

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2011/3510 - 24435/2011		012	14.10.2011

Innkalling 201011

Møtedato: Torsdag 20. oktober 2011 kl 1000

Møtested: Sykehuset Levanger – Arken

- | | |
|--------------------|--|
| Sak 37/2011 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 15.09.11 |
| Sak 38/2011 | Strategi 2020 – Oppfølging av foretaksprotokoll av 30.06.11 |
| Sak 39/2011 | Sammenslåing av hjerteovervåking og intensiv på Sykehuset Levanger |
| Sak 40/2011 | Ambulansetjenesten 2013 |
| Sak 41/2011 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 06.10.112. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 15.09.11 og 17.10.113. Driftsrapport for september 20114. Budsjett 20125. Orientering om seniorpolitikk6. Andre orienteringer |

Med hilsen
Steinar Aspli
Styreleder
Sign.

Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 15.09 2011 kl. 10.00 – 13.30
Møtested: Quality Hotel Grand Steinkjer
Saksnr.: 33/2011 - 36/2011
Arkivsaksnr.: 2011/3118

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:
Steinar Aspli
Inger Marit Eira-Åhrén
Ragnhild Torun Skjerve
Torbjørge Vanvik
Rolf Gunnar Larsen
Torgeir Schmidt-Melbye
Peter Himo
Elinor Kjølseth
Sølvi Sæther
Siw Bleikvassli
Margrete Mære Husby

Forfall:
Ingen forfall

Fra Brukerutvalget møte: Øystein Bjørnes

Fra Samarbeidsutvalget møte: Ingen

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør	Arne Flaata
Ass. direktør	Mads E. Berg (referent)
Fagsjef	Paul Georg Skogen
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Avdelingsleder	Sveinung Aune (sak 34/2011)
Kvalitetssjef	Tor Ivar Stamnes (sak 35/2011)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader.

Innkalling utsendt pr. e-post 09.09 2011. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Sak 33/2011 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 18.08.11

Protokoll

Steinar Aspli viste til protokollen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 18.08.11 godkjennes.

Sak 34/2011 Eiers styringskrav 2011 Helse Nord- Trøndelag HF – 2. tertialrapport

Protokoll.

Sveinung Aune gikk gjennom saksfremlegg og svarte på spørsmål.

Fagsjef Paul Georg Skogen orienterte om arbeidet med opprettelse av tverrfaglig overvektspoliklinikk og samarbeid med kommunene om behandling av sykelig overvekt.

Adm.dir. vil komme tilbake med en gjennomgang i styret av situasjonen innenfor Barne- og ungdomspsykiatri.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar status for oppfølging av styringskrav 2011 gitt av eier gjennom styringsdokument og foretaksmøteprotokoller til etterretning.
 2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar administrerende direktørs vurderinger av risikoområder til etterretning og ber om at områdene med kritisk og høy risiko blir fulgt opp med korrigerende tiltak, slik at resultater innfris i tråd med skisserte målsettinger for 2011.
-

Sak 35/2011 Rapporter etter systemtilsyn t.o.m. 2. tertial 2011

Protokoll

Kvalitetssjef Tor Ivar Stamnes gikk gjennom saksfremlegg og svarte på spørsmål. Det vil senere bli orientert om planer for internrevisjoner.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret tar saken til orientering.

Sak 36/2011 Orienteringssaker

Protokoll

1. *Møteprotokoll styret i Helse Midt- Norge 01.09.11*
2. *Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 01.09.11*
3. *Status oppfølging av protokoll fra foretaksmøte 30.6.11.*
Adm.dir. Arne Flaate orienterte.
4. *Budsjett 2012*
Økonomisjef Tormod Gilberg gikk gjennom status i arbeidet og videre tidsplan.
5. *Status sammenslåing hjerteovervåking og intensiv, Sykehuset Levanger*
Ass.dir. Mads Einar Berg orienterte
6. *Samlokalisering psykiatri Sykehuset Namsos – statusrapport pr. august 2011*
Nytt notat ble utdelt. Trond Hustad orienterte.
7. *Andre orienteringer*
Eierdirektør HMN Torbjørge Vanvik orienterte om arbeidet med insourcing av ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret tar sakene til orientering.

Styreleder ba om at styremøte 15.12. flyttes fram 1 dag til 14.12. Ingen styremedlemmer hadde innvendinger til det. Torbjørge Vanvik ba om at møtet ikke ble lagt lang unna Stjørdal.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Ragnhild Torun Skjerve

Torbjörg Vanvik

Elinor Kjølseth

Torgeir Schmidt-Melbye

Peter Himo

Rolf Gunnar Larsen

Sølvi Sæther

Siw Bleikvassli

Margrete Mære Husby

Inger Marit Eira- Åhrén

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 38/2011 Strategi 2020 – Oppfølging av foretaksprotokoll av 30.06.11

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	20.10.11	38/2011

Saksbeh: Tormod Gilberg

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/3510

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret støtter foreslåtte strategiske tiltak som svar på oppdrag i foretaksprotokollen av 30.06.11.

Styret forutsetter at det videre arbeidet knyttet til nevnte strategiske områder blir integrert i arbeidet med budsjett 2012. De områdene som blir klare for implementering i 2012, forutsettes iverksatt slik at de kan bidra til å nå foretakets samlede utfordring for 2012.

SAKSUTREDNING:

Sak 38/2011 Strategi 2020 – Oppfølging av foretaksprotokoll av 30.06.11

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Internt notat av 04.10.11 om desentraliserte tjenester i Helse Nord-Trøndelag

Utrykte vedlegg i saksmappen

2. Strategi 2020 – vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF
3. Strategi 2020 – regional gjennomføringsplan
4. Styresak i Helse Nord-Trøndelag, 24/2011 Strategi 2020 - Oppfølging i Helse Nord-Trøndelag
5. Styresak i Helse Nord-Trøndelag 31/2011 Strategi 2020 - Oppfølging i Helse Nord-Trøndelag
6. Protokoll fra foretaksmøte 30. juni 2011 mellom Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag

BAKGRUNN

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok 25.06.10 en strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge i tiden fram til 2020. Vedtaket omfatter til sammen 26 punkter. Styret i Helse Nord-Trøndelag hadde oppfølgingssaken til behandling i april 2011 (sak 19/2011), mai 2011 (24/2011) og august (31/2011).

FAKTISKE OPPLYSNINGER

I Helse Nord-Trøndelags oppfølging av Helse Midt-Norge 2020, har administrerende direktør i tidligere utredninger (se sak 24/2011) skilt punktene basert på ansvar og gjennomføring. En del strategipunkter er tillagt det regionale helseforetaket. Andre er lagt i regionale prosjekt. Disse oppgavene vil i neste omgang få en lokal oppfølging, men administrerende direktør avventer de prosesser som er lagt.

I sak 24/2011 redegjorde administrerende direktør for oppgaver som er direkte lagt til Helse Nord-Trøndelag for oppfølging. Følgende ble definert som realiserte oppgaver, i betydningen av at nødvendige tiltak eller prosesser er iverksatt:

4. Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter at foretakene i regionen bidrar aktivt til å gjennomføre samhandlingsreformen i tett dialog og parallellitet med kommunene.

7. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å tilrettelegge for et bredt desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene. Alle sykehus skal ha døgneredskap for indremedisin og et bredt desentralisert poliklinisk tilbud. Sykehusene skal ha et særlig fokus på tilbudet til kronisk syke, og skal være hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten.

17. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at virksomheten legger til rette for aktiv brukermedvirkning i behandling og på systemnivå.

24. *Spesialisthelsetjenesten må ta medansvar for forebyggende helsearbeid samt habilitering/rehabilitering i et gjensidig forpliktende samarbeid med kommunene, fylkeskommunene og brukerne.*

Følgende oppgaver ble definert til å kreve sterkere innsats enn i dag:

5. *Styret for Helse Midt-Norge RHF ser det som nødvendig å styrke kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene. Dette innebærer en omfordeling mellom fagområder, og vil ha som konsekvens at ressursene til forskning prioriteres i samme retning.*

13. *Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør utvikle helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Styret ber administrerende direktør iverksette en prosess for å øke integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.*

Tre strategipunkter ble satt i en egen kategori som angår sykehusenes akutte tilbud. Når det gjelder strategipunkt 9 om fødetilbudet, innebar styrets vedtak i sak 24/2011 at fødetilbudet ligger fast med fødeavdeling på hvert av sykehusene. To strategipunkter gjenstår dermed av disse:

8. *Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sykehus i hvert helseforetak skal utredes og konsekvensvurderes før vedtak fattes.*

6. *Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv vakt og beredskap må gjennomgås i alle foretak og skal reduseres i alle sykehus.*

30. juni 2011 ble det avholdt foretaksmøte mellom Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag. I foretaksmøtet ble det gitt en rekke konkrete oppgaver som spesifiserer det videre arbeidet med oppfølging av Helse Midt-Norge Strategi 2020. Det skal utvikles en tiltaksplan som omfatter:

- Konkrete tiltak for å hente ut effekter av samhandlingsreformen
- Konkrete tiltak for omfordeling av ressurser mellom fagområder og/eller nivåer for å møte behovet for de store pasientgruppene
- Konkrete tiltak for å redusere ressursbruk til vakt og beredskapsordninger og helgearbeid for å styrke aktiv pasientbehandling og tilbudet på dagtid
- Konkrete tiltak for å samle det akuttkirurgiske tilbudet på færre sykehus
- Konkrete tiltak for å samle virksomheten innen andre fagområder der dette sikrer bedre utnyttelse av ressursene
- Konkrete tiltak for desentralisering av polikliniske tilbud til kronisk syke pasienter og store pasientgrupper

Alle tiltak skal konsekvensutredes og den økonomiske gevinsten skal kvantifiseres.

I sak 31/2011 la administrerende direktør fram for styret følgende oppfølgingsplan:

1. Administrerende direktør har iverksatt en prosess under ledelse av fagsjef for å gjennomgå vakt og beredskap i Helse Nord-Trøndelag, herunder også akutt kirurgi. I tillegg til foretakets samlede ledelse, innlemmes avdelingsoverlegene for å sikre høy faglig kvalitet og god forankring i prosessen. Grunnforutsetningene i arbeidet ligger fortsatt fast.

Utredningen vil bygge på fødeavdeling ved begge sykehus, samt tilbud til syke barn som i dag. I strategiarbeidet ble det også fastslått at det skal drives planlagt kirurgi ved alle sykehus.

2. Når det gjelder styrking av kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene, er dette bl.a. vurdert i forbindelse med ”ompakningsprosjektet”, en utredning om utnyttelse og drift av sengekapasiteten i foretakets to sykehus. Administrerende direktør vil komme tilbake til dette i forbindelse med behandling av budsjett 2012.
3. Når det gjelder helhetlige pasientforløp for sammensatte lidelser innen rus, psykiatri og somatikk, vil administrerende direktør i løpet av året legge fram en sak som omfatter disse temaene, sammen med erfaringer fra oppstarten av rusenhet i Helse Nord-Trøndelag. Dette punktet om ”sammensatte lidelser” og foregående punkt om ”store pasientgrupper” vil også bli drøftet i regionalt fagdirektørforum for å sikre et best mulig grunnlag før rapportering og prioritering regionalt og lokalt.
4. Videre vil administrerende direktør i løpet av året gi en større orientering om samhandlingsaktivitetene nå i forkant av Samhandlingsreformens ikrafttredelse. Eventuelle kostnadsreduksjoner og -økninger vil være en naturlig del av Helse Nord-Trøndelags ordinære budsjett. Det utelukkes ikke at helseforetaket må revurdere desentraliserte tilbud som foretaket aktivt har bidratt til å etablere. Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås vil orientere nærmere om status i dette arbeidet i styremøtet i november.
5. Foretaksprotokollens punkt om ”Konkrete tiltak for å samle virksomheten innen andre fagområder der dette sikrer bedre utnyttelse av ressursene” er en naturlig del av helseforetakets budsjettprosess.

HELHETLIG DRØFTING

To prosesser går nå samtidig. På den ene siden arbeider Helse Nord-Trøndelag med konkret budsjett for foretaket for driftsåret 2012. Opprinnelige rammer for budsjettet krevde en forbedret drift tilsvarende 40 mill. kroner. Senere vedtak (herunder ambulansevedtaket) har gitt en forhøyet utfordring med 25 mill. kroner, totalt 65 mill. kroner.

Budsjettet for foretaket omfatter alle deler av Helse Nord-Trøndelag, og skal ta opp i seg alle interne og eksterne endringer, utfordringer og forbedringer. Prosessen er forankret i de enkelte klinikkene, og vil munne ut i administrasjonens budsjettforslag for Helse Nord-Trøndelag i styremøte i november/desember 2011.

Budsjettet skal ta opp i seg strategiske føringer som følger av Helse Midt-Norges Strategi 2020, slik at de årlige budsjettene over tid understøtter retningene som er valgt. Samtidig pågår en oppfølging av de enkelte strategipunktene, dels på regionalt nivå, dels på lokalt nivå. Dette gjelder blant annet forhold som akuttberedskap, fødetilbud, samhandling, store pasientgrupper osv. Foretaksprotokollen av 30. juni 2011 understreker enkelte punkt i Strategi 2020. Samtidig gjøres en direkte kobling opp mot foretakets budsjett, ved at foretaksmøtet krever konkrete tiltak innen strategiområdene som samlet skal utgjøre 25 mill. kroner.

I prinsippet kan således Helse Nord-Trøndelags utfordring for 2012 deles i to:

1. Ordinære tiltak beskrevet i budsjett skal utgjøre forbedring tilsvarende 40 mill. kroner.
2. Tiltak i budsjett som angår strategipunktene skal utgjøre forbedring tilsvarende 25 mill. kroner.

Det vil ikke være hensiktsmessig å skille tiltakene på denne måten i budsjettet. Helse Nord-Trøndelags budsjett må uansett imøtekomme de totale økonomikravene som stilles fra eier, i det øyeblikket regionalt foretak har avklart endelig bestilling og rammeforutsetninger til de enkelte lokale helseforetak.

Strategi 2020 er en kvalitetsstrategi som peker ut en retning fram mot 2020 som skal gi et kvalitetsmessig bedre, mer robust og mer effektivt sykehusvesen – og som bidrar til å forbedre det totale helsetilbudet til befolkningen på tvers av helselinjer.

På dette grunnlaget har administrerende direktør gjort utredninger som er pålagt i foretaksprotokollen, men fokusert på muligheter og effekter som over tid kan tilsvare 25 mill. kroner i årseffekt. Dette er således dels dekket fra budsjettet for 2012, men anviser økonomiske effekter av strategiske valg.

Følgende punkter er utredet som direkte svar på foretaksprotokollen:

- Vakt og beredskap i Helse Nord-Trøndelag
 - Fagsjef Paul Georg Skogen har gjennomført en prosess med relevante fagmiljø, med spesielt fokus på akutt kirurgiberedskap. Utredningen er vedlagt saken. Hovedkonklusjonen er at beredskapssystemene i Helse Nord-Trøndelag over tid er begrenset til det nivået som er nødvendig for å opprettholde vaktssystem knyttet til inneliggende pasienter, samt understøttelse til føde- og barnberedskap. Økonomiske innsparingseffekter av større endringer, for eksempel samling til ett akuttmottak i foretaket, blir mindre enn kostnadsøkninger som følger av transport og annen logistikk.
 - Desentralisert virksomhet
 - Overlege Dagfinn Thorsvik har ledet en arbeidsgruppe som har gjennomgått desentralisert virksomhet i Helse Nord-Trøndelag, samt egen virksomhet som grenser opp mot tilbud i førstelinjen (for eksempel rehabilitering). Hovedkonklusjonen i forhold til økonomisk effekt ligger innenfor områdene distriktsmedisinske senter og distriktspsykiatriske senter.
 - Værnes-regionen somatikk
 - Assisterende direktør Mads Einar Berg har fulgt opp foretaksmøtets punkt om Værnesregionen med St. Olavs Hospital. I foretaksprotokollen av 30.06 2011 heter det:
Foretaksmøtet forutsetter at en aktivt går inn for å styre pasientstrømmen fra deler av Værnesregionen til Helse Nord-Trøndelag HF.
- Det er arbeidet med ulike tiltak som kan bidra til å nå protokollens mål. I arbeidet er det imidlertid ikke kommet fram til at forskyvningen vil ha netto økonomisk innsparingseffekt for Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital samlet sett og således ikke bidra til å løse foretaksprotokollens utfordring. Kontakten med St. Olav vil imidlertid fortsette med sikte på i fellesskap å kunne påvirke pasientstrømmen.
- Værnes-regionen psykiatri
 - Helse Nord-Trøndelag vil samtidig påpeke at arbeidsfordelingen innen psykiatri mellom Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital må videreføres for å understøtte effektiv utnyttelse av DPS Stjørdal.

Styret for Helse Midt-Norge RHF (HMN) vedtok høsten 2003 DPS-struktur for området mellom Trondheim øst og Stjørdal. Vedtaket innebar at det skulle bygges nytt DPS på Stjørdal for befolkningen i Selbu, Tydal og deler av Malvik, i tillegg til sørlige deler av Nord-Trøndelag. Av 20 sengeplasser skulle 6 senger avsettes for

sør-trøndere og 12 for nord-trøndere. 2 senger skulle være en buffer for mulig økt belegg av sør-trøndere. På dette grunnlag ble DPS Stjørdal tatt i bruk fra 1. februar 2006.

St. Olavs Hospital tok i 2010 opp problemstillingen knyttet til behandling av sør-trøndere ved DPS Stjørdal og ønsket å si opp tidligere inngåtte avtale. Etter nærmere utredning og høring i berørte kommuner, vedtok HMN-styret 09.11.10 (sak 87/10) at "befolkningen i kommunene Selbu, Tydal og deler av Malvik fortsatt skal få sitt tilbud ved Stjørdal DPS".

St. Olavs Hospital har likevel fått redusert sitt bruk av DPS Stjørdal fra 6 til 3 senger, og den økonomiske kompensasjonen er tilsvarende redusert fra 12 til 6 mill kroner. HMN har inneværende år kompensert dette inntektsbortfallet, men har signalisert at det vil falle bort fra 2012. HNT legger til grunn at tidligere styrevedtak om drift av DPS Stjørdal blir opprettholdt.

- Elektiv kirurgi
 - o Administrerende direktør vil samtidig trekke fram det arbeidet som er gjort innenfor elektiv kirurgi som oppfølging av Strategi 2020. En regional arbeidsgruppe avleverte sluttrapport i juli 2011. Siktemålet i arbeidet var å vurdere forskyvninger av elektiv kirurgi for å gjøre fagmiljøene i lokalsykehusene mer robuste. Sluttrapporten peker således ikke på noen økonomiske konsekvenser.

Det foreligger imidlertid analyser i Helse Midt-Norge som indikerer ulikheter i produktivitet og effektivitet. Samtidig har Helse Nord-Trøndelag på enkelte områder en infrastruktur som muliggjør større oppgaver. I tillegg har St. Olavs Hospital signalisert at det ønskes større behandlingskapasitet på omkringliggende foretak på enkelte områder.

Helse Nord-Trøndelag legger til grunn at det kan finnes områder hvor alle disse hensynene underbygger annen oppgavedeling enn i dag, samtidig som det styrker fagmiljøene i våre sykehus. Dette kan gjelde planlagt kirurgi (ortopedi, bløtkirurgi, ØNH, øye, gynekologisk kirurgi) og annen planlagt behandling (for eksempel psykiatri, tilbud til syke barn m.v.).

Hvilket økonomisk nettopotensiale som ligger i slike forskyvninger er ikke analysert, men administrerende direktør legger til grunn at det vil kunne gi betydelige gevinster. I tabellen under er det satt et måltall på 5 mill. kroner, i påvente av konkrete analyser i det regionale oppfølgingsarbeidet etter sluttrapporten Elektiv kirurgi i Helse Midt-Norge.

Foretaksprotokollen av 30.06.11 og styreledermøte samme dag fastslår at fødetilbudet og tilbudet til syke barn skal ligge fast. Dette ligger også til grunn for våre forslag til framtidige løsninger.

På bakgrunn av disse komponentene, ser Helse Nord-Trøndelag at følgende potensiale kan hentes ut over tid:

Område	Kommentarer	Økonomisk effekt
DMS Steinkjer	Gjeldende finansieringsavtale er forutsatt reforhandlet ved innføring av samhandlingsreformen. Beregnet økonomisk effekt forutsetter at reformen legitimerer	6 mill. kr (HNTs andel)

	opphør av dagens tilskudd fra HNT.	
DMS Stjørdal	Gjeldende finansieringsavtale er forutsatt reforhandlet ved innføring av samhandlingsreformen. Beregnet økonomisk effekt forutsetter at reformen legitimerer opphør av dagens tilskudd fra HNT.	4 mill. kr (HNTs andel)
DPS Kolvereid	Anslått nettoeffekt dersom pasientbehandling som krever innleggelse, overtas av Sykehuset Namsos. Det polikliniske tilbudet vil i så tilfelle imidlertid bli opprettholdt. Det pågår en prosess med sikte på etablering av et lokalmedisinsk senter i forståelse og samarbeid med berørte kommuner.	6,5 mill. kr
Elektiv kirurgi	Oppgitt beløp anses som en målsetting for arbeidet og er ikke basert på konkrete analyser, jf. ellers kommentarer ovenfor.	5 mill. kr
Kirurgisk vaktberedskap	Gjennomgang av vaktberedskap og tall som kommer fram ved ulike endringer i denne, viser at vaktordningene i Helse Nord- Trøndelag er godt tilpasset behovet befolkningen i Nord- Trøndelag har for spesialisthelsetjenester. Det er ut fra dette ikke grunnlag for endringer ut over det som allerede er gjort gjennom de siste åra, verken økonomisk, faglig eller i et helse- og samfunnsmessig beredskapsperspektiv. Kostnadene ved transport overgår langt de potensielle økonomiske innsparingene en oppnår ved nedlegging av vaktberedskap. Flere fagfelt peker på behov for en økning i sine beredskaps- og vaktordninger for å imøtekomme faglige retningslinjer og kommunene og befolkningen sine behov for spesialisthelsetjenester.	0 mill. kr
Pasientstrøm Værnesregionen somatikk	Dette utredes i samarbeid med St. Olav, men vil ikke gi noen netto økonomisk effekt for berørte helseforetak.	0 mill. kr
SUM		21,5 mill. kr

KONKLUSJON

HNTs oppfølging av tiltak knyttet til Strategi 2020 forutsettes å ligge til grunn når foretaket skal utarbeide driftsplaner og budsjett for 2012. I denne saken har vi forsøkt å svare på konkrete utfordringer gitt i foretaksprotokollen av 30.06.11. Noen av disse effektene kan hentes ut i 2012, mens det er nødvendig med noe mer tid for å hente ut andre effekter.

HMN vil om kort tid fastsette rammer for foretakets drift i 2012. Det videre arbeidet knyttet til nevnte strategiske områder vil bli integrert i arbeidet med budsjett 2012. De områdene som blir klare og godkjent for implementering i 2012, vil bli foreslått iverksatt slik at de kan bidra til å nå foretakets samlede utfordring for 2012.

Internt arbeidsdokument

*Utfordringsbildet for Helse Nord-
Trøndelag*

*En vurdering av kostnadsreducerende
tiltak innen
desentralisert virksomhet*

Rapport fra en arbeidsgruppe

Bakgrunn

Utfordringsbildet for Helse Nord-Trøndelag tilsier at foretaket må redusere kostnadene gjennom effektivisering, kostnadsreduserende tiltak og evt reduksjon av tilbudet.

Årsaken til dette er skjerpede styringskrav fra Helse Midt-Norge. Dette er igjen forårsaket av

- gjennomføring av strategi 2020
- endrede økonomiske rammer som følge av samhandlingsreformen
- offentlig overtakelse av ambulansedriften

I budsjettet for 2012 er det ordinært lagt inn en effektivisering på 30 mill. I tillegg utgjør nye foretaksprioriterte oppgaver 10 mill.

Iflg foretaksprotokoll 30.juni 2011 skal HNT i tillegg gjennomføre tiltak som gir 25 mill i innsparing i driftsbudsjettet.

Til sammen utgjør dette en innsparing på 65 mill

Direktøren har overfor styret i møte 19.8 foreslått at de 25 mill skal hentes inn ved redusert

- vakt og beredskap
- desentralisert virksomhet
- andre kostnader (bl.a IKT)

Mandat

Direktøren har gitt undertegnede oppdrag å vurdere foretakets *desentraliserte virksomhet* med tanke på ovenfor nevnte kostnadskutt. Oppdraget bes utført ved hjelp av en arbeidsgruppe bestående av medarbeidere og tillitsvalgte i HNT

Arbeidsgruppen

Gruppen har bestått av

- Overlege Dagfinn Thorsvik
- Klinikkleder psykiatri Hilde Ranheim
- Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås
- Økonomisjef Tormod Gilberg
- Psykolog Mette Dybwad, fortakstillitsvalgt

Gruppen har hatt 2 møter

Hva er desentralisert virksomhet?

Arbeidsgruppen har valgt å se på følgende tiltak/tjenester under begrepet desentralisert virksomhet

- A. Distriktsmedisinske sentra
- B. Distriktpsikiatriske sentra
- C. Desentraliserte poliklinikker
- D. Dialyse
- E. Ambulante team
- F. Lærings- og mestringssenter
- G. Habilitering og rehabilitering
- H. Samhandling

En del av disse tjenestene har sin virksomhet både desentralisert og integrert som en del av sykehusets ordinære virksomhet.

Distriktsmedisinske sentra

I Nord-Trøndelag er det etablert to distriktsmedisinske sentra. Stjørdal DMS kom i drift i 2007 og Inntrøndelag DMS, Steinkjer startet i 2011. Sistnevnte dekker kommunene Steinkjer, Inderøy, Verran, Snåsa og Mosvik.

Begge DMS inneholder følgende hovedfunksjoner:

- a) Intermediær sengepost
- b) Desentralisert poliklinikk (gynekologi, ortopedi)
- c) Dialyse og rtg (ennå ikke startet i Steinkjer)
- e) Kommunale (interkommunale) tjenester

De intermediære sengepostene (12 senger i Stjørdal og 16 senger i Steinkjer) tar i mot 2 kategorier pasienter fra sykehus

- a) Utskrivningsklare pasienter
- b) Pasienter som er ferdig diagnostisert og har startet behandling, men har behov for fortsatt behandling som vanligvis gies i sykehus, f.eks i.v antibiotika, tidlig mobilisering etter protese kirurgi, mv

Driften av de intermediære sengepostene finansieres med 1/3 fra HNT, 1/3 fra HMN og 1/3 fra kommunene. Bidraget fra Helse Nord-Trøndelag er ca 6-7 mill til hver av de to sengepostene, til sammen ca 13mill. Finansieringsordningene er basert på avtaler. Avtalene med begge DMS skal reforhandles med virkning fra 2012.

I finansieringsordningen som følge av samhandlingsreformen er noe av rammen til spesialisthelsetjenesten (ca 6mrd) overført til kommunene for å kompensere for kommunenes medfinansiering av ISF, utskrivningsklare pasienter og etablering av ø.hjelp innleggelse i kommunal helsetjeneste.

De to intermediæravdelingene ved DMS tar i mot de utskrivningsklare pasientene hjemmehørende i de respektive kommuneregionene. Det er derfor en logisk følge at kommunene må overta finansieringsansvaret for den del av sengepostene som ivaretar de pasienter som er ferdigbehandlete og utskrivningsklare (kategori a).

Også for kategori b-pasientene har kommunene en indirekte økonomisk gevinst ved at disse pasientene blir tidligere overført til en kommunal institusjon, bl.a pga mindre behov for kommunale hjelpetjenester. Dette er dokumentert gjennom forskning bl.a. fra Trondheim. Gjennom faglig veiledning til personalet ved DMS bidrar også spesialisthelsetjenesten med kompetanseoverføring til kommunen.

Det er videre en forutsetning at kommunene skal opprette sengeplasser i egne institusjoner for å kunne ta i mot øyeblikkelig hjelp innleggelser. For de to kommuneregionene som har DMS vil det være aktuelt å bruke sengeplasser i intermediæravdelingene til dette formålet.

Avtalene med kommunene vedr finansiering av intermediærenhetene i DMS må reforhandles som følge av samhandlingsreformens endringer i rammeoverføringer til kommunene. Den andelen som er forutsatt å være en kommunal oppgave må finansieres gjennom kommunenes økte inntektsramme. Bidraget fra spesialisthelsetjenesten (HMN og HNT) kan reduseres kan tilsvarende. For HNT vil dette utgjøre en utgiftreduksjon i størrelsesorden 6-8mill.

Det forutsettes at Helse Midt-Norge initierer og legger føringer for reforhandlinger av avtalene

Helseforetakets øvrige økonomiske engasjement i DMS er knyttet til desentralisert spesialisthelsetjeneste; poliklinikk, dialyse og røntgen. Tjenestene utføres av eget personell og foretaket dekker husleiekostnader.

Ved DMS Inntrøndelag er det planlagt røntgen som en forutsetning bl.a for ortopedisk poliklinikk. Det er forutsatt at HNT skal bidra med radiograf i 40 % ny stilling (ca 200 000 kr), de øvrige kostnader dekkes av kommunene.

Distriktpsikiatriske sentra (DPS)

I Nord-Trøndelag er det etablert to distriktpsikiatriske sentra, et i Stjørdal og et i Kolvereid. Begge DPS drives i sin helhet av HNT og er organisert som avdelinger Psykiatrisk klinikk. Begge DPS har sengepost for døgnopphold med hhv 20 og 8 senger samt psykiatrisk poliklinikk. Begge DPS har tilhold i en relativt ny og moderne bygningsmasse.

Sengeposten ved DPS Kolvereid er liten (8 senger) og har hatt et lavt belegg de siste åra. Psykiatrisk klinikk må vurdere om avdelingen i Namsos har kapasitet til å overta døgntilbudet som gies ved DPS Kolvereid. En nedleggelse av døgnavdelingen her kan gi en årlig kostnadsreduksjon på ca 6.5 mill. Det vil sannsynligvis utløse et behov for en mindre bemanningsjustering ved avdelingen i Namsos, slik at netto reduksjonen bli noe mindre. Psykiatrisk klinikk har konsekvensutredet dette tiltaket i arbeidet med budsjett 2012 og summen kan ikke spares to ganger. Arbeidsgruppen anbefaler at Psykiatrisk klinikk behandler tiltaket videre.

En forutsetning er at DPS Kolvereid fortsatt består med et poliklinisk og ambulant psykiatritilbud, men uten tilbud om innleggelse. Det er også en forutsetning at Helse Nord-Trøndelag i samarbeid med de 4 berørte kommuner søker å utvikle et lokalmedisinsk senter i tilknytning til DPS Kolvereid. Dette senteret bør omfatte de øvrige desentraliserte spesialisthelsetjenester i Ytre Namdal.

Psykiatrisk klinikk har gjennomført et forprosjekt "Ny organisering av psykisk helsetjeneste i Ytre Namdal. Dette forprosjektet har vurdert annen organisering av psykisk helsevern i Ytre Namdal. DPS Kolvereid bør også sees i sammenheng med andre desentraliserte spesialisthelsetjenester i regionen.

Arbeidsgruppen anbefaler at forprosjekt "Ny organisering av psykisk helsetjeneste i Ytre Namdal" behandles i foretaksledelsens møte 11.10.11. Der må det tas en beslutning i saken som så følges opp videre.

DPS Stjørdal har en sengepost med 20 senger. 3 senger er forutsatt å dekke behov for pasienter fra Sør-Trøndelag. Sengeposten har hatt fullt belegg over tid.

Psykiatrien i Nord-Trøndelag har et langt lavere sengetall enn landsgjennomsnittet

Det vurderes derfor ikke som riktig å redusere sengetallet ved DPS Stjørdal på nåværende tidspunkt.

Desentraliserte poliklinikker

HNT har etablert desentralisert poliklinisk virksomhet følgende steder:

Stjørdal (DMS) :	Gynekologi og svangerskap
	Ortopedi
Steinkjer:	Psykatri
	BUP
	Gynekologi
	Ortopedi (planlagt)
Kolvereid	Indremedisin

Det gies her et poliklinisk tilbud til pasienter som ellers måtte ha reist til hhv Levanger og Namsos. For pasientene vil en fjerning av dette tilbudet bety mer reisetid og for foretaket økte pasienttransportkostnader.

I foretaksprotokollen av 30.6.11 har HMN pålagt HNT å desentralisere det polikliniske tilbudet til kronisk syke og store pasientgrupper.

Det anses ikke helsepolitisk riktig og heller ikke å være økonomisk gevinst i å redusere omfanget av desentralisert poliklinisk virksomhet.

Dialyse

Behovet for dialyse har over tid vært økende. HNT har både av kapasitetsgrunner og pasienthensyn etablert satellitt dialyse i flere kommune i Nord-Trøndelag i tillegg til de to sykehusene;

- ved begge DMS
- Leksvik
- Rørvik
- Lierne

En sentralisering av dette tilbudet til de to sykehusene kan effektivisere personellbruk/kostnader, men gi store økninger i pasienttransportkostnader. Den største negative virkningen blir kvaliteten for pasientgruppen som påføres store belastninger pga reisetid.

Det anses ikke riktig å redusere det desentraliserte dialysetilbudet i Nord-Trøndelag.

Ambulante team

Ambulante team er definert som en del av den desentraliserte virksomhet. Tverrfaglige team knyttet til spesialavdelinger følger pasienten ut i kommunene etter sykehusbehandling, og/eller veileder fagpersonell i kommunene. Det er betydelig forskningmessig evidens for at dette er en kostnadseffektiv og faglig god måte å organisere tjenesten på; i psykiatrien, slagbehandling, geriatri, rehabilitering, habilitering og flere andre fagområder.

Med unntak av psykiatrien har HNT i liten grad etablert ambulante team. En medvirkende årsak til dette er at gjeldende finansieringsordninger ikke understøtter dette. I alle fall bør

ambulante team komme som et supplement til den virksomhet som gies i stasjonære avdelinger/poliklinikker, det ansees ikke realistisk å erstatte sykehusbasert virksomhet med ambulante team.

Lærings- og mestringssenter

Samhandlingsreformen legger opp til at ansvaret for læring og mestring bør ligge under kommunenes ansvarsområde. Det er samtidig klare signaler om at spesialisthelsetjenesten skal ha en koordinerende og veiledende rolle. Opplæring av pasienter og pårørende er en av 4 hovedoppgaver iflg spesialisthelsetjenesteloven. En hovedoppgave for LMS i dag er å koordinere og støtte pasientopplæringsvirksomheten ved avdelingene i sykehusene. En annen funksjon er kontakt og koordinering opp mot brukerorganisasjonene.

Lærings- og mestringssenteret i HNT har virksomheten fordelt på begge sykehus med 5 stillinger, derav er 2 stillinger knyttet direkte til det audiopedagogiske tilbudet til barn med hørselssvekkelse.

Arbeidsgruppen vil ikke tilrå at Lærings- og mestringssenteret i foretaket legges ned eller reduseres.

Habilitering og rehabilitering

Ansvaret for habilitering av hhv barn og voksne er lagt til både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

I Helse Nord-Trøndelag er voksenhabiliteringstjenesten en integrert del av psykiatrisk klinikk. Tjenesten utøves hovedsakelig som en ambulant virksomhet i forhold til den enkelte bruker, men også som konsultativ bistand overfor kommunehelsetjeneste.

Barnehabiliteringstjenesten er samorganisert med barneavdelingen. Hele virksomheten er poliklinisk og ambulant, uten bruk av senger.

Kommunene gjør i svært forskjellig grad bruk av spesialisthelsetjenesten når det gjelder habilitering. Noe av disse forskjellene kan tilskrives forskjeller i kommunestørrelse og i hvor stor grad kommunene har egen kompetanse og kapasitet innen fagområdet.

Det synes å være behov for en gjennomgang av tjenestene med tanke på bedre avklaring av oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten omfatter avdelinger i sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner. Helse Nord-Trøndelag har siden 2002 drevet en egen rehabiliteringsavdeling ved Sykehuset Levanger med 15 senger og en poliklinikk. Avdelingen tar mot pasienter fra begge sykehus. Pasienter med moderate og alvorlige utfall etter hjerneslag utgjør den største pasientgruppen. Resten er fordelt på en rekke diagnosegrupper. De fleste som overføres til Rehabiliteringsavdelingen trenger fortsatt å være i sykehus av medisinske årsaker samtidig som de er i behov for en tverrfaglig rehabiliteringskompetanse som ikke er til stede i tilstrekkelig grad i kommunen. En reduksjon i sengetall/nedleggelse av rehabiliteringsavdelingen vil derfor bety at mange pasienter vil måtte ligge lenger i andre avdelinger i sykehusene.

De private 3 private rehabiliteringssentrene i fylket, Meråker Kurbad, Kastvollen rehabiliteringssenter og Namdal rehabilitering har til sammen ca 100 sengeplasser. Disse institusjonene finansieres på grunnlag av anbud/kjøp av plasser fra Helse Midt-Norge. HNT har ingen driftsutgifter knyttet til driften av disse institusjonene. Kommunene i Namdal finansierer driften av 16 av 26 plasser ved Namdal rehabilitering for pasienter innenfor kommunenes ansvarsområde.

Helse Nord-Trøndelag driver på oppdrag fra HMN et felles henvisningsmottak for pasienter som søkes fra kommunene til de private rehabiliteringsinstitusjonene i Midt-Norge.

Ansvar for rehabilitering er delt mellom spesialisthelsetjeneste og kommunen. Ansvars- og oppgavefordelingen er regulert gjennom en egen forskrift fra 2001.

Samhandlingsreformen forutsetter at flere oppgaver innen rehabilitering bør overføres til kommunen. Helsedirektoratet har etter oppdrag fra HOD nedsatt en egen partssammensatt arbeidsgruppe som skal avklare oppgavefordeling innen rehabilitering mellom forvaltningsnivåene. Arbeidet skal være slutført 1.februar 2012.

Arbeidsgruppen vil tilrå at det ikke blir foretatt endringer i spesialisthelsetjenestens habiliterings- og rehabiliteringstilbud før dette arbeidet er slutført

Samhandling

Iverksettelse av samhandlingreformens intensjoner vil måtte kreve en betydelig resursinnsats også fra spesialisthelsetjenestens side.

HNT deltar i et samarbeidsutvalget sammen med kommunene. Det er utarbeidet en felles samhandlingsstrategi, og som følge av den er det initiert flere tiltak som skal bedre samhandlingen mellom de to tjenestenivåene. HNT har ansatt en egen samhandlingssjef og opprettet stillinger for praksiskonsulenter. Flere prosjekter er igangsatt for å arbeide med standardiserte pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene. Disse prosjektene har hittil i stor grad vært finansiert gjennom eksterne prosjektmidler.

Det synes å være behov for å styrke den administrative samhandlingsfunksjonen i helseforetaket for å kunne gjennomføre samhandlingsreformen.

Arbeidsgruppen vil ikke til rå at ressursinnsatsen til samhandling reduseres.

Oppsummering

Det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet utgjør en svært liten del av virksomheten til Helse Nord-Trøndelag. Det er derfor et lite potensial for effektivisering og kostnadskutt innen dette virksomhetsområdet.

To deltjenester bør gjennomgås med tanke på reduksjon av kostnader

- Intermediæravdelingene ved de to distriktsmedisinske sentrene
- Sengeavdelingen ved DPS Kolvereid

For de øvrige desentraliserte tjenester vurderer arbeidsgruppen det som ikke faglig realistisk å redusere resursinnsatsen.

Levanger, 6.oktober 2011

For arbeidsgruppen

Dagfinn Thorsvik

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 39/2011 Sammenslåing av hjerteovervåking og intensiv på Sykehuset Levanger

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	20.10.11	39/2011

Saksbeh: Mads E. Berg

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/3510

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF godkjenner forprosjektrapporten ”Utvikling intensiv, tung overvåkning, dialyse.” og ber administrerende direktør gjennomføre detaljprosjektering og bygging av alternativ 2 med oppstart bygging fra 1. desember 2011. Prosjektet gjennomføres innenfor en ramme på 30 MNOK og ferdigstilles for innflytting 1.juni 2012.

SAKSUTREDNING:

Sak 39/2011 Sammenslåing av hjerteovervåking og intensiv på Sykehuset Levanger

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken:

1. Rapport – Utvikling intensiv, tung overvåkning, dialyse. Forprosjektrapport med oppsummering av planprosessen datert 7.10.2011

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styresak 49/2010 - Budsjett 2011
2. Styresak 41/2009 - Sammenslåing av hjerteovervåking og intensiv på Sykehuset Levanger

SAMMENDRAG

Planlegging av sammenslåing av intensiv og HOV til en ny og større intensivenhet ved Sykehuset Levanger har pågått siden 2004. På grunnlag av forankringen i rapporten ”Strategiske tiltak Sykehuset Levanger” fra 2005 ,er det gjennomført idéfase, konseptfase og forprosjektfase.

SINTEF – teknologi og samfunn har vært engasjert som prosjektleder.

Arbeidet med en bygningsmessig utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag (”Ompakkingsprosjektet”) som har løpt parallelt med intensivprosjektet, har beskrevet mulige avhengigheter mellom flere tiltak i etasjeplan 5. Sammen med nye beregninger av kapasitetsbehov, førte dette til endringer i mandatet fra styrebehandlingen i sak 41/2009 hvor det ble besluttet at prosjektet skulle igangsettes. Endringen innebar, at fra å være et prosjekt for sammenslåing av HOV og intensiv, ble det et prosjekt for å utvikle en fremtidsrettet løsning for en intensivenhet som hadde kapasitet på 12 plasser. 8 av disse plassene skulle være intensivplasser og i tillegg skulle det være kapasitet til å ta imot inntil 4 pasienter med behov for tung overvåking fra kirurgisk og medisinsk klinikk. Gjennom bearbeiding av løsningen ble kapasiteten redusert til 11 plasser på grunn av begrenset areal.

Utredning av løsninger for HOV og dialyse er koblet til behandlingen av ”Ompakkingsprosjektet”. Det ble understreket i mandatet at de løsningene som ble valgt for intensivenheten ikke skulle begrense mulighetene for å finne gode løsninger i fremtiden for HOV og dialyse, og at man skulle fokusere på å avgrense byggearbeidene til bygg C. Den videre utredningen av løsninger for Hjerneovervåking (HOV) og dialyse skulle tas opp ifm behandling av rapporten fra ”Ompakkingsprosjektet”

Etter at styret ifm budsjettbehandlingen for 2011 bevilget 30 MNOK er det utarbeidet flere alternative løsninger. Den anbefalte løsningen har rom- og utstyrsstandard på høyde med nye sykehusprosjekter. Bygningsmessig legges det til rette for god oversikt til pasientrommene fra lokale arbeidsstasjoner hvor man fra en plass kan ha tilsyn med to pasienter. Løsningen gir gode arbeidsforhold for personalet hvor det er lagt vekt på samarbeid mellom faggrupper, gode arbeidsplasser for leger og sykepleiere og grupperom for undervisning og møter nær arbeidsstasjonen.

Det har vært uenighet i arbeidet, spesielt mellom fagpersoner fra medisinsk klinikk og intensivenheten/anestesi om plassering og tilfredsstillende løsninger for pasienter med behov for tung overvåking. Styringsgruppa har, basert på anbefalinger fra arbeidsgruppa, kommet til at den anbefalte løsningen løser kompromissene og ivaretar de faglige og driftsmessige hensynene på en tilfredsstillende måte.

Adm.dir. anbefaler at det vedtas gjennomføring av detaljprosjektering og bygging av alternativ 2 med oppstart bygging fra 1. desember 2011. Prosjektet gjennomføres innenfor en ramme på 30 MNOK og ferdigstilles for innflytting i juni 2012. Driften legges til rette slik at man kan hente ut minimum 0,5 MNOK i årlig driftseffektivisering ved redusert innleie ved sykdom, ferier og ifm natt og helgevakter.

Det anbefales at når rapporten fra "Ompakkingsprosjektet" er behandlet, blir det igangsatt utredning og planlegging av fremtidige løsninger for sengeområder med plasser for tung overvåking, lokalisering av HOV og andre hjertemedisinske funksjoner som i dag er lokalisert til bygg I plan 5. Det igangsettes tilsvarende utredning og planlegging av fremtidig løsning for dialyse og dagkirurgisk enhet. I dette utredningsarbeidet må både de faglige, organisatoriske og driftsøkonomiske aspektene klargjøres.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Planprosessen for ombygging av intensivenheten

Med behandling av Forprosjektrapport med oppsummering av planprosessen for prosjektet Utvikling intensiv, tung overvåking, dialyse Sykehuset Levanger, er tidligfaseplanleggingen for prosjektet avsluttet.

Gjennom arbeidet med "Ompakkingsprosjektet" er avhengigheter til andre, nødvendige og viktige utviklingsprosjekter dokumentert. Dette ble tatt opp og diskutert i møte med Prosjektgruppen og Felles faggruppe i møte 5. mai 2011. Disse avhengighetene er til dels innarbeidet i det reviderte mandatet for prosjektet som ble behandlet i møte i Styringsgruppen 26. juni 2011 og følgende mandat ble vedtatt:

1. Resultatene fra konseptfasen oppsummeres i forprosjektrapporten. Det redegjøres for valg av alternativ som grunnlag for detaljert planlegging i forprosjektet.
2. Når kostnadsrammene for intensivenheten foreligger, vil styringsgruppen legge rammene for arbeidet med dialyseenheten. Dette gjelder både disponering av midlene innenfor rammen på 30 MNOK, og valg av tiltak som kan gjøres når det tas hensyn til avhengigheten av lokalisering av hjertemedisinske og/eller dagkirurgisk oppgaver.
3. De løsningene som velges for intensivenheten skal ikke begrense mulighetene for gode løsninger og lokalisering av hjertemedisinske og dagkirurgisk pasientbehandling. Hovedprioriteringene innenfor den avsatte rammen er en ombygging og oppgradering av ny Intensivenhet og etablering av ny dialyseenhet.
4. Utredning av løsninger for tung overvåking som ikke får plass innenfor den nye intensivenheten, og dagkirurgisk oppgaver, inngår i prosjektet. Det omfatter også en vurdering av plassering av medisinske spesiallaboratorier med bakgrunn i avhengigheter.
5. Hvis arbeidsgruppen ikke kan tilrå tilfredsstillende faglige og personellmessige løsninger med bruk av 12 plasser innenfor det avsatte arealet for nye den nye intensivenheten, så vil Styringsgruppen etter råd fra Arbeidsgruppen måtte fastsette hva som skal være kapasiteten for antallet plasser for tung overvåking. Arbeidsgruppen bes om å vurdere mulighetene for bruk av 2 sengers rom.

6. Når pkt 5 er avklart, så skal det gjennomføres en driftsøkonomisk konsekvensberegning som omfatter en avklaring om det er gevinster knyttet til overføring av plasser for tung overvåking innenfor den nye intensivenheten, og en konsekvensberegning med lokalisering av tung overvåking utenfor den nye intensivenheten.

I møte i styringsgruppa 12. september ble mandatet justert på grunn av begrensninger i den foreslåtte løsningen. Forprosjektet beskriver en løsning med 11 plasser totalt og at 2 rom forberedes for to senger for tung overvåking. Konsekvensen er at det prosjekteres får en samlet kapasitet på 7 ensengsrom og 2 tosengsrom.

Godkjenning av forprosjektrapporten gir grunnlag for gjennomføring av byggeprosjektet for intensivenheten slik mandatet fastlegger. På dette grunnlaget skal arbeidet med planlegging av opprustingen av dialysenheten og den fremtidige organisering og lokalisering av virksomheten ved HOV og den øvrige hjertemedisinske virksomheten i bygg D plan 5 gjennomføres. Figuren viser de avhengigheter som gjelder:

Anbefalt rekkefølge				
Intensiv bygges ut innenfor C5, utvides til D5 når dette arealet er klargjort	Utvikle sengetun for overvåking, klarjøres for å ta i mot senger fra HOV	Bygge om I 5 og flytte dialyse dit, frigjør D5	Ta i bruk rom i D5 til personalrom oa. Ferdigstille kapasitet i C5	Flytte dagkirurgi til A5 og D5
	Flytte dagkirurgi til A5			

En alternativ lokalisering av dialysen er bygg D plan 2 som vil bli frigjort når dagkirurgisk enhet flyttes til sentral operasjonsavdeling. Diskusjonen i møte den 5. mai tyder på at dette ikke er et foretrukket alternativ.

Lokalisering av kapasitet for tung overvåking for medisinske pasienter

De foreliggende planene viser at ikke all virksomhet ved dagens HOV blir overført til intensivenheten i bygg D, plan 5. Kapasiteten ved intensivenheten blir på total 11 plasser hvorav 7 legges til rette som intensivpasienter mens 4 tilpasses pasienter med behov for tung overvåking. Både intensivplassene og plassene for tung overvåking kan benyttes for pasienter fra kirurgisk og medisinsk avdeling, og den samlede kapasiteten dekker det beregnede kapasitetsbehovet for slike pasienter. Fordeling av pasienter på plasser for intensiv eller tung overvåking vil være styrt av pasientens behov og belegget i avdelingen.

Det forutsettes at det fortsatt vil være behov for kapasitet for tung overvåking for noen medisinske pasienter som ut fra faglige vurderinger ikke bør ligge på intensivenheten. Dette kan faglig løses enten ved at det opprettholdes en redusert virksomhet ved dagens HOV, eller at pasientene overføres til sengeområdet i bygg A plan 4. Som en langsiktig strategi for utvikling av sengeområdene bør noen rom legges til rette for pasienter som krever overvåking. Døgnbemanning på så få plasser vil driftsøkonomisk være en svært kostbar løsning og man kan anta at det også faglig er lite robust med enhet på 2-3 plasser. Et av argumentene for en sammenslåing av HOV og intensiv har vært behovet for robuste fagmiljøer og bedre rekruttering.

Et alternativ er å innarbeide plasser for tung overvåking av medisinske pasienter i sengeområdet i bygg A plan 4. For at området i bygg I plan 5 skal kunne frigis til dialyseenheten må også medisinske laboratorier og kontorer i bygg I plan 5 flyttes ut. For å få en best mulig driftssituasjon for medisinsk klinikk bør disse flyttes til bygg C plan 4. Løsningen vil kreve investeringer i sengeområdet i bygg A plan 4 og i kontorområdet i bygg C plan 4.

Løsninger for tung overvåking i sengeområder er omtalt i rapporten fra ”Ompakningsprosjektet” som snart foreligger. Som mandatet stadfester skal utredning av alternative løsninger tung overvåking av medisinske pasienter startes umiddelbart etter at forprosjektet er behandlet.

Lokalisering av dialyseenhet

I mandatet for prosjektet er det forutsatt at fremtidig løsning for dialyseenheten skal utredes men at midlene skal prioriteres for utvikling av intensivenheten. I den opprinnelige kostnadsrammen for prosjektet (styresak 41/2009) var nye arealer for dialyseplasser en del av investeringsrammen på totalt 27.5 MNOK, senere hevet til 30 MNOK. Prosjektkostnadene for det foreliggende forprosjektet viser at man innenfor rammen på 30 MNOK får realisert utbyggingen av 11 plasser for intensiv/tung overvåking inkludert utstyr, men det er ikke midler til bygningsmessige tiltak for dialyseenheten.

Ny lokalisering av dialyseenheten er avhengig at det frigis arealer i bygg I, plan 5 der dagens HOV og hjertemedisinske laboratorier ligger. Alternativt kan dialyse få plass i bygg D, plan 2 hvor dagkirurgisk enhet ligger. Dette forutsetter at dagkirurgisk enhet integreres med sentral operasjonsenhet. Disse løsningene er omtalt i rapporten fra ”Ompakningsprosjektet” som snart foreligger. Som mandatet stadfester skal utredning av alternative løsninger dialyseenhet startes umiddelbart etter at forprosjektet er behandlet.

Organisasjonsmessige endringer

Forprosjektrapporten beskriver ikke organisasjonsmessige endringer for noen av de berørte enhetene. Ombygging og opprusting av intensivenheten innebærer ikke endringer i dagens organisering og oppgaver. Intensivenheten vil fortsette sin virksomhet som i dag og selv om økt kapasitet kan medføre økt aktivitet, vil det ikke medføre endringer i oppgaver og organisering.

Det samme gjelder HOV som ved behov og ut fra en faglig vurdering overfører en andel av sine pasienter til intensivenheten. Dette kan redusere kapasitetsbehovet og aktiviteten og dermed redusert behov for bemanning, men det innebærer ingen prinsipiell endring i oppgaver eller organisering. Tilpassing av bemanning ved begge enheten må tilpasses aktiviteten og økonomiske rammer og er en del av den daglige driften.

Når utredningene av alternative løsninger for tung overvåking for medisinske pasienter skal avklares vil de organisatoriske og driftsmessige konsekvensene avklares.

Det er forutsatt fra styret at det skal hentes ut en driftsgevinst på 1.2 MNOK per ved sammenslåing av HOV og intensiv. En økt kapasitet på intensiv vil innebære en viss ”sammenslåing” ved at et større antall pasienter overføres til intensivenheten. Avhengig av hvordan driften gjennomføres kan dette gi reduserte lønnskostnader på grunn av redusert innleie.

Oppsummering

Figuren viser avhengighetene som styrer fremdriften for en fullstendig realisering av nye lokaler for tung overvåkingsplasser for medisinske pasienter og dialyseplasser.

Krav til driftsøkonomiske gevinster av de vedtatte investeringene forutsetter at deler av driften av dagens HOV overføres til intensiv (for de tyngste overvåkingspasientene) og til sengeområdet for øvrige pasienter som krever tung overvåking.

Innenfor de avsatte midlene for utbygging av intensivenheten er det ikke rom for å gjøre bygningsmessige tiltak for dialyseenheten. Endret lokalisering av dialyseplasser krever dessuten at

det frigis arealer i bygg I plan 5 (dagens HOV og medisinske laboratorier) ligger eller i bygg D, plan 2 (dagkirurgisk enhet).

Rapporten fra "Ompakningsprosjektet" beskriver løsninger som tar hensyn til fremtidig krav til utvikling av byggene på grunnlag av endringer i virksomheten og byggenes egnethet. Føringer i denne rapporten vil ligge til grunn for arbeidet med planene for utvikling av bl.a. sengeområder med tung overvåking, dialyseenheten og dagkirurgisk enhet.

Når forprosjektrapporten er behandlet skal det straks settes i gang utredninger for å avklare de faglig beste løsningene og konsekvenser av disse for investeringsbehov og driftsøkonomi.

Rapportnummer - Fortrolig

Rapport

Utvikling intensiv, tung overvåking, dialyse Sykehuset Levanger

Forprosjektrapport med oppsummering av planprosessen

Forfatter(e)

Asmund Myrbostad

Rune Reinaas

Marte Lauvsnes



SINTEF Teknologi og samfunn

Helse

2011-10-13

Rapport

Utvikling intensiv, tung overvåking, dialyse

Forprosjektrapport med oppsummering av planprosessen

EMNEORD:
Sykehus
Tidligfaseplanlegging
Intensivenhet

VERSJON
1.0

DATO
2011-10-07

FORFATTER(E)
Asmund Myrbostad
Rune Reinaas
Marte Lauvsnes

OPPDRAAGSGIVER(E)
Helse Nord-Trøndelag HF

OPPDRAAGSGIVERS REF.
Ass. direktør Mads Einar Berg

PROSJEKTNR
60F077.30

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
23+ vedlegg

SAMMENDRAG

Rapporten summerer opp tidligfaseplanleggingen for utvikling av intensiv, tung overvåking og dialyse ved Sykehuset Levanger. Arbeidet med utvikling av et faglig godt tilbud til de sykeste pasientene har pågått over lang tid. Rapporten "Strategiske tiltak Sykehuset Lavanger", som kom i 2005, viser prosjektets forankring i overordnede målsettinger.

Et viktig tiltak har vært sammenslåing av intensiv og hjerteovervåking (HOV). Dette er senere utvidet til å omfatte både kirurgisk og medisinsk tung overvåking. I Idéfasen og Konseptfasen har ulike alternative løsninger vært utredet, og styret besluttet i 2009 på dette grunnlaget å avsette 30 MNOK til gjennomføring av prosjektet. I vedtaket er det forutsatt at det realiseres en årlig, driftsøkonomisk gevinst på 1,2 MNOK.

Helse Nord-Trøndelag har gjennomført et strategisk utviklingsarbeid for den fremtidige virksomheten og byggene ved sykehusene i Lavanger og Namsos. Dette har påvist driftsmessige og bygningsmessige avhengigheter mellom den planlagte utbyggingen av intensivenheten i bygg C plan 5 og fremtidig utvikling for dialyseenhet, tung overvåking, sengeområder og dagkirurgisk virksomhet ved Sykehuset Levanger.

På grunnlag av ferdig forprosjekt anbefales det at utbygging av en intensivenhet med tung overvåking gjennomføres i 2011 og 2012. Det startes i tillegg et utredningsarbeid for å avklare hvordan disse avhengighetene påvirker fremtidige organisering og drift samt kostnader og rekkefølge for fremtidige, bygningsmessige tiltak.

UTARBEIDET AV
Asmund Myrbostad

SIGNATUR

KONTROLLERT AV
Marte Lauvsnes

SIGNATUR

GODKJENT AV
Randi Reinertsen

SIGNATUR

RAPPORTNR
ISBN
ISBN-nummer

GRADERING
Fortrolig

GRADERING DENNE SIDE
Fortrolig

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	4
2	Bakgrunn og historikk	5
2.1	Noen milepæler	5
2.2	Behov, problemer	5
3	Generelt om intensivavdelinger/referanser	6
4	Metode	7
4.1	Tidligfaseplanlegging.....	7
4.2	Kapasitetsberegning	8
4.3	Datagrunnlag	8
4.4	Arbeidsgrupper.....	8
4.5	Høring	9
4.6	Integrert programmering og prosjektering	9
4.7	Organisering.....	9
4.8	Mål og rammer	11
4.8.1	Målsetting	11
4.8.2	Mandat	11
4.8.3	Rammer	12
4.8.4	Driftsøkonomi.....	12
5	Ompakkingsprosjektet.....	12
6	Idéfase.....	13
7	Konseptfase	13
7.1	Samordning av konseptfasen og forprosjektfasen	14
8	Forprosjektfase	14
8.1	Programmering.....	14
8.1.1	Aktivitet og kapasitetsbehov.....	14
8.1.2	Rom og arealer.....	15
8.1.3	Driftsmodell, driftsøkonomi	15
8.1.4	Utstyr	16
8.2	Prosjektering – Løsninger	16
8.3	Mellomfase – bruk av arealer i bygg D	19
8.4	Prosjektkostnader	20
8.5	Avhengigheter – Ompakkingsprosjektet	20
9	Plan for gjennomføring	21
9.1	Fremdrift	21
9.2	Entreprisemodell	21
10	Anbefaling	22

BILAG/VEDLEGG

Forprosjektrapport med tegninger

1 Sammendrag

Planlegging av sammenslåing av intensiv og HOV til en ny og større intensivenhet ved Sykehuset Levanger har pågått siden 2004. På grunnlag av forankringen i rapporten "Strategiske tiltak Sykehuset Levanger" fra 2005, er det gjennomført idéfase, konseptfase og forprosjektfase.

Arbeidet med en bygningsmessig utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag ("Ompakkingsprosjektet") som har løpt parallelt med intensivprosjektet, har beskrevet mulige avhengigheter mellom flere tiltak i etasjeplan 5. Sammen med nye beregninger av kapasitetsbehov, førte dette til endringer i mandatet fra styrebehandlingen i sak 41/2009 hvor det ble besluttet at prosjektet skulle igangsettes. Endringen innebar, at fra å være et prosjekt for sammenslåing av HOV og intensiv, ble det et prosjekt for å utvikle en fremtidsrettet løsning for en intensivenhet som hadde kapasitet på 12 plasser. 8 av disse plassene skulle være intensivplasser og i tillegg skulle det være kapasitet til å ta imot inntil 4 pasienter med behov for tung overvåking fra kirurgisk og medisinsk klinikk. Gjennom bearbeiding av løsningen ble kapasiteten redusert til 11 plasser på grunn av begrenset areal.

Utredning av løsninger for HOV og dialyse er koblet til behandlingen av "Ompakkingsprosjektet". Det ble understreket i mandatet at de løsningene som ble valgt for intensivenheten ikke skulle begrense mulighetene for å finne gode løsninger i fremtiden for HOV og dialyse, og at man skulle fokusere på å avgrense byggearbeidene til bygg C. Den videre utredningen av løsninger for Hjersteovervåking (HOV) og dialyse skulle tas opp ifm behandling av rapporten fra "Ompakkingsprosjektet"

Etter at styret ifm budsjettbehandlingen for 2011 bevilget 30 MNOK er det utarbeidet flere alternative løsninger. Den anbefalte løsningen har rom- og utstyrstandard på høyde med nye sykehusprosjekter. Bygningsmessig legges det til rette for god oversikt til pasientrommene fra lokale arbeidsstasjoner hvor man fra en plass kan ha tilsyn med to pasienter. Løsningen gir gode arbeidsforhold for personalet hvor det er lagt vekt på samarbeid mellom faggrupper, gode arbeidsplasser for leger og sykepleiere og grupperom for undervisning og møter nært arbeidsstasjonen.

Det har vært uenighet i arbeidet, spesielt mellom fagpersoner fra medisinsk klinikk og intensivenheten/anestesi om plassering og tilfredsstillende løsninger for pasienter med behov for tung overvåking. Styringsgruppa har, basert på anbefalinger fra arbeidsgruppa, kommet til at den anbefalte løsningen løser kompromissene og ivaretar de faglige og driftsmessige hensynene på en tilfredsstillende måte.

Styringsgruppa anbefaler at det vedtas gjennomføring av detaljprosjektering og bygging av alternativ 2 med oppstart bygging fra 1. desember 2011. Prosjektet gjennomføres innenfor en ramme på 30 MNOK og ferdigstilles for innflytting i. mai 2012. Driften legges til rette slik at man kan hente ut minimum 500 0000 NOK i årlig driftseffektivisering ved redusert innleie ved sykdom, ferier og ifm natt og helgevakter.

Det anbefales at når rapporten fra "Ompakkingsprosjektet" er behandlet, blir det igangsatt utredning og planlegging av fremtidige løsninger for sengeområder med plasser for tung overvåking, lokalisering av HOV og andre hjerstemedisinske funksjoner som i dag er lokalisert til bygg I plan 5. Det igangsettes tilsvarende utredning og planlegging av fremtidig løsning for dialyse og dagkirurgisk enhet. I dette utredningsarbeidet må både de faglige, organisatoriske og driftsøkonomiske aspektene klargjøres.

2 Bakgrunn og historikk

2.1 Noen milepæler

I 2004/2005 gjennomførte Helse Nord-Trøndelag HF et utviklingsarbeid som resulterte i bl.a. ”Strategiske tiltak Sykehuset Levanger”. Her beskrives ønsket om et faglig samarbeid mellom HOV og intensiv for bl.a. å sikre kompetanseutvikling og rekruttering. Administrerende direktør besluttet på dette grunnlaget i februar 2005, en sammenslåing av HOV og intensiv i C-bygget.

Fra dokumentet ”Strategiske tiltak 2004-2005” er det hentet følgende ”*Det er besluttet å samlokalisere intensiv og HOV. Utredning av en arealløsning som i større grad imøtekommer smittevernhensyn og dialysens plassbehov har pågått og faglige og driftsmessige konsekvenser er beskrevet. Prosjektet er foreløpig lagt ”på is”, og beslutningen som ble tatt vår 2005 vil ikke bli realisert i 2006.*”

og.....

”*Den positive gevinsten i en sammenslåing av intensivavdelingen og HOV – ligger i at en større enhet vil gi bedre utnyttelse av spesialpersonell og bredere totalkompetanse.*”

I 2008/2009 gjennomførte en arbeidsgruppe utredning av mulige løsninger for samlokalisering av HOV og intensiv.

I juni 2009, får administrerende direktør i oppdrag av styret å gjennomføre konseptutredningen. Grunnlaget for dette vedtaket var en mulighetsstudie, en fremdriftsplan og et reviderte idéfasedokument.

I desember 2009 ble konseptutredningen godkjent og det ble vedtatt gjennomføring av forprosjekt og senere bygging så snart finansieringen var godkjent.

I forbindelse med budsjettbehandlingen for 2011 ble det avsatt 30 MNOK til gjennomføring av prosjektet.

Høsten 2010 startet arbeidet med ”Ompakningsprosjektet”. Arbeidet med dette dokumenterte kapasitetsbehovet for intensivplasser og plasser for tung overvåking, og viste avhengigheter mellom utbygging av intensivenheten og fremtidige løsninger for HOV og dialyse. På dette grunnlaget ble det gitt nytt mandat for arbeidet og prosjektet ble omorganisert.

I mai 2011 startet arbeidet med videreføring av konseptfasen i en forprosjektfase med målsetting om oppstart bygging i desember 2011. Fremdriften ble satt ut fra et ønske om å starte bygging i 2011 som forutsatt i styresak 41/2009.

2.2 Behov, problemer

Intensivavdelingen ligger i bygg C på plan 5. Bygg C er bygget i 1969 og det er behov for omfattende modernisering. I 2008 ble det bygget ut et nytt ventilasjonsanlegg på taket av bygg C, men det mangler ventilasjonsløsning for et luftsmitteisolat. Bygget representerer følgende problemer for driften og for pasienten:

- Smittevernhensyn, opprusting av isolat
- Flere ensengsrom
- Oppgradering av utstyrsparken

På samme plan i bygg I ligger hjerteovervåkingen (HOV). Begge enhetene er relativ små med henholdsvis 6 intensivplasser og 4 plasser for tung overvåking i HOV. Samlet gir dette relativt høye driftskostnader på natt og i helger og til avdelingsledelse. Det er pekt på at en sammenslåing av intensivavdelingen og HOV gir en

større enhet med bedre utnyttelse av spesialpersonell og bredere totalkompetanse. Det er derfor både faglig og økonomisk argumenter for en bedre samordning av driften ved de to enhetene.

Dialyseenheten ligger på plan 5 i bygg D. I samme bygget ligger også kontorer til anestesiavdelingen. Vannrenseanlegget for dialysevirksomhetene er gammelt og må fornyes. De rommessige løsningene i bygg D er dårlig egnet for drift av en moderne dialyseenhet. Bygg D er forbindelsen mellom bygg I og sentralt trapperom/heisanlegg og den gjennomgangstrafikken dette skaper er uheldig for pasientene og driften. I bygg A på plan 5 ligger sentral operasjonsavdeling med postoperativ overvåking. Postoperativ overvåking stenger fra kl 2200 og pasienter som er for ustabile til å bli overført til sengeavdelingen blir flyttet til intensivsenheten. Dagkirurgisk enhet, som gjennomfører den største delen av dagkirurgisk virksomhet, ligger i bygg D plan 2. En sammenslåing med sentral operasjonsenhet vil gi driftsmessige gevinster, spesielt for postoperativ overvåking. Operasjonsstuekapasiteten ved sentral operasjonsavdeling ansees som tilstrekkelig for å ta over virksomheten ved dagkirurgen i bygg D plan 2. Denne løsningen frigjør arealer som kan brukes til dialysenheten.

Oppsummert viser dette at det er behov for en samordnet utvikling av de ulike virksomhetene i plan 5 i bygg A, C, D og I. Fra oktober 2010 til juni 2011 ble det gjennomført et utredningsarbeid ("Ompakkingsprosjektet") for å kartlegge de virksomhetsmessige endringene som Helse Nord-Trøndelag vil møte frem mot 2020, og krav til tilpassing og utvikling av bygningsmassen som dette medfører. Arbeidet med ompakkingsprosjektet har satt prosjektet "Utvikling intensiv, tung overvåking dialyse Sykehuset Levanger" inn i en overordnet sammenheng og pekt på alternative løsninger for utvikling av arealene i bygg A, C, D og I.

3 Generelt om intensivavdelinger/referanser

Intensivmedisin og tung overvåking av pasienter med livstruende organsvikt er ressurskrevende både med hensyn til faglighet, bemanning og bygningsmessige ressurser. Fysisk utforming av intensivsenheter må derfor legge til rette for høy kvalitet på omsorg og behandling, slik at man oppnår lav dødelighet og korte intensivopphold, samt løsninger som bidrar til god driftsøkonomi.



Bilde: 1 Fra et intensivrom i dagens intensivavdeling ved Sykehuset Levanger

Erfaringer fra nye norske sykehusprosjekter¹ og ombygninger av eksisterende enheter viser at alle i hovedsak legger til grunn de samme kriteriene for en moderne og funksjonell intensivhet. Hovedprinsippet er at fysiske løsninger skal understøtte pasientens positive helingsprosesser som hvile og søvn, naturlig døgnrytme, følelse av omsorg og trygghet, og samtidig dempe faktorer som støy, negative distraksjoner, fare for infeksjoner, frykt og dårlig kommunikasjon. Utformingen skal videre bidra til høy pasientsikkerhet, gode arbeidsforhold for personalet og tilrettelagte omgivelser for pårørende.

De fleste nye prosjekter er planlagt med et nettoareal (funksjonsareal) på ca 40 m² pr intensivplass inkl. nødvendige støtterom, hvorav 25 m² er programmert til selve pasientrommet. Areal til tung overvåking er beregnet noe lavere, ettersom rommene er noe mindre utstyrskrevenne.

Intensivheter bygges i dag primært med ensengsrom. Studier har vist at ensengsrom gir redusert smitterisiko og fare for infeksjoner, mindre støy, mer ro og bedre søvn for pasienten, samt gir bedre betingelser for pårørende. Ensengsrom betyr også færre forflytninger.

Store og gode rom er nødvendig for å romme det antall personer som ofte oppholder seg i rommet samtidig (lege, sykepleiere, pårørende) og store mengder medisinskt teknisk utstyr. For å kunne utføre nødvendige prosedyrer må det være tilstrekkelig plass til lege/sykepleier både foran hodeenden og bak fotenden av senga, og ved begge sider av senga.

Visuell kontakt mellom personell og pasient er et førende prinsipp for utforming av enheter for intensiv og tung overvåking. Enhetens sentrale arbeidsstasjon plasseres slik at den har visuelt innsyn til flest mulig pasienter/rom. Glass i dører og vegger ut mot korridor benyttes ofte for å oppnå innsyn. En arbeidsplass for sykepleier blir ofte tilrettelagt inne på selve rommet eller mellom to tilstøtende rom, slik at sykepleier har visuell og nær kontakt med pasienten.

Den raske utviklingen av medisinsk teknisk utstyr stiller krav om fleksible løsninger med hensyn til utskifting av utstyr. Ofte velges takhengte eller vegghengte intensivsøyler (uttakssentraler) hvor mest mulig av utstyret kan samles. Dette gir god plass i rommet og funksjonell arbeidsforhold rundt seng.

I en moderne intensivavdeling gis pårørende større plass enn tidligere og utformingen skal signalisere at pårørende er velkommen. Dette blir sett på som viktig både i forhold til pasientens behandling om ikke minst med hensyn til pårørende sine behov. Inne på pasientrommet gis det plass til en sone hvor pårørende kan sitte. Det etableres også egne oppholdsrom for hvile og restitusjon i umiddelbar nærhet til intensivheten.

Ved utforming av intensivheter vektlegges arkitektoniske uttrykk som opplevelse av rom, orden og oversikt, sammen med følelse av varme og menneskelighet. De fysiske omgivelsene skal preges av tydelige rom der det er klart hvor man som pårørende har lov å oppholde og henvende seg. Studier har vist at innslag av kjente elementer (treverk, kunst, møbler) og utsikt til omgivelser har betydning for opplevelsen av et intensivopphold.

4 Metode

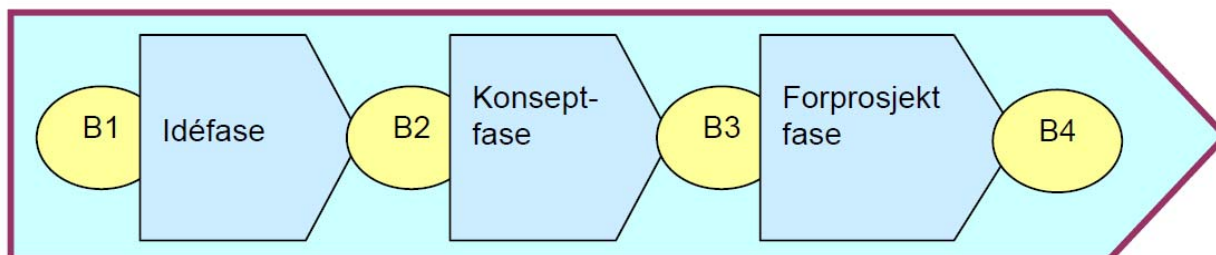
4.1 Tidligfaseplanlegging

Prosjektet har gjennomført aktiviteter i tråd med anbefalingene i Veileder for Tidligfaseplanlegging, utgitt av Helsedirektoratet i 2006, senest revidert i august 2009. Figuren viser fasene i planprosessen og beslutningspunktene mellom hver fase. Beslutninger om videreføring av prosjektet bygger på utredninger i foregående fase, og dokumentasjonen i prosjektet blir i økende grad detaljert og kvalitetssikret. Det legges

¹ St. Olavs Hospital, AHUS, Ny A-fløy UNN-Tromsø, Østfoldssykehuset m.fl.

vekt på at man holder åpent for alternative løsninger helt frem til forprosjektfasen. Nullalternativet (videreføring av dagens løsning men tilpasset fremtidige krav) skal vises.

Prosjektet har nå gjennomført alle fasene til og med forprosjektfasen. På beslutningspunkt B4 skal det besluttes om prosjektet skal gjennomføres eller ikke.



Figur 1: Skjematisk modell for planprosessen for tidligfaseplanlegging

Planleggingsarbeidet er tilpasset typen prosjekt (ombygging) og størrelse (prosjektkostnad ca 30 MNOK). Prosjektet skal ha en strategisk forankring og det skal inngå i helseforetakets investeringsplaner. Prosjektet skal ikke ha en negativ effekt på helseforetakets økonomiske bæreevne i prosjektets levetid, som i praksis betyr at prosjektet ikke bidrar til negativ balanse i driftsbudsjettet, og de positive, driftsøkonomiske effektene skal vektlegges.

4.2 Kapasitetsberegning

Som grunnlag for beregning av kapasitetsbehovet er det brukt en metode som tar utgangspunkt i behov for intensivplasser i forhold til folketallet, den såkalte "Wales-studien". Den uttrykker kapasitet i antall plasser. I vurderingene av kapasitetsbehovet ifm programarbeidet ble det lagt vekt på sykehusstrukturen i Helse Nord-Trøndelag HF med to relativt små enheter som øker det samlede kapasitetsbehovet. Samarbeidet med St. Olavs Hospital er også vektlagt. Det gir både en avlastning for de aller sykeste, men omfatter også et ønske om at sykehusene i Nord-Trøndelag tar hjem sine intensivpasienter så raskt som mulig. Det legges til grunn en kapasitetsutnyttelse på 70 % for å ta høyde for sesongsvingninger.

4.3 Datagrunnlag

Aktivitetsdata som er brukt til beregning av aktivitet og kapasitetsbehov generelt for SHL er hentet fra Helse Nord-Trøndelag HF sitt pasientadministrative system. Slike beregninger gjelder i hovedsak arbeidet med "Ompakkingsprosjekter", men har hatt betydning i diskusjonen om alternative løsninger for kapasitet for plasser til tung overvåking i sengeområdene.

SSBs befolkningsdata er brukt som grunnlag for beregning av kapasitetsbehov i intensivenheten og til fremskriving av aktivitet.

4.4 Arbeidsgrupper

Faglige og driftsmessige avklaringer og forslag til løsninger har kommet gjennom drøftinger i arbeidsgrupper og prosjektgrupper på grunnlag av materielle fremlagt av programrådgivere og arkitekter. Det er gjennomført en befaring ved intensivavdelingen ved St. Olavs Hospital med arbeidsgruppas medlemmer. Ansattes representanter har vært representert i styringsgruppene. I arbeidsgruppene har diskusjoner vist faglig uenighet.

4.5 Høring

Ansatte har hatt flere anledninger til å komme med uttalelser om prisnippene i løsningen (samlokalisering av intensiv og HOV) og de konkrete løsningsforslagene. Det er gjennomgående positiv holdning til de faglige og driftsmessige mulighetene som ligger i en slik løsning. Det nevnes mer faglige robuste miljøer som er positivt for pasientbehandlingen og rekruttering og fagutvikling, og bedre ressursutnyttelse både når det gjelder arealer, utstyr og personell. Det vises også til at behovet for oppgradering av bygg og utstyr er nødvendig og kan realiseres ifm et slikt prosjekt.

Noen uttalelser stiller spørsmål om det er nok tilgjengelige arealer i bygg C, og etter hvert som det har kommet konkrete løsninger på bordet er det påpekt at arealene og romløsningene ikke tilfredsstillende de kravene som må settes. Dette gjelder spesielt uttalelser fra medisinsk klinikk som mener at de foreslåtte løsningene er dårligere enn det som tilbys pasientene i dag, spesielt gjelder dette toseningsrommene som er tiltenkt overvåkingspasienter.

Høringene og diskusjoner i arbeidsgruppen og styringsgruppen har vist at det går et skille i oppfatning av kvaliteten i løsningene mellom medisinsk klinikk som er kritisk til de fysiske forholdene både for pasienter og ansatte, og ansatte ved intensivavdelingen som mener man får gode og fremtidsrettede løsninger både for pasienter, pårørende og ansatte.

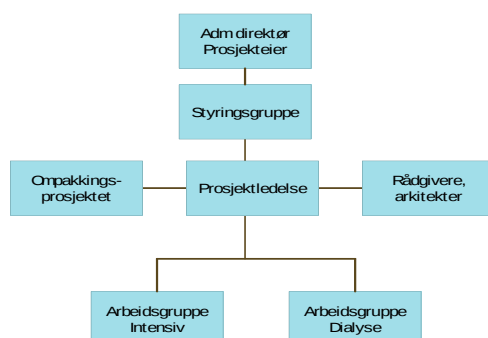
4.6 Integrert programmering og prosjektering

For å sikre fremdrift og god kommunikasjon har rådgiverne for programmering og utstyrsplanlegging deltatt i prosjekteringsmøter med arkitekter og tekniske rådgivere. Ansatte ved eiendomsdrift og medisinsk teknisk avdeling har også deltatt i de siste møtene. Dette har bidratt til enhetlige og koordinerte fremlegg for arbeidsgruppen og en effektiv avklaring av spørsmål til løsningene.

4.7 Organisering

Fra 2004 har det vært etablert ulike modeller for organisering av arbeidet, men i hovedsak har organiseringen omfattet prosjektgrupper/arbeidsgrupper som har rapportert til den administrative ledelsen eller til en styringsgruppe. Ved oppstart forprosjekt i januar 2011 ble det etablert en prosjektorganisasjon tilsvarende den som er vist i figur 2. For å samordne planleggingen av intensivenheten med "Ompakningsprosjektet", ble det gjort endringer i mandatet og prosjektorganisasjonen i mai 2011.

Prosjektorganisasjon



Figur 2 Organisasjonsplan

Styringsgruppen har ansvar for å sikre fremdrift og tar beslutninger der avvik oppstår. Styringsgruppen rapporterer til administrerende direktør og ledes av assisterende direktør Mads E. Berg. Styringsgruppen har følgende medlemmer:

- Ass. direktør Mads E. Berg, leder av styringsgruppen
- Klinikkleder Øystein Sende
- Avdelingsleder Hilmar Hagen
- Tillitsvalgt Rolf Larsen
- Tillitsvalgt Sølvi Sæther
- Brukerrepresentant Ola Larsen
- Siv.ing Trond Hustad

Prosjektledelse har vært ivaretatt av innleid rådgiver fra SINTEF Asmund Myrbostad. Prosjektleder har koordinert ressursene i prosjektet og har ledet en prosjektgruppe som består av sykehusfaglig rådgivere.

- Senior rådgiver Rune Reinås, programmeringsansvarlig rådgiver
- Senior rådgiver Marte Lauvsnes
- Rådgiver Kjell Olav Lyngsmo

HUS arkitekter sammen med Sweco har hatt ansvaret for **prosjekteringen ledet av John Erik Kvam, prosjekteringsgruppeleder (PGL)**. Prosjekteringsgruppen har bestått av:

- Arkitekt Tom Forsberg
- Arkitekt Øyvind Hegvik
- Arkitekt Silje Bentzen Wikmark
- Rådgiver VVS Even Legran
- Rådgiver VVS Robert Otterlei
- Rådgiver elektor Silje Årseth

Arbeidsgruppe Intensiv er felles for programmering og prosjektering. Arbeidsgruppen har følgende medlemmer:

- Avdelingsleder Grete Sivertsen
- Overlege Gunnar Engesnes
- Spesialsykepleier Erik Bonesmo
- Overlege Håvard Dalen
- Avdelingsleder Maj Kvernmo Norem
- Overlege Regina Kibsgaard
- Oddgeir Tanem, Medisinsk teknisk avdeling
- Jørund Eidsaunet, Eiendomsavdelingen

Det er etablert en arbeidsgruppe for planlegging av dialyseenheten. Arbeidet i denne gruppen er utsatt i påvente av konkretisering av planene for intensivenheten, bl.a. når det gjelder prosjektkostnader. Forprosjektet, ref pkt 8.2 og vedlegg 1, viser at det ikke er rom for å gjennomføre byggearbeider ved dialyseenheten i denne omgangen.

Når prosjektet går fra tidligfaseplanlegging til gjennomføring vil prosjektorganisasjonen endres. Det forutsettes at Sykehuset Levanger setter på en intern prosjektleder og at organisasjonen styrkes med byggeleder. Sivil ingeniør Trond Hustad har deltatt i styringsgruppa og vil videreføre prosjektet som prosjektleder ifm detaljplanlegging, kontrahering av entreprenører og bygging.

4.8 Mål og rammer

4.8.1 Målsetting

Fra prosjektplanen datert 8. juni er det hentet følgende mål for prosjektet:

Overordnet mål:

”Skaffe gode lokaler for de dårligste pasientene ved Sykehuset Levanger og sørge for at disse kan ivaretas på en best mulig måte”.

Det er utdypet med følgende:

”Foreta utbygging, ombygging, oppgradering av lokaler for å ivareta behovene til intensivpasienter, intermediærpasienter og dialysepasienter neste 10-20 år, lokalisert ved Sykehuset Levanger. (Intermediærpasienter = pasienter med behov som ligger i grensesnittet mellom sengepost og intensiv)”.

”Investeringen skal legge til rette for en effektiv og god ressursutnyttelse som følge av en hensiktsmessig organisering og lokalisering av pasientbehandling og aktuelle fag”.

I den reviderte prosjektplanen fra 12.08.2011 er det gitt følgende presisering av målene for å tilpasse arbeidet til endrede forutsetninger:

- Intensivenheten planlegges for pasienter som trenger intensivbehandling og en andel av pasienter fra medisinsk og kirurgisk avdeling som trenger tung overvåking (intermediærpasienter).
- Fremtidige løsninger for dialyseenheten utredes og eventuelle utbyggingstiltak tilpasses kostnadsrammen.
- Innenfor kostnadsrammen skal det også utredes løsninger for tung overvåking på sengepost, hjertemedisinske laboratorier og dagkirurgisk enhet, med utgangspunkt i anbefalingene fra ”Ompakkingsprosjektet”.
- De løsningene som velges for intensivenheten skal ikke begrense mulighetene for løsninger for lokalisering og organisering av de hjertemedisinske funksjonene i 5 etg.
- Det skal gjøres beregninger av driftsøkonomisk konsekvenser for ny intensivenhet. De skal sees i sammenhenge med fremtidige løsninger hvor dialyse, lokalisering av tung overvåking/spesiallaboratorier og dagkirurgi inngår.

4.8.2 Mandat

På grunnlag av den reviderte prosjektplanen hvor målene er presisert, vedtok styringsgruppen i møte 19. august 2011 følgende, revidert mandat:

1. Resultatene fra konseptfasen oppsummeres i forprosjektrapporten. Det redegjøres for valg av alternativ som grunnlag for detaljert planlegging i forprosjektet.
2. Når kostnadsrammene for intensivenheten foreligger, vil styringsgruppen legge rammene for arbeidet med dialyseenheten. Dette gjelder både disponering av midlene innenfor rammen på 30 MNOK, og valg av tiltak som kan gjøres når det tas hensyn til avhengigheten av lokalisering av hjertemedisinske og/eller dagkirurgisk oppgaver.
3. De løsningene som velges for intensivenheten skal ikke begrense mulighetene for gode løsninger og lokalisering av hjertemedisinsk og dagkirurgisk pasientbehandling. Hovedprioriteringene innenfor den avsatte rammen er en ombygging og oppgradering av ny intensivenhet og etablering av ny dialyseenhet.
4. Utredning av løsninger for tung overvåking som ikke får plass innenfor den nye intensivenheten, og dagkirurgisk oppgaver, inngår i prosjektet. Det omfatter også en vurdering av plassering av medisinske spesiallaboratorier med bakgrunn i avhengigheter.

5. Hvis arbeidsgruppen ikke kan tilrå tilfredsstillende faglige og personellmessige løsninger med bruk av 12 plasser innenfor det avsatte arealet for nye den nye intensivenheten, så vil Styringsgruppen etter råd fra Arbeidsgruppen måtte fastsette hva som skal være kapasiteten for antallet plasser for tung overvåking. Arbeidsgruppen bes om å vurdere mulighetene for bruk av 2 sengers rom.
6. Når pkt 5 er avklart, så skal det gjennomføres en driftsøkonomisk konsekvensberegning som omfatter en avklaring om det er gevinster knyttet til overføring av plasser for tung overvåking innenfor den nye intensivenheten, og en konsekvensberegning med lokalisering av tung overvåking utenfor den nye intensivenheten.

I møte i styringsgruppa 12. september ble mandatet justert på grunn av begrensninger i mulighetene til å realisere 12 plasser totalt innenfor bygg C. Forprosjektet beskriver en løsning med 11 plasser og at 2 rom forberedes for to senger for tung overvåking.

4.8.3 Rammer

I styremøte 14. desember 2010, avsatte styret 30 MNOK til gjennomføring av prosjektet Beløpet skal dekke samlede prosjektkostnader inklusiv medisinsk teknisk utstyr og mva.

4.8.4 Driftsøkonomi

I styresak 41/2009 er det en premiss for gjennomføringen av prosjektet at det oppnås en driftsøkonomisk innsparing på 1,2 MNOK per år. Denne ligger til grunn for vurdering av om prosjektet oppfyller målene om driftsøkonomiske innsparinger.

5 Ompakningsprosjektet

I "Ompakningsprosjektet" utredes funksjoner, kapasitet og arealbruk for den somatiske virksomheten ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Ved bl.a. gjennomgang av pasientforløp er det gjort en analyse av dagens aktivitet og virksomhet og det er beregnet et framskrevet kapasitets- og arealbehovet i år 2020. Disse kravene er vurdert opp i mot byggenes kvalitet, egnethet og tilpassingsevne. Målet er å få en plan som viser sammenhengene mellom virksomheten og byggene og et grunnlag for en samordning av bygningsmessige utviklingstiltak.

I et hovedscenario er det lagt til grunn en demografisk framskriving i tillegg til interne omstillingstiltak og økt samhandling med kommunehelsetjenesten. Det er ikke tatt hensyn til en endret funksjonsfordeling mellom sykehusene. Analysen forteller at begge sykehusene har tilstrekkelig med areal til å romme et beregnet kapasitetsbehov i år 2020 og 2030.

Dagens bygningsmasse er ikke tilrettelagt på en slik måte at den kan ta opp i seg endringene i kapasitetsbehovet og driftsløsningene. Det anbefales et sett av funksjonelle og arealmessige utviklingsområder og muligheter for "ompakking" i form av bygningsmessige endringer og rokader av funksjoner.

Tiltak som har betydning for realisering av målsettingene for dette prosjektet, omfatter å samle og utvikle sengeområdene (for å oppnå bedre pasientsikkerhet, bedre arbeidsforhold for ansatte, større fleksibilitet og bedre driftsøkonomi), utvikle områder for intensivbehandling og tung overvåking (for å oppnå bedre pasientsikkerhet, bedre forhold for pårørende, bedre arbeidsforhold for ansatte, større fleksibilitet og bedre driftsøkonomi) og utvikle operasjonsområdene (for å understøtte en effektiv pasientflyt av dagkirurgiske pasienter).

Rapporten fra "Ompakningsprosjektet" foreligger og vil bli lagt frem for styret til behandling etter at intern behandling er avsluttet.

6 Idéfase

Prosjektets strategiske forankring finnes i rapporten ”Strategiske tiltak Sykehuset Levanger” som ble lagt frem i 2006. Der vises det til at fagmiljøene ved begge sykehus mener det er faglige fordeler ved samlokalisering og at det tverrfaglige medisinske samarbeidet blir styrket til det beste for pasientene. Knappe ressurser kan benyttes bedre og mer effektivt ved samlokalisering, og man kan oppnå positiv, økonomisk effekt avhengig av om man finner en hensiktsmessig fysisk utforming og effektiv driftsform.

Direktøren besluttet på dette grunnlaget å samlokalisere intensiv og HOV men prosjektet ble ikke videreført før i 2008. Da ble det opprettet en arbeidegruppe som gjennomførte en idéfaseutredning. Den vurderte mulige alternative, løsninger for samlokalisering av HOV og intensiv. Arbeidsgruppen la frem sin rapport (revidert idéfasedokument) 19. mars 2009 og i tillegg ble det lagt frem en mulighetsstudie av løsninger i bygg C plan 5. Nullalternativet var å opprettholde dagens drift. Det ble konkludert med at det bør gjennomføres et utredningsarbeid (tilsvarende konseptfase) for samlokalisering av HOV og intensiv i bygg C.

I styresak 21/2009, fra juni 2009, får administrerende direktør i oppdrag å gjennomføre konseptutredningen. Grunnlaget for styresaken er mulighetsstudiet og det reviderte idéfasedokumentet fra 19. mars 2009. Direktøren nedsatte en prosjektgruppe med mandat som bl.a. omfattet å utrede romprogram, lokalisering og kostnadsberegninger for ombygging av intensiv, HOV og dialysen. Gruppen skulle også fremme forslag om fremtidig organisering av en sammenslått enhet for HOV/intensiv og det skulle gjøres en gevinstanalyse.

7 Konseptfase

Utredning av alternative løsninger startet i juni 2009. Løsningene var basert på et anslått kapasitetsbehov på 12 plasser fordelt på 5 intensivplasser, 5 plasser HOV og 2 plasser for tung overvåking/recovery. I samarbeid med prosjektgruppen utredet HUS arkitekter 3 alternative løsninger (inkludert nullalternativet) for utnyttelse av plan 5 i bygg C, D og I. Planene var basert på samme løsning i bygg C med en samlokalisert intensiv/HOV med 12 plasser, men det var vist ulike løsninger for plassering av dialyse.

Basert på de fremlagte analysene og løsningsforslagene ble grunnlaget for ”prosjektet sammenslåing av HOV/intensiv” godkjent av styret i styresak 41/2009, desember 2009. Kostnadsramme ble satt til på 22,5 MNOK og i tillegg en utstyrs kostnad på 5 MNOK. Styret ba administrerende direktør ”om å videreføre prosjektering og gjennomføring av prosjektet etter at finansiering er godkjent av Helse Midt-Norge RHF”. En viktig premisse for godkjenningen var at man kunne realisere en driftsøkonomisk gevinst på 1,2 MNOK. Gevinsten er knyttet til at en større og mer robust enhet vil kunne ha redusert innleie og redusert bemanning (sykepleieleidelse) en ved dagens 2 enheter.

I styresaken vises det til at det er faglige argumenter for en sammenslåing, men spesielt det kardiologiske miljøet fremholder at det ikke er tilstrekkelig sammenhengende areal tilgjengelig for en faglig og driftsmessig god løsning. Det pekes ellers på flere gevinster ved en sammenslåing:

- De dårligste pasientene får bedre forhold ved robust bemanning, mindre flytting, redusert smittefare.
- Effektiv bruk av personellressurser, reduserte kostnader
- Redusert behov for innleie ved ferier og sykdom
- Døgnet recovery, kapasitet innenfor intensivenheten
- Utdanning og rekruttering
- Oppussing av nedslitte arealer, opprusting av utstyret

I forbindelse med budsjettbehandlingen for 2011 i styremøte 14. desember 2010, avsatte styret av 30 MNOK til gjennomføring av prosjektet. Det ble opprettet en prosjektgruppe med mandat å fortsette planlegging av en sammenslåing av HOV/intensiv med referanse til styresak 41/2009 med vedlegg. Det ble påpekt at planleggingen burde være ferdig i oktober 2011. Det ble også forutsatt at prosjektgruppen hadde dialog med

”Ompakkingsprosjektet” som da var startet. Dette prosjektet skulle analysere fremtidige utviklingsbehov for bygningsmassen ved SHL på grunnlag av forventede endringer i virksomheten.

Første møte i prosjektgruppen ble holdt 21. januar 2011. I mars 2011 forelå det skisser av de 3 aktuelle løsningene basert på et anslått kapasitetsbehov på 12 plasser.

7.1 Samordning av konseptfasen og forprosjektfasen

Arbeidet med ”Ompakkingsprosjektet” viser muligheter for utvikling av enheter for tung overvåking på sengeområdene.

I mai 2011 ble det utarbeidet en kapasitetsberegning for intensiv og tung overvåking som konkluderte med et behov for 8 intensivplasser og totalt 12 plasser for tung overvåking ved SHL. Den samlede kapasiteten for intensiv og tung overvåking kunne ikke løses innenfor bygg C plan 5. Plasser for tung overvåking (såkalte intermediærsenger) blir i mange nye prosjekter integrert i sengeområdene. Noen pasienter som i utgangspunktet tilhører gruppen tung overvåking, har et overvåkingsbehov som innebærer at det i perioder er riktig å plassere dem på en intensivenhet. I utgangspunktet ble dette behovet anslått til 2 plasser for kirurgisk klinikk og 2 for medisinsk klinikk. For medisinsk klinikk gjelder dette i hovedsak pasienter som i dag er plassert på HOV. Dette ga et kapasitetsbehov på intensivenheten på 12 plasser fordelt på 8 intensivplasser og 4 plasser for tung overvåking.

I en presisering av målsettingen for prosjektet fremgår det at ”innenfor kostnadsrammen skal det også utredes løsninger for tung overvåking på sengepost, hjertemedisinske laboratorier og dagkirurgisk enhet, med utgangspunkt i anbefalingene fra Ompakkingsprosjektet”.

For å møte styrets krav om ferdig forprosjekt i løpet av 2011 valgte styringsgruppa i samråd med administrasjonen å avslutte konseptfasen som en del av forprosjektet. Forprosjektet tok derfor opp i seg utredningene fra konseptfasen og utviklet disse videre på grunnlag av den nye prosjektplanen og det reviderte mandatet.

Bl.a. på grunnlag av nye beregninger av kapasitetsbehovet og innspill fra arbeidet med ”Ompakkingsprosjektet” om utvikling av sengeområdene med bl.a. rom og utstyr for tung overvåking, ble prosjektplanen revidert og rammene for prosjektet endret. Den videre utredningen og konkludering og valg av løsning ble overført til forprosjektfasen som ble påbegynt 8. juni 2011.

8 Forprosjektfase

8.1 Programmering

8.1.1 Aktivitet og kapasitetsbehov

Med utgangspunkt i den såkalte ”Wales studien” er kapasitetsbehovet beregnet på grunnlag av befolkningsdata. Denne studien viser at det er gjennomsnittlig behov for 29 intensivplasser og 56 overvåkingsplasser for en populasjon på 500.000. Med et nedslagsfelt på ca.130 000 innbyggere for Helse Nord-Trøndelag gir dette behov for totalt 7-8 intensivplasser og 14-15 overvåkingsplasser. På grunn av at en del pasienter blir sendt til St. Olavs Hospital er behovet noe lavere, og på grunn av at aktiviteten er delt på to lokasjoner i HNT er behovet noe høyere. Med utgangspunkt i disse forutsetningene, og når det tas hensyn til sesongsvingninger, er behovet ved Sykehuset Levanger anslått til 8 intensivplasser og 12 plasser for tung overvåking for hele sykehuset. Antallet plasser for pasienter med behov for en oppgardert tung overvåking og ble anslått til 4. Den samlede kapasiteten for intensivenheten var dermed 12 (8 intensivplasser og 4 tung overvåking). Øvrige plasser for tung overvåking integreres i sengeområdene.

Gjennom en samordning av program og prosjektering og møter i arbeidsgruppa ble det avklart at bygg C har plass til totalt 11 plasser. Det forutsettes da et rom for pårørende legges i bygg D. På dette grunnlaget har styringsgruppen endret mandatet og forprosjektet beskriver en løsning med 11 plasser, 7 for intensiv og 4 for tung overvåking. Dette er løst med 7 ensengsrom for intensiv og 2 toensengsrom for tung overvåking, ref. kapittel 4.

8.1.2 Rom og arealer

Det beregnede kapasitetsbehovet gir følgende romprogram. Arealer per rom er basert på erfaringstall fra nyere, norske sykehusprosjekter.

Tabell 1: Romprogram intensiv og tung overvåking

Romprogram Intensiv og Tung overvåking						
Hoved funksjon	Del funksjon	Romnavn	Rom spesifika sjon	Antall	m2/plass , rom	Totalt areal netto
Opphold somatikk	Intensiv	Arbeidsstasjon		1	16	16
Opphold somatikk	Intensiv	Grupperom		1	10	10
Opphold somatikk	Intensiv	Medisin		1	8	8
Opphold somatikk	Intensiv	Pause		1	16	16
Opphold somatikk	Intensiv	Overvåkingsplass	1 plass	3	25	75
Opphold somatikk	Tung overvåking	Overvåkingsplass	1-2 plasser	2	40	80
Opphold somatikk	Intensiv	Isolat	1 plass	1	25	25
Opphold somatikk	Intensiv	Sluse		1	4	4
Opphold somatikk	Intensiv	WC/dusj		1	6	6
Opphold somatikk	Tung overvåking	Overvåkingsplass	1-2 plasser	2	32	64
Opphold somatikk	Tung overvåking	WC/dusj		1	5	5
Opphold somatikk	Intensiv	Tekjølken		1	5	5
Opphold somatikk	Intensiv	WC	personal	1	2	2
Opphold somatikk	Intensiv	Desinfeksjon		1	9	9
Opphold somatikk	Intensiv	Lager	utstyr	1	15	15
Opphold somatikk	Intensiv	Opphold	pårørende	2	12	24
Opphold somatikk	Intensiv	WC/dusj	pårørende	1	5	5
Opphold somatikk	Intensiv	Samtale		1	10	10
Opphold somatikk	Intensiv	Avfall		1	8	8
Opphold somatikk	Intensiv	Kontor	2 plasser per kontor	2	9	18
Totalt intensiv/tung overvåking						405

På grunnlag av romprogrammet og gjennom møter i arbeidsgruppa ble det utarbeidet romfunksjonsprogram (RFP) for alle rom. Tilsvarende ble det utarbeidet utstysprogram basert på funksjonsbeskrivelser i hvert rom. Dette ga grunnlaget for prosjekteringen av rommene og beregning av de samlede prosjektkostnadene.

Det programmerte arealet i RFP er på 517 m2 netto (inkl. trafikkareal), mens det prosjekterte arealet viser 532.7 m2 netto. Differanse på ca 16 m2 netto skyldes tilpassing av rommene innenfor eksisterende bygg. En økning på bare 16 m2 eller 3 % viser svært god og arealeffektiv tilpassing mellom funksjoner, rom og bygg. Det vises til vedlagte forprosjekt kapittel A8 og A9.

8.1.3 Driftsmodell, driftsøkonomi

Den foreslåtte løsningen vil styrke kapasiteten på intensivavdelingen og sikre at pasienter som har behov for tynge overvåking kan flyttes til intensivavdelingen. Det legges til rette for at personalet kan overvåke 2 pasienter fra en arbeidsplass når det er faglig forsvarlig, og med god innsyn til pasientrommene fra korridor, naborom og den sentrale arbeidsstasjonen, kan personalet utnyttes optimalt, spesielt på ubekvem arbeidstid.

Dette antas å kunne redusere innleie av ekstrapersonalet ved sengeområder og HOV uten at det er nødvendig med tilsvarende oppbemanning ved intensivsenheten. I dagens drift på intensivavdelingen er det normalt et belegg på 4-5 pasienter. Med 7 rene intensivplasser og 4 plasser for tung overvåking har man stor fleksibilitet for overføring av pasienter som har behov for tung overvåking når det er faglig nødvendig og driftsmessig hensiktsmessig.

Forbindelsen mellom recovery og intensivsenheten og overvåkingsrommet nærmest recovery øker fleksibiliteten i samarbeidet mellom recovery og intensiv og kan motvirke at pasienter flyttes til intensiv, ref tegninger i pkt 8.2, figur 4.

Samlet vil dette gi en innsparing i driftskostnader på inntil 500 000 NOK som forutsatt i mandatet for prosjektet. Den resterende delen på 700 000 NOK er knyttet til en samordning av kapasiteten mellom HOV og intensiv og en nedlegging av HOV som selvstendig driftsenhet. Dette kan ikke realiseres med denne utbyggingen uten at den resterende kapasiteten i HOV overføres til sengeområdet.

En utredning av fremtidig utforming av sengeområder i bygg A med tilrettelegging for tung overvåking må omfatte beskrivelse av driftsmodell, kompetanse og bemanningsbehov. En slik gjennomgang vil avklare hvilke muligheter for effektivisering av driften dette gir. Samlokalisering av små, døgnbemannede enheter gir redusert behov for bemanning på natt og i helger og for avdelingsledelse, og en reduksjon på 700 000 NOK antas å være et lavt anslag.

8.1.4 Utstyr

Utstyrprogrammeringen er gjennomført parallelt med romfunksjonsprogrammet (RFP). Det ble på bakgrunn av RFP utarbeidet er forslag til brutto utstyrprogram. Det er lagt til grunn at alle intensivplasser utrustes likt. Forslaget er gjennomgått med intensivavdelingen og medisinsk teknisk avdeling. På dette grunnlaget er det satt opp en oversikt over totale utstyrskostnader.

Medisinsk teknisk avdeling i samarbeid med de berørte avdelinger bidrog med avklaring av eksisterende utstyr og hvor mye av dette som kan gjenbrukes på innflyttingstidspunktet. Gjenbruk vurderes ut fra teknisk og medisinsk levealder for utstyret.

Som prinsipp for å avgjøre om utstyret kunne gjenbrukes ble det lagt til grunn 10 års nedskrivningstid på alt utstyr, samt at utstyr som gjenbrukes bør ha en levetid på min. 2 år etter innflytting.

Dette ga grunnlag for å beregne/vurdere verdien av det eksisterende utstyret som kunne flyttes inn i ombygde lokaler når utbyggingen er ferdig. Det resterende gir grunnlag for å beregne netto utstyrbehov og et utstyrbudsjett som inngår i projektkostnaden. Inklusiv mva er det beregnet en utstyrskostnad på 8 730 000 NOK. Av dette utgjør medisinsk teknisk utstyr over 7,5 MNOK. I rammen var det avsatt 5 MNOK inkl mva til utstyr.

8.2 Prosjektering – Løsninger

Med utgangspunkt i 2 prinsipielt ulike løsninger er det i samarbeid med arbeidsgruppa utviklet et stort antall alternativer. Ettersom mandatet har avgrenset oppgaven til planlegging av ny intensivsenhet uten å se på konsekvenser for dialysen og de hjertemedisinske funksjoner for øvrig i HOV, har drøfting og avklaring av løsning vært fokusert på alternativ byggmessige løsninger. De to alternative løsningene er vist i figur 3 nedenfor.

Det er utarbeidet flere varianter av begge alternativene, men den prinsipielle forskjellen er plassering av arbeidsstasjon og personalrom i forhold til overvåkingsrommene.

Alternativ 1	Alternativ 2
Sentral arbeidsstasjon er plassert direkte overfor to tosenksom for tung overvåking. Gir god visuell kontakt til pasientene i overvåkingsrommene. Overvåkingsrommene har eget toalett.	Sentral arbeidsstasjon plasser sammen med grupperom, arbeidsplasser for ansatte: nærhet til intensivrom men mindre direkte kontakt med overvåkingsplassene.
To intensivrom forberedt for to senger og dermed en totalkapasitet på 12 plasser	Alle intensivrom er enerom, totalkapasitet 11 plasser
	Bedre areal til lager og støtterom
	Bedre kontakt mellom arbeidsstasjon, grupperom og arbeidsplasser for personalet. Bedre arbeidsflyt og kommunikasjon mellom leger og sykepleiere
Rom nærmest recovery er tatt til møterom. Ingen direkte knytning mellom recovery og intensiv	Et "felles" overvåkingsrom i sonen mellom intensiv og recovery. Bedre utnyttelse av personalet på tvers.
Rom for pårørende er løst likt i begge alternativer og er ikke vist på tegningene	
Det er ingen forskjell i bemanningsbehov og driftsøkonomi mellom alternativene	



Figur 3: Alternative løsninger for ny intensivhet

Gjennom prosessen i arbeidsgruppen ble alternativ 2 anbefalt. Den er vist i større format i figur 4.

Den anbefalte løsningen viser en kapasitet på 11 plasser fordelt på 7 ensengsrom og 2 tosenksom. De 7 ensengsrommene er på ca 25 m² som er sammenlignbart med nye intensivavdelinger som f.eks. ved St. Olavs Hospital. Løsningen er basert på bruk av glassede skyvedører mellom rommene slik at 2 rom kan overvåkes fra en desentral arbeidsplass når det er faglig forsvarlig. Det sparer personalet samtidig som pasientene får den roen som et ensengsrom gir. Det er etablert et isolat med sluse med plass til en arbeidsplass for personalet som gjennom en glassvegg kan overvåke pasientene utenfor isolatrommet.

Alle ensengsrommene har takhengt utstyr som gir en god og trygg arbeidssituasjon for personalet. I tosengsrommene er det veggmontert utstyrssentral, men samme type utstyr kan kobles til.

Det er åpnet en passasje mellom intensiv og recovery via et tosengs overvåkingsrom som kan benyttes både fra recovery på dag og kveld og fra intensiv på natt og i helger.

Det har vært inngående diskusjoner i arbeidsgruppen og det valgte alternativet oppsummerer de kompromisser som man har kommet frem til:

- Det er gjennomgang fra ett pasientrom for å komme til neste i to situasjoner på begge sider av personalområdet mot nordvest. Dette er en ulempe ved transport av pasienter og trafikk av pårørende, men det ansees som bedre enn en løsning med tosengsrom.
- Tosengsrom til tung overvåking ansees som lite tilfredsstillende og vil bare bli brukt på den måten når kapasiteten krever det.
- Overvåkingsrom bør ha toalett, plassering av toalett på gangen er ikke en optimal løsning
- Det har vært stilt spørsmål om det er tilstrekkelig areal til lager, kontorer og andre støttefunksjoner. Det samlede areal fordelt på antall plasser er på ca 49 m² netto. Dette er en normal arealstandard sammenlignet med nyere prosjekter. Det samme gjelder det avsatte arealet til kontorer, lager og andre støttefunksjoner. I kapittel A8 i forprosjektrapporten fremgår det at de fleste rommene har et prosjektert areal som tilsvarer det programmerte. De største avvikene finner man med positivt avvik på sluse til isolat, medisinerom, pauserom og kontor, mens de største negative avvikene er på arbeidsstasjon, avfallsrom og overvåkingsplass (i praksis tosengsrommene).

8.4 Prosjektkostnader

Tabell 2: Prosjektkostnader

#	Konto	Pris	Pris/BTA	Andel	Antall
1	 Felleskostnader	1 381 035	2 591,1	10,5%	3
2	 Bygning	2 900 988	5 442,8	22,1%	71
3	 VVS-installasjoner	5 040 824	9 457,5	38,4%	2
4	 Elkraft	2 513 194	4 715,2	19,1%	2
5	 Tele og automatisering	1 293 005	2 425,9	9,8%	3
6	 Andre installasjoner	0	0,0	0,0%	0
	 SUM 1-6 HUSKOSTNAD	13 129 046	24 632,4	100,0%	81
7	 Utendørs	0	0,0	0,0%	0
	 SUM 1-7 ENTREPRISEKOSTNAD	13 129 046	24 632,4	100,0%	81
8	 Generelle kostnader	2 902 816	5 446,2	22,1%	11
	 SUM 1-8 BYGGEKOSTNAD	16 031 862	30 078,5	122,1%	92
9	 Spesielle kostnader	12 348 104	23 167,2	94,1%	2
	 SUM 1-9 PROSJEKTKOSTNAD	28 379 966	53 245,7	216,2%	94
RM	 Reserver, marginer og prisstigning	2 276 063	4 270,3	17,3%	4
	 SUM Kontoplan	30 656 029	57 516,0	233,5%	98

Sum prosjektkostnader er inkludert mva. Kalkylen viser at med mindre justeringer kan prosjektet realiseres innenfor en ramme på 30 MNOK. Inkludert i post 9 Spesielle kostnader ligger utstyrs kostnader på totalt 8 730 000 NOK inkl mva. Generelle kostnader omfatter honorar rådgivere og arkitekter og skal også dekke byggherrekostnader. Det omfatter ikke driftsulemper i byggeperioden og eventuelle flyttekostnader.

For å få rask fremdrift, spare byggekostnader og skjerme pasientene og personalet i byggeperioden legges det opp til at avdelingen i bygg C tømmes helt og at intensivvirksomheten fordeles på HOV i bygg I og recovery i bygg A.

8.5 Avhengigheter – Ompakningsprosjektet

Figur 5 viser avhengighetene som styrer fremdriften for en fullstendig realisering av nye lokaler for tunge overvåkingsplasser for medisinske pasienter og dialyseplasser, og som legger grunnlaget for å realisere de driftsøkonomiske gevinstene.

Anbefalt rekkefølge				
Intensiv bygges ut innenfor C5, utvides til D5 når dette arealet er klargjort	Utvikle sengetun for overvåking, klargjøres for å ta i mot senger fra HOV	Bygge om I 5 og flytte dialyse dit, frigjør D5	Ta i bruk rom i D5 til pårørenderom. Ferdigstille kapasitet i C5	Flytte dagkirurgi til A5 og eventuelt D5
	Flytte dagkirurgi til A5			

Figur 5: Anbefalt rekkefølge for gjennomføring av tiltak med avhengigheter.

Krav til driftsøkonomiske gevinster forutsetter at deler av driften av dagens HOV overføres til intensiv (for de tyngste overvåkingspasientene) og den øvrige sengekapasiteten til sengeområdet.

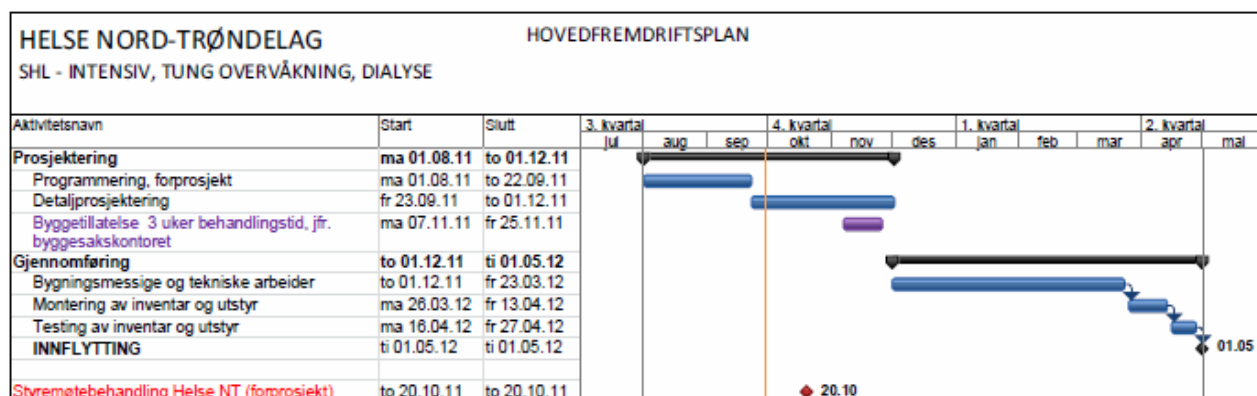
Innenfor de avsatte midlene for utbygging av intensivenheten er det ikke rom for å gjøre bygningsmessige tiltak for dialyseenheten. Endret lokalisering av dialyseplasser krever dessuten at det frigis arealer i bygg I plan 5 (dagens HOV og kardiologiske laboratorier) eller i bygg D plan 2 (dagkirurgisk enhet).

Rapporten fra "Ompakkingsprosjektet" beskriver tiltak innenfor en utviklingsplan som tar hensyn til fremtidig krav til utvikling av byggene når endringer i virksomheten legges til grunn. Byggenes tekniske tilstand og egnethet for drift av ulike funksjoner vektlegges. Resultatet av behandlingen av denne rapporten gir grunnlag for arbeidet med planene for utvikling av bl.a. sengeområder med tung overvåking, dialyseenheten og dagkirurgisk enhet.

Dette innebærer at mulige driftsøkonomiske gevinster ikke er avklart før man har gjort analyser av organisering og lokalisering av medisinsk klinikk sine funksjoner i bygg I plan 5. Hvis kapasiteten for tung overvåking/HOV halveres vil den resterende bli svært begrenset (2-3 plasser). Det vil gå ut over den faglige robustheten og medføre høye driftskostnader. Samtidig er det viktig å ta vare på den tette integreringen mellom HOV, kardiologiske laboratorier og legearbeidsplasser som man har i dagens bygg I plan 5. Samling av alle funksjoner på samme plan vil være viktig og en lokalisering i plan 4 med overvåkingsenger i bygg A og kontorer og laboratorier i bygg C kan være en alternativ løsning. Fremdriften for dette planleggingsarbeidet, inkludert lokalisering av dialyse og dagkirurgi, vil være avhengig av behandlingen av rapporten fra "Ompakkingsprosjektet".

9 Plan for gjennomføring

9.1 Fremdrift



Figur 6: Hovedfremdriftsplan

Figur 6 de viktigste aktivitetene og milepelene i gjennomføringen av detaljprosjektering og bygging. Forutsatt godkjenning av forprosjektet 20. oktober, og at man anvender rammeavtaler for kontrahering av entreprenør og rådgivere, kan byggearbeidene starte 1. desember 2011. Tidligste tidspunkt for innflytting er 1. mai 2012, men det er da ikke gjennomført detaljert planlegging av opplæring i bruken av det nye utstyret og annen tilrettelegging for igangsetting av driften.

9.2 Entreprenisemodell

Helse Nord-Trøndelag HF har rammeavtaler med Innherred bygg AS på bygningsmessige arbeider og YIT på tekniske arbeider. Det er avklart at omfanget av arbeidene kan gjennomføres innenfor disse rammeavtalene, og det sparer tid i forhold til oppstart bygging. Utlysing av arbeidene innenfor lov om offentlig anskaffelser vil forskyve ferdigstillelse med min 3 måneder.

10 Anbefaling

Styringsgruppa anbefaler at det vedtas gjennomføring av detaljprosjektering og bygging av alternativ 2 med oppstart bygging fra 1. desember 2011. Prosjektet gjennomføres innenfor en ramme på 30 MNOK og ferdigstilles for innflytting i. mai 2011. Driften legges til rette slik at man kan hente ut minimum 500 0000 NOK i årlig driftseffektivisering ved redusert innleie ved sykdom, ferier og ifm natt og helgevakter.

Det anbefales at det når rapporten fra "Ompakkingsprosjektet" er behandlet, blir igangsatt utredning og planlegging av fremtidige løsninger for sengeområder med plasser for tung overvåking, lokalisering av HOV og andre hjertemedisinske funksjoner som i dag ligger i bygg I plan 5. Det igangsettes tilsvarende utredning og planlegging av fremtidig løsning for dialyse og dagkirurgisk enhet. I dette utredningsarbeidet må både de faglige, organisatoriske og driftsøkonomiske aspektene klargjøres.



Teknologi for et bedre samfunn
www.sintef.no

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 40/2011 Ambulansetjenesten 2013

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	20.10.11	40/2011

Saksbeh:

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/3510

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret i Helse Nord-Trøndelag anbefaler etablering av en regional enhet i Helse Midt-Norge RHF som ansvarlig for ambulansetjenesten i Midt-Norge. Enheten vil i en overgangsfase sikre regional samordning på avtaler knyttet til personell, utstyr og bygninger.
2. Innføringsenheten i Helse Midt-Norge RHF bør arbeide ut fra en tidsperiode på inntil to år før linjeansvaret overføres til de lokale helseforetakene. Overføring av driftsansvar 31.12. 2014 til lokale helseforetak sikrer integrasjon med sykehusenes øvrige beredskapsressurser, og er en sentral faktor i samhandlingen med kommunene.
3. Styret i Helse Nord-Trøndelag anbefaler sekundært at ansvaret legges direkte til de lokale helseforetakene, men med en regional prosjektorganisering for å sikre samordning.

SAKSUTREDNING:

Sak 40/2011 Ambulansetjenesten 2013

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Utkast til styresak, styret i Helse Midt-Norge – Midlertidig organisering av ambulansetjenesten 2012-2014

HELSE Nord-Trøndelag HF

(likelydende saksgrunnlag i Helse Møre og Romsdal og St Olavs Hospital)

UTKAST TIL STYRESAK STYRET i HMN RHF

Sak xx/11 Midlertidig organisering av ambulansetjenesten 2012-2014

Saksbeh: Lars Magnussen/Torbjørgh Vanvik

Arkivkode:

Saksmappe:

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til at Ambulansetjenesten i Midt-Norge RHF frem til 31.12.2014 organiseres som en egen regional enhet eller som en divisjon underlagt St Olavs Hospital
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir adm.direktør fullmakt til å inngå leiekontrakter for ambulansetjenesten i henhold til stasjonsoversikt i prehospital plan 2013 – 2018. Som følge av samhandlingsreformen og kommunenes plikt til å etablere ø-hjelpstilbud kan det være hensiktsmessig å endre plassering av ambulansestasjonen for å oppnå bedre pasientforløp og enklere kompetanseoverføring. I slike tilfeller kan plasseringen endres, men styret skal orienteres før beslutning tas.
3. Gjennomføringen av styrets vedtak om ambulansedrift tas for øvrig til orientering.

Stjørdal 17 Oktober 2011

Gunnar Bovim
Adm. dir

SAKSUTREDNING:

Sak xx/11 Ambulansetjeneste 2013

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Uttalelser fra Konserntillitsvalgte/drøftingsprotokoll
2. Vedtak fra HFene

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringsgruppens behandling av organisering av prosjektet
2. Vurdering fra advokatfirmaet AdB om juridiske konsekvenser av inngåelse av leieforhold uten forutgående konkurranse

1. Administrerende direktørs anbefalinger / konklusjon

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i møte 05.05.11 i sak 50/11 at

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar at de prehospitale tjenestene i Midt-Norge skal være en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Høy kvalitet og god tilgjengelighet i disse tjenestene er nødvendig for å kunne møte de utfordringer som er beskrevet i Strategi 2020.
2. Overtakelse av de områder som ikke har vært drevet i egen regi skjer ved utløp av nåværende avtaler, dvs. fra og med 2013.
3. Ved overtakelse av de områder som ikke har vært drevet i egen regi forutsettes lov om virksomhetsoverdragelse lagt til grunn.

.....

Videre behandlet Styret i sitt møte 30.06.11 i sak 59/11 en del forhold knyttet til finansieringsform, rettigheter ved overføring av ansatte og organisering av prosjektet.

Administrerende direktør viser til orienteringen som i det videre saksfremlegg er gitt om arbeidet med Ambulanse 2013; Styret orienteres om at nye ambulanserbiler er bestilt og forhandlinger om kjøp av brukte ambulanserbiler pågår. Disse kjøpene forpliktes i forkant av endelig budsjettvedtak 2012, men i tråd med anslagene i LTB. Videre orienteres styret om arbeidet med innkjøp av øvrig utstyr/inventar og prosessene knyttet til overtakelse av personell. Styret inviteres videre til å slutte seg til at leieavtaler for om lag 40 ambulansestasjoner inngås administrativt, men ut fra lokalisering som fremgår i Prehospital plan.

Administrerende direktør vil understreke at det er behov for en vurdering av hva som er en mest mulig hensiktsmessig organisering i en overgangsfase (1.1.2012 – 31.12.2014) når driftsansvaret for en tjeneste med om lag 470 mnok i årlig kostnad og mer enn 700 ansatte skal overtas. Organiseringen av ambulansetjenesten i egen regi og prosessen frem til overtakelsen kan i utgangspunktet løses på to prinsipielt forskjellige måter, med noen varianter:

- *Som en egen driftsenhet i HMN, enten som eget HF eller som en egen divisjon tilknyttet et eksisterende HF men med regional oppgave*
- *Som en del av driften ved de tre HF'ene, enten ved at det opprettes en egen klinikk (avdeling) for hvert HF, eller ved at HFene står fritt til å organisere virksomheten*

Administrerende direktør vil vise til at kompleksitet i overtakelsen, herunder kartlegging og fortolkning av eksisterende arbeidsavtaler/særavtaler, forhandlingsløp og fremdrift i prosjektet, tilsier regional styring av beslutninger knyttet til tjenesten i oppstarten. I vedtaket om insourcing av ambulansetjenesten er det lagt til grunn at vi skal oppnå en enhetlig tjeneste i regionen. Dette forutsetter også mer standardisering av stasjoner, biler/utstyr, avviksforståelse

og -håndtering samt faglige krav, noe som krever sterkere regional styring i en periode.

Etter en samlet vurdering er to forhold vurdert å ha særlig betydning; ledelsesfokus og -kapasitet knyttet til overtakelse av en stor driftsenhet med en ikke-offentlig organisasjonskultur og behovet for å bygge opp kompetanse på ambulanselogistikk, særskilt turnus/avtaleverk og kvalitetskrav. Dette tilsier at driften i en periode organiseres som en egen regional driftsenhet.

2. Faktabeskrivelse:

I tråd med vedtak i sak 59/11 i styret i HMN RHF, er forberedelsene til drift av ambulansetjenesten i egen regi fra 2013 i gang gjennom et regionalt prosjekt kalt Ambulanse 2013. Det er opprettet en styringsgruppe for prosjektet med representanter fra Helse Midt-Norge, St Olavs Hospital, Helse Møre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag og fra konserntillitsvalgte. I tillegg er prosjektleder for tilsvarende insourcingsprosjekt i Sykehuset Innlandet HF med i styringsgruppen. Det er utnevnt regional prosjektleder og arbeidsgrupper innen Innkjøp, Stasjoner, Kvalitetskrav og HR – samt at medarbeidere fra blant annet Økonomi, IKT og Kommunikasjon deltar etter behov.

I det videre saksfremlegget vil det kun bli gitt en kortfattet orientering fra områdene Innkjøp, Stasjoner og Kvalitetskrav. Hovedtema i denne styresaken er selve organiseringen og styringsmodellen i en overgangsfase til ultimo 2014.

Innkjøp

Det er bestilt 60 nye ambulanserbiler på rammeavtalene til HINAS med leveranse høsten 2012. For øvrig tas det sikte på å kjøpe om lag 55 brukte ambulanserbiler fra dagens driftsselskap, men det kan også bli behov for en etterbestilling av nye ambulanser ut fra tilstand og prisnivå på brukte ambulanser. Det arbeides med standardisering av ambulanserbiler mht båretyper, innredning, akuttsekker med mer.

Det er påbegynt en overtakelse av ambulanser, utstyr og inventar på stasjoner fra dagens drivere. Besiktigelse og forhandlinger er startet opp med en målsetting om slutføring pr 31.12.2011. Det er så langt ikke noe som tyder på store avvik mellom opprinnelig anslag på kjøp av brukte biler og utfallet av forhandlingene med dagens drivere.

Ambulansestasjoner

De fleste leieavtaler for ambulansestasjoner er mellom dagens private drivere og kommuner/private utleiery. Det er til dels store forskjeller mellom stasjonene mht funksjonalitet, standard og leiekostnad. Det er gjennomført en juridisk utredning av behovet for å gjennomføre konkurranser knyttet til leieavtalene, eller om disse kan overtas direkte. Om lag 1/3 av stasjonene har helseregionen bindende leieavtaler på (egne lokaler, løpende direkte avtaler eller skriftlige garantier). Ut fra en juridisk vurdering legges det opp til å gjennomføre en forenklet konkurranse på øvrige stasjoner, og dette inkluderer minst 10 ambulansestasjoner hvor det må påregnes nye lokaler eller vesentlige ombygging. Det er utarbeidet en felles kravspesifikasjon for ambulansestasjoner, avhengig av størrelse (antall biler) på stasjonen og behovet for aktiv/passiv vakt. Det er gjort vurderinger om krav til universell tilgjengelighet og øvrige tilpasninger.

For noen stasjoner vil det være behov for nybygg, og tidsplanen frem til disse byggene bør stå ferdig er svært stram. Ved behov for midlertidige lokaler vil noen avvik fra den generelle kravspesifikasjonen kunne aksepteres. Risikoen i dette delprosjektet er i hovedsak knyttet til om det faktisk er tilgjengelige lokaler i leiemarkedet på det stedet ambulansene er stasjonert p.t. samt oppfølging av enkelte juridiske forhold knyttet til inngåelse av leieavtaler enten det er i nybygg eller eksisterende bygg.

I reglement for Bygg og Eiendom i HMN er fullmakter til å inngå leieavtaler regulert i pkt 3.1.1 *"Leie og utleie av eiendom med årlig grunnleie (leie ekskl. forvaltning, drift og vedlikehold) på mer enn 1 mill. kr. eller 2 mill. kr. ved kortere leietid enn 5 år skal behandles av styret for Helse Midt-Norge RHF. Leie og utleie av eiendom med årlig grunnleie mindre enn p.t. 1 mill. kr. skal behandles av foretaksstyrene."* Den enkelte leieavtale antas å innebære leiekostnad på under 1 mill.kr per år, men samlet utgjør avtalene om lag 35 mill/år. Ut fra at leieavtaler knyttet til ambulansedriften er et regionalt prosjekt vil det uansett ikke være hensiktsmessig om disse behandles en for en i lokale styrer.

Ut fra at stasjonsstrukturen er bestemt av styret i prehospital plan, tilgjengelig tidsramme og for å unngå å belaste styret med alle leiesakene tilrår adm. direktør at det gjøres et unntak fra reglementet og at Styret gir fullmakt til å inngå disse leieavtalene administrativt.

Kvalitetskrav

Arbeidet med standardisering, kvalitetskrav og kompetanse er allerede kommet langt ut fra forberedelsene til konkurranse som var planlagt høsten 2012. Dette arbeidet er ikke regnet som tidskritisk og satt noe på vent.

HMN har nå en unik mulighet til å standardisere tjenesten innen alle områder for å sikre en enhetlig kvalitet. Dette vil også bidra til en bedre kostnadsoversikt og kontroll. En slik standardisering krever en sterk regional styring av standardkravene ikke bare i fasen fram til 01.01.2013 men også i oppstarten av driftsfasen. Foruten HR-området med avtaleverk omfatter standardiseringen bilpark og akuttutstyr/annet utstyr, IKT, stasjoner/stasjonsutstyr og ikke minst de arbeidsprosedyrer og kvalitets-/avviksprosedyrer som skal gjelde for tjenesten uavhengig av ambulanssområde/-stasjon.

HR

Arbeidet med HR er krevende. Det er om lag 720 ansatte som skal overføres pr 31.12.2012 og disse er i dag er knyttet til 12 bedrifter med betydelig variasjon i avtalevilkårene. Styrets vedtak om at overføringen behandles som en virksomhetsoverdragelse legges til grunn. I praksis betyr dette blant annet at HMN reserverer seg mot å ta over kollektive avtaler, men alle individuelle avtaler overføres fra dagens drivere til HMN. Det er særlige utfordringer knyttet til forskjeller i avtalene med hensyn til vaktordninger, fleksibilitet og en lang rekke tillegg (som utrykninger på natt, medisiner, paramedic osv) - noen steder er slike tillegg inkludert i fastlønn mens andre avtaler legger til grunn avregning per oppdrag for enkelte tillegg. Det er ulike definisjoner og oppfatninger av hva tilleggene dekker av arbeidsoppgaver og praktiseringen har vært ulik over tid. Ikke alle tillegg/ordninger er nødvendigvis strengt formalisert og i noen tilfeller er de samlede lønnsvilkårene spesifisert i individuelle arbeidsavtaler, mens andre steder reguleres dette i kollektive særavtaler.

For HMN innebærer dette en betydelig kartleggings- og struktureringsjobb som må være slutført og ligge til grunn ved overgang til Spekter-overenskomsten og evt. nye særavtaler der HMN er avtalepart. Konsekvensene av overføring til ny overenskomst må være klargjort før ansatte skal ta standpunkt til om de vil reservere seg mot å bli med over til HMN. Etter å ha gjennomført to runder med informasjonsmøter med alle dagens drivere og deres tillitsvalgte må vi peke på at det ikke er usannsynlig at enkelte ansatte kommer til å reservere seg i denne prosessen, noe som vil påvirke antallet fast ansatte vi har å sette inn i tjenesten fra 01.01.2013.

Selv om regelverket for virksomhetsoverdragelse legges til grunn må HMN søke å oppnå en viss harmonisering av kollektive avtaler ved overtakelsen da det vil være vanskelig å håndtere en videreføring av alle de ulike typer tillegg med sine ulike definisjoner, praktiseringer osv fra dagens drivere. Arbeidet med kartlegging, strukturering og forhandlinger krever mye ressurser og det krever en enhetlig styring og kontroll. Det er en forutsetning for å lykkes i dette arbeidet

at vi har full oversikt over de ordninger som finnes hos dagens drivere og at man evner å se hvordan dette best mulig for alle parter kan tilpasses det avtaleverket som de ansatte skal inn i fra 2013. Det er også slik at våre tre sykehus-HF ikke har likelydende avtaleverk pr i dag

Vi har en målsetting om at det både er HR-ressurser fra eget RHF, egne HF og fra dagens drivere som etter hvert utgjør den arbeidsgruppen som skal gjennomføre kartleggings- og struktureringsarbeidet innen HR. Det er kontinuerlig kontakt med Spekter i arbeidet, og det forventes også betydelig bistand fra Spekter i framtidig forhandlingsløp spesielt.

Selv om ingen ansatte skulle reservere seg mot ny arbeidsgiver, må det påregnes et moderat underskudd på medarbeidere ved overtakelsen. Dette er knyttet til enkeltpersoner som har bistillinger/vikariat hos flere drivere eller ved sykehus, og til dels en risiko for redusert opplæringsinnsats i sluttfasen av driftsavtalene. Det antas å være særlig utfordrende å få med ledelse over fra private drivere – en signifikant andel av disse har også eierskap i bedriftene. Behov for gjennomgang av opplæring/undervisningsaktivitet er ut fra dette stort og det vil bli etablert som en egen aktivitet med egne ressurser i løpet av kort tid.

Det har kommet sterke anmodninger fra ansatte hos dagens drivere at de allerede burde vært invitert til medvirkning i alle de pågående delprosjektene. Dette er ikke enkelt rent formelt da HMN ikke har et arbeidsgiverforhold eller andre formelle kontakter med dagens ambulansesarbeidere. Dersom HMN skal invitere dagens ambulanseansatte til medvirkning i de pågående delprosjekter oppstår det umiddelbart et spørsmål om kompensasjonsordninger for den medgåtte tiden. Vi kommer til å søke å etablere en ordning for medvirkning både fra ledelse og ansatte, men dette må skje avtaleregulert mellom HMN og dagens drivere. Samtidig må dagens drivere finne en representativitet mellom sine ansatte da HMN ikke kan forholde seg til tillitsvalgte/vernetjeneste fra 12 arbeidsgivere. Vi har som målsetting å etablere slik ordning tidlig i 2012.

Organisering

I styrets vedtak om insourcing av ambulansetjenesten ligger det implisitt at tjenesten skal være en integrert del av spesialisthelsetjenesten og ligge organisert i det enkelte HF. Dette konkluderes det på også i prehospital plan. Dette legges til grunn som den organiseringen som skal gjelde for tjenesten med de frihetsgrader HF-ene har til å opprette egne prehospitale klinikker eller at tjenesten innpasses i andre klinikker. Det er likevel nødvendig å se på alternativ organisering i overgangsfasen fordi vi da har et helt annet risikobilde enn når man er i ordinær drift.

I overgangsfasen skal HMN evne å opprettholde normal drift av tjenesten samtidig som tjenesten skal gjennomgå en betydelig endring.

En sterkere oppfølging av tjenesten fra Helse Midt-Norges side kan bli nødvendig i resterende del av kontraktperioden med de private driverne. Det er allerede registrert at noen av driverne er i ferd med å innstille virksomheten på avvikling, noe som er helt naturlig da de for eksempel ikke vil ha "egen nytte" av å fortsette samme opplærings- og utdanningsløp. Vi er også bekymret for om de kommer til å jobbe så aktivt med nyansettelser ved avgang som de ellers ville gjort. Dette kan påføre HMN utfordringer mht bemanning ved overtakelsen.

For at Helse Midt-Norge skal være sikre på at tjenesten opprettholder samme høye kvalitet fram til overtakelsen, må vi evne å ha enda større oppmerksomhet på oppfølging av kontraktene enn det vi har hatt i normal driftsfase hos dagens drivere. Dette er en jobb som ligger hos ambulansesjefene i HF-ene sammen med fagressurser fra HMN RHF helt frem til kontraktperioden opphører 31.12.2012. Det må derfor sikres at ambulansesjefene beholder kapasitet til å følge opp tjenesten i det daglige fram til 2013 – uavhengig av et eventuelt tidspunkt for overføring av ambulansesjefene til en regional enhet. Det er derfor viktig at ambulansesjefene ikke "spises opp" av insourcingsprosjektet i samme periode, men at de

deltar som rådgivere ved behov. Dersom ambulansesjefene skal bruke store deler av sin tid i insourcingsprosjektet, må HF-ene sette på andre fagressurser til å drive oppfølging av tjenesten frem til 31.12.2012.

Dagens ambulanseansatte står overfor betydelige endringer fra 2013. Dette gjelder både ledelsesmessig og kulturelt, men ikke minst i forhold til opplæring i nye systemer. Som et eksempel nevnes at alle 720 ansatte fra 01.01.2013 skal over til nye kvalitets- og avvikssystemer og opplæres i våre IKT-systemer. Tjenesten er ikke ferdig insourcet og opplært pr 1. januar 2013, men det må påregnes ulike ekstraordinære aktiviteter i en lang periode etter overtakelsen.

Kompleksiteten og den særdeles stramme tidslinjen vi har i dette prosjektet krever at vi gjør en vurdering av hvilken organisering som i en overgangsfase vil understøtte vår overordnede målsetting om en vellykket insourcing av ambulansetjenesten både for ansatte, for avgivende og mottakende ledelse og for brukerne samtidig som vi makter å holde fokus på kvaliteten i daglig drift. Overgangsfasen regnes som tre år fra 01.01.2012, dvs til 31.12.2014.

Dette er en tjeneste som betyr mye for befolkningens opplevde trygghet i forhold til den samlede helsetjenesten og det er særdeles viktig at vi har en organisering i den krevende overgangsfasen som sikrer at vi samlet sett har en god oversikt og kontroll.

Organiseringen av ambulansetjenesten i overgangsfasen kan løses på to prinsipielt forskjellige måter, med noen varianter:

- Som en egen driftsenhet i HMN,
 - o som eget HF eller
 - o som en egen divisjon tilknyttet et eksisterende HF men med regional oppgave
- Som en del av driften ved de tre HF'ene, enten ved at det opprettes en egen klinikk (avdeling) for hvert HF, eller ved at HFene står fritt til å organisere virksomheten. Her foreslås det uansett at innkjøp av ambulanser og utstyr for øvrig i tjenesten skjer fra RHF for å lette arbeidet med en enhetlig tjeneste og mest mulig lik standard i tjenesten i hele regionen. Også det at ambulansetjenesten er særfinansiert fra RHF støtter en slik organisering.

Beslutningen påvirker organisering av prosjektet, herunder hvor mye som skal gjøres regionalt og hva det enkelte HF må sette på av ressurser, og må derfor avgjøres så snart som mulig. Sammensetning (og regional/lokal ledelse) av arbeidsgrupper, forhandlingsregime, forankring av leieavtaler/innkjøp etc vil variere avhengig av modell.

I utgangspunktet er kostnadene ved de to måtene å organisere ambulansetjenesten på i en overgangsfase ikke hovedspørsmålet i denne saken. Det er uten tvil mer kostnadskrevende å bygge opp ressurser og kompetanse i tre HF, men hovedanliggende i denne saken er behovet for enhetlig, tydelig og sterk styring i et svært krevende insourcingsprosjekt.

3. Administrerende direktørs vurderinger:

Med unntak av noen moderate kostnader knyttet til utbedring av ambulansestasjoner er det ikke avdekket vesentlige økonomiske eller fremdriftsmessige avvik fra de første anslagene om overtakelsen av driftsansvaret. Administrerende direktør legger dermed til grunn at prosjektet går videre som planlagt.

Kompleksitet i overtakelsen, herunder forhandlingsløp og fremdrift i prosjektet samt standardisering, tilsier regional styring av beslutninger knyttet til tjenesten i prosjektfasen. Ved direkte overføringen til de tre HF-ene vil det være behov for en koordineringsinnsats som vil

være særdeles ressurs- og tidkrevende. Vi har svært knapt med tid og dette vil høyne risikoen for at vi ikke får et godt resultat - spesielt på HR-siden ved insourcingen. Det er viktig at de tre HF-ene styrker oppfølgingen av tjenesten i det daglige fram til 2013 for å sikre at kvaliteten opprettholdes fram til overtakelsen.

Vi har innhentet erfaringer fra andre regioner som har kjørt tilsvarende insourcingsprosjekter og deres tilbakemeldinger mht risiki er i hovedsak som følger; Det er avgjørende at man har en svært detaljert oversikt på arbeidsavtaler og alle slags avtaler på HR-siden og at arbeidet med dette inn mot forhandlinger er sterkt koordinert. Den største feilen som begås er en undervurdering av den ledelseskapasitet/-fokus som kreves i overgangsfasen når en stor enhet med desentral struktur med helt andre kulturtrekk skal insources i offentlig drift. Dette er ikke en oppgave en leder kan håndtere i tillegg til daglige driftsoppgaver. Dette har medført store utfordringer lenge etter selve overtakelsen og man har ikke oppnådd overordnede målsettinger i forhold til en bedre integrering i spesialisthelsetjenesten.

Administrerende direktør legger til grunn at det er delte oppfatninger av hvordan man sikrer en organisering som er best mulig tilpasset tjenesten fra januar 2013, men det er avgjørende å se hvilken forskjell det er på å lede tjenesten i overgangsfasen sammenlignet med når man er over i normal drift.

Administrerende direktør legger avgjørende vekt på at det er en stor overgang fra selvstendige private bedrifter til offentlig virksomhet. Kulturkonfliktene er store, og det kreves et særegent ledelsesfokus knyttet til overtakelse av en stor driftsenhet med en ikke-offentlig organisasjonskultur. Videre er det behov for å øke standardiseringen av tjenesten og bygge opp egen kompetanse på ambulanselogistikk, særskilt turnus/avtaleverk og kvalitetskrav. Dette tilsier at driften i en periode organiseres som en egen regional driftsenhet.

Det vil da snarest bli rekruttert en regional leder for virksomheten og som tidlig i 2012 kan begynne å bygge opp en organisasjonsstruktur i ambulansetjenesten og samarbeide med aktuelle områdeledere og stasjonsledere hos dagens drivere. Vi vil etablere et nettverk som ledes av vedkommende hvor områdeledere (fra dagens drivere), ambulansesjefene i HF-ene og aktuelle klinikkledere inngår sammen med fagressurser fra HMN RHF. Nettverket vil bl.a. ha ansvar for å tilrettelegge for en tettere integrering av tjenesten inn mot HF-ene og forberede overføringen fra en regional driftsenhet til de respektive HF. Vedkommende vil ha regionens ambulansetjeneste som sitt eneste fokusområde og følge opp den samlede tjenesten tett i hele overgangsfasen.

Mot slutten av overgangsfasen som er satt til 31.12.2014 vil det skje en ny virksomhetsoverdragelse fra den enheten som er arbeidsgiver i perioden 01.01.2013 til 31.12.2014 til de respektive HF. Dette er en enkel og uproblematisk oppgave hvor man i all hovedsak informerer ansatte om overføringen og man i realiteten kun skifter navn på arbeidsgiver i ansettelsesavtalene. Dette tilsvarer den virksomhetsoverdragelsen som ble gjennomført når Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF opphørte som arbeidsgivere pr 30.06. d.å. og alle ansatte ble overført til Helse Møre og Romsdal HF.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 41/2011 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	20.10.11	41/2011

Saksbeh:

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/3510

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 41/2011 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 06.10.11
2. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 15.09.11 og 17.10.11
3. Driftsrapport for september 2011
4. Budsjett 2012
5. Orientering om seniorpolitikk
6. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 06.10.11 kl.11.00 – 15.30

Møtested: Quality Airport Hotell Værnes

Saksnr.: 80/11-90/11

Arkivsaksnr.: 2011/17

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Björg Henriksen

Tore Brudeseth

Jan Magne Dahle

Asmund S. Kristoffersen

Ellen Marie Wøhni

Nils Håvard Dahl (forfall sak 83/11)

Kirsti Leirtrø

Olav Huseby

Merethe Storødegård

Forfall:

Joar Olav Grøtting

Perny-Ann Nilsen

Regionalt brukerutvalg:

Elin Gulvåg

Brit Haugdahl

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson

Direktør for eierstyring Torbjørg Vanvik

Direktør for samhandling Daniel Haga

Økonomidirektør Anne Marie Barane

HR direktør Sveinung Aune

Kst. Direktør for Stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 29.09.11. Sakspapirer ble lagt ut i styreadministrasjonen samme dag. Sak 87/11 vedlegg Statusrapportering Langtidsplan IKT ble lagt ut i styreadministrasjonen 03.10.11. Sak 86/11 vedlegg Drøftingsprotokoll ble lagt ut i styreadministrasjonen 04.10.11.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 03.10.11

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen.

Det var ingen kommentarer til innkalling og saksliste.

Styreleder Kolbjørn Almlid ga innledningsvis en kort orientering om Statsbudsjettet 2012.

Sak 80/11 Referatsaker

- Møte i Regionalt brukerutvalg 03.10.11
- Uttalelse ang MR tilbud i Møre og Romsdal (lagt ut 21.09.11)
- Uttalelse fra Regionråd i Møre og Romsdal vedr. Helse Møre og Romsdal (lagt ut 21.09.11)

Leder i regionalt brukerutvalg Elin Gulvåg viste til referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 03.10.11 og spesielt RBUs vedtak i pkt 63/11 vedr. habilitering og rehabilitering.

Sak 81/11 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.08.2011

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapporten til etterretning.
2. Styret forutsetter at administrerende direktør har tett oppfølging av helseforetakene slik at mål for ventetid og fristbrudd nås innen slutten av året.
3. Styret konstaterer at det er stor risiko for manglende måloppnåelse innen reduksjon av deltid. Styret er innforstått med at det er nødvendig å arbeide langsiktig med denne problemstillingen.
4. Styret tar rapporteringen vedrørende utdanning og kompetanse til etterretning, og ber om at tiltak skissert i saken hensyntas i det videre arbeidet.

Protokoll

Styremedlem Tore Brudeseth fremmet følgende tillegg til pkt. 3 (innskutt mellom de to foreslåtte setninger):

Styret forutsetter at adm. dir har tett oppfølging av helseforetakene slik at vi nærmer oss måloppnåelse i reduksjon av deltid.

Det ble først stemt over innstilling. Denne ble enstemmig vedtatt.

Det ble videre stemt over tilleggsforslag til pkt.3 . Dette ble også enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapporten til etterretning.
2. Styret forutsetter at administrerende direktør har tett oppfølging av helseforetakene slik at mål for ventetid og fristbrudd nås innen slutten av året.
3. Styret konstaterer at det er stor risiko for manglende måloppnåelse innen reduksjon av deltid. Styret forutsetter at adm. dir har tett oppfølging av helseforetakene slik at vi nærmer oss måloppnåelse i reduksjon av deltid. Styret er innforstått med at det er nødvendig å arbeide langsiktig med denne problemstillingen.
4. Styret tar rapporteringen vedrørende utdanning og kompetanse til etterretning, og ber om at tiltak skissert i saken hensyntas i det videre arbeidet.

Sak 82/11 Tertialrapport Helsebygg Midt-Norge

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar Tertialrapport 1.tertial 2011 – Helsebygg Midt-Norge og Tertialrapport 2. tertial 2011 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar Tertialrapport 1.tertial 2011 – Helsebygg Midt-Norge og Tertialrapport 2. tertial 2011 til etterretning.

Sak 83/11 Miljø og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten – status september 2011

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport Miljø- og klimaprojektet til orientering

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport Miljø- og klimaprojektet til orientering

Sak 84/11 Etisk handel i Helse Midt-Norge

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar saken til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar saken til orientering.

Sak 85/11 Høring - Forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm. dir utforme høringssvar til Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med saksgrunnlaget og diskusjonen i møtet.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm. dir utforme høringssvar til Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med saksgrunnlaget og diskusjonen i møtet.

Sak 86/11 Metode for konsekvensvurdering ved omstilling i Helse Midt-

Norge

Forslag til vedtak:

Styret ber adm dir om at framlagt metode for konsekvensutredning og forholdet til ROS-analyser legges til grunn i endringsprosesser i foretaksgruppen

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret ber adm dir om at framlagt metode for konsekvensutredning og forholdet til ROS-analyser legges til grunn i endringsprosesser i foretaksgruppen

Sak 87/11 Orienteringssaker

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.

I styremøte 06.10.11 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Styreleder og direktørmøte 4. oktober 2011
- Nytt fra foretaksgruppen
- Statsbudsjettet 2012
- Insourcing av ambulansetjenester
- Handlingsplan IKT
- Riksrevisjonens rapport vedr. Eiendomsforvaltningen

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.

Sak 88/11 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 89/11 Vurdering av adm. dir lønn

Saken ble lagt fram uten innstilling fra adm. dir

Styret vedtok at adm. dir gis et tillegg på 4,2 % f.o.m 01.01.11.

Sak 90/11 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll fra styremøte ble godkjent og signert.

Neste styremøte blir 2. og 3. november 2011. Styreevaluering på kvelden 2. november 2011 kl. 18.00. Ordinært styremøte 3. november. Ekstraordinært styremøte 14. november kl. 17.00 for behandling av budsjett.

Stjørdal 06.10.11

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Merethe Storødegård

Asmund S. Kristoffersen

Olav Huseby

Perny-Ann Nilsen

Jan Magne Dable

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtro

Nils Håvard Dahl

Tore Brudeseth

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 15.09 2011 kl. 15.00 – 18.00
Møtested: Quality Hotel Grand Steinkjer
Saksnr.: 36/2011 – 41/2011
Arkivsaksnr: 2011/56

Møteleder: Øystein Bjørnes

Møtende medlemmer:

Øystein Bjørnes
Hildur Fallmyr (forlot møtet kl. 1700)
Grete Aspaas (forlot møtet kl. 1630)
Ole Flakken

Forfall:

Ola Larsen
Astrid Marie Bakken
Lillian Svedjan Blæstervold

Møtende vararepresentant:

Ingen

Fra administrasjonen møtte:

Administrerende direktør Arne Flaot

Merknad til møte og sakliste:

Ingen merknader

Sak 36/2011 Godkjenning av protokoll fra møte 15.08 2011

Protokoll

Øystein Bjørnes viste til protokollen.

Vedtak

Protokoll fra møte 15.08 2011 godkjennes.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 37/2011 Oppnevning av brukerrepresentanter

Protokoll

Øystein Bjørnes viste til søknader om brukerrepresentanter.

Vedtak

Brukerutvalget oppnevner følgende brukerrepresentanter i prosjekt/arbeidsgrupper:

Osteoporoseskole

Anne Marie Binde Lorås

Gruppeopplæring for personer med cøliaki og deres pårørende

Sigrunn Stenvik

Sak 38/2011 Styremøte i Helse Nord-Trøndelag 15. september 2011

Protokoll

Arne Flaas gjennomgikk saker behandlet i styret i Helse Nord-Trøndelag samme dag. Spesielt ble omtalt arbeidet med budsjett og nye utfordringer som følge av "Ambulansevedtaket".

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 39/2011 Tema: Psykiaritjenesten i Helse Nord-Trøndelag med vekt på DPS

Bernt Harald Opdal orienterte spesielt om distriktpsikiatriske sentere innen psykiaritjenesten i Helse Nord-Trøndelag, med referanse til Prosjekt for psykiaritjenesten.

Sak 40/2011 Tema: Familieambulatoriet

Tone Haugan orienterte om familieambulatoriet og status for prosjektet midtveis i prosjektperioden.

Sak 41/2011 Tema: Tolketjeneste og Kommunikasjon med helsepersonell med fremmedspråklig bakgrunn

Liv Kjønsstad orienterte om tolketjeneste og Mathias Mørkved orienterte om kommunikasjon med helsepersonell med fremmedspråklig bakgrunn

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 17.10 2011 kl. 09.00 – 11.30
Møtested: Quality Hotel Grand Steinkjer
Saksnr.: 42/2011 – 47/2011
Arkivsaksnr: 2011/56

Møteleder: Hildur Fallmyr

Møtende medlemmer:

Hildur Fallmyr
Astrid Marie Bakken
Grete Aspaas
Lillian Blæstervold
Ole Flakken

Forfall:

Øystein Bjørnes
Ola Larsen

Møtende vararepresentant:

Ingen

Fra administrasjonen møtte:

Administrerende direktør Arne Flaot

Merknad til møte og sakliste:

Ingen merknader

Sak 42/2011 Godkjenning av protokoll fra møte 15.09 2011

Protokoll

Hildur Fallmyr viste til protokollen.

Vedtak

Protokoll fra møte 15.09 2011 godkjennes.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 43/2011 Forberedelse til samhandlingsreformen

Protokoll

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås orienterte om samhandlingsreformen. Hun la spesielt vekt på hvor omfattende reformen faktisk er og hvor mye som foregår rundt om, for å forberede seg på reformen.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 44/2011 Oppnevning av brukerrepresentant

Protokoll

Hildur Fallmyr viste til søknaden om brukerrepresentant

Vedtak

Brukerutvalget oppnevner følgende brukerrepresentant i prosjekt/arbeidsgrupper:

Gruppeopplæring diabetes:

Inger Grete Hjelde

Sak 45/2011 Strategi 2020 – Foretaksprotokoll av 30.06.11

Protokoll

Arne Flaatt orienterte om Strategi 2020 i forbindelse med foretaksprotokoll av 30.06.11.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering

Sak 46/2011 Styremøte i Helse Nord-Trøndelag 27. oktober 2011

Protokoll

Arne Flaatt gjennomgikk saker til behandling i Helse Nord-Trøndelag 27.10.11.. Spesielt ble omtalt Strategi 2020 og organiseringen av ambulansetjenesten.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Sak 47/2011 Orienteringer

Protokoll

- Åpenhet i sykehusene
 - o *Arne Flaas orienterte kort om saken*

- Møte med brukerrepresentantene
 - o *Arne Flaas foreslo at brukerutvalget inviterer brukerrepresentantene i prosjekt/arbeidsgrupper til en årlig gjennomgang og rapportering av brukerrepresentantenes arbeid.*

Vedtak

Brukerutvalget tar informasjonen om åpenhet i sykehusene til orientering, og ber om at temaet settes opp på nytt i et senere møte.

Brukerutvalget er enig i at brukerrepresentantene i prosjekt/arbeidsgrupper inviteres en gang årlig til gjennomgang og rapportering av brukerrepresentantenes arbeid.

Administrerende direktørs rapport**1. Helsefag****1.1 Aktivitet****1.1.1 Somatikk***Tabell nr 1: Aktivitet somatikk pr september 2011*

		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode	Avvik % tom denne periode	Avvik % prognose mot budsjett
DRG-aktivitet (poeng)						
3200	Kostnadskrevende legemidler utenfor sykehus	0	0	0		
3201	Heldøgnpasienter	-266	52	-214		
3202	Dagpasienter (eks dagkirurgi)	-10	-8	-18		
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	-288	-31	-319		
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-563	13	-550		
3205	DRG-produksjon - kjøp fra andre regioner	0	0	0		
	Sum DRG-poeng "Sørge for"	-563	13	-550	-2 %	-1,5 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-563	13	-550		
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	-59	-17	-76		
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	-622	-4	-626	-3 %	-1,5 %

Det er lagt opp til en økning på 2,4 % i DRG-produksjonen knyttet til foretakets "sørge for" - aktivitet i 2011. Ut over dette kommer evt. endring knyttet til omfang av pasienter fra andre regioner som blir behandlet i HNT. Registrert DRG-aktivitet i september viser en aktivitet på nivå med plantallene for måneden. Akkumulert er det en svikt på om lag 2 % i forhold til akkumulerte plantall. Det er sammensatte årsaker til aktivitetssvikten, og det er på dette grunnlag iverksatt tiltak. Det forventes at foretaket i sum skal oppnå planlagt aktivitet resten av året, men at det neppe er mulig å ta igjen hele svikten. På dette grunnlag prognostiseres en aktivitetssvikt på om lag 1,5 % på årsbasis.

1.1.2 Psykisk helsevern – pr tertial

Tabell nr 2: Aktivitet psykisk helsevern pr august 2011

Aktivitet psykisk helsevern	Fre- kvens	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring siste periode	Endring siste periode i prosent	Refe- ranse
Voksne: Antall utskrivninger - døgn - sykehus	Tertial	274	334	318	-16	-4,8 %	1
Voksne: Antall utskrivninger - døgn - DPS	Tertial	103	91	108	17	18,7 %	2
Voksne: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter - sykehus	Tertial	5131	5876	5836	-40	-0,7 %	10
Voksne: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter - DPS	Tertial	2101	2493	2037	-456	-18,3 %	11
Voksne: Antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner (sum takster eksklusiv P15 og P16)	Tertial	11156	14780	12157	-2623	-17,7 %	12
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted)	Tertial	186	350	335	-15	-4,3 %	14a
Voksne: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	59	49	52	3	6,1 %	16a
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted)	Tertial	74	78	70	-8	-10,3 %	14b
Voksne: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	10	9	6	-3	-33,3 %	16b
BUP: Antall utskrivninger (døgnpasient, eventuelt dagpasient)	Tertial	34	38	33	-5	-13,2 %	21
BUP: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter	Tertial	355	917	538	-379	-41,3 %	25
BUP: Antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner (sum takster eksklusiv P25 og P26)	Tertial	3729	5201	3777	-1424	-27,4 %	26

Det er lagt opp til en økning på om lag 10 % i antall polikliniske konsultasjoner i foretakets psykiatriske avdelinger i 2011, med størst vekst innen BUP. For innlagte pasienter forventes en begrenset økning i tidligere etablerte avdelinger. 14. februar 2011 åpnet avdeling for rusrelatert psykiatri (ARP) tilknyttet Psykiatrisk klinikk med 6 behandlingsplasser. Denne enheten vil bidra til ny aktivitet på dette området.

Tabellen ovenfor viser aktivitetstall for psykisk helsevern pr. andre tertial 2011. Som det framgår av tabellen, er det en betydelig aktivitetssvikt innen de psykiatriske behandlingsområdene. Noe av svikten er relatert til forsinket rekruttering i nye stillinger. Noe skyldes vridning i aktivitet mot områder (bl.a. ambulant virksomhet) som ikke blir målt i ovennevnte aktivitetsmål.

1.2 Produktivitet

Tabell nr 3: Produktivitet pr august 2011

Produktivitet	Fre- kvens	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring siste periode	Endring siste periode i prosent	Refe- ranse
DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk (jf. egen spesifikasjon/uttaksrutine for månedsverk)	Mnd				0	#DIV/0!	
Poliklinikker PH voksne: Voksne: Antall takstkorrigerede konsultasjoner per månedsverk. Konsultasjoner (dvs. takster) vektet med takstbeløp, månedsverk basert på takst P11 - timerverk.	Tertial	28,3	39,4	31,0	-8,4	-21,3 %	12.22
Poliklinikker BUP: Antall takstkorrigerede konsultasjoner per månedsverk. Konsultasjoner (dvs takster) vektet med takstbeløp, månedsverk basert på takst P21 - timerverk.	Tertial	27,9	38,2	26,2	-12	-31,4 %	28.3

Tabellen ovenfor viser produktivitetstall for psykisk helsevern pr. andre tertial 2011. Tall for somatisk virksomhet (DRG-poeng pr brutto månedsverk) utarbeides etter avtale av RHF-et.

1.3 Ventetider

Tabell nr 4: Ventetider pr september 2011

Ventetider	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Gj.snittlig ventetid for ventende pasienter innen somatikk	Mnd	65	99			83	-16
Median ventetid for ventende pasienter innen somatikk	Mnd		75			49	-26
Gj.snittlig ventetid for ventende pasienter innen PHV for BUP	Mnd	65	81			65	-16
Median ventetid for ventende pasienter innen PHV for BUP	Mnd		64			52	-12
Gj.snittlig ventetid for ventende pasienter innen PHV for VOP	Mnd	65	60			51	-9
Median ventetid for ventende pasienter innen PHV for VOP	Mnd		51			32	-19
Gj.snittlig ventetid for ventende pasienter innen TSB	Mnd	65	47			28	-19
Median ventetid for ventende pasienter innen TSB	Mnd		48			17	-31
Andel fristbrudd for rettighetspasienter - for ventende pasienter	Mnd	0,0 %	3,8 %	142	3405	4,2 %	0,4 %
Antall pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som har ventet over 1 år	Mnd		8			4	-4

Det har vært en betydelig reduksjon i registrerte ventetider siste måned. Det vil fortsatt bli arbeidet med å redusere ventetidene slik at en ved utgangen av 2011 kan oppfylle målsettingen om en gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter i spesialisthelsetjenesten ned mot 65 dager.

Det har de siste månedene vært økt fokus på å redusere og fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. HNT har få pasienter med fristbrudd. Det vil bli arbeidet med å legge opp foretakets drift slik at vi ikke skal ha fristbrudd for rettighetspasienter.

1.4 Kvalitetsindikatorer

Tabell nr 5: Kvalitetsindikatorer pr september 2011

Kvalitetsindikatorer	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel epikriser sendt ut innen en uke	Mnd	100 %	83,1 %	1538	1854	83,0 %	-0,1 %
Andel korridorpasienter	Mnd	0 %	0,8 %	99	6665	1,5 %	0,7 %

HNT nådde siste tertial 2010 målsettingen om at 80 % av alle epikriser skulle være sendt innen en uke etter avsluttet sykehusopphold. Denne målsettingen er for 2011 økt til 100 % innen en uke. HNT nådde 83,0 % i september (- 0,1 % -poeng i forhold til forrige måned) og vil arbeide for å øke denne andelen til fastsatte målkrav.

Det er et mål at foretaket ikke skal ha pasienter på korridor. Basert på målinger hver morgen lå 1,5 % av alle pasienter (egentlig liggedøgn) i september på korridor. Dette er en økning på 0,7 % -poeng i forhold til forrige måned. Foretaket vil vurdere økt samhandling mellom avdelingene i foretaket for å unngå at pasienter ligger på korridor i en avdeling hvis det er ledige senger i andre enheter.

2 Økonomi

2.1 Resultat

Tabell nr 6: Resultat pr september 2011

Resultatavvik	Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3 Inntekter	23 915	1 030	24 945
4 Varekostnader	853	-3 081	-2 228
5 Lønnskostnader	-47 171	-5 215	-52 386
6,7,9 Andre driftskostnader	17 208	1 181	18 389
8 Finansposter	1 429	289	1 718
Årsresultat jf budsjett:	-3 765	-5 796	-9 561
Årsresultat jf endret resultatkrav	1 963	-5 428	-3 465

Med brev av 24.08.11 fra HMN har HNT fått delvis dekning for tidligere udekkede økte pensjonskostnader inneværende år. For HNT innebar endrede grunnlagsdata (parametre) en økt kostnad på 39,4 mill kroner. Foretaket har fått økt basisrammen med 31,8 mill kroner til delvis dekning av disse økte kostnadene. Underdekningen på 7,6 mill kroner framkommer som et revidert resultatkrav for foretaket på – 7,6 mill kroner.

P.g.a. økt basisramme på vel 30 mill kroner er foretakets driftskreditramme redusert fra 200 mill kroner til 170 mill kroner.

Foretakets resultat viser i september måned et avvik i forhold til korrigert resultatkrav på – 5,4 mill kroner. Akkumulert pr. september framkommer et avvik på – 3,5 mill kroner i forhold til korrigert (og periodisert) resultatkrav.

2.1.1 Inntekter

Foretakets inntekter er siste måned om lag 1 mill kroner høyere enn vedtatt budsjett.

2.1.2 Varekostnader

Varekostnadene er 3 mill kroner høyere enn budsjettert siste måned. Det skyldes bl.a. høyt forbruk av medisinske forbruksvarer og økt innleie av helsepersonell fra utleiefirma.

2.1.3 Lønnskostnader

3,3 mill kroner av merforbruket på lønn på 5,2 mill kroner i forhold til budsjett kan relateres til økte pensjonskostnader. Om lag 1 mill kroner skyldes merkostnader knyttet til årets lønnsoppgjør, mens resten av merforbruket er fordelt på flere arter og steder, bl.a. overtid og ekstrahjelp.

Årets lønnsoppgjør er nå i hovedsak ferdigforhandlet. Resultatet av forhandlingene innebærer en økt lønnskostnad på årsbasis på om lag 12 mill kroner ut over budsjett. Det er foretatt avsetning for ennå ikke effektuert virkning av lønnsoppgjøret.

2.1.4 Andre driftskostnader

Regnskapet siste måned viser noe økte kostnader knyttet til transport av pasienter og vedlikehold av bygg og utstyr. Under denne kostnadsgruppen er det (på art 7799) satt av en buffer på knapt 28 mill kroner for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene. Kostnadsgruppen som helhet kommer derfor ut med en pluss på 1,2 mill kroner siste måned.

2.1.5 Finansposter

Foretakets finanskostnader er også siste måned litt lavere enn budsjettert.

2.2 Prognose

Tabell nr 7: Prognose pr september 2011

Prognose - endring fra budsjett		Endring tom forrige periode	Endring denne periode	Endring tom denne periode
3	Inntekter	21 816		21 816
4	Varekostnader	0		0
5	Lønnskostnader	-54 416		-54 416
6,7	Andre driftskostnader	25 000		25 000
8	Finansposter	0		0
Årsprognose jf budsjett:		-7 600		-7 600
		0		0
Årsprognose jf endret resultatkrav		-7 600		-7 600

Som påpekt tidligere, vil foretakets pensjonskostnader i 2011 øke med 39,4 mill kroner i forhold til forutsetninger for årets budsjett. 31,8 mill kroner av denne økningen er nå dekket av økt basisramme. Differansen mellom disse beløpene tilsvarer foretakets reviderte resultatkrav på – 7,6 mill kroner. Foretakets prognose pr. september er i samsvar med dette resultatkravet. Prognosen er uendret fra forrige måned.

2.2.1 Inntekter

Inntektene prognostiseres med en økning på 21,8 mill kroner. Det har sammenheng med økt basisramme fratrasket en prognostisert aktivitetssvikt på 1,5 %.

2.2.2 Varekostnader

Varekostnadene prognostiseres som budsjettet.

2.2.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene prognostiseres med et samlet avvik på – 54,4 mill kroner knyttet til økte pensjonskostnader og effekten av årets lønnsoppgjør.

2.2.4 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres med en mindrekostnad på 25 mill kroner knyttet til avsatt buffer.

2.2.5 Finansposter

Finanspostene prognostiseres som budsjettet.

2.3 Likviditet

HNTs driftskredittramme i Fokus Bank for 2012 er nå redusert til 170 mill kroner. Driften hittil viser at vi med god margin skal holde oss innen denne rammen.

2.4 Investeringer – pr tertial

Oppfølging av årets investeringer skal rapporteres hvert tertial. HMN har vedtatt at 50 % av overskudd i foretakets drift i 2010 kan benyttes til investeringer i 2011. Overskudd ut over resultatkrav for HNT i 2010 ble 51,7 mill kroner.

Foretakets investeringsbudsjett for 2011:

Økt egenkapitalinnskudd KLP	6,0 mill kr
Psykiatribygg, Namsos (ekskl. overf. fra 2010)	19,0 mill kr
Diverse investeringer i bygg/HMS	3,7 mill kr
Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr (HMN-ramme)	23,5 mill kr
50 % av overskudd fra drift 2010 til bygningstiltak (inkl. oppstart HOV/Int. Lev.) og MTU	25,8 mill kr
<u>Sum investeringer i 2011</u>	<u>78,0 mill kr</u>

Nytt psykiatribygg i Namsos er ferdig i samsvar med vedtatt tidsplan og kostnadsoverslag. Ferdigstillingen ble markert fredag 20. mai. For de

øvrige investeringsområdene prognostiseres et årsforbruk innen vedtatte rammer.

2.5 Raskere tilbake

HNT er tildelt en ramme på 6,7 mill kroner for arbeid innenfor tiltaket "Raskere tilbake" i 2011. Det er utført arbeid innen dette tiltaket for 5,0 mill kroner t.o.m. september.

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Tabell nr 8: Bemanning pr september 2011

Bemanning		Samme periode forrige år	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Budsjett denne periode	Avvik ift budsjett
Brutto månedsverk utbetalt	Totalt	2 249	2 275	26	2 271	4
	Psykisk helsevern	494	493	-1	502	-9
- Fravær		318	-			
Netto månedsverk utbetalt						

Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i september et avvik på + 4, herav et avvik i psykisk helsevern på - 9. Akkumulerte tall t.o.m. september måned viser 5 flere brutto utbetalte månedsverk enn det som er budsjettet.

3.2 Sykefravær

Tabell nr 9: Sykefravær pr september 2011

Sykefravær snitt (%)	Samme periode forrige år	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Mål denne periode	Avvik ift mål
Egenmelding	1,2 %	1,3 %	0,1 %		
Sykemelding	6,2 %	5,3 %	-0,9 %		
Samlet for foretaket:	7,4 %	6,7 %	-0,7 %	7,5 %	-0,8 %

I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet med 20 % til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. HNT har for 2011 satt et mål på 7,5 %, noe som er en reduksjon på knapt 10 % i forhold til 2010. Faktisk sykefravær for HNT var i september 2011 på 6,7 % og hittil i år på 7,5 %.

3.3 Deltid

Tabell nr 10: Andel deltid pr september 2011

Bemanning	Samme periode forrige år	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Mål (Snitt 2010 - 20%)	Avvik i forhold til mål
Totalt antall ansatte	2 328	2 335	7		
Antall ansatte i deltid	1 055	1 015	-40		
Antall ansatte stillpst 0					
% andel deltid	45,3 %	43,5 %	-1,8 %	37,8 %	-5,7 %

Det er krav om at HF-ene, i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, skal redusere andel uønsket deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011. For 2011 er det på dette grunnlag fastsatt et mål for andel deltid på 37,8 % av totalt antall ansatte. September-tallene viser en deltidsandel på 43,5 %.

4 Generell vurdering

Foretakets økonomiske resultat for september viser et negativt avvik på vel 5 mill kroner i forhold til periodisert budsjett. Akkumulert er det negative avviket vel 3 mill kroner. Noe av avviket kan relateres til periodisering, men det er grunn til å følge opp de områder og enheter som framviser størst avvik.

Den DRG-baserte aktiviteten viser balanse i september. Noe av dette er knyttet til etterregistrering av aktivitet for 2. tertial. Aktiviteten i de psykiatriske enhetene og i særlig grad i BUP viser fortsatt negative avvik. For de fleste kvalitetsmålene er det god måloppnåelse, mens det for andre indikatorer fortsatt er nødvendig med tiltak for å øke graden av måloppnåelse.

Foretaket prognostiserer et årsresultat på – 7,6 mill kroner, dvs. i samsvar med revidert resultatkrav fra eier. Prognosen er utendret fra forrige måned.

Levanger, 14.10.11/17.10.11

Arne Flaas
adm. dir.
sign.