

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

Styrets medlemmer og varamedlemmer
i Helse Nord RHF

**INNKALLING TIL STYREMØTE I HELSE NORD RHF,
DEN 10. MARS 2004**

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

**onsdag, den 10. mars 2004 – kl. 08.15 til ca. kl. 12.00
i Helse Nord RHF's lokaler, Sjøgata 10 i Bodø.**

Etter behandling av styresak 11-2004 og 12-2004 lukkes styremøte for offentligheten for behandling av styresaker som er unntatt offentligheten. Det åpne styremøte starter igjen ca. kl. 09.00.

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

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

STYRESAK 11-2004 GODKJENNING AV SAKSLISTE

Møtedato: 10. mars 2004

I samråd med styreleder inviteres styret for Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for styremøte, den 10. mars 2004:

Sak 11-2004	Godkjenning av saksliste.	Side	2
Sak 12-2004	Godkjenning av protokoll fra styremøte 12. februar 2004.	Side	3
Sak 13-2004	Nordlandssykehuset HF, Bodø. Godkjenning av forprosjekt byggetrinn 1 og forslag til skisseprosjekt byggetrinn 2-5.	Side	10
Sak 14-2004	Utbygging Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes.	Side	11
Sak 15-2004	Policy for bruk av private aktører i Helse Nord.	Side	17
Sak 16-2004	Regional smittevernplan.	Side	29
Sak 17-2004	Valg på regionalt brukerutvalg for Helse Nord.	Side	33
Sak 18-2004	Strategiplan for Nasjonalt Helsenett.	Side	37
Sak 19-2004	Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene.	Side	43
Sak 20-2004	Orienteringssaker	Side	48
	1. Informasjon fra styreleder til styret. <i>Muntlig.</i>		
	2. Informasjon fra adm. direktør til styret. <i>Muntlig.</i>		
Sak 21-2004	Referatsaker	Side	51
	1. e-post fra Vefsn Arbeiderparti av 22. februar 2004 ad. redusert akuttberedskap og fødeberedskap ved Helgelandssykehuset i Mosjøen.		
	2. e-post fra Bernhard Halvorsen av 28. februar 2004 ad. UNN – revmatologisk avdeling.		
Sak 22-2004	Eventuelt	Side	54

Bodø, den 3. mars 2004

Lars Vorland
 Adm. direktør

STYRESAK 12-2004 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 12. FEBRUAR 2004

Møtedato: 10. mars 2004

PROTOKOLL STYREMØTE 12. FEBRUAR 2004

Styret for Helse Nord RHF avholdt styremøte på Radisson SAS Hotel i Tromsø, den 12. februar 2004 – fra kl. 09.00 til kl. 15.00.

Til stede var:

Styreleder Olav Helge Førde, styremedlem Stig Fossum, Johan Petter Barlundhaug (forlot etter behandling av styresak 04-2004), Lisbeth Flågeng, Kari B. Sandnes, Odd Oskarsen og Bente Christensen.

Fra administrasjonen:

Adm. direktør Lars Vorland, styresekretær / adm. leder Karin Paulke, direktør Finn Henry Hansen, fagdirektør Einar Hannisdal, kst. organisasjonsdirektør Edvard Andreassen, informasjonssjef Kristian I. Fanghol og økonomidirektør Jann-Georg Falch.

Forfall:

Styremedlem Ellen Inga O. Hætta og Nina Schmidt.

STYRESAK 01-2004 GODKJENNING AV SAKSLISTE

Sak 01-2004	Godkjenning av saksliste.
Sak 02-2004	Godkjenning av protokoll fra styremøte 9. desember 2003.
Sak 03-2004	Styringsdokument helseforetakene 2004. <i>Se eget vedlegg.</i>
Sak 04-2004	Budsjett 2004.
Sak 05-2004	Overordnet personalpolicy for Helse Nord.
Sak 06-2004	Regionalt senter for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i Helse Nord.
Sak 07-2004	Valg av nytt styremedlem for Nordlandssykehuset HF. <i>U. off. jfr. Offl. § 5a, Fvl §13.1.</i>
Sak 08-2004	Orienteringssaker
	3. Informasjon fra styreleder til styret. <i>Muntlig.</i>
	4. Informasjon fra adm. direktør til styret. <i>Muntlig.</i>
	5. Utbygging Nordlandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes. <i>Orienteringssaken ble behandlet etter styresak 04-2004.</i>
	6. Melding om oppfølging av styringsdokument 2003.
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. 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.
	8. e-post fra Skjervøy Kommune av 11. februar 2004 ad. Skjervøy Helsesenter. <i>Ble lagt frem ved møtestart.</i>
	9. Brev fra Universitetssykehus Nord-Norge HF v/direktør Schrøder av 9. februar 2004 ad. styresak 06-2004 Etablering av regionalt senter for mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser. <i>Ble lagt frem ved møtestart.</i>
	10. Brev fra ordføreren i Hadsel Reidar Johnsen av 11. februar 2004 ad. styresak 08-2004/3 Utbygging Nordlandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes. <i>Ble lagt frem ved møtestart.</i>
Sak 10-2004	Eventuelt.

Styrets vedtak:

Sakslisten godkjennes.

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

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 9. desember 2003 godkjennes.

**STYRESAK 03-2004 STYRINGSdokUMENT HELSEFORETAKENE
2004**

Styrets vedtak:

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

STYRESAK 04-2004 BUDSJETT 2004.

Styrets 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. Hovedstrategien er kostnadsreduksjon.
2. Styret har som målsetting at tilpasningene skal gjennomføres uten at de får uakseptable konsekvenser for tjenestetilbudet, i form av brudd på plikten til å yte øyeblikkelig hjelp og retten til nødvendig helsehjelp, 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. Dette får som konsekvens at overkapasitet innen de kirurgiske fagområder skal tas ned, mens fagområder med underkapasitet innen psykisk helsevern, indremedisin, habilitering, geriatri og tilbud til kreftpasienter skal styrkes.
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.

9. Styret tar til etterretning at vedtaket i tidligere styresak bare delvis iverksettes i det foreliggende budsjett.

STYRESAK 05-2004 OVERORDNET PERSONALPOLICY FOR HELSE NORD.

Styrets vedtak:

1. Styret ber om at de fremlagte overordnede prinsipper for personalpolitikk legges til grunn for personalpolitikken i helseforetakene.
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.

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

Styrets 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.

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

U. off. jfr. Offl. § 5a, Fvl § 13.1.

Styrets 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 Finn Henry Hansen som representant til styret i Nordlandssykehuset HF.

Foretaksmøtet velger Finn Henry Hansen som nestleder.

STYRESAK 08-2004 ORIENTERINGSSAKER

Det ble gitt orientering om arbeidet med følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret. *Muntlig.*
 - Møte med eieravdelingen om utbyggingssaker.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret. *Muntlig.*
 - a. Orienteringssaker seksjon forretningsutvikling (valg av kvalitetssystem, valg av innkjøpssystem, innkjøpssentralen i Vadsø samt innkjøpsforum Helse Nord)
 - b. Innføring av felles røntgensystem – status DIPS / Risco.
 - c. Informasjons- og kommunikasjonsstrategi.
3. Utbygging Nordlandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes. *Orienteringssaken ble behandlet etter styresak 04-2004.*
4. Melding om oppfølging av styringsdokument 2003.

Styrets vedtak:

Framlagte saker taes til orientering.

STYRESAK 09-2004 REFERATSAKER

Det ble referert fra følgende saker:

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. sykehusstilbudet 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.
8. e-post fra Skjervøy Kommune av 11. februar 2004 ad. Skjervøy Helsesenter. *Ble lagt frem ved møtestart.*
9. Brev fra Universitetssykehus Nord-Norge HF v/direktør Schröder av 9. februar 2004 ad. styresak 06-2004 Etablering av regionalt senter for mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser. *Ble lagt frem ved møtestart.*
10. Brev fra ordføreren i Hadsel Reidar Johnsen av 11. februar 2004 ad. styresak 08-2004/3 Utbygging Nordlandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes. *Ble lagt frem ved møtestart.*

Styrets vedtak:

Framlagte saker taes til etterretning.

STYRESAK 10-2004 EVENTUELT

Adm. direktør Lars Vorland fremmet forslag om å velge et styremedlem fra RHF-administrasjonen også til Sykehusapotek Nord HF. I henhold til § 6 Styrende organer i helseforetakets vedtekter skal styret ha fra fem til seks medlemmer.

Denne saken ble behandlet unntatt offentlighet jfr. Offl. § 5a, Fvl § 13.1.

Styrets vedtak:

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

For perioden frem til 15. august 2005 velges Tor-Arne Haug som representant til styret i Sykehusapoteket Nord HF.

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

Protokoll fra styremøtet, den 12. februar 2004 godkjennes.

Bodø, den 3. mars 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler: Tor-Arne Haug, tlf. 75 51 29 20

STYRESAK 13-2004

**NORDLANDSSYKEHUSET HF, BODØ.
GODKJENNING AV FORPROSJEKT
BYGGETRINN 1 OG FORSLAG TIL
SKISSEPROSJEKT BYGGETRINN 2-5.**

Møtedato: 10.03.2004

Se vedlegg.

**STYRESAK 14-2004 UTBYGGING HÅLOGALANDSSYKEHUSET HF
STOKMARKNES.**

Møtedato: 10. mars 2004

Sammendrag

Helse Nord skal utvikle et tidsmessig og funksjonelt sykehusanlegg ved Hålogalandssykehuset Stokmarknes. Dagens bygningsmasse er svært nedslitt og lite funksjonell. Sykehuset skal levere befolkningen basistjenester innenfor akutt virksomhet (kirurgi og indremedisin), fødselsomsorg og annen planlagt virksomhet. Utviklingen av et tidsmessig sykehusanlegg skal baseres på kjent kunnskap om framtidige behov for sykehus tjenester. Løsningen skal bygge på moderne og fleksible organisasjonsløsninger som grunnlag for gode helsetjenester, effektiv drift og godt arbeidsmiljø. Sykehusanlegget må også kunne realiseres innen investeringsrammer Helse Nord kan bære.

Planlegging av renovering og nybygging har pågått siden 1998. Skisseprosjekt ble levert Helse Nord juni 2003. Det har et brutto areal på 15.877 kvm. (31 % - 4889 kvm. av arealet er nybygg, men økning totalt er ca. 1000 kvm) med et prisanslag på 406 mill (bygg og brukerutstyr). Planleggingsforutsetningen har vært at sykehusets funksjoner/tjenestespekter videreføres stort sett som i dag. Skisseprosjektet ivaretar i hovedsak kravene til planleggingsgrunnlag for å treffe vedtak om å gå videre med forprosjekt som grunnlag for endelig beslutning. Det framlagte forslag er utviklet i nært samarbeid og dialog mellom fagmiljøene på sykehuset og prosjektledelsen. Skisseprosjektet representerer en løsning som kan legges til grunn, men den er ikke optimal. Særlig er det knyttet stor usikkerhet til den utforming sengepostene har fått hvor det er liten fleksibilitet, for få enerom og for mange tresengsrom. I tillegg vil et forprosjekt måtte ta inn over seg mulige endringer som følge av ny organisering av stabs- og støttefunksjoner.

Det har tidligere i planleggingsprosessen ikke vært gjort en adekvat utredning av et nybygg. I 2002 ble det gjort vurderinger mht. kostnad på tilsvarende antall kvm. jfr. skisseprosjektet. Adm. direktør i Helse Nord igangsatte i januar en vurdering av et nybyggalternativ. I møte 12.2.04 ble styret orientert om dette utredningsarbeidet. Nybyggalternativet skulle ikke utarbeides til skisseprosjektnivå på dette tidspunkt, men kunne gi grunnlag for å vurdere om dette var et aktuelt alternativ å vurdere videre. Ved Hålogalandssykehuset Stokmarknes skal det investeres over 400 millioner kroner. Løsningen som velges skal fungere i mange ti år. Det er påvist funksjonelle svakheter ved løsningen skisseprosjektet bygger på. Å bygge / renovere sykehusanlegget mens en har sykehusdrift i de samme lokaler, slik skisseprosjektet forutsetter, innebærer vesentlige ulemper.

Dette arbeidet er gjort over ca. 4 uker. Det er tatt utgangspunkt i allerede eksisterende planer. 2 alternative løsninger for nybygg er vurdert. Nybygg gir større valgfrihet i planløsninger. Et nybygg på ca. 6.500 kvm. netto og ca. 12.800 kvm. brutto, vil ha en estimert kostnadsramme på ca. 525 mill. Her er det lagt noen viktige forutsetninger. Sengeområder og poliklinikk blir fellesområder. Antall ensengsrom økes fra 9 til 30 (50 %), felles akuttmottak med integrert legesenter/legevakt, flere observasjonssenger (økes fra 2 til 6) og innbygd ambulansesentral. Investeringskostnadene vurderes å være innenfor en størrelse som gjør at de kan bæres av Helse Nord. Det er ikke gjort beregninger av driftsøkonomien. Ca. 3000 færre kvm. brutto skulle normalt føre til lavere driftsutgifter.

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

Styret i Helse Nord RHF understreker nødvendigheten av at Hålogalandssykehuset Stokmarknes utvikles til et moderne sykehusanlegg. Styret er innstilt på, så raskt som planleggingsgrunnlaget foreligger, å treffe de nødvendige beslutninger.

1. Videre utredning av skisseprosjektet.

Det framlagte skisseprosjektet representerer et godt grunnlag for utvikling av sykehusanlegget. Følgende forhold må imidlertid utredes videre:

- bedre fleksibilitet i den foreslåtte løsning for sengepostene
- hvilke deler av støttefunksjoner (kontortjeneste, teknisk drift etc.) som må være i bygget.
- reduksjon av arealer til stabs- og støttefunksjoner som følge av ny teknologi og annen organisering
- felles akuttmottak (FAM)

2. Nybygg

Det framlagte alternativ er ikke brakt opp på samme planleggingsnivå som skisseprosjektet. Før endelig beslutning gjøres skal også et alternativ for nybygg utredes til et sammenlignbart planleggingsnivå som skisseprosjektet. I den videre utredning må følgende forhold avklares:

- Totaløkonomi inkl. evt. tomtekostnader og alternativ håndtering av gammel bygningsmasse
- utredning av et komplett driftskonsept
- driftskostnader
- hvilke deler av støttefunksjoner (kontortjeneste, teknisk drift etc.) som må være i bygget.

3. Framdrift

Målsettingen er at et moderne sykehusanlegg ved Hålogalandssykehuset Stokmarknes skal stå ferdig i løpet av 2009.

Planleggingsgrunnlag, for endelig beslutning om valg av alternativ, forutsettes ferdigstilt til 31.12.2004.

Planleggingsarbeidet skal skje i samarbeid mellom fagmiljø, arbeidstakernes representanter, Hålogalandssykehusets ledelse og Helse Nord. Administrerende direktør er ansvarlig for utforming av det endelige prosjekteringsgrunnlag, framdrift og etablering av nødvendig prosjektorganisasjon.

Nødvendig kommunikasjon i forhold til lokale myndigheter skal ivaretas underveis i planleggingen.

Bodø, den 3. mars 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Skisseprosjektet avsluttet jan. 2004.

Det vises til tidligere orienteringssak til styret 12.2.04 samt oppsummering i vedlegg 1. Det foreligger nå et grundig skisseprosjekt, inklusive investeringsanalyser avsluttet januar 2004 med obligatoriske kvalitetssikringer av teknisk og økonomisk art. Det er 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. 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	
Nybygg	5.157	2.068	40.662	
Sum	16.145	7.919	25.099	406

Det totale areal har økt med ca. 1000 kvm.
Dette inkludert nytt utstyr/inventar for kr. 37 mill.

Investeringsanalyse av skisseprosjektet viste bl.a. at

- Skisseprosjektet 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.
- Skisseprosjektet kan således finansiere ca. 75 % av investeringskostnadene ved reduserte driftskostnader.

Fagmiljøet, foretaksledelsen og styret ved HHF sykehus (styrevedtak HHF 17.12.03) står samlet bak skisseprosjektet, og ønsker en raskest mulig fremdrift.

Prosjekt prinsipløsning nybygg

Et slikt alternativ har ikke vært utredet på en adekvat måte utover at det har vært en gjort en estimering av kostnaden basert på antall kvadratmeter i skisseprosjektet og nybyggpris. Denne utredning er derfor et resultat av at adm. direktør i Helse Nord i januar ville ha utredet en slik løsning. Det vises også til orienteringssak for styret i Helse Nord RHF 12.2.04.

Prosjektgruppen har bestått av 2 representanter fra H-Nord (fag og bygg) og 2 fra Stokmarknes (divisjonsdirektør og sjefslege). Fagdirektør har ledet gruppen. Adm. dir. i Helse Nord RHF og foretaksdirektør HHF har vært styringsgruppe. Boarch arkitekter AS ble engasjert for å bistå i prosessen. Boarch har inngående kjennskap til innholdet i sykehuset og har hatt skisseprosjektet i Stokmarknes som grunnlag for sitt arbeid..

Prosjektet har hatt følgende hovedaktiviteter:

- Oppstartende drøftingsmøte mellom Helse Nord RHF og Boarch om oppdraget og rammer
- Helse Nord presenterte et nedskalert romprogram til 6000 kvm. netto fordelt på 24 underposter. Dette dannet basis for Boarchs initiale arbeid.
- Boarch vurderte muligheter og begrensninger med et romprogram 6000 kvm. netto
- Møte med prosjektgruppen og Boarch den 17.2.
Man besluttet her å utrede et alternativ på 6.500 kvm. netto pga. for trange arealrammer.
- Utkast ulike romprogram og rapport fra Boarch har sirkulert blant prosjektgruppen for kommentarer.

- Endelig rapport fra Boarch levert 25.2. Dette inkluderer detaljert romprogram på 6.500 kvm netto. Se vedlegg 2.

Virksomhetsplan for utvikling av sykehusanlegget på Stokmarknes.

Det er behov for en samlet oppgradering av denne i det videre prosjektarbeid. Noen punkter omtales nedenfor.

Bedre samhandling 1. og 2. linjetjenesten, felles akuttmottak

- Integrert legesenter med 3 legekantor og hjelpefunksjoner (noen delt med mottakelsen). Dette kan utenom kontortid brukes som legevakt, og ha nært samarbeide med akuttmottaket
- Flere observasjonssenger (økt fra 2 til 6)
- I investeringsanalysen var ambulansesentral lagt utenfor selve sykehuset. Denne foreslås integrert med akuttmottaket slik at ambulanspersonell kan ha tettere samhandling med øvrige ansatte i sykehuset.

Sengeområder og poliklinikk

- Skisseprosjektet er basert på en klinisk senter modell med separate sengeposter og poliklinikker for de ulike fagområder. Her er poliklinikk og sengeområder for de ulike fag lokalisert til de samme arealer. Dette alternativet gir noen driftsmessige fordeler ved at det samlede pasienttilbud innenfor eksempelvis kirurgi er lokalisert ett sted, men reduserer fleksibiliteten i bruken av sengearealene.
- Nybyggprosjektet har foreslått felles både senge- og poliklinikkområder. Det gjør at bruken av sengeressursene kan bli mer fleksibel mellom de ulike fagområder. Dette er særlig aktuelt for å fange opp endringer i behov for sykehus tjenester innen indremedisin og kirurgi. I prinsippet skulle en slik modell også være personellbesparende.

Flere ensengsrom

- Skisseprosjektets arealrammer/utforming av gammel og ny bygningsmasse gjorde at det ikke var mulig å få mer enn 9 ensengsrom dersom en samtidig skulle få det nødvendige antall sengeplasser totalt sett
- Utviklingen går i retning av større andel ensengsrom (personhensyn, komfort, smittevern etc.) i nye sykehusbygg. I alternativ 2 nybygg (6.500 kvm) er antall ensengsrom, økt fra 9 til 30 (50 % av sengene).

Rehabilitering og læring- og mestringssenter

- Disse funksjonene må ivaretas i bygget, men deler av dette er ambulant virksomhet.

En del støttefunksjoner foreslås flyttet ut

- Foretaksstrukturen i HHF /Helse Nord, med bl.a. felles datasystemer, vil gi mulighet for at flere støtteprosesser kan ivaretas fra andre enheter i Helse Nord's foretaksgruppe eller fra eksterne tjenesteytere. Dette kan være sentralbord, skrivetjeneste, lønn- og personalfunksjoner, regnskap, deler av teknisk og byggvedlikehold samt kjøkkendrift. Den relativt største arealreduksjonen er derfor foreslått her.

Oppsummering noen forskjeller mellom prinsippløsning nybygg og skisseprosjekt.
 Det vises til oppsummering skisseprosjekt (vedlegg 1) og rapport fra Boarch (vedlegg 2).
 Noen forskjeller er oppsummert nedenfor.

Faktorer	Skisseprosjekt	Nybygg, alt. 2.
Brutto areal	16.145	12.755
Netto areal – totalt	7.919	6.500
Netto areal – klinikk	2.507	2.178 (- 13 %)
Netto areal – lab	2.363	2.288 (- 3 %)
Netto areal – støtte	2.809	2.028 (- 28 %)
Ordinære senger	65	64
Antall ensengsrom	9	30
Senger intensiv/ postop/observasjon	10	10
Øvrige tekniske senger	8	8
Legesenter/legevakt i mottaksområde	Nei	Ja
Ambulansesentral i mottaksområde	Nei	Ja
Miljøplager byggeperiode	Betydelige	Lite
Attraktiv arbeidsplass som styrker rekrutteringen	Ja	Ja, i større grad
Mulig ferdigstillelse	31.12.2009	31.12.2008
Kostnadsoverslag eks. tomt	406 mill.	525 mill.

Alternativ lokalisering.

Helse Nord planlegger utvikling av et moderne sykehusanlegg ved Hålogalandssykehuset Stokmarknes. Helse Nord planlegger realisering i Hadsel kommune. Kommunen må medvirke til at relevante tomtealternativer for nybygg blir synliggjort som grunnlag for planleggingsarbeidet. Ved nybyggalternativet vil spørsmålet om alternativ lokalisering både i og utenfor Hadsel kommune måtte avklares. Spørsmålet om evt. flytting av sykehuset ut av Hadsel kommune er imidlertid en omfattende beslutning, med mange dimensjoner også av samfunnsmessig art, og ligger utenfor Helse Nords myndighetsområde.

Vedlegg 1: Oppsummering skisseprosjektet

Vedlegg 2: Rapport fra Boarch som vurderer nybyggalternativet

**STYRESAK 15-2004 POLICY FOR BRUK AV PRIVATE AKTØRER I
HELSE NORD.**

Møtedato: 10. mars 2004

Formål / sammendrag

Saken fremmes som en oppfølging av styresak 40-2003, Avtaler med private aktører, og en revidering av sak 118-2003, Policy for bruk av private aktører i Helse Nord, jfr. styrets vedtak i sak 118-2203.

Formålet med denne saken er å klargjøre Helse Nord's forhold til private aktører i spesialisthelsetjenesten. Det fremmes forslag til hvordan Helse Nord RHF skal forholde seg til private aktører i en situasjon med føringer gjennom styringsdokument, lovpålagt ansvar, endringer i pasientrettighetsloven, vårt totale sørge for-ansvar samt den økonomiske situasjonen. Det vil redegjøres for bruken av private aktører i dag og hvilke muligheter og begrensninger vi har for å bruke privat sektor på en best mulig måte framover.

Private aktører innenfor spesialisthelsetjenesten er ingen ensartet gruppe, men er sammensatt av avtalespesialister (private lege- og psykologspesialister med driftsavtale), private sykehus, private laboratorie- og røntgeninstitutt, og private institusjoner innenfor rehabilitering, psykiatri og rusomsorg. Den siste kategorien inneholder mange stiftelser og institusjoner drevet av ideelle organisasjoner. Oversikt over aktører og avtaletyper er gitt i vedlegg til saken. Denne styresaken omhandler vårt forhold til alle private aktører, men vil særlig gå i dybden på kjøp av tjenester/avtaler med private sykehus og avtalespesialister.

Bakgrunn / fakta – nasjonale føringer**1. Styringsdokumentet for Helse Nord RHF**

Styringsdokumentet for 2003 gir overordnede føringer for private aktørers plass i spesialisthelsetjenesten ved å vise til vårt "sørge for"-ansvar. Det heter at:

- Regionale helseforetaks ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret omfatter kjøp av spesialisthelsetjenester fra ulike private tilbydere.
- De regionale helseforetakene skal inngå avtaler med private aktører når de aktuelle helsetjenestene inngår i det samlede opplegget for oppfyllelsen av "sørge for"-ansvaret.
- Regionalt helseforetak skal plassere oppgaver der dette gir best realisering i forhold til helsepolitiske mål inkludert forskning, utdanning og beredskapsoppgaver
- Regionalt helseforetak skal tilstrebe en likeverdig behandling av egne helseforetak og private virksomheter
- Man må vektlegge betydningen av å gi de private tjenesteleverandørene rimelige forutsetninger for langsiktig planlegging og at de gis rammebetingelser som gir mulighet for rasjonell medvirkning i den samlede helsetjenesten.
- Det må legges vekt på hva som best tjener realiseringen av de helsepolitiske målene, at forutsetningene for god drift i helseforetakene ikke svekkes, og at det heller ikke etableres rollemessige uklarheter som er egnet til å svekke helsetjenestens legitimitet.

Disse styringskravene innebærer at RHF må gi pasientene et annet tilbud når vi ikke er i stand til å gi pasientene det tilbudet de har krav på i egne helseforetak. Dette kan være henvisning til et annet offentlig helseforetak, avtalespesialister, institusjoner i avtale med helseforetakene/Helse Nord RHF eller et privat sykehus. Kjøp av tjenester hos private aktører skal være avtalefestet slik at det av hensyn til både pasienten, regionalt helseforetak og det private sykehuset skal være forutsigbarhet i behandlingstilbud og økonomi. Dette er *bestillerrollen* til RHF, der vi har ansvar for å bestille de tjenestene pasientene har krav på.

I styringsdokumentet for 2004 videreføres RHF's ansvar med å inngå avtaler med private der dette understøtter "sørge for"-ansvaret. Noe av det som understrekes i statens dokument for 2004 er at private tjenesteytere må forutsettes å delta i undervisning av helsepersonell.

2. Endringer i pasientrettighetsloven.

Forslag om endringer i pasientrettighetsloven ble lagt fram av Helsedepartementet 11.april i år (Ot.prp. nr. 63 (2002-2003)). Loven ble vedtatt i desember 2003.

Ikrafttredelse av lovutvidelsen er ennå ikke fastsatt, men dette skjer i løpet av året, tidligst 1.juli og senest 1.oktober.

En konsekvens av endringene i pasientrettighetsloven er at retten til fritt sykehusvalg blir utvidet til også å gjelde private sykehus. Pasientene får rett til å velge behandling ved private sykehus som har avtale med Helse Nord RHF eller annet RHF. Pasientens valgrett gjelder videre innenfor de diagnoser og prosedyrer som er omfattet av avtalene.

Inntil lovendringen trer i kraft kan pasientene kun benytte seg av de avtaler Helse Nord RHF selv har inngått, etter henvisning fra lege.

Innenfor rusfeltet vil rusmiddelmissbrukere fra 1.januar 2004 ha rett til vurdering av spesialisthelsetjenesten i henhold til pasientrettighetsloven. Pasienter som etter vurdering skal henvises til videre behandling skal ha rett til valg av behandlingssted tilsvarende retten etter pasientrettighetslovens bestemmelse om fritt valg av sykehus. Dette innebærer også rett til å velge eller bli henvist til private institusjoner i andre regioner som har avtale med annet RHF, og der det helseforetaket pasienten tilhører er ansvarlig for kostnadene knyttet til tilbudet. Disse pasientene anses å ha denne retten fra 1.januar 2004 fordi de private rusinstitusjonene har driftsavtaler med RHFene og regnes i kategori med institusjoner som har vært del av de fylkeskommunale helse- / rusplanene. Alle private rusinstitusjoner med avtale anses på det grunnlaget som en integrert del av tjenestetilbudet.

3. Forslaget til statsbudsjett for 2004 følger opp budskapet fra styringsdokumentet for 2003 i sin omtale av regionale helseforetak og private tjenestetilbydere, og viderefører de samme styringssignalene for 2004 som for 2003. Det betyr at vi viderefører det arbeidet Helse Nord RHF har påbegynt med å kjøpe mer helsetjenester privat, og vil heretter jobbe mer aktivt og målrettet med hvordan de private kan brukes på et likeverdig grunnlag.

Fra 2004 vil private sykehus tas inn i ISF-ordningen fra den dato de får faglig godkjenning i departementet, mot tidligere ordning med at de ble tatt inn i ISF-ordningen fra påfølgende budsjettår. Innlemmelse i ISF-ordningen innebærer ikke automatisk rett til ISF-refusjon på all behandling ved private sykehus. *ISF-refusjon utløses ved avtale med RHF, og for de diagnoser/behandlinger som er omfattet av avtalen.*

ISF-andelen er redusert til 40 %. RHF vil få 40 % refusjon fra staten for behandling utført ved private sykehus gjennom avtalene, mot 60 % i dag. Dette innebærer at RHFene ville måtte sette av mer penger på sine budsjett til kjøp hos private for å opprettholde kjøp av samme volum. Erfaringene tilsier at de private aktørene ikke går særlig ned i pris i sine tilbud. Alternativet for RHF er at man kan kjøpe et mindre volum dersom midlene som settes av på RHF-budsjettet er de samme.

Forslaget til statsbudsjett tar også inn forslaget fra Ot.prp. nr. 63 (pasientrettighetsloven) om at Rikstrygdeverket skal administrere ordningen med å sørge for at rettighetspasienter får et konkret tilbud om helsehjelp hos privat tjenesteyter i Norge eller i utlandet dersom det regionale helseforetaket (dvs. helseforetakene) ikke overholder behandlingsfristen. Dette gjør at de private sykehusene kan bli brukt mer dersom pasientene utsettes for fristbrudd i egne helseforetak.

4. St. meld. nr. 5 (2003-2004), om Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten redegjør for hvordan man ser på bestiller- og utførerrollen til de regionale helseforetak og forholdet til private aktører. RHF er med styringsdokumentet for 2003 tillagt en uttrykt *bestillerrolle* i forhold til helsetjenester. Selve rolleutøvelsen er viktig for å oppfylle kravene i styringsdokument, pasientrettighetslov osv. Det slås fast følgende om våre to roller:

Helseforetaksmodellen baserer seg til en viss grad på et skille mellom bestiller- og utførerfunksjonene ved at det er en rolledeling mellom RHF på den ene siden og helseforetak og andre leverandører av spesialisthelsetjenester på den andre. Sørge-for-ansvaret innebærer at RHF har en bestillerfunksjon. Det betyr at RHF må trekke opp retningslinjer for hvilke behov som skal dekkes, og påse at dette blir fulgt opp gjennom styring og bestilling. RHF eier regionens helseforetak og er dermed også ansvarlig for den statlige utførerfunksjonen.

Bestillerrollen og elementer av utførerrollen er dermed samlet hos RHF. Et konsekvent skille mellom de to funksjonene hadde forutsatt utstrakt bruk av anbuds- og konkurranseteknikker. Vurderingen har vært at det i store deler av landet ikke foreligger mulighet for å etablere reell konkurranse for hele omfanget av tjenester. Det er også lagt vekt på at opplegget vil kreve drift av et omfattende kontraktssystem, og det er ikke godtgjort at dette vil gi en bedre helsetjeneste.

I Helsedepartementets styringsdokumenter for 2002 og 2003 er det fokusert på at RHF må legge vekt på å etablere systemer som kan hindre negative utslag av den integrerte modellen. Særlig er det fokusert på betydningen av at private aktører blir håndtert på en korrekt måte.

Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) berører problemstillingen ved at pasienters lovfestede rettigheter styrkes gjennom rett til individuell behandlingsfrist, og at rett til fritt sykehusvalg også skal omfatte private sykehus som har avtale med RHF. Lovforslaget innebærer at deler av tjenesteetterspørselen forvaltes av et statlig organ under Rikstrygdeverket, utenfor helseforetakene. Organet vil ha ansvar for bestilling av helsetjenester hos private tilbydere eller i utlandet når behandlingsfrist er overskredet for pasienter med rett til behandling. Forslaget er ikke til hinder for at pasientens RHF eller Rikstrygdeverket finner et tilbud i den offentlige helsetjenesten i Norge som er like tilfredsstillende for pasienten.

Bakgrunn/fakta

1. Styrets egne føringer i 2003

Styret vedtok i sak 40-2003 at RHF skulle overta alle avtaler med private aktører fra HF-nivå (unntatt for prehospitale tjenester). Videre ble det vedtatt at det skulle inngås tidsbegrensede avtaler med godkjente private sykehus for pasienter med uakseptabelt lang ventetid. Dette ble gjort ut fra registrerte ventelistedata, og det ble inngått 3 kortvarige avtaler med godkjente private sykehus. Avtalene er på diagnoser innenfor områdene øre-nese-hals, ortopedi og nevrologi, altså de områdene der ventetidene gjennomgående har vært lengst i 2003.

For det videre arbeidet med langsiktige avtaler med private sykehus ba styret i samme sak om at det måtte redegjøres hvordan RHF's sørge for-ansvar ivaretas gjennom slike avtaler, herunder ansvaret for pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, undervisning og opplæring av pasienter og pårørende. Dette har administrasjonen lagt til grunn ved utlysning av tilbud for nye avtaler for 2004.

2. Eksisterende avtaler

De avtalene vi overtar fra helseforetakene er inngått på ulike tidspunkt, og med separate vurderinger. Noen har vært i avtale med fylkeskommunene i 10-15 år. Disse avtalene har ikke vært gjenstand for policyvurderinger med hensyn til hvordan de bør benyttes best mulig som en del av en samlet strategi for å oppfylle vårt sørge for-ansvar i regionen.

Det vil i det følgende vurderes policy for bruk av alle aktuelle private aktører i Helse Nord RHF, både de spesialister/institusjoner vi allerede har driftsavtaler med, og nye avtaler med private sykehus.

3. Økonomi

Vårt totalbudsjett til kjøp av helsetjenester hos private var i 2003 på 76,6 mill kr. I denne summen ligger driftstilskudd til private spesialister, driftstilskudd eller kjøp av tjenester hos private institusjoner, delvis basistilskudd til opptreningsinstitusjonene, samt kjøp av tjenester hos private røntgeninstitutt og private sykehus. For 2003 ble det satt av 10 mill kr til kjøp av helsetjenester både i private sykehus og egne helseforetak, og anslagsvis 5 mill ble satt av til avtaler med de private sykehusene. For 2004 skal det kun kjøpes sykehustjenester i private sykehus, da konkurransereglene ikke åpner for at RHF kjøper fra egne HF i tillegg til den grunnfinansieringen de allerede har.

For 2004 er det totalt satt av 129,693 mill kr til kjøp hos private aktører (se vedlagte tabell). Beløpet er vesentlig høyere enn i 2003 fordi opptreningsinstitusjonene nå får 40 % av sin basisbevilgning gjennom Helse Nord RHF, mot 20 % i fjor. I tillegg kommer at vi har fått med private rusinstitusjoner fra 2004, og at det er satt av noe mer til kjøp av nye tjenester. Av totalbeløpet er om lag 116 mill kr bundet opp i langsiktige avtaler, og 13,36 mill kr er satt av til nye avtaler. Dette beløpet vil fordele seg på avtale med privat røntgeninstitutt i Tromsø, nye avtaler med private sykehus, og til å dekke kostnadene ved at pasienter hjemmehørende Nord bruker andre RHF's avtaler med private sykehus gjennom fritt sykehusvalg etter at endringen av pasientrettighetsloven trer i kraft.

Vurdering - Helse Nord RHF's syn på private aktører og vår eier- og bestillerrolle

Vi baserer vårt policyforslag på flere vurderinger:

- Det prinsipielle ved bruken av private aktører
- Hvordan dette løses i en situasjon i vår region med blant annet kortere ventetider på noen felt i egne helseforetak
- Hvordan dette løses i praksis i en stram økonomisk situasjon med store krav til prioritering og økonomisk kontroll

A. Det prinsipielle – vår eier- og bestillerrolle

Helse Nord RHF har ansvaret for å realisere de helsepolitiske mål i vår region og oppfylle rettighetene til de pasientene som er hjemmehørende i regionen. Dette innebærer blant annet at nasjonale prioriteringer skal søkes oppfylt, at retten til nødvendig helsehjelp ivaretas, og at pasientene får den behandlingen de medisinsk sett er vurdert å ha krav på innen rimelig tid. "Sørge for"-ansvaret skal ivaretas enten gjennom å realisere tilbudet i egne helseforetak – gjennom eierrollen – eller ved kjøp av tjenester privat – gjennom bestillerrollen. Helse Nord ønsker å tilby pasientene et godt tilbud gjennom å utøve begge disse rollene aktivt. Private virksomheter skal bidra til å levere tjenester i det samlede spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen i Nord-Norge. De private er gjennom sine avtaler en viktig del av den spesialisthelsetjenesten Helse Nord RHF tilbyr befolkningen i nord.

Private aktører vurderes som et verdifullt supplement, og i en viss grad korrektiv, til den offentlige spesialisthelsetjenesten som drives i egne helseforetak. Disse aktørene defineres som supplement ut fra at de utfyller den offentlige spesialisthelsetjenesten på områder helseforetakene enten ikke selv har tilbud eller god nok kapasitet.

Helse Nord RHF anser det ikke som ønskelig å åpne opp for sterk konkurranse fra private aktører på felter der helseforetakene har kvalitativt gode, kostnadseffektive tilbud, og korte ventetider. Dette vil ikke være forsvarlig ut fra en samlet vurdering av de medisinske og helsefaglige ressursene i landsdelen, de økonomiske ressursene som stilles til rådighet, pasientgrunnet i Nord-Norge og en god ivaretagelse av forsknings-, utdannings- og beredskapsoppgaver. Når vi inngår avtaler med private, tas det med i avtalene at de forplikter seg til å delta i utdanningsvirksomhet m.m. Der dette ikke er med i gjeldende avtaler i dag (i noen grad for avtalespesialistene), vil man stille krav om dette ved reforhandling av avtalene.

De private aktørene kan vurderes som et korrektiv for den offentlige spesialisthelsetjenesten med hensyn til kostnadseffektivitet og effektiv organisering av arbeidet. Det er ikke enkelt å umiddelbart sammenligne effektivitet i private tilbud med offentlige pga ulike finansieringssystemer, at oppgavene er ulikt sammensatt og at volumet er ulikt. Det kan likevel være læringseffekter fra den ene sektoren til den andre.

B. Bestillerrollen i praksis

Vi definerer vår bestillerrolle ut fra beskrivelsen ovenfor. Det må videre avklares hva det praktiske handlingsrommet for Helse Nord RHF er for kjøp av tjenester hos private aktører.

Helse Nord RHF vil videreføre de forpliktelser vi har i de avtalene vi har overtatt fra helseforetakene, og nye avtaler vi selv har inngått. Forpliktelsene går både på de økonomiske og de innholdsmessige sidene ved avtalene. For avtaler med kommersielle aktører ivaretas alle forpliktelser i avtaleperioden, og eventuell videreføring av avtaler gjøres ut fra konkurransereglene. Dette gjelder primært avtaler med private sykehus og avtaler med andre kommersielle aktører som skal ut på anbud. RHF har i budsjettet satt av midler til kjøp av nye

tjenester hos private aktører. Det understrekes at vår bestillerrolle innebærer at kjøp hos private skal skje innenfor gjeldende konkurransereglement. Det betyr for eksempel at ved kjøp av sykehustjenester skal det lyses ut anbud, og ved ledige/nye avtalehjemler for praktiserende spesialister skal disse lyses ut.

Spesielt om inngåelse av avtaler med private sykehus

I større grad enn andre regioner er vi avhengig av en sterk offentlig helsetjeneste i Nord-Norge, pga. befolkningsgrunnlaget, store avstander og til dels små fagmiljøer. Å åpne opp for uregulert bruk av privat spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge vil raskere kunne få negative konsekvenser for egne helseforetak enn i andre regioner. I en situasjon der foretakene risikerer å miste pasienter og personell vil det raskere kunne få effekt for foretakenes mulighet til å ivareta beredskap, utdanning osv. Øyeblikkelig hjelpfunksjonen kan ikke settes ut til private sykehus. En relativt stor andel av elektiv virksomhet må være plassert i egne helseforetak hvis det skal være pasienter nok til forsvarlig drift både faglig og økonomisk. Vi har en desentralisert sykehusstruktur og mange bundne ressurser.

Styret for Helse Nord RHF vedtok i styresak 40-2003 at det skulle inngås avtaler med private sykehus for områder der det er *uakseptabelt lang ventetid*.

Denne linjen foreslås videreført når nye avtaler med private sykehus skal inngås. Det vil bli gjort med referanse til gjeldende pasientrettighetslov. Vi målretter kjøpene der vi har lange ventelister. Dermed oppnås at avtalene vil fungere som et supplement til tjenestene i det offentlige helsevesen og ikke som konkurrerende tjenester på områder vi tilbyr kvalitativt gode tjenester selv i rimelig tid. Dette vurderes som mest hensiktsmessig, både i forhold til grunnlaget for forsvarlig økonomisk drift og grunnlaget for pasientbehandling i helseforetaksgruppen. Dette er i tråd med styringsdokumentet der vi pålegges å ta hensyn til best realisering i forhold til helsepolitiske mål, inkludert hvordan forsknings-, utdannings- og beredskapsoppgaver blir ivaretatt.

Når hensynet til konsekvenser for pasientbehandling, utdanning, forskning, opplæring m.m. er ivaretatt, vil avtaler med private også kunne begrunnes med *kostnadseffektivitet*. Dersom private aktører kan påta seg oppgaver og utføre de vesentlig mer effektivt, er det noe Helse Nord er forpliktet til å gjøre ut fra at de samlede ressursene skal benyttes på en god måte. Dette vil gjelde så vel private sykehus som andre private aktører.

Bestillerrollen innebærer videre å gi de private tilbyderne en viss forutsigbarhet i form av langsiktige avtaler. Dette ivaretas i forhold til avtalespesialistene og de institusjonene som har driftstilskudd fra oss. Når det gjelder nye avtaler med private sykehus må dette veies opp mot økonomi og ventelistesituasjon. De første avtalene som ble inngått med private sykehus ble inngått for 6-9 mnd. Det er nå kjørt anbudskonkurranse for 2004, der det er lyst ut 1-årige avtaler. Dette begrunnes med at ventetidene for diagnoser det inngås avtale om, kan komme til å endres i løpet av avtaletiden. RHF kan derfor ikke binde seg til å kjøpe bestemte typer behandlinger for flere år av gangen. Samtidig er det gått ut anbud på 3-årig avtale for røntgeninstitut i Tromsø. Dette begrunnes både med investeringenes størrelse og vedvarende lange ventelister i nordre del av regionen, noe som gjør at det vil være behov for private røntgentjenester i et mer langsiktig perspektiv.

De nye avtalene som skal inngås med private sykehus blir mer innrettet på at også de private må prioritere rettighetspasienter foran andre pasienter med mindre alvorlige tilstander. Endringene i pasientrettighetsloven som tar opp i seg sterkere rettsvern for disse såkalte rettighetspasientene vil også gjelde private sykehus, og dette vil bli bygget inn i avtalene. Det

vil også være viktig å få med undervisningsansvar og samarbeid med helseforetakene i avtalene.

Ved inngåelse av avtaler med private aktører skal konkurransereglene følges. *I den grad nordnorske private sykehus og andre aktører er konkurransedyktige, ser Helse Nord RHF stor verdi i å ha samarbeid og avtaler med private aktører i egen region, eller nasjonale aktører som har lokalisert enheter i Nord-Norge.* Pasientnære tilbud er av stor verdi for våre pasienter, og lokale private tilbud vil i større grad enn tilbud utenfor regionen kunne avstedkomme samarbeid med helseforetakene f.eks. om undervisning. Transportkostnadene er også en faktor som styrker begrunnelsen for private aktører i landsdelen, og som vil bli tatt hensyn til der dette harmonerer med konkurransereglene

I tillegg til at Helse Nord er bestiller overfor private sykehus gjennom direkte avtaler, blir de andre RHF-avtalene med private sykehus en del av fritt sykehusvalg etter utvidelse av pasientrettighetsloven, Vi blir dermed en indirekte bestiller av behandling på private sykehus i hele landet, gjennom at våre pasienter får rett til behandling gjennom tilgang til de andres avtaler. Det er ikke Helse Nord som er den egentlige bestilleren, men vi har ansvaret for kostnadene når våre pasienter utløser denne rettigheten.

Spesielt om avtaler med private spesialister

Det er over 90 avtaler med praktiserende spesialister i regionen, hvorav om lag 70 er legespesialister og om lag 20 er psykologspesialister. Over halvparten av avtalene er avtaler om 20-30% driftstilskudd, og i årsverk utgjør legespesialistene om lag 42 årsverk og psykologene omtrent 13 årsverk. Noen driver en større praksis enn størrelsen på driftstilskuddet dekker, og det utføres derfor flere årsverk enn vår statistikk viser. Disse spesialistene utgjør en stor andel av våre private aktører. Helse Nord RHF ønsker å bruke disse godt, og helst der vi har behov for utfyllende kapasitet.

I rammeavtalen mellom Lægeforeningen og de fem regionale helseforetak heter det at ”ved ivaretagelsen av ”sørge-for” –ansvaret inngår de private avtalespesialistene som en integrert del”. Helse Nord RHF ønsker i tråd med dette at avtalespesialistene skal inngå i en samlet strategi for hvordan vi ivaretar vårt sørge for-ansvar, og vil komme tilbake til styret i andre halvår 2004 med en gjennomgang av avtaleporteføljen. Dette skal være en gjennomgang av avtalene med tanke på overdekning eller underdekning av spesialitetene opp mot geografi og det samlede tilbudet inkludert dekningen i helseforetakene. Inntil denne gjennomgangen er foretatt vil ikke Helse Nord RHF lyse ut noen driftsavtaler og heller ikke utvide noen av avtalene der dette søkes om. Det samme gjelder for underliggende ISF-avtaler for avtalespesialistene. Dette fordi det ønskes at eventuelle utvidelser av tilbudet med praktiserende spesialister skal være grunnet i en regional vurdering av pasientbehov.

Noen konkrete elementer i vår policy for bruk av avtalespesialistene vil være

- deltakelse i faglig utvikling og samspill/samarbeid med det offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet.
- tilrettelegging for opplæring og veiledning av helsepersonell og at dette kan foregå i egen praksis. Eventuelle forpliktelser til slik opplæring og veiledning må fremgå av den individuelle avtalen.
- innføring av bedre rapportering - systemer for pasientdata/pasientadministrasjon som gjør det mulig for RHF å vurdere, kontrollere og planlegge m.v. den samlede spesialisthelsetjenesten.

- økt fokus på behandling av pasienter på helsepolitisk prioriterte områder på samme måte som for egne helseforetak.
- å sikre at prioriteringspraksis blir harmonisert med den tilsvarende i helseforetakene.

Helse Nord RHF vil ta opp disse samarbeidstiltakene i regionale samarbeidsutvalg som vil bli etablert mellom RHF og tillitsvalgte for driftsspesialistene.

Om avtaler med opptreningsinstitusjonene og helsesportsenter

Alle regionale helseforetak skal inngå avtaler med de private opptreningsinstitusjonene i sin region, som følge av Stortingsvedtak og styringsdokumentet for 2003. Departementet legger opp til å overføre finansierings- og bestilleransvaret for private opptreningsinstitusjoner i løpet av en 4-års periode. Helse Nord RHF jobber med å inngå avtaler med de aktuelle institusjonene, fra 2004. Dette blir i første omgang samarbeidsavtaler der dagens bruk av institusjonene avtales. Det vil i løpet av 2004 bli jobbet mer med å presisere vår bestilling overfor opptreningsinstitusjonene, og hvordan de ønskes brukt i spesialisthelsetjenesten. For 2003 fikk opptreningsinstitusjonene 20 % av sin basisbevilgning fra departementet gjennom Helse Nord RHF, og for 2004 økes dette øremerkede beløpet til 40 %. Utover at en prosentandel av basisbevilgningen tildeles gjennom RHF, legges det ikke opp til økonomiske forpliktelser for RHF i 2004 i forhold til disse institusjonene.

Avtaler med private rusinstitusjoner

Med rusreformen har Helse Nord også overtatt avtaleforpliktelsene overfor de nordnorske private rusinstitusjonene. Vi har derfor en driftsavtale med en privat rusklinikk, og bruker to andre rusklinikker også etter avtale. Behandlingsplassene i de private rusklinikkene utgjør også et verdifullt supplement til vår behandlingsskapasitet.

Konklusjon

I en situasjon med styringssignaler fra eier om å bruke privat sektor som supplement samt RHF-styrets tidligere vedtak om å bruke private sykehus der vi har lange ventelister, foreslås det å videreføre denne linjen i Helse Nord, i tillegg til å fokusere på effektiviseringsbegrunnelser for avtaleinngåelse med private.

Den nye pasientrettighetsloven vil medføre økt rett for pasientene til bruk av private sykehus, og dette vil bli kanalisert til de private sykehus som allerede har eller får avtale med de regionale helseforetakene.

De øvrige private aktørene som søker avtale med oss, vurderes også ut fra behov, ventelistesituasjon, økonomi og hvis RHF beslutter å inngå avtaler gjøres dette etter gjeldende konkurranseregler og hensynet til å utføre pasientbehandlingen i regionen.

Helse Nord RHF

- er prinsipielt positiv til private aktører som leverandører av spesialisthelsetjenester i regionen.
- vil benytte forskjellige typer avtaler for å gi pasientene best mulige tjenester. Dette innebærer en kombinasjon av langvarige driftsavtaler – for private spesialister og institusjoner - og andre avtaler som konkurransen utsettes ved avtaleperiodens slutt for mer kommersielle aktører og der pasientbehovene og ventetider er i raskere endring.
- ønsker å bruke de private aktørene målrettet til pasientenes beste. Dette innebærer en faglig vurdering av behovet for fordeling av oppgaver til private aktører ved nye avtaler og reforhandling av gamle avtaler.
- vil benytte private aktører til prioritert pasientbehandling. Rettighetspasienter må prioriteres også av de private aktørene som inngår avtale med Helse Nord.
- vil utføre sørge-for-ansvaret på best mulig måte, herunder gjennom likeverdig behandling av offentlige og private aktører ut fra gjeldende lover og regler.
- vil benytte de private aktørene ut fra vår økonomiske handlefrihet. I nåværende økonomiske situasjon vil ikke Helse Nord ha mulighet til å realisere sin policy overfor privat sektor fullt ut. De avsatte midlene i budsjettet for 2004 gir således begrenset spillerom for å iverksette RHF's policy slik den prinsipielt kommer til uttrykk i denne saken.

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

1. Vårt sørge-for-ansvar innebærer at vi skal sørge for helsetjenester til pasienter hjemmehørende i vår region. Dette innebærer kjøp av helsetjenester hos private der vi ikke klarer å gi tilbud innen akseptabel tid/garantitid for rettighetspasienter i egne helseforetak eller hos avtalespesialister/institusjoner med driftsavtale med Helse Nord RHF.
2. Når allmenne hensyn til grunnlaget for pasientbehandling, utdanning, forskning, beredskap og opplæring er vurdert, vil avtaler med private aktører også inngås for å sikre størst mulig kostnadseffektiv drift.
3. Private aktører vurderes som et verdifullt supplement og i en viss grad korrektiv til den offentlige spesialisthelsetjenesten som drives i egne helseforetak.
4. Helse Nord RHF er innforstått med de ulike sidene ved bestillerrollen. Dette innebærer blant annet at inngåelse av avtaler med private sykehus og eventuelt nye avtaler med private spesialister skal skje i tillegg til å sørge for tjenester i egne helseforetak, og det skal skje etter gjeldende konkurranseregler.
5. Hensynet til tilgjengelighet og transportkostnader tilsier at det er ønskelig for Helse Nord RHF å inngå avtaler med private aktører lokalisert i landsdelen såfremt dette harmonerer med konkurransereglene.

6. Helse Nord RHF ønsker å inngå avtaler med private aktører /sykehus innen prioriterte områder, og der vi har lange ventetider på behandling innen disse områdene i egne helseforetak. Det forutsettes at avtalene vil fungere som et supplement til det offentlige helsevesen, og at avtalene er hensiktsmessige i forhold til effektiv ressursutnyttelse, utdanning og prioritering av pasienter.

Bodø, den 3. mars 2004

Lars Vorland
adm. direktør

Trykte vedlegg: Oversikt avtaler private aktører og Helse Nord RHF

Utrykte vedlegg: Styringsdokumentet for Helse Nord RHF for 2003
Styringsdokument for Helse Nord RHF for 2004
Ot.prp. nr. 63 (2002-2003)
Besl.O.nr. 23 (2003-2004)

Vedlegg

Bruken av private aktører i regionen i 2004

Type avtale	Hvem	Hva	Hvor	Utgifter Helse Nord RHF
Driftsavtaler private spesialister				
Driftsavtaler private spesialister Inkl. enkelte underavtaler	Lege- og psykologspesialister (se vedlagte oversikt)	Spesialisthelse-tjeneste innenfor de ulike spesialitetene	Over 90 avtaler i regionen	31,22 mill
Ambulering private spesialister				4,742 mill
Driftsavtaler stiftelser/ideelle organisasjoner *				
Driftsavtale/samarbeidsavtale	Ribo – rehabiliterings-institusjon	rehabiliterings-plasser	Saltdal, Nordland	4,95 mill
Driftsavtale/samarbeidsavtale	Kløveråsen utrednings- og kompetansesenter	alderspsykiatri	Bodø	14,26 mill
Driftsavtale/samarbeidsavtale	Finnmarkskollektivet	rus	Alta	7,0 mill
Private opptreningsinstitusjoner – avtaler under inngåelse				
Øremerket tilskudd (40 % av totalt basistilskudd)	Finnmark opptreningsssenter	rehabilitering, opptrening	Alta	5,777 mill
Øremerket tilskudd (40 % av totalt basistilskudd)	Skibotn Rehabiliteringssenter	rehabilitering, opptrening	Skibotn, Troms	2,996 mill
Øremerket tilskudd (40 % av totalt basistilskudd)	Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad	rehabilitering, opptrening	Tromsø	13,05 mill
Øremerket tilskudd (40 % av totalt basistilskudd)	Opptreningsssenteret i Salangen	rehabilitering, opptrening	Sjøvegan, Troms	4,074 mill
Øremerket tilskudd (40 % av totalt basistilskudd)	Valnesfjord Helsesportsenter	rehabilitering, opptrening	Valnesfjord, Fauske	18,430 mill
Øremerket tilskudd (40 % av totalt basistilskudd)	Nordtun HelseRehab	rehabilitering, opptrening	Engavågen, Meløy	7,437 mill
Andre **				
Driftsavtale	Nordland Medisinske Senter Røntgeninstitutt	røntgen	Bodø	2,4 mill
Nye midler til avtaler i 2004***	Private sykehus Røntgeninstitutt m.m.			13, 357 mill
Sum bruk av private aktører 2004				129, 693 mill

* Innenfor rusfeltet har vi også avtale med Klinikk Nord i Lebesby og Sigma Nord på Evenskjer. Dette er ikke driftsavtaler, men baserer seg på kjøp av enkeltplasser og faktisk forbruk. Betalingsansvaret for bruk av disse ligger på foretaksnivå, da gjestepasientkostnadene er lagt ut til foretakene.

** Helse Nord RHF har også avtale med Akvapatologiske Laboratorium (APL) fram til 30.06.2004. Betalingsansvaret for analyserte prøver hos APL ligger på foretaksnivå.

*** Dette beløpet skal dekke

1) eksisterende avtaler med private sykehus:

Klinikk Stokkan, Trondheim – ØNH, ortopedi og nevrologi
Axess Sykehus og Spesialistklinikk, Oslo – ØNH, ortopedi
Omniasykehuset, Oslo – noe ortopedi

2) nye avtaler med private sykehus (anbud i januar/februar, tilbud under vurdering).

3) avtale med privat røntgeninstitut, Tromsø (anbud januar/februar, tilbud under vurdering).

4) gjestepasientkostnader for pasienter i private sykehus på andre RHF's avtaler.

STYRESAK 16-2004 REGIONAL SMITTEVERNPLAN.

Møtedato: 10. mars 2004

Formål / sammendrag

I denne saken fremlegges forslag til regional smittevernplan for Helse Nord RHF til godkjenning. Det er i tilknytning til planen utarbeidet eget tuberkulosekontrollprogram for Helse Nord. Hovedmålsettingen med smittevernarbeidet er at pasienter skal føle seg trygge på at risikoen for sykehusinfeksjoner i Helse Nord er lav.

Smittevernplanen gir en god beskrivelse av dagens situasjon, og hvilke tiltak som er viktigst i godt smittevernarbeid. Planen anbefaler å etablere et regionalt kompetansesenter i smittevern ved UNN HF, gjennom styrking av dagens oppgaver og tildeling av nye. Kompetansesenteret vil ha sentrale oppgaver i overvåking, kompetanseheving, rekruttering, råd og veiledning til helseforetak og kommuner. Utarbeidelse av felles maler og systemer for registrering og rapportering, forskning og utviklingsarbeid er viktige oppgaver. Samhandling med kommunene foreslås systematisert og styrket. Det anbefales at ved fremtidige ansettelse innen indremedisin prioriteres infeksjonsmedisinere. Isolatkapasiteten foreslås bedret, komplette kontaktsmitteisolat ved alle sykehusenheter har første prioritet

Gjennomføring av planen krever økte investeringsutgifter til isolater, samlet rundt 30 – 40 mill.kr. Det kreves også økte driftsutgifter til nye stillinger for sykepleiere og leger, og driftsutgifter utenom lønn. Takten i gjennomføring må derfor løpende vurderes i forbindelse med utarbeidelse av budsjett for de kommende år. Det foreslås en oppdatering av planen etter 3 år.

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

1. Fremlagte smittevernplan for Helse Nord RHF og tuberkulosekontrollprogram for Helse Nord godkjennes.
2. Planen skal være retningsgivende for styrking av smittevernarbeidet i helseforetakene.
3. Tiltak som krever økte ressurser tas opp på vanlig måte under utarbeidelsen av årsbudsjett og styringsdokument. Planen oppdateres etter 3 år.
4. I 2004 opprettes regionalt kompetansesenter, og felles IT-løsninger for registrering og rapportering evalueres og evt. anskaffes.

Bodø, den 3. mars 2004

Lars Vorland
 Administrerende direktør

Trykte vedlegg: Smittevernplan 2004 – 2006, Helse Nord RHF av desember 2003
 Tuberkulosekontrollprogram for Helse Nord av desember 2003

UTREDNING

Innledning

Smittevernplan for Helse Nord RHF handler om å forebygge og redusere sykehusinfeksjoner, og om å organisere arbeidet rundt de infeksjonsmedisinske fagfeltene. Godt smittevern innebærer tett samarbeid mellom fagfolk fra flere fagfelt, og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Planen beskriver situasjonen og foreslår tiltak.

Bakgrunn

Etter lov om vern av smittsomme sykdommer av 1.7.1995 (Smittevernloven) skal det regionale helseforetaket utarbeide en plan om det regionale helseforetakets tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført. Ut fra denne loven er det gitt en rekke forskrifter. Annen helselovgivning er også relevant. Tiltaksplanen "Tiltak for å motvirke antibiotikaresistens 2000 – 2004" og "Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner i Norge 2003 – 2004" fra Sosial- og helsedepartementet har vært viktige underlag for utarbeidelsen av smittevernplanen. Planen er utarbeidet av en regional gruppe sammensatt av personell med ansvar for smittevern i helseforetakene og en kommunelege. I tråd med forskrift er det utarbeidet et eget tuberkulosekontrollprogram som følger smittevernplanen.

Sammendrag

Om lag 1/5 av pasienter innlagt i somatiske sykehusavdelinger har en infeksjon. Noe under halvparten av infeksjonene er såkalte sykehusinfeksjoner; det vil si infeksjoner som oppstår under eller som følge av sykehusopphold. Det er et omfattende lov- og regelverk som regulerer ansvaret for å ha et godt smittevern, og som er grunnlaget for ivaretagelse av smittevernet i det enkelte helseforetak. Denne planen beskriver tjenestene og foreslår hvordan disse kan videreutvikles. Den beskriver også ansvar og oppgaver på RHF og HF nivå.

Kartlegging viser at det er relativt god dekning med utdannede hygienesykepleiere i landsdelen, mens legedekningen er relativt tynnere. Leger med ansvar for smittevern har avsatt liten tid til arbeidet. Landsdelen har få infeksjonsmedisinere. Flere av sykehusene i helseforetakene har ikke adekvate kontaktsmitteisolater.

I planen foreslås minstenormer for personell, hygienesykepleiere og leger, for å ivareta smittevernarbeidet. Det foreslås at alle somatiske sykehus skal ha minimum hel stilling for hygienesykepleier, mens det ved Nordlandssykehuset og UNN bør være hhv 2 og 3 stillinger. De små sykehusene skal ha lege i 20 % stilling mens det bør være hel stilling ved Nordlandssykehuset og ved UNN. Det anbefales 3 infeksjonsmedisinere ved UNN, 2 ved Nordlandssykehuset og 1 i de øvrige helseforetak.

Når det gjelder isolater foreslås minimum et komplett kontaktsmitteisolat ved intensivavdelinger, og 2 komplette kontaktsmitteisolat hhv ved medisinske og kirurgiske avdelinger. For undertrykksventilerte isolater foreslås minimum ett i Helse Finnmark HF, ett i Hålogalandssykehuset HF, og ett i Helgelandssykehuset HF. Nordlandssykehuset HF bør ha 2 mens UNN anbefales å ha 3. Det finnes i dag bare 2 isolater (ett ved UNN og ett ved Nordlandssykehuset) som tilfredsstiller kravene til isolering av smittsom tuberkulose.

For blant annet å styrke samarbeidet med primærhelsetjenesten, å utvikle felles maler, prosedyrer, programmer for internkontroll og infeksjonsregistrering, samt drive undervisning og forskning foreslås et regionalt kompetansesenter ved UNN. Senteret skal være utadrettet og et bindeledd mellom alle helseforetakene. Senteret skal ha følgende hovedarbeidsområder:

- Felles maler for registrering og rapportering
- Service til primærhelsetjenesten
- Tilrettelegge for hospitering
- Spre tilgjengelige data og annen relevant informasjon
- Pådriver for internrevisjon
- Forskning, prosjekt- og utviklingsarbeid
- Spesialundersøkelser
- Delta i nasjonale fora og arbeidsgrupper

Det bør lages felles EDB systemer for å lage rapporter for mikrobiologisk overvåking og informasjon til avdelinger. Det bør avgis rapport til avdelinger i helseforetakene 2 ganger i året.

I tillegg til eget tuberkulosekontrollprogram er det i smittevernplanen laget forslag til handlingsplan for rasjonell antibiotikabruk, og til styrking av smittevernarbeidet i psykisk helsevern. Det foreslås også styrking av informasjonen omkring smittevern gjennom Web-baserte oppslagstavler.

Ved sterilsentralene er det bare Nordlandssykehuset som har avdelingsleder med tilleggstudanning i sterilsentralledelse. Det foreslås etablert utdanningsopplegg for lederne ved de øvrige sentralene.

Etablert samarbeid innenfor smittevernet i landsdelen foreslås videreført og styrket.

Til planen er det utarbeidet et eget tuberkulosekontrollprogram som gir retningslinjer for forebygging og kontroll. Det beskriver også tuberkulosekoordinatorenes oppgaver.

Konsekvenser

En del av forslagene i planen krever økte ressurser til smittevernarbeidet. Det vil derfor ta noe tid før planen kan realiseres i sin helhet. Dette kan skje ved en sterkere prioritering av smittevernet innenfor de ressursrammer som er til disposisjon, og ved tilførsel av nye ressurser. Det kan være potensial for økonomiske besparelser gjennom en mer rasjonell antibiotikabruk. Andre forslag tydeliggjør ansvar og oppgaver og gir retningslinjer for intern organisering av smittevernarbeidet i det enkelte helseforetak.

Oppsummering

Det foreligger et omfattende lovverk med tilhørende forskrifter som gir detaljerte krav til smittevern i helseinstitusjoner. I tillegg til tiltakene i det enkelte helseforetak er det også etablert godt samarbeid mellom helseforetak. Planen foreslår en styrking på personellinnsats og tiltak for å styrke overvåking og tiltaksarbeidet, herunder kompetanseheving og samarbeid. Det foreslås også en økning i dagens antall isolater i helseforetakene. Tiltakene vil kreve økte ressurser.

Ca 30 nye kontaktsmitte- og 4 undertrykksventilerte isolater gir en samlet investeringskostnad i størrelsesorden ca. 30 – 40 mill.kr.

Styrking av regionalt kompetansesenter med 2 stillinger og driftsutgifter anslås til ca. 2.0 mill.kr. Nye stillinger for hygienesykepleiere og smittevernleger er i planen anslått til hhv ca. 0,4 og 0,8 mill.kr. Gjennomføring må fortløpende vurderes i forbindelse med behandling av overordnede planer og årsbudsjett. Det kan være potensial for å redusere ressursbruk gjennom mer rasjonell antibiotikabruk.

Saksbehandler: Knut Tjeldnes, tlf.75 51 29 16

STYRESAK 17-2004 VALG PÅ REGIONALT BRUKERUTVALG FOR HELSE NORD.

Møtedato: 10. mars 2004

Formål / sammendrag

Det foreslås oppnevning av nytt Regionalt Brukerutvalg for Helse Nord RHF, med funksjonstid til 30.06.2006. Saksframlegget evaluerer erfaringer fra den første valgperioden til Regionalt Brukerutvalg, og det foreslås noen endringer i sammensetning av utvalget.

I tillegg til å velge nytt brukerutvalg er formålet å styrke Regionalt Brukerutvalg som strategisk organ for brukermedvirkning i Helse Nord.

Saken har ingen budsjettmessige konsekvenser.

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

1. Regionalt Brukerutvalg har en viktig funksjon for å ivareta og styrke brukermedvirkning i Helse Nord RHF. Styret ser behov for å styrke kontakten med brukerutvalget, og vil ta initiativ til å etablere faste møtepunkter. Det vises også til at administrerende direktør og fagdirektør heretter vil delta fast i utvalgets møter.
2. Valg
 - a. Forslag på medlemmer av Regionalt Brukerutvalg Helse Nord RHF for perioden fram til 30.06.2006 legges fram på møtet.
 - b. Valg av leder og nestleder: Forslag legges fram på møtet.
 - c. Det oppnevnes ikke varamedlemmer.
 - d. Nåværende satser for møtegodtgjøring m.v. videreføres. Adm. direktør gis fullmakt til evt. justeringer.
3. Styret anmoder Regionalt Brukerutvalg om å utarbeide en handlingsplan som bygger på erfaringer fra inneværende periode samt overordnede føringer for virksomheten, innen utgangen av juni 2004. Styret ber om å bli orientert om planen.

Bodø, den 3. mars 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Styresak 22-2002 – Etablering av Brukerutvalg Helse Nord RHF
Brev til organisasjonene av 02.02.04 om oppnevning av nytt utvalg

Utredning

1. Innledning

Regionalt Brukerutvalg ble oppnevnt av Helse Nord RHF's styre 21. februar 2002, med funksjonstid lik styret for Helse Nord RHF. Saksframlegget bygde på en oppfatning at Helse Nord's første styre skulle fungere ut hele 2003. I og med at nytt valg av styre for Helse Nord RHF kom allerede i juni 2003 ville dette gi en funksjonstid for Regionalt Brukerutvalg på bare litt over ett år, og det ville åpenbart vært for kort tid.

Det foreslås en funksjonstid for det nye brukerutvalget fram til 30. juni 2006.

Helse Midt-Norge har valgt nytt brukerutvalg like før årsskiftet. De andre 3 RHFene vil også velge nytt brukerutvalg i løpet av første halvår 2004.

2. Bakgrunn

De regionale foretakene ble i styringsdokumentet for 2002 pålagt å etablere regionale brukerutvalg. Disse utvalgene skal være

- samarbeidsforum mellom det regionale helseforetaket 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

Helse Nord's vedtekter, § 14 "Medvirkning fra pasienter og pårørende", pålegger styret å "påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner" Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene".

Medlemmer av det første regionale brukerutvalget besto av representanter fra:

- 4 fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og 1 fra Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes Organisasjoner (SAFO)
- 2 fra satsingsområdene psykisk helse og kreft
- 1 fra de fylkeskommunale eldrerådene, 1 fra Sametinget, 1 fra Universitetet i Tromsø og 1 etter forslag fra pasientombudene
- I tillegg har pasientombudene i landsdelen møtt i utvalget, med tale- og forslagsrett.

Begrunnelse for nåværende sammensetning:

Funksjonshemmedes organisasjoner representerer på landsbasis ca 300 000 medlemmer fordelt på over 100 store og mindre organisasjoner, og er et naturlig tyngdepunkt i brukerutvalget. Slik vurderes det også i de andre regionale brukerutvalgene. Den Norske Kreftforening og organisasjonene innen psykisk helsevern har fått egne representanter for å sikre representasjon fra de to nasjonale satsingsområdene kreftbehandling/kreftomsorg og psykisk helsevern. Kreftforeningen regnes for øvrig ikke som en av funksjonshemmedes organisasjoner, og er ikke medlem av FFO eller SAFO. Også denne prioriteringen er i tråd med praksis i de andre regionale foretakene.

Videre ble 4 medlemmer av nåværende brukerutvalg oppnevnt direkte av adm. dir. etter fullmakt gitt i vedtaket under sak 22/2002. Dette gjelder representantene fra Universitetet i Tromsø, fylkeseldrerådene, Sametinget og representanten som ble oppnevnt etter forslag fra pasientombudene. Begrunnelsen for å gi administrerende direktør en slik "kvote" var å ivareta hensynet til en bredest mulig erfaringsbakgrunn, geografiske hensyn m.m., og at det var usikkerhet på det tidspunktet på hvordan sammensetningen av utvalget burde være.

Regionalt Brukerutvalgs egen vurdering av virksomheten

Brukerutvalget hadde i sitt møte 19.8.03 en diskusjon om utvalgets erfaringer etter vel ett års drift. Erfaringer/egenevaluering var også tema på fellesmøte mellom Regionalt Brukerutvalg og helseforetakenes brukerutvalg 4. og 5.11.03. Følgende momenter ble trukket fram på disse møtene:

- Brukerutvalget bør i større grad få fram de strategisk viktige sakene. Kontakten med Helse Nord's styre og administrative ledelse bør forbedres.
- Det bør arbeides mer systematisk og langsiktig med pasientrettighetsspørsmål – informasjon, ventetider og kvalitet.
- Utvalget har laget flere gode uttalelser om pasientrettigheter, samisk helsepolitikk, psykisk helsevern, kreftomsorgen m.v. som har fått betydelig oppmerksomhet i media. Utvalget er likevel noe i tvil om uttalelsene blir fulgt opp.
- Utvalget arrangerte et vellykket seminar i januar 2003 for helseforetakene og brukerutvalgene om prioritering av lærings- og mestringssentre. Viktig å følge opp denne arbeidsformen.
- Det er gjort et godt arbeid med fordeling av tilskuddene til funksjonshemmedes organisasjoner. Nesten ingen klager.
- Det har vært to felles møter med helseforetakenes brukerutvalg som bl.a. har tatt opp pasientopplæring, budsjett 2004 og innspill til handlingsplan habilitering og rehabilitering. Slike felles møter har stor betydning. Regionalt Brukerutvalg må fortsatt understøtte aktiviteten i helseforetakenes brukerutvalg, og gjennomgående representasjon mellom brukerutvalgene i HFEne og RHF bør vurderes.
- Informasjonen til pasienter og brukerrepresentanter er blitt sterkt forbedret med de nye hjemmesidene til Helse Nord.
- Det er et stort utvalg, men må også tas i betraktning at det ofte vil være noen fravær og at det ikke er varamedlemmer

Vurdering

Oppgaver

- Brukerutvalgets samhandling med administrativ ledelse og styret bør forbedres. Adm. direktør og fagdirektør vil som et første tiltak møte fast i utvalgets møter. Dette har ikke vært vanlig praksis til nå.
- Administrasjonen forventer også at Regionalt Brukerutvalg og brukernes organisasjoner vil bidra aktivt sammen med Helse Nord i å følge opp de tre store handlingsplanene innen psykisk helse, geriatri og habilitering/rehabilitering som legges fram nå første halvår 2004, ved å sette sakene på dagsorden i ulike fora og bidra med innspill og forslag til bedre tjenestetilbud.
- Gjennom samarbeidet med lærings- og mestringssentrene og annen pasient- og pårørendeopplæring i helseforetakene gjør brukerorganisasjonene en viktig innsats. Fortsatt er det store utfordringer på dette området hvor Regionalt Brukerutvalg kan bidra.
- Regionalt Brukerutvalg har også en viktig rolle som støttespiller for å få god drift i HFEnes brukerutvalg.

Premisser for valg av nytt brukerutvalg

Noen av representantene i nåværende Regionalt Brukerutvalg er valgt inn ut fra at de har en relevant kompetanse som fagpersoner, ikke ut fra erfaring som bruker eller pårørende. Ordningen har vært en interessant erfaring, men anbefales likevel ikke videreført. Viktigste årsak til dette er faren for at fagkunnskap kan få for stor plass i forhold til brukerrepresentantenes erfaringsbaserte kunnskap, og at ordningen bidrar til at utvalget får en utydelig identitet. Det foreslås derfor at samtlige representanter som velges for neste periode skal ha ståsted i en brukerorganisasjon. I tråd med dette resonnementet foreslås også at ordningen med at ett av pasientombudene møter fast i brukerutvalget ikke videreføres. Brukerutvalgene i de andre RHFene er mindre enn vårt utvalg i helse Nord, og har ingen representanter som ikke er foreslått fra organisasjoner.

Forslaget til nytt utvalg vil søke å ivareta de forholdene som er nevnt ovenfor, samt behovet for å sikre en viss kontinuitet. For øvrig vises det til premisser i Helse Nord's brev 02.02.04 til organisasjonene.

STYRESAK 18-2004 STRATEGIPLAN FOR NASJONALT HELSENETT.

Møtedato: 10. mars 2004

Faktabeskrivelse

Bakgrunn

Nasjonalt helsenett var ett av hovedsatsingsområdene i den statlige tiltaksplanen 2001-2003 for Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren, "Si @!". Nasjonalt helsenett er også ett av satsingsområdene i RHFenes felles IKT-strategi.

Styringsgruppen for Nasjonalt helsenett utarbeidet i 2003 en felles strategiplan for Nasjonalt helsenett, som ble endelig vedtatt i styringsgruppens møte 19.2.04. Styringsgruppen har deltakere fra de 5 RHFene og Sosial- og helsedirektoratet, samt observatører fra Helsedepartementet og Rikstrygdeverket.

Strategiplanen gir anbefalinger om videre utbygging av infrastruktur og tjenestetilbudet i Nasjonalt helsenett.

Nasjonalt helsenett som felles infrastruktur for elektronisk samhandling i helsevesenet

Det er et økende behov for et sømløst, nasjonalt kommunikasjonsnett som er tilgjengelig for alle aktører i Helse- og sosialsektoren. Nasjonalt helsenett skal ha den sikkerhet, kapasitet og tilgjengelighet som kreves for å utveksle informasjon innen sektoren.

Målgruppene for Nasjonalt helsenett er tilbydere av helse- og sosialtjenester. Nasjonalt helsenett skal gi tilgang til og støtte utveksling av informasjon knyttet til pasientbehandling og helsefaglig støtte. Nettet skal gjøre det mulig for tilknyttede virksomheter å tilby medisinske og administrative tjenester over nettet. Dette vil gi nye muligheter for funksjonsdeling, spesialisering, vaksamarbeid og fagsamarbeid i nettverk.

Nasjonalt helsenett består av de 5 eksisterende regionale helsenettene og en sentral infrastruktur som knytter sammen de regionale nettene i et sammenhengende nettverk. Nettet skal være tilgjengelig for alle aktører som deltar i elektronisk kommunikasjon i sosial- og helsesektoren.

Et grunnprinsipp for Nasjonalt helsenett er at ett aksesspunkt og en felles kommunikasjonsplattform, skal gi tilgang til bredt spekter av tjenester for elektronisk informasjonsutveksling, som sikker e-post og meldingsutveksling, telemedisinske tjenester, bruk av fellessystemer over nett, samt gi kontrollert tilgang til Internett. Fra ett tilknytningspunkt skal brukerne kunne kommunisere med alle andre tilknyttede aktører nasjonalt.

Strategiplanen for Nasjonalt helsenett prioriterer følgende innsatsområder for arbeidet i 2004:

- Etablere organisasjonen Nasjonalt helsenett per 1. juli 2004.
- Samordne infrastruktur med mer i dagens 6 nett.
- Etablere katalogtjenester og andre basis kommunikasjons tjenester for å støtte samhandlingen (adresseringstjenester, adressekatalog, tjenester digital signatur og identifisering av samhandlingsparter).
- Forbedre nettets nytteverdi – knytte til flere aktører.

For RHFene gir strategiplanen en forpliktende deltakelse i arbeidet med å etablere organisasjonen Nasjonalt helsenett og samordne dagens infrastruktur.

Sentral infrastruktur ble anskaffet og finansiert av Sosial- og helsedirektoratet i 2003, og oppkobling av de regionale helsenettene er i gang. Det pågår arbeid med nødvendig tilpasning og harmonisering av sikkerhetsløsninger og basistjenester for kommunikasjon.

Etablering av permanent driftsorganisasjon for Nasjonalt helsenett – organisasjonsform

Strategiplanen er basert på at det etableres en egen juridisk enhet, Nasjonalt helsenett, som får ansvar for drift og videreutvikling av nettet og for tilhørende støttetjenester. De fem regionale helseforetakene vil helt eller delvis eie den juridiske enheten.

Målet er at organisasjonen Nasjonalt helsenett (NHN) skal ta over de oppgavene som i dag utføres av fem regionale helsenett og sentral infrastruktur (stamnett). Virksomheten skal utvikles i tråd med overordnede helsepolitiske mål.

Det er etablert et interimprosjekt, underlagt styringsgruppen for Nasjonalt helsenett, som utarbeider forretningsplan og forbereder overgangen til ny organisasjon. Forretningsplanen bygger på og konkretiserer strategiplanen, og har fokus på den nye organisasjonen og utfordringene fremover. Utkast til foreløpig forretningsplan ble behandlet i styringsgruppen 19.2.04.

Organisasjons- og styringsform for Nasjonalt helsenett utredes i samråd med Helsedepartementet. Helsedepartementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet utrede hvordan nasjonale interesser, herunder hensynet til kommunal sektor, Rikstrykdeverket og andre aktører kan ivaretas i styringen av Nasjonalt helsenett.

Helsedepartementet har i brev 9.2.04 fastslått at dersom de regionale helseforetakene skal eie organisasjonen Nasjonalt helsenett i fellesskap (eventuelt sammen med andre), må NHN organiseres som et aksjeselskap. Denne avklaringen av selskapsform danner utgangspunkt for videre utredning og utforming av forslag til

- eierstruktur for selskapet, herunder spesielt spørsmålet om deltakelse fra Helsedepartementet/Sosial- og helsedirektoratet og evt. andre aktører.
- styresammensetning.
- konkurransemessige forhold og konsekvenser i forhold til offentlige innkjøpsregler.
- skatte- og avgiftsmessige forhold.
- juridiske spørsmål og prosess i forbindelse med overføring av arbeidstakere.

Fordeling av eierandeler/egenkapital avklares som del av etableringsavtalen.

Foreløpig orientering om forretningsplan for organisasjonen Nasjonalt helsenett

Forretningsplanen og forslag til organisering av organisasjonen Nasjonalt helsenett, samt konsekvenser for Helse Nord RHF, vil legges frem for endelig behandling i styret for Helse Nord RHF i løpet av juni 2004. Nedenfor gis en foreløpig redegjørelse for innholdet i forretningsplanen:

Visjon

Visjonen er at Nasjonalt helsenett skal bidra til gode og sammenhengende helsetjenester ved å være et sektornett for effektivt samarbeid mellom de ulike tjenesteleddene i sektoren.

Forretningsidé

Nasjonalt helsenett skal være informasjonsbærer og et virkemiddel for offentlig og private helse- og sosialtjenester, for

- sikker informasjonsutveksling og informasjonsdeling.
- styrket fagsamarbeid mellom tjenesteleddene.
- god samhandling med andre aktuelle samarbeidsparter.
- helhetlig pasientforløp på tvers av sosial- og helsesektoren.

Mål

Målet er at ved utgangen av 2006 skal all elektronisk samhandling i og med helse- og sosialsektoren skje via NHN.

Målet for 2004 er:

- sentral infrastruktur og regionenes helsenett slås sammen til ett nett kalt Nasjonalt helsenett.
- det etableres en organisasjon for drift og videreutvikling av infrastruktur og nærmere avtalte basistjenester i Nasjonalt helsenett.

Forretningsmodell og tjenester

Forutsetningene som er lagt til grunn for forretningsplanen er at NHN skal være en organisasjon med et nasjonalt ansvar for leveranse av en sikker basis kommunikasjon mellom aktørene i helse- og sosialsektoren. Sikker basis kommunikasjon betyr i denne sammenheng ett kommunikasjonsnett og basis kommunikasjonstjenester med kvalitet og tilgjengelighet som ivaretar all elektronisk samhandling mellom aktørene innen sektoren. Basis kommunikasjonstjenester omfatter adresseløsning og katalogtjenester som støtter kommunikasjonen.

NHN skal ikke utvikle eller levere innholds- eller applikasjonstjenester, men skal legge til rette for at de tilknyttede virksomheter og andre leverandører kan levere slike tjenester over nettet. NHN vil med andre ord ha ansvaret for at data, lyd og bilde kan utveksles mellom ulike brukersystemer på en effektiv og sikker måte.

NHN vil ha ansvar for å utbre og formidle løsninger for sikker og god samhandling til legene, kommunale pleie og omsorgstjenester og til apotekene, samt levere sikker kommunikasjon frem til alle helseforetak på nasjonalt plan. NHN vil dermed overta det ansvaret som dagens regionale nettorganisasjoner har hatt for leveranse og bedding av kommunikasjonstjenester og nett. NHN skal legge til rette for kommunikasjon mellom aktører i Nasjonalt helsenett og publikum/andre målgrupper via Internett, i den grad det er hensiktsmessig og forsvarlig innenfor gjelder lov- og regelverk.

NHN er tillagt en rolle som pådriver for å sikre at det utvikles gode tjenester for brukerne av nettet. Dette er ikke en rolle NHN vil utøve alene, men i et tett samarbeid med RHFene, helseforetakene og andre organisasjoner som er tillagt en rolle i å støtte sektoren i å øke kvaliteten og evnen til å samarbeide på effektiv og målrettet måte.

Organisasjon og økonomi

NHN vil ha en administrasjon og vil utøve drift, support og installasjon som en nasjonal juridisk enhet og rapportere til et styre. Organisasjonen vil ha en viktig bestillerrolle og vil sette ut tjenesteproduksjon til underleverandører der dette er kostnadseffektivt og kan gjennomføres på en slik måte at tjenestene ikke fragmenteres og blir mindre sikre og brukervennlige sett fra kundenes ståsted.

Nasjonalt helsenett vil bygge på den spesialistkompetanse som er etablert i dagens regionale nettorganisasjoner og vil på denne måten raskere kunne sikre nasjonal tjenesteproduksjon enn ved en nyetablering som virksomhet. Virksomheten vil med andre ord ha en geografisk distribuert organisasjon, med merkantilt og teknisk personale i alle helseregionene som skal sikre videre oppkobling av brukere samt støtte til brukere og tjenesteutviklere.

Nasjonalt helsenett skal etableres ved en virksomhetsoverdragelse.

Nasjonalt helsenett vil samlet sett ha det samme kostnadsnivået som dagens regionale helsenettene ved etableringen. NHN vil med andre ord ikke være en rimeligere eller en mer kostbar driftsform enn dagens måte å produsere tjenestene på ved oppstarten.

Enkelte regioner vil kunne oppleve at de reelle kostnadene for etablerte tjenester vil bli betydelig redusert, som følge av at et nasjonalt helsenett vil sikre stordriftsfordeler og innkjøpsmakt. Utskillelse av nettet og driften av dette i en egen forretningsmessig enhet, vil også synliggjøre de reelle kostnadene for slike tjenester.

Målet er at NHN skal gå i driftsmessig balanse innen 2006. Dette innebærer at NHN må ha gjennomført en tilstrekkelig bredding av tjenestene slik at driftskostnadene for felles infrastruktur og NHN som organisasjon kan deles på tilstrekkelig antall kunder. Alternativet er at disse opplever tilbudet lite konkurransedyktig i forhold til alternative måter å kommunisere på. I dagens situasjon subsidierer RHFene og Sosial og helsedirektoratet disse tjenestene for allmennelegetjenesten..

Det arbeides videre med analyse av risiko, konsekvenser og handlingsalternativer, herunder bl.a. spørsmålet om tilskudd til driften i en periode.

Kostnader for Helse Nord RHF i 2004

Helse Nord RHF deltar i interimperioden med delfinansiering av båndbredde i sentral infrastruktur. Samlede økonomiske forpliktelser for båndbredde i sentral infrastruktur i 2004 er på kr. 371.660 per måned, totalt kr. 4 646 000 f.o.m. 15.12.03 og hele 2004. Driftsorganisasjon for NHN overtar disse kostnadene fra etableringsdato (planlagt fra 1.7.04).

Det er inngått avtaler som regulerer forpliktelsene mellom Sosial- og helsedirektoratet og Helse Nord RHF i interimperioden, dvs. til ny organisasjon er etablert. Avtalene innebærer følgende økonomiske forpliktelser for Helse Nord RHF:

- Helse Nord RHF dekker en forholdsmessig andel av månedlige kostnader på kr. 371.660 til båndbredde i sentral infrastruktur, frem til dato for etablering av ny organisasjon. Helse Nord RHF's andel anslås til ca. 300.000, basert på totale kostnader på 2 416 000 dersom ny organisasjon etableres fra 1.7.04, som fordeles ut fra RHFenes respektive driftsomsetning for forrige kalenderår¹.
- Helse Nord RHF må selv bekoste eventuelt behov for oppgradering av eget Regionalt helsenett for å kunne bli tilknyttet sentral infrastruktur i Nasjonalt helsenett (men betaler ikke for selve tilknytningen)
- SHdir vil i interimperioden kompensere Helse Nord RHF for drifts- og beredskapsytelser for sentral infrastruktur med kr. 13.000 per vaktuke, og ellers kr. 375,- pr. time.

Videre forventes det at Helse Nord RHF i interimperioden bidrar med dekning av 1/6 av Interimsprosjektets felles kostnader til prosjektledelse i 2004 frem til 1.7.04, med inntil 95.000 for Helse Nord RHF i 2004.

Når ny organisasjon er etablert, vil denne overta forpliktelsene til dekning av kostnader til båndbredde, drift og vedlikehold.

Etablering av Nasjonalt helsenett som egen organisasjon har ingen ekstra kostnadmessige konsekvenser for Helse Nord RHF utover det som ellers ville ligge i drift av eget regionalt helsenett og etablering av samtrafikk med andre aktører innen sosial- og helsesektoren på nasjonalt plan.

Administrerende direktørs anbefalinger / konklusjon

Administrerende direktør understreker betydningen av det samarbeidet som har utviklet seg mellom de regionale helseforetakene gjennom Nasjonal IKT og styringsgruppen for nasjonalt helsenett, og de gevinster det vil gi å samordne utviklingen og driften av et felles kommunikasjonsnett i helsevesenet. Et felles Nasjonalt helsenett er en viktig forutsetning for å gjennomføre og realisere gevinstene av IKT-strategien.

Administrerende direktør anbefaler at strategiplanen for Nasjonalt helsenett legges til grunn for arbeidet med etablering av ny organisasjon for Nasjonalt helsenett.

Etablering av Nasjonalt helsenett som egen organisasjon har ingen ekstra kostnadmessige konsekvenser for Helse Nord RHF utover det som ellers ville ligge i drift av eget regionalt helsenett og etablering av samtrafikk med andre aktører innen sosial- og helsesektoren på nasjonalt plan. Administrerende direktør vil orientere styret om ytterligere konsekvenser for egen organisasjon når styrings- og eierstruktur for Nasjonalt helsenett er nærmere utredet.

¹ Omsetningsbudsjett for RHFene for 2003 er foreløpig ikke tilgjengelig. Bergningene er derfor basert på 2002 tall.

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

1. Styret for Helse Nord RHF gir sin tilslutning til strategiplan for Nasjonalt helsenett som retningsgivende for Helse Nord RHF's videre deltakelse i samarbeidet om Nasjonalt helsenett.
2. Styret for Helse Nord RHF gir sin tilslutning til at Helse Nord RHF deltar i det videre arbeid med å etablere en egen juridisk enhet for drift og videreutvikling av Nasjonalt helsenett, ut fra de hovedprinsippene som ligger i strategiplanen.
3. En forretningsplan med forslag til organisering og etablering av Nasjonalt helsenett som egen juridisk enhet, skal legges frem for endelig behandling i styret for Helse Nord RHF i løpet av juni 2004.
4. Utredning av styringsform og eierstruktur baseres på at Nasjonalt helsenett, eid i fellesskap av RHFene, må organiseres som aksjeselskap, jf. Helseforetaksloven og Helsedepartementets uttalelse.
5. Styret forutsettes å bli nærmere orientert om ytterligere konsekvenser for egen organisasjon når konsekvenser av organisasjonsform, samt styrings- og eierstruktur for Nasjonalt helsenett, er avklart.

Bodø, den 3. mars 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Utrykt vedlegg: Strategiplan for Nasjonalt Helsenett (NHN)

**STYRESAK 19-2004 OVERORDNET IKT-STRATEGI FOR DE
REGIONALE HELSEFORETAKENE.**

Møtedato: 10. mars 2004

1. Faktabeskrivelse**1.1 Nasjonal IKT**

Nasjonal IKT ble etablert på initiativ fra Helsedepartementet ved at det i styringsdokumentene for de regionale helseforetakene for 2003 er gitt pålegg om at det skal etableres en felles strategigruppe for informasjons- og kommunikasjonsteknologi mellom de regionale helseforetakene, og hvor Helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet er representert. Gruppens overordnede målsetning er å understøtte nasjonale strategier og tiltak, slik dette er nedfelt i gjeldende tiltaksplan ("Si @!"), og slik dette vil bli nedfelt i nasjonal myndighetsstrategi fra 2004 ("Helhetlig forløp"). Dette innebærer også å finne supplerende strategier og tiltak som gjennomføres i regi av de regionale helseforetak.

Arbeidet med felles IKT-strategi for RHFene har vært en vesentlig del av arbeidet i Nasjonal IKT i 2003.

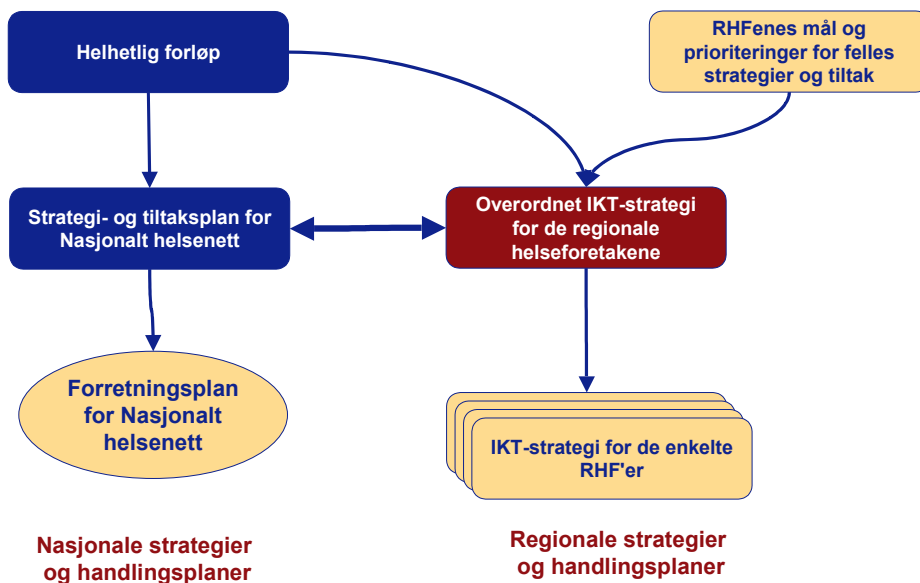
1.2 Sammenheng med nasjonale handlingsplaner

Overordnet IKT-strategi for RHFene fanger opp de elementer i den nasjonale tiltaksplanen (Helhetlig forløp) som enten skal gjennomføres i regi av RHFene eller som har føringer for strategier og tiltak som RHFene har ansvaret for.

Nasjonalt helsenett er et av satsningsområdene i Overordnet IKT-strategi for RHFene. Utforming av strategier og tiltak for dette satsningsområdet gjøres i regi av Sosial- og helsedirektoratet og det er etablert en egen strategiplan for Nasjonalt helsenett som ble vedtatt i styringsgruppen (Nasjonal IKT) 22.1.2004. Det arbeides videre med en forretningsplan for etablering av en Nasjonal helsenettorganisasjon. Strategiplan for Nasjonalt helsenett vil bli lagt fram for RHFenes styrer som egen sak og det vises til eget saksfremlegg for dette.

Sammenhengen mellom Overordnet IKT-strategi for RHFene og de nasjonale handlingsplanene er illustrert i nedenstående figur:

Samordning av strategi- og planverk for utvikling av IKT i helsesektoren



1.3 Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene

Mange av de samme samordningsgevinstene som kan oppnås innen en region kan man også oppnå i et nasjonalt perspektiv. Det er en rekke områder hvor et nært samarbeid mellom de regionale helseforetakene vil bidra til at man når de felles, nasjonale målsetningene raskere og billigere. Denne strategiplanen fokuserer på disse mulighetene. Planen er gruppert i 6 satsningsområder:

Satsningsområde 1: Elektronisk samarbeid

Hovedmålene med elektronisk samarbeid er:

- å få til et mer helhetlig pasientforløp ved at informasjonen følger pasientforløpet og arbeidsprosessene
- at pasienter og publikum har tilgjengelig og tar i bruk kvalitetssikrede helsetjenester på nett, herunder at de skal kunne utøve sine pasientrettigheter knyttet til deltakelse i behandlingsforløpet og innsyn i egen, elektronisk pasientjournal.
- at helseforetakene effektiviserer sine arbeidsprosesser ved å unngå dobbeltarbeid og redusere sitt samlede ressursbruk til håndtering av informasjonsstrømmen.

For å nå disse overordnede målene vil *RHFene sammen*:

- Arbeide for at helseforetakene i økende grad tar i bruk elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetak og primærhelsetjenesten og mellom helseforetak og andre samarbeidsparter.
- Arbeide for at det for pasientene skal være lett for den enkelte å finne god, kvalitetssikret helseinformasjon på nettet, og at aktuell informasjon fra pasientjournaler og andre kilder blir tilgjengelig for pasientene.

Satsningsområde 2: helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag

Det er et overordnet mål at elektronisk informasjon skal kunne flyte effektivt mellom forskjellige pasientinformasjonssystemer og uten at feil og misforståelser oppstår.

For å oppnå dette vil *RHFene sammen*:

- Utvikle et enhetlig begrepsapparat for pasientrelatert informasjon i helse – og sosialsektoren basert på nasjonale og internasjonale standarder der disse finnes. Begrepsapparatet bygges opp rundt en felles *informasjonsstruktur*².
- Sørge for at dette felles begrepsapparatet blir lagt til grunn for all elektronisk samhandling i sektoren.

Satsningsområde 3: Nasjonalt helsenett

Det er et raskt økende behov for et sømløst, nasjonalt nett som er tilgjengelig for alle aktører i Helse- og sosialsektoren og RHFene vil sammen med Rikstrykdeverket og SHdir ha et ansvar for at dette blir etablert. Nettet skal ha den sikkerhet og tilgjengelighet som kreves for å utveksle informasjon innen sektoren. Nasjonalt helsenett organiseres som en enhet som har ansvar for utvikling og drift av nettet og for tilhørende støttetjenester.

Satsningen er nærmere beskrevet i Strategiplan med tilhørende forretningsplan for Nasjonalt helsenett. For RHFene gir denne planen en forpliktende deltakelse i arbeidet med å etablere organisasjonen Nasjonalt helsenett og i arbeidet med å samordne dagens infrastruktur. Dette vil bli lagt fram for RHFenes styre som egen sak og det vises til eget saksfremlegg for dette.

Satsningsområde 4: Informasjonssikkerhet

Elektroniske pasientjournaler og et vel utbygget Nasjonalt helsenett gir økte muligheter til å gjøre sensitiv informasjon elektronisk tilgjengelig på tvers av organisatoriske enheter. Dette stiller økte krav til organisatoriske og teknologiske løsninger for å forvalte informasjonssikkerheten. Satsningsområdet omfatter helseforetakenes deltakelse i fellestiltak på dette området.

For å oppnå dette vil *RHFene sammen*:

- Bidra til at det etableres en felles sikkerhetspolitikk og felles minstekrav til informasjonssikkerhet i sektoren
- Ta initiativ til at det etableres et tettere samarbeid mellom myndigheter og aktører i helsevesenet med sikte på å avklare usikkerheter i fortolkning av lovverket

Satsningsområde 5: Standardisering og samordning av EPJ-systemer i helseforetak

Den elektroniske pasientjournalen er grunnlaget for elektronisk samarbeid. En gjennomgående og helhetlig innføring av EPJ i helsesektoren har størst gevinstpotensial av alle IT-satsninger i sektoren. Satsningsområdet omfatter de tiltak helseforetakene kan samarbeide om for å nå målsetningen om å fullføre utrulling av EPJ i helseforetakene. Den overordnede målsetningen er å få all pasientbehandling i norske helseforetak basert på elektroniske pasientjournaler.

For å oppnå dette vil *RHFene sammen*:

- Gjennomføre en full omlegging til EPJ i planperioden. Dette innebærer at papirjournalen skal erstattes fullt ut av den elektroniske pasientjournalen.
- Sørge for at alle EPJ-systemer i helseforetakene tilfredsstillers felles minimumskrav til funksjonalitet og innhold.

² Med informasjonsstruktur menes en samlet beskrivelse av hvilke informasjonselementer vedrørende pasientforløpet som utveksles i helse- og sosialsektoren, både innenfor det enkelte nivå og mellom de ulike nivåene.

- Bruke felles markedsrett til å få best mulig kontroll med utvikling og leveranse av EPJ-systemer Norge

Satsningsområde 6: Organisere IKT-samarbeidet mellom RHFene

Gjennomføringen av felles satsninger og tiltak innen IKT-området stiller økt krav til koordinering og styring på tvers av RHFene. Det vil også i økende grad bli behov for operativ gjennomføringskraft som er felles for RHFene (ref Nasjonalt helsenett).

Målene med organiseringen av IKT-samarbeidet er å sørge for at:

1. RHFene har god styring av strategi og planer for felleskapstiltak på IKT-området nasjonalt og regionalt.
2. RHFene kan ivareta sitt ansvar for medvirkning i nasjonale myndighetstiltak i innenfor IKT på en god og koordinert måte.
3. RHFene kan gjennomføre felles prosjekter effektivt mht tid og kostnader.
4. RHFene kan etablere og styre felles drifts- og forvaltningsoppgaver på en god måte.
5. Det sikres nødvendig økonomisk forpliktelse fra de enkelte RHF til fellesskapstiltakene.
6. IKT-samarbeidet understøtter andre strategiske samarbeidsområder som medisinsk forskning og samhandling mellom nivåene.
7. Samarbeidet understøtter RHFenes ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret og eierskapet til de underliggende HF.

For å oppnå dette vil RHFene sammen:

- Videreutvikle samarbeidet om IKT-utviklingen med basis i Nasjonal IKT.
- Etablere felles funksjoner for gjennomføring av IKT-oppgaver i den utstrekning dette er hensiktsmessig for å nå målene ovenfor.

1.4 Tiltaksplanen

For hvert av de 6 satsningsområdene er det prioritert de tiltak som RHFene skal samarbeide om for å nå de angitte målene. Det er utformet en egen tiltaksplan hvor det er gitt en nærmere beskrivelse (mini prosjektdirektiv) for de enkelte tiltak (tiltak innenfor Nasjonalt helsenett er beskrevet i egen tiltaksplan).

Det er estimert med en samlet ressursinnsats på 11400 timer (tilsvarende 76 månedsverk) fra helseforetakenes egne ressurser i 2004. I tillegg er det estimert en samlet kostnad på 8,5 MNOK til eksterne timer og direkte kostnader. Da er 3,7 MNOK til gjennomføring av prosjekter innenfor timebestilling inkludert. Dette er prosjekter hvor de enkelte RHFene fikk midler fra SHdir i 2003 som er overført til 2004.

For enkelte tiltak er det også gjort et estimat for ressursinnsats og kostnader ut over 2004. Men for mange av tiltakene vil den planlagte aktivitet i 2004 gi estimater og beslutningsunderlag for videreføring/gjennomføring i løpet av planperioden.

Administrerende direktørs anbefalinger/konklusjon

Administrerende direktør understreker betydningen av det samarbeidet som har utviklet seg mellom de regionale helseforetakene gjennom Nasjonal IKT og de gevinster det vil gi å samordne IKT-utviklingen på en rekke sentrale områder. I den felles IKT-strategien pekes det på at gevinstene ved samordning kan hentes ut på flere områder:

- *Kvalitetsgevinster* ved at alle involverte aktører skal ha tilgang til enhetlig informasjon innenfor og på tvers av helseforetak.
- *Tid- og ressursgevinster* ved at informasjonsutveksling på tvers av nivåer og enheter baseres på felles standarder og retningslinjer.
- *Reduserte kostnader* til anskaffelse, drift og forvaltning av IKT ved å organisere utvalgte prosjekter og oppgaver nasjonalt.

Administrerende direktør anbefaler at Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene legges til grunn for IKT-utviklingen i Helse Nord RHF.

Administrerende direktør anbefaler at Helse Nord RHF bærer 1/5 av kostnadene ved gjennomføring av strategien innenfor en samlet budsjetttramme for RHFene på 4,8 mill. kr. i 2004. I tillegg kommer egeninnsats fra ansatte i Helse Nord RHF og i helseforetakene i Helse Nord RHF.

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

Styret for Helse Nord RHF gir sin tilslutning til "*Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene*" slik den er vedtatt i Nasjonal IKT og at strategiplanen legges til grunn for IKT-utviklingen i Helse Nord RHF.

Bodø, den 3. mars 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler: diverse

STYRESAK 20-2003 ORIENTERINGSSAKER

Møtedato: 10. mars 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*.

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

Framlagte saker taes til orientering.

Bodø, den 3. mars 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Vår dato: 3.3.2004 **Vår referanse:** 200300113-178 **Arkivnr:** 012
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: **Deres referanse:**

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

STYRESAK 20-2004/1

INFORMASJON FRA STYRELEDER TIL STYRET.

Møtedato: 10. mars 2004

Legges frem muntlig av styreleder.

Vår dato: 3.3.2004 **Vår referanse:** 200300113-178 **Arkivnr:** 012
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: **Deres referanse:**

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

STYRESAK 20-2004/2

INFORMASJON FRA ADM. DIREKTØR TIL STYRET.

Møtedato: 10. mars 2004

Legges frem muntlig av adm. direktør.

Saksbehandler: diverse

STYRESAK 21-2004 REFERATSAKER

Møtedato: 10. mars 2004

Vedlagt oversendes kopi av følgende:

1. e-post fra Vefsn Arbeiderparti av 22. februar 2004 ad. redusert akuttberedskap og fødeberedskap ved Helgelandssykehuset i Mosjøen.
2. e-post fra Bernhard Halvorsen av 28. februar 2004 ad. UNN – revmatologisk avdeling.

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

Framlagte saker taes til etterretning.

Bodø, den 3. mars 2004

Lars Vorland
Adm. direktør

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
3.3.2004
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 21-2004/1

**E-POST FRA VEFSN ARBEIDERPARTI AV
22. FEBRUAR 2004 AD. REDUSERT
AKUTTBEREDSKAP OG FØDEBEREDSKAP VED
HELGELANDSSYKEHUSET I MOSJØEN.**

Møtedato: 10. mars 2004

Se vedlagt kopi.

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
3.3.2004
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 21-2004/2

**E-POST FRA BERNHARD HALVORSEN AV
28. FEBRUAR 2004 AD. UNN – REVMATOLOGISK
AVDELING.**

Møtedato: 10. mars 2004

Se vedlagt kopi.

Vår dato: 3.3.2004
Vår referanse: 200300113-180 012
Arkivnr:
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato:
Deres referanse:

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

STYRESAK 22-2004 EVENTUELT

Møtedato: 10. mars 2004