

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

---

Styrets medlemmer og varamedlemmer  
i Helse Nord RHF

## **INNKALLING TIL STYREMØTE I HELSE NORD RHF, DEN 7. FEBRUAR 2005**

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

**mandag, den 7. februar 2005 – fra kl. 12.30  
på Radisson SAS Hotel i Tromsø.**

Etter behandling av styresak 01-2005 og 02-2005 lukkes styremøte for offentligheten for behandling av styresaker og/eller orienteringer som er unntatt offentligheten. Det åpne styremøte starter igjen ca. kl. 13.00.

Vedlagt følger saksdokumenter til styrets møte.

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

Vel møtt.

Med vennlig hilsen

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg

## STYRESAK 01-2005      GODKJENNING AV SAKSLISTE

Møtedato: 7. februar 2005

I samråd med styreleder inviteres styret for Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for styremøte, den 7. februar 2005:

Sak 01-2005	Godkjenning av saksliste	Side	2
Sak 02-2005	Godkjenning av protokoll fra styremøte 15. desember 2004	Side	3
Sak 03-2005	Budsjett 2005 – endelig. <i>Sakspapirene ettersendes.</i>	Side	9
Sak 04-2005	Investeringsplan 2006 – 2010 med føringer etter 2010, prinsipper og premisser	Side	10
Sak 05-2005	Årlig melding 2004. <i>Sakspapirene ettersendes.</i>	Side	26
Sak 06-2005	Regional plan for kommunikasjon i Helse Nord	Side	27
Sak 07-2005	Nordlandssykehuset HF – utbyggingsprosjekt, revidert skisseprosjekt fase 2-5	Side	29
Sak 08-2005	Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes – skisseprosjekt	Side	55
Sak 09-2005	Praktisering av god virksomhetsstyring – oppfølging av lovkrav og øvrige myndighetskrav	Side	61
Sak 10-2005	Stab/støtte – lokalisering IT. <i>Sakspapirene ettersendes.</i>	Side	70
Sak 11-2005	Felles organisatoriske og økonomiske krav og rammebetingelser for 2005	Side	71
Sak 12-2005	Bestillerdokument 2005	Side	79
Sak 13-2005	Orienteringssaker	Side	81
	1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>		
	2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>		
	3. Ledelse og organisasjonsutvikling i Helse Nord – status og egenevaluering		
	4. Beslutningssystemet i NAVO-Helse		
	5. Fremdrift SKDE – orientering til styret i Helse Nord RHF		
Sak 14-2005	Referatsaker	Side	105
	1. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, den 29. november 2004		
	2. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 23. desember 2004 ad. åpne styremøter		
	3. Brev fra Nordland fylkeskommune v/nærings og samferdselsavdeling av 5. januar 2005 ad. uttalelse vedr. endringer ved sykehusene i Nordland		
Sak 15-2005	Eventuelt	Side	109

Bodø, den 31. januar 2005

Lars Vorland  
 Adm. direktør

**STYRESAK 02-2005      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA  
STYREMØTE 15. DESEMBER 2004**

Møtedato: 7. februar 2005

**PROTOKOLL STYREMØTE 15. DESEMBER 2004**

Styret for Helse Nord RHF avholdt styremøte i Helse Nord RHF's lokaler i Bodø, den 15. desember 2004 – fra kl. 10.30 til kl. 14.10.

Til stede var:

Styreleder Olav Helge Førde, styremedlem Stig Fossum (forlot kl. 11.30), Johan Petter Barlundhaug, Anders Eira, Lisbeth Flågeng, Nina Schmidt, Bente Christensen, Kari B. Sandnes og Odd Oskarsen.

Fra administrasjonen:

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

**STYRESAK 92-2004      GODKJENNING AV SAKSLISTE**

- |              |  |
|--------------|--|
| Sak 92-2004  | Godkjenning av saksliste   |
| Sak 93-2004  | Godkjenning av protokoll fra styremøte 17. november 2004   |
| Sak 94-2004  | Hålogalandssykehuset HF – oppnevning av nytt styremedlem   |
| Sak 95-2004  | Forespørsel om vedtektsendringer   |
| Sak 96-2004  | Revisjon av drifts- og investeringsrammer 2004 II  |
| Sak 97-2004  | Konsekvens av saldering statsbudsjett 2005   |
| Sak 98-2004  | Leasing i Helse Nord   |
| Sak 99-2004  | Handlingsplaner geriatri og rehabilitering/habilitering – oppfølging   |
| Sak 100-2004 | Statsbudsjett 2006 – innspill. <i>Sakspapirene ble ettersendt.</i>   |
| Sak 101-2004 | Orienteringssaker  |
|              | 6. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>  |
|              | 7. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>   |
|              | 3. Oppfølging av styresak 101-2003 omomstrukturering av tilbud til barn og unge i Helse Finnmark – Seidajok                                      |
|              | 4. Sosialkomiteens innstilling til statsbudsjett 2005. <i>Sakspapirene ble ettersendt.</i>   |
| Sak 102-2004 | Referatsaker   |
|              | 1. Brev til Helse- og omsorgsdepartement av 26. november 2004 ad. funksjonstid for styremedlemmer i foretakene samt svarbrev av 3. desember 2004 |
|              | 2. Åpent brev/pressemelding fra Kirkenes Næringshage, mottatt 8. desember 2004 ad. Kirkenes Sykehus  |

1. Utskrift fra bt.no av 9. desember 2004 ad. historisk legeopprør i Helse Førde. *Utskriften ble lagt frem ved møtestart.*
2. E-post fra Finnmark KrF av 13. desember 2004 ad. psykiatrisk tilbud til samiske barn. *E-posten ble lagt frem ved møtestart.*

Sak 103-2004    Eventuelt

Styrets vedtak:

Sakslisten godkjennes.

## **STYRESAK 93-2004      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 17. NOVEMBER 2004**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 17. november 2004 godkjennes.

## **STYRESAK 94-2004      HÅLOGALANDSSYKEHUSET HF – OPPNEVNING AV NYTT STYREMEDLEM**

Styrets vedtak:

Som styremedlem i Hålogalandssykehuset HF oppnevnes Olaf Havdal for perioden desember 2004 og fram til valgperiodens utløp.

## **STYRESAK 95-2004      FORESPØRSEL OM VEDTEKTSENDRINGER**

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF anbefaler at styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF benytter sin rett i medhold av helseforetakslovens § 39 til å gi signaturrett og/eller prokura i vedtaks form.
2. Styret i Helse Nord RHF forutsetter at helseforetaksstyrene i vedtaks form formaliserer representasjon utad snarest mulig, heri utferdigelse/innsendelse av endringsmeldinger til foretaksregisteret.

**STYRESAK 96-2004****REVISJON AV DRIFTS- OG  
INVESTERINGSRAMMER 2004 II**Styrets vedtak:

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

	RHF	Finnmark	UNN	Hålogaland	Nordland	Helgeland
Driftstilskudd privatpraktiserende spesialister	2 500 000					
El-avgift		945 000	3 108 500	1 114 500	1 752 000	777 000

2. Styret for Helse Nord vedtar følgende endringer i øremerket tilskudd til helseforetakene:

	RHF	Finnmark	UNN	Hålogaland	Nordland	Helgeland
Utdanningstilskudd		211 500	360 000	561 000	476 000	391 500

3. Det overføres 10 mill kr fra RHF's investeringsramme til Universitetssykehuset Nord-Norge HF til prosjekt for konvertering til DIPS. Nye investeringsrammer for helseforetakene blir:

(alle tall i 1000 kr)	RHF	Finnmark	UNN	Hålogaland	Nordland	Helgeland
Investeringsramme	48 800	30 000	142 900	42 000	91 400	44 900

**STYRESAK 97-2004****KONSEKVENSN AV SALDERING  
STATSBUDSJETT 2005**Styrets vedtak:

1. Økte inntekter i saldert statsbudsjett, 39 mill. kr disponeres til tiltak i hh. t. vedtak pkt. 5 i styresak 80-2004.
2. For å fullfinansiere tiltakene i styresak 80-2004 reduseres resultatkravet til Helse Nord RHF med 7 mill kr for 2005. Administrasjonen skal fortløpende vurdere tiltak med sikte på økonomisk balanse for foretaksgruppen samlet for 2005.

Nye styringsmål fastsettes til:

	Før strukturfond	Etter strukturfond
Helse Nord RHF	-7 mill kr	-7 mill kr
Helse Finnmark	- 64 mill kr	- 48 mill kr
Universitetssykehuset	- 56 mill kr	- 2 mill kr
Hålogalandssykehuset	- 63 mill kr	- 35 mill kr
Nordlandssykehuset	- 38 mill kr	- 14 mill kr
Helgelandssykehuset	- 36 mill kr	- 26 mill kr
Sykehusapotek Nord	0 mill kr	0 mill kr
<b>Styringsmål</b>	<b>- 264 mill kr</b>	<b>- 132 mill kr</b>

3. I 2005 skal det ikke internfaktureres for pasientbehandling og prøvetaking/analyser internt i Helse Nord. Helseforetakenes basis inntektsrammer justeres for lab/røntgen prøver av inneliggende pasienter med følgende beløp:

Helseforetak	Beløp
Helse Finnmark HF	(3 650 000)
Hålogalandssykehuset HF	(911 000)
Nordlandssykehuset HF	(670 000)
Helgelandssykehuset HF	(485 000)
UNN HF	5 716 000

## **STYRESAK 98-2004 LEASING I HELSE NORD**

### Styrets vedtak:

1. Alle finansielle leasingavtaler inngått av helseforetak i Helse Nord etter 01.01.02 skal innfris før 31.12.04.
2. Leasingavtaler som er overtatt fra fylkeskommunene søkes avsluttet så raskt som praktisk mulig, primært før 31.12.04.

*Vedtatt mot én stemme.*

### **Protokolltilførsel til styresak 98-2004 – stemmeforklaring:**

En instruksjon av de enkelte selvstendige juridiske rettsobjekter kan bare rettsgyldig skje gjennom lovlig innkalt foretaksmøte. Instruksjon kan ikke skje gjennom et ordinært styremøte. Forslaget til vedtak slik det foreligger, er derfor rettsstridig.

Odd Oskarsen /s/

## **STYRESAK 99-2004 HANDLINGSPLANER FOR ELDRE OG PASIENTER MED KRONISKE LIDELSER, SAMHANDLING OG DESENTRALISERING I HELSE NORD. TILTAK I 2005.**

### Styrets vedtak:

1. De 10 millionene som ble avsatt for 2005 som følge av sak 79-2004 og 86-2004, fordeles i henhold til administrasjonens forslag. Administrerende direktør gis fullmakt til eventuelle justeringer av fordelingen innen de enkelte satsingsområdene.
2. Administrerende direktør sørger for en hensiktsmessig prosjektorganisering.
3. I forbindelse med ny styresak våren 2005 bes administrasjonen framlegge rapport om framdriften av kronikersatsingen.

## **STYRESAK 100-2004    STATSBUDDSJETT 2006 – INNSPILL**

### Styrets vedtak:

1. Styret for helse Nord RHF vil understreke at statsbudsjettet for 2006 må sikre økonomiske rammebetingelser som gir fullfinansiering av nylig gjennomførte reformer, og som gir muligheter for omstilling og utvikling av tilbudene til de helsepolitisk høyt prioriterte pasientgrupper.
2. Helse Nord er særlig avhengig av en tidsmessig infrastruktur bl.a. for kunne konkurrere om personell. Helse Nord RHF arbeider med en investeringsplan for hele regionen. Helse Nord gjennomfører nå store investeringsprosjekter i Nordlandssykehuset Bodø og Hålogalandssykehuset Stokmarknes. Helse Nord RHF vil, i samarbeid med HOD, treffe beslutninger om videre framdrift av prosjektet på Nordlandssykehuset i 2005 med budsjettmessige konsekvenser for 2006. For å kunne realisere dette prosjektet er det nødvendig med nasjonalt investeringstilskudd. Samlet har Helse Nord behov for en låneramme på 500 mill kr i 2006. I årene fremover vil det også være nødvendig med utbygging av Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, samt fornye bygningsmassen i Hålogalandssykehuset Narvik, og sykehusene i Helse Finnmark i Hammerfest og Kirkenes.
3. Styret vil understreke den vanskelige personellsituasjonen ved en rekke av virksomhetene i Helse Nord. Særlig er det behov for ekstraordinær satsing i Helse Finnmark for å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell.
4. Styret ber om at det vurderes å justere budsjettprosessen og arbeide med plan/melding slik at en unngår dobbeltarbeid og kan bedre kvaliteten på rapporteringen
5. Kravene til kapitaleffektivisering i helsesektoren er store. Styret ber om en avklaring på hvilke tiltak som kan konkretiseres innenfor styrets handlingsrom for å kunne oppfylle disse kravene.

## **STYRESAK 101-2004    ORIENTERINGSSAKER**

Det ble gitt orientering om arbeidet med følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
  - Organisering av sykehusene i Oslo-regionen – informasjon om prosessen
  - Omorganisering av Helse- og omsorgsdepartementet
  - Internrevisjon – oppfølging av brev om god virksomhetsstyring fra Helse- og omsorgsministeren datert 16. september 2004
  - Hålogalandssykehuset HF – informasjon

2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
  - Status økonomi
  - Regional plan for desentralisert spesialisthelsetjeneste – status/fremdrift
  - Fødetilbud i indre Finnmark, ref. styresak 58-2003 – utredning som vedtatt
  - Stab/støtte IT – lokalisering
  - Seidajok – oppfølging av styresak 12-2004 i Helse Finnmark HF
  - Bestillerenhet – organisering i Helse Nord RHF
  - Tjenestetid for styremedlemmer i helseforetakene
  - Nordlandssykehuset HF – konkurranseutsetting renhold
3. Oppfølging av styresak 101-2003 om omstrukturering av tilbud til barn og unge i Helse Finnmark – Seidajok
4. Sosialkomiteens innstilling til statsbudsjett 2005.

Styrets vedtak:

Framlagte saker taes til orientering.

## **STYRESAK 102-2004 REFERATSAKER**

Det ble referert fra følgende saker:

1. Brev til Helse- og omsorgsdepartement av 26. november 2004 ad. funksjonstid for styremedlemmer i foretakene samt svarbrev av 3. desember 2004
2. Åpent brev/pressemelding fra Kirkenes Næringshage, mottatt 8. desember 2004 ad. Kirkenes Sykehus
3. Utskrift fra bt.no av 9. desember 2004 ad. historisk legeopprør i Helse Førde. *Utskriften ble lagt frem ved møtestart.*
4. E-post fra Finnmark KrF av 13. desember 2004 ad. psykiatrisk tilbud til samiske barn. *E-posten ble lagt frem ved møtestart.*

Styrets vedtak:

Framlagte saker taes til orientering.

## **STYRESAK 103-2004 EVENTUELT**

*Ingen saker ble fremmet.*

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

Protokoll fra styremøtet, den 15. desember 2004 godkjennes.

Bodø, den 31. januar 2005

Lars Vorland  
Adm. direktør



**Vår dato:** 31.1.2005  
**Vår referanse:** Arkivnr:  
*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*  
**Deres dato:** **Deres referanse:**

Saksbehandler:

---

**STYRESAK 03-2005      BUDSJETT 2005**

Møtedato: 7. februar 2005

*Sakspapirene ettersendes.*

---

**STYRESAK 04-2005      INVESTERINGSPLAN 2006 – 2010 MED  
FØRINGER ETTER 2010, PRINSIPPER OG  
PREMISSER**

Møtedato: 7. februar 2005

**Formål/sammendrag**

Denne saken gir en poengtert fremstilling av prinsipper og premisser som anbefales lagt til grunn i arbeid med en investeringsplan i 10 års perspektiv for Helse Nord. Saken omhandler realkapitalen – det vil si bygninger og utstyr.

Styret RHF ga i sak 100-2004 et innspill til statsbudsjett 2006 og i denne saken ble det lagt til grunn et lånebehov på 500 mill. kroner for å gi mulighet til å gjennomføre et investeringsprogram på ca. 750 mill. kroner per år. For å dekke finansieringskostnadene for dette investeringsprogrammet må Helse Nord enten ha en realvekst i inntektene (basistilskudd og tilskudd til styrking av psykisk helsevern) på 1 % per år eller tilsvarende netto økonomieffektivisering.

Den økonomiske situasjonen tilsier at Helse Nord må være forsiktig med nye investeringskostnader før det oppnås balanse i driftsbudsjettene og helseforetakene har opparbeidet økonomisk evne til å bære finansieringskostnader og eventuelle økte driftskostnader knyttet til investeringene.

Helse Nord har en skjevfordeling av realkapitalen på grunn av alder, tilstand og bokført verdi. Foretak med sterk slitasje på realkapitalen har ikke innarbeidet nødvendige inntekter i sine basisrammer til å bære kostnadene ved nødvendige investeringer for vedlikehold av anleggene. På den annen side må Helse Nord RHF ha likviditet, finansierings- og styringsmulighet til å gjennomføre både modernisering og kapasitetsfornyning av våre tjenestetilbud.

Institusjonsstrukturen, kombinert med spredt bosetting i Nord Norge, gir ”dublering” av både areal og utstyr. På den annen side har dette en rekke kvalitative sider som bør ivaretas. Utfordringen for Helse Nord RHF er å ha en effektiv driftsorganisering som kan frigjøre midler til finansiering av forholdsvis store investeringer. I denne sammenheng må fokus rettes spesielt på en nøysomhet i bruk av areal. Arealproduktivitet og – effektivitet vil være nøkkelord for en god økonomisk utvikling ved våre foretak. Det legges til grunn en årlig arealkostnad på kr. 1 500 – 3 000 per kvm. for å dekke avskrivning, finanskostnad og forsikring, energi, renhold, vedlikehold mv. (FDV-kostnad)

*Organisering, styring og ledelse*

Helse Nord skal profilere en sunn formuesforvaltning på en slik måte at dette understøtter og fremmer tjenestetilbudet innen spesialisthelsetjenesten til befolkningen i Nord Norge. Helse Nord har et felles og funksjonelt eierskap til realkapitalen. Det formelle eierskapet reguleres gjennom Helseforetaksloven, Regnskapsloven og de årlige styrings- og bestillerdokument, samt foretaksmøter.

Effektiv bruk av realkapitalen skal være til nytte for pasientene, standardheving av tjenestetilbudet, økt kapasitet innen prioriterte områder, modernisering og utvikling iht. moderne medisinsk teknologi, nye virksomheter og funksjoner samt ivaretagelse av nye offentlige krav og Helse-Miljø og Sikkerhet (HMS).

#### *Økonomiforvaltning*

Helse Nord RHF stiller realkapitalen til disposisjon for helseforetakene og stiller ikke krav til avkastning på egenkapitalen.

Det er et hovedprinsipp og et absolutt krav at Helse Nord og helseforetakene skal være i stand til å bære kostnadene ved investeringene. Den regnskapsmessige resultateffekt av investeringene vil være avskrivninger og finanskostnader ved enten reduserte renteinntekter eller rentekostnader når foretakene trekker på driftskreditten. I tillegg kommer driftsøkonomisk effekt av investeringen.

Det gies ikke tilskudd fra Helse Nord til investeringstiltak.

#### *Investeringsrammer og likviditet*

Den årlige planrammen for investeringer i 2006-2010 er foreslått satt til 750 mill. kroner per år. Investeringsrammene fastsettes for å kunne styre bruken av likviditet i foretaksgruppen og dermed styre det samlede investeringsnivå i Helse Nord. Investeringsrammene for de enkelte helseforetak vil være en maksimal grense for investeringsnivået i foretaket.

Grunnlaget for denne investeringsrammen forutsetter et statlig engangstilskudd på 1/3 av investeringssummen ved ombygging og nybygging ved Nordlandssykehuset HF, somatikk Bodø), årlige lån fra staten med 500 mill. kroner og årlig egenfinansiering med 250 mill. kroner; jfr. styresak 100-2004. Prosjektet i Bodø er oppdatert og nå kalkulert til 2 600 mill. kroner. Dette indikerer at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) må delta i finansieringen med 1 400 mill. kroner. Per dato finnes ingen plan for dekning av kostnadsøkningen på 800 mill. kroner. Prosjektet i Bodø lar seg ikke realisere innenfor de investeringsrammer som er foreslått i sak 100-2004 for styret RHF uten at dette gir en betydelig endring av kapitalstrukturen i Helse Nord.

Helseforetakene får sin likviditet til gjennomføring av investeringstiltak gjennom egne midler eller ved at det godkjennes å trekke på driftskreditten til Helse Nord. Det er ikke anledning til andre låneopptak eller finansiell leasing av investeringstiltak.

Helse Nord RHF skal sikre det finansielle grunnlaget ved å holde tilbake nødvendig likviditet til å møte usikkerhet og risiko ved investeringstiltakene. Det skal settes av reserver innenfor investeringsrammen på 750 mill. kroner som ikke fordeles på helseforetakene eller konkrete prosjekt. Denne reserven skal i prinsippet ikke brukes i gjennomføringen av prosjektene. Kvalitetssikringsprosedyrer skal gjennomføres for alle investeringstiltak.

#### *Prioritering og fordeling*

Fordelingen av investeringsrammen skal innrettes mot prioriterte oppgaver og sikre modernisering av tjenestetilbudet ved at medisinsk teknisk utstyr (MTU) og informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er i samsvar med de krav moderne medisin stiller. Oppgaver innen Helse – Miljø og Sikkerhet skal ivaretas.

Fordelingskriterier skal legge til grunn prioriteringer som ivaretar både en fornyelse/modernisering og arealeffektivisering.

### *Investeringsregimer og systemmessige krav*

Helse Nord følger de økonomiske krav og rammebetingelser som er satt av Helse- og omsorgsdepartementet ved gjennomføring av store investeringsprosjekter. De systemmessige rammebetingelser fremgår av departementets brev av 31. desember 2002 og supplerende krav ved brev av 12. februar 2004. Kvalitetssikring gjennomføres etter statens prinsipper beskrevet i ”gul bok” (Statsbudsjettet, St.prp. nr. 1 1999-2000).

Fremtidige investeringsregimer skal stille sterkere krav til dokumentasjon av økonomisk nytte, likviditetsendring, totaløkonomi samt usikkerhet og risiko.

I arbeidet med investeringsplanen skal det sikres at Helse Nord ikke ender i en feilallokering av realkapitalen ved

- slitasje på realkapitalen med uforholdmessige bindinger i drift
- skjev lokalisering mellom sentrale institusjoner og lokale tilbud
- sterke kapitalbindinger som reduserer mulighetene for å satse på helsefaglig prioriterte områder
- akkumulert slitasje som vil framtvinge meget store investeringer i framtiden.

Helse Nord må sikre et tilstrekkelig investeringsnivå slik at regionen ikke sakker akterut teknologisk og driftsmessig og at de kvalitative medisinske tilbudene kan opprettholdes og videreutvikles.

### **Bakgrunn/fakta**

Den driftsøkonomiske situasjon, med store tilpasnings- og salderingsproblemer, har gitt en vanskeligere likviditet i Helse Nord. Dette har medført slitasje på realkapitalen ved at helseforetakene har vist forsiktighet i nyinvesteringer til utskifting og fornying av både bygning og utstyr. De økonomiske rammebetingelsene har heller ikke vært klare ved at endelig åpningsbalanse ikke er fastlagt.

Styringen og ledelsen av formuesforvaltningen har av denne grunn vært noe kaotisk og basert på en viss grad av tilpasningstaktikk. Usikkerhet og manglende langsiktighet i spørsmålet om statlig medfinansiering og lån til større investeringsprosjekter har utsatt nødvendige strategiske grep og struktur i våre planer.

### **Vurdering**

Det er nødvendig å få en fastere, mer langsiktig og strategisk plan for investeringer i Helse Nord. Saksområdet er komplekst og omfattende. En del viktige prinsipper og premisser vurderes nødvendig å forankre i styret før endelig investeringsplan utarbeides.

### **Konklusjon**

Det anbefales at styret slutter seg til de prinsipper og premisser som er lagt til grunn for investeringsplan i Helse Nord.

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

1. Styret erkjenner de store utfordringene i Helse Nord i forhold til å tilpasse realkapitalen i regionen til framtidige behov for og krav til leveranse av gode spesialisthelsetjenester til landsdelens befolkning.
2. Styret har drøftet utredning og saksframlegg og godkjenner administrasjonens forslag til prinsipper og premisser for investeringsplan 2006-2010 med føringer etter 2010.
3. Styret ber administrasjonen om å følge opp denne prinsippssaken med en ny sak til styret innen november 2005, der investeringsplanen konkretiseres, basert på de fremlagte prinsippene og premissene i denne saken. Den nye saken skal inneholde en konkretisert investeringsplan for Helse Nord med spesifisering av store prosjekter og investeringsanslag for arealer til prioriterte områder innen somatikk og psykiatri, samt medisinsk teknisk utstyr, IKT-løsninger og annet utstyr, gjeldende for 2006-2010 og summarisk plan for disse områdene etter 2010.
4. Før den konkrete investeringsplanen fremmes skal følgende punkter være utredet:
  - a. Alternativer for tilpasning ved endringer i forutsetninger om mulige tilskudd og lån fra Helse- og omsorgsdepartementet.
  - b. Analyse av mulighetene for driftseffektivisering på ca. 80 mill. kroner hvert år de nærmeste fem år for å dekke avskrivning og finanskostnader.
  - c. Prioritering av prosjekter basert på prinsippene og premissene for investeringsbeslutninger og behovsvurderinger fremlagt i denne saken. Det legges frem for styret hvilke investeringstiltak som foreslås gjennomført, herunder store prosjekter.
  - d. En usikkerhets- og risikoanalyse ved alternative finansieringsopplegg.
  - e. Prinsipper for fordeling av inntektsrammen til Helse Nord.
  - f. Strategi for fremtidig eierforhold og forvaltning av boliger, barnehager og personalhytter og lignende.

Bodø, den 31. januar 2005

Lars Vorland  
adm. direktør

## UTREDNING

### **Innledning**

I denne saken gies en poengtert fremstilling som skal få frem prinsipper og premisser som grunnlag for en langsiktig og strategisk plan til investeringer i 5 -15 års perspektiv.

Våre innsatsmidler kan i prinsippet deles i human kapital og realkapital. Sist nevnte består av tomt, bygninger, anlegg under utførelse, maskiner (medisinsk teknisk utstyr, IT- og kommunikasjonsutstyr og transportmidler), inventar og løsøre og immaterielle eiendeler. Investeringsplanen omhandler kun realkapitalen. For å sikre befolkningen adekvat tilgang på nødvendige spesialisthelsetjenester må realkapitalen holdes ved like og utvikles i takt med nye krav og utviklingen innen medisinsk teknologi.

### **Bakgrunn**

Prinsippene og premissen er basert på gjeldende lovgivning, styrings- og bestillerdokument samt styrets tidligere vedtak og føringer til forvaltning av formuen i Helse Nord.

### **Policy**

Investeringsplanen har som grunnleggende policy å ivareta realkapitalen i Helse Nord på en slik måte at dette fremmer tjenestetilbudet innen spesialisthelsetjenesten til befolkningen i Nord Norge.

Dette gjennomføres ved å innrette innsatsmidler innen realkapitalen på det solide fundament som finnes i dagens struktur og tjenestetilbud og satse på de fortrinn Helse Nord har gjennom sin sykehusstruktur for å gi et tilbud med stor nærhet til pasientene og primærhelsetjenesten. Helse Nord har ikke inntekter til å satse på store nye forandringer som ofte medfører overgangsperioder med kaos og en stor grad av politikk og taktikk. Policy for Helse Nord er en forbedring av det bestående med en forutsigbar struktur og strategi.

Samtidig skal Helse Nord holde følge med den medisinsk teknologiske utvikling og dette krever ofte omstilling, forandring, forbedring og ny kompetanse. I noen sammenhenger må strukturelle endringer foretas internt i foretakene. Fritt sykehusvalg og nye spesialisttilbud gir endrede pasientstrømmer og spesialisttjenestetilbudene i nord må være konkurransedyktige og attraktive.

I planen legges til grunn i prioriteringene både en fornyelse/modernisering og arealeffektivisering.

### **Eierskap til realkapitalen**

Realkapitalen er stilt til disposisjon for Helse Nord RHF som egenkapital. Styret i Helse Nord RHF har vedtatt å overdra egenkapitalen til helseforetakene. Dette vedtak opprettholdes i denne planens tidsperspektiv. Fordelingen av egenkapitalen mellom HF-ene foretas med bakgrunn i kartlagt verdi av realkapitalen på overdragelsestidspunktet; det vil si per 1. januar 2002. Regnskap 2004 skal oppdatere åpningsbalansen etter nye retningslinjer. Fordelingsprinsipper for tinginnskudd og avskrivning planlegges videreført.

Helse Nord har vedtatt et eierskap til realkapitalen som utelukker finansielle transaksjoner og spekulasjoner. Realkapitalen er et felles eie og ikke et politisk eierskap i betydningen din og min. Helse Nord har et felles og funksjonelt eierskap av realkapitalen til beste for innbyggerne i Nord - Norge.

### **Investeringsbehov**

I styresak 100-2004 ”Innspill til statsbudsjett 2006 fra Helse Nord RHF” er vedtatt et samlet årlig lånebehov på 450-500 mill. kroner, egenfinansiering på 250-265 mill. kroner som gir en investeringsramme på 700-750 mill. kroner. I vedlegg til samme sak er stipulert et investeringsbehov for de nærmeste år som angitt i oppstillingen nedenfor (mill. kroner)

	Lånebehov	Egenfinansiering	Investeringsramme
2007	450	265	715
2008	500	250	750
2009	500	250	750
2010	450	250	700

Økte finanskostnader og avskrivning av investeringer dekkes gjennom egne midler og ved frigjorte avskrivninger og/eller effektivisering. Investeringskostnaden egenfinansieres ved frigjort likviditet.

### **Egenfinansiering, lånebehov og investeringstilskudd.**

Dårligere likviditetsutvikling enn antatt har gitt økte lånebehov. Det er usikkert om nivået i 2005 med egenfinansiering på 330 mill. kroner kan opprettholdes. I planbeskrivelsen legges til grunn noe redusert egenfinansiering med 250 mill. kroner per år de nærmeste fem år. Dette inkluderer restfinansiering av opptrappingsplanen for psykiatri.

I vedtektene er Helse Nord gitt en låneramme på 1 500 mill. kroner som fordeles med 800 mill. kroner til investeringsformål og 700 mill. kroner i driftskredittramme. Med innvilget 300 mill. kroner i lån i 2005 vil lånebyrden i Helse Nord komme opp i 650 mill. kroner. 500 mill. kroner i lånebehov per år i de nærmeste fem år vil gå utover lånerammen til investeringsformål. Det forutsettes at vedtektene endres i takt med godkjenning av nye lån.

For prosjektet Nordlandssykehuset, somatikk Bodø er det i styresak 100–2004 innarbeidet et behov for investeringstilskudd på 1/3 av totalkostnaden. Dette er nødvendig for å kunne realisere prosjektet og sikre et tidsmessig sykehusanlegg. Prosjektet viser nå en kostnadsøkning på 800 mill. kroner relatert til den antatte kostnadsramme på 1 750 mill. kroner som ble opplyst i nevnte sak. Forutsetningen om at HOD må involveres i det videre arbeid med prosjektet utover en låne- og egenfinansiering på 1 150 mill. kr. (2/3 av 1 750 mill. kr.) innebærer et statlig tilskudd på 1 400 mill. kr.

Videre forventes at nødnett i Helse Nord utbygges med dedikerte ressurser fra departementet; jfr. protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord pkt. 4.3.6.

Behov for tilskudd og/eller særskilte ressurser til nye prioriterte områder er ikke kjent.

### **Usikkerhet og risiko**

Den likvide situasjonen i Helse Nord er fortsatt usikker blant annet fordi tre foretak ikke har en tilstrekkelig plan for budsjettbalanse i 2005 og de økonomiske konsekvensene av nye krav og planer er ikke kjent.

Helse- og omsorgsdepartementet gir ingen forhåndssignaler om lånemuligheter for perioden 2006 – 2010. Redusert åpningsbalanse og samtidig økte lån i en femårsperiode gir ikke den planlagte effekten med redusert balanse. Innvilges de omsøkte lån vil balansen i 2010 være økt i forhold til åpningsbalansen. Dette gir en usikkerhet med hensyn til muligheten for økning av fremtidige lån. En videreføring av dagens lånerammer (100 – 300 mill. kroner) vil være for knappe relatert til tilstanden på dagens bygningsmasse og utstyrspark.

Investeringstilskudd til store byggeprosjekter i Helse Nord er også heftet med stor usikkerhet. Ved brev av 23.3.2004 til Helsedepartementet vedrørende prosjektene ved NLSH, Bodø og HHF, Stokmarknes ba Helse Nord om at ”Prosjektene ønskes vurdert inn i et nasjonalt investeringsregime med statlig medfinansiering”. Brevet er ennå ikke besvart og det er heller ikke behandlet, verken i foretaksmøte eller i bestillerdokument 2005.

Byggeprosjektene i Bodø og på Stokmarknes vil ved realisering disponere nesten hele den planlagte lånerammen for de nærmeste fem år. Handlingsalternativene for disse to prosjektene er noe forskjellige.

I nevnte brev til Helsedepartementet ble det opplyst at styret for Helse Nord RHF i møte 10.03.2004 godkjente og vedtok igangsatt byggetrinn 1 i utbygging og modernisering av Nordlandssykehuset, Bodø. En betydelig del av byggetrinn 1 ved Nordlandssykehuset er knyttet til klargjøring for byggetrinn 2-5. Realiseres ikke byggetrinn 2 -5 får Nordlandssykehuset betydelige kapitalkostnader uten reelle muligheter til å hente ut gevinster ved byggetrinn 1. Prosjektet er linket sammen på en slik måte at første byggetrinn betinger en videreføring av prosjektet til fullføring av alle byggetrinn for at gevinst skal oppnås. Det foreligger ingen plan for tilpasning eller håndtering av risiko ved eventuell svikt i finansieringen av prosjektet. Alternative løsninger eller strategier er ikke utarbeidet fordi prosjektet er så langt framskredet at dette forventes gjennomført i sin helhet.

Prosjektet i Stokmarknes har tre alternative løsninger. Tidligere er frarådd en ”0-løsning” da dette alternativ vil ha kort levetid og nyinvesteringer må foretas etter få år. Totalkostnaden mellom de tre alternativene er små selv om forskjellen i investeringskostnad er 100 – 150 mill. kroner. Dette har for en stor del sammenheng med forskjellig vurdering av usikkerhet og risiko.

Departementets nye krav til effektivisering av kapitalbruk, som en konsekvens av en reduksjon av åpningsbalansen med ca. 3,5 mrd. kroner, kan medføre strukturelle endringer. Disse kan innebære en vridning fra nødvendig inventar og utstyr til bygninger og/eller en konsentrering av realkapitalen til færre enheter. Her foreligger en stor usikkerhet mht. det handlingsrom Helse Nord har for å oppfylle kravene til effektivisering av kapitalbruk; jfr. styresak 100-2004. Hvordan myndigheten skal/kan overdras HF-ene er ikke godt nok tydeliggjort.

### **Styrenes prinsipielle ansvar for realkapitalen**

Styringsmodellen legger ingen plikter til styrene for HF-ene om å ivareta realkapitalen – utover det som følger av ”sørge-for-ansvaret”. Dette betyr at styrene disponerer den egenkapitalen som stilles til disposisjon på den beste måten for å ivareta de oppgaver som ligger i årlig bestillerdokument.



En nedskrivning av åpningsbalansen med 33 % og samme forholdsmessige nivå på basistilskuddet, gir foretakene store utfordringer på effektivisering av virksomheten. Helse Nord får store utfordringer mht. arealsanering og kapitalrasjonering. Spesielt utfordrende blir kravene til å vedlikeholde tilstanden på utstyr og inventar fordi ubalansen blir stor mellom avskrivningen på eksisterende utstyr og nyanskaffelser.

Regnskapsloven legger ingen begrensninger i slitasje på realkapitalen utover de regnskapstekniske. Hvis realkapitalen nedslites over tid må denne nedskrives og således reduseres foretakenes egenkapital. Handlingsrommet til foretakene reduseres betydelig.

### **Inntekter og bæreevne**

Det må være et absolutt krav at foretakene skal være i stand til å bære kostnadene ved investeringer.

Per dato har verken Helse Nord eller HF-ene inntekter eller utsikt til merinntekter som kan bære planlagt investeringsvolum. Konsekvensen av framtidige investeringer kan være behov for 2-3 % realvekst i Helse Nord innen 2010 bare for å dekke avskrivingskostnadene. For enkeltforetak med store investeringsprosjekt må realveksten for samme tidsrom ligge på 5-10 %. Dette ligger utenfor realistisk forventet vekst og understreker behovet for statlig medfinansiering. Oppnås ikke denne realvekst må alternativt gjennomføres en effektivisering av drift med tilsvarende kostnadsreduksjoner.

### **Bygninger versus ny medisinsk teknologi, medisinsk teknisk utstyr (MTU) og IT i pasientbehandlingen.**

Utviklingen innen medisinsk teknologi drar mot både sentralisering og desentralisering. Styringsoppleggene fra HOD og herunder bestillingsdokumentet 2005 viser markerte styringskrav for prioriterte grupper (kreftsykdommer, rehabilitering og habilitering, psykiatri og rus som skal ha vekst utover opptrappingsplan og sterkere vekst enn somatikk, pasienter med kroniske sykdommer og fokus på pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester) samt krav om å utarbeide strategier for utvikling av lokale sykehus.

Helse Nord har spesielle utfordringer med å gjennomføre strategien om to spesialistsentra - i Bodø og i Tromsø. Regionen har et lite befolkningsunderlag og utfordres både mht. liten pasienttilgang på små og faglig utfordrende pasientgrupper og på økonomi til å bære en dublering av avansert og dyrt utstyr.

HN investerer mye i bygninger for å vedlikeholde et stort areal gjennom den struktur som er etablert og nå bygges opp innen psykisk helsevern. Samtidig opprettholdes og utbygges areal og ressurser ved sentrale institusjoner. To nivå i framtiden

- Hverdagsmedisin der folk bor (lokale sykehus/DMS/DPS/hjem)
- Spesialiserte sykehus (endog nordiske og/eller europeiske sykehus)

En sanering av disse utfordringene bør ikke skje gjennom taktiske disposisjoner i en investeringsplan men være forankret i en strategisk plan for virksomhet og funksjon for å dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Per dato har Helse Nord ca. 400 000 kvm. areal ved våre institusjoner. Ved de to sentrale institusjonene planlegges en utbygging med til sammen ca. 40 000 kvm. Dette tilsvarer arealet ved 2-3 lokale sykehus. Når Helse Nord ikke klarer en arealrasjonering og ressursene til investeringsformål blir begrenset, vil dette ha konsekvenser for tjenestetilbudet ved at vi ikke klarer å holde følge med utviklingen innen medisinsk teknologi. Modernisering og utskifting av vår utstyrspark kan ikke skje i ønskelig tempo.

Dagens forskning er morgendagens virkelighet. Forskerne har store forhåpninger til fremskritt innen diagnostisering og behandling ved hjelp av medisinsk teknologi. Avstanden mellom mulige diagnoser og mulig terapi vil øke. Det er usikkert hvor raskt utviklingen vil gå. Erfaringene hittil viser en raskere utvikling og utbredelse av medisinsk teknologi enn først antatt. Forskingen er rettet mot flere områder hvor vi kan forvente mulige nye anvendelser i framtiden – bioteknologi og genteknologi, celleterapi, billeddiagnostikk og intervensjonsbehandling, nanoteknologi samt farmakogenetikk. Det er ikke mulig å si hvor stor utbredelsen av denne teknologi vil være kommet om 10-15 år.

Prosjektene ved St. Olavs hospital og A-hus er under bygging med all mulig teknologi. IT investeringene alene nærmer seg 2 mrd. kroner ved disse to prosjektene. På en rekke områder utvikles nye tilbud som krever betydelige IT investeringer – elektronisk pasientjournal, Norsk Helsenett, elektronisk resept, telemedisinsk utstyr, nødnett og prehospitale tilbud. Pasientbehandlingen flyttes fra intramural sykehusbehandling og ut til distriktsmedisinske sentra, privatpraktiserende spesialister, ambulanse og hjem til pasienten. Ny teknologi krever betydelige ressurser til opplæring og denne investeringen i human kapital har ofte en tendens til å bli salderingspost i knappe drifts- og investeringsbudsjetter.

Verdien av Helse Nords MTU og verdien av IKT utstyr samt løpende nyinvesteringer er for små til å holde tritt med ny medisinsk teknologi og konkurransen fra de andre regionene i landet. Det bør legges inn en 2-3 dobling av investeringene i et 10 års perspektiv. Implementering av ny teknologi vil kreve opplæring og i driftsbudsjettene bør legges inn nødvendige ressurser for utvikling av kompetanse.

### **Psykiatri og prioriterte områder**

Restinvestering til opptrappingsplanen psykiatri er på ca. 182 mill. kroner i 2006 som fordeles på

- 75 mill. kroner i Helse Finnmark; inkl. rammeøkning med 30 mill. kroner
- 25 mill. kroner i HHF, divisjon Narvik
- 52 mill. kroner div. prosjekt NLSH; Bodø
- 30 mill. kroner NLSH, Lofoten

Psykatriplaner utover opptrappingsplanen gjelder (utover budsjett 2005)

- Enhet for spiseforstyrrelser ved UNN og NLSH med til sammen 45 mill. kroner fordelt på 2006 og 2007.
- Opprusting NLSH, Mellomåsen med 34 mill. kroner fordelt på 2006 og 2007.
- Samlet senter for barn/unge ved UNN inkl. UPA, BPA, RSS og skole og renovering bygg psykiatri med anslått 75 mill. kroner fordelt på 2006 og 2007.
- Akuttpost, modernisering BUPA og div. prosjekt NLSH, Bodø 20 mill. kroner i 2006.

### **Prioriterte områder**

Gjennomføring av godkjente planer og prioriterte områder krever både bygningsløsninger og utstyr; herunder utskifting og fornyelse. Det foreligger ikke konkrete kalkyler for behov for realkapital og tallene nedenfor er mest programerklæringer som skal vurderes nærmere i investeringsplanen:

- Ny rus klinikk ved UNN til 70 mill. kroner fordelt på 2006 og 2007
- Øvrige investeringstiltak rus med 15 mill. kroner i 2006-2010 og 50 mill. kroner i 2011-2015
- Ambulansetjeneste fornyelse (bil, båt, fly) og akuttjeneste med 50 mill. kroner i hver av femårs periodene
- Rehabilitering, habilitering, geriatri og kronikeromsorg med 100 mill. kroner i hver av femårsperiodene til ombygging med mer for økt tjenestetilbud.
- Oppfølging av smittevernplan krever blant annet isolat. Dette fører oftest med seg en større inngripen i bygningene med tilhørende ombygging. Investeringen må sees i sammenheng med ”mindre bygningsmessige investeringer i HF-ene”. Her indikeres et foreløpig program med 50 mill. kroner for hver av femårsperiodene.
- Samhandling kommuner og desentral spesialisttjeneste krever oppbygging av enheter med tilbud om røntgen, pacs, konsultasjonsrom, behandlingsrom og rom for funksjonsundersøkelser. Investeringsplanen bør ta hensyn til dette og et foreløpig anslag tilsier 100 – 125 mill.kr. i første femårsperiode.

### **Større strategiske prosjekt**

Modernisering av hele sykehusanlegg og nye sykehusfløyer kommer inn under denne gruppen og per dato kan stipuleres følgende prosjekter i planperspektivet 0 – 10 år:

- |                                     |               |             |
|-------------------------------------|---------------|-------------|
| • Nordlandssykehuset, Bodø          | - 2,55        | mrd. kroner |
| • Hålogalandssykehuset, Stokmarknes | - 0,50 - 0,65 | mrd. kroner |
| • Universitetssykehuset Nord-Norge  | - 0,50 - 1,00 | mrd. kroner |
| • Hålogalandssykehuset Narvik       | - 0,25 - 0,65 | mrd. kroner |
| • Helse Finnmark, Hammerfest        | - 0,45 - 1,00 | mrd. kroner |
| • Helse Finnmark, Kirkenes          | - 0,25 - 0,65 | mrd. kroner |

Investeringsbehovet for store prosjekter i Helse Nord er 4,50 – 6.5 mrd. kroner i 10 års perspektiv. For de første fem år i planen er det signalisert til departementet et lånebehov på 2,5 mrd. kroner. Med den usikkerhet som ligger for de neste fem år tør sies at dette lånenivået bør videreføres. I 2015 har flere av de øvrige sykehusanlegg nådd en alder på 40 – 50 år og Helse Nord står foran en ny gruppe sykehus som trenger modernisering (Vefsn, Lofoten og Sandnessjøen).

Investeringer innen gruppen ”Større strategiske prosjekt” bør underbygge det fundament som legges ved utarbeiding av strategier for utvikling av lokale sykehus; jfr. bestillerdokument 2005.

### **Fellesprosjekter i regi av Helse Nord**

En rekke program og planer må sikres gjennomføring ved felles regionale prosjekter. For en stor del har dette hittil vært prosjekter som sikrer en hensiktsmessig nasjonal og regional infrastruktur og særskilte satsingsområdet som eksempelvis felles datasystem (pasientsystem, medisinske støttesystemer, økonomi, kvalitet, innkjøp mv.). IKT har vært et satsingsområde i Helse Nord hvor flere store prosjekter er gjennomført.

For kvalitetssikring av alle investeringsprosjekt av noe størrelse innarbeides en finansiell usikkerhet og risiko som fellesprosjekt i regi av Helse Nord. På gjennomføringstidspunktet skal den finansielle usikkerhet og risiko være redusert til under 5 %. Den årlige avsetning for kvalitetssikring stipuleres til 25 mill. kroner.

Investeringer innen gruppen felles regionale prosjekter kan reduseres og det er tidligere stipulert et nivå på ca. 40 mill. kroner per år som nå økes til 65 mill. kroner inkludert kvalitetssikring av prosjekter.

Nye større nasjonale og/eller regionale satsninger/program forutsettes fullfinansiert ved dedikerte midler til formålet.

### **Større utstyrsanskaffelser og mindre bygningsmessige investeringer i HF-ene**

I denne gruppen inkluderes enkeltanskaffelser utstyr på rundt 5 mill. kroner og mer (i all hovedsak røntgenutstyr) samt bygningsmessige investeringer på 10 – 100 mill. kroner.

Fra HF-enes planer/tilbakemeldinger

- Skifte og/eller nyanskaffelser av røntgenlaboratorier (5-6 mill. kr. per lab.), CT (6-7 mill.kr. per lab.) og MR (8-12 mill. kr. per enhet)
- Nukleærmedisinsk utstyr (10 – 15 mill. kr. per enhet)
- Strålekanon (15 mill. kr. per stk)
- PET skanner ved UNN (50 mill. kr.)

Ca. 50 % av verdien av utstyret ved sykehus er tilknyttet radiologi, nukleærmedisin og strålebehandling/-terapi. Den ”funksjonelle” avskrivningstiden er 10-12 år og kapitalkostnadene blir 8-10 % av investeringskostnaden.

Ved byggeprosjekt er erfaringen at kostnaden til utstyr er 15-20 % av investeringskostnaden. Det er viktig at Helse Nord kan opprettholde et høyt nivå på diagnostisk - og behandlingsutstyr. Medisinsk teknisk utstyr (MTU) er verdisatt til ca. 480 mill. kroner i åpningsbalansen. Dette er ca. 7 % av verdien på bygning. Det er lite realistisk å opprettholde så lavt forholdstall de nærmeste år.

Den årlige avskrivning i åpningsbalansen for MTU er i Helse Nord ca. 86 mill. kroner som tilsvarer handlingsrommet for årlig investering til utskifting. I tillegg skal investering foretas for modernisering av utstyrsparken. Investeringsvolumet bør 2-3 dobles og av dette er ca. 50 % som nevnt knyttet til røntgenutstyr mv. Følgende årlige investeringer bør settes inn

2006-2010 85 mill. kroner per år.

2011-2015 130 mill. kroner per år

Bygningsmessige investeringer ved HF-ene på 10 – 100 mill. kroner bør innarbeides med ca. 100 mill. kroner for hver fem års periode.

### **Mindre utstyrsanskaffelser og bygningsmessige investeringer i HF-ene**

For å opprettholde nivået på mindre MTU bør investeringen 2-3 dobles. Ved prosjekt NLSH, somatikk Bodø og HHF, Stokmarknes er utstyrsplanene samlet en investering på ca. 160 mill. kroner frem til 2010 og ca. 400 mill. kroner for gjennomføring av fase 2-5 i Bodø.

Følgende mindre MTU investeringer bør settes inn:

2006 – 2010 85 mill. kroner per år ekskl. 150 mill. kroner til byggeprosjektene i Bodø og Stokmarknes  
2011– 2015 130 mill. kroner per år ekskl. 400 mill. kroner til byggefase 2-5 i Bodø.

Åpningsbalansen hadde en verdisetting av IKT til ca. 100 mill. kroner. Den årlige avskrivning i åpningsbalansen for IKT er i Helse Nord ca. 50 mill. kroner som tilsvarer handlingsrommet for årlig investering til utskifting. I tillegg skal investering foretas for modernisering av digitalt og kommunikasjonsutstyret. Investeringsvolumet bør 2-3 dobles og herunder inkludert alt kommunikasjonsutstyr. Følgende årlige investeringer bør settes inn

2006-2010 100 mill. kroner per år.  
2011-2015 125 mill. kroner per år

Investeringer til mindre bygningsmessige investeringer må begrenses mest mulig og akkumulerte behov vil løses gjennom nødvendige investeringer for prioriterte områder og investeringer i større strategiske prosjekt (Narvik, Hammerfest og Kirkenes). For en del områder vil det være nødvendig med mindre investeringer (off. krav, HMS, smittevern med bla. isolat) Følgende investeringsrammer innarbeides til bygningsmessige investeringer i HF-ene

2006 – 2010 50 mill. kroner per år  
2011 – 2015 75 mill. kroner per år

### **Investeringsregime og effektivisering**

Protokoll fra foretaksmøtet 11. januar 2005 beskriver blant annet hvilke økonomiske krav og rammebetingelser som gjelder for Helse Nord.

En ny forskrift om regnskapsføring av anleggsmidler overtatt av regionale helseforetak og helseforetak ved etablering av sykehusreformen 1. januar 2002 skal legges til grunn ved regnskapsavleggelsen for 2004. Foruten en rekke praktiske endringer, vil forskriften medføre at verdien av våre anleggsmidler reduseres med 3,5 mrd. kroner og forholdsvis reduksjon i avskrivningene. Dette øker kravet om kapitaleffektivisering uten at styrene er gitt nødvendig handlingsrom for å gjennomføre dette.

Det er ikke satt krav om avkastning i helseforetakene.

De systemmessige rammebetingelser som gjelder for beslutning om og gjennomføring av store investeringsprosjekter fremgår av

- Departementets brev av 31. desember 2002 og
- supplerende krav ved brev av 12. februar 2004
- Kvalitetssikring etter statens prinsipper beskrevet i ”gul bok” (St. prp. nr. 1 1999-2000).

Fra protokoll fra foretaksmøtet hitsettes:

For 2005 presiseres det at styringssystem og krav som er beskrevet i nevnte dokumenter gjelder. Herunder nevnes særskilt at:

- for store prosjekter må det unngås at det settes i gang omfattende prosesser og planleggingsarbeid som det senere viser seg urealistisk eller ikke ønskelig å gjennomføre av økonomiske eller helsefaglige grunner
- i tråd med skisserte krav til ulike prosjektfaser mv. i nevnte brev av 31. desember 2002, må aktuelle prosjektideer raskt vurderes opp mot realistiske økonomiske rammer
- prosjekter som besluttes videreført må innarbeides i Helse Nord RHF's overordnede planer og budsjetter for på denne måten bekrefte at prosjekter er vurdert og prioritert innenfor helhetlige faglige og økonomiske rammer
- alle prosjekter må være underlagt tilfredsstillende kvalitetssikring og styring, med særskilte krav til store prosjekter med kostnadsramme som overstiger 500 mill. kroner
- etter gjennomført konseptfase (jf. nevnte brev av 31. desember 2002) for prosjekter som overstiger 1 000 mill. kroner skal resultatene fra denne og det regionale helseforetakets vurderinger legges fram for departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2005 vurdere supplerende krav knyttet til omfang og innretning av investeringer, herunder rammer for mulig bruk av offentlig-privat samarbeid. Departementet vil også initiere en gjennomgang av større planlagte investeringsprosjekter i samarbeid med de regionale helseforetakene, med den hensikt å unngå overinvesteringer og oppbygging av parallelle tilbud.

Helse Nord har sentral likviditetsstyring og myndiggjort HF-ene på finansieringssiden. Erfaringen med investeringsrammer og prosjektstyring tilsier en bedre oversikt sentralt med finansieringssiden. Helse Nord bør innarbeide investeringsregimer i fremtiden som stiller sterkere krav til dokumentasjon av

- lønnsomhet
- økonomisk nytte/gevinst
- endring likviditet
- totaløkonomi og nåverdiberegninger
- usikkerhet og risiko

Regional styringsgruppe.

Det etableres en regional styringsgruppe for store prosjekter. Styringsgruppen skal koordinere

- Prioritering av prosjektporteføljen i Helse Nord
- Større strategiske prosjekt
- Fellesprosjekter
- Større utstyrsanskaffelser

### **Effektiv utnyttelse av realkapitalen**

Rettførdig regime vs. regime med trykk på effektiv bruk av realkapitalen. Effektiv bruk av realkapitalen vil være krav til

- Nytte/gevinst for pasient
- Standardheving av tjenestetilbudet
- Økt kapasitet innen prioriterte områder
- Modernisering og utvikling iht. medisinsk teknologi
- Nye virksomheter og funksjoner
- Nye offentlige krav og herunder HMS og "Grønn stat".

### **Boliger, barnehager og personalhytter**

Vurderes organisert slik at investeringene kan holdes utenfor våre investeringsrammer til spesialisthelsetjenesten og søkes finansiert over husleie.

### **Prioriteringer og kriterier for fordeling av realkapital og investeringsrammer.**

Det foreløpige stipulerte investeringsbehov er for de nærmeste år langt større enn foreslått investeringsramme 2006-2010. Konkretisering av investeringsplan må vurdere en rekke kriterier for prioritering og fordeling og her nevnes noen

- a. Arealproduktivitet
- b. Arealeffektivitet
- c. Arealstandard
- d. Totaløkonomi – skal ha inntekter til å bære investeringen
- e. Fordeling basisramme/økonomi
- f. Lønnsomhet – kapitalkostnader og driftsøkonomiske konsekvenser
- g. Pasientstrømmer
- h. Faglige prioriteringer – HOD og/eller RHF og/eller HF
- i. Forskrifter og krav til HMS og "Grønn stat"
- j. Pasienttilbud, dekningsområde, dimensjonering, aktivitet, funksjon (befolkningsunderlag)
- k. Tilstand dagens anlegg

### **Standardkrav til realkapital**

Realisering av nye større investeringsprosjekter i landet (St. Olavs Hospital og A-hus) og realisering av større strategiske prosjekt i Helse Nord gir nye føringer for standardkrav ved sykehus. Videre kommer nye myndighetskrav til både bygninger og utstyr. Nye behandlingsmetoder og organisering av virksomheten endrer krav og forventninger til standard på sengepost, moderne forsyningssystemer, nye funksjoner, service til pasienter med mer. Dette er en løpende utvikling hvor Helse Nord må møte slike utfordringer.

## **Konsekvenser**

Utredningen viser at investeringsprogrammet i Helse Nord ikke lar seg gjennomføre uten

- statlig medfinansiering med kontanttilskudd på 1 400 mill. kroner.
- økte årlige lån til 500 mill. kroner per år i planperioden.
- ingen ytterligere svekkelse av likviditeten i Helse Nord.
- sanering av budsjett i løpet av 2005.
- økte inntekter for Helse Nord på 2-3 prosent realvekst eller reduserte netto kostnader på 2-3 prosent i løpet av en femårsperiode for å dekke avskrivingskostnader.
- ytterligere krav om driftseffektivisering på 1-2 % for å dekke finanskostnader av planlagte investeringer.
- for helseforetak med større strategiske investeringsprosjekt kreves en driftseffektivisering på oppimot 10 % for å dekke avskrivning og finanskostnader.

## **Oppsummering**

Her foreligger flere alternativer/strategier:

- a. Avklaring av strategier ved eventuell svikt i mulige tilskudd og lån fra HOD
- b. Analyse av mulighetene for driftseffektivisering på 80 mill. kroner hvert år de nærmeste fem år for å dekke avskrivning og finanskostnader. Dette kan kreve strukturelle tiltak, men skal ikke gå ut over desentrale tilbud og lokale sykehus.
- c. Etter avklaring av finansiering gjennomføres en prioritering av prosjekter basert på prinsippene for investeringsbeslutninger og behovsvurderinger. Det legges frem for styret hvilke investeringstiltak som foreslås gjennomført, herunder store prosjekter.
- d. Utarbeider en usikkerhets og risikoanalyse alternative finansieringsopplegg.



Stipulerte investeringsbehov Helse Nord for perioden 2006 – 2015 og investeringsrammer med forutsatt tilskudd og lån.

(mill. kroner)

Gruppe	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
I	430	205	70	70	70	50	50	50	50	50
II *	271	333	440	405	300	300	200	173		
II **				40	227	400	400	400	150	35
III	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
IV	105	105	105	105	105	150	150	150	150	150
V	225	225	225	230	225	250	250	250	250	250
Sum kostnad	1096	933	905	910	992	1 215	1 115	1 088	665	550
Investeringsramme	750	750	750	750	750	?	?	?	?	?
Inv. tilskudd ??	300	300	300	300	200					
Lån ??	500	500	500	500	500					
Egen finansiering	250	250	250	250	250					

\* NLSH, Bodø og HHF, Stokmarknes nybygg – Totalt 3 200 mill. kroner

\*\* HHF, Narvik og Helse Finnmark, Hammerfest og Kirkenes

- Gruppe I: Psykisk helsevern og prioriterte områder (rehabilitering, geriatri, kronikere, rus, samhandling kommuner, behandlingshjelpemidler, nødnett og ambulansetjeneste)
- Gruppe II: Større strategiske prosjekt
- Gruppe III: Fellesprosjekter i regi av Helse Nord
- Gruppe IV: Større utstyrsanskaffelser og mindre bygningsmessige investeringer i HF-ene
- Gruppe V: Mindre utstyrsanskaffelser og bygningsmessige investeringer i HF-ene

Vår dato:

31.1.2005

*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*

Deres dato:

Vår referanse: Arkivnr:

Deres referanse:

Saksbehandler: Trude Grønlund, tlf. 75 51 29 13

---

## **STYRESAK 05-2005    ÅRLIG MELDING 2004**

Møtedato: 7. februar 2005

*Sakspapirene ettersendes.*

## STYRESAK 06-2005 REGIONAL PLAN FOR KOMMUNIKASJON I HELSE NORD

Møtedato: 7. februar 2005

### Formål/sammendrag

Regional plan for kommunikasjon i Helse Nord (helseforetakene og Helse Nord RHF) er utarbeidet på bakgrunn av styrets vedtak sist vår. Planen legger til grunn et perspektiv på Helse Nords organisasjon hvor virksomheten og egenarten til helseforetakene og Helse Nord RHF skal synliggjøres slik at vi framstår som en organisasjon. Planen tar utgangspunkt i kommunikasjonens betydning i behandlingssituasjon og som basis i utøvelse av ledelse. Kommunikasjonsvirksomhetens formål er å bidra til at Helse Nord når sine mål. Planen baseres på noen allment aksepterte verdier og prinsipper. Her er tydelighet, åpenhet og respekt svært sentrale.

Utkast til plan har vært sendt ut til høring bl.a. til brukerorganisasjoner, regionalt brukerutvalg, helseforetakene og de tillitsvalgte på RHF nivå. Høringsuttalelsene følger vedlagt. Flere av innspillene fra høringsinstansene er tatt inn i endelig forslag til plan.

Planen definerer status, delmål og tiltak på ni viktige områder. Videre foreslås en tiltaksliste for 2005. De økonomiske konsekvenser av planen er ikke kartlagt. Mange av tiltakene representerer ikke særlige utgiftsposter, men vil kreve ledelsesmessig oppmerksomhet og oppfølging. Kostnader til ulike tiltak vil være del av det enkelte helseforetaks ansvar der det ikke igangsettes særskilte felles prosjekter som eksempelvis felles publiseringsløsning etc.

Ved styrets behandling av saken trekkes følgende områder fram som de mest sentrale for satsing i 2005:

- Pasientkommunikasjon; informasjon og dialog i behandlingssituasjonen framholdes ofte som det helsetjenesten er dårlig på
- Intern informasjon; dette er sentralt i å behandle medarbeidere med respekt og skape oppslutning
- Kommunikasjon som ledergrep; bevisstgjøring av det ansvar og den rolle ledere på alle nivå har for å ivareta kommunikasjonsoppgaver og utvikle en åpen virksomhetskultur
- Samfunnskommunikasjon; Helse Nord må styrke relasjonen til sine omgivelser gjennom dialog og kommunikasjon med viktige samfunnsinteresser og representanter for brukerne

Behovet for en forbedring av situasjonen i Helse Nord på disse områdene er også tatt inn i organisatoriske og økonomiske rammebetingelser for 2005 som skal behandles i foretaksmøte for helseforetakene i februar. Det foreslås at kommunikasjonsplanen blir del av dette dokumentet i foretaksmøtet.

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

1. Styret for Helse Nord RHF viser til vedlagte kommunikasjonsplan for Helse Nord og vedtar denne som en felles basis for all kommunikasjonsvirksomhet i Helse Nord.
2. I 2005 må tiltakene særlig rettes inn mot å forbedre pasientkommunikasjonen, utvikle en bedre intern kommunikasjon, bevisstgjøre det ansvar ledere har for å utvikle en åpen virksomhetskultur bl.a. gjennom kommunikasjon og forbedre Helse Nords kommunikasjon med omgivelsene på alle nivå.
3. Plan for kommunikasjonsvirksomheten i Helse Nord taes inn i de årlige krav til helseforetakene.

Bodø, den 31. januar 2005

Lars Vorland  
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Helse Nord kommunikasjonsplan  
Høringsuttalelse fra Norsk Forbund for Utviklingshemmede Nordland  
Høringsuttalelse fra Helse Finnmark HF  
Høringsuttalelse fra konserntillitsvalgte i Helse Nord RHF

**STYRESAK 07-2005      NORDLANDSSYKEHUSET HF –  
UTBYGGINGSPROSJEKT, REVIDERT  
SKISSEPROSJEKT FASE 2-5**

Møtedato: 7. februar 2005

**Formål**

Styret inviteres i denne saken til å godkjenne revidert skisseprosjekt for byggetrinn 2-5 som grunnlag for å videreføre skisseprosjektet til et forprosjekt. Saken er en oppfølging av styresak 13/2004 hvor styret for Helse Nord vedtok å fortsette planarbeidet for byggetrinn 2-5 med fremleggelse av skisseprosjekt for styrebehandling i januar 2005. I denne saken presenteres skisseprosjektet. Det orienteres også om status for arbeidet med byggetrinn 1 samt gjenstående arbeider for fullføring av konseptfasen for byggetrinn 2-5.

Revidert skisseprosjekt for byggetrinn 2-5 er vedlagt.

**Sammendrag**

Denne saken er utarbeidet i fellesskap av styringsgruppen for prosjektet sammen med prosjektadministrasjonen. Saksfremlegget er følgelig satt sammen av Einar Hannisdal og Tor-Arne Haug, Helse Nord, Jørn G. Stemland, Terje Winther og Agnar Nikolaisen i Nordlandssykehuset HF. I tillegg har Eivind Solheim som medlem i styringsgruppa gitt innspill i prosessen.

Arbeidet med byggetrinn 1 startet ved årsskiftet. Arbeidet er i rute og de kontrakter som er inngått hittil (ca 70 mill kr) indikerer at det er overveiende sannsynlig at prosjektet kan gjennomføres innenfor kostnadsrammen på 452 mill kr.

Det gjenstår fortsatt noe planarbeid før planene for byggetrinn 2-5 kan oversendes til Helse- og omsorgsdepartementet. Det samlede planarbeidet, som i henhold til kravene skal fremstilles i en konseptrapport, vil være ferdigstilt innen 1.4.2005.

Moderniseringsprosjektet ved NLSH gir en samlet brutto arealtilvekst på om lag 24.000 m<sup>2</sup>. Av det økte arealet for byggetrinn 1-5 er 1.000 m<sup>2</sup> knyttet til erstatningsarealer for eksterne leieforhold. Byggetrinn 1-5 gir derved en økning i nytt disponibelt brutto areal på om lag 23.000 m<sup>2</sup>. Forholdet mellom brutto og netto areal for de totale arealer er beregnet til 1,99. Dette må karakteriseres som normalt for sykehus planlagt ut fra dagens krav og forskrifter.

Av det økte brutto arealet for byggetrinn 1-5 på 24.000 m<sup>2</sup> realiseres ca. 7.000 m<sup>2</sup> ved byggetrinn 1. Samlet kostnad for prosjektet er, som det går frem av tabellen nedenfor kalkulert til ca 2,6 mrd kr. Tabellen viser at en betydelig del av kostnadene ved prosjektet er knyttet til forhold som ikke gir økt areal, siden kostnadene både til oppdelt vedlikehold og modernisering/forskriftskrav er knyttet til andre forhold enn økt areal "nullalternativet".

Moderniseringsprosjektet ved Nordlandssykehuset i Bodø består i prinsippet av fire delprosjekter:

- Oppdemt vedlikehold
- Modernisering og forskriftskrav
- Standardheving
- Ny kapasitet og ny virksomhet

I tabell 1 nedenfor er skissert fordeling av kostnad og arealøkning fordelt på de ulike elementene.

**Tabell 1: Totalkostnad og areal fordelt på delprosjekter (mill 2004 kr)**

		Oppdemt vedlikehold	Modernisering, forskriftskrav	Standardheving	Nye funksjoner, kapasitetsøkning
<b>Bygning</b>					
Ombygging	52 000 m <sup>2</sup> 1 238 mill kr	222,7	874,6	140,7	0,0
Nybygg	24 000 m <sup>2</sup> 912 mill kr	3000 m <sup>2</sup> 136,8	1000 m <sup>2</sup> 45,6	10 000 m <sup>2</sup> 364,8	10 000 m <sup>2</sup> 364,8
<b>Utstyr</b>					
Nybygg/ombygg	423 mill kr	132,6		190,4	100,0
<b>Sum kostnader</b>	<b>2 573 mill kr</b>	<b>492,1</b>	<b>920,2</b>	<b>695,9</b>	<b>464,8</b>
Fordeling %		19 %	36 %	27 %	18 %

Gjennomsnittlig kostnad pr m<sup>2</sup> ombygget areal utgjør kr 23.000 mens tilsvarende pr m<sup>2</sup> nybygd areal utgjør kr 38.000. Som det går frem av tabellen vil det samlede arealet som disponeres etter ferdigstilling av prosjektet enten være nybygg eller ombygget. Det er lagt til grunn en standard for ombyggingsarbeidene som i praksis medfører at hele sykehuset vil fremstå som nytt.

Arealøkningen for oppdemt vedlikehold og modernisering (3.000 + 1.000 m<sup>2</sup>) er knyttet til provisoriene som tas ut av bruk og leide arealer som erstattes med egne arealer. Provisoriene vil ikke få godkjent forlenget brukstillatelse og må således erstattes. Foruten kostnadene forbundet med erstatningsarealene omfatter disse også nødvendig oppgradering av bygning og tekniske anlegg.

Standardheving (10.000 m<sup>2</sup>) er blant annet knyttet til omgjøring av 3-sengrom til 2-sengsrom. Dette utgjør om lag 5.000 m<sup>2</sup> av økningen. Videre utgjør glassgangen langs det gamle sykehuset om lag 1.500 m<sup>2</sup>. Resterende arealøkning knyttet til standardheving gjelder blant annet:

- Etablering av øvrig tverrgående kommunikasjonsarealer og ordinære kommunikasjonsarealer/vrimlearealer som også skal betjene eksisterende arealer.
- Etablering av nye føringsveger og sjakter for tekniske anlegg (høy andel knyttet til nybygg).
- Økning av tekniske arealer. (rom for VVS-tekniske anlegg, kommunikasjonsrom)

Arealøkningen på 10.000 m<sup>2</sup> for nye funksjoner er relatert til følgende:

- Økt kapasitet dagbehandling og poliklinikk
- Geriatri
- Infeksjon
- Økning indremedisin for å møte eldrebølgen
- FMR
- Ambulanse
- Stråleenhet
- Universitet
- Møterom, undervisningsarealer og kontorer

Av saksutredningen går det frem at NLSH på dagens areal og aktivitet har en arealutnyttelse som Ålesund for sengetall og heldøgns pasienter når nettoarealet til Ålesund korrigeres slik at det samsvarer med en brutto/nettofaktor på 1,9. For areal i forhold til poliklinikk og dagkirurgi/dagbehandling har Ålesund en bedre arealutnyttelse enn NLSH.

Når det gjelder forholdet mot UNN så viser utredningen at NLSH i 2003 hadde et lavere areal (bedre utnyttelse) pr. aktivitetsenhet enn UNN med unntak for nettoareal i forhold til dagkirurgi/dagpasienter. Det går også frem av tabellen at NLSH med de nye arealene og forventet aktivitetsvekst vil ha en arealutnyttelse i 2010 som er på linje med UNN i 2003 for areal i forhold til heldøgns pasienter og dagkirurgi/dagbehandling. I forhold til poliklinikk og sengetall vil den være noe dårligere. Dårligere utnyttelse i forhold til sengetall skyldes standardhevingen fra 3 til 2-sengsrom.

Fremdriftsplanen for prosjektet viser ferdigstilling ved utgangen av 2014.

### **Bakgrunn - fakta**

Byggingen av 1. byggetrinn startet etter planen 3. januar d.å. Hittil er det inngått entrepris kontrakter for ca. 70 mill. kroner. Samtlige av kontraktene ligger innenfor kostnadsoverslaget i forprosjektet uten bruk av marginer og reserver. Det anses overveiende sannsynlig at byggetrinnet kan gjennomføres innenfor kostnadsrammen på 452 mill kr vedtatt i sak 13/2004.

NLSH er lokalsykehus for Salten (ca. 75.000 innbyggere). I tillegg skal NLSH, sammen med UNN, være sentrale i utviklingen av det medisinske faglige tilbudet i Helse Nord. Med dette forstås diagnostikk, behandling, pleie, habilitering-/rehabilitering, undervisning og forskning. Byggeprosjektet legger til grunn at gren-/subspesialitetene som ble utviklet mens sykehuset var sentralsykehus, i all hovedsak videreføres og videreutvikles i samarbeid med UNN.

Sammen med UNN vil NLSH derfor være et viktig kompetansesenter i Helse Nord, spesielt i Nordland.

Prosjektkostnader er beregnet ut i fra grad av ombygging, behov for riving og nybygg samt behov for utbedring og rehabilitering av eksisterende teknisk infrastruktur og fasader. Deler av kostnadene for ombygging er beregnet på m<sup>2</sup> nivå BTA og nybygg på elementnivå i henhold til bygningsdelstabellen.

Kostnadene for gjennomføring av byggetrinn 2-5 er i det reviderte skisseprosjektet beregnet til:

Prosjektkostnader ekskl. utstyr	1.853,8 mill kr
Utstyr	308,2 mill kr
<u>Sum byggetrinn 2-5</u>	<u>2.162,0 mill kr</u>

I tillegg kommer byggetrinn 1 med 411 mill kr i prisnivå 1.11.2004 (452 mill kr inkl. prisstigning i byggeperioden) slik at samlet kostnad utgjør 2.573 mill kr inkl. mva. i prisnivå pr 1.11.2004. Det er lagt til grunn at 25 % av utstyret kan overflyttes samt en årlig investeringsramme på 20 mill. pr. år (utover det som inngår i byggeprosjektet) til løpende fornyelse av utstyr. Samlede kostnader er økt med 395 mill kr i forhold til kalkylen lagt til grunn i skisseprosjektet av 10.03.2003.

Med bakgrunn i kalkylemetode og tillegg for uforutsette kostnader anses prosjektkostnad å ligge innenfor rammene for 85 % sikkerhet. Dette innebærer at prosjektet med 85 % sikkerhet kan gjennomføres innenfor den framkomne kostnadsramme. Dette er kvalitetssikret gjennom ekstern kalkyle av uavhengig tredjeparts konsulent.

Summen av de fremtidige besparelsene som prosjektet gir over 40 år utgjør 862 mill kr. Med et realrentekrav på 4 % er dette tilstrekkelig til å finansiere 862 mill kr av investeringen (med nåverdi 2.192 mill kr). Dette betyr at besparelsene vil finansiere alt oppdemt vedlikehold og deler av modernisering/forskriftskrav. Resterende vil måtte finansieres gjennom avskrivningene i etablert drift samt økt basistilskudd til finansiering av kapitalkostnadene til den nye kapasiteten og de nye tjenestene som etableres.

Den samlede investeringskostnaden på 1 880 mill. kroner med prisnivå i 2001 er økt til 2 573 mill kroner i 2004. Dette innebærer at behovet for medfinansiering av anlegget øker tilsvarende. Samlet behov for slik medfinansiering vil være 1 400 mill kroner. Slik finansiering kan enten dekkes gjennom statlige tilskudd eller økning i bestilte oppgaver fra Nordlandssykehuset og tilhørende økning i basistilskudd. Avklaring av hvordan dette kan finansieres vil skje i konsept- og forprosjektfasen.

Det er utarbeidet et foreløpig utkast til framdriftsplan hvor det er tatt hensyn til at sykehuset skal ha tilnærmet full drift i byggeperioden. Planen viser en antatt ferdigstilling innen utgangen av 2014. Med en så vidt lang gjennomføringstid er det grunn til å anta at det vil komme flere programrevisjoner i prosjektperioden. Det anbefales derfor at styret gir klarsignal i denne saken på utarbeidelse av forprosjekt for byggetrinn 2 og 3, mens videre planlegging av de siste byggetrinnene utsettes til byggingen av byggetrinn 2 er kommet godt i gang.



Det er hittil satt av til sammen 65 mill kr til planlegging av byggetrinn 1-5 inkludert 15 mill kr i 2005. For å fullføre forprosjektet til byggetrinn 2-3 må det settes av ytterligere 16 mill kr.

Det er ved gjennomføringen av byggetrinn 2 og 3 de vesentligste funksjoner med hensyn til etablering av klinisk sentermodell finner sted og effekten av investeringene kan tas ut i form av en mer effektiv driftsmodell.

Skisseprosjektet som her fremlegges er ikke tilstrekkelig for å avslutte konseptfasen.

Følgende elementer mangler:

- revidering av hovedfunksjonsprogram
- utarbeidelse av hovedfunksjonsprogram utstyr
- plan for gjennomføring av forprosjektfasen
- finansiering

Dette vil være sentralt for å danne et godt og riktig grunnlag for å gi Helse- og omsorgsdepartementet en orientering om prosjektet i henhold til plan- og meldingssystemet.

### **Vurdering og konklusjon**

Prosjektets fase 1 er nå under realisering i henhold til tidligere vedtak i Helse Nord. Administrasjonen tilrår at skisseprosjektet for fase 2-5 godkjennes og at forprosjekt for fase 2-3 kan gjennomføres og ferdigstilles i løpet av året. Konseptfasen for alle fasene legges frem for godkjenning i Helse- og omsorgsdepartementet. Finansiering av prosjektet ses i sammenheng med investeringsplan 2006-2010 med føringer etter 2010. Det forutsettes at finansieringen av investeringsplanen, herunder også for dette prosjektet, foreligger i løpet av første halvår 2005. Slik plan legges frem sammen med Helse- og omsorgsdepartementets tilbakemelding på konseptfasen.

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

1. Styret tar orienteringen om byggetrinn 1 til etterretning og er tilfreds med at de reelle kostnadene er innenfor kostnadsberegningen i forprosjektet.
2. Styret godkjenner det fremlagte skisseprosjektet for fase 2-5 som grunnlag for videre prosjekteringsarbeid og ber om at det utarbeides et forprosjekt for byggetrinn 2 og 3 som legges frem for godkjenning innen februar 2006.
3. Forprosjektet skal kvalitetssikres gjennom ekstern følgeevaluering.
4. Styret ber om at det resterende grunnlag for en ferdigstilling av konseptfasen utarbeides innen 1.11.2005 og forelegges Helse- og omsorgsdepartementet til godkjenning.

5. Styret ber om at endelig finansieringsplan ses i sammenheng med investeringsplan 2006-2010 og at den fremlegges for godkjenning i styret sammen med departementets tilbakemelding på konseptfasen.

Bodø, den 31. januar 2005

Lars Vorland  
Adm. direktør

Trykte vedlegg:      Utredning

Utrykte vedlegg:    Bok 1 - Revidert skisseprosjekt byggetrinn 2-5 (Sammendrag)  
                          Bok 2 - Revidert skisseprosjekt byggetrinn 2-5 (Teknikk og arealer)  
                          Bok 3 - Analyse av byggetrinn og rokkering av funksjoner  
                          Fremdriftsplan  
                          Revidert skisseprosjekt utstyr  
                          Sak 41/2003 i styret for Helse Nord  
                          Sak 13/2004 i styret for Helse Nord

## Utredning

### Oppfølging av vedtak i styresakene 41/2003 og 13/2004

Alle referanser til styresaker er knyttet til saker behandlet av styret for Helse Nord RHF.

Det ble i sak 13/2004 fattet følgende vedtak:

1. *"Forprosjekt for 1. byggetrinn godkjennes med en kostnadsramme på 452 mill. kroner inkl. utstyr og antatt prisstigning fram til ferdigstillelse som framgår av saksfremlegget. Realiseringen av 1. byggetrinn gir følgende løsninger:*
  - o *laboratoriebygg*
  - o *stråleenhet*
  - o *nytt auditorium*
  - o *nytt lager og varemottak*
  - o *delvis ny teknisk infrastruktur*
2. *Prosjektet gis en utforming og fleksibilitet som muliggjør en omdisponering av eventuelt frigjorte arealer.*
3. *Bruttoarealet økes med 1545 m<sup>2</sup> til 7145m<sup>2</sup> i forhold til skisseprosjektet.*
4. *Kostnadsrammen på 452 mill. kroner fordeles slik på det aktuelle år i byggeperioden:*

<i>2004:</i>	<i>41,3 mill. kroner</i>
<i>2005:</i>	<i>150,0 mill. kroner</i>
<i>2006:</i>	<i>220,0 mill. kroner</i>
<i>2007:</i>	<i>40,7 mill. kroner</i>
5. *Styret gir sin tilslutning til at planarbeidet for byggetrinn 2-5 fortsetter og med framleggelse av revidert skisseprosjekt for styrebehandling i januar 2005.*
6. *Helse Nords arbeid med funksjonsfordeling skal være ferdig revidert innen sommeren 2004. Fordelingen tas inn som forutsetning for det reviderte skisseprosjektet.*
7. *Styret ber administrasjonen følge opp finansieringen av utbyggingsprosjektene og komme tilbake til styret med en endelig plan for finansiering og likviditetsplaner i byggeperioden for de to store prosjektene.*
8. *Administrerende direktør retter en formell henvendelse til Helsedepartementet om støtte til byggeprosjektet."*

Vedtaket følges opp i saksutredningen etter følgende disposisjon:

- Status byggetrinn 1, jfr. punktene **1, 2, 3, 4** i vedtak sak 13/2004
- Nordlandssykehusets rolle og funksjon i Helse Nord, jfr. punkt **6** i vedtak sak 13/2004
- Revidert skisseprosjekt byggetrinn 2-5, jfr. punkt **5** i vedtak sak 13/2004 (jfr. punkt 6 i sak 41/2003)
- Gjenstående arbeid

Punktene **7 og 8** i styresak 13/2004 må ses i sammenheng med samlet investeringsportefølje for Helse Nord og er inntatt i egen sak for Helse Nord "Investeringsplan 2006-2010 med føringer etter 2010".

### **Status byggetrinn 1, jfr. punktene 1, 2, 3, 4 i vedtak sak 13/2004**

Byggingen av 1. byggetrinn startet etter planen 3. januar d.å. Hittil er det inngått entreprisekontrakter for ca. 70 mill. kroner. Samtlige av kontraktene ligger innenfor kostnadsoverslaget i forprosjektet uten bruk av marginer og reserver. Det anses overveiende sannsynlig at byggetrinnet kan gjennomføres innenfor kostnadsrammen på 452 mill kr vedtatt i sak 13/2004.

Prosjektet vil i tråd med vedtak i sak 13/2004 gi løsning for:

- *laboratoriebygg*
- *stråleenhet*
- *nytt auditorium*
- *nytt lager og varemottak*
- *delvis ny teknisk infrastruktur*
- *lokaler for kontor/overnatting/studier for 5. års medisinstudenter*

Arbeidet med planlegging av driften av stråleenheten er igangsatt slik at nødvendig bemanning kan rekrutteres for at enheten skal kunne være i drift ved årsskiftet 2006/2007. Det igangsettes også arbeid for planlegging av den samordning og felles drift som skal realiseres i det nye laboratoriebygget.

### **Nordlandssykehusets rolle og funksjon i Helse Nord, jfr. punkt 6 i vedtak sak 13/2004**

NLSH er lokalsykehus for Salten (ca. 75.000 innbyggere). I tillegg skal NLSH, sammen med UNN, være sentrale i utviklingen av det medisinske faglige tilbudet i Helse Nord. Med dette forstås diagnostikk, behandling, pleie, habilitering-/rehabilitering, undervisning og forskning. Byggeprosjektet legger til grunn at gren-/subspesialitetene som ble utviklet mens sykehuset var sentralsykehus, i all hovedsak videreføres og videreutvikles i samarbeid med UNN. Sammen med UNN vil NLSH derfor være et viktig kompetansesenter i Helse Nord, spesielt i Nordland.

Ved planlegging av et sykehusbygg av denne størrelse, må man ta hensyn både til nasjonale og internasjonale trender. De viktigste internasjonale trender innen somatisk medisin er:

- Økt poliklinisk aktivitet og dagbehandling pga. bedre kunnskaper, teknisk utvikling og nye behandlingsmetoder
- Nedbygging av sengekapasitet pga. økt poliklinisk aktivitet og dagbehandling samt generelt kortere liggetid.
- Sentralisering av enkelte tilbud pga. mer omfattende behandlingsmetoder.
  - eks: kreft- og fedmekirurgi.
- Desentralisering av enkelte tilbud pga. nye kommunikasjonsmuligheter.
  - eks: hudkonsultasjoner pr. e-post, teleradiologi.
- Kartlegging av menneskets arvestoff og annen basalforskning åpner for kurativ behandling av sykdommer det tidligere ikke fantes behandling for. Dette vil endre kravene til laboratoriefasiliteter, og man vil på sikt forhåpentligvis se at disse pasientgruppene vil få behov for en annen og mindre omfattende oppfølging fra spesialisthelsetjenesten enn tilfellet er i dag.
- Infeksjonssykdommer utgjør økende utfordringer
  - Importsykdommer med multiresistente bakteriestammer som et resultat av økt reising og innvandring, f.eks. multiresistent Tbc.
  - Bedre behandlingsmetoder for pasientgrupper med svekket immunforsvar, f.eks. pasienter med kreft eller HIV/AIDS.

- Levetiden øker betydelig i den vestlige verden
  - Økende antall eldre som har flere og sammensatte lidelser som gir økt behandlings- og rehabiliteringsbehov.
  - Stadig flere overlever kreftsykdom noe som gir nye utfordringer for spesialisthelsetjenesten i forhold til til denne pasientgruppen.
  - Bedre behandlingsmetoder mot HIV forsinker utviklingen av AIDS.
- Livsstilssykdommer er en økende utfordring med tanke på omfang av hjerte- og karsykdommer og lidelser som følge av ekstrem fedme/overvekt.

Helse Nord er kommet langt i kartleggingen av tjenestetilbudet i regionen med tanke på samordning og funksjonsfordeling. Dette vil, i et 10-20 års perspektiv, få konsekvenser for det totale tjenestetilbudet NLSH skal levere til befolkningen i Nord-Norge:

### ***Kirurgi***

NLSH tar allerede i dag et større ansvar for pasienter som krever omfattende kirurgi og/eller har dårlig allmenntilstand. Dette er pasienter som ofte krever akutt oppfølging operativt samt langvarig og omfattende intensivbehandling postoperativt. Dette krever også et nært samarbeid mellom NLSH og det aktuelle lokalsykehuset for å samordne best mulig tidspunkt for operasjon og riktig tidspunkt for tilbakeføring av pasienten til lokalsykehuset. Videre har de minste sykehusene i Nordland marginale kirurgiske miljøer og dersom aktuell (spiss)kompetanse ikke er på plass lokalt, må pasienter overflyttes ved akutte inngrep.

NLSH har som et resultat av funksjonsfordeling i Helse Nord fått ansvar for flere pasientgrupper enn tidligere. Dette gjelder blant annet oppfølging av pasienter med brystkreft og ende-/tykktarmskreft.

Videre er sykehuset tillagt regionsansvaret for behandling og oppfølging av ekstrem overvekt, der kirurgi er en del av den totale tverrfaglige oppfølgingen denne pasientgruppen krever.

### ***Intensivmedisin***

NLSH har en stor og veldrevet intensivavdeling og utgjør sammen med tilsvarende avdeling ved UNN en betydelig regional ressurs. Avdelingen betjener blant annet ambulansedy og redningshelikopter med anestesilege og anestesi-/intensiv sykepleier.

Avdelingen er videre en viktig kompetansebase for intensivene ved lokalsykehusene og gir avdelingen ved UNN viktig avlastning når det er nødvendig. Nylig gjennomgått kartlegging av intensivkapasiteten i Helse Nord viser at avdelingen har potensial til å behandle flere pasienter og således i større grad være en støtte for lokalsykehusene og en avlastningsavdeling for UNN.

### ***Kvinnesykdommer og fødselshjelp***

En økt andel av jordmorstyrte fødestuer i landsdelen vil føre til noe økt sentralisering av enkelte pasientgrupper og medføre at NLSH vil måtte være med på å ta et større systemansvar i lag med helseforetakenes fødeavdelinger for eksempel i form av kompetanseheving og utdanning av fødestuenes fødselshjelpere. Det antas få endringer i pasientgrunnlaget innen kvinnesykdommer og fødselshjelp.

### ***Indremedisin og geriatri***

Innen indremedisin opplever man som et resultat av bedre kunnskap, ny teknologi og bedre behandlingsmetoder at flere pasienter kan behandles poliklinisk og ved dagbehandling. Generelt har liggetiden for pasientene gått kraftig ned. Samtidig ser vi at det blir stadig flere eldre, med sammensatte lidelser og et uttalt behov for langvarig og tverrfaglig oppfølging.

Helse Nord har, gjennom NLSH og UNN, en stor utfordring i å utvikle de generelle indremedisinske og geriatrike avdelinger i landsdelen slik at man i størst mulig grad forhindrer at eldre blir såkalte svingdørspasienter. Bedre samhandling med primærhelsetjenesten blant annet med tanke på utbygging av kompetanse og tilbud innen geriatri, vil også være viktig for å kunne håndtere de økte behandlingsbehov. NLSH og UNN må ta på seg et stort ansvar innen utdanning av geriater og pleie-/omsorgspersonell til denne pasientgruppen.

### ***Rehabilitering/habilitering***

Flere pasienter med kroniske sykdommer, økt antall eldre i befolkningen, økt overlevelse blant ekstremt for tidlig fødte, i tillegg til at flere overlever alvorlige ulykker og kreftsykdom, gjør at behovet for rehabilitering/habilitering vil øke i årene framover. I tillegg er dagens tilbud underdimensjonert nasjonalt. Dette krever en økt satsning som bl.a. innebærer flere senger, utvikling av et tverrfaglig behandlingstilbud og tjenester ved lærings- og mestringsentra.

Rehabilitering/habilitering er, sammen med indremedisin og geriatri, de fagområder hvor NLSH har de største utfordringer med tanke på utvidelse av tjenestetilbud, kapasitet og kompetanseheving.

### ***Akutte hjertesykdommer***

Prehospital trombolyse er et nytt og utvidet tilbud til pasienter med akutt hjerteinfarkt (AMI), og er samtidig det største nye enkelttiltak Helse Nord har iverksatt innen pasientbehandling. Prehospital trombolyse innebærer at alle, uansett bosted i landsdelen, skal få blodproppopløsende behandling ("plumbobehandling") så raskt som mulig etter inntreden av brystmerter, og før man kommer inn i sykehus. De som har behov for det skal, etter kort transitt i lokalsykehus, overføres til høyere enhet for akutt utblokkning av hjertets kar (Rescue-PCI).

Per i dag utføres Rescue-PCI kun ved UNN. Dette er en utfordring blant annet transportmessig. Det innebærer også en utfordring med tanke på "lekkasje" av pasienter ut av regionen da en del pasienter må fraktes ut av regionen på grunn av kapasitetsproblemer ved UNN.

I samarbeid med UNN gjøres det i dag karutredninger ved NLSH. Som en del av moderniseringsprogrammet er angio- og intervensjonsenheten ombygget og modernisert. Ett av laboratoriene kan benyttes til hjerteutredning og i løpet av denne våren vil man være i gang med planlagte utblokkninger av hjertets kar (Elektiv-PCI). Med økende behov og lange eller kompliserte flytransporter antas det kun å være et tidsspørsmål før NLSH også utfører Rescue-PCI. Bygningsmessig er dette allerede i dag tatt høyde for.

### ***Kreftbehandling***

Generelt sett øker fortsatt forekomst av nye krefttilfeller hvert år. Samtidig vet vi at stadig flere kreftformer kan tilbys kurativ behandling og NLSH har som nevnt tidligere fått langt flere pasienter i primærkreftkirurgi. Tilbudet med hensyn til behandling av kreft må derfor opprettholdes og bygges ut ved NLSH. I byggetrinn 1 etableres en stråleenhet i laboratoriebygget med plass til to strålemaskiner, hvorav en er budsjettert i prosjektet. Dette gjør at NLSH vil spille en langt viktigere rolle i den fremtidige kreftbehandling i regionen.

På grunn av lange avstander i landsdelen reiser i dag mange pasienter ut av regionen for å få utredning og behandling. Spesielt gjelder dette kreftpasienter som trenger stråleterapi. Stråleterapienheten som nå er under bygging ved NLSH er derfor et viktig og riktig bidrag i å oppfylle målet om å gi et tilbud til alle pasienter i regionen.

I hovedsak vil kreftpasienter som får strålebehandling kunne få dette poliklinisk og bo hjemme/på sykehotell. Imidlertid har NLSH lite å gå på når det gjelder sengekapasitet. Ved et økt fremtidig behov vil man være avhengig av at en del sengerressurser ved NLSH er mer "felleseie" slik at dagens avdelingsgrenser ikke hindrer fleksibel sengeutnyttelse.

### ***Infeksjonssykdommer***

Forekomst av alvorlige infeksjonssykdommer er økende jfr. foran om multiresistente bakteriestammer. Generelt er tilfellene vanskeligere å behandle og krever både nye behandlingsmetoder og isolasjonsmuligheter.

I dag er isolasjonsmulighetene i NLSH begrenset både med hensyn til antall isolater og de tekniske muligheter for luftutskifting som ligger i kvalitetskrav til nye isolater. Mellom 3 % og 4 % av sengene har i dag status som isolater. Det er påkrevd å ruste opp sengepostene med flere isolater samt egen infeksjonspost. I planene ligger det forslag om isoleringsmuligheter i 16 % av sengene inklusive 10 senger i egen infeksjonspost.

### ***Radiologi***

Alle helseforetak i Helse Nord har nå samme system for billedlagring (PACS). Når alle foretak i tillegg får samme IT-system (RIS), vil Helse Nord kunne etablere en felles virtuell bildediagnostisk avdeling. Dette betyr at NLSH kan få en større rolle i en regional vaktberedskap, og at de kan betjene mindre lokalsykehus som mangler radiologer med bildetyding, mens bildetaking fortsatt foregår ved de respektive sykehus.

### ***Laboratoriemedisin***

I det nye laboratoriebygget som nå er under bygging, er det ivarettatt de utordringer fagfeltet står overfor med tanke på både sentralisering og desentralisering av enkelte laboratorietjenester samt utvikling av ny genteknologi ved at man i stor grad har opphevet grensene mellom fire fagområder og laget fellesfunksjoner og fellesarealer. Bygget har dermed fått den nødvendige fleksibilitet for å kunne ta opp i seg de endringer i laboratoriedrift som måtte komme.

Med den fleksibilitet som legges til grunn ved realiseringen av prosjektet, vil justeringer som følge av funksjonsfordeling kunne gjøres under veis etter hvert som byggetrinnene realiseres og nye byggetrinn planlegges.

Før statlig overtakelse ble det utviklet en praksis hvor pasienter fra nordfylket dro nordover når de hadde behov for behandling på sentralsykehusnivå. I sørfylket er det utviklet samme tradisjon som betyr at pasienter reiser ut av regionen. Det er gjort en sårbarhetsanalyse med hensyn til utviklingen i nordfylket, som konkluderer med at om all aktivitet fra Vesterålen og Ofoten blir ivarettatt ved UNN og eventuelt Hålogalandssykehuset, så vil dette ha begrenset påvirkning på sengepoststrukturen ved det nye NLSH. Imidlertid vil en reduksjon av NLSH ansvarsområde medføre inntektsbortfall. DRG-inntektene vil med 60 % refusjon (2005) reduseres med nærmere 30 mill. kr. om samtlige pasienter i nordfylket overføres til Hålogalandssykehuset (Harstad) og UNN.

NLSH skal i dette prosjektet utvikles, gjennom opprusting og ombygging av eksisterende bygningsmasse samt utvidelse ved nybygg, til å bli et moderne og fremtidsrettet sykehus som skal dekke den forventede økningen i behovet for spesialisthelsetjenester. Prosjektet legger vekt på pasienttrivsel og arbeidsmiljø så vel som effektivisering av drift gjennom økt oversiktighet, gode samband og effektiv logistikk.

Som grunnpilar i dette prosjektet ligger fortsatt prinsippet om den ”kliniske sentermodellen” i tråd med styrevedtak i sak 41/2003. Det vil si at sengeområder, plass til dagbehandling, poliklinikklokaler, eventuelle spesialrom for undersøkelse/behandling og legekontorer tilhørende den enkelte spesialitet søkes lagt på samme plan og i direkte tilknytning til hverandre. Dette vil gjøre det enklere for pasientene å orientere seg og medføre mindre pasienttransport til behandlingslokaler. Samtidig gir det samling av personale med spesialkompetanse og mulighet for fleksibel bruk av personale, lokaler og utstyr i sengeposter og poliklinikker.

### **Revidert skisseprosjekt byggetrinn 2-5, jfr. punkt 5 i vedtak sak 13/2004 (jfr. punkt 6 i sak 41/2003)**

I dette avsnittet presenteres det reviderte skisseprosjektet for byggetrinn 2-5. Følgende forhold belyses:

- Planprosessen og arealrevisjoner
- Bygningsmessig hovedkonsept
- Arealer
- Kostnader
- Økonomisk bæreevne
- Framdrift/gjennomføring

#### **Planprosessen og arealrevisjoner**

Som grunnlag for revideringen av skisseprosjektet ble det utarbeidet et foreløpig revidert skisseprosjekt som ble presentert i sak 13/2004 og hvor det ble beskrevet tre alternativer:

1. Full utbygging med program som for skisseprosjekt av 10.03.2003.
2. Full utbygging basert på at program fra skisseprosjekt av 10.03.2003 nedskaleres ved at funksjoner utgår og/eller flyttes ut av sykehuset. To alternativer ble vist, ett med en nedskalering av nybygg og ett der etasjer i eksisterende R og S fløy blir frigjort.
3. Utbyggingen avsluttes etter gjennomføring av byggetrinn 1. Dvs. at byggetrinn 2-5 utgår.



I rapporten ble disse alternativene skissemessig illustrert på plan nivå og analysert mht. funksjonalitet, gjennomførbarhet og kostnad. Ut fra denne analysen fremgikk det at alternativ 2, nedskalert program der eksisterende R- og S-fløy frigjøres, var den beste løsning for videre prosjektering. Denne løsningen er den som gir laveste kostnader, kortest byggetid, størst grad av forutsigbarhet med hensyn til fremdrift og kostnader, samtidig som det tilfredsstillende styrets forutsetning om at:

*”konsept med klinisk sentermodell der sengedelen ligger i AB-fløyen og behandlingsdelen ligger i ny K-fløy skal ligge som grunnlag”.*

I sak 13/2004 ble det lagt til grunn at det ferdige skisseprosjektet skulle baseres på alternativ 2.

I forbindelse med vurderingen av nedskaleringen av prosjektet ble konsekvensene av å redusere prosjektet med å ta ut noen funksjoner og redusere andre funksjoner behandlet av styringsgruppen. Et revidert delfunksjonsprogram ble utarbeidet med henblikk på blant annet følgende justeringer:

- a. Kommunal legevakt utgikk
- b. Pediatri redusert med 3 senger
- c. 10 senger for revmatologi utgikk
- d. 10 senger for medisin utgikk og 10 infeksjonssenger for medisin ble forutsatt integrert i standard sengepost medisin
- e. Operasjonssentralen ble redusert fra 8 til 6 operasjonsstuer
- f. IT-avdelingen ble flyttet
- g. Universitetslokaler ble redusert
- h. 15 senger FMR (Fysikalsk medisin og rehabilitering) utgikk

Videre ble det tatt inn noen arealøkninger gjennom omprogrammeringen hvor de vesentligste var som følger:

- a. Ortopedi ble økt fra 20 til 25 senger
- b. Kontorområder for flere avdelinger var økt noe

Totalt ga disse endringene en arealreduksjon der det var mulig å tømme 3. og 4. etasje i R-fløyen for funksjoner. Dvs. en arealbesparelse på ca 1600 m<sup>2</sup> BTA.

Styringsgruppen vurderte det slik at tilbudet ved NLSH ikke kunne videreføres med en reduksjon som skissert under punktene a-h foran. Styringsgruppen la derfor til grunn at det videre arbeid med skisseprosjektet skulle baseres på at følgende areal skulle inn i prosjektet igjen:

- a. 7 senger revmatologi skal inn
- b. Infeksjonspost som egen post i 1. etasje.
- c. Operasjonssentralen økes fra 6 til 8 stuer som tidligere
- d. Etter konferanse med Universitetet i Tromsø beholdes programarealet for universitetsfunksjoner.
- e. FMR beholdes med 15 senger.

Dette er nærmere begrunnet under punktet ” Nordlandssykehusets rolle og funksjon i Helse Nord”. Disse arealøkningene fører til at det ikke lenger er mulig å frigjøre hele 3. og 4. etasje i R-fløyen. Netto arealreduksjon i forhold til skisseprosjektet av 10.03.2003 utgjør etter dette ca 255 m<sup>2</sup>.

I tabell 2 nedenfor er vist sengetall lagt til grunn i skisseprosjektet.

**Tabell 2: Sengetall i skisseprosjektet.**

Spesialitet	Sengetall						Anmerkning
	Hovedfunksjons-program (HFP)	Delfunksjons-Program (DFP)	Sengetall ved Utgangen av 2003 1 <sup>a</sup>	Foreløpig revidert skisseprosjekt 2003	Revidert DFP/ Skisseprosjekt 2004	Etter vedtak i styrings-Gruppen 2. nov. 2004	
Barn, nyfødt, store	30	37	34	30	34	34	3 kuvøseplasser ut 2)
Barnehabilitering	3	0	0	0	0	0	
Kirurgi	49	49	56	49	49	49	
Ortopedi	20	20	26	25	25	25	
Indremedisin inkl. hjerteoverv. Geriatri og infeksjon	106	102	72	102	102	102	
Infeksjonssenger	6	10	0	0	0	0	Senger inngår i tot. Sengetall for medisin
Gastroenterologi (inkl. med./kir.)	0	0	0	0	0	0	
Geriatri (inkludert medisin)	0	0	0	0	0	0	
Kvinneklubben/føde	29	29	44	29	29	29	
Nevrologi inkl. slagpost	28	2	25	28	28	28	
Revmatologisk avdeling	10	10	12	0	0	7	
ØNH	11	11	12	11	11	11	
Øye (senger i annen avdeling)	0	0	0	0	0	0	
Hud (senger i annen avdeling)	0	0	0	0	0	0	
Fysikalsk medisin og rehabilitering	15	15	4	0	15	15	
<b>Totalt</b>	<b>307</b>	<b>311</b>	<b>285</b>	<b>274</b>	<b>293</b>	<b>300</b>	

1) Oppgitt sengetall ved utgangen av 2003 er basert på opplysninger innhentet av kvalitetsseksjonen høsten 2003. Den avdelingsvise fordelingen av senger er ikke uten videre sammenlignbar med inndelingen i HFP/DFP og foreløpig revidert skisseprosjekt.

2) Antall kuvøseplasser ble i DFP økt fra 10 til 17, under forutsetning av at samlet antall senger i sykehuset ikke skulle overstige 307. Som et ledd i dette ble de 3 sengene for barnehabilitering fjernet. Da det ikke er angitt i DFP hvor øvrige reduksjoner skal tas, er totaltallet for DFP i tabellen 311. Ved ny gjennomgang av DFP er 4 kuvøseplasser tatt inn igjen i prosjektet.

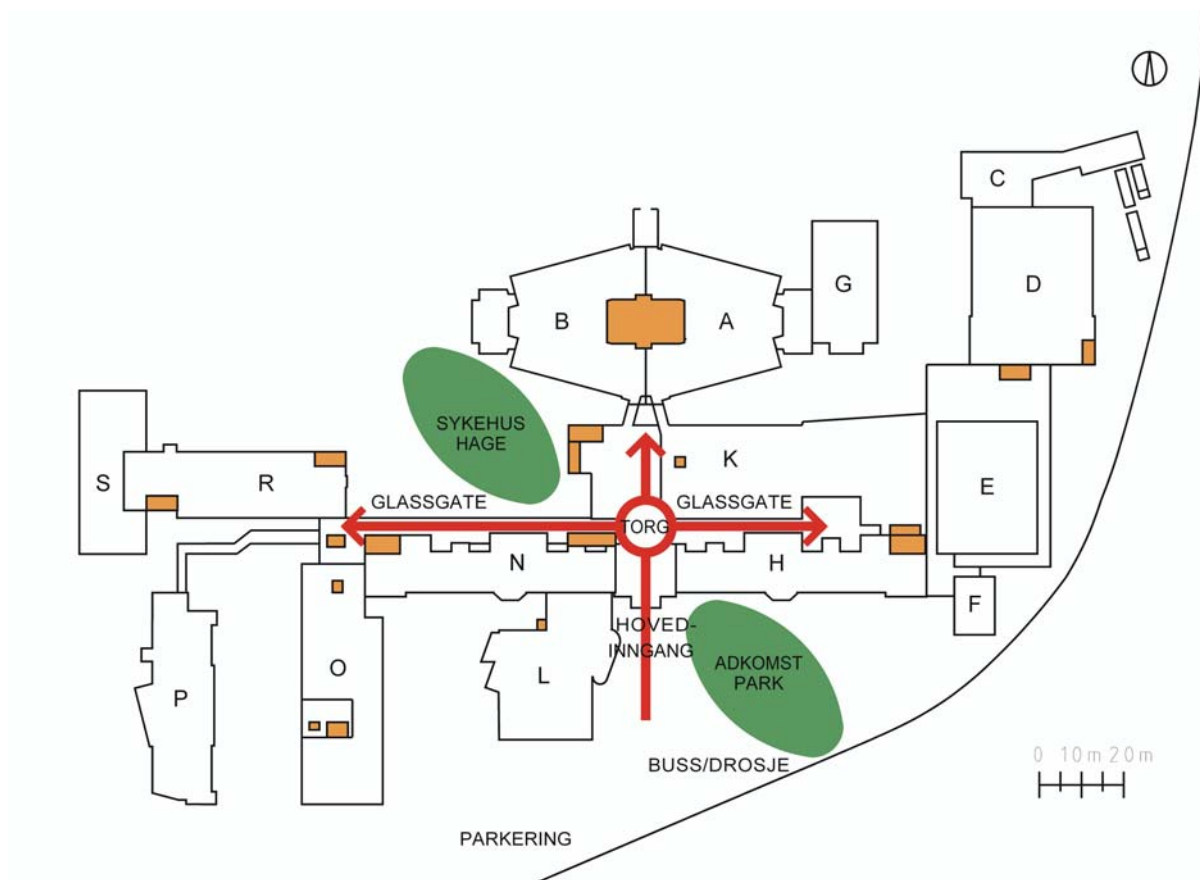
I planene fremkommer en rekke mindre arealer tilsvarende en total arealreduksjon i programmet for skisseprosjekt på ca. 624 m<sup>2</sup>. Teoretisk ville dette arealet kunne pakkes for å frigjøre et større areal i for eksempel R-fløyen.

Det anses imidlertid som lite hensiktsmessig på nåværende tidspunkt å ta dette arealet ut av prosjektet. Med den lange gjennomføringstiden for prosjektet antas det at innen bygget står ferdig vil en måtte innpasse en rekke programendringer. Eventuelt frigjort/ikke benyttet areal kan komme til fradrag i forbindelse med gjennomføringen av byggetrinn 5.

### Bygningsmessig hovedkonsept

Det har vært en overordnet målsetting å bygge videre på en enkel og lett fattbar trafikkstruktur for sykehuset, med gode orienteringsmuligheter for pasienter som ansatte gjennom åpenhet, god kontakt mot omgivelsene og enkel geometri som i tidligere skisseprosjekt.

I revidert skisseprosjekt for byggetrinn 2-5 er dette søkt løst ved å bygge opp trafikksystemet omkring to hovedakser som åpner seg gjennom bygningsmassen i flere etasjer, jfr. figur 1 nedenfor.



**Figur 1:** Hovedakser for trafikk og betegnelser for de ulike fløyene.

En adkomstakse inn fra hovedinngangen i syd til høybygget (fløy A og B) i nord, og en glassoverdekket gate i øst/vest-retning på tvers av denne adkomstaksen.

Der de to aksene møtes dannes et innvendig torg som åpnes opp i fire etasjer. Her finner pasienter og besøkende både informasjonsskranke, hovedheis og trappesystem som leder opp til overliggende klinikker og sengeområder.

Diagonalt og inn mot de to trafikkaksene er det vist grøntarealer. En sydvendt park øst for hovedadkomsten gir miljø og identitet omkring den utvendige adkomstsituasjonen og en sykehushage inn mot trafikkaksene i nord-vest gir miljø og identitet inn mot både adkomstaksen nord-syd og glassgaten øst-vest.

Eksisterende som ny pasientrelatert bebyggelse i byggetrinn 2-5 er lagt inn mot disse to hovedaksene med tilstøtende grøntareal slik at pasienter og besøkende i størst mulig grad finner de enkelte avdelinger de skal besøke rett inn for heis og trapp lagt ut mot hovedaksene i 1. etg.

Sykehuset slik det vil fremstå etter moderniseringen fremgår av figur 2 nedenfor.



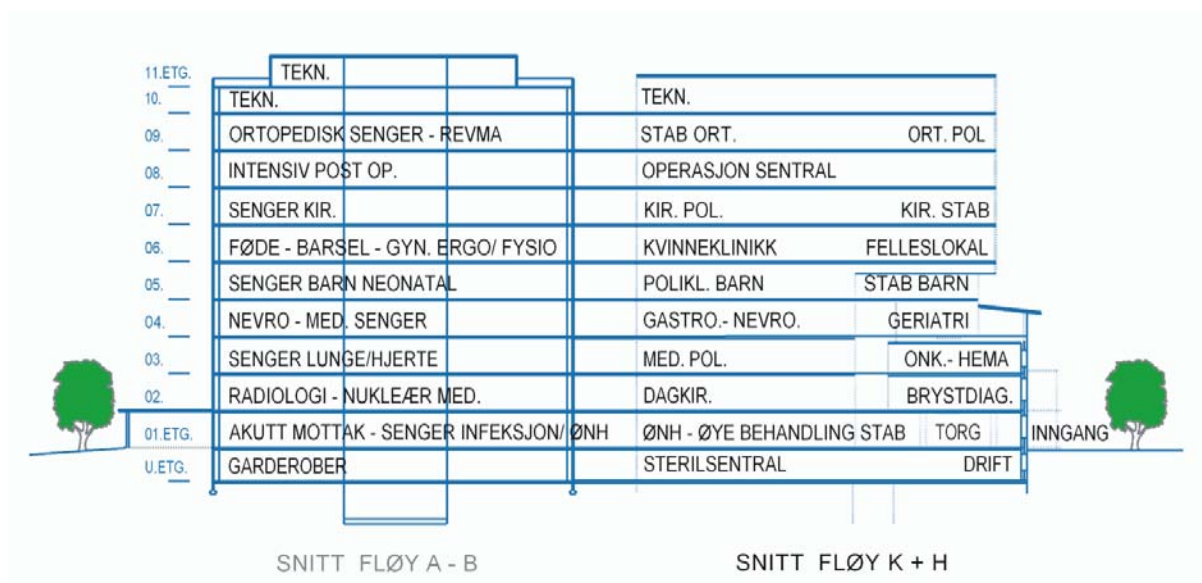
**Figur 2:** Sykehuset etter fullført modernisering og utbygging

Den eldste bebyggelsen er integrert i konseptet og trekker røtter tilbake til sykehusets opprinnelse omkring den nye hovedinngangen. Dette bygget utgjør samtidig et miljøtilskudd og orienterende element i interiøret ved å danne sydvegg i glassgaten med sine torg og åpne plasser.

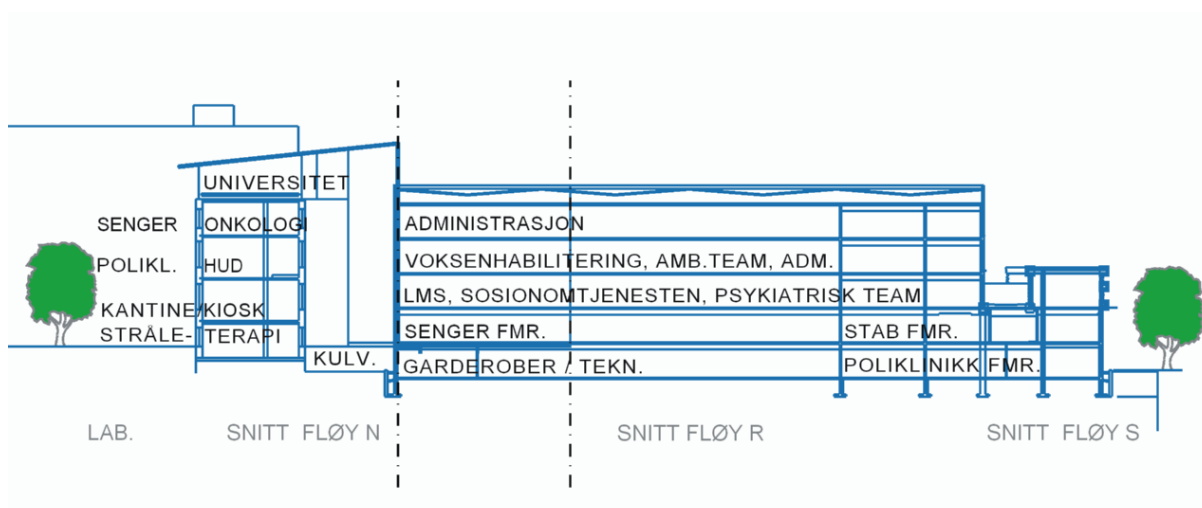
Servicefunksjonene driftsteknisk avdeling og sentralforsyning inngår i byggetrinn 1 og er samlet i eksisterende bebyggelse lengst i øst. Nytt Laboratoriebygg og pasienthotellet knytter seg inn mot glassgatens sydside lengst vest på tomten.

Generelt har bygningsmassen, ny som eksisterende, 4 etasjer over terreng. Sentralt i området hever eksisterende AB-fløy med tilbygg i form av nytt K-bygg mot syd, seg opp i 10 etasjer over det trafikale aksekrysset med hovedvestibyle.

I figurene 3 og 4 er vist plassering av de ulike klinikkene i det ferdig moderniserte og utbygde sykehuset.



**Figur 3:** *Prinssnitt gjennom klinikkstrukturen i A, B, K og H-fløy*



**Figur 4:** *Prinssnitt gjennom avdelinger i RS og N-fløy*

### Areal

Moderniseringsprosjektet ved NLSH gir en samlet brutto arealtilvekst på om lag 24.000 m<sup>2</sup>. Av det økte arealet for byggetrinn 1-5 er 1.000 m<sup>2</sup> knyttet til erstatningsarealer for eksterne leieforhold. Byggetrinn 1-5 gir derved en økning i nytt disponibelt areal på om lag 23.000 m<sup>2</sup>. NLSH vil etter at moderniseringen er ferdig ha et brutto areal på om lag 76.000 m<sup>2</sup>.

Av det økte arealet for byggetrinn 1-5 på 24.000 m<sup>2</sup>, realiseres 7.000 m<sup>2</sup> ved byggetrinn 1.

I nedenstående tabell er det presentert arealer fordelt på de enkelte fløyer for dagens situasjon samt for det ferdig utbygde sykehus.

**Tabell 3: Brutto og netto areal før og etter modernisering fordelt på fløy.**

FLØY	EKSISTERENDE SITUASJON					UTBYGGINGSPROSJEKTET				KOMMENTAR
	BRUTTO AREAL	NETTO AREAL	FRADRAG	UTNYTTBART NETTO AREAL	BRUTTO AREALER SOM RIVES/UTFLYTTES	BRUTTO AREAL I EKSIST. BYGG	BRUTTO AREAL I NYBYGG	SUM BRUTTO AREAL	NETTO AREAL	
SUM FLØY A-B	22 016	11 543	-125	11 418		21 427	3 278	24 705	12 186	Tilbygg øst og vest
SUM FLØY C-D	2 993	1 313	-89	1 224		2 993	417	3 410	1 545	Tilbygg C (byggetrinn 1)
SUM FLØY E	2 643	1 376	-183	1 193		2 643		2 643	1 870	Uetg. utnyttes (teknisk+gard/lager)
SUM FLØY F	334	158	-12	146		334		334	118	
SUM FLØY G	1 051	869	-869	-	1 051	-		-	-	Eksisterende G rives for ny K.
SUM NY FLØY G							954	954	574	Ny fløy G- ambulansestasjon
SUM FLØY J	294	255	-256	-1	294			-	-	Provisorium rives
SUM FLØY K	3 148	1 727	-1 585	142	3 148	-	17 534	17 534	7 619	Eksisterende K rives
SUM FLØY H-N	6 570	3 611	-225	3 386		6 570	2 566	9 136	4 633	Påbygg en etg+tværrg. kommunik.
SUM FLØY L	1 627	1 085	-25	1 060		1 627		1 627	1 014	
SUM FLØY M	150	100	-	100	150	-		-	-	Provisorium rives
SUM FLØY O			-	-			6 562	6 562	3 081	(byggetrinn 1)
SUM FLØY P	3 405	2 262	-	2 262		3 405		3 405	2 263	Pasienthotell
SUM FLØY R	3 956	2 279	-25	2 254		3 956		3 956	2 256	
SUM FLØY S	1 579	939	-	939		1 579		1 579	940	
SUM FLØY X	510	346	-347		510	-		-	-	Provisorium rives
SUM FLØY Y	748	389	-390		748	-		-	-	Provisorium rives
SUM FLØY Ø	489	337	-338		489	-		-	-	Provisorium rives
SUM BISKOP KROGHS GT	406	240	-240		406	-		-	-	Utflyttes
<b>SUM</b>	<b>51 919</b>	<b>28 827</b>	<b>-4 709</b>	<b>24 122</b>	<b>6 796</b>	<b>44 534</b>	<b>31 311</b>	<b>75 845</b>	<b>38 099</b>	
<b>B/N-faktor</b>		<b>1,80</b>							<b>1,99</b>	
<b>Netto areal økning ift. dagens situasjon</b>									<b>9 272</b>	
<b>Netto areal økning ift. utnyttbart nettoareal</b>									<b>13 977</b>	
<b>Brutto areal økning</b>								<b>23 926</b>		

Note 1.

Utnyttbart nettoareal i eksisterende bygninger er framkommet som nettoareal beregnet etter Norsk Standard 3490, korrigert for følgende forhold:

- Fradrag for ikke utnyttbare arealer. (Areal som i utgangspunktet er medregnet, men som ikke kan utnyttes og heller ikke skal medtas i hh. t. NS 3490)
- Fradrag for uhensiktsmessighet.
- Fradrag for areal i provisorier/brakkerrigger som er omsøkt som midlertidige bygg.
- Fradrag for areal i leide lokaler hvor funksjonen overflyttes til Utbyggingsprosjektets arealer.

Note 2.

Parkeringsanlegg 9880 m<sup>2</sup> er for sammenligning ikke inkludert i tabellen.

Note 3.

Det kan framkomme avvik mellom beregnede arealer for eksisterende situasjon og tilsvarende arealer for Utbyggingsprosjektet. Dette har sammenheng med at nye arealer er beregnet etter NS 3490.

Note 4.

Separat brutto/nettofaktor for K- og H/N- fløy er kraftig influert av tverrgående kommunikasjonskanal (glassgate), nye tekniske arealer, føringsstår for A/B-fløy øvrig vringleareal med mer..

Av tabellen framkommer det at nettoareal økes ca 9000 m<sup>2</sup> i forhold til dagens situasjon, mens bruttoarealet øker med ca. 24 000 m<sup>2</sup>. En brutto/nettobetraktning separat for arealøkningene gir en høy B/N-faktor. Dette har i hovedsak sammenheng med at nybygde arealer blant annet skal ivareta:

- Etablering av øvrige tverrgående kommunikasjonsarealer og ordinære kommunikasjonsarealer/vringlearealer som også skal betjene eksisterende arealer.
- Etablering av nye føringsveger og sjakter for tekniske anlegg (høy andel knyttet til nybygg).
- Økning av tekniske arealer (rom for VVS-tekniske anlegg, kommunikasjonsrom).

B/N-faktoren for de totale arealer er imidlertid beregnet til 1,99. Dette må karakteriseres som normalt for sykehus planlagt ut fra dagens krav og forskrifter.

For å sammenligne arealutnyttelsen i dagens anlegg det innhentet areal og aktivitetsdata fra andre helseforetak slik det går frem av tabell 4 nedenfor. Aktivitetstallene er fra 2003. Det knytter seg stor usikkerhet tilsammenlignbarheten i materialet og avvik/forskjeller må vurderes ut fra dette. Vi har bl.a. konstatert betydelige avvik mellom oppgitte aktivitetsdata og tilsvarende tall hentet ut fra SAMDATA. I tabell 4 er vist aktivitetsdata fra SAMDATA 2003. Disse er benyttet i sammenligningene i tabell 5. Aktivitetstallene for Ålesund for 2003 oppgitt i SAMDATA inkluderer sykehuset i Volda. Dette er det korrigert for ved å forutsette at virksomheten i Ålesund i 2003 har samme andel av totalaktiviteten som i 2002.

Videre går det frem at oppgitte data gir en brutto/nettofaktor for Ålesund på 1,2. Dette er neppe riktig. I sammenligningen er benyttet en B/N faktor for Ålesund på 1,9. Det ble gjort forsøk på å fremskaffe data også for sykehuset i Kristiansand. Det har imidlertid ikke vært mulig å fremskaffe data derfra som viser areal for den somatiske virksomheten.

Når det gjelder arealsammenligningene må det også tas hensyn til i hvilken grad foretakene produserer støttetjenester selv eller disse kjøpes fra eksterne leverandører. Dette er det ikke korrigert for. Bl.a. har UNN en energisentral som eies og drives av Troms Kraft og derved ikke inngår i arealtallene. Ved inkludering av energisentralen vil nettoarealet for UNN øke og derved også forverre forholdet mellom areal og aktivitet.

Videre vil aktivitetstallene kunne inkludere aktivitet som genereres i arealer som ikke inngår i det oppgitte nettoareal. For Ålesund er det i SAMDATA for 2003 oppgitt ca 400 døgnpasienter ved Mork rehab.senter og Nevrohjemmet rehab.senter. Vi har ikke kunnskap hvordan disse virksomhetene inngår i areal og aktivitet.

Samlet betyr dette at det er betydelig usikkerhet forholdstallene.

For å beregne arealutnyttelsen i det utbygde sykehuset er aktivitetstall for 2010 beregnet for NLSH. Aktivitetsveksten er basert på utredning gjort av SINTEF i 2000. Det er lagt til grunn en vekst en vekst i antall innlagte heldøgnspasienter på 4 %, polikliniske konsultasjoner på 16 % og antall dagpasienter/dagkirurgi på 90 %.

**Tabell 4: Grunnlagsdata for sammenligning av areal mellom ulike helseforetak**

	Nettoareal	Bruttoareal	Sengetall	Dagkirurgi og dagbehandling	Heldøgn	Polikl.kons.
Ålesund	29 000	54 693	298	9 788	17 217	86 385
UNN	52 830	89 812	457	19 507	24 914	122 931
NLSH	28 827	51 919	297	7 626	17 302	69 574
NLSH - utbygd	38 099	75 845	300	14 457	18 026	80 737

**Tabell 5: Netto areal sammenlignet for ulike aktivitetsmål**

	Bto/Nto	Nettoareal/ sengetall	Nettoareal/ dagkir. dagbeh.	Nettoareal/ Heldøgn	Nettoareal/ Polikl.kons.
Ålesund	1,9	97	3,0	1,7	0,34
UNN	1,7	116	2,7	2,1	0,43
NLSH	1,8	97	3,8	1,7	0,41
NLSH - utbygd	2,0	127	2,6	2,1	0,47

Av tabell 5 går det frem at NLSH på dagens areal og aktivitet har en arealutnyttelse som Ålesund for senger og heldøgns pasienter når nettoarealet til Ålesund korrigeres slik at det samsvarer med en brutto/nettofaktor på 1,9. For areal i forhold til poliklinikk og dagkirurgi/dagbehandling har Ålesund en bedre arealutnyttelse enn NLSH.

Når det gjelder forholdet mot UNN så viser tabell 5 at NLSH i 2003 hadde et lavere areal (bedre utnyttelse) pr aktivitetseenhet enn UNN med unntak for nettoareal i forhold til dagkirurgi/dagpasienter. Det går også frem av tabellen at NLSH med de nye arealene og forventet aktivitetsvekst vil ha en arealutnyttelse i 2010 som er på linje med UNN i 2003 for areal i forhold til heldøgns pasienter og dagkirurgi/dagbehandling. I forhold til poliklinikk og sengetall vil den være noe dårligere. Dårligere utnyttelse i forhold til sengetall skyldes standardhevingen fra 3 til 2-sengsrom. Utnyttelsen vil bedres frem mot 2020.

## **Kostnader**

### **Revidert kalkyle og totalkostnad**

Prosjektkostnader er beregnet ut i fra grad av ombygging, behov for riving og nybygg samt behov for utbedring og rehabilitering av eksisterende teknisk infrastruktur og fasader. Deler av kostnadene for ombygging er beregnet på m<sup>2</sup> nivå BTA og nybygg på elementnivå i henhold til bygningsdelstabellen.

Kostnadene for gjennomføring av byggetrinn 2-5 er i det reviderte skisseprosjektet beregnet til:

Prosjektkostnader ekskl. utstyr	1.853,8 mill kr
Utstyr	308,2 mill kr
<u>Sum byggetrinn 2-5</u>	<u>2.162,0 mill kr</u>

I tillegg kommer byggetrinn 1 med 411 mill kr i prisnivå 1.11.2004 (452 mill kr inkl. prisstigning i byggeperioden) slik at samlet kostnad utgjør 2.573 mill kr inkl. mva. i prisnivå pr 1.11.2004.

Det er lagt til grunn at 25 % av utstyret kan overflyttes samt en årlig investeringsramme på 20 mill. pr. år (utover det som inngår i byggeprosjektet) til løpende fornyelse av utstyr.



Samlede kostnader er økt med 395 mill kr i forhold til kalkylen lagt til grunn i skisseprosjektet av 10.03.2003. Økningen er knyttet til følgende forhold:

#### Byggetrinn 1

Prisstigning frem til 1.11.2004	16 mill kr
Auditorium	
Økning fra 1 til 2 strålebunkere	
Teknisk areal	
Økt brutto/netto faktor	
Teknisk areal overført fra byggetrinn 2-5	
Sum økning ekskl prisstigning	48 mill kr

#### Byggetrinn 2-5

Økt merverdiavgift (1,0 %)	18 mill kr
Prisstigning (4,3 %)	78 mill kr
Arealendring 937 m <sup>2</sup> BTA teknikk	24 mill kr
Økt ombyggingsbehov	158 mill kr

#### Utstyr

Prisstigning og oppjustering	53 mill kr
<b>Sum</b>	<b>395 mill kr</b>

Det økte ombyggingsbehovet forklares som følger:

- Areal nybygg er økt noe samtidig som noe mer eksisterende bygg rives.
- I forhold til tidligere overslag er det nå medtatt kostnader for arealer som ikke skal endre funksjon, men gjennomgå teknisk oppgradering.
- Ombygging er for en rekke områder oppjustert fra forrige kalkyle i det vi nå kjenner behovet på romnivå, hvilket det ikke var tatt høyde for i skisseprosjektet datert 10.02.2003.

#### ***Kvalitetssikring av kostnader***

Det er utført uavhengig tredje parts kontroll av kostnadene. Kontrollen er gjennomført ved at Boarch arkitekter as er engasjert til gjennomføring av kalkyle med basis i skisseprosjektets tegninger og arealtabeller. Det har vært vektlagt å utgi minst mulig informasjon utover de nevnte dokumenter. Resultatet av den uavhengige kontrollen framkommer av tabellen nedenfor.

**Tabell 6: Kontroll av kostnadskalkyle**

	BYGGETRINN 2	BYGGETRINN 3	BYGGETRINN 4	BYGGETRINN 5	BYGGETRINN 2-5
<b>BOARCH, prisnivå 15.11.2004</b>					
Nybygg/ombygg, utomhusanlegg m.m.	793 781 078	643 993 100	121 446 900	109 015 400	1 668 236 478
Infrastrukturelle tiltak	34 104 521				34 104 521
<b>Sum</b>	<b>827 885 599</b>	<b>643 993 100</b>	<b>121 446 900</b>	<b>109 015 400</b>	<b>1 702 340 999</b>
<b>MEDPLAN, prisnivå 01.11.2004</b>					
Nybygg/ombygg, utomhusanlegg m.m.	725 620 884	562 284 928	144 991 070	76 073 070	1 508 969 952
Infrastrukturelle tiltak	206 892 224	103 446 112	17 241 019	17 241 019	344 820 374
<b>Sum</b>	<b>932 513 108</b>	<b>665 731 040</b>	<b>162 232 089</b>	<b>93 314 089</b>	<b>1 853 790 326</b>
Avvik	104 627 509 0	21 737 940 0	40 785 189 0	-15 701 311 0	151 449 327
Avvik i %	11,2 %	3,3 %	25,1 %	-16,8 %	8,2 %

Avviket på 151,4 mill kr som framkommer kan i hovedsak knyttes til forhold rundt infrastrukturelle tiltak som ikke er gjort kjent for Boarch.

I Boarchs kalkyle er bare medtatt overordnede kostnader knyttet til forsyningsanlegg på VVS-siden. Øvrige infrastrukturkostnader er inklusive i kalkylegrunnlaget. I Medplans skisseprosjekt er det medtatt kostnader for etablering av to like hovedkommunikasjonsrom med speilingsfunksjon. Kostnader knyttet til disse samt stamkabling og andre teleinstallasjoner utgjør ca. 140 mill kr. Fordeling av prosjektkostnad på 140 mill kr er som følger:

Datakommunikasjon	17 mill kr
Telefonanlegg	7 mill kr
Adgangskontroll	12 mill kr
Lyd og bildeanlegg	26 mill kr
Automatisering (andel)	27 mill kr
Generelle/spesiell kostnader (60%)	52 mill kr
<hr/> Prosjektkostnad	<hr/> 140 mill kr

Dette tilsvarer grovt sett det avviket som er framkommet. Under hensyntagen til økt omfang av ovennevnte installasjoner vurderes de to overslagene som tilnærmet identiske.

Med bakgrunn i ovenstående legges de kostnader som er framkommet i Medplan's kostnadsoverslag til grunn.

Det er ikke foretatt usikkerhetsanalyse da denne med størst nøyaktighet gjennomføres på forprosjektnivå. Analysen vil likevel bli utført i konseptfasen.

Med bakgrunn i kalkylemetode og tillegg for uforutsette kostnader anses prosjektkostnad å ligge innenfor rammene for 85 % sikkerhet. Dette innebærer at prosjektet med 85 % sikkerhet kan gjennomføres innenfor den framkomne kostnadsramme. Nøyaktige beregninger vil følge av usikkerhetsanalysen.

### **Økonomisk bæreevne**

Prosjektets økonomiske bæreevne analyseres på to måter;

1. nåverdiberegning hvor investeringskostnadene sees opp mot besparelsene.
2. effekt på driftsresultat de neste 10 år av samlet investeringsplan til NLSH.

I tillegg vises likviditetsutviklingen i byggeperioden.

I tilknytning til sak 41/2003 ble det gjennomført to uavhengige analyser av potensialet for driftsbesparelser. I driftsanalysene fra S-konsult og Agenda ble effektiviseringspotensialet vurdert i forhold til konsekvenser av det moderniserte anlegget. Analysene konkluderte med et potensial på 40-60 mill kr. Det er i nåverdiberegningen lagt til grunn en årlig besparelse på 60 mill kr når anlegget er ferdig modernisert og utbygget. Det vises for øvrig til driftsanalysene vedlagt sak 41/2003.

### ***Nåverdi av prosjektet***

I nåverdiberegningene er lagt til grunn en realrente på 4 %. Analysen er gjort for perioden 2005-2044. Det er videre lagt til grunn at det vil måtte foretas en økt reinvestering i nytt utstyr med 20 mill kr årlig i forhold til nivået i 2005 fra og med 2016 når anlegget er ferdig modernisert for at de forutsatte besparelsene skal kunne realiseres også i perioden etter at anlegget er ferdig utbygget og modernisert. Nåverdien viser summen av investeringene omgjort til dagens verdi når realrentekravet er 4 %.

Det legges til grunn at det ikke vil være behov for ytterligere investeringer i perioden 2016-2044 utover dette. Det legges videre til grunn at anlegget ikke har noen restverdi etter 40 år. Analysen er gjort for prosjektet samlet inkludert byggetrinn 1.

Nåverdiberegningen viser i hvilken grad de besparelser som prosjektet gir kan betjene kapitalen i et perspektiv på 40 år. I tillegg vil avskrivningene av eksisterende kapital danne finansieringsgrunnlag for investeringen forutsatt at virksomheten planlegges drevet videre de neste 40 år.

I tabell 8 nedenfor er vist investeringsprofilen som er lagt til grunn i beregningene.

**Tabell 8: Investeringsprofil 2005-2015 (mill kr)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Sum
Andel investering pr år	9,1 %	11,8 %	6,3 %	8,6 %	19,2 %	11,9 %	12,9 %	8,5 %	6,5 %	5,2 %	100,0 %
Mill 2004 kr pr år	235	305	162	221	495	306	332	219	166	133	2573
<b>Nåverdi</b>	235	293	149	196	423	252	262	166	121	93	

I tabell 9 nedenfor er vist av nåverdien av investeringene for prosjektet på de ulike elementene. Nåverdien av nødvendige økte investeringer i utstyr (20 mill kr årlig) etter 2015 for å opprettholde kapasiteten på utstyrsparken slik at den forutsatte besparelse kan realiseres er beregnet til 229 mill kr.

**Tabell 9: Fordeling av nåverdi på de ulike elementene i prosjektet (mill kr).**

	Prosjektet	Reinvestering utstyr 2016 - 2044	Totalt	Andel
Oppdemt vedlikehold	419	44	463	19 %
Modernisering og forskriftskrav	784	82	866	36 %
Standardheving	593	62	655	27 %
Ny kapasitet og nye funksjoner	396	41	438	18 %
<b>Sum</b>	<b>2 192</b>	<b>229</b>	<b>2 421</b>	<b>100 %</b>

Som det går frem av tabell 10 utgjør nåverdien av besparelsene 862 mill kr. Dette betyr at summen av de fremtidige besparelsene som prosjektet gir over 40 år utgjør 862 mill kr. Med et realrentekrav på 4 % er dette tilstrekkelig til å finansiere 862 mill kr av investeringen (med nåverdi 2.192 mill kr). Dette betyr at besparelsene vil finansiere alt oppdemt vedlikehold og deler av modernisering/forskriftskrav. Resterende vil måtte finansieres gjennom avskrivningene i etablert drift samt økt basistilskudd til finansiering av kapitalkostnadene til den nye kapasiteten og de nye tjenestene som etableres.

**Tabell 10: Nåverdi besparelser 2005-2044 (mill kr)**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2044
Besparelser pr år faste mill kroner	5	10	10	10	20	30	40	50	60	60
<b>Nåverdi besparelse</b>	<b>862</b>	5	9	9	8	16	23	29	35	41

Effekten av samlet investeringsplan for Nordlandssykehuset på driftsresultatet er vist nedenfor.

**Effekt på driftsresultat de neste 10 år av samlet investeringsplan til NLSH**

Som det går frem av tabell 11 nedenfor vil driftsresultatet for Nordlandssykehuset forverres med rundt 30 mill kr når nytt laboratoriebygg tas i bruk. Driftsresultatet vil ytterligere forverres når byggetrinn 2 og 3 tas i bruk. Resultatforverringen vil stabilisere seg på opp mot 30 mill kr når hele prosjektet er ferdig. Resultatforbedringen fra 2010 til 2015 er knyttet både til besparelsene som prosjektet gir samt at avskrivningene av gammel bygningsmasse (åpningsbalansen) reduseres. Effekten på driftsresultat inkluderer også psykiatri og Lofoten.

**Tabell 11: Effekt på driftsresultat 2005-2015 av investeringene**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Endring renter i forhold til 2004	3,2	19,4	30,7	37,0	47,1	58,0	65,2	70,4	71,6	70,8	66,7
Aktiverte renter	-6,7	-19,9	-5,6	-15,9	-30,6	-6,1	-12,8	-29,9	-3,3	-6,0	0,0
Endring avskrivninger i forhold til 2004	-0,6	1,3	17,6	20,2	20,8	44,4	32,4	35,3	47,1	27,2	30,6
Besparelser byggetrinn 1-5			-5,0	-10,0	-10,0	-10,0	-20,0	-30,0	-40,0	-50,0	-60,0
Besparelser Lofoten		0,0	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0
Besparelser psykiatri		-1,0	-4,1	-6,1	-6,1	-6,1	-6,1	-6,1	-6,1	-6,1	-6,1
<b>Endring driftsresultat</b>	<b>-4,2</b>	<b>-0,2</b>	<b>27,6</b>	<b>19,2</b>	<b>15,2</b>	<b>74,1</b>	<b>52,7</b>	<b>33,7</b>	<b>63,2</b>	<b>29,9</b>	<b>25,1</b>

Nødvendig økt basistilskudd knyttet til forskjellen mellom 100 % DRG og gjeldende refusjonssats på nye tilbud/økt kapasitet kommer i tillegg. Dette er anslått å utgjøre om lag 60 mill kr i 2020 ved en refusjonssats på 60 %. Samlet vil derfor kreves en permanent økning i basisrammen på om lag 100 mill kr til NLSH når alle planlagte byggeprosjekter er ferdigstilt (forutsatt en DRG-refusjon på 60 %). Driftsfinansiering av nye tilbud innenfor psykiatri kommer i tillegg.

**Likviditetsutvikling i perioden 2005 -2015 (mill kr)**

Av tabell 12 går det frem et likviditetsbehov på om lag 1,8 mrd kr ved utgangen av 2013. Dette reduseres i 2014 og 2015 siden investeringene da vil være lavere enn avskrivningene.

**Tabell 12: Likviditetsutvikling 2005-2015 (mill kr)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Styringsmål	38,2	37,8	32,9	16,4	13,6	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0
Investeringer	253,6	472,3	313,5	275,0	530,0	341,0	367,0	254,0	201,0	168,0	35,0
Besparelser			-5,0	-10,0	-10,0	-10,0	-20,0	-30,0	-40,0	-50,0	-60,0
Avskrivninger	-133,7	-135,7	-151,9	-154,6	-155,1	-178,7	-166,7	-169,7	-181,4	-161,5	-164,9
<b>Årlig endring i likviditetsbehov</b>	<b>158,1</b>	<b>374,4</b>	<b>189,4</b>	<b>126,8</b>	<b>378,4</b>	<b>165,3</b>	<b>193,3</b>	<b>67,3</b>	<b>-7,4</b>	<b>-30,5</b>	<b>-176,9</b>
<b>Gjennomsnittlig likviditetsbehov</b>	<b>79,0</b>	<b>485,3</b>	<b>767,2</b>	<b>925,3</b>	<b>1 177,9</b>	<b>1 449,8</b>	<b>1 629,1</b>	<b>1 759,4</b>	<b>1 789,3</b>	<b>1 770,3</b>	<b>1 666,6</b>
<b>Akk. Likv.behov ved årsslutt</b>	<b>298,1</b>	<b>672,5</b>	<b>861,9</b>	<b>988,7</b>	<b>1 367,2</b>	<b>1 532,4</b>	<b>1 725,7</b>	<b>1 793,0</b>	<b>1 785,6</b>	<b>1 755,1</b>	<b>1 578,1</b>

## Framdrift/gjennomføring

Det er utarbeidet et foreløpig utkast til framdriftsplan hvor det er tatt hensyn til at sykehuset skal ha tilnærmet full drift i byggeperioden. Planen viser en antatt ferdigstillelse innen utgangen av 2014. Med en så vidt lang gjennomføringstid er det grunn til å anta at det vil komme flere programrevisjoner i prosjektperioden. Det anbefales derfor at styret gir klarsignal i denne saken på utarbeidelse av forprosjekt for byggetrinn 2 og 3, mens videre planlegging av de siste byggetrinnene utsettes til byggingen av byggetrinn 2 er kommet godt i gang.

Det er hittil satt av til sammen 65 mill kr til planlegging av byggetrinn 1-5 inkludert 15 mill kr i 2005. For å fullføre forprosjektet til byggetrinn 2-3 må det settes av ytterligere 16 mill kr.

Det er ved gjennomføringen av byggetrinn 2 og 3 de vesentligste funksjoner med hensyn til etablering av klinisk sentermodell finner sted og effekten av investeringene kan tas ut i form av en mer effektiv driftsmodell.

Planleggingsmessig hører byggetrinn 2 og 3 sammen og må planlegges under ett. Av framdriftsplanen framgår det også at tidlig igangsetting av en del forberedende arbeider som parkeringsdekke, etablering av nødvendige erstattingsarealer og omlegging av teknisk infrastruktur etc. er framdriftsbestemmende og avgjørende for at framdriften skal kunne holdes.

Når forprosjektsarbeidet for byggetrinn 2 og 3 er avsluttet vil det derfor bli lagt fram sak for styret med hensyn til tidlig oppstart av disse arbeidene.

Sammendrag av fremdriftsplan er vist nedenfor.

ID	Aktivitetsnavn	Start	Slutt	Kostnader	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1	Beslutning byggetrinn 1	10.03.0	10.03.0	kr 0,00														
2	Detaljprosjekt Byggetrinn 1	10.03.0	01.01.0	kr 0,00														
11	Klargjøring av tomt	02.06.0	21.12.0	kr 0,00														
17	Byggetrinn 1	02.08.0	01.01.0	kr 0,00														
54	Revidert (nedskalert) skisseprosjekt.	01.01.0	31.12.0	kr 0,00														
60	Byggetrinn 2-5	03.01.0	31.10.1	kr 2 161 926 059														
61	Generelle arbeider, planlegging, administra:	03.01.0	01.08.1	kr 245 000 000,														
69	Trinn 2 - Ny fløy K	01.08.0	31.12.0	kr 809 491 836,														
92	Trinn 3. Ombygging AB m.m.	01.01.1	01.05.1	kr 577 771 850,														
101	Trinn 4. Ombygging N, kommunikasjonsareal	02.05.1	01.05.1	kr 139 848 585,														
104	Trinn 5. Ombygging R og S.	02.05.1	31.10.1	kr 81 678 052,														
106	Utstyrsanskaffelser	14.08.0	19.03.1	kr 308 135 735,														
107	Ferdigstillelse alle byggetrinn	31.10.1	31.10.1	kr 0,00														

### **Gjenstående arbeid**

I henhold til retningslinjer for styring av store investeringsprosjekter, skal slike prosjekter gjennomføres med en **tidligfase, gjennomføringsfase og driftsfase**. Tidligfasen består av **idéfase og konseptfase**.

Skisseprosjektet som her fremlegges er ikke tilstrekkelig for å avslutte konseptfasen. Følgende elementer mangler:

- revidering av hovedfunksjonsprogram
- utarbeidelse av hovedfunksjonsprogram utstyr
- plan for gjennomføring av forprosjektfasen
- finansiering

Dette vil være sentralt for å danne et godt og riktig grunnlag for å gi Helse- og Omsorgsdepartementet en orientering om prosjektet i henhold til plan- og meldingssystemet.

Det bes om styrets aksept for å gå videre med forprosjekt for byggetrinn 2 og 3 og samtidig ferdigstille konseptfasen som forelegges Helse og Omsorgsdepartementet til behandling.

### **Styrebehandling i Nordlandssykehuset HF**

Nordlandssykehuset HF vil behandle saken før styremøtet i Helse Nord. Administrasjonen i foretaket har fremmet følgende forslag til vedtak:

1. Styret ved NLSH tar orienteringen om byggetrinn 1 til etterretning.
2. Styret ved NLSH anbefaler styret for Helse Nord om å godkjenne det fremlagte skisseprosjektet som grunnlag for videre prosjekteringsarbeide og ber om at det utarbeides et forprosjekt for byggetrinn 2 og 3 som legges frem for godkjenning innen februar 2006.
3. Styret ved NLSH anbefaler styret for Helse Nord om at det resterende grunnlag for en ferdigstillelse av konseptfasen utarbeides innen 1.4.2005 og forelegges Helse- og omsorgsdepartementet til uttalelse.
4. Styret viser til 3. parts gjennomgang av kostnadskalkylen og finner det sannsynliggjort at byggetrinn 2-5 med 85 % sikkerhet kan gjennomføres innenfor en kostnadsramme på 1,854 mill kr (prisenivå 01.11.2004) inkl. mva. Utstyr kommer i tillegg.

**STYRESAK 08-2005 HÅLOGALANDSSYKEHUSET HF  
STOKMARKNES – SKISSEPROSJEKT**

Møtedato: 7. februar 2005

**Formål/sammendrag**

Styret RHF inviteres til å velge alternativ for videreføring av prosjekteringen og gjennomføre byggingen av et moderne sykehusanlegg ved Hålogalandssykehuset Stokmarknes, samt å ta stilling til prosessen for styrets videre behandling av prosjektet.

Styret Hålogalandssykehuset HF (HHF) skal behandle saken på møte 02.-03. februar som sak 07/05. Innstilling til vedtak i styret HHF er at videreføring av prosjekteringen anbefales med nybyggalternativet. Vedtak i styret HHF vil legges frem på møtet.

I samsvar med styrets vedtak i sak 14-2004 i møte den 10.mars 2004 er to alternativer bearbeidet til et sammenlignbart nivå

- Alternativ 2 Ombygging/tilbygg, endret alternativ 1 i hh. t. styrevedtak i sak 14-2004
- Alternativ 3 Nybygg

Alternativ 1 justert skisseprosjekt er opprinnelig skisseprosjekt av 17.6.2003 fremlagt for styret i sak 14-2004, justert med standardheving av sengeposter, redusert areal til stab/støttefunksjoner og felles akuttmottak, dvs. justert i henhold til romprogram 2004. Dette alternativ er ikke kvalitetssikret men er sammenlignbart med de to øvrige alternativ. Alternativ 1 er også et forsvarlig alternativ å gjennomføre.

Videre utredning av skisseprosjekt av juni 2003 har i alternativ 2 og 3 gitt moderne sengeposter på ett plan, redusert programareal og innarbeidet felles akuttmottak samt forbedret funksjonaliteten ved sykehuset og fleksibiliteten i bygningsmassen. Alternativ 2 og alternativ 3 er kvalitetssikret ved følgeevaluering av prosjektutredningene, ny vurdering av dimensjoneringsunderlag, utarbeiding av Hovedprogram utstyr (HPU), usikkerhetsanalyse, logistikkvurdering, lokaliseringstudning, sammenligningsanalyse av alternativene, investeringsanalyse, driftsøkonomisk analyse og samlet oppstilling av totaløkonomi. Sammenligningsprosjektet ble ferdigstilt av arkitekt og konsulenter og overlevert 17. desember 2004.

Alternativ 2 og 3 viser små forskjeller mht økonomi. Nybygget har en del tekniske og funksjonelle fortrinn som tilsier at dette alternativet anbefales videreført.

Den økonomiske analysen og bruk av analysemodell har hatt som siktemål å kunne sammenligne to likt dimensjonerte og relativt homogene prosjekt. Dette sier mindre om de økonomiske utfordringene med å bære de reelle prosjektkostnadene. Analysen som er nyttet undervurderer reelle kostnader og overvurderer inntekter og besparelser. En ny kalkyle basert på mer reelle forutsetninger gir større forskjeller mellom de to alternativene og går klarere i favør av nybygg. I neste periode må foretaket foreta store investeringer ved divisjon Narvik.

I henhold til retningslinjer for styring av store investeringsprosjekter, skal slike prosjekter gjennomføres med en tidligfase, gjennomføringsfase og driftsfase. Tidligfasen består av idéfase, konseptfase og forprosjektfase.

Skisseprosjektene som her fremlegges er ikke tilstrekkelig for å avslutte konseptfasen og igangsettelse av forprosjektet. Konseptet mangler en revidering av Hovedfunksjonsprogram (rev. HFP), plan for gjennomføring av forprosjektfasen, overordnede mål og planer i HF/RHF (jfr. rev. HFP), nasjonal helsepolitikk/ retningslinjer (lokalsykehusenes rolle) og statlige lånerammer. Dette vil være sentralt for å danne et godt og riktig grunnlag for å gi Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) en orientering om prosjektet i henhold til plan- og meldingssystemet.

I forprosjektfasen konkretiseres implementeringen av overordnede sentrale planer (rehabilitering, geriatri, kronikeromsorg, etc.) og prosjektet må utdype og detaljere gjennomføring av endrede funksjonsløsninger. Herunder må det i denne fasen utarbeides en helhetlig plan for forsyningstjenesten og sikre arbeidet med smittevern ved en gjennomgang av rutiner og prosedyrer (hygieneplan).

Reduksjon av usikkerhet har blant annet sammenheng med kontinuitet og kvalitet hos prosjektledelse, prosjektgruppeleder og prosjekteringsteam. Prosjektet bør nå organiseres med sikte på gjennomføring av prosjektering og bygging.

Investeringsramme og budsjett 2005 sikrer finansiering av prosjekteringen. Beslutning om bygging skal forelegges RHF etter gjennomført forprosjekt av valgt alternativ, før detaljprosjektering og gjennomføring.

### **Bakgrunn/fakta**

I sak 14-2004 vedtok styret blant annet at målsettingen er at et moderne sykehusanlegg ved Hålogalandssykehuset Stokmarknes skal stå ferdig i løpet av 2009. Styret ba om at det ble fremlagt et alternativ Nybygg utredet til et sammenlignbart planleggingsnivå som skisseprosjektet. Planleggingsgrunnlag, for endelig valg av alternativ, ble forutsatt ferdigstilt til 31.12.2004.

Styringsgruppa har levert flere delutredninger og rapporter som er sammenfattet i en sluttrapport. Prosjektgjennomføringen har vært i henhold til styrets premisser i sak 14-2004. Prosjektet har hatt spesiell fokus på kompakthet og effektiv arealutnyttelse, samt fleksibilitet i bygningsmassen for å kunne ivareta en effektiv drift og fremtidige behov. De forslag som er lagt frem er godt forankret i organisasjonen.

Styret har i sak 82-2004 den 17. november 2004 om lokalisering av eventuelt nybygg, besluttet at nybygg, dersom det blir valgt, skal ligge på Stokmarknes.

Prosjektet har hatt fokus på å være nytenkende innenfor tildelte ressurser og tid. Spesielt har fokuset vært rettet mot samlokalisering av sengeposter og poliklinikker samt former for samarbeid med primærhelsetjenesten; herunder er FAM løsning innarbeidet i prosjektet. Stab/støttefunksjoner er søkt redusert til et minimum.



En usikkerhetsanalyse er gjennomført og investeringskostnaden er estimert til 85 % og 50 % sannsynlighet. Investeringskostnaden for prosjektet tar utgangspunkt i 85 % sannsynlighet som innebærer et usikkerhetspåslag på 22 % for ombygging og 15 % for nybygget. Denne rammen vil også være grunnlaget som det må søkes finansiering og myndighetsgodkjenning på. Styringsgruppen anbefaler derfor at denne legges til grunn for lønnsomhetsvurderingene. 50 % sannsynlighet er det som vil være forventet kostnad i prosjektet og således være styringsrammen videre i prosjektet.

Prosjektet ble ferdigstilt i sin helhet i sammenligningsfasen og overlevert 17. desember. Foreløpige faktaopplysninger foreligger for alternativene per denne dato:

	Alternativ 1 justert skisseprosjekt	Alternativ 2 Ombygg/nybygg	Alternativ 3 Nybygg
Programareal netto	7 294	7 294	7 294
Uttegnet areal netto	7 648	7 741	7 353
Brutto areal	16 141	16 025	14 242
Brutto/netto faktor	2,11	2,07	1,94
Prosjektkostnad u/sikkerhet	360 Mkr	433 Mkr	535 Mkr
Prosjektkostnad m/sikkerhet	450 Mkr	545 Mkr	610 Mkr
Samlet Investeringskostnad 1)	485 Mkr	600 Mkr	656 Mkr
- herav Utstyr	59 Mkr.	59 Mkr	59 Mkr
Prisstigning 2)	24 Mkr	30 Mkr	30,5 Mkr
Kostnadsnivå	Oktober 2004	Oktober 2004	Oktober 2004
Usikkerhet 3)	20 %	26 %	14 %
Styringsramme 4)	406 Mkr	500 Mkr	560 Mkr
Kapitalkostnad 5)	26 Mkr	32 Mkr.	36 Mkr.
Driftsgevinster	13,9 Mkr.	18,6 Mkr.	20,2 Mkr.
Totaløkonomi 6)	- 7 Mkr	- 25 Mkr	- 24 Mkr
Ferdigstillelse	Tidligst desember 2010	Tidligst januar 2011	Tidligst desember 2009

1. Inkl., 85 % sannsynlighet + byggelånsrenter (4 %), ekskl. prisstigning.
2. Anslått prisstigning til byggestart – 2,5 % per år.
3. Korreksjon prosent for usikkerhet og sikkerhetsmargin
4. Styringsrammen for prosjektet vil være tilsvarende 50 % sannsynlighet. 406 Mkr er HHF styrets tidligere vedtatte styringsramme for skisseprosjekt av 17.6.2003.
5. Årlig annuitet, gjennomsnitt effektiv lånerente 5 %; ingen egenkapital; nedbetalingstid 40 år.
6. Samlet lønnsomhet i prosjektet for investering og drift uttrykt ved nåverdi

Ombyggingsalternativet krever 6 år for gjennomføring og nybyggingsalternativet vel ett år kortere tid.

Kontantstrømmene for investeringsforløpet viser høyest utbetaling i år 4-6 med ca. 200 mill. kr. det fjerde året fallende med ca. 50 mill. kr. hver av de to neste årene.

Totaløkonomien (investering og drift) viser at forskjellen mellom alternativene ombygging og nybygg er så liten at dette ikke kan tillegges avgjørende vekt.

De økonomiske analysene har hatt som siktemål å kunne sammenligne to alternative prosjekter. Under arbeidets gang ble prosjektene mer homogen ved at det ble stilt de samme krav til kvalitet, kapasitet, organisasjon osv. Nåverdikostnaden som følger av analysen er ikke reell til å anskueliggjøre hva Helse Nord må sette inn av midler for å gjennomføre investeringen. Dette krever en annen analyse med endringer av analysemodell og forutsetninger. Her er flere faktorer som kan nevnes som årsak til en ufullstendig fremstilling i utredningen:

- Inntekter er tatt med i analysen som ikke følger av investeringsbeslutningen.
- Det er forutsatt at prosjektet gir besparelser i 40 år, men det er ikke tatt hensyn til at det vil være et betydelig reinvesteringsbehov i utstyr i perioden for å kunne realisere besparelsen.
- I analysen er inntekter og besparelser prisjustert før det er beregnet nåverdi av dem, men det er ikke gjort for kostnadene. Dette gir en sammenblanding av reelle og nominelle størrelser i analysen.
- Kalkulasjonsrenten (realrente) som er lagt til grunn i analysen gir et bedre resultat enn det resultat som vil fremkomme når Finansdepartementets godkjente rente legges til grunn (4 %).

I sum innebærer dette at analysen undervurderer reelle kostnader og overvurderer inntekter og besparelser. En ny kalkyle basert på ovennevnte forutsetninger gir større reelle forskjeller mellom de to alternativene og går klarere i favør av nybygg. Alternativ 2 Ombygging fremkommer i oppdaterte kalkyler med en negativ nåverdi investering på 378 mill. kroner. Alternativ 3 Nybygg viser en negativ nåverdi investering på 361 mill. kroner. Dette uttrykker hva Helse Nord må fremskaffe av midler for å gjennomføre prosjektet.

Lønnsomhetsvurderingene er sensitive i forhold til driftsgevinster og det er derfor gjennomført en sensitivitetsanalyse for å synliggjøre dette. Analysen har hatt fokus på realiserbarheten til gevinstene og gevinstlevetiden. En hypotese om at driftsgevinsten ved ombygging er vanskeligere å realisere med eksempelvis 10 % poeng gir en forskjell i nåverdi mellom alternativene på om lag 30 mill. kr. Prosjektets vurdering er allikevel at gevinstene kan fullt ut realiseres da dette er godt forankret i organisasjonen, men at usikkerheten for dette er større i ombyggingsalternativet. Gevinstlevetiden er i prosjektet lagt over hele byggets levetid. Dette har sammenheng med at gevinster i denne sammenheng er kun knyttet til effekter av bygget og ikke andre organisasjonsendringer. En kortere levetid av gevinstene vil påvirke lønnsomheten til prosjektene i stor grad, men vil ikke endre sammenligningene mellom alternativene i særlig grad. Selv om gevinstlevetiden påvirker nåverdi av lønnsomhet vil det hovedsakelig være driftsforstyrrelser og realisering av gevinstene som vil påvirke forskjellene i de to alternativene.

Prosjektet har vurdert gevinstberegningene til å være realistisk og forankret i Hålogalandssykehuset HF, divisjon Stokmarknes. Det gir således et godt grunnlag for sammenligning av alternativene, men understreker at lønnsomhetsvurderingene er sensitive i forhold til endringer i forutsetningene til driftsgevinster. Driftsresultatet vil ved ferdigstillelse og organisasjonsforbedringen gi et av de mest kostnadseffektive sykehus i landet.

Prosjektet omfatter ikke alle elementer som skal inngå i en konseptfase og inneholder derfor ikke tilstrekkelig informasjon for orientering til Helse- og omsorgsdepartementet. Dette gjelder blant annet en revidering av Hovedfunksjonsprogram (HFP), sammenligning av løsninger med andre prosjekter, avklaring av avhengigheter med overordnede mål og planer i HF/RHF, utarbeide en gjennomføringsplan og kontraheringsstrategi for forprosjektfase samt utarbeide en strategi for kontrahering og entreprisform for det videre prosjekt. I alternativ 3 Nybygg er innarbeidet ny kantine, kjøkken og vaskeri. Videre arbeid med dette alternativ kan endre denne løsning. Konseptfase kan gjennomføres i løpet av 2-3 måneder etter styrets behandling.

I fremdriftsplanen for begge alternativ er det lagt inn en beslutningsprosess i løpet av januar/februar og at kontrahering av rådgivere skal være på plass tidlig i løpet av 2. kvartal. Forprosjektfasen vil ta ca. 7 måneder og kan slutføres per januar 2005. Det videre forløp vil delvis avhenge av styrets beslutning om gjennomføring og entreprisform. I beste fall kan nybygg stå ferdig rundt årsskiftet 2009/2010 og ombyggingsalternativet stå ferdig vel ett år senere.

### **Vurdering**

Sammenligningsprosjektet har gitt større fleksibilitet og robusthet i prosjektet. Sikkerhet og trygghet er nå bedre ivarettatt. Det fremlegges to spennende prosjekter som begge er fullt ut realiserbare. Alternativene ombygging og nybygg viser etter denne gjennomgangen en mindre forskjell i investeringskostnad og ingen vesentlige forskjeller i totaløkonomi og lønnsomhet.

Det foreligger en entydig anbefaling om realisering av alternativet nybygg fra ledelsen i Hålogalandssykehuset HF. Foretaket er eier og skal bære kostnadene ved prosjektet. Per dato er ikke foretaket i stand til å bære denne investeringen uten

- Vesentlig økonomieffektivisering
- Inntektsoverføring fra andre foretak
- Økte merinntekter

Investeringsanalysen viser en negativ nåverdi på 360-380 mill.kr. per 01.01.2005. Prosjektet trenger et egenkapitaltilskudd tilsvarende dette for å kunne la seg realisere.

Investeringsanalysen gir ikke et reelt bilde av innsatsmidlene for å gjennomføre prosjektet.

Den samlede investeringskostnaden for nybygget er 656 mill. kr. Dette inkluderer en projektkostnad tilsvarende 85 % sannsynlighet, samt tillegg for byggelånrenter.

Styringsrammen for valgt alternativ settes til 50 % sannsynlighet for kostnadskalkylen.

Denne rammen vil være styringsmålet for prosjektet i den videre prosessen.

Hålogalandssykehuset svarer for denne investeringsrammen.

Statens retningslinjer for sikring av finansiering tilsier at marginer og reserver i denne fasen av prosjektet samt finansiering av byggelån i byggeperioden svarer Helse Nord RHF for. Denne finansierings avsettes sentralt.

Investeringsramme og budsjett 2005 dekker kostnadene for prosjekteringen til konseptfasen og forprosjektfasen i 2005. Beslutning om bygging skal foretas av RHF etter forprosjektet, før detaljprosjektering og iverksetting. Dette forutsetter budsjettbalanse i HHF og at foretaket er i stand til å bære kostnadene for prosjektet i 2010.

Investeringene må ses i sammenheng med samlet investeringsportefølje for Helse Nord, slik den fremgår av Investeringsplan 2006-2010 med føringer etter 2010.

### **Konklusjon**

Kvalitative vurderinger viser at alternativet nybygg kommer noe bedre ut enn ombygging. Investeringskostnaden ved nybygg er noe høyere men totaløkonomien kommer noe bedre ut. De kvantitative forskjeller er allikevel små, mens nybygget blir vurdert som kvalitativt bedre. Vurdert opp mot risiko, forventning og engasjement anbefales nybygg realisert. Det forutsettes at Hålogalandssykehuset HF kan dokumentere en sunn økonomi før vedtak om byggestart.

Fullføring av konseptfasen skal gjennomføres og herunder legges prosjektet frem for Helse- og omsorgsdepartementet. Forprosjektfasen påbegynnes umiddelbart og fremlegges for styret innen utgangen av 2005. Entrepriseform skal vurderes og avtale med prosjekteringsteam relateres til dette valg.

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

1. Styret RHF godkjenner fremlagte skisseprosjekt for ombygging/tilbygg og nybygg som et godt grunnlag for å gå videre i arbeidet med fornying og modernisering av sykehus tilbudet i Vesterålen.
2. Styret RHF godkjenner å videreføre prosjekteringen med nybyggalternativet som vurderes mest fordelaktig. Styret RHF ber om at administrasjonen organiserer arbeidet med forprosjekt for nybygg på Stokmarknes.
3. Forprosjektet legges frem for styret til godkjenning innen utgangen av 2005. Forprosjektet skal inneholde en fremdriftsplan med sikte på ferdigstilling av nytt bygg ved årsskiftet 2009/2010.
4. Styret RHF ber om at det resterende grunnlag for en ferdig konseptfase utarbeides.
5. Styret RHF vurderer behov for 20 mill kroner til ferdigstilling av forprosjekt og ber styret Hålogalandssykehuset HF sette dette som økonomisk ramme til ferdigstilling konseptfase og utarbeiding forprosjekt. Midlene til prosjektering skal holdes innfor godkjent investeringsramme 2005 til prosjektet.

Bodø, den 31. januar 2005

Lars Vorland  
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Deloitte m.fl. Hålogalandssykehuset HF, Stokmarknes.  
Oppsummeringsdokument 17. desember 2004.

Utrykte vedlegg: BOARCH arkitekter as. NOTAT – Revidert skisseprosjekter 2003 – 28.  
november 2004.  
Oppdaterte lønnsomhetskalkyler.

**STYRESAK 09-2005 PRAKTISERING AV GOD VIRKSOMHETS-  
STYRING – OPPFØLGING AV LOVKRAV OG  
ØVRIGE MYNDIGHETSKRAV**

Møtedato: 7. februar 2005

**Formål og sammendrag**

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) ba i brev til oss den 16. september om tilbakemelding på hvordan vi skal legge opp til god virksomhetsstyring og føre intern kontroll med oppfølging av lovkrav og øvrige myndighetskrav i hele foretaksgruppen. Dette er fulgt opp i bestillerdokumentet og foretaksmøtet for Helse Nord den 11. januar 2005.

God virksomhetsstyring og godt eierskap omfatter et sett av styringsinstrumenter og kontaktformer mellom helseforetakene og Helse Nord RHF. I tillegg til eier- og bestillerdokument og den mer kontrollpregede oppfølging må dialog i ulike sammenhenger og på forskjellige nivåer stå sentralt. Her vises bl.a. til etablering av de rutinemessige dialogmøter mellom helseforetakene og Helse Nord RHF.

De overordnede helsepolitiske mål er nærmere nedfelt blant annet i Lov om Helseforetak § 1.1, Lov om pasientrettigheter § 1-1, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-1, Lov om psykisk helsevern § 1, i øvrig helselovgivning og annen lovgivning som retter seg mot foretakets virksomhet.

Rammer for virksomheten fra myndighetene er fastsatt gjennom vedtektene for Helse Nord, i vedtatt statsbudsjett, det årlige bestillerdokumentet og i foretaksmøter.

Helse Nord RHF har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 et ”sørge-for”-ansvar i regionen. Helse Nord er både eier av helseforetakene og bestiller av tjenester.

Helse Nord's rolle som eier av helseforetakene utøves gjennom vedtekter og beslutning i foretaksmøte. Eierstyringen skjer gjennom foretaksmøtet der økonomiske og organisatoriske forhold, samt krav til kontroll av virksomheten fastsettes. Rammer for helseforetakenes virksomhet fastsettes også i årlige budsjetter og bestillerdokument hvor det avtales nærmere om aktivitet og prioritering.

Helse Nord har siden august 2003 hatt ansatte i RHF som representanter – også nestleder og leder – i flere helseforetaksstyret.

Vi har i brev av 22.10.2004 svart på hvordan vi ser for oss å følge opp kortsiktige tiltak og angitt en behandlingsprosess for hvordan god virksomhetsstyring og intern kontroll vil bli fulgt opp.

Helse Nord har en rekke systemer og prosedyrer for virksomhetsstyring og det er under implementering systemer som ytterligere vil understøtte virksomhetsstyringen, når disse er ferdig innført, herunder overholdelse av lover og øvrige myndighetskrav. De siste systemene vil være implementert i løpet av en toårsperiode.

Helse Nord arbeider sammen med helseforetakene om et system for ledelsesinformasjon (LIS) som skal trekke ut en samlet styringsinformasjon fra de ulike pasientsystemene og de administrative systemene. Det er nedsatt en prosjektgruppe som nå klarlegger hva slags styringsinformasjon man trenger og hvordan rapporteringsfrekvensen skal være. Dette gjelder både virksomhetsstyring og intern kontroll. Minstekravet til rapportering vil ha sammenheng med den rapportering Helse Nord skal ha til HOD som sin eier og den rapportering Helse Nord har bedt om fra foretakene i våre eier- og bestillerdokumenter.

I eierdokumentet for 2005 som fremgår av vedtakene i foretaksmøtet den 11. januar 2005, vil praktisering av god virksomhetsstyring og intern kontroll med oppfølging av lovkrav og øvrige myndighetskrav bli fulgt opp med organisatoriske tiltak og krav til kortsiktige tiltak på områder der det er nødvendig med umiddelbar forbedring.

Helse Nord har bedt om tilbakemelding på hvordan det enkelte HF tenker å legge opp egen virksomhetsstyring og intern kontroll, hvordan og hvor ofte HF-styret skal ha rapportering og oppfølging av dette. Dette ble gjort i høst i eget brev til helseforetakene.

Tilbakemeldingen er overveiende at man tar til orientering det opplegget for kortsiktige tiltak som ble skissert i brevet fra Helse Nord til HOD av 22.10.2004. I tillegg vil de kravene som er gitt i foretaksmøtet for Helse Nord RHF i januar inngå i Helse Nord's styring av helseforetakene.

De målene vi skal styre våre virksomheter etter og den kontrollfunksjonen vi skal ha med HF-ene blir således kommunisert gjennom eier- og bestillerdokumentene til HF-ene og foretaksmøtene. Den løpende oppfølging av målene og kravene i disse dokumentene skjer i hovedsak gjennom tertialrapportering. Den operative ledelsen og kommunikasjonen mellom Helse Nord og HF-ene skjer også gjennom månedlige direktørmøter. RHF-administrasjonen skal gjennom representasjon i HF-styrene også følge opp at målene og kravene i dokumentene fra Helse Nord følges opp og behandles i foretaksstyrene.

På kort sikt vil vi generelt øke fokuset på aktuelle internkontrollområder gjennom presisering av tertialrapporteringen og månedlig rapportering på enkelte områder slik det fremgår av bestillerdokumentene til foretakene, gjennom den operative ledelsen i direktørmøtene og gjennom administrasjonens deltakelse i HF-styrene. I tillegg skal det lages en årlig melding fra foretakene til Helse Nord som grunnlag for vår rapportering til HOD.

På kort sikt vil vi spesielt arbeide med å få umiddelbar kontroll på disse områdene:

- lov og forskrift om offentlige anskaffelser
- forskrift om intern kontroll
- skille mellom kjernerollene som bestiller og eier
- bruken av individuelle planer
- oppfølging av at retningslinjer om lønns- og pensjonsforhold for statlige ledere overholdes
- begrensning av bruk av eksterne revisor til oppdrag ut over inngått kontrakt
- samhandling i beslutningsprosesser med interessentgrupper (brukere og medarbeidere)
- sette krav til habilitet for styremedlemmer, styresammensetning og kompetanseutvikling for styremedlemmer

Arbeidet med disse vil bli organisert gjennom en ny intern kontrollfunksjon i Helse Nord med kontakter ut i helseforetakene.

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

1. Helse Nord RHF skal i tertialrapportene gjennom 2005 rapportere avvik i forhold til
  - lov og forskrift om offentlige anskaffelser
  - forskrift om intern kontroll
  - bruken av individuelle planer
  - avtaler med private aktører innenfor helsetjenester og medisinske støttetjenester
  - oppfølging av at retningslinjer om lønns- og pensjonsforhold for statlige ledere overholdes
  - begrensning av bruk av ekstern revisor til oppdrag ut over inngått kontrakt
  - samhandling i beslutningsprosesser med interessentgrupper (brukere og medarbeidere)
  - habilitet og kompetanseutvikling for styremedlemmer
2. Styret ber administrasjonen legge fram et samlet opplegg for internkontroll for foretaksgruppen samtidig med første tertialrapport for 2005.
3. Administrasjonen skal legge fram innhold og organisering av intern revisjon i foretaksgruppen samtidig med andre tertialrapport for 2005.
4. På lang sikt er det ønskelig å få plass et samlet ledelsesinformasjonssystem (LIS). Styret ber om at det legges frem et forslag til et LIS-system som skal understøtte virksomhetsstyringen for foretaksgruppen i Helse Nord i løpet av høsten 2005.

Bodø, den 31. januar 2005

Lars Vorland  
Adm. direktør

## Utredning

### Bakgrunn/fakta

Vi vil med dette gi tilbakemelding på hvordan vi vil legge opp til en god virksomhetsstyring, herunder den interne kontrollen, blant annet for å oppfylle lovpålagte krav og andre myndighetskrav gjeldende for hele foretaksgruppen i Helse Nord. I tillegg gis en redegjørelse om nødvendige kortsiktige tiltak for å hindre brudd på myndighetskrav.

Den 8.september ble det avholdt et møte mellom HOD og Helse Nord, der det ble gitt informasjon om vår oppfølging av intern kontroll og lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Informasjon om møtet er gitt til styret i Helse Nord RHF. HF-ene var likeledes informert om møtet gjennom forarbeidene og deltakelse i møtet. Dokumentasjonen brukt i møtet er tidligere oversendt HOD og var ment å gi svar på opplegg for intern kontroll på lang og kort sikt.

Styret i Helse Nord har også fått orientering om det oppfølgende brevet fra HOD av 16.september 2004. Dette ble besvart i brev til HOD den 22.10.2004. I denne saken stadfester vi i hovedtrekk den tilbakemeldingen vi ga til HOD i brevet, samt at vi redegjør for virksomhetsstyringen slik den tenkes gjort på varig basis.

I vårt brev vil vi trekke frem de områdene vi vil følge opp med intern kontroll på. Disse rapporteringspunktene er tatt inn i styringsdokumentet for 2005 fra Helse Nord RHF til HF-ene. Rapportering vil i utgangspunktet skje i tilknytning til tertialrapporteringen.

I forkant ble helseforetakene i eget brev bedt om å styrebehandle hvordan styret skal følge opp intern kontroll. Tilbakemeldingen fra helseforetakene er overveiende at man tar til orientering det opplegget for kortsiktige tiltak som ble skissert i brevet fra Helse Nord til HOD av 22.10.2004. Ingen av helseforetakene har kommet med forslag til oppfølging ut over dette og den oppfølging Helse Nord vil ha er derfor tatt inn i eier- og bestillerdokumentene. Et unntak er Helgelandssykehuset HF som har lagt ved en tabell som viser hvordan styret vil følge opp styringen på alle viktige områder. Denne oversikten er stort sett samsvarende for alle helseforetak:

Hovedområde	Delområde	Kommentar
Møtearenaer	Ledermøter Styremøter Foretaksmøter Direktørmøter Styreledermøter	Periodisk/se under Periodisk/se under Periodisk/se under Periodisk/se under Periodisk/se under
Styring	Styringsdokument Budsjettokument	Årlig/styresak Årlig/styresak
Rapportering	Regnskapsrapporter Kvartalsrapporter Tertialrapporter Årsrapporter	Periodisk/styresak Periodisk/styresak Periodisk/styresak Årlig/styresak
Kontroll	Lederlønn Revisjon Internkontroll Anskaffelser Tilsyn Ressursindikatorer Kvalitetsindikatorer	Tilsetningsavtale/styresak Avviksrapport/avtale-balanse-regnskapslov merforbruk/styresak Ansvarlige definert/økonomisystem-fakturasystem implementert Ansvarlige definert/innkjøpssystem implementeres Ansvarlige definert/kvalitetssystem implementeres Ansvarlige definert/SINTEF-publisering Ansvarlige definert/NPR-publisering
Medvirkning	Styre Tillitsvalgte Brukere Pasientrettigheter	Åpne møter/pressekonferanser/interessegruppemøter Foretakstillitsvalgte/HVO/AMU/informasjon/drøfting FFO/SAFO/KF/MH/brukerutvalg/brukerundersøkelser Fristbrudd/individuell plan/pasientansvarlig lege/forbedringsmuligheter



### **Styringsmessige tiltak for å hindre brudd på myndighetskrav på kort sikt**

I foretaksmøtet for Helse Nord i januar 2005 ble det stilt krav om at styret for Helse Nord skal påse at den interne kontrollen i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen er sikret i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte, med nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.

Det skal etableres et samlet opplegg for internkontroll for virksomheten for å forebygge, forhindre og oppdage avvik innenfor områdene økonomi/regnskap, drift/forvaltning, lov-/myndighetskrav og etikk.

Dette skal rapporteres i årlig melding til HOD og i tillegg skal det i 2005 rapporteres hvert tertial om styrets oppfølging og avvikskorrigerende tiltak.

Styret vil i mars 2005 få seg forelagt en sak om det samlede opplegg for internkontroll for virksomheten i Helse Nord og helseforetakene.

I foretaksmøtet i januar 2005 ble det fra eier stilt krav om etablering av intern revisjon i Helse Nord RHF innen utgangen 2.tertial som et ledd i styrets overvåkning av internkontrollen. Administrasjonen vil innen utgangen av 2.tertial legge fram en sak om innhold og organisering av intern revisjon basert på vedtak i foretaksmøtet og sett i sammenheng med styringen av aktiviteten i foretaksgruppen.

De målene vi skal styre våre virksomheter etter og den kontrollfunksjonen vi skal ha med HF-ene er kommunisert gjennom våre styringsdokumenter til HF-ene og foretaksmøtene og adressen er foretaksstyrene. Den løpende oppfølging av målene og kravene i styringsdokumentene skjer gjennom tertialrapportering. Den operative ledelsen og kommunikasjonen mellom Helse Nord og HF-ene skjer også gjennom månedlige direktørmøter. RHF-administrasjonen skal også gjennom representasjon i HF-styrene også følge opp at målene og kravene i styringsdokumentene fra Helse Nord følges opp og behandles i foretaksstyrene.

På kort sikt kan vi generelt øke fokuset på aktuelle internkontrollområder gjennom presisering av tertialrapporteringen, gjennom direktørmøtene og gjennom at vår deltakelse i HF-styrene.

På kort sikt vil vi spesielt arbeide med å få umiddelbar kontroll på disse områdene:

- lov og forskrift om offentlige anskaffelser
- forskrift om intern kontroll
- skille mellom kjerne-rollene som bestiller og eier
- bruken av individuelle planer
- retningslinjer om lønns- og pensjonsforhold for statlige ledere
- bruk av revisor til oppdrag ut over inngått kontrakt
- samhandling i beslutningsprosesser med interessentgrupper (brukere og medarbeidere)
- krav til habilitet for styremedlemmer, styresammensetning og kompetanseutvikling for styremedlemmer

Hvert av punktene i listen foran er kommentert i det følgende.

*Lov og forskrift om offentlige anskaffelser* følges i Helse Nord og i foretakene på alle anbud og anskaffelser der innkjøpsavdelingene har ansvar for dette. Det er imidlertid flere anskaffelser som foretas utenfor kontroll av innkjøpsavdelingene. Kunnskap om regelverket på dette området er ikke god nok. På kort sikt er det viktig at HF-ene strammer inn adgangen til å foreta innkjøp uten at disse kjøres gjennom de samme prosedyrene som brukes i innkjøpsseksjonene. Dette er et krav i eierdokumentene til HF-ene for 2005 og vil bli fulgt opp. Ett av målene med nytt innkjøpssystem som nå er under implementering er at nær alle innkjøp skal foregå gjennom systemet. Dermed skal risiko for feil i forhold til lov og forskrift bli betydelig redusert. Innkjøpssystemet vil være på plass i hele foretaksgruppen i løpet av 2005. I tillegg ansettes to personer i Prosjekt Innkjøp. Disse skal primært arbeide med å ta ut påviste effektiviseringsgevinster innenfor innkjøp, men skal i tillegg ha en rolle i å kvalitetssikre bestillingsprosessene i Helse Nord.

*Forskrift om intern kontroll* følges foreløpig opp manuelt gjennom rapportering fra HF-ene. Dette vil bli gjort elektronisk så snart kvalitetssystemet er på plass. Det vil være implementert i alle avdelinger i helseforetakene i løpet av 2006. Systemet er nå under utrulling og er allerede implementert i flere avdelinger i helseforetakene og i Helse Nord.

Når det gjelder tilsynssaker følges dette opp slik:

1. Helseforetakene rapporterer tertialvis til Helse Nord alle tilsynssaker, inkludert årlig landsomfattende tilsyn. I rapporteringen skal fremgå både antall saker og status for disse og når lukking av avvik er gjennomført.
2. Helse Nord RHF fremmer årlig sak til styret hvor det blir redegjort for tilsyn, meldinger og avvik, samt oppfølgingen av disse. For å øke fokuset på dette, vil vi rapportere dette tertialvis også til styret.
3. Helse Nord RHF skal i tillegg ha kopi av all korrespondanse mellom tilsynsmyndighet og det enkelte HF. Sammendrag av dette vil bli fremlagt tertialvis til orientering til styret.
4. Helse Nord RHF følger opp det enkelte helseforetak med krav om tiltak, dersom avvik ikke er lukket i henhold til frist gitt av tilsynsmyndigheten.

Ovennevnte er del av styringsdokument til HF-ene for 2004 og innskjerpelsene i rapporteringen til styret vil bli gjort gjeldende for 2005.

*Skille mellom kjerne-rollene som bestiller og eier.* Det er etablert egen bestillerenhet i Helse Nord med ansvar for bestilling av helsetjenester og medisinske støttetjenester fra private leverandører. Styret vil i styremøtet i mars få fremlagt en sak som viser organiseringen av dette.

*Individuell plan* følges opp på følgende måte:

1. Helse Nord RHF følger opp på vanlig måte gjennom tertialvise rapporteringer (2005)
2. Helseforetakene er bedt om å sørge for nødvendig opplæring i bruk av IP og anbefalt opplæringstilbud i regi av Sintef.
3. Helse Nord RHF har hatt møter med samtlige HF om bruken av IP, pasientrettighetene og rutine for utskriving av pasienter fra døgnavdelinger.

Disse punktene er også en del av styringsdokumentene til HF-ene både i 2004 og 2005.

*Lønns- og pensjonsforhold for statlige ledere.* Styret i Helse Nord fikk i styremøtet i august 2004 en orientering om det ansvar som de har, jf ”Retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i heleide statlige virksomheter” utarbeidet av Nærings- og handelsdepartementet. Retningslinjene er videre oversendt til behandling i helseforetakenes styrer. Retningslinjene danner grunnlag for rammevilkår ved fremtidige ansettelser av ledere i foretaksgruppen.

*Bruk av revisor ut over inngått kontrakt.* Avtalen med revisor ble inngått av Helsedepartementet på vegne av det regionale foretaket i oppstart av reformen. Gjeldende avtale er mangelfull og begrenset noe som innebærer at det må kjøpes revisjonstjenester ut over avtalen.

De viktigste årsakene til dette er:

- Manglende avklaringer rundt åpningsbalansen
- Innføring av regnskapsloven
- Attestasjon av refusjonskrav
- Kjøp av konsulenttjenester

Manglende avklaringer knyttet til verdsetting og avskrivninger av åpningsbalansen har medført betydelig merarbeid og forsinkelser både for økonomiavdelingene, men også for revisor.

I oppstarten av reformen medførte endringer av regnskapsstandard (regnskapsloven) krav til ny og annen kompetanse, andre rutiner og regnskapsprinsipper. Disse nye kravene kombinert med organisatoriske endringer innenfor regnskapsområdet gjorde at en ble usikker på om kvaliteten på regnskapene var tilfredsstillende. For å sikre tilfredsstillende kvalitet på regnskapet valgte administrerende direktør å gjennomføre full revisjon av regnskapet pr. 2. tertial for hele foretaksgruppen og oppfølgende revisjon av noen foretak pr. oktober. Dette var helt nødvendig for å sikre tilfredsstillende kvalitet på regnskapene, og var oppdrag som ikke var inkludert i avtalen.

Det er også kjøpt noen tjenester knyttet til attestasjoner av refusjonskrav.

Noen foretak har kjøpt hjelp til oppsett av årsregnskapet for 2003, mens Sykehusapotek Nord HF kjøpte konsulenttjenester for ca 200.000 kroner. I sum gjelder dette kun små beløp.

I foretaksmøtet i januar 2005 ble det fra eier stilt krav om etablering av intern revisjon i Helse Nord RHF innen utgangen 2. tertial som et ledd i styrets overvåking av internkontrollen. Etableringen av en intern kontroll funksjon i Helse Nord vil eliminere behovet for bruk av ekstern revisor til annet enn lovpålagt revisjon.

*Samhandling i beslutningsprosesser med interessegrupper.*

#### Generelt

Helse Nord RHF har fra første dag lagt stor vekt på åpenhet. I styresak om informasjons- og kommunikasjonsstrategi er følgende lagt til grunn for virksomheten.

- *Helse Nord RHF skal drive aktiv informasjon og kommunikasjon om virksomheten og dens rammevilkår. Forholdene skal legges best mulig til rette for innsyn og informert offentlig debatt der dette ikke bryter med lover, bestemmelser eller personvern.*

Vi har ansvar for viktige offentlig styrte velferdsoppgaver finansiert av fellesskapet. Konsernet er en stor arbeidsgiver og viktig samfunnsaktør med en betydelig rolle i de ulike lokalsamfunn. Offentligheten, brukere, samarbeidspartnere og myndigheter må vite hvilke tjenester som finnes og hvilket omfang og betydning vår virksomhet har. De rammevilkår vi har, hvordan dette påvirker vår situasjon og hvilke analyser og løsninger vi mener må til for å realisere vårt ansvar, må åpent kommuniseres mot eier, offentlighet, regionale myndigheter, brukere og ansatte. Beslutningsprosessene stiller oss overfor store kommunikasjonsutfordringer for å skape tillit og troverdighet. En forutsetning er en åpen informert offentlig debatt

#### Medbestemmelse – kontakt med ansatte

Helseforetakene har i 2004 kjørt en prosess med reforhandling av medbestemmelsesavtaler for å tilpasse strukturen i forhold til foretakenes organisasjon/nye partsforhold. Prosessen har vært koordinert av det regionale nivået.

Helse Nord RHF har i løpet av første halvår etablert en konserntillitsvalgtordning med alle hovedsammenslutningene. Konserntillitsvalgte skal aktivt bidra til utvikling av Helse Nord RHF's strategi og verdigrunnlag gjennom samarbeid, informasjon, erfaringsoverføring. Kontakten med konserntillitsvalgte utøves gjennom:

- Gjensidig informasjonsutveksling gjennom frekvente medbestemmelsermøter
- Deltakelse i styringsgrupper på regionale prosjekt
- Formell drøfting på enkeltsaker som er av en slik karakter at partsammensatt behandling er nødvendig.

#### Regionale myndigheter (fylkeskommunene)

Helse Nord RHF har inngått en samarbeidsavtale med fylkeskommunene i Nord-Norge. Fylkeskommunene i Nord-Norge og Helse Nord RHF er enige om å formalisere sitt samarbeid. Det skjer for å sikre informasjonsutveksling og kommunikasjon om utviklingen av spesialisthelsetjenesten i landsdelen. Partene er enige om at ansvaret for tjenestene best kan ivaretas når regionale folkevalgte synspunkter også er del av Helse Nord's beslutningsgrunnlag i saker av vesentlig betydning for tilgjengeligheten i tjenestetilbudet.

Vedlagt følger avtalen.

#### Lokale myndigheter – kommunene

Ansvaret for den operative kontakt med kommunene ivaretas av helseforetakene. I styringsdokument for 2004 ble det stilt krav til at helseforetakene skulle inngå avtaler med alle kommuner. Helse Nord RHF har i tillegg etablert et eget kontaktmøte med ordførerne i vertskommunene for Helse Nord's virksomheter. Det legges opp til ett – to møter pr. år. Det ble avviklet et slikt møte 4. november 2004.

#### Folkelige interessegrupper ("sykehusaksjoner")

I Helse Nord sitt område er det etablert flere slike folkelige interessegrupper omkring lokalsykehusene. Helse Nord RHF har etablert et eget kontaktmøte med disse grupperingene for å informere om vår virksomhet og ha dialog omkring felles problemstillinger.

#### Dialog med brukere

Det er etablert brukerutvalg på HF og RHF nivå. Helse Nord RHF har tatt initiativ til dialog med enkeltorganisasjoner for samarbeid om utvikling av tjenestetilbudet. Her har vi svært gode erfaringer fra et møte med Norges Diabetesforbund og Norsk Revmatikerforbund. Vi skal nå utvikle lignende møter med andre brukerorganisasjoner.

*Krav til habilitet for styremedlemmer, styresammensetning og kompetanseutvikling for styremedlemmer.*

I forbindelse med oppnevning av styrer for denne perioden ble følgende forhold lagt til grunn:

- Rekruttering fra helseforetakenes lokalområder
- Primærhelsetjenesteerfaring
- Ivaretagelse av forsknings- og utdanningskompetanse
- Erfaring fra omstilling av virksomheter
- Rekruttering på tvers av helseforetaksområder
- Kontinuitet og nyrekruttering i styrene
- Krav til kjønnsbalanse
- Gjennomgående representasjon fra Helse Nord
- Rekruttering av personer med kunnskap om samiske forhold i noen av foretakene

Ved sammensetning av styrene er disse prinsippene vurdert opp mot den samlede kompetanse i det enkelte styre. Det er lagt særlig vekt på at styresammensetningen skal speile helseforetakets geografiske område, jfr. prinsippene i helseforetaksloven. Et styremedlem med bakgrunn fra primærhelsetjenesten er rekruttert inn i hvert styre. Videre er kravet til kjønnsbalanse ivaretatt. Prinsippet om gjennomgående representasjon er innført og Helse Nords administrasjon er representert med en plass i hvert styre. Samtlige styrer har også representasjon fra andre helseforetaksområder for å sikre en god regional oppgaveløsning.

Vår dato: 31.1.2005  
Vår referanse: Arkivnr:  
*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*  
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

---

**STYRESAK 10-2005 STAB/STØTTE – LOKALISERING IT**

Møtedato: 7. februar 2005

*Sakspapirene ettersendes.*

## **STYRESAK 11-2005      FELLES ORGANISATORISKE OG ØKONOMISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER FOR 2005**

Møtedato: 7. februar 2005

### **Formål/sammendrag**

Det vises til protokoll fra foretaksmøtet for Helse Nord RHF. Her formuleres eierkrav til Helse Nord RHF på flere områder som ligger til grunn for oppfølgingen av helseforetakene i 2005. Helseforetakene har ansvaret for å videreutvikle virksomheten på en måte som gagnar eget helseforetak og helheten innen rammen av de felles organisatoriske og økonomiske rammebetingelser som settes. Formålet er å videreføre nasjonale krav og sette disse inn i vår regionale sammenheng.

Dokumentet omhandler følgende områder:

- Ledelse
- Endring, omstilling og tilpasning
- Rekruttere og stabilisere personell
- Arbeidsmiljø
- Grønn stat og miljøledelse
- Likeverd og likestilling
- Lønns- og pensjonsvilkår for ledere
- Kommunikasjon
- Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
- Innkjøpsfunksjonen
- Lønns- og regnskapsfunksjonen
- Internkontroll
- Økonomiske krav og rammebetingelser

Organisatoriske rammebetingelser og krav danner basis for en videre felles utvikling i Helse Nord på flere viktige områder. Felles krav og rammebetingelser skal danne grunnlag for konstruktiv dialog og utvikling i Helse Nord og innebærer felles løft for samlet å skape en bedre organisasjon. På andre områder er krav og rammebetingelser absolutte forutsetninger som skal oppfylles.

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

Styret i Helse Nord RHF vedtar felles organisatoriske og økonomiske krav og rammebetingelser for 2005 og fremmer saken for behandling i foretaksmøtet for helseforetakene.

Bodø, den 31. januar 2005

Lars Vorland  
Adm. direktør



## Felles organisatoriske og økonomiske krav og rammebetingelser for 2005

0.	Innledning	74
1.	Organisatoriske krav og rammebetingelser	74
2.	Økonomiske krav og rammebetingelser	77

## **Innledning**

Her formuleres krav til helseforetakene i 2005 som ikke direkte er knyttet til kjerneaktivitetene. Iverksetting og oppfølging vil skje med hjemmel i Helse- og omsorgsdepartementets krav til Helse Nord RHF og andre lov- og myndighetskrav. I tillegg baseres Helse Nord RHF's krav på beslutninger i foretaksmøtet, styresaker forankret og løpende oppfølging basert på foretaksmøtets beslutninger. Sentralt i Helse Nord RHF's arbeid med å realisere målene er også vår deltakelse i styrene for helseforetakene, legge til rette for dialog med helseforetakene i direktørmøter, halvårlige dialogmøter, plan- og utredningsprosesser med sikte på felles forankring mv.

## **Organisatoriske krav og rammebetingelser**

### **Ledelse**

Utvikling av god ledelsespraksis på alle nivå er viktig for at befolkningen skal få god tilgjengelighet til kvalitetsmessige og effektive helsetjenester. Kontinuerlig oppmerksomhet og prioritering av dette er det som skaper resultater. I fellesskap skal vi i 2005 gjennomføre:

- Deltakelse i nasjonale lederutviklingstiltak
- To regionale ledelsessamlinger og andre ledelsesutviklingstiltak. Det må særlig sikres deltakelse fra kliniske ledere i helseforetakene.
- Nettverksarbeid innen organisasjon og ledelse der utvikling av en felles ledelseskultur er et viktig mål.
- Satsing på coaching slik at alle ledere på avdelingsnivå skal få tilbud om interne coachere
- Oppstart av mastergrad i helseledelse der helseforetakene får en viktig rolle i å motivere til deltakelse og prioritere egne søkere bl.a. slik at de rekrutteres tilstrekkelig deltakelse fra det medisinske miljø.
- Samarbeid om interne ledelsestiltak og –program slik at disse også inneholder en Helse Nord-modul
- Samordne kliniske tjenestetilbud og etablere felles støttefunksjoner mellom enheter i helseforetakene med fokus på det samlede tjenestetilbud, god tilgjengelighet, kvalitet og effektiv ressursbruk.

### **Endring, omstilling og tilpasning**

Felles prinsipper for omstilling og nedbemanning vedtatt i RHF styresak 120-2003 er basis for retningslinjer ved omstilling og nedbemanning i helseforetakene. Sentrale standarder i Helse Nord er:

- Tydelighet i omstillingsarbeidet med vekt på målsettinger og resultat som skal nås.
- Profesjonell gjennomføring med særlig vekt på å kvalitetssikre den menneskelige oppfølging og det juridiske grunnlaget
- God samhandling med tillitsvalgte som et vesentlig element i vellykket omstillingsarbeid
- Rapportering av måloppnåelse og utvikling i antall årsverk, jfr. eget kapittel om rapportering.

### **Rekruttere og stabilisere**

Å rekruttere og stabilisere personell i Helse Nord, for å gi befolkningen en fullverdig spesialisthelsetjeneste, er fortsatt viktig. Vi har særlige utfordringer i enkelte helseforetak og i enkelte spesialiteter. I 2005 vil vi i Helse Nord særlig prioritere:

- Iverksetting av et eget prosjekt for rekruttering av legespesialister til Finnmark i samarbeid mellom Helse Finnmark, Helse Nord RHF og nasjonale samarbeidspartnere.
- Kompetansekartlegging i helseforetakene som skal brukes strategisk i forhold til videre rekruttering
- Et felles arbeid med å kartlegge rekrutteringsbehovet for legespesialister i perioden 2005 – 2015.
- Et felles arbeid med å kartlegge samlet behov for etter- og videreutdanning av sykepleiere for perioden 2005 – 2010.
- Å etablere hensiktsmessige utdanningsløp for assistentleger og forpliktende deltakelse fra aktuelle overleger i rekrutteringsprosjektet.
- Et felles prosjekt for å få oversikt over turnover for ulike grupper av medarbeidere i helseforetakene.

### **Arbeidsmiljø**

Sikring av et godt arbeidsmiljø er av stor betydning for god pasientbehandling samt rekruttering og ivaretagelse av den enkelte medarbeider. I 2005 skal vi i Helse Nord legge særlig vekt på å:

- Redusere sykefraværet i tråd med forutsetningene i avtalen om et inkluderende arbeidsliv ved aktiv og tiltaksrettet oppfølging.
- Måle effekten av dette arbeidet og andre tiltak ved rapportering av sykefraværet
- Utvikle arbeidsplasser og oppgaver som bidrar til at helseforetaket nyttiggjør seg seniormedarbeidere ved at de står i arbeid til oppnådd pensjonsalder
- Evaluere arbeidsmiljø og kvalitet på lederskap i løpet av 2005

### **Grønn stat og miljøledelse**

Helse Nord har og har hatt fokus i arbeidet med miljøledelse på fire områder – innkjøp, energi, transport og avfall. Myndighet for etablering av miljøledelse ble delegert til leder for helseforetakene i Helse Nord, ved brev av 05.11.2003 og ved brev av 31.03.2004 for oppfølging og gjennomføring. Helseforetakene skal følger dette opp etter de retningslinjer som er lagt av miljøverndepartementet.

### **Likeverd og likestilling**

Likeverd og likestilling utvikles og gir synlige resultater når vi har bevissthet om faktisk for områder som menns og kvinners representasjon, ansettelse, lønn, opplæring, avansement, lederstillinger osv. I Helse Nord vil vi i 2005

- Kartlegge status for likestilling for områdene nevnt ovenfor i hvert helseforetak
- Foreslå og iverksette tiltak for å øke andelen kvinner i lederstillinger, særlig på topp- og mellomledernivå

### **Lønns- og pensjonsvilkår for ledere**

Lønns- og pensjonsvilkår skal ha som utgangspunkt det arbeid og ansvar stillingen innebærer og reflektere en nøktern praksis. Nærings- og handelsdepartementets retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i heleide statlige foretak ligger til grunn for fastsetting av ansettelsesvilkår for direktørene i helseforetakene. Det skal ikke inngås avtaler som medfører endringer av standardvilkårene i vår pensjonsavtale med leverandør.

## **Kommunikasjon**

For den enkelte pasient har god kommunikasjon betydning for resultatet av behandlingen. God kommunikasjon av mål, kompetanse, tjenester og resultater gir spesialisthelsetjenesten legitimitet, skaper tillit og sikrer oppslutning. Det har betydning for samfunnets rammebetingelser, at primærhelsetjenesten og pasienten velge helseforetakene våre, de beste søkerne skal søke jobbene og at medarbeiderne trives og yter god innsats. Ved iverksetting av regional kommunikasjonsplan i Helse Nord i 2005 vil vi særlig vektlegge å:

- Forbedre informasjon og kommunikasjon med pasientene
- Bevisstgjøre informasjon og kommunikasjon som et linjeansvar
- Forbedre den interne informasjon og kommunikasjon
- Utvikle informasjon og kommunikasjon med lokale og regionale myndigheter og samarbeidspartner
- Gjennomføre felles tiltak som synliggjør spesialisthelsetjenestetilbudet i landsdelen
- Ta i bruk felles publiseringsystem for nettsider

## **Informasjons- og kommunikasjonsteknologi**

Iverksetting og videre utvikling av vedtatt strategi- og handlingsplan for IKT i Helse Nord ligger til grunn for arbeidet også i 2005. Målsetting er fortsatt forbedring av tilbudet til pasientene, styrke samhandlingen i og mellom helseforetakene og i forhold til kommunehelsetjenesten og effektivisere driften. Nye IKT- systemer skal ha en klar målsetting om effektivitetsgevinster. Det betyr fortsatt satsing på felles systemer og standardisering. I Helse Nord vil vi i 2005 særlig prioritere:

- Aktiv bruk av mulighetene som ligger i helsenettet bl.a. med elektronisk sending av epikriser og henvisninger etc. Målsettingen er at innen utgangen av 2005 skal 100 % av epikrisene og 50 % av henvisningene foregå elektronisk. En viktig del av dette arbeidet er å ta ut gevinster gjennom ny organisering og arbeidsrutiner som er tilpasset ny teknologi. Synliggjøringen av resultater gjennom rapportering er en del av arbeidet.
- Videreføre arbeidet med implementering av system for arbeidsplan, kvalitetssystem og innkjøpssystem i helseforetakene. Implementering av sak/arkivsystem startes opp som varslet fra helseforetakene.
- Satsing på kliniske system med utskifting av blodbanksystem og etablering av mikrobiologisystem i regionen.
- At alle helseforetakene, om mulig, skal ha implementert felles pasientadministrativt system for de enheter som gir tilbud til rusmiddelmissbrukere.
- I fellesskap med helseforetakene forsette arbeidet med å samordne røntgeninformasjonssystemene (RIS).
- Videreføre bookingprosjektet ved UNN som pilot, som ledd i det nasjonale arbeidet med å utvikle og standardisere slik funksjonalitet.
- Implementering av virksomhetssertifikat skal skje innen 1.6.2005 for å møte kravet om kryptering av meldinger.
- Iverksetting av innhold i, organisering og lokalisering av IT funksjonene i regionen skal skje i tråd med vedtak i styret i Helse Nord RHF primo 2005.
- Iverksetting av vedtatte teknologiske standarder for IT- området (styresak 70-2002) ved at helseforetakene gjennomfører sine investeringer i tråd med sluttrapporten for prosjektet.
- Videreføre det faglige nettverk for de informasjonssikkerhetsansvarlige i foretakene. Ved fellesdrift av kliniske systemer blir det særlig viktig å understøtte det arbeidet som skal gjennomføres i de faglige fora. Informasjonssikkerhetsspørsmål ved fellesdrift av systemer vil bli behandlet av informasjonssikkerhetsforumet.

### **Innkjøpsfunksjonen**

Innkjøpsfunksjonen er viktig for å sikre at vi har gode produkter til en lavest mulig kostnad. For å realisere dette vil det i 2005 være særlig viktig å:

- Ta i bruk de inngåtte innkjøpsavtaler og etablere systemer som sikrer at avvik blir korrigert
- Utvikle samarbeidet med HINAS
- Styrke det innkjøpsfaglige samarbeidet i Helse Nord bl.a. ved at helseforetakene avgir innkjøpskompetanse til innkjøpsprosjektet

### **Lønn- og regnskapsfunksjonen**

På bakgrunn av vedtaket i styresak 46/2004 hvor det fremgår at lønn- og regnskapsfunksjonene organiseres med utgangspunkt i helseforetakene (desentralt) vil følgende forhold være sentrale i 2005:

- Behovet for økt kvalitet på regnskap og lønnsføringer skal følges opp, og Helse Nord RHF kan stille gjennomgående krav til praksis i og mellom helseforetakene
- For å forenkle og bedre kvaliteten skal HF-ene bidra til, og ta i bruk, økt standardisering av prosesser og prinsipper for regnskaps- og lønnsføringer i helseforetakene.
- Identifisere og realisere besparelser innenfor lønn og regnskap, herunder nedbemanne, samt frigjøre ressurser til prioriterte oppgaver.
- I fellesskap evaluere den desentrale lønns- og regnskapsfunksjonen
- Vurdere organisering av lønns- og regnskapsfunksjonen ved henholdsvis UNN og Helse Finnmark i forhold til spørsmålet om organisering under en ledelse.

### **Internkontroll**

Intern kontroll skal ivaretas med utgangspunkt i lover og forskrifter og krav stilt fra HOD til Helse Nord RHF. Det vises videre til styresak i Helse Nord RHF om god virksomhetsstyring som skal legges til grunn for internkontrollen i helseforetakene.

### **Økonomiske krav og rammebetingelser**

I tråd med Stortingets forutsetninger legger Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til grunn at Helse Nord RHF håndterer sin omstillingsutfordring slik at økonomisk balanse oppnås i 2005. Eier er innforstått med at dette vil kunne innebære betydelige omstillinger. Dermed står kravet om balanse i 2005, før fulle avskrivninger av åpningsbalansen, fast.

Styringsmålet per helseforetak etter fulle avskrivninger av åpningsbalansen fastsettes til følgende:

	<b>Før strukturfond</b>	<b>*)</b>
Helse Nord RHF	-7 mill kr	-7 mill kr
Helse Finnmark	- 64 mill kr	- 40 mill kr
Universitetssykehuset	- 56 mill kr	- 0 mill kr
Hålogalandssykehuset	- 63 mill kr	- 20 mill kr
Nordlandssykehuset	- 38 mill kr	- 0 mill kr
Helgelandssykehuset	- 36 mill kr	- 20 mill kr
Sykehusapotek Nord	0 mill kr	0 mill kr
<b>Styringsmål</b>	<b>- 264 mill kr</b>	<b>- 87 mill kr</b>

\*) Etter strukturfond og kortere levetider

## **Rapportering og styringsdialog**

Det vises til kapittel 3 i bestillerdokumentet for krav til rapportering og rapporteringsmal.

## **STYRESAK 12-2005      BESTILLERDOKUMENT HELSEFORETAKENE 2005**

Møtedato: 7. februar 2005

I denne saken fremmes bestillerdokumentet fra Helse Nord RHF til de enkelte helseforetak for behandling i Helse Nord's styre. Dette dokumentet, avledet av Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokument til Helse Nord, er å forstå som et retningsgivende og forpliktende styringsbudskap fra styret i Helse Nord RHF til styrene i helseforetakene. Det forutsettes derfor at styrene i de enkelte helseforetak forholder seg aktivt til dokumentet og lar det bli premissgivende for gjennomføring av driften i 2005.

Bestillerdokumentet må ses i sammenheng med saken om organisatoriske og økonomiske krav og rammebetingelser for 2005 (styresak xx-2005). Disse to dokumentene utgjør til sammen det som tidligere har vært et styringsdokument. Det legges fram som to saker, på samme måte som HOD nå har skilt rollene mer som bestiller og eier, og lagt fram et bestillerdokument og gitt Helse Nord RHF de organisatoriske og økonomiske krav i foretaksmøtet.

Bestillerdokumentet er delt i to deler, en generell del med gyldighet for alle helseforetak, og en spesifikk del for de enkelte helseforetak. Det helseforetaksspesifikke dokumentet er utarbeidet i aktiv dialog med de enkelte foretak. Det følger også med vedlegg som angir rapporteringskravene som er noe endret fra 2004.

Bestillerdokumentet er årets viktigste dokument i Helse Nord RHF's samhandling med helseforetakene. Det er primært gjennom dette dokumentet, budsjettet og foretaksmøtet at Helse Nord RHF skal utøve sin formelle styringsposisjon overfor foretakene. For å fungere godt må imidlertid det formelle systemet understøttes av en kultur som betoner både felleskapelige elementer og gjensidig rolleforståelse. Styringsystem må suppleres med gode rutiner og arenaer for kontinuerlig styringsdialog mellom nivåene, og det vises her blant annet til direktørmøter og dialogmøter med foretakene.

Der er lagt vekt på at styringsbudskapene skal være tilpasset både den økonomiske situasjonen og den overordnede strategi.

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

Styret for Helse Nord RHF viser til bestillerdokument for helseforetakene 2005 (generell og helseforetaksspesifikk) som fremmes til behandling i foretaksmøtene for helseforetakene.

Bodø, den 31.januar 2005

Lars Vorland  
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Bestillerdokument for helseforetakene i Helse Nord 2005,  
fellesdel og helseforetaksspesifikk del  
Rapportmal

Utrykte vedlegg: Bestillerdokumentet for Helse Nord 2005



Saksbehandler: diverse

---

## **STYRESAK 13-2005      ORIENTERINGSSAKER**

Møtedato: 7. februar 2005

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. Ledelse og organisasjonsutvikling i Helse Nord – status og egevaluering
4. Beslutningssystemet i NAVO-Helse
5. Fremdrift SKDE – orientering til styret i Helse Nord RHF

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

Framlagte saker taes til orientering.

Bodø, den 31. januar 2005

Lars Vorland  
Adm. direktør

**Vår dato:** 31.1.2005      **Vår referanse:** 200400457-4      **Arkivnr:** 012  
*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*  
**Deres dato:**      **Deres referanse:**

Saksbehandler: Olav Helge Førde, tlf. 901 73 056

---

**STYRESAK 13-2005/1**

**INFORMASJON FRA STYRELEDER TIL STYRET**

Møtedato: 7. februar 2005

*Legges frem muntlig av styreleder.*

**Vår dato:** 31.1.2005  
**Vår referanse:** 200400457-4  
**Arkivnr:** 012  
*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*  
**Deres dato:**  
**Deres referanse:**

Saksbehandler: Lars Vorland, tlf. 75 51 29 10

---

**STYRESAK 13-2005/2**

**INFORMASJON FRA ADM. DIREKTØR TIL STYRET**

Møtedato: 7. februar 2005

*Legges frem muntlig av adm. direktør.*

**STYRESAK 13-2005/3**

**LEDELSE OG ORGANISASJONSUTVIKLING I  
HELSE NORD – STATUS OG EGNEVALUERING**

Møtedato: 7. februar 2005

Styret i Helse Nord RHF har periodevis blitt orientert om ledelses og organisasjonsutviklingsarbeidet i Helse Nord. Denne orienteringssaken er ment som en oppdatering av området anno 2005.

I arbeidet med ledelsesutvikling har Helse Nord RHF sett det som viktig å ha tiltak på ulike nivå. Hensikten er å skape personlig utvikling, kunnskapsutvikling, utvikling av felles kultur for ledelse og organisasjonsutvikling.

Helse Nord RHF har et ansvar for å bidra til at det utvikles et felles sett av holdninger, kunnskaper og ferdigheter hos lederne i spesialisthelsetjenesten og derigjennom sikre en helhetlig helsetjeneste for befolkningen på tvers av regionene. I nasjonalt program for 2003 ble det utviklet et verdigrunnlag og krav til ledere i sektorene som er søkt videre implementert i de ulike tiltak som gjennomføres både på regional og lokalt nivå.

Ledelsessatsningen i Helse Nord RHF har vært fordelt på tre ulike nivå. Disse nivåene beskrives nedenfor med konkrete aktiviteter og tiltak.

1. Deltagelse i det nasjonale programmet
2. Regionale tiltak
3. Tiltak på HF – nivå

**Tiltak i den nasjonale satsningen som er gjennomført i 2003/2004 samt planlagt for 2005/2006**

I perioden 2003/2004 har det pågått et nasjonalt pilotprogram for ledelsesutvikling. Det har deltatt 170 ledere totalt, hvorav 32 fra Helse Nord RHF. Programmet har hatt fokus på tema som verdigrunnlag, krav til lederskap, reformens intensjoner, kunnskapsstyring, økonomi og nye perspektiver på organisering. Programmet la vekt på utvikling av den enkelte leder blant annet gjennom en omfattende 360 graders tilbakemelding til alle deltakerne.

Evalueringen av programmet viste stor variasjon i tilbakemeldingene. Noe som dels må tilskrives deltakelse fra en veldig heterogen gruppe og et program som la vekt på å favne vidt både som arena for ledelsesutvikling, nettverksbygging og faglig utvikling. Klasseøktene og 360 graders tilbakemelding fikk god score. Videre var deltakere på høyere nivå (direktørnivå) mindre fornøyde enn kliniske ledere. Samlet sett hadde man etter pilotprogrammet et godt grunnlag for å gi anbefalinger til videre satsning.

Videre satsning nasjonalt ble vedtatt i foretaksmøtet i Helse Nord RHF 11. januar 2005. Her følger eier opp anbefaling fra den nasjonale styringsgruppen:

- Det etableres et nasjonalt topplederprogram for kandidater til lederstillinger på høyt nivå i helseforetakene. Vil være etablert senest fra høsten 2005.
- Hvert halvår skal det gjennomføres en nasjonal direktørsamling for HF og RHF direktører med fokus på ledelsesutvikling. Skal startes opp våren 2005.

I samarbeid med helseforetakene er det vesentlig å rekruttere gode ledertalenter til det fremtidige nasjonale topplederprogram. Deltakerne her skal ha potensialet til fremtidige topplederstillinger i spesialisthelsetjenesten. Programmet tar sikte på å rekruttere ca 30 deltakere på hvert program.

Helse Nord RHF deltar aktivt i styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak og vil også delta i programkomiteen som skal arrangere nasjonal møtearena for direktørene.

### **Tiltak i den regionale satsningen som er gjennomført siden 2003, samt planlagt for 2005/2006**

#### **Mastergradsprogram**

Helse Nord RHF har siden innføringen av reformen jobbet med ulike modeller i forsøk på å etablere en mastergrad i ledelse for våre ansatte. Helse Nord har nå valgt Høgskolen i Bodø som samarbeidspartner i etableringen av dette programmet.

Struktur:

Mastergraden er planlagt utstedt fra Handelshøgskolen (HHB) ved Høgskolen i Bodø i samarbeid med NTNU og vil gi akkreditering som en MBA Master (Master of Business Administration). Fagansvarlig vil være professor Inger Johanne Pettersen.

Deltidsstudie over 5 semestre, oppstart høsten 2005 for 25 – 30 studenter med 12 undervisningssamlinger a 3 dager, fordelt på 3 semestre, med ulik geografisk plassering av samlingene. Masteroppgaven er berammet til 2 semestre. Opptakskravene vil være forkunnskaper tilsvarende minimum bachelorgrad og 2 års arbeidslivserfaring. Målgruppen vil være ledere på ulike nivå, men kliniske ledere og særlig legeledere vil rekrutteres aktivt. Det vil bli gitt mulighet for akkreditering av inntil 2 relevante moduler ved andre utdanningsinstitusjoner som kan inngå i oppbyggingen av en mastergraden.

Faglig innhold:

Moduler:

- Ledelse av ekspertorganisasjoner
- Innovasjon og prestasjonsutvikling
- Etikk og ledelse
- Helseøkonomi og statistikk
- Finansiering og resultatmåling
- Økonomi og aktivitetsstyring

Aktuelle tema:

Spesialisthelsetjenestens rammevilkår, Organisatorisk perspektiv på sykehusenes indre liv, Samspill mellom politikk, adm. og klinikk, Endring og personaledelse, Økonomisk styring og perspektiver; prinsipper, planlegging og gjennomføring, Medisinsk statistikk, epidemiologi og metodevurdering, Helserett, Norsk helsetjeneste i et internasjonalt perspektiv, Forsknings/ utredningsmetodikk.

Studiet er planlagt med en sterk klinisk profil og det etableres arbeidsgrupper innen hver kursmodul bestående av fagansvarlige ved Høgskolen og ledere fra klinikken som i fellesskap skal sikre gode og relevante case, samt sikre at både teori og tema valg er aktuelle.

Helse Nord har ambisjoner om å være på høyt faglig internasjonalt nivå også innen ledelse. Gjennom realisering av dette programmet gjør Helse Nord et betydelig løft for å øke formalkompetansen innen ledelse i vår virksomhet.

### **Coaching**

Helse Nord RHF har siden 2002 investert 1,2 mill. til dette tiltaket og forventer konkrete og målbare resultater av investeringen. I tillegg forventer vi effekter av en nødvendig kulturendring som i større grad legitimerer styrkning og ivaretagelse av det personlige lederskapet i vår organisasjon.

Helse Nord RHF har i perioden 2002 til dags dato gjennomført følgende tiltak:

- opplæring av 50 ledere og stabspersoner fordelt på alle foretak. De 25 siste vil være ferdig med opplæringen mars 2005. Disse ressurspersonene inngår i et ”korps” av coachere som skal være et konkret tilbud til lederne.
- Etablert en regional implementeringsgruppe, supplert av SINTEF som ”overvåker” den videre fremdrift i implementeringsarbeidet.
- RHF og det enkelte foretak har i samarbeid utviklet og gjennomført implementeringsplaner for hvert foretak om videre implementering
- RHF skal i løpet av 2005 gjennomføre lunsj til lunsj seminar i ”Coachlik ledelse” i alle foretakene i Helse Nord gruppen.
- Coaching for toppledelsen (RHF og HF direktørene) gjennomføres våren 2005.

### **Kommentarer**

Foretakene har naturlig nok ulik progresjon og tempo i etableringen av tilbudet i egen organisasjon. De har også noe ulike utfordringer knyttet til det videre arbeidet. En felles utfordring har likevel vært behovet for supplering av coachere i egen organisasjon. Dette behovet innfris i all hovedsak mars 2005 da vil vi ha mange nok personer som er opplært i dette verktøyet til at man fortsatt kan videreutvikle coaching i foretakene. Den viktigste utfordringen pr. dags dato er å etablere et system og en entusiasme som kobler ledere opp mot de ressurspersonene. For 2005 vil det bli utarbeidet et eget rammeverk for coachrollen og koordinering av oppdrag/kapasitet i hvert foretak.

De fleste foretakene har valgt å la OU-seksjonene eller utviklingsavdelingene i foretakene ha ansvaret for arbeidet knyttet til coaching. For noen foretak har oppdragene har en klar dreining mot bistand i endringsprosesser og oppfølging av enhetlig ledelse.

Helse Finnmark har gitt sine seks ressurspersoner 2 timer i uka til å coache ledere i foretaket. Et interessant regnestykke som kan synliggjøre anvendelse og implementering er følgende: 6 coachere bruker 2 timer pr. uke i 40 uker = 480 tilgjengelige coachingstimer. Når hver leder får tilbud om 8 samtaler a 1 time vil 60 ledere få dette tilbudet i løpet av et år.

Coachingprogrammet i Helse Nord er et pionerarbeid med hensyn til ledelsesutvikling innen spesialisthelsetjenesten i Norge. Størrelse og volum er unik både når det gjelder privat og offentlig sektor. Også innsatsen i forhold til det utfordrende implementeringsarbeidet og den betydelige kulturendringen er også unikt innen vår sektor.

### **Regionale ledersamlinger**

Helse Nord RHF arrangerte en regional ledersamling både i 2003 og 2004. For 2005 er det vedtatt en økning til 2 samlinger pr. år, en i april og en i oktober. Erfaringene viser tydelig effekt med hensyn til bygging av en felles foretakskultur i Helse Nord RHF. Effekten av å bringe 90 – 100 ledere både fra klinisk virksomhet og fra stab/støtte har vist seg gode med hensyn til å utvikle felles lederskap og fokus i forhold til de aktuelle utfordringene. Samlingene har klart vært et viktig bidrag til å utvikle den såkalte ”to-lojalitetsholdning” som er helt nødvendig i vår foretaksmodell. Evalueringen har vært positiv og deltakerne har spesielt vektlagt godt valg av relevante tema kombinert med nettverksbygging. I deler av siste samling ble det jobbet i mindre grupper i parallelle sesjoner, noe som fungerte aktiviserende og som god arena for innspill tilbake til Helse Nord RHF.

### **Regionalt nettverk i ledelse**

I 2004 valgte administrasjonen å dele det tidligere personal og organisasjonsnettverket som var etablert fra 2002. Erfaringene viste at fagområdene personal og ledelse var for utfordrende og komplekse i sin egenart at det var nødvendig å ”rendyrke” disse satsningsområdene i egne nettverk. Det regionale nettverket skal bidra til et felles faglig løft og satsning på ledelse både lokalt og regionalt. Nettverket har i løpet av 2004 hatt 2 møter. Nettverket består av ansatte i foretakene som jobber spesifikt med ledelse, av kliniske ledere som er særlig opptatt av ledelse og av ansvarlig direktør/leder i foretakene som har ledelse som sitt ansvarsområde. Nettverket skal ha som oppgave å planlegge og å gjennomføre de regionale ledersamlingene, være ei faglig ressursgruppe på fagområde ledelse og organisasjonsutvikling, følge opp aktuelle tiltak innen ledelse og organisasjonsutvikling, samt være oppdatert på ulike modeller for ledelse og organisering av sykehus både nasjonalt og internasjonalt. Våren 2005 skal nettverket konkret jobbe med utarbeidelsen av felles kriterier og verdier for ledelse i foretaksgruppen basert på resultatene fra nasjonalt lederprogram.

### **Lederutviklingstiltak på HF-nivå**

Hvis foretaksreformen skal lykkes som en ledelsesreform er det helt nødvendig at det skjer ledelsesutvikling på alle nivåer. En viktig strategi på HF nivå er utvikling av egne lederutviklingsprogram for å styrke lederskapet lokalt.

Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og UNN har etablert slike programmer eller årlige samlinger for ledere på alle nivåer i egen organisasjon. Det bør være ei målsetting at også Finnmark og Hålogaland etablerer slike programmer. Helse Nord RHF ser nødvendigheten av at det regionale helseforetaket har en modul i hvert lokale lederutviklingsprogram. I tillegg bør alle lokale lederutviklingsprogram inneholde en eller flere sekvenser i coaching.

**Fremtidig satsning**

Administrasjonen i Helse Nord RHF vurderer at hovedinnsatsen for særlig 2005 blir å sørge for at de allerede igangsatte tiltak blir levedyktig og godt implementert i alle foretak. Det er derfor ikke planlagt noen nye store satsninger for perioden 2005. På sikt ønsker Helse Nord RHF å supplere med et lederutviklingsprogram som er rettet mot rekruttering av fremtidige ledere. Helse Nord RHF ønsker å ta initiativet til at det utarbeides en målrettet rekrutteringspolitikk for å utvikle fremtidige ledere i vår region. Dette gjelder både i forhold til ansettelser og i forhold til etablering av traineetenking omkring ledelses- og organisasjonsutvikling i vår region.



**STYRESAK 13-2005/4      BESLUTNINGSSYSTEMET I NAVO-HELSE**

Møtedato: 7. februar 2005

**Formål/sammendrag**

Denne saken legges fram for å orientere styret om hvordan helseforetakene har organisert sitt arbeid i Arbeidsgiverforeningen NAVO, særlig når det gjelder spørsmål knyttet til de ansattes lønns- og arbeidsvilkår, og de regionale helseforetakenes rolle i dette arbeidet. Det legges opp til at de regionale helseforetakene innenfor rammen av NAVO's vedtekter i fellesskap skal treffe beslutninger som angår lønns- og arbeidsforhold i helseforetakene. Det gjøres ingen endringer i den beslutningsstrukturen som er nedfelt i NAVO's vedtekter.

**Bakgrunn**

NAVO gjennomfører for tiden en bred evaluering av resultatene etter tre års arbeid og to hovedlønnsoppgjør i helseforetakene. Evalueringen gjennomføres i nært samarbeid med RHF-sjefene og helseforetakene. På bakgrunn av de erfaringene som er gjort, har RHF-sjefene den 15.11.04 foretatt en gjennomgang og vurdering av roller og ansvar for de enkelte aktører i beslutningssystemet for NAVO-Helse. For å gi større kraft til de endringsprosesser som pågår, besluttet RHF-sjefene å etablere et fastere beslutningssystem innenfor området NAVO-Helse. Dette vil først og fremst vise seg ved at RHF-sjefenes allerede etablerte felles beslutningsorgan, "Styret for NAVO-Helse", blir ytterligere formalisert og etablert som eget styremøte, og at ordinære foreningsrettslige styreprinsipper legges til grunn for styrets arbeid. I tillegg vil rollen til Faglig råd helse tydeliggjøres og arbeidet med utviklingen av arbeidsgiverrollen og avtaleverket gis et sterkere ledelsesmessig fokus.

**Beslutningssystemet etter NAVO's vedtekter**

Generalforsamlingen er NAVO's høyeste organ. Det hører under generalforsamlingen bl. a. å fastsette NAVO's vedtekter, velge styre og fastsette medlemskontingent.

Styret skal etter § 4-2 lede foreningen i samsvar med foreningens vedtekter og generalforsamlingens beslutninger. Det er fast praksis at de som velges til styre medlemmer er øverste leder i en medlemsvirksomhet.

Administrerende direktør har innenfor de retningslinjer styret har gitt, den daglige ledelsen av foreningen (§ 4-2), og skal lede foreningens forhandlinger om inngåelse og revisjon av kollektive avtaler. Forhandlingene skal føres etter retningslinjer fastsatt av NAVO's styre etter at berørte medlemmer har drøftet spørsmålet på et medlemsmøte (§ 6-1). Det er oppnevnt faglige råd som fungerer som bindeledd mellom medlemmene og administrerende direktør under forhandlingene. Dette gjør det mulig å drøfte og forankre beslutninger i løpet av prosessen.

Det er styret som treffer vedtak om å si opp eller inngå tariffavtaler.

Beslutningene om tariffavtaler bygger på at beslutningene skal ligge nærmest mulig de virksomhetene de angår. NAVO's forhandlingsmodell, slik den er beskrevet i hovedavtalen, forutsetter at en betydelig del av overenskomsten forhandles i den enkelte virksomhet.

Virksomheten treffer da selv beslutning om vesentlige deler av overenskomstens innhold. Det er derfor ikke ansett som nødvendig å forelegge resultatet av forhandlingene for medlemmene til godkjenning. Vedtektene krevde tidligere at medlemmene stemte over forhandlingsresultatet, men dette viste seg i praksis å være en ren formalitet. Vedtektene ble derfor endret på dette punkt for å gi en enklere og mer rasjonell beslutningsprosedyre.

### **Beslutningssystemet i NAVO-Helse**

Ved innmelding i NAVO blir medlemmene bundet av foreningens vedtekter. Dette gjelder bl.a. bestemmelsene i vedtektenes § 1-1 som gir NAVO myndighet til å inngå tariffavtaler på vegne av medlemmene, og beslutningssystemet frem mot slike avtaler, jf. punkt 3. Hensikten er å sikre at de regionale helseforetakene i fellesskap får bestemmende innflytelse over de beslutninger som treffes i denne sammenheng.

På møte den 25. mars 2003 traff styret i NAVO følgende vedtak:

1. *NAVO overlater til de regionale helseforetakene å føre forhandlingene om overenskomstenes del A2\* innenfor området NAVO-Helse til de regionale helseforetakene.*

*De regionale helseforetakene fører forhandlingene på vegne av alle foretakene som kommer inn under lov om helseforetak m.v.*

*Det opprettes et forhandlings- og beslutningsorgan som består av en representant for hvert av de regionale helseforetakene. Organet fastsetter retningslinjer for forhandlingene og treffer de øvrige beslutninger som er nødvendig for gjennomføring av forhandlinger og eventuelt meglings.*

*Organet skal kunne treffe sine beslutninger med simpelt flertall.*

2. *NAVO's administrasjon skal stille nødvendig personale til rådighet for NAVO-Helse gjennom en egen administrativ enhet.*
3. *Vedtaket er betinget av at de 5 regionene slutter seg til en avtale som sikrer at NAVO-Helse kan treffe beslutninger som binder alle helseforetak.*

Vedtaket innebærer at beslutninger om landsomfattende tariffavtaler i helseforetakene i det vesentlige er overført til de regionale helseforetakene. Etableringen av styret for NAVO-Helse innebærer at arbeidet i beslutningsorganet systematiseres og tydeliggjøres på en sterkere måte enn tidligere. Når det gjelder spørsmålet om å si opp eller godkjenne landsomfattende tariffavtaler sikres innflytelsen enten ved at denne myndigheten delegeres fra NAVO's styre til Styret for NAVO-Helse, eller at NAVO's styre ved sin avgjørelse legger til grunn det syn styret for NAVO-Helse har kommet frem til.

Beslutningssystemet på området NAVO-Helse vil etter dette bestå av følgende aktører:

- Styret i NAVO (besluttende kompetanse)
- RHF-sjefene som beslutningsorgan - Styret for NAVO-Helse (besluttende kompetanse)
- Faglig råd Helse (rådgivende kompetanse)
- Situasjonsoppnevnte forhandlingsutvalg (vedtatte spilleregler)
- Administrerende direktør i NAVO (besluttende kompetanse innenfor fullmakter og spillerregler)
- Den organisatoriske enheten i NAVO (NAVO-Helse) som ledes av en direktør (besluttende kompetanse innenfor fullmakter og spillerregler)

## **Nærmere om de forskjellige aktørene**

### ***Styret i NAVO***

Det vises til redegjørelse i punkt 3 ovenfor.

### ***Styret for NAVO-Helse***

Styret for NAVO-Helse består av de fem RHF-sjefene og utgjør beslutningsorganet for helseforetakene. Styret for NAVO-Helse skal fastsette retningslinjer for forhandlingene og treffe de beslutninger som er nødvendig for gjennomføring av forhandlingene og eventuelt meglingsresultat. Det forutsettes at det også gis fullmakt til å godkjenne eller forkaste et forhandlings- eller meglingsresultat. Beslutningene treffes ved simpelt flertall hvor hver representant har en stemme.

Styrets rolle er av strategisk karakter, hvor hovedoppgaven er å treffe politiske beslutninger knyttet til NAVO's arbeid i forhold til helseforetakene, samt beslutninger knyttet til lønns- og arbeidsvilkår som spesifikt er knyttet til helseforetakene. Helseforetakene sysselsetter 5 % av den totale arbeidsstokken i Norge. De er organisert i ca 40 fagforeninger med ulike størrelser og agenda. Beslutninger knyttet til det strategiske løp i forhold til disse organisasjonene, og i den forbindelse hvilke tjenester helseforetakene har behov for, ligger til styrets ansvar. I tillegg skal styret sørge for en fornuftig resultatrapportering og evaluering av det arbeidet som gjøres. Ansvar vil således være av strategisk og kontrollerende art.

Det forutsettes at det blir oppnevnt personlig varamedlem for RHF-direktørene som deltar i styret for NAVO-Helse. Vedkommende bør tilhøre ledergruppen i det regionale helseforetaket, og kan ikke være medlem av Faglig råd helse.

Det legges til grunn at styret for NAVO-Helse selv vil konstituere og velge leder, og at alminnelige foreningsrettslige prinsipper for øvrig legges til grunn. Det bestemmer selv når det er behov for møter. Styret i NAVO-Helse, Styret i NAVO eller NAVO's administrerende direktør må kunne kreve at en sak tas opp til behandling.

### ***Faglig råd helse***

Faglig råd helse er et rådgivende organ for NAVO's administrerende direktør. Rådet skal bestå av et utvalg av arbeidsgiverrepresentanter fra helseforetakene. For å sikre kontinuitet, er det nødvendig med personlig deltakelse.

Styret for NAVO-Helse besluttet den 18.10.04 at Faglig råd helse skal bestå av tre representanter fra de fem helseregionene, totalt 15 representanter. Hver region skal representeres med én personal/organisasjonsdirektør fra det regionale helseforetaket, én administrerende direktør fra et helseforetak og én representant med personalfaglig bakgrunn og ansvar som er en del av et helseforetaks øverste ledelse.

Faglig råd helse er som rådgivende organ sterkt involvert i de beslutninger som tas. Deltakerne representerer alle helseforetakene, ikke bare det foretaket de er ansatt i. Det forventes at det gjennomføres nødvendig grad av forankrings- og informasjonsaktiviteter mot de helseforetakene som ikke er representert, både før og etter møtene i rådet.

Rolle- og ansvarsfordelingen for representantene i Faglig råd helse er slik:

*Personal/organisasjonsdirektør i RHF*

- ansvar for å sikre forankring og oppslutning blant HR-aktører i regionens helseforetak om strategier og beslutninger
- bidra til at HR-funksjonen er organisert hensiktsmessig i forhold til beslutnings- og forankringsbehovene i interesseorganisasjonen
- samarbeide med NAVO-Helse om forhold knyttet til forankringsprosessen

*Adm. dir. i helseforetak*

- ansvar for å bringe strategier og beslutninger på dagsorden i møter blant adm. direktørene

*Personal/organisasjonsdirektør i helseforetak*

- sikre nødvendig fagkompetanse i strategi- og forankringsprosessen
- ha særskilt ansvar for det faglige innhold i forankringsarbeidet i samarbeid med personal/organisasjonsdirektør i RHF og NAVO-Helse

***Situasjonsoppnevnte forhandlingsutvalg (FU)***

I forbindelse med forhandlings- og meklingsaktiviteter er det behov for å nedsette forhandlingsutvalg (FU) som skal bistå administrasjonen i de ulike aktivitetene.

Forhandlingenes karakter og omfang vil avgjøre sammensetningen av FU.

Dersom et eller flere medlemmer av et forhandlingsutvalg mener at administrasjonen er i ferd med å treffe beslutninger som ligger utenfor det mandat som er innhentet fra styret i NAVO-Helse, kan vedkommende medlem ta spørsmålet opp med styret.

***Adm. dir. i NAVO***

Adm. dir. i NAVO er ansvarlig for å iverksette og følge opp styrets beslutninger. Dagsorden for styremøtene settes av styret og adm. direktør.

Når det gjelder helseforetakene, har adm. dir. fullmakt til å forplikte helseforetakene innenfor de retningslinjer og beslutninger som vedtas av styret for NAVO-Helse. For å ha ryddighet i partsforholdene har adm. dir. i NAVO delegert fullmakt til å opptre som part på A2-nivået til direktør for NAVO-Helse. Det innebærer at NAVO er part mot hovedorganisasjonene, NAVO-Helse er part mot forbundene sentralt mens helseforetakene er part med de lokale forbund/foreninger.

### **NAVO-Helse**

NAVO-Helse er en egen administrativ enhet innen NAVO, med ressurser til å gjennomføre de vedtak styret treffer og til å yte service til det enkelte medlem. Styret for NAVO-Helse vedtok den 15.11.04 det beskrevne beslutningssystem.

Administrerende direktør Helse Nord RHF har oppnevnt nye medlemmer i Faglig Råd som er:

- Edvard Andreassen, kst. organisasjonsdirektør Helse Nord RHF
- Bjørn Engum, adm. direktør Helse Finnmark HF
- Kersti Thoresen, personalsjef Nordlandssykehuset HF

Personlig varamedlem for adm. direktør i styret for NAVO-Helse er Finn Henry Hansen.

**STYRESAK 13-2005/5**

**FREMDRIFT SKDE – ORIENTERING TIL STYRET I  
HELSE NORD RHF**

Møtedato: 7. februar 2005

**Orienteringssak for Helse Nord RHF – Framdrift i SKDE**

Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE) ble vedtatt opprettet av Helse Nord i 2003. Senteret har eget styre oppnevnt av Helse Nord RHF. Styret rapporterer til administrerende direktør i Helse Nord RHF.

Forsknings sjef ble rekruttert våren 2004 og enheten kom i drift høsten -04. I tida som har gått siden daglig leder ble ansatt har SKDE arbeidet med følgende overordnede problemstillinger:

**Konsept og Strategi**

Det er i tett samarbeid med styret utarbeidet et strategidokument for SKDE's virksomhet (Vedlegg 1). Dette dokumentet er vedtatt av SKDE's styre.

I korte trekk er SKDE er et virkemiddel for Helse Nord RHF i det kontinuerlige arbeidet for å realisere prioriterte helsepolitiske målsetninger.

SKDE skal i prioritert rekkefølge bidra til:

1. Administrativ og klinisk styringsinformasjon
2. Kvalitetssikring
3. Forskning

I strategidokumentet er SKDE's formål redegjort for i mer detalj og det er beskrevet hvordan SKDE er organisert og hvilken arbeidsform vi ønsker å følge.

Pkt 1, administrativ og klinisk styringsinformasjon, har høyeste prioritet. Foreløpig mangler Senteret egne datasett for formålet. SKDE forfølger nå 5 forskjellige løsninger for å få slik tilgang. Beskrivelse og tidsestimat for tilveiebringelse av disse ligger vedlagt (Vedlegg 2). I samarbeid med Analysesenteret ved Lovisenberg sykehus håper vi å få til en midlertidig løsning hvor vi kan produsere informasjon om Helse Nord's virksomhet inntil vi får egne løsninger på plass.

I tillegg til de mer langsiktige, infrastrukturelle og andre tilretteleggende oppgaver, tar SKDE gjerne på seg kortere, policyrettede utredningsoppdrag i forhold til konkrete problemstillinger fra ledelsen i Helse Nord.

SKDE har utarbeidet prioriteringskriterier for arbeidet i 2005 (vedlegg 3).

I korte trekk vil SKDE arbeide med følgende saker i prioritert rekkefølge:

- Klinisk styringsinformasjon
- Etablering av kvalitetsregistre innen:
  - Hjerte-Kar sykdom
  - Psykiatri
- Etablering av et Nasjonalt Ryggregister

#### **Rekruttering:**

I tillegg til Forskningsssjef er Prof. V. Fønnebø og Ass.lege R. Joakimsen ansatt i 20 % stillinger. I januar-05 utlyses en full forskerstilling, samt en stilling som prosjektsekretær.

#### **Nettverksbygging**

Vi har hatt utstrakt møtevirkosomhet med aktører som arbeider med tilgrensende problemstillinger både på lokalt, regionalt og nasjonalt plan.

- Lokalt: IT-avdeling UNN, ISM v/ UiTø, Kvalitetssikringsprosjektet, Telemedisinsk avdeling.
- Regionalt: IT-leder i Helse Nord, fagavdelingen i Helse Nord, økonomiavd. i Helse Nord, Ledelses- og informasjonssystem prosjekt i Helse Nord, DIPS
- Nasjonalt: Elektronisk pasientjournalsenteret v/NTNU, Kompetansesenteret for IT i Helse sektoren i Trondheim, Datatilsynet, Norsk Pasient Register, fagavdelingen i Helse Bergen, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste i Bergen, Sosial- og Helsedirektoratet

#### **Konsesjon for databehandling**

SKDE har gjort seg kjent med regelverket vedrørende personvern og avholdt møte med Datatilsynet. Videre har vi etablert et samarbeid med personvernombudet ved UNN og ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Vi kan etablere personidentifiserbare registre til kvalitetssikringsformål ved hvert av de fem helseforetakene i Helse Nord. Imidlertid kan vi ikke, med dagens lovgivning, slå disse sammen til ett register med mindre vi innhenter samtykke fra pasientene som inngår i registeret eller får dispensasjon fra krav om taushetsplikt. SKDE arbeider for at Sosial- og Helsedirektoratet skal godkjenne at også på regionalt foretaksnivå skal gis legitim rett til å drive kvalitetssikring av helsetjenesten etter § 26 i helsepersonelloven (se nedenfor). I dag er praksis at denne retten begrenses til helseforetakene.

#### ***Helsepersonelloven § 26:***

*Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer.*

*Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten.*

*Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.*

#### **IT-konsept**

SKDE har etablert et godt samarbeid med IT-leder i Helse Nord, IT-avd. v/ UNN og DIPS om utprøving av flere forskjellige konsepter for elektronisk datafangst. Et ferdig utprøvd konsept foreligger ennå ikke. Vi samarbeider med DIPS om en Web-basert løsning som er basert på følgende prinsipper:

- Tett integrasjon mot DIPS – ingen data skal registreres mer enn en gang.
- Datafangst foregår i brukervennlige skjema.
- Et arbeidsflytverktøy skal varsle helsearbeidere når utfylling av et skjema er sannsynlig.
- Alle opplysninger i skjemaet legges tilbake i DIPS som tilgjengelig informasjon i pasientjournalen.
- Andre systemer utenom DIPS skal kunne bruke samme datafangstløsning.
- Data fra regionen skal samles gjennom automatisk og sikker IT-kommunikasjon for analyse v/SKDE.
- Analyser fra datamaterialene publiseres på SKDE's hjemmesider. I tillegg ønsker vi å gjøre data tilgjengelig via dynamiske rapportgeneratorer.

Vår visjon er at når det foreligger en løsning som tilfredsstillende ovenstående krav vil SKDE kunne tilby en lavterskel datafangstløsning til alle som har et ønske om å samle data i kvalitetssikrings- eller forskningsøyemed.

### **Prosjekt-konsept**

SKDE har startet opp 3 pilotprosjekter (Ryggregisteret, Dialyseregisteret og JANUS prosjektet) som vil gi oss grunnlag for å utvikle en prosjektmal for seinere registeroppgaver i SKDE. Et hovedprinsipp vil være at faglige kvalitetsregistre skal være forankret i prosjektgrupper som har en rekke formelle oppgaver så som å være konsesjonseier, fordele problemstillinger til forskning og kvalitetssikre de faglige analyser som SKDE framstiller. Et underutvalg av den formelle prosjektgruppen bør inngå i arbeidsutvalg som har som oppgave å bidra til den daglige framdriften i prosjektene.

### **Forholdet mellom Helse Nord RHF og SKDE**

Som eier av SKDE utøver Helse Nord RHF sin styring av senteret gjennom årlig styringsdokument og gjennom det styret Helse Nord har oppnevnt. Styret rapporterer til administrerende direktør i Helse Nord RHF eller den han bemyndiger.

### **Oppsummering**

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering er etablert med eget styre og ledelse. Styre og ledelse har i den første tiden prioritert arbeidet med å klargjøre profil, arbeidsform og oppgaver for senteret. I prioriteringen er det lagt betydelig vekt på overordnede helsepolitiske prioriteringer, men også på konkrete, udekkede informasjonsbehov i Helse Nord; det gjelder både styringsinformasjon og klinisk dokumentasjon.

SKDE er fortsatt i en etableringsfase, der rekruttering av medarbeidere, avklaringer i forhold til Datatilsynet og tilgang til – og konsesjon for etablering av - relevante databaser er høyt prioriterte oppgaver. Det forutsettes likevel at Senteret i løpet av 2005 skal kunne gi konkrete og nyttige bidrag, både i forhold til styringsinformasjon og i forhold til etablering og understøttelse av kliniske registre.

Vedlegg:

1. Strategidokument for Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
2. Tidsestimater klinisk styringsinformasjon
3. Prioriteringskriterier for SKDE's arbeid i 2005



## Strategidokument for Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering – SKDE

### Definisjoner:

Helse Nord	Hele spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge, med styrer og ledelser på alle nivåer.
Helse Nord RHF	Helse Nords styre og administrasjon i Bodø.

### Organisasjon:

SKDE eies av Helse Nord RHF som også oppnevner SKDE's styre. Styreleder i SKDE er Helse Nord RHF's representant. SKDE's budsjett skal finansiere SKDE's egen virksomhet. SKDE er derfor ikke finansieringskilde for prosjekter i regi av andre enheter i Helse Nord.

### Formål

SKDE er et virkemiddel for Helse Nord RHF i det kontinuerlige arbeidet for å realisere prioriterte helsepolitiske målsetninger. SKDE skal bidra til en god dokumentasjon av omfanget av og innholdet i Helse Nords kliniske aktivitet. Slik dokumentasjon skal brukes til å initiere dialog og samarbeid med de kliniske fagmiljøer, helseforetakene i Helse Nord og Helse Nord RHF for å fremme en bedre helsetjeneste.

SKDE skal bidra til:

- 1) Administrativ og klinisk styringsinformasjon:  
Tilrettelegge og analysere aktivitetsdata om den kliniske virksomheten i Helse Nord. Dette inkluderer både etterspørsels- og tilbudsprofiler, analyse av pasientforløp, pasientstrømmer og oversiktsrapporter over Helse Nords aktivitet.
- 2) Kvalitetssikring:  
Tilby infrastruktur, kompetanse og analysekapasitet til det kontinuerlige helsefaglige kvalitetssikringsarbeidet i Helse Nord. Selve kvalitetssikringsarbeidet må foregå i regi av fagmiljøene. Tilrettelegge for drift av kliniske registre som overvåker aktivitet/kvalitet på helsetjenestetilbudet vil være en viktig del av den infrastrukturen SKDE skal tilby.
- 3) Forskning:  
Legge til rette for ekstern forskning og drive med egen forskning i datamaterialer som er tilgjengelige for SKDE.

I samarbeid med fagmiljøene ønsker SKDE både å legge til rette for og produsere transparent klinisk styringsinformasjon. Samarbeidet med fagmiljøene skal sikre at data har tilstrekkelig kvalitet, og dessuten skape tillit til at data brukes til beste for pasienter, fagmiljø og samfunn. SKDE skal yte tjenester til hele Helse Nord. Register og analyser skal dekke hele regionen. Oppstart av prosjekter kan imidlertid gjøres ved pilotsykehus.

### Arbeidsform

SKDE skal i hovedsak opptre på oppdrag fra

- Kliniske fagmiljø
- Ledelsen i et Helse Foretak
- Ledelsen i Helse Nord RHF

Oppdragsgiver vil være premissleverandør for SKDE's aktivitet.

Når det er etablert et samarbeidsprosjekt mellom en oppdragsgiver og SKDE er det ønskelig at det etableres en arbeidsfordeling. En ønsker at fagmiljøet tar hovedansvar for:

- Definisjon av problemstillinger
- Registerbeskrivelse
- Bidra til opplæring i datafangst
- Evaluering av analyser
- Forslag til og gjennomføring av evt. endringer i klinisk praksis
- Utarbeide forslag for måling av effekt av evt. endringsprosesser.

SKDE's oppgaver og ansvar i et gitt prosjekt vil være å:

- Bistå fagmiljøet i arbeidet med prosessene nevnt ovenfor.
- Utvikle og stille til rådighet adekvat datafangstverktøy
- I samarbeid med fagmiljøet, bidra til god registreringspraksis og opplæring i bruk av IT-verktøy.
- Rådgivning for sikring av datakvalitet
- Web-rapporter og dybde analyser

Når analysene har vært gjennom den nødvendige kvalitetssikring i fagmiljøene vil rapportene være tilgjengelige for oppdragsgiver, for ledelsen i Helseforetaket og i Helse Nord.

Ved initial kontakt vil potensielle oppdragsgivere oppfordres til å beskrive sin bestilling til SKDE i et standardisert skjema. Dette vil utgjøre saksgrunnlaget for styrets prioriteringsarbeid.

Prioritering av innkomne oppdrag skjer i SKDE's styre.

Prioriteringer skjer i hh. t.

- Styringssignaler fra eier (Helse Nord RHF) og helsemyndigheter
- Kapasitet i SKDE
- I en oppstartsfase vil også læringspotensialet for SKDE i et oppdrag være viktig

SKDE vil søke å synliggjøre og oppdatere sine gjeldende prioriteringskriterier i egne dokumenter.

SKDE skal være uavhengig av kommersielle aktører.

#### **Datakilder:**

- Det skal foreligge en vurdering av datakvalitet før datakilder tas i bruk til analyser.
- Fortrinnsvis skal vi søke å produsere populasjonsdata som gir oversikt over alle Helse Nord's beboere inkludert nordnorske pasienter som behandles utenfor Helse Nord.
- SKDE ønsker å bruke alle tilgjengelige datakilder, både offentlige registre, publiserte data, eksisterende registre i Helse Nord og opprette nye registre.

#### **Forskning**

SKDE ønsker at de data vi samler inn i størst mulig grad skal kunne brukes også til forskningsformål, både av egne og eksterne forskere. Data skal derfor kunne utleveres til forskningsformål etter SKDE's retningslinjer for forskningssamarbeid.

Datainnsamling er et stort og tungt arbeid som i hovedsak vil måtte gjøres av fagmiljøene i Helse Nord. Der hvor enkeltpersoner eller enkeltmiljøer har gjort en stor innsats for å få samlet inn data i SKDE-regi vil det være naturlig å sikre disse en viss fortrinnsrett og/ eller delaktighet i forskning på prioriterte problemstillinger. En slik fortrinnsrett vil være tidsbegrenset og vil ikke være til hinder for at andre kan utnytte det samme datamaterialet til andre problemstillinger.

Dette strategidokumentet revideres ved behov og gjennomgås i styret minst en gang årlig.

Tromsø  
05.01.05

## Tidsestimater – Klinisk styringsinformasjon

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datakilde</b></li> <li>• <b>Registeravgrensning</b></li> <li>• <b>Personvernregulering</b></li> </ul>	<b>Oppgaver - Tidsestimat</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norsk Pasient Register – v/ Analysecenteret ved Lousienbergssykehus</li> <li>• Fem atskilte registre med personid informasjon om personer som har vært til behandling i Helse Nord</li> <li>• Arbeider under Louisenbergsenterets databehandlingsavtale vedrørende kvalitetssikring av helsetjenesten etter Helsepersonelloven § 26</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablere samarbeid om analyser på oppdrag fra Helse Nord – Uke 3</li> <li>• Analysemuligheter – Uke 5 Forbruksprofiler Reinnleggelser og pasientstrømmer innen helseforetak Oversiktsrapporter</li> </ul> <p>Tidsestimat - Primo februar</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norsk Pasient Register – nasjonale data</li> <li>• Samlet nasjonalt register med personentydig løpenummer som ikke kan tilbakeføres til personidentifikasjon. Alle som er behandlet i spesialisthelsetjenesten i Norge</li> <li>• Konesjon fra Datatilsynet i hh. t personopplysningsloven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakt NPR – U Huse Kvam – Utført</li> <li>• Ny søknad Datatilsynet – Ktkk Frode B Bjørnstad –</li> <li>• Utforme søknad – sende til NPR og til NSD for kommentarer – Uke 4</li> <li>• Sende til Datatilsynet - Uke 5</li> <li>• Innhente data – Når svar foreligger – ca 1 mnd. I løpet av mars</li> <li>• Analysemuligheter: Forbruksprofiler Oversiktsrapporter Reinnleggelser innen institusjon</li> </ul> <p>Tidsestimat - Umiddelbart når data foreligger – forhåpentligvis i løpet av mars</p>

3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektronisk pasient journal v/ helseforetak i Helse Nord.</li> <li>• Fem atskilte registre med personid informasjon om personer som har vært til behandling i Helse Nord</li> <li>• Helsepersonelloven § 26 om kvalitetssikring av tjenesten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Velge ut variable til registret fra DIPS - Uke 3</li> <li>• Databehandlingsavtale med hvert av de 5 helseforetakene – Ønsker å kombinere dette med rundreise og presentasjon ved helseforetakene. Vil skje i løpet av februar.</li> <li>• Melding til personvernombudet – Primo mars</li> <li>• Innhente data - Når svar foreligger fra Personvernombud</li> <li>• Analysemuligheter Forbruksprofiler Reinnleggelser og pasientstrømmer innen helseforetak Oversiktsrapporter</li> </ul> <p>Tidsestimat - forhåpentligvis i løpet av mars-april</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datakilde</li> <li>• Registeravgrensning</li> <li>• Personvernregulering</li> </ul>	Oppgaver - Tidsestimat
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektronisk pasient journal v/ helseforetak i Helse Nord.</li> <li>• Samlet regionalt register, personidentifiserbart. Alle som er behandlet i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord</li> <li>• Krever en endret praksis vedrørende av begrepet ”virksomhetens ledelse” i Helsepersonelloven § 26 om kvalitetssikring av tjenesten slik at også det regionale nivået i helsetjenesten har legitim rett til kvalitetssikring av tjenesten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utkast til søknad Sosial og Helse direktoratet (SH-dir.) som redegjør for problemstillingen fra Helse Nord – Uke 5</li> <li>• Helse Nord v/ L. Vorland sender søknad – Uke 5</li> <li>• Svar fra Helse og Sos Direktoratet – Tidsestimat og resultat usikkert</li> <li>• Dersom positivt svar vil vi kunne koble sammen de 5 registrene som er innhentet under pkt 2.</li> <li>• Analysemuligheter: Forbruksprofiler Oversiktsrapporter Pasientstrømmer innad i Helse Nord</li> </ul> <p>Tidsestimat – usikkert – avhenger av behandling i Sos og Helse dir.</p>

5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektronisk pasient journal v/ helseforetak i Helse Nord.</li> <li>• Samlet regionalt register, personidentifiserbart - kryptert. Alle som er behandlet i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord</li> <li>• Konesjon fra Datatilsynet i hh. t personopplysningsloven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utarbeide søknad til datatilsynet i samarbeid med NSD, Analysecenteret v/Lovisenberg (krypteringsinstans) og personvernombud v/ UNN basert på personopplysningslovens adgang til unntak fra samtykkebasert innhenting av informasjon. – Uke 6</li> <li>• Svar fra Datatilsynet – Tidsestimat og resultat usikkert</li> <li>• Dersom positivt svar vil vi kunne koble sammen de 5 registrene som er innhentet under pkt 2.</li> <li>• Analysemuligheter: Forbruksprofiler Oversiktsrapporter Pasientstrømmer innad i Helse Nord</li> </ul> <p>Tidsestimat – usikkert – avhenger av behandling i Datatilsynet.</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offentlig tilgjengelige data via WWW eller trykte kilder.</li> <li>• Aggregerte data med varierende mulighet for oppsplitting på geografi</li> <li>• Ingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utarbeide oversikt over kilder til Helse informasjon som er relevant - Utført</li> <li>• Lage rapport som fokuserer på Helse Nord's situasjon ut fra tilgjengelig info – under utarbeidelse. Første versjon uke 5</li> <li>• Legge ut på SKDE's Web sider – Uke 6</li> <li>• Analysemuligheter Begrenset – avhenger av problemstilling</li> </ul> <p>Tidsestimat – tilgjengelig nå – Vi ønsker innspill på aktuelle problemstillinger</p>

## Prioriteringskriterier for SKDE's arbeid i 2005

SKDE's arbeidsoppgaver i prioritert rekkefølge:

### Klinisk styringsinformasjon

Innen oppgaven Klinisk styringsinformasjon ønsker en å prioritere å etablere et nordnorsk pasientregister som gir mulighet for å produsere:

- Pasientstrømsanalyser
- Forbruksprofiler
- Oversiktsrapporter over aktivitet i Helse Nord

SKDE ser det som sin oppgave å ta på seg kortere, policyrettede utredningsoppdrag i forhold til konkrete problemstillinger fra ledelsen i Helse Nord.

I tillegg til ovenforstående punkter ønsker en i 2005 å gjennomføre en vurdering av prosjekter som fokuserer på effektiv datafangst og rapportering av nasjonale kvalitetsindikatorer og etterspørsel/ ventelister i Helse Nord.

### Kvalitetssikring gjennom opprettelse og/ eller drift av kliniske registre

Innen oppgaven Kvalitetssikring ønsker SKDE å prioritere:

- Områder med stor dødelighet, sykkelighet og/eller store kostnader
- Prioriterte områder fra norske helsemyndigheter. I styringsdokumentet for 2004 fra Staten til Helse Nord er disse områdene prioritert:
  - Psykisk helse
  - Kreftbehandling og -omsorg
  - Rehabilitering og habilitering
  - Rusmiddelmissbrukere
- Fagområder med stor praksisvariasjon/ liten dokumentasjonstradisjon
- Gjennomførbarhet i forhold til kapasitet og oppgavens kompleksitet

Ut fra disse kriteriene ønsker en å velge ut to fagområder hvor SKDE tar initiativ til og utvikler nordnorske kvalitetsregistre. Øvrige registeroppgaver søkes avvirket, eller vil få tilbud om rådgivning og teknisk støtte på et lavere nivå enn det som vil gjelde for de prioriterte oppgavene. Der hvor det finnes nasjonale initiativ innen de prioriterte områdene skal SKDE selvsagt samordne sin virksomhet slik at SKDE's registre blir sammenliknbare med nasjonale registre.

SKDE vil foreslå at følgende fagfelt gis prioritet i 2005:

- Hjerte-Kar sykdommer

Hjerte-Kar sykdom er den viktigste dødsårsak i den norske og den nordnorske befolkningen. Nord-Norge har en særskilt høy dødelighet sammenliknet med andre deler av landet. Behandling av denne sykdomsgruppen er svært kostnadskrevende. Sykelighet medfører store personlige og samfunnsmessige kostnader. Begrepet Hjerte-Kar sykdom inkluderer her både iskemisk hjertesykdom (brist i blodtilførselen til hjertemuskelen pga forsnevring eller tilstopping av blodårer) og apoplexi (brist i blodtilførselen til sentralnervesystemet pga blødning eller forsnevring av blodårer).

- Psykiatri

Dette er et fagområde som oppfyller alle de tre øverste kriteriene – psykiske lidelser medfører stor sykkelighet, det er et prioritert område fra norske helsemyndigheter og det er område med stor praksisvariasjon og liten dokumentasjonstradisjon. Begrepet Psykiatri omfatter her både barne- ungdoms- og voksenpsykiatrien.

Rusomsorgen bør i neste omgang være et av de områdene vi prioriterer.

### **Forskning**

Oppgaven Forskning ønsker SKDE først og fremst å utnytte som et rekrutteringsmiddel i 2005. Dvs. SKDE vil bidra til at forskere som rekrutteres til SKDE skal få mulighet til å drive med egen forskning. Forøvrig vil denne oppgaven være nedprioritert i 2005.



Saksbehandler: diverse

---

## **STYRESAK 14-2005      REFERATSAKER**

Møtedato: 7. februar 2005

Vedlagt oversendes kopi av følgende:

1. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, den 29. november 2004
2. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 23. desember 2004 ad. åpne styremøter
3. Brev fra Nordland fylkeskommune v/nærings og samferdselsavdeling av 5. januar 2005 ad. uttalelse vedr. endringer ved sykehusene i Nordland

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

Framlagte sak taes til orientering.

Bodø, den 31. januar 2005

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vår dato: 31.1.2005  
Vår referanse: *Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*  
Arkivnr:  
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

---

**STYRESAK 14-2005/1**

**PROTOKOLL FRA MØTE I REGIONALT  
BRUKERUTVALG, DEN 29. NOVEMBER 2004**

Møtedato: 7. februar 2005

*Se vedlagt kopi.*

Vår dato: 31.1.2005  
Vår referanse: Arkivnr:  
*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*  
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

---

**STYRESAK 14-2005/2**

**BREV FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
AV 23. DESEMBER 2004 AD. ÅPNE STYREMØTER**

Møtedato: 7. februar 2005

*Se vedlagt kopi.*

Saksbehandler:

---

**STYRESAK 14-2005/3**

**BREV FRA NORDLAND FYLKESKOMMUNE  
V/NÆRINGS OG SAMFERDSELSAVDELING AV  
5. JANUAR 2005 AD. UTTALELSE VEDR. ENDRINGER  
VED SYKEHUSENE I NORDLAND**

Møtedato: 7. februar 2005

*Se vedlagt kopi.*

**Vår dato:** 31.1.2005  
**Vår referanse:** 200400457-6  
**Arkivnr:** 012  
*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*  
**Deres dato:**  
**Deres referanse:**

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

---

**STYRESAK 15-2005    EVENTUELT**

Møtedato: 7. februar 2005