nå ta innover seg signalene om strammere rammer i årene fremover. Som en del av foretakets virksomhetsplanlegging vil klinikkene nedsette arbeidsgrupper innen utgangen av oktober 2010. Arbeidsgruppen skal gå gjennom driften for å se på mulige forbedringsområder som kan gi økonomiske gevinster for å forberede et strammere økonomisk handlingsrom fra 2012.

Vedlegg 1: OVERORDNET TIDSPLAN BUDSJETT 2011

Saksbeh: Inger M.Kongsbak/Lill-Gunn Kivijervi

Måned	Tidspunkt	Aktivitet	Ansvarlig i Helse Finnmark HF	Medvirkning
April		Gjennomgang av tids- og aktivitetsplan. Planlegging av budsjettprosess 2011.	Direktør	
Mai	xx.05.2010	Samarbeidsforum, tids- og medvirkningsplan budsjett 2010	Direktør	FTV FHVO FAMU
Mai	05.05.2010	Innspill langtidsbudsjett 2011-2018 fra klinikk/stab; -Faglige føringer -Faglige prioriteringer -Nødvendige tiltak for å - Forslag til tiltak og aktiviteter som kan reduseres/legges ned gjennomføre de 2 punktene over, også økonomisk	Klinikksjef Stabsleder	Avdelingstillitsvalgt Verneombud
Mai	07.05. 2009	Budsjettmøte 2011 RHF/HF. Styringssignaler budsjett 2011 fra RHF	Direktør Økonomisjef	
Mai	01.06.2010	Innspill <u>budsjett 2011</u> fra klinikk/stab: Faglige føringer -Faglige prioriteringer -Nødvendige tiltak for å - Forslag til tiltak og aktiviteter som kan reduseres/legges ned gjennomføre de 2 punktene over, også økonomisk	Klinikksjef Stabsleder	Avdelingstillitsvalgt Verneombud
Juni	02-03.06.2010	Budsjettmøte 2011 RHF/HF. Styringssignaler budsjett 2011 fra RHF	RHF Økonomisjef	
Juni	08.06.2010	Samarbeidsseminar FTV og FHVO – innspill/hovedlinjer budsjett 2011. Innspill fra klinikk og stab til langtidsbudsjett gjennomgås.	Direktør Økonomisjef Klinikksjefer Stabsledere	FTV FHVO
Juni	22.06.2010	Ledermøte – oppfølging samarbeidsseminar. Forslag foreløpige budsjetttrammer for 2011 pr klinikk/avdeling Retningslinjer for budsjettprosessen 2011.	Økonomisjef Enhet for Budsjett/analyse	
August	31.08.2010	Endelige aktivitetstall og inntektsbudsjett pr. koststed 2011 avstemmes mot 2010 virkelig og plan. Inntektsbudsjett 2011 fastsettes.	Budsjettansvarlige Klinikksjef	Avdelingstillitsvalgt Verneombud

Måned	Tidspunkt	Aktivitet	Ansvarlig i Helse Finnmark HF	Medvirkning
September	08-09.09.2010	Styrebehandling Helse Finnmark – Innspill/hovedlinjer budsjett 2011-2018. Drøftingsmøte 31.08.2009	Styret Direktør Økonomisjef	FTV FHVO FAMU
September	14.09.2009	Forbedringstiltak 2011 med utgangspunkt i prognose pr.juni pr. koststed.	Budsjettansvarlig Klinikksjef/stabsleder	Avdelingstillitsvalgt Verneombud
Oktober	01.10.2009	Eventuell styresak - forbedringstiltak 2010. Drøftingsmøte 25. september 2009	Klinikksjef Økonomisjef	FTV FHVO FAMU
Oktober	05.10.2009	Avstemminger Helse Nord – innspill budsjett 2010-2013 <ul style="list-style-type: none"> • Avstemming aktivitetstall • Budsjett konsernmellomværende • Omstillingsutfordring • Likviditetsutfordring 	Økonomisjef	
Oktober	20.10.2010	Statsbudsjett legges frem		
Oktober	25.10.2010	Avdelingene utarbeider detaljert forslag til budsjett 2011 innenfor tildelte rammer <ul style="list-style-type: none"> • turnus/bemanningsplan • Antall stillinger/årsverk • øvrige kostnader og inntekter utfordringer 		
Oktober	30.10.2009	Budsjettansvarlig utarbeider endelig budsjett, og gjør nødvendige budsjett-tilpasninger	Budsjettansvarlige Klinikksjef	Avdelingstillitsvalgt Verneombud
Oktober	30.10.2009	Sammenstilt budsjettforslag HF	Økonomisjef Budsjett/analyse	
November	02.11.2009	Samarbeidsforum. Informasjon status budsjettprosess 2010	Direktør Økonomisjef	FTV FHVO
November	09.11.2009	Behandling budsjett 2010 i foretaksledelsen	Direktør	
November	24.11.2009	Budsjettforslag sendes ut til drøfting. Drøftingsmøte 4. desember 2009.	Økonomiavdeling	FAMU FTV FHVO
Desember	04.12.2009	Budsjettforslag 2010 behandles i FAMU Drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte	Direktør Personalsjef	FTV FHVO FAMU
Desember	15.12.2009	Styrebehandling Helse Finnmark	Styret Direktør	

Måned	Tidspunkt	Aktivitet	Ansvarlig i Helse Finnmark HF	Medvirkning



Styremøte i Helse Finnmark HF

Dato. 1. september 2010

Møtedato: 8. og 9. september 2010

Saksbehandler: Klinikksjef Inger Lise Balandin

Sak nr:	51/2010
Navn på sak:	Utredning av fremtidig tilbud ved døgnetenene/Finmarks klinikken for personer med samtidig rus og psykisk lidelse.

Tilråding:

1. Styret i Helse Finnmark HF tar arbeidsgruppens rapport til orientering.
2. Styret ber om at konklusjonene i rapporten legges til grunn for det videre arbeidet med å utvikle tilbudet til pasienter med rusproblemer og samtidig rus og psykiske lidelser.

Vedlegg:

1. Saksfremlegg.
2. Utredning av fremtidig tilbud ved døgnetenene/Finmarks klinikken for personer med samtidig rus og psykisk lidelse.

Eva Håheim Pedersen

Adm. dir.



Saksbehandler: Økonomisjef Lill-Gunn Kivijervi 31.08.2010

Styresak 50/2010 Hovedlinjer og budsjettpremisser 2011-2014 Helse Finnmark HF

1. Bakgrunn

I Helse Nord RHF sin styresak 71-2010 Plan- og budsjettpremisser 2011-2014, legges fortsatt til grunn prioriteringer vedtatt i styresak 103-2009 Plan 2010-2013. Dette innebærer blant annet å videreutvikle gode lokalsykehus og desentraliserte helsetjenester, styrke samhandlingen med primærhelse- og sosialtjeneste, utvikle helhetlige behandlingsforløp og styrke tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere.

I Helse Nord's styrevedtak ligger en forventning om lavere inntektsvekst fremover noe som må medføre strengere prioriteringer og større omstillingsbehov. Dette betyr at Helse Finnmark HF ikke tildeles friske midler i 2011. Det fremkommer av beregninger gjort av Helse Nord RHF at Helse Finnmark HF får en strammere økonomisk situasjon fremover. Dette innebærer at vi må prioritere innenfor foretakets økonomiske handlingsrom.

Det vil være viktig for Helse Finnmark å fokusere på plattformen som er lagt for driften de siste årene. Fokus fremover er å iverksette og få ønsket økonomisk effekt av de tiltak styret har vedtatt. Den økonomiske utviklingen viser at Helse Finnmark HF er på rett vei, men at det fortsatt er en utfordring i den underliggende driften. Samtidig må Helse Finnmark HF ta innover seg innskjerping i rammene i årene fremover, og allerede nå iverksette et arbeid for å møte nye utfordringer.

Resultatkrav 2011-2014

Helse Nord RHF har tidligere vedtatt å holde tilbake inntekter for å finansiere fremtidig økte kostnader som følge av investeringer. I tillegg har styret i Helse Nord lagt til grunn at det settes overskuddskrav tilsvarende reduksjon i åpningsbalanseavskrivningene, slik at kostnadsbortfallet ikke bindes opp i andre permanente tiltak. Dette styrker likviditeten i foretaksgruppen og øker mulighetene for å gjennomføre ønskede investeringer.

Helse Nord vedtok i styresak 71-2010 at følgende resultatkrav legges til grunn i budsjett for 2011-2014

Resultatkrav 2010-2018	2010	2011	2012	2013	2014
Helse Nord RHF inkl IKT	143 000	143 000	143 000	143 000	47 000
Helse Finnmark HF	5 000	5 000	5 000	5 000	15 000
UNN HF	10 000	0	20 000	24 000	38 000
Nordlandssykehuset HF	32 000	32 000	41 000	42 000	5 000
Helgelandsykehuset	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Apotek Nord HF	0	0	0	0	0
Sum	195 000	185 000	214 000	219 000	110 000

For Helse Finnmark HF er resultatkravet satt til 5 mill i perioden 2011-2013, og øker til 15 mill. i 2014. Dette innebærer for Helse Finnmark HF en ytterligere omstillingsutfordring på 10 mill. fra 2013 til 2014. Åpningsbalanseavskrivningene reduseres gradvis fra 2018.

2. Basisramme 2012-2014

Tabellen nedenfor fremstiller basisramme for 2011 og beste estimat for 2012-2014 sammenlignet med vedtatt basisramme for 2010. Foreslåtte endringer i saken er innarbeidet. I 2012 forventes effektene av regional inntektsmodell å snu tilbake til fordel for UNN. Effekt av regional inntektsmodell er derfor innarbeidet i tall for 2011, men ”nullstilt” for 2012-2014. Kun estimat av forventet flytting av ressurser fra Helgeland til UNN som følge av befolkningsendring er innarbeidet. I tillegg kommer andre endringer som følge av oppdatering av inntektsmodell (ikke innarbeidet i tabellen).

Basisramme 2011-2014	2010	2011	2012	2013	2014
Helse Nord RHF	970 412	925 212	941 212	956 212	971 212
Styrets disp (netto rente kommer i tillegg)	124 603	124 603	124 603	124 603	28 603
Helgelandssykehuset	957 927	970 424	966 151	965 151	964 151
Nordlandssykehuset	2 356 272	2 366 191	2 352 814	2 352 814	2 448 814
UNN	3 877 708	3 863 998	3 874 112	3 875 112	3 876 112
Helse Finnmark	1 224 760	1 231 254	1 224 081	1 224 081	1 224 081
SUM	9 511 682	9 481 682	9 482 973	9 497 973	9 512 973

For Helse Finnmark HF er det en forventning om at regional inntektsfordelingsmodell vil gi redusert basisrammen på 7,0 mill. i 2012. I tillegg kommer forventet reduksjon i rammen til psykisk helsevern og rus som følge av etablering av inntektsfordelingsmodell innenfor dette området.

Helse Finnmark HF får allerede fra 2012 en innskjerping i rammen. Dette kombinert med økt resultatkrav medfører økt omstillingsutfordring. Når enkelte klinikker i tillegg har et stort negativt avvik, stilles enda større krav til omstilling i foretaket.

Som følge av innskjerpingen i rammen i årene fremover må foretaket allerede nå starte et omstillingsarbeid som gir resultater. I tillegg til at klinikkene har et krav om å drive innenfor utdelte rammer, foreslås en ytterligere innskjerping i rammene i 2011 for å møte de økonomiske utfordringene som Helse Finnmark HF står ovenfor i årene fremover. De somatiske klinikkene får trekk i rammen, samt at klinikk Psykisk Helsevern og rus må håndtere trekk i rammen som følge av utvidet inntektsmodell fra 2011.

Basisramme 2011

Helse Finnmark HF sin inntektsramme er justert med trekk og bevillinger fra/til konkrete tiltak og som følge av oppdatering av inntektsmodellen for somatikk. Basisrammen er justert for følgende forhold:

- *Betaling til helsebibliotek*

Helse Nord RHF har inngått avtaler om betaling for bruk av tilbudet til Helsebiblioteket som medfører ca 1 mill kroner i økte kostnader for RHF, mens helseforetakene får reduserte kostnader. Helse Finnmark HF trekkes 137.000,-

- *Egenandelsregistrering/frikort*

Helse Nord RHF er pålagt å etablere rutiner som sikrer elektronisk innsending av opplysninger om egenandeler, slik at frikort sendes automatisk når den enkelte pasient har krav på det. I budsjettet er det satt av 3,5 mill kroner til formålet som fordeles til helseforetakene. Helse Finnmark HF tildeles 538.000,- i prosjektmidler.

- *Tolketjeneste i Helse Finnmark.*

I brev av 13.1.2010 har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) pålagt Helse Nord RHF å finansiere et toårig tolkeprosjekt ved Helse Finnmark HF. Foretaket har søkt om til sammen 2 mill kroner. Det er bevilget 1 mill kr i 2010 og det bevilges 1 mill kroner til Helse Finnmark HF i 2011. Midlene dras inn igjen i 2012.

- *Betaling for kjøp av private rehabiliteringsplasser i andre regioner og behandling ved Modum Bad*

I 2009 har Helse Nord RHF betalt for kjøp av private rehabiliteringsplasser i andre regioner og for kjøp av psykiatribehandling ved Modum Bad (80 % av kostnaden betalt av RHF, resterende 20 % har vært betalt av helseforetaket). Finansieringsansvaret legges til helseforetakene og budsjetterte midler i RHF fordeles til helseforetakene gjennom behovskomponenten i inntektsmodellen. Helse Finnmark HF tildeles 4,1 mill. som vil dekke Helse Finnmarks forbruk.

- *Inndragning nasjonal inntektsmodell*

Det forventes et trekk som følge av nasjonal inntektsmodell i størrelsesorden 30-35 mill kr i 2010. Helse Nord RHF kan delvis håndtere dette trekket gjennom frigjøring av ressurser fra avsluttede prosjekter med mer, men det er behov for å fordele deler av trekket på helseforetakene. Det er vedtatt at 20 mill kr trekkes inn fra helseforetakene nå. Inntektsmodell for somatikk legges til grunn for dette trekket, noe som utgjør 2,7 mill for Helse Finnmark HF.

- *1% trekk psykiatri*

I Helse Nord sin styresak 71-2010 fremkommer at innføring av inntektsmodell for psykisk helse og rusomsorg vil medføre omfordeling av inntekter mellom helseforetakene.

Finansieringen av psykiatritilbudet vil bli håndtert i inntektsfordelingsmodellen, når den utvides til også å omfatte rus og psykiatri. Dette vil skje fra og med 2012 og det er derfor behov for annen løsning i tiden frem til utvidet inntektsmodell er på plass. Helse Nord RHF har derfor allerede for 2011 foretatt et mindre trekk (1 %) i helseforetakenes basisramme til psykisk helse og rusomsorg. Disse midlene foreslås delt ut til konkrete tiltak ved Helgelandssykehuset HF (forventet effekt av inntektsmodell) og UNN (sørge-for-ansvar for Ofoten). Dette vil være en første innføring av modellen og den gradvise tilnærmingen vil forberede helseforetakene til omstilling. Dette betyr et trekk for Helse Finnmark på 2,449 mill i 2011.

Oppdatering av Helse Nord's inntektsmodell 2011-2014

Inntektsmodellen for somatikk er oppdatert ved at kriterieverdier er oppdatert og at kronikersatsningen er fasett inn i modellen i tråd med tidligere vedtak.

Oppdatering rammene for 2011:

Effekter oppdatering inntektsfordelingsmodell budsjett 2011 (i 1000 kr)				
	Helgeland	NLSH	UNN	Finnmark
SUM	3 273	13 377	-22 823	6 173

Bakgrunn for reduksjon ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er i hovedsak redusert aktivitet ved UNN i 2009 (og dermed lavere betaling fra de andre helseforetakene), samt at

Øvrige helseforetak har styrket sin relative forskningsandel i siste treårsperiode. Disse trendene forventes å snu i 2012.

Foreløpig ramme Helse Finnmark HF 2011

- Foreløpige planramme for Helse Finnmark er satt til 1,231 mrd. kr for 2011
- Resultatkrav for Helse Finnmark er for 2011 satt til + 5,0 mill. kr
- Investeringsrammen for Helse Finnmark er satt til 60 mill. kr for 2011
 - Rusinstitusjon 30 mill.
 - MTU, amulanser, Rehab med mer. 24 mill.
 - Økt MTU (resultatavhengig) 6 mill.
- Midler til sykestuetilbudet videreføres med 7,8 mill.kr i 2011, inntil avklaring av finansiering jfr. samhandlingsreformen

KLINIKK	KLINIKK	JUSTERT BUDSJETT 2010	BUDSJETT 2011
	ADMINISTRASJONEN	90 813 014	103 151 014
	GJESTEPASIENTOPPGJØR SOMATIKK	46 909 816	49 181 816
	DRIFTSTILSKUDD SYKESTUEPLASSER	31 000 000	31 000 000
	PASIENTTRANSPORT ENHET	151 000 000	151 000 000
	BOLIGAVDELING	-1 691 359	-3 191 359
	FELLES (RAMME, RENTER MV	-1 177 027 057	-1 178 470 057
1	SUM ADMINISTRASJONEN	-858 995 586	-847 328 586
2	KLINIKK PSYKISK HELSEVERN OG RUS	215 908 006	210 241 006
3	KLINIKK HAMMERFEST	198 191 535	196 191 535
4	KLINIKK KIRKENES	122 008 622	121 008 622
6	KLINIKK PREHOSPITALE TJENESTER	155 723 777	155 223 777
8	KLINIKK DRIFT	162 163 646	159 663 646
	BUDSJETTERT RESULTAT	-5 000 000	-5 000 000

*Rammen er ikke justert for effekt av lønnsøkning.

3. Budsjettprosess 2010

Budsjettprosessen ble iverksatt i mai. Økonomiavdelingen v/økonomirådgiverne bistår klinikksjefene i prosessen. Den enkelte budsjettansvarlige har ansvar for å gjennomføre prosessen i hht. tidsplanen, jfr. vedlegg 1.

Fokus i det videre arbeid i budsjettoppdraget vil være rettet mot gjennomføring av tiltak 2010. Samt at det påbegynnes et arbeid knyttet til omstillingstiltak 2011.

4. Hovedlinjer budsjett 2011-2014 Helse Finnmark HF

Bakgrunn og utfordringer 2011

Helse Finnmark HF er pr. juli i regnskapsmessig balanse. Dette er et historisk godt resultat uavhengig av om vi tar høyde for en ekstraordinær boligsalgsgvinst på 7,8 mill. Foretaket har fortsatt en utfordring knyttet til å nå resultatkravet på + 5 mill, og pr dato er utfordringen

for neste år 11 mill. det tas høyde for gevinst av boligsalg. Helse Finnmark hatt god økonomisk effekt av tiltakene:

- Aktivitetsøkning og kodeverksarbeid
- Sykefraværet er hittil i år redusert med 0,3%-poeng sammenlignet med året før
- Tilpasning av døgnseger i psykisk helsevern til faktisk bruk
- Reduksjon i gjestepasientkostnader innefor rus

Den foreløpige tiltaksrapporteringen i økonomirapporten for juli viser at Helse Finnmark har hatt økonomisk effekt på 27% av opprinnelig planlagte tiltak på 60,8 mill. Gjennomgang av tiltakene på klinikknivå og resultat pr. juli tyder på at effekten av tiltaksgjennomføringen er underrapportert pr. juli og vil korrigeres pr. august.

Klinikk Psykisk helsevern og rus

Pr. juli har klinikken et positivt resultatavvik på 7,2 mill. Klinikken har hittil gjennomført en stor omstillingsprosess hvor antall senger er redusert. Gjennom hele året har klinikken holdt stillinger vakant der det har vært mulig. Tiltaket er beregnet å utgjøre 5 mill. i 2010. Det er en liten risiko knyttet til utskrivningsklare pasienter, men omstillingen vurderes å gi planlagt økonomisk effekt. Pr. juli er det registrert effekt på 800'.

Gjestepasienter rus skulle håndteres innenfor eget budsjett, og gi en økonomisk effekt på 7,0 mill. Det er ingenting som tyder på at dette tiltaket ikke gjennomføres i hht. planen.

Utfordringsbilde i 2011

Klinikk Psykisk Helsevern og rus har gjennomført planlagt omstillingsprosess i 2010, med omlegging av døgnbehandling til mer poliklinikkbehandling. Økonomisk effektivisering er dermed oppnådd, og rammen for 2011 reduseres med 5,0 mill. i hht. styrevedtak x/2009. Klinikken får en utfordring knyttet til innføring av ny inntektsfordelingsmodell på 2,449 mill. dette må løses innenfor egne rammer.

Pasientreiser

Pr. juli er det et budsjettavvik på -4,1 mill. innenfor pasienttransportområdet. Det er budsjettert med innsparinger på 8 mill. på pasientreiser i 2011. Utgiftene til pasientreiser svinger fortsatt for mye, og det er usikkerhet knyttet til om tiltakene vil gi planlagt effekt. Det er iverksatt et analysearbeid av pasientreisekostnadene for å avdekke sammenhenger mellom økning i antall reiser og vridning til annen type transport. Hittil er det registrert økonomisk effekt på ca 30%.

Utfordringsbilde i 2011

Foreløpig holdes budsjettrammen på samme nivå som i 2010. Utfordringen for 2011 vil være knyttet til å ta ned overforbruk i forhold til budsjettrammen.

Klinikk Kirkenes

Pr. juli har klinikken et budsjettavvik på -8,3 mill. Dette er en resultatforbedring på 33% fra året før. Klinikken har utarbeidet tiltak for 18,3 mill. Forventet effekt pr. juli var 9 mill. Klinikken har gjennomført tiltak med økonomisk effekt på 4,7 mill, dvs 52%. Det har ikke lyktes klinikken å redusere kostnader knyttet til innleie av leger til tross for nyansettelser. Dette er en kombinasjon av at klinikken har hatt langtidssykemeldte leger og at overlegestillinger har blitt ledig. Det er inngått samarbeid med klinikk Hammerfest for å løse legesituasjonen i Kirkenes. Tiltak knyttet til gyn/fødeavdeling og gynekologiske leger er ikke

gjennomført som følge av ferieavvikling. Klinikken har flere mindre tiltak som har vært forventet å gi mindre økonomisk effekt. Heller ikke disse tiltakene har gitt ønsket effekt pr. juli. Tiltaket ”5-dagers kirurgisk sengepost” iverksettes ikke som planlagt 1. september. Prosessen knyttet til dette arbeidet er ikke ferdigstilt. Ombyggingsarbeider iverksettes i høst. Tiltaket vil sannsynligvis ikke ha effekt før i slutten av 2010.

Utfordringsbilde i 2011

Klinikken har pr. juli et budsjettavvik på –8,3 mill. Utfordringsbildet er pr. dato tilsvarende, samtidig har klinikken utfordringer knyttet til å få økonomisk effekt av tiltak i hht. planlagt tidsramme. Allerede vedtatte tiltak skal gjennomføres. Som en forberedelse til skjerpet ramme og økt resultatmål i årene fremover, får klinikk Kirkenes en omstillingsutfordring ved at rammen reduseres med 1,0 mill. i 2011.

Klinikk Hammerfest

Pr. juli har klinikk Hammerfest et budsjettavvik på -4,3 mill. Dette er en resultatforbedring på i overkant av 50% i fht året før. Klinikken har utarbeidet tiltak for 11,9 mill. Forventet effekt pr. juli 2010 var 6,1 mill. Det er gjennomført tiltak med økonomisk effekt på 2,6 mill, dvs. 43%. Tiltaket ”5 dagers medisinsk sengepost” er forsinket i fht. opprinnelig plan, og økonomisk effekt vil først komme i slutten av 2010.

Utfordringsbilde i 2011

Klinikken har et budsjettavvik på –4,3 mill. Utfordringsbildet er tilsvarende. Fokus vil være å gjennomføre allerede vedtatte tiltak. Som en forberedelse til skjerpet ramme og økt resultatmål i årene fremover, får klinikk Hammerfest en omstillingsutfordring ved at rammen reduseres med 2,0 mill. i 2011.

Klinikk Prehospitale tjenester

Pr. juli har klinikk Prehospitale tjenester et budsjettavvik på -7,8 mill. Dette er en resultatforverring på 85% i fht. året før. Det er i all hovedsak i bilambulansetjenesten kostnadene er økende. Klinikken har utarbeidet tiltak for 5,9 mill. Tiltakene knyttet til turnusendring er gjennomført, men har ikke hatt ønsket økonomisk effekt. Det er iverksatt et analysearbeid av bilambulansetjenesten for å avdekke sammenhenger mellom økning i lønnskostnader, særlig knyttet til variable kostnader og utrykningsmønster og volum. Analysearbeidet vil danne grunnlag for utarbeidelsen av tiltak. Det er tidligere vedtatt at stasjoner med mye utrykning på passiv tid skal styrkes ressursmessig. Dette arbeidet pågår, men effekt av tiltaket vil sannsynligvis ikke komme før i slutten av 2010.

Utfordringsbilde i 2011

Klinikk Prehospitale tjenester ble styrket i forbindelse med gjennomføring av ambulanseskole i 2010 jfr. styrevedtak 35/2010. Dette var en engangskostnad og trekkes inn i 2011. For øvrig opprettholdes rammen til klinikken, og fokus fremover må være å tilpasse driften til de økonomiske rammer som klinikken har gjennom å få økonomisk effekt av vedtatte tiltak.

Klinikk Drift

Klinikken er i økonomisk balanse pr. juli, men det er store økonomiske utfordringer i underliggende avdelinger. Klinikken har gjennomført 43% av tiltakene på 1,4 mill. Det forventes at planlagte tiltak er gjennomført i sin helhet ved utgangen av 2010.

Utfordringsbilde i 2011

Det legges ingen innskjerping i budsjettet til klinikk Drift. Fokus i 2011 blir å effektivisere driften i hht. det som fremkommer i mulighetsstudien. Det forventes at økonomisk effekt av mulighetsstudien skal styrke teknisk avdeling slik at bygg- og maskinteknisk vedlikehold kan prioriteres fremover. Teknisk drift ble styrket i budsjett 2010 for å dekke økte strøm- og oljekostnader jfr. styrevedtak 35/2010. Det er usikkerhet knyttet til strømkostnad, derfor trekkes utdelt beløp inn i 2011 og legges til direktørens buffer.

Videreføring av satsningsområder 2011

DMS Vadsø

Helse Finnmark HF vi har inngått avtale med Vadsø kommune for å få etablert dialysebehandling i Vadsø. Oppstart er planlagt over nyttår, når lokaler og utstyr er på plass og opplæring av helsepersonell er gjennomført. Det er per dags dato fire pasienter som vil være aktuell for dialyse i Vadsø. Arbeidet er gjort i samarbeid med UNN.

Slag- og geriatrienhet Klinikk Hammerfest

Når det gjelder kronikersatsningen vil en etablering og utvikling av slag- og geriatrienhet være ressurskrevende. Klinikken arbeider nå med å få etablere slag- og geriatrienhet. De økte ressursene dette krever må løses innenfor klinikkens økonomiske handlingsrom.

Geriatric Kirkenes

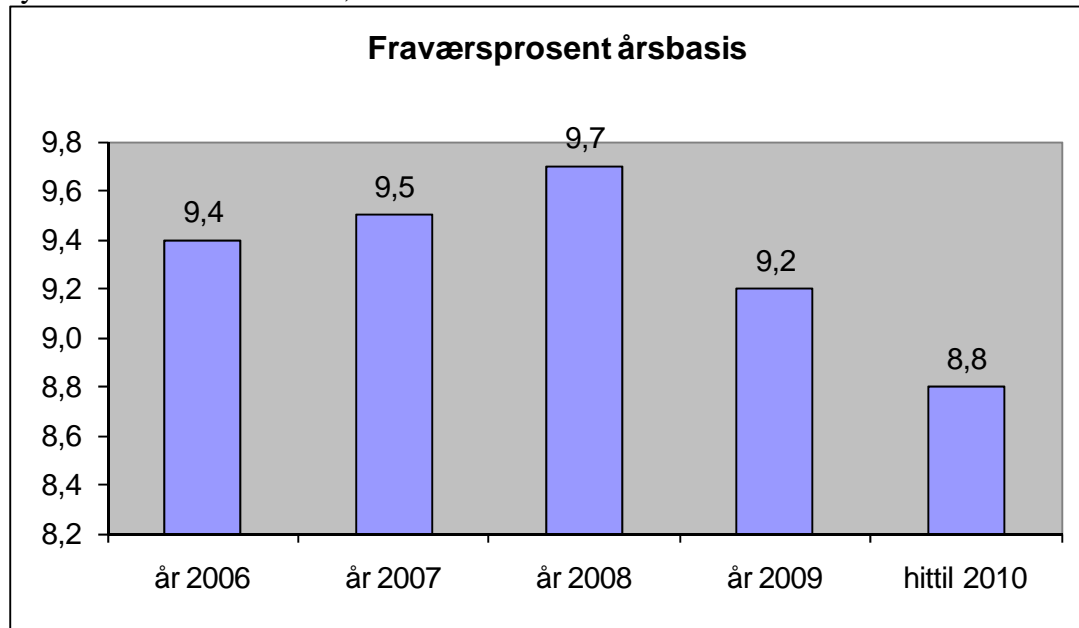
Helse Finnmark HF fikk i 2010 en styrking av kronikersatsningen, og har som mål å videreutvikle dette området i årene fremover. Helse Finnmark HF er ikke tildelt ytterligere midler i 2011. Driften må stabiliseres og videreutvikles innenfor de rammer som foreløpig er tildelt.

Helhetlig pasientforløp

Metodikken helhetlig pasientforløp har vært planlagt tatt i bruk i foretaket i flere år. Det har vist seg å være vanskelig å iverksette dette arbeidet, uten å øremerke ressurser til å planlegge og gjennomføre dette. De overordnede målene for dette arbeidet er å øke den faglige kvaliteten, bedre pasientservicene og øke effektiviteten. Det vil først og fremst være med på å gi et faglig løft, men det forventes at det også vil virke positivt i hht. ressursbruken. Det foreslås etablert to 3-årige prosjektstillinger som skal ha ansvar for å drive frem dette arbeidet i de to somatiske klinikkene.

Nærværarbeid

Fraværsprosenten i Helse Finnmark er redusert fra 9,7% i 2008 til 9,2 i 2009. Hittil i 2010 er sykefraværet redusert til 8,8%.



Satsningen i 2009 og 2010 har vist at økt fokus på sykefravær, IA og arbeidsglede har gitt resultater.

I løpet av våren 2010 skal det utarbeides avdelingsvise handlingsplaner for å redusere sykefraværet ytterligere. Vi ser en positiv effekt av sykefraværarbeidet, men Helse Finnmark har fortsatt en vei å gå når det gjelder sykefravær og vil fortsette det gode arbeidet som er påbegynt. Målsetningen er å redusere sykefraværet til 7,8%, slik at dyre månedsverk reduseres ytterligere. Nærværprosjektet videreføres i 2011.

HMS

HMS arbeidet ble styrket med 1,0 mill. i 2010. Denne potten foreslås videreført i 2011. FAMU har etablert målsetting og retningslinjer for bruk av HMS-midlene. Det er de lokale KVAM-rådene som disponerer midlene internt. Midlene skal prioriteres til positive tiltak som kan gagne flest mulig arbeidstakere.

FAMU vedtok 28. mai 2010 følgende fordeling av 1.000.000,- til HMS-arbeid i 2010.

Fordeling til arbeidsmiljøarbeid på foretaksnivå

150.000,- Vernetjenesten: fysisk møte og kompetanseutvikling for FHVO og HVO
150.000,- FAMU: møte og deltakelse HR-dager Helse Nord for FAMUs representanter
200.000,- HMS-prosjekt – foretaksnivå

Fordeling til KVAM-rådene

KVAM-rådene får fordelt følgende til målrettet HMS-arbeid i egen klinikk/avdeling:
100.000,- Klinikk Hammerfest
100.000,- Klinikk Kirkenes
100.000,- Klinikk prehospitale tjenester
100.000,- Klinikk psykisk helsevern og rus

50.000,- Klinikk drift
50.000,- Stab/støtte

HMS-relatert prosjekt

FAMU besluttet å sette av 200.000,- til prosjektmidler til et HMS-relatert prosjekt. Det kan søkes midler til et prosjekt som skal:

- Utvikle et system for jobbank/ansattebank og bedriftsintern attføring
- Eksempelvis et system som forenkler å finne frem til alternative arbeidsoppgaver for sykmeldte/arbeidstakere som står i fare for sykmelding og gradert sykmeldte arbeidstakere.
- Prosjektet/prosjektlederen skal samarbeide med personalavdelingen og nærværsprosjektet

Alternativt kan disse midlene fordeles til prosjekt for oppfølging og tilrettelegging for gravide arbeidstakere.

Hospitering spesialsykepleiere og AOIBJ

På grunn av bemannings- og rekrutteringssituasjonen ved gyn-/fødeavdelingene ble det iverksatt en hospiteringsordning for jordmødrene i Kirkenes i 2010. Per dags dato har to jordmødre i fra Klinikken gjennomført hospitering og ytterligere to til tre skal hospitere ved annet sykehus i høst. Denne potten foreslås videreført. Klinikkk Hammerfest står ovenfor samme utfordring og ordningen foreslås utvidet til også å gjelde for jordmødre ved klinikkk Hammerfest i 2011, det settes av tilsvarende pott på 0,3 mill til hospitering for jordmødre ved klinikkk Hammerfest

Utdanningstilbudet til AOIBJ ble prioritert med 1,0 mill. i 2010. Denne potten foreslås videreført i 2011.

Forskning

Forskning er ett av foretakets hovedoppgaver og et viktig satsningsområde for foretaket. Forskning bidrar til å tenke kritisk på egen kompetanse og til å heve kvaliteten på våre tjenester. Et aktivt fagutviklingsmiljø virker også rekrutterende og stabiliserende på våre fagfolk. Forskningen ble styrket med 0,5 mill i 2010, denne potten foreslås videreført.

Helse Finnmark og Høgskolen i Finnmark, avdeling for helsefag inngikk et FOU samarbeid om felles forskningsleder for å organisere og fremme forskningsaktiviteten ved institusjonene. Forskningslederen er på plass fra 1. september 2010 i en 3-årig engasjementsstilling. Samarbeidsprosjektet videreføres i hht. avtalen.

Kurs/opplæring sekretærtjenesten

Det ble satt av 0,3 mill. til faglig oppdatering av sekretærtjenesten i 2010. Midlene skal benyttes til å planlegge og gjennomføre en fagkonferanse for skrive- og sekretærtjenesten i foretaket. Midlene foreslås videreført i 2011.

Bemanning

Helse Finnmark har et høyt årsverksforbruk knyttet til overtid og innleie. Det er lagt inn en forventning om at antall årsverk reduseres betydelig knyttet til de somatiske klinikkene og klinikkk prehospital tjeneste i 2010. Klinikkk Hammerfest har ikke lyktes i sin strategi for å redusere månedsværksforbruket. Klinikkk Prehospitaltjenester og klinikkk Kirkenes bruker

fortsatt for mange dyre månedsverk. Klinikk Kirkenes har imidlertid klart å redusere totale månedsverk hittil i år. Det må fortsatt være fokus på å gjennomføre årsverksreduksjonen i 2010-2011. Dette skal være mulig siden månedsverkforbruket har vært betydelig høyere i 2009 pga. avvikling av restferie. Samtidig skal god driftsplanlegging gi effekt i form av mindre innleie. Dette, i tillegg til en positiv utvikling i sykefraværet, gir Helse Finnmark gode muligheter til å lykkes i dette arbeidet.

Nye områder som prioriteres regional og nasjonalt

Traumebehandling

Traumerapporten skal behandles av Helse Nord sitt styre i desember og stiller en del kompetanse krav som foretakene må innfri. Dette innebærer opplæring av personell, personellressurser og deltakelse på nasjonale kurs. Ved iverksettelse kreves det registrering og innrapportering av aktivitet for å sikre kvalitetsforbedring. Foreløpig er dette stipulert til 1,0 mill. for Helse Finnmark HF.

Følgetjeneste for gravide

Det foreligger føringer fra HOD om at følgetjenesten for gravide skal overtas og finansieres av spesialisthelsetjenesten. Det er store avstander i Finnmark. Flere kommuner har i dag ikke jordmortjeneste, dermed vil følgetjenesten for gravide bli ekstra utfordrende for Helse Finnmark HF. Foreløpig anslag for Klinikk Hammerfest innebærer en betydelig kostnadsøkning på rundt 5 mill. basert på dagens tjenestetilbud. Det må forventes at kostnadene knyttet til Klinikk Kirkenes vil være tilsvarende.

Virksomhetsplanlegging og risikostyring

Foretakets nye strategiplan ble vedtatt i februar 2010. Planen gjelder fra 2010 til 2015. Direktøren har implementert virksomhetsplanlegging som et verktøy i planlegging av driften, og det er pekt ut 6 strategiområder det skal fokuseres på i virksomhetsplanleggingen.

I 2010 har fokus vært å etablere et system og rutiner for gjennomføring av virksomhetsplanlegging i hele foretaket, og alle klinikkene har iverksatt virksomhetsplanlegging fra sommeren 2010. Virksomhetsplanleggingen skal bidra til systematisk arbeid med planlegging av neste års virksomhet. Planprosessen er samordnet med de mest sentrale milepælene i den årlige budsjettprosessen. Målsetningen er at samordningen vil kunne gi mer riktige budsjetter, og gjøre det enklere å prioritere tiltak. Parallelt skal det etableres system og rutiner for risikostyring. Dette skal være et hjelpemiddel i arbeidet med å løse de styringsmessige utfordringer ledelsen står ovenfor i forhold risiko ved gjennomføring av tiltak. Det er et mål for 2011 at virksomhetsplanen gjennomgås og evalueres månedlig i forhold til effekt av tiltak og vurdering av risiko.

Aktivitetsbudsjett 2011

Psykisk helsevern og rus

Det legges følgende føringer for aktivitet i psykisk helsevern og rus i 2011:

- Økt aktivitet i rusvern - videreutvikling av rusvern knyttet til dag- og polikliniske tilbud
- Planlagt poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern voksne i 2010 er ikke oppnådd. Plantallene videreføres i psykisk helsevern for voksne for 2011 Det kreves at aktiviteten økes og plantall nås

- Helse Finnmark HF har hatt en god aktivitetsøkning i BUP. Det legges til grunn ytterligere økning i 2011.

Somatikk

Pr juli 2010 ligger Helse Finnmark ca 50 DRG etter plantall når det gjelder poliklinikkaktivitet og ca 90 DRG poeng etter aktivitet målt i øvrige DRG. På samme tidspunkt året før lå Helse Finnmark HF 500 DRG poeng etter planlagt aktivitet. Økningen i DRG skyldes en kombinasjon av økt aktivitet og omlegging av ISF inntekten.

Det legges følgende føringer for aktivitet i somatikken i 2011:

- Plantall for somatikken opprettholdes på 2010 –nivå. Det legges til grunn et fortsatt krav om dreining fra døgn til dag, spesielt innenfor de kirkurgiske fagområdene
- Økt polikliniske konsultasjoner for hele foretaket ved å utarbeide plantall for antall konsultasjoner pr. behandler pr. poliklinikkdag.

5. Vedlikehold og investeringer 2011-2018

De to sykehusene

Helse Finnmark HF har en vedlikeholdsplan for perioden 2010 – 2013. Denne planen er en ”rød-liste” og inneholder de områdene som er vurdert som mest kritiske med foretakets bygningsmasse. Denne planen tar for seg tiltak på til sammen 51 millioner kroner for perioden. Dette er estimerer og ikke kvalitetssikrede kostnader. Dette er å anse som det kritiske av det bygningsmessige etterslepet i Helse Finnmark HF. Denne planen er inndelt i følgende:

- Bygningsmessige tiltak
- Tekniske anlegg

De er også inndelt etter om det er pålegg/krav om utbedring og om de er kritiske i forhold til driften av foretaket.

I hht. styrets diskusjon i styremøte 1. juni 2010 er denne vedlikeholdsplanen under revidering og det gjøres en større gjennomgang av all bygningsmasse med hensikt å få en total oversikt over teknisk status. Det reelle behovet for vedlikehold er vesentlig høyere enn de 51 mill som fremkommer i dagens plan. Dette bekreftes blant annet gjennom 0-alternativet i Nye Kirkenes Sykehus, der renovering av dagens sykehusbygg bare i Kirkenes beløper seg på mellom 690 millioner og 1 milliard.

Helse finnmark HF har for 2010 et budsjett på 5 millioner kroner til vedlikehold av sykehusene og det tilhørende tekniske utstyret. Den totale bygningsmassen på de to sykehusene er på ca 43000kvm. Budsjettet til vedlikehold dekker ikke behovet for periodisk vedlikehold eller å ta igjen etterslepet som har oppstått. Dette budsjettet benyttes til å ivareta akutt vedlikehold som er driftskritisk og til lukking av krav fra tilsynsmyndigheter.

Boligenheten

Helse Finnmark HF har en gammel boligmasse og vedlikeholdsplanen viser et vedlikeholdsetterslep på i overkant av 100 mill. Boligavdelingen har fortsatt et avkastningskrav i hht. tidligere vedtak. Dette avkastningskravet vil reduseres i takt med tilbakeføring av ”kravet” fra Helse Nord RHF. Det planlegges ytterligere nedslag av 37-38 boligenheter i perioden 2011-2014. Helse Finnmark HF ønsker å få benytte gevinsten ved salg

av disse boligene til vedlikehold av boligmassen. Midlene vil ikke legges inn i ordinært driftsbudsjett men disponeres i form av prosjektmidler.

Helse Nord sine prioriteringer for perioden 2011-2018

Helse Nord har i styresak 72-2010 "investeringsplan 2011-2018 rullering" vedtatt en langsiktig investeringsplan. Det legges opp til at investeringsplanen skal rulleres årlig i juni som et ledd i en løpende oppdatering av rammebetingelser og føringer for helseforetakenes planlegging av neste års budsjett.

Prioritering av Investeringsramme 2011

Helse Nord vedtok i styresak 72-2010 en investeringsramme for Helse Finnmark på 60 mill i 2011 hvorav 30 mill. er øremerket rusinstitusjon, og 6 mill. er knyttet til resultatkrav. Helse Finnmark HF har stort behov for investering i både medisinteknisk og maskinteknisk utstyr samt bygningsmessige investeringer. Direktøren foreslår følgende fordeling av investeringsrammen i 2011:

	Ramme fordeling 2011
Rusinstitusjon	30 000
Ambulanser	2 000
MTU Hammerfest og Kirkenes	5 000
Røntgenlab Hammerfest	5 500
Ambulansstasjon Hammerfest	1 500
Egenkapital KLP	3 600
DRIFT bygg- og maskinteknisk	3 600
Reserve	2 800
Ufordelt (holdes igjen pga resultatkrav)	6 000
Sum investeringer nødvendig oppgradering	60 000
Sum tildelt ramme	-60 000
Rest etter fordeling investeringsramme	0

Prehospitaltjenester

Bilambulansetjenesten har en investeringsplan som tilsier utskifting av 7 biler hvert år. Planen baserer seg på en vurdering av investeringsår og antall kjørte kilometer. En ambulansebil bør i hht. denne planen skiftes ut etter 5 år og etter 300.000 kjørte kilometer. Bilambulansetjenesten gjennomgår bilene regelmessig, og gamle biler flyttes slik at disse går i mindre utrykning enn nyere biler. Det stramme investeringsrammen gjør at direktøren anbefaler 2,0 mill. i ramme til utskifting av ambulanserbiler i 2011.

Ambulansestasjonen i Hammerfest tilfredsstiller ikke krav til garderobeforhold og hvilerom for ansatte. En midlertidig løsning må erstattes og det foreslås en ramme på 1,3 mill. til dette.

Medisinteknisk utstyr (MTU)

Behovet for investering i medisinteknisk utstyr er stort basert på at mye av utstyret "lever på lånt tid". En prioritering fra Medisinteknisk avdeling i Kirkenes tilsier et minimumsbehov i 2011 på 4,8 mill. i 2011. Dette er utstyr til en investeringsramme på under 1,0 mill. pr. enhet. Dersom vi tar høyde for 40/60 delingen mellom Kirkenes og Hammerfest beregnes behovet i Hammerfest å være ca 7,0 mill.

I tillegg til oversikten ovenfor kommer større investeringer i røntgen-lab'er og digital transport på totalt 16,5 mill.

Direktøren anbefaler at det prioriteres en røntgen-lab i Hammerfest innenfor rammen på 5,5 mill. Det anbefales en foreløpig ramme på 5,0 mill. til klinikk Hammerfest og Kirkenes til øvrig MTU.

Bygg- og maskinteknisk utstyr

I eksisterende vedlikeholdsplan fremkommer et investeringsbehov på 21,3 mill. Denne listen inneholder behov for tiltak som vurderes med stor risiko for havari og/eller tiltak om pålegg og krav til utbedring. Direktøren anbefaler en ramme på 3,6 mill. i investeringsmidler som disponeres av driftssjefen. Kjente pålegg og krav fra tilsynsmyndigheter skal prioriteres.

Avslutning

Det er øremerket midler på 30,0 mill til rus institusjon. I tillegg utgjør egenkapitaløkningen vi får i KLP 3,6 mill i overkant av 12% av investeringsrammen som ikke er øremerket. Det er også lagt en begrensning på 6,0 mill knyttet til overskuddskrav. Denne bør ikke deles ut før resultatkravet er innfridd. Det anbefales at 2,8 mill. holdes igjen som reserve til uforutsette investeringer i 2011. Rammen foreslås disponert av direktøren.

6. Veiene videre – hvordan møte utfordringen fra 2012

Fra 2012 øker Helse Finnmark HF sin økonomiske utfordring. Rammen skjerpes som følge av både nasjonal og regional inntektsfordelingsmodell. I tillegg vil ny inntektsmodell innen psykisk helsevern påvirke Helse Finnmark.

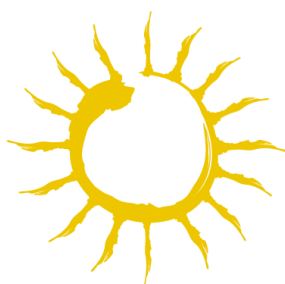
Helse Finnmark HF må allerede nå ta innover seg signalene om strammere rammer i årene fremover. Som en del av foretakets virksomhetsplanlegging vil klinikkene nedsette arbeidsgrupper innen utgangen av oktober 2010. Arbeidsgruppen skal gå gjennom driften for å se på mulige forbedringsområder som kan gi økonomiske gevinster for å forberede et strammere økonomisk handlingsrom fra 2012.

Vedlegg 1: OVERORDNET TIDSPLAN BUDSJETT 2011

Saksbeh: Inger M.Kongsbak/Lill-Gunn Kivijervi

Måned	Tidspunkt	Aktivitet	Ansvarlig i Helse Finnmark HF	Medvirkning
April		Gjennomgang av tids- og aktivitetsplan. Planlegging av budsjettprosess 2011.	Direktør	
Mai	xx.05.2010	Samarbeidsforum, tids- og medvirkningsplan budsjett 2010	Direktør	FTV FHVO FAMU
Mai	05.05.2010	Innspill langtidsbudsjett 2011-2018 fra klinikk/stab; -Faglige føringer -Faglige prioriteringer -Nødvendige tiltak for å - Forslag til tiltak og aktiviteter som kan reduseres/legges ned gjennomføre de 2 punktene over, også økonomisk	Klinikksjef Stabsleder	Avdelingstillitsvalgt Verneombud
Mai	07.05. 2009	Budsjettmøte 2011 RHF/HF. Styringssignaler budsjett 2011 fra RHF	Direktør Økonomisjef	
Mai	01.06.2010	Innspill <u>budsjett 2011</u> fra klinikk/stab: Faglige føringer -Faglige prioriteringer -Nødvendige tiltak for å - Forslag til tiltak og aktiviteter som kan reduseres/legges ned gjennomføre de 2 punktene over, også økonomisk	Klinikksjef Stabsleder	Avdelingstillitsvalgt Verneombud
Juni	02-03.06.2010	Budsjettmøte 2011 RHF/HF. Styringssignaler budsjett 2011 fra RHF	RHF Økonomisjef	
Juni	08.06.2010	Samarbeidsseminar FTV og FHVO – innspill/hovedlinjer budsjett 2011. Innspill fra klinikk og stab til langtidsbudsjett gjennomgås.	Direktør Økonomisjef Klinikksjefer Stabsledere	FTV FHVO
Juni	22.06.2010	Ledermøte – oppfølging samarbeidsseminar. Forslag foreløpige budsjetttrammer for 2011 pr klinikk/avdeling Retningslinjer for budsjettprosessen 2011.	Økonomisjef Enhet for Budsjett/analyse	
August	31.08.2010	Endelige aktivitetstall og inntektsbudsjett pr. koststed 2011 avstemmes mot 2010 virkelig og plan. Inntektsbudsjett 2011 fastsettes.	Budsjettansvarlige Klinikksjef	Avdelingstillitsvalgt Verneombud

Måned	Tidspunkt	Aktivitet	Ansvarlig i Helse Finnmark HF	Medvirkning
September	08-09.09.2010	Styrebehandling Helse Finnmark – Innspill/hovedlinjer budsjett 2011-2018. Drøftingsmøte 31.08.2009	Styret Direktør Økonomisjef	FTV FHVO FAMU
September	14.09.2009	Forbedringstiltak 2011 med utgangspunkt i prognose pr.juni pr. koststed.	Budsjettansvarlig Klinikksjef/stabsleder	Avdelingstillitsvalgt Verneombud
Oktober	01.10.2009	Eventuell styresak - forbedringstiltak 2010. Drøftingsmøte 25. september 2009	Klinikksjef Økonomisjef	FTV FHVO FAMU
Oktober	05.10.2009	Avstemminger Helse Nord – innspill budsjett 2010-2013 <ul style="list-style-type: none"> • Avstemming aktivitetstall • Budsjett konsernmellomværende • Omstillingsutfordring • Likviditetsutfordring 	Økonomisjef	
Oktober	20.10.2010	Statsbudsjett legges frem		
Oktober	25.10.2010	Avdelingene utarbeider detaljert forslag til budsjett 2011 innenfor tildelte rammer <ul style="list-style-type: none"> • turnus/bemanningsplan • Antall stillinger/årsverk • øvrige kostnader og inntekter utfordringer 		
Oktober	30.10.2009	Budsjettansvarlig utarbeider endelig budsjett, og gjør nødvendige budsjett-tilpasninger	Budsjettansvarlige Klinikksjef	Avdelingstillitsvalgt Verneombud
Oktober	30.10.2009	Sammenstilt budsjettforslag HF	Økonomisjef Budsjett/analyse	
November	02.11.2009	Samarbeidsforum. Informasjon status budsjettprosess 2010	Direktør Økonomisjef	FTV FHVO
November	09.11.2009	Behandling budsjett 2010 i foretaksledelsen	Direktør	
November	24.11.2009	Budsjettforslag sendes ut til drøfting. Drøftingsmøte 4. desember 2009.	Økonomiavdeling	FAMU FTV FHVO
Desember	04.12.2009	Budsjettforslag 2010 behandles i FAMU Drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte	Direktør Personalsjef	FTV FHVO FAMU
Desember	15.12.2009	Styrebehandling Helse Finnmark	Styret Direktør	



HELSE FINNMARK

FINNMÁRKKU DEARVVAŠVUOHTA

Visjon:

*Folk i Finnmark velger Helse Finnmark HF og Helse Nord RHF,
fordi der får de den beste behandlingen!*

UTREDNING AV FREMTIDIG TILBUD VED DØGNENHETENE / FINNMARKSKLINIKKEN FOR PERSONER MED SAMTIDIG RUS OG PSYKISK LIDELSE

Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av klinikksjefen

Klinikk psykisk helsevern og rus – Juni 2010

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag	3
Innledning	4
Organisering, styringsgruppe og arbeidsgruppe	4
Mandat	5
Beskrivelse av pasientgruppen	5
Historikk og økonomi	7
Beskrivelse av eksisterende tilbud til pasientgruppen i Helse Finnmark	8
Særlige utfordringer i Klinikk psykisk helsevern og rus	11
Sentrale nasjonale og regionale føringer	13
Innspill fra dialogmøte i Alta	14
Faglige føringer, faglige retningslinjer, kompetansebehov	14
Arbeidsgruppens anbefaling	15
Referanser	22
Vedlegg	24

Sammendrag

Styret i Helse Finnmark har bedt om en utredning av behandlingstilbudet til mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser. Dette er en viktig del av spesialisthelsetjenesten, et fagfelt som tradisjonelt har vært oppsplittet. Det er nå tid for integrasjon, samhandling og desentralisering. Her har Helse Finnmark et fortrinn med sin generalistiske og integrerte profil på DPS nivå.

Pasientenes behov for helse- og sosialtjenester skal dekkes i aksene mellom kommunene, DPS og spesialistinstusjoner inkludert Universitetssykehuset (UNN). DPS bør derfor defineres som den sentrale organisatoriske enheten med ansvar for forvern, behandling og ettervern av mennesker med rus- og psykiske lidelser. Behandlingen bør hovedsakelig foregå poliklinisk/ambulant. Ressursene til DPS bør styrkes og den generalistiske profilen fortsette. Omstillinger er nødvendig, men gevinsten av disse må pløyes tilbake til psykisk helsevern og DPS. Et sterkt DPS er av sentral betydning dersom man ønsker å løse oppgaver på lavest effektive og forsvarlige nivå. Økt innsats på DPS nivå samtidig med parallell satsing i den kommunale helse- og sosialtjenesten vil på lang sikt gi resultat. Det vil også kunne demme opp for bruk av kostbare behandlingsplasser utenfor egen helseregion og ved private instusjoner.

Samtidig behandling av begge lidelsene er en veldokumentert tilnærming og bør være hovedregelen for å sikre samordning og koordinering. Døgnetenhetene skal kunne foreta avrusning hvor det ikke er kjent alvorlig tilleggsproblematikk. Det skal være spesialist i psykiatri i telefonberedskap for å takle akutte situasjoner som krever medikamentell behandling. Det bør inngås avtaler med vertskommunene om legetilsyn til innlagte pasienter.

Samarbeid og nettverksbygging mellom DPS, kommune og UNN skal styrkes med videre utvikling av elektronisk kommunikasjon, samhandlingsrutiner og -avtaler, epikrise- og henvisningsrutiner. Utvikling av gode Finnmark-tilpassede samarbeidsmodeller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten bør stimuleres. Behandlingen individualiseres, det utarbeides behandlingsplan, Individuell Plan og det etableres ansvarsgruppe der det er behov.

Spesialinstusjoner i rusbehandling bør ha en viktig opplæringsfunksjon overfor DPS. På samme måte vil DPS kunne tilføre rusinstusjonene kompetanse i psykiatrisk utredning, diagnostikk og behandling.

Vår korte tidsfrist i dette arbeidet tilsier at vi ikke har kunnet utrede alle områdene tilstrekkelig grundig til å gi en eksplisitt tilrådning. Det gjelder gjestepasientproblematikken, vurderingsenhetens rolle og struktur og de regionale instusjonsfunksjonene. Vi vil foreslå at dette utredes på regionalt nivå. Finnmarksklinikkens profil bør også ses i perspektiv av Helse Nord for å sikre et helhetlig tilbud til pasientgruppen.

Innledning

Bakgrunnen for denne utredningen av det fremtidige tilbudet ved klinikkens døgnenheter er styresak 72/- pkt 7 og 73/2009 punkt 1 i Helse Finnmark HF. Arbeidsgruppa ønsker å uttrykke sin tilfredshet med at dette fag- og tjenestoområde tas opp på øverste nivå i organisasjonen. Mandatet er omfattende og fagfeltet er komplekst. Når man tar fatt på problemstillingene opplever en at "alt henger sammen med alt" og de er derfor vanskelig å avgrense. Noen av problemstillingene har vært for omfattende til at arbeidsgruppen har kunnet utrede dem tilstrekkelig innenfor tidsfristen. Vi angir dette i rapporten som områder det bør arbeides videre med.

Arbeidet er forankret i nasjonale føringer, Helse Finnmark sin Strategiplan 2010 – 2015, Plan for psykisk helsevern og rus, del 2 – Handlingsplan, Kafédialog 28.- 29. april 2010 og øvrig grunnlagsdokumentasjon fra klinikken. Arbeidsgruppen har gjort seg kjent med disse dokumentene, og de refereres i noen grad. Arbeidsgruppen har ikke kjent seg bundet av dette, men har på noen områder tatt med tilrådninger, selv om de eventuelt ikke skulle være i tråd med tidligere vedtak. Arbeidsgruppen har samlet bred erfaring og kompetanse på området. Medlemmene har via sitt nettverk innhentet synspunkter og annet relevant materiale. Arbeidet har vært lærerikt og gruppen har hatt livlige drøftinger.

Organisering, styringsgruppe og arbeidsgruppe

Klinikksjefen oppnevnte ultimo april en *arbeidsgruppe* som har bestått av: Kjell Dalan, psykologspesialist Finnmarksklinikken (leder), Helge Haugerud, psykiater, SANKS, DPS Midt Finnmark Lakselv, Kjetil Ryan, psykiater, overlege døgnenheten post Alta og Jansnes., Ragnhild Steen, psykiater, Finnmarksklinikken, Anders Kleppe, økonomirådgiver, Klinikkk psykisk helsevern og rus, Tove Karlsen Helander, spesialergoterapeut, DPS Øst Finnmark, Døgnenheten Tana, Tove Dahle, rådgiver, sekretær og referent

Siv Eirin Nilsen, ass. lege, DPS Vest Finnmark har vært oppnevnt, men har av ulike grunner ikke kunnet delta i arbeidet. Arbeidsgruppen har gjennomført fem møter:

Det ble også etablert en *styringsgruppe* som har bestått av: Klinikksjef Inger Lise Balandin, Gunn Heatta, DPS – leder Midt Finnmark/SANKS, Robert Kechter DPS- leder Vest Finnmark, Solveig Wilhelmsen konstituert DPS – leder Øst Finnmark og leder ved Finnmarksklinikken Inger Lise Bjercknes.

Frist for utredningen er satt 15. juni 2010. Forslaget fra arbeidsgruppa behandles i klinikkens Fagråd og KVAM-råd før rapporten oversendes klinikksjefen for videre oppfølging. Saken behandles i styret i Helse Finnmark HF i september 2010.

Mandat

Målgruppen for denne utredningen er personer med kombinasjon av psykisk lidelse og rusmisbruk, benevnt i mandatet som ”psykisk helse som hoveddiagnose- rus som bidiagnose”, ”dobbeltdiagnosepasienter dvs omfattende psykiatri/rus diagnoser” og ”rus som hoveddiagnose- psykisk helse som bidiagnose”

Mandatet har vært gjennom en presisering i styringsgruppen og arbeidsgruppen. Sentrale punkter er etter dette:

- Fordeling/avgrensning av tilbud mellom enhetene i klinikken (døgnetenhetene og Finnmarksklinikken)
- Skal det utvikles spisskompetanse innenfor rus ved ett DPS.
- Kompetansebehov (grunnlag med forslag til prioritering utarbeidet av rådgiver i Klinikkadministrasjonen)
- Behandlingsforløp
- Avklare om det finnes pasientgrupper som ikke får tilbud i dag og hvor vi kan og bør etablere tilbud, - herunder tilbud ved Finnmarksklinikken til pasienter som bruker opioater og pasienter som bruker medisiner for sykdommer som ADHD og epilepsi.
- Tilbud til LAR pasienter
- Tilbud til unge rusmisbrukere som har behov for døgnbehandling.

Det heter videre i mandatet: ”Arbeidsgruppa skal ta utgangspunkt i helhetlige pasientforløp der pasienten skal få riktig tilbud på rett nivå og til riktig tid. Arbeidsgruppas forslag skal inneholde forslag til prinsipper og føringer for fremtidig tilbud. Der det på grunn av korte tidsfrister ikke er anledning til den nødvendige grundige behandlingen hvor problemstillinger som i utgangspunktet krever skal dette synliggjøres slik at behov for avklaringer/oppfølging kan følges opp i det videre arbeid.”

Beskrivelse av pasientgruppen

Det vil her legges vekt på forhold som er av betydning for utvikling av et helhetlig tjenestetilbud til målgruppen. Det er vanlig å inndelegge avhengighetsskapende stoffer i legale (medikamenter og alkohol) og illegale. Ved utvikling av avhengighetssyndrom vil ett eller en kombinasjon av legale og illegale stoffer være involvert.

Komorbiditet er en generell medisinsk betegnelse på samtidig tilstedeværelse av to eller flere lidelser. Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse blir noe upresist omtalt som ”dobbeltdiagnose”. I de nye nasjonale retningslinjene (ikke offisielle pr 15.06.10) velger man å bruke betegnelsen ”personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse”. Man deler denne populasjonen i to grupper. Den første (Gruppe 1) er personer med alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med moderat eller alvorlig ruslidelse (tidligere benevnt som dobbeltdiagnose). Med alvorlig psykisk lidelse menes: Schizofreni og schizofrenilignende psykoser, bipolare lidelser, alvorlig depresjon med psykose, personlighetsforstyrrelse med alvorlig funksjonssvikt. Gruppe 2 er personer med moderat psykisk lidelser og samtidig moderat eller alvorlig ruslidelse. Med moderat psykisk lidelse menes: Alvorlig depresjon uten psykose,

alvorlige angstlidelser, inkludert PTSD, alvorlig spiseforstyrrelse, personlighetsforstyrrelse med moderat funksjonssvikt, alvorlig hyperkinetisk forstyrrelse.

Befolkningsstudier fra Europa og USA viser at psykiske lidelser og ruslidelser ofte opptrer sammen. Jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser.

Undersøkelser fra behandlingspopulasjoner er for det meste gjennomført blant pasienter i avhengighetsbehandling (tiltak for tverrfaglig spesialisert rusbehandling) eller blant pasienter i psykisk helsevern(*). Studier om tiltak for avhengighetsbehandling viser varierende tall. De mest vanlige lidelsene i rusbehandlingspopulasjoner er angst (8-66 %, median 38 %), depresjon (16-44 %, median 30 %) og personlighetsforstyrrelser (11-100 %, median 61 %).

En rekke studier fra psykisk helsevern har kartlagt bruk, skadelig bruk, misbruk eller avhengighet av stoff, medikamenter og alkohol. Mange studier viste en høy forekomst av ruslidelser hos psykiatri pasienter, særlig hos dem med de mest alvorlige psykiske lidelsene. Internasjonale og nasjonale studier viser at det er en høy forekomst av særlig angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser blant personer som er til behandling for en ruslidelse. Flere studier viser at oppunder 50 prosent av pasienter som er i rusbehandling oppfyller kriteriene for angstlidelser, mens ca 30 prosent oppfyller kriteriene for depresjon (Landheim 2007). Årsaken til rusproblemene er oftest sammensatte, og mange har opplevd omsorgssvikt og seksuelle overgrep. Dette er viktig å ha med i møtet med den enkelte pasient.

Stortingsmelding 25 pekte på en rekke svakheter innen det psykiske helsevernet for denne gruppen. Rusmisbruk forverrer de psykiske plagene og vice versa. De har ofte somatiske tilleggslidelser, og sykdommer kan være uoppdaget og ubehandlet. Gjentatte akuttinnleggelser og avrusning er vanlig og mange blir kortvarig tvangsbehandlet innen psykisk helsevern. Pasientens pårørende og sosiale nettverk er ofte utslitt etter mange års belastning. Både alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser er assosiert med nedsatt funksjon, høyere suicidalrate og generelt redusert mestringssevne.

Kommunene har ofte store utfordringer knyttet til det å tilby adekvat tilpassede boliger, oppfølgingstjenester og arbeid. Statens helsetilsyn har kartlagt at 1 per 1000 innbyggere faller ut av de ordinære tilbudene. (Statens helsetilsyn 2000: Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk.)

Spesialisthelsetjenesten har etter Rusreformen et definert ansvar for å utrede og behandle personer med ruslidelse. Ruslidelser og psykiske lidelser har tradisjonelt vært behandlet i parallelle tiltak med mer eller mindre tette skott i mellom tjenestene. I henhold til signalene i de nye nasjonale retningslinjene er dette ikke lenger i tråd med god klinisk praksis. Behandlingen av de to tilstandene skal fortrinnsvis gis på samme sted av samme behandler eller behandlingsenhet, såkalt integrert behandling.

(*) De viktigste utenlandske studiene: **ECA**: n= 20 000, 1980 –1984, **NCS**: n= 8100, 1990- 1992, **NESARC**: n= 43093, 2001-2002), **ESeMED**: n=21425, 6 Europeiske land, 2001-2003

Pasienter med komorbide lidelser utfordrer spesialisthelsetjenesten på flere måter. I det psykiske helsevernet er det fortsatt mangelfull utredning av rusproblematikken, mens det i rusinstitusjoner er for liten kompetanse på utredning og behandling av psykiske lidelser

Kapasiteten til å utrede og behandle disse pasientene er mange steder for liten, både poliklinisk- og døgnbehandling. Mange trenger avrusning i trygge omgivelser under observasjon av kompetent personell. Pasienter vil i en slik fase kunne være somatisk syke, psykisk ustabile/psykotiske, aggressive og utagerende. Dette setter døgnenhetene på stor prøve, er en utfordring for sårbare medpasienter. Man trenger egnede lokaler med skjermingsmuligheter, noen ganger også med bruk av tvangsinnleggelse og tvangsmidler.

Felles for disse pasientene er at de trenger målrettet behandling for begge lidelsene - ofte samtidig. Psykiske lidelser kan behandles selv om det i tillegg foreligger rusmisbruk. Og ruslidelser kan behandles selv om det også foreligger psykisk lidelse.

Oppsummert kan man si at dobbeltdiagnoser har økende forekomst i befolkningen. Det er nødvendig å kunne vurdere å behandle begge tilstandene samtidig.

Historikk og økonomi

Helse Finnmark HF overtok ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2004, dette hadde tidligere vært Finnmark Fylkeskommune sitt ansvar. I forbindelse med at helseforetaket overtok ansvaret for TSB, kjøp av gjestepasienter rus ble den kommunale egenandelen fjernet, denne hadde vært på om lag 25 % av hva tjenesten kostet.

Da foretaket fikk tildelt ramme for overtagelse av rusvern ble det ikke gitt kompensasjon for merutgifter som følge av bortfallet av den kommunale egenandelen. I tillegg ble Finnmarkskollektivet privatisert og Foretaket måtte betale for bruk av plassene. Det var det lagt inn en forutsetning om at synergieffekten av overtagelsen rusvern skulle medføre en betydelig reduksjon av kjøp av behandlingsplasser utenfor regionen. Det siste har ikke vært tilfelle.

Kjøp av behandlingsplasser utenfor regionen og ved private institusjoner blir avgjort av det enkelte vurderingsteam. Koordineringene av plassene blir foretatt av Koordineringsenheten ved Korus Nord.

I perioden 2004 til 2010 er budsjettet for kjøp av gjestepasientplasser rus øket fra kr. 4.900.000,- til kr. 11.372.346,-. Dette overforbruket er i stor grad finansiert av midler innen psykisk helsevern. Eksempelvis har oppbygging av familieavdelingen ved SANKS medført reduksjon i kjøp av plasser ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri. Denne reduksjonen er i sin helhet brukt til å styrke budsjettet for kjøp av gjestepasientplasser rus. Dette har skjedd i opptrappingsperioden for psykisk helsevern. Dette har imidlertid ikke vært nok, i tillegg er ledige budsjettmidler i klinikken som følge av vakanser, blitt brukt til å dekke inn for overforbruket.

Utgifter til gjestepasientopphold har enkelte år vært opptil 250% av budsjett, se vedlagt tabell. Det vises for øvrig til omtale under særlige utfordringer i Klinikk psykisk helsevern og rus.

Foretaket er ikke blitt tilført nye midler for å dekke opp for økt forbruk av behandlingsplasser utenfor regionen. Finnmarksklinikken har i perioden utvidet med 2 plasser og arbeider med å utvide kapasiteten ytterligere med 3 plasser fra høsten 2010. I tillegg er det også utviklet et poliklinisk tilbud ved klinikken.

Beskrivelse av eksisterende tilbud til pasientgruppen i Helse Finnmark

Klinikk psykisk helsevern og rus har ansvaret for denne delen av spesialisthelsetjenesten og er organisert i tre DPS og Finnmarksklinikken (se nedenfor for spesifikk omtale av Finnmarksklinikken). Døgninstitusjonene ved DPS er lokalisert til Jansnes, Alta, Tana og Lakselv. Hittil har DPSene disponert 59 sengeplasser. For nærmere redegjørelse for de enkelte virksomhetene i Klinikken vises det til dokumentet ”Plan for psykisk helsevern og rus Helse Finnmark HF del I (2007)” Styret for Helse Finnmark har vedtatt et kutt på 10 millioner ved døgnenhetene (ved bemanningsreduksjon). Fra juni 2010 fjernes personellressurser og 14 sengeplasser.

Behandlingsforløp for rus- og psykiatripasientene ved døgnenhetene i DPS:

Tilbudet er ganske likt ved alle DPSene i Finnmark, har en generalistisk og integrert profil. Det er likevel noen DPS som har bygget opp særlig erfaring på visse områder; SANKS har kompetanse innenfor samisk kulturell psykiatri. Døgnenheten ved DPS Vest-Finnmark har over de siste år opparbeidet erfaring og kompetanse i utredning og behandling av pasienter med dobbeltdiagnose, særlig unge med tildels alvorlig psykisk syke med rusproblem. DPS Øst har også opparbeidet slik erfaring og kompetanse. Flere ansatte har også tatt utdanning ved SepRep.

Døgnenhetene har ikke godkjenning for tvang etter Sosialtjenesteloven eller Lov om psykisk helsevern (LOPH), men praktiserer tvungent vern uten døgnopphold i samarbeid med UNN. Når det gjelder §12 soning godkjennes dette i hvert enkelt tilfelle. Det har så langt vært liten tradisjon for dette ved døgnenhetene i DPS.

Det er viktig å presisere at et behandlingsforløp ikke kan følges statisk fra start til slutt. Forløpet varierer fra pasient til pasient, og det kan ofte være nødvendig å gjenta forløpet eller starte forløpet på nytt. Pasientene henvises til døgnenhetene fra fastlegene, annet hjelpeapparat i kommunene, fra UNN (- eller fra pasienten selv, som ved PUT). Henvisningsårsak kan være avrusning, utredning, kortsiktig eller et mer langsiktig behandlingsforløp. Innleggelsesårsak kan også være motivering og nedtrapping av medisiner i påvente av innleggelse ved rusinstitusjoner. Tidlig intervensjon og fleksibilitet er viktige tilnæringsmetoder. Det foretas ofte hjemmebesøk for motivering og utredning i forkant av en innleggelse. Terapeuter fra døgnenhetene besøker gjerne pasienter i opptakskommunene med visse mellomrom (ambulant behandling). Man antar at mye av dette arbeidet er uregistrert. Det hevdes i rapporten ”Framtidig tilbud ved døgnenhetene i psykisk helsevern” (2009) at døgnenhetene utfører ”en rekke polikliniske oppgaver som del av den ambulante virksomheten og som del av dagbehandlings-virksomheten ved institusjonen. Pr. i dag har DPS- Øst Finnmark formalisert de polikliniske oppgaver som del av psykoseteamet ved døgnenheten. Ellers er ikke de polikliniske tjenestene organisert i poliklinikk, og gir derfor heller ikke polikliniske inntekter.”

Utredningsverktøy som brukes ved døgnenhetene er: MINI, MINI Pluss, AUDIT og DUDIT. I tillegg kan det gjennomføres funksjonsvurderinger, kognitive utredninger, familie- og relasjonsutredninger og suicidvurderinger. Rustester er frivillig, og det gjøres en skriftlig avtale med pasient der det er aktuelt. Rusbehandlingen er basert på frivillighet og derved pasientens egen motivasjon. Målsetninger defineres i samarbeid med pasient og det lages en behandlingsplan. Hver pasient har primærkontakter som har et særskilt ansvar for å følge opp pasienten. Behandlingsteamene er tverrfaglig sammensatt. Behandlingen bygger på fasespesifikk tilnærming med vekt på kontaktetablering - og alliansebygging, motivering, jobbe med ambivalens samt takle tilbakefall og fremgang. I tillegg til medikamenter er behandlingen gjerne basert på kognitive prinsipper, relasjons- og nettverksarbeid, gruppebehandling, friluftslivsaktiviteter og fysisk aktivitet, trening i daglige aktiviteter og sosial ferdighetstrening.

Det gis tilbud om dagbehandling ved noen døgnavdelinger og VPP, men ikke spesifikt for denne målgruppen. Det skal nevnes at i Tana benytter dagpasienter i gruppebehandling leiligheter som "pasienthotell". De betaler egenandel, holder selv kost, men betaler ikke for overnatting. Gruppebehandling gis også i noen grad VPP, men det mangler i noen tilfelle egnede lokaler.

Døgnavdelingene i DPS tar i dag inn pasienter som trenger avrusning, men bare de lettere tilfellene; de som trenger hjelp til medikamentavvenning, og hjelp til å stoppe å drikke. Avdelingene er avhengig av å at avrusningsinstitusjonene tar de mer kompliserte avrusningene, og at de somatiske avdelingene og tar de "medisinske tilfellene". Et nært samarbeid med disse enhetene er derfor nødvendig.

Individuell Plan er et viktig verktøy for videre oppfølging, og igangsettes ved døgnenhetene der dette ikke er påbegynt. Det dannes ansvarsgruppe rundt pasienten. Ettervern ved utskrivelse gjennomføres i form av reinnleggelse for stabilisering og forebygging samt poliklinisk oppfølging. Ved DPS Øst Finnmark er det etablert et psykoseteam som har ansvar for veiledning, konsultasjoner og undervisning til pasient, pårørende og hjelpeapparat i kommunene. Døgnenhetene deltar i ansvarsgrupper så langt det er hensiktsmessig. Det samarbeides internt i DPS'et om felles pasienter, for eksempel mellom døgnenhet og VPP.

Vellykkede behandlingsforløp forutsetter god samhandling på alle nivåer. Samarbeidet må være etablert og forankret på systemnivå og individnivå. På individnivå er samhandlingsarenaer etablert i møter mellom pasient, primærkontakter og behandlingsansvarlig (psykiater/psykologspesialist), behandlingsplan, møter med pårørende, ansvarsgrupper og Individuell Plan.

På systemnivå er samhandlingsarenaer etablert i brukerråd (alle DPSene har brukerråd). I tillegg er det på DPS nivå årlige møter med representanter for brukerorganisasjonene, pårørendedager, årlige kommunemøter med opptakskommunene, UNN og andre samarbeidspartnere. Videre har DPSene årlige planleggingsdager. Det gjennomføres felles inntaksmøter ved hvert DPS, og det er etablert faste møter med UNN, allmennpsykiatrisk avdeling.

Vurderingsrutiner for rett til helsehjelp i TSB: Helse Finnmark HF har et vurderingsteam i Karasjok tilknyttet Finnmarksklinikken. I Helse Nord RHF er det totalt 9 slike team. Pasientene står fritt til å velge vurderingsteam (fritt sykehusvalg). 3 enheter står for 80 % av vurderingene. Vurderingsenhetene har ulik innvilgelsesprosent (Finnmarksklinikken 63 %,

UNN 89%, Nordlandssykehuset 95%, Helgelandssykehuset 96%). Innsøker kan derfor ta hensyn til dette når det velges vurderingsenhet.

Koordineringsenheten ved Nordnorsk kompetansesenter- rus (KoRus Nord i Narvik) er tillagt ansvar ”å koordinere pasientstrømmen til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord. Når det er gjort en vurdering av henvisning sendes denne til Koordineringsenheten, som på vegne av Helse Nord skal finne ledig kapasitet ved egnet behandlingstilbud. Dette gjelder behandlingsplasser både ved offentlige og private tiltak, som har avtale med et helseforetak, i og utenfor regionen. I tillegg skal Koordineringsenheten dokumentere pasientstrømmen i Helse Nord, behandle fakturaer for gjestepasientplasser rus, kvalitetssikre henvisningsrutiner og vurderinger, kvalitetssikre private avtaleinstitusjoner samt ajourføre intern venteliste i Helse Nord. Koordineringsenheten er fra 01.01.2007 organisatorisk underlagt UNN HF.

Finnmarksklinikken:

Finnmarksklinikken startet sin drift i 1980 som en del av det Fylkeskommunale tilbudet til rusavhengige i Finnmark. Den ble bemannet og driftet som en AA-institusjon på lik linje med andre AA institusjonene som ble bygget i perioden 1960 til 1980. Dette innebar blant annet at klinikken var livsnøytral, ble bemannet med helse og sosialpersonell og hadde et behandlingsprogram på 6-8 uker. Innholdet i behandlinga var i hovedsak basert på deltakelse i ulike behandlingsgrupper og individualsamtaler. Videre deltakelse i ulike former for arbeidsterapi. Alt dette i en strukturert behandlingshverdag der fellesskapet ble ansett som viktig. Finnmarksklinikken hadde som målgruppe klienter med alkoholavhengighet fra hele Finnmark. Begrunnelse for lokalisering til Karasjok ble under planleggingen av institusjonen foretatt av daværende overlege ved alkoholistomsorgen Kjølstad. Han uttalte at en slik institusjon burde legges til indre Finnmark med tanke på samiske pasienter.

Finnmarksklinikken hadde med andre ord en faglig profil som var likt Nordlandsklinikken (tidligere A-klinikken i Håkvik) og Tromsklinikken (tidligere Håkøya behandlingssenter på Kvaløya utenfor Tromsø). Fra oppstart og fram til rusreformen i 2004 utviklet Finnmarksklinikken seg faglig med tanke på målgruppen på samme måte som Nordlandsklinikken og Tromsklinikken. I perioden fram til 2004 hadde Finnmarksklinikken noen problemer med å rekruttere spesialisert utdannet personell, blant annet psykolog og psykiatriske sykepleiere. Ved inngangen til Rusreformen hadde Finnmarksklinikken den laveste bemanningsfaktoren av spesialistinstitusjonene i Helse Nord (sammenlignet med Nordlandsklinikken og Tromsklinikken).

Finnmarksklinikken er på grunn av dette og på grunn av sin størrelse ekstra sårbar overfor ”kriser”. Klinikkenes oversiktelighet gir et fortrinn i behandlingsarbeidet med pasienter med ulike typer angstproblematikk. Uten at det kan dokumenteres vitenskapelig er klinikken spesielt kjent for å være dyktig med ruspasienter med angstproblematikk. Klinikken har også hatt gode behandlingsresultater med yngre kvinnelige pasienter. Personalet ved klinikken blir ansett som spesielt dyktig på relasjonsbygging, omsorg og ivaretagelse. På bakgrunn av de bygningsmessige forhold der pasientene bor i frittliggende paviljonger stilles det krav om at de er selvhjulpne. Klinikken har kun sovende nattevakt. Finnmarksklinikken har vært minimalt vedlikeholdt. Bygningsmessig tilfredstillende institusjonen ikke krav som stilles til et helsebygg i dag. I erkjennelsen av dette har Helse Nord satt opp klinikken på investeringslisten for ombygging.

Oversikt over spesialiserte funksjoner innen Helse Nord:

Akuttavdelingen (akutt post Nord): Ved behov for ø-hjelp innleggelser, tvang etter LOPH, slik (akutt psykose, med suicidalitet eventuelt utagering) benytter Helse Finnmark akuttavdelingen i Tromsø.

Rus og spesialpsykiatrisk klinikk UNN (Tromsø):

Avdeling for sikkerhetspsykiatri: Rus og spesialpsykiatrisk klinikk ivaretar spesialisthelsetjenestetilbudet til de som trenger ekstra skjerming i Troms og Finnmark.

Rus- og psykiatriposten (ROP): Tromsø. Målgruppe 18 – 35 år, 8 plasser for de med alvorlig psykisk lidelse og rus. Posten tilbyr et opphold på opp til seks måneder. Én til to plasser kan brukes i forhold til gravide rusmisbrukere eller kortere opphold for eksempel i form av reinnleggelser. Posten tar primært imot pasienter fra Troms og Finnmark som har alvorlige rusproblem kombinert med mistanke om alvorlig psykiatrisk lidelse.

Avrusning og utredning: Ligger i Tromsø, 10 plasser, - godkjent for tvang etter Sosialtjenesteloven §6-2a.

ReStart: Ligger i Tromsø, 12 plasser, - godkjent for tvang etter Sosialtjenesteloven §6-2a.

Færingen: Ligger i Tromsø, 18 plasser. Målgruppen er ”unge”, opphold fra 5 til 8 mnd, - godkjent for tvang etter Sosialtjenesteloven §6-2a.

Nordlandsklinikken: Ligger i Narvik, har i dag 3 plasser for avrusning/skjerming og 24 plasser til døgnbehandling. Når den står ferdig skal det utvides til 8 avrusningsplasser. Ligger under UNN, Rus og spesialpsykiatrisk klinikk - har spesialistsykehus funksjoner i forhold til avrusning. Godkjent for tvang etter Sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a.

LAR i Nord: Ligger i Tromsø. Vurdering av LAR pasienter og igangsetting av substitusjonsbehandling er sentralisert til UNN.

Nordlandssykehuset: Mo i Rana, ved Nordlandssykehuset. En rusenhet er under oppbygging (Helse nord nytt nr 2, 2010), som skal ha korttidsplasser, avrusning og utredning. Opptaksområde fra Bodø og sørover.

Private institusjoner med Helse Nord - avtale som gir døgnbehandling:

- BUE-stiftelsen (døgnbehandling 10 plasser, Langørjan Gård), Rissa
- Fossen rusbehandling (døgnbehandling 20 plasser), Meråker
- Fossumkollektivet, Østfold (døgnbehandling 4 plasser), Spydeberg
- Finnmarkskollektivet (døgnbehandling 5 plasser), Langfjordbotn
- Sigma Nord (døgnbehandling 36 plasser) Fjellidal

Særlige utfordringer i Klinikk psykisk helsevern og rus

Tilgang på spesialister: Stabiliteten og rekrutteringen av psykiatere og psykologspesialister er enkelte steder vanskelig, og dels betydelig mer kostnadskrevende i Finnmark enn ellers i helseregionen. Dette har også betydning for hva man kan legge av oppgaver på DPS nivå.

Kommunene på sin side har også problemer med rekruttering av nøkkelpersonell.

En ytterligere kompliserende faktor er de lange reiseavstandene. Sentralisering av funksjoner vil pga geografiske og trafikale forhold naturlig måtte følge etablerte flyruter, i hovedsak mot Tromsø. Det er vanskelig å tenke seg å legge spesialtilbud utenfor disse rutene.

Differensiering av funksjoner med spesialisering av tilbud ved ett DPS vil derfor kunne være vanskelig.

Ventelister til døgnbehandling og avrusning: Det er i flere dokumenter pekt på at det er for lang ventetid til behandling. På landsbasis er det pr i dag 4000 pasienter på venteliste. Akuttfunksjoner og avrusning ansees som flaskehals innenfor TSB (omtale NRK Dagsrevyen 13.06.10) Tall fra Koordineringsenheten i Helse Nord (Årsmelding 2009) viser et det har vært en jevn økning av gjennomsnittlig ventetider på døgntilbud fra 2005. I følge ventetidsstatistikken fra Norsk Pasientregister (som har reelle ventetider beregnet etter behandlingsstart) er ventetidene i Helse Nord de høyeste i landet. For 2009 var ventetiden 19-20 uker for oppstartede pasienter innen TSB i regionen. De forventede ventetidene ved tiltakene som tilbyr avrusning/abstinensbehandling (Nordlandsklinikken og Avrusning og Utredning) hadde en betydelig nedgang i ventetid fra januar til desember for rettighetspasienter. Avrusning og Utredning reduserte ventetiden fra 13 til 8 uker, og Nordlandsklinikken fra 19 til 13 uker. Innen døgnbehandling har det ifølge statistikken vært en beskjeden økning i forventet ventetid mot slutten av året for rettighetspasienter. Ventetiden for pasienter uten rettighetsstatus har også økt.

Gjestepasientkostnader: Gjestepasientkostnadene for ruspasienter var i 2009 på 18,5 millioner for Helse Finnmark (se Vedlagt tabell). Det er en vekst på 38,6 % fra 2008. Driftsutgiftene ved Finnmarksklinikken var på 11,7 millioner i 2009. I følge tall fra Koordineringsenheten (Årsmelding 2009) var utgiftene til TSB samlet på 122,3 millioner for Helseregion Nord i 2009. Dette er en vekst på 21,4% fra 2008. Økningen skyldes dels prisvekst (6% pr liggedøgn) og dels vekst i antall liggedøgn (14,7%). Av totalbeløpet på 122,3 millioner knytter 74,6 seg til utgifter til opphold ved private institusjoner med avtale med Helse Nord RHF.

Det er vanskelig å få kontroll på disse kostnadene av flere grunner; fritt sykehusvalg innebærer også fritt valg av vurderingsenhet. Koordineringsenheten har en helseregional funksjon og koordineringsfunksjon. Det er vanskelig å forutse og budsjettere denne type kostnader. En pasient kan koste betydelige beløp (opptil 5 millioner kroner på årsbasis). Dette er midler man kanskje kunne brukt til å bygge opp egne tilbud. Helse Finnmark får ikke tilstrekkelig informasjon om den behandlingen de betaler for. Det er pekt på at dette kan skyldes at pasientopplysninger er taushetsbelagte, forsinkelse i rapporteringen og andre forhold. Det er grunn til å anta at det ved kjøp av gjestepasientplasser i en viss grad dreier seg om familiebehandling (mor og barn) gravide rusmisbrukere og de med sikkerhetsproblematikk. Kunnskapen om forhold som driver gjestepasientkostnadene er etter det arbeidsgruppa forstår noe begrenset. I Årsmeldingen til Koordineringsenheten heter det: "Bakgrunnen for kjøp ut av regionen er enten manglende behandlingsfaglig kompetanse/tilnærming tilgjengelig i regionen, behovet for å unngå fristbrudd på enkeltpasienter, eller at pasienter har benyttet seg av retten til Fritt sykehusvalg." Vi har fått kjennskap til at Helse Nord RHF skal iverksette en evaluering av vurderingsenhetene. Målet er å dempe gjestepasientkostnader (se for øvrig avsnittet om Historikk, økonomi)

Tilbudet til samiske pasienter: Det en generell erfaring at samiske pasienter i rusbehandling i liten grad oppsøker behandlingsapparatet og det synes som at behandlingstilbudet ikke har vært tilstrekkelig. Helse Nord RHF har igangsatt et forprosjekt ved Finnmarksklinikken for å vurdere oppbygging av samisk kompetanse innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det skal utrede behov for tiltak som konkret kan styrke tilbudet til den samiske befolkning gjennom samhandling og kompetanseutvikling.

Sentrale nasjonale og regionale føringer

Virksomheten ved Klinikk psykisk helsevern og rus reguleres blant annet av lov om spesialisthelsetjenester og pasientrettighetsloven. Etter Rusreformen fra 2004 er utredning og behandling av personer med ruslidelse en del av spesialisthelsetjenestens ansvar. Begrepet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble innført i forbindelse med rusreformen. Etter spesialisthelsetjenesteloven er dette en tjeneste på linje med andre tjenester som ytes i spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig spesialisert behandling gjennomføres på grunnlag av medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. Prioriteringer skjer i henhold til prioriteringsveiledere i psykisk helsevern for barn og unge,- for voksne. Det er tilsvarende veileder for (TSB) tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I Oppdragsdokumentet 2010 legges det føringer på at alle DPS skal opprette rusteam, øke antall polikliniske konsultasjoner både innenfor psykisk helsevern og TSB, etablere brukerstyrte plasser i døgnenhet og sikre samhandling mellom psykisk helsevern, TSB og somatikk. Videre skal omstillingstiltak, fra hovedtyngde på døgnbehandling til mer utadrettet og ambulant tilbud iverksettes. Innen TSB skal ventetiden reduseres og sikre et sammenhengende pasientforløp. Det vektlegges at tilbudet innen LAR skal inngå som en integrert del av TSB. Samhandling med somatisk avdeling, psykisk helsevern og kommunene ved akuttbehandling vektlegges i tillegg til å legge forholdene til rette i institusjonene for at innsatte kan sone etter §12 i Straffegjennomføringsloven.

Helse Finnmark har utarbeidet Strategiplan for perioden 2010-2015. Planen ble vedtatt av styret 10. februar 2010. Klinikk psykisk helsevern og rus har som mål er å utvikle desentraliserte, tilgjengelige og sammenhengende spesialisthelsetjenester av høy faglig kvalitet som er tilpasset befolkningens behov. Virksomhetsplanleggingen følges opp årlig igjennom klinikkenes utarbeiding av årsplaner og budsjetter.

Helse Nord RHF vedtok høsten 2007 Handlingsplan for tiltak i spesialisthelsetjenesten overfor rusmiddelbrukere 2007- 2014. I handlingsplanen er Finnmarksklinikkens planer om inntil 6 avrusningsplasser lagt inn på uprioritert plass. Disse plassene skal særskilt ivareta den samiske befolkning. UNN ved Tromsklinikken og Nordlandsklinikken har spesialistsykehusfunksjoner i forhold til avrusning. Medisinsk avrusning foretas ved sykehusene i Helse Finnmark i tillegg til på sykestuene. Det er behov for økning av kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling med særlig vekt på akuttbehandling, avrusning og desentrale behandlingstilbud som et alternativ til institusjonsbehandling. I motsetning til psykisk helsevern følger det lite midler med opptrappingsplanen for rusfeltet.

I Plan for psykisk helsevern og rus i Helse Finnmark (2009-2012, vedtatt 10.02.09) vektlegges det etablering av psykiatriske ungdomsteam ved samtlige DPS, å videreutvikle det ambulante tilbudet og samarbeidet mellom DPS og TSB- Finnmarksklinikken. I henhold til denne planen skal Finnmarksklinikken fortsatt være vurderingsenhet for institusjonsbehandling. Avrusningstilbudet ved denne institusjonen skal også styrkes. Det er også sagt at det bør opprettes et ambulante tjenester i tilknytning til Finnmarksklinikken. Det skal etableres nye henvisningsrutiner hvor veien inn til tverrfaglig spesialisert institusjonsbehandling går via lokalt DPS. Aktiviteten skal økes gjennom økt antall konsultasjoner i poliklinikk. Det er pekt på behovet for å utrede døgnenhetenes framtidige rolle. Det skal etableres psykiatrisk ungdomsteam i alle tre DPS-ene.

Klinikken skal jobbe for å sikre gode pasientforløp med behandlingstilbud på lavest mulig effektive behandlingsnivå (LEON –prinsippet) i samhandling med bruker, pårørende og kommunene. Kontakten til UNN HF skal gå via lokalt DPS.

Innspill fra dialogmøte i Alta

28. og 29 april 2010 ble det i Alta arrangert en kafédialog med deltagere fra UNN, Finnmarksklinikken, DPS og berørte kommuner. Formålet med samlingen var å få innspill til videre planlegging av tjenestetilbudet i døgnenhetene, spesielt for pasientgruppen med dobbeltdiagnose rus og psykisk lidelse. Det ble presentert faglige innlegg, og deretter delt inn i grupper som tok for seg ulike relevante tema. Den røde tråden i møte var behovet for samarbeid og dialog i forhold til arbeidet med målgruppen. Arbeidsgruppa har hatt tilgang til referatet fra møtet og benyttet det i sitt arbeid. Vi har valgt ikke å gjengi det i denne rapporten, men det er tilgjengelig ved henvendelse til Klinikksjefen i Alta.

Faglige føringer, faglige retningslinjer, kompetansebehov

Utdrag fra DPS veilederen:

I henhold til DPS-veilederen legges det føringer ift pasienter med rus- og psykiske lidelser: ”Personer med samtidig rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser vil ha behov for utredning og behandling fra flere nivåer. De ulike tiltakene kan gis samtidig eller i planlagt rekkefølge. Det er viktig at ansvar og oppgaver for de aktuelle tjenesteytere er avklart. Alle DPS bør ha kompetanse i utredning og behandling av mennesker med psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet (dobbeltdiagnose). Henviste pasienter med rusmiddelavhengighet skal få behandling for sin psykiske lidelse på linje med andre henviste pasienter. En forutsetning for å kunne gi egnet hjelp til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, er en grundig og helhetlig utredning. Utredningen må omfatte somatiske og psykososiale forhold. For å vite hvilke hjelpetiltak som er realistisk å satse på, er det viktig å kartlegge funksjonsnivå. Ulike instanser vil nesten alltid måtte bidra i utredningen. Det er avgjørende at tjenestene har tilstrekkelig basiskompetanse til å oppdage behov for kartlegging ut over eget mandat- og kompetanseområde for dermed å kunne sørge for at egen utredning blir komplett. I utredningen bør det benyttes godkjente verktøy som f.eks AUDIT og DUDIT (Alcohol/Drug Use Disorder Identification). Behandlingen bør være integrert slik at rusavhengigheten behandles samtidig med den psykiske lidelsen. Dette krever et nært samarbeid mellom psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. DPS bør ha hovedansvar for personer der den psykiske lidelsen er vedvarende i kombinasjon med en rusmiddelavhengighet. For å kunne gi et bedre tilbud til denne gruppen pasienter er det av vesentlig betydning at de ulike tjenestenes mandat ikke begrenser mulighetene til å vurdere personens ulike behov for hjelp. Uansett hvor personen først henvender seg, skal hjelpeinstansen sikre at vedkommende får en grundig vurdering og et behandlingsopplegg som inkluderer de ulike funksjons- og livsområder.”

Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse:

Helsedirektoratet har i to år arbeidet med retningslinjer for spesialisthelsetjenesten på dette området. Det ventes at disse vil være tilgjengelige i løpet av 2011 (opplysninger fra Gitte

Huus i Helsedirektoratet). Her vil det gis råd om screening- og utredningsverktøy, diagnostikk og praktiske anbefalinger om behandlingsmetoder, organisering av tjenester med mer.

Kompetansebehov på fagområdet:

KoRus Øst gjennomførte vinteren 2009 en undersøkelse for å identifisere dagens praksis ved DPSene og ved institusjoner/behandlingstiltak innenfor tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Ledere og behandlere ved samtlige ruspoliklinikker og psykiatriske poliklinikker og ledere ved institusjonstiltak innenfor TSB skulle delta i undersøkelsen. Den viste at det er stort behov for opplæring (jfr samtale med Anne Landheim ved KoRus Øst). Vi tror resultatene også er relevante for Helse Finnmark, som for øvrig også deltok i undersøkelsen. Landheim sier at utredningspraksis må styrkes, både ved poliklinikkene og ved rusinstitusjonene. Målet bør være å få ansatte til å utrede ruslidelser og psykiske lidelser på en systematisk måte ved bruk av anbefalte screeningsverktøy. Metoder for å få til dette vil blant annet være å gjøre screeningverktøyene tilgjengelig elektronisk (elektronisk retningslinje) og ved bruk av opplæringstiltak. Videre vil det være opp til den enkelte leder å benytte feedbackløsninger og påminnere.

Det er også behov for opplæring i integrert behandling og i bruk av anbefalte behandlingsmetoder som kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju. Det vil derfor være naturlig å foreslå opplæringsprogram i slike metoder. E- læring kan være en av flere opplæringsmetoder. Opplæringsprogrammet bør være nasjonalt og bør prøves ut både ved poliklinikkene og i rusinstitusjonene.

Ved psykiatriske poliklinikker er det nødvendig å arbeide med ansattes holdninger til personer som har en ruslidelse. I tillegg opplever mange at de mangler kunnskap og kompetanse for å kunne gi behandling til personer som også har en ruslidelse. Opplæringstiltak vil være en av flere implementeringsmetoder. Det er dessuten behov for iverksette tiltak som får ansatte ved DPSene til å overholde sin veiledningsplikt i forhold til kommunene. Dette vil være veiledning både på systemnivå og i forhold til enkeltpersoner. Det gjelder spesielt personer med alvorlige psykiske lidelser og omfattende ruslidelser og med sammensatte behov (Gruppe I).

Arbeidsgruppens anbefaling

Generelle prinsipper

For å nå Helse Finnmark sitt mål om å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester for pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser mener arbeidsgruppen det viktig å legge til grunn en del overordnede prinsipper i arbeidet. Dette er ment å være generelle formuleringer omkring organisering, ansvars- oppgavefordeling. Det skal ikke være til hinder for å gjøre individuelle tilpasninger. Det er stor grad av enighet i arbeidsgruppen om disse prinsippene.

Ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten:

Pasientens basale behov for sosial- og helsetjenester skal iht gjeldende lovverk dekkes av kommunene; bolig, oppfølgingstjenester (IP, ansvarsgruppe, støttekontakt, evt hjelpeverge), arbeid/sysselssetting etc. Dette er en nødvendig forutsetning for å unngå at spesialisthelsetjenesten ender med å gjøre kommunale oppgaver. Det er dessverre en del eksempler på at pasienter fortsatt mangler så elementære ting som bolig og oppfølgingstjenester i kommunen.

LEON-prinsippet legges til grunn, det betyr at man forsøker å løse saker på lavest effektive, - og forsvarlige nivå. Noen ganger blir pasienter henvist til døgnbehandling uten at poliklinisk behandling har vært prøvd ut. Det hender også at pasienten etter langtidsopphold i institusjon fortsatt mangler bolig og oppfølgingstjenester. Dette strider med vår forståelse av LEON-prinsippet.

Et sterkt DPS er av sentral betydning dersom man ønsker å løse oppgaver på lavest effektive og forsvarlige nivå i spesialisthelsetjenesten. Det vil kunne demme opp for unødvendig bruk av kostbare behandlingsplasser på regionalt nivå (Universitetssykehus, regionale rusinstitusjoner og gjestepasientplasser). DPS har et definert opptaksområde og derfor rollen som inngangsport og koordinator ift spesialisthelsetjenesten. Pasientenes behov for helse – sosialtjenester skal dekkes i aksene mellom kommunene DPS og Universitetssykehuset (og de øvrige regionale funksjonene). Dette er i dag tilfelle for pasienter med hoveddiagnose psykisk lidelse. Det samme bør også bli tilfelle for ruspasientene. Spesialisthelsetjenesten må gi et klart signal til kommunene, fastlegene og øvrig spesialisthelsetjeneste om at veien inn til spesialistbehandling skal gå via lokalt DPS.

DPS må derfor rustes opp til å være den sentrale organisatoriske enheten i spesialisthelsetjenesten med ansvar for forvern, behandling og ettervern av mennesker med rus- og psykiske lidelser. Henvisning, screening, utredning, diagnostisering og behandling av målgruppen bør så langt det er mulig foregå på DPS, hovedsakelig poliklinisk/ambulant. DPS skal også ha oppfølgingsansvaret etter utskrivelse fra døgnenheter og rusinstitusjoner (der det er behov for det), det samme bør også gjelde for LAR-pasienter.

DPS skal ha en generalistfunksjon, differensiering mellom DPS bør derfor tones ned. DPSene bør bygge videre på sin generalistiske og integrerte profil, noe som vurderes å være et fortrinn for Helse Finnmark på dette område. De ulike DPS skal derfor bare i mindre grad differensiere sine tilbud; dvs spesialisere seg. Andre helseforetak har ikke den samme tradisjonen, tjenestene er oppsplittede, ofte med tette skott mellom tjenesteyterne. Geografiske forhold og kollektive transportruter gjør også at dette er upraktisk for pasientene. Det er i styringsdokument fra Helse Nord pekt på at man ønsker å etablere rusteam ved hvert DPS. Det er arbeidsgruppens oppfatning at man bør unngå ytterligere oppsplitting av funksjoner innad ved DPSene i Finnmark. Det bidrar til å lage ”båser” i behandlingen, noe som hemmer integrering. Det er i dag PUT ved to DPS og ett er under etablering i Øst-Finnmark. Arbeidsgruppa mener at en ytterligere oppdeling ikke er hensiktsmessig ved relativt små DPS, som det her er snakk om. Vi foreslår i stedet en generell styrking av behandlerressursene ved hvert DPS (i form av kompetansetiltak, hjemler med mer).

Spesialisthelsetjenesten skal bygge opp tjenester på prinsippet om: ”Det som *kan* desentraliseres skal desentraliseres, og bare det som *må* sentraliseres skal sentraliseres.” Det vil på dette område i praksis si at det meste kan og skal desentraliseres. Det er kun de tilstandene (og spesialistfunksjonene) som er så spesielle, sjeldne eller alvorlige som bør håndteres på regionalt eller nasjonalt nivå. Ø-hjelp skal håndteres av den kommunale

legevakten og UNN (som før). Sentralisering av funksjoner vil pga geografiske og trafikale forhold naturlig måtte følge etablerte flyruter, i hovedsak mot Tromsø.

Desentralisering av funksjoner støter på en annen utfordring; tilgangen på tilstrekkelig lokal spesialistkompetanse. Det må derfor *fortsatt* arbeides langsiktig og systematisk med stabilisering og rekruttering av nødvendig fagpersonell. Godkjenning av DPS som utdanningssted for spesialister krever dessuten tilstrekkelige fagressurser.

Integrert behandling (samtidig behandling av psykisk lidelse og ruslidelse) er en veldokumentert tilnærming, og som anbefales især til de med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse. Integrert behandling er viktig for å sikre god samordning og koordinering i behandlingen av pasienter med rus- og psykisk lidelser. Behandlingen tilpasses den enkeltes behov, og det skal utarbeides en behandlingsplan. BUP/UPK har en viktig rolle ift tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon av rusmisbruk hos ungdom, og må sikres nødvendig kompetanse i screening, utredning, diagnostikk og behandling. Samarbeidet mellom VPP, PUT og BUP må styrkes (samarbeidsrutiner, møter, elektronisk journal/epikrise etc), slik at overgangen mellom tjenestene bidrar til kontinuitet i tiltakene og hindrer forverring

Brukermedvirkning:

Klinikk psykisk helsevern og rus skal praktisere brukermedvirkning, individuelt gjennom bruk av systematisk feed-back fra pasientene (eks. Duncan Miller metode e.l), behandlingsplan der pasienten deltar aktivt, IP og ansvarsgruppe. På systemnivå foregår dette ved kontaktmøter og brukerråd, som er etablert på alle DPS. Samarbeidet med brukerorganisasjoner bør styrkes, som eksempel ved å etablere stilling som brukerombud, gi støtte til likemannsarbeid, starte ulike pilotprosjekter i samarbeid med brukerorganisasjonene

Samhandling - behandlingsnettverk

Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene:

Nettverksbygging er nødvendig forutsetning for å lykkes i arbeidet med målgruppen. Godt samarbeid og samhandling mellom DPS, kommune og UNN skal styrkes på alle nødvendige områder (elektronisk/audio-visuell kommunikasjon, samhandlingsrutiner- og avtaler, epikriser, henvisninger etc). Dette ble understreket under Kafédialogen i april 2010. Det er allerede etablert et nært samarbeid med opptaksområdets kommuner, det gjelder både rundt enkeltpasienter og på systemnivå. Dette bør videreføres. Nært samarbeid og samhandling med kommunens hjelpeapparat, skal sikre at tiltakene er koordinerte og kontinuerlige.

Ansvarsgruppe og Individuell Plan (IP) er to viktige verktøy for å sikre dette samarbeidet.

Utvikling av gode Finnmarktilpassede samarbeidsmodeller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten bør stimuleres (samarbeidsmidler, pilotprosjekter, ACT team e.l.). På dette område er det allerede i gang prosjektarbeid i Klinikk psykisk helsevern og rus. DPS Øst-Finnmark i samarbeid med kommunene Tana, Vardø og Sør-Varanger fikk høsten 2009

innvilget statlige samhandlingsmidler fra helsedirektoratet på 1 million kroner til "Utvikling av organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller innen psykisk helsefeltet". Formålet med tilskuddsordningene er "å bidra til utvikling av organisatoriske forpliktende modeller for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten." Dette for å sikre et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud til mennesker med alvorlig psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med ruslidelser, kognitiv svikt, m.v. med langvarige og sammensatte behov for bistand. Målgruppen er ungdommer i alderen 18- 30 år. Prosjektets varighet er 3- 5 år.

Tilsvarende er det innvilget kr 500 000 i 2010 til samhandlingsprosjekt knyttet til DPS Vest Finnmark og Alta kommune. Formålet er å utvikle forpliktende modeller for samhandling mellom kommunehelsetjenesten i Alta og spesialisthelsetjenesten i Helse Finnmark ved klinikk psykisk helsevern og rus, DPS Vest Finnmark for å sikre tidlig intervensjon overfor unge med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med ruslidelser. Gjennom denne type prosjekter kan det gjøres lokale tilpasninger, høstes erfaring med overføringsverdi.

Fremtidig tilbud ved døgnenhetene i DPSene for pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse

Avrusning:

Døgnavdelingen ved DPS tar i dag kun lettere tilfeller av avrusning. De vanskeligere tilfellene sendes enten til somatisk sykehus eller til regionale avrusningstilbud. Selv om det har vært en nedgang i ventetider til avrusning i Helse Nord i 2009 er det fortsatt mangel på slike plasser. Tilbudet er under oppbygging i Helse Nord.

Det er i dag ofte et problem at avrusning og videre behandling ikke er koordinert. Det blir gjerne "en tre dagers kur" og ut igjen. Det er derfor et behov for at døgnenhetene i DPS blir faglig, bygnings- og personellmessig rustet til denne oppgaven i framtiden. Kutt i døgntilbudet ved DPS, slik vi nå erfarer det, er ikke i tråd med prinsippet om å styrke DPSenes rolle. Tvert imot svekker det den lokale forankringen av spesialisthelsetjenesten. Omstilling er nyttig og nødvendig, men gevinsten av dette må pløyes tilbake til psykisk helsevern og DPS .

Somatisk sykehusavdeling bør, som i dag, ta hånd om akutt avrusning av pasienter med nedsatt bevissthet, tegn på alvorlig forgiftning, alvorlig somatisk tilleggssykdom og/eller som har fått alvorlige komplikasjoner som langvarige krampeanfallet. Det samme gjelder delirtilstander eller kjennskap til at dette har forekommet tidligere hos pasienten.

DPS bør således kunne ta hånd om pasienter med omfattende blandingsmisbruk, inkludert opioider, pasienter med somatisk eller psykiatrisk tilleggssykdom som krever sykepleiefaglig observasjon og tilgang til medisinsk service på døgnbasis. Døgnavdelingene i DPS har vanligvis god sykepleierdekning, men liten legedekning. Enklere avrusning og nedtrapping kan foregå poliklinisk/ambulant i samarbeid med psykiatrisk team i kommunene. Man skal huske at de fleste avrusninger i dag foregår i hjemmet.

Kompetansebehov og beredskap på DPS:

DPS skal være rustet til å takle uventede komplikasjoner ved behandling av rus- og psykiske lidelser (suicidalitet, utagering, vold, akutt psykose, delir/kramper, somatisk sykdom). Behandlingspersonalet skal sikres nødvendig lederstøtte og faglig veiledning. Tverrfaglige team med tilstrekkelig tilgang på spesialister danner ”grunnstammen” i et DPS, og er en nødvendig forutsetning for å sikre forsvarlig helsetjeneste for målgruppen. Bemanning og kompetanse skal være slik at man kan takle de oppgavene som er pålagt enhetene (innebærer tilstrekkelig tilgang på spesialist; psykolog og psykiater). Døgnetenhetene i DPS skal ha spesialist i psykiatri i telefonberedskap for å ivareta et kontinuerlig medisinsk faglig ansvar, og for å takle akutte situasjoner. Det bør inngås avtaler med vertskommunene til DPS med døgnavdeling om legetilsyn ved behov til innlagte pasienter. Det vises i denne forbindelse til konklusjonene i rapporten fra ”Utredning av telefonisk bakvaktordning” 2010.

Kompetanseutvikling:

Behandling av rus- og psykiske lidelser er ikke et ”sært” felt. Det handler først og fremst om å bli trygg på den kompetansen man har. Personalet ved døgnetenhetene har allerede mye erfaring på dette området. Det handler om å se og inkludere både den psykiske lidelsen og rusproblematikken. Faglig støtte og veiledning er viktig, sammen med kunnskap og gode holdninger.

Spesialinstitusjoner i rusbehandling (Finnmarksklinikken) vil kunne ha viktig opplæringsfunksjon overfor DPS (kartleggingsverktøy som Mini, EuroAsi). På samme måte vil DPS kunne tilføre rusinstitusjonene kompetanse i psykiatrisk utredning, diagnostikk og behandling. Opplæring kan skje ved hospitering til enheter/institusjoner som har den ønskede erfaring og kunnskap. Det skal stimuleres til faglig møteplasser for utveksling av erfaringer, metoder og forskning knyttet til målgruppen.

Det ble i 2008 gjennomført en kompetansekartlegging på rusfeltet i Klinikken psykisk helsevern og rus. Denne ble noe mangelfull fordi en ikke fikk inn rapporter fra alle fagpersoner i klinikken. Det vises til Korus Øst som gjennomførte kartlegging i 2009, se s 15. Vi tror at denne kartleggingen også er relevant for ansatte i Helse Finnmark da vi deltok på undersøkelsen. Resultatene derfra kan derfor danne grunnlag for å utvikle en samlet plan på området. I den forbindelse vil det være hensiktsmessig å fullføre tidligere påbegynte kartlegging i Helse Finnmark HF.

Videreutdanningsprogrammer i rus- og psykiske lidelser à la SepRep anbefales. I framtida vil det sannsynlig bli tilbud om e- læringsprogrammer, elektronisk retningslinje som beslutningsstøtte, ”påminnere” etc som kan integreres i klinikken.

Poliklinisk behandling og dagbehandling:

Det er et uttalt mål i Helse Nord at poliklinisk/ambulant behandling skal økes. Dette er også viktig for å forebygge tilbakefall og reinnleggelse av pasientene. Døgnetenhetene ved DPS har hatt tradisjon for å gjøre tidkrevende poliklinisk/ambulant arbeid i form av forvern og ettervern. Dette blir i liten grad registrert. Dette bør synliggjøres i refusjonssystemet.

Det gis tilbud om dagbehandling ved noen døgnavdelinger og VPP, men ikke spesifikt for denne målgruppen. Noen døgnenheter (som Tana) benytter leiligheter som "pasienthotell". De betaler egenandel, holder selv kost, men betaler ikke for overnatting. Arbeidsgruppen støtter denne type organisering av dagbehandling, som gjør intensiv behandling mulig, også for de med store reiseavstander. Dette kan kombineres med gruppebehandling sammen med innlagte eller polikliniske pasienter ved DPS. Egnede lokaler til gruppebehandling må stilles til rådighet der det ikke finnes.

RHF Kontaktforum rus (Notat ved Anne Aasen) har tilrådet dagbehandling for denne pasientgruppen: "Ved adekvat valg av dagbehandling som tilbud, vil det kunne gi en god behandlingseffekt ved at alt man gjør terapeutisk i en behandlingsprosess kan prøves ut steg for steg i dagliglivet. Flere pasienter kan akseptere og ta imot behandling tidligere i et forløp eller i avhengighetsutviklingen, fordi det er mindre stigma knyttet til behandlingsformen og pasienten opprettholder kontakt med familie og kan fortsatt ta omsorgsansvar der det er aktuelt. Eksempelvis er det kjent for behandlingsapparatet at spesielt kvinner med barn, vegrer seg for å gå inn i behandling og problemene er ofte svært alvorlige før de søker hjelp. Videre kan pasienten oppleve at behandlingsformen er mer preget av pasientens direkteinnflytelse og den kan derved gi økt mestringsopplevelse og at pasienten har kontroll over eget liv. En døgnbasert innleggelse kan for mange være et nederlag - og "sprekker" med nye inntak kan oppleves som bekreftelse på håpløshet og dårlig prognose. Ved en behandlingsform som ligger på et for høyt omsorgsnivå kan hjelpeapparatet indirekte påføre pasienter "en karriere" over tid som er negativ. Videre er dagbehandling som form kostnadseffektiv og man kan produsere mer helse for hver krone. Dagbehandling kan ikke erstatte andre tjenester, men må etableres som et supplement til de øvrige tilbud og kan dermed være et nyttig ledd i et helhetlig behandlingstilbud, tilpasset de sammensatte og ulike behov den samlede pasientgruppen innen TSB har."

Samspeillet mellom VPP, døgnenheterne og Finnmarksklinikken

I en tjenestemodell der DPS har en sentral rolle som inngangsport til spesialisthelsetjenesten vil det ha betydning for tilbudet til spesialinstitusjoner som Finnmarksklinikken. Arbeidsgruppen forslår at DPS i framtiden får ansvar for screening og utredning av dobbeltdiagnosepasienter. Det vil danne grunnlag for alliansebygging, som senere vil komme til nytte i en behandlings- og ettervernsfase. Dersom DPS avdekker behov for plass ved rusinstitusjon vil pasienten viderehenvises til dette.

Det er tidligere lagt opp til at Finnmarksklinikken skal ta avrusning, noe som så langt i liten grad har vært tilfelle. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at dette som hovedregel bør foregå ved døgnenheterne i DPS (unntatt de alvorligste tilstandene). Avrusning krever observasjon og tett oppfølging, noe som gjør at andre oppgaver må nedprioriteres. Arbeidsgruppen foreslår derfor at pasienter, som trenger det, avruses på DPS før de legges inn på Finnmarksklinikken eller andre rusinstitusjoner.

DPS driver i dag utstrakt ambulant virksomhet mot de kommunene de betjener. Det er etablert samarbeidsfora med kommunenes helse- og sosialtjenester. Dette er nødvendig grunnlag for rehabiliteringen og ettervernet av pasienter med kombinerte rus- og psykiske lidelser. Det er under utvikling ambulant tjenestetilbud ved Finnmarksklinikken.

Det framgår av tidligere føringer at Finnmarksklinikken skal utvikle kompetanse og behandlingstilbud spesielt rettet mot den samiske befolkningen. Det ble i 2010 startet et forprosjekt over to år som skal kartlegge behovet for og organisering av et slikt tilbud. Dette er noe arbeidsgruppen støtter og som i et helseregionalt- og nasjonalt perspektiv vil kunne være med å profilere Helse Finnmark HF og Finnmarksklinikken. Det blir imidlertid viktig i forprosjektfasen å beskrive en framtidig oppgavefordeling mellom SANKS og Finnmarksklinikken.

Fremtidig tilbud ved Finnmarksklinikken

Det vil være naturlig og ønskelig at spesialistinstusjoner innenfor rus i Helse Nord fortsatt tilpasser sitt tilbud innenfor et Helse Nord-perspektiv. I dag ivaretar Finnmarksklinikken, Basis og Nordlandsklinikken sin målgruppe slik at det er lite forespørsler etter gjestepasientplasser for denne gruppen. Målgruppen er definert som den pasientgruppen som er i behov for døgnbehandling inntil 3 måneder. Det er naturlig at dette fortsetter også i fremtiden.

Videre anses det naturlig at Finnmarksklinikken har veiledningsfunksjoner overfor DPS og kommuner. Dette vil gjelde spesifikke kartleggings-, utrednings- og behandlingsmetoder tilpasset denne gruppen. Denne pasientgruppen er relativt stor og er i likhet med dobbeltdiagnosepasienter avhengig av samordnede tiltak over tid for å få optimal behandlingseffekt.

Døgnpasienter ved rusinstitusjoner har idag ulike målsettinger på dette området og kan spenne fra totalt avhold fra alle rusmidler på den ene siden til skadereduksjon på den andre siden. I debatter om dette er det også argumenter om at rusbehandling bør harmoniseres med dagens virkelighet i et medikalisert samfunn (jfr dagens debatt i dag i media om utdeling av heroin til heroinavhengige). Arbeidsgruppen har notert seg flere innspill fra Kafédialogen rundt dette. Det har vært stilt spørsmål om ikke Finnmarksklinikken bør inkludere pasienter som bruker medikamenter for psykiske problemer (eks Ritalin ved ADHD). Disse pasientene blir i dag avvist. Vi er kjent med at de nye LAR- retningslinjene gir føringer på dette området, og at det også vil kunne få betydning for det tilbudet Finnmarksklinikken skal gi i framtida. Finnmarksklinikken har i likhet med andre rusinstitusjoner vært medikamentfri når det gjelder for vanedannende medikamenter. Institusjonen har inntil nå hatt en meget restriktiv linje med hensyn til bruk av B- preparater. En restriktiv holdning skal også fortsette i framtiden, men arbeidsgruppen mener den absolutte linjen bør løses noe opp.

Gjestepasientkostnader

Vurderingsenheten ved Finnmarksklinikken:

Da spesialisthelsetjenesten overtok ansvaret for behandling av rusmisbrukere ble det fra Helse Nord bestemt at Helse Finnmark HF skulle ha *en* vurderingsinstans. Den lagt til

Finnmarksklinikken, da de hadde best kompetanse på området. På et senere tidspunkt ble det i Helse Finnmark HF drøftet om DPS ene skulle gis vurderingsfullmakter ift TSB.

Arbeidsgruppen har drøftet spørsmålet om vurderingsenheten ift gjestepasientproblematikken. I diskusjonen har det kommet fram argumenter for å desentralisere denne funksjonen til DPS i Helse Finnmark. Dette kan ses som en naturlig konsekvens av de prinsipielle føringene som er presentert ovenfor. Dette vil allmenngjøre rusproblematikken, styrke DPS sin rolle som ”koordinator” i spesialisthelsetjenesten, bidra til bedre ”pasientflyt”, sikre forvern og ettervern på en bedre måte enn i dag. Poliklinikkene har mulighet for å finne gode løsninger på lokalt nivå. Pasienten er i sitt nærmiljø under vurderingsprosessen og poliklinikken kan ta kartleggingssamtaler. De kan henvise til poliklinisk behandling i DPS og gi poliklinisk behandling i ventetid på institusjonsbehandling. Dersom poliklinikkene vurderer at det er behov for institusjonsopphold sendes søknaden vurderingsenheten på Finnmarksklinikken.

Motargumenter til dette er at DPS har ikke god nok oversikt over behandlingstilbudet i rusfeltet. Lovgrunnlaget for rusbehandling og psykisk helse er til en viss grad forskjellig og DPSene har i dag ikke kompetanse til å gjøre gode faglige vurderinger om rett/ikke rett til helsehjelp. Det vil medføre ytterligere oppgaver i et allerede presset DPS og kreve fagressurser. Innvilgelsesprosenten av rett til helsehjelp er i dag høyere ved DPS som har denne funksjonen enn den er ved eksempelvis Finnmarksklinikken. Man vil derfor kunne frykte at gjestepasientkostnadene kan øke som følge av en slik desentralisering.

Arbeidsgruppen har ikke samlet seg til en konkret anbefaling omkring på spørsmålet om å endre dagens struktur vedrørende vurderingsenhetene. Vi har ikke hatt den nødvendige tid til dette. Problemstillingen er kompleks.

Vi har kjennskap til at Helse Nord RHF skal iverksette en evaluering av vurderingsenhetene. Målet er å dempe gjestepasientkostnader. Dette vil være faglig riktig når kvaliteten på behandlingen helseforetaket selv gir er forsvarlig og holder faglig god standard. Det er også riktig ut fra LEON-prinsippet, og det vil dessuten være økonomisk besparende.

Det har vist seg vanskelig å få kontroll på disse kostnadene av flere grunner. Dette spørsmålet er nå under behandling hos klinikkledelsen. Det er nærliggende å tenke seg at innsparinger her vil kunne brukes til å bygge opp gode lokale tjenester på DPS nivå. I Helse Finnmark er det eksempel på at dette har skjedd (Familieavdelingen i Karasjok). Vi støtter opp om nødvendigheten av å foreta en ny gjennomgang av vurderingsenhetenes struktur og rolle i Helse Nord.

Referanser

- St meld nr 69, Tiltak for rusmiddelmissbrukere, 1991-1992
- St meld nr 25 ”Åpenhet og helhet”, 1996/1997
- St prp. nr 63 ”om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006”

- Tiltaksplan for psykisk helsevern 2005- 2015. Vedtatt av styret Helse Nord RHF 2005
- DPS veileder, Distriktpsikiatriske sentre- med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen, shdir, 9/2006
- Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, shdir, 2008
- Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre, shdir, 03/2006
- Handlingsplan for tiltak mot rusmiddelmissbruk i Helse Nord 2007- 2014: Riktig, nært og helhetlig, 2007
- Prioriteringsveileder; psykisk helsevern for barn og unge, IS-1581,04/2009
- Prioriteringsveileder; psykisk helsevern for voksne, IS- 1582, 12/2008
- Prioriteringsveileder; Vurdering av henvisninger tiltverrfaglig spesialisert rusbehandling, helsedir, 08/2008
- Oppdragsdokument 2010, Helse Finnmark HF
- Strategiplan 2010-2015 Helse Finnmark HF
- Plan for framtidig tilbud ved døgnenhetene i psykisk helsevern, Rapport fra arbeidsgruppe 2009
- Plan for psykisk helsevern og rus Helse Finnmark HF del I (2007)
- Plan for Psykisk helsevern og rus, Helse Finnmark HF 2009-2012, Del II. Vedtatt 10.02.09
- Handlingsplan for tiltak i spesialisthelsetjenesten overfor rusmiddelbrukere 2007-2014
- IS-1701: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet 2010
- Notat RHF Kontaktforum rus – Dagbehandling ved Anne Aasen
- ”Avrusning og behandling” – foredrag ved overlege Høyfødte april 2010
- ”Finnmarksklinikken” –foredrag ved leder Inger Lise L. Bjerknes april 2010
- ”DPS Øst-Finnmark Døgnenheten - i samarbeid med de andre enhetene og kommunene” - foredrag ved Snefrid P Breivik, Solveig Wilhelmsen, Ingjerd Eriksen og Tove K Helander april 2010
- Rapport: Framtidig tilbud ved døgnenhetene i psykisk helsevern
- Rapport: Utredning av telefonisk bakvaktordning
- Statens helsetilsyn. Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. 2000. Oslo.

- Korus Nord hjemmeside: ”rusbehandling.org”
- Undersøkelse vedrørende kompetansebehov på fagområdet. Muntlig meddelelse fra Anne Landheim KoRus Øst, 10.06.10.
- Årsmelding 2009 fra Koordineringsenheten i Helse Nord
- Dobbeltdiagnose- håb-afklaring- handling. En antologi, Århus 2009. ISBN: 87 - 911- 49-79-7
- Signaler fra utkast til Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Muntlig meddelelse fra Gitte Huus, Helsedirektoratet 10.06.10.
- Mueser K T, Noordsy D L, Drake R E, Fox L. Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Universitetsforlaget, Oslo 2006.
- Publiserte artikler om prevalens av samtidig psykisk lidelse og ruslidelse: Regier et al. 1990, Kessler et al. 1997, Grant et al. 2003, Alonso et al. 2004, Westermeyer 2006, Blanchard et al. 2000, Duke et al. 1994, Mueser et al. 2000

Vedlegg

Tabell

Finnmarksklinikken Gjestepasientkostnader Sum Rusvern, Helse Finnmark

ÅR	Budsjett	Regnskap	Budsjett	Regnskap	Budsjett	Regnskap
2007	8 936 290	9 555 598	6 547 346	15 213 344	15 483 636	24 768 942
2008	9 998 840	10 656 989	12 147 346	12 964 967	22 146 186	23 621 956
2009	11 689 860	11 716 026	11 372 346	18 545 178	23 062 206	30 261 204
2010	13 155 055		11 372 346		24 527 351	



Styremøte i Helse Finnmark HF

Dato. 1. september 2010

Møtedato: 8. og 9. september 2010

Saksbehandler: Klinikksjef Inger Lise Balandin

Sak nr:	52/2010
Navn på sak:	Tilsynsrapport, Helsetilsynet, med spesialisthelsetjenesten ved BUP Kirkenes, klinikk psykisk helsevern og rus. Rapport datert 20.07.2010.

Tilråding:

1. Styret i Helse Finnmark HF tar tilsynsrapport, Helsetilsynet, med spesialisthelsetjenesten ved BUP Kirkenes, klinikk psykisk helsevern og rus til orientering.
2. Styret forutsetter at avvikene lukkes innenfor de tidsfrister som er gitt av Helsetilsynet.

Vedlegg:

1. Saksfremlegg.
2. Endelig rapport etter tilsyn med spesialisthelsetjenesten ved BUP Kirkenes 7. april - 20. juli 2010.

Eva Håheim Pedersen
Adm. dir.



Saksbehandler: klinikkjef Klinikk psykisk helsevern og rus Inger Lise Balandin

STYRESAK 52/2010 Tilsynsrapport, Helsetilsynet, med spesialisthelsetjenesten ved BUP Kirkenes, klinikk psykisk helsevern og rus. Rapport datert 20.07.2010.

Bakgrunn

Helsetilsynet gjennomførte i tidsrommet 7. april – 20. juli 2010 tilsyn ved BUP Kirkenes, Klinikk psykisk helsevern og rus, Helse Finnmark HF.

Tilsynet omfattet:

- Vurdering og prioritering av nye pasienter.
- Utredning, behandling og oppfølging av pasienter, med særskilt oppmerksomhet mot barn og unge henvist for mulig ADHD.

Tilsynset resulterte i følgende 2 avvik i endelig rapport etter tilsyn, datert 20.07.10:

Avvik 1:

Helse Finnmark HF sikrer ikke at BUP Kirkenes foretar forsvarlige vurderinger og prioriteringer av alle henviste pasienter.

Avvik 2:

Det er ikke etablert rutiner ved BUP Kirkenes som sikrer dokumentasjon av en faglig forsvarlig og planmessig styrt utredningsprosess av ADHD pasienter.

Helse Finnmark HF har ansvar for å styre sine underliggende virksomheter slik at krav i lovgivningen blir overholdt. Helse Finnmark har ikke etablert tiltak som sikrer at barn og unge som henvises til BUP Kirkenes får en faglig forsvarlig vurdering og prioritering av hjelpetiltak.

Da tilsynet ble gjennomført, var ledelsen kjent med at poliklinikken var sårbar når det gjaldt tverrfaglig kompetanse til å utføre oppgavene som var tema for tilsynet. Likevel var det i liten grad iverksatt tiltak for å forebygge svikt, og for å sikre at tilstrekkelige tiltak ble gjennomført og fulgt opp. I for stor grad var ansvaret for driften overlatt til poliklinikkens ansatte uten at det var etablert kompenserende tiltak for å styre og dokumentere faglig arbeid.

Helsetilsynet i Finnmark ber om en plan fra DPS Øst-Finnmark for hvordan virksomheten har tenkt å rette opp de påpekte forholdene. Fristen for tilbakemelding til Helsetilsynet er satt til 21. september 2010.

Generelt

Gjennomføringen av tilsynet fant sted ved BUP Kirkenes 9. – 10. juni 2010.

Arbeidet med å lukke avvikene etter slutt møte 10. juni 2010 startet umiddelbart.

Rapporten er presentert for og diskutert i avdelingen, lederteamet i DPS Øst-Finnmark, Kvam-rådet den 22.06.10, Fagråd den 17.08.10 og i klinikkledermøte den 23.08.10. I det følgende beskrives hva som er gjort samt planer for videre arbeid.

Det vil bli utarbeidet en plan for lukking av avvikene i hht Helsetilsynets frist 21.09.10. Det jobbes parallelt med å lukke avvikene fortløpende.

Vurdering og prioritering av henviste pasienter:

Umiddelbart etter sluttmøte 10. juni ble avviket lukket ved at alle henviste pasienter får en forsvarlig vurdering og prioritering av sin søknad ved at tilsatt psykiater ved BUP Kirkenes deltar i inntaksteamet. Fra august 2010 er det inngått avtale med en erfaren psykologspesialist om at hun vil delta i inntaksteamet. Psykologspesialisten har gjennom flere år har jobbet ved SANKS. Dette er tenkt som en overgangsløsning inntil rekrutteringsarbeidet har ledet til en permanent løsning som kan sikre spesialistkompetansen ved BUP Kirkenes.

Rekruttering

Klinikken har et kontinuerlig fokus på rekruttering og stabilisering av spesialister ved BUP Kirkenes. Målet er å rekruttere barnepsykiater i 100 % stilling og psykologspesialist i 100 % stilling med 100 % tilstedeværelse i Kirkenes.

Etter tilsynet i juni 2010 har rekrutteringsarbeidet vært intensivert. Etter at det var klart at ingen av firmaene som har avtale med Helse Nord RHF verken klarte å rekruttere eller skaffe vikarer ble det åpnet for å jobbe mot flere firma. Det er nettopp inngått en omfattende rekrutteringsavtale med en ekstern konsulentfirma for å rekruttere en BU-psykiater og psyk.spesialist. DPS Øst-Finnmark står også i konkrete forhandlinger for å leie inn en BU-psykiatervikar for overgangsperioden inntil fast ansatt BU-psykiater er på plass.

Det har i en periode foreligget et tilbud fra SANKS om å bidra overfor BUP Kirkenes ved at pasienter henvises til BUP Karasjok. Selv om BUP Kirkenes primært jobber for å gi tilbud til pasienter i DPS Øst-Finnmark har de fra våren 2010 henvist pasienter til BUP Karasjok, BUP Hammerfest og BUP Alta. Dersom det ikke skulle lykkes å skaffe spesialister til BUP Kirkenes vil det bli etablert et nærmere pasient samarbeid mellom BUP Kirkenes og øvrige BUPer i klinikken, primært SANKS, for å sikre at barn og unge som henvises til BUP Kirkenes får en faglig forsvarlig vurdering, prioritering og utredning av hjelpetiltak.

Høsten 2010 vil det bli utarbeidet en rekrutterings- og stabiliseringsplan i Klinikkk psykisk helsevern og rus som skal samordnes med rekrutterings og stabiliseringsarbeid på foretaksnivå. Arbeidet er iverksatt.

Veiledning

Når det gjelder veiledning av psykologer så åpnes det for å engasjere eksterne veiledere, fortrinnsvis fra UNN. Begrunnelsen er at tilgjengelig spesialistkapasitet i størst mulig grad skal kunne benyttes til klientrettet arbeid for å unngå ventelister, fristbrudd og forlenget behandlingsforløp samt overholde krav om to konsultasjoner pr dag pr behandler.

Prosedyrer

Tilsynet viste at BUP Kirkenes har prosedyrer for å sikre et faglig godt tilbud. Prosedyren er godkjent og lagt i det elektroniske kvalitetssystemet Docmap. Implementeringsarbeidet som i følge tilsynet ikke var godt nok vil styrkes slik at prosedyrene er kjent og tas i bruk i den daglige pasientbehandlingen.

Dokumentasjon

Avdelingen i samarbeid med DPS og klinikken vil på nytt gjennomgått sine rutiner for dokumentasjon bla i forhold til

- Juridisk krav til dokumentasjon
- Pasientforløp - herunder dokumentasjon av vurdering, prioritering, utredning og oppfølging av tiltak
- Bruk av BUP data
- Journalskriving
- Registrerings- og rapporteringsrutiner

Avvikshandtering

Samtlige avvik i klinikken skal meldes elektronisk fra 2009. Det er gjennomført undervisning i Docmap generelt og avviksmeldesystemet spesielt i forhold til avvik som meldes i Docmap. Innkomne avvik behandles i henhold til foretakets prosedyrer på lavest mulig behandlingsnivå. Saker som ikke kan løses i Kvam-gruppene (laveste nivå) behandles i Kvam-rådet i klinikken. Avviksmeldinger oversendes Helsetilsynet etter nærmere bestemmelser.

Lederstruktur og faglig ledelsesansvar

I foretaket har lederutvikling vært et prioritert område de siste 3 årene. Det har vært gjennomført lederopplæring på ulike nivåer. Organisasjonsstrukturen ble evaluert og korrigert våren 2009. Her ble også det faglige lederansvaret avklart. Arbeidet med å tydeliggjøre lederstruktur og ansvar både faglig og administrativt vil bli gjennomgått for å sikre samtlige avdelingsledere i klinikken er kjent med sitt ansvar.

Klinikksjefen har fra januar 2009 hatt ett månedlig dialogmøte for å sikre at styringssignaler er kjent på avdelingsnivå. Samtlige avdelingsledere innkalles.

Fremdriftsplan for lukking av avvik

- På ledermøte i DPS Øst-Finnmark 1. og 2. september vil det utarbeids en plan for hvordan avvikene skal lukkes. Fungerende klinikksjef i perioden 30.08.10 – 12.11.10 Gunn Heatta vil delta.
- Planen oversendes Helsetilsynet i Finnmark innen fristen 21.09.10.
- Det jobbes for å lukke avvikene forløpende



Rapport fra tilsyn Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) Kirkenes

Virksomhetens adresse: Helse Finnmark HF - BUP Kirkenes
Tidsrom for tilsynet: 7. april 2010 – 20. juli 2010
Kontaktperson i virksomheten: Tove Kristiansen, Leder BUP Kirkenes
Kontaktperson for endelig rapport: Helse Finnmark HF v/
informasjonsansvarlig/pressekontakt

Sammendrag

Denne rapporten beskriver de funn som ble gjort gjennom tilsynet.

Tilsynet omfattet:

- Vurdering og prioritering av nye pasienter
- Utredning, behandling og oppfølging av pasienter, med særskilt oppmerksomhet mot barn og unge henvist for mulig ADHD.

Tilsynet har innenfor behandlingsforløpet rettet oppmerksomheten mot pasienter henvist for ADHD utredning/behandling.

Tilsynet har avdekket 2 avvik.

Avvik 1:

Helse Finnmark HF sikrer ikke at BUP Kirkenes foretar forsvarlig vurdering og prioritering av alle henviste pasienter.

Avvik 2:

Det er ikke etablert rutiner ved BUP Kirkenes som sikrer dokumentasjon av en faglig forsvarlig og planmessig styrt utredningsprosess av ADHD pasienter.

Helse Finnmark HF har ansvar for å styre sine underliggende virksomheter slik at krav i lovgivningen blir overholdt. Helse Finnmark har ikke etablert tiltak som sikrer at barn og unge som henvises til BUP Kirkenes får en faglig forsvarlig vurdering og prioritering av hjelpetiltak.

Da tilsynet ble gjennomført, var ledelsen kjent med at poliklinikken var sårbar når det gjaldt tverrfaglig kompetanse til å utføre oppgavene som var tema for tilsynet. Likevel var det i liten grad iverksatt tiltak for å forebygge svikt, og for å sikre at tilstrekkelige tiltak ble gjennomført og fulgt opp. I for stor grad var ansvaret for driften overlatt til poliklinikkens ansatte uten at det var etablert kompenserende tiltak for å styre og dokumentere faglig arbeid.

Dato: 20. juli 2010

Geir Åge Bendiksen
revisjonsleder

Linda Njarga
revisor

Innhold

Sammendrag	1
1. Innledning	3
2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold.....	3
3. Gjennomføring.....	4
4. Hva tilsynet omfattet	4
5. Funn.....	4
6. Vurdering av virksomhetens styringssystem	6
7. Regelverk	7
8. Dokumentunderlag.....	7
9. Deltakere ved tilsynet.....	8

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Helse Finnmark HF - Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Kirkenes i perioden 7. april – 20. juli 2010. Revisjonen inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomhet Helsetilsynet i Finnmark gjennomfører i inneværende år.

Helsetilsynet i fylket er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfattet undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler avvik som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfatter.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

Ved dette tilsynet ble det ikke gitt merknad.

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Helse Finnmark HF har etablert en egen klinikk for psykisk helsevern og rus. Under klinikken sorterer tre distriktpsikiatriske sentre (DPS) med egne ledere og ulike geografiske opptaksområder samt en rusinstitusjon med hele fylket som opptaksområde. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) sorterer under hvert DPS og har ansatt en egen enhetsleder.

BUP Kirkenes sorterer under DPS Øst-Finnmark og har fem kommuner (ca 21 000 innbyggere) i sitt opptaksområde. DPS-Øst har de siste årene vært preget av turnover i lederstillingen. Enhetsleder ved BUP Kirkenes har, i tillegg til sin lederfunksjon, det samme målkravet for pasientbehandling som de andre behandlerne ved virksomheten. Målet er to konsultasjoner per dag per behandler.

Bemanningen utgjør 6,7 fagstillinger sammensatt av psykolog, klinisk pedagog, spesialpedagog, kliniske sosionomer, barnevernpedagoger og fagkonsulent. Det er ansatt to spesialister. Barnepsykiater i 27 % stilling, og psykologspesialist i 72 % stilling. I tillegg er det ansatt merkantilt personell i to halve stillinger som deles med voksenpsykiatrisk poliklinikk. Det er vakanse i en psykologstilling og i en assistentstilling. Spesialistene er ikke bosatt i Finnmark og ambulerer til tjenestestedet. Barnepsykiater har en tilstedeværelse

på to og en halv dager i måneden og psykologspesialist tre og en halv dager i måneden. Spesialistene er tilgjengelig for de øvrige behandlerne på telefon.

I følge BUP data hadde BUP Kirkenes i 2009 79 nyhenvisninger og 183 pasienter overført fra 2008. Det knytter seg imidlertid noe usikkerhet til disse tallene i forhold til grunnlaget i BUP data og i måten registreringen er gjort.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 7. april 2010. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Åpningsmøte ble avholdt 9. juni 2010.

Intervjuer

9 personer ble intervjuet hvorav 1 pr. telefon.

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Det ble gjennomført omvisning ved BUP Kirkenes.

Sluttmøte ble avholdt 10. juni 2010.

4. Hva tilsynet omfattet

Tilsynet har vært rettet mot hvordan DPS/BUP ivaretar de allmennpsykiatriske funksjoner i diagnostisering og behandling. Tilsynet har hatt spesielt fokus på pasienter med ADHD og en relativt høy andel som fremkom som udiagnostiserte (ubesvarte) i diagnoseoversikten tatt ut fra BUP-Data for 2009/2010.

Tilsynet ble avgrenset og inndelt etter sentrale faser i pasientforløpet:

- Vurdering og prioritering av nye pasienter
- Utredning, behandling og oppfølging, med særlig oppmerksomhet mot pasienter henvist for mulig ADHD

5. Funn

Avvik 1:

Helse Finnmark HF sikrer ikke at BUP Kirkenes foretar forsvarlig vurdering og prioritering av alle henviste pasienter.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, pasientrettighetsloven § 2-2 jf. § 2-1, Prioriteringsforskriften § 4a, internkontrollforskriften §§ 4 og 5, journalforskriften § 8.

Avviket bygger på følgende:

1. Alle henvisninger vurderes ikke innen fastsatt frist på 10 virkedager. Dette er meldt videre i helseforetaket uten at man har lykkes med å iverksette virkningsfulle korrigerende tiltak.

2. Det er etablert rutiner hvor vurderingen av henviste pasienter i liten grad gjøres av eller i samråd med spesialist. jf. Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. BUP Kirkenes har meldt om mangelfull spesialistdekning og Helse Finnmark har lyst ut stillinger uten resultat. Andre kompensierende tiltak, som bistand fra andre BUP i Helse Finnmark HF er ikke gjennomført.
3. I minst to tilfeller er pasienter avvist begrunnet med manglende utredning av pedagogisk psykologisk tjeneste, uten at pasientens helsetilstand er vurdert. Dette selv om grunnlaget i henvisningen ellers er godt.
4. De fleste henviste pasienter får rettighetsstatus og det fastsettes en frist for oppstart av utredning/behandling, jf. prioriteringsveilederen fra Helsedirektoratet. Men grunnlaget for denne fristen dokumenteres ikke i journal. Dermed blir det vanskelig å etterprøve om fristen er rimelig, eller om forhold skulle tilsi kortere frist.

Avvik 2:

Det er ikke etablert rutiner ved BUP Kirkenes som sikrer dokumentasjon av en faglig forsvarlig og planmessig styrt utredningsprosess av ADHD pasienter.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. journalforskriften § 8, og internkontrollforskriften § 4

Avviket bygger på følgende mangler i journal:

1. Virksomheten sikrer ikke dokumentasjon av en planmessig og styrt utredningsprosess i henhold til interne prosedyrer og faglige retningslinjer på området (IS 1244/ IS 1570)
2. Alle profesjoner utreder, men det fremgår ikke av journaler at spesialist kvalitetssikrer alle diagnostiske utredninger, eller sikrer veiledning til høyskoleutdannet personell i utredningsprosessen.
3. Det er ikke plassert et overordnet faglig ansvar for utredningsarbeidet.
4. Differensialdiagnostiske vurderinger som anbefalt i interne prosedyrer og faglige retningslinjer er bare sporadisk å gjenfinne i journal.
5. Diagnostiske vurderinger og konklusjoner langs de ulike aksene er mangelfullt dokumentert i flertallet av journalene.
6. Anerkjente diagnostiske verktøy som KIDDIE SADS og CAS er lite dokumentert i journal.
7. Grunnlaget for diagnostisk konklusjon i henhold til ICD10 er ikke dokumentert i journal.
8. Referat fra behandlermøte der pasienten har vært drøftet foreligger ikke i pasientens journal. Det er også andre utrednings- og behandlingsaktiviteter som i liten grad gjenfinnes i journal.
9. Virksomhetens egne prosedyrer for låsing av journalposter følges ikke systematisk, slik at journalposter står åpen for redigering.
10. Virksomheten har skrevne rutiner for ADHD utredning, inntaks-, diagnose-, og behandlingsmøte, og for bruk av pasienterfaringer. Av rutinene fremgår til dels hva som skal skrives i journal. På bakgrunn av de overstående mangler i journal synes det ikke som om disse rutinene er gjenstand for kontroll, og praksis endres således ikke.

Kommentar:

Pkt. 9: I tillegg til rent rettsikkerhetsmessige hensyn overfor pasientene, blir det statistiske grunnlaget som tas ut for å følge med på pasientforløpet feil dersom journalpostene ikke låses. Blant annet fremkommer en større andel som udiagnostiserte enn det som faktisk er tilfelle.

Samtidig registrerer tilsynet at Helse Finnmark HF får feilaktige eller uklare tall for vurderingstid og ventetid til grunn for sine beslutninger. Som et eksempel nevnes det at en sammenligning av tall fra årsmelding 2009 og 1. tertialrapport 2010 tyder på åpenbare feil. Tilsynet kan ikke konkludere hvorvidt dette skyldes egenskaper ved BUP-data, og presiserer at ventelistene ikke er gransket og at det ikke er spurt om hvordan disse tallene rapporteres inn. Det er likevel viktig at virksomheten finner ut hva feilene skyldes og eventuelt får rettet opp i dette.

6. Vurdering av virksomhetens styringssystem

Styrings- og internkontrollsystemer er et lederansvar. Virksomheten er organisert slik at leder for BUP Kirkenes i hovedsak skal fungere som behandler, og at andre på overordnet nivå er tillagt lederfunksjoner for å sikre faglig forsvarlig drift. BUP Kirkenes har begrenset tilgang på spesialister, og spesialistene er ansatt med et tydelig definert og begrenset faglig ansvar.

Den begrensede tilgangen på spesialister gjør det nødvendig å styre virksomheten slik at spesialister er involvert i de oppgaver hvor forsvarlighet tilsier det.

Det er meldt videre i helseforetaket at spesialistdekningen er for lav til at spesialistene kan være involvert i alle oppgavene som er nødvendig. Stillinger har blitt lyst ut ved flere anledninger uten at det har lyktes å ansette ønsket personell. Andre kompensierende tiltak er ikke iverksatt.

Helse Finnmark har ikke etablert ordninger som i tilstrekkelig grad etterspør og fanger opp svikt når det gjelder vurdering og prioritering av henviste pasienter ved BUP Kirkenes.

Helse Finnmark HF mangler stillingsinstruksjoner for sine ansatte ved BUP Kirkenes, og et overordnet faglig ansvar for det undersøkte området er ikke klart plassert. Med dette menes at flere behandlere har ansvar for ulike deler av en utredning, men det er ikke etablert et system som dokumenterer at alle elementer i utredningen er ivarettatt hos den enkelte pasient. Det kan derfor også synes uklart hvordan ansvar og myndighet er fordelt i utredningsarbeidet. Virksomheten har skrevne rutiner i forhold til blant annet ADHD utredning, behandlingsmøte, inntaksmøte, diagnosemøte og bruk av pasienterfaringer. Det fremkommer til dels av disse rutinen hva som skal dokumenteres i journal. På bakgrunn av nevnte funn under avvik 2, er det tilsynets inntrykk at virksomheten planlegger i forhold til hva som skal inn i journal, men at det er mangler i hvordan dette utføres, kontrolleres og eventuelt korrigeres.

Virksomheten baseres i for stor grad på de ansattes innsats og dyktighet, utan at det er etablert tilstrekkelige understøttende tiltak for å sikre at tjenestene på de undersøkte områdene er i tråd med helselovgivningen. Dokumentasjon av det faglige arbeidet er mangelfull og det føres ikke kontroll med om relevante opplysninger nedtegnes i journal. Mangelfull dokumentasjon er særlig sårbart ved sykdom og skifte av personell, og for i ettertid kunne overprøve faglig arbeid og konklusjoner.

7. Regelverk

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven)
Lov om spesialisthelsetjenesten
Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
Lov om pasientrettigheter (pasl)
Lov om helsepersonell (hlspl)
Lov om behandlingssåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
Forskrift om pasientjournal
Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. (internkontrollforskriften)
Forskrift om ventelisteregistrering
Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
Forskrift om individuell plan

8. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

- Bemanningsplan
- Rutiner for epikrise
- Felles retningslinjer i Helse Finnmark – samarbeid mellom BUP og Barnehabiliteringen
- Foreløpig prosjektplan – ambulant tverrfaglig ungdomsteam
- Retningslinjer for inntaksmøte
- Samhandlingsrutiner mellom kommunene i Øst-Finnmark og BUP Kirkenes
- Stikkord om kommunesamarbeid
- Diagnoseliste
- Retningslinjer for diagnostikk
- Skjema for pasientevaluering
- Organisering av virksomheten
- Retningslinjer for behandlingsmøtet
- Retningslinjer for Øyeblikkelig hjelp
- Oversikt over standardiserte utredningsverktøy
- Rammeavtale for samarbeid mellom Helse Finnmark HF v/ BUP'ene og BUFETAT region nord.

Annen informasjon som ble innhentet i forbindelse med tilsynsbesøket:

- Plan for psykisk helsevern og rus Helse Finnmark HF 2009-2012 del 1 og del 2
- Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til Helse Finnmark HF for 2010
- Årsmelding Helse Finnmark HF 2009
- Tertialrapport Helse Finnmark HF nr. 1/2010

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- 10 pasientjournaler fra 2008 og 2009
- "Personalmappe/perm"

- Flytdiagram pasientforløp
- Div. maler på tilbakemelding til henvisende instans
- Samarbeidsavtale med kommunene
- Selvmordsrelatert arbeid i klinikk psykisk helsevern og rus
- Sjekkliste for behandlingsplan.

Korrespondanse mellom virksomheten og Helsetilsynet i Finnmark:

- Brev av 7. april 2010 fra Helsetilsynet i Finnmark til Helse Finnmark om varsel av tilsynet.
- E-post av 12 mai 2010 fra BUP Kirkenes vedlagt dokumentasjon
- Brev av 20. mai 2010 om endelig program.
- Telefonisk henvendelse om utsettelse av tilsynet pga sykemelding og at barnepsykiater var på ferie det aktuelle tidspunktet. Tilsynet ble ikke utsatt.
- Div. e-post korrespondanse i anledning tilsynet.

9. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Tove Kristiansen	Avdelingsleder/klinisk sosionom	X	X	X
Anne Grethe Siri	Sekretær	X		X
Liv Reidun Haldorsen	Barnevernpedagog	X		
Athena Khamooshi	Fagkonsulent	X	X	X
Line B Jerijervi	Barnevernpedagog	X	x	X
Liv T Rafaelsen	Spesialpedagog	X	X	X
Inger Lise Balandin	Klinikkssjef		X	X
Solweig Wilhelmsen	Konst. DPS leder		X	X
Elsa Steensen	Psykologspesialist		X	
Harald Åsheim	Barnepsykiater (telefon)		X	
Björg Winther	Sekretær		X	

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Geir Åge Bendiksen, rådgiver, Helsetilsynet i Finnmark

Lene Risten, jurist, Helsetilsynet i Finnmark

Linda B Njarga, rådgiver, Helsetilsynet i Finnmark

Ketil Klem, psykiater, fagrevisor, Oslo universitetssykehus, Ullevål.



Styremøte i Helse Finnmark HF

Dato. 1. september 2010

Møtedato: 8. og 9. september 2010

Saksbehandler: Klinikksjef Vivi Bech

Sak nr:	53/2010
Navn på sak:	Tilsynsrapport, Helsetilsynet, Mottak og behandling av pasienter med mistanke om akutt hjerneslag ved Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest 2010. Rapport datert 7.7.2010

Tilråding:

1. Styret i Helse Finnmark HF tar tilsynsrapport, Helsetilsynet, Mottak og behandling av pasienter med mistanke om akutt hjerneslag ved Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest 2010 til orientering.
2. Styret forutsetter at avvikene lukkes i henhold til plan, og de tidsfrister som er gitt av Helsetilsynet.

Vedlegg:

1. Saksfremlegg.
2. Rapport fra Helsetilsynet: Mottak og behandling av pasienter med mistanke om akutt hjerneslag ved Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest 2010.

Eva Håheim Pedersen

Adm. dir.



Saksbehandler: Klinikksjef Vivi Brenden Bech, Klinikk Hammerfest og rådgiver samhandling Kristine Brevik.

Styresak 53/2010 Tilsynsrapport, Helsetilsynet, mottak og behandling av pasienter med mistanke om akutt hjerneslag, Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest 2010.

Bakgrunn

Helsetilsynet gjennomførte tilsyn i perioden 25.01.10 – 14.06.10, med tilsynsbesøk 26 - 28.04.10, og rapport datert 24.juni 2010.

Tilsynet undersøkte om varsling, mottak, primær diagnostikk, akutt behandling, rehabiliteringsoppstart, diagnostikk av underliggende sykdom, og videre medisinsk oppfølging og opptrening av pasienter med manifest eller truende hjerneslag er organisert og blir styrt i samsvar med helselovgivningens forsvarlighetskrav.

Tilsynsbesøket resulterte i ett avvik med følgende begrunnelse:

Helse Finnmark HF's styring av Klinikk Hammerfest sikrer ikke faglig forsvarlige helsetjenester til pasienter med hjerneslag.

- Helse Finnmark HF har, i strid med gjeldende kliniske anbefalinger, ikke etablert slagenhet eller annen koordinert tverrfaglig slagbehandling ved Klinikk Hammerfest.
- Forsinket mobilisering av pasienter med hjerneslag forekommer uten at dette systematisk fanges opp som svikt i behandling og tidlig slagrehabilitering.
- Avvikssystemet benyttes ikke systematisk slik at det skaffer ledelsen oversikt over områder med fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
- Det foreligger ikke en plan for løpende internundervisning for pleiepersonalet ved medisinsk sengepost, herunder personalet med slagpasienter.
- Det gis ikke systematisk opplæring i bruk av kvalitetssystemet DocMap til alle, det kan føre til at sentrale prosedyrer ikke blir kjent og fulgt.
- Ordning med pasientansvarlig lege er prosedyrefestet, men ikke virksom i samsvar med de myndighetskrav som gjelder for ordningen.

Generelt

Klinikken startet arbeidet med etablering av slag- og geriatrienhet før tilsynet ble varslet, som en del av klinikkens tiltaksplan for 2010. Etter oppsummeringsmøtet 28.04.2010 er det jobbet med lukking av avvikene. Tilbakemeldingene ble umiddelbart tatt med i klinikkens pågående arbeid med tiltak i medisinsk avdeling. I tillegg ble det gitt muntlig orientering om avviket i KVAM-rådet 29.04.2010. Rapporten er sendt til alle lederne i klinikken. Den er en del av den faglige bakgrunnen for det pågående endringsarbeidet i medisinsk avdeling. Rapporten er besvart til Helsetilsynet innen 15. august, med en plan for lukking av avvikene. Den er også planlagt behandlet i klinikkens førstkommende møte i KVAM-rådet. En oversikt over tiltak og tidspunkt i arbeidet med å lukke avvikene ligger vedlagt.

Hammerfest sykehus	Telefon sentralbord	+47 78 42 10 00	E-post: hfsh@hammerfest-sykehus.no
Sykehusveien 35	Telefaks sekretariat	+47 78 42 11 07	Web: www.hammerfest-sykehus.no
9613 Hammerfest	Organisasjonsnr:	983 974 880	

Etablering av slagenhet/koordinert tverrfaglig slagbehandling

Jf. brev av 22.12.2009 fra klinikkjef til lederne om oppfølging av styrevedtak 73/2009, er arbeidet startet med utredning, vurdering av tekniske- og bygningsmessige løsninger og finansiering. Saken er behandlet i arbeidsgrupper og i drøftinger med organisasjonene 21. og 22. april d.å.. I klinikkledergruppens møte 22.04.2010 vedtok klinikkjefen at slag og geriatrienheten for 8 senger skal etableres og inngå som egen enhet i medisinsk avdeling. Behov for flytting av dialyseenheten fra 4.etasje til 2.etasje inngår som en kompliserende del i arbeidet med å lage en helhetlig og funksjonell medisinsk avdeling i 4. etasje. Avdelingsledelsen planlegger å holde informasjonsmøte med ledere og tillitsvalgte og verneombud i berørte avdelinger om status og medvirkning.

Innen 1. oktober d.å. skal avdelingen ha utarbeidet retningslinjer for hvor slagpasienter skal plasseres i medisinsk avdeling, og gjort disse kjent for personalet i avdelingen. Det pågår et aktivt arbeid med å iverksette ferdige retningslinjer fortløpende. Dette omfatter også tverrfaglig samarbeid i tråd med nasjonale retningslinjer. Enheten planlegges etablert innen 01.07.2011 dersom forutsetningene tilsier det.

Forsinket mobilisering

For å unngå forsinket mobilisering av slagpasienter vil avdelingssykepleier sørge for å organisere ressursene i avdeling i forhold til disse pasientenes behov. For å kunne fange opp mulig svikt i mobiliseringen vil avdelingen ha startet med regelmessig internundervisning innen 1. oktober d.å., med tema innenfor slagbehandling, kvalitetsforbedring og avviksbehandling. Innen 1. november i år skal 2-3 ledere ha besøkt en avdeling med velfungerende rutiner for behandling av slagpasienter, inkludert avvikshåndtering.

Benyttelse av avvikssystemet

For å benytte avvikssystemet til å få oversikt over mangel på oppfyllelse av myndighetskrav er det et mål at majoriteten av personalet i avdelingen innen 1.mai 2011 skal vurdere at avviksmeldinger er nødvendige for fortløpende forbedringsarbeid. Målet skal nås ved regelmessig internundervisning, hospitering og oppnevning av superbrukere i kvalitetssystemet DocMap. Når KVAM-gruppen har mottatt økende mengde avviksmeldinger kan den systematisere disse og få oversikt over svikt i behandling og rehabilitering. På denne måten kan ledelsen i avdelingen styre avdelingens arbeid med kvalitetsforbedring.

Plan for internundervisning

Det jobbes nå i avdelingen med å utarbeide oversikt over intern undervisning med planlagte forelesere og emner for alle faggruppene. Undervisningen i både fag og kvalitetsarbeid starter etter hvert som avtaler kommer på plass. Undervisningsplan skal være ferdig innen 1. november d.å. og avdelingen vil være representert med flere deltakere på den regionale slagkonferansen i Bodø i november d.å. Det første halvåret skal tema i undervisningen være slagbehandling. I tillegg planlegges at to pleiere og en fysio-/ergoterapeut skal hospitere ved slagenheten ved St.Olav høsten 2011. Fire til seks personer skal årlig hospitere ved annen slagenhet de neste to årene. Avdelingen vil også sørge for å utarbeide en faglig kompetanseplan for de neste seks årene for behandling og oppfølging av slagpasienter. Oppfølging av denne planen vil inngå som del av klinikkens risikostyring.

Systematisk opplæring i bruk av kvalitetssystemet

I tillegg til eksisterende gruppeundervisning vil avdelingsledelsen sørge for at det også gis tettere support i nær tilknytning til avdelingen. Dette skal iverksettes innen 1. desember d.å.,

Hammerfest sykehus	Telefon sentralbord	+47 78 42 10 00	E-post: hfsh@hammerfest-sykehus.no
Sykehusveien 35	Telefaks sekretariat	+47 78 42 11 07	Web: www.hammerfest-sykehus.no
9613 Hammerfest	Organisasjonsnr:	983 794 880	

etter at minst en superbruker har fått bred opplæring. Inntil ordningen er på plass vil klinikken sikre at det gis gruppeopplæring etter behov. Oppfølging av dette punktet inngår også som del av klinikkens risikostyring.

Pasientansvarlig lege

Medisinske leger har en prosedyre i henhold til myndighetskravene, og avdelingsoverlegen vil med jevn mellomrom sørge for å informere avdelingens leger om plikten til å følge den. I tillegg vil det i henhold til klinikkens plan for internrevisjon bli gjennomført revisjon i løpet av 2010. Når endelig revisjonsrapport foreligger vil ytterligere tiltak bli vurdert. Denne oppfølgingen er også en del av klinikkens risikostyring.

Vedlegg:

Oversikt over milepæler for lukking av avvik etter tilsynsrapport med slagbehandling.

Hammerfest sykehus	Telefon sentralbord	+47 78 42 10 00	E-post: hfsh@hammerfest-sykehus.no
Sykehusveien 35	Telefaks sekretariat	+47 78 42 11 07	Web: www.hammerfest-sykehus.no
9613 Hammerfest	Organisasjonsnr:	983 794 880	

Vedlegg:

Oversikt over tiltak for lukking av avvik etter tilsynsrapport med slagbehandling.

Tiltak	Aug 2010	Sep	Okt	Nov	Des	Jan 2011	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul
Besvart tiltaksplan til Helsetilsynet	13.											
Avdelingsledelsen har utarbeidet retningslinjer for hvor slagpasienter skal plasseres i medisinsk avdeling			1.									
Det foregår regelmessig internundervisning i medisinsk avdeling			1.									
Flere ansatte fra medisinsk avdeling og fysio- og ergoterapi-avdelingen har deltatt på regional slagkonferanse			1.									
Tverrfaglig samarbeid er innarbeidet og beskrevet i rutiner og prosedyrer				1.								
Ledere fra klinikken har besøkt etablert slagenhet				1.								
Halvårlig oversikt over avdelingens internundervisning er implementert, med tema og forelesere				1.								
Avdelingens superbruker på kvalitetssystemet er i gang med internopplæringen					1.							
2 pleiere og 1fysio-/ergoterapeut har hospitert til sammen 6 uker ved slagenhet i annet sykehus					20.							

Hammerfest sykehus	Telefon sentralbord	+47 78 42 10 00	E-post: hfsh@hammerfest-sykehus.no
Sykehusveien 35	Telefaks sekretariat	+47 78 42 11 07	Web: www.hammerfest-sykehus.no
9613 Hammerfest	Organisasjonsnr:	983 794 880	

Tiltak	Aug 2010	Sep	Okt	Nov	Des	Jan 2011	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul
Fagutviklingsplan for bedre behandling og oppfølging av slagpasienter er utarbeidet						1.						
Alle faggrupper i medisinsk avdeling har gjennomført internundervisning om slagbehandling									1.			
Majoriteten av avdelingens ansatte vurderer avviksmelding som nødvendig for fortløpende forbedringer										1.		
Intern revisjon av dokumentasjonspraksis-behandling-ansvarlig lege					1.							
Egen slag og geriatrienhet er etablert												1.

Årlig:

2-4 pleiere og 1 fysio-/ergoterapeut hospiterer ved ekstern slagenhet.

Faglig utviklingsplan for behandling og rehabilitering av slagpasienter utarbeides.

Ansattes kompetanseutviklingsplaner utarbeides/revideres.

Hammerfest sykehus	Telefon sentralbord	+47 78 42 10 00	E-post: hfsh@hammerfest-sykehus.no
Sykehusveien 35	Telefaks sekretariat	+47 78 42 11 07	Web: www.hammerfest-sykehus.no
9613 Hammerfest	Organisasjonsnr:	983 794 880	



Mottak og behandling av pasienter med mistanke om akutt hjerneslag ved Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest 2010

Virksomhetens adresse: 9600 Hammerfest
Tidsrom for tilsynet: 25.1. 2010 – 14.6.2010
Kontaktperson i virksomheten: Ingeborg Eliassen

07.07.2010

[Sammendrag](#)

[1. Innledning](#)

[2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold](#)

[3. Gjennomføring](#)

[4. Hva tilsynet omfattet](#)

[5. Funn](#)

[6. Regelverk](#)

[7. Dokumentunderlag](#)

[8. Deltakere ved tilsynet](#)

Helsetilsynet i Finnmark

Sammendrag

Det er gjennomført tilsyn ved Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest i perioden 25.1.2010- 14.6.2010, med tilsynsbesøk 26.-28.4.2010.

Tilsynet er gjennomført av et regionalt team bestående av representanter fra Helsetilsynet i Nordland, Helsetilsynet i Troms og Helsetilsynet i Finnmark.

Tilsynet undersøkte om varsling, mottak, primær diagnostikk, akutt behandling, rehabiliteringsoppstart, diagnostikk av underliggende sykdom, og videre medisinsk oppfølging og opptrening av pasienter med manifest eller truende hjerneslag er organisert og blir styrt i samsvar med helselovgivningens forsvarlighetskrav.

Det ble ved tilsynet funnet avvik fra myndighetskrav:

Avvik:

Helse Finnmark HFs styring av Klinikk Hammerfest sikrer ikke faglig forsvarlige helsetjenester til pasienter med hjerneslag.

Dato: 14.6.2010

Lena Nordås, revisjonsleder
Lene Risten, revisor
Leif Anders Stuevold, revisor

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest i perioden 25.1.2010 - 14.6.2010.

Revisjonen inngår i et regionalt tilsyn, og er en del av den planlagte tilsynsvirksomhet Helsetilsynet i Finnmark gjennomfører i inneværende år.

Tilsynet er gjennomført av et regionalt team bestående av representanter fra helsetilsynene i Nordland, Troms og Finnmark.

Helsetilsynet i fylket er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfatter undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser. Rapporten fra tilsynet omhandler eventuelle avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfatter.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Helse Finnmark HF består av 5 klinikker, herunder Klinikk Hammerfest. Klinikken er lokalsykehus for pasienter fra kommunene i Vest-Finnmark. Tilbudet innenfor pediatri og barnehabilitering er fylkesdekkende, samt at ortopedisk avdelingen ivaretar ortopeditjenesten for hele fylket i helgene.

AMK sentralene i Finnmark ble slått sammen til en sentral i 2008. AMK Finnmark er lokalisert i Kirkenes og er organisert under Klinikk for prehospitale tjenester. AMK Finnmark har ansvar for besvarelse av 113- oppringning fra hele fylket, samt lege/ambulansse-alarmering av hele fylket og styring av all ambulanssevirkosomhet i fylket, det vil si 30 biler, 3 båter og ett helikopter.

Mottakelsesavdelingen består av mottakelse, akuttmottak, legevaktstelefon for Hammerfest og Kvalsund og nødmeldetjenesten. Avdelingen er også akuttmottak for legevakta på kveld, natt og i helgene. Mottak av slagpasienter skjer i akuttmottaket. Indikasjon for trombolytisk behandling vurderes av vakthavende assistentlege i konferanse med overlege i bakvakt. En eventuell trombolytisk behandling og akutt behandling av ustabile slagpasienter gjennomføres i intensivavdelingen.

Medisinsk avdeling disponerer 42 senger, fordelt på to poster, C og D. Klinikk Hammerfest har ikke egen slagenhet, pasienter med hjerneslag legges fortrinnsvis inn på post C.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfatter følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 25.1.10. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Åpningsmøte ble avholdt 26.4.10.

Intervjuer

17 personer ble intervjuet. Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Befaring i akuttmottaket, intensivavdelingen og medisinsk avdeling ble gjort 27.4.10.

Sluttmøte ble avholdt 28.4.10.

4. Hva tilsynet omfattet

Tilsynet undersøkte styring, organisering og tilrettelegging av forsvarlige pasientforløp for behandling av pasienter med truende eller manifest hjerneslag.

Revisjonen omfattet rutiner, organisering og praksis for:

- Mottak og respons i AMK ved melding om pasient med mistanke om akutt hjerneslag
- Transport til sykehus av pasient med mistanke om akutt hjerneslag
- Respons på henvendelser til sykehuset om pasienter med forbigående og/eller tilbakevendende forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon • Mottak i sykehuset av pasient med mistanke om akutt hjerneslag
- Primær diagnostikk ved mistanke om truende eller manifest akutt hjerneslag
- Akutte behandlingstiltak ved truende eller manifest akutt hjerneslag
- Oppstart og gjennomføring av mobilisering og rehabilitering ved akutte hjerneslag
- Sekundær utredning av tilgrunnliggende årsak for hjernekar sykdom, videre behandlingsbehov, og indikasjonsvurdering, oppstart og gjennomføring av sekundærforebyggende behandlingstiltak, og overlevering av behandlingsansvaret ved utskrivelse
- Kartlegging av videre omsorgs-, opptrenings- og hjelpebehov.

Tilsynet omfattet de avdelinger i sykehuset som rutinemessig er involvert i utredning og behandling av slagpasienter, de arbeidsprosesser som rutinemessig inngår i pasientforløpet, og hvordan samarbeidet om disse styres og gjennomføres med hensyn på:

- Organisering og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet
- Kompetanse- og personellstyring
- Tiltak for tilrettelegging for god praksis og for å forebygge svikt
- Ledelsens oppfølging

5. Funn

Tilsynet avdekket ett avvik:

Helse Finnmark HFs styring av Klinikk Hammerfest sikrer ikke faglig forsvarlige helsetjenester til pasienter med hjerneslag.

Avvik fra følgende myndighetskrav: Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. internkontrollforskriften §§ 4 og 5.

Avviket er basert på følgende observasjoner:

- Helse Finnmark HF har, i strid med gjeldende kliniske anbefalinger, ikke etablert slagenhet eller annen koordinert tverrfaglig slagbehandling ved Klinikk Hammerfest.
- Forsinket mobilisering av pasienter med hjerneslag forekommer uten at dette systematisk fanges opp som svikt i behandling og tidlig slagrehabilitering.
- Avvikssystemet benyttes ikke systematisk slik at det skaffer ledelsen oversikt over områder med fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
- Det foreligger ikke en plan for løpende internundervisning for pleiepersonalet ved medisinsk

sengepost, herunder personalet som arbeider med slagpasienter.

- Det gis ikke systematisk opplæring i bruk av kvalitetssystemet Docmap til alle, det kan føre til at sentrale prosedyrer ikke blir kjent og fulgt.
- Ordning med pasientansvarlig lege er prosedyrefestet, men ikke virksom i samsvar med de myndighetskrav som gjelder for ordningen.

Tilsynsmyndigheten har for øvrig merket seg:

- Det er fokus på å unngå tap av tid ved diagnostisering og utredning i akuttfasen av tilstander som kan være akutte hjerneslag med indikasjon for trombolytisk behandling, jamfør slagalarm som utløses før ankomst av pasient.
- Pasienter med T1A-anfall innlegges som regel akutt for utredning.

6. Regelverk

Aktuelle lover og forskrifter:

- Lov 30. mars 1984 nr 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Lov 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov 2. juli 1999 nr 63 om pasientrettigheter • Lov 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.
- Forskrift av 1. desember 2000 om pasientansvarlig lege m.m.
- Forskrift av 21. desember 2000 om pasientjournal
- Forskrift av 20. desember 2001 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

7. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen: Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Opplæringsplan akuttmottak m. vedlegg
- Aktivitetsrapport AMK, AMI S-rapport 2008, 2009 og 2010
- Aktivitetstall med.avd.
- Aktivitetsrapport AMK, AMI S-rapport
- Styrets årsberetning 2008, Helse Finnmark HF
- Organisasjonskart over Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest og klinikk Prehospital tjeneste
- Informasjon om medisinsk avdeling (leger Hammerfest sykehus)
- Antall innlagte slagpasienter pr. kode
- Prosedyre for prioritering av pasientmottak
- Prosedyre RL0195 Faglige retningslinjer for behandling av hjerneslag 1.
- Trombolytisk behandling ved akutt hjerneinfarkt — dosering
- Trombolyse — obs.skjema
- NIH Stroke Scale (NIHSS)
- Prosedyre for sykepleier i intensivavdeling ved trombolysebehandling av pasienter med hjerneinfarkt
- Prosedyre: pasientansvarlig, behandlingsansvarlig, informasjonsansvarlig og journalansvarlig lege ved medisinsk avdeling. • Ansatte AMK • Bemanningsoversikt akuttmottak
- Bemanning med C
- Bemanning med D
- Oversikt over med. Leger
- Oversikt radiologer
- Kokoms opplæringsplan

- Prosedyre PR 123111: Avvikshåndtering i DocMap
- Prosedyre PR 17734: Logge inn i avviksmodul i DocMap
- Prosedyre PB0045: Melderutiner for uønskede hendelser — avviksmeldinger
- Prosedyre PR0168: Avviksbehandling i Helse Finnmark
- Prosedyre PR0035: Utarbeiding, revisjon og godkjenning av prosedyrer og retningslinjer
- Prosedyre PR5334: Å finne fram i DocMap
- Prosedyre RL 1773 KVAM: Kvalitet og arbeidsmiljø
- SJ 1678: Tilbakemelding fra pasient/pårørende
- CT-caput • Prioritering av pasienter — fysio-ergo
- Oppdragsdokument 2010 • Møteinnkalling- Møte i KVAM — råd Helse Finnmark HF
- Møtereferat KVAM- råd 24/3-10
- Dokument av 15.3.2010 Mandat og godkjenning- KVAM-råd.
- Risikovurdering Helse Finnmark HF, 25. mars 2010
- Oversikt Helse Finnmark HF
- Høringsnotat — Om kvalitetsarbeid i Helse Finnmark HF
- Plan for internrevisjon

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- 15 journaler for pasienter med utskrivnings-/kontaktdiagnose hjerneinfarkt, hjerneblødning eller andre hjernekar sykdommer (1CD-10 kode i kodegruppen 160 — 169) eller utskrivningsdiagnose på forbigående sirkulasjonsforstyrrelser i hjernen (1CD-10 i kodegruppene G45 eller O46) utskrevet i periodene 16.11.-13.2009 og 25.1.-21.1.10.

Korrespondanse mellom virksomheten og Helsetilsynet i Finnmark:

- Helsetilsynet i Finnmarks brev av 25.1.10 med varsel om tilsyn
- Oversendelse av dokumentasjon med følgebrev fra Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest til Helsetilsynet i Finnmark av 10.3.2010.
- Oversendelse av dokumenter pr e-post fra Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest til Helsetilsynet i Finnmark av 12.3.2010.
- Program for tilsyn ved Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest- slagbehandling — medisinsk avdeling 26.-28.april; Brev fra Helsetilsynet i Finnmark til Helse Finnmark HF av 21.4.2010.

8. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon/stilling	Åpnings- Intervju Sluttmøte		
		møte		
Håvard Steen	Turnuslege	x	x	x
Bjørn Wembstad	Avdelingsoverlege	x	x	x
Vivi Brenden Bech	Konst. klinikk sjef	x		
Kristine Brevik	Rådgiver/fungerende klinikk sjef	x	x	x
Elin D.W. Johannessen	Ergoterapeut	x	x	
Linn Fløttkjær	Fysioterapeut	x	x	x
Kari Jensen	Assisterende avdelingssykepleier	x	x	x
Bente Brataas	Assisterende avdelingssykepleier	x	x	x
Bodil Brox	Avdelingssykepleier	x	x	x
Svein Størdal	Overlege	x	x	
Ingeborg Eliassen	Fagkonsulent			x
Stein Hugo Hammervoll	Avdelingssykepleier	x	x	x
Geir Høybjør	Assistentlege		x	x

Vigdis Kvalnes	Assisterende klinikkjef		x
Agnetha Jensen	Leder AMK Finnmark	x	
Berit Mathisen	Sykepleier AMK Finnmark	x	
Marianne Frantzen	Sykepleier	x	
Elin Birgitte Johansen	Sykepleier	x	
Kirsti Eriksen	Sykepleier	x	

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Rådgiver/sykepleier Lena Nordås, Helsetilsynet i Troms,

revisjonsleder Rådgiver/jurist Lene Risten Helsetilsynet i Finnmark,

revisor Assisterende fylkeslege Leif Anders Stuevold, Helsetilsynet i Nordland, revisor



Styremøte i Helse Finnmark HF

Dato. 1. september 2010

Møtedato: 8. og 9. september 2010

Saksbehandler: Driftssjef Øyvin Grongstad

Sak nr:	54/2010
Navn på sak:	Konseptfaserapport Nye Kirkens sykehus – orienteringssak (muntlig)

Tilrådning:

1. Styret i Helse Finnmark HF tar saken til orientering.
2. Følgende innspill fra styret innarbeides i rapporten...

Vedlegg:

1. Foreløpig konseptfaserapport Kirkenes nye sykehus (utsendt 25. august 2010).

Eva Håheim Pedersen
Adm. dir.



Styremøte i Helse Finnmark HF

Dato. 1. september 2010

Møtedato: 8. og 9. september 2010

Saksbehandler: Adm. konsulent Laila Hansen

Sak nr:	55/2010
----------------	----------------

Navn på sak:	Referatsaker
---------------------	---------------------

Tilrådning:

Styret i Helse Finnmark HF tar referatsakene til orientering.

Vedlegg:

1. Brev av 30. juni 2010 fra Klinikk Prehospitale tjenester ved klinikkssjef Grete Bru til fylkeslegen i Finnmark, vedrørende personal på ambulansen i Helse Finnmark.
2. Møteplan Helse Nord RHF 2011.
3. Brev av 12. august 2010 fra driftssjef i Helse Finnmark HF til DSB ad. orientering. etter strømbrydd ved Kirkenes sykehus 28. juli 2010.
4. Referat fra drøftingsmøte med organisasjonene 31.8.2010 (ettersendes).

Eva Håheim Pedersen

Adm. dir.



Fylkeslegen i Finnmark

v/ Linda Njarga

Vadsø

Hammerfest 30.06.10

Vedrørende personal på ambulansen i Helse Finnmark

I forhold til forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus av 18.mars 2005 nr 252 (akuttforskriften) § 17. og bemanning av ambulanse, ønsker jeg å gi en tilbakemelding om situasjonen pr. 30.juni 2010.

Etter aktiv innsats fra undervisnings avdeling, opplærings kontor i Finnmark Fylke og ikke minst ambulanse arbeiderne i Helse Foretaket har vi nå 119 fagarbeidere i Ambulansefag av disse er 117 fast tilsett. Dette betyr at vi nå har 77 % av de fast tilsette ambulansarbeiderne med Fagbrev i Helse Finnmark.

Likevel har vi noen stasjoner som har få fagarbeidere, vi har foretatt ROS analyser over bemannings situasjonen på alle stasjoner i sommer. På enkelte vakter har vi ikke fagarbeider i forhold til forskrift, men det er foretatt en medisinsk faglig vurdering av hver enkelt som ikke oppfyller forskriften og det er personer som i løpet av høsten skal gå opp til fagbrev. Medisinsk faglig ansvarlig har vurdert hver enkelt, og anser det som forsvarlig i forhold til de retningslinjer vi har lagt til grunn for at de kan bemanne ambulans bilen.

Det vil bli registrert avvik i forhold til Forskrift i de situasjoner som er nevnt over, avvik defineres som ikke i henhold til forskrift.

Stasjonsleder er ansvarlig for at alle ansatte og vikarer er gjort kjent med avvik fra forskrift og at dette skal dokumenteres.

Vi har og hatt opplæring i forhold til vikarer for sommeren og nr to på bilen vil minimum oppfylle krav i forhold til NOU 76-2.

Er noe uklart vennligst ta kontakt med undertegnende.
Ønsker deg en riktig god sommer.

Grete Bru
Sign,
Klinikksjef
Klinikk Prehospitale tjenester

Kopi: Adm.direktør Helse Finnmark, Eva H. Pedersen

Lada
Kop. Lada

Styreledere og direktører i HF-ene
Styresekretærer i HF-ene

Deres ref.:

Vår ref.:
2010/242-47/012

Saksbehandler/dir.tlf.:
Karin Paulke, 75 51 29 36

Sted/dato:
Bodø, 2.7.2010

Styresak 77-2010 Møteplan 2011 – oversendelse av endelig vedtak

I styremøte, den 22. juni 2010 vedtok styret i Helse Nord RHF møteplan for 2011 som følger:

1. Møteplan for 2011 godkjennes som følger:

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter Helse Nord RHF		03 ¹ 23	24 ³	27	25	22		31	28	26	23	14
Seminar for HF-styrene i regionen			23- 24							26- 27		
Foretaksmøte i Helse Nord RHF	X				X	X						
Foretaksmøter med HF-ene		etter 03 ²		X ⁴								

^{1.} Oppdragsdokument 2011 til HF-ene og Budsjett 2011 – konsolidert

^{2.} For overlevering av oppdragsdokument 2011 til HF-ene

^{3.} Årlig melding, årsregnskap og styrets beretning 2010

^{4.} For behandling av årlig melding og årsregnskap 2010 m. m.

Styremøtene planlegges avholdt på følgende steder i vår region:

- 3. februar 2011: Bodø (oppdragsdokument 2011 til helseforetakene)
– foretaksmøter med HF-ene avholdes i etterkant
- 23. februar 2011: Tromsø
- 24. mars 2011: Bodø (årsregnskap og styrets beretning)
– foretaksmøter med HF-ene for behandling av årsregnskap 2011 m. m. avholdes i månedsskifte mars/april 2011
- 27. april 2011: Kirkenes – besøk av Helse Finnmark HF
- 25. mai 2011: Bergen – felles seminar med Helse Vest RHF
- 22. juni 2011: Tromsø
- 31. august 2011: Gravdal – besøk av Nordlandssykehuset HF
- 28. september 2011: Bodø

- 26. oktober 2011: Tromsø
- 23. november 2011: Narvik – besøk av Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- 14. desember 2011: Bodø

Andre arrangement:

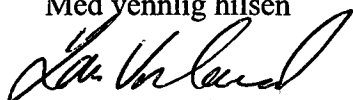
- 23. – 24. mars 2011: Bodø – styreseminar med HF-ene
 - 25. – 26. mai 2011: Bergen – felles styreseminar med Helse Vest RHF
 - 26. – 27. oktober 2011: Tromsø – styreseminar med HF-ene
2. Helseforetakene bes om å planlegge sine styremøter ut fra vedtatt møteplan, jf. punkt 1 i vedtaket. I tillegg bes helseforetakene om å ta hensyn til følgende datoer for styrebehandling i helseforetakene:
- a. 23. mars 2011: Årsregnskap og årlig melding for 2010
 - b. Innen 6. juni 2011: Tertialrapport nr. 1-2011
 - c. Innen 6. oktober 2011: Tertialrapport nr. 2-2011

Vi ber om at helseforetakene planlegger sine styremøter ut fra vedtatt møteplan, jf. punkt 2 i vedtaket.

Møteplanene til helseforetakene oversendes til Helse Nord RHF v/Karin Paulke, så snart disse er vedtatt.

På forhånd takk.

Med yennlig hilsen



Lars Vorland
adm. direktør



Helse Finnmark HF
Driftssjef
Øyvinn Grongstad

DSB
Arild Hammer

Deres ref:

Vår ref:

Sted / Dato:
12.08.2010

Orientering etter strømbrudd ved Kirkenes Sykehus.

Hendelsesforløp:

Kirkenes-området opplevde en større spenningstopp på strømmettet onsdag 28.7 cirka kl 07.58. Denne overspenningen rammet også Kirkenes sykehus. Etter en del sekunder med en spenning på over 300V ble det et plutselig brudd i strømforsyningen. Etter alt å dømme var det en sikringsmekanisme fra strømleverandøren, Varanger Kraft, som slo inn og kuttet strømmen siden den hadde alt for høy spenning. Sykehusets nødstrømsaggregat startet opp få sekunder etter strømbruddet og forsynte da sykehuset med strøm.

Spenningstoppen rakk dessverre å sette ut store mengder av sykehusets elektriske anlegg, inkludert underspenningsreleet i en av de motorstyrte bryterne i hovedfordelingen. Denne bryteren fordeler strøm til sykehusets fordelingstavle 2. Dette resulterte i at vi ikke kunne levere hverken nødstrøm eller vanlig strøm til hovedtavle 2 som skal forsyne sykehusets sør-fløy med strøm. Denne fløyen inneholder medisinsk avdeling, kirurgisk avdeling, intensivavdelingen og AMK. Den høye spenningen som kom over nettet førte også til en mengde utstyrsfeil på sykehuset. Dette omhandler utstyr som datamaskiner, UPS'er, decontaminatorer, instrumentvaskemaskiner og annet elektrisk/medisinsk teknisk utstyr.

Teknisk vakt kontaktet og informerte driftssjefen om situasjonen få minutter etter at situasjonen hadde oppstått. El.installatør, Selfors Installasjon, ble samtidig tilkalt og ankom sykehuset etter ca 25 minutter. Teknisk personell og el.installatør gjennomførte en del feilsøking og konstaterte at hovedbryter til tavle 2 var ute og at dette var grunnen til at sykehusets sør-fløy ikke fikk strøm. Delene som trengtes for å reparere hovedbryteren fantes ikke på lager i Kirkenes. Delene ble bestilt med JetPak og skulle leveres på sykehuset ca kl 21 samme dag.

Etter hvert som man gikk gjennom konsekvensene av den oppståtte situasjonen ble det klart at dette var alvorlig. Fungerende direktør i Helse Finnmark HF ble varslet om situasjonen ca. 9.20. Den formelle kriseledelsen ble satt i møte kl. 10.00 i Kirkenes, med fungerende direktør, informasjonssjef og klinikkssjef prehospitale tjenester, fungerende klinikkssjef for klinikk Kirkenes og driftssjef.

AMK ute av drift:

Cirka kl 10 mottok MTA informasjon om at AMK-sentralen var blitt strømløs. Dette er et meget kritisk felt og MTA startet straks undersøkelser her. Parallelt med dette informerte AMK alle samarbeidspartnere (AMK-Tromsø, legevakter i Finnmark, ambulanser og luftambulansen) om at vanlig telefonlinje inn til sykehuset måtte benyttes og ikke 113-nummeret inntil videre. MTA fikk opp 113-nummeret etter ca 3 minutters nedetid ved å benytte kabeltromler som ble strukket fra deler av sykehuset som hadde strøm til AMK-sentralens tekniske rom. Etter cirka 30 minutter var AMK sentralen oppe med alle systemer. Det ble konstatert at styringsenheten til batteri-backupen (UPS) til AMK var ute av drift og at denne var brent. Dette hadde den konsekvens at ved evt. nye strømbrudd måtte alle systemene startes manuelt. Det var også derfor det tok 2 timer før denne feilen kom til syne, siden batteriene forsynte AMK i 2 timer før de ble tomme. Siden styringsenheten ikke fungerte ble batteriene ikke ladet og gikk derfor tom. MTA satte inn to mindre UPS'er som backup for AMK. Disse sikrer at ingen systemer vil gå ned ved påfølgende strømbrudd og vil være en midlertidig løsning inntil styringsenheten til hoved-UPS'en blir reparert.

Ettersom denne strømsituasjonen hadde et slikt omfang ble det iverksatt tiltak for å skaffe eksterne aggregater som kunne fungere som nødløsninger. Et aggregat fra Syd-Varanger ble levert på sykehuset cirka kl 10.30. Dette aggregatet hadde en kapasitet på 250kW og i tillegg ble et aggregat fra Varanger Kraft bestilt. Dette kunne levere 1MW. Ingen av disse aggregatene ble tatt i drift siden el.installatøren fikk aktivert hovedbryteren til tavle 2 manuelt cirka kl 10.45. Dette gjenopprettet strømforsyningen til sykehusets sør-fløy, men med en mengde begrensninger. Dette var et resultat av at en hel del kurser og utstyr var blitt satt ut av drift av overspenningen.

Brannalarm:

Omtrent kl 14 ble gikk brannalarmen på sykehuset og brannvakten tok seg raskt til indikert sted. Det var det brann i en avtrekksvifte til desinfeksjonsapparatet på teknisk avdeling. Dette branntilløpet ble effektivt slukket. Det antas at viften hadde fått en feil på grunn av spenningen som gjorde at den smeltet og til slutt tok fyr.

Kl 21 ankom hovedbryteren til sykehuset. El.installatør og teknisk avdeling erstattet den ødelagte delen. Etter dette var sykehuset fullt forsynt med strøm og hadde gjenopprettet nødstrømsalternativet.

Underveis denne dagen har både teknisk avdeling og MTA foretatt registreringer og feilrettinger på utstyr fortløpende. Det ble registrert en mengde MTU som var blitt defekt og det samme gjelder innenfor teknisk område. I hovedsak var det UPS'er til medisinsk teknisk utstyr som ble slått ut, mens det på teknisk side var instrumentvaskemaskiner og decontaminatorer som var ute av drift. I tillegg til dette var det en del vifter og annet mindre utstyr som ble slått ut av spenningen.

Test av nødstrømmen:

Neste dag ble det foretatt en test av nødstrømmen, i samarbeid med Varanger Kraft, for å sjekke om det var mer utstyr som var defekt. Det ble registrert en feil med en timer som skal lage en forsinkelse på oppstarten av utstyret til røntgen. Denne timeren fungerte ikke og dette resulterte i at aggregatet ble kvalt under oppstarten. Etter utbytting av timeren og 3 tester for å justere forsinkelsen ble nødstrømssystemet godkjent. Dette var cirka kl 15.50 torsdag 29.7.

Det ble viet litt ekstra oppmerksomhet til systemene på AMK under disse testene og erstatningsløsningen som MTA lagde der besto testen.

Oppfølging etter hendelsen:

Foretaket driver nå vanlig drift, men har fortsatt en del utstyr som er ute av drift. Dette erstattes fortløpende etter som deler og evt nytt utstyr kan leveres og det er opprettet alternative løsninger i mellomtiden.

Helse Finnmark HF vil sammen med Helse Nord RHF gå gjennom konsekvensene av denne hendelsen for å prøve å finne løsninger som forhindrer konsekvensene etter en slik hendelse i framtiden. Dette vil innebære sikringsmekanismer, men også alternative løsninger i forhold til strømforsyning og teknisk-/medisinskteknisk utstyr.

Utover dette ønsker foretaket en dialog med DSB for å kunne være best mulig rustet mot slike hendelser i framtiden.

Vennlig hilsen
Helse Finnmark HF

Øyvind Grongstad
Driftssjef/prosjektleder NKS
Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.