

Styremøte

Innkalling med sakspapirer

Dato: 12. desember 2006

Kl.: 18.00 til ca. 20.00

Dato: 13. desember 2006

Kl.: 08.30 til ca. 14.30

Sted: Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

Styrets medlemmer og varamedlemmer
i Helse Nord RHF

INNKALLING TIL STYREMØTE I HELSE NORD RHF, DEN 13. DESEMBER 2006

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

**onsdag, den 13. desember 2006 – fra kl. 08.30
i Helse Nord RHF's lokaler, Bodø.**

Som tidligere avtalt starter styremøte **tirsdag, den 12. desember 2006 – kl. 18.00**. Her behandles styresak 96-2006 og 97-2006 samt referat- og orienteringssaker. I tillegg behandles andre styresaker av mindre omfang.

Etter behandling av styresak 96-2006 og 97-2006 lukkes styremøte for offentligheten for behandling av styresaker og/eller orienteringer som er unntatt offentligheten. Det åpne styremøte starter igjen ca. kl. 18.30.

Styremøte fortsetter onsdag, den 13. desember 2006 – kl. 08.30.

Vedlagt følger saksdokumenter til styrets møte.

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

Vel møtt.

Med vennlig hilsen

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg

Postadresse:	Besøksadr.:	Telefon:	Telefax:	www.helse-nord.no
Helse Nord RHF	Sjøgata 10	75 51 29 00	75 51 29 01	Epost: postmottak@helse-nord.no

8038 BODØ

Organisasjonsnummer: 883 658 752

STYRESAK 96-2006 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKSLISTE

Møtedato: 13. desember 2006

I samråd med styreleder inviteres styret for Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for styremøte, den 13. desember 2006:

Sak 96-2006	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side	2
Sak 97-2006	Godkjenning av protokoll fra styremøte 8. november 2006	Side	4
Sak 98-2006	Investeringsplan 2008-2017, konkretisering av planen <i>Sakspapirene ettersendes.</i>	Side	10
Sak 99-2006	Modernisering av Nordlandssykehuset HF Bodø somatikk – konseptrapport byggetrinn 2-5	Side	11
Sak 100-2006	Modernisering av Nordlandssykehuset HF Bodø – forberedende tiltak	Side	21
Sak 101-2006	Budsjett og helsepolitisk bestilling 2007 <i>Sakspapirene ettersendes.</i>	Side	26
Sak 102-2006	Innspill til statsbudsjett 2008	Side	27
Sak 103-2006	Utvidelse lånerammer og kassakreditt	Side	34
Sak 104-2006	Revisjon av interne lånerammer og kassakreditt	Side	37
Sak 105-2006	Valg av revisor <i>Sakspapirene ettersendes.</i>	Side	39
Sak 106-2006	Hålogalandssykehuset HF, ny organisering – delprosjekt somatikk/medisinsk service	Side	40
Sak 107-2006	Hålogalandssykehuset HF, ny organisering – delprosjekt psykisk helsevern	Side	57
Sak 108-2006	Hålogalandssykehuset HF, ny organisering – delprosjekt slagrehabilitering	Side	64
Sak 109-2006	Sluttrapport, fase 0 felles utredning om samarbeid knyttet til stabs- og støttefunksjoner <i>Sakspapirene ettersendes.</i>	Side	73
Sak 110-2006	Oppnevning av kontrollkomité i Helse Nord RHF	Side	74
Sak 111-2006	Arbeidstilsynets prosjektrapport – God Vakt, arbeidsmiljø i sykehus	Side	75
Sak 112-2006	Regionalt Brukerutvalg 2006-2008 – oppnevning av vararepresentanter, endelig liste	Side	86
Sak 113-2006	Evaluering og omorganisering av Senter for aldersforskning	Side	88
Sak 114-2006	Orienteringssaker 1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i> 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i> 3. Seniorpolitikk i Helse Nord	Side	95
Sak 115-2006	Referatsaker 1. Brev fra Brukerutvalget i Helse Finnmark HF av 13. november 2006 ad. bestilling av pasientreiser	Side	105

2. Brev fra Tromsø Fylkeskommune v/Fylkesrådet av 16. november 2006 ad. konsekvenser for medisinerutdanninga i Tromsø
3. Brev fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF, avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering av 26. november 2006 ad. rehabilitering i nord eller bakerst i køen?
4. Brev fra Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF av 30. november 2006 ad. konsekvenser for pasienter og pårørende som en følge av de pålagte budsjettmessige nedskjæringene på UNN
5. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 4. desember 2006 ad. praktisering av åpne styremøter
6. Brev fra ordføreren i Karasjok Kommune av 6. desember 2006 ad. Specialistlegesenteret i Karasjok

Sak 116-2006 Eventuelt

Side 106

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

**STYRESAK 97-2006 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 8. NOVEMBER 2006**

Møtedato: 13. desember 2006

PROTOKOLL STYREMØTE 8. NOVEMBER 2006

Styret for Helse Nord RHF avholdt styremøte i Helse Nord RHF's lokaler i Bodø, den 8. november 2006 – fra kl. 09.30 til kl. 13.30.

Til stede var:

Styreleder Bjørn Kaldhol, nestleder Grete Bang, styremedlemmer Inge Myrvoll, Tone Finnesen, Mona Søndena, Trude L. Husjord, Terje Olsen, Kirsti Jacobsen, Kari B. Sandnes og Stig-Arild Stenersen

Forfall:

Styremedlem Runar Sjøstad

Observatør:

Sissel Brufors Jensen, nestleder Regionalt Brukerutvalg (vararepresentant for Hans Austad, leder Regionalt Brukerutvalg)

Fra administrasjonen:

Adm. dir. Lars Vorland, administrasjonsleder Karin Paulke, informasjonsdirektør Kristian Fanghol, økonomidirektør Jann-Georg Falch, organisasjonsdirektør Åshild Nordnes, direktør forretningsutvikling Tor-Arne Haug, fagdirektør Tor Ingebrigtsen, direktør Finn Henry Hansen og internrevisor Tor Solbjørg

I forkant av styremøte presenterte stat. aut. revisor Ingar Andreassen (KPMG) 2. tertialrevisjon for styret i Helse Nord RHF.

STYRESAK 87-2006 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKSLISTE

Sak 87-2006	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 88-2006	Godkjenning av protokoll fra styremøte 11. oktober 2006
Sak 89-2006	Godkjenning av protokoll fra styremøte 31. oktober 2006
Sak 90-2006	Budsjett og helsepolitisk bestilling 2007
Sak 91-2006	Bemanningsutvikling i foretaksgruppen
Sak 92-2006	Hålogalandssykehuset HF, ny organisering – rapport delprosjekt rus
Sak 93-2006	Orienteringssaker
	1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>
	2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>
	3. Internkontroll i Helse Nord RHF – status
	4. Helse Nord IKT – rapport om utviklingen
	5. Norsk Pasientskadeerstatning
	6. Investeringsplan 2007-2015, muligheter og prioritering

Sak 94-2006

Referatsaker

1. Brev av 13. oktober 2006 fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, ad. nedleggelse og nedbemanning av rehabiliteringsavdelinger
2. Brev av 24. oktober 2006 fra Helgeland Regionråd med utskrift av vedtak 27/06 fra styremøte i Helgeland Regionråd ad. Helgelandssykehuset – kutt i tjenestetilbudet
3. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, den 3. november 2006
Kopi av protokollen ble lagt frem ved møtestart.
4. Protokoll fra møte i kontrollkomiteen, den 6. september 2006
Kopi av protokollen ble lagt frem ved møtestart.
5. Brev fra Salten Regionråd av 6. november 2006 ad. rustilbud i Nordland – tilknytning av Nordlandsklinikken
Kopi av brevet ble lagt frem under behandling av saken.
6. E-post fra Helgeland Kommunelege I forum av 30. oktober 2006 ad. høringsuttalelse delprosjekt rus i Hålogalandsprosjektet
Kopi av e-posten ble lagt frem under behandling av saken.
7. Brev fra Helse Nord RHF av 6. november 2006 til Helgelandssykehuset HF ad. kirurgisk beredskap Helgelandssykehuset HF Mosjøen
Kopi av brevet ble lagt frem under behandling av saken.
8. Brev fra Helse Nord RHF av 7. november 2006 til Helse- og omsorgsdepartementet ad. konsekvenser av endret kirurgisk beredskap ved Helgelandssykehuset HF Mosjøen
Kopi av brevet ble lagt frem under behandling av saken.

Sak 95-2006

Eventuelt

1. Aktivitetsnivå på Universitetssykehuset Nord-Norge HF, fortolkning av vedtak fra foretaksmøte, den 7. september 2006
2. Helse Finnmark HF Kirkenes, rehabiliteringsavdeling

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

**STYRESAK 88-2006 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 11. OKTOBER 2006**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 11. oktober 2006 godkjennes.

**STYRESAK 89-2006 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 31. OKTOBER 2006**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 31. oktober 2006 godkjennes.

STYRESAK 90-2006 BUDSJETT OG HELSEPOLITISK BESTILLING 2007

Administrasjonen trakk sitt forslag til vedtak ved møtestart. Saken ble diskutert i styret.

STYRESAK 91-2006 BEMANNINGSUTVIKLING I FORETAKSGRUPPEN

Styrets vedtak:

1. Styret tar orienteringen om utviklingen i antall årsverk til etterretning. Det vises til forpliktelser til å få utviklingen under kontroll i henhold til foretaksmøtene, den 7. september 2006.
2. For å forbedre kvaliteten i rapportering og analyser bes helseforetakene til å bidra i nødvendig arbeid for å bedre kvaliteten på de personelldata som legges inn i produksjonssystemet. Data skal være basert på felles standarder, definisjoner og kodeverk og felles formater for innrapportering.
3. Styret ber administrasjonen vurdere ytterligere tiltak for å styrke arbeidet med den løpende monitorering av bemanningsutviklingen med sikte på å oppnå en mer målrettet styring av personellressursene. Det forutsettes at administrasjonen i Helse Nord RHF koordinerer dette arbeidet. Styret forutsetter at slike tiltak innarbeides i bestillerdokumentet for 2007.

STYRESAK 92-2006 HÅLOGALANDSSYKEHUSET HF, NY ORGANISERING – RAPPORT DELPROSJEKT RUS

Administrasjonen la frem følgende forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Nord vedtar at Nordlandsklinikken knyttes til Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
2. Styret for Helse Nord RHF vedtar at Nordnorsk Kompetansesenter Rus knyttes til Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Forslaget ble vedtatt mot fire stemmer.

Styremedlem Stig-Arild Stenersen fremmet følgende forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Nord vedtar at Nordlandsklinikken knyttes til Nordlandssykehuset HF.
2. Styret for Helse Nord RHF vedtar at Nordnorsk Kompetansesenter Rus knyttes til Nordlandssykehuset HF.

Forslaget falt mot fire stemmer.

Styrets vedtak:

1. Styret for Helse Nord vedtar at Nordlandsklinikken knyttes til Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
2. Styret for Helse Nord RHF vedtar at Nordnorsk Kompetansesenter Rus knyttes til Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

STYRESAK 93-2006 ORIENTERINGSSAKER

Det ble gitt orientering om arbeidet med følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundtlig*
 - Helse Finnmark HF – styret
Saken ble behandlet unntatt off., jf. Offl. § 5.
 - Universitetssykehuset Nord-Norge HF – situasjon
Saken ble behandlet unntatt off., jf. Offl. § 5.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundtlig*
 - Økonomisk status i Helse Nord
 - Møte med kontaktutvalget for fylkeskommunene i Nord-Norge, den 16. oktober 2006
 - Møte med politisk ledelse i vertskommunene, den 16. oktober 2006
 - Folkemøte i Narvik ad. lokalsykehus, den 24. oktober 2006
 - Møte med Helse- og omsorgsdepartementet ad. Nordlandssykehuset HF utbygging/modernisering, den 27. oktober 2006
 - Møte med Folkebevegelsen for lokalsykehus, den 30. oktober 2006
 - Møte med Helse- og omsorgsdepartementet i Bodø, den 31. oktober 2006
 - Regional forskningskonferanse, den 1. og 2. november 2006
 - Regionale fagdager om arbeidsmiljø, den 1. og 2. november 2006
 - Møte med Helse- og omsorgsdepartementet, den 6. november 2006 ad. sykefravær
 - Rapport – avtalespesialister i Helse Nord, jf. brev av 25. oktober 2006 til praktiserende spes. landsforening
 - Psykiatri – individuelle planer (forskjeller mellom større og mindre kommuner), jf. spørsmål fra nestleder Grete Bang i styremøte, den 11. oktober 2006
 - Brønnøysundregistrene – informasjon om klage fra Helse Nord RHF ad. registrering av styremedlemmer i tråd med valg av ansatterepresentanter
 - Nytt innkjøpssystem – informasjon om problemer i forbindelse med implementering
 - Søksmål mot Helse Nord RHF fra Hattfjelldal Taxi – omfang av pasienttransport
 - Helse Nord RHF har fått medhold i KOFA i to saker: Narvik persontransport og Nordland Taxi.
 - Hålogalandssykehuset HF, ny organisering – rapport delprosjekt slagrehabilitering, informasjon status og videre fremdrift
 - Helgelandssykehuset HF Mosjøen – vedtak om vurderingsberedskap i helgene og utredning av pasientflyt
3. Internkontroll i Helse Nord RHF – status
4. Helse Nord IKT – rapport om utviklingen
5. Norsk Pasientskadeerstatning
6. Investeringsplan 2007-2015, muligheter og prioritering

Styrets vedtak:

Framlagte saker taes til orientering.

STYRESAK 94-2006 REFERATSAKER

Det ble referert fra følgende saker:

1. Brev av 13. oktober 2006 fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, ad. nedleggelse og nedbemanning av rehabiliteringsavdelinger
2. Brev av 24. oktober 2006 fra Helgeland Regionråd med utskrift av vedtak 27/06 fra styremøte i Helgeland Regionråd ad. Helgelandssykehuset – kutt i tjenestetilbudet
3. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, den 3. november 2006
Kopi av protokollen ble lagt frem ved møtestart.
4. Protokoll fra møte i kontrollkomiteen, den 6. september 2006
Kopi av protokollen ble lagt frem ved møtestart.
5. Brev fra Salten Regionråd av 6. november 2006 ad. rustilbud i Nordland – tilknytning av Nordlandsklinikken
Kopi av brevet ble lagt frem under behandling av saken.
6. E-post fra Helgeland Kommunelege I forum av 30. oktober 2006 ad. høringsuttalelse delprosjekt rus i Hålogalandsprosjektet
Kopi av e-posten ble lagt frem under behandling av saken.
7. Brev fra Helse Nord RHF av 6. november 2006 til Helgelandssykehuset HF ad. kirurgisk beredskap Helgelandssykehuset HF Mosjøen
Kopi av brevet ble lagt frem under behandling av saken.
8. Brev fra Helse Nord RHF av 7. november 2006 til Helse- og omsorgsdepartementet ad. konsekvenser av endret kirurgisk beredskap ved Helgelandssykehuset HF Mosjøen
Kopi av brevet ble lagt frem under behandling av saken.

Styrets vedtak:

Framlagte saker taes til orientering.

STYRESAK 95-2006 EVENTUELT

1. Aktivitetsnivå på Universitetssykehuset Nord-Norge HF, fortolkning av vedtak fra foretaksmøte, den 7. september 2006

Styreleder Bjørn Kaldhol innledet med bakgrunn i tidligere fattet vedtak fra styremøte, den 6. september 2006 (styresak 60-2006 Økonomiske rammer – tilpasninger i aktivitet og bemanning) og foretaksmøte med Universitetssykehuset Nord-Norge HF, den 7. september 2006 (foretaksmøtesak 19-2006 Økonomiske rammer – tilpasning av aktivitet og bemanning i Universitetssykehuset Nord-Norge HF).

Styrets vedtak:

- Styret tar styreleders informasjon til orientering.
- Aktivitetsnivået i 2006 på Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal tilpasses bestillerdokument 2006, herunder effekt av sentralisering av tjenester.
- Når det gjelder aktivitetsnivået for 2007, så vil vi komme tilbake til dette i forbindelse med behandling av styringsdokument for 2007.

2. Helse Finnmark HF Kirkenes, rehabiliteringsavdeling

Styremedlem Mona Søndena innledet med bakgrunn i vurderinger som gjøres ad. en ev. nedleggelse av rehabiliteringsavdelingen ved Helse Finnmark HF Kirkenes.

Styrets vedtak:

Styret tar redegjørelsen fra adm. direktør til orientering.

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

Protokoll fra styremøtet, den 8. november 2006 godkjennes.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler:

**STYRESAK 98-2006 INVESTERINGSPLAN 2008-2017,
KONKRETISERING AV PLANEN**

Møtedato: 13. desember 2006

Sakspapirene ettersendes.

**STYRESAK 99-2006 MODERNISERING AV
NORDLANDSSYKEHUSET HF BODØ
SOMATIKK – KONSEPTRAPPORT
BYGGETRINN 2-5**

Møtedato: 13. desember 2006

Formål/sammendrag

I denne saken legges frem konseptrapport for modernisering av Nordlandssykehuset HF somatikk Bodø, byggetrinn 2-5. En konseptrapport er en rapport i tidligfasen for store sykehusprosjekter, der det gis føringer for videre arbeid med forprosjektet. Forprosjektet er tidligere besluttet gjennomført i styresak 59-2005 i Helse Nord RHF, og styret inviteres til å bekrefte dette i denne saken.

I konseptrapporten er det vist at Nordlandssykehuset har fulgt opp forutsetningene i styrevedtaket og innarbeidet disse i planene for det videre arbeid. Dette gjelder arealreduksjon, redusert kostnadsramme, kapasitet i form av sengetall, økt dagbehandling og modifisering av klinisk sentermodell.

Konseptrapporten skal legges frem for Helse- og omsorgsdepartementet, og Helse Nord vil gjennom oversendelse av rapporten melde prosjektet inn til departementet. Endelig vil rapporten være grunnlag for innhenting av tilbud på videre programmering og forprosjektering.

Konseptrapport skal fortelle hvordan prosjektet bidrar til å oppfylle effektmålene (prosjektets rolle i Helse Nords samlede tilbud) og vurdere resultatmålene (gjennomføring, finansiering og suksessfaktorer) med mer for prosjektet.

Nye Nordlandssykehuset inneholder både et utbyggingsprosjekt og et moderniseringsprosjekt. Målsettingene for prosjektet er firedelt (kostnadsnivå 1.7.2006):

- | | |
|-----------------------------------|-----------------|
| ○ Vedlikeholdstiltak | 853 mill kroner |
| ○ Modernisering og forskriftskrav | 591 mill kroner |
| ○ Standardheving | 668 mill kroner |
| ○ Ny kapasitet og ny virksomhet | 449 mill kroner |

I det dimensjonerende grunnlaget for prosjektet er det tatt spesielt hensyn til krav til omstilling og effektivisering med reduserte liggetider, mer dagbehandling/poliklinikk, økt bruk av pasienthotell og bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

I perioden 2003 til 2006 er byggetrinn 1 gjennomført med laboratoriebygg, stråleenhet, nytt lager og varemottak, samt delvis ny infrastruktur. Byggetrinn 1 ligger an til å bli gjennomført innenfor vedtatt budsjett. Konseptrapporten beskriver byggetrinn 2-5 med ny K-fløy for behandlingsområder og kontorer, ombygging av AB-fløya (høyblokka) til sengefløy, ombygging av N-fløya (hovedsakelig kontorer) og S-fløya (undervisning/behandling).

Finansieringen av prosjektet må blant annet skje gjennom effektivisering. Det er forutsatt en årlig effektivisering på 64 mill. kroner pr. år for trinn 1-5. Nordlandssykehuset vil ha behov for en årlig netto økning i basisrammen på 50 mill. kroner for å dekke økte kostnader fra prosjektet. I årene 2012-2014 vil behovet være 100 mill. kroner pr år.

Administrerende direktør anbefaler at konseptrapporten godkjennes som grunnlag for fullføring av forprosjektet med rammebetingelser som vedtatt av styret i styresak 59-2005. Tidligere vedtak om ferdigstillelse av forprosjekt anbefales opprettholdt. Det forutsettes at en fokuserer på kostnadsstyrt prosjektering i det videre arbeid slik at sikkerheten i kostnadsanslaget økes i forprosjektet. Administrerende direktør anbefaler at konseptrapporten oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for videre behandling.

Bakgrunn/fakta

Styret i Helse Nord RHF fattet i juni 2005 (styresak 59-2005, sak 35/05 i Nordlandssykehuset (NLSH)) vedtak om å fortsette planleggingen innenfor en redusert areal- og kostnadsramme. Dette vedtaket og det faktum at en del viktige planforutsetninger var basert på data tilbake til 1998, utløste behov for revidering av de dimensjonerende forutsetningene for prosjektet. Arbeidet med forprosjekt (FP) startet i september 2006 og vil være avsluttet 1. juni 2007.

Med henvisning til regelverket nedfelt i "Veileder for Tidligfaseplanlegging" utgitt av Sosial- og helsedirektoratet, er alle relevante analyser og rapporter fra tidligfasen sammenfattet i denne Konseptrapporten.

I utredningen til denne saken gis innledningsvis en orientering om **Planprosessen** og konseptrapportens plass i denne. I avsnittet om **Mål, rammer og forutsetninger** er målsettingen for prosjektet beskrevet samt hvilke rammer som ligger til grunn for planene. I avsnittet vises også hvordan vedtaket i styresak 59-2005 er fulgt opp i planleggingen.

SINTEF konkluderer i konseptrapporten med at de mål som styret i Helse Nord RHF satte i styresak 59-2005 (sak 35/05 i NLSH) er innfridd i foreliggende planer. I denne saken inviteres derfor styret til å godkjenne konseptrapporten knyttet til moderniseringen av Nordlandssykehuset somatikk Bodø, byggetrinn 2-5.

Gjennomført usikkerhetsanalyse konkluderer med at det må gjennomføres tiltak for å øke sikkerheten i kostnadskalkylen. Dette gjøres bl.a. gjennom kostnadsfokuseret prosjektering i forprosjektet samt arbeid for å minimalisere behovet for omrokering i byggeperioden.

Vurdering

I konseptrapporten er det vist at Nordlandssykehuset har fulgt opp forutsetningene i styrevedtaket og innarbeidet disse i planene for det videre arbeid. Dette gjelder arealreduksjon med en reduksjon i brutto arealramme på 4000 m² slik at brutto areal nå er på 71.845 m². Kostnadsrammen er redusert til det nivå styret ba om i styresak 59-2005 og kapasitet i form av sengetall er satt til 300 i 2020. I konseptrapporten er det lagt inn økt dagbehandling. Den kliniske sentermodellen er modifisert for å få til økt sambruk av senge- og behandlingsområder.

Administrerende direktør vurderer ut fra dette at styrets forutsetninger i styresak 59-2005 er oppfylt og at konseptrapporten underbygger at forprosjektet kan slutføres. Det er også vurdert at det i forprosjektet vil være behov for å øke sikkerheten i kostnadsanslaget i forhold til det som konseptrapporten viser.

Konklusjon

Administrerende direktør anbefaler at konseptrapporten godkjennes som grunnlag for fullføring av forprosjektet med rammebetingelser som vedtatt av styret i styresak 59-2005. Det forutsettes at en fokuserer på kostnadsstyrt prosjektering i det videre arbeid slik at sikkerheten i kostnadsanslaget økes i forprosjektet. Administrerende direktør anbefaler at konseptrapporten oversendes Helse og omsorgsdepartementet for videre behandling.

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

1. Styret viser til konseptrapporten og godkjenner denne som grunnlag for fullføring av forprosjektet knyttet til moderniseringen av Nordlandssykehuset somatikk i Bodø.
2. Rammebetingelser vedtatt i styret for Helse Nord i styresak 59-2005 legges til grunn for planleggingen og forprosjektet legges frem for styret sommeren 2007.
3. Styret forutsetter at det fokuseres i det videre prosjekteringsarbeidet på kostnadsstyrt prosjektering, slik at sikkerheten i kostnadsanslaget økes i forprosjektet.
4. Styret ber om at konseptrapporten oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for videre behandling.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Utrykt vedlegg: Konseptrapport Nye Nordlandssykehuset byggetrinn 2-5

UTREDNING

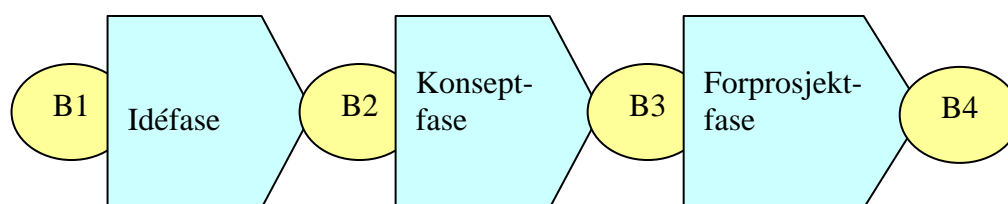
Planprosessen

Prinsipper for tidligfaseplanlegging

Tidligfaseplanlegging omfatter de aktiviteter som skal bidra til å fastlegge dimensjonerende forutsetninger, prinsipper for løsninger og gjennomføring, økonomiske rammer for prosjektet.

Tidligfasen for planleggingen av Nye Nordlandssykehuset er avsluttet i og med revisjoner av Hovedfunksjonsprogram (HFP 2006) og Skisseprosjekt (SP 2006) med tilhørende nye kostnadskalkyler, finansieringsplan og planer for de neste planfasene og gjennomføringen av prosjektet.

Figur 1: Modell for Tidligfaseplanlegging¹



Figur 1 viser beslutningspunktene og hovedfasene i Tidligfaseplanleggingen.

Aktivitetene i idéfasen ble gjennomført frem til 2003, og i den utstrekning det er relevant er dokumenter og resultater fra idéfasen inkludert i Konseptrapporten.

Målet med konseptfasen

Målet med Konseptfasen er å legge grunnlaget for å velge den beste løsningen og utvikle denne til et nivå hvor eieren med *akseptabel sikkerhet* kan treffe beslutninger om gjennomføring av prosjekt og om igangsetting av det videre programmerings- og prosjekteringsarbeid.

Konseptrapporten gir grunnlag for:

- Styrevedtak i HF og RHF om å føre prosjektet inn i forprosjektfasen, eller eventuelt at prosjektet ikke skal videreføres. Gjennom vedtak i sak 59/2005 er det allerede besluttet å igangsette forprosjektfasen.
- Faglig myndighetsgodkjenning i henhold ”Helseforetakslovens” bestemmelser.
- Innhenting av anbud/tilbud på videre programmering og forprosjektering
- RHF melder prosjektet til HOD

Innholdet i Konseptrapporten

Konseptrapporten skal ha et innhold som gir grunnlag for:

- **Å vurdere hvordan prosjektet bidrar til å oppfylle effektmålene**, herunder avklare sammenhengene mellom befolkning, behov, aktivitet, kapasiteter og areal og prosjektets ”plassering” i forhold til det regionale helseforetakets totale tilbud, inklusive avgrensninger til andre sykehus, spesialiteter og funksjoner. Dessuten, avklare hvilke faglige gevinster som ønskes realisert, de driftsøkonomiske konsekvensene av at prosjektet gjennomføres samt hvordan framtidige behandlingsteknikker og prioriteter vil slå ut for de ulike tjenestene, herunder forholdet til primærhelsetjenesten.

¹ Veileder for Tidligfaseplanlegging

- **å vurdere resultatmålene**, herunder planer for gjennomføring av prosjektet, organisering, kontraktsstrategier, kvalitetsstyring, håndtering av usikkerhet, finansiering og suksessfaktorer. Dessuten, avklare løsningskonsepter for organisasjon, drift og fysiske anlegg og infrastruktur, herunder medisinsk teknisk utstyr.

De dokumenter som Konseptrapporten bygger på gir grunnlag for at beslutningstakere og andre interessenter kan gjøre disse vurderingene og avklaringene.

Mål, rammer og forutsetninger

Grunnlagsdokumenter

Det foreligger utredninger og planleggingsdokumenter tilbake til 1997 som har lagt mål, rammer og forutsetninger både for valg av alternativ, kapasitet og fysiske løsninger, samt planer for gjennomføringen av prosjektet, jfr. tabell 1 nedenfor. I tillegg har det vært gjort vedtak i styrene for NLSH HF og Helse Nord RHF som fastlegger rammene for prosjektet og definerer milepæler i arbeidet.

Tabell 1: Oversikt over plandokumenter for prosjektet Nytt Nordlandssykehus

<i>Dokument</i>	<i>Årstall</i>	<i>Direkte referanse</i>	<i>Underlagsdokument</i>
Utviklingsplanen, komplett	1997		X
NSS - Utviklingsplan. Ny driftsmodell for NSS	2001		X
HFP, utgave 1	2001		X
Behovs- og etterspørselsanalyse for NSS. Forslag til dimensjonering	2002		X
Pasientstrømsanalyse	2003		X
Om- og utbygging - økonomisk driftsanalyse	2003		X
Utbygging av sykehuset - driftsøkonomiske konsekvenser	2003		X
Delfunksjonsprogram 04	2004		X
Skisseprosjekt 05	2005		X
Revidert HFP 05	2005		X
HFP 06	2006	X	
Delfunksjonsprogram 06	2006	X	
Skisseprosjekt 06	2006	X	
Teknisk program	2006	X	
Driftsøkonomiske analyser, inkl finansieringsplan	2006	X	
Prosjektets styringsdokument	2006	X	
Plan for gjennomføring av forprosjekt	2006	X	
Usikkerhetsanalyse	2006	X	

Målsettingene for Nordlandssykehuset og prosjektet

Utbyggingsprosjektet for Nye Nordlandssykehuset i Bodø er også et moderniseringsprosjekt og består i prinsippet av fire deler som illustrerer de viktigste drivkreftene for gjennomføringene av prosjektet og valg av løsningsalternativ:

- *Vedlikeholdstiltak*
- *Modernisering og forskriftskrav*
- *Standardheving*
- *Ny kapasitet og ny virksomhet*

Målsetting for prosjektet er at NLSH skal utvikles til et effektivt og moderne sykehus som kapasitetsmessig, organisatorisk, funksjonelt og bygningsmessig er godt forberedt for å møte fremtidige utfordringer. Byggenes kvalitet og utforming har stor betydning for kvalitet og effektivitet i leveranse av helsetjenester. Prosjektet skal bidra til utvikling av kjernevirksomheten og til organisatorisk og bygningsmessig fleksibilitet og endringsevne. Det nye sykehuset skal også bidra til utvikling av kompetansemiljøet og rekruttering av helsepersonell, og til samhandling med øvrige sykehus og primærhelsetjenesten.

I det dimensjonerende grunnlaget for prosjektet er det tatt spesielt hensyn til krav til omstilling og effektivisering. Dette omfatter:

- Overgang fra innleggelse til dagbehandling og poliklinikk
- Reduksjon i liggetider
- Økt bruk av observasjonsenhet (klinisk vurderingsenhet)
- Økt bruk av pasienthotell
- Bedre samhandling med primærhelsetjenesten (bl.a. raskere utskrivning av ferdigbehandlede pasienter)

I styresak 59-2005 påpeker styret for Helse Nord RHF videre at "klinisk sentermodell" bør videreutvikles/modifiseres ved å legge til rette for større grad av sambruk av senge- og behandlingsområder".

Rammer

Gjennom vedtak i styresak 35/05 i Nordlandssykehuset HF og videre i styresak 59-2005 i Helse Nord RHF, ble det fastlagt nye areal- og kostnadsrammer for prosjektet:

"Styret godkjenner følgende reviderte rammer for 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 fram for godkjenning:

- *Brutto arealramme reduseres med 4000 m² (nybygg og gammel bygningsmasse)*
- *Netto funksjonsareal og bruttoareal for det samlede byggekompleks blir hhv. 36.100 m² og 71.845 m²*
- *Totale kostnadsramme for utbyggingsprosjektet reduseres med 150-200 mill kr til 2.373-2.423 mill inkl. utstyr (prisnivå 1. november 2004).*
- *Kapasitet målt i sengetall inkl. behov knyttet til nye oppgaver fastsettes til 300 (sykehus og økt bruk av pasienthotell).*
- *Kapasitet i poliklinikk/dagbehandling bør vurderes økt til 8 timers effektiv brukstid 230 dager/år forutsatt positiv driftsøkonomi.*
- *Klinisk sentermodell bør videreutvikles/modifiseres ved å legge til rette for større grad av sambruk av senge- og behandlingsområder"*

Konseptrapporten med underliggende dokumenter viser at disse målene er innfridd:

Arealramme

Med utgangspunkt i dette vedtaket ble det i nye HFP 2006 utviklet gode rammer for den forventede aktiviteten og kapasitetsbehovet innenfor den fastsatte rammen. Det programmerte arealet er på 33 455 m² nto inklusiv byggetrinn 1 på 6 592 m² nto. Dette gir en reserve på 2 645 m² netto for den videre prosjekteringen. Det teoretiske brutto arealet, forutsatt en B/N faktor på 1.9, er på ca 67 000 m². Tabell 2 viser fordeling av netto arealer for byggetrinn 1-5 sammenlignet med dagens nettoareal for sykehuset

Tabell 2: Oversikt over arealrammer i byggetrinn 1-5

	Netto funksjonsareal m²
Arealregistrering dagens sykehus	28.827
Prosjektert areal byggetrinn 1	6.592
HFP 2006, Byggetrinn 2-5	26.863
Prosjekteringsreserve	2.645
Sum areal byggetrinn 1-5	36.100

Byggekostnader og utstyrs kostnader

Styrevedtak 59/05 forutsetter en reduksjon i kostnadsrammen til 2 423 mnok, prisnivå 2004. Tabell 3 viser kostnader basert på Skisseprosjekt (SP 2006) og utvikling i kostnader ved oppdatert prisnivå til 1.7.2006. Rammen omregnet til prisnivå 2006 utgjør 2 561 mnok. Prisene er justert med 7 %. De samlede kostnadene i SP 2006 er på 1 796 mnok, prisnivå 1.7.2006, som kan settes opp mot den prisjusterte kostnadsrammen på 1 779, 4, mnok. Den omfatter byggetrinn 2-5 og er eksklusiv utstyr. Det må understrekes at kostnadsberegningene bygger på skisseprosjekt, og et avvik på 16,6 mnok må ansees som ubetydelig gitt prosjektets størrelse og usikkerheten i kalkylene.

Tabell 3: Oversikt over vedtatte kostnadsrammer for byggetrinn 1-5 (1000 kr)

	Kostnader
Justert ramme styresak 59-2005	2 423 000
Byggetrinn 1 inklusiv prisstigning og utstyr	- 452 000
Justert ramme byggetrinn 2-5 inkl utstyr, prisnivå 1.11.2004	1 971 000
Brukerutstyr prisnivå byggetrinn 2-5 prisnivå 1.11.2004	- 308 000
Justert ramme byggetrinn 2-5 eks. utstyr prisnivå 01.11.2004	1 663 000
Prisstiging fra 1.11.2004 til 1.7.2006	116 400
Ny kostnadsramme byggetrinn 2-5, prisnivå 1.7.2006	1 779 400
Brukerutstyr byggetrinn 2-5 prisnivå 1.7.2006	329 600
Justert ramme byggetrinn 2-5 inkl utstyr prisnivå 1.7.2006	2 109 000
Kostnader byggetrinn 1	452 000
Totalkostnad byggetrinn 1-5 prisnivå 1.7.2006	2 561 000

Oppstillingen viser at kostnadene i prosjektet ligger innenfor den avsatte, prisjusterte rammen på 2 561 mnok. De totale kostnadene for byggetrinn 2-5 på 2 109 mnok fordeler seg med 1 779,4 mnok kroner til bygg og 329,6 mnok kroner til utstyr.

Kostnadsrammen for utstyr omfatter nyanskaffelser. I tillegg er det forutsatt investeringer i byggeperioden på 180 mnok for å opprettholde verdien av overflyttbart utstyr fra det gamle anlegget. Samlet vil det være en disponibelt 624, 6 mnok for utstyr i prosjektet hvorav utstyrs kostnaden for byggetrinn 1 utgjør 115 mnok.

Kostnads kalkylen i skisseprosjektet (1.7.2006) for byggekostnader byggetrinn 2-5 viser en kostnad på 1 796 mnok som sammenlignet med rammen i tabell 3 gir et avvik på 16,6 mnok. Dette avviket ansees som ubetydelig gitt prosjektets størrelse og usikkerheten i kalkylene.

Det er gjennomført usikkerhetsanalyse, og det vises til kapittel 9 i konseptrapporten. Utgangspunktet er at godkjent finansieringsramme på 1 779,4 mnok skal overholdes. Konklusjonen fra usikkerhetsanalysen er at kostnadene må reduseres ytterligere gjennom kutt og/eller optimalisering som gir kostnadsreduksjoner for å oppnå en tilfredsstillende sikkerhet. Det vektlegges at man skal gjennomføre kostnadsstyrt prosjektering og at ny usikkerhetsanalyse skal gjennomføres på grunnlag av forprosjektet.

Sengetall

Innenfor det programmerte arealet er det en kapasitet på 300 senger. Det er ikke forutsatt økning av plasser i pasienthotellet men en viss omdisponering til fordel for pasienter som, i dag er heldøgnsinnlagte i sykehuset. Dette gjelder i hovedsak fødende innlagt ved barselavdelingen. Dette sengetallet er innenfor rammen som er fastsatt i styresak 59-2005.

Tilpasset klinisk sentermodell

Løsningen viser en "tilpasset klinisk sentermodell". Den innebærer at det etableres generell sengeområder i AB-fløya for å oppnå god driftsøkonomi, god arealutnyttelse og effektiv økonomi ved ombygging. Sengeområder, poliklinikker og dagområder lokaliseres og organiseres på tvers av fag. Dette vil kreve utvikling av faglige ferdigheter, nye rutiner for samarbeid og kommunikasjon og evner til samhandling. NLSH planlegger å gjennomføre et omfattende OU-prosjekt i forbindelse med utbyggingen.

Poliklinikkområdene og dagområdene er samlokalisert og fordelt på etasjer ut fra følgende hensyn:

- Faglig tilknytning til sengeområdet på samme etasje.
- Faglig samarbeid, sambruk av rom
- Tilgjengelige arealer
- Publikumstrafikk, logistikk

Forutsetninger

I løpet av 2003 til 2006 er det gjennomført vedtatte utbyggingsaktiviteter som tilhører byggetrinn 1. Dette gjelder:

- Laboratoriebygg
- Strålenhet
- Nytt auditorium
- Nytt lager og varemottak
- Delvis ny infrastruktur

Konseptrapporten beskriver byggetrinn 2-5 som omfatter:

- Ny K-fløy med behandlingsområder, poliklinikker og kontorer knyttet sammen med ombygget H-fløy
- Ombygging av AB-fløya til en generell sengefløy
- Ombygging av N-fløya til hovedsakelig kontorer
- Ombygging av S-fløya til undervisning og behandling (alle funksjoner for Øye-avdelingen)

Dagens K-fløy rives. R-fløya omfattes ikke av byggetrinn 2-5, og vil trolig bli faset ut etter at ombygging og nybygg er ferdig.

Driftsøkonomi

Finansieringen av prosjektet Nye Nordlandssykehuset må for en stor del skje gjennom effektivisering av driften av sykehuset. I kapittel 9 i konseptrapporten er det redegjort for hvilket potensial for effektivisering av driften som synes realistisk, og det vises beregninger på et teoretisk grunnlag av hvordan den nye driftsmodellen i sykehuset, og andre effektiviseringstiltak, vil kunne bidra til å realisere dette potensialet. Kapittelet inneholder også en oversikt over finansieringsbehovet og den effekten investeringene har på sykehusets driftsresultat og likviditetsbehov. Økonomien i prosjektet er gjengitt i tabell 4.

Tabell 4: Effekt av investeringen på driftsresultatet i perioden 2007-2017 (mnok) Prisenivå 1.7.2006

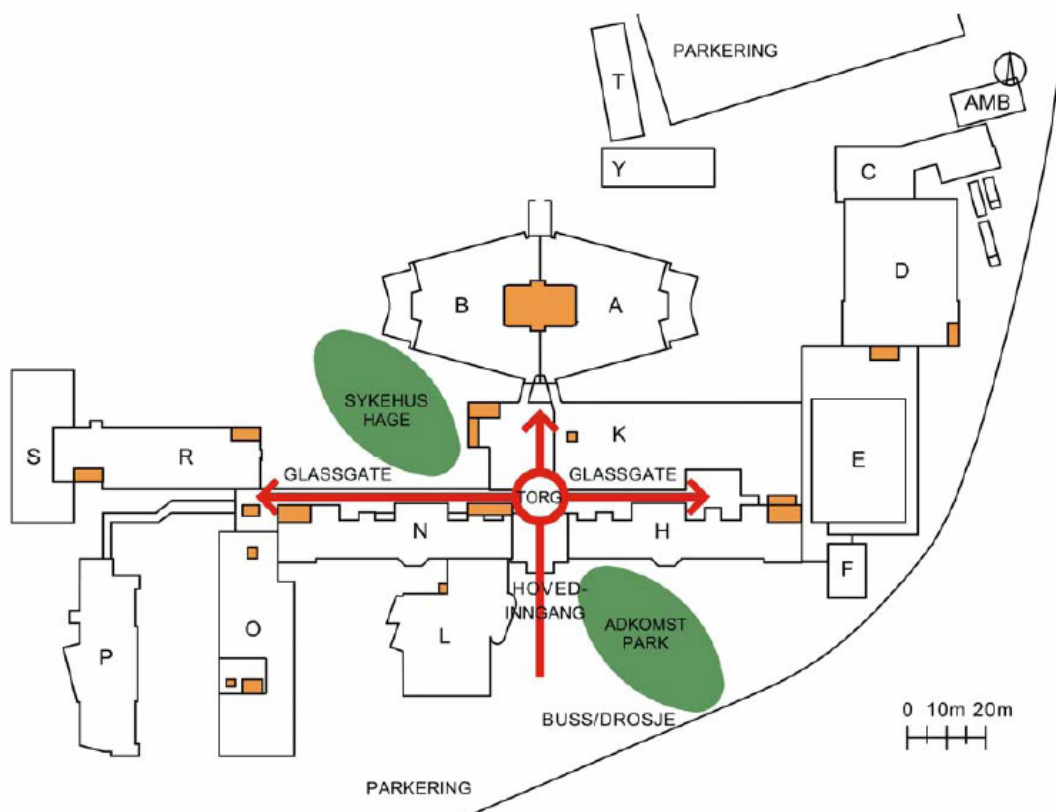
Effekter driftsresultat	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Effektivisering kliniske funksjoner	0	0	0	6.294	6.294	6.294	6.294	8.393	16.785	20.982	41.963	41.963	41.963
Effektivisering andre funksjoner	0	0	0	1.048	1.048	1.048	1.048	1.397	2.794	3.492	6.984	6.984	6.984
Målsatte øvrige effekter	0	0	0	0	0	0	0	0	5.000	5.000	10.000	15.000	15.000
Økte FDV-kost	0	-488	-2.442	-2.442	-2.442	-2.442	-2.442	-3.256	-6.511	-8.139	-16.278	-16.278	-16.278
Red. avskr. av åpningsbal.							10.000	10.000	10.000	10.000	26.500	42.000	42.000
Resultat effekter	1.220.729	-488	-2.442	4.900	4.900	4.900	14.900	16.534	28.068	31.335	69.169	89.669	89.669
Finanskost		18.080	18.340	21.151	32.912	46.565	62.322	70.702	78.365	80.822	80.021	77.662	74.658
Aktiverte renter		-18.080	-1.600	-5.988	-15.841	-30.623	-46.784	-5.580	-16.171	-2.677	-6.329	0	0
Netto finans	765.261	0	16.740	15.163	17.071	15.942	15.539	65.122	62.194	78.145	73.692	77.662	74.658
	1.471.655												
Resultatendring etter finans	455.468	-488	-19.182	-10.263	-12.170	-11.041	-638	-48.588	-34.126	-46.810	-4.522	12.007	15.011
Avskrivninger nytt bygg/utstyr		0	11.300	11.300	11.300	11.300	11.300	45.818	45.818	59.056	59.056	63.822	67.024
Netto endring i driftsresultat	-763.948	-488	-30.482	-21.563	-23.470	-22.341	-11.938	-94.406	-79.944	-105.866	-63.578	-51.815	-52.013

I den foreslåtte finansieringsplanen er det forutsatt at sykehuset kan oppnå en effektivisering av driften ved ferdigstilling på 64 mnok pr år. Dette omfatter byggetrinn 1-5. I beregninger som SINTEF Helse har utført er det identifisert effektivisering tilsvarende 49 mnok pr år for byggetrinn 1-5. I tillegg er det vist at Nordlandssykehuset kan bli mellom 85-100 mnok mer kostnadseffektiv, hvis de oppnår en driftseffektivitet tilsvarende gjennomsnittet av sykehus som er brukt som sammenligningsgrunnlag.

NLSH vil ha behov for en årlig økning av basisrammen på om lag 50 mnok for å dekke de økte kostnadene som prosjektet gir når det tas hensyn til effekten av driftsbesparelsene. For de 3 årene 2012-2014 er det behov for en økning i basisrammen på rundt 100 mnok.

Fra høsten 2006 igangsettes det analyser av pasientflyt og arbeidsprosesser for å legge til rette for nødvendig omorganisering for å nå de måltallene som er lagt til grunn for finansieringsløsningen, ref pkt 3.3.4 i konseptrapporten.

Fig 2: Oversikt over bygninger og fløyer i Nye Nordlandssykehuset, SP 2006



**STYRESAK 100-2006 MODERNISERING AV
NORDLANDSSYKEHUSET HF BODØ –
FORBEREDENDE TILTAK**

Møtedato: 13. desember 2006

Formål/sammendrag

I denne saken gis en oversikt over gjenstående kostnader knyttet til fullføring av forprosjektet samt forberedende arbeider knyttet til moderniseringen av Nordlandssykehuset HF somatikk Bodø, byggetrinn 2-5. Disse arbeidene har en gjenstående kostnad i 2006 og 2007 på 110 mill. kr.

Det vises også til saker i dette styremøte om Investeringsplan for 2007-2015 og om Konseptrapport modernisering av Nordlandssykehuset somatikk Bodø, byggetrinn 2-5.

Finansieringsbehovet for fullføring av forprosjektet med ferdigstillelse av forberedende tiltak før påbegynnelse av byggetrinn 2-5 er 80 mill. kr. siden det gjenstår 30 mill. kr. av midler avsatt til planlegging.

Forutsatt at riving starter tidlig i 2009 vil hoveddelen av moderniseringen være ferdig ved årsskiftet 2013/2014. Denne fremdriftsplanen forutsetter at tiltakene omtalt i denne saken blir gjennomført i 2007 og 2008.

Gjennomføring av tiltakene vist i tabellene 4 og 5 nedenfor er en nødvendig forutsetning for videreføring av byggetrinn 2-5 i samsvar med fremdriftsplan. Utsettelse av de forberedende arbeidene vil gi tilsvarende forsinkelse og noe økte kostnader.

Administrerende direktør foreslår derfor å sette av 80 mill. kr. til prosjektet i 2007 for at fremdriftsplanen i prosjektet skal kunne holdes.

Bakgrunn/fakta

Styret i Helse Nord RHF har tidligere behandlet moderniseringen av Nordlandssykehuset i følgende saker:

- Styresak 41-2003 – behandlet i styremøte, den 7. mai 2003
- Styresak 13-2004 – behandlet i styremøte, den 10. mars 2004
- Styresak 07-2005 – behandlet i styremøte, den 7. februar 2005
- Styresak 59-2005 – behandlet i styremøte, den 22. juni 2005

I styresak 59-2005 ble rammene for prosjektet vedtatt endret ved at arealet skulle reduseres med 4.000 m² og kostnadsrammen med 150-200 mill. kr. Styret ba i styresak 59-2005 om at det ble utarbeidet et forprosjekt under forutsetninger slik det går frem av vedtaket nedenfor:

1. *Styret godkjenner følgende reviderte rammer for skisseprosjektet for fase 2-5 som grunnlag for videre prosjekteringsarbeid og ber om at det utarbeides et forprosjekt for byggetrinn 2-5 som legges fram for godkjenning:*

- *Brutto arealramme reduseres med 4000 m² (nybygg og gammel bygningsmasse).*
 - *Netto funksjonsareal og bruttoareal for det samlede byggekompleks blir hhv. 36.100 m² og 71.845 m².*
 - *Totale kostnadsramme for utbyggingsprosjektet reduseres med 150-200 mill. kr. til 2.373- 2.423 mill inkl. utstyr (prisnivå 1. november 2004).*
 - *Kapasitet målt i sengetall inkl. behov knyttet til nye oppgaver fastsettes til 300 (sykehus og pasienthotell).*
 - *Kapasitet i poliklinikker/dagbehandling bør vurderes økt til 8 timers effektiv brukstid 230 dager/år forutsatt positiv driftsøkonomi.*
 - *Klinisk sentermodell bør videreutvikles/modifiseres ved å legge til rette for større grad av sambruk av senge- og behandlingsområder.*
2. *Forprosjektet skal kvalitetssikres gjennom ekstern følgeevaluering.*
 3. *Som grunnlag for videre planlegging, forutsettes at Helse Nord RHF i løpet av høsten 2005 får klarert med sentrale myndigheter hvilke arealmessige og økonomiske rammer, samt finansielle premisser, som skal legges til grunn for prosjektet.*
 4. *Styret ber om at det resterende grunnlag for en ferdigstilling av konseptfasen utarbeides 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.*

Sak om konseptrapporten fremmes som egen sak i dette møtet. Konseptrapporten med underliggende dokumenter viser at de mål som styret satte i styresak 59-2005 er nådd. Forprosjektet vil bli ferdigstilt innen 1.7.2007 og vil bli fremmet for styret i Helse Nord på møtet i august 2007.

Fremdriftsplan

Den sentrale del av moderniseringsprosjektet er knyttet til byggetrinn 2 og 3 som i hovedsak omfatter etablering av nytt dagbehandlingsområde samt oppgradering og modernisering av høyblokka. Gjeldende fremdriftsplan tilsier oppstart med riving av eksisterende bygg tidlig i 2009 for å gi plass til nytt bygg for dagbehandling.

Forutsatt at riving kan starte i 2009 vil nytt dagbehandlingsområde og nye sengeområder i den moderniserte høyblokka være etablert ved årsskiftet 2013/2014. Denne fremdriftsplanen forutsetter at tiltakene omtalt i dette notatet blir gjennomført i 2007 og 2008. Gjennomføring av tiltakene vist i tabellene 4 og 5 nedenfor er derfor en nødvendig forutsetning for videreføring av byggetrinn 2-5 i samsvar med fremdriftsplan. Utsettelse av de forberedende arbeidene vil gi tilsvarende forsinkelse i prosjektet og noe økte kostnader for prosjektet samlet blant annet knyttet til byggherreorganisasjonen og planrevisjon.

Kostnadsramme for prosjektet

I tabell 1 er vist prosjektets kostnadsramme på 2.561 mill. kr. (kostnadsnivå pr 1.7.2006) fordelt på elementer. Denne kostnadsrammen tilsvarer rammen på 2.413 mill. kr. (kostnadsnivå 1.11.2004) oppjustert med prisstigning i perioden. Av tabellen går det frem at omlag 1.400 mill. kr. av prosjektets totale kostnader er knyttet til vedlikeholdstiltak og modernisering/ forskriftskrav og som er nødvendig å gjennomføre for å kunne opprettholde drift i anlegget. Dette vil ikke være tilstrekkelig til å møte veksten som forventes. Det er nærmere redegjort for dette i konseptrapporten.

Deler av nye funksjoner er realisert gjennom etableringen av stråleenheten.

Tabell 1: Kostnadsramme modernisering av Nordlandssykehuset (kostnadsnivå 1.7.2006)

		Vedlikeholds- tiltak	Modernisering forskriftskrav	Standard- heving	Nye funksj. kapasitetsøkn.
Bygning					
Ombygging	1 311	672	470	146	22
Arealtilvekst	803	40	120	321	321
Utstyr					
Nybygging/ ombygging	447	140	0	201	106
Sum	2 561	853	591	668	449
Fordeling i %		33,3 %	23,1 %	26,1 %	17,5 %

Kostnader til fullføring av forprosjekt og forberedende arbeider.

I forbindelse med ferdigstillingen av byggetrinn 1 og før oppstart byggetrinn 2-5 må det gjennomføres en del forberedende arbeider knyttet til omlegging av infrastruktur og rydding i parkeringsforholdene. I tillegg må det settes av ressurser til fullføring av arbeidet med forprosjektet som utgjør 36 mill. kr. fra høsten 2006 frem til utgangen av 2007. Disse 36 mill. kr. vil medgå til det arbeidet styret i Helse Nord RHF har forutsatt skal gjennomføres i tilknytning til fullføring av forprosjektet.

Inkludert kostnader til forprosjekt vil det påløpe kostnader på opp mot 100 mill. kr. i 2007 for å kunne realisere planlagt fremdrift, jfr. tabell 2 nedenfor. Halvparten av kostnadene i 2007 vil påløpe uavhengig av om byggetrinn 2-5 realiseres eller ikke.

Kostnader som påløper uavhengig av realisering er vist i tabellene 3 og 4 nedenfor. Dette gjelder rydding i parkeringsforholdene (etablering av parkeringshus) og renovering av 3. og 4. etasje etter at laboratoriene er flyttet ut i nytt bygg, jfr. tabell 3, samt kostnader til ferdigstilling av forprosjektet.

Bodø kommune har i tilknytning til moderniseringsprosjektet forutsatt at det ryddes i parkeringsforholdene ved sykehuset og etableres 480 parkeringsplasser. Nordlandssykehuset har i dag 270 parkeringsplasser. Resterende behov dekkes gjennom parkering i gateområdene rundt sykehuset. Etablering av parkeringshus er også en nødvendig forutsetning for å skaffe tilgang til anleggsområdet.

Det er i dag etablert ordning med betalt parkering for deler av parkeringsområdet. Denne ordningen vil bli utvidet når nytt parkeringsanlegg er etablert.

Inkludert gjenstående kostnader i 2006 på 16 mill. kr. vil det påløpe 110 mill. kr. frem til utgangen av 2007. Finansieringsbehovet for 2007 er på 80 mill. kr. siden det gjenstår 30 mill. kr. av midler avsatt til planlegging.

Tabell 2: Kostnader til forberedende arbeider byggetrinn 2-5 (mill. kr.)

	2006	2007	2008
Sum forprosjekt/prosjektering	16,0	20,1	4,0
Sum som må gjennomføres uansett	0,0	29,0	60,0
Sum øvrige forberedelser	0,0	44,9	32,8
Totalt	16,0	94,0	96,8

I vedlegg til saken er det i tabellene 3-5 er det gitt en mer detaljert oversikt over de ulike kostnadselementene.

Vurdering

Prosjektet er godt forankret. Dette er en oppfølging av tidligere vedtak i styret og er en nødvendig forberedelse til hoveddelen i prosjektet som omfatter byggetrinn 2-5. Byggetrinn 1 vil bli tatt i bruk fra nyttår og det er viktig å opprettholde kontinuitet i prosjektgjennomføringen.

Administrerende direktør mener at saken er godt belyst. For å holde fremdriften for nødvendig vedlikehold, modernisering og utbygging av Nordlandssykehuset HF somatikk Bodø, anbefaler administrerende direktør at de forberedende tiltakene gjennomføres.

Konklusjon

Administrerende direktør anbefaler styret å godta planene for de forberedende tiltakene for byggetrinn 2-5. Dette har en samlet kostnadsramme på 110 mill. kroner i 2006 og 2007. Av dette har styret tidligere bevilget 30 mill kroner til ferdigstillelse av forprosjektet og det er et gjenstående finansieringsbehov på 80 mill kroner. Administrerende direktør er klar over at oppstart av byggetrinn 2-5 vil kreve avklaring etter at saken om investeringsplanene og sak om konseptrapporten for byggetrinn 2-5 er behandlet av styret i dette styremøtet.

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

Styret i Helse Nord godkjenner at Nordlandssykehuset realiserer de forberedende tiltakene for byggetrinn 2-5. Det settes av en kostnadsramme til dette på 80 mill. kr. i 2007 som kommer i tillegg til tidligere avsatte midler til ferdigstillelse av forprosjektet.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Tabeller med detaljering av forberedende tiltak

Vedlegg: Tabeller med detaljering av forberedende tiltak

I tabell 3 er vist hvordan kostnadene til forprosjekt/prosjektering er fordelt på ulike aktiviteter.

Tabell 3: Kostnader til forprosjekt/prosjektering (mill. kr.)

	2006	2007	2008
Forprosjekt arkitekt	4,1	6,2	
Forprosjekt rådgivende ingeniører	5,5	8,3	
Sintef	3,5	0,9	0,5
Prosjektadministrative tjenester	1,5	2,5	2,5
Byggherrens administrasjon	0,9	1,7	0,5
Biutgifter	0,5	0,5	0,5
Sum forprosjekt/prosjektering	16,0	20,1	4,0

I tabellene 4 og 5 er vist oversikt over bygningsmessige tiltak som må gjennomføres i 2007 og 2008 for at fremdriftsplanen i prosjektet skal holdes.

Tabell 4: Kostnader til tiltak som må gjennomføres uansett (mill. kr.)

	2006	2007	2008
Midlertidig prøvesatelitt med mer		2,0	
Ombygging 3. og 4. etg. AB		21,0	21,0
Nytt parkeringsanlegg (2/3)		6,0	39,0
Sum som må gjennomføres uansett		29,0	60,0

Tabell 5: Kostnader til øvrige forberedende tiltak (mill. kr.)

	2006	2007	2008
Rive eksisterende K&G		0,0	0,0
Nye fløyer u-etg A&B		18,0	
Teknisk kulvert		2,7	
Forbindelsesgang N-B		0,1	5,9
Ombygging X		3,0	
Ny oxygentank		0,4	
Flytte fettutskiller og drenskum		0,4	
Klargjøre tekn.rom i kjeller E		3,0	
Teknisk installasjoner			9,3
Trykkluftsentral i O			0,6
Prosjektering undersentral A&B		0,3	
Funksjonsprosjekt Bt 2 - Anbudsdokumentasjon Bt 2		17,0	17,0
Sum øvrige forberedelser		44,9	32,8

Saksbehandler:

**STYRESAK 101-2006 BUDSJETT OG HELSEPOLITISK
BESTILLING 2007**

Møtedato: 13. desember 2006

Sakspapirene ettersendes.

STYRESAK 102-2006 INNSPILL TIL STATSBUDSJETT 2008

Møtedato: 13. desember 2006

Formål/sammendrag

Helse Nord RHF skal komme med innspill til statsbudsjettet for 2008 innen 15. desember 2006.

Helse Nord's planer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten bygger på Nasjonal helseplan for 2007-2010 og de fag-/områdevisse planer som er utviklet. Det økende antallet eldre i befolkningen og økende forekomst av blant annet kreft, psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet medfører behov for økt og endret aktivitet i helseforetakene. Helse Nord har utviklet strategier og planer for å møte behovene, og for våre prioriteringer innen pasientbehandling, utdanning, forskning, pasientopplæring og brukervedvirkning.

Vårt innspill til statsbudsjettet baseres på faglige handlingsplaner som styret har vedtatt de siste årene for habilitering og rehabilitering, geriatri, psykisk helsevern og desentralisering av spesialisthelsetjenester. Handlingsplaner for rusomsorg, revmatologi og diabetes vil bli lagt frem i 2007. Det skal også fremmes planer for utvikling av lokalsykehusene og intensivmedisin i løpet av 2007.

Innspill til Statsbudsjettet for 2008

Våre planer har identifisert en utvikling som tilsier en behovsdrevet realvekst i driftsbudsjettet på 2,2 % per år. Etter flere år med bestilt nullvekst i somatikken, er det nå merkbart at befolkningsutviklingen og fagutviklingen fører til behov for realvekst også i somatikken fra 2008. Det er i tillegg en nær sammenheng mellom planlagte investeringer og måloppnåelse i pasientbehandlingen. De fleste satsingene krever ombygginger, nybygg og/eller investeringer i utstyr. Helse Nord betjener en relativt liten befolkning (460 000 innbyggere) med en sterkt desentralisert sykehusstruktur. Investeringsbehovet per befolkningsenhet er høyere enn i andre deler av landet. Planen forutsetter derfor at Helse Nord klarer å gjennomføre de foreslåtte investeringene på 750 millioner per år. Hvis det ikke lykkes å etablere tilstrekkelige rammer for aktivitetsøkning og investeringer, kan det bli nødvendig å gjøre endringer i retning av mindre ambisiøse mål for pasientbehandlingen.

Foretakene i Helse Nord må gjennomføre betydelige omstillinger for å skaffe rom til de investeringene som er nødvendige for å nå målene på de prioriterte områdene. Dette krever klare prioriteringer i pasientbehandlingen. Sykehusene skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og praktisere en mest mulig ensartet bruk av Prioriteringsforskriften, også på tvers av fagområder, blant annet gjennom økt bruk av faglige retningslinjer. Det er i tillegg behov for endring og bedring av de økonomiske rammevilkårene fra vår eier. For 2008 foreslår vi endringer på følgende områder

- Aktivitet og aktivitetsbasert finansiering
- Finansiering av økte behov og nye behandlingsmetoder
- Nasjonal inntektsfordeling
- Forutsigbarhet i planpremisser
- Investeringstilskudd
- Rett til nødvendig helsehjelp som prioriteringsmekanisme
- Finansiering av nye oppgaver pålagt gjennom lover, forskrifter og tilsyn

Vurdering og konklusjon

Helse Nord RHF står overfor store utfordringer i perioden 2007 – 2009. Vi skal videreføre den desentraliserte sykehusstrukturen i Nord-Norge, opprettholde et bredt spesialisttilbud ved Nordlandssykehuset i Bodø og drive en fullverdig universitetsklinikk i Tromsø. Tilbudene til prioriterte pasientgrupper skal videreutvikles. Den økonomiske situasjonen i 2007 blir svært krevende med en samlet tilpasningsutfordring på ca 500 millioner kroner. Det er en uttrykt målsetting for Helse Nord å bringe økonomien i balanse. I styringsmessig sammenheng er det i så måte et selvstendig poeng at det etableres rammebetingelser som gjør det mulig å realisere målene om økonomisk kontroll kombinert med klare prioriteringer i pasientbehandlingen, betydelige kostnadsreducerende omstillinger av driften i helseforetakene, bedre styring og fremtidsrettede investeringer.

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

1. Styret erkjenner at befolkningsutviklingen og fagutviklingen medfører behov for vekst i aktivitetsnivået i pasientbehandlingen og dermed i statsbudsjettet for 2008.
2. I arbeidet med framtidig nasjonal inntektsfordeling vil styret særlig understreke behovet for å dokumentere strukturkostnadene, få vurdert geografi- og avstandsproblematikken og konsekvensene av en negativ folketallsutvikling.
3. Styret støtter de fremlagte innspill til endringer i statsbudsjettet for 2008 og understreker at årlige investeringer på minst 750 millioner kroner er nødvendig for å realisere målene for pasientbehandlingen.
4. Styret vil understreke behovet for forutsigbarhet omkring sentrale rammebetingelser og at
 - det snarest redegjøres for hvilke prinsipper en vil legge til grunn for innfasing av en ekstra milliard til helseregionene i perioden.
 - lånerammene fastlegges for en lengre periode. Minimum bør lånerammen være klar senest juni året før låneopptak
 - frist for årlig melding avstemmes med frist for regnskap. Vi bør ta sikte på å gjennomføre regnskapsavslutning i regionene før 15. mars. Frist årlig melding bør utsettes til samme dato.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

INNSPILL TIL STATSBUDDSJETTET FOR 2008

I henhold til bestillerdokumentet for 2006 skal Helse Nord gi innspill til statsbudsjett for 2008 innen 15. desember 2006. Vi ønsker å ta opp følgende forhold:

- Aktivitet og aktivitetsbasert finansiering
- Vekst i behov og nye behandlingsmetoder
- Nasjonal inntektsfordeling
- Forutsigbarhet i planpremisser
- Investeringstilskudd
- Betydning av rett til nødvendig helsehjelp som prioriteringsmekanisme
- Finansiering av nye oppgaver, lov- og tilsynspålegg

Aktivitet og aktivitetsbasert finansiering

Bestillingen fra Helse Nord RHF til helseforetakene har gjennomgående vært å planlegge neste års aktivitet på bakgrunn av årets aktivitet. Det betyr at vi planlegger aktiviteten for 2007 på bakgrunn av aktivitet og aktivitetsmål i 2006 vurdert i forhold til føringer i statsbudsjettet og andre vedtatte endringer.

I 2006 økte aktiviteten ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ut over bestilt aktivitet, mens de andre helseforetakene i regionen opplevde små endringer. På grunn av den økonomiske utvikling i 2006, er det vedtatt at bemanningen og aktiviteten skal tilbake til plannivået for 2006 (2005 nivå). Forslag til Statsbudsjettet gir føringer om at aktiviteten i 2007 innen somatikk skal videreføres på 2006 nivå for foretaksgruppen sett under ett. Vi mener at dette er urealistisk å videreføre en så sterk begrensning av aktiviteten og foreslår at man legger opp til vekst også innenfor somatikken i 2008. Helse Nord ønsker i tillegg å spille inn at eier må tilføre helseforetakene basisfinansiering i tråd med bestilt aktivitetsnivå.

Helse Nord RHF kommer til å følge aktivitetsutviklingen nøye i 2007, og om nødvendig revurdere aktivitetsmålene for det enkelte foretak slik at ikke den samlede aktiviteten i Helse Nord får en uønsket nedgang. Målet om større aktivitetsvekst innen psykisk helse og rusomsorg enn somatikk videreføres i 2007 og 2008.

Helse Nord har vedtatt planer for geriatri, rehabilitering/habilitering, psykisk helsevern, (utover opptrappingsplanen). Iverksettingen av disse planene startet opp i 2005. Det gjennomføres strategiske satsinger på helsepolitisk høyprioriterte områder. På grunn av den økonomiske situasjonen konsolideres aktiviteten på nivå med 2006 i 2007. Dersom vi får tilført økte inntekter, vil vi kunne øke kapasiteten ytterligere på de områdene Helse Nord har vedtatt planer for.

ISF-systemet bør endres slik at det i større grad støtter opp om:

- Prioriterte områder som tilbud innen geriatri, rehabilitering, revmatologi og andre tilbud til eldre og kronisk syke
- Desentralisert virksomhet som sykestueplasser og ambulerende virksomhet
- Det bør etableres bedre økonomiske insentiv overfor kommunene for å ta hjem ferdigbehandlede pasienter.
- Telemedisinske tilbud
- Å ta i bruk dagkirurgi/dagbehandling så snart det er en anerkjent behandlingspraksis

Vekst i behov

I de nærmeste år vil befolkningsutviklingen alene medføre en behovsvekst på 0,6-0,7 % per år, og det anslås derfor at vi vil trenge en realvekst i overføringer på 2,2 % per år for å holde tritt med behovsutviklingen, forutsatt at den offentlige spesialisthelsetjenesten skal ha samme ansvar som nå. Statsbudsjett for 2008 bør ta høyde for økte kostnader til nye medikamenter, særlig i kreftbehandlingen.

Nasjonal inntektsfordeling

Fordelingen av ressurser mellom regionene er behandlet i Stortingsmelding Nr 5. 2003-2004. I meldingen kom det frem behov for å gjennomføre omfordelinger mellom regioner. Denne omfordelingen er nå gjennomført og fremtidige omfordelinger vil nå følge av endringer i kriterieverdiene. Helse Nord RHF registrerer at denne tilpassede "Hagen modellen" også er benyttet på nye ansvarsområder som er tillagt helseregionene uten at de inngikk i grunnlaget for modellen. Helse Nord RHF viser til det arbeid som skal starte opp vedr. inntektsfordelingsmodellen. I dette arbeidet må en rekke forhold vektlegges for å belyse de samlede problemstillinger med finansieringen av spesialisthelsetjenesten i landet. For vår del vil vi særlig understreke behovet for å oppdatere inntektsfordelingsmodellen basert på ny kunnskap, og å gjøre den mer transparent, dvs. i enda større grad dokumentere endringene som skjer og dermed bidra til økt forutsigbarhet.

Av enkeltområder som vi mener må belyses er:

- Strukturkostnader
- Hvordan skal synkende folketall håndteres, jfr. manglende mulighet til å endre tjenestetilbud etc.
- Ulikheter i helsetilbud som følge av skjev fordeling av praktiserende spesialister

Forutsigbarhet i planpremisser

Vi registrerer med tilfredshet at det i statsbudsjett for 2007 gis signaler om resultatkrav og fremtidige inntekter tre år frem i tid. Dette sammen med de øvrige prinsipielle avklaringene og presiseringene i forslaget til statsbudsjett, gir et bedre grunnlag for å planlegge virksomheten og styre helseforetakene i årene fremover.

For å redusere unødvendig usikkerhet og forbedre planleggingen ytterligere foreslås det at:

- de økonomiske resultatkravene for årene frem til 2010 fastsettes allerede våren 2007 for de enkelte årene.
- det snarest redegjøres for hvilke prinsipper en vil legge til grunn for innfasing av en ekstra milliard til helseregionene i perioden.
- lånerammene fastlegges for en lengre periode. Minimum bør lånerammen være klar senest juni året før låneopptak.
- frist for årlig melding avstemmes med frist for regnskap. Vi bør ta sikte på å gjennomføre regnskapsavslutning i regionene før 15. mars. Frist årlig melding bør utsettes til samme dato.

Konsekvenser av at forlaget fra Norsk Regnskapsstiftelse til nye parametre for beregning av pensjonskostnader blir innført fra 2007, må legges til grunn ved fastsetting av basisbevilgningen for 2007.

Innen psykisk helsevern står Helse Nord overfor store utfordringer i å tilby spesialiserte tjenester på sykehusnivå til pasienter med akutt og alvorlig psykisk lidelse. Opptrappingsplanen har hatt innsatsen rettet mot DPS og poliklinisk virksomhet. Det er nødvendig med anslagsvis 38,5 mill. kr. (+priskompensasjon) for å gjennomføre opptrappingsplanen som forutsatt. Dvs. til dekking overheng nye tiltak som iverksettes i 2007 samt til nye tiltak som skal igangsettes i 2008.

På grunn av at finansieringspremissene er endret i løpet av planperioden (overgang til objektive kriterier), er midler til konkrete opptrappingsprosjekt omfordelt mellom regionene. Vi ønsker å spille inn at den sentralt vedtatte opptrappingsplaner må følges opp med finansiering for å sikre gjennomføring i tråd med forutsetningene og at midlene ikke må omfordeles slik at Helse Nord RHF i realiteten ikke får finansiert den bestilte opptrappingen.

Finansiering av nye oppgaver, lov- og tilsynspålegg

I forbindelse med overføring av nye oppgaver til helseforetakene avdekkes det som oftest et regnskapsmessig etterslep. Statens kontantprinsipp synliggjør ikke ”påløpte, men ikke betalte forpliktelser.

Håndtering av risiko ved overføring av stadig flere rettighetsbaserte ordninger bør utredes. Overføring av ansvar for rettighetsbaserte ordninger (nå sist pasientskadeerstatning) til helseforetak som i hovedsak er rammefinansiert er vanskelig å håndtere i en organisasjon som samtidig skal gjennomføre store nedskjæringer. Dersom en samtidig med overføring av nye oppgaver foretar en omfordeling mellom regionene, må dette effektiviseringskravet som da pålegges noen regioner komme eksplisitt frem.

I tillegg ønsker vi å understreke betydningen av at det så tidlig som mulig formidles og avtales deltakelse og økonomiske bidrag i sentrale prosjekter.

Investeringsbehov og finansieringsspørsmål

Helse Nord har virksomheter i helseforetakene med en tidsmessig bygningsmasse og vi har enheter med dårlig standard og uhensiktsmessig utforming på bygningsmassen. Mer enn noe annet RHF er vi avhengig av en tidsmessig infrastruktur både for å gi befolkningen et likeverdig tilbud som resten av landet og for å være konkurransedyktig i rekruttering av personell. Vi har startet arbeidet med en langsiktig regional investeringsplan som både har planlegging i forhold til fagplaner, fornyelse av realkapital og arealeffektivisering som mål. Investeringsplanen skal behandles av styret i Helse Nord RHF i desember 2006.

Modernisering og utvikling av Nordlandssykehuset Bodø er Helse Nord's største prosjekt med en antatt kostnadsramme på om lag 2.4 milliarder kroner. Deler av prosjektet er realisert gjennom etablering av pasienthotell og laboratoriebygg og stråleterapienhet. Prosjektet er organisert i fem byggetrinn. Hovedtyngden ligger på trinn 1-3. Byggetrinn 1 ferdigstilles tidlig i 2007.

Det er besluttet å gjennomføre forprosjekt av byggetrinn 2 – 5 med styrebehandling sommeren 2007. Konseptrapporten vil bli oversendt HOD ved årsskiftet 2006-07 og HOD vil således bli involvert i det videre arbeidet med prosjektet, jfr. prosjektets totale størrelse og behov for nasjonalt investeringstilskudd (1/3 av investeringssummen) for å kunne realisere prosjektet og sikre et tidsmessig sykehusanlegg. Konseptfaserapport for dette prosjektet vil bli forelagt HOD til uttalelse.

Helse Nord RHF er i gang med forprosjekt for nytt sykehusbygg på Stokmarknes. Det skjer en vurdering av bygningene i Narvik, Kirkenes og Hammerfest.

Helse Nord RHF har også startet vurderingen av en utbygging ved UNN med sikte på å øke kapasiteten innen kreftbehandling og geriatri, jfr. regionale handlingsplaner, samt effektivisere og utbedre forholdene for andre fag som mage/tarmsykdommer og intensiv/operasjon.

For å realisere den langsiktige investeringsplanen er Helse Nord avhengig av investeringstilskudd fra eier på 850 mill. kr. tilsvarende 1/3 av investeringskostnadene for Nordlandssykehuset i Bodø.

Vi har behov for en låneramme til investeringer på 500 mill. kr. i 2008.

Rett til nødvendig helsehjelp som prioriteringsmekanisme

I arbeidet med å identifisere tiltak for økonomisk balanse, skal prioriterte pasientgrupper skjermes. Arbeidet vanskeliggjøres ved at det ofte ikke er samsvar mellom lønnsomhet av aktivitetsbasert finansiering og prioriterte pasientgrupper. Økonomisk effekt av omstillingsarbeid hvor tilbud til ikke-prioriterte pasientgrupper skal reduseres blir ofte mindre som følge av fritt sykehusvalg med pasientens rett til å benytte ledig kapasitet utenfor egen region og transportkostnader.

Det bør vurderes endringer i ordningen med fritt sykehusvalg med hensyn til hvilke pasienter som kan benytte ordningen. For å kontrollere pasientstrømmen bør det vurderes om kun pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal kunne benytte fritt sykehusvalgordningen tilnærmet kostnadsfritt. Dette vil stille strengere krav til fastsetting av rett til nødvendig helsehjelp, og vil medføre lengre ventetider for pasienter uten rett til helsehjelp. Samtidig vil det være et konkret virkemiddel for å kunne oppnå en mer korrekt prioritering av begrensede helseressurser.

§ 15 Melding til departementet

Styret skal innen den 1. mars hvert år sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Denne delen av plandokumentet vil inngå i vurderingsgrunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale foretakets plandokument.

STYRESAK 103-2006 UTVIDELSE LÅNERAMMER OG KASSAKREDITT

Møtedato: 13. desember 2006

Formål/sammendrag

Styret bes i saken gi administrerende direktør fullmakt til å søke Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og hovedbankforbindelse om utvidet låneramme og driftskreditt. Utvidet kreditttramme anses som nødvendig som følge av foretaksgruppens akkumulerte underskudd, samt store premieutbetalinger til Kommunal Lands Pensjonskasse (KLP) i 2007. Helse Nord har bedt om 300 mill. kr. i lån i 2007, noe som medfører at dagens rammer i vedtektene må økes.

Bakgrunn/fakta

Helse Nord RHF har i dag en ramme for kassakreditt i hovedbankforbindelsen på 232 mill. kr.

Av vedtektenes § 12 Låneopptak fremkommer det at:

Helse Nord RHF gis en låneramme på totalt 2 000 mill. kroner. Lånerammen fordeles med 1 200 mill. kroner til investeringsformål og 800 mill. kroner i driftskreditttramme. Helse Nord RHF kan dog ikke ta opp lån eller driftskreditt som samlet sett overskrider årlige rammer for lån til investeringsformål eller driftskreditt fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

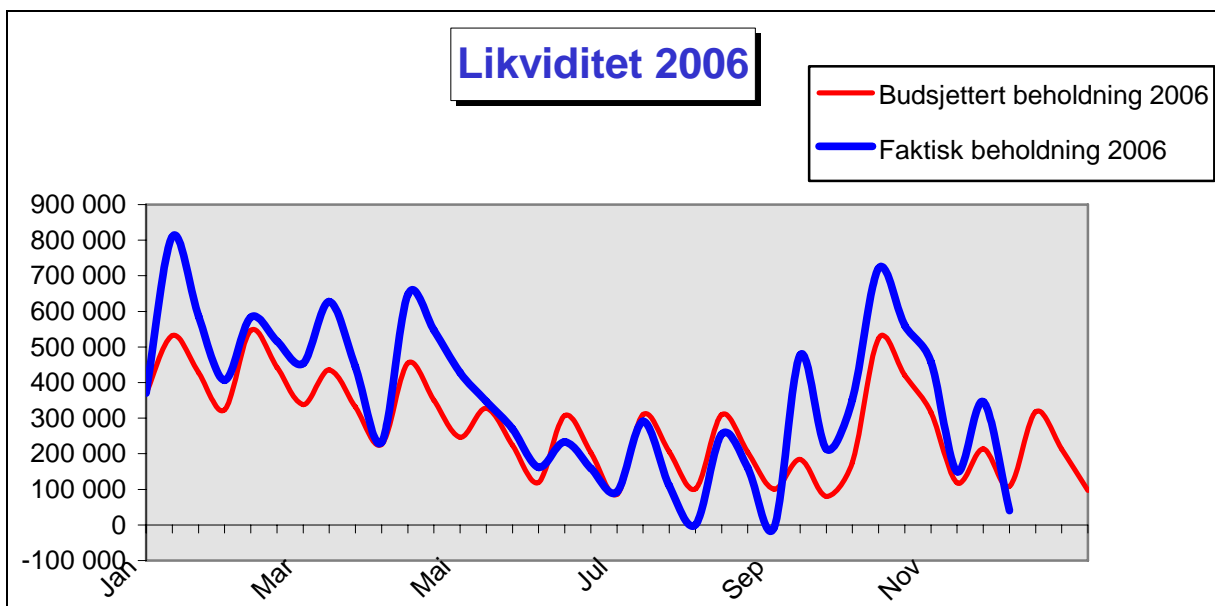
Av protokoll fra foretaksmøtet mellom HOD og Helse Nord RHF, den 25. januar 2006 fremkommer det at Helse Nord må søke Helse- og omsorgsdepartementet om utvidelse av kreditt utover dagens ramme i bankforbindelsen på 232 mill. kr. Dette på tross av vedtektenes bestemmelser. Det må deretter søkes om utvidet kreditt hos foretaksgruppens hovedbankforbindelse.

Helse Nord RHF har bedt om 300 mill. kr. i lån for 2007, noe som vil øke lånesaldoen til om lag 1,3 mrd. Dette medfører behov for å øke lånerammen.

Vurdering

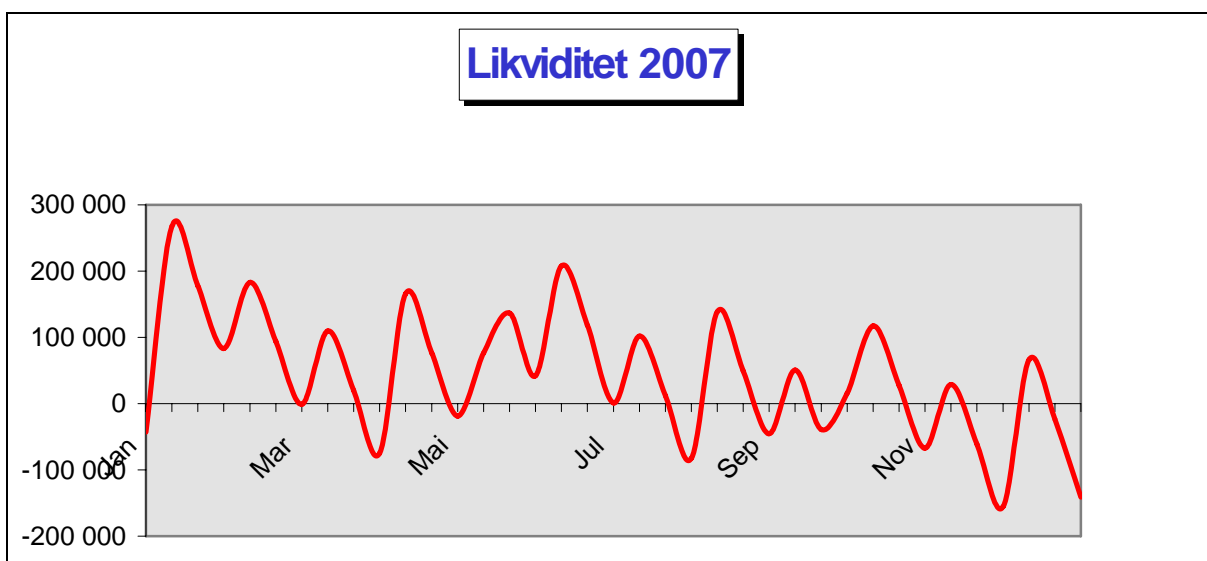
I vurdering av årlig investeringsnivå i Helse Nord har administrerende direktør lagt til grunn at kassakreditt i hovedsak ikke skal benyttes. Likviditetsutviklingen i 2006 har vært preget av svakere resultater enn budsjettert. Hittil har saktere fremdrift i investeringer enn forutsatt til dels utlignet den likviditetsforverring som større underskudd har medført. Dersom vedtatte investeringsrammer 2002-2006 benyttes vil Helse Nord være i taket av dagens ramme for kassakreditt.

Figuren viser faktisk beholdning i 2006 mot budsjettert beholdning.



Budsjettert beholdning i 2006 har forutsatt at vedtatt styringsmål nås. Svakere resultat enn budsjettert forverrer prognosen. Ut ifra et anslag på etterslep i investeringsaktivitet anslås det at utgående beholdning vil være i størrelses orden – 50 mill. kr. ved utgangen av året.

Figur og tabell nedenfor viser forventet likviditetsutvikling i 2007 dersom styringsmål i 2007 fra eier nås, og vedtatte investeringer gjennomføres.



Dersom vedtatt styringsmål på 132,8 mill. kr. i underskudd nås vil dagens ramme for kassakreditt være tilstrekkelig. Basert på beregning fra aktuar forventes det om lag 125 mill. kr. større premieinnbetalinger til Kommunal Landspensjonskasse (KLP) enn regnskapsmessig kostnad. Økt premie kommer blant annet som følge av statsbudsjettets forutsetninger om lønnsvekst (4,5 %). Likviditetsprognosen forutsetter at Helse Nord får 300 mill. kr. i lån fra eier.

Likviditetsbudsjett 2007

Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	
Budsjettert resultat	-132 800
Ordinære avskrivninger	630 000
Diff pensjonskostnad/premie	-125 000
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	372 200
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	
Ubrukte investeringsrammer 2002-2006 estimat	-180 000
Investeringsbudsjett 2007	-550 000
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-730 000
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	
Innbetaling ved opptak av ny langsiktig gjeld	300 000
Avdrag Lån	-45 000
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	255 000
Netto endring i kontanter 01.01.2007-31.12.2007	-102 800
IB 01.01.2007 estimat	-43 000
UB 31.12.2007	-145 800

Som følge av manglende budsjettgjennomføring i 2006, forventninger om større utbetalinger i pensjonspremier enn forventet i 2007, og usikkerhet i budsjett for 2007 anbefaler administrerende direktør at kassakreditrammen søkes utvidet. Dette bør gjøres også for å ta høyde for likviditetssvingninger som er vanskelig å forutse.

Helse Nord RHF har bedt om 300 mill. kr. i lån for 2007. Dette vil øke lånesaldoen til 1,3 mrd kr, og altså overstige dagens vedtekter. Det er derfor behov for å søke om at den totale lånerammen økes til 2,5 mrd kr, hvorav 1,7 mrd til investeringsformål og 0,8 mrd til driftskreditt.

Konklusjon

Administrerende direktør foreslår at kassakreditrammen søkes utvidet til 500 mill. kr., og at totale lånerammer utvides til 2,5 mrd kr, hvorav 1,7 mrd til investeringsformål og 0,8 mrd til driftskreditt.

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

1. Styret ber om at Helse Nord RHF søker Helse- og omsorgsdepartementet og hovedbankforbindelse om en kassakredittramme på 500 mill. kr.
2. Styret ber om at Helse Nord RHF søker Helse- og omsorgsdepartementet om å øke totale lånerammer til 2,5 mrd, hvorav 1,7 mrd til investeringsformål og 0,8 mrd til driftskreditt.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

STYRESAK 104-2006 REVISJON AV INTERNE LÅNERAMMER OG KASSAKREDITT

Møtedato: 13. desember 2006

Formål/sammendrag

Som følge av avviklingen av Hålogalandssykehuset HF må interne lånerammer og intern kassakreditt nyfordeles. I tillegg medfører akkumulerte underskudd, gjennomføring av investeringer og forventninger om høy premieutbetaling til KLP i 2007, behov for å endre rammer for intern kassakreditt.

Bakgrunn/fakta

Helse Nord har en samlet låneramme hos departementet på 2 mrd kr (behov for økning behandles i egen sak). Av disse er 1,85 mrd fordelt i helseforetakenes vedtekter som samlede lånerammer. Den samlede lånerammen er igjen fordelt mellom intern kassakreditt og investeringslån. Det er kun Nordlandssykehuset som har tatt opp investeringslån.

Konsernkontoordningen fungerer slik at helseforetakene i realiteten låner penger hos hverandre og RHF (intern kassakreditt), og betaler rente for dette (bankens betingelser + intern margin). Sum av ramme for kassakreditt og eventuelle investeringslån må ligge innenfor den samlede låneramme i helseforetakenes vedtekter § 12 Låneopptak.

Tabellen viser dagens lånerammer i foretaksgruppen.

Helseforetak	Samlet låneramme 2006	Herav intern kassakreditt	Herav investeringslån	Udisponert låneramme, jf vedtekter
Helse Finnmark HF	400	325	0	75
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	70	0	0	70
Hålogalandssykehuset HF	400	325	0	75
Nordlandssykehuset HF	825	175	451	199
Helgelandssykehuset HF	150	150	0	0
Sykehusapotek Nord HF	5	0	0	5
SUM	1 850	975	451	424

Hålogalandssykehuset HF har en samlet låneramme i vedtektene på 400 mill. kr. Av denne er 325 mill. kr. intern kassakreditt i konsernkontosystemet, mens 75 mill. kr. er udisponert. Disse rammene må fordeles mellom Nordlandssykehuset HF (NLSH) og Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN).

Som følge av akkumulerte underskudd og gjennomføring av investeringer har Helgelandssykehuset behov for økt ramme for kassakreditt, dvs. behov for å låne mer av andre foretak i Helse Nord. Tilsvarende vil Helse Finnmark i løpet av 2007 ha behov for økt trekkramme.

Vurdering

Helse Nord RHF skal sørge for at helseforetakene har mulighet til å betale forpliktelser på forfall. Det foreslås å øke Helse Finnmarks ramme for kassakreditt med 50 mill. kr. og Helgelandssykehusets låneramme og kassakreditt med 50 mill. kr.

Videre foreslås det å øke lånerammen til UNN fra 70 til 450 mill. kr., i hovedsak som følge av avviklingen av Hålogalandssykehuset, hvor hele rammen benyttes til intern kassakreditt. Nordlandssykehusets låneramme foreslås økt med 90 mill. kr., hvor kassakreditten økes med 75 mill. kr. Fordelingen mellom helseforetakene er basert på effekter av avviklingen.

Helseforetakene vil fremme styrevedtak på nye kassakredittrammer i løpet av desember 2006 /januar 2007. Når styrene har vedtatt nye rammer vil disse effektueres. Dersom det blir behov for endringer i forhold til denne saken vil disse fremmes i møtet, eller i sak om vedtatt budsjett 2007. Inntil videre vil eventuell likviditetsknapphet på foretakene løses gjennom overføring av forskudd.

Helseforetak	Låneramme 2007	Herav intern kassakreditt	Herav investeringslån	Udisponert låneramme
Helse Finnmark HF	400	375	0	25
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	450	450	0	0
Nordlandssykehuset HF	915	250	451	214
Helgelandssykehuset HF	200	200	0	0
Sykehusapotek Nord HF	5	0	0	5
SUM	1 970	1 275	451	244

Konklusjon

Nye lånerammer vedtas i henhold til ovenstående tabell.

I henhold til rutiner i Helse Nord skal behov for kredittrammer styrebehandles av helseforetakene. Foreslåtte beløp effektueres når styrevedtak i helseforetakene foreligger. Dersom det blir behov for endringer i forhold til denne saken vil de fremmes i møtet eller i sak om vedtatt budsjett 2007.

Vedtekter for Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF endres i tråd med nye lånerammer. Endringene fremmes i førstkommande foretaksmøte.

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

Styret vedtar lånerammer i tråd med saksutredningen. Rammene effektueres når styrevedtak fra helseforetakene foreligger.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler:

STYRESAK 105-2006 VALG AV REVISOR

Møtedato: 13. desember 2006

Sakspapirene ettersendes.

STYRESAK 106-2006 HÅLOGALANDSSYKEHUSET HF, NY ORGANISERING – RAPPORT DELPROSJEKT SOMATIKK/MEDISINSK SERVICE

Møtedato: 13. desember 2006

Formål/sammendrag

Det redegjøres i saken for innholdet i rapporten fra delprosjekt somatikk/medisinsk service, styringsgruppens anbefaling og administrerende direktørs vurdering av disse anbefalingene. Anbefalingene i rapporten er konsentrert om fagfeltene ortopedi, ØNH-virksomhet, dagbehandling, sengekapasitet og beredskapsordninger.

Administrerende direktør vurderer de i saken foreslåtte endringer som nødvendige for å sikre forutsigbar og stabil drift av tilbud med god kvalitet ved sykehusene i Narvik og Harstad. Forslagene ivaretar de basale lokalsykehusfunksjonene og gir en bedre utnyttelse av de totale faglige og økonomiske ressurser.

Bakgrunn/fakta

Rapporten fra delprosjekt somatikk/medisinsk service gir et bilde av status for klinisk virksomhet i sykehusene i dagens Hålogalandssykehuset HF. Det skisseres løsninger for nye Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) innenfor områdene: Ortopedi, ØNH-virksomhet, dagbehandling, sengekapasitet, beredskapsordninger og forhold knyttet til utdanning, rekruttering og stabilisering.

De medisinske funksjonene som er beskrevet i Hålogalandssykehuset HF er virksomheten ved kirurgiske avdelinger, medisinske avdelinger, gynekologi og fødselsomsorg, og akuttmedisinske funksjoner. Delprosjektgruppen har ikke kunnet beskrive alle funksjoner like grundig på grunn av at det er en svært omfattende virksomhet som skal beskrives. Den korte tiden som har vært til disposisjon har medført problemer med kvalitetssikring av data for alle deler av virksomheten.

Gruppen har lagt til grunn at valg av fremtidige strukturelle løsninger, skal bygge på realistiske og faglig forsvarlige tilbud til pasientene i nye UNN.

Vurdering

Helse Nord RHF har som klar strategi å styrke alle sykehusene på fagfeltene indremedisin, geriatri, psykiatri og rusbehandling. Pasienter med kroniske og sammensatte lidelser er prioriterte i vår tilrettelegging av et best mulig lokalsykehusstilbud for det store volumet av pasienter som trenger nærhet til tjenestetilbudet. Det skal i tillegg ytes trygge akutttilbud ved alle sykehus.

Indremedisinske tjenester utgjør hovedtyngden av behandlingstilbudet og behovet ved lokalsykehusene. Helse Nord har i flere år blitt pålagt av våre eiere å redusere overkapasitet og å bygge opp tilbudet på områder med underkapasitet. Overkapasiteten er i alt vesentlig definert til å gjelde kirurgiske sengeposter. Den framlagte delprosjektrapporten og anbefalingene fra styringsgruppen for Hålogalandsprosjektet medfører at de aller fleste funksjoner og tjenestetilbud ved sykehusene i Harstad og Narvik videreføres, og de anbefalte forslagene vil legge bedre til rette for den ønskede vridning i tjenestetilbudet for å få en bedre dekning av behovet for de prioriterte satsningsområdene i Helse Nord's vedtatte planer og bestillerdokument. På disse fagområdene vil det bli økte behov også i framtida og nærhet til helsehjelp er spesielt viktig for disse pasientgruppene.

Akuttberedskapen i generell kirurgi og fødetilbudet skal videreføres uten endringer ved Harstad og Narvik sykehus, i tråd med styrets vedtak om opprettholdelse av basale lokalsykehusfunksjoner.

Mange høringsinstanser uttrykker frykt for at Helse Nord RHF vil legge ned viktige funksjoner ved sykehuset i Narvik og Harstad. Helse Nord foreslår ikke å legge ned lokalsykehus eller viktige og breie tilbud til befolkningen i Hålogaland. Vårt mål er at alle nordlendinger skal ha like god mulighet for god behandling for sine helseproblemer innenfor de faglige og økonomiske rammer vi arbeider under. Dette skal arbeidsdelingen mellom sykehusene sikre.

Administrerende direktør vurderer de av styringsgruppen anbefalte endringer ved sykehusene i Hålogalandssykehuset HF i all hovedsak å være mindre justeringer/tilpasninger for å oppnå en mer optimal utnyttelse av ressursene, både fagfolk og økonomiske ressurser.

Konklusjon

I all hovedsak videreføres tjenestetilbudene til de største pasientgruppene og den akutte kirurgiske og medisinske beredskapen vil fortsatt være slik at sykehusene ivaretar et trygt og forsvarlig helsetilbud til befolkningen i området. Det foreslås i saken å endre ortopedisk beredskap i Narvik, å flytte innleggelser for ØNH-sykdommer til Harstad, og å redusere antall kirurgiske senger og personell for å få til en nødvendig vridning mot et bedre tilbud for eldre, kronikere og pasienter med psykiske lidelser og rusmisbruk. Det foreslås også å si opp lokale avtaler om drift av privatpraksis i sykehusenes lokaler, i tråd med gjeldende policy i Helse Nord.

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

1. Sykehusene i Harstad og Narvik skal videreutvikle og styrke tilbudet til prioriterte grupper pasienter; eldre med sammensatte lidelser, kronisk syke og pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer. Generell kirurgisk og indremedisinsk akuttberedskap skal opprettholdes ved begge lokalsykehusene.
2. Den spesialiserte akuttberedskapen innen ortopedi (spesialisert bakvakt) skal ivaretas av sykehusene i Harstad og Tromsø. Det ortopediske og generell-kirurgiske fagmiljøet ved nye UNN må samarbeide slik at enkle ortopediske skader fortsatt kan behandles i Narvik og slik at mer alvorlige skader blir stabilisert før transport og endelig behandling i Harstad eller Tromsø.

3. Den elektive virksomheten innen døgnbehandling for ØNH-sykdommer flyttes til Harstad. Dagkirurgisk virksomhet foreslås opprettholdt i Narvik i regi av helseforetaket
4. Kirurgiske senger reduseres med totalt 10 senger i Harstad og Narvik for å legge til rette for økt dagkirurgisk virksomhet og det opprettes 5 hotellsenger ved hver av fødeavdelingene.
5. Antall årsverk ved de kirurgiske sengepostene i Narvik og Harstad reduseres med 34.
6. Universitetssykehuset Nord-Norge HF anbefales å si opp lokale avtaler om privatpraksis i lokalsykehusenes lokaler.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Rapport fra delprosjekt somatikk/medisinsk service med vedlegg
– *tidligere tilsendt*
Høringsuttalelser med oppsummering

UTREDNING

Innledning

Det vises til styrevedtak i Helse Nord RHF av 20.juni 2006 vedrørende styresak 53-2006 Hålogalandssykehuset HF – ny organisering. I dette styremøtet ble Hålogalandssykehuset HF vedtatt avvirket som eget foretak fra 1. januar 2007. Sykehusene i Narvik og Harstad organiseres som del av Universitetssykehuset Nord-Norge HF fra 1. januar 2007.

Målet for prosjektet er å integrere Hålogalandssykehusets kliniske avdelinger og medisinske serviceavdelinger i Harstad og Narvik med tilsvarende avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, og å identifisere muligheter for varige kostnadsbesparelser i det nye helseforetaket.

Delprosjektet har krevd betydelig arbeidsinnsats, og med de tidsrammer som er satt for prosjektet, har det ikke vært mulig å fullføre enkelte analyser og konsekvensutredninger så grundig som man kunne ønsket. Det erkjennes at integreringen av Harstad og Narvik i UNN er et omfattende prosjekt, som krever omstilling både i Harstad, Narvik og Tromsø. Omstillingsprosjektet vil kreve betydelige ressurser i form av arbeidsinnsats fra alle ansatte.

Bakgrunn

Det opprinnelige mandatet for delprosjekt somatikk/medisinsk servicevirksomhet, vedtatt i styringsgruppen og av prosjekteier den 30.08.06, var svært omfattende (vedlegg 1). Grunnet bekymring over manglende framdrift i arbeidet fra styringsgruppe og prosjekteier, ble mandatet endret i brev av 16.10.06 fra prosjekteier. Følgende avgrensning av mandatet fremkommer:

I styresak 53-2006 Hålogalandssykehuset HF – ny organisering vedtok styret i Helse Nord RHF under punkt 7:

Styret i Helse Nord RHF forutsetter at de foreslåtte endringer av foretaksstrukturen ledsages av en grundig gjennomgang av de medisinske funksjoner ved de enkelte sykehusenheter i nåværende Hålogalandssykehuset HF. Det forutsettes videre at disse sykehusene skal ivareta basale lokalsykehusfunksjoner for befolkningen i nedslagsfeltet.

Oppdraget ble senere spesifisert – etter anmodning fra styringsgruppen – som følger:

- *Ortopedi:* Her bør prosjektgruppen se på det samlede tilbudet i Nye Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
- *Øre-nese-hals:* Her bør prosjektgruppen se på det samlede tilbudet i Nye Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
- *Dagkirurgi:* Nyere data viser at Helse Nord har relativt lite dagkirurgi. Dette bør vurderes i alle tre enhetene.
- *Sengekapasitet:* Her bør prosjektgruppen vurdere færre senger og bedre ressursutnyttelse mellom de tre enhetene. En bør også vurdere om senger i sykehusavdelinger kan erstattes med hotellsenger i Harstad og Narvik.
- *Beredskapsordninger:* Her bør prosjektgruppen se på vaktordninger (f. eks. antall skift) innen ortopedi og øre-nese-hals og ev. andre spesialiteter.

Basale lokalsykehusfunksjoner er av prosjekteier definert slik, for arbeidet med denne rapporten:

Generelt:

Begrepet basale lokalsykehusfunksjoner er i dette prosjektet generelt anvendt for å avgrense et lokalt spesialisttilbud på sykehusnivå. Et sykehus med basale lokalsykehusfunksjoner har en tilstrekkelig breddekompetanse til å håndtere de vanligst forekommende behov for

spesialisthelsetjenester. Nettopp å fokusere på det vanlige, ivaretar både den typiske etterspørselen i befolkningen og kravet om tilstrekkelig volum for å opprettholde kompetanse.

Vurderingskompetanse til å avgjøre om en pasient trenger et mer spesialisert sykehusstilbud inngår i lokalsykehusfunksjonen. Videre forutsettes kompetanse til å stabilisere akutt pasienter med behov for transport til en mer spesialisert behandlingsenhet. For å ivareta disse samlede oppgaver forutsettes at akuttberedskap inngår i den basale lokalsykehusfunksjonen.

Lokalsykehusfunksjonen innebærer å ha et basisansvar for spesialisthelsetjenester for den befolkning som omfattes av lokalsykehusets opptaksområde (blir definert i løpet av prosjektarbeidet). Dermed følger at lokalsykehusfunksjonen også forutsetter betydelig samhandlingskompetanse med de ulike ledd i helsetjenesten, både i forhold til primærhelsetjenesten og andre sykehus i den samlede behandlingsskjede.

Konkret og operasjonelt:

Mer spesifikt avgrenses de basale lokalsykehusfunksjoner til følgende fagområder: kliniske funksjoner innen generell indremedisin og generell kirurgi samt fødselshjelp (med unntak for kompliserte fødsler som skal håndteres ved avdeling med status som Kvinneklinikk). Det skal være døgnkontinuerlig vaktberedskap for generell indremedisin og generell kirurgi. I tillegg forutsettes nødvendige støttefunksjoner innen anestesi, røntgen og laboratoriemedisin å inngå i denne avgrensningen av basale lokalsykehusfunksjoner.”

Delprosjektgruppen la frem sluttrapporten for delprosjekt somatikk/medisinsk service den 9.november. Rapporten er deretter behandlet i styringsgruppen for Hålogalandsprosjektet den 13.november. Rapporten ble sendt til høring hos berørte kommuner, brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og helseforetak den 15.november, med høringsfrist 1.desember.

Anbefalinger fra delprosjektgruppen

Delprosjektet har utredet forslag til framtidige løsninger for somatisk virksomhet innen Nye UNN. Følgende har vært førende for denne utredningen:

- Nye UNN skal ha gjennomgående faglig ledelse på tvers av lokasjon og driftes som ett sykehus.
- Det skal identifiseres tiltak for samordningsgevinster og synergieffekter av sammenslåingen
- ivareta forutsetninger som er nedfelt i styresaken om at Harstad og Narvik sykehus skal ivareta basale lokalsykehusfunksjoner for befolkningen i nedslagsfeltet
- Ivareta Helse Nords føringer i forhold til fagområder hvor sentralisering er vedtatt, eks. kreftkirurgi og ortopedi
- Nye UNN skal gi pasientene
 - trygg, god og rett behandling
 - gjøre Nye UNN i stand til å følge med i den faglige utviklingen og sikre kvaliteten på tilbudet til pasientene
 - utvikle en tidsriktig, robust og fleksibel infrastruktur for spesialisthelsetjenesten

Forutsetningen om at Nye UNN skal ha gjennomgående faglig ledelse på tvers av lokasjon og driftes som ett sykehus, ble vedtatt av styringsgruppen i en tidlig fase av prosjektet, og denne forutsetningen er også senere vedtatt av styret i UNN HF. Det har vært intern uenighet i delprosjektgruppen på hvorvidt en skulle godta å ikke beskrive alternative organisatoriske løsninger for det framtidige UNN HF. Det er i særlig grad de tillitsvalgte i gruppen som har vært kritiske til at rapporten ikke skulle omfatte organisering i det nye helseforetaket, noe som framkommer av uttalelse som ble mottatt etter at rapporten var behandlet i styringsgruppen og som ligger som trykt vedlegg til saken.

Forut for endringen av mandatet var det beskrevet faglige tilbud, administrative og økonomiske forhold ved de tre enhetene, som nå er tatt ut av rapporten. Disse forhold er beskrevet i vedleggsdelen av rapporten.

Rapporten gir et bilde av status for klinisk virksomhet i sykehusene i dagens Hålogalandssykehuset HF, og skisserer løsninger for nye UNN innenfor områdene: Ortopedi, ØNH-virksomhet, dagbehandling, sengekapasitet, beredskapsordninger og forhold knyttet til utdanning, rekruttering og stabilisering.

De medisinske funksjonene som er beskrevet i Hålogalandssykehuset HF er virksomheten ved kirurgiske avdelinger, medisinske avdelinger, gynekologi og fødselsomsorg og akuttmedisinske funksjoner. Delprosjektgruppen har ikke kunnet beskrive alle funksjoner like grundig på grunn av at det er en svært omfattende virksomhet som skal beskrives og den korte tiden som har vært til disposisjon har medført problemer med kvalitetssikring av data for alle deler av virksomheten.

Gruppen har lagt til grunn at valg av fremtidige strukturelle løsninger, skal bygge på realistiske og faglig forsvarlige tilbud til pasientene i nye UNN. Faglige argumenter, politiske føringer og tilgjengelige ressurser i form av penger og fagfolk, er lagt til grunn for anbefalingene. Delprosjektgruppens anbefalinger er ikke enstemmige på alle punkter, og det foreligger dissenser til noen av kapitlene/punktene i rapporten. Anbefalingen om valg av modell for framtidig løsning innen ortopedi for nye UNN er delt ved at det foreligger en mindretalls- og en flertallsanbefaling. Delprosjektgruppen har gitt følgende anbefalinger til løsninger:

Anbefalt løsning for ortopedi

Gruppen er delt i sin innstilling til anbefaling av løsning for ortopedi.

Tre av gruppens medlemmer anbefaler en modell som innebærer å fjerne beredskap for akutt ortopedi i Narvik. Alternativet innebærer at det rendyrkes en elektiv produksjonslinje i ortopedi i Narvik og at akutte innleggelser med behov for umiddelbare tiltak må sendes til Harstad eller Tromsø. Mindretallets argumentasjon er at erfaringer fra andre deler av landet tilsier at det er hensiktsmessig for pasientene i landsdelen å organisere den elektive ortopedien i en skjermet elektiv enhet. Ventetid, kvalitet på utredning og behandling og kostnadseffektivitet kan bedres gjennom slik organisering. I tråd med dette foreslås at elektiv ortopedi rendyrkes i Narvik. Virksomheten anbefales likevel planlagt slik at det er kapasitet til å behandle skader som er av en slik karakter at innleggelse og endelig behandling (operasjon) påfølgende dag er hensiktsmessig.

Flertallet i gruppen på syv representanter mener at en modell med opprettholdelse av dagens organisering med økt volum på pasientbehandling, fra dagens UNN til Harstad og Narvik, må anbefales ut fra at denne modellen er den som best vil ivareta en fleksibel utnyttelse av de totale ressurser i nye UNN.

Anbefalt løsning for ØNH

En enstemmig gruppe går inn for å beholde dagens modell med en del økning i dagkirurgisk virksomhet i Harstad. Elektiv virksomhet i regi av Narvik sykehus bør vurderes med hensyn på om den kan økes og evt. erstattes av ØNH-lege i foretaket. Denne virksomheten ivaretas i dag av privatpraktiserende avtalespesialist som leies inn 2 uker pr. måned.

Anbefalt løsning for dagbehandling

Innenfor de operative fagene foregår det en rask utvikling mot stadig mindre invasiv kirurgi (undersøkelsesmåte som krever innføring av redskap gjennom innstikk gjennom hud eller slimhinne) som sammen med endringer i utrednings- og behandlingsopplegg, vil øke behovet for fasiliteter til dagbehandling. I tillegg til behov for hotell og egnede skjærmede operasjonsarealer stiller denne endringen nye krav til pre- og postoperativ utredning, informasjon og oppfølging. En enstemmig arbeidsgruppe mener at omlegging til økt dagbehandling er et stort felt som nye UNN må ta tak i. Dette bør bli et satsningsområde for det nye helseforetaket da det kan flytte betydelige volum av pasienter ut fra de tradisjonelle sengepostene.

Anbefalt løsning sengekapasitet

Flertallet av gruppen slutter seg til at Hålogalandssykehuset HF har et for høyt antall senger i forhold til befolkningsgrunnlaget. For å oppnå nødvendige kostnadsreduksjoner, bør antall heldøgnsenger reduseres både i Harstad og i Narvik. Flertallet i gruppen mener en slik reduksjon forutsetter at enhetene i større grad benytter dagbehandling og hotellplasser, noe som er i tråd med moderne prinsipper for sykehusdrift.

Det er i rapporten dokumentert at sengekapasiteten i indremedisin er for liten. Dette gjenspeiles i høy beleggprosent ved de tre sykehusene og i antallet korridorpasienter som er særlig høyt ved indremedisinske avdelinger ved UNN. Med bedret faglig og kvantitativ kapasitet i sykehjemsomsorgen er det mulig å redusere sengetallet i indremedisin noe.

Hotellkapasiteten i Harstad kan utvides med flere senger og det bør etableres pasienthotell eller hotellsenger i Narvik. Flertallet i gruppen finner at det er for mange senger på gyn/fødeenheter i Harstad og Narvik og disse enhetene bør omgjøre 5 senger på hvert sted til hotellsenger.

Anbefalt løsning beredskapsordninger

Gruppen finner ikke at det vil være økonomiske gevinster ved endring av vaktberedskap og beredskapsordninger i enhetene i nye UNN. Beredskapsordningene bør fortsette som i dag ved alle enhetene også på grunn av spesialistutdanningen og bedret tilgang på spesialistvurdering. Dagens vaktssystem på UNN er grunnlag for tilgang på kompetanse innen alle subspecialitetene for hele landsdelen.

Ut over disse anbefalingene innen de fokusområdene som mandatet skisserer, har gruppen vært opptatt av å synliggjøre en rekke andre tiltak som kan bedre rekruttering, stabilisering og utdanning i nye UNN. Hospiteringsordninger og ambulering mellom enhetene er noen av forslagene.

Høringsuttalelser

Det er kommet inn 33 høringsuttalelser pr. 3. desember 2006. Disse ligger ved saken som trykte vedlegg i tillegg til en liste over høringsinstanser med sammenfatning av innholdet i høringsuttalelsene. Mange av høringsuttalelsene har kritiske kommentarer til prosessen og tempoet i prosjektet. Styringsgruppens kommentar er at en har fulgt de bestillinger som er kommet fra styret og lagt opp tempoplanen for å overholde frister for behandling i Helse Nord - styret. Styringsgruppen har ingen forslag til at disse momentene endrer fremdriften i prosjektet og forutsetter derfor at saken behandles 13.12.06, som har vært rettesnoren for det tette løpet som har lagt til grunn for prosjektet.

Et annet tema som går igjen er problemstillinger knyttet til organisasjonsprinsippet om gjennomgående faglig ledelse som styret i UNN har lagt til grunn for utvikling av ny organisasjonsplan for UNN. Styringsgruppen mener intern organisering av helseforetak er helseforetakenes ansvar.

Mange høringsinstanser peker på at forslagene fra styringsgruppen mangler konsekvensvurdering og at prosessen har vært for stram til at slike vurderinger kunne vært innhentet. Enkelte høringsuttalelser hevder at Harstad bygges opp og Narvik reduseres. Det hevdes også fra flere hold at det kun er Harstad og Narvik som reduseres og ikke UNN. Noen av høringsuttalelsene går på enkeltforslag eller deler av styringsgruppens anbefaling. Felles for disse er at fokus er på område for egen virksomhet, slik som at akuttavdelingen ved Narvik sykehus ikke mener det er forsvarlig å vurdere nivådeling innen intensivavdelingene og at privatpraktiserende spesialister synes det ikke er godt nok begrunnet at de ikke kan drive sin privatpraksis i sykehusenes lokaler.

Bjarkøy og Harstad kommuner er opptatt av at mer dagbehandling vil gi merbelastning på primærhelsetjenesten og at kommunene ikke har økonomi til å bygge flere sykehjemsplasser. Høringsuttalelser fra medisinskfaglige miljøer i sykehusene påpeker imidlertid at økt dagbehandling og bruk av hotellsenger er riktig og bra for pasientene.

Tysfjord kommune er opptatt av at ambulansen i kommunen ikke må være borte fra kommunene lenger enn i dag for at akuttberedskapen vil bli dramatisk forverret. Narvik kommune mener det er uforståelig å redusere betydelig overkapasitet i Harstad ved å legge ned tilbud i Narvik. De mener dette er uforsvarlig og vil medføre et betydelig dårligere tilbud til pasientene ved Narvik sykehus.

Flere høringsinstanser peker på at det ikke er akseptabelt at tjenestetilbudet innen ØNH-sykdommer faller helt bort i Narvik. Dette er da heller ikke tilfelle. Styringsgruppen har foreslått å overføre døgninnleggelsene til ØNH-avdelingen i Harstad og har etter gjennomgang av høringsuttalelsene justert sin anbefaling til administrerende direktør. Både det polikliniske tilbudet og dagbehandlingen kan fortsette enten gjennom tilbud fra den privatpraktiserende spesialisten, i egne lokaler, eller gjennom virksomhet i regi av helseforetaket. Dersom privat spesialist i Narvik ønsker ansettelse i UNN, vil slik stilling bli tilbudt.

Når det gjelder bortfall av døgnkontinuerlig spesialistberedskap i ortopedi fokuseres på den virkning dette har for pasienter med bruddskader og transportvei, og effekten for rekruttering og utdanning.

Administrerende direktørs vurdering

Helse Nord RHF har som klar strategi å styrke alle sykehusene på fagfeltene indremedisin, geriatri, psykiatri og rusbehandling. Pasienter med kroniske og sammensatte lidelser er prioriterte i vår tilrettelegging for et best mulig lokalsykehusstilbud for det store volumet av pasienter som trenger nærhet til tjenestetilbudet.

Indremedisinske tjenester utgjør hovedtyngden av behandlingstilbudet og behovet ved lokalsykehusene. Helse Nord har i flere år blitt pålagt av våre eiere å redusere overkapasitet og å bygge opp tilbudet på områder med underkapasitet. Overkapasiteten er i alt vesentlig definert til å gjelde kirurgiske sengeposter.. Dette både pga nye metoder, teknologisk utvikling og at veksten i sykdomstilstander som ikke krever kirurgi har vært stadig økende de siste 5-10 årene. Den framlagte delprosjektrapporten og anbefalingene fra styringsgruppen for Hålogalandprosjektet medfører at de aller fleste funksjoner og tjenestetilbud ved sykehusene i Harstad og Narvik videreføres, og de anbefalte forslagene vil legge bedre til rette for den ønskede vridning i tjenestetilbudet for å få en bedre dekning av behovet for eldre, kronikere, pasienter med psykiske lidelser og rusmisbruk. På disse fagområdene vil det bli økte behov også i framtida og nærhet til helsehjelp er spesielt viktig for disse pasientgruppene.

Akuttberedskapen i generell kirurgi og fødetilbudet skal videreføres uten endringer ved Harstad og Narvik sykehus. Dette er i tråd med Soria-Moria-erklæringen og styrets vedtak om opprettholdelse av basale lokalsykehusfunksjoner. Det har ikke vært vurdert å endre disse viktige funksjonene. Akutt hjerte- og lungesyke, som utgjør den kanskje vesentligste pasientgruppen ved lokalsykehus, vil fortsatt få sitt akutt-tilbud ved Harstad og Narvik sykehus.

Noen frykter at Helse Nord RHF vil legge ned viktige funksjoner ved sykehuset i Narvik, og mange av høringsuttalelsene kan tyde på at denne angsten er uttalt i de berørte institusjoner og kommuner i opptaksområdene. Helse Nord vil ikke legge ned lokalsykehus eller viktige og breie tilbud til befolkningen i Hålogaland. Alle sykehusene skal bestå. Men vi må ha et helhetlig syn på sykehusstilbudene i landsdelen og i det enkelte helseforetaks geografiske ansvarsområde. Vårt eneste mål er at alle nordlendinger skal ha like god mulighet for å få god behandling for sine helseproblemer. Dette skal arbeidsdelingen mellom sykehusene sikre. Det betyr brede tilbud til mange pasienter lokalt og samling av det mer sjeldne og når den høyspesialiserte behandling gir best garanti for et godt resultat.

Styringsgruppen for prosjektet behandlet rapporten i sitt møte 13.11. Styringsgruppen har hatt forventinger om at det skulle identifiseres tiltak som skulle gi kostnadsbesparelser i form av samordningsgevinster og synergieffekter, slik styrets vedtak i sak 53/2006 legger opp til. Sett i forhold til de økonomiske utfordringer både Helse Nord og UNN står ovenfor i 2007, ønsket derfor styringsgruppen i sine anbefalinger å gå noe utover de anbefalinger som delprosjektgruppen har gjort.

Administrerende direktør vurderer de av styringsgruppen anbefalte endringer ved sykehusene i Hålogalandssykehuset HF i all hovedsak å være mindre justeringer/tilpasninger for å oppnå en mer optimal utnyttelse av ressursene, både fagfolk og økonomiske ressurser.

Delprosjektet har krevd betydelig arbeidsinnsats, og med de tidsrammer som er satt for prosjektet, har det ikke vært mulig å fullføre enkelte analyser og konsekvensutredninger på et så detaljert plan som man kunne ønsket. Dette gjelder både for personalmessige/ arbeidsmiljømessige og økonomiske analyser. Anbefalingene fra styringsgruppen er av denne grunn tatt bare der styringsgruppen har funnet faglig og økonomisk grunnlag for det. Hovedprinsippet for beslutningene har vært hensynet til kvalitet i pasientbehandlingen og satsingen på ombygging til et moderne lokalsykehus i Narvik, gjennom Prosjekt Sykehusaugen. Dette tilsier en noe forskjellig utvikling for de to lokalsykehusene i framtiden.

Administrerende direktør ga delprosjektgruppen nytt mandat, den 16. oktober 2006, begrenset til å beskrive dagens kliniske avdelinger i Hålogalandssykehuset og foreslå alternative modeller for samordning/integrering av virksomhetene i nye UNN i forhold til ortopedi, ØNH-virksomhet, andelen døgn/dagbehandling, sengekapasitet og beredskapsordninger. For anbefalinger til styret gjøres en gjennomgang i samme rekkefølge som delprosjektrapporten er bygd opp.

Ortopedi:

Delprosjektgruppen har vurdert seks alternative løsninger. De fire første er vurdert til ikke å være aktuelle da de er i strid med prosjekteiers definisjon av basale lokalsykehusfunksjoner.

Modellen som mindretallet i prosjektgruppen går inn for, går ut på at man har akuttberedskap i generell kirurgi og ortopedi i Harstad og generell kirurgi i Narvik med kun elektiv ortopedi i Narvik. Resten av gruppen går inn for modellen som innebærer en opprettholdelse av dagens situasjon; både beredskap i ortopedi og generell kirurgi i Harstad og i Narvik. Modellen forutsetter økt aktivitet ved å overta pasienter fra UNN Tromsø. Andre forutsetninger er at en fortsatt har må ha innleie av vikarer ved begge enhetene.

Styringsgruppen har sluttet seg til mindretallets anbefaling. Det er mangel på spesialister og økonomiske ressurser samt nasjonale og internasjonale faglige standarder som gjør at modellen med en ren elektiv produksjonslinje i Narvik anbefales. Styret i Helse Nord vedtok også i styresak 55-2004 følgende: *”Det framlagte forslag om å samle de ortopediske fagressursene og tilbudene ved ett senter i hvert helseforetak vedtas.”*

Modellen sparer utgifter for ett vaktsjikt i Narvik (ingen ortopedivakt, slik som de har i dag) og styringsgruppen anser at det er vanskelig å få overført så mange pasienter fra UNN at det vil være stort nok volum på behandlingen til å fylle dagen for 4 ortopeder både i Narvik og Harstad, som i framtiden må til for å oppfylle en lovlig vaktordning for beredskap i både generell kirurgi og ortopedi. Det er heller ikke grunnlag for å opprettholde dobbel vaktberedskap både i Narvik og Harstad når en vurderer det lave antallet akutte henvendelser innen ortopedi på ubekvem tid av døgnet. Bortfall av egen vaktberedskap for ortopedi vil ikke ha betydning for utdanningen av turnusleger, assistentleger og sykepleierstudenter. Denne vil være som i dag da sykehuset ikke er godkjent som utdanningsinstitusjon i ortopedi, kun i generell kirurgi, noe som ikke blir berørt av disse endringene.

Erfaringer fra andre deler av landet tilsier også at det er hensiktsmessig for pasientene i landsdelen å organisere den elektive ortopedien i en skjermet enhet. Det fremgår av rapport fra arbeidsgruppe ortopedi i Helse Finnmark at det er nasjonal/internasjonalt konsensus om følgende behov for beredskap for å kunne håndtere den akutte ortopedien i lokalsykehus:

Tilstander som fordrer akutte tiltak raskest mulig:

- Store blødninger og opphevet/sterkt redusert sirkulasjon
- Åpne brudd og sårskader
- Smertelindring
- Hemodynamisk ubalanse

Dette er tiltak som uten større problem kan takles av vakthavende lege ved generell kirurgisk avdeling gitt tilstrekkelig opplæring og trening. Om vakthavende generell kirurg skal tildeles ansvar for tilstander som nevnt ovenfor fordres det at foretaket etablerer nødvendig opplæring av generell kirurgene samt utarbeider klare behandlingsrutiner. Dette har foretaket både tilstrekkelig ortopedisk kompetanse til og mulighet for å gjennomføre innefor rammen av den ortopediske virksomhet som skjer ved de to sykehusene i HHF i dag.

Tilstander som kan vente og evt. gjennomføres planlagt fortrinnsvis på dagtid av ortoped, jf. internasjonale og nasjonale standarder:

- Endelig vurdering/reponering/fiksering åpne og lukkede brudd
 - lårhalsbrudd innen to døgn
 - håndleddsbrudd innen syv døgn
 - andre ekstremitetsbrudd og brudd i aksialt skjelett (uten stor blødning eller nevrologisk utfall) innen tre døgn

Utfordringen ved disse tilstandene ligger på det diagnostiske plan som rent teknisk sett er relativt standardisert og enkel. Primært dreier det seg om evne til å gjennomføre og fortolke relevant klinisk undersøkelse samt billeddiagnostikk. Billeddiagnostikk fordrer tilgjengelighet til relevant røntgendiagnostikk, primært vanlig skjelettrøntgen evt. supplert med CT-diagnostikk. Det er vurderingen av de funn som gjøres på basis av de kliniske og tekniske undersøkelser og hvilke tiltak dette fordrer som er den primære utfordringen for klinikerer i akuttmottaket.

Ut over den rent ortopedtekniske diagnostikk og vurdering stilles også klinikerer ovenfor utfordringen ved å takle pasienten som et helt menneske. Det innebærer håndtering av pasientens smerte og redsel. For den eldre pasient, med sammensatte lidelser, kan også annen sykdom som påvirker mulighet for behandling ut over den akutt ortopediske skade være en utfordring. Videre er eldre pasienter ved akutt lidelse i større grad enn yngre utsatt for situasjonsbetenget forvirring. Disse og flere andre forhold kan vanskeliggjøre den primære ortopediske diagnostikk og fordrer tilgang til bred medisinsk kompetanse ivaretatt av et team bestående av indremedisiner, anestesilog og kirurg med mulighet for radiologiske og klinisk-kjemiske støttetjenester (Kilde: *Rapport arbeidsgruppe ortopedi i Helse Finnmark, juni 2006*). Alle disse funksjoner er foreslått opprettholdt i Narvik.

En ren elektiv produksjon gir en effektiv utnyttelse av ressursene, er god for pasientene, som slipper forskyvning etc. pga ø-hjelp som uroer operasjonsprogrammet og ventetiden vil gå ned totalt sett. Også den vanskelige rekrutteringssituasjonen for spesialister innen ortopedi tilsier at det vil bli vanskelig å opprettholde døgnkontinuerlig akuttberedskap på 3 enheter og samtidig ha en meningsfylt arbeids- og operasjonsdag for det antall spesialister som da må til. Styringsgruppen holder fast på sin anbefaling også etter at høringsuttalelsene er gjennomgått. Det er i dag 98, 5 % av ø-hjelpstilfellene som behandles på dag- og ettermiddagstid, og disse tilfellene vil fremdeles bli behandlet i Narvik.

Administrerende direktør slutter seg derfor til vurderingene som styringsgruppen og mindretallet i delprosjektgruppen har gjort, og anbefaler styret å vedta en ren elektiv ortopedisk virksomhet i Narvik.

ØNH-virksomheten

Delprosjektgruppen har utredet tre alternative løsninger. Dagens modell anbefales opprettholdt med elektiv operativ virksomhet og akuttberedskap i Harstad, og elektiv operativ virksomhet i Narvik.

En modell med redusert beredskap i helgene ved Harstad sykehus er vurdert i forhold til mulige innsparinger, men gruppen konkluderer med at det ikke vil være lønnsomt pga at transportutgiftene på akutte innleggelser i Tromsø i helgene vil overgå utgiftene til en full beredskap i Harstad. Gruppen mener det er kapasitet til økt produksjon i Harstad, men ønsket ikke å vurdere en modell med samling av den operative ØNH-virksomheten i dagens Hålogalandssykehuset HF i ett sykehus.

Styringsgruppen sluttet seg i hovedtrekk til den anbefalte modell som opprettholder akuttberedskapen i Harstad, men de mener den elektive operative døgnvirksomheten i Narvik bør ivaretas ved ØNH-avdelingen i Harstad. Både for å øke volumet av operasjoner for de 4 spesialistene som er i Harstad og fordi ØNH-virksomhet ikke er en virksomhet som omfattes av basale lokalsykehus funksjoner. Det er imidlertid ikke kapasitet på UNN til å ta i mot pasienter fra både Harstad og Narvik, og derfor anbefales et ØNH-tilbud opprettholdt i Harstad. Etter gjennomgang av høringsuttalelsene i møte 4. desember har styringsgruppen ønsket å presisere at dagbehandling og eventuell poliklinisk behandling fortsatt kan ivaretas i Narvik i regi av helseforetaket for eksempel gjennom faste ambuleringsdager til Narvik.

ØNH-virksomheten i Narvik drives i dag av en privatpraktiserende avtalespesialist som er i Narvik to uker i måneden. Avtalespesialisten er leid inn av sykehuset for å drive den operative virksomheten. Den polikliniske virksomheten i Narvik drives av den private avtalespesialisten som privatpraksis. Denne er regulert av rammeavtaler og individuell avtale mellom spesialisten og Helse Nord RHF og kan ikke endres som resultat av Hålogalandsprosjektet. Avtalepraksisen vil derfor kunne gå uendret i framtiden og befolkningen i Narvik og omegn vil ha tilbud om utredning og poliklinisk behandling som før.

I Harstad har ØNH-avdelingen en overkapasitet. Det synes fornuftig å utnytte denne kapasiteten mer optimalt ved å flytte innleggelser til Harstad, og at ØNH-spesialistene i Harstad ambulerer til Narvik for dagkirurgisk virksomhet for pasientene i opptaksområdet til Narvik sykehus. Aktiviteten i Narvik er 345 operasjoner (herav 166 dagkirurgiske opphold) og i Harstad er det 759 (herav 265 dagkirurgiske opphold). Totalt sett er dette volumet ikke større enn at det bør kunne håndteres av de 4 spesialistene i Harstad gjennom en ambuleringsordning for dagkirurgisk behandling i begge sykehusene.

Administrerende direktør anbefaler derfor å konsentrere operativ ØNH-virksomheten i Harstad, men med opprettholdelse av et dagkirurgisk tilbud i Narvik gjennom faste ambuleringsdager for spesialistene i foretaket.

Avtaler med private

Det er for alle parter ønskelig at det er klart hvilket tilbud som ytes av sykehuset og hva som skjer i privat regi. Dette er også i tråd med politiske føringer og prinsippvedtak i Helse Nord's styre. Leieavtalene mellom sykehuset og de private spesialistene er foreslått sagt opp. Avtalene innebærer at spesialistene leier lokaler, utstyr og hjelpepersonell ved sykehuset. Driftsavtalen som Helse Nord har med de private spesialistene er ikke foreslått oppsagt. Vi håper at disse spesialistene ønsker å drive sine virksomheter i Narvik og Harstad videre i egen regi i lokaler utenfor sykehuset. Hvis det ikke skjer, må vi vurdere andre løsninger, for eksempel å lyse ut driftsavtalene på nytt, eller å dekke behovet med ambulering fra andre sykehus. Andre sykehus i Nord-Norge har allerede gjennomført et slikt klart skille mellom privat og offentlig virksomhet.

Administrerende direktør anbefaler derfor lokale avtaler om leie av lokaler, utstyr og hjelpepersonell i sykehusene sagt opp innen 010107, slik de er gjort i flere andre helseforetak innen Helse Nord.

Dagbehandling

Delprosjektgruppen mener at nye UNN må satse sterkt på å øke dagbehandling i hele foretaket. Ved opprettelse av hotellsenger og egnede operasjonslokaler kan dette tilbudet økes betydelig ved alle tre enhetene i nye UNN. Dagbehandlingsopplegget må være konkurransedyktig og kunne snu pasienter på vei til Sør-Norge og til tilbud i egen regi, mener delprosjektgruppen.

Styringsgruppen har sluttet seg til de anbefalinger som delprosjektgruppen har lagt fram i forhold til behovet for å øke andelen dagbehandling framfor døgnbehandling. Det er vanskelig å beregne gevinster her, men det er et betydelig potensial for kutt av senger ved økt dagbehandling og bruk av hotellsenger.

Sammenlignet med andre helseregioner er det i Helse Nord generelt et potensial til å ta i bruk mer dagkirurgisk behandling. Tallene for andel dagbehandling har imidlertid økt de siste årene også i Helse Nord. Administrerende direktør vurderer dagkirurgisk behandling til å være et omsorgsnivå som er kostnadseffektivt og hvor potensialet ennå ikke er fullt utnyttet. For å utnytte de muligheter som dagbehandling gir, kreves det at anestesileger, kirurger og sykepleiere jobber tett sammen, utvikler og videreutvikler sin kompetanse, ferdigheter og behandlingsteknikker slik at repertoaret innen dagkirurgiske tjenestetilbud kan utvides. Moderne behandling særlig innen kirurgiske fag må også være et tilbud til pasienter i nye UNN i større grad enn tilfellet er i dag.

Sengekapasitet

Delprosjektgruppens flertall er enig om at det er et potensial for å redusere sengekapasiteten både i Harstad og Narvik. Delprosjektgruppen har imidlertid ikke vært villige til å sette tall på hvor mange senger som kan reduseres eller hvor disse befinner seg i dag. Styringsgruppen mener det er grunnlag for en reduksjon av til sammen 20 heldøgnsenger ved de to sykehusene i Hålogalandssykehuset HF. Det er også i rapporten gjort en anbefaling om at pleiefaktor på de kirurgiske sengepostene bør være 1,2. Dette vil gi grunnlag for reduksjon av stillinger i størrelsesorden 37 stillinger. Ved omgjøring av noen av sengene til hotellsenger vil en måtte bruke 2-4 stillinger for å betjene hotellfunksjonen, noe som gir et innsparingspotensial totalt på ca. 34 stillinger. Beregnet kostnadsreduksjon vil da være ca. 17 millioner, jfr. beregninger som legges til grunn ved budsjettering av årsverk (500 000,- pr. årsverk).

Styringsgruppen finner at det er flere senger pr. 1000 innbyggere i Hålogalandssykehuset enn landsgjennomsnittet. Det er ikke dokumentert større sykелighet i befolkningen i området, og Hålogalandssykehuset har i likhet med Helgelandssykehusets opptaksområde det største sykehusforbruket i regionen. Flertallet i styringsgruppen har derfor anbefalt:

1. Reduksjon av heldøgnsenger til fordel for opprettelse av hotellsenger
2. Redusere med 5 kirurgiske senger både i Harstad og Narvik.
3. Omgjøre fem føde/gyn senger til hotellsenger både i Harstad og Narvik (lavt omsorgsnivå)
4. To ØNH-senger kan kuttes i Narvik dersom elektiv operativ virksomhet flyttes til Harstad. Disse er inkludert i forslaget i pkt. 2 i forhold til Narvik.
5. En stor andel av innlagte pasienter har ingen prosedyrekoder men lang liggetid – dette gjelder både på kirurgisk og medisinsk avdeling, noe som kan tyde på en for lav terskel for innleggelse (jfr. NPR-data) eller mangelfull koding.
6. Anbefalingen om å legge ned ti kirurgiske senger totalt i Harstad og Narvik er basert på at det skal tilrettelegges for økt dagbehandling og bruk av hotellsenger.
7. Det anbefales å legge en pleiefaktor på 1,2 til grunn ved kirurgiske sengeposter. Dette vil gi en antatt besparelse på 34 stillinger totalt og tiltaket vil kunne gi en kostnadsreduksjon på ca. 17 millioner

Enkelte av høringsinstansene hevder at Harstad bygges opp og Narvik reduseres. Det hevdes også fra flere hold at det kun er Harstad og Narvik som reduseres og ikke UNN. Dette er ikke tilfelle, da UNN i løpet av høsten vil ha reduser med 150 stillinger, i tråd med Helse Nordstyrets vedtak i september. Styringsgruppen understreker i sin gjennomgang av høringsuttalelsene at det er kun faglig vurderinger som ligger til grunn for de prioriteringer som er gjort. Det er også slik at de største reduksjonene er forhold knyttet til reduksjon av antall årsverk ved de kirurgiske avdelingene. Av de foreslåtte ca. 34 årsverk som foreslås redusert, er det kun 2-3 årsverk i Narvik.

Administrerende direktør finner det godt gjort, både gjennom denne rapporten og andre sammenliknende vurderinger i form av benchmarkingsrapporter som er utarbeidet i Helse Nord, at det er et relativt høyt sengetall i HHF. Det er ikke unaturlig at normerte senger pr. 1000 innbyggere i lokalsykehusene i nye UNN ligger på ca. samme nivå som UNN i dag (som ligger på landsgjennomsnittet). Ved byggeprosjekter i dag legges til grunn en standard satt av SINTEF på to senger pr. 1000 innbyggere. Hålogalandssykehuset HF har i dag 3,12 senger pr. 1000 innbyggere, og UNN og Nordlandssykehuset har 2,91. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering har også påvist at for å få opp andelen dagbehandling i sykehus er det nødvendig å starte med å ta ned sengetallet. Bruk av hotellpost, "lettpost" eller hotellsenger, til pasienter som kan klare seg selv, men trenger observasjon eller nærhet til sykehuset, er utviklet med svært positive tilbakemeldinger fra pasienter både i Helse Nord og andre deler av landet og er i tråd med LEON- prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå).

Når det konkluderes med at det er forsvarlig med en pleiefaktor ved de kirurgiske sengepostene i Harstad og Narvik på 1,2, er dette etter en vurdering og sammenligning av tilsvarende avdelinger ved øvrige sykehus i foretaksgruppen. Harstad har i dag en pleiefaktor ved kirurgisk sengepost på 1,4 mens Narvik har 1,07. Medisinsk avdeling ved Harstad sykehus har en pleiefaktor på 1,1. Kirurgisk avdeling ved Nordlandssykehuset har en pleiefaktor på 1,06, Helgelandssykehuset Mo har 1,1 og de kirurgiske avdelingene ved UNN ligger på 1,04 for urologi, 1,03 for ØNH, 1,19 ved ortopedisk avdeling og gastrokirurgisk avdeling har 1,46. Sistnevnte avdeling har betydelig større innslag av kreftoperasjoner enn lokalsykehusene etter at kreftkirurgien ble sentralisert. Ser vi på arbeidsproduktiviteten (korrigerte opphold pr. behandlerårsverk) har Hålogalandssykehuset 25,3, Helgelandssykehuset 30,7 og Nordlandssykehuset 28,8. Også dette tyder på at det er forsvarlig å ta ned antall årsverk i Hålogalandssykehuset Harstad.

Beredskapsordninger

Delprosjektgruppen ønsker å bevare dagens vaktordninger basert på en vurdering av at en endring til en to-sjiktet vaktberedskap vil gi økte kostnader i form av at det må ansettes flere leger.

Styringsgruppen har vurdert hvorvidt det kan være lønnsomt å gå over til 2-sjiktet vaktssystem som de har på enkelte avdelinger på UNN, og kommer med følgende anbefaling:

- Styringsgruppen anbefaler prinsipielt at man binder minst mulig av legekapasiteten i beredskapsordninger. Som generelt prinsipp bør man ha 2-sjikts vaktssystemer. I spesielle tilfeller åpnes det opp for fleksibilitet i forhold til sammensetting av vakt-teamene.
- Styringsgruppen anbefaler nye UNN å foreta en detaljert gjennomgang av de vaktordninger som i dag benyttes med tanke på omlegging til tosjikts ordninger der det er mulig.

Administrerende direktør finner det hensiktsmessig at nye UNN foretar en detaljert gjennomgang av vaktordningene, for vurdering av både personalmessige/rekrutteringsmessige og økonomiske konsekvenser. Organisering av beredskapen i helseforetakene anses for øvrig å være en sak for foretaksstyrene å ta beslutninger på. Det gis derfor ingen anbefaling i dette konkrete tilfellet, selv om det ikke er vanskelig å slutte seg til prinsippet om å binde minst mulig av legekapasiteten i beredskapsordninger, når mangel på legespesialister er en av våre største utfordringer.

Øvrige anbefalinger

Intensivbehandling foregår både ved Harstad og Narvik sykehus. Styringsgruppa konstaterer at intensivkapasiteten i Tromsø er utilstrekkelig. Styringsgruppa har bedt sentral prosjektledelse, med utgangspunkt i det materialet som intensivnettverket har utarbeidet, å utarbeide en supplerende utredning på dette området. Administrerende direktør anser at dette er et område hvor fagmiljøet i nye UNN må legge faglige og økonomiske argumenter til grunn for fremtidig organisering/ funksjonsfordeling. Helse Nord vil i 2007 gjennomføre et utredningsarbeid knyttet til utarbeiding av Handlingsplan for intensivmedisin, og det anses som hensiktsmessig å gjøre vurderinger av kapasiteten og evt. arbeidsdeling i nye UNN som ledd i dette arbeidet.

Delprosjektgruppen har gitt anbefalinger om økt bruk av ambulering for å redusere innleie. Betydelige kostnader er forbundet med innkjøp av vikartjenester og bruk av innleiebyråer. Nye UNN bør intensivere tiltak for å rekruttere og stabilisere helsepersonell i regionen, mener delprosjektgruppen. Administrerende direktør slutter seg til disse anbefalingene, men ser at ambulering allerede er en betydelig del av UNN's virksomhet og kan av denne grunn ikke vurdere konsekvensene av ytterligere ambulering. Spørsmålet bør vurderes internt i det nye helseforetaket.

Konsekvenser

For pasientene

Totalt var det 806 innleggelser (50 % av alle kirurgiske opphold) ved Narvik sykehus i 2005 for enklere hodeskader, brudd og skader i muskel- og skjelettsystemet. Av disse ble 1,5 % (12 pasienter) operert på kveld/natt. Bortfall av akutt ortopediberedskap vil derfor ha konsekvenser for et svært lavt antall pasienter. Uten beredskap vil ortopedene kunne utvide sin aktive arbeidstid med ca. to timer pr. dag og flere pasienter kan behandles dagkirurgisk og på poliklinikken. Det er på disse omsorgsnivåene at ventetiden er lang og dette betyr kortere ventetid for pasientene.

Når det gjelder ØNH-virksomheten var det totalt 179 innleggelser ved Narvik sykehus i 2005. Disse pasientene må ved de foreslåtte endringene reise til Harstad eller Tromsø. Dagkirurgisk og poliklinisk virksomhet vil kunne fortsette som før, enten i regi av den private spesialisten gjennom avtalepraksis på stedet eller ved ambulering fra ØNH-avdelingen i Harstad /UNN.

Det vil således være i underkant av 200 pasienter i året som blir berørt av de foreslåtte justeringene.

Personnlemmessige konsekvenser

I dag er det én fast ansatt ortoped i Harstad samt innleie av vikarer tilsvarende én stilling og to ortopeder fast ansatt i Narvik. Ortopedene i Narvik vil enten kunne slippe vaktbelastning eller velge å gå vakter i Harstad. Til sammen vil ortopedene i Harstad/Narvik kunne fylle en vaktberedskap som medfører at en på sikt kan unngå innleie av ortopeder. Rekruttering av ortopeder er derfor viktig for å få en mer stabil stab, og innleie av ortopeder til Harstad vil være nødvendig i en overgangsfase dersom ikke UNN er i stand til å dekke deler av beredskapen. Innleien vil imidlertid kunne bli mindre enn i dag.

For den privatpraktiserende ØNH-legen vil opphør av avtalen med sykehuset bety at han må leie lokaler i byen. Han vil kunne fortsette med sin private virksomhet, også dagkirurgisk virksomhet dersom han finner det formålstjenlig og ønsker å ansette hjelpepersonell til den operative dagbehandlingen.

Reduksjon av senger og personell vil i utgangspunktet kunne medføre oppsigelser, men behovet for helsepersonell og den store turnoveren som alltid er i sykehusene, vil mest sannsynlig føre til omplasseringer heller enn oppsigelser.

Arbeidsmiljømessige konsekvenser

Rapporten peker på at Hålogalandssykehuset har et høyt sykehusforbruk, høy andel ø-hjelpsinnleggelses og relativt lengre liggetid enn andre helseforetak. Alle disse faktorene kan tyde på at det er mye å hente på å etablere bedre portvaksordninger, bedre samarbeid med kommunene og bedre bruk av prioriteringsforskriften. "God vakt"-rapporten fra Arbeidstilsynet har pekt på at det ikke er samsvar mellom oppgaver og antall ansatte. Ved å redusere oppgavene, eller effektivisere arbeidsprosessene vil samsvaret mellom arbeid og personell kunne bedres. Det er ikke nødvendigvis slik at høyt sengetall og antall ansatte er en garantist for et godt arbeidsmiljø og lavt sykefravær. Nordlandssykehuset HF har lavere antall senger og personell, større andel dagbehandling og høyere arbeidsproduktivitet enn de fleste av helseforetakene våre, men helseforetaket ble likevel kåret til "beste arbeidsgiver" 2006 av fagforeningen KFO. Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har også lavere sykefravær enn Hålogalandssykehuset, noe som tyder på at andre faktorer enn bemanningsfaktoren gjør seg gjeldende ved vurdering av arbeidsmiljø og sykefravær. De foreslåtte justeringene antas derfor ikke alene å ville ha noen negativ effekt på arbeidsmiljøet.

Økonomiske konsekvenser

Hålogalandssykehuset HF ligger an til et underskudd i størrelsesorden 50-60 millioner. Vedtaket fra Helse Nord – styret innebærer en klar bestilling om at en forventer økonomiske gevinster av sammenslåingen i nye UNN. De foreslåtte justeringer i denne saken vil innebære innsparing i forhold til bortfall av vaktberedskap i ortopedi, ca. 1,7 millioner. Det vil også være økonomiske gevinster ved å flytte den elektive operative ØNH-virksomheten fra Narvik til Harstad. I dag leier Narvik sykehus inn privatpraktiserende spesialist to uker i måneden for denne virksomheten. Sykehuset betaler spesialisten ca. 1,2 millioner pr. år for denne operative virksomheten, i tillegg til at spesialisten benytter sykehusets senger og personell på kirurgisk-, anestesi-, intensiv-, og operasjonsavdeling. Kirurgisk avdeling i Narvik kan reduseres med to senger og det vil være reduksjoner i ressurser knyttet til anestesi, operasjon og intensiv ved å samle ØNH-virksomheten i Harstad. DRG-inntektene av operasjonsvirksomheten vil fortsatt tilfalle nye UNN, slik at det totalt sett ikke vil medføre tap av inntekter. Tiden har ikke strukket til for en detaljert beregning av innsparingspotensialet, utover de nevnte 1,2 millionene som direkte avledes av at man slutter å leie inn spesialist til sykehuset.

Som tidligere nevnt i saken vil en pleiefaktor på 1,2 ved kirurgiske sengeposter og bortfall av til sammen ti senger på kirurgiske avdelinger kunne gi en kostnadseffekt på ca. 17 millioner kroner.

Totalt sett vil de foreslåtte justeringer kunne medføre anslagsvis mellom 25 – 30 millioner i innsparing, avhengig av hvor mye innleie av legespesialister som faller bort.

Oppsummering

Det er i saken redegjort for innholdet i rapporten fra delprosjekt somatikk/medisinsk service, styringsgruppen i Hålogalandsprosjektets anbefaling og administrerende direktørs vurdering i forhold til disse anbefalingene. Anbefalingene i rapporten er konsentrert om fagfeltene ortopedi, ØNH-virksomhet, dagbehandling, sengekapasitet og beredskapsordninger. Administrerende direktør vurderer de i saken foreslåtte endringer til å være nødvendige justeringer for å tilpasse virksomheten i Harstad og Narvik til å ivareta basale lokalsykehusfunksjoner og tilpasset en bedre utnyttelse av de totale faglige og økonomiske ressurser. I all hovedsak videreføres tjenestetilbudene til de største pasientgruppene og den akutte kirurgiske og medisinske beredskapen vil fortsatt være slik at sykehusene ivaretar et trygt og forsvarlig helsetilbud til befolkningen i området. Det foreslås i saken å endre ortopedisk beredskap i Narvik, å flytte innleggelser for ØNH-sykdommer til Harstad, og å redusere antall kirurgiske senger og personell for å få til en nødvendig vridning mot et bedre tilbud for eldre, kronikere og pasienter med psykiske lidelser og rusmisbruk. Det foreslås også å si opp lokale avtaler om drift av privatpraksis i sykehusenes lokaler, i tråd med tidligere styrevedtak i Helse Nord.

STYRESAK 107-2006 HÅLOGALANDSSYKEHUSET HF, NY ORGANISERING – RAPPORT DELPROSJEKT PSYKISK HELSEVERN

Møtedato: 13. desember 2006

Formål/sammendrag

Delprosjekt psykisk helsevern har sin bakgrunn i styresak 53-2006 som ble vedtatt i styret i Helse Nord RHF, den 20. juni 2006. Det ble i denne saken vedtatt at Hålogalandssykehuset HF (HHF Narvik og HHF Harstad) skal organiseres som en del av Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) fra 1. januar 2007.

Saken omhandler anbefalte løsninger for pasienter med behov for spesialisert behandling i psykiatrisk sykehusavdeling, for det geografiske område rundt DPS Ofoten ved integreringen av Hålogalandssykehuset Narvik i UNN fra 1. januar 2007. Det anbefales at pasientene benytter Nordlandssykehuset HF (NLSH), som i dag, både for voksne og barn/unge inntil UNN har økt sin kapasitet ved at det gis rom for økte investeringer i nye arealer til dette bruk.

Saken inneholder også vurderinger av kommunene Tysfjord og Hamarøys tilknytning til helseforetak for psykisk helsevern. Her vises også til tidligere sak om foretaksgrenser for somatisk område hvor vestsiden av Tysfjord kommune skal tilhøre Nordlandssykehuset og østsiden nye UNN. Samme ansvarsfordeling legges prinsipielt til grunn for psykisk helsevern. Den praktiske gjennomføringen må avklares mellom NLSH og UNN i forhold til tilgjengelig kapasitet ved DPS-er etc. Hamarøy vil tilhøre Nordlandssykehuset HF's opptaksområde innen både somatikk og psykisk helsevern fra 1. januar 2007.

Bakgrunn/fakta

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har, med nåværende kapasitet, ikke mulighet til å ta imot pasienter fra Ofoten som i dag innlegges på Nordlandssykehuset HF. Det vil ta tid å bygge opp tilbudet, da dagens økonomiske situasjon i Helse Nord tilsier at det ikke er mulig å gjøre dette innen rimelig tid.

Delprosjektgruppen anbefaler derfor at pasienter over 18 år fra Ofoten som har behov for sykehusinnleggelse opprettholder sitt tilbud ved Nordlandssykehuset HF, Sentralsykehusklinikk for voksenpsykiatri. Dette inntil UNN har fått realisert nødvendig kapasitetsøkning. For at UNN skal ivareta sentralsykehusfunksjoner med hensyn til akutt-, intermediær- og rehabiliteringstilbud samt alderspsykiatri (døgnbaserte og polikliniske tjenester) vil en være avhengig av en styrking opp mot den kapasitet som i dag nyttes for pasienter fra Ofoten ved Nordlandssykehuset. Kapasiteten ved Rus- og psykiatriposten vil også måtte styrkes i forhold til en ivaretagelse av pasienter fra Ofoten. Hva angår sikkerhetspsykiatri vil en måtte se kapasiteten regionalt under ett.

For at UNN skal kunne ivareta sentralsykehusfunksjoner innen barne- og ungdomspsykiatri for pasienter fra Ofoten-området, må kapasiteten økes tilsvarende dagens bruk av Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Nordlandssykehuset HF.

Delprosjektgruppen anbefaler at dagens organisering av opptaksområdet til Hålogalandssykehuset Narvik innen psykisk helsevern, opprettholdes inntil videre. Innen et tidsløp på fra tre til fem år bør UNN og Nordlandssykehuset i samarbeid med de berørte kommunene ta stilling til om dagens ordning skal fortsette, eventuelt foreta nødvendige justeringer.

Vurdering

Administrerende direktør i Helse Nord RHF slutter seg i all hovedsak til vurderingene fra delprosjektgruppen, med unntak av at Hamarøy kommune anbefales som en del av Nordlandssykehusets opptaksområde også innen psykisk helsevern, slik det er for somatikk og prehospitale tjenester.

Konklusjon

Administrerende direktør for Helse Nord RHF slutter seg til hovedtrekkene i delprosjektrapporten og anbefaler styret å gjøre slik beslutning.

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

Rapport fra delprosjekt psykisk helsevern til styret i Helse Nord RHF tas til etterretning og følgende beslutninger skal gjelde fra 01.01.07:

1. Pasienter over 18 år fra Ofoten med behov for sykehusinnleggelse opprettholder sitt tilbud ved Nordlandssykehuset HF, Sentralsykehusklinikk for voksenpsykiatri. Dette inntil Universitetssykehuset Nord-Norge HF har fått realisert nødvendig kapasitetsøkning. Hva angår sikkerhetspsykiatri, vil en måtte se kapasiteten regionalt under ett.
2. For at Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal kunne ivareta sentralsykehusfunksjoner innen barne- og ungdomspsykiatri for pasienter fra Ofoten-området, må kapasiteten økes tilsvarende dagens bruk av Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Nordlandssykehuset HF. Fram til kapasitetsutvidelsen er muliggjort ivaretas disse pasientene, som før, ved Nordlandssykehuset HF.
3. Hamarøy kommune og Tysfjords vestsida blir del av Nordlandssykehuset HF's ansvarsområde. Tysfjords østside blir del av Universitetssykehuset Nord-Norge HF's ansvarsområde. Den praktiske gjennomføringen avklares i samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF og kommunen.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Rapport fra delprosjekt Psykisk helsevern – *tidligere tilsendt*
Høringsuttalelser med oppsummering

UTREDNING

Innledning

Delprosjekt psykisk helsevern har sin bakgrunn i styresak 53-2006 som ble vedtatt i styret i Helse Nord RHF, den 20. juni 2006. Det ble vedtatt at Hålogalandssykehuset (HHF Narvik og HHF Harstad) skal organiseres som en del av Universitetssykehuset Nord-Norge HF fra 1. januar 2007.

Hovedprosjektets overordnede mål er å integrere Hålogalandssykehusets kliniske virksomheter i Harstad og Narvik med Universitetssykehuset Nord-Norge HF's virksomhet i ett foretak. Delprosjektets mandat innebærer å utrede alternativ fremtidig organisering av psykisk helsevern i aktuelt geografisk område slik at kravene i gjeldende plandokumenter i faglige retningslinjer oppfylles. Delprosjektet skulle også identifisere eventuelle hensiktsmessige overgangsordninger fra dagens organisering til mulig fremtidig organisering og tjenesteprofil innen psykisk helsevern for befolkningen i området. Det skulle også legges fram en beskrivelse av de potensielle faglige, personellmessige/arbeidsmiljømessige, administrative og økonomiske konsekvensene av forslagene for å oppnå en god, enhetlig og samordnet tjeneste innen psykisk helsevern. Konsekvenser for pasientenes behandlingstilbud skulle også synliggjøres. Delprosjektet gir anbefaling til fremtidig løsning, basert på de analyser som er gjennomført.

Delprosjektgruppe psykisk helsevern har lagt fram sin rapport i henhold til mandat og frister. Rapporten er behandlet av sentral prosjektledelse og styringsgruppen i Hålogalandsprosjektet.

Bakgrunn

Delprosjektgruppens rapport

Den vedlagte rapporten fra delprosjektgruppen har fokus på følgende forhold:

- Beskrivelse av dagens tjenestetilbud for det geografiske området som omfattes av Hålogalandssykehuset, inkludert avklaring av hvor pasienter fra Ofoten får dekket sitt behov for sykehusavdelingenes tjenester
- Identifisere eventuelle hensiktsmessige overgangsordninger
- Avklare oppfølgingsansvaret for befolkningen i Hamarøy og Tysfjord

Psykisk helsevern for Ofoten og Psykiatrisk senter for Sør-Troms har over tid utviklet gode fagmiljøer med høy kompetanse. Det har de siste par årene vært en positiv utvikling når det gjelder rekruttering av psykiatere, assistentleger innen psykiatri og psykologer. Dette er likevel sårbare organisasjoner, som forutsetter aktive personalstabiliserende tiltak, for at fagmiljøene skal være stabile over tid.

Den er en økende aktivitet både i forhold til døgnbehandling og polikliniske konsultasjoner. Tilbudet spenner over et vidt faglig spekter. I Narvik har det vært en særlig stor økning i polikliniske konsultasjoner for voksne etter det psykiatriske beredskapsteamet kom i drift. Det har siste året vært en positiv utvikling innen BUP både i Harstad og Narvik

I Narvik arbeides det aktivt for å samlokalisere det psykiske helsevernet gjennom prosjekt Sykehusaugen, jfr. vedlegg. En samlokalisering vil styrke tilbudet til pasientene og lette arbeidssituasjonen for de ansatte. I Harstad arbeides det for å etablere et felles DPS for BUP og Voksenpsykiatrien fra 1.1.2007, som vil gi pasientene et bedre samordnet tilbud.

DPS Sør-Troms har hittil benyttet klinikkavdelingen ved UNN for pasienter som har behov for spesialisert sykehusbehandling. Ved integreringen av Harstad i UNN vil det derfor ikke være noen økt pasientstrøm eller behov for økt kapasitet ved UNN. For DPS Ofoten har pasienter med behov for behandling ved sykehusavdelinger blitt overført til Nordlandssykehuset Psykiatri. Når Hålogalandssykehuset Narvik integreres i UNN vil det bety et økt pasientvolum til UNN for pasienter med behov for sykehusinnleggelse innen spesialisert psykiatrisk behandling. Dette området er derfor underlagt særskilte utfordringer og har vært utredningens hovedfokus i forhold til vurdering av pasientstrømmer.

Område for psykisk helsevern i Narvik består av psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge samt habiliteringsteam og rehabiliteringsteam. Enheten yter tjenester til 7 kommuner i lokalsykehusområdet. Det er kommunene Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Narvik, Ballangen, Tysfjord og Hamarøy. Den er en økende aktivitet både i forhold til døgnbehandling og polikliniske konsultasjoner. Tilbudet spenner over et vidt faglig spekter.

Hensiktsmessige overgangsordninger

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har, med nåværende kapasitet, ikke mulighet til å ta imot pasienter fra Ofoten som i dag innlegges på Nordlandssykehuset HF. Det vil ta tid å bygge opp tilbudet, da dagens økonomiske situasjon i Helse Nord tilsier at det ikke er mulig å gjøre dette innen rimelig tid.

Delprosjektgruppen anbefaler derfor at pasienter over 18 år fra Ofoten som har behov for sykehusinnleggelse opprettholder sitt tilbud ved Nordlandssykehuset HF, Sentralsykehusklinikk for voksenpsykiatri. Dette inntil UNN har fått realisert nødvendig kapasitetsøkning: For at UNN skal ivareta sentralsykehusfunksjoner m.h.t. akutt-, intermediær- og rehabiliteringstilbud samt alderspsykiatri (døgnbaserte og polikliniske tjenester) vil en være avhengig av en styrking opp mot den kapasitet som i dag nyttes for pasienter fra Ofoten ved Nordlandssykehuset. Kapasiteten ved Rus- og psykiatriposten vil også måtte styrkes i forhold til en ivaretagelse av pasienter fra Ofoten. Hva angår sikkerhetspsykiatri vil en måtte se kapasiteten regionalt under ett.

For at UNN skal kunne ivareta sentralsykehusfunksjoner innen barne- og ungdomspsykiatri for pasienter fra Ofoten-området, må kapasiteten økes tilsvarende dagens bruk av Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Nordlandssykehuset HF. BUPA ved Nordlandssykehuset HF må opprettholde sitt tilbud for ungdom inntil UNN har fullført byggingen og har fått tilført driftsmidler. Det foreslås videre at fagteamet for spiseforstyrrelser ved Nordlandssykehuset HF opprettholder sitt tilbud inntil tilsvarende er etablert på UNN i 2007.

UNN har heller ikke tilstrekkelig med ressurser til å overta behandling og oppfølging av de pasientene som i dag får hjelp fra autismeteamet i Bodø. Ved nyhenvisninger til BUP i Narvik bør tilbudet ved UNN konsulteres for å vurdere kapasiteten fra sak til sak.

Oppfølgingsansvaret for befolkningen i Hamarøy og Tysfjord

Det psykiske helsevernet både for voksne og barn/ungdom ved sykehuset i Narvik har over mange år hatt et behandlings-/oppfølgingsansvar overfor hele befolkningen i Tysfjord kommune. Det er etablert gode samarbeidsrelasjoner mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten og andre relevante samarbeidsinstanser i kommunen. Som tidligere nevnt har BUP fått tilført egen stillingsressurs for kunne styrke tilbudet overfor den samiske befolkningen i kommunen.

På møte med Tysfjord kommune ble det drøftet to alternativer:

1. Opprettholde dagens organisering fra 01.01.07, som innebærer at hele Tysfjord innen psykiatri skal tilhøre UNN.
2. Alternativet er at "kropp og sjel" skal tilhøre samme sykehus, som ville innebære at den delen av kommunen som tilhører sørsiden av Tysfjord, skal tilhøre Nordlandssykehuset HF.

De kommunale representantene var svært fornøyd med dagens tilbud både med hensyn til faglig innhold og organisering. kommunens representanter var samstemte i ønske om å tilhøre UNN fra 01.01.07.

Hamarøy kommune tilhører Nordlandssykehusets opptaksområde når det gjelder somatisk behandling og prehospitale tjenester. For psykisk helsevern har kommunen benyttet DPS Ofoten og henvisninger i forhold til spesialisert behandling ved sykehusavdeling har i all hovedsak gått til Nordlandssykehuset Psykiatri.

På møte med Hamarøy kommune ble de to alternativene som skissert over fra møtet med Tysfjord kommune diskutert. Deltagere på møtet fra Hamarøy kommune var representanter for barnevern og psykisk helsevern. De fremhevet at de var svært fornøyd med tilbudet fra DPS Ofoten og de ønsket å tilhøre UNN fra 01.01.07.

Delprosjektgruppen anbefaler at dagens organisering innen psykisk helsevern opprettholdes inntil videre. Innen et tidsløp på fra tre til fem år bør UNN og Nordlandssykehuset i samarbeid med de berørte kommunene ta stilling til om dagens ordning skal fortsette, eventuelt foreta nødvendige justeringer. Prosjektgruppen vil videre tilrå at det innenfor rammen av UNN igangsettes et eget arbeid vedrørende opptaksområdene for voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske enheter i Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms.

Høringsuttalelser

Rapporten fra delprosjektet samt styringsgruppens innstilling overfor administrerende direktør ble sendt på høring til berørte kommuner, brukerorganisasjonene, tillitsvalgte og helseforetakene, den 15.november 2006 med høringsfrist 1. desember 2006. Det kom inn åtte høringsvar.

Disse ligger ved saken som trykte vedlegg. I tillegg ligger en oversikt over samtlige høringsinstanser og en sammenfatning av innholdet i høringsuttalelsen. Høringsinstansene slutter seg i all hovedsak til rapportens anbefalinger med noen unntak. DPS Sør-Troms er uenig i forslaget om at pasienter som trenger spesialisert sykehusbehandling fra Ofoten skal fortsette å benytte tilbudet ved Nordlandssykehuset. De mener at pasientene fra Narvik-området også for psykisk helsevern bør overføres til UNN snarest mulig og de foreslår å gjøre psykiatrisk sengepost i Harstad midlertidig oppgradert til psykiatrisk sykehusavdeling. Foreningen mot rusmisbruk i Narvik ønsker eget foretak for rus/psykiatri.

Administrerende direktørs vurderinger

Rapporten er behandlet i styringsgruppen for Hålogalandsprosjektet, som i all hovedsak har sluttet seg til anbefalingene fra en enstemmig delprosjektgruppe. Det er enighet i styringsgruppen om at UNN ikke har kapasitet til å ta imot pasienter fra Ofoten som trenger sykehusinnleggelse. I den økonomiske situasjonen vi er i kan ikke styringsgruppen anbefale å bruke investeringsmidler på kort sikt på å bygge opp ny kapasitet ved UNN når det er kapasitet i NLSH. Også her, i likhet med andre områder, må vi utnytte de totale ressurser (penger og fagfolk) optimalt på tvers av foretaksgrenser og til beste for pasientene i regionen.

Oppfølgingsansvar for befolkningen i Hamarøy og Tysfjord

Rapporten fra delprosjektgruppen anbefaler at dagens organisering opprettholdes inn til videre (opprettholder skille mellom somatikk og psykiatri). Tysfjord kommune har uttrykt ønske om å tilhøre UNN Narvik fra 01.01.07 (møter med kommunen i delprosjektet og i informasjonsmøte mellom primærhelsetjenesten og prosjektledelsen).

Styringsgruppen vurderer det slik at hovedmandatet for Hålogalandsprosjektet pålegger hovedprosjektet å i størst mulig grad sørge for at opptaksområder for sykehusene er samsvarende for somatikk, psykisk helsevern og prehospitaltjenester. Styringsgruppen anbefaler derfor at hele Tysfjord kommune inngår i opptaksområdet for UNN Narvik innen psykisk helsevern. Pasienter med somatiske lidelser i Sør-Tysfjord går likevel fortsatt til NLSH. Etter en samlet vurdering, og særlig i lys av at pasienter i psykisk helsevern som trenger sykehusbehandling skal få det ved NLSH vil adm. direktør tilrå at ansvarsfordelingen for Tysfjord kommune blir lik den som er i somatikk. Slik skapes et samlet ansvar. Det betyr at Tysfjords vestsida organiseres som del av Nordlandssykehusets ansvarsområde. Tysfjords østsida blir del av UNN's ansvarsområde. Så må UNN og Nordlandssykehuset avklare den praktiske arbeidsdelingen i forhold til kapasitet etc. Det bør derfor ikke være til hinder for at folk fortsatt får sin behandling i Narvik selv om de kommer fra Tysfjords vestsida.

Hamarøy kommune, ved rådmannen, har i formelt brev til Helse Nord, 20.03.06, bedt om at Nordlandssykehuset HF ivaretar ansvaret for somatikk, psykiatri og rehatjenestene for kommunens innbyggere. Styringsgruppen viser derfor til hovedmandatet i forhold til samling av somatikk, psykiatri og prehospitaltjenester, og anbefaler at Hamarøy kommune inngår i opptaksområdet for NLSH også innen psykisk helsevern.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF slutter seg til de vurderinger og anbefalinger som styringsgruppen har gjort. Forslaget fra DPS Sør-Troms om å midlertidig oppgradere DPS-et til sykehusavdeling er av mange grunner ikke hensiktsmessig. Strukturen på det psykiske helsevernet er lagt gjennom diverse planverk i Helse Nord og skillet mellom allmennpsykiatriske behandlingstilbud og det spesialiserte sykehusstilbudet ved akuttenehetene i Tromsø og Bodø handler om mer enn kun tilgang på senger. Forslaget om å utvide antall sykehusavdelinger må derfor eventuelt vurderes først i UNN og dernest i Helse Nord i forhold til godkjenningsordninger for akuttavdelinger.

Konsekvenser

De foreslåtte løsninger innebærer i all hovedsak å videreføre opptaksområder og pasientstrømmer som i dag. Dette innebærer derfor ingen konsekvenser for verken pasienter, personell eller økonomi. De anbefalte løsningene innebærer imidlertid konsekvenser for den langsiktige investeringsplanen i og med at det anbefales oppbygging av økt kapasitet i UNN, når den økonomiske situasjonen gir rom for dette. Økte investeringer i nye utbyggingsprosjekter innen psykisk helsevern i UNN, må således prioriteres i framtidige budsjett- og investeringsplaner, og en legger opp til at nødvendig kapasitetsutviding ved UNN for å ivareta pasienter fra Ofoten kan planlegges innen rammen av den langsiktige investeringsplanen som omfatter tiden fram til 2016.

Oppsummering

Saken omhandler anbefalte løsninger for pasienter med behov for spesialisert behandling i psykiatrisk sykehusavdeling, for det geografiske område rundt DPS Ofoten ved integreringen av Hålogalandsykehuset Narvik i UNN fra 1.januar 2007. Det anbefales at pasientene benytter Nordlandssykehuset HF, som i dag, både for voksne og barn/unge inntil UNN har økt sin kapasitet ved at det gis rom for økte investeringer i nye arealer til dette bruk.

Saken inneholder også vurderinger av kommunene Tysfjord og Hamarøys tilknytning til helseforetak for psykisk helsevern. Avgjørende for anbefalingene har vært at en i størst mulig grad skal ha samsvar i opptaksområdene for somatikk, psykisk helsevern og prehospitale tjenester. Det anbefales derfor at Tysfjord vestsida skal tilhøre Nordlandssykehuset og østsida skal tilhøre UNN opptaksområde. Hamarøy kommune vil tilhøre Nordlandssykehuset HF's opptaksområde innen både somatikk og psykisk helsevern fra 1.januar 2007.

STYRESAK 108-2006 HÅLOGALANDSSYKEHUSET HF, NY ORGANISERING – RAPPORT DELPROSJEKT SLAGREHABILITERING

Møtedato: 13. desember 2006

Formål/sammendrag

Delprosjektet om slagrehabilitering har sin bakgrunn i styresak 53-2006 som ble vedtatt i styret i Helse Nord RHF, den 20. juni 2006. Lødingen Rehabiliteringssenter skulle integreres i Nordlandssykehuset HF fra 1. september 2006.

Her presenteres innstillingen fra prosjektgruppen som konkluderte med at Lødingen rehabiliteringssenter bør opprettholdes. I bearbeidelsen fram mot styrebehandling av saken er det fra prosjektledelse og styringsgruppe synliggjort at det er økonomiske besparelser å hente dersom Lødingen rehabiliteringssenter legges ned og virksomheten ivaretas av Universitetssykehuset Nord-Norge HF Harstad og Nordlandssykehuset HF. Det konkluderes videre med at det faglige tilbudet i en samlet rehabiliteringstjeneste best vil kunne utvikle seg dersom dette integreres i sykehusene. På denne bakgrunn er forslaget fra styringsgruppen at Lødingen rehabiliteringssenter bør legges ned.

De samfunnsmessige konsekvensene av en umiddelbar nedlegging av Lødingen rehabiliteringssenter er store og kommer på toppen av de omfattende reduksjoner i arbeidsplasser som allerede er skjedd i kommunen. Med basis i at det faglige tilbud ved Lødingen rehabiliteringssenter i hovedsak er vurdert som tilfredsstillende konkluderer adm. direktør med å foreslå at Lødingen rehabiliteringssenter drives videre som spesialisthelsetjeneste fram til investeringene i Nordlandssykehuset er ferdigstilt (2011). For å imøtekomme kommunens behov for omstilling vil Helse Nord i perioden delta i et arbeid med for å få realisert Lødingen rehabiliteringssenter som et interkommunalt tilbud til pasienter fra Ofoten, Vesterålen og Sør-Troms. Ansvarlig for dette arbeidet må være Lødingen kommune. En slik utvikling av virksomheten var også drøftet med Hålogalandssykehuset HF på et tidligere tidspunkt.

Bakgrunn/fakta

Målet for delprosjektet var å utrede rehabiliteringstilbudet til slagrammede i de fremtidige nye foretakene Nordlandssykehuset HF (NLSH) og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Utredningen har særlig fokus på Lødingen Rehabiliteringssenters plass i den fremtidige organiseringen av slagrehabiliteringen. Rapporten fra delprosjektgruppen har vært ute til høring i kommunene i de berørte helseforetak, brukerorganisasjoner, fagforeninger og helseforetak.

En samlet delprosjektgruppe anbefalte at Lødingen Rehabiliteringssenter fortsetter i nåværende lokaler. Det ble anbefalt å organisere senteret som del av NLSH Bodø med en reduksjon av sengetallet fra tretten til ti. Den medisinske faglige delen av tjenesten bør styrkes.

Ledelsen og styringsgruppen for prosjektet tilrår at Lødingen rehabiliteringssenter legges ned. Hovedbegrunnelsen for dette er at kompetansen innen rehabiliteringsfeltet i dag er spredt og dermed svært sårbart. Sterke fagmiljøer er en forutsetning, både for å være attraktive for nøkkelpersonell og for godkjenning som utdanningsinstitusjoner for framtidige legespesialister. Videre vil det være økonomiske gevinster ved å integrere virksomheten i nye UNN og Nordlandssykehuset. Slik den økonomiske situasjon er i helseforetaksgruppen vurderes dette som et nødvendig tiltak.

Nedlegging av 20 årsverk i en mindre distriktskommune gjør at også de samfunnsmessige konsekvenser må belyses. Lødingen kommune har hatt store omstillingsutfordringer. I løpet av de siste ti år har kommunen tapt 300 arbeidsplasser. Omlegging av driften i Telenor startet i 1996 og i Forsvaret i 2001. Kommunen har i dag totalt om lag 850 arbeidsplasser i offentlig og privat sektor. Fra forsvaret og Telenor har det i denne perioden vært gitt tilskudd på 57.5 millioner kroner som skulle bidra til omstilling i kommunen. På den positive siden må nevnes etablering og utvikling av en bedrift som håndterer lønnsutbetalinger for en rekke større virksomheter. Den har vokst fra 15 til 45 årsverk.

Befolkningsutviklingen har i den samme perioden vært svært negativ. Kommunen hadde 2705 innbyggere i 1994. I dag er folketallet 2314.

Vurdering

Lødingen rehabiliteringssenter driver i dag et faglig tilfredsstillende tilbud overfor en gruppe pasienter med store hjelpebehov. Det medisinsk-faglige innslag i tjenesten bør styrkes dersom tilbudet skal drives videre. Det er synliggjort at tilbudet kan ivaretas ved å integrere det i framtidige Nordlandssykehuset og UNN. Dette vil på sikt styrke grunnlaget for en sårbart tjeneste. Det er videre synliggjort at spesialisthelsetjenesten vil få reduserte kostnader dersom Lødingen rehabiliteringssenter legges ned og oppgavene løses av UNN og Nordlandssykehuset.

En samlet vurdering fra adm. direktør skal normalt basere seg på hva som er hensiktsmessig for spesialisthelsetjenesten med hensyn til god utvikling av tjenestene og mest mulig effektiv drift. Hensyn til sysselsetting, arbeidsplasser og mer distriktpolitiske forhold er ikke Helse Nord RHF's hovedansvar. I den grad slike forhold skal vektlegges må de vurderes som svært tungtveiende, alternativt at statsråden i foretaksmøte for Helse Nord RHF vil vektlegge slike forhold i tillegg til de rent helsepolitiske. Andre relevante forhold som konsekvenser for lokalsamfunn etc. skal belyses, men som hovedregel må konklusjonen innrettes etter det oppdrag Helse Nord RHF har fått, nemlig å planlegge og drive tjenesten på en best mulig måte. Nedlegging av en institusjon med om lag 20 årsverk i en liten kommune krever en vurdering av de samfunnsmessige konsekvenser av en slik beslutning. Ikke minst skal dette perspektivet synliggjøres overfor de som skal treffe beslutningen, slik at de evt. kan trekke slike hensyn inn i beslutningen. Først da kan saken sies å være forsvarlig utredet og fullstendig opplyst.

I denne sak er det adm. direktørs vurdering at vi samlet sett står overfor så tungtveiende hensyn av samfunnsmessige art at det bør tillegges vekt når Helse Nord RHF skal treffe sine beslutninger. Lødingen kommune har over en lang periode gjennomgått store omstillinger, kanskje de største i Nordland hva gjelder reduksjon av arbeidsplasser i forhold til folketall.

Telenor og Forsvaret har gjennomført omfattende nedbemanninger og nedlegging av virksomhet. Folketallet er kraftig redusert. Kommunen har store utfordringer med å opprettholde den kommunale infrastruktur. Samtidig er det noen lyspunkt. Det er etablert en bedrift som håndterer lønnsarbeidet for til sammen 40 000 medarbeidere. En nedlegging av en virksomhet med 20 – 25 kvinnearbeidsplasser vil slå særlig negativt ut mht. å opprettholde et variert arbeidsliv og dermed være attraktiv.

Tilbudet ved Lødingen rehabiliteringssenter er av faglig tilfredsstillende kvalitet. Det er imidlertid behov for å styrke tjenesten med legespesialistkompetanse. Etter samråd med direktør Eivind Solheim, Nordlandssykehuset HF, foreslås det at Lødingen rehabiliteringssenter drives videre som spesialisthelsetjeneste fram til investeringene i Nordlandssykehuset (Stokmarknes og Bodø) er ferdigstilt (2011). For å imøtekomme kommunens behov for omstilling vil Helse Nord i perioden delta i et arbeid med for å få realisert Lødingen rehabiliteringssenter som et interkommunalt tilbud til pasienter fra Ofoten, Vesterålen og Sør-Troms. Ansvarlig for dette arbeidet må være Lødingen kommune. En slik utvikling av virksomheten var også drøftet med Hålogalandssykehuset HF på et tidligere tidspunkt.

På sikt er målsettingen at rehabiliteringsfeltet skal samles i sykehusene. Dette vil styrke fagets stilling, det vil dra nytte av den brede spesialistkompetanse som finnes i et sykehus og det vil kunne yte vesentlige bidrag til den samlede spesialisttjeneste i et sykehus samtidig som driften blir økonomisk mest mulig effektiv.

Konklusjon

Administrerende direktør tilrår at Lødingen rehabiliteringssenter drives videre som spesialisthelsetjeneste til investeringene i Nordlandssykehuset HF (Stokmarknes og Bodø) er ferdigstilt. Lødingen rehabiliteringssenter organiseres som del av Nordlandssykehuset HF. Lødingen rehabiliteringssenter skal behandle pasienter både fra opptaksområdene til nye Universitetssykehuset Nord-Norge HF og nye Nordlandssykehuset HF.

For å imøtekomme kommunens behov for omstilling vil Helse Nord i perioden delta i et arbeid med for å få realisert Lødingen rehabiliteringssenter som et interkommunalt tilbud til pasienter fra Ofoten, Vesterålen og Sør-Troms. Ansvarlig for dette arbeidet må være Lødingen kommune. En slik utvikling av virksomheten var også drøftet med Hålogalandssykehuset HF på et tidligere tidspunkt.

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

1. Lødingen rehabiliteringssenter opprettholdes som spesialisthelsetjeneste fram til investeringene i Nordlandssykehuset er gjennomført.
2. Lødingen rehabiliteringssenter skal behandle pasienter fra opptaksområdene til nye Universitetssykehuset Nord-Norge HF og nye Nordlandssykehuset HF, jfr. nåværende praksis.

3. Helse Nord RHF vil delta i et samarbeids- og omstillingsprosjekt med Lødingen kommune med sikte på å etablere Lødingen rehabiliteringssenter som et interkommunalt helsetjenestetilbud fra 2011. Lødingen kommune må være ansvarshavende for prosjektet.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Rapport fra delprosjekt slagrehabilitering – *tidligere tilsendt*
Supplerende notat fra sekretariatet i Hålogalandsprosjektet

Utrykte vedlegg: Høringsuttalelser

UTREDNING

Innledning

Delprosjektet om slagrehabilitering har sin bakgrunn i styresak 53-2006 som ble vedtatt i styret i Helse Nord RHF, den 20. juni 2006. I denne styresaken ble det vedtatt at Lødingen Rehabiliteringssenter skulle integreres i Nordlandssykehuset HF fra 1. september 2006.

Delprosjektet har vurdert disse temaene i lys av ny foretaksorganisering. Rapporten fra delprosjektgruppen har vært ute til høring i kommunene i de berørte helseforetak, brukerorganisasjoner, fagforeninger og helseforetak. Det er kommet fem høringsuttalelser. Høringsfristen har vært kort og det har vært medvirkende årsak til det lave antall høringsuttalelser.

Bakgrunn

Styret i Hålogalandssykehuset HF (HHF) har behandlet sak om Lødingen rehabiliteringssenter ved flere anledninger. Bakgrunnen har vært at lokalene til Lødingen Rehabiliteringssenter trengte opprustning og at kapasiteten i Harstad sykehus var slik at en uten ytterligere omkostninger kunne utvide sykehusstilbudet til slagpasienter med rehabiliteringsbehov. Administrasjonen i HHF har tidligere påvist at dette vil kunne gi driftsøkonomiske besparelser for helseforetaket i en størrelsesorden på fire millioner kroner.

Målet for delprosjektet var å utrede rehabiliteringstilbudet til slagrammede i de fremtidige nye foretakene Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Utredningen har særlig fokus på Lødingen Rehabiliteringssenters plass i den fremtidige organiseringen av slagrehabiliteringen.

Delprosjekt slagrehabilitering har fått følgende mandat:

1. Beskriv dagens slagrehabiliteringstilbud i området, herunder:
 - faglig tilbud og pasientstrømmer (pasientenes geografiske tilhørighet)
 - bemanning, aktivitet og økonomidata (jf. skjema i rapportmalen), åpningstider, kompetanseprofil, fast personell, innleie og vikarbruk, ventelister, investeringsbehov
 - forsknings- og utdanningsfunksjoner
 - administrasjons-, ledelses- og styringssystemer (rapporteringssystemer, datasystemer, reglementer, lokale forbundsvise særavtaler på avdelingsnivå m.v.)
2. Utrede alternative, kostnadseffektive framtidige løsninger for det totale slagrehabiliteringstilbudet. Det må fremgå hvordan kravene i gjeldende regionale plandokumenter og faglige retningslinjer er foreslått ivaretatt.
3. Beskrive de potensielle faglige, personal-/arbeidsmiljømessige, administrative og økonomiske konsekvensene av pkt. 1 og forslagene i pkt. 2 for en god, enhetlig og samordnet tjeneste for rehabiliteringsfeltet. Konsekvenser for pasientenes behandlingstilbud skal også synliggjøres.
4. Delprosjektet skal gi anbefaling til fremtidig løsning, basert på de analyser som er gjennomført.

Alternativ foretakstilknytning ble utredet av sekretariatet etter oppdrag fra styringsgruppen. En supplerende vurdering ble også gjort av de driftsøkonomiske forhold..

Delprosjektets rapport

Prosjektgruppen har gitt en analyse av pasientbehandling, personell og ressurser og har hatt fokus på fire forhold:

- Slagbehandling og tidlig rehabilitering
- Rehabilitering av slagpasienter i sykehus
- Rehabilitering av slagpasienter i spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus
- Vurdering av Lødingen Rehabiliteringssenters plass i den fremtidige organiseringen av slagrehabilitering

Volummessig behandles det flere pasienter med hjerneslag ved Lødingen Rehabiliteringssenter enn ved tilsvarende enheter ellers i helseforetakene. Bemanning er i hovedsak lik bemanningen ved lokalsykehusavdelinger for rehabilitering og for områdegeriatriske tjenester.

Legebemanningen er imidlertid lav. Det er ikke tilgang på spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering eller geriatri eller på nevropsykologisk kompetanse. Det er i mindre grad mulighet for medisinsk diagnostikk og behandling.

Standarden på arealer er ikke ideell. Enerom med bad er spesielt viktig ved rehabilitering. Imidlertid ligger Lødingen p.t. arealmessig ikke tilbake for selv høyspesialiserte tilbud ved UNN. Lødingen Rehabiliteringssenter har i praksis ti pasienter samtidig.

En samlet prosjektgruppe har gitt følgende anbefaling i forhold til Lødingen Rehabiliteringssenter:

- Lødingen Rehabiliteringssenter fortsetter i nåværende lokaler.
- Sengetallet ved Lødingen Rehabiliteringssenter reduseres fra tretten til ti.
- Hovedvirksomhet skal være rehabilitering og særlig rehabilitering av eldre pasienter med hjerneslag.
- Lødingen Rehabiliteringssenter tilknyttes NLSH Bodø. Dette vil fremme fagutvikling og kompetanse.
- Spesielt bør den medisinsk faglige delen av tjenesten styrkes.
- Lødingen Rehabiliteringssenter bør i større grad prioritere inntak av pasienter rett fra slagenhet.
- Pasientstrømmen vil i hovedsak kunne fortsette som i dag

Ved kapasitetsmangel bør Helse Nord utvide virksomheten ved eksisterende avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering framfor å etablere nye enheter, jfr. anbefalinger i Handlingsplan for habilitering og rehabilitering Helse Nord 2004-2010.

Det bør foretas en faglig evaluering av slagenhetene i Helse Nord.

Alternative løsninger for organisering av rehabiliteringstjenestene

Prosjektledelsen har utredet de driftsøkonomiske konsekvenser av ulike alternative modeller for organisering av slagrehabiliteringen. Prosjektledelsen har vurdert en utvidelse av tilbudet til slagrammede i regi av Harstad sykehus/nye UNN. Det er utarbeidet et supplerende notat, som er vedlagt som trykt vedlegg.

Alle helseforetak bør jfr. Helse Nords retningslinjer for slagbehandling ha et differensiert rehabiliteringstilbud for slagpasienter også etter akutfasen. Dette bør omfatte døgnbasert rehabilitering, dagbehandling og ambulante tjenester. I Handlingsplan for habilitering og rehabilitering i Helse Nord ble det derfor anbefalt å øke kapasiteten ved eksisterende avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering og å styrke oppbyggingen av ambulante rehabiliteringsteam.

Avdelinger i sykehus har mulighet for å tilby rehabiliteringstilbud som inkluderer utredning, samhandling med andre spesialister, supplerende undersøkelser og terapi. I særdeleshet gjelder dette for slagrehabilitering, som er den største gruppen pasienter ved Lødingen og Harstad i dag. Viktigheten av raskt å komme i gang med slik rehabilitering har stor betydning for pasientens funksjonsevne og livskvalitet. Grunnlaget for rehabiliteringsprosessen legges i slagenheten og på en slik måte at rehabiliteringen virkelig blir et kontinuum (uavbrutt linje), også etter at pasienten forlater sykehuset og/eller rehabiliteringsinstitusjonen. Effekten av organisert hjemmerehabilitering av slagrammede med moderat funksjonssvikt synes også å være god. Dette er grundig beskrevet i rapporten fra faggruppen i delprosjektet.

Hålogalandssykehuset Harstad har i dag ni plasser. Det er pr. i dag mulig å øke kapasiteten med seks plasser uten ombygging. Ved flytting av funksjoner som ligger i umiddelbar nærhet til avdelingen, kan pasient- og støtterom frigjøres og drives sammen med nåværende rehabiliteringsavdeling. Ved integrering i UNN vil også ytterligere rom, som i dag er benyttet av administrasjonen, kunne frigjøres. Slik utvidelse av antall senger i Harstad AFMR (avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering) vil medføre noe økt bemanningsbehov i forhold til dagens bemanning, men det vil likevel være klare stordriftsfordeler.

Den vedlagte supplerende utredningen synliggjør et driftsøkonomisk potensial for innsparing på ca. fire millioner kroner ved å utnytte eksisterende kapasitet i Harstad i stedet for å benytte Lødingen Rehabiliteringssenter. En utnyttelse av kapasiteten i Harstad og evt. andre sykehusavdelinger til formålet, vil også gi et bedre faglig tilbud, da tilgangen på legerressurser og et bredt diagnostisk- og behandlingstilbud er større og enklere i sykehusene enn utenfor.

De driftsøkonomiske vurderingene tilsier en økt utnyttelsesgrad av eksisterende senger og personell, samt satse mer i framtida på oppbygging av rehabiliteringssenger i sykehusene, hvor total kapasitet og kompetanse i dag innen foretakene UNN, Hålogalandssykehuset HF (HHF) og NLSH vil være tilstrekkelig for å dekke foretakenes samlede behov for senger i kombinasjon med økt dagbehandling og ambulante team- virksomhet.

Med dette som bakgrunn anbefalte styringsgruppen derfor å samle pasienter med behov for slagrehabilitering fra Ofoten, Sør-Troms og deler av Vesterålen (Lødingen) til avdelingen i Harstad, og la pasienter fra Salten, Lofoten og resten av Vesterålen få et tilbud i regi av Nordlandssykehuset HF kombinert med økt dagbehandling og ambulante team.

Høringsuttalelser

Det er kommet inn fem høringsuttalelser. Disse er fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Hålogalandssykehuset HF Narvik, Fagforbundet og Sykepleierforbundet i felles uttalelse og Lødingen kommune.

Styret i Nordlandssykehuset HF ber om at NLSH og UNN legger til rette for å ivareta den slagrehabiliteringen som i dag gjøres ved Lødingen rehabiliteringssenter, innenfor eksisterende sykehusanlegg. Styret tar imidlertid ikke stilling til når dette skal skje og ber om ny utredning etter at Helse Nord RHF har behandlet saken.

UNN vurderer prosjektrapporten som god og faglig velfundert, men mener utredning av alternativ foretakstilknytning bør gjennomføres hvor også driftsøkonomiske forhold knyttet til ulike alternative løsninger belyses.

De øvrige tre høringsuttalelsene slutter seg til delprosjektgruppens anbefalinger om å opprettholde Lødingen rehabiliteringssenter.

Andre forhold – samfunnsmessige konsekvenser

Helse Nord RHF's ansvar er å forvalte de tildelte økonomiske ressurser på en slik måte at disse gir en best mulig spesialisthelsetjeneste til befolkningen. Hensyn til sysselsetting, arbeidsplasser og mer distriktspolitiske forhold er ikke vårt hovedanliggende. I den grad slike forhold skal vektlegges må de vurderes som svært tungtveiende, alternativt at statsråden i foretaksmøte for Helse Nord vil vektlegge slike forhold i tillegg til de rent helsepolitiske.

Helse Nord's økonomiske situasjon er slik at dersom organiseringen kan gjøres mer effektiv og kostnadene reduseres så skal slike tiltak vurderes gjennomført. En forutsetning er at tilgjengeligheten sikres samtidig som kapasiteten er tilstrekkelig og kvalitet minimum opprettholdes. Nr alle disse forutsetninger er til stede skal det tungtveiende grunner til for ikke å gjennomføre tiltaket.

Nedlegging av en institusjon med om lag 20 årsverk i en liten kommune krever en vurdering av de samfunnsmessige konsekvenser av en slik beslutning. Ikke minst skal dette perspektivet synliggjøres overfor de som skal treffe beslutningen slik at de evt. kan vektlegge . Først da kan saken sies å være forsvarlig utredet og fullstendig opplyst.

Lødingen kommune har hatt store omstillingsutfordringer. I løpet av de siste 10 år har kommunen tapt 300 arbeidsplasser. Omlegging av driften i Telenor startet i 1996 og i Forsvaret i 2001. Kommunen har i dag totalt om lag 850 arbeidsplasser i offentlig og privat sektor. Fra Forsvaret og Telenor har det i denne perioden vært gitt tilskudd på 57.5 millioner kroner som skulle bidra til omstilling i kommunen. På den positive siden må nevnes etablering og utvikling av en bedrift som håndterer lønnsutbetalinger for en rekke større virksomheter. Den har vokst fra 15 til 45 årsverk.

Befolkningsutviklingen har i den samme perioden vært svært negativ. Kommunen hadde i 1994 2705 innbyggere. I dag er folketallet 2314.

Lødingen rehabiliteringssenter er en viktig arbeidsplass i et samlet arbeidsliv i kommunen. De 20 årsverkene er i all hovedsak kvinnearbeidsplasser og har stor betydning for muligheten til rekruttering til andre arbeidsplasser i kommunen. I tillegg har mange av medarbeiderne ved Lødingen rehabiliteringssenter høyere utdanning, noe som er av stor betydning langt utover spesialisthelsetjenestens rekke.

Administrerende direktørs vurderinger

Rehabiliteringsfeltet er en tjeneste det vil bli økt behov for i framtida. Tjenesten er i oppbygging og har en rekke kompetente medarbeidere, men mangler kapasitet på medisinsk-faglig side. Kompetansen er i dag spredt og dermed svært sårbart. Utvikling av sterkere fagmiljøer vil være viktig for å utvikle tjenestene ytterligere, å være attraktive for nøkkelpersonell, for godkjenning som utdanningsinstitusjoner for framtidige legespesialister og effektiv økonomisk drift. .

Tilbudet til denne gruppen pasienter kunne håndteres i UNN og Nordlandssykehuset dersom Lødingen rehabiliteringssenter ble lagt ned umiddelbart. Adm. direktørs vurdering er, etter en samlet vurdering, at Lødingen rehabiliteringssenter drives videre som spesialisthelsetjeneste til investeringene i Nordlandssykehuset er ferdigstilt. Dette skjer med basis i at tilbudet ved Lødingen rehabiliteringssenter er vurdert som faglig tilfredsstillende. I denne sammenheng understrekes at denne løsningen krever økt tilgang på medisinsk-faglig kompetanse og etablering av gode faglige samarbeidslinjer til sykehusene. Lødingen rehabiliteringssenter organiseres som del av Nordlandssykehuset. Lødingen rehabiliteringssenter skal behandle pasienter både fra nye UNN og nye Nordlandssykehuset sitt opptaksområde, jfr. dagens praksis. For å imøtekomme kommunens behov for omstilling vil Helse Nord i perioden delta i et arbeid med for å få realisert Lødingen rehabiliteringssenter som et interkommunalt tilbud til pasienter fra Ofoten, Vesterålen og Sør-Troms. Ansvarlig for dette arbeidet må være Lødingen kommune. En slik utvikling av virksomheten var også drøftet med Hålogalandssykehuset HF på et tidligere tidspunkt.

**STYRESAK 109-2006 SLUTTRAPPORT, FASE 0 FELLES
UTREDNING OM SAMARBEID KNYTTET TIL
STABS- OG STØTTEFUNKSJONER**

Møtedato: 13. desember 2006

Sakspapirene ettersendes.

Saksbehandler: Tor Solbjørg, tlf. 75 51 29 02

**STYRESAK 110-2006 OPPNEVNING AV KONTROLLKOMITÉ I
HELSE NORD RHF**

Møtedato: 13. desember 2006

Formål/sammendrag

Dette er en oppfølging av styresak 07-2006, hvor det ble vedtatt å velge ny kontrollkomité i siste styremøte i 2006.

Bakgrunn/fakta

I styresak 88-2005 ble det oppnevnt kontrollkomité i Helse Nord RHF. Komiteens medlemmer ble valgt blant de eieroppnevnte styrerepresentanter, i samsvar med Helse- og omsorgsdepartementets forutsetning i foretaksprotokollen fra januar 2005.

I foretaksmøtet den 25. januar 2006 slo Helse- og omsorgsdepartementet fast at også ansattevalgte styremedlemmer kan oppnevnes til kontrollkomiteen. Kontrollkomiteens instruks ble i styresak 28-2006 endret overensstemmende med dette.

I styresak 07-2006 ble det valgt ny kontrollkomité i Helse Nord RHF, bestående av tre eieroppnevnte styremedlemmer:

Grete Bang, leder
Trude L. Husjord
Terje Olsen

Vedtaket punkt 3 har følgende ordlyd:

Kontrollkomiteen oppnevnes for år 2006. Ny kontrollkomité velges i siste styremøte i 2006.

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

1. Følgende styrerepresentanter oppnevnes til medlemmer av kontrollkomiteen med virkning fra 1. januar 2007:

NN
NN
NN

2. NN velges som leder for kontrollkomiteen

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

**STYRESAK 111-2006 ARBEIDSTILSYNETS PROSJEKTRAPPORT –
GOD VAKT, ARBEIDSMILJØ I SYKEHUS**

Møtedato: 13. desember 2006

Formål/sammendrag

Arbeidstilsynet gjennomførte i 2005 tilsyn i 22 av landets 30 helseforetak. Fokus for tilsynet var foretakenes HMS-arbeid, herunder vernetjeneste og etterlevelse av arbeidsmiljølovens bestemmelser. Avvik ble funnet i varierende grad med etterfølgende pålegg om gjennomføring av lukking i henhold til gitte tidsfrister.

Arbeidstilsynet planlegger kontrolltilsyn i 2008.

Det foreligger nå en nasjonal oppsummering: Arbeidsmiljø i sykehus. I denne orienteringen presenteres de viktigste, gjennomgående funn på landsbasis samt funnene i Helse Nord.

De første tilsyn ble gjort tidlig i 2005 og ligger 1,5 år tilbake i tid. Mange av avvikene er derfor allerede lukket.

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar gjennomgangen av Arbeidstilsynets prosjektrapport – God Vakt, Arbeidsmiljø i sykehus til orientering.
2. Det konstateres at utfordringene knyttet til avvikene er store, men at planarbeid og tiltak for å lukke dem er godt i gang.
3. Styret ønsker fremlagt en helhetlig strategi for HMS-området høsten 2007, i god tid før Arbeidstilsynets kontrolltilsyn i 2008.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktørTrykte vedlegg: Utdrag av Arbeidstilsynets tilbakemeldinger til foretakene
Arbeidstilsynets rapport: God Vakt, Arbeidsmiljø i sykehus – tidligere tilsendt

Utredning

1. Innledning/fakta

Arbeidstilsynet gjennomførte tilsyn i 22 av landets 30 helseforetak i 2005. Fokus for tilsynet var foretakenes HMS-arbeid, herunder vernetjeneste og etterlevelse av arbeidsmiljølovens bestemmelser.

I internt notat i Direktoratet for arbeidstilsynet (DAT) av 14.10.2003 ble blant annet følgende lagt til grunn for Arbeidstilsynets tilsyn i foretakene:

”Arbeidsmiljøbelastningene ved sykehusene er sammensatte og består av en rekke ulike komponenter. Likevel kan risikoen i hovedsak sies å være av organisatorisk art og knyttet til organiseringen av arbeidet for de ulike arbeidsoperasjoner og arbeidstakergrupper.

Sykehusene er samtidig store og kunnskapsrike organisasjoner. De fleste sykehusene har over tid hatt tilsyn fra Arbeidstilsynet med jevne mellomrom.”

En målsetning om at ”God Vakt” skulle føre til reduksjon i de belastninger som bidrar mest til arbeidsrelaterte skader og sykdommer i helseforetakene ble utformet for Arbeidstilsynets tilsyn i landets helseforetak i 2005.

Dette innebar blant annet at helseforetakene skulle

- ha et fungerende HMS-system
- organisere arbeidet slik at ansatte ikke utsettes for helseskadelige psykiske eller fysiske belastninger

Det ble pekt ut fem effektmål for undersøkelse:

1. Organisering, kultur og teknologi: Færre arbeidstakere skal utsettes for helseskadelige fysiske eller psykiske belastninger som følge av uheldig kultur, teknologiske løsninger og hvordan arbeidet er organisert.
2. Omstilling: Færre arbeidstakere skal utsettes for helseskadelige fysiske eller psykiske belastninger som følge av omstilling.
3. Psykiske og sosiale belastninger: Flere arbeidstakere skal oppleve arbeidet meningsfylt, med mulighet til faglig og personlig utvikling, og færre arbeidstakere skal oppleve psykiske og sosiale belastninger som truer helsa.
4. Ergonomiske belastninger: Færre arbeidstakere skal utsettes for helseskadelige ergonomiske forhold.
5. Kjemisk og biologisk helsefare (smittefare): Bevissthetsnivået og tiltaksnivået mot kjemisk og biologisk påvirkning skal økes for å redusere sannsynligheten for helseskader.

Tilsynene har vært gjennomført i syv faser i hver av de fem helseregionene, med start på ”toppen” av sykehusorganisasjonen, arbeid ”nedover” i organisasjonen og så tilbake mot ”toppen”. Dialog med aktører på alle nivå, samt innhente informasjon fra ulike kilder, har vært viktig for tilsynet. Det har vært tilsynets hensikt å gjennomføre et tilstrekkelig antall tilsyn til å kunne si noe om helheten og felles trekk ved håndteringen av arbeidsmiljøet i det enkelte foretak.

Omfanget av tilsyn i Helse Nord, samt i det totale prosjektet:

Tilsynssted	Antall ansatte deltatt	Antall ledere deltatt	Antall tilsyn
Hålogalandssykehuset HF	200	50	18
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	300	60	27
Nordlandssykehuset HF	150	60	24
Helse Finnmark HF	300	60	32
Helgelandssykehuset HF	100	45	24
Sum Helse Nord	1050	275	125
Sum landet	5260	1260	875

Arbeidstilsynets intensjon har vært å bruke alle enkeltforhold til å belyse og beskrive organisatoriske svakheter ved arbeidsmiljøhåndteringen. Det er derfor gitt relativt få pålegg i forhold til alle de enkeltfunn som er gjort. Påleggene er i hovedsak gjort gjeldene for hele foretaket, slik at foretakene selv med utgangspunkt i påleggene, må rette opp de ulike problemer i alle avdelinger hvor problemet måtte forekomme.

Ingen av påleggene er påklaget. Arbeidstilsynet har tolket det dit hen at foretakene har aksepterte det arbeidsmiljøbildet som er presentert for dem gjennom Arbeidstilsynets rapporter.

2. Nasjonale funn

Funnene er stort sett like mellom foretak og helseregioner, men det finnes avdelingsvise forskjeller innad i foretakene. Listen nedenfor oppsummerer vesentlige funn ved arbeidsmiljøforholdene som er undersøkt:

- Det er avdekket mangler i helseforetakenes systematiske HMS-arbeid på alle de nevnte tilsynstemaene: Omstilling, psykiske og ergonomiske belastninger og kjemisk og biologisk helsefare
- HMS/det forebyggende arbeid overfor egne ansatte mangler oppfølging og taper oppmerksomhet i det daglige
- Helseforetakene mangler god oppfølging av HMS mellom nivåene og vurdering av bakenforliggende årsaker til at arbeidsmiljøbelastninger oppstår.
- Ledelsen og styrene etterspør ikke i tilstrekkelig grad HMS-indikatorer i den overordnede styring og ledelse.
- Ansatte opplever frustrasjon, dårlig samvittighet og redsel for å gjøre feil en svært presset arbeidssituasjon og opplevelse av at ressursene ikke står i forhold til de oppgavene som skal løses
- Førstelinjeledere har en arbeidssituasjon som mange ikke mestrer og som ofte kan betegnes som helsebelastende.
- Ansatte og ledere tar på seg byrden og strekker seg svært langt i sitt arbeid, tidvis på bekostning av egen helse.
- Det er ikke tilstrekkelig fokus på forebygging av arbeidsrelaterte plager og sykefravær som følge av et gjennomgående høyt arbeidspress. Sykefravær brukes også som mestringsmekanisme for å "ta seg inn".
- Ansatte og ledere opplever likevel god kollegial støtte og godt samarbeid med de som arbeider sammen til daglig.
- Vurdering av arbeidsmiljøkonsekvenser ved planlegging av omstillinger mangler
- Omstillingsprosessene har ofte mangler knyttet til medvirking og oppfølging av ansatte.

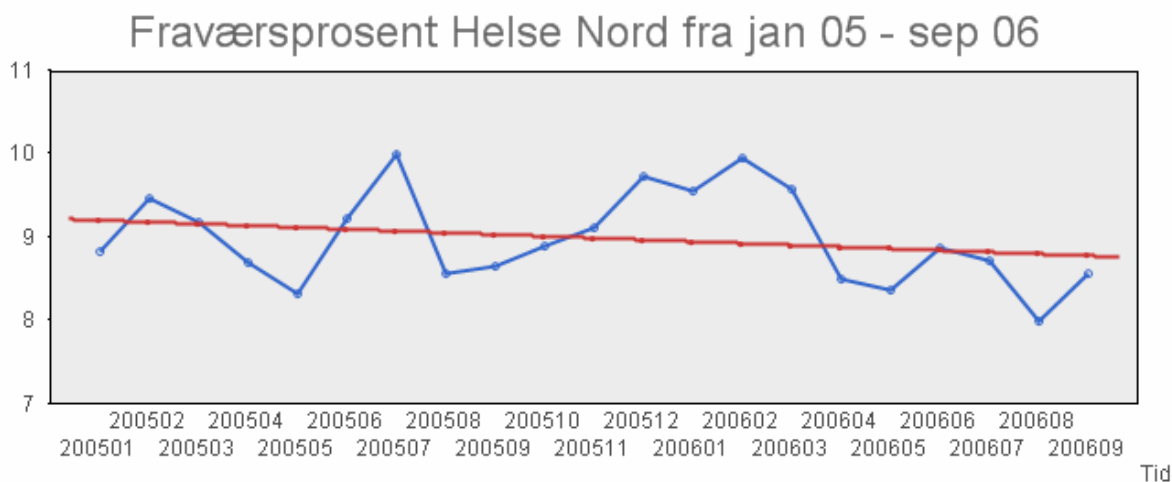
- Legene som yrkesgruppe er lite involvert i HMS-arbeidet. Dette får uheldige konsekvenser for deres egen arbeidssituasjon og andres mulighet til å følge opp HMS.
- De bygningsmessige forhold er i mange tilfeller slik at det oppstår arbeidsmiljømessige problemer, for eksempel knyttet til ergonomi og biologisk helsefare

Tilbakemeldingene til foretakene i Helse Nord er i hovedsak gjengitt i vedlegg I. De ligger i hovedsak innenfor de samme områder.

Siste frist for tilbakemelding til Arbeidstilsynet om lukking av avvik for foretakene er våren 2007. Helgelandssykehuset er siste foretak med siste frist 16. februar 2007.

3. Foretaksgruppens arbeid med oppfølging og lukking av avvik

Helse Nord har allerede i styresak 61-2006 Sykefravær – analyse og tiltak, fulgt opp en del av de utfordringer/avvik som er avdekket av arbeidstilsynet. Dette ut fra en erkjennelse av at sykefraværet totalt sett synes å ha flatet ut, men har et gjennomgående for høyt nivå. Området vil ha fortsatt ha høyt fokus i 2007. Fraværet viser for øvrig en fallende tendens for siste del av 2006, se figur.



Det har vært arbeidet systematisk og godt på tvers av foretaksgrensene i oppfølgingen av God Vakt. Temaet har vært på dagsorden i to foretaksovergrepene fagsamlinger, hver samling over to dager. Målgruppen har vært tillitsvalgte, vernetjeneste, ledere, HMS- og personalmedarbeidere, - og ledere. Samlingene har fått gode tilbakemeldinger, men har savnet større bredde i deltakelsen fra ledere på foretaksnivå. Personalsjefmøtet og direktørmøtet har hatt oppfølging av God Vakt på agendaen ved flere anledninger.

En bredt sammensatt, foretaksovergrepene HMS-gruppe koordinerer arbeidet. Representanter fra vernetjenesten deltar i gruppen. De deler kunnskap, legger felles, gjennomgående planer og gjennomfører aktiviteter til felles nytte i foretakene. Gruppens hovedmålsetning er å bidra til at det systematiske HMS-arbeidet og vernetjenesten får et løft i foretaksgruppen. Ut fra særtrekk og behov ved det enkelte foretak, gjennomføres også tiltak og aktiviteter foretaksspesifikt. Det enkelte helseforetak er ansvarlig for å lukke pålegg gitt av arbeidstilsynet.

Oppsummert vil Helse Nord sin overordnede strategi for HMS-arbeidet i 2007, blant annet med bakgrunn i tilsynets pålegg være følgende;

3.1 Gjennomgående, elektronisk kvalitetssystem

Arbeidstilsynet påpeker i noe ulik grad i sine tilbakemeldinger at helseforetakenes system for helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid trenger forbedringer for å fungere på en hensiktsmessig måte. Viktige elementer her er struktur, tilgjengelighet - og overordnet struktur og koordinering.

Konkrete tiltak vil være:

- DocMap og videre publisering via intranett skal gjøre helseforetakenes HMS-system elektronisk og lett tilgjengelig for alle ledere og ansatte.
- Helse Nord RHF skal sørge for en prosess med foretakene slik at alle overordnede HMS-prosedyrer blir kvalitetssikret og harmonisert i foretaksgruppen. Prosessen baseres på de eksisterende prosedyrer i det enkelte helseforetak og sikrer et gjennomgående HMS-system for foretaksgruppen.
- Et elektronisk system med overordnet standardisering vil i seg selv bedre tilgjengeligheten av systemet samt forenkle vedlikeholdet av dette.
- Det tilføres HMS-kompetanse i arbeidet med å utvikle elektronisk gjennomgående avvikshåndtering i DocMap

3.2 HMS-rollene

HMS-arbeidet i foretakene er, som tilsynet antyder ikke like godt utviklet over alt i Helse Nord. Sentrale roller i arbeidet vernetjenestens rolle og funksjon samt ledelsens rolle og funksjon. Det vil derfor være sentralt for arbeidet fremover å sette fokus på og utvikle disse rolle og funksjoner i et HMS-perspektiv.

For å forsterke det ledelsesmessige fokus på det systematiske HMS-arbeidet er det utviklet måleindikatorer på de mest sentrale HMS-prosedyrene som skal inngå i helseforetakenes tertialrapportering

3.2.1 Vernetjenesten

Den prosedyren som normalt skal gi virksomheten informasjon vedrørende arbeidsmiljøet ved virksomhetens enheter er gjennomføring av vernerunder. Jamfør ovenstående vil det bli lagt særlig vekt på forbedringsområder for denne overordnede HMS-prosedyren.

Alle helseforetakene har i dag prosedyre- og rutinebeskrivelser for gjennomføring av vernerunder. Helseforetakene vil særlig følge opp området ”oppgaver som skal utføres og ressurser for å utføre dem” ved gjennomføring av første planlagte vernerunde etter tilsynet. Den regionale HMS-gruppen ønsker å arbeide med kompetanseutvikling for vernetjenesten. Styret har også anmodet administrasjonen å søke å finne rom for en konsernverneombud-funksjon i 2007-budsjettet.

3.2.2 Lederopplæring

Helse Nord RHF og foretaksgruppen har lagt stor vekt på ledelse og ledelsesutvikling siden etablering av helseforetakene. Det har vært gjennomført ledelsesutviklingstiltak både på nasjonalt, regionalt og helseforetaksnivå. Helseforetakene har ansvar for ledelsesutvikling på eget nivå, men skal etter Helse Nord RHF sine styringskrav, ha et overordnet regionalt element. Helseforetakenes ledelsesutviklingstiltak har elementer av å gi lederne på enhetsnivå gode verktøy for å håndtere den personalmessige siden av lederoppgavene. Opplæring i helseforetakenes systemer for helse-, miljø og sikkerhetsarbeid er et etablert område i helseforetakenes lederutviklingstiltak på dette ledernivået. Helseforetakene vil særlig følge opp at opplæring i foretakenes helse-, miljø og sikkerhetssystem blir vektlagt tilstrekkelig i de etablerte ledelsesutviklingstiltak. Det er særlig ledere på enhetsnivå som har det utøvende ansvaret og dermed største presset i forhold til å sørge for at driften er innenfor HMS-systemets målsetninger og krav.

Når det gjelder oppfølging av mellomledere generelt fokuseres det særskilt på dette i de årlige regionale ledersamlinger som arrangeres av RHF i samarbeid med helseforetakene. Dette tema vil få ytterligere oppmerksomhet ved avvikling av framtidige samlinger.

Helse Nord RHF har gjennom høgskolesamarbeidet påpekt/erkjent ovenfor Arbeidstilsynet at det er behov for å revidere rammeplanen for helsefaglige grunnutdanninger slik at det legges større vekt på HMS-opplæring.

3.2.3 Sykefraværsoppfølging

Alle foretakene i Helse Nord er IA-bedrifter. Det betyr at en har inngått en partssammensatt avtale hvor hovedformålet er et Inkluderende Arbeidsliv. Et av delmålene i dette arbeidet har vært å få ned sykefraværet. Vårt måltall har vært 7,5 %, men pr september er det gjennomsnittlige sykefraværet i 2006 på 8,9 %.

Flere undersøkelser peker på at det ofte er en mindre andel av de ansatte som står for mesteparten av sykefraværet. Et forholdstall som benyttes i diskusjonen om sykefravær er at 10 % av de sykemeldte står for 80 % av sykefraværet. En undersøkelse gjort i Norske kraftselskaper, (Tveito et al. 2002) konkluderer med at 10 % av de sykemeldte står for 82 % av fraværet.

Med dette som utgangspunkt vil Helse Nord realisere et sykefraværsoppfølgingsprosjekt rettet mot denne 10 % -målgruppen. Tiltaket skal iverksettes når IA-tiltakene ikke synes å ha effekt. Det betyr at når medarbeider gjentakende faller ut av arbeid til tross for arbeidsgivers tilrettelegging, må en ta i bruk andre virkemidler. Tanken er at en skal ansvarliggjøre medarbeider i forhold til egen mobilisering for å gjenvinne helsen. Fokuset blir; hvilke friskfaktorer må være tilstede i livet for at medarbeiders helse skal bedres, arbeidsgleden komme tilbake og at vedkommende skal forbli i arbeidslivet. Prosjektet skal utvikle en robust prosedyre for individuell oppfølging av arbeidstakere med høyt sykefravær som et ledelsesmessig verktøy i alle helseforetak.

3.3 Prosedyrer og rutiner for å overvåke arbeidsmiljøet generelt

Foretrukket tilnærming er å forbedre og forsterke de normalprosedyrer helseforetakene har etablert for å oppfylle Arbeidsmiljølovens og Forskrift om verne- og helsepersonell (HMS-forskriften) sine krav i forhold til overvåking av arbeidsmiljøet.

I tillegg må helseforetakene sette ytterligere fokus på lederutvikling på alle nivå for å sikre at det etableres systemer for god medarbeideroppfølging. Anbefalt metodikk i foretaksgruppen er medarbeidersamtaler.

3.3.1. Medarbeidersamtaler

Anbefalt prosedyre i foretaksgruppen for medarbeideroppfølging er at medarbeidersamtaler skal etableres i et gjennomgående system i det enkelte helseforetak. Det er således etablert en overordnet prosedyre som styrer prosedyrene på foretaksnivå for gjennomføring av medarbeidersamtaler i alle helseforetak. Systematisk oppfølging av utkommet av disse samtalene vil gi virksomheten oversikt over arbeidssituasjonen på individnivå både med hensyn på tilgjengelige ressurser samt nødvendig kompetanse til å utføre pålagte oppgaver. Helseforetakene vil særlig følge opp at system og prosedyrer for gjennomføring av medarbeidersamtaler forsterkes og forbedres slik at det fanger oppforholdet mellom ressurser og kompetanse og oppgaver som skal utføres på individnivå.

Helseforetakene vil særlig følge opp at opplæring i gjennomføring av medarbeidersamtaler blir vektlagt tilstrekkelig i de etablerte ledelsesutviklingstiltak.

3.3.2 Medarbeidertilfredshetsmålinger

Det er videre hensiktsmessig å etablere et system som kan reflektere tilstanden på individnivå vedrørende arbeidsmiljø, organisatoriske forhold og ledelse. Jmfør våre styringsdokumenter arbeider Helse Nord RHF for å få etablert gjennomgående medarbeidertilfredshetsmålinger i foretaksgruppen. Prosjektet er i pilotfasen og avhengig av utfallet i denne fasen kan et gjennomgående system være etablert i foretaksgruppen i løpet av 2007.

Gjennomgående medarbeidertilfredshetsmålinger vil gi helseforetakene og foretaksgruppen verdifull kunnskap om tilstanden på arbeidsmiljø- organisatoriske og ledelsesmessige områder både på enhetsnivå og aggregert nivå i helseforetakene og foretaksgruppen.

Verktøyet er særlig egnet til ledelsesmessig oppfølging og utvikling av enhetslederne som i stor grad har det utøvende HMS ansvaret i foretakene.

3.3.3 Styringssystemer: LIS og GAT Soft

Overvåking av arbeidsmiljøet vil også bli støttet av LIS - prosjektet, målekortet som vil ha flere indikatorer knyttet til personalområdet. Eksempler på indikatorer er sykefravær, bemanning/årsverk, gjennomførte medarbeidersamtaler, gjennomførte vernerunder, resultater fra medarbeiderundersøkelsen etc.

Turnussystemet GAT Soft vil også utvikles videre som lederstøtteverktøy. En vil gjennom dette systemet legger normer for behovet for bemanning og lette arbeidet både med å avdekke brist på bemanning samt gjøre terskelen lavere for medarbeidernes muligheter for å bytte vakter, forskyve vakter og legge inn ønskevakter. Dette vil blant annet bidra til å øke tilrettelegging og fleksibilitet for leder og medarbeider og derved bedre arbeidsmiljøet.

4. Konklusjon

Hvis en legger til grunn Arbeidstilsynets rapport, ser en at Helse Norge står ovenfor store utfordringer. Bildet er mer nyansert enn det som fremkommer i rapporten.

Helse Nord har valgt å se på tilsynets arbeid som et utgangspunkt for vår langsiktige planlegging av HMS-området og vektlegge aktivitet som skal integreres i linjen og i løpende drift/virksomhet.

Helse Nord har ambisjoner om å komme langt bedre ut resultatmessig/avviksmessig når kontrolltilsynet blir gjennomført i 2008.

Vedlegg I Utdrag av Arbeidstilsynets tilbakemeldinger til foretakene

I Helse Nord har rapportene blitt behandlet i det enkelte foretak sine styrer. Vi oppsummerer kort fra Arbeidstilsynets rapport til foretakene:

Helgelandssykehuset HF

Arbeidstilsynet har i hovedsak avdekket følgende forbedringsområdet i Helgelandssykehuset HF:

- **Å gjøre det systematiske HMS-systemet kjent og tatt i bruk:**

Helgelandssykehuset HF har et omfattende HMS-system, men det kan se ut som at ansatte og ledere har hatt mangelfull kjennskap til deler av dette, eller at arbeidet med dette ikke har blitt prioritert.

- **Rutiner og tiltak i forhold til psykososialt arbeidsmiljø:**

Flere av påleggene er knyttet til psykososialt arbeidsmiljø. Helgelandssykehuset HF må lage og iverksette rutiner for konflikthåndtering, gi en mer systematisk opplæring i håndtering av vold og trusler til ansatte som trenger dette, og eksisterende retningslinjer for omstilling og nedbemanning må oppdateres.

- **Verneombudets medvirkning:**

Under tilsynene ble det avdekket at ikke alle verneombudene har faste møtearenaer som sikrer tilstrekkelig kommunikasjon mellom ledelse og verneombud på alle beslutningsnivåer. Dette gjelder også hovedverneombudet.

- **Balanse mellom oppgaver og ressurser:**

Tilsynet viste at mange ansatte i Helgelandssykehuset HF opplever å ha en så stor arbeidsbelastning at det går ut over trivsel, jobbutførelse og helse. Dette gjelder ikke minst mellomlederne i foretaket.

- **Bygningsmessige forhold:**

Ved flere av de besøkte avdelingene er det bygningsmessige forhold som ikke tilfredsstiller kravene i arbeidsmiljøloven.

- **Ergonomiske forhold:**

Mange av de besøkte avdelingene har utfordringer i forhold til tungt arbeid og uheldige arbeidsstillinger, som kan være helsemessig belastende for de ansatte. Det må også iverksettes systematiske opplæringstiltak i forhold til tunge løft og forflytning.

- **Kjemiske forhold:**

Ved enkelte av de besøkte avdelingene var det mangler i forhold til HMS-datablader og stoffkartotek. Vi registrerer for øvrig at flere av forholdene som er avdekket og påpekt gjennom våre tilsyn allerede er tatt tak i. Dette ser vi på som svært positivt.

For beskrivelser av bakgrunn for våre konklusjoner viser vi til tilsynsrapporten med vedlegg datert 30. desember 2005.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Arbeidstilsynet har registrert flere mangler i Universitetssykehuset Nord-Norge HF's oppfølging av arbeidsmiljørisiko knyttet til temaene for kampanjen. Dette omfatter samtlige temaer:

- **i forhold til organisering, kultur og teknologi,**

mener vi at Universitetssykehuset Nord-Norge HF ikke har tilstrekkelig fokus på de bakenforliggende eller overordnede årsaker til arbeidsmiljøproblemer i avdelingene. Særlig mangler en tilfredsstillende oppfølging mellom foretaksledelse og avdelingsnivået som sikrer at arbeidsmiljøproblem blir fulgt opp av det ledelsesnivå som har myndighet til å fatte beslutninger.

- **i forhold til omstilling som arbeidsmiljøutfordring,**
mener vi at Universitetssykehuset Nord-Norge HF ikke har hatt det fokus på arbeidsmiljøet når omstilling planlegges og gjennomføres, som arbeidsmiljølovgivningen krever. Det er mangler i forhold til konsekvensvurderinger forut for omstilling og evalueringer underveis i prosessen, samt i forhold til involvering av verneorganisasjonen og i forhold til informasjon, hvor informasjonsrutinene i mange tilfeller ikke har vært hensiktsmessige for å få frem informasjon til de berørte.
- **i forhold til psykiske og sosiale belastninger,**
mener vi at Universitetssykehuset Nord-Norge HF ikke har hatt nok fokus på arbeidsmiljø i forhold til den økning i arbeidsoppgaver og arbeidsbelastning som de ansatte har opplevd de siste årene.
- **i forhold til ergonomiske belastninger,**
mener vi at Universitetssykehuset Nord-Norge HF har hatt fokus på området men fortsatt har store utfordringer å gripe fatt i, både når det gjelder bygningsmessige forhold og tekniske hjelpemidler. Bedriftshelsetjenesten blir brukt som en verdifull samarbeidspartner i arbeidet, men kan brukes enda mer.
- **i forhold til kjemisk- og biologisk helsefare,**
mener vi at Universitetssykehuset Nord-Norge HF har hatt stort fokus på dette og blant annet har utarbeidet en svært grundig smittevernhandbok. Å få alle avdelinger til å følge opp smittevernhandboka i praksis, synes imidlertid som et forbedringsområde. Videre så gir de bygningsmessige forhold utfordringer i forhold til å forebygge og håndtere kjemisk- og biologisk helsefare.

For nærmere redegjørelse for våre konklusjoner viser vi til tilsynsrapport av 2.9.2005 med vedlegg.

Nordlandssykehuset HF

Arbeidstilsynet har i hovedsak avdekket følgende forbedringsområder i Nordlandssykehuset:

- **Å få det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet til å fungere hensiktsmessig**
Foretaket er som nevnt i ferd med å innføre Docmap som et enhetlig kvalitetssystem, der HMS er en integrert del av systemet. Systemet er i ferd med å implementeres i organisasjonen, men det gjenstår en del før kart og terreng stemmer overens.
- **Vernetjenestens rolle og funksjon**
Utfordringen også på dette punkt består etter Arbeidstilsynet sin vurdering i å få terrenget til å stemme overens med kartet. Helseforetaket har skriftlige prosedyrer som omfatter det meste, også i forhold til hvordan vernetjenesten skal fungere. Ved noen av enhetene hadde imidlertid ikke verneombudet en etablert møteplass med avdelingsledelsen, og det var ikke avklart hvor mye tid verneombudet måtte ha for å ivareta sin funksjon på en tilfredsstillende måte. Arbeidstilsynet er også usikker på hvorvidt verneombudene i tilstrekkelig grad blir involvert i såkalte § 19-saker bygningsmessige endringer, endringer i lokaler, produksjonsprosesser m.v. som vil føre til vesentlige endringer i arbeidsmiljøet. Arbeidsmiljøutvalget er gjennom lovverk og helseforetakets egne rutiner gitt en viktig rolle i det systematiske helse-, miljø og sikkerhetsarbeidet, bl.a. når det gjelder behandling av avdelingsvise HMS-handlingsplaner. Arbeidstilsynet er usikker på hvorvidt helseforetakets egne rutiner fungerer på dette området, bl.a. når det gjelder prioritering av tiltak i handlingsplanene og oppfølging av gjennomføringen av disse.
- **Bemanning i forhold til oppgaver**
Gjennom samtalene med ansatte og ledere kom det frem at i om lag halvparten av de besøkte enhetene oppleves arbeidsdagen som preget av stort tidspress, bl.a. som følge av misforhold mellom de oppgaver som skal utføres og tilgjengelige ressurser til å utføre dem. På medisinsk avdeling rekker ikke ansatte over alle arbeidsoppgavene de skal utføre, og det sies at det er så travelt at det har skjedd at folk har arbeidet seg syk. Hver pasient krever mer, uten at dette i tilstrekkelig grad kompenseres for gjennom økte personalressurser.

- *Mellomlederes arbeidssituasjon*

Mellomledernes arbeidsbelastning oppleves som stor, og har økt som følge av økning i administrative oppgaver og redusert tilgang til administrative støttefunksjoner (personal, lønn m.v.). Enkelte ledere må ta arbeidsoppgaver med seg hjem eller dra tilbake på kontoret på kveldstid. Arbeidstilsynet antar at for eksempel manglende gjennomføring av oppgaver som medarbeidersamtaler og oppfølging av eget arbeidsmiljøarbeid og HMS, har sin direkte årsak i mangel på tid hos mellomledere.

- *Bygningsmessige forhold*

Som tidligere nevnt er helseforetaket i gang med en rekke ut- og ombyggingsprosjekter. Dette er svært positivt med tanke på at ansatte i mange av de besøkte enhetene opplever at lokalitetene er mangelfulle med hensyn til utforming/innredning og/eller størrelse/antall. Ulike mangler i forhold til det fysiske og ergonomiske arbeidsmiljøet har fremkommet som aktuelle problemstillinger ved mikrobiologisk avdeling, blodbanken, medisinsk avdeling Bodø, kirurgisk avdeling, SPS, SSKV og anestesivdelingen.

- *Ergonomiske forhold*

I flere enheter er ikke arbeidsplassene tilstrekkelig tilrettelagt for å forebygge muskel- og skjelettplager. Det er i varierende grad gjennomført kartlegging av ergonomiske forhold. Mange behov er kjent, uten at tiltak er iverksatt. Ved anestesivdelingen har de samme problemene som har medført stor belastning for de ansatte, gått igjen i mange år uten at tiltak har vært iverksatt. I flere enheter er det ikke tilstrekkelig med hjelpemidler for å forhindre uheldige fysiske belastninger på arbeidstakerne.

Hålogalandssykehuset HF

Arbeidstilsynet registrerte flere mangler i Hålogalandssykehuset HF sin oppfølging av arbeidsmiljørisiko knyttet til temaene som nevnt. Dette omfatter håndtering av arbeidsmiljøutfordringer knyttet til omstilling, psykiske og sosiale belastninger i arbeidsmiljøet, ergonomi og kjemisk og biologisk helsefare for ansatte. Arbeidstilsynet ser likevel positivt på at Hålogalandssykehuset HF har igangsatt et omfattende arbeid for å imøtekomme arbeidsmiljølovgivningens krav om et fungerende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid som er dekkende i forhold til de risikoforhold foretaket faktisk har. Vi registrerer videre at flere av de forhold som er avdekket og påpekt gjennom våre tilsyn allerede er tatt tak i.

For beskrivelser av bakgrunn for våre konklusjoner viser vi til tilsynsrapporten med vedlegg datert 19.04.05 som nevnt.

Helse Finnmark HF

Hovedkonklusjonene i tilsynsrapporten var at:

Helse Finnmarks overordnede HMS-systemer ikke er ajourført og i dårlig overensstemmelse med dagens virkelighet. Det gjør det vanskelig å vite hvilke bestemmelser som er gyldige og å forholde seg til systemene. Mangelen på klare anvisninger på hvordan det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet skal drives har ført til et "HMS-anarki", hvor hver enkelt avdeling driver HMS-arbeidet etter egen oppskrift. De fleste avvik vi har konstatert, skyldes mangelen på overordnede systemer som gir anvisninger på hvordan det systematiske HMS-arbeidet skal drives.

Det er mangler ved foretakets verneorganisasjon. Verneombud og hovedverneombud mangler, og verneområdene er i noen tilfeller uklare. Verneombudene tas heller ikke alltid med på råd under planlegging og gjennomføring av tiltak som har betydning for arbeidsmiljøet, slik arbeidsmiljøloven krever. Videre har vi konstatert at ikke alle som skal ha tilgang til verne- og helsepersonale (bedriftshelsetjeneste), har det, samt at det er ulik praksis innen foretaket med hensyn til hvem som får dette tilbudet og hvem som ikke får det. Det kan nevnes at sykehusene har bedriftshelsetjeneste som omfatter alle ansatte, mens tilbudet innenfor psykisk helsevern er vesentlig dårligere, og i noen tilfeller ikke engang omfatter dem som etter loven skal ha bedriftshelsetjeneste.

Helse Finnmark har vært gjennom mer og mindre kontinuerlig omstilling gjennom de siste årene. De ansatte opplever i mange tilfeller at de ikke har hatt reell medvirkning i prosessene, blant annet har høringsfristene i enkelte tilfeller vært så korte at en forsvarlig saksbehandling ikke har vært mulig. Vi stiller også spørsmål ved om rutinene for informasjon om planlagte og pågående endringer er hensiktsmessige. Vi tviler ikke på at foretaket faktisk informerer, men mange opplever at informasjonen ikke når dem. Andre opplever å bli oversvømt av informasjon i en slik grad at de mister oversikten og får vansker med å skille informasjon som er viktig for dem fra uviktig informasjon. De opplever i tillegg at samme informasjon sendes dem fra flere kilder. Dessuten er tilgangen på informasjon ofte avhengig av at en har datatilgang, hvilket ikke alle har. Omstillingen har medført høyere arbeidstempo. Det fører i noen grad til slitasje på de ansatte og på det mellommenneskelige miljøet på arbeidsplassen. Det er videre et gjennomgående trekk at ledere på avdelingsnivå har en arbeidsmengde de ikke kan overkomme innenfor normal arbeidstid. Enkelte går i turnus eller inngår i ordinære rutiner og utfører vesentlige deler av sitt administrative arbeid utenfor ordinær arbeidstid. I tillegg brukes helger, og faktisk også ferier, for å ta unna slikt arbeid. Arbeidssituasjonen belaster både familielivet og det sosiale livet utenfor arbeidsplassen. Vi konstaterer med tilfredshet at foretaket har grepet fatt i en rekke av de forholdene tilsynsrapporten påpeker og er godt i gang med et forbedringsarbeid. Helse Finnmark har et solid fundament å bygge et godt arbeidsmiljø på: Foretaket har lojale ansatte med eierforhold til sine arbeidsplasser, som trives med arbeidet og opplever støtte fra sine ledere, som igjen opplever klinikkledelsen som støttende. Videre har foretaket solid kompetanse i egen organisasjon til å løse mange av de oppgavene vi retter fokus mot. Vi har derfor tillit til at det arbeidet foretaket har iverksatt vil føre til varige forbedringer av arbeidsmiljøet.

Saksbehandler: Ingvild Røe, tlf. 75 51 29 09

**STYRESAK 112-2006 REGIONALT BRUKERUTVALG 2006-2008 –
OPPNEVNING AV VARAREPRESENTANTER,
ENDELIG LISTE**

Møtedato: 13. desember 2006

Formål/sammendrag

Nytt Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF ble oppnevnt i styresak 74-2006. Utvalget består av representanter fra Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO), fylkeseldrerådene i regionen samt satsingsområde rus. Det ble også etablert en ordning med vararepresentanter for hver gruppe som har forslagsrett. På dette tidspunkt var ikke oversikten klar for alle organisasjonene, slik at alle vararepresentanter kunne oppnevnes. Styret vedtok derfor at den endelige listen skulle legges fram for styret til neste styremøte.

Vurdering/Konklusjon

I henhold til vedtak i styret i sak 74-2006 er det oppnevnt nytt Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF, samt en ordning med vararepresentanter i rekkefølge og med det antall vararepresentanter for hver gruppe som har forslagsrett. Vararepresentantene skal innkalles til møtene i Regionalt brukerutvalg ved forfall blant de faste representantene. Komplette liste over representanter og vararepresentanter er vedlagt saken.

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

I henhold til vedtak i styresak 74-2006 etableres en ordning med vararepresentanter til Regionalt brukerutvalg. Vararepresentantene velges i rekkefølge og med det antall vararepresentanter for hver gruppe som har forslagsrett. Vararepresentanter fra FFO, fylkeseldreråd og satsingsområde rus ble oppnevnt i styresak 74-2006.

Med dette oppnevnes følgende som vararepresentanter for SAFO:

- Ellen Mentzoni, Tromsø
- Kristin Solberg, Tromsø

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

UTREDNING

Nytt Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF skal oppnevnes med samme funksjonstid som styrene. Utvalget er satt sammen ut fra styrets vedtak i sak 45-2006, for å ivareta hensynet til representasjon fra viktige grupper og satsingsområder for Helse Nord RHF, behovet for kontinuitet og et utvalg som kan fungere effektivt i forhold til utvalgets rolle. Ved oppnevningen ble det besluttet å etablere en ordning med vararepresentasjon.

Ved behandlingen av styresak 74-2006 var vararepresentasjonen for SAFO ikke klar. SAFO har nå avklart hvem som skal foreslås oppnevnt som vararepresentanter. Dermed har vi komplett oversikt over representanter og vararepresentanter for Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF for perioden oktober 2006 til januar 2008.

Representanter i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 2006-2008:

- Hans Austad, Bodø FFO – leder, observatør i styret
- Sissel Brufors Jensen, Andfiskå FFO – nestleder, vara for observatør i styret
- Else Andreassen, Brøstadbotn FFO
- Asle Sletten, Tromsø FFO
- Arnfinn Sarilla, Alta FFO
- Edel Hætta Eriksen, Kautokeino Fylkeskommunalt elderåd
- Bjørnar Østgård, Tromsø Fylkeskommunalt elderåd
- Halgeir Holthe, Tromsø SAFO
- Mari Tove Ådal, Ankenesstrand SAFO
- Ragnar Moan, Tromsø Satsingsområde rus

Vararepresentanter til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF:

- Else Nyby, Alta FFO
- Gerd Pettersen, Bodø FFO
- Arnold Paulsen, Gratangen FFO
- Eva O. Teigen, Narvik FFO
- Stig Raymond Mo, Borkenes FFO
- Bård Moen, Bodø Fylkeskommunalt elderåd
- Samuel Anders Guttorm, Berlevåg Fylkeskommunalt elderåd
- Olga Johnsen, Mo i Rana Fylkeskommunalt elderåd
- Aud Overå Fyhn, Tromsø Fylkeskommunalt elderåd
- Hilde Nicolaisen, Tromsø Satsingsområde rus
- Ellen Mentzoni, Tromsø SAFO
- Kristin Solberg, Tromsø SAFO

I sitt første møte besluttet Regionalt brukerutvalg at leder Hans Austad skal være observatør til styret i Helse Nord RHF, med nestleder Sissel Brufors Jensen som fast vara.

Utvalget har også etablerte et arbeidsutvalg (AU), som består av leder Hans Austad, nestleder Sissel Brufors Jensen og ett medlem, Ragnar Moan.

Saksbehandler: Tove Klæboe Nilsen, tlf. 75 51 29 14

STYRESAK 113-2006 EVALUERING OG OMORGANISERING AV SENTER FOR ALDERSFORSKNING

Møtedato: 13. desember 2006

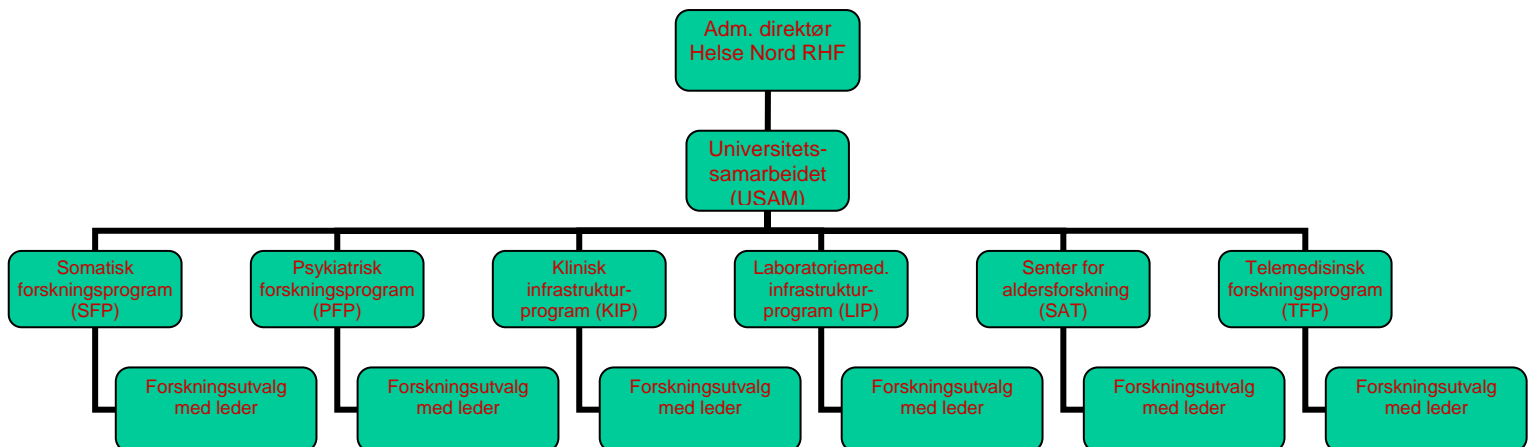
Formål/sammendrag

Senter for aldersforskning (SAT) er et av seks forskningsprogram i Helse Nord. SAT er også et eget forskningscenter med faglig virksomhet utover det å tildele Helse Nord midler over forskningsprogrammet for Aldersforskning, rehabilitering og samhandling med primærhelsetjenesten. Virksomheten omfatter blant annet arrangering av en årlig eldrekonferanse, drift av undervisningssykehjem og formidling. All virksomhet i SAT finansieres over bevilgningen fra Helse Nord RHF.

Formålet med denne saken er å legge fram evalueringen av SAT som ble gjort i 2005-2006 og å foreslå endringer for videre drift av SAT fra 2007.

Bakgrunn/fakta

Helse Nord seks forskningsprogrammer har ulik historie, opprinnelse, profil og organisering. Alle programmene med tilhørende forskningsutvalg er underutvalg til Universitetssamarbeidet (USAM), som igjen er underlagt administrerende direktør. Medlemmene i forskningsutvalgene er oppnevnt av USAM, og utvalgene med tilhørende forskningsprogrammer er dermed i en klar styringsmessig linje.



SAT ble opprettet i 1997 i Tromsø med direkte finansiering over statsbudsjettet. I 2003 ble SAT overført til Helse Nord RHF, som ledd i at flere frittstående tiltak i spesialisthelsetjenesten knyttet sterkt til en region ble lagt inn under et RHF. SAT ble da sett i sammenheng med våre øvrige forskningsprogrammer og lagt under USAM, med hovedvekt på krav til klinisk forskning, jfr. departementets krav til forskning finansiert gjennom RHF-ene.

SAT er nå det eneste av de seks forskningsprogrammene som ikke har et sekretariat knyttet til foretaksstrukturen, og som er et mer frittstående senter. Somatisk forskningsprogram (SFP) og Psykiatrisk forskningsprogram (PFP) har sekretariat på UNN. Klinisk infrastrukturprogram (KIP) og Laboratoriemedisinsk infrastrukturprogram (LIP) har få sekretariatsoppgaver og forholder seg direkte til administrasjonen i Helse Nord RHF. Telemedisinsk forskningsprogram (TFP) bruker Nasjonalt senter for telemedisin ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) til sekretariatsfunksjoner. Alle som har sekretariatsoppgaver for våre forskningsutvalg er ansatt i og har styringsmessige linjer i HF-ene eller RHF.

SAT er med dagens organisering arbeidsgiver for flere stipendiater og daglig leder. Lønn og regnskap ivaretas av Technology Transfer Office Nord AS (TTO) i Tromsø. Kontorer og annen infrastruktur leies av Universitetet i Tromsø. Telefon, e-postadresser, og hjemmesider er knyttet til Universitetet i Tromsø (UiTø) under Det medisinske fakultet. Selv om senteret på denne måten fungerer frittstående og uten direkte tilknytning til helseforetakene, er det fullfinansiert av Helse Nord RHF og svarer til USAM på lik linje med øvrige forskningsprogram og utvalg. Modellen med at SAT's ansatte verken er formelt knyttet til et HF eller til universitetet vurderes som uheldig både faglig, ledelsesmessig og styringsmessig. Det er for eksempel uklart hvem daglig leder i SAT har som overordnede, og hvilke rettigheter de ansatte har i forhold til arbeidsgiver.

SAT ivaretar i dag tre fagfelt innen forskning: aldersforskning, rehabilitering og samhandling med primærhelsetjenesten. De siste årene har SAT fått en årlig økonomisk ramme på 6 mill. kr., hvorav 4 mill. kr. er gått til aldersforskning og 1 mill. kr. til hvert av de to øvrige områdene.

Innen aldersforskningen skal SAT ivareta to hovedområder, geriatri og gerontologi. Geriatri er betegnelsen på den medisinskfaglige aldersforskningen. Gerontologi er betegnelsen på ulike aspekter ved aldring. Dette omfatter både helse- og sosialtjenester og aldring i et videre perspektiv.

Helse Nord RHF bestilte i 2005 en evaluering av SAT både med tanke på faglig virksomhet og organisatorisk plassering og utforming. Denne saken gir en oppsummering av evalueringen som forelå 24.februar 2006, og administrerende direktørs vurdering av den. Rapporten inneholder personsensitive opplysninger i intervjuer med enkeltpersoner og er derfor unntatt offentlighet.

Det foreslås endret organisering av SAT. Forslaget til ny organisering bygger på evalueringen og drøftinger med ledelsen på UNN, ledelsen ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø og USAM.

Konklusjon

Administrerende direktør vurderer det som riktig å videreføre SAT som virkemiddel for å sikre en fortsatt prioritering av aldersforskningen. Det er videre ønskelig å styrke den medisinskfaglige delen av forskningen (geriatrisk forskning) fordi dette vurderes som viktig for å utvikle gode helsetjenester for eldre. Det er videre ønskelig å gi SAT en tydelig organisatorisk og ledelsesmessig forankring. Forskningen innen rehabilitering og samhandling med primærhelsetjenesten foreslås videreført uten endringer. Administrerende direktør foreslår derfor å organisere SAT som et eksternt finansiert senter under Det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø. Det foreslås at Helse Nord RHF viderefører fullfinansiering på dagens nivå, men medfinansiering fra universitetet er ønskelig. Med den foreslåtte organiseringen vil SAT fortsatt være ett av seks forskningsprogrammer i Helse Nord underlagt USAM, med samme prosedyre som i dag for fordeling av forskningsmidler.

Det foreslås at administrasjonen i Helse Nord RHF får fullmakt til å inngå en samarbeidsavtale med Det medisinske fakultet om videre drift av SAT.

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

1. Styret tar oppsummeringen av evalueringen av SAT til etterretning og støtter administrerende direktørs vurdering av den.
2. Styret vurderer det som riktig å fortsatt prioritere aldersforskningen gjennom videreføring av SAT og finner det ønskelig å styrke den medisinsk faglige delen av forskningen.
3. Forskningen innen rehabilitering og samhandling med spesialisthelsetjenesten videreføres uten endringer.
4. Styret vedtar at SAT blir et senter knyttet til Det medisinske fakultet ved universitetet.
5. Arbeidsgiveransvaret for ansatte og administrasjon av senteret overføres til universitetet.
6. Administrasjonen i Helse Nord RHF får fullmakt til å inngå en samarbeidsavtale med universitetet om videre drift av SAT.
7. Helse Nord RHF viderefører finansiering av SAT på dagens nivå.
8. Forskningsaktiviteten ved SAT videreføres som et av seks forskningsprogrammer underlagt USAM og forskningsmidlene skal fortsatt inngå i USAM's samlede utlysning og tildeling av forskningsmidler fra Helse Nord.
9. Organiseringen evalueres etter ett års drift.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

UTREDNING

Sammendrag evaluering av SAT

Styret i Helse Nord RHF vedtok i styresak 71-2004, å evaluere Senter for aldersforskning, vedtakspunkt 7. a.:

”Senter for aldersforskning skal høsten 2004 få gjennomført en ekstern evaluering med hovedfokus å se hvordan SAT understøtter utvikling av tjenestetilbudet innen geriatri.”

Våren 2005 ble det oppnevnt en evalueringsgruppe av fagdirektør i Helse Nord RHF bestående av *Marianne Schroll*, professor ved Københavns Universitet og *Yngve Gustafson*, professor ved Umeå Universitet. De fikk følgende presisering av styrets vedtak om evaluering:

”Evalueringen omfatter en overordnet gjennomgang av basisdokumenter om etablering og drift, overordnet gjennomgang av forskningsproduksjon, samt intervjuer med nøkkelpersoner i og utenfor SAT. Evalueringsrapporten skal omhandle både virkemiddelbruk, resultater, evt. behov for justeringer i forhold til utvikling av faget geriatri nasjonalt/internasjonalt, og konklusjon. ”

Arbeidet startet i juli 2005 og avsluttet i februar 2006. Administrasjonen i RHF har bistått evalueringsgruppen med spørsmål, saksopplysninger m.m. i prosessen. Leder for forskningsutvalget i SAT og daglig leder har fått evalueringsrapporten fra 24.2.2006 til gjennomlesning, alle intervjuede har fått gi tilbakemelding til RHF på sitt utskrevne intervju, og innholdet i utkastet har således vært kjent for aldersforskningsmiljøet siden våren 2006. Universitetssamarbeidet har også vært muntlig orientert underveis.

I evalueringen er det pekt på at *de overordnede mål for Senter for aldersforskning i Tromsø* opprinnelig var:

- 1) Å fremme eldreforskningen ved å rekruttere nye forskere, sikre kontinuitet og kvalitet i den igangværende forskning og å stimulere utdannelsen av geriater.
- 2) Å bygge opp nettverk i Tromsø, samt mellom forskere i Tromsø og andre nasjonale/internasjonale miljøer.
- 3) Å formidle forskningsresultater og kunnskap gjennom foredragsvirksomhet, konferanser, kurs, vitenskapelige/populærvitenskapelige artikler og informasjonsmateriale.
- 4) Å være en arbeidsplass for forskere og studenter, samt et møtested hvor forskere, studenter, helsepersonell, medier og andre kan henvende seg.

Øvrige hovedaktiviteter for SAT – utenom forskningsvirksomheten:

- Forum for eldreforskning – uformelle fora for å drøfte prosjekter, gjerne tverrfaglig
- Gerontologigruppen har seminarer tre-fire ganger i semesteret
- Nyhetsbrev - utgir i samarbeid med Undervisningssykehjemmet i Tromsø et felles nyhetsbrev fem ganger i året
- Den nasjonale konferansen om eldre
 - 1998: Aldersforskning
 - 1999: Veien til den gode alderdom – finnes den?
 - 2000: Eldre inn i det nye årtusen: Nye livsløp, livsstiler og behov?
 - 2001: Personell for fremtidens eldreomsorg – Forskning for fremtidens eldre
 - 2002: Sykehjem – en institusjon for fremtiden?
 - 2003: ”Han forstår ingenting!” – Ulike måter å forklare og forstå demens
 - 2004: Sansetap ved normal aldring
 - 2005: Beinskjørhet, brudd og generelle effekter av fysisk aktivitet hos eldre
 - 2006: De vanskelige valgene - etiske dilemmaer i eldreomsorgen

Forskningsutvalgets primære funksjon er å forvalte forskningsmidler fra Helse Nord RHF på best mulig måte. Dette innebærer at forskningsutvalget behandler og vurderer innkomne søknader om prosjektmidler og innstiller til Universitetssamarbeidet, som bevilger midlene. Gruppen har også den overordnede ledelsesfunksjon av virksomheten i SAT.

De viktigste *administrative oppgaver* for daglig leder er å forberede saker til møter i forskningsutvalget, effektivt vedtak og realisere senterets vedtatte målsetninger. Ansvar for forvaltning og regnskap kjøpes fra TTO Nord AS. Det har vært ansatt en professor i gerontologi i 20 % stilling som har som hovedoppgave å sørge for veiledning, utvikling av prosjekter, knytte forbindelseslinjer mellom forskjellige forskningsmiljøer og å sikre undervisning.

Det er bevilget omlag 50 mill kroner til SAT over en 10-årsperiode.

Evalueringens egne vurderinger i forhold til de overordnede formål med programmet som formulert i 1997

1. Langsiktighet

Det har lyktes å sikre støtte til ferdigstillelse av doktorgrader, men ikke å rekruttere disse personene til post.doc. stillinger og som veiledere for yngre forskere.

SAT har ikke satset strategisk på et forskningsområde, det skulle kanskje vært gjort. Tromsøundersøkelsen: Store datamengder er innsamlet, men er ikke bearbeidet eller publisert. Det ville også være klokt å satse på tverrvitenskapelige gerontologisk/geriatrike delstudier i kommende Tromsøundersøkelser og samarbeid med Institutt for samfunnsmedisin.

2. Oppbygging av forskningskompetanse

Det har ikke lyktes å knytte til seg personer i professor II stillinger som har blitt over lengre tid, heller ikke å utdanne eller bidra til å rekruttere professorer.

3. Skape et produktivt forskningsmiljø

Den vitenskapelige produksjon som har fått støtte fra SAT har hatt høy eller meget høy kvalitet, men er kun delvis gerontologisk/geriatrik i sitt innhold. Antallet publikasjoner er også begrenset med tanke på antall år og bevilgningenes størrelse. Den geriatrike forskningen om hjerneslag har høy kvalitet, omenn produksjonen har vært relativt lav. Innen hjerneslag-området synes det å være gode forutsetninger for et fremgangsrikt samarbeid mellom forskjellige spesialiteter og profesjoner i Tromsø. (Forskerne på dette området er knyttet til Universitetet i Tromsø, og har fått forskningsmidler gjennom ordinær åpen søkning i SAT).

4. Skape høy klinisk kompetanse

Geriatriske kliniske stillinger er svake. Det er viktig å få gjennomført *Handlingsplanen for geriatri 2004 – 2010* i Helse Nord innen de fastsatte tidsfrister, også for å skape bedre muligheter for klinisk geriatrik forskning.

5. Forankring både i universitetsmiljøet og i sykehusmiljøet

Ingen av delene har lyktes godt. Det mangler fortsatt en fast universitetsstilling (professor I) i geriatri. Det foreslås å tilby kombinert spesialist- og forskerutdanning med stipend til forskningsdelen for å utdanne medisinere med kompetanse i geriatri, og å opprette en attraktiv professor I stilling eller et professorstipendiat ved Det medisinske fakultet. Øremerkede flerårige stipendier til doktorander i geriatri er nødvendige.

6. Geriatri og gerontologi

Det tverrprofesjonelle forskningssamarbeidet mellom feltene geriatri og gerontologi savnes, til tross for at dette har vært et viktig delmål for SAT. En koordinator har manglet. Man kunne ved bevilgning til prosjekter kreve tverrprofesjonelt samarbeide, men samtidig bevilge midler til den nødvendige forberedelsesfase.

7. Tverrfaglighet

Tverrfaglighet over flere fag: Så vel medisin som samfunnsfag, sykepleievitenskap og andre fagområder. Det har vært kompetanse innen både kvalitativ og kvantitativ forskning. Det sosialgerontologiske miljøet er blitt det best fungerende i sentret. Det anbefales å bevare dette selv om det ønskes å styrke geriatrien. Samfunnsforskere og ansatte på høgskolen kan pga Helse Nords satsning på anvendt klinisk forskning ikke søke SAT's midler med mindre det skjer i samarbeid med ansatte i Helse Nord. Det gjør det nødvendig å sikre sosialgerontologien og sykepleieforskningen gjennom et konkret samarbeid med geriatrien, og hvor samarbeidet også er forutsetning for fortsatte bevillinger. Det må også satses mer på nasjonalt tverrfaglig samarbeid, med andre miljøer i Norge som er opptatt av aldersforskning.

8. Forskningsprofil

I starten har styringsgruppen overveiende styrket fri forskning. Helse Nord har dreid fokus i retning av anvendt klinisk forskning. Tiden må være inne til å satse strategisk på geriatrisk forskning, samtidig som igangsatte prosjekter ivaretas.

9. Koordinering, ledelse

SAT har fra start hatt en styringsgruppe som har vært preget av kontinuitet og engasjement for aldersforskning. Det har lyktes å sikre, at påbegynte doktorgradarbeider avsluttes.

Styringsgruppen ble tillagt funksjonen som forskningsutvalg da SAT ble overført fra direktepost på statsbudsjettet til Helse Nord i 2003. Den er i tillegg styringsgruppe for øvrig virksomhet ved SAT.

10. Implementering

Se kommentarene om publisering ovenfor – variable resultater. Det har videre lyktes godt med brukermedvirkning. Det har fra starten av vært brukere i styringsgruppen og årsmøtene.

Vurdering

Administrerende direktør i Helse Nord RHF mener at det er viktig å videreføre SAT for å sikre fortsatt prioritering av aldersforskningen. Evalueringsarbeidet peker på noen av de faktorer det ble ønsket satt søkelys på - *virkemiddelbruk, resultater, evt. behov for justeringer i forhold til utvikling av faget geriatri nasjonalt/internasjonalt*. Det foreligger ingen entydig konklusjon, men noen klare anbefalinger. Det er administrerende direktørs oppfatning at det på bakgrunn av evalueringen og drøftinger med ledelsen på UNN, ledelsen ved Det medisinske fakultet og USAM, bør vedtas en omorganisering.

Administrerende direktør mener at Senter for aldersforskning bør få en ny sentermodell der følgende elementer er viktige:

- å sørge for at det drives relevant forskning i SAT i forhold til Helse Nords forskningsstrategi og behovet innen aldersforskning, og at denne forskningen understøtter den kliniske pasientbehandlingen.
- å oppnå god kvalitet på forskningen.
- å utnytte kompetanse bedre på universitetssiden, og bruke ressursene til også å bygge opp akademisk kompetanse.

- å samarbeid både med klinikk og universitet.
- en god sentermodell i forhold til ansatte og styringssystem.
- at styringsgruppen kun blir forskningsutvalg og at all administrasjon og personelhåndtering blir UiTø's ansvar som arbeidsgiver.
- at tildelingen av midler fortsatt skjer gjennom USAM.
- evalueringsgruppen har ikke kommentert de to øvrige fagfeltene i særlig grad – rehabilitering og samhandling med primærhelsetjenesten. Det er en forutsetning for Helse Nord at også disse fagområdene ivaretas i en ny sentermodell.

Adm. direktør tilrår at SAT organisatorisk overføres til Universitetet i Tromsø som et eksternt finansiert senter under Det medisinske fakultet, og at alle ansatte får Universitetet i Tromsø som arbeidsgiver på de gjeldende kontraktene. SAT vil fortsatt være ett av seks forskningsprogram i Helse Nord underlagt USAM og med det system som er i dag for fordeling av forskningsmidler. Det foreslås administrasjonen i Helse Nord RHF får fullmakt til å inngå en samarbeidsavtale med universitetet om videre drift av SAT og at senteret overføres til universitetet innen 1.7.2007.

USAM skal fortsatt utnevne medlemmer av forskningsutvalget, på linje med utnevning av medlemmer i de øvrige forskningsutvalg.

Utrykte vedlegg: Rapport Evaluering av Senter for aldersforskning, 24.2.2006
Unntatt offentlighet, jf. off. lovens § 5a, forvaltningslovens § 13.1

Saksbehandler: diverse

STYRESAK 114-2006 ORIENTERINGSSAKER

Møtedato: 13. desember 2006

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. Seniorpolitikk i Helse Nord

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

Framlagte saker taes til orientering.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler: Bjørn Kaldhol, tlf. 901 75 401

STYRESAK 114-2006/1 INFORMASJON FRA STYRELEDER TIL STYRET

Møtedato: 13. desember 2006

Legges frem muntlig av styreleder.

Saksbehandler: Lars Vorland, tlf. 75 51 29 10

STYRESAK 114-2006/2 INFORMASJON FRA ADM. DIREKTØR TIL STYRET

Møtedato: 13. desember 2006

Legges frem muntlig av adm. direktør.

Saksbehandler: Edvard Andreassen, tlf. 75 51 29 26

STYRESAK 114-2006/3 SENIORPOLITIKK I HELSE NORD

Møtedato: 13. desember 2006

Formål/sammendrag

Formålet med denne saken er å gi styret for Helse Nord RHF en oversikt over styringskrav, status på utvikling av seniorpolitikk og iverksatte tiltak i helseforetakene.

Alle foretak har i perioden 2005-2006 arbeidet med å utvikle seniorpolitikk. Det er variasjoner i forhold til foretakenes tilnærming og de fleste er i startfasen. Nordlandssykehuset HF og Sykehusapotek Nord HF er imidlertid kommet langt på vei.

Administrasjonen i Helse Nord RHF ser viktigheten av at det gjennomføres en prosess med helseforetakene for utveksling av kompetanse og erfaring mellom helseforetakene med mål om videre utvikling av god seniorpolitikk.

En livsfaseorientert personalpolitikk som gjør til at en tidlig griper fatt i, og gir utviklingsmuligheter for medarbeidere midt i sin karriere, vil sikre foretakene nødvendig fortrinn i kampen om arbeidskraften, samt at gode tiltak vil dempe kostnadene for avtalefestet pensjon.

Et delmål i prosessen er en harmonisering av tiltakssida slik at politikken i regionen vil framstå som mer helhetlig.

Innledning

Seniorpolitikk er et begrep som inneholder mange elementer. Det første en tenker på, er kanskje personalpolitisk tilrettelegging for eldre arbeidstakere der reparasjons- og avviklingstanken står sentralt, at vi må gjøre noe for dem som orker mindre, er utslitte eller har skrantende helse. Dette er en viktig del av seniorpolitikken, men et utvidet perspektiv inkluderer to vel så viktig elementer: Forebygging og utvikling.

Et utvidet personalpolitisk perspektiv som gjør at vi kan snakke om en seniorpolitikk, tar utgangspunkt i at avslutningen på yrkeskarrieren i stor grad blir formet av hva som skjer underveis i arbeidslivet.

Dette innebærer eksempelvis at muligheter for læring og kompetanse- og karriereutvikling som virksomheten tilbyr en 40-åring, får stor betydning for vedkommendes seniorkarriere. Det samme gjør personlige valg om å takke ja eller nei til bedriftens utviklingstilbud. Slik vil det være selv om den det gjelder, jobber i en helt annen bedrift som 60-åring enn vedkommende gjorde ti år tidligere. Enhver personalpolitikk bør, enten vi tenker på den som seniorpolitisk innrettet eller ikke, ta høyde for at vi i yrkeskarrieren går gjennom ulike livsfaser.

Seniorpolitikk kan innebære at man jobber med nedtrapping og tilpasning mot slutten av karrieren. I det meste av det vi kan kalle seniorfasen, må oppmerksomheten imidlertid rettes mot utvikling og forebygging i et langsiktig perspektiv. Målet bør altså være en personalpolitikk som gir rom for tilpasninger til individuelle behov gjennom hele det yrkesaktive løp. Behovene kan være knyttet til jobb, familie, fritid og øvrige livssituasjon. Med en slik holdning kan personalpolitikken i større grad bidra til at den enkelte blir bedre i stand til å ivareta helse, trivsel, overskudd, utvikling og gjennom dette være mer produktiv gjennom hele karrieren.

Kilde: Åsmund Lunde: "Voksne i arbeid", Tiden Norsk Forlag 2000

Styrende dokumenter

I de styrende dokumenter for 2006 har Helse Nord RHF gitt følgende styringssignaler:

Bestilling 2006 - Styringsdokument

Under overskrift "stabilisering" konkret mot legegruppen:

- En god seniorpolitikk og ivaretagelse av de erfarne overlegene er nødvendig. Dette krever at vi også har fokus på deres behov.

Felles organisatoriske krav og økonomiske rammebetingelser for 2006

Under overskrift "arbeidsmiljø" generelt:

- Utvikle arbeidsplasser og oppgaver som bidrar til å nyttiggjøre seg seniormedarbeideres erfaring slik at de stimuleres til å stå i arbeid til oppnådd pensjonsalder.

Overordnet personalpolicy for Helse Nord – fokusområde arbeidsmiljø

- Mål: Vi skal ha et godt fysisk og psykisk arbeidsmiljø som engasjerer og stimulerer våre medarbeidere

Fakta - statistikk

Tendens blant sysselsatte mellom 50 til 61 år – kilde SSB

Nær seks av ti sysselsatte i alderen 50 til 61 år kunne tenke seg eller har planlagt å gå av med pensjon før de fyller 67 år, viser tall fra Arbeidskraftundersøkelsen 1. kvartal 2006. Dette utgjør i overkant av 300 000 personer. Majoriteten av disse personene, 66 prosent, oppgir 62 år som ønsket avgangsalder.

	Sysselsatte i alt	Har planlagt tidligpensjon		Kunne tenke seg tidligpensjon	
		1000	Prosent	1000	Prosent
I alt	557	135	24	172	31
50-55 år	300	53	18	106	35
56-61 år	257	82	32	66	26
<i>Herav sysselsatte som planlegger å pensjonere seg ved fylte 62 år eller tidligere</i>					
I alt	557	103	19	98	18
50-55 år	300	42	14	66	22
56-61 år	257	61	24	32	12

Planene om tidligpensjon er mer konkrete blant sysselsatte som nærmer seg aldersgrensen for AFP: I gruppen 56-61 år sier 32 prosent at de planlegger tidligpensjon, mot 18 prosent i aldersgruppen 50-55 år. En fjerdedel av sysselsatte i alderen 56-61 år har planlagt å gå av ved 62 år, mot 14 prosent i aldersgruppen 50-55 år.

Alderssammensetning pr. foretak i Helse Nord

Rapport pr nov 2006	Ansatte over 44	Alle ansatte
Helse Finnmark HF	631	1291
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	1903	4875
Hålogalandssykehuset HF	682	1306
NLSH	1504	3107
Helgelandssykehuset HF	597	1239
RHF inkl. IKT	65	165
Total Helse Nord	5407	12050

* Grunnen til at Total Helse Nord ikke er det samme som summen av alle helseforetakene er at mange ansatte jobber i flere helseforetak. I Total Helse Nord blir alle telt bare en gang.

Tabellen viser at om lag 45 % av alle ansatte i Helse Nord RHF vil kunne være innenfor målgruppen jamfør et utvidet begrep for seniorpolitikk.

Gammel etter 45?

I en del virksomheter har det definitivt vært vanskelig å få gjennomslag for at 45–49-åringer tilhører seniorgruppen, ikke minst fordi representanter for denne gruppen protesterer på en slik tilhørighet. Betegnelsene «senior» og «eldre arbeidstaker» brukes ofte synonymt, og de som er i slutten av 40-årene, liker ikke å anse seg som eldre arbeidstakere, med hva det kan innebære av negative assosiasjoner. De ønsker naturlig nok å bli satset på og vet at det tradisjonelt ikke er de eldre bedriftene investerer i. Kanskje er det slik at både egne og andres negative holdninger til eldre og aldring gjør at denne gruppen føler seg «truet»?

En del bedrifter har valgt å kalle seniorsatsingen for livsfaseorientert personalpolitikk, eller har brukt nøytral omtale av seniortiltakene, som «nye muligheter», «nyorientering» eller lignende. Det viktigste for arbeidsmiljøet og bedriftskulturen er likevel at man har en grundig diskusjon om holdninger og oppfatninger. Hvis det fra ledelsen og de ansattes organisasjoner kommuniseres at seniorpolitikk er utviklingspolitikk og har med tilbud og muligheter å gjøre, og hvis bedriften er villig til å satse på gruppen, vil antakelig diskusjonen anta mer fruktbare former, og dermed bli mer interessant også for 45-åringene.

Kilde: Åsmund Lunde: "Voksne i arbeid", Tiden Norsk Forlag 2000

Tilbakemelding fra Helseforetakene

Helse Finnmark HF

Helse Finnmark HF har nylig nedsatt en arbeidsgruppe som skal utvikle seniorpolitikk. Målet for gruppens arbeid er å utarbeide en politikk med tiltak som svarer ut delmål 3 i IA-avtalen:

Å øke den gjennomsnittlige avgangsalderen

Virksomhetene skal:

- a) Ha et livsfaseperspektiv som skal inngå i det daglige helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet og i personalpolitikken.
- b) Arbeide for å forhindre for tidlig avgang i omstillingsprosesser.
- c) Vurdere mulige incentiver for å utsette avgang til frivillige pensjonsordninger. Det skal settes aktivitetsmål for dette arbeidet.
- d) Synliggjøre disponering av den reduserte arbeidsgiveravgiften for ansatte over 62 år.

Arbeidsgruppens mandat:

- foreslå/sette mål for IA-arbeidet i foretaket i forhold til delmål 3
- undersøke alderssammensetningen i foretaket
- foreslå tiltak og utarbeide retningslinjer for foretakets helhetlige seniorpolitikk og
- kostnadsberegne dette i forhold til kostnadene ved AFP med støtte fra økonomiavdelingen.

Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset HF er det foretaket i gruppen som har arbeidet lengst og mest målrettet for å utvikle god seniorpolitikk. I 2005 utarbeidet foretaket en spørreundersøkelse i samarbeid med KLP med følgende problemformulering: *Hvilke tilrettelegginger kan NLSH gjøre for å beholde personell i arbeid etter fylte 62 år?* Utvalget i undersøkelsen var 300 ansatte over 50 år. Undersøkelsen fikk en svarprosent på 50. Funnene i undersøkelsen ligger til grunn for den handlingsplan med mål og tiltak Nordlandssykehuset har utarbeidet på området.

Handlingsplanen er delt inn i to hovedfaser, hvor den første er mer overordnet og allerede satt i gang i forhold til lederopplæring, holdningsskapende arbeid og seniorkurs for senioransatte.

Fase to er nå i slutfasen og står foran behandling i AMU og styret. Fase to kan oppsummeres i tre hovedområder:

- Attraksjonstiltak hvor Nordlandssykehuset HF tilbyr pleiegruppen alternativt mer fri hvert år etter fylte 62 år, eller alternativt en bonus for å stå lenger.

- Tilretteleggende tiltak hvor Nordlandssykehuset HF ønsker et prøveprosjekt i de avdelingene som har flest seniorer for å komme fram til, og teste ut, ulike tilrettelegginger – blant annet turnus og andre typer arbeidsoppgaver/seniorstillinger.
- Prosess for å endre rammevilkår i de økonomiske/regnskapsmessige føringene som per i dag ligger i beregningen av foretakets pensjonsinnbetalinger til KLP.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Det har fra langt tilbake vært en kultur på Universitetssykehuset Nord-Norge HF at "her tar vi vare på de eldre". Dette har imidlertid ikke vært formalisert på et overordnet nivå og dermed praktisert forskjellig i avdelingene som f.eks. ekstra fridager, fritak fra nattevakter, tilrettelegginger av forskjellig slag.

Fra 01.01.03, etter at Universitetssykehuset Nord-Norge HF ble en Inkluderende arbeidslivsbedrift, fikk sykehuset økt fokus på seniorpolitikk. Samme år ble det gjennomført en undersøkelse i sykehuset som kartla alderssammensetning og utarbeidet en plan med forslag til konkrete tiltak.

Tiltakene gikk i korthet ut på: seniorseminar, milepælsamtale og individuelle tiltak.

- Seniorseminar avholdes ca. én gang i året. Det avholdes kortere informasjonsmøter og personlig veiledning i samarbeid med KLP.
- Milepælsamtaler inngår som en del av medarbeidersamtalene
- Individuelle tiltak, se over.

For å få formalisere seniorpolitiske tiltak på Universitetssykehuset Nord-Norge HF har foretaket satt ned ei gruppe som jobber nært sammen med NAV Arbeidslivsenter og KLP.

Gruppens målsetting er å:

- Legge føringer for et inkluderende arbeidsmiljø som tar vare på senioren.
- Stimulere til at Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar vare på og beholder kompetanse som senioren representerer.
- Ivareta den enkelte senior og søke å tilrettelegge for individuelle behov.
- Lage kostnadsberegning over bruk av AFP.

Helgelandssykehuset HF

Det er nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som skal arbeide fram en helhetlig personalpolitikk for Helgelandssykehuset. Så langt er det i den forbindelse skissert følgende vedrørende seniorpolitikk:

Senior-/livsfasepolitikk

Helgelandssykehuset HF har som mål å ivareta sine medarbeidere i alle deres livsfaser, både som junior arbeidstakere, foreldre og som seniorer. Foretaket ønsker med andre ord å fokusere på alle aldersgrupper, rettet mot de behov den enkelte gruppe måtte ha. Eksempelvis kan det være å gi nye utfordringer og åpne for ekstra jobbing for de uten familie/barn, gi mulighet for permisjoner og nedsatt arbeidstid i den perioden arbeidstaker har barn i oppvekst, eller mulighet for kortere arbeidstid eller nye oppgaver i seniorfasen.

Når det gjelder seniorpolitikk spesielt skal foretaket medvirke til at senior medarbeidere opplever trygghet i forhold til oppgaver og kompetanse og kunne tilby tiltak som stimulerer til at de ønsker å beholde sin plass i det aktive arbeidslivet.

I prosessen har foretaket iverksatt følgende hastetiltak:

- medarbeidersamtale
- kurs i forberedelse til pensjonsalder (også for ektefelle som bare betaler evt. oppholdskostnader)
- to uker kortere arbeidstid (årsbasis) uten tap av lønn (tas ut etter individuell avtale med leder)

Sykehusapotek Nord HF

Sykehusapotek Nord HF har vurdert behov for arbeidstidsreduksjon som det viktigste tiltaket som gir effekt for å motivere arbeidstakere til stå i arbeid fram til oppnådd pensjonsalder. Vurderingen er gjort på bakgrunn av en spørreundersøkelse blant alle ansatte over 45 år i foretaket. Rettighetene til arbeidstidsreduksjon ble styrebehandlet i 2005 og virksom i organisasjonen fra 1.1.2006. Det er fortlidig å evaluere tiltaket i forhold til effekt.

Arbeidstidsreglement for arbeidstakere over 55 år i Sykehusapotek Nord HF

Helseforetakets seniorpolitikk defineres å gjelde arbeidstakere i aldersgruppen 55-67 år. For denne arbeidstakergruppen gjelder særskilte regler når det gjelder arbeidstid og bruk av fleksitid.

Følgende gjennomsnittlige arbeidstid per uke gjelder for arbeidstakere med 100 % stilling:

Fra det året en fyller 55 år:	37 t/uke
Fra det året en fyller 56 år:	36,5 t/uke
Fra det året en fyller 57 år:	36 t/uke
Fra det året en fyller 58 år:	35,5 t/uke
Fra det året en fyller 59 år:	35 t/uke
Fra det året en fyller 60 år:	35 t/uke + ekstra ferieuke etter Ferieloven.

Fritiden kan tas ut i minutter, timer, halve dager eller hele dager og uker for å redusere timeantallet pr. dag/uke, eller øke ferien etter ønske fra den enkelte. Fleksitidsreglementet tilpasses slik at opparbeidet plusstid kan overføres uten begrensninger fra måned til måned i seniorgruppen. Dog kan det ikke overføres plusstid til neste kalenderår uten i særskilte tilfeller og etter søknad.

Dette medfører at arbeidstakere som opprettholder 37,5 timers arbeidsuke kan ta ut følgende ekstra fridager per år:

55 år:	3 dager
56 år:	6 dager
57 år:	9 dager
58 år:	12 dager
59 år og oppover:	15 dager (i tillegg til ekstra ferieuke fra 60 år)

Den enkelte arbeidstaker skal inngå avtale med sin nærmeste overordnede om hvordan hun/han ønsker å tilpasse sin arbeidstid og legge en plan for hvordan den ekstra fritiden ønskes benyttet. Slik avtale kan endres en gang årlig i medarbeidersamtalen.

Det presiseres at tiltaket kun gjelder arbeidstakere som har full stilling. For arbeidstakere som har deltidsstilling, så beregnes arbeidstiden i deltidsstillingen ut fra 37,5 timer arbeidsuke også for seniorer. Det gis ingen reduksjon.

Oppsummering

Befolkningsutviklingen fører til at en i nær framtid vil være mer avhengig av en aldrende arbeidsstyrke. Viktig nøkkelkompetanse vil forsvinne i løpet av få år dersom seniorene fortsetter å velge å gå ut av arbeidslivet allerede ved fylte 62 år. Uten bærekraftig seniorpolitikk vil man ikke kunne regne med at disse blir lojale mot sin arbeidsgiver. Det vil dermed bli knapphet på kompetanse og kampen om arbeidskraften blir tøffere, samtidig som kostnadene ved førtidspensjon blir høyere.

Helseforetakene trenger kompetansen til disse erfarne arbeidstakerne innen alle kategorier, og forholdene må derfor legges til rette for at denne gruppen både ønsker og evner å fortsette i arbeid. (Dahl 2001 og Halvorsen mfl. 2004)

Foretaksgruppen har til dels store rekrutteringsutfordringer – særlig i høyspesialiserte utdanningsgrupper – men alderssammensetningen blant ansatte i lavere utdanningsgrupper tilsier at foretakene står foran en rekrutteringsutfordring for å erstatte arbeidskraft for ansatte som går av for aldersgrensen (65 eller 67 år). Den reelle avgangsalderen ligger under aldersgrensen grunnet mulighet for avtalefestet pensjon eller at helseplager har ført til at ansatte har gått over på uførepensjon. Det vises til styresak127/2005 hvor alderssammensetningen blant overleger på lokalsykehusene viser en urovekkende situasjon.

Helse Nord RHF vil ta utgangspunkt i det gode arbeidet som er utført på området seniorpolitikk i helseforetakene og ha en helhetlig tilnærming mot helseforetakene for utvikling livsfaseorientert personalpolicy.

For en kompetansevirksomhet som Helse Nord vil det være god økonomi, samt at det sikrer virksomheten nødvendig kompetanse, å utvikle et godt arbeidsmiljø og en aktiv seniorpolitikk.

Saksbehandler: diverse

STYRESAK 115-2006 REFERATSAKER

Møtedato: 13. desember 2006

Vedlagt oversendes kopi av følgende:

1. Brev fra Brukerutvalget i Helse Finnmark HF av 13. november 2006 ad. bestilling av pasientreiser
2. Brev fra Tromsø Fylkeskommune v/Fylkesrådet av 16. november 2006 ad. konsekvenser for medisinerutdanninga i Tromsø
3. Brev fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF, avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering av 26. november 2006 ad. rehabilitering i nord eller bakerst i køen?
4. Brev fra Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF av 30. november 2006 ad. konsekvenser for pasienter og pårørende som en følge av de pålagte budsjettmessige nedskjæringene på UNN
5. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 4. desember 2006 ad. praktisering av åpne styremøter
6. Brev fra ordføreren i Karasjok Kommune av 6. desember 2006 ad. Spesialistlegesenteret i Karasjok

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

Framlagte saker taes til orientering.

Bodø, den 6. desember 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

STYRESAK 116-2006 EVENTUELT

Møtedato: 13. desember 2006