

Mulighetsstudie

Effektivisering av ikke-medisinske støttetjenester
i Helse Nord

18.12.2009 - oppdatert 02.02.2010
av Tor-Arne Haug Helse Nord RHF



Innhold

0	Prosjektgruppens sammendrag og anbefaling	5
0.1	Sammendrag av kartlegging og konklusjoner.....	5
0.2	Anbefalte løsninger og leveransemodeller.....	6
0.3	Forklaring av utvalgte uttrykk og forkortelser	9
1	Bakgrunn, prosjektgjennomføring og metodikk	9
1.1	Bakgrunn for mulighetsstudien.....	9
1.1.1	Kort om Helse Nord RHF.....	9
1.1.2	Krav til effektivisering.....	10
1.2	Gjennomføring av mulighetsstudien.....	10
1.2.1	Mandat	10
1.2.2	Prosjektorganisering	12
1.2.3	Prosess/ fremdrift – prosjektgjennomføring.....	12
1.2.4	Metodikk	14
1.2.4.1	Kartlegging av dagens kostnader - metode	14
1.2.4.2	Beste praksis - metode	15
2	Nåsituasjon og potensialer gjennom beste praksis.....	17
2.1	Dagens situasjon og potensialer - oppsummert	17
2.1.1	Nåsituasjon – faktagrunnlag kostnader.....	18
2.1.2	Beste praksis – grunnlag.....	18
2.1.3	Effektiviseringspotensialer - sammenligning faktagrunnlag og beste praksis.....	19
2.1.3.1	Renhold	21
2.1.3.2	Vaskeri	22
2.1.3.3	Catering	23
2.1.3.4	Kontorstøtte – sentralbord	24
2.1.3.5	Kontorstøtte – servicesenter	25
2.1.3.6	Eiendomsforvaltning	26
3	Effektiviseringspotensialer totalt.....	27
4	Utdyping av innsparingsområder pr enkeltfagområde og lokasjon.....	28
4.1	Fellesprosjekter.....	28

4.1.1	Sentralbord	28
4.1.2	Servicesenter	29
4.1.3	Innkjøpte varer/tjenester	30
4.1.4	Energi.....	30
4.2	Enkeltfagområder pr helseforetak/lokasjon.....	31
4.2.1	UNN HF.....	31
4.2.1.1	Tromsø (Breivika + Åsgård)	31
4.2.1.2	Narvik	33
4.2.1.3	Harstad	34
4.2.1.4	Nordlandsklinikken	34
4.2.2	NLSH HF	35
4.2.2.1	Bodø (Sentrum + Rønvik)	35
4.2.2.2	Vesterålen	35
4.2.2.3	Lofoten	36
4.2.3	Helgelandssykehuset HF.....	36
4.2.3.1	Sykehuset Mo i Rana	36
4.2.3.2	Sykehuset Mosjøen	37
4.2.3.3	Sykehuset Sandnessjøen	37
4.2.4	Helse Finnmark HF	38
4.2.4.1	Hammerfest Sykehus	38
4.2.4.2	Kirkenes Sykehus	39
4.2.4.3	Tana DPS	40
4.3	Verifisering av faktiske potensialer og kvalitative forbedringer	40
4.3.1	Kvalitative forbedringer og forbedringer for helseproduksjon	40
4.3.2	Kvalitative forbedringer og forbedringer for helseproduksjon	41
5	Realisering av effektiviseringsgevinster	41
5.1	Målsetting av gevinster	41
5.2	Krav til bestillerfunksjon og leveranser	42
5.3	Føringer for videre arbeid.....	43
5.3.1	Anbefalt prosess og fremdrift.....	43
5.3.1.1	Overordnet fremstilling	43

5.3.1.2	Anbefalt fremdrift	44
5.3.2	Implementeringssikring.....	46
5.3.2.1	Implementeringssikringsregime	47
5.3.2.2	Prosjektstyring	47
5.3.2.3	Kommunikasjon	48
5.3.3	Organisering av videre prosjekt.....	49

0 Prosjektgruppens sammendrag og anbefaling

0.1 Sammendrag av kartlegging og konklusjoner

Mulighetsstudien omfatter en kartlegging av effektiviseringspotensialet for ikke-medisinske støttefunksjoner (Renhold, Vaskeri, Catering, Kontorstøtte, Eiendomsforvaltning) i Helse Nord. De analyserte tjenestene viser samlede kostnader på ca. 750 MNOK inkl. avskrivninger og intern husleie.

Beste praksis - sammenligningstall for tilsvarende funksjoner - er innhentet fra leverandører, bransjeforeninger og andre studier.

Studiens konklusjoner viser en effektiviseringsmulighet på ca. 90 – 120 MNOK for de analyserte tjenestene. Potensialene forutsetter at det stilles eksplisitte krav til bl.a. produktivitet, samordning og standardisering av ytelser i tråd med de beskrevne beste praksis konseptene. Dette kan oppnås gjennom egen omstilling, forbedrede tjenesteinnkjøp, tjenesteutsetting eller kombinasjoner.

Av tabellen nedenfor er det innenfor eiendomsforvaltning ikke angitt potensial mot beste praksis for egenutført del av eiendomsforvaltning. Et antatt potensial er anslått til 9 mill kroner, men ikke tatt med. Det er stor usikkerhet i anslaget og både dette og muligens ytterligere potensial ligger i å organisere og legge til rette for at medarbeidere innenfor dette området kan gjennomføre flere drifts- og vedlikeholdsoppgaver enn det er lagt opp til under dagens drift. Mulighetene for å dette til vil variere mellom de ulike sykehusenhetene. De enkelte HF bør derfor gå gjennom dette før det gis tilbakemelding på hvilke potensialer det er mulig å gjøre noe med.

Tall i MNOK		Dagens kostnad i 2008 eks. avskrivn og intern husleie	Potensial mot beste praksis	
Tjeneste			Potensial ved eksternt utførelse (Kostnad i 2008 mot beste praksis kostnad ultimo 2009 inkl. MVA, bestiller- og admin. kostnad)	Potensial ved intern utførelse (Kostnad i 2008 mot beste praksis kostnad ultimo 2009 eks. MVA, inkl. adm.kostnad)
Renhold		110	18	27
Vaskeri		58	9	7
Catering		176	30	50
Sentralbord		16	2	5
Resepsjon		32	0	6
Eiendomsforvaltning	Egenutført ¹⁾	85	0	0
	Innkjøp	129	18	14
	Energi	123	17	13
SUM		729²⁾	92	121


1) Egentlig et potensial på 9 mill NOK, se kommentarer i teksten. 2) ekskl. kostnader til avskrivninger + intern husleie

Gjennom mulighetsstudien er det også kommet frem enkelte andre forhold som har betydning for drift og forvaltning av eiendommer. Prosjektgruppen vil særlig peke på at det sannsynligvis er for lavt

nivå på verdibevarende vedlikehold. Det kan innebære risiko for at eiendomsverdier og verdier av teknisk utstyr forringer raskere enn avskrivningene for eiendommer og utstyr. Det vil dermed oppstå gap mellom bokførte verdier og verdier basert på en oppdatert verdivurdering.

De største potensialene til kostnadsreduksjoner i forhold til grunnlaget fra 2008 ligger i Tromsø, Bodø og Hammerfest, >50 % av potensialene ligger i UNN HF. I tabellen nedenfor er de områdene med størst potensial markert. Det må imidlertid understrekes at deler av potensialet er tatt ut gjennom forbedringer i 2009. Tiltak er igangsatt på flere områder (eks. nytt renholdskonsept igangsatt i Bodø).

Mulighetsstudien viser innsparingspotensialer i alle HF. Beste praksis kostnad vil være noe upresist på lokasjonsnivå pga lokale tilpasninger og det videre prosjektet må verifisere faktiske potensialer for hver lokasjon og fagområde. Forslag og kommentarer for de enkelte lokasjonene pr fagområde finnes i kapittel 4.

 Viser største potensialområder		Potensial for kostnadsreduksjoner inkl. bestillerkost og administrasjonskostnad																SUM TOTAL			
		Renhold		Vaskeri		Catering		Kontorstøtte				Eiendomsforvaltning						Pr. lokasjon	Pr. HF	Pr. lokasjon	Pr. HF
		Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.				
UNN HF	SUM Tromsø; Breivika + Åsgård	6,1	11,7	6,5	5,2	17,6	22,7	0,5	1,2	-0,1	1,7	0,0	0,0	4,2	3,3	5,4	4,2	40,3	50,0		
	Narvik sykehus	-0,7	0,3	0,9	0,7	3,4	4,1	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,7	0,6	0,6	0,5	5,0	6,6		
	Harstad sykehus @ (inkl. DPS)					2,5	3,7	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	1,7	1,3	1,4	1,1	5,7	6,7		
	Ofoten DPS, @Narvik	-0,1	0,1			-0,1	0,0							0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2		
	Storsteinnes DPS, @Balsfjord					0,1	0,1							0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2		
	Silsand DPS, @Finnsnes					0,3	0,3							0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,4		
	Sorslett DPS, @Nordreisa					-0,1	0,0							0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1		
	Nordlandsklinikken, @Narvik					2,4	2,5							0,0	0,0	0,1	0,1	2,6	2,7		
														0,1	0,1	0,1	0,1	54,1	66,8		
														3,3	2,5	3,9	3,1	9,9	13,2		
NLSH HF	SUM Bodø; Nordlandssykehuset + Rønnevik	7,2	5,7			-5,0	0,0	0,1	0,8	-0,1	1,0	0,0	0,0	1,0	0,8	0,8	0,6	1,7	2,8		
	Vesterålen sykehus @ (inkl. Ofoten DPS)					-0,1	1,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	Lofoten sykehus @ (inkl. Lofoten DPS)					0,4	1,1					0,0	0,0	0,5	0,4	0,7	0,5	1,5	2,0		
	Bø DPS					-0,1	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	Andenes DPS					-0,1	0,0			0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1		
	Fauske DPS					-0,1	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	Svolvær DPS					0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	Lødingen@Rehabiliteringscenter					0,3	0,4			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,5		
	Saltdal					-0,1	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0		
	Røsvik @Bo og Behandling					-0,1	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	-0,1	0,0		
																	12,7	18,6			
Helgelands-sykehuset HF	Sykehuset i @Mo i Rana					0,5	1,7	0,0	0,2	0,0	0,5	0,0	0,0	2,3	1,8	0,7	0,5	3,5	4,7		
	Sykehuset i @Mosjøen					0,2	0,8			-0,1	0,8	0,0	0,0	0,9	0,7	0,5	0,4	1,5	2,7		
	Sykehuset i Sandnessjøen	0,0	1,0			0,5	1,5	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,5	0,4	0,5	0,4	1,4	3,8		
	Brønnøysund					0,0	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Helgeland rehab., Spønna	0,1	0,2	0,1	0,1	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	7,0			
Helse Finnmark HF	Hammerfest sykehus (inkl. H.fest DPS)	2,9	3,9	1,3	1,1	3,9	4,9	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	1,3	1,0	0,6	0,5	10,0	12,1		
	Kirkenes (inkl. DPS)	1,1	2,0	0,3	0,2	1,4	2,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,6	0,5	0,9	0,7	4,3	6,0		
	Alta Sentrum	-0,1	0,1			-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,2	1,2		
	Alta Talvik	0,3	0,4			0,5	0,6							0,1	0,1	0,1	0,1	1,0	0,1		
	Lakselv	0,2	0,3			0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,6		
	Karasjok					0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1		
	Tana	0,6	0,8			1,8	2,0							0,1	0,1	0,2	0,1	2,6	3,0		
	Finnmarks-klinikken					0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,3	18,5		
TOTALER	17,7	26,6	9,2	7,2	30,6	50,6	0,8	3,8	-0,4	6,0	0,0	0,0	17,7	13,8	16,8	13,1	92,3	92,3	121,1	121,1	

* Bodø har siden 2008 iverksatt nytt renholdskonsept, gevinst er i ferd med å bli realisert.

0.2 Anbefalte løsninger og leveransemodeller

Løsninger

Mulighetsstudien anbefaler eksplisitte løsningskonsepter med formål å standardisere leveransene i større grad for hvert enkelt fagområde. Faktiske løsninger må tilpasses lokale forhold (geografi/ størrelse/ volumer/ eiendommenes tilstand og standard/ lokal organisering mv).

Anbefalte løsninger er oppsummert i følgende tabellen på neste side. Anbefalinger for de enkelte områdene og for HF-ene og enkeltlokasjoner finnes i kapittel 4.

① Renhold

- Ytelsesbasert renhold basert på INSTA-norm innføres i hele Helse Nord, primært i intern regi hvis man er konkurransedyktig.
- Det vurderes samordning av kravspesifikasjoner for renhold etter mål fra NLSH Bodø/UNN Harstad.

① Vaskeri

- Vaskerileveranser basert på optimalisert aktiv forsyning utført i eksternt regi. Søke å reforhandle eksisterende avtaler til aktiv forsyning. Vurdere kostnadseffektivitet for internt vaskeri (Vesterålen).
- Avdelingstøy forsynes frem til avdelingslagre på sykehus. Ansatte henter arbeidstøy fra utleveringssted eller -automat på hvert sykehus. Standardisering av tøy og samordning av tøyinnkjøp og vaskeri mellom flere lokasjoner.

① Catering

- Kok/kjøkkonsept eller Steamplcity®, alternativt videreføring av dagens løsning der dette er økonomisk mest fordelaktig. Tilrettelegging for økt helseproduksjon gjennom fleksible/ nye serveringstidspunkter (spesielt middag), økt selvbetjening og bruk av kostverter/ikke-helsepersonell i servering.
- Samordning av konseptvalg, innkjøp, menyvalg, herunder styrkede krav til ernæring og bruk av mat i behandling.
- Sentralisering av kjøkken der dette er optimalt, og leveranser til mindre enheter der dette velges. Proaktivt søke å øke samordning med andre lokale offentlige eller private kjøkken og forbrukere av servert mat.

① Sentralbord

- Utrede tekniske muligheter i tilknytning til sentralborddrift
- 2. linjekontakt utføres kombinert med resepsjonstjeneste på den enkelte lokasjon på dagtid
- En felles, løpende oppdatert informasjonsdatabase forutsettes som en integrert del av telefonløsningen

① Resepsjon mv

- Resepsjonstjenesten inngår i et servicesenter hvor ressursene kan brukes på tvers. Postbehandling og pasientbetaling inngår i denne tjenesten, likeså 2. linje kontakt fra sentralbord.
- Det forutsettes en felles og samordnet utførelse av servicetjenestene på hver lokasjon, inkl. koordinering og optimalisering med øvrige driftsfunksjoner, og poliklinikkspedisjon.

① Eiendomsforvaltning – mål og løsninger

· Mål:

- Drift og eiendom i HF-ene skal ha økt fokus på sine leveranser og på kostnadsreduksjoner ved å effektivisere interne prosesser og tilpasse tjenestespekteret til endringer i HF-ene sine behov.
- De funksjoner som i dag leveres av Drift og eiendom, skal *utføres minst like bra eller bedre sammenlignet med hva alternative tilbydere kan utføre.*
- Drift og eiendom skal kontinuerlig tilpasse virksomheten til endrede forventninger fra øvrige deler av helsesektoren.
- Drift og eiendom skal tilrettelegge tjenesteleveransene på en slik måte at HF kan fokusere på sin primærvirksomhet.

· Tiltak:

- Innføre balansert målstyring og risikostyring i virksomhetsplaner, for å sikre at virksomheten innfrir på målsetninger innenfor måltema som eier, kunde/bruker, økonomi, prosess/produksjon, medarbeidere/organisasjon og samfunn
- Utvikle mål med tilhørende KPI, felles og egne
- Enhetlig regnskapsføring innenfor alle områder innen eiendomsforvaltning (Facility Management) - En forutsetning for å kunne måle på mulighetsstudiens nåværende hovedmål økonomi, etablering av nøkkeltall for sammenlikning
- Nøkkeltallsanalyser, benchmarking. Like bra eller bedre? Hva gjør vi om vi ligger bak – grunnlag for nye tiltak

· Anbefalte løsninger:

- Samordning av nøkkeltall fra FDVU-system, herunder felles konteringspraksis og felles nasjonal klassifisering av helsebygg
- Felles innkjøpsavtaler for driftsteknisk materiell og tjenester.
- Målstyring av FDVU gjennom SLA, måltall og utførelse etter rullerende FDVU-plan, herunder:
 - Utøve av driftsikre og produksjonseffektive helseeiendommer til HF s virksomhet (synliggjøre kostnader ved arealbruk og drift)
 - Verdbevarende drift og vedlikehold på vegne av eier (opprettholde realkapital)
 - Effektiv leveranse av Service/støttetjenester i tråd med bestilling
- Profesjonalisere eiendomsforvaltning og drift gjennom intern opplæring og gjennom innspill fra eksternt ekspertise på eiendomsforvaltning

Krav til leveranser

Uavhengig av eksternt eller intern leveranseform må det være krav om at alle tjenesteleveranser skal ha leveranseavtaler, klar ansvarsdeling og en styring som sikrer målsatt effektivisering og kontinuerlig forbedring. Dette må oppnås gjennom profesjonalisering av bestillerfunksjonen for alle tjenestene i Helse Nord.

Realisering av gevinster

Målsettinger for kostnadseffektivisering må etableres og videreføring av prosjekter anbefalt i mulighetsstudien besluttet. Anbefaling til prosjektplan for videreføring foreligger til beslutning i styringsgruppe, RHF og styrer i HF'ene.

Videre prosjekt innebærer en omstillingsprosess der konkrete målsettinger for hvert HF og Helse Nord som foretaksgruppe realiseres i løpet av 2010/ 2011.

Anbefalinger

- Omstilling som bygger videre på igangsatt arbeid
 - . Mulighetsstudien videreføres i felles prosjekter og naturlige HF-vise delprosjekter
 - . Pågående forbedringsarbeid og – prosjekter planlegges i linjene i HF-ene, felles prosjekter koordineres i fellesprosjektet og det lages en felles rapportering for oppfølging av alle elementer i mulighetsstudien
 - . Et resultatsikringsregime etableres i det enkelte HF over felles ”mal” og rapporteres til fellesprosjektet
- Bred involvering for å sikre eierskap til prosessen og gode praktiske løsninger
 - . Brukerne, ledere og nøkkelpersoner i de ikke-medisinske støttedfunksjonene, samt tillitsvalgte og vernetjenesten involveres i utarbeidelse og forankring av HF-vise virksomhets-/tiltaksplaner
- Styrking av Helse Nords organisasjon og kompetanse som en del av arbeidet
 - . Resultatene av mulighetsstudien samordnes i Eiendomsforum for fase II og rapporteres til styringsgruppen
 - . Eiendomsforum, driftsforum og andre fagfora revitaliseres og styrkes som en del av prosessen for koordinering og videre forbedring
 - . Forbedring av den operative arbeidsformen i linjeorganisasjonene er et vesentlig biprodukt av prosessen. Drift og kontinuerlig forbedring i tråd med internasjonale normer for god kvalitetsledelse innføres som en del av arbeidet
- Mobilisering og forankring – 1.mars 2010
 - . Rapport fra mulighetsstudien sendes fra prosjektgruppen til behandling i styringsgruppen og for endelig godkjenning av adm.dir.
 - . Informasjon om mulighetsstudien legges ut på intranett når den er godkjent.
 - . Helseforetakene får mulighetsstudien oversendt og skal innen 1.februar melde tilbake til Helse Nord RHF hvilke forbedringer som vil bli gjennomført innenfor det enkelte HF på de ulike områdene for mulighetsstudien, hvilke målsettinger HF-ene har, hvilke tiltak som allerede er gjennomført etter 2008, mål og tiltak i 2010 og foreløpige mål og tiltak for 2011.
 - . Fellestiltak for hele foretaksgruppen samordnes i Eiendomsforum og vil omfatte: felles standarder for tjenestene innenfor alle fokusområder, felles innkjøpsprosjekter innenfor alle fokusområder, felles ENØK opplegg, utredning av teknologigrunnlag for sentralbordtjeneste.
 - . Generelle kvalitative vurderinger i løsningene, herunder HMS-tiltak, kompetanseutvikling og andre ikke-kvantifiserbare forbedringer
 - . Høring og styrebehandling HF-ene og RHF. Forankring i linjeledelse og blant tillitsvalgte og vernetjenesten av mål og prosess og føringer

- . Delprosjekter med mandater, leveranser, arbeidsmetodikk, bemanning, fremdrift
 - . Implementeringssikring med rapportering i linjen i HF-ene, Eiendomsforum og andre møtefora og møtefrekvens (månedlig)
 - . Informasjon til ansatte i Helse Nord om prosjektet. Besluttet kommunikasjonsplan for prosessen.
 - . Innledende implementeringsplan med ansvar, forbedringsmål og realiseringstakt i 2010 og 2011
- Detaljering av nye løsninger – 1.okt 2010 – momenter til behandling
- Leveransene er detaljbeskrevet i anbefaling for hvert tjenesteområde og hvert HF.

0.3 Forklaring av utvalgte uttrykk og forkortelser

KPI	[Key Performance Indicator] – nøkkeltall for å måle tjenesteytelse (norsk: Kritisk Prestasjons Indikator)
SLA	[Service Level Agreement] – avtalt nivå/ omfang av tjenesteytelser
HMS	[Helse Miljø Sikkerhet] – samlebegrep for ansvars- og tiltaksområder ifm krav til arbeidsmiljøet
INSTA	[NS INSTA 800] – nordisk standard for fastlegging og vurdering av rengjøringskvalitet
ENØK	[ENERgiØKonomisering] – samlebegrep for tiltak relatert til energisparing og –effektivisering
FDVU	[Forvaltning, Drift, Vedlikehold, Utvikling] – standarddefinisjoner for ansvarsområder innen eiendom
GAP – kost	Kostnadsavvik mellom nåsituasjon og beste praksis når beste praksis utføres eksternt
GAP – produktivitet	Kostnadsavvik mellom nåsituasjon og beste praksis når beste praksis utføres internt
Beste praksis	Definert optimalisert utførelse av arbeidsoppgaver

1 Bakgrunn, prosjektgjennomføring og metodikk

1.1 Bakgrunn for mulighetsstudien

1.1.1 Kort om Helse Nord RHF

Helse Nord RHF ble stiftet 1. januar 2002 da staten overtok ansvaret for de offentlige sykehusene fra fylkeskommunene. Helse Nord RHF har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og Svalbard.

Helse Nord omfatter 5 helseforetak (HF) med til sammen 16 sykehus/ klinikker, flere lokale behandlingssteder samt sykehusapoteker, og dekker ca. 465.000 innbyggere i 88 kommuner. Hvert HF har eget styre og er selvstendig rettssubjekt.

Helse Nord har i alt ca. 12.000 ansatte, hvorav ikke-medisinske støttedfunksjoner utgjør ca. 750 årsverk.

De fem helseforetakene i Nord-Norge eies av Helse Nord RHF, som igjen er eiet av Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Nord RHF har administrasjon lokalisert i Bodø.

Helse Nord RHF har behov for å effektivisere driften i helseforetakene og å redusere kostnader, slik at ressurser frigjøres til videre utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet.

1.1.2 Krav til effektivisering

Adm. direktør i Helse Nord RHF er bedt av styret om å vurdere tiltak for å effektivisere de ikke-medisinske støttefunksjonene. Oppgaven er kompleks og foreslås løst gjennom et felles endringsprosjekt – ”endringsreise”.

Utfordringene ved en slik endringsprosess kan sammenfattes i følgende overordnede bilde:

Helse Nord står foran store endringer for å redusere kostnader

“ Helseproduksjonen må forbedres og effektiviseres og gis bedre støtte fra ikke-medisinske tjenester
“ Helse Nord har behov for betydelig effektivisering og innsparinger i ikke-medisinske støttefunksjoner
“ Helsevesenet har spesielle behov og utfordringer som må hensyntas i ny organisering av støttefunksjoner for å lykkes

- Stor kompleksitet og høye krav
- Sterke tradisjoner med etablerte arbeidsmønstre
- Organisasjon med mange interessenter og sterke profesjoner
- Interne holdninger til offentlig drift vs. delprivatisering av helsevesenet
- Utfordringer mellom samordning og sentralisering av støttefunksjoner i de enkelte helseforetakene i Helse Nord . og stor geografisk spredning med mange behandlingssteder og lange avstander

Kostnadseffektive støttefunksjoner må realiseres gjennom en styrt endringsreise!

En effektiviseringsprosess gjennomføres nå i 3 deler:

Fase 1. Mulighetsstudie - Analyse og rådgivning (dette dokumentet)

Fase 2. Omstilling og endringer

Fase 3. Drift og kontinuerlig forbedring

Gjennomføring og konklusjoner av første fase i denne prosessen (Mulighetsstudien) er beskrevet i dette dokumentet.

1.2 Gjennomføring av mulighetsstudien

1.2.1 Mandat

Helse Nord RHF tildelte sommeren 2009 etter anbudskonkurranse ISS Facility Services sammen med konsultentselskapet Rokade kontrakt til å gjennomføre en mulighetsstudie på ovenstående grunnlag. Konklusjoner av arbeidet var opprinnelig planlagt ferdigstilt i utgangen av oktober 2009, men grunnet økt internt tidsbehov i forbindelse med innsamling av data og til behandling i ulike fora, ble tidsfristen skjøvet til 15.12.2009.

Fase 1 – Mulighetsstudien – skal avdekke muligheter og omfang av potensielle besparelser på følgende tjenesteområder:

- Matforsyning
- Renhold
- Vaskeri
- Sentralbord, resepsjon og vaktjenester
- Eiendomsforvaltning og teknisk drift



Mulighetsstudien skal vektlegge bl.a. følgende forbedringspotensialer:

- Kostnadsbesparelser
- Økt samordning og effektivitet i tjenesteleveransene
- Økt kvalitet på tjenesteleveransene
- Økt brukertilfredshet i Helse Nord
- Videreutvikling av tjenesteområder

Mulighetsstudien er gjennomført for følgende helseforetak underlagt Helse Nord RHF:

- Helgelandssykehuset HF
- Nordlandssykehuset HF
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF (unntatt Svalbard)
- Helse Finnmark HF

Sykehusapotek Nord HF har ikke vært gjenstand for mulighetsstudien.

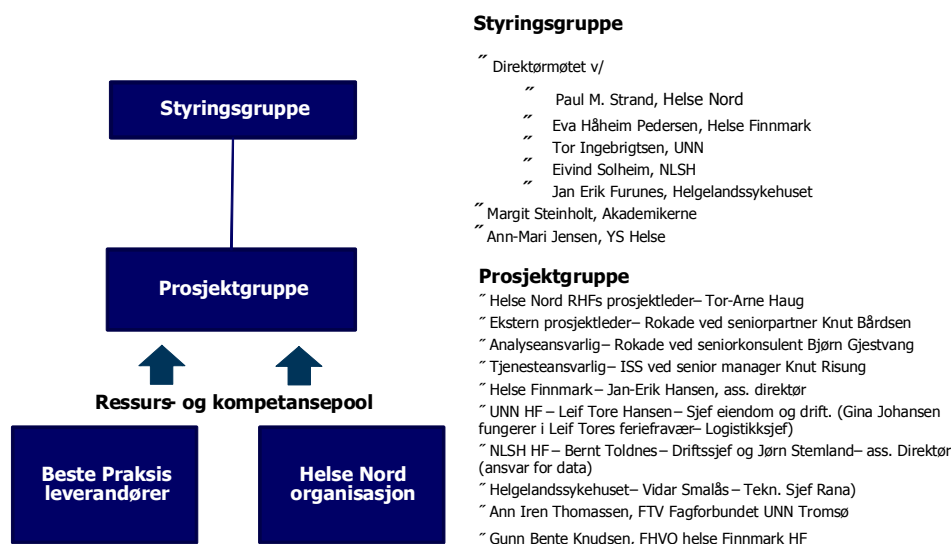
Mulighetsstudien skal gi Helse Nord RHF grunnlag for beslutninger om valg av effektiviseringsløsninger for de ikke-medisinske støttefunksjonene. Effektiviseringsløsninger kan være basert på intern effektivisering, innkjøpte tjenester eller kombinasjoner av interne og innkjøpte tjenester.

Konkrete leveranser fra mulighetsstudien skal være anbefalte løsninger, forslag til videre prosess og konkurransegrunnlag for å kunne forespørre leverandører om tilbud i neste fase.

1.2.2 Prosjektorganisering

Prosjektet har vært organisert etter følgende modell. Det har vært lagt vekt på involvering av Helse Nords organisasjon gjennom linje og tillitsvalgte. Involvering og forankring av organisasjonen vil få ytterligere betydning i den videre effektiviseringsprosessen.

Organisering – med topplederforankring og spisskompetanse



1.2.3 Prosess/ fremdrift – prosjektgjennomføring

Oppgaver

Mulighetsstudien har omfattet følgende hovedoppgaver:

1. Mobilisering

- Definere mål for prosessen
- Konstituere prosjekt- og styringsgruppe
- Involvere og forankre prosjektmandat og hypoteser

2. Faktakartlegging av nåsituasjonen

- Definere kjernevirksomhetens behov og krav til støttetjenester,
- Definere hvilke tjenester som ligger utenfor kjernevirksomhet
- Kartlegging og analyse av støttetjenestene i forhold til omfang og behov, organisering, bemanning og kostnader
- Analysere dagens tjenester og kostnadsnivå opp mot internasjonal Best Practise

3. Konsekvensvurderinger

- Utarbeide alternative løsninger, basert på eksternt kjøp, med nytt kostnadsnivå
- Avdekke lønnsomheten av å sette ut hele eller deler eller av driften av definerte støttetjenester til eksterne leverandører og om dette er mulig å gjennomføre på en bedre måte i forhold til krav fra kjernevirksomheten

- *Analysere omfang av omstillingskostnader*
- *Definere krav til måling og oppfølging av ytelser og kostnader*

4. Konklusjoner

- *Gi klare råd om hvilke nye løsninger som gir lavest mulige kostnader og ytterligere effektivisering over tid*
- *Utarbeide plan for gjennomføring av evt. videre prosess med tjenesteutsetting*
- *Utarbeide prosessforløp for videre arbeid, herunder involvering av aktuelle medarbeidere og organisasjoner innenfor de aktuelle tjenesteområdene*
- *Utarbeide konkurransegrunnlag for ekstern drift av tjenesteområdene*

Ikke-medisinske støttefunksjoner ivaretar og besørger viktig infrastruktur for effektiv helseproduksjon. Prosjektet har derfor vektlagt å kartlegge og analysere grensesnittene mellom ikke-medisinske støttefunksjoner og helseproduksjonen og hvordan disse kan effektiviseres ut fra definerte nye krav og med effektive løsninger basert på beste praksis.

Fremdrift

Prosjektet hadde første oppstartsmøte 13.08.09 i Bodø der Knut Bårdsen fra Rokade og Knut Risung fra ISS Facility Services deltok sammen med prosjektleder Tor-Arne Haug i direktørmøtet. Deretter hadde Rokade et møte med representanter fra NLSH og Helse Nord 18.08.09 der omfang, tilnærming og metode ble gjennomgått.

Rokade gjennomførte sammen med Helse Nord's prosjektleder i perioden ultimo august- medio september rundreiser til de større sykehuslokasjonene. Det ble i hovedsak gjennomført heldagsmøter med HF-ledelse, tillitsvalgte og vernetjeneste, ansvarlige for tjenesteutførelse/ -anskaffelse og representanter for interne brukere av tjenester. Gjennom disse møtene ble gjennomføringen av prosjektet og karleggingsbehovet løpende planlagt og avstemt.

Følgende sykehuslokasjoner ble besøkt på rundreiser:

26.08.09 Hammerfest
27.08.09 Kirkenes
28.08.09 UNN Tromsø (Breivika)
01.09.09 Narvik
02.09.09 Harstad
03.09.09 Mo i Rana/ Mosjøen
04.09.09 Sandnessjøen/ Mo i Rana
08.09.09 UNN Tromsø (Breivika)
09.09.09 NLSH Bodø
10.09.09 Vesterålen (Stokmarknes)
11.09.09 Lofoten (Gravdal)

Prosjektgruppemøter:

24.08.09 i Bodø
22.09.09 (telefoni)
30.10.09 i Bodø
12.11.09 i Bodø
23.11.09 i Tromsø
02.12.09 i Bodø

14.12.09 (telefoni)

Styringsgruppemøter:

18.08.09 i Bodø

05.11.09 i Tromsø

02.12.09 i Bodø

18.12.09 Leveranse til styringsgruppe

1.2.4 Metodikk

1.2.4.1 Kartlegging av dagens kostnader - metode

Kartlegging av dagens kostnader for ikke-medisinske støttefunksjoner i Helse Nord er utført gjennom mobilisering av de 4 helseforetakenes egne ressurser på hvert tjenesteområde (dvs. innen renhold, vaskeri, catering, sentralbord/ resepsjon, eiendomsforvaltning mv).

Rokade utarbeidet et Excel-basert kartleggingsverktøy der følgende data ble innsamlet for alle lokasjoner i hvert foretak:

- årsverkskostnader (eget personalkost) innen tjenesteområdet og for helsepersonell som er involvert i utførelse av oppgaven
- sum innkjøpte varer og tjenester
- sum avskrivninger
- sum beregnet internhuseie (satt til 1.000 kr/m²)
- antall årsverk for eget personell og for helsepersonell som er involvert i utførelse av oppgaven

I tillegg er volumtall kartlagt for de enkelte tjenesteområdene (hovedstørrelser):

Renhold: antall rengjorte m² pr arealkategori; frekvens på renhold pr. arealkategori, antall smittevask pr. år, renholds faktor (innsatsbasert) for hver arealkategori

Vaskeri: antall kg vasket avdelingstøy; antall kg vasket ansattetøy; antall (andel) ansatte med tøyskift

Catering: antall produserte måltider (til pasienter, til kantine, til ekstern catering); andel servering på brett/buffet/tørremat; produksjonsfaktor (innsatsbasert)

Kontorstøtte:

antall inngående/ utgående telefonsamtaler pr. dag; antall inngående/ utgående postforsendelser pr. dag; antall budtjenester pr. dag

Eiendomsforvaltning:

antall m², antall kWh forbruk

Utgangspunktet for dagens kostnader er kartlagte faktiske kostnader (regnskapstall) for 2008.

Helsepersonell som er involvert i utførelse av oppgavene er kartlagt med estimerte årsverkandeler og tilhørende personkostnad.

Alle data er fordelt pr. definerte oppgave innen hvert tjenesteområde. Der faktiske ressurser (årsverk) og regnskapsmessig inndeling i kostnadssteder og kostnadsarter avviker fra oppgaveinndelingen har fordeling av kostnader og årsverk blitt estimert etter beste skjønn.

Kostnader, ressurser og sentrale mengdetall for alle oppgaver er kartlagt for hver lokasjon (behandlingssenheter) som er analysert (se følgende tabeller).

Regnskapstall fra 2008 innhentet for definerte oppgaver pr fagområde

RENHOLD	VASKERI	CATERING	KONTORSTØTTE	EIENDOMSFORVALTNING
Økonomitall pr oppgave				
Varekostnader	Varekostnader	Varekostnader	Varekostnader	Varekostnader
Personalkostnader	Personalkostnader	Personalkostnader	Personalkostnader	Personalkostnader
Andre driftskostnader	Andre driftskostnader	Andre driftskostnader	Andre driftskostnader	Andre driftskostnader
Avskrivninger	Avskrivninger	Avskrivninger	Avskrivninger	Avskrivninger
Sum Driftskostnader	Sum Driftskostnader	Sum Driftskostnader	Sum Driftskostnader	Sum Driftskostnader
Oppgaver				
Daglig renhold	Vask - Flatt tøy	Produksjon av mat	Sentralbord	Forvaltning
Periodisk renhold	Vask - Arbeidstøy /pasienttøy	Utporsjonering og servering	Resepsjon	Drift
Smittevask og Ad-hoc renhold	Tøyreparasjon/innkjøp og lager	Oppvask	Pasientbetaling	Vedlikehold
Sengevask	Vaskeriledelse	Kjøkkenrenhold ("renhold bak disk")	Post- og dokumenthåndtering	Utvikling
Mattebytte		Kantine/Kafeteria	Budtjeneste	Ledelse
Renholdsledelse		Cateringledelse (inkl. kantine)	Ledelse	Avfallshåndtering
				Utearealer
				Bygning- og personsikkerhet
				Svinnforebyggende tiltak
				Drift av sykehus teknisk utstyr
Mengdetall pr oppgave				
Årsverk - egne	Årsverk - egne	Årsverk - egne	Årsverk - egne	Årsverk - egne
Daglig renhold	Vask - Flatt tøy	Produksjon av mat	Sentralbord	Forvaltning
Periodisk renhold	Vask - Arbeidstøy /pasienttøy	Utporsjonering og servering	Resepsjon	Drift
Smittevask/ Ad-hoc renhold	Tøyreparasjon/innkjøp og lager	Oppvask	Pasientbetaling	Vedlikehold
Sengevask	Vaskeriledelse	Cateringrenhold	Post- og dokumenthåndtering	Utvikling
Mattebytte		Kantine/Kafeteria	Budtjeneste	Ledelse
Renholdsledelse		Catering og kantineledelse	Ledelse	Avfallshåndtering
Portør/logistikk (sengeflytting)				Utearealer
				Bygning- og personsikring
				Svinnforebyggende tiltak
				Drift av sykehus teknisk utstyr
Sum årsverk	Sum årsverk	Sum årsverk	Sum årsverk	Sum årsverk

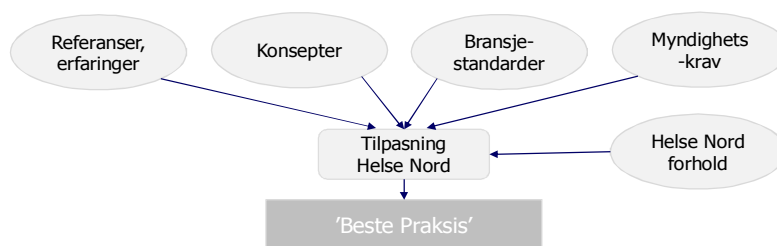
RENHOLD/ VASKERI	CATERING	KONTORSTØTTE	EIENDOMSFORVALTNING
Sentrale mengdetall			
Antall sengeplasser	Antall kjøkken	Antall telefonsamtaler	Nettoarealer
Antall pasienter - herav	Antall avd.kjøkken	Antall samtaler pr time	Arkiv og lager, tekniske rom
Antall dagpasienter	Antall kantiner/kafeteria	Antall åpningstimer pr dag	Administrasjonslokaler
Antall sengeliggende pasienter	Antall serveringer i kantine/ kafeteria pr. år	Antall åpningsdager/år	Kantine-, transport- og fellesarealer
Antall polikliniske pasienter	Antall eksterne serveringer/år		Pasientarealer, sengeposter og våtrom
Antall liggedøgn	Antall måltider pr dag pr type pasient	Antall resepsjonsbetjening	Operasjonsstuer
Antall ansatte	Antall måltider servert pasienter	Antall henvendelser pr time	Boliger
Antall ansattedagsverk (m/ tøyskift)	Type servering til pasienter	Antall åpningstimer pr dag	Sum nettoarealer
Mengde avdelingstøy	Buffet	Antall åpningsdager/år	
Mengde arbeidstøy	Brett		
Arealer som rengjøres	Tørrmat	Antall pasientbetalinger	Energiforbruk
Boligarealer som rengjøres	Antall måltider servert til pasienter		
Antall smittevask pr.år	Innsatsfaktor - servering	Antall postforsendelser pr år	
Frekvenser/ ytelse (daglig renhold)	Fordelingsfaktor- innsats servering	Antall forsendelser inn	
Spesifikasjon av periodisk renhold	Fordelingsnøkkel - innsats servering	Antall forsendelser ut	
Frekvenser/ytelse (periodisk renhold)	Antall måltider produsert		
Spesifikasjon av mattebytte	Innsatsfaktor - produksjon	Antall budforsendelser pr år	

1.2.4.2 Beste praksis - metode

ISS har beregnet beste praksis konsepter og kostnadsnivå for hvert tjenesteområde. Prinsipper for beste praksis beregninger kan oppsummeres i følgende bilde:

Beste praksis Metodikk

Beste praksis grunnlag er konseptualisert og tilpasset Helse Nord



Renhold

- INSTA800 norm
- NLSH tilbud
- NLSH erfaringer
- Norske og internasjonale referanser fra sykehusrenhold

Vaskeri

- Konsept 'Aktiv forsyning'
- Erfaringstall og referanser fra sykehusleveranser
- Bransjedata (NHO)
- Vaskeritilsynet

Catering

- Konsept 'Kok-kjøøl'
- Erfaringstall og referanser fra sykehusleveranser
- Bransjedata (NHO)

Sentralbord/ resepsjon

- Industristandard sentralbord
- Erfaringstall og referanser fra drift av sentralbord og internt service-senter

Eiendomsforvaltning

- Erfaringsdata fra sentrale bransjeaktører
- Data fra NBEF og benchmarkingprosjekter i norsk helsesektor
- Erfaringstall og referanser fra store FDVU-kontrakter i ISS

- Tjenestespesialister, bransjeforening, brukere og helsesektoren har vært involvert

Renhold: fagspesialister fra ISS i Norge, Skandinavia og UK)

Referanser: Ullevål sykehus, Lovisenberg Sykehus, Bishop Auckland Hospital (UK), QE Hospital (UK)

Catering: fagspesialister fra ISS i Norge og Sverige, Medirest, NHO Service

Referanser: Sunnaas Sykehus, St. Görans Hospital (Sverige), Umeå Sjukhus (Sverige), Univ. sjukhuset i Linköping (Sverige)

Vaskeri: ISS Norge, NHO Service, Tekstilpartner Nor, Nortekstil, Vaskeritilsynet

Referanser: Bodø kommune (5 sykehjem), NLSH Bodø (Somatikk)

Sentralbord og resepsjon: ISS Kontorservice

Referanser: Telefoni: Sykehuset Innlandet, Telenor-konsernet, Rolls-Royce Marine, Siemens m.fl. Resepsjon: Aker Business Solutions, Siemens, m.fl. Post: Statens Forvaltningstjeneste (departementsavtalen) m.fl.

Eiendomsforvaltning: Norges Bygg og Eiendomsforening, Aberdeen Property Investors, ISS Eiendom, Helse Sør-Øst, Multiconsult, Statsbygg, Ragn-Sells Norge, Ahus

Referanser: Rikshospitalet, Ahus, Helse Bergen (sikkerhetsanalyse), FM kostnader sykehusbygg Sverige, benchmarking-rapport internservice mellom Ahus, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Nord-Trøndelag HF og Sykehuset Østfold HF

- Beste Praksis konsepter hentet for hvert tjenesteområde
 - Velprøvde og ledende konsepter med vurdert økonomisk potensial
 - Konsepter er beskrevet med erfaringsdata fra ulike kilder og referanser
 - Konsepter som er gjennomførbare i Helse Nord
- Konseptene tilpasset lokale forhold og volumer, og geografisk spredning
 - Konsepttilpassning evaluert ut fra hensiktsmessighet
 - Beste Praksis kostnadsberegnes ut fra 4 størrelsesklasser lokasjoner:
 - "Universitetssykehus" (Breivika med Åsgård)
 - "Stort sykehus" (Bodø med Rønvik)
 - "Lokalt sykehus" (de øvrige 9 sykehusene)
 - "DPS" (Distriktspsykiatriske sentre og øvrige mindre behandlingenheter)
 - Kostnadsnivå ved Beste Praksis konsept beregnes på hver lokasjon
 - Enhetskost pr kategori tilpasses faktiske volumer for hver lokasjon
 - Potensialer beregnes som kostnadsforskjeller mellom Beste Praksis og dagens kostnader (basert på 2008-tall)

Ytterligere detaljer av beste praksis beregninger er beskrevet i vedlegg.

2 Nåsituasjon og potensialer gjennom beste praksis

2.1 Dagens situasjon og potensialer - oppsummert

Ikke-medisinske støttetjenester i Helse Nord ligger til rette for effektivisering og gevinstuttak. Kartleggingen i mulighetsstudien viser store interne forskjeller i kostnader, effektivitet og ytelser, og avdekker betydelige potensialområder.

Gevinstpotensialer er beregnet ved sammenligning av nåsituasjon (2008 som grunnlag) mot kostnadsnivå ved beste praksis. Gevinstpotensialene er beregnet både ved eksterne tjenesteleveranser og ved intern effektivisering (forutsatt beste praksis kostnadsnivå). Her er dagens MVA-regler i disfavør av eksterne tjenesteleveranser (øker kostnadene for Helse Nord med aktuell MVA-sats, 25 % unntatt catering). Flere tjenester leveres imidlertid eksternt også i dag (i hovedsak vaskeri, til dels renhold og for en stor del tekniske tjenester).

Mellom ytterpunktene intern utførelse som i dag og ekstern tjenesteutsetting er flere leveransemodeller tenkelige, herunder bl.a.:

- Intern utførelse som i dag men med klare grensesnitt mellom (intern) kunde og leverandør
- Sentralisering av definerte støttefunksjoner i intern regi på tvers av Helse Nord, for eksempel
 - o Uformelle samarbeidsfora
 - o Etter modell av organiseringen av Helse Nord IKT
 - o Eiersamarbeid med andre
 - Andre helseforetak, for eksempel Helse Midt-Norge
 - Private aktører
- Samarbeid med private leverandører av støttefunksjoner
 - o Opplæring og kompetansebygging
 - o Back-up funksjoner (vikarordninger, toppbemanning)
 - o Spesialfunksjoner
- Tjenesteutsetting med basis i sentrale rammeavtaler

En må her se valg av leveranseform i lys av bl.a.:

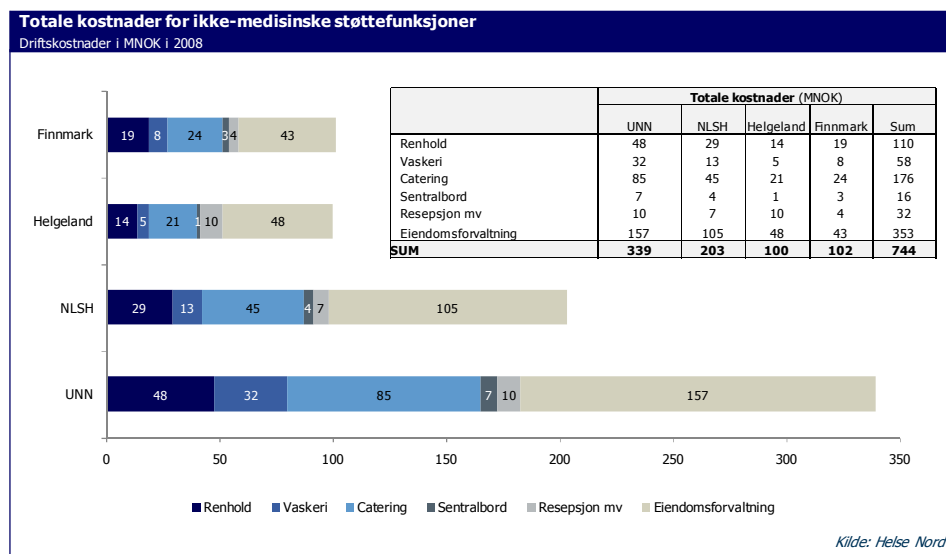
- 1) Strategisk fokus på om ikke-medisinske støttetjenester generelt, og i så fall hvilke, er del av kjernevirksomheten i Helse Nord
- 2) Hvordan økt samhandling og koordinering på tvers av HF'ene kan forbedre og effektivisere tjenesteleveransene
- 3) Hvilken leveranseform som gir størst kostnadmessig effekt, der evt. investeringer og omstillingskostnader må vurderes som del av regnestykket
- 4) Om helseforetakene har tilstrekkelig kompetanse på tjenesteområdet og hva det koster å utvikle og opprettholde slik kompetanse
- 5) Krav til profesjonalisering av bestillerfunksjon og kunde/ leverandør –grensesnitt
- 6) Hvorvidt det er tilstrekkelig lokal leverandørkonkurranse til å tjenesteutsette og hvordan Helse Nord evt. kan og bør bidra til å opprettholde slik konkurranse ift. intern utførelse
- 7) Om effektivisering og kostnadsfortrinn primært oppnås gjennom storskalaproduksjon og profesjonalisering/ industrialisering av tjenesteleveransene

Generelt ligger det et betydelig potensial gjennom intern samhandling og koordinering. Dette er helt i tråd med Helse Nord RHF's strategi, der Helse Nord har som hovedstrategi å vektlegge og utvikle samarbeid mellom enheter og nivåer, bl.a.:

- Fordi enhetene hver for seg lett blir små og sårbare
- For å få en bedre utnyttelse og deling av kunnskap og andre ressurser
- For bedre å utnytte fellesløsninger og nettverk der de er tjenlige

2.1.1 Nåsituasjon – faktagrunnlag kostnader

Kartleggingen av dagens samlede kostnader (2008-tall) for ikke-medisinske støttefunksjoner, slik de er definert og avgrenset i Mulighetsstudien, utgjør ca. 750 MNOK. Se følgende tabell:



De kartlagte tallene inkluderer:

- personalkostnader for bemanning tilknyttet de enkelte fagområdene
- innkjøpte varer og tjenester (inkl. alle energikostnader)
- personalkostnader til helseressurser involvert i utførelse av oppgaver (eks. matservering)
- beregnet internhuseie for den enkelte funksjons benyttede arealer (est. til 1000 kr/kvm)
- avskrivninger på utstyr involvert i den enkelte funksjon

2.1.2 Beste praksis – grunnlag

Beste Praksis er kostnadsberegnet ut fra 4 størrelsesklasser lokasjoner for hvert fagområde:

- "Universitetssykehus" (Breivika med Åsgård)
- "Stort sykehus" (Bodø med Rønvik)
- "Lokalt sykehus" (de øvrige 9 sykehusene)
- "DPS" (Distriktpsikiatriske sentre og øvrige mindre behandlingseinheter)
- Kostnadsnivå ved Beste Praksis konsept beregnes på hver lokasjon. Beste praksis baseres på ulike tilstand i byggene for eksempel i forhold til gulvbelegg og innsats som trengs for renhold, byggenes utforming i forhold til tilgjengelighet for leverandører og hvilken type og hvilket omfang av drift det er ved de enkelte sykehusene. Videre vil det være ulike konkurranser på de enkelte lokasjoner. Eksempelvis vil det ikke være like mange tilbydere på Gravdal som i Bodø.

- Enhetskost pr kategori er tilpasset faktiske volumer for hver lokasjon
- Potensialer beregnes som kostnadsforskjeller mellom Beste Praksis og dagens kostnader (basert på 2008-tall)

I henhold til ovenstående er beregnet beste praksis grunnlag vist i følgende tabell:

		Univ. sykehus	Stort sykehus	Lokalt sykehus	DPS
Renhold					
Kostnad pr m2	NOK	248	171	303	304
Kostnad pr år	MNOK	28,0	12,8	4,9	0,6
Vaskeri					
Kostnad pr kg	NOK	21	21	29	35
Kostnad pr år	MNOK	16,6	10,6	3,2	0,2
Catering					
Kostnad pr måltid	NOK	42	42	54	59
Kostnad pr år	MNOK	42,8	34,2	6,5	0,7
Kontorstøtte - sentralbord					
Kostnad pr år	MNOK	2,9	2,9	0,6	0,0
Kontorstøtte - servicesenter					
Kostnad pr år	MNOK	7,1	4,1	1,4	0,1
Eiendomsforvaltning					
Egne kostnader (pr år)	MNOK	32,4	18,3	3,5	0,2
Innkj.varer og tjen. (pr år)	MNOK	20,8	16,2	6,6	0,3
Energikostnader (pr år)	MNOK	27,0	19,6	4,6	0,4
Sum eiendomsforvaltning pr år	MNOK	80,2	54,0	14,6	0,9

2.1.3 Effektiviseringspotensialer - sammenligning faktagrunnlag og beste praksis

For de enkelte tjenestene har mulighetsstudien identifisert følgende grunnlag for effektiviseringspotensialer:

Renhold: Renhold kan utføres etter ytelsesbasert renholdsnorm til lavere kostnad:

- Ulik standard på vaskeflater og ulike krav til renhold vil påvirke potensialet for forbedringer
- Helse Nord er i ferd med å innføre renhold etter NS INSTA 800 – der NLSH er kommet lengst
- Forbedring og kostnadsreduksjoner kan gjennomføres internt eller i samarbeid med tjenesteleverandørene ved tjenesteutsetting eller innkjøp av rådgivning og opplæring

Vaskeri: Vaskeritjenester kan leveres til lavere kostnad tross tjenesteutsetting i dag:

- Helse Nord mangler standardisering av tøy og samordning av tøyinnkjøp, samt ulike leveranser og ulik arbeidsdeling med vaskerileverandørene. Reviderte leveranseavtaler kan redusere kostnader og frigjøre interne ressurser
- Det må tas forbehold om at løpende kontrakter ikke kan reforhandles i kontraktperioden

Catering: Produksjon og servering av mat kan leveres til lavere kostnad, bidra til effektivisert helseproduksjonen og oppfylle nye krav til måltidene:

- Økte krav stilles til ernæringsriktig mat, og mat og servering som del av behandlingen. Fleksible serveringstidspunkter kan tilrettelegges for å øke helseproduksjonen
- Ulike måter å fremstille og distribuere mat på påvirker kostnadene for matforsyning
 - Effektiviserte løsninger for produksjon og distribusjon av mat kan gjennomføres internt eller i samarbeid med leverandørene ved tjenesteutsetting eller innkjøp av rådgivning og opplæring.
 - Kostnadsreduksjoner kan også oppnås gjennom økt samarbeid med andre lokale offentlige eller private kjøkken og forbrukere av servert mat.

Kontorstøtte: Sentralbord og resepsjonstjenester har potensialer – selv om de er mindre

- . Reduserte sentralbordkostnader og økt nytte for brukerne kan oppnås gjennom samordning teknologisk og informasjonsmessig. Resepsjonstjenester må optimeres internt

Eiendomsforvaltning: Eiendomsforvaltningen kan møte helseproduksjonens krav og forvalte eiendomsmassen som kapital på en bedre måte enn idag

- . Innkjøpskostnader og energikostnader kan reduseres og FDVU-driften kan forbedres
 - Hovedkostnadene på FDVU-feltet i dag er ren drift. Det er et betydelig vedlikeholdsetterslep i eiendomsmassen og det brukes svært lite ressurser på vedlikehold i dag. Dette bidrar til at kostnadene ved eiendomsforvaltning er betydelig større enn beste praksis.
 - Eiendomsforvaltningen må gjennomgås grundigere. Innkjøp av varer og tjenester kan samordnes og gi lavere innkjøpskostnader.
 - Det kan gjennomføres ENØK-tiltak som vil gi lavere energikostnader. Arbeidet med ENØK-tiltak foreslås samordnet innen foretaksgruppen.

Effektiviseringspotensialer er analysert for hvert fagområde i det følgende.

2.1.3.1 Renhold

Beste praksis for renhold med normert kvalitet gir totalt sett lavere kostnader for Helse Nord med betydelig potensial på enkelte lokasjoner (se detaljer i vedlegg). Utgangspunkt for beregning av beste praksis er ekstern utførelse.

Nåsituasjon

Renhold er i dag hovedsakelig utført internt, med unntak av Harstad og Bodø. Totale kostnader i dag (inkl MVA i Harstad og Bodø) er 112 MNOK inkl. MVA og 6 % allokert adm.kost (106 MNOK eks MVA).

Beste praksis

Definert beste praksis er konsept basert på INSTA 800 norm + tilleggstjenester.

Inkl. 25 % MVA, 6 % adm.kost og 5 % bestillerkost gir dette en beregnet totalsum på 94 MNOK (80 MNOK eks MVA).

Potensialer

1. Kostnader

Sum mulige potensialer innen renhold ligger på 18-27 MNOK.

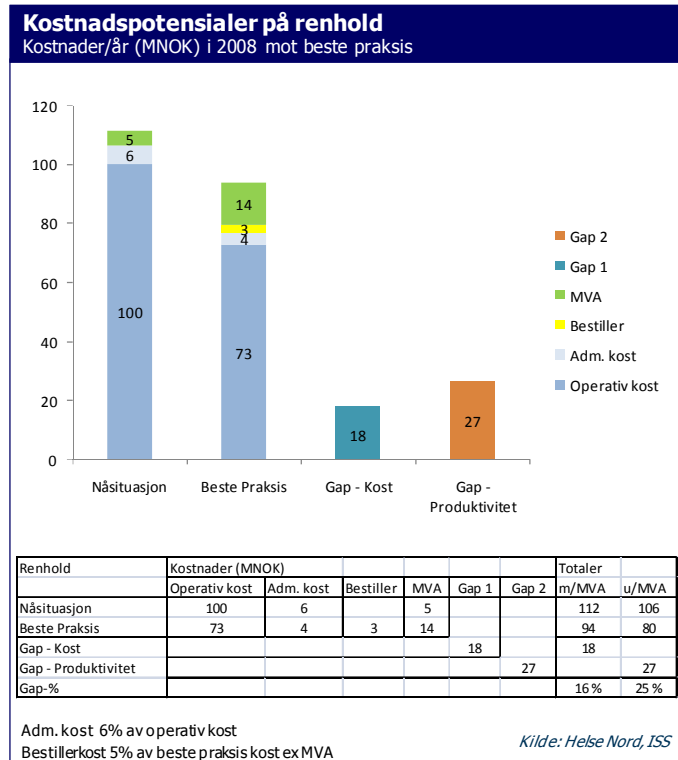
- 18 MNOK (16 %) besparelse (inkl. MVA) ved ekstern utførelse
- 27 MNOK (25 %) besparelse ved intern utførelse med samme effektivitet som ekstern

2. Kvalitetsgevinster

- Garantert, ytelsesdefinert kvalitet

3. Helseproduksjonsgevinster

- Frigjorte helseressurser ved alternativ organisering



2.1.3.2 Vaskeri

Beste praksis for vaskeri forutsetter standardisering av leveransekonsept i Helse Nord med aktiv forsyning av avdelingstøy og ansattetøy.

Nåsituasjon

Vaskeri er i dag (med unntak av Vesterålen og noe internvask på UNN Tromsø) utført av eksterne industrivaskerier, men uten felles krav til leveranseform og – kvalitet. Totale kostnader i dag (eks. MVA i Vesterålen) er 61 MNOK inkl. MVA og 6 % allokert adm.kost (50 MNOK eks MVA).

Beste praksis

Definert beste praksis er standardisert konsept basert på aktiv forsyning til avdeling samt sentral utlevering av ansattetøy. Inkl. 25 % MVA, 6 % adm.kost og 4 % bestillerkost gir dette en beregnet totalsum på 52 MNOK inkl. MVA (43 MNOK eks MVA).

Potensialer

1. Kostnader

Sum mulige potensialer innen vaskeri ligger på 7-9 MNOK.

- 9 MNOK (15 %) besparelse (inkl. MVA) ved ekstern utførelse
- 7 MNOK (15 %) besparelse ved intern utførelse med samme effektivitet som for ekstern

2. Kvalitetsgevinster

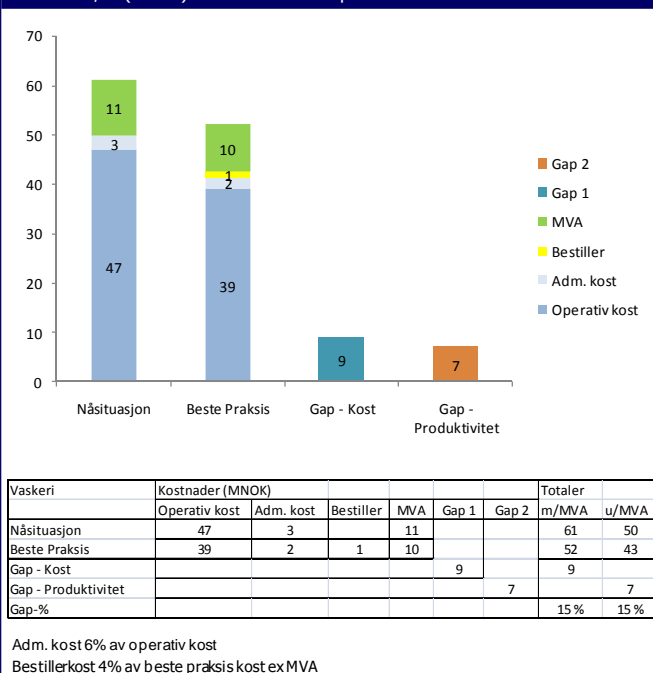
- Bedre tilgjengelighet på tøy
- Felles standard på utvalg og finish
- Bedre hygiene

3. Helseproduksjonsgevinster

- Forenklet håndtering
- Frigjorte ressurser fra intern-transport av tøy (aktiv forsyning av leverandør)

Kostnadspotensialer på vaskeri

Kostnader/år (MNOK) i 2008 mot beste praksis



2.1.3.3 Catering

Beste praksis for catering forutsetter kok/kjøll matforsynings-konsept og kostvertbasert servering som tilpasses hver lokasjon.

Nåsituasjon

Catering/ matforsyning er i dag i hovedsak ivaretatt internt (egne produksjonskjøkken). Enkelte kjøkken produserer også for kantine og for eksternt salg. Ulike konsepter for tilberedning og servering (varm mat) benyttes – dels buffetservering med avdelingsvise kostverter og dels brettservering (ferdig utporsjonert fra sentralkjøkken). Totale kostnader i dag er 186 MNOK (inkl MVA på varekost) og inkl. 6 % allokert adm.kost.

Beste praksis

Definert beste praksis er standardisert konsept basert på kok/kjøll produksjon og avdelings-vis kostvertservering fra buffet. Inkl. 14 % MVA, 6 % adm.kost og 3 % bestillerkost gir dette en beregnet totalsum på 155 MNOK inkl. MVA (126 MNOK eks MVA).

Potensialer

1. Kostnader

Sum mulige potensialer innen renhold ligger på 30-50 MNOK.

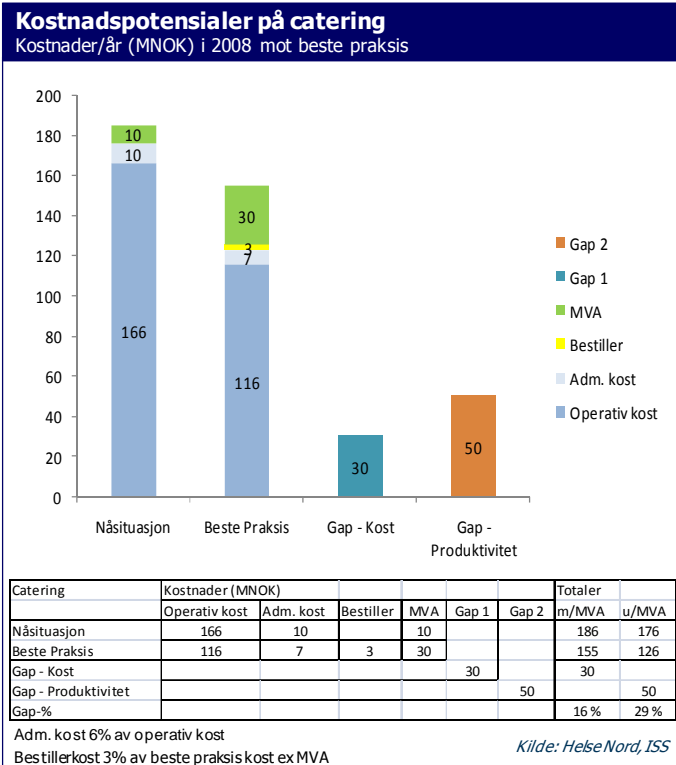
- 30 MNOK (16 %) besparelse (inkl. MVA) ved eksternt utførelse
- 50 MNOK (29 %) besparelse ved intern utførelse med samme effektivitet som eksternt

2. Kvalitetsgevinster

- Standardiserte menyer gir mulighet for enklere produksjon og kvalitetssikring av ernæringsriktig kost
- Viktig å vurdere servering som sosialt og fysiologisk virkemiddel
- Gjennomgang av matforsyningskjeden kan gi redusert mengde matavfall

3. Helseproduksjonsgevinster

- Effektivisert helseproduksjon pga økt behandlingsskapitet, spesielt som følge av fleksible serveringstidspunkter (middag)
- Mulighet for redusert liggetid som følge av behandlingstilpasset kost
- Frigjorte helseressurser fra servering



2.1.3.4 Kontorstøtte – sentralbord

Beste praksis forutsetter en samordning av sentralbordløsning. Dette krever teknologisk tilrettelegging som må kartlegges nærmere.

Nåsituasjon

Dagens situasjon innebærer egenutført, teknologisk utdatert sentralbordtjenester i hvert HF. Disse er heller ikke fullt sentralisert pr HF (flere lokasjoner i hvert HF). Totale kostnader i dag er 17 MNOK inkl. 6 % allokert adm.kost (ikke MVA).

Beste praksis

Det estimeres at Helse Nord kan redusere kostnader med ca. 30 % med riktige teknologiske løsninger som må kartlegges nærmere. I ekstern utførelse gir dette en total kostnad på 115 MNOK inkl. MVA, 6 % adm.kost og 3 % bestillerkost (12 MNOK eks. MVA).

Potensialer

1. Kostnader

Sum mulige potensialer innen sentralbord er 2-5 MNOK

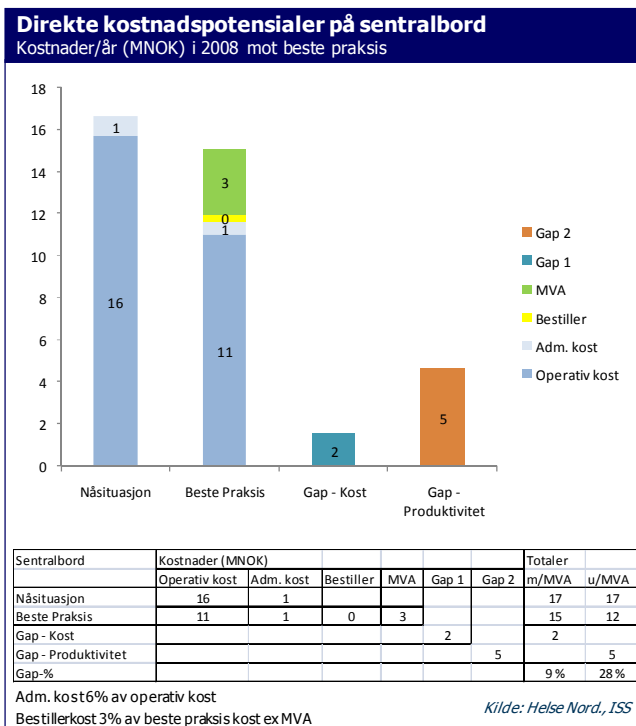
- 2 MNOK (9 %) besparelse (inkl. MVA) ved ekstern utførelse
- 5 MNOK (28 %) besparelse ved intern utførelse med samme effektivitet som ekstern

2. Kvalitetsgevinster (som må avklares)

- Det må avklares nærmere hvordan bedret responstid og fremkommelighet kan oppnås

3. Helseproduksjonsgevinster (som må avklares)

- Mulig frigjort tid for helsepersonell som ringer inn og som mottar samtaler
- Mulig frigjorte helseressurser i 2.linje-telefonformidling
- Raskere tilgang på riktig person
- Lavere belastning på AMK-sentral og mottakelse



2.1.3.5 Kontorstøtte – servicesenter

Beste praksis forutsettes å være felles lokale servicesentre med samordning av resepsjon, post-, betalings- og budtjeneste – samt evt andre interne tjenester.

Kostnadspotensialene må kartlegges nærmere i hvert enkelt HF. En samordning vil kunne gi betydelige kvalitative effektiviseringseffekter.

Nåsituasjon

Dagens løsninger er ulikt løst ut fra det enkelte sykehusets innarbeidede rutiner, størrelse og utforming. Totale kostnader i dag er 34 MNOK inkl. 6 % allokert adm.kost (ikke MVA).

Beste praksis

Det estimeres at Helse Nord kan redusere kostnader med ca. 20 % med beste praksis løsninger. I ekstern utførelse gir dette en total kostnad på 34 MNOK inkl. MVA, 6 % adm.kost og 3% bestillerkost (28 MNOK eks. MVA).

Potensialer

1. Kostnader

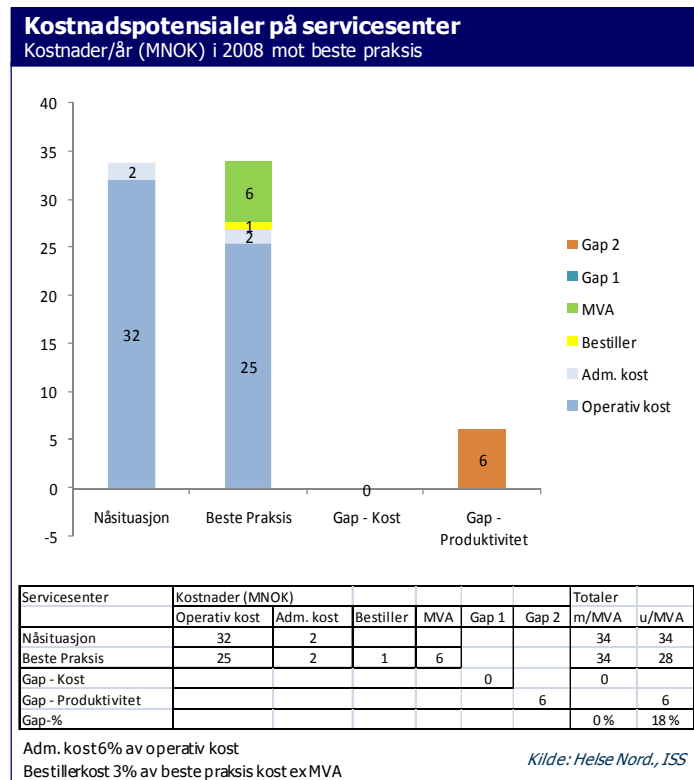
Sum estimerte potensialer innen servicesenter er 6 MNOK (18 %) ved effektivisert intern utførelse

2. Kvalitetsgevinster (som må avklares)

- Mulighet for bedre fleksibilitet og kapasitet på servicetjenestene

3. Helseproduksjonsgevinster (som må avklares)

- Mulighet for frigjort tid for avdelingssekretærer på avdelingene



2.1.3.6 Eiendomsforvaltning

Beste praksis forutsetter standardisering av FDVU-prinsipper med samordning og gjennomføring av tiltak innen innkjøp og ENØK.

Nåsituasjon

Helse Nord har i 2008 innført FDVU-standardisering av prinsipper for kostnadsføring. Det er i dag for øvrig i liten grad samordning mellom helseforetakene vedr. praksis for eiendomsforvaltning, drift og innkjøp av materiell til eiendomsdrift.

Totalt kostnader i dag er 354 MNOK (inkl. MVA på innkjøpte varer/tjen.) inkl. 6 % allokert adm.kost.

Beste praksis

Det estimeres at det i kan oppnås betydelige kronebesparelser gjennom samordning av innkjøp av varer og tjenester samt ENØK-tiltak. I tillegg vil fokus på bedre samordning og prioritering av egne ressurser kunne gi betydelige kvalitative gevinster i utførelsen av eiendomsforvaltningen. I intern utførelse gir dette en total kostnad på 277 MNOK inkl. MVA (på innkjøpte varer/tjen.), 6 % adm.kost og 3 % bestillerkost.

Potensialer

1. Kostnader

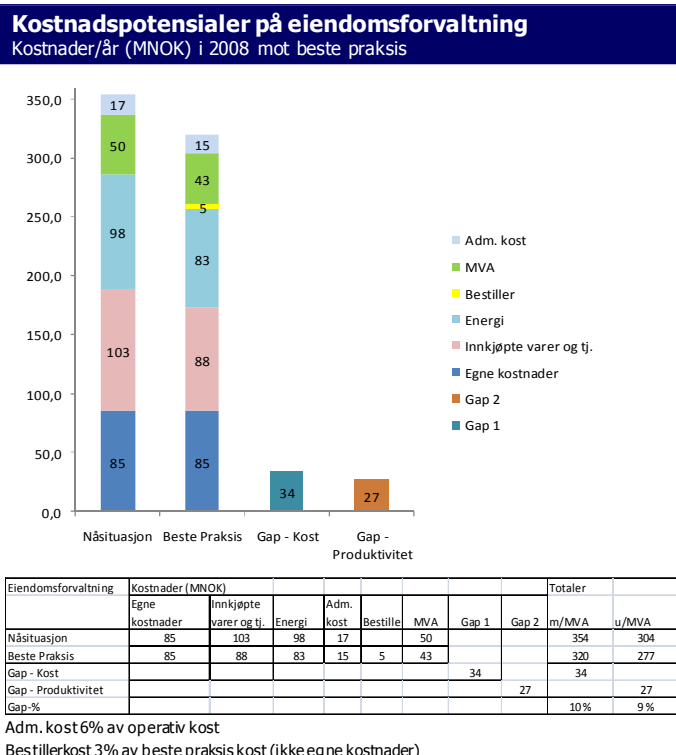
- 34 MNOK (10 %) besparelse (inkl. MVA) ved ekstern utførelse
- 27 MNOK 5 MNOK (9 %) besparelse ved intern utførelse med samme effektivitet som ekstern

2. Kvalitetsgevinster

- Mer forutsigbar drift, vedlikehold og ivaretagelse av eiendomsverdier
- Mer helhetlig forvaltning av eiendommassen
- Få mer ut av ressurser i egen drift
- Forbedret bestiller-leverandør grensesnitt
- Positive miljøeffekter (ENØK)

3. Helseproduksjonsgevinster

- Økt kvalitet på infrastruktur og tjenester til kjernevirksomheten



3 Effektiviseringspotensialer totalt

Mulighetsstudien viser innsparingspotensialer i alle HF. Samlede effektiviseringspotensialer ved innføring av beste praksis er oppsummert i tabellene nedenfor.

Innsparingspotensialer totalt:

Tall i MNOK		Dagens kostnad i 2008 eks. avskrivn og intern husleie	Potensial mot beste praksis	
Tjeneste			Potensial ved eksternt utførelse (Kostnad i 2008 mot beste praksis kostnad ultimo 2009 inkl. MVA, bestiller- og admin. kostnad)	Potensial ved intern utførelse (Kostnad i 2008 mot beste praksis kostnad ultimo 2009 eks. MVA, inkl. adm.kostnad)
Renhold		110	18	27
Vaskeri		58	9	7
Catering		176	30	50
Sentralbord		16	2	5
Resepsjon		32	0	6
Eiendomsforvaltning	Egenutført ¹⁾	85	0	0
	Innkjøp	129	18	14
	Energi	123	17	13
SUM		729²⁾	92	121

1) Egentlig et potensial på 9 mill NOK, se kommentarer i teksten. 2) ekskl. kostnader til avskrivninger + intern husleie

Innsparingspotensialer fordelt på enkeltlokasjoner og Helseforetak i Helse Nord:

		Potensial for kostnadsreduksjoner inkl. bestillerkost og administrasjonskostnad												SUM TOTAL									
Sykehus	Gap - kost	Renhold		Vaskeri		Catering		Sentralbord		Servicesenter		Egne ressurser		Eiendomsforvaltning Innkjøpte varer/tjenester		Energi	Pr. lokasjon	Pr. HF	Pr. lokasjon	Pr. HF			
		Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.	Gap - kost	Gap - prod.		
UNN HF	SUM Tromsø, Bréivika + Åsgård	6,1	11,7	6,5	5,2	17,6	22,7	0,5	1,2	-0,1	1,7	0,0	0,0	4,2	3,3	5,4	4,2	40,3			50,0		
	Narvik sykehus	-0,7	0,3	0,9	0,7	3,4	4,1	0,1	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,7	0,6	0,6	0,5	5,0			6,6		
	Harstad sykehus (inkl. DPS)					2,5	3,7	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	1,7	1,3	1,4	1,1	5,7			6,7		
	Ofofen DPS, (Narvik)	-0,1	0,1			0,1	0,0									0,1	0,1					0,2	
	Storsteinnes DPS, (Balsfjord)					0,1	0,1									0,1	0,1	0,2				0,2	
	Silsand DPS, (Finnsnes)					0,3	0,3					0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4				0,4	
	Storslett DPS, (Nordreisa)					-0,1	0,0					0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0				0,1	
	Nordlandsklinikken, (Narvik)					2,4	2,5					0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	2,6	54,1	2,7	66,8		
NLSH HF	SUM Bodø, Nordlandssykehuset + Rønvik	7,2	5,7			-5,0	0,0	0,1	0,8	-0,1	1,0	0,0	0,0	3,3	2,5	3,9	3,1	9,4			13,2		
	Vesterålen sykehus (inkl. Ofoten DPS)					-0,1	1,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	1,0	0,8	0,8	0,6	1,7			2,8		
	Lofoten sykehus (inkl. Lofoten DPS)					0,4	1,1					0,0	0,0	0,5	0,4	0,7	0,5	1,5			2,0		
	Bø DPS					-0,1	0,0			0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				0,1	
	Andenes DPS					-0,1	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				0,0	
	Fauske DPS					-0,1	0,0			0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1				0,0	
	Svolvær DPS					0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				0,0	
	Lødingen Rehabiliteringssenter					0,3	0,4			0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4				0,5	
Saltødal					-0,1	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				0,0		
Røsvik (Bo og Behandling)					-0,1	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,7	0,0	18,6			
Helselands- sykehuset HF	Sykehuset i Mo i Rana					0,5	1,7	0,0	0,2	0,0	0,5	0,0	0,0	2,3	1,8	0,7	0,5	3,5			4,7		
	Sykehuset i Mosjøen					0,2	0,8			-0,1	0,8	0,0	0,0	0,9	0,7	0,5	0,4	1,5			2,7		
	Sykehuset i Sandnessjøen	0,0	1,0			0,5	1,5	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,5	0,4	0,5	0,4	1,4			3,8		
	Brønnøysund					-0,0	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0				0,0	
Helgeland rehab., Sømna	0,1	0,2	0,1	0,1	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	7,0	0,7	11,9			
Helse Finnmark HF	Hammerfest sykehus (inkl. H.fest DPS)	2,9	3,9	1,3	1,1	3,9	4,9	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	1,3	1,0	0,6	0,5	10,1			12,1		
	Kirkenes (inkl. DPS)	1,1	2,0	0,3	0,2	1,4	2,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,6	0,5	0,9	0,7	4,3			6,0		
	Alta Sentrum	-0,1	0,1			-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,2			0,1		
	Alta Talvik	0,3	0,4			0,5	0,6					0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,0			1,2		
	Lakselv	0,2	0,3			0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4			0,6		
	Karasjok					0,0	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1			0,1		
Helse Finmark HF	Tana	0,6	0,8			1,8	2,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	2,6			3,0		
	Finmarks-klinikken					0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	18,5	0,5	23,7		
	TOTALER	17,7	26,6	9,2	7,2	30,6	50,6	0,8	3,8	-0,4	6,0	0,0	0,0	17,7	13,8	16,8	13,1	92,3	92,3	121,1	121,1		

Det må understrekes at lokale tilpasninger av beste praksis konsepter kan medføre avvik fra kostnadspotensialene på lokasjonsnivå og at det derfor hefter noe usikkerhet når tallene brytes ned pr. lokasjon. Denne usikkerheten kan imidlertid gå begge veier og kan derfor medføre så vel positive som negative avvik.

4 Utdyping av innsparingsområder pr enkeltfagområde og lokasjon

Følgende utdypning av de vesentligste innsparingsområdene som er omfattet av Mulighetsstudien må vurderes ut fra følgende:

- For enkeltfagområder pr lokasjon er kun vesentlige potensialområder tatt med
- Beregnet innsparingspotensial må sees i lys av at det er gjort en ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis
- Konseptet beste praksis vil være noe upresist på lokasjonsnivå pga lokale tilpasninger. Faktiske potensialer for hver lokasjon og fagområde må verifiseres.
- Deler av beregnet potensial kan være tatt ut allerede med tiltak gjennomført i 2009.

Dokumentet er delt inn i 1) Fellesprosjekter, som definert i Mulighetsstudien for visse fagområder, og 2) Vesentligste enkeltområder pr helseforetak og lokasjon.

4.1 Fellesprosjekter

4.1.1 Sentralbord

Beskrivelse:

Sentralbordfunksjonene i Helse Nord er i dag ikke samordnet mellom helseforetakene. Innen de enkelte helseforetakene er det dels gjennomført samordning av funksjoner som følger:

UNN HF: Teknisk samkjøring mellom Tromsø (Åsgård/ Brevika) og Harstad sykehus (betjener hverandre) med felles system. Ingen samkjøring mot Narvik sykehus eller øvrige enheter innen helseforetaket.

NLSH HF: Bodø (NLSH/ Rønvik) betjener også Lofoten sykehus. Vesterålen har eget system og bemanning. Ingen samkjøring mot øvrige enheter innen helseforetaket.

Helgelandssykehuset HF: felles sentralbord i Mo i Rana for Mosjøen og Sandnessjøen.

Helse Finnmark HF: Hammerfest betjener Kirkenes sykehus og øvrige enheter innen helseforetaket.

Systemer som benyttes i dag er dels analoge, ikke-integrerbare. Samordning av sentralbord har i liten grad hensyntatt krav til integrerbarhet og standardisering av systemer. Prosessene har i ulik grad realisert bemanningsmessige besparelser og gjennomføringen har medført endel igangkjøringsutfordringer.

Forslag til endring:

Det foreslås at det settes konkrete målsettinger for innsparinger og gjennomføring ved det enkelte HF.

Ytterligere samkjøring av sentralbord (1.linjekontakt) med ulike mulige modeller:

- i) felles sentralbord på ett sted i hvert helseforetak (intern løsning)
 - forutsatt standardisert systemløsning for hele Helse Nord
- ii) felles sentralbord på ett sted for hele Helse Nord (kostnadsoptimal løsning)
 - a. som intern løsning
 - b. som ekstern løsning
 - i samarbeid med andre helseforetak (f.eks. Helse Midt-Norge)
 - konkurranseutsatt til privat aktør

Det er i prinsippet ingen teknologiske eller geografiske begrensninger knyttet til etablering av felles sentralbord, men innføring av felles sentralbord forutsetter en helhetlig fokus på gjennomgående informasjonssystemer (turnuskalender, fravær mv) og rutiner knyttet til dette. Uavhengig av valgt løsning bør systeminvesteringer samordnes og standardiseres på tvers av Helse Nord for å effektivisere og redusere kostnader til opplæring, drift og vedlikehold. Samordning av sentralbord forutsetter dessuten en omorganisering av 2.linjekontakt med servicesenterfunksjoner på hvert sykehus.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. Beste praksis.

Sentralbord 1.linje og servicesenter 2.linje må organiseres i sammenheng for å kunne realisere innsparinger. For sentralbord alene estimeres det at dagens kostnad kan reduseres med inntil 30 %. I tillegg kommer (ikke-kvantifiserte) potensielle kvalitetsgevinster (responstid, fremkommelighet) samt potensielle helsegevinster knyttet til bl.a. frigjøring av helseressurser.

4.1.2 Servicesenter

Beskrivelse:

Ulike administrative servicefunksjoner (resepsjon, internpost- og budtjeneste, pasientbetaling, mv) er i dag sentralisert, hovedsakelig i tilknytning til sentralbord. I tillegg kommer relaterte funksjoner som er organisert under skrivetjenesten og på de enkelte avdelingene.

Forslag til endring:

Det foreslås å splitte sentralbord og servicefunksjoner, samt vurdere å samorganisere flere administrative funksjoner som i dag er tilknyttet avdelinger/ skrivetjeneste. Dette forutsetter teknisk samordning og grensesnitt mot sentralbord. Ulike modeller er mulige, enten innen sykehuset eller på tvers innen helseforetaket. Interne løsninger forutsettes.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis.

Det vurderes at innsparingspotensialet med riktig organisering vil være inntil 20%. I tillegg kommer kvalitetsgevinster som større fleksibilitet og kapasitetsutnyttelse gjennom dagen, i tillegg til frigjort tid på avdelingene.

4.1.3 Innkjøpte varer/tjenester

Beskrivelse:

Ulik praksis for innkjøp av varer og tjenester til støttetjenestene innen Helse Nord medfører økte kostnader. Foruten FDVU-standardisering innenfor kostnadsføring er det i liten grad standardisering og samordning av anskaffelser.

Forslag til endring:

Bestillerfunksjonen må profesjonaliseres og samordnes i betydelig grad, med interne retningslinjer for anskaffelser på tvers av alle helseforetakene for å utnytte stordriftsfordeler og innkjøpsmakt. Dette kan bl.a. oppnås med utstrakt bruk av felles innkjøpsavtaler (rammeavtaler), internt regelverk for egenutførelse mot innkjøp, regelverk for avrop og systematisert erfaringsdeling. Ved nyinvesteringer bør det også være et fokus på standardisering, slik at en kan oppnå større samordningsgevinster på drift og vedlikehold.

Vurdering av innsparingspotensial:

Innsparingspotensial for Helse Nord som region er forsiktig vurdert til 15%. Dette vil variere betydelig mellom de enkelte lokasjonene, avhengig av bl.a. kompetanse, kompleksitet og teknisk tilstand. I tillegg kommer kvalitetsgevinster som forbedret kunde-leverandør grensesnitt, mer forutsigbar drift og vedlikehold samt bedre utnyttelse av ressurser i egen drift.

4.1.4 Energi

Beskrivelse:

Ift energikostnader er spriket innen helseregionen meget stort. Deler av bygningsmassen preges av betydelig vedlikeholdsetterslep og dårlig teknisk tilstand, i tillegg til at det er bygget i en tid med annen fokus på energibruk/ ENØK og miljø.

Forslag til endring:

ENØK - målsetninger etableres for hvert sykehus, helseforetak og for Helse Nord. Konkrete planer og tiltak for å løse ENØK-målsetninger må etableres lokalt, og med utstrakt erfaringsdeling mellom helseforetakene og med andre helseregioner.

Aktuelle ENØK-prosjekter iverksettes (energistyring, temperatursenkning/ nedstengning av lokaler, teknisk effektivisering av ventilasjonssystemer, fyringsanlegg mv, isolasjon/ utskiftning av vinduer og annet). Offentlige tilskuddsordninger hensyntas.

Vurdering av innsparingspotensial:

Innsparingspotensial for Helse Nord som region er forsiktig vurdert til 15%, med betydelig variasjon mellom lokasjoner, i stor grad avhengig av teknisk tilstand og alder på bygg.

4.2 Enkeltfagområder pr helseforetak/lokasjon

4.2.1 UNN HF

4.2.1.1 Tromsø (Breivika + Åsgård)

- **Renhold** (pot. besparelse: 6,1 MNOK ved ekstern utførelse/ 10,7 MNOK ved intern utførelse)

Beskrivelse:

Renhold av lokaler utføres gjennom egen renholdsavdeling bestående av til sammen 40 årsverk. Dette inkl. renhold av fellesarealer i ansatteboliger og på Åsgård psyk. sykehus. I tillegg kommer:

- 1) Avd. renhold på Åsgård, som inngår i fast pleiepersonells arbeidsoppgaver. Ikke beregnet.
- 2) Eget personell som ivaretar operasjonsstuevask, til sammen 36 årsverk.
- 3) Sengevask. Totalt anslått 3,8 årsverk.

Samlet antall: ca. 80 årsverk (utenom pleiepersonell Åsgård)

Totalt areal som rengjøres er ca. 87.500 m². Renhold utføres gjennom fast renholdsplan for daglig renhold og periodisk renhold.

Forslag til endring:

Innføre normbasert renhold basert på NS INSTA800 med differensiert renholdsutførelse (hyppighet og intensitet) avhengig av type areal. Garantert normbasert renhold iht hygienekrav.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis. Besparelser ved intern utførelse krever endringer i rutiner og kompetanse. Engangskostnader knyttet til endringer er ikke hensyntatt. Det poengteres særskilt at arealkategorier er primær kostnadsdriver og riktig kategorisering må verifiseres opp mot beregnet innsparingspotensial.

- **Vaskeri** (pot. besparelse 6,5 MNOK ved ekstern utførelse/ 5,2 MNOK ved intern utførelse)

Beskrivelse:

Vasking av personaltøy (helsepersonell) og avdelingstøy (pasienttøy og flatt tøy) utføres i dag primært eksternt av Pingvinvask, som inntil 2007 var majoritetseid av UNN HF. I tillegg kommer:

- 1) Noe intern vask av arbeidstøy, interiørtekstiler og spesielle artikler, til sammen ca. 3,9 årsverk
- 2) Intern tøyadministrasjon, tøyrep., lager etc., til sammen ca. 1,8 årsverk
- 3) Intertransport, avlesing og påfylling til avd.lagere som er inkl. i tallene ovenfor.

Totale mengder som vaskes årlig er ca. 785 tonn.

Forslag til endring:

- i) Omlegging til aktiv forsyningskonsept, som innebærer at all intern transport, avlesing og påfylling utføres av vaskeri. Elektronisk lagerstyring som automatiserer bestillingsrutiner (leverandør avleser beholdning ved levering). Alle nevnte funksjoner håndteres i dag i egen regi ved sykehuset.
- ii) Innføring av standardsortiment for tekstiler
- iii) Innføring av standardisert leveranse kvalitet inkl. finishiering og bretteing
- iv) Vurdere hensiktsmessighet av tekstilvask i UNNs egenregi.
- v) Vurdere utleveringsautomater for arbeidstøy. Arealbehov for UNN Tromsø estimeres til 160m². Dette må sees opp mot arealbruk med dagens løsninger.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis.

Dagens avtale med UNN må sees i lys av overtakelse av tidligere offentlig regi. Her er det avtalt en nedtrapping til normal markedspris over 5 år. Deler av innsparingspotensial vil følgelig oppnås i kraft av eksisterende avtale.

- **Catering** (pot. besparelse 17,6 MNOK i ekstern regi/ 22,7 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Hovedkjøkkenet i Breivika forsyner både Breivika og Åsgård med varmmat, diettmat og tørrmat. Tilberedning av varmmat skjer etter Kok/kjøll prinsippet, der ferdig varmmat regenereres i avdelingskjøkkener. Pasientservering foregår i hovedsak med buffetservering og egne kostverter i tilknytning til avd.kjøkkener. Det er i alt 17 avdelingskjøkkener med buffetservering, og daglig åpningstid 12 timer. I tillegg drives kantine/ kafeteria for ansatte og besøkende, samt produksjon av møtemat. Antall ansatte:

- 1) kjøkkenansatte inkl. produksjon, oppvask og kjøkkenrenhold: 13 årsverk
- 2) kantinedrift: 5 årsverk
- 3) cateringadministrasjon/ ledelse: 4,5 årsverk (inkl. kantine)
- 4) kostverter: 34,6 årsverk
- 5) andre (helsepersonell): 0,5 årsverk

Total produksjon utgjør ca. 750.000 måltider/ år, inkl. kantine og møtemat, med ca. 98 % andel buffetservering.

Forslag til endring:

- i) Redusere antall avdelingskjøkken, øke pasienttall pr buffet/ kostvert
- ii) Øke utnyttelse av eksisterende kjøkkenfasiliteter ved samordning og eksternproduksjon, som kommunale sykehjem, andre store aktører (eks. Forsvaret), andre sykehusenheter (Harstad, Narvik, OPS'er mv), andre.
- iii) Kritisk vurdere krav til leveranser opp mot dagens kostnadsnivå og tjenestetilbud

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis.

- i) Anslått innsparingspotensial forutsetter en benchmark på antall pasienter pr kostvert som utgjør ca. 35-40% høyere produktivitet (målt i liggedøgn) enn i dag på UNN. For å oppnå

tilsv. produktivitet forutsettes en tilsv. reduksjon i antall avdelingskjøkkener, dvs. fra 17 til 11-12 vil redusere serveringskostnadene med anslagsvis 5-7 MNOK pr. år. De faktiske mulighetene for dette må vurderes utfra praktiske og medisinske forhold.

- ii) Anslått innsparingspotensial i matproduksjon forutsetter bedre utnyttelse av eksisterende kjøkkenfasiliteter og bemanning ved UNN, gjennom. Det anslås at eksisterende fasiliteter kan øke sin produksjon med 50 % uten å øke faste kostnader eller arealbehov.

4.2.1.2 Narvik

- **Vaskeri** (pot. besparelse 0,9 MNOK i ekstern regi/ 0,7 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Ekstern vaskeriavtale med Hålogaland Vaskeri, utløper 28.02.2011.

Interne ressurser på Tøysentral: 2,1 årsverk

Forslag til endring:

- i) Omlegging til aktiv forsyningskonsept, som innebærer at all intern transport, avlesing og påfylling utføres av vaskeri. Elektronisk lagerstyring som automatiserer bestillingsrutiner (leverandør avleser beholdning ved levering).
- ii) Innføring av standardsortiment for tekstiler
- iii) Innføring av standardisert leveranse kvalitet inkl. finishiering og bretteing
- iv) Utleveringsautomater for arbeidstøy vurderes ikke i dag, men ifm planlegging av nytt sykehus.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis.

Benchmark-kost viser potensielt redusert kostnad økte ytelser, inkl. redusert 1 årsverk i tøysentral samt redusere dagens arealbehov.

- **Catering** (pot. besparelse 3,4 MNOK i ekstern regi/ 4,1 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Gammel kjøkkenløsning over flere etasjer ble betydelig bygget om i 2008 for å tilfredsstille hygienekrav og krav til mer rasjonell drift. Kjøkkenet drives ut fra kok-server prinsippet, og betjener både avdelingskjøkkener og liten kantine med kiosk. En begrensning for mer rasjonell drift er utbedring av avdelingskjøkkenfasiliteter.

Forslag til endring:

Alternativer:

- 1) Utbedre fasiliteter ved avdelingskjøkkener og evaluere potensial av mindre omlegging til Steamplivity eller kok/kjøøl i Narvik for betjening av Narvik sykehus, Nordlandsklinikken og DPS. Hovedkjøkkenfasiliteter vurderes egnet til kok/kjøøl.
- 2) Innføring av kok/kjøøl ved Harstad sykehus kan betjene Harstad og Narvik sykehus samt Nordlandsklinikken. Kjøkken i Narvik fungerer som mottakskjøkken.
- 3) Utvide leveranser fra Nordlandsklinikken med innføring av kok/kjøøl fasiliteter som også betjener Narvik sykehus og DPS. Kjøkken i Narvik fungerer som mottakskjøkken.
- 4) Samproduksjon for kommunalt sykehjem, Nordlandsklinikken og DPS

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis.

Store kostnader for drift av kjøkkenet må sees på bakgrunn av at kjøkkenet var under ombygging og stengt store deler av 2008. Faktisk innsparingspotensial må sees opp mot dette, og reelt innsparingspotensial med dagens fasiliteter vurderes å være begrenset. Det vil være lite hensiktsmessig å gjøre ytterligere større ombygging gitt at det skal bygges nytt sykehus innen få år. Samordningsalternativ med hhv. Nordlandsklinikken og Harstad bør evalueres. Gevinster i helseproduksjon ved mer fleksibel servering må vurderes – relatert til bedre utnyttelse av behandlingstid, bedre mattilbud (ernæring og utvalg) samt timing ift pasientbehov.

4.2.1.3 Harstad

- **Catering** (pot. besparelse 2,5 MNOK i ekstern regi/ 3,7 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Stort kjøkken med effektiv samproduksjon for kommunen (sykehjem). Hovedsakelig brettservering.

Forslag til endring:

Omlegging til kok/ kjøll vil kunne skape frigi arealer og muliggjøre samordningsløsning med Narvik. Krever oppgradering av tilberedningsfasiliteter ved avdelingskjøkkener.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis.

Innsparingspotensial forutsetter overgang til kok/kjøll prinsipp. Skalering av produksjon for samordning med Narvik vil redusere enhetskost ytterligere og øke besparelsene også i Narvik. Gevinster i helseproduksjon ved mer fleksibel servering må vurderes – relatert til bedre utnyttelse av behandlingstid, bedre mattilbud (ernæring og utvalg) samt timing ift pasientbehov.

4.2.1.4 Nordlandsklinikken

- **Catering** (pot. besparelse 2,4 MNOK i ekstern regi/ 2,5 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Nordlandsklinikken har eget produksjonskjøkken som også leverer maten til DPS. Kjøkkenet ligger organisatorisk under enhetsleder for matforsyning i Narvik (inkl sykehuset, DPS og Nordlandsklinikken).

Forslag til endring:

Foreslått løsning med samordning med Narvik/ Harstad sykehus:

- 1) Produksjon ved Narvik sykehus som også betjener Nordlandsklinikken og DPS
- 2) Omlegging av kjøkkenet på Nordlandsklinikken (kok/kjøll) for å betjene Narvik sykehus/ DPS
- 2) Produksjon i Harstad som betjener alle enheter i Narvik-området

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis.

4.2.2 NLSH HF

4.2.2.1 Bodø (Sentrum + Rønvik)

- **Renhold** (pot. besparelse 7,2 MNOK i ekstern regi/ 5,7 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Renhold er konkurranseutsatt til ISS. Deler av arealer ved Rønvik vaskes av eget personale. Samlet areal som rengjøres av ISS er ca. 66.000 m².

Forslag til endring:

Innføre normbasert renhold basert på NS INSTA800 med differensiert renholdsutførelse (hyppighet og intensitet) avhengig av type areal. Dette er besluttet iogmed inngåelse av ny avtale med ISS basert på INSTA-normen.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis.

Det har vist seg svært vanskelig å avstemme faktisk areal innen de ulike arealkategoriene. Da dette er primær kostnadsdriver vil angitte besparelser avvike fra beregnet sum og må verifiseres opp mot ny faktisk inngått avtale.

4.2.2.2 Vesterålen

- **Catering** (pot. besparelse -0,1 MNOK i ekstern regi/ 1,1 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Produksjonskjøkkenet i Vesterålen drives i samdrift med kommunen i sykehusets lokaler, dels med kommunalt ansatte, og betydelige leveranser til kommunen. Produksjon basert på brettservering. 15 årsverk herav 8,5 kommunalt ansatt.

Forslag til endring:

Omlagging til kok/kjøll produksjon vil frigjøre produksjonskapasitet som bør søkes tatt ut i form av økt produksjon til andre kommuner i Vesterålen.

Alternativt bør det vurderes en samordning av kok/kjøll basert produksjon mellom Vesterålen og Lofoten sykehus.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis. Innsparingspotensialet ligger i dag primært på å redusere bemanningskostnad ved brettservering. Enhetskostnader for måltider ligger i dag tett på beste praksis. Gevinster i helseproduksjon ved mer fleksibel servering må vurderes – relatert til bedre utnyttelse av behandlingstid, bedre mattilbud (ernæring og utvalg) samt timing ift pasientbehov.

4.2.2.3 Lofoten

- **Catering** (pot. besparelse 0,4 MNOK i ekstern regi/ 1,1 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Produksjonskjøkkenet i Lofoten drives av kommunen i sykehusets lokaler, med kommunalt ansatte, og betydelige leveranser til kommunen. Sykehuset kjøper enkeltporsjoner (brettservering) fra kjøkkenet og driver i tillegg kantine med eget matinnkjøp, lager og tilberedningskjøkken. 8 årsverk direkte tilknyttet sykehuset er engasjert i cateringfunksjoner (inkl. servering).

Forslag til endring:

Omlegging til kok/kjøll produksjon vil frigjøre produksjonskapasitet som bør søkes tatt ut i form av økt produksjon til andre kommuner i Lofoten.

Alternativt bør det vurderes en samordning av kok/kjøll basert produksjon mellom Vesterålen (Stokmarknes) og Lofoten.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis. Innsparingspotensialet ligger i dag primært på å redusere bemanningskostnad ved brettservering. Enhetskostnader for måltider ligger i dag tett på beste praksis. Gevinster i helseproduksjon ved mer fleksibel servering må vurderes – relatert til bedre utnyttelse av behandlingstid, bedre mattilbud (ernæring og utvalg) samt timing ift pasientbehov.

4.2.3 Helgelandssykehuset HF

4.2.3.1 Sykehuset Mo i Rana

- **Catering** (pot. besparelse 0,5 MNOK i ekstern regi/ 1,7 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Stort, gammeldags og nedslitt produksjonskjøkken bygget for andre krav enn i dag, med både praktiske og hygienemessige utbedringsbehov.

Forslag til endring:

Sentralisert løsning for hele Helgeland med omlegging til kok/kjøll eller Steamplcity-produksjon vil gi rasjonell kapasitetsutnyttelse, reduserte bemanningskostnader og fleksibilitet i leveranser og servering. Lokalisering er egen problemstilling, både Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen er mulig beliggenhet, alle med mulighet for å forsyne også tiliggende kommuner (sykehjem o.a. institusjoner). Mottakskjøkkenet må tilrettelegges på hvert sykehus som forsynes.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis. Foreslått løsning med sentralisering vil kreve investeringer i avdelingskjøkkener, men dette er dels et udekket behov også i dag. Gevinster i helseproduksjon ved mer fleksibel servering må vurderes – relatert til bedre utnyttelse av behandlingstid, bedre mattilbud (ernæring og utvalg) samt timing ift pasientbehov.

4.2.3.2 Sykehuset Mosjøen

- **Catering** (pot. besparelse 0,2 MNOK i ekstern regi/ 0,8 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Felleseid sentralkjøkken sammen med Vefsn kommune, sykehuset kjøper enkeltserveringer (brett). Bestillingsrutiner medfører at det er vanskelig å beregne for mye/ for lite mat, derfor en del svinn. Kvalitetssikring av riktig ernæring er dårlig ivarettatt og dietter fungerer lite tilfredsstillende, lite prioritert område. Kantine (1 årsverk) lager egen mat (disksalg). Tilberedning til pasienter på små tekjøkken, behov for å forbedre avdelingskjøkkener (tilfredsstillende ikke Mattilsynets krav). Pleiepersonal har alle oppgaver knyttet til håndtering av mat på avdelingene med håndtering av oppvask og avfall.

Forslag til endring:

Sentralisert løsning for hele Helgeland basert på kok/kjøll eller Steamplcity-produksjon vil gi rasjonell kapasitetsutnyttelse, reduserte bemanningskostnader og fleksibilitet i leveranser og servering. Lokalisering er egen problemstilling, både Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen er mulig beliggenhet, alle med mulighet for å forsyne også tilliggende kommuner (sykehjem o.a. institusjoner). Mottakskjøkken må tilrettelegges på hvert sykehus som forsynes.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis. Foreslått løsning med sentralisering vil kreve investeringer i avdelingskjøkkener, men dette er dels et udekket behov også i dag. Gevinster i helseproduksjon ved mer fleksibel servering må vurderes – relatert til bedre utnyttelse av behandlingstid, bedre mattilbud (ernæring og utvalg) samt timing ift pasientbehov.

4.2.3.3 Sykehuset Sandnessjøen

- **Renhold** (pot. besparelse 0 MNOK i ekstern regi/ 1,0 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Konkurrenseutsatt renhold har vært forsøkt men valgt å ta renholdet tilbake. Renholdsbehandling er i dag 9,5 årsverk inkl. sengevask. Etter kl 13 er det pleiepersonal som må vaske senger. Smittevask må bestilles før kl 11, må ellers vente til neste dag. Gammelt bygg gir bygningsmessige utfordringer knyttet til renhold – bedre maskiner vil øke effektiviteten. Godt renhold idag iflg hygienesykepleier.

Forslag til endring:

Innføre normbasert renhold basert på NS INSTA800 med differensiert renhold utførelse (hyppighet og intensitet) avhengig av type areal. Garantert normbasert renhold iht hygienekrav.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis. Normbasert renhold vil potensielt frigjøre noe renholdspersonell. Besparelser ved intern utførelse krever endringer i rutiner og kompetanse. Engangskostnader knyttet til endringer er ikke hensyntatt.

- **Catering** (pot. besparelse 0,5 MNOK i ekstern regi/ 1,5 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Stort, gammeldags produksjonskjøkken bygget for andre krav enn i dag, basert på brettservering. Utbedringsbehov med bygningsmessige utfordringer (plass). Dagens bestillingsrutiner medfører mye svinn og kasting av mat.

Forslag til endring:

Sentralisert løsning for hele Helgeland basert på kok/kjøll eller Steamplicity-produksjon vil gi rasjonell kapasitetsutnyttelse, reduserte bemanningskostnader og fleksibilitet i leveranser og servering. Lokalisering er egen problemstilling, både Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen er mulig beliggenhet, alle med mulighet for å forsyne også tilliggende kommuner (sykehjem o.a. institusjoner). Mottakskjøkken må tilrettelegges på hvert sykehus som forsynes.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis. Foreslått løsning med sentralisering vil kreve investeringer i avdelingskjøkkener, men dette er dels et udekket behov også i dag.

4.2.4 Helse Finnmark HF

4.2.4.1 Hammerfest Sykehus

- **Renhold** (pot. besparelse 2,9 MNOK i ekstern regi/ 3,9 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Gammelt og nedslitt bygg medfører betydelige utfordringer for effektivt renhold. Vanskelig tilgang med renholdsmaskiner enkelte steder. Høyt sykefravær. Høy renholdskostnad. Renholdsbemanning 15,5 årsverk. I tillegg kommer andre avdelingers ressursbruk, anslått ca. 6 årsverk.

Forslag til endring:

Innføre normbasert renhold basert på NS INSTA800 med differensiert renhold utførelse (hyppighet og intensitet) avhengig av type areal. Garantert normbasert renhold iht hygienekrav.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis. Normbasert renhold vil potensielt frigjøre renholdspersonell og betydelige kostnader. Besparelser ved intern utførelse krever endringer i rutiner og kompetanse. Engangskostnader knyttet til endringer er ikke hensyntatt.

- **Vaskeri** (pot. besparelse 1,3 MNOK i ekstern regi/ 1,1 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Til sammen ca. 3,7 årsverk tilknyttet vaskerifunksjoner i dag inkl. tøylager og systue.

Forslag til endring:

Innhente tilbud på standardiserte leveranser:

- i) Omlegging til aktiv forsyningskonsept, som innebærer at all intern transport, avlesing og påfylling utføres av vaskeri. Elektronisk lagerstyring som automatiserer bestillingsrutiner (leverandør avleser beholdning ved levering). Alle nevnte funksjoner håndteres i dag i egen regi ved sykehuset.
- ii) Innføring av standardsortiment for tekstiler
- iii) Innføring av standardisert leveranse kvalitet inkl. finishering og bretteing

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis. Faktisk lokal konkurransesituasjon må avsjekkes, mulig rammeavtaleløsning søkes.

- **Catering** (pot. besparelse 3,9 MNOK i ekstern regi/ 4,9 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Stort, gammeldags produksjonskjøkken bygget for andre krav enn i dag, basert på brettservering. Store, ubrukte arealer med krav til daglig rengjøring og oppvarming. Til sammen 17,3 årsverk er involvert i tilberedning, internttransport og servering (inkl. kantine).

Forslag til endring:

- i) Nedstengning av ubenyttede arealer og nedskalering av areal. Vurdere innføring av kok/kjøll evt. Steamplivity og derved redusere kjøkkenbemanning til deltidsstillinger (ikke daglig produksjon).
- ii) Vurdere å outsource kantinedrift.
- iii) Vurdere muligheter for samproduksjon med kommunen + Melkøya.
- iv) Vurdere potensial for lokal konkurranseutsetting.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis. Det er ikke opplagt hvor store innsparingspotensialer som faktisk er realiserbare. Effekten av ulike tiltak må utredes nærmere.

4.2.4.2 Kirkenes Sykehus

- **Renhold** (pot. besparelse 1,1 MNOK i ekstern regi/ 2,0 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Gammelt og dels nedslitt bygg som medfører utfordringer for effektivt renhold. Høy renholdskostnad med. Renholdsbehandling 11 årsverk. I tillegg kommer andre avdelingers ressursbruk, anslått ca. 4 årsverk, inkl. helsepersonell.

Forslag til endring:

Innføre normbasert renhold basert på NS INSTA800 med differensiert renhold utførelse (hyppighet og intensitet) avhengig av type areal. Garantert normbasert renhold iht hygienekrav. Besparelser ved intern utførelse krever endringer i rutiner og kompetanse. Engangskostnader knyttet til endringer er ikke hensyntatt.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift. beste praksis.

- **Catering** (pot. besparelse 1,4 MNOK i ekstern regi/ 2,2 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Stort, gammeldags produksjonskjøkken bygget for andre krav enn i dag, basert på brettservering. Store, ubrukte arealer med krav til daglig rengjøring og oppvarming. Til sammen 10,6 årsverk er involvert i tilberedning, internttransport og pasientservering. Kantinedrift er nedlagt, kioskdirift er outsourcet til ekstern aktør.

Forslag til endring:

- i) Nedstengning av ubenyttede arealer og nedskalering av areal. Vurdere innføring av kok/kjøll evt. Steamplivity og derved redusere kjøkkenbemanning til deltidsstillinger (ikke daglig produksjon). Samproduksjon for Tana er gjennomførbart (tilstrekkelig volum).
- ii) Vurdere å outsource kantinedrift hvis mulig.
- iii) Vurdere muligheter for samproduksjon med kommunen + Forsvaret, evt. Syd-Varanger.
- iv) Vurdere potensial for lokal konkurranseutsetting.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift beste praksis.

4.2.4.3 Tana DPS

- **Catering** (pot. besparelse 1,8 MNOK i ekstern regi/ 2,0 MNOK i intern regi)

Beskrivelse:

Bulkservering og buffet som pasienter forsyner seg av. Sykeavd har brett-servering. 10 stk bulk omsorgsboliger. 25 på egne porsjonspakning middag. Lørdagssnitter. Selger også enkeltporsjoner eksternt (35 pr dag). I tillegg kantine. Bemanning 3 hele og 3 halve stillinger (4,5 årsverk).

Forslag til endring:

Vurdere samordning med Kirkenes for innsparing av bemanning (se Kirkenes). Økonomi i dette utredes.

Vurdering av innsparingspotensial:

Beregnet innsparingspotensial må sees som ren benchmarking av dagens kostnader ift Beste praksis.

4.3 Verifisering av faktiske potensialer og kvalitative forbedringer

4.3.1 Kvalitative forbedringer og forbedringer for helseproduksjon

Det videre prosjektet må verifisere faktiske potensialer for hver lokasjon og fagområde. Tallene må justeres for tiltak som er igangsatt/ gjennomført i løpet av 2009 eller i 2008 med effekt fra 2009. Dette gjelder flere områder (eks. nytt renholdskonsept igangsatt i Bodø) som ikke er reflektert i tallene og må kartlegges ytterligere.

Av tabellene foran er det innenfor eiendomsforvaltning ikke angitt potensial mot beste praksis for egenutført del av eiendomsforvaltning. Et antatt potensial er anslått til 9 mill kroner, men ikke tatt med. Det er stor usikkerhet i anslaget og både dette og muligens ytterligere potensial ligger i å organisere og legge til rette for at medarbeidere innenfor dette området kan gjennomføre flere drifts- og vedlikeholdsoppgaver enn det er lagt opp til under dagens drift. Mulighetene for å dette til vil variere mellom de ulike sykehusenhetene. De enkelte HF bør derfor gå gjennom dette før det gis tilbakemelding på hvilke potensialer det er mulig å gjøre noe med.

4.3.2 Kvalitative forbedringer og forbedringer for helseproduksjon

Foruten rene økonomiske gevinster viser beste praksis betydelig potensial for kvalitetsforbedringer og forbedringer for helseproduksjon, som for en stor del ikke er kvantifiserbare.

Dette gis uttrykk i bl.a. økt kvalitet, fleksibilitet og tilgjengelighet, kvalitetssikrede ytelser og frigjorte ressurser til helseproduksjon.

Slike ikke-kvantifiserte forbedringer er ovenfor spesifisert for hvert fagområde.

5 Realisering av effektiviseringsgevinster

5.1 Målsetting av gevinster

Prosjektet har benyttet sammenligning mot beste praksis som en målestokk/ benchmark for hva som er mulig å oppnå i effektivisering av kostnader og andre ytelser for ikke-medisinske støttetjenester.

Tjeneste	Tall i MNOK	Dagens kost *eks. avskrivninger og intern husleie	Potensial mot beste praksis		Mål (realiseringstakt ved utgang 2011)
			Potensial ved ekstern utførelse (Kostnad i 2008 mot beste praksis kostnad ultimo 2009 inkl. MVA)	Potensial ved intern utførelse (Kostnad i 2008 mot beste praksis kostnad ultimo 2009 eks. MVA + bestillerkostnad)	
Renhold		110	18	27	Konkretiseres i hvert HF og i fellesskap for felles-prosjekter:
Vaskeri		58	9	7	
Catering		176	36	49	
Kontorstøtte	Sentralbord	16	2	5	-standardisering -innkjøp -ENØK -teknologi sentralbord
	Resepsjon	32	0	6	
Eiendomsforvaltning	Egenutført ¹⁾	85	0	0	1) Verifiseres og konkretiseres særskilt i hvert HF
	Innkjøp	129	18	14	
	Energi	123	17	13	
SUM		729*	92	121	

Faktisk potensial innebærer at det stilles eksplisitte krav til bl.a. produktivitet, samordning og standardisering av ytelser i tråd med de beskrevne beste praksis konseptene. M.a.o. at innføring av beste praksis vurderes som en reell mulighet, uavhengig av om fremtidige tjenester leveres internt eller gjennom ekstern tjenesteutsetting.

Målsettinger i det videre arbeidet må konkretiseres innen hvert HF og gjennom planlagte fellesprosjekter på områdene:

- Standardisering
- Innkjøp
- ENØK
- Teknologi sentralbord

Det forutsettes at det settes realistiske ambisjoner for realiseringstakt mht. innsparingsnivå og tidshorison som dette skal oppnås innen. Prosjektets anbefaling er å realisere konkretiserte mål fortløpende og senest innen utgangen av 2011. Dette gir både tilstrekkelig tid til planlegging av mer langsiktige omstillingstiltak og til gjennomføring av nødvendige omstillingstiltak som kan gjennomføres uten omfattende planlegging (strakstiltak).

Målsettingene innen hvert område må ta hensyn til tiltak som er gjennomført i 2009 som påvirker fremtidig kostnadsnivå og leveranser.

5.2 Krav til bestillerfunksjon og leveranser

Uavhengig av ekstern eller intern leveranseform må det stilles krav til at alle tjenesteleveranser skal ha leveranseavtaler, klar ansvarsdeling og en styring som sikrer målsatt effektivisering og kontinuerlig forbedring. Dette må oppnås gjennom profesjonalisering av bestillerfunksjonen på tvers av Helse Nord.

Profesjonell utøvelse av bestillerfunksjonen stiller krav til:

- Bestillerkompetanse:
 - Innkjøpskompetanse (innkjøpsstrategisk, kravspesifisering, regelverk, forhandlinger, kontraktsjuridisk mv), målstyring, avvikshåndtering, leverandør oppfølging mv
- Leveransenivå-baserte avtaler som omfatter:
 - Ytelser og kvalitet, tjenestenivåer/SLAer og priser/prisregulering (for eksterne leveranser eller interne hvis internprising velges)
- Definerte oppgaver og ansvar mellom leverandør/utfører og kunde/bruker:
 - Adskilte og distinkte kunde- og leverandørfunksjoner (uavhengig om tjenesten utføres i intern eller ekstern regi)
 - Arbeidsprosesser, roller, ansvarsområder og grensesnitt/arbeidsdeling/samhandling defineres for:
 - “ Bestilling
 - “ Utførelse
 - “ Oppfølging
 - “ Avvikshåndtering
 - “ Kontinuerlig forbedring
- Styringsmodell som sikrer leveranse og kontinuerlig forbedring i tråd med internasjonale normer for kvalitetsledelse. Anbefalt styringsmodell omfatter:

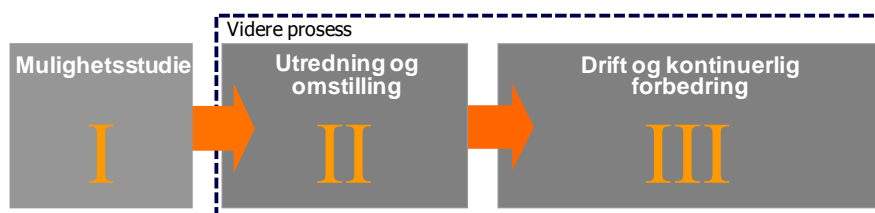
- . Lederfora med regulerte møtefrekvenser, agenda/arbeidsform og leveranser /rapportering:
 - “ Interne fora hos leverandør/utfører og kunde/bruker
 - “ Koordineringsfora mellom leverandør/bruker og kunde/bruker
- . Styringsparametre:
 - “ Økonomiske måltall/KPI'er som anvendes i løpende utførelse og koordineringsfora
- . Incentiver/straffemekanismer:
 - “ Knyttet til leveranser og ytelser for bestilling, utførelse, oppfølging, avvikshåndtering og kontinuerlig forbedring

5.3 Føringer for videre arbeid

5.3.1 Anbefalt prosess og fremdrift

Prosjektgruppen anbefaler at Mulighetsstudien videreføres i all hovedsak i linjen i HF-ene, men med felles prosjekter på spesifikke områder. Det anbefales at nødvendige utrednings- og omstillingsprosesser gjennomføres i HF-ene og på fellesområdene, og at fremdrift og konklusjoner rapporteres til styringsgruppen.

5.3.1.1 Overordnet fremstilling



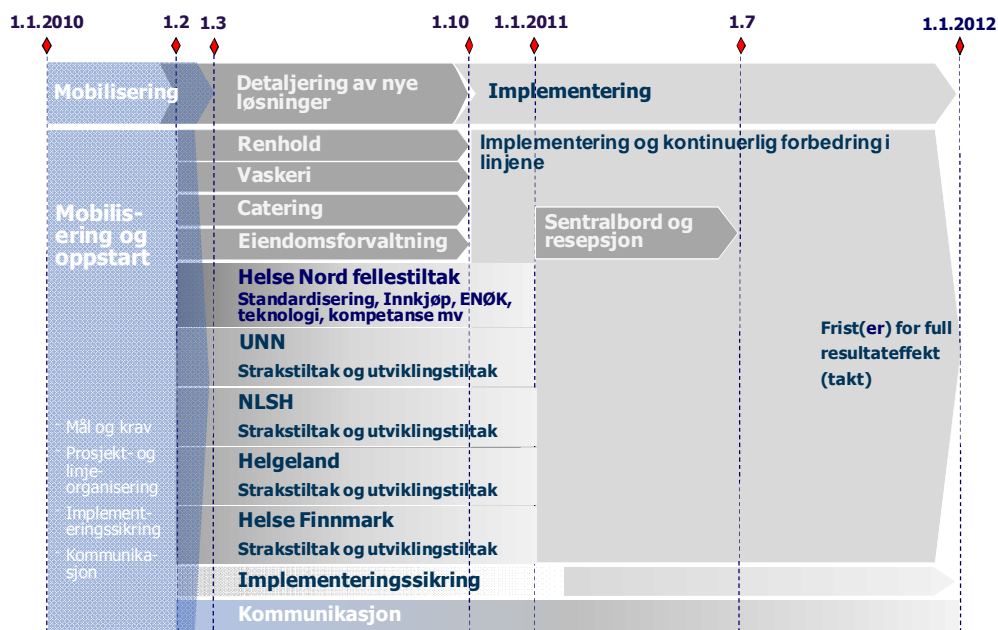
- Omstilling som bygger videre på igangsatt arbeid
 - . Mulighetsstudien videreføres i felles prosjekter og naturlige HF-vise delprosjekter
 - . Pågående forbedringsarbeid og –prosjekter planlegges i linjene i HF-ene, felles prosjekter koordineres i fellesprosjektet og det lages en felles rapportering for oppfølging av alle elementer i mulighetsstudien
 - . Et resultatsikringsregime etableres i det enkelte HF over felles ”mal” og rapporteres til fellesprosjektet
- Bred involvering for å sikre eierskap til prosessen og gode praktiske løsninger
 - . Brukerne, ledere og nøkkelpersoner i de ikke-medisinske støttefunksjonene, samt tillitsvalgte og vernetjenesten involveres i utarbeidelse og forankring av HF-vise virksomhets-/tiltaksplaner
- Styrking av Helse Nords organisasjon og kompetanse som en del av arbeidet

- Resultatene av mulighetsstudien samordnes i Eiendomsforum for fase II og rapporteres til styringsgruppen
- Eiendomsforum, driftsforum og andre fagfora revitaliseres og styrkes som en del av prosessen for koordinering og videre forbedring
- Forbedring av den operative arbeidsformen i linjeorganisasjonene er et vesentlig biprodukt av prosessen. Drift og kontinuerlig forbedring i tråd med internasjonale normer for god kvalitetsledelse innføres som en del av arbeidet

5.3.1.2 Anbefalt fremdrift

Nye løsninger innføres der man tar de største gevinstene først, sørger for grundig forankring og hensyntar intern kapasitet. Lokasjonsspesifikke løsninger velges i hvert HF og implementeres av linjene.

Det anbefales en styrt totalprosess med definerte leveranser og fremdrift, og med et eget regime for resultatsikring, som illustreres med følgende fremdriftsplan:



• Mobilisering og forankring – 1.mars 2010

- Rapport fra mulighetsstudien sendes fra prosjektgruppen til behandling i styringsgruppen og for endelig godkjenning av adm.dir.
- Informasjon om mulighetsstudien legges ut på intranett når den er godkjent.
- Helseforetakene får mulighetsstudien oversendt og skal innen 1.februar melde tilbake til Helse Nord RHF hvilke forbedringer som vil bli gjennomført innenfor det enkelte HF på de ulike områdene for mulighetsstudien, hvilke målsettinger HF-ene har, hvilke tiltak som allerede er gjennomført etter 2008, mål og tiltak i 2010 og foreløpige mål og tiltak for 2011.

- . Fellestiltak for hele foretaksgruppen samordnes i Eiendomsforum og vil omfatte: felles standarder for tjenestene innenfor alle fokusområder, felles innkjøpsprosjekter innenfor alle fokusområder, felles ENØK opplegg, utredning av teknologigrunnlag for sentralbordtjeneste.
 - . Generelle kvalitative vurderinger i løsningene, herunder HMS-tiltak, kompetanseutvikling og andre ikke-kvantifiserbare forbedringer
 - . Høring og styrebehandling HF-ene og RHF. Forankring i linjeledelse og blant tillitsvalgte og vernetjenesten av mål og prosess og føringer
 - . Delprosjekter med mandater, leveranser, arbeidsmetodikk, bemanning, fremdrift
 - . Implementeringssikring med rapportering i linjen i HF-ene, Eiendomsforum og andre møtefora og møtefrekvens (månedlig)
 - . Informasjon til ansatte i Helse Nord om prosjektet. Besluttet kommunikasjonsplan for prosessen.
 - . Innledende implementeringsplan med ansvar, forbedringsmål og realiseringstakt i 2010 og 2011
- **Detaljerings av nye løsninger – 1.okt 2010 – momenter til behandling**

Leveransene er detaljbeskrevet i anbefaling for hvert tjenesteområde og hvert HF. Disse omfatter følgende:

1. Fellestiltak som omfatter alle HF:

- Standardisering av krav til:
 - a) renhold, b) vaskeritjenester, c) mat og ernæring og d) verdibevarende vedlikehold
- ENØK-prosjekter iht. Helse Nords policy for ressursforvaltning og miljø
 - a) redusere energiforbruk gjennom kostnadseffektive tiltak i bygningsmasse, styringssystemer for varme/ klima
 - b) søke å implementere løsninger som innebærer bruk av miljøvennlig energi
- Innkjøp:
 - a) renhold – bruk av felles kravspesifikasjon (basert på NLSH Bodø/ UNN Harstad)
 - b) vaskeritjenester – innføre felles konkurransegrunnlag, timing av anbud
 - c) tøyinnkjøp innen vaskeriavtale eller eget anbud
 - d) felles matanbud (ute nå) – tilpasses til moderne produksjons- og logistikk-løsninger i de enkelte sykehus/ HF
 - e) energimegling – felles anbud (påbegynt)
 - f) felles anbud tekniske driftsmidler (forbruksartikler bygg/ vedlikehold)
- Sentralbord; gjennomgang av tekniske og organisatoriske muligheter
- Eiendomsforvaltning; krav til organisering og drift for å sikre verdibevarende vedlikehold
- Kompetanseutvikling; på relevante fagområder

Opgaver:

- . Tiltaksplan utarbeides av prosjektgruppe innen 1.februar 2010
- . Detaljere konsepter for hver tjeneste med SLA, oppgaver, ansvar og styringsmodell (måltall, rapportering, møtefora og møtefrekvens)
- . Innhente tilbud fra leverandører der vi ikke kjenner markedspris. Leverandører gis mulighet for å optimere SLA og løsninger.

- . Detaljere introduksjons- og opplæringsplaner for brukere, utførere og ledere for hver tjeneste
- . Detaljere nye system- og planleggingsløsninger for hver tjeneste som følge av nye løsninger
- . Kartlegge konkurransedyktige priser og innhenting av eventuelle anbud. Inngåelse av felles innkjøpsavtaler.

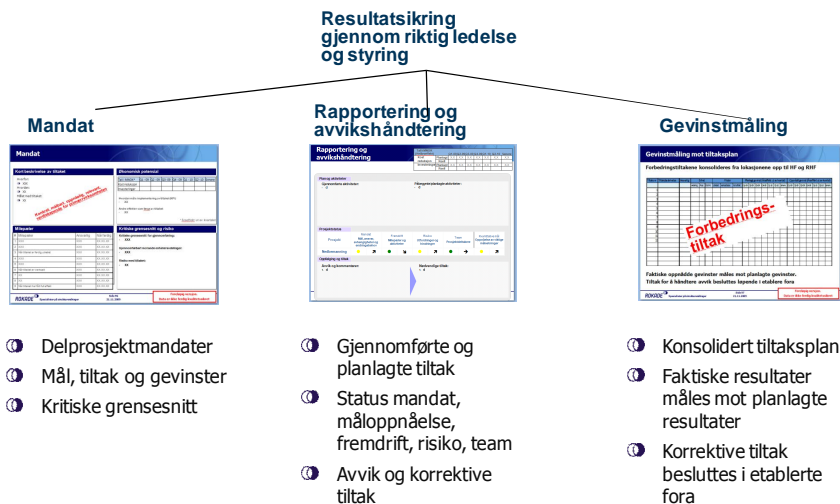
2. I hvert HF:

- . Tiltaksplan utarbeides pr HF og meldes inn til prosjektet 1.februar 2010
 - . Iverksette løpende effektivisering (strakstiltak) fra januar (2010). Utviklingstiltak implementeres løpende etter hvert de ferdigstilles.
 - . Inngå nye samarbeidsavtaler med leverandører som følge av nye løsninger (innkjøp av tjenester, rådgivning, opplæring eller lederstøtte)
 - . Foreta eventuell organisasjonstilpasning (roller, ansvar, myndighet) for hver tjeneste som følge av nye løsninger
 - . Detaljere implementeringsplan
- **Start implementering i hvert HF – strakstiltak umiddelbart, større prosesser som krever forberedelser – oppstart implementering innen 1.okt 2010. Momenter til behandling**
 - . Revidert styringsmodell gjøres operativ i justert organisasjon (måltall, lederfora, arbeidsform)
 - . Eventuell organisasjonstilpasning gjennomført og justert organisasjon bemannet
 - . Start drift i tilpasset linjeorganisasjon etter ny styringsmodell
 - . Start implementeringsprosjekter i linjene
 - . Mål om full resultateffekt (takt) i Q4/2011
 - **Implementeringssikring – umiddelbart (inkludert allerede gjennomførte tiltak i 2009) og kontinuerlig frem til fullt resultatuttak**
 - . Gevinstmåling, rapportering, oppfølging, avvik, beslutninger av korrektive tiltak
 - . Videre konkurranseeksponere og evaluere driften i 2011

5.3.2 Implementeringssikring

Formalisert implementeringssikring i det videre prosjektet skal sørge for at alle tiltakene i Helse Nord blir gjennomført og at resultatforbedringene realiseres etter plan.

Prinsipper for resultatsikring er illustrert gjennom følgende figur:



5.3.2.1 Implementeringssikringsregime

Ledelses- og styringsmodellen brukes som implementeringssikringsregime for forbedringsprosjektet. Den samme arbeidsformen videreføres av de operative linjeorganisasjonene i daglig drift og kontinuerlig forbedring.

- Lederfora og arbeidsform
 - Hvem skal møte og på hvilke nivåer
 - Når skal man møtes
 - Hvordan skal man arbeide
- Måling
 - Hvem skal måle og når
- Konsolidering
 - På hvilke nivå skal målingene konsolideres:
 - Lokasjon, HF, RHF

En fast struktur for lederfora, arbeidsform og målinger foreslås etablert i det videre prosjektet.

5.3.2.2 Prosjektstyring

God prosjektstyring er en forutsetning for å realisere gevinster.

Nødvendige verktøy for oppfølging og rapportering må innføres og brukes. Generiske, utprøvde modeller, som tilpasses det videre prosjektets struktur foreslås benyttet. Eksempler på dette er vist i følgende figur:

1. Mandat

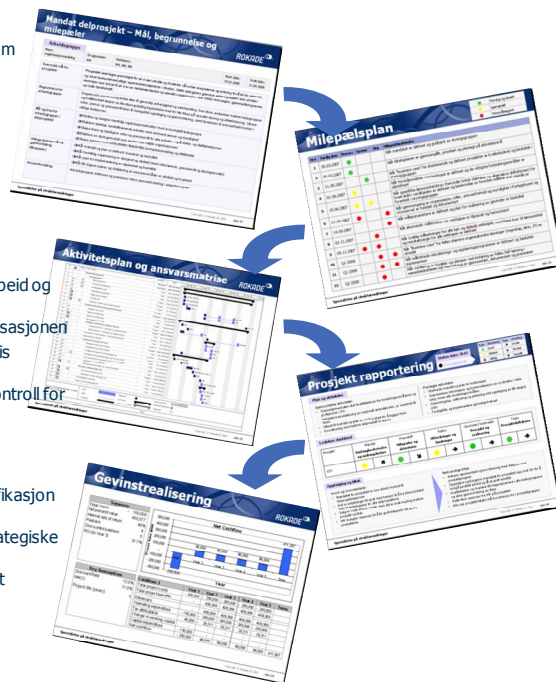
- Tydelig definert målsetning som basis for alt arbeid
- Forankring av prosjekt i linjen
- Forventningsavklaring mot berørte interessenter
- Entydig krav til leveranser

3. Prosjektplan og ansvarskart

- Detaljere hver milepæl
- Definere prinsipper for samarbeid og ansvarsfordeling
- Regulere forhold til linjeorganisasjonen
- Underbygger enkel, men presis kommunikasjon
- Gir kontinuerlig oversikt og kontroll for prosjektledelsen

5. Gevinstrealisering

- Etablert rammeverk for identifikasjon og uttak av gevinster
- Kontinuerlig oppfølging av strategiske mål
- Sikrer at gevinster blir realisert gjennom livssyklusen



2. Milepælsplan

- Fokuserer på målbare resultater eller beslutninger
- Konkretiserer viktige delmål på vei mot hovedmål
- Spesifiserer betingelser for å oppnå resultatet
- Definerer avhengigheter og forbindelser mellom spesifiserte prosjektmål og/eller resultater

4. Rapportering og oppfølging

- Redusere risiko
- Styring i forhold til nøkkelvariabler
- Enhetlig, oversiktlig rapportering for styringsgruppe og andre viktige fora

5.3.2.3 Kommunikasjon

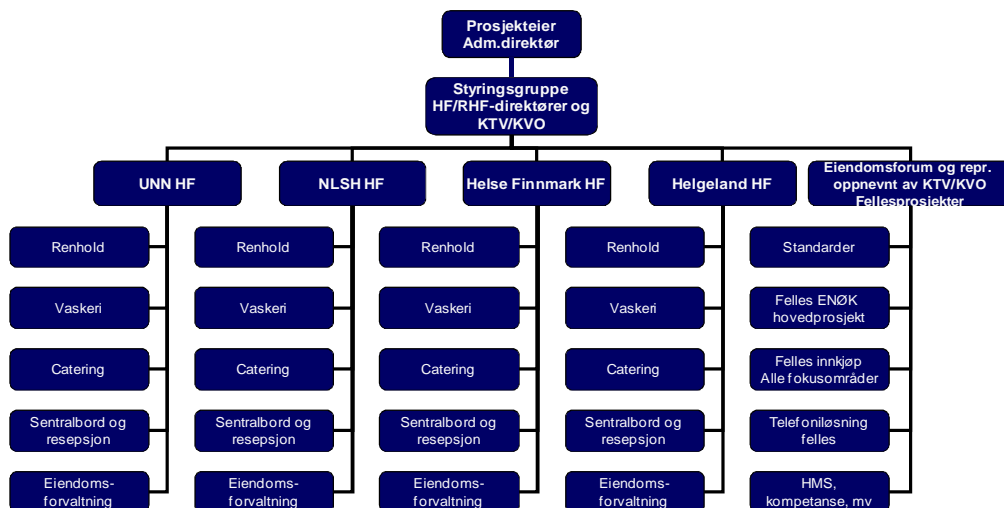
Tydelig og riktig kommunikasjon inn mot organisasjonen er kritisk for å lykkes med omstilling og prosjektgjennomføring.

TIL HVEM	KOMMUNIKASJON	INFORMASJON OG FREKVENNS	ANSVARLIGE OG STATUS
		<ul style="list-style-type: none"> • Status og fremdrift - mnd • Til beslutning – etter behov • Til høring – etter behov • Informasjon - mnd 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjektleder • Prosjektteam • Styringsgruppe • Linjeledelse • Tillitsvalgte og vernetjeneste
VI MÅ SVARE PÅ DE GRUNNLEGGENDE SPØRSMÅLENE			
<ul style="list-style-type: none"> • Hvem skal vi kommunisere med? • Hvordan skal vi kommunisere? • Hva skal vi kommunisere? • Når skal vi kommunisere? • Hvem skal være ansvarlig for kommunikasjonen? • Til sist, men ikke minst; hvorfor skal vi kommunisere – hva ønsker vi å oppnå? 			

En kommunikasjonsplan må etableres og iverksettes i mobiliseringsfasen. Ansvar for informasjon og kommunikasjon må plasseres og delegering av oppgaver må følges opp.

5.3.3 Organisering av videre prosjekt

Videre prosjekt foreslås gjennomført i en kombinasjon av fellesprosjekter og gjennomføring i linjeorganisasjonene i hvert HF, med samme organisering av styringsgruppe som i Fase 1 (Mulighetsstudien).



Formalisering av videre prosjektorganisering foreslås gjennomført snarest mulig gjennom vedtak i Helse Nord RHF og de enkelte HF.