

Styremøte

Innkalling med sakspapirer

Dato: 22. juni 2009

Kl.: 14.00 til ca. 19.00

Sted: Linken – Forskningsparken Møtesenter,
Tromsø, Sykehusveien 23

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

Styrets medlemmer i Helse Nord RHF
Sissel B. Jenssen, observatør fra Regionalt Brukerutvalg

INNKALLING TIL STYREMØTE I HELSE NORD RHF, DEN 22. JUNI 2009

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

mandag, den 22. juni 2009 – fra kl. 14.00
på Linken – Forskningsparken Møtesenter, Tromsø.

Etter behandling av styresak 50-2009 og 51-2009 lukkes styremøte for offentligheten for behandling av styresaker og/eller orienteringer som er unntatt offentligheten. Det åpne styremøte starter igjen ca. kl. 14.30.

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

STYRESAK 50-2009 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKSLISTE

Møtedato: 22. juni 2009

I samråd med styreleder inviteres styret i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for styremøte, den 22. juni 2009:

Sak 50-2009	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side	1
Sak 51-2009	Godkjenning av protokoll fra styremøte 20. mai 2009	Side	3
Sak 52-2009	Kartlegging av bilambulansetjenesten perioden 2004-2008	Side	14
Sak 53-2009	Regional inntektsfordelingsmodell Helse Nord – oppdatering	Side	23
Sak 54-2009	Planrammer budsjett 2010	Side	36
Sak 55-2009	Tertialrapport nr. 1-2009 <i>Sakspapirene ettersendes.</i>	Side	45
Sak 56-2009	Økonomirapport nr. 5-2009 <i>Sakspapirene ettersendes.</i>	Side	46
Sak 57-2009	Møteplan 2010	Side	47
Sak 58-2009	Avhending av aksjer i Norsk Helsenett AS	Side	49
Sak 59-2009	Nordlandssykehuset HF – suppleringsvalg til styret <i>Saken behandles unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13.1, jf. Fvl. § 13.1.</i>	Side	54
Sak 60-2009	Orienteringssaker 1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundtlig</i> 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundtlig</i> 3. Stortingsmelding 12 (2008-2009) ”En gledelig begivenhet: Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg” 4. Tilsyn av strålevernet ved Nordlandssykehuset HF, jf. <i>styresak 47-2009/6 Referatsaker</i> <i>Sakspapirene ettersendes.</i> 5. Internrevisjonsrapport nr. 05/08: Internkontroll knyttet til byggeprosjekter og bygningsmessig vedlikehold i HF-ene – oppsummering, jf. styresak 48-2008 6. Lederutvikling i Helse Nord	Side	55
Sak 61-2009	Referatsaker 1. E-post av 20. mai 2009 fra Landsforeningen for Polioskadde, lag for Troms og Nordland med uttalelse ad oppfølgingskontroller og rehabiliteringstilbud i helseregion Nord 2. Brev av 13. mai 2009 fra Arbeidstilsynet til Helse Finnmark HF ad. lukking av pålegg av 28. mai 2008 <i>Brevet er unntatt off., jf. Offl. § 13.1.</i> 3. Brev av 20. mai 2009 fra Helsetilsynet i Finnmark ad. tilsynssak mot NN <i>Brevet er unntatt off., jf. Offl. § 13.1.</i>	Side	88

4. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, den 29. april 2009
5. Brev av 28. april 2009 fra Arbeidstilsynet til Helgelandssykehuset HF ad. vedtak om pålegg – God Vakt!

Sak 62-2009 Eventuelt

Side 109

Bodø, den 12. juni 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

**STYRESAK 51-2009 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 20. MAI 2009**

Møtedato: 22. juni 2009

PROTOKOLL STYREMØTE 20. MAI 2009

Styret i Helse Nord RHF avholdt styremøte på Radisson SAS Hotel i Tromsø, den 20. mai 2009 – fra kl. 09.30 til kl. 14.45.

Til stede var:

Styreleder Bjørn Kaldhol, nestleder Inger Lise Strøm, styremedlemmer Inge Myrvoll, Kåre Simensen, Line Miriam Haugan, Trygve Myrvang, Kirsti Jacobsen, Kari B. Sandnes, Jens Munch-Ellingsen og Ann-Mari Jenssen.

Styremedlem Jens Munch-Ellingsen fratradte i tidsrommet kl. 10.50 til kl. 12.00, og tiltrådte etter behandling av styresak 38-2009.

Forfall:

Styremedlemmer Terje Olsen, Tone Finnesen og Kari Jørgensen.
Sissel B. Jenssen, observatør fra Regionalt Brukerutvalg

Fra administrasjonen:

Adm. dir. Lars Vorland, foretaksadvokat Ann Elisabeth Rødvei, informasjonsdirektør Kristian Fanghol, direktør for eieravdelingen Paul Martin Strand, fagdirektør Jan Norum og direktør Finn Henry Hansen.

STYRESAK 36-2009 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKSLISTE

Sak 36-2009	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 37-2009	Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. april 2009
Sak 38-2009	Sammenligning av kostnader ved sykehusene i Helse Nord
Sak 39-2009	Økonomirapport nr. 4-2009 <i>Sakspapirer ble ettersendt.</i>
Sak 40-2009	Justering av økonomiske rammer budsjett 2009 – nr. 2
Sak 41-2009	Evaluering av senter for aldersforskning <i>Saken ble fremskyndet og behandlet etter styresak 39-2009.</i>
Sak 42-2009	Forskningsstrategi i Helse Nord 2010-2013
Sak 43-2009	Revisjonskomiteen i Helse Nord RHF – valg av nytt medlem og oppnevning av leder
Sak 44-2009	Helse Finnmark HF, salg av boliger
Sak 45-2009	Helse Finnmark Kirkenes, plan for konseptfase
Sak 46-2009	Orienteringssaker
	1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>
	2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>
	3. Felleskontrollerte virksomheter – styrets beretning 2008
	4. Revisors årsregnskapskommentarer
	5. Mulighetsstudie for alternativ organisering av forvaltningstjenester i Helse Nord

Sak 47-2009

Referatsaker

1. Brev av 30. mars 2009 fra Arbeidstilsynet til Helse Finnmark HF ad. varsel om tvangsmulkt – lukking av pålegg, prehospitaltjenester, Hammerfest Ambulanse
Vedlegg 1 i brevet er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13.1.
2. Brev av 20. april 2009 fra Arbeidstilsynet til Helse Finnmark HF ad. vedtak om tvangsmulkt – følgebrev, prehospitaltjenester, Hammerfest Ambulanse
Brevet er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13.1.
3. Korrespondanse mellom NN og Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. klagesak XX
Korrespondansen er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13.1.
4. Brev av 23. april 2009 fra LO Finnmark og NHO Finnmark ad. akutttilbud ved Kirkenes sykehus
5. Brev av 28. april 2009 fra Helsetilsynet i Troms til Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. avslutning av tilsynssak
Brevet er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13.1.
6. Brev av 4. mai 2009 fra Statens strålevern til Nordlandssykehuset HF ad. rapport etter tilsyn ved Nordlandssykehuset HF, den 20.-22. april 2009
Kopi av brevet ble ettersendt.
7. Brev av 4. mai 2009 fra Helsetilsynet i Troms til Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. rapport fra tilsyn med spesialisthelsetjenesten ved DPS til voksne med psykiske lidelser
Kopi av brevet ble ettersendt.

Sak 48-2009

Eventuelt

Sak 49-2009

Nasjonalt program for stabs- og støttefunksjoner (NPSS) – samarbeidsavtale

Styresaken ble etteranmeldt, og sakspapirene ble ettersendt.

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med de endringer som kom frem under behandling av saken.

STYRESAK 37-2009 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 22. APRIL 2009

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 22. april 2009 godkjennes.

STYRESAK 38-2009 SAMMENLIGNING AV KOSTNADER VED SYKEHUSENE I HELSE NORD

Adm. direktør la frem følgende endrede forslag til styrets vedtak:

1. Styret ber adm. direktør sørge for at styrene i helseforetakene anvender analysene av kostnadsforskjellene til å forbedre og utvikle egen drift.

2. Styret ber adm. direktør kvalitetssikre analysene ytterligere. Arbeidet skal skje i samarbeid med helseforetakene.
3. Styret ber om at det gjøres sammenlikninger også for andre deler av virksomheten.
4. Styret ber helseforetakene rapportere tilbake til styret i Helse Nord RHF, innen 1. oktober 2009, om hvordan en vil anvende analysene til å gjennomføre forbedringer av egen drift.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ber adm. direktør sørge for at styrene i helseforetakene anvender analysene av kostnadsforskjellene til å forbedre og utvikle egen drift.
2. Styret ber adm. direktør kvalitetssikre analysene ytterligere. Arbeidet skal skje i samarbeid med helseforetakene.
3. Styret ber om at det gjøres sammenlikninger også for andre deler av virksomheten.
4. Styret ber helseforetakene rapportere tilbake til styret i Helse Nord RHF, innen 1. oktober 2009, om hvordan en vil anvende analysene til å gjennomføre forbedringer av egen drift.

Protokolltilførsel til styresak 38-2009 – stemmeforklaring:

Sammenlikning av kostnader knyttet til den DRG-finansierte virksomheten kan ikke gjøres uten at resultatene settes inn i en helhetlig sammenheng. DRG-poeng sier ingenting om kvalitet, best praksis eller det totale kostnadsbilde knyttet til pasientrettet virksomhet: behandling, pleie, pasientopplæring, undervisning, forskning, veiledning, beredskap og rekrutteringsutfordringer m.m. i det enkelte HF.

Utrekning av arbeidsproduktivitet som årsverk per DRG-poeng sier heller ingenting om de omliggende faktorer som også må taes med for å få et helhetlig bilde av kostnadene til pasientbehandlingen.

I det videre arbeidet med å analysere nærmere noen av de ulikhetene som er sett på i rapporten er det viktig at flere faktorer taes med, slik at kostnadsbildet blir mer helhetlig, og dermed en mer reell sammenlikning. Først når en slik analyse er gjennomført vil det kunne trekkes noen konklusjoner og evt. iverksette tiltak for forbedringer.

Kirsti Jacobsen /s/ Kari B. Sandnes /s/ Ann-Mari Jenssen /s/

STYRESAK 39-2009 ØKONOMIRAPPORT NR. 4-2009

Sakspapirer ble ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar økonomirapport nr. 4-2009 til orientering.

Enstemmig vedtatt.

2. Styret ber adm. direktør om å sikre at helseforetakene utvikler og iverksetter nye tiltak utover de som hittil har vært forutsatt gjennomført for oppnåelse av budsjettert resultat. Størrelsen på de nye omstillingstiltakene fordeles slik:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF:	27,4 millioner kroner
Nordlandssykehuset HF:	21,6 millioner kroner
Helse Finnmark HF:	16,2 millioner kroner

Styremedlemmer Kirsti Jacobsen, Kari B. Sandnes, Jens Munch-Ellingsen og Ann-Mari Jussen fremmet følgende forslag til punkt 2 i vedtaket:

2. Styret ber administrerende direktør om å sikre at helseforetakene – i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten – utvikler, konsekvens- og risikovurderer samt iverksetter nye tiltak utover de som hittil har vært forutsatt gjennomført for oppnåelse av budsjettert resultat. Størrelsen på de nye omstillingstiltakene fordeles slik:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF:	27,4 millioner kroner
Nordlandssykehuset HF:	21,6 millioner kroner
Helse Finnmark HF:	16,2 millioner kroner

Adm. direktør trakk sitt forslag til punkt 2 til fordel for fremsatte forslag som ble enstemmig vedtatt.

Styremedlemmer Kirsti Jacobsen, Kari B. Sandnes, Jens Munch-Ellingsen og Ann-Mari Jussen fremmet følgende forslag til nytt punkt 3 i vedtaket:

3. Styret ber administrerende direktør sikre at helseforetakene har et særlig fokus på faglig kvalitet og på arbeidsmiljø i omstillingsprosessene og i de tiltak som iverksettes.

Forslaget falt mot fire stemmer (Kirsti Jacobsen, Kari B. Sandnes, Jens Munch-Ellingsen og Ann-Mari Jussen).

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar økonomirapport nr. 4-2009 til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør om å sikre at helseforetakene – i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten – utvikler, konsekvens- og risikovurderer samt iverksetter nye tiltak utover de som hittil har vært forutsatt gjennomført for oppnåelse av budsjettert resultat. Størrelsen på de nye omstillingstiltakene fordeles slik:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF:	27,4 millioner kroner
Nordlandssykehuset HF:	21,6 millioner kroner
Helse Finnmark HF:	16,2 millioner kroner

Protokolltilførsel til styresak 39-2009 – stemmeforklaring:

Omstilling og nedbemanning for å oppnå budsjettbalanse tapper ansatte for motivasjon og arbeidsglede. Ansatte er i dag presset til det ytterste, og vi ser at sykefraværet viser en økende tendens. Budsjetttrammene tilsier at en ikke lenger kan hente inn millionbeløp på små tiltak. Når vedtatte tiltak ikke får den budsjetterte effekt må man finne nye. Men, et sted går grensen for hvilke tiltak man kan gjennomføre og samtidig ivareta faglig kvalitet og et godt arbeidsmiljø uten at man må endre tilbudet til befolkningen.

Kirsti Jacobsen /s/ Kari B. Sandnes /s/ Jens Munch-Ellingsen /s/ Ann-Mari Jenssen /s/

STYRESAK 40-2009 JUSTERING AV ØKONOMISKE RAMMER BUDSJETT 2009 – NR. 2

Adm. direktør la frem følgende endrede forslag til styrets vedtak:

1. Det bevilges til sammen kr. 1 200 000,- til helseforetakene for å styrke controllerfunksjonen.
2. Det bevilges kr. 1 000 000,- til Universitetssykehuset Nord-Norge HF for å gjennomføre prosjekt ”Kropp og selvfølelse” i 2009.
3. Det bevilges kr. 7 735 000,- til oppstart av saksbehandlingsenheter for enkeltoppgjør pasienttransport, fordelt til helseforetakene som følger:
 - a. Helse Finnmark HF: kr. 2 013 000
 - b. Universitetssykehuset Nord-Norge HF: kr. 2 072 000
 - c. Nordlandssykehuset HF: kr. 1 773 000
 - d. Helgelandssykehuset HF: kr. 1 877 000
4. Det bevilges 91 mill kroner til ekstraordinært vedlikehold.
5. Investeringsrammen for 2009 økes med 37 mill kroner som følge av investeringstilskudd til gjennomføring av tiltakspakke og ytterligere 8 mill kroner til totalt 720 mill kroner. Adm. direktør gis myndighet til å øke investeringsrammen med 20 millioner i tillegg de 720 millioner, til Universitetssykehuset Nord-Norge HF for å gjennomføre samlokalisering av rus og spesialpsykiatriklinikken når det formelle beslutningsgrunnlaget er på plass.
6. Tilleggsbevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet til pilotsykehusprosjektet og samhandling med kommunesektoren bevilges videre som følger:
 - a. Helse Finnmark HF: kr. 500 000
 - b. Nordlandssykehuset HF: kr. 2 000 000
 - c. Helgelandssykehuset HF: kr. 1 760 000

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Det bevilges til sammen kr. 1 200 000,- til helseforetakene for å styrke controllerfunksjonen.

2. Det bevilges kr. 1 000 000,- til Universitetssykehuset Nord-Norge HF for å gjennomføre prosjekt "Kropp og selvfølelse" i 2009.
3. Det bevilges kr. 7 735 000,- til oppstart av saksbehandlingsenheter for enkeltoppgjør pasienttransport, fordelt til helseforetakene som følger:
 - a. Helse Finnmark HF: kr. 2 013 000
 - b. Universitetssykehuset Nord-Norge HF: kr. 2 072 000
 - c. Nordlandssykehuset HF: kr. 1 773 000
 - d. Helgelandssykehuset HF: kr. 1 877 000
4. Det bevilges 91 mill kroner til ekstraordinært vedlikehold.
5. Investeringsrammen for 2009 økes med 37 mill kroner som følge av investeringstilskudd til gjennomføring av tiltakspakke og ytterligere 8 mill kroner til totalt 720 mill kroner. Adm. direktør gis myndighet til å øke investeringsrammen med 20 millioner i tillegg de 720 millioner, til Universitetssykehuset Nord-Norge HF for å gjennomføre samlokalisering av rus og spesialpsykiatriklinikken når det formelle beslutningsgrunnlaget er på plass.
6. Tilleggsbevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet til pilotsykehusprosjektet og samhandling med kommunesektoren bevilges videre som følger:
 - a. Helse Finnmark HF: kr. 500 000,-
 - b. Nordlandssykehuset HF: kr. 2 000 000,-
 - c. Helgelandssykehuset HF: kr. 1 760 000,-

STYRESAK 41-2009 EVALUERING AV SENTER FOR ALDERSFORSKNING

Saken ble fremskyndet og behandlet etter styresak 39-2009.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret viser til adm. direktørs utredning og vil sterkt understreke målsettingen om å styrke aldersforskning som faglig område.
2. Adm. direktør iverksetter ny organisering basert på prinsippene som vedtas i ny forskningsstrategi.
3. Det skal vurderes nye tiltak for å styrke aldersforskningen i Helse Nord i framtiden.
4. Senter for aldersforskning med eget forskningsutvalg legges ned 1. januar 2010.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret viser til adm. direktørs utredning og vil sterkt understreke målsettingen om å styrke aldersforskning som faglig område.
2. Adm. direktør iverksetter ny organisering basert på prinsippene som vedtas i ny forskningsstrategi.
3. Det skal vurderes nye tiltak for å styrke aldersforskningen i Helse Nord i framtiden.

4. Senter for aldersforskning med eget forskningsutvalg legges ned 1. januar 2010.

STYRESAK 42-2009 FORSKNINGSSTRATEGI I HELSE NORD 2010-2013

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret vurderer utkastet til forskningsstrategi som godt.
2. Styret tar adm. direktørs vurderinger til etterretning og anbefaler dem.
3. Den vedtatte strategien implementeres i forskningsutlysningen for 2010.
4. Adm. direktør bes om å komme tilbake til styret høsten 2009 med en revidert versjon av forskningsstrategien ut fra presiseringene i denne saken.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret vurderer utkastet til forskningsstrategi som godt.
2. Styret tar adm. direktørs vurderinger til etterretning og anbefaler dem.
3. Den vedtatte strategien implementeres i forskningsutlysningen for 2010.
4. Adm. direktør bes om å komme tilbake til styret høsten 2009 med en revidert versjon av forskningsstrategien ut fra presiseringene i denne saken.

STYRESAK 43-2009 REVISJONSKOMITEEN I HELSE NORD RHF – VALG AV NYTT MEDLEM OG OPPNEVNING AV LEDER

Styreleder la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak:

1. Som nytt medlem til revisjonskomiteen velges Kari Jørgensen.
2. Inger Lise Strøm velges som leder for revisjonskomiteen.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Som nytt medlem til revisjonskomiteen velges Kari Jørgensen.
2. Inger Lise Strøm velges som leder for revisjonskomiteen.

STYRESAK 44-2009 HELSE FINNMARK HF, SALG AV BOLIGER

Adm. direktør la frem følgende endrede forslag til styrets vedtak:

1. Styret ber Helse- og omsorgsdepartementet om fullmakt i foretaksmøte til å avhende personalboliger Helse Finnmark HF i tråd med denne saken.
2. Dersom salgene ville gi en vesentlig lavere salgssum enn fremstilt i sakene fra Helse Finnmark HF, skal salgene utsettes til markedsprisen medfører at de kan gjennomføres uten vesentlig tap i forhold til bokført verdi for den aktuelle porteføljen sett under ett.
3. Disponering av frigjorte ressurser gjennomføres i samsvar med vedtak i *styresak 111-2005 Prinsipper for investering, finansiering og kapitalforvaltning i Helse Nord*.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ber Helse- og omsorgsdepartementet om fullmakt i foretaksmøte til å avhende personalboliger Helse Finnmark HF i tråd med denne saken.
2. Dersom salgene ville gi en vesentlig lavere salgssum enn fremstilt i sakene fra Helse Finnmark HF, skal salgene utsettes til markedsprisen medfører at det kan gjennomføres uten vesentlig tap i forhold til bokført verdi for den aktuelle porteføljen sett under ett.
3. Disponering av frigjorte ressurser gjennomføres i samsvar med vedtak i *styresak 111-2005 Prinsipper for investering, finansiering og kapitalforvaltning i Helse Nord*.

STYRESAK 45-2009 HELSE FINNMARK KIRKENES, PLAN FOR KONSEPTFASE

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF er tilfreds med det arbeidet som er lagt ned i idéfasen for renovering av sykehuset i Kirkenes og godkjenner med dette idéfaserapporten.
2. Et nybyggalternativ går ut over den vedtatte investeringsplanen for Helse Nord hvor det er lagt til grunn en renovering av sykehuset i Kirkenes innenfor en ramme på 170 mill. kroner. Styret ber om at renoveringsalternativet oppdateres og at nybyggalternativet utredes i en konseptfase.
3. Styret ber adm. direktør følge opp at idéfaserapporten, denne saken og styringsdokumentet for konseptfasen, inneholdende tidsplan, økonomisk ramme og organisering, legges til grunn for utredningsarbeidet i Kirkenes.
4. Styret ber om at konseptfaserapport for Helse Finnmark HF Kirkenes og anbefaling i forhold til videreføring i et forprosjekt tidlig i 2010, legges frem samtidig med tilsvarende sak for Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF er tilfreds med det arbeidet som er lagt ned i idéfasen for renovering av sykehuset i Kirkenes og godkjenner med dette idéfaserapporten.
2. Et nybyggalternativ går ut over den vedtatte investeringsplanen for Helse Nord hvor det er lagt til grunn en renovering av sykehuset i Kirkenes innenfor en ramme på 170 mill. kroner. Styret ber om at renoveringsalternativet oppdateres og at nybyggalternativet utredes i en konseptfase.
3. Styret ber adm. direktør følge opp at idéfaserapporten, denne saken og styringsdokumentet for konseptfasen, inneholdende tidsplan, økonomisk ramme og organisering, legges til grunn for utredningsarbeidet i Kirkenes.
4. Styret ber om at konseptfaserapport for Helse Finnmark HF Kirkenes og anbefaling i forhold til videreføring i et forprosjekt tidlig i 2010, legges frem samtidig med tilsvarende sak for Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik.

STYRESAK 46-2009 ORIENTERINGSSAKER

Det ble gitt orientering om arbeidet med følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundtlig*
 - *Oppfølgingsmøte med Helse- og omsorgsdepartementet*: Departementet er fornøyd med de forbedringer som er gjort med hensyn til rapporteringer.
 - *Foretaksmøte, den 9. juni 2009*: Styret skal redegjøre for sitt virke med hensyn til økonomi m. m. Styrets beretning og årlig melding er grunnlag for presentasjonen som utarbeides.
 - *Neste styremøte, 22. juni 2009* flyttes til Bodø, av logistikkmessige grunner. Møtet avholdes i tidsrommet fra kl. 09.00 til kl. 14.00.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundtlig*
 - *Valg av behandlingstilbud til domfelte til tvunget psykisk helsevern* – informasjon.
 - *Årets lokale lønnsforhandlinger* – informasjon
Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl § 23, 1. ledd.
*Med henvisning til Helse Nord RHF's vedtekter § 8, deltok styremedlemmer som er valgt av de ansatte **ikke** under behandling av denne saken.*
 - *Brev fra Statens Helsetilsyn av 30. mars 2009 ad. oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften*: Tilbakemelding til styret i Helse Nord RHF, jf. styremøte 22. april 2009. Adm. direktør kommer tilbake til dette i styremøte i juni 2009.
 - *Arbeidsmiljø i sykehus, helhetlig strategi*: Orientering om videre prosess i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten.
 - *Samhandlingsavtale mellom KS og Helse Nord RHF*: Orientering
 - *Pandemiberedskap H1N1*: Informasjon
 - *Møte med kontaktutvalget for fylkeskommunene i Nord-Norge i Bodø*, den 27. april 2009
 - *Brukerkonferanse 2009 i Bodø*, utdeling av brukerprisen til Birgit Granhaug, den 28. og 29. april 2009
 - *Besøksrunde DPS-er Helgeland*, den 5. til 7. mai 2009
 - *Kick-off for pilotsykehus Helseparken i Mo i Rana*, den 7. mai 2009
 - *Møte med Riksrevisjonen*, den 8. mai 2009
 - *Helsekonferansen 2009*, den 12. og 13. mai 2009

- *Interpellasjon til Stortinget vedr tidsbruk ved transport av pasient, orientering om kommunikasjonen ved transportoppdrag*
 - *Interpellasjon til Stortinget, spørsmål fra drosjenæringen på Helgeland*
3. Felleskontrollerte virksomheter – styrets beretning 2008
 4. Revisors årsregnskapskommentarer
 5. Mulighetsstudie for alternativ organisering av forvaltningstjenester i Helse Nord

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

STYRESAK 47-2009 REFERATSAKER

Det ble referert fra følgende saker:

1. Brev av 30. mars 2009 fra Arbeidstilsynet til Helse Finnmark HF ad. varsel om tvangsmulkt – lukking av pålegg, prehospitale tjenester, Hammerfest Ambulanse
Vedlegg 1 i brevet er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13.1.
2. Brev av 20. april 2009 fra Arbeidstilsynet til Helse Finnmark HF ad. vedtak om tvangsmulkt – følgebrev, prehospitale tjenester, Hammerfest Ambulanse
Brevet er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13.1.
3. Korrespondanse mellom NN og Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. klagesak XX
Korrespondansen er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13.1.
4. Brev av 23. april 2009 fra LO Finnmark og NHO Finnmark ad. akutttilbud ved Kirkenes sykehus
5. Brev av 28. april 2009 fra Helsetilsynet i Troms til Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. avslutning av tilsynssak
Brevet er unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13.1.
6. Brev av 4. mai 2009 fra Statens strålevern til Nordlandssykehuset HF ad. rapport etter tilsyn ved Nordlandssykehuset HF, den 20.-22. april 2009
Kopi av brevet ble ettersendt.
7. Brev av 4. mai 2009 fra Helsetilsynet i Troms til Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. rapport fra tilsyn med spesialisthelsetjenesten ved DPS til voksne med psykiske lidelser
Kopi av brevet ble ettersendt.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 47-2009/1 og 2: Påleggene er lukket.

I *styresak 47-2009/6* ber styret adm. direktør om tilbakemelding på status i Nordlandssykehuset HF's oppfølging av rapporten fra Statens Stråleverns rapport.

STYRESAK 48-2009 EVENTUELT

Ingen saker ble fremmet.

Styresaken ble etteranmeldt, og sakspapirene ble ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om det nasjonale programmet til orientering.
2. For å løse det midlertidige behovet for regional samordning i forbindelse med etablering av felles nasjonale løsninger innen logistikk- og økonomiområdet opprettes en samarbeidsavtale med de øvrige regionale helseforetakene. Avtalen er nødvendig for å gjennomføre anskaffelsen av felles nasjonalt system innen logistikk og økonomi.
3. Adm. direktør gis fullmakt til å inngå samarbeidsavtale om en midlertidig organisering av en nasjonal forvaltningsorganisasjon og prosedyrene for håndtering av eventuelle uenigheter mellom regionene.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om det nasjonale programmet til orientering.
2. For å løse det midlertidige behovet for regional samordning i forbindelse med etablering av felles nasjonale løsninger innen logistikk- og økonomiområdet opprettes en samarbeidsavtale med de øvrige regionale helseforetakene. Avtalen er nødvendig for å gjennomføre anskaffelsen av felles nasjonalt system innen logistikk og økonomi.
3. Adm. direktør gis fullmakt til å inngå samarbeidsavtale om en midlertidig organisering av en nasjonal forvaltningsorganisasjon og prosedyrene for håndtering av eventuelle uenigheter mellom regionene.

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

Protokoll fra styremøtet, den 20. mai 2009 godkjennes.

Bodø, den 12. juni 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

**STYRESAK 52-2009 KARTLEGGING AV
BILAMBULANSETJENESTEN PERIODEN
2004-2008**

Møtedato: 22. juni 2009

Formål/sammendrag

Formålet med denne saken er å bidra til å gi en god samlet oversikt over status og utviklingstrekk i bilambulansetjenesten i Helse Nord. Hvert enkelt helseforetak vil kunne se egen virksomhet i forhold til andre helseforetak og "snittet" for regionen. Forhåpentligvis vil rapporten bidra til å sette fokus på mulige problemområder vedrørende bilambulansetjenesten i respektive helseforetak og være et "verktøy" i det videre utviklingsarbeidet av tjenesten.

Sammendrag fra rapporten med betraktninger fremkommer til slutt i styresaken (etter administrerende direktørs forslag til vedtak). Rapporten "Kartlegging av bilambulansetjenesten" følger som vedlegg til saken.

Bakgrunn/fakta

Helse Nord RHF har gjennomført kartleggingen og utarbeidet rapporten som er en oversikt over virksomhetsdata bilambulansetjenesten med tilhørende kostnader for perioden 2004 til 2008. Rapporten synliggjør noen trender, viser likheter og ulikheter mellom helseforetakene, og gjør også sammenligninger mot de nasjonale gjennomsnittsdata som er tilgjengelig. I tillegg vurderes mulige årsaker til kostnadsforskjeller mellom helseforetakene.

I tillegg til rapporten foreligger det et regneark som gir detaljoversikt pr ambulansestasjon/helseforetak. Dette er ikke vedlagt, men stilles til disposisjon i elektronisk versjon for styret og helseforetakene etter ønske.

Årene 2004 til 2008 har vært en periode med en betydelig organisatorisk, økonomisk og kvalitetsmessig utvikling av bilambulansetjenesten i Helse Nord. Nye krav, nye planer, endrede foretaksområder, nytt utstyr/systemer, fokus på bemanning/kompetanseutvikling og drift i egenregi har preget perioden.

Vurdering

Generelt har det fra helsemyndighetenes side vært et stort fokus på ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten i denne perioden. Tjenesten har vært og er på mange måter et gjennomgående prioritert område, uten at det har vært fattet eksplisitte prioriteringsbeslutninger. Lik tilgjengelighet og kvalitet er en viktig verdi. Dette er også svært økonomisk krevende for Helse Nord.

Helseforetakene har på en faglig god måte gjennomført betydelige omstillinger i ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten. Eksempler på dette er etablering av velfungerende og felles driftsorganisasjoner for ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten, gjennomført strukturendringer vedrørende medisinsk nødmeldetjeneste, innført ny teknologi i tjenesten og besørget overtagelse av driftsansvaret for bilambulansetjenesten med tilhørende integrasjon i egen virksomhet.

Rapporten synliggjør imidlertid til dels markante forskjeller mellom helseforetakene, som for eksempel forbruk av ambulansetjenester, beredskapsnivå, oppdragsutvikling og kostnader. Kartleggingen indikerer at helseforetakene har ulik vurdering av faglig og økonomisk nytte i forhold til valg av beredskapsnivå og aktivering av fast tid.

I styresak 06-2006 *Utvikling av ambulansetjenesten i Helse Nord* fremgår det at ”Kompetanseutvikling og rekruttering for å sikre bemanning og god kvalitet, er kritiske faktorer for ambulansetjenesten i Helse Nord de kommende år. Helseforetakene må derfor planlegge og prioritere tiltak som sikrer nødvendig tilgang på kompetente medarbeidere.” Fremdeles er det betydelige kompetansemessige utfordringer for å nå fastsatte mål. Med unntak av Helgelandssykehuset HF synes ikke helseforetakene å nå vårt interne kompetansemål som skal bidra til å sikre forskriftsmessig drift fra 2010.

Mangler kriterier for nasjonal rapportering og sammenligninger

Det er en stor svakhet at det nasjonalt ikke finnes definerte kvalitetsindikatorer, måle- og rapporteringspunkter for ambulanse- og nødmeldetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ba Helsedirektoratet (H-dir.) allerede i 2006 arbeide med disse problemstillingene og det er nylig initiert to prosjekter som kan forbedre dette noe:

- Hdir/InnoMed¹/NST² vedr. enhetlig dokumentasjon og kommunikasjon i den akuttmedisinske kjeden (inklusive primærhelsetjenesten)
- Hdir/RHFene/Nirvaco AS³ vedr. etablering av felles kodeverk og nasjonal rapportering fra AMIS (akuttmedisinsk informasjonssystem). Pr. i dag er gjennomføring ennå ikke besluttet.

Fremtidige rammebetingelser og krav til ambulansetjenesten

Det forventes at det vil komme nye myndighetsføringer og eventuelle nye krav for ambulanse- og nødmeldetjenesten som resultat av pågående nasjonale utredninger / prosesser:

- Forslag om endring av Dataregisterlov og Helsepersonellov for mulig tilgjengelighet til pasientdata mellom ansvarsnivå og mellom helseforetak. Disse endringsforslagene har stor betydning for pasienter i en ø-hjelps situasjon og berører i stor grad ambulanse- og nødmeldetjenesten. Endringsforslaget forventes å bedre samhandlingen og gi bedre forutsetning for god/lik behandlingskvalitet i den akuttmedisinske kjeden uavhengig av hvor pasienten bor eller befinner seg.
- Konsekvenser etter fremlagte nasjonale utredning av ambulansetjenesten i Norge (nedsatt av daværende helseminister Brustad). Videre prosess fra departementets side er ikke kjent.
- Resultat og beslutning etter at interdepartemental arbeidsgruppe har lagt frem sin anbefaling i forbindelse med evt. felles nødsentraler og evt. felles nødnummer. Det forventes at rapporten fra utvalget vil foreligge 15. juni 2009.
- Videre behandling og beslutning/føringer vedrørende fremlagte forslag til ”Nasjonal handlingsplan for legevakt”.
- Konsekvenser for tjenesten i forbindelse med Regjeringens nye ”samhandlingsreform”.

I tillegg vil det regionale arbeidet med lokalsykehusstrategi og traumerapport kunne gi noen føringer for ambulanse- og nødmeldetjenesten.

¹ InnoMed = Nasjonalt nettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren

² NST = Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

³ Nirvaco AS = Privat leverandør av Akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS)

Videre utvikling og den økonomiske situasjon i Helse Nord

De siste årene er det gjennomført en nødvendig styrking av de prehospitale tjenester. Kostnadene på dette felt har økt kraftig. Dette skyldes også ulike myndighetskrav. Disse er løst på ulike måter i helseforetakene. Denne utviklingen er del av forklaringen på den økonomiske situasjon Helse Nord er i. I den videre utvikling av tjenestene skal hensynet til kvalitet ivaretas samtidig som Helse Nord, og det enkelte helseforetaks økonomiske situasjon, må vektlegges sterkt. Ved en tilpasning av kostnadene er det særlig to strategier som umiddelbart vil være aktuelle. Det gjelder:

- Endringer i basestruktur
- Endringer i organisering og driftsmessige løsninger

En desentralisert basestruktur for å kunne gi befolkningen tilfredsstillende tjenester har vært en sentral forutsetning. Dette er et overordnet virkemiddel for å sikre god tilgjengelighet. I første omgang må en derfor vurdere måten tjenesten er organisert på og de driftsmessige løsninger som er valgt.

Medbestemmelse

Kartlegging av bilambulansetjenesten ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 11. juni 2009 med følgende enighetsprotokoll:

1. *Partene vurderer at foreliggende rapport om bilambulansetjenesten i Helse Nord gir en god oversikt over driftsforhold og formell kompetanse i tjenestene. Rapporten indikerer forskjeller mellom helseforetakene som må følges opp internt.*
2. *Partene forutsetter at helseforetakene har et særlig fokus på kvalitet og tilgjengelighet samt kostnader sett mot helsefaglig nytte i valg av organisering og driftsløsninger. Videre forventes det at helseforetakene har et særlig fokus på forskriftens kompetansekrav og arbeider aktivt med utdanning, rekruttering og stabilisering for å nå målene på dette området.*
3. *Partene viser til styrevedtak om en evaluering av overtakelsen av bilambulansetjenesten i Helse Nord. Gjennomgang og sammenlikning av prosesser, erfaringer og resultater vil gi nyttig læring for videreutvikling av ambulansetjenesten og til fremtidige omstillinger og større endringer. Partene er enige om å samarbeide om utvikling av evalueringsgrunnlaget, når dette arbeidet startes opp.*

Konklusjon

Kartleggingen av bilambulansetjenesten er et godt grunnlag for at helseforetakene kan sette ytterligere fokus på områder i tjenesten som har et forbedrings- eller utviklingspotensial. Det er ønskelig at rapporten brukes til dette formålet i respektive helseforetak, men også bidrar til et felles harmoniseringsarbeid vedrørende ambulans- og nødmeldetjenesten i Helse Nord. I dette virksomhetsområdet er det bilambulansetjenesten som er "fundamentet" i helsetjenesten og også den største økonomiske sektoren innen prehospital akuttmedisin.

Helseforetakene må i år og neste år ha et særlig fokus på kompetansesituasjonen slik at bilambulansetjenesten i hovedsak kan oppfylle forskriftskrav etter at overgangsordningen går ut pr. 1. april 2010. Dersom dette ikke kan oppnås på enkelte tjenester / enkelte vakter må det etableres planer i helseforetaket som sikrer nødvendig forsvarlighet i tjenesten.

Selv om det kan være svakheter i det økonomiske kildegrunnlaget gir rapporten indikasjoner på forskjeller og mulige årsakssammenheng. Helseforetakene må sette fokus på problemområder/utfordringer i egen virksomhet og tilstrebe målrettede tiltak. Helseforetakene bør tilrettelegge for at tilsvarende kartlegging på et senere tidspunkt kan forbedre presisjonsnivået på noen områder.

Det hadde også vært interessant dersom de øvrige helseregionene hadde gjort tilsvarende kartlegging og analyser.

Når viktige nasjonale rammebetingelser for fremtiden er avklart bør det settes av tid og ressurser til å utarbeide en felles og overordnet plan for ambulanse- og nødmeldetjenesten i Helse Nord.

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

1. Styret tar til orientering den foreliggende rapporten om bilambulansetjenesten i Helse Nord. Rapporten bes inngå som et av grunnlagene i en kommende evaluering.
2. Styret ber adm. direktør sørge for at styrene i helseforetakene legger rapporten til grunn som bidrag til arbeidet med fortløpende optimalisering og utvikling av tjenesten. Det forutsettes at helseforetakene tilstreber en regional harmonisering av tjenestens innhold og kvalitet – med et særlig fokus på kostnadsutfordringer sett mot helsefaglig nytte.
3. Styret ber adm. direktør sikre at helseforetakene i deres arbeid med budsjettkontroll også vurderer de prehospitale tjenester
4. Styret ber adm. direktør sørge for at styrene i helseforetakene imøtekommer forskriftens kompetansekrav til ambulanspersonell, jfr. også krav i tidligere oppdragsdokument til helseforetakene.
5. Styret ber adm. direktør vurdere å etablere en overordnet regional plan for ambulanse- og nødmeldetjenesten – i samarbeid med helseforetakene og tillitsvalgte – så snart evt. nye myndighetskrav og føringer til tjenesten foreligger.

Bodø, den 12. juni 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Rapport ”Kartlegging av bilambulansetjenesten”, mai 2009
– se <http://www.helse-nord.no/styremøeter/article58999-1079.html>

Utrykte vedlegg: SINTEF rapport ”Utvikling av ambulansetjenesten i Helse Nord, november 2005
Magnussensutvalgets rapport, NOU 2008:2
SINTEF utredningsnotater vedrørende Magnussenutvalgets arbeid
Statistisk Sentralbyrå (SSB), data vedrørende ambulansetjeneste
Helse Nord, regneark med virksomhetsdata pr stasjon / helseforetak
etter innsamling fra respektive driftsorganisasjoner

SAMMENDRAG FRA RAPPORTEN

med noen kommentarer/vurderinger

Aktivitet (jfr. kapittel 3)

Oppdragsutvikling

Totalt antall oppdrag har utviklet seg fra 63109 (2004) til 71463 (2008) – dvs. økning på 13 %. Oppdragsutviklingen følger samlet sett den nasjonale trenden (14 % i 2007), men Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har en økning på 18 % i perioden. Gjennomsnittlig ble det i 2008 utført 576 oppdrag pr. ambulansebil i Helse Nord.

km-utvikling

Km-statistikken viser en svak økning i perioden 2004 – 2008, fra 5 371 747 km til 5 520 934 km. Dette er en økning i Helse Nord på 3 % mens gjennomsnittet nasjonalt viser en økning på 7 % (2007, SSB). Gjennomsnittlig kjørelengde i Helse Nord er 44.520 km pr. bil/år. Samlet sett en nedgang i kjørte km i 2008 på 70.819 km. Unntaket er Helse Finnmark HF som øker med 7 prosentpoeng i 2008. Det antas at en hovedårsak til nedgangen i kjørte km er fullt operativ flåtestyringssystem fra 2008.

Hastegrad

I 2008 utførte bilambulansetjenesten 71.463 oppdrag. Av disse hadde 26 % hastegrad ”akutt” (50 oppdrag pr. døgn), 34 % hadde hastegrad ”haster” (67 oppdrag pr. døgn) og 40 % hadde hastegrad ”vanlig” (80 oppdrag pr. døgn). Andelen ”akutt/haster” er dermed 60 % og ”vanlig” 40 % som tilsvarende ca gjennomsnitt for landet i 2004 (SINTEF). Tilsvarende tall fra 2004 i Helse Nord viser en fordeling på 55/45. Det har dermed vært en endring av hastegradsfordeling i Helse Nord mot nasjonalt gjennomsnitt. Det antas at det fremdeles er et potensial for å redusere antall oppdrag med hastegrad ”vanlig”. Dette må også sees i sammenheng med et høyt ambulanseforbruk i Helse Nord og eventuelle muligheter for alternative transportløsninger.

Ambulanseforbruk pr. 1000 innbyggere

Ambulanseforbruket i Helse Nord er ca 36 % høyere enn landsgjennomsnittet – dvs. at vi i 2007 hadde gjennomsnittlig 158 oppdrag pr. 1000 innbyggere mens nasjonalt gjennomsnitt var 116 oppdrag (SSB). Veksten i Helse Nord var på 12 % i perioden – ca tilsvarende som landsgjennomsnittet. Helse Finnmark har svært høyt forbruk av ambulansetjenester (192 oppdrag pr. 1000 innbyggere i 2008). Helgelandssykehuset (142) og Nordlandssykehuset HF (NLSH) (146) har redusert forbruket i 2008. Det kan være flere årsaker til høyt ambulanseforbruk i Helse Nord, men det synes å være et potensial for redusert forbruk ved mange stasjoner.

Gjennomsnittlig utnyttelsesgrad

Det er beregnet gjennomsnittlig oppdragstid pr. ambulansebil i 2008 ut fra en definert formel. Denne beregningen illustrerer hvor mange timer ressursen utfører aktive oppdrag pr. døgn. For Helse Nord er gjennomsnittet at hver ambulansebil har en oppdragstid på 3,9 timer i døgnet. Tilsvarende beregnede tall for øvrige helseregioner er: Helse Sør-Øst 7,7 timer, Helse Vest 5,7 timer og Helse Midt-Norge 4,8 timer.

Gjennomsnittlig pr. helseforetak i Helse Nord har Nordlandssykehuset høyest utnyttelsesgrad, Helse Finnmark lavest. Når man sammenligner sykehustjenestene ser man at tidsbruk til oppdrag i hovedsak følger befolkningstall pr ambulanseressurs (primær- og sekundærbefolkning). Tromsø har størst utnyttelsesgrad, deretter Bodø, Mo i Rana og Harstad. Unntakene finnes i Finnmark (Hammerfest) pga høyt ambulanseforbruk eller høyt antall kjørte km (Alta).

I henhold til SSB har Helse Sør-Øst 6 døgnambulanser pr. 100.000 innbyggere (2007), Helse Vest har 8, Helse Midt-Norge 12 og Helse Nord har 24 døgnambulanser pr. 100.000 innbyggere.

Dimensjonering pr. januar 2009 (jfr. kapittel 4)

Beredskapsnivå

Forskriften "Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" har en hovedregel om beredskapsnivå "tilstedevakt". Forskriften gir mulighet for unntak etter visse betingelser – disse betingelsene er nærmere utdypet i Helse Nord RHF's retningslinjer. Ca 53 % av bilambulanseressursene i Helse Nord har en hovedandel av hjemmebasert beredskap. Ser man bort fra UNN's ressurser er andelen som har hjemmevakt som hovednivå ca 70 %. UNN har satset sterkt på tilstedevakt og ca 75 % av deres bilressurser har dette som hovednivå.

Fast aktivert tid

Helseforetakene har valgt ulik grad av fast aktivert tid. Dette er tid hvor ressursene er i aktiv tjeneste på stasjon uavhengig av om det foreligger oppdrag eller ikke. I denne tiden skal HMS, trening, ivaretagelse av utstyr med mer. ivaretas. Gjennomsnittlig fast definert aktiv tid varierer pr. helseforetak mellom 12,3 timer pr. døgn hverdager (UNN) og 7,4 timer (NLSH). 83 % av enhetene på UNN har fast aktiv tid over 8 timer i døgnet, mens tilsvarende for NLSH er 43 %.

Bemanning

Det har i perioden 2004-2008 vært en bemanningsvekst på ca 110 ambulanspersonell som går i vaktturnus. Dette er eksklusiv ambulanspersonell som koordinatorene i AMK og administrativt personell. UNN har høyest antall bemanning pr. døgnambulanse (6,0 personer), NLSH og Helse Finnmark har lavest (5,3 personer). Sett i forhold til UNN's høye grad av tilstedevakt vurderes deres bemanningsgrad å være rimelig optimal.

Kompetanseutvikling (jfr. kapittel 5)

Kompetanseutvikling

Forskriften "Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" stiller krav til kompetanse. Beskrevne overgangsperiode utløper 1. april 2010 – etter denne tid skal hver ambulansbil til enhver tid skal være bemannet med minst en ambulansarbeider (med fagbrev/autorisasjon). For å imøtekomme dette året rundt har Helse Nord satt et internt mål om minimum andel ambulansarbeidere på 75 % i 2010. I perioden 2004 – 2008 har Helgelandssykehuset den beste kompetanseutviklingen (27 prosentpoeng), mens UNN har den svakeste (11 prosentpoeng).

I Helse Nord er det pr. desember 2008 en prosentvis andel ambulansfagarbeidere på ca 58 % – varierende fra Helgelandssykehuset med 67 % til Nordlandssykehuset med 51 %. Kun Helgelandssykehuset forventer å nå kompetansemålet innen fristen. Hvorvidt øvrige helseforetak vil nå dette målet synes å være mer usikkert. Det er en stor risiko for at flere helseforetak ikke vil oppnå ønsket fagarbeiderdekning.

Kvalitet (jfr. kapittel 6)

Kvalitet, generelt

Ambulansetjeneste er en ung helsetjeneste – og ikke helt ferdig utviklet. Den har hatt en betydelig positiv utvikling fra å være en transporttjeneste til å bli en avansert akuttmedisinsk helsetjeneste. I Norge er det ikke definert felles kvalitetsindikatorer eller nasjonale rapporteringskriterier for ambulans- og nødmeldetjenesten. Dette er en betydelig svakhet i forhold til å kunne ”måle” kvalitet i ambulans- og nødmeldetjenesten. Pr. i dag er det derfor vanskelig å sammenligne kvalitet mellom tjenester, mellom helseforetak og mellom regioner.

Kvalitetsutvikling i Helse Nord

Ambulansetjenesten i Helse Nord har hatt en betydelig kvalitetsutvikling de senere år. Gjennom økt kompetanse, bedre akuttmedisinsk behandlingstilbud og økt tilgjengelighet har befolkningen i Nord-Norge fått en bedre prehospital tjeneste enn tidligere.

Stasjoner og stasjonskostnader (jfr. kapittel 7)

Ambulansestasjoner

9 av 79 ambulansestasjoner i Helse Nord eies av helseforetakene selv. 70 stasjoner leies fra kommuner eller private utleiende. 52 % av disse har leieavtaler med rest gjenstående leietid på 5 år eller mindre. UNN har 13 avtaler som har rest leietid på mer enn 11 år.

Kravene til tilstedevakt og fast aktivert tid har medført et økt behov for stasjonsfasiliteter. Kostnaden har økt med gjennomsnittlig 257 % fra 2006 til 2006, størst er økningen i UNN med 620 %. Sistnevnte har mest sannsynlig sammenheng med høy andel av beredskapsnivå ”tilstedevakt” (vakt på vaktrom).

Driftskostnader (jfr. kapittel 8)

Driftskostnader

Prosentvis andel ambulansetjeneste (bil, båt og luft) av de totale driftskostnadene til Helse Nord har økt fra 5,7 % i 2006 til 8,2 % i 2008. De totale kostnadene for bilambulansetjenesten (inkludert fordelte felleskostnader og økte pensjonskostnader) har gjennomsnittlig øket med 94,2 % fra 2004 til 2008. Lavest er veksten i Helse Finnmark (74,7 %) og høyest i UNN (113,7 %). En døgnambulans i Helse Nord kostet i 2008 gjennomsnittlig 4,8 millioner kroner. Varierer fra ca. 4 millioner i Helse Finnmark til 6,3 i UNN.

Kostnader som helseforetakene fører direkte på ambulansetjeneste (stasjon) viser ikke betydelige kostnadsutslag, men når fellesførte / fordelte kostnader tas med er det en markant forskjell mellom UNN og NLSH. Helseforetakene må se nærmere på årsakene til dette.

Årsaker til kostnadsvekst

Magnussenutvalget (inntektsfordelingsutvalget) har grundig dokumentert at kostnaden ved å tilby befolkningen i Nord-Norge tilnærmet samme tilgjengelighet og kvalitet som resten av landet er langt høyere i Helse Nord. Kostnaden pr. innbygger er beregnet til å være 363 % høyere enn i Helse Sør-Øst. I tillegg har SSB beregnet at Helse Nord har 4 ganger flere døgnambulanser pr 100.000 innbyggere enn Helse Sør-Øst for å kunne ivareta tilnærmet samme kvalitet og tilgjengelighet.

Hovedårsaken til kostnadsveksten i Helse Nord er implementering av nye ambulanseplaner som ivaretar krav i ny forskrift. Dette medførte bl.a. behov for økt bemanning, økt kompetanseutvikling og behov for stasjonsfasiliteter. Videre har et økt fokus på arbeids- og hviletidsbestemmelser (Arbeidsmiljøloven, tilsynssaker) gitt konsekvenser for bemanning og turnusplaner. I tillegg har drift av bilambulansetjenesten i egenregi medført økte kostnader vedrørende langsiktig kompetanseutvikling, godkjente turnuser, pensjonsordning og antatt økt sykefravær.

Sammenligning av kostnader mellom helseregionene

Ved å krysskoble tilgjengelig 2006-data fra SINTEF og SSB får man en indikasjon på kostnadsforskjeller mellom helseregionene:

Helse Sør-Øst:	kr. 4 635 000,- pr. ambulansebil
Helse Vest:	kr. 3 738 000,- pr. ambulansebil
Helse Midt-Norge:	kr. 3 660 000,- pr. ambulansebil
Helse Nord:	kr. 3 141 000,- pr. ambulansebil

Det er grunn til å tro at forskjellene mellom regionene er redusert etter 2006. Dette finnes det ikke tilgjengelig data på pr. i dag. Sammenligningen for 2006 indikerer imidlertid at kostnaden pr. bilenhet i Helse Nord ikke er dominerende. Men krav til tilgjengelighet og kvalitet – i en stor geografisk region med liten/spredt befolkning – innebærer totalt sett behov for flere enheter og dermed høyere kostnader for Helse Nord enn øvrige helseregioner.

Årsaker til kostnadsforskjeller mellom helseforetakene

I rapporten fremstår UNN med de høyest kostnader til bilambulansetjenester. Det indikerer en mulig sammenheng mellom høy totalkostnad og UNN's organisatoriske valg vedrørende tilstedevakt og fast aktivert tid. UNN's noe høyere bemanning pr. døgnambulans er en naturlig konsekvens av dette. Bemanningsgraden synes imidlertid å være optimal sett i forhold til valgt organisering.

Helse Finnmark fremstår med et svært høyt forbruk av ambulans, men med de laveste totalkostnadene pr. døgnbil. Dette kan indikere at variasjoner i forbruket – oppdragsaktivitet/direkte oppdragsgenererte kostnader – gir mindre utslag på kostnadsnivået enn hva beredskapskostnadene gjør

Nordlandssykehuset og Helse Finnmark har de laveste beregnede totalkostnader og lavest gjennomsnittlig bemanning pr døgnambulans, men også de største kompetansemessige utfordringene. Helgelandssykehuset fremstår som kostnadsoptimal sett mot både bemanning, beredskap og kompetanse.

Statusvurderinger fra fagansvarlige i helseforetakene, sammenfatning v/ medisinsk rådgiver i Helse Nord RHF (jfr. kapittel 9)

Om kvalitetsutviklingen

Alle HF-ene deler oppfatning om klare kvalitetsmessige forbedringer både i forhold til personellens kvalifikasjoner, materiell/ medisinsk utstyr og ikke minst det medisinske innholdet i tjenesten i løpet av perioden. Prehospital trombolys til hjerteinfarktpasienter er et eksempel på et medisinsk faglig kvantesprang og for øvrig er ”standardisering” et nøkkelord i beskrivelsene.

Om integrasjon

Ambulansetjenesten inngår i en akuttmedisinsk kjede der sluttresultatet aldri blir bedre enn det svakeste leddet. Samarbeid og koordinering med samhandlende instanser både utenfor og innen spesialisthelsetjenesten blir derfor sentrale elementer. Samhandlingen kan ta ulike former, men alle HF-ene har et klart fokus på integrasjonsaspektet.

Om samhandling med primærhelsetjenesten

Ambulansetjenestens forankring i HF-ene/sykehusene har gitt nye utfordringer i forhold til primærhelsetjenesten. Bekymring for økt avstand til førstelinjetjenesten i kommunene har vært uttrykt av flere utenfor spesialisthelsetjenesten etter omleggingen. Behovet for gode samhandlingsprosedyrer og særlig behov for felles trening og øvelser blir understreket.

Om forskriftskrav / egne mål

Ambulansetjenesten ble i 2005 gjennom forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehuset⁴ gjenstand for nye myndighetskrav der målet var å bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester. Særlig § 17 om bemanning og helsefaglig kompetanse har gitt ambulansetjenesten i Helse Nord store utfordringer. Langsiktige kompetanseplaner har vært en type tiltak for å innfri målet om at 75 % skal inneha fagbrev innen 2010.

Om avtaleforhold

Organiseringen av ambulansetjenesten innunder HF-ene har gitt utfordringer både av faglig og avtalemessig art i forhold til arbeidsgiveransvar og samhandlingsavtaler med samarbeidende parter. En god tjeneste krever en stabil stab. Både rekruttering og tilrettelegging av et godt arbeidsmiljø som hindrer gjennomtrekk og sykefravær er store utfordringer også i denne delen av helsevesenet.

Om kostnadsoptimalisering

Fokuset på kostnadseffektivisering har heller ikke unnsloppet ambulansetjenesten. Tjenestens behov for en desentralisert organisering for å kunne yte hjelp til hele befolkningen skaper særlige store utfordringer. Sentralisering har tradisjonelt vært et virkemiddel innenfor helsevesenet for å få mer helse ut av hver krone, men i ambulansetjenesten skaper kombinasjonen kortest mulig responstid og en grisgrendt geografi utfordringer. Bruk av ny teknologi for bedre samordning og rasjonell ressursutnyttelse blir ekstra viktig.

Om nye tiltak som planlegges

Ambulansetjenesten som all annen helsetjeneste kan alltid bli bedre. Både i organisering og i faglig innhold prøver HF-ene å innarbeide bedre systemer, fornuftigere bruk av teknologi og særlig ha fokus på et enda bedre helsefaglige tilbud til befolkningen.

Om eventuelle bekymringsområder

Selv om mye er bra er ambulansetjenesten ikke uten bekymringer for framtiden: Mulighetene for å innfri bemanningsplanene / kompetansekravene, økonomisk spillerom for nyinvesteringer både i biler og medisinsk teknisk utstyr, tjenestens problematiske sykefraværstatistikk og konsekvensene av nedbemanning er områder som volder alle ambulansesjefene utfordringer i større eller mindre grad.

⁴ <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050318-0252.html>

**STYRESAK 53-2009 REGIONAL INNTEKTSFORDELINGSMODELL
HELSE NORD – OPPDATERING**

Møtedato: 22. juni 2009

Formål/sammendrag

Formålet med denne saken er å orientere styret for Helse Nord RHF om den regionale inntektsfordelingsmodellen, og be styret ta stilling til noen mindre justeringer i den og et konkret forslag til endring i forhold til styrets vedtak i *styresak 84-2007*

Inntektsfordelingsmodell for Helse Nord.

Bakgrunn

Inntektsfordelingsmodellen til Helse Nord RHF skal gjennomgås og oppdateres løpende. Dette er en "objektiv" modell for fordeling av ressurser til somatisk virksomhet i Helse Nord. I arbeidet med utvikling av modellen støtte vi på flere praktiske og prinsipielle problemstillinger som gjorde det nødvendig å innføre noen kompenserende ordninger som, "Finnmarkstillegg", "strukturtilskott" og "særskilte funksjoner". Den "objektive" fordelingsmodellen er bare en del av totalmodellen for fordeling av alle inntekter mellom de ulike foretak og selskaper. I budsjett 2009 ble ca 35 % av inntektene fordelt i den "objektive" modellen.

Det er ønskelig å fase inn en større andel av inntektene i den "objektive modellen" og å foreta noen mindre justeringer for å unngå for store tilfeldige utslag fra år til år.

I tillegg er det i praksis vanskelig å følge opp alle punktene i styrets vedtak i *styresak 84-2007*.

Styrets vedtak i styresak 84-2007:

- 1. Styret i Helse Nord RHF gir generelt sin tilslutning til de hovedpremisser og forutsetninger som ligger til grunn for den foreslåtte ressursfordelingsmodellen.*
- 2. Mer spesifikt vedtar styret at det modellalternativet som baserer seg på et abonnement med 95 % ISF-pris for region- og "sentralsykehuspasienter" legges til grunn for fordelingen av det somatiske rammetilskuddet til helseforetakene.*
- 3. Styret vedtar at det i tillegg bevilges et særskilt strukturtilskudd på 30 mill kr. til Helgelandssykehuset HF og Helse Finnmark HF, likt fordelt mellom de to foretakene.*
- 4. Det etableres snarest en ordning for registrering av import/eksport av laboratorieprøver mellom helseforetakene i Helse Nord, med sikte på å oppdatere den delen av mobilitetskomponenten som omhandler slik aktivitet.*
- 5. Avregning i forhold til den delen av mobilitetskomponenten som ikke dekkes av abonnementet, skjer etterskuddsvis i tilknytning til oppgjør av årsregnskapet.*

6. *Styret vedtar at det hvert tredje år vurderes om volumgrunnlaget for abonnementet justeres, slik at det kan korrigeres for vesentlige endringer av interne gjestepasientstrømmer. Slike revisjoner av modellen skal forelegges styret for vedtak. Dersom styret i Helse Nord RHF vedtar større funksjonsfordeling mellom sykehusene som har konsekvenser for inntektsfordelingsmodellen, så skal justering av volumgrunnlaget for abonnementet vurderes samtidig.*

Oppfølging av styrets vedtak:

- Inntektsfordelingsmodellen er implementert og tatt i bruk fra og med budsjett 2008.
- Det er innarbeidet en abonnementsordning for interne "gjestepasienter" på 95 % ISF for region og sentralsykehuspasienter. Ordningen sikrer Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) forutsigbare rammebetingelser.
- Det er innarbeidet et særskilt strukturtilskudd til Helse Finnmark HF og Helgelandssykehuset
- I 2008 utredet en regional arbeidsgruppe omfang og flyt av interne laboratorieprøver. Datagrunnlaget var spinkelt og det var krevende å få ut relevante data fra NAV. Mobilitetskomponenten ble utvidet og effektene innarbeidet i budsjettfordelingen i 2009, jfr. styresak 107-2008.
- Styret vedtok i punkt 5 at det i de tilfeller hvor forbruket var høyere en abonnementet så skulle det foretas en avregning mellom foretakene i regnskapsavslutningen. Dette er vanskelig å gjennomføre i praksis, og det foreslås nå å endre dette punkt i vedtaket.

Utvidelse av mobilitetskomponenten, lab/røntgen

Denne delen av mobilitetskomponenten er kun basert på data for 1. halvår 2007 når det gjelder prøver fra primærhelsetjenesten og poliklinikkene og data for 1. halvår 2008 når det gjelder inneliggende pasienter. Det er ønskelig med et bredere og mer robust datagrunnlag for dette elementet. Denne informasjonen finnes ikke i våre pasientadministrative systemer, vi er avhengige av data fra NAV. Det har så langt vært vanskelig å få nye data. Dersom vi ikke klarer å få tak i data av tilfredsstillende kvalitet, vil ikke dette elementet i modellen bli oppdatert.

Det er vanskelig å følge opp kravet i punkt 5 i vedtaket i sak 84-2007, av flere grunner:

- Behov for oppdatert informasjon. Innholdet i punkt 5 innebærer at dersom flere pasienter fra Helgeland og Finnmark er behandlet ved UNN og Nordlandssykehuset HF (NLSH) enn forutsatt i abonnementet, så skal det gjøres en avregning inneværende år. Det er praktisk vanskelig å gjøre dette siden vi ikke får tilgang på en komplett oversikt over interne pasientstrømmer før regnskapsavslutningen.
- Krav til forutsigbarhet. Inntektsmodellen skal bidra til forutsigbarhet. Dersom det skal foretas avregninger mellom HF-ene basert på informasjon som først er kjent etter at regnskapsåret er avsluttet, øker usikkerheten for foretakene og deres mulighet til å påvirke regnskapsresultatet.
- Usymmetrisk. Slik modellen er utformet vil UNN og dels NLSH gjennom modellen være sikret betaling for interne gjestepasienter i abonnementet uansett om tilbudet blir benyttet eller ikke. Samtidig innebærer vedtaket at UNN (og dels NLSH) skal få kompensert for eventuelt økt forbruk umiddelbart. Dette medfører at hele risikoen vil ligge på de minste HF-ene.

Det foreslås å endre dette vedtaket slik at eventuelt merforbruk blir innarbeidet i de årlige rullinger av modellen. I praksis betyr det at forbruk ut over abonnement i 2008 innarbeides i mobilitetskomponenten i 2010. Det vil være praktisk håndterbart og gi god forutsigbarhet for alle HF-ene.

Oppdatering av modellen

Modellen oppdateres med:

- Oppdaterte kriterieverdier (befolkning m.m.)
- Interne pasientstrømmer
- Innfasing av økt bevilgning intensiv i samsvar med premisene til budsjett 2009
- Innfasing av kompensasjon for betaling til Norsk Helsenett

Forslag til nye endringer:

- Kravet til avkastning på boligkapitalen foreslås tatt ut av modellen for å forenkle den. Hensikten med kravet var å få fortgang i forvaltningen av boligene. Dette er oppnådd, samtidig som salg av boliger i all hovedsak er stoppet, begrunnet med markedssituasjonen
- Kriterier i kostnadskomponenten foreslås justert. Ett av kriteriene for fordeling av kostnadskomponenten er leger under utdanning. Bruk av slike instrumentvariable gjør at selv små endringer i antallet vil kunne gi store utslag. For å stabilisere modellen foreslås det at en bruker 3 års flytende gjennomsnitt i stedet for siste års data.
- Oppgjør for forbruk ut over abonnement, foreslås gjennomført i ettertid når oversikt over pasientstrømmer foreligger
- Innfasing fra særskilt funksjon. Dersom det ikke lar seg gjøre å utvikle en egen modell for fordeling av midler til utdanning av legestudenter, basert på faktisk fordeling av undervisningen, foreslås det at beløpet innføres i kostnadskomponenten over 2 år. Midler til kronikersatsningen foreslås holdt utenfor modellen frem til opptrappingen er fullført.

Effekter av oppdatering inntektsmodell

Av en total inntektsramme på 12 milliarder kroner gir oppdatering av inntektsfordelingsmodellen i sum marginale omfordelingseffekter.

Effekter oppdatering inntektsfordelingsmodell budsjett 2009 (i 1000 kr)					
	Helgeland	NLSH	UNN	Finnmark	
Befolkning	-1 463	-502	1 845	120	
Sosialhjelp	-364	1 244	-479	-400	
Døde	322	778	-603	-498	
Ass leger/turnus	-983	-875	1 879	-22	
Pasientstrøm	-567	-6 145	4 919	1 793	
Forskning	-762	9 245	-11 097	2 614	
Uføre	60	-243	105	78	
Voldsanmeldelser					
Oppdatering lab rtg					
Fjerne trekk avkastning boliger	-1 256	-906	14	2 148	
Betaling Norsk Helsenett	-1 370	-498	2 002	-133	
Styrking intensiv legges inn i kostnadskomponent	1 331	4 353	-7 282	1 598	
SUM	-5 052	6 451	-8 697	7 298	

For å gjøre modellen mindre sårbar for tilfeldige svingninger foreslås det at kriteriet, **leger under utdanning** endres fra siste tolv måneder til snitt siste tre år. Dette vil i første omgang medføre et tap i 2010 for Nordlandssykehuset, men vil bidra til større stabilitet i inntektene fremover.

Effekten av denne prinsippendringen blir slik i 2010:

	Helgeland	Nordland	UNN	Finnmark
Endring basert på 2008 tall	-2565	6264	-1617	-2082
Endring basert på 3 års snitt	-983	-875	1879	-22
Effekt av endret prinsipp	1582	-7139	3496	2060

Den totale effekten av de endringene som foreslås blir at:

- Helgelandssykehuset HF får uendret ramme
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF får en liten reduksjon,
- mens det overføres penger fra Nordlandssykehuset HF til Helse Finnmark HF.

	Helgeland	Nordland	UNN	Finnmark
Endring leger under utdanning	1582	-7139	3496	2060
Innfasing Intensiv	1260	4121	-6893	1513
Fjerne trekk avkastn boliger	-1256	-906	14	2148
Innfase bet. Norsk helsenett	-1370	-498	2002	-133
Effekt av endret prinsipp	216	-4422	-1381	5588

Utvidelse av modellen

Det er ønskelig å utvide modellen til også å omfatte rus og psykiatri. Spesielt innenfor rusbehandling er det behov for å utvikle en modell. Siden rustilbudet i hovedsak er konsentrert til ett foretak, vil en utvidelse kreve at det etableres et internt oppgjør (mobilitetskomponent). I dag har vi ikke et godt økonomisk mål på denne interne mobiliteten av RUS pasienter, noe som gjør det vanskelig å få til en god modell.

Samhandlingsreformen vil medføre endringer i ansvarsforholdene mellom kommunesektoren og helseforetakene. Da vi nå ikke har oversikt over konsekvensene av disse endringene, anbefales det å utsette en utvidelse av inntektsmodellen.

Vedlagt følger en beskrivelse av inntektsmodellen og de endringer som foreslås.

Medbestemmelse

Regional inntektsfordelingsmodell Helse Nord – oppdatering ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 11. juni 2009 med følgende enighetsprotokoll:

1. *Partene er enige i å gjennomføre de mindre endringene i modellen som foreslås i saksfremlegget, i tillegg foreslås det at oppdateringen av rammene basert på interne pasientstrømmer endres slik at rammene oppdateres i ettertid, når endelige data om pasientstrømmer foreligger.*
2. *Ytterligere utvidelse av modellen utsettes til konsekvensene av samhandlingsreformen er kjent.*

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

1. Styret viser til saksfremlegget og godkjenner de foreslåtte endringer i inntektsfordelingsmodellen:
 - a. Kompensasjon for betaling til Norsk Helsenett fases inn i modellen.
 - b. Trekk i modellen knyttet til krav om avkastning på boligkapital fases inn i modellen
 - c. Kriteriet ”antall leger under utdanning” endres fra data siste år, til rullerende gjennomsnitt for siste tre år
 - d. Avregning i forhold til den delen av mobilitetskomponenten som ikke dekkes av abonnementet, skjer etterskuddsvis når data for interne pasientstrømmer er kjent.

2. Videre utvidelse av inntektsfordelingsmodellen utsettes til konsekvensene av samhandlingsreformen er klar.

Bodø, den 12. juni 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

UTREDNING

Inntektsfordelingsmodell Helse Nord RHF

Bakgrunn

Inntektsfordelingsmodellen til Helse Nord RHF skal gjennomgås og oppdateres løpende. Det er utviklet en ”objektiv” modell for fordeling av ressurser til somatisk virksomhet i Helse Nord. I arbeidet med utvikling av modellen støtte vi på flere praktiske og prinsipielle problemstillinger som gjorde det nødvendig å innføre noen kompensierende ordninger som, ”Finnmarkstillegg”, ”strukturtilskott” og ”særskilte funksjoner”. Denne ”objektive” fordelingsmodellen er bare en del av totalmodellen for fordeling av alle inntekter mellom de ulike foretak og selskaper. I budsjett 2009 ble ca 35 % av inntektene fordelt i den ”objektive” modellen.

Det er ønskelig å fase inn en større andel av inntektene i den ”objektive modellen” og å foreta noen mindre justeringer for å unngå for store tilfeldige utslag fra år til år.

Punkt 5 i styrets vedtak (sak 84-2007) er vanskelig å følge opp i praksis og det foreslås å endre dette.

Styrets vedtak:

- 1. Styret i Helse Nord RHF gir generelt sin tilslutning til de hovedpremisser og forutsetninger som ligger til grunn for den foreslåtte ressursfordelingsmodellen.*
- 2. Mer spesifikt vedtar styret at det modellalternativet som baserer seg på et abonnement med 95 % ISF-pris for region- og ”sentralsykehuspasienter” legges til grunn for fordelingen av det somatiske rammetilskuddet til helseforetakene.*
- 3. Styret vedtar at det i tillegg bevilges et særskilt strukturtilskudd på 30 mill kr. til Helgelandssykehuset HF og Helse Finnmark HF, likt fordelt mellom de to foretakene.*
- 4. Det etableres snarest en ordning for registrering av import/eksport av laboratorieprøver mellom helseforetakene i Helse Nord, med sikte på å oppdatere den delen av mobilitetskomponenten som omhandler slik aktivitet.*
- 5. Avregning i forhold til den delen av mobilitetskomponenten som ikke dekkes av abonnementet, skjer etterskuddsvis i tilknytning til oppgjør av årsregnskapet.*
- 6. Styret vedtar at det hvert tredje år vurderes om volumgrunnlaget for abonnementet justeres, slik at det kan korrigeres for vesentlige endringer av interne gjestepasientstrømmer. Slike revisjoner av modellen skal forelegges styret for vedtak. Dersom styret i Helse Nord RHF vedtar større funksjonsfordeling mellom sykehusene som har konsekvenser for inntektsfordelingsmodellen, så skal justering av volumgrunnlaget for abonnementet vurderes samtidig.*

Oppfølging av styrets vedtak:

- Vedrørende vedtaket punkt 1: Inntektsfordelingsmodellen er implementert og tatt i bruk fra og med budsjett 2008.
- Vedrørende vedtakets punkt 2: Det er innarbeidet en abonnementsordning for interne ”gjestepasienter” på 95 % ISF for region og sentralsykehuspasienter. Ordningen sikrer UNN forutsigbare rammebetingelser.
- Vedrørende punkt 3: Det er innarbeidet et særskilt strukturtilskott til Helse Finnmark og Helgelandssykehuset.
- Vedrørende vedtakets punkt 4: I 2008 utredet en regional arbeidsgruppe omfang og flyt av interne laboratorieprøver. Datagrunnlaget var spinkelt og det var krevende å få ut relevante data fra NAV. Mobilitetskomponenten ble utvidet og effektene innarbeidet i budsjettfordelingen i 2009, jfr. styresak 107-2008.

Utvidelse av mobilitetskomponenten, lab/røntgen

Denne delen av mobilitetskomponenten er kun basert på data for 1. halvår 2007 når det gjelder prøver fra primærhelsetjenesten og poliklinikkene og data for 1. halvår 2008 når det gjelder inneliggende pasienter. Det er ønskelig med et bredere og mer robust datagrunnlag for dette elementet. Denne informasjonen finnes ikke i våre pasientadministrative systemer, vi er avhengige av data fra NAV. Det har så langt vært vanskelig å få nye data.

- Vedrørende vedtakets punkt 5: I de tilfeller hvor forbruket var høyere enn abonnementet så skulle det foretas en avregning mellom foretakene i regnskapsavslutningen. Dette er et problematisk punkt og det foreslås nå å endre dette punkt i vedtaket.

Det er vanskelig å følge opp styrevedtakets punkt 5 av flere grunner:

- Behov for oppdatert informasjon. Innholdet i punkt 5 innebærer at dersom flere pasienter fra Helgeland og Finnmark er behandlet ved UNN og NLSH enn forutsatt i abonnementet, så skal det gjøres en avregning i etterkant. Det er praktisk vanskelig å gjøre dette siden vi ikke får tilgang på en komplett oversikt over interne pasientstrømmer før regnskapsavslutningen. En må i så fall basere seg på estimer.
- Krav til forutsigbarhet. Inntektsmodellen skal bidra til forutsigbarhet. Dersom det skal foretas avregninger mellom HF-ene basert på informasjon som først er kjent etter at regnskapsåret er avsluttet, øker usikkerheten for foretakene og deres mulighet til å påvirke regnskapsresultatet.
- Usymmetrisk vedtak. Vedtaket innebærer at UNN (og dels NLSH) skal få kompensert for eventuelt økt forbruk og er sikret betaling for interne gjestepasienter i abonnementet uansett om det blir benyttet eller ikke. Dette medfører at hele risikoen vil ligge på de minste HF-ene.

Med bakgrunn i drøftingen over foreslås det å endre dette vedtaket slik at eventuelt merforbruk blir innarbeidet i de årlige rullinger av modellen. I praksis betyr det at forbruk ut over abonnement i 2008 innarbeides i mobilitetskomponenten i 2010. Det vil være praktisk håndterbart og gi god forutsigbarhet for alle HF-ene.

I tillegg har det vært ønskelig å vurdere den interne pris på lab/røntgen prøver..

I fjor ble det lagt til grunn at NAV-takst dekker 40 % av kostnadene. Det ble derfor besluttet at prøver fra primærhelsetjenesten og poliklinikkene, som utløser NAV-takst i tillegg skal honoreres med et påslag på 150 %. Prøver av inneliggende pasienter utløser ikke NAV-takst, de honoreres med et beløp lik 250 % av NAV-takst. Det foreligger ingen nye oppdaterte analyser av kostnadene ved laboratorie- og røntgen-prøver/-analyser, vi har dermed ikke noe grunnlag for å foreslå endringer i den interne prisen.

HOD regner i budsjettssammenheng med at de aktivitetsbaserte tilskuddene (inkludert egenandeler) i gjennomsnitt utgjør 40 pst. av den totale finansieringen.

I St.prp.nr.1 (2008-2009) henviste departementet til beregninger utført av NAV og la videre til grunn en antagelse om lik sektorvis fordeling av det aktivitetsbaserte tilskuddets andel.

Når det gjelder metoden som ble anvendt av NAV, bestod denne av å beregne hvor stor andel takstene utgjorde av den totale finansieringen. Det ble anvendt takstdata fra NAV (217 mill. kroner) og betaling fra RHF innhentet særskilt fra RHFene (265 mill. kroner). (det er ingen/neglisjerbare egenandeler i denne delen av tjenesten.) Tallene gjaldt for hele året 2007. For private laboratorier utgjorde således takstenes andel 45 pst. Nedjusteringen med 11,15 pst (som også innehadde en justering for deflator 2009) endret takstenes dekningsgrad til 40 pst. Det ble antatt at fordelingen var lik for de offentlige laboratoriene, og de aktuelle takstene ble nedjustert med tilsvarende faktor som de private.

Beskrivelse og dokumentasjon av Helse Nord RHF's regionale inntektsfordelingsmodell
Nedenfor følger en gjennomgang av den samlede inntektsfordelingsmodellen i Helse Nord med en beskrivelse av den oppdateringen som er gjennomført og noen forslag til justeringer.

Innholdet i inntektsmodellen

I total modellen til Helse Nord RHF, budsjett 2009, ble alle inntektene på til sammen **11.972** mill kr fordelt. De samlede inntektene består av:

• Aktivitetsbaserte inntekter	2 670
• Øremerkede tilskott/særskilt finansiering	290
• Basisramme	9 012
Totalt	11 972 mill

Aktivitetsbaserte inntekter: 2670 mill kroner

Dette gjelder inntekter som er direkte knyttet til produksjon, ISF, POLK, egenandeler, husleie og så videre. Disse inntektene fordeles i sin helhet til den enhet (HF) som produserer tjenestene.

Øremerkede tilskudd: 290 mill kroner

Store deler av den statlige finansieringen av sykehus ble tidligere overført i form av øremerkede midler. Øremerkede midler er en form for aktivitetsavhengig inntekt. Det er midler som skal dekke engangstiltak eller er knyttet til gjennomføring av konkrete aktiviteter. I regnskap 2008 var den største øremerkede overføringen midler til gjennomføring av opptrappingsplanen for psykiatri. I tillegg gis det øremerkede tilskott til gjennomføring av enkelt prosjekt. Andelen øremerkede tilskott er redusert betydelig og midlene er overført til basisrammen. I 2009 står det kun igjen 290 mill kroner hvor det største beløpet gjelder "Raskere tilbake". Disse midlene overføres til de HF som skal gjennomføre de konkrete aktivitetene som bevilgningen skal finansiere.

Basisramme: 9 012 mill kroner

Basisrammen er en generell inntekt som bevilges til Helse Nord RHF. Oppgavene som skal løses defineres av eier (HOD) i årlige oppdragsdokument, Helse Nord RHF har stor frihet til å beslutte hvordan oppgavene skal løses og dermed også hvordan pengene skal fordeles mellom HF-ene.

I Helse Nord RHF sin totale inntektsfordeling(smodell) er det lagt til grunn ulike prinsipper for fordeling av alle inntektene i foretaksgruppen. Noe er basert på historisk tildeling, noe er knyttet til konkrete oppgaver som er fordelt og en andel er fordelt gjennom en mer eksplisitt og objektiv modell. Det er den siste delen som fordeler 4 2016 mill kroner som omtales som inntektsfordelingsmodellen.

Basisramme

Basisrammen på til sammen 9 012 mill kroner er fordelt på de ulike funksjoner og mellom HF-ene og RHF slik i budsjett 2009:

Funksjonsfordelt basisramme

Sum av Beløp Formål	Helseforetak					Totalt
	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	
Ambulanse	107 031	212 194	142 176	86 362	1 700	549 463
Luftambulanse	20 148	7 354	16 551	9 612	260 900	314 565
Pasienttransport/Transport av helsepersonell	185 706	153 018	183 535	104 664	51 620	678 543
Psykisk helsevern	237 566	645 315	586 043	130 089	72 854	1 671 867
Rus	19 822	126 587	31 859	12 283	17 444	207 994
Kapital	63 445	231 570	149 630	55 726	84 000	584 371
Særskilt funksjon	75 871	200 913	36 447	10 959		324 190
Somatikk	452 083	2 167 059	1 083 670	513 278	333 461	4 549 550
Felleskostnader/administrasjon					131 264	131 264
Totalt	1 161 672	3 744 008	2 229 911	922 974	953 243	9 011 808

Generelt når basisrammen økes, fordeles økningen proporsjonalt på de ulike funksjonene med mindre det følger av statsbudsjett eller RHF styrets prioritering at økningen er knyttet til en bestemt funksjon, f.eks. styrking av RUS.

Målet for arbeidet med inntektsfordelingsmodellen i 2007 var å, begrunne særskilte forhold i Finnmark, sørge for akseptable omfordelingseffekter og støtte opp under Universitetssykehuset.

Vi klarte ikke å dokumentere og innarbeide de spesielle forhold i Finnmark i inntektsmodellen og valgte derfor å utvide og forlenge ordningen med egne "Finnmarkstillegg".

For å unngå for store omfordelingseffekter valgte en å holde flere forhold (se nærmere om særskilt funksjon) utenfor modellen i første omgang, blant annet ved å innføre et element som ble kalt særskilte funksjoner. Dette elementet bør være minst mulig, og skal gradvis innføres i den objektive modellen.

For å støtte opp under Universitetssykehuset ble flere komponenter i modellen utviklet:

- Gjennom kostnadskomponenten, som skal ivareta Universitetssykehusfunksjoner som forskning, utdanning og høyspesialisert medisin, fordeles ca 1 milliard kroner hvor ca 68 % tildeles UNN
- Særskilte funksjoner, er holdt på et foreløpig høyt nivå for å dempe omfordelingsvirkningene i modellen.
- Det er innført abonnement på internt kjøp hos UNN fra de øvrige foretak som de må betale enten de benytter seg av tilbudet eller ikke. I tillegg ble betalingen for abonnementet økt fra 80 til 95 % ISF
- Mobilitetskomponenten ble utvidet til også å kompensere for interne laboratorieprøver

Nærmere om de enkelte funksjoner

Ambulanse: Utgangspunkt i bevilgningen som ble overført fra fylkeskommunene, senere prisjustert i årlige budsjett, samt at styret har fordelt en andel av økt basisramme til formålet.

Luftambulanse: Utgangspunkt i bevilgningen som ble overført fra fylkeskommunene og Helsedirektoratet, senere prisjustert, økt med nye oppgaver beredskap 330 skvadron og ved at styret har prioritert økt basisramme til formålet

Pasienttransport: Bevilgningen til hvert HF er fordelt med bakgrunn i tall fra NAV, bevilgningene, er senere prisjustert årlig og justert for endringer i foretaksgrenser.

Psykisk helsevern: Utgangspunkt i bevilgningen som ble overført fra fylkeskommunene, senere prisjustert i årlige budsjett, og økt med den nasjonale opptrappingsplanen for psykiatri, Helse Nord RHF sin tiltaksplan psykiatri og særskilte oppgaver.

Rus: Bevilgningen er fordelt etter tre prinsipper, ressurser til å drifte de konkrete institusjonene som ble overført, finansiering av ny funksjon, legemiddelassistert rusbehandling, LAR og et beløp som er fordelt ut fra "sørge for ansvaret", befolkning.

Kapital i modellen er et lagt inn et eget element for å gi styret et virkemiddel til å støtte opp under store investeringsprosjekt og dermed realisere investeringsplanen. Det er fordelt ca 500 mill kroner til HF-ene, i tillegg holder RHF tilbake 84 mill kroner i årets budsjett som skal fordeles til HF i årene fremover.

	Finmark	UNN	Nordland	Helgeland	TOTAL
Fordeling 50% åpningsbalanse avsk, 50 % aktiv	41 600 000	161 564 000	89 036 000	38 800 000	331 000 000
Fordeling 50% åpningsbalanse avsk, 50 % aktiv	10 808 000	41 977 000	23 133 000	10 082 000	86 000 000
Komp. IKT systemer flyttet ut	1 220 000	6 248 000	3 160 000	982 000	11 610 000
Opptappingsplan psykiatri	5 258 000	4 700 000	4 004 000	1 755 000	15 717 000
Generell komp 2008	1 885 000	7 322 000	4 035 000	1 758 000	15 000 000
Generell komp 2009	2 673 857	9 759 439	6 261 835	2 348 529	21 043 659
NLSH fase 1	0	0	20 000 000	0	20 000 000
Sum	63 444 857	231 570 439	149 629 835	55 725 529	500 370 659

Særskilt funksjon er et uttrykk for at modellen ikke er komplett og ivaretar i hovedsak ulike overgangsordninger, spesielle oppgaver, satsninger under opptrapping og for å sikre kontroll med implementeringen av modellen.

Det ble fordelt 324 mill kroner gjennom særskilt funksjon i budsjett 2009, det er et mål å redusere denne og fase bevilgningene inn i modellen.

Særskilt funksjon budsjett 2009

	UNN	NLSH	Finmark	Helgeland		
Svalbard	15 523	0	0	0	15 523	
Pasienttelefon	-	1 160	0	0	1 160	
Barentssamarbeid	-	0	722	0	722	
Finmarksstillegg	-	0	60 140	0	60 140	
Rekruttering	-	0	5 793	0	5 793	
						83 339
Regional AMK	5 970	0	0	0	5 970	
Arbeids- og miljømedisinsk senter	11 940	0	0	0	11 940	
Nevromuskulært kompetansesenter	3 462	0	0	0	3 462	
Senter for smittevern	4 179	0	0	0	4 179	
Barnekreftlege	1 150	0	0	0	1 150	
Nasjonalt senter for telemedisin	8 120	0	0	0	8 120	
landsfunksjon for trombocytimmunitologi	3 796	0	0	0	3 796	
Psykososialt team	1 232	0	0	0	1 232	
Inkontinens	528	0	0	0	528	
Utdanning/undervisning	86 662	9 387	1 325	1 777	99 152	
Donoransvarlig lege	661	651	0	0	1 312	
Smittevern	1 109	780	0	0	1 889	
						142 731
Spiseforstyrrelser	7 607	9 773	0	0	17 379	17 379
Norsk Helsenet	3 325	3 620	1 755	3 120	11 821	11 821
Intensivsatsning	20 601	0	0	0	20 601	20 601
Fagplan for geriatri/rehab/habilitering/diabetes/revma	22 035	8 944	3 368	4 148	38 495	
Kroniker omsorg	1 638	572	639	1 276	4 124	
Diabetesplan	1 373	1 560	2 128	638	5 699	
						48 319
	200 913	36 447	75 871	10 960	324 190	324 190

Det fordeles 83 mill kroner for å kompensere for konkrete særskilte oppgaver som er lagt til et enkelt HF og for å ivareta særskilte forhold i Finnmark. I tillegg beholder Helse Finnmark fullt ut besparelsene som følger av at det ikke er arbeidsgiveravgift i Finnmark.

Det er fordelt 142 mill kroner til oppgaver som gjelder universitetssykehusfunksjoner og som bør innføres i kostnadskomponenten. Av dette utgjør tilskudd til utdanning av medisinerstudenter 99 mill kroner. Den statlige bevilgningen til formålet er lagt inn i ordinær basisramme for flere år siden. Helse Nord RHF har til nå holdt den utenfor den regionale modellen og hatt som mål å utvikle en modell basert på faktisk fordeling av studentene. På tross av flere henvendelser til Universitetet i Tromsø har en ikke lyktes med å få oversikt over fordelingen av studenter som kan benyttes til å utvikle en slik modell. Et alternativ er da at beløpet fordeles i kostnadskomponenten fra og med 2011.

Spiseforstyrrelser er psykiatrifunksjoner og vil bli flyttet over til psykiatri i B 2010.

Betaling til Norsk Helsenett fases inn i totalmodellen til neste år.

I budsjett 2009 ble det gitt en særskilt bevilgning til UNN som følge av beslutninger i RHF om å sentralisere intensivtilbudet. Begrunnelsen for egen bevilgning i 2009 var at UNN i første omgang må løse dette ved bruk av kostbar innleie av personell er at det vil ta noe tid før disse endringene i pasientstrømmene blir fanget opp av mobilitetskomponenten i inntektsmodellen. Av premissene for budsjett 2009 følger det at denne styrkingen skal fordeles i gjennom kostnadskomponenten i 2010..

Kronikersatsningen gjelder opptrapping av tilbudet til kronikere. Det foreslås å fortsatt holde bevilgningen utenfor modellen så lenge som opptrappingen pågår, for så å fase den inn i modellen.

Somatikk modellen

Prinsipper somatikk modellen:

Modellen legger i utgangspunktet til grunn at hvert HF er ett opptaksområde med ansvar for egen befolkning. Dette betyr ikke at sørge-for-ansvaret er lagt til HF-ene. Det kompenseres for forskjeller i behov hos befolkningen i de ulike regioner.

Deretter tas det hensyn til at HF-ene har ulike oppgaver, særlig knyttet til regionsykehus, funksjoner.

For å sikre at pasientene får et likeverdig tilbud uavhengig av hvor de bor er det etablert en mobilitetskomponent som sikrer at pengene følger pasienten.

Modellen består av følgende elementer.

- Behovskomponent, som er basert på befolkning og behov, her fordeles det største beløpet.
- Kostnadskomponenten, skal ivareta oppgaver som forskning, utdanning og høyspesialisert medisin
- Mobilitetskomponenten skal sørge for at pengene kommer til utførende HF, her er det innført en abonnementsordning basert på 95 ISF, ut over abonnement betales det 80 % ISF som er vanlig for oppgjør mellom regioner. I tillegg er den utvidet og håndterer å betaling for laboratorieprøver som sendes mellom HF-ene.
- Det er etablert en struktur komponent for å kompensere for ”smådriftsulemper” i Helse Finnmark og Helgelandssykehuset.
- I tillegg er det stil avkastningskrav på kapitalen som er bundet i boliger.

Variant: Abonnementsmodell, Alle drg-uvektet, justert rehab. 95% på abonnement

Total	Behov	K-komp.	M-komp.	Lab.	Struktur	Avkastning kap	Sum
Helgeland	551 545	69 177	-103 447	-18 057	15 660	-1 600	513 278
Nordland	886 857	212 187	-14 810	3 647		-4 210	1 083 670
UNN	1 228 026	683 979	230 758	33 087		-8 790	2 167 060
Finnmark	494 031	78 370	-112 501	-18 677	15 660	-4 800	452 082
SUM	3 160 458	1 043 712	0	0	31 320	-19 400	4 216 091

Oppdatering av modellen

Modellen oppdateres med:

- Oppdaterte kriterieverdier (befolkning m.m.)
- Interne pasientstrømmer
- Innfasing av økt bevilgning intensiv i samsvar med vedtak
- Innfasing av kompensasjon for betaling til Norsk Helsenett
- Oppdaterte data for intern flyt av laboratorieprøver, prisen for laboratorieprøver endres ikke, en legger til grunn HOD sin premiss om at takstene for lab/røntgen i gjennomsnitt dekker 40 % av kostnadene.

Forslag til nye endringer:

- Kravet til avkastning på boligkapitalen tas ut av modellen for å forenkle den. Hensikten med kravet var å få fortgang i forvaltningen av boligene. Salg av boliger er i all hovedsak stoppet, begrunnet med markedssituasjonen
- Kriterier i kostnadskomponenten. Ett av kriteriene for fordeling av kostnadskomponenten er leger under utdanning. Bruk av slike instrumentvariable gjør at selv små endringer i antallet vil kunne gi store utslag. For å stabilisere modellen foreslås det at en bruker 3 års flytende gjennomsnitt i stedet for siste års data.
- Oppgjør for forbruk ut over abonnement, gjennomføres i ettertid når oversikt over pasientstrømmer foreligger
- Innfasing fra særskilt funksjon. Dersom det ikke lar seg gjøre å utvikle en egen modell for fordeling av midler til utdanning av legestudenter, basert på faktisk fordeling av undervisningen, fases beløpet inn i kostnadskomponenten over 2 år. Midler til kronikersatsningen holdes utenfor modellen frem til opptrappingen er fullført.

Effekt av oppdatering av modellen:

Effekter oppdatering inntektsfordelingsmodell budsjett 2009 (i 1000 kr)				
	Helgeland	NLSH	UNN	Finnmark
Befolkning	-1 463	-502	1 845	120
Sosialhjelp	-364	1 244	-479	-400
Døde	322	778	-603	-498
Ass leger/turnus	-983	-875	1 879	-22
Pasientstrøm	-567	-6 145	4 919	1 793
Forskning	-762	9 245	-11 097	2 614
Uføre	60	-243	105	78
Voldsanmeldelser				
Oppdatering lab rtg				
Fjerne trekk avkastning boliger	-1 256	-906	14	2 148
Betaling Norsk Helsenett	-1 370	-498	2 002	-133
Styrking intensiv legges inn i kostnadskomponent	1 331	4 353	-7 282	1 598
SUM	-5 052	6 451	-8 697	7 298

I tillegg til at modellen oppdateres med kriterieverdier foreslås det å:

- Fase krav om avkastning av boligkapitalen, som ligger inne som et trekk i modellen. Kravet om å forvalte boligkapitalen er forstått, årsaken til at salg ikke gjennomføres er markedssituasjonen
- Fase inn styrking intensiv, tråd med premissene i budsjett 2009
- Fase inn betaling for Norsk Helsenett

For å gjøre modellen mindre sårbar for tilfeldige svingninger foreslås det at kriteriet, **leger under utdanning** endres fra siste tolv måneder til snitt siste tre år. Dette vil i første omgang medføre et tap i 2010 for Nordlandssykehuset, men vil bidra til større stabilitet i inntektene fremover.

Effekten av denne prinsippendringen blir slik i 2010:

	Helgeland	Nordland	UNN	Finnmark
Endring basert på 2008 tall	-2565	6264	-1617	-2082
Endring basert på 3 års snitt	-983	-875	1879	-22
Effekt av endret prinsipp	1582	-7139	3496	2060

Den totale effekten av disse endringene blir at:

- Helgelandssykehuset HF får uendret ramme.
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF får en liten reduksjon,
- mens det overføres penger fra Nordlandssykehuset HF til Helse Finnmark HF.

	Helgeland	Nordland	UNN	Finnmark
Endring leger under utdanning	1582	-7139	3496	2060
Innfasing Intensiv	1260	4121	-6893	1513
Fjerne trekk avkastn boliger	-1256	-906	14	2148
Innfase bet. Norsk helsenett	-1370	-498	2002	-133
Effekt av endret prinsipp	216	-4422	-1381	5588

Utvidelse av modellen

Det er ønskelig å utvide modellen til også å omfatte rus og psykiatri. Spesielt innenfor rusbehandling er det behov for å utvikle en modell. Siden rustilbudet i hovedsak er konsentrert til ett foretak, vil en utvidelse kreve at det etableres et internt oppgjør (mobilitetskomponent). I dag har vi ikke et godt økonomisk mål denne interne mobiliteten av RUS pasienter, noe som gjør det vanskelig å få til en god modell.

Samhandlingsreformen vil medføre endringer i ansvarsforholdene mellom kommunesektoren og helseforetakene. Da vi nå ikke har oversikt over konsekvensene av disse endringene, anbefales det å utsette en utvidelse av inntektsmodellen.

STYRESAK 54-2009 PLANRAMMER BUDSJETT 2010

Møtedato: 22. juni 2009

Formålet med denne saken er å legge til rette for at helseforetakene kan starte opp planlegging av budsjett og aktivitet for 2010.

Økonomiske forutsetninger

Fra og med 2009 har helseforetakene fått finansiert opp kostnadene til pensjoner og avskrivninger. I statsbudsjett 2009 ble det også gitt klare føringer for inntektsnivået i 2010. Helse Nord RHF skal få økt sin basisramme med ytterligere 140 mill kroner. Dette innebærer at helseregionene for første gang både har fått finansiert sine kostnader og fått presise og tydelige avklaringer om fremtidige rammebetingelser. I tillegg til at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har signalisert økte fremtidige inntekter, har styret for Helse Nord RHF vedtatt å ikke disponere alle inntektene i 2009, dels ved å budsjettere et sentralt overskudd og dels ved å disponere deler av inntektene til engangstiltak i 2009, prosjekter og omstillingstiltak. Dette gir isolert sett styret en betydelig økonomisk handlefrihet i budsjettprosessen for 2010. På den andre siden viser regnskapsresultatene hittil i år at foretakene ikke leverer et økonomisk resultat slik styret har krevd. Det legges likevel til grunn at styret har et netto disponibelt handlingsrom til neste år.

Denne saken vil primært fokusere på 2010. Investeringsplanen 2010-2018 vil bli revidert i november 2009.

Utviklingstrender i helsetjenesten og hos befolkningen

Medisinsk kunnskap og teknologi er i kontinuerlig utvikling. Behandlingsmetodene blir mer avanserte, mer skånsomme og effektive, og flere pasienter kan behandles uten innleggelse.

Noen trekk som preger utviklingen:

- Antall eldre med flere sammensatte sykdommer og lidelser øker sterkt.
- Antall personer med kronisk lidelser øker.
- Kreftsykdommer fortsetter å øke betydelig, og antallet som lever med kreft øker.
- Perifere karsykdommer øker, i første rekke hos pasienter med diabetes type II.
- Astma, allergi og luftveissykdommer øker.
- Sykdommer knyttet til fedme og overvekt, som diabetes, artrose, hypertoni m.v. vil øke kraftig pga endrede vaner innen kosthold og fysisk aktivitet.
- Antall unge mennesker med depresjoner, selvmord- og selvskadingsproblematikk, samt antall mennesker med rus- og alvorlige psykiske lidelser, øker
- Alvorlige adferdsforstyrrelser og ADHD-problematikk øker blant barn og unge.

Sammen med flere muligheter til å avdekke og behandle sykdom og helsetilstand, vil dette både skape økte forventninger til helsevesenet og gi større behov for helsetjenester. Dette krever kontinuerlig omstilling, utvikling og prioritering innen og mellom tjenestetilbudene.

Kronikeromsorg

Befolkningstallet i regionen er nokså stabilt, men det skjer fortsatt en relativ befolkningsvekst i byer og en gradvis nedgang i befolkningen i små kommuner. Andel eldre vil øke betydelig i årene fremover.

Helseforetak	2008	2015	2025	%Endring 2008-2015	%Endring 2008-2025
Helse Finnmark	14307	16660	19407	16,4 %	35,6 %
UNN HF	37826	43188	50522	14,2 %	33,6 %
Nordlandssykehuset	28627	32509	37827	13,6 %	32,1 %
Helgelandssykehuset	18128	19994	22904	10,3 %	26,3 %
Helse Nord	98888	112351	130660	13,6 %	32,1 %

Tabell 1: Befolkningsutvikling eldre over 60 år, 2008-2025 etter helseforetak

Prognostisert befolkningsøkning i alderen 60+ for perioden 2008 – 2025 er betydelig for alle helseforetakene, men størst for Helse Finnmark, på ca 35 % og lavest for Helgelandssykehuset, med ca. 26 %.

Tilbudene er fortsatt mangelfulle overfor eldre og mennesker med kroniske og sammensatte lidelser. Utviklingen i antall eldre tilsier at tilbud til denne gruppen må prioriteres.

De spesialiserte tjenestene innen habilitering og rehabilitering har en stor målgruppe som omfatter en rekke diagnoser og funksjonsutfall. Et bærende prinsipp er at alle pasientgrupper skal ha et basis habiliterings/rehabiliteringstilbud i eget helseforetak. Lærings- og mestringstilbud skal være tilgjengelig for alle pasientgrupper og ambulante tjenestetilbud i habilitering og rehabilitering skal styrkes i alle HF-ene. Det skal være gode slagenheter ved alle sykehus som tar imot akutte hjerneslagpasienter. Rehabilitering etter slag skal ivaretas ved alle HF-ene og nye nasjonale retningslinjer for akuttbehandling av slagpasienter skal følges ved alle enhetene.

Alle lokalsykehus skal ha diabetesteam. Teamet skal være ansvarlig for samhandlingsrutiner mellom første- og andrelinjetjenesten. Helse Nord RHF's styre har i budsjett 2009 vedtatt at handlingsplanen for diabetes skal gjennomføres i 2009 og 2010. Helseforetakene har fått midler i 2009 til bl.a. å sørge for at det er ansatt diabetessykepleiere ved alle lokalsykehus.

Tilbud til pasienter med revmatologisk sykdom bør finnes i alle helseforetak og det skal finnes spesialistpoliklinikk for diagnostikk og kontroll og tverrfaglige team i de sykehus hvor det allerede er et revmatologisk fagmiljø. Det skal også bygges opp dagesenheter for pasientopplæring og for infusjon av de mest vanlige biologiske medikamenter. Pasientskoler i samarbeid med lærings- og mestringssentrene må finnes for de hyppigst forekommende tilstander: artrose, bløtdelsrevmatisme, leddgikt, Bekhterev og bindevevssykdommer.

Psykisk helsevern

Hovedutfordringen framover er å tilpasse innhold og organisering av DPS-ene med en klart definert oppgave- og ansvarsdeling mellom DPS og akuttpostene. Helseforetakenes arbeid med å utarbeide planer for DPS-enes samarbeid om å tilby differensierte behandlingstilbud innenfor foretakets opptaksområde, skal fullføres og følges opp i planperioden for tiltaksplanen for psykisk helse. Alle DPS-ene skal i planperioden ha etablert tverrfaglige, ambulerende team med tilgang til lege- og psykologspesialist. Gjennom tidlig intervensjon, råd og veiledning til fastleger og kommunale tjenester kan teamene bidra til å forebygge innleggelse.

Vedvarende overbelegg ved akuttpostene i Bodø og Tromsø tilsier at det fortsatt er behov for å styrke behandlingstilbudet ved DPS-ene.

Rusomsorg

Tilbudet til rusmiddelmissbrukere må styrkes kapasitetsmessig på noen områder, og tjenestene må differensieres og organiseres bedre for å ivareta krav til kvalitet i tjenestene. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skal integreres i de øvrige tjenestene. På kort sikt har økte ressurser blitt brukt til å sikre tilbud til pasienter med behov for innleggelse i institusjon. Fremover må det vurderes endringer i struktur for å integrere tilbudene i større grad i den øvrige spesialisttjenesten. Det skal utvikles lokalt baserte alternativer til dagens institusjonstilbud. De tjenester som er mangelfullt utbygd i dag er polikliniske tjenester og korttids døgntilbud for krisehjelp og utredning. Det er også behov for en betydelig satsing i å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetanseutviklingen i tjenestene.

Kreftbehandling

Nasjonal strategi for kreftområdet gir en overordnet referanseramme for satsingen i de regionale helseforetakene, med målsetninger og tiltak innen forbygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og forskning. Det er fortsatt for lav kapasitet innen lindrende kreftbehandling og smertebehandling. Nye, ofte svært kostbare, medikamentelle behandlingsmetoder utvikles innenfor en rekke kreftsykdommer.

Intensivmedisin

Handlingsplan for intensivmedisin konkluderer med at det er behov for en økning av kapasiteten ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Nordlandssykehuset Bodø. Det skal etableres en nivådeling i intensiv/ overvåkingstilbudet ved sykehusene i landsdelen. Fagråd i intensivmedisin utreder faglige retningslinjer, protokoller og rutiner for samhandling mellom enhetene og overføring av pasienter mellom nivåene, slik at planen kan iverksettes i løpet av 2009.

Øvrig somatikk

Pasienter med sykkelig overvekt og ME har også et mangelfullt utbygd tjenestetilbud. For å løse disse utfordringene er det nødvendig å styrke samhandlingen internt i spesialisthelsetjenesten og med helse- og sosialtjenestene i kommunene.

Utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester og samhandling med primærhelsetjenesten

Helse Nord RHF har vedtatt en regional strategi for desentraliserte spesialisthelsetjenester som medfører ønske om at de største pasientgruppene skal få sine tilbud på lokalsykehusene og gjennom etablerte distriktsmedisinske sentre. Desentralisering av mer spesialiserte polikliniske tilbud og dagbehandlingstilbud gjennom ambulering og telemedisin er både faglig og økonomisk fornuftig, særlig når det dreier seg om tilbud til relativt mange pasienter som ellers må reise med fly til Bodø eller Tromsø.

I 2009 vil styret få framlagt en samlet lokalsykehusstrategi for Helse Nord. Planen vil inneholde tiltak for helhetlige behandlingsforløp og kvalitetsutvikling som vil sikre bedre tjenester for viktige pasientgrupper. Lokalsykehusstrategien kan ses som en overbygning over alle planer som styret har vedtatt de siste årene. I planen integreres også Nasjonal helseplan 2007-10.

Samhandlingsreformen vil bli lagt fram før sommeren. Stortingsmeldingen forventes å avklare fremtidig ansvars- og oppgavedeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og det skal skje endringer i finansieringsordningen. Regjeringen ønsker en større satsing på forebygging og den proaktive kommunelegen som kan analysere befolkningen i egen kommune og drive aktiv oppfølging. Antall ferdigbehandlede i sykehus som venter på kommunalt tilbud skal registreres i 2010 og den kostnaden disse utgjør (døgnpris) inngår i beregningen for overføring til kommunene. Dette betyr at vi vil få reduserte budsjett i helseforetakene. I følge helseministeren vil hver femte til sjettede pasient i spesialisthelsetjenesten (SHT) kunne behandles i kommunehelsetjenesten.

Investering i humankapital

For å bygge opp kapasitet og kompetanse til å følge opp de målene Helse Nord har vedtatt i handlingsplaner og strategier for en rekke sentrale fagområder som psykisk helse, geriatri, rehabilitering/habilitering, revmatologi, diabetes, rusomsorg, barnemedisin og intensivmedisin samt samhandlingsprosessen er det nødvendig å styrke kompetansen på en rekke områder. Utdanning, rekruttering og stabilisering av nok og kompetent personell er kritiske faktorer for tjenestetilbudet i Helse Nord, og det samme gjelder forskning og fagutvikling.

Vi ser i dag at foretaksgruppen vil ha stort behov for intensivsykepleiere i mange år framover og det vil være nødvendig med kompetanseprogram innen akuttmedisin for helsepersonell i intermediære enheter, de lokalmedisinske sentrene og lokalsykehusene.

Helse Nord driver aktiv rekruttering og utdanning av legespesialister. Dette er fortsatt nødvendig i de kommende år, og vi vil vurdere flere slike utdanningsprogrammer innen rekrutteringsutsatte spesialiteter. Disse er for tiden spesialitetene gynekologi/obstetikk og radiologi. Stortingsmelding 12 (2008-2009) om en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg pålegger RHF-ene å utarbeide flerårige planer for rekruttering av gynekologer og jordmødre.

Oppdatering av økonomiske rammer

Med bakgrunn i tidligere vedtak og de faglige føringene i denne saken foreslås de økonomiske rammene justert og oppdatert med følgende forhold:

- Konsekvensene av RHF-vedtak i 2009 og tidligere, dette gjelder
 - o Helårseffekt av etablering av tilbud til personer med spiseforstyrrelser
 - o Etablering av de siste tiltakene i opptrappingsplan psykiatri
 - o Helårseffekt diabetesplan
 - o Helårseffekt kronikerplan
 - o Helårseffekt RUS behandling
 - o Videreføre utdanningsprogrammer i RHF-regi

- Ekstern påførte kostnader og oppfølging av statsbudsjett, dette gjelder
 - o Pasientskade
 - o Luftambulanse
 - o Studenthelsetjeneste
 - o Helsebibliotek
 - o Lysbehandling
 - o Prosjekt "kropp og selvfølelse"
 - o Saksbehandlereheter for enkeltoppgjør, pasienttransport ved HF-ene. Disse enhetene starter opp høsten 2009, jfr. styresak mai 2009. Her foreslås å bevilge midler til helårsdrift. I tillegg vil det påløpe kostnader knyttet til bruk av nasjonal enhet, lokalisert til Skien. Kostnadene for bruk av denne enheten er ikke avklart nå, midlene holdes derfor inntil videre i RHF.

- Forslag til nye tiltak
 - o Bevilgningen til "sykestueprosjektet i Finnmark" foreslås forlenget med ett år i påvente av en permanent avklaring av finansieringen av denne type tilbud, jfr. samhandlingsreformen
 - o Tilbudet til personer med sykkelig overvekt foreslås økt i 2010, i første omgang gjennom å øke utredningskapasiteten.
 - o Økt tilbud til rusmiddelavhengige er et høyt prioritert område. I 2009 er det bevilget midler til å bygge om lokaler ved Nordlandssykehuset for å etablere et rusbehandlingstilbud. Det foreslås å bevilge ytterligere 3 mill kroner til Nordlandssykehuset i tillegg til videreføring av tilleggsbevilgningen fra 2009 for å realisere et slikt tilbud.
 - o Utvikle tilbudet til kronikere ved å starte oppbygging av geriatrisk team i Kirkenes og etablere lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkning lokalisert til Karasjøk.

Opptrappingsplanen for psykiatri var basert på et fast kronebeløp pr. behandlerstilling. Beløpet har stått nominelt uendret i mange år, noe som har medført at de tilbudene som er satt i gang sent har fått et betydelig effektiviseringskrav. Det er gjort en analyse av dette som viser at alle HF-ene er berørt, men det er i særlig grad Nordlandssykehuset som har tapt på denne ordningen, det foreslås derfor å gi Nordlandssykehuset et tillegg på 6 mill kroner.

For å sikre realisering av investeringsplanen, foreslås det å følge opp tidligere vedtak og budsjettere med et stort sentralt overskudd i 2010 og frem til konsekvensene av de store investeringsprosjektene slår inn i regnskapene. Det foreslås å holde tilbake 122 mill kroner til styrets disposisjon. I tillegg til et forventet netto renteoverskudd på RHF på 21 mill kroner gir det mulighet for styret til å budsjettere med et overskudd på 143 mill kroner. I tillegg foreslås det å overføre 47,0 mill kroner til RHF til oppfølging av eventuelle konsekvenser av statsbudsjett 2010 og til gjennomføring av omstillingstiltak i foretaksgruppen.

Inklusive oppdatering av inntektsfordelingsmodellen, gir dette følgende planrammer for budsjett 2010:

Rammer 2010

Tall i 1000 kroner

	RHF	Styrets disp	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland
Basis vedtatt budsjett 2009	867 697	86 145	1 161 672	3 744 008	2 229 911	922 974
Oppdatering inntektsmodell			7 298	-8 697	6 451	-5 052
Lønns/priskompensasjon						
Avslutning enkeltoppgj/NPSS	-27 000	29 000	-500	-500	-500	-500
Omstillingsbevilgning	-20 000	20 000				
Buffer/omstillingsbevilgning	47 045	-47 045				
Spiseforstyrrelser full drift		-9 500		4 000	5 500	
Full drift Enhet idømt behandling		-6 300			6 300	
Komp for prisomregning opptrappingsplanen		-6 000			6 000	
Helårseffekt kap. Tilskott opptrappingsplan psyk		-1 050			1 050	
Overheng kronikersatsning		-500		250	250	
Økning kronikersatsning		-850	30	45	745	30
Overheng diabetisplan		-4 000	600	1 300	1 500	600
Økte kostnader Luftambulansen	28 000	-28 000				
Utbygging RUS behandling		-16 600	1 500	6 500	6 400	2 200
Utvildelse fedmebehandling		-3 000			3 000	
Utvikle RUS tilbud NLSH		-3 000			3 000	
Sykestuetilbud Finnmark		-7 500	7 500			
Oppfølging ny nasjonal inntektsmodell		140 000				
Student helsetjeneste	1 000	-1 000				
Helsebibliotek	2 300	-2 300				
Lysbehandling	1 000	-1 000				
Saksbehandler enheter enkeltopp	-22 000		6 100	5 900	5 200	4 800
Prosjekt kropp og selvfølelse		-1 000		1 000		
Pasientskade	15 000	-15 000				
Opphør subsidiering av Helsenet	-2 000	2 000				
Videre oppfølging kronikerplan		-1 500	1 500			
Planrammer 2010	891 042	122 000	1 185 700	3 753 806	2 274 807	925 052

Lønns og priskompensasjon fordeles etter at statsbudsjettet er lagt frem.

Resultatkrav 2010

For å sikre likviditet i foretaksgruppen i 2010 og økonomisk bærekraft i årene fremover foreslås det å budsjettere med et overskudd på 195 mill kroner i 2010. Økningen i resultatkrav fra 143 til 195 mill nyttes til å øke rammen til medisinskteknisk utstyr.

Helse Nord RHF	0
Styrets disposisjon	overskudd 143 mill
Helse Finnmark HF	overskudd 5 mill
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	overskudd 10 mill
Nordlandssykehuset HF	overskudd 32 mill
Helgelandssykehuset HF	overskudd 5 mill
Sykehus Apotek Nord HF	0
Helse Nord IKT	0
Sum	overskudd 195 mill

Begrunnelsen for de ulike resultatkravene er som følger:

- Styrets disposisjon, gjelder økt basisramme som holdes udisponert sentralt de første årene og som senere skal fordeles til HF-ene.
- Helse Finnmark HF har den svakeste likviditeten i foretaksgruppen og må starte et løp for å bedre likviditeten for at det skal være mulig å investere i nye anlegg.

- Universitetssykehuset Nord-Norge HF er det foretaket med best likviditet, men det er ønskelig å øke investeringsvolumet både til nye bygg, men også til medisinsk teknisk utstyr. For å bedre likviditeten og foretakets evne til å håndtere økte kostnader vil en gradvis foreslå å øke kravet til økonomisk resultat i foretaket i årene fremover.
- Nordlandssykehuset HF er i gang med store og tunge investeringer. I 2010 og årene frem til ferdigstillelse vil avskrivningene av eksisterende anlegg reduseres. Det er både viktig å sikre likviditet til å gjennomføre pågående investeringer og sikre at det midlertidige kostnadsbortfallet reduserte avskrivninger medfører, disponeres til å finansiere de nye økte kostnadene når de påløper i fremtiden.
- Resultatkravet for Helgelandssykehuset HF er begrunnet med behovet for å opparbeide en buffer i foretaket.

Rullering investeringsplan

Investeringsrammer 2010 er vedtatt av RHF styret i juni 2008. I denne saken behandles kun investeringsrammene for 2010. Investeringsplan 2010-2018 vil bli behandlet senere, primært i november.

Under forutsetning av at:

- Foretaksgruppen samlet oppnår balanse eller overskudd i 2009.
- Kravet om overskudd på til sammen 195 mill kroner i 2010 realiseres.
- Helse- og omsorgsdepartementet innvilger lån på til sammen 180 mill kroner i 2010.

Foreslås det å øke investeringsplanrammene for 2010 fra 808 mill kroner til 954 mill kroner.

Helse Nord RHF fastsetter årlige investeringsrammer basert på forventet likviditetsoverskudd i driften og eksterne lån.

Dette er en form for maksimalgrense for investeringene. Det kreves også at det gjennomføres behovsanalyser og vurderinger i tillegg til økonomiske analyser og vurderinger før investeringsrammer fastsettes og utløses.

Fastsetting av investeringsramme 2010

Årlige avskrivninger	644 000
Planlagt overskudd RHF	143 000
Planlagt overskudd HF	52 000
Lån NLSH Bodø fase 2	150 000
Lån NLSH Vesterålen	37 000
- avdrag lån HOD	-72 000

Mulig investeringsramme 2010 **954 000**

I budsjett 2010, november 2009, vil det bli gjort en vurdering av om forutsetningene for å øke investeringsnivået så mye et til stede.

Risikovurdering

Foretaksgruppen har samlet budsjettert med et overskudd på til sammen 100 mill kroner i 2009. Økonomirapportene frem til dag dato viser at dette neppe vil oppnås, men en vurderer det som sannsynlig at foretaksgruppen samlet oppnår balanse i 2009.

Kravet om overskudd på 195 mill kroner i 2010 er krevende, men realistisk. Endringene i resultatkravene til HF-ene, er knyttet til reduksjon i åpningsbalanse avskrivningene og innebærer ikke skjerpede krav til det enkelte HF.

Kravet til sentralt overskudd er knyttet til økte inntekter som holdes tilbake sentralt og innebærer isolert sett ingen risiko. I tillegg er det satt av 47,0 mill kroner til omstillingskrav og oppfølging av eventuelle konsekvenser av statsbudsjett 2010.

Forutsetningen om 187 mill kroner i lån fra HOD til de to store investeringsprosjektene er nøkterne og innebærer isolert sett en låneandel på 35 % for disse to prosjektene i 2010.

	Investeringsrammer vedtatt juni 2008	Endringsforslag	Nytt forslag 2010	
	2010	2010	2010	2010
Helse Finnmark HF				
Økt MTU med mer			17 000	17 000
HF styrets disposisjon	27 000			27 000
Sum Helse Finnmark	27 000	0	17 000	44 000
UNN HF				
Utvikling/ombygging RUS		20 000		20 000
Økt MTU med mer			48 000	48 000
HF styrets disposisjon	97 700			97 700
Sum UNN	97 700	20 000	48 000	165 700
NLSH HF				
Modernisering NLSH, Bodø fase 2-5	358 000			358 000
Modernisering NLSH, Vesterålen	190 000	-15 000	0	175 000
Økt MTU med mer			13 000	13 000
HF styrets disposisjon	47 000	15 000		62 000
SUM NLSH	595 000	0	13 000	608 000
Helgelandsykehuset HF				
Etablering RUS institusjon		25 000		25 000
Økt MTU med mer			15 000	15 000
HF styrets disposisjon	24 500			24 500
SUM Helgelandsykehuset	24 500	25 000	15 000	64 500
Sykehusapotek				
RHF Felles regionale IKT prosjekt	53 800	16 200		70 000
RHF styrets disp	10 000	-9 200		800
Sum sykehusapotek og Helse Nord	63 800	8 000	0	71 800
TOTAL INVESTERINGSRAMME	808 000	53 000	93 000	954 000

Styret har allerede vedtatt en investeringsplan på 808 mill kroner i tillegg vedtok styret i mai 2009 å gi klarsignal til en økning av UNN sin investeringsramme på 20 mill kroner for å fullføre ombygging og tilrettelegging innenfor rusbehandlingstilbudet.

Som følge av samhandlingsreformen vil det bli nødvendig å gjennomgå både vedtatt utbygging av sykehus Vesterålen og Bodø og de anleggene som er under forberedende planlegging, Kirkenes, Narvik, Hammerfest og Tromsø.

Adm. direktør foreslår å øke investeringsrammen ytterligere for å kunne:

- etablere rusinstitusjon på Helgeland
- øke rammene til medisinskteknisk utstyr i HF
- gjennomføre sentrale IKT investeringer.

Medbestemmelse

Planrammer budsjett 2010 ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 11. juni 2009 med følgende enighetsprotokoll:

1. Partene er tilfreds med signalene fra Helse- og omsorgsdepartementet om økte inntektsrammer for 2010.
2. Partene er enige om at for å kunne tilby befolkningen mer moderne sykehusbygg og nødvendig fornying av medisinskteknisk utstyr må en ha en drift som frigjør nødvendige ressurser til investeringer og et resultatkrav som tar høyde for de økte investeringskostnadene.

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

1. Planleggingsrammene for 2010 fastsettes til:

	RHF	Styrets disp	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland
Planrammer 2010	891 042	122 000	1 185 700	3 753 806	2 274 807	925 052

Beløp i 1000 kroner

2. Resultatkravene for 2010 settes til

Helse Nord RHF	0
Styrets disposisjon	overskudd 143 mill
Helse Finnmark HF	overskudd 5 mill
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	overskudd 10 mill
Nordlandssykehuset HF	overskudd 32 mill
Helgelandssykehuset HF	overskudd 5 mill
Sykehus Apotek Nord HF	0
Helse Nord IKT	0

3. Investeringsrammen for 2010 økes til 954 mill kroner forutsatt:

- a. minimum balanse i foretaksgruppen i 2009
- b. et overskudd i foretaksgruppen på minimum 195 mill kroner i 2010
- c. lån fra Helse- og omsorgsdepartementet på til sammen 187 mill kroner i 2010

Bodø, den 12. juni 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler: Paul Martin Strand, tlf. 75 51 29 00

STYRESAK 55-2009

TERTIALRAPPORT NR. 1-2009

Sakspapirene ettersendes.

Møtedato: 22. juni 2009

Saksbehandler: Paul Martin Strand, tlf. 75 51 29 00

STYRESAK 56-2009

ØKONOMIRAPPORT NR. 5-2009

Sakspapirene ettersendes.

Møtedato: 22. juni 2009

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

STYRESAK 57-2009 MØTEPLAN 2010

Møtedato: 22. juni 2009

Formål/sammendrag

Administrasjonen i Helse Nord RHF har utarbeidet forslag til møteplan for styret i Helse Nord RHF for 2010.

Som i 2009 foreslås det å legge styremøtene rundt den 20. i hver måned, slik at økonomirapport fra forrige måned kan gjennomgås og behandles i styremøtene. I februar 2010 avholdes to styremøter. I det første styremøtet behandles i all hovedsak oppdragsdokument 2010 til helseforetakene, det konsoliderte budsjettet for 2010 og økonomirapportering for 2009.

Alle styremøter er – som tidligere år – lagt til onsdager, med unntak av møtet i juni 2010 som er lagt til en mandag. I tillegg planlegger vi også i 2010 med to styreseminarer, våren og høsten.

Ordinære foretaksmøter med Helse- og omsorgsdepartementet antas avholdt i januar og mai 2010. Foretaksmøter med helseforetakene avholdes etter styremøtene for å overlevere oppdragsdokument, behandle årsregnskap, for valg av nye styrever i helseforetakene og ellers ved behov.

Forslag til møteplan for 2010 er som følger:

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter Helse Nord RHF		03 ¹ 24	24 ²	28	26	21		25	29	27	24	15
Styreseminar for alle styrene i regionen			24-25							27-28		
Foretaksmøter for Helse Nord RHF	X				X							
Foretaksmøter med HF-ene		etter 03 ³	25 ⁴	X ⁵								

Det foreslås å legge styremøtene til følgende steder i vår region:

- 3. februar 2010: Bodø (oppdragsdokument 2010 til helseforetakene)
– foretaksmøter med HF-ene avholdes i etterkant
- 24. februar 2010: Tromsø
- 24. mars 2010: Bodø (årsregnskap og styrets beretning)
– foretaksmøter med HF-ene avholdes etter styreseminaret, den 25. mars 2010 for behandling av årsregnskap 2009 m. m.

¹ Oppdragsdokument 2010 til HF-ene og Budsjett 2010 – konsolidert

² Årsregnskap og styrets beretning 2009

³ For overlevering av oppdragsdokument 2010 til HF-ene

⁴ For behandling av årsregnskap 2009 m. m.

⁵ Valg av nye HF-styrer i APR/MAI2010

- 28. april 2010: Grøvdal – besøk av Nordlandssykehuset HF
- 26. mai 2010: Kirkenes – besøk av Helse Finnmark HF
- 21. juni 2010: Tromsø
- 25. august 2010: Brønnøysund – besøk av spesialistpoliklinikken
- 29. september 2010: Bodø
- 27. oktober 2010: Tromsø
- 24. november 2010: Narvik – besøk av Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- 15. desember 2010: Bodø

Styrseminarene avvikles som følger:

- 24. – 25. mars 2010: Bodø
- 27. – 28. oktober 2010: Tromsø

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

1. Møteplan for 2010 godkjennes som følger:

...

2. Helseforetakene bes om å planlegge sine møter ut fra vedtatt møteplan.

Bodø, den 12. juni 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

**STYRESAK 58-2009 AVHENDING AV AKSJER I
NORSK HELSENETT AS**

Møtedato: 22. juni 2009

Formål/sammendrag

Regjeringen har i St. prp. nr. 67 (2008-2009) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2009* fremmet forslag om etablering av et statsforetak "Norsk Helsenett SF". Av St.prp. nr. 67 (2008-2009) fremgår det at det tas sikte på at Norsk Helsenett SF skal overta Norsk Helsenett AS som helhet ved at selskapets eiendeler og rettigheter, herunder offentlige tillatelser og forpliktelser overføres til statsforetaket.

I foretaksmøte, den 9. juni 2009 ble det vedtatt følgende:

Foretaksmøtet vedtok, med forbehold om Stortingets nødvendige vedtak og med hjemmel i helseforetaksloven § 15, at Helse Nord RHF skal avgi sine aksjer i Norsk Helsenett AS som grunnlag for etablering av Norsk Helsenett SF. Dette skal skje etter fremgangsmåte fastsatt i nytt foretaksmøte.

Foretaksmøtet forutsatte at styret i sitt kommende styremøte gjør følgende vedtak: "Foretaksmøtet i Helse Nord RHF vedtok 9. juni 2009, med forbehold om Stortingets nødvendige vedtak og med hjemmel i helseforetaksloven § 15, at foretaket skal avgi sine aksjer i Norsk Helsenett AS som grunnlag for etablering av Norsk Helsenett SF. Dette skal skje etter fremgangsmåte fastsatt i nytt foretaksmøte. Styret samtykker i foretaksmøtets vedtak om å avgi aksjene."

Det vises for øvrig til vedlagte brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 20. mai 2009 hvor det blir redergjort for omdanningen.

Vurdering

Norsk Helsenett AS ble etablert i 2004 ved at blant annet aktiviteten i Nordnorsk Helsenett AS som var eid av Helse Nord RHF ble overført. Selskapet eies av de 4 helseregionene og er i regnskapet til Helse Nord RHF bokført med en verdi på 13,093 mill kr, tilsvarende 20 % av bokført egenkapital i selskapet pr 31.12.2008.

Aksjene skal overdras vederlagsfritt, og det forventes at dette regnskapsmessig vil håndteres som en egenkapitaltransaksjon uten resultateffekt.

Av Helseforetakslovens § 15 fremgår følgende:

§ 15. Disponering av foretakets midler

Disponering av foretakets midler besluttet av foretaksmøtet etter forslag fra styret, eller med styrets samtykke.

Det er derfor nødvendig at styret i Helse Nord RHF fremmer forslag til foretaksmøtet om at aksjene skal overdras.

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

Foretaksmøtet i Helse Nord RHF vedtok 9. juni 2009, med forbehold om Stortingets nødvendige vedtak og med hjemmel i helseforetaksloven § 15, at foretaket skal avgi sine aksjer i Norsk Helsenett AS som grunnlag for etablering av Norsk Helsenett SF. Dette skal skje etter fremgangsmåte fastsatt i nytt foretaksmøte. Styret samtykker i foretaksmøtets vedtak om å avgi aksjene.

Bodø, den 10. juni 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykt vedlegg: Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 20.5.2009

**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Se adresseliste

HELSE ●●● NORD RHF
Arkivsak: 200800499 - 7
Jour.dato: 25 MAI 2009
Arkivnr.: 049
Saksbeh.: Bn

Deres ref

Vår ref
TT/eh

Dato
20.5.2009

Kopi: UHJ

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsesektoren – etablering av statsforetak

Det vises til brev datert 06.02.2009 om etablering av en nasjonal enhet for IKT-infrastruktur for helse- og omsorgssektoren.

Helse- og omsorgsdepartementet har utredet premissene for etablering av en nasjonal enhet, herunder de overordnede målsetninger med en sterkere nasjonal styring med og samordning av IKT for helse- og omsorgssektoren.

Regjeringen foreslår nå å etablere et statsforetak for IKT i helse- og omsorgssektoren med virkning fra 1. juli 2009. Etableringen foreslås gjennomført ved at eierskapet til Norsk Helsenett AS flyttes fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet. Statsforetaket vil få helhetlig ansvar for utvikling og drift av IKT-infrastruktur på helse- og omsorgsområdet. Det planlegges med at virksomhetsoverdragelsen fra Norsk Helsenett AS til det nye statsforetaket vil skje med virkning fra 1. oktober 2009.

Etablering av et statsforetak for IKT i helse- og omsorgssektoren er en forutsetning for sterkere statlig styring med en sikker og enhetlig kommunikasjon mellom aktørene i helse- Norge. Denne etableringen er det første store skrittet i gjennomføringen av samhandlingsreformen.

Departementet arbeider nå med å beskrive det nye statsforetaket på kort og på lengre sikt (ansvar, oppgaver, funksjoner), herunder grenseflater mot myndighetslinjen og tjenesten, finansierings- og betalingsmodeller, etc.

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Kontoradresse
Einar Gerhardsens plass 3

Telefon*
22 24 90 90
Org. nr.
983 887 406

Department of
Administrative Affairs
Telefaks
22 24 95 77

Saksbehandler

Fra 1. juli 2009 og fremover vil det gjennomføres en første implementeringsfase. I implementeringsfase vil prosjektstrukturen bli vurdert på nytt, herunder vil en komme med forslag til medvirkning fra ansatte i Norsk Helsenett sine organisasjoner.

Med vennlig hilsen



Tale Teisberg
kst. ekspedisjonssjef (e.f)



Bjørn Astad
avdelingsdirektør

Adresseliste

Kompetansesenter for IT i helsevesenet; Sukkerhuset; 7489 TRONDHEIM
Helse Midt-Norge RHF; Postboks 464; 7501 STJØRDAL
Helse Nord RHF; 8038 BODØ
Helse Sør-Øst RHF; Postboks 404; 2303 HAMAR
Helse Vest RHF; Postboks 303 Forus; 4066 STAVANGER
Nasjonalt senter for telemedisin; Universitetssykehuset Nord-Norge HF; 9038 TROMSØ

Fornyings- og administrasjonsdepartementet

Kommunal- og regionaldepartementet

Arbeids- og inkluderingsdepartementet

Arbeids- og velferdsdirektoratet

Helsedirektoratet

Helsetilsynet

Datatilsynet

Direktoratet for forvaltning og IKT

Sandefjord kommune

Stavanger kommune

Nasjonal IKT

Norsk sykepleierforbund

Den Norske legeforening

KS

Norsk senter for elektronisk pasientjournal

Norsk Helsenett AS

DIPS

Profdoc

Infodoc as

Siemens Medical

ACOS

TietoEnator

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon

Norges Handikapforbund

STYRESAK 59-2009

**NORDLANDSSYKEHUSET HF
– SUPPLERINGSVALG TIL STYRET**

*Saken behandles unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13.1,
jf. Fvl. § 13.1.*

Møtedato: 22. juni 2009

Forslag til nytt styremedlem i Nordlandssykehuset HF vil bli lagt frem ved møtestart.

Saksbehandler: diverse

STYRESAK 60-2009 ORIENTERINGSSAKER

Møtedato: 22. juni 2009

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. Stortingsmelding 12 (2008-2009) ”En gledelig begivenhet: Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg”
4. Tilsyn av strålevernet ved Nordlandssykehuset HF, jf. *styresak 47-2009/6 Referatsaker Sakspapirene ettersendes.*
5. Internrevisjonsrapport nr. 05/08: Internkontroll knyttet til byggeprosjekter og bygningsmessig vedlikehold i HF-ene – oppsummering, jf. styresak 48-2008
6. Lederutvikling i Helse Nord

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

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, den 12. juni 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler: Bjørn Kaldhol, tlf. 901 75 401

STYRESAK 60-2009/1

INFORMASJON FRA STYRELEDER TIL STYRET

Møtedato: 22. juni 2009

Legges frem muntlig av styreleder.

Saksbehandler: Lars Vorland, tlf. 75 51 29 10

STYRESAK 60-2009/2

INFORMASJON FRA ADM. DIREKTØR TIL STYRET

Møtedato: 22. juni 2009

Legges frem muntlig av adm. direktør.

STYRESAK 60-2009/3**STORTINGSMELDING 12 (2008-2009) "EN GLEDELIG BEGIVENHET: OM EN SAMMENHENGENDE SVANGERSKAPS-, FØDSELS- OG BARSELOMSORG"**

Møtedato: 22. juni 2009

Formål/sammendrag

Denne saken presenterer Stortingsmelding 12 (2008 – 2009): "En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg." Saken belyser kort innholdet i meldingen, med konsekvenser for det regionale helseforetaket og helseforetakene i landsdelen. Helse- og sosialkomiteens innstilling ble lagt fram 14. mai 2009, og Stortingsmeldingen skal behandles i Stortinget i juni 2009. Styret i Helse Nord RHF vil bli framlagt sak til behandling til høsten.

Sammendrag av meldingen.

Regjeringen legger vekt på følgende fem innsatsområder for å nå målet om at et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skal oppleves som en gledelig begivenhet både av gravide og fødende og hennes familie:

- En helhetlig svangerskapsomsorg
- Et trygt fødetilbud
- Et familievennlig barseltilbud
- Kvalitet i alle ledd
- Et bredt brukerperspektiv

Svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder høy kvalitet i internasjonal sammenheng, samtidig som den kan forbedres på en del viktige områder. Det uttales at det ikke har lyktes å skape den nødvendige tilliten i befolkningen til at tilbudet er trygt nok, tilgjengelig og av høy faglig kvalitet. Fra gravide og fødende har det vært hevdet at tjenesten framstår som fragmentert og lite sammenhengende.

Etter Regjeringens syn er det i framtidig organisering av den lokale jordmortjenesten behov for å vurdere oppgavefordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det framholdes at det finnes to alternativer for endret organisering av jordmortjenesten; enten at kommuner og helseforetak inngår avtaler om jordmortjenesten, eller at den kommunale jordmortjenesten forankres i helseforetakene. De to modellene omtales nærmere i meldingen. Uavhengig av valg av modell bør jordmødre pålegges, gjennom lokale samarbeidsavtaler, å samarbeide med de ulike fagmiljøene i kommunen. Allmennleger/fastleger vil fortsatt ha en sentral rolle i svangerskapsomsorgen. Framtidig organisering av lokale jordmortjenester vil det bli tatt stilling til i forbindelse med samhandlingsreformen.

Helse – og sosialkomiteens flertall mener at en overføring av ansvaret for den kommunale jordmortjenesten til spesialisthelsetjenesten ikke vil være i samsvar med målet om å styrke primærhelsetjenesten. Selv om den lokale jordmortjenesten som hovedregel skal være et kommunalt ansvar, stiller imidlertid *flertallet* seg positivt til at det kan inngås avtaler om ulike former for ansvarsfordeling mellom kommuner og helseforetak. Dette er særlig aktuelt for mindre kommuner, der stillingsbrøkene for jordmødre er små.

Det foreslås videre at inndelingen i tre nivåer av fødeinstitusjoner (kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue) opprettholdes, men at de nåværende tallgrensene oppheves og erstattes av nasjonale kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. Kvalitetskravene skal utarbeides av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene. Nasjonalt råd for fødselsomsorg skal trekkes inn i arbeidet. De regionale helseforetakene skal pålegges å etablere et system som sikrer at kvalitetskravene følges opp.

For å gi et desentralisert fødetilbud foreslås at jordmorstyrte fødestuer kan opprettes utenfor sykehus eller i sykehus uten fødeavdeling. Jordmorstyrte fødestuer skal også kunne opprettes i sykehus i tilslutning til større fødeavdelinger for å gi et differensiert tilbud. Fødestuer skal ta i mot kvinner med forventet normal fødsel av friskt barn.

Fødetilbud for risikofødsler skal legges til kvinneklinikker. Disse skal ha tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling for intensivbehandling av nyfødte. Fødetilbud til kvinner med særlig behov for oppfølging skal sentraliseres. Det uttales at de regionale helseforetakene bør vurdere behovet for flerregionale funksjoner og/eller landsfunksjoner.

Nye oppgaver for RHF-ene

Regjeringen foreslår at de regionale helseforetakene, sammen med berørte kommuner, pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen. Denne skal også omfatte svangerskaps- og barselomsorg. Den skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akutttilbud ved lokalsykehus. De fødende i skal sikres et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Den skal omfatte planer for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for spesialister i fødselshjelp. . Brukere med relevant kompetanse skal trekkes inn ved utarbeidelse av planen. Medisinsk fødselsregister skal utvikles og tydeliggjøres som redskap for kvalitetsforbedring.

Regjeringen ønsker å skape et mer enhetlig system for finansiering og tydelig ansvars plassering for følgetjenesten. Det foreslås at ansvaret for følgetjenesten legges til regionale helseforetak i tråd med ansvar for annen syketransport inklusiv ambulansetjeneste. Regjeringen mener at et samlet ansvar for fødetilbud og følgetjeneste vil legge til rette for at helseforetakene kan gi et helhetlig tilbud tilpasset lokale forhold og eventuelle endringer i fødetilbudet.

Komiteens flertall mener det må innføres en individuell rett til følgetjeneste for gravide med mer enn én times reisevei til fødestedet, dersom den gravide selv ønsker dette. *Flertallet* vil understreke at følgetjenesten må utføres av kvalifisert personell som lege eller jordmor. På bakgrunn av dette fremmer *flertallet* følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å fremlegge forslag til en lovbestemmelse som sikrer en individuell rett til følgetjeneste for gravide kvinner med mer enn én times reisevei til fødestedet."

Perinatalkomiteene skal videreutvikles som ledd i kvalitetsarbeidet innenfor det enkelte RHF og i samarbeid med primærhelsetjenesten. Disse skal også bidra til å følge opp at fødeinstitusjonene følger nasjonale kvalitetskrav og faglige retningslinjer

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding til I-VII er fremmet av flertallet i komiteen (Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre).

Komiteens tilråding til VIII og IX er fremmet av en samlet komité.

Komiteen rår Stortinget til å gjøre følgende vedtak:

I

Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2010 om å fremlegge forslag til en tilskuddsordning som kan bidra til utvikling av et bedre og mer sammenhengende tilbud gjennom hele svangerskapet, fødsel og barseltid. Ordningen må utformes slik at den bidrar til å utvikle bedre tilbud til gravide og familier med særlige behov.

II

Stortinget ber Regjeringen om å fremlegge forslag til en lovbestemmelse som sikrer en individuell rett til følgetjeneste for gravide kvinner med mer enn én times reisevei til fødestedet.

III

Stortinget ber Regjeringen opprette rådgivere på alle barneavdelinger på sykehus som skal ha en koordinerende og rådgivende funksjon for familier som venter eller får et barn med nedsatt funksjonsevne.

IV

Stortinget ber Regjeringen bidra til at kommunene oppretter koordinatorene for familier med barn som har behov for sammensatte tjenester på grunn av nedsatt funksjonsevne.

V

Stortinget ber Regjeringen om å kartlegge personellsituasjonen ved de forsterkede fødestuene i et 5–10 års perspektiv og iverksette tiltak for å skape nødvendig trygghet og forutsigbarhet.

VI

Stortinget ber Regjeringen om å øke utdanningskapasiteten for jordmødre.

VII

Stortinget ber Regjeringen bidra til at kapasiteten for utdanning av helsefagarbeidere med kompetanse innen barsel- og barnepleie økes for å sikre tilstrekkelig kapasitet.

VIII

Stortinget ber Regjeringen om å fremme forslag til tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet, og at dette forelegges Stortinget i egnet form.

IX

St.meld. nr. 12 (2008–2009) – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. En gledelig begivenhet – vedlegges protokollen.

Vurdering

Situasjonen i Helse Nord er at vi har en desentralisert og differensiert fødselsomsorg. Vi har 7 fødestuer, 7 fødeavdelinger og 2 Kvinneklinikker. Det var i underkant av 5400 fødsler i 2008. Det er jfr. Statistisk Sentralbyrås prognoser ikke forventet vesentlig økning i antallet fødsler fram til 2020. Kapasiteten i Helse Nord er god. Det er totalt ca. 230 senger, noe som gir et gjennomsnitt på 23,4 fødsler pr. seng pr. år eller gjennomsnittlig 1 fødsel pr. seng annen hver uke.

Utfordringer i Helse Nord

Utarbeiding av en lokal plan i samarbeid med 89 kommuner vil være avhengig av:

- Beslutning om ansvar/organisering jfr. samhandlingsreformen
- Lokalsykehusstrategien og traumesystemet (akuttberedskap)
- Rekrutteringssituasjonen for jordmødre med små deltidsstillinger

Dagens jordmorkapasitet i kommunene er ikke tilstrekkelig framgår det av meldingen. Regjeringen vil øke tilgjengelighet til lokal jordmortjeneste og det foreslås å øke antallet plasser ved jordmorutdanningen. Utfordringen er imidlertid ikke alene antallet jordmødre som utdannes, men at kommunene hver for seg har en liten stillingsprosent å tilby jordmødrene. Dersom ikke andelen økes til 100 % vil det ikke bli mer attraktivt å arbeide i den kommunale jordmortjenesten. Helseforetakene i nord har ikke problemer med rekruttering av jordmødre.

Vår utfordring framover vil være utdanning av spesialister i gynekologi. Det er liten ettervekst av spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer i Helse Nord. 15 av 19 leger i spesialisering (LIS) er ansatt ved UNN Tromsø og NLSH Bodø. Fem lokalsykehus mangler LIS og fire har én hver.

Følgetjenesten blir et RHF-ansvar. Så langt har det ikke vært gitt signaler om hvordan finansieringen av denne følgetjenesten skal håndteres. Helse Nord bør søke pragmatiske løsninger, ikke dyre ordninger til liten nytte. Jordmorvurdering før transport bør være avgjørende for type transport og ledsagelse.

Økonomiske konsekvenser

Mange av tiltakene for å få en mer sammenhengende tjeneste er avhengig av økte økonomiske ressurser. Det sier meldingen ingenting om. Det vurderes heller ikke om ISF er fornuftig i fødselshjelpen.

Det fremkommer i meldingen lite konkret om hvilke kvalitetskrav som skal legges til grunn for de ulike nivåene. Disse skal utarbeides av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene. Dette kan ta tid, og i mellomtiden vil det ikke være noen myndighetsgodkjente faglige retningslinjer for arbeidet med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge.

Konklusjon

Stortingsmeldingen om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg har vært "etterlengt" over lang tid. Både pga at det har vært betydelig uro rundt organiseringen av fødselsomsorgen i henhold til de eksisterende faglige retningslinjene, vedtatt av Stortinget i 2001, og nivådelingen med tallverdier for de ulike nivåene og spørsmål rundt kvalitet i tjenesten.

Meldingen er tydelig på behovet for en sammenhengende tjeneste og ansvar for planleggingen av denne. På området kvalitet gir meldingen ingen klare svar på hvilke mål som skal legges til grunn. Her blir oppfølgingsarbeidet, i regi av Helsedirektoratet, av avgjørende betydning for at vi skal få felles nasjonale standarder å forholde oss til som grunnlag for videre utvikling av et viktig tjenesteområde. Økonomiske konsekvenser er lite vurdert.

Av utfordringer framover ser adm. direktør at det er et underskudd av gynekologer i dag, og at dette høyst sannsynlig vil øke fram mot 2015-2020. Når det gjelder jordmødre er det tilstrekkelig tilgang foreløpig. I kommunene sliter en med å finne budsjettmidler til å tilsette dem. Arbeidssituasjonen gir særlig de mindre kommunene, problemer med å rekruttere og beholde jordmødre. Samarbeidsavtaler med helseforetakene, som ledd i en samlet tjeneste, kan her være et viktig tiltak.

Utrykt vedlegg: Stortingsmelding 12 (2008-2009): ”En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.”

STYRESAK 60-2009/4

**TILSYN AV STRÅLEVERNET VED
NORDLANDSSYKEHUSET HF,
JF. STYRESAK 47-2009/6 REFERATSAKER**

Møtedato: 22. juni 2009

Sakspapirene ettersendes.

STYRESAK 60-2009/5**INTERNREVISJONSRAPPORT NR. 05/08:
INTERNKONTROLL KNYTTET TIL
BYGGEPROSJEKTER OG BYGNINGSMESSIG
VEDLIKEHOLD I HF-ENE – OPPSUMMERING,
JF. STYRESAK 48-2008**

Møtedato: 22. juni 2009

Bakgrunn

Det ble i 2008 gjennomført en intern revisjon i forhold til internkontroll knyttet til byggeprosjekter og bygningsmessig vedlikehold i HF-ene. Revisjonen ble rapportert i internrevisjonsrapport nr. 05/08. Styret i helse Nord behandlet rapporten i styresak 48-2008 og fattet følgende vedtak i sakens punkt 3:

Styret ber om senest i løpet av våren 2009 å bli orientert om status for de problemstillinger som tas opp i rapporten.

I denne saken gis en tilbakemelding i forhold til rapportens oppsummering av de områdene den interne revisjonen påpekte kontrollmessige svakheter.

Kontrollmessige svakheter knyttet til byggeprosjekter og bygningsmessig vedlikehold

Revisjonen omfattet to byggeprosjekter og to anlegg der vedlikeholdet ble kontrollert. Følgende kontrollmessige svakheter ble konstatert ved flere av de reviderte enheter.

1. *Mangel på systematiske, dokumenterte risikovurderinger. Gjelder alle.*

Svar: Det skal gjennomføres ROS-analyser for samtlige nybygg. Dette gjøres allerede for alle store prosjekter i henhold til veileder for tidligfaseplanlegging for store byggeprosjekter. Når det gjelder ROS-analyser for eksisterende anlegg, vil det inngå i et felles opplegg for ROS-analyser for hele Helse Nord. Et slikt opplegg er under utarbeidelse i Eieravdelingen i Helse Nord. ROS-analyser basert på felles mål vil således bli gjennomført for alle anlegg med oppstart høsten 2009. Helse Nord har i 2007 gjennomført tekniske analyser i forhold brannsikringskrav. Disse kravene ble innarbeidet i HF-enes oppdragsdokument for 2008, men bare delvis gjennomført av hensyn til økonomiske begrensninger i forhold til vedlikehold av bygg.

2. *Med ett unntak har det vært beskjedne fokus på etikk.*
3. *Ingen av foretakene har etablert rutiner som gir ledelsen oversikt over eventuelle forbindelser mellom sentrale medarbeidere og potensielle leverandører/forbindelser.*

Felles svar på 2 og 3: Det er vedtatt egne generelle etiske regler som er felles for Helse Nord. Kartlegging av forbindelser mellom sentrale medarbeidere og potensielle leverandører i forbindelse byggeprosjekter og vedlikehold av bygg er ikke foretatt av Helse Nord.

Det vil bli tatt initiativ til å utarbeide felles rutiner med henvisning til de etiske retningslinjene slik at anbefalingene i begge punktene (2 og 3) foran kan bli ivaretatt. Dette vil bli gjort i løpet av 2009.

4. *Manglende oversikt over inngåtte rammeavtaler (gjelder ikke byggeprosjektene) og til dels manglende etterlevelse av disse. Det har også vært andre svakheter i rutiner som skal sikre etterlevelse av lov og forskrift om offentlige anskaffelser.*

Svar: Det er fra 1. juni 2009 inngått felles rammeavtaler for Helse Nord gjeldende for tekniske konsulenter i forbindelse med teknisk rådgivning for mindre vedlikeholds- og investeringsprosjekter (avtalene gjelder ikke de store byggeprosjektene). Når det gjelder leveranse av tekniske tjenester (rørlegger, snekker, elektriker med mer), har de fleste HF og avdelinger ordnede rutiner, men det må påregnes at personell i enkelte foretak og anlegg har for liten kunnskap og bestillerkapasitet og derfor ikke følger regelverket for offentlige anskaffelser. Helse Nord vil påpeke dette overfor HF-ene, men har ikke lagt inn kapasitet til å føre god nok kontroll med HF-ene i forhold til dette.

5. *Ved enkelte foretak fremstår innholdet i attestasjons- og anvisningsfunksjonene som uklart, og det er usikkerhet rundt beløpsmessige grenser for bestilling, attestasjon og anvisning.*

Svar: Det vises til egen sak om fullmaktsstrukturen i Helse Nord der det redegjøres for at fullmaktsstrukturen i Helse Nord og HF-ene skal gjennomgås i 2009. De forholdene som påpekes i rapporten om byggeprosjekter og vedlikehold, vil bli ivaretatt gjennom fellesprosjektet.

6. *Styringsdialog, rapportering, orienteringer og oppfølging i foretakene har til dels foregått uten skriftlig dokumentasjon. Det er også konstatert rutinemessige svakheter knyttet til økonomirapporteringen for bygningsmessig vedlikehold.*

Svar: I store byggeprosjekter er styringsdialogen og rapporteringen omfattende og skriftlig. I mindre prosjekter og i forhold til vedlikehold ville styringsdialogen og rapporteringen vært bedre med et elektronisk vedlikeholdssystem.

Fra 2009 ble det implementert ny kontoplan som skal ivareta mulighetene for rapportering på bygningsmessig vedlikehold. Dette er gjort ved at kontoplanene i Norsk Standard for vedlikeholdskostnader ("FDV") er koblet tettere opp mot artskontoplanen for finansregnskapet i Helse Nord. Fra utgangen av 2009 vil man derfor kunne redegjøre for kostnader til bygningsmessig vedlikehold på en ens måte for hele Helse Nord. Dermed vil det fra regnskapsåret 2009 bli enklere å utarbeide gode årlige vedlikeholdsrapporter.

Helse Nord har planer om felles vedlikeholdssystem (noen HF har allerede dette på plass) som ytterligere vil styrke rapporteringen av vedlikehold bedre.

Vurderinger og anbefalinger

Adm. direktør vil følge opp de punktene som ennå ikke er avklart i forhold til rapporten fra internrevisjonen på den måten som er anvist i svarene på de enkelte punktene.

STYRESAK 60-2009/6

LEDERUTVIKLING I HELSE NORD

Møtedato: 22. juni 2009

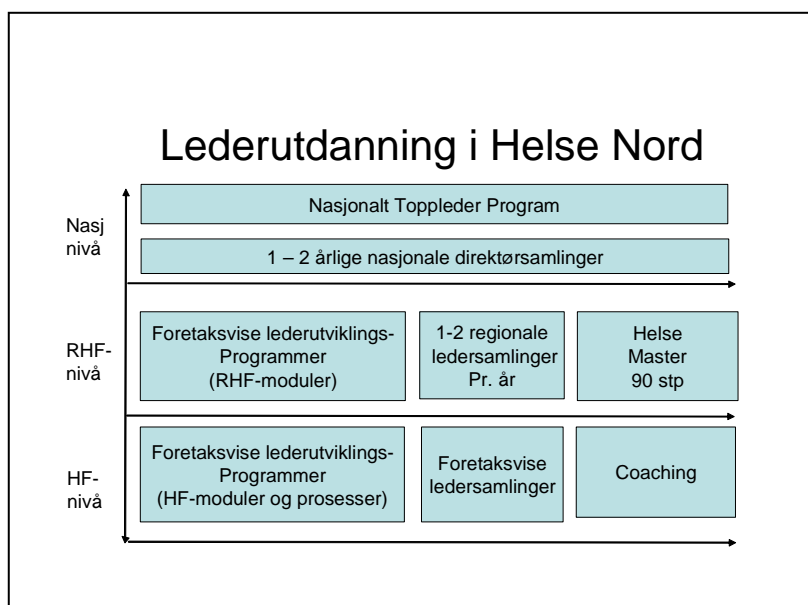
Formål/sammendrag

Styret i Helse Nord RHF har etterspurt en sak som presenterer foretakets utviklingstilbud til ledere og medarbeidere som aspirerer til lederstillinger i Helse Nord.

I det følgende gis en kort presentasjon av lederutvikling og -opplæringstilbudet; hvilke tilbud det er, innhold i tilbudet, målgrupper, hvilke nivå i organisasjonen det gis på. I egne vedlegg gis ytterligere beskrivelser og noe statistikk over resultater, der dette er tilgjengelig.

Læring og kunnskapsutvikling i organisasjoner kan betraktes som kontinuerlige prosesser i organisasjonens daglige liv – i løsning av konkrete utfordringer, i kommunikasjon og samtaler med kolleger, gjennom observasjoner og gjennom samhandling. Vårt perspektiv er derfor at tilbudet må settes sammen bredt hvor det legges til rette for både individuelle kognitive læringsprosesser og kursing så vel som dialog - og kunnskapsutvekslingsarenaer.

Lederutvikling og -utdanningstilbudet i Helse Nord kan oppsummert presenteres på følgende måte; ulike tilbud på ulike nivå som til sammen tar sikte på å fremstå som et helhetlig lederutviklingstilbud for ledere og medarbeidere som aspirerer til lederutfordringer i Helse Nord. Noen av lederutviklingstilbudene, har tidligere blitt vedtatt i egne saksfremlegg til styret.



Det er fortsatt et stykke frem til vi har fått på plass et helhetlig tilbud som vi er helt tilfreds med, men det foregår kontinuerlige utviklingsprosesser på eksisterende tilbud samt utvikling av nye tilbud som beveger oss gradvis i ønsket retning.

I tillegg til det lederutviklingstilbud presentert i modellen, vil Helse Nord RHF utvikle et langsiktig program hvor "Verdibasert ledelse" er et

sentralt tema. En prosjektleder er nylig ansatt.

Kort om lederutviklingstiltakene

Helse Nord RHF har siden etableringen i 2002 vektlagt lederutvikling og -opplæring med ulike tiltak. I dette ligger behovet for å øke den formelle og reelle kompetansen knyttet til ledelse særlig for kliniske ledere i den hensikt å bla oppnå en "...effektiv organisasjonsstruktur og verdifokusert organisasjonskultur..." som vi har formulert det i Oppdragsdokumentet 2009.

Nasjonalt Topplederprogram

Dette er et nasjonalt program, ledet av en styringsgruppe satt sammen avrepresentanter fra de fire helseregioner, på oppdrag av det nasjonale AD-møtet. Programmet har et sekretariat med fast ansatt daglig leder. <http://www.helse-midt.no/toppleder>

De fire regionale heleforetakene velger 30 deltakere, til hvert kull, herav seks kandidater fra Helse Nord. Dette er kandidater som har vist en spesiell vilje og evne til ledelse. Det tas opp to kull pr. år. Gjennom programmet legges det opp til at kandidaten blir støttet og får tilrettelagt for å styrke og utvikle sin kunnskap, holdninger og ferdigheter med formål å gjøre kandidaten til en god leder og en potensiell toppleder.

Nasjonale direktørsamlinger

Styringsgruppen for Nasjonalt Topplederprogram har også påtatt seg oppgaven med å gjennomføre en til to samlinger årlig for landets foretaksdirektører. Samlingene har hatt varierende, tematisk innhold avhengig av hvilke utfordringer AD-møtet har valgt å rette fokus mot. Det har også vært forsøkt ulike regier og metoder for gjennomføring av samlingene. Hver samling har hatt ca. 50 HF- og RHF-direktører og holdes ulike steder i landet, med én av helseregionene som vertskap.

Foretaksvise lederutviklingsprogrammer – Helse Nord RHF-moduler

Foretakene i Helse Nord gjennomfører med ujevne mellomrom egne lederutviklingsprogrammer. Disse kan være skreddersydd for ulike formål, for eksempel knyttet til konkrete omstillingsprosesser, ha fokus på utfordringer spesielt for mellomledere, være knyttet til implementering av ulike lederverktøy for sykefraværsoppfølging, personalledelse som forvaltning av seniorpolitikk eller rett og slett opplæring i arbeidsgiverrollen i lønnsforhandlinger mv. I slike sammenhenger kan HN RHF ha ulike roller og funksjoner. Vi mener at det er særdeles viktig at HF-ene har egne programmer som kan styrke kompetanse til mellomledernivået i foretakene. Dette er et område som HF-ene etter Arbeidstilsynets GodVakt!-kampanje i 2005/2006 har hatt fokus på å utvikle.

Masterutdanning i Helseledelse

Dette er et foretaksovergripende tilbud, fra Helse Nord RHF-nivået. Helse Nord RHF har gode erfaringer med å kombinere formal kompetansebygging knyttet til ledelse med kulturbygging på tvers av foretakene. Masterstudiet er en del av Helse Nord's strategiske satsning på utvikling av lederskapet i foretaksgruppen. Det første kullet leverte sine oppgaver sommeren 2007. Helse Nord er nå i gang med sitt andre kull i satsning med egen master i helseledelse. Ledere som deltar i masterprogrammet vil ha ulik erfaring og bakgrunn. Det legges hovedvekt på formal kompetansebygging. Et samlingsbasert deltidsprogram må imidlertid også inneholde tilstrekkelig elementer som bidrar til kulturbygging blant ledere på tvers av foretakene og bidrar til realiseringen av Helse Nord's visjon. Masterprogrammet ivaretar behovet for kompetanseutvikling av ledere og skal være slik at det møter fremtidige utfordringer i spesialisthelsetjenesten.

Regional ledersamling

Dette er den regionale topplederarena. Omfanget av hver samling har vært omkring 80-100 deltakere/ledere og målgruppen har primært vært kliniske ledere og foretaksledere.

Kulturbygging og strategiforankring for sentrale ledere i foretaksgruppen er en målsetning.

For ledergruppen i Helse Nord er dette den viktigste arenaen for å møte kliniske ledere i foretaksgruppen. Lederne møtes på tvers av foretaksgruppen for gjensidig erfaringsutveksling og refleksjon.

Faglige tema har bl. a. vært:

- 2005: Virksomhetsstyring, kompetanseutvikling og pasientopplevelse/kvalitet
- 2006: Kvalitet i pasientbehandlingen, fremtidens lederskap/ foretaksledelse og etikk
- 2007: Tema på strategi og ledelse, hvor de fleste innlegg var studentoppgaver fra første Helsemasterkull og fra Nasjonalt Topplederprogram
- 2008: Riktig kvalitet og samhandling i pasientforløpet gir god økonomi
- 2009: Teamledelse og ledelse på distanse i store desentraliserte organisasjoner.

Gjennomgående er det gode tilbakemeldinger på samlingene.

Ledercoaching

Helse Nord RHF og de lokale helseforetakene gikk i 2005 sammen om å lage et nytt utdanningsprogram i coaching. Programmets overordnede mål er å bidra til at alle ledere i foretakene skal få tilbud om coaching. Videre var hensikten å fremme coaching som arbeidsform i Helse Nord og å utvikle en coachlik ledelse. Hensikten var også et ønske om å fremme et levende coaching nettverk i Helse Nord, og å utvikle kunnskap om hvordan coaching bidrar til å utvikle ledere og lederskap. På deltakernivå er målet å bli trygge på å planlegge, gjennomføre og evaluere coachingsamtaler på en selvstendig og virkningsfull måte, samt lære coaching metoder generelt, og ledercoaching spesielt. En masteroppgave skal evaluere de versjoner av programmet som har vært gjennomført i foretakene i Helse Nord. Videre satsing på dette programmet vil en eventuelt komme tilbake til når evalueringen er gjennomført.

Foretaksvise ledersamlinger

Foretaksvise ledersamlinger kjøres i sin helhet i regi av helseforetakene selv og Helse Nord RHF's rolle er som regel bidragsyter i form av foredrag og diverse innspill i programmene. Programmene er forskjellige, på samme måte som samlingene beskrevet på nasjonalt og regionalt nivå.

Vurdering

Helse Nord har et bredt spekter av lederutviklingstilbud til både ledere og medarbeidere som aspirerer til lederstillinger. Dette har vært bygget opp gjennom en bevisst satsing fra reformens oppstart i 2002. De ulike programmene og arenaer er løpende gjenstand for evaluering, forbedring og utvikling. Dette gjøres av ulike miljøer på de forskjellige organisatoriske nivå. Evalueringene kan være både interne og eksterne. Denne kontinuerlige forbedringsfilosofien synes å være egnet til denne type lederutviklingstiltak og medvirker til at en har gjennomgående høye (gode) score på evalueringene som gjøres.

I tråd med reformens intensjoner er det behov for fortsatt utvikling av lederskapet i spesialisthelsetjenesten. En ytterligere satsing innen leder- og organisasjonsutviklingsområdet er på trappene. En planlegger blant annet en gjennomgang av organisasjonens verdigrunnlag, oppbygging av et langsiktig program for verdibasert ledelse med sikte på å utvikle organisasjonens kultur. Dette understreker at det fundament som hittil er lagt, vil forsterkes og danne grunnlaget for en enda mer fokusert og bevisst satsing på å utvikle lederskapet i Helse Nord. Derigjennom ønsker vi å oppnå en "...effektiv organisasjonsstruktur og verdifokusert organisasjonskultur..." som vi har formulert det i Oppdragsdokumentet 2009.

Avslutning

Lederutvikling og -utdanningstilbudet i Helse Nord består av ulike tilbud på ulike nivå som til sammen tar sikte på å fremstå som et helhetlig lederutviklingstilbud for ledere og medarbeidere som aspirerer til lederutfordringer i Helse Nord.

Det er fortsatt et stykke frem til vi har fått på plass et helhetlig tilbud som vi er helt tilfreds med, men det foregår kontinuerlige utviklingsprosesser på eksisterende tilbud samt utvikling av nye tilbud som beveger oss gradvis i ønsket retning.

En ytterligere satsing innen leder- og organisasjonsutviklingsområdet er nødvendig. En gjennomgang av organisasjonens verdigrunnlag og oppbygging av et langsiktig program for verdibasert ledelse med sikte på å utvikle organisasjonens kultur, må gjennomføres.

Vedlegg:

1. Fagplan Nasjonalt Topplederprogram
2. Nasjonalt Topplederprogram – statistikk
3. Styringsgruppens anbefaling etter evaluering av Nasjonalt Topplederprogram
4. Lederutviklingsprogram 2008 – 2010 – Helse Finnmark
5. Sluttevaluering Helse Master – kull I
6. Helse Master i Helse Nord; innhold, målgruppe og foreløpige resultater.

Styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak

**Nasjonalt topplederprogram
for
helseforetakene**

Fagplan

**Godkjent juni 2005
Revidert februar 2006**

1. Hvorfor nasjonalt program

1.1 Utgangspunkt

Helsetjenesten er en av de viktigste bidragsyterne til velferdsstaten. Helseforetakene er blant Norges største virksomheter. De forbruker en relativt stor andel av fellesskapets ressurser og leverer tjenester som er viktige for enkeltmenneskers livsløp og livskvalitet.

Spesialisthelsetjenesten preges av at kunnskapsfronten innen de medisinske fagene er i rask bevegelse. Å sikre fornyelse og kvalitet i tjenesten innenfor de gitte økonomiske rammene, medfører et betydelig behov for kontinuerlig omstilling og endring.

Disse og flere andre forhold gjør det nødvendig å ta styring og ledelse av helseforetakene på alvor. Helseforetakenes posisjon som bærere av viktige verdier i velferdssamfunnet tilsier at det tas et nasjonalt grep om ledelsesutfordringene, ikke for å gjøre all ledelse i sykehus lik, men for å sikre at alle ledere i sykehus jobber mot de samme mål.

Sykehusreformen tydeliggjør behovet for økt satsing på leder- og ledelsesutvikling. Ved utskilling av sykehusene fra forvaltningen og omgjøring til selvstendige foretak, ble sykehusledernes spillerom for utøvelse av lederskap kraftig utvidet, ansvaret ble presisert og det ble koplet myndighet til ansvaret. Sykehusreformen er på mange måter like mye en ansvars- og lederskapsreform som en eierskapsreform.

Anerkjennelsen av behovet for et nasjonalt opplegg for ledelsesutvikling ble nedfelt i i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m., Innst. O nr. 118 (2000-2001), i rapporten Sykehusreformen – noen eierperspektiv (september 2001) og i budsjettproposisjonene i perioden 2003-2005. En styringsgruppe bestående av representanter for de fem regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtene januar 2005 i oppdrag å realisere et nasjonalt topplederprogram for kandidater til topplederstillinger i helseforetakene. I utformingen av programmet er det trukket viktig lærdom fra et pilotprogram som ble gjennomført i perioden 2003-2004.

Topplederne i helseforetakene har utfordringer i forhold til tjenestenes innhold og rammebetingelser. Sektoren preges av sterk politisk styring, regulerte inntektsstrømmer, et stort engasjement i lokalmiljøet og et gjensidig avhengighetsforhold til primærhelsetjenesten. Å forstå og ta hensyn til de eksterne rammebetingelsene, er avgjørende for å bli en god toppleder. Internt i helseforetakene møter topplerne krevende utfordringer blant annet på grunn av virksomhetenes størrelse og kompleksitet, kunnskapsintensivitet og dynamikken i den teknologiske utviklingen. De ulike hensyn kommer ofte i konflikt med hverandre, og for å takle dilemmaene kreves både teoretisk, praktisk og personlig innsikt.

Regionale og lokale tiltak vil komme i tillegg til den nasjonale satsningen, og vil være helt nødvendig for å oppnå en tilstrekkelig satsing på leder- og ledelsesutvikling i helseforetakene.

1.2 Programmets særpreget

Det nasjonale topplederprogrammet skal bidra til verdiforankring og til utvikling av et felles sett av kunnskap og ferdigheter hos de fremtidige topplerne i spesialisthelsetjenesten. Gjennom et slikt fellesskap legges det til rette for å sikre en helhetlig helsetjeneste for befolkningen på tvers av regionene.

Programmet bygger på de tre kjerneverdiene kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg og respekt i møte med pasienten. Det legges vekt på utvikling og foredling av relevante ferdigheter innen verdibasert, resultatorientert, strategisk, og operativ ledelse.

Utvikling av det personlige lederskapet vil gå som en rød tråd gjennom hele programmet ved at deltakerne kontinuerlig utfordres mht verdigrunnlag og egne kvaliteter og begrensninger i utøvelse av lederskapet. Teori omformes til praktisk kunnskap gjennom debatt, egne presentasjoner, trening, tilbakemeldinger og refleksjon.

Programmet skiller seg spesielt fra andre programmer innen helseledelse ved sitt nasjonale perspektiv og ved en sterk forankring i sektoren. Det vil bli lagt stor vekt på å utvikle deltakernes forståelse av helsetjenestens rolle og plass i samfunnet, inkludert helseforetakenes forhold til omverden lokalt, regionalt og sentralt. RHF-ene styrer programmet i fellesskap gjennom styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak, og både rekruttering og oppfølging av deltakerne er godt forankret i helseforetakenes toppledelse. I gjennomføringen av programmet deltar også ressurser fra helseforetakene gjennom å formidle ledelsesutfordringer og –erfaringer som kollegaer i andre helseforetak vil kunne dra nytte av.

2. Målgruppe, opptakskrav og finansiering

2.1 Målgruppe

Målgruppen for toppledeprogrammet er ledere på høyt nivå i helseforetakene som har vist talent for ledelse og som har ambisjoner om en karrierevei innen sykehusledelse.

2.2 Opptakskrav

Deltakeren må ha minst 3 års høyere utdanning og minst 2 års ledererfaring fra sykehus eller erfaring fra overordnet ledelse av sykehus.

Hvert regionalt helseforetak (RHF) er tildelt 6 plasser pr. kull. I tillegg reserveres en plass for deltaker fra den sentrale helseforvaltning. HF-direktøren innstiller til RHF-direktøren som foretar den endelige utvelgelsen. Innstillingen skal inneholde en vurdering av kandidaten og en plan for oppfølging av den enkelte.

2.3 Finansiering

Undervisning, kost og losji og reiseutgifter dekkes av arrangør. Hver enkelt deltaker dekker utgifter til studiemateriell. Til studieturen dekkes reise og overnatting m. frokost. Nødvendig vikarhjelp dekkes av arbeidsgiver.

3. Organisering og arbeidsmåter

Programmet vil bli gjennomført med en kombinasjon av samlinger og hjemmearbeid. Programmet varer i 11 uker, med 6 uker samling og 5 uker hjemmearbeid. I dette inngår personlig utviklingsarbeid, forelesninger, individuelle og kollektive øvelser, ekskursjoner, studietur, litteraturstudier og skriftlig fordypningsoppgave. Deltakeren får permisjon med lønn fra arbeidsgiver i til sammen 11 uker. I tillegg skal det gis permisjon til en to-dagers obligatorisk oppfølgingssamling ca to måneder etter programmets slutt. For at deltakerne skal kunne dra nytte av og yte sitt eget bidrag inn i programmet, forutsettes det at deltakerne blir fritatt for arbeidsoppgaver i eget foretak i hele programperioden.

Programmet vil ha et faglig innhold med solid teoretisk forankring, men vil også sikre internalisering gjennom metoder som fremmer personlig utvikling. Hver enkelt modul vil ta utgangspunkt i sentrale problemstillinger som møter en toppleder. Arbeidsmåtene vil være prosessorienterte og vektlegge øvelser, problemløsning, erfaringsutveksling og forelesninger med refleksjoner. Det er en forutsetning at deltakerne er aktive og tar medansvar for felles læring. Ved hvert kull vil det være tilknyttet fire prosesskonsulenter som følger kullet gjennom hele perioden.

4. Mål

Etter endt utdanning skal deltakerne ha styrket sin evne til å

- vurdere helseforetaket i et samfunnsperspektiv
- angi retning for utvikling og endring i helseforetaket
- levere sykehustjenester som fremmer kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg og respekt i møte med pasienten
- og, ikke minst, kunne vurdere egne holdninger, kvaliteter og begrensninger mht å utøve topplederskap i helseforetakene.

5. Innhold

Kurset vil ta utgangspunkt i en toppleders utfordringer og vil på ulike måter omhandle følgende tema:

- Grunnforutsetningene for god ledelse
 - Helsetjenestens verdigrunnlag i teori og praksis
 - Lojalitet
 - Prioritering
 - Ledelse i skjæringspunktet mellom etikk, fag, økonomi og politikk
- Hvordan håndterer jeg de eksterne rammebetingelsene?
 - Helseforetakene i samfunnet – utviklingstrekk og status
 - Sykehusreformen
 - Økonomiske rammebetingelser
 - Helsepolitiske aktører
 - Lokale og sentrale interessegrupper
 - Samhandling med primærhelsetjenesten
 - Strategisk ledelse
 - Strukturendringer og funksjonsfordeling
- Hvordan møter jeg styringsutfordringene?
 - Målstyring
 - Kvalitet og ledelse
 - Fag og ledelse
 - Kompleksitet og styring
 - Økonomistyring
 - Prosessplanlegging
 - Teambygging
 - Endringsledelse
 - Arbeidsgiverrollen
- Hvordan utøver jeg mitt personlige lederskap?
 - Egen lederstil – muligheter og utfordringer
 - Relasjonsledelse
 - Intern kommunikasjon (motivasjon, konflikthåndtering, formidling av ledelsesbudskap, muntlige og skriftlige presentasjoner osv)
 - Ekstern kommunikasjon, inkl. mediatrening

6. Vurdering og tilbakemelding

Deltakerne vil få tilbakemelding på sin innsats og utvikling i topplederprogrammet gjennom

- Prosessarbeid i mindre grupper
- Tilbakemeldinger på egne presentasjoner/innlegg i plenum
- Vurdering av skriftlig og muntlig presentasjon av fordypningsoppgave
”Trekantsamtale” med deltaker, arbeidsgiver og prosesskonsulent etter gjennomført program (frivillig).

Utgangspunktet for vurderinger og tilbakemeldinger vil være de utviklingsmål den enkelte deltaker, sammen med sin overordnede, har definert for deltakelsen samt det den enkelte viser av seg selv gjennom programmet.

7. Litteratur

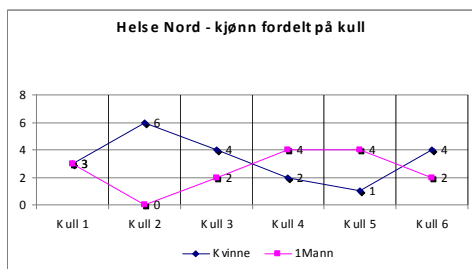
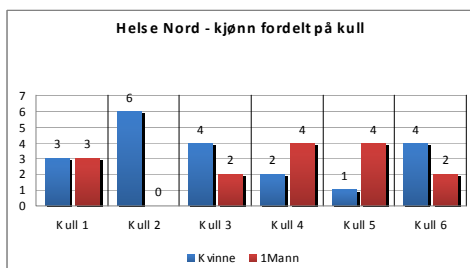
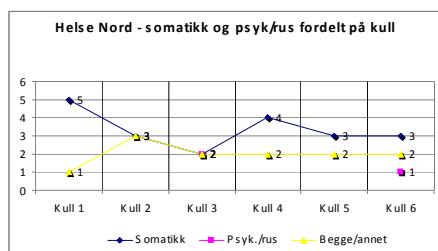
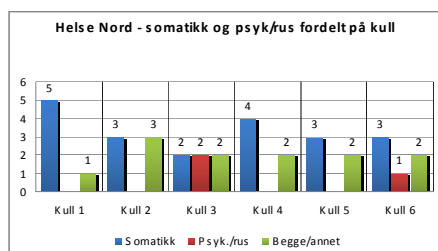
Det vil bli gitt henvisninger til nødvendig litteratur i forbindelse med fordypningsoppgaven. I tillegg vil det bli gitt litteraturhenvisninger til de ulike temaene som berøres i løpet av programmet.

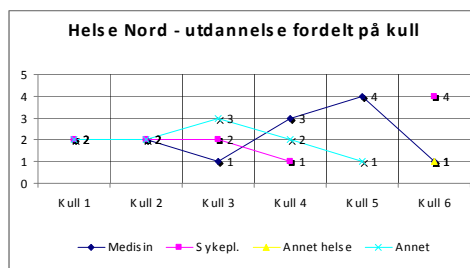
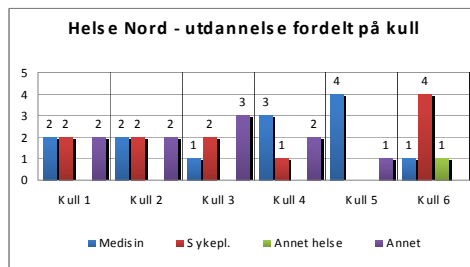
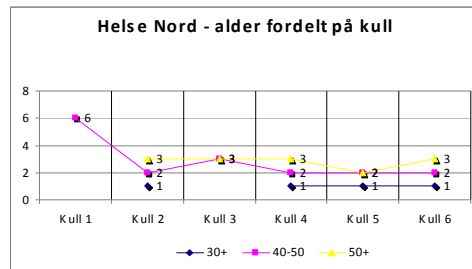
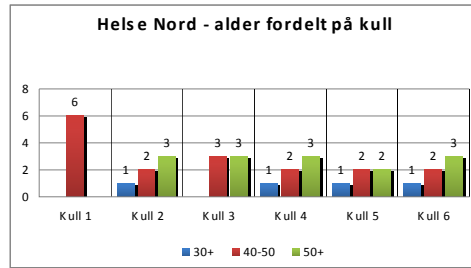
Nasjonalt Topplederprogram – statistikk

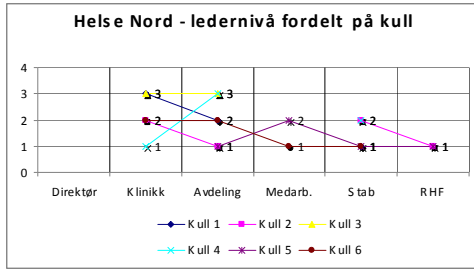
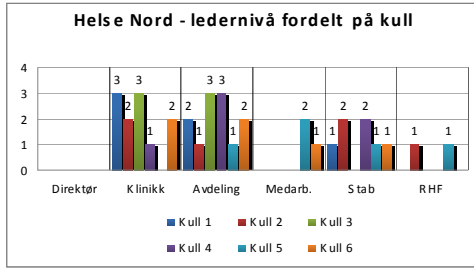
I dette vedlegget har vi presentert noe statistikk for kandidatene fra Helse Nord, de seks første kullene. Det betyr kullene frem til 2009.

Totalt er det 6 kandidater på hvert kull, slik at frem til 2009, har vi fått 36 kandidater gjennom programmet.

De ulike tabeller skal være selvforklarende, slik at det gis ikke ytterligere kommentarer.







Anbefaling etter evaluering av NTP

Til: RHF-direktørene

Fra: Styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak

Dato: 25.02.09

Sak: Ekstern evaluering av NTP – anbefalinger

Vi viser til rapporten Evaluering av Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene (NTP) av 31.12.08 som ble oversendt til de regionale helseforetakene fra Styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak den 26.1.09 sammen med et notat av 20.1.09 om økonomiske forhold.

Styringsgruppen har i møte 9.2.09 behandlet rapporten og vil i det følgende gi noen kommentarer til denne og noen anbefalinger til oppfølging.

1. Om rapportens datagrunnlag

Rapporten svarer i hovedsak på oppdraget, men har noen klare svakheter i datagrunnlaget. Spørreskjemaundersøkelsen gir et solid grunnlag for å trekke konklusjoner vedrørende deltakernes opplevelse av programmet. Rapportens svakeste punkt er det spinkle datagrunnlaget når det gjelder synspunkter fra deltakernes overordnede, HF-direktørene og andre sentrale aktører i spesialisthelsetjenesten.

2. Om rapportens konklusjoner

Rapporten konkluderer med at **NTP i hovedsak oppfyller programmets målsetninger og at disse målsetningene er i tråd med utfordringsbildet for helseledere**, slik departementet definerer dette. Programmet er spesielt sterke på å etablere et helhetlig perspektiv hos lederne og på personlig erkjennelse, begge deler grunnpilarer i programmets profil.

Med det alt overveiende positive evalueringresultatet, vil styringsgruppen **anbefale at NTP videreføres, og at programmets grunnleggende profil fortsatt legges til grunn**. Innenfor denne hoveddrammen, kommenteres rapportens forbedringsforslag nedenfor.

2.1 Forbedringsforslag

Styringsgruppen har spesielt merket seg forslag som kan bidra til å **øke sannsynligheten for varig utbytte av deltakelsen** både for den enkelte og for helseforetaket. Vi mener dette er et kjernepunkt i utviklingen av programmet og ser at foretakene kan ha **spesielt stort behov for utbytte innen planlegging og gjennomføring av endrings- og omstillingstiltak**.

2.1.1 Om erfaringsbasert læring vs teoretisk fokus

Styringsgruppen mener at ambisjonen om varig utbytte best kan realiseres ved å **videreføre og raffinere metodikken erfaringsbasert læring** som allerede i dag er en grunnpilar i programmet.

Metoden kan synliggjøres og rendyrkes gjennom

- **å gjennomgå alle hovedtemaene i programmet med ambisjon om å oppnå enda bedre deltakerinvolvering og læringseffekt**, herunder bør lærdom om endringsprosesser, som i praksis berøres i nesten alle foredrag og i mange av basisgruppeøvelsene, systematiseres og tydeliggjøres
- **å revidere opplegget for fordypningsoppgaven ved at deltakerne får ta med seg en konkret problemstilling fra foretaket inn i programmet**, gjerne i form av et forbedringsprosjekt som utredes og belyses gjennom teori og erfaringsutveksling og følges opp med gjennomføring etter endt program

- **å bedre kvaliteten på de obligatoriske samtaler mellom deltaker og overordnet før og etter programmet**, for eksempel ved å knytte arbeidet med problemstilling fra foretaket til målsettingsnotatet og ellers gjøre målene med deltakelsen mer konkrete og testbare.

Med utgangspunkt i erfaringsbasert læring, **anbefaler styringsgruppen ikke at programmet skifter fokus til et mer teoretisk program**, hvis man med dette mener at forelesninger om teoretiske begreper skal gå på bekostning av erfaringsbaserte innlegg. Mange av deltakerne har allerede ledelsesutdannelse fra universitet eller høyskole, og et 11 ukers kurs vil aldri kunne erstatte slike studier.

Dette er likevel ikke ensbetydende med at programmet ikke skal ha en solid forankring i forskningsbaserte metoder og at man innenfor de gitte hovedtemaene kan belyse erfaring og praksis også fra en teoretisk synsvinkel. **Styringsgruppen er åpen for å knytte til seg mer ledelsesfaglig kompetanse**, for eksempel som en støtte i revisjonen av programmet, men innser at en mer permanent ansettelse vil bety at den økonomiske rammen for programmet må utvides. Styringsgruppen er fornøyd med at ressursbruken til NTP er så vidt lav i forhold til f.eks AFFs Solstrandprogram. For øvrig kan programmets samlede faglige ekspertise styrkes ved at det på sikt knyttes ytterligere lederutviklingsressurser fra foretakene til programmet.

Når det gjelder anbefalingen om å styrke opplæringen i konkret metodebruk, er styringsgruppen i tvil om programmets målgruppe er den rette for slik opplæring. Vi er også i tvil om et nasjonalt program bør være bærer av en spesiell endringsmetodikk, siden foretakene ellers står fritt til å velge sine egne endringsverktøy. **Vi foreslår å opprettholde en mer overordnet tilnærming til endringsledelse**, med vekt på kultur og holdninger, men vil fokusere mer eksplisitt på metodevalgene i de mange casene om endring som blir presentert. Slik vil deltakerne bli kjent med noen hovedretninger innen endringsmetodikk. I tillegg vil deltakerne gjennom et revidert opplegg for fordypningsoppgave, få mulighet til å velge fordypning innen endringsmetodikk.

2.1.2. Rekruttering og programmets omfang

Styringsgruppen anbefaler at det arbeides videre i alle ledd med å sikre riktig rekruttering til NTP. Når det gjelder deltakernes profil, mener vi at vi med noen unntak, holder oss innenfor målgruppen. Ca to av fem fra hhv 2. og 3. linje og en av fem fra stab eller annet, er akseptabelt, men det er viktig å være oppmerksom på evt forskyvning over tid nedover i og utover linjen. **Styringsgruppen anbefaler en øvre aldersgrense på deltakere, for eksempel 60 år.**

Det er viktig å holde stramt på at deltakere på NTP skal være ansatte som allerede har vist stor evne og vilje til ledelse. En observasjon fra praksis er at ledere som er *på vei inn* i en topplederstilling (nivå 2 eller 1), ser ut til å ha spesielt stort utbytte av deltakelse. Det finnes noen eksempler på direkte ”feilsendinger”, men disse er ikke mange, og gjerne knyttet til kandidater som kommer inn i siste liten. Det er derfor viktig at alle regionene har en **gjennomtenkt reserveliste** som man kan plukke fra ved frafall.

Om man ønsker å innta en strengere praksis mht. reelle topplederkandidater, vil forslaget i evalueringsrapporten om å gå ned til ett kull i året kunne ha noe for seg. Da kunne man også vurdere å utvide programmet med 2-3 uker. **Gitt at målgruppen opprettholdes, anbefaler styringsgruppen å opprettholde to kull årlig** og mener at rekrutteringsgrunnlaget fortsatt er stort nok for dette.

Rapportens anbefalinger om rekrutteringsprosedyrene kan bære preg av uvitenhet om styringsgruppens rolle. NTPs programledelse bør ikke ha noe avgjørende ord i rekrutteringen. **Hvert RHF bør bestemme som i dag**, og kan gjerne utøve en noe sterkere styring over den endelige utvelgelsen. Samtidig er det greit at man internt i de ulike HF-ene har ulike prosedyrer for utvelgelse av kandidater. Det viktigste er at **linjen er involvert og at hvert forslag begrunnes fra foretakets ledelse**.

De ovenfor nevnte forslag til tiltak er dimensjonert for å tilpasses dagens ressursrammer for arbeidet med nasjonale ledelsesutviklingstiltak. Om man ønsker å utvikle den nasjonale satsingen med flere tiltak kunne det **etableres et slags nasjonalt senter for ledelse**, og evalueringsrapporten kunne være en anledning til å blåse liv i denne ideen. Et senter med utvidet aktivitet ville i tillegg gjøre nasjonal ledessatsing som eivirkemiddel mer robust både personellmessig og faglig.

Eksempler på aktiviteter som kunne tilbys i tillegg til det ”tradisjonelle” topplederprogrammet er tiltak innen endringsledelse, operasjonalisere kjerneverdiene i ulike kursopplegg (kvalitet, trygghet, respekt) og evt. mer skreddersydde program tilpasset ny politikk eller nye behov.

Styringsgruppen mener det er en forutsetning for lykkes med et evt. nasjonalt senter at man opprettholder den nære tilknytningen til RHF-ene. En god forankring i sektoren gir store gevinster i forhold til bl.a. relevans og rekruttering, som det vil koste mye markedsføring og tilleggsressurser å få like bra.

3. Anbefalinger

Styringsgruppen anbefaler at

- 1) NTP videreføres med programmets grunnleggende profil som utgangspunkt
- 2) det gjennomføres tiltak for å sikre varig utbytte av deltakelsen, spesielt innen endring og omstilling, herunder
 - i) gjennomgå alle hovedtemaene i programmet med ambisjon om å oppnå enda bedre deltakerinvolvering og læringseffekt
 - ii) revidere opplegget for fordypningsoppgaven ved at deltakerne får ta med seg en konkret problemstilling fra foretaket inn i programmet
 - iii) bedre kvaliteten på den obligatoriske samtalen mellom deltaker og overordnet før og etter programmet
- 3) staben ved NTP suppleres med ledelsesfaglig kompetanse, og det settes av tilleggsressurser til dette.
- 4) RHF-ene opprettholder kontrollen med rekruttering av sine egne som i dag, og arbeider videre med å sikre riktig rekruttering til NTP, herunder
 - i) holde stramt på at deltakere på NTP skal være ansatte som allerede har vist stor evne og vilje til ledelse
 - ii) kreve at linjen i HF-ene er involvert og at hvert forslag begrunnes fra foretakets ledelse
 - iii) innføre en øvre aldersgrense for deltakelse på 60 år
 - iv) sørge for at alle regionene har en klarert reserveliste
- 5) to kull årlig opprettholdes (gitt at målgruppen videreføres)
- 6) styringsgruppen utreder behov for utvidede oppgaver og dannelse av et mer permanent nasjonalt senter for ledelse.

Lederutviklingsprogram 2008-2010 – Helse Finnmark

Målgruppe

Programmet retter seg mot alle med lederansvar både i kliniske, merkantile og andre funksjoner. Programmet skal passe både for nye ledere og erfarne ledere, fordi programmet søker å møte den enkelte i sin hverdag. Antall deltakere på hvert program er 21 stk.

Målgruppen er avdelingsoverleger, avdelingssjefer/avdelingsledere og avdelingssykepleiere i foretaket.

Ramme

Programmet er basert på 4 samlinger av 2 dagers varighet. Mellom hver samling skal deltakerne gjennomføre tiltak knyttet til eget lederskap.

Kostnader

Direktøren dekker direkte kostnader knyttet til utvikling og gjennomføring av programkonseptet (materiell, pensumbok), samlingene på hotell, innleide forelesere, samt reise og opphold på kurssted. Det avsettes ikke ressurser til avdelingene så disse må selv sørge for tilstrekkelig bemanning innenfor eget budsjett.

Samlinger

4 samlinger á 2 dager. Det skal gjennomføres en evaluering etter hver samling.

Samlinger	Tidspunkt
Samling 1	Februar
Samling 2	April
Samling 3	September
Samling 4	November

Case

Etter 2. og 3. samling vil deltakerne få utlevert en case som de skal løse parvis. Disse skal innleveres med 2 ukers frist før neste samling. Ved samling 3 og 4 vil det legges opp til fremlegg av 5 besvarelser slik at alle deltakerne vil måtte presentere eget arbeid i løpet av programmet. Fremlegget beregnes til 10 min pr presentasjon.

Basisgrupper

Til programmet tas det opp 21 deltakere. Storgruppen deles inn i grupper á 7 deltakere. Basisgruppene har de samme medlemmene gjennom hele programmet. Basisgruppene er en arena for erfaringsbasert læring. Basisgruppene er også en arena for å diskutere/få en tilbakemelding på egen ledergjerning. På samlingene foregår det meste av prosessarbeidet i gruppene. Storgruppen brukes til faglige forelesninger, debatter og oppsummeringer.

Arbeidsgruppe

Består av 4 deltakere. Ny arbeidsgruppe er under etablering. Foreløpig består den av Liss Heidi Pettersen, Marianne Sivertsen Næss og Violet K. Bjørgve (faglig ansvarlig).

PROGRAM

Før deltakerne møter til 1 samling skal de ha gjort følgende forberedelser;

- Skrive et notat om seg selv som leder og velge seg et lederprosjekt basert på utfordringer en opplever i egne lederrolle.

1. samling	Perspektiver på ledelse og utfordringer
	▪ Virksomhetens verdier, mål og rammer - Ledelsesmessige utfordringer.
	▪ Helse Nord, styringsstrukturer
	▪ Hovedvernombud, tillitsvalgte, vernetjenesten
	▪ Ledesperspektivet
	▪ Innføring 360° test
Forslag: foredragsholdere: Eva Håheim Pedersen / Helse Nord RHF Ekstern foreleser innenfor nyere lederskapsteori og verdibasert ledelse: Olav Daae v/Høgskolen i Harstad	

Mellomperiode 1

Gruppene får en mindre oppgave som de skal forberede til neste samling. Hver deltaker får en individuell oppgave knyttet til eget lederskap og rolleforventninger. Gjennomføring av 360° lederevaluering.

2. samling	Det personlige lederskap.
	▪ 360° test – lederstilindikator. Forteller noe om din egen opplevelse av deg i rollen som leder i forhold til andres opplevelse av deg som leder
	▪ Personlighet og ledelse (selvinnsikt og utvikling av andre) <ul style="list-style-type: none">○ Det personlige lederskapet
	▪ Case: det personlige lederskapet og egen lederrolle
Forslag: foredragsholdere: Berit Irene Antonsen v/UNN. Ekstern foreleser: ?	

Mellomperiode 2

Gruppene får en case som de skal løse til neste samling.

3. samling	Endringsledelse – har jeg handlekraft og endringsvilje?
	▪ Trekk ved organisasjoners <ul style="list-style-type: none">○ Formelle elementer; strategi, struktur og systemer○ Uformelle elementer; kultur og maktforhold
	▪ Kultur for endring; handlekraft og endringsvilje
	▪ Endringsprosessen – en oversettelsesprosess <ul style="list-style-type: none">○ årsaker til motstand○ den positive motstanden○ endringsutfall
Foredragsholdere:, Dag Ingvar Jacobsen v/Universitetet i Agder	

Mellomperiode 3

Gruppene får en case som de skal løse til neste samling.

4. samling	Kommunikasjon og ledelse
	<ul style="list-style-type: none">▪ Bevissthet rundt eget omdømme (verdier+atferd+kultur = omdømme) Organisatorisk omdømme: hvordan intern selvforståelse og ønsket omdømme legger føringer på de utadvendte sidene.
	<ul style="list-style-type: none">▪ Informasjon og kommunikasjon Medias rolle
	<ul style="list-style-type: none">▪ Case: Hvordan internt bli bevisst eget omdømme og hvordan kommunisere internt og eksternt?
Forslag foredragsholdere: Arild Wæraas v/Universitetet i Tromsø. Journalist ?	
Egne ressurser: Marit Kvarum	

Oppfølging

Det gis mulighet til å arrangere en årlig samling etter at programmet er avsluttet. Dette må gruppene selv arrangere og finansiere av egen budsjetter. Dersom det er ønskelig å bruke ekstern foreleser til samlingen så vil foretaket dekke en ekstern foredragsholder.

Sluttevaluering helsemasteren – kull I

I hvilken grad har dine forventninger til det faglige innholdet blitt innfridd i følgende tema:	Liten grad				Stor grad
1. Helseøkonomi			1	4	7
2. Finansiering og resultatmåling			2	4	6
3. Etikk og ledelse			1	5	6
4. Økonomi og aktivitetsstyring				5	7
5. Ledelse av ekspertorganisasjoner			1	5	6
6. Endring og endringsledelse		1	3	4	4

I hvilken grad mener du at du har fått innsikt i følgende områder:	Liten grad				Stor grad
1. Samspill mellom politikk, administrasjon og fag				6	5
2. Rammevilkår for utøvelse av ledelse			3	4	5
3. Økonomistyring internt i sykehuset			3	5	4
4. Økonomiske rammer for spesialisthelsetjenesten		1		4	6
5. Reformert i offentlig sektor			1	3	8
6. Helsereitt		2	2	6	2
7. Prioriteringsproblemer i helsesektoren			2	7	3

I hvilken grad er du enig i følgende utsagn:	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
1. Jeg har lært nok om ledelsesspørsmål		8	3	
2. Jeg har fått nok innsikt i økonomiske problemstillinger	2	8	1	
3. Jeg har lært tilstrekkelig mye om organisering av helsesektoren	5	6		
4. Jeg har fått mer tillitt til mine egne muligheter for å utøve ledelse gjennom studiet	5	5	1	
5. Jeg har personlig hatt stort utbytte av studiet	11			
6. Jeg har utviklet meg positivt som leder gjennom studiet	4	6		
7. Den sosiale delen av studiet har vært viktig for min egen læring	3	7	1	
8. Det er viktige tema som ikke har vært tatt opp under studiet	1	5	4	1
9. Studiet burde vært organisert på andre måter		1	5	3

Kommentarer:

Til punkt 8) – (Det er viktige tema som ikke har vært tatt opp under studiet) Eventuelt hvilke tema:

- Lederutvikling
- Mer innovasjon i siste modul
- Personlig lederutvikling
- Utfordringer og problemstillinger knyttet til psykisk helsevern

Til punkt 9) – (Studiet burde vært organisert på andre måter) – Begrunn eventuelt dette:

- Begynne med organisasjonsteori

Gi eventuelle kommentarer her som gjelder gjennomføringen av studiet fra oppstart og til avslutning 1. desember 2006.

- Meget lærerikt, nyttig og ganske utfordrende. Krever nok mer arbeidsinnsats enn jeg hadde forventet på forhånd. Det sosiale har fungert over all forventning, tross betydelige forskjeller i bakgrunn. Særdeles godt utvalgte forelesere, - jeg er imponert over arbeidet som er lagt ned i planleggingen og organiseringen.
- Kjempefornøyd med alt. Har ikke lært nok og det betyr at jeg kan tenke meg å lære mer. Det samme gjelder innsikt i økonomiske problemstillinger.
- Mulig at rekkefølgen på de ulike modulene burde vært stokket om. Eks. siste samling kunne kanskje vært "etikk".
- Jeg er svært fornøyd
- Enkelt personer virker å ha hatt større innflytelse enn andre i opplegg og regi.

Helse Master i Helse Nord;

Innhold, målgruppe og foreløpige resultater.

Innhold

Masterprogrammet er bygget opp med 6 moduler på 10 studiepoeng og med påfølgende masteroppgave med følgende faglige sammensetning:

	Studiepoeng	Hovedtema pr modul
Modul 1	10	Samfunnsøkonomi og finansieringssystem – helseøkonomi – kost- nytte – NPM mv
Modul 2	10	Rammebetingelsene for helsesektoren – helheten og de ulike rollene. Ledelse av ekspertorganisasjoner – kunnskapsorganisasjoner – profesjonsorganisasjoner
Modul 3	10	Organisasjon – kultur – struktur – innovasjon og prestasjonsutvikling
Modul 4	10	Etikk og ledelse i helsesektoren – etiske dilemmaer mv Prioriteringer
Modul 5	10	Virksomhetsstyring og økonomistyring
Modul 6	10	Medisinsk utvikling – medisinsk statistikk, epidemiologi og metodevurdering
Masteroppgave	30	Oppgaven som et selvstendig arbeid, inkludert nødvendig opplegg rundt forskningsmetodikk og vitenskapsfilosofi

Målgruppe

Deltakere på studiet er 25 - 30 ledere i helseforetakene, fortrinnsvis kliniske ledere og med vekt på å få med legeledere. Opptak skjer i samarbeid mellom partene, men helseforetakene har et sentralt rekrutteringsansvar. Opplegget skal sikre at det ivaretas en målsetting om en kulturskapende dimensjonen ved å kjøre et felles løp for studentene. Ressursmessig vil det også være mest effektivt. Dvs at det vil ikke være avgjørende at det gis et bredt og variert studietilbud. Det er viktigere å skape "klasseeffekt" og kulturbygging rundt dette innenfor et kvalitativt godt opplegg med relevant innhold mht lederhverdagen.

Forutsetningen er at det teoretiske stoffet må kunne anvendes i egen praksis for dermed å komme til nytte for både avdelingen og sykehuset, og helseregionen som helhet. Prosjekter underveis og masteroppgavene bør fortrinnsvis ta utgangspunkt i "dagsaktuelle utfordringer" og det teoretiske stoffet må kunne anvendes til å analysere en relevant problemstilling. På denne måten vil teorien bli knyttet til og anvendt på egen ledersituasjon og kunne komme til direkte nytte både for den enkelte leder og Helse Nord.

Opptak og gjennomføring

Følgende resultater har vi så langt for de to kullene med mastere.

Helseforetak	Kull I		Kull II		Sum	
	15 kv	12 m	15 kv	12 m	30 kv	24 m
Helgelandssykehuset:	2		2		4	
Nordlandssykehuset	9		5 + 1		15	
Hålogalandssykehuset	3		-		3	
Universitetssykehuset	8		14		22	
Helse Finnmark	3		2		5	
Helse Nord RHF	2		2		4	
Norsk Luftambulans			1		1	
Sum	27		27		54	

Oppsummering for kull I; totalt 27 studenter - 15 kvinner og 12 menn (i tillegg var det 2 studenter som startet men falt fra ila første semester, 1 kv og 1 mann)

Av de 27 har alle 27 fullført studiet og levert masteroppgave. De 3 siste leverte ved årsskifte 2008/2009.

I **vedlegg 5** presenteres en sluttevaluering som Handels Høgskolen i Bodø fikk gjort etter det første kullet.

Oppsummering for kull II: 27 studenter - 15 kvinner og 12 menn (i tillegg har 1 student falt fra ila første semester pga sykdom). Siden utdanningen ikke er ferdig, har vi ikke fått endelige resultater på gjennomføring, men så langt har alle levert og bestått de første 5 av 6 paper. Siste paper før start med Masteroppgaven, leveres 02. juni.

Saksbehandler: diverse

STYRESAK 61-2009 REFERATSAKER

Møtedato: 22. juni 2009

Vedlagt oversendes kopi av følgende:

1. E-post av 20. mai 2009 fra Landsforeningen for Polioskadde, lag for Troms og Nordland med uttalelse ad. oppfølgingskontroller og rehabiliteringstilbud i helseregion Nord
2. Brev av 13. mai 2009 fra Arbeidstilsynet til Helse Finnmark HF ad. lukking av pålegg av 28. mai 2008
Brevet er unntatt off., jf. Offl. § 13.1.
3. Brev av 20. mai 2009 fra Helsetilsynet i Finnmark ad. tilsynssak mot NN
Brevet er unntatt off., jf. Offl. § 13.1.
4. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, den 29. april 2009
5. Brev av 28. april 2009 fra Arbeidstilsynet til Helgelandssykehuset HF ad. vedtak om pålegg – God Vakt!

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

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, den 12. juni 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler:

STYRESAK 61-2009/1

**E-POST AV 20. MAI 2009 FRA LANDSFORENINGEN
FOR POLIOSKADDE, LAG FOR TROMS OG
NORDLAND MED UTTALELSE AD.
OPPFØLGINGSKONTROLLER OG
REHABILITERINGSTILBUD I HELSEREGION NORD**

Møtedato: 22. juni 2009

Se vedlagt kopi.

Postmottak Helse Nord

Fra: Leif Erik Storø TLFPS [myleif@bluezone.no]
Sendt: 20. mai 2009 01:44
Til: Postmottak Helse Nord
Kopi: Trygve Stenvik; Stein Johnsen; Roald Wikran
Emne: OPPFØLGINGSKONTROLLER OG REHABILITERINGSTILBUD FOR POLIOSKADDE I
 HELSEREGION NORD
Vedlegg: Brev til Helse Nord mai 09-KF.doc

Hei!

Jeg sender over en uttalelse til Helse Nord v/fagdirektør Jan Norum og Styret i Helse Nord, fra Nordland og Troms lag for polioskadde under LFPS, Landsforeningen For Polioskadde.

Kopi går til LFPS ved Stein Johnsen og Trygve Stenvik, og til NHF Nord Norge ved Roald Wikran.

Med vennlig hilsen Leif Erik Storø, leder for Troms lag for polioskadde.

PS: Ønsker tilbakemelding på at e-post melding er mottatt og at den kan bringes videre til adressat.

HELSE ●●● NORD RHF
Arkivsaksnr.: 200800115 - 60
Jour.dato: 25 MAI 2009
Arkivnr.: 327
Saksbeh.: LI

Kopi: LHV, JW, LI?

Til
Helse Nord v/fagdirektør Jan Norum
og Styret i Helse Nord

VEDR. OPPFØLGINGSKONTROLLER OG REHABILITERINGSTILBUD FOR POLIOSKADDE I HELSEREGION NORD

Behandling og oppfølging av Seinskader etter poliomyelitt er lite kjent blant fastleger, fysioterapeuter og annet helsepersonell i og utenfor sykehusene i Helse Nord. Dette på tross av at poliioskadde er den største diagnosegruppen innen NHF.

- Etter diagnostisering av seinskader, føler de fleste behov for oppfølgingskontroller i spesialisthelsetjenesten. Dette var tidligere prioritert som satsingsområde for FMR/UNN, men ble nedprioritert på grunn av budsjettinnskrenkninger. – Behovet er absolutt til stede, ikke minst fordi kunnskaper om og forståelse av seinskader etter polio er lite kjent blant helsepersonell generelt i vår region.
- Valnesfjord Helsesportssenter er tildelt oppgaven med å gi rehabiliterings- og opptreningstilbud for oss. Når vi søker om treningsopphold, får vi tilbakemeldinger om at vi ikke er en prioritert diagnosegruppe, og at ventetiden er lang. De vil heller ikke ta oss inn i poliogruppe slik de tidligere har gjort.
- Poliioskadde som er "friske nok" til å få behandlingsreise, håper i beste fall å få behandlingsreise hvert annet år. Det skjer ofte store endringer i mellomtiden, og slitasjene øker både fysisk og psykisk.
- Poliioskadde som ikke er "kvalifisert" for behandlingsreise (i forhold til Rikshospitalets kriterier), står nær sagt uten behandlingstilbud. Dette avgrenses blant annet av antall rullestoler flyene aksepterer, hvorvidt den poliioskadde er avhengig av bistand til daglige aktiviteter osv.

Helsedirektoratet har satsset sterkt på å få utarbeidet kompetanse på rehabilitering, og har fått utarbeidet "Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling". (<http://www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet/aktivitetshandboken/>). Boken er utsendt til alle landets leger, og omtaler også seinskader etter polio. Vi håper denne boken kan bidra til at flere poliioskadde blir utredet, da det antas å være store mørketall med udiagnostiserte polioseinskader i regionen.

Poliioskadde bor spredt i helseregionen, avstandene er lange og kostbare, og det er vanskelig å finne naturlige møteplasser for utveksling og erfaring, og ikke minst – bli forstått av andre. Seinskader er heller ikke kjent i den allmenne befolkningen, og vi får derfor i liten grad dekket våre behov for gjenkjennelse, anerkjennelse og støtte. Derfor er kontinuitet i utredning, oppfølging og behandling så viktig for å kunne få vurdert endringene som skjer i helsetilstanden, trene opp og vedlikeholde funksjoner, og forebygge mot overbelastninger.

På bakgrunn av dette, ber vi Helse Nord om å satse sterkere for et bedre oppfølgings- og opptreningstilbud for polioskadde i regionen, og vil gjerne samarbeide om utforming av et mer helhetlig og bedre tilbud. Det er kun i spesialisthelsetjenesten (FMR/UNN og Valnesfjord Helsecenter) at kunnskapene om seinskader er tilgjengelige.

For LFPS Nordland og LFPS Troms

Gunnar Olsen
Leder LFPS Nordland

Leif-Erik Storø
Leder LFPS Troms

Kopi:
Hovedstyret i LFPS

Saksbehandler:

STYRESAK 61-2009/2

**BREV AV 13. MAI 2009 FRA ARBEIDSTILSYNET TIL
HELSE FINNMARK HF AD. LUKKING AV PÅLEGG AV
28. MAI 2008**

Brevet er unntatt off., jf. Offl. § 13.1.

Møtedato: 22. juni 2009

Saksbehandler:

STYRESAK 61-2009/3

**BREV AV 20. MAI 2009 FRA HELSETILSYNET I
FINNMARK AD. TILSYNSSAK MOT NN**

Brevet er unntatt off., jf. Offl. § 13.1.

Møtedato: 22. juni 2009

Saksbehandler:

STYRESAK 61-2009/4

**PROTOKOLL FRA MØTE I REGIONALT
BRUKERUTVALG, DEN 29. APRIL 2009**

Møtedato: 22. juni 2009

Se vedlagt kopi.

Adresseliste

PROTOKOLL - MØTE I REGIONALT BRUKERUTVALG 29.04.2009

Regionalt brukerutvalg, Helse Nord avholdt møte 29.04. 2009 på Rica hotell, Bodø
Kl. 13.00 – 14.30

Tilstede:

Sissel brufors Jensen, FFO Nordland, leder
Ragnar Moan, RIO Nord, nestleder
Mildrid Pedersen, FFO Troms
Asle Sletten, FFO Troms
Arnfinn Sarilla, FFO Finnmark
Ragnvald Mortensen, FFO Nordland
Ernly Eriksen, SAFO
Ernst Eidem, Fylkeseldrerådet, vara for Turid Gaarder

Arnborg Ramsvik, Helse Nord RHF

Meldt forfall: Turid Gaarder, Fylkeseldrerådet

Ragnvald Mortensen, FFO Nordland fratradte møtet kl. 13.50

Saksliste:

Sak 15 / 2009: Innkalling og godkjenning av saksliste

Sak 16 / 2009: Godkjenning av protokoll fra møte 11.02.09

Sak 17 / 2009: Styresaker

Sak 18 / 2009: Orienteringssaker

Sak 19 / 2009: Oppsummering av Brukerkonferansen 2009

Sak 20 / 2009: Eventuelt

Sak 15 / 2009: Innkalling og godkjenning av saksliste

Til eventuelt:

1. Punkt. 5 styresak 34-2009, styremøte 22.04.09

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjent

Sak 16 / 2009: Godkjenning av protokoll fra møte 11.02.09

Vedtak: Protokoll fra møte 11.02.2009 godkjent

Sak 17 / 2009: Styresaker

Det ble ikke orientert om noen styresaker i dette møtet. Gjennomgang av kommende styresaker i neste møte.

Ambulansesebåt, Helgeland kan være sak av interesse for RBU.

Byggesaker kan være saker av interesse for RBU

Vedtak: RBU påpeker viktigheten av at brukerne kommer tidlig inn i prosessen ved planlegging av bygningsmessig art.

Sak 18 / 2009: Orienteringssaker

1. RBU's hørings svar på forskningsstrategien

Vedtak : tatt til orientering

2. Referat fr Brukerutvalget på UNN HF.

RBU savner referat fra de øvrige HFenes brukerutvalg. Brukerutvalgene oppfordres til å melde saker de ønskes løftet, til RBU

Vedtak: Referat BU, UNN HF tatt til orientering.

RBU sender henstilling om å motta protokoll fra de øvrige HF's brukerutvalg.

3. Styresak 21-2009: Parkeringsforhold ved sykehusene i Helse Nord

Vedtak: tatt til orientering

4. Tilbakemelding på sak 14 / 2009: Rio Nord bekymringsmelding vedr. NAV pasientformidling / HELFO

HELFO Pasientformidling het tidligere NAV Pasientformidling. HELFO er en forkortelse for Helseøkonomiforvaltningen.

HELFO og dermed HELFO Pasientformidling har gått ut av NAV og er en egen enhet. De sorterer nå under Helsedirektoratet. Resten av NAV sorterer under Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Til opplysning er HELFO fremdeles plassert under NAV sine nettsider.

Konkret i forhold til spørsmålene om kjøp av behandlingsplasser v/ fristbrudd for pasienter som har blitt henvist til spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk og Helse Nord sitt ansvar for kvalitetssikring med mer:

HELFO Pasientformidling har egne avtaler med rusbehandlingsinstitusjoner helt uavhengig av Helse Nord. Med andre ord er ikke kjøp av slike fristbruddplasser noe Helse Nord har kontroll over eller ansvar for.

Den riktige plassen å sende henvendelser om dette blir dermed:

HELFO Pasientformidling

Postadresse: Serviceboks 1412, 1602 Fredrikstad

Alternativt kan henvendelser også rettes direkte til Helsedirektoratet, som er overordnet myndighet.

Sak 19 / 2009: Oppsummering av Brukerkonferansen 2009

Underveis i Brukerkonferansen kommet mange gode tilbakemeldinger. Spesielt er det gitt tilbakemelding på svært gode faglige foredrag fra Helse Nord RHF. En så det positive i å legge konferansen til Bodø for dermed lettere å ha tilgang på foredragsholdere fra RHFet.

Brukerprisen 2009 utdelt for første gang. Prisen gikk til Birgit Granhaug, Mo i Rana.

Sak 20 / 2009: Eventuelt

1. Punkt. 5 styresak 34-2009, styremøte 22.04.09

34-2009, p. 5: Foretakene må samarbeide med ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten i utarbeidelsen, gjennomføring og oppfølging av omstillingstiltakene. Det må gjennomføres konsekvensanalyser av omstillingstiltakene i fht. pasienttilbud og ansattes arbeidsmiljø, og det skal være forutsigbarhet og ryddighet i prosessene.

Vedtak: RBU ber om at brukermedvirkning også tas med som en naturlig del av omorganiseringen.

Saksbehandler:

STYRESAK 61-2009/5

**BREV AV 28. APRIL 2009 FRA ARBEIDSTILSYNET TIL
HELGELANDSSYKEHUSET HF AD. VEDTAK OM
PÅLEGG – GOD VAKT!**

Møtedato: 22. juni 2009

Se vedlagt kopi.



Arbeidstilsynet

VÅR DATO
28.04.2009

VÅR REFERANSE
2008/36383 37588/2009

DERES DATO

DERES REFERANSE

HELSE	000	MONS	1	VÅR SAKSBEHANDLER Aif Brattereg tlf 950 55 551
Arkivsak nr.	200800157 - 3			
Utdato:	08 JUN 2009			
Arkivnr.	302			
Saksnr.	GBAA			

Helgelandssykehuset
Foretaksledelsen
8607 Mo i Rana

KOPI

Kopi: LHV, U7

VEDTAK OM PÅLEGG - GOD VAKT!

Det vises til varsel om pålegg av 12.11.2008, samt til foretakets tilbakemelding av 19.12.2008. Vi vil sterkt beklage at det på grunn av interne forhold har tatt lang tid å gjennomføre den videre behandlingen av saken.

Begrunnelse for pålegg

I sitt tilsvarende aksepterer foretaket de beskrivelsene som ligger til grunn for de varslede påleggene:

1. Til det varslede pålegget, deltakelse i helse-, miljø og sikkerhetsarbeidet fra legene, anfører foretaket at ingen utelukkes fra å delta i de fora hvor arbeidsmiljøet diskuteres, men at de ansatte selv må ta initiativ til å frigjøre seg fra andre oppgaver for å delta. Arbeidstilsynet vil til dette nevne at det er arbeidsgivers plikt å sørge for at helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet fungerer på arbeidsplassen, jf arbeidsmiljøloven § 2-1. Samtidig har alle arbeidstakere plikt til å medvirke ved utforming, gjennomføring og oppfølging av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, jf arbeidsmiljøloven § 2-3. Arbeidsgiver må derfor sørge for å gjøre de organisatoriske endringer som er nødvendig både for å tilrettelegge for deltakelse og for å pålegge deltakelse fra alle yrkesgrupper i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet.
2. Til det varslede pålegget om å sørge for å gi ansatte opplæring i det databaserte avvikssystemet (DocMap) anfører foretaket at det er gjort et omfattende arbeid for å sette de ansatte i stand til å håndtere systemet, men at det gis tilbakemeldinger på at ansatte fremdeles føler seg usikker. Kvalitetsleder arbeider derfor med nye metoder som en håper skal endre situasjonen til det bedre. Arbeidstilsynet verdsetter det arbeidet som gjøres for å bedre situasjonen, men velger allikevel å opprettholde pålegget.

Pålegg

Arbeidstilsynet har hjemmel til å gi pålegg og til å sette vilkår i arbeidsmiljøloven § 18-6 første og sjettede ledd. På bakgrunn av det ovennevnte gis det følgende pålegg:

1. Delaktighet fra alle yrkesgrupper

Virksomheten må iverksette tiltak slik at legene får delta i møtearenaer felles med andre yrkesgrupper, for å sikre dialog og samarbeid, jf. forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) § 5 andre ledd nr. 2. Dette er viktig for at arbeidstakerne skal kunne delta i utøvelsen av internkontroll slik internkontrollforskriften stiller krav om i § 4, andre ledd.

Forslag til frist for gjennomføring: 1. oktober 2009

POSTADRESSE
Postboks 343
9305 Finnes
Norge

E-POST
nord-norge@arbeidstilsynet.no
INTERNETT
www.arbeidstilsynet.no

TELEFON
81 54 82 22
TELEFAKS
77 85 01 21

ORGANISASJONSNR
974771713



Vilkår: Pålegget anses som oppfylt når Arbeidstilsynet har mottatt en skriftlig redegjørelse for hvordan pålegget er oppfylt og referat som viser at pålegget er blitt behandlet i foretakets arbeidsmiljøutvalg. Dersom hovedverneombudets oppfatning avviker fra arbeidsgivers, skal vi gjøres kjent med dette.

2. Avvikssystem

Virksomheten må gjøre tiltak for å gi ansatte opplæring i databasert avvikssystem (DocMap), jf. forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) § 5 andre ledd nr. 2. Dette er viktig for at arbeidstakerne skal kunne delta i utøvelsen av internkontroll slik internkontrollforskriften stiller krav til i § 4, 2. ledd.

Forslag til frist for gjennomføring: 1. oktober 2009

Vilkår: Pålegget anses som oppfylt når Arbeidstilsynet har mottatt en skriftlig redegjørelse for hvordan pålegget er oppfylt og referat som viser at pålegget er blitt behandlet i foretakets arbeidsmiljøutvalg. Dersom hovedverneombudets oppfatning avviker fra arbeidsgivers, skal vi gjøres kjent med dette.

Mulige konsekvenser av at påleggene ikke oppfylles innen fristen

Hvis Arbeidstilsynet ikke har mottatt skriftlig tilbakemelding om at pålegget er oppfylt innen fastsatt frist, kan Arbeidstilsynet ilegge en løpende tvangsmulkt eller engangsmulkt, jf. arbeidsmiljøloven § 18-7. Arbeidstilsynet kan også helt eller delvis stanse virksomhetens aktiviteter inntil pålegget er etterkommet, jf. arbeidsmiljøloven § 18-8.

Klagerett

Vedtaket kan påklages etter forvaltningsloven § 28. Fristen for å klage er tre uker fra mottak av dette brevet. Direktoratet for arbeidstilsynet er klageinstans. Klagen skal sendes Arbeidstilsynet Nord-Norge. For nærmere fremgangsmåte ved klage, vises det til vedlagte orientering.

Orientering til verneombud/ ansattes representant

Etter arbeidsmiljøloven §§ 6-2 sjette ledd og 18-6 åttende ledd skal verneombudet, eventuelt tillitsvalgte og ansattes representanter gjøres kjent med de pålegg som gis. Kopi av vedtaket er vedlagt.

Med hilsen
Arbeidstilsynet Nord-Norge

Roy Nordfonn
tilsynsleder
(sign.)

Alf Bratteng
seniorinspektør
(sign.)

Dette brevet er godkjent elektronisk i Arbeidstilsynet og har derfor ingen signatur.



Kopi til:

Hovedverneombud Jim Roger Fagerdahl, Postboks 613

Helgelandssykehuset

Helse Nord RHF

Fylkesmannen i Nordland, asvd. Helse

Hovedtillitsvalgte i Helgelandssykehuset

(distribueres av foretaket selv)

8801 Sandnessjøen

8032 Bodø

8002 Bodø

Vedlegg: Melding om rett til å klage over forvaltningsvedtak

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

STYRESAK 62-2009 EVENTUELT

Møtedato: 22. juni 2009