

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

---

Styrets medlemmer og varamedlemmer  
i Helse Nord RHF

**INNKALLING TIL STYREMØTE/-SEMINAR I HELSE NORD RHF,  
DEN 31. AUGUST 2004**

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

**torsdag, den 31. august 2004 – fra kl. 10.30  
på Skjærbygga i Stamsund, Lofoten.**

Vi begynner med styreseminar kl. 10.30. Styremøtet starter ca. kl. 12.30 med behandling av styresak 52-2004 og 53-2004. Etterpå lukkes styremøte for offentligheten for behandling av styresaker og/eller orienteringer som er unntatt offentligheten. Det åpne styremøte starter igjen ca. kl. 13.30.

Styremøtet/-seminaret forventes avsluttet ca. kl. 16.30

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 52-2004      GODKJENNING AV SAKSLISTE

Møtedato: 31. august 2004

I samråd med styreleder inviteres styret for Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for styremøte, den 31. august 2004:

Sak 52-2004	Godkjenning av saksliste	Side 2
Sak 53-2004	Godkjenning av protokoll fra styremøte 24. juni 2004	Side 3
Sak 54-2004	Etablering av senter for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Helse Nord	Side 13
Sak 55-2004	Organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord	Side 17
Sak 56-2004	Høringsuttalelse om spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi – Helse Nord	Side 26
Sak 57-2004	Honorering av HF-styrene	Side 32
Sak 58-2004	Administrerende direktørs fullmakter – prokura og rett til å tegne firma	Side 34
Sak 59-2004	Orienteringssaker	Side 40
	1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>	
	2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>	
	3. Reviderte retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i heleide statlige foretak og selskaper	
	4. Syketransport – felles reisebyrå for Helse Nord	
Sak 60-2004	Referatsaker	Side 47
	1. E-post fra Kommunenes Sentralforbund Nordland av 15. april 2004 ad. forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten i helsesektoren	
	2. Brev fra Narvik Kommune av 6. juli 2004 ad. forsterket fødestue ved Narvik Sykehus	
Sak 61-2004	Eventuelt	Side 50

Bodø, den 24. august 2004

Lars Vorland  
 Adm. direktør

## **STYRESAK 53-2004      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 24. JUNI 2004**

Møtedato: 31. august 2004

### **PROTOKOLL STYREMØTE 24. JUNI 2004**

Styret for Helse Nord RHF avholdt styremøte på Rica Ishavshotell i Tromsø, den 24. juni 2004 – fra kl. 14.00 til kl. 20.30.

Til stede var:

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

Fra administrasjonen:

Adm. direktør Lars Vorland, styresekretær / adm. leder Karin Paulke, informasjonssjef Kristian I. Fanghol, økonomidirektør Jann-Georg Falch, regnskapsleder Erik Arne Hansen, fagdirektør Einar Hannisdal og direktør forretningsutvikling Tor-Arne Haug.

Revisor Ingar Andreassen.

Forfall:

Odd Oskarsen.

*Vararepresentantene var forsøkt kalt inn i den rekkefølgen de er valgt, men ingen kunne møte på kort varsel.*

Observatører:

Nils Finstad, Nordlandsforskning.

## **STYRESAK 39-2004      GODKJENNING AV SAKSLISTE**

Sak 39-2004	Godkjenning av saksliste.
Sak 40-2004	Godkjenning av protokoll fra styremøte 18. mai 2004.
Sak 41-2004	Årsregnskap 2003.
Sak 42-2004	Resultatvurdering 2003.
Sak 43-2004	Tertialrapport nr. 1 – 2004.
Sak 44-2004	Justering av drifts- og investeringsrammer 2004.
Sak 45-2004	Budsjett 2005 – drift og investeringer.
Sak 46-2004	Fremtidig organisering av stab- og støttefunksjoner.
Sak 47-2004	Regional plan for sosial og helsemessig beredskap.
Sak 48-2004	Etablering av nytt tilbud om kirurgiske operasjoner for pasienter med sykkelig overvekt.

- Sak 49-2004 Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret. *Muntlig.*
  2. Informasjon fra adm. direktør til styret. *Muntlig.*
  3. Organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord.
  4. Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR) i Helse Nord – nytt senter.
  5. Forskningsstrategi i Helse Nord.
  6. Helse Finnmark HF – investeringsprosjekter.
- Sak 50-2004 Referatsaker
1. Brev av 21. mai 2004 fra Nordlandssykehuset HF til Saltdal Kommune v/ordføreren ad. nedlegging av ortopedienheten på Vensmoen.
  2. Brev av 24. mai 2004 fra Nordland fylkeskommune v/Plan- og næringsavdelingen ad. fellesuttalelse om rehabiliteringstilbud i Helse Nord.
  3. Brev av 27. mai 2004 fra Saltdal Kommune v/ordføreren til statsråd Dagfinn Høybråten ad. nedbygging av tilbud innenfor rehabilitering og habilitering.
  4. Brev av 3. juni 2004 fra Saltdal Kommune v/ordføreren til Sosial- og helsedirektoratet ad. Vensmoen rehabilitering.
  5. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, den 14. juni 2004. *Kopi av protokollen ble lagt frem ved møtestart.*
  6. Brev av 16. juni 2004 fra Helseministeren til Rådet for funksjonshemmede i Kvæfjord Kommune ad. uttalelse om sykehusreformen – Hålogaland sykehus. *Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.*
  7. Brev av 16. juni 2004 fra Helseministeren til Ågot Jensen, Harstad ad. synspunkter på nedbemanning av Hålogalandssykehuset Harstad. *Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.*
  8. Brev av 17. juni 2004 fra Vest-Finnmark Regionråd ad. Helse Finnmark / Hammerfest sykehus. Konsekvenser av helsereformen. Uttalelse. *Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.*
  9. Protokoll av 21. juni 2004 fra styremøte i Nordlandssykehuset HF ad. høringsuttalelse stab- / støtteprosjektet. *Kopi av protokollen ble lagt frem ved møtestart.*
  10. Protokoll av 22. juni 2004 fra styremøte i Hålogalandssykehuset HF ad. høringsuttalelse stab- / støtteprosjektet. *Kopi av protokollen ble lagt frem ved møtestart.*
  11. Protokoll av 16. juni 2004 fra styremøte i Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. diverse høringsuttalelser. *Kopi av protokollen ble lagt frem ved møtestart.*
- Sak 51-2004 Eventuelt

Styrets vedtak:

Sakslisten godkjennes.

## **STYRESAK 40-2004      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 18. MAI 2004**

### Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 18. mai 2004 godkjennes.

## **STYRESAK 41-2004      ÅRSREGNSKAP 2003.**

### Styrets vedtak:

1. Styret for Helse Nord RHF (eierforetaket) godkjenner årsberetningen og regnskapet for 2003, med et negativt resultat på kr. 1 037 263 869,- som dekkes ved overføring fra innskutt annen egenkapital. Foretaksgruppen Helse Nord hadde et samlet negativt resultat på 548 millioner kroner.
2. Styret er tilfreds med at årets regnskap kan avgis uten merknader fra revisor, men vil samtidig understreke behovet for ytterligere forbedringer når det gjelder interne kontrollrutiner, spesielt for helseforetakene.
3. Styret tar til etterretning den fastsatte åpningsbalanse, samt avskrivningsreglene som er lagt til grunn og forutsetter at prinsippene blir gjort gjeldende fremover. Endrede avskrivningsregler og høyere verdi av bygg og anlegg medfører at resultat etter avskrivninger blir negativt. Det avlagte regnskapet for 2002 er omarbeidet og viser også et betydelig underskudd som følge av økte avskrivninger.
4. Styret legger til grunn at de forhold som er beskrevet over ikke skal endre de vedtatte budsjettforutsetningene for 2004 eller føre til nye styringsmål for helseforetakene i Helse Nord for 2004. Dette betyr at resultat etter avskrivninger vil vise et betydelig underskudd i regnskapet for 2004.
5. Styret ser det som svært uheldig at det har tatt nesten tre år å få fastlagt de endelige verdier og retningslinjer for åpningsbalanse og avskrivningsprinsipper fra eier. Dette har skapt usikkerhet om foretakenes rammebetingelser, medført uforholdsmessig stort ressursbruk i arbeid med regnskapsforhold og gjort det vanskelig å kommunisere de reelle resultater av driften. Styret understreker viktigheten av at det nå kommer en rask avklaring fra eier mht budsjettforutsetninger og balansekrav for 2005, samt hvorvidt praktisering av regnskapsloven skal endres for helseforetakene (jf RNB). Styret anser videre at det er vesentlig å få avklart de langsiktige konsekvenser – og behov for tiltak – knyttet til krav om drifts- og kapitaleffektivisering som følge av at de samlede inntektene er vesentlig lavere enn avskrivningene og anskaffelsesbehovet. Styret kan ikke se at dette betyr noe annet i Helse Nord enn en reduksjon i antall sykehus eller i størrelsen på enhetene.

## **STYRESAK 42-2004      REGNSKAPS- OG RESULTATVURDERING 2003.** *Styresaken ble trukket av administrasjonen.*

## STYRESAK 43-2004      1. TERTIALRAPPORT 2004 - HELSE NORD.

### Styrets vedtak:

1. Styret vil gi sin anerkjennelse for at samtlige helseforetak på en konstruktiv og aktiv måte har tatt tak i omstillingsutfordringene. Styret vil særlig understreke behovet for et tett samarbeid mellom ledelse og arbeidstakernes representanter for å lykkes med omstillingsarbeidet slik at det kan legges grunnlag for en stabil økonomisk situasjon.
2. Styret registrerer at den økonomiske utviklingen ved Nordlandssykehuset og UNN er i tråd med vedtatt styringsmål. Et evt. forbedret resultat må brukes til å redusere tilpasningsutfordringen for 2005.
3. Styret registrerer med bekymring at videreføring av dagens driftsnivå vil medføre underskudd utover vedtatt styringsmål for Helse Finnmark og Hålogalandssykehuset. Styrene i helseforetakene bes særlig å følge opp at tiltak blir gjennomført slik at vedtatte styringsmål oppnås, men vil allikevel gi uttrykk for tilfredshet med at begge helseforetak har iverksatt tiltak som nå synes å virke.
4. Styret er tilfreds med utviklingen i ventetider og ber om at det særlig holdes oppmerksomhet omkring ventetidsutviklingen for prioriterte grupper når omstillingstiltakene gjennomføres.

## STYRESAK 44-2004      JUSTERING AV DRIFTS- OG INVESTERINGSRAMMER 2004.

### Styrets vedtak:

1. Av styrets disponible midler bevilges

1 mill. kr. til fullfinansiering stab / støtte-prosjekt  
0,2 mill. kr. til Handlingsplan for informasjon og kommunikasjon  
0,2 mill. kr. til økt tilskudd Kløveråsen utrednings- og kompetansesenter  
2 mill. kr. til driftskostnader Oracle konsernavtale

2. Helseforetakene tilføres 66,6 mill kr. i økte avskrivningsmidler for 2004 med følgende fordeling mellom HF:

(tall i 1000 kr)	Økning avskrivningsmidler
Finnmark	7 500
UNN	18 300
Hålogaland	9 600
NLSH	18 100
Helgeland	13 100
<b>Sum</b>	<b>66 600</b>

Avskrivningsmidler finansieres av avsetning til avskrivninger, kapitalkostnader psykisk helsevern, restmidler til styrets disposisjon, udisponerte omstillingsmidler og økt bevilgning i revidert nasjonalbudsjett.

Rest tildeling i revidert nasjonalbudsjett, 42,1 mill. kr avsettes til styrets disposisjon.

3. Følgende beløp av avskrivninger åpningsbalansen belastes strukturfond i 2004:

(tall i 1000 kr)	Belastning strukturfond
Finnmark	17 717
UNN	56 869
Hålogaland	29 842
NLSH	26 050
Helgeland	11 115
<b>Sum</b>	<b>141 593</b>

4. Styringsmål for helseforetakene justeres til:

(tall i 1000 kr)	Styringsmål før strukturfond	Styringsmål etter strukturfond
Finnmark	87 000	69 000
UNN	138 000	81 000
Hålogaland	78 000	48 500
NLSH	120 000	93 500
Helgeland	39 000	28 000
RHF	0	0
<b>Sum</b>	<b>462 000</b>	<b>320 000</b>

5. Rammer for 2004 justeres til

(tall i 1000 kr)	Basisramme	Psykia- ramme	Øremerket ramme	Investerings- ramme
Finnmark	599 124	32 043	81 681	30 000
UNN	1 970 526	33 954	163 512,5	132 900
Hålogaland	709 354	28 844	60 729	42 000
NLSH	1 115 922	34 877	55 160	91 400
Helgeland	501 461	15 846	45 147	44 900
RHF	347 990	10 717	144 448,7	55 900
Til styrets disposisjon	42 109			2 900
<b>Sum</b>	<b>5 286 486</b>	<b>156 281</b>	<b>550 678,2</b>	<b>400 000</b>

## **STYRESAK 45-2004      BUDSJETT 2005 - PREMISSER FOR DRIFT OG INVESTERINGER.**

### Styrets vedtak:

1. Styringsmålet for 2005 fastholdes til økonomisk balanse før økte avskrivninger av åpningsbalansen.

2. Styringsmålet per helseforetak etter økte avskrivninger av åpningsbalansen fastsettes til følgende:

	<b>Før strukturfond</b>	<b>Etter strukturfond</b>
Helse Nord RHF	0 mill kr	0 mill kr
Helse Finnmark	- 24 mill kr	- 8 mill kr
Universitetssykehuset	- 56 mill kr	- 2 mill kr
Hålogalandssykehuset	- 43 mill kr	- 15 mill kr
Nordlandssykehuset	- 38 mill kr	- 14 mill kr
Helgelandssykehuset	- 16 mill kr	- 6 mill kr
Sykehusapotek Nord	0 mill kr	0 mill kr
<b>Styringsmål</b>	<b>- 177 mill kr</b>	<b>- 45 mill kr</b>

3. Følgende strategi legges for realisering av økonomisk balanse i 2005:

3.1. Helseforetakene skal fullføre arbeidet med å dekke inn brutto tilpasningsproblem i 2005. Dette innebærer realisering av 500 mill kr i effekt av allerede planlagte tiltak i 2004, samt nye tiltak for å dekke restproblem på om lag 100 mill kr.

3.2. Helseforetakene må sette inn tiltak for å dekke eventuelle overskridelser i 2004.

3.3. Økte kostnader (drift, avskrivninger og renter) ved nye investeringer dekkes innenfor helseforetakenes rammer. Unntaket er investeringer innen godkjent opptrappingsplan for psykisk helse.

3.4. Rammereduksjon som følge av vedtatt omfordeling mellom regioner, samt kostnader til dekning av fedmeoperasjoner samt til ambulanse Mosjøen dekkes gjennom reduksjoner i rammen til Helse Nord RHF (totalt om lag 13 mill kr).

3.5. Mens tilpasningsarbeidet pågår i 2005, gjøres ingen ytterligere omfordeling av dagens inntektsramme mellom helseforetakene. Dersom foretaksgruppen gjennom f eks Statsbudsjettet for 2005 gis økte "frie" inntekter, benyttes disse til:

- utjevning av inntektsnivå mellom helseforetakene
- finansiering av ny / prioritert aktivitet

4. Foreløpig basisramme 2005 for helseforetakene fastsettes som foreslått i vedlegg til saksframlegget.

5. Investeringsrammen for 2005 fastsettes til 700 mill kr. Følgende forutsetninger legges til grunn for investeringsrammen:

5.1. Helse Nord kan egenfinansiere 400 mill kr.

5.2. Helse Nord innvilges 300 mill kr i investeringslån.

5.3. Et eventuelt investeringstilskudd benyttes til redusert låneopptak.

5.4. Helseforetakene har kontroll med økonomien og kan sannsynliggjøre dekning for økte kostnader til avskrivninger, renter og økte driftskostnader knyttet til investeringer innenfor kravet om økonomisk balanse



6. Investeringsrammen 2005 fordeles slik på helseforetak:

Helse Nord RHF	30,0 mill kr
Helse Finnmark	61,3 mill kr
Universitetssykehuset	154,4 mill kr
Hålogalandssykehuset	82,0 mill kr
Nordlandssykehuset	275,6 mill kr
Helgelandssykehuset	39,0 mill kr
Til styrets disposisjon	57,7 mill kr
Samlet investeringsramme	700,0 mill kr

Investeringsrammen fordeles på investeringskategorier i henhold til saksframlegget.

## **STYRESAK 46-2004      FREMTIDIG ORGANISERING AV STAB- OG STØTTEFUNKSJONER.**

### Styrets vedtak:

#### **A. Premisser**

1. Styret viser til saksframlegget. Styret vil understreke kravet til effektivisering av stab- og støttefunksjoner for å løse Helse Nord's fremtidige utfordringer. Gevinstpotensialet, hvordan gevinstene skal taes ut og kostnadene ved ny organisering må synliggjøres før endelig beslutning om implementering.
2. Styret ønsker videre utredning av øvrige støtteområder, som kantinevirksomhet, skrive tjenester og en helhetlig logistikkjennomgang. En slik utredning vil igangsettes etter at stab- og støtteprosjektet så langt er evaluert i samarbeid med direktørene ved helseforetakene.

#### **B. Organisering**

3. Lønn- og regnskapsfunksjonene organiseres med utgangspunkt i helseforetakene (desentralt) slik som i dag. Det igangsettes prosjekter for standardisering og effektivisering på tvers av helseforetakene. Følgende momenter er vesentlige ved fortsatt desentral løsning:
  - Det vil bli stilt krav til økt kvalitet på regnskap og lønnsføringer, og det må gis aksept for at RHF stiller gjennomgående krav til helseforetakene.
  - Det vil bli stilt krav fra RHF om økt standardisering av prosesser og prinsipper for regnskaps- og lønnsføringer i helseforetakene.
  - RHF's rolle som forvalter av økonomi- og lønssystemet må styrkes.
  - Helseforetakene forpliktes til å implementere nye standardiserte IT-løsninger, og ta i bruk de muligheter som dermed stilles til disposisjon.
  - Helseforetakene skal realisere besparelser innenfor lønn og regnskap, herunder nedbemanne, samt frigjøre ressurser til prioriterte oppgaver.
  - Lønns- og regnskapsfunksjonene internt i foretakene bør organiseres under en felles leder.
  - Ordningen skal evalueres innen utgangen av 2005.

4. Innkjøpsfunksjonen samordnes på følgende måte:
  - To personer tilsettes i en felles prosjektenhet som er ansvarlig for å gjennomføre nødvendige tiltak for å ta ut de skisserte gevinster.
  - Det etableres et mer forpliktende innkjøpsforum på tvers av foretakene. Innkjøpssjefene ved foretakene frikjøpes til dette arbeidet.
  - Strategisk samordningsansvar delegeres fra RHF og HF til ny sentral prosjektenhet.
5. IT-funksjonen organiseres som foreslått i modell A – ny felles driftsenhet, der denne modellen forutsettes nærmere konkretisert på grunnlag av høringer og oppfølgende samhandling med foretakene og deres styrer. En oppfølgende sak med detaljert beskrivelse av modell A, samt implementeringskostnader, forelegges styret for behandling i desember 2004.
6. Ved lokalisering av de enkelte stabs- og støttefunksjoner skal både hensynet til stedlig kompetanse og framtidige rekrutteringsmuligheter vektlegges. En egen sak om lokalisering av ny IT-organisasjon og prosjektenhet for innkjøp legges frem for styret i et senere møte.

**STYRESAK 47-2004      REGIONAL PLAN FOR HELSEMESSIG OG  
SOSIAL BEREDSKAP I HELSE NORD  
2004 - 2008.**

Styrets vedtak:

1. Framlagte regional plan for helsemessig og sosial beredskap i Helse Nord 2004 – 2008, godkjennes.
2. Planen oppdateres kontinuerlig, og underlegges hovedrevisjon i 2008.

**STYRESAK 48-2004      ETABLERING AV NYTT TILBUD OM  
KIRURGISKE OPERASJONER FOR  
PASIENTER MED SYKELIG OVERVEKT.**

Styrets vedtak:

1. Kirurgisk behandling av sykkelig overvekt i Helse Nord etableres som en funksjon ved Nordlandssykehuset Bodø.
2. Inntil nye kostnadsvekter for slik behandling er etablert, dekker Helse Nord RHF mellomlegget mellom kostnad og DRG-inntekt med kr. 46.000,- pr. pasient begrenset oppad til 2,3 millioner kroner for neste år. Det bevilges kr. 200.000 til kompetanseoppbygging i 2004.
3. Ved behandling av pasienter fra andre RHF, må pasientens hjemstedsregion dekke merkostnader fram til endelig finansiering er klarlagt nasjonalt.

4. Nordlandssykehuset Bodø sørger for å etablere et forsvarlig tjenestetilbud, og overtar gamle og nye søknader, samt tilbyr tidligere utenlandsopererte pasienter etterundersøkelse og sørger for adekvat oppfølging.

## **STYRESAK 49-2004      ORIENTERINGSSAKER**

Det ble gitt orientering om arbeidet med følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret. *Muntlig*.
  - Møte med Kontaktutvalget for de nordnorske fylkeskommunene, den 22. juni 2004.
  - Fellesmøte mellom styreledere og adm. direktører i de regionale helseforetakene samt helseministeren, den 24. mai 2004.
  - Møte om lokalsykehusenes funksjon, Kirkenes den 1. juni 2004.
  - Møte med lederen i det regionale brukerutvalget.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret. *Muntlig*.
  - Lønnsoppjøret 2003.
  - Finansiering av syke transport – endring fra 2005.
  - Spesialisthelsetjenester nært pasientens bosted.
  - Nasjonal strategigruppe for prioriteringer.
  - Møte med Helsedepartementet og Helsetilsynet, den 21. juni 2004.
  - Utredninger – informasjon til styret.
3. Organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord.
4. Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR) i Helse Nord – nytt senter.
5. Forskningsstrategi i Helse Nord.
6. Helse Finnmark HF – investeringsprosjekter.

### Styrets vedtak:

Framlagte saker taes til orientering.

## **STYRESAK 50-2004      REFERATSAKER**

Det ble referert fra følgende saker:

1. Brev av 21. mai 2004 fra Nordlandssykehuset HF til Saltdal Kommune v/ordføreren ad. nedlegging av ortopedienheten på Vensmoen.
2. Brev av 24. mai 2004 fra Nordland fylkeskommune v/Plan- og næringsavdelingen ad. fellesuttalelse om rehabiliteringstilbud i Helse Nord.
3. Brev av 27. mai 2004 fra Saltdal Kommune v/ordføreren til statsråd Dagfinn Høybråten ad. nedbygging av tilbud innenfor rehabilitering og habilitering.
4. Brev av 3. juni 2004 fra Saltdal Kommune v/ordføreren til Sosial- og helsedirektoratet ad. Vensmoen rehabilitering.
5. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, den 14. juni 2004. *Kopi av protokollen ble lagt frem ved møtestart.*
6. Brev av 16. juni 2004 fra Helseministeren til Rådet for funksjonshemmede i Kvæfjord Kommune ad. uttalelse om sykehusreformen – Hålogaland sykehus. *Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.*

7. Brev av 16. juni 2004 fra Helseministeren til Ågot Jensen, Harstad ad. synspunkter på nedbemanning av Hålogalandssykehuset Harstad. *Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.*
8. Brev av 17. juni 2004 fra Vest-Finnmark Regionråd ad. Helse Finnmark / Hammerfest sykehus. Konsekvenser av helsereformen. Uttalelse. *Kopi av brevet ble lagt frem ved møtestart.*
9. Protokoll av 21. juni 2004 fra styremøte i Nordlandssykehuset HF ad. høringsuttalelse stab- / støtteprosjektet. *Kopi av protokollen ble lagt frem ved møtestart.*
10. Protokoll av 22. juni 2004 fra styremøte i Hålogalandssykehuset HF ad. høringsuttalelse stab- / støtteprosjektet. *Kopi av protokollen ble lagt frem ved møtestart.*
11. Protokoll av 16. juni 2004 fra styremøte i Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. diverse høringsuttalelser. *Kopi av protokollen ble lagt frem ved møtestart.*

Styrets vedtak:

Framlagte saker taes til orientering.

**STYRESAK 51-2004**

**EVENTUELT**

*Ingen saker ble fremmet.*

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

Protokoll fra styremøtet, den 24. juni 2004 godkjennes.

Bodø, den 24. august 2004

Lars Vorland  
Adm. direktør

**STYRESAK 54-2004      ETABLERING AV SENTER FOR  
LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING  
(LAR) I HELSE NORD**

Møtedato: 31. august 2004

**Formål/sammendrag**

I denne saken fremmes forslag til etablering av nytt senter for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for Helse Nord. Senteret anbefales lokalisert til Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), med driftsstart 1. januar 2005. Utredning fra et utvalg under Helse Nord RHF, datert april 2004 skal være retningsgivende for etablering og drift. Bemanningen fastsettes til 3 fagstillinger og 1 sekretær i det sentrale teamet, og 7 konsulentstillinger. 4 av konsulentstillingene lokaliseres til Bodø, fortrinnsvis ved Nordlandssykehuset, men er faglig og administrativt underlagt UNN. Egnet navn på senteret fastsettes av UNN.

**Bakgrunn/fakta**

Det er etablert regionale spesialistsentra for legemiddelassistert rehabilitering i fire av helseregionene. Helseregion Midt-Norge har betjent helseregion Nord. Regionsentrene har ansvar for den spesialiserte delen av rehabiliteringstilbudet, herunder inntaks-, oppstart-, og veiledningsfunksjoner. Den sosialfaglige oppfølgingen av pasientene skal foregå i regi av den kommunale sosialtjenesten. Legen i førstelinjetjenesten har ansvar for den medisinsk- faglige oppfølgingen av rehabiliteringsopplegget etter at klienten er overført til lokal oppfølging. Inntak skjer i henhold til retningslinjer fastsatt av Sosialdepartementet og Helsedepartementet. I mars 2004 var det 68 personer i Helse Nord som var i tiltak eller der tiltak var under oppstart. Ca. 20 personer var på venteliste og 10 søknader var under behandling. Utvalget har beregnet at senteret må ha en årlig kapasitet på tilbud til ca. 90 klienter. Da er det tatt hensyn til en viss nyrekruttering, og at noen går over i kommunal oppfølging. Bemanningen foreslås til 4 stillinger i sentralt team, og 7 konsulenter som arbeider utadrettet mot klient og førstelinjetjenestene. 4 av disse stillinger foreslås lagt til Bodø for å dekke Nordland og Sør-Troms, mens de øvrige lokaliseres til Tromsø og dekker resten av Troms og Finnmark. Dette er beskrevet som modell 2 i utredningen, i motsetning til Modell 1 der alle stillinger er lokalisert til regionsenteret. Årlig driftsbudsjett er i utredningen anslått til ca. 15,5 mill.kr.

Utredningen har vært sendt til bred høring i regionen. De innkomne uttalelsene gir i hovedsak tilslutning til innhold og anbefalinger. Helse Finnmark HF ønsker 1 konsulentstilling lokalisert til Finnmark. Bodø kommune foreslår ytterligere 1 konsulentsstilling til Bodø ut fra behovet. Fagforeningene har ikke vesentlige merknader til innholdet. De har innvendinger til prosessen, der tillitsvalgte eller fagkonsulenter ikke har vært med i utredningsutvalget. Dette skyldes at en ønsket å ha et lite, men bredt og representativt utvalg fra kommuner og institusjonstjenestene. I tillegg er det innhentet informasjon fra møter med, og besøk hos, senteret i Helse Midt (Marit) som dekker Helse Nord i dag.

Det fremgår at konsulentene i dagens tjeneste ønsker en sterkere sentralisering av tjenestene (Modell 1). YS støtter modell 2.

## **Vurdering**

Helse Nord er gjennom Helsedepartementets styringsdokument 2004 gitt i oppdrag å utrede og etablere et eget LAR-senter i Nord-Norge. Det vises også til statsbudsjett 2004. Den foreslåtte utredningen er et godt grunnlag for den videre detaljplanlegging. Høringsuttalelsene støtter i det vesentlige anbefalingene. De budsjettmessige konsekvenser er ikke endelig avklart, men det tilrås at tiltaket innpasses i budsjett 2005 og at etablering skjer med virkning fra 1.1.2005. Videre bør det gjøres mer detaljplanlegging for å finne frem til beste alternativ for ivaretagelse av laboratorietjenester, samt produksjon og distribusjon av legemidlene.

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

1. Det etableres et nytt senter for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Helse Nord fra 1.1.2005. Senteret legges til UNN og gis navnet LARINORD. Helse Nord RHF's utredning av april 2004 er retningsgivende for etablering og drift av senteret.
2. Fire konsulentsstillinger i senteret lokaliseres til Bodø, fortrinnsvis ved Nordlandssykehuset. Stillingene er faglig og administrativt underlagt UNN.
3. Tilvirkning og distribusjon av legemidler (metadon) skal skje på den mest rasjonelle og driftsøkonomisk beste måte. Avtale med Sykehusapotek Nord HF må vurderes som alternativ.
4. Laboratorietjenester skal ivaretas på faglig og driftsøkonomisk beste måte. Dersom dette ikke oppnås gjennom eget laboratorium på UNN søkes tjenestene fortsatt dekket fra St. Olavs Hospital i Trondheim, eller i utlandet.
5. Tiltaket innarbeides i budsjett 2005

Bodø, den 24. august 2004

Lars Vorland  
Adm. direktør

Utrykte vedlegg: Utredning vedr. legemiddelassistert rehabilitering i Helse Nord, april 2004  
Innkommne høringsuttalelser

## UTREDNING

### Innledning

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er et tilbud til de mest belastede rusmiddelmissbrukere, der andre tilbud alene ikke vurderes som tilstrekkelig for å endre livssituasjonen. Det er av departementer fastsatt egne retningslinjer for å bli tatt opp i tiltaket. Inntak mm. skjer i dag gjennom egne sentra som er etablert i 4 helseregioner. Helse Nord dekkes gjennom senteret i Helse Midt. I statsbudsjett 2004 og styringsdokument 2004 er helse Nord gitt i oppdrag å etablere et senter i egen region. Helse Nord RHF nedsatte et utvalg til å utrede dette. Utvalget avgav innstilling i april 2004. Styret ble orientert i møte 24. juni. Saken legges nå frem til realitetsbehandling. Utredningen har vært ute til høring.

### Bakgrunn

Etter forsøk vedtok Stortinget i 1997 å etablere metadonassistert rehabilitering som et landsdekkende tilbud. Det er fastsatt nasjonale retningslinjer for målgruppe, kriterier for inntak og utskrivning, og til organisering. Med bakgrunn i erfaringer er det nå vurdert behov for å etablere et senter også i Helse Nord. Øremerket tilskudd til Helse Nord er økt noe allerede inneværende år med sikte på planlegging og evt. oppstart. Pr. april 2004 var det 64 personer i helse Nord på tiltak. Ventetiden er i dag 2 år fra søknad mottas til klienten er på aktiv rehabilitering. Nasjonalt mål er maksimum 1 år.

### Kort om utvalgsutredningen

Utvalget har vært bredt sammensatt med representanter fra spesialisthelsetjenesten og fra sosial- og helsetjenesten i kommunene. Det er avholdt møte med senteret i Trondheim (Marit), og representanter fra utvalget har besøkt Marit.

Det er beregnet et behov for årlig kapasitet til 90 klienter i helseregion Nord. Det er da tatt hensyn til at en del søknader avslås, og at noen klienter går over til lokal oppfølging. I tillegg til minimumsbemanning på 4 stillinger i sentralt inntaksteam er det beregnet behov for å øke antall konsulenter i regionen fra 5 til 7.

Det er vurdert to alternative modeller for organisering. Modell 1 er en sentralisert modell, der sentralt team og alle konsulentstillinger samlokaliseres i ett miljø. Konsulentene ambulerer da i regionen etter behov. Modell 2 er en desentralisert modell der konsulentstillingene deler helseregionen i to, og stillingene lokaliseres sentralt i de respektive områder (Tromsø og Bodø). Modell 2 er den som er nærmest den modell som Marit praktiserer i dag, og som både senteret og representanter fra regionen gir uttrykk for har fungert svært positivt. Nærheten til brukere og lokalt hjelpeapparat gir god kvalitet, service og er driftsmessig fordelaktig.

Med grunnlag i erfaringstall og egne beregninger er årlig driftsbudsjett anslått til ca. 11,5 mill.kr. Det er en økning på i alt 6 stillinger i forhold til i dag (nytt sentralt team og 2 nye konsulentstillinger). Størst usikkerhet foreløpig er knyttet til husleie (lokaler er ikke avklart) og eventuell ny maskin ved laboratoriet ved UNN for å gjøre analyser; dersom analyser skal gjøres der. Øremerket tilskudd til LAR-tiltak i Helse Nord er i dag 6 mill.kr. Helårsvirkning for driften må innpasses i budsjett 2005. Utgiftene fordeler seg omtrentlig slik i kr:

	2004	2005
Lønnskostnader	2 100 000	5 100 000 (+ 6 stillinger)
Driftsutgifter	1 100 000	2 500 000
Legemidler	2 700.000	3 700 000 (+ ca 30 klienter)
Laboratorietjenester *)	4 100 000	4 100 000
Sum	10 000 000	15 400 000

\*) laboratorieprøver refunderes av RTV etter faste satser for bekreftende analyser og screening. Det er usikkert hvor stor den totale dekningsgraden blir.

Det kreves ytterligere utredning omkring valg av løsning for laboratorietjenester, og for produksjon og distribusjon av metadon enn hva som fremgår av utredningen. Både faglige og driftsmessige hensyn må vurderes.

### **Høringen**

Det er innkommet 9 høringsuttalelser. Nordland fylkeskommune vil avgi uttalelse den 17.8.04.

Samlet gir høringsinstansene i all hovedsak tilslutning til innhold og anbefalinger i utredningen. Alle støtter forslaget til modell for organisering, men det fremgår at ansatte konsulenter i tjenesten i dag ønsker modell 1 for å gi et sterkere og mer helhetlig fagmiljø. Det er reist innvendinger til at representanter fra de ansatte konsulenter ikke har vært involvert direkte i utredningen. Helse Finnmark HF ønsker 1 konsulentstilling lokalisert i helse Finnmark. Bodø kommune viser til behovet og ønsker antall stillinger i Bodø økt med 1, alternativ justering av dekningsområdet for stillingene.

Brukerorganisasjoner påpeker viktigheten av å ha tilstrekkelig kapasitet, og at dagens praktisering av retningslinjene er svært streng.

Sykehusapotek Nord anbefaler, ut fra økonomiske, kapasitetsmessig og sikkerhetsmessige hensyn, egenproduksjon av metadon ved Sykehusapotek Nord, og distribusjon gjennom etablert distribusjonsnettverket til Norsk Medisinaldepot.

Kostnader for analyser dekkes av Rikstrygdeverket. Klinisk farmakologisk avd. ved Unn kan oppfylle kravene til kvalitet og kompetanse til servicefunksjonene som i dag kjøpes ved St. Olavs Hospital. Det er behov for en ny analysemaskin på laboratoriet for bekreftende analyser, hvor positivt analyseresultat kan danne grunnlaget for iverksetting av alvorlige sanksjoner. Investering er beregnet til 2,3 mill.kr., med avskrivning over 3-5 år.

Det er kommet innvendinger til navneforslaget.

### **Konsekvenser**

Etablering av nytt LAR-senter i Helse Nord vil bidra til betydelig reduksjon i ventetid for tilbud om legemiddellassistert rehabilitering for klienter i Nord-Norge. Årlige driftsutgifter vil øke med ca. 6 mill. kr. utover dagens nivå. Samlede konsekvenser for valg av alternativer for laboratorieprøver, samt produksjon og distribusjon er ikke godt nok utredet, dette må gjøres før endelig beslutning treffes.

### **Vurdering**

Med bakgrunn i departementets føringer, samt ventetiden for legemiddellassistert rehabilitering for klienter i helse Nord bør senteret etableres i 2005. Høringsuttalelsene støtter i all hovedsak innhold og anbefalinger i Helse Nord RHF's utredning av april 2004. Det foreslås at senteret etableres ved UNN etter den anbefalte modell 2, der 4 stillinger lokaliseres til Bodø. Eventuell ytterligere desentralisering av stillinger, justering av dekningsområder, eller endring i kapasitet/bemanning foreslås vurdert etter 1-2års erfaring med driften. Unn må foreta ytterligere utredning omkring valg av løsning for laboratoriefunksjoner, samt produksjon og distribusjon av metadon. Det er også av nasjonal interesse å redusere kostnadene til legemidler og distribusjon til et minimum.

Senteret foreslås gitt navnet LARINORD



**STYRESAK 55-2004 ORGANISERING AV ELEKTIV ORTOPEDI I  
HELSE NORD**

Møtedato: 31. august 2004

**Formål og sammendrag**

I denne saken foreslås konkrete tiltak etter rapport om organisering av den elektive ortopedien i Helse Nord, lagt fram for styret som orienteringssak i juni. En hovedhensikt med denne utredningen har vært å vurdere de samlede behov og behandlingsskapasitet i regionen, og å foreslå nødvendige tiltak for å bedre balansen mellom tilbud og etterspørsel. Det redegjøres for divergerende syn i prosjektgruppen og fra høringsinstansene og gis en anbefaling om en nærmere utredning av en ren elektiv ortopedisk enhet i landsdelen. Det foreslås å samle fagressursene ved ett senter i hvert helseforetak samt at det foreslås å sentralisere deler av den kompliserte, lavvolum ortopedien til færre enheter.

**Konklusjon**

På bakgrunn av den framlagte rapport anbefales i denne saken en bedre organisert elektiv produksjon i Helse Nord, hvor potensialet hos spesialistene utnyttes bedre ved samling i større ortopediske enheter. Helse Nord ønsker en nærmere utredning av de økonomiske, bygningsmessige og personellmessige sider ved etablering av en ren elektiv enhet for eksempel i Narvik. Det er ikke konsensus i prosjektgruppen vedrørende de ulike løsningsalternativer. Fagmiljøets synspunkter bør imidlertid tillegges vesentlig betydning, slik at en tillegger et spesielt ansvar for miljøene ved UNN og Bodø for å utvikle praktiske løsninger.

De ortopediske ressursene i Helse Nord samles til ett ortopedisk senter i hvert helseforetak for å kunne skape bedre fagmiljøer, bedre utdanning av nye ortopedier, og for å skape kontinuitet og være mindre avhengig av enkeltpersoner og vikarordninger.

Hovedkonklusjonene i SMM – rapport 6/2002 implementeres i Helse Nord. Fagmiljøene og avdelingenes ledelse gjøres ansvarlig for at dette blir gjort.

Fagmiljøet styrkes ved å sentralisere den kompliserte revisjonskirurgien og lavvolum ortopedi rundt de to store enheter, og en sterkere grad av funksjonsfordeling med tanke på å bedre behandlingskvalitet og utdanning gjennomføres i tråd med anbefalingene i rapporten.

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

1. Det framlagte forslag om å samle de ortopediske fagressursene og tilbudene ved ett senter i hvert helseforetak vedtas.

2. Sentralisering av den ortopediske lavvolum virksomheten vedtas i tråd med prosjektgruppens anbefalinger om funksjonsfordeling/sentralisering slik:
  - UNN skal ha ansvar for all instrumentell ryggbehandling, håndkirurgi, avansert revmakirurgi (ev. Bodø i tillegg), tumor, nevroortopedi, bløtdelssarkomer, barneortopedi, og all større traumatologi.
  - UNN og Nordlandssykehuset Bodø skal ha ansvar for all revisjonskirurgi og usementert protesekirurgi
  - Ikke-instrumentell ryggbehandling skal kun foregå ved UNN, Nordlandssykehuset Bodø, Helgelandssykehuset Rana
3. Hovedkonklusjonene i SMM – rapport 6/2002 implementeres i Helse Nord. Fagmiljøene og avdelingenes ledelse gjøres ansvarlig for at dette blir gjort. Det nedsettes et lite utvalg for å vurdere faglige og økonomiske fordeler/ulemper ved å satse på 1-2 protesetyper i landsdelen i framtiden.
4. Styret i Helse Nord RHF finner det sannsynliggjort gjennom rapporten fra prosjektgruppen og erfaringer fra andre deler av landet at det er hensiktsmessig for pasientene i landsdelen å organisere den elektive ortopedien i en skjermet elektiv enhet. Erfaringer fra bl.a. Martine Hansens Hospital viser at ventetid, kvalitet på utredning og behandling og kostnadseffektivitet kan bedres gjennom slik organisering.
5. Styret i Helse Nord RHF finner det imidlertid ikke tilstrekkelig utredet om det er mest hensiktsmessig at en slik enhet legges til Hålogalandssykehuset Narvik, eller til et annet sykehus og ber derfor om en nærmere utredning i tråd med de rammebetingelser som er skissert i saksforelegget.

Bodø, den 24. august 2004

Lars Vorland  
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Rapport om organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord

Utrykte vedlegg: Høringsuttalelser

## UTREDNING

### Innledning

I denne saken presenteres rapport om organisering av den elektive ortopedien i Helse Nord. En hovedhensikt med denne utredningen har vært å vurdere de samlede behov og behandlingsskapasitet i regionen, og å foreslå nødvendige tiltak for å bedre balansen mellom tilbud og etterspørsel.

Utredninger gir fra tid til annen noe diskusjon i fagmiljøene. Full konsensus er nødvendigvis ikke et hovedmål i utredningsfasen. I denne rapporten er det beskrevet ulike løsninger som det er delte meninger om. Størst debatt i gruppen har det vært rundt hensiktsmessigheten av å opprette en totalt skjermet enhet for elektiv ortopedi for å bedre regionens samlede behandlingsskapasitet og få ned ventetiden.

Rapporten har vært sendt på høring til helseforetakene, bruker- og arbeidstakerorganisasjonene og fagforeningene.

### Bakgrunn

Helse Nord arbeider med en overordnet plan for virksomheten i regionen. Ortopedi, og spesielt ventelistesituasjonen innen elektiv ortopedi, er en vesentlig del av denne virksomhetsplanen. Det synes rimelig godt klarlagt og dokumentert at ventetid på poliklinisk vurdering og i neste omgang på operativ behandling av ortopediske lidelser er for lang i hele regionen sett under ett. I tillegg er ventetidene uakseptabelt ulike internt i regionen.

Det har videre, innen det ortopediske miljø i Helse Nord, og for så vidt også i store deler av det nasjonale miljø, vært sett på som et problem at mangfoldet av protesekomponenter som benyttes ved primær hofteprotesekirurgi er for stort og variert. En effekt av denne praksis er at en del sykehus opererer inn protesekomponenter som mangler dokumentasjon i litteraturen. Dette kan være faglig og økonomisk betenkelig, i tillegg til at en slik praksis selvfølgelig kan ha en uønsket etisk side.

På denne bakgrunn ble det våren 2003 opprettet en prosjektgruppe som fikk følgende mandat:

- A. Vurdere ulike modeller for organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord
  1. Kort henviser til og oppsummere andre utredninger om organisering av ortopedi, og spesielt om erfaringer med skjermet elektiv virksomhet.
  2. Beskrive kort organisering av den ortopediske virksomhet i Nord-Norge (sykehus, avdelinger, spesialister, herunder personellmangel og ev. utdanningsbehov).
  3. Kommentere kort aktivitet innen elektiv ortopedi.
  4. Beskrive viktige faktorer som kan påvirke etterspørselen av ortopediske tjenester i Helse Nord, herunder hvordan ulike diagnosegrupper kan bli konkurranseutsatt (tjenestene utføres av offentlige sykehus utenfor landsdelen eller av private).
  5. Vurdere ulike tiltak som kan øke produksjonen innen elektiv ortopedi.
  6. Angi hovedprinsipper for organisering av akutt ortopedi i relasjon til elektive anbefalinger ovenfor.
- B. Bør SMM-rapport 6/2002: "Valg av implantater ved innsetting av primær total hofteprotese i Norge" implementeres i Helse Nord, og i tilfelle hvordan?
- C. Hvordan kan fagmiljøet i landsdelen styrkes gjennom:
  1. Utdanning av ortopedier?
  2. Utvikling av samarbeidsarenaer?
  3. Utvikling av incentivsystemer?

Prosjektgruppen har bestått av representanter fra fagmiljøene i alle helseforetakene samt at det har vært engasjert ekstern prosjektleder.

Prosjektgruppen har definert et omtrentlig behov for elektive ortopediske tjenester i regionen, og man har diskutert hva som er rimelig eller akseptabel ventetid innenfor de ulike tilbudene.

De ulike sykehusenes ortopediske virksomhet er kartlagt i detalj. På dette grunnlag har man så dannet seg et bilde av det samlede ortopediske tilbud i hele regionen.

På bakgrunn av informasjonen ovenfor (lokal detaljert informasjon og regional oversikt) ble det utarbeidet en kvantitativ liste over problemområder som i stor grad ble grundig diskutert i gruppen. Man har forsøkt å konsentrere debatten rundt de faktorer som oppfattes som de vesentlige i forhold til spørsmålene i mandatet.

Prosjektgruppen har vurdert hvilke deler av den elektive ortopedi som egner seg for dublering og konkurranseutsetting og på den annen side hvilke felter som bør sentraliseres eller funksjonsfordeles. Det er utarbeidet en liste i rapporten som det i stor grad har vært konsensus i gruppen om.

SMM rapport 6/2002 er gjennomgått grundig og man har her blitt enig om å gi Helse Nord en anbefaling.

Ulike organisasjonsmodeller for å løse de problemområder som ble identifisert er fremlagt og vurdert i prosjektgruppen. Gruppen har ikke vært enige i valg av løsningsmodeller og det fremkommer et flertall og et mindretall. Flertallets innstilling utgjøres av helseforetakenes representanter og støttes av et flertall av høringsuttalelsene. Mindretallet består av prosjektleder, som er ortoped ved Martine Hansens Hospital og representanten fra Helse Nord RHF.

Det er kommet inn 14 høringsuttalelser: 5 administrative uttalelser fra helseforetak, 1 fra styret i UNN, 1 kommune, 4 fra tillitsvalgte/fagforeninger og 3 individuelle uttalelser fra ortopeder i landsdelen.

## **Vurdering**

### **Prosjektgruppens vurderinger**

Prosjektgruppen har kommet til at det årlige behovet for de største gruppene inngrep i Helse Nord kommer til å være om lag 700 hofteproteser, 250 kneproteser, 350 ryggoperasjoner, 700 revmakirurgi og i underkant av 4000 dagkirurgiske ortopediske inngrep.

Med en usikkerhet knyttet til revmakirurgi, som antagelig ligger noe for lavt i Helse Nord, kan de øvrige tall tolkes slik at man pr i dag helt marginalt, eller kanskje noe i underkant, synes å dekke det faktiske behov. Man klarer imidlertid ikke å redusere ventetiden når tilbudet er marginalt. Rent teoretisk skulle det derfor ligge til rette for at en bedre organisering av det elektive tilbudet gradvis vil kunne redusere det største problemet, nemlig lang ventetid for utredning og behandling.

Som tidligere nevnt er gruppen uenige i løsningsmodellen for organisering av den elektive kirurgien. Flertallet mener det er kapasitet til å utvide aktiviteten ved dagens organisering og ved å styrke de etablerte miljøene, først og fremst i Tromsø og Bodø, men også på Mo, i Harstad eller Narvik og i Hammerfest. Mindretallet mener at den beste løsningen er å etablere en ren elektiv produksjonslinje ved ett av sykehusene. Ettersom foretaksmøtet i juni 2003 vedtok at Narvik skal videreutvikle seg i retning av økt elektiv ortopedi, har man foreslått å legge en slik skjermet enhet dit. Flertallet mener subsidiært at dersom en skal opprette en ren elektiv virksomhet må denne etableres i et av de to sterke, stabile fagmiljøene - i Tromsø eller Bodø.

Rapporten konkluderer med at det bør tilstrebes at regionen er selvforsynt med tilbud, bortsett fra det som skal sentraliseres til få steder i landet. Tilbudene må derfor være konkurransedyktige på ventetid og kvalitet, slik at pasientene ikke velger å reise ut av regionen for å få vurdering og behandling. For de prosedyrer hvor volumet er lavt og kompleksiteten stor, som for eksempel revisjonskirurgi, usementerte hofteproteser, instrumentelle fiksasjoner i rygg og spinalkirurgi m.v. er gruppen enige i at en sentralisering til færre enheter, slik det fremkommer av skjema i rapporten, er nødvendig.

#### *SMM – rapport 6/2002*

Prosjektgruppen anbefaler at SMM rapportens konklusjoner implementeres i Helse Nord, slik at det som hovedregel kreves 90 % eller høyere overlevelse av protesen etter 10 år, dokumentert ved registerstudie (Nasjonalt Register for Leddproteser) i tillegg til minst en uavhengig studie med både klinisk og røntgenologisk vurdering før protesen kan tas i bruk ved en norsk avdeling. Det samme kravet må gjelde dersom man skal fortsette med en allerede etablert protese. Deler av gruppen mener også det vil være kostnadmessig gunstig å satse på kun 1-2 protesetyper i landsdelen.

#### *Personellbehov og utdanning*

Gruppen mener det er for få ortopeder i landsdelen. Det antas å være slik i Helse Nord som andre steder, at rekruttering i stor grad har med et attraktivt og godt fagmiljø å gjøre. Et godt fagmiljø kan ikke vedtas, men vil lettest kunne utvikle seg i avdelinger hvor det er flere kolleger med sammenfallende faglige interesser. Slik sett vil det være en fordel å samle noen ortopeder på et sted, fremfor å spre enkeltpersoner rundt på ulike arbeidsteder. Dette vil nok i stor grad forbli et problem også i fremtiden dersom man tviholder på prinsippet at alle avdelingene skal være like, drives likt og ha nærmest identisk profil. For å operere det antall pasienter prosjektgruppen har anslått for Helse Nord innenfor akseptable tidsfrister, har gruppen beregnet behovet til å tilsvare 35 overleger og 15 utdanningsstillinger i årene fremover. Status i dag er 27,5 og 10.

#### **Vurdering i høringsinstansene**

Et flertall av høringsuttalelsene støtter opp om flertallet i prosjektgruppens forslag til organisering av elektiv ortopedi. 6 uttalelser sier nei til en egen skjermet elektiv produksjonslinje, mens UNN HF sier ja til denne løsningen under forutsetning at den legges til UNN. Hålogalandssykehuset HF og Narvik kommune støtter opprettelsen av en skjermet elektiv enhet ved sykehuset i Narvik. Ellers er de aller fleste enige i at det er behov for å sentralisere revmakirurgien og lavvoluminngrepene til UNN og Nordlandssykehuset. Det gis også tilslutning til å bygge opp ett sterkt ortopedisk miljø i hvert HF, og at dette må være i Hammerfest, på Mo og i Harstad eller Narvik i tillegg til de nevnte. Høringsinstansene er også opptatt av at en må styrke de eksisterende fagmiljø og ivareta behovet for utdanningskapasitet og kvalitet på både utdanning og behandling.

## Helse Nord's vurdering

Norske ortopediske avdelinger er fortsatt i stor grad organisert slik at hver eneste gang det legges inn en skadet pasient som øyeblikkelig hjelp, må det gjøres en vurdering av om denne skal prioriteres foran en elektiv pasient. Slike vurderinger er hver eneste gang tidskrevende og økonomisk og personellmessig ressurskrevende. Det kan heller ikke utelukkes at det er med på å skape en "ventekultur" på avdelingene.

Ved å overføre en større del av den forutsigbare, tallmessig store, oversiktlige gruppen pasienter som vanlig elektiv ortopedi representerer, til en eller flere rene, elektive produksjonslinjer, vil man få bedre utnyttelse, bedre kvalitet, mer fornøyde brukere, høyere produksjonstall, reduserte ventelister, bedre grunnlag for forskningsmaterialer, bedre spesialistutdannelse, mindre behov for unødvendige vaktordninger, mindre behov for spesialsykepleiere og leger som sitter på vakt om natt og i helger og venter på at noe skal skje og mindre behov for avspasering, dvs. høyere kontinuitet på dagtid for alle med spesialkompetanse.

Det er svært vanlig i det norske ortopediske fagmiljøet at "skjermet elektiv ortopedisk virksomhet" omtales i positive vendinger (1,5). Det er noe som mange hevder blir praktisert ved deres avdeling. Imidlertid er motstanden stor dersom man med skjerming virkelig mener "full skjerming". Skjerming blir derfor ofte et teoretisk begrep, noe som bare gjelder på de tidspunktene hvor det ikke er behov for å skjerme. Med full skjerming menes at avdelingen har ansvar for å ta seg av elektive ortopediske pasienter i en økonomisk og personellmessig uavhengig enhet. Det er ikke viktig om den elektive enheten legges fysisk nær, eller i større avstand til, andre avdelinger. Det er imidlertid avgjørende at den er organisatorisk og økonomisk selvstendig med eget personell og egne operasjonsstuer.

Motstanden mot full skjerming er ofte argumenter om at "det blir for dyrt", "alle må ta sin del av jobben", "det er urettferdig at noen bare skal skumme fløten", eller "at dette er en kunstig oppdeling av ortopedien". Fokuset i argumentasjonen blir satt mer på arbeidstakerne enn på den kroniske pasientgruppen man her søker å etablere et best mulig tilbud for. Helse Nord RHF har et "sørge-for-ansvar" overfor befolkningen som tilsier at vi må strebe etter å organisere tilbudene slik at pasientene opplever oss som konkurransedyktige på både kvalitet og ventetid, ellers velger de tilbudene sørpå. Helse Øst har for eksempel nærmest ikke ventetid lenger på ortopediske utredninger og operasjoner. Mange av gjestepasientutgiftene våre kommer av at nordnorske pasienter velger å få gjort sine ortopediske inngrep sørpå eller hos private.

Helse Nord erkjenner at det ikke er enighet i prosjektgruppen om at det nødvendigvis bør opprettes en større elektiv enhet i Helse Nord. Hovedargumentasjonen mot dette er frykt for at en slik enhet vil bli for stor, og derved fragmentere drift og utdannelse ved de andre avdelinger i regionen. Vi oppfatter imidlertid at det er konsensus vedrørende prinsippet at akutt ortopedi og elektiv ortopedi ikke bør gå på bekostning av hverandre, slik at den ene eller den andre gruppen blir nedprioritert. Man kan med andre ord enes om at skjerming kan være fornuftig. Helse Nord RHF vurderer det slik at en ren elektiv produksjonslinje i landsdelen vil være til pasientenes beste. Denne enheten kan ligge flere steder, men siden vi allerede har et vedtak fra fortaksmøtet i juni 2003 om å satse på elektiv ortopedi i Narvik, vil vi foreslå å utrede muligheten for å etablere en slik enhet i Narvik nærmere før saken legges fram for styret. Så langt har en ikke utredet de økonomiske, bygningsmessige eller personellmessige forhold rundt en ev. slik etablering. Et utredningsarbeid iverksettes med følgende rammebetingelser:

- Enheten bør ha 3 operasjonsstuer.
- Avdelingen må etablere et nært samarbeide med de øvrige sentra i Helse Nord, slik at en sikrer at ikke fagmiljøet i landsdelen fragmenteres.
- Enheten bør ha minimum 3 utdanningsstillinger
- Enheten skal ikke ta seg av traumatologi.
- Den skal ikke bli så stor at det elektive behov i landsdelen ”støvsuges”.

Det synes videre rimelig godt dokumentert at en bedre organisering av de enkelte eksisterende enheter vil kunne øke behandlingstakten noe. Det vil imidlertid antagelig ikke være behov for mer enn 1 ren elektiv enhet i Helse Nord, dersom en ellers organiserer pasientflyten bedre i, og mellom, helseforetakene. Det er i dag minimal overføring av pasienter fra sykehus med lang ventetid til sykehus med god kapasitet og liten eller ingen ventetid. Enhetene må også bli flinkere til å prioritere nyhenviste til poliklinisk behandling og effektivisere kontrollene betydelig. Det er på utredningssiden vi har de lengste ventetidene i dag.

UNN må fortsatt være ”lokomotivet” innen ortopedi i regionen, men denne avdelingen bør avlastes for mye av den vanlige og dagligdagse ortopedi for å kunne ta seg av regionssykehusoppgaver/spesialoppgaver. Avdelingen bør ha ansvar for revisjonskirurgi, instrumentell ryggbehandling, håndkirurgi, avansert revmakirurgi (evt Bodø i tillegg), tumor, nevroortopedi, bløtdelssarkomer, barneortopedi, usementert protesekirurgi i tillegg til en noe mindre del av generell ortopedi og all større traumatologi.

Prosjektgruppen har enstemmig gitt tilslutning til å bygge opp ett sterkt ortopedisk miljø i hvert HF, og at dette må være i Hammerfest, på Mo og i Harstad eller Narvik i tillegg til UNN og Bodø. Høringsinstansene er også opptatt av at en må styrke de eksisterende fagmiljø og ivareta behovet for utdanningskapasitet og kvalitet på både utdanning og behandling. Helse Nord slutter seg til denne vurderingen og finner det formålstjenlig å redusere antall behandlingssteder fra 11 til 5. Slik oppnås en rimelig funksjonsfordeling, der pasientene likevel i stor grad behandles innen eget foretak. Ventetid reduseres fra lang til kort. Forslaget forutsetter at alle enhetene, med ev. unntak av Narvik, har egen skjermet linje for traumatologi (1 stue). Man sikres god utdanning av utdanningskandidater og bedre kvalitet i behandlingen. Kapasitet ved de øvrige enheter i Helse Nord frigjøres til annen funksjonsfordeling.

### **Konsekvenser**

For å redusere ventetid for elektive ortopediske pasienter radikalt i Helse Nord bør det satses på en **totalt skjermet** elektiv enhet. En ren elektiv ortopedisk avdeling kan ta en stor del av den vanlige, tallmessig store og nødvendige ortopedi og være en avlastning for hele helseregionen, spesielt UNN og i noen grad Bodø. Det er ingen grunn til at den spesialiserte universitetsavdeling trenger å ha den tallmessig største elektive produksjon av vanlig ortopedi i regionen. Man vil da kunne frigjøre ressurser til spesialoppgaver og ø hjelp, samt forskning og undervisning. Til dette vil man naturlig nok også ha behov for et visst antall av den vanlige ortopedi. Man vil få forskningsinteresserte underordnede leger, mens de som trenger operativ erfaring på de vanlige tingene søker andre steder. Man bør videre lage utvekslingsmodeller der utdanningskandidatene får opplæring i ø hj operasjoner og forskningsmetoder i Tromsø, og elektiv mengdetrening i den rene elektive enheten.

Man kan på sett og vis se på en slik avdeling som en produksjonsbedrift som representerer en viss ”overkapasitet” som tar unna køer, slik at det ikke topper seg ved de øvrige avdelingene. Arbeidsprofilen ved en slik elektiv enhet er at man unngår belastende nattarbeid, til gjengjeld aksepteres mindre avspasering. Dette gir igjen høyere kontinuitet i pasientoppfølgingen.

Pga. utvikling i saken om akutt kirurgisk beredskap er det tidligere foreslått å videreutvikle ortopedi i Narvik. Helse Nord RHF mener en slik totalt skjermet enhet bør utredes nærmere før styret kan fatte vedtak i dette spørsmålet.

Revmakirurgi bør sentraliseres til Tromsø og Bodø hvor de revmatologiske avdelingene finnes.

Harstad bør ha en ortopedisk avdeling med profil liknende Rana og Hammerfest. Det bør være minimum to utdannelsestillinger i spesialiteten i Harstad. Avdelingen bør profileres til å kunne ta seg av store deler av traumatologien i Hålogaland HF.

I forhold til aktiviteten vil de foreslåtte modeller bli slik fremgår av tabellene:

#### Dagens situasjon:

Beh.sted	Befn.	Dagkir	Hofte	Kne	Rygg	revma	Xbånd	Stuer	O.lege	Ass	Ventet.
Rana	77000	600	110	20	60	+	+	2	2	1	
Mosjøen			40						0,5		
Bodø	97000	700	120	40	40	150	30	2-4	5	2	
Lofoten		+	40						1		
Narvik		+	40	15	20	-			3	0	
Harstad	106000	+	60	20	-	-	15		2		
Stokm.n		++	40	8					1		
UNN	100000	600	210	60	180	++	+	2-3	9	5	lang
H.fest	70000	400	65	25	-	-	-	2-4	3	2	lang
Kirkenes			35						1		
Totalt	450000	2300++	760	188	280	150++	30++	8-13++	27,5	10	lang

#### Framtidig modell, flertallsanbefaling prosjektgruppen:

Beh.sted	Befn.	Dagkir	Hofte	Kne	Rygg	revma	Xbånd	Stuer	O.lege	Ass	Ventet.
Rana	77000	700	140	35	100	15	+	2	2	1	
Bodø	97000	1000	150	50	50	350	30		6	3	
Narvik	Elektiv	500	75	40	20	-	20	3,5	4	1	
Harstad	106000	500	75	-	-	-	15		4	2	
UNN	100000	740	210	60	200*	350	30		11	5	
H.fest	70000	600	100	60	-	-	30	5	5	2	
Totalt	450000	4040	750	245	400	715	125	-	32	14	

\* samarbeid med nevrokirurgen

#### Framtidig modell, mindretallsanbefaling:

Beh.sted	Befn.	Dagkir	Hofte	Kne	Rygg	revma	Xbånd	Stuer	O.lege	Ass	Ventet.
Rana	77000	700	120	40	50	-	+		4	2	Kort
Bodø	97000	950	150	50	50	350	+		6	3	Kort
Narvik	Elektiv	1000	175	70	85	-	+	3	5	3	Kort
Harstad	106000	250	50	-	-	-	+		4	2	Kort
UNN	100000	600	150	60	165	350	+		11	4	Middels
H.fest	70000	500	100	30	-	-	+		4	2	Kort
Totalt	450000	4000	745	250	350	700	+++		35	16	kort



### **Oppsummering**

Det anbefales i denne saken en bedre organisert elektiv produksjon i Helse Nord, hvor restpotensial ved større ortopediske enheter utnyttes. Ytterligere produksjon bør foregå ved en større, ren elektiv enhet. En slik enhet må utredes nærmere før styret kan fatte vedtak. Det er ikke konsensus i prosjektgruppen vedrørende de ulike løsningsalternativer. Fagmiljøets synspunkter bør imidlertid tillegges vesentlig betydning, slik at en tillegger et spesielt ansvar for miljøene ved UNN og Bodø for å utvikle praktiske løsninger.

De ortopediske ressursene i Helse Nord samles til et mindre antall enheter enn hva som er tilfellet i dag, for å kunne skape bedre fagmiljøer, bedre utdanning av nye ortopeder, og for å skape kontinuitet og være mindre avhengig av enkeltpersoner og vikarordninger.

Hovedkonklusjonene i SMM - rapport 6/2002 implementeres i Helse Nord. Fagmiljøene og avdelingenes ledelse gjøres ansvarlig for at dette blir gjort.

Fagmiljøet styrkes ved å sentralisere den kompliserte revisjonskirurgien og lavvolum ortopedi rundt de to store enheter, og en sterkere grad av funksjonsfordeling med tanke på å bedre behandlingskvalitet og utdanning gjennomføres i tråd med anbefalingene i rapporten.

**STYRESAK 56-2004 HØRINGSUTTAELSE OM  
SPESIALITETSSTRUKTUREN I INDREMEDISIN  
OG KIRURGI – HELSE NORD**

Møtedato: 31. august 2004

**Formål/sammendrag**

Saken omhandler forslag til ny spesialitetsstruktur i indremedisin og kirurgi fra Nasjonalt Råd for spesialistutdanning og legefordeling (heretter NR). NR's utredning om spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi foreslår 5 endringer i forhold til dagens struktur, de fleste innen indremedisin. Alle forslagene er i tråd med Helse Nord's tidligere innsendte høringsuttalelser i 2002 og 2003. Helse Nord er imidlertid i dag ikke helt sikker på om tiden er moden for alle endringsforslagene, da vi har fått tilbakemelding fra fagmiljøene som tyder på at det er betydelig usikkerhet rundt endringsforslagene knyttet til indremedisin. Helse Nord konkluderer likevel med å slutte seg til alle endringsforslagene slik de foreligger.

**Bakgrunn/fakta**

Utredningen bygger på to høringsnotater, ett om indremedisin og ett om kirurgi. Disse notatene har vært på høring i de instanser som er representert i Nasjonalt Råd for spesialistutdanning og legefordeling. Helse Nord har tidligere, i 2002 og 2003, gitt høringsuttalelse på begge de omtalte notatene.

På bakgrunn av de to høringsnotatene og behandlingen av høringsuttalelser fra representantene i rådet, legger Nasjonalt Råd frem følgende forslag til endringer i spesialitetsregler og spesialitetsstruktur i indremedisin og kirurgi:

1. Utdanningstiden for spesialistutdanning i indremedisin og kirurgi med grenspesialiteter reduseres fra 7 til 6 ½ år.
2. Geriatri omdannes fra indremedisinsk grenspesialitet til hovedspesialitet.
3. Det etableres en ny grenspesialitet i generell indremedisin med utdanningstid som de øvrige indremedisinske grenspesialitetene.
4. Inntil 6 mnd. veiledet tjeneste i sykehjem på bestemte vilkår skal kunne telle for den fagspesifikke delen i spesialiteten indremedisin og geriatri og som valgfri utdanning i alle øvrige spesialiteter.
5. Det etableres ny grenspesialitet i mamma-endokrin kirurgi.

Høringsfristen er 1. september 2004.

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

1. Helse Nord ser behovet for å videreutvikle faglig innhold og organisering av både generell indremedisin og geriatri. Generelle indremedisinere bør på samme måte som andre grenspesialister innen indremedisin ha en mulig utviklingsvei på toppen av en felles basis, som gir grenspesialisering i generell indremedisin. Innholdsmessig bør denne grenspesialiseringen fokusere på helhetstenkning, og inkludere kompetanse innen akuttmedisin, kronikeromsorg, kvalitet, helsepedagogikk og tjenesteorganisering. Denne grenspesialiteten vil kunne fylle en helt klar funksjon innen spesialisthelsetjenesten som det vil bli sterkere behov for i framtida.
2. Helse Nord støtter omgjøring av geriatri fra grenspesialitet til hovedspesialitet.
3. Alle indremedisinske grenspesialiteter må ha generell vaktkompetanse på medisinske avdelinger.
4. Helse Nord støtter forslaget om at utdanningstiden for spesialistutdanning i indremedisin og kirurgi reduseres fra 7 til 6 ½ år.
5. Helse Nord støtter forslaget om etablering av ny grenspesialitet i mamma-endokrin kirurgi
6. Helse Nord ber NR iverksette utredning av en ev. framtidig grenspesialitet som ”distriktskirurg” med formål å vurdere de små lokalsykehusenes behov for kirurgisk vaktkompetanse og muligheten for å rekruttere spesialister til en slik utdanning og påfølgende arbeid i distriktene.

Bodø, den 24. august 2004

Lars Vorland  
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Helse Nord's tidligere høringsuttalelser om spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi

Uttrykte vedlegg: Utredning nr. 4 fra NR: Spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi

## Vurdering

### *Generelle kommentarer*

Høringsnotatet tar innledningsvis opp en del faktorer som påvirker utviklingen av den medisinske spesialiseringen, med vekt på faktorer som må veie tungt ved utviklingen av indremedisin og geriatri. Selv om befolkningen i Nord-Norge fortsatt er ”ung”, så har vi den samme utviklingen som i resten av landet på litt sikt. I en utvikling som preges av stadig økende spesialisering både faglig og teknologisk, øker samtidig behovet for faggrupper som har helhet og oversikt som sine viktigste mål. Ønsket om å styrke det medisinskfaglige tilbudet til eldre syke og pleietrengende, samt å gi ”generell indremedisin” og geriatri høyere status og tyngde, er etter vårt syn de viktigste begrunnelsene for de foreslåtte tiltakene. Helse Nord slutter seg til utredningens vurderinger på dette området.

Det er viktig å se spesialitetsstruktur i sammenheng med sykehusstruktur. Helse Nord vil her påpeke at i tillegg til epidemiologisk utvikling, vil også de endringer i befolkningsgrunnlag og organisering av sykehusene som har skjedd i forbindelse med sykehusreformen gi enda sterkere påvirkning på utviklingen. I Helse Nord RHF består alle helseforetakene av flere enn ett tidligere selvstendig sykehus. Det har gitt helseforetakene et større befolkningsgrunnlag og de arbeider kontinuerlig med tiltak som vil gi en mer helhetlig organisering på tvers av tidligere strukturer. Disse faktorene vil få betydning for hvilke muligheter en kan se for seg for utviklingen av spesialitetsstrukturen.

De fleste sykehusene i Helse Nord er små og i stor grad drevet av de generelle indremedisinere og kirurger og dermed også organisert som generelle indremedisinske/kirurgiske avdelinger. Vi står imidlertid overfor et generasjonsskifte blant legene, som vil kunne få stor innvirkning på hvordan sykehusene kan bli organisert. For å få en optimal vaktordning vil det bli behov for langt flere spesialister enn sykehusene kan drive med ut fra dagens ressurser, dersom ikke den generelle vaktkompetansen sikres. Dette må derfor være et overordnet hensyn som må legges til grunn for spesialitetsstrukturen, så lenge det er et uttrykt mål å sikre befolkningen tilgjengelige gode og likeverdige tjenester, med slik geografi som vi har både i vår landsdel og andre deler av landet.

Med tanke på at befolkningen stadig vil bli eldre og mer sammensatt, og at behovet for indremedisinsk fagekspertise dermed vil øke, er det videre viktig å få sengetallet for indremedisinske pasienter opp på nivå med behovet. Videre vil utviklingen kreve at spesialistene utvikler og utvider sin kompetanse i til dels nye retninger, mot mer akuttmedisin og mer kompetanse innen kvalitetsforbedring og helsepedagogikk. Dette betyr imidlertid ikke at ikke generalistkompetanse vil være like viktig i framtidens sykehus.

Utviklingen i befolkningen/pasientsammensetningen vil også aksentuere behovet for gode samarbeidsrelasjoner mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Fagpersonell som har ”generalistkompetanse”, som f.eks generelle indremedisinere vil være viktige bindeledd mellom tjenester og nivå.

*De enkelte punktene i NR's forslag til endringer:*

### **1. Utdanningstiden for spesialistutdanning i indremedisin og kirurgi med grenspesialiteter reduseres fra 7 til 6 ½ år.**

Mønsteret for kirurgi og indremedisin med grenspesialitet er i dag 4 år generell tjeneste i faget inklusive det valgfrie året og 3 års tjeneste i grenspesialiteten – til sammen 7 år. Med bakgrunn i et uttrykt ønske både fra Storting og utdanningsinstitusjonene om å forkorte og effektivisere spesialistutdanningen, samt at Norge har den lengste utdanningstiden i hele Europa, synes det å ligge til rette for denne endringen. Helse Nord er således enig i at det ikke

bør være motforestillinger mot at en spesialistkandidat blir godkjent etter 6 ½ år som kirurg eller indremedisiner med grenspesialitet når alle kompetansekrav, erfaringskrav og prosedyrelister/sjekklistene (herunder operasjonslister) er oppfylt. Assistentleger som ikke har lyktes i å oppfylle kravene får heller akseptere forlenget tjenestetid.

Det følger også av dette at kirurgiske og indremedisinske spesialiteter som i dag er hovedspesialiteter får forkortet utdanningstiden, slik at for eksempel ortopedisk kirurgi reduseres til 6 ½ år tilsvarende de øvrige kirurgiske spesialiteter/grenspesialiteter. En slik reduksjon bør kunne være mulig og likevel oppfylle målkrav/prosedyrekrav.

## **2. Geriatri omdannes fra indremedisinsk grenspesialitet til hovedspesialitet.**

I den tidligere høringsrunden ble det uttrykt betydelig skepsis til å opprette en ny spesialitet i aldersmedisin. Dette fordi oppretting av aldersmedisin ville skape uklare grenser mellom aldersmedisin og geriatri og at det også ville kunne svekke grunnlaget for rekruttering til spesialiteten geriatri som har hatt problemer med å få tilstrekkelig gjennomslagskraft.

Bakgrunnen for å foreslå omdanning av geriatri til hovedspesialitet er bl.a. fordi det er et påtrengende behov for å styrke legetjenesten for eldre med kroniske og sammensatte lidelser. Denne pasientgruppen befinner seg ikke bare på sykehus, men i stor grad på sykehjem og i egne hjem. Den nåværende grenspesialiteten i geriatri er derfor ikke fullt ut egnet for å ivareta denne pasientgruppen. NR mener derfor at den indremedisinske grenspesialiteten i geriatri bør omdannes til en geriatrik hovedspesialitet som rettes mot gamle generelt, uavhengig av hvor tjenesten ytes. Spesialiteten kan derfor knyttes både til allmenntilleggsmedisin og til relevant sykehus- og hjemmetjeneste. Det foreslås at utdanningen omfatter minst 1,5 års obligatorisk tjeneste i indremedisin og at den kandidaten som ønsker det kan ta hele sin spesialistutdanning i geriatri i sykehus. Det foreslås videre at inntil halvparten av tjenesten kan tas i allmenntilleggsmedisin (sykehjemstjeneste medregnet) og at denne skal være under veiledning og følge de samme kravene som gjelder for spesialiteten allmenntilleggsmedisin.

Helse Nord er enig i at det er svært viktig å styrke spesialiteten geriatri, men vi er usikre på om det fremlagte forslag vil bidra til dette. Når dette er sagt, betyr det ikke at ikke en solid kunnskap om pasienter på sykehjem er viktig. Omgjøring av geriatri til hovedspesialitet med kun 1,5 års generell indremedisinsk basis som ikke gir generell vaktkompetanse, kan komme til å svekke tilbudet til pasientgruppen. Helse Nord ser likevel at tiden kan være moden for en slik endring. Vi tror imidlertid det bør åpnes adgang til at en del av den indremedisinske spesialiteten kan telle til begge spesialiteter, geriatri og generell indremedisin samtidig, og at dette vil kunne øke interessen for begge spesialitetene.

Det er også viktig med en fortsatt prosess for å utvikle gode modeller for ”halvannenlinjetjenesten”, hvor geriater med bred indremedisinsk bakgrunn, kan ha det medisinskfaglige ansvaret som områdegeriater for sykehjem og hjemmetjeneste, men med base i en indremedisinsk sykehusavdeling. Selv om forslaget bryter med etablerte prinsipper for spesialitetene som enten er rettet inn mot sykehus og spesialisthelsetjenesten eller mot primærhelsetjenesten, mener vi dette er i tråd med sykdomsutviklingen generelt innenfor den eldre befolkningen. Det er behov for leger som kan følge pasienten på tvers av institusjonelle og forvaltningsmessige grenser.

*Konklusjon: Helse Nord støtter forslaget om å etablere geriatri som hovedspesialitet for å stimulere til økt rekruttering til faget og høyne statusen for faget.*

### **3. Det etableres en ny grenspesialitet i generell indremedisin med utdanningstid som de øvrige indremedisinske grenspesialitetene**

Begrunnelsen for forslaget er at generell indremedisin kan styrkes ved å harmonisere utdanningstiden for spesialister i generell indremedisin og grenspesialister. I praksis stilles det minst like store faglige krav til en som arbeider med generell indremedisin som en grenspesialist, som har et mer begrenset arbeidsområde. Flertallet av eldre pasienter vil også være tjent med innleggelse i en seksjon beregnet for generell indremedisin. NR og flertallet av høringsinstansene som avga høringsuttalelse til det forrige notatet mener at en hever statusen på spesialiteten ved å gjøre den om til grenspesialitet. Det er en forutsetning at generell indremedisin skal utgjøre en såkalt "common trunk" i alle indremedisinske spesialistutdanninger og at alle indremedisinere således vil ha generell vaktkompetanse i faget. Etter forslaget vil alle fremtidige indremedisinere også ha en grenspesialitet og utdanningstiden vil være like lang for alle. Fremtidige betegnelser vil da bli *indremedisin – grenspesialitet* for eksempel *indremedisin – hjertesykdommer*, *indremedisin – lungesykdommer* eller *indremedisin – generell indremedisin*.

Det er i utredningen redegjort for at 2/3 av alle indremedisinere har en grenspesialitet og at de som pr. i dag er generelle indremedisinere arbeider med 2/3 av alle de indremedisinske pasientene. Det er derfor behov for å høyne status og kompetanse gjennom fordypning i en generell indremedisinsk grenspesialitet for å rekruttere flere generelle indremedisinere. Helse Nord slutter seg derfor til det fremlagte forslaget slik vi også gjorde i vår uttalelse i 2002..

### **4. Inntil 6 mnd. veiledet tjeneste i sykehjem på bestemte vilkår skal kunne telle for den fagspesifikke delen i spesialiteten indremedisin og geriatri og som valgfri utdanning i alle øvrige spesialiteter**

Forslaget støttes, forutsatt at veiledningskravet til valgfri tjeneste på sykehjem ivaretas.

### **5. Det etableres ny grenspesialitet i mamma-endokrin kirurgi**

Forslaget om å etablere en ny grenspesialitet i mamma-endokrin kirurgi er det eneste av de opprinnelige forslagene fra høringsnotatet fra 2003 som videreføres fra Nasjonalt Råds side etter høringsrunden. Helse Nord er svært tilfreds med at de til dels omfattende endringene som opprinnelig var foreslått, ikke videreføres. Dagens spesialitetsstruktur i de kirurgiske fagene er i hovedsak funksjonell og godt tilpasset norsk helsevesen, og dessuten godt samstemt med utviklingen ellers i Europa.

Helse Nord vurderte i vår forrige høringsuttalelse forslaget om å opprette en ny grenspesialitet innen mamma-endokrinkirurgi som fornuftig, i tråd med forslaget fra både NR og legeforeningen. Det fremgår av NR's utredning at forslaget er støttet av 13 høringsinstanser, 5 er i mot forslaget og 6 har ikke uttalt seg. Legeforeningens landsstyre avviste forslaget med knappest mulig margin, 58 mot 57 stemmer.

Mammakirurgi omfatter overveiende brystkreft som har økende frekvens. I dag er denne kirurgien prinsipielt en del av den generelle kirurgien, selv om pasientgruppen noen steder tas hånd om av gastrokirurger og noen steder urinveiskirurger. Mammakirurgi/endokrin kirurgi er nå de eneste gjenstående større områder av generell kirurgi som ikke hører hjemme i en grenspesialitet. Begge disipliner har hatt en utvikling som gjør at de nå framstår som egne fag, med en egen faglig utvikling i rask endring. Samtidig har mammakirurgien blitt stadig mer sentralisert på grunn av mammografiscreeningprogrammet og etableringen av brystdiagnostiske sentre. De fleste av disse sentrene får dermed et betydelig volum, og trenger kirurger som har denne kirurgien som sin primær oppgave. Det samme gjelder utviklingen innenfor det tverrfaglige samarbeidet i utredningen av brystpasienter: Kirurgens rolle er

betydelig og krever en stor og etter hvert også spesialisert innsats. Uten formell status som grenspesialitet vil det på sikt bli vanskelig å rekruttere generelle kirurger til dette arbeidet. Alternativet er at kirurger med grenspesialitet i andre fag også skjøtter mammakirurgien, enten som et venstrehåndsarbeid eller ved å redusere aktiviteten i sin egentlige grenspesialitet. Ingen av disse alternativene er gode løsninger. Den endokrine kirurgien har rett nok et betydelig mindre volum enn mammakirurgien, men også her ser vi en sentralisering som krever dedikerte kirurger. Vi tror ikke at en slik ny grenspesialitet nødvendigvis vil kreve nye og kostbare separate vaktordninger. Derimot vil mamma/endokrinkirurger kunne få et problem med å delta i avdelingenes ordinære vaktordninger, men det er et annet problem.

*Konklusjon: Det bør opprettes en egen grenspesialitet i mammakirurgi/endokrin kirurgi. Norsk Kirurgisk Forening og Spesialitetskomiteen i generell kirurgi er for øvrig av samme oppfatning.*

NR har i utredningen, s.74, en særlig drøfting av lokalsykehusenes situasjon. De viser til at i uformelle sammenhenger har spørsmålet vært reist om å utdanne egne ”småsykehuskirurger” som skal kunne ta hånd om akutte, dagligdagse sykdommer innenfor de tre fagområdene generell kirurgi, ortopedi og gynekologi. Dette har hittil vært ansett som faglig og praktisk utilrådelig, ikke minst for at en slik utdanning ville rekruttere dårlig og de faglige utfordringene ville bli for store, sies det i utredningen.

Helse Nord ønsker å påpeke at slik utdanning utredes og prøves ut i andre land hvor distriktskirurgi er nødvendig for å opprettholde et godt tilbud til befolkningen i spredtbygde strøk. Det er bl.a. gjort en undersøkelse i Skottland for å kartlegge interessen blant unge leger for slik utdanning og arbeid i småsykehus i distriktene, og interessen var forbausende stor. Det ble på bakgrunn av dette iverksatt et prosjekt for å etablere en 3-årig påbygningsmodul (”grenspesialitet”) som ”remote surgeon” i regi av RARARI (Remote And Rural Areas Resource Initiative).

Helse Nord har lenge vært opptatt av å få utredet en slik ”distriktskirurgisk” grenspesialitet og vi mener et utredningsarbeid bør iverksettes snarlig. Vi er ikke sikker på at påstanden om at en slik utdanning vil rekruttere dårlig, kan underbygges i dag, og vi ønsker en grundig utredning og vurdering før man kan konkludere.

### **Konklusjon**

NR's utredning om spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi foreslår 5 endringer i forhold til dagens struktur, de fleste innen indremedisin.

## STYRESAK 57-2004      HONORERING AV HF-STYRENE

Møtedato: 31. august 2004

### Formål

Styret bes i denne saken ta stilling til fastsettelse av honoraret for medlemmer i HF-styrene.

### Bakgrunn/fakta

I henhold til Lov om helseforetak § 21 skal ” *Styrets godtgjørelse fastsettes av foretaksmøtet*”.

I styresak 75-2002 ble det vedtatt godtgjørelse for medlemmer av styrene i helseforetakene som følger:

- Styreleder            kr. 110 000 pr. år
- Nestleder            kr. 75 000 pr. år
- Styremedlemmer    kr. 65 000 pr. år

Godtgjørelsen ble deretter fastsatt i foretaksmøter i helseforetakene (jf. foretaksmøtesak 05-2003).

### Vurdering

Godtgjørelsen til HF-styrene har ikke vært justert siden 2002.

I foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 28. juni 2004 ble godtgjørelsen til styret i det regionale helseforetaket justert opp med 10 %.

Det foreslås å videreføre denne justeringen til også å gjelde for styrene i helseforetakene i vår region.

### Konklusjon

#### Innstilling til vedtak i foretaksmøtet:

1. Foretaksmøtet viser til saksutredningen, vedtekter, helseforetaksloven og instruks for HF-styrene.
2. Honorar for medlemmer av styrene i helseforetakene fastsettes slik:
  - Styreleder            kr. 121 000 pr. år
  - Nestleder            kr. 82 500 pr. år
  - Styremedlemmer    kr. 71 500 pr. år
3. Medarbeidere i RHF/foretakene med lederstillinger på toppnivå, som oppnevnes til styreverv, tilstås ikke honorar.
4. Fastsatt honorar dekker ordinære og ekstraordinære møter.



5. Helseforetaksloven, helseforetakets vedtekter og instruks for HF-styrene regulerer hvilke oppgaver som inngår i en ordinær styrerolle.
6. Styremedlemmer som utfører arbeidsoppgaver for helseforetaket som ikke kan sies å inngå i en ordinær styrerolle, kan tilgodeses særskilt kompensasjon.
7. Administrerende direktør i de respektive helseforetak fastsetter særskilt kompensasjon basert på dokumentert tidsforbruk for enkeltmedlemmer eller hele styrer.
8. Varamedlemmer honoreres kr. 2 860 pr. møtedag, inkludert ev. tapt arbeidsfortjeneste.
9. Ved større fravær enn 30 % i løpet av et år, avkortes de faste godtgjørelsene med % -sats lik fravær.

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

Styret legger ovenstående innstillinger frem i foretaksmøtet med helseforetakene.

Bodø, den 24. august 2004

Lars Vorland  
Adm. direktør

Utrykte vedlegg:    Styresak 75-2002 Honorering av HF-styrene  
                             Foretaksmøtesak 05-2003 Honorering av HF-styrene

**STYRESAK 58-2004      ADMINISTRERENDE DIREKTØRS  
FULLMAKTER – PROKURA OG RETT TIL Å  
TEGNE FIRMA**

Møtedato: 31. august 2004

**Formål/sammendrag**

I henhold til foretaksregisteret har utelukkende Helse Nord RHF's styreleder prokura og rett til å tegne det regionale helseforetakets firma (signaturrett).

Problemstillingen er hvorvidt også administrerende direktør (daglig leder) bør ha registrert prokura og / eller signaturrett.

**Bakgrunn/fakta**

I Helse Nord RHF's styresak nr. 52-2001 ble det enstemmig vedtatt:

*"Administrerende direktør i Helse Nord RHF gis fullmakt til å signere avtaler om tjenesteleveranser og personalassistanse m.m."*

Selv om ordlyden er noe rund og ufullstendig, virker meningen å ha vært at daglig leder skal ha signaturrett / rett til å tegne firma.

I henhold til foretaksregisterlovens § 3-9, 1. ledd nr. 6 pliktes signaturretten registrert i foretaksregisteret.

I administrerende direktørs instruks er det forutsatt at prokura kan tildeles både styreleder og daglig leder.

Prokura er i sin alminnelighet bemyndigelse *"til å opptre på vegne av foretaket i alt som hører til driften av dette"*, jf prokuralovens § 1.

**Vurdering**

Daglig leder representerer Helse Nord RHF utad i den daglige ledelsen av foretaket m.m., jf helseforetakslovens § 39. 3. ledd, sammenholdt med lovens § 37.

Prokura vil øke daglig leders legitimasjon utad. Det vil være naturlig at daglig leder har prokura (som gjelder driften av foretaket). En slik fullmakt / legitimasjon er i tråd med, og forutsatt, i administrerende direktørs instruks.

Når det i administrerende direktørs instruks er forutsatt at styret kan tildele prokura *"til styrets leder og administrerende direktør i fellesskap"*, så er dette mest sannsynlig såkalt kollektivprokura. En slik prokura er neppe særlig praktisk, da styreleder og daglig leder bare kan nytte den i fellesskap. Både styreleder og daglig leder kan meddeles prokura (individuell).

At daglig leder meddeles prokura er neppe særlig problematisk. Daglig leder må på samme måte som styrelederen holde seg innenfor styrets retningslinjer og vedtak. Prokura pliktes registrert i foretaksregisteret.

Administrerende direktørs signaturrett bør i vedtaks form presiseres, og må i alle tilfeller registreres i foretaksregisteret.

### **Konklusjon**

Prokura er en fullmakt som er knyttet til driften av det regionale helseforetaket. Det er naturlig og formålstjenlig at administrerende direktør innehar slik fullmakt.

Signaturretten bør presiseres og pliktes formalisert.

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

1. Administrerende direktør har rett til å tegne Helse Nord RHF's firma. Det fordres ikke at styreleder og administrerende direktør nytter signaturretten i fellesskap.
2. Administrerende direktør meddeles individuell prokura. Det fordres ikke at styreleder og administrerende direktør nytter prokura i fellesskap.
3. Styreleder underskriver og utferdiger endringsmeldning til foretaksregisteret.
4. Administrerende direktørs instruks pkt. 5.5, 2. ledd endres slik: *"Dersom styret finner det hensiktsmessig kan styret tildele prokura til styrets leder og administrerende direktør."*

Bodø, den 24. august 2004

Lars Vorland  
Adm. direktør

Trykte vedlegg:     - Helse Nord RHF's firmaattest  
                          - Foretaksregisterloven  
                          - Prokuraloven

## UTREDNING

### **Innledning**

I henhold til foretaksregisteret har utelukkende Helse Nord RHF's styreleder signaturrett og prokura.

Problemstillingen er hvorvidt også administrerende direktør (daglig leder) bør ha registrert prokura og / eller signaturrett.

### **Bakgrunn**

I helseforetakslovens § 39 står det følgende skrevet:

*”Styret representerer foretaket utad og tegner dets firma.*

*Styret kan gi styremedlem eller daglig leder rett til å tegne foretakets firma. Vedtektene kan begrense styrets myndighet etter forrige punktum og også selv gi bestemmelser om fullmakt som der nevnt.*

*Daglig leder representerer foretaket utad i saker som faller inn under dennes myndighet etter § 37.”*

Daglig leder har innenfor området daglig ledelse generell kompetanse til å representere foretaket utad. Daglig leders myndighet til å representere foretaket i forhold til tredjemann i saker som faller inn under daglige ledelse av foretaket, følger direkte av loven og er ikke betinget av noe vedtak fra styrets side.

I styrets instruks (styresak nr. 6-2002) står det skrevet under pkt. 2.4:

*”Administrerende direktør utøver daglig ledelse og er ansvarlig for daglig drift. Administrerende direktør i RHF har beslutningsmyndighet innenfor daglig drift og de rammer egen instruks trekker opp...”*

I administrerende direktørs instruks (styresak nr. 5-2002) står det skrevet under pkt. 5.5:

*”Administrerende direktør representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelse. Dersom styret finner det hensiktsmessig kan styret tildele prokura til styrets leder og administrerende direktør i fellesskap”*

### Signaturretten

Daglig leders rett til å tegne foretakets firma, må ha hjemmel i styrebeslutning eller vedtektsbestemmelse.

Med retten til å tegne foretakets firma (signatur) siktes det til retten til å underskrive avtaler (eller ellers å angi selskapets navn og undertegne med sitt eget navn) for foretaket uten å angi at det skjer på ”vegne av”, ”etter fullmakt” eller ”for” foretaket eller lignende, jf Aarbakke (2000) ”Aksjeloven med kommentarer” side 448 og Andenæs (1998) ”Aksjeselskaper og allmennaksjeselskaper” side 300.

I Andenæs (1998) "Aksjeselskaper og allmennaksjeselskaper" side 301 fremgår det om signatur:

*"Firmategningsretten innebærer ikke at firmategneren er tildelt beslutningsmyndighet på vegne av selskapet. Bruk av firmategningsretten til å foreta disposisjoner på selskapets vegne, forutsetter derfor en forutgående beslutning av det selskapsorgan som har myndighet til å treffe vedkommende beslutning."*

I Andenæs (1998) "Aksjeselskaper og allmennaksjeselskaper" side 302 står det videre skrevet:

*"Daglig leder har en lovbestemt rett til å representere selskapet utad i saker som inngår i den daglige ledelse... I praksis har daglig leder dessuten ofte firmategningsrett. Dette gir ham ikke større rett internt, men større legitimasjon utad..."*

I Helse Nord RHF's styresak nr. 52-2001 ble det enstemmig vedtatt:

*"Administrerende direktør i Helse Nord RHF gis fullmakt til å signere avtaler om tjenesteleveranser og personalassistanse m.m."*

Selv om ordlyden er noe rund og ufullstendig, synes meningen å ha vært at daglig leder skal ha signaturrett.

I foretaksregisterlovens § 3-9, 1. ledd nr. 6 står det skrevet:

*"For statsforetak, regionalt helseforetak og helseforetak skal registeret inneholde opplysninger om hvem som representerer foretaket utad og tegner dets firma."*

### Prokura

Prokura er i sin alminnelighet bemyndigelse "til å opptre på vegne av foretaket i alt som hører til driften av dette", jf prokuralovens § 1.

I juridisk leksikon er prokura definert slik:

*"Fullmakt til å opptre på en annens vegne i et forretningsforhold og til å tegne firma. Den som har prokura er... bemyndiget til i alt som hører til fullmaktgiverens forretning å handle på hans vegne og å tegne firmaet; dog kan han ikke uten særskilt bemyndigelse avhende eller behefte fullmaktgiverens faste eiendommer"*

Daglig leders representasjonsevne som følge av prokura antas å være mer omfangsrik enn den alminnelige stillingsfullmakten, jf Aarbakke (2000) "Aksjeloven med kommentarer" side 452.

I Andenæs (1998) "Aksjeselskaper og allmennaksjeselskaper" side 302 er prokura nærmere beskrevet:

*"Prokura kan gis av styret, men ikke av daglig leder... Prokura kan gis til daglig leder, ansatte eller andre... Prokura kan gis til en eller flere. Prokura til flere kan gis individuelt eller slik at de bare kan nytte den i fellesskap... Prokura er registreringspliktig... Registrering er imidlertid intet gyldighetsvilkår... Prokuristen kan opptre på vegne av selskapet i alt som hører til driften av dette, dog ikke overdra eller behefte fast eiendom eller løsøre som kan registreres i skipsregisteret eller luftfartøyregisteret, eller opptre i søksmål..."*

I foretaksregisterlovens § 3-7, 1. ledd nr. 1 står det skrevet:

*”For alle foretak som nevnt i § 3-1 til § 3-6, § 3-9 og § 3-10 samt europeiske økonomiske foretaksgrupper skal registeret dessuten inneholde opplysninger om hvem som har foretakets prokura, dersom prokura er meddelt”*

## **Konsekvenser/vurdering**

### Prokura

Daglig leder representerer Helse Nord RHF utad i den daglige ledelsen av foretaket m.m., jf helseforetakslovens § 39. 3. ledd, sammenholdt med lovens § 37. Det er lite naturlig at styrelederen har prokura (for driften av foretaket), mens daglig leder ikke har det. Begge kan meddeles prokura. Det er naturlig og formålstjenlig at også daglig leder meddeles prokura.

Når det i administrerende direktørs instruks er forutsatt at styret kan tildele prokura *”til styrets leder og administrerende direktør i fellesskap”*, så er dette antakelig såkalt kollektivprokura. En slik prokura er neppe særlig praktisk, da styrelederen og daglig leder bare kan nytte den i fellesskap.

At daglig leder meddeles prokura er neppe særlig problematisk. Daglig leder må på samme måte som styrelederen holde seg innenfor styrets retningslinjer og vedtak. Styret har tilsyn med daglig leder i medhold av helseforetakslovens § 29. Prokuraen er begrenset i tråd med blant annet vedtektenes § 9, og daglig leder plikter å opptre i samsvar med helseforetakslovens § 37, 3. ledd:

*”Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker kan daglig leder bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt daglig leder myndighet til det, eller når styrets beslutning ikke kan avvendes uten vesentlig ulempe for foretakets virksomhet. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken.”*

Av foretaksregisterlovens § 3-7, 3. ledd fremgår det:

*”Det kan ikke registreres annen innskrenkning i signaturretten eller retten til å forplikte foretaket pr. prokura, enn den at fullmakten må nyttes av flere i fellesskap”*

Bestemmelsen forstås slik at den ikke innebærer noen begrensning i styrets materielle myndighet – til å bestemme over daglig leders utøving av prokuraen, jf Aarbakke (2000) ”Aksjeloven med kommentarer” side 450.

Foretaksregisteret ved saksbehandler Atle Sommervik bekreftet per telefon den 15.07.04 at prokura kan være flere til del på selvstendig grunnlag (altså ikke nødvendigvis i fellesskap). Således kan både styreleder og daglig leder inneha prokura samtidig og individuelt.

Prokura vil øke daglig leders legitimasjon utad. Styreleders og daglig leders prokura vil muligens kunne minske risikoen for inhabilitet, samtidig som styret og styreleder antakelig slipper å avsette tid til (sådanne) formaliteter.

### Signaturretten

Daglig leder har antakelig signaturrett i medhold av vedtak i styresak nr. 52-2001.

Signaturretten bør imidlertid vedtas uttrykkelig, og fullmakten pliktes registrert i foretaksregisteret, jf foretaksregisterlovens § 3-9, 1. ledd nr. 6.

Foretaksregisteret ved saksbehandler Lene Birkeland Trædal bekreftet per telefon den 20.08.04 at signaturrett kan være flere til del på selvstendig grunnlag (altså ikke nødvendigvis i fellesskap). Således kan både styreleder og daglig leder inneha signaturrett samtidig og individuelt.

### Det formelle og praktiske rundt endringsmelding til Foretaksregisteret

Av prokuralovens § 1, 2. ledd fremgår det at registrering av prokura reguleres i foretaksregisterloven.

Både for signaturrett og prokura gjelder følgende: Det er styret som i vedtaks form kan gi daglig leder rett til signatur og / eller prokura. Styrets medlemmer er ansvarlige for endringsmeldingens registrering, jf foretaksregisterlovens §§ 4-1 og 4-2. Endringsmelding kan underskrives av signaturberettiget, jf foretaksregisterlovens § 4-3. Foretaksregisteret skal inneholde opplysninger om prokurists og signaturberettigedes navn, fødselsnummer og bopel, jf foretaksregisterlovens § 3-7, 2. ledd 1. pkt.

Styret har i tråd med helseforetakslovens § 29 fastsatt administrerende direktørs instruks (styresak nr. 5-2002). I instruksens står det skrevet under pkt. 5.5:

*”Administrerende direktør representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelse.*

*”Dersom styret finner det hensiktsmessig kan styret tildele prokura til styrets leder og administrerende direktør i fellesskap”*

Dersom styret meddeler administrerende direktør prokura bør instruksens pkt. 5.5, 2. ledd endres slik:

*”Dersom styret finner det hensiktsmessig kan styret tildele prokura til styrets leder og administrerende direktør.”*

Ved å fjerne *”i fellesskap”* forutsettes prokura meddelt både til styreleder og daglig leder, slik at disse ikke må nytte retten i fellesskap.

### **Oppsummering**

Prokura er en fullmakt som er knyttet til driften av det regionale helseforetaket. Det er naturlig og formålstjenlig at administrerende direktør innehar slik fullmakt.

Mest sannsynlig har administrerende direktør signaturrett, men denne bør presiseres. Signaturretten pliktes registrert i foretaksregisteret.

Saksbehandler: diverse

---

## **STYRESAK 59-2004      ORIENTERINGSSAKER**

Møtedato: 31. august 2004

Det vil bli gitt orientering om arbeidet med følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
3. Reviderte retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i heleide statlige foretak og selskaper
4. Syketransport – felles reisebyrå for Helse Nord

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

Framlagte saker taes til orientering.

Bodø, den 24. august 2004

Lars Vorland  
Adm. direktør



**Vår dato:** 24.8.2004  
**Vår referanse:** 200400350-48  
**Arkivnr:** 012  
*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*  
**Deres dato:**  
**Deres referanse:**

Saksbehandler: Olav Helge Førde, tlf. 901 73 056

---

**STYRESAK 59-2004/1**

**INFORMASJON FRA STYRELEDER TIL STYRET**

Møtedato: 31. august 2004

*Legges frem muntlig av styreleder.*

**Vår dato:** 24.8.2004  
**Vår referanse:** 200400350-48  
**Arkivnr:** 012  
*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*  
**Deres dato:**  
**Deres referanse:**

Saksbehandler: Lars Vorland, tlf. 75 51 29 10

---

**STYRESAK 59-2004/2**

**INFORMASJON FRA ADM. DIREKTØR TIL STYRET**

Møtedato: 31. august 2004

*Legges frem muntlig av adm. direktør.*

**STYRESAK 59-2004/3**

**REVIDERTE RETNINGSLINJER FOR  
ANSETTELSESVILKÅR FOR LEDERE I HELEIDE  
STATLIGE FORETAK OG SELSKAPER**

Møtedato: 31. august 2004

**Formål/sammendrag**

Vedlagt følger reviderte retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i heleide statlig virksomheter. Styremedlemmer i Helse Nord RHF og underliggende helseforetak skal med denne sak kunne gjøre seg kjent med disse retningslinjene.

**Bakgrunn/fakta**

Nærings- og handelsdepartementet utarbeidet i 2001 veiledende retningslinjer for ansettelsesvilkår for leder i heleide statlige foretak. Med bakgrunn i debatten om pensjonsordninger for en del ledere i statlige virksomheter har berørte departementer gjennomgått retningslinjene og forelagt dette for Regjeringen. Regjeringen har besluttet å stramme inn vilkårene. De reviderte retningslinjene med følgebrev fra Nærings- og handelsdepartementet følger saken som trykt vedlegg.

I siste vedlegg framkommer en tabell der forslag – nå vedtatte – endringer er framhevet i kursiv, sammenstilt med tidligere retningslinjer. Grovt sammenfattet framkommer endringene slik:

**Grunnlag for lønn:**

- Lønn- og pensjonsvilkår skal fastsettes etter klare kriterier på bakgrunn av kompetanse, virksomhetens karakter og resultatoppgåelse.
- En skal ikke være lønnsledende sammenlignet med tilsvarende offentlig eller privat virksomhet.

**Pensjonsytelser:**

- Eventuelle pensjonsavtaler skal ha reforhandlingsklausul slik at det er mulig å tilpasse disse et nytt pensjonssystem.
- Samlet pensjonsgrunnlag bør ikke overstige 12G.
- Pensjonsalder bør ikke settes lavere en 65 år.
- Opptjeningstid for pensjon skal ikke endres ift det som gjelder for øvrig i virksomheten.
- Det bør tas hensyn til pensjon opptjent i andre stillinger
- Dersom en av særlig grunner avtaler lavere pensjonsalder enn 65 år skal dette gi et lavere pensjonsgrunnlag.
- Pensjonsutbetalingene skal reguleres i takt med pensjonene i folketrygden og ikke med utgangspunkt i den aktuelle stilling.

**Sluttvederlag – etterlønn:**

- Det skal være forhåndsavtale hvor toppleder fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern i arbeidsmiljøloven før det kan betales etterlønn.

**Konklusjon**

Retningslinjene gir rammer for styret ved framtidig tilsettinger. Administrasjonen oversender denne saken til helseforetakene slik at styrene i disse får denne informasjonen.

Retningslinjene vil danne grunnlag ved fremtidige ansettelser av leder.

Trykte vedlegg: Retningslinjer med følgebrev

**STYRESAK 59-2004/4****SYKETRANSPORT – ORGANISERING AV  
FLYBESTILLINGER I HELSE NORD**

Møtedato: 31. august 2004

**Oppsummering**

Nordlandssykehuset HF gis på vegne av alle HF i regionen i oppdrag å gjennomføre anbudsrunder på kjøp av reisebyrå tjenester for flybestilling syketransport. I tillegg gis NLSH HF i oppdrag å organisere og følge opp avtalepart etter avtaleinngåelse, samt være ressurs for øvrige HF på dette området.

Foretaksdirektørene ble i møte 23. august 2004 orientert om prosjektet og ga sin tilslutning til at Nordlandssykehuset HF fikk i oppdrag å gjennomføre en anbudsrunde for alle helseforetakene i Helse Nord.

**Bakgrunn**

Syketransport med fly utgjorde ca. 232 mill kr i vår region i 2003, 43 % av totale syketransportutgifter. Kostnadene med fly økte med 80 % fra 2000 til 2003.

Nordlandssykehuset fikk i oppdrag å gjennomføre et prøveprosjekt ved å utlyse og inngå avtale med reisebyrå om kjøp av tjenester knyttet til bestilling av syketransport med fly for sitt foretaksområde. Oppstart var 1. juni, og innebærer bl.a. at noen av Via Flyspesialistens ansatte er samlokalisert med Nordlandssykehusets transportkontor (som koordinerer og bestiller syketransport med drosje).

Basert på erfaringer fra denne avtalen skulle Helse Nord RHF ta stilling til hvordan flybestilling skulle organiseres i regionen. I april ble dette tatt opp i et møte med ansvarlige for syketransport i HF-ene samt i et økonomisjefmøte. Begge var samstemt i at dette var en tjeneste som kunne etableres felles for regionen, og som ikke trenger å opprettes i hvert HF.

**Resultater/erfaringer to måneder etter avtalestart**

Hovedoppdraget til reisebyrået har vært å skaffe de rimeligste tilgjengelige billettene. Tidligere har i stor grad fullprisbilletter vært benyttet til syketransport.

Rapporter fra reisebyrået viser besparelser på hhv 31 og 45 % i juni og juli i forhold til fullpris (2,2 mill kr i total besparelse på totalt 2300 reiser). Den reelle besparelsen er mindre (noe var nok rabatterte billetter tidligere), men de økonomiske resultatene er likevel store.

Nordlandssykehuset fått tilgang til statistikker som gir unik kunnskap om reisemønsteret på detaljert nivå. Helseforetaket har også fått en samarbeidspartner som de kan diskutere reisepolitikk og reisemønster med. Begge deler er viktig for framtidig utvikling og kostnadsreduksjon.

Utfordringene har vært å få flybestillingene over på 810-nummeret (tidligere mye bruk av lokale reisebyrå, direkte på flyplassen m.v.). Krever informasjon og oppfølging av trygdekantor, legekantor, sykehus m.v. Andre praktiske utfordringer har vært håndtering av skriftlige rekvisisjoner samt utlevering av billetter.

En viktig suksessfaktor er etter vår mening prosjektleders tette og nær daglige oppfølging av reisebyrå, rekvirenter (trygdekontor, legekantor) m.v.

### **Forslag til løsning for foretaksgruppen og videre framdrift**

De økonomiske resultatene er så gode at vi snarest bør utvide ordningen også for øvrige helseforetak. I tillegg gir statistikker over detaljert reisemønster viktig kunnskap for senere eventuelle tilbud på flytransport, ”forhandlinger” om flyruter, behov for ambulering, endring av innkallingstidspunkt m.v.

Det er hovedsakelig to alternative måter å rulle dette ut på i regionen:

1. Felles for alle helseforetak i regionen.  
Antas å være ressursbesparende og kvalitetshevende for alle.
2. Hvert enkelt HF tar ansvar/gjør oppgaven for sitt HF.  
Dette krever at det avsettes personellressurser ved hvert HF til anbudsrunde samt løpende oppfølging. Prøveprosjektet viser at tett oppfølging er viktig suksessfaktor.

Alternativt kunne to eller tre foretak slå seg sammen og opprette egne løsninger.

Det foreslås at dette organiseres felles for hele regionen. Dette fordi en da kan få:

- en slagkraftig enhet med fokus på helsereiser
- felles statistikk for hele regionen
- muliggjøre utvidet åpningstid for flybestilling (også kveld/helg)
- en person/enhet som kan fokusere på dette og følge opp reisebyrå/flyområdet spesielt (bedre kvalitet) og sikre at en realiserer økonomiske besparelser

Det foreslås at Nordlandssykehuset får i oppdrag å ivareta organisering av flybestillinger (syketransport) og oppfølging av dette for hele regionen. Dette omfatter:

- anbudskonkurranse på reisebyrå tjenester
- oppfølging av leveransen/kvaliteten/resultatene fra reisebyrå
- bearbeiding og formidling av statistikker og annet overfor øvrige helseforetak
- ressursperson i foretaksgruppen vedrørende syketransport fly
- effektivisering av rutinene rundt flybestilling (f eks elektroniske rekvisisjoner)

Ansvar for syketransport vil fremdeles ligge ved hvert HF, og f eks informasjon og oppfølging av rekvirenter i foretaksområdet (trygdekontor, legekantor, sykehusavdelinger) vil ligge i det enkelte helseforetak. Fellesenheten (NLSH) vil imidlertid gi input til de øvrige HF-ene, og gi tilbakemeldinger på områder som eventuelt burde følges opp.

Nordlandssykehuset HF er bedt om å komme med innspill på kostnadsfordeling for denne tjenesten.

Saksbehandler: diverse

---

## **STYRESAK 60-2004      REFERATSAKER**

Møtedato: 31. august 2004

Vedlagt oversendes kopi av følgende:

1. E-post fra Kommunenes Sentralforbund Nordland av 15. april 2004 ad. forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten i helsesektoren
2. Brev fra Narvik Kommune av 6. juli 2004 ad. forsterket fødestue ved Narvik Sykehus

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

Framlagte saker taes til orientering.

Bodø, den 24. august 2004

Lars Vorland  
Adm. direktør

Saksbehandler:

---

**STYRESAK 60-2004/1**

**E-POST FRA KOMMUNENES SENTRALFORBUND  
NORDLAND AV 15. APRIL 2004 AD. FORHOLDET  
MELLOM FØRSTE- OG ANDRELINJETJENESTEN I  
HELSESEKTOREN**

Møtedato: 31. august 2004

*Se vedlagt kopi.*



Vår dato: 24.8.2004      Vår referanse: Arkivnr:  
*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*  
Deres dato:      Deres referanse:

Saksbehandler:

---

**STYRESAK 60-2004/2**

**BREV FRA NARVIK KOMMUNE AV 6. JULI 2004 AD.  
FORSTERKET FØDESTUE VED NARVIK SYKEHUS**

Møtedato: 31. august 2004

*Se vedlagt kopi.*

**Vår dato:** 24.8.2004  
**Vår referanse:** 200400350-50  
**Arkivnr:** 012  
*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*  
**Deres dato:**  
**Deres referanse:**

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

---

## **STYRESAK 61-2004    EVENTUELT**

Møtedato: 31. august 2004