

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

Styrets medlemmer og varamedlemmer
i Helse Nord RHF

**INNKALLING TIL STYREMØTE I HELSE NORD RHF,
DEN 12. FEBRUAR 2004**

Det vises til tidligere avtalt møteplan. I samråd med styreleder innkalles det herved til styremøte i Helse Nord RHF

**torsdag, den 12. februar 2004 – kl. 09.00 til ca. kl. 14.00
på Radisson SAS Hotel i Tromsø.**

Etter behandling av styresak 01-2004 og 02-2004 lukkes styremøte for offentligheten for behandling av styresaker som er unntatt offentligheten. Det åpne styremøte starter igjen ca. kl. 10.00.

Vedlagt følger saksdokumenter til styrets møte.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF's administrasjon, styresekretær / adm. leder Karin Paulke på tlf. 75 51 29 36.

Vel møtt.

Med vennlig hilsen

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg

STYRESAK 01-2004 GODKJENNING AV SAKSLISTE

Møtedato: 12. februar 2004

I samråd med styreleder inviteres styret for Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for styremøte, den 12. februar 2004:

Sak 01-2004	Godkjenning av saksliste.	Side	2
Sak 02-2004	Godkjenning av protokoll fra styremøte 9. desember 2003.	Side	3
Sak 03-2004	Styringsdokument helseforetakene 2004. <i>Se eget vedlegg.</i>	Side	9
Sak 04-2004	Budsjett 2004.	Side	10
Sak 05-2004	Overordnet personalpolicy for Helse Nord.	Side	34
Sak 06-2004	Regionalt senter for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i Helse Nord.	Side	37
Sak 07-2004	Valg av nytt styremedlem for Nordlandssykehuset HF. <i>U. off. jfr. Offl. § 5a, Fvl §13.1.</i>	Side	45
Sak 08-2004	Orienteringssaker 1. Informasjon fra styreleder til styret. <i>Muntlig.</i> 2. Informasjon fra adm. direktør til styret. <i>Muntlig.</i> 3. Utbygging Nordlandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes. 4. Melding om oppfølging av styringsdokument 2003.	Side	46
Sak 09-2004	Referatsaker 1. Brev fra Loppa Kommune av 8. desember 2003 ad. helseforetakene og sykehusene i Nord-Norge. 2. Brev fra Arbeiderpartiets stortingsrepresentant Asmund Kristoffersen av 17. desember 2003 ad. helseforetakenes ansvar for rusinstitusjonene. 3. Brev fra Finnmark fylkeskommune av 18. desember 2003 ad. status to år etter overtakelse av spesialisthelsetjenesten? 4. Brev fra Vadsø Kommune av 18. desember 2003 ad. sykehus tilbudet i Finnmark. 5. e-post fra Jonny Haldorsen av 15. januar 2004 ad. akuttkirurgi og fødeavdeling / fødestue. 6. Uttalelse fra Regionalt Brukerutvalg av 23. januar 2004 ad. budsjett 2004. 7. Brev fra Erling Birkeland av 29. januar 2004 ad. Sykehusreformen Hålogalandssykehuset stedsvalg.	Side	102
Sak 10-2004	Eventuelt	Side	110

Bodø, den 5. februar 2004

Lars Vorland
 Adm. direktør

**STYRESAK 02-2004 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 9. DESEMBER 2003**

Møtedato: 12. februar 2004

PROTOKOLL STYREMØTE 9. DESEMBER 2003

Styret for Helse Nord RHF avholdt styremøte på møterom Oversikten i Helse Nord RHF's lokaler i Bodø, den 9. desember 2003 – fra kl. 08.40 til kl. 13.30.

Til stede var:

Styreleder Olav Helge Førde, styremedlem Stig Fossum, Johan Petter Barlindhaug, Lisbeth Flågeng, Ellen Inga O. Hætta, Nina Schmidt, Kari B. Sandnes, Odd Oskarsen og Bente Christensen.

Fra administrasjonen:

Fung. adm. direktør Kristian I. Fanghol (*i Finn Henry Hansens sykefravær*), styresekretær / adm. leder Karin Paulke, økonomidirektør Jann-Georg Falch, direktør forretningsutvikling Tor-Arne Haug. Fagdirektør Einar Hannisdal deltok under deler av styremøtet.

Observatør:

Nils Finstad fra Nordlandsforskning.

STYRESAK 125-2003 GODKJENNING AV SAKSLISTE

- | | | |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Sak 125-2003 | Godkjenning av saksliste. | |
| Sak 126-2003 | Godkjenning av protokoll fra styremøte 11. november 2003. | |
| Sak 127-2003 | Styringsdokument 2004 – foreløpige vurderinger. | <i>U. off. jfr. Offl. § 5.</i> |
| Sak 128-2003 | Opprettelse av Helseforetakenes Nasjonale Luftambulans ANS, til daglig benevnt Luftambulansen. | |
| Sak 129-2003 | Revisjon av drifts- og investeringsrammer 2003 III. | |
| Sak 130-2003 | Budsjett 2004 - Justering av rammer samt oppfølging av Stortingets behandling. | |
| Sak 131-2003 | Effektivisering av stab- og støttefunksjoner. | |
| Sak 132-2003 | Orienteringssaker | |
| | 1. Informasjon fra styreleder til styret. <i>Muntlig.</i> | |
| | 2. Informasjon fra kst. adm. direktør til styret. <i>Muntlig.</i> | |
| | 3. Fagutredning og tjenesteutvikling. | |
| | 4. Arbeid med faglige spørsmål – bruk av faglig kompetanse i landsdelen. | |
| | 5. Åpningsbalanse – endelig fastsettelse. | |
| | 6. Årsverksrapportering. | |

- Sak 133-2003 Referatsaker
1. Brev fra Norsk Redaktørforening til Helseminister Dagfinn Høybråten av 10. november 2003 ad. åpne styremøter.
 2. Brev fra NHO Nordland av 27. november 2003 ad. uttalelse fra styret i NHO Nordland.
 3. Brev fra Vest-Finnmark Regionråd av 11. november 2003 ad. uttalelse om den økonomiske situasjonen i Helse Finnmark.
 4. Korrespondanse med Akvapatologisk Laboratorium ad. styresak 118-2003.
 5. Pressemelding fra Brukerutvalget i Helse Nord av 24. november 2003 ad. ventelister og pasientrettigheter.
 6. Brev fra Narvik Kommune av 24. november 2003 ad. utvikling av fødetilbudet ved sykehuset i Narvik.
 7. Brev fra Nordland Legeforening av 26. november 2003 ad. organisering av fødselsomsorgen og akutt kirurgisk beredskap ved Helgelandssykehuset HF, avd. Mosjøen.
Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.
- Sak 134-2003 Eventuelt

Styrets vedtak:

Sakslisten godkjennes.

**STYRESAK 126-2003 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 11. NOVEMBER 2003**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 11. november 2003 godkjennes med de endringer som kom frem under møtet.

**STYRESAK 127-2003 STYRINGS-DOKUMENT 2004 – FORELØPIGE
VURDERINGER.**

U. off. jfr. Offl. § 5.

Styrets vedtak:

Styret viser til drøftinger i styremøtet og ber administrasjonen fremme saken i neste styremøte.

STYRESAK 128-2003 OPPRETTELSE AV HELSEFORETAKENES NASJONALE LUFTAMBULANSE ANS, TIL DAGLIG BENEVNT LUFTAMBULANSEN.

Styrets vedtak:

1. Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS, til daglig benevnt Luftambulansen, blir stiftet under forutsetning om tilsvarende vedtak i de andre regionale helseforetakene.
2. Selskapet skal legge følgende dokumentasjon (vedlagt) til grunn for sitt arbeid:
 - a. Selskapsavtale
 - b. Partneravtale
 - c. Forretningsplan
3. Avtalene er opplistet i prioritert rekkefølge som bestemmende for virksomheten.
4. Selskapsavtalen er et offentlig dokument, mens forretningsplan og partneravtale unntas offentlighet.
5. Luftambulansen stiftes med en egenkapital på 1 mill kroner, fordelt med 20 % på hvert RHF.
6. Styring og kontroll skjer gjennom selskapsmøtet og styret.
7. Det oppnevnes et styre på seks personer. Administrasjonen i hvert RHF gis fullmakt til å utpeke et styremedlem med varamedlem. I tillegg utpekes en styreleder i samarbeid mellom RHFene.

STYRESAK 129-2003 REVISJON AV DRIFTS- OG INVESTERINGSRAMMER 2003 III.

Styrets vedtak:

1. Styret for Helse Nord RHF vedtar følgende endringer i helseforetakenes basisrammer:

	Helgeland	Nordland	Hålogaland	UNN	Finnmark	RHF
Arbeidsplan - prosjektleder		300.000		300.000		- 600.000
Arbeidsplan - reiser		85.000		85.000		- 170.000
Behandlings- hjelpemidler - (St.prp. nr 21)						6 312 000
Behandlings- hjelpemidler - fordeling	1 072 000	1 322 000	1 402 000	1 513 000	1 003 000	- 6.312.000
SUM	1 072 000	1 707 000	1 402 000	1 898 000	1 003 000	- 770.000

2. Styret for Helse Nord RHF vedtar tilbakebetaling av ISF-inntekter etter samme fordelingsnøkkel som ved tidligere inndragning. Avkortning som følge av feilkodinger foretas etter faktisk feilkoding ved helseforetakene i Helse Nord.
3. Styret for Helse Nord RHF tar momenter tilknyttet regnskapsmessig resultat 2003 til orientering.

STYRESAK 130-2003 BUDSJETT 2004 - JUSTERING AV RAMMER SAMT OPPFØLGING AV STORTINGETS BEHANDLING.

Styrets vedtak:

1. Helseforetakene skal i budsjettbehandlingen for 2004 utarbeide og iverksette reelle tiltak for å bringe økonomien i balanse. Samtlige tiltak for å realisere balanse skal iverksettes i løpet av 2004 med full effekt senest i 2005.
2. Øremerket statstilskudd til syketransport fordeles slik per helseforetak:

Helse Nord RHF	56 669 000
Helse Finnmark HF	73 601 000
UNN HF	34 313 000
Hålogalandssykehuset HF	55 772 000
Nordlandssykehuset HF	42 639 000
<u>Helgelandssykehuset HF</u>	<u>38 845 000</u>
Totalt	301 839 000

Beløpene inkluderer midler til dekning syketransport, opphold, transport helsepersonell, administrasjon og kjøp av tjenester som vist i saksframlegget.

3. Økt basisramme til dekning av rusreformen legges på RHF inntil videre. Fordeling per helseforetak fremmes som egen sak i januar.
4. Rammen til Helse Finnmark HF økes med 1,61 mill.kr., og rammen til Helse Nord RHF reduseres tilsvarende vedrørende feil trekk for ansvarsoverføring av oppdragsundervisning.

STYRESAK 131-2003 EFFEKTIVISERING AV STAB OG STØTTEFUNKSJONER.

Styrets vedtak:

1. Styret ber administrasjonen innen 30. juni 2004 om å
 - a. fremme forslag til framtidig organisering av IT funksjonen i Helse Nord.
 - b. foreslå felles organisering av innkjøp, logistikk og innkjøpsprosesser i Helse Nord.
 - c. fremme forslag for samordning av regnskapsfunksjonen, inklusiv håndtering av reiseregninger i Helse Nord.
 - d. fremme forslag til samordning av lønningsfunksjonen i Helse Nord.
 - e. utvikle dekkende nøkkeltall for øvrige stab og støttefunksjoner i ikke-medisinske områder. Dette må koordineres med andre pågående prosesser både på tvers av foretaksgruppen og innenfor hvert HF.
2. Det oppnevnes en styringsgruppe. Styringsgruppen skal settes sammen av ledelsen i RHF, HFene, representanter fra de to aktuelle hovedsammenslutningene samt et eksternt medlem.
3. Det skal vurderes ulike organisasjonsmodeller for stab og støttefunksjoner, herunder videreføring av nåværende organisering, felles stab og støtteenheter, partnerskapsmodeller og outsourcing av disse funksjonene
4. Før saken fremmes for styrebehandling skal forslag til organisasjonsmodeller være drøftet med de ansattes organisasjoner.

STYRESAK 132-2003 ORIENTERINGSSAKER

Det ble gitt orientering om arbeidet med følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret. *Muntlig.*
 - Evaluering av sykehusreformen – referansegruppe.
2. Informasjon fra fung. adm. direktør til styret. *Muntlig.*
 - a. Økonomirapport nr. 10-2003. *Saken ble lagt frem av økonomidirektør Jann-Georg Falch.*
 - b. Forhold til tillitsvalgte – status.
 - c. Organisering av akuttkirurgisk beredskap / fødselsomsorg – status.
3. Fagutredning og tjenesteutvikling.
4. Arbeid med faglige spørsmål – bruk av faglig kompetanse i landsdelen.
5. Åpningsbalanse – endelig fastsettelse.
6. Årsverksrapportering.

Styrets vedtak:

Framlagte saker taes til orientering.

STYRESAK 133-2003 REFERATSAKER

Det ble referert fra følgende saker:

1. Brev fra Norsk Redaktørforening til Helseminister Dagfinn Høybråten av 10NOV2003 ad. åpne styremøter
2. Brev fra NHO Nordland av 27NOV2003 ad. uttalelse fra styret i NHO Nordland.
3. Brev fra Vest-Finnmark Regionråd av 11. november 2003 ad. uttalelse om den økonomiske situasjonen i Helse Finnmark.
4. Korrespondanse med Akvapatologisk Laboratorium ad. styresak 118-2003.
5. Pressemelding fra Brukerutvalget i Helse Nord av 24. november 2003 ad. ventelister og pasientrettigheter.
6. Brev fra Narvik Kommune av 24. november 2003 ad. utvikling av fødetilbudet ved sykehuset i Narvik.
7. Brev fra Nordland Legeforening av 26. november 2003 ad. organisering av fødselsomsorgen og akutt kirurgisk beredskap ved Helgelandssykehuset HF, avd. Mosjøen. *Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.*

Styrets vedtak:

Framlagte saker taes til etterretning.

STYRESAK 134-2003 EVENTUELT

Ingen saker ble fremmet.

Styret for Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 9. desember 2003 godkjennes.

Bodø, den 5. februar 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Vår dato: 5.2.2004 **Vår referanse:** 200400004-4 **Arkivnr:** 021

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Deres dato: **Deres referanse:**

Saksbehandler: Finn Henry Hansen, tlf. 75 51 29 30 / Tove Klæboe Nilsen, tlf. 75 51 29 14

STYRESAK 03-2004

**STYRINGSDOKUMENT HELSEFORETAKENE
2004.**

Møtedato: 12. februar 2004

Se eget vedlegg.

STYRESAK 04-2004 BUDSJETT 2004.

Møtedato: 12. februar 2004

1. Formål / sammendrag

Styrene i ved UNN og Nordlandssykehuset har behandlet budsjett for 2004. De øvrige foretakene vil behandle budsjettene i løpet av de nærmeste uker. Styrevedtakene fra helseforetakene følger vedlagt. Det gis et sammendrag av beregnet tilpasningsproblem, samt hvilke tiltak helseforetakene har vedtatt for å løse dette. Samtidig gis en vurdering av hvilke effekter tiltakene vil ha på behandlingstilbudet i regionen, samt konsekvenser for ansatte.

Kort om prosessen så langt.

Styret for Helse Nord RHF har to roller som er skilt i de ulike budsjettsakene. *På den ene siden har Helse Nord RHF sørge-for-ansvar. Det vil si ansvar for å prioritere pasientbehandling, innhold og omfang. Dette er en oppgave med fordelingspolitiske effekter. RHF styret ivaretar også rollen som eier av helseforetakene. I eierrollen tar styret stilling til hvordan ressursene brukes for å løse oppgavene.*

Styret har i flere saker behandlet føringer og premisser for helseforetakenes budsjett.

- RHF styret vedtok i juni 2003 å trimme RHF budsjettet (drift, reserver og prosjektbudsjett) med 38 mill kroner. Midlene er senere brukt til å styrke rammene til helseforetakene og finansiere opp nye pålegg og krav. I tillegg fordelte styret foreløpige investeringsrammer for 2004.
- RHF styret vedtok i november styringsmål for foretakene basert på de stortingsvedtak som forelå på det tidspunkt, fordelte rammer og gjorde noen nye prioriteringer. I tillegg ble endelige investeringsrammer for 2004 økt og fastlagt.
- RHF styret justerte i desember rammer og fordelte kravet til økonomisk balanse over 2 år etter Stortingets behandling.
- Den saken som nå legges frem er en oppsummering av budsjettprosessen i helseforetakene så langt, og har som mål å synliggjøre konsekvenser av de føringer og krav som er gitt, og fastlegge endelige styringsmål for 2004.

Styret inviteres til å:

- fordele tilleggsbevilgning fra budsjettforliket i Stortinget
- fordele tildelte midler ved overtakelse av ansvar for rusomsorgen
- fordele rest tildelte midler ved overtakelse av syketransport
- fordele diverse tildelte øremerkede tilskudd
- fastsette styringsmål for det enkelte helseforetak
- fastsette trekkrettigheter på konsernkonto per helseforetak

2. Budsjettforslag 2004

2.1 Budsjett for Helse Nord RHF

Tabellen under viser budsjettforslag for Helse Nord RHF (morselskapet) sammenstilt med regnskap 2002 og justert budsjett 2003 (mill.kr.):

Helse Nord RHF			
	Regnskap 2002	Justert Budsjett 2003	Budsjett 2004
Basistilskudd	3 375 163 100	3 469 112 000	5 222 286 000
Regionsykehustilskudd	417 324 000	437 474 000	
ISF-inntekter	1 696 000 283	1 874 639 000	1 334 900 000
Polikliniske inntekter			440 000 000
Øremerket statstilskudd	185 384 324	140 863 000	655 060 000
Annen driftsinntekt	6 116 897	34 467 000	51 699 000
Sum inntekter	5 679 988 604	5 956 555 000	7 703 945 000
Kjøp av helsetjenester	5 507 336 733	5 697 636 000	7 344 850 000
Varekostnad	123 893 858	125 477 000	191 320 000
Lønnskostnad	21 701 860	22 904 000	23 396 000
Avskrivning	1 246 210	6 368 000	7 990 000
Annen driftskostnad	81 080 868	112 670 000	140 389 000
Driftsresultat	-55 270 925	-8 500 000	-4 000 000
Annen renteinntekt	33 540 845	15 500 000	14 000 000
Annen rentekostnad	27 198	7 000 000	10 000 000
Årsresultat	-21 757 278	0	0

Den store økningen i basistilskudd skyldes omlegging av finansieringen fra 60 – 40 % ISF-refusjon, overtakelse av ansvar for rusomsorgen, basisdelen av det tidligere regionsykehustilskuddet er inkludert her, samt kompensasjon for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift. Polikliniske inntekter, som tidligere ble refundert til helseforetakene, vil fra 2004 kanaliseres via RHF.

Øremerkede tilskudd er økt som følge av overtakelsen av ansvar for syketransport. I tillegg er midler til forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentra inkludert her. Tidligere var disse en del av regionsykehustilskuddet.

2.2 Styringsdokument fra eier

I styringsdokumentet for 2004 fra Helsedepartementet framkom følgende som er ivaretatt i budsjettsak i desember:

- ”Det skal settes av midler med tanke på søknader fra brukerorganisasjoner og andre relevante organisasjoner”. Det er budsjettet med 1,3 mill.kr. til formålet. Beløpet tilsvarer budsjett 2003.
- ”Ammesenteret ved Rikshospitalet er en ressurs for hele landet. Helse Nord skal bidra med 0,2 mill.kr. som bidrag til tjenester senteret tilbyr til alle helseregioner”.
- ”Helse Nord skal holde tilbake inntil 1,5 mill.kr. til dekning av arbeid i styringsgruppen for ledelse”. Det er avsatt 1 mill kr til formålet.

- ”Det må vurderes økonomisk og praktisk støtte til familier med funksjonshemmede og kronisk syke barn for å muliggjøre valg av alternative treningsmetoder, herunder ”Domanmetoden”. Det er budsjettet med 1,5 mill.kr. til formålet. Fagdirektørene har tatt initiativ til en arbeidsgruppe som skal sørge for enhetlig behandling av søknader samt vurdere behov for tilsvarende tilbud i nasjonal regi.

Her følger krav med redegjørelser og forslag til disponeringer som ikke tidligere er ivaretatt:

- ”Det må settes av ressurser til å ivareta funksjonshemmede og kronisk syke barns behov for habiliteringstjenester, herunder intensiv trening og habilitering, og andre spesialiserte helsetjenester på en god måte.” Dette ivaretas på foretaksnivå. Framtidig organisering og dimensjonering av tjenesten følger av handlingsplan for habilitering og rehabilitering som er under utarbeidelse.
- ”Helse Nord skal delta i planleggingen av øvelsen ”Barents Rescue 2005”. Øvelsen skal gi helseforetaksgruppen realistiske utfordringer og bidra til å øke krisehåndteringsevnen i helseregionen.”. Det forelås avsatt kr. 500.000 til formålet som disponeres fra utfordelte midler.
- ”Helse Nord skal bidra til realiseringen av Nasjonalt Helsenett”. Utvikling av nasjonalt helsenett og nasjonal IKT-strategi vil kreve ressurser fra Helse Nord. Premisser og omfang er ikke klart. Budsjett-disponeringer for 2004 foreslås i egen sak når dette er kjent.

Andre forhold i styringsdokumentet:

Fødestuer

Helse Nord overtar fra 2004 det overordnede drifts- og fagansvaret for fødestuene, jfr. Stortingets vedtak (Budsjett-Innst. S. Nr. 11 (2002-2003), XII)). Finansieringen er i dag delt mellom Helse Nord og kommunene. Overtakelsen av ansvaret medfører trolig økt økonomisk risiko som følge av behov for avtaleinngåelser.

Krisesentre

Det har tidligere vært signalisert ny finansieringsordning for krisesentrene. Denne vil ikke være på plass for 2004. I styringsdokumentet står det at ”Stortinget vedtok ved behandlingen av kommuneproposisjonen (St.prp. nr. 66 (2002-2003) at ordningen med øremerkede statlige tilskudd til krisesentrene skulle videreføres i 2004. Tilskudd til krise- og incestsentrene må derfor videreføres.”

I Helse Nord har vi 16 sentre- og krisetelefoner, hvorav 8 er lokalisert i Nordland, 3 i Troms og 5 i Finnmark.

Finansieringen av krisesentrene i Nordland, Troms og Finnmark er noe forskjellig. Samtlige krisesentre søker kommuner om tilskudd. Staten ved Barne- og Familiedepartementet bidrar med et beløp tilsvarende innvilget beløp fra kommunene. I Finnmark bidrar i tillegg fylkeskommunen med tilskudd. Dette gjøres ikke i Troms fylkeskommune. I 2003 har Nordland Fylkeskommune og Helse Nord RHF utbetalt kr. 180.000 hver til de 8 krisesentrene i Nordland. Det har foreløpig vært budsjettet med kr. 190.000 i 2004. Etter dialog med Nordland Fylkeskommune er det enighet om å videreføre denne ordningen. Som følge av uklart finansieringsansvar foreslås det å avsette midler til krisesentre i Finnmark og Troms.

Det foreslås avsatt totalt kr 450.000,- for de tre fylkene. Dette tilsvarer et gjennomsnittlig tilskudd på kr. 25.000 til krisesentrene fra Helse Nord RHF. Økningen på kr. 260.000 finansieres fra ufordelte midler.

Tilskudd til RIBO attføringscenter og Kløveråsen Utrednings- og kompetansesenter

Fra 01.01.04 er Helse Nord avtalepart ovenfor RIBO og Kløveråsen. Det foreslås å prisjustere tilskuddene tilsvarende prisjustering av helseforetakenes basisramme. I tillegg foreslås det en kompensasjon for økt arbeidsgiveravgift. Helse Nord RHF vil i løpet av 2004 gjennomgå driftsavtale om kjøp av tjenester fra RIBO og Kløveråsen. Økningen på kr. 796.000 disponeres fra avsatt beløp til kjøp fra private.

	RIBO	Kløveråsen
Sum tilskudd 2004	4 950 000	14 260 000

2.3 Risikovurdering

Budsjettet inneholder flere risikomomenter. Disse er i hovedsak knyttet til følgende forhold:

- Overtakelse av ansvar for syketransport fra 1.1.2004
Området har hatt en sterk kostnadsvekst de siste 10 årene. For 2004 er det lagt til grunn forutsetninger om redusert vekst i 2003 og 2004, samt at det er lagt inn effektiviseringskrav på til sammen 7 % inklusive for høyt trekk for økte egenandeler. Utvidede pasientrettigheter vil gi en kostnadsøkning. Endret/økt funksjonsfordeling innen helseforetakene vil også kunne medføre økte kostnader. Dette setter store krav til helseforetakene i realisering av forventet effektivisering gjennom samordning av behandling og syketransport.
- Overtakelse av ansvar for rusomsorg fra 1.1.2004
Området er underfinansiert, hovedsakelig som følge av manglende finansiering av økte kostnader til drift og avskrivninger ved foretatt utbygging av Nordlandsklinikken. Dette er også et område hvor behovene for behandling langt overstiger det tilbudet som er gitt/finansiert til nå. Utvidede pasientrettigheter, ved at dette er blitt en helsetjeneste slik at pasientene kan henvises til private behandlingstilbud som andre RHF har avtale med, vil ha konsekvenser for gjestepasientkostnadene.
- Overtakelse av ansvar for behandlingshjelpemidler fra 1.1.2003
Området er underfinansiert (100 mill.kr. på landsbasis), og det er en risiko for kostnadsvekst på dette området som også er rettighetsstyrt.
- Finansiering av opptrappingsplanen for psykisk helsevern
Det er usikkerhet om framtidig driftsfinansiering av nye tilbud vil være tilstrekkelig.
- Undervurdert volumvekst i rettighetsstyrte ordninger/gjestepasientutgifter
Gjestepasientutgiftene er stigende. Nye pasientrettigheter og endret pasientadferd kan gi en fortsatt kostnadsvekst. En vekst i 2004 vil slå hardere ut økonomisk enn tidligere som følge av at ISF-andelen av finansieringen er redusert til 40 %. Gjestepasientsatsen er fortsatt 80 % før det er forhandlet fram evt. avtaler.
- Pris- og lønnsstigning
Det er lagt inn forutsetning om 4 % lønnsvekst og 1,6 % generell prisstigning. Spesielt det siste kan synes lavt basert på erfart prisvekst på bl.a. medisiner og medisinteknisk utstyr de senere år.

- Egen omstillingsevne
Foretaksgruppen står overfor svært store økonomiske utfordringer, og kravet til omstilling er betydelig høyere enn tidligere år.

3. Budsjetthandling i helseforetakene

3.1 Oppsummering

Styret vedtok i sak 130-2003 at helseforetakene i budsjettbehandlingen for 2004 skal utarbeide og iverksette reelle tiltak for å bringe økonomien i balanse. Samtlige tiltak for å realisere balanse skal iverksettes i løpet av 2004 med full effekt senest i 2005.

Samlet er tilpasningsproblemet beregnet til 655 mill.kr. i 2004. Dette er en økning på om lag 100 mill.kr. i forhold til presentert i styresak 116-2003. Økningen skyldes oppjusteringer av tallene ved Nordlandssykehuset, UNN, Hålogaland og Helgeland.

Helseforetakenes styrer har fattet vedtak om iverksetting av tiltak i 2004 for å løse 363 mill.kr. Helseforetakenes budsjettvedtak og økt budsjetttramme dekker om lag 2/3 av beregnet tilpasningsproblem.

Tabellen under viser tilpasningsproblem og styrevedtak om tiltak i det enkelte helseforetak:

	Finnmark	UNN	Hålogaland	NLSH	Helgeland	SUM
Tilpasningsproblem	125	226	100	146	58	655
Vedtatte tiltak	85	150	57	50	21	363
Restproblem	40	76	43	96	37	292

Tiltakspakkene er i ulik grad konkretisert og iverksatt/planlagt iverksatt. Det hefter dermed en viss usikkerhet ved realisering av de forutsatte besparelser i 2004. Det er noen positive overhengseffekter til 2005 ved en del av de foreslåtte tiltakene, men i hovedsak foreligger ikke tiltak for å løse restproblemet. Arbeidet med å identifisere løsninger for å realisere budsjettbalanse i 2005 har høy prioritet i helseforetakene og må fortsette uavbrutt.

3.2 Plan for å løse tilpasningsproblemet

I tabellen under er det gitt en oppsummering av tiltak med effekter slik de er presentert i helseforetakenes budsjettdokumentasjon til sine styrer. Tiltakene er ikke satt opp etter en felles mal i helseforetakene. Dette innebærer at grupperingen av tiltak under ikke er helt presis, men den gir likevel et bilde av hva som planlegges iverksatt.

Tiltakene er i ulik grad gjennomarbeidet og klar til iverksetting. For de fleste vil det kreves prosesser i forkant av gjennomføring, og det vil kreve stor omstillingsevne både i organisasjonen og blant enkeltansatte. Som følge av at planleggingen i mange tilfeller er kommet kort, er det knyttet usikkerhet til om alle de planlagte tiltakene kan la seg realisere, tidspunkt for realisering og effekt. Videre er det ikke identifisert tiltak som dekker hele tilpasningsproblemet. For å sikre realisering av kravet om balanse i 2005 bør tiltak utover tilpasningsproblemet identifiseres i det videre arbeidet.

I tabellen er det videre inkludert et anslag over nye kostnader i 2005 som også må tas høyde for med tiltak for å sikre budsjettbalanse neste år.

Tilpasningsproblem	2004	2005
Kjent tilpasningsproblem	655 mill.kr.	655 mill.kr.
Omfordeling i hh. t. ny finansieringsordning fra 2005		10 mill.kr.
Forventede nye kostnader/problemer 2005		68 mill.kr.
Tilleggsbevilgning 2004	-61 mill.kr.	-61 mill.kr.
Sum tilpasningproblem	594 mill.kr.	672 mill.kr.
Tiltak	Effekt 2004	Årseffekt 2005
Driftseffektivisering av kliniske avdelinger	90 mill.kr.	159 mill.kr.
Driftseffektivisering av medisinske servicefunksjoner	23 mill.kr.	41 mill.kr.
Driftseffektivisering av stabs- og ikke medisinske servicefunksjoner	23 mill.kr.	42 mill.kr.
Redusert bemanning gjennom effektiv ferieavvikling, overtid, sykefravær, tjenesteplaner og turnus	29 mill.kr.	45 mill.kr.
Innleie personell	6 mill.kr.	10 mill.kr.
Opplæring, utdanning og stipend	17 mill.kr.	17 mill.kr.
Psykisk helse; overforbruk og reduserte gjestepasientutgifter	17 mill.kr.	21 mill.kr.
Reduksjoner i tilbud og volum	4 mill.kr.	7 mill.kr.
Konkurransesutsetting, innkjøp	12 mill.kr.	27 mill.kr.
Kodeforbedring og økte inntekter	8 mill.kr.	8 mill.kr.
Diverse kutt/sparetiltak	33 mill.kr.	64 mill.kr.
Sum planlagte/vedtatte tiltak	262 mill.kr.	441 mill.kr.
Ikke identifiserte tiltak/uløst problem *)	64 mill.kr.	231 mill.kr.
Styringsmål	- 268 mill.kr.	0

*) Det må utarbeides konkrete tiltak for å løse dette restproblemet (231 mill.kr.) i løpet av 2004.

3.3 Faglige konsekvenser av budsjetttilpasningene

Generelle kommentarer

Helseforetakenes vedtatte besparelser i 2004 er forsøkt tatt inn gjennom tiltak som har minst mulig konsekvenser for pasienttilbudet. Det er vist stor lojalitet til de styringssignaler som er gitt nasjonalt og regionalt gjennom styringsdokument og strategiplaner.

Helseforetaksgruppen står overfor en stor utfordring. Tiltakene i første fase er, i all hovedsak, mulig å gjennomføre uten dramatiske konsekvenser for pasientene i form av nedlegging av etablert tjenestetilbud. Det er imidlertid stor usikkerhet ved hvilke faglige konsekvenser tiltakene vil få, ikke minst på lengre sikt. Det vil måtte skje en betydelig omlegging av måten tjenestene ytes på. Helseforetakene vil i sine prioriteringer sikre at pasienter med alvorlig sykdom/prioriterte grupper vil få et tilbud innen faglige aksepterte tidsmarginer. For andre pasientgrupper vil tiltakene med stor sannsynlighet medføre lengre ventetid/dårligere tilgjengelighet. Helseforetakene legger opp til krevende prosesser som fordrer stor grad av omstillingsevne hos medarbeidere og i organisasjonen. Det er også noe usikkerhet ved tidspunktene for effekt av kostnadskuttene, jfr. behov for interne prosesser.

Sparetiltakene retter seg dels mot en ønsket utvikling for å ta ned overkapasitet og vri aktiviteten fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinikk, mindre sykehusforbruk, større likhet i arbeidsproduktivitet og økt differensiering av tjenestetilbudene. De nasjonale satsningsområdene og de store utfordringene med den dramatiske økningen i ø-hjelpsinnleggelser, spesielt innenfor aldersgruppene 65 år og eldre, vil kunne rammes ved at forventet bedring av behandlingstilbud må utestå i første del av tilpasningsperioden. Det vil heller ikke være mulig å videreføre den positive generelle utviklingen som har vært i volum og bredde på tjenestetilbudet i reformens to første år.

Innen psykisk helsevern er det i liten grad foreslått tiltak for innsparing. Fagfeltet må imidlertid gjennomføre effektivisering da drift og arbeidsproduktivitet tilsier at det er rom for økt aktivitet og forbedret tilbud innen de rammene vi har for området. Effektiviseringsgevinsten vil i all hovedsak tas ut som nye tiltak innenfor psykisk helsevern.

Der innsparingskrav er gjort gjeldende i form av redusert budsjett er det dokumentert en kostnadsvekst med overskridelser innen dette funksjonsområdet.

Styringsdokumentet til Helse Nord slår fast at overkapasitet skal tas ned. Fagområder med underkapasitet skal styrkes. Overkapasitet i foretaksgruppen finnes i hovedsak i de kirurgiske fagområder. Underkapasitet har vi, i tillegg til psykisk helsevern, i indremedisin, habilitering, rehabilitering, geriatri og tilbud til kreftpasienter. Helseforetakene har vært bevisst på å unngå reduksjoner innen sistnevnte fagområder. Det er i all hovedsak innenfor kirurgi det gjøres inngrep i redusert antall senger og årsverk. Årsverk planlegges redusert særlig på samme område, men også gjennom generell nedbemanning. Dette er nødvendig for på sikt å vri tjenestetilbudet i større grad mot de store utfordringene innenfor kronikeromsorgen og den store andelen ø-hjelpsinnleggelser innenfor gruppen eldre. Når tilpasningsproblemene er så store, er det å unngå nedskjæringer i de prioriterte fagfelt det som er mulig å få til som satsing. Det er ikke er mulig å få til den offensive satsingen på styrking av tjenestetilbudet til eldre og kronikere slik vi har som målsetting og som styringsdokument fra eier stiller krav om.

Styrking av samarbeidet med primærhelsetjenesten er helt nødvendig i forhold til en del av de andre tiltakene som er foreslått. Sykehusforbruket er fortsatt høyt, spesielt i enkelte områder av landsdelen. Det er foreslått tiltak for å høyne terskelen for innleggelser og senke terskelen for utskrivning, både for å få ned liggetid og forbruk. Dette er en faglig forsvarlig utvikling, men det krever gode og forutsigbare samhandlingsrutiner og godt samarbeid med kommunehelsetjenesten. Økt bruk av telemedisin og ambulant virksomhet er andre virkemidler som forsøkes satt i system og som forventes å gi effekter i form av reduserte transportkostnader. Igjen vil en være avhengig av et godt og strukturert samarbeid med primærhelsetjenesten. Innsparingstiltak som griper negativt inn i samhandlingen med kommunene kan få konsekvenser for alle de nevnte områdene. Det arbeides med å finne alternative måter å få ned liggetid og forbruk ved for eksempel etablering av observasjonssenger og styrking av mottaksfunksjonen, kompetansehevende tiltak i forhold til primærhelsetjenesten, reduksjon av reinnleggelser etc.

Gjestepasientkjøpet har økt betydelig i deler av foretaksgruppen. Tiltak som stimulerer pasientene til å velge behandlingssted i Helse Nord er vanskelig å konkretisere. Samhandlingen med primærlegene har stor betydning for pasientens valg av behandlingssted. Dette området må ha et høyt fokus, sett i lys av at helseforetakene nå også er ansvarlig for transportkostnadene. Løsninger som desentraliserer tjenester i form av telemedisin og ambulante spesialister, oppfølging og kontroller satt i system ved gjennomføring nærmest pasientens hjemsted, eller ved telefonkontroll, må erstatte pasientreiser til sykehusene. Dette krever aktivt arbeid med holdninger hos helsepersonell. I tillegg innebærer det betydelig endring av rutiner både hos primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, den enkelte spesialist og øvrig personell. Slik kan nordlendingene gis et enda bedre tilbud, men kun dersom disse systemene fungerer godt.

Helseforetakene har fra 2004 fått ansvar for rusomsorgen. Dette er et underfinansiert felt. Helseforetakene er ikke bedt om å gjøre tilpasninger i øvrig tilbud for å balansere denne underfinansieringen.

Konsekvenser for tjenestetilbud i 2005 og framover.

Konsekvensene for tjenestetilbudet vil være større i neste fase hvor de gjenstående 200-250 millionene skal tas inn. Det kan stilles et stort spørsmål ved om dette er mulig å gjennomføre uten svært store og dramatiske konsekvenser for tilbudet til befolkningen. Det vil uansett ikke kunne realiseres uten en endret funksjons- og arbeidsdeling både innad i helseforetakene og mellom helseforetakene i regionen. Her vil spørsmålet på noen områder være å sikre ett tilbud i regionen. For noen pasientgrupper vil det bety økt reiseavstand. Ventetid på planlagt kirurgi for mindre alvorlige lidelser vil øke. Det vil kunne oppveies av generell reduksjon i ventetider ved en bedre organisering. Kostnadsreduksjon som følge av funksjons- og arbeidsdeling vil også være nødvendig for å skape handlingsrom for å møte de store utfordringene ved økt kvalitet og volum på kreftbehandling, psykisk helsevern, kronikeromsorg og geriatri.

De siste årene har det vært et sterkt fokus på ventelisteproblematikken. Planlagt aktivitet har vært satset på. Oppmerksomheten på utviklingen av øyeblikkelig hjelpinnleggelsene i sykehusene har ikke vært tilsvarende. Disse utgjør mellom 60 og 90 % av alle innleggelsene. Ø-hjelp har økt med 20,6 % på landsbasis for alle aldersgrupper de siste 7 år. Aldersgruppen 65 år og over har økt med gjennomsnittlig 38,6 %. Gruppen over 80 år har økt med 55,4 % for hele landet. For Helse Nord var økningen i gruppen 80 og over på 57 % i disse 7 årene. (Tallene er eksklusiv endringer i befolkningssammensetningen).

50 % av innleggelsene med varighet 0-1 døgn er innen aldersgruppen 16-49 år. Kun 15-16% av de som ligger 11-20 dager er i aldersgruppen 16-49 år. Rundt 33 % av innleggelsene med en varighet på 11-20 dager er pasienter 80 år eller eldre. Tallene gir perspektiver for årene framover, hvor ø-hjelpsinnleggelsene av eldre over 80 år og lang liggetid vil kreve betydelig omstrukturering av tjenestene og innholdet i sykehusene. Oppmerksomheten må endres mot kvalitet og samling av planlagt virksomhet (særlig innen kirurgi/kreftkirurgi). Det må fokuseres på "kronikeromsorg", antall reinnleggelsene og svingdørspasienter må ned ved å endre fokus fra "enkeltopphold" til "pasientforløp". Desentralisering av dagkirurgi og poliklinikk og ulike former for halvannenlinjetjeneste, som også er en arena for desentralisert kreftbehandling og geriatri, vil gi mer fokus på kronikeromsorgen. Det samme gjelder en tettere kontakt med primærlegene om pasienter med kroniske sykdommer og i sykehjemmene. Økt innsats på disse områdene vil kreve omstillinger av sykehusorganisasjoner.

Tiltakspakker for å fremme en slik utvikling presenteres i løpet av første halvår. Med unntak av innspill fra Nordlandssykehuset om laboratoriesamarbeid er det i liten grad fremmet forslag om endret funksjonsdeling i regionen. Helse Nord må aktivt bidra og stimulere arbeidet.

De regionale prosesser som allerede er planlagt iverksatt vil bli synliggjort gjennom styrebehandling av styringsdokumentet. Dette dreier seg om ny organisering av kreftkirurgi, samling av lavvolumbehandling i ortopedi og laboratoriesamarbeidet "Blod i Nord". En mer effektiv organisering av stab/støttefunksjoner i foretaksgruppen inngår også i dette. Røntgensamarbeid er også et område vi forventer effekt av i denne tiltakspakken.

Generelt er det behov for å skape en lik forståelse av begrepet "rett til nødvendig helsehjelp" i foretaksgruppen.

Faglige konsekvenser - foretakspesifikk.

Helse Finnmark

S-konsult gjennomgår nå hver avdeling i helseforetaket for å bistå med å finne innsparingspotensial og forbedringspunkter. Anslag over tiltak beløper seg til 57 mill.kr. Administrasjonen mener disse tiltakene kan gjennomføres uten direkte kutt i pasienttilbudet, noe de ansattes organisasjoner stiller seg tvilende til. Resterende tiltak skal drøftes med eier. Det omfatter reduksjon av antall sykestueplasser, effektivisering av ambulansetjenesten, vurdere beredskapsordninger, fødestue i Kirkenes og kraftige reduksjoner i utdanningsstillinger.

Foretaket har satt styringskravet til 85 mill.kr. Dette innebærer en omfattende omstilling av driften. De faglige konsekvensene i de første 57 mill.kr. i årseffekt antas å være akseptable da potensialet for økt arbeidsproduktivitet og redusert sengetall er betydelig. De øvrige tilpasningsproblemene vil ikke være mulig å løse uten at det gir konsekvenser for pasienttilbudet. Etablering av fødestue i Kirkenes vurderes som lite gjennomførbart dersom det ikke opprettes ny fødestue i indre Finnmark.

Universitetssykehuset Nord-Norge

Inneværende år har helseforetaket gjennomført innsparinger og økt inntektene med ca. 100 mill.kr. Det har skjedd ved reduksjon i antall årsverk og senger samt sammenslåing av avdelinger. Det er laget en plan for kostnadsbesparende tiltak som helseforetaket tror de kan gjennomføre uten vesentlig reduksjon av tilbudet til pasientene. Det er iverksatt stillingsstopp og antall årsverk skal reduseres med 200, hvorav halvparten innen de kliniske avdelingene. Dette vil kunne føre til økte ventetider og redusert aktivitet. Tiltaksplanen vil kunne gi en innsparing på ca. 100 mill.kr. i 2004. Ytterligere kostnadsreduksjoner og innsparingstiltak vil få konsekvenser for pasienttilbudet med mindre man iverksetter regionale tiltak som sentraliserer behandling, får en mer hensiktsmessig funksjonsdeling på tvers av helseforetakene, og refordeler ressurser.

De faglige konsekvenser av foretakets tiltakspakke for de skisserte 100 mill.kr. er ikke uforsvarlige eller uakseptable. Økt ventetid kan gi uheldige effekter for pasientene og kan skape økt gjestepasientkjøp. Det er også av vesentlig betydning at UNN ikke vil være i stand til å øke innsatsen overfor kreftpasienter og de øvrige prioriterte pasientgruppene.

Hålogalandssykehuset

De foreslåtte tiltak summerer seg til 92 mill.kr. De skal i hovedsak tas ut ved reduksjon av 66 senger og 117 årsverk samt andre kostnadsreduserende grep.

Hålogalandssykehuset anses å ha et stort effektiviseringspotensial ved å bedre arbeidsproduktiviteten, ved å opprettholde aktiviteten med færre ansatte. Reduksjon av antall årsverk inklusiv innleie av personale skal skje gjennom naturlig avgang, tilsetningsstopp, redusert innleie og oppsigelser som siste utvei.

Lavere sengetall skal oppnås gjennom stenging av poster, helgestenging og feriestenging. Fortsatt vridning av aktiviteten fra døgn- til dagbehandling og mer effektiv funksjons- og oppgavefordeling mellom enheter skal gjennomføres. Det skal bli færre heldøgns- / dagenheter. Disse skal erstattes av ambulerende poliklinikktilbud, og effektivisering av stab/støttefunksjoner skal iverksettes.

Helse Nord vurderer de foreslåtte tiltak som gjennomførbare uten at konsekvensene for tjenestetilbudet er uforsvarlige, jfr. hvordan samme aktivitet og oppgaver ivaretas av andre helseforetak/sykehus til en betydelig lavere kostnad. Omstillingsarbeidet vil kreve svært stram styring og kontroll. Tiltakene kan få konsekvenser for andre helseforetak og primærhelsetjenesten. Vi tror likevel at det er nødvendig med denne tøffe omstillingen for å tilpasse kostnadene ved foretaket til de øvrige, sammenliknbare helseforetakene.

Nordlandssykehuset

Helseforetaket har lagt fram en tiltakspakke for 98,6 mill.kr. Det knytter seg stor usikkerhet til volumet på tiltakspakken både fordi totaleffekten og virkningstidspunkt for det enkelte tiltak er usikker. Av tiltak med effekt på tjenestetilbudet er reduksjon i tilskudd til habilitering og rehabilitering. En rekke av de generelle tiltakene handler om sammenslåing av enheter, redusert innleie, overtid og vikarbruk samt justeringer av tjenesteplaner og turnus. Slike tiltak er det krevende å få effekt av og en kan ikke forvente helårseffekt i 2004. Foretaket vurderer at en vil få effekt i 2004 på 50 mill.kr. og for 2005 en effekt på 100 mill.kr. Det gjenstår da nesten 50 mill.kr. som en ikke har noen løsning på. Helseforetaket er tydelig på at de resterende tiltakene må løses gjennom strukturelle tiltak med funksjonsdeling mellom helseforetak. UNN og Nordlandssykehuset forventes derfor, med bistand av Helse Nord, å iverksette slike prosesser inneværende år.

Faglige konsekvenser av innsparingstiltakene i helseforetaket kan bli et noe redusert tilbud til kronikere og noe lengre ventetid på enkelte behandlinger.

Helgelandssykehuset

Tilpasningsproblemet er definert til 58 mill.kr., og det er utviklet en tiltakspakke på 21. mill.kr.

Det er foreslått nedskjæring på området habilitering. Sandnessjøen sykehus har fortsatt en betydelig overkapasitet på elektiv virksomhet, og gjestepasientproblematikken er fortsatt et område som volder problemer. Gjestepasientvolumet går opp og helseforetaket legger opp til økt dagbehandling/kirurgi og poliklinisk virksomhet i Brønnøysund for å demme opp for pasientlekkasjen sørover. Det vil derfor måtte gjøres omstillinger i tjenestetilbudet fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinisk virksomhet, noe som skulle tilsi behov for et lavere antall senger i Sandnessjøen enn det som fremkommer i tiltakspakken fra helseforetaket.

Helgelandssykehuset har to av de mest effektive sykehusene i landet og ett som har en del igjen å gå på for at arbeidsproduktiviteten skal måle seg med de to andre. Det er naturlig at det er vanskelig å finne generelle tiltak for nedskjæringer ved de to mest effektive enhetene uten at det får noen konsekvenser for pasienttilbudet. Etter vår vurdering må tilbudet innen habilitering søkes opprettholdt. Utfordringene på kort sikt er å få økonomisk effekt av en omstilling i Sandnessjøen særlig ved reduksjon av sengetallet innenfor kirurgiske fag. Her må en vurdere organiseringen av de totale sengerressurser. Det gjenstår å vurdere en strammere funksjons- og arbeidsdeling mellom enhetene og unngå dublering av tilbud der det ikke finnes faglige argumenter for å ha et svært desentralisert tilbud. Utvikling av et systematisk samarbeid med kommunene må prioriteres. Det kan skje gjennom ulike former for partnerskap hvor spesialisthelsetjenesten må tilby tjenester og kompetanse på andre måter enn før, samtidig som vi kan unngå innleggelser der dette ikke er nødvendig for pasientene. Med i dette bildet hører også reduksjon av sykehusforbruket, som er langt over landsgjennomsnittet.

3.4 Bemanningmessige konsekvenser av budsjetttilpasningene

De fem helseforetakene foreslår reduksjon i årsverk for å tilpasse driften til de økonomiske forutsetninger. Dette vises forenklet i tabellen under:

	Tilpasningsproblem	Reduksjon årsverk	Reduksjon senger
Helse Finnmark HF	125 mill.kr.	100	50
UNN HF	226 mill.kr.	200	Ikke oppgitt
Hålogalandssykehuset HF	100 mill.kr.	117	66
Nordlandssykehuset HF	146 mill.kr.	50	Ikke oppgitt
Helgelandssykehuset HF	58 mill.kr.	17	Ikke oppgitt
Sum	655 mill.kr.	484	116

Reduksjon i personalressursene må sees i sammenheng med det totale ressursforbruket som er ca. 11.000 årsverk i foretaksgruppen.

Alle helseforetakene har prosesser i gang med noe ulik framdrift for å operasjonalisere *"felles prinsipper for omstilling og nedbemanning i Helse Nord"*.

Reduksjon i årsverksforbruk må bygge på gode og forutsigbare prosesser mellom ledelse, tillitsvalgte og medarbeidere. Oversikter over antall midlertidige tilsatte, vikarinneleie og overtidforbruk viser muligheter for/behov for omdisponering av ansatte. Den prosess ansattegrupper og enkeltmedarbeidere skal igjennom må ikke undervurderes. Viktigheten av god informasjon og dialog med ansatte/tillitsvalgte, som grunnlag for gode prosesser for omstilling, kan ikke betones sterkt nok. Arbeidet med konkretisering av regionale hovedprinsipper for omstilling og nedbemanning må prioriteres.

Av øvrige tiltak som har en mer direkte påvirkning på ansatte nevnes:

- Redusere bruk av overtid/ekstrahjelp
- Redusere innleie av vikarer
- Reduserte midler til opplæring/kompetanseutvikling
- Forsterking av tiltak for å redusere sykefravær
- Forbedret personalressursstyring gjennom fokus på tjenesteplaner/turnusplaner/vakt- og beredskapsordninger
- Stram og kostnadseffektiv ferieavvikling

Flere helseforetak starter prosesser der konkurranseutsetting av ikke kjernevirksomhet skal vurderes. Prosessene skal ha klare mål om gevinstrealisering og mulighetene for å rasjonalisere egen drift skal vurderes i forkant av konkurranseutsetting.

Å finne varige løsninger på tilpasningsproblemet er krevende. Noen tiltak bærer derfor preg av kortsiktighet, men foreslås iverksatt for å nå styringsmålene. Eksempelvis nevnes reduserte midler til vedlikehold og oppbygning av kompetanse. Dette viser at helseforetakene i det videre arbeidet vil måtte gjennomføre ytterligere prosesser for å finne tiltak for varige løsninger.

4. Forslag til endringer i helseforetakenes rammer

Vedlagt tabell viser spesifisering av helseforetakenes budsjetttramme. I dette er det tatt hensyn til forslagene under, samt forslagene i kapittel 2.1 vedrørende gjennomgang av styringsdokumentet fra eier.

4.1 Fordeling av økt basisramme som følge av budsjettforliket i Stortinget

Budsjettforliket i Stortinget innebærer at Helse Nord RHF tildeles 61 mill kroner til styrking av økonomien. Det er gitt føringer for bruken av disse midlene: ”Disse midlene forutsettes å bidra til redusert underskudd i 2004 og balanse i de regionale helseforetakenes regnskaper for 2005, og skal ikke bidra til et høyere aktivitetsnivå enn forutsatt i rammene for 2004”.

Under styrebehandling av sak 130-2003 ga styret noen føringer på fordeling av tilleggsbevilgningen. Administrasjonen ble bedt om å vurdere:

- avsetting av midler til gjennomføring av omstillingstiltak
- holde tilbake midler som reserve på RHF-budsjettet
- harmonisering av kostnadsnivå mellom helseforetakene

I forslaget under er det valgt å følge opp forutsetningen om at bevilgningen skal brukes til å redusere underskuddet i 2004, jfr. Stortingets merknader. Videre er det lagt opp til større grad av harmonisering av kostnadsnivå og effektivitet mellom helseforetakene.

Med utgangspunkt i SAMDATAs oversikt over fordeling av utgifter mellom somatikk og andre helsetjenester (psykiatri og ambulanse), foreslås det å fordele 47,2 mill.kr. etter tall for somatikk og 13,8 mill.kr. etter tall for annen virksomhet.

Tabellen under viser fordeling av regnskap 2002 i mill.kr.

	Psykisk helse	Psykisk helse			
	BUP	VOP	Somatikk	Ambulanse	SUM
Finnmark	33,5	91,1	552,8	81,3	758,6
UNN	46,5	324,9	1 880,9	66,1	2 318,4
Hålogaland	11,6	79,5	709,0	55,2	855,4
NLSH	64,6	260,5	893,2	60,0	1 278,3
Helgeland	13,8	63,1	457,1	59,9	593,8
SUM	169,9	819,2	4 493,0	322,5	5 804,7

13,8 mill.kr. etter tall for annen virksomhet foreslås fordelt mellom helseforetakene basert på regnskapstall (volum).

Fordelingen etter tall for somatikk foreslås fordelt med 80 % vekt på DRG produksjon inklusive gjestepasientkjøp i 2002 (37,8 mill.kr.). Resterende 20 % (9,4 mill.kr.) foreslås fordelt med basis i kostnad pr. korrigert opphold, vektet i forhold til total produksjon.

Sykehusenhetene på Mo og i Mosjøen er fremdeles blant landets mest kostnadseffektive sykehus. Lofoten sykehus og Stokmarknes sykehus kommer også godt ut i SAMDATA 2002. Aggregert på foretaksnivå fremstår imidlertid ikke Nordlandssykehuset og Hålogalandssykehuset som like kostnadseffektive som Helgelandssykehuset og UNN.

Det er kun UNN og Helgelandsykehuset som har lavere enhetskostnader enn gjennomsnittet i Helse Nord, derfor foreslås å fordele 9,4 mill. kr. mellom dem. (Beregningen for UNN er kostnad eksklusive regionsykehustilskudd. Inkluderes dette, vil kostnaden komme over landsgjennomsnittet).

Tabellen under viser forslag til fordeling av 61 mill.kr., samt omfordelingseffekt ved at 20 % av beløpet til somatikk tar hensyn til produktivitet (mill.kr.)

	80 % DRG	20 % produktivitet	BUP	VOP	Ambulanse	Total	Omfordeling
Finnmark	4,2		0,4	1,0	0,9	6,4	-1,1
UNN	13,2	4,7	0,5	3,4	0,7	22,5	1,5
Hålogaland	6,4		0,1	0,8	0,6	8,0	-1,6
NLSH	8,4		0,7	2,7	0,6	12,4	-2,1
Helgeland	5,6	4,7	0,1	0,7	0,6	11,7	3,3
SUM	37,8	9,4	1,8	8,6	3,4	61,0	0,0

4.2 Fordeling av økt basisramme for overtakelse av ansvaret for rusomsorgen

Rammen til Helse Nord er økt med 99,3 mill.kr. som følge av Stortingets vedtak om overføring av ansvar for rusreform I og II. Beløpet er inkludert beregnet effekt av bortfall differensiert arbeidsgiveravgift. Dette baseres på regnskap for 2002 inklusive avskrivninger. Helse Nord er ikke gitt midler til dekning av økt drift samt økte avskrivninger ved Nordlandsklinikken som følge av foretatt utbygging.

Fordeling av midlene er foretatt med basis i de fylkeskommunale regnskapene for 2002 for den virksomhet som overtas. Utvidet drift ved Nordlandsklinikken er beregnet til 6 mill.kr. i 2004 (ikke helårseffekt før 2005). Økningen foreslås finansiert med forutsatt reduserte gjestepasientutgifter samt noe effektivisering av driften av institusjonene. Tilpasningsproblemet er fordelt mellom de tre helseforetakene som får overført institusjoner.

Øremerket tilskudd til Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken, som fordeles fra Sosial- og helsedirektoratet, kommer i tillegg. Budsjettet forutsettes økt når størrelsen på tilskuddet blir kjent (ca. 10 mill kroner).

I budsjettforslaget er driften ved Nordlandsklinikken foreslått utvidet som følge av utbygging, fra 21 til 27 plasser. Videre forutsettes en økt kapasitetsutnyttelse ved bedre samarbeid mellom institusjonene i landsdelen. Alle institusjonstiltak har et felles ansvar for hele regionen, og ikke bare det området som dekkes av eget helseforetak. Kapasitetsutvidelsen ved Nordlandsklinikken er forutsatt finansiert ved tilsvarende reduksjoner i kjøp av tjenester utenfor regionen. Denne forutsetningen vil være svært utfordrende å realisere.

Når det gjelder Legemiddelassistert rehabilitering (LAR - Metadonbehandling) dekkes Nord-Norge i dag fra Trondheim. I statsbudsjettet legges opp til at Helse Nord RHF skal etablere tiltak i egen region. Fremtidig modell vil bli utredet og fremmet for styret i egen sak våren 2004. Det er avsatt 0,8 mill.kr. i planleggingsmidler til dette formålet. Midler til eksisterende LAR-tiltak er fordelt mellom UNN og Hålogalandssykehuset med hhv. 0,8 mill.kr. og 3,1 mill.kr.

Tilskudd til Finnmarkskollektivet er lagt inn i budsjettet for RHF, og vil bli fordelt i henhold til avtale.

Følgende fordeling av budsjettrammen foreslås (1000 kr.):

	RHF	Finnmark	UNN	Hålogaland	NLSH	Helgeland	Sum
Drift av egne institusjoner		8 010	32 855	20 050			60 915
Utvidet aktivitet Nordlandsklinikken				6 000			6 000
Videreføre utviklingstiltak				500			500
Økt arbeidsgiveravgift		150	2 190	1 700			4 040
Gjestepasienter		4 900	2 500	1 650	5 650	940	15 640
LAR (legemiddelassistert rehabilitering)	800		800	3140			4 740
Private avtaler	7 000						7 000
Overtakelse ansatte i fylkesadministrasjonene	996		940				1 936
Effektiviseringskrav		- 175	- 725	- 605			-1 505
SUM	8 796	12 885	38 560	32 435	5 650	940	99 266

Budsjettrammen er inkludert midler til avskrivning av bygninger, inventar og utstyr, samt økte utgifter som følge av bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift.

Allerede inngåtte gjestepasientforpliktelser for 2004 utgjør om lag 11,5 mill.kr. Dette er lagt inn i rammen til det enkelte helseforetak. Resterende 4 mill.kr. til gjestepasientutgifter er fordelt etter innbyggertall i helseforetaket. Dette innebærer en skjevfordeling mellom helseforetakene, og det er aktuelt med omdisponeringer av rammen i 2005 basert på objektive kriterier.

4.3 Fordeling av øremerkede tilskudd m.m.

Fordeling av restmidler til syketransport

I styresak 130-2003 ble 90 % av mottatte midler til dekning av syketransport fordelt på helseforetakene. Fordelingen ble gjort med utgangspunkt i regnskapstall for 2002, justert for forutsetninger i statsbudsjettet om kostnadsvekst, effektiviseringskrav m.v. 10 % av midlene ble holdt igjen på RHF i påvente av tall for 2003.

Trygderegnskapet for 2003 viser at veksten i syketransportutgiftene i landsdelen var 7 % i 2003. Dette samsvarer med mottatt kompensasjon. Kostnadsveksten i de ulike helseforetaksområdene varierte imidlertid mye, fra 0,3 % kostnadsreduksjon i UNNs opptaksområde til 16,8 % vekst i Nordlandssykehusets opptaksområde.

Veksten i oppholdsutgiftene var 11,9 % i 2003, mens mottatt kompensasjon var 4 %. Underdekningen på om lag 1,3 mill.kr. er fordelt mellom helseforetakene.

Det foreslås at midler tilbakeholdt på RHF (kr. 26 575 000) fordeles til helseforetakene med utgangspunkt i regnskap 2003 + Statsbudsjettets forutsetninger om vekst og effektiviseringskrav 2004.

	Syketransport	Oppholdsutgifter	Totalt
Helse Finnmark	6 352 000	421 000	6 773 000
UNN	712 000	278 000	990 000
Hålogalandssykehuset	3 466 000	469 000	3 935 000
Nordlandssykehuset	8 697 000	111 000	8 808 000
Helgelandsykehuset	6 037 000	32 000	6 069 000
SUM	25 264 000	1 311 000	26 575 000

Insulinpumper

Stortinget har ved behandling av statsbudsjettet for 2004 vedtatt at ansvaret for insulinpumper og insulininjektorer med tilhørende forbruksmateriell, skal overføres og innordnes under de regionale helseforetakenes generelle ansvar for behandlingshjelpemidler fra 1. januar 2004. Basisrammen til Helse Nord er styrket med 4 mill.kr. for å ivareta denne oppgaven. Beløpet foreslås fordelt etter befolkningstall. Dette er samme fordelingsnøkkel som er benyttet for behandlingshjelpemidler.

Utdanning av stråleterapeuter

Helse Nord er i styringsdokumentet tildelt 1,425 mill.kr. som grunnlag for videreføring av ordningen med studielønn til stråleterapistudenter. Utdanningen skjer i regi av UNN, og studiene følger vanlig syklus med høst- og vårsemester. Det foreslås derfor å tildele UNN halvparten av tildelt beløp i vedtatt budsjettramme (712 500 kr.), mens resterende halvpart tildeles når inntak av nye studenter er klart til høsten.

Kap. 743, post 73 Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger

Helse Nord er tildelt 2,846 mill.kr. over posten. Beløpet overføres i sin helhet til UNN.

Kap. 743, post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern.

Helse Nord er tildelt kr 156,3 mill.kr. i 2004. Etter prisjustering av igangsatt aktivitet og økning av øremerket tilskudd til nasjonalt kompetansesenter for den samiske befolkning er om lag 16,9 mill.kr. tilgjengelig for fordeling.

Det foreslås følgende disponeringer:

Enhet for Idømt behandling (UNN) har planlagt driftsstart i april. Driften skal bygges gradvis opp og tidligere signalisert driftsramme i 2004 har vært om lag 7 mill.kr. Det foreslås å gi prosjektet en total driftsramme for inneværende år på 9 mill.kr.

Klinikkavdelingen ved Helgelandssykehuset Mosjøen har planlagt driftsstart i august. Driften skal bygges gradvis opp og tidligere signalisert driftsramme i 2004 har vært om lag 5 mill.kr. Det foreslås å gi prosjektet en total driftsramme for inneværende år på 6 mill.kr. Hoveddelen av tilskuddet overføres helseforetakenes inntektsrammer når prosjektet er ferdigstilt.

I Helse Nord RHF's budsjett foreslås følgende disponeringer av øremerkede psykiatrimidler:

- Erfaringskonferanse BUP - 20.000 kr.
- Handlingsplan psykiatri - 150.000 kr. Ferdigstilling av handlingsplan
- Konsulentutredning - 150.000 kr.
- Brukerutvalg - 150.000 kr. foreslås disponert til brukermedvirkning og informasjonsarbeide.
- Tilskudd til utdanningstiltak - videregående kurs i psykoterapi. 75.000 kr. Fullfinansiering av utdanningstiltak i regi av NNPF.

Helse Nord RHF har budsjettet med ca 1,4 mill kr i ikke-fordelte øremerkede midler over opptrappingsplan psykisk helse. I tillegg kommer ca 0,7 mill kr i ubrukte midler fra 2003. Det foreslås at administrasjonen gis fullmakt til disponering av tilbakeholdte og ubrukte midler i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helse.

Øremerket tilskudd til nasjonale kompetansesentra

Totalt er det bevilget 30 mill.kr. som skal gå til tre nasjonale kompetansesentra ved UNN. Det foreslås at beløpet overføres til UNN med følgende fordeling på sentrene i 2004 (2003):

Nasjonalt senter for telemedisin	24,5 mill.kr.	(24,1 mill.kr.)
Nevromuskulært kompetanseseter	3,0 mill.kr.	(2,3 mill.kr.)
Kompetansesenter for påvisning av antibiotikaresistens	2,5 mill.kr.	(2,0 mill.kr.)

Landsfunksjonen for avansert trombocytimmunologi er fra 2004 finansiert over basisbevilgningen og inkludert i basisrammen til UNN. Dette har tidligere vært øremerkede midler.

Øremerket tilskudd til utdanning av medisinerstudenter

Det foreslås at tilskudd tilsvarende priskompensert 2003-tilskudd overføres til UNN. Dette utgjør 59,4 mill.kr. Økt bevilgning (2 mill.kr.) som følge av større opptak av medisinerstudenter avsettes på RHF-budsjettet for senere fordeling til helseforetakene. Det tas sikte på å utvikle en modell for framtidig fordeling av tilskuddet basert på hvor medisinerstudentene er utplassert.

Øremerket tilskudd til forskning

Totalt er følgende midler avsatt til forskning i 2004:

• Midler knyttet til opptrappingsplanen for psykisk helse, tidligere inkludert i Nordlandssykehusets basisramme	1,2 mill.kr.
• Øremerket statlig tilskudd	45,8 mill.kr.
• Budsjetterte midler til Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (RHF-budsjettet)	4,0 mill.kr.
Sum	51,0 mill.kr.

49,8 mill.kr. er bundet opp gjennom vedtak i Universitetssamarbeidet 18.12.2003. 4,1 mill.kr. av disse holdes tilbake inntil bedre dokumentasjon m.v. foreligger. Midler tildelt eksterne parter (4 2, mill.kr.) budsjetteres fortsatt på RHF-budsjettet. Ufordelte midler utgjør om lag 1,2 mill.kr. Midler tildelt helseforetakene foreslås fordelt som vist i tabellen under:

Helse Finnmark	1 337 000 kr.
UNN	35 156 000 kr.
Hålogalandssykehuset	982 000 kr.
Nordlandssykehuset	2 510 000 kr.
Helgelandssykehuset	243 000 kr.
Totalt (reduksjon RHF)	40 228 000 kr.

Det foreslås at 1,26 mill.kr. i Nordlandssykehusets basisramme overføres til basisrammen til RHF, og at de i 2004 fordeles tilbake som engangsbevilgning i hh. t. vedtak i Universitetssamarbeidet.

4.4 Endring i basisbevilgning – behandling i utlandet

Helse Nord er overført 3,3 mill.kr. for utenlandsbehandling. Dette er behandling som må skje utenlands som følge av kompetansemangel, dvs. der hvor man etter faglig vurdering ikke kan gi pasienten et tilfredsstillende tilbud i egen region eller andre steder i Norge, eller hvor det er uakseptable ventetider. Godkjenning av utenlandsbehandling som følge av kompetansemangel skal foreløpig gjøres av RTV inntil ny pasientrettighetslov trer i kraft. Finansieringsansvaret er imidlertid overført Helse Nord fra 1.1.2004.

Som følge av foreløpig uavklarte premisser for utenlandsbehandling foreslås det at ordningen inntil videre håndteres av Helse Nord RHF. Midlene foreslås dermed budsjetterit i basisrammen til RHF. Når premisser og arbeidsoppgaver i større grad er fastsatt vil ordningen foreslås overført til et helseforetak.

5. Fastsetting av styringsmål 2004 per helseforetak

Budsjettforliket i Stortinget innebærer at kravene til de regionale helseforetakene om økonomisk balanse forskyves fra 2004 til 2005. Enhver utsettelse av balansekravet medfører økte finanskostnader og reduserte muligheter for å gjennomføre nødvendige og økonomisk lønnsomme investeringer. Desto mer vi klarer å løse i 2004, desto raskere vil det skapes muligheter for utvikling av tjenestetilbudet, også gjennom investeringer.

Forslagene til økonomiske styringsmål tar utgangspunkt i vedtakene i de respektive helseforetak. Flere av HF-styrene har fattet beslutninger om betydelige kutt i kostnader uten at effektene på tjenestetilbudet er fullstendig utredet eller beskrevet.

Helse Finnmark HF opererer med et brutto tilpasningsproblem på 125 mill.kr. Styret har vedtatt at det skal gjennomføres tiltak med en effekt på 85 mill.kr. i 2004.

Det kan synes ambisiøst med tanke på at den administrative ledelse ikke er på plass før 1. februar.

UNN HF opererer med et brutto tilpasningsproblem på 220 mill.kr. I tillegg kommer uløste forhold knyttet til fullfinansiering av Enhet for lindrende behandling samt leie og vedlikehold på Svalbard på til sammen 5,5 mill.kr. Styret har vedtatt at det skal gjennomføres tiltak på til sammen 150 mill.kr., slik at foretaket skal styre mot et underskudd på opp mot 70 mill.kr.

Hålogalandssykehuset HF opererer med et brutto tilpasningsproblem på 100 mill.kr. Styret har vedtatt at det skal gjennomføres tiltak på til sammen 57 mill.kr. i 2004.

Nordlandssykehuset HF opererer med et brutto tilpasningsproblem på 146 mill.kr. Styret har vedtatt at det skal gjennomføres tiltak med en effekt på 50 mill.kr. i 2004. Det kan synes noe lite, sett i forhold til det store tilpasningsproblemet og de foreliggende investeringsplaner.

Helgelandssykehuset HF opererer med et brutto tilpasningsproblem på 58 mill.kr. Styret har vedtatt å gjennomføre tiltak på til sammen 21 mill.kr. i 2004.

5.1 Vurdering og forslag til konkrete styringsmål

Helse Finnmark har identifisert tiltak tilsvarende en årseffekt på 85 mill.kr. Som følge av utskiftninger i toppledelsen vil det være forsinkelser i prosessen. Samtidig er helseforetakets økonomi slik at det er nødvendig med rask implementering av omstillingstiltak. Det foreslås at kravet settes til realisering av konkrete tiltak med en effekt i 2004 på om lag 60 mill.kr., og at styringsmålet settes til 60 mill.kr.

Styringsmålet for UNN er satt i henhold til styrets vedtak. Det er ikke gjort ytterligere reduksjoner som følge av at forventet andel av tilleggsbevilgning var innarbeidet i tiltaksbeløpet.

Tilpasningsproblemet til Hålogalandssykehuset er justert opp til 100 mill kroner, basert på foreløpige regnskapstall for 2003.

Tilpasningsproblemet til Helgelandssykehuset er inkludert mulig lønnsvekst.

Realisering av økonomisk balanse i 2005 krever at tiltak i stor grad identifiseres og iverksettes tidlig i 2004.

På bakgrunn av styrenes vedtak, fordeling av ekstrabevilgning og de vurderinger som er gjort ovenfor, fremmes følgende forslag til fastsetting av konkrete økonomiske styringsmål for hvert enkelt helseforetak:

	Brutto Problem *	Tiltak 2004	Økt basis-bevilgning	Styringsmål 2004
RHF	0	0	0	0
Helse Finnmark	125	58,6	6,4	60
UNN	226	133,5	22,5	70
Hålogaland	100	57,0	8,0	35
Nordlandssykehuset	146	53,6	12,4	80
Helgelandssykehuset	58	23,3	11,7	23
Apoteket	0	0	0	0
SUM	655	326	61	268

* Brutto problem ved UNN er inkludert manglende fullfinansiering av Enhet for lindrende behandling, samt leie- og vedlikeholdsutgifter ved Svalbard

I tillegg vil det bli fastsatt økonomiske styringsmål pr. kvartal slik:

	1. kvartal	2. kvartal	3. kvartal	4.kvartal	Sum 2004
RHF	0	0	0	0	0
Helse Finnmark	-10,4	28,8	8	33,6	60
UNN	0	10	30	30	70
Hålogaland	15	10	5	5	35
Nordlandssykehuset	30	20	20	10	80
Helgelandssykehuset	3	7	6	7	23
Apoteket	0	0	0	0	0
SUM	37,6	75,8	69	85,6	268

6. Utsikter framover / videre prosess

Helseforetakene er i tidligere vedtak gitt arbeidsordre om å identifisere og iverksette tiltak for å løse det samlede tilpasningsproblemet innen utgangen av 2004. Dette for å sikre helårseffekt i 2005. Budsjettbehandlingen i helseforetakene viser at det ikke er identifisert løsninger for en stor andel av det samlede tilpasningsproblemet. Samtidig er flere av de foreslåtte tiltakene av en slik art at det vil kreve til dels betydelige prosesser og tid for implementering. Konkret framdriftsplan med fastsatte datoer, beregnet effekt 2004 samt årseffekt 2005 er mangelfull.

For å realisere deler av tilpasningsproblemet, vil det være nødvendig med regionale prosesser m.h.t. ansvars- og funksjonsfordeling mellom helseforetak.

Samlet innebærer dette at det gjenstår mye arbeid for å realisere budsjettbalanse fra 1.1.2005. Det vil derfor være nødvendig med en fortsettelse av budsjettprosessen på disse områdene, med løpende rapportering av konkrete tiltak og framdrift.

7. Likviditet

Inngående likviditetsbeholdning 2004 var om lag 445 mill kr. Likviditetsreserven skyldes blant annet etterslep i gjennomføringen av investeringsprogrammet.

Forutsatt at foretaksgruppen samlet styrer mot et underskudd på 268 mill kroner i 2004 og at disponible investeringsmidler benyttes fullt ut (inklusive etterslep anslått til 100 mill. kr.) medfører årets drift og investeringsprogram en svekkelse av likviditeten til om lag 145 mill. kr. ved årets slutt. Denne prognosen forutsetter ingen endring i varelager, kundefordringer og leverandørgjeld samt at periodiseringsavvik i forbindelse med sykefrakt ikke har likviditetsmessig effekt i 2004. Det er i tillegg forutsatt at premieutbetaling til fremtidige pensjonsutbetalinger tilsvarer kostnadsført beløp.

Likviditetsbudsjett 2004

Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	
Budsjettert resultat	-268 000
Ordinære avskrivninger	368 000
Endring i pensjonsmidler/-forpliktelser	0
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	100 000
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	
Utbetalinger ved kjøp av varige driftsmidler	-500 000
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-500 000
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	
Innbetaling ved opptak av ny langsiktig gjeld	100 000
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	100 000
Netto endring i kontanter 01.01.2004-31.12.2004	-300 000
IB 01.01.2004	445 000
UB 31.12.2004	145 000

Likviditetsprognosen er følsom for endringer i pensjonsutgifter, investeringsaktivitet og omstillingsevnen.

8. Endring av trekkrettigheter på konsernkontoene til helseforetakene

I styresak 57/2002 ble det fordelt trekkrammer til de enkelte helseforetak. På grunn av underskudd i driften og gjennomførte investeringer er det behov for å øke trekkrettighetene til noen av foretakene.

Helse Finnmark ber om at trekkrettigheten økes fra 100 til 150 mill.kr., mens Hålogalandssykehuset ber om at trekkrettigheten økes fra 75 til 150 mill.kr. Styret for Nordlandssykehuset ber om at trekkrettigheten økes fra 150 til 225 mill.kr.

Med bakgrunn i Helse Nord RHF sin totale likviditets situasjon er det forsvarlig å øke trekkrettighetene. Det foreslås derfor å øke trekkrettighetene slik det er bedt om fra de tre foretakene.

	Opprinnelig	Justert trekkramme	Forslag
Helse Finnmark	50 mill.kr.	100 mill.kr.	150 mill.kr.
UNN	100 mill.kr.	100 mill.kr.	100 mill.kr.
Hålogalandssykehuset	50 mill.kr.	75 mill.kr.	150 mill.kr.
Nordlandssykehuset	150 mill.kr.	150 mill.kr.	225 mill.kr.
Helgelandssykehuset	50 mill.kr.	50 mill.kr.	50 mill.kr.
Apotek Nord	5 mill.kr.	5 mill.kr.	5 mill.kr.

8. Forslag til vedtak

Styret for Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord erkjenner at Helse Nord er tildelt meget knappe rammer for drift og investering. Styret vurderer de økonomiske tilpasninger til å være så store at økonomisk balanse ikke kan realiseres i 2004. Det settes imidlertid som krav at samtlige tiltak for å bringe økonomien i balanse planlegges og iverksettes innen utgangen av 2004 med full effekt senest i 2005.
2. Styret har som målsetting at tilpasningene skal gjennomføres uten at de får uakseptable konsekvenser for tjenestetilbudet og at nødvendige omstillinger skal iverksettes med deltakelse fra de ansatte og deres organisasjoner.
3. Prioritering av pasienter skal fokuseres særlig sterkt, både med hensyn til prioriterte grupper og rettighetspasienter innenfor alle områder.
4. Styringsmålet til helseforetakene for 2004 fastsettes til:

Helse Finnmark	60 mill.kr.
Universitetssykehuset i Nord-Norge	70 mill.kr.
Hålogalandssykehuset	35 mill.kr.
Nordlandssykehuset	80 mill.kr.
Helgelandssykehuset	23 mill.kr.
Sykehusapotek Nord	0 mill.kr.
Totalt	268 mill.kr.

5. Helseforetakenes basisramme justeres i samsvar med saksframlegget for:

- overtakelse ansvar for rusomsorg
- overtakelse ansvar for insulinpumper
- tilleggsbevilgning gjennom budsjettforliket i Stortinget
- forskningsmidler i Nordlandssykehusets basisramme
- behandling i utlandet

Helseforetakenes basisramme for 2004 fastsettes etter dette til:

Helse Nord RHF	407 680 000 kr.
Helse Finnmark	591 148 000 kr.
Universitetssykehuset i Nord-Norge	1 944 346 000 kr.
Hålogalandssykehuset	697 154 000 kr.
Nordlandssykehuset	1 095 822 000 kr.
Helgelandssykehuset	486 136 000 kr.
Sykehusapotek Nord	0 kr.
Totalt	5 222 286 000 kr.

6. Øremerkede statstilskudd fordeles til helseforetakene i samsvar med saksframlegget for:

- resttilskudd syketransport
- utdanning stråleterapeuter
- psykososialt tilskudd for flyktninger
- nasjonale medisinske kompetansesentra
- forskning
- utdanning medisinerstudenter

7. Administrasjonen gis fullmakt til disponering av tilbakeholdte og ubrukte midler til styrking av psykisk helse i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen.

8. Trekkrettigheter på konsernkonto fastsettes til:

Helse Finnmark	150 mill.kr.
Universitetssykehuset i Nord-Norge	100 mill.kr.
Hålogalandssykehuset	150 mill.kr.
Nordlandssykehuset	225 mill.kr.
Helgelandssykehuset	50 mill.kr.
Sykehusapotek Nord	5 mill.kr.

Bodø, den 5. februar 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Basisramme per helseforetak
Styrevedtak i helseforetakene
Uttalelse fra Regionalt Brukerutvalg
Drøftingsprotokoll av 4. februar 2004 - Helse Nord RHF

VEDLEGG 1: BUDSJETTRAMMER 2004							
	RHF	Finnmark	UNN	Hålogaland	Nordland	Helgeland	TOTAL
1. Basisbevilgning							
Vedtatt budsjett 2003 - basistilskudd	267 867 782	453 985 435	1 113 513 405	473 568 909	826 459 904	324 904 565	3 460 300 000
Endring kapitalkostnader åpningsbalansen (60/03)	-14 400 000	11 800 000	9 200 000	-3 100 000	-2 200 000	-1 300 000	0
Kapitalkostnader opptr.plan psykisk helse (60/03)	-152 000	152 000					0
Drift Agresso (88/2003)	-2 460 000	669 000		494 000	990 000	307 000	0
Fast revisjon (88/2003)	-1 070 000	130 000	450 000	140 000	250 000	100 000	0
Avskrivninger trombolysse (103/2003)	-3 373 000	906 000	761 000	749 000	342 000	615 000	0
Private avtalespesialister	25 720 032	-1 200 045	-8 032 509	-4 058 896	-9 621 204	-2 807 378	0
RIBO	4 714 000				-4 714 000		0
Kløveråsen	13 700 000				-13 700 000		0
NMS - røntgenavtale	2 400 000				-2 400 000		0
Kjøp av oppdragsundervisning	7 546 000	-1 100 000	-4 130 000	-2 316 000			0
Omfordelt basis 2003	300 492 814	465 342 390	1 111 761 896	465 477 013	795 406 700	321 819 187	3 460 300 000
2,79% pris- og lønnskompensasjon av basis 2003	8 377 204	12 972 917	30 993 941	12 976 670	22 174 522	8 971 746	96 467 000
Kreftbehandling med mer	8 255 000		25 200 000		13 645 000		47 100 000
Økt arbeidsgiveravgift	2 312 000	7 560 000	145 910 000	52 982 000	82 393 000	33 554 000	324 710 999
Andre inntekter	10 016 001						10 016 001
Lønn og personalsystem	700 000		-700 000				0
Norsk Pasientskadeerstatnings Fond	9 722 000						9 722 000
Private avtalespesialister	5 000 000						5 000 000
Kapitalkostnader psykisk helsevern	22 800 000						22 800 000
Regionsenter for spiseforstyrrelser	5 000 000		-5 000 000				0
Brøset-pasienter	-4 000 000				4 000 000		0
Ambulanse Mosjøen	-1 700 000					1 700 000	0
Tilskudd drift, infrastruktur, landsfunksjoner			318 848 000				318 848 000
Bedre kostnadsstyring ISF		-61 190	-199 475	-93 547	-122 415	-73 373	-550 000
Tilskudd avskrivning åpningsbalanse	23 190 000						23 190 000

Sykebehandling i utlandet	3 326 000						3 326 000
Endret andel ISF-finansiering	4 153 773	71 404 851	221 857 104	108 685 628	141 326 328	93 782 315	641 210 000
Endret poliklinikkatts somatikk		9 062 923	25 777 261	11 804 740	13 375 449	8 356 892	68 377 264
Endret poliklinikkatts psykiatri		4 945 568	7 878 428	3 998 113	5 974 647	4 705 979	27 502 736
Rusreform	8 796 000	12 885 000	38 560 000	32 435 000	5 650 000	940 000	99 266 000
Insulinpumper (Bud ins 11- 2003/2004)		635 507	958 776	888 192	838 277	679 249	4 000 000
Tilleggsbevilgning (Bud ins 11- 2003/2004)		6 400 000	22 500 000	8 000 000	12 400 000	11 700 000	61 000 000
Samling forskningsmidler (NNPF)	1 240 000				-1 240 000		0
Avrunding	-792	34	69	192	492	5	0
Sum basisbevilgning 2004 (kap 732, p 75)	407 680 000	591 148 000	1 944 346 000	697 154 000	1 095 822 000	486 136 000	5 222 286 000
2. Opptrappingsplan psykisk helse							
Opptrappingsplan psykisk helse (videref. fra 2003)	1 272 218	25 186 565	32 837 595	27 190 091	33 730 096	9 522 435	129 739 000
3,4 % prisstigning av igangsatt aktivitet		856 343	1 116 478	924 463	1 146 823	323 763	4 367 871
Økning nasjonalt kompetansesenter		6 000 000					6 000 000
Overhengseffekt av tiltak iverksatt 2002/2003	-728 108						-728 108
Driftsmidler nye prosjekter ferdigstilt 2004	16 902 238						16 902 238
Avrunding	-348	92	-73	446	81	-198	0
Sum opptrappingsplan psykisk helse (kap 743, p75)	17 446 000	32 043 000	33 954 000	28 115 000	34 877 000	9 846 000	156 281 000
3. Øremerkede midler/Andre inntekter							
Nasjonale medisinske kompetansesentra (inkl. NST)			30 000 000				30 000 000
Utdanning/undervisning	2 000 000		59 400 000				61 400 000
Forskning basis/resultatbasert	4 324 000	1 337 000	35 156 000	982 000	3 758 000	243 000	45 800 000
Opptreningsinstitusjoner	51 699 200						51 699 200
Luftambulans ANS	55 469 000						55 469 000
Utdanning av stråleterapeuter	712 500		712 500				1 425 000
Psykososialt arbeid for flyktninger			2 846 000				2 846 000
Syketransport	30 094 000	80 374 000	35 303 000	59 707 000	51 447 000	44 914 000	301 839 000
Sum øremerkede midler	144 298 700	81 711 000	163 417 500	60 689 000	55 205 000	45 157 000	550 478 200
SUM BUDSJETTRAMME 2004	569 424 700	704 902 000	2 141 717 500	785 958 000	1 185 904 000	541 139 000	5 929 045 200

STYRESAK 05-2004 OVERORDNET PERSONALPOLICY FOR HELSE NORD.

Møtedato: 12. februar 2004

Bakgrunn/fakta:

Denne styresaken omhandler forslag til en overordnet regional personalpolitikk. Arbeidet med å utarbeide felles personalpolitikk for Helse Nord er gjennomført med bakgrunn i Helse Nord RHF sitt Styringsdokumentet for 2003, jf. punkt 4.2.1 "Helse Nord RHF skal i samarbeid mellom helseforetakene utvikle felles overordnede premisser for personalpolitikk". Arbeidet bygger også på Helse Nord RHF's gjeldende strategidokument, vedtatt juni 2002. Forbedring gjennom samarbeid er her bærende visjon for Helse Nord RHF. Ut fra dette er det også naturlig å utarbeide en personalpolitikk som fokuserer områder hvor det er felles utfordringer knyttet til personalområdet. Strategidokumentet beskriver også konkrete områder som blant annet ledelse, arbeidsgiveransvar, arbeidsmiljø, rekruttering og stabilisering.

Innen spesialisthelsetjenesten er kompetanse helt avgjørende. Sykehusene og spesialisttjenesten for øvrig er høyspesialiserte kompetansebedrifter hvor den menneskelige ressurs er helt avgjørende. Personalområdet er et svært viktig felt når det gjelder styring og organisering av tjenesten, og derigjennom for å løse de oppgaver og nå de målsettinger som settes for virksomheten samlet sett. Personalområdet er i tillegg det området som også genererer de største utgiftene ved driften. Som en naturlig konsekvens av dette er det nødvendig for eier å ha en klar profil med hensyn til personalpolitikk. I vår organisasjon vil dette bety at foretakene må forholde seg til en felles overordnet personalpolitikk for hele foretaksgruppen, samtidig som de må konkretisere og tilpasse disse til foretakenes egne lokale behov.

Innhold og hensikt med en felles overordnet personalpolitikk fremkommer i sin helhet i vedlegg. Hensikten kan samles i følgende hovedtrekk:

- Bidra til at medarbeidere tar ansvar for både helhet og egne arbeidsoppgaver ved å løse oppgaver der de oppstår.
- Stimulere medarbeidere til vekst og utvikling
- Bidra til at ressursene i helseforetakene blir utnyttet effektivt
- Skape en lærende organisasjon

Dette slik at pasientene ved helseforetakene i Helse Nord blir møtt med rett kompetanse, til rett tid og på rett sted. Personalpolitikken skal være et virkemiddel for at pasienter skal foretrekke helseforetakene og spesialisthelsetjenesten i Helse Nord i forbindelse med undersøkelse og behandling, og at medarbeidere skal se på foretakene som en attraktiv arbeidsgiver.

Organisering og prosess

På bakgrunn av den tillyste satsningen på en felles regional personalpolitikk nedsatte Helse Nord RHF våren 2003 ei arbeidsgruppe som har jobbet frem et forslag. Gruppen har vært sammensatt av ansatte ved personalseksjonene ved hvert foretak og utnevnt av foretaksdirektørene. Organisasjonseksjonen ved Helse Nord RHF har hatt ansvaret for prosessen med bistand fra et konsulentfirma. Forslaget har også vært behandlet i direktørkollegiet av foretaksdirektørene og en forkortet versjon ble utarbeidet etter oppmodning fra disse. Denne forkortede versjon ligger vedlagt. I tillegg har forslaget vært ute til høring hos arbeidstakerorganisasjonene. Høringsfristen var satt til 1.11.03 og høringssvarene er vedlagt saken.

Følgende arbeidstakerorganisasjoner har avgitt høringsuttalelser:

Helse Finnmark: KFO, Norsk Fysioterapiforbund og Fagforbundet

Nordlandssykehuset: Fagforbundet, DNLF, FO, 2fo, NFF, DNJ og Utdanningsforbundet

UNN: Fagforbundet, YLF og DNLF

Hålogalandssykehuset: Fagforbundet

Helgelandssykehuset: DNLF

I tillegg har Norsk Sykepleierforbund i Nordland, Troms og Finnmark avgitt en felles høringsuttalelse

Hovedtrekkene i høringsuttalelsene er at organisasjonene i all hovedsak støtter det utarbeidede forslaget, men at forslaget slik det foreligger i en overordnet strategi er ullent og lite konkret. Noen uttrykker også bekymring for store forskjeller intern i foretaksgruppen når foretakene selv skal ha ansvaret for konkretiseringen av strategien. Et annet forhold som det har vært diskusjon knyttet til er punktet om lojalitet. Begrepet er ikke uproblematisk i vår foretaksorganisering som både vektlegger autonomi og gjensidig avhengighet som premisser for samarbeid mellom de ulike nivåene. Det er likevel viktig at Helse Nord RHF i sin styringsform har strategier som bygger opp om lojalitet som en viktig premisse for samarbeidet. Lojalitet er i sin natur noe som må utvikles av en gjensidig forståelse og respekt. I det fremlagte forslaget er heller ikke lojalitet fremmet som et krav, men er lagt inn under suksesskriterier.

Det ble også gjennomført drøftinger med tillitsvalgte den 19.01.03 og protokollen fra dette møtet er vedlagt saken.

De foretak som tidligere har jobbet konkret med personalpolitikk har vært invitert til å bringe disse strategier og dokumenter inn i dette arbeidet. Arbeidsgruppens forslag, samt en kortversjon legges her frem til godkjenning for styret i Helse Nord RHF.

Vurdering

Forslag til overordnet personalpolitikk for Helse Nord vektlegger seks prioriterte områder. Disse er:

- Verdibasert ledelse
 - med tydelige ansvarsforhold som gir styring og handlekraft
 - forbedring gjennom samarbeid
- Endring, omstilling og tilpassing
- Rekruttere og stabilisere
 - hvor målet er å ha medarbeidere som trives og blir værende i landsdelen

- Kompetanseutvikling og forskning
 - som sikrer rett kompetanse og stimulerer til relevant medisinsk og helsefaglig forskning
- Arbeidsmiljø
 - som ivaretar både fysiske og psykisk faktorer som påvirker et arbeidsmiljø
- Likeverd og likestilling
 - skal oppleves på alle nivå

Videre prosess:

Personalpolitikken skal videre konkretiseres i det enkelte foretak i samarbeid med de tillitsvalgte hvor lokale variasjoner og behov skal ivaretas. Det regionale nivå skal ha ansvaret for samarbeidet og koordineringen med den hensikt å ivareta de overordnede regionale perspektiver. På delområder er det aktuelt å operasjonalisere personalpolitikken gjennom tiltak også på regionalt nivå. Dette gjelder f.eks. videre utvikling av lederskapet. For det regionale nivået vil også en evaluering med måling av de aktuelle områder over tid være et ansvar å ivareta. Hensikten med personalpolitikken må være at en over tid klarer å fremvise resultater for de 6 prioriterte områdene.

Styret for Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret tar fremlagte overordnede prinsipper for personalpolitikk til etterretning og ber helseforetakene implementere disse i sin foretaksspesifikke personalpolitikk på dette området.
2. Det enkelte helseforetak er selv ansvarlig for gjennomføringen av den lokale tilpasningen i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene.
3. Helse Nord RHF har ansvar for gjennomføring av eventuelle foretaksovergripende tiltak, samt samarbeidet og koordinering med den hensikt å ivareta de overordnede regionale perspektiver.

Bodø, den 5. februar 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg:

1. Forslag til Personalpolitikk
2. Forslag til Personalpolitikk – forkortet versjon
3. Høringsuttalelser
4. Drøftingsprotokoll

STYRESAK 06-2004 REGIONALT SENTER FOR BEHANDLING AV ALVORLIGE SPISEFORSTYRRELSER I HELSE NORD.

Møtedato: 12. februar 2004

Formål / sammendrag

Styret vedtok i desember 2002 opprettelse av regionalt senter for behandling av mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser i Helse Nord, med den faglige overordnede ledelsen lagt til Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Enheten for barn og unge lokaliseres til UNN. Enheten for voksne vurderes i fremtiden lagt til Nordlandssykehuset HF, faglig underlagt regionsenteret. Styret i RHF skulle i løpet av 2003 ta stilling til ressursbehovet for videre oppbygging og drift fra og med 2004. Dette omfatter også tilbudet til voksne. Styret ble orientert om saken i styresak 122/2003.

Konklusjon

I sak 122/2003 vurderte administrasjonen at det neppe var juridiske stengsler mot å etablere en organisasjon med to enheter lokalisert i hvert sitt helseforetak, med en faglig overordnet ledelse. Ved en nærmere gjennomgang av lovverket fremkommer det at en slik løsning ikke er i tråd med regelverket.

Helseforetaksloven inneholder bestemmelser om at RHFene skal organisere tjenesteytingen i egne helseforetak, og at vedtekter regulerer hvilke oppgaver helseforetakene skal løse. Men kravet til enhetlig ledelse, jfr. Rundskriv I-9/2002 er til hinder for at en kan vedta en modell som i styresak 104/2002.

Ulike løsninger er vurdert. Den mest hensiktsmessige framtidige organiseringen vil være å etablere to selvstendige enheter, dvs. et regionsenter for barn og unge ved UNN og et regionsenter for voksne ved Nordlandssykehuset. En slik modell ivaretar kravet til enhetlig ledelse, og bygger videre på det tilbudet som allerede er etablert, både ved UNN og Nordlandssykehuset.

Styret for Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar opprettelse av to selvstendige enheter for behandling av mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser, dvs. et regionsenter for barn og unge ved Universitetssykehuset Nord Norge HF med 6 døgnplasser, og et regionsenter for voksne ved Nordlandssykehuset HF med 12 døgnplasser. Dette innebærer endringer av styresak 104/2002.
2. For å sikre en helhetlig koordinering av behandlingstilbudet til barn, unge og voksne, forutsetter styret i Helse Nord RHF at det etableres en samarbeidsform mellom regionalt senter for barn og unge ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og regionalt senter for voksne ved Nordlandssykehuset HF

3. For tilbudet til barn og unge settes investeringsrammen for nybygg / utstyr til 24 mill kroner. Det tas sikte på realisering av tiltaket i 2005-2006.
4. Tilbudet til voksne vurderes etablert gjennom utnyttning av eksisterende bygningsmasse i somatisk avsnitt.
5. Regionalt senter for barn og unge tilføres 5 mill kroner til drift for 2004. For behandling av voksne med alvorlige spiseforstyrrelser settes av 7 mill kroner for 2004, hvorav Regionalt senter for voksne tilføres 2 mill kroner direkte. De øvrige 5 millioner øremerkes sentralt i RHF til å sikre oppfølging og behandling av voksne pasienter som er til behandling i utlandet eller utenfor regionen.
6. Videre oppbygging og drift fra 2005 vil vurderes i forbindelse med neste års budsjett.

Bodø, den 5. februar 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

UTREDNING

Bakgrunn

Helsedepartementet har i *Styringsdokument for 2002* pålagt Helse Nord RHF å styrke behandlingstilbudet til mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser. Det skal skje ved bl.a. å følge opp tiltakene i *Strategiplan mot spiseforstyrrelser* fra Sosial- og helsedepartementet i 2000.

Styret i Helse Nord RHF fattet i sak 104/2002 følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF erkjenner behovet for etablering av et regionalt, høyspesialisert behandlingstilbud for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser.
2. Styret vedtar opprettelsen av et regionsenter med behandlingstilbud for mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser. Den overordnede faglige ledelsen legges til Universitetssykehuset Nord-Norge HF. På sikt skal det gis tilbud til både barn og unge under 18 år, samt til voksne.
3. Enheten for barn og unge legges til UNN. Pga. den aktuelle ressursituasjonen, samt usikkerhet rundt kapasitetsbehov i en høyspesialisert enhet, legges det i første omgang til rette for 6 plasser.
4. Enhet for voksne vurderes i fremtiden lagt til Nordlandssykehuset HF, faglig underlagt regionsenteret.
5. I løpet av 2003 tas det stilling til ressursbehovet for videre oppbygging og drift fra og med 2004, som også inkluderer tilbud for voksne. Dette bør inkludere vurdering av ressursbehov for hele kjeden som behandler denne pasientgruppen.

UNN har utredet den videre utvikling av det regionale tilbudet til barn og unge under 18 år. Arbeidsgruppe, nedsatt av Helse Nord RHF har utredet fremtidig regionalt tilbud til voksne med alvorlige spiseforstyrrelser, herunder organisering, ledelse, personell, kompetanse og ressursbehov.

I styresak 122/2003 ble styret orientert om de foreløpige beregningene av økonomiske konsekvensene for utbygging av regionalt senter, samt rapporten fra arbeidsgruppen hvor det foreslås at tilbudet til voksne legges til Nordlandssykehuset HF (NLSH) som eget regionalt senter. Videre ble det gitt orientering om hvorledes ansvaret for oppfølging og behandling av pasienter som fortsatt har tilbud om behandling i utlandet og de pasienter som nyhenvises for behandling, skal ivaretas fra 1.1.2004.

I denne sak redegjøres for den videre utvikling av regionalt tilbud til barn, unge og voksne, herunder lokalisering, organisering, faglig innhold samt økonomiske konsekvenser.

Konsekvenser

I styresak 104/02 heter det at enhet for voksne skal vurderes i fremtiden lagt til NLSH, faglig underlagt regionsenteret, som det i det samme vedtaket var bestemt skulle ligge ved UNN. Arbeidsgruppen har vurdert følgende modeller:

- **Modell A:** Regionsenter for alvorlige spiseforstyrrelser ved UNN. Klinisk funksjon for barn og unge ved UNN, klinisk funksjon for voksne ved NLSH, faglig underlagt UNN. (Vedtaket i sak 104/02).

- **Modell B:** Regionsenter for alvorlige spiseforstyrrelser ved UNN. Klinisk funksjon både for barn, unge og voksne ved UNN.
- **Modell C:** Regionsenter for barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser ved UNN. Regionsenter for voksne med alvorlige spiseforstyrrelser ved NLSH.

Arbeidsgruppen anbefaler ikke modell A. Når det gjelder modell B og C er gruppen delt. Flertallet, dvs. 4 av 5 anbefaler modell C, mens 1 representant anbefaler modell B

Arbeidsgruppen mente at alternativ A, som er i tråd med styrets vedtak, ikke kan gjennomføres med begrunnelse i lovverket (spesialisthelsetjenestelov og helsepersonellov). I tillegg påpekes en rekke andre problemstillinger knyttet til etablering av faglige tilbud på tvers av institusjonsgrenser. Dette gir grunnlag for kompliserte samarbeids- og ledelsesprosesser. At arbeidsgruppen har gått inn i denne problemstillingen er derfor relevant og synliggjør hvilke forhold som må på plass både av formell og prosessuell karakter dersom en slik modell velges.

Sentralt i saken er hvorvidt den allerede vedtatte modellen for organisering er i tråd med gjeldende lovverk. Spørsmålet er om det juridisk vil være mulig å etablere ett regionsenter hvor en enhet er faglig overordnet den andre, på tvers av to helseforetak som selvstendige juridiske enheter. To prinsipielle forhold som må drøftes:

- Om lovbestemmelsene i seg selv er til hinder for en slik løsning
- Om det er vilkår som følge av lovbestemmelsene som må oppfylles

Helseforetaksloven, som regulerer virksomheten til helseforetakene, har som formål å legge til rette for å utvikle en helsetjeneste for befolkningen basert på helseregionen som enhet. I Ot.prp. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak fremgår i pkt. 2.5.10 at *”Det vil være opp til det enkelte regionale helseforetak å velge hvordan det regionale helseforetak og underliggende virksomheter skal organiseres. Det er likevel lagt til grunn at helsetjenestene overfor publikum i vesentlig utstrekning skal utføres av helseforetak som er egne foretak med egne styringsorganer.”*

I § 6 i Vedtekter for Helse Nord heter det at *”Helse Nord skal samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse”*. Videre heter det at *”Helse Nord RHF skal fastsette hvilke virksomheter som skal løse de enkelte hovedoppgavene innenfor område.”*

I Helseforetaksloven § 43 om ansvarsform for virksomhet eid av foretak fremgår at *”Foretak kan ikke eie hele eller deler av virksomhet som yter spesialisthelsetjenester og som er organisert med begrenset ansvar.”* Ordlyden i vedtaket i sak 104/2002 er *”Enheten for voksne vurderes i fremtiden lagt til Nordlandssykehuset HF, faglig underlagt regionsenteret.”* Det betyr at dersom enheten legges til NLSH, vil den ikke kunne organiseres med et begrenset ansvar ved at den skal være faglig underlagt UNN.

Helseforetaksloven bygger på forutsetninger om driftsmessig effektivisering ved at ledelsen får styring og ansvar for alle innsatsfaktorer, myndighet til å velge en organisatorisk struktur som fremmer virksomhetens formål og et helhetlig ansvar for driften, uten innblanding i driftsspørsmål fra andre nivåer. Styringsstrukturen i det statlige eierskapet må derfor legge til grunn at det viktigste er å gi klart ansvar og nødvendige fullmakter til de operative enhetene. Helseforetaksloven gir med andre ord stor organisasjonsmessig frihet når det gjelder overordnede forhold, men gjelder ikke linjeansvaret i sykehusene. Dette berører ansvaret for

den utøvende virksomheten i spesialisthelsetjenesten, og er regulert i lov om spesialisthelsetjeneste.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 fremkommer hvilke oppgaver sykehusene særlig skal ivareta; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. I utgangspunktet står eier fritt med hensyn til hvordan sykehus skal organiseres, såfremt kravet til forsvarlighet og øvrige krav fastsatt i lov eller forskrift ivaretas.

Lovgiver har valgt å gi en særregel om organisering av ledelse i sykehus i spesialisthelsetjenesteloven § 3-9, nemlig kravet til enhetlig ledelse. I Rundskriv I-9/2002 *Om ledelse i sykehus*, fremgår at det er en forutsetning at ansvarsforholdene og ansvarslinjene er klare – og at det er sammenheng mellom plassering av ansvar og myndighet. I Ot.prp. nr 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (pkt. 3.9.6.1.) heter det at *”klare ansvarsforhold er en viktig premisse for at sykehus skal fylle kravet til forsvarlighet og sykehusets øvrige målsetninger.”* En kan heller ikke avtale bort ansvaret. Lederen vil ha et helhetlig ansvar, eller totalansvar, for den enheten vedkommende er satt til å lede. Lederens totalansvar innebærer også at vedkommende skal forvalte ressursene enheten er tildelt og tilrettelegge for den virksomheten enheten skal utøve.

Det heter i Ot.prp. nr 10 (1998-99) pkt 2.3.4.4.: *”Det er ... viktig både av hensyn til kvaliteten i tjenesteytingen og tilliten til denne befolkningen, at det er tilstrekkelig klarhet om medisinskfaglige forhold og at helsepersonell med medisinskfaglig ansvar har de nødvendige fullmakter”*. Videre heter det i pkt. 3.8.6.: *”Det må legges til rette for at beslutninger fra den medisinskfaglige spesialistkompetansen tydeliggjøres i sykehus i sykehusorganisasjonen. Det er primært denne kompetansen pasientene oppsøker når de kommer til sykehuset. Da er det viktig at sykehusets organisatoriske løsninger og samspillet mellom de ulike profesjonsgruppene legger til rette for denne medisinskfaglige spesialistkompetansen fullt ut blir benyttet til beste for pasientene...”*

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 andre ledd skal det utpekes medisinskfaglige rådgivere dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig. Eier og ledelse av sykehus må vurdere om kravet til forsvarlighet ivaretas gjennom det styringssystem som er etablert, eller om det er nødvendig med medisinskfaglige rådgivere på ulike nivå. Rådgiveren skal bidra til å gi lederen et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag i saker som gjelder medisinskfaglige spørsmål. Rådgiveren har ingen beslutningsmyndighet i egenskap av å være utpekt som rådgiver.

I sak 122/2003 vurderte administrasjonen at det neppe var juridiske stengsler mot å etablere en organisasjon med to enheter lokalisert i hvert sitt helseforetak, med en faglig overordnet ledelse. Ved en nærmere gjennomgang av lovverket fremkommer det at en slik løsning neppe er i tråd med regelverket.

Helseforetaksloven inneholder bestemmelser om at RHFene skal organisere tjenesteytingen i egne helseforetak, og at vedtekter regulerer hvilke oppgaver helseforetakene skal løse. Men kravet til enhetlig ledelse, jfr. Rundskriv I-9/2002 er til hinder for at en kan vedta en modell som i styresak 104/2002.

Dette kan løses på følgende måter:

1. Ett regionsenter hvor tilbudet til både barn, unge og voksne er i ett foretak.
2. Ett regionsenter hvor enheten for voksne blir fullstendig underlagt senteret som en satellittavdeling, hvor faglig leder er ansatt i halv stilling i hver enhet.
3. To selvstendige enheter, dvs. ett regionsenter for barn og unge og ett for voksne.

Alternativ 1 innebærer at tilbudet til både barn, unge og voksne lokaliseres på ett sted, mens alternativ 2 bygger på at det ene foretaket etablerer en enhet lokalisert til et annet geografisk område. Enheten er underlagt foretaket, både faglig og økonomisk. Den ansvarlige lederen har stilling i begge enhetene. Dersom lederen ikke selv har den nødvendige medisinskfaglige kompetanse, kan det utpekes en medisinskfaglig rådgiver jfr. Rundskriv I-9/2002. Rådgiveren skal bidra til å gi lederen et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag i saker som gjelder medisinskfaglige spørsmål. Rådgiveren har likevel ingen beslutningsmyndighet i egenskap av å være utpekt som rådgiver. Alternativ 3 innebærer å etablere ett regionsenter med ansvar for behandling av barn og unge i et foretak, og ett regionsenter med ansvar for behandling av voksne i et annet. Samtlige av disse modellene ivaretar kravet til klare ansvarsforhold, og vil organisatorisk legge til rette for at den medisinskfaglige spesialistkompetansen fullt ut blir benyttet til beste for pasientene.

I den videre vurdering av hvilken modell som vil være mest hensiktsmessig, er det viktig å belyse hvilke andre forhold som bør vektlegges. I denne sammenheng vil erfaring, eksisterende kompetanse og tilbud for øvrig være av betydning. Det er allerede etablert enhet for barn og unge ved Barne- og ungdomsklinikken ved UNN. Personalet har utviklet kompetanse innenfor området, og er tilknyttet det nasjonale utdanningsprogrammet *Kropp og Selvfølelse*.

I RHF-vedtak 104/2002 heter det at enheten for behandling av voksne vurderes i fremtiden lagt til NLSH. Ved NLSH har allmennpsykiatrisk avdeling i sentralsykehusklinikken for voksenpsykiatri utviklet et spesialtilbud for voksne pasienter med spiseforstyrrelser. For å imøtekomme det økende behovet for behandling av denne pasientgruppen, har avdelingen skilt ut 4 plasser. Personalet har opparbeidet kompetanse gjennom mange år, både ved kompetansehevingsprogrammer og ved hospitering i blant annet utlandet som ledd i deltakelsen i BUAS-prosjektet.

UNN gir i dag tilbud til voksne med spiseforstyrrelser, de har også deltatt i kompetansehevingsprogram og har således erfaringer med behandling av denne pasientgruppen, men tilbudet som gis er likevel et allmennpsykiatrisk tilbud. Dersom det er et mål å bygge videre på eksisterende tilbud, erfaringer og motivasjon som allerede finnes, synes alternativ 1 lite hensiktsmessig.

Alternativ 2 vil bety at regionsenteret ved UNN etablerer egen enhet for eksempel i Bodø. Enheten må være direkte underlagt UNN og ikke del av NLSH. Modellen er lik alternativ 1, bortsett fra at lokaliseringen er et annet geografisk sted. Dersom det er en målsettingen å opprettholde og videreutvikle eksisterende erfaring og kompetanse, må personellet ved posten på NLSH som i dag er tilknyttet de 4 døgnplassene, gis tilbud om å flytte over til denne enheten. I motsatt fall vil det bety at enheten må bygges opp fra starten.

På denne bakgrunn vurderes alternativ 3 å være den mest hensiktsmessige framtidige organiseringen. Den ivaretar både kravet til enhetlig ledelse, samt gir mulighet for å bygge videre på det tilbudet som allerede er etablert.

Samarbeid mellom de regionale sentrene

Tiltakene skal være en høyspesialiserte tjenester som skal gi tilbud til de alvorligst syke. En helhetlig koordinering av behandlingstilbudet for pasientgruppen er nødvendig for at de to regionale sentrene skal kunne gi og utvikle høyspesialiserte kliniske tjenester, og i tillegg drive fagutvikling, undervisning, kompetansespredning, veiledning og forskning. Det bør derfor etableres en samarbeidsform mellom sentrene som er organisert for å skape grunnlaget for at de til sammen ivaretar det regionale ansvaret for denne pasientgruppen.

Økonomi:

Utsettelse av investeringene for å etablere regionale sentra fører til en mindre belastning på den økonomiske situasjonen for Helse Nord RHF. Det vil likevel medføre kostnader til behandling og oppfølging. Helse Nord RHF har et sørge-for-ansvar overfor pasientgruppen, jfr. styringsdokument 2002 fra eier. Dersom man velger å utsette etableringen, vil konsekvensen være at man må kjøpe behandlingstilbud utenfor regionen, dvs. i utlandet ettersom det pr. i dag er manglende kapasitet også i de øvrige helseregionene. Kostnadene ved dette anslås å være om lag 7000 pr døgn pr pasient. Kostnadene ved kun utenlandsoppholdene er beregnet til ca 700 000 kroner i år pr pasient. I tillegg kommer kostnader ved behandling og oppfølging poliklinisk og i døgnbehandling i den perioden de ikke er i utlandet.

Et viktig aspekt som bør tas med i vurderingen av hvordan sørge-for-ansvaret skal ivaretas, er at den kompetansen innen fagområdet som allerede er opparbeidet vil gå tapt dersom man ensidig løser problemet gjennom fortsatt kjøp av tjenester utenfor egen region. Både UNN og NLSH har igangsatt kompetansehevingstiltak. Ved NLSH har en i tillegg skilt ut 4 døgnplasser i spesialpsykiatrisk avdeling slik at erfaringskompetansen er styrket gjennom den kliniske virksomheten. Dette er viktig å ivareta i en fase hvor denne type kompetanse skal videreutvikles og styrkes.

Tilbudet til barn og unge:

Det er stor usikkerhet knyttet til økonomi. Regionalt senter for barn og unge med 6 døgnplasser beregnes å ha en døgnpris på kr 7000,-. Dette gir en årskostnad til drift på 15,1 mill kroner.

Ved beregning av arealbehov tas det utgangspunkt i malen for Opptrappingsplan for psykisk helse, dvs. 130 m² (bruttoareal) pr døgnplass. UNN er bedt om å justere ned fremlagte prosjekt iht. dette. Enheten planlegges samlokalisert med Ungdomspsykiatrisk avdeling (UPA) ved UNN, noe som gjør det mulig å benytte en del av arealene til felles bruk mot denne avdelingen. UPA mangler bl.a. rom for familier, slik at her må det søkes løsninger som ivaretar begge avdelingenes behov. På denne bakgrunn tilrådes en total ramme på 780 m² brutto. Det er da tatt hensyn til at enheten skal kunne ivareta poliklinisk virksomhet og forskningsvirksomhet.

UNN har ikke tilfredsstillende skolebygg i Barne- og ungdomsklinikken (BUK). Det må derfor legges til rette for at nytt skolebygg også må ivareta behovet for elevplasser for døgnavdelingen ved UPA. Til sammen er det behov for 21 skoleplasser. I forbindelse med annen utbygging av klinikkavdelinger for barn og unge i Helse Nord, har skoledelen hatt en arealramme på 15 m² pr. plass. Det foreslås derfor en ramme på 315 m² til skolebygg.

Samlet arealbehov vil være 1095 m², noe som medfører et investeringsbehov på om lag 24 mill kroner.

Tilbudet til voksne:

Årskostnad for 12 døgnplasser inkl. forskningsvirksomhet og ambulant virksomhet er beregnet til å være kr 30,2 mill kroner.

Å bygge nye lokaler betyr store investeringskostnader, og med den økonomiske situasjonen Helse Nord RHF er i, må det først og fremst prioriteres å utnytte eksisterende bygningsmasse gjennom omdisponering av lokaler. Dersom dette ikke er mulig, må dette ses opp mot den samlede investeringsplanen for Helse Nord RHF.

12 døgnplasser innebærer et arealbehov på 1560m². Nybygg anslås å ha en kostnad på kr 22 000,- pr m², dvs. en total kostnad på kr 34,4 mill kroner.

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

**STYRESAK 07-2004 VALG AV NYTT STYREMEDLEM FOR
NORDLANDSSYKEHUSET HF.**

U. off. jfr. Offl. § 5a, Fvl §13.1.

Møtedato: 12. februar 2004

I henhold til helseforetaksloven § 21 velges styremedlemmene for to år. Styremedlemmene oppnevnes i samsvar med bestemmelsene i helseforetakslovens § 21, tredje ledd.

I henhold til helseforetakslovens § 25 har et styremedlem rett til å tre tilbake før tjenestetiden er ute, når særlige forhold foreligger.

I brev av 26. januar 2004 ber nestleder Anita Eriksen seg fritatt fra sitt styreverv.

Forslag på nytt styremedlem i Nordlandssykehuset HF vil bli lagt frem for styret i Helse Nord RHF på styremøte, den 12. februar 2004.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Helse Nord RHF legger følgende innstilling frem i foretaksmøte i Nordlandssykehuset HF:

Foretaksmøtet i Nordlandssykehuset HF tar Anita Eriksens fratreden til etterretning.

For perioden frem til 15. august 2005 velges som representant til styret i Nordlandssykehuset HF.

Foretaksmøtet velger som nestleder.

Bodø, den 5. februar 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler: diverse

STYRESAK 08-2003 ORIENTERINGSSAKER

Møtedato: 12. februar 2004

Det vil bli gitt orientering om arbeidet med følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret. *Muntlig*
2. Informasjon fra adm. direktør til styret. *Muntlig*.
3. Utbygging Nordlandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes.
4. Melding om oppfølging av styringsdokument 2003.

Styret for Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker taes til orientering.

Bodø, den 5. februar 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler: Olav Helge Førde, tlf. nr. 901 73 056

STYRESAK 08-2004/1

INFORMASJON FRA STYRELEDER TIL STYRET

Møtedato: 12. februar 2004

Legges frem muntlig av styreleder.

Vår dato: 5.2.2004
Vår referanse: 200300113-169 012
Arkivnr:
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato:
Deres referanse:

Saksbehandler: Lars Vorland, tlf. nr. 75 51 29 10

STYRESAK 08-2004/2

**INFORMASJON FRA ADM. DIREKTØR
TIL STYRET**

Møtedato: 12. februar 2004

Legges frem muntlig av adm. direktør.

STYRESAK 08-2004/3

**UTBYGGING NORDLANDSSYKEHUSET HF
 OG HÅLOGALANDSSYKEHUSET HF,
 STOKMARKNES.**

Møtedato: 12. februar 2004

Sammendrag:

Helse Nord RHF og Nordlandssykehuset har gjennomført utredninger som gitt i styrevedtak sak 41-2003. Dette er et forprosjekt for byggetrinn 1 (laboratorie- og kreftbygg), samt utvikle alternative skisseløsninger for byggetrinn 2-5. Byggetrinn 1 (1A og 1B) har nå et brutto areal på 7145 kvm. og et prisanslag på 452 mill (bygg, brukerstyr og prisstigning). Det planlegges nå videre for byggestart primo 2005.

Planlegging av ombygg og nybygg på Stokmarknes har pågått siden 1998, og ble sist styrebehandlet RHF 70-2002. Man har her forutsatt at sykehusets funksjoner/tjenestespekter videreføres stort sett som i dag. Skisseprosjekt er nå utført, og prosjektet har nå et brutto areal på 15.877 kvm. (31% - 4889 kvm. av arealet er nybygg, men økning totalt er kun. ca. 1000 kvm) med et prisanslag på 399 mill (bygg og brukerstyr). Administrasjonen i Helse Nord RHF anbefaler ikke at man nå går videre i et forprosjekt, men foreslår at det utarbeides en oppdatert virksomhetsplan for sykehuset, samt at det utarbeides et alternativt skisseprosjekt hvor alt er nybygg, men med noen flere tilbud integrert, og med nedtrimmede støttefunksjoner som kan utføres andre steder. Begge saker fremmes så på ny i styremøte RHF i mars 2004.

Utbygging Stokmarknes

Det nåværende sykehus sto ferdig i 1951, og er således 53 år gammelt. Stokmarknes er i følge byggkonsulenter et av landets dårligste sykehus bygningsmessig sett. Nytt DPS på 1460 kvm. (brutto) sto ferdig i 2001, og er forbundet med resten av sykehuset via overbygget gangvei. Siden 1998 er det gjort en rekke delutredninger, hvorav Utviklingsplan Stokmarknes sykehushovedfunksjonsprogram fra 2001 er et viktig grunnlagsdokument. Her ble bl. a. drøftet elementer som inngår i en virksomhetsplan. Siste RHF styrevedtak var 70-2002:

1. *Hålogalandssykehuset HF, Stokmarknes skal utvikles til et tidsmessig og kostnadseffektivt tjenestetilbud til befolkningen i Vesterålen, i nært samarbeid med primærhelsetjenesten.*
2. *Styret for Helse Nord RHF ber Helsedepartementet om ny vurdering og godkjenning av Hovedfunksjonsprogram for Hålogalandssykehuset HF, Stokmarknes for å gå videre med forprosjekt og skisseprogram.*
3. *Som del av det videre plan og prosjekteringsarbeid, og herunder arbeidet med organisering av oppgaver (kirurgi og føde), skal vurderes akuttmedisinsk beredskap innen HF og herunder akuttsenger for psykiatri, FAM i samarbeid med kommunene i Vesterålen, døgnplasser for BUP innen Hålogalandssykehuset HF, kortsiktige og fremtidige løsninger for rehabiliteringstjenesten.*

4. *To alternative modeller for utbygging og modernisering er vurdert. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til anbefalingene og går inn for å videreføre arbeidet med Hovedalternativet som grunnlag for forprosjekt og skisseprogram og under hensyntaken til de forutsetninger som er vedtatt under pkt. 1, 4 og 5 i sak 68-2002.*
5. *Fremdriften i neste fase er at skisse- og forprosjekt skal foreligge innen 1.1.2004. Prosjektets videre plan for fremdrift baseres på en ferdigstillelse av alle byggetrinn i løpet av 2007.*

I RHF-styrevedtak 68-2002 ble det gitt forutsetninger for planlegging og gjennomføring av investeringsprosjekter i Helse Nord. Her ble det bl.a. stilt et krav 5 % økonomieffektivisering i prosjektene.

Følgende status foreligger for de ulike punkter i vedtaket:

- Departementet er tilskrevet om hovedfunksjonsprogram, men da nye regler om departemental godkjenning kun gjaldt prosjekter over 500 mill, ble dette uaktuelt.
- Det er ikke aktuelt med flere akuttsenger i psykiatri, eller døgnplasser for BUP.
- Man har ikke tatt stilling til og integrert i skisseprosjekt felles akuttmedisinsk mottak (FAM) da det mangler avklaring med kommunene.
- Det er ikke tatt endelig stilling til rehabiliteringstilbud.
- Ny ambulansesentral er også lagt utenom sykehusbygget for å redusere kostnader.

Fremdriften har vært holdt ved at det nå foreligger skisseprosjekt, investeringsanalyser og obligatoriske kvalitetssikringer av teknisk og økonomisk art. Dog er det ikke gjennomført et forprosjekt som vedtatt i RHF 70/2002 (mer detaljerte funksjonsbeskrivelser og tegninger) fordi premisser og rammebetingelser (åpningsbalanse, avskrivingsforhold etc.) er blitt noe endret underveis. Styret i HHF vedtok 17.12.03 at man som neste trinn skulle fremme saken for Helse Nord som innspill i denne styresak. Det er ikke blitt ferdigstilt fra HHF pga. fokus på budsjett 2004 og drøfting av kostnadsreduserende tiltak i hele foretaket.

Hovedalternativet som RHF-styret vedtok (ombygg, rehabilitering og nybygg) innebærer nå følgende nøkkeltall:

Bygg	Areal brutto, kvm	Areal netto, kvm	Kr/kvm	Totalkostnad, mill.
Eksisterende	10.988	5.851	18.174	200
Nybygg	4.889	1.831	40.662	199
Sum	15.877	7.682	25.099	399

Det totale areal har kun økt med ca. 1000 kvm.

Det vil være flytende overganger mellom rehabilitering/ombygg og nybygg. Dette inkludert nytt utstyr/inventar for kr. 37 mill. Av dette ca. 10-12 mill. til ny MR.

Sengetallet på medisin og kirurgi er redusert med 7 senger fra dagens, og man har basert seg på følgende antall senger:

Fagområde	Ant. senger
Kirurgi	24
Medisin	33
Gyn/føde	8
Intensiv /postop	16
Sum	81

I tillegg kommer 2-4 dialyseplasser og noen dagsenger.

Investeringsanalyse av byggeprosjektet viser bl.a. at

- Kapitalkostnader (renter og avskrivning) øker med 21,4 mill. kroner.
- Prosjektet kan hente driftsgevinster på 16 mill. kroner per år etter ferdigstillelse. Dette er gevinster som er direkte knyttet til og lar seg kun realisere ved bygging av hovedalternativet – tidligere vedtatt i sak 70-2002 og fortsatt anbefalt alternativ.
- Prosjektet kan således finansiere ca. 75 % av investeringskostnadene ved reduserte driftskostnader.
- Øvrige driftskostnader er beregnet å øke med 2,4 mill. kroner (FDVU-kostnader)
- Netto kostnadsøkning i prosjektet er kalkulert til ca. 7,8 mill. kroner og dette tilsvarer ca. 8 promille av Hålogalandssykehusets samlede inntekter.
- Prosjektet vil oppnå en fordelaktig differansekontantstrøm (cash-flow) seks år etter ferdigstillelse. Har divisjon Stokmarknes en egenkapital i prosjektet (sparing) på 25 mill. kroner vil positiv "cash-flow" oppnås etter tre år. For å oppnå en positiv "cash-flow" første år etter ferdigstillelse krever prosjektet 36,5 mill. kroner i egenkapital.

Som en del av investeringsanalysen og for å vise alternativer, er det illustrert et 0-alternativ. Dette alternativet er definert på følgende måte: "De arbeider som anses nødvendig for å utføre forfalt/oppdemt vedlikehold ved sykehuset samt modernisering av sykehuset til dagens krav og forskrifter". En oppsummering av kostnader viser en investeringsramme på oppimot 135 mill. kroner for 0-alternativet. Dette alternativet gir forbedring av pasienttransporter ved ny heisforbindelse, offentlige pålegg blir utbedret og oppdatert teknisk anlegg gir visse forbedringer i pasientmiljø og ansattes arbeidsmiljø.

Dette alternativet vil ikke gi de driftsøkonomiske gevinster som hovedalternativet (16 mill. kroner), men kan gi gevinster på ca. 2,5 mill. kroner. På den annen side vil 0-alternativet være en midlertidig løsning da vi må regne med at visse arealutvidelser må gjennomføres i løpet av en 10-års periode etter at oppussingen av sykehuset er foretatt. Dette gjelder blant annet lokaler for fysio- og ergoterapi, fødeavdeling, akuttseksjon, operasjon (inkl. anestesiserive og sterilentral) og laboratoriet. P-fløy er et brakkebygg av meget dårlig kvalitet. I denne fløy ligger akuttmottak og dette bygget må erstattes innen en tidshorisont på 10 år. 0-alternativet kan også gi tap av driftsinntekter i oppussingsperioden og påfølgende etablering av nye lokaler.

En delanalyse har vært å se på aktuelle funksjoner som kan flyttes ut av anlegget. Sammenfattet gjelder dette lokaler i administrasjon, medisinsk kontortjeneste, hovedkjøkken og sentrallager med til sammen 474 kvm. Av dette kan ca. 100 kvm. nyttes til medisinske funksjoner.

Oppsummeringen til administrasjonen i Helse Nord RHF er som følger:

- Det er svært påkrevd å få oppgradert sykehuset bygningsmessig så snart som mulig
- 0-alternativet må forkastes
- Det mangler noen drøftinger rundt sykehusets funksjon som del av et større foretak med 3 sykehus. Bl.a. kan man tenke seg at de fleste støttefunksjoner kan ivaretas av andre, og som vil redusere arealet ytterligere enn det som er utredet. Noen funksjoner må vurderes nøyere, som FAM og rehabilitering. Noen fagfolk mener også ambulansesentral bør være integrert del av sykehuset. Dette fremstår således ikke som gjennomdrøftet og moderne plan for et lite lokal/akuttsykehus som har tatt opp i seg både foretaksorganiseringens og de siste teknologiske muligheter. Administrasjonen anbefaler derfor at det utarbeides en oppdatert virksomhetsplan.
- Skisseprosjektet gitt begrensninger nevnt ovenfor, er tilfredsstillende utført. Det er også utført grundige investerings- og driftsanalyser samt kvalitetssikring av disse
- Det må her planlegges for et sykehus som bør ha en levetid på 30-50 år. Betydelige ombygninger og rehabilitering av et gammelt sykehus er i dette perspektiv noe bekymringsfullt.
- Det tilrås derfor at man også utreder det tidligere drøftede alternativet kun nybygg. Da dette kun vil få mindre justeringer i forhold til foreliggende planer, forutsettes planarbeidet (skisseprosjekt, kostnadsanalyser) å kunne ha en kort tidshorisont, og lav kostnadsramme. Nybygg vil også kunne gå raskere, og man slipper betydelige miljøplager og forstyrrelser av sykehusdriften som et ombyggingsprosjekt vil medføre.

Utbygging av Nordlandssykehuset.

Denne saken var oppe i RHF-styret i mai 2004, og bakgrunnen gjengis derfor ikke nå. Siste RHF styrevedtak var 41-2003.

Oppfølging av styrets vedtak:

Det ble nedsatt en styringsgruppe ledet av Helse Nord. Styrets vedtak er oppfylt ved framleggelsen av forprosjektet for 1. byggetrinn samt et foreløpig nedskalert skisseprosjekt (trinn 2-5). I det etterfølgende refereres til punktene i styrets vedtak.

1. byggetrinn inneholder O-fløyen i sydvest med nytt laboratoriebygg med enhet for stråleterapi og et auditorium for undervisning (byggetrinn 1 A). Utbygging av fløy C med nytt varemottak med kontorer for forsyningstjenesten og ombygging av vaskerilokalene i fløy D til nytt sentrallager. (byggetrinn 1B). Dette for å etablere et funksjonsdyktig sykehus etter at byggetrinn 1 står ferdig og for å tilrettelegge for senere byggetrinn 2-5.

I tillegg må det foretas en generell oppgradering av deler av teknisk infrastruktur for å kunne realisere byggetrinnet.

Arealberegningen av byggetrinn 1 viser et samlet bruttoareal for byggetrinn 1A og 1B på 7.175 m². Dette er 1.545 m² mer nybygd areal enn i skisseprosjektet. Dette skyldes nødvendig økning av arealer som følge av vedtak om tilrettelegging for ytterligere en strålemaskin på et senere tidspunkt, samt økning av teknisk areal ved at slikt areal har måttet flyttes fra byggetrinn 2-5 til byggetrinn 1. Flyttingen av andre arealer fra senere byggetrinn til byggetrinn 1 letter den videre gjennomføring av prosjektet. Arealøkningen i forhold til godkjent skisseprosjekt er på 280m² BTA.

Kostnadene for 1. byggetrinn samlet er kalkulert til kr 452.000.000,- ved ferdigstillelse inkl. brukerutstyr og antatt prisstigning som vist i nedenstående tabell. Det gir kvm. pris på 59.000 inkl. utstyr og 40.000 eksklusive.

		BYGGETRINN 1				
	HOVEDSAMMENDRAG Int NS 3451/53	Laboratorie Nybygg O-fløy	Varemottak Nybygg C-fløy	Lager Rehab.vaske ri D-fløy	Infrastruktur	SUM BYGGETR. 1 Nybygg og rehab.
		Sum	Sum	Sum	Sum	Sum
1	Felleskostnader	19 222 390	1 099 342	2 572 565	2 599 396	25 493 693
2.1	Bygning RIB	27 051 720	1 326 247	768 062	-	29 146 029
2.2	Bygning ARK	32 278 161	2 305 134	1 892 996	219 395	36 695 686
3	VVS	26 237 648	1 117 411	1 321 911	303 863	28 980 833
4	Elkraft	8 715 430	478 220	1 640 110	394 900	11 228 660
5	Tele og automatisering	10 014 760	1 229 854	1 682 050	6 399 590	19 326 254
6	Andre installasjoner	3 378 391	-	800 000	1 056 226	5 234 617
	Sum huskostnad 1-6 (entreprisekost)	126 898 500	7 556 208	10 677 694	10 973 370	156 105 772
7	Utendørs	4 607 003	994 720	-	-	5 601 723
	Sum entreprisekost 1-7	131 505 503	8 550 928	10 667 694	10 973 370	161 707 495
8	Generelle kostnader	30 649 968	1 952 760	5 029 805	2 328 570	39 961 102
9	Spesielle kostnader	152 450 852	2 627 165	6 921 606	3 192 466	165 192 089
	Sum grunnkalkyle	314 606 322	13 130 852	22 629 104	16 494 406	366 860 686
01	Reserver og marginer 15 %	47 190 948	1 969 628	3 394 766	2 474 161	55 029 103
	Sum prosjektkost (1-9-0) inkl. utstyr	361 797 271	15 100 480	26 023 470	18 968 567	421 889 789
	Pris/kvm					59.000
	Sum prosjektkost (1-9-0) eks. utstyr	232 824 255	15 100 480	22 443 906	18 968 567	289 337 208
	Pris/kvm					40.000
	Prisstigning 31.12.03 – ferdigstillelse	25 627 307	1 069 617	1 843 329	1 343 607	29 883 680
	SUM total prosjektkostnad pr ferdigstillelse	387 424 578	16 170 097	27 866 799	20 312 174	451 773 469

Sammenlignet med skisseprosjektet er kostnadene totalt ca. 38 mill. kroner høyere, mens kostnadene pr m² nybygg harmonerer med og ligger til dels under de kostnader som ble presentert i hovedfunksjonsprogram av 28. mars 2003.

Kostnadsøkningen skyldes vesentlig programendringer/-overføringer fra senere byggetrinn og økte tekniske arealer samt økt brutto/netto faktor.

Vurdering av innholdet i byggetrinn 1

Styringsgruppen har i henhold til styrets vedtak vurdert innholdet i skisseprosjektet med henblikk på om noe kan utgå eller utsettes, og har besluttet å utsette renovering av kjøkkenet til et senere byggetrinn. Dette kan gjøres som en separat byggesak uten at det får innvirkning på de øvrige byggetrinn. Rehabilitering av kjøkkenet bør sees i sammenheng med distribusjons og serveringssystemet for matforsyningen. Dersom det velges et annet serveringssystem i stedet for dagens brettservering kan en omlegging uansett ikke foretas før etter at sengepostene er ombygd og utvidet i byggetrinn 3.

Bygging av nytt varemottak (fløy-C) er vurdert nødvendig å gjennomføre som en forberedelse for neste byggetrinn og uavhengig av om lagerfunksjonen i framtiden blir konkurransutsatt eller ikke.

Vurdering av konsekvensene av å legge flere funksjoner inn i byggetrinnet

Laboratoriebygget er utformet med tanke på fleksibilitet og oppføres med maksimal størrelse med de begrensninger som tomt og regulering gir. Foruten laboratoriefunksjonen og stråleterapien er det funnet plass til auditoriet som er flyttet fra byggetrinn 2-5 til byggetrinn 1. Dette ut fra at det er et stort udekket behov for undervisningslokaler.

Det er igangsatt et arbeide med hensyn til framtidig organisering av laboratoriene. I den grad resultatet vil påvirke at arealbehovet til laboratorievirksomheten går ned vil det ligge til rette for at andre funksjoner legges til de arealer som da blir disponible. Dette kan det tas stilling til i detaljprosjekteringsfasen og senest innen mars 2005.

Konsekvenser av ikke å realisere byggetrinn 2-5

- Uten videre arealøkning vil det ha en klar tilbudskonsekvens for NLSH. Det vil ikke være mulig å beholde dagens tjenestetilbud eller utvide tjenestetilbudet innenfor indremedisin, smitteproblematikk og rehabilitering.
- Laboratoriebygget blir liggende desentralt i forhold til hovedinngangen og tyngre kliniske funksjoner og med uoversiktlige adkomstforhold.
- Etablering av klinikkstrukturen etter klinisk sentermodell kan ikke gjennomføres.
- Uten ombygging og utvidelse av AB-fløyen vil det ikke være mulig å etablere hensiktsmessige sengeenheter med 27 senger. Nåværende trange løsning med 3-sengsrom, alternativt uhenktsmessig poststørrelse må opprettholdes.
- Funksjoner som nå er plassert i midlertidige bygg på sykehusområdet må beholdes.

Muligheter for at investeringer kan reduseres gjennom konkurransutsetting

Sykehuset har satt i gang en prosess med konkurransutsetting av kjøkkentjenesten. Heri inngår leveranse av mat fra eksternt kjøkken. Dette kan medføre at behovet for opprustning av kjøkkenet kan reduseres i betydelig grad. Inntil ombyggingen av AB-fløyen er foretatt kan mattilberedning og distribusjon skje fra eksisterende kjøkken uten at det vil kreve store investeringer. Konkurransutsetting av lagerfunksjonen er ikke ansett for aktuelt på det nåværende tidspunkt.

Revidert skisseprosjekt for byggetrinn 2-5 med alternative løsninger for dimensjonering som er mindre enn foreliggende skisseprosjekt

Det er utarbeidet et foreløpig revidert skisseprosjekt hvor en del funksjoner er vurdert tatt ut av prosjektet for enten å plasseres ved avdeling Rønvik eller ved at funksjonen utgår/flyttes til leide lokaler. Det reviderte skisseprosjektet er basert på en reduksjon i antall senger fra 307 til 274. Med et sengetall på 274 vil det ikke være plass for egne Revmasenger og FMR. Dagens tilbud innenfor disse områdene vil derfor ikke kunne opprettholdes. Økning i antall hotellsenger må derfor vurderes i det videre arbeidet. Sengetallet vil bli endelig fastlagt i det endelige skisseprosjektet. Prosjektet viser at arealbehovet kan reduseres med 6894 m² brutto areal til 62.755 kvm. Hele R/S-fløyen kan tømmes og tas ut av drift, den nye K-fløyen nedskaleres med ca 1650m² og øvrige arealreduksjoner med ca. 570m².

Klinikkstrukturen med hovedplassering av funksjoner i A, B, K og N beholdes og løsning med ny hovedinngang mot syd og bedret trafikkavvikling opprettholdes som i tidligere skisseprosjekt. I forhold til det opprinnelige skisseprosjektet gis administrasjonen en mer sentral plassering og tidligere tungt tilgjengelige funksjoner i R/S-fløyen fjernes. Deler av de frigjorte arealer i R-fløyen kan senere legges til rette for en økning av kapasiteten for pasienthotellet. Bygget har en rom modul som egner seg godt for ombygging til hotell rom.

Innarbeiding av helsepolitiske prioriteringer og i form av funksjonsfordeling innen Helse Nord

Dette arbeidet er ikke ferdigstilt enda, men resultatene av prosessen vil bli innarbeidet i prosjektet i det reviderte skisseprosjektet. Det anbefales at arbeidet med en overordnet program- og funksjonsanalyse for øvrige byggetrinn fortsetter i 1. halvår 2004 og videreføres til et revidert skisseprosjekt som ferdigstilles innen 31.12.04.

Fremdrift

Basert på et positivt vedtak om realisering av 1. byggetrinn vil grunn og betongarbeidene for laboratorieflyøyen kunne starte ved årsskiftet 2004/2005. Bygget vil være klart for å tas i bruk fra årsskiftet 2006/2007. Avklaring av overordnede program og funksjonsanalyser for øvrige byggetrinn forutsettes ferdig innen sommeren og endelig revidert skisseprosjekt vil være ferdig til årsskiftet 2004/2005. Forprosjekt vil kunne være ferdig våren 2006 og byggestart 2. byggetrinn vil kunne skje sommeren 2007.

Kvalitetssikring

Kostnadsoverslaget er kvalitetssikret av OPAK som konkluderer med at kostnadene ligger på linje med de priser som man kan forvente i en tilbudskonkurranse (avvik 1,1%). Økonomiske beregninger viser at det totale byggeprosjekt vil redusere dagens driftsutgifter med 60 mill. Det er ikke mulig å beregne driftsbesparelser for laboratoriebygget alene.

Oppsummering

1. Forprosjekt for 1. byggetrinn har en kostnadsramme på 452 mill. kroner inkl. antatt prisstigning fram til ferdigstilling som det framgår av saken. Realiseringen av 1. byggetrinn gir laboratoriebygg, stråleenhet, nytt auditorium, -nytt lager og varemottak samt delvis ny teknisk infrastruktur
2. Kostnadsrammen kan fordeles slik på det aktuelle år i byggeperioden:
2004: 41,3 mill. kroner
2005: 150,0 mill. kroner
2006: 220,0 mill. kroner
2007: 40,7 mill. kroner

STYRESAK 08-2004/4**MELDING OM OPPFØLGING AV
STYRINGSdokUMENT 2003.**

Møtedato: 12. februar 2004

Formål og sammendrag

Den årlige meldingen som både er omtalt i helseforetakslovens § 34 og vedtektenes § 15 skal rapportere på oppfølgingen av styringsdokumentet for 2003. Det gis i denne sak en tilbakemelding på styringsdokumentets ulike styrings- og resultatkrav.

Bakgrunn/fakta

Meldingen baserer seg på tilbakemelding fra helseforetakene og administrasjonen i Helse Nords vurdering av områder som har vært RHF's ansvar.

Vurdering

Helseforetakene har levert grundig dokumentasjon på resultatoppnåelse og hvilke tiltak som er iverksatt i løpet av 2003 for å oppnå de fastlagte styringsmål. Denne rapporteringen gir god dokumentasjon på hva som faktisk skjer i de enkelte foretak og vi er i all hovedsak fornøyd med resultatene. Det er imidlertid noen alvorlige, og noen mindre alvorlige, avvik. Alvorlige avvik er knyttet til de økonomiske styringsmål samt den manglende oppfølging av prioriteringsforskriftene og pasientrettighetsloven, hvor ingen av foretakene kan vise til resultater. Andre avvik er knyttet til oppfylling av arbeidet med kvalitetsindikatoren epikrisetid og tiltak for å få denne ned samt at det fortsatt ikke er gode nok systemer for å rapportere ventetid.

Når det gjelder positive resultater vil vi trekke fram den store opplæringsvirksomheten, pasientveiledning og mestringkurs som drives i regi av foretakene og spesielt ved UNN og Nordlandssykehuset. Det foregår også svært mye bra arbeid på området samhandling med primærhelsetjenesten i det enkelte helseforetak.

De i meldingen skisserte avvik må danne grunnlag for et betydelig fokus på disse områdene i 2005 og fremkomme som resultatkrav i styringsdokument for 2004 til helseforetakene.

Trykte vedlegg: Sammenfatning av HFenes rapportering om
1. Psykisk helsevern
2. Habilitering, rehabilitering og brukervedvirkning
3. Kreftbehandling

Utrykte vedlegg: Melding fra de enkelte helseforetak

MELDING OM OPPFØLGING AV STYRINGSdokUMENT 2003 - HELSE NORD RHF.

UTREDNING

I. Innledning.

Den årlige meldingen som både er omtalt i helseforetakslovens § 34 og vedtektenes § 15 skal rapportere på oppfølgingen av styringsdokumentet for 2003. Det gis i denne sak en tilbakemelding på styringsdokumentets ulike styrings- og resultatkrav. For å oppnå en oversiktlig melding for 2003, har vi valgt å legge noen områder for mer detaljert informasjon i vedlegg. Rapporteringen tar utgangspunkt i formålene med bevilgningene, de overordnede målsettinger og nasjonale satsningsområder og de ulike resultat- og styringskrav som er formulert.

2. Formålet med bevilgningen og oppfølging.

Grunnlaget for Helse Nord's inntekter er i all hovedsak bevilgningstiltak i Stortinget og midler som overføres med grunnlag i disse vedtakene. Midlene skal gjøre Helse Nord i stand til å ivareta sitt sørge-for-ansvar for befolkningen i Nord-Norge.

Dette følges opp ved at helseforetakene stilles ovenfor konkrete resultat- og innholdsmessige krav gjennom helseforetakspesifikke styringsdokument. Helseforetakene rapporterer månedlig den økonomiske utviklingen og har i 2003 rapportert aktivitet hvert tertial. Tilbakerapportering fra helseforetakene på oppfølging av styringsdokumentet danner grunnlag for Helse Nord's plan og melding.

De regionale helseforetakene har sørge-for-ansvaret for fire hovedoppgaver, som skal løses på best mulig måte innenfor de ressurser som stilles til rådighet. De fire områdene er: Pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Det rapporteres om resultater innenfor alle fire områdene.

Helse Nord RHF sitt "sørge-for-ansvar", for spesialisthelsetjenester til befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard, ivaretas gjennom behandlingsaktivitet i:

- Egne helseforetak
- Privatpraktiserende spesialister og institusjoner med driftsavtale med Helse Nord
- Kjøp av tjenester fra helseforetak utenom landsdelen
- Kjøp av tjenester fra private sykehus og andre private aktører.

3. Pasientbehandling.

3.1 Prioriterte områder – prioriteringsbeslutninger og strategiske tiltak.

3.1.1 Kvalitet, prioritering og metodevurdering.

Helse Nord har i 2003 kjøpt inn nytt kvalitetssystem som skal implementeres i alle HF i regionen. Det er etablert en sentral prosjektgruppe bestående av representanter fra alle HF, RHF samt prosjektledelse fra firmaet. Kvalitetsrådgivere i samtlige helseforetak har deltatt i arbeidet med etablering av systemet, samt at de aktivt har deltatt i de pasientundersøkelsene som er gjennomført av Heltef i regionen. Helseforetakene rapporterer på de nasjonale kvalitetsindikatorerne og resultater meldes hvert kvartal.

Det er iverksatt en rekke tiltak for å få ned omfanget av infeksjoner og disse har gitt resultater, da infeksjonsraten er betydelig redusert i alle helseforetakene. Regional smittevernplan er utarbeidet og forelå i desember 2003. Planen fokuserer på behovet for kompetanseøkning, kapasitet i det enkelte helseforetak, herunder isolater.

Andel epikriser som sendes ut innen 7 dager ligger på gjennomsnittlig 42,4 %, varierende fra 20,2 % til 77 % mellom foretakene/sykehusene. Dette er et resultat vi ikke er fornøyd med og arbeidet må intensiveres, noe det stilles krav om i styringsdokumentet for 2004. Foreløpig innrapporteres ikke epikrisetid elektronisk til NPR. Imidlertid bekrefter leverandøren DIPS at denne funksjonen finnes tilgjengelig i ny versjon, som skal implementeres i foretakene.

Arbeidet med å oppfylle pasientrettighetslover, prioriteringsforskriftene og rett til helsehjelp er heller ikke ivaretatt på en tilfredsstillende måte. Helsetilsynet har gjennomført tilsyn i 2003 og har registrert avvik og gitt merknader til samtlige helseforetak. Det arbeides nå aktivt for å lukke avvik og gjøre forbedringer i henhold til merknadene, et arbeid som skal være fullført i løpet av 1.kvartal 2004. Det er heller ikke arbeidet aktivt med å få en lik praksis i henhold til tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Denne spriker enda mer enn i 2002, hvor andelen ”rett til helsehjelp” i 2003 varierer fra 10 % til 99,1 % i foretaksgruppen. Kravet om å arbeide aktivt for en likere praksis på området understrekes ytterligere i 2004.

Etablering av et Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering er et høyt prioritert tiltak i Helse Nords strategi for å styrke grunnlaget for kunnskap, kvalitet og læring i helsetjenesten. Etableringen av senteret ble igangsatt i 2003. En utredningsgruppe bestående av representanter fra Helse Nord, UNN og Universitetet i Tromsø utarbeidet en plan for etableringen av senteret, som ble vedtatt i styret for RHF i august.

Hovedoppgaven for senteret vil bli å dokumentere pasientstrømmer, tilbudsprofiler og analysere klinisk praksis i vår spesialisthelsetjeneste. Bare gjennom systematisk dokumentasjon og analyse av hva vi gjør, er det mulig å evaluere forbruksmønster, kvalitet og resultater og skape et faglig grunnlag for det kontinuerlige forbedringsarbeidet.

Det har også i 2003 vært fokus på noen områder der forholdet mellom volum og kvalitet er påvist gjennom bl.a. SMM-rapporter. Helse Nord har ut fra disse vurderinger iverksatt tiltak for å sentralisere kreftekirurgi og gjøre endringer i praksisen for bruk av hofteproteser.

3.1.2 Ventetider og korridorpasienter

Behandlingstilbudet, målt i volum på aktivitet, har økt kraftig i 2003 og har aldri vært bedre. Arbeid med ventetider og korridorpasienter har hatt høy prioritet og ventetid for somatisk elektiv virksomhet har gått ned. Størst nedgang i ventetid er innenfor poliklinisk behandling hvor vi i utgangspunktet hadde størst problemer. Helseforetakene har ikke gode nok systemer på rapportering av ventetidsdata. Det er derfor fra flere helseforetak rapportert om reduksjon i antall ventende i stedet for ventetid. Det er således vanskelig å trekke ut tall for reduksjon av ventetid. Når det gjelder antall ventende er dette gått betydelig ned, men med variasjoner mellom fagene/diagnosene og mellom de som venter på innleggelse, poliklinikk og dagbehandling. Helse Nord har hatt hovedfokus på å få ned ventetid og antall ventende innenfor spesialitetene ortopedi og ØNH-sykdommer, da dette har vært våre største utfordringer. Ventetid på ortopediske utredninger og operasjoner har gått ned med gjennomsnittlig 48,8 %. Ventetid for utredning og behandling innen ØNH-sykdommer har gjennomsnittlig gått ned med 37,8 % i foretaksgruppen.

Antall pasienter som venter mer enn et år er for foretaksgruppen samlet redusert med 50 %
Andel korridorpasienter i 3.kvartal var for perioden 1,18 totalt for foretaksgruppen.

3.1.3 Samarbeid med primærhelsetjenesten

Samarbeid med primærhelsetjenesten har vært et uttrykt satsningsområde for Helse Nord. Vi har en regional referansegruppe som arbeider med utvikling av tiltak i etterkant av utredningen "Samhandling er godt for helsa" som består av klinikere fra begge nivåer. Gruppen jobber for å iverksette konkrete tiltak for hospitering mellom nivåene, for å benytte "halvannenlinje" -løsninger samt implementering av elektroniske henvisninger og epikriser. Samarbeid med primærhelsetjenesten foregår også gjennom en lang rekke tiltak for kompetansebygging i primærhelsetjenesten, samarbeid om felles arenaer som for eksempel bruk av telemedisin og gjennom samarbeid om konkrete pasienter. Dette sekundærforebyggende arbeidet har et stort omfang og gjelder for svært mange sykdomstilstander. Det arrangeres kurs og opplæring i et imponerende omfang for eksempel i lindrende behandling, ryggskoler, diabeteskurs, astmaskoler, forebygging av slag, mestringskurs for de fleste kroniske lidelser, for stomiopererte etc. Det er også utviklet håndbøker og annet veiledningsmaterieell både for klinisk personell i primærhelsetjenesten og for pasienter og pårørende

Særlig innenfor områdene kontroll av kreftpasienter, rehabilitering og psykisk helse foregår et utstrakt samarbeid om overføring av kompetanse fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

Samarbeid om utvikling av individuelle behandlingsplaner:

I forhold til individuell plan har det vært egne prosjekter ved psykiatriske avdelinger på UNN og Nordlandssykehuset som har involvert kommunehelsetjeneste og også brukerorganisasjoner i deler av opptaksområdet. Prosjektet "Samarbeid på tvers av nivåer i helsetjenesten", har blant annet hatt som konsekvens at alle pasienter blir spurt om de ønsker individuell plan. Avdelingene for fysikalsk medisin og rehabilitering benytter også aktivt individuell plan, og holder kurs kommunalt i temaet. I oppfølgingen av enkeltpasienter er også individuelle planer et sentralt tema.

Innenfor somatisk virksomhet avklares alltid oppfølging av vanskelige tilfeller med instans som overtar behandlingsansvar for pasienten. Oppfølgende tiltak blir nedfelt i sykepleierrapport og notater/ rapporter fra de medisinske servicetjenester som fysioterapi, ergoterapi og klinisk ernæringsfysiolog blant andre. Spesifikt behandlingssopplegg skisseres i foreløpig og endelig epikrise til alle pasienter. Utvikling av individuelle behandlingsplaner som prosess og eget dokument er ikke systematisk gjennomført for alle pasientgrupper. For ytterligere informasjon ligger vedlegg til meldingen om sammenfatning av tilbakemelding fra helseforetakene om rehabilitering, pasientopplæring og brukermedvirkning (vedlegg 2)

Samarbeid om ressursutnyttelse

Det har foregått samarbeid om etablering av felles akuttmottak i 2 av helseforetakene samt at samarbeid omkring fødselsomsorg, svangerskapsomsorg og fødestuer har foregått som ledd i prosessene med organisering av akuttkirurgi og fødselsomsorg. Kommunehelsetjenesten og politikere fra kommunene i Helgelandssykehuset og Hålogalandssykehuset har vært aktivt trukket inn i prosessene rundt akuttkirurgi/føde.

Epikrise og henvisning

Helse Nord RHF har gjennom 2003 arbeidet aktivt for å ivareta de målsetninger definert i den statlige tiltaksplanen Si@ vedrørende epikrise og henvisning. Følgende målsetninger er definert:

Det skal legges til rette for bred utbredelse av elektronisk henvisning og epikrise mellom sykehus og legekantor. Innen utgangen av 2002 skal en anbefalt meldingsstandard for elektronisk henvisning og epikrise være implementert i journalsystemene for sykehus og primærlegetjenesten. Alle sykehus i landet skal innen utgangen av 2003 tilby elektronisk epikrise til primærhelsetjenesten, og ha rutiner for å motta elektronisk henvisning.

Det sendes i dag epikrise fra 10 av regionens 11 sykehus til 186 legekantor. I løpet av 2004 vil elektronisk epikrise også bli etablert ved det siste sykehuset. Likeledes er det vedrørende henvisning etablert mulighet for å motta elektronisk henvisning ved 10 av 11 sykehus i regionen med mulighet for avsendelse fra 101 legekantor. Også her vil implementering av henvisning bli gjennomført ved det siste sykehuset i løpet av 2004. Prosjektet vil derfor pågå inn i 2004 for å sikre kvalitet på tjenesten. Helse Nord RHF har innen begge disse områdene arbeidet aktivt sammen med sentrale myndigheter og Den Norske Legeforening gjennom ELIN prosjektet. Dette er et samarbeid som Helse Nord har opplevd svært fruktbart og ønsker å videreføre også i 2004.

Telemedisinske tjenester

Helse Nord har frem til utløpet av 2003 etablert en rekke tjenester relatert til telemedisin. Dette gjelder områdene stillbilder HUD og Plastikk henvisning som er implementert ved 84 legekantor hvor ytterligere 6 implementeres i januar 2004, samt 41 kontorer knyttet til hjertelyd og 7 relatert til ØNH. Det er i tillegg etablert en sikker e-post basert vaktordning mellom totalt 84 legekantor (ytterligere 6 implementeres januar 2004) og 18 sykehusavdelinger, til meldingsutveksling, second-opinion m.m.

Meldingsstatistikk

Det er i dag usikkerhet vedrørende det antall elektroniske meldinger som sendes/mottas mellom 1. og 2. linjen. Helse Nord RHF har i slutten av 2003 etablert et verktøy som bidrar til å synliggjøre antall meldinger som sendes og der igjennom kunne starte og måle effekten knyttet til bruk av IKT i kommunikasjon mellom 1 og 2 linjen. Målsetningen med verktøyet er som følger:

- Synliggjøre antall elektroniske meldinger og hvilken type meldinger som går i Nordnorsk Helsenett.
- Fremskaffe statistisk materiale som skal brukes til kost/nytte analyser samt dialog med brukermiljøer med fokus på bedre utnyttelse.
- Et av flere verktøy som vil bidra til å vise om utnyttelse av IT i regionen bidrar til å fremme effektivitet, kvalitet og tilgjengelighet på helsetjenester i regionen mellom nivåer.

Statistikken vil bli gjort tilgjengelig for interesserte aktører i sektoren (så som KITH, SHdir, o.a.)

Private aktører - pasientbehandling:

I 2003 har Helse Nord gjort mye på feltet private aktører. Styringsdokumentets krav er fulgt opp ved at RHF har overtatt avtaler som helseforetakene hadde, og RHF har inngått nye avtaler. Av nye tiltak er at det er inngått avtaler med 3 ulike private sykehus innenfor feltene øre-nese-hals, ortopedi og nevrologi.

Helse Nord har nå avtaler med hovedsakelig private lege- og psykologspesialister, institusjoner, private sykehus, røntgeninstitutt, opptreningscentre og helsesportsenter og private rusinstitusjoner. I vårt kjøp av helsetjenester hos private aktører følges konkurransereglene, og styringsdokumentets krav om at oppgaver skal plasseres der de gir best realisering i forhold til helsepolitiske mål. En likeverdig behandling av egne helseforetak og private aktører bestrebes, og at Helse Nord praksis gir de private en forutsigbarhet og rettsikkerhet i sine avtaler med Helse Nord RHF.

3.2 Nasjonale og regionale satsingsområder

Helse Nord har i 2003 hatt fokus på de nasjonale satsningsområdene kreft, rehabilitering og psykisk helsevern. Det har vært et uttrykt mål å ta ned områder med overkapasitet for å styrke områder der vi har mangelfullt tilbud og underkapasitet. Overkapasitet i foretaksgruppen finnes i hovedsak i de kirurgiske fagområder. Underkapasitet har vi innen psykisk helsevern, i indremedisin, habilitering, rehabilitering, geriatri og tilbud om palliativ kreftbehandling. For å vri produksjonen over mot de områder med mangelfull, eller ingen aktivitet, har det vært jobbet med omstillingsprosjekter og strukturelle tiltak. Omstillingstiltakene er i første omgang knyttet til reduksjon av kirurgiske senger og en bedre funksjons- og arbeidsdeling innen, og mellom foretak, samt vridning av tjenestetilbudet fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk.

Foretaksgruppen har øket sin aktivitet på dag- og poliklinisk behandling betydelig men det er fortsatt et potensial for ytterligere økning. I løpet av 2003 har vi redusert antall senger innen kirurgiske fag med ca. 40, noe som ikke er tilfredsstillende for de målsettinger vi har satt oss. Ønsket om å redusere kirurgiske senger er basert på behovet for å øke kapasitet innen indremedisin, rehabilitering og geriatri. Disse fagfelt har imidlertid blitt opprettholdt på status quo pga den økonomiske situasjonen i foretaksgruppen. Områdene er likevel prioritert i den forstand at de er skjermet fra nedskjæringer. Helse Nord har i 2003 hatt et betydelig utrednings- og planarbeid knyttet til områdene og handlingsplan for geriatri, habilitering, rehabilitering og psykisk helsevern er under arbeid og skal ferdigstilles til 01.03.04. Vi har også utredet det indremedisinske sykehus, ”nærpsykehuset”, i løpet av året.

3.2.1 Psykisk helsevern

Regionale oppgaver:

Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge og Psykososialt team for flyktninger ivaretar regionale funksjoner. Begge enheter har ekstern finansiering, i tillegg er Senter for forebygging av selvmord styrket med midler fra Helse Nord RHF. I regi av RHF er det i 2003 utredet forslag til regionalt fagnettverk innen selvmords-, volds- og traumefeltet i Helse Nord (utredning avgitt 10.2003). Gjennom utredningen skisseres ulike alternativer m.h.t. framtidig organisering. Arbeidet er gjennomført i samarbeid med SHdir. Endelige avklaringer vil bli foretatt i 2004.

Regionalt behandlingstilbud for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser ble etablert i 2003, og enheten for barn og unge inngår i Barne- og ungdomsklinikken på Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Fremtidig tilbud til voksne vil bli behandlet i styret for RHF vinteren 2004.

Aktivitet polikliniske konsultasjoner, dag- og døgnbehandling

Aktivitetsmålene om 30 % økning fra 2001 til 2003 på polikliniske konsultasjoner er ikke nådd dersom en ser helseregionen under ett. Imidlertid er det enkelte poliklinikker som har vist en betydelig økning. Det presiseres at økningen har skjedd uten at det samtidig har vært tilført nye ressurser til denne virksomheten.

Når aktivitetsmålene ikke er nådd, er noen av årsakene at poliklinikkene er små og sårbare. Enkelte har høy turnover, og Helse Finnmark HF spesielt. Rekrutteringen av spesialister er bedret de siste årene, men fortsatt er dette et problem. Mange er under utdanning, og kapasiteten er derfor lavere for disse, enn for ferdig utdannede spesialister. Det er lange avstander i landsdelen og økt ambulant virksomhet fører til at mer tid går til reising.

Uten at det etableres nye sengeplasser eller dagplasser forutsetter økt krav i antall opphold og dagbehandling, en reduksjon i liggetid og økt antall pasienter på samme areal. Til en viss grad er disse kravene oppfylt når en ser hele regionen under ett, men igjen må det understrekes at nye tiltak i Opptrappingsplanen ennå ikke er gjennomført i det planlagte omfang.

Tiltak for omstilling og omstrukturering

Helseforetakene har gjennomført flere tiltak for omstilling og omstrukturering innen fagfeltet. Dette har skjedd i all hovedsak innenfor de opprinnelige rammer og ressurser. Noen av tiltakene har fått tilført prosjektmidler for å få utredninger gjennomført. Det vises for øvrig til beskrivelse av tiltakene i vedlegget, pkt. 1 (vedlegg 1).

Tiltak/strategier for redusert bruk av tvang:

Vi registrerer en betydelig økt oppmerksomhet rettet mot bruk av tvang hvor det bl.a. reises nye problemstillinger knyttet til nødvendigheten av tvangsbruk. Deltakelse i *Gjennombruddsprosjektet – tvang*, tydeliggjorde problematikken svært godt. Deltakelse i nasjonalt akuttavdelingsprosjekt representerer også en viktig oppfølging. Oppfølging av tilsynsbesøk fra Helsetilsynet har også bidratt til økt fokus, gjennom at det satses mer på forebygging og tidlig intervensjon i DPSene. Midlertidig godkjenning for tvang med døgnopphold er avviklet i ett DPS.

Ettersom UNN HF og Nordlandssykehuset HF i hovedsak er de som gir tilbud om tvunget psykisk helsevern med døgnopphold i regionen, og at vi nå ikke lenger sender pasienter til Brøset, må det kunne forventes at antall tvangsinnleggelses vil være relativt høyt. Samtidig er det med stor tilfredshet at vi konstaterer at en av akuttpostene har en andel tvangsinnleggelses på under 30 %.

Samhandlingsrelasjoner DPS og sykehusfunksjoner om felles pasienter – avklaring av roller: Etablering av gode samhandlingsrelasjoner mellom DPSene og sykehusfunksjonene varierer. Det er gjennomført flere møter mellom sykehus og DPSene, og noen steder er det etablert tett samarbeid mellom DPS og akutt- og korttidsposter på sykehus. Spesielt ser det ut til at i de områder hvor DPSene er del av et helseforetak som også har sykehusfunksjoner, fungerer samhandling og samarbeid best. Bruk av telematikk-møter har hatt stor og positiv effekt.

I andre områder synes det å være en tendens til at DPSene ikke har gjort de nødvendige tilpasninger for å kunne være et lavterskeltilbud. Spesielt har vi problemer med å få til smidige overføringer fra akuttavdeling til DPS-enheter for pasienter som ikke har behov for tilbud på sykehusnivå. Avklaring av roller mellom sykehus og DPS er derfor et fokusert område for Helse Nord RHF i kommende år.

Nye ambulante tjenester:

Foruten videreføring av etablert ambulant virksomhet knyttet til akutt-team og rehabiliteringsteam er det i 2003 etablert alderspsykiatriske poliklinikker både i Tromsø og i Bodø. Det har vært gjennomført et arbeid med tilbakeføring av langtidspasienter fra døgnenheter til kommuner, og etablering av faste veiledningsordninger for kommunalt personell knyttet til omsorgsboliger. Her gjenstår ennå noe arbeid i forhold til at ikke alle kommuner har ressurser til å ta imot disse pasientene. Som del av omstrukturingsprosessen er det i noen DPS etablert allmennpsykiatrisk team og psykoseteam, jfr. vedlegg 1, pkt. 2.

Status for Opptappingsplan psykisk helse

I tillegg til Opptappingsplan for psykisk helse er det i 2003 etablert flere nye tiltak gjennom omstrukturering og omorganisering. Disse redegjøres det nærmere for i vedlegg 1. Følgende tiltak er etablert i henhold til Opptappingsplanen for 2003:

- *Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsevern for den samiske befolkningen:*
 - Akutt-teamet i Lakselv
Teamet er etablert, men mangler fortsatt en psykologstilling. Leder vil i 2004 være ferdig psykologspesialist i 2004, og psykiater er til stede annen hver uke. Teamet deltar i CORE-prosjektet.
 - Familieavdeling i Karasjøk
Avdelingen er flyttet inn i nye lokaler. Personell er tilsatt og tiltaket er i drift.
 - Kompetansesenterfunksjonen
Plan- og utviklingskonsulent er tilsatt i 3 års engasjement. Undervisningskonsulent vil bli tilsatt i 2004.
- *Ny døgnavdeling i Alta:* Forprosjekt utarbeidet og vil bli ferdig behandlet for anbud høsten 2004. Byggestart 2005.
- *Senter for Psykisk helsevern Nord-Troms, Storsteinnes:* Anbudsdokumenter ferdig 2003, og anbud innhentes januar/februar 2004 med planlagt byggestart 2004.
- *Senter for Psykisk helse Nord-Troms, Storslett:* Forprosjekt under revisjon pga. økonomisk ramme. Anbudsdokumenter ferdig mai 2004 med påfølgende anbud og byggestart august 2004.
- *Senter for Psykisk helse Midt-Troms:* Forprosjekt under revidering. Anbudsdokumenter ferdig i mai 2004, og deretter anbud. Byggestart november 2004.
- *Enhet for idømt behandling, Tromsø:* Ferdigstilles februar 2004 med redusert drift fra samme tid, på grunn av manglende driftsmidler inneværende år.
- *Samlokalisering av BUP og VOP i Narvik:* Planarbeidet igangsatt og forprosjekt forventes utarbeidet i 2004.
- *Klinikkavdeling for ungdom og familieavdeling i Bodø:* Forprosjekter ferdig våren 2004 med byggestart fra 2005.
- *Rus/Psykiatripost i Bodø:* Forprosjekt igangsatt. Planlagt byggestart 2005..
- *Enhet for idømt behandling i Bodø:* Forprosjekt igangsatt. Planlagt byggestart 2005..
- *Samlokalisering av BUP og VOP i Lofoten:* Forprosjekt under revisjon pga økonomisk ramme.

- *Klinikkavdeling for barn og unge i Mosjøen*: Bygging startet sommeren 2003, og planlagt igangsatt fra august 2004 med redusert drift pga. manglende driftsmidler.
- *Samlokalisering av BUP og VOP i Sandnessjøen*: Forprosjekt under revisjon pga. konflikt med Nordland fylkeskommune om bruk av planlagte lokaler i sykehuset.
- *Samlokalisering av BUP og VOP i Brønnøysund*: Forprosjekt utarbeidet. Anbud våren 2004 med planlagt byggestart våren 2004.

Bruk av Opptappingsmidler 2003:

I tillegg til Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsevern for den samiske befolkningen, vil de første investeringsprosjektene i henhold til Opptappingsplanen tidligst være ferdig 2004. Midlene for 2003 ble derfor brukt til prosjekter. På den måten ville en sikre delvis drift av investeringsprosjektene som er planlagt igangsatt i 2004.

Siktemålet for prosjektene var å sørge for redusert ventetid, spesielt innen barne- og ungdomspsykiatrien. Videre var det et siktemål å sørge for aktivitetsvekst, samtidig som samarbeid mellom DPS, sykehus og kommuner skulle styrkes. Dette for å sikre at pasienter tilbys behandling på riktig behandlingsnivå og at man unngår unødige akuttinnleggelser.

Det ble blant annet iverksatt 2 ettårige pilotprosjekt innen barne- og ungdomspsykiatrien med målsetting å oppnå ingen ventetid gjennom å endre organisering og rutiner for utredning av nyhenviste barn/unge til poliklinikkene. Så langt viser prosjektene en nedgang i ventetid for barn og unge, men prosjektene i seg selv har ikke vært tilstrekkelig for å oppnå målsettingen. Prosjektene har ført til at vurderingene skjer raskere og gir klarere tilbakemelding på sakene både til de som blir henvist og til henviser. Det er videre blitt en bedre differensiering av sakene.

Samhandlingsprosjektene på tvers av nivåer i helsetjenesten har vært svært positive, nye nettverk er etablert og nye tilbud har vært prøvd ut med gode erfaringer. En nærmere redegjørelse av prosjektresultatene beskrives i vedlegg 1, pkt. 3.

Brukermedvirkning:

Foruten brukerrepresentasjon i Regionalt Brukerutvalg, er brukerrepresentanter deltakere i pågående handlingsplanarbeid for ny *Regional Handlingsplan for psykisk helse 2010*. I 2003 ble det bevilget midler til det enkelte HF til fordeling til lokale brukertiltak, Verdensdagen for psykisk helse, prosjekt LEVE, generell informasjonsvirksomhet og brukerorganisasjonene.

3.3 Kreftbehandling og kreftomsorg

Helse Nord har videreført arbeidet med oppfølging av nasjonal og regional kreftplan i 2003. Mammografiprogrammene går etter planen og oppmøteprosenten er på ca. 80 %, noe vi anser som et godt resultat i en landsdel med svært store avstander. Det er i 2003 satt i gang en ny strålemaskin og kreftpoliklinikken ved UNN har utvidet sin virksomhet. Nordlandssykehuset etablerte og åpnet Enhet for lindrende behandling i høst og virksomheten er betydelig økt. Alle foretakene jobber aktivt med utdanning av kreftsykepleiere og det drives en utstrakt ambulerende virksomhet fra kompetansesentrene og ambulante team, både til foretak uten spesialistkompetanse og til kommunene. Hålogalandssykehuset har ansatt onkolog og tilbud om lindrende behandling er under etablering i helseforetaket. Helgelandssykehuset har etablert kreftpoliklinikk ved samtlige sykehus i foretaket. Helse Finnmark har utarbeidet plan for oppstart av palliativ enhet med 6 sengeplasser i Kirkenes og Hammerfest planlegger liknende tiltak.

Helse Nord har gjennomført møte med kreftkirurger fra alle helseforetakene og arbeidet fram forslag til organisering av kreftkirurgien i foretaksgruppen. Implementering av den nye organiseringen gjøres gjennom styringsdokument for 2004. Ny organisering innebærer sentralisering av en rekke tilstander, herunder brystkreft og endetarmskreft. Kompetansesentrene i lindrende behandling, arvelig kreft og genterapi er videreført og driver etter intensjonene.

To av kommunene i Helse Nord har mottatt tilskudd for etablering av tilbud gjennom ordningen "Omsorg ved livets slutt". Disse har etablert hospicesenger og arbeidet går etter planen. Flere av våre kommuner og sykehus har også planer om økt satsing på hospiceplasser, men den stramme økonomien har vanskeliggjort etableringen.

3.4 Rehabilitering

Helseforetakenes oppfølging av styringsdokument for 2003 har generelt vært tilfredsstillende. HFene har etablert regionale fagnettverk innen både barnehabilitering, voksenhabilitering og rehabilitering. UNN har styrket de regionale tilbudene for personer med traumatisk hjerneskade og regionsfunksjonen for personer med multippel sklerose, og har vedtatt å starte opp tverrfaglig nakke- og ryggpoliklinikk fra 2004. Det er også startet et nytt tilbud for unge med muskelsykdom.

Det er en utfordring å sikre at de ambulante teamene i habiliterings- og rehabiliteringstjenesten blir tilstrekkelig dimensjonert, og at tilbudene til befolkningen i helseregionen blir like gode uansett hvor de bor. På dette området er det betydelige forskjeller både mellom HFene og internt innen de enkelte HF.

Opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord Helsesportssenter (VHSS)

De regionale helseforetakene har i 2003 opprettet avtaler med opptreningsinstitusjonene og helsesportssentrene, som en oppfølging av Stortingets vedtak om overføring av bestiller- og finansieringsansvar til RHFene. De 5 opptreningsinstitusjonene i Nord-Norge og Valnesfjord Helsesportssenter har også deltatt i arbeidet med handlingsplan for habilitering og rehabilitering. Det er lagt et godt grunnlag for at institusjonene og helseforetakene kan videreutvikle det faglige samarbeidet og inngå faglige samarbeidsavtaler i 2004.

3.5 Den akuttmedisinske kjeden

Helse Nord har gjennom 2003 arbeidet aktivt med tiltak for bedring av den akuttmedisinske kjeden. Det er et stort behov for å øke kvalitet og kompetanse i ambulanse- og nødmeldetjenesten, både i forhold til grunnutdanning og i forhold til de som allerede er ansatt pr. i dag. Arbeidet med voksenopplæringstilbud er godt i gang. Det som først og fremst begrenser grunnutdanningskapasiteten er antallet lærlingplasser i regionen. Helse Nord har i dag 24 lærlingkontrakter i ambulansesfag. Tjenesten kan maksimalt ta imot 50, om lag 10 i hvert helseforetak. Læretida er to år og alle helseforetak må derfor forberede seg på å kunne ta imot 4 nye lærlinger hvert år. Den nordnorske ambulansetjenesten har en stor andel private drivere som arbeider på kontrakt med helseforetakene. Ingen av disse kontraktene inneholder krav om å ta inn lærlinger. Lærlingplassene må finansieres av helseforetakene. De ambulansetjenester som er drevet av helseforetakene vil ikke alene ha kapasitet til å ta imot det nødvendige antallet lærlinger.

Det er helseforetakenes ansvar å sørge for at ambulansetjenesten har adekvat bemanning. Helse Nord ønsker å følge med i dette arbeidet. Helseforetakene skal derfor

1. innen 1/6-2004 legge fram planer for hvordan tilstrekkelig bemanning skal oppnås innen 1/1-2008.
2. sørge for at ambulansetjenesten i hvert foretak kan ta imot 5 nye lærlinger høsten 2004

Den prehospitalt behandlingskjeden omfatter alle nødvendige behandlingstiltak fra pasienten melder seg for AMK-sentralen til hun har fått stabiliserende behandling i sykehus. Målsetting for tjenesten er å gi et likverdig behandlingstilbud til regionens befolkning gjennom

- god kommunikasjon mellom de forskjellige nivå
- overordnet prioritering av ressurser
- standardiserte protokoller
- bevisst bruk av samhandling mellom aktører og bruk av alle ressurser i den akuttmedisinske kjede; primærhelsetjeneste, bil-, båt-, luftambulansetjeneste og sykehusenes nødmeldesentraler og mottaksfunksjoner
- velfungerende arbeids- og funksjonsdeling mellom sykehus.

Hvert enkelt helseforetak har et samlet ansvar for ambulanse- og nødmeldetjeneste og sykefrakt i sitt geografiske område. Helseforetakene har ansvar for den medisinske drift av luftambulansetjeneste med base i sitt område. Luftambulansetjeneste skal integreres i øvrige helsetjenester, spesielt de prehospitalt akuttjenestene. Helseregionene har pr. 01.01.04 etablert og eier et ansvarlig selskap for å ivareta luftambulansetjenesten som et nasjonalt tilbud, med fokus på flyoperative og sikkerhetsmessige forhold og grensesnittet mot medisinske virksomhet. Helse Nord har hatt stor innsats på dette arbeidet i året som er gått.

Det er vedtatt og delvis gjennomført organisering av en 113-sentral i hvert helseforetak og en driftsorganisasjon for ambulansetjenesten for å sikre slik samordnet og helhetlig styring av ressurser og kompetanse. Helse Finnmark har ikke fulgt opp Helse Nord-styrets vedtak og har fortsatt to AMK-sentraler i foretaket.

UNN HF er gitt et spesielt ansvar i og med AMK-Tromsø sin funksjon som regional AMK-sentral. AMK-sentralene med 113-funksjon skal samordne krav til utstyr, tekniske løsninger og innkjøp i et regionalt perspektiv. Det arbeides for løsninger som muliggjør fleksibel og effektiv utnyttning av ressurser på tvers av foretaksområder.

Prehospital trombolys

Prosjekt prehospital trombolys har vært drevet gjennom hele året og det er utviklet håndbok og opplæringspakker for iverksetting i samtlige foretak og kommuner utover i 2004. Målsettingen er at tilbud om prehospital trombolys skal være tilgjengelig for befolkningen i alle kommuner i løpet av 2004. Helseforetakene pålegges også å delta i evaluering av prosjektet og sørge for å levere etterspurte data. En viktig del av dette prosjektet har vært investering for 25 mill. i nytt utstyr til alle ambulanser og legekontorer. Dette er nytt digitalt EKG-utstyr kombinert med hjertestarter. Det er utarbeidet et eget opplæringsprogram, og innføring av dette utstyret innebærer en generell kompetanseheving av de prehospitalt tjenestene.

Traumebehandling

Helseforetakene har ansvar for en forsvarlig traumeomsorg og det skal utvikles felles standard i regionen. Helseforetakene oppfordres/pålegges deltakelse i BEST samarbeidet for kvalitetsheving av traumeomsorgen i regionen. Sykehusstruktur og prehospitale tjenester har vært høyt oppe på dagsordenen i 2003 og de to helseforetakene som har utredet strukturelle endringer av tjenestetilbudet har grundig utredet hvordan behov for kvalitet og kapasitet i den akuttmedisinske virksomheten skal sikres i fremtiden. Helse Nord har vedtatt at der hvor det er foreslått endringer i sykehusenes akuttfunksjoner, skal ambulansetjenesten tilpasses den nye strukturen. Helseforetakene skal sørge for at sykehus med fødeavdeling, kirurgisk og indremedisinsk akuttberedskap har tilstrekkelig intensivmedisinsk kapasitet til å ivareta kritisk syke pasienter.

Regional beredskapsplan

Utarbeiding har pågått i 2003 og skal ferdigbehandles innen 01.03.04.

3.6 Strukturelle tiltak og omstillingsarbeid

Det er gjennom grundige utredninger i 2003 påvist en betydelig overkapasitet på kirurgiske senger og innenfor fødselsomsorgen. Helse Nord har, som et resultat av disse utredningene, vedtatt å gjøre endringer i den kirurgiske akuttberedskapen og fødselsomsorgen i løpet av 2004. Foretaksmøtet gjorde vedtak om endringer i organiseringen av akuttberedskap og fødselsomsorg i Helgelandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF. Disse vedtakene er nå til behandling hos helseministeren. Foretaksmøtets vedtak om Hålogalandssykehuset er godkjent og inne bærer omgjøring av fødeavdelingen i Narvik til forsterket fødestue med beredskap for nødkeisersnitt. Foretaksmøtets vedtak om Helgelandssykehuset innebærer at

- Fødeavdelingen i Mosjøen omgjøres til fødestue
- Kirurgisk akuttberedskap reduseres til kun dagtid i Mosjøen
- FAM etableres for å ivareta stabilisering av skader og skadehåndtering

Øvrig omstilling og strukturelle grep er også gjennomført. Det er tidligere i meldingen redegjort for sentralisering av kreftkirurgien. Det er også utredet i 2003 hvordan en kan optimalisere organisering av den ortopediske virksomheten for å få en mer hensiktsmessig utnyttelse av de samlede ressurser for å få ned ventetid på utredning og behandling. Prosjektgruppen har foreslått sentralisering av en del lavvolumbehandling slik som reoperasjoner innen protesekirurgien, med mer. Det er også iverksatt et arbeid for å se på laboratorietjenestene i en regional struktur samt at samtlige helseforetak har vært igjennom omstillinger av de administrative funksjoner og lederfunksjonene.

3.7 Tilbudet til rusmisbrukere

Helse Nord RHF har fra 1.1.04 overtatt ansvaret for spesialiserte tjenester overfor rusmiddelmissbrukere. Planleggingen har foregått gjennom hele 2003 og de institusjoner som overtas er innpasset i de helseforetak som de geografisk tilhører. Det er etablert nye henvisningsregler til tjenesten. Alle spesialinstitusjoner skal gi tilbud til hele regionen. UNN HF v/Tromsklinikken og Hålogalandssykehuset HF v/Nordlandsklinikken er utpekt til å kunne ta innleggelser etter tvang.

Hålogalandssykehuset HF v/ Nordlandsklinikken som regionalt kompetansesenter er tillagt viktige oppgaver i faglig samarbeid og utviklingsarbeid, koordinering av tilbud, og informasjon. Det er inngått midlertidig avtale med Sosial- og helsedirektoratet om driften i 2004.

4. Utdanning

Helse Nord RHF ivaretar ansvaret for koordinering og styring av praksisplasser for helsefaglige utdanningskandidater i regionen. Dette gjøres både gjennom formelle samarbeidsorganer mellom Høgskolene, Universitetet og de lokale og det regionale helseforetaket. Gjennom Høgskolesamarbeidet er det tatt opp høgskolenes behov for praksisplasser vs. helseforetakenes kapasitet til praksisstudenter. Både høgskolene og helseforetakene er oppmerksom på at det kan være utfordringer ved endringer i helsefagutdanningene, eller endringer i helseforetakene.

Helse Nord RHF har i 2003 innledet en anbudsrunde med Høgskoler i regionen i forhold til videreutdanning i sykepleie av anestesi, operasjon, intensiv, onkologi og pediatri-sykepleiere. Dette arbeidet regner Helse Nord RHF å avslutte i løpet av 2004. Målsettingen er å få et mer koordinert utdanningstilbud, lavere kostnader og sterkere utdanningsfaglige miljø innen disse fagområdene i regionen. Klinisk videreutdanning i tilknytning til opptrappingsplanen for psykisk helse er ivare tatt.

Gjennom samarbeidsorganet med Universitetet (Universitetssamarbeidet) ivaretas utdanningsoppgavene i forhold til medisinerstudentene. Kapasiteten for utdanning av legespesialister er opprettholdt. Det er ikke tatt spesielle initiativ i 2003 for å følge opp dette, da antallet studenter, finansieringen av plassene fra departementet og ivaretagelsen av dette i helseforetakene har vært opprettholdt som før. Rapporteringen på antallet studenter har vært godkjent i samarbeidsorganet.

Universitetssamarbeidet har i desember 2003 vedtatt å bruke 1 mill kr i 2004 til å videreføre/nystarte program kombinert klinikk utdanning/forskning for medisinerere, der særlig kandidater i rekrutteringssvake fag skal med.

Helse Nord driver desentralisert spesialistutdanning av psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere. Programmene har hatt en svært god effekt på rekruttering av nye spesialister til psykiatrien. Voksenpsykiatriprogrammet har for tiden inne 10 assistentleger, og 4 nye har meldt sin interesse. Barne- og ungdomspsykiatrien har, pga programmet, vokst fra starten, hvor det fantes kun 7 barnepsykiatere i regionen, til årsskiftet 2003/2004 til 10 overleger og 16 assistentleger. Ingen andre rekrutteringstiltak kan vise til tilsvarende effekt, hvilket synliggjør hvor gode resultater vi kan oppnå ved å "stole på egne krefter" og utdanne våre egne spesialister.

Helseforetakenes egne meldinger til Helse Nord RHF viser at det også foregår en utstrakt internopplæring og etter- og videreutdanning av helsepersonell i egen regi eller finansiert av helseforetakene, spesielt gjelder dette Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset.

5. Forskning

Forskningsoppgavene ivaretas særlig gjennom Universitetssamarbeidet i Helse Nord. De er tillagt delegert myndighet av RHF-styret til å fordele de regionale forskningsmidlene. Høgskolesamarbeidet har mandat til å jobbe med saker angående helsefaglig forskning (men har ikke tatt fatt i forskningssakene i særlig grad).

Gjennom disse to samarbeidsorganene samarbeider Helse Nord RHF med Universitetet i Tromsø og høgskolene i landsdelen.

Gjennom Universitetssamarbeidet har det vært gjort mye på forskningsfeltet i 2003.

- Innføring av et nytt og helhetlig søkesystem på de regionale forskningsmidlene
- Tildeling av midler for 2003 i februar 2003, etter innstilling fra underliggende forskningsutvalg i somatikk og psykiatri som behandlet søknadene.
- Tildeling av midler for 2004 i desember 2003, etter innstilling fra 7 underliggende forskningsutvalg.
- Forut for den siste tildelingsrunden lå en prosess med innhenting av råd/høringsuttalelser sommeren 2003 fra helseforetakene på strategier/prioriteringer, vedtak i Universitetssamarbeidet i august 2003 om oppretting av flere nye forskningsprogram (infrastruktur for klinisk forskning og laboratorieforskning) samt å inkludere flere til nå frittstående senter (Senter for aldersforskning og Nasjonalt Senter for Telemedisin).
- Prosessen beskrevet overfor lå til grunn for styresak høsten 2003 og vedtak i styret for RHF på organiseringen av de nye programområdene.

Helse Nord RHF har øremerket midlene til forskning som tildeles gjennom statsbudsjettet, og midlene over RHF-budsjettet til forskning. De øremerkede midlene er stilt til rådighet til Universitetssamarbeidet for fordeling, slik at alle midlene går til forskningsformål styrt av samarbeidsorganet. Ved å ha lagt vekt på strenge vitenskapelige kriterier ved tildelingen har vi også sikret oss et system for at midlene brukes til forskning.

Styringsdokumentets krav om etablering av systemer som dokumenterer andelen ressurser som anvendes til forskning imøtekommes ved at Universitetssamarbeidet behandler rapporteringen fra prosjektene. Departementets krav og mal følges. Universitetssamarbeidet og Helse Nord har i tillegg gått spesielt inn i noen prosjekter for å skille drift- og forskningsdelene bedre med hensyn til finansieringen. Formålet har vært å få prosjekter som også inneholder mye pasientbehandling finansiert som pasientbehandling (eks. HMAS), og ikke over våre forskningsmidler. Dette er gjennomført og iverksatt fra 2003.

Program kombinert klinikk utdanning/forskning for medisinere, som er referert til i kapitlet om utdanning, er et ledd i å øke rekrutteringen av medisinere til forskning.

Ved å ha gjennomgått og revidert kriteriene for å få innvilget forskningsmidler, opprettet flere forskningsutvalg (som styrer for de 7 programområdene) som innstillende underutvalg til Universitetssamarbeidet, og satt forskningsregistrering og resultatorientering på dagsorden, har vi lagt til rette for økt kvalitet på forskningen.

Klinisk forskningscenter (KFS) ved UNN har i UNNs styringsdokument fått presisert sine oppgaver innen metode- og kompetanseutvikling. Disse funksjonene skal støtte opp under UNNs særskilte ansvar for forskning i våre helseforetak. Kompetansesenteret har også fått definert et ansvar overfor andre helseforetak, dvs. at det har regionale oppgaver som støtte overfor forskningsvirksomhet/prosjekter ved andre helseforetak. Denne oppgaven har KFS begynt på ved å dra ut til helseforetakene og presentere seg i fag-/forskningstiljøene, og dette vil de jobbe mer med i 2004.

Det satses bevisst også på forskning innenfor psykisk helse, og dette programområdet har fått økt sine midler både i 2003 og 2004 gjennom vedtak og tildeling i Universitetssamarbeidet. Nord-norsk Psykiatrisk Forskningsssenter (NNPF) ved UNN og Nordlandssykehuset er egne kompetansesenter for forskning innen psykisk helse, men har et samarbeid med KFS. NNPF ivaretar metode- og kompetanseutvikling på feltet psykisk helse i hele regionen, og driver en betydelig virksomhet innenfor kurs, veiledning m.m., overfor forskere i alle helseforetak. NNPF avholdte i desember 2003 10-årsjubileumskonferanse.

UNN har stor forskningsvirksomhet blant klinikerne, og antallet prosjekter er økt i 2003 pga åpen utlysning på de regionale midlene, økte midler og større oppmerksomhet om mulighetene til finansiering av forskning i helseforetak. Innenfor midlene til det somatiske forskningsprogrammet i 2003 gikk 88 % av midlene til UNN, og 33% innenfor psykisk helse der NNPF i mange år har lagt vekt på en desentralisert virksomhet i regionen. Helseforetakenes egen satsing på forskning er variabel. Fordelingen av regionale midler for 2003 og 2004, samt HFenes egen prioritering, viser at det er Nordlandssykehuset og deretter Helse Finnmark som har størst forskningsvirksomhet utenom UNN. Ved omorganiseringen til 7 programområder er alle helseforetak tatt mer med i RHF's forskningsoppgaver ved at de er representert i de fleste av forskningsstyrene. Dette bidrar til å sette forskning mer på dagsorden i enkelte helseforetak. Nordlandssykehuset er det helseforetak utenom UNN som både har flest representanter her, og som driver størst egen forskningsvirksomhet. De har flere leger med dr. grad og bistillinger ved Universitetet i Tromsø, og driver mange kliniske prosjekter i eget HF. Innenfor psykisk helse er det også mange pågående prosjekter, og de har også en driftsavdeling av NNPF som har oppgaver innenfor forskningsstøtte.

De nasjonale kompetansesentra for høyspesialisert medisin er fordelt ressurser innenfor tilskuddet i regionsykehustilskuddet, og dette er ment også å sette dem i stand til å ivareta sine forskningsoppgaver. Noen av prosjektene finansiert over de regionale forskningsmidlene har effekt for kompetansesentraene også.

6. Pasientopplæring og brukerperspektiv

Flere helseforetak har i 2003 hatt kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling med sikte på å bedre oppfølging av pasienters rett til individuelle planer. Dette området er fortsatt en sentral utfordring for å ivareta funksjonshemmede, kronisk syke og deres pårørende i helseforetakene og må prioriteres. Ved tilsynsbesøk i 2003 i HFene fra fylkeslegene ble institusjonenes oppfølging av individuelle planer vurdert.

Helse Finnmark har fått i gang brukerutvalg i 2003, mens Nordlandssykehuset er i ferd med å etablere sitt brukerutvalg nå. Helgelandssykehuset og Hålogalandssykehuset fikk brukerutvalg i 2002. UNN har et brukerråd etter en noe annen modell enn de andre HFene.

Årsmeldingene fra HFene viser at brukerorganisasjonene er trukket med i mange prosjekt- og arbeidsgrupper, og i lærings- og mestringskurs.

Lærings- og mestringsentre

Lærings- og mestringsentrenes fortrinn er at de bygger på et samarbeid mellom fagpersonell og erfarne brukere i kursene, noe som viser seg å ha stor betydning for effekten av opplæringen. De fungerer også som katalysator for pasientopplæring på de ulike sykehusavdelingene.

Helseforetakenes oppfølging på dette området i 2003 var tilfredsstillende. Både Helgelandssykehuset og UNN har startet nye lærings- og mestringssentre i 2003. Hålogaland og Finnmark har i 2003 utarbeidet planer for oppstart i 2004. Lærings- og mestringssentret ved UNN bidrar aktivt i oppstart av lærings- og mestringssenter i Finnmark. Nordlandssykehuset har hatt lærings- og mestringssenter siden 1998. Senteret hadde en meget høy aktivitet i 2003.

7. Økonomiske resultater

I forbindelse med budsjett 2003 ble det identifisert et tilpasningsproblem på om lag 500 mill kr. Tilpasningen skulle løses over en toårsperiode og Helse Nord startet året med et vedtatt styringsmål på ca 250 mill kr i underskudd.

Endelig regnskap for 2003 er planlagt avlagt i slutten av april. Regnskap per november tilsier at endelig resultat ender på ca 290 mill kr i underskudd **før effekter av endringer som følger av vedtatt Statsbudsjett for 2004 (jf nedenfor)**. Driften har vært i tråd med forutsetningene ved tre av fem helseforetak. Før konsekvensene av statsbudsjettet for 2004 var kjent lå det an til et underskudd på om lag 40 mill kr utover vedtatt styringsmål for Helse Nord.

Helse Nords regnskapsmessige underskudd vil imidlertid bli vesentlig større enn nevnt ovenfor. Dette skyldes:

- økt arbeidsgiveravgift knyttet til ferierpenger, økt pensjonsavsetning og overlegepermisjoner som får konsekvens for regnskapet i 2003. Helse Nord er kun gitt kompensasjon for økt arbeidsgiveravgift fra 1.1.2004. Disse merkostnadene er anslått til å utgjøre 50-70 mill kr.
- Fastsettelse av endelig åpningsbalanse påvirke resultatet. Avskrivningene i 2003 vil økes med ca 70 mill kroner. Dersom effekten av økte avskrivninger i 2002 også skal resultatføres i 2003 regnskapet, vil avskrivningene økes med ytterligere 130 mill kroner.

Dette betyr at effekten av statsbudsjettet for 2004 vil kunne øke underskuddet for 2003 med opp mot 270 mill kroner.

En eventuell økt pensjonskostnad kommer i tillegg.

7.1 Resultatkrav og effektivisering 2004

Helse Nord står overfor store økonomiske utfordringer i 2004 og årene fremover; Drift i ubalanse, økte effektiviseringskrav knyttet til forslag til statsbudsjett for 2004, behov for å frigjøre midler til å gjennomføre nødvendige investeringer samt overføring av økt økonomisk risiko ved nye og eksisterende oppgaver.

Behandlingstilbudet, målt i volum på aktivitet, har økt kraftig i 2003 og har aldri vært bedre. Det skal videreføres på om lag samme nivå, jfr. forslag til statsbudsjett for 2004. Helseforetaksgruppens utfordring er å utvikle organiseringen av tjenestetilbudet og redusere kostnadsnivået, slik at vårt oppdrag overfor befolkningen ivaretas på en mer kostnadseffektiv måte. Primært må ansvaret overfor de mest alvorlige syke oppfylles først. Det må skje gjennom mer aktiv prioritering av ressursbruk ved at prioriteringsforskriftens innhold legges til grunn. Gjennomføring og utvikling av opptrappingsplanen innen psykisk helsevern forutsetter også at kostnadsveksten i somatisk virksomhet kommer under kontroll.

Styret vedtok i sak 130-2003 at helseforetakene i budsjettbehandlingen for 2004 skal utarbeide og iverksette reelle tiltak for å bringe økonomien i balanse. Samtlige tiltak for å realisere balanse skal iverksettes i løpet av 2004 med full effekt senest i 2005. Helse Nord har mål om å være i driftsbalanse når regnskap for 2005 avlegges.

Samlet er tilpasningsproblemet beregnet til 633 mill.kr. i 2004. Helseforetakenes styrer har fattet vedtak om iverksetting av tiltak i 2004 for å løse 363 mill.kr. I tillegg kommer 61 mill.kr. i økt ramme gjennom budsjettforliket i Stortinget som er forutsatt brukt til å redusere budsjettunderskuddet i 2004. Dette innebærer at helseforetakenes budsjettvedtak og tilleggsbevilgning dekker om lag 2/3 av beregnet tilpasningsproblem.

Det legges i budsjettet opp til at tilpasningsproblemet skal løses på følgende måte:

- bedre arbeidsproduktivitet, flere behandlede pr. årsverk
- reduksjon av antall årsverk inklusiv innleie av personale
 - bedre kapasitetsutnyttelse
 - lavere sengetall
 - fortsatt vridning av aktiviteten fra døgn- til dagbehandling
- mer effektiv funksjons og oppgavefordeling mellom enheter
- effektivisering av stab/støttefunksjoner
- kostnadsreduksjoner gjennom bedre innkjøpsavtaler

7.2 Investeringer 2003

Utbygging av Nordlandssykehuset og utbedring av Stokmarknes er større strategiske prosjekter i forprosjekteringsfasen. Prosjektene vil ha føringer for fremtidig kapitalstruktur og funksjonsfordeling i Helse Nord. Arbeidet har vært videreført i 2003 med videre prosjektering, utarbeidelse av skisseprosjekt og forprosjekt.

Av viktige sentrale investeringsprosjekter i 2003 nevnes innføring av felles økonomisystem i regionen, konsernavtale EPJ/PAS, turnussystem, PACS-system og lønn- og personalsystem.

8. Tiltak knyttet til organisasjonsutvikling

8.1 Organisasjon, ledelse og personal

Konkrete omstillingstiltak

Alle helseforetakene i Helse Nord har iverksatt konkrete prosesser i forhold organisering av stab/støtte tjenestene. Dette gjelder særlig lønn, regnskap, IT og P/O arbeidet. Alle foretakene er også i gang med utarbeidelse av konkrete omstillings og nedbemanningpakker som en del av de planlagte omstillingsplanene for hvert foretak.

To av foretakene, Hålogaland og Helgeland er også inne i konkrete strukturendringer med hensyn til det samlede føde og akutt tilbudet i foretakene som tidligere nevnt.

Med hensyn til organisering av kjernevirksomheten er også her alle foretakene inne i konkrete omorganiseringsprosesser, om enn i noe ulik grad. Helse Finnmark har i volum de største endringsforslagene, mens det ved UNN og Nordlandssykehuset er mindre endringer. UNN har i denne sammenheng flyttet 49 senger fra sengeavdelingene til Pasienthotellet.

Reduksjon i antall ansatte

Ingen av foretakene, unntatt Helgeland som kun har en liten nedgang i antall ansatte, melder om reduksjon av antall ansatte.

Alle foretak melder om særlige behov knyttet til rekruttering av nøkkelpersonell og har i varierende grad jobbet med dette i 2003. Alle foretak melder dette som et satsningsområde i 2004.

Fremdrift i arbeidet med etablering av klinisk ledelse

Hålogaland og Nordlandssykehuset har i 2003 gjennomført endringer i ledelsesstrukturen både på klinisk område og i forhold til stab/støtte. UNN, Finnmark og Helgeland har ikke foretatt endringer i ledelsesstrukturen i 2003.

8.2 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Helse Nord har gjennom 2003 aktivt fulgt opp de signaler gitt i styringsdokumentet for 2003 vedrørende området "4.2.3 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi" innbefattet deltagelse i "Nasjonal IKT".

Mer konkret gjelder dette deltagelse i nasjonalt helsenett hvor Helse Nord sammen med Nordnorsk Helsenett har lagt ned betydelige ressurser i arbeidet, det nasjonale bookingprosjektet – hvor Helse Nord har bidratt ved å koordinere arbeidet mellom regionene samt være ansvarlig for å sikre SND finansiering og forankring på AD-nivå i de ulike regionale helseforetak, samt initiativtaker sammen med Helsedepartementet og KITH for etablering av et prosjekt knyttet til utforming av veileder for elektronisk skanning av pasientjournaler.

Helse Nord RHF synliggjorde i plandokumentet for 2003 til Helsedepartementet, arbeidet med IT-strategi samt IT-handlingsplan inkludert delprogram. I det følgende følger en kort status knyttet til områdene "Program felles kliniske kjernesystemer", "Program IT-organisasjon og arkitektur", "Program samhandling" og "Program felles merkantile/administrative system".

Program felles kliniske systemer

I løpet av 2003 er det etablert PACS systemer ved samtlige sykehus i regionen. Det har i forbindelse med de anskaffelsene som er gjennomført, lagt en klar standardiseringsstrategi i grunnen. Dette har medført at regionen nå kjennetegnes av en relativt ensartet systemportefølje innen dette området med leveranser fra en leverandør (imidlertid eksisterer det system fra annen leverandør ved Helgelandssykehuset HF avdeling Mo i Rana).

I 2003 inngikk Helse Nord en konsernavtale knyttet til EPJ/PAS system med DIPS ASA. Dette medfører at DIPS vil være ene leverandør av denne typen system i regionen og at Helse Nord aktivt vil standardisere innenfor EPJ/PAS systemer. Det ventes at UNN i løpet av 1. kvartal 2004 vil starte planleggingene knyttet til overgang fra Simens/Doculive EPJ/PAS system til DIPS. Regionen vil med dette inneha det samme EPJ/PAS systemet i hele regionen i løpet av 2004/2005.

Program IT-organisasjon og arkitektur

Styret i Helse Nord RHF vedtok i slutten av 2003 å iverksette arbeidet knyttet til kartlegging av fremtidig IT-organisasjon i Helse Nord. Helse Nord gjennomførte også i 2003 et fellesregionalt prosjekt knyttet til informasjonssikkerhet. Prosjektet hadde som siktemål å sette fokus på ivaretagelse av de lovmessige krav og forskrifter som foreligger for spesialisthelsetjenesten. Prosjektet er nå avsluttet og det er under etablering et informasjonssikkerhetsforum i regionen som skal sikre at arbeidet lever videre i en driftsmessig form.

Program Samhandling

Strategisk har Helse Nord definert opp dette området som av særlig betydning for regionen. Det er i løpet av 2003 gjennomført en rekke aktiviteter knyttet til bedring av samhandlingen mellom 1. og 2. linjen. Det vises til kapittelet ” Samarbeid med primærhelsetjenesten” for beskrivelse av hovedaktiviteter.

Program merkantile/administrative system

Det er i løpet av 2003 valgt felles systemer innen følgende områder: Økonomi, Lønn og Personal, Turnussystem samt Kvalitetssystem. Av disse er økonomi samt lønn og personalsystem implementert i foretaksgruppen, mens turnussystemet nå forefinnes implementert i form av en pilotinstallasjon. I tillegg gjennomføres nå sluttforhandlinger knyttet til felles innkjøpssystem og felles sak/arkiv system.

Avsluttende merknader

Helse Nord ser med tilfredshet at standardiseringsarbeidet knyttet til systemer i regionen følger intensjoner definert innen IT-strategien. Imidlertid vil Helse Nord i sterkere grad dreie fokuset mot de systemer som benyttes innen den kliniske delen av virksomheten samt på de investeringer som nå er gjennomført eller planlegges gjennomført knyttet til samhandling med primærhelsetjenesten. Helse Nord's IT-strategiske rammeverk vil ved behov inkorporere de nasjonale strategier som legges via Nasjonal IKT samt den nye handlingsplanen for helsesektoren.

8.3 Innkjøp

Innkjøp vil etter etableringen av Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS), gradvis få endret arbeidsbetingelsene med hensyn til inngåelse av rammeavtaler. HINAS ble etablert i mai 2003 og kom i virksomhet i løpet av høsten. De arbeider nå med anbud innenfor reiser (hoteller, flyreiser og reisebyråer), kontor- og datarekvisita, samt medisinske gasser, herunder oksygen til hjemmebrukende pasienter.

Telefoni kjøpes gjennom en nasjonal avtale der alle RHFene i 2003 har inngått felles avtale. Det vil være et regionalt ansvar for forsikringsavtaler inntil det blir nytt nasjonalt anbud gjennom HINAS. Elkraft koordineres også regionalt gjennom at Helse Nord i fellesskap handler elkraft på den nordiske kraftbørsen, NordPool. For 2003 oppnådde vi en besparelse i forhold til markedspris på nær 2 øre pr kWh. For 2004 var utsiktene 8 øre under forventet markedspris pr månedsskiftet november/desember 2003.

De øvrige avtaler koordineres gjennom et felles Innkjøpsforum i Helse Nord der alle HFene er representert. Her er det gjennomført felles anbud på laboratoriemateriell (1.500 produkter), sprøyter og kanyler (ca. 80 produkter), matvarer og medisinsk forbruksmaterieell. Sistnevnte varegruppe vil ha en rekke produkter som vi i fellesskap vil gå ut på anbud med i Helse Nord.

Innkjøpsforum vil forsøke å beregne hva innsparingene for Helse Nord vil være etter hvert som vi inngår nye avtaler i forhold til det vi har i de gamle avtalene. Slik statistikk vil for øvrig bli lettere tilgjengelig når nytt innkjøpssystem er på plass.

Innkjøpsforum er således sterkt involvert i å få på plass felles innkjøpssystem integrert mot økonomisystemet. I tillegg vil Innkjøpsforum stå sentralt i arbeidet med å finne frem til en effektiv organisering av innkjøp og forsyning i et av delprosjektene innenfor effektivisering av stab og støttefunksjoner.

9. Oppsummering

Gjennomgangen av helseforetakenes oppfølging av styringsdokumentet for 2003 viser en rimelig stor lojalitet til de nasjonale og regionale satsningsområder. Helseforetakene har rapportert prioritering av satsingsområdene ved at disse er skjermet i en ellers stram økonomisk hverdag. Det er imidlertid noen områder hvor Helse Nord ser at forbedringsarbeid må iverksettes for at vi kan si oss fornøyd med resultatet. De viktigste forbedringsområdene er følgende:

- Kontroll over økonomien
- Mer effektiv utnyttelse av ressurser gjennom økt funksjons- og arbeidsdeling både innad og mellom helseforetak
- Bedre arbeidsproduktivitet ved at flere behandles pr. årsverk
- Reduksjon av antall ansatte
- Bedre og smidigere ordninger for overføring av pasienter mellom akuttavdelinger og DPSene
- Forbedre oppfølgingen av pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriftene og en mer lik praksis i forhold til andelen pasienter som gis rett til helsehjelp
- Ytterligere reduksjon i antall kirurgiske senger for å gi rom for økt kapasitet til grupper av pasienter hvor vi har underkapasitet i dag
- Andelen epikriser som sendes ut innen 7 dager må øke betydelig
- Antall ventende over et år må ytterligere reduseres
- Forbedre systemene for ventetidsregistrering og en mer lik praksis på registreringen

Disse områdene for forbedring vil også i styringsdokument for 2004 ha en sentral plass og vil bli fulgt nøye gjennom året.

Vedlegg til rapportering for psykisk helse 2003

1. Tiltak for omstilling og omstrukturering

Helse Finnmark HF:

Helse Finnmark har i løpet av 2003 redusert budsjetttrammene med 2,8 millioner kroner og besluttet å redusere rammene med ytterligere 1 million til neste år. Dette er psykisk helsevern sin andel av innsparingskravene i foretaket.

Det har skjedd en faglig utvikling av flere ambulante og oppsøkende metoder, som representerer alternativ til innleggelse. Ved DPS, Vest-Finnmark er det knyttet psykolog, sosionom og overlege til døgnerheten. Styrkingen har ført til at inneliggende pasienter får en mer målrettet og aktiv behandling både før, under og etter innleggelse i døgnerheten. Det er etablert et psykoseteam ved DPS, Øst-Finnmark som er tilknyttet døgnerheten. Teamet har arbeidet systematisk med å kartlegge pasienter i hele regionen som alvorlige psykiske lidelser og har god oversikt når pasienter har behov for å komme i kontakt med spesialisthelsetjenesten til rett tid.

Seidajok barnepsykiatriske behandlingshjem har i løpet av 2003 i sterkere grad valgt å utvikle tjenestetilbudet i en kombinasjon mellom døgntilbud (institusjonsopphold) og ambulant virksomhet. Dette tilbudet er nå utvidet til å gjelde også PMTO, en kombinasjon mellom samtale/veiledning og familieopphold på institusjonen. Tilbakemelding fra foreldrene er at de har fått større utbytte av denne metoden..

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN):

Ved UNN har oppfølging av *En-dør prosjektet*, knyttet til etablering av Senter for Psykisk helse Midt-Troms og Senter for Psykisk helse Nord-Troms hvor voksen- og barne- og ungdomspsykiatri er samorganisert, samt Barne- og ungdomsklinikken som ivaretar tjenester for barn- og ungdom innenfor både somatikk og psykiatri, vært et sentralt omstillings- og omstrukturingsprosjekt.

Opp mot dette prosjektet er det etablert nye lederteam i berørte enheter og det er arbeidet med nye inntaksrutiner som fremmer samarbeid, arbeid i forhold til tettere integrering av voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri – tverrenhetlig samarbeid spesielt rettet mot pårørende og ungdommer i overgangsalder fra ungdom til voksne, felles fag- og personalmøter m.v. Det vil fremover være sentralt å arbeide videre med realisering av de faglige intensjoner bak ny organisering.

Videre er det ved UNN gjennomført samorganisering av to rehabiliteringsposter til en, for å få en bedre ressursutnyttelse i forhold til mottak av pasienter fra Brøset, samt samarbeidsprosjekt med Tromsø kommune for utbygging av kommunale omsorgsboliger til 26 brukere. Det er foretatt arealmessige omrokninger av poster slik at akutt- og korttidsposter opp mot samme definerte opptaksområder er lokalisert i samme bygg. Dette gjelder både sykehusfunksjonene ved UNN og psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy.

Ved sykehusavdelingene i psykisk helsevern på UNN er det igangsatt eget prosjekt knyttet til problematikken rundt *barn av innlagte pasienter*. Det skal utarbeides prosedyrer tilrettelagt for opphold, kompetanseutvikling m.v.

Hålogalandssykehuset HF:

Ofoten DPS har i 2003 startet en omfattende omstillingsprosess, hvor blant annet tvunget psykisk helsevern med døgnopphold er avviklet. Virksomheten ved poliklinikken er endret vesentlig og forsterket med totalt 6 fagstillinger. Ressursene brukes til mer ambulante virksomhet gjennom 4 ambulante team som reiser ut i kommunene en til to ganger pr mnd.

Nordlandssykehuset HF (NLSH):

Ved NLSH har man igangsatt en organisasjonsutviklingsprosess ved Salten Psykiatriske Senter (SPS), som vil kunne medføre ny avdelingsstruktur. Som del av dette er det planlagt etablering av psykiatrisk sykepleier i somatikk, organisert under SPS. Denne er godkjent refusjonsberettiget. Sosialmedisinsk poliklinikk (ruspoliklinikk) er i dag del av somatisk avsnitt, og skal organiseres inn i samme. Poliklinikken blir omgjort til psykiatrisk ungdomsteam (PUT).

Sykehusfunksjonene i NLSH er omorganisert til 4 avdelinger; allmennpsykiatrisk avdeling, akuttavdeling, rehabiliteringsavdeling og alderpsykiatrisk avdeling. Dette er en drastisk endring fra tidligere organisering som tok utgangspunkt i om pasienten var hjemmehørende i nord eller sør. Hensikten med den nye organiseringen er å tilstrebe en spesialisering.

Rehabiliteringsavdelingen har det siste året tatt imot pasienter fra regionalt sikkerhetsnivå (Brøset), og har drevet ekstra kompetanseoppbygging for mest mulig å kunne løse den oppgaven. En egen bo- og behandlingsenhet for 2 brukere er under avvikling, og frigjorte ressurser herfra vil bli brukt i rehabiliteringsavdelingen og gir en liten effektiviseringsgevinst i forhold til tilbudet til de aller alvorligst syke.

Etterspørselen etter nevropsykologisk tjeneste for barn og unge er stor og økende, spesielt for ADHD og tilstander innen autismespektret. Det pågår arbeid med videreutvikling og koordinering av disse tjenestene.

Helgelandssykehuset HF:

Samarbeidsavtale med Rana kommune om Ytteren psykiatriske sykehjem er sagt opp, og planlegging og prosjektering av ny rehabiliteringsavdeling tilknyttet Psykiatrisk senter på Mo er igangsatt.

2. Nye tiltak

Det er etablert alderspsykiatriske poliklinikker ved UNN og Kløveråsen utredning og kompetansesenter i Bodø. Sistnevnte er privat institusjon som har driftsavtale med Helse Nord RHF.

Nevropsykologisk tjeneste i Helgelandssykehuset utvides til også å omfatte utredning av voksne. Innen barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i NLSH er det etablert et utekontor for poliklinisk virksomhet på Ørnes med en lege og en psykolog. Videre ble det i 2002 tilført midler til etablering av et team for spiseforstyrrelser. Teamet har 4 stillinger og kom i full drift i 2003. Dette er et tilbud til barn og unge i Nordland fylke. Tilbudet for denne pasientgruppen er i 2003 blitt betydelig bedre, og man er nå i ferd med å utvikle en funksjonell behandlingsskjede og nettverk.

I Helse Finnmark ble det i 2003 opprettet 8 nye fagstillinger. Disse skal finansieres av øremerket statstilskudd, som er videreføring av tiltak fra 2002. Stillingene er lyst ut, men ikke besatt ved årets slutt.

Som nevnt i foran, er det i flere DPS opprettet ambulante tjenester; allmennpsykiatriske team, psykoseteam og alderpsykiatriske team, akutt-team og rehabiliteringsteam. Valg av organisering er gjort ut fra de lokale forutsetninger og behov.

3. Status for prosjekter – øremerket tilskudd til Opptrapping av psykisk helse 2003

Helse Nord fikk en prosentvis økning i øremerket statstilskudd på ca. 16,3 % fra 2002 til 2003, mens tilskuddet ble viderefordelt til foretakene med en generell økning på 3,9 %, som skulle kompensere for lønns- og prisstigning. Helse Finnmark fikk 11,9 % økning fordi tilskuddet til Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsevern for den samiske befolkningen økte med 2 mill. kroner til 7 mill. kroner i 2003, noe som utgjør 40 % økning. Av tilskudd som ikke ble fordelt til foretakene, lyste Helse Nord ut kr 7 671 000 som prosjektmidler.

Vel 4 millioner ble brukt til prosjekter for å redusere ventetiden i barne- og ungdomspsykiatrien, og det resterende ble fordelt til samarbeidsprosjekt mellom psykisk helse og kommunene. Kort oppsummert kan prosjektene beskrives som svært vellykket. I alt vesentlig er målene oppnådd. Ventetiden er redusert for barn og unge. I tillegg har flere av prosjektene gitt positive ringvirkninger i forhold til utvikling av samarbeid og samhandlinglingsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og brukerne. Utviklingsprosjektene har bidratt til økt kompetanse og fagutvikling.

Prosjekt "Ingen ventetid" i BUPene:

BUP Alta:

BUP Alta ble i 2003 som en av to BUP-klinikker i Helse Nord utvalgt som pilotklinikk for prosjektet "Ingen ventetid". Formålet med dette prosjektet har vært å prøve ut metoder for å gjøre ventetiden for behandling innenfor psykisk helsevern for barn og unge kortere. BUP Altas prosjekt omhandler endringer på to ulike nivåer av det kliniske tilbudet. Det ene er på strukturen på behandlingen. Praksis er endret til tydeligere å bli oppdelt i faser for å styrke det diagnostiske arbeidet, samt bevisstgjøre behandlerne forløpet i behandlingen. Det andre er å kvalitetssikre praksis ved å måle endringer hos pasientene vurdert av kliniker. I tillegg måles endringer slik de blir oppfattet av foreldre og pasient. Pasientene går dermed gjennom klart definerte faser av utredning og behandling samtidig som kvaliteten på tilbudet sikres.

Den lengste ventetiden i antall dager pr måned har vært lengre i 2003 sammenlignet med 2002. Dette er som forventet og skissert i prosjektbeskrivelsen. Det skjer en nedgang i ventetid i november måned, noe som dels kan ha sammenheng med nyansettelser i behandlerstillinger, dels kan det tilskrives at de strukturelle endringene som er gjennomført ved klinikken har begynt å gi effekter. Antallet pasienter på venteliste er gjennomgående høyere i 2003 enn 2002. Dette kan ha sammenheng med et økt tilfang av nyhenvisninger i 2003. Videre har antall behandlerstillinger beregnet i antall årsverk vært lavere i 2003 enn i 2002 frem til august. Det har vært en økning i antall avslutta saker for 2003. Dette betyr en høyere turnover i antall saker sammenlignet med tidligere som kan skyldes mer effektiv behandling. I tillegg har klinikken vektlagt å avslutte inaktive saker for å gi plass til nyhenviste.

En nærmere analyse av datamaterialet samt en vurdering av hvilke faktorer som spiller inn på ventetiden blir utarbeidet for presentasjon på en erfaringskonferanse våren 2004. Her vil også data fra andre måleinstrumenter inkluderes.

Prosjektet er videreutviklet til et nytt prosjekt kalt: Ventetiden ned, kvaliteten opp! En undersøkelse av strukturelle forhold og utredningsprosedyrer ved barnepsykiatriske poliklinikker i Helse Nord. Dette prosjekt er søkt finansiert gjennom NNPF og Helse Finnmark og videreføres frem til 2006 forutsatt finansiering.

BUP Øst-Finnmark:

Prosjektet har ikke vært gjennomført, midlene vil derfor bli tilbakeført Helse Nord.

BUP Harstad:

Foreløpige tall ved årsskiftet viser 7 saker på venteliste. Gjennomsnittlig ventetid for disse 7 sakene er 58 dager. Ingen venter mer enn tre uker fra henvisning mottas til BUP møter familien for første gang. Prosjekt redusert ventetid har vært med på å føre til en omorganisering av vårt interne arbeid som gjør at en raskere møter klientene og gir klarere tilbakemelding på sakene både til de som blir henvist og de som henviser.

Man har blitt bedre på å differensiere sakene og holder på med å utvikle pakketilbud til de uten rett til nødvendig helsehjelp, og større innslag av oppfølging og tilbakemelding både i saksgang og etter avslutning av saker. Prosjektmidlene er i hovedsak brukt til å styrke ekspedisjonen, til hospitering (Drammen) og Tromsø, og til å øke intern effektivitet ved anskaffelse av bedre møteromsutstyr for medarbeiderne for felles drøftingsmøter vedrørende klientsaker.

BUP Narvik:

Dette er det andre pilotprosjektet, og fokus har vært rettet mot utvikling av formelt samarbeid med henvisende instanser, med sikte på å få redusert ventetiden. Det har vært avholdt flere samarbeidsmøter, og rutiner for henvisning er formalisert og under utprøving. Fordi prosjektet ikke kom som planlagt i januar 2003, er det gitt 3 mnd utsettelse av prosjektperioden. Endelig projektrapport foreligger således ikke.

BUPA Nordlandssykehuset:

Prosjektet er todelt:

1. Tilførsel av hel sekretærstilling på nevroseksjonen, BUP Ytre Salten (BUP-YS).
Begrunnelse: Henvisningsmengden til nevropsykologiske utredninger er meget stor, og har vært sterkt økende siste årene. Dette har gitt lange ventelister til nevropsykologisk utredning. Stillingen skal frigjøre kapasitet hos nevropsykologene som har gjort det meste av skrivearbeidet selv; rapporter, innkallinger etc.
2. Forbedre systematikken i vurdering av øvrige henvisninger til BUP-YS, med formål å redusere ventetiden på nyhenvisninger. Ved igangsettelse av prosjektet var gjennomsnittlig ventetid rundt 3 måneder, mens de som hadde ventet lengst, hadde en ventetid på over ett år.

Foreløpige resultater:

a) Tilførsel av hel sekretærstilling ved nevroseksjonen i prosjektperioden:

- 66 % flere nyhenvisninger sammenlignet med samme periode i 2002.
- 49 % flere igangsatte saker.
- 86 % flere avsluttede saker
- 50 % flere saker i tiltak.

Tilførsel av sekretær ved nevroseksjonen har uten tvil bidratt til større effektivitet og produktivitet. En tentativ konklusjon på denne delen av prosjektet vil være at permanent tilførsel av sekretær ved nevroseksjonen vil redusere ventetid, og øke kapasiteten mht nevropsykologiske utredninger.

b)Mht. til øvrige henvisninger til BUP-YS:

I prosjektperioden har det blitt gjennomført endringer i inntaksstrukturen i tråd med prosjektets målsetting, som var å få redusert ventetiden. En tentativ konklusjon på denne delen av prosjektet vil være at gjennomsnittlig ventetid har gått noe ned, og ligger nå på i underkant av to måneder. Det har også vært møter med henvisere fra førstelinjetjenesten med målsetting å få til mer aktivt samarbeid rundt henvisningsprosedyrer og oppfølging.

Oppsummering:

Målsettingen med prosjekt "ingen ventetid" var å få redusert ventetiden på nyhenvisninger, ved å bedre rutiner og systematikk rundt inntaksprosedyrer og videre saksgang samt øke behandler kapasitet. Tilførsel av sekretær hatt en klar effekt i forhold til prosjektets målsetting.

Når det gjelder pkt. 2., har prosjektperioden vist følgende:

- En nedgang i ventetid på rundt en mnd.
- Endring av inntaksrutiner i tråd med prosjektets målsetting. Dette vil uansett være en fortløpende prosess i avdelingen.
- At prosjektet i seg selv ikke var tilstrekkelig for å oppnå målsettingen om ingen ventetid.

Samarbeidsprosjekt med kommunene vedrørende inn- og utskriving av pasienter – Salten Psykiatriske senter (SPS):

Det ble utarbeidet et "Prosedyrehandbok" i 1998 der man ønsket å prøve ut prosedyrene i utvalgte kommuner i Salten. Etter en evaluering ble det bestemt å revidere disse med et mål å innføre dem i alle Salten kommune. En ny arbeidsgruppe ble nedsatt med representanter fra DPS, Mental Helse, LPP og kommuner i området.

Arbeidsgruppen har hatt møter der de har jobbet frem et utkast til et nytt prosedyrehandbok som er omdøpt til "Handbok i samarbeidsprosedyre". Hensikten med denne håndbok er å regulere kontakten mellom hjemkommune og Salten psykiatriske senter (SPS) fra søknad om behandling blir sendt til pasienten avslutter behandlingen.

Målsettingen er å kvalitetssikre kontakten mellom SPS, de 11 Salten kommune, andre aktuelle samarbeidspartnere, pasienten og deres pårørende. Denne håndboken inngår som en del av SPSs "**Kvalitetshåndbok**".

Håndboken har 2 hoveddeler samt en appendiks:

Den første delen "**Prosedyrebeskrivelse**" (2.0) gir en beskrivelse av prosessen fra pasienten søkes til SPS til avslutning av behandlingen. Disse prosedyrene skal være retningsgivende for den kontakten som etableres mellom pasienten, kommunen, SPS og eventuelle andre samarbeidspartnere. Inkludert i denne delen er diverse skjema og retningslinjer for ansvarsgruppe og teamreisevirksomhet.

Den andre delen ”**Informasjonsbank**” (3.0) gir god kjennskap og informasjon om hverandre og vil etter vårt syn være en viktig basis for godt samarbeid. Her foreligger kortfattet informasjon om alle de 11 Salten-kommunene, alle enheter på SPS, andre samarbeidspartnere samt bruker- og pårørendeorganisasjoner. Dette er ment som et oppslagsverk som vil bli oppdatert hvert år av Fagkonsulent ved SPS i samråd med de enkelte instanser.

I **Appendiks** (4.0) avklares begreper som er brukt i håndboken. I tillegg beskrives lovgrunnlaget.

Det ble bestemt i arbeidsgruppen å invitere alle Salten kommunene, samt representanter fra Fylkeslegen i Nordland, Helse Nord RHF, Sentralsykehus klinikk for voksenpsykiatri, brukere og pårørendeorganisasjoner til 3 samlinger. Disse samlinger var/er følgende:

- Fagseminar. 9.sept. d.å. Presentasjon av samarbeidsmodell kalt ”Koordinering av psykososialt arbeid”. Hensikten med dette var at samtlige deltakere fikk samme forståelse av sentrale begreper.
- Høringsseminar: 23. okt. d.å. Her ble råutkast til ny ”Håndbok i samarbeidsprosedyre” presentert. Det kom inn mange nyttige innspill fra deltakere, samt noe skriftlig høringssvar.
- Implementeringsseminar: 4. mars, 2004. Hensikten her er å diskutere hvordan den endelige håndbok skal godkjennes i de forskjellige instanser (kommunene, SPS, m.m.)

Vi har nå gjennomført de to første seminar og arbeidsgruppen er i gang å bearbeide de høringssvar vi har fått. I tillegg er det foretatt et par studietur for å innhente ideer fra andre (Namsos og Stavanger, der de også har jobbet med samarbeid med kommuner).

Midlene har vært brukt til:

- Innleie av foreleser av KPA
- Utgifter til seminar lokaler
- Faglig tur til andre instanser
- Implementeringsseminar i mars
- Opptrykk av det nye ”Håndbok i samarbeidsprosedyre”.

Samarbeidsprosjekt på tvers av nivåer i helsetjenesten – Sentralsykehusklinikken (SSKV) ved NLSH:

Prosjektleder begynte i stillingen 10. mars 2003. Det er oppnevnt en referansegruppe som har hatt jevnlige møter. Prosjektet skulle ha 2 hovedretninger:

1. Prosjektleder skulle ta kontakt med DPSene i fylket for å presentere prosjektet, og for å få i gang dialog om prosjektet.
2. Prosjektleder skulle ta tak i temaet individuell plan, og være pådriver i en intern prosess for allmennpsykiatrisk avdeling om dette temaet.

Ad 1)

Allmennpsykiatrisk avdeling, delvis sammen med representanter fra andre avdelinger og klinikkledelse, har vært på samarbeidsmøter hos:

Vefsn DPS, Stokmarknes DPS og Sandnessjøen DPS – dette via telematikk pga. værforholdene i desember.

Prosjektet har også vært involvert i samarbeidsmøter ved SSKV med representanter fra ledelsen ved alle DPSene i sørfylket, samt besøk fra nyansatt fra poliklinikken i Narvik og poliklinikken i Mo i Rana.

Ad 2)

Prosjektleder har satt seg inn i lover og forskrifter vedrørende individuell plan. Dette for å undervise personal og pasienter ved allmennpsykiatrisk avdeling om temaet. Det er også utarbeidet en intern veileder for hvordan personalet kan følge opp denne pasientrettigheten i sitt kliniske arbeide.

Det er etablert kontakt med helseavdelingen hos fylkesmannen. Kontakten med dem resulterte i en seminarrekke i fylket med tittel "utfordringer i arbeidet med individuell plan". Seminarene ble lagt til Stokmarknes, Fauske og Sandnessjøen. Målgruppen var ledere innen helse og sosialtjenester på ulike nivåer. Seminarene samlet +/- 50 deltakere på hver av dagene, og evaluert som vellykkede.

Prosjektet engasjerte etter hvert større deler av klinikken, ikke bare Allmennpsykiatrisk avdeling. Det var deltakere fra både Akutt- og Rehabavdelingene på seminarne.

Videre må det nevnes:

- Pasientene på allmennpsykiatrisk post informeres både individuelt og gjennom felles undervisning om tema individuell plan.
- Individuell plan blir spesifikt omtalt i retningslinjer for behandling utarbeidet ved allmennpsykiatrisk avdeling.
- Individuell plan er et spesifikt tema i epikrisemal, og det arbeides med internkontrollrutiner for å kvalitetssikre denne rettigheten.
- Samarbeidet med det eksterne hjelpeapparatet oppleves mer positivt. Vi mottar forespørsler om inneliggende pasienter. Positive henvendelser som legger veien åpen for samarbeide.
- Samarbeide om individuelle planer oppleves som positivt. Samordning og felles forståelse av veien videre øker fagligheten i pasientbehandlingen

Samarbeidsprosjekt BUP/VOP Lofoten, NLSH:

I forbindelse med etablering av dagbehandlingsavdeling på Leknes ble det ansatt midlertidig prosjektmedarbeider med ansvar for utarbeidelse av rammer og føringer for fremtidig ordinær drift av en slik avdeling. Dagavdelingen er tenkt som tilbud for unge mellom 16-30 år med atferdsproblemer, utviklingsforstyrrelser i kombinasjon med rusproblemer. Målet er å gjøre disse pasientene i stand til å forbedre sin funksjonsevne og sine ferdigheter slik at han/hun i større grad enn tidligere kan delta på ulike arenaer i samfunnet, og at sykehusinnleggelse unngås eller utsettes.

Prosjektskisse er utarbeidet med hovedmålsettinger og de metoder som er tenkt benyttet. Målet videre er å forankre modeller for dagavdelingen hos samarbeidspartnere og forberede eventuell oppstart våren 2004.

Prosjekt "Rutinemessig evaluering av behandlingsresultater" DPS Vest-Finnmark:

Evaluering av behandlingsresultat med CORE-systemet er i England innført som et viktig kvalitetssikringsverktøy i pasientbehandling der både pasienter og behandlere får en systematisk vurdering av behandlingen som gis. Prosjektet er gjort kjent i internt foretaket og ved NNPFs forskningskonferanse av prosjektleder og overlege Vidje Hansen og CORE-systemet utvikler Chris Evans fra London.

Det er etablert en prosjektgruppe for utprøving av CORE-systemet der alle de psykiatriske poliklinikkene i Finnmark etter hvert har kommet med, med overlege Vidje Hansen og som prosjektleder, og 1 representant fra hver poliklinikk/akutt-team. Systemet er elektronisk tilgjengelig for behandlerne i foretaket. Det jobbes med å få frem en norsk godkjent versjon av systemet, som kan bety et verdifullt samarbeid med andre poliklinikker om en kontinuerlig evaluering av kartlegging av pasientenes tilstand. Det er også etablert kontakt med forskningsavdelingen ved Modum Bads Nervesanatorium, som har besluttet å bruke prosjektleders oversettelse i sin forskning. Denne kontakten kan bli svært viktig og danne grunnlag for sammenligning mellom våre poliklinikker og pasientene ved Modum Bad. På det nåværende tidspunkt kan vi ikke angi når en eventuell innføring av rutinemessige registreringer på alle nye pasienter kan starte.

Etter prosjektleders vurdering er prosjektet i god progresjon, og kan gjøre Helse Finnmark til et foregangsforetak innenfor kvalitets sikring og kvalitetsutvikling i psykiatrien i Norge. Utviklingen av prosjektet vil være helt avhengig av fortsatte bevilgninger i 2004.

Prosjekt ruspsykisk helsevern - DPS, Øst-Finnmark:

Målsettingen med prosjektet har vært å slutføre kartleggingen i forhold til brukere med alvorlige psykisk lidelse og å få implementert erfaringene fra prosjektet rus / psykiatri i de andre kommunene i opptaksområde. For å nå målet ble opplæring og undervisning prioritert.

Prosjektet vil bli videreført i den vanlige driften. Psykoseteamet vil være naturlig faglig forankring i det videre arbeidet. Nettverkene som kommer til å benyttes er identifisert, og målsettingen er å finne gode rutiner og felles løsninger. Samarbeidet med rådgiver hos fylkesmannen når det gjelder iverksetting av bruk av individuelle planer vil fortsette. Individuelle planer er et viktig verktøy for å styrke reell brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid.

Dagtilbudprosjekt- Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy (PSTK):

Utprøving av dagtilbud i form gruppeaktiviteter og terapigrupper i nært samarbeid med Voksenpsykiatrisk poliklinikk. Rekruttering til disse gruppene har primært vært fra poliklinikkens pasientmasse. Erfaringene viser at dagtilbudet står overfor noen utfordringer knyttet til å skape en større forståelse og aksept for bruk av gruppeaktivitet og gruppeterapi som supplement til det allerede eksisterende behandlingstilbudet. Det er behov for kompetanseheving i forhold til å drive grupper. En siste utfordring er å få til et samarbeid med kommunen om gruppeterapi og gruppeaktiviteter.

Rehabiliteringsprosjektet på PSTK:

Prosjektet er gjennomført.

Gruppebehandlingstilbud for ventelistepasienter og Webster Stratton, samt vikar i forbindelse med overlegepermisjon – Senter for psykisk helse Midt-Troms:

Gruppebehandlingsprosjektet for ventelistepasienter i BUP har vært et terapeutisk. Det har vært brukt kunstterapi og kognitive metoder.

Webster Stratton prosjektet kom sent i gang, men det er gjennomført foreldrekurs med ukentlige samlinger på BUP og oppfølging ved besøk i heimen og telefonsamtaler.

Tiltakene har medført at pasienter har fått tilbud innenfor de pålagte frister. Samtidig har medarbeidernes kunnskaper medført et større spekter enn hva en kunne forvente med permisjoner og stillinger ubesatt.

Pårørendeprosjektet – Psykiatrisk forsknings- og Utviklingsavdeling, UNN:

I hovedsak er finansiert med midler fra Helse og -rehabilitering via Rådet for psykisk helse. Prosjektet har i 2003 ferdigstilt video nr 3 med tema som omfatter tiden etter utskrivning/rehabilitering/tiltak i kommunene. Videoen er tatt opp i Finnmark og knyttet opp mot en pasienthistorie med særlig fokus på pårørendes situasjon. Med denne tredje videoen er det første prosjektet fullført og intern evaluering er gjennomført i 2003. Arbeid med sluttrapport fra dette prosjektet er påbegynt. Arbeidet med å spre bruken av materialet er definert som et eget "implementerings/spredningsprosjekt" som har pågått parallelt med at informasjonsmaterialet ble ferdig. Dette arbeidet har pågått for fullt i 2003 med møter særlig rettet mot DPS og møter med pårørendeforeninger, i tillegg til at materialet er presentert på en nasjonal forelesningsserie på telematikk.

Prosjekt tidlig intervensjon – barne- og ungdomsklinikken, UNN:

Prosjektet startet i 1999, og midlene for 2003 skulle brukes til å beholde opparbeidet kompetanse for å gjennomføre prosjektet. Målet i 2003 var å utvikle prosjektet til andre premature og andre barn i risiko.

Ungdom og kreative uttrykk – Senter for psykisk helse Nord-Troms:

Det rapporteres at prosjektet er gjennomført og vurderes som svært vellykket. En har arbeidet mot en ungdomsgruppe med sammensatt problematikk gjennom bruk av maling, musikk, poesi og samtale, samt en flyktningegruppe (etter modell av Magne Raundalen – bearbeiding av traumer, bruk av bilder mv) og i tillegg individuelle opplegg med bruk av bilder og samtaler.

Krisetilbud for forebygging av akuttinnleggelser – VOP Mosjøen:

Samarbeidsprosjekt med medisinsk avdeling hvor team fra poliklinikken jobber med pasienter innlagt i medisinsk avdeling. Prosjektet har medført et bedre tilbud til pasienter som er krise, og vært medvirkende til unødvendige innleggelser i sykehusavdelinger.

Nevropsykologisk tjeneste for barn, unge og voksne – BUP Mosjøen:

Prosjektet rapporteres som vellykket. Som følge av utredningen og innkjøp av nødvendig utstyr samt innredning av testrom, kan eksisterende tilbud utvides med en stilling fra 2004.

4. Tiltak for stimulering til fagutvikling, forskning og kompetanseheving

Helse Nord RHF har ansvaret for to utdanningsprogram for leger; ett i barne- og ungdomspsykiatri og ett i voksenpsykiatri. Det var i 2003 16 kandidater til spesialitet i voksenpsykiatri og 13 kandidater i barne- og ungdomspsykiatri.

Virksomheten i Nordnorsk Psykiatrisk Forskningscenter (NNPF) har vært som tidligere. Det har ikke skjedd vesentlige nye ting innen dette området i 2003. NNPF har ikke vært skjermet for de generelle økonomiske innstramminger som ble pålagt i 2002 med videreføring i 2003, når gjelder driftssida av NNPF. Når det gjelder prosjektmidler har de fått en økning gjennom forskningsmidlene. Det er fortsatt nødvendig at det arbeides med infrastruktur for forskning, bl.a. med tilgang til elektroniske tidsskrifter og muligheter for elektroniske bestilling av bøker med mer. I tillegg er det et økende behov for å tilsette en forskningssykepleier/forskningsassistent for psykiatri.

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved NLSH har iverksatt tilbud for å øke kompetansen på utviklingsforstyrrelser ved lokale BUPer, blant annet med kursvirksomhet og felles pasientrettede tiltak.

Flere DPS/BUP har i 2003 hatt behandlere i videreutdanning til kliniske spesialiteter. Dette gjelder både leger, psykologer og høgscoleutdannede. Psykolog har også deltatt i forskningsprosjekter (NINN-prosjektet).

I Helse Finnmark HF er det utviklet ressursgrupper med utgangspunkt i Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsevern for den samiske befolkningen, samt at det er stimulert til fagutvikling innen det samiske psykiske helsevernet med temaer som etter hvert vil bli tilgjengelig for andre deler av helsetjenesten. Det er opprettet "forskningsfond" og muligheter for å søke om forskningsmidler via NNPF.

Det er igangsatt selvmordsforebyggende prosjekt VIVAT i Finnmark, og kompetansehevingsprogram rus/psykisk helsevern til fagarbeidere innen spesialisthelsetjenesten og kommuner i Vest-Finnmark.

Det er fullført en dr. grad innen fagområdet psykisk helsevern for barn og en dr. grad innen fagområdet psykisk helsevern for voksne beregnes fullført i 2004.

Rehabilitering, pasientopplæring og brukermedvirkning.

HELGELAND

Sammendrag

Foretaket har fra tidligere Lærings- og mestringssenter i Mo i Rana. Tilsvarende er etablert i Sandnessjøen og i Mosjøen i 2003. En ny overlegestilling 2003 i fysikalsk medisin og rehabilitering i Sandnessjøen er søkt besatt, men foreløpig vakant. Søkt og fått ytterligere en overlegestilling i fysikalsk medisin og rehabilitering, Helgeland for 2004. Deltakelse i arbeidet med regional rehabiliteringsplan. Organisering av rehab/hab i helseforetaket vil være en prioritert oppgave, samkjøres med planarbeidet i Helse Nord.

Økt innsats innen geriatri og indremedisin og bruk av nye driftsformer

Foretaket har deltatt med representanter i Helse Nord's nærsykehusprosjekt. Foretaket har tatt initiativ til en studie av nærsykehus i Dalarna i Sverige, med en oppfølgende studietur. Det vises i den forbindelse til rapporter. Foretaket har fått 4 nye ass. legehjemler i generell indremedisin for 2004, som er konsolidering av det indremedisinske miljøet. Alle 3 sykehusenhetene arbeider med økt "poliklinisering", spesielt innen omsorg for hjertesviktpasienter, men også for andre kroniker-grupper. Organisering av geriatri vil ha sammenheng med rehab/hab og utvikling av nærsykehuskonseptet.

Ambulante tjenester

Foretaket har ambulant tjeneste innen pediatri, gynekologi og indremedisinske fagområder, særlig på Ytre Helgeland. Pacemakerkontroller har vært utført ambulant til alle enhetene av kardiolog fra Sandnes-sjøen. Ambulant audiograftjenester fra Mo i Rana til Mosjøen. Arbeidet med ambulante tjenester økes ved en ny poliklinikk for somatiske tjenester i Brønnøysund, der det også er investert i nytt utstyr for ultralydundersøkelser. UNN og Nordlandssykehuset har også stilt seg positive til å delta med spesialistkompetanse når nærmere spesifisering av behovet foreligger. Ambulant ØNH-tilbud fra Sandnessjøen til Mo og Mosjøen i løpet av 2004. Flere spesialisttilbud vurderes for intern ambulering i foretaket.

Reduksjon i antall liggedager

Foretaket har arbeidet aktivt mot kommunene for å redusere antall ferdigbehandlede pasienter. For å unngå "unødvendige" reinnleggelser satses det på økt samarbeid med primærhelsetjenesten, mer systematisk oppfølging av kronikergrupper (for eksempel hjerte- og lungepasienter), bl.a. med rehabiliteringsopphold, Lærings- og mestringssenter og polikliniske tilbud.

Samarbeid med primærhelsetjenesten

Samarbeid om utvikling av individuelle behandlingsplaner

Det er ikke etablert et systematisk samarbeid om dette, men aktuelle fagområder der dette vil bli fokusert er rehabilitering/habilitering, reumatologi m.fl.

Tiltak for kompetanseutvikling og informasjon

Helseforetaket utgir "Primærhelsenytt" 4 ganger i året. Dette er generell og målrettet informasjon til primærhelsetjenesten, der også primærleger deltar med innlegg.

Deltakelse i referansegruppe i Helse Nord for oppfølging av regionalt arbeid. I lys av dette arbeides det med ordninger med allmennpraktikere i deltidstillinger i sykehus og hospiteringsordninger, men det har ikke blitt konkretisert enda. Økonomi er en kritisk faktor for begge tiltakene.

Det er satt i gang telemedisinske prosjekter innen ØNH og hudsykdommer. Disse vil medvirke til både samhandling og kompetanseutviklingen for primærhelsetjenesten. I forbindelse med økt fokus på gjestepasientstrøm vil et økt samarbeid med primærhelsetjenesten være et sentralt element. Helseforetaket deltar i prosjekter med elektronisk henvisning og elektronisk epikrise. Andre tiltak som også vurderes er ”e-vakt” eller liknende.

Samarbeid med brukerorganisasjoner og pasientopplæring

Helgelandssykehuset opprettet Brukerutvalg etter styrevedtak om dette i juni 2002.

Brukerutvalget hadde sitt første møte 4. desember 2002.

Brukerutvalget består av representanter fra de fire største brukerorganisasjonene: FFO, SAFO, Mental Helse og Den Norske Kreftforening.

Brukerutvalgets medlemmer ble valgt gjennom de respektive organisasjonenes sentrale administrasjon i Nordland.

Informasjonssjefen er brukerutvalgets sekretær.

Brukerutvalget har ca 3 faste møter i året og ellers ved behov.

Brukerutvalget får tilsendt Helseforetaksnytt, Primærhelsenytt og styresaker og er høringsinstans ved saker av en karakter som er naturlig, eks. store interne endringer.

Brukerutvalget er ikke medlemmer av Helgelandssykehusets styre men er et rådgivende organ for foretaksledelsen / styre.

I forkant av brukerutvalgets møter åpnes det for en times møte der andre brukere kan treffe brukerutvalget.

Brukerutvalgets møter arrangeres rundt i sykehusområdet.

Tiltak iverksatt for å styrke pasientopplæring

Pasientopplæring internt i sykehuset er en del av behandlingsapparatet i tilknytning til de respektive avdelingene. Denne type opplæring er styrt fra det behandlingsapparat som allerede er etablert i forbindelse med pasientbehandling, eks slagenheter, fysikalsk behandling, rehabilitering etc..

Tiltak iverksatt for samarbeid med brukerorganisasjoner/pasienter i forbedringsarbeid i den pasientrettede virksomheten

Ved samtlige av Helgelandssykehusets enheter er det opprettet Lærings- og mestringsenheter. Den siste etablerte er ved enheten i Mosjøen i 2003. Pasientopplæring gjennom disse enhetene styres gjennom et samarbeid mellom Helgelandssykehuset og brukerorganisasjoner i pasientrettet virksomhet. Ansvar for tilrettelegging av denne virksomheten er ansatte innen Lærings- og mestringsenheter i Helgelandssykehuset.

UNN

Rehabilitering: Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering har styrket sin spesialiserte regionale funksjon for rehabilitering av personer med traumatisk hjerneskade, bla. ved å gjøre ferdig et tverrfaglig behandlingsprogram, arrangere senfasetilbud for pasienter og familie for andre gang og ved å korte ned ventelisten ved interne overflytninger på UNN.

Videre er regionfunksjonen for personer med multippel sklerose videreutviklet og det er opprettet et nytt tilbud om korte oppfølgingsopphold. Det er startet et nytt tilbud for unge personer med muskelsykdom, som skal overføres fra Habiliteringsenheten for barn/Barneavdelinga.

Antall polikliniske konsultasjoner og antall dagpasienter er økt fra 2002 til 2003.

De ambulante funksjoner er styrket ved en samorganisering av habiliteringsteamet for voksne og ambulante rehabiliteringsteam, til en ny Seksjon for Ambulant ReHabilitering. Seksjonen har flyttet inn i nyinnredede lokaler i løpet av 2003.

Lærings- og mestringscenteret ved UNN organiseres som en del av Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, og beskrives separat. I tillegg har avdelingen et eget Brukerråd, med eksterne prosjektmidler. Avdelingen har også et eksternt finansiert prosjekt for yrkesmessig rehabilitering av sterkt bevegelseshemmede.

Nakke- og ryggpoliklinikk med tverrfaglig bemanning og samarbeid over spesialistgrenser er vedtatt opprettet i 2003, og igangsettes fra 2004.

Det ses behov for ytterligere satsning på å bygge opp rehabiliteringsfunksjoner, bl.a. kontroll og oppfølging av personer med ryggmargsskade. Her har i dag St. Olavs Hospital en flerregional funksjon, og vi erfarer at oppfølging etter utskrivning er for dårlig samordnet.

Avdelingen ved Seksjon for Ambulant ReHabilitering driver undervisning og veiledning i forhold til utarbeidelse av individuelle rehabiliteringsplaner, og samarbeider her med primærhelsetjenesten.

Avdelingen er sterkt medvirkende i driften av flere regionale fagnettverk innen rehabilitering, habilitering og ambulante tjenester. Det må også nevnes at Helse Nord i 2003 har opprettet et regionalt Fagråd for rehabilitering og habilitering. Videre er forskning på rehabilitering framhevet som et stimuleringsområde, med øremerkede midler for 2004.

Annen rehabilitering: Lungeseksjonen ved medisinsk avdeling B har økt innsatsen sin når det gjelder rehabilitering til pasienter med KOLS.

Økt innsats innen geriatri og indremedisin og bruk av nye driftsformer:

Indremedisinsk avdeling gjennomgikk en omfattende omorganisering, og ble splittet opp i 4 avdelinger. Samtidig ble sengetallet på de ulike enhetene endret, og en del av belegget overført til pasienthotellet.

Det ble opprettet en 5-dagers post med 11 senger på frigjort areal, enheten ble tildelt Hjertemedisinsk avdeling. Med dette imøtekom man også Fylkeslegens kritikk av korridorpasienter ved Medisinsk avdeling.

Omorganiseringen med økt bruk av senger på pasienthotellet førte til reduksjon av 49 senger ved de ordinære avdelingene, samtidig fikk Hjertemedisinsk avdeling tildelt 11 senger. Netto reduksjon av senger ble derfor 38.

Innenfor geriatri har det ikke skjedd spesielle omlegginger i 2003.

En samlet evaluering av dagens organisering av det indremedisinske/ geriatriske tilbudet vil bli gjennomført i første kvartal 2004.

SAMARBEID MED PRIMÆRHELSETJENESTEN

Samarbeid om utvikling av individuelle behandlingsplaner:

I forhold til individuell plan har det vært egne prosjekter ved psykiatriske avdelinger på Åsgårdområdet som har involvert kommunehelsetjeneste og også brukerorganisasjoner i deler av opptaksområdet. Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering benytter individuell plan, og holder også kurs kommunalt i temaet. På initiativ fra Pasient- og pårønderrådet har det gått ut en henstilling til de øvrige somatiske avdelingene om å intensivere dette arbeidet.

SAMARBEID MED BRUKERORGANISASJONER OG PASIENTOPPLÆRING

Organisering av brukerutvalg:

Brukerutvalget ved UNN er kalt Pasient- og pårønderrådet, og det består av 7 representanter fra hele regionen. Representantene er foreslått fra avdelingene og oppnevnt av direktøren og har som sitt hovedsiktemål å arbeide for bedre kvalitet på våre tjenester for pasienter og pårørende. Hovedarbeidsområde i 2003 har vært informasjon. I tillegg har rådet behandlet en rekke større og mindre saker og vært representert i arbeidsgruppe for opprettelse av "Trygd i UNN". Rådet har avholdt 6 heldagsmøter i 2003.

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering har i tillegg sitt eget brukerråd med representanter for ulike brukerorganisasjoner.

Tiltak iverksatt for å styrke pasientopplæring:

En rekke avdelinger har forskjellige "pasientskoler"/opplæringstilbud til for eksempel astmatikere, diabetikere og hjertepasienter.

I løpet av 2003 har vi også etablert lærings- og mestringssenter.

Lærings- og mestringssenteret (LMS) er blitt presentert på sykehusets internundervisning og for ulike brukerorganisasjoner for å synliggjøre senterets oppgaver og ansvar i forhold til pasientopplæring, og på den måten stimulere til igangsetting av pasientopplæringstiltak.

Lærings- og mestringssenteret (LMS) har arrangert 7 læringstilbud i 2003, 2 har vært rettet mot familier som har barn med funksjonshemming og 5 har vært for voksne med ulike kroniske tilstander. Det har vært dagskurs, todagers kurs og helgesamlinger over 3 dager. Alle tilbudene har vært planlagt, gjennomført og evaluert i et nært samarbeid mellom bruker, fagfolk og LMS, og brukererfaringer står sentralt i læringstilbudene. I tillegg har det vært jobbet med planleggingen av 6 læringstilbud i løpet av våren 2004.

5.februar 2004 arrangeres et seminar med tittelen "Når livet endrer retning – med fokus på mestring" i samarbeid med Nasjonalt senter for Telemedisin og erfarne brukere. Det har gått mye tid til planlegging i løpet av høsten 2003. Det vil være både brukere og fagfolk som skal forelese, da vi mener det er viktig å få frem brukernes erfaringer i forhold til hva som møter dem i hverdagen når en lever med en kronisk tilstand/funksjonshemming.

Det at samarbeid mellom brukere og fagfolk settes i system slik det gjøres gjennom LMS-modellen, er nybrottsarbeid og kom i gang på UNN i 2003. Det tar tid å utvikle nye modeller, og vi ser at etterspørselen øker, ettersom både fagfolk og brukere får erfaring med senteret.

Tiltak iverksatt for samarbeid med brukerorganisasjoner/pasienter i forbedringsarbeid i den pasientrettede virksomheten

Den direkte kontakten mellom brukere og fagfolkene som er en konsekvens av modellen LMS jobber etter, gir en unik mulighet for direkte tilbakemelding fra pasienter til fagfolk når det gjelder den pasientrettede virksomheten.

Lærings- og mestringscenterets referansegruppe består bl.a. av representanter for sykehusets ledelse, avdelingsledere og for ulike brukerorganisasjoner. Dette er et forum hvor brukerne har en mulighet til å kunne komme med synspunkter på den pasientrettede virksomheten, særlig med tanke på pasientopplæring, direkte til ulike ledernivåer på sykehuset med tanke på forbedringsarbeid.

FINNMARK

SOMATIKK:

Konkrete tiltak for økt innsats innenfor de nasjonale satsningsområdene kreft og rehabilitering

Helse Finnmark har søkt om tilskudd for å opprette et Lærings og Mestringsenter ved Kirkenes sykehus. Det er søkt om tilskudd for 2 år. Seksjonen har videre tilsatt lege som nå tar spesialistutdanning i Fysikalsk medisin og rehabilitering.

ambulante tjenester

Ambulante tjenester utføres fra Hammerfest til Alta fra kirurgisk¹, ortopedisk² og gynekologisk³ avdeling. ØNH-lege leies som regel inn fra UNN eller annet sted.

Innenfor ortopedi er den dagkirurgiske virksomheten svært kostnadseffektiv. Videre bidrar virksomheten her til å redusere presset på dagkirurgien på operasjonsavdelingen i Hammerfest.

En vurderer også å tilføre anestesilege til dette tilbudet for på den måten gjøre flere inngrep med arthroskop. Dette vil igjen føre til at færre pasienter trenger å dra til Hammerfest for å få denne type behandling.

Innenfor medisinsk seksjon er det fra Hammerfest tilrettelagt for økt ambulering til de desentraliserte poliklinikkene i Karasjok og Alta. Det planlegges ukentlig ambulering til Alta, mens vi nå kartlegger behovet for ambulering til Karasjok. I Karasjok har to spesialister sluttet i 2003. Virksomheten søkes skalert etter behov og opprettholdt med ambulering. Det er på sikt ønske om å tilsette fast indremedisiner også i Alta. Årsaken til dette er både det lokale behovet for tjenester men også å utvikle samhandlingen med kommunehelsetjenesten hvor et høyt antall sykestueplasser i Alta er sentrale. Barnelegene fortsetter sin ukentlige ambulering til Kirkenes og hver andre uke til Alta.

SAMARBEID MED PRIMÆRHELSETJENESTEN

Samarbeid om utvikling av individuelle behandlingsplaner

Tiltak for kompetanseutvikling og informasjon

Initiativ tatt/tiltak gjennomført for samarbeid om felles legevakt og legevaktsformidling

SAMARBEID MED BRUKERORGANISASJONER OG PASIENTOPPLÆRING

Beskriv organisering av brukerutvalg

Helse Finnmarks brukerutvalg hadde sitt første konstituerende møte i september 2003. På dette møte ble det diskutert arbeidsform samt at arbeidsutvalg ble valgt. I tillegg til dette møte har brukerutvalget hatt møte i desember 2003 hvor budsjett 2004 var hovedsaken.

Brukerutvalget er et rådgivende utvalg for Helse Finnmark og er:

Et samarbeidsforum mellom Helse Finnmark og brukerorganisasjonene.

Rådgivende organ slik at brukerkompetansen blir benyttet som et grunnlag for tjenesteutforming og gjennomføring.

Forum for systematisk tilbakemelding fra brukere om erfaringer med tjenestene.

¹ 5-6 dager per 5. uke (unntatt juli og august)

² 60 dager per år

³ 1 dag per uke

Brukerutvalget har følgende sammensetning:

2 medlemmer etter forslag fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon i Finnmark.

1 medlem etter forslag fra Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes Organisasjoner

1 medlem fra Mental Helse

1 medlem Pasientombudet i Finnmark

1 medlem etter forslag fra sametinget

1 medlem Fylkeskommunens eldreråd

1 representant som avspeiler særlig prioriterte innsatsområder. For denne valgperioden innebærer dette 1 medlem etter forslag fra Den norske Kreftforening.

Foretaksdirektøren deltar i brukerutvalget. I tillegg ivaretar administrasjonen ved fag, forskning og utviklingsavdelingen brukerutvalgets sekretærfunksjon. De ulike representantene er oppnevnt av brukerorganisasjonene. Utgifter til reise- og oppholdsutgifter samt dekning av tapt arbeidsfortjeneste dekkes etter vanlige regler/Statens regulativ. I tillegg følger Helse Finnmark satsene Helse Nord har vedtatt for medlemmene av Regionalt Brukerutvalg for tapt arbeidsfortjeneste og møtegodtgjøring.

I forhold til brukerutvalgets arbeidsform er følgende vedtatt:

Brukerutvalget skal jobbe med saker på overordnet nivå. Utvalget skal ikke arbeide med enkeltsaker.

Arbeidsutvalget skal forberede/bearbeide saker til møtene i brukerutvalget. De skal også håndtere hastesaker hvor det ikke er tid til å ta saken i ordinært møte.

Det er enighet om at brukerutvalget kan holde møtene ved hjelp av telematikk for å spare reiseutgifter/reisetid.

Møtene skal som prinsipp være åpne møter, lukkede møter kun dersom nødvendig pga personvern.

Brukerutvalg er en ny funksjon for alle medlemmene, og det er enighet om at utvalget må vurdere underveis både type saker og hvordan utvalget skal fungere. Sekretariatet får i oppgave å innhente opplysninger fra andre brukerutvalg.

Tiltak iverksatt for å styrke pasientopplæring

Tiltak iverksatt for samarbeid med brukerorganisasjoner/pasienter i forbedringsarbeid i den pasientrettede virksomheten

NLSH

Konkrete tiltak for økt innsats innenfor satsningsområdet rehabilitering

Bodø:

NLSH, Bodø har ikke økt innsatsen til rehabilitering i 2003. Fra januar 2004 vil det bli en liten økning.

Lofoten:

Rehabiliteringsteamet har satt i gang kurs for diabetes type II, astma og selvhjelpsgrupper for slagrammende. Det skal videre satses på kurs for pasienter med kols, hjerte-kar-lidelser og flere ”lærings- og mestringsgrupper for slagrammede. Kursene er lagt til rette for at pårørende kan delta.

Ambulante tjenester

Bodø:

Barneavdelingen:

Habiliteringsenheten for barn driver også ambulant virksomhet.

Medisinsk avdeling:

En overlege reiser jevnlig til Lofoten for å utføre kontroller på implanterte pacemakere. I tjenesteplanen til nyansatt nefrolog legges det opp til minst ett besøk per halvår til lokalsykehusene i fylket for å drive med framskutt nefrologisk virksomhet. Dette gjøres for å få større kontroll over sykdomsutviklingen hos spesielt predialysepasienter, samt opplæring av helsepersonell ved poliklinikkene og dialysestasjonene (satellittstasjonene). Sykehuset forhandler for tiden med Den norske Lægeförening om vilkår i forbindelse med ytterligere ambulatorisk virksomhet for leger fra Medisinsk avdeling. Slik ambulatorisk virksomhet kan være aktuell både overfor NLSH/ Lofoten og den sørlige del av fylket. Det siste som en satsning på å gi adekvat og tilstrekkelig tilbud til pasienter i egen helseregion. Satsningen på å forsøke bremse strømmen av pasienter ut av den sørlige del av fylket medfører at kapasitet spesielt innenfor hjerteutredning må økes. I samråd med hjerteavdelingen ved UNN vil NLSH nå tilby koronar angiografi for pasienter fra hele Nordland.

Overlege for hudsykdommer har hatt poliklinisk virksomhet på Stokmarknes og Mo i Rana. Aktiviteten på Stokmarknes opphører fra årsskiftet og overføres til Hålogalandssykehuset, UNN og NLSH/Bodø.

FMR:

Avdelingen har en del ambulant virksomhet innenfor opplæring og tilretteliggning i kommunene.

Lofoten:

Ved NLSH, Lofoten er det i dag ambulante tjenester innenfor ØNH, reuma, barnelege, kontroll av pacemaker, ryggoperasjoner og ernæringsfysiolog.

Samarbeid med primærhelsetjenesten

Samarbeid om utvikling av individuelle behandlingsplaner

Bodø:

Det har vært flere kurs arrangert av habiliterings- og rehabiliteringsavdelingene i Nordlandssykehuset med individuelle planer som tema. I tillegg har ansatte her vært kursledere på helsedirektoratets opplæring om emnet. I oppfølgingen av enkeltpasienter er også individuelle planer et sentralt tema.

Innenfor somatisk virksomhet avklares alltid oppfølging av vanskelige tilfeller med instans som overtar behandlingsansvar for pasienten. Oppfølgende tiltak blir nedfelt i sykepleier rapport og notater/ rapporter fra de medisinske servicetjenester som fysioterapi, ergoterapi og klinisk ernæringsfysiolog blant andre. Spesifikt behandlingsopplegg skisseres i foreløpig og endelig epikrise til alle pasienter. Utvikling av individuelle behandlingsplaner som prosess og eget dokument er ikke systematisk gjennomført for alle pasientergrupper.

Innenfor psykiatri har både SSKV og SPS hatt egne prosjekt innenfor dette området, disse er omtalt foran. Prosjektet ”Samarbeid på tvers av nivåer i helsetjenesten”, har blant annet hatt som konsekvens at alle pasienter blir spurt om de ønsker individuell plan, arbeidet med individuell plan kan igangsettes ved allmennpsykiatrisk avdeling og prosjektet har medført økt bevissthet både hos pasienter og hos personalet om at dette er en rettighet pasienten har. Det har også medført økt samarbeid med de lokale behandlere. I arbeidet med ”Håndbok i samarbeidsprosedyrer” er det inkludert et avsnitt om individuelle planer. Dette skal være veiledende både for SPS og kommunene. På individuelt nivå jobbes det med individuelle planer for den enkelte pasient i samarbeid med kommune fortløpende.

Lofoten:

Psykiatrisk team samarbeider med Vestvågøy kommune om enkeltpasienter og mer generelle tiltak. HAB – spesialpedagogtjeneste, veileder personell og pårørende i kommunene (gjelder barn med psykiske og fysiske handikap). Rehab teamet jobber etter mønster av individuelle behandlingsplaner. Det er utarbeidet individuelle behandlingsplaner for kreftomsorg. Videre er det iverksatt samarbeid med primærhelsetjenesten vedr. utskrivningsklare pasienter.

Tiltak for kompetanseutvikling og informasjon

Samarbeidsparter i primærhelsetjenesten inviteres og oppfordres til å delta på alle kurstilbud og opplæringsprogrammer som arrangeres av opplæringsseksjonen ved NLSH.

Gjennomsnittlig 35 % av deltakerne på våre kurs og opplæringsprogram kommer fra primærhelsetjenesten og andre etater, de øvrige fra Nordlandssykehuset.

De kliniske avdelingene inviterer med jevne mellomrom kommunehelsetjenesten til samarbeidsmøter og faste fora. Disse møtepunktene brukes til gjensidig informasjon og utvikling av samarbeid til pasientenes beste. Videre er det etablert ulike råd (blant annet rehabiliteringsråd både i Salten og Lofoten, råd for Saltenpsykiatri) som har jevnlig møter med mye kompetanseheving i tillegg til at rådene også har fagkurs.

Av konkrete tiltak nevnes at Medisinsk avdeling har hatt inne to leger fra legekantor i distriktet som har tjenestegjort i den onkologiske enhet noen måneder hver. Det er planlagt møte med kommunelegene i begynnelsen av februar 2004. Møtet skal være faglig, samt benyttes til avklaring av samarbeidsrelasjoner. Hvis dette får positiv respons vil sykehuset ta initiativ til å ha slike møter jevnlig. Radiologisk avdeling har opprettet ”help-desk” betjent av radiolog. Denne er også åpnet for primærlegene for å bedre tilgjengeligheten mhp informasjon / veiledning innen radiologi. Barneavdelingen driver utstrakt opplæring av pasienter, foreldre og nettverk (astma, epilepsi, diabetes, cystisk fibrose, osv). SPS arrangerer årlig ”Salten seminar” med deltakere fra SPS og kommunene i Salten.

I tillegg er det utarbeidet ulike informasjonsbrosjyrer og det arbeides med internettsider.

Lofoten:

Det er satt i verk tiltak for å samle sykehusleger og primærleger i et felles fora/fagråd for å utveksle erfaringer, gi informasjon og øke kompetansen gjennom forelesninger av eksterne og interne forelesere. Disse møtes 2 til 4 ganger per år.

Kompetanseutvikling innefor sykepleiefaget er ivaretatt gjennom kursing av pleiepersonell i sykehus og primærkommunene. Områder som bl.a. smertelindring har vært tema innenfor kompetansehevede tiltak.

Samarbeid med brukerorganisasjoner og pasientopplæring

Brukerutvalg og samarbeid med brukerorganisasjonene

NLSH har oppnevnt et brukerutvalg for NLSH. Brukerutvalget har ikke avholdt noe møte enda.

Brukerorganisasjonene inviteres til alle kurstilbudene som iverksettes i regi av opplæringsseksjonen ved NLSH. Medlemmene deltar med redusert kursavgift og ofte gratis. I noen tilfeller er de medvirkende til programutforming og deltar med foredrag ut fra brukerperspektivet innen det aktuelle fagområdet som kurset omhandler.

Det foregår et samarbeid i Rehabiliteringsrådet, der brukerrepresentanter, kommunehelsetjenesten og Nordlandssykehuset har en møteplass hvor rehabiliteringsarbeidet og utvikling blir drøftet. Samarbeidet med brukerorganisasjoner har vært økende i forhold til opplæringsaktiviteten. Gjennom dette skapes nettverk mellom fagpersonell og brukerrepresentanter som gir effekter i informasjonsarbeid i avdelingene, rutiner for avdelingen, samarbeid med primærhelsetjenesten osv. Fagpersonell som arbeider med kursene får mye erfaringsbaserte kunnskaper i sitt arbeid med arbeidsgruppene og i kursene, dette blir brukt i det daglige arbeidet med pasienter og pårørende i sykehuset.

Mental Helse og Landsforeningen for Pårørende i Voksenpsykiatri er representert i ”Råd for Saltenpsykiatri” sammen med representanter fra alle 11 Salten-kommunene BUPA og SPS. Rådet møtes ca. 5 ganger per år. I rådet presenteres planer om psykisk helse i kommunene, BUPA og SPS, aktiviteter LPP og Mental Helse er engasjert i, orientering fra ulike instanser som Helse Nord, Ungdomskampanjen i regi av Mental Helse og fylkeslegen og lignende. Ovennevnte brukerorganisasjoner har gitt positiv tilbakemelding om at de setter pris på deltakelse i dette forum.

Lofoten:

Mental Helse er aktiv og deltar i utvalg/råd der framtidige psykiatritiltak planlegges (eksempel: opptrappingsplan, investeringsprosjekt). Videre er det iverksatt et samarbeid med Mental helse for å få i gang besøkstjenesten for inneliggende pasienter og øke hyppigheten og muligens kvalitet på pasientopplæringen. Ellers har sykehuset likemannsordning mht. kreft.

Tiltak iverksatt for å styrke pasientopplæring

Bodø:

Lærings- & Mestringssenteret (LMS) er en enhet i sykehuset for utveksling av brukererfaring og fagkunnskap for å styrke kvaliteten, og utvide tilbudet på informasjon og opplæring om det å leve med kronisk, langvarig sykdom / funksjonshemming. Mestringstilbudene foregår i grupper, og pårørende er invitert med i de fleste tilbud.

Foretaket gjennomfører årlig et etter / videreutdanningskurs i samarbeid med Høyskolen i Bodø i ”Helsepedagogikk” 15 studiepoeng, for fagpersonell og brukerrepresentanter. Målet med utdanninga er å øke kunnskapen om, og kvaliteten på opplæringstilbudene, det er en foretaksovergripende aktivitet.

Faste lærings- & mestringstilbud:

Tilbudene utvikles, gjennomføres og evalueres i arbeidsgrupper med tverrfaglig personell og representanter for de som har sykdommen selv, eller er pårørende. Kursene gjennomføres 2 – 8 ganger pr. år.

Barneavd:

Kurs for foreldre med barn som har epilepsi.

Kurs for foreldre med barn som har astma.

Kurs for ungdom som har astma.

Fysikalsk medisin og rehabilitering:

FRAM – kurs: Mestringskurs for personer med langvarige smerter i muskulatur og skjelett, 2 eller 5 dager.

KEM – kurs: Rehabiliteringstilbud for personer med ervervet hjerneskade i senfasen.

Kirurgisk avdeling:

Å leve med stomi, reservoar. (Nyopererte innen 2 år.)

Ortopedisk avdeling:

Mestringskurs for personer som er benamputert (operert innen 2 år).

Revmatologisk avdeling:

Å leve med bektherew, leddgikt eller psoriasisleddgikt.

Smerteklinikken:

Mestringskurs for personer med hode/nakkesmerter og generelle muskel/skjelettplager i regi av tverrfaglig smertepost.

Medisinsk avdeling:

Å leve med kronisk tarmsykdom, ulcerøs colitt eller morbus chron

Å leve med kronisk nyresykdom eller som transplantert.

Diabeteskurs: ”En god start”

Å leve med astma, for voksne og ungdom.

Å leve med kronisk obstruktiv lungesykdom, KOLS.

Seksjon for klinisk ernæring:

Informasjon om laktoseintoleranse.

Å leve med cøliaki, innføring til glutenfri kost.

Øre / Nese / Hals avd. ved Høresentralen:

Å leve med øresus (Tinnitus av lettere grad)

Informasjon om bruk av høreapparat for brukere og pårørende.

Kurs / temamøter 2003.

Habiliteringstjenesten for voksne og barn / LMS: Leir for søsken til barn med funksjonshemming (Samarbeid med FFO og SAFO)

Familiekurs: Helgekurs for familier med kronisk syke / funksjonshemmede barn (Samarbeid med FFO / SAFO)

Kroppen min, om seksualitet og samliv, Kurs til unge utviklingshemmede, samarbeid med Norsk Forbund For Utviklingshemmede.(NFU)

Aktivitet og bevegelse: Mestringskurs til barn med sterk utviklingshemming og deres foreldre (Samarbeid med NFU og CP – foreninga)

Akutt intermitterende porfyri, kosthold, tannhygiene og rettigheter (Samarbeid med Porfyriforeningen i Nordland, Avd. for medisinsk biokjemi / seksjon for klinisk ernæring/ LMS)

Selvhjelpsgrupper (I samarbeid med Landsforeningen for Trafikkskadde og Fibromyalgiforbundet har Nordlandssykehuset ved LMS tilbud om oppstart og deltakelse i selvhjelpsgrupper)

Det pågår nå utviklingsarbeid i forhold til kurstilbud for personer som har epilepsi og for brystkrefteropererte som skal igangsettes i 2004. Andre tilbud som er planlagt for 2004, er gruppetilbud til personer med parkinson og MS og til ungdom som har hyperkolesterolemi.

De fleste avdelingene innenfor psykiatrien har undervisningsprogram for pasientene. Hver uke eller annen hver underviser personalet (enten behandlere eller miljøpersonalet), pasientene i ulike psykiske lidelser, medisiner, behandling, botrening, nettverk, familie, arbeid med bistand, trygderettigheter individuelle planer og lovverket for øvrig etc. Det er laget et eget undervisningsprogram for spiseforstyrrelsene.

Rehabiliteringsteamet på Salten driver også kurset "Symptomer mestring" for pasienter. Dette er et kurs som går over 18 uker.

Fem av enhetene innenfor psykiatrien har familiedager to ganger i året, med to dager hver gang. Disse dagene blir familiene undervist i mange av de samme temaene som pasientene har blitt undervist i. I tillegg underviser vi i temaer som foreldre og søsken ber spesielt om på evalueringsskjemaene som de sender oss etter familiedagene. Vi hatt også hatt Mental Helse inne og informert om sin organisasjon til familien.

Det er også lagt ned et stort arbeid i å lage retningslinjer for behandling ved allmennpsykiatrisk avdeling. Det er laget en struktur som sikrer at alle pasientbehandlinger blir evaluert minst 3 ganger i løpet av et opphold, at det blir skrevet behandlingsplaner etter en kartleggingsperiode, at alle pasienter har en målsetting for sitt opphold, at alle pasienter som ønsker det kan få igangsatt et arbeid med individuell plan etc. Disse retningslinjene er nedfelt skriftlig og beskriver alle ledd i et behandlingsopphold ved avdelingen.

Lofoten:

NLSH, Lofoten har pasientopplæring innenfor:

- Diabetes
- Kols
- Slag
- Manisk depressive
- Kreft

Åpenhet og medvirkning

Aktiv tilrettelegging av informasjon i for- og etterkant av styremøter

I forkant av styremøtet (1 uke før styremøtet) sendes saksliste med tilhørende styresaker ut til styret. Dagen etter legges styresakene på internett samtidig som det sendes mail om dette til alle kommuner i Nordland, media og nyheter. Samtidig legges saksliste med tilhørende styresaker ut på intranett. I etterkant av styremøtet sendes som regel protokollen ut like etter at styremøtet er ferdig, senest dagen etter, til både styret, media, aviser, kommuner i Nordland, samt legges ut på intranett og internett.

HÅLOGALAND

Konkrete tiltak for økt innsats innenfor de nasjonale satsningsområdene kreft og rehabilitering HHF har tilsatt onkolog med foretaksovergrepene ansvar, det er etablert sorggruppe for barn, prosjekt for et samlet og fremtidsrettet rehabiliteringstilbud er igangsatt.

Tilbud om lindrende behandling under etablering ved div. Harstad og under utredning ved div. Narvik, smertesykepleier ansatt ved div Stokmarknes med divisjonsansvar for utvikling av dette tilbudet.

Ambulante tjenester

Barnelege ansatt ved HHF Harstad søkte i april 2003 om ett års permisjon. Rekruttering av vikar viste seg svært vanskelig og det ble inngått avtale med UNN om ambulant tjeneste i barnelegens permisjonstid. Dette har vært en meget god løsning med et fint samarbeid mellom de to foretakene.

Reumatolog tilsatt ved HHF Harstad driver ambulant tjeneste til HHF Narvik. Det jobbes med å få til tilsvarende ordning for HHF Stokmarknes.

Det pågår også vurdering om ambulant tjeneste innen nevrologi til hhv. HHF Narvik og Stokmarknes.

SAMARBEID MED PRIMÆRHELSETJENESTEN

I påvente av med. fagdirektør har dette kravet vært nedprioritert med unntak av det som gjelder å legge til rette for elektronisk samhandling hvor tilbudet er under etablering i samsvar med Statens handlingsplan Si @! Stort sett samtlige av HHF's tilknyttede legekontorer samhandler elektronisk med foretakets sykehusdivisjoner.

I tillegg deltar primærhelsetjenesten i alle utviklingsprosjekter som har konsekvens for dem, f.eks i akutt/føde-saken, ambulanse/AMK-organisering, PNL fase 2 m.v.

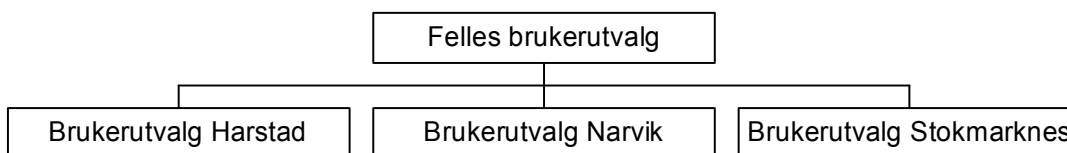
Samarbeid om utvikling av individuelle behandlingsplaner
Prioritert prosjekt i 2004.

SAMARBEID MED BRUKERORGANISASJONER OG PASIENTOPPLÆRING

Beskriv organisering av brukerutvalg

Brukerutvalgene i HHF er organisert slik skissen under viser:

Brukermedvirkning i Hålogalandssykehuset



Tiltak iverksatt for å styrke pasientopplæring

Ved divisjon Harstad er arbeidet med etablering av Lærings- og mestringssenter godt i gang. Oppstart er utsatt til -04 i påvente av at egnede lokaliteter skal bli frigjort. Lærings- og mestringssenter vil også bli etablert i Narvik og Stokmarknes i løpet av 04.

Tiltak iverksatt for samarbeid med brukerorganisasjoner/pasienter i forbedringsarbeid i den pasientrettede virksomheten

Ved med.avd. – divisjon Harstad har det vært arrangert ”pasientskoler” hvor pasienter med kroniske lidelser er gitt opplæring for å kunne drive god egenomsorg.

For pasienter med diabetes type 2 har det vært avholdt 2 tredagers kurs hvor avd. overlege Helge Ulrichsen og diabetessykepleier Helga Marie Karlsen har vært ansvarlig.

For pasienter med ulcerøs colitt og chron sykdom har vi hatt 3 tredagers kurs tre ganger i 2003. Ansvarlig her har vært overlege Per Chr. Valle og to av sykepleierne på mage/tarm teamet.

I løpet av våren 04 planlegges oppstart av poliklinikk for pasienter med hjertesvikt. Ansvarlig her er kardiolog og 2 spesialsykepleiere ved med. overvåkning.

HELSEFORETAKSSPESIFIKKE KRAV

Ansvar for opplæring av pasienter og pårørende må ivaretaes, eksempelvis gjennom lærings- og mestringssenter.

Status:

Under planlegging i samarbeid med brukerutvalg ved div. Harstad. Skal deretter etableres også i Narvik og på Stokmarknes (2004-2005).

Konkrete tiltak for økt innsats innenfor satsningsområdet kreft

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE:

Her er det satt i drift en ny strålemaskin og det pågår flytting og utvidelse av kreftpoliklinikken.

NORDLANDSSYKEHUSET

Bodø:

Aktiviteten på EKL B har økt og de har nå overtatt all kjemoterapi hos voksne kreftpasienter i NLSH/Bodø med unntak av adjuvant kjemoterapi ved cancer mammae og kjemoterapi ved gynekologiske cancere. Så snart vi har en onkolog til på plass, er det ønskelig at vi også overtar adjuvant mammaebehandling. På sikt bør også kjemoterapi for gynekologiske cancere overføres til EKL B.

Det ble startet med 2 palliative senger på Kirurgisk sengepost/A6 i november 2003. Inntrykket etter en måneds funksjon er at palliative senger gir økt fokus på pasientgruppa og har positive ringvirkninger i avdelingen forøvrig. I tillegg er Palliativt team etablert, men har kapasitetsmangel på legeside.

En av kreftsykepleierne i ambulant team har ansvar for regelmessig kontakt med primærhelsetjenesten i forhold til pasienter i palliativ situasjon med særlige problemer. Dette har vært systematisk gjennomført de siste tre månedene og evalueres fortløpende.

På utredningssiden er det en betydelig bedring etter at det nye intervensjonslaboratoriet sto ferdig. Det samme kan sies om utredning med hjelp av nukleærmedisinske prosedyrer, etter at sykehuset gikk til anskaffelse av to nye gammakamera inneværende år.

Lofoten:

Vi er i ferd med å utdanne kreftsykepleiere. Disse har hospiteringsuker ved Nordlandssykehuset, Bodø og på UNN, Tromsø. Det er et godt samarbeid med UNN og Nordlandssykehuset, Bodø mht. oppfølging av den enkelte pasient.

UNN: Her er det satt i drift en ny strålemaskin og det pågår flytting og utvidelse av kreftpoliklinikken.

HÅLOGALAND:

HHF har tilsatt onkolog med foretaksovergrepene ansvar, det er etablert sorggruppe for barn, prosjekt for et samlet og fremtidsrettet rehabiliteringstilbud er igangsatt. Tilbud om lindrende behandling under etablering ved div. Harstad og under utredning ved div. Narvik, smertesykepleier ansatt ved div. Stokmarknes med divisjonsansvar for utvikling av dette tilbudet.

HELGELANDSSYKEHUSET:

Foretaket har arbeidet aktivt for å øke kreftbehandlingen lokalt. Kreftpoliklinikker ved alle 3 sykehusenhetene. Deltatt i møte i Helse Nord vedr. kreftkirurgi. Foretaket vil arbeide videre med at kreftpoliklinikkene ivaretar så mye som mulig av cytostatika-behandlingen som kan ivaretas lokalt. Det foreligger et prosjekt med senger for lindrende behandling i Mo i Rana. Foreløpig ikke realisert pga. økonomi.

HELSE FINNMARK:

Kirurgisk og medisinsk avdeling i Kirkenes har utarbeidet en plan for oppstart av en palliativ enhet for å støtte denne pasientkategorien. Forslaget som det arbeides med er en enhet, som har 6 faste sengeplasser og dertil egnede rom. Da mange av pasientene er dårlige og har mange pårørende hos seg er fire av disse enerom. Gjennomføringen skal skje ved at vi tar 4 senger fra medisin og 2 fra kirurgisk post sammen med dertil egnet personell, og overfører dem til en enhet på kirurgisk sengepost. Det anses som viktig at personellet på denne enheten tilføres kunnskap og faglig kompetanse innen lindrende behandling og omsorg. Hammerfest planlegger en tilsvarende enhet, men har ikke kommet like langt som Kirkenes.

For tiden detaljplanlegges den nye avdelingen og personell som skal være tilknyttet enheten. Enheten kommer sannsynligvis ikke i gang før etter sommeren. Ettersom man overfører personell fra kirurgisk og medisinsk sengepost til denne enheten fører ikke denne enheten til økte personellkostnader. Det er imidlertid nødvendig å styrke kompetansen for de ansatte som skal arbeide der. En del mindre ombygginger og innkjøp av møbler vil også føre til økte kostnader.

I tillegg har vi innen kirurgisk operativ behandling deltatt i en diskusjon med Helse Nord for å få til en optimal behandling av disse pasienter. Helse Finnmark er enig i at enkelte krefttyper primært ikke skal behandles i foretaket, men skal oversendes UNN.

Saksbehandler: diverse

STYRESAK 09-2004 REFERATSAKER

Møtedato: 1. oktober 2003

Vedlagt oversendes kopi av følgende:

1. Brev fra Loppa Kommune av 8. desember 2003 ad. helseforetakene og sykehusene i Nord-Norge.
2. Brev fra Arbeiderpartiets stortingsrepresentant Asmund Kristoffersen av 17. desember 2003 ad. helseforetakenes ansvar for rusinstitusjonene.
3. Brev fra Finnmark fylkeskommune av 18. desember 2003 ad. status to år etter overtakelse av spesialisthelsetjenesten?
4. Brev fra Vadsø Kommune av 18. desember 2003 ad. sykehustilbudet i Finnmark.
5. e-post fra Jonny Haldorsen av 15. januar 2004 ad. akuttkirurgi og fødeavdeling / fødestue.
6. Uttalelse fra Regionalt Brukerutvalg av 23. januar 2004 ad. budsjett 2004.
7. Brev fra Erling Birkeland av 29. januar 2004 ad. Sykehusreformen Hålogalandssykehuset stedsvalg.

Styret for Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker taes til etterretning.

Bodø, den 5. februar 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
5.2.2004

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 09-2004/1

**BREV FRA LOPPA KOMMUNE AV 8. DESEMBER 2003
AD. HELSEFORETAKENE OG SYKEHUSENE I
NORD-NORGE.**

Møtedato: 12. februar 2004

Se vedlagt kopi.

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
5.2.2004
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 09-2004/2

**BREV FRA ARBEIDERPARTIETS
STORTINGSREPRESENTANT ASMUND
KRISTOFFERSEN AV 17. DESEMBER 2003 AD.
HELSEFORETAKENES ANSVAR FOR
RUSINSTITUSJONENE.**

Møtedato: 12. februar 2004

Se vedlagt kopi.

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
5.2.2004
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 09-2004/3

**BREV FRA FINNMARK FYLKESKOMMUNE AV
18. DESEMBER 2003 AD. STATUS TO ÅR ETTER
OVERTAKELSE AV
SPESIALISTHELSETJENESTEN?**

Møtedato: 12. februar 2004

Se vedlagt kopi.

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
5.2.2004
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 09-2004/4

**BREV FRA VADSØ KOMMUNE AV 18. DESEMBER
2003 AD. SYKEHUSTILBUDET I FINNMARK.**

Møtedato: 12. februar 2004

Se vedlagte kopi.

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
5.2.2004
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 09-2004/5

**E-POST FRA JONNY HALDORSEN AV 15. JANUAR 2004
AD. AKUTTKIRURGI OG FØDEAVDELING / FØDESTUE**

Møtedato: 12. februar 2004

Se vedlagt kopi.

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
5.2.2004
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 09-2004/6

**UTTALELSE FRA REGIONALT BRUKERUTVALG AV
23. JANUAR 2004 AD. BUDSJETT 2004.**

Møtedato: 12. februar 2004

Se vedlagt kopi.

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:

5.2.2004

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Deres dato:

Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 09-2004/7

**BREV FRA ERLING BIRKELAND AV 29. JANUAR 2004
AD. SYKEHUSREFORMEN
HÅLOGALANDSSYKEHUSET STEDSVALG.**

Møtedato: 12. februar 2004

Se vedlagt kopi.

Vår dato: 5.2.2004
Vår referanse: 200300113-171 012
Arkivnr:
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato:
Deres referanse:

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

STYRESAK 10-2004 EVENTUELT

Møtedato: 12. februar 2004