

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2008/161 - 10073/2008		012	15.05.2008

Innkalling til styremøte 26. mai 2008

Det innkalles med dette til styremøte i Helse Nord-Trøndelag

Mandag 26. mai 2008 kl. 1000

Møtested: Quality Hotell Grand, Steinkjer

SAKLISTE STYREMØTE

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 17/2008 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 28.04 2008 |
| Sak 18/2008 | Endring av Helse Nord-Trøndelag HF's representasjon utad på personnivå – tegning av firma (signatur) |
| Sak 19/2008 | Etablering av regional anskaffelsesfunksjon for Helse Midt-Norge |
| Sak 20/2008 | Etablering av ett regionalt lager i Helse Midt- Norge |
| Sak 21/2008 | Strategisk plan for energibruk i Helse Midt-Norge |
| Sak 22/2008 | Driftsrapport 1. tertial 2008 |
| Sak 23/2008 | Orienteringssaker <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoller styret i Helse Midt-Norge 23.04.08 og 09.05.082. Pasientombudets årsrapport 20073. Andre orienteringer |

Med hilsen

Steinar Aspli
styreleder
sign.

Kopi til:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 17/2008 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 28.04.08

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
26. mai 2008

Saksnr.
17/2008

Saksbeh.: Arne Flaas
Arkivkode: 012
Arkivsaksnr.: 2008/161

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Møteprotokoll fra styremøte 28.04.08 godkjennes uten anmerkninger.

SAKSUTREDNING:

Sak 17/2008 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 28.04.08

Levanger 20. mai 2008

Arne Flaatt
adm.dir
sign.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 28.04 2008 kl. 11.00 – 15.00
Møtested: Sykehuset Levanger
Saksnr.: 14/2008 – 16/2008
Arkivsaksnr:

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:
Steinar Aspli
Inger Marit Eira Åhren
Reidar Viken
Torgeir Schmidt-Melbye
Siw Bleikvassli
Bertha Skjelstad
Asbjørn Hofslie
Jørgen Selmer
Inger Anne Holm
Peter Himo
Skjalg Ytterstad

Fra Brukerutvalget møtte: Svein Grindstad
Fra Samarbeidsutvalget møtte: Ola Stene

Fra administrasjonen møtte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Ass. direktør	Mads Einar Berg
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Helsefaglig rådgiver	Øivind Stenvik
Helsefaglig rådgiver	Dagfinn Thorsvik
Klinikkleder	Bjørn Arnesen
Leder eiendomsavdeling	Tore Westerheim
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader
Saken utsendt pr. e-post 23.04.08 og 24.04.08.

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader

Sak 14/2008 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 31.03.08

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Møteprotokoll fra styremøte 31.03.08 godkjennes uten anmerkninger.

Protokoll

Administrerende direktør meldte at strykninger på operasjonsprogram, samt mulig indikator for skader på ansatte, forberedes for presentasjon i senere møte.

Styreleder ba om at følgende ble tilført i vedtaket i sak 10/2008: Styret ber administrerende direktør gjøre rede for utvikling innen ventetid.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøte 31.03.08 godkjennes med følgende tillegg til vedtak i sak 10/2008: Styret ber administrerende direktør gjøre rede for utvikling innen ventetid.

Sak 15/2008 Oppgavedeling i Helse Midt-Norge

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Styret i Helse Nord-Trøndelag tar ”Sluttrapport – Oppgavedeling i Helse Midt-Norge RHF” til orientering.

Det regionale styret bes beslutte at St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag gjennomgår forslagene fra Helse Nord-Trøndelag med sikte på konkret oppgavedeling. Konklusjoner og løsninger rapporteres tilbake til styret i Helse Midt-Norge.

Helse Nord-Trøndelag ber om følgende tilleggsoppgaver:

- 400 flere fødsler enn i dag, understøttet av et regionalt inntakssystem for fødende.
- 200 inngrep innen gastroenterologisk kirurgi, samt oppgaver innen kreftkirurgi og kroniske inflammatoriske tarmsykdommer.
- 250 urologiske inngrep
- 200 dagkirurgiske inngrep innen gynekologi
- 950 ortopediske inngrep

Styret i Helse Midt-Norge bes understreke støtte til modellen som etableres mellom øyeavdelingene i Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital for å sikre gode tjenester i Trøndelagsfylkene.

Styret i Helse Midt-Norge bes sikre tilrettelegging for rotasjonsordninger mellom lokale helseforetak.

Styret i Helse Midt-Norge bes tilføre Helse Nord-Trøndelag økonomisk grunnlag og nødvendige legehjemler til å utføre tilleggsoppgavene.

Protokoll

Administrerende direktør innledet om prosessen rundt oppgavedeling i Helse Midt-Norge. Etter styrevedtak i Helse Midt-Norge i 2006 er det utarbeidet en rapport som utreder grunnlaget for oppgavedeling i Helse Midt-Norge. Sluttrapporten er nå på høring i kommuner, helseforetak og andre berørte aktører.

I Helse Nord-Trøndelag har en intern arbeidsgruppe laget en rapport knyttet til oppgavedeling i Helse Midt-Norge. Leder av arbeidsgruppen, helsefaglig rådgiver Dagfinn Thorsvik, gjorde rede for vurderinger og konklusjoner fra gruppens arbeid.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Nord-Trøndelag tar ”Sluttrapport – Oppgavedeling i Helse Midt-Norge RHF” til orientering.

Det regionale styret bes beslutte at St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag gjennomgår forslagene fra Helse Nord-Trøndelag med sikte på konkret oppgavedeling. Konklusjoner og løsninger rapporteres tilbake til styret i Helse Midt-Norge.

Helse Nord-Trøndelag ber om følgende tilleggsoppgaver:

- 400 flere fødsler enn i dag, understøttet av et regionalt inntakssystem for fødende.
- 200 inngrep innen gastroenterologisk kirurgi, samt oppgaver innen kreftkirurgi og kroniske inflammatoriske tarmsykdommer.
- 250 urologiske inngrep
- 200 dagkirurgiske inngrep innen gynekologi
- 950 ortopediske inngrep

Styret i Helse Midt-Norge bes understreke støtte til modellen som etableres mellom øyeavdelingene i Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital for å sikre gode tjenester i Trøndelagsfylkene.

Styret i Helse Midt-Norge bes sikre tilrettelegging for rotasjonsordninger mellom lokale helseforetak.

Styret i Helse Midt-Norge bes tilføre Helse Nord-Trøndelag økonomisk grunnlag og nødvendige legehjemler til å utføre tilleggsoppgavene.

Sak 16/2008 Orienteringssaker

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Styret tar sakene til orientering

Protokoll

1. Protokoll fra foretaksmøte 24.04.08

Protokollen ble delt ut i møtet. Styreleder gjennomgikk protokollen.

2. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 26.03.08

3. Referat fra Samarbeidsutvalgets møte 22.04.08

Samarbeidsutvalgets observatør, Ola Stene, gjorde rede for Samarbeidsutvalgets dialog rundt pasienttransport.

4. Evaluering av endret ambulansestructur i Ytre Namdal

Administrerende direktør gjorde rede for bakgrunn og gjennomføring av endret ambulansestructur i Ytre Namdal. Omorganiseringen ble gjennomført 1. april 2007, og innebar samling av tre ambulansesteder med hjemmevakt til en større stasjon med kasernert vakt. Administrerende direktør redegjorde for ambulansetjenesten før og etter omorganiseringen. Styret ber om å bli orientert om administrasjonens vurdering av funn i evalueringen.

5. Kvalitetsutvalgets årsrapport

Helsefaglig rådgiver Øivind Stenvik orienterte om kvalitetsutvalgets årsrapport, samt konklusjonene i Pasientombudets årsrapport. Styret drøftet funnene i årsrapporten og anbefalingene som kvalitetsutvalget fremmer. Pasientombudets årsrapport behandles videre i neste styremøte.

6. Driftsrapport for mars 2008

Administrerende direktør gjennomgikk resultat på vesentlige styringsindikatorer. Økonomisk resultat i mars er 2,3 millioner foran budsjett, akkumulert 5,5 millioner foran budsjett. Aktiviteten er noe høyere enn planlagt hittil i år. Dette gir høyere inntekter og lønns- og vareutgifter enn budsjettet. Administrerende direktør gjennomgikk vesentlige tiltak som er i gang, herunder forhold knyttet til medikamentkostnader og transportkostnader. Administrerende direktør viste realiseringsgrad av omstillingstiltak i budsjettet. Andel epikriser utsendt innen sju dager er i mars 56 prosent. Andel korridorpasienter i mars er 4,4 prosent. Andel strykninger i mars er 7,9 prosent. Ventetid til vurdering innen BUP er fem dager i mars. En orientering om denne kvalitetsindikatoren vil bli gitt i senere styremøte. Sykefravær i mars er om lag 6,7 prosent. Brutto månedsverk i mars er 15 færre enn på tilsvarende måletidspunkt i 2007.

7. Langtidsbudsjett i Helse Nord-Trøndelag

Økonomisjef Tormod Gilberg orienterte om prosess rundt langtidsbudsjett for Helse Nord-Trøndelag 2009-2014. Det er lagt opp til behandling av langtidsbudsjett om våren, årsbudsjett om høsten. Langtidsbudsjettet i Helse Midt-Norge forventes vedtatt i mai. Langtidsbudsjett for Helse Nord-Trøndelag forventes vedtatt i juni-møtet. Gilberg gjennomgikk forutsetningene som så langt er lagt til grunn fra Helse Midt-Norge, og hva som så langt er meldt tilbake fra Helse Nord-Trøndelag. Investeringsbudsjett for 2008, samt investeringsplan fram til 2014, ble gjennomgått. Alle investeringsforslag i bygg fra Nord-Trøndelag bidrar til å redusere arealbruk og begrense driftskostnader.

8. Landsverneplan for helsebygg

Leder av eiendomsavdelingen, Tore Westerheim, orienterte om Landsverneplan for helsebygg. Alle statens bygninger skal registreres med hensyn til verneverdi. For Helse Nord-Trøndelag er

relevante bygninger psykiatribygget fra 1980 ved Sykehuset Levanger. Formålet er å verne bygget som et kulturminne knyttet til utbygging av den desentraliserte psykiatriomsorgen.

9. Andre orienteringer

Ventetider

Helsefaglig rådgiver Øivind Stenvik orienterte om arbeid knyttet til ventetider i Helse Nord-Trøndelag.

Administrasjonen arbeider med tiltak som blant annet skal kvalitetssikre ventelistene, standardisere innrapportering av ventetid og forhold som kan utjevne ventetider mellom sykehusene i Nord-Trøndelag.

Pandemiovelse

Administrerende direktør orienterte styret om pågående øvelse rundt pandemisk influensa. Øvelsen er begrenset til Midt-Norge. Helse Nord-Trøndelag har satt katastrofeledelse og gjennomgår alle prosedyrer knyttet til en pandemisituasjon.

Salg av eiendom

Administrerende direktør orienterte om salg av boenheter i tilknyttet Sykehuset Namsos.

Ambulanseberedskap

Administrerende direktør orienterte fra møte med Osen og Roan kommuner om ambulanseberedskapen i området.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar sakene til orientering

Steinar Aspli

Inger Marit Eira Åhren

Bertha Skjelstad

Asbjørn Hofslø

Reidar Viken

Jørgen Selmer

Torgeir Schmidt-Melbye

Inger Anne Holm

Peter Himø

Siw Bleikvassli

Skjalg Ytterstad

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

**Sak 18/2008 Endring av Helse Nord-Trøndelag HF's representasjon utad på personnivå
– tegning av firma (signatur)**

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
26. mai 2008

Saksnr.
18/2008

Saksbeh.: Arne Flaata
Arkivkode: 012
Arkivsaksnr.: 2008/161

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Helse Nord-Trøndelag HF's nestleder Laila Roel løses fra retten hun har i fellesskap med administrerende direktør til å tegne Helse Nord-Trøndelag HF's firma (signatur).

Helse Nord-Trøndelag HF's administrerende direktør Arne Flaata og styrets nye nestleder Inger Marit Eira Åhrèn gis i fellesskap rett til å tegne Helse Nord-Trøndelag HF's firma (signatur).

Helse Nord-Trøndelag HF's administrerende direktør Arne Flaata, Helse Nord-Trøndelag HF's assisterende direktør Mads Einar Berg og Helse Nord-Trøndelag HF's økonomidirektør Tormod Gilberg gis fullmakten prokura hver for seg.

Endringene meldes til foretaksregisteret.

SAKSUTREDNING:

**Sak 18/2008 Endring av Helse Nord-Trøndelag HFs representasjon utad på personnivå
– tegning av firma (signatur)**

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Lov 15.06.2001 nr 93 om helseforetak mm
2. Lov 21.06.1985 nr 80 om prokura
3. Helse Nord-Trøndelag HFs vedtekter av 21.06.06
4. Styresak 24/2006 Tegning av firma
5. Styrets instruks av 19.06.2002 til administrerende direktør

GJELDENDE FORUTSETNINGER

1. Lov 15.06.2001 nr 93 om helseforetak mm § 39
2. Lov 21.06.1985 nr 80 om prokura
3. Helse Nord-Trøndelag HFs vedtekter av 21.06.06
4. Styrevedtak i sak 24/2006 av 31.05.2006 om tegning av firma (signatur)
5. Styrets instruks av 19.06.2002 til administrerende direktør

BAKGRUNN OG KONKLUSJON

Det er utnevnt tre nye styremedlemmer i Helse Nord-Trøndelag HF.

I samsvar med vedtak i Helse Nord-Trøndelag HFs foretaksmøte 22.04.08 sak 3/2008 er det dermed nødvendig å melde endringer til Foretaksregisteret når det gjelder retten til å representere helseforetaket utad – tegning av firma (signatur).

Levanger 19. mai 2008

Arne Flaata
adm.dir.
sign

LOV 2001-06-15 nr 93: Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Bruk av basen forutsetter at du samtykker i betingelsene i brukeravtalen .

DATO: LOV-2001-06-15-93
DEPARTEMENT: HOD (Helse- og omsorgsdepartementet)
PUBLISERT: I 2001 hefte 7
IKRAFTTREDELSE: 2002-01-01, 2001-07-01
SIST-ENDRET: LOV-2004-05-07-21 fra 2004-07-01
ENDRER:

SENTRALE FORSKRIFTER

INNHold

Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser

- § 1. Lovens og helseforetakenes formål
- § 2. Lovens virkeområde
- § 3. Definisjoner
- § 4. Helseregioner
- § 5. Forholdet til annen lovgivning

Kapittel 2. Partsstilling og ansvar

- § 6. Partsstilling
- § 7. Ansvar for foretakets forpliktelser

Kapittel 3. Stiftelse og vedtekter

- § 8. Opprettelse av regionale helseforetak
- § 9. Opprettelse av helseforetak
- § 10. Vedtekter for regionale helseforetak
- § 11. Vedtekter i helseforetak
- § 12. Vedtektsendringer
- § 13. Registrering i Foretaksregisteret

Kapittel 4. Foretakets kapital

- § 14. Foretakets egenkapital
- § 15. Disponering av foretakets midler

Kapittel 5. Foretaksmøtet

- § 16. Foretaksmøtets myndighet mv.
- § 17. Ledelsens rett og plikt til å være til stede i foretaksmøtet
- § 18. Innkalling til foretaksmøtet
- § 19. Saksbehandlingen i foretaksmøtet

Kapittel 6. Foretakets styre og daglig ledelse

- § 20. Foretakets ledelse
- § 21. Styrets sammensetning mv.
- § 22. Ansattes styrerepresentasjon i regionalt helseforetak
- § 23. Ansattes styrerepresentasjon i helseforetak
- § 24. Tjenestetid

§ 25. Opphør av styreverv før tjenestetiden er utløpt

§ 26. Styremøter

§ 27. Vedtaksførhet og flertallskrav

Kapittel 7. Styrets oppgaver og kompetanse

§ 28. Styrets oppgaver

§ 29. Styrets tilsyn med daglig leder

§ 30. Saker av vesentlig betydning

§ 31. Salg av foretakets faste eiendommer mv.

§ 32. Salg av sykehusvirksomhet

§ 33. Lån og garantier

§ 34. Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak

§ 35. Pasienters og andre brukeres innflytelse

Kapittel 8. Daglig leder

§ 36. Daglig leder

§ 37. Daglig leders myndighet

§ 38. Daglig leders rapportering til styret

Kapittel 9. Foretakets representasjon utad

§ 39. Foretakets representasjon

§ 40. Overskridelse av representasjonsretten

Kapittel 10. Organisering av samarbeid med andre mv.

§ 41. Samarbeid med andre

§ 42. Ansvarsform for virksomhet eid av foretak

Kapittel 11. Regnskap, revisjon og kontroll

§ 43. Regnskap mv.

§ 44. Revisjon

§ 45. Riksrevisjonens kontroll

Kapittel 12. Oppløsning og avvikling

§ 46. Vedtak om oppløsning

§ 47. Avviklingsstyre mv.

§ 48. Ansvar etter avviklingen

Kapittel 13. Erstatningsansvar

§ 49. Erstatningsansvar

Kapittel 14. Omdanning

§ 50. Omdanning

Kapittel 15. Ikraftsettings- og overgangsbestemmelser. Endringer i andre lover

§ 51. Ikraftsetting

§ 52. Overgangsbestemmelser

§ 53. Endring i andre lover

Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser

§ 1. Lovens og helseforetakenes formål

Lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsettinger som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og pasientrettighetsloven § 1-1, ved

1. at det opprettes regionale helseforetak som etter eiers retningslinjer skal planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten og legge til rette for forskning og undervisning,
2. at det legges til rette for at de regionale helseforetakene skal organisere sine sykehus og andre

helseinstitusjoner som helseforetak.

Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.

§ 2. Lovens virkeområde

Denne loven gjelder for regionale helseforetak og helseforetak.

Regionalt helseforetak er virksomhet som eies av staten alene og som er opprettet i medhold av § 8. Regionalt helseforetak legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov.

Helseforetak er virksomhet som eies av regionalt helseforetak alene og som er opprettet i medhold av § 9. Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov.

Loven gjelder ikke på Svalbard og Jan Mayen. Kongen kan bestemme at den helt eller delvis skal gjelde på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette nærmere regler under hensyn til de stedlige forhold, herunder regler som fraviker bestemmelser i denne lov.

Endret ved lov 28 feb 2003 nr. 14 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 28 nov 2003 nr. 1402).

§ 3. Definisjoner

I denne lov menes med:

1. foretak: regionale helseforetak og helseforetak
2. eier: staten ved departementet i regionale helseforetak og staten ved regionale helseforetak i helseforetak.

§ 4. Helseregioner

Riket inndeles i så mange helseregioner som Kongen bestemmer. I hver helseregion skal det være ett regionalt helseforetak.

Staten skal organisere sitt eierskap til virksomheter som yter spesialisthelsetjeneste og tjenester som står i naturlig sammenheng med dette etter denne loven.

§ 5. Forholdet til annen lovgivning

Forvaltningsloven gjelder for foretakenes virksomhet. I saker om ansettelse, oppsigelse eller andre personalsaker kommer likevel bare forvaltningslovens kapittel 2 og 3 til anvendelse. Departementet er klageinstans for enkeltvedtak truffet av foretakene, når ikke særskilt klageinstans er fastsatt i lov eller forskrift. Departementet kan gi forskrift om hvem som skal være klageinstans for enkeltvedtak fattet av foretakene.

Offentlighetsloven gjelder for foretakenes virksomhet.

Lov 18. juli 1958 nr. 2 om offentlige tjenestetvister og lov 4. mars 1983 nr. 3 om statstjenestemenn m.m. gjelder ikke for foretak.

Konkurs og gjeldsforhandling etter konkursloven kan ikke åpnes i foretak. Foretakenes eiendeler kan ikke være gjenstand for utlegg eller arrest.

Foretakene regnes som offentlige organer etter lov 4. desember 1992 nr. 126 om arkiv § 2 bokstav g.

Kapittel 2. Partsstilling og ansvar

§ 6. Partsstilling

Foretaket har selv rettigheter og plikter, er part i avtaler med private og offentlige myndigheter og har partsstilling overfor domstoler og andre myndigheter.

§ 7. Ansvar for foretakets forpliktelser

Eier hefter ubegrenset for foretakets forpliktelser.

En fordringshaver må først gjøre krav gjeldende mot foretaket. En fordringshaver som har krevd foretaket for klar og forfalt gjeld som ikke er betryggende sikret, kan gjøre kravet gjeldende mot eieren. For å gjøre kravet gjeldende mot eieren må fordringshaveren tidligst fire uker etter første påkrav sende ytterligere et påkrav til den opprinnelige skyldneren med betalingsfrist på minst fire uker, og betaling må ikke være mottatt innen utløpet av fristen.

Kapittel 3. Stiftelse og vedtekter

§ 8. Opprettelse av regionale helseforetak

Kongen i statsråd treffer vedtak om å opprette regionalt helseforetak. Vedtaket skal uttrykkelig benevne foretaket som regionalt helseforetak og skal inneholde foretakets vedtekter. Det skal dessuten inneholde bestemmelser om:

1. hvem som skal være medlemmer av styret, herunder styrets leder og nestleder,
2. hvem som skal være foretakets revisor,
3. statens innskudd, herunder hvilke sykehus og andre institusjoner foretaket skal overta ved opprettelsen.

Det regionale helseforetaket er stiftet når Kongen har truffet vedtak etter første ledd.

§ 9. Opprettelse av helseforetak

Utvøende virksomhet skal organiseres som helseforetak. Styret selv i regionalt helseforetak treffer vedtak om å opprette helseforetak. Vedtaket skal uttrykkelig benevne foretaket som helseforetak og inneholde foretakets vedtekter. Det skal dessuten inneholde bestemmelser om:

1. hvem som skal være medlem av styret, herunder styrets leder og nestleder,
2. hvem som skal være foretakets revisor,
3. eierens innskudd.

Helseforetaket er stiftet når styret i det regionale helseforetaket har truffet vedtak etter første ledd.

§ 10. Vedtekter for regionale helseforetak

Regionalt helseforetak skal ha vedtekter som i det minste skal angi:

1. det regionale helseforetakets navn,
2. den helseregion det regionale helseforetaket omfatter,
3. det regionale helseforetakets formål,
4. den kommune der det regionale helseforetaket skal ha sitt hovedkontor,
5. antall styremedlemmer, eller laveste og høyeste antall styremedlemmer,
6. helsepolitiske, utdanningspolitiske og forskningspolitiske målsettinger og hovedoppgaver, samt nærmere bestemmelser om universitets- eller høyskolens rettigheter i tilknytning til disse oppgavene,
7. rammer for låneopptak, jf. § 33,
8. hvilke saker eller typer av saker som skal forelegges departementet, jf. § 30,
9. nærmere regler om melding til departementet om foretaket og foretakets virksomhet, jf. § 34.

Alle foretakene skal ha en og samme arbeidsgivertilknytning. Kongen i statsråd bestemmer hvilken arbeidsgivertilknytning foretakene skal ha. Vedtektene skal angi hvilken arbeidsgivertilknytning Kongen har bestemt at foretakene skal ha.

§ 11. Vedtekter i helseforetak

Helseforetak skal ha vedtekter som i det minste skal angi:

1. foretakets navn,
2. det regionale helseforetak som eier helseforetaket,
3. foretakets virksomhet, herunder hvilke helsetjenester som skal ytes, og hvilke undervisningsoppgaver og forskningsoppgaver helseforetaket skal ha, samt nærmere bestemmelser om universitetets- eller høgskolens rettigheter i tilknytning til disse oppgavene,
4. den kommune der helseforetaket har sitt hovedkontor,
5. antall styremedlemmer, eller laveste og høyeste antall styremedlemmer,
6. helsepolitiske, utdanningspolitiske og forskningspolitiske målsettinger og oppgaver,
7. nærmere regler om rapportering til eieren om foretaket og foretakets virksomhet,
8. rammer for låneopptak, jf. § 33,
9. hvilke saker eller typer saker som skal forelegges departementet, jf. § 30,
10. hvilken arbeidsgivertilknytning helseforetaket skal ha, jf. § 10 annet ledd.

§ 12. Vedtektsendringer

Endringer i vedtektene vedtas av foretaksmøtet.

§ 13. Registrering i Foretaksregisteret

Foretak skal meldes til Foretaksregisteret senest tre måneder etter at vedtak om å opprette foretak er truffet.

Kapittel 4. Foretakets kapital

§ 14. Foretakets egenkapital

Foretaket skal ha en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet.

Hvis det må antas at foretakets egenkapital er lavere enn forsvarlig ut fra risikoen ved og omfanget av virksomheten, skal styret straks behandle saken. Styret skal innen rimelig tid varsle eieren, og gi denne en redegjørelse for foretakets økonomiske stilling, og foreslå tiltak som vil gi foretaket en forsvarlig egenkapital.

§ 15. Disponering av foretakets midler

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

Kapittel 5. Foretaksmøtet

§ 16. Foretaksmøtets myndighet mv.

Eieren utøver den øverste myndighet i foretaket i foretaksmøtet. Eieren kan ikke utøve eierstyring i foretaket utenom foretaksmøtet.

Departementet kan utenfor foretaksmøtet sette vilkår for bevilgninger til regionale helseforetak.

§ 17. Ledelsens rett og plikt til å være til stede i foretaksmøtet

Styreleder og daglig leder skal være til stede i foretaksmøtet. Ved forfall skal det utpekes en stedfortreder. Andre styremedlemmer kan være til stede i foretaksmøtet.

Styremedlemmer og daglig leder har rett til å uttale seg i foretaksmøtet.

§ 18. Innkalling til foretaksmøtet

Eieren innkaller til foretaksmøte og bestemmer innkallingsmåten. Innkallingen skal skje med minst en ukes varsel, med mindre kortere frist i særlige tilfeller er nødvendig. Til møtet innkalles daglig leder, styrets medlemmer og dessuten revisor som reviderte foretakets årsregnskap, dersom de

saker som skal behandles er av en slik art at revisors nærvær kan være ønskelig. Revisor skal ellers innkalles når Riksrevisjonen krever det. Etter innkalling har revisor plikt til å møte i foretaksmøtet.

Innkallingen skal klart angi de saker som skal behandles i foretaksmøtet. Forslag om å endre vedtektene skal gjengis i innkallingen.

Foretaksmøtet kan ikke treffe vedtak i andre saker enn de som er nevnt i innkallingen, med mindre samtlige av de som har rett til å være tilstede etter § 17 samtykker i det. Det kan ikke gis samtykke til å vedta andre endringer i vedtektene enn de forslagene til endringer som er gjengitt i innkallingen.

§ 19. Saksbehandlingen i foretaksmøtet

Foretaksmøtet ledes av styrets leder.

Møtelederen skal sørge for at det føres protokoll for foretaksmøtet. Foretaksmøtets beslutninger skal gjengis i protokollen. Protokollen skal undertegnes av møtelederen og en annen person som velges blant de tilstedeværende. Er noen av de som etter § 17 har rett til å være til stede uenig i eierens beslutning, skal deres oppfatning føres inn i protokollen.

Kapittel 6. Foretakets styre og daglig ledelse

§ 20. Foretakets ledelse

Et foretak ledes av et styre og en daglig leder.

§ 21. Styrets sammensetning mv.

Styret skal ha minst fem medlemmer. I helseforetak skal styret ha minst syv medlemmer når de ansatte har representasjon i henhold til § 23 annet ledd. Reglene i aksjeloven § 20-6 om representasjon av begge kjønn i styret gjelder tilsvarende.¹

Foretakets daglige leder kan ikke være medlem av styret. Daglig leder av et helseforetak kan ikke være medlem av styret i det regionale helseforetaket som eier helseforetaket.

Styremedlemmene velges av foretaksmøtet med de unntak som følger av §§ 22 og 23. I regionalt helseforetak skal styremedlemmene som velges av foretaksmøtet, ha tilknytning til den regionen som foretaket hører under. Styremedlemmenes godtgjørelse fastsettes av foretaksmøtet.

Styret skal ha en leder og en nestleder som velges av foretaksmøtet. Det kan bestemmes i vedtektene at styret velger leder og nestleder blant de styremedlemmene som foretaksmøtet har valgt.

Endret ved lov 19 des 2003 nr. 120 (i kraft 1 jan 2004).

¹ Dette punktum er tilføyd ved endringslov 19 des 2003 nr. 120, etter lovens ordlyd som nytt annet punktum, skal vel være tredje punktum.

§ 22. Ansattes styrerepresentasjon i regionalt helseforetak

Inntil en tredel og minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer skal velges av og blant de ansatte i regionalt helseforetak og helseforetak som regionalt helseforetak eier.

Kongen kan gi forskrift om valget, herunder om vilkår for stemmerett og valgbarhet, valgmåten og om avgjørelse av tvister om valget, samt om bortfall av vervet som styremedlem.

Endret ved lov 19 des 2003 nr. 120 (i kraft 1 jan 2004).

§ 23. Ansattes styrerepresentasjon i helseforetak

I helseforetak som har flere enn 30 ansatte, kan et flertall av de ansatte kreve at inntil en tredel og minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer, velges av og blant de ansatte.

Har helseforetaket flere enn 200 ansatte, skal de ansatte velge ett styremedlem og varamedlem i tillegg til den representasjon som følger av første ledd. Det kan inngås avtale mellom helseforetaket og fagforening som omfatter to tredeler av de ansatte eller et flertall av de ansatte, om at de ansatte i stedet for dette styremedlemmet skal velge to observatører og varamedlemmer.

Kongen kan gi forskrift om beregningen av antall ansatte, herunder om bruk av gjennomsnittstall. § 22 annet ledd gjelder tilsvarende.

§ 24. Tjenestetid

Styremedlemmene velges for to år. I vedtektene kan det fastsettes kortere eller lengre tjenestetid, likevel ikke lengre enn fire år. Kortere tjenestetid kan fastsettes ved suppleringsvalg.

Et styremedlem blir stående inntil nytt styremedlem er valgt selv om tjenestetiden er utløpt.

§ 25. Opphør av styreverv før tjenestetiden er utløpt

Når særlige forhold foreligger, har et styremedlem rett til å tre tilbake før tjenestetiden er ute. Styret og den som har valgt styremedlemmet skal gis rimelig forhåndsvarsel.

Et styremedlem kan avsettes av den som har valgt styremedlemmet. Dette gjelder ikke et styremedlem som er valgt etter §§ 22 eller 23.

§ 26. Styremøter

Styrets leder sørger for at styret holder møter så ofte som det trengs. Medlem av styret og daglig leder kan kreve at styret sammenkalles.

Med mindre styret i det enkelte tilfellet bestemmer noe annet, har daglig leder rett og plikt til å være til stede og rett til å uttale seg på styremøter.

Styremøter ledes av lederen, eller i hans fravær, av nestlederen. Er ingen av disse til stede, velger styret selv sin møteleder.

Ved styremøter skal det føres protokoll som underskrives av samtlige tilstedeværende styremedlemmer. Styremedlem eller daglig leder som er uenig i styrets beslutning, kan kreve sin oppfatning innført i protokollen.

§ 27. Vedtakskraft og flertallskrav

Styret har vedtakskompetanse når mer enn halvparten av samtlige styremedlemmer er til stede. Styret kan ikke treffe beslutning med mindre alle medlemmer av styret så vidt mulig er gitt mulighet til å delta i behandlingen av saken. Har et styremedlem forfall og det finnes varamedlem, skal varamedlemmet gis mulighet til å møte.

Som styrets beslutning gjelder det som flertallet av de møtende har stemt for, dersom ikke annet er fastsatt i vedtektene. Ved stemmelikhet er møtelederens stemme avgjørende. De som stemmer for et forslag, må likevel utgjøre mer enn en tredel av samtlige styremedlemmer for at forslaget skal anses som vedtatt.

Ved valg og ansettelser anses den valgt eller ansatt som får flest stemmer. Styret kan på forhånd bestemme at det skal holdes ny avstemning dersom ingen får flertall av de avgitte stemmene. Står stemmetallet likt ved valg av styreleder, nestleder eller møteleder, avgjøres valget ved loddtrekning.

Kapittel 7. Styrets oppgaver og kompetanse

§ 28. Styrets oppgaver

Forvaltningen av foretaket hører under styret som har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet.

Styret skal fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet.

Styret skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter.

I regionalt helseforetak omfatter styrets plikter etter tredje ledd også helseforetak som foretaket eier.

Styret skal sørge for at bokføring og formueforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.

§ 29. Styrets tilsyn med daglig leder

Styret skal føre tilsyn med daglig leder og kan fastsette instruks for denne.

§ 30. Saker av vesentlig betydning

Foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Hvilke saker foretaksmøtet i regionalt helseforetak skal fatte vedtak i etter denne bestemmelsen fastsettes det nærmere bestemmelser om i vedtektene.

I helseforetak skal saker som nevnt i første ledd forelegges departementet, som eier, av styret i det regionale helseforetak som eier helseforetaket.

§ 31. Salg av foretakets faste eiendommer mv.

Vedtak om å pantsette eller avhende fast eiendom treffes av foretaksmøtet etter forslag fra styret.

Når foretaksmøtet i helseforetak skal fatte vedtak etter denne bestemmelsen, skal saken legges fram for foretaksmøtet i det regionale helseforetaket før vedtak fattes. Det kan i vedtektene gjøres unntak fra denne bestemmelsen i tilfeller hvor eiendommens verdi ikke overstiger et nærmere bestemt beløp.

§ 32. Salg av sykehusvirksomhet

Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke.

§ 33. Lån og garantier

Foretak kan ikke ta opp lån, med mindre det er særskilt fastsatt i vedtektene at det skal ha slik adgang. Vedtektene skal fastsette ramme for låneopptak.

Foretaket kan ikke stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser.

§ 34. Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak

Regionalt helseforetak skal hvert år utarbeide en melding om foretaket og foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Meldingen skal blant annet redegjøre for virksomheten i det foregående år, herunder skal det redegjøres for gjennomføringen av krav departementet har stilt til virksomheten. Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år.

Nærmere regler om meldingens innhold og frist for å forelegge den for departementet fastsettes i vedtektene.

§ 35. Pasienters og andre brukeres innflytelse

Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum.

Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

Kapittel 8. Daglig leder

§ 36. Daglig leder

Foretaket skal ha en daglig leder som tilsettes av styret, som også fastsetter daglig leders lønn. Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige daglig leder.

§ 37. Daglig leders myndighet

Daglig leder forestår den daglige ledelsen av foretaket og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

Daglig leder i regionalt helseforetak skal også føre tilsyn med helseforetak som det regionale

helseforetaket eier, og skal påse at virksomheten der er i samsvar med det regionale helseforetakets vedtekter og vedtak truffet av foretaksmøtet og styret.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker kan daglig leder bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt daglig leder myndighet til det, eller når styrets beslutning ikke kan avvendes uten vesentlig ulempe for foretakets virksomhet. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken.

Daglig leder skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger er i sam[s]var med lov og forskrifter og at formueforvaltningen er ordnet på betryggende måte.

§ 38. Daglig leders rapportering til styret

Daglig leder skal minst hver fjerde måned gi styret skriftlig underretning om foretakets virksomhet. I regionalt helseforetak skal underretningen også omfatte virksomheten til de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Det skal særlig redegjøres for foretakets stilling og utvikling i forhold til vedtatte planer og budsjetter.

Kapittel 9. Foretakets representasjon utad

§ 39. Foretakets representasjon

Styret representerer foretaket utad og tegner dets firma.

Styret kan gi styremedlem eller daglig leder rett til å tegne foretakets firma. Vedtektene kan begrense styrets myndighet etter forrige punktum og også selv gi bestemmelser om fullmakt som der nevnt.

Daglig leder representerer foretaket utad i saker som faller inn under dennes myndighet etter § 37.

§ 40. Overskridelse av representasjonsretten

Har noen som representerer foretaket utad etter reglene i § 39 ved disposisjon på selskapets vegne gått ut over sin myndighet, er disposisjonen ikke bindende for foretaket når foretaket godtgjør at medkontrahenten forsto eller burde ha forstått at myndighet ble overskredet, og det ville stride mot redelighet å gjøre disposisjonen gjeldende.

Kapittel 10. Organisering av samarbeid med andre mv.

§ 41. Samarbeid med andre

Foretak skal samarbeide med andre når dette er nødvendig for å fremme foretakets formål eller det er pålagt eller forutsatt i lovgivningen. Foretaket kan også samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger foretaket skal ivareta.

§ 42. Ansvarsform for virksomhet eid av foretak

Foretak kan ikke eie hele eller deler av virksomhet som yter spesialisthelsetjenester og som er organisert med begrenset ansvar.

Foretak kan ikke eie virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen med andre enn foretak. Dersom flere foretak eier virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen, skal virksomheten organiseres som et ansvarlig selskap i medhold av selskapsloven.

Når det er egnet til å fremme foretakets formål, kan foretaket eie virksomheter som ikke yter spesialisthelsetjenester alene eller sammen med andre. Slike virksomheter skal organiseres som selskaper med begrenset ansvar.

Kapittel 11. Regnskap, revisjon og kontroll

§ 43. Regnskap mv.

Regnskapslovens bestemmelser gjelder for foretak.

Årsregnskap og årsberetning skal godkjennes av foretaksmøtet.

§ 44. Revisjon

Foretak skal ha revisor som velges av foretaksmøtet.

Foretaksmøtet godkjenner revisors godtgjørelse.

§ 45. Riksrevisjonens kontroll

Riksrevisjonen fører kontroll med forvaltningen av statens interesser og kan foreta undersøkelser mv. i regionalt helseforetak, helseforetak og heleide datterselskaper til slike foretak etter lov om Riksrevisjonen og instruks fastsatt av Stortinget.

Endret ved lov 7 mai 2004 nr. 21 (i kraft 1 juli 2004).

Kapittel 12. Oppløsning og avvikling

§ 46. Vedtak om oppløsning

Foretaksmøtet treffer vedtak om oppløsning av foretaket.

§ 47. Avviklingsstyre mv.

Når foretaksmøtet har truffet vedtak om oppløsning etter § 46, skal det snarest velges avviklingsstyre og gis nærmere regler om avviklingsmåten. Avviklingsstyret velger selv leder og nestleder hvis ikke foretaksmøtet har gjort det.

Når avviklingsstyret er valgt, trer det ordinære styret ut av funksjon.

Beslutning om oppløsning skal straks meldes til Foretaksregisteret. Foretaksregisteret skal samtidig med registrering av meldingen kunngjøre beslutningen og varsle foretakets fordringshavere om at de må melde seg til foretaket innen to måneder. Fristen regnes fra kunngjøringen i Brønnøysundregistrenes elektroniske kunngjøringspublikasjon. Kunngjøringen skal rykkes inn i Brønnøysundregistrenes elektroniske kunngjøringspublikasjon og to ganger med minst en ukes mellomrom i en avis som er alminnelig lest på stedet.

Når varslingsfristen overfor kreditorene er utløpt og foretakets forpliktelser eventuelt er dekket, skal avviklingsstyret legge et skriftlig forslag til avviklingsoppgjør frem for foretaksmøtet til godkjenning.

Når avviklingsoppgjøret er godkjent av foretaksmøtet, skal avviklingsstyret straks melde fra til Foretaksregisteret om at foretaket er avviklet.

Endret ved lov 5 sep 2003 nr. 92 (i kraft 1 jan 2004 iflg. res. 5 sep 2003 nr. 1119).

§ 48. Ansvar etter avviklingen

Etter at foretaket er avviklet, svarer i regionalt helseforetak staten og i helseforetak det regionale helseforetaket som eide foretaket, overfor kreditorer som ikke har fått dekning.

Krav som forfaller innen tre år etter det tidspunktet da avviklingen av foretaket ble registrert i Foretaksregisteret, foreldes senest tre år etter registreringen, men likevel ikke tidligere enn seks måneder etter forfall. For øvrig gjelder de alminnelige reglene om foreldelse.

For krav som forfaller etter utløpet av treårsfristen, gjelder foreldelseslovens alminnelige regler.

Kapittel 13. Erstatningsansvar

§ 49. Erstatningsansvar

Styremedlem, daglig leder og medlem av avviklingsstyret plikter å erstatte tap som vedkommende forsettlig eller uaktsomt har voldt foretaket, foretakets eier eller andre under utførelsen av sin oppgave.

Erstatningsansvar etter første ledd kan lempes etter lov 13. juni 1969 nr. 26 om skadeserstatning

§ 5-2.

Beslutning om at foretaket skal gjøre ansvar gjeldende, treffes av foretaksmøtet.

Kapittel 14. Omdanning**§ 50. Omdanning**

Fylkeskommunal og statlig virksomhet eller del av slik virksomhet kan overføres til regionalt helseforetak eller helseforetak ved at eiendeler, rettigheter, herunder offentlige tillatelser, og forpliktelser som er knyttet til virksomheten, overføres som en helhet til foretaket.

Overføring til foretaket av forpliktelser knyttet til fylkeskommunen og staten har frigjørende virkning for denne. Fordringshavere og andre rettighetshavere kan ikke motsette seg overføringen eller gjøre gjeldende at overføringen utgjør en bortfallsgrunn for rettsforholdet.

Det skal ikke betales dokumentavgift etter § 6 i lov 12. desember 1975 nr. 59 om dokumentavgift, omregistreringsavgift etter § 1 i lov 19. juni 1959 nr. 2 om avgifter vedrørende kjøretøy og båter eller rettsgebyr etter §§ 21 og 24 i lov 17. desember 1982 nr. 86 om rettsgebyr i forbindelse med omdanninger i medhold av denne bestemmelsen.

Det som er bestemt i paragrafen her, gjelder tilsvarende ved overføring av virksomhet til foretak etter loven her fra heleid fylkeskommunalt og statlig selskap eller foretak.

Bestemmelsene i paragrafen her gjelder også ved overføring av virksomhet mellom regionalt helseforetak og mellom foretak etter loven her. Forrige punktum medfører ingen begrensninger i ansvaret etter § 7.

Kapittel 15. Ikraftsettings- og overgangsbestemmelser. Endringer i andre lover**§ 51. Ikraftsetting**

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

Iflg. res. 15 juni 2001 nr. 669 trer § 1 til § 21, § 23 til § 51, § 52 nr. 1, nr. 2, nr. 3, nr. 9, nr. 10 og nr. 11 og § 53 nr. 5, nr. 6, nr. 8, nr. 11 og nr. 17 i kraft 1 juli 2001. Iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417 trer resten av loven i kraft 1 jan 2002.

§ 52. Overgangsbestemmelser

1. Kongen kan gi nærmere overgangsbestemmelser.
2. Dersom regionalt helseforetak opprettes før bestemmelsen om statens ansvar for spesialisthelsetjenester, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1, trer i kraft, skal fylkeskommunene gi staten nødvendig innsyn i og tilgang til fylkeskommunens virksomhet.
3. Tjenestemannsloven § 13 nr. 2 til 6 om fortrinnsrett til annen statsstilling og ventelønn skal ved omdanning av den statlige spesialisthelsetjenesten til statlige helseforetak fortsatt gjelde for arbeidstakere som blir sagt opp på grunn av forhold som nevnt i tjenestemannsloven § 13 nr. 1 bokstavene a, b og c. Fortrinnsrett til annen statsstilling og ventelønn etter første punktum opphører tre år etter omdanning til helseforetak. Første og annet punktum gjør ingen innskrenkninger i rettighetene arbeidstakeren har etter arbeidsmiljøloven §§ 60 nr. 2 og 67.
4. Regionale helseforetak trer inn i og overtar fylkeskommunenes rettigheter og plikter etter avtaler som foreligger ved lovens ikraftsetting mellom fylkeskommuner og legespesialister og spesialister i klinisk psykologi, om hel eller delvis godtgjøring av utgifter til drift av privat praksis.
5. Staten dekker delvis utgiftene til renter og avdrag for byggarbeider ved private sykehus som har inngått i en regional helseplan og har mottatt tilskudd til drift og vedlikehold fra en fylkeskommune dersom:
 - a) byggarbeider anslått til samlet mer enn 50 millioner kroner er godkjent av departementet

før lovens ikraftsetting, eller

- b) byggearbeider anslått til samlet mindre enn 50 millioner kroner er vedtatt av fylkestinget før lovens ikraftsetting.

Dersom fylkeskommunen har avtale med sykehuset om å dekke tilsvarende utgifter til renter og avdrag som nevnt i første ledd, trer staten inn i denne avtalen i fylkeskommunens sted i stedet for å foreta utbetaling til sykehuset etter bestemmelsene i første ledd.

Kongen kan gi forskrift om beregning og utbetaling av statens tilskudd etter første ledd.

6. Fra og med ikraftsettingen av denne loven har staten ved regionale helseforetak, rett og plikt til å overta alle formuesposisjoner som er knyttet til offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenestene somatisk helsevern, psykisk helsevern, rehabiliterings- og habiliteringstjenester, medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenester. Videre overtar staten alle formuesposisjoner som er knyttet til virksomhetene offentlige sykehusapotek og alle formuesposisjoner som er knyttet til offentlige tiltak for rusmiddelmissbrukere og som er organisert etter spesialisthelsetjenesteloven. Staten ved regionale helseforetak overtar alle fylkeskommunalt eide formuesposisjoner som er knyttet til universitets- og høyskolefunksjoner. Overtakelsen skal omfatte alle rettigheter og plikter som er knyttet til virksomhetene. Lov 6. april 1984 nr. 17 om vederlag ved oreigning av fast eiendom, får ikke anvendelse på overtakelsen.

Dersom det åpenbart ikke er naturlig sammenheng mellom en virksomhet og rettigheter som er knyttet til virksomheten, kan det besluttet at staten ikke har rett eller plikt til å overta slike rettigheter dersom det er rimelig at fylkeskommunen eller kommunen beholder dem.

7. Dersom det i forbindelse med overføring til staten av rettigheter og plikter, som nevnt i nr. 6 første ledd, overføres gjeld eller andre forpliktelser knyttet til virksomhetene, er det frigjørende for fylkeskommunen og kommunen.

Kreditor og andre rettighetshavere kan ikke motsette seg overføringen eller gjøre gjeldende at den utgjør en bortfallsgrunn for rettsforholdet.

8. Det skal ikke betales dokumentavgift etter § 6 i lov 12. desember 1975 nr. 59 om dokumentavgift, omregistreringsavgift etter § 1 i lov 19. juni 1959 nr. 2 om avgifter vedrørende kjøretøy og båter eller rettsgebyr etter §§ 21 og 24 i lov 17. desember 1982 nr. 86 om rettsgebyr i forbindelse med statens overtakelse av formuesposisjoner som er en direkte følge av denne loven.
9. Både staten og vedkommende fylkeskommune kan kreve at spørsmål som gjelder nærmere klargjøring og konkretisering av hvilke formuesposisjoner staten har rett og plikt til å overta fra den enkelte fylkeskommune etter nr. 6 første og annet ledd, skal avgjøres av en nemnd. Nemnda vurderer ikke hvilke konkrete gjeldsforpliktelser staten har rett og plikt til å tre inn i. Hvilke regionale helseforetak som skal overta de enkelte formuesposisjoner besluttet av departementet.

Nemnda skal ha syv medlemmer. Departementet oppnevner tre medlemmer og varamedlemmer for disse til nemnda. Kommunenes Sentralforbund oppnevner tre medlemmer og varamedlemmer for disse til nemnda. I tillegg utpeker førstelagmannen i Borgarting leder for nemnda og leders varamedlem. Nemndas leder og leders varamedlem skal ha de egenskapene som er foreskrevet for dommere, se domstolsloven § 53, jf. § 54 annet ledd.

Nemndas avgjørelse, som treffes ved kjennelse, skal være begrunnet.

Utgiftene til nemndas virksomhet fastsettes og dekkes av departementet. Departementet kan gi nærmere regler for nemndas virksomhet.

10. Spørsmål om rettigheter og plikter etter nr. 6 første og annet ledd, kan ikke bringes inn for de alminnelige domstoler før muligheten til å få saken avgjort av nemnd opprettet etter nr. 9 annet ledd, er nyttet.
11. Klage over beslutninger truffet i medhold av denne loven, gir ikke oppsettende virkning for statens rettigheter og plikter etter nr. 6.

Iflg. res. 15 juni 2001 nr. 669 trer nr. 1, nr. 2, nr. 3, nr. 9, nr. 10 og nr. 11 i kraft 1 juli 2001. Iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417 trer resten av paragrafen i kraft 1 jan 2002.

§ 53. Endring i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft, gjøres følgende endringer i andre lover: - - -

Iflg. res. 15 juni 2001 nr. 669 trådte nr. 5, nr. 6, nr. 8, nr. 11 og nr. 17 i kraft 1 juli 2001. Iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417 trådte resten av paragrafen i kraft 1 jan 2002.

Databasen sist oppdatert 20. apr 2005

LOV 1985-06-21 nr 80: Lov om prokura.

Bruk av basen forutsetter at du samtykker i betingelsene i brukeravtalen .

DATO: LOV-1985-06-21-80
DEPARTEMENT: NHD (Nærings- og handelsdepartementet)
PUBLISERT: ISBN 82-504-1437-3
IKRAFTTREDELSE: 1988-01-01
SIST-ENDRET: LOV-2003-09-05-91 fra 2004-03-01
ENDRER:

INNHold

Lov om prokura.

- § 1. Har en næringsdrivende gitt noen en fullmakt som ...
 - § 2. Prokura kan gis flere personer slik at de bare kan nytte ...
 - § 3. Når en prokurist tegner firmaet, skal han til dette gjøre ...
 - § 4. En prokurist kan ikke overføre prokuraen til en annen.
 - § 5. Prokura kan når som helst tilbakekalles. Prokurafullmakten ...
 - § 6. Loven tar til å gjelde fra den tid Kongen bestemmer. ...
-

Lov om prokura.

Se tidligere lov 17 mai 1890 nr. 6 kap. 3.

§ 1. Har en næringsdrivende gitt noen en fullmakt som uttrykkelig er kalt prokura, eller på annen måte betegnet noen som sin prokurist, er denne bemyndiget til å opptre på vegne av foretaket i alt som hører til driften av dette. Prokuristen kan likevel ikke uten uttrykkelig fullmakt overdra eller behefte foretakets faste eiendom eller løsøre som kan registreres i skipsregisteret eller luftfartøyregisteret, eller opptre på dets vegne i søksmål.

Om registrering av prokura gjelder bestemmelsene i lov om registrering av foretak.

§ 2. Prokura kan gis flere personer slik at de bare kan nytte den i fellesskap (kollektivprokura). Annen innskrenkning i prokuristens fullmakt etter § 1 kan ikke registreres (jfr. registreringsloven § 3-7 tredje ledd) og heller ikke gjøres gjeldende overfor godtroende tredjemann.

§ 3. Når en prokurist tegner firmaet, skal han til dette gjøre en tilføyelse som viser prokuraforholdet (pr prokura, p p eller annen forkortelse av disse ord). For øvrig gjelder reglene om firmategning i foretaksnavneloven § 7-1.

Endret ved lov 5 sep 2003 nr. 91 (i kraft 1 mars 2004 iflg. res. 5 sep 2003 nr. 1118).

§ 4. En prokurist kan ikke overføre prokuraen til en annen.

§ 5. Prokura kan når som helst tilbakekalles. Prokurafullmakten faller ikke bort om innehaveren av et registrert enkeltpersonforetak dør. Er enkeltpersonforetaket ikke registrert, gjelder regelen i avtaleloven § 21.

Endret ved lov 5 sep 2003 nr. 91 (i kraft 1 mars 2004 iflg. res. 5 sep 2003 nr. 1118).

§ 6. Loven tar til å gjelde fra den tid Kongen bestemmer.

Databasen sist oppdatert 20. apr 2005

VEDTEKTER FOR HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Den 13.12. 2001 ble det avholdt stiftelsesmøte for Helse Nord-Trøndelag HF som er et helseforetak i medhold av Lov om Helseforetak av 15.06.2001 nr. 93 i Stjørdal.

Tilstede som stifter var Helse Midt-Norge RHF, org. nr. 983 658 776, representert ved foretakets styre bestående av:

Ragnhild Berge, styreleder
 Gry Hege Søsnes, nestleder
 Kolbjørn Almlid
 Helge Haarstad
 Ingegjerd S. Sandberg
 Jonhild Joma
 Ellen Marie Wøhni
 Gunnar Bovim
 Greta K. Herje

VEDTEKTER**§ 1 Navn**

Helseforetakets navn er Helse Nord-Trøndelag HF

§ 2 Eier

Helse Nord-Trøndelag HF eies fullt ut av Helse Midt-Norge RHF.

§ 3 Hovedkontor

Helse Nord-Trøndelag HF har sitt hovedkontor i Levanger kommune.

§ 4 Formål

Helse Nord-Trøndelag HF skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk tilhørighet, samt å legge til rette for forskning og undervisning. Målsettingen er nedfelt blant annet i spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven og i øvrig helselovgivning som retter seg mot foretakets virksomhet.

Revisjon: 1.1, 21.06.2006 Erstatter: Rev: 1, 30.06.2004	Oppdatert etter vedtak i foretaksmøte den 21.06.06	Godkjent: Per Holger Broch Stabsdirektør
--	---	--

§ 5 Hovedoppgaver

Helse Nord-Trøndelag HF skal drives innenfor de helse-, utdannings- og forskningspolitiske mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, beslutninger truffet i foretaksmøtet, avtaler med Helse Midt-Norge RHF, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

Hovedoppgavene som Helse Nord-Trøndelag HF skal yte, omfatter:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende
- utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling
- samarbeidsrelasjoner mot kommuner og fylkeskommunale samarbeidspartnere.

Hvilke oppgaver som skal ivaretas av Helse Nord-Trøndelag HF og omfanget av disse defineres av helseforetaket og Helse Midt-Norge RHF gjennom årlige avtaler, og vil blant annet omfatte:

- somatisk helsetjeneste
- psykisk helsevern
- tiltak for rusmiddelmissbrukere innen spesialisthelsetjenesten
- laboratorie- og radiologiske tjenester
- ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste
- helsefremmende og forebyggende arbeid
- helsemessig og sosial beredskap
- rehabilitering og habilitering

Helse Nord-Trøndelag HF er forpliktet å levere det den årlige avtalen med Helse Midt-Norge RHF foreskriver, innenfor de inntektsrammer som avtalen setter. Helseforetaket skal ikke utføre oppgaver som vesentlig avviker fra de som er spesifisert i avtalen. Helse Midt-Norge RHF fastsetter de vurderingskriterier som skal benyttes for evaluering av vesentlige endringer i oppgaver.

Helse Midt-Norge RHF beslutter hvem som skal være avtalepart ved levering av helsetjenester fra eksterne. Vesentlige avtaler med private serviceleverandører og større investeringer som ikke fremgår av vedtatte budsjetter og planer, skal godkjennes av Helse Midt-Norge RHF.

Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra til samarbeid i regionen, slik at det totalt sett oppnås hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Helseforetaket skal også bidra til samarbeid med andre regionale helseforetak og helseforetak eiet av disse når dette er egnet til å fremme formålet til Helse Midt-Norge RHF.

Revisjon: 1.1, 21.06.2006 Erstatter: Rev: 1, 30.06.2004	Oppdatert etter vedtak i foretaksmøte den 21.06.06	Godkjent: Per Holger Broch Stabsdirektør
--	---	--

Helse Nord-Trøndelag HF skal, innenfor sitt ansvarsområde, søke nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud. Det samme gjelder i forhold til fylkeskommunale samarbeidspartnere som blant annet barnevern- og russektor, samt i forhold til andre aktuelle statlige ansvarsområder.

§ 6 Foretaksmøte – Helse Nord-Trøndelag HF

Det skal avholdes foretaksmøte innen utgangen av juni måned hvert år for behandling av årsregnskap og årlig melding som omtalt i § 13. Ytterligere foretaksmøter besluttet av Helse Midt-Norge RHF.

§ 7 Styrende organer

Helse Nord-Trøndelag HF ledes av et styre. Styret skal ha elleve medlemmer.

Sju medlemmer oppnevnes av foretaksmøtet som velger styrets leder og nestleder. I tillegg velger de ansatte fire styremedlemmer med varamedlemmer. Helse- og omsorgsdepartementet gir utfyllende bestemmelser vedrørende ansattes representasjon.

Med utgangspunkt i de partsforhold som da vil gjelde, deltar styremedlemmer som er valgt av de ansatte ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Funksjonstiden for styremedlemmene kan fastsettes kortere eller lengre enn lovens hovedregel, likevel ikke lengre enn 4 år.

Styret ansetter daglig leder. Helseforetakets daglige leder kan ikke sitte i styret.

Daglig leder i Helse Midt-Norge RHF har gjennom forvaltning av avtalen mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF rett til innsyn og oppfølging av foretaket, også ved direkte kontakt med helseforetakets administrasjon.

§ 8 Vedtak som skal treffes av foretaksmøtet

Saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning helsepolitisk, forskningspolitisk, utdanningspolitisk eller samfunnsmessig, skal forelegges og avgjøres av foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF § 30. Det gjelder blant annet saker som:

1. utskilling av større deler av virksomheten

Revisjon: 1.1, 21.06.2006 Erstatter: Rev: 1, 30.06.2004	Oppdatert etter vedtak i foretaksmøte den 21.06.06	Godkjent: Per Holger Broch Stabsdirektør
--	---	--

2. deltakelse i omfattende samarbeid eller vesentlige endringer i dette
3. omfattende endringer i tjenestetilbudet

Det samme gjelder salg av sykehusvirksomhet.

Styret skal innen rimelig tid oversende saker som nevnt i første og annet ledd til styret i Helse Midt-Norge RHF.

§ 9 Salg av foretakets faste eiendommer

Vedtak om å pantsette eller avhende fast eiendom treffes av foretaksmøtet i Helse Nord-Trøndelag HF etter forslag fra styret.

Når foretaksmøtet i Helse Nord-Trøndelag HF skal fatte vedtak etter denne bestemmelsen, skal saken legges frem for foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF før vedtak fattes.

Endret 3. avsnitt vedtatt i foretaksmøtet den 30.06.04

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF kan beslutte salg av fast eiendom uten at dette forelegges Helse Midt-Norge når eiendommen er verdsatt til 10 mill. kroner eller mindre og salget ikke har strategisk betydning.

§ 10 Låneopptak

Helse Nord-Trøndelag HF kan ikke oppta lån fra andre enn Helse Midt-Norge RHF eller helseforetak eiet av Helse Midt-Norge RHF. Eventuelle låneopptak skal godkjennes av styret i Helse Midt-Norge RHF.

§11 Universitetenes og høgskolenes oppgaver

Styret skal, innenfor sitt ansvarsområde, bidra til at universiteters og høgskolers rettigheter og interesser i tilknytning til undervisning og forskning blir ivarettatt.

Helse Nord-Trøndelag HF skal videreføre de rettigheter og plikter som universiteter og høgskoler hadde mot de virksomheter som ble lagt under Helse Nord-Trøndelag HF ved dets stiftelse. Dette omfatter alle rettigheter som universiteter og høgskoler har til å bruke foretakets faste eiendom, utstyr og andre formuesgjenstander, både rettigheter som fremgår av avtaler, vilkår for bevilgninger og lignende.

Ved nåværende avtalers utløp, eller innen rimelig tid, skal det etableres nye avtaler som presiserer omfang, art, ansvar og evt. kompensasjon. Alle vesentlige avtaler skal godkjennes av Helse Midt-Norge RHF.

§ 12 Medvirkning fra pasienter og pårørende

Revisjon: 1.1, 21.06.2006 Erstatter: Rev: 1, 30.06.2004	Oppdatert etter vedtak i foretaksmøte den 21.06.06	Godkjent: Per Holger Broch Stabsdirektør
--	---	--

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Melding fra pasientombudene skal legges ved meldingen til Helse Midt-Norge RHF, jf. § 13. Styret må også påse at samiske organisasjoner, minoritets- og innvandringsorganisasjoner i helseregionen blir hørt.

§ 13 Rapportering til Helse Midt-Norge RHF

Årlig melding

Styret skal hvert år sende en melding til Helse Midt-Norge RHF som omfatter:

- styrets plandokument for virksomheten
- styrets rapport for foregående år

Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av Helse Midt-Norge RHF som eier. Denne delen av plandokumentet vil inngå i Helse Midt-Norge RHF sitt plandokument som igjen vil inngå i vurderingsgrunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

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

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til Helse Nord-Trøndelag HFs plandokument.

Kvartalsvis rapportering

Helse Nord-Trøndelag HF forplikter seg til å rapportere kvartalsvis til Helse Midt-Norge RHF etter den rapporteringsstruktur og i det omfang som Helse Midt-Norge RHF har definert. Rapporteringen skal omfatte økonomisk status, resultater og forbruk vs. budsjett, leveranser vs. avtaler, effektivitetstall, kvalitet/servicenivå, kapasitets- og kostnadstall samt forhold vedrørende personalet.

Revisjon: 1.1, 21.06.2006 Erstatter: Rev: 1, 30.06.2004	Oppdatert etter vedtak i foretaksmøte den 21.06.06	Godkjent: Per Holger Broch Stabsdirektør
--	---	--

Styret plikter straks å melde fra til Helse Midt-Norge RHF dersom det foreligger vesentlige avvik eller kan forventes å oppstå vesentlige avvik vs. avtalen med Helse Midt-Norge RHF mht. produksjon av tjenester, kvalitet, servicenivå ol. Videre plikter styret straks å melde fra til Helse Midt-Norge RHF ved faktiske eller forventede budsjettoverskridelser av betydning, brudd på lover og regler, eller dersom egenkapitalen blir eller forventes å bli uforsvarlig lav.

§ 14 Arbeidsgivertilknytning

Helse Nord-Trøndelag HF skal være medlem av arbeidsgiverforeningen NAVO.

§ 15 Endring av vedtektene

Endring av disse vedtektene vedtas av foretaksmøtet i Helse Nord-Trøndelag HF.

Styret vurderer og tar eventuelt opp endringer i vedtektene dersom dette er nødvendig for å ivareta Helse Nord-Trøndelag HF's formål og hovedoppgaver.

Revisjon: 1.1, 21.06.2006 Erstatter: Rev: 1, 30.06.2004	Oppdatert etter vedtak i foretaksmøte den 21.06.06	Godkjent: Per Holger Broch Stabsdirektør
--	---	--

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

**Sak 24/2006 Endring av Helse Nord-Trøndelag HF's representasjon utad på personnivå
– tegning av firma (signatur)**

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
31. mai 2006

Saksnr.
24/2006

Saksbeh.: Arne Flaata
Arkivkode:
Arkivsaksnr.:

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Helse Nord-Trøndelag styreleder Kolbjørn Almlid løses fra retten han har i fellesskap med administrerende direktør til å tegne Helse Nord-Trøndelag HF's firma (signatur).

Helse Nord-Trøndelags nestleder Ole Meier Kjerkol løses fra retten han har i fellesskap med administrerende direktør til å tegne Helse Nord-Trøndelag HF's firma (signatur).

Helse Nord-Trøndelags administrerende direktør Arne Flaata og styrets nye leder Steinar Aspligis i fellesskap rett til å tegne Helse Nord-Trøndelag HF's firma (signatur).

Helse Nord-Trøndelags administrerende direktør Arne Flaata og styrets nye nestleder Laila Roelgis i fellesskap rett til å tegne Helse Nord-Trøndelag HF's firma (signatur).

Helse Nord-Trøndelags administrerende direktør Arne Flaata, Helse Nord-Trøndelags administrasjonssjef Unni Storstad og Helse Nord-Trøndelags økonomidirektør Tormod Gilberggis fullmakten prokura hver for seg.

Endringene meldes til foretaksregisteret.

Styret for Helse Nord-Trøndelag gjorde slikt

Vedtak:

Helse Nord-Trøndelag styreleder Kolbjørn Almlid løses fra retten han har i fellesskap med administrerende direktør til å tegne Helse Nord-Trøndelag HF's firma (signatur).

Helse Nord-Trøndelags nestleder Ole Meier Kjerkol løses fra retten han har i fellesskap med administrerende direktør til å tegne Helse Nord-Trøndelag HF's firma (signatur).

Helse Nord-Trøndelags administrerende direktør Arne Flaata og styrets nye leder Steinar Asplund i fellesskap rett til å tegne Helse Nord-Trøndelag HFs firma (signatur).

Helse Nord-Trøndelags administrerende direktør Arne Flaata og styrets nye nestleder Laila Roelsgis i fellesskap rett til å tegne Helse Nord-Trøndelag HFs firma (signatur).

Helse Nord-Trøndelags administrerende direktør Arne Flaata, Helse Nord-Trøndelags administrasjonssjef Unni Storstad og Helse Nord-Trøndelags økonomidirektør Tormod Gilberg i fellesskap fullmakten til å tegne Helse Nord-Trøndelag HFs firma (signatur).

Endringene meldes til foretaksregisteret.

SAKSUTREDNING:

**Sak 24/2006 Endring av Helse Nord-Trøndelag HFs representasjon utad på personnivå
– tegning av firma (signatur)**

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Lov 15.06.2001 nr 93 om helseforetak mm
2. Lov 21.06.1985 nr 80 om prokura
3. Helse Nord-Trøndelag HFs vedtekter av 30.06.04
4. Styresak 09/2003 Tegning av firma
5. Styrets instruks av 19.06.2002 til administrerende direktør

GJELDENDE FORUTSETNINGER

1. Lov 15.06.2001 nr 93 om helseforetak mm § 39
2. Lov 21.06.1985 nr 80 om prokura
3. Helse Nord-Trøndelag HFs vedtekter av 30.06.04
4. Styrevedtak i sak 09/2003 av 26.02.2003 om tegning av firma (signatur)
5. Styrets instruks av 19.06.2002 til administrerende direktør

BAKGRUNN OG KONKLUSJON

Det er utnevnt fem nye styremedlemmer i Helse Nord-Trøndelag HF. Fire medlemmer har gått ut av styret. Det femte medlemmet er en utvidelse av styret med ett medlem fra 01.05.06.

I samsvar med vedtak i Helse Nord-Trøndelags foretaksmøte 26.04.06 sak 3/2006 er det dermed nødvendig å melde endringer til Foretaksregisteret når det gjelder retten til å representere helseforetaket utad – tegning av firma (signatur).

Levanger 22. mai 2006

Arne Flaath
adm.dir.
sign

INSTRUKS FOR ADMINISTRERENDE DIREKTØR I HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Vedtatt med hjemmel i lov 15.06.2001 nr 93 om helseforetak § 29 av styret i Helse Nord-Trøndelag HF den 19.06.2002.

1 Formal med administrerende direktors arbeid

- 1.1 Administrerende direktør skal stå for den daglige ledelse av Helseforetakets virksomhet, herunder sikre gjennomføring av nødvendige endringsprosesser og samordning på strategisk viktige felter med de andre helseforetakene, for å løse de oppgaver som følger av helselovgivningen, annen lovgivning, helseforetakets vedtekter av 13.12.01 samt gjeldende helsepolitiske, utdanningspolitiske og forskningspolitiske målsettinger.
- 1.2 Administrerende direktør skal lede arbeide med å sikre gode og likeverdige spesialisthelsetjenester i Helseforetakets nedslagsfelt.

2 Administrerende direktors ansvar

- 2.1 Administrerende direktør har ansvar for at Helseforetaket drives i henhold til gjeldende lovgivning, forskrifter, *helseforetakets vedtekter av 13.12.01* og styrets prioriteringer.
- 2.2 Administrerende direktør er ansvarlig for utarbeidelse av strategi og målsetninger for Helseforetaket.
- 2.3 Administrerende direktør har ansvar for økonomistyring og budsjettprosess i Helseforetaket samt overholdelse av budsjettmidler.
- 2.4 Administrerende direktør skal sørge for en tilfredstillende organisering av spesialisthelsetjenesten i Helseforetakets nedslagsfelt.
- 2.5 Administrerende direktør har ansvar for gjennomføring av nødvendige endringsprosesser og samordningstiltak i Helseforetaket.
- 2.6 Administrerende direktør skal bidra til å sikre nødvendig total kvalitet, samt videreutvikling av helsefaglig innhold og kvalitet i Helseforetaket.
- 2.7 *Administrerende direktør skal følge opp at pasienters og pårørendes interesser og rettigheter blir ivaretatt.*
- 2.8 *Administrerende direktør skal følge opp at ansattes interesser og rettigheter herunder HMS-arbeid blir ivaretatt.*

3 Administrerende direktørs oppgaver

- 3.1 Administrerende direktør skal arbeide for at Helseforetaket utfører sine hovedoppgaver i tråd med helseforetakets vedtekter av 13.12.01.
- 3.2 Administrerende direktør skal estimere samlet tilbud for Helseforetaket, jf. formålene, og foreslå dimensjonering og lokalisering av kapasitet med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse.
- 3.3 Administrerende direktør skal legge til rette for, planlegge, organisere og fremme innenfor Helseforetaket:
- pasientbehandling
 - utdanning av helsepersonell
 - forskning
 - opplæring av pasienter og pårørende
 - utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling
 - *samarbeidsrelasjoner med primærhelsetjenesten/ kommunene og andre aktører*
- 3.4 Administrerende direktør skal videre sørge for:
- **Regnskap**
Administrerende direktør skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger er i samsvar med lov og forskrifter og at formuesforvaltningen er ordnet på betryggende måte.
 - **Rapportering**
 - Informasjon til styret
Administrerende direktør har plikt til å informere styret om selskapets virksomhet, stilling og resultatutvikling. Minst hver 4. måned skal administrerende direktør gi styret skriftlig rapport om situasjonen i Helse Nord-Trøndelag HF og virksomheter eiet av Helse Nord-Trøndelag HF jf. Helseforetaksloven. Rapporten skal redegjøre for foretakets utvikling i forhold til vedtatte planer, budsjetter med videre og omfatte virksomheten til de underliggende enhetene, herunder et spesielt fokus på helsefaglig kvalitet og innhold samt effektivitet.
 - Rapporteringsstruktur
Administrerende direktør har ansvar for at det etableres nødvendig rapporteringsstruktur og oppfølging av virksomheten.
 - Årlig melding til Helse Midt-Norge RHF
Administrerende direktør skal utarbeide forslag til årlig melding til styret i Helse Nord-Trøndelag HF tilpasset den årlige melding som styret i Helse Midt-Norge RHF plikter å levere departementet i henhold til helseforetaksloven og Helse Midt-Norge

RHF's vedtekter § 15.

- Årsberetning og årsregnskap
Administrerende direktør skal utarbeide forslag til årsberetning og årsregnskap til styret. Administrerende direktør har ansvar for at årsberetning og årsregnskap innsendes til Helse Midt-Norge RHF.
- Saksforberedelse
Administrerende direktør forestår saksforberedelser til styremøtene i samråd med styrets leder. Administrerende direktør vil i samråd med styrets leder foreta innkalling til styremøtene. Administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles.
- Foretaksmøtet
Administrerende direktør plikter å være til stede i foretaksmøtet og har rett til å uttale seg i foretaksmøtet.

Representasjon

- Administrerende direktør representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelse.
- *Når det gjelder tegning av Helse Nord-Trøndelag HF's firma (prokura) vises det til styrets vedtak av 19.06.02.*
 - Lederfora
Administrerende direktør har ansvar for at det etableres fora for samarbeid og utvikling mellom de virksomhetene som inngår i Helse Nord-Trøndelag HF. Administrerende direktør har et overordnet ansvar for at det drives gode lederutviklingsprosesser innenfor foretaket.
 - Informasjon og samfunnskontakt
Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles holdninger til og rutiner og systemer for kontakt innad i foretaket som er i samsvar med Helse Midt-Norge RHF's retningslinjer. Videre med eksterne aktører som media, lokale og regionale myndigheter, som sikrer offentlig innsyn i de aktiviteter Helse Nord-Trøndelag HF har ansvar for.

- 3.5 Forøvrig tilkommer oppgaver som følger naturlig av helseforetaksloven hvor administrerende direktør forestår den daglige ledelse av Helseforetaket.

4 Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør

- 4.1 Årlige resultatkrav for administrerende direktør vil bli utviklet på basis av strategi og målsettinger for kommende år for Helseforetaket.

5 Administrerende direktørs forhold til styret

- 5.1 Administrerende direktør tilsettes og sies opp eller avskjediges av styret. Lønn og andre ansettelsesvilkår fastsettes av styret. Administrerende direktørs arbeid er fastsatt i denne instruks.
- 5.2 Administrerende direktør rapporterer til styret i Helseforetaket.
- 5.3 Administrerende direktør møter, eventuelt med stedfortreder, med tale- og forslagsrett på styremøtene i Helseforetaket.
- 5.4 Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning, jf helseforetaksloven. Administrerende direktør plikter å forelegge saker av slik natur for styret, dersom styret ikke har delegert oppgaven til administrerende direktør i det enkelte tilfelle i den grad lov, vedtekter instruks eller vedtak åpner for det.
- 5.5 Administrerende direktørs myndighet omfatter således ikke:
- Pantsettelse eller avhending av eiendom
 - Salg av sykehusvirksomhet
 - Opptak av lån uten styrets godkjenning
 - Saker hvor foretaket skal treffe vedtak etter helseforetaksloven § 30
 - Vesentlige investeringer og vedlikehold som ikke fremgår av budsjetter og planer.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 19/2008 Etablering av regional anskaffelsesfunksjon for Helse Midt-Norge

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
26. mai 2008

Saksnr.
19/2008

Saksbeh.: Bjørn Arnesen
Arkivkode: 012
Arkivsaksnr.: 2008/161

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Styret for Helse Nord-Trøndelag støtter forslaget om etablering av en regional anskaffelsesfunksjon etter nettverksmodellen for foretaksgruppen.

SAKSUTREDNING:

Sak 19/2008 Etablering av regional anskaffelsesfunksjon for Helse Midt-Norge

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Beslutningsgrunnlag for Regional anskaffelsesfunksjon
2. Protokoll med vedlegg fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 13.05.08

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Styret i Helse Midt-Norge RHF ble i sak 17/08 ”Internrevisjon offentlige anskaffelser – oppfølging” orientert om at det ville bli lagt frem egen sak om organiseringen av anskaffelsesfunksjon. Med dette legges saken om etablering av regional anskaffelsesfunksjon for helseforetaksgruppen frem for styret i Helse Nord-Trøndelag. Internrevisjonsrapport datert

19. september 2007 påpeker en rekke svakheter knyttet til anskaffelser i Helse Midt-Norge. For å legge til rette for utvikling og innføring av felles prosedyrer innen innkjøpsområdet, bruk av lik teknologi forutsettes det en strammere modell for innen anskaffelsesområdet i regionen.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

En arbeidsgruppe bestående av innkjøpssjefene i helseforetakene har på bakgrunn av styrevedtaket vedr internrevisjon, vurdert fremtidig organisering av innkjøpsarbeidet i regionen, det vises til vedlegg til saken ”Beslutningsgrunnlag for Regional anskaffelsesfunksjon”. Det er vurdert to alternative modeller:

- en nettverksmodell med forutsetning om samarbeidsavtaler for utvikling, ta i bruk like prosesser innenfor innkjøpsfunksjonen, felles teknologi og verktøy og hvor innkjøpsrollen er organisert i de lokale helseforetak, og
- en linjemodell hvor innkjøpsfunksjonen legges i linje til det regionale helseforetak, men hvor funksjonen er lokalisert i de lokale foretak.

Arbeidsgruppen anbefaler at nettverksmodellen skal gjelde for videre samarbeid og utvikling av anskaffelsesområdet i regionen. Fokus skal være å standardisere prosesser for offentlig innkjøp med særlig oppmerksomhet mot kjernevirksomheten i helseforetakene. Det vil være en forutsetning at personalressurser lokalt deltar i felles regionale prosjekter. Arbeidsgruppen foreslår skrittvis å vurdere en organisatorisk endring mot en linjemodell med regional løsning.

INNKOMNE UTTALELSER

Det vises til vedlagte protokoll vedr drøfting av saken med tillitsvalgte i Helse Nord-Trøndelag.

HELHETLIG DRØFTING

Helse Nord-Trøndelag har i dag en stilling som innkjøpsleder i kombinasjon som avdelingsleder for forsyningsavdelingen. I tillegg konsulentstilling og nylig tilsatt teamleder for innkjøp. Det er siden internrevisjon av innkjøpsfeltet høsten 2007 vært arbeidet med å kvalitetssikre innkjøpsarbeidet i tråd med lov og forskrift som gjelder for offentlige innkjøp. En del av dette arbeidet skjer i samarbeid med øvrige foretak gjennom nettverksgruppen som koordineres regionalt.

SAKSUTREDNING:

Sak 19/2008 Etablering av regional anskaffelsesfunksjon for Helse Midt-Norge

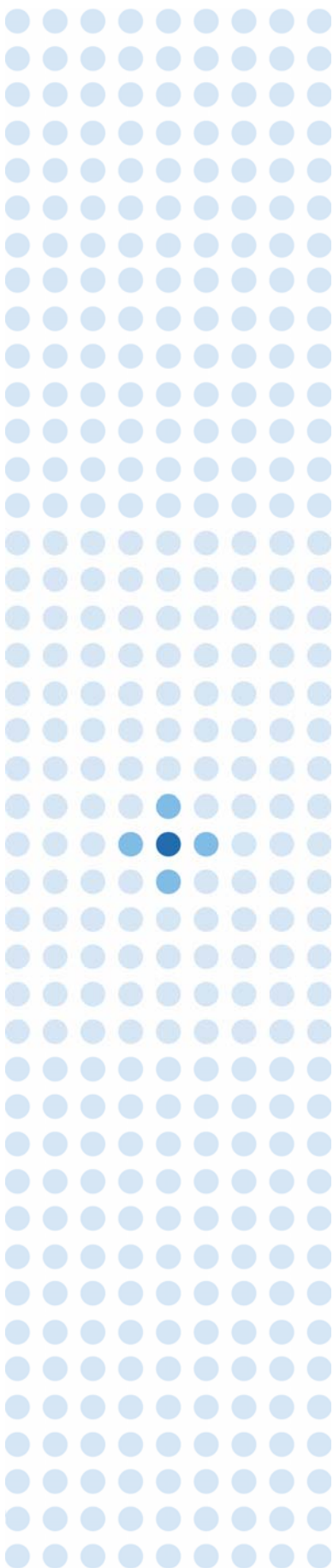
KONKLUSJON:

Siden innkjøpsarbeid må ha en lokal forankring støttes forslaget om at videre kvalitetsarbeid innen innkjøpområdet skal skje innen en nettverksmodell med regional koordinator for innkjøpsarbeidet.

Beslutninger som skal gjennomføres lokal forutsettes å følge normal beslutningspross i foretakene. Et nærmere mandat for nettverksgruppen må utarbeides og forelegges til ordinær behandling i foretakene.

Levanger 20. mai 2008

Arne Flaatt
adm.dir
sign.



Beslutningsgrunnlag

Regional anskaffelsesfunksjon

Forfatter: Arbeidsgruppen Dato: 28. april 2008

Anbefalt:

Dato:

Godkjent:

Dato:

Bakgrunn

Helseforetakene i regionen kjøper store mengder varer og tjenester gjennom året. For regionen samlet, er innkjøpsvolumet over fire milliarder kroner hvert år. Offentlig innkjøpsvirksomhet er regulert ved lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Lovens formål er å medvirke til økt verdiskaping i samfunnet ved å sikre en mest mulig effektiv ressursbruk basert på forretningsmessighet og likebehandling.

Helse Midt-Norge RHF startet våren 2003 et Logistikkprogram for å kartlegge innkjøps – og logistikkprosesser. Samtidig ble det sett på organisering for å avdekke risiko knyttet til området. Målet var å få frem områder der en kan forbedre innkjøps – og logistikkarbeidet. Forprosjektet har hatt deltakere fra alle helseforetakene, og har blitt ledet av Helse Midt-Norge RHF. Dette programmet er avsluttet.

Som en konsekvens av arbeidet vedtok Styret for Helse Midt-Norge RHF, styresak 86/04, at det *”etableres og organiseres en regional logistikkfunksjon som et samordnings- og rasjonaliseringstiltak”*. Dette ble vedtatt for å følge opp sentrale myndigheters anbefaling om bedre ”samordning, effektivitet og kostnadskontroll for innkjøpsfunksjonene i de regionale helseforetakene.

I sak 58/05 vedtok styret *”at arbeidet med innkjøpsavtaler, vareregister, felles IT-system inklusive OLFI (ordre, lager, faktura og innkjøpsystem) og sentralagerstruktur skal intensiveres og at nødvendig forutsetninger for å ta ut det beskrevne gevinstpotensialet etableres.”* Helse Midt-Norge RHF skulle ta ansvar for å opprette en stilling til å lede dette arbeidet. Direktørstilling ble lyst ut, men ikke ansatt.

Styresak 17/08 påpeker at *”Målet for anskaffelser i Helse Midt-Norge å støtte gjennomføringer av våre fire hovedoppgaver: Pasientbehandling, forskning, undervisning og læring og mestring.”* Det betyr at anskaffelsene skal være hensiktsmessige, økonomiske og ressursmessige effektive og i overensstemmelse med regleverket og offentlige anskaffelser.

Som en konsekvens av styrevedtaket etablerte Helse Midt-Norge RHF en **arbeidsgruppe** for å se på organisering av innkjøpsfunksjonen i regionen. Denne arbeidsgruppen er sammensatt av innkjøpsjefene i helseforetaksgruppen.

Det vises for øvrig til egen styresak om logistikk Sak XX/08 ”Etablering av ett regionalt lager for Helse Midt-Norge” med vedlegg.

Situasjonsbeskrivelse

Det vises til egen sak 17/08 *"Internrevisjon offentlige anskaffelser – oppfølging"* og Internrevisjonsrapport datert 19. september 2007 som påpeker en rekke svakheter knyttet til anskaffelser i Helse Midt-Norge RHF.

I tillegg har media de siste årene hatt stort fokus på offentlige innkjøp. Også Riksrevisjonen har levert kritiske rapporter knyttet til innkjøpspraksis i offentlige virksomheter.

Det store omfanget av innkjøps- og kontraktsarbeid i regionen krever gode rutiner og prosesser samt relevante elektronisk verktøy (systemstøtte) for å få en effektiv og fremtidsrettet innkjøpsvirksomhet. Forbedringspotensialet er betydelig.

Sykehusapotekforetaket, Rusforetaket og Hemit gjør regionale anskaffelser, samt deltar på en del nasjonale prosjekt. Det er få anskaffelser som ikke er regionale eller nasjonale.

Hovedområder

Arbeidsgruppen har hatt fokus på følgende områder:

- Kartlegging av **dagens organisering** og **prosesser**
- Identifisering av **risiko** knyttet til dagens organisering og dagens prosesser
- Identifisering av **framtidige roller** i innkjøpsarbeidet i regionen
- Forslag til **ny organisering**

Arbeidsgruppens funn ift kartlegging av dagens organisering og dagens prosesser

- Innkjøpsarbeidet i regionen er ulikt organisert fra helseforetak til helseforetak, og ressursinnsatsen det enkelte foretak legger inn i innkjøpsarbeidet er ulik.
- Selv om helseforetakene er bundet av det samme lovverket, kan de interne innkjøpsprosessene være ulike. Dette fører til ineffektive innkjøpsprosesser når de skal gjøres på tvers av foretaksgrensene.
- Knappe ressurser for prosjektgjennomføring parallelt med daglig drift
- Analyse av innkjøpsvolum, prisutvikling, innkjøps-adferd og annet har vært vanskelig grunnet ulike innkjøpsystem i regionen, og mangelfull registrering av data.
- Innkjøpsverktøy (teknologi) blir brukt ulikt i det enkelte helseforetak.
- Bruk av elektronisk verktøy for gjennomføring av anbudskonkurranser mv. Elektronisk verktøystøtte vil effektivisere arbeide som i dag skjer manuelt og er papirbasert.
- Helseforetakene har ulike standarder og maler knyttet til innkjøpsarbeidet.
- Helseforetakene har et stort forbedringspotensial knyttet til planlegging av anskaffelser, metodikk for analyse av markedsforholdene og eget forbruksmønster, levetidsanalyser og miljøaspekt knytt til innkjøp.
- Avropsfunksjonen (hvordan klinikker og avdelinger bestiller sine varer). For mange har tilgang til å bestille varer og tjenester pr. i dag.

Identifisering av risiko knyttet til dagens organisering og dagens prosesser

ID	Faktorer	Risikobeskrivelse
1	Svært ulik kapasitet på innkjøpsområdet gir sårbarhet, grunnet stort arbeidspress og lav status	Kan miste kompetent personell, og vanskelig å tiltrekke seg nye. Lav gjennomføringsevne og mulig brudd på regelverk for offentlige anskaffelser
2	For lite fokus på forvaltning, styring og oppfølging av kontrakter	Kan gå glipp av økonomiske gevinster og miste troverdighet internt og eksternt
3	Ulik organisering, prioritering av oppgaver, roller og ansvar i og mellom foretakene	Dårlig samarbeid, samhandling, prioritering
4	Helseregionen framstår ikke som en helhetlig og samkjørt enhet overfor leverandørmarkedet	Tar ikke ut potensialet i markedet og troverdigheten svekkes
5	Innkjøp blir ikke prioritert høyt nok av HF/RHF og er ikke godt nok forankret i ledelsen	Får ikke gjennomført strategier og mål, og kan gå glipp av gevinstuttak
6	Ikke optimal disponering av samlede ressurser	Mangelfull samkjøring, prioritering og gevinstrealisering
7	Ulike prosesser og ulik bruk av systemer	Ineffektivitet

Framtidige roller

Kartleggingsarbeidet som prosjektgruppen har gjort, viser at dagens anskaffelsesfunksjon (sett fra et samlet perspektiv for regionen) har potensialer for forbedring og utvikling. For å tydeliggjøre anskaffelsesfunksjon, både for den interne organisasjonen (helseforetakene) og for markedet, foreslår prosjektgruppen at følgende roller inngår i den framtidige innkjøpsfunksjonen:

- **Regional innkjøps- og logistikkdirektør** (*Viktig for å sikre gjennomføringskraft i begge modeller*)
- **Lokal innkjøpsleder** (*kun nettverksmodell - Forslag til ny organisering*)
- **Prosjekt**

Hensikten med rolleinndelingen er å:

- Skape en gjennomgående rollestruktur- og fordeling i regionen som sikrer større grad av styring og kontroll og reduserer risikoeksponeringen
- Fordele ansvar og oppgaver innen innkjøpsområdet på en mer strukturert måte (regionen sett under ett)
- Utnytte foretaksgruppens samlede innkjøpsårsverk på en optimal måte
- Gi ansatte i det enkelte HF tilgang til kompetanse på tvers av foretaksgruppen

Regional innkjøps- og logistikkdirektør

Regional innkjøps- og logistikkdirektør er overordnet ansvarlig for alt innkjøp og kontraktsarbeidet i foretaksgruppen, og leder og koordinerer regionsforetakets innkjøpsfunksjon. Regional innkjøps- og logistikkdirektør har et særlig ansvar for å være pådriver for forbedrings- og endringsprosesser, og er direktør og koordinator for den regionale innkjøpsledergruppen.

Lokal innkjøpssjef/leder (kun nettverksmodell)

Lokal innkjøpssjef/leder er overordnet ansvarlig for alt innkjøp og kontraktsarbeidet i helseforetaket, og leder og koordinerer helseforetakets innkjøpsfunksjon. Lokal innkjøpssjef/leder representerer sitt helseforetak i den regionale innkjøpsgruppen, og bør gis en organisatorisk plassering i det enkelte helseforetak som sikrer påvirknings- og gjennomslagskraft. Lokal innkjøpssjef/leder er forpliktet til å implementere de bestemmelser som blir tatt av den regionale innkjøpsledergruppen.

Prosjektleder

Prosjektleder har et regionalt og lokalt ansvar for innkjøp, kontrakt og forvaltning av alt innkjøp, (inkl leverandørkontakt), innen et eller flere definert produktområde(r). Prosjektleder gjennomfører utvalgte anskaffelseskonkurranser.

Forslag til ny organisering

Nettverksmodell

Nettverksmodellen er en forbedret og styrket utgave av dagens modell for organisering av innkjøpsarbeidet i regionen, hvor innkjøpsjefenes organisatorisk er tilknyttet det enkelte HF. Videre legger modellen i stor grad til rette for en videreføring av utarbeidelse og innføring av felles prosesser innen innkjøpsområdet, bruk av felles teknologi og økt bruk av elektroniske verktøy. Modellen er basert på en forutsetning om forpliktende samarbeidsavtaler og tydelige roller.

Linjemodell

Linjemodellen tar utgangspunkt i at innkjøpsfunksjonen i regionen organisatorisk legges i linje til det regionale helseforetaket, men sitter geografisk spredt. På denne måten søker en å beholde kort avstand mellom kjernevirksomheten og innkjøpsfunksjonen på tvers av regionen. Denne modellen medfører en samlet disponering av de totale innkjøpsressursene og kompetansen i regionen, og foretaksgruppen vil kunne framstå som en samlet sterk enhet i leverandørmarkedet.

Vurdering

Begge modeller legger i stor grad til rette for en videreføring av innarbeidelse og innføring av felles prosesser innen innkjøpsområdet, bruk av felles teknologi og økt bruk av elektroniske verktøy. Det er prosjektgruppens vurdering at både nettverksmodellen og linjemodellen vil svare godt på mandatet.

Det vesentligste skillet mellom modellene er den organisatoriske tilknytningen for innkjøperne (Nettverksmodell- HF tilknytning, Linjemodell – RHF tilknytning).

Anbefaling

Det er bred enighet om at Helse Midt-Norge må forlate dagens organisasjonsmodell.

Arbeidsgruppen har kommet til at Nettverksmodellen vil være den beste modellen for organisering, men at utviklingsretningen går videre mot Linjemodell, eller en modell av tilsvarende karakter. Gjennom et forsterket fokus på standardisering av prosesser opp mot ledende praksis for offentlige innkjøp vil anskaffelsesfunksjonen både i det enkelte helseforetak, og for regionen samlet, være godt rustet til å gjennomføre effektive anskaffelser som er tjenelige for kjernevirksomheten i helseforetakene.

Nettverksmodellen bidrar til at samhandlingsperspektivet styrkes og at felles løsninger utvikles. Dette, kombinert med forutsetningen i modellen om sterkere styring og oppfølging av det operative innkjøpsarbeidet, bidrar etter prosjektgruppens mening til at foretaksgruppen vil kunne nå sine målsetninger innen innkjøpsområdet.

I begge organiseringsmodellene er det en forutsetning at personalressursene fra det enkelte helseforetak er forpliktet til å delta i felles prosjekter prioritert av RHF'et. For at det enkelte helseforetak skal klare å oppfylle disse forpliktelsene må bemanningen på det enkelte helseforetak styrkes innenfor dette fagfeltet. Videre ligger det, uavhengig av organiseringsmodell, som en forutsetning at all form for samarbeid om gjennomføring av anskaffelser mellom helseforetakene (regionale og nasjonale) må være basert på at hvert enkelt helseforetak gir fullmakt for deltakelse i den enkelte anskaffelse. Dette følger av at helseforetakene er selvstendige juridiske enheter.

Etter arbeidsgruppens mening er det viktig å se utviklingsarbeidet opp mot helseforetakenes, og dermed foretaksgruppens samlede modenhet for store organisatoriske endringer. Radikale organisatoriske endringer kan i noen sammenhenger fungere godt og være nødvendig for den aktuelle tjenesten eller funksjonen. Omfattende endringer er alltid beheftet med risiko og usikkerhet.

Arbeidsgruppen er kommet til en trinnvis organisatorisk utvikling av innkjøpsfunksjonen, ved først å implementere en nettverksmodell, og deretter vurdere skritt i retning av linjemodellen. På den måten reduseres risikoen for store organisatoriske endringer, og funksjonen utvikles i retning i takt med foretakenes modenhetsnivå.

PROTOKOLL

År 2008 den 13. mai, ble det avholdt drøftingsmøte mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Tekna, NFF; Delta, El&It, YLF, NETF, Parat, NITO og Dnlf.

Tilstede fra Helse Nord-Trøndelag HF:

Bjørn Arnesen

Jan Kjøren

Aud-Mai Sandberg

Tilstede fra tillitsvalgte:

Tekna v/Mari Gårset

NFF v/Mona Lund Veie

Delta v/Lise Weie

El&It v/Jørund Eidsaunet

YLF v/Ben Bouwhuis

NETF v/Unni Kollerud

Parat v/Svenn Inge Strømmen

NITO v/Kari Arneberget

DNLF v/Peter Heidt

Drøftingsmøte vedrørende etablering av Regionalt lager og regional Anskaffelsesfunksjon i HMN rhf.

Det vises til utsendte saksdokumenter.

Partene er enig om at drøftingsplikten etter HA §§ 30 og 31 er ivaretatt gjennom underskrift av denne protokoll.

For øvrig vises til vedlagte referat.

Namsos/Levanger 130508

Helse Nord-Trøndelag HF

Aud-Mai Sandberg
Bjørn Arnesen
Mari Gårseth
Mona Lund Veie

Tekna v/Mari Gårset

NFF v/Mona Lund Veie

Delta v/Lise Weie

El&It v/Jørund Eidsaunet

YLF v/Ben Bouwhuis

NETF v/Unni Kollerud

Parat v/Svenn Inge Strømmen

NITO v/Kari Arneberget

DNLF v/Peter Heidt

Unni Kollerud
Svenn Inge Strømmen
Kari Helene Arneberget

Referat fra informasjon og drøftingsmøte 130508 vedrørende Regional lager og anskaffelsesfunksjon.

Alle foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet hadde fått tilsendt sakspapirene og var innkalt til møte.

Tilstede fra tillitsvalgte: Tekna v/Mari Gårseth, NFF v/Mona Lund Veie, Delta v/Lise Weie, El&It v/Jørund Eidsaunet, YLF v/Ben Bouwhuis, NETF v/Unni Kollerud, Parat v/Sven Inge Strømmen, NITO v/Kari Arneberget, DNLF v/Peter Heidt.

Tilstede fra arbeidsgiver: Klinikkleder Bjørn Arnesen, Avdelingsleder Jan Kjøren og forhandlingsleder Aud-Mai Sandberg.

Regionalt lager og anskaffelsesfunksjon: V/ Bjørn Arnesen og Jan Kjøren
Arnesen gjengav historikken til denne saken. Kort refereres at saken har vært utredet, drøftet og behandlet i 2004 med tanke på implementering i 2006. Saken har ikke vært iverksatt, jfr bl.a. muntlig orientering og sluttrapport om Regionalt lager for HMN datert 250408.

Det foreligger nå 2 saker som skal styrebehandles i HMN ultimo juni. Det er:

- Etablering av regional anskaffelsesfunksjon for HMN
- Etablering av ett regionalt lager for HMN.

I forkant av regional styrebehandling skal det enkelte HF styrebehandle sakene i mai-møtene. Slik behandling ble foretatt i Helse Sunnmøre i dag.

Anskaffelsesfunksjon:

Punktvis oppsummeres:

- Innkjøpsfunksjonen løses gjennom regionalt nettverk.
- Standardisere og etablere felles varesortement i RHF'et.
- Felles konkurransegrunnlag.
- Nettverket skal kunne utnytte felles ressurser.

Regional lagerfunksjon:

Punktvis oppsummeres:

- Forslag til etablering på Heimdal.
- Organiseres under St.olavs hospital.
- Forsyningsavdelingen blir da varemottak for avdelingene ala det som er etablert i Namsos.

Problemstillinger som er reist:

- Areal
- Hasteberedskap
- Erfaringer fra ordningen som har vært i Namsos
- Bemanningsmessige konsekvenser
- Informasjon til forsyningsavdelingens ansatte
- Logistikk
- Standarder/minstestandarder

Ansatte ved forsyningsavdelingen er opptatt av:

- Kostnader ved etablering av avdelingslager.
- Kostnader til transport fra regionalt lager til HF'ene.
- Endrede arbeidsoppgaver.
- Bemanningsstørrelsen i forsynings/mottaksavdelingen.
- Leveringsbekymring.
- Brev fra ansatte ved lageret i Levanger stilet til administrerende direktør/klinikkleder og enkelte tillitsvalgte vedlegges referatet.

Tidshorisont:

Sakene skal behandles i de lokale styrene i mai, og saken skal sluttbehandles i regionalt styre ultimo juni 08. Saken behandles i HSM i dag

AMU-behandles i HNT 9 juni, amu vedtak ettersendes regionalt styre.

Oppstart i HNT 3. kvartal 2009.

Møreforetakene noe senere.

Omorganiseringen forutsetter at alle HF'ene er med.

Oppsummering:

Det ligger besparinger både knyttet til areal og bemanning både i forsyningsavdelingen og i totalressursen på avdelingene.

Det var skepsis tidligere i Namsos som nå er blitt snudd til det positive.

Erfaringen fra Namsos er nyttig i det videre arbeidet ved omleggingen på Levanger.

Dette innspillet tas med seg inn i det videre arbeid.

Ved overgang til ny "leverandør" vil en ta med fagkunnskapen vi har når ny varekatalaog/produktbenevnelser skal etableres.

Bemanningsmessige konsekvenser: Kan være mellom 0-1 ½ årsverk.

Det blir foretatt årlig evaluering.

Det er målsetting om at alle småprodukter som enkeltavdelinger kjøper inn i dag skal bli fortløpende tilpasset inn i varekatalogene.

Partene er enige om at informasjon og drøftingsplikten er ivaretatt og det skrives drøftingsprotokoll. Referatet vedlegges drøftingsprotokollen. Brev fra ansatte ved forsyningsavdelingen datert 090508 vedlegges referatet.

130508/AMS/-

**Ansatte ved Forsyningsavdelingen
Sykehuset Levanger**

Levanger, 09.05.08

Til: Direktøren, klinikkledere og tillitsvalgte

AD REGIONALISERING AV LAGERFUNKSJONEN I HELSE MIDT-NORGE.

Vi har mottatt konsekvensanalysen for regionalt lager og forslaget til styresak vedr. etablering av ett regionalt lager for HMN.

Vi ber om at våre kommentarer gjennomgås før endelig beslutning tas for vårt helseforetak.

Beslutningen om et felles lager er tatt flere år tilbake. Forutsetningen var da at lagret skulle drives av HMN. Nå mener vi at forutsetningen for et regionalt lager er brutt. Hele tiden er vi fortalt at lagret skulle etableres uavhengig av St.Olav. Nå ser vi at det er St. Olav som skal administrere lagret. Iflg. Jan Kjøren var et uavhengig lager en forutsetning, men at innspillet om at St.Olav skulle administrere lagret kom i "11-time".

Kostnader.

En ser at innsparingspotensialet for Sykehuset Namsos er tatt ut.

De har pr. dato daglige mottak av forbruksvarer. I forslaget som foreligger skal både Sykehuset Namsos og Levanger få 3 ukentlige mottak. Det betyr at avdelinger må bestille, mens varer er på vei.

En ser også at evt. innsparinger skal gå til lagret i Trondheim, ikke ut til det enkelte sykehus. Hvordan vil varekostnadene for avdelingene bli? Vil St.Olav legge på et påslag for å dekke lagerleie og transport? Pr dato belastes ingen avdeling ved HMN for lagerleie og transport.

HMN har pr. dato kontrakt med Innherred Produkter for transport av medisinske forbruksvarer og tøy. Hva vil kostnadene bli om HMN må bryte kontrakten og bare kjøpe tøy-transport?

Vedr. aktiv forsyning.

Ved Sykehuset Namsos foregår aktiv forsyning i dag. Ved sykehuset Levanger bestiller avdelingene selv til lagret. Den dagen aktiv forsyning skal starte opp ved SL trengs mye mer plass. Dvs. flere lagerrom, - det holder ikke med flere skap.

Enkelte avdelinger har i dag lager på flere steder, for eksempel operasjonen. Dette er små rom. Det betyr at areal må frigjøres overalt på sykehuset for lagerrom.
Kostnader for dette?

Ansatte

I høringsnotatet er det oppgitt at HNT, Sykehuset Levanger kun har 3 personer knyttet til lagret. Dette er feil. Vi har 3,5 stilling knyttet direkte opp mot plukking. I tillegg er en person sysselsatt med fakturakontroll i 80 % stilling, en person i 100 % med bestillinger, samt at denne personen også plukker varer når det trengs. Vår sjåfør benyttes også til plukking og utkjøring innimellom andre arbeidsoppgaver. Innkjøper med kontorplass på lagret trer og støttende til ved behov for plukking. I tillegg har vi (neste fast) hatt personer på tiltak/arbeidstrening i mange år. Disse har også plukket varer.

Ved SN er en person opptatt rundt 2 timer daglig med lagerutlevering av de varer SN har lager på.

Sterilsentralen ved SL plukker også daglig varer til begge sykehusene. 2 personer jobber fast med vareplukk, 2,5 time pr. dag. Disse personene er heller ikke medreknet i rapporten.

Arbeidsoppgavene til personalet ved SL vil endre seg radikalt. Nå-situasjonen gir stor variasjon i arbeidsdagen, - legges lagret til Trondheim vil det bli statiske rutineoppdrag. Dette skaper selvsagt stor usikkerhet og frustrasjon for hva morgendagen vil bringe...

Flere av våre medarbeidere er overflyttet vår avdeling etter å ha blitt overtallig ved andre avdelinger. En kan bare tenke seg hvilke tanker denne usikkerheten fører med seg.

I tillegg til alle ovennevnte spørsmål ønsker vi svar på følgende:

- Hva med beredskapslager for HNT?
- Hvorfor ikke foretatt evaluering vedr. samordningen Levanger/Namsos?
- Konsekvensanalyse hva regionalt lager fører til for HNT
- Plassbehov for avdelingslagre.
- Oppsigelser av ansatte
- Blir det dårligere service for avdelingene i HNT (hva med akutt-leveranser dag/ helg og nedgang i leveransedager)
- Endrede arbeidsoppgaver. Hva mener ansatte på lagret Namsos?
- Monopolsituasjon for HMN – lovlig iht. regelverk?
- St. Olav vil bestemme vareutvalg, - godtas det av lege/pleiesiden?
- Standardisering utstyr, og dermed rekvisita. Hvem skal ta disse kostnadene?
- Konsekvenser for sterilforsyning?
- Lengre responstid til Namsos. Må tas geografiske hensyn.

Ved "kriser" kan ansatte komme inn på lagret i SL for å hente forbruksvarer, evt. for å sende til Namsos. Hvordan er denne muligheten i Trondheim?

Det er så enkelt å vise til vellykket sammenslåing Helse Sør/Øst, der sykehusene ligger i en kort radius fra lager. Et lager i Trondheim skal yte service til sykehus langt unna.

Iflg. Jan I Kjøren skal direktøren, sammen med sine klinikkledere ta avgjørelse på saken 13. mai. Vi vil også ha svar på om AMU, og våre tillitsvalgte er orientert om denne saken?

MVH

Mette E. Leira
Sign.

Terje S. Nordahl
sign.

Lars Johannesen
sign.

Geir Pedersen
Sign

Anne Karin Rotmo
sign.

Rolf Rostad
sign.

Kåre Sørli
Sign.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 20/2008 Etablering av ett regionalt lager i Helse Midt-Norge

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
26. mai 2008

Saksnr.
20/2008

Saksbeh.: Arne Flaata
Arkivkode: 012
Arkivsaksnr.: 2008/161

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Styret for Helse Nord-Trøndelag støtter forslaget om etablering av ett regionalt lager for helseforetaksgruppen. Det forutsettes at alle foretakene dekkes av ordningen.

SAKSUTREDNING:

Sak 20/2008 Etablering av ett regionalt lager i Helse Midt-Norge

Vedlegg og andre saksdokumenter:

1. Konsekvensanalyse – Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre – Regionalt lager for Helse Midt-Norge.
2. Protokoll med vedlegg fra drøfting med tillitsvalgte 13.05.08

Utrykte vedlegg i saksmappen

Sak 39/2004 Etablering av regionalt logistikkfunksjon, behandlet i Styret for Helse Nord-Trøndelag 27.10.2004.

INNLEDNING

Saken om å etablere en regional modell for logistikkfunksjonen i Helse Midt-Norge ble første gang behandlet i Styret for Helse Nord-Trøndelag som sak 39/2004. I vedtaket sluttet styret seg til prinsipper og tempoplan som ble fremlagt. Forutsetningen den gang var at det skulle etableres en Logistikkhet i regionen hvor alle innkjøps- og forsyningsoppgaver skulle samles. Ved behandling av saken i Styret for Helse Midt-Norge ble det forutsatt at Helse Nord-Trøndelag skulle dekkes fra et sentrallager i løpet av 2006. Av forskjellige årsaker stoppet saken opp. Saken har imidlertid vært arbeidet i regionen gjennom innkjøpsnettverket og det foreligger nå en konsekvensanalyse med fokus på foretakene i Møre og Romsdal ved etablering av regionalt lager for Helse Midt-Norge.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i sak 86/04 at "[...] Det forutsettes at sentrallageret (for St. Olavs Hospital HF, egen tilføyning) dimensjoneres slik at det dekker behovet som eventuelt sentrallager for Helse Midt-Norge på sikt". Av saksutredningen fremgår at: "Det utarbeides en konsekvensanalyse for å vise effekten av at Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal implementeres i regionalt sentrallager, med utgangspunkt i et felles varesortiment og med felles bestillings- og innkjøpssystem".

Forøvrig forutsatte styret at "6 regionale prinsipper for logistikk legges til grunn [...]." Disse prinsippene er:

1. *Bestillingsprinsippet* (bestilling der behovet oppstår via et innkjøpssystem)
2. *Informasjonsprinsippet* (standardisering av grunnlagsdata og utveksling vha. IT)
3. *Distribusjonsprinsippet* (tre alternative former i forhold til lagerføring av varer)
4. *Forsyningsprinsippet* (to lagernivå i regionen og ett varemottak pr. sykehus)
5. *Organisasjonsprinsippet* (sentral ledelse og desentralisert gjennomføring)
6. *Transaksjonsprinsippet* (integreert innkjøps- og regnskapssystem)

I det nye forslaget for lager og innkjøpsorganisering er pkt 5 med sentral ledelse og desentralisert gjennomføring ikke lagt inn i forslaget.

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i sak 58/05 at "arbeidet med [...] og sentrallagerstruktur skal intensiveres og at nødvendige forutsetninger for å ta ut det beskrevne gevinstpotensialet etableres." Styret i Helse Midt-Norge RHF ble i sak 17/08 "Internrevisjon offentlige anskaffelser – oppfølging" orientert om at det ville bli lagt frem egen sak om spørsmål knyttet til organisering av

SAKSUTREDNING:

Sak 20/2008 Etablering av ett regionalt lager i Helse Midt-Norge

logistikkfunksjonen, regionalt lager, felles vareregister og elektronisk innkjøpssystem. Denne saken ble behandlet i styret i Helse Nord-Trøndelag som sak 12/08.

I oppdragsdokument for 2008 fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helse Midt-Norge RHF fått følgende oppgaver (punkt 3.5.11):

- Helse Midt-Norge skal innarbeide beredskapshensyn i tjenestens logistikksystemer og leveranseavtaler slik at de regionale helseforetakene og helseforetakene sammen kan ivareta et samlet nasjonalt ansvar for forsyning av legemidler, materiell og andre kritiske innsatsfaktorer til spesialisthelsetjenesten i landet.
- Helse Midt-Norge skal bistå Sosial- og helsedirektoratet med en gjennomgang av den nasjonale forsyningssikkerheten og vurdere behov for tiltak.

Med dette legges saken om etablering av ett regionalt lager for helseforetaksgruppen frem for styret i Helse Nord-Trøndelag.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Konsekvensanalysen som er utarbeidet og som i særlig grad omhandler Møre-foretakene, har også oppsummeringsmessig berørt Helse Nord-Trøndelag, jfr pkt 5 i rapporten.

Konklusjonen i rapporten er at analysen ikke har avdekket vesentlige negative praktiske eller økonomiske konsekvenser for helseforetakene i Møre og Romsdal som er til hinder for å etablere ett regionalt lager. Det er svært få kvalitetsmessige, sikkerhetsmessige og økonomiske argumenter for å opprettholde en desentralisert lagerstruktur i Helse Midt-Norge. Det er behov for å bedre systemer og rutiner, samt redusere avhengigheten av at enkeltpersoner utfører oppgavene i forhold til situasjonen slik den er i dag. Tiden er nå moden for å etablere ett felles lager for sykehusene i Helse Midt-Norge, i følge rapporten.

Etter den tidsplan som er lagt i rapporten, forutsettes det at Helse Nord-Trøndelag knytter seg til regionalt lager i løpet av 3 og 4 kvartal 2009.

Saken behandles av Helse Sunnmøre 13.05.08, av Helse Nordmøre og Romsdal 27.05.08 og i styret for Helse Midt-Norge 18.06.08. Helse Sunnmøre har behandlet saken med positivt vedtak og innstillingen fra Nord-Møre er også positiv til et regionalt lager.

INNKOMNE UTTALELSER

Saken om Etablering av ett regionalt lager for Helse Midt-Norge har vært til informasjon og drøfting med tillitsvalgte i foretaket og følgende protokoll foreligger fra møte 13.05.08: "Partene er enig om at drøftingsplikten etter HA §§ 30 og 31 er ivaretatt gjennom underskrift av denne protokoll".

Protokollen følger saken som vedlegg. Med protokollen følger også brev av 09.05.08 fra ansatte ved Forsyningsavdelingen, Sykehuset Levanger. De ansatte stiller flere spørsmål til saken – bl.a. mht hvor driftsansvaret for regionalt lager skal ligge, kostnader ved transport, areal til avdelingslager på Levanger og usikkerhet rundt endring av arbeidsoppgavene. Det stilles flere spørsmål som må finne sine svar i forbindelse med implementering av ordningen med regionalt lager og effekter det vil ha for foretakene.

SAKSUTREDNING:

Sak 20/2008 Etablering av ett regionalt lager i Helse Midt-Norge

Ved gjennomgang i foretaksledelsen og tilbakemelding fra klinikkene pekes det på som en forutsetning at alle foretakene i regionen må slutte seg til regionalt lager. Det fremkom bekymring i forhold til leveringssikkerhet til viktige og kritiske varegrupper samt konsekvenser for miljøet ved økningen i transporten.

Saken legges fram for Arbeidsmiljøutvalget 09.06.08 og vedtak i saken oversendes og vil følge den regionale behandlingen av saken. Da AMU behandlet sak om Etablering av regional Logistikkfunksjon i 2004, ble saken tatt til orientering.

HELHETLIG DRØFTING

Organisering og effektiv drift av Forsyningen i Helse Nord-Trøndelag har hatt fokus i lang tid. Allerede i 2004 ble det vedtatt å etablere sentrallager i foretaket ved at hovedlagret ved Sykehuset Namsos ble fjernet og sentrallagerfunksjon ble samlet på Levanger. (Lagerarealet på Namsos benyttes i dag til Journalarkiv). I dag dekkes Namsos helt fra Levanger med unntak av lokalt lager for større varegrupper innen plast, papir, rengjøringsmidler, vesker, tonere m.v. Etter en noe krevende innføring hvor en samtidig endret varelister m.v., gis det nå tilbakemelding om at tjenesten fungerer etter forutsetningene.

Namsos har varelevering 5 dager i uken samt at hasteleveringer løses ved å benytte offentlig transport (bussavganger 7 ganger pr dag Levanger – Namsos). Med bakgrunn i denne endringen besitter Forsyningsavdelingen og Sykehuset Namsos en betydelig erfaring i konseptet aktiv forsyning (innebærer at både bestilling ute i avdelingene og varepåfyll foretas av ansatte i Forsyningsavdelingen).

Når det nå foreligger forslag om å etablere regionalt lager lokalisert til Trondheim/Heimdal, vil et slik forslag først og fremst påvirke driften på Levanger.

Det er en forventning om at behovet for Regionalt beredskapslager søkes dekket gjennom det regionale lageret som foreslås etablert i Trondheim.

Det er i konsulentrapporten pekt på at det er utført vurderinger som viser en positiv gevinst ved overgang til regional vareforsyning til tross for at noe av effekten allerede er tatt ut i HNT. Utover redusert lagerbeholdning og lavere innkjøpspriser, vil følgende elementer inngå i en vurdering for HNT:

Transport

Det forutsettes 3 ukentlige leveranser fra regionlagret og kostnadene er anslått til ca kr 1 mill. Dagens kostnader til transport mellom Namsos og Levanger utgjør ca kr 250 000,-. Det forutsettes at de vogner som benyttes i dag også kan benyttes i en regional forsyningsmodell. Noe tilleggskapasitet må det investeres i.

Lagerkostnader

Lageret på Levanger er ca 490 kvm. Det antas at ca 350 kvm kan fristilles til andre formål. Kostnader tilknyttet husleie og lys/varme faller bort – anslags vis 1000-1500 kr/kvm.

Bemanning

SAKSUTREDNING:

Sak 20/2008 Etablering av ett regionalt lager i Helse Midt-Norge

Det er vanskelig å være konkret på bemanningsmessige konsekvenser uten å foreta en grundig gjennomgang, det må gjøres i neste fase. 3 årsverk er i dag knyttet til lagerfunksjonen på Levanger, disse vil med aktiv forsyning få nye oppgaver. Aktiv forsyning vil også fristille helsepersonell fra logistikkoppgaver.

IT-utrustning

HNT benytter i dag samme IT-leverandør som St.Olav men ulikt system. Håndscanner og strekkoder benyttes, men må vurderes i en regional modell. HNT knyttes til regionalt lager via Helsenetten.

Lokale lager

Det er nødvendig å foreta en full gjennomgang av alle avdelingslagrene, spesielt på Levanger, for å dekke behov for nye skap og hyller. Merking på lagrene med nye artikkelnummer må foretas. Det vil være aktuelt med bufferlager for noen artikler.

Oppsummering

Det er ikke tallfestet de økonomiske elementene som det er pekt på. Det er imidlertid utført økonomiske øvelser som viser en positiv gevinst ved overgang til regional vareforsyning til tross for at noe av effekten allerede er tatt ut ved Sykehuset Namsos.

Så langt rapporten som følger saken.

Organisering av funksjonene knyttet til innkjøp/anskaffelse er behandlet i en annen sak som nå legges fram for styret.

For å redusere risiko ved denne gjennomføringen, legges det nå i denne saken til grunn at driften av det regionale lageret i første omgang ivaretas gjennom en kontrakt med St. Olavs Hospital HF. Alternativene med en konkurranseutsetting av lagerfunksjonen (tredjepartsleverandør) eller at det blir en regional enhet, kan vurderes på et senere tidspunkt.

Driften av det regionale lageret skal finansieres av Helse Midt-Norge og forutsettes dekket gjennom gunstigere innkjøpsbetingelser enn ved at foretakene foretar selvstendige innkjøp selv. Rapporten anslår reduserte innkjøpskostnader på fra 3 til 10% ved at innkjøp og levering samles. Denne gevinsten skal i utgangspunktet være basis for drift av regionlagret og transport til foretakene.

Dette betyr at foretakene kun skal betale for varekostnaden.

Når det gjelder kostnader til implementering (innredning, lagerutrustning, vogner m.v.) i HNT er disse tatt med i kostnadskalkylen i rapporten, men dekning er så langt ikke avklart. Eventuelle arealmessige tilpasninger i avdelingslagrene på Levanger må avklares finansielt.

Det er internt i foretaket en viss skepsis til regional lagermodell både mht organisering, økonomisk gevinst for foretaket og leveringssikkerhet. Disse forhold må få en sentral oppmerksomhet i det videre arbeid og i de avtaler som skal inngås mellom HNT og den regionale lagerenhet.

SAKSUTREDNING:**Sak 20/2008 Etablering av ett regionalt lager i Helse Midt-Norge****KONKLUSJON**

Med bakgrunn i de analyser og vurderinger som følger saken, innstiller direktøren overfor styret på å støtte forslaget om å etablere et regionalt lager som skal dekke alle helseforetakene i regionen. De spørsmål og uavklarte forhold som er fremkommet under forberedelsene til saken forutsettes avklart i forbindelse med det plan- og gjennomføringsarbeidet som vil gjennomføres når vedtak i saken foreligger. Dette gjelder også det finansielle behov en slik endring vil medføre.

Levanger 20. mai 2008

Arne Flaatt
adm.dir
sign.

Regionalt lager for Helse Midt-Norge

Konsekvensanalyse

Helse Nordmøre og Romsdal
og
Helse Sunnmøre

Sluttrapport

2008-04-25

Konsekvensanalyse – Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre

Regionalt lager for Helse Midt-Norge

Oppdragsnr.: 6070192B

Oppdragsgiver: Helse Midt – Norge RHF
Oppdragsgivers repr.: Bård Skage

Oppdragsleder Rambøll: Roald Lysvand
Medarbeidere: Johan Magnor Hansen

Rev. 1
Dato 2008-04-25
Utarb. RLD
Kontroll JMH
Godkjent

Antall sider:
Rapport 37
Vedlegg 3

Rambøll Norge AS
Mellomila 79

N-7493 TRONDHEIM
www.ramboll.no

Forord

På oppdrag for Helse Midt-Norge RHF er det gjennomført en analyse som belyser konsekvensene for helseforetakene i Møre og Romsdal ved etablering av et felles lager for regionen.

Kontaktperson hos Midt-Norge RHF har vært Bård Skage.

Hos Rambøll Norge AS har Johan Magnor Hansen og Roald Lysvand gjennomført analysen.

Våre samarbeidspartnere mht. datainnsamling og kvalitetssikring ved de lokale helseforetakene har vært:

*Per Stavnesli, Helse Nordmøre og Romsdal HF
Hallgeir Hartvigsen, Helse Sunnmøre HF
Eldar Nordsletten, Helse Sunnmøre HF
Roar Sommer, St. Olavs Hospital HF
Tore Kristiansen, St. Olavs Hospital HF
Jan Kjøren, Helse Nord-Trøndelag HF*

Rambøll Norge AS

Trondheim, 25. april 2008

Innhold

1.	Bakgrunn og formål	6
2.	Dagens forsyningsfunksjon.....	7
2.1	Innledning	7
2.2	Bemanning	7
2.3	Nøkkeltall	8
2.4	Forsyningsprinsipp	8
2.5	Varegrupper som håndteres av forsyning	8
2.5.1.	Skaffevarer	9
2.5.2.	Direktekjøp	9
2.5.3.	Prosjektkjøp, møbler, hvitevarer og lignende.	9
2.6	Driftsrutiner	9
2.6.1.	Bestillingsrutiner lagervarer.....	9
2.6.2.	Plukkerutiner og registrering av utleverte varer	10
2.6.3.	Utlevering av lagervarer	10
2.6.4.	Fakturakontroll eksterne leveranser	10
2.6.5.	Belastning av kunder	10
2.7	Beredskapslager	10
2.8	Dagens lagre.....	11
2.8.1.	Lager Molde	11
2.8.2.	Lager Kristiansund	13
2.8.3.	Lager Ålesund	14
2.8.4.	Lager Volda.....	16
2.9	Datasystem	17
2.10	Vareregister	18
3.	Felles regionalt lager og lokale tilpasninger	19
3.1	Dimensjonering	19
3.2	Lokale lager/varemottak	20
3.3	Distribusjon	20
3.4	Sterilgods	21
3.5	Lastbærer	21
3.6	Direkteleveranser eller via regionlager.	22
3.7	Felles vareregister	22
3.8	Dataløsning.....	22
3.9	Organisering og bemanning.....	23
4.	Økonomi	24
4.1	Kostnadselementer/endringer	24
4.1.1.	Årlig omsetning ved et felles regionalt lager.....	24
4.1.2.	Samordnet felles vareregister/leverandøravtaler/innkjøp	24
4.1.3.	Reduksjon i samlet lagerhold	25
4.1.4.	Reduksjon i beholdning på avdelingslagre.....	25
4.1.5.	Transportkostnader	26
4.1.6.	Lastbærere	26
4.1.7.	Lagerkostnader	27
4.1.8.	Bemanning logistikkfunksjon	27
4.1.9.	Bemanning på avdelinger	27
4.1.10.	Dataløsning.....	28
4.1.11.	Investering i lagerutrustning/skap etc. på avdelingene.	28
4.2	Oppsummering økonomi	28
4.2.1.	Kostnadselementer	29
4.2.2.	Kontantstrømanalyse.....	29
4.2.3.	Nåverdiberegninger.....	30

5.	Helse Nord-Trøndelag	31
5.1	Transport.....	31
5.2	Lagerkostnader	31
5.3	Bemanning	31
5.4	IT-utrustning.....	31
5.5	Lokale lagre	32
5.6	Oppsummering.....	32
6.	Konklusjon / anbefaling	33
7.	Proessen videre	34

Tabeller

Tabell 1: Bemanningsressurser forsyning	7
Tabell 2: Nøkkeltall forsyning.....	8
Tabell 3: Varegrupper forsyning	9
Tabell 4: Utsnitt fra samlet vareregister	18
Tabell 5: Leveringsvolum og leveranser per uke fra sentrallager	21
Tabell 6: Kostnadselementer	29
Tabell 7: Kontantstrøm forventet scenario	30
Tabell 8: Kontantstrøm pessimistisk scenario	30
Tabell 9: Nåverdiberegninger.....	30
Tabell 10: Fremdriftsplan	34

Vedlegg

Vedlegg 1
Layout nytt lager Heggstadmoen.

Vedlegg 2
Sterilt lager

Vedlegg 3
Periodisering

1. Bakgrunn og formål

Regionalt lager for helseregion Midt- Norge ble utredet i 2004. I etterfølgende styrebehandling ble det bla. fattet følgende vedtak:

"Det utarbeides en konsekvensanalyse for å vise effekten av at Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal implementeres i regionalt sentrallager, med utgangspunkt i et felles varesortiment og med felles bestillings- og innkjøpssystem."

Prosjektet har som oppgave å effektivisere denne delen av styrevedtaket. Analysen skal utrede praktiske og økonomiske konsekvenser for helseforetakene i Møre og Romsdal ved etablering av felles regionalt lager for Helse Midt- Norge.

Følgende rammebetingelser skal legges til grunn for analysen:

- Utredningen baseres på sammenlikning av dagens situasjon i Møre og Romsdal og en fremtidig situasjon med ett felles lager.
- Analysene baseres på forutsetninger om:
 - o Felles innkjøpssystem
 - o Felles vareregister
 - o Felles bestillingssystem
 - o Det regionale lageret er geografisk plassert i Trondheimsområdet

Forventingene til konsekvensutredningen har vært at medarbeiderne innen forsyning involveres, slik at de kan stå bak de konklusjonene som fremkommer. For å sikre dette, har arbeidsprosessen tilrettelagt for involvering gjennom befaringer, intervjuer, utveksling av data, arbeidsmøter og gjennomgang av rapport og konklusjoner.

Det har vært lagt vekt på å forstå nåsituasjonen som grunnlag for utarbeidelse av ny løsning og beskrivelse av konsekvenser.

2. Dagens forsyningsfunksjon

2.1 Innledning

Det er gjennomført befarings på sykehusene i Kristiansund, Molde, Ålesund og Volda. Forsyningsfunksjonen er gjennomgått i samarbeid med ansvarlige personer. Forsyningsfunksjonen ved St. Olavs Hospital er også gjennomgått. I tillegg har vi fått dataunderlag fra Helse Nord-Trøndelag.

2.2 Bemanning

Innkjøp- og forsyningsfunksjonen i Helse Midt-Norge består av følgende ressurser:

Helseforetak / Sykehus	Antall stillinger	Beskrivelse
Helse Nordmøre og Romsdal		
Ledelse og forsyning	1	Innkjøpssjef 90 %, prosjektkjøp
Molde	4	Avrop, skaffevarer, fakturakontroll, lager, forsyning
Kristiansund	2,5	Avrop, skaffevarer, lager, forsyning. Prosjektkjøp
Totalt Nordmøre og Romsdal	7,5	
Helse Sunnmøre		
Ledelse og forsyning	1+2	Innkjøpssjef, prosjektkjøp, fakturakontroll
Ålesund	4	Avrop, lager, forsyning
Volda	1	Avrop, lager, forsyning
Totalt Sunnmøre	8	
Totalt	15,5	

Tabell 1: Bemanningsressurser forsyning

I tillegg kommer transportoppgaver internt og ut til kunder. Dette utføres delvis av portøravdelinger, delvis av eksterne transportører.

Ulik organisering og ulike arbeidsoppgaver gjør det utfordrende å sammenligne ressursforbruk mellom helseforetakene.

2.3 Nøkkeltall

Data innhentet fra de fra forskjellige sykehusene gir følgende nøkkeltall. St. Olavs Hospital er tatt med for sammenligning.

	Volda	Ålesund	Molde	Kr. sund	Sum M&R	St.Olavs Hospital
Lager						
Antall definerte lagerområder pr. sykehus (stk.)	4	5	2	2	13	2
Lagerareal	260	650	330	230	1 470	1 700
Artikler på lager						
Artikkelnummer på lager medio 2007 (stk.)	792	1 293	1 706	1 935		4 800
Omsetning						
Omsetning lagerførte varer 2006 (mill. NOK)	5,07	23,88	10,45	10,09	49,49	137
Lagerbeholdning medio 2007 (mill.NOK)	1,00	4,62	2,36	2,65	10,63	12,98
Omsetningshastighet (antall rulleringer av lager)	5,10	5,16	4,43	3,81	4,66	10,55
Ordre						
Ordre per år (stk.)	2 726	8 673	7 595	4 044	23 038	112 000
Ordrelinjer pr. år (stk.)	16 849	66 832	59 755	26 989	170 425	303 000
Skaffevarer						
Omsetning skaffevarer 2006 (mill. NOK)	0,66	10,21	0,82	0,91	12,61	30
Antall artikler skaffevarer 2006 (stk.)	227	1 210	977	693		7 500
Kunder						
Antall kunder	34	107	49	48	238	660
Omsetning pr. kunde/år (1000 NOK)	169	319	230	229		99
Lagerordre pr kunde/år (stk.)	80	81	155	84		51

Tabell 2: Nøkkeltall forsyning

2.4 Forsyningsprinsipp

Alle sykehusene bekjenner seg til prinsippet om aktiv forsyning. Aktiv forsyning innebærer at det er logistikkavdelingen som tar opp bestilling ved og fysisk etterfyller lagrene på avdelingsnivå (nivå2). Graden av aktiv forsyning varierer fra sykehus til sykehus. Ingen sykehus gjennomfører prinsippet fullt ut.

Aktiv forsyning gjennomføres på varegrupper som sterilvarer (Molde) og væsker (Ålesund). Ellers gjennomføres aktiv forsyning mot enkelte avdelinger både i Ålesund, Molde og Kristiansund. Aktiv forsyning praktiseres ikke ved sykehuset i Volda.

I Helse Sunnmøre ble det praktisert aktiv forsyning mot de fleste avdelingene på 90-tallet. Graden av aktiv forsyning har gått tilbake etter den tid. Årsaken er oppgitt til å være at det nye datasystemet (Navision) ikke ble utstyrt med strekkodelesning for lagerstyring.

2.5 Varegrupper som håndteres av forsyning

Det er noe variasjon mellom sykehusene på hvilke varegrupper som håndteres av forsyning og hvilke varegrupper som håndteres av andre avdelinger.

Tabellen nedenfor illustrerer dette:

Varegruppe	Molde	Kristiansund	Ålesund	Volda
Medisinsk forbruksmateriell	x	x	x	x
Sterilvarer	x*	x*	x	x
Kontorrekvisita	x	x	x	x
Væsker		x selvbetjent	x***	x****
Sprit	x	x		x
Gass		x**		

Tabell 3: Varegrupper forsyning

*Dekker ikke sterilsentral. For Molde gjelder dette kun sterilt flergangsutstyr

**Kun bestilling, ikke kontering

***Fra og med 2007. Noe væske går fortsatt direkte fra apotek. Ca. 70 artikler totalt.

****Ikke dialysevæsker – kommer fra mars 08.

I rapporten vil benevnelsen "medisinsk forbruksmateriell" omfatte alle de ovennevnte varegruppene.

2.5.1. Skaffevarer

Skaffevarer er varer som er registrert i varekatalogen, men som ikke lagerføres. Det er stor variasjon i hvilke varer som er listeført som skaffevarer i logistikkssystemet ved de enkelte sykehus. Se Tabell 2: Nøkkeltall forsyning

2.5.2. Direktekjøp

En del varer kjøpes inn direkte av avdelingene. Hva som bestilles av avdelingene og hva som bestilles av forsyning er i stor grad utstyrsavhengig/ leverandøravhengig. Eksempel på utstyr som kjøpes inn direkte av avdeling, kan være utstyrsspesifikt forbruksmateriell til for eksempel Gastrolab. Et annet eksempel kan være spesielle proteser for ortopedisk avdeling, der leverandøren holder lager (kommisjonslager).

Hva som bestilles direkte og hva som bestilles gjennom forsyning, varierer fra sykehus til sykehus.

2.5.3. Prosjektkjøp, møbler, hvitevarer og lignende.

Møbler, hvitevarer og brunevarer håndteres ulikt. Møbler kjøpes inn av forsyningsavdelingen lokalt på Kristiansund sykehus, innkjøpsavdelingen i Molde for Molde Sykehus, mens husøkonomen kjøper inn møbler for Volda og Ålesund.

2.6 Driftsrutiner

2.6.1. Bestillingsrutiner lagervarer

Bestillingsmetode:

Bestillingsform varierer sterkt fra sykehus til sykehus. Bestillingsform varierer også mellom avdelinger og varegrupper innenfor det enkelte sykehus:

- Bestilling ved personlig oppmøte fra avdelingene

- Telefonbestillinger som noteres på gule lapper
- Bestilling per mail
- Bestilling per telefax
- Bestilling på forsyningsavdelingens bestillingsskjema
- Bestilling på skjema som avdelingene selv har utviklet
- Bestilling ved avkryssing i varekatalog

Bestillingstidspunkter:

Bestillingstidspunkt varierer på samme måte. Fra faste bestillingsdager avtalt med den enkelte kunde, til fortløpende ordreopptak etter hvert som kunden har behov.

Bestillere:

Bestilling utføres av personell på avdelingene. Det er til dels flere bestillere per avdeling. I kombinasjon med håndskrevne bestillinger, fører dette til en del ekstraarbeid for tyding av bestillingslister etc.

2.6.2. Plukkerutiner og registrering av utleverte varer

Plukkerutinene varierer. Det er eksempel på at plukking baseres på utkjørte plukklister. Det er også eksempler på plukking direkte basert på bestillingslister fra kundene.

2.6.3. Utlevering av lagervarer

Det er stor variasjon i rutiner og metoder for utlevering av varer. Vareutlevering skjer stort sett på faste dager avhengig av avdeling. Antall vareutleveringer varierer fra daglig utlevering til ukentlig utlevering.

Metoden for utlevering varierer også. Eksempler er:

- Selvbetjente lager (rekvisitalager)
- Direkte utlevering over disk
- Ferdig plukkede varer plasseres i vogn utenfor lager
- Varene transporteres ut og plasseres utenfor avdelingslager
- Varene transporteres ut og plasseres i avdelingslageret.
- Varene transporteres ut og plasseres i hyller på avdelingslager (aktiv forsyning)

2.6.4. Fakturakontroll eksterne leveranser

Rutinene for fakturakontroll er relativt like sykehusene imellom. Skannede fakturaer fra regnskap kontrolleres mot mottatte varer i lagerstyringssystemet.

Fakturakontroll utføres av faste personer. Det varierer litt på om dette er personer som sitter i de lokale forsyningsavdelingene (Nordmøre og Romsdal) eller sentralt i innkjøpsavdelingene (Sunnmøre).

2.6.5. Belastning av kunder

Rutinene for belastning av kunder er like for alle sykehusene. Kundene belastes direkte basert på det som er tatt ut av varer. Belastning utføres i slutten av hver måned via lister/filuttrekk som kjøres over fra Innkjøps- og lagerstyringssystemet (Navision) til regnskapssystemet.

2.7 Beredskapslager

Ingen av sykehusene har egne beredskapslager. Det er noe ulik oppfatning om hvilke

regler som gjelder og hvilke fremtidige krav som vil settes til beredskapslager.

Per i dag baseres beredskapen på at leverandørene er leveringsdyktige hvis det oppstår en situasjon. Alternativt baserer man seg på å hente varer fra andre avdelinger eller fra andre sykehus.

Det er forventninger om at evt. behov for beredskapslager sentralt og lokalt avklares og tas med i dimensjoneringsgrunnlaget for innføring av et evt. regionlager.

2.8 Dagens lagre

I forbindelse med denne analysen har konsulenten gjennomført befaringer på alle lagre.

2.8.1. Lager Molde

I Molde ligger hovedlageret i et eget lagerbygg adskilt fra selve sykehuset. Avstand mellom sykehuset og lageret er et par hundre meter.



"Skogen", hovedlager i Molde

Hovedlager

Hovedlageret ligger i et eget bygg kalt "Skogen". Lageret har 150 palleplasser, hvorav 50 fungerer som bufferlager for sterilager. I tillegg kommer rekvisitalager med hyllereoler.

Adkomsten til hovedlageret er god, men det er en utfordring å manøvrere vogntog og

semitrailere inne på sykehusområdet. Lageret mangler lasterampe. Lageret disponerer en elektrisk drevet jekketralle/ truck.

Alle varer mottas på hovedlageret og kontrolleres for skader. Sterilvarer omlastes og videresendes til sterillageret i sykehuset for registrering. Øvrige varer registreres og lagres på hovedlageret.

Inngående varestrøm til lageret er oppgitt til 5-6 leveranser per dag, tilsvarende 6-8 paller daglig. Varene leveres i hovedsak av distribusjonsbiler fra de store transportørene som Schenker, Nor-Cargo, Tollpost, DHL samt noen lokale transportører.

Utgående varestrøm fra hovedlageret er oppgitt til ca 10 enheter per dag. 1,5 palle sterilvarer, ca 4 paller pluss 4-5 traller andre varer til varemottaket ved sykehuset. I tillegg kommer en tralle til Hjelset(psykiatrisk avd.)

Varemottaket på sykehuset er utstyrt med lasterampe. Adkomsten er noe trang og bratt, men fungerer for mottak av dagens varebiler, som utgjør hovedtyngden av transporten til sykehuset. Trafikken over varemottaket er oppgitt til 3-5 paller med forbruksvarer, 2-5 paller med sterilvarer og ca 8 vogner med pasienttøy per dag.



Varemottak Molde

Sterillager

Sterillageret har to rom ved varemottaket. Et rom fungerer som lager for ubrutte kartonger. I et tilstøtende rom ligger plukkageret. Det består av 44 hylleseksjoner med gjennomsnittlig 8 hyller. Takhøyde på ca 3 meter gjør det nødvendig å bruke gardintrapp.

Internt transport

Transport internt mellom sykehus og hovedlager og mellom hovedlager og Hjelset utføres av portøravdelingen som disponerer to 7,5 tonns varebiler. Det er transport til Hjelset hver morgen. Forsyningsavdelingen disponerer en liten varebil som brukes ved innkjøp og henting av kjøkkenutstyr, småelektronikk og andre artikler. Torsdag er "Bydag".

Avdelingslager

Avdelingslagrene består i hovedsak av "Byrum-skap". Det kan være 4-5 skap per avdeling. I skapene er det relativt trangt med mange artikler per skuffe og en åpen eske per varenummer.

2.8.2. Lager Kristiansund

Varemottak

Varemottaket har egen adkomstvei med tilstrekkelig snuplass og oppstillingsplass for å ta imot vogntog og semitrailere. Varemottaket mangler lasterampe. Forsyning disponerer en truck som kan benyttes til lossing når det er nødvendig.



Varemottak Kristiansund

Inngående transport

Forsyning mottar 4-5 biler med varer per dag (Tollpost, Nor-Cargo, Posten, DHL). I tillegg kommer 2-3 biler med post/postpakker og 2 vareleveringer med tøy per dag.

Utgående transport

Utgående transport går til eksterne kunder. Det omfatter et psykiatrisk senter, en psykiatrisk poliklinikk, en barnehage og en barne- og ungdoms psykiatrisk avdeling. Varer kjøres ut med stor varebil. I utgangspunktet er det utkjøring hver tirsdag, men kundene glemmer å bestille. Derfor praktiseres daglig utkjøring.

Lager

Lageret ved sykehuset er fordelt på flere større og mindre rom. Takhøyden er 2,5 meter.

Hovedlageret har ca 80 palleplasser, hvorav ca 20 plasser disponeres av sterilsentral og operasjon. Det er i tillegg eget lager for medisinsk forbruksmateriell/ væskelager. Det er egne lagre for sprit, rekvisita og gass.

Mange, til dels små rom med lav takhøyde, trange døråpninger, tildels med dørstokk samt manglende løfteutstyr, gir arbeidskrevende lagerdrift. Spesielt gjelder dette lager for sprit og lager for infusjonsvæsker.



Typisk lagerrom i Kristiansund

Sterillager

Sykehuset har ikke eget sterillager.

Avdelingslager

Avdelingene har flere lagerrom. For eksempel er det 7 lagerrom på medisinsk avdeling. Det lagres delvis i hyller, delvis i "Byrum-skap". Utviklingen går mot flere "Byrum-skap"

2.8.3. Lager Ålesund

Varemottak

Forsyningsavdelingen har eget varemottak med to porter, hvorav en med hydraulisk lasterampe. Varemottaket kan ta i mot både vogntog og semitrailere. Hovedtyngden av transportene kommer med distribusjonsbiler. Adkomsten er noe bratt, noe som kan skape problemer ved glatt føre vinterstid. Ved mottak av semitrailere og vogntog må det også tas hensyn til en knekk i veiprofilen inn mot rampen.



Varemottaket i Ålesund

Varemottaket ligger ved siden av varemottaket for apoteket. Det er planer om å bygge avfallssentral i forbindelse med varemottaket. Det er noe begrenset plass i varemottaket pga. av lagring av byggevarer/prosjektvarer.

Lager

Lageret er fordelt på 4 lagerrom (Sentrallager 1 – 4). I tillegg kommer væskelager og et lagerrom ved varemottaket. Hovedlageret (sentrallager 1) har ekspedisjon og kontor. Lagrene har fri takhøyde under dragere på ca 2,5m.



Væskelageret i Ålesund

Sterillager

Sykehuset har ikke eget sterillager og det er blanding av sterile og usterile varer i flere

av lagerrommene. Paller strippes på lageret eller i gangen.

Avdelingslager

Avdelingene har ett eller flere egne lagerrom som i hovedsak er utstyrt med "Byrum – skap". Et medisinerrom benyttes også som lagerrom for enkelte forbruksartikler.

2.8.4. Lager Volda

Varemottak

Varemottaket er utstyrt med en lav rampe, ca 30cm. Hovedmengden av varer kommer med distribusjonsbiler som er utstyrt med bakløfter. Semitrailere losses med elektrisk truck.



Varemottaket i Volda

Inngående transport

Det er mellom 2 og 8 leveranser per dag. Totalt 10-15 paller per uke.

Lager

Lageret er fordelt på flere rom. Lager 1 har et areal på ca 60m², 4m takhøyde og rommer ca 60 palleplasser. Lager 2 har plass til ca 80 paller. Dette lageret deles med Helse Midt-Norge. Lageret er utstyrt med elektrisk palleløfter(stabler).

Lager for infusjonsvæsker er 36m² med 4m takhøyde og 42 palleplasser. Sykehuset har eget sterillager med luftbehandlingsanlegg. Sterillageret har 27 hyllereoler. Spritlager og lager for brannfarlige varer er inkludert i sterillager. I tillegg kommer selvbetjent lager for kontorrekvisita.



Lager for sterile varer i Volda

Avdelingslager

Avdelingslagrene er utstyrt med et rent lager og et urent lager. I tillegg finnes rekvisita-lager og væskelager ute på avdelingene. Avdelingslagrene er delvis utstyrt med modulskap, delvis med hyllereoler.

2.9 Datasystem

Alle sykehusene i Møre og Romsdal har Navision Attain som datasystem for forsyning og lagerstyring.

Systemet er ikke utstyrt med strekkodelesere og terminaler for direkte registrering av

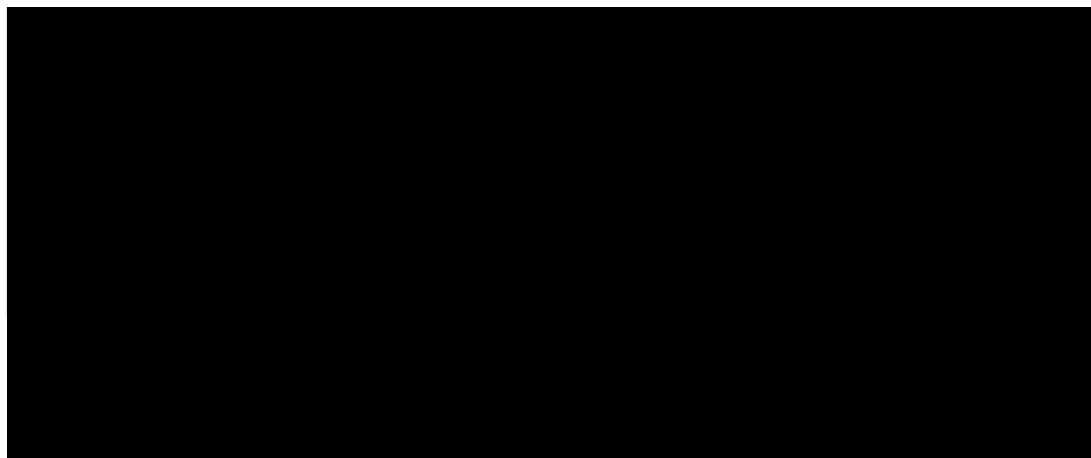
varer inn og ut fra lager.

Alle sykehusene er tilkopleet samme system. Det betyr at man kan lese lagerbeholdninger på andre sykehus og ved behov rekvirere varer fra andre lager.

Navision har "Master" for registrering av varer sentralt. Det gir mulighet til å dele ut felles varenummer for alle sykehusene. Dette systemet er ikke i bruk. Det betyr at nye varer registreres manuelt på alle 4 sykehusene.

2.10 Vareregister

Sykehusene har ikke felles vareregister. Ålesund, Molde og Kristiansund opererer med varenummer fra 2 til 6 siffer. Volda har 3 til 6 siffer. Alle nyregistreringer skjer med 6 siffer. Det vanlige er at samme vare har samme varenummer på alle fire sykehus. Men det er også eksempler på at samme vare har forskjellig varenummer for de forskjellige sykehusene og at ett varenummer har totalt forskjellige varebetegnelser. Se eksemplene under.



Tabell 4: Utsnitt fra samlet vareregister

3. Felles regionalt lager og lokale tilpasninger

3.1 Dimensjonering

Et felles lager vil foruten sykehusene i Møre og Romsdal inkludere Nord- og Sør-Trøndelag.

Det er allerede inngått en 10-års leieavtale med opsjon på ytterligere 5 år for et lager på Heggstadmoen i Trondheim. Innflytting for St. Olavs Hospital gjennomføres våren 2008. Med dagens forutsetninger vil dette lageret ha kapasitet til å betjene alle sykehusene i regionen. I tabellen nedenfor er det gjengitt arealoversikt for alle dagens lagre samt det nye lageret. Pga. takhøyden har det nye lageret plass til flere paller i høyden enn dagens. Vi har derfor beregnet størrelse i m³ brutto lagervolum. I en slik modell har det nye lageret større kapasitet enn alle de andre til sammen.

Helse Midt-Norge RHF
Lagerdimensjoner

	Molde	Kristiansund	Ålesund	Volda	Levanger	Trondheim	Sum m3 i dag
Areal (m ²)	330	230	650	260	488	1700	
Takhøyde	300	300	250	400	300	380	
Bruttovolum m ³	990	690	1625	1040	1464	6460	12269

	Heggstadmoen høylager	Heggstadmoen lavlager	Sum nytt lager
Areal (m ²)	1960	440	
Takhøyde	625	305	
Bruttovolum m ³	12250	1342	13592

Tabell 5: Lagerdimensjoner

Lageret har 7 porter med hydraulisk justerbar rampe og vørtetting. Det er tilstrekkelig med kontorer og sosiale rom. Utleier kan stille til disposisjon ytterligere 1100 m² lagerareal med full takhøyde i løpet av 2 år. Dette kan være aktuelt hvis det kommer krav om beredskapslager.

Tegninger av det nye lageret finnes som vedlegg til rapporten.



Det nye lageret på Heggstadmoen

3.2 Lokale lager/varemottak

Varemottaket ved det enkelte sykehus bør helst ha en rampeløsning for å sikre effektiv og sikker lossing. I tilknytning til varemottaket skal det være et oppstillingsareal/sorteringsareal dimensjonert for maksimalt samtidig behov. Dette innebærer at også leveranser av tøy og matvarer tas med.

For noen varegrupper vil det være aktuelt å opprette bufferlagre ved de enkelte sykehus. Dette kan skyldes ujevnt uttak eller generell beredskap. Disse lagrene kan tilhøre en bestemt avdeling eller være et fremskutt lager som tilhører Regionlageret. Uttak vil i så fall registreres på vanlig måte.

Vi har registrert at en del av avdelingslagrene trenger utvidet kapasitet/bedre oversikt. Dette kan løses ved å investere i nye skap/hyller.

Helse Nordmøre og Romsdal planlegger nytt sykehus i Molde, og i den forbindelse bør man ta hensyn til fremtidige behov. Underdimensjonering av varemottak kan fort føre til uhensiktsmessige rutiner og derav økte kostnader.

3.3 Distribusjon

For å oppnå god frekvens og regularitet innenfor en akseptabel kostnadsramme, anbefales det å inngå avtaler med transportselskaper. Aktuelle transportører (samlastere) som Schenker og Tollpost kan tilby daglige transporter til alle sykehus i regionen med opplasting på ettermiddag og levering neste dag. Dette kan i prinsippet innfri kravet om 24 timers levering (gjelder St. Olav i dag). For å få til hensiktsmessig størrelse på forsendelsene, herunder gode rater fra transportør, er det aktuelt å ha

levering inntil 3 ganger pr. uke. Dette tilsvarer leveringsfrekvensen til de største avdelingene på St. Olav. Det vil være mulig med hasteleveranser daglig når det er nødvendig.

Hvis man ønsker å vurdere egentransport, anbefales det å gjøre det når man har stabil drift og har skaffet tilstrekkelig erfaring og data.

I tabellen nedenfor har vi beregnet antall paller pr. uke mv. basert på omsetningstall fra det enkelte sykehus med basis i dagens volum ved sentrallageret i Trondheim.

	Lagersalg 2006 (mill)	Antatt antall palleplasser pr uke utgående	Leveranser/ uke	Paller pr leveranse
Molde	10,5	19	3	6,4
Kr. sund	10	18	3	6,1
Volda	5,1	9	2	5,0
Ålesund	23,9	43	3	14,5
sum	49,5	90		

Tabell 6: Leveringsvolum og leveranser per uke fra sentrallager

De beregnede volum vil variere ut fra graden av volumutnyttelse og samlastning.

3.4 Sterilgods

I forbindelse med etableringen av det nye lageret på Heggstadmoen i Trondheim, vil lageret for sterilt engangsutstyr ved St. Olavs Hospital flyttes til Heggstadmoen. Nye rutiner for lagring, pakking og forsendelse av sterile forbruksvarer vil bli utarbeidet. Vi forutsetter at de rutiner som blir gjeldende for St. Olavs Hospital også vil bli anvendt for de øvrige sykehus i regionen.

Rutiner for sterile engangsartikler finnes i vedlegg 2.

3.5 Lastbærer

Ved St. Olavs Hospital benyttes det i dag spesialvogner som lastes opp ved sentrallageret og som transporteres direkte ut til den enkelte avdeling. Vognene er bl. a. tilpasset robot-transport (AGV) og er meget kostbare. Vognene er av solid konstruksjon, er lukkede, hygieniske og praktisk innredet. Sykehuset Namsos benytter en lignende modell som er vesentlig rimeligere enn AGV-utgaven.

Bruk av spesialvogn på lange transportstrekninger medfører høyere transportkostnader, da de må returneres tomme til lageret, noe som i praksis betyr 50-100% økning i fraktkostnader for Møre og Romsdal. Dette skyldes en relativt god balanse i transportvolum mellom Møre og Romsdal og Trøndelag. Her er det imidlertid muligheter for spesialrater hos transportørene.

Ved bruk av konvensjonelle utvekslingspaller unngår man investering i egne lastbærere samt problemet knyttet til returfrakt. Bruk av paller vil imidlertid medføre arbeid med splitting/omlastning i varemottakene på sykehusene, da intern transport på det enkelte sykehus forutsettes å skje med trillevogner og lignende som i dag. Bruk av paller vil også medføre andre og mer ressurskrevende rutiner ved regionlageret, herunder omlastning fra plukkvogn til palle og plasting av paller. Det er også en utfordring å stable blandet gods

stabil på pall.

Fra Sterilforsyningen har prosjektet fått klare anbefalinger om å benytte lukket vogn. Basert på erfaringer ved St. Olavs Hospital og planlagt leveransefrekvens antas vognbehovet å være ca. 100 stk. for sykehusene i Møre og Romsdal.

3.6 Direkteleveranser eller via regionlager.

Hovedprinsippet vil være at alle innkjøp går via regionlageret. Ved engangskjøp kan lokale leverandører vurderes ut fra hensiktsmessighet. For standardvarer hvor transportkostnadene utgjør en høy andel av selvkost, og det åpenbart er lønnsomt med direkte transport, kan man vurdere direkteleveranser utenom regionlageret. Småforsendelser bør alltid sendes via regionlager (ikke lokale leverandører).

Varer som hos enkelte sykehus i dag er skaffevarer, vil hos andre være lagerført – og dermed også sannsynligvis lagerført ved et regionalt lager. Dette gir bedre pris og raskere leveranser.

Man vil oppnå bedre kontroll på alle innkjøp via en felles innkjøpsfunksjon. Det vil bli lettere å benytte leverandører som man allerede har avtaler med på nye produkter/skaffevarer.

Rekvisisjonskjøp/engangskjøp går via logistikkfunksjonen (inntil NOK 50.000 ved St. Olavs Hospital) som kan sjekke mot avtaler/faste leverandører i systemet.

Det er i dag utpreget bruk av telefonbestillinger, hvor pris ikke alltid ser ut til å være et tema.

Det forutsettes at alle bestillinger skjer gjennom felles logistikksystem.

3.7 Felles vareregister

I forbindelse med dette prosjektet har vi etablert en Excel-database med vare- og salgsdata fra alle sykehus i regionen. Det samlede vareregisteret for helseregionen inneholder 26.000 artikler. I dette tallet er identiske varenummer og varer tatt med – herunder også skaffevarer.

En total gjennomgang av en slik database er en forutsetning for å opprette et felles vareregister og tilnærmet felles varesortiment. Dette er et omfattende prosjekt som vil kreve god varekunnskap samt kjennskap til leverandører.

Oppdatering av et slikt vareregister kan bare skje på et sted. Kombinert med lagerstatistikk og informasjon om pris og salgsvolum vil dette vareregisteret gi et meget godt grunnlag for anbudskonkurranser.

3.8 Dataløsning

Etablering av felles regionalt lager forutsetter felles vareregister og felles datasystem. Dette medfører at all bestilling, oppdatering av varesortiment/beholdning skjer på et felles system/en felles server. I dag benyttes ulike dataløsninger og ulike varenummerregister.

Det pågår utredninger om investering i et nytt felles datasystem med integrert økonomi/logistikkfunksjon (ERP-system). Uansett valg av nytt system, vil anskaffelse og innføring av et slikt system kunne ta flere år.

Det kan derfor på kort sikt være aktuelt å utvide en av dagens løsninger til å betjene hele regionen.

Argumentet for dette er at man kommer tidligere i gang med å realisere de økonomiske gevinstene som ligger i å etablere et regionalt lager. Samtidig reduserer man risikoen i forbindelse med en evt. senere innføring av et nytt felles datasystem ved at man får etablert enhetlige prosesser, rutiner og arbeidsmetoder som er en helt nødvendig forutsetning for innføring av et integrert ERP- system .

Ved St. Olavs hospital har man etablert effektive løsninger for aktiv forsyning på avdelingene med base i et sentralt lager utenfor sykehuset. For eksempel benytter man strekkode-leser for bestilling av varer på avdelingene i kombinasjon med dockingstasjoner ute på sentrene for effektiv overføring av bestillingsdata til lageret. Basert på de investeringer og den praksis som er etablert ved St. Olavs hospital, vurderes det som raskest, minst kostnadskrevenende og minst risikofylt å innføre dette systemet til resten av regionen.

3.9 Organisering og bemanning

For varer som tas gjennom regionalt lager vil fakturakontroll bli sentralisert. Bestilling av varer mot leverandører samt annen kommunikasjon blir sentralisert. Det samme gjelder vedlikehold av vareregisteret.

Samtidig er det en forutsetning at man innfører aktiv forsyning. Dette betyr at det personell som i dag administrerer de lokale lagrene vil få andre oppgaver, som bl.a.

- Etablering, oppmerking og vedlikehold av avdelingslagre (nivå 2)
- Bestillingsopptak
- Varemottak og eventuell splitting/omlastning av pallegods
- Mottakskontroll/internttransport
- Etterfylling av avdelingslagre
- Administrasjon av bufferlagre(nivå1), herunder væskelager
- Bidra til å optimalisere lokalt lagervolum og bestillingsfrekvens
- Etterfylle varer på nivå 3 (lokalt på avdelingene)
- Aktiv forsyning også på laboratorier mv. som pt ikke kjøper varer via sentrallager
- Utføre andre logistikkoppgaver som i dag utføres av helsepersonell

Denne overføringen av oppgaver vil bidra til å fristille kapasitet hos helsepersonell, samtidig som man profesjonaliserer logistikk-funksjonen frem til sluttbruker.

4. Økonomi

Det har i tidligere rapporter blitt identifisert en rekke økonomiske gevinster ved å etablere et sentralt forsyningssystem med regionlager for hele Helse Midt-Norge.

Vi vil poengtere at ikke alle elementer i disse beregningene avhenger av et felles fysisk lager, men hovedsakelig på felles leverandøravtaler og felles varekatalog/varenummer og datasystem.

Med de erfaringer man har så langt, kan det imidlertid fremstå som nødvendig med en felles organisering/samkjøring for at man skal kunne komme videre i prosessen. I denne sammenheng vil **ett** regionlager være en utløsende faktor.

Ved å sentralisere virksomheten kan man dessuten dra nytte av alle stordriftsfordeler som ligger i konseptet.

4.1 Kostnadselementer / endringer

4.1.1. Årlig omsetning ved et felles regionalt lager

Vi vil i de økonomiske beregningene ta med varer som i dag er lagerført i regionen samt skaffevarer som er gjenstand for gjentatte eller faste bestillinger. Investeringer, engangskjøp eller prosjektkjøp forutsettes håndtert etter andre rutiner. Tøyvask, medisiner, matvarer, medisinsk teknisk utstyr og datautstyr er også utelatt i denne omgang, selv om det helt klart er et potensiale også innenfor disse varegruppene. Samordning og felles anbud er nødvendig. En trinnvis opptrapping vil være lettere å gjennomføre.

Innen for de definerte varegruppene for dette prosjektet ligger det innkjøp av laboratorievarer som i dag kjøpes inn direkte av den enkelte avdeling. Etter at det nye laboratoriesenteret ble tatt i bruk ved St. Olavs Hospital, går nå de fleste innkjøpene via Logistikk & Forsyning. Vi forutsetter at denne praksis også vil gjelde for sykehusene i Møre og Romsdal.

- ❖ Nøkkeltallsanalysen viser en samlet omsetning i 2006 på NOK 260 mill for medisinsk forbruksmaterieell for hele regionen.
- ❖ Ved å overføre alle aktuelle direktebestillinger fra laboratorier o.a. samt innkjøp av væsker etc., vil vi konservativt vurdere potensialet til NOK 300 mill på årsbasis.

4.1.2. Samordnet felles vareregister / leverandøravtaler / innkjøp

Vi har gjennomgått noen av de større varegruppene i omsetning og sett på vareutvalg og forskjell i pris.

Våre inntrykk kan oppsummeres slik:

For identiske varer er det ikke uvanlig med prisforskjeller på 10-30 %.
Standard kopipapir A4: Fra kr. 26,92 til kr. 19,53 pr. eske. Det kjøpes inn papirartikler for vel 4 mill. pr år i regionen.

Det finnes komplementære varer, hvorav prisforskjellene er betydelige.

Det kjøpes inn risikoavfallbokser for 1,8 mill i regionen. Laveste stk.pris for 50 liter plastbeholder er 43,48 og høyeste er 55,27 - en forskjell på 27%.

Det er 64 artikkellinjer tonerkassetter i vareregisteret, hvorav man kan utlede at gjennomsnittsprisen pr. kassett varierer fra kr. 531 til kr. 910 avhengig av hvilket helseforetak det kjøpes inn av.

En av årsakene til dette er at noen sykehus kjøper inn originalkassetter fra printerleverandøren mens andre kjøper kopivarianter.

Det ble kjøpt inn tonerkassetter for vel 2 mill. i regionen i 2006.

Antall artikler med delvis samme bruksområde/funksjon ved de enkelte sykehus er høyt.

Det finnes 64 artikkelnr. hansker ved St. Olavs hospital. I Kristiansund er det 30.

Total omsetning i regionen er NOK 4,5 mill.

For den enkelte leverandør vil økt volum samt muligheten til ett felles leveringspunkt kunne utløse betydelige rabatter. Leverandørene vil få redusert sine transportkostnader ved å levere ett sted med større volum pr. sending. Leveringstid og leveringsfrekvens kan da om ønskelig forbedres.

Det finnes ingen matematisk formel som gir svar på hva de beskrevne tiltak vil ha økonomisk. Det er mer relevant å sette seg mål for hva man kan og bør oppnå.

Vi vurderer at det ved å samordne dagens avtaler og standardisere varesortimentet bør kunne oppnås en kostnadsreduksjon på minst 5 %. Dette tilsvarer foreløpige erfaringer fra etableringen av regionalt lager for Helse Sør-Øst. Forutsatt årlig omsetning på NOK 300 mill., gir dette NOK 15 mill. på årsbasis.

Dette er mer enn tilstrekkelig for å finansiere investeringer samt endringer i driftskostnader som prosjekt regionalt lager krever.

4.1.3. Reduksjon i samlet lagerhold

Samlet lagerbeholdning i Møre og Romsdal er oppgitt til ca. 11 mill. Omløpshastigheten (forholdet mellom omsetning og lagerbeholdning) er beregnet til i underkant av 5. Ved St. Olavs Hospital er omløpshastigheten på vel 10. Det er sannsynlig at omløpshastigheten totalt sett ikke vil bli lavere ved et regionalt lager enn omløpshastigheten hos største enhet innen dagens lagerstruktur. I denne vurderingen er det tatt høyde for evt. bufferlagre ved de enkelte sykehus. Ved innføring av regionalt lager er det beregnet en redusert kapitalbinding på 8 mill. inkl. sykehusene i Nord-Trøndelag.

I tillegg kommer redusert fysisk lagerbehov. Det betyr at man vil ha behov for færre reoler og mindre gulvareal.

4.1.4. Reduksjon i beholdning på avdelingslagre

Overgangen til aktiv forsyning (AF) ved St. Olavs Hospital har ført til en betydelig reduksjon i lagervolum ute på avdelingene (nivå 2). Maksimal beholdning er med å unntak satt til en måneds forbruk. Problemer knyttet til holdbarhetsdato er kraftig redusert. Spesialvarer er erstattet med standardvarer fra lager. Direktekjøp fra avdelingene er redusert.

I regnskapet fremstår varer på nivå 2 lager som forbrukt – bokført lagerverdi er derfor 0.

Reduserte lagerbeholdninger på avdelingslagrene er ikke tatt med i den økonomiske beregningen i denne rapporten.

4.1.5. Transportkostnader

Tabell 6 i pkt. 3.3 viser et ukentlig brutto transportmengde til sykehusene i Møre og Romsdal på ca 90 paller. Basert på budsjettpriser fra aktuelle samlastoperatører, gir dette en årlig kostnad på NOK 2 mill. inkl. mva. Ved bruk av spesialvogner vil dette beløpet øke med minst 50 % på grunn av behov for returfrakt. I tillegg kommer reparasjon og vedlikehold av vogner.

På sikt kan det være aktuelt med egne dedikerte biler som kun kjører mellom sykehusene i Møre og Romsdal og regionlageret. Et slikt opplegg er imidlertid forbundet med stor usikkerhet knyttet til kapasitet, mulighet for hasteleveranser og regularitet, og vil ikke anbefales i etableringsfasen av regional forsyning.

De økonomiske beregningene for et dedikert opplegg viser ingen umiddelbar økonomisk gevinst i forhold til bruk av samlastere:

Basert på innleie av ekstern transportkapasitet, kan man ut fra volum og frekvens klare seg med 2 lastebiler uten tilhenger (3-akslet lastebil med 7-8 m isolert skap og aggregat).

Bil 1: 3 turer til Ålesund/Volda a 1000 km a NOK 14 + ferge 400 = 2,16 mill/år

Bil 2: 3 turer til Kr.sund/Molde a 500 km a NOK 16 + bom/ferge 1000 = 1,35 mill/år

Total kostnad for et dedikert transportopplegg vil utgjøre ca. NOK 4,4 mill. pr. år inkl. mva.

I de etterfølgende kalkyler har vi imidlertid basert transportopplegget på bruk av samlastere som har daglige avganger til hele helseregionen.

Anslått transportkostnad for økonomiske beregninger er satt til NOK 3,25 mill. per år.

4.1.6. Lastbærere

Spesialvogner finnes i ulike utgaver med enhetspriser på NOK 4.000 – 25.000. Lukket vogn med størrelse tilsvarende en Europall er budsjettmessig beregnet til NOK 12.000. Med planlagt frekvens antas det samlede behov å være ca. 100 stk i trafikk til/fra Møre og Romsdal.

Til sammenligning er det 15 stk i trafikk mellom Levanger og Namsos. Her er det daglige transporter (inkl. tøy).

Dersom man beslutter bruk av spesialvogner i stedet for konvensjonelle paller, kan man sette opp følgende regnestykke:

Investeringsbehov 100 vogner a NOK 12000 = NOK 1,2 mill

Vedlikehold/nykjøp/reparasjoner/vask: antatt 250 000/år

Økte transportkostnader 1 mill/år.

Bruk av spesialvogn vil gi reduserte kostnader som følge av forenklet håndtering i regionlageret og ved de enkelte sykehus. Det ligger også et potensiale i bedre utnyttelse av innvendig høyde i lastebilene samt mindre risiko for skade på godset.

4.1.7. Lagerkostnader

Kostnader knyttet til husleie/oppvarming ved lageret i Trondheim vil ikke endres merkbart som følge av økt omsetning. Husleieavtale er inngått for 10 år, uavhengig av regionlager eller ikke. Det vil bli noe økt behov for pallereoler og plukkereoler. Her er det aktuelt med gjenbruk av utrustning fra dagens lager i Trondheim. Det settes av NOK 200.000 til nykjøp.

For sykehusene i Møre og Romsdal vil det fristilles arealer som kan benyttes til andre formål. Evt. innsparinger her er knyttet til om disse arealene har alternativ anvendelse som gir noen netto innsparing.

Totalt lagerareal ved sykehusene i Møre og Romsdal er ca 1500 m². Vi vil anta at det er tilstrekkelig å beholde 500 m² til utvidet varemottak og diverse bufferlagre mv. Fristilt areal vil derfor bli ca. 1000 m². Med en antatt leiepris pr. m² inkl. lys og varme på NOK 1500/år, gir dette en mulig innsparing på ca. NOK 1,5 mill på årsbasis. Det kan være vanskelig å realisere en slik gevinst på kort tid, da alternativ anvendelse av arealene ikke er åpenbar. Vi har derfor valgt å kalkulere med NOK 750 pr m² – tilsvarende det som benyttes i kalkylene til Helse Sør-Øst ved nedleggelse av lokale lagre. I et pessimistisk alternativ er det kalkulert med at arealene blir stående tomme og at kun kostnader knyttet til lys og oppvarming mv. vil bli redusert.

Ved å unnlate å bygge lager i det nye sykehuset i Molde, kan man redusere investeringene med NOK 6 – 10 mill.

4.1.8. Bemanning logistikkfunksjon

Dersom sentrallageret Trondheim konverteres til regionalt lager, forventes omsetningen for lagerførte varer å øke med 37 % ved å inkludere helseforetakene i Møre og Romsdal. Det er i dag 6 personer som plukker varer ved lageret til St. Olav. Kombinert med økt aktivitet i varemottaket vil en økning på 3 personer legges til grunn for de videre beregninger.

Økt aktivitet mht. bestillinger og fakturakontroll vil ikke prosentvis gi samme utslag, da det i hovedsak er endring i bestillingenes størrelse og ikke i antall. Vi antar likevel at det vil være behov for en halv person i tillegg for disse oppgavene.

Med en kostnad pr. stilling på NOK 400.000 inkl. sosiale kostnader og vikarbruk, utgjør økt bemanningsbehov ved regionlageret ca. NOK 1,4 mill.

Dagens bemanning ved logistikkfunksjonene ved de enkelte sykehus antas å være tilstrekkelig til å utføre nye oppgaver som følge av utvidet aktiv forsyning samt nye logistikkoppgaver.

4.1.9. Bemanning på avdelinger

Ved innføring aktiv forsyning vil man få en fristilling av helsepersonell. Effekten er vanskelig å beregne. En grundig undersøkelse ved hver avdeling er nødvendig. I forbindelse med innflytting i nye senter ved St. Olav ble det foretatt en vurdering som hadde svært positive konklusjoner, spesielt for Laboratoriesenteret. Her antas det at 5 stillinger som var dekket av helsepersonell ble erstattet av en stilling i aktiv forsyning. I dette tallet ligger også oppgaver knyttet til direktebestillinger som ble overført logistikkfunksjonen.

Vi kan imidlertid være nokså sikre på at effekten for Møre og Romsdal minst vil tilsvare den økning i bemanning som trengs ved regionlageret. Vi har vurdert at det er

realistisk å frigjøre 4,5 stillinger a NOK 550.000. I et pessimistisk alternativ hvor man benytter fristilt kapasitet til å øke produksjonen i helse relatert arbeid, har vi satt innsparingen til 0.

4.1.10. Dataløsning

Vi vil i denne analysen ikke ta stilling til hvilket system som bør velges. En total utskifting av økonomisystem - evt. med logistikkmodul er under vurdering, men faller utenfor dette prosjektets mandat.

Spørsmålet er hvilke merkostnader man vil få ved å integrere helseforetakene i Møre og Romsdal. I denne sammenheng er det tatt utgangspunkt i dagens løsning for St. Olavs Hospital.

Denne løsningen (Unique eHandel) kan utvides ved å definere sykehusene i Møre og Romsdal som nye kunder.

Via Helsenett har alle sykehus i regionen mulighet for tilgang til server og system i Trondheim. Lokalt trengs det håndscannere og dockingstasjoner. Det antas at 2 scannere og 1 dockingstasjon pr sykehus er tilstrekkelig. I tillegg trengs det etikettskrivere i forbindelse med oppmerking av avdelingslagre.

Total investering for helseforetakene i Møre og Romsdal vil bli ca NOK 200.000. I tillegg vil det bli nødvendig å skifte ut alle scannere/dockingstasjoner ved St. Olav (gammel teknologi). Antatt kostnad ca NOK 400.000.

Lisensavgift for softwareløsning knyttet til skanner er minimal. Dagens nivå er kr. 300 pr skanner/år.

Lisensavgift knyttet til logistikksystemet er basert på antall samtidige brukere(25). Man antar at dagens kapasitet er tilstrekkelig til å dekke behovet for Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre.

4.1.11. Investering i lagerutrustning/skap etc. på avdelingene.

Det er identifisert et visst behov for ny innredning/tilleggsinnredning i de lokale avdelingslagrene. I budsjettet settes det av NOK 400.000.

4.2 Oppsummering økonomi

I oppstillingen på neste side har vi satt opp de ulike økonomiske elementene med sannsynlige verdier. Vi har også satt inn en kolonne med pessimistiske anslag for hvert økonomisk element for å vise hvor robust prosjektet er. Vi vil for ordens skyld påpeke at sannsynligheten for at alle pessimistiske anslag inntreffer samtidig kun er teoretisk.

Vi har valgt å ikke ta med optimistiske anslag da forventede verdier i tilstrekkelig grad understøtter rapportens konklusjoner. For nåverdiberegningene er det lagt inn høy og lav rentesats for sensitivitetsvurderinger.

4.2.1. Kostnadselementer

Komponent	Antatt resultat (NOK 1000)	Pessimistisk anslag (NOK 1000)
Driftskostnader		
Frakt	3 250	4 300
Økt bemanning Trondheim	1 400	1 800
Reduserte lagerkostnader M&R	-750	-150
Redusert bemanning helsepersonell M&R	-2475	
Innsparing pga lavere innkjøpskostnader HMN	-15000	-9000
Netto effekt årlige driftskostnader	-13575	-3050
Kapitalbehov		
Redusert lagerbeholdning HMN	-8000	-8000
Besparelser nytt sykehus i Molde	-10000	-6000
IT - Periferiutstyr	750	1 250
Felles varekatalog	1 500	2 000
Modulskap og transportvogner	1 600	1 800
Oppmerking lager	500	1 000
Lagerreoler	200	200
Diverse uspesifisert	1 000	1 000
Netto kapitalbehov	-12450	-6750

Tabell 7: Kostnadselementer

Tabellen over viser kostnadselementer uten at disse er periodisert. I kontantstrømsanalysen og nåverdiberegningene er kostnadselementene periodisert i forhold til en mulig trinnvis gjennomføring av prosjektet i løpet av tre år. Dette er illustrert i forslag til tidsplan i kapittel 7 i rapporten.

4.2.2. Kontantstrømanalyse

Kontantstrømsanalysen er basert på en periode på 10 år, som er lik leieperioden ved det nye lageret i Trondheim. Det er lagt til grunn en lineær avskrivning av investeringer over 5 år.

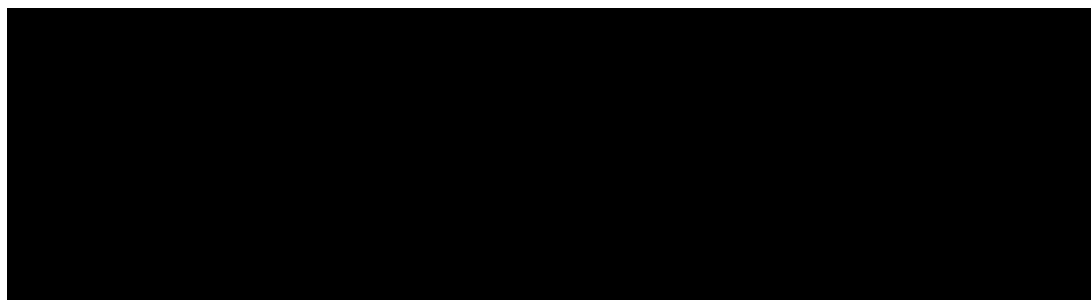
Alle tall i 1000 NOK. Positive tall er kostnader/ investeringer. Negative tall er inntekter/ besparelser.

Flere detaljer er gjengitt i vedlegg 3.

Forventet scenario	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Investeringer	2 650	1 800	1 100	0	0	0	0	0	0	0
Endret kontantstrøm fra drift (eks. avskrivninger)	0	-398	-4 864	-5 775	-20 575	-13 575	-13 575	-13 575	-13 575	-13 575
Avskrivninger	0	530	890	1 110	1 110	1 110	800	0	0	0
Endret Driftsresultat (før skatt)	0	133	-3 974	-4 665	-19 465	-12 465	-12 775	-13 575	-13 575	-13 575
Endret kontantstrøm etter investeringer (før skatt)	2 650	1 403	-3 764	-5 775	-20 575	-13 575	-13 575	-13 575	-13 575	-13 575

Tabell 8: Kontantstrøm forventet scenario

Sannsynlig scenario gir positivt driftsresultat fra år 3. Investeringer er tjent inn i løpet av det tredje året.



Tabell 9: Kontantstrøm pessimistisk scenario

Investeringer er tjent inn i løpet av det sjette året.

4.2.3. Nåverdiberegninger

Nåverdiberegningene er utført over en 10 års tidsperiode. Investeringer avskrives lineært over 5 år.

Rentesatsen er satt til 6 %. For vurdering av sensitivitet er det også utført beregninger med 4 % og 8 % kalkulasjonsrente.

Nåverdiberegning	Gjeldende rentesats	Lav	Høy
	6 %	4 %	8 %
Nåverdi forventet (mill. NOK)	58	66	51
Nåverdi pessimistisk (mill. NOK)	4,4	5,9	3,1

Tabell 10: Nåverdiberegninger

Beregningene gir en positiv nåverdi på 58 mill for forventet scenario og 4,4 millioner for pessimistisk scenario. Sensitivitetsanalysen viser at investeringen også er lønnsom ved pessimistisk scenario og høy rentesats.

5. Helse Nord-Trøndelag

Sykehusene i Levanger og Namsos er bare sporadisk berørt i denne analysen. I en tidligere styrebehandling er det vedtatt at Helse Nord-Trøndelag (HNT) skal inngå i et regionalt lager.

Sykehuset Namsos forsynes i dag fra felles lager ved Sykehuset Levanger i en "miniregional" modell. Det praktiseres aktiv forsyning ved Sykehuset Namsos. Det er daglige transporter av medisinske forbruksvarer i kombinasjon med tøy. Noe av effekten av en regionalisering er på denne måten allerede tatt ut.

Ved Sykehuset Levanger benytter man seg ikke av aktiv forsyning.

Omsetningen ved lageret i Levanger (ca NOK 26 mill.) er imidlertid tatt med i beregningen av potensialet for reduserte innkjøpskostnader for regionen. Likeledes er potensiell reduksjon i lagerhold inkludert (NOK 2,5 mill.).

Konsulenten har ikke gjennomført befaringer eller detaljerte registreringer for HNT. Vi antar likevel at situasjonen er sammenlignbar med resten av regionen.

Utover redusert lagerbeholdning og lavere innkjøpspriser, vil følgende økonomiske elementer inngå i en vurdering av HNT:

5.1 Transport

Det forutsettes 3 ukentlige leveranser fra regionlageret. Med beregnet transportvolum ihht. omsetningen for Namsos og Levanger, vil transportkostnadene utgjøre ca. NOK 1 mill. basert på tilbud fra aktuelle samlastere. Dagens kostnader knyttet til transport av medisinske forbruksvarer fra Levanger til Namsos utgjør ca. NOK 250.000 pr år. Det forutsettes at de vognene som i dag benyttes mellom Namsos og Levanger også kan benyttes i en regional forsyningsmodell. Det må imidlertid investeres i tilleggskapasitet.

5.2 Lagerkostnader

Lageret i Levanger er ca. 490m². Vi antar at ca. 350m² kan fristilles til andre formål. Kostnader knyttet til husleie og lys/varme faller bort – anslagsvis 1000 – 1500 kr/m².

5.3 Bemanning

Det er vanskelig å være helt konkret på bemanningsmessige konsekvenser uten å foreta en grundig gjennomgang ved HNT.

3 personer er i dag knyttet til lageret på Levanger. Med regionalt lager og aktiv forsyning vil disse få nye oppgaver. Aktiv forsyning vil fristille helsepersonell.

Ved regionlageret vil det bli behov for økt bemanning til plukk og varemottak. Antar at to personer i tillegg vil kunne dekke HNT.

5.4 IT-utrustning

HNT benytter i dag samme IT-leverandør som St. Olavs Hospital (Visma) - dog er det ulike systemløsninger (Global og Unique). I likhet med St. Olav benytter HNT seg av håndscanner og strekkoder. Det er usikkert om strekkodeleserne ved HNT kan benyttes i en regional modell. HNT knyttes til det regionale lageret via Helsenett.

5.5 Lokale lagre

I likhet med sykehusene i Møre og Romsdal, er det nødvendig å ta en full gjennomgang av alle avdelingslagre (nivå 2). En slik gjennomgang vil avdekke eventuelle behov for nye skap og lagerhyller, spesielt ved Sykehuset Levanger. Det vil være nødvendig merke alle lagerlokasjoner med nye artikkelnummer.

Av praktiske, økonomiske og lokalberedskapsmessige hensyn kan det være aktuelt med bufferlagre for noen artikler.

5.6 Oppsummering

Konsulenten har grunnet mangel på presisjon valgt å ikke tallfeste de økonomiske elementene som er gjengitt foran. Det er imidlertid utført regneøvelser som viser en positiv gevinst ved overgang til regional vareforsyning til tross for at noe av effekten allerede er tatt ut ved Sykehuset Namsos.

6. Konklusjon / anbefaling

Det finnes svært få kvalitetsmessige, sikkerhetsmessige og økonomiske argumenter for å opprettholde en desentralisert lagerstruktur i Helse Midt-Norge.

Innenfor det private næringsliv har man i flere tiår drevet en sentraliseringsprosess innen lager og produksjon. Dette har hovedsakelig vært økonomisk og organisatorisk betinget. Økt fokus på leveringskvalitet og presisjon i alle ledd i logistikkjeden samt tilgangen til online lageroversikter gjennom gode logistikksystemer har bidratt til å gjøre sentralisert lagerdrift enklere.

Analysen har ikke avdekket vesentlige negative praktiske eller økonomiske konsekvenser for Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre som er til hinder for å etablere ett regionalt lager for Helse Midt-Norge.

De økonomiske beregningene viser at det er god lønnsomhet i et sentralisert lager. Selv om noen kostnadselementer er usikre, er kalkylen robust.

Med dagens retningslinjer og praksis i forhold til sikkerhet og beredskap for medisinske forbruksvarer, vil ett regionalt lager kombinert med lokale støtlager være dekkende.

Analyse av nåsituasjonen viser at det er et stort behov for å bedre kvaliteten på rutiner og systemer knyttet til vareforsyningen for helseforetakene i Møre og Romsdal. I tillegg kan det være behov for noen justeringer for å få en mer robust organisasjon. Dagens leveranser er i for stor grad avhengig av enkeltpersoner, noe som tidvis kan medføre for mange "ad hoc" løsninger. I en slik setting vil ofte langsiktig utviklingsarbeid og økonomisk fokus bli nedprioritert.

For sykehusene i Helse Midt-Norge er nå tiden moden for å etablere ett felles lager.

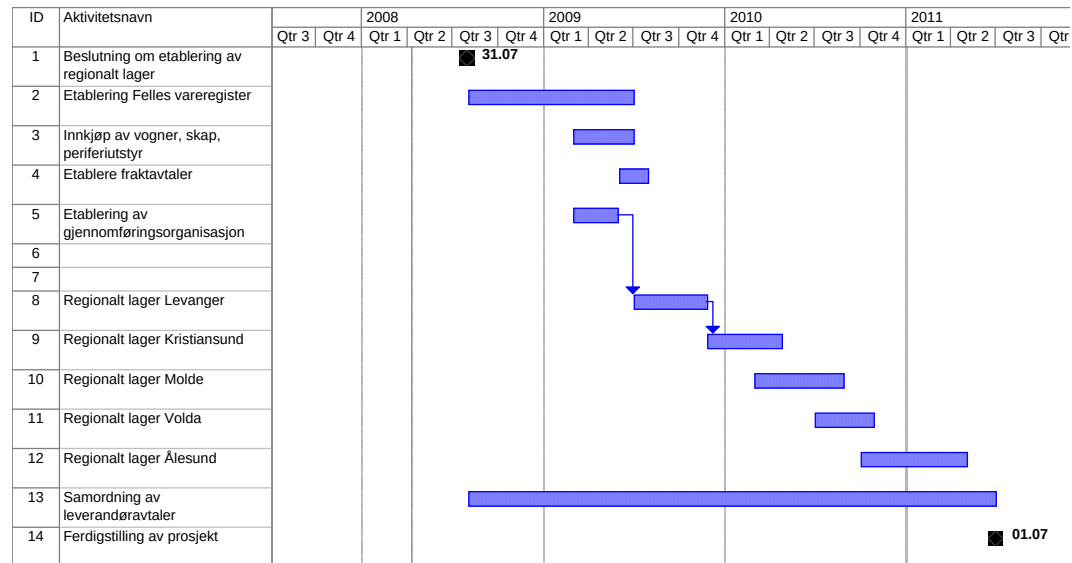
Arbeidet med å legge forholdene til rette har allerede startet ved at man våren 2008 tar i bruk et nytt lager i Trondheim. Dette lageret har kapasitet til å forsyne hele regionen.

Det er viktig å komme raskt i gang for å sikre det kvalitetsmessige og økonomiske potensialet som ligger i prosjektet.

7. Prosessen videre

Etableringen av et regionalt lager er en krevende prosess. Det er viktig å få på plass en tverrfaglig prosjektgruppe med klart mandat og klare mål. Det er behov for både lokal og faglig kompetanse. Frikjøp av personell innenfor dagens driftsorganisasjon er nødvendig.

Første oppgave vil være samordning av vareregistrene. Deretter kan man se for seg en tidsplan som vist nedenfor.

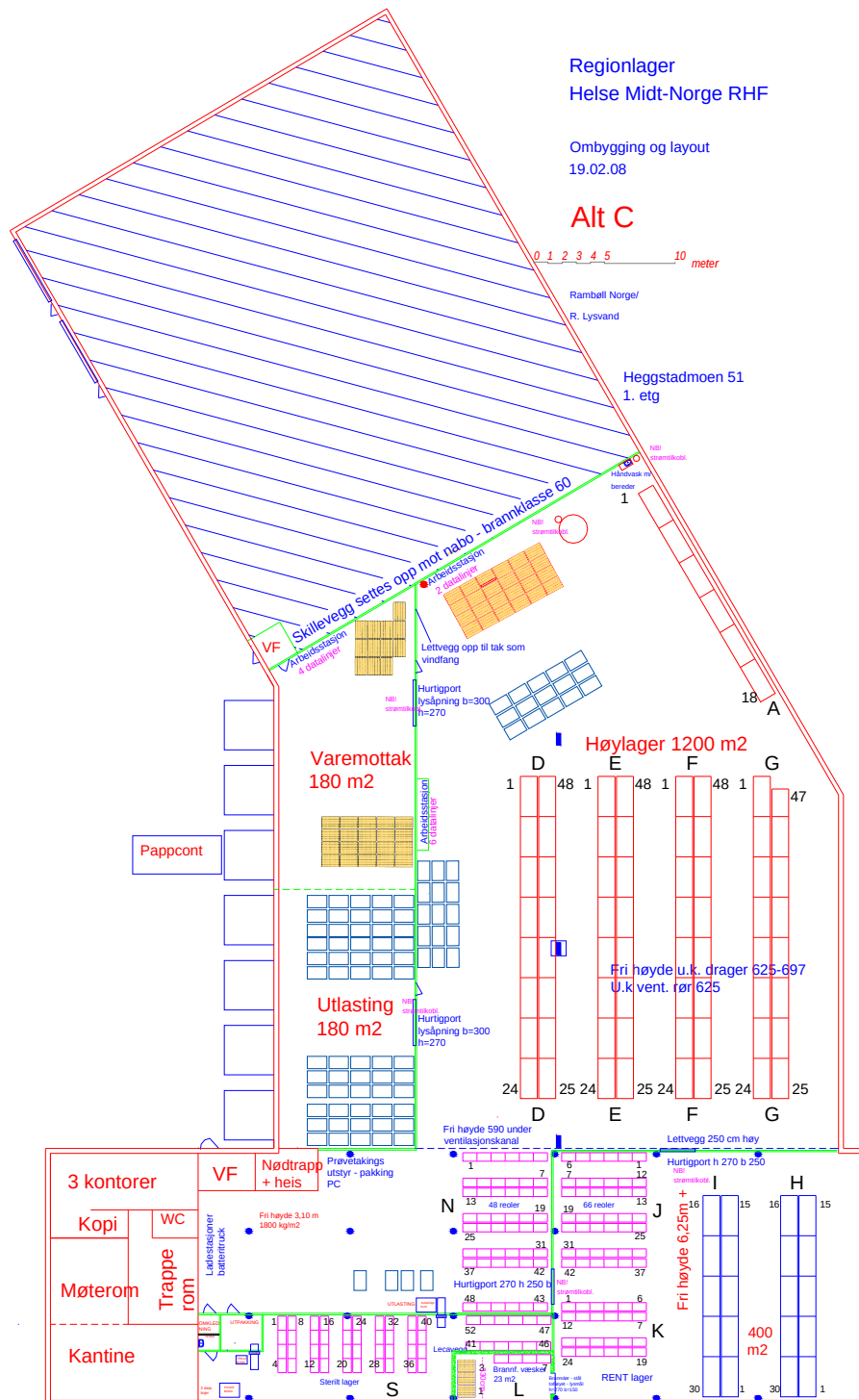


Tabell 11: Fremdriftsplan

Tabellen viser en trinnvis iverksettelse sykehus etter sykehus. På den måten reduseres risiko samtidig som man kan høste erfaringer og justere kursen underveis.

VEDLEGG 1

Layout nytt lager Heggstadmoen



VEDLEGG 2

Sterilt lager

Oppsummering etter møte på Steril forsyning ved St. Olavs hospital 29.10.07.

Tilstede: Ann M. Berg, Wencke Arntsberg, Roar Sommer, Roald Lysvand.

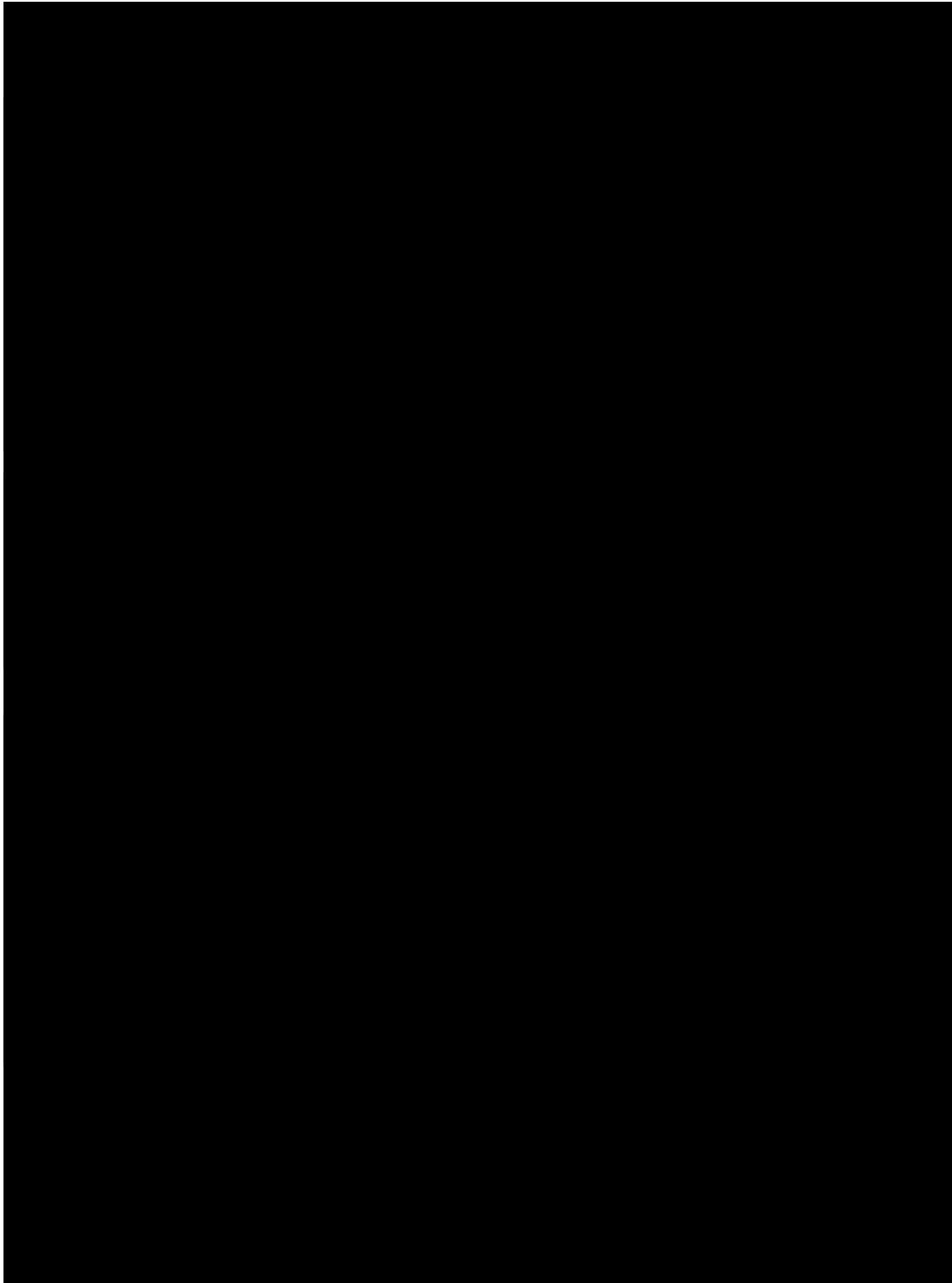
1. Lager for sterile engangsartikler overføres til Heggstadmoen 51 våren 2008.
2. Krav til sterilt lager:
 - Lageret skal ha overtrykk og overflater som er lette å rengjøre. Daglig renhold av gulv. Lagringstemperatur 18 – 22 grader. Direkte sollys skal unngås.
 - Det etableres egne sluser m/ luke for avemballering fra transportkartong til avdelingsforpakning inn til lager og ferdig pakket forsendelse ut. Slusenes overflater holdes rene med spritvask.
 - Det etableres en egen sluse for omklledning og håndvask/ hånddesinfeksjon.
3. Transportkartonger skal bryttes i en egen sluse utenfor sterilt lager. Kartongen snus og bunn åpnes først – deretter snus kartongen igjen og settes på sidebord ved slusen. Transportkartong åpnes i topp og fjernes. Varene sluses inn.
4. Det skal brukes egnede plastposer til plukkvarer fra sterilt lager. For spesielle varer skal plastposen legges i en plastboks før den sluses ut til transportvogn og transporteres til mottaker.
5. Plastboksene skal regelmessig sendes til Steril forsyning for dekontaminering.
6. Det etableres en egen sone i hovedlageret, i nærheten av sterilt lager, som benevnes RENT lager, som soneinndeles med ca. 250 cm høy vegg. Det forutsettes god ventilasjon. I denne sonen kan ubrutte avdelingsforpakninger (2 lag emballasje) tas ut av transportkartong og settes inn i lukket transportvogn. Transportkartong lukkes etter uttak.
7. Vareplukk starter plukksløyfe i grovlager, deretter rent lager og til slutt sterilt lager. Varene transporteres til avdelingslager.
8. Steril forsyning vil bli holdt løpende orientert mht. den videre planlegging av nytt lager.
9. Hygienesykepleier på St. Olav skal informeres om ombyggingen før start.

Klassifisering medisinske forbruksartikler:

- A. Sterile varer som alltid skal tas fra sterilt lager(også avdelingsforpakning).
- B. Sterile varer hvor hele avdelingsforpakninger kan tas ut av transportkartong i RENT lager. Anbrett av avdelingsforpakning skal kun skje i sterilt lager.
- C. Varer som ikke har spesielle krav til sterilt miljø.

Steril forsyning lager snarest en liste over hvilke varer og forpakningstyper som skal lagres i sterilt lager og hvilke sterile varer som kommer inn under pkt 6.(RENT lager)

VEDLEGG 3



PROTOKOLL

År 2008 den 13. mai, ble det avholdt drøftingsmøte mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Tekna, NFF; Delta, El&It, YLF, NETF, Parat, NITO og Dnlf.

Tilstede fra Helse Nord-Trøndelag HF:

Bjørn Arnesen

Jan Kjøren

Aud-Mai Sandberg

Tilstede fra tillitsvalgte:

Tekna v/Mari Gårset

NFF v/Mona Lund Veie

Delta v/Lise Weie

El&It v/Jørund Eidsaunet

YLF v/Ben Bouwhuis

NETF v/Unni Kollerud

Parat v/Svenn Inge Strømmen

NITO v/Kari Arneberget

DNLF v/Peter Heidt

Drøftingsmøte vedrørende etablering av Regionalt lager og regional Anskaffelsesfunksjon i HMN rhf.

Det vises til utsendte saksdokumenter.

Partene er enig om at drøftingsplikten etter HA §§ 30 og 31 er ivaretatt gjennom underskrift av denne protokoll.

For øvrig vises til vedlagte referat.

Namsos/Levanger 130508

Helse Nord-Trøndelag HF

Aud-Mai Sandberg
Bjørn Arnesen
Mari Gårseth
Mona Lund Veie

Tekna v/Mari Gårset

NFF v/Mona Lund Veie

Delta v/Lise Weie

El&It v/Jørund Eidsaunet

YLF v/Ben Bouwhuis

NETF v/Unni Kollerud

Parat v/Svenn Inge Strømmen

NITO v/Kari Arneberget

DNLF v/Peter Heidt

Unni Kollerud
Svenn Inge Strømmen
Kari Helene Arneberget

Referat fra informasjon og drøftingsmøte 130508 vedrørende Regional lager og anskaffelsesfunksjon.

Alle foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet hadde fått tilsendt sakspapirene og var innkalt til møte.

Tilstede fra tillitsvalgte: Tekna v/Mari Gårseth, NFF v/Mona Lund Veie, Delta v/Lise Weie, El&It v/Jørund Eidsaunet, YLF v/Ben Bouwhuis, NETF v/Unni Kollerud, Parat v/Sven Inge Strømmen, NITO v/Kari Arneberget, DNLF v/Peter Heidt.

Tilstede fra arbeidsgiver: Klinikkleder Bjørn Arnesen, Avdelingsleder Jan Kjøren og forhandlingsleder Aud-Mai Sandberg.

Regionalt lager og anskaffelsesfunksjon: V/ Bjørn Arnesen og Jan Kjøren
Arnesen gjengav historikken til denne saken. Kort refereres at saken har vært utredet, drøftet og behandlet i 2004 med tanke på implementering i 2006. Saken har ikke vært iverksatt, jfr bl.a. muntlig orientering og sluttrapport om Regionalt lager for HMN datert 250408.

Det foreligger nå 2 saker som skal styrebehandles i HMN ultimo juni. Det er:

- Etablering av regional anskaffelsesfunksjon for HMN
- Etablering av ett regionalt lager for HMN.

I forkant av regional styrebehandling skal det enkelte HF styrebehandle sakene i mai-møtene. Slik behandling ble foretatt i Helse Sunnmøre i dag.

Anskaffelsesfunksjon:

Punktvis oppsummeres:

- Innkjøpsfunksjonen løses gjennom regionalt nettverk.
- Standardisere og etablere felles varesortement i RHF'et.
- Felles konkurransegrunnlag.
- Nettverket skal kunne utnytte felles ressurser.

Regional lagerfunksjon:

Punktvis oppsummeres:

- Forslag til etablering på Heimdal.
- Organiseres under St.olavs hospital.
- Forsyningsavdelingen blir da varemottak for avdelingene ala det som er etablert i Namsos.

Problemstillinger som er reist:

- Areal
- Hasteberedskap
- Erfaringer fra ordningen som har vært i Namsos
- Bemanningsmessige konsekvenser
- Informasjon til forsyningsavdelingens ansatte
- Logistikk
- Standarder/minstestandarder

Ansatte ved forsyningsavdelingen er opptatt av:

- Kostnader ved etablering av avdelingslager.
- Kostnader til transport fra regionalt lager til HF'ene.
- Endrede arbeidsoppgaver.
- Bemanningsstørrelsen i forsynings/mottaksavdelingen.
- Leveringsbekymring.
- Brev fra ansatte ved lageret i Levanger stilet til administrerende direktør/klinikkleder og enkelte tillitsvalgte vedlegges referatet.

Tidshorisont:

Sakene skal behandles i de lokale styrene i mai, og saken skal sluttbehandles i regionalt styre ultimo juni 08. Saken behandles i HSM i dag

AMU-behandles i HNT 9 juni, amu vedtak ettersendes regionalt styre.

Oppstart i HNT 3. kvartal 2009.

Møreforetakene noe senere.

Omorganiseringen forutsetter at alle HF'ene er med.

Oppsummering:

Det ligger besparinger både knyttet til areal og bemanning både i forsyningsavdelingen og i totalressursen på avdelingene.

Det var skepsis tidligere i Namsos som nå er blitt snudd til det positive.

Erfaringen fra Namsos er nyttig i det videre arbeidet ved omleggingen på Levanger.

Dette innspillet tas med seg inn i det videre arbeid.

Ved overgang til ny "leverandør" vil en ta med fagkunnskapen vi har når ny varekatalaog/produktbenevnelser skal etableres.

Bemanningsmessige konsekvenser: Kan være mellom 0-1 ½ årsverk.

Det blir foretatt årlig evaluering.

Det er målsetting om at alle småprodukter som enkeltavdelinger kjøper inn i dag skal bli fortløpende tilpasset inn i varekatalogene.

Partene er enige om at informasjon og drøftingsplikten er ivaretatt og det skrives drøftingsprotokoll. Referatet vedlegges drøftingsprotokollen. Brev fra ansatte ved forsyningsavdelingen datert 090508 vedlegges referatet.

130508/AMS/-

**Ansatte ved Forsyningsavdelingen
Sykehuset Levanger**

Levanger, 09.05.08

Til: Direktøren, klinikkledere og tillitsvalgte

AD REGIONALISERING AV LAGERFUNKSJONEN I HELSE MIDT-NORGE.

Vi har mottatt konsekvensanalysen for regionalt lager og forslaget til styresak vedr. etablering av ett regionalt lager for HMN.

Vi ber om at våre kommentarer gjennomgås før endelig beslutning tas for vårt helseforetak.

Beslutningen om et felles lager er tatt flere år tilbake. Forutsetningen var da at lagret skulle drives av HMN. Nå mener vi at forutsetningen for et regionalt lager er brutt. Hele tiden er vi fortalt at lagret skulle etableres uavhengig av St.Olav. Nå ser vi at det er St. Olav som skal administrere lagret. Iflg. Jan Kjøren var et uavhengig lager en forutsetning, men at innspillet om at St.Olav skulle administrere lagret kom i "11-time".

Kostnader.

En ser at innsparingspotensialet for Sykehuset Namsos er tatt ut.

De har pr. dato daglige mottak av forbruksvarer. I forslaget som foreligger skal både Sykehuset Namsos og Levanger få 3 ukentlige mottak. Det betyr at avdelinger må bestille, mens varer er på vei.

En ser også at evt. innsparinger skal gå til lagret i Trondheim, ikke ut til det enkelte sykehus. Hvordan vil varekostnadene for avdelingene bli? Vil St.Olav legge på et påslag for å dekke lagerleie og transport? Pr dato belastes ingen avdeling ved HMN for lagerleie og transport.

HMN har pr. dato kontrakt med Innherred Produkter for transport av medisinske forbruksvarer og tøy. Hva vil kostnadene bli om HMN må bryte kontrakten og bare kjøpe tøy-transport?

Vedr. aktiv forsyning.

Ved Sykehuset Namsos foregår aktiv forsyning i dag. Ved sykehuset Levanger bestiller avdelingene selv til lagret. Den dagen aktiv forsyning skal starte opp ved SL trengs mye mer plass. Dvs. flere lagerrom, - det holder ikke med flere skap.

Enkelte avdelinger har i dag lager på flere steder, for eksempel operasjonen. Dette er små rom. Det betyr at areal må frigjøres overalt på sykehuset for lagerrom.
Kostnader for dette?

Ansatte

I høringsnotatet er det oppgitt at HNT, Sykehuset Levanger kun har 3 personer knyttet til lagret. Dette er feil. Vi har 3,5 stilling knyttet direkte opp mot plukking. I tillegg er en person sysselsatt med fakturakontroll i 80 % stilling, en person i 100 % med bestillinger, samt at denne personen også plukker varer når det trengs. Vår sjåfør benyttes også til plukking og utkjøring innimellom andre arbeidsoppgaver. Innkjøper med kontorplass på lagret trer og støttende til ved behov for plukking. I tillegg har vi (neste fast) hatt personer på tiltak/arbeidstrening i mange år. Disse har også plukket varer.

Ved SN er en person opptatt rundt 2 timer daglig med lagerutlevering av de varer SN har lager på.

Sterilsentralen ved SL plukker også daglig varer til begge sykehusene. 2 personer jobber fast med vareplukk, 2,5 time pr. dag. Disse personene er heller ikke medreknet i rapporten.

Arbeidsoppgavene til personalet ved SL vil endre seg radikalt. Nå-situasjonen gir stor variasjon i arbeidsdagen, - legges lagret til Trondheim vil det bli statiske rutineoppdrag. Dette skaper selvsagt stor usikkerhet og frustrasjon for hva morgendagen vil bringe...

Flere av våre medarbeidere er overflyttet vår avdeling etter å ha blitt overtallig ved andre avdelinger. En kan bare tenke seg hvilke tanker denne usikkerheten fører med seg.

I tillegg til alle ovennevnte spørsmål ønsker vi svar på følgende:

- Hva med beredskapslager for HNT?
- Hvorfor ikke foretatt evaluering vedr. samordningen Levanger/Namsos?
- Konsekvensanalyse hva regionalt lager fører til for HNT
- Plassbehov for avdelingslagre.
- Oppsigelser av ansatte
- Blir det dårligere service for avdelingene i HNT (hva med akutt-leveranser dag/ helg og nedgang i leveransedager)
- Endrede arbeidsoppgaver. Hva mener ansatte på lagret Namsos?
- Monopolsituasjon for HMN – lovlig iht. regelverk?
- St. Olav vil bestemme vareutvalg, - godtas det av lege/pleiesiden?
- Standardisering utstyr, og dermed rekvisita. Hvem skal ta disse kostnadene?
- Konsekvenser for sterilforsyning?
- Lengre responstid til Namsos. Må tas geografiske hensyn.

Ved "kriser" kan ansatte komme inn på lagret i SL for å hente forbruksvarer, evt. for å sende til Namsos. Hvordan er denne muligheten i Trondheim?

Det er så enkelt å vise til vellykket sammenslåing Helse Sør/Øst, der sykehusene ligger i en kort radius fra lager. Et lager i Trondheim skal yte service til sykehus langt unna.

Iflg. Jan I Kjøren skal direktøren, sammen med sine klinikkledere ta avgjørelse på saken 13. mai. Vi vil også ha svar på om AMU, og våre tillitsvalgte er orientert om denne saken?

MVH

Mette E. Leira
Sign.

Terje S. Nordahl
sign.

Lars Johannesen
sign.

Geir Pedersen
Sign

Anne Karin Rotmo
sign.

Rolf Rostad
sign.

Kåre Sørli
Sign.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 21/2008 Strategisk plan for energibruk i Helse Midt-Norge

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
26. mai 2008

Saksnr.
21/2008

Saksbeh.: Arne Flaata
Arkivkode: 012
Arkivsaksnr.: 2008/161

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Styret i Helse Nord-Trøndelag tar planen til etterretning og vil legge denne til grunn for den videre utvikling og forvaltning av foretakets bygninger.

SAKSUTREDNING:

Sak 21/2008 Strategisk plan for energibruk i Helse Midt-Norge

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Strategisk plan for energibruk i Helse Midt-Norge fra mars 2008

BAKGRUNN eller SAMMENDRAG

Helse Nord-Trøndelag har gjennom en lengre periode arbeidet aktivt med enøk tiltak i foretakets bygninger. Energiøkonomi er lagt til grunn ved reinvestering i tekniske anlegg og bygg samt at det er etablert gode rutiner for drift av tekniske anlegg. Dette arbeidet har gitt gode resultater og foretakets gjennomsnittlige energibruk pr m² i 2007 var 275 kWh (spesifikt energiforbruk). Helse Nord-Trøndelag har et stabilt lavt energiforbruk også sammenlignet med de øvrige foretakene i regionen.

Til tross for dette ser man muligheter for ytterligere å redusere energiforbruket og derigjennom miljøbelastningen. Da det er gjort mange små og store tiltak i bestående bygninger er det nå viktig å skjerpe kravene til nye bygg slik at disse bidrar til et så lavt energiforbruk som mulig.

Energiøkonomisering er viktig, men den vil med hensyn på den totale miljøbelastning og økonomibelastning bidra marginalt. Det er derfor viktig at nye og bestående bygninger utnyttes mest mulig arealeffektivt.

Helse Nord-Trøndelag har innført intern husleie i foretaket for å øke kostnadsbevisstheten og som et insentiv for å øke arealeffektiviteten. Arealeffektivisering vil bidra til lavere miljøpåkjenning og et samlet lavere kostnadsbilde ved totalt bortfall av drift og kapitalkostnader. Det etableres et prosjekt for en samlet gjennomgang av foretakets arealutnyttelse.

Helse Nord-Trøndelag ser det som en oppgave og redusere miljø- og klimamessig belastning ved energibruk. Foretaket vil ha fokus på teknologiske mulighetene til å etablere moderne, fleksible, miljøvennlige bygg og energisystemer ved en langsiktig økonomisk tenking.

For å styrke kompetanse og å utvikle bygningsmassen i ønsket retning støttes planens forslag om å etablere nettverk i regionen.

Levanger 20. mai 2008

Arne Flaatt
adm.dir
sign.

Strategisk plan for energibruk i Helse Midt-Norge

- › Roller og virkemidler
- › Status for energibruken
- › Påvirkning eksterne faktorer
- › Tre scenarier - veivalg
- › Mål og strategier
- › Energi handlingsplan

Utarbeidet i samarbeid med


Anders Overrein AS

Mars, 2008

Innhold i strategisk plan

1. Forord	2
2. Sammendrag og konklusjon	3
2.1 Sammendrag	3
2.2 Konklusjon	4
3. Bakgrunn for strategisk plan	5
3.1 Helse Midt-Norges roller og virkemidler i energisammenheng	5
3.2 Strategisk plan – formål, status og oppfølging	6
4. Status energibruk i HMN	7
4.1 Energibruk	7
4.2 Arealeffektivitet	8
4.3 Enøkpotensial	8
4.4 Energibrukens miljøpåvirkning	8
4.5 Eksterne faktorer som påvirker energibruken i HMN	9
5. Framtidig energisituasjon i HMN - scenarier	11
5.1 Hovedfaktorer i scenariene	11
5.2 Scenarier	11
5.3 Anbefalt retningsvalg	13
6. Mål og strategi for energibruk	15
6.1 Nasjonale mål	15
6.2 HMN's mål og strategi	15
7. Handlingsplan	17

1. Forord

Strategisk plan for energibruk i Helse Midt-Norge (HMN) er utarbeidet som et element i videreføringen av energiarbeidet i helseregionen, etter avslutning av prosjektet *"Energisk ledelse"*.

Planen omfatter en beskrivelse av HMN og helseforetakenes mulige rolle i energisammenheng, kartlegging av status for energibruken, en drøfting av scenarier for framtidig energisituasjon, samt en beskrivelse av anbefalt retning. Basert på dette er det utarbeidet et sett med delmål og tilhørende handlingsplan.

Strategisk plan er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående Tore Westerheim (avdelingsleder eiendom, Helse Nord-Trøndelag HF), Nils Arne Bjordal (seniorrådgiver bygg og eiendom, Helse Midt-Norge RHF), og Anders Overrein (rådgiver fra Siviling. Anders Overrein AS).

Stjørdal, 7. mars 2008

Nils Arne Bjordal/sign
Seniorrådgiver HMN RHF

Tore Westerheim/sign
Avd.leder HNT HF

Anders Overrein/sign
Sivilingeniør Anders Overrein AS

2. Sammendrag og konklusjon

2.1 Sammendrag

Helse Midt-Norge (HMN) har som mål at sykehus og bygninger skal representere en så liten miljømessig belastning som mulig. Energi- og arealeffektivisering er viktige elementer i dette.

Som eier og forvalter av 700.000 m² bygg med årlig energibruk på 210 GWh, og investeringsplaner for 14,5 mrd kr, kan HMN påvirke framtidig energibruk og miljøbelastning i regionen betydelig. Rollen som stor samfunnsaktør kan også utnyttes positivt ved å være proaktiv og positivt profilert i forhold til energi og miljø.

Strategisk plan for energibruk skal være verktøyet for å velge ut kurs og jobbe systematisk i forhold til disse rollene. Planen behandles og vedtas i HMN RHF's styre og vil være et styrende dokument for HF-ene. Status og oppfølging vil bli avklart nærmere.

Energibruk i HF-ene representerer 150 mill kr i årlige kostnader (210 GWh). I perioden 2001 – 2006 er energi-bruken effektivisert med 17 %. Energien er basert på el. (66 %), olje (7%) og fjernvarme (27 %).

Enøk-potensialet i bygningsmassen er beregnet til 20 GWh/år, tilsvarende 13 mill kr/år. Ved lønnsomhetskrav på 4 års inntjeningsetid, forsvaret det en investering på 45 mill kr.

HMN's energibruk gir en miljøbelastning på 15.620 tonn CO₂ pr år, noe som tilsvarer forurensingen fra ca 7.000 biler. Avhengighet av el og olje bidrar vesentlig til dette bildet. Det vil kreve vesentlige investeringer å oppnå forbedringer som monner. Eksempelvis vil utfasing av oljekjeler (44 stk), representere et investeringsbehov i størrelsesorden 100 mill. kr.

Arealeffektivitet er svært avgjørende for energikostnaden i et sykehus. Ved å fjerne 1m² elimineres kostnader tilsvarende 2.000 – 5.000 kr/m² pr år, herav ca 250 kr/m² i energikostnad. En "normalt bra" energieffektivisering på 10 % gir på sin side besparelser på ca 20 kr/m². Eksempelvis vil 5 % arealeffektivisering i HMN's bygningsmasse gi en arealreduksjon på 35.000 m². Dette tilsvarer 80 mill. kroner i årlig reduserte kostnader.

Eksterne faktorer vil påvirke energibruk/kostnad i framtida, f.eks Byggningsenergidirektivet, forbud oljekjeler, kjelkraft-regimet kan forsvinne, støtteordninger, økte CO₂-kvote-priser gir økt el-pris etc.

Det er utarbeidet tre scenarier for framtidig energisituasjon i HMN:

Scenarium 1: "Ingen bevisst strategi"

Scenarium 2: "Suboptimaliserte bedriftsøkonomiske løsninger"

Scenarium 3: "Langsiktig og lønnsomt miljøansvar"

Anbefalt retningsvalg er scenarie 3; langsiktig og profesjonell eier, bygger moderne areal- og energieffektive bygg som er miljøvennlige og har god energifleksibilitet. Bygningsmassen forvaltes profesjonelt og man tar rollen som samfunnsaktør på alvor. Retningsvalget vil kunne gi følgende konsekvens: behov investeringer men god totaløkonomi, redusert investeringsbehov pga areal-effektivitet, lav energikostnad under kontroll, prisuavhengighet, lavere drifts- og vedlikeholds-kostnader, bærekraftig vedlikehold tekniske anlegg, positiv miljøeffekt, tilskudd utnyttes, forsyningssikkerhet, positiv miljø- og energiprofil.

HMN/HF-ene er i dag i området scenarie 2, delvis scenarie 1. For å realisere et scenarie 3, må strategisk plan vedtas og etterleves, og følges opp med handlingsprogram. Konsekvensen og forutsetningen for å lykkes er at man er villig til å investere penger, tidsressurser og kompetanse.

I 2005 ble følgende overordnet mål for energiarbeidet vedtatt i HMN's styre:

"Foretakene i Helse Midt-Norge skal sørge for at det totale energiforbruket reduseres til et minimum, og at bruken av energi fra ikke-fornybare energikilder minimaliseres. Forbruk av energi skal være bevisste valg og handlinger hos den enkelte ansatte, som verdifulle bidrag til kontinuerlig forbedring av miljøet."

Basert på retningsvalg og overordnet mål er det utarbeidet et sett med mål:

Delmål 1: Minimum 15 kr/m² pr år avsettes til energi- og miljøtiltak

Delmål 2: Bygningsarealet reduseres med 10 % innen 2013

Delmål 3: Regional koordinering av eiendomsforvaltningen etableres

Delmål 4: Nye bygg/rehab.prosjekt skal ha klare energimål, ha vannbåren varme og skal ha oppvarming basert på ny fornybar energi

Delmål 5: Utvikle kompetanse regionalt mhp energi og miljø

Delmål 6: Alle ansatte skal opplyses gjennom informasjonstiltak

Målformuleringene er utkast som anbefales bearbeidet til et mer komplett handlingsprogram. Et utkast til konsept er utarbeidet bakerst i Strategisk plan.

2.2 Konklusjon

Helse Midt-Norge og helseforetakene står foran store energi- og miljømessige utfordringer. Eksterne faktorer påvirker i økende grad kostnad og miljøbelastning enten man vil eller ikke. Gjennom å ta strategiske valg og gjøre nødvendige prioriteringer, har HMN alle muligheter til å påvirke framtidsbildet, både i egen "pengepung", men også positivt for lokalt og globalt miljø.

En forutsetning for at man gir seg selv disse mulighetene er at Strategisk plan vedtas og følges opp i organisasjon og budsjetter, samt et målrettet handlingsprogram implementeres.

Gjennom pålegg om etablering av miljøledelse "Grønn Stat", har man allerede verktøyet og plattformen for en helhetlig satsing på dette. Det anbefales derfor en koordinert ambisiøs og målrettet satsing på energi og miljø i HMN.

3. Bakgrunn for strategisk plan

3.1 Helse Midt-Norges roller og virkemidler i energisammenheng

Helse Midt-Norge (HMN) har som mål at sykehus og bygninger i helseforetakene (HF-ene) skal representere en så liten miljømessig belastning som mulig. Som et ledd i å nå denne målsetningen legges det vekt på å energieffektivisere bestående bygg og å sørge for at nye bygg er energi- og arealeffektive. HMN har organisert enøkarbeidet i et felles prosjekt *"Energisk ledelse"*, hvor alle HF-ene i regionen har vært delaktig.

Arbeidet med energiøkonomisering videreføres som et samarbeid i tråd med beslutning, ref. *"Strategisk plan 2010 eiendomsforvaltning"*, der det legges opp til tett samarbeid mellom helseforetakenes eiendomsenheter.

Bygninger representerer 30 – 40 % av samlet CO₂-utslipp, hovedsakelig relatert til energiforbruk. Kommende energidirektiv, lov og forskrifter vil sette øvre grenser for energiforbruk i bygninger. Dette vil kreve at energiforbruk i langt større grad beregnes, dokumenteres og verifiseres i samband med kommende byggeprosjekt. Dette vil kreve økt fokus på energieffektivitet i bygninger.

Sykehus har stor påvirkningsmulighet på energibruk og miljø, blant annet gjennom følgende roller:

HMN som utbygger, eier og forvalter

HF-ene i regionen forvalter 727.000 m² bygg, hvorav 698.000 m² er i eget eie. og med et årlig energiforbruk i størrelsesorden 210 GWh, noe som tilsvarer en årlig driftskostnad på ca 150 mill kr.

Samlet representerer de vedtatte byggetiltakene i de nærmeste år investeringer i størrelsesorden 14,5 mrd. kr. Følgelig har HF-ene og HMN en formidabel rolle regionalt der de kan påvirke energibruken i stor grad.

HMN utøver sitt eierskap gjennom HF-ene. HMN er ikke formelt eier, forvalter eller utbygger, men kan legge strategiske føringer og instruksjoner for investeringer knyttet til dette. Ansvar for gjennomføring av byggeoppgaver og forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av sykehusene er følgelig lagt til helseforetakene som også er hjemmelhavere. Et unntak fra dette er gjennomføring av utbyggingen av Nytt universitetssykehus i Trondheim, St. Olavs Hospital, hvor byggherreansvaret er ivaretatt av en egen prosjektorganisasjon, Helse-bygg Midt-Norge, som er organisert som en avdeling med eget styre under Helse Midt-Norge RHF. Et annet unntak er Sykehusapotekene i Midt-Norge HF som leier sine bygg av helseforetak eller eksterne utleiere.

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt hvordan byggesaker og kjøp/salg av eiendom skal gjennomføres i tråd med de føringer som er gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet og som for øvrig følger av lov om helseforetak og vedtektene til helseforetakene. For øvrig er det vedtatt felles retningslinjer for kunstforvaltningen, generell tilgjengelighet i helsebygg og mål og handlingsplaner for energi, innkjøp, avfall og transport (miljøledelse).

HMN prioriterer investeringstiltak gjennom fordeling av lånemidler og avskrivningsmidler og godkjenner planer i ulike faser (idéfasen, konseptfasen, forprosjektfasen).

HMN som leietaker

HF-ene i regionen leier total ca 30.000 m² bygg. Gjennom å stille krav til areal- og energieffektivitet, vannbårne varmeanlegg basert på alternativ energi o.l., bidrar man til økt etterspørsel av ønskede leieobjekter i markedet.

Samarbeid med byggeier om tiltak der HMN delfinansierer investeringer i bygningsmassen, kan bidra til økt standard/verdi på bygget, samtidig som at leietaker får reduserte energikostnader.

HMN som samfunnsaktør

HMN og HF-ene er en stor og viktig offentlig aktør med opplevd og reell stor betydning for regionens innbyggere. De har ansvar for å forvalte felles verdier, ressurser og miljø, og må vise ansvarlighet ift lokalt og globalt miljø.

HF-ene kan innta en proaktiv rolle i kraft av sin størrelse i forhold til lokal energiforsyning, eksempelvis som avtaker fra fjernvarmeanlegg eller lokal produsert biomasse. Det er også viktig å være bevisst hvilke signaler HF-ene gir utad, mhp bygningers drift, inneklima og påvirkning på ytre miljø.

3.2 Strategisk plan – formål, status og oppfølgingFormål

Formålet med Strategisk plan er å gi en oversikt over Helseregionens og helseforetakenes energibruk, herunder energieffektivitet, potensial, fleksibilitet og miljøbelastning. Planen skal gi grunnlag for å velge framtidig retning, og for valgt retning defineres mål og strategi.

En konsekvensvurdering basert på ulike scenarier ligger til grunn for de anbefalinger som gjøres.

Planen har som formål å bidra til at det gjøres bevisste valg mhp energi, innemiljø og påvirkning av ytre miljø, og at HMN sin bygningsportefølje utvikles i ønsket retning.

Planens status og oppfølging

Strategisk plan for energi skal opp til behandling i styret for Helse Midt-Norge RHF. Planens status vil avhenge av vedtaket. Styret gir sin tilslutning til retningsvalg, overordnet mål og delmål.

Vedtatt plan vil bli fulgt opp vis a vis helseforetakene gjennom styrende dokumenter, styringsdokumentet og foretaksmøtet. Oppfølging av plan skal være tema i teknisk lederforum. Det er RHF-ets ansvar å følge opp planen herunder å organisere/koordinere det videre planarbeidet, samt foreta revisjon av planen etter endt planperiode.

HF-ene vil ha det utførende ansvaret og de rapporterer til RHF-et i forbindelse med tertialrapporteringen og i forbindelse med årsrapporten.

Teknisk lederforum har ansvar for å gjennomgå planen årlig.

4. Status energibruk i HMN

4.1 Energibruk

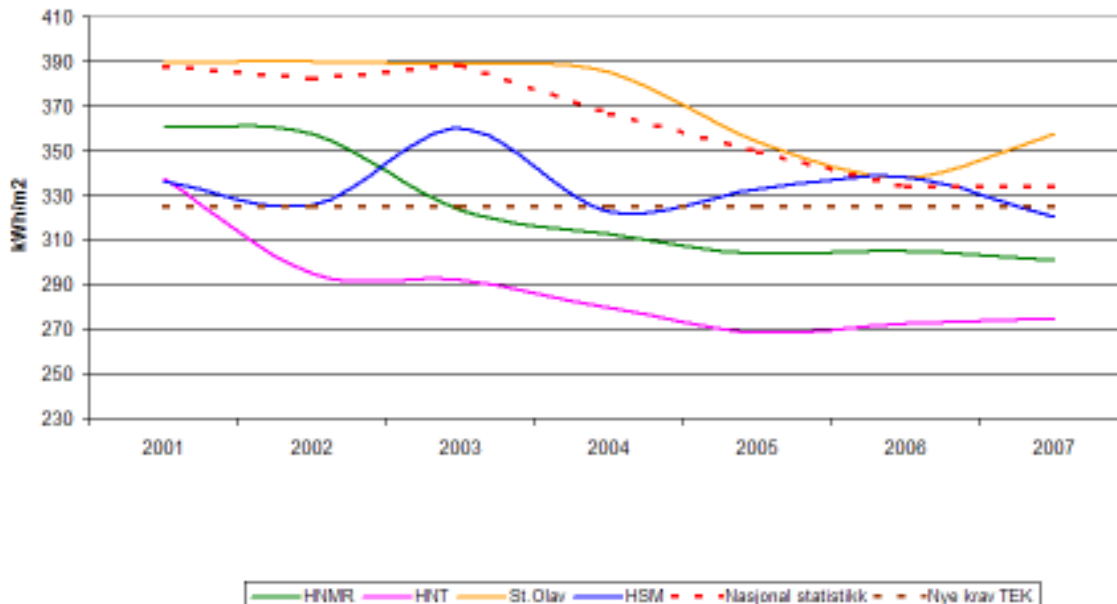
Energibruk for HF-ene er gjengitt i tabellen nedenfor. I tillegg kommer noen perifere anlegg, boliger o.a, så total årlig energibruk ligger i størrelsesorden 210 GWh.

Tabell 1: Energibruk i HMN

Helseforetak HF	Oppv. areal m ²	Fastkraft GWh	Kjeldkraft GWh	Olje GWh	Fjernvarme GWh	Sum energi GWh
Helse Nord-Trøndelag HF	102.685	17,73	1,31	7,98	0,19	27,20
St.Olav HF	342.300	61,89	1,82	3,44	40,48*	107,63
Helse Nordmøre og R.dal HF	92.845	14,12	8,39	2,56	0	25,07
Helse Sunnmøre HF	124.004	20,52	3,29	0,42	10,6	34,83
Sum	661.834	114,23	14,81	14,40	51,27	194,74

* Inkl fjernkjøling 5,77 GWh.

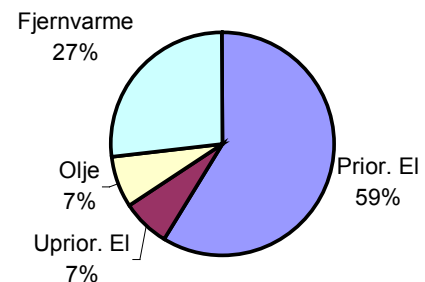
Energibruken representerer en årlig kostnad på ca 150 mill. kr. Dette forbruket har hatt en utvikling som vist i figuren nedenfor.



Figur 1: Utvikling energibruk - Helseforetak

Figuren viser en jevn reduksjon for alle HF, unntatt Helse Sunnmøre som har en variasjon, men rundt samme nivå. St.Olav har ellers vært i en fase med omfattende innfasing nye bygg/utfasing gamle bygg, noe som gjør perioden ekstraordinær. Gjennomsnittlig er forbruk redusert fra 356 kWh/m² til 295 kWh/m² (17 %). Dette ligger vesentlig under både nasjonal statistikk for sykehus og nye krav i byggeforskrift.

Fordeling mellom energibærere er vist i figur t.h. Ca 40 % av forbruk er knyttet til oppvarming (og noe fjernkjøling). St.Olav Øya (40 GWh) og Ålesund (10 GWh) bidrar til at en vesentlig del av oppvarming er basert på fjernvarme. Imidlertid har 7 av 9 sykehus ikke tilgang på annet enn olje/el.



Figur 2: Fordeling energibruk.

4.2 Arealeffektivitet

Arealeffektivitet er svært avgjørende for energikostnaden i et sykehus. Eksempelvis en areal-effektivisering som fjerner "hele kvadratmeteren", fjerner all FVDU-kostnad på dette arealet tilsvarende 1.000 kr/m². Foruten reduserte FDVU-kostnader reduseres kapitalbelastningen, noe som samlet kan utgjøre 1.000 – 5.000 kr/m² pr år på redusert areal.

Sammenlignet med en "normalt bra" energieffektivisering på 10 % i et bygg, som kanskje gir en årlig besparelse på 20 kr/m², gir arealeffektivisering altså store kostnadskonsekvenser.

Gjøres dette ved planlegging av nybygg/rehab, gir det også vesentlig besparelser i investering.

Sykehusene har mye areal tilpasset spesialformål, ofte med kort brukstid. Det er kultur for at hver enhet disponerer egne areal og sambruk mellom enheter skjer i liten grad. Det foreligger ingen samlet analyse av potensialet for arealeffektivisering av HF-ene i regionen, men et forsiktig anslag på 5 % gir en arealreduksjon på 35.000 m². Dette tilsvarer anslagsvis 80 mill. kroner i årlig reduserte kostnader, som vil kunne frigjøres til andre formål.

4.3 Enøkpotsial

I prosjektet *Energisk ledelse* er det realisert enøktiltak tilsvarende 8 GWh/år. I tillegg er det dokumentert tiltaksforslag tilsvarende 4 GWh i ytterligere potensial. Ved å utnytte erfaringene sykehusene imellom, ta i bruk ny teknologi, samt prioritere både bedriftsøkonomisk lønnsomme tiltak og noe mer langsiktige energi og miljøtiltak, er det estimert et enøkpotsial i størrelsesorden 15 - 20 GWh. Et anslag for kategorisering av disse tiltakene er:

- Strakstiltak (svært lønnsomme, ikke investeringskrevende): 4 GWh
- Brukerrettede tiltak (kampanjer o.a): 3 GWh
- Investeringsiltak: 13 GWh

Dette tilsvarer en kostnadseffektivisering på ca 13 mill kr pr år. Legges f.eks 4 års inntjeningstid som lønnsomhetskrav, kan dette forsvare en investering på 45 mill kr.

4.4 Energibrukens miljøpåvirkning

Energibruk i HF-ene påvirker miljøet lokalt og globalt. Ulike energibærere har følgende påvirkning:

- El.kraft: Økende nasjonalt forbruk og utveksling i internasjonalt marked gir økende import av kraft produsert av kull og gass => global miljøbelastning. Krever også miljøinngrep ved utbygging kraftoverføringslinjer, og ny produksjonskapasitet (vindmøller, kraftverk etc).
- Olje: Lokal miljøbelastning ved forbrenning. Transport påvirker også.
- Fjernvarme: Avhengig av løsning og sammensetning råstoff gir dette miljøbelastning lokalt ved forbrenning. Transport råstoff påvirker også. Ved "riktig" råstoff => miljøvennlig.

I tillegg til CO₂, er SO₂, NO_x og støv sentral innen miljøbelastning CO₂ er den viktigste, og er den som er behandlet i denne sammenheng.

Iflg Statens Forurensingstilsyn (SFT) gir bruk av el.kraft i praksis ingen CO₂-utslipp på kort sikt (fram til 2010). På lengre sikt med økt forbruk, og spesielt ved nyinstallasjoner, må man imidlertid legge marginalbetraktning til grunn, dvs at man forutsetter at forsyningen dekkes av import. "Global mix" av el-produksjon ligger iflg SFT/Enova på 600 g CO₂/kWh, som faktisk er det dobbelte av det en oljekjel slipper ut. Kort oppsummerte nøkkeltall for CO₂-utslipp:

- El.kraft (eksisterende forbruk, kort sikt): 0 g/kWh
- El.kraft (nyinstallasjon, lang sikt): 600 g/kWh
- Olje: 273 g/kWh
- Fjernvarme (avfallsforbrenning): 86 g/kWh

I tabell 2 er miljøbelastning som følge av HF-enes energibruk gjengitt. Det er forutsatt at 10 % av el.kraft er basert på import.

Tabell 2: Miljøbelastning pga energibruk i HF-ene, 2006.

	El.kraft	Olje	Fjernvarme	Sum
Tonn CO ₂ pr år	7.440	3.750	4.430	15.620

Det årlige CO₂-utslippet tilsvarer utslippet fra ca 7.000 biler! Hensyntatt SFTs dokumentasjon, har HF-ene på kort sikt mulighet til å påvirke miljøbelastningen gjennom redusert bruk av olje. Dette er mulig pga varmeanleggenes fleksibilitet, men tradisjonelt legges kun pris til grunn for dette valget.

Skal HF-ene bidra til redusert miljøbelastning på lengre sikt, må det ligge til grunn en strategi og investeringsplan for konvertering av varmeanlegg til nye fornybare energikilder.

4.5 Eksterne faktorer som påvirker energibruken i HMN

Bygningsenergidirektivet

Direktivet er et EU-initiativ med mål om å bidra med økt energieffektivitet i bygningsmassen. Det inneholder bestemmelser om:

- en rammemetode som kan beregne bygningers energieffektivitet
- minstekrav til energieffektivitet i nye bygninger og i større bygninger som renoveres
- energimerking av bygninger ved oppføring, salg eller utleie
- krav til synlig energimerke i offentlige bygninger over 1000 m²
- regelmessig energivurdering av kjelanlegg, - alternativt andre tiltak som gir samme effekt
- regelmessig energivurdering av kjøle- og luftkondisjoneringsanlegg

I praksis betyr dette for HF-ene nye krav til nybygg og bygg under rehabilitering. I tillegg vil det tvinge fram forbedrede rutiner og mer systematisk drift av bygninger og tekniske installasjoner.

En strategisk plan som reder grunnen for energieffektive og miljøvennlige bygg, bidrar til bygningsmasse, system og rutiner som tilfredsstiller kommende krav. Det er forventet at Bygningsdirektivet trer i kraft i 2009 – 2010.

Forbud mot installasjon av oljekjeler

I St.meld. nr. 34 (2006-2007) - Norsk klimapolitikk ("Klimameldingen") foreslås forbud mot installering av oljekjel i nye bygg (hjemlet i plan- og bygningslov). Loven trår i kraft 1.1.2009. I tillegg er det forslag om forbud mot å erstatte gamle oljekjeler med nye i bestående bygg. En forutsetning vil være at olje ikke erstattes med mer bruk av el, men overgang til nye fornybare energikilder.

I tabell nedenfor er vist installerte oljekjeler i HF-ene med tilhørende effekt og alder. Tilstand er opplyst av HF-ene å være i generelt bra tilstand, med enkelte unntak.

Tabell 3: Oljekjeler i HMN

HF	Antall kjeler (stk)	Installert effekt (MW)	Alder
HNT	8	8,0	1987-2004
St.Olav	16	13,0	1957-1997
HNMR	12	11,3	1963-2006
HSM	8	12,5	1969-2005
SUM	44	44,8	

Uavhengig av valgt utfasingsstrategi, representerer dette eksempelvis et investeringsbehov i størrelsesorden 100 mill kr. ved konvertering til biobrensel (bl.a bygningsmessige behov har stor innvirkning på dette tallet). Det er imidlertid viktig å merke seg at en stor andel av dette investeringsbehovet kommer uansett, når oljekjelene er utrangerte.

Kjeldkraft for fall!

I klimameldingen foreslås det å gjøre om ordningen for utkoblbar kraft ("kjeldkraft"), slik at den ikke bidrar til at el utkonkurrerer fornybar energi i oppvarmingsmarkedet. Konsekvensen for HF-ene er økte oppvarmingskostnader. Hvor mye er vanskelig å spå, også med tanke på at oljepris erfaringsvis også følger kraftpris, men f.eks en prisøkning på 20 % på kjeldkraft- og oljeforbruket tilsvarer en årlig kostnadsøkning på 2-3 mill kr.

Dette vil gi økt lønnsomhet i å konvertere eksisterende kjelanlegg til bioenergi, varmepumper o.a.

Offentlige støtteordninger stimulerer til alternativer

Som oppfølging av nasjonal politikk og målsetninger, er det etablert ulike støtteordninger som skal bidra til realisering av enøk og omlegging til nye fornybare energikilder. Enova SF har spesielt følgende egnede program (deler av Enovas tekst gjengitt):

"Energibruk – bygg, bolig og anlegg":

- Støtte til eksisterende/nye bygg, og anleggsprosjekt som f.eks vann og avløp, veglys og idrettsanlegg.
- Målgruppe: de som tar beslutninger/gjør investeringer i prosjekt med energimål. Rådgivere, arkitekter, entreprenører, produsenter og vareleverandører er viktige pådrivere for utvikling og gjennomføring av prosjektene.
- Investeringsstøtte i fysiske tiltak. Støttenivå: 0,2 - 0,5 kr/kWh redusert energibruk og/eller produsert fornybar varme årlig. Summen av redusert energibruk og bruk/produksjon av fornybar varme utgjør energimålet.
- Prioriterte prosjekt: stor prosjektavtale som omfatter stort antall byggeprosjekt, prosjekt med store bygningsareal knyttet til en eier, prosjekt med plan for gjennomføring av konkrete tiltak for å redusere behovet til elektrisk oppvarming og/eller overgang til fornybare energikilder, god ledelsesforankring avgjørende.
- Tredelt program:
 1. Prosjekt med energimål over 2 GWh/år
 2. Prosjekt med energimål mellom 0,5 og 2 GWh/år
 3. Forbildeprosjekt

I tillegg finnes andre program innen innovasjon, pilotprosjekt, etablering lokale varmeløsninger etc som man f.eks i samarbeid med andre aktører, kan få tilgang til. Slike positive eksterne faktorer må man gjøre en innsats for å kunne nyte godt av, men gjennom strategisk målrettet innsats og forankring i ledelsen, kan man få tilgang på omfattende ekstern finansiering.

CO₂-kvoter gir økt elpris.

Allerede i 2007 så man økte el-priser som følge av økte priser på CO₂-kvoter i EU. Selv om sykehusene ikke driver kvotepliktig virksomhet, er de del av det nordiske og det europeiske kraftmarkedet, og vil også merke virkningen av økt pris på CO₂-kvoter i Europa. I hvor stor grad dette trekker elprisen opp vet man ikke, men det antydes kvoteprise for 2008 på det tidobbelte av 2007-prisene (bl.a pga et langt strammere kvoteregime), og det spås at det vil bringe elprisen opp på et nivå Norge ikke er vant til.

Gitt at elprisen som følge av dette øker med 25 %, innebærer det en årlig kostnadsøkning på 20 mill kr.

5. Framtidig energisituasjon i HMN - scenarier

5.1 Hovedfaktorer i scenariene

Strategisk plan for energibruk vil ved planmessig oppfølging, i stor grad påvirke framtidens energibilde for helseforetakene i regionen. Det er da viktig å styre etter den utviklingen som ønskes. Det er tre hovedfaktorer som vil kunne påvirkes for framtida:

1. Tilgang på nok energi
2. Miljøbelastning ved energibruk
3. Kostnad ved energibruk

Tilgang på energi

Første punkt om tilgang på energi, utredes ikke videre i denne planen, da dette i hovedsak avhenger av sentrale myndigheters praktiske politikk. Det anbefales likevel å ha fokus på lokale energikilder, da dette bidrar både til leveringssikkerhet og miljø.

Miljøbelastning ved energibruk

Miljø og klima har de siste par år fått et enormt økt fokus, noe som bare vil øke i årene framover. Dette kommer selvfølgelig av erkjennelsen av at den menneskeskapte miljøbelastningen må tas på alvor. Energiforbruk er i denne sammenheng et meget kritisk miljøaspekt. Dette vil påvirke også norske sykehus i stor grad, så miljø bør være et sentralt punkt i en strategisk plan for energibruk.

Kostnad ved energibruk

Energikostnad for sykehusene er avhengig av hvor stort energibehov man har/skaper, hvor effektivt energien brukes og hvilken pris den har.

Trenden er at energibehovet generelt i samfunnet øker. Dette er både reelt og "selvskapt", og ikke enkelt å endre kortsiktig. Energieffektiviteten har stor sjanse til å bli meget bra framover, med stadig mer avansert automatikk for behovsstyring, samt mer profesjonalisering av drift.

Pris henger sammen med tilbud – etterspørsel. Beskrevet situasjon ift tilgang på energi i årene framover, vil gi seg utslag i økt pris. I tillegg vil miljøbelastningene som energibruken forårsaker, måtte betales for i langt større grad over energiprisen i framtida.

5.2 Scenarier

I denne vurderingen vektlegges mest det HMN og HF-ene selv kan påvirke. En kan se for seg flere scenarier der faktorene har fått forskjellige utfall:

- Scenarium 1: "Ingen bevisst strategi"
- Scenarium 2: "Suboptimaliserte bedriftsøkonomiske løsninger"
- Scenarium 3: "Langsiktig og lønnsomt miljøansvar"

Scenarie 1: "Ingen bevisst strategi"

Manglende etterlevet strategi, dagens "energisystem" med vekt på strøm og olje, også til oppvarmingsformål, opprettholdes. Pga knapphet og høy pris på elektrisk kraft, økes bruken av olje. Dette gir lokal forurensning (CO₂, NO_x, støv etc), mens resterende nødvendig strømforbruk er lite energieffektiv og påvirker miljøet globalt pga behov for import av bl.a kullkraft. Manglende fleksibilitet/vannbårne anlegg gir fortsatt avhengighet av strøm også til oppvarmingsformål. Kvotesystem og energimarked gjør at dette scenariet gir høye energikostnader. Arealeffektivitet er ikke tema og drift og vedlikehold er "havaristyr".

Man opptrer svært uprofesjonell i rollene som eier og forvalter, man bygger gammeldagse bygg som er kostbare og forurensende å drifte, samt at man ser bort fra sin rolle som samfunnsaktør.

Stikkord for konsekvens:

- Høyt energiforbruk
- Økte energikostnader
- Økende forurensende energibruk, stor miljøbelastning
- Manglende valgmulighet ift energikilde
- Økte drift- og vedlikeholdskostnader
- Økt risiko for driftsstans pga havari og manglende alternativ
- Tilgang på tilskudd til enøktiltak, konvertering, miljøtiltak etc, utnyttes ikke
- Ift forsyningssikkerhet er man veldig avhengig av eksterne faktorer
- Reduserte tilgjengelige midler til pasientbehandling
- Framstår som lite miljø- og samfunnsbevisst – dårlig profil

Scenarie 2: "Suboptimaliserte bedriftsøkonomiske løsninger"

HF-enes beslutningsgrunnlag har overveiende fokus på kortsiktig økonomisk lønnsomhet, ofte styrt av havari eller når nye behov oppstår. Dette gjøres uten at man har noen langsiktig strategi som etterleves. Lønnsomhetskravene kveler dessuten eventuelle ambisjoner om riktige valg av energisystemer/-kilder som er energieffektive og miljøriktige, og som gjerne har en god totaløkonomi på lengre sikt. Tenkingen vil realisere enkelttiltak med kort payback, såfremt man jobber systematisk for avdekke slike tiltak. Arealeffektivisering skjer der man ser kortsiktig gevinst, og fokus på lønnsom enøk gir en viss planlagt drift/vedlikehold av anlegg.

I dette bildet er man lite langsiktig som eier, man bygger gammeldagse og lite miljøvennlige bygg, men med til dels behovsstyrt energibruk. Man har en viss taktisk bevissthet som forvalter. Man ser bort fra sin rolle som samfunnsaktør.

Stikkord for konsekvens:

- Noe positiv miljøeffekt da redusert forbruk medfører reduserte utslipp og behov for import
- Pga enøk holdes total energikostnad under kontroll
- Vedvarende prisavhengighet pga manglende fleksibilitet i energisystem; langsiktig investering i vannbåren varme/infrastruktur har for marginal lønnsomhet og blir ikke realisert
- Vedvarende bruk av lite miljøvennlige energikilder; langsiktig investering i alternative energikilder/infrastruktur har for marginal lønnsomhet og blir ikke realisert
- Økt lønnsomhet i enkelttiltak pga økte energipriser => energieffektivisering
- En viss kontroll på drift- og vedlikeholdskostnad opprettholdes
- Tilgang på tilskudd til enøktiltak utnyttes
- Tilgang på tilskudd til konvertering, utfasing etc utnyttes ikke
- Ift forsyningssikkerhet er man like langt som i scenarie 1.
- Framstår som noe likegyldig i forhold til å tenke miljø globalt; profil gir inntrykk av at man hensyntar miljø såfremt det gavner en selv

Scenarie 3: "Langsiktig og lønnsomt miljøansvar"

Her senkes de økonomiske lønnsomhetskravene fordi man ser de miljø- og klimamessige sidene ved energibruk, man ser de teknologiske mulighetene til å etablere moderne, fleksible, miljøvennlige bygg og energisystemer. Man ser sitt ansvar som offentlig samfunnsaktør, og legger til grunn en langsiktig økonomisk tenking.

Etterleves dette scenariet har man en langsiktig og profesjonell eier, man bygger moderne areal- og energieffektive bygg som er miljøvennlige og har god energifleksibilitet. Bygningsmassen forvaltes profesjonelt. Man tar sin rolle som samfunnsaktør på alvor.

Stikkord for konsekvens:

- Krever store investeringer, men gir ved riktige valg og langsiktig tenking, god totaløkonomi

- Redusert investeringsbehov pga arealeffektivitet
- Lav energikostnad under kontroll
- Stor prisuavhengighet – man kan veksle
- Lavere drifts- og vedlikeholdskostnader
- Planlagt og bærekraftig vedlikehold/oppgradering av tekniske anlegg
- Positiv miljøeffekt lokalt/globalt
- Tilgang på tilskudd
- Forsyningssikkerhet pga lokale energikilder
- Man framstår meget positivt som miljø- og energibevisst. Positiv profil

Hvor står HMN i dag?

Viser til kapittel 4 for mer detaljert status.

Mange gode enkelttiltak er gjennomført, men gjerne med en suboptimalisering ift teknisk løsning og totaløkonomisk tenking. Ved nybygging/rehab-prosjekter er tekniske anlegg en salderingspost, noe som medfører dårligere anlegg, mindre energieffektive og miljøvennlige løsninger. Arkitektoniske krav prioriteres framfor energi- og miljøkrav, eksempelvis glassareal, romvolum, fasader og utvendig solavskjerming.

Det er uttalt at det er svært vanskelig å få gehør for og etablert målsetning for arealeffektivitet, bl.a pga manglende forståelse hos brukergrupper.

Som et eksempel på strategiske valg i byggeprosjekt nevnes Sykehuset Namsos. Nord-Trøndelag fylkeskommune som byggherre vurderte varmeanlegg og energibærer fra sitt ståsted som eier av Nord-Trøndelag elektrisitetsverk. Sykehuset ble forsynt med langsiktige rimelig elektrisitetsavtaler. Å investere i vannbårne varmeanlegg ville ha belastet investeringsbudsjettet "unødig" og sykehuset ble derfor bygget med direkte elektrisk oppvarming. Denne beslutningen fører til at anlegget er låst til elektrisitet som energibærer noe som først å fremst har betydning for driftskostnaden. Med bakgrunn i utviklingen av energikostnader vil dette forholdet forverres i framtiden. Det at sykehuset er låst til elektrisitet som energibærer vil også kunne ha betydning i en krisesituasjon med langsiktig brudd i elektrisitetsforsyningen.

Da helseregionen består av flere HF med sine egne strategier og prioriteringer, skal man være forsiktig med å generalisere, men totalt sett kan man plassere HF-ene i området rundt scenarie 2. Imidlertid dokumenterer resultatene i prosjektet "Energisk ledelse", at flere i enkeltsituasjoner tenderer mot scenarie 1, dvs at selv tiltak med svært god lønnsomhet, kan være vanskelig å få realisert. Ved St.Olav-utbyggingen er det elementer i planlegging og gjennomføring som går i retning scenarie 3, uten at dette er evaluert og dokumentert med resultater.

5.3 Anbefalt retningsvalg

Framtidig energi og miljøsituasjon lokalt og globalt, krever en langt mer bevisst og aktiv holdning og handling enn det som tidligere har vært praksis.

De ytre påvirkningene mht prisutvikling, støtteordninger, forbud etc gir allerede direkte konsekvenser for HMNs energibruk. Det foreligger krav i Plan- og bygningslov, Byggeforskrift, Forskrift om offentlige innkjøp etc, og disse skjerpes kontinuerlig. I tillegg legger bl.a Klimameldingen og kommende Bygningsenergidirektiv nye skjerpede føringer. Ved å etablere en framtidsrettet og offensiv strategisk plan for energi og miljø, og etterleve denne, kan man i langt større grad "utnytte gulrøtene i systemet enn å vente på pisen". I tillegg får man en meget positiv bieffekt gjennom at HMN og HF-ene profileres positivt.

Det anbefales en bevisst satsing i retning scenarie 3. Man er da helt avhengig av å gjennomarbeide en strategisk plan for energibruk, med skissert forankring og innhold.

Det handler som i mange sammenhenger, om systematisk gjennomføring på alle nivå i organisasjonen. Mål, strategi og virkemidler etableres og etterleves på strategisk, taktisk og operativt nivå:

Strategisk nivå

Strategisk plan vedtas som felles strategi for energibruk i helseregionen, og ligger til grunn for retningslinjer ved investeringer.

Som et eksempel vises til vedtak i styremøte den 29.08.07, sak 83/07 "*Eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge*", om innføring av husleie i foretaksgruppen fra og med budsjettåret 2008. Hovedmål er å motivere for mer effektiv arealbruk og for å gi et riktig bilde og fordeling av de faktiske arealkostnadene. Det skal også legges til rette for et mer planlagt vedlikehold for derigjennom en bedre drift av bygninger med tekniske anlegg.

På strategisk nivå samsvarer anbefalt valg av scenarie med vektlegging av miljømessige belastninger på kort og lang sikt, samt årskostnadskrav som er beskrevet i veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekt.

Taktisk nivå

Vedtatt strategisk plan med retningsvalg legger grunnlaget for å utarbeide kvantifiserte mål og strategier på et taktisk nivå. Det må utarbeides mål for de områdene som er omtalt i strategisk plan, eksempelvis systemvalg, vannbårne anlegg, fornybar energi, nivå/behovsstyring energibruk, arealeffektivitet, kobling Grønn Stat, EOS/benchmarking, lønnsomhetskrav, infoaktivitet/kampanjer, kompetanseplan og organisering.

Handlingsplan vedtatt som del av Strategisk plan vil være sentral.

I tråd med vedtak i styremøte den 29.08.07, sak 83/07 Eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge, etableres også innen for dette området et tett samarbeid mellom helseforetakene for å sikre enhetlige løsninger og kompetanseheving.

Rapporteringsrutiner opprettholdes iht Grønn Stat, herunder også enøkprosjektet energisk ledelse. Benchmarking gjennomføres på bakgrunn av rapportering og øvrige data fra foretakene for å videreutvikle bygg, anlegg og kompetanse.

Operativt nivå

Det operative nivået skal ivareta den praktiske gjennomføringa/tiltakene som er nødvendig for å nå målene. Dette vil omfatte rutiner, verkøy, opplæring og tiltak. Det vises til egen rapport fra arbeidsgruppe "Driftsoptimalisering".

Økonomisk konsekvens av retningsvalg

Konsekvenser er beskrevet under scenarie 3, men den økonomiske siden kan oppsummeres slik:

- Totaløkonomisk vil det være lønnsomt å velge scenarie 3. Dette er begrunnet ut fra de utviklingstrekk som foreligger, og faglig kunnskap om hva som er bærekraftig eiendomsforvaltning.
- Krav om årskostnadsvurdering/livssyklusluskostnader må tas på alvor.
- Det vil kreve investeringsvilje med langsiktig tenking i forhold til infrastruktur
- Lønnsomhetskrav må stilles til tiltak, og da videre enn tradisjonell bedriftsøkonomisk payback.
- Miljøløft krever også investeringsvilje. Enøk er økonomisk lønnsomt, mens miljøtiltak gjerne kan sidestilles med tiltak mhp universell utforming; det gir en merkostnad som man må ta for å tilfredsstille nye krav/forventninger.
- Satsing vil kreve forpliktelser ansvarsmessig, framdriftsmessig og i forhold til økonomi. Prosess må kjøres opp mot handlingsplan og budsjett. Man må få vedtak om tilslutning til å konkretisere dette.

6. Mål og strategi for energibruk

6.1 Nasjonale mål

Stortingsmelding 29 1998/99 – Energimeldingen beskriver en energipolitikk som underbygger en ambisiøs miljøpolitikk. Den overordnede målsetningen er at energiressursene skal forvaltes fornuftig, med redusert bruk av fossilt brensel og økt bruk av fornybar energi.

Følgende konkrete mål er satt:

- redusere veksten i energiforbruket vesentlig mer enn om utviklingen overlates til seg selv
- øke produksjonen av energi basert på fornybare energikilder, bl.a 3 TWh vindkraft
- 4 TWh i økt vannbåren varme
- økt bruk av naturgass innenlands

Myndighetenes satsing vil også påvirkes av arbeidet i "Energi21", som er et strategidokument for framtidig satsing. Foreslått visjon er gjengitt nedenfor.

Energi21s visjon

Norge: Europas energi- og miljønasjon – fra nasjonal energibalanse til grønn leveranse
Norge har naturressurser, kompetansemiljøer og samfunnsmessige forutsetninger til å bli Europas fremste energi- og miljønasjon.

For å kunne oppfylle denne visjonen foreslår strategigruppen:

- En FoU-satsing på fem spissede områder:
 - effektiv energibruk
 - klimavennlig kraft
 - CO₂-nøytral oppvarming
 - et energisystem for fremtidens behov
 - attraktive rammebetingelser for FoU
- En bredesatsing på utdanning og grunnleggende og anvendt forskning

Figur 3: "Energi21" - visjon

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom tildeling av avskrivningsmidler gitt incentiv til reduksjon av samlet sykehusareal med 20 % (pr 2008).

6.2 HMN's mål og strategi

I prosjektet *Energisk ledelse* ble det utarbeidet felles overordnet mål for energibruk for HF-ene:

Overordnet mål

"Foretakene i Helse Midt-Norge skal sørge for at det totale energiforbruket reduseres til et minimum, og at bruken av energi fra ikke-fornybare energikilder minimaliseres. Forbruk av energi skal være bevisste valg og handlinger hos den enkelte ansatte, som verdifulle bidrag til kontinuerlig forbedring av miljøet."

Denne formuleringen ble behandlet som del av innføring av miljøledelse, og vedtatt i HMNs styre i 2005. Overordnet mål sammenfaller med scenarie 3, som anbefalt retningsvalg. Med utgangspunkt i dette er følgende delmål definert, med tilhørende strategier/virkemidler for å nå målene:

Delmål 1: Minimum 15 kr/m² pr år avsettes til energi- og miljøtiltak

Mange lønnsomme enøktiltak er ikke realisert i HF-ene. En barriere er manglende tilgang på investeringsmidler, noe som gjør at selv prosjekt med inntjeningsstid < 1 år ikke blir realisert. En forutsetning for å realisering, er at tilstrekkelige ressurser stilles til disposisjon. For å sikre energieffektive bygninger, samt redusere miljøbelastningen på ytre miljø, gjennomføres følgende tiltak:

- HMN tilpasser investeringsrammen til HF-ene i tråd med dette.

- HF-ene utarbeider enøkplan og gjennomfører tiltak tilsvarende minimum 15 kr/m². Totalt tilsvarer dette 12 mill kr.
- Lønnsomme enøktiltak gjennomføres.

Delmål 2: Bygningsarealet reduseres med 10 % innen 2013

Arealeffektivitet er svært avgjørende for energieffektivitet, energikostnad og miljøbelastning, i tillegg til alle øvrige FDVU-kostnader (ref kap 4.2). En reduksjon av sykehusarealet er også et nasjonalt mål. HMN og HF-ene skal sikre dette gjennom følgende tiltak:

- Etablere og videreutvikle husleiemodell som virkemiddel for å oppnå bedre arealeffektivitet
- Utarbeide evt revidere eksisterende generalplan og FDV-system
- Drive benchmarking av arealeffektivitet HF-ene imellom
- Sette konkrete mål for arealeffektivitet ved nybygg, rehab, ombygg.
- Drive kontinuerlig arealeffektivisering i eksisterende bygningsmasse.
- Vurdere lokal og regional koordinering/lokalisering av funksjoner mhp arealutnyttelse

Delmål 3: Regional koordinering av eiendomsforvaltningen etableres

En profesjonalisert eiendomsforvaltning vil bidra til å nå energi- og miljørelaterte mål (ref rapport *Eierstrategi 2010*). HMN og HF-ene skal sikre dette gjennom følgende tiltak:

- Strategisk plan for energibruk vedtas og implementeres
- Det etableres en regional koordineringsgruppe med ansvar for oppfølging/revisjon av strategisk plan. Gruppen kan ivareta oppgaver innen energiledelse, benchmarking, Grønn Stat, utnyttelse/utvikling av kompetanse, samt være bindeledd til operativt nivå (energijegere o.a)

Delmål 4: Nye bygg/rehab.prosjekt skal ha klare energimål, ha vannbåren varme og skal ha oppvarming basert på ny fornybar energi

I planlegging av nybygg og rehabilitering har man stor påvirkningsmulighet i forhold til framtidig energibruk og miljøbelastning. HMN og HF-ene skal sikre dette gjennom følgende tiltak:

- Organisering byggeprosjekt som ivaretar kompetanse innen energi, miljø, samt framtidig drift.
- Videreutvikle prosedyrer og verktøy for de ulike fasene i et byggeprosjekt
- Etterstrebe løsninger i tråd med lavenergibygging/passivhus
- Definere kvantifiserte mål/krav til arealeffektivitet, spesifikk energibruk og andre parametre
- Definere klare systemkrav mhp vannbårne anlegg, energisentral, automatikk o.a. Nedfelles i eksempelvis "Bok 0" og/eller anbudsbeskrivelser.
- Kreve utarbeidelse av energi/effektbudsjett og årskostnadsvurderinger (ref *Veileder for Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*)

Delmål 5: Utvikle kompetanse regionalt mhp energi og miljø

Det finnes mye kompetanse innen helseforetakene, men framtidige utfordringer vil kreve videreutvikling av tilgjengelig kompetanse. HMN og HF-ene skal sikre dette gjennom følgende tiltak:

- Løfte organisasjonens kompetanse mhp energi- og arealeffektivisering gjennom et pilotprosjekt som setter langt mer krevende energi- og arealeffektiviserings mål enn det som tidligere er praktisert. Prosjektet etableres innenfor kommende utbygginger.
- Utveksle og videreutvikle kompetanse i HF-ene gjennom faglige nettverk, regional koordineringsgruppe, kurs, workshops etc

Delmål 6: Alle ansatte skal opplyses gjennom informasjonstiltak

Brukers holdninger, vaner og rutiner utgjør 10-30 % av enøk-potensialet i et sykehus. Derfor er holdningsskapende aktiviteter viktig. HMN og HF-ene skal sikre dette gjennom følgende tiltak:

- Halvårlege kampanjer rettet mot brukere/ansatte
- Videreutvikle Web/intranett som informasjonskanal

7. Handlingsplan

Tiltakene beskrevet under hvert av målene, er i dette kapittelet systematisert i en handlingsplan. For mer beskrivende tekst for tiltakene, se kapittel 6.

Tabell 4: Handlingsplan

AKTIVITET	ANSVAR	2008	2009	2010	2011
Avsetning midler til enøktiltak					
- HMN tilpasser investeringsrammer – modell	RHF				
- HMN tilpasser investeringsrammer – periodisk	RHF				
- Utarbeidelse av enøkplan i hvert HF	Hvert HF				
- Revisjon av enøkplan i hvert HF	Hvert HF				
- Lønnsomme enøktiltak gjennomføres	Hvert HF				
Bygningsarealet reduseres					
- Etablere/videreutvikle husleiemodell	RHF/HF				
- Utarbeide evt revidere eksist generalplan	Hvert HF				
- Etablere benchmarking av arealeffektivitet	Reg. gruppe				
- Drive benchmarking av arealeffektivitet	Reg. gruppe				
- Utarb mål arealeffektivitet	RHF/R.grupp				
- Sette mål arealeffektivitet i nybygg, rehab, omb	HF løpende				
- Utarb modell arealeff. eksist bygningsmasse	RHF/R.grupp				
- Arealeffektivisere eksist bygningsmasse	Hvert HF				
- Vurdere funksjoner mhp arealutnyttelse	RHF/HF				
Koordinere eiendomsforvaltningen regionalt					
- Strategisk plan energibruk vedtas/implement	RHF/HF				
- Regional koordineringsgruppe etableres	RHF/HF				
- Regional koordineringsgruppe jobber	Reg. gruppe				
Mål enøk og energisystem i nybygg/rehab					
- Utvikle modell organisering av byggeprosjekt	RHF/HF				
- Videreutvikle prosed./verktøy byggeprosjekt	RHF/HF				
- Utvikle modell lavenergibygging/passivhus	RHF/HF				
- Etterstrebe lavenergibygging/passivhus	Hvert HF				
- Definere kvantifiserte mål/krav ulike parametre	RHF/HF				
- Definere systemkrav, etablere i dok.	RHF/HF				
- Etabl krav energi/effektbudsjett, årskostnadsv.	RHF/HF				
Utvikle kompetanse					
- Gjennomføre pilotprosjekt energi-/ arealeff.	RHF/HF				
- Utveksle/videreutvikle kompetanse i HF-ene	Reg.gruppe				
Informasjonstiltak ansatte					
- Halvårlege kampanjer	RHF				
- Videreutvikle Web/intranett	Reg. gruppe				
Revisjon Strategisk plan					
- Årlig gjennomgang	STLF				
- Periodisk revisjon Strategisk plan	RHF				

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 22/2008 Driftsrapport 1. tertial 2008

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
26. mai 2008

Saksnr.
22/2008

Saksbeh.: Tormod Gilberg
Arkivkode: 012
Arkivsaksnr.: 2008/161

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering og ber om at det fokuseres på tiltak for å nå fastsatte mål for sentrale kvalitetsindikatorer.

SAKSUTREDNING:

Sak 22/2008 Driftsrapport 1. tertial 2008

Vedlegg som følger saken:

1. Administrerende direktørs rapport til HMN pr. april 2008
2. Oversikt kvalitetsindikatorer pr. april 2008

1. INNLEDNING

I det gjennomgående styringssystemet for helseregionen fokuseres hver måned på 20 nøkkeltall innen følgende fire hovedområder; pasientbehandling/opplæring, økonomi, organisasjon/ledelse og forskning. Disse nøkkeltallene følges opp internt i foretaket og ved ekstern rapportering.

Vi rapporterer hver måned til HMN og til eget styre på de viktigste styringsindikatorene. Vanligvis benyttes deler av den rapporteringsmalen som HMN har utarbeidet, også når vi rapporterer til eget styre.

Vanligvis legges de månedlige driftsrapportene fram for styret som orienteringssaker, men hvert tertial, og ved behov ellers, utarbeides egen styresak med innstilling til vedtak. Vi vil i denne saken fokusere på økonomisk resultat, men også kommentere enkelte av de andre styringsindikatorene. For flere detaljer, vises til opplysninger i vedlegg som følger saken.

2. ØKONOMISK RESULTAT, TILTAK OG PROGNOSE

Resultatkravet for HNT for 2008 er et årsresultat på 15 mill kroner (ekskl. økte pensjonskostnader knyttet til nye beregningskriterier).

April 2008 viser et regnskapsresultat på 4,9 mill kroner mot et budsjettert resultat på – 0,2 mill kroner. Korrigert for økte pensjonskostnader, som skal holdes utenfor resultatkravet til eier, er resultatet i april 12,3 mill kroner og akkumulert resultat 33,8 mill kroner. Resultatet for april er 5,1 mill kroner foran budsjett og akkumulert 10,6 mill kroner foran budsjett.

Det er utarbeidet konkrete tiltak for omstilling og effektivisering av foretakets drift svarende til vel 45 mill kroner. Tiltakene fordeler seg med 18 mill kroner på reduksjon av bemanningskostnader, 3 mill kroner på reduserte varekostnader, 18 mill kroner på økte inntekter (økt aktivitet og bedre koding) og 7 mill kroner på diverse andre tiltak. Oversikt over realisert omstilling pr. april viser at vi ligger litt etter den planlagte målsetningen. Pr. april prognostiseres en forventet oppnåelse på vel 40 mill kroner.

Når resultatet pr. april ligger 10,6 mill kroner foran budsjettet, skyldes dette i stor grad at det er satt av en buffer for å dekke uforutsette kostnader og mangelfull effekt av vedtatte tiltak.

På dette grunnlag prognostiseres et resultat for 2008 på nivå med budsjettet, dvs. et resultat for foretaket i forhold til eiers krav i samsvar med budsjettet på + 15,0 mill kroner.

3. AKTIVITET

Den DRG-baserte aktiviteten var i april 9 % over plantallene og akkumulert pr. april 3 % over plantallene. Den polikliniske aktiviteten var i april godt over plantallene i somatikken, men noe

SAKSUTREDNING:

Sak 22/2008 Driftsrapport 1. tertial 2008

under plantallene i psykiatrien. Akkumulert er poliklinikkaktiviteten omtrent som planlagt i somatikken, men en god del under plantall i psykiatrien. P.g.a. omlegging til ISF-basert finansiering

av somatiske poliklinikker har vi for denne aktiviteten regnskapsført inntekter med utgangspunkt i ny ”grouper”, dvs. vel 1 mill kr lavere enn budsjett pr. april.

På dette grunnlag prognostiseres en ordinær aktivitet i foretakets somatiske avdelinger på årsbasis i overkant av plantallene. I de psykiatriske enhetene prognostiseres antall innlagte pasienter på årsbasis på nivå med plantallene, mens antall polikliniske pasienter anslås noe under fastsatte plantall.

4. ”RASKERE TILBAKE”

HNT har helt siden prosjektet ”Raskere tilbake” startet opp i fjor, lagt til rette for ekstraordinær aktivitet for å redusere ventetidene for pasienter som venter på sykehusbehandling for å kunne vende tilbake til arbeidslivet. Etter henvendelse til HMN har foretaket nylig fått avklart sin ramme for denne type ekstraordinær virksomhet i 2008. Rammen er satt til 13 mill kroner og vil bety en reduksjon i forhold til den aktivitet vi har hatt i dette prosjektet i 1. tertial. Foretakets aktivitet knyttet til prosjektet ”Raskere tilbake” vil derfor måtte reduseres til omtrent den halve resten av inneværende år.

HNT hadde i 1. tertial en inntekt på 8,2 mill kroner knyttet til ”Raskere tilbake”, fordelt på 7,3 mill kroner knyttet til kirurgiske tjenester og 0,9 mill kroner knyttet til fysikalsk medisin og rehabilitering. I prosjektet er det gitt behandling til nesten 200 pasienter gjennom innleggelse eller dagbehandling, mens det er gjennomført vel 500 polikliniske konsultasjoner.

Den kirurgiske aktiviteten i prosjektet fordeler seg med 5,2 mill kroner i inntekt ved kirurgisk klinikk, Levanger og 2,2 mill kroner i inntekt ved kirurgisk klinikk, Namsos. I tillegg til å dekke variable kostnader har aktiviteten gitt et bidrag til foretakets resultat på nesten 3 mill kroner.

5. KVALITETSINDIKATORER

Det er fastsatt konkrete mål for bl.a. følgende kvalitetsindikatorer;

- epikrisetid,
- korridorpasienter,
- strykninger,
- ventetid vurdering BUP og
- sykefravær.

Som det framgår av vedlagte dokumenter, ligger foretaket en god del etter fastsatte måltall for de tre første indikatorene. For epikrisetid er målet at 80 % av alle epikriser skal være sendt innen 7 dager. Resultatet i 1. tertial var på 60,6 %. Det skal i normal drift ikke være korridorpasienter. I 1. tertial lå 4,1 % av pasientene på korridor. Andel strykninger på elektive operasjoner skal være under 5 %. I 1. tertial var andel strykninger 9,1 %.

SAKSUTREDNING:**Sak 22/2008 Driftsrapport 1. tertial 2008**

Det arbeides med tiltak for å bedre resultatet for disse indikatorene. Kirurgisk klinikk, Levanger, som har lavest måloppnåelse for epikrisetid, vil gjennom eget prosjekt få anledning til å bedre resultatet gjennom alternativ organisering av kontortjenesten.

Ventetid til vurdering i BUP er en ny indikator. Her er målkravet at alle henvisninger skal være vurdert innen 10 dager. I 1. tertial var 77,6 % av henvisningene vurdert innen fristen på 10 dager. Rutinene vil derfor bli innstrammet for å bedre resultatoppnåelsen på denne indikatoren.

Sykefraværet rapporteres nå etter ny nasjonal definisjon og var i 2007 på 8,4 %. Målsettingen for 2008 er at sykefraværet skal reduseres til maks. 7,7 %. Sykefraværet var i 1. tertial 2008 på 7,6 % mot 8,4 % i samme periode i 2007. Denne indikatoren er derfor innenfor fastsatte målkrav.

Levanger, 19. mai 2008

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.

Administrerende direktørs rapport

1. Driftsresultat for perioden

April 2008 viser et regnskapsresultat på 4,9 mill kroner mot et budsjettet resultat på – 0,2 mill kroner. Korrigert for økte pensjonskostnader, som skal holdes utenfor resultatkravet til eier, er resultatet i april 12,3 mill kroner og akkumulert resultat 33,8 mill kroner. Resultatet for april er 5,1 mill kroner foran budsjett og akkumulert 10,6 mill kroner foran budsjett.

2. Prognose (mill kr)

Årsprognose forrige periode (måned x-1)	- 73,1 mill kroner
Endring inntekter (prognose)	+ 5,0 mill kroner
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 5,8 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 9,6 mill kroner. Forklaring: Sum inntekter viser et positivt avvik i forhold til budsjett siste måned. Den DRG-baserte aktiviteten var i april 9 % over plantallene og akkumulert pr. april 3 % over plantallene. Den polikliniske aktiviteten var i april godt over plantallene i somatikken, men noe under plantallene i psykiatrien. Akkumulert er poliklinikkaktiviteten omtrent som planlagt i somatikken, men en god del under plantall i psykiatrien. P.g.a. omlegging til ISF-basert finansiering av somatiske poliklinikker har vi for denne aktiviteten regnskapsført inntekter med utgangspunkt i ny "grupper", dvs. vel 1 mill kr lavere enn budsjett pr. april. Gjennom prosjektet "Raskere tilbake" er det gjennomført en ekstraaktivitet i april tilsvarende vel 2 mill kroner i inntekter. Akkumulert pr. april utgjør brutto inntekter knyttet til "Raskere tilbake" om lag 7 mill kroner. Prosjektet "Raskere tilbake" bidrar til økte inntekter ut over det som er planlagt i budsjettssammenheng. På dette grunnlag prognostiseres samlede inntekter å bli om lag 10 mill kroner over budsjettet på årsbasis.	
Endring varekostnader (prognose)	- 5,0 mill kroner
Avvik i forhold til budsjett denne periode; - 1,1 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; - 3,4 mill kroner. Forklaring: Merforbruket på varekostnader fortsetter og er akkumulert på 3,4 mill kroner. Avviket er todelt og skyldes økt volum av medisinske forbruksvarer knyttet til (ikke budsjettet) aktivitet gjennom prosjektet "Raskere tilbake" i tillegg til noe økte gjestepasientkostnader. På dette grunnlag prognostiseres samlede varekostnader å bli om lag 10	

mill kroner over budsjettet på årsbasis.	
Endring lønnskostnader (prognose)	- 5,0 mill kroner
Avvik i forhold til budsjett denne periode; - 1,9 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; - 5,9 mill kroner. Forklaring: Merforbruket på lønn fortsetter og er akkumulert på 5,9 mill kroner. Hele merforbruket er knyttet til variabel lønn (overtid og ekstrahjelp), - noe gjelder ordinær drift og noe er knyttet til økt aktivitet gjennom prosjektet "Raskere tilbake". I tillegg til avvik knyttet til ordinær og ekstraordinær drift, er det signaler om at årets lønnsoppgjør kan komme til å koste mer enn det som er lagt inn i budsjettet. Uten at vi har tatt hensyn til økonomisk virkning av årets lønnsoppgjør prognostiseres samlede lønnskostnader å bli om lag 15 mill kroner høyere enn budsjettet på årsbasis.	
Endring andre driftskostnader (prognose)	+ 5,0 mill kroner
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 2,1 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 10,0 mill kroner. Forklaring: Det akkumulerte positive avviket på andre driftskostnader skyldes i hovedsak at det på denne arten er satt av en buffer for å dekke uforutsette kostnader og mangelfull effekt av vedtatte tiltak. På dette grunnlag prognostiseres andre driftskostnader å bli om lag 15 mill kroner lavere enn budsjettet på årsbasis.	
Endring finansposter (prognose)	0 mill kroner
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 0,2 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 0,3 mill kroner. Forklaring: Her er det godt samsvar mellom budsjett og regnskap. Prognose resultat forventes å bli omtrent som budsjettet på årsbasis.	
Årsprognose denne periode (måned x)	- 73,1 mill kroner
Økte pensjonskostnader (p.g.a. endrede økonomiske forutsetninger)	88,1 mill kroner
Årsprognose resultat HMN-krav	15,0 mill kroner

3. Status realisert omstilling

Det er utarbeidet konkrete tiltak for omstilling og effektivisering av foretakets drift svarende til vel 45 mill kroner. Tiltakene fordeler seg med 18 mill kroner på reduksjon av bemanningskostnader, 3 mill kroner på reduserte varekostnader, 18 mill kroner på økte inntekter (økt aktivitet og bedre koding) og 7 mill kroner på diverse andre tiltak. Oversikt over realisert omstilling pr. april viser at vi ligger litt etter den planlagte målsetningen. Pr. april prognostiseres en forventet oppnåelse på vel 40 mill kroner.

I tillegg til oppfølging gjennom linjen, legges det også i 2008 opp til at egen ”controllergruppe” skal følge opp de klinikkene som synes å ha størst utfordring i forhold til å nå fastsatte resultatmål.

4. Utvikling i bemanning

Lønnskuben for 2008 viser at vi hadde 2.209 brutto utbetalte månedsverk i april 2008. Det er 32 flere månedsverk enn samme måned i fjor (påskan var i april i fjor og i mars i år). Akkumulert pr. april 2008 hadde vi 8.795 utbetalte månedsverk, mens vi pr. april 2007 hadde 8.778 månedsverk, – dvs. en økning på 17 månedsverk hittil i år.

5. Utvikling i sykefravær

Sykefraværet rapporteres nå etter ny nasjonal definisjon og var i 2007 på 8,4 %. Målsettingen for 2008 er at sykefraværet skal reduseres til maks. 7,7 %.

Sykefraværet var i april 2008 på 7,7 % mot 7,2 % samme måned i 2007. Akkumulert pr. april 2008 var sykefraværet 7,6 % mot 8,4 % akkumulert pr. samme periode i 2007.

6. Utvikling likviditet

Foretaket trekker på felles kassekredittramme til HMN. Omfanget av kassakreditten varierer noe i løpet av en måned (avhengig av tidspunkt for ut- og innbetalingsstrømmer) og ligger jevnt over mellom 200 og 300 mill kroner.

7. Generell vurdering av den økonomiske situasjonen

DRG-aktiviteten ligger over plantall i april og akkumulert pr. april måned. Den polikliniske aktiviteten er høyere enn plantall i somatikken, men lavere enn plantall i psykiatrien. I tillegg til ordinær aktivitet har det også vært stor aktivitet knyttet til prosjektet ”Raskere tilbake”. HMN har nettopp gitt HNT er ramme for ”Raskere tilbake” i 2008 på 13,0 mill kroner. Med utgangspunkt i gjennomført aktivitet så langt, vil det derfor være behov for å redusere denne ekstraaktiviteten noe resten av året.

Foruten økte inntekter og kostnader knyttet til nevnte ekstraaktivitet, viser regnskapet så langt noe høyere kostnader for enkelte klinikker knyttet til varekjøp (særlig medisinske forbruksvarer) og variabel lønn. De fleste klinikker viser et resultat pr. april i balanse eller over budsjett, mens én klinikk (kirurgisk klinikk, Namsos) viser et negativt avvik som må følges opp.

Når resultatet pr. april ligger 10,6 mill kroner foran budsjettet, skyldes dette i stor grad at det er satt av en buffer for å dekke uforutsette kostnader og mangelfull effekt av vedtatte tiltak.

På dette grunnlag prognostiseres et resultat for 2008 på nivå med budsjettet, dvs. et offisielt resultat på – 73,1 mill kroner eller et HMN-resultat for foretaket på + 15,0 mill kroner.

Levanger, 16. mai 2008

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.

Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	April 2008

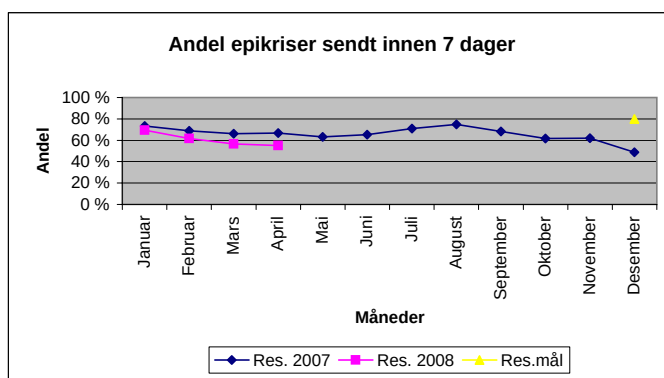
Kvalitetsindikatorer:

Kommentarer:

Preoperativ liggetid lårhalsbrudd	Tertialvis rapportering av andel pasienter med lårhalsbrudd over 65 år med preoperativ liggetid under 48 timer. Resultatmål 2008: 100 %. Resultat 1. tertial 2008: Resultat 2. tertial 2008: Resultat 3. tertial 2008: Samlet resultat 2008:
--	---

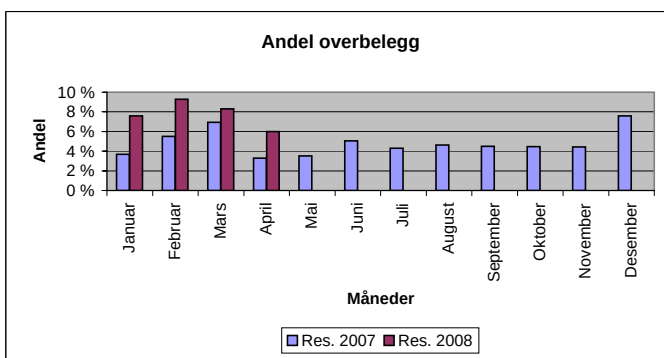
Andel epikriser sendt innen 7 dager:

	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	73,5 %	69,6 %	
Februar	68,8 %	61,6 %	
Mars	66,1 %	56,6 %	
April	66,9 %	55,0 %	
Mai	63,3 %		
Juni	65,4 %		
Juli	71,0 %		
August	74,9 %		
September	68,3 %		
Oktober	61,7 %		
November	62,1 %		
Desember	48,9 %		80,0 %
Total	65,7 %		



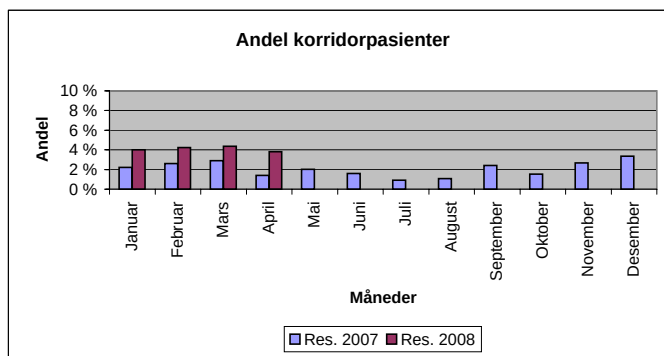
Andel overbelegg:

	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	3,7 %	7,6 %	
Februar	5,5 %	9,3 %	
Mars	6,9 %	8,3 %	
April	3,3 %	6,0 %	
Mai	3,5 %		
Juni	5,1 %		
Juli	4,3 %		
August	4,6 %		
September	4,5 %		
Oktober	4,5 %		
November	4,4 %		
Desember	7,6 %		
Total	4,8 %		



Herav; Andel korridorpasienter:

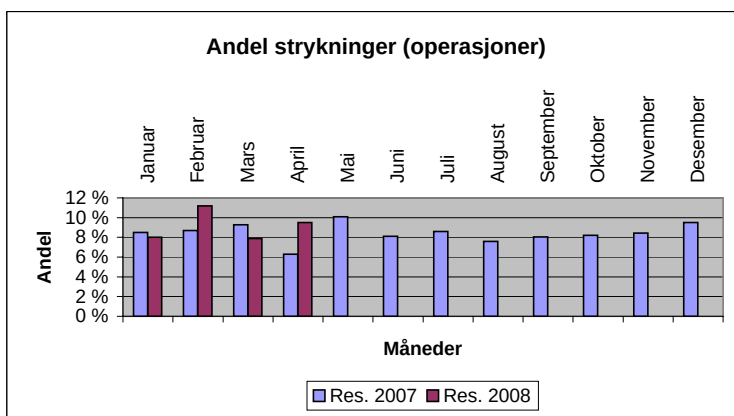
	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	2,2 %	4,0 %	
Februar	2,6 %	4,3 %	
Mars	2,9 %	4,4 %	
April	1,4 %	3,8 %	
Mai	2,0 %		
Juni	1,6 %		
Juli	0,9 %		
August	1,1 %		
September	2,4 %		
Oktober	1,5 %		
November	2,7 %		
Desember	3,4 %		
Total	2,1 %		



Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	April 2008

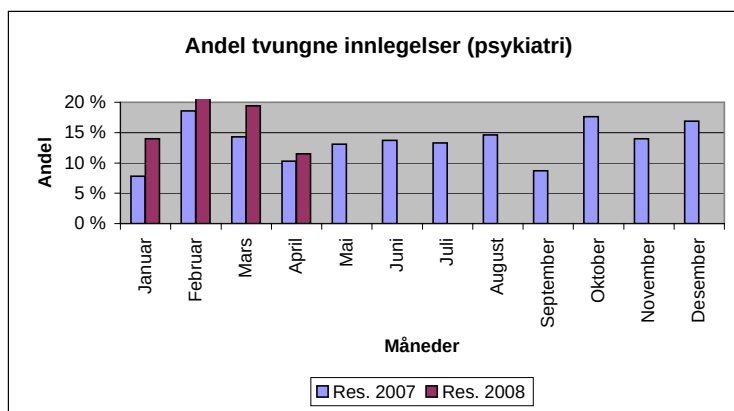
Andel strykninger (operasjoner):

	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	8,5 %	8,0 %	
Februar	8,7 %	11,2 %	
Mars	9,3 %	7,9 %	
April	6,3 %	9,5 %	
Mai	10,1 %		
Juni	8,1 %		
Juli	8,6 %		
August	7,6 %		
September	8,0 %		
Oktober	8,2 %		
November	8,4 %		
Desember	9,5 %		
Total	8,5 %		5,0 %



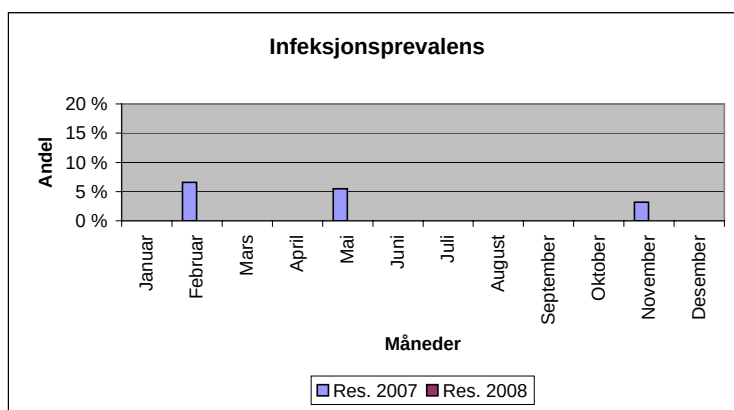
Andel tvungne innleggelser (psyk.):

	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	7,8 %	14,0 %	
Februar	18,6 %	24,5 %	
Mars	14,3 %	19,4 %	
April	10,3 %	11,5 %	
Mai	13,1 %		
Juni	13,7 %		
Juli	13,3 %		
August	14,6 %		
September	8,7 %		
Oktober	17,6 %		
November	14,0 %		
Desember	16,9 %		
Total	13,5 %		



Infeksjonsprevalens:

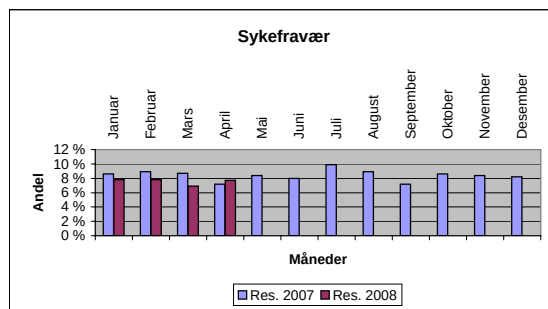
	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar			
Februar	6,6 %		
Mars			
April			
Mai	5,5 %		
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November	3,2 %		
Desember			
Total	5,2 %		



Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	April 2008

Sykefravær:

	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	8,6 %	7,8 %	
Februar	8,9 %	7,8 %	
Mars	8,7 %	6,9 %	
April	7,2 %	7,7 %	
Mai	8,4 %		
Juni	8,0 %		
Juli	9,9 %		
August	8,9 %		
September	7,2 %		
Oktober	8,6 %		
November	8,4 %		
Desember	8,2 %		
Total	8,4 %		7,7 %

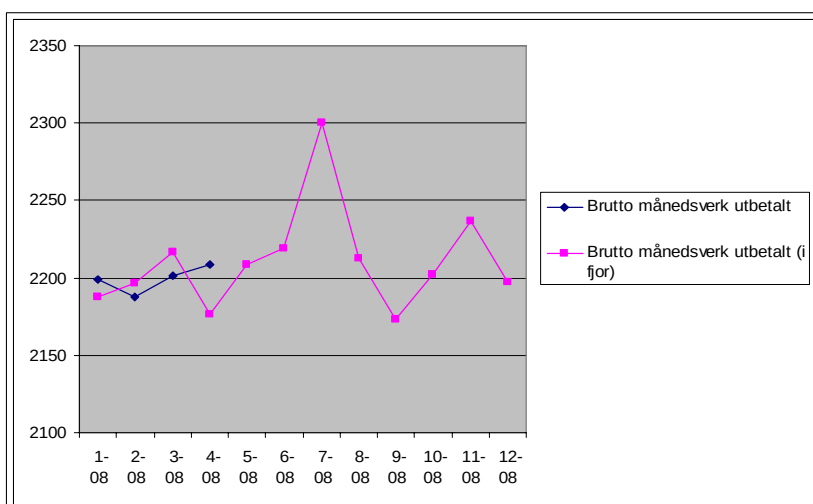


Realisert omstilling:

Tiltaksrapportering HNT 2008 (pr mars mnd)				
	HNT Gruppert (Sum HF)	SUM Tiltak	Realisert hittil (mill kr)	Prognose
1 Red. i lønnskostn. knyttet til stab/støtte/ servicefunksjoner		-2,1	-0,6	-1,9
2 Red. i lønnskostn. knyttet til pleietjenester		-10,7	-2,0	-8,1
3 Red. i lønnskostn. knyttet til vakt/ tj.planer leger		-5,1	-1,2	-4,4
4 Red. i varer og tjenester (bl.a. medikament)		-2,7	-0,7	-2,6
5 Økn. i inntekter (inkl. kodeforbedring)		-17,5	-4,7	-16,5
6 Annet enn gruppe 1-5		-7,4	-2,2	-7,0
SUM HNT		-45,5	-11,4	-40,6

Bemanningsutvikling:

	1-08	2-08	3-08	4-08
Brutto månedsverk utbetalt	2 199,0	2 187,6	2 199,8	2 208,6
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 187,9	2 196,8	2 216,5	2 176,6
	5-08	6-08	7-08	8-08
Brutto månedsverk utbetalt				
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 208,8	2 218,7	2 300,5	2 212,3
	9-08	10-08	11-08	12-08
Brutto månedsverk utbetalt				
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 173,0	2 201,9	2 236,9	2 197,2



HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 23/2008 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Saksnr.
Styret	26. mai 2008	23/2008
Saksbeh.: Arne Flaata		
Arkivkode: 012		
Arkivsaksnr.: 2008/161		

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Styret tar sakene til orientering

SAKSUTREDNING:
Sak 23/2008 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoller styret i Helse Midt-Norge 23.04.08 og 09.05.08
2. Pasientombudets årsrapport 2007
3. Andre orienteringer

Levanger 20. mai 2008

Arne Flaatt
adm.dir
sign.

**HELSE MIDT-NORGE RHF
STYRET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid 23.04.08 kl. 10.30 – 15.45

Møtested: Stjørdal, Helse Midt-Norge RHF

Saksnr.: 35/08 – 44/08

Arkivsaksnr.: 2008/104

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid (møteleder)

Tove Røssstad

Ellen Engdahl

Kirsti Leirtrø

Olav Huseby

Merethe Storødegård

Jan Magne Dahle

Oskar J. Grimstad

Joar Olav Grøtting

Karl Wesenberg

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Ellen Marie Wøhni

Forfall:

Ingen

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Jan Eirik Thoresen

Direktør for eierstyring Asbjørn Hofslø

Økonomidirektør Anne-Marie Barane

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Rådgiver Lillian Engen (tom sak 38/08)

Seniorrådgiver bygg Nils Arne Bjordal (fra sak 38/08)

Rådgiver Venke Reiten (fra sak 38/08)

Rådgiver Svanhild Jensen (fra sak 41/08)

Adm. dir. Helsebygg Johan Arnt Vatnan

Kontorleder Rita Bjørgan Holand, referent

Revisor Per Hansen (tom sak 38/08)

Det regionale brukerutvalget:

Annlaug Stavik

Elin Gullvåg

Merknader til innkallingen:

Sak 42/08 utgår.

Det var ingen merknader til innkallingen forøvrig

Merknader til møtet:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 17.04.08. Samme dag ble sakene lagt ut på Styreadministrasjon for Helse Midt-Norge RHF, med unntak av sak 37/08 og 42/08.

Sak 37/08 ble lagt ut i Styreadministrasjonen for Helse Midt-Norge RHF 18.04.08.

Styreleder orienterte om at sak 39/08 kan bli lukket.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i det regionale brukerutvalg, den 21.04.08
- Sak 37/08 vedlegg Årsberetning 2007 – endelig forslag
- Sak 37/08 vedlegg Årsregnskapet 2007 – endelig forslag
- Sak 38/08 vedlegg Konsernregnskap og Regnskap
- Sak 39/08 vedlegg ST 2008/28 Nye Molde sjukehus – Status for arbeidet
- Sak 39/08 vedlegg ST 2008/08 Nye Molde sjukehus – Status for arbeidet ved Bjørn Engum
- Sak 43/08 vedlegg Fakta om omstillingen ved Fødeavdelingen St. Olavs Hospital ved Gunnar Bovim
- Sak 43/08 vedlegg Brev til styret fra Den Norske Jordmorforening
- Sak 43/08 vedlegg mail fra Niels Eriksson
- Uttalelse fra Fylkestinget i Sør-Trøndelag
- Uttalelse fra Fylkestinget i Møre og Romsdal

Styremedlem Olav Huseby ba om at det under orienteringssaker ble gitt en orientering til styret om situasjonen for barn i sykehus, dette med utgangspunkt i medicoppslag bl.a. om barn ti måneder i astmakø.

Sak 35/08 Underskrift av protokoll

Protokoll

Det var ingen merknader til protokollen.

Protokoll fra møtet den 26.03.08 ble godkjent og underskrevet.

Sak 36/08 Referatsaker

Referatsaker:

- Regionalt brukerutvalgs møte den 21. april 2008

Adm. direktørs innstilling:

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

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

Sak 37/08 Helse Midt-Norge – Årsberetning og årsregnskap 2007

Adm. direktørs innstilling:

Styret godkjenner styrets årsberetning og årsregnskap for 2007, med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet.

Styret foreslår for foretaksmøte at strukturfondet oppløses, og at verdiene overføres til annen innskutt egenkapital.

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle mindre justeringer i årsregnskapet og i årsberetningen.

Protokoll

Styremedlem Oskar Grimstad fremmet følgende forslag:

"Styret imøteser egen styresak vedr. negativ egenkapital på St. Olavs Hospital"

Det ble først stemt over innstillingen, som ble enstemmig vedtatt.

Deretter ble det stemt over Osker Grimstads forslag. Dette ble også enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret godkjenner styrets årsberetning og årsregnskap for 2007, med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet.

Styret foreslår for foretaksmøte at strukturfondet oppløses, og at verdiene overføres til annen innskutt egenkapital.

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle mindre justeringer i årsregnskapet og i årsberetningen.

Styret imøteser egen styresak vedr. negativ egenkapital på St. Olavs Hospital

Sak 38/08 Økonomirapportering pr 31. 03.08

Adm. direktørs innstilling:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar økonomirapportering pr 31. Mars 2008 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 økonomirapportering pr 31. Mars 2008 til etterretning

Sak 39/08 Helse Midt-Norge - Revidert investeringsbudsjett 2008

Adm. direktørs innstilling:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar endret forslag til investeringsbudsjett 2008 fordelt som vist i tabell under pr helseforetak og med fordeling på prosjekt og utstyr/annet som beskrevet i saken (tall i 1000 kroner)

Helse Midt-Norge	Revidert investerings- budsjett 2008
Helseforetak	SUM
Helse Sunnmøre HF	53 200
Helse Nordmøre og Romsdal HF	123 896
St Olavs Hospital HF	244 270
Helse Nord-Trøndelag HF	27 280
Rusbehandling Midt-Norge HF	1 140
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	9 150
	0
Helsebygg Midt-Norge	1 720 743
Helse Midt-Norge IT	58 100
Helse Midt-Norge RHF	220
Sum	2 238 000

2. Styret i Helse Midt-Norge vil presisere at prioriteringsrekkefølgen som tidligere er vedtatt ikke skal forskyves, dersom det ikke er rent formelle og praktiske årsaker til forskyvning. Styret fastholder at Nye Molde sjukehus har 1. prioritet av nye større utbyggingsprosjekter. Styret forutsetter at forprosjektet videreføres etter at Helse- og omsorgsdepartementet har behandlet konseptrapporten og foretatt en foreløpig myndighetsvurdering og når finansieringen er avklart.
3. Revidert investeringsbudsjett 2008 forutsetter at deler av likviditetsutfordringen løses gjennom salg av eiendom. Styret ber om å få seg forelagt en samlet fremstilling av hvilke eiendommer som kan selges i Helse Midt-Norges foretaksgruppe.

4. Inntil det er avklart hvor mye salg av eiendommer vil tilføre av likviditet i 2008, skal alle investeringer i helseforetakene og Hemit som ikke er påløpt eller hvor bestilling ikke kan reverseres, avventes.

Protokoll

Det ble først stemt over adm. direktørs innstilling samlet. Innstillingen ble enstemmig forkastet.

Styreleder Kolbjørn Almlid fremmet nytt forslag:

”Saken utsettes.

En ber om at følgende prinsipper/føringer blir lagt til grunn i det videre arbeid:

- *140 mill dekkes hovedsakelig inn i Helsebygg, St. Olavs Hospital og RHF's budsjetter*
- *Forprosjektfasen ”Molde nye sjukehus” gjennomføres uten stans, i det en først etter at den er avsluttet kan gjennomgå prosjektet på en kvalitativ god måte.*
- *Planlegging ”Barneavdeling Helse Sunnmøre” går som forutsatt i budsjett 2008.*
- *Administrasjonen bes på grunnlag av ovenstående, legge fram ny sak med økonomisk inndekning.”*

Styreleder Kolbjørn Almlids forslag ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Saken utsettes.

En ber om at følgende prinsipper/føringer blir lagt til grunn i det videre arbeid:

- 140 mill dekkes hovedsakelig inn i Helsebygg, St. Olavs Hospital og RHF's budsjetter
- Forprosjektfasen ”Molde nye sjukehus” gjennomføres uten stans, i det en først etter at den er avsluttet kan gjennomgå prosjektet på en kvalitativ god måte.
- Planlegging ”Barneavdeling Helse Sunnmøre” går som forutsatt i budsjett 2008.
- Administrasjonen bes på grunnlag av ovenstående, legge fram ny sak med økonomisk inndekning.

Sak 40/08 Landsvernplan Helse

Adm. direktørs innstilling:

Styret for Helse Midt-Norge RHF ber Helse- og omsorgsdepartementet ta hensyn til adm. direktørs merknader i foreliggende saksfremlegg ved utformningen av Landsverneplan helse.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF ber Helse- og omsorgsdepartementet ta hensyn til adm. direktørs merknader i foreliggende saksfremlegg ved utformningen av Landsverneplan helse.

Sak 41/08 Helse Midt-Norge – Nye helseforetaksstyrer

Valgnemndas innstilling:

1. Styret gir sin tilslutning til at valgnemndas forslag til nye styrer for helseforetakene i Helse Midt-Norge oversendes foretaksmøte for godkjenning og vedtak. Styrenes funksjonstid settes til 2 år og gjelder fra vedtak i foretaksmøtet.
2. Vedtaket omfatter ikke de ansattes representanter som velges særskilt, av og blant de ansatte.

Protokoll

Styremedlem Olav Huseby ba om at valgnemnda har jevnlig evaluering av arbeidet i HF - styrene. Dette for å danne grunnlag for senere nyoppnevning/reoppnevning.

Styreleder Kolbjørn Almlid viste til at direktør ved St. Olavs hospital har foreslått at styreleder ved St. Olavs Hospital HF får sitt honorar økt pga ekstra stor arbeidsbelastning. Dette ble støttet av både styret og administrasjonen.

Det ble ikke fremmet alternative forslag til adm. direktørs innstilling

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret gir sin tilslutning til at valgnemndas forslag til nye styrer for helseforetakene i Helse Midt-Norge oversendes foretaksmøte for godkjenning og vedtak. Styrenes funksjonstid settes til 2 år og gjelder fra vedtak i foretaksmøtet.
2. Vedtaket omfatter ikke de ansattes representanter som velges særskilt, av og blant de ansatte.

Sak 42/08 Sykehuset Namsos – Salg av boliger og kontorbygg – utgår

Sak 43/08 Orienteringssaker

I møtet den 23.04.08 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Status Helse Midt-Norge
- Rapportering Helsebygg Midt-Norge
- Hunt Biosciences AS
- Fødesituasjonen ved St. Olavs hospital
- KS-avtale for Midt-Norge

Adm. direktørs innstilling:

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

Protokoll

Etter spørsmål fra styremedlem Olav Huseby ble det gitt en orientering om arbeidet med å synliggjøre ventelister for barn i somatiske sykehus, herunder også barn med astmatiske lidelser. Adm. direktør konkluderte med at det ville bli fremmet en egen sak for styret som omhandler situasjonen for barn i sykehus, ventelister mv.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

Sak 44/08 Eventuelt

Det ble reist en del spørsmål vedr. Foretaksmøtene.

Obligatoriske deltakere til disse møtene er adm. direktør og styreleder. Andre medlemmer i styret har anledning til å møte, men dette er ikke obligatorisk. Det er ikke nødvendig å melde forfall hvis en ikke har anledning til å delta.

Trondheim, den 29.05.08

Kolbjørn Almlid

Tove Røstad

Merethe Storødegård

Ellen Engdahl

Olav Huseby

Oskar J. Grimstad

Jan Magne Dahle

Joar Olav Grotting

Kirsti Leirtø

Karl Wesenberg

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

**HELSE MIDT-NORGE RHF
STYRET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid 09.05.08 kl. 09.00 – 09.45

Møtested: Telefonmøte

Saksnr.: 45/08 og 46/08

Arkivsaksnr.:

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid (møteleder)

Tove Røstad

Olav Huseby

Merethe Storødegård

Jan Magne Dahle

Joar Olav Grøtting

Oskar J. Grimstad (fra sak 46/08)

Karl Wesenberg

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Ellen Marie Wøhni

Forfall:

Kirsti Leirtrø

Ellen Engdahl

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Jan Eirik Thoresen

Stabsdirektør Per Holger Broch, referent

Økonomidirektør Anne-Marie Barane

Seniorrådgiver bygg Nils Arne Bjordal (tom sak 34/08)

Merknader til innkallingen:

Det var ingen merknader til innkallingen.

Merknader til møtet:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 30.04.08. Samme dag ble sakene lagt ut på Styreadministrasjon for Helse Midt-Norge RHF.

Styreleder Kolbjørn Almlid meldte inn sak til eventuelt, bygging av sykehotell i Helse Sør Øst.

Sak 45/08 Sykehuset Namsos - salg av boliger

Adm. direktørs innstilling:

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at salg av boligområdet Geilin ved Sykehuset Namsos og ber om at saken forelegges foretaksmøtet for Helse Midt-Norge RHF.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret for Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at salg av boligområdet Geilin ved Sykehuset Namsos og ber om at saken forelegges foretaksmøtet for Helse Midt-Norge RHF.

Sak 46/08 Eventuelt

Tove Røstad orienterte om telefonmøte den 08.05.08 med styrelederne i de regionale Helseforetakene i forbindelse med sak om bygging av nytt pasienthotell ved Helse Sør – Øst.

Styreleder Kolbjørn Almlid presenterte utkast til uttalelse i saken.

Støtter bevilgning til sykehotell ved Rikshospitalet, men ikke skjevfordeling mellom helseregionene.

Styret i Helse Midt-Norge merker seg at Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet å bevilge i størrelsesorden 110 millioner kroner til bygging av sykehotell ved Radiumhospitalet. Dette er midler som ikke ligger inne i årets investeringsbudsjett, men vil bli skaffet til veie ved en tilleggsbevilgning i Revidert nasjonalbudsjett.

Til dette vil styret i Helse Midt-Norge uttale følgende:

- 1. Etter at direktøren ved Rikshospitalet satte i gang byggingen av sykehotellet uten styrebeslutning, merker en seg at styret i Rikshospitalet har stoppet byggeprosessen, noe styret i Helse Midt-Norge finner naturlig. Det er generelt ikke akseptabelt at helseforetak, eller administrativt personell tar seg til rette på en måte som går utover opplegget for investeringer og drift som myndighetene har bestemt. Det er grunnleggende udemokratisk og må betraktes som sivil ulydighet. I den sammenheng merker styret i Helse Midt-Norge seg at styret i det lokale helseforetaket har gjort vedtak som har ført til at administrerende direktør har gått av fra sin stilling.*
- 2. Når byggingen har kommet så langt som den har, er det likevel rett å fullføre prosjektet da foretaket også etter en avvikling ville måtte betale mellom 30 og 40 millioner kroner for påbegynt bygging. Det må være bedre å kanalisere disse midlene inn i helsefremmende virksomhet, da det er et dokumentert behov for sykehotellplasser, og det er dyrere å plassere pasientene på andre hoteller som dessuten også ligger lenger unna Radiumhospitalet.*
- 3. Denne ekstrabevilgningen til Helse Sør-Øst vil øke skjevfordelingen mellom regionene ytterligere. Det er helt uakseptabelt, og styret legger til grunn at Regjering og Storting allerede i statsbudsjettet for 2009, fatter vedtak som fjerner skjevfordelingen.*
- 4. Når styret i Helse Midt-Norge velger å støtte realiseringen av sykehotellet etter at Rikshospitalet har satt seg selv i en svært vanskelig situasjon, legger man til grunn at*

styret ved Helse Sør/Øst støtter vårt krav om fjerning av skjevfordelingen mellom helseregionene. Det er like uforståelig for befolkningen i Midt- Norge at man ikke er like mye verdt som pasienter, som det er for pasienter i sør og øst at man skal la være å bygge et sykehotell som er påbegynt og det er behov for, og som man uansett ville måtte betale store summer for.

Protokoll

Dette utkastet ble enstemmig vedtatt, og vil bli oversendt HOD ved Statsråden.

Trondheim, den 29.05.08

Kolbjørn Almlid

Tove Røstad

Merethe Storødegård

Ellen Engdahl

Olav Huseby

Oskar J. Grimstad

Jan Magne Dable

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtrø

Karl Wesenberg

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

Årsrapport 2007

Pasientombudet i Nord-Trøndelag

Forord.

Pasientombudet i Nord-Trøndelag ble etablert 01.03.1997. Etter å ha vært fylkeskommunal og frivillig de første åra ble ordninga lovbestemt fra 01.01.2001 og statlig fra 01.01.2003. Det er Pasientrettighetslovas kap. 8 som regulerer Pasientombudets virke.

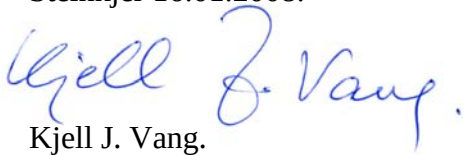
I år 2007 registrerte vi igjen stigning i antallet henvendelser. Auken er moderat.

Tall og statistikker i rapportens kapittel 2 gir inntrykk av Pasientombudets arbeidsmengde og –områder. Samtidig vises hvilke forhold de som henvender seg, er opptatt av.

I kapittel 3 drøftes enkelte generelle problemstillinger. Noen av dem er tatt opp direkte med aktuelle instanser. Det er først og fremst innhold i enkeltsaker som genererer forholda.

Pasientombudets årsrapport har allmenn interesse. Den spres til bl. a. sjukehus, styrende organ, tilsynsmyndigheter, brukerorganisasjoner, presse og media. Både brukere, helsepersonell, politikere, tjenesteytende intitusjoner og andre interesserte er velkommen til å fremme synspunkt på innholdet i rapporten.

Steinkjer 16.01.2008.



Kjell J. Vang.
-pasientombud-

Innhold:

1. Drifts- og organisatoriske forhold.	S. 3
1.1. Grunnlag for virksomheten, organisering, kontorforhold og bemanning.	S. 3
1.2. Arbeidsområde.	S. 3
1.3. Informasjon og undervisning.	S. 3
1.4. Samarbeid.	S. 3
1.5. Oversikt over utadretta virksomhet, undervisning, møter, konferanser m.m.	S. 4
2. Saker, saksbehandling og statistikk.	S. 6
2.1. Generelt om arbeidet med enkeltsaker.	S. 6
2.2. Antall henvendelser.	S. 6
2.3. Alder og kjønn.	S. 6
2.4. Fordeling på institusjoner.	S. 7
2.5. Fordeling på medisinske hovedområder.	S. 7
2.6. Erstatningssaker.	S. 8
2.7. Henvendelsesgrunner.	S. 8
2.8. Diverse statistikk.	S. 9
3. Generelle / prinsipielle betraktninger.	S. 10
3.1. Mange brudd på pasienters lovbestemte rettigheter.	S. 10
3.2. Føljetongen: Spesialister som benytter sjukehusets journalsystem i privat virksomhet.	S. 16
3.3. Endring i registrering av tvangsinnleggelser i psykiatrien.	S. 16
3.4. Meroffentlighet i tilsynsaker.	S. 17
3.5. Høg medholdsprosent i Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) i fødselssaker.	S. 17
3.6. Bedre organisering av dagkirurgi.	S. 17
3.7. Utilstrekkelig ivaretaking av personvern i sjukehusmottakelser.	S. 17
3.8. Snoking i pasientjournaler.	S. 18
Vedlegg:	
1-5: Diagrammer.	
6: Pasientrettighetslovas bestemmelser om pasientombud.	

1. Drifts- og organisatoriske forhold.

1.1. Grunnlag for virksomheten, organisering, kontorforhold og bemanning.

Pasientombudsordninga er regulert i Pasientrettighetslovas kap. 8 (*vedlegg 6*). Ombudet skal arbeide for å ivareta pasienters behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten og bidra til å bedre kvaliteten på tjenesten.

Pasientombudet er administrativt tilknytta Sosial- og helsedirektoratet. Det er viktig for truverdighet og omdømme at den faglige virksomheten er sjølstendig og uavhengig.

Pasientombudet i Nord-Trøndelag har hovedkontor i Fylkets hus i Steinkjer. Det er ukentlige kontortider ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger.

Ombudsfunksjonen innehas av Kjell J. Vang. Anne Berit Lundås er konsulent i 80 % stilling.

1.2. Arbeidsområde.

Pasientombudet har offentlig spesialisthelsetjeneste som arbeidsfelt.

Kommunehelsetjenesten omfattes ikke, men en tilbyr likevel informasjon, råd og vegledning samt i enkelte tilfeller mer aktiv bistand. Det framgår av statistikken at folk tar kontakt også om forhold i kommunehelsetjenesten.

Lovforslag om å innlemme kommunal helse- og sosialtjeneste i ansvarsområdet blir behandla i Stortinget våren 2008 med mulig ikrafttredelse fra 01.01.09. Høring ble gjennomført sommeren 2007, og det var brei tilslutning til Helse- og omsorgsdepartementets forslag.

1.3. Informasjon og undervisning.

Pasientombudet har åpen holdning til presse og media. Det er naturlig at Pasientombudet deltar i offentlig debatt med erfaringer som tilegnes gjennom arbeidet.

Pasientombudet engasjeres til informasjon og undervisning. Tema dreier seg om rolle og funksjon, lovgivning, kommunikasjon, etikk og helsetjenestespørsmål. Målgrupper er høgskolestudenter, elever i videregående skoler, helsepersonell og bruker- og interessegrupper.

Pasientombuda har felles profil i brosjyrer og på konvolutter, brevark, visittkort og internett. Informasjon om pasientombuda finnes på nettstedet ***www.pasientombudet.no***.

1.4. Samarbeid.

Pasientombudet er tilfreds med samarbeidet med ledelsen i Helse Nord-Trøndelag. Det er åpne kanaler for kontakt når det trengs.

Ombuda i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag har halvårlige møter med ledelsen i Helse Midt-Norge RHF (HMN). Møtene har stor verdi for begge partene.

Dialogen med Helsetilsynet i Nord-Trøndelag oppleves som ryddig og konstruktiv, både gjennom god ad-hoc-kontakt og i jamnlige møter.

Landets pasientombud har årlige samarbeidsmøter med Norsk Pasientskadeerstatning og Statens helsetilsyn. Det er også regelmessige møter med Sosial- og helsedirektoratet.

Alle tilsatte ved ombudskontora i Midt-Norge møtes tre ganger i året. Ombudskollegiet i landet treffes også jamnlig. Kollegiet har oppnevnt et styre / arbeidsutvalg på fem medlemmer. Pasientombudet i Nord-Trøndelag, Kjell J. Vang, er sekretær.

1.5. Oversikt over utadretta virksomhet / undervisning / møter / konferanser m.m.

Pasientombudet har i løpet av 2007 deltatt i følgende arrangement:

- 18.01.07: Oslo: Pasientombud(PO)kollegiet i møte med Statens helsetilsyn.
- 29.01.07: Sykehuset Levanger: Styremøte i Helse Nord-Trøndelag HF (HNT).
- 31.01.07: Stjørdal: Møte med helse- og sosialtjeneste i kommunen.
- 06.-07.02.07: Bergen: Styremøte i PO-kollegiet.
- 13.02.07: Levanger: Foredrag i Rotary-klubb.
- 19.02.07: Steinkjer: Dagseminar og markering av 10-års-jubileum for PO i Nord-Trøndelag.
- 20.02.07: Steinkjer: Regionmøte PO i Midt-Norge.
- 08.03.07: Oslo: Møte i Sosial- og helsedirektoratet (SHdir.).
- 12.03.07: Steinkjer: Besøk fra SHdir. ved PO-kontoret.
- 21.03.07: Oslo: Møte med Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) om pasientsikkerhet.
- 21.03.07: Oslo: Styremøte i PO-kollegiet.
- 22.03.07: Oslo: Møte i SHdir.
- 23.03.07: Oslo: Seminardag for alle ansatte ved alle PO-kontora.
- 26.03.07: Sykehuset Levanger: Styremøte i HNT.
- 29.03.07: Sykehuset Levanger: Foredrag i demensforening.
- 11.04.07: Sykehuset Levanger: Foredrag i Parkinson-forening.
- 16.04.07: Oslo: Styremøte i PO-kollegiet.
- 24.04.07: Kolvereid: Foredrag i kommunalt eldreråd.
- 26.04.07: Kristiansand: Dagseminar og markering av 10-årsjubileum for PO i Aust-Agder og Vest-Agder.
- 03.05.07: Stjørdal: Halvårlig møte med ledelsen i Helse Midt-Norge RHF (HMN).
- 08.-09.05.07: Oslo: Helsekonferansen 2007.
- 10.05.07: Trondheim: Foredrag ved Forbrukerrådets regionale helsekonferanse.
- 21.-22.05.07: Brekstad: Regionmøte PO i Midt-Norge.
- 29.05.07: Sykehuset Namsos: Styremøte i HNT.
- 31.-31.05.07: Bergen: Styremøte i PO-kollegiet.
- 04.06.07: Levanger: Undervisning i videregående skole for hjelpepleie-, helsesekretær- og tannhelsesekretærelever.
- 14.-15.06.07: Solstrand, Os: PO-kollegiet.
- 28.06.07: Oslo: 2 møter i SHdir.
- 29.06.07: Oslo: Møte i SHdir.

17.08.07: Oslo: Møte i SHdir.
23.08.07: Namsos: Foredrag på fagdag for sjukehusstillasatte.
24.08.07: Oslo: Møte i SHdir.
28.08.07: Oslo: PO-kollegiet.
29.08.07: Oslo: Møte i SHdir.
07.09.07: Oslo: Møte i SHdir.
19.09.07: Steinkjer: Foredrag i LHL-forening.
20.-21.09.07: Oslo: Styremøte i PO-kollegiet.
25.09.07: Stjørdal: Regional ruskonferanse.
26.09.07: Namsos: Heildagsundervisning ved Høgskolen i Nord-Trøndelag for videreutdanning i aldring og eldreomsorg.
18.10.07: Oslo: Møte i SHdir.
22.-23.10.07: Leangkollen, Asker: Helse- og sosialrettsseminar.
25.10.07: Stjørdal: Halvårlig møte med ledelsen i HMN.
26.10.07: Oslo: PO-kollegiet.
26.10.07: Oslo: Møte i SHdir.
31.10.07: Ottersøy: Foredrag i pensjonistlag.
05.11.07: Oslo: Årlig møte med NPE.
06.11.07: Oslo: PO-kollegiet m/ årsmøte.
13.11.07: Beitstad: Foredrag i pensjonistlag.
15.11.07: Namsos: Foredrag i samarbeidsforum mellom kommune og Mental Helse.
21.11.07: Steinkjer: Foredrag i Helsetilsynets oppfølgingskonferanse etter tilsyn.
26.11.07: Sykehuset Levanger: Styremøte i HNT.
29.11.07: Sykehuset Namsos: Møte med avdelingsoverleger.
03.-04.12.07: Kristiansund: Regionmøte PO i Midt-Norge.
05.12.07: Sykehuset Levanger: Møte med ledelsen i HNT sammen med Helsetilsynet i Nord-Trøndelag.
06.12.07: Bergen: Styremøte i PO-kollegiet.

2. Saker, saksbehandling og statistikk.

2.1. Generelt om arbeidet med enkeltsaker.

I 2007 ble **84,7 % av henvendelsene bilagt** uten at Pasientombudet foretok seg noe på vegne av klienten (79 % i 2006, 80,5 % i 2005). Ofte stilles det spørsmål som enkelt lar seg avklare. Videre kan samtalen i seg sjøl være nok fordi det føles viktigere å bli hørt enn å lage «sak».

15,3 % av dem som henvendte seg i 2007, trengte altså **aktiv bistand** til muntlig kontakt med tjenesteyter, møte med helsepersonell eller sjukehusledelse, skriftlig klage, søknad om erstatning eller andre aktuelle tiltak.

Saker til Norsk Pasientskadeerstatning blir som regel besørget av pasienten sjøl. Ombudet begrenser seg oftest til å gi råd og vegledning. Seinere kan det bli aktuelt å opptre mer aktivt, f. eks. i utforming av kommentar til skadestedets eller sakkyndiges uttalelse, eller hvis det er grunn til å anke et avslag inn for Pasientskadenemnda.

2.2. Antall henvendelser.

Blant det totale antallet henvendelser skiller en mellom **forespørsler** (Pasientombudet opptrer ikke på klientens vegne) og **saker** (Pasientombudet opptrer på klientens vegne). I 2007 fordeler registreringa seg slik:

	<u>Forespørsler:</u>	<u>Saker:</u>	<u>Henvendelser totalt:</u>
Antall registreringer:	337 (300 i -06)	61 (80 i -06)	398 (380 i -06)

Samla antall henvendelser har i 2007 **aukt med 4,7 %** (2,7 % i 2006).

I 2007 er **404 henvendelser avslutta** (375 i 2006), herav **340 forespørsler** og **64 saker**. 358 av henvendelsene debuterte i 2007, 34 i 2006, 8 i 2005, 2 i 2004 og 2 i 2003. Talla viser stadig høg effektivitet ved ombudskontoret.

2.3. Alder og kjønn.

De fleste henvendelsene i 2007 gjaldt **kvinner, 219** (237 i 2006), mens **177** gjaldt **menn** (142 i 2006). I to tilfeller er det ikke registrert kjønn. Fordelinga er **55,3 % kvinner** og **44,7 % menn** (62/38 i 2006), hvilket betyr en **auke i mannsandelen på 6,7 prosentpoeng** sammenlikna med året før. 2007 ga den største andelen menn vi noensinne har hatt.

Aldersfordelinga er tatt inn som **vedlegg 1. De eldste aldersgruppene (over 60 år)** utgjorde i 2007 **29 %** av statistikken (31 % i 2006). **Gruppa 41-60 år** stod for **28 %** av henvendelsene (29 % i 2006), mens **alderen 21-40 år** utgjorde **14 %** (16 % i 2006). **Gruppa under 20 år** var på **5 %** (7 % i 2006), mens det **ikke ble registrert alder** på **24 %** av dem som henvendte seg i 2007 (18 % i 2006).

Aldersgruppene fra 21 til 60 år erobrer **42 %** av henvendelsene (45 % i 2006). Mens **gruppene over 60 år** tidligere har vist vekst, er de i 2007 **noe redusert** i forhold til året før.

Kvinneandelen er størst i alle **aldersgruppene opp til 50 år** med den klareste overvekta i gruppa 41-50 år (42 kvinner, 13 menn). I **gruppa 51-60 år** er det like mange kvinner som menn, mens det **blant dem over 60** er flest menn som har henvendt seg.

2.4. Fordeling på institusjoner.

Nedafor, og i **vedlegg 2**, framstilles **fordelinga av forespørsler og saker på institusjoner**. I oversikten er medtatt Sykehuset Levanger (SHL), Sykehuset Namsos (SHN), St. Olavs Hospital, Trondheim (SOH), andre sjukehus i Helse Midt-Norge (HMN), sjukehus utafor helseregionen (SUH), private tjenesteytere (PRI), kommunehelsetjenesten (KOM), trygd (TRY), utafor saksområdet (USA) og ukjent (UKJ).

	<u>Forespørsler:</u>	<u>Saker:</u>	<u>Henvendelser totalt:</u>
SHL:	102 (80 i -06)	28 (26 i -06)	130 (106 i -06)
SHN:	52 (53 i -06)	14 (20 i -06)	66 (73 i -06)
SOH:	41 (30 i -06)	8 (11 i -06)	49 (42 i -06)
HMN:	3 (3 i -06)	2 (1 i -06)	5 (4 i -06)
SUH:	9 (9 i -06)	0 (3 i -06)	9 (12 i -06)
PRI:	16 (17 i -06)	1 (3 i -06)	17 (20 i -06)
KOM:	63 (71 i -06)	6 (12 i -06)	69 (83 i -06)
TRY:	10 (8 i -06)	2 (1 i -06)	12 (9 i -06)
USA:	15 (12 i -06)	0 (1 i -06)	15 (13 i -06)
UKJ:	26 (17 i -06)	0 (0 i -06)	26 (17 i -06)

For **de to sjukehusa i fylket** viser statistikken en klar auke i henvendelser for Sykehuset Levanger og en liten nedgang for Sykehuset Namsos. Året før ga motsatt resultat, og det er grunn til å tru at endringene utgjøres av tilfeldige svingninger.

I likhet med åra før har andelen for **St. Olavs Hospital** aukt også i 2007 til **12 %** av totalt antall henvendelser (11 % i 2006). **Sykehuset Namsos** har en andel på **17 %** (19 % i 2006) mens tallet for **Sykehuset Levanger** er **33 %** (28 % i 2006).

Antall henvendelser om **kommunehelsetjenesten** gikk ned fra 83 i 2006 til **69 i 2007**. Dette utgjør **17 %** av alle henvendelsene (22 % i 2006). Tida har allerede lenge vært overmoden for at kommunehelsetjenesten legges inn i pasientombudas arbeidsfelt. Se for øvrig kommentarer til dette i **kap. 1.2**.

2.5 Fordeling på medisinske hovedområder.

I 2007 har **307 henvendelser (78 %)** dreid seg om **somatikk** mens tallet for **psykiatri** var **52** (45 voksenpsykiatri og 7 barne- og ungdomspsykiatri) = **13 %**. Psykiatri har aukt med 4 prosentpoeng fra året før. Resten er **8 henvendelser** om **rus** og **31 henvendelser** med **ukjent** hovedområde.

Vedlegg 3 viser fordelinga av **henvendelser på medisinske hovedområder**. Forholda gjelder både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

For **ortopedi** sank antallet henvendelser fra 2003 til 2006 mens det i 2007 var på samme nivå som året før. **Øvrig kirurgi** viser en ikke ubetydelig auke. Antallet for de to områda var i 2007 **hhv. 67 og 56** (64 og 44 i 2006). **Ortopediens andel** utgjorde dermed **17 %** (17 % i 2006) mens **øvrig kirurgi** hadde en andel på **14 %** (12 % i 2006).

Geriatrici, nevrologi, onkologi, rehabilitering / habilitering, revmatologi og annen medisin utgjorde i 2007 **105 henvendelser** (109 i 2006) og fikk en andel på **26 %** (29 % i 2006). For **geriatrici** (9 henvendelser) handler det mest om kommunehelsetjenesten. Innafor sekkeposten **annen medisin** er det 48 henvendelser, mens det har vært 21 henvendelser på området **onkologi**.

I **voksenpsykiatrien** er det notert **45 henvendelser** (33 i 2006), hvilket utgjør **11 %** (9% i 2006). Tallet for **barne- og ungdomspsykiatrien** er lavt (**7 = 2 %**), hvilket også gjelder for **rus** (**8 = 2 %**). Rus og psykiatri er fortsatt underrepresentert.

2.6. Erstatningssaker.

Her dominerer **Norsk Pasientskadeerstatning** (NPE) i **123 henvendelser** (116 i 2006). Oftest er NPE-skjema tilsendt pasienten etter telefonhenvendelse, men i 14 tilfeller har Pasientombudet bistått direkte, enten fra starten eller helst litt lenger uti prosessen.

	<u>Forespørsler:</u>	<u>Saker:</u>	<u>Henvendelser totalt:</u>
NPE-erstatning:	109 (102 i -06)	14 (14 i -06)	123 (116 i -06)
Billighetserstatning:	0 (0 i -06)	1 (2 i -06)	1 (2 i -06)
Legemiddelerstatning:	1 (2 i -06)	0 (1 i -06)	1 (3 i -06)

Talla viser ikke resultat i erstatningssaker, heller ikke hvor mange erstatningssaker som totalt er meldt inn fra Nord-Trøndelag. De viser bare hvor mange ganger Pasientombudet har hatt befatning med forhold der det ønskes informasjon eller bistand rundt spørsmål om erstatning.

2.7. Henvendelsesgrunner.

Det vises til **vedlegg 4 og 5**. Samla antall henvendelsesgrunner overstiger antall henvendelser fordi noen tar opp flere forhold. Oversikten sier ikke noe om hvorvidt det faktisk er begått feil, men viser hvorfor folk henvender seg.

Vedlegg 4 viser henvendelser rundt **rettigheter i pasientrettighetslova**. I **75 henvendelser** (19 %) (14 % i 2006) har klient fokusert på forhold knytta til lovas kap. 2 (**rett til helsehjelp**). Disse omfatter bl. a. **individuell behandlingsfrist** (16) (9 i 2006), **valg av sjukehus** (15) (14 i 2006) og **nødvendig helsehjelp** (23) (29 i 2006). Øvrige forhold under rett til helsehjelp som **vurdering, fornya vurdering, individuell plan**, og **sjuketransport** figurerer med små tall.

Av **andre rettigheter** er **informasjon, medvirkning og samtykke** registrert i klagestatistikken **74 ganger** (51 i 2006). Dette utgjør **19 %** av alle henvendelsene (13 % i 2006). Auken er

urovekkende hvis den gir uttrykk for dårligere vilkår for pasienters rett til informasjon, medvirkning og samtykke. Ombudet vil holde øye med dette i tida framover.

Forhold ved **journal** (føring, innsyn, retting og sletting) er notert ved **22 tilfeller** (26 i 2006) Det er ikke kommet klager vedrørende brudd på **barns rettigheter** i 2007 (0 i 2006).

Vedlegg 5 viser henvendelser om andre forhold enn de lovbestemte pasientrettighetene. Tyngden ligger i sekkeposten **medisinsk behandling og praksis**. Dette gjelder **206 henvendelser (52 %)** (49 % i 2006). Blant forholda som registreres her, er klage på sein eller feil **diagnose (58 = 15 %, 16 % i 2006)**. Videre er det klagd på **oppfølging / manglende henvisning 61 ganger (15 %, 13 % i 2006)**. **Heilhetlig, omsorgsfull behandling** (hovedsakelig forhold ved sjølve behandlingen) teller **59 tilfeller (15 %, 12 % i 2006)**, mens forhold ved **medisinering** er notert **34 ganger**. Helsepersonells **oppførsel (27)**, **mangelfulle rutiner / systemsvikt (34)**, **utskrivingsprosedyrer (13)**, **infeksjon / hygiene (21)** og **samarbeid mellom helsepersonell og institusjoner (16)** er de andre klageforholda som er plassert i gruppa medisinsk behandling og praksis.

Forhold ved **tvang**, hovedsakelig i psykiatrien, er tema i **9 henvendelser**. **Egenandeler** er notert **14 ganger**, mens **taushetsplikten** har fått **12 registreringer**.

Pasientskade / komplikasjon er registrert i **93 henvendelser (23 %, 27 % i 2006)** De fleste havner hos Norsk Pasientskadeerstatning sammen med saker med annen type svikt, f. eks. feil ved diagnostisering eller skade etter behandlingspåført infeksjon.

Talla viser at svært få klager på manglende innfrielse av rett til **individuell plan**, og ingen har i 2007 påtalt manglende oppnevning av **pasientansvarlig lege**. Dette skyldes dels at mange pasienter ikke kjenner rettighetene, dels at sjukehusa oftere utpeiker pasientansvarlig lege. Sjøl om få klager, kommer det i saker med andre henvendelsesgrunner fram at pasienter ikke har fått informasjon om rett til individuell plan og pasientansvarlig lege.

2.8. Diverse statistikk.

Henvendelser ved pårørende:	151	(130 i 2006)
Herav er pasienten død:	12	(12 i 2006)
Død før sakas slutt:	2	(4 i 2006)
Pasienten er innlagt i institusjon v/ klage:	46	(48 i 2006)
Henvist av helsepersonell:	45	(38 i 2006)
«Psykiatisering» av somatisk lidelse:	6	(5 i 2006)
Prinsippielle saker:	22	(18 i 2006)
Oversendt tilsynsmyndighet:	28	(25 i 2006)

Av disse tallene merker en seg følgende:

- Heile 38 % av henvendelsene kommer fra pårørende, den største andelen noensinne.
- Stadig flere oppgir at helsepersonell har anbefalt kontakt med Pasientombudet.
- I 2006 ble antallet saker oversendt til Helsetilsynet nesten fordobla fra året før, og auken har fortsatt i 2007, om enn i mindre omfang. I dette ligger en indikasjon på flere henvendelser med potensielt høg alvorlighetsgrad.

3. Generelle / prinsipielle betraktninger.

3.1. Mange brudd på pasienters lovbestemte rettigheter.

Fra den 01.01.2001 starta en ny epoke i norsk helsetjeneste. Ei omfattende revidering av helselovgivninga var slutført, og nytt lovverk trådte i kraft. Blant lovene var ei nyskaping: Lov om pasientrettigheter (prl.). Norge ble en av verdens første nasjoner til å gi en samla beskrivelse av pasienters rettigheter overfor helsetjenesten.

Hensikten var å gi pasienter større muligheter til egen medvirkning og egne valg samt å tydeliggjøre hvilke krav som kunne stilles til helsetjenesten.

Prl. har nok bidratt til å endre maktforholda mellom brukere og tjenesteytere i helsetjenesten. Men sjøl om Norge var tidlig ute med lovfesta pasientrettigheter, er det grunn til å understreke at folks rettigheter har vært betydelig mer uttalt og eksistert mye lengre på andre viktige samfunnsområder: I par- og familieforhold, i skolesituasjonen, i forbrukersammenheng.

Hvordan er så situasjonen i dag, sju år etter prl.'s ikrafttredelse? Får pasientene innfridd sine rettigheter? Kjenner de til dem? Får de tilstrekkelig informasjon til å hevde sin rett? Og har helsepersonell satt seg godt nok inn i hva pasientenes rettigheter på de ulike områda egentlig innebærer?

Som pasientombud pendler jeg i dag ofte mellom oppgitthet og opprørthet på pasienters vegne. Innimellom er jeg frista til å hevde at prl.'s sju første år har vært sju magre år. Det er naturligvis ikke heile bildet. Mange, og da særlig de som bruker tid og krefter på å tilegne seg kunnskap om sine rettigheter, får store uttellingar ved å stille krav, medvirke og foreta valg i kontakt med helsetjenesten. Dessverre ser jeg også nokså ofte det motsatte: Mange pasienter får ikke sin rett innfridd fordi verken de eller helsepersonellet kjenner reglene godt nok, eller fordi helsepersonellet rett og slett setter seg over regelverket.

Jeg har overfor tjenesteytende instanser hevda at det forekommer mer eller mindre systematiske brudd på pasientrettighetene. Dette har falt noen tungt for brystet. Det er antakelig lettere å se i øynene at enkeltfeil og sporadiske brudd opptre, enn at systemet ikke greier å endre seg når svikt er påvist. Motstanden har ikke overbevist meg: Jeg er fortsatt av den oppfatning at en del pasientrettigheter brytes systematisk enkelte steder i helsetjenesten. Når jeg nedafor tar for meg aktuelle rettighetsbrudd, vil jeg også kommentere på hvilke områder det forekommer mest systematisk svikt, slik jeg ser det ut fra min pasientkontakt.

a) Rett til nødvendig helsehjelp (prl. § 2-1).

Når pasienter henvises til spesialisthelsetjenesten, skal det vurderes om en har rett til nødvendig helsehjelp. Vurderinga skal skje på bakgrunn av henvisninga, og det skal om nødvendig innhentes supplerende opplysninger.

Noen ganger ser vi at pasienter avvises på grunn av kapasitetsmangel. Dette har skjedd etter vurdering av henvisning, men også i form av utskrivning fra opprinnelig innvilga rett til helsehjelp. Vi har også eksempel på avvisning fordi pasienten ikke aksepterte et bestemt

behandlingsregime for noen år sia, eller fordi pasienten har vært vurdert en eller annen gang i fortida.

Hvorvidt en pasient skal få rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal vurderes individuelt. Rett skal innvilges når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpa og når kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

En pasient kan ikke avvises på grunn av kapasitetsmangel når vedkommende er henvist til et sjukehus i den helseregionen der en er bosatt. Pasienter fra andre regioner kan få nei når ei innvilging av plass fører til at sjukehuset ikke kan oppfylle forpliktelsene overfor pasienter i egen helseregion.

b) Individuell behandlingsfrist (prl. §§ 2-1 og 2-2).

Pasient som innvilges rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal få fastsatt en individuell behandlingsfrist etter ei forsvarlighetsvurdering. Fristen skal være en bestemt dato.

Vi ser eksempel på at sjukehusavdelinger unnlater å gi datofrist og kun oppgir et antall måneder. Dette er brudd på bestemmelsene. Det er det også når det tildeles behandlingsfrist etter kapasitet, det vil si at "alle" som er henvist, tildeles samme frist ut fra ei vurdering av når det er sannsynlig at en har kapasitet til å ta imot dem. Ved enkelte avdelinger ser disse brudda ut til å opptre systematisk.

Bestemmelsene sier at behandlingsfrist skal fastsettes etter individuell vurdering. Fristen er meint å være et redskap til prioritering av hvem som trenger helsehjelp mest og raskest.

Noen pasienter får i løpet av det samme behandlingsforløpet tildelt nye frister, f. eks. først en frist før undersøkelse, deretter ny frist for operasjon. Dette er uriktig praksis. Det samme gjelder når pasienten midt i behandlingsforløpet velger et annet sjukehus og det av den grunn fastsettes ny behandlingsfrist. En har rett til når som helst å benytte sin rett til valg av sjukehus uten at dette skal medføre forsinkelser og nye frister.

Vi registrerer også en del overskridelser av fastsatt behandlingsfrist. Det er grunn til å tru at en ved å utnytte spennvidden i fastsetting av individuell behandlingsfrist kunne ha unngått mange av de fristbrudda som i dag forekommer.

c) Rett til vurdering (prl. § 2-2).

Lova fastslår at henvisninger skal vurderes av spesialisthelsetjenesten innen 30 virkedager etter at de er mottatt. Det skal vurderes om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, individuell behandlingsfrist skal fastsettes, og pasienten skal ha underretning om resultatet innen utløpet av de 30 dagene. Ved alvorlige tilstander skal vurderinga skje raskere.

Både pasienter og fastleger tok kontakt i løpet av 2007 i oppgitthet over at vurderingsfristen ikke ble overholdt. Det er vanskelig å si hvor stort dette problemet egentlig er, men ut fra erfaring med at folk ofte finner seg i svært mye venting i helsetjenesten, er det grunn til å tru at meldingene til Pasientombudet utgjør toppen av et isfjell. Vi har eksempel på at vurderinger først har vært foretatt etter flere måneder. I tillegg til at det er lovbrudd, er det uttrykk for mangel på respekt for pasientene og deres situasjon.

d) Rett til valg av sjukehus (prl. § 2-4).

Pasienter har rett til å velge sjukehus, distriktpsikiatrisk senter, eller behandlingssted i slik institusjon når disse eies av eller har avtale med et regionalt helseforetak.

Det finnes mange eksempel på manglende overholding av denne retten. Blant anna trur en del fastleger at de ikke kan henvise til universitetssjukehus. Det er feil. Også universitetssjukehus har lokalsjukehusfunksjoner, og da omfattes de av valgretten. Jeg må av og til, på bakgrunn av henvendelser fra pasienter, kontakte fastleger med informasjon om dette.

Vi har flere tilfeller der sjukehus i Midt-Norge videresender mottatte henvisninger til det sjukehuset pasienten angivelig ”hører til” ved. Enkelte avdelinger har gjort dette systematisk. Det er uthuling av valgretten i tillegg til at det er brudd på pasienters vern mot spredning av opplysninger. Det må bemerkes at slik helse-Norge er organisert, har alle sjukehus i helseregionen likt ansvar for innbyggerne i heile regionen. Det er ikke slik at noen tilhører Sykehuset Levanger mens andre er Sykehuset Namsos sine. Forholdet er tatt opp med sjukehusledelser som har lovt å bidra til å innfri pasientenes rett til å velge sjukehus, men jeg er ikke overbevist om at ledelsenes gode intensjoner reflekteres i praksis nedover i systema.

Et ytterligere brudd på bestemmelsen er når et sjukehus etter perioden for øyeblikkelig hjelp sender pasienten tilbake til ”sitt” sjukehus mot pasientens vilje. Dette skjer også mer eller mindre systematisk. Bestemmelsen er imidlertid slik at pasienten når som helst i behandlingsforløpet kan velge behandlingssted, også det sjukehuset en ble bragt til i en akuttsituasjon. Det forutsettes naturligvis at det valgte sjukehuset har kompetansen og det aktuelle tilbudet.

Vi erfarer også at psykiatrien stikker kjepper i hjula for pasienter som ønsker å velge anna behandlingssted. Unnskyldningene for praksisen er varierte og fantasifulle: Valgfriheten ”passer ikke” i psykiatrien, det er ”det beste” for pasienten å være der han er, et skifte av sjukehus vil ”forkludre behandligna”, det er ”faglige grunner” for å avverge pasientens eget valg. Det skal bemerkes at heller ikke psykiatrisk personells meninger om hva som er godt og rett for en bestemt pasient, kan sette en lovbestemt valgrett til side.

e) Rett til individuell plan (prl. § 2-5).

Pasient med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til en individuell plan. Slike planer etableres i altfor lav grad, og det virker mer eller mindre tilfeldig hvem som får utarbeidd plan. Det er mi oppfatning at brudda på denne rettigheten opptrer mer eller mindre systematisk idet det gis verken tilstrekkelig informasjon eller tilbud om plan. Ikke mange klager på det, men i mange henvendelser der andre forhold blir tatt opp, kommer det fram at pasienten verken har fått tilbud om eller kjenner til dette planverktøyet.

Svikten ligger oftest hos kommunehelsetjenesten som gjerne har den mest kontinuerlige kontakten med pasienten, men til en viss grad også hos spesialisthelsetjenesten.

I møte med helsepersonell har jeg registrert mye motstand mot å bidra til utarbeiding av individuell plan. Hovedsakelig synes dette å bero på forestillinger om at utarbeiding og oppfølging av planen er vanskelig og for arbeidskrevende.

Jeg meiner at ambisjonsnivået for individuell plan trenger å skrus ned. Det finnes et utall av maler å få tak i. Grunnen til det store antallet er antakelig at ingen av dem treffer godt nok.

Individuell plan skal være *individuell*. I de fleste tilfella trengs ingen mal. Et A-4-ark er nok. Det er tilstrekkelig å beskrive hvilke behov som foreligger, hvordan de tenkes løyst, og hvem som har ansvar for hva. Noen formelle forhold må være på plass, slik som samtykke, hvem som skal medvirke og forholdet til taushetsbestemmelser. Planen bør evalueres og justeres hyppig og når behova endres.

I enkelte tilfeller der individuell plan er utarbeidd, erfarer vi at nærmeste pårørende ikke har fått delta i den grad pasienten har ønska det. Noen ganger er heller ikke alle sentrale tjenesteytere involvert i planen.

f) Medvirkning, informasjon og samtykke (prl. kap. 3 og 4).

Rett til medvirkning, informasjon og samtykke henger tett sammen. Jeg har derfor valgt å skrive om dem under ett.

Pasienter har rett til å medvirke under helsehjelpa, bl. a. rett til å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige metoder. Videre kan helsehjelp bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovheimel eller anna rettsgrunnlag.

Både medvirkning og gyldig samtykke er avhengige av at det gis god informasjon. Det skal informeres om helsetilstand og helsehjelp, om mulige risikoer og bivirkninger, om påført skade og alvorlige komplikasjoner, og om mulighet til å søke erstatning. Det foreligger bestemmelser om nærmeste pårørendes rett til informasjon, om informasjon til mindreårige, om dokumentasjon av informasjon som er gitt, og om pasients rett til vern mot spredning av opplysninger.

Blant henvendelsene der det påstås brudd på kravet om samtykke fra pasienten, henter vi følgende eksempel:

- Flere tilfeller der pasienter meiner seg utsatt for press. Noen har følt de ble påtvunget behandling, andre følte seg pressa til henvisning til annen instans.
- Pasienter som opprinnelig ga samtykke til undersøkelse. Undersøkelsen var så smertefull og ubehagelig at samtykket ble trukket tilbake, men leger fortsatte likevel. Det er presisert i lova at samtykket når som helst kan trekkes tilbake.
- Leger som under undersøkelse igangsetter behandling av kirurgisk karakter, noen ganger smertefull, uten at pasienten bes om samtykke.
- Leger som under behandling, f. eks. kirurgi, gjør mer enn det som var forespeilt, uten å innhente samtykke, og uten at det er nødvendig å foreta "ekstratiltaka" der og da.

Også ut over det å gi samtykke til eller å motsette seg undersøkelse og behandling har pasienten rett til å medvirke, blant anna til å foreta valg. Vi nevner følgende eksempel der det hevdes brudd på medvirkningsretten:

- Pasienter som meiner de ikke fikk mulighet til å velge mellom alternative undersøkelses- og behandlingsmetoder.
- Manglende innfriing av ønske om å bytte behandler, særlig innen psykiatrien.
- Manglende imøtekomming av ønske om å drøfte endring av medisintype eller – regime, særlig innen psykiatrien.

- Manglende mulighet til å motsette seg at unødige mange er til stede ved undersøkelse eller behandling, f. eks. i opplæringsøyemed.
- Manglende overholding av pasients rett til å ha pårørende hos seg ved undersøkelse, behandling og samtale med helsepersonell.
- Pårørende som ikke gis tilstrekkelig anledning til å medvirke når pasienten heilt eller delvis mangler samtykkekompetanse.

Når det gjelder informasjon, inneholder henvendelsene følgende forhold:

- Pasienter som etter kontakt med helsetjenestene opplever å ha fått minimal informasjon om helsetilstand og evt. videre tiltak.
- For lite informasjon om risikoer og bivirkninger ved undersøkelse og behandling.
- Pasienter som før prøvesvar forelå, fikk informasjon om sannsynlig kreftsjukdom, men informasjonen var feil, og det forelå ikke kreft.
- Manglende bruk av profesjonelle tolker overfor fremmedspråklige, bruk av familiemedlem som tolk, hvilket kan gi feilkilder og mulighet for tilpasning av informasjonen, slik at den totalt sett blir feil eller utilstrekkelig.
- For dårlig og for sein informasjon ved strykninger av operasjoner, det gis heller ikke forklaring på hvorfor en blir strøket.
- Manglende informasjon om skade ved svikt i helsetjenesten og om mulighet til å klage eller søke erstatning.
- Informasjon gitt på en måte som av pasienter ble opplevd som brutal og hensynsløs.
- For mange tilfeller der Pasientombudet må gå gjennom journaler med pasienter for at de skal få tilstrekkelig informasjon.
- For restriktiv holdning til å gi informasjon til nærmeste pårørende når pasient har gitt samtykke, gjelder særlig spesialisthelsetjenesten, i særdeleshet psykiatrien.
- For omfattende informasjon gis til for mange pårørende, ikke bare til nærmeste pårørende, gjelder særlig kommunehelsetjenesten og når pasienten ikke er samtykkekompetent, f. eks. langtkommet dement.

Det skal til slutt nevnes at det aldri tidligere har kommet så mange henvendelser rundt samtykke, medvirkning og informasjon som i 2007. Mens tallet de foregående åra har flata ut og gått noe ned, er en auke på bortimot 50 % fra 2006 betydelig. Det er for tidlig å si om dette er en tendens, men forholdet vil få stor oppmerksomhet hos Pasientombudet i tida framover.

g) Rett til innsyn i journal (prl. kap. 5).

Innsynsretten innebærer også en rett til kopi av egen journal. Det er strenge vikår for evt. innsynsnekt: Det må være ”påtrengende nødvendig” for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten, eller ”klart utilrådelig” av hensyn til nærtstående. Det er ytterst sjelden at disse unntaka får anvendelse.

Bestemmelsene gir også nærmeste pårørende innsynsrett i journal når pasienten er død. Dessuten kan pasient kreve retting eller sletting i journal, og pasient kan motsette seg at journal eller opplysninger i journal utleveres, f. eks. til annen helsepersonell eller –tjeneste. Utlevering kan skje når det foreligger ”tungtveiende grunner”.

Vi har fått henvendelser med følgende innhold:

- Pasienter får ikke innsyn i eller kopi av journal fordi de ikke er ”friske nok”, gjelder særlig psykiatrien, ugyldig begrunnelse, jmf. ovafor.

- Pasienter avkreves begrunnelse for kravet om innsyn, også her en viss overrepresentasjon i psykiatrien.
- Nærmeste pårørende som ikke får innsyn etter pasientens død, og manglende begrunnelse for innsynsnekt.
- Pasient fikk ikke innsyn fordi saka var sendt til Helsetilsynet.
- Krav om at pasienter som krever innsyn, må lese journalen sammen med lege.
- Bare deler av journal utleveres til tross for begjæring om komplett utskrift.
- Motstand mot retting eller sletting i journal når pasient påpeiker feil eller opplever at noe er mangelfullt eller utilbørlig.
- Mangelfull journalføring, f. eks. manglende dokumentasjon av informasjon som er gitt til pasient.

Det skal sies at det gjennom åra ser ut til å ha vært bedring når det gjelder å innfri pasienters rett til innsyn i journal. Inntrykket er derfor at brudd på dette området opptrer mer sporadisk. Jeg er i tvil om i hvor stor grad dette gjelder psykiatrien som ved flere anledninger synes å ha gitt seg i kast med ei "friskhetsvurdering" av pasienten før en innfrir eller avslår innsyn.

h) Brudd på pasientrettigheter – og hva så?

I svært mange av henvendelsene der pasienter har hevdet at rettigheter er brutt, har det vist seg at det faktisk forelå brudd. I en god del tilfeller har vi gitt råd om hvordan pasienten burde forholde seg ved å ta kontakten med helsetjenesten og kreve at bruddet ble rettet opp. I andre tilfeller har vi tatt kontakt med helsetjenesten på vegne av pasienten.

Det har vist seg at brudda for det meste raskt er rettet opp. Kontakten har oftest skjedd i direkte samtale med den instansen som i utgangspunktet har brutt rettigheten. Denne typen reparasjon av begåtte feil er sjølsagt et gode for både pasient og helsetjeneste idet en slipper tidkrevende byråkratiske løysinger.

Problemet er imidlertid at påviste rettighetsbrudd i enkeltsaker altfor sjelden genererer systematisk læring. Rett som det er opptrer samme typen brudd på nytt, også innafor enheten eller avdelinga der brudd tidligere er påpekt.

Det er Pasientombudets oppfatning at påviste feil i helsetjenesten må føre til tiltak som minimerer sjansen for at samme feilen opptrer igjen. Dette gjelder også ved brudd på pasienters rettigheter. Jeg sitter igjen med mistanken om at det i dag ikke er gode nok system og rutiner for å avverge gjentatte rettighetsbrudd. Mi meining er at både enheten som gjør feilen og organisasjonen for øvrig som enheten er en del av, må lære av feilen som er begått og lukke muligheten for gjentakelser.

Jeg møter i dag på helsepersonell som viser minimal kjennskap til pasientrettighetene og hva de innebærer. Denne mangelen på kunnskap er en viktig årsak til brudda. Videre møter jeg helsepersonell som rett og slett uttrykker motstand mot pasientrettighetene.

Min konklusjon på dette er at ledelsene i kommuner, regionale og lokale helseforetak står overfor to hovedutfordringer. Det ene handler om å etablere kulturer og holdninger der helsepersonell blir tilført en ryggmargsrefleks som sier at helselovgivninga, inkludert pasientrettighetslova, er et stort gode for både helsetjeneste og pasienter. Det andre er å legge til rette for at ansatte får tilstrekkelig opplæring på området. Her er det ikke nok å gi et tilbud til spesielt interesserte. Opplæringa må være obligatorisk og en del av arbeidsforholdet.

Jeg nevner til slutt at brudd på pasientrettigheter var tema i pasientombudas halvårlige møte med ledelsen i Helse Midt-Norge RHF. Forholdet var også utgangspunkt for møte jeg sammen med Helsetilsynet i Nord-Trøndelag hadde med ledelsen i Helse Nord-Trøndelag HF. Det gjenstår å se hvilke resultater som avstedkommes. Pasientombuda i Midt-Norge har gjort det klart at våre erfaringer på området forventes å bli brukt i videre kvalitetsarbeid.

3.2. Føljetongen: Spesialister som benytter sjukehusets journalsystem i privat virksomhet.

Våren 2006 ble jeg kjent med at private legespesialister i Namsos fortsatt brukte sjukehusets pasientjournaler og elektroniske administrative system, i strid med hva som er tillatt. Dette resulterte i skriftlig henvendelse til Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) og Helse Midt-Norge RHF (HMN). I brevet viste jeg til tidligere avgjørelser hos tilsynsmyndighet samt til gjeldende forskriftsbestemmelser. Jeg ba HNT om å sørge for avvikling av de ulovlige forholda. Videre ba jeg HMN sørge for at sambruken opphørte og at oppretting av eget journalsystem ble pålagt alle avtalespesialister gjennom driftsavtalene med HMN. Jeg ba også HMN vurdere krav om at alle private spesialister skal ha elektroniske pasientjournaler.

Svaret fra HMN var entydig: Enhver privat spesialist skal ha eget journalsystem, og tilgang til sjukehusets system er kun aktuelt etter samtykke fra pasienten. Etter ei omfattende brevveksling beslutta HNT følgende:

- HNT tillater ikke bruk av sjukehusets journalsystem fra 01.10.06.
- HNT tillater ikke bruk av sjukehusets pasientadministrative system fra samme dato.
- HNT tillater ikke bruk av sjukehusets logo i privat praksis.
- HNT krever at private spesialister særskilt må be pasient om tillatelse dersom det må utveksles informasjon mellom spesialistens og sjukehusets journaler.

Den fastsatte datofristen ble etter hvert overskredet. En av de private spesialistene somla så fælt med etablering og igangkjøring av eget system at det minte om sabotasje. I desember 2007 mista også HNT tålmodigheten, og direktøren sendte varsel til spesialiten om at han bare et par dager seinere ville bli ekskludert fra sjukehusets system.

Det er grunn til å uttrykke tilfredshet med at de private spesialistene omsider ikke har tilgang til journalinnhold ved sjukehus uten at pasienten gir samtykke til det. Bakgrunnen er naturligvis at enhver pasient har råderett over sensitive opplysninger om seg sjøl.

Det er også grunn til sterkt å beklage hvor lang tid denne saka har tatt. Skuffelsen rettes både mot de private spesialistene og HNT, også på bakgrunn av at det på Pasientombudets initiativ for flere år sia ble ordna opp i liknende forhold for en god del andre private spesialister i Nord-Trøndelag. Men noen ble altså ”glømt”.

3.3. Endring i registrering av tvangsinnleggelser i psykiatrien.

Pasientombudet tok i 2006 opp med ledelsen i Helse Nord-Trøndelag HF at registrereinga av tvangsinnlagte i psykiatrien ikke var reell idet en ekskluderte fra registreringa pasienter som før tvangsinnleggelse hadde andre tvangstiltak utafor institusjon. Måten å registrere på gjorde

at Nord-Trøndelag kom svært gunstig ut på statistikken, og talla var ikke sammenliknbare med psykiatrien andre steder.

Registreringa ble i 2007 endra slik at den nevnte pasientgruppa nå er inkludert i tallet for tvangsinleggelse.

3.4. Meroffentlighet i tilsynssaker.

Landets pasientombud har overfor Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) problematisert bruken av meroffentlighet i saker hos helsetilsyna. Meroffentlighet har ført til at både personer og hendinger har vært gjenkjent etter avisoppslag, sjøl om sakene har vært anonymiserte. Denne typen gjenkjenning kan føre til at folk ikke melder alvorlige saker til helsetilsyna av frykt for å bli ”bretta ut” i media.

HOD avga omsider svar og konkluderte med at meroffentlighet må praktiseres slik at involverte ikke blir gjenkjent. Det kan innebære at enkelte saker heilt må unndras fra offentlighetens innsyn.

3.5. Høg medholdsprosent i Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) i fødselssaker.

Det framgikk av fjorårets årsrapport at medholdsprosenten i NPE i fødselssaker var større i Helse Midt-Norge RHF enn i landet for øvrig. Talla skrev seg særlig fra St. Olavs Hospital (SOH).

Jeg gjorde ledelsen ved SOH oppmerksom på forholdet og ba sjukehuset vurdere forholdet. SOH tok tak i saka og gikk sammen med NPE gjennom alle aktuelle saker. Det ble ikke avdekt systematisk svikt.

Jeg mottok et avsluttende brev fra SOH der en ga uttrykk for at initiativet herfra var en fin mulighet til å foreta en grundig gjennomgang med henblikk på ytterligere kvalitetsforbedring på området.

3.6. Bedre organisering av dagkirurgi.

Pasienter har henvendt seg i frustrasjon over venting ved dagkirurgi. De er innkalt tidlig på morgenen, men opplever at behandlinga ikke skjer før langt utpå ettermiddagen.

Jeg retta en henvendelse til Helse Nord-Trøndelag HF, seinere også til Helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet tok saka og ba om informasjon om organiseringa av dagkirurgien.

Sjukehuset har svart at en vil arbeide for å forbedre organiseringa.

3.7. Utilstrekkelig ivaretaking av personvern i sjukehusmottakelser.

Jeg har mottatt henvendelser fra pasienter og pårørende som opplever mangel på skjerming ved innkomst til sjukehus. Det klages konkret på at journal blir opptatt og sensitive

opplysninger, medisinske og personlige, blir omtalt mens andre pasienter og pårørende overhører det som sies.

Jeg vil oppfordre sjukehusa til å legge til rette for at personvernet ivaretas i mottakelsene. Det er neppe særlig greit hvis vesentlige opplysninger holdes tilbake i frykt for at de skal havne i uvedkommendes ører.

3.8. Snoking i pasientjournaler.

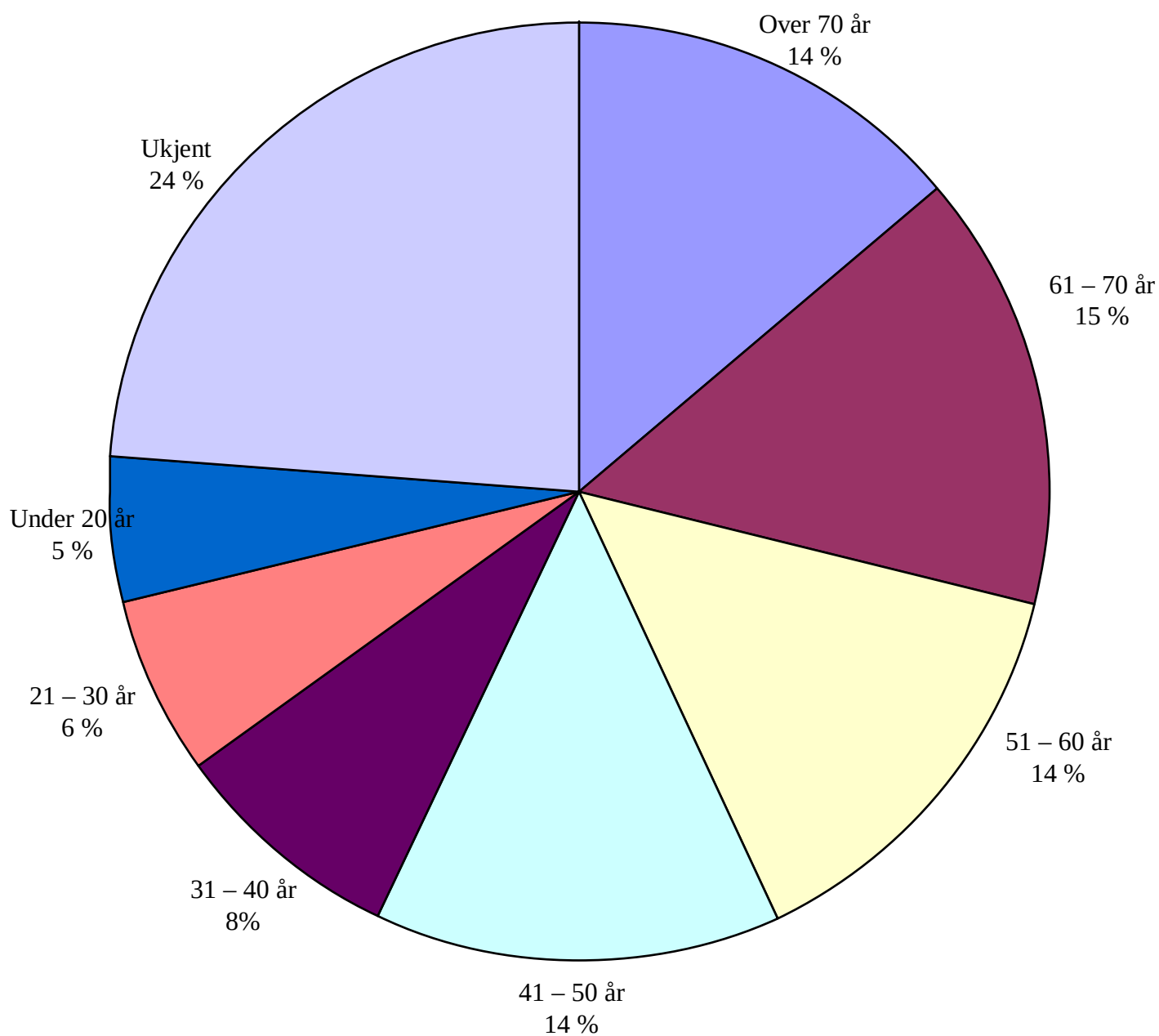
Dette er et tilbakevendende tema, og det finnes eksempel landet rundt på at helsepersonell logger seg inn på pasientjournaler når de ikke har noe der å gjøre. I 2007 måtte blant annet en sjukehusansatt i Nord-Trøndelag slutte på bakgrunn av slikt forhold.

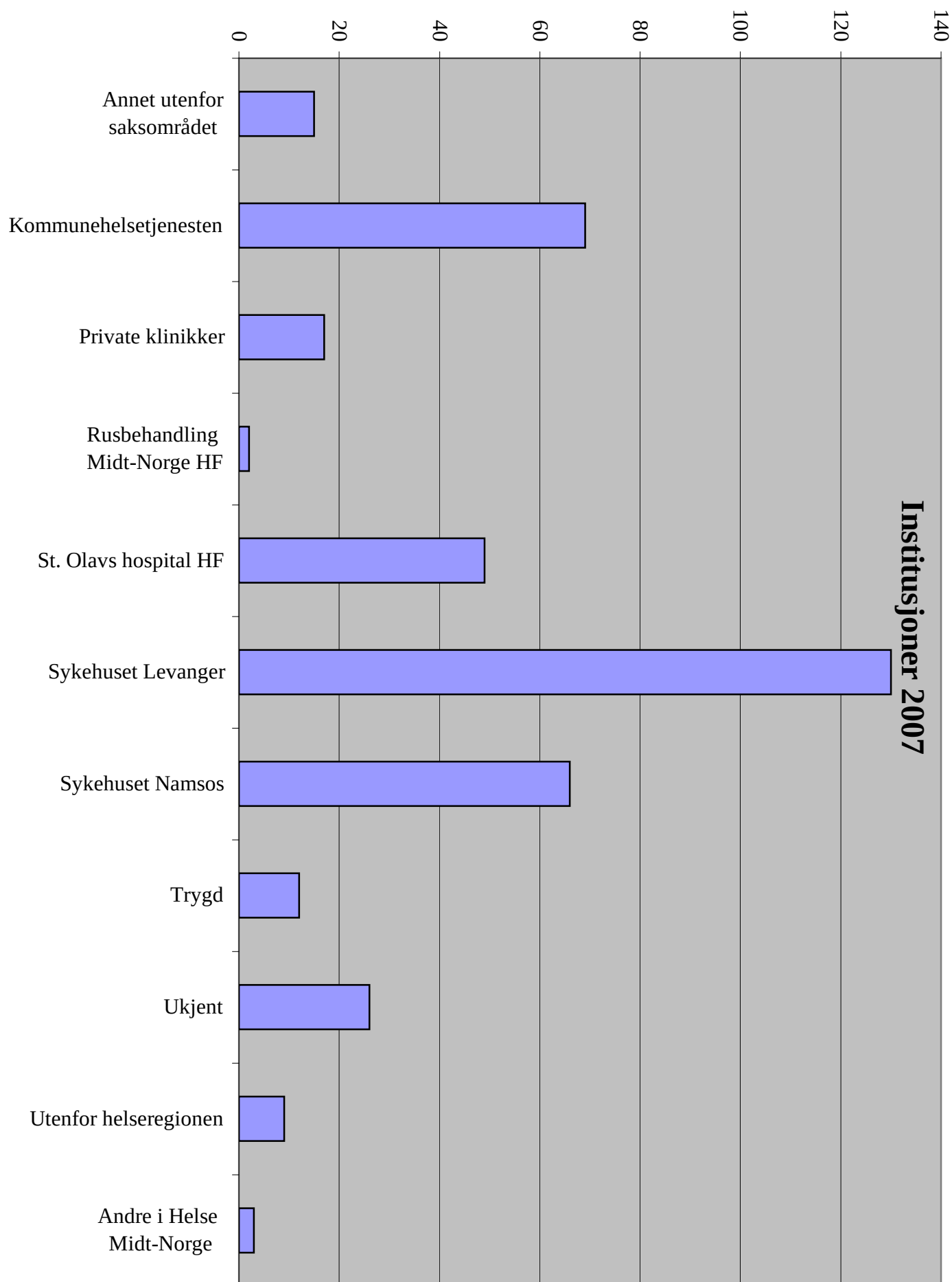
I enhver pasientjournal loggføres alle som går inn i journalen. Det finnes også logg på alle ansattes oppslag i pasientjournaler.

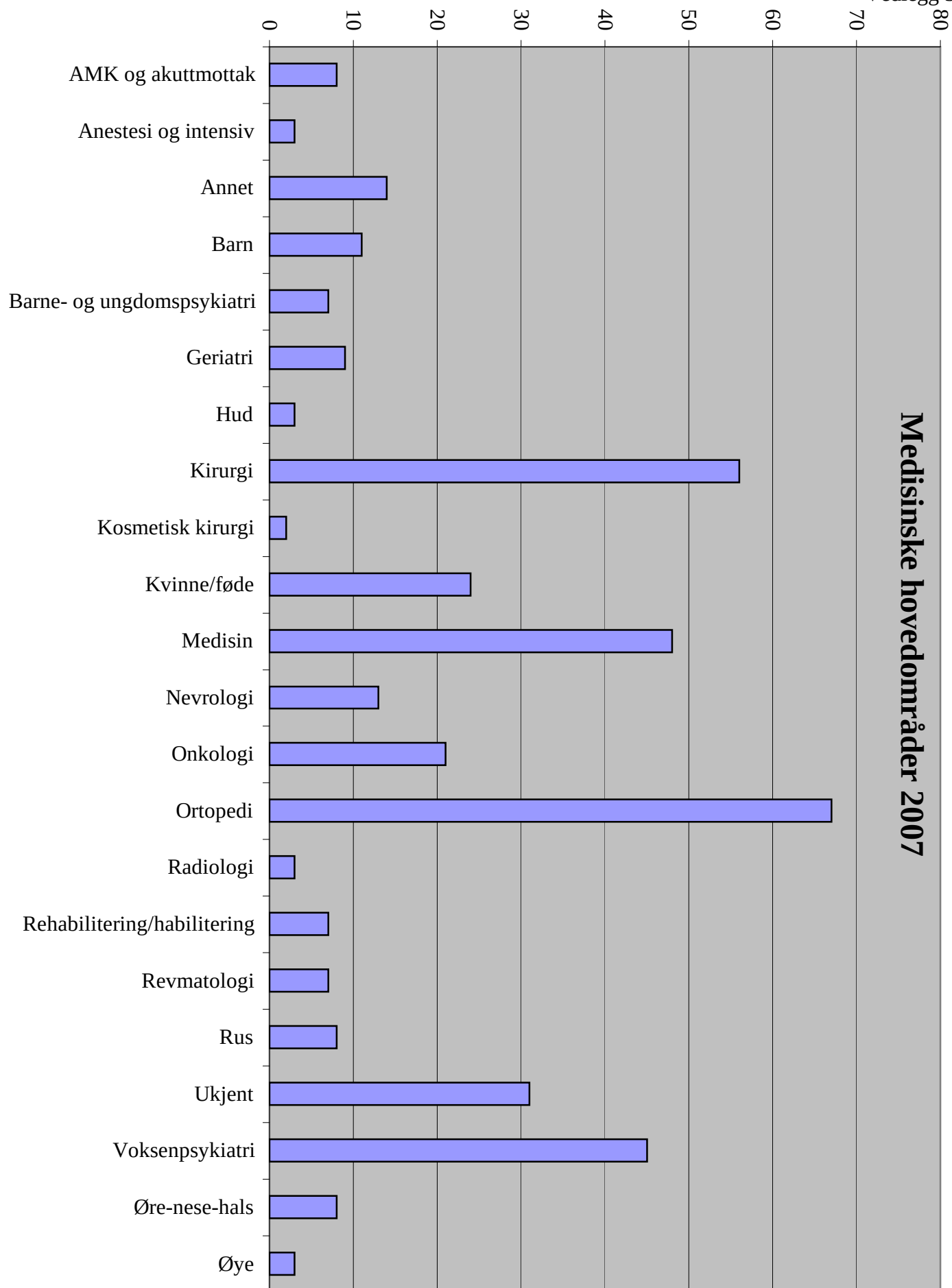
Pasienter som vil undersøke eller har mistanke om at uvedkommende personell har tilegna seg opplysninger fra journalen, bør tilskrive sjukehuset ved direktøren med krav om utskrift av loggen over egen journal. Dette er en rettighet som følger av retten til innsyn i journal. Eventuelle uregelmessigheter bør så påklages til Helsetilsynet.

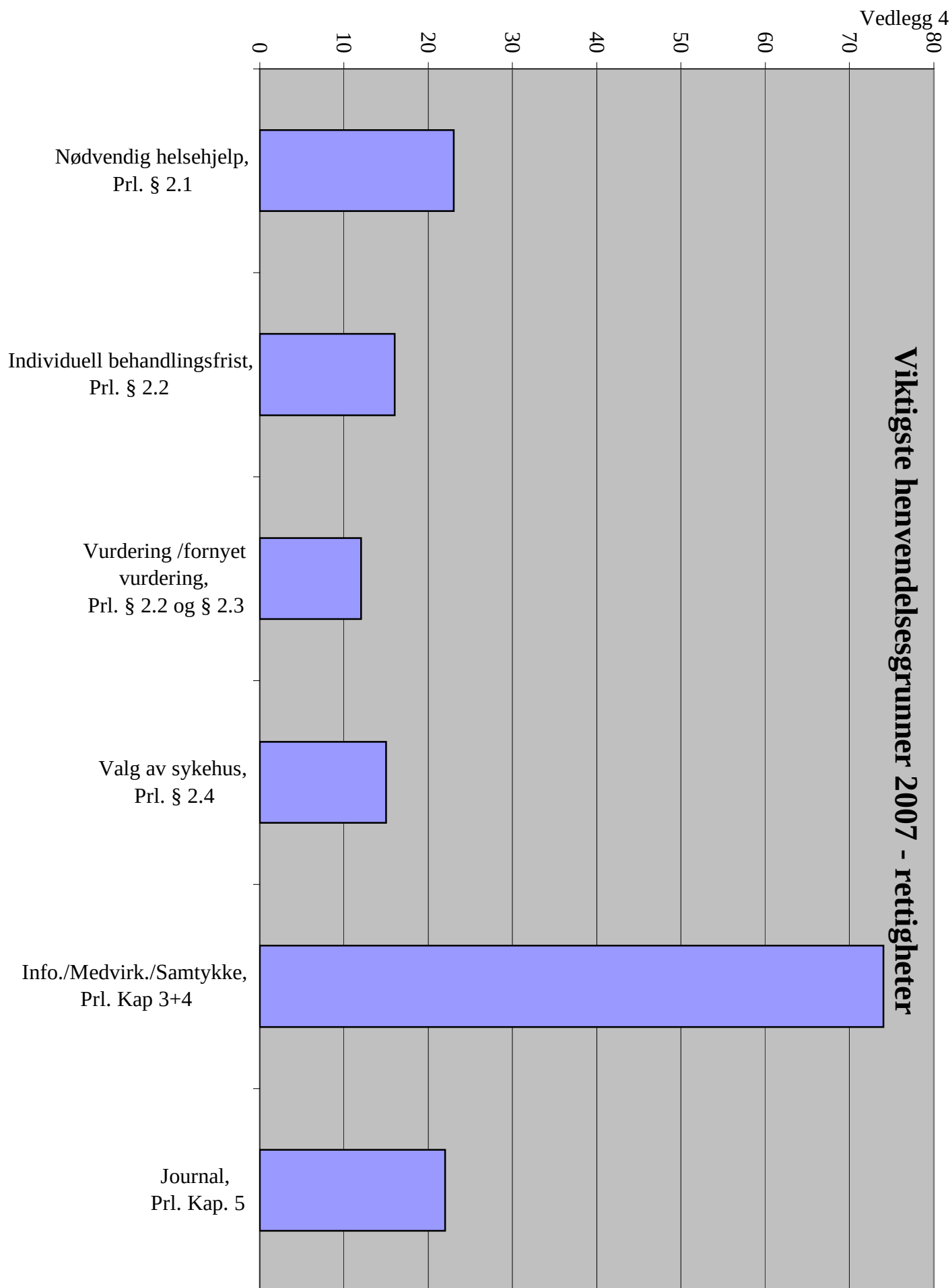
Helsepersonellova skjerpes nå på dette området idet det tydeliggjøres at personell som ikke har oppgaver i forhold til pasienter, forbys å logge seg inn i journalen til disse. Trenden er at brudd på dette blir ansett som svært alvorlig.

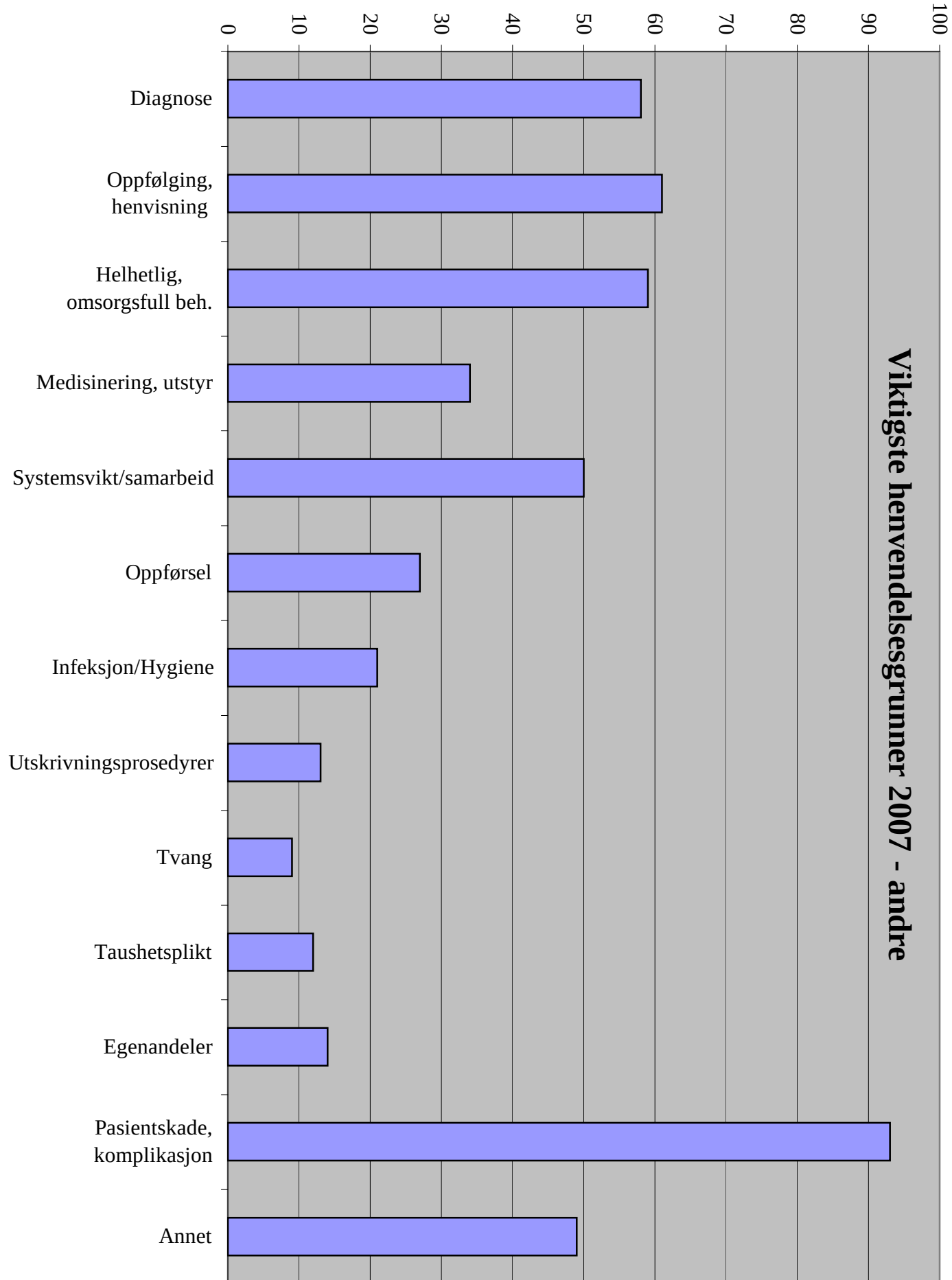
Aldersfordeling 2007











Lov om pasientrettigheter - Kapittel 8. Pasientombud

§ 8-1. Formål

Pasientombudet skal arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten, og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

§ 8-2. Arbeidsområde og ansvar for ordningen

Staten skal sørge for at det er et pasientombud i hvert fylke. Pasientombudets arbeidsområde omfatter offentlige spesialisthelsetjenester.

Ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

§ 8-3. Rett til å henvende seg til pasientombudet

Pasientombudet kan ta saker som gjelder forhold i den offentlige spesialisthelsetjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

Enhver kan henvende seg til pasientombudet og be om at en sak tas opp til behandling.

Den som henvender seg til pasientombudet, har rett til å være anonym.

§ 8-4. Behandling av henvendelser

Pasientombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak opp til behandling. Dersom pasientombudet ikke tar saken opp til behandling, skal den som har henvendt seg gis underretning og en kort begrunnelse for dette.

§ 8-5. Pasientombudets rett til å få opplysninger

Offentlige myndigheter og andre organer som utfører tjenester for forvaltningen, skal gi ombudet de opplysninger som trengs for å utføre ombudets oppgave. Reglene i tvistemålsloven § 204 til § 209 får tilsvarende anvendelse for ombudets rett til å kreve opplysninger.

§ 8-6. Pasientombudets adgang til helsetjenestens lokaler

Pasientombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes offentlige spesialisthelsetjenester.

§ 8-7. Pasientombudets oppgaver

Pasientombudet skal i rimelig utstrekning gi den som ber om det informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde.

Pasientombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Pasientombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende.

Pasientombudet skal gi den som har henvendt seg til ombudet, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet.

Pasientombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp.

Pasientombudet skal sørge for å gjøre ordningen kjent.

§ 8-8. Forskrifter

Departementet kan gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av bestemmelsene om pasientombud.