



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Åsgård, Tromsø
Dato: 05.10.2010
Tid:

Forfall meldes direktørens forkontor, tlf 776 26010. Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Hanne CS Iversen	Medlem	
Hanne Frøyshov	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Svenn A. Nielsen	Medlem	
Anne Grethe Olsen	Medlem	
Ottar Skjellhaug	Medlem	
Åse Berit Vrenne	Medlem	
Erik Arne Hansen	Medlem	

Saksnr	Innhold
ST 60/2010	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 61/2010	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 6. september 2010
ST 62/2010	HR-strategi for UNN HF 2011-2015
ST 63/2010	Forberedelse til budsjett 2011
ST 64/2010	Behandlingstilbudet til alvorlig skadde pasienter - regionalt traumesystem for Helse Nord. Høringsuttalelse fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF
ST 65/2010	Rapport, eksterne tilsyn
ST 66/2010	2. tertialrapportering 2010
ST 67/2010	Møteplan for styremøter UNN 2011
ST 68/2010	Referatsaker
ST 69/2010	Orienteringssaker
ST 70/2010	Eventuelt

ST 60/2010 Godkjenning av innkalling og saksliste



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
61/2010	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen	05.10.2010

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 6. september 2010

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge godkjenner møteprotokoll fra styremøte 6. september 2010.

Tromsø, 22. september 2010

Tor Ingebrigtsen
Adm. direktør



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Adm. møterom D1-707, Tromsø
Dato: 06.09.2010
Tid: 08.30-14.00

Faste medlemmer som møtte:

Navn	Funksjon	Merknad
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
— Hanne CS Iversen	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Hanne Frøyshov	Medlem	
Erik Arne Hansen	Medlem	
Åse Berit Vrenne	Medlem	
Svenn A. Nielsen	Medlem	
Anne Grethe Olsen	Medlem	
Ottar Skjellhaug	Medlem	

Faste medlemmer som ikke møtte:

Navn	Funksjon	Merknad
Mai Britt Martinsen	Medlem	

Varamedlemmer som møtte:

Navn	Møtte for	Merknad
Randi Steinli Pedersen	Mai Britt Martinsen	Varslet forfall

Observatør som møtte:

Cathrin Carlyle	Representant for Brukerutvalget ved UNN	
-----------------	---	--

Fra administrasjonen møtte:

Navn	Stilling
Tor Ingebrigtsen	adm. direktør
Marit Lind	ass. direktør
Jorunn Lægland	økonomisjef
Anne Husebakk	fag- og forskningssjef
Gry Andersen	klinikkisjef
Markus Rumpfeld	klinikkisjef
Arthur Revhaug	klinikkisjef
Leif Hovden	administrasjonssjef

Saksnr	Innhold
ST 52/2010	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 53/2010	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 30.04.2010, 22.06.2010 og 02.07.2010
ST 54/2010	Virksomhetsrapport juni og juli 2010
ST 55/2010	Felles uttalelse fra Styret i UNN og fakultetsstyret i Helsefak ved UiT
ST 56/2010	Tilsynsrapportering - eksterne tilsyn
ST 57/2010	Orienteringssaker
ST 58/2010	Referatsaker
ST 59/2010	Eventuelt

ST 52/2010 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 06.09.2010

Innstilling:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge godkjenner innkalling og saksliste til styremøte 06.09.2010.

Direktøren foreslo følgende endringer:

Tillegg under referatsak:

- protokoll fra drøftingsmøte, AMU og BU's arbeidsutvalg
- protokoll fra foretaksmøte

Hanne Frøyshov ba om en orientering i følgende saker:

- Prosjekt "Samarbeid på tvers" ved UNN Harstad og UNN Narvik
- Videre behandling av A-fløya
- Aktivitetsnivået og kapasitetsutfordringer

Vedtatt:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge godkjenner innkalling og saksliste til styremøte 06.09.2010, med følgende endringer for dagens saksliste:

Tillegg under referatsak:

- protokoll fra drøftingsmøte, AMU og BU's arbeidsutvalg
- protokoll fra foretaksmøte

Tillegg under orienteringssaker:

- Prosjekt "På tvers" ved UNN Harstad og UNN Narvik
- Videre behandling av A-fløya

Eventuelt:

- *Vurdering av om "aktivitetsnivået og kapasitetsutfordringer i UNN skal komme som en orientering i styremøtet i november med forslag til kortsiktige og langsiktige tiltak i tråd med den prioritering som styret legger til grunn i styremøtet i desember 2010".*

Enstemmig vedtatt.

ST 53/2010 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 30.04.2010, 22.06.2010 og 02.07.2010

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 06.09.2010

Innstilling:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge godkjenner møteprotokollene fra styremøtene 30.04.2010, 22.06.2010 og 02.07.2010.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge godkjenner møteprotokollene fra styremøtene 30.04.2010, 22.06.2010 og 02.07.2010.

Enstemmig vedtatt.

ST 54/2010 Virksomhetsrapport juni og juli 2010

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 06.09.2010

Innstilling:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar virksomhetsrapporten for juni og juli til orientering.

Klinikkvis budsjettoversikt utdelt. Administrerende direktør innledet til saken gjennom eget foredrag, herunder også pasientadministrative rutiner knyttet til pasienter uten rett til prioritert helsehjelp.

Hanne Frøyshov fremmet følgende forslag til et punkt 2:

Styret ser at aktiviteten er for lav og ber direktøren sette i verk tiltak for en varig og målrettet økning i aktiviteten.

Innstillingen ble tatt opp til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Forslag til pkt 2 ble tatt opp til avstemming.

Forslaget falt mot 2 stemmer.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar virksomhetsrapporten for juni og juli til orientering.

Enstemmig vedtatt.

ST 55/2010 Felles uttalelse fra Styret i UNN og fakultetsstyret i Helsefak ved UiT

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 06.09.2010

Innstilling:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge slutter seg til ordlyden i fellesuttalelsen fra styreseminaret 23. mars 2010.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge slutter seg til ordlyden i fellesuttalelsen fra styreseminaret 23. mars 2010.

Enstemmig vedtatt.

ST 56/2010 Tilsynsrapportering - eksterne tilsyn

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 06.09.2010

Innstilling:

1. Styret tar redegjørelsen av resultater fra eksterne tilsyn t.o.m. september 2010 til orientering.
2. Styret ber om at planlagte og gjennomførte tiltak beskrives stikkordmessig i saksfremlegget til neste styremøte.

Vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen av resultater fra eksterne tilsyn t.o.m. september 2010 til orientering.
2. Styret ber om at planlagte og gjennomførte tiltak beskrives stikkordmessig i saksfremlegget til neste styremøte.

Enstemmig vedtatt.

ST 57/2010 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 06.09.2010

Innstilling:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar orienteringssakene til orientering.

Direktøren redegjorde for følgende saker:

1. Skriftlig orientering vedrørende status i situasjonen for urologiske pasienter uten rett til prioritert helsehjelp jf. notat til styret, datert 21.7.2010 samt et beslutningsnotat fra direktør til ledergruppen, datert 2.9.2010

I tillegg ga direktøren en muntlig orientering om;

2. Sommerdriften 2010
3. Interne revisjoner
4. Statsrådets besøk på Svalbard
5. Prosjektet "Samarbeid på tvers" ved UNN Harstad og UNN Narvik
6. Videre framdrift for planlegging av A-fløya

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar orienteringssakene til orientering.

Enstemmig vedtatt

ST 58/2010 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 06.09.2010

Innstilling:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar referatsakene til etterretning.

Følgende saker var lagt frem:

1. Kvalitetsstrategi – oppdatert versjon – endring D- pkt 4 – Avviksbehandling
2. Uttalelse datert 24.6.2010 fra Tysfjord kommune vedr. bygging av nytt sykehus i Narvik
3. Høringsuttalelse fra Universitetet i Tromsø, UNN og Nasjonalt senter for distriktsmedisin vedr Rapport IS-1783: *Nybyrjarstilling for legar – praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar*
4. Protokoll fra drøftingsmøte med FTV/FVO, datert 30.8.2010
5. AMU-møte 25.8.2010
6. Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 26.8.2010
7. Møteprotokoll fra foretaksmøte, datert 6.7.2010

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar referatsakene til etterretning.

Enstemmig vedtatt

ST 59/2010 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 06.09.2010

Hanne Frøyshov fremmet sak om at styret måtte gjøre følgende vurdering:

Vurdering av om "aktivitetsnivået og kapasitetsutfordringer i UNN skal komme som en orientering i styremøtet i november med forslag til kortsiktige og langsiktige tiltak i tråd med den prioritering som styret legger til grunn i styremøtet i desember 2010".

Saken falt mot en stemme.

Tromsø, 6. september 2010

Jorhill Andreassen

Olav Helge Førde

Hanne CS Iversen

Hanne Frøyshov

Rune Moe

Jan Eivind Pettersen

Mai-Britt Martinsen

Svenn A. Nielsen

Anne Grethe Olsen

Ottar Skjellhaug

Åse Berit Vrenne

Erik Arne Hansen

Randi Steinli Pedersen



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
62/2010	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Elin Anita Nilsen	05.10.2010

HR-strategi for UNN HF 2011-2015

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vurderer den foreslåtte HR-strategien som et godt strategisk verktøy for å nå foretakets mål og innfri krav fra eier.
2. Styret vedtar HR-strategien for UNN 2011-2015.

Formål/sammendrag

På oppdrag fra administrerende direktør har HR-senteret utarbeidet forslag til HR-strategi for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), gjeldende for perioden 2011-2015.

UNN er en helsefaglig spydspiss og skal være ledende nasjonalt innenfor utvalgte områder. UNN er dermed en av landsdelens mest kunnskapsintensive organisasjoner, og dertil den største arbeidsplassen vi har i nord. Det forplikter i den strategiske tenkningen omkring medarbeideren som vår viktigste ressurs. Medarbeideren og den kompetansen han eller hun bringer med seg, er nøkkelen til å få realisert de målene vi setter oss. Strategisk HR handler om å gjøre ledere og medarbeidere best mulig rustet til å realisere UNNs overordnede mål og strategiske hovedretninger. HR-strategien er derfor laget for å gi ledere og medarbeidere retningslinjer for hvordan UNN skal arbeide målrettet med HR de neste årene.

HR-strategien er retningsgivende for klinikkene ved at det foreslås at HR-aktivitet skal synliggjøres i klinikkens planer og innarbeides i dialogavtaler med den enkelte leder. Det innebærer at ledere i UNN skal måles på hvordan de jobber med HR.

Strategien inneholder tre fokusområder og tre støtteområder. *Arbeidsmiljø, Verdibasert organisasjonskultur og Balanse mellom oppgaver, ressurser og kompetanse* utgjør fokusområdene, mens *Helhetlig tilnærming til motivasjon og belønning, Profesjonell personalhåndtering og Lederutvikling* utgjør støtteområdene. Hensikten med todelingen er å understreke følgende poeng: Fokusområdene er et mål i seg selv, mens støtteområdene er viktige virkemidler for å lykkes med målsetninger innenfor arbeidsmiljø, verdibasert organisasjonskultur og balanse mellom oppgaver, ressurser og kompetanse.

Til hvert område skisseres et utfordringsbilde som danner grunnlag for målformuleringer. Målene skal operasjonaliseres i tiltak som samles i årlige handlingsplaner og innarbeides i dialogavtaler. Neste års handlingsplan er ikke lagt ved denne saken, men vil foreligge som et resultat av høstens arbeid med dialogavtalene.

I tillegg til selve strategidokumentet er det utarbeidet et vedlegg som omhandler HR-strategiens profil. Her kan man lese om strategiens normative forankring, uttrykt gjennom et sosialt utviklende menneskesyn, idealtypisk framstilt i et rammeverk kalt *myk HR*.

Bakgrunn

Begrepet HR kommer fra engelsk og er en forkortelse for Human Resources. HR inkluderer de tradisjonelle personalfunksjonene, men favner videre ved å inkludere alle aktiviteter som utvikler og understøtter medarbeidernes evne til å realisere virksomhetens overordnede mål. UNN har hittil ikke hatt en HR-strategi.

Som oppfølging av LUO (langsiktig omstilling og utvikling) er HR identifisert som et blant flere satsningsområder i UNN. Det må ses i sammenheng med flere forhold. Utgangspunktet er at vi konkurrerer om best og tilgjengelig kompetanse for å kunne levere helsetjenester på høyt nivå. Det stiller krav til en helhetlig og felles tilnærming til planlegging, rekruttering, mottak, anvendelse, utvikling, motivering og stabilisering av medarbeidere. HR-feltet anerkjennes derfor i stadig større grad som et strategisk viktig område å ha fokus på.

Gjennom HR-strategien ønsker vi å vise at vi tar medarbeideren på alvor, og vi betrakter strategien som et verktøy for å skape engasjement og involvering. I HR-strategiens profil og rammeverk (vedlegg 1) tar UNN et verdivalg, og det faller godt sammen med intensjonen i prosjekt Verdibasert Hverdag, en satsning i Helse Nord RHF. Rammeverket kan brukes som en veileder eller et korrektiv i forbindelse med prioriteringer og valg som skal gjøres, samt tiltak som skal utarbeides. Målet er at HR-strategien skal bidra til refleksjon og bevisstgjøring omkring det vi gjør innen HR-feltet.

HR-strategien er ikke ment å omfatte alt som gjøres innenfor HR i UNN, men skal være et styrende verktøy for de viktigste områdene som skal prioriteres i planperioden. Ved å holde målformuleringene på et overordnet nivå, er det rom for lokale variasjoner i tiltaksarbeidet, sekvensiell måloppnåelse gjennom handlingsplaner tilknyttet de årlige dialogavtalene, samt kontinuerlig tilpasning til nye krav, behov, forventninger og endringer i omgivelsene.

Målet med denne saken er å styrebehandle UNNs HR-strategi, og dermed å gi strategien status som en av delstrategiene som skal understøtte det overordnede strategidokumentet som er under utvikling.

Saksutredning

Utkast til HR-strategi er utarbeidet av HR-senteret på oppdrag fra administrerende direktør. Strategien bygger på en gjennomgang av føringer gitt i andre styrende dokumenter for UNN, så som forsknings-, undervisnings- og HMS-strategi, samt i oppdragsdokumentet. Det har også blitt innhentet sammenlignbart materiale fra andre RHF.

HR-strategien er til for alle medarbeidere i UNN, og det har derfor vært viktig å sørge for involvering. I den forbindelse ble det arrangert en workshop der ledere og medarbeidere fra alle klinikker og sentre i UNN var invitert til å delta. I forkant av workshopen gjorde deltakerne en kartleggingsjobb i egen klinikk/senter med hensyn til hva som fins og praktiseres av typiske

HR-aktiviteter. I selve workshopen jobbet man i grupper for å utarbeide ønsket framtidig HR-fokus. Dette arbeidet har lagt premisser for innholdet i HR-strategien.

Utkast har blitt presentert de tillitsvalgte, som har hatt mulighet til å komme med innspill. I tillegg har utkast vært gjenstand for grundig gjennomgang i direktørens ledergruppe, som har lagt flere premisser for form, innhold og nivå i strategien. Blant annet er det som resultat av en prosess i direktørens ledergruppe at man har besluttet å holde tiltaks- og handlingsplaner atskilt fra selve strategidokumentet.

Utkast til HR-strategi har vært behandlet i arbeidsmiljøutvalget (AMU), og har vært på intern høring i klinikker og sentra. Høringsfristen har vært lang, slik at det har vært rikelig anledning til behandling i KVAM-utvalg og -grupper. Også fagforeninger i UNN har uttalt seg. Det har blitt gjort et grundig arbeid med å gjennomgå høringsuttalelsene, og mange merknader er forsøkt innarbeidet i vedlagte strategiutkast. Det siste utkastet har også vært behandlet i direktørens ledergruppe 21.09.10, og drøftet med de tillitsvalgte 22.09.10.

Vurdering

Arbeidet med HR-strategien har vist at HR spenner over et vidt felt. Det gjør også at strategien kan framstå som omfattende og kompleks. Samtidig bekrefter arbeidet at UNN i mer eller mindre grad har fokus på alle de seks fokus- og støtteområdene som HR-strategien favner, og det i seg selv gir signal om at UNN har et aktivt og prioritert forhold til HR. Det er bra! Da er det også god grunn til å se de ulike områdene i sammenheng slik at mål og innhold står i forhold til hverandre og drar i samme retning. Det er en viktig hensikt med HR-strategien. Vedlegget som omhandler HR-strategiens profil og rammeverk er ment å skulle forklare og forsterke denne hensikten.

Høringsinstansene gir prinsipiell støtte til strategien, og det er en gjennomgående tilbakemelding at man synes det er bra at en strategi nå er på plass. Høringsuttalelsene har kommet med en rekke innspill til justeringer av formuleringer, og dette er det i stor grad forsøkt tatt høyde for i det utkastet som nå foreligger. I tillegg har høringsuttalelsene ført til at noen nye målformuleringer er kommet med, mens andre er tatt bort. Det har også blitt gjort innholdsmessige justeringer av tekst både i strategidokumentet og i vedlegget, basert på en helhetsvurdering av høringsuttalelsene.

Utover det ovennevnte er det grunn til å trekke fram et par forhold som flere har kommentert og uttrykt bekymring for:

- For det første bærer HR-strategien preg av at det pålegges ledere i UNN et stort ansvar og store forpliktelser i forhold til å realisere strategiens (og også UNNs andre strategiers) innhold. Det uttrykkes bekymring for i hvilken grad det er realistisk at UNNs ledere skal strekke til.
- Med referanse til strategiens punkt 4.2: Profesjonell personalhåndtering, er man bekymret for en økende delegering av ansvar for personaladministrativt arbeid fra HR til klinikkene, uten at personalressurser følger med. Det påpekes også at HR-senteret sannsynligvis ikke har tilstrekkelig kompetanse til å gi lederstøtte på det nivået og i det omfanget som er nødvendig for at alle parter skal klare å imøtekomme målsetningene i HR-strategien.

De to punktene henger sammen, og HR-strategien forsøker gjennom målformuleringer å vise at dette er forhold det skal jobbes med og ikke tas lett på. At lederutvikling utgjør et av støtteområdene i strategien, er også et sterkt signal om at UNN har forståelse og respekt for det arbeidet lederne gjør, og at det settes inn mye ressurser på å støtte og trygge dem i rollen.

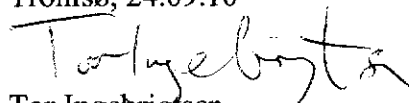
Det er likevel grunn til å gjøre oppmerksom på at arbeidet med HR-strategien og omorganiseringen som har funnet sted i HR-senteret, har avdekket manglende kompetanse på flere områder. Noe av denne utfordringen kan løses gjennom å tilby HR-senterets medarbeidere kurs og videreutdanning, men det kan også bli nødvendig å vurdere en økt ressursinnsats for å realisere strategiens målsetninger.

For øvrig viser høringsuttalelsene et engasjement som kan tas til inntekt for at HR-strategien vil forankres i klinikkens virksomhet.

Konklusjon

Direktøren vurderer HR-strategien som et godt strategisk verktøy for å nå mål og innfri krav fra eier. Den understøtter UNNs overordnede strategiarbeid og anbefales vedtatt av styret.

Tromsø, 24.09.10



Tor Ingebrigtsen
Adm. direktør

Vedlegg:

1. HR-strategi 2011-2015
2. Vedlegg 1 til HR-strategien: HR-strategiens profil og rammeverk



HR-strategji

2011-2015

Innholdsfortegnelse

Forord

1. Innledning
 - 1.1 Føringer fra overordnede mål og strategier
 - 1.2 Hensikt med UNNs HR-strategi
2. Datagrunnlag og metode for utarbeidelse av HR-strategien
3. HR-strategiens fokusområder, støtteområder, utfordringsbilder og målsetninger
FOKUSOMRÅDER:
 - 3.1 Arbeidsmiljø
 - 3.2 Verdibasert organisasjonskultur
 - 3.3 Balanse mellom oppgaver, ressurser og kompetanse
4. **STØTTEOMRÅDER:**
 - 4.1 Helhetlig tilnærming til motivasjon og belønning
 - 4.2 Profesjonell personall håndtering
 - 4.3 Lederutvikling

Vedlegg 1: HR-strategiens profil og rammeverk

Forord

Arbeidet med HR-strategien fyller oss både med ærefrykt og ydmykhet. Ærefrykt fordi vi mener at en kunnskapsorganisasjon som UNN trenger en strategi for den menneskelige ressursen, og vi synes derfor vi har fått et stort og viktig oppdrag. Ydmykhet fordi strategien vil berøre hver enkelt av oss, og fallhøyden er derfor stor i forhold til ikke å innfri forventninger, ikke klare å ta høyde for alle behov, hensyn og ønsker som måtte finnes blant UNNs nesten seks tusen medarbeidere. Da er det viktig å understreke at i dagens dynamiske samfunn, der omgivelsene til enhver tid er komplekse og i stadig forandring, må vår HR-strategi være smidd over samme lest: som et rammeverk med føringer, men der endring og utvikling ikke bare er tillatt, men påkrevd. For meg vil derfor strategien være nøkkelen til dialog om gode tiltak og løsninger i årene framover. Med et slikt utgangspunkt håper vi at HR-strategien vil oppleves som nyttig internt i UNN. Det er heller ikke slik at HR-strategien er ment å omfatte alt som gjøres innenfor HR-feltet i UNN. Derfor vil mange løpende aktiviteter ikke gjenfinnes i dette dokumentet. Strategi handler om å utpeke noe som spesielt viktig, som må løftes på et overordnet nivå, og som må etterspørres eksplisitt og tilgodeses gjennom prioritering og ressursbruk.

HR-strategien skal gi retningslinjer for hvordan ledere og medarbeidere i UNN skal jobbe målrettet med HR de nærmeste årene. Med utgangspunkt i strategien vil det utvikles årlige handlingsplaner. I tillegg skal vi få på plass et lederutviklingsprogram som skal være et vedlegg til HR-strategien. Vi har dessuten laget et eget notat som omhandler HR-strategiens profil. Der kan de som er interessert, lese mer om strategiens teoretiske forankring. Dermed vil HR-strategien ta sikte på å ha tre vedlegg, der handlingsplan og lederutviklingsprogram stadig vil revideres.

Strategien er også et virkemiddel for å pleie UNNs omdømme. I positiv forstand ønsker vi å bruke den som et utstillingsvindu for hvordan vi ivaretar medarbeideren i UNN. Klarer vi derimot ikke å levere i henhold til intensjonene, kan det slå negativt ut på vårt omdømme. Det er derfor viktig at strategien ikke blir et skrivebordsdokument, men at alle bidrar til å gjøre den levende.

Til slutt vil jeg takke alle som har bidratt med å lage HR-strategien. Først takk til medarbeidere i UNN som stilte opp på workshop 23. september 2009. Innspillene herfra var svært nyttige, og jeg håper mange av dere vil kjenne igjen elementer av det som ble løftet fram denne dagen. Så vil jeg takke den flotte gjengen i HR-senteret som med engasjement og lyst har jobbet fram produktet:

Berit Antonsen, Ole-Martin Andersen, Hjørdis Rasmussen, Hanna Uleberg, Rune Johansen, Roar Skare, Marit Johansen, Råger Ellingsen.

Elin Anita Nilsen
HR-sjef UNN

1. Innledning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tilbyr befolkningen i den nordligste landsdelen medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. UNN er en helsefaglig spydspiss og skal være ledende nasjonalt innenfor utvalgte områder. UNN er dermed en av landsdelens mest kunnskapsintensive organisasjoner, og dertil den største arbeidsplassen vi har i nord. Det forplikter i forhold til vår strategiske tenkning omkring medarbeideren som ressurs. Som kunnskapsintensiv bedrift er medarbeideren og den kompetansen han eller hun bringer med seg, nøkkelen til å få realisert de målene vi setter oss. Det er et budskap vi ønsker å få synliggjort i HR-strategien¹.

Den tar utgangspunkt i at vi ønsker å skape en *raus, inkluderende og verdibasert* organisasjonskultur, som legger til rette for at den enkelte medarbeider skal få utvikle og utfolde seg faglig og personlig, i et langsiktig perspektiv. For oss handler derfor HR om *langsiktig investering* i våre medarbeidere. Vår oppskrift for å beholde våre medarbeidere er som følger:

- Å være en kunnskapsbedrift i særklasse
- Å ha høyt fokus på utvikling av medarbeideren gjennom bevisst satsning på forskning, utdanning, arbeidsmiljø og lederutvikling
- Å ha en klar profil som "kultursykehuset"
- Å legge til rette for faglig autonomi og kreativitet innenfor rammene av klare langsiktige mål

Med dette etterstreber vi en *myk profil*² på vår HR-satsning.

1.1 Føringer fra overordnede mål og strategier

En gjennomgang av alle vedtatte strategier i UNN, så som forskning, undervisning, kommunikasjon, HMS, pasientforløp, kvalitet osv., viser at HR-strategien støtter opp under de andre strategiene. Et gjennomgående budskap i både forsknings- og undervisningsstrategien er at UNN skal satse langsiktig og målrettet på sine medarbeidere for å styrke UNN som universitetssykehus, og at satsningen skal gjenspeiles i hvordan ledere ivaretar medarbeidere, hva som vektlegges i rekrutteringsprosesser, hva som bør prege kulturen vår, og hvordan incentiver og belønning bør utformes. Strategiene tar utgangspunkt i dedikerte ledere og medarbeidere som er engasjert i sine fag, og som har indre motivasjon som drivkraft for sitt arbeid. Kommunikasjonsstrategien og HMS-strategien vier stor plass til forhold som har å gjøre med åpne informasjonskanaler, medbestemmelse og involvering av ledere og medarbeidere. Det samme gjelder pasientforløpsstrategien. Her trekkes det koplinger mellom medbestemmelse, ansvarliggjøring og økt medarbeidertilfredshet. Alle vektlegger betydningen av verdibasert kulturbygging som suksesskriterium for å lykkes med omstillings- og endringsarbeid. Et underliggende premiss her er at medarbeidere identifiserer seg med UNN og involverer seg i egen og organisasjonens utvikling, til beste for pasienter, studenter, samfunn og medarbeidere.

¹ Forkortelsen HR står for Human Resources, og forkortelsen HRM står for Human Resource Management.

² For utfyllende redegjørelse for hva som menes med "myk HR", se vedlegg 1 til HR-strategien "HR-strategiens profil og rammeverk".

1.2 Hensikt med UNNs HR-strategi

Strategisk HR handler om å gjøre medarbeidere og ledere best mulig rustet til å realisere UNNs overordnede mål. Hensikten med en HR-strategi er dermed å formulere mål og utvikle tiltak som understøtter de strategiske hovedretningene UNN har valgt å satse på de nærmeste årene. De er uttrykt i UNNs overordnede strategidokument som:

- Satsing på UNN som utdanningssykehus
- Pasientmedvirkning

HR-strategien skal være et verktøy for realisering av de overordnede målene som valg av strategiske hovedretninger gir.

2. Datagrunnlag og metode for utarbeidelse av UNNs HR-strategi

HR-strategien er resultat av analyse av strategiske føringer, kartlegging av hva andre helseforetak gjør på feltet, samt involvering av medarbeidere og ledere i UNN.

Som nevnt har vi lagt til grunn en gjennomgang av de andre vedtatte strategiene i UNN. De legger premisser for hva vi skal ha fokus på i årene framover, og skisserer mål og tiltak innenfor forskning, undervisning, pasientforløpsarbeid osv.

Vi har vært i kontakt med alle RHFer i Norge, der vi har snakket med og fått tilsendt HR-strategier og interne lederutviklingsprogram. Materialet har vi brukt aktivt i utformingen av UNNs HR-strategi.

HR-strategien er til for alle medarbeidere i UNN, og det har derfor vært viktig å sørge for involvering. Vi har arrangert en workshop der ledere og medarbeidere fra alle klinikker og sentre i UNN var invitert til å delta. I forkant av workshopen gjorde deltakerne en kartleggingsjobb i egen klinikk/senter med hensyn til hva som fins og praktiseres av typiske HR-aktiviteter. I selve workshopen jobbet man i grupper for å utarbeide ønsket framtidig HR-fokus og -tiltak. Deltakerne gjorde en flott innsats, og dette materialet har også lagt premisser for innholdet i HR-strategien.

3. HR-strategiens fokusområder, støtteområder, utfordringsbilder og målsetninger

Strategien vektlegger tre fokusområder og tre støtteområder. *Arbeidsmiljø, Verdibasert organisasjonskultur* og *Balanse mellom oppgaver, ressurser og kompetanse* utgjør fokusområdene, mens *Helhetlig tilnærming til motivasjon og belønning, Profesjonell personalhåndtering* og *Lederutvikling* utgjør støtteområdene. Hensikten med todelingen er å understreke følgende poeng:

Fokusområdene er et mål i seg selv, mens støtteområdene er viktige virkemidler for å lykkes med målsetninger innenfor arbeidsmiljø, verdibasert organisasjonskultur og balanse mellom oppgaver, ressurser og kompetanse.

I den videre framstillingen vil ikke dette få andre konsekvenser enn at noe benevnes som fokusområder, mens noe benevnes som støtteområder. Til hvert område skisserer vi et utfordringsbilde som danner grunnlag for målformuleringer. Målene skal operasjonaliseres i tiltak som samles i en egen handlingsplan. Planen skal være retningsgivende for hvordan klinikkene planlegger neste års dialogavtale innenfor HR feltet. I forhold til lederutvikling

skal det i tillegg utarbeides et lederutviklingsprogram som fyller ut detaljer i forhold til det som står om utfordringsbilde og mål i dette dokumentet.

FOKUSOMRÅDER

3.1 Arbeidsmiljø - utfordringsbilde

UNN har i mange år satt arbeidsmiljø aktivt på dagsorden. Arbeidsmiljø knyttes til begreper som jobbtilfredshet og medarbeidertilfredshet. De henger igjen sammen med forhold som har med forventninger til jobb, kollegaer og ledere, opplevd mestring, tilrettelegging, medbestemmelse og trivsel. En gjennomgang av føringer fra de andre strategiene, oppdragsdokumentet, avdekkede problemstillinger i kjølvannet av LUO (langsiktig utvikling og omstilling), pålegg fra Arbeidstilsynet om å lukke opplevd gap mellom oppgaver og ressurser, innspill fra workshop, og samarbeid med NAV, taler for å gjøre dette til et av fokusområdene i HR-strategien.

Et sunt arbeidsmiljø er roten til alt godt! Vi må derfor hele tiden være på leting etter "sunnhetsindikatorer" og "friskhetsindikatorer" blant alle som til enhver tid bidrar til et godt arbeidsmiljø på UNN. For å jobbe målrettet med arbeidsmiljø er vi avhengig av gode verktøy for innhenting av kunnskap om medarbeidertilfredshet. Det er derfor et mål å raffinere metoder, verktøy og prosesser i tilknytning til dette. Det er mange og komplekse sammenhenger mellom sykefravær og arbeidsmiljø, og vi ønsker derfor å jobbe strategisk i forhold til sykefraværsproblematikk. Vi tror det er lurt å satse på tettere sykefraværsoppfølging, samtidig som vi bør målrette arbeidet mot utvalgte grupper som har et økende behov for god oppfølging. Vi vet for eksempel at psykiske lidelser på landsbasis utgjør hver femte sykefraværsdag (NAV 2009). På samme måte vet vi at gravide utgjør en stadig større gruppe av de langtidssykemeldte. Den samme trenden gjelder også ledere.

Men like viktig som fokus på sykefravær, er fokus på "friskhetsnærver". Gjennom målrettet arbeid i KVAM-utvalg, utvikling av seniorpolitikk og tiltak knyttet til deltid, vil vi sørge for at alle de som faktisk er friske og ønsker å jobbe lengst og mest mulig, skal få mulighet til det.

Medvirkning og medbestemmelse er premisser for ansvarliggjøring og resultatoppgjøring, og forutsetter at den enkelte medarbeider blir sett og ivarettatt, er informert om beslutninger som tas, og opplever reelle muligheter til å kunne påvirke, medvirke og bestemme om forhold som angår egen arbeidshverdag. Et viktig sted å starte, er å styrke kommunikasjonen mellom den enkelte medarbeider og nærmeste leder. Det er flere måter å gjøre det på, der utviklingssamtaler kan være et alternativ. Både innføring av LEAN som metode for forbedring av pasientforløp, dialogavtalen og medarbeidertilfredshetsundersøkelsen, legger opp til tette og kontinuerlige samhandlings- og kommunikasjonsprosesser internt i den enkelte enhet, og det er derfor viktig at man sørger for at oppfølging ikke blir et skippertaksarbeid, men at den mer har karakter av å være en dynamisk og kontinuerlig prosess gjennom hele året.

Omstillingsprosesser har konsekvenser for arbeidsmiljø, på samme tid som omstilling utgjør en stadig større og mer naturlig del av vår hverdag. Fra forskning vet vi at medarbeidere med begrenset erfaring og kompetanse om endring lettere velger å slutte i jobben, motsette seg endring eller at man blir handlingslammet, mens medarbeidere med mer erfaring og kompetanse lettere velger handteringsmekanismer som lojalitet og engasjement. Denne innsikten bør vi benytte for å bygge endringskompetanse på system- og individnivå, ikke

minst fordi vi tror det vil få konsekvenser for medarbeideres opplevelser av mestring, samt følelse av å kunne påvirke, medvirke og bestemme i omstillingsprosesser. En viktig del av det å bygge endringskompetanse innebærer å ha kunnskap om og systematisere erfaringer med ny formell struktur. I 2009 begynte vi å fylle den nye strukturen med innhold. I slike prosesser vil det oppstå problemstillinger der man må avklare forholdet mellom intensjoner, ny formell struktur og den praksis som er i ferd med å utvikle seg. I UNN har vi særlig identifisert behov for å undersøke konsekvenser av ny formell struktur på kontrollspenn, samt i hvilken grad "kartet stemmer overens med terrenget". Det har konsekvenser for om kommunikasjons- og beslutningsprosesser fungerer som de skal, og om ledere og medarbeidere opplever rolleklarhet der de er.

Under temaet arbeidsmiljø har vi formulert fem mål som til sammen favner vidt, men som henger sammen på ulike måter, og det å samle dem under samme fokusområde vil bidra til et bedre strategisk fokus totalt sett.

Mål arbeidsmiljø

1. UNN skal ha gode kommunikasjons- og medvirkningsprosesser der blant annet KVAM skal ha en sentral rolle.
2. UNN skal ha et arbeidsmiljø som motiverer til innsats og tilstedeværelse.
3. UNN skal forbedre sitt arbeidsmiljø ved bruk av metoder og verktøy for kontinuerlig innhenting av kunnskap om medarbeidertilfredshet.
4. UNN skal redusere sykefraværet gjennom fokus på "friskhetsnærver", skoloring av ledere, tett samarbeid med NAV, og målrettet arbeid mot utvalgte grupper.
5. UNN skal videreutvikle endringskompetanse på system- og individnivå slik at endringsarbeid blir en naturlig del av vår hverdag.

3.2 Verdibasert organisasjonskultur – utfordringsbilde

UNN har en sterk identitet og et godt omdømme, og våre medarbeidere er stolte over å jobbe her. Samtidig har vi gjennomgått en stor omstillingsprosess som varsler en ny tid på mange områder. En viktig del av dette er at UNN nå består av flere lokalisasjoner som har hatt egne tradisjoner og kulturer. Et annet viktig poeng er at vi er pålagt, og har pålagt oss selv, å drive økonomisk forsvarlig, og det inngår nå som en del av den psykologiske kontrakten mellom medarbeidere og ledere på alle nivå i organisasjonen, på en annen måte enn før. Sist, men ikke minst, er UNN et speilbilde av samfunnet for øvrig, som blir mer og mer flerkulturelt. Ledere og medarbeidere må kontinuerlig bevisstgjøres om den flerkulturelle virkeligheten, og bli trygg på å møte, kommunisere og integrere pasienter og medarbeidere med ulik kulturell bakgrunn.

Organisasjoner utvikler kulturer enten man vil eller ikke; spørsmålet er om man bevisst ønsker å påvirke dem i bestemte retninger. Ved å sette kultur og verdier på dagsorden i HR-strategien signaliserer vi at organisasjonskultur er for viktig til at vi ønsker å overlate den til tilfeldighetene.

Kultur er et begrep med mange betydninger, og når vi har valgt kultur som et av fokusområdene i HR-strategien, skal det favne om to fenomener der det første har å gjøre med UNNs organisasjonskultur, og det andre har å gjøre med UNN som kultursykehus. Nedenfor skal vi forsøke å skille fenomenene fra hverandre:

1. Organisasjonskultur defineres ofte som "måten vi gjør tingene på hos oss", eller "det sett av felles delte normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene", eller det refereres til som arbeidsplassens "personlighet, indre liv, det som sitter i veggene". Å jobbe med organisasjonskultur innebærer derfor å ha fokus på verdier, holdninger og atferd med tanke på å påvirke og fylle dem med et innhold som er i samsvar med det vi ønsker skal være UNN sin identitet.

De regionale helseforetakene er bærere av felles nasjonale verdier vedtatt i 2002 ved innføring og oppstart av Helseforetaksreformen i Norge. Kvalitet - Trygghet - Respekt - er kjerneverdier som sammen danner spesialisthelsetjenestens verdigrunnlag. Intensjonen ved Helsereformens oppstart var at de nasjonale verdiene skulle defineres og implementeres på alle nivåer i RHFene. I 2009 påla Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene å i større grad sette verdispørsmål på dagsorden. Verdiene skal komme til uttrykk gjennom foretakenes virksomhetskultur og medarbeidernes atferd. En slik målsetning starter med en prosess der vi definerer hva kjerneverdiene betyr på alle nivåer i organisasjonen, og her er ledelse og lederne sentrale. Forskning viser at mens de fleste organisasjoner på et eller annet tidspunkt igangsetter prosjekter med å etablere egne organisasjonsverdier, er det bare de færreste som beveger seg fra utviklingsstadiet til implementering og integrering. Det er derfor viktig å tenke gjennom hvordan et arbeid med verdier skal forplikte og etterspørres.

Arbeidet med kultur og verdier i UNN bør preges av en refleksjon omkring hvordan vi ønsker at vår atferd skal være; overfor hverandre, overfor de ulike lokalisasjonene, overfor pasienter, pårørende, studenter og samfunnet for øvrig. Utfordringen med kultur er at det ofte oppstår et gap mellom intensjoner på den ene siden, og det vi praktiserer gjennom atferd, på den andre. Kulturarbeid må derfor ikke bli noe vi gjør ved siden av våre andre aktiviteter, men bli en integrert del av dem.

Å skape én kultur i hele UNN er utfordrende, og kanskje verken ønskelig eller mulig. Men vi vet at ledere er rollemodeller, og at fysiske møtepunkter skaper samhold og gjensidig forståelse. Derfor er det viktig å fokusere på ledelse og møtepunkter i arbeidet med å redusere opplevde avstander mellom de ulike lokalisasjonene i UNN. Kombinert med implementering av verdier får vi da et solid kulturelt rammeverk som ulike subkulturer kan eksistere innenfor.

2. UNN som kultursykehus er en del av UNN sin identitet, og utgjør på den måten en viktig del av UNNs organisasjonskultur. Følgende sitat illustrerer poenget på en fin måte:

"For 20 år siden sto daværende RST foran store endringer i organisasjonen. Konfliktnivået var høyt, og frontene steile. Midt i dette sto Pingvinrevyen fram og viste en helt annen side av sykehuset. På tvers av avdelinger og profesjoner samlet folk seg, og skapte noe som var begynnelsen til det mange av oss tar som en selvfølge – kultursykehuset UNN. Ingen andre sykehus i landet kan vise til noe tilsvarende."

Tor Ingebrigtsen, Pingvinen nr 13, 2009

Her kommer det fram hvilken tradisjon UNN har for å legge til rette for kulturaktiviteter, og hvor viktig de er for samhandling på tvers av fagmiljø, lokalisasjoner, interesser osv. Gjennom kulturaktiviteter bygger vi organisasjonskultur og skaper et godt arbeidsmiljø! I tillegg til en rekke tilbud som revy, kor og bedriftsidrettslag, har vi en egen kulturavdeling som bidrar med kuturarrangementer til både pasienter og medarbeidere. Vi mener denne kulturprofilen er viktig å ivareta og videreutvikle, og at nytt potensiale hentes ut av at UNN består av mange lokalisasjoner med stor geografisk spredning. Kulturaktiviteter påvirker trivsel, helse, motivasjon og personlig utvikling. De spiller en viktig rolle som ramme for sosialt samvær, samtidig som de har en brobyggende effekt.

Mål verdibasert organisasjonskultur

1. UNN skal ha en kultur basert på respekt, kvalitet og trygghet, som skal gi retning for *hvordan* vi kan nå våre overordnede mål.
2. UNN skal redusere opplevelsen av avstand mellom de ulike lokalisasjonene.
3. UNN som flerkulturelt sykehus skal synliggjøres gjennom ulike arrangementer og aktiviteter.
4. "UNN som kultursykehuset" skal utgjøre et sentralt virkemiddel for å fremme et godt arbeidsmiljø og en felles organisasjonskultur.

3.3 Balanse mellom oppgaver, ressurser og kompetanse - utfordringsbilde

Balanse mellom oppgaver, ressurser og kompetanse handler om å sikre at det er sammenheng mellom mål for virksomheten, oppgaver som skal løses, tilgang på medarbeidere med riktig kompetanse, og tilrettelegging av arbeidsprosesser knyttet til oppgaveløsningen. Dette har med ressursstyring å gjøre, og peker på forhold som rekruttering, stabilisering, bemanning, aktivitet, kompetanse og arbeidstid. Det er mange grunner til å gjøre balanse mellom oppgaver, ressurser og kompetanse til et av fokusområdene i HR-strategien, men sju åpenbare årsaker er a) påviste sammenhenger mellom god ressursstyring og godt arbeidsmiljø, b) at opplevd ubalanse mellom oppgaver og ressurser rapporteres som et problem og et påleggsområde fra Arbeidstilsynet, c) behovet for gode pasientforløp, d) et økende fokus på kostnadskontroll, e) at kompetanse er nøkkelen til å lykkes med utdanning og pasientmedvirkning som UNNs strategiske retninger, f) en økende knapphet på helsepersonell i årene framover, g) sammen med erkjennelsen av at framtidens løsninger ikke finnes i et ubegrenset tilfang av mer helsepersonell, men i at vi som jobber i UNN ser på hvordan vi kan jobbe mer, lengre og mer fleksibelt. Til sammen krever dette smarte løsninger på et sammensatt og komplekst område.

Vi har formulert åtte målsetninger innenfor dette fokusområdet, og de er krevende nok hver for seg. Likevel mener vi det er tid for å se kompliserte områder i sammenheng. Et første skritt på veien er å få alle i UNN til å bruke GAT som ressursstyringsverktøy. God ressursstyring er ikke mulig med mindre alle bruker de teknologiske hjelpemidlene som fins tilgjengelig. Dernest legger UNN sitt arbeid med pasientforløp til rette for å arbeide målrettet med balanse mellom oppgaver og ressurser, og gir god mulighet til å samle data om kompetansebehov og utfordringer knyttet til aktivitets- og bemanning/arbeidstidsplanlegging ved klinikkovergripende pasientforløp. Vi bør derfor benytte leanprosjektene til å øke den generelle kunnskapen om ressursstyring. Parallelt må det jobbes målrettet med kompetanse og

rekruttering. Her har vi flere utfordringer, men et viktig satsningsområde må være å løfte disse temaene opp på et strategisk nivå. Det innebærer overordnet kartlegging og analyse som grunnlag for tiltak i klinikkene. I tillegg bør vi kartlegge internt og utvikle klinikkvise kompetanseplaner. Det vil imøtekomme vår målsetning om langsiktig investering i våre medarbeidere, og vårt ansvar for at vi til enhver tid har riktig og tilstrekkelig kompetanse. Til slutt må alt dette ses i sammenheng med blant annet data fra Statistisk Sentralbyrå der framskrivning av tall fram til år 2030 viser at det ikke er realistisk å tro at vi kan rekruttere oss ut av framtidens kompetanse- og bemanningsutfordringer. Vi må finne løsninger der den arbeidsstokken vi til enhver tid har ønsker å jobbe mer (flere timer pr uke), lengre (før man går av med pensjon), og mer fleksibelt (at flere yrkesgrupper kan dele/fordele de samme arbeidsoppgavene). Det stiller store krav til samarbeid og nytenkning i UNN spesielt og i helsesektoren generelt.

Mål balanse mellom oppgaver, ressurser og kompetanse

1. UNN skal ha en strategisk tilnærming til kompetanseplanlegging, kompetanseutvikling og rekruttering.
2. UNN skal rekruttere og beholde den beste kompetansen i landsdelen.
3. UNN skal utvikle en fleksibel livsfasetilnærming til oppgave- og arbeidstidsordninger for å stimulere medarbeidere til å jobbe mer og lengre.
4. UNN skal etablere langsiktige og samordnede planleggingsløp for aktivitet- og bemanningsplanlegging.
5. UNN skal jobbe for en mer fleksibel og tverrfaglig bruk av kompetanser.
6. Medarbeideren skal verdsettes som UNNs viktigste ressurs gjennom langsiktig satsing på kompetanse og utvikling.
7. Ledere skal legge til rette for medarbeideres mestring av forholdet mellom oppgaver og ressurser.
8. UNN skal ta i bruk nødvendige verktøy for å jobbe med ressursstyring på en effektiv og planmessig måte.

4. STØTTEOMRÅDER

4.1 Helhetlig tilnærming til motivasjon og belønning - utfordringsbilde

Motivasjon er de faktorene som vekker, vedlikeholder og kanalisere atferd mot et mål. Nøkkelen til god ledelse ligger i å forstå hva som motiverer oss, og det kan være forskjellig fra individ til individ³. Motivasjon påvirker innsats og arbeidsglede. Enten vi jobber med arbeidsmiljø, verdibasert organisasjonskultur eller balanse mellom oppgaver og ressurser, er det en lederutfordring å skape motivasjon i tråd med gjensidige forventninger og et felles verdigrunnlag. Vi lar oss motivere av ulike faktorer, og ledere må ha et stort register å spille på for å imøtekomme ulike behov for å føle at man blir verdsatt. Det kan være alt fra

³ Mer om dette i tabell 3 i vedlegg 1 til HR-strategien: HR-strategiens profil og rammeverk.

tilbakemelding, ros, at ledere skjærer medarbeidere fra bestemte oppgaver (skjermende lederskap), generøsitet, visjoner, klare mål, utviklingsmuligheter, statussymboler, prestisje, autonomi, sosiale relasjoner, lønn, bonus, frynsegoder, karrierestiger, fleksitidsordning osv. En helhetlig tilnærming til motivasjon og belønning handler om å beherske kompleksiteten i virkemidler stilt overfor den enkelte medarbeider, samtidig som vi må stake ut en hovedretning basert på de virkemidlene / belønningsmetodene vi i sum mener vil motivere våre medarbeidere mest.

I tillegg må vi på et mer overordnet nivå spørre hva vi ønsker å stimulere gjennom måten vi belønner på. Er belønning et virkemiddel for å fremme prestasjoner, etterspørre resultater, underbygge atferd som viser respekt, trygghet og kvalitet, tiltrekke oss den beste kompetansen, belønne bestemte kompetanser, sikre likhet og rettferdighet, stimulere til konkurranse, bygge ned statusforskjeller, tydeliggjøre statusforskjeller osv.? Dette er til dels uavklarte spørsmål i UNN, og det eksisterer i dag ulik forståelse og ulik praksis knyttet til bruken av lønn, incentiver og tilbakemelding.

Siden det er enighet om at UNNs HR-strategi skal være forankret i myk HRM, må UNNs prinsipielle syn på motivasjon og belønning være tuftet på en relasjonell kontrakt som stimulerer indre motivasjon. Med det som utgangspunkt må det gjøres et utviklingsarbeid for å konkretisere rammer og innhold i en helhetlig tilnærming til motivasjon og belønning.

I et slikt arbeid vil det være hensiktsmessig å avklare om og evt. hvordan implementering av dialogavtalen og fokus på resultatoppnåelse skal ses i sammenheng med belønning. Samtidig som resultatprestasjoner står i fokus, framheves atferd i tråd med verdier som et strategisk fokusområde både i oppdragsdokumentet og i flere av de andre vedtatte strategiene. Både på leder- og medarbeidernivå kan dette få konsekvenser for hva vi ønsker å belønne.

Motivasjon skjer for det meste gjennom andre virkemidler enn lønn og incentiver. Det skjer gjennom utviklingsmuligheter, karriere- og utdanningsløp, samt å bli sett, hørt og rost. En helhetlig tilnærming til motivasjon og belønning må basere seg på å skape utviklingsmuligheter for de ansatte, og å utvikle en kultur for tilbakemelding der særlig ledere skolerer i ferdigheter på dette feltet. Forskning viser at vi i Norge kan bli bedre på å gi hverandre konstruktiv tilbakemelding. Et ledd i det å styrke kommunikasjonen mellom leder og medarbeider, kan derfor være å skolere oss i tilbakemeldingsteknikker.

Sist, men ikke minst, må vi få vist fram hvilke virkemidler vi har for å motivere og belønne i UNN. Vi har et stort repertoar å ta av, men det er ikke så synlig i vårt "utstillingsvindu".

Mål helhetlig tilnærming til motivasjon og belønning

1. UNN skal utvikle og praktisere en helhetlig tilnærming til motivasjon og belønning.
2. UNNs motivasjons- og belønningssystem skal stimulere lederes og medarbeideres indre motivasjon.
3. UNNs lederutviklingsprogram skal tilby ledere opplæring i motivasjon og virkemidler for å motivere.
4. I UNN skal vi gjøre aktiv bruk av gjensidig tilbakemelding.

5. UNNs motivasjons- og belønningssystem skal reflektere et ønske om å beholde våre medarbeidere over tid.
6. Lokale lønnsoppgjør skal være et strategisk virkemiddel.

4.2 Profesjonell personalhåndtering – utfordringsbilde

Omstillingsprosessen i UNN der vi har lagt om til klinikkstruktur og strategiske stabssentre, har ført med seg nye krav og forventninger både til klinikkene og til stabene, i denne sammenheng til HR-senteret. Flere og flere personaladministrative oppgaver overføres fra sentralt til desentralisert nivå (fra stab til linje), og en slik utvikling krever økt bevissthet og kunnskap om arbeidsgiverrollen som den enkelte leder skal ivareta. HRs rolle går i økende grad ut på å gi profesjonell støtte til ledere og rådgivere i klinikkene slik at de selv forvalter myndighet og ansvar til å utføre oppgaver knyttet til rekruttering, ansettelsesprosesser, belønning, stillingsbeskrivelser, sykefraværsoppfølging, ressursstyring og andre forefallende personaladministrative oppgaver. I en overgangsfase kan det lett oppstå uklarhet om hvem som skal gjøre hva. Ny kunnskap og kompetanse må tilegnes både i HR og i linja; ledere stiller større krav til tettere oppfølging og til kompetanse som møter dem på deres nivå, og HR stiller større krav til rapportering, egne rutiner og prosedyrer ute i linja, og til overholdelse av inngåtte avtaler, vedtatte retningslinjer osv. Trenden kommer til å forsterkes, ikke minst fordi nytt personaladministrativt system skal implementeres i nær framtid (2012). I tillegg stilles det nå større krav til skriftliggjøring av saksbehandling og beslutningsfatting. For UNN representerer dette et handlingsrom til å gjøre et generelt løft med hensyn til profesjonalisering og kvalitetssikring av de personaladministrative prosessene. Manglende profesjonalitet kan først og fremst medføre mye plunder og heft for alle parter, men det kan også ha alvorlige konsekvenser i form av feil saksbehandling, manglende informasjonsflyt, misfornøyde medarbeidere og manglende kompetanse på arbeidsgiverrollen. Profesjonell personalhåndtering framstår derfor som et viktig støtteområde for HR-strategiens fokusområder.

Mål profesjonell personalhåndtering

1. UNN skal ha en profesjonell tilnærming til rekruttering.
2. UNN skal ha en profesjonell tilnærming til lønnsadministrative prosesser.
3. UNNs ledere skal profesjonaliseres i arbeidsgiverrollen.
4. Personaladministrativt arbeid skal profesjonaliseres gjennom et tettere samarbeid mellom HR-senteret og klinikkene.
5. Det skal være en tydelig ansvarsdeling mellom HR og klinikkene i forhold til personaladministrative oppgaver.
6. Personaladministrativt arbeid skal kvalitetssikres gjennom nye teknologiske løsninger.

4.3 Lederutvikling – utfordringsbilde

Da helsereformen kom i januar 2002 ble reformen kalt en "ledelsesreform". Det fordi Lov Om Helseforetak på en helt annen måte enn tidligere stiller uttalte og tydelige krav til ledelse i helseforetakene. Både lovteksten, Helse Nord RHF i sitt oppdragsdokument, og Helse- og Omsorgsdepartementet stiller krav til ledelse, og HOD har utviklet nasjonale lederkrav. De lyder som følger:

Ansvarlig: Ledere må ta utgangspunkt i virksomhetens verdier, mål og ressursgrunnlag.

Handlekraftig: Ledere må ha mot og evne til å utøve lederskap. De må prioritere og gjennomføre nødvendige prosesser i samarbeid med sine medarbeidere.

Endringsvillig: Ledere må kunne møte utfordringer og utvikling gjennom kontinuerlige endringsprosesser og kompetanseheving hos medarbeidere.

Kommuniserende: Ledere må kunne formidle budskap og profil tydelig mht verdier og mål, opptre med legitimitet og vinne tillit hos medarbeiderne.

Inspirerende: Ledere må kunne opptre med ærlighet, humør og toleranse og samtidig stille krav til medarbeiderne i forhold til resultatoppnåelse.

Helhetstenkende: Ledere må kunne se sin virksomhet som en del av et større hele, dvs. profesjonsuavhengig og uavhengig av den enheten man er satt til å lede.

Andre forhold som vil påvirke det å lede i spesialisthelsetjenesten i årene som kommer er:

- Økte krav til arbeidsmiljø og ledelse som konkurransefaktor
- Økte krav til økonomisk balanse, ledelse og god styring fra eier Helse Nord RHF
- Økte krav fra medarbeideren til lederen i forhold til kommunikasjon, rammer og fleksibilitet i arbeidshverdagen
- Økte krav til omstilling og endringsledelse
- Økte krav til rekruttering og stabilisering av arbeidskraft

Det er viktig å utstyre våre ledere med den kompetansen, de verktøyene og den helhetsforståelsen som er nødvendig for å imøtekomme de arbeidsoppgavene UNN er satt til å gjøre, og for å være de støttespillerne som våre medarbeidere trenger. Uten gode ledere vil vi heller ikke klare å nyttiggjøre oss potensialet i våre medarbeidere. Derfor gjør vi lederutvikling til et av støtteområdene i HR-strategien. Våre medarbeidere fortjener og forventer gode ledere. De nye føringene innebærer at det ikke lenger er et tilstrekkelig lederkriterium å være "den beste blant likemenn/kvinner", det man tidligere kalte faglig ledelse. Samtidig anerkjenner vi i UNN at et viktig utgangspunkt for å være leder, er solid faglig kompetanse i bunnen innenfor det fagfeltet man skal fungere som leder for. Ledere i UNN må derfor både være gode fagpersoner innenfor sitt felt, og ta lederrollen på alvor og anerkjenne ledelse som et eget fag som krever dedikert interesse og oppmerksomhet. Å være leder i UNN forplikter derfor på mange områder, noe som også stiller krav til hvordan vi rekrutterer ledere og hvem som får være leder i UNN.

UNN har lang tradisjon for å drive med lederutvikling. Evaluering av tidligere og nåværende tiltak, viser at kombinasjonen av interne tilbud og eksterne meritterende programmer gir gode resultater over tid, både på individ- og organisasjonsnivå. Gjennom en helhetlig plan som favner alle ledernivåer i UNN skal vi sørge for faglig oppfølging og påfyll fra man er ny som leder til man er senior. Lederutvikling vil derfor foregå både individuelt, i grupper, internt og utenfor foretaket. Vårt lederutviklingsprogram består av fem moduler, og hver modul søker å

innfri spesifikke mål som til sammen skal ha effekt på vår helhetstenkning omkring ledelse. Denne tenkningen kan formuleres som følger:

Lederutviklingsprogrammet i UNN skal gjøre våre ledere dyktige på å tilrettelegge for at våre medarbeidere kan realisere UNNs overordnede mål og strategier.

Mål lederutvikling

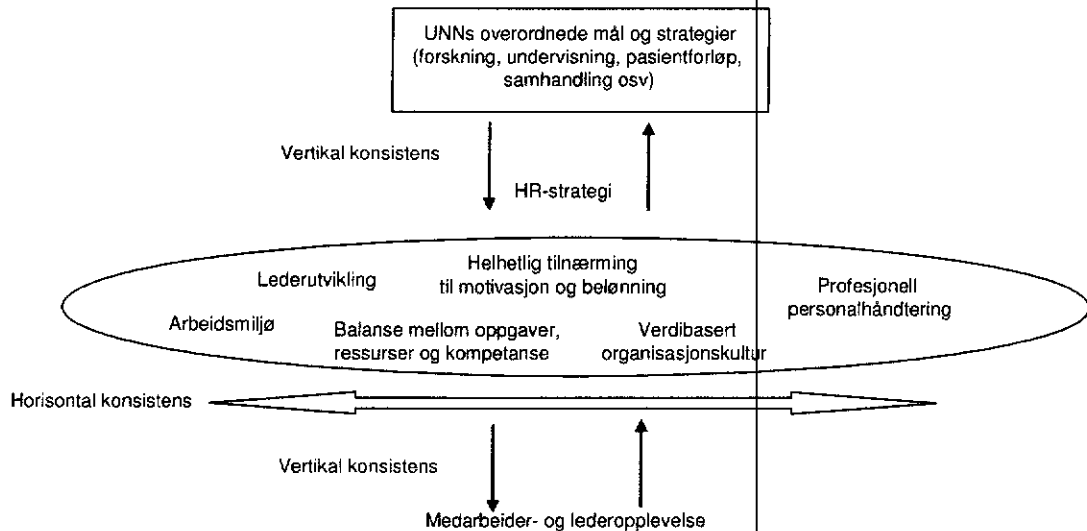
1. *Introduksjonsmodulen* har følgende målformulering:
For å framstå som trygg, tydelig, handlekraftig og beslutningsdyktig, skal ledere i UNN ha god virksomhetsforståelse, kunnskap om arbeidsgiverrollen, oversikt over egen enhet samt krav og forventninger til lederrollen.
2. *Utviklingsmodulen* har følgende målformulering:
Gjennom refleksjon, bruk av verktøy og innføring i teorier om ledelse, skal ledere i UNN bli bevisst sitt lederpotensial og utvikle den relasjonelle siden ved lederskap.
3. *Modulen Eksterne Lederprogram* har følgende målformulering:
Gjennom forsknings- og studiepoengsbasert undervisning skal UNN stimulere ledere og toppleder kandidater til å fordype seg i lederfaget, slik at de kan framstå som rollemodeller for andre og sikre at UNN er i front på hvordan vi tenker om og praktiserer ledelse.
4. *Modulen Direktørens Årlige Ledersamlinger* består av to ledersamlinger som har hver sin målformulering:
 - a. Direktørens årlige ledersamling i januar skal styrke samhold og kulturbygging i UNN.
 - b. Direktørens ledersamling i juni skal sørge for forankring, eierskap og involvering i UNNs virksomhetsplanlegging.
5. *Verktøymodulen* har følgende målformulering:
Ledere i UNN har et løpende og mangfoldig behov for kurs, veiledning, verktøy, støtte og nettverksbygging. Gjennom videreutvikling av lederutviklingsprogrammet, skal UNN til enhver tid tilby ledere det de trenger for å fungere og utvikle seg som ledere.

Vedlegg 1: HR-STRATEGIENS PROFIL OG RAMMEVERK

Strategisk HR handler om å gjøre medarbeidere og ledere best mulig rustet til å realisere UNNs overordnede mål. Hensikten med en HR-strategi er dermed å formulere mål og utvikle tiltak som understøtter den retningen UNN har valgt å satse på de nærmeste årene. Den kommer til uttrykk i UNNs overordnede strategidokument, og er vedtatt gjennom en rekke andre strategier, så som forskningsstrategien, undervisningsstrategien, HMS-strategien, pasientforløpsstrategien, kvalitetsstrategien osv. HR-strategien kan derfor betraktes som et verktøy til realisering av de andre strategiene; den er *vertikal konsistent* med de øvrige (se figur 1 nedenfor).

Et poeng i arbeidet med å utvikle en HR-strategi er å velge mål og tiltak som støtter opp om hverandre; de bør være *horisontalt konsistente* (se figur 1 nedenfor):

Sammenheng mellom UNNs overordnede mål og strategier og HR-strategien



Figur 1

Mål og tiltak innenfor arbeidsmiljø må henge sammen med det vi gjør på kultursida som igjen må støttes opp av tiltak på belønningssida osv. En måte å tilstrebe en slik konsistens på er å søke hjelp i sentrale teorier og begreper innenfor feltet HRM (human resource management). Her fremheves ofte to tilnærminger til arbeidet med den menneskelige ressursen, henholdsvis hard og myk HRM (se tabell 1 nedenfor). Den harde er basert på et økonomisk instrumentelt menneskesyn, mens den myke er basert på et sosialt utviklende menneskesyn. Avhengig av hvilken modell man tar utgangspunkt i, vil man legge til grunn forskjellige forutsetninger om hva som motiverer og stimulerer atferd, hvilke forventninger ledere og medarbeidere har til hverandre, hvordan man innretter arbeidet på en hensiktsmessig måte, og sist men ikke minst, hvilke HR-aktiviteter som vil gi de beste resultatene.

Hard HRM	Myk HRM
Individet en kostnad som bør minimaliseres	Individet en ressurs som bør få opplæring og utvikling
Tiltak skal ha umiddelbar økonomisk nytteverdi (fører gjerne til øk. Incentiver)	Langsiktig økonomisk tenkning om HR-tiltak som investering i et langt ansettelsesforhold
Direkte kontroll og stram styring	Kontroll gjennom tilhørighet, "ansvarlig autonomi"
Den ansatte som passiv	Den ansatte som proaktiv
Vektlegger human <i>resource management</i>	Vektlegger <i>human resource</i> management

Tabell 1

Idealtypisk kan dette framstilles som at organisasjoner som praktiserer hard HRM, vil utvikle et transaksjonelt forhold til sine medarbeidere. Her vektlegges økonomiske avtaler mellom kontraktsholderne, der fokus er på forhandling og bytteforhold. Organisasjoner som praktiserer myk HRM vil motsatt utvikle et relasjonelt forhold til sine medarbeidere. Her vektlegges sosiale avtaler mellom kontraktsholderne, der fokus er på læring, utvikling og langsiktig investering (se tabell 2 nedenfor). Med kontrakter siktes det i denne sammenheng ikke til arbeidslivets lover og avtaleverk generelt, men heller til gjensidige (og ofte uskrevne) antakelser om hva man kan forvente og hvilke forpliktelser man har overfor hverandre som arbeidsgiver og arbeidstaker. Begrepet *psykologisk kontrakt* benyttes gjerne for å beskrive dette.

Transaksjonell kontrakt	Relasjonell kontrakt
Spesifiserte arbeidsoppgaver / ytelser	Uspesifiserte arbeidsoppgaver
Ytre motivasjon	Indre motivasjon
Evaluerings av ytelser / resultatvurdering	Begrenset evaluering av ytelser
Begrenset engasjement i jobben	Høy grad av engasjement
Begrenset læring og utvikling	Læring og utvikling
Lav identifisering med virksomheten	Høy følelsesmessig involvering i virksomheten

Tabell 2

Begrepene og modellene er forenklinger som det verken er ønskelig eller mulig å gjenskape i reindraktet form i den praktiske hverdagen i UNN, men de kan hjelpe oss til å identifisere hvilket fundament vi ønsker å bygge vår HR-strategi på. Valget bør dels avgjøres gjennom de føringene som ligger i de overordnede mål og strategier, og dels ut fra hva vi mener og tror best motiverer til innsats.

Hva motiverer våre medarbeidere

Med ytre motivasjon siktes det til at individet motiveres av ytre belønninger som lønn, bonus, lønnsmessige incentiver, frynsegoder eller forfremmelse. Med indre motivasjon siktes det til atferd der drivkraften er indre belønning som tilfredshet, glede eller mening i de oppgavene man utfører. Indre motivasjon gjør seg gjeldende når en person begrunner sin energi og oppmerksomhet ved å vise til forhold som at man har lyst, man føler at det er nyttig, at noe er viktig, at det gir mening osv. Kunnskapsintensive organisasjoner kjennetegnes ved et stort innslag av indre motiverte medarbeidere.

Tabell 3 beskriver fire arketyper medarbeidere: primadonnaen, prestasjonstripperen, pragmatikeren og lønsmottakeren:

	Primadonnaen	Prestasjons- tripperen	Pragmatikeren	Lønns- mottakeren
Hva som motiverer de fire arketyperne	<p>Styres av et kall samt et ønske om å gjøre en forskjell</p> <p>Styres av sterke verdier og idealer</p> <p>Arbeidet en primær kilde til tilfredshet og identitet</p> <p>Har et eksistensielt forhold til arbeidet og søker det meningsfulle i det</p>	<p>Ekstrovert: styres av den synlige prestasjonen, av anerkjennelse og av karrieremessig suksess</p> <p>Introvert: "nørd", som styres av indre tilfredsstillelse</p> <p>Begge vil være best innenfor sitt felt, og investerer derfor mye i sitt arbeid, men av ulike årsaker</p>	<p>Setter sin ære i å utføre arbeidet korrekt</p> <p>Prioriterer ut fra og tenker i work-life-balance</p> <p>Søker tilhørighet til en gruppe og legger vekt på arbeidsmiljø</p> <p>Deler primadonnaens verdier, men ønsker ikke å ofre så mye for arbeidet</p>	<p>Tenker i bidrags- og belønnings-balanse</p> <p>Bruker overenskomster osv til å argumentere for sine rettigheter</p> <p>Kan føre til at de andre arketyperne ikke får dekket sine behov på det nivået de er på</p>
Lederens virkemidler/ belønningsstrategier for å motivere	<p>Skjermende lederskap</p> <p>Tilbakemelding (feedback)</p> <p>Inspirasjon</p> <p>Generøsitet</p> <p>Visjon</p>	<p>Ekstrovert: Statussymboler Anerkjennelse Klare mål Tilbakemelding (ift mål) Utviklingsmuligheter Ansvar</p> <p>Introvert: Skjermende lederskap Autonomi Inspirasjon</p>	<p>Skjermende lederskap</p> <p>Tilbakemelding på oppgaveløsning</p> <p>Ros og anerkjennelse</p> <p>Sosiale relasjoner</p> <p>Moderat ansvar og selvledelse</p>	<p>Lønn</p> <p>Belønning (og straff)</p> <p>Ros</p> <p>Mål, til en viss grad</p>
Motivasjon som resultat/ tilstand	<p>Kick</p> <p>Flyt (arb.prosess der man glemmer tid og sted)</p> <p>Identitet</p>	<p>Ekstrovert: Prestasjon Kick gjennom prestisje Identitet (som den beste)</p> <p>Introvert: Prestasjon Kick gjennom å knekke en faglig nøtt Flyt</p>	<p>Godt utført arbeid</p> <p>Work-life-balance</p> <p>Identitet gjennom tilhørighet</p> <p>Kick Flyt</p>	<p>Positiv bidrags-belønnings-balanse</p> <p>Opplevd rettferdighet</p>

Indre motivasjon

Ytre motivasjon

Tabell 3: Utdrag fra Helle Hedegaard Hein (seniorforsker ved Handelshøgskolen i København) sitt foredrag på Direktørens ledersamling i Harstad januar 2010.

Tabellen viser hva som motiverer de ulike typene, hvilke virkemidler og belønningsstrategier ledere har til rådighet for å drive målrettet motivasjonsarbeid, og hva som blir resultatet / kjennetegner tilstanden til de ulike typene når de er motivert. De fire arketyperne kan plasseres langs et kontinuum fra indre til ytre motivasjon, der primadonnaen er mest indre motivert og lønsmottakeren er mest ytre motivert.

Forskning anbefaler at man i kunnskapsintensive organisasjoner har en motivasjons- og belønningspolicy som tar utgangspunkt i de medarbeiderne som først og fremst er indre motiverte - i tråd med en relasjonell kontrakt, forankret i myk HRM.

Disse innsiktene har vært drøftet i direktørens ledergruppe, der man er enig om at UNNs HR-strategi skal være forankret i myk HRM.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
63/2010	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF Saksbehandler: Jorunn Lægland og Grethe Andersen	05.10.2010

Forberedelse av virksomhetsplanleggingen for 2011

Innstilling til vedtak

1. Styret slutter seg til de strategier og prioriteringer som direktøren har valgt for virksomhetsplanleggingen for 2011.
2. Styret godkjenner at den foreliggende saken legges til grunn for tiltaksplanen som skal oversendes Helse Nord RHF for å dokumentere at planprosessen ivaretar kravet om økonomisk balanse i 2011.

Formål og sammendrag

Denne saken oppsummerer status i virksomhetsplanleggingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for 2011. Saken imøtekommer Helse Nord RHF's krav om at foretakene innen 19. oktober skal styrebehandle en samlet tiltaksplan som viser hvordan det fastsatte økonomiske resultatmålet for 2011 skal nås.

Resultatkravet i 2011 er satt til økonomisk balanse. Dette medfører en omstillingsutfordring på 85,9 mill kr, som følge av endrede eksterne forutsetninger og interne omprioriteringer. Det er utviklet tiltak for 86,6 mill kr, vektet etter risikovurdering, og dermed lagt grunnlag for at direktøren regner med å kunne foreslå et budsjett i balanse til styremøtet i desember.

De største endringene i forhold til årets virksomhetsplan er overtakelsen av sykehusfunksjonen for psykisk helsevern for Ofoten og en tydeligere prioritering av UNNs utdanningsfunksjoner gjennom øremerking av 10 mill kr til dette formålet. 2011 planlegges ellers som et konsolideringsår uten vesentlige omfordelinger mellom klinikkene etter flere år med store omstillinger.

Saken viser også at det nå arbeides med å innføre rullerende virksomhetsplanlegging for en fireårsperiode fremover i tid. Direktøren vurderer dette som positivt, men mener at dette utfordrer nåværende ressursfordeling i regionen og internt i UNN. Det er en forutsetning for dette arbeidet at Helse Nords inntektsmodell revideres i 2011.

Bakgrunn

Virksomhetsplanleggingen for 2011 startet med ledersamlingen 8. og 9. juni, og det har vært avholdt budsjettkonferanser i direktørens ledergruppe i juni og september, i tillegg til diskusjoner i faste ledermøter. I ledergruppens andre budsjettkonferanse 21. september ble det fokusert på tiltakene for 2011. Alle tiltak ble nøye gjennomgått og risikovurdert, og videre arbeid for detaljplanlegging av tiltakene ble bestemt.

Denne saken bygger på ledergruppens budsjettkonferanse 15. juni, sak i ledermøtet 7. september, ledergruppas budsjettkonferanse 21. september, Helse Nord RHF's styresak 71-2010 *Plan og budsjettpremisses 2011-2014* og *Budsjettskriv nr 1, budsjett 2011* fra Helse Nord RHF.

Saksutredning

Føring fra Helse Nord RHF

I Helse Nord RHF's styresak 71-2010, *Plan og budsjettpremisses 2011-2014*, redegjøres det for faglige prioriteringer, planrammer og resultatkrav for 2011-2014. Plan og budsjettpremissene for 2011 er i hovedsak lagt i saken, men disse vil bli finjustert etter fremlegging av forslaget til Statsbudsjett 2011. Alle planforutsetninger for de påfølgende tre år er gjenstand for årlig rullering. Resultatkravet for UNN reduseres fra 10 mill kr i overskuddskrav i 2010, til balanse i 2011. Begrunnelsen for dette er at inntektsmodellen i 2011 reduserer UNNs ramme med 22,8 mill kr, en effekt som forventes å snu i 2012.

Det legges opp til at UNN før lønns- og prisvekst får redusert sin basisramme med 13,7 mill kr. De største endringene for 2010 er:

- - 22,8 mill kr som følge av oppdatering av regional inntektsmodell
- - 9,0 mill kr som følge av oppdatering av nasjonal inntektsmodell
- - 1% trekk psykiatri i forbindelse med regional omfordeling
- + 11,1 mill kr til gjestepasientkjøp Modum bad og privat rehabilitering
- + 13,3 mill kr sørge for ansvar psykiatri Ofoten

Budsjettstrategi

Direktøren tar sikte på å legge frem et forslag til budsjett i balanse i styremøtet i desember. Saksfremlegget viser at det allerede er lagt konkrete planer for å nå dette målet. De største endringene i forhold til årets budsjett er overtakelsen av sykehusfunksjonene i psykisk helsevern for Ofoten og øremerking av 10 mill kr til utdanning. Førstnevnte finansieres hovedsakelig gjennom omfordeling av ressurser i regionen, mens sistnevnte finansieres gjennom øremerking av 10 mill kr av utdanningstilskuddet. Direktøren har ellers ikke planlagt omfordeling av betydning mellom klinikkene i 2011. Det legges opp til at 2011 blir et konsolideringsår etter de store omstillingene i perioden 2008-2010.

Foreløpig omstillingsutfordring 2011

I tillegg til noen økte eksterne kostnader for 2011, IKT-kostnader (16 mill kr), samt reduksjonen i basisrammen, har UNN identifisert økte interne kostnader for 33,8 mill kr. Dette gjelder spesielle forbruksvarer, utdanningstilskudd, økte ressurser for enkelte klinikker, sentral buffer samt intermedisærhet.

Omstillingsutfordringen for 2011 er foreløpig beregnet 85,9 mill kr. Dette er et resultat av endrede rammebetingelser fra Helse Nord RHF, kjente eksterne kostnader og interne omprioriteringer. Eventuelle økte kostnader i klinikkene som ikke er inkludert i saksfremlegget må håndteres gjennom intern omfordeling i det enkelte klinikkbudsjett. Det er utviklet omstillingstiltak for 86,6 mill kr etter risikovurdering, og grunnlaget for et budsjett i balanse er dermed lagt.

Investeringsbudsjett 2011

UNN har 172 mill kr i investeringsmidler for 2011. Resultatprognosen for 2010 vil bli revurdert når septemberregnskapet foreligger, og hvis prognosen forbedres så mye som regnskapet til og med august indikerer, kan det foreligge grunnlag for økning av investeringsrammen. Direktøren starter en dialog med Helse Nord RHF om dette. Fordelingen av investeringsmidlene planlegges gjort i budsjettsaken i desember. Forarbeidet vil bli gjort på samme måte som for 2010.

Videre arbeid

Budsjettsaken som fremmes for RHF-styret 18. november skal redegjøre for helseforetakenes plan for å nå resultatkravet. UNN må innen 19. oktober 2010 levere en samlet tiltaksplan for å nå fastsatt resultatkrav i 2011. Hvis styret slutter seg til den budsjettstrategien som er beskrevet i denne saken, vil det være ukomplisert å gi Helse Nord RHF den nødvendige tilbakemeldingen innen tidsfristen.

Klinikkene er nå godt i gang med dialogavtaler, budsjett- og aktivitetsplanlegging for 2011. Dialogmøter med direktøren avholdes i slutten av oktober/begynnelsen av november. I forkant av dialogmøtene må klinikkene ha utarbeidet forslag til dialogavtale for 2011, inklusive plantall for aktivitet og kvalitet, håndtering av klinikkintern omstillingsutfordring og risikovurderte tiltak.

Direktørens ledergruppe tar det samlede ansvaret for klinikkovergripende omstillingstiltak slik saksfremlegget viser.

Langtidsbudsjett

Helse Nord RHF utvider budsjettarbeidet fra kun å omhandle neste års budsjett til også å inneholde rammebetingelser og planrammer for fire år fremover. Det stilles derfor krav til at helseforetakets budsjettbehandling i høst har et fireårig perspektiv i planlegging av omstillingstiltak, endringer i tilbudet, gjennomføring av investeringer og økonomisk bærekraft.

Arbeidet med UNNs rullerende fireårsbudsjett er igangsatt og vil forelegges styret i desember, sammen med virksomhetsplanen for 2011. Dette arbeidet blir utfordrende fordi:

- Det foreligger føringer om å prioritere psykiatri og tværfaglig spesialisert rusbehandling, og samtidig fagområder med lange ventetider (hovedsakelig kirurgiske fag)
- Hensynet til regionfunksjonene må balanseres mot prioriteringer i lokalsykehusfunksjonene
- Finansieringen av regionfunksjonene i den regionale inntektsmodellen er dårligere i Helse Nord (95 % DRG) enn i andre regioner (opptil 120 % DRG)

Det blir viktig for UNN å diskutere disse forholdene i styret og med eier i forkant av oppdateringen av den regionale inntektsmodellen før budsjett 2012.

Vurdering


Virksomhetsplanleggingen for 2011 har startet tidlig, og den vurderes som godt forankret i klinikkene og ledergruppen. Direktøren mener at det er tatt hensyn til alle kjente eksterne forutsetninger, at det gjennomført nøkterne risikovurderinger og at målsettingen om å foreslå et budsjett i balanse for endelig behandling i desember er godt ivaretatt.

Den planlagte overtakelsen av sykehusfunksjonen for psykisk helsevern for Ofoten og en tydeligere prioritering av UNNs utdanningsfunksjoner er i overensstemmelse med tidligere

føringer fra styret. Det vurderes ellers som positivt at 2011 kan planlegges som et konsolideringsår etter en lengre periode med store omstillinger.

Det vurderes også som positivt at vi nå starter arbeidet med å innføre rullerende virksomhetsplanlegging i et fireårsperspektiv. Saken viser samtidig at et slikt planperspektiv utfordrer nåværende ressursfordeling både i regionen og internt i UNN. Direktøren planlegger derfor at planarbeidet for kommende fireårsperiode videreføres umiddelbart etter at virksomhetsplanen for 2011 er vedtatt. Dette vil kreve betydelig innsats fra direktørens ledergruppe og styret, og at Helse Nord RHF lykkes i å revidere den regionale inntektsmodellen i løpet av 2011.

Tromsø, 24. september 2010


Tor Ingebrigtsen
Adm. direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg: Forberedende virksomhetsplanlegging for 2011
2. Helse Nord RHF's styresak 71-2010 *Plan- og budsjettpremisser 2011-2014*.
3. Brev fra Helse Nord RHF *Budsjettskriv nr. 1, budsjett 2011*.



14.09.2010

Sak: Forberedende virksomhetsplanlegging for 2011
Til: Styret UNN HF
Fra: Jorunn Lægland og Grethe Andersen
Møtedato: 5.oktober 2010

Formål og sammendrag

Formålet med denne saken er å orientere styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) om budsjettarbeidet for 2011, og å be om styrets tilslutning til de valgte strategiene. I styremøtet i desember vil styret bli invitert til å vedta budsjettet 2011 inkludert investeringsbudsjett og plantall for aktivitet og kvalitet.

Direktøren tar sikte på å legge frem et budsjettforslag som er i balanse. Denne saken viser at det allerede er lagt konkrete planer for å nå dette målet. Foreløpig omstillingsutfordring for UNN i 2011 er beregnet til 85,9 mill kr. Overhengseffekt av 2010-tiltak, samt nye planlagte tiltak for 2011 er beregnet til 86,6 mill kr, etter risikovurdering.

De største endringene i forhold til årets budsjett er overtakelsen av ansvaret for sykehusfunksjonene i i psykisk helsevern for Ofoten og øremerking av 10 mill kr av utdanningstilskuddet til dette formålet. Førstnevnte finansieres hovedsakelig gjennom omfordeling av midler i regionen. Direktøren har ikke planlagt omfordeling av betydning mellom klinikkene i 2011. Det foreslås mindre justeringer for å håndtere noen kostnader som det ikke har vært tatt høyde for tidligere, men de fleste ønsker og behov må håndteres gjennom intern omfordeling i den enkelte klinikk.

De planlagte omstillingstiltakene for 2011 gjelder i hovedsak felleskostnader og inntekter, og krever betydelig innsats fra mange klinikker for å realiseres. Planarbeidet for de ulike tiltakene er godt i gang og ansvaret for klinikkovergripende tiltak er plassert. Direktøren vurderer de planlagte omstillingstiltakene som realistiske.

Arbeidet med langtidsbudsjetter på foretaksnivå og i klinikkene starter opp rett over nyttår, og vi tar sikte på implementering fra og med 2012. Dette arbeidet forutsetter at Helse Nord RHF gjennomfører den planlagte revisjonen av den regionale inntektsdelingsmodellen.

Bakgrunn

Ledergruppens forberedelse til virksomhetsplanlegging 2011 startet med ledersamling på Scandic 8. og 9. juni, etterfulgt av budsjettkonferanse for direktørens ledergruppe 15. juni. I budsjettkonferansen ble omstillingsutfordringen for 2011 samt føringer fra Helse Nord RHF diskutert. Budsjettsaken var oppe igjen i møte i direktørens ledergruppe 7. september.



I ledergruppens andre budsjettkonferanse 21. september ble det fokusert på tiltakene for 2011. Alle tiltak ble nøye gjennomgått og risikovurdert, og videre arbeid for detaljplanlegging av tiltakene ble bestemt.

Denne styresaken bygger på ledergruppens budsjettkonferanse 15. juni, sak i ledermøte 7. september, ledergruppens budsjettkonferanse 21. september, RHF's styresak 71-2010, *Plan og budsjettpremisses 2011-2014 og Budsjettskriv nr 1, budsjett 2011* fra Helse Nord RHF.

I denne saken redegjøres det for:

1. Føringer fra Helse Nord RHF
2. Foreløpig omstillingsutfordring 2011
3. Tiltak 2011 med risikovurdering og foreløpig plan for tiltaksgjennomføring i 2011
4. Sosiale kostnader forskningsmidler fra Helse Nord
5. Investeringsbudsjett 2011
6. Langtidsbudsjett
7. Videre arbeid

Styret inviteres til å gi sin tilslutning til direktørens strategier for budsjettarbeidet for 2011.

Saksfremlegg

1. Føringer fra Helse Nord

I Helse Nord RHF's styresak 71-2010, *Plan og budsjettpremisses 2011-2014*, redegjøres det for faglige prioriteringer, planrammer og resultatkrav for 2011-2014. Plan og budsjettpremisses for 2011 er i hovedsak lagt i saken, men vil finjusteres etter fremlegging av forslag til Statsbudsjett 2011. Alle planforutsetninger for de påfølgende tre år er gjenstand for årlig rullering.

Resultatkrav

Resultatkravet for UNN HF reduseres fra 10 mill kr i overskuddskrav i 2010, til balanse i 2011. Begrunnelsen for dette er i hovedsak at inntektsmodellen i 2011 reduserer UNN's ramme med 22,8 mill kr, en effekt som forventes å snu i 2012. Følgende resultatkrav legges til grunn i budsjett for 2011-2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Helse Nord RHF inkl IKT	143 000	143 000	143 000	143 000	47 000	56 000	48 000	58 000	18 000
Helse Finnmark HF	5 000	5 000	5 000	5 000	15 000	25 000	37 000	40 000	47 500
UNN HF	10 000	0	20 000	24 000	38 000	52 000	24 000	24 000	24 000
Nordlandssykehuset HF	32 000	32 000	41 000	42 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Helgelandssykehuset	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Apotek Nord HF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum	195 000	185 000	214 000	219 000	110 000	142 000	119 000	132 000	99 500

Tabell 1 Resultatkrav 2011-2018

Oppdatering av Helse Nord's inntektsfordelingsmodell

Inntektsfordelingsmodellen for somatikk er oppdatert ved at kriterieverdier er oppdatert og at kronikersatsningen er faset inn i modellen i tråd med tidligere vedtak.

Oppdateringen medfører følgende justeringer i rammene for 2011:

Effekter oppdatering inntektsfordelingsmodell budsjett 2011 (i 1000 kr)				
	Helgeland	NLSH	UNN	Finnmark
SUM	3 273	13 377	-22 023	6 173

Tabell 2 Effekter oppdatering inntektsfordelingsmodell budsjett 2011



Bakgrunn for reduksjon ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er i hovedsak redusert aktivitet ved UNN i 2009 (og dermed lavere betaling fra de andre helseforetakene), samt at øvrige helseforetak har styrket sin relative forskningsandel i siste treårsperiode. Disse trendene forventes å snu i 2012.

Det tas sikte på innfasing av inntektsfordelingsmodell for psykisk helse og rusomsorg fra 2012. Dette vil medføre omfordeling av inntekter mellom helseforetakene. Basert på en vurdering av befolkningstall og fordeling av ressurser i dag er det nærliggende å anta at midler innen psykisk helse vil flyttes til Helgelandssykehuset.

I forbindelse med nedleggelse av Hålogalandssykehuset HF ble full ansvarsoverføring av psykiatritilbudet i Ofoten til UNN utsatt. Det foreslås nå at UNN skal overta fullt faglig og økonomisk ansvar for psykiatritilbudet i Ofoten fra 1. januar 2011. Ansvarsoverføringen vil gjennomføres som et fellesprosjekt mellom UNN, NLSH og RHF.

For 2011 foretas det et mindre trekk (1 %) i helseforetakenes basisramme til psykisk helse og rusomsorg. Disse midlene foreslås delt ut til konkrete tiltak ved Helgelandssykehuset HF (forventet effekt av inntektsmodell) og UNN (sørge-for-ansvar for Ofoten). Dette vil være en første innfasing av modellen og den gradvise tilnærmingen vil forberede helseforetakene til omstilling. Dette innebærer følgende omfordeling:

	Ofoten	UNN	NLSH	RHF	Sum
Vedtatt ramme 2010	244 928	678 156	632 081	134 120	1 765 199
Kjøp Modum Bad	1 833	4 541	3 296	2 030	0
Trekk 1,0 %	-2 449	-6 782	-6 321	-1 341	-16 893
Sørge for ansvar Ofoten		13 393			13 393
Konkrete tiltak Helgeland				3 500	3 500
Forslag ramme 2011	244 312	689 308	629 056	139 309	1 765 199

Tabell 3 Rammejustering psykisk helse 2011

Basisrammer 2010

Det legges opp til at UNN, før lønns- og prisvekst får redusert sin basisramme med 13,7 mill kr.

De største endringene for 2010 er:

- -22,8 mill kr oppdatering regional inntektsfordelingsmodell
- -9,0 mill kr oppdatering nasjonal inntektsfordelingsmodell
- -1% trekk psykiatri
- +11,1 mill kr gjestepasientkjøp Modum bad og privat rehabilitering
- + 13,3 mill kr sørge for ansvar psykiatri Ofoten

Samlet oversikt over forslag til justeringer følger av tabellen.



Tall i 1000 kroner

Postenavn	RHF	Søst. dist.	Østl. Finnmark	ØNN	Østl.	RHF	Sum
Tolketjeneste	-1 000		1 000				0
Egenandels registrering/frikort	-3 500		538	1 347	1 033	582	0
Gjestepasientkjøp privat rehabilitering	-14 500		2 272	5 628	4 084	2 516	0
Gjestepasientkjøp Modum Bad	-11 700		1 833	4 541	3 296	2 030	0
Trekk nasjonal inntektsmodell	-35 000						-35 000
Trekk nasjonal inntektsmodell	20 000		-2 736	-9 049	-5 298	-2 917	0
Helsebiblioteket	1 000		-137	-465	-252	-146	0
Trykktank	-500			500			0
Oppdatering inntektsmodell			6 173	-22 823	13 377	3 273	0
Rusinstusjon Helgeland	-5 000					5 000	0
1 % trekk psykiatri	16 893		-2 449	-6 782	-6 321	-1 341	0
Sørge - for ansvar psykiatri Ofoten	-13 393			13 393			0
Psykiatritiltak Helgeland	-3 500					3 500	0
Sum forelag til basisramme 2011	920 212	124 683	1 231 254	3 863 998	2 366 191	970 424	9 476 682

Tabell 4 Basisramme 2011

2. Foreløpig omstillingsutfordring 2011

Tabell 5 viser beregning av omstillingsutfordring for 2011. Øvrige økte kostnader utover denne lista må håndteres innenfor den enkelte klinikk's budsjett.



	Verdier	Restgjeld	Østfold 2010
OMSTILLINGSUTFORDRING 2011, tall i tusen kr			
1. Prognose 2010 (avvik fra styringsmål)	0	0	
2. SUM Korreksjon for engangseffekter 2009 (spesifiser)	0	0	
Redusert overskuddskrav 2011	10 000	10 000	
Inntektsfordelingsmodellen regional	-22 800	-22 800	
1% trekk psykiatri	-6 800	-6 800	
Trekk nasjonal inntektsmodell	-9 000	-9 000	
Psykiatri Ofoten, økt basisramme	13 300	13 300	
Gjestepasientkjøp privat rehabilitering	5 600	5 600	
Gjestepasientkjøp Modum bad	4 500	4 500	
Infeksjonspost	5 000	5 000	
Trykktank	500	500	
3. SUM Endrede eksterne inntektsforutsetninger (spesifiser)	300	300	
Økt pensjonskostnad	-7 000	-7 000	
Økte IKT kostnader, RHF (lisenser etc) Plattform	-10 000	-10 000	
Økte kostnader HN IKT	-6 000	-6 000	
Controller	-1 000	-1 000	
4. SUM Endrede eksterne kostnadsforutsetninger (spesifiser)	-24 000	-24 000	
Overtakelse av Ofoten, Allmennpsyk klinikk og Rus og Spes klinikk	-13 300	-13 300	
Gjestepasientkjøp rehabilitering	-5 600	-5 600	
Gjestepasientkjøp Modum bad	-4 500	-4 500	
Infeksjonspost	-5 000	-5 000	
Utdanningstilskuddet øremerkes	-10 000	-10 000	
Intermediærenhet Tromsø kommune	-2 500	-2 500	
Økte kostnader DMS (styrke OGT 1 mill)	-1 000	-1 000	
Økte ressurser Fag- og forskningscenteret	-1 000	-1 000	
Belønning til klinikker med overskudd i 2010	-500	-500	
Halvårseffekt økte kostnader, økt kapasitet rus	-3 300	-3 300	
Implantater/protoser K3K og Nevro orto. Til dekning av bestilt økt akt.	-5 000	-5 000	
Med. forbruksvarer og op.materiell (til dekning av dagens aktivitet)	-6 000	-6 000	
Økte ressurser Akuttmedisinsk klinikk	-2 000	-2 000	
Katastrofekomiteen	-1 000	-1 000	
Økte ressurser Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	-1 000	-1 000	
Økte ressurser Operasjons- og intensivklinikken	-2 500	-2 500	
Økte ressurser Rehabiliteringsklinikken (ME pasienter i regionen + nakke rygg registeret)	-1 000	-1 000	
4 jubileer til neste år	-1 000	-1 000	
Utbyggingsleder, Drift og eiendomssjef	-2 000	-2 000	
Bedriftshelsetjenesten			
Buffer for ukjente kostnader	-6 000	-6 000	
Økte finansinntekter	5 000	5 000	
Reduserte strøm kostnader	7 000	7 000	
5. SUM Endrede internt påførte økte utfordringer (spesifiser)	-62 200	-62 200	
SUM OMSTILLINGSUTFORDRING 2011	-85 900	-85 900	



Gevinst av omstillingsmidler fra Helse Nord				
1. Omstilling Harstad og Narvik	12 800	11 000	2	86 %
6. SUM Overhengseffekt tiltak som er iverksatt før 1.1.2011	12 800	11 000		100 %
2. Utvidelse dagkirurgisk sengepost	9 000	7 700	2	86 %
3. Omorganisering laboratoriedrift Mikrobiologi	400	300	2	86 %
Økte ISF inntekter (kodeforbedring)	25 000	25 000	0	100 %
Reduserte gjestepasientkostnader rus	13 300	12 800	1	96 %
Reduserte gjestepasientkostnader ortopedi	5 000	4 300	2	86 %
Reduserte gjestepasientkostnader rehabilitering	2 000	1 700	2	86 %
Reduserte gjestepasientkostnader Modum bad	1 000	900	2	86 %
Reduserte kostnader pasientreiser	5 000	5 000	0	100 %
Teknisk drift mulighetsstudie	10 000	9 600	1	100 %
1 % trekk psykiatri	6 800	6 800	0	100 %
Trf-hemmere inneliggende pasienter	3 000	1 500	3	50 %
7. SUM Nye tiltak som iverksettes i 2011 (spesifiser)	80 500	75 600		
SUM TILTAK 2011	93 300	86 600		
Rest = ikke løst omstillingsutfordring per dato	7 400	700		

Tabell 5 Omstillingsutfordring 2011¹

Reduserte/økte inntekter 2011

Redusert overskuddskrav 2011

I 2010 har vi et overskuddskrav på 10 mill kr. Dette reduseres til 0 kr i 2011, og omstillingsutfordringen til neste år reduseres med 10 mill kr.

Inntektsfordelingsmodell

Oppdatering av regional inntektsfordelingsmodellen gir UNN ca 22,8 mill kr i lavere basisramme for 2011.

1 % trekk i basisramme psykiatri

Psykiatri og rus skal inn i inntektsmodellen fra 2012. Helse Nord mener at det er en skjevfordeling av disse midlene i dag, og mener at det er behov allerede i 2011 for å starte en omfordeling av midlene. Det foretas derfor et trekk på 1 % av helseforetakenes basisramme i 2011, noe som medfører et trekk for UNN sin del på 6,8 mill kr.

Trekk nasjonal inntektsfordelingsmodell

Den nasjonale inntektsfordelingsmodellen viser at befolkning i nord er blitt mindre og at den er økt i vest. Det medfører en endring i fordelingen av inntekter fra nord til vest på ca 20 mill kr. Helseforetakene i nord får dermed lavere basisramme, noe som for UNN medfører et trekk på 9 mill kr.

Psykiatri Ofoten

Overtakelse av sørge-for ansvaret for psykiatri Ofoten kompenseres med 13,3 mill kr i basisrammen.

¹ Helse Nord's modell for risikovurdering:

Risikovurdering	Gjennomføringsgrad
0 - Ingen risiko	100 %
1 - Usannsynlig at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	96 %
2 - Lav sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	86 %
3 - Middels sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	50 %
4 - Høy sannsynlighet for at tiltaket ikke blir gjennomført etter plan	5 %
5 - Tiltaket blir ikke gjennomført i 2009	0 %



Overtakelse av gjestepasientkostnader

UNN får fullt ansvar for kostnader til Modum Bad og private rehabiliteringstjenester utenfor Helse Nord. Ved bruk av Viken senter og rehabiliteringsinstitusjoner i regionen som Helse Nord RHF har avtale med, dekker Helse Nord RHF kostnadene.

Infeksjonspost

UNN får 5 mill kr i 2011 for oppstart av infeksjonspost. I budsjett 2012 får vi ytterligere 5 mill kr.

Trykktank

Helse Nord bevilger 0,5 mill kr til etablering av trykktankbehandling på UNN. Disse kostnadene går i hovedsak med til å finansiere økte avskrivningskostnader.

Økte kostnader 2011

Økt pensjonskostnad

Kostnadene til KLP kan være vanskelig å budsjettere. For 2011 er signalene fra KLP at kostnadene vil øke igjen, og foreløpige tall viser at vi vil få en kostnadsøkning på 7 mill kr i tillegg til ordinær lønnsvekst.

Økte IKT-kostnader

Helse Nord planlegger IKT-investeringer for 148 mill kr i 2011. UNN sin andel av avskrivningskostnadene økes dermed for 2011. Øvrige økte IKT-kostnader er usikre, men foreløpige beregninger viser at kostnadene øker med 7-10 mill kr. I tillegg øker kostnadene til Helse Nord IKT med ca 6 mill kr.

Controllerfunksjon

Styret i Helse Nord RHF har vedtatt at controllerfunksjonen i helseforetakene skal styrkes. Stillingen er lyst ut og forventes tidligst besatt senhøst 2010, og helårseffekten kommer i neste års budsjett.

Psykatri Ofoten

Ivaretagelse av dette ansvaret må håndteres innenfor den rammen vi har fått, og budsjettmidlene fordeles mellom Allmenpsykiatrisk klinikk og Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk.

Overtakelse av gjestepasientkostnader

UNN får fra og med 2011 kostnadene for gjestepasientkjøp for privat rehabilitering og Modum bad. UNN HF planlegger tiltak for å redusere disse kostnadene.

Infeksjonspost

UNN HF får 5 mill kr til oppstart av infeksjonspost. Oppstartstidspunkt tilpasses den økte rammen.

Utdanningstilskudd øremerkes

Etter avtale med Universitetet og Helse Nord, skal UNN øremerke 10 mill kr av dagens utdanningstilskudd til ny aktivitet innen utdanning.

Intermediærenhet

Det diskuteres å opprette en intermediærenhet i samarbeid med Tromsø kommune. Helse Nord har bevilget 1-2 mill kr, men full drift vil kreve bidrag fra UNN.



Økte kostnader på Distriktsmedisinske senter (DMS)

Økte tilbud på DMS'ene medfører økte kostnader.

Økte ressurser Fag- og forskningssenteret

Fag- og forskningssenteret tilføres midler til en legestilling for å styrke satsingen på kvalitetsarbeid. Stillingen forventes besatt på slutten av 2010, og helårseffekten kommer i 2011.

Belønning til klinikker med overskudd

I fjor ble det vedtatt at klinikker med overskudd skal få tilført 5 % av overskuddet i neste års budsjett, øremerket til forskning og fagutvikling i klinikken. Økt budsjett settes av sentralt og fordeles til de aktuelle klinikkene etter ferdigstilling av årsregnskapet.

Økt kapasitet rusomsorgen, halvårseffekt

Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk økte kapasiteten i rusomsorgen i begynnelsen av 2010. En ytterligere opptrapping er i gang og helårseffekt av dette kommer i 2011.

Implantater/proteser Kirurgi, - kreft- og kvinnehelseklinikken og Nevro- og ortopediklinikken.

I 2010 forventes et underskudd på henholdsvis 2 og 6 mill kr for disse to klinikkene for implantater og proteser. Gjennomgang av budsjett og plantall for 2010 viser at disse kostnadene ikke har vært realistisk budsjettert, og klinikkene blir derfor tilført budsjett for den delen av disse kostnadene som kan knyttes til bestilt økt aktivitet, henholdsvis 1,5 og 3,5 mill kr.

Medisinske forbruksvarer og operasjonsmateriell Operasjon – og intensivklinikken..

I 2010 forventes et underskudd på ca 9 mill kr for medisinske forbruksvarer og operasjonsmateriell. Operasjon – og intensivklinikken får økt budsjett for å håndtere den delen av disse kostnadene som skyldes prisvekst utover generell priskompensasjon.

Økte ressurser Akuttmedisinsk klinikk

Nye kontrakter for ambulansébåter vil gi økte kostnader i 2011 på 1,2 mill kr. Krav om fagbrev gir økte lønnskostnader i 2011 på ca 800 000 kr.

Katastrofekomiteen

Det etableres en sekretariatsfunksjon i Akuttmedisinsk klinikk for beredskapsarbeidet i UNN, inklusive drift av Katastrofekomiteen.

Økte ressurser Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

Det blir avsatt midler for inntil 1 mill kr for å ivareta klinikkens behov for telemedisinske løsninger.

Økte ressurser Operasjon- og intensivklinikken.

Det er behov for å styrke bemanningen ved klinikken for å gjennomføre planlagte effektiviseringstiltak i operasjonsvirksomheten, og samtidig sikre lovlige vaktordninger. Klinikken får økt budsjett i 2011 for å delfinansiere dette, og må håndtere resten ved hjelp av intern omfordeling av eget budsjett.

Økte ressurser Rehabiliteringsklinikken

Økte ressurser for å ivareta ME-pasienter i regionen, samt til arbeid med nakke- ryggregisteret.

4 jubiléer 2011.



I budsjettkonferansen 15. juni ble det bestemt at det skal settes av 1 mill kr i neste års budsjett til UNNs fire jubileer i 2011 (Åsgård 50 år, Nordlandsklinikken 50 år, Breivika 20 år, Longyearbyen 20 år)

Økte ressurser Drift- og eiendomssenteret

Med de fremtidige store byggeprosjektene i UNN HF er det behov for en utbyggingsleder og i tillegg styrking av koordineringen mellom driftsorganisasjonen og prosjektene.

Bedriftshelsetjenesten

Det er ikke avgjort hvilken modell UNNs bedriftshelsetjeneste skal ha. Økte kostnader må inn i budsjett 2011, og øker omstillingsutfordringen tilsvarende. Dette vil bli tallfestet i den endelige budsjettsaken i desember.

Buffer for ukjente kostnader

I ledermøtet 7. september ble det bestemt at UNN skal ha en sentral buffer for uforutsette kostnader. Bufferen er foreløpig satt til 6 mill kr.

Økte finansinntekter

UNNs likviditet styrkes jevnt, og vi får økte renteinntekter som følge av dette. I tillegg vil boligsalg i siste halvdel av 2010 styrke likviditeten ytterligere og vi vil få helårseffekt av økte renteinntekter i 2011.

Reduserte strømkostnader 2011

Prognosen for strømkostnader i 2010 er ca 14 mill kr høyere enn budsjettet. Vi har foreløpig ikke fått prognoser for 2011, men det antas at det blir lavere enn 2010. Foreløpig er det lagt inn en kostnadsreduksjon på 50 % av økningen i 2010. Det er usikkerhet og risiko knyttet til dette.

3. Tiltak

Omstillingsutfordringen for 2011 er et resultat av prognosen for 2010 og en rekke interne og eksterne forutsetninger. Foreløpig er reduserte inntekter og økte kostnader beregnet til 85,9 mill kr for 2011. Direktørens ledergruppe har planlagt tiltak for tilsvarende beløp. Planer for ansvar og gjennomføring er godt i gang, og vil ferdigstilles i løpet av høsten.

Omstillingsmidler fra Helse Nord – effektiviseringsgevinster.

UNN har fått innvilget 19,3 mill kr i investeringsramme fordelt på 5 prosjekter i omstillingsmidler fra Helse Nord. I søknadene er det skissert reduserte kostnader/økte inntekter på til sammen 25,2 mill kr, tabell 6. Tiltak 1-3 medfører reduserte kostnader/økte inntekter til neste år, mens 4 og 5 er unngåelse av økte kostnader som ellers ville vært uunngåelige, og gir derfor ingen effekt på neste års omstillingsutfordring.

Tiltak/prosjekt, mill kr	Anbefalt tildeling investering	Reduserte kostnader	Økt inntekt
1. Klinikkovergripende tiltak Harstad og Narvik	13,0	12,8	
2. Utvidelse dagkirurgisk sengepost	2,6	6,0	3,0
3. Omorganisering labdrift Mikrobiologi	1,5	0,4	
4. Ombygging lokaler terapeuttjeneste	0,7	2,0	
5. MTU klinisk patologi	1,5	1,0	
Sum	19,3	22,2	3,0

Tabell 6 Omstillingsmidler fra Helse Nord.



1. Omstilling Harstad og Narvik

Tiltaket var planlagt igangsatt i 2010, men er forsinket. Vi budsjetterer med helårseffekt i 2011, 12,8 mill kr. Tiltaket er risikovurdert i gruppe 2, forventet gjennomføringsgrad 86 %. Klinikken får redusert budsjett tilsvarende dette når prosjektet, som nå er startet opp, har identifisert hvor besparelsene kommer.

2. Utvidelse dagkirurgisk sengepost

For å øke kapasiteten innen dagkirurgi må arealet for mottak, klargjøring, oppvåkning og utskrivning av pasienter bygges og utvides. Dette kan gjennomføres ved ombygging av eksisterende areal, samt utvidelse til naboareal i A7. En slik kapasitetsøkning vil avlaste eksisterende sengeposter. Det er skissert reduserte kostnader/økte inntekter på til sammen 9 mill kr i 2011. Tiltaket er risikovurdert i gruppe 2, forventet gjennomføringsgrad 86 %.

3. Omorganisering laboratedrift Mikrobiologi

Det er et potensiale for raskere analysearbeid, bedre kvalitet og samtidig redusert sykefravær. Det er skissert reduserte kostnader i forbindelse med redusert sykefravær på 400 000 kr pr år. Tiltaket er risikovurdert i gruppe 2, forventet gjennomføringsgrad 86 %.

4. Ombygging lokaler terapeuttjeneste

Gjennomføring av ombygningene har vært forsinket. Klinikken fikk redusert budsjettet i 2009 med de planlagte 2 mill kr, og de vil derfor ikke ha effekt i 2010.

5. Medisinteknisk utstyr patologi

Diagnostisk klinikk har fått 1,5 mill kr i investeringsramme for å kjøpe utstyr til væskebasert cytologi og fargemaskin. Dette medfører uendrede driftskostnader i forhold til dagens nivå, og gjør at klinikken unngår å øke med 2 stillinger.

Økte ISF-inntekter (kodeforbedring)

I forhold til både St. Olavs hospital og Helse Bergen HF er UNNs indeks lavere, og vi mener det er potensial til kodeforbedring.

Feirings pasienter (PCI) er ihht NPR-statistikkene mye tyngre enn våre pasienter. Forutsatt korrekt koding av Feiring kan dette indikere manglende koding hos oss. Fem mill kr i kodeforbedring knyttes derfor direkte til Hjerne- og lungeklinikken som et inntektskrav.

Det er behov for at direktørens ledergruppe tar direkte ansvar for å lede og koordinere det øvrige arbeidet med økning av de aktivitetsbaserte inntektene. På budsjettkonferansen 21. september var det enighet om at det er behov for økte merkanile ressurser for støtte og oppfølging av legene for å sikre bedre kodekvalitet. Andre helseforetak har ansatt egne medarbeidere i denne funksjonen, og slik ressursinnsats vurderes å være selvfinansierende. Direktøren kommer til å oppnevne en arbeidsgruppe bestående av medlemmer fra Nevro- og ortopediklinikken, Kirurgi,- kreft- og kvinnehelseklinikken, Barne- og ungdomsklinikken, Medisinsk klinikk, Hjerne- og lungeklinikken og Økonomi- og analysesenteret som skal foreslå og lede gjennomføringen av dette tiltaket. Arbeidsgruppen skal bestå av minimum to klinikksjefer i tillegg til klinikkrådgivere/kontorpersonell med høy kompetanse på dette.

Tiltaket er risikovurdert i gruppe 0, 100 % gjennomføringsgrad.

Reduserte gjestepasientkostnader rus



Prognosen for 2010 for gjestepasienter rus viser en nedgang på 15 mill kr i forhold til 2009. Klinikken har trappet opp egen kapasitet i 2 trinn. Sparte gjestepasientkostnader som følge av trinn 2 vil få en helårseffekt i 2011 som foreløpig er satt til 10 mill kr, i tillegg til helårseffekt av kostnadene til trinn 2, til sammen 13,3 mill kr. Tiltaket er risikovurdert i gruppe 1, 96 % gjennomføringsgrad.

Reduserte gjestepasientkostnader ortopedi

Vi budsjetterer med en ytterligere reduksjon i gjestepasientkostnader, spesielt knyttet til ortopedi. Tiltaket er risikovurdert i gruppe 2, 86 % gjennomføringsgrad.

Reduserte gjestepasientkostnader rehabilitering

Klinikksjefen for Rehabiliteringsklinikken har fått i oppdrag å utarbeide planer for å redusere disse kostnadene i 2011. Det er foreløpig lagt inn 2 mill kr i innsparingskrav, risikovurdert i gruppe 2, 86 % gjennomføringsgrad.

Reduserte kostnader Modum bad

Klinikksjefen for Allmennpsykiatrisk klinikk har fått i oppdrag å planlegge arbeidet med å redusere disse kostnadene i 2011. Det er foreløpig lagt inn 1 mill kr i innsparingskrav, risikovurdert i gruppe 2, 86 % gjennomføringsgrad.

Reduserte kostnader pasientreiser

Kostnader for pasientreiser er redusert både i 2009 og inneværende år. I fjor var det i hovedsak besparelser på flyreiser, inneværende år er det en betydelig kostnadsreduksjon som følge av bedre saksbehandling for enkeltoppgjør etter overtakelse fra NAV, samt større fokus på dette i klinikkene. Saksbehandlingen og utbetaling er nå i henhold til gjeldende regelverk.

For 2011 skal det jobbes med å redusere drosjekostnadene. Det forutsetter at klinikkene har et fortsatt stort fokus på dette og at regelverket for bruk av drosjerekvisisjon følges. Tiltaket er risikovurdert i gruppe 0, 100 % gjennomføringsgrad.

Mulighetsstudiet

Arbeidsgruppa er nå helt i slutfasen med arbeidet med å kartlegge konkrete innsparingstiltak i forbindelse med mulighetsstudiet som blir presentert i en egen styresak i november-møtet, men det er allerede nå klart at innsparingstiltak for 2011 er på 10 mill kr. Tiltaket er risikovurdert i gruppe 1, 96 % gjennomføringsgrad.

1 % trekk psykiatri

Psykiatri og rus skal inn i den regionale inntektsmodellen fra 2012. Helse Nord mener at det er en skjevfordeling av disse midlene i dag, og sier at det er behov for allerede i 2011 å starte en omfordeling av midlene. UNNs basisramme reduseres med 6,8 mill kr, og budsjettreduksjonen fordeles mellom de tre psykiatriklinikken etter budsjettstørrelse. Tiltaket er risikovurdert i gruppe 0, 100 % gjennomføringsgrad.

Nye opplysninger går i retning av at ressursene til Barne- og ungdomspsykiatri ikke er skjevfordelt internt i Helse Nord på samme måte som ressursene til voksenpsykiatri. Helse Nord RHF har derfor under revurdering hvorvidt inntrekket på 1 % også skal gjelde barne- og ungdomspsykiatrien. Den aktuelle omstillingsutfordringen er inntil videre fordelt slik tabell 7 viser, men det kan bli aktuelt å endre dette hvis Helse Nord RHF kommer til at barne- og ungdomspsykiatrien ikke skal inkluderes.



tall i mill kr	Budsjett 2010	% fordeling	kr fordeling
Allmennpsykiatrisk klinikk	324,4	69,0 %	4679,0
Rus og Spesialpsykiatrisk klinikk	92,5	19,7 %	1334,2
Barne- og ungdomsklinikken	53,3	11,3 %	768,8
Sum	470,2	100,0 %	6782,0

Tabell 7 Fordeling 1 % trekk psykiatri

Tnf-hemmere inneliggende pasienter.

Helse Nord har fremdeles et høyt forbruk av biologiske legemidler for inneliggende pasienter i forhold til de andre regionene. Direktøren ønsker en omlegging til billigere medikamenter samt korrekt refusjon for medikamentene som i dag brukes. Klinikksjefene for Nevro- og ortopediklinikken og Medisinsk klinikk har fått i oppdrag å invitere Legemiddelinnkjøps samarbeidet (LIS) til å foredra om dette for fagfolkene i UNN, og deretter vurdere nærmere hvilke muligheter dette gir. Tiltaket er risikovurdert i gruppe 3, 50 % gjennomføringsgrad.

4. Sosiale kostnader forskningsmidler RHF.

Helse Nord planlegger endring i finansieringen av forskningsmidler. For 2011 vil forskningsmidler som tildeles det enkelte prosjekt være inkludert midler til sosiale kostnader. UNN får i etterkant en samlerregning fra Helse Nord vedrørende disse kostnadene. Tabellen under viser forbruk av sosiale kostnader RHF forskningsmidler pr juni per klinikk, årsprognose per klinikk og fordeling av budsjettreduksjonen i 2011. Budsjettreduksjonen er beregnet utfra antall stillinger. I oppsettet er Felles kontorsenter i Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Drift- og eiendomssenteret og bil- og båtambulansetjenesten i Akuttmedisinsk klinikk holdt utenfor fordelingen.

10 - Akuttmedisinsk klinikk eks bil -og båtambulanse	93	2 %	0	0	125 000	-125 000
11 - Longyearbyen sykehus	21	0 %	0	0	29 000	-29 000
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	527	11 %	586 899	1 174 000	707 000	467 000
13 - Hjerte- lungeklinikken	306	7 %	319 165	638 000	410 000	228 000
14 - Nevro- og ortopediklinikken	370	8 %	191 856	384 000	496 000	-112 000
15 - Medisinsk klinikk	420	9 %	481 099	962 000	563 000	399 000
16 - Rehabiliteringsklinikken	235	5 %	41 863	84 000	315 000	-231 000
17 - Barne- og ungdomsklinikken	281	6 %	396 211	792 000	377 000	415 000
18 - Operasjons- og intensivklinikken	493	11 %	92 130	184 000	662 000	-478 000
20 - Allmennpsykiatrisk klinikk	556	12 %	170 507	341 000	745 000	-404 000
21 - Rus og spesialpsykiatrisk klinikk	330	7 %	244 209	488 000	443 000	45 000
30 - Diagnostisk klinikk	449	10 %	444 053	888 000	603 000	285 000
40 - Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin eksklusive Felles kontorsenter	88	2 %	268	1 000	118 000	-117 000
45 - Drift og eiendomssenteret	327	0 %	0	0	0	0
50 - Direktøren	4	0 %	0	0	6 000	-6 000
52 - Administrativ serviceenhet	11	0 %	0	0	15 000	-15 000
54 - Forskning, fag, kvalitet og undervisning	37	1 %	164 583	329 000	49 000	280 000
56 - Kommunikasjonsstab	4	0 %	0	0	6 000	-6 000
58 - HR og organisasjonsutvikling	77	2 %	0	0	104 000	-104 000
60 - Økonomi og analysesenteret	66	1 %	0	0	89 000	-89 000

Tabell 8 Budsjettreduksjon per klinikk 2011 – sosiale kostnader forskningsmidler



5. Investeringsbudsjett 2011

UNN har 172 mill kr i investeringsmidler for 2011. Fordelingen av midlene planlegges gjort i budsjettsaken i desember. Forarbeidet vil bli gjort på samme måte som for 2010. Det vil i tillegg vurderes om det skal settes av en intern pott til omstillingsmidler som klinikkene kan søke på for å hente ut varige gevinster i driften.

6. Langtidsbudsjett

Helse Nord RHF utvider budsjettarbeidet fra kun å omhandle neste års budsjett til også å inneholde rammebetingelser og planrammer for fire år fremover. Formålet med endringen er å skape mest mulig forutsigbare rammebetingelser slik at det legges til rette for en mer langsiktig planlegging av omstillingstiltak, endringer i tilbudet og gjennomføring av investeringer i foretaksgruppen. Det stilles derfor krav til at helseforetakets budsjettbehandling i høst har et fireårig perspektiv i planlegging av omstillingstiltak, endringer i tilbudet, gjennomføring av investeringer og økonomisk bærekraft.

UNN står overfor flere dilemmaer i dette arbeidet:

- Vi har lengst ventetider innenfor de kirurgiske fagene, og klare føringer på at disse må bli kortere. Styringssignalet er likevel at psykisk helsevern og rus skal ha sterkere vekst enn de somatiske fagområdene.
- Vi har klare styringssignaler om at UNN skal prioritere regionfunksjonene, men det foreligger ingen avklaring rundt hvorvidt dette betyr at UNN skal vektlegge andre føringer mindre enn de rene lokalsykehusforetakene i regionen.
- Det er gjennomført en rekke funksjonsfordelingsvedtak i Helse Nord de siste årene, og konsekvensen har vært sentralisering av ressurskrevende pasientgrupper (særlig kreftbehandling) til UNN. Man har antatt at den regionale inntektsmodellen dekker økte utgifter ved UNN selv om vi bare får 95 % av DRG for interne gjestepasienter i regionen. Til sammenligning får for eksempel Oslo universitetssykehus 120 % av DRG for tilsvarende pasienter i Helse Sør-Øst.

Den regionale inntektsfordelingsmodellen skal oppdateres før budsjett 2012. Det er uklart hvordan inklusjon av psykisk helsevern og rus, revurdert finansiering av regionfunksjoner og oppdatering av laboratorievirksomheten i modellen vil slå ut. Det er derfor viktig for UNN å vurdere disse forholdene i styret, og å få etablert en dialog med eier i forkant av oppdateringen av den regionale inntektsmodellen.

Arbeidet med UNNs rullerende fireårsbudsjett er igangsatt og vil forelegges styret i desember, sammen med budsjett 2011. Dette vil inneholde periodens forutsetninger fra Helse Nord RHF, kjente interne prioriteringer og tiltak. I budsjettkonferansen 15. juni ble det fremsatt ønske om to- til fireårsbudsjetter også på klinikknivå. I forbindelse med dette skal det igangsettes et arbeid rett over nyttår som omhandler prioriteringer, ventetid, tilbud og kapasitet internt i UNN. Resultat av dette arbeidet vil ha som mål å oppnå de nødvendige avklaringer for å lage 4-årsbudsjetter på klinikknivå fra og med 2012.

7. Videre arbeid

Rapportering til Helse Nord



Budsjettsaken som fremmes for RHF-styret 18. november skal redegjøre for helseforetakenes plan for å nå resultatkravet. UNN må innen 19. oktober 2010 levere en samlet tiltaksplan for å nå fastsatt resultatkrav i 2011. Følgende skal inkluderes i tilbakemeldingen:

1. Oppsummering av omstillingsutfordring 2011-2014 i henhold til mal
2. Oppsummering av tiltak med effekter og risikovurdering i henhold til mal
3. Eget budsjettdokument med nærmere beskrivelse av tiltakene:
 - Beskrivelse av tiltak med planlagt dato for iverksettelse
 - Beregnet økonomisk effekt i 2011 og påfølgende 3 år med risikovurdering
 - Konsekvenser for pasienter og ansatte
 - Om tiltaket medfører et investeringsbehov og hvordan dette håndteres innenfor vedtatt investeringsramme
 - Om tiltaket berører andre parter (andre HF, primærhelsetjenesten etc)
 - Om tiltaket er i strid med gjeldende bestillerdokument
 - Om tiltaket er avklart med RHF
 - Om tiltaket er styrebehandlet

Hvis styret slutter seg til den budsjettstrategien som er beskrevet i denne saken, vil det være uproblematisk å gi Helse Nord RHF den nødvendige tilbakemeldingen innen 19. oktober.

Klinikkbudsjetter

Klinikkene er nå godt i gang med dialogavtaler, budsjett- og aktivitetsplanlegging for 2011. Dialogmøter med direktøren avholdes i slutten av oktober/begynnelsen av november. I forkant av dialogmøtene må klinikkene ha med dialogavtale 2011, plantall aktivitet og kvalitet, klinikkintern omstillingsutfordring og risikovurderte tiltak. I tillegg må de klinikkene som er involvert i de ulike fellestiltakene ha ferdige planer for gjennomføring.

Styresak virksomhetsplanlegging 2011

Styret inviteres til å vedta virksomhetsplan 2011 og investeringsbudsjett 2011 for UNN HF i styremøtet i desember.

Vurdering og konklusjon.

Tabell 5 viser at foreløpig omstillingsutfordring for 2011 er på 85,9 mill kr. Overhengseffekt av 2010-tiltak, samt nye tiltak for 2011 er på 86,6 mill kr, etter risikovurdering.

Tiltak for 2011 gjelder i hovedsak felleskostnader, og krever betydelig innsats fra mange klinikker for å realiseres. Planarbeidet for de ulike tiltakene er godt i gang. Direktøren har så langt unngått "ostehøvelkutt". Noen få klinikker vil få økt budsjett i 2011 for å håndtere spesielle kostnader, men de fleste ønsker og behov må håndteres i den enkelte klinikks budsjett. Arbeid med klinikkvise langtidsbudsjetter starter opp rett over nyttår, og vi tar sikte på implementering fra og med 2012.

Vedlegg:

1. Helse Nord RHF's styresak 71-2010, *Plan- og budsjettpremisser 2011-2014*.
2. Budsjettbrev 1 fra Helse Nord RHF

Møtedato: 22. juni 2010

Arkivnr.: 111 2010/68

Saksbeh/tlf: Grønlund, Larsen, Monsen m. fl., 75 51 29 00 Dato: 14.6.2010

Styresak 71-2010 Plan- og budsjettpremisser 2011-2014

Formål/sammendrag

Formålet med denne saken er å fastsette forutsigbare budsjettpremisser for det konkrete budsjettarbeidet i helseforetakene. Hovedfokus er på fordeling av tilgjengelige ressurser som grunnlag for å løse sørge-for-ansvaret og ikke på eieroppfølging som økonomistyring og konkret tiltaksgjennomføring.

I saken gjennomgås rammebetingelser, forslag til faglige prioriteringer, og planrammer og resultatkrav for 2011-2014. Ved å utvide tidshorisonten til fire år legges det til rette for en mer langsiktig planlegging av omstillingstiltak, endringer i tilbudet og gjennomføring av investeringer i foretaksgruppen. Saken må ses i sammenheng med rullering av investeringsplan som behandles i samme møte.

Plan- og budsjettpremisser for 2011 er i hovedsak lagt i saken, men vil finjusteres etter fremlegging av forslag til Statsbudsjett 2011. Alle planforutsetninger for de påfølgende tre år er gjenstand for årlig rullering. Den fireårige planen, senest behandlet i styresak 103-2009 *Plan 2010-2013*, rulleres i denne saken og ikke i egen styresak i november som tidligere. Langtidsbudsjettet vil være styrende for ressurs- og oppgavefordelingen de nærmeste fire årene.

I saken vurderes utviklingstrender i behandlingstilbud, fremtidig befolkningsendringer og etterspørsel etter helsetjenester som vil være viktige premisser for organisering av helsetjenesten fremover. Helsefaglige prioriteringer og føringer rulleres, økonomisk handlingsrom vurderes og det foreslås prioriteringer.

Helseforetakenes inntektsrammer for 2011 oppdateres og fastsettes, herunder oppdatering av inntektsmodell for somatisk virksomhet. Det fastsettes resultatkrav for helseforetakene i perioden 2011-2014. Inntektsrammer for 2012-2014 skisseres opp så langt vi kjenner dem.

Samlet skal disse planforutsetningene gi grunnlag for et langsiktig planarbeid i helseforetakene.

Medbestemmelse

Plan- og budsjettpremisser 2011-2014 ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 8. juni 2010 med følgende enighetsprotokoll:

1. Det vises til tidligere enighet om strategien som innebærer å planlegge med driftsoverskudd de nærmeste årene for å sikre midler til framtidige investeringer.

- Partene er enige i at styrking av prioriterte områder må løses både gjennom prioritering av forventet økonomisk handlingsrom og gjennom konkrete innholdskrav til helsetjenesten som må løses innenfor fordelte rammer. Endringsarbeid og omstilling må skje i nært samarbeid mellom arbeidsgiver, arbeidstakerne og deres representanter.*

Bakgrunn/fakta/vurdering

Utviklingstrender i behandlingstilbud, fremtidig befolkningsendringer og etterspørsel etter helsetjenester

Medisinsk kunnskap og teknologi er i kontinuerlig utvikling. Behandlingstilbudet endres som følge av digitalisering, genteknologi og nye medikamenter og teknikker.

Behandlingsmetodene blir mer avanserte og mer skånsomme og effektive, slik at flere pasienter kan behandles, oftere uten innleggelse. Økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon gir mulighet til at flere får behandling.

Etterspørselen etter sykehus tjenester de nærmeste 20 år vil endre seg betydelig ved at befolkning som er 67 år og eldre blir den største gruppen pasienter. Befolkningsutviklingen medfører økt behov for spesialisthelsetjeneste, særlig de gruppene som får sitt tilbud nært hjemmet, kommunehelsetjeneste og lokalsykehus. Forekomsten av kreft, diabetes type 2, helseskadelig overvekt, KOLS og psykiske helseproblemer øker. I 2020 vil psykiske lidelser på verdensbasis, nest etter hjertekarsykdommer, være den mest utbredte sykdomsbelastningen. Mennesker med kreft og kroniske sykdommer lever med sykdommer i mange år. Vi vil derfor få en økende andel svært gamle pasienter i spesialisthelsetjenesten. Mange eldre og mennesker med kroniske lidelser trenger vedvarende helsehjelp, fra en helsetjeneste som må samarbeide bedre for at brukeren skal få et helhetlig og trygt tjenestetilbud.

Innen de kirurgiske fagområdene vil det bli en utvikling basert på moderne behandlingsformer hvor nye metoder og ny teknologi fører til behov for ny organisering med økt sentralisering av tjenestene. Befolkningsutviklingen medfører økt behov for helsetjenester til kronikeromsorg, rusomsorg og psykisk helsevern. Dette er fagområder med relativt lite innslag av høyteknologisk/medisintekniske behandlingsformer og det er her vi finner det store volumet av pasienter. De vil ha behov for tilbud nært hjemmet fra kommunehelsetjeneste og lokalsykehus. Dette understreker nødvendigheten av å gjøre tilpasninger i dagens tjenestetilbud. Lokalsykehusenes innhold må derfor bedre tilpasses denne utviklingen, innenfor økonomiske rammer som ikke er forventet å vokse nevneverdig. Dette betyr å vri tjenestene mot de store grupper av pasienter og ikke binde opp store ressurser til de få ved alle lokalsykehus. Arbeids- og funksjonsfordeling må aksepteres og utvikles. Akuttmedisinske tjenester av god kvalitet må finnes ved alle lokalsykehus.

Smittevernplanen for Helse Nord 2008-2011 drøftet inngående situasjonen innenfor infeksjonsmedisin ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), herunder utdanningsbehov og kapasitet, sengetall, bemanning og fagkompetanse. Det er nødvendig å ha et selvstendig utdanningsprogram for legespesialister for å sikre at kompetansen forblir i landsdelen. Videre må det være tilstrekkelig mange infeksjonsmedisinske senger til å sikre kvalitet og erfaringsgrunnlag i opplæringen av kandidater som tar hele sin utdanning i landsdelen. Komplekse nye behandlingsformer, spesielt innen kirurgi, gir en økende forekomst av komplekse sykehusinfeksjoner etter intervensjonene. I tillegg ser man et økt behov for poliklinisk utredning og behandling av avanserte infeksjonssykdommer, både på grunn av økt reisevirksomhet og økende antall asylsøkere som krever tilrettelagt og avansert diagnostikk.

Utviklingen viser at det er behov for å utvide tilbudet til pasienter med sykkelig overvekt. I dag opereres pasienter med sykkelig overvekt i vår region ved Nordlandssykehuset HF (NLSH). Tilsiget av pasienter er stort og økende, og det vil være behov for økt kapasitet både i NLSH Bodø og i oppfølgingstilbud i alle helseforetak

Framtidige endringer i tjenestetilbudet betyr at det må stilles høye krav til kompetanse hos helsepersonellet innen sammensatte og multiple sykdomstilstander hos eldre, innen akuttmedisin i primærhelsetjenesten og de øvrige prehospitale tjenestene. Kompetansebygging og økt utnyttelse av eksisterende kompetanse vil derfor være et stikkord for prioritering av ressursene framover.

Endring i befolkning påvirker også arbeidskraft. Antall personer i alderen 20-64 år reduseres og vil medføre utfordringer. Rekruttering av arbeidskraft, slik at en større andel av befolkningen utdannes og tar jobb innen spesialisthelsetjenesten, vil være et viktig moment fremover. Samtidig øker befolkningen sterkt i aldersgruppen 65-74 år slik at tiltak for å få dagens arbeidsstokk til å stå lengre i arbeid må også prioriteres. Oppgaveløsning med mindre tilgang på kompetanse og personell vil bli sentralt de neste 20 årene.

Prioritering

For å følge opp Helse Nords strategiske mål er det vedtatt en rekke handlingsplaner. Oppfølging av handlingsplanene og prioritering i foretaksgruppen kan ikke bare løses gjennom økte tildelinger. Det vil i tillegg måtte stilles konkrete innholdskrav til helsetjenesten som må løses innenfor allerede fordelte rammer. Dette vil medføre omstilling og omprioritering i helseforetakene som må gjennomføres i nært samarbeid mellom arbeidsgiver, arbeidstakerne og deres representanter. Administrerende direktør anbefaler at inntektsmodellen legges til grunn dersom det er behov for å trekke inn midler fra helseforetakene. Midlene vil deretter deles ut igjen til spesifikke formål.

Handlingsplanene er ambisiøse og det er Administrerende direktørs vurdering at ikke alle tiltak kan gjennomføres så raskt som foreslått under gjeldene økonomiske forutsetninger. Tiltak som ikke er foreslått prioritert i saken foreslås dermed utsatt inntil de eksplisitt tas inn i rullering av langtidsbudsjettet. Når tiltak kan fases inn vil avhenge av økonomisk handlingsrom og vurdering av omstillingsevne i helseforetakene. Vurdering av omstillingsevne vil skje i dialog med helseforetakene.

Prioritering foretatt i *styresak 103-2009 Plan 2010-2013* legges fremdeles til grunn og danner grunnlag for perioden 2011-2014. Dette innebærer blant annet å videreutvikle gode lokalsykehus og desentraliserte helsetjenester, styrke samhandlingen med primærhelse- og sosialtjeneste, utvikle helhetlige behandlingsforløp og styrke tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmisbrukere.

Adm. direktør foreslår at oppfølging av smittevernplanen, herunder utvidelse av infeksjonsposten ved UNN prioriteres fra 2011. Det vil ikke være mulig å etablere tilstrekkelig kompetanse for håndtering av mer sjeldne, potensielt alvorlige