

Møtedato: 29. mars 2012
Arkivnr.: 2011/308-22/012

Saksbeh/tlf: diverse

Dato: 16.3.2012

Styresak 42-2012 Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
3. Desentralisert tjenester i Helse Nord – økonomiske besparelser
4. Felles innføring av kliniske systemer (FIKS) – informasjon om status
5. Rekruttering av ambulanséfagarbeidere

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

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, den 16. mars 2012

Lars Vorland
Adm. direktør

Møtedato: 29. mars 2012
Arkivnr.: 2011/308-22/012

Saksbeh/tlf: Bjørn Kaldhol, 901 75 401

Dato: 16.3.2012

Styresak 42-2012/1 Informasjon fra styreleder til styret

Legges frem muntlig av styreleder.

Møtedato: 29. mars 2012
Arkivnr.: 2011/308-22/012

Saksbeh/tlf: Lars Vorland, 75 51 29 10

Dato: 16.3.2012

Styresak 42-2012/2 Informasjon fra adm. direktør til styret

Legges frem muntlig av adm. direktør.

Styresak 42-2012/3 Desentraliserte tjenester i Helse Nord – økonomiske besparelser

Det vises til styremøte i Helse Nord RHF, den 23. november 2012 og behandling av *styresak 141-2011 Eventuelt*, punkt 3. Følgende ble protokollført:

Styremedlem Line Miriam Sandberg ønsket å gi en positiv tilbakemelding om de gode prosessene som Helse Nord gjennomfører, f.eks. dialyse- og lysbehandling i distriktene. Hun stilte spørsmål om det finnes dokumentasjon på de økonomiske besparelser som samfunnet har, fordi det er innført desentraliserte tjenester på en rekke områder.

Styret ber adm. direktør om å legge frem en dokumentasjon om de økonomiske besparelsene ved innføring av desentraliserte tjenester.

I denne orienteringssaken vil vi først belyse den økonomiske sammenhengen mellom pasientreiser og behandling. Deretter vil vi beskrive kostnadsutviklingen på pasientreiseområdet fra 2003, året før helseforetakene overtok finansieringsansvaret, og fram til i dag.

Vi vil også forsøke å belyse hvilke tiltak som er satt i verk av desentraliserte behandlingstilbud som medfører mindre reisevirksomhet, og hvilke økonomiske vurderinger som er lagt til grunn for noen enkelttiltak.

Kvalitet, trygghet og respekt

Med denne saken ønsker adm. direktør å bidra til *trygghet* for at helseforetakene forvalter ressurser på en slik måte at det gir bedre tilgang til helsetjenester, nærmest mulig der pasienten bor, når det er faglig forsvarlig og økonomisk lønnsomt. En slik forvaltning av ressurser er i samsvar med Stortingets intensjon bak overføring av ansvaret fra trygdeetaten til de regionale helseforetakene i 2004, og bidrar til *kvalitet* i det samlede tilbudet til pasientene.

Økonomiske besparelser – sammenhengen mellom pasientreiser og behandling

Styret i Helse Nord RHF behandlet i 2003 prinsipper for organisering av pasientreiser i regionen (*styresak 84-2003 Helse Nord RHF – overtakelse av ansvar for syketransport*). Styret i Helse Nord RHF vedtok følgende i punkt 1:

Overtakelsen av ansvaret for syketransport representerer en stor mulighet for å kanalisere ressurser fra transport til behandling og slik sikre en bedre spesialisthelsetjeneste for landsdelens befolkning. Økt bruk av telemedisin, ambulerende virksomhet og desentralisering av tjenester vil være måter å realisere formålet med å overta ansvaret for syketransporten. Organisering og incentiver må legges til rette for dette perspektivet og ikke primært være en videreføring av dagens måte å ivareta oppgavene på. Den midlertidige organiseringen må være operativ 1. januar 2004.

En del administrative oppgaver ble de første årene ivaretatt av NAV gjennom kjøp av tjenester, men siden 1. januar 2010 har helseforetakene ivaretatt alle oppgaver og et helhetlig ansvar for pasientreiser.

En av begrunnelsene for ansvarsoverføringen var at tredjepartsfinansiering bidrar til lite effektiv bruk av samfunnets midler, det vil si at helsetjenesten ikke har kunnet ivareta de samlede konsekvenser i beslutningsprosessen om behandlingstilbud og pasientreiser.

Helse Nord fikk i mai 2010 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en evaluering av pasienttransporten, og hvordan denne har fungert etter overtakelse av ansvar 1. januar 2004. Det vises her til *styresak 108-2010/4 Evaluering av pasientreiser 2004-2009 – tilbakemelding til Helse- og omsorgsdepartementet* som ble behandlet av styret i Helse Nord RHF i styremøte, den 20. oktober 2010.

Denne evalueringen viste at det var en riktig konklusjon at fjerning av tredjepartsfinansiering ville gi bedre bruk av samfunnets midler. Andre deler av denne rapporten viser at ved å ha ansvar for og ta hensyn til pasientreiser i beslutninger om lokalisering av helsetilbud, oppnås både desentralisering av tjenester, der dette er faglig forsvarlig og gir økonomiske gevinster. Disse gevinstene kan benyttes til kostnader til oppbygging av desentraliserte helsetjenester eller andre prioriterte oppgaver.

Prinsippet om å unngå tredjepartsfinansiering ble imidlertid ikke fulgt 100 % i 2004, ved at også reiser til primærhelsetjenestens behandlingstilbud ble lagt til helseregionene. Om lag 20 % av kostnadene til pasientreiser ble i forkant av ansvarsoverføringen anslått til å være knyttet til reiser innenfor primærhelsetjenesten. Dette utgjør en betydelig større andel av antall reiser, fordi reisene i hovedsak går over korte avstander.

Erfaringen til Helse Nord er videre at det er tiltak knyttet til avtaleinngåelse, samordning av reiser og krav om reise på billigste måte m. m. for disse reisene som har skapt størst støy etter ansvarsoverføringen. Helseforetakene har heller ikke styringsrett i forhold til effektiv lokalisering av kommunale tilbud eller til å styre innkallingstidspunkt tilpasset til kollektive transporttilbud eller når pasienten har andre timer etc.

Kostnadsutviklingen

Kostnadene til pasientreiser økte i gjennomsnitt med 10 % årlig på landsbasis i perioden 1990-2000. I Nord-Norge økte kostnadene i gjennomsnitt med ca 12 % i årene 2000-2003. I samme periode var endringen i konsumprisindeksen 2,3 % i gjennomsnitt.

Tabell 1 Pasientreisekostnader 2000-2003 (eksklusiv bruk av ambulansébåt)

Kostnad	2000	2001	2002	2003
SUM	391	451	496,1	528,5

I årene etter ansvarsoverføringen til helseforetakene har kostnadene stabilisert seg på et nivå om lag som i 2003. Korrigeres for endring i konsumprisindeksen (16 % i 9-årsperioden) har det vært en reell reduksjon av kostnadene til pasientreiser på fra 2003-2011 med ca 13,5 %.

Tabell 2 Pasientreisekostnader 2004-2011 (eksklusive bruk av ambulansébåt)

Kostnad	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SUM	532,7	531,2	530,2	505,3	534,8	540,1	522,5	529,6

Dersom den årlige kostnadsveksten i perioden 2004-2011 hadde vært like sterk som i årene 2000-2003 (12 %), ville Helse Nord's kostnader til pasientreiser i 2011 vært om lag 1,3 mrd kroner. Dette er ca 780 mill kroner (150 %) mer enn faktiske kostnader.

Om vi sammenlikner med aktivitetsutviklingen innenfor somatikken i perioden 2004-2011, det vil si siden den nye organiseringen trådte i kraft, har summen av antall kontakter vokst med ca 7 %, herav polikliniske konsultasjoner +11%. Summen av pasientreisekostnader er i samme periode tilnærmet konstant målt i løpende kroner. Dette betyr at i tillegg til en betydelig volumvekst, har vi lyktes å kompensere for prisvekst.

Desentraliserte tilbud i Helse Nord

Helse Nord med underliggende helseforetak har fra vedtak om overføring ble fattet i 2003 sett positivt på de muligheter et samlet ansvar for pasientbehandling og pasientreiser kan gi. I et regionalt styrt prosjekt (Rapport om desentralisering av spesialisthelsetjenester av 2. mai 2005) med bred deltakelse fra helseforetak, kommuner og andre ble det slått fast at konsekvenser for pasientreiser skulle tas med i beslutninger om endret funksjonsfordeling. Slik ville en sikre at beslutningene og økonomiske kalkyler tok hensyn til endringer i pasientreisekostnader og dermed fremmet beslutninger om desentralisering. Det ble i rapporten fra prosjektet også utviklet en enkel modell for beregning av økonomiske konsekvenser ved desentralisering, og det ble vist konkrete eksempler.

Tilbakemeldinger fra helseforetakene, i forbindelse med evaluering av pasientreiser som ble foretatt høsten 2010, er at det er en økende forståelse ute i sykehusene for at pasientreisekostnader påvirker helseforetakenes totaløkonomi. Fra budsjett dokumenter de senere år, tiltaksplaner for å sikre realisering av økonomiske resultatkrav, søknader om omstillingsmidler til lønnsomme prosjekter m. m. synliggjøres at helseforetakene har fokus på reduserte reisekostnader gjennom desentralisering og andre tiltak for å sikre en mer hensiktsmessig pasientflyt. Samtidig er det riktig å si at det er stykke igjen, før konsekvenser for reisekostnader er med i alle beslutninger, spesielt siden det så langt ikke er utviklet verktøy som muliggjøre belastning av reiseutgifter ned til den enkelte avdeling.

Hjemmedialyse er et godt eksempel på tiltak initiert av sykehusene, og som raskt gir til dels store besparelser av transportkostnader. Ambulerende spesialisthelsetilbud er etablert ved flere lokalsykehus. Det er etablert nye distriktsmedisinske sentre (DMS) hvor det også legges opp til tilbud på spesialisthelsetjenestenivå.

Etablering av MR ved lokalsykehus er et eksempel på tiltak hvor økte behandlingkostnader delfinansieres gjennom forventet reduksjon i reisekostnader. I tillegg kan nevnes at spesialister fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF innen flere fagområder ambulerer til Finnmark for å dekke opp for manglende spesialistkompetanse.

Overføringen av finansieringsansvaret har også bidratt til et større engasjement fra ledelsen i helseforetakene for å få spesialistene ut til lokalsykehus, spesialistpoliklinikker i regi av helseforetak og DMS. Dette fordi pasientreiseenheten kan synliggjøre kostnadsbesparelse på reise ved desentralisering av behandling.

Av konkrete eksempler kan vi nevne at det er etablert MR i Lofoten, Vesterålen, Kirkenes og Hammerfest. Det er etablert DMS-er i Nord-Troms og Midt-Troms (Lenvik). Det er videre et DMS under planlegging/utvikling i Vadsø.

Helse Nord har spesialistpoliklinikker i Alta, Karasjok og i Brønnøysund, og prehospitalt observasjonsenheter i Steigen, Saltdal og Meløy. I tillegg er det DMS knyttet til Troms militære sykehus.

Helseparken i Rana er primært en etterbehandlingsenhet på intermediærnivå som drives i samarbeid mellom helseforetaket og Rana kommune (etter hvert kommer flere nabokommuner antagelig med i dette samarbeidet). I Finnmark er det dessuten 16 sykestuer. Det er ellers planer om intermediærenheter i flere bykommuner.

Lenvik helsesenter opprettet dialysebehandling i 2010 og røntgen i 2009. Storslett (Sonjatun) opprettet røntgen i 2008. Det er etablert prehospitalt enheter i Steigen, Saltdal og Meløy og poliklinikkaktivitet i Brønnøysund.

Fokus er satt på desentralisering av kontroller fra større til mindre sykehus, samt fra sykehus til fastleger gjennom etableringen av et regionalt prosjekt. Helse Nord RHF har opprettet tre nye spesialisthjemler i Alta innen øre-nese-hals, øye og gynekologi. I beslutningsgrunnlaget (styresak 46-2006 i Helse Nord RHF) ble det vist til innsparing av reisekostnader til Tromsø og Hammerfest som bidrar til finansiering av økte kostnader til driftstilskudd. Det er videre besluttet omdisponering av en avtalehjemmel innen øye fra Tromsø til Finnsnes, uten at en så langt har lyktes med rekruttering.

Ved kjøp av private somatiske sykehustjenester høsten 2008 ble det satt som forutsetning at leveransen skulle skje i Bodø og Tromsø for å redusere reisekostnader. Tilsvarende er det i andre anskaffelsesprosesser av private helsetjenester lagt inn føringer i forhold til sikre effektive pasientreiser.

I en rapport fra Analysesenteret AS utført på Universitetssykehuset Nord-Norge HF (inntektsanalyse 1. utgave september 2011) konkluderes det med at polikliniske kontroller som en hovedregel er ønskelig å gjennomføre så nært pasientens bosted som mulig. Dette både av hensyn til pasienten og med hensyn til å redusere kostnadene knyttet til polikliniske kontroller.

I de aller fleste tilfeller vil det mest lønnsomme med hensyn til poliklinisk virksomhet være å legge den så nært pasientens bosted som mulig, når dette ellers er faglig forsvarlig og ikke svekker kvaliteten på tjenestene.

- Når reisekostnader inkluderes, vil det sjelden "lønne seg" i økonomiske termer å ta en pasient inn til en sentralisert poliklinisk kontroll.
- Det økonomiske viktigste perspektivet i forhold til desentralisert poliklinisk virksomhet er kostnadsminimering.
- Ressurser frigjort gjennom kostnadsminimering er ressurser som RHF-et i stedet kan benytte til å styrke det kliniske tjenestetilbudet til pasientene i regionen.

Konklusjon

Sammenstilt med de data vi har, når det gjelder kontroll over kostnadsveksten og kanalisering av midler fra transport til behandling, er konklusjonen at det helt klart har blitt en større bevissthet på at pasientreiser er en del av det helhetlige pasientforløpet. og at dette er med i vurderingene, når sentralisering/desentralisering av tilbud besluttes.

Konklusjonen understøttes også i tilbakemeldinger fra våre helseforetak. Det kan derfor hevdes at desentralisering av tilbud gir en kostnadsbesparelse for samfunnet uten at det dermed kan settes opp eksakte beløp for den totale besparelsen.

Vedlagt følger en oversikt over tiltak som er gjennomført. Denne gir et godt bilde, men er sannsynligvis ikke komplett.

Vedlegg: Oversikt over tiltak pr. helseforetak

Helse Finnmark HF

Navn tiltak	Beskrivelse	Resultat
Ambulering og desentralisering eget foretak		
Fundus fotografering Kirkenes	Fotografering av øyebunn	100-150 kontrollene skjer i Finnmark framfor tidligere ved UNN
Fundus fotografering Hammerfest	Fotografering av øyebunn	100-150 kontrollene skjer i Finnmark framfor tidligere ved UNN
Dialyse Alta	Rensing nyre	3-5 pasienter som ukentlig ikke trenger å reise til Hammerfest
Dialyse Vadsø	Rensing nyre	1-3 pasienter som ukentlig ikke trenger å reise til Kirkenes. I dag 2 pasienter, begge får dialyse 3 ganger pr uke i Vadsø. 1 gang pr måned får de dialyse i Kirkenes kombinert med kontroll hos nevrolog.
Cytostatica Vadsø	Cellegiftbehandling kreft	2-5 pasienter som ukentlig ikke trenger å reise til Kirkenes. 150 kurer i 2011, dvs 2-3 pr uke.
Poliklinikk Vadsø	Hud, ambul. Fra Kirkenes	14 pas pr ambulering / 10 ambuleringer pr. år 18 pasienter pr uke/40 uker kons. hos lege + Lysbehandling
Cytostatica Alta	Cellegiftbehandling kreft	5-10 pasienter som ukentlig ikke trenger å reise til Hammerfest
Dagkirurgi Alta	Ambulerende ortopeder, 5 uker i året. Kneoperasjoner, skulderoperasjoner, bløtkirurgi	Pasienter trenger ikke reise til Hammerfest for DKI
Poliklinikk Alta	Hud,	
Røntgen Alta		Flere hundre pasienter som årlig ikke behøver å reise til Hammerfest
LMS prosjekt Nordkyn		For 2011 2 kurs arr. På Nordkyn totalt 24 pasienter + undervisning for 70 helsepersonell Planer for 2012 vil være etter behov fra Nordkyn vil antageligvis bli det samme.
Hudbehandling Nordkapp	Lysbehandling ved legesenteret	
Spesialisttilbud Karasjok	Audiograf, Røntgen Avtale privat hudlege? Revmatolog	12 uker revmatolog a 40 pas pr uke
Spesialisttilbud Alta	Ambulerende gynekologer Ambulerende jordmødre Avtale private spesialister i Alta	

Ambulerende barneleger fra Hammerfest - Kirkenes	poliklinikk	28 barn trenger ikke reise til Hammerfest pr. måned i 8 mnd.
Ambulering fra UNN		
Ambulering Øye til Hammerfest	Øyeundersøkelse	
Ambulering Ø/N/H til Hammerfest	Audiograf	
Nevrologer til Kirkenes		12 uker a 40 pasienter
Nevrolog		2 dager pr måned totalt 18 pasienter som ikke trenger å reise til UNN(+ de på dialysen)
Allergolog		2-6 dager pr år ca 7 pasienter pr dag(UNN)

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Desentralisert tilbud/ ambulerende tjeneste	Geografisk plassering	Merknader
Røntgen	Storslett, Nordreisa kommune	Røntgen tatt initiativ ift å få større rtg.kapasitet pga. lange ventelister. I tillegg har Pasientreiser vært involvert og synliggjort reduserte reiseutgifter.
Røntgen	Finnsnes, Lenvik kommune	Røntgen tatt initiativ ift å få større rtg.kapasitet pga. lange ventelister. I tillegg har Pasientreiser vært involvert og synliggjort reduserte reiseutgifter.
Dialyse	Finnsnes, Lenvik kommune	Dialysekapasiteten på UNN er sprengt og Lenvik kommune ønsket flere desentraliserte tjenester. Reduserte kostnader på Pasientreiser var vesentlig ift at dette ble realisert, oppstart i 2011. Pasientreiservar med i arbeidsgruppen og synliggjorde reduserte reiseutgifter.
Ambulerende spesialister: Øye, Nevrolog, Revmatolog, Nyremedisiner, Hud, ØNH, Lunge.	Helse Finnmark: Hammerfest, Alta, Kirkenes.	Ambulerende spesialister til Finnmark har foregått i åresvis lenge før HF overtok Pasientreiser pga. mangel på spesialister i Finnmark. Varierer hvilke spesialister og hvor mange som reiser ift kapasiteten på UNN HF.
Ambulerende spesialister innen flere fagfelt.	Troms Militære sykehus, Bardu	Startet opp lenge før vi overtok Pasientreiser for å spare pasienter for lang reisevei og Forsvaret tilbød kontorfasiliteter.
Ambulerende spesialister Nevrolog	Mosjøen	

Nordlandssykehuset HF

Desentralisert tilbud/ ambulerende tjeneste	Geografisk plassering	Merknader
Ambulering lungelege til Vesterålen	Vesterålen	Det er beregnet at ca 155 pasienter reiser fra Vesterålen til Bodø, denne behandlingen ønsker vi nå å ta i Vesterålen for å spare pasientreiser. Foretaket sparer penger på dette tiltaket i og med at kostnaden for ambulering er lavere enn pasient reise kostnadene for langt flere personer.
Hjemmedialyse for pasienter	Distriktene	Viser til omtale i AN høsten 2011 for pasient i Meløy. Pasient trenger ikke reise til NLSH flere ganger i uken men kan motta tilbudet lokalt.
Ambulering nevrolog	Lofoten	Det har vært etablert ambulering til Lofoten tidligere år, vi vil øke denne ambuleringen av nevrolog i 2012. Lavere kostnader enn om pasienter må reise til Bodø for behandling.
Ambulering øyelege	Lofoten	Det vil investeres i MTU for å kunne øke behandlingen i Lofoten. Besparelsen vil derfor komme litt lenger frem i tid.
Ambulering barnelege	Lofoten/Vesterålen	NLSH viderefører ambulering av barnelege til Lofoten og Vesterålen på samme nivå som tidligere år (dvs 2 dager annen hver uke).

I tillegg er det etablert MR i Lofoten og Vesterålen. Reduserte kostnader til pasientreiser ble en viktig del av finansieringen av å etablere dette tilbudet.

Helgelandssykehuset HF

Desentralisert tilbud/ambulerende tjeneste	Geografisk plassering	Merknader
Dialyse for innbyggere på Sør Helgeland	Brønnøysund nå, før Mosjøen og Sandnessjøen	Gjennomføres av fødestua i Brønnøysund
En rekke leger på Helgeland ambulerer:		
Barnelege	Fra Sandnessjøen til Mosjøen	
Ortoped	Fra Mo til Mosjøen og Sandnessjøen	
Hud	Fra Mosjøen - Sandnessjøen	
Øre, nese og hals, Pediatri	Fra Sandnessjøen til Brønnøysund og Mosjøen	
Hjerte	Fra Sandnessjøen til Brønnøysund og Mo i Rana	
Gynekologi og røntgen	Fra Sandnessjøen til Brønnøysund	
Lunge	Fra Sandnessjøen til Sømna Rehabilitering	

Det er en stor grad av ambulerende leger internt på Helgeland. Når det gjelder ambulering av leger er det sannsynligvis god besparelse i forhold til reisekostnader.

Pasientreiser blir i svært liten grad forespurt om kostnadseffekter ved valg av desentraliserte løsninger.

Den desentraliserte dialyseløsningen har utvilsomt gitt god besparelse. Hver drosjetur fra Brønnøysund til Mosjøen ligger på ca kr 8-9.000. Tre turer i uka gir en årskostnad på ca 1,2 mill kroner.

I tillegg kommer den økte kvaliteten pasienter får ved å slippe å reise langt for regelmessig behandling. Dette gjelder også ved ambulering av leger.

Møtedato: 29. mars 2012

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf: Hilde Rolandsen/Bengt F. Nilfsors

Dato: 16.3.2012

Styresak 42-2012/4 Felles innføring av kliniske systemer (FIKS) – informasjon om status

Innledning

Det vises til *styresak 25-2011 Anskaffelse av kliniske IKT-systemer* som ble behandlet av styret i Helse Nord RHF i styremøte, den 23. februar 2011. Oppsummeringen i styresaken er som følger:

Adm. direktør er nå i ferd med å avslutte en anskaffelsesprosess for de viktigste kliniske systemer for blant annet å sikre at Helse Nord overholder de lover og forskrifter som eksisterer rundt offentlige anskaffelser.

Resultatet av prosessen viser et investeringsbehov de neste fire år i størrelsesorden mellom 290-350 mill kroner. Innføringen av de ulike systemene vil i tillegg kreve tilnærmet 164 årsverk over en fireårsperiode, hvor den prosessuelle delen av innføringen ikke er beregnet. Tilhørende vedlikeholdsavgifter som i dag betales til eksisterende leverandører forventes å øke fra rundt 40 mill kroner til nærmere 57 mill kroner etter innføring av de ulike systemer.

Imidlertid forventes det at innføringen av de ulike systemene legger til rette for en bedre utnyttelse av den behandlingsskapasitet som regionen i dag besitter (eksempelvis mulighet for realisering av en "virtuell røntgenavdeling") samt at de valgte systemer i større grad skal kunne understøtte de kliniske behandlingsprosesser på en bedre måte. Innføringen må også sees i sammenheng med adm. direktørs beslutning om å øke fokus på behandlingsskvaliteten i regionen.

Anskaffelsesprosjektet ble initiert som følge av at Riksrevisjonen hadde kritisert måten den daværende avtale med DIPS ble inngått på (Elektronisk Pasientjournal, Laboratoriesystemer, Røntgeninformasjon).

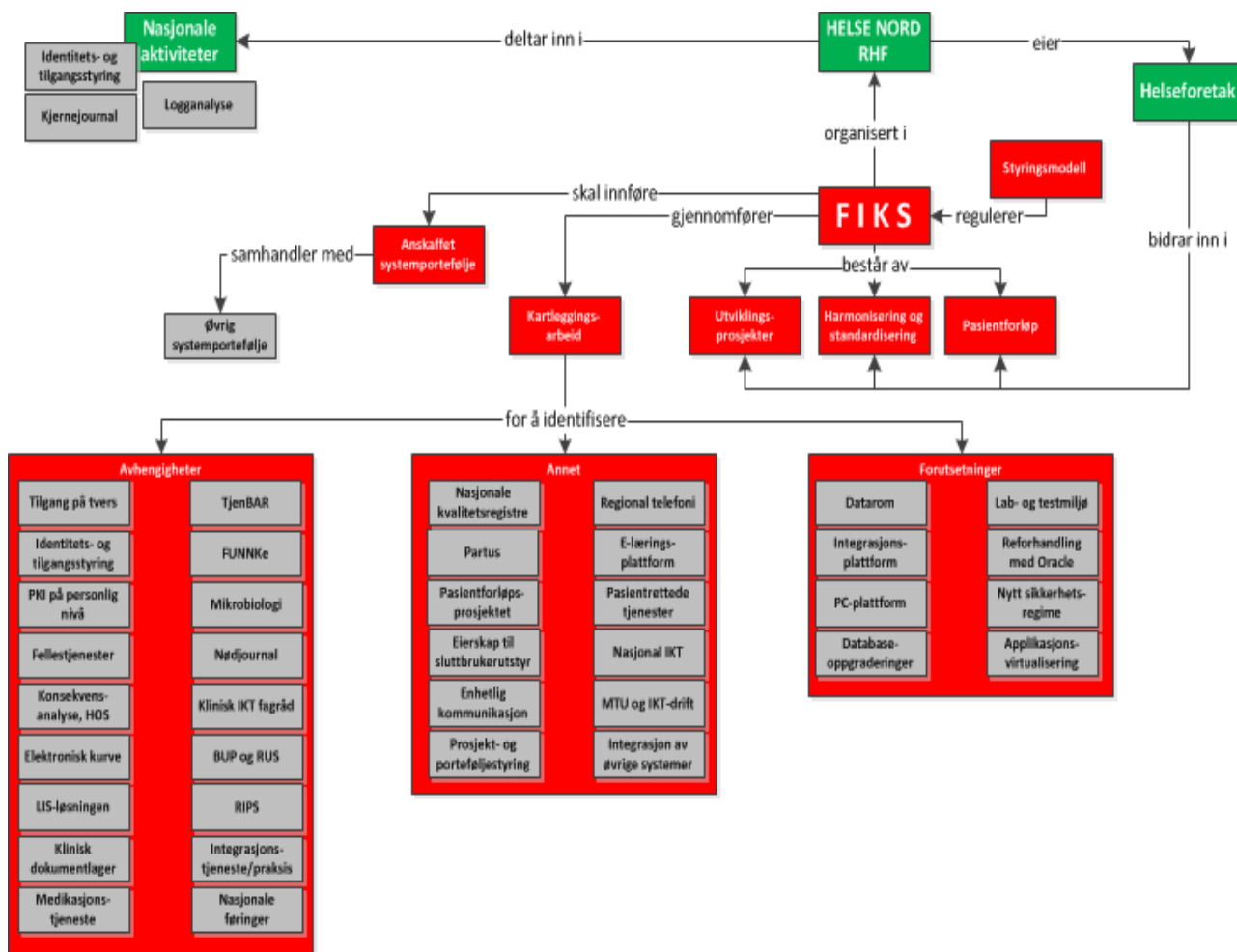
Kvalitet, trygghet og respekt

Idet regionen sto foran et mulig skifte av leverandører, var det viktig å tenke langsiktig og legge til rette for en mer moderne funksjonalitet i systemporteføljen. Målsettingen er å bygge en infrastruktur som er standardisert i hele regionen, som inneholder fremtidens teknologi for strukturerte journaler og beslutningsstøtte, og som legger til rette for bedre måling og oppfølging av pasientforløp.

Dette er et viktig bidrag til arbeidet med å videreutvikle helsetilbudet i tråd med våre grunnleggende verdier om *kvalitet, trygghet og respekt*.

Kort status

- Egen prosjektorganisasjon er etablert. Pr. dags dato består organisasjonen av ~14 ansatte.
- Prosjektet ble i september overført fra Helse Nord IKT til Helse Nord RHF. Dette fordi prosjektet i stor grad omhandler organisasjonsutvikling og beslutningsstøtte til det kliniske miljø.
- Egen styringsgruppe bestående av HF-direktørene, tillitsvalgte og med representanter fra Helse Nord IKT og RHF er etablert og ledes av eierdirektør.
- Deltakelse og involvering fra det kliniske miljø er ansett som en kritisk suksessfaktor. Fagdirektøren, som er leder for Klinisk IKT-fagråd, sitter også i styringsgruppen for prosjektet. Fagråd og fagforum vil ha rollen som referansegrupper i ulike deler av prosjektet.
- Orientering til konserntillitsvalgte/konsernverneombud ble gitt i samarbeidsmøte 14. november 2011.
- I november 2011 ble det besluttet hasteinnføring av RIS og PACS v/Nordlandssykehuset HF. Prosjektet pågår med planlagt implementering av en midlertidig løsning i mai 2012.
- Programsjef rekruttert fra Helse Nord IKT er ansatt f.o.m. 14. november 2011. Ansettelsesprosessen ble ledet av et rekrutteringsfirma, og stillingen var lyst ut både internt og eksternt.
- Formell overlevering fra Anskaffelsesprosjektet (AKS) til FIKS ble gjennomført 7. desember 2011.
- Adm. direktør i Helse Nord RHF og programledelse presenterte prosjektet i allmøter/lederkonferanser i alle helseforetak i uke 2-2012 (Tromsø, Hammerfest, Bodø og Mosjøen – m/videooverføring til Kirkenes og Vesterålen).
- Budsjett 2012 ble vedtatt i januar 2012: 93,4 mill kroner av investeringsrammen og 1 mill kroner over drift.
- Foreløpig plan viser et behov for deltakelse av ~120 personer fra klinisk miljø i HF-ene. Rammebetingelser for kostnadsfordeling er lagt. Hittil har prosjektet fått frigitt de ressurser som er etterspurt.
- *Felles Innføring av Kliniske Systemer (FIKS), mandat* ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 14. mars 2012 med følgende enighetsprotokoll: *Partene er enige om innhold i mandat og sammensetning av styringsgruppen for prosjektet.*
- Mandat og aktivitetsplan for 2012 behandles av styringsgruppen, den 20. mars 2012:
 - Utviklingsløp med leverandører i 2012
 - Planlegging av harmonisering og sammenslåing av systemer internt i HF-ene i 2012
 - Starte planlegging av pasientforløpsdel i 2012
- Overordnet plan for prosjektperioden 2012-2016 legges frem for styringsgruppen i møte, den 14. mai 2012 og 22. august 2012.
- Forutsetninger og avhengigheter til andre prosjekter i regionen er kartlagt (se fig. 1)



Figur 1

Prosjektet er ennå i en tidlig fase. Etter at en mer detaljert prosjektplan er utarbeidet i mai 2012, vil vi ha et verktøy til å følge opp fremdriften.

Det overordnede bilde er at prosjektledelsen har god oversikt og har fått rekruttert kompetent personell. Mottakelsen i det kliniske miljø har vakt begeistring.

Styret vil få en nærmere orientering om innhold i prosjektet og fremdrift i løpet av fjerde kvartal 2012.

Møtedato: 29. mars 2012

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf: Tove Cecilie Kristensen, 75 51 29 00 Dato: 16.3.2012

Styresak 42-2012/5 Rekruttering av ambulansefagarbeidere

Bakgrunn

Styret i Helse Nord RHF ba i styremøte, den 26. oktober 2011 i forbindelse med behandling av Midlertidig Oppdragsdokument 2012 om tilbakemelding ad. måloppnåelse på rekruttering av ambulansefagarbeidere, spesielt på mindre steder.

For å gi styret en redegjørelse om oppnåelse av målsettingen på rekruttering av ambulansefagarbeidere, er det innhentet informasjon fra helseforetakene.

Kvalitet, trygghet og respekt

Tilstrekkelig antall medarbeidere med rett kompetanse gir god *kvalitet* til de oppgavene Helse Nord er forpliktet til å utføre.

Det skaper *trygghet* for pasienter, pårørende og ansatte at Helse Nord har medarbeidere med rett kompetanse.

Å legge til rette for at ansatte har rett kompetanse viser *respekt* for både eier, ansatte og pasienter.

Status

I FOR 2005-03-18 nr 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus kapittel 4 § 17 er minstekrav til bemanning og helsefaglig kompetanse regulert.

Videre er det utarbeidet retningslinjer *Ambulansetjenesten - nødvendig døgnhvile*.

Det er arbeidsgiver som etter ovennevnte og gjeldende forskrift og retningslinjer har det hele og fulle ansvar for ambulansetjenesten generelt og i dette tilfellet rekruttering og bemanning spesielt.

Målsetting

Alle helseforetakene opplyser at de har som målsetting å ha 100 % dekning på fagarbeidere i tjenesten, også på de minste tjenestestedene.

Status i forhold til målsetting

Helgelandsykehuset HF har med utgangspunkt i dagens tjeneste 102 personer som inngår i ordinær turnus, noe som utgjør ca 85 årsverk. De har pr. i dag 93 % dekning på ambulansefagarbeidere og regner å nå målet om 100 % dekning innen september 2012.

Helse Finnmark HF har 160 personer i ordinær turnus, og pr. dags dato har ca 90 % av disse fagbrev. Målsettingen er at alle innen 2013 har tatt fagbrev.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har en dekningsgrad på 93 %. Målsettingen er å ha ca 280 ambulanséfagarbeidere, men HF-et mangler ca 20 for å nå dette målet. Helseforetaket regner å nå målet innen utgangen av 2012.

Nordlandssykehuset HF har 151 personer i ordinær turnus, og har en dekningsgrad på 96 % og regner med å nå målet i løpet av 2012.

Utfordringer, spesielt på mindre tjenestesteder

Helgelandssykehuset HF har hatt en ordning hvor de rekrutterer personell med lokal tilknytning til distriktstjenestene. Dette arbeidet har gitt gode resultater.

På bakgrunn av dette mener Helgelandssykehuset HF at det ikke er direkte vanskelig å rekruttere til mindre tjenestesteder. Det kan nok være slik at mange "ønsker" seg inn til de store stasjonene, men tar likevel til takke med å arbeide på de mindre stasjonene til de har skaffet seg ansiennitet, slik at de har fortrinnsrett på de mer attraktive stedene.

Helse Finnmark HF opplyser at de har nok søkere, også til de mindre stasjonene.

Det er en generell utfordring i Helse Finnmark HF, når det gjelder lærlinger, at det er for lite turer slik at de ikke får observert pasienter over lengre avstander. Der har det vært gjort et prosjekt ved å sende lærlingene til ambulansetjenesten i Oslo, som er et samarbeidsprosjekt med Opplæringskontoret i Finnmark.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF opplever at tjenestesteder med lav aktivitet/perifer lokalisering ikke alltid er like attraktive for personellet som de større stedene med mer aktivitet. Det kan også være at andre steder har andre turnuser som den ansatte opplever som bedre og derfor søker seg til større steder. Det er vanskelig å tallfeste dette, da det varierer hele tiden.

Nordlandssykehuset HF opplever ikke at utfordringen på små steder er store i forhold til å nå målsettingen om 100 % dekning av ambulanséfagarbeidere. Det de opplever som en utfordring på små steder med hjemmevaktstjeneste, er tilgjengelighet og rekruttering av nye "lokale" vikarer. Der sliter Nordlandssykehuset HF med å motivere personell utenfra til å reise langt for avlønning 1:4, samt begrenset kjøregrunnlag og dårlige vaktlokasjoner.

Rekruttering kommende år

Helgelandssykehuset HF har som målsetting at det vil bli rekruttert 6-8 lærlinger til ambulansebåt og to til bilambulansen i 2012. I løpet av 2013 vil det blir rekruttert 3-5 lærlinger, alle til bilambulansen.

Helse Finnmark HF har som målsetting å rekruttere minimum 6 lærlinger pr. år. Dette tallet justeres ved behov.

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er det en målsetting å rekruttere 20 + pr. år.

Nordlandssykehuset HF utdanner 8-10 lærlinger med fagbrev pr. år.

Oppsummering

Alle helseforetakene har som målsetting å ha 100 % fagarbeiderdekning blant de fast ansatte i ambulansetjenesten. Måloppnåelsen er mellom 90 % til 96 % dekning.

Utfordringen på mindre tjenestesteder er ikke så store. Det oppleves at det er nok søkere til stillingene. Det er allikevel noen utfordringer å gjøre disse stedene attraktive i forhold til de større stedene, der det er mer aktivitet. Dette ansvaret ligger hos det enkelte helseforetak som arbeidsgiver.