



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Onsdag, 10 februar 2016 kl. 09:00

Møtested

UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
Dato: 10.2.2016
Tid: 9:00

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 26010 eller til Nina.Ostli.Johansen@unn.no
Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget

ST 3/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 3/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 4/2016	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 16.12.2015 og 27.1.2016
ST 5/2016	Kvalitets- og virksomhetsrapport for desember 2015
ST 6/2016	Revisjon og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helse (PH)
ST 7/2016	Status i planlegging av Vardesenter og LMS
ST 8/2016	Oppsummering av styresaker 2015
ST 9/2016	Evalueringsrapport av styrets arbeid
ST 10/2016	Oppdragsdokument 2016
ST 11/2016	Styrets dialogavtale med direktøren
ST 12/2016	Fastsetting av direktørens lønn
ST 13/2016	Orienteringssaker <i>Skriftlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none">1. Informasjonssikkerhet ved UNN - <i>unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13, jf. Fvl. § 13.</i>2. Innsatsstyrt finansiering (ISF) – avregning 2014 <i>Muntlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none">3. Endringer ISF 20164. Domsavsigelse vedrørende anskaffelse av leielokaler for ambulansesvirkomhet5. Utvidet revisjon av utbyggingsprosjektene 20166. Protonsenter – konseptfaseutredning7. Svar på søknad om investering i SPECT/CT-skanner8. Alvorlig hendelse ved UNN - <i>unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.</i>
ST 14/2016	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 7.12.20152. Brev fra Helse Nord RHF, vedrørende <i>Svar på søknad om investering i SPECT/CT-scanner</i>, datert 14.12.20153. Brev fra Fylkesmannen i Troms, vedrørende <i>Anmodning om opplysninger – utskrivningsklare pasienter</i> ved UNN, datert 6.1.20164. Referat fra møte mellom Nord-Troms-kommunene, Helse Nord RHF og UNN, datert 8.1.20165. Brev fra arbeidstilsynet vedrørende Røntgenavdelingen, Diagnostisk klinikk, datert 11.1.2016 - <i>unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13, jf. Fvl. § 13.</i>6. Melding fra Helse Nord RHF om at Hanne Iversen er innvilget fritak fra styrevervet ved UNN, datert 11.1.20167. Protokoll fra foretaksmøtet mellom HOD og Helse Nord RHF om Oppdragsdokument 2016, datert 12.1.20168. Felles høringsvar fra UNN og Helsefak - Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020, datert 19.1.20169. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 26.1.201610. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten 26.1.201611. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte 26.1.201612. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 27.1.201613. Nye vedtekter for UNN – besluttet av foretaksmøte 3.2.201614. Signert protokoll fra foretaksmøte UNN 3.2.2016
ST 15/2016	Eventuelt



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
4/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.02.2016
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 16.12.2015 og 27.1.2016

Innstilling til vedtak

Styre ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 16.12.2015 og 27.1.2016.

Tromsø, 29.1.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg;

1. Møteprotokoll fra styremøtet 16.12.2015
2. Møteprotokoll fra styremøtet 27.1.2016.



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1 - 707
 Dato: 16.12.2015
 Tid: 9:00-14.45

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder av Brukerutvalget</i>
Forfall:		
Hanne CS Iversen		<i>Meldt forfall</i>

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Arthur Revhaug	klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Bjørn Yngvar Nordvåg	klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Elin Gullhav	klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Eva-Hanne Hansen	klinikkssjef Operasjons- og intensivklinikken
Gry Andersen	klinikkssjef Diagnostisk klinikk
Jon Mathisen	klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken
Magnus Hald	klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken
Markus Rumpsfeld	klinikkssjef Medisinsk klinikk
Einar Bugge	fag- og forskningssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Susann Bäckström	senterleder NST
Grethe Andersen	økonomisjef
Leif Hovden	administrasjonssjef

ST 89/2015 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.12.2015

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 16.12.15 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i kursiv). Styret deltar på lanseringsmarkering av Pasientens behandlingsvalg kl 10.30-11.30.

Saksnr.	Innhold
ST 89/2015	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 90/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 11.11.2015
ST 91/2015	Kvalitets- og virksomhetsrapport pr.okt.2015
ST 92/2015	Tilsynsrapport
ST 93/2015	Konsernbestemmelser for investeringer i Helse Nord – oppdatering
ST 94/2015	Virksomhetsplan 2016
ST 95/2015	Suppleringsvalg til Brukerutvalget
ST 96/2015	Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer

1. Etablering av felles journal mellom helseforetakene i Helse Nord – orientering til helseforetakenes egne styrer

Muntlige orienteringer

2. Pasienthistorie
3. Tre alvorlige hendelser ved UNN - *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. hpl. § 21 jf. 23.*
4. Kontraktavslutning - *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 23 – tredje ledd, jf. fvl. § 13.2*
5. Oppfølging av tidligere styresak 27/2015 – *ikke unntatt offentlighet som bebudet*
6. *To tjenestetilbud fra Pasientreiser*
 - *Drosjetilbudet for Midt-Troms*
 - *Hurtigbåttilbudet*

ST 97/2015	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Brev fra Helse – og omsorgsdepartementet, vedrørende Problemstillinger i forbindelse med anvendelse av helselovgivningen på Svalbard, datert 18.11.20152. Protokoll fra styremøte i Helse Nord RHF 25.11.20153. Brev fra pasient vedrørende nedlegging av Aktivitetssenteret UNN Åsgård, datert 27.11.20154. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 30.11.20155. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten 1.12.20156. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 2.12.20157. Referat fra Brukerutvalget 2.12.20158. <i>Brev til Helse Nord RHF om utskrivningsklare pasienter</i>
------------	---

ST 98/2015	Eventuelt
------------	-----------

ST 90/2015 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 11.11.2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 11.11.2015

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 11.11.2015.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 11.11.2015.

ST 91/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport pr. okt. 2015

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 16.12.2015

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for oktober 2015 til orientering.
2. Styret godkjenner 13 søknader på til sammen 11,3 mill kr for investering i medisinteknisk utstyr.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for oktober 2015 til orientering.
2. Styret godkjenner 13 søknader på til sammen 11,3 mill kr for investering i medisinteknisk utstyr.

ST 92/2015 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 16.12.2015

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 15.9. til og med 16.11. 2015 til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 15.9. til og med 16.11. 2015 til etterretning.

ST 93/2015 Konsernbestemmelser for investeringer i Helse Nord - oppdatering

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 16.12.2015

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar oppdateringen av konsernbestemmelsene i Helse Nord til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar oppdateringen av konsernbestemmelsene i Helse Nord til etterretning.

ST 94/2015 Virksomhetsplan 2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 16.12.2015

Direktørens *endrete* innstilling til vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen for 2016 med tilhørende budsjett og omstillingstiltak, risikovurdert og vektet til 167,3 mill kr.

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2014	Justert budsjett 2015	Prognose 2015	Budsjett 2016	Endring budsjett 2015-2016
Basisramme	4 250	4 922	4 922	5 093	171
Kvalitetsbasert finansiering	29	36	36	32	-4
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	998	1 282	1 308	1 362	80
ISF av legemidler utenfor sykehus	48	62	46	47	-15
Gjestepasientinntekter	28	29	36	37	8
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rønt)	192	208	209	220	12
Utskrivningsklare pasienter	21	12	16	12	0
Inntekter "raskere tilbake"	21	14	22	22	7
Andre øremerkede tilskudd	223	338	219	338	0
Andre driftsinntekter	317	319	331	333	13
Sum driftsinntekter	6 359	7 222	7 145	7 494	273
Kjøp av offentlige helsetjenester	209	187	202	206	19
Kjøp av private helsetjenester	57	69	63	71	2
Varekostnader knyttet til aktivitet	697	690	733	832	141
Innleid arbeidskraft	60	41	33	34	-7
Lønn til fast ansatte	3 248	3 670	3 433	3 644	-26
Overtid og ekstrahjelp	282	156	276	160	4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	-158	984	985	1 012	28
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-232	-234	-261	-261	-27
Annen lønnskostnad	313	290	303	297	8
Avskrivninger	246	257	257	262	5
Nedskrivninger	0	0	0	0	0
Andre driftskostnader	1 035	1 067	1 072	1 166	99
Sum driftskostnader	5 757	7 178	7 097	7 423	246
Driftsresultat	602	44	48	71	27
Finansinntekter	15	2	13	21	20
Finanskostnader	1	6	1	2	-4
Finansresultat	13	-4	12	19	23
Ordinært resultat	615	40	60	90	50

2. Styret er tilfreds med at den etablerte detaljeringsgraden og kvaliteten i virksomhetsplanleggingen er videreført i virksomhetsplan 2016, og at den inkluderer sterkere sammenheng mellom aktivitets- og bemanningsplaner, plantall for månedsverk og budsjett.
3. Styret *konstaterer* at UNNs handlingsrom er disponert i tråd med satsningsområder og prioriterte utviklingsområder i strategisk utviklingsplan, og at disposisjonene bidrar til moderat risiko i UNNs totale budsjett for 2016.
4. Styret *viser til* at den økonomiske resultatutviklingen i 2015 er stabilisert og under kontroll. Dette, sammen med moderat risiko i budsjett 2016, gjør at styret opphever vedtak om sterke begrensninger i innkjøp og ansettelser fra styresak 31/2014 Kvalitets- og virksomhetsrapport for mars 2014. Styret presiserer viktigheten av god økonomistyring i alle deler av foretaket.
5. Styret vedtar investeringsplanen for *utstyr med mer for 2016* slik den foreligger i saksutredningens *tabell 14*, og gir direktøren fullmakt til å gjøre interne omprioriteringer innenfor disponibel investeringsramme. Styret ber administrerende direktør oversende forslag til endret periodisering av investeringsramme til A-fløy og PET senter til Helse Nord RHF for godkjenning.
6. Styret *viser til orientering i sak 91/2015 om at prognosen for regnskapsmessig resultat i 2015 tilsier større overskudd enn budsjettet*, og ber om at direktøren i forbindelse med årsavslutningen fremmer forslag om prosess mellom UNN og Helse Nord RHF for å avklare hvordan dette påvirker handlingsrommet for investeringer.

7. Styret er tilfreds med at arbeid med langtidsplan nå er igangsatt, og ber om å bli orientert om arbeidet i løpet av våren 2016.

Mai-Britt Martinsen foreslo følgende tilleggspunkt til den endrete innstillingen:

Styret er opptatt av hva neste års omstillinger vil gjøre med de ansatte og deres fag- og arbeidsmiljø. Det forventes gode og inkluderende prosesser. Styret ber om fortløpende orientering om utfordringer i klinikker/ sentre.

Styreleder tok saken opp til punktvis avstemming.

Alle punkter ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen for 2016 med tilhørende budsjett og omstillingstiltak, risikovurdert og vektet til 167,3 mill kr.

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2014	Justert budsjett 2015	Prognose 2015	Budsjett 2016	Endring budsjett 2015-2016
Basisramme	4 250	4 922	4 922	5 093	171
Kvalitetsbasert finansiering	29	36	36	32	-4
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	998	1 282	1 308	1 362	80
ISF av legemidler utenfor sykehus	48	62	46	47	-15
Gjestepasientinntekter	28	29	36	37	8
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rønt)	192	208	209	220	12
Utskrivningsklare pasienter	21	12	16	12	0
Inntekter "raskere tilbake"	21	14	22	22	7
Andre øremerkede tilskudd	223	338	219	338	0
Andre driftsinntekter	317	319	331	333	13
Sum driftsinntekter	6 359	7 222	7 145	7 494	273
Kjøp av offentlige helsetjenester	209	187	202	206	19
Kjøp av private helsetjenester	57	69	63	71	2
Varekostnader knyttet til aktivitet	697	690	733	832	141
Innleid arbeidskraft	60	41	33	34	-7
Lønn til fast ansatte	3 248	3 670	3 433	3 644	-26
Overtid og ekstrahjelp	282	156	276	160	4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	-158	984	985	1 012	28
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-232	-234	-261	-261	-27
Annen lønnskostnad	313	290	303	297	8
Avskrivninger	246	257	257	262	5
Nedskrivninger	0	0	0	0	0
Andre driftskostnader	1 035	1 067	1 072	1 166	99
Sum driftskostnader	5 757	7 178	7 097	7 423	246
Driftsresultat	602	44	48	71	27
Finansinntekter	15	2	13	21	20
Finanskostnader	1	6	1	2	-4
Finansresultat	13	-4	12	19	23
Ordinært resultat	615	40	60	90	50

2. Styret er tilfreds med at den etablerte detaljeringsgraden og kvaliteten i virksomhetsplanleggingen er videreført i virksomhetsplan 2016, og at den inkluderer

sterkere sammenheng mellom aktivitets- og bemanningsplaner, plantall for månedsverk og budsjett.

3. Styret konstaterer at UNNs handlingsrom er disponert i tråd med satsningsområder og prioriterte utviklingsområder i strategisk utviklingsplan, og at disposisjonene bidrar til moderat risiko i UNNs totale budsjett for 2016.
4. Styret viser til at den økonomiske resultatutviklingen i 2015 er stabilisert og under kontroll. Dette, sammen med moderat risiko i budsjett 2016, gjør at styret opphever vedtak om sterke begrensninger i innkjøp og ansettelser fra styresak 31/2014 *Kvalitets- og virksomhetsrapport for mars 2014*. Styret presiserer viktigheten av god økonomistyring i alle deler av foretaket.
5. Styret vedtar investeringsplanen for utstyr med mer for 2016 slik den foreligger i saksutredningens tabell 14, og gir direktøren fullmakt til å gjøre interne omprioriteringer innenfor disponibel investeringsramme. Styret ber administrerende direktør oversende forslag til endret periodisering av investeringsramme til A-fløy og PET senter til Helse Nord RHF for godkjenning.
6. Styret viser til orientering i sak 91/2015 om at prognosen for regnskapsmessig resultat i 2015 tilsier større overskudd enn budsjettet, og ber om at direktøren i forbindelse med årsavslutningen fremmer forslag om prosess mellom UNN og Helse Nord RHF for å avklare hvordan dette påvirker handlingsrommet for investeringer.
7. Styret er tilfreds med at arbeid med langtidsplan nå er igangsatt, og ber om å bli orientert om arbeidet i løpet av våren 2016.
8. Styret er opptatt av hva neste års omstillinger vil gjøre med de ansatte og deres fag- og arbeidsmiljø. Det forventes gode og inkluderende prosesser. Styret ber om fortløpende orientering om utfordringer i klinikker/ sentre.

ST 95/2015 Suppleringsvalg til Brukerutvalget

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 16.12.2015

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner suppleringsvalg 2015 til UNNs brukerutvalg, og følgende representanter oppnevnes;

Laila Edvardsen, Tromsø, for Bjørg Molander som fast representant
Esben Haldorsen, Narvik, for Tone Tobiassen som fast representant
Margrethe Larsen, Harstad, for Obiajulu Odu som 1. vararepresentant

Enstemmig vedtatt.

Vedtatt:

Sak 4/2016 - vedlegg 1

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner suppleringsvalg 2015 til UNNs brukerutvalg, og følgende representanter oppnevnes;

Laila Edvardsen, Tromsø, for Bjørg Molander som fast representant
Esben Haldorsen, Narvik, for Tone Tobiassen som fast representant
Margrethe Larsen, Harstad, for Obiajulu Odu som 1. vararepresentant

ST 95/2015 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 16.12.2015

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene til orientering.

Skriftlig orientering

1. Etablering av felles journal mellom helseforetakene i Helse Nord – orientering til helseforetakenes styrer

Muntlige orienteringer

2. Pasienthistorie
3. Tre alvorlige hendelser ved UNN - unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. hpl. § 21 jf. 23.
4. Kontraktavslutning – unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 23 – tredje ledd, jf. fvl. § 13.2
5. Oppfølging av tidligere styresak 27/2015 (ikke unntatt offentlighet som bebudet).
6. To tjenestetilbud fra Pasientreiser
 - Drosjetilbudet for Midt-Troms
 - Hurtigbåttilbudet

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar orienteringssakene til orientering.

ST 97/2015 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 16.12.2015

1. Brev til Helse – og omsorgsdepartementet, vedrørende Problemstillinger i forbindelse med anvendelse av helselovgivningen på Svalbard, datert 18.11.2015
2. Protokoll fra styremøte i Helse Nord RHF, datert 25.11.2015

Sak 4/2016 - vedlegg 1

3. Brev fra pasient vedrørende nedlegging av Aktivitetssenteret UNN Åsgård, datert 27.11.2015
4. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 30.11.2015
5. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten, datert 1.12.2015
6. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 2.12.2015
7. Referat fra Brukerutvalget, datert 2.12.2015
8. Brev til Helse Nord RHF om utskrivningsklare pasienter, datert 4.12.2015

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar referatsakene til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar referatsakene til orientering.

ST 98/2015 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - 16.12.2015

Ingen saker.

Tromsø, 16. desember 2015

Jorhill Andreassen (s.)

styreleder



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1 – 707/ telefonkonferanse
 Dato: 27.1.2016
 Tid: 19:00-20:22

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Olav Helge Førde	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Erling Espeland	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	<i>Ankom/ påkøplet kl. 19.05</i>
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tom Sottinen	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder av Brukerutvalget</i>

Forfall:

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Gøril Bertheussen	stabssjef
Grethe Andersen	økonomisjef
Leif Hovden	administrasjonssjef
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef

ST 1/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 27.1.2016

Innstilling

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 27.1.2016.

Saksnr.	Innhold
ST 1/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 2/2016	Utvidelse av PET-senterprosjektet, utlysning av konkurranse som OPS

Mai-Britt Martinsen kom med følgende forslag:

Styremøtet utsettes til neste ordinære styremøte på grunn av for kort innkallingstid.

Innstillingen ble vedtatt mot tre stemmer.

Vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner innkalling og saksliste til styremøtet 27.1.2016.

ST 2/2016 Utvidelse av PET-senterprosjektet – utlysning av konkurranse som Offentlig og privat samarbeid (OPS)

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 27.1.2016

Innstilling

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at det utlyses konkurranse om Offentlig og privat samarbeid (OPS) på bygging av tre kontoretasjer på toppen av PET-senteret.
2. Vedtaket gjøres med forbehold om Helse Nord RHF-styrets godkjenning.

Innstillingen ble vedatt mot tre stemmer.

Vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at det utlyses konkurranse om Offentlig og privat samarbeid (OPS) på bygging av tre kontoretasjer på toppen av PET-senteret.
2. Vedtaket gjøres med forbehold om Helse Nord RHF-styrets godkjenning.

Tromsø, den 27.1.2016

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
5/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.2.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Thomas Krogh

Kvalitets- og virksomhetsrapport for desember 2015

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for desember 2015* til orientering.

Sammendrag

Denne rapporten viser at Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) samlet sett, innenfor kvalitetsområdet, oppfyller nasjonale mål for andel nye kreftpasienter i pakkeforløp samt andel behandlet, innen tidsfrist. Videre presenteres resultater fra innsatsområdet *Forebygging av fall* i Pasientsikkerhetsprogrammet.

Gjennomsnittlig ventetid ved utgangen av desember var 82 dager. Ved utgangen av desember hadde 251 pasienter ventet mer enn ett år på behandling, som er en betydelig nedgang sammenlignet med samme tid året før (-78 %). Antall fristbrudd ved månedsskiftet var 24, som representerer en reduksjon på 80 %. Antall pasienter på venteliste var ved utgangen av desember 12 399, en reduksjon på 27 %. Andel epikriser sendt ut innen sju dager var 71 % og 85 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern, mens andel strykninger fra planlagt operasjonsprogram var null i desember.

Bruken av pasienthotellet økte utover høsten og hadde uker med rundt 60 % belegg, men på grunn av lavdrift siste del av desember ble beleggsprosenten for den måneden separat 47 %.

For personalområdet viser saken at UNN hadde 6 379 årsverk i 2015. Dette er en økning på 18 årsverk sammenlignet med 2014. I tillegg ble det leid inn helsepersonell tilsvarende 23 årsverk. Sykefraværet i desember var 9,4 %, som er samme nivå som i 2014.

Foreløpig økonomisk resultat for 2015 viser et overskudd på 120 mill kr og et positivt budsjettavvik på 80 mill kr.

Gjennomføringsgraden for planlagte tiltak er på 65%. Det viser at organisasjonen fremdeles må ha fokus på kvalitetssikring av tiltakene som planlegges, for å oppnå økonomisk balanse i driftsøkonomien.

Direktøren oppsummerer med at UNN, samlet sett, i stor grad har lyktes med å etablere kreftpakkeforløpene som forutsatt, men at det likevel er et klart forbedringspotensial for flere kreftformer, og for flere av de ulike trinnene i pakkeforløpene. Direktøren er også fornøyd med at trenden tilknyttet færre fristbrudd og langtidsventende fortsetter. UNN er ved utgangen av 2015 i rute med hensyn til milepælsplanen som er satt for utviklingen de nærmeste månedene. Det er viktig at aktuelle tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet er implementert i alle aktuelle enheter, og at implementeringsgraden følges med kontinuerlige målinger.

Det er bekymringsfullt at antall utskrivningsklare pasienter fra Tromsø kommune øker. Helse Nord RHF og Fylkeslegen er informert om utviklingen, og sistnevnte har opprettet tilsynssak mot Tromsø kommune.

Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) presenterer resultater rundt helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetstallene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse-, miljø- og sikkerhet. Rapporten oversendes Helse Nord RHF hver måned, og er en viktig del av styringsdata både på foretaks- og konsernnivå.

Formål

Kvalitets- og virksomhetsrapporten skal gi nødvendig ledelsesinformasjon om status ved UNN i forhold til eiers krav samt interne satsningsområder.

Saksutredning

Kvalitet

Nasjonal målsetting er at minst 70 % av nye kreftpasienter skal utredes i pakkeforløp. Samlet sett overholder Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) denne målsettingen for kreftpasientene (78 %). For pasienter med brystkreft (89 %), tarmkreft (93 %), hode- og halskreft (88 %), lungekreft (88 %), samt lymfom (98 %) oppnås målsetningen. Siste rapportering fra Norsk Pasientregister (NPR) viser at UNN også for flere av de nyere pakkeforløpene, hvor pasientgrunlaget tidligere var veldig lite, oppfyller målsetningen. Herunder kreft i spiserør og magesekk (96 %) og føflekkreft (88 %). For pasienter med prostatakreft (37 %), nyrekreft (51 %), livmorkreft (57 %) og blærekreft (66 %) er målsettingen ennå ikke oppnådd, men tendensen er at en større andel inngår i pakkeforløp enn tidligere i år. Pasientgrunlaget for de øvrige pakkeforløpene er lite.

For den totale forløpstiden fra mottak av henvisning til start av første behandling, oppnås anbefalt forløpstid i de fleste pakkeforløpene (75 % samlet sett for UNN). For noen behandlingsalternativer er antall pasienter så lavt at resultatet målt i prosent ikke kan vektlegges vesentlig.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling fra venteliste i 2015, var 82 (median 52) dager. Dette er to dager mer enn for samme periode i 2014. Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 53 (median 38) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp

ventet 109 (median 71) dager. Antall pasienter på venteliste ved utgangen av året var 12 399, som er en nedgang på 4 667 (-27 %) fra året før.

Ventetiden for de som fortsatt står på venteliste er 85 (median 52) dager. Dette er en reduksjon på 32 dager sammenlignet med samme tid i 2014 (-27 %).

Ved utgangen av desember var det 251 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Sammenlignet med utgangen av 2014 er dette en reduksjon på 898 pasienter (-78 %). Dette er på nivå med det som er angitt i milepælsplanen som ble fremlagt for styret i forbindelse med behandling av Kvalitets- og virksomhetsrapporten for september 2015.

Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i desember var 1 229, en nedgang på 78 (-6 %) fra i fjor. På årsbasis var det 15 713 ikke-møtt konsultasjoner i 2015. Dette er en nedgang fra årene før (17 507 i 2013 og 18 012 i 2014).

Antall fristbrudd ved utgangen av desember var 24, en reduksjon på 97 (-80 %) sammenlignet med samme tid i 2014. Dette er litt over mål i milepælsplanen for desember måned (15 fristbrudd). Gjennomgang av fristbruddene viser at en stor andel av dem sannsynligvis representerer feilregistreringer, og ikke er reelle fristbrudd.

Andelen epikriser sendt innen syv dager var i desember 71 % og 85 % for henholdsvis somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Gjennomsnittlig antall pasienter som lå på korridor per dag i desember var åtte, mens andelen strykninger av planlagte operasjoner var null.

Pasientsikkerhet

Fall er den vanligste årsaken til at eldre skader seg i og utenfor helseinstitusjoner og kan ha mange negative konsekvenser. I tillegg til brudd og hodeskader kan problemer som varig uførhet, frykt for å falle igjen og tap av selvstendighet være følgetilstander. Det er opprettet en tiltakspakke bestående av følgende tiltak:

1. Risikovurdering
2. Standardtiltak for alle pasienter med forhøyet fallrisiko
 - a. Legemiddelgjennomgang
 - b. Huskeliste for pasientrom
 - c. Tilsyn ved behov
 - d. Pasient – og pårørendeinformasjon
 - e. Opprettholde aktivitet og trening
3. Tverrfaglig utredning
4. Individuelt tilpassede tiltak
5. Overføring av informasjon om risikovurdering og tiltak

Tiltakspakken er per 1. desember implementert ved 11 sengeposter, startet opp ved ytterligere åtte og planlagt oppstart ved de to siste aktuelle sengepostene henholdsvis i februar og april i år.

Aktivitet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet hittil i år er høyere enn plan (+6 %). Dette skyldes høy poliklinisk aktivitet (7 % over plan). Antall døgnopphold (+2 %) og polikliniske dagbehandlinger (+4 %) er også høyere enn plan, mens innlagte dagopphold er på nivå med plan. DRG-aktiviteten er 1054 poeng over plan (+2 %) hittil i år.

Antall røntgenundersøkelser (+5 %) og laboratorieanalyser (+7 %) er høyere enn plan. Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne (+7 %) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (+2 %) ligger noe over plan, mens aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og unge (-2 %) er noe lavere enn plan.

Når aktiviteten vurderes opp mot fjoråret, er endringene gjennomgående mindre enn når aktiviteten vurderes mot årets plan.

Samlet for 2015 økte antall utskrivningsklare døgn innen somatisk virksomhet med 278 (+4 %), men økningen skjedde først og fremst siste tertial (+26 %). Innen psykisk helsevern var det en nedgang på 75 utskrivningsklare døgn (-2 %).

Bruk av pasienthotellet måles med to indikatorer. Den generelle beleggprosenten i desember (47 %) var lavere enn de foregående månedene. Dette skyldes lavdrift siste del av desember. Beleggprosenten er klart høyere i ukens fire første dager enn i helgene, noe som er forventet. Andel av liggedøgn på hotell var også lavere i desember (6,3 %) enn månedene før, men skyldes at innlagte heldøgns pasienter i jula stort sett utelukkende er øyeblikkelig hjelp pasienter som er mer overvåkings- og pleietrengende og i mindre grad kan legges på pasienthotell.

Nedgang i andel liggedøgn på hotell (for innlagte pasienter) er ikke nødvendigvis uttrykk for en negativ utvikling hvis det understøttes av dreining fra døgn til dag. Da vil det forventes at heldøgnpasienter i større grad trenger mer overvåking og pleie og skal ligge på ordinær sengepost. For å overvåke dette følges utviklingen i DRG-indeks og døgn- og dagaktivitet som indekserte verdier sammen med andel liggedøgn på pasienthotell.

Personal

Antall månedsverk i desember var 6 251. Dette gir et årsgjennomsnitt på 6 379, som er en økning på 18 årsverk sammenlignet med i 2014. I tillegg ble det leid inn 14,8 sykepleierårsverk og 7,9 legeårsverk fra byrå. Bruken av innleide sykepleiere er redusert (-64 %) sammenlignet med i 2014, mens bruken av innleide leger har økt (+5 %).

Sykefraværet i desember var 9,4 %. Dette er samme sykefraværprosent som for desember i 2014. UNN har som målsetting at sykefraværet ikke skal overstige 7,5 %. Nærværarbeid krever systematisk oppfølging over lang tid. UNN vil fortsatt ha fokus på oppfølging av enheter med sykefravær på over 7,5 %, og særskilt iverksette tiltak for tilrettelegging for gravide og forebygging av vold og trusler. Langtidsfraværet øker med 0,2 prosentpoeng, mens korttidsfraværet går ned tilsvarende. Sykefraværprosenten gjenspeiler at det i gjennomsnitt var 347 ansatte borte fra UNN hver dag i desember. Det var registrert 463 ansatte med sykemelding utover 16 dager, hvorav 204 (44,1 %) var graderte. Dette er lavere enn forrige måned hvor andelen var 47,4 %.

Økonomi

Driftsresultat

For 2015 er det et overskuddskrav på 40 mill kr. Foreløpig resultat for 2015 viser et overskudd på 120 mill kr og positivt budsjettavvik på 80 mill kr. Resultatforbedringen i desember skyldes i hovedsak to forhold: lavere lønnsoppgjør enn avsatt (+50 mill kr) og avregning av ISF for 2014 (+60 mill kr). Avregning av ISF-inntektene kommer årlig i desember påfølgende år og viser oversikt over ISF-inntekter fordelt på pasienter behandlet ved UNN og ISF-inntekter av pasienter behandlet ved andre sykehus (gjestepasienter). For pasienter behandlet ved eget foretak avdekket avregningen en feil i intern modell for inntektsberegningen for 2014. Feilen resulterte i at UNN har inntektsført 52 mill kr for lite i ISF inntekter i 2014.. (se *styresak*

1372016 Skriftlige orienteringssak 2; Innsatsstyrt finansiering (ISF) – avregning 2014 for ytterligere detaljer) I tillegg fikk UNN 8 mill kr fra avregningen for gjestepasienter 2014.

For 2015 viser driftsinntektene et overskudd på 57,7 mill kr i forhold til budsjett. De største avvikene er ISF (+83,5 mill kr) og andre driftsinntekter (+38,6 mill kr). Andre øremerkede tilskudd har et negativt avvik (-80,8 mill kr), men tilsvarende overskudd på kostnadssiden.

Driftskostnadene er samlet sett 3,8 mill kr lavere enn budsjettet. Kjøp av helsetjenester (-5,7 mill kr) og aktivitetsdrevne varekostnader (-51,1 mill kr) viser et merforbruk i forhold til budsjett. Lønnspostene har et positivt avvik (+85 mill kr) og andre driftskostnader et negativt avvik (-24,9 mill kr).

Finanspostene viser et avvik på +18,7 mill.

Gjennomføring av planlagte tiltak

I desember ble det realisert en økonomisk effekt på 16 mill kr. Akkumulert for 2015 er det beregnet en økonomisk effekt på 183 mill kr. Dette gir en gjennomføringsgrad på 65 %.

Investeringer

I desember ble bokført -24,3 mill kr på investeringer. Dette skyldes tilbakeføring av merverdiavgift for pasienthotellet på 52,4 mill kr. Totalt for 2015 ble det investert for 517,6 mill kr. For utstyr med mer er det for 2015 bokført investeringer for 100,8 mill kr av en investeringsramme på 100,9 mill kr. Per desember 2015 har UNN forpliktelser på 43,7 mill kr som vil påløpe i 2016.

UNN har per utgangen av desember 2015 en likviditet på 591 mill kr.

Kommunikasjon

Medieoppmerksomheten i desember var positiv blant annet fordi UNN promoterte utviklingsprosjekter som pasientens tilgang til elektronisk pasientjournal og Mine behandlingsvalg. Sykehuset i Harstad ble igjen kåret til landets mest populære sykehus for turnuskandidater, og var omtalt i flere av landsdelens mediebedrifter. Den nasjonale helse- og sykehusplanen fikk mye oppmerksomhet i lokalavisene, spesielt i Fremover.

Medvirkning

Saken var forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten 26.1. og Arbeidsmiljøutvalget 27.1.2016. Referat og protokoller fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 10.2.2016.

Brukerarbeidsutvalget er fortsatt ikke tilfreds med utviklingen av andelen inn i pakkeforløpet for prostatakreft, men var fornøyd med at UNN er godt i gang med pasientsikkerhets-satsingen mot fall. Videre etterspurte utvalget hva som gjøres for å redusere epikrisetallene, ettersom det fremgår av rapporten at virkning av eventuelle tiltak uteblir.

Samtidig uttrykte utvalget at det var urovekkende at utviklingen for korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter ikke er tilfredsstillende. I tillegg påpekte de på nytt sammenhengen mellom høyt sykefravær og kvalitet i pasientbehandlingen for enkelte deler av virksomheten, og etterlyste resultatene etter at tiltak for reduksjon av sykefravær er iverksatt.

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga sin tilslutning til at saken fremmes for styrets behandling med den innretning saken hadde i drøftingsmøte.

Arbeidsmiljøutvalget uttalte at de ser at det er spesielt viktig å følge opp tiltaksplaner for IA-arbeidet og annen sykefraværsoppfølging.

Vurdering

Antall utskrivningsklare pasienter økte utover høsten 2015 (+26 % siste tertial sammenlignet mot 2014). Dette gir utfordringer for UNN med effekter som større risiko for uønskede pasienthendelser, utsettelse av planlagte innleggelser, risiko for økte ventetider og fristbrudd. Helse Nord RHF og Fylkeslegen er informert om utviklingen, og sistnevnte har opprettet tilsynssak mot Tromsø kommune. Økningen i antall utskrivningsklare og er sammenfallende med en økning i antall pasienter på korridor høsten 2015, som også representerer en kvalitetsutfordring.

Det ble i Kvalitets- og virksomhetsrapporten for september presentert en milepælsplan for utvikling mot null fristbrudd og langtidsventende. Denne er vi nær ved å oppfylle. Antall fristbrudd har flere ganger i desember vært rundt målet på maks 15 fristbrudd og direktøren mener den fortsatt er realistisk å gjennomføre. Milepælsplanen foreslås derfor ikke endret. En gjennomgang viser at en vesentlig andel av de registrerte fristbrudd skyldes registreringsfeil, og at antall reelle fristbrudd ikke er høyere enn målet i milepælsplanen. Blant de hyppigste feil som gjøres er at frist dato settes lik dato for når henvisningen er mottatt, og at ventetiden ikke avsluttes i det pasientadministrative systemet når pasientene faktisk har møtt opp til time. Dette viser at det er nødvendig med fortsatt fokus på systematisk opplæring av alle som er involvert i de pasientadministrative prosessene.

Nedgangen i antall langtidsventende har stoppet noe opp i forbindelse med lavdriftsperioden rundt jul og nyttår. Direktøren forventer at enhetene nå gjenopptar arbeidet med å nå målet om null langtidsventende over 12 måneder.

Direktøren er fornøyd med at UNN totalt sett oppfyller nasjonale målsetninger for pakkeforløp krefte. Utviklingen det siste halvåret har vært at en stadig økende andel av nye pasienter inngår i pakkeforløp. Det samme gjelder andel fullførte pakkeforløp innen frist. For de av pakkeforløpene som ikke har oppfylt nasjonalt målsetning har det også vært positive tendenser i siste halvdel av 2015, og flere av disse har resultater over nasjonalt måltall for enkelt måneder sett separat. Direktøren konstaterer at det arbeides målrettet for å nå målene for flere pakkeforløp, og forventer derfor at resultatene for de første månedene i 2016 viser ytterligere bedring. Dette vil være et sentralt område for oppfølging også i 2016.

Sykefraværet er fortsatt høyere enn måltallet, og det er viktig at organisasjonen fortsetter å jobbe systematisk innenfor dette området. Handlingsplaner og tiltak må utarbeides i den enkelte enhet, og følges opp jevnlig.

Den økonomiske utviklingen er i tråd med prognosen, bortsett fra ekstraordinære inntekter fra ISF-avregningen. Avregningen resulterer i et høyere overskudd enn antatt, men direktøren presiserer at dette er en engangsinntekt for 2015 som ikke gir økt handlingsrom i 2016. Driften for 2016 må derfor følge vedtatt plan. Gjennomføringsgraden for planlagte tiltak i 2015 er på 65%. Det viser at organisasjonen fremdeles må ha fokus på kvalitetssikring av tiltakene som planlegges, for å oppnå økonomisk balanse i driftsøkonomien.

Sak 5/2016

Når endelig årsregnskap foreligger vil direktøren invitere styret til å oversende anmodning til Helse Nord RHF om å få disponere årets overskudd til investeringer inneværende år.

Tromsø, 3.2.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapporten for desember 2015

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

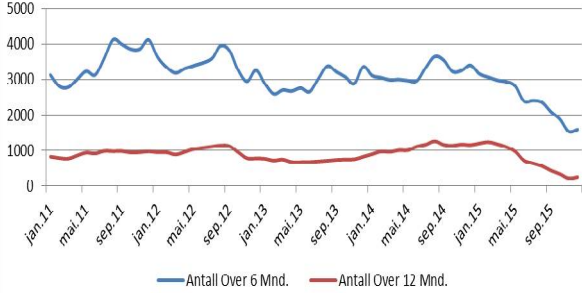
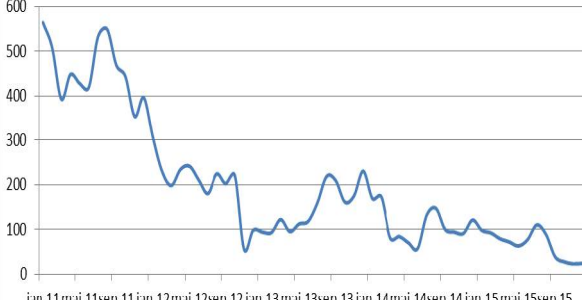
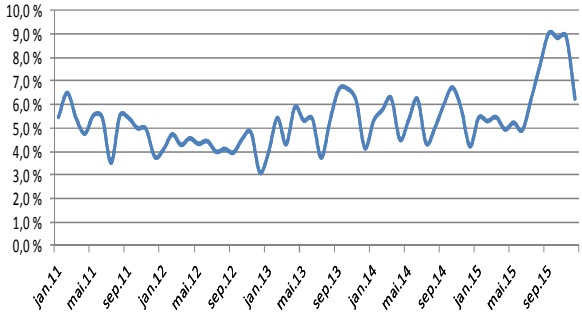
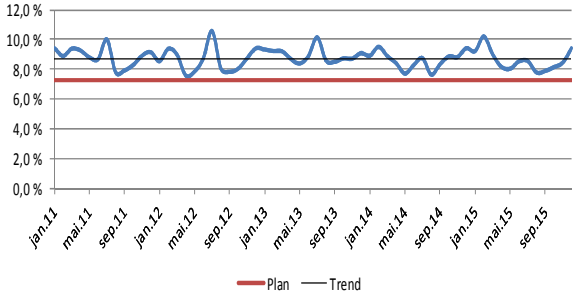
Desember 2015



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer UNN HF	3
Kvalitet	4
Pakkeforløp- kreftbehandling	4
Pasientsikkerhetsprogrammet	6
Ventelister	8
Ventetid	8
Fristbrudd	10
Korridorpasienter	13
Strykninger	13
Epikrisetid	14
Aktivitet	15
Somatisk virksomhet	15
Psykisk helsevern voksne	18
Psykisk helsevern barn og unge	19
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	19
Samhandling	20
Utskrivningsklare pasienter	20
Bruk av pasienthotell	22
Personal	24
Bemanning	24
Sykefravær	27
Kommunikasjon	29
Sykehuset i media	29
Økonomi	30
Resultat	30
Gjennomføring av tiltak	33
Likviditet	35
Investeringer	35
Byggeprosjekter	36

Hovedindikatorer UNN HF

<p>Antall langtidsventende ved utgangen av desember (ventet mer enn 12 måneder)</p> <p>251</p>	
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av desember</p> <p>24</p>	
<p>Bruk av pasienthotell (andel av alle liggedøgn)</p> <p>6,3 %</p>	
<p>Sykefravær</p> <p>9,4 %</p>	
<p>Pakkeforløp – kreft</p> <p>Andel i pakkeforløp 78 %</p> <p>Andel innenfor frist 75 %</p>	<p><i>Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp.</i></p> <p><i>Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling.</i></p>

Kvalitet

Pakkeforløp- kreftbehandling

UNN har fokus på to kreftpakkeforløpsindikatorer. Det er andel i pakkeforløp og andel innenfor frist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

Tabell 1 Nye kreftpasienter som inngår i et organspesifikt forløp per desember 2015

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	192	171	89	70
Hode- halskreft	35	31	88	70
Kronisk lymfatisk leukemi	2	1	50	70
Myelomatose	5	3	60	70
Akutt leukemi	2	1	50	70
Lymfom	50	49	98	70
Bukspyttkjertelkreft	11	11	100	70
Tykk- og endetarmskreft	155	145	93	70
Blærekreft	51	34	66	70
Nyrekreft	31	16	51	70
Prostatakreft	117	44	37	70
Peniskreft	1	1	100	70
Testikkelkreft	15	13	86	70
Livmorkreft	28	16	57	70
Eggstokkreft	22	11	50	70
Livmorhalskreft	19	13	68	70
Hjernekreft	13	7	53	70
Lungekreft	146	129	88	70
Kreft hos barn	3	3	100	70
Kreft i spiserør og magesekk	25	24	96	70
Primær leverkreft	3	3	100	70
Skjoldbruskkjertelkreft	4	0	0	70
Føflekkreft	34	30	88	70
Galleveiskreft	8	6	75	70
Totalt	972	762	78	

**Rødt* markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % i pakkeforløp.

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per desember 2015

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	152	118	77	21	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	23	22	95	13	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			15	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	36	31	86	16	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	3	75	17	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	21	14	66	27	28
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	8	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			3	
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	2	100	1	8
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	52	38	73	12	21
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	5	3	60	23	28
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	9	7	77	30	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	22	36
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	109	80	73	28	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4	1	25	37	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	28	22	78	27	39
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	32	26	81	23	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	3	3	100	19	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2	1	50	34	46
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	9	6	66	36	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	3	3	100	18	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	22	8	36	71	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	19	8	42	45	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	5	4	80	38	66
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	93	31
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	3	60	28	38
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	21	21	100	21	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	22	20	90	25	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	1	50	30	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	6	4	66	19	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	0	0	32	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	28	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	7	7	100	11	21
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	23	18	78	32	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	35	31	88	20	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	46	29	63	26	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	1	100	5	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	2	100	4	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	7	7	100	27	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	8	6	75	19	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	5	4	80	36	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	3	3	100	21	39
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	3	0	0	57	41
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	34	30	88	12	35
NEVROENDOKRINE SVULSTER	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	2	56
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	2	2	100	14	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	52	35	67	15	22

*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innen for standardforløpstid.

Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

Pasientsikkerhetsprogrammet

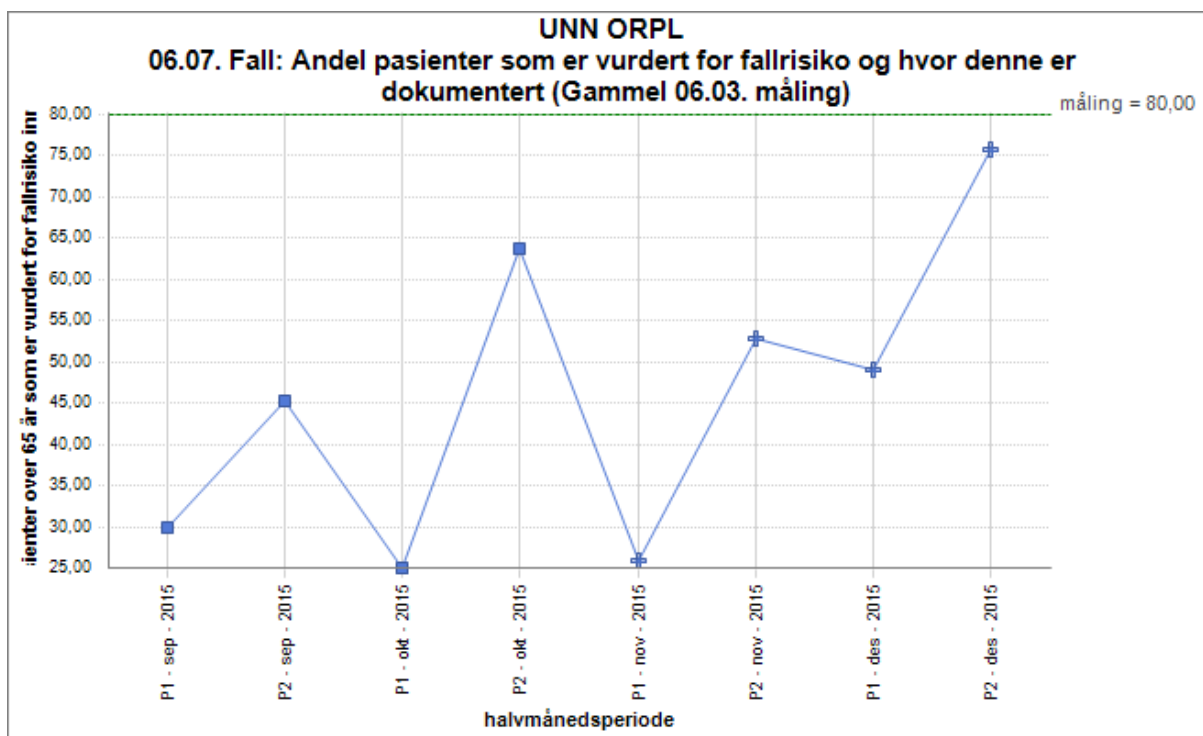
Fall er den vanligste årsaken til at eldre skader seg i og utenfor helseinstitusjoner. Fall kan ha mange negative konsekvenser for eldre mennesker. I tillegg til brudd og hodeskader kan problemer som varig uførhet, frykt for å falle igjen og tap av selvstendighet være følgetilstander.

Tiltakspakken består av følgende tiltak:

- 1: Risikovurdering
- 2: Standardtiltak for alle pasienter med forhøyet fallrisiko
 - Legemiddelgjennomgang
 - Huskeliste for pasientrom
 - Tilsyn ved behov
 - Pasient- og pårørendeinformasjon
 - Opprettholde aktivitet og trening
- 3: Tverrfaglig utredning
- 4: Individuelt tilpassede tiltak
- 5: Overføring av informasjon om risikovurdering og tiltak

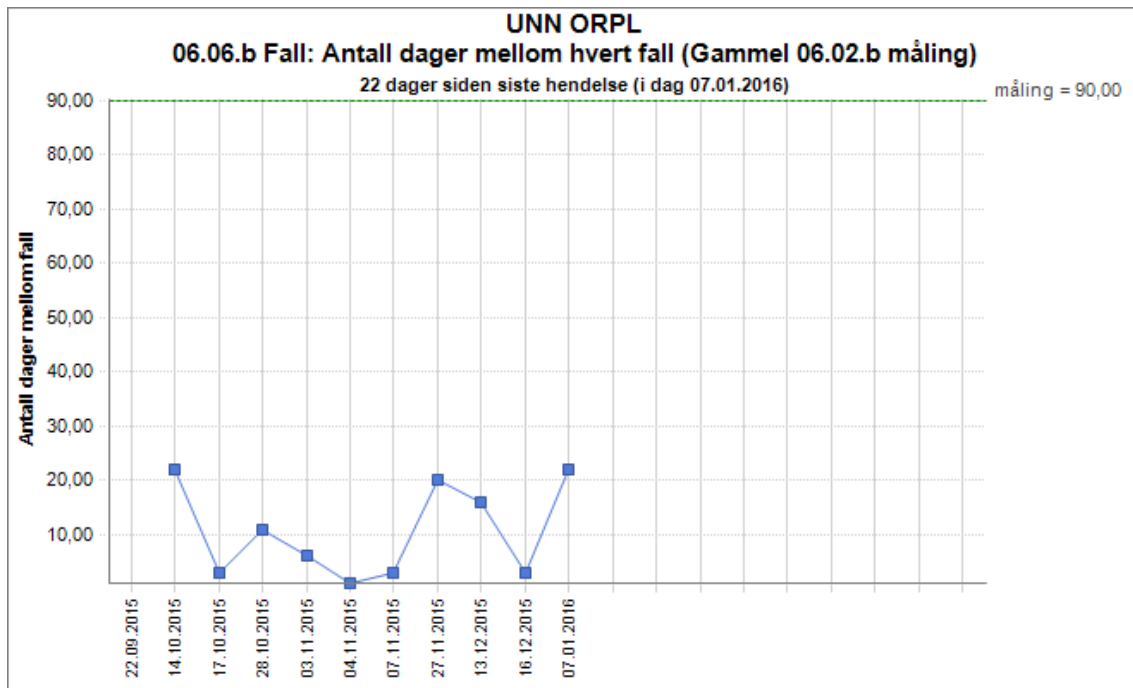
Tiltakspakken er pr. 1. desember helt implementert ved 11 sengeposter og startet opp ved åtte. To sengeposter er ikke startet, men har planlagt oppstart.

Figur 1 Andel pasienter som er vurdert for fallrisiko ved sengepost for opptopedi og plastikk-kirurgi



Målinger fra Extranet (Pasientsikkerhetsprogrammets nettsted for målinger).

Figur 2 Antall dager mello hvert fall ved sengepost for opртоpedi og plastikk-kirurgi



Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Pasienter på venteliste	16 503	17 066	12 399	-4 667	-27
...herav med rett til nødvendig helsehjelp	4 788	5 125	8 652	3 527	69
...herav uten rett til nødvendig helsehjelp	11 715	11 941	3 747	-8 194	-69
...herav med fristbrudd	230	121	24	-97	-80
...herav med ventetid over 365 dager	819	1 149	251	-898	-78
Gjennomsnittlig ventetid dager	112	117	85	-32	-27
Ikke møtt til planlagt avtale	1 256	1 307	1 229	-78	-6

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

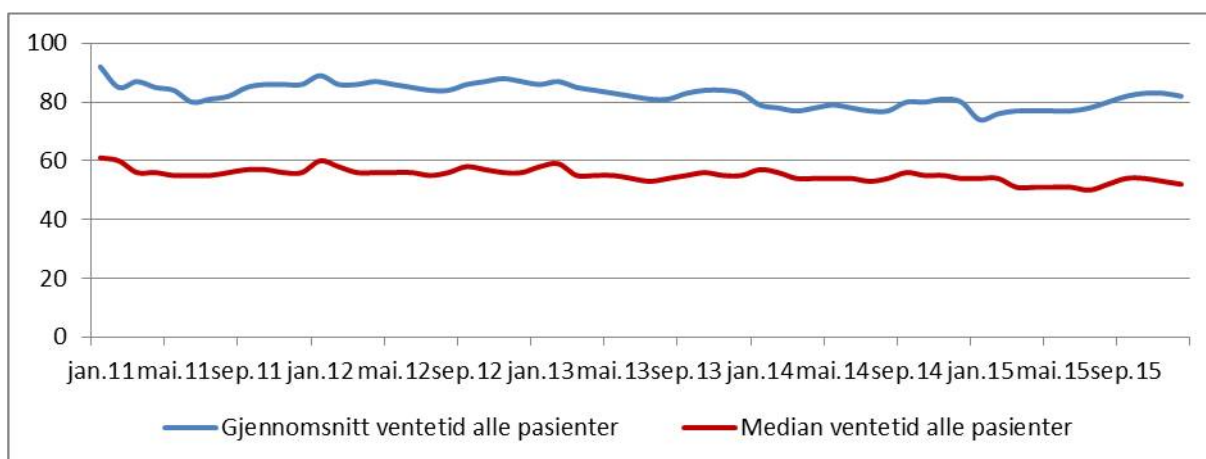
	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	51 110	52 028	53 315	1 287	2
...herav pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	23 023	23 165	26 418	3 253	14
...herav pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	28 087	28 863	26 897	-1 966	-7
...herav med fristbrudd	1 642	1 508	1 093	-415	-28
Andel med rett til nødvendig helsehjelp - avviklet ordinært	45	45	50	5	11

Ventetid

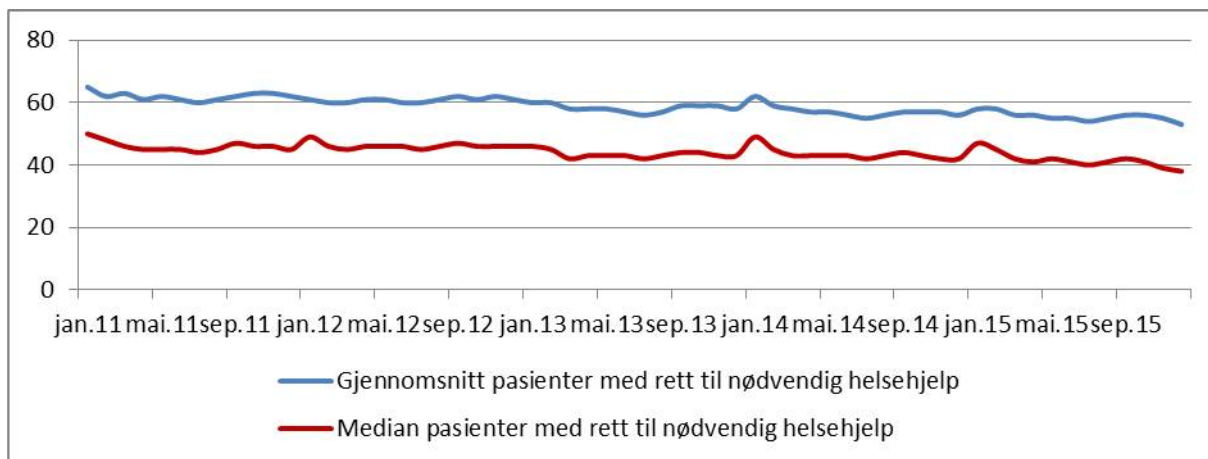
Tabell 5 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år

	2013	2014	2015	Endring 2014-2015	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	83	80	82	2	3
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	58	56	53	-3	-5
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	103	98	109	11	11
Median ventetid i dager	55	54	52	-2	-4
.....pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist	43	42	38	-4	-10
.....pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp	67	67	71	4	6

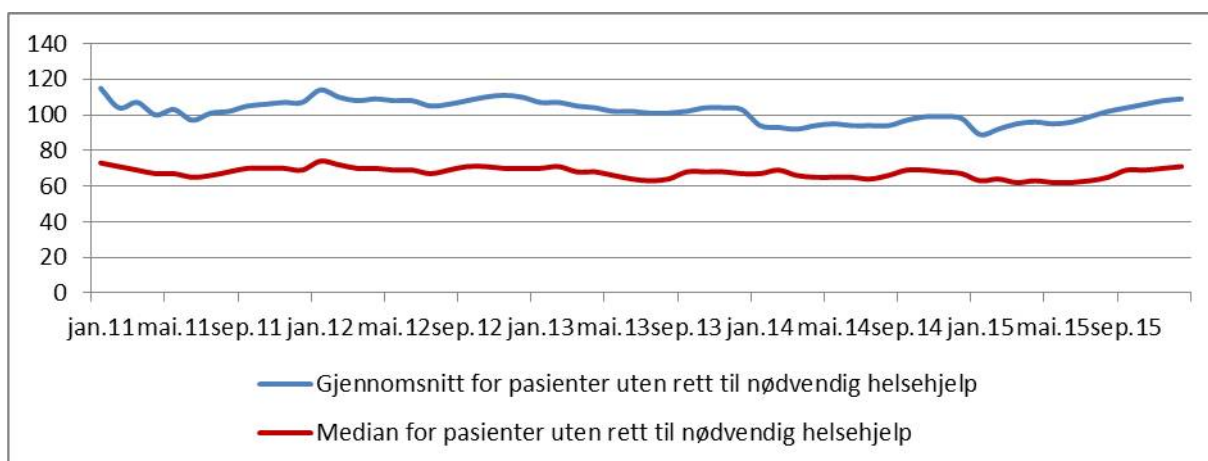
Figur 3 Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



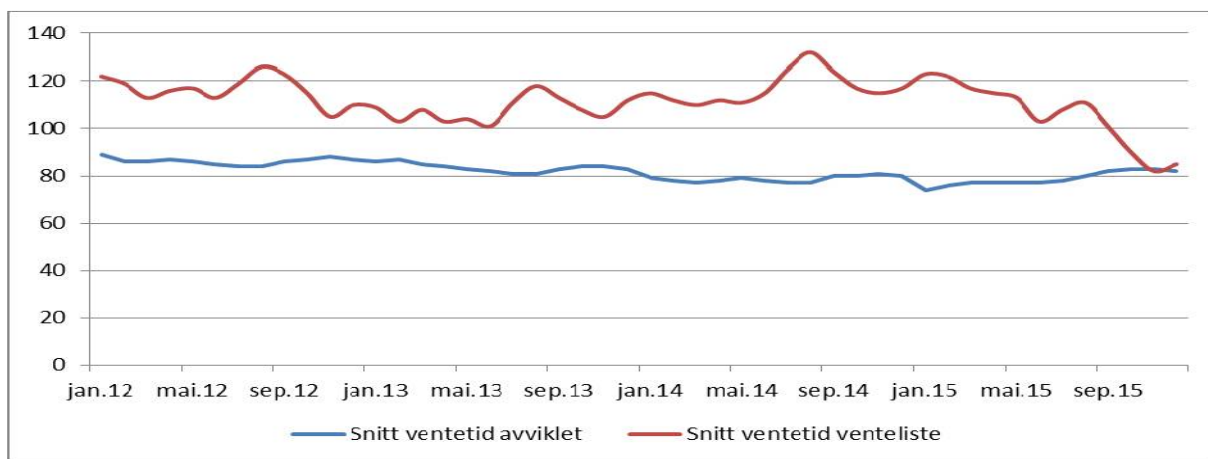
Figur 4 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter med rett til nødvendig helsehjelp



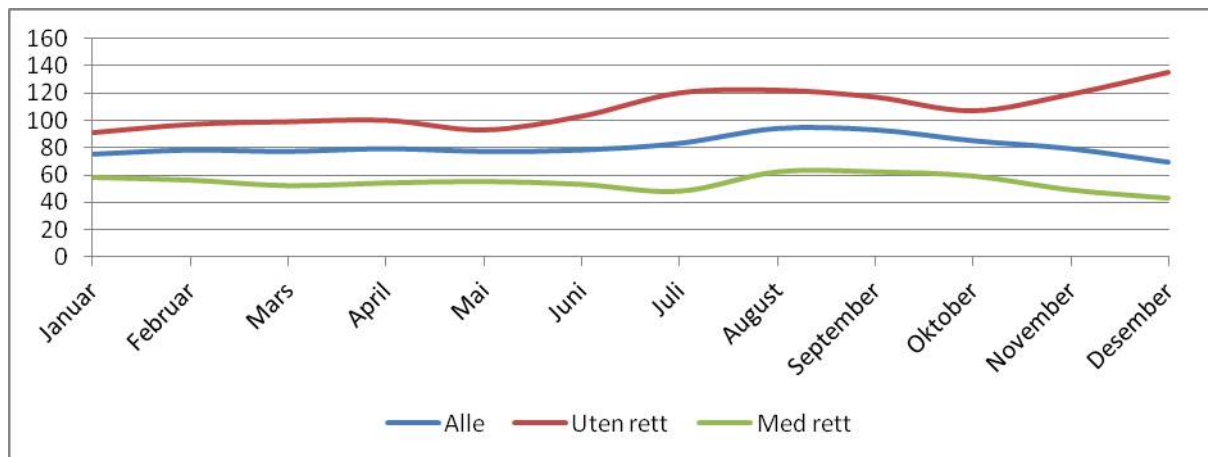
Figur 5 Trend gjennomsnitt og median ventetid; pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp



Figur 6 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste og ventetid for de som fortsatt står på venteliste

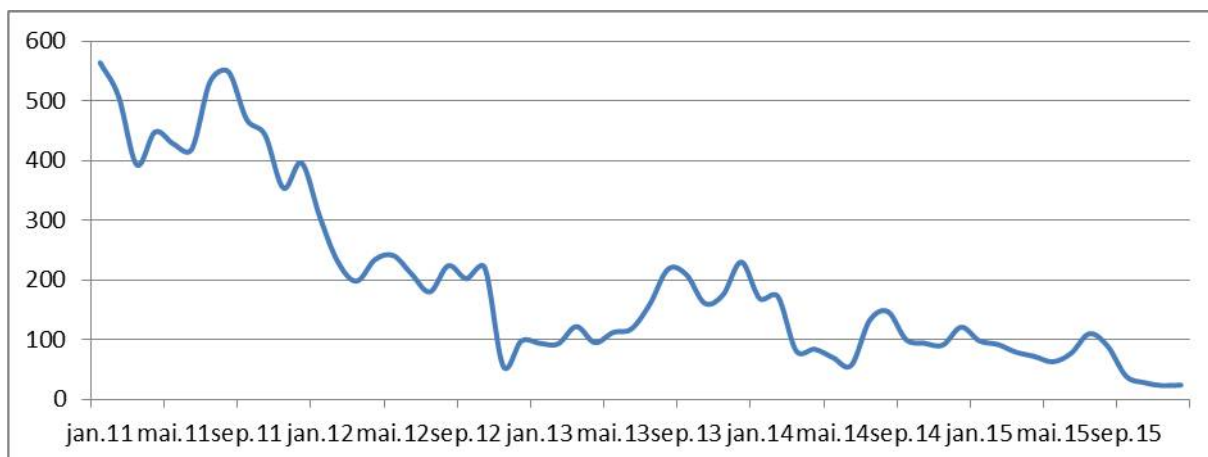


Figur 7 Utvikling i ventetid hittil i år for pasienter avviklet fra venteliste – måned for måned



Fristbrudd

Figur 8 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

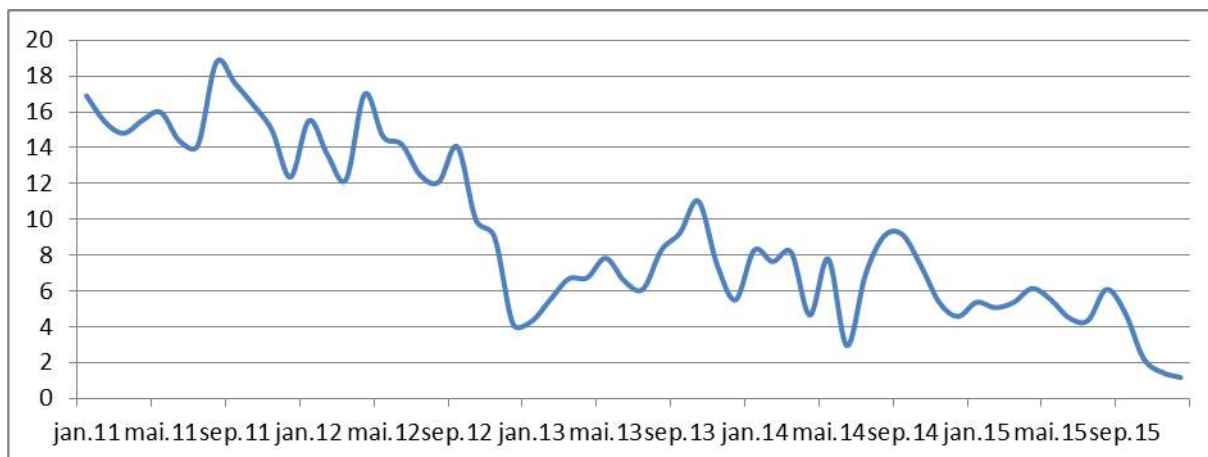


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av desember 2015

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall med rett til helsehjelp	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	1	418	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7	1 817	0
Hjerte- og lungeklinikken	2	646	0
Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	14	4 338	0
UNN	24	7 219	0

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

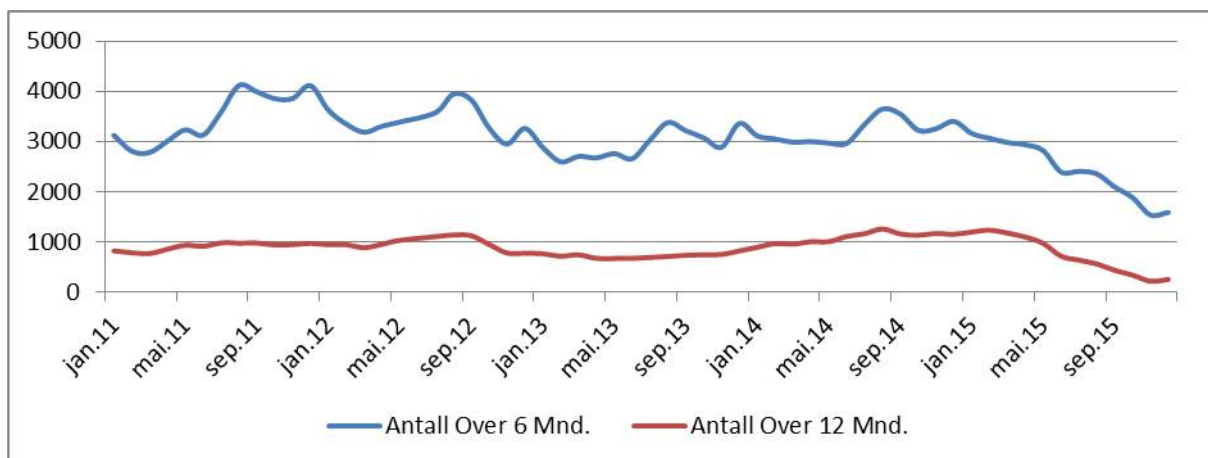
Figur 9 Prosent avviklet fristbrudd av pasienter med rett til prioritert helsehjelp på UNN foretaksnivå



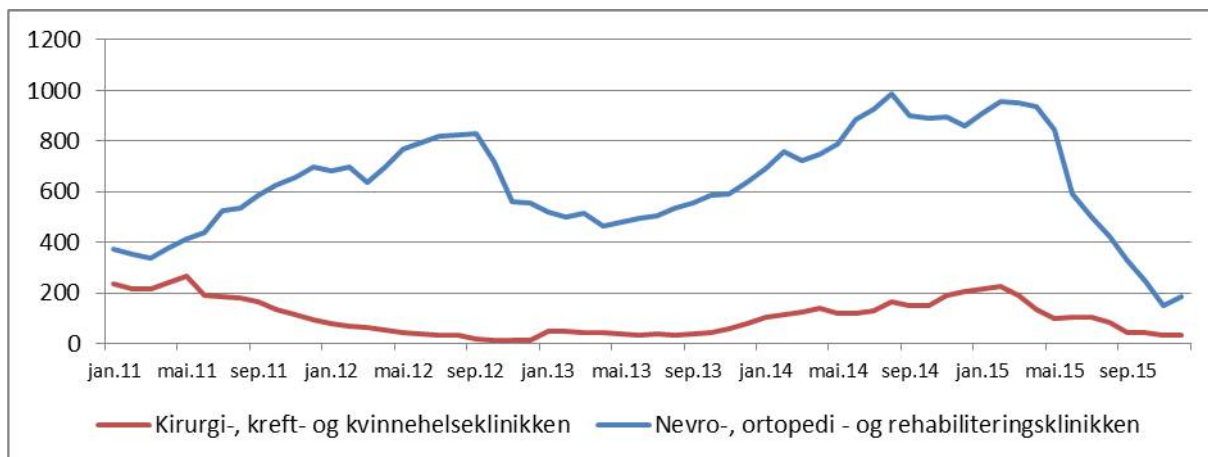
Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikk	nov.15	des.15
Barne- og ungdomsklinikken	0	0
Hjerte- og lungeklinikken	4	4
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	15	13
Medisinsk klinikk	1	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	21	14
Psykisk helse- og rusklinikken	2	1
UNN	43	32

Figur 10 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder



Figur 11 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk



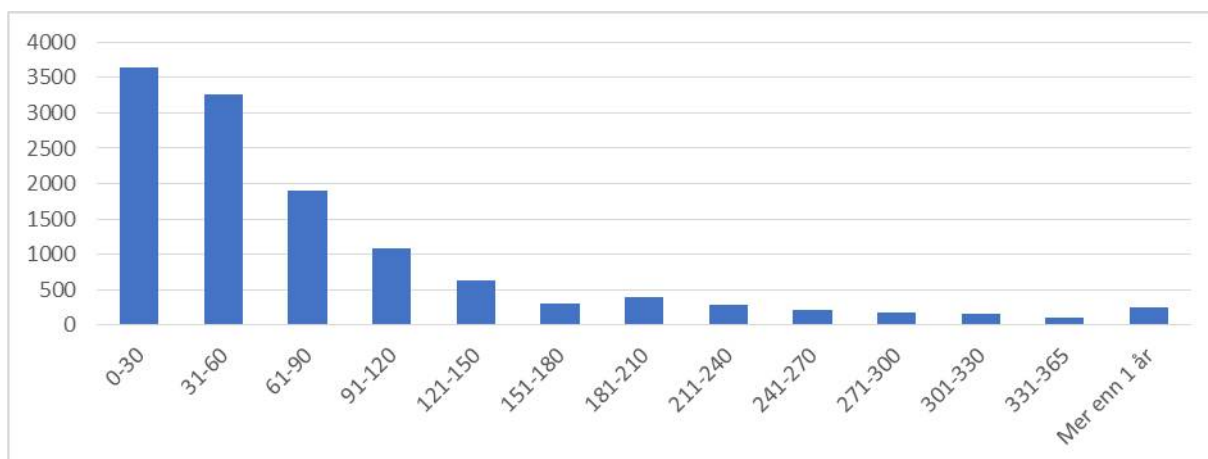
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

Tabell 8 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av desember 2015

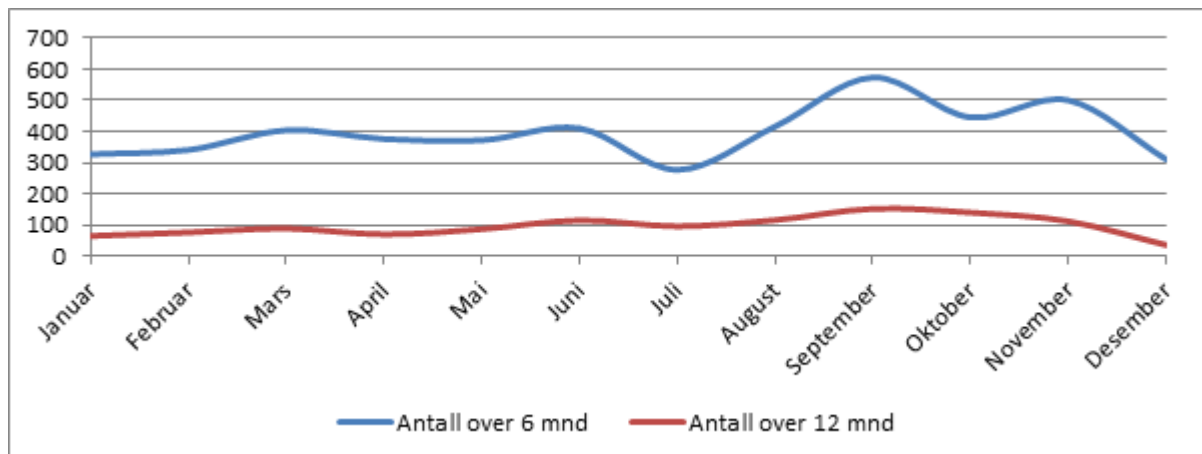
Klinikk	Antall langtidsventende	Andel langtidsventende (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	1	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	35	1
Medisinsk klinikk	13	1
Hjerte- og lungeklinikken	16	2
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	186	3
UNN	251	2

Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

Figur 12 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)

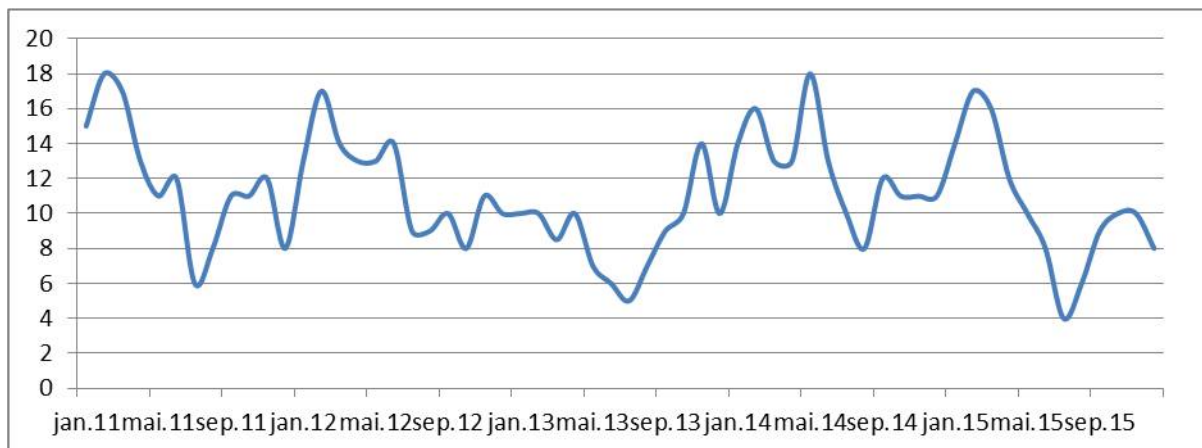


Figur 13 Utvikling i antall langtidsventende avviklet fra venteliste hittil i år – måned for måned



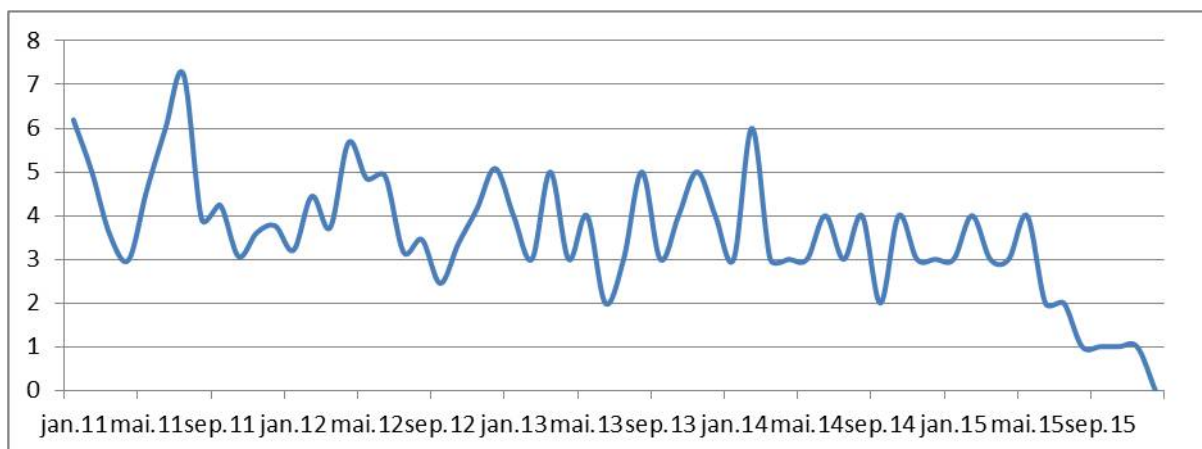
Korridorpasienter

Figur 14 Korridorpasienter– somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



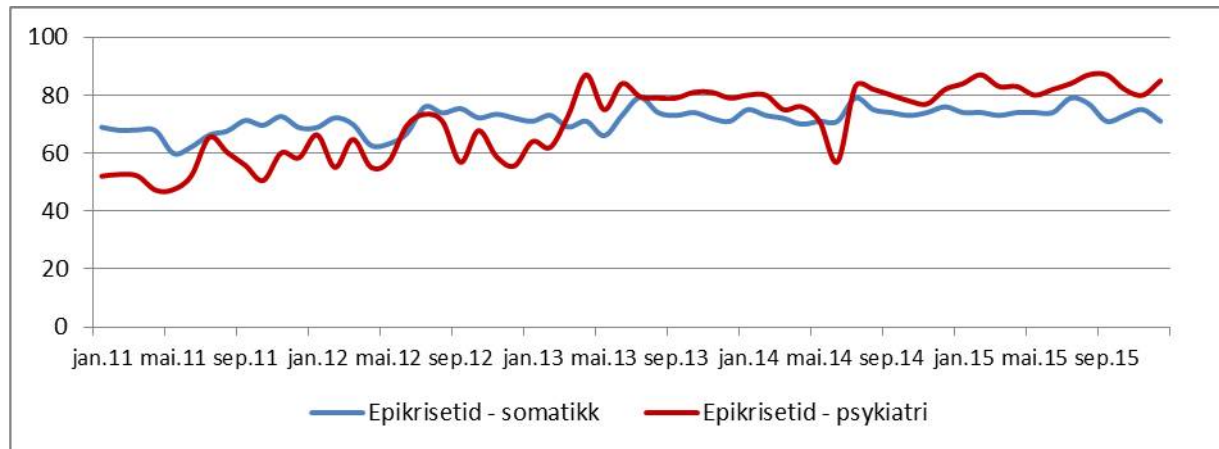
Strykninger

Figur 15 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



Epikrisetid

Figur 16 Epikriser - andel sendt innen syv dager



Aktivitet

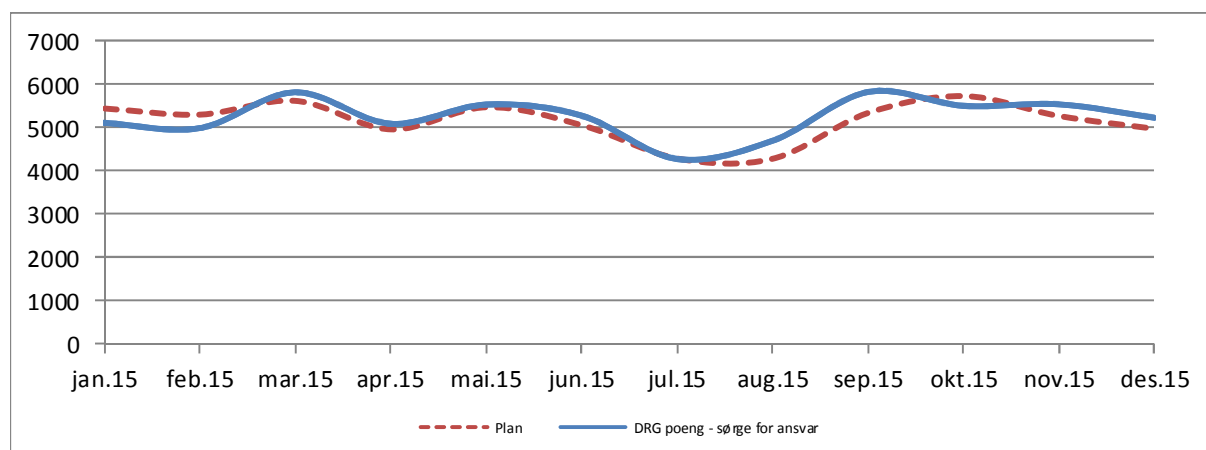
Tabell 9 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF	2013	2014	2015	Plantall 2015	Avvik fra 2014		Avvik fra plan 2015	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser heldøgn	39 929	39 704	39 773	39 000	69	0	773	2
Innlagte dagopphold	5 782	6 371	6 293	6 300	-78	-1	-7	0
Polikliniske dagbehandlinger	26 609	26 478	28 211	27 000	1 733	7	1 211	4
DRG poeng (2015 logikk)	61 291	62 721	62 965	61 911	244	0	1 054	2
Liggedager i perioden	164 846	163 959	164 768	164 000	809	0	768	0
Polikliniske konsultasjoner	244 529	247 453	252 532	236 000	5 079	2	16 532	7
Herav ISF	202 888	205 447	210 393	205 000	4 946	2	5 393	3
Kontrollandel poliklinikk	33 %	33 %	31 %	32 %				
Laboratorieanalyser	4 706 896	5 037 797	5 124 733	4 763 739	86 936	2	360 994	8
Røntgenundersøkelser	191 748	190 466	191 946	182 392	1 480	1	9 554	5
Fremmøte stråleterapi	16 936	13 045	14 423	13 068	1 378	11	1 355	10
Pasientkontakter	290 240	293 528	298 598	281 300	5 070	2	17 298	6
VOP								
Utskrivelser heldøgn	3 424	3 271	3 366	3 295	95	3	71	2
Liggedager i perioden	49 503	49 269	48 381	45 545	-888	-2	2 836	6
Polikliniske konsultasjoner	57 326	57 490	61 669	57 930	4 179	7	3 739	6
Pasientkontakter	60 750	60 761	65 035	61 225	4 274	7	3 810	6
BUP								
Utskrivelser heldøgn	175	214	182	245	-32	-15	-63	-26
Liggedager i perioden	2 549	2 999	3 017	2 810	18	1	207	7
Polikliniske konsultasjoner	24 515	24 736	24 109	24 615	-627	-3	-506	-2
Pasientkontakter	24 690	24 950	24 291	24 860	-659	-3	-569	-2
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)								
Utskrivelser heldøgn	632	668	719	633	51	8	86	14
Liggedager i perioden	21 105	20 761	20 819	21 244	58	0	-425	-2
Polikliniske konsultasjoner	9 980	10 902	11 834	11 315	932	9	519	5
Pasientkontakter	10 612	11 570	12 553	11 948	983	8	605	5

DRG poeng - sørge for ansvar (behandling av pasienter i UNNs opptaksområde, uansett behandlingssted).

Somatisk virksomhet

Figur 17 DRG poeng UNN 2015

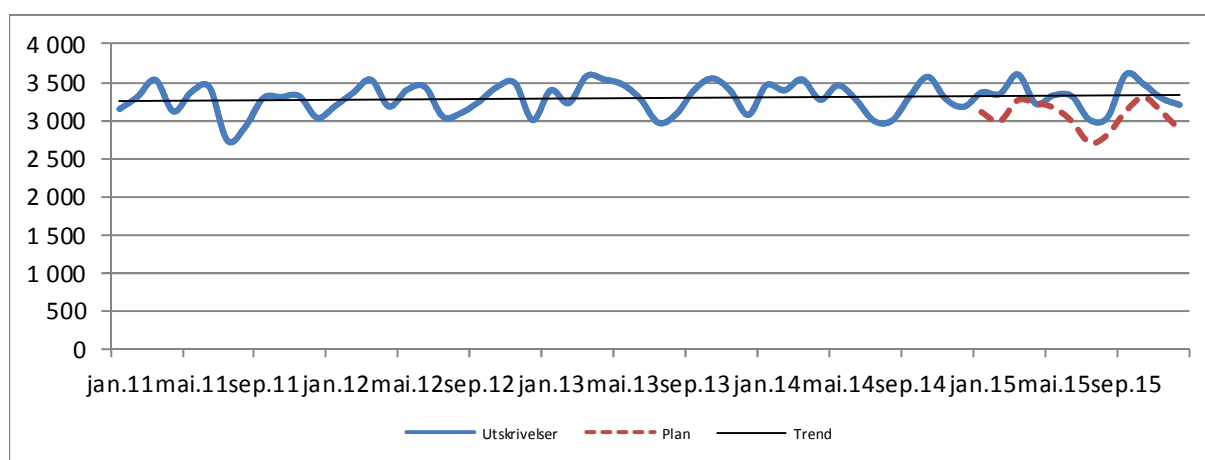


Tabell 10 DRG poeng hittil i år 2015 fordelt på klinikk

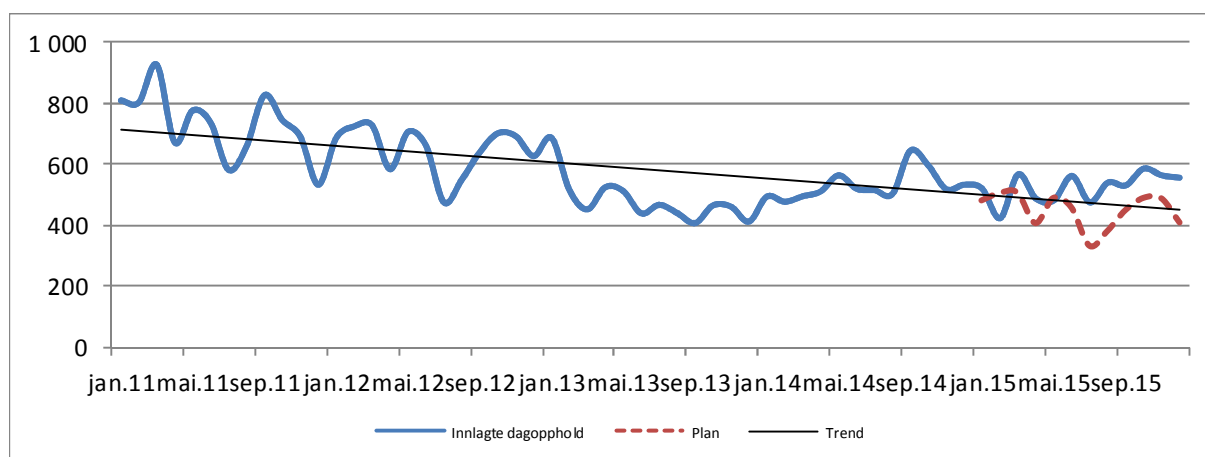
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 461	1 430	32
Barne- og ungdomsklinikken	2 870	2 954	-84
Hjerte- og lungeklinikken	10 662	10 386	276
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	16 823	15 960	863
Medisinsk klinikk	11 912	11 499	413
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	17 496	17 388	108
Operasjons- og intensivklinikken	378	362	16
Totalt	61 603	59 979	1 624

DRG poeng – egen produksjon.

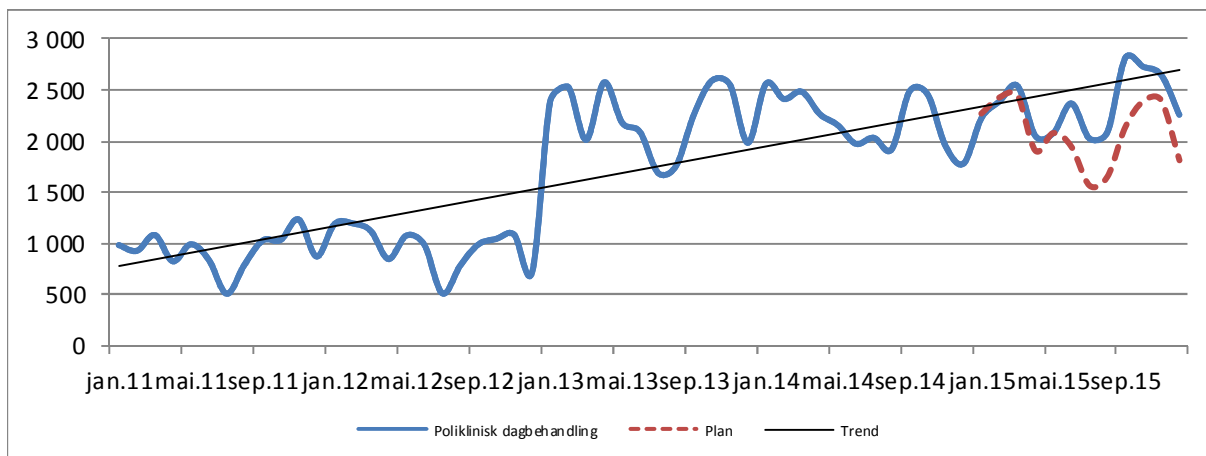
Figur 18 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



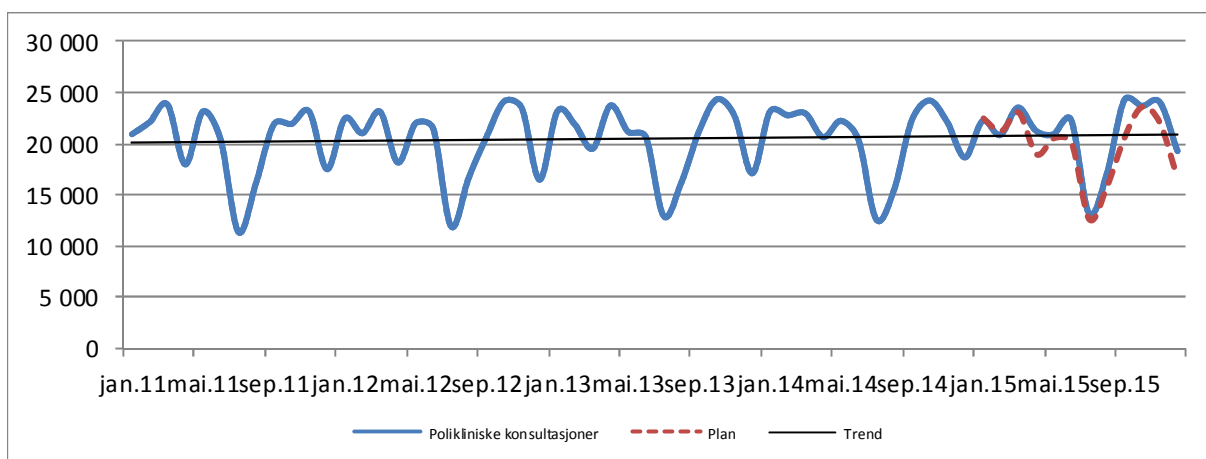
Figur 19 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



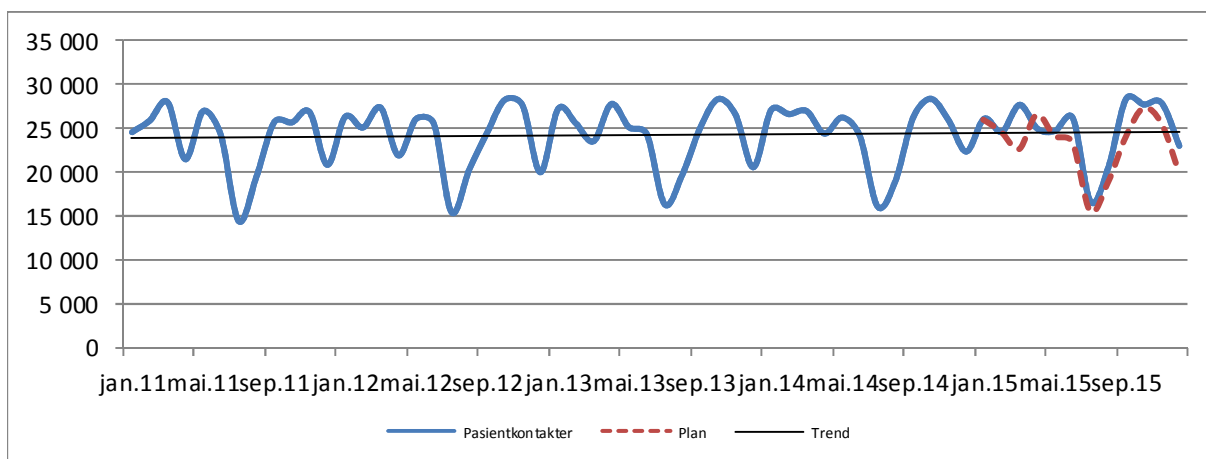
Figur 20 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



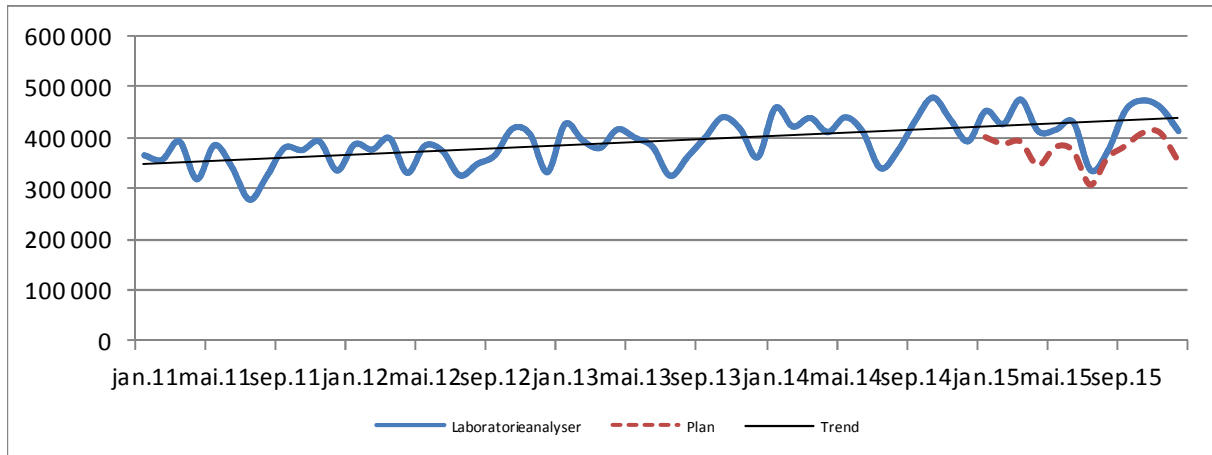
Figur 21 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



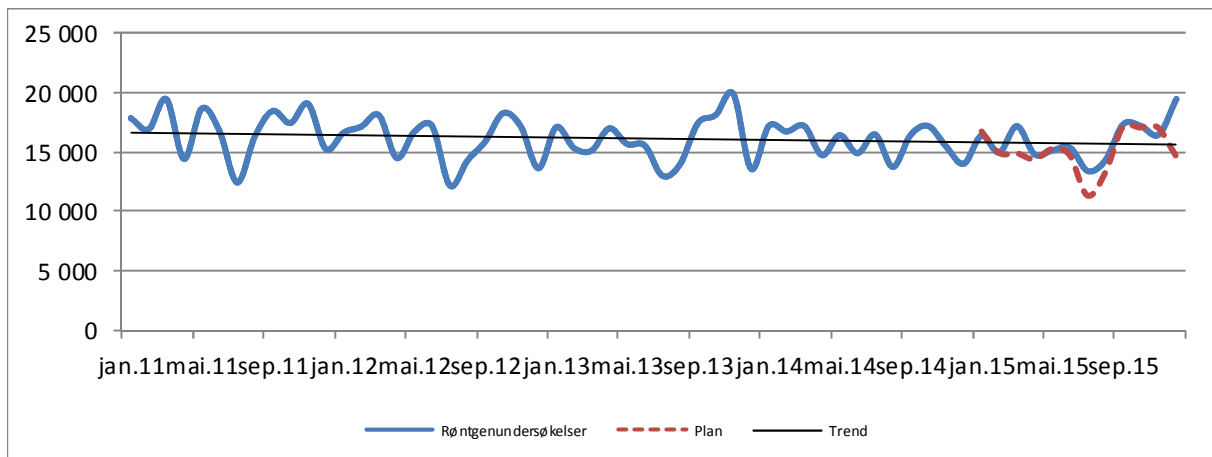
Figur 22 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 23 Laboratorieanalyser

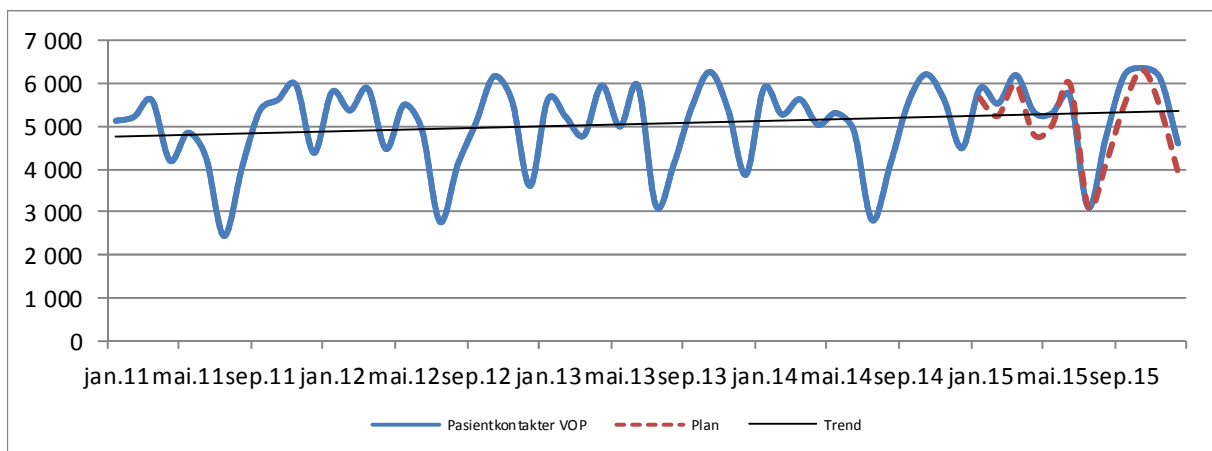


Figur 24 Røntgenundersøkelser



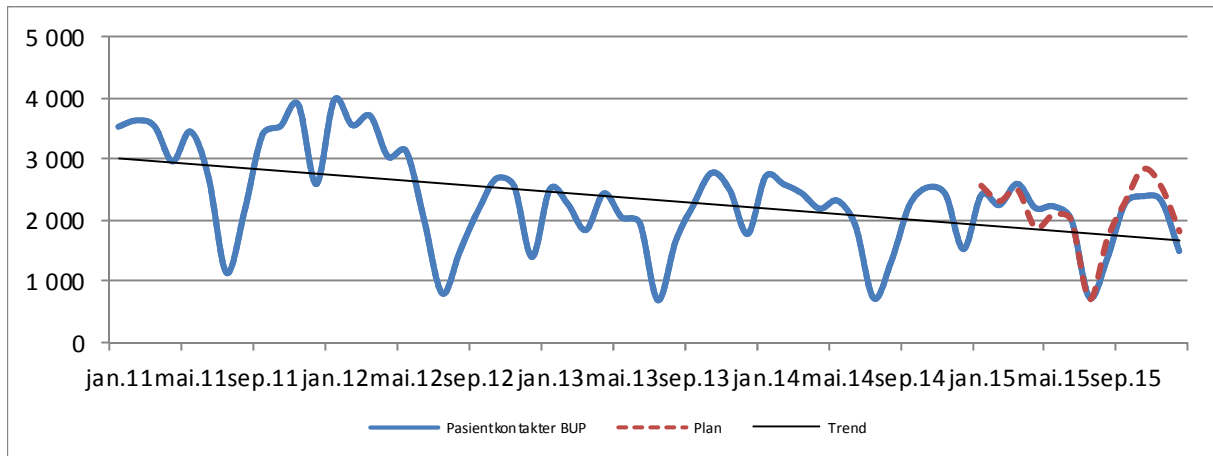
Psykisk helsevern voksne

Figur 25 Pasientkontakter – VOP



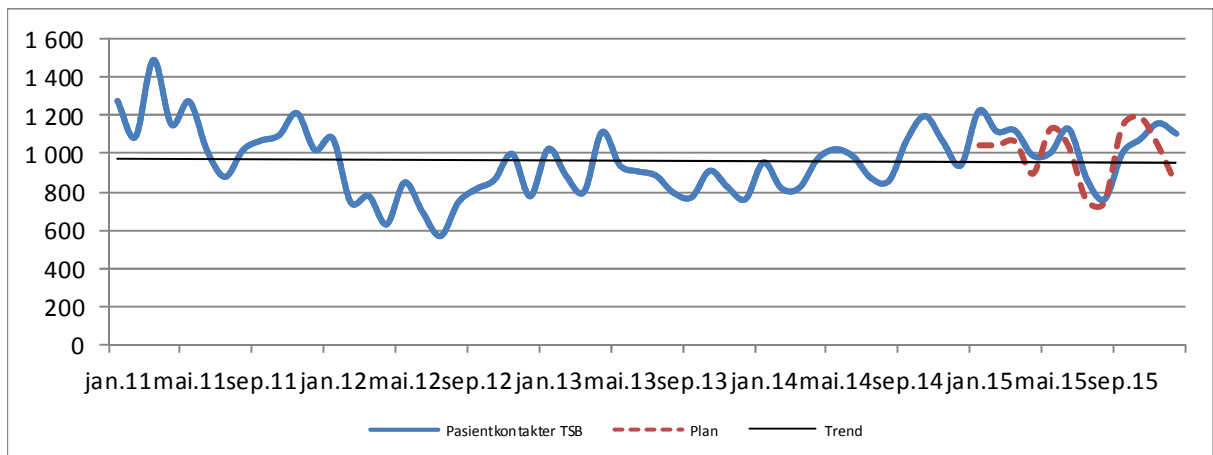
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 26 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 27 Pasientkontakter- TSB

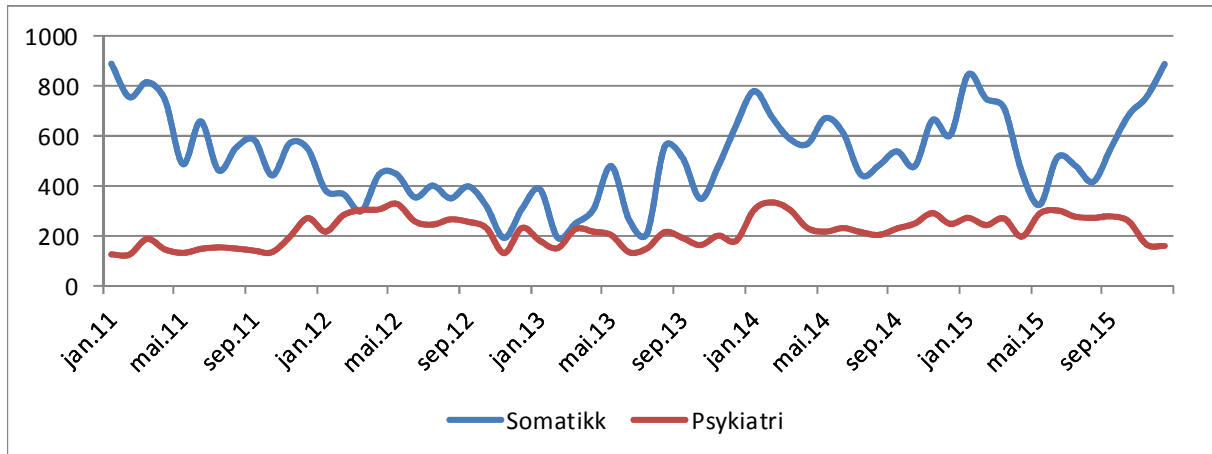


Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Datagrunnlaget som benyttes nå er det samme som brukes til faktureringen av kommunene. Det er marginale endringer fra tidligere hvor reelle utskrivningsklare døgn ble brukt.

Figur 28 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykiatri

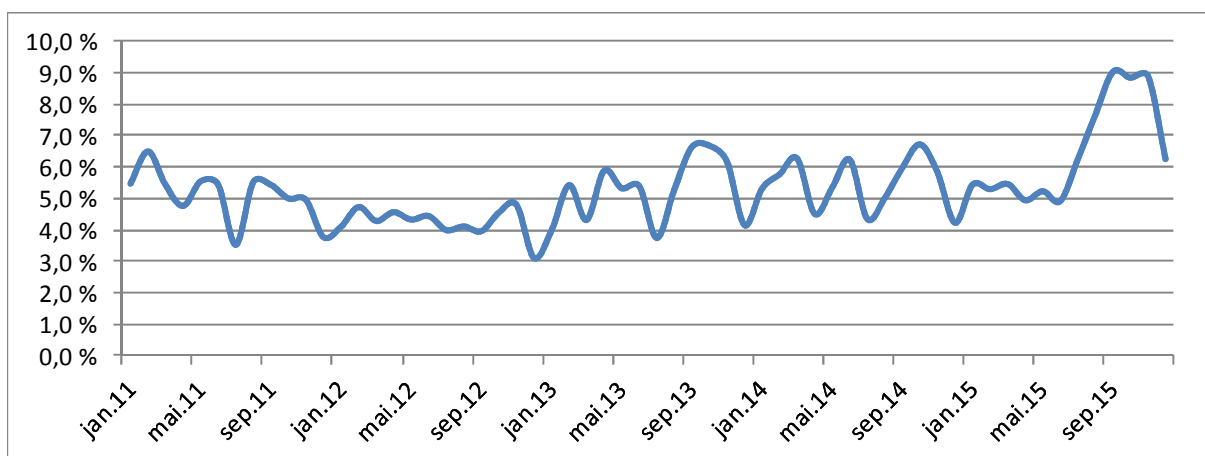


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

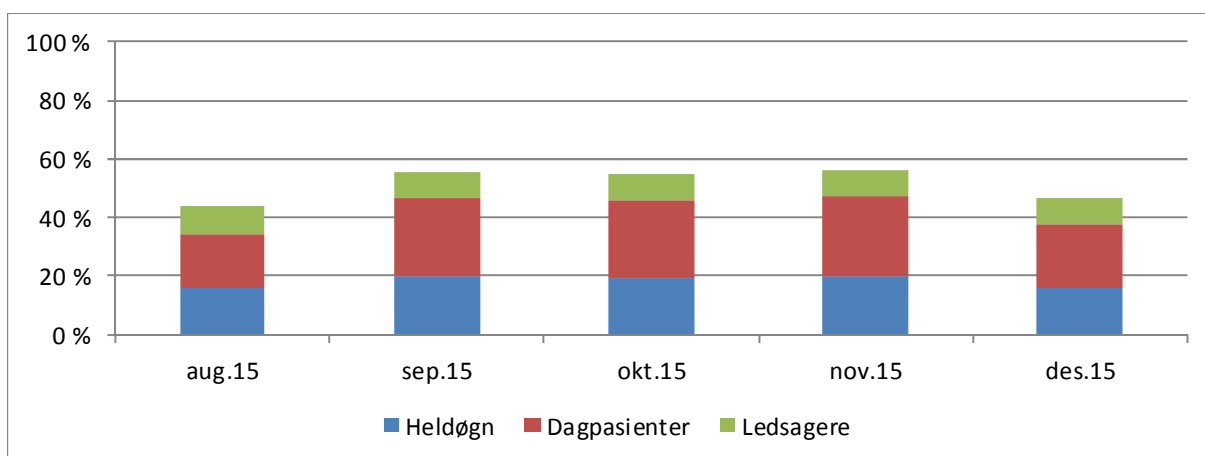
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-des	Utskrivningsklare opphold jan-des	Utskrivningsklare døgn jan-des pr 1000 innbyggere
SALANGEN	137	32	62
LØDINGEN	115	55	53
HARSTAD	1 263	612	51
TROMSØ	3 252	442	45
GRATANGEN	47	21	41
TRANØY	58	19	38
NARVIK	595	297	32
TJELDSUND	37	31	29
NORDREISA	140	23	29
BERG	24	7	27
IBESTAD	36	36	26
SKÅNLAND	60	60	20
KARLSØY	43	12	19
BALLANGEN	47	37	18
BARDU	70	19	17
KVÆFJORD	50	57	16
EVENES	22	21	16
DYRØY	15	5	13
LYNGEN	36	7	12
LENVIK	139	62	12
TYSFJORD	23	15	12
KÅFJORD	21	8	10
STORFJORD	18	5	9
MÅLSELV	61	27	9
SØRREISA	26	16	8
SKJERVØY	16	8	6
BALSFJORD	30	14	5
LAVANGEN	5	5	5
TORSKEN	4	2	5
Totalsum	6 390	1 955	34

Bruk av pasienthotell

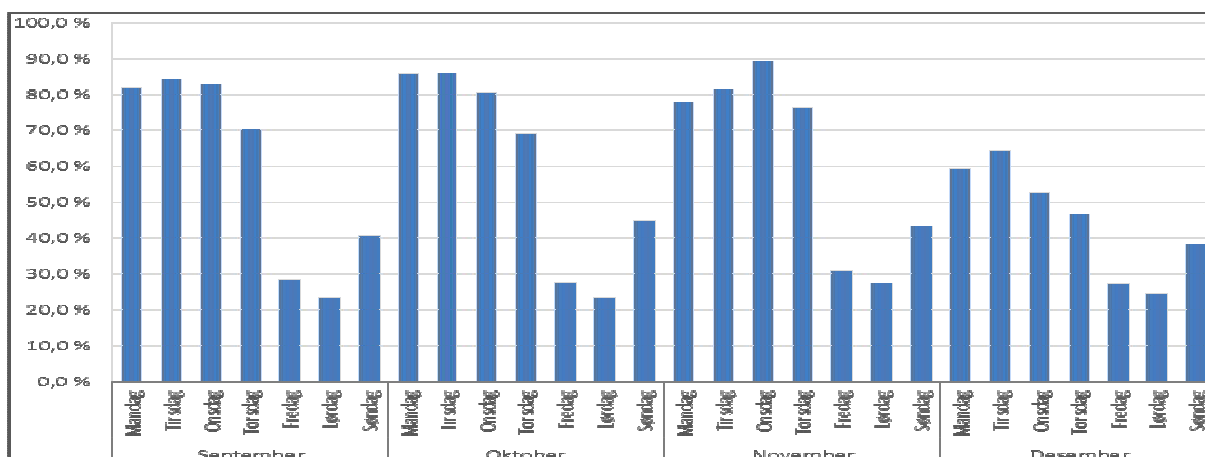
Figur 29 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



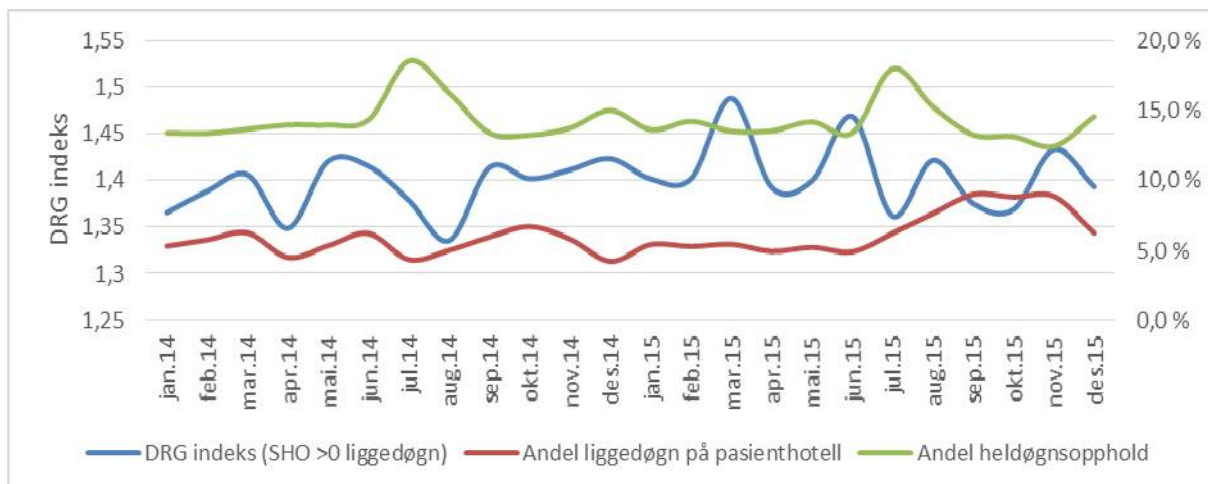
Figur 30 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



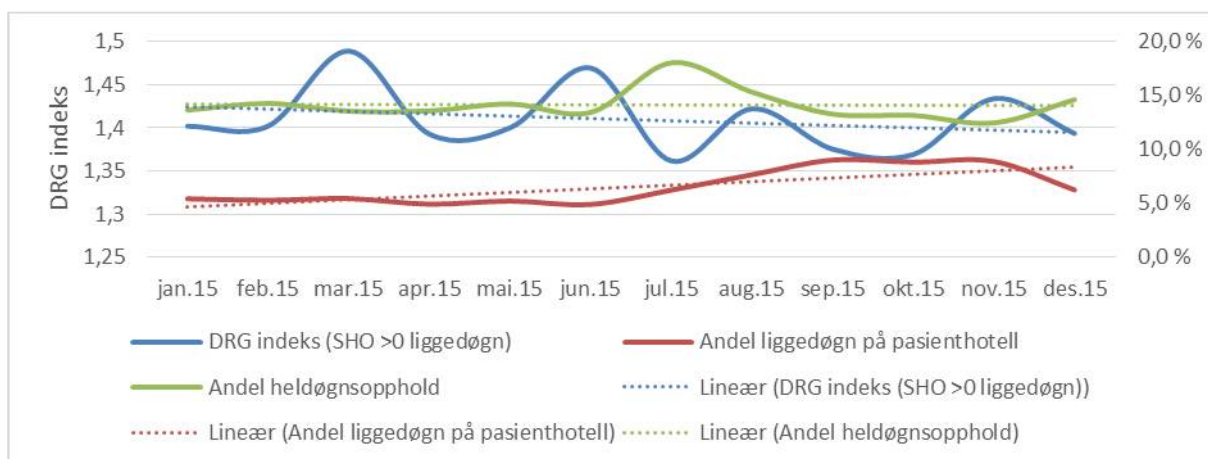
Figur 31 Gj.snittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



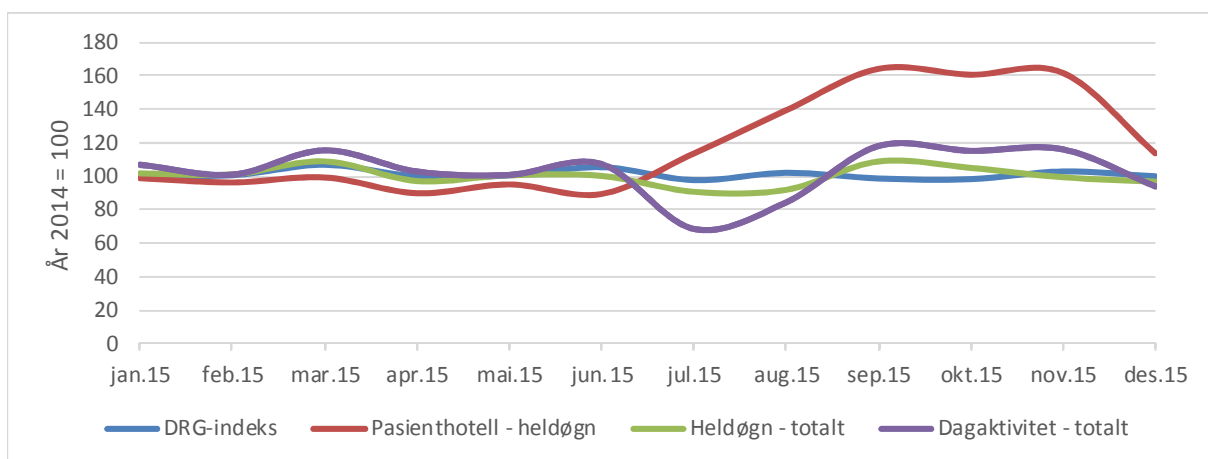
Figur 32 Sammenstilling DRG indeks, andel liggedøgn på pasienthotell og andel heldøgnsopphold 2014-15



Figur 33 Sammenstilling DRG indeks, andel liggedøgn på pasienthotell og andel heldøgnsopphold



Figur 34 Indeksregulerte verdier DRG indeks, pasienthotell heldøgn, heldøgn totalt og dagaktivitet totalt



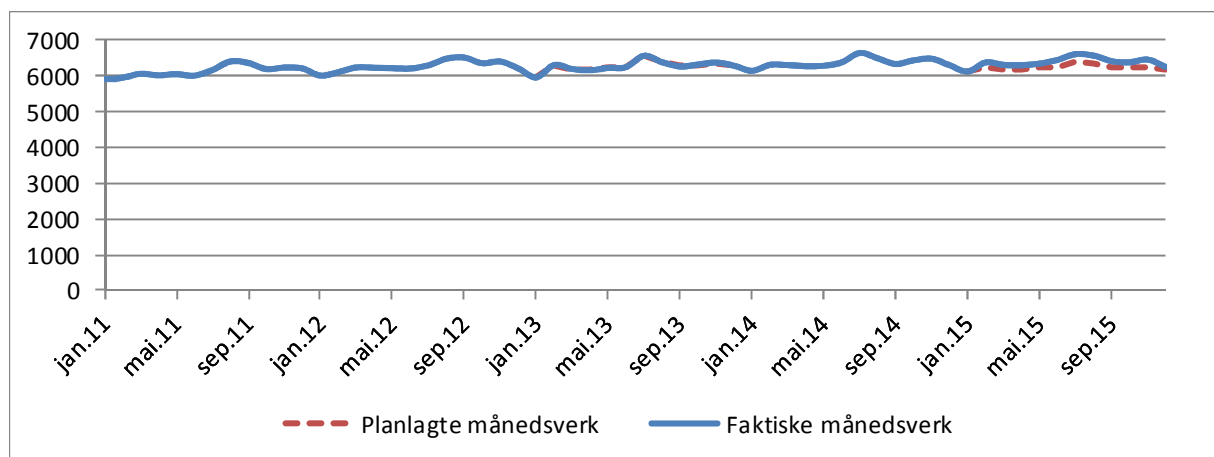
Indeksregulerte verdier (år 2014=100)

Figuren viser endringen i DRG indeks, pasienthotell heldøgn, heldøgn totalt og dagaktivitet totalt sett i forhold til gjennomsnittet for 2014 der gjennsnittet for 2014 settes lik 100. Dagaktivitet består av dagopphold, dagkirurgi og poliklinikk.

Personal

Bemanning

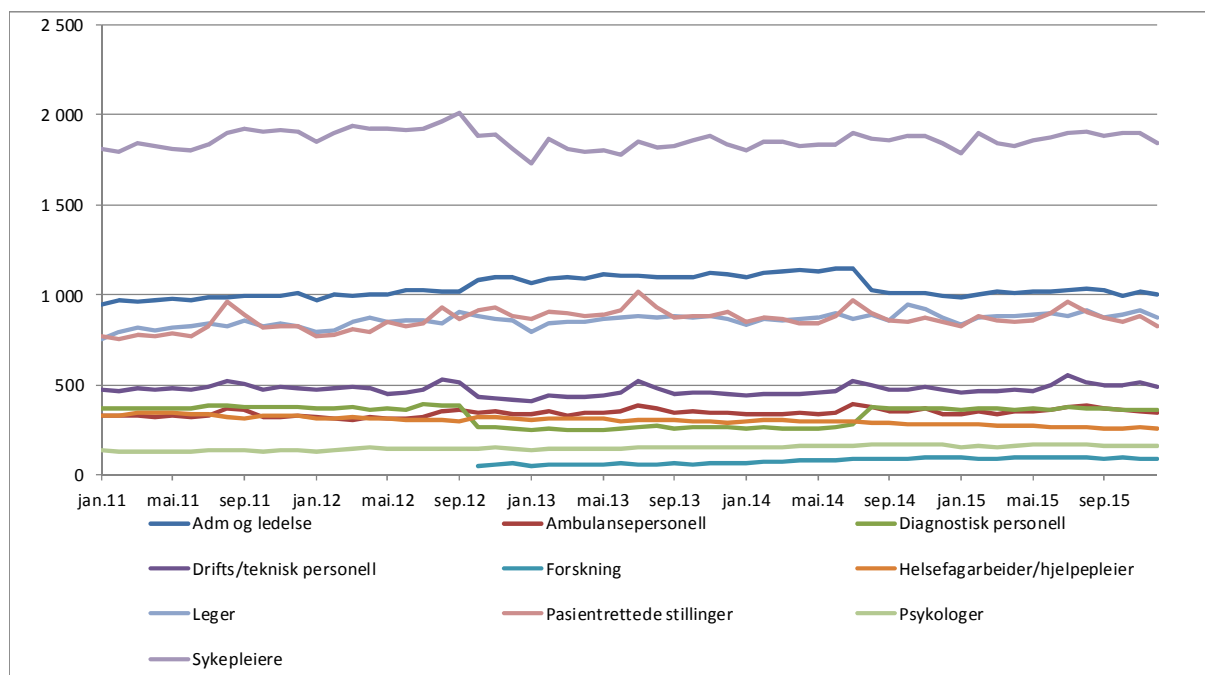
Figur 35 Brutto utbetalte månedsverk 2011-2015



Tabell 12 Brutto utbetalte månedsverk 2013-2015

Måned	2013	2014	2015	Plantall 2015	Avvik fra 2014
Januar	5 956	6 139	6 121	6 120	-19
Februar	6 301	6 308	6 375	6 235	67
Mars	6 191	6 299	6 305	6 203	5
April	6 157	6 271	6 298	6 198	27
Mai	6 219	6 282	6 342	6 238	61
Juni	6 242	6 377	6 447	6 252	70
Juli	6 561	6 639	6 608	6 401	-31
August	6 382	6 486	6 563	6 333	77
September	6 262	6 329	6 410	6 244	80
Oktober	6 312	6 433	6 378	6 238	-55
November	6 371	6 478	6 454	6 210	-24
Desember	6 285	6 293	6 251	6 190	-42
Snitt hittil i år	6 270	6 361	6 379	6 239	18

Figur 36 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2011-2015

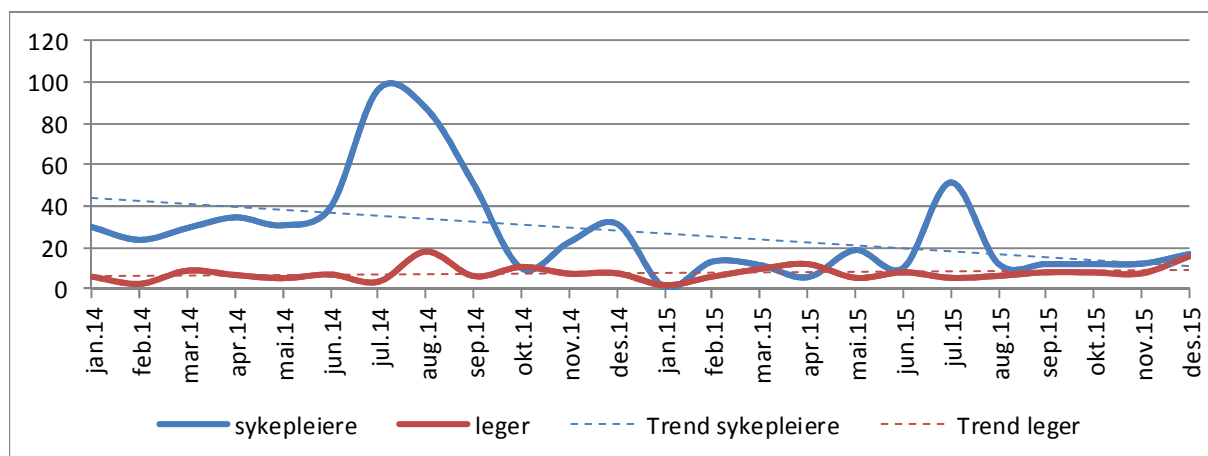


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2013-2015 til og med desember

Profesjon	2013	2014	2015	Avvik fra 2014
Adm og ledelse	1 100	1 079	1 012	-67
Ambulanspersonell	350	352	358	6
Diagnostisk personell	261	309	366	58
Drifts/teknisk personell	452	470	492	21
Forskning	59	85	95	10
Helsefagarbeider/hjelpepleier	306	293	268	-25
Leger	862	879	882	3
Pasientrettede stillinger	903	871	872	1
Psykologer	149	162	163	0
Sykepleiere	1 820	1 852	1 868	16
Snitt hittil i år	6 270	6 361	6 379	18

Figur 37 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

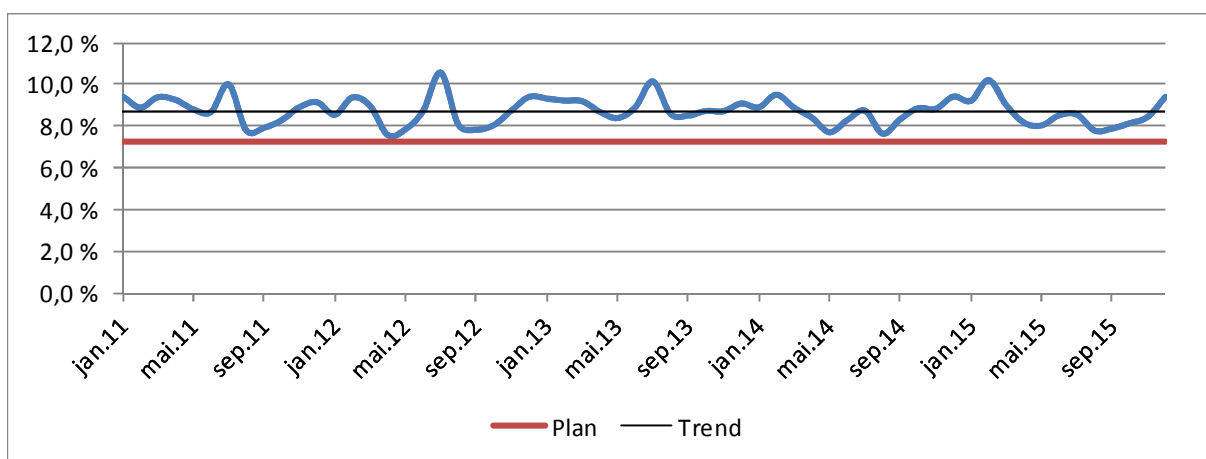


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i desember 2015 er på 9,4 %. Samme måned i 2014 var sykefraværet 9,4 %. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) viser en økning på 0,1 prosentpoeng og det mellomlange sykefraværet (17-56 dgr) viser en økning på 0,4 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) viser en reduksjon på 0,5 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i desember 350 ansatte borte fra jobb pga sykdom i UNN HF.

Figur 38 Sykefravær 2011-2015



Tabell 14 Sykefravær fordelt på klinikk i desember og gjennomsnittlig sykefravær siste 12 måneder

Klinikk	Sykefravær gj.snitt siste 12 mnd	Sykefravær (desember)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	8,9%	9,2%
11- Longyearbyen sykehus	4,0%	4,0%
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,3%	8,0%
13 - Hjerter- og lungeklinikken	8,2%	8,2%
15 - Medisinsk klinikk	8,5%	8,8%
17 - Barne- og ungdomsklinikken	8,0%	7,9%
18 - Operasjons- og intensivklinikken	9,3%	10,5%
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9,6%	10,5%
22- Psykisk helse- og rusklinikken	11,1%	12,2%
30 - Diagnostisk klinikk	7,9%	8,1%
43 - Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	10,5%	9,7%
45 - Drifts- og eiendomssenteret	9,4%	9,9%
52 - Stabscenteret	7,4%	9,1%
54 - Fag- og forskningscenteret	6,6%	5,0%
62 - Turnusleger og Raskere tilbake	2,8%	2,8%
Totalt	8,9 %	9,4 %

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i desember måned vært registrert en egenmelding i GAT hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

Gradert fravær

Det har i desember 2015 vært registrert totalt 480 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 224 graderte. Det tilsvarer en andel på 46,7 % graderte sykemeldinger. Andelen er litt lavere enn i forrige mnd (47,4 %).

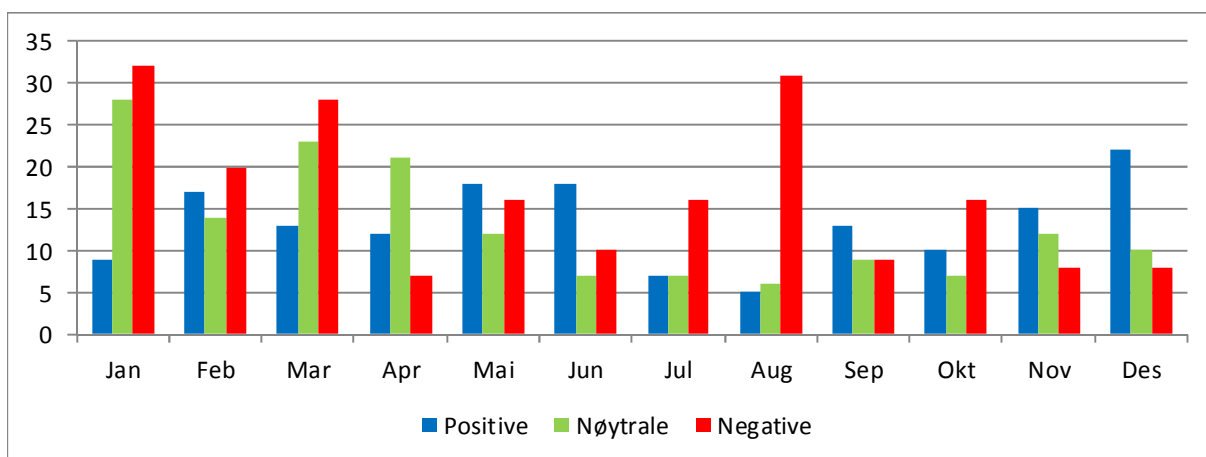
Gradert sykemelding er en hovedstrategi i IA-arbeidet. Partene i IA-avtalen, dvs. myndighetene, arbeidsgiversida og arbeidstakersida har satt mål om at 50 % av sykmeldingene skal være gradert.

Kommunikasjon

Sykehuset i media

Medieoppmerksomheten i desember var særdeles positiv blant annet fordi UNN promoterte utviklingsprosjekter som pasientens tilgang til elektronisk pasientjournal og Mine behandlingsvalg. At sykehuset i Harstad igjen ble kåret til landets mest populære sykehus for turnuskandidater, ble omtalt i flere av landsdelens mediebedrifter. Den nasjonale helse- og sykehusplanen fikk mye oppmerksomhet i lokalavisene, spesielt i Fremover.

Figur 39 Mediestatistikk 2015

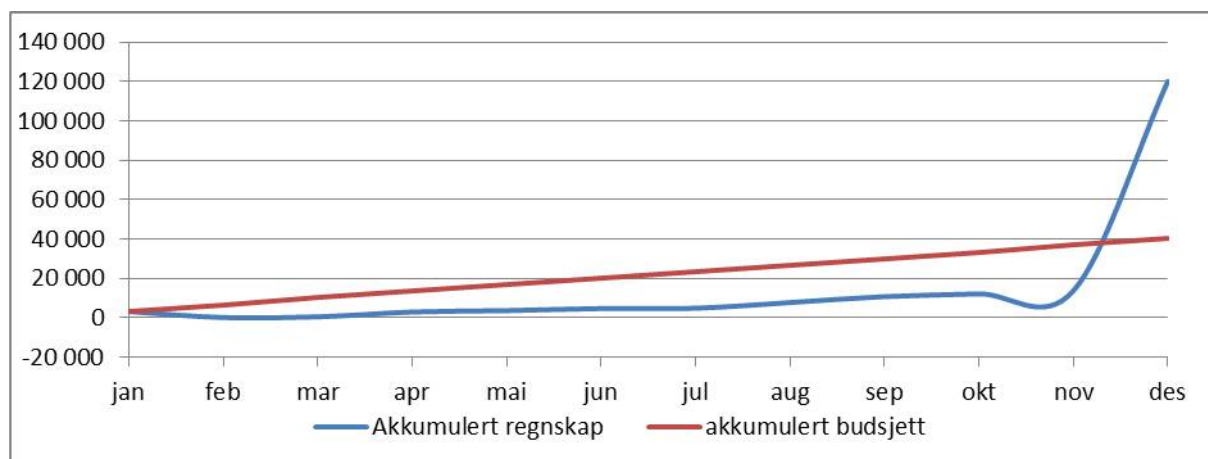


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 40 Akkumulert regnskap og budsjett 2015



For 2015 er det et overskuddskrav på 40 mill kr. Foreløpig regnskapsresultat for 2015 viser et overskudd på 120 mill kr og 80 mill kr bedre enn budsjettet. Resultatforbedringen i desember skyldes i hovedsak to forhold: Lavere utbetalinger for lønnsoppgjøret enn avsatt (+50 mill kr) og avregning av ISF for 2014 (+60 mill kr). Avregning av ISF-inntektene kommer årlig i desember påfølgende år og er en oversikt basert på Norsk pasientregister (NPR) som viser faktiske ISF-inntekter basert på pasientbehandling i eget foretak og inntekter for UNN's pasienter behandlet ved andre sykehus (gjestepasienter). Tallene nå i desember viste at UNN har bokført 52 mill kr for lite ISF-inntekter for pasienter behandlet ved UNN. Dette skyldes feil i intern modell for inntektsberegningen. I tillegg har vi fått til 8 mill kr for pasienter behandlet ved andre sykehus i avregningen for 2014.

For 2015 viser driftsinntektene et overskudd på 57,7 mill kr i forhold til budsjett. De største avvikene er ISF (+83,5 mill kr), andre driftsinntekter (+38,6 mill kr). Andre øremerkede tilskudd har et negativt avvik på 80,8 mill kr, men tilsvarende overskudd på kostnadssiden.

Driftskostnadene er samlet sett 3,8 mill kr lavere enn budsjettet. Kjøp av helsetjenester viser et merforbruk på 5,7 mill kr i forhold til budsjett. Aktivitetsdrevne varekostnader viser et merforbruk på 51,1 mill kr i forhold til budsjett. Lønnspostene har et positivt avvik på 85 mill kr (inkludert overskudd lønnsoppgjør) og andre driftskostnader et negativt avvik på 24,9 mill kr.

Finanspostene viser et positivt avvik på 18,7 mill kr.

Tabell 15 Foreløpig resultatregnskap desember 2015

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Desember				Akkumulert per Desember			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	453,7	504,4	-50,7	-10 %	4 874,5	4 875,0	-0,5	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	0 %	35,9	35,9	0,0	0 %
ISF egne pasienter	173,4	107,3	66,1	62 %	1 378,9	1 280,5	98,4	8 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	1,7	2,0	-0,4	-19 %	46,6	61,6	-14,9	-24 %
Gjestepasientinntekter	2,2	2,4	-0,3	-11 %	36,4	29,3	7,0	24 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	15,9	18,2	-2,3	-13 %	209,2	209,8	-0,7	0 %
Utskrivningsklare pasienter	1,5	1,0	0,5	54 %	16,1	12,0	4,1	34 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,1	1,3	0,8	63 %	22,5	14,5	8,1	56 %
Andre øremerkede tilskudd	74,3	33,3	41,0	123 %	273,2	354,0	-80,8	-23 %
Andre driftsinntekter	60,5	42,3	18,2	43 %	368,4	329,8	38,6	12 %
Sum driftsinntekter	786,5	715,2	71,3	10 %	7 260,1	7 202,4	57,7	1 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	34,7	41,8	-7,1	-17 %	222,4	217,1	5,3	2 %
Kjøp av private helsetjenester	12,6	12,8	-0,2	-2 %	69,7	69,2	0,4	1 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	71,9	45,3	26,6	59 %	741,7	690,7	51,1	7 %
Innleid arbeidskraft	6,6	3,7	2,9	79 %	36,9	40,6	-3,7	-9 %
Lønn til fast ansatte	321,6	371,2	-49,7	-13 %	3 440,6	3 619,8	-179,2	-5 %
Overtid og ekstrahjelp	23,5	12,4	11,1	89 %	273,5	157,7	115,8	73 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	76,4	75,9	0,5	1 %	983,8	983,2	0,6	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-29,9	-20,8	-9,1	44 %	-268,0	-234,3	-33,7	14 %
Annen lønnskostnad	30,6	36,0	-5,4	-15 %	308,7	292,9	15,7	5 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	352,4	402,5	-50,1	-12 %	3 791,7	3 876,7	-85,0	-2 %
Avskrivninger	21,4	22,5	-1,1	-5 %	256,4	257,5	-1,1	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	111,8	110,3	1,4	1 %	1 088,9	1 064,0	24,9	2 %
Sum driftskostnader	681,2	711,2	-30,0	-4 %	7 154,6	7 158,4	-3,8	0 %
Driftsresultat	105,3	4,0	101,3	2537 %	105,5	44,0	61,5	140 %
Finansinntekter	1,1	0,1	1,0		15,3	1,5	13,8	
Finanskostnader	0,0	0,8	-0,8		0,7	5,5	-4,8	
Finansresultat	1,1	-0,7	1,8		14,6	-4,0	18,7	
Ordinært resultat	106,4	3,3	103,1	3093 %	120,1	40,0	80,1	200 %

Tabell 16 Foreløpig resultatregnskap desember 2015, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Desember, ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Desember, ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	453,7	504,4	-50,7	4 874,5	4 875,0	-0,5
Kvalitetsbasert finansiering	3,0	3,0	0,0	35,9	35,9	0,0
ISF egne pasienter	173,4	107,3	66,1	1 378,9	1 280,5	98,4
ISF av legemidler utenfor sykehus	1,7	2,0	-0,4	46,6	61,6	-14,9
Gjestepasientinntekter	2,2	2,4	-0,3	36,4	29,3	7,0
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	15,9	18,2	-2,3	209,2	209,8	-0,7
Utskrivningsklare pasienter	1,5	1,0	0,5	16,1	12,0	4,1
Inntekter "raskere tilbake"	2,1	1,3	0,8	22,5	14,5	8,1
Andre øremerkede tilskudd	1,9	0,0	1,9	1,9	0,0	1,9
Andre driftsinntekter	60,5	42,3	18,2	368,4	329,8	38,6
Sum driftsinntekter	714,1	682,0	32,1	6 988,8	6 848,4	140,4
Kjøp av offentlige helsetjenester	34,7	41,8	-7,1	222,4	217,1	5,3
Kjøp av private helsetjenester	12,5	12,8	-0,3	69,4	68,9	0,5
Varekostnader knyttet til aktivitet	69,1	44,0	25,0	731,2	676,9	54,3
Innleid arbeidskraft	6,6	3,7	2,9	36,9	40,6	-3,7
Lønn til fast ansatte	284,1	354,0	-69,9	3 300,4	3 436,8	-136,4
Overtid og ekstrahjelp	15,1	8,5	6,5	242,0	116,6	125,4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	67,2	71,7	-4,5	949,3	938,2	11,1
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-27,3	-19,6	-7,7	-258,2	-221,5	-36,7
Annen lønnskostnad	25,7	33,7	-8,0	290,2	268,8	21,4
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	304,2	380,4	-76,2	3 611,3	3 641,3	-30,0
Avskrivninger	21,4	22,5	-1,1	256,4	257,5	-1,1
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	99,6	104,8	-5,2	1 043,3	1 004,5	38,8
Sum driftskostnader	608,8	678,0	-69,2	6 883,3	6 804,4	78,9
Driftsresultat	105,3	4,0	101,3	105,5	44,0	61,5
Finansinntekter	1,1	0,1	1,0	15,3	1,5	13,8
Finanskostnader	0,0	0,8	-0,8	0,7	5,5	-4,8
Finansresultat	1,1	-0,7	1,8	14,6	-4,0	18,7
Ordinært resultat	106,4	3,3	103,1	120,1	40,0	80,1

De viktigste avvikene for desember er (ekskl. eksternfinansert virksomhet):

Inntekter

- +65,7 mill kr ISF-inntekter (inkludert avregning av ISF for 2014)
- -0,3 mill kr gjestepasientinntekter
- -2,3 mill kr polikliniske inntekter
- +18,2 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -25,0 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- +7,4 mill kr kjøp av helsetjenester
- +76,2 mill kr lønn (+69,9 mill kr fast lønn (inkl overskudd lønnsoppgjør), -9,5 mill kr variabel lønn)
- +5,2 mill kr andre driftskostnader

De viktigste avvikene akkumulert til og med desember er (ekskl. eksternfinansert virksomhet):

Inntekter

- +83,5 mill kr ISF-inntekter (inkludert ISF avregning for 2014)
- +7,0 mill kr gjestepasientinntekter
- -0,7 mill kr polikliniske inntekter
- +4,1 mill kr utskrivningsklare pasienter
- +38,6 mill kr andre driftsinntekter

Driftskostnader

- -54,3 mill kr varekostnader knyttet til aktivitet
- -5,8 mill kr kjøp av helsetjenester (offentlige -5,3 mill kr, private -0,5 mill kr)
- +30,0 mill kr lønn (+136,4 mill kr fast lønn, -121,7 mill kr variabel lønn)
- -38,8 mill kr andre driftskostnader

Finansresultat

- +18,7 mill kr finanspostene

Tabell 17 Funksjonsregnskap per desember

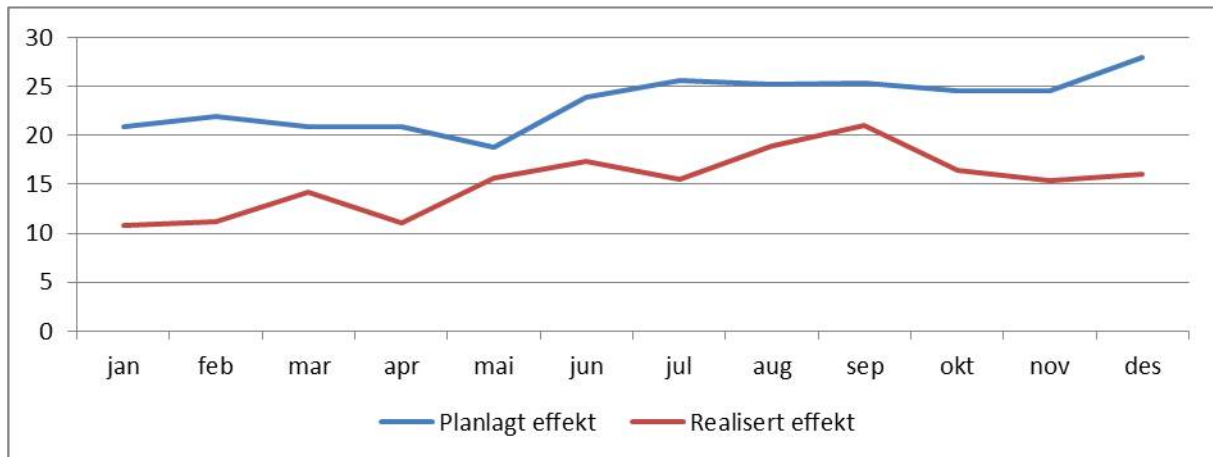
Funksjonsregnskapet foreligger ikke før endelig resultat for 2015 er klart.

Tabell 18 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Foreløpig resultatregnskap per desember	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk Klinikk	31,3	33,2	1,9	0,3	362,0	353,4	-8,6	0,7
11 - Longyearbyen Sykehus	2,8	2,6	-0,2	0,0	26,5	26,4	-0,1	0,0
12 - Kirurgi-, Kreft- Og Kvinnehelseklinikken	24,0	21,4	-2,6	0,9	175,1	167,1	-7,9	19,1
13 - Hjerte- Lungeklinikken	22,0	22,7	0,7	2,7	167,9	166,2	-1,7	5,8
14 - Newro, Ortopedi- og Rehabiliteringsklinikken	34,0	28,1	-6,0	0,8	293,0	274,5	-18,6	3,6
15 - Medisinsk Klinikk	31,8	25,9	-5,9	1,2	231,2	226,0	-5,2	8,8
17 - Barne- Og Ungdomsklinikken	18,0	16,7	-1,3	-1,7	180,6	177,5	-3,1	-1,7
18 - Operasjons- Og Intensivklinikken	51,9	55,1	3,2	0,1	621,3	604,3	-17,0	0,4
20 - Psykisk Helse- og Rusklinikken	63,4	63,1	-0,3	0,0	676,9	678,0	1,1	0,0
30 - Diagnostisk Klinikk	52,2	48,9	-3,3	0,0	537,0	520,4	-16,6	0,0
40 - Nasjonalt Senter For Samhandling Og Telemedisin	8,7	11,8	3,1	0,0	66,0	69,1	3,0	0,0
45 - Drifts- Og Eiendomssenter	58,3	58,7	0,4	0,0	596,4	593,9	-2,6	0,0
52 - Stabssenteret	12,1	12,3	0,2	0,0	148,7	155,6	6,8	0,0
54 - Fag- Og Forskningscenter	5,5	6,5	1,1	0,0	53,9	56,6	2,7	0,0
62 - Fellesinntekter/-Kostnader	-521,6	-409,9	111,7	61,4	-4 256,8	-4 109,0	147,8	46,9
Totalt	-106,4	-3,3	103,1	65,7	-120,1	-40,0	80,1	83,5

Gjennomføring av tiltak

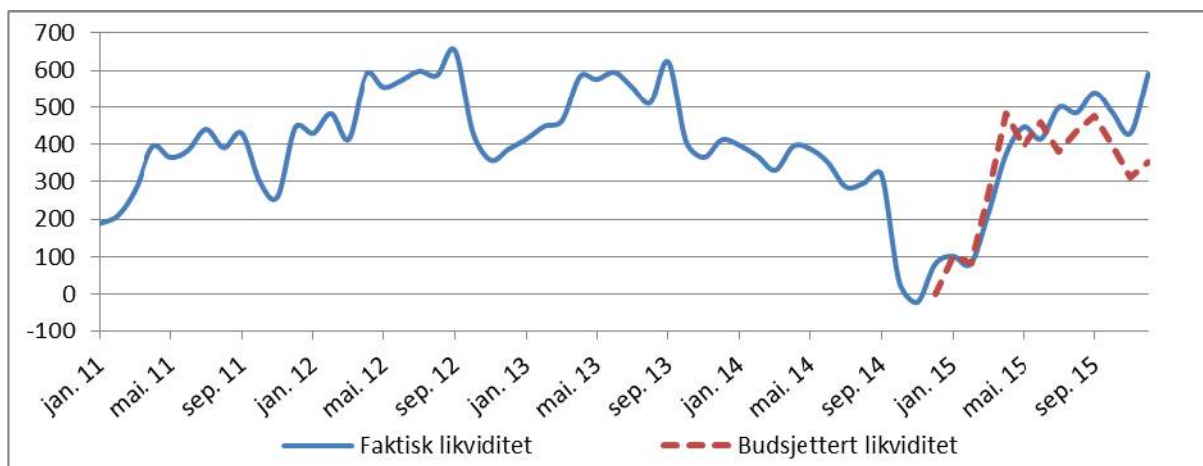
Figur 41 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I desember er det beregnet en realisert økonomisk effekt på 16 mill kr. Akkumulert hittil er det beregnet en økonomisk effekt på 183 mill kr. Dette gir en gjennomføringsgrad på 65 %.

Likviditet

Figur 42 Likviditet



UNN har per utgangen av desember en likviditet på 591 mill kr. Det er bedre enn budsjettet og skyldes lavere utbetalinger av pensjon enn planlagt.

Investeringer

Tabell 19 Investeringer (tall i 1000 kr)

Investeringer , tall i mill kr	Investerings ramme overført til 2015	Investerings ramme 2015	Rest investerings ramme	Investert november 2015	Investert desember 2015	Sum investert 2015	Rest investerings ramme	Rest-forpliktelser (godkjent tidligere) desember	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser	Forbruk i år av disponibel ramme
Pasienthotell Brevivika inkl alle underprosjekter*	-10,0	78,0	68,0	3,3	-52,4	58,0	10,0		10,0	85 %
A-fløy inkl alle underprosjekter	84,1	290,0	374,1	50,6	4,6	231,8	142,3		142,3	62 %
PET-senter inkl alle underprosjekter	-34,0	0,0	-34,0	5,6	4,5	51,9	-85,9		-85,9	-153 %
Nytt sykehus Narvik	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,4	-1,4		-1,4	0 %
SUM Nybygg	40,1	368,0	408,1	59,5	-43,3	343,1	65,0		65,0	84 %
Åsgård øvrige prosjekter	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	1,2		1,2	0 %
Åsgård Bygg 7	71,4	16,3	87,7	6,5	8,6	53,1	34,6		34,6	61 %
SUM Rehabilitering	72,6	16,3	88,9	6,5	8,6	53,1	35,8		35,8	60 %
Tromsø undersøkelsen	10,0	5,0	15,0	0,0	0,0	15,0	0,0		0,0	100 %
Datarom	5,2	0,0	5,2	0,0	0,0	3,4	1,8		1,8	66 %
Tiltak kreftplan	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0 %
VAKe	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,8	0,1	0,1	0,0	89 %
Nytt nødnett	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,0	53 %
ENØK	13,5	0,0	13,5		0,1	0,8	12,7		12,7	6 %
SUM Prosjekter	29,6	7,0	35,6	0,0	0,1	20,6	15,0	0,6	14,5	58 %
Narvik inkl alle underprosjekter	-32,3	0,0	-32,3	0,0	0,0	8,2	-40,5		-40,5	-25 %
Medisinteknisk utstyr	-50,4	233,0	182,6	3,2	2,7	46,0	136,6	38,8	97,8	25 %
Teknisk utstyr	17,6	0,0	17,6	0,0	3,4	9,6	8,0	4,3	3,7	55 %
Landingsplass Narvik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,1	-1,1		-1,1	
Tomtekjøp Harstad					0,2			0,0	0,0	
Ombygginger	-52,4	0,0	-52,4	1,0	0,4	0,9	-53,3		-53,3	-2 %
Ambulanser	1,1	0,0	1,1	1,3	0,0	9,0	-8,0		-8,0	833 %
UNN-KIS	-13,0	0,0	-13,0	0,0	3,5	4,6	-17,6		-17,6	-36 %
EK KLP	-2,8	0,0	-2,8	0,0	0,0	21,3	-24,1		-24,1	-774 %
SUM Utstyr med mer	-132,1	233,0	100,9	5,5	10,3	100,8	0,1	43,1	-43,0	100 %
SUM total	10,2	624,3	633,5	71,5	-24,3	517,6	115,9	43,7	72,2	82 %

I desember 2015 er det bokført -24,3 mill kr på investeringer. Dette skyldes tilbakeføring av merverdiavgift for pasienthotellet på 52,4 mill kr. Hittil i år er det totalt investert for 517,6 mill kr.

For utstyr med mer er det hittil i år bokført investeringer for 100,8 mill kr av en investeringsramme på 100,9 mill kr. Per desember 2015 har UNN forpliktelser på 43,7 mill kr som vil påløpe i løpet av 2016.

Byggeprosjekter

Tabell 20 Byggeprosjekter ved utgangen av desember

Det jobbes med avstemming av byggeprosjektene i forbindelse med årsavslutning. Dette er foreløpig ikke klart.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
6/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.02.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Grethe Andersen

Revisjon og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helse (PH)

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) støtter direktørens vurderinger og slutter seg til høringsuttalelsene som er administrativt oversendt Helse Nord RHF.

Sammendrag

Helse Nord RHF innførte i 2011 en inntektsfordelingsmodell for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern. Samtidig ble det konkludert med at modellen etter noen år skulle revideres og oppdateres. I den anledning ble det nedsatt en prosjektgruppe, sammensatt av representanter fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og de øvrige helseforetakene i Helse Nord og Helse Nord RHF, samt ekstern prosjektleder som har jobbet med forslag til oppdatert modell. Høsten 2015 forelå endelig rapport utarbeidet av prosjektgruppen og godkjent av styringsgruppen. Flesteparten av endringene som foreslås er knyttet til kostnadskomponenten innen psykisk helsevern. Den viktigste endringen er at bevilgningen til Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus (SANKS) baseres på dokumenterte kostnader. I tillegg kommer at finansieringen som gis til akutt- og alderspsykiatriske sykehusbehandlinger samt dobbeltdiagnoser, beregnes på bakgrunn av nasjonalt bestemte gjestepasientpriser. Det foreslås også å fjerne særskilte bevilgninger i kostnadskomponenten til funksjoner som er lagt ned og tilbud som i all hovedsak leverer tjenester til eget befolkningsområde.

Saken viser at finansieringsordninger som ikke har virket etter hensikten foreslås fjernet. Den viktigste endringen i mobilitetskomponenten, er at betalingsansvaret for bruk av private aktører desentraliseres til helseforetakene. Behovskomponenten foreslås videreført i sin helhet, da det ikke foreligger noe nyere data eller analysegrunnlag knyttet til eksisterende modell.

Omfordelingsvirkningene av forslaget er økte bevilgninger til UNN og Helgelandssykehuset, mens Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset får reduserte bevilgninger. I sum utgjør omfordelingene for UNN omlag 25-30 mill kr i økte rammer. I saken foreslås innfasing av endringene innen psykisk helsevern over tre år, mens endringene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling foreslås innfaset i sin helhet i 2017.

Direktøren er fornøyd med arbeidet prosjektgruppen har utført og gir sin tilslutning til de endringene rapporten foreslår.

Bakgrunn

Helse Nord RHF innførte i 2011 en inntektsfordelingsmodell for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern. I forbindelse med innføringen av modellen konkluderte RHFet med at det er behov for å gjennomgå og oppdatere modellen og beregningene i den, etter noen års bruk. I den anledning ble det opprettet en styringsgruppe og en prosjektgruppe som har jobbet med forslag til oppdatert modell. Styringsgruppen ble ledet av Helse Nord RHF og har bestått av representanter for helseforetakene, tillitsvalgte og brukerrepresentant. Prosjektgruppen har bestått av ekstern prosjektleder, samt deltakere fra Helse Nord RHF og helseforetakene. Arbeidet ble påbegynt januar 2015 og endelig rapport ble ferdigstilt september 2015. Rapporter ble sendt på høring i desember 2015, med høringsfrist januar 2016.

Helse Nord RHF har bedt om tilbakemelding på følgende forhold i høringen:

- Vurdering av om modellen støtter opp om:
 - Vedtatt funksjonsfordeling
 - Nasjonale og regionale føringer
 - Behandling på rett nivå og så nært hjem som praktisk mulig
 - Samarbeid internt i og mellom helseforetak
 - Omstilling og effektivisering i sektoren
- Innfasing av modellen
- Andre forhold i modellen

Dersom høringen styrebehandles etter 15.1.2016, skal administrasjonens uttalelser sendes innen fristen, og styrets vedtak ettersendes. Det oppfordres til involvering av tillitsvalgte og lokale brukerutvalg i arbeidet.

Formål

Formålet med denne saken er å orientere styret om hovedpunktene fra rapporten og få styrets tilslutning til UNNs høringsuttalelse vedrørende forslag til revidert og oppdatert regional inntektsfordelingsmodell for TSB og psykisk helsevern, som er administrativt oversendt Helse Nord RHF.

Saksutredning

Dagens modell ble innført i 2011 og fordeler omlag 2,2 mrd kr til psykisk helsevern og omlag 330 mill kr til TSB mellom foretakene i 2015. Modellen fordeler ressursene ut fra en behovskomponent, som kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som alderssammensetning og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet. I tillegg fordeles en kostnadskomponent som kompenserer helseforetakene for definerte kostnadsulempere samt for økte kostnader knyttet til regionale sykehusfunksjoner. Et tredje element er mobilitetskomponenten, som sørger for betaling når pasienter i et helseforetak får behandling i et annet helseforetak i region.

Dagens modell vektlegger følgende prinsipper, og som foreslås videreført av prosjektgruppen:

- Likeverdig tilbud til alle pasientene uavhengig av hvor de bor
- Arbeidsdeling mellom sykehus-, regionsfunksjoner og distriktspsykiatriske sentre (DPS)
- Samhandling og ivaretagelse av regionale kompetansemiljø i foretaksgruppen
- Effektiv ressursbruk og utnyttelse av kapasitet
- Behandling så nært hjem som mulig

Sammendrag fra rapporten

For Helse Nord RHF er det viktig å sikre at alle får et likeverdig tilbud fra spesialisthelsetjenesten, uavhengig av hvor de bor. Modellen søker å underbygge dette ved at:

- Om lag 86 % av inntektene fordeles etter befolkningens antatte behov for spesialisthelsetjenester (behovskomponent). Andelen er økt i forslag til reviderte modeller (84 %)
- Hele tilbudet i Helse Nord står til disposisjon for alle pasienter i regionen. Modellen legger til grunn fritt sykehusvalg og at alle tilbud i prinsippet skal være åpne for alle.
- For å forsterke prinsippet om likeverdig tilbud til befolkningen foreslår prosjektet at befolkningens bruk av private tilbud direkte finansiert av Helse Nord RHF påvirker ressursene som fordeles til befolkningen i helseforetakenes opptaksområde.
- Det foreligger ikke nye analyser av behov for spesialisthelsetjenester siden modellen ble etablert, og dagens behovskomponent foreslås derfor videreført.

Dagens modeller og forslag til reviderte modeller består av en kostnadskomponent som har to funksjoner:

- Den skal ivareta og støtter opp under eksisterende funksjons- og arbeidsfordeling. Nasjonale, regionale, og lokale sykehusfunksjoner ivaretas gjennom en basisfinansiering i kostnadskomponenten som alle helseforetakene bidrar til. Dette fordeler risiko mellom helseforetakene.
- Den håndterer særskilte kostnadsulempere for helseforetak og for ekstrakostnader knyttet til regionale sykehusfunksjoner.

Ved å videreføre en kostnadskomponent som finansierer kostnader (ut over betaling for intern mobilitet) til regionale funksjoner, unngår en at det etableres høyspesialiserte behandlingstilbud i strid med vedtatt funksjonsfordeling. Modellene skal dermed støtte opp under gjeldene funksjonsfordeling og ønsket arbeidsdeling mellom sykehus-, regionsfunksjoner og distriktspsykiatriske sentre (DPS). Det vil også synliggjøre behov for dialog mellom helseforetakene.

Prosjekt- og styringsgruppene anbefaler at kompensasjon/abonnementsbetaling i kostnadskomponenten, som tidligere, baseres på antatt behov. Dette vil være i tråd med mandatet som sier at modellen skal støtte opp under kompetansemiljø i Bodø, Tromsø og Karasjok. Prosjektet har gjennomgått funksjonene i kostnadskomponenten. Flere funksjoner foreslås tatt ut som følge av endringer i tilbudet, eller at tilbudet kun brukes av helseforetakets egne pasienter. Det er da ikke rimelig at de øvrige helseforetakene bidrar til finansieringen.

Finansiering av regionale funksjoner tar utgangspunkt i egne kostnader i dagens modell. Prosjektgruppen mener at dette ikke stimulerer til effektivitet. Det foreligger i dag nasjonale gjestepasientpriser som brukes i oppgjør mellom regioner. Disse prisene var ikke etablert når modellen ble laget i 2011. Prosjektet foreslår derfor at nasjonal gjestepasientpris (for DPS-behandling) legges til grunn for mobilitetskomponenten, og at nasjonale priser som

hovedprinsipp danner grunnlag for å beregne størrelsen på kostnadskomponenten for regionale funksjoner. Gruppen anbefaler derfor at man går bort i fra dagens kostnadsrefusjon, og at man velger en modell som antas i større grad å stimulere til effektivitet.

Modellene inneholder en form for intern stykkprisbetaling for all bruk av tilbud i andre HF. Dette stimulerer til riktig bruk av tilbudene og vil gi signaler om behov for å øke eller redusere kapasitet. Dette innebærer også at dersom man reduserer behandling av andre foretaks pasienter vil ressursene følge pasientene og inntektsrammen reduseres for helseforetaket. Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus (SANKS) har en særskilt bevilgning i kostnadskomponenten. Størrelsen på bevilgningen i nåværende modell er en videreføring av tidligere øremerket tilskudd. Prosjektet har gjennomgått dokumenterbare kostnader til nasjonal og regionale funksjoner. Særskilt bevilgning til SANKS foreslås redusert.

Behandling på riktig nivå og så nært hjem som mulig er ønskelig, både med hensyn til bruker og effektiv ressursutnyttelse. Modellen stimulerer til at DPS-tilbud skal gis lokalt, ved at prosjektet foreslår å videreføre en gjestepasientpris på 100 % av nasjonal gjestepasientpris for et DPS-liggedøgn/konsultasjon. Det betyr at det er kostbart dersom pasienter som burde vært behandlet i eget foretak får sin behandling i et annet helseforetak.

I nåværende modell ligger det inne en betaling til UNN og Nordlandssykehuset (NLSH) for ambulering over foretaksgrensene. I arbeidet med modellen er det avklart at UNN ikke ambulerer for å behandle pasienter fra andre HF i egen regi. NLSH har flere team som reiser ut og behandler pasienter i andre foretaksområder. Omfanget av denne ambuleringen er redusert og NLSH opplyser at de skal slutte med disse tilbudene. Denne betalingen i modellen foreslås derfor tatt ut. Eventuelle oppgjør mellom foretakene for slik behandling må da avtales bilateralt mellom foretakene.

Effekter og innfasing av modellen

Oppdatering av modellene innebærer ikke at de samlede ressursrammer for psykisk helsevern og TSB i Helse Nord reduseres, men gjennomgang av modellen viser at ressursene mellom helseforetakene bør fordeles noe annerledes enn i dag. Effektene av modellen for psykisk helsevern foreslås innfaset over tre år, gjennom skjevfordeling av realvekst foretakene imellom. Effekter av modellen for TSB foreslås innfaset i sin helhet i 2017.

De vesentligste endringene som foreslås er knyttet til kostnadskomponenten innen psykisk helsevern. De viktigste endringene er at bevilgningen til SANKS baseres på dokumenterte kostnader, og at finansieringen som gis til akutt- og alderspsykiatriske sykehusbehandlinger, samt dobbeltdiagnoser, beregnes på bakgrunn av nasjonalt bestemte gjestepasientpriser. Det foreslås også å fjerne særskilte bevilgninger i kostnadskomponenten til funksjoner som er lagt ned og tilbud som i all hovedsak leverer tjenester til eget befolkningsområdet. Finansieringsordninger som ikke har virket etter hensikten foreslås fjernet. Den viktigste endringen som foreslås i mobilitetskomponenten er at betalingsansvaret for bruk av private tilbydere desentraliseres til helseforetakene.

Omfordelingsvirkningene av prosjektgruppens forslag er økte bevilgninger til UNN og Helgelandssykehuset. Finnmarkssykehuset og NLSH får reduserte bevilgninger. Økte inntektsrammer skal sammenholdes med konkrete krav til økt aktivitet/nytt innhold i tjenester innen psykisk helse.

Tabell 1 (tabell 18, side 34 i hovedrapporten) viser endringene i kostnadskomponenten og mobilitetspris innen psykisk helsevern. Effekten for UNN er en økning i bevilgningen på ca.30 mill kr.

Tabell 1. Omfordelingseffekt innen psykisk helse

Endring psykisk helse	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omfordeling kostnadskomponent	-16 277	32 870	-31 473	14 879	-0
Omfordeling endret mobilitetspris	4 543	-2 694	-6 326	4 477	0
Sum endring Psykisk helse	-11 734	30 177	-37 799	19 356	-0

Innen TSB er det ingen større endringer i kostnadskomponenten utover at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er flyttet til behovskomponenten. Dette flytter bevilgningen fra UNN og over til de andre foretakene, men også kostnadsansvaret. Omfordeling som følge av endring i mobilitetspris for TSB utgjør -3,8 mill kr for UNN.

Høringsuttalelser fra UNN

UNN har administrativt oversendt høringsuttalelser til rapporten (vedlegg 4 og 5), der hovedtrekkene er:

Fremtidig utforming av regionale tilbud

I tiden fremover vil det være viktig å ha fokus på samarbeid mellom helseforetakene med tanke på utforming av regionale funksjoner. Den kommende strategiske utviklingsplanen for psykisk helsevern og TSB vil bli et virkemiddel for UNN i planlegging og dialog med de andre foretakene. I foreløpig strategisk utviklingsplan er det skissert behov for regionale plasser innen sikkerhetspsykiatri ved UNN og Nordlandssykehuset for å styrke tilbudet i regionen, samt å etablere et eget regionalt kompetansesenter innenfor sikkerhetspsykiatri. Endringer i regionale tilbud må fortløpende håndteres i kostnadskomponenten.

Psykiatrisk innsatsteam

UNN støtter forslaget fra prosjektgruppen om at Psykiatrisk innsatsteam tematiseres gjennom arbeidet med Strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB i regionen.

Autismeteam

UNN støtter forslaget fra prosjektgruppen om at Autismeteamet ved NLSH i fremtiden må vurderes tatt bort fra kostnadskomponenten hvis ikke bruken av tilbudet endres fra en lokal funksjon til en regional funksjon.

Mangler i kostnadskomponenten

Det er etablert et OCD-team, som er et behandlingstilbud for tvangslidelser, og et behandlingstilbud for hørsel og psykisk helse for barn- og unge ved BUP Tromsø. Dette er regionale funksjon og UNN ber om at dette tas inn i kostnadskomponenten. Samlet sett utgjør dette ca. 3-4 mill kr.

Rapporten viser til uklarhet knyttet til hvorvidt avrusningstilbudet ved Psykisk helse- og rusklinikken er et regionalt tilbud. Dette bør også naturlig inngå som ledd i oppfølgingen av den kommende Strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB.

Privat forbruk

Forslaget om at privat forbruk tas inn i modellen støttes. Dette representerer en opprydding og klargjøring på området og vil medføre at for fremtiden vil det være viktig å ha fokus på om kjøp av slike tjenester representerer en effektiv utnyttelse av ressurser og bidrar til et helhetlig helsetilbud.

Finansiering av akuttposter

Finansiering av akuttposter blir problematisert gjennom protokolltilførsel fra NLSH sin representant hvor det argumenteres for at antall senger bør være fordelingsnøkkel fremfor antall liggedager for bevilgningen i kostnadskomponenten. UNN støtter forslaget i rapporten og mener at antall liggedager er det beste beregningsgrunnlaget for fordelingene.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerarbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner -og vernetjenesten i egne møter 26.1., og arbeidsmiljøutvalg 27.1.2016. Samtlige møter sluttet seg til at saken ble forelagt styret til endelig behandling slik den ble forelagt utvalgsmøtene, og referater/ protokoller fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 10.2.2016.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med arbeidet prosjektgruppen har utført og gir sin tilslutning til de målsettinger som ligger til grunn for modellen. Utformingen av den oppdaterte modellen vurderes å støtte opp under disse målsetningene.

Arbeidet med revidering og oppdatering av inntektsfordelingsmodellen har synliggjort nødvendigheten av at strategisk utviklingsplan for TSB og psykisk helsevern må ferdigstilles i nært samarbeid med de andre foretakene i regionen. Dette må følges opp med fortløpende endringer i kostnadskomponenten basert på de prinsipper som er beskrevet i forslag til oppdatert modell.

UNN er fornøyd med forslag til oppdatert modell og mener revideringen gjør at ressursene i større grad er riktig fordelt med tanke på funksjonsfordeling og aktivitetsnivå enn tidligere. Omfordelingseffekten gir UNN 25-30 mill kr, og vil danne grunnlag for videreutvikling av behandlingstilbudet og til å realisere regionale og lokale målsetninger for pasienter innen psykisk helsevern og TSB.

Direktøren støtter forslaget om at effektene av endringene innen psykisk helsevern innføres over tre år og TSB i sin helhet i 2017, og anbefaler styret om å slutte seg til høringsuttalelsen.

Tromsø, 29.1.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapporten *Gjennomgang og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for TSB og PH*
2. Høringsbrev inntektsmodell psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisering
3. Notat fra prosjektsekretariatet – finansiering av akuttposter i inntektsmodellen
4. Høringssvar Psykisk helse- og rusklinikken
5. Høringssvar Barne- og ungdomsklinikken

Gjennomgang og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse

**Innstilling fra prosjektgruppe oppnevnt av
administrerende direktør i Helse Nord RHF**

Dato: 25.9.2015

Forord

Organisering og tilbud i spesialisthelsetjenesten er under endring. Inntektsmodeller må derfor vedlikeholdes ved jevne mellomrom. Dagens modell for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble utviklet i 2011 og implementert i perioden 2011-2015. Allerede ved implementeringen av modellen konkluderte Helse Nord med at det var behov for relativt raskt å gjennomgå beregningene i modellen.

Prosjektet som har gjennomgått inntektsmodellen for psykisk helse og TSB har vært bredt sammensatt. Både fag og økonomi i helseforetakene, i tillegg til ekstern kompetanse, representant fra brukerutvalget og konserntillitsvalgte, har bidratt i arbeidet.

Det er ikke laget forslag til ny modell. Regionale funksjoner og finansiering av disse er gjennomgått og det foreslås noen endringer, blant annet som følge av nedleggelse av tilbud, og et ønske om å stimulere til effektivitet. Hovedprinsippene i etablert modell foreslås videreført.

Fordeling av ressurser i Helse Nord bygger på et grunnleggende prinsipp om likeverdig tilbud. Dette fordrer at "pengene følger brukerne", slik at antatt behov i befolkningen ligger til grunn for fordeling av ressurser mellom foretaksområdene. Samtidig skal inntektsmodellene ivareta finansiering av sentraliserte tilbud, forsøke å bidra til samarbeid og utnyttelse av kapasitet. Da er det viktig at beslutninger som berører pasientbehandling og tilbud gjøres på faglig grunnlag, mens inntektsmodellen skal sørge for at ressursene tilfaller de som leverer tjenesten.

Avslutningsvis ønsker jeg å takke prosjektgruppen for et godt arbeid og godt samarbeid.

Beste hilsen

Hilde Rolandsen
Leder av styringsgruppen/Eierdirektør

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Ordliste/forkortelse	5
Sammendrag.....	6
1. Innledning og mandat	6
2. Modeller for psykisk helsevern og tsb.....	10
2.1 Behovskomponentene	10
2.2 Kostnadskomponentene	11
3. Forholdet mellom kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten.....	14
3.1 Kompensasjon basert på faktisk forbruk eller behov.....	15
3.2 Kompensasjon for kostnadsulemper	15
3.3 Kompensasjon for sykehusfunksjoner, regionale og nasjonale funksjoner.....	16
3.4 En nærmere gjennomgang av tjenestene i kostnadskomponenten	16
3.4.1 SANKS	17
3.4.2 Akutt/alderspsykiatri.....	18
3.4.3 Dobbeltdiagnoser	20
3.4.4 Akutt- og korttidsenhet BUP og Ungdomspsykiatrisk avdeling.....	21
3.4.5 Autismeteam	21
3.4.6 Sikkerhetsposter.....	22
3.4.7 Spiseforstyrrelser.....	23
3.4.8 Psykiatrisk Innsatsteam	24
3.4.9 Psykososialt team.....	24
3.4.10 Regionalt fagnettverk for Autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R-FAAT) 25	25
3.5 Kostnadskomponenten TSB.....	25
3.5.1 LAR i Nord.....	25
3.5.2 Tvang.....	25
3.5.3 Avrusning og utredning	26
3.5.4 Koordineringsfunksjon og barn som pårørende.....	26
3.5.5 Dropout	27
3.5.6 Rusmestringsenheter fengsel.....	27
3.5.7 Familieambulatorium.....	27
4. Private tilbydere.....	27

5. Mobilitetskomponenten.....	29
6. Totalmodell	32
7. Vedlegg:	37

Ordliste/forkortelse

DPS	Distriktpsikiatrisk senter
NLSH	Nordlandssykehuset HF
PH	Psykisk helse
RVTS	Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
SANKS	Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern og rus
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Sammendrag

Inntektsfordelingsmodellene som er i bruk i Helse Nord er bygd opp med en behovskomponent, en kostnadskomponent og en mobilitetskomponent. Det foreligger ikke nye data og analyser som muliggjør en oppdatering av behovskomponentene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helse (PH). Prosjektgruppen forslag til endringer er derfor knyttet til kostnads- og mobilitetskomponentene.

Flesteparten av endringene prosjektgruppen foreslår er knyttet til kostnadskomponenten innen PH. De viktigste endringene er at bevilgningen til SANKS baseres på dokumenterte kostnader, og at finansieringen som gis til akutt- og alderspsykiatriske sykehusbehandlinger, samt dobbeltdiagnoser, beregnes på bakgrunn av nasjonalt bestemte gjestepasientpriser. Videre foreslår prosjektgruppen å fjerne særskilt bevilgninger i kostnadskomponenten til funksjoner som er lagt ned og tilbud som i all hovedsak leverer tjenester til eget befolkningsområde. Finansieringsordninger som ikke har virket etter hensikten foreslås også fjernet. Den viktigste endringen som foreslås i mobilitetskomponenten er at betalingsansvaret for bruk av private tilbydere desentraliseres til helseforetakene.

Omfordelingsvirkningene av prosjektgruppens forslag er økte bevilgninger til UNN og Helgelandssykehuset. Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset får reduserte bevilgninger.

1. Innledning og mandat

Helse Nord innførte i 2011 en inntektsfordelingsmodell for TSB og psykisk helse. Modellen er tatt i bruk og innfaset i regional inntektsfordeling i løpet av perioden 2011-2015. I forbindelse med innføringen konkluderte Helse Nord med at det er behov for å gjennomgå og oppdatere modellen og beregningene i den, når den har vært i bruk noen år.

Viktige forhold som ligger til grunn for dagens modell:

- Modellen skal legge til rette for likeverdige helsetilbud for alle innbyggerne i regionen
- Hele helsetilbudet i regionen skal i prinsippet være tilgjengelig for alle pasienter
- Modellen ivaretar oppgjør for pasientbehandling mellom helseforetak i Helse Nord
- Modellen skal legge til rette for at pasienten får tilbud så nært sitt hjemsted som mulig
- Modellen skal støtte opp under kompetansemiljøene i Bodø, Tromsø og Karasjok

- Modellen skal støtte opp under gjeldende funksjonsfordeling
- Modellen skal bidra til effektivitet og omstilling i sektoren

Prosjektet skal

- Gjennomgå prinsippene i modellen
- Gjennomgå teknisk oppsett av modellen
- Gjennomgå og oppdatere innholdet i kostnadskomponenten, herunder foreslå "objektive" kostnadsberegninger basert på nasjonale data (i dag benyttes egne regnskapsdata)
- Avstemme funksjonsfordelingen i Helse Nord med oppdatert plan for psykisk helse og TSB
- Implementere bruk av private tilbud i modellen
- Oppdatere beregningene av mobilitetskomponenten, særlig betaling for ambulering, herunder presisere tydelig hva modellen ivaretar
- Beskrive ansvars- og funksjonsfordelingen innenfor TSB som legges til grunn for modellen, og avstemme med oppdatering av plan for TSB
- Kommunisere prinsipper og funksjonsfordeling til sektoren og berørte
- Foreslå og vurdere grep som kan støtte opp under samarbeid mellom enheter i og mellom HF
- Bidra til kunnskap om og forankring av modellen i RHF og helseforetakene og i andre relevante fora

Det skal i arbeidet skal legges stor vekt på forankring av prosesser og utvikling av en best mulig felles forståelse for modellens elementer, logikk og empiriske avledninger. Finansieringsprinsippene og de kriteriebaserte fordelingsordningene som foreslås skal understøtte vedtatte strategier og helsepolitiske mål for Helse Nord. Modellen skal understøtte målet om likeverdige helsetjenester og sikre at vedtatte funksjonsfordelinger følges opp. Samtidig skal modellen gi insitamenter til effektiv drift.

Kriteriene i fordelingsmodellen må i størst mulig grad være basert på offentlig tilgjengelig statistikk, slik at modellen er etterprøvable. For å sikre forutsigbarhet over tid bør de indikatorene som velges kunne benyttes over flere år og oppdateres med endringer i kriterieverdiene.

Organisering og framdrift

Modellen skulle vært ferdig utviklet og forankret i organisasjonen innen medio april 2015, slik at den kunne danne grunnlag for styrebehandling og fastsetting av rammer

2016 i juni 2015. I arbeidet med modellen ble det klart at det var behov for å utvide prosjektperioden. Prosjektperioden ble derfor utvidet til 1. oktober 2015. Saken vi derfor behandles i RHF styret i februar/mars 2016 og legges som grunnlag for budsjett 2017 og fremover.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF er prosjekteier og oppnevner styringsgruppe og prosjektgruppe som følger:

Styringsgruppe	Foretak	Rolle
Hilde Rolandsen	RHF	Leder av styringsgruppa
Fred Mürer	Helgelandssykehuset	Medlem
Trude Grønlund	NLSH	Medlem
Stein Erik Breivikås	Finnmarkssykehuset	Medlem
Carl-Erik Westgren	UNN	Medlem
Jann-Georg Falch	RHF	Medlem
Geir Tollåli	RHF	Medlem
Asbjørn Larsen	Regionalt brukerutvalg	Medlem
Eirik S. Holand	Konserntillitsvalgt	Medlem

Prosjektgruppe	Foretak	Rolle
Oddvar Kaarbøe	Helseøkonomisk analyse	Prosjektleder
Terje Hagen	Helseøkonomisk analyse	Prosjektdeltaker
Runar Solem	Finnmarkssykehuset	Prosjektdeltaker
Gunn Hætta	Finnmarkssykehuset	Prosjektdeltaker
Robert Karlsen	UNN	Prosjektdeltaker
Tommy Schjølberg	UNN	Prosjektdeltaker
Rune Holm	NLSH	Prosjektdeltaker
Marit Barosen	NLSH	Prosjektdeltaker
Grete Andreassen	Helgelandssykehuset	Prosjektdeltaker
Tove Lyngved	Helgelandssykehuset	Prosjektdeltaker
Sidsel Forbergskog	RHF	Prosjektdeltaker
Jann-Georg Falch	RHF	Prosjektdeltaker
Kirsti Freibu	RHF	Sekretær
Jan-Petter Monsen	RHF	Sekretær

Styringsgruppen ledes av Helse Nord RHF og består av representanter for helseforetakene, tillitsvalgte og brukerrepresentant. Prosjektgruppen består av innleid prosjektleder/utreder, samt deltakere fra RHF og helseforetakene.

Parallelt med oppdatering av inntektsmodellen utvikles og oppdateres Helse Nord sin plan for psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i et eget prosjekt. Arbeidet med gjennomgang og oppdatering av regional inntektsmodell må avstemmes med dette arbeidet.

Prosjektgruppen har hatt syv møter i perioden januar 2015 – september 2015, mens styringsgruppen har hatt fem møter i den samme perioden. Prosjektgruppen har hatt tre møter med fokus på sikkerhet, spiseforstyrrelser, avrusning og SANKS. I møtene har det blitt vektlagt å belyse hvordan tjenestene kommer hele regionens befolkning til gode. Ett av møtene ble lagt til NLSH psykiatri Rønvika i Bodø, og ett til UNN Åsgård. Det tredje møtet var planlagt til SANKS Karasjok, men måtte gjennomføres som telefonmøte pga. flytekniske problemer. Sekretariatet har også gjennomført et eget møte med SANKS.

2. Modeller for psykisk helsevern og TSB

De modellene som legges til grunn til fordeling av inntekter til psykisk helsevern (PH) og TSB mellom helseforetakene er bygget opp på samme måte som inntektsmodellen for somatikk, dvs. med en behovskomponent som fordeler inntekter ut fra befolkningens behov, slik dette defineres, og med en kostnadskomponent som kompenserer helseforetakene for definerte kostnadselementer, "ufrivillige kostnadsulemper", samt for nasjonale, regionale og sykehusfunksjoner. Dette er funksjoner som i hovedsak er dyrere enn vanlig behandling, og som er sentralisert til ett eller to helseforetak selv om hele regionens befolkning mottar behandling der. I tillegg inneholder modellen en mobilitetskomponent som kompenserer økonomisk for behandling over helseforetaksområdene.

Behovskomponenten er basis for modellene og fordeler om lag 84 % av inntektene. De øvrige 16 % fordeles på bakgrunn av definerte kostnadsulemper. Mobilitetsoppgjøret omfordeler henholdsvis 4 % (psykisk helse) og 12 % (TSB). I de neste kapitlene presenteres hovedkomponentene i modellene nærmere. Hovedvekten legges på de forhold som er foreslått endret fra modellene som allerede er innført.

2.1 Behovskomponentene

Behovskomponenten kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som alderssammensetningen og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet. Det er egne behovskomponenter for både psykisk helsevern og for TSB:

I dagens psykiatrimodell benyttes nasjonale data fra pasienttellinger gjennomført av SINTEF høsten 2007 og våren 2008, mens kriteriesettet for TSB er basert på pasienttellingsdata fra 2006. Det finnes ikke oppdaterte analyser siden den nasjonale inntektsmodellen ble laget¹, og det ligger utenfor prosjektets tidshorisont å søke om tillatelse for å samle inn data og gjennomføre nye analyser.

I den nasjonale modellen for psykisk helsevern er et storbyelement skjønnsmessig inkludert, men det er ikke en del av behovskomponenten i Helse Nord. Prosjektgruppen har diskutert om det er ønskelig å inkludere storbytillegget. Men, siden byene i Helse Nord er små og foretaksområdene store, vil ikke inkludering av et storbytillegg ha stor innvirkning på fordelingen. De andre kriteriene antas å fange opp en eventuell storbyproblematikk.

Det har også vært diskutert hvorvidt det er ønskelig å bygge behovskomponenten rundt såpass gamle analyser. Her er både prosjekt- og styringsgruppen enig i at det hadde vært ønskelig å ha tilgang til nyere analyser da helsesektoren har vært gjennom mange endringer siden 2006-08. Blant annet er det å forvente at Samhandlingsreformen vil ha

¹ Magnussenutvalgets innstilling som ble overlevert HOD i 2008.

påvirket bruk av og behov for tjenester knyttet til psykiske lidelser i både kommune- og spesialisthelsetjenestene. På den annen side er det ikke noe som tilsier at det relative forholdet mellom kommuner i Helse Nord sitt opptaksområde er endret. Styrings- og prosjektgruppene anbefaler derfor at dagens behovskomponent videreføres.

Tabell 1 viser andeler behov og andelen befolkning i de ulike helseforetakene. Tabellen viser at Finnmarks behov er litt større enn befolkningsandelen. For de andre helseforetakene er det liten forskjell mellom befolkningsandel og behov. Fra tabellen følger det at behovs- og befolkningsandelene til Finnmarksykehuset og UNN er på i overkant av 55 % av det totale estimerte behovet/befolkningen i Helse Nord.

	Finnmarkssykehuse t	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Andel befolkning	0,157	0,396	0,283	0,164	1
Behov PH	0,165	0,393	0,278	0,164	1
Behov TSB	0,167	0,390	0,282	0,161	1

Tabell 1. Andeler behovs- og befolkningsandeler. Befolkningstall fra 2014.

2.2 Kostnadskomponentene

Mens kompensasjonen som gis i behovskomponenten er bygd opp rundt kjennetegn ved befolkningen i de ulike helseforetaksområdene, skal kostnadskomponenten kompensere helseforetakene for definerte kostnadsulemper samt for ekstrakostnader knyttet til regionale sykehusfunksjoner. De regionale avdelingene gir imidlertid tjenestene til pasienter fra alle helseforetaksområdene. Oppbyggingen av kostnadskomponenten må derfor ses i nær sammenheng med oppbyggingen av mobilitetskomponenten. De regionale avdelingene vil dels finansieres gjennom et tilskudd i kostnadskomponenten og dels finansieres gjennom et gjestepasientoppgjør.

I tillegg gis kompensasjon for kostnadsulemper knyttet til undervisning og forskning utført innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling allerede gjennom kostnadskomponenten i somatikkmodellen. En synliggjøring av undervisnings- og forskningsinnsatsen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling vil ikke påvirke inntektsfordelingen mellom helseforetakene, men vil medføre ekstra administrativt arbeid siden undervisning og forskning knyttet til disse tjenestene da krever en særskilt registrering. Dagens ordning for kompensasjon av kostnadsulemper knyttet til undervisning og forskning foreslår derfor opprettholdt i somatikkmodellen.

Generelt er det to forutsetninger som må være oppfylt for at kostnadskompensasjon skal gis. For det første må kostnaden være knyttet til en aktivitet som det er ønskelig å kompensere direkte. For det andre må fordelingen av denne aktiviteten mellom helseforetakene avvike fra den relative fordelingen som helseforetakene får i behovsmodellen. Dette følger fordi beløpet som blir fordelt ved en eventuell

kostnadskompensasjon trekkes ut fra behovsmodellen. Dersom den relative fordelingen mellom helseforetakene er den samme i kostnads- og behovskomponenten vil ikke kostnadskompensasjon påvirke fordelingen av midler helseforetakene får.

Tabell 2 og tabell 3 viser kostnadskomponentene slik de ligger i dagens modeller, samt bevilgningene som er gitt for 2015.

	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Avstand	4 321	1 897	3 235	2 139	11 592
Asylmottak	1 746	7 634	4 373	2 876	16 629
SANKS	32 608	0	0		32 608
Kropp & Selvfølelse - Et kompetanseprogram		1 236	0		1 236
Akuttposter UNN/NLSH		43 611	54 448		98 059
Alderspsykiatri UNN/NLSH		3 767	0		3 767
Almenpsykiatrisk avdeling NLSH sentralsykehusfunksjon		0	5 376		5 376
Dobbeltdiagnose avd. NLSH/UNN		11 772	12 454		24 226
Psykiatrisk innsatsteam		0	7 395		7 395
Fagenhet for autisme		0	888		888
Akutt og korttidsenhet BUP og familieenhet BUP NLSH		0	37 041		37 041
Fagenhet for spiseforstyrrelser		0	1 431		1 431
Ungdomspsykiatrisk avdeling		21 274	0		21 274
Regionalt senter for spiseforstyrrelser		12 399	21 350		33 749
Sikkerhetsposter		25 103	26 277		51 379
OCD-team		1 236			1 236
Regionalt fagnettverk for autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R- FAAT)		2 921			2 921
Psykososialt team		1 724			1 724
SUM	38 676	134 571	174 268	5 015	352 531

Tabell 2. Kostnadskomponent psykisk helsevern 2015. Tall i 1000 kr.

	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Koordineringsfunksjon	387	958	737	374	2 457
LAR i Nord		23 960	3 692		27 652
Tvang		7 408	-		7 408
Avrusning og utredning		6 030	-		6 030
Barn som pårørende	393	1 054	747	386	2 580
Familieambulatorium		2 137	2 137		4 275
Dropout		2 060			2 060
Sum	780	43 607	7 313	760	52 462

Tabell 3. Kostnadskomponent TSB 2015. Tall i 1000 kr.

Tabellene viser at omlag 400 mill. kr. fordeles i kostnadskomponentene. De definerte kostnadsulempene som kompenseres er knyttet til ambulering i egen foretak og asylmottak.² Kompensasjonen for disse tjenestene er om lag 28 mill. kr. Resten av kompensasjonen er knyttet til sykehusfunksjoner, samt regionale og nasjonale funksjoner.

Før det gis en nærmere gjennomgang av postene i kostnadskomponentene diskuteres to mer prinsipielle forhold. Det ene er fordeling av kostnadskompensasjon mellom mobilitets- og kostnadskomponenten. Det andre er om kompensasjonen for regionale funksjoner i kostnadskomponenten skal baseres for forventet behov eller faktisk forbruk.

3. Forholdet mellom kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten

I dagens modell brukes det mobilitetspriser basert på kostnadsberegninger i Helse Nord, nærmere bestemt 100 % av gjennomsnittlig døgn/konsultasjonskostnad i DPS. Interne kostnadsberegninger impliserer at helseforetakenes egne kostnader legger grunnlaget for størrelsen på kostnadskomponenten for regionale funksjoner.

Det fremkommer av mandatet at prosjektet skal gjennomgå og oppdatere innholdet i kostnadskomponenten, herunder foreslå "objektive" kostnadsberegninger basert på nasjonale data.

Det foreligger i dag nasjonale gjestepasientpriser som brukes i oppgjør mellom regioner. Disse prisene var ikke etablert når modellen ble laget i 2011. Prosjekt- og styringsgruppene foreslår at nasjonale gjestepasientpris (DPS-behandling) legges til grunn for mobilitets-komponenten. Videre at nasjonale priser som hovedprinsipp danner grunnlag for å beregne størrelsen på kostnadskomponenten for regionale funksjoner. Man går da bort i fra dagens kostnadsrefusjon. Alle gjestepasientpriser som benyttes skaleres opp slik at de skal avspeile gjennomsnittskostnader, og ikke marginalkostnader, som er tilfelle for pasientmobilitet mellom helseregionene (se under).

I oppgjør mellom regioner ligger det til grunn 80 % gjestepasientbetaling av fastsatt pris, mens det intern i Helse Nord er brukt full gjestepasientbetaling (dvs. 100 % av fastsatt pris). Argumentene for dette er at en høy pris stimulerer til at HF-ene behandler pasienter i sitt eget foretak, og til at pasienter på sykehusavdelingene overføres til sitt lokale DPS når de er klar for det. I tillegg er pasientmobiliteten ut av Helse Nord innen fagområdene spesialisert rusbehandling og psykiatri liten. Risikoen for at ulike priser i stor grad skal påvirke hvor pasientbehandlingen skjer er dermed marginal.

² I tillegg gis kompensasjon for forskning og undervisning innen psykisk helsevern og TSB i somatikkmodellen.

3.1 Kompensasjon basert på faktisk forbruk eller behov

Bør kompensasjon for regionale funksjoner i kostnadskomponent (abonnementsbetaling fra kjøper til selger) baseres på faktisk forbruk eller på forventet behov? Betaling basert på faktisk forbruk kan isolert vurderes til å legge til rette for et likeverdig tilbud ved at et helseforetak betaler for pasientbehandlingen det bruker. Øvrige ressurser kan da brukes til å kjøpe aktivitet fra andre eller gi tilbud selv. Ved en abonnementsbetaling ut fra antatt behov vil man risikere å betale for tilbud man ikke bruker.

Prosjekt- og styringsgruppene anbefaler at kompensasjon/abonnementsbetaling baseres på antatt behov. Dette vil være i tråd med mandatet som sier at modellen skal støtte opp under kompetansemiljø i Bodø, Tromsø og Karasjok. Det vil også bidra til at modellen understøtter gjeldene funksjonsfordeling og det vil synliggjøre behov for dialog mellom helseforetakene. Eksempelvis, hvorfor bruker Helgelandssykehuset regionale funksjoner ved NLSH mindre enn forventet behov?

Forbruket fra Helgeland og Finnmark hos henholdsvis NLSH og UNN varierer også en del mellom 2013 og 2014 og et abonnement vil gi en mer stabil finansiering.

3.2 Kompensasjon for kostnadsulemper

Ambulering i egen foretak er en aktivitet som er ønskelig fordi det bygger oppunder prinsippet om at behandling skal gis så nært pasientens bosted som mulig. Avstandselementet er derfor i praksis en kompensasjon for kostnadsulempe på grunn av stort geografisk område i eget helseforetak.

Asylsøkere som bor på mottak er ikke omfattet av behovsmodellene da de per definisjon ikke er bosatt i en kommune. Asylsøkere antar imidlertid å ha behov for helsetjenester. Hvorvidt asylsøkere har et større eller mindre bruk for spesialisthelsetjenester enn resten av befolkningen er ikke belyst. Det at asylsøkere ofte kommer fra krigs- og katastrofeområder kan være en indikasjon på høyere behov. På den annen side kan kulturelle forhold tilsi mindre bruk. Siden den relative effekten av disse forholdene ikke er belyst foreslås det å opprettholde antakelsen i modellen om at en asylsøkers behov for spesialisthelsetjenestene følger den generelle befolkningens behov.

Prosjekt- og styringsgruppene mener at begge disse kostnadsulempene bør kompenseres. Modellene for kompensasjon som ble utviklet i forrige runde foreslås videreført, men både fordeling av mottaksplasser (asylmottak) og reiseavstand oppdateres til å avspeile dagens forhold.³ Endringene gir marginale endringer i fordelingen mellom helseforetakene.

³ Eksempelvis er Enhet for voksenpsykiatri SANKS/DPS Midt-Finnmark vedtatt flyttet fra Lakselv til Karasjok og Vesterålen DPS enhet Straume er lagt ned.

3.3 Kompensasjon for sykehusfunksjoner, regionale og nasjonale funksjoner

Prosjektgruppen har kartlagt i hvilken grad tjenestene som tidligere har vært omfattet av kompensasjon i kostnadskomponenten har et regionalt snitt. Dvs. om det er tjenester som enten er:

1. definert som nasjonale funksjoner av sentrale helsemyndigheter og som mottar egen finansiering av Helsedirektoratet/HOD,
2. tjenester som er definert som regionale funksjoner av Helse Nord,
3. eller tjenester som har et klart regionalt preg i forbruk.

Eksempler på den første type tjenester er RVTS og KORUS. Dette er funksjoner som per i dag er finansiert på siden av modellen. Spiseforstyrrelser er et eksempel på en regional funksjon definert av Helse Nord, mens sikkerhetspostene på UNN og NLSH er eksempler på den tredje typen.

Kartleggingen har også vist at flere av de funksjonene som er gitt egen finansiering av dagens kostnadskomponent er lagt ned, samt at noen av funksjonene i hovedsak kun brukes av deler av Helse Nord sin befolkning. Funksjoner som er lagt ned er:

- Almenpsykiatri NLSH,
- Langtids/familieenhet NLSH,
- Subakutt UNN,
- Ambulering og behandling av pasienter i andre HF områder.

Finansiering av psykososialt team inngår i særskilt finansiering av RVTS og tas derfor ut av kostnadskomponenten.

3.4 En nærmere gjennomgang av tjenestene i kostnadskomponenten

I dette kapitlet gis en nærmere gjennomgang av postene i kostnadskomponentene som prosjektgruppen foreslår å endre. Gjennomgangen følger postene slik de er satt opp i kostnadskomponentene. Først gjennomgås kostnadskomponenten for psykisk helsevern.

For å lette sammenligningen mellom dagens bevilgning og hvilken bevilgning som prosjekt- og styringsgruppene foreslår beregnes kostnadskomponenten i rapporten med utgangspunkt i (nasjonale) gjennomsnittspriser. Det betyr at forholdet mellom bevilgningen som gis i kostnadskomponenten og mobilitetskomponenten er det samme i både dagens modell og prosjekt- og styringsgruppens forslag.

3.4.1 SANKS

I dagens modell gis SANKS en bevilgning på ca. 32,6 mill. kroner. I tillegg gis en egen bevilgning til nasjonal kompetansefunksjon på 3,7 mill. kroner utenfor modell. Prosjektgruppen har hatt nærlys på SANKS som eget tema på ett av prosjektmøtene. Formålet med dette var å få en bedre forståelse for hvilken virksomhet SANKS utfører.

I møtet med SANKS ble det poengtert at mange av tjenestene som utføres er knyttet til oppgaver utenom den direkte pasientbehandlingen. Dette inkluderer blant annet veiledning, undervisning, informasjonsarbeid. Det ble også påpekt at konsultasjoner med den samiske befolkningen ofte tar lengre tid pga. kontaktetablering og kommunikasjonsmåtene. I tillegg inkluderer ofte konsultasjonene flere kontaktpunkter/samhandlingsflater enn hva som er tilfelle ellers.

Et viktig fokus i prosjektgruppen har vært å kartlegge i hvilken grad SANKS tilbyr regionale tjenester, dvs. tjenester som den samiske befolkningen, også bosatt utenfor Finnmark, får nytte av. En slik tjeneste som SANKS tilbyr er tjenestene som gis ved utekontorene i Oslo, på Snåsa, i Bodø og i Tysfjord⁴.

På hvert av disse utekontorene er det en behandlerstilling. I tillegg til pasientarbeid utføres mye veiledning, undervisning, informasjonsarbeid og koordinering. Det er en god del reisevirksomhet knyttet til utekontorene.

En annen aktivitet som SANKS utfører er oversettelser av informasjons- og veiledningsmaterieil, tester samt annet skriftlig materiale til de ulike samiske språk. Noen av disse tjenestene utføres av ansatte i SANKS mens andre kjøpes eksternt.

Finnmarkssykehuset har dokumentert kostnader knyttet til reiser, oversettelser/tolkning og leie av lokaler på ca. 2 mill. kr. I tillegg kommer kostnader knyttet til behandlingsstillinger på i underkant av 2,5 mill. kr.

Finnmarkssykehuset har også dokumentert kostnader knyttet til et fagteam som reiser ut fra hovedkontorene for å bistå utekontorene på om lag 1,2 mill. kr, en språkkonsulent (oversetter til nordsamisk) på om lag 600 000 kr, samt kostnader i størrelsesorden 1,8 mill. kr. vedrørende Akuttpsykiatrisk ambulant team, Sør-Lulesamisk område.

Til sammen har SANKS dokumentert kostnader i størrelsesorden 8,1 mill. kr knyttet til tjenester utenfor Finnmark.

Det er inngått avtaler mellom Finnmarkssykehuset og Rovaniemi sykehus og Jämtlands län slik at Finnmarkssykehuset får betalt for gjestepasienter fra Finland og Sverige fra 2015. Helse Nord og de andre regionale helseforetakene er i ferd med å inngå avtaler om

⁴ Tysfjord dekker også noe aktivitet i Sverige.

betaling av behandling av pasienter bosatt utenfor Helse Nords opptaksområde. Hvor stort omfang denne typen behandling har er ikke kartlagt.

Prosjekt- og styringsgruppene foreslår å kompensere SANKS for dokumenterte kostnader knyttet til utekontorene. Prosjekt- og styringsgruppene erkjenner at behandlingen av den samiske befolkningen medfører ekstra kostnader knyttet til utvikling av behandlingsmetoder, oversettelse av tester, utredninger og behandlings- og informasjonsmateriell samt utfordringer knyttet til språk og kultur. Også ved behandling av pasienter bosatt i Finnmark vil det kunne være ekstra kostnader knyttet til samiske forhold.

Prosjektgruppen har blitt forelagt oversikt fra Finnmarkssykehuset over ekstrakostnader knyttet til kjøp av språktjenester og kostnader knyttet til utekontorene på om lag kr. 8,1 mill. kr. Prosjekt- og styringsgruppene foreslås at disse kompenseres i kostnadskomponenten. Prosjekt- og styringsgruppene foreslår videre at SANKS mottar et skjønnsmessig tilskudd på 2 mill. kr. for å dekke ekstrakostnader knyttet til behandling av samiske pasienter bosatt i Finnmark. I sum foreslås det å legge til grunn til sammen 10,1 i kostnadskomponenten til SANKS. I tillegg legges det til grunn at bevilgningen til de nasjonale tjenestene som SANKS tilbyr videreføres.

3.4.2 Akutt/alderspsykiatri

I kostnadskomponenten for 2015 bevilges det ca. 98 mill. kr. til akuttpostene. UNN og NLSH mottar i 2015 også en bevilgning knyttet til alderspsykiatri (UNN) og allmenpsykiatri (NLSH) på hhv. kr. 3,7 mill. kr. og 5,3 mill. kr. I tillegg mottar UNN og NLSH kompensasjon gjennom mobilitetskomponenten når pasienter fra de andre helseforetakene i Helse Nord benytter seg av tjenestene disse avdelingene tilbyr.

Beløpene som ligger i kostnadskomponenten er basert på totale driftskostnader inklusive felleskostnader. Uttrekket av kostnader ble gjort i forbindelse med etablering av inntektsmodellen i 2011. Siden beløpene er basert på kostnadsrefusjon av påløpte kostnader, vil en oppdatering av modellen basert på påløpte kostnader, ikke stimulerer til effektiv drift.

Tabell 4 viser andeler liggedøgn fordeler seg på disse tjenestene.

	Aktivitet 2014		Liggedøgn fordelt på bostedsforetak				
	Liggedøgn	Antall pas.	Helgeland	NLSH	UNN	Finnmarkssykehuset	SUM Helse Nord
Akuttposter NLSH	8821	927	2613	5634	45	41	8333
Alderspsykiatri NLSH	2887	57	1071	1790	0	0	2861
SUM NLSH	11523	984	3684	7424	45	41	11194
Akutt UNN	11804	1268	0	40	8276	3056	11372
Alderspsykiatri Døgn UNN	4003	96	0	0	3268	735	4003
SUM UNN	15807	1364	0	40	11544	3791	15375
Andel liggedøgn NLSH+Helgeland			0,33	0,67			
Andel behov NLSH+Helgeland*			0,37	0,63			
Andel liggedøgn UNN+ Finnmark					0,75	0,25	
Andel behov UNN+Finnmark*					0,70	0,30	

Tabell 4. Aktivitet (liggedøgn) på akuttposter/alderspsykiatrisk avdeling UNN/NLSH. Data fra 2014. I aktivitet 2014 inngår også liggedøgn for pasienter som ikke er bosatt i Helse Nord

* Data fra Tabell 1.

Ved å sammenligne andelen aktivitet med andelen behov i de ulike helseforetakene finner vi at Finnmarks bruk av tjenestene på UNN er 5 prosentpoeng lavere enn det relative behovet mellom Finnmark og UNN. En tilsvarende sammenligning for NLSH viser at Helgelands andel av liggedøgn er fire prosentpoeng lavere enn hva det relative behovet mellom NLSH og Helgeland foreskriver.

Sammenligner vi derimot det relative antall liggedager til UNN og Finnmark med det totale relative behovet disse helseforetakene har i Helse Nord finner vi stor grad av samsvar; Finnmark og UNN har ca. 57 % av liggedager på akuttpostene i Helse Nord og ca. 56 % av det relative behovet innen psykisk helsevern. Dette er en indikasjon på at den relative dimensjoneringen av akuttavdelingene er i samsvar med hva en analyse av behov ville gi.

Den neste tabellen viser estimerte kostnader per liggedøgn for disse avdelingene på UNN og NLSH. Kostnad per liggedøgn framkommer ved å ta bevilgningen for 2015 og dele på antall liggedøgn i 2014. I tillegg viser tabellen hvordan disse kostnadene er relativt til den nasjonale gjestepasientprisen.⁵

⁵ Den nasjonale gjestepasientprisen er ikke justert for pensjon.

	Kostnad pr. liggedag ink. mob.komp.	Nasjonal gjestepas.-pris (100%)
Akuttposter/alderspsykiatri/ UNN	8 872	10 125
Akuttposter/alderspsykiatri NLSH	10 985	10 125

Tabell 5. Estimerte kostnader per liggedøgn. Tall fra budsjett 2015 og aktivitet 2014.

Fra Tabell 5 ser vi at den estimerte kostanden på UNN er lavere enn hva den nasjonale gjestepasientprisen er. For NLSH er forholdet det motsatte. Overgangen til nasjonale gjestepasientpriser impliserer et effektivitetskrav på NLSH i underkant av 8 prosent.⁶

3.4.3 Dobbeltdiagnoser

I dag gis det en bevilgning i kostnadskomponenten på om lag 22,5 mill. kr. til disse avdelingene på UNN og NLSH.

	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Andre	SUM
Dobbeltdiagnose UNN	0,51	0,41	0	0	0,08	1
Dobbeltdiagnose NLSH	0	0	0,85	0,15	0	1

Tabell 6. Relativ fordeling av liggedager. Tall fra 2014.

Tabell 6 viser den relative fordelingen av liggedager for disse tjenestene. Tabellen viser to forhold. For det første at bruken av UNN er knyttet til pasienter fra UNN og Finnmark, mens bruken av NLSH er knyttet til pasienter fra NLSH og Helgeland. Dette samsvarer med hva en skulle forvente i det at tjenestene som tilbys er relativt like, samt at pasientene typiske ønsker å bruke helsetilbud nære eget bosted.

Det andre som Tabell 6 viser er at bruken av tjenestene er skjevfordelte i forhold til relativt behov. Spesielt ser vi at Finnmark har et overforbruk av tjenestene på UNN, mens Helgeland har et underforbruk av tjenestene på NLSH.⁷ På den annen side viser tall fra 2013 at Finnmark har et underforbruk på UNN. Siden antall pasienter er lavt er det å forvente at andelen bruk vil variere fra år til år.

Ved å relatere antall liggedager i 2014 til budsjett for 2015 får vi fram estimert kostnad per liggedag, jf. Tabell 7. Tabellen viser at UNNs kostnad er tilsvarende den nasjonale gjestepasientprisen mens NLSH kostnad er høyere enn den nasjonale gjestepasientprisen.

⁶ $(10125-10985)/10985=0,078$, dvs. 7,8 %.

⁷ Finnmarks har 30 % av det relative behovet mellom UNN og Finnmark, mens Helgeland har 37 % av det relative behovet til NLSH og Helgeland.

	Kostnad pr. liggedag ink. mob.komp.	Gjeste. pas. pris (100%)
Dobbeltdiagnose UNN	10 304	10 125
Dobbeltdiagnose NLSH	11 145	10 125

Tabell 7. Estimert kostnad per liggedøgn 2015

Bevilgningen til disse tjenestene basert på liggedager for 2014 og nasjonale gjestepasient-priser for 2015 er gitt i tabell 8.

	Bevilgning
Dobbeltdiagnose UNN	10 344
Dobbeltdiagnose NLSH	10 043

Tabell 8. Bevilgning i kostnadskomponenten dobbeltdiagnose. Tall i 1000 kr.

3.4.4 Akutt- og korttidsenhet BUP og Ungdomspsykiatrisk avdeling

I kostnadskomponenten gis det om lag 58 mill. kr. i bevilgning til disse enhetene på NLSH og UNN. 37 mill. av disse bevilgningene gis til NLSH.

En gjennomgang av innholdet på disse avdelingene viser at BUP NLSH har to avdelinger – en akuttavdeling med 6 senger og en korttidsavdeling med 7 senger. Tilsvarende akuttavdeling på UNN har 7 senger. Både Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset har egne korttidsenheter. Videre viser tall på bruken av BUP NLSH at over 90 % av pasientene kommer fra NLSHs egen befolkning. Prosjekt- og styringsgruppene foreslår derfor å redusere bevilgningen til BUP-avdelingene på NLSH.

Det eksisterer ikke nasjonale gjestepasientpriser innen barne- og ungdomspsykiatri da barn og unge i hovedsak får tilbud nær sitt eget bosted og omfanget av gjestepasienter er lavt. Prosjekt- og styringsgruppene foreslår at bevilgningen til NLSH settes som 6/7 av bevilgningen som gis til UNN. Dette vil sikre at bevilgningen som gis per seng er lik. Foreslått bevilgning til NLSH i kostnadskomponenten blir dermed i underkant av 18,3 mill. kr.

3.4.5 Autismeteam

NLSH mottar i 2015 en bevilgning på i underkant av 0,9 mill. kr. til denne funksjonen. Tall over antall pasienter viser at 113 av de 136 pasientene som brukte tilbudet kom fram NLSH. 21 pasienter kom fra Helgelandssykehuset. Den siste pasienten kom fra UNNs opptaksområde.

Prosjekt- og styringsgruppene har diskutert om bruken av tilbudet tilsier at dette er en lokal, og ikke en regional funksjon. Siden beløpet som bevilges er såpass marginalt foreslås det at tilskuddet videreføres. Dersom det i framtiden også er slik at bruken av

tilbudet i hovedsak er knyttet til NLSHs egen befolkning vil prosjekt- og styringsgruppene anbefale å fjerne tilskuddet fra kostnadskomponenten.

3.4.6 Sikkerhetsposter

Det bevilges ca. 51,4 mill. kr. i kostnadskomponenten til sikkerhetspostene ved UNN og NLSH i 2015. UNN mottar ca. 25,1 mill. kr., mens NLSH mottar 26,2 mill. kr.

UNN har til sammen 12 plasser fordelt på to poster. I tillegg har de noen som de følger opp uten at de er innlagte. Av disse er 9 dømte. NLSH har til sammen 15 plasser fordelt på to poster og en treningsbolig med lavere sikkerhetsgrad. Av disse er 6 dømte, hvorav 2 tilhørende UNN.

For de innlagte gjelder at det både er pasienter som er dømt til behandling og pasienter som ikke er dømt, men som utgjør en sikkerhetsrisiko i en ordinær akuttpost. Det må understrekes at det ikke er de som er dømt til behandling som nødvendigvis er de mest utfordrende. For ordens skyld så er de som er dømt til forvaring ikke av disse, de sitter i fengsel.

	Liggedøgn	Antall pasienter	Helgeland	NLSH	UNN	Finmark	Sum
Sikkerhetspost A UNN	2155	4			2107	48	2155
Sikkerhetspost B UNN	2603	31			1643	960	2603
Sikkerhetspost NLSH	6519	14	2151	3781	227	360	6519

Tabell 9. Oversikt over pasienter og liggedøgn ved sikkerhetsavdelingene i 2014

Tabell 9 viser at postene på UNN har færre liggedøgn enn NLSH, men flere pasienter. Pasientene på UNN kommer fra de to nordligste helseforetakene, mens sikkerhetsposten på NLSH hadde pasienter fra alle helseforetakene til behandling i 2014. Tabellen viser også at både UNN og NLSH har overbelegg på sine sikkerhetsposter.⁸

Den neste tabellen gir en oversikt over faktiske og budsjetterte årsverk brutt ned på stillingskategorier. Tabellen viser at det er stor forskjell på planlagte årsverk og faktiske årsverk, samt at NLSH er mer produktiv hvis en ser på antall årsverk per seng. Fra tabellen følger det også at bruken av ufaglært arbeidskraft er større på UNN.

⁸ UNN: $12 \cdot 365 = 4380 < \text{antall liggedøgn UNN}$. NLSH: $15 \cdot 365 = 5475 < \text{antall liggedøgn NLSH}$.

Navn på enhet:	Sikkerhet rehab/døgn UNN		Sikkerhetspsykiatrisk post NLSH	
	Budsjettert antall pr 1.1.2015	Faktisk antall pr 1.1.2015	Budsjettert antall pr 1.1.2015	Faktisk antall pr 1.1.2015
Leger	1,0	1,5		
Legespesialister	2,0	1,0	2,0	0,8
Psykologer	0,5	1,0		
Psykologspesialister	2,0	1,0	2,0	1,0
Syke-vernepleiere	20,5	20,9	21,1	21,5
Barnevernspedagoger	0,0		0,4	0,4
Sosionomer	1,0	0,1	1,0	1,0
Annet pers. med høyskoleutd.	9,0	5,3	11,1	13,3
Annet helsepersonell	11,0	10,7	17,5	24,7
Annet personell	2,0	28,0		0,3
Totalt antall årsverk	49,0	69,5	55,1	63,0
Antall senger pr 1.1.15	12,0	12,0	15,0	15,0
Antall årsverk pr seng	4,1	5,8	3,7	4,2

Tabell 10. Faktiske og budsjetterte årsverk brutt ned på stillingskategorier

Gjennom sitt besøk på NLSH og UNN fikk prosjektgruppen presentert et nærlys på sikkerhetspostene. Prosjektgruppen fikk forståelse av at sikkerhetspostene ved NLSH og UNN har et godt samarbeid, og at de avlaster hverandre etter behov.

Prosjekt- og styringsgruppene har diskutert i hvilken grad det er mulig å sammenligne kostnader ved sikkerhetspostene. Det har ikke lyktes med å finne et godt sammenligningsgrunnlag. Tall fra sikkerhetsavdelinger i Helse Sør-Øst viser at kostnadene varierer mye. Trolig må man kunne beskrive sikkerhetspostene i mye større detalj for at kostnadssammenligninger skal kunne benyttes. Med bakgrunn i dette foreslås det å videreføre beløpet som i dag bevilges i kostnadskomponenten.

Prosjektgruppen mener at tabellen over faktiske og budsjetterte årsverk gir nyttig bakgrunnsinformasjon om sikkerhetspostene. Men, for å stimulere til effektivitet, og siden det er fullt belegg på avdelingene foreslår prosjekt- og styringsgruppene å dele bevilgningen basert på antall senger. Dette gir UNN og NLSH henholdsvis 12/27 og 15/27 av bevilgningen. UNN mottar dermed 22,835 mill. kr. NLSH mottar 28,544 mill. kr.

3.4.7 Spiseforstyrrelser

Det bevilges i underkant av 34 mill. kr. i kostnadskomponenten til behandling av spiseforstyrrelser ved UNN og NLSH. Beløpet ble beregnet ved kartlegging av kostnadsgrunnlaget i 2010, og er kun prisjustert siden. Av disse mottar NLSH om lag 21,3

mill. kr. I tillegg gis det bevilgninger i kostnadskomponenten til kompetanseprogrammet Kropp & Selvfølelse (UNN) og Fagteam spiseforstyrrelser (NLSH). Til sammen får disse programmene 2,66 mill. kr. i 2015. I tillegg til tjenestene nevnt over mottar NLSH i 2015 et tilskudd på kr. 925 000 til Kvalitetsregister for spiseforstyrrelser.

Prosjektgruppen fikk et nærlys på organiseringen av tilbudet som gis til pasienter med spiseforstyrrelser under sitt besøk ved NLSH og UNN. Inntrykket er at dette er en tjeneste som fungerer som en regional funksjon. Aktivitetsdata for 2014 bekrefter dette bildet.

Det finnes ikke relevante nasjonale priser som kan brukes for å fastsette størrelsen på kompensasjonen som gis i kostnadskomponenten. Prosjektgruppen har ikke gjennomført en ny beregning av kostnadsgrunnlaget, men størrelsen på bevilgningen er vurdert opp mot antall stillinger. Det er ingen ting som tyder på at beløpet er feil. Det foreslås å videreføre dagens bevilgninger til henholdsvis UNN og NLSH (inklusive kompetanseprogram Kropp & selvfølelse (UNN) og fagteam spiseforstyrrelser (NLSH)) og at helseforetakene betaler abonnement ut fra antatt behov.

Det foreslås også at bevilgning gitt høsten 2014 (0,9 mill. kr) til kvalitetsregister for spiseforstyrrelser (NLSH) finansieres i kostnadskomponenten.

3.4.8 Psykiatrisk Innsatsteam

NLSH mottar i dag ca. 7,4 mill. kr. i kostnadskomponenten for sitt psykiatrisk innsatsteam. Innsatsteamet gjennomførte 1126 konsultasjoner i 2014. Konsultasjonene var fordelt på pasienter fra NLSH (679), UNN (73), Helgeland (187) og Finnmark (187).

Prosjekt- og styringsgruppene har diskutert om dette er en regional funksjon. Psykiatrisk innsatsteam behandler pasienter i hele regionen. Teamet er trukket inn i arbeidet med strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og rusbehandling på bakgrunn av sin spesielle kompetanse innenfor området, slik at behovene knyttet til pasienter med kognitiv svikt, psykisk utviklingshemming og gjennomgripende utviklingsforstyrrelse kombinert med psykiske lidelser og sammensatt problematikk (for eksempel avhengighetsproblematikk) blir beskrevet.

3.4.9 Psykososialt team

UNN mottar en bevilgning i kostnadskomponenten på om lag 1,7 mill. kr.

Psykososialt team for flyktninger ble lagt ned i 2006 da RVTS Nord ble opprettet, og er nå en integrert del av RVTS Nord under navnet Fagteam Flyktningshelse og tvungen migrasjon.

Fagteam Flyktninghelse og tvungen migrasjon skal ivareta nasjonale forpliktelser i forhold til Flyktningkonvensjonen og Menneskerettighetene, blant annet for å fremme god helse og en meningsfull hverdag.

Målet er at arbeidet med kompetanseheving skal gi flyktninger og asylsøkere et helsetilbud og andre offentlige tjenester, som er likeverdig med det resten av befolkningen tilbys. For å oppnå dette tilbys opplæring til alle som arbeider med flyktninger og asylsøkere. Viktige virkemidler er kompetanseheving av helsepersonell i forhold til utredning, behandling og forebygging, samt tverretattlig samarbeid i arbeid med flyktningfamilier.

4,5 stillinger er i dag tilknyttet Fagteam Flyktninghelse og tvungen migrasjon.

Prosjekt- og styringsgruppene har diskutert i hvilken grad det her er snakk om dobbeltfinansiering, da RTVS mottar en egen bevilgning på 17,25 mill. kr. Helse Nord og UNN har utredet dette. Utredningen har vist at oppdraget knyttet til psykososialt team ligger inne i bevilgningen fra HOD. Det tidligere tilskuddet i modellen foreslås derfor fjernet fra kostnadskomponenten og erstattes med tilskuddet til RVTS.

3.4.10 Regionalt fagnettverk for Autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R-FAAT)

UNN mottar om lag 2,9 mill. kr. i kostnadskomponenten er i dag.

Dette er regionale funksjoner og skal ligge i kostnadskomponenten. Kostnader må dokumenteres av UNN. Foreløpig legges det inn bevilget beløp per i dag.

3.5 Kostnadskomponenten TSB

Kostnadskomponenten knyttet til TSB er presentert i Tabell 3 på side 8.

3.5.1 LAR i Nord

Det bevilges ca. 27,6 mill. kr. til LAR-behandling i kostnadskomponenten for TSB. I dag mottar UNN størsteparten av beløpet. Det er besluttet at ansvaret for LAR skal desentraliseres til de enkelte helseforetakene. Beløpet som ligger i kostnadskomponenten blir derfor overført til behovskomponenten og fordelt etter behovsandel.

3.5.2 Tvang

UNN mottar et tilskudd på om lag 7,4 mill. kr. i kostnadskomponenten. Selve behandlingen foregår på Nordlandsklinikken. Aktivitetsdata fra 2014 viser at døgnbehandling i hovedsak gis til pasienter fra NLSH, UNN og Finnmark, men ikke fra Helgeland.

Tilskuddet er basert på regnskapsførte kostnader fra 2010, en mobilitetspris på 4500 kr. samt estimert ut fra et årlig gjennomsnittlig belegg på 90% og fem senger, dvs. 1642,5 liggedøgn.

Det foreligger i dag nasjonale gjestepasientpriser på tvangsbehandling og døgnopphold TSB. Gjennomsnittsprisene pr. døgn er satt til kr. 9375 for tvangsbehandling og kr. 4625 for døgnopphold.

Basert på disse prisene og 1642,5 liggedøgn foreslår prosjekt- og styringsgruppene at bevilgningen som gis i kostnadskomponenten justeres til kr. 7,8 mill. kr.

3.5.3 Avrusning og utredning

Per i dag gis UNN et tilskudd i kostnadskomponenten på ca. 6 mill. kr. Beløpet er basert på innrapporterte kostnader fra 2010, samt uttrekk for mobilitet basert på en aktivitet på 2792 liggedager og 23 konsultasjoner priset til henholdsvis kr. 4500 og kr. 2300. Avrusningsenheten har 8 døgnplasser ved Nordlandsklinikken og 10 senger i Tromsø.

Det ble opplyst på prosjektgruppemøtet 14. januar at deler av avrusningen er flyttet ut til foretakene. Det er uklart hvor stor del av avrusningen som er flyttet ut til foretakene.

Aktivitetsdata fra 2014 viser at det i hovedsak er UNN og NLSH som benytter seg av disse tjenestene, men at også Finnmark bruker tilbudet. Det er ingen pasienter fra Helgeland som har generert liggedøgn på avrusningsenheten i 2014.⁹ Totalt sett var det 2975 liggedøgn på avrusningsenheten i 2014.

Den nasjonale gjestepasientprisen for avrusning er på kr. 11625 (gjennomsnittspris). Det vil si at prisen eksklusiv mobilitetsprisen er kr. 7000. Det er usikkerhet knyttet til om pasienter som sendes mellom regionene er mer kostnadskrevende å avruse enn pasienter intern i Helse Nord.

Prosjekt- og styringsgruppene er usikker både på i hvilken omfang avrusningen som Avdeling for avrusning og utredning tilbyr er et regionalt tilbud. Prosjekt- og styringsgruppene er også usikker på om den nasjonale gjestepasientprisen fanger opp mer behandlingstunge pasienter enn hva avdelingen tilbyr. Til disse forholdene er avklart foreslår prosjekt- og styringsgruppene å opprettholde bevilgningen slik den nå ligger i kostnadskomponenten.

3.5.4 Koordineringsfunksjon og barn som pårørende

Disse tjenestene er fordelt etter behovskomponenten og foreslås tatt ut av kostnadskomponenten.

⁹ En mulig forklaring på dette er at pasienter fra Helgeland som trenger avrusning får det hos Sigma Nord.

3.5.5 Dropout

Det bevilges ca. 2 mill. kr. til denne funksjonen i 2015. Tilskuddet er gitt fordi dette er en nasjonal oppgave som er pålagt av RHF basert på en bevilgning gitt fra HOD.

Dropout-teamet er opprettet fordi 10-15 % av 700 pasienter møter ikke opp til rusbehandling. Drop out teamet skal telle hvor mange som ikke møter til behandling, intervju fastleger, pasienter og ruskonsulenter for å finne ut av hvorfor ikke flere møter til behandling. Deretter skal teamet lage tiltakspakke for at flere møter opp til avtalt behandling.

Bevilgningen foreslås videreført.

3.5.6 Rusmestringsenheter fengsel

Rusmestringsenheter i fengsel var et særskilt tilskudd som ble faset inn i basisrammen i 2014. Tilskuddet som er gitt for 2015 er på 1,96 mill. kr. Det er fordelt til UNN (kr. 1060 000) og NLSH (kr. 900 000) basert på antall fengselsplasser (59 i Tromsø og 50 i Bodø). De andre fengslene i Helse Nord sitt opptaksområde har ikke rusmestringsenheter.

Prosjekt- og styringsgruppene foreslår at beløpet flyttes over til kostnadskomponenten.

3.5.7 Familieambulatorium

4,275 mill. kr. er bevilget i kostnadskomponenten. Likt beløp på UNN og NLSH. Familieambulatorium er et pålegg fra HOD.

Familieambulatoriet skal fungere som en brobygger mellom de tilbud som allerede eksisterer, og vil samarbeide både tverrfaglig og tverretatlig for å bistå til en helhetlig og langsiktig oppfølging av familier med barn som også har rusrelaterte problemstillinger

Det er et lavterskel, individtilpasset tilbud til gravide, eventuelt deres partner, med mulighet til oppfølging fram til barnet er 6 år. Tilbudet er et ambulant poliklinisk tilbud.

Bevilgningen foreslås videreført.

4. Private tilbydere

Helse Nord inngår avtaler med private tilbydere. Per i dag er det inngått avtale med Viken Senter (ca. 50 mill. kr), Kløveråsen (ca. 22,5 mill. kr) og RIBO (ca. 7 mill. kr.).

Tabell 11 viser bruk av Viken Senter og Kløveråsen i 2013, samt behovsandel til helseforetakene. For RIBO har ikke prosjektgruppen blitt forelagt oversikt over bruk dekomponert på de ulike helseforetakene.

	Kløveråsen		Viken		Behovskomponent
	Liggedøgn	Andel	Liggedøgn	Andel	
Helgeland	242	0,24	1 265	0,10	0,16
NLSH	754	0,73	3 586	0,30	0,28
UNN	34	0,03	4 118	0,34	0,39
Helse Finnmark	0	0,00	3 176	0,26	0,17
SUM	1 030	1,00	12 145	1,00	1,00

Tabell 11. Liggedøgn og bruk av Viken og Kløveråsen 2013.

Tabellen viser at NLSH og Helgeland har et relativt stort forbruk av liggedagene på Kløveråsen, mens Finnmarks bruk av Viken Senter avviker relativt mye fra behovsandelen som Finnmark har.

Det at disse tilbyderne direktefinansieres fra Helse Nord impliserer at de foretaksområdene som bruker mindre enn hva behovskomponenten tilsier subsidierer foretaksområdene som bruker mer enn behovskomponentens andel. Det er enighet om prinsippet om at forbruk av private skal tas inn i modellen slik at foretakene betaler for bruken. Prinsippet tilsvarer det som brukes i somatikkmodellen. Dette er også i samsvar med mandatet hvor det står at prosjektet skal implementere bruk av private tilbud i modellen.

Prosjektgruppen påpeker at siden det er Helse Nord RHF som inngår avtalene og henvisningen ofte gjøres av fastleger så har helseforetakene liten mulighet til å påvirke bruken av disse institusjonene. Prosjektgruppen understreker viktigheten av at det må vurderes om at kjøp av disse tjenestene er en effektiv utnyttelse av ressurser og gir et helhetlig helsetilbud.

Prosjekt- og styringsgruppene har diskutert i hvilken grad tjenestene som disse private institusjonene tilbyr er psykiatriske spesialisthelsetjenester. Det er særlig tilbudet ved Kløveråsen og RIBO en har diskutert om hører hjemme i psykiatrimodellen. Slik prosjekt- og styringsgruppene forstår tjenestetilbudet har RIBO større karakter av (re-)habilitering enn psykisk helse. Kløveråsen behandler hovedsakelig demens, men også demens med tilleggslidelser innen psykisk helse. Prosjekt- og styringsgruppene foreslår derfor at RIBO holdes utenfor psykiatrimodellen, mens bare en del (30%) av bruken på Kløveråsen belastes psykiatrimodellen.

Omfordelingsvirkningene av å inkludere Viken Senter og (deler av) Kløveråsen i psykiatrimodellen er vist i tabellen under.

	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Totalt
Kløveråsen (omfordeling)	1 102	2 405	-3 032	-475	0
Viken (omfordeling)	-4790	2693	-865	2962	0
Totalt	-3 688	5 098	-3 897	2 487	0

Tabell 12. Omfordeling av å inkludere private tilbydere i psykiatrimodellen. Tall i 1000 kr.

5. Mobilitetskomponenten

Mobilitetskomponenten skal sikre betaling når pasienter i et helseforetak får behandling i et annet helseforetak i Helse Nord. For å stimulere til at all behandling lavere enn sykehusnivå skal skje lokalt og nærmest mulig brukerens bosted er betaling satt til 100 % av estimert gjennomsnittlig kostnad for et liggedøgn/konsultasjon ved et DPS i Helse Nord. Man bruker siste års tilgjengelige data på mobilitet i oppgjøret. I modellen er det også lagt opp til at utfører får betalt kostnader ved ambulering til andre helseforetak når det gjøres.

Prosjektgruppen har diskutert tre forhold knyttet til mobilitetskomponenten. Den første er om en skal basere mobilitetsoppgjøret på et gjennomsnitt av de siste års data. Dette vil bidra til mer stabilitet i mobilitetskomponenten. På den annen side vil det medføre at helseforetak som opplever økt netto mobilitet må vente lengre på oppgjøret. Prosjektgruppen ønsker ikke å anbefale en slik løsning.

Det andre forholdet som prosjektgruppen har diskutert er ambulering ut, og behandling av, pasienter i andre helseforetak. Prosjektgruppen har fått avdekket at UNN ikke ambulerer og at NLSH har redusert sin ambulering og det ble opplyst fra NLSH i et av styringsgruppemøtene at de skulle slutte med det. Modellen slik den ble foreslått sist, har dermed ikke stimulert til mer ambulering. Prosjekt- og styringsgruppene foreslår derfor å fjerne ambulering fra mobilitetskomponenten.

Effektene av å fjerne ambulering fra mobilitetskomponenten er at Finnmarkssykehuset og Helgeland får tilbakeført henholdsvis 3,5 mill. kr og 6,27 mill. kroner. For UNN sin del er effekten stort sett lik null da det UNN betaler for at NLSH ambulerer til UNNs befolkning tilsvarer det som Finnmarkssykehuset betaler for at UNN skal ambulere til Finnmark. For NLSH er effekten negativ og i størrelsesorden 9 mill. kr.

Det tredje forholdet som prosjektgruppen har diskutert er overgang fra mobilitetspriser som per i dag enten er beregnet ut fra kostnader i helseforetakene til Helse Nord (psykisk helsevern), eller skjønnsmessig satt (TSB), til å benytte de nasjonale gjestepasientprisene som nå foreligger. En slik overgang er i samsvar med mandatet til prosjektgruppen og foreslås. Prisene i mobilitetskomponenten endres derfor fra 6351 kr til 5875 kr per døgn (DPS) og fra 4500 kr til 4625 kr per døgn (TSB).

For konsultasjoner eksisterer ikke nasjonale gjestepasientpriser. Det finnes imidlertid en ny oppdatert pris basert på kostnadsdata fra alle helseforetakene i Helse Nord i 2009/10. (I forrige modell kom data fra UNN og NLSH og fra 2007/8). Ved å bruke de oppdaterte kostnadsdataene finner en at lønnsandelen av lavere og andre driftskostnader høyere sammenlignet med vedtatte modell. I kroner betyr overgangen til ny modell at konsultasjoner prises til kr. 1947 og ikke til 2609 kr. som i dag. Siden det er lite mobilitet knyttet til konsultasjoner har overgangen til ny (og lavere) pris liten praktisk betydning.

Tabellene under viser gammel og ny mobilitetskomponent for psykisk helse, og mobilitetskomponenten for TSB. For denne er det ingen endringer som er foreslått.

	Aktivitet i HF-ene		Private tilbud finansiert av Helse Nord RHF				SUM
	Pasientmob. mellom HF*	Ambulering til/fra andre HF	Viken Senter	Avtalespes. s.	Kløveråsen	RIB O	
Helgeland	-55 851	-6 271	0	668	0	0	- 61 454
NLSH	78 187	9 135	0	-455	0	0	86 867
UNN	37 001	665	0	-1 291	0	0	36 374
Finnmark	-59 337	-3 529	0	1 079	0	0	- 61 787
SUM	0	0	0	0	0	0	

* Antall liggedøgn/konsultasjoner x 100 % gjennomsnittlig kostnad DPS Helse Nord

Tabell 13. Mobilitetskomponent dagens modell psykisk helse. Tall i 1000 kr.

	Aktivitet i helseforetakene		Private tilbud finansiert av Helse Nord RHF				SUM
	Pasientmob. mellom HF*	Ambulering til/fra andre HF	Viken Senter	Avtalespes.	Kløveråsen	RIBO	
Helgeland	-51 374	0	2 962	668	-475	0	- 48 219
NLSH	71 861	0	-865	-455	-3 032	0	67 508
UNN	34 307	0	2 693	-1 291	2 405	0	38 114
Finnmark	-54 794	0	-4 790	1 079	1 102	0	-57 403
SUM	0	0	0	0	0	0	0

* Antall liggedøgn x 100 % gjennomsnittlig kostnad DPS Nasjonal gjestepasientpris. Konsultasjoner x ny pris.

Tabell 14. Mobilitetskomponent foreslått modell psykisk helse. Tall i 1000 kr.

	Pasientmob. mellom HF*	Pasientmob. mellom HF**
	Dagens modell	Revidert modell
Helgeland	-8 920	-8 003
Nordland	-18 322	-16 541
UNN	38 162	34 372
Finnmark	-10 919	-9 828
Sum	0	0

* Antall liggedøgn/konsultasjoner x skjønnsmessig satt pris

** Antall liggedøgn x nasjonal gjestepasientpris, konsultasjoner x ny pris

Tabell 15. Mobilitetskomponent TSB. Tall i 1000 kr.

6. Totalmodell

De neste tabellene viser effektene av prosjekt- og styringsgruppens forslag sammenlignet med bevilgningene som er gitt i 2015. Første tabell tar for seg effekter som følge av endringer i kostnadskomponenten for psykisk helsevern. Den andre tabellen viser endringer som følge av endringer i mobilitetspris. For TSB er det ikke meningsfylt å beregne totale omfordelingsvirkninger da hovedendringen er desentralisering av ansvar for LAR. Dette flytter penger fra UNN til de andre helseforetakene, men også kostnader knyttet til LAR flyttes. Effekt av endring i mobilitetspris for TSB fremkommer av tabell 17. Tabell 18 viser samlet endring (både effekt av endring i kostnadskomponent og mobilitetspris) for psykisk helse.

Forslagene til prosjektgruppen er enstemmige. Det vises til punkt 7 Vedlegg for protokolltilførsel fra NLSH i styringsgruppen.

	Finnmarkssykehuset	UNN	NLSH	Helgeland	Totalt
Avstand	4405	1855	3362	1971	11 592
Asylmottak	1968	7514	4524	3294	17 300
SANKS	10 100				10 100
Kropp & Selvfølelse - kompetanseprogram		1236			1236
Akutt/alderspsykiatri		67 180	49 759		116 939
Dobbeltdiagnoser		10 345	10 043		20 387
Psykiatrisk innsatsteam			7395		7395
Fagenhet for autisme			888		888
Akutt og korttidsenhet BUP			18 235		18 235
Fagenhet for spiseforstyrrelser			1431		1431
Ungdomspsykiatrisk avdeling		21 274			21 274
Regionalt senter for spiseforstyrrelser		12 399	21 350		33 749
Sikkerhetsposter		22 835	28 544		51 379
OCD-team		1236			1236
Regionalt fagnettverk for autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R-FAAT)		2921			2921
SUM	16 473	148 794	145 531	5264	316 062
Tildelt i 2015	38 676	134 571	174 268	5015	352 531
Omfordeling Kostnadskomponenten	-22 203	14 223	-28 738	249	-36 469
Fjerning ambulering	3529	-665	-9135	6271	0
Inkludering av private (Viken og Kløveråsen 30%)	-3688	5098	-3897	2487	0
Ekstra tildeling i behovskomponenten	6085	14 214	10 297	5872	36 469
Omfordeling	-16 277	32 870	-31 473	14 879	0

Tabell 16. Omfordelinger psykisk helsevern som følge av endringer i kostnadskomponent. Tall i 1000 kr.

Fra tabellen ser vi at den foreslåtte kostnadskomponenten fordeler et lavere beløp enn hva som er tilfelle i 2015. Dette er knyttet til tre forhold. Den ene er overgangen til nasjonale prisen (og ikke refusjon av påløpte kostnader). Den andre er at noen tilskudd er fjernet fra kostnadskomponenten. Tilslutt er beløpet som SANKS foreslås tildelt betydelig lavere enn hva som er tilfelle i dag. Til sammen utgjør disse tre forholdene ca. 36 mill. kr.

De frigjorte midlene på ca. 36. mill. kr fordeles etter behovskomponenten. Dette gir alle HF-ene økt bevilgning jf. den nest siste linjen i tabellen over.

Tabell 16 viser at UNN og Helgelandssykehuset skal ha økt basisbevilgning ved implementering av endringene som foreslås. Finnmarkssykehuset og NLSH får redusert bevilgning. Beløpenes størrelse er gjengitt i den siste linjen i Tabell 16.

For Finnmarks sin del er reduksjonen i bevilgningen i hovedsak knyttet til reduksjon i bevilgning til SANKS. Finnmarkssykehuset tjener på at ambulering fjernes og taper på at private inkluderes i modellen. For UNNs sin del er økningen i bevilgning i hovedsak knyttet til ekstra tildeling i behovskomponenten, at overgangen til nasjonale priser øker bevilgningen til akutt- og alderspsykiatri og at private tilbydere inkluderes i modellen.

For NLSH sin del er reduksjonen i bevilgningen knyttet til fire forhold. For det første bortfall av regional finansiering til en lokal funksjon (BUP korttidsenhet), og for det andre bortfall av bevilgning til ambulering (som ikke utføres). For det tredje vil overgangen til nasjonale priser redusere bevilgningen NLSH mottar for akutt- og alderspsykiatri. Det samme vil inkludering av private tilbydere i modellen.

Helgelandssykehusets økning i bevilgning er knyttet til at en redusert kostnadskomponent gir økte bevilgninger gjennom behovskomponenten, bortfall av betaling for ambulering samt inkludering av private tilbydere.

Endring vil også skje i mobilitetsprisen som følge av at prisen endres fra egne kostnadsberegninger i Helse Nord til nasjonal gjestepasientpris (100 %). Dette gir følgende endringer i tillegg til endringer som følge av endringer i kostnadskomponenten gjengitt ovenfor:

Effekt av nye mobilitetspriser	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omfordeling mobilitetspris PH	4 543	-2 694	-6 326	4 477	0
Omfordeling mobilitetspris TSB	1 091	-3 790	1 782	917	0
Sum endret mobilitet	5 635	-6 484	-4 545	5 394	0

Tabell 17. Effekt av nye mobilitetspriser

For TSB er det ingen større omfordeling. Den store endringen her er, som sagt overfor, at LAR er lagt over i behovskomponenten. Helseforetakene utenom UNN får økt bevilgning, men også et større kostnadsansvar. For UNNs del er det motsatt.

Tabellen nedenfor viser total endring (både effekt av endring i kostnadskomponent og mobilitetspris) for psykisk helse.

Endring psykisk helse	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omfordeling kostnadskomponent	-16 277	32 870	-31 473	14 879	-0
Omfordeling endret mobilitetspris	4 543	-2 694	-6 326	4 477	0
Sum endring Psykisk helse	-11 734	30 177	-37 799	19 356	-0

Tabell 18. Total endring psykisk helse

Kostnadskomponent rusomsorg	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Tvang		7 802	-		7 802
Avrusning og utredning		6 030	-		6 030
Familieambulatorium		2 137	2 137		4 274
Dropout		2 060			2 060
Sum	-	18 029	2 137	-	20 166

Tabell 17. Kostnadskomponent TSB. Tall i 1000 kr.

7. Vedlegg

Nordlandssykehusets representant i styringsgruppen har følgende protokolltilførsler:

Bevilgning til akutt- og alderspsykiatri i kostnadskomponenten:

I kostnadskomponenten legges det opp til finansiering av sykehusavdelinger med bruk av antall senger for noen avdelinger, mens det benyttes liggedøgn for andre. Det kan muligens virke effektiviserende å benytte liggedøgn for finansiering av elektiv virksomhet, som til dels kan styres/planlegges, dersom man ikke tidligere har tatt ned mye av sykehusaktiviteten. Når det gjelder akuttpsykiatrisk virksomhet er situasjonen annerledes. Her kan liggedøgnfinansiering virke mot sin hensikt. Aktiviteten ved Akuttpsykiatriske avdelinger kan ikke planlegges, den svinger fra år til år. Hvis beregningsgrunnlaget er basert på et år med lavere aktivitet enn de påfølgende år, vil en ikke ha tilstrekkelig finansielt grunnlag for driften. Akuttpsykiatriske avdelinger/enheter er pliktig å ta i mot øyeblikkelig hjelp. De må derfor ha tilstrekkelig beredskap 24/7. Det vil derfor være mer hensiktsmessig å finansiere denne beredskapen ved å legge antall senger til grunn for fordelingen av ressursene også for akuttpsykiatriske avdelinger.

Det vil også være slik at jo flere senger vi må legge ned for å møte avkortingene i inntektsfordelingen, jo færre liggedøgn året etter og resultatet er et nytt trekk for nedgang i antall liggedøgn. Det synes som en ond sirkel som gir et dårligere og dårligere tjenestetilbud til pasientene.

Nordlandssykehuset legger også til grunn at konsekvensene av modellen er så dramatiske for vårt tjenestetilbud at vi ber om en ny vurdering av hvilke sykehustilbud som kan finansieres i kostnadskomponenten. Vi kan bla dokumentere at vår enhet for unge nysyke med psykoser (ENP) er den eneste av sitt slag i regionen og benyttes av alle helseforetak og bør derfor komme inn under kostnadskomponenten. For 2014 var fordelingen slik: UNN: 11,3 %, Helgeland: 35,9 %, NLSH: 52,8 %, altså nesten halvparten av pasientene fra andre HF. I 2015 har vi også flere pasienter fra Finnmark

Om inntektsfordelingsmodellen:

Nordlandssykehusets representant i styringsgruppen mener den reviderte inntektsfordelingsmodellen har så store svakheter ved seg at en finner å ikke kunne anbefale modellen. Både nasjonale føringer (gjennom strategidokumenter og oppdrag), aktivitet og andre utfordringer endres over tid. Tallgrunnlaget i behovskomponenten bygger på 7-8 år gamle data. Modellen er ikke tjenlig i forhold til de utfordringene vi har innen psykisk helse og TSB. Det er for tilfeldig hvilke rammebetingelser vi har fra år til år gjennom modellen. NLSH har fått avkortet sitt budsjett for psykisk helse i 2014 med 10 mill, i 2015 med 12,8 mill og for 2016 har vi fått trekk på 20 mill og altså en avkorting på ytterligere 31,5 mill i 2017. En modell som medfører en rammereduksjon på ca 75 mill på 4 budsjettår samtidig som aktiviteten øker og vi gjennomfører de nasjonale strategier på alle punkter, kan ikke være tilstrekkelig tilpasset intensjonene fra våre eiere.

Konsekvensene av de foreslåtte rammereduksjonene på til sammen kr. 51,5 mill for de kommende to budsjettår, vil bli dramatiske for pasientene i Nordlandssykehusets opptaksområde og en kan vanskelig se hvordan forsvarlig drift kan opprettholdes. Så store omlegginger av driften tar tid og det vil innebære oppsigelser i størrelsesorden 60-70 årsverk. Dette kan ikke gjennomføres på to år.

Dette kommer på toppen av at klinikken allerede har redusert driften med 75 årsverk for å tilpasse oss de tidligere rammereduksjonene på grunn av modellen.

Nordlandssykehuset mener det er uheldig at ikke den regionale planen for psykisk helse- og rusomsorg er ferdigstilt før modellen for finansiering behandles.

Helseforetakene i Helse Nord

SENDES KUN PER E-POST

Deres ref.:

Vår ref.:
2014/586-15/ 119

Saksbehandler/dir.tff.:
Jan-Petter Monsen, 75 51 29 19

Sted/dato:
Bodø, 19.10.2015

Høring - Oppdatering av regional inntektsmodell for tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige (TSB) og psykisk helse

På oppdrag fra Administrerende direktør i Helse Nord RHF har en regional arbeidsgruppe gjennomgått inntektsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige (TSB).

Forslag til oppdatert modell sendes nå på høring til helseforetakene og regionalt brukerutvalg, med høringsfrist 15. januar 2016. Rapporten er også tilgjengelig på www.helse-nord.no/horinger

Høringsuttalelser kan sendes elektronisk til postmottak@helse-nord.no.

Vedlagt følger rapport fra prosjektets styringsgruppe. Nordlandssykehusets representant i styringsgruppen har i prosessen fremmet protokolltilførsel/mindretallsmerknad. Disse fremkommer av rapportens siste sider. Vedlagte notat redegjør for prosjektsekretariatets betraktninger rundt et av innspillene fra Nordlandssykehusets representant.

Bakgrunn

Helse Nord innførte i 2011 inntektsfordelingsmodell for psykisk helse og TSB. Modellen fordeler ressurser mellom helseforetakene ut fra befolkningens behov, samtidig som arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene ivaretas. Modellen er innfaset i regional inntektsfordeling i løpet av perioden 2011-2015.

I forbindelse med innføringen konkluderte Helse Nord med at det er behov for å gjennomgå og oppdatere modellen og beregningene i den, når modellen har vært i bruk noen år. Det er denne jobben som nå er utført.

Modellen fordeler henholdsvis 2,2 milliarder kroner (psykisk helse) og 330 millioner kroner (TSB) mellom helseforetakene (i 2015).

Prinsipper for modellene

Arbeidsgruppen foreslår å videreføre viktige prinsipper som ligger til grunn for dagens modell:

- Likeverdig tilbud til alle pasientene uavhengig av hvor de bor.

- Arbeidsdeling mellom sykehus-, regionsfunksjoner og distriktpsikiatriske sentre (DPS).
- Samhandling og ivaretagelse av regionale kompetansemiljø i foretaksgruppen.
- Effektiv ressursbruk og utnyttelse av kapasitet.
- Behandling så nært hjem som mulig.

Oppdateringer

For Helse Nord er det viktig å sikre at alle får et *likeverdig tilbud* fra spesialisthelsetjenesten, uavhengig av hvor de bor. Modellen søker å underbygge dette ved at:

- Om lag 86 % av ressursene fordeles etter befolkningens antatte behov for spesialisthelsetjenester. Andelen er økt i forslag til reviderte modeller.
- Hele tilbudet i Helse Nord står til disposisjon for alle pasienter i regionen. Modellen legger til grunn fritt sykehusvalg og at alle tilbud i prinsippet skal være åpne for alle.
- For å forsterke prinsippet om likeverdig tilbud til befolkningen foreslår prosjektet at befolkningens bruk av private tilbud direkte finansiert av Helse Nord RHF påvirker ressursene som fordeles til befolkningen i helseforetakenes opptaksområde.
- Det foreligger ikke nye analyser av behov for spesialisthelsetjenester. Modellenes behovskomponenter foreslås derfor videreført.

Dagens modeller og forslag til reviderte modeller har en "kostnadskomponent" som har to funksjoner:

- Den ivaretar og støtter opp under eksisterende funksjons- og arbeidsfordeling. Nasjonale, regionale, og sykehusfunksjoner ivaretas gjennom en basisfinansiering i kostnadskomponenten som alle helseforetakene bidrar til. Dette fordeler risiko mellom helseforetakene.
- Den håndterer særskilte "kostnadsulemper" for helseforetak, for eksempel økte kostnader som følge av avstand eller økt behov som følge av asylmottak.

Ved å videreføre en kostnadskomponent som finansierer kostnader (ut over betaling for intern mobilitet) til regionale funksjoner, unngår vi at det etableres høyspesialiserte behandlingstilbud i strid med vedtatt funksjonsfordeling. Modellene skal dermed støtte opp under gjeldene funksjonsfordeling/ ønsket arbeidsdeling mellom sykehus-, regionsfunksjoner og distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det vil også synliggjøre behov for dialog mellom helseforetakene. Eksempelvis, hvorfor bruker Helgelandssykehusets befolkning regionale funksjoner ved NLSH mindre enn forventet behov?

Prosjekt- og styringsgruppene anbefaler at kompensasjon/abonnementsbetaling i kostnadskomponenten, som tidligere, baseres på antatt behov. Dette vil være i tråd med mandatet som sier at modellen skal støtte opp under kompetansemiljø i Bodø, Tromsø og Karasjok.

Prosjektet har gjennomgått funksjonene i kostnadskomponenten. Flere funksjoner foreslås tatt ut som følge av endringer i tilbudet, eller at tilbudet kun brukes av helseforetakets egne

pasienter slik at det dermed ikke er rimelig at de øvrige helseforetakene bidrar til finansieringen.

Finansiering av regionale funksjoner tar utgangspunkt i egne kostnader i dagens modell. Dette stimulerer ikke til *effektivitet*. Det foreligger i dag nasjonale gjestepasientpriser som brukes i oppgjør mellom regioner. Disse prisene var ikke etablert når modellen ble laget i 2011. Prosjektet foreslår at nasjonal gjestepasientpris (DPS-behandling) legges til grunn for mobilitetskomponenten. Videre at nasjonale priser som hovedprinsipp danner grunnlag for å beregne størrelsen på kostnadskomponenten for regionale funksjoner. Man går da bort i fra dagens kostnadsrefusjon, og stimulerer i større grad til effektivitet.

Modellene inneholder en form for intern stykkprisbetaling for all bruk av tilbud i andre HF. Dette stimulerer til riktig bruk av tilbudene og vil gi signaler om behov for å øke eller redusere kapasitet. Dette innebærer også at dersom man reduserer behandling av andre foretaks pasienter vil ressursene følge pasientene og inntektsrammen reduseres for helseforetaket.

Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern og rus (SANKS) har en særskilt bevilgning i kostnadskomponenten. Størrelsen på bevilgningen i nåværende modell er en videreføring av tidligere øremerket tilskudd. Prosjektet har gjennomgått dokumenterbare kostnader til nasjonal og regionale funksjoner. Særskilt bevilgning foreslås redusert.

Behandling på riktig nivå og så nært hjem som mulig er ønskelig, både med hensyn til bruker og effektiv ressursutnyttelse. Modellen stimulerer til at DPS-tilbud skal gis lokalt, ved at prosjektet foreslår å videreføre en gjestepasientpris på 100 % av nasjonal gjestepasientpris for et DPS-liggedøgn/konsultasjon. Det betyr at det er kostbart dersom pasienter en burde behandle i eget foretak får sin behandling i et annet helseforetak.

I nåværende modell ligger det inne en betaling til UNN HF og NLSH HF for ambulerende over foretaksgrensene. I arbeidet med modellen er det avklart at UNN HF ikke ambulerer for å behandle pasienter fra andre HF i egen regi. NLSH HF har flere team som reiser ut og behandler pasienter i andre foretaksområder. Omfanget av denne ambuleringen er redusert og NLSH opplyser at de skal slutte med disse tilbudene. Denne betalingen i modellen foreslås derfor tatt ut. Eventuelle oppgjør mellom foretakene for slik behandling må da avtales bilateralt mellom foretakene.

Effekter og innfasing av modellen

Oppdatering av modellene innebærer ikke at de samlede ressursrammer for psykisk helse og TSB i Helse Nord reduseres, men gjennomgang av modellen viser at vi bør fordele ressursene mellom helseforetakene noe annerledes enn i dag. Effektene av modellen for psykisk helse foreslås innfaset over tre år. Effekter av modellen for TSB foreslås innfaset i sin helhet i 2017.

Finnmarkssykehuset har en nasjonal funksjon i SANKS som ivaretas i ressursfordelingen. Helseforetaket har i dag en større andel av ressursene enn hva behovet og modellen viser. Dette innebærer at relativ andel av ressurser til Finnmarkssykehuset HF skal reduseres noe.

Oppdatering av modellen viser at Nordlandssykehuset HF i mindre grad en tidligere ivaretar regionale funksjoner, og helseforetakets relative andel av ressursene reduseres dermed. For UNN HF er effekten motsatt.

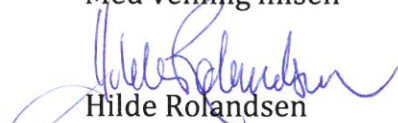
Også Helgelandssykehuset HF skal ha en økt andel av ressursene som fordeles. Økte ressursrammer må sammenholdes med konkrete krav til økt aktivitet/nytt innhold i tjenester innen psykisk helse.

Vi ber med dette om tilbakemelding på følgende forhold:

- En vurdering av om modellen støtter opp om:
 - Vedtatt funksjonsfordeling
 - Nasjonale og regionale føringer
 - Behandling på rett nivå og så nært hjem som praktisk mulig
 - Samarbeid internt i og mellom helseforetak
 - Omstilling og effektivisering i sektoren
- Innfasing av modellen
- Andre forhold i modellen

Vi ber med dette om høringsuttalelser fra helseforetakene og regionalt brukerutvalg innen 15. januar 2015. Dersom høringen styrebehandles etter 15. januar ber vi om å få tilsendt administrasjonens uttalelse innen fristen og styrets vedtak ettersendt. Vi oppfordrer til involvering av tillitsvalgte og de lokale brukerutvalgene i arbeidet.

Med vennlig hilsen



Hilde Rolandsen
Eierdirektør



Jann-Georg Falch
Økonomidirektør

Vedlegg:

1. Notat fra prosjektsekretariatet
2. Rapport «Gjennomgang og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse»

Finansiering av akuttposter i inntektsmodellen

Notat 19. oktober 2015 fra prosjektsekretariatet

I rapporten fra prosjektgruppa er kostnadskomponenten (den særskilte kompensasjonen til UNN og NLSH) for akuttfunksjoner i psykiatrien beregnet ut fra antall liggedøgn i 2014. Kostnadene pr liggedøgn og kapasitetsutnyttelsen ved de to sykehusene er ulike. Det ble derfor konkludert med at det å ta utgangspunkt i at faktiske liggedøgn var den best tilgjengelige informasjon prosjektgruppa hadde tilgang til, for å fordele kompensasjonen mellom de to helseforetakene. Når beløpet er fordelt, ligger det fast til neste revisjon av modellen uavhengig av faktiske liggedøgn de ulike år.

Etter at rapporten ble lagt frem for styringsgruppen, la Nordlandssykehusets representant inn en protokolltilførsel som argumenterer for at antall senger, og ikke antall liggedøgn, bør være fordelingsnøkkelen for bevilgning til akuttfunksjoner i kostnadskomponenten.

Begrunnelsene for dette er flere:

1. «aktiviteten ved akuttpsykiatriske avdelinger kan ikke planlegges, da den svinger fra år til år.
2. Og videre «hvis beregningsgrunnlaget er basert på et år med lavere aktivitet enn de påfølgende år, vil en ikke ha tilstrekkelig finansielt grunnlag for driften.
3. Akuttpsykiatriske avdelinger/enheter er pliktig å ta i mot øyeblikkelig hjelp. De må derfor ha tilstrekkelig beredskap 24/7. Det vil derfor være mer hensiktsmessig å finansiere denne beredskapen ved å legge antall senger til grunn for fordelingen av ressursene også for akuttpsykiatriske avdelinger».

Med bakgrunn i protokolltilførselen fra NLSH, er det i etterkant av prosjektavslutning hentet inn informasjon om antall akuttsenger i helseforetakene. Disse framkommer av tabellen. UNN har i dag 35 senger, men planlegger å øke til 37 senger i løpet av 2016. Alderspsykiatri framkommer også av tabellen. Den nasjonale prisen er knyttet til sykehusavdelinger og skiller ikke mellom akutt og alderspsykiatri så begge funksjonene har delfinansiering i kostnadskomponenten.

Antall senger				Andeler senger 2016 inkl planlagt økning UNN		Andeler senger 2015	
	NLSH	UNN*	Sum	NLSH	UNN	NLSH	UNN
Akuttsenger	32	37	69	46,4 %	53,6 %	47,8 %	52,2 %
Alderspsykiatri	12	14	26	46,2 %	53,8 %	46,2 %	53,8 %
Sum	44	51	95	46,3 %	53,7 %	47,3 %	52,7 %

* akuttsenger inkluderer 2 som tas i bruk i løpet av 2016

For å forenkle høringsprosessen har vi valgt å kommentere de tre elementene i protokolltilførselen.

1. *Muligheter for å planlegge*
Kostnadskomponenten legger til grunn en kapasitet ved akuttavdelingene på de to sykehusene. Den ligger fast og er dermed et stabiliserende element i finansieringen.
2. *Dersom det er slik at vi legger til grunn et år med unormalt lav aktivitet ved ett av sykehusene så vil fordelingen mellom dem bli feil.*
Prosjektet har kartlagt både aktivitetsdata for 2013 og 2014 og det er ingen større endringer i aktivitet eller fordeling av aktivitet mellom UNN og NLSH. Fordelingen i kostnadskomponenten skal ikke oppdateres og endringer i aktiviteten vil således ikke endre størrelsen på eller fordeling av bevilgningen i kostnadskomponenten. Dersom 2013 aktivitet legges til grunn vil dette flytte 2,0 mill. kroner fra UNN til NLSH i

modellen. Svingningene i aktivitet er ikke så stor mellom år at det gir store utslag om en velger det ene eller det andre året som beregningsgrunnlag.

3. Utnyttelse av ledig kapasitet

Belegget ved UNN er gjennomgående høyere (og kostnad per liggedøgn lavere) enn ved NLSH.

Liggedøgn 2014	NLSH	UNN	Sum	Liggedøgn 2013	NLSH	UNN	Sum
Akutt	8 821	11 804	20 625	Akutt	8 487	11 174	19 661
Alderspsykiatri	2 887	4 003	6 890	Alderspsykiatri	2 975	3 228	6 203
Sum	11 708	15 807	27 515	Sum	11 462	14 402	25 864
Belegg 2014*	NLSH	UNN		Belegg 2013*	NLSH	UNN	
Belegg akutt	76 %	92 %		Belegg akutt	73 %	87 %	
Alderspsykiatri	66 %	78 %		Alderspsykiatri	68 %	63 %	

* beregnet ut fra 365 dager. 35 akuttsenger lagt til grunn for UNN

* beregnet ut fra 365 dager. 35 akuttsenger lagt til grunn for UNN

Nedenfor vises hvordan kostnadskomponenten ville vært fordelt mellom UNN og NLSH hvis en hadde lagt til grunn senger i stedet for liggedøgn.

Dersom bevilgningen hadde vært basert på antall senger (inkl. planlagt økning ved UNN i 2016) ville dette gitt om lag 4,4 mill. kroner mer til NLSH og tilsvarende mindre til UNN enn i foreslått modell.

Bevilgning (i 1000 kr)	NLSH	UNN	Sum	
Fordelt etter liggedøgn 2014	49 759	67 180	116 939	<i>Foreslått modell</i>
Fordelt etter liggedøgn 2013	51 823	65 116	116 939	
Fordelt etter senger 2015	55 326	61 613	116 939	
Fordelt etter senger 2016*	54 161	62 778	116 939	
Diff foreslått modell og fordelt etter antall senger 2015	5 567	-5 567	-	
Diff foreslått modell og fordelt etter antall senger 2016	4 402	-4 402	-0	

* akuttsenger inkluderer 2 senger ved UNN som tas i bruk i løpet av 2016

Konklusjonen er at en fordeling i henhold til senger ville gitt en større andel til NLSH enn fordelingen basert på liggedøgn. Årsaken til dette er at NLSH har ledig kapasitet, mens UNN har større kapasitetsutnyttelse.

Dersom det legges til grunn at tilbudet ved NLSH ivaretar NLSH og Helgelands befolkning og UNN ivaretar UNNs og Finnmarks befolkning skal UNN ha 56% av kapasiteten og NLSH 44 % (i henhold til behovskomponenten). Tabellen nedenfor viser at kapasiteten er noe større enn dette ved NLSH og noe mindre ved UNN.

	NLSH	UNN*
Befolkning 1.1.2016	214 425	266 315
Antall akuttsenger*	32	37
Antall per seng	6 701	7 198
<i>* akuttsenger inkluderer 2 som tas i bruk i løpet av 2016</i>		
	NLSH	UNN*
Behovskomponenten	44 %	56 %
Fordeling av akuttsenger*	46 %	54 %
Fordeling liggedøgn	43 %	57 %
<i>* akuttsenger inkluderer 2 senger ved UNN som tas i bruk i løpet av 2016</i>		

For at dette skal kunne være et akutttilbud, må det normalt være noe ledig kapasitet som kan ta imot akutte tilfeller. I dagens situasjon er størstedelen av ledig kapasiteten ved NLSH. Tilbudet ved NLSH er relativt sett for lite i forhold til den befolkningsandelen som normalt sogner til sykehuset, tilsvarende gir UNN et relativt for stort tilbud.

Dersom vi skal legge til grunn kapasitet (antall senger) som fordelingsgrunnlag for kostnadskomponenten, forutsetter det et godt og systematisk samarbeide mellom alle fire helseforetak for å fordele og utnytte den samlede kapasiteten. Dersom kapasiteten opprettholdes og finansieres etter antall senger innebærer dette at kapasiteten ved NLSH også skal stå til disposisjon for Finnmarks og Troms' befolkning. Tall for 2013 og 2014 viser at pasienter fra UNN/Finnmark utgjør 1,0-1,5 % av liggedøgnene ved akuttavdelingen ved NLSH. Dette er en problemstilling som bør drøftes i psykiatriplanen som er under utarbeidelse. Dersom NLSH skal ha et større tilbud og kompenseres for det, må det samtidig foreligge rutiner som sikrer at dette tilbudet faktisk blir gitt.



Sak:	Høring – Oppdatering av regional inntektsmodell for tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige (TSB) og psykisk helse		
Klinikk:	Psykisk helse- og rusklinikken		
Til:	Fag- og forskningscenter		
Saksbeh.:	Carl-Erik Westgren		
Ephorte nr.	2105/5194	12.01.20156	E.post saksbeh.: carl.erik.westgren@unn.no

Det vises til oversendelse fra Fag- og forskningscenteret datert 09.11.15.

Psykisk helse- og rusklinikken har vært representert i arbeidet knyttet til utarbeidelse av forslag til oppdatert inntektsfordelingsmodell ved seksjonsleder Robert Karlsen (medlem av prosjektgruppen) og klinikkrådgiver Carl-Erik Westgren (medlem av styringsgruppen). Gjennom dette har en hatt anledning til komme med innspill på vegne av involverte klinikker underveis i arbeidet. Det har også vært gitt orientering til lederteamet ved Psykisk helse- og rusklinikken underveis i prosessen.

Det mottatte forslaget har videre vært utsendt til klinikkens avdelinger for eventuelle kommentarer og innspill.

En vil innledningsvis fremheve at rapporten, som tidligere, har en kompleksitet som gjør at denne ikke umiddelbart er lett tilgjengelig for personer som ikke har deltatt i arbeidet. Dette kan virke begrensende i forhold til muligheten for å få kommentarer og innspill til forslagene. Forankring av oppdatert inntektsfordelingsmodell i virksomhetene er en prioritert utfordring.

1. Generelt til forslaget

Innledningsvis vil klinikken gi sin tilslutning til de målsettinger som ligger til grunn for modellen: Likeverdige helsetilbud, at hele helsetilbudet i regionen i prinsippet skal være tilgjengelig for alle pasienter, at tilbud skal gis nærmest mulig pasientens hjemsted og livssituasjon, at det støttes aktivt opp under kompetansemiljøer og ønsket funksjons- og oppgavefordeling samt at modellen skal bidra til effektivitet og omstilling.

Slik en vurderer oppdatert modell, vil utformingen av denne støtte opp under disse målsettingene.

En vil i hovedtrekk gi tilslutning til forslaget til oppdatert inntektsfordelingsmodell.

- Omfordelingsvirkningene av forslaget er økte bevilgninger til UNN og Helgelandssykehuset. Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset får reduserte bevilgninger. Rapportens tabell 18 viser total endring (både effekt av endring i kostnadskomponent og mobilitetspris) for psykisk helse:

Endring psykisk helse	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omfordeling kostnadskomponent	-16 277	32 870	-31 473	14 879	-0
Omfordeling endret mobilitetspris	4 543	-2 694	-6 326	4 477	0
Sum endring Psykisk helse	-11 734	30 177	-37 799	19 356	-0

Rapportens tabell 19 viser fordeling av kostnadskomponent TSB – her er det ingen større omfordeling. Den store endringen her er at LAR er lagt over i behovskomponenten. Helseforetakene utenom UNN får økt bevilgning, men også et større kostnadsansvar. For UNN sin del er det motsatt.

Kostnadskomponent rusomsorg	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Tvang		7 802	-		7 802
Avrusning og utredning		6 030	-		6 030
Familieambulatorium		2 137	2 137		4 274
Dropout		2 060			2 060
Sum	-	18 029	2 137	-	20 166

- Økte bevilgninger til UNN kommer som følge av ekstra tildeling i behovskomponenten, overgang til nasjonale priser og inkludering av private tilbydere i modellen. Økt bevilgning til UNN vil danne grunnlag for en videreutvikling av behandlingstilbudet og vil kunne bidra til å realisere føringer om bl.a. likeverdige behandlingstilbud. På dette området påligger det helseforetakets ledelse et ansvar for å fordele tilførte midler.
- En har ikke merknader til den skisserte innfasingen av modellen.

2. Ad behovskomponenten

Behovskomponenten knytter seg til kjennetegn for befolkningen, og kompenserer for variasjoner i behovsrelaterte forhold som alderssammensetning samt sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdene.

En har ikke merknader knyttet til utformingen av denne.

3. Ad kostnadskomponenten

Kostnadskomponenten kompenserer definerte kostnadsulempes og ekstrakostnader knyttet til regionale sykehusfunksjoner mv. En vil kommentere følgende forhold:

- Det vil i tiden fremover være viktig å ha fokus på samarbeid mellom helseforetakene m.h.t. utforming av regionale funksjoner. Dette fremkom som en nødvendig satsing gjennom arbeidet med oppdatert inntektsfordelingsmodell. Den kommende Strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB vil kunne være et virkemiddel. Gjennom planutkast er det f.eks. fremholdt behov for å etablere regionale plasser innenfor sikkerhetspsykiatri ved UNN og Nordlandssykehuset for å styrke tilbudet i regionen. Videre å etablere et eget regionalt kompetansesenter innenfor sikkerhetspsykiatri.
- UNN har gjennom arbeidet tematisert hvorvidt Psykiatrisk innsatsteam ved Nordlandssykehuset HF dekker en regional funksjon. En støtter forslaget om at Psykiatrisk innsatsteam tematiseres gjennom arbeidet med Strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB.
- UNN har gjennom arbeidet videre tematisert hvorvidt Autismeteamet ved Nordlandssykehuset HF dekker en regional funksjon. Det vil være naturlig at bruken av tilbudet tematiseres gjennom arbeidet med Strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB evt. ved senere revisjon av inntektsfordelingsmodellen.
- Kostnader knyttet til Regionalt fagnettverk for Autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R-FAAT) vil bli dokumentert fra aktuell klinikk ved UNN.

- En registrerer at det synes å være noe uklarhet knyttet til hvorvidt avrusningstilbudet ved Psykisk helse- og rusklinikken er et regionalt tilbud. En ser fra klinikkens side for seg et avklarende arbeid m.h.t. innretning av denne virksomheten – dette vil naturlig inngå som ledd i oppfølgingen av den kommende Strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB.

4. Ad private tilbydere

Hva angår bruk av private tilbydere vil en gi tilslutning til at forbruket tas inn i modellen. Forslaget til oppdatert inntektsfordelingsmodell representerer en opprydding og klargjøring på området.

Det vil i fortsettelsen være viktig å ha et fokus på om kjøp av slike tjenester representerer en effektiv utnyttelse av ressurser og bidrar til et helhetlig helsetilbud. Dette setter krav til avtaleutforming og at helseforetakene deltar i avtaleprosessene.

5. Ad mobilitetskomponenten

Mobilitetskomponenten kompenserer for behandling over helseforetaksområdene.

I lys av forslaget ser en behov for at UNN inngår egen avtale med Finnmarkssykehuset i tilknytning til ambulant poliklinisk virksomhet innenfor alderspsykiatri. Ny avtale vil bli forhandlet fram innenfor rammen av generelle regler for ambulering i UNN.

6. Ad protokolltilførsler og notat fra prosjektsekretariatet

En registrerer protokolltilførsler fremmet fra Nordlandssykehusets representant i styringsgruppen.

En velger å ikke kommentere disse utover at også psykisk helsevern i UNN har vært gjennom betydelige økonomiske omstillinger: De senere år har psykisk helsevern for voksne i UNN, som følge av økonomiske omstillingsutfordringer, fått redusert tilbudet betydelig gjennom nedleggelse av 3 sengeposter på sykehusnivå. Gjennom ny klinisk struktur og organisering fra høsten 2015 skjer en omfordeling av midler i form av målrettet satsing på virksomheten ved desentrale enheter gjennom etablering av rusteam og styrking av ambulant virksomhet.

Notatet fra prosjektsekretariatet i tilknytning protokolltilførselen vedrørende finansiering av akuttposter i inntektsmodellen, fremstår som ryddig. Fra klinikkens side kan en vanskelig se for seg en omlegging av fordelingsnøkkelen fra liggedøgn til antall sengeplasser. En eventuell oppfølging må skje innenfor rammen av arbeidet med Strategisk utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB.

Vennlig hilsen

Magnus P. Hald
Klinikksjef

Carl-Erik Westgren
Klinikkrådgiver



Sak:	Høring – Oppdatering av regional inntektsmodell for tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige (TSB) og psykisk helse		
Klinikk:	Barne- og ungdomsklinikken		
Til:	Fag- og forskningscenter		
Saksbeh.:	Elin Gullhav		
Ephorte nr.	2105/5194	13.1.2016	E.post saksbeh.:

Innspill

Psykisk helsevern for barn og unge

3.4.4 Akutt- og korttidsenhet BUP og Ungdomspsykiatrisk avdeling – riktig betegnelse for UNN er Ungdomspsykiatrisk seksjon, BUPA, BUK

3.4.5 Autismeteam nevnes at NLSH mottar en bevilgning på kr. 888.000 årlig til regional funksjon innen autisme for barn og unge i Helse Nord. Det poengteres at funksjonen ikke kan kalles regional, da 99% av pasientene kommer fra NLSH og Helgelandssykehuset. I praksis har imidlertid Autismeteamet ved NLSH sammen med Autismeteamet ved Barnehabiliteringen UNN stått for stor grad av faglig utvikling i autismefeltet for barn og unge i Helse Nord, og således kan kanskje tilskuddet forsvares. Det er imidlertid betenkelig at det ikke vurderes liknende tilskudd til det andre Autismeteamet i Helse Nord, som i stor grad samarbeider med Autismeteamet i NLSH. Autisme-teamet NLSH vil i utgangspunktet ha pasienter fra NLSH og Helgelandssykehuset, mens Autismeteamet UNN vil ha pasienter fra UNN og Finnmarksykehuset. Det er etablert flere felles fagnettverk innen autismefeltet, hvor det er stor grad av samarbeid mellom Autismeteamet UNN og Autismeteamet NLSH.

Det vil være sannsynlig at et tilskudd på liknende kostnadskomponent til Autismeteamet UNN, vil føre til en reell regional dekning i forhold til autismepasienter under 18 år, noe som det pr. i dag er stort behov for. Det er f.eks kun Autismeteamet NLSH og Autismeteamet UNN som har kompetanse til å tilby. Tidlig intensiv opplæring (TIOBA) for barn med autismespekterforstyrrelser, denne kompetansen eksisterer ikke i Helgelandssykehuset eller i Finnmarksykehuset, og det vil være en fornuftig regional oppgave for begge autismeteamene sammen.

Det er etablert OCD-team og 1 behandlerstilling for hørsel og psykiske helse v/BUP Tromsø, med regional funksjon, fra januar 2016 – (lønnskostnader 2,9 mill.) UNN har ikke fått tilført regionale midler til dette, noe som bør gjøres i denne forbindelse.

3.4.7 Spiseforstyrrelser Ut fra det vi kan se og forstå ser det for så vidt greit nok ut for spiseforstyrrelser. De to spesialiserte enhetene i regionen, en for voksne og en for barn og unge, ivaretar en regional funksjon. Det er å bemerke at det slik organiseringen og finansieringen er i dag er det bare NLSH som har et fagteam ved BUPA, dvs et poliklinisk team på 3 (4?) fagstillinger som driver behandling, veiledning og ambulerer i eget helseforetak. Tilsvarende finnes ikke i UNN, Helse Finmark. Vi har forstått at Fagteamet ved NLSH som tidligere også har dekket Helgelandssykehuset, ikke lenger (skal) gjøre det. Således er NLSH tydeligere styrket på poliklinikkens side ved spiseforstyrrelser enn det UNN er. Regionalt senter for spiseforstyrrelser ved UNN har en svært liten poliklinisk kapasitet med 1 godkjent poliklinisk stilling.

Tabell 2 og tabell 3 viser kostnadskomponentene slik de ligger i dagens modeller, samt bevilgningene som er gitt for 2015.

At Kropp og selvfølelse, som et regionalt kompetanseprogram lagt til UNN, er bra. Programmet har gjennom alle årene det har eksistert gitt et undervisnings- og veiledningstilbud til kursdeltakere fra hele regionen. Hva det betyr at helseforetakene betaler abonnement etter behov i forhold til Kropp og Selvfølelse er uklart.

Vedr bevilgning til Kvalitetsregister for spiseforstyrrelser er det uklart om det som omtales er det nasjonale kvalitetsregisteret for spiseforstyrrelser (NORSPIS) eller et lokalt behandlingsregister utviklet ved NLSH (EdNOR). Om det gjelder det nasjonale stiller en spørsmål ved om beløpet som er bevilget er i samsvar med den driftskostnad

som er beregnet fra NORSPIS og de føringer som ble gitt i forbindelse med at NORSPIS fikk godkjenning som nasjonalt kvalitetsregister.

Avslutningsvis vil vi si at det er et ønske at man i forbindelse med neste revidering av inntektsfordelingsmodellen skiller mellom psykiske helsevern for barn og ungdom og psykisk helsevern for voksne, slik at man kan sammenligne fagområdene mellom helseforetakene på en bedre måte.

Vennlig hilsen

Elin Gullhav
Klinikksjef

Vibeke Stalsberg
Kst.avdelingsleder BUPA

Oddmar Ole Steinsvik
avd.leder Barnehab



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
7/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.02.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Status i planlegging av Vardesenter og LMS

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner at det utredes alternative plasseringer for Vardesenteret.
2. Styret ber om at arbeidet utføres i sammenheng med *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN*

Sammendrag

Det er nylig gjennomført en konseptfaseutredning for permanent plassering av Vardesenter og Lærings- og mestringssenteret (LMS) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), i nær tilknytning til det nye pasienthotellet og hovedinngangen.

Saken viser til at styret ved UNN og ved Helse Nord RHF har åpnet for en disponering av midler til dette formålet. Plassering nær det nye pasienthotellet, Pingvinhotellet, har vært ønskelig fra alle parter. Denne lokaliseringen har nå vært utredet og funnet uhensiktsmessig av arealmessige grunner.

I saksfremlegget bes styret om godkjenning av endret strategi, der alternativer utredes i sammenheng med *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN*.

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) inngikk 30.3.2011 avtale med Kreftforeningen om drift av Vardesenteret (vedlegg 1). Vardesenteret har som formål å være møteplass for kreftpasienter og pårørende med aktiviteter som fremmer livskvalitet, velvære og mestring. Senteret tilbyr blant annet samtaler med likepersoner samt forskjellige kurs og aktiviteter. Virksomheten er i all hovedsak finansiert av Kreftforeningen.

Vardesenteret i UNN ble opprinnelig etablert i lokaler som ble tilpasset formålet i 2012. Disse lokalene måtte imidlertid omdisponeres som del av rokaden i forbindelse med bygging av A-fløya. Senteret er derfor nå plassert i midlertidige lokaler i det gamle pasienthotellet. Brukerutvalget og styringsgruppen for Pasienthotellet har ved flere anledninger behandlet fremtidig plassering av Vardesenteret. En samlokalisering med Lærings- og mestringssenteret (LMS) og plassering nær hovedinngangen og pasienthotellet, har i den forbindelse vært ansett som sterkt ønskelig. LMS er nå plassert i midlertidige lokaler i helikopterbasen (B4.6).

Styret i Helse Nord RHF godkjente i sak 75-2013 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, pasienthotell – økt behov utover opprinnelig prosjekt* at UNN kan bruke inntil 15 mill kr av egen investeringsramme til å etablere Vardesenter og LMS i permanente lokaler. Plassering nær Pingvinhotellet er nå utredet og funnet vanskelig gjennomførbart.

Formål

Formålet med denne saken er å få styrets godkjenning til å utrede alternative løsninger.

Saksutredning

Det er gjennomført en enkel konseptfaseutredning av plassering av Vardesenteret og LMS nær hovedinngangen og hotellet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) (se tegningsmateriale i vedlegg 2). Eneste mulige løsning er vurdert å være lokalisering over tre etasjer på broforbindelsen mellom vestibylene og det nye pasienthotellet. Utredningen viser at denne lokaliseringen medfører trange lokaler med uhensiktsmessig utforming. Det oppstår store utfordringer med å imøtekomme forskriftskrav for tilstøtende kontorlokaler i A-fløya, og løsningen får en svært høy kvadratmeterpris. Utbyggingssjefen fraråder derfor løsningen.

Direktør og utbyggingssjef avviklet 11.12.2015 et møte med generalsekretæren i Kreftforeningen. Det ble oppnådd enighet om at målsettingen med å lokalisere Vardesenteret nær pasienthotellet må endres. Kreftforeningen er godt fornøyd med den midlertidige lokaliseringen i det gamle pasienthotellet, og kan også være interessert i permanent lokalisering der. UNN ønsker imidlertid ikke å binde seg til denne løsningen før alle arealbehov er helhetlig vurdert gjennom arbeidet med strategisk utviklingsplan for bygg. Kreftforeningen fremholdt at gjentatte flyttinger til midlertidige lokaler medfører store ulemper for senterets ansatte og brukere. Direktøren deler denne vurderingen og er derfor innstilt på at senteret kan forbli i nåværende lokaler til det er funnet en permanent løsning.

Det foreslås på denne bakgrunn at arbeidet videreføres i tre faser:

1. Strategien om lokalisering nær Pingvinhotellet videreføres ikke
2. Driftskonsept for Vardesenteret og LMS utvikles i en egen styresak om *Strategi for frivillighetsarbeid ved UNN*, med sikte på styrebehandling våren 2016.
3. Permanent løsning for lokalisering av Vardesenteret og LMS besluttet i egen styresak om *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN*, med sikte på styrebehandling i høsten 2016.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerarbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner -og vernetjenesten i egne møter 26.1., og arbeidsmiljøutvalg 27.1.2016. Samtlige møter sluttet seg til at saken ble forelagt styret til endelig behandling slik den ble forelagt utvalgsmøtene, og referater/ protokoller fra møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 10.2.2016.

Vurdering

Direktøren deler vurderingen om at det ikke er mulig å utvikle en god løsning for lokalisering av Vardesenter og LMS nær Pingvinhotellet og hovedinngangen, og anbefaler at styret godkjenner at denne strategien ikke lengre følges. Vardesenterets behov vurderes å være godt ivaretatt i et to- til femårs perspektiv gjennom dagens midlertidige lokalisering i det gamle pasienthotellet.

Konklusjon

Direktøren anbefaler at det arbeides videre med å finne varige lokaler for Vardesenteret, og ber om at styret godkjenner at samarbeidet med Kreftforeningen videreføres med disse forutsetningene lagt til grunn.

Tromsø, 29.1.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Avtale mellom UNN og Kreftforeningen om Vardesenter ved UNN
2. Arealdisponering ved opprinnelig lokalisering i tilknytning til Pingvinhotellet



Samarbeidsavtale
: mellom

Kreftforeningen og UNN

for etablering av

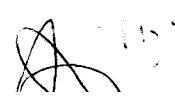
"Vardesenter"
for kreftrammede og pårørende



En Varde for kreftomsorgen

"En varde representerer håp og trygghet. Den forteller hvor man er, at noen har vært her før, samtidig som det er en veiviser for veien videre."

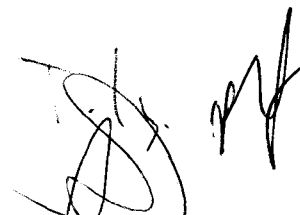
Kreftpasient (45), om Vardesenteret





Innhold

1.0 Partene i avtalen	3
1.1.1 Kreftforeningen	3
1.1.2 UNN	3
2.0 Bakgrunn	3
3.0 Formål og beskrivelse	3
4.0 Aktiviteter og tilbud	4
4.1 Pasientforeninger og likemannstjeneste	4
4.1 Frivillige	4
5.0 Organisering og ledelse	4
5.1 Styringsgruppe	4
5.1.1 Styringsgruppens mandat	5
5.1.2 Nasjonal ressursgruppe	5
6.0 Bemanning	5
7.0 Arealer og leieavtale	6
7.1 Fremtidig lokalisering av Vardesenter fra 2014	6
7.2 Midlertidig lokalisering av Vardesenter	6
7.3 Leieavtale	7
8.0 Drift	7
8.1 Disposisjonsrett over utstyr	7
8.2 Skilting og utplassering av profileringsmateriell/utstyr	7
9.0 Virtuelt Vardesenter - nettbaserte læring og mestringstilbud	7
9.1 Samarbeid med NST – Norsk senter for telemedisin	8
9.1.1 Nettbasert likemannstjeneste	8
9.2 Implementering av Vardesenter UNN i eksisterende nettportal – www.vardesenteret.no	8
10.0 Faglig samarbeid og kunnskapsutvikling	8
10.1 Nasjonalt samarbeid med øvrige Vardesenter	8
10.2 Andre satsingsområder	8
11.0 Logo, profil og merkevare	8
12.0 Donasjoner og gaver	9
13.0 Etablering av prosjektgruppe for etablering av senter	9
14.0 Styregodkjenning	9
15.0 Avtalens varighet	9
15.1 Endringer og tillegg til avtalen	9
15.2 Partnerskap og lignende	9
16.0 Tvisteløsning, verneting og lovvalg	9
17.0 Undertegning	10





1.0 Partene i avtalen

1.1.1 Kreftforeningen

Kreftforeningen er en landsdekkende frivillig interesseorganisasjon som arbeider for kreftsaken. Foreningen støtter kreftforskning, kreftrammede og deres pårørende, tar initiativ til og støtter tiltak som gir forbedringer i kreftomsorgen og supplerer offentlige oppgaver. Kreftforeningens rolle er å være pådriver, og ikke utfører, av offentlige oppgaver.

1.1.2 UNN

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet.

Universitetssykehuset er landsdelens helsefaglige spydspiss og skal være ledende nasjonalt innenfor utvalgte fagområder. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland, med alle funksjoner som nasjonale myndigheter tillegger lokalsykehus i Norge.

2.0 Bakgrunn

Kreftforeningen og Oslo universitetssykehus åpnet 1. Januar, 2010 landets første Vardesenter for kreftrammede og pårørende. Senteret er en del av Kreftforeningens ambisjon om å etablere Vardesenter i samarbeid med helseforetak med stor konsentrasjon av kreftpasienter.

Kreftforeningen og UNN har gjennom flere års samarbeid avdekket tilsvarende behov for et helhetlig kreftomsorgstilbud for kreftrammede i landsdelen og besluttet å etablere et senter på UNN, heretter kalt "Vardesenteret". Vardesenteret er et gjensidig samarbeid mellom Kreftforeningen og UNN.

Samarbeidsavtalen er basert på en felles plattform og et langvarig samarbeid i kampen mot kreft. Vardesenteret er forankret i Kreftforeningens og UNN målsettinger og verdier.

Vardesenteret vil inngå som en del av en nasjonal satsing for å styrke et nødvendig kreftomsorgstilbud som møter dagens og fremtidens behov for helhetlig kreftomsorg og vil ha en felles designprofil med Vardesentere ellers i landet, se www.vardesenteret.no

3.0 Formål og beskrivelse

Formålet er å etablere et senter og derved bidra til å utvikle et kreftomsorgstilbud som møter dagens og fremtidens behov for helhetlig kreftomsorg.

Vardesenteret skal være en arena og møteplass for kreftrammede, pasientforeninger og helsefaglig personell med aktiviteter som fremmer helse, livskvalitet, velvære og mestring.

Kreftrammede skal kunne motta informasjon, støtte og veiledning, ta del i aktiviteter, møte likesinnede, eller ha et sted å hvile/finne ro. Senterets virksomhet skal gjøre bruk av, og være fundamentert på prinsipper som fremmer egenmobilisering og brukermedvirkning. Dette skal bidra til at kreftrammede opplever størst mulig mestring til et aktivt hverdagsliv med eller etter kreftsykdom og kreftbehandling.

Vardesenteret skal, gjennom partssamarbeidet, styrke fagutvikling, forskning og kunnskapsutvikling. Senteret skal være en åpen arena for pasientforeninger/frivillig virksomhet og kunne brukes av alle som er rammet av kreft. Senteret vil inngå som en del av UNN's og Kreftforeningens psykososiale støttetiltak for kreftrammede som omfatter læring, mestring og rehabilitering.



Vardesenteret representerer en nasjonal satsing og skal være et arnested for innovasjon og kunnskapsformidling for å gi et utvidet tilbud til pasienter, pårørende og brukere også ved andre sykehus og arenaer i landsdelen. Vardesenteret i Nord-Norge skal ha spesiell fokus på å utvikle og tilby nettbaserte tjenester for læring og mestring som kan benyttes i rehabiliteringsfasen under, mellom og etter sykehusopphold, (jf punkt 9.0)

4.0 Aktiviteter og tilbud

Det totale fysiske og virtuelle tjenestetilbud defineres og kommuniseres innen følgende områder:

- Samtaler og rådgivning, herunder kurs/grupper
- Kosthold/ernæring
- Fysisk aktivitet
- Rehabilitering og mestring

Tjenestetilbudene leveres av partene og/eller samarbeidsparter. Det vil bli lagt til rette for bruk av frivillige, se punkt 4.1 og 4.2. Alt personell ved senteret som utøver pasientrettet virksomhet skal kvalitetssikres og godkjennes i hht rutiner godkjent av partene. Tjenesteleverandører vil være helse-/fagpersonell og/eller frivillige som advokat/jurist, psykolog, sosionom, fysioterapeut, ernæringseksperter, sexolog, kreftsykepleiere og likemenn med fler.

UNN vil stille nødvendige informasjonskanaler tilgjengelig for senterets virksomhet (nettsider, intranett etc.) for å informere om senterets aktiviteter og tilbud.

4.1 Pasientforeninger og likemannstjeneste

En sentral del av senterets virksomhet er samarbeid med pasientforeninger og deres organiserte likemannsarbeid. Kreftforeningen har ansvaret for organisering og kvalitetssikring av likemannstjenesten, herunder utarbeide retningslinjer som godkjennes av partene, samt etablere nødvendig samarbeid med pasientforeningene.

4.1 Frivillige

Frivillige vil være en viktig ressurs for Vardesenterets virksomhet. Kreftforeningen har ansvaret for organisering og kvalitetssikring av bruk av frivillige, herunder utarbeide retningslinjer som godkjennes av partene.

5.0 Organisering og ledelse

Vardesenteret er ikke et eget rettssubjekt og partenes ansvar og arbeidsoppgaver knyttet til senteret er begrenset til det som følger av denne avtale med mindre partene blir enige om noe annet. Styring og drift av senteret skal skje i hht beskrivelse i denne avtale med mindre partene blir enige om noe annet.

5.1 Styringsgruppe

Vardesenteret ledes av en styringsgruppe som med inntil seks medlemmer hvor begge parter er likt representert.

Kreftforeningen velger leder for styringsgruppen. Kreftforeningen kan også utpeke en brukerrepresentant som representerer pasientforeningene. Brukerrepresentanten inngår i så fall i Kreftforeningens representasjon med tre medlemmer. Samtlige representanter kan ta saker opp i

T. L. AX



styringsgruppen.

Kreftforeningen er ansvarlig for sekretariatsfunksjon.

5.1.1 Styringsgruppens mandat

Styringsgruppen representerer avtalepartene og er Vardesenterets besluttende myndighet.

Styringsgruppen er ansvarlig for ivaretagelse og gjennomføring av samarbeidsavtalen mellom partene.

Styringsgruppen er ansvarlig for at senteret drives til det beste for pasienter og pårørende iht senterets strategi og måloppnåelse.

Styringsgruppen er videre ansvarlig for å etablere en partsammensatt koordinerende og administrativ driftsenhet som skal ivareta senterets daglige virksomhet, herunder utforme driftenhetens mandat. Driftsenheten vil bli ha følgende oppgaver:

- sikre koordinering, samhandling og informasjonsflyt mellom aktører/partner for å ivareta effektiv drift og gjennomføring av aktiviteter og tilbud.
- utarbeide forslag til og sikre hensiktsmessige driftsprosedyrer for senterets virksomhet
- påse at senterets samlede tilbud gjennomføres og koordineres iht fastsatte aktivitetsplaner og er kvalitetssikret i samsvar med partenes regelverk og krav til pasientsikkerhet

Denne avtale berører ikke eller på annen måte begrenser helseforetakets ansvar og instruksjonsmyndighet i forhold til de av helseforetakets lovpålagte oppgaver som legges til senteret.

5.1.2 Nasjonal ressursgruppe

Det skal etableres en nasjonal ressursgruppe for Vardesentre med representanter fra Kreftforeningens ledelse, regionale sentre og andre. Målsettingen er å ivareta nasjonale synergier og målsettinger, merkevare/profil og kompetanseutveksling. Forslag til representantskap, mandat og retningslinjer vil bli fastsatt senere. Kreftforeningen vil inneha leder og sekretariatsfunksjon for gruppen.

6.0 Bemanning

Senteret er ikke en egen juridisk person og stillinger i forbindelse med senteret vil være tilsatt hos en av partene.

Målsettingen er, med mindre annet framgår av denne avtale eller avtales eksplisitt mellom partene, at senteret skal driftes og bemannes av eksisterende personell hos partene.

Kreftforeningen forplikter seg til å bemanne senteret med nødvendige personell for å ivareta de tjenestetilbud Kreftforeningen tilbyr eller har påtar seg ansvar for, herunder organisering av likemannstjeneste, frivillige og driften av senteret.

UNN's bemanningsforpliktelser ved senteret er begrenset til nødvendig personell for å kunne ivareta de oppgaver sykehuset selv velger å legge til senteret.

Kreftforeningen vil finansiere inntil en 100 % senterkoordinatorstilling for administrasjon og drift av senteret i 4 år. Koordinator vil være faglig og operativt underlagt partene. Stillingen vil tilsettes i helseforetaket eller Kreftforeningen etter nærmere avtale.

Eventuell forlengelse, eller omdisponering av bemanningsforpliktelser, fremforhandles av partene.



7.0 Arealer og leieavtale

UNN forplikter å stille nødvendige funksjonelle arealer til disposisjon for senterets virksomhet. Kreftforeningen forplikter seg til å finansiere eventuelle oppgraderinger av arealer iht formål, funksjonalitetskrav og designprofil. Det forutsettes at Kreftforeningen overtar arealer som er i teknisk og funksjonell stand og klargjort for interiørmessig utforming og mindre oppgraderinger.

På avtaletidspunktet er UNN i planleggingsfasen med utvidelse av A-fløyen og byggingen av et nytt pasienthotell. Det er på avtaletidspunktet ikke mulig å si noe endelig om den framtidige lokalisering og arealbehovet for Vardesenteret slik at det er nødvendig å etablere en interimsløsning knyttet til eksisterende arealdisponering og bygningsstruktur, jfr. pkt 7.2.

7.1 Fremtidig lokalisering av Vardesenteret

På avtaletidspunktet er det partenes felles intensjon at Vardesenteret skal etableres og utvides i tilknytning til nytt pasienthotellet ved UNN.

Partene står fritt til å vurdere eventuelt andre arealer etter avtaletidspunktet for å sikre best mulig plassering av Vardesenteret. UNN vil legge til rette for at et Vardesenter inkluderes i sykehusets arealplanlegging og at Kreftforeningen involveres i planene.

Egen avtale som definerer endelige arealer skal godkjennes av partene før iverksetting av oppgradering og/eller bygging.

7.2 Midlertidig lokalisering av Vardesenter

Fram til en finner en mer permanent løsning i hht pkt 7.1 etableres det en interimsløsning med følgende innhold:

- ✓ Det etableres en interimsløsning i bygning C 9. Arealene vil i sin helhet stilles til Vardesenterets disposisjon og vil omfatte aktiviteter angitt i avtalen, jf pkt 4. I tilknytning til samtale-/grupperom er det behov for at tilbudene også kan skje via videokonferanse/Skype og at det er oppkoblingsmuligheter for PC, telefon etc.
- ✓ I den grad det ikke er plass til eller mulighet for å gjennomføre avtalte aktiviteter på det areal som er øremerket Vardesenteret vil det bli lagt til rette for at Vardesenteret får tilgang til alternativt areal. Dette gjelder særskilt:
 - Tilgang til undervisningsrom med mulighet for projektor og PC, høyttaler, dvd spiller etc.
 - Tilgang til ungdomsrom – "Cocpiten"
 - Tilgang til kjøkken med muligheter for kurs innenfor kosthold og ernæring
 - Tilgang til gymsal
 - Tilgang til svømmebasseng
- ✓ Vardesenteret vil få etablere et informasjonssenter i tilknytning til foajeen på plan 6.

Interimsperioden forventes å ha en varighet på 3-4 år. Dersom interimsperioden må forventes å vare ut over dette er partene enige om å sette seg ned sammen for å se på alternative løsninger. Det samme gjelder dersom det viser seg at det skjer noe som gjør at en ikke vil kunne få til gode hensiktsmessige varige løsninger eller det skulle vise seg at interimsløsningen skulle vise seg svært lite hensiktsmessig i forhold til partenes felles ambisjoner med senteret.



7.3 Leieavtale

Det inngås en standard leieavtale mellom UNN og Kreftforeningen.

Årsløien settes til null kroner. Helseforetaket vil bekoste driftsutgifter for leide lokaler som omfatter energi, rengjøring av leieobjektet samt renovasjon.

Leieperioden settes til 10 år med opsjon for forlengelse i egen avtale for fem år av gangen. Ved utgangen av hver leieperiode vil partene forhandle betingelser, vederlag og rettigheter i fm arealer før en ny leieperiode avtales. Det er imidlertid en intensjon om at samarbeidet skal fortsette i lik, eller tilnærmet lik form.

Partene er innstilt på et langsiktig samarbeid om senteret. Ved eventuelle organisatoriske endringer eller annet som fører til ønske om omdisponeringer av arealer, vil UNN i inngåtte leieperioder være forpliktet til å stille til disposisjon formålstjenelige erstatningslokaler for senteret. Med formålstjenelige menes arealer som ivaretar senterets virksomhet.

8.0 Drift

Partene er, dersom ikke annet er avtalt selv ansvarlig for utgifter til eget personale, utstyr, materiale, rekvisita, telefon, lisenser og andre utgifter i tilknytning til sin virksomhet og de tilbud de gjennomfører i senteret. Aktivitetsutgifter ved samarbeid – og/eller felles prosjekter avtales i separate avtaler.

Kreftforeningen vil dekke driftskostnader forbundet med all annen aktivitet som ikke omfatter lovpålagte helsetjenester som utføres i regi av helseforetaket, eksempelvis bevertning til besøkende, frivillige, møter/samlinger, arrangementer etc.

8.1 Disposisjonsrett over utstyr

Partene har disposisjonsrett over innkjøpt utstyr til senterets virksomhet. Den parten som har finansiert for utstyr i senteret vil ved eventuelt avbrudd eller opphør av senterets virksomhet ha endelig råderett over utstyret.

8.2 Skilting og utplassering av profileringsmateriell/utstyr

I overensstemmelse med det regelverk som gjelder for skilting og informasjonsutplassering ved sykehuset har senteret adgang til å utplassere informasjon, skilter, profileringsmateriale etc på sykehusområde for synliggjøring av senteret.

9.0 Virtuelt Vardesenter - nettbaserte læring og mestringstilbud

Å utvikle tidsriktige virtuelle omsorgstilbud er en prioritert oppgave for senterets virksomhet for å sikre at kreftrammede kan opprettholde sin relasjon til senterets tilbud etter hjemkomst. Eksempler er samtaler med helsefaglig personell via videokonferanse, PC, nettbaserte opplærings- og instruksjonsfilmer, virtuelle samtalegrupper, likemannstjeneste og annet. Dette skal bidra til å gi den enkelte trygghet og fleksibilitet i forhold til egenmestring og rehabilitering.

9.1 Samarbeid med NST – Nasjonalt senter for Telemedisin

Vardesenteret ved UNN vil gjennom samarbeid med NST systematisere og videreutvikle nettbaserte tjenester og mobile applikasjoner for kreftrammede og pårørende som implementeres i Vardesenterets nettportal eller linkes opp mot relevante samarbeidspartnere. Målsettingen er å tilby kvalitetssikrede nettbaserte tjenester som ivaretar mestring og rehabilitering under og etter behandlingsforløp og når pasienten er hjemme.

Handwritten signatures and initials:
R. H. J.
T. L. S.



Samarbeid, prosjektbeskrivelse og budsjettammer for utvikling av nettbaserte tjenester vil defineres gjennom en egen avtale mellom NST og Kreftforeningen.

9.1.1 Nettbasert likemannstjeneste

For å bidra til økt fleksibilitet og utnyttelse av likemannsarbeid (støtte fra pasient til pasient) er det i partenes interesse å utvikle eller systematisere nettbaserte tjenester som kan bidra til å supplere det fysiske likemannstilbudet.

9.2 Implementering av Vardesenter, UNN i eksisterende nettportal – www.vardesenteret.no

Det vil bli lagt til rette for at Vardesenteret på UNN vil bli implementert i Vardesenterets eksisterende nettportal med egne nettsider med lokal informasjon samt tilgang til øvrige funksjoner og virtuelle tilbud.

10.0 Faglig samarbeid og kunnskapsutvikling

Senteret skal være en arena for kreftrelaterte samarbeidsprosjekter mellom sykehuset, Kreftforeningen og andre aktuelle samarbeidspartnere. Målsettingen er å utnytte de muligheter og synergier samarbeidet utløser for å bidra til bedre og mer kostnadseffektive omsorgstjenester.

Styringsgruppen vil vurdere inngåelse av eksterne partnerskap og samarbeid, eksempelvis med kommunehelsetjenesten, fastleger, NAV eller andre som ansees som formålstjenelige for å skape synergier som fremmer kreftrammedes interesser og/eller senterets funksjon.

10.1 Nasjonalt samarbeid med øvrige Vardesenter

Senteret ved UNN vil inngå i Kreftforeningens nasjonale "Vardesentersatsing" og samarbeid med helseforetak. Intensjonen er at den enkelte enhet vil bidra inn i fag-, forskning og kunnskapsutvikling på vegne av alle sentre men med særskilte ansvarsområder. Forslag til fordeling av ansvarsområder vil bli utarbeidet av Nasjonal ressursgruppe.

10.2 Andre satsingsområder

Andre satsingsområder er spesifisert nedenfor. Ambisjonen er at det til det enkelte området tilknyttes forskning og utviklingsprosjekter for å øke kunnskapen og videreutvikle tilbudet. Samarbeid, forpliktelser og prosjektorganisering vil utarbeides i egne avtaler.

- Nettbaserte, virtuelle omsorgstilbud
- Ungdom, elder og minoriteter med kreft
- Rehabiliteringstjenester/program
- Fysisk aktivitet og trening
- Ernæring og kreft
- Fatigue
- Mestringsperspektivet
- Bruker-/pasientmedvirkning

11.0 Logo, profil og merkevare

Det er utarbeidet en designprofil for Vardesenter som inkluderer logo, interiør- og grafisk designprofil. Designprofil eies av Kreftforeningen og vil i hht avtale mellom partene bli anvendt ved senteret.



Ved avsluttet samarbeid opphører helseforetakets rett til å benytte Vardesenteret som merkevare med mindre annet er bestemt. (Vedlegg X designprofil)

12.0 Donasjoner og gaver

Helseforetaket som sådan kan ikke motta gaver fra sine brukere. Kreftforeningen, som frivillig organisasjon, kan motta gaver/donasjoner som øremerkes Vardesenteret. Styringsgruppen vil ellers avgjøre bruk av gaver og donasjoner som skal benyttes i senteret.

13.0 Etablering av prosjektgruppe for etablering av senter

Styringsgruppen skal etablere en egen prosjektgruppe for etablering av senteret som skal bestå av, eller har tilgang til, nødvendig kompetanse for at sentret kan bli etablert. Eksternt kompetansebehov utover partenes ressurser dekkes av Kreftforeningen (arkitekt, konsulent etc).

14.0 Styregodkjenning

Avtalen forutsetter forutgående godkjenning fra styret i Kreftforeningen og ledelse eller styret ved UNN.

15.0 Avtalens varighet

Avtalen gjelder fra den er signert av begge parter og inntil den sies opp av en eller begge parter med seks måneders skriftlig varsel. Avtalen kan ikke sies opp de første 4 år med mindre særlige eller uforutsette omstendigheter inntreffer og partene er enige om opphør. Ved opphør av avtalen bortfaller leieavtalen. Bortfaller avtalen og dermed leieavtalen før avtalt opphør av leieavtalen og dette skyldes oppsigelse fra en av partene har den annen part krav på en rimelig erstatning for det tap en lider som følge av dette. Erstatningens størrelse avtales mellom partene, jf punkt 16.

15.1 Endringer og tillegg til avtalen

Avtalen kan fravikes og endres ved skriftlig enighet mellom partene. Endringer og tillegg til avtalen må for å være gyldige gis i form av et eget Addendum og skal signeres av partene.

Ingen av partene kan overdra eller på annen måte overføre sine forpliktelser etter avtalen til tredjepart, uten etter den andre partens skriftlige forhåndssamtykke.

15.2 Partnerskap og lignende

Intet i denne avtalen skal innebære at det etableres partnerskap, interessentskap eller annet rettsfellesskap mellom partene.

16.0 Tvisteløsning, verneting og lovvalg

Enhver tvist som måtte oppstå i forbindelse med avtalen skal i utgangspunktet søkes løst i minnelighet.

Dersom partene ikke har lykket med å løse tvisten i minnelighet innen 14 dager etter første forhandlingsmøte, skal den søkes løst ved rettsmekling.

Forer ikke rettsmekling fram er partene enige om Tromsø Tingrett som verneting.



17.0 Undertegning

Denne avtale er utarbeidet og signert i to – 2 – likelydende eksemplarer, hvorav partene beholder ett hver.

Tromsø, den

Paul Hellandsvik
Styreleder
Kreftforeningen

Anne Lise Ryel
Generalsekretær
Kreftforeningen

Tromsø, den

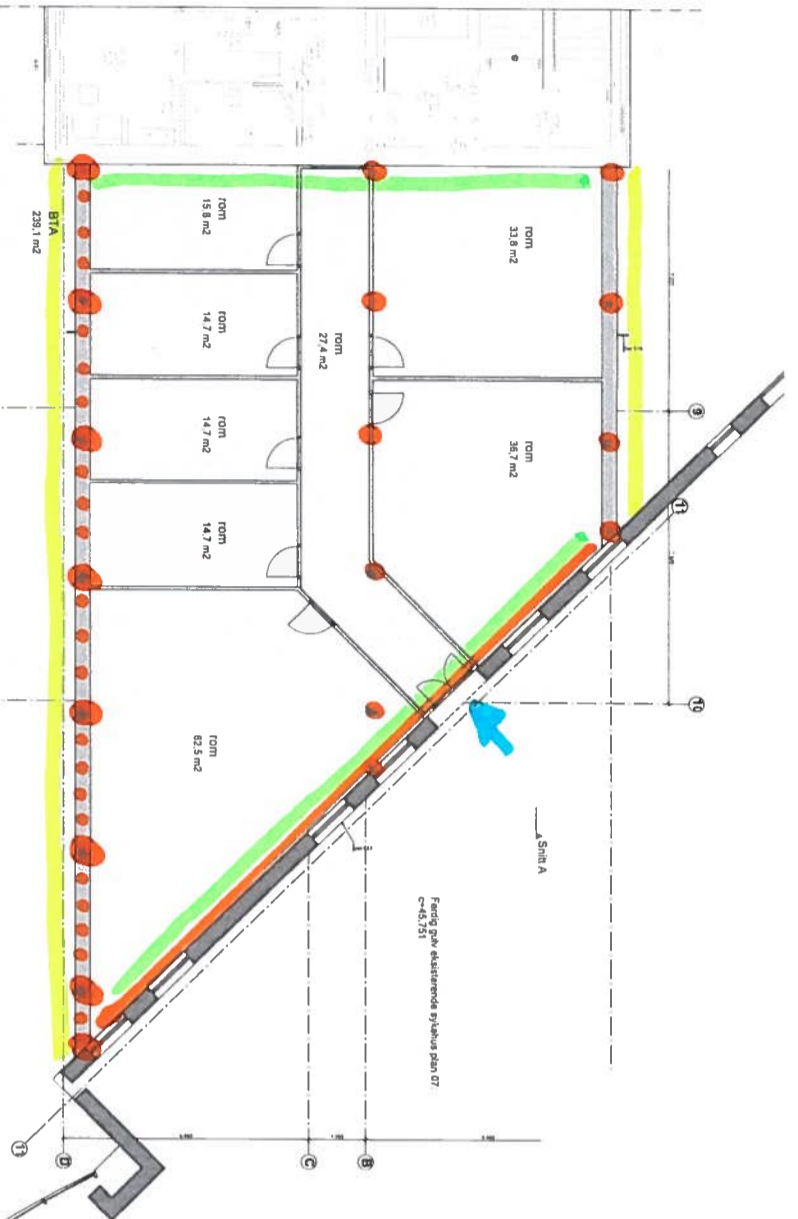
30.03.2011

31/03/2011

Tor Ingebrigtsen
Administrerende direktør UNN HF

Arthur Revhaug
Klinikkleder UNN HF

Plan 07

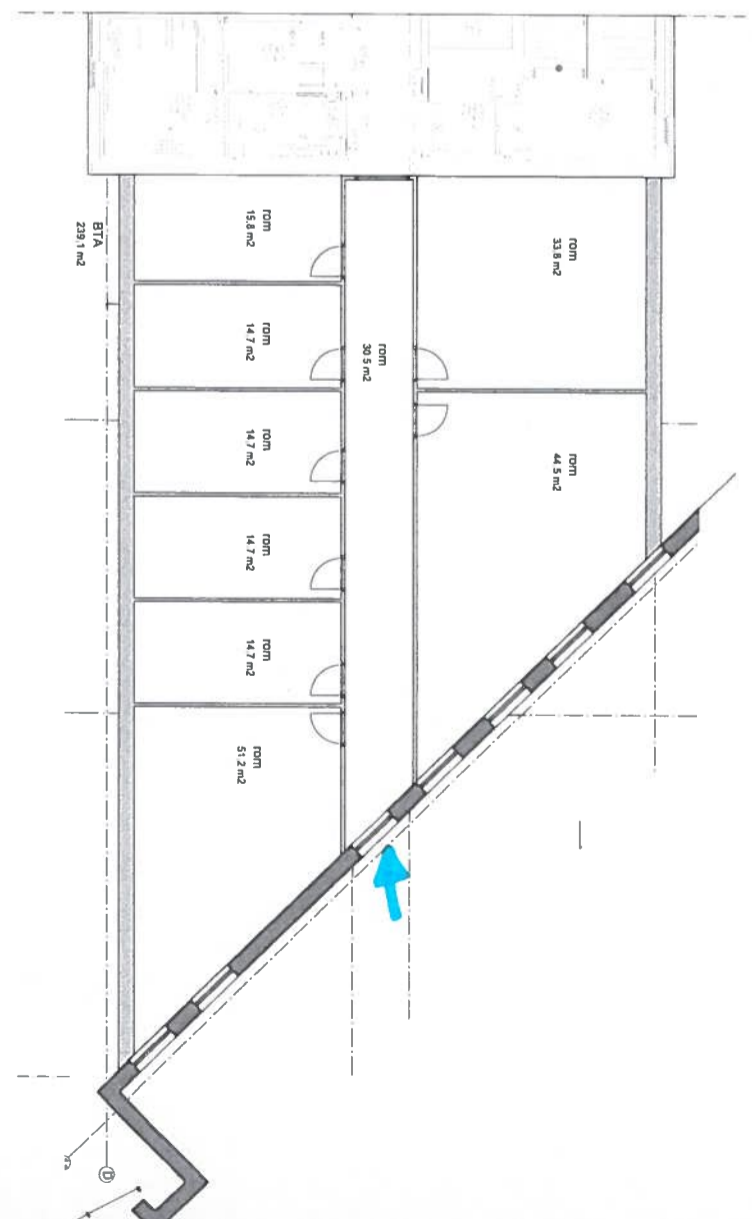


Eftg h = 3,00 m

Høyde fasade: $3 \times 3,00 + 0,6 + 0,4 = 10,00 \text{ m}$

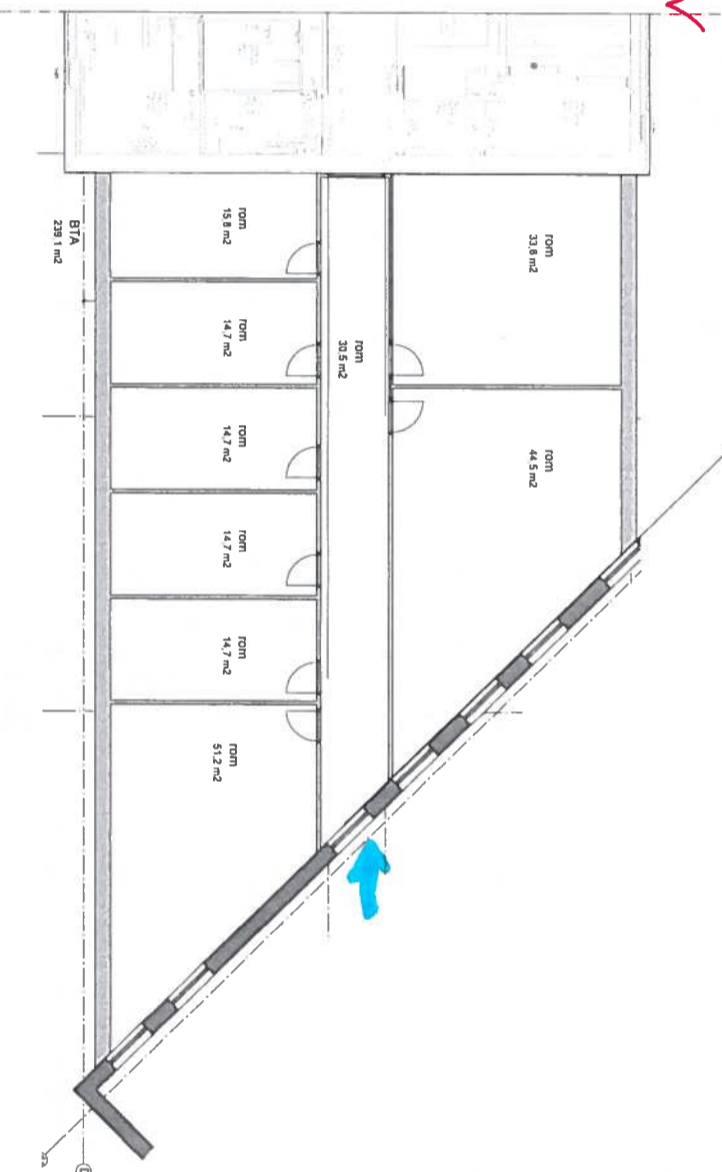
31 m lengde

Plan 08



2 f. dør i hver etg. = 3 stk m/tek 10 høyde

Plan 09



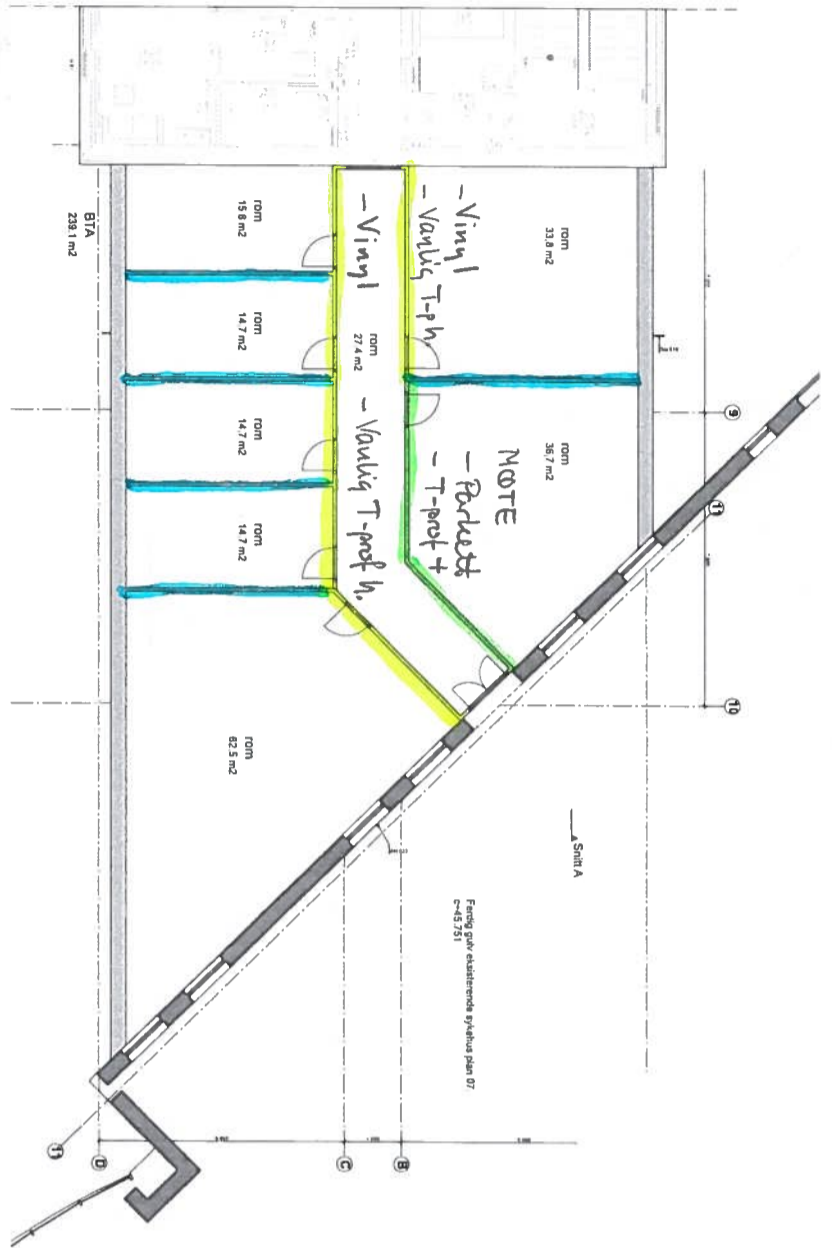
- $200 \times 100 \times 8,0 \text{ tUP} : 18 \text{ stk.} \times 3 \text{ m} = 54 \text{ m} \times 34,57 \text{ kg/m} = 1.865 \times 3 \text{ etg} = 5.595 \text{ kg}$
- $270 \text{ l/PE} : 49,6 \text{ m} \times 36,96 \text{ kg/m} = 1.833 \times 3 \text{ etg} = 5.500 \text{ kg}$
- $100 \times 100 \times 8 : 19,0 \text{ m} \times 12,44 \text{ kg/m} = 236 \times 3 \text{ etg.} = 709 \text{ kg}$

Utstilling = $13,4 + 19 = 32,4 \text{ m} \times 9 \text{ m} = 292 \text{ m}^2$

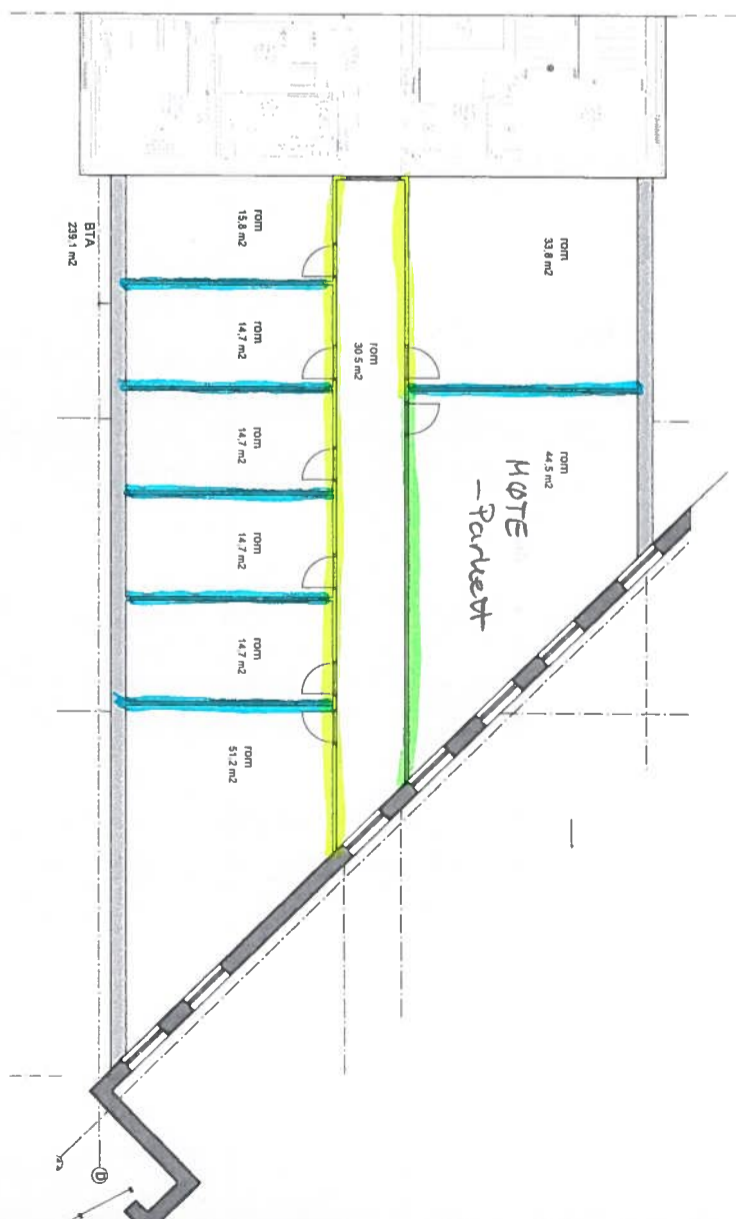
150627

Oppdragsnr:	UNN	Dato:	27.06.2015	OL
Prosjekt:	Skisse utbygging på gangbru	Prosjektleder:	150627	SMK
Regning:	Plan 7, 8 og 9 broforbindelse	Målestokk:	1:200	IA3
		Regningsnr.:	A20-3	

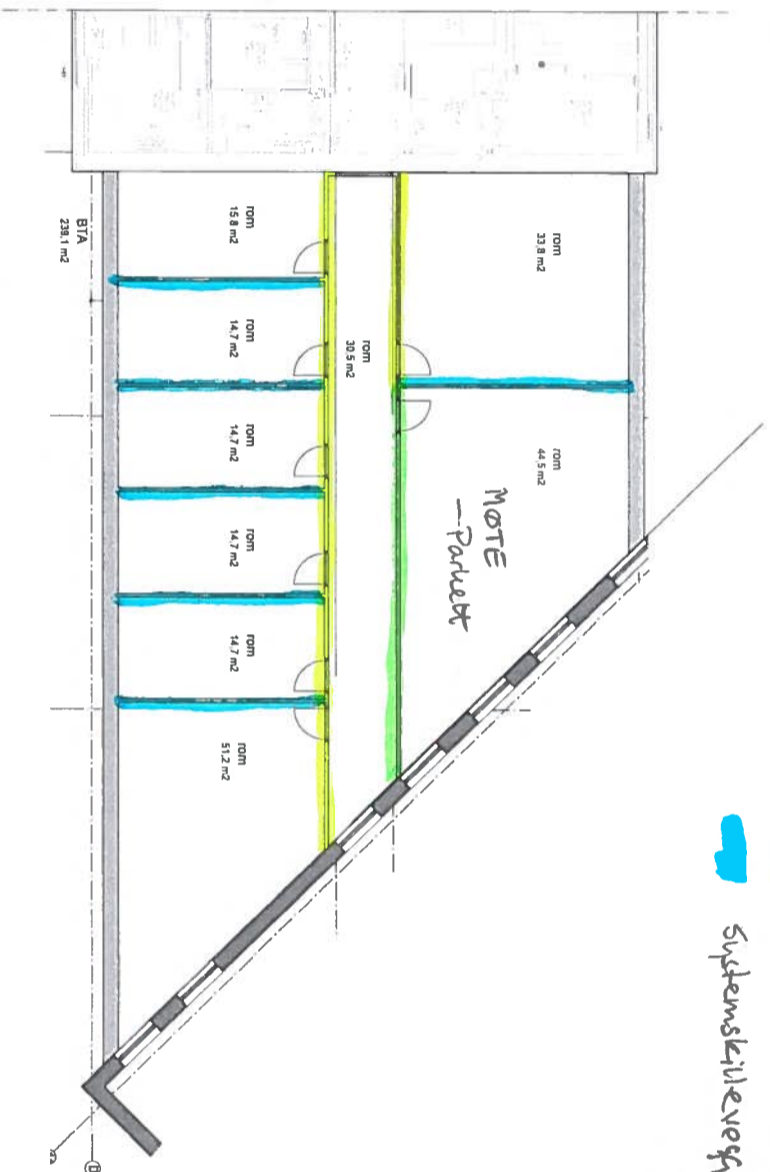
Plan 07



Plan 08



Plan 09



■ Kontorfronter = $5,6 + 15,4 + 5,6 + 18 + 5,6 + 18 = 68,2m \times 3m = 204,6m^2$

■ Møteromsfronter = $8,8 + 10,4 + 10,4 = 29,6m \times 3m = 88,8m^2$

■ Systemskillevegger = $6m \times 3 + 5,4m \times 14 = 93,6m \times 3m = 280,8m^2$

150627

Oppdragsgiver:	UNN	Dato:	27.06.2015	OL
Prosjekt:	Skisse utbygging på gangbru	Prosjektansvarlig og Undersøker:	150627	
Tegning:	Plan 7, 8 og 9 broforbindelse	tegnert av EK	SMK	
Målestokk:	1:200	Prosjekt, Prosjektor:		IA3
		Tegningssnr.:	A20-3	



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
8/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.2.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Oppsummering av styresaker 2015

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2015 til orientering, og vil bruke oppsummeringen som underlag for styrets videre evaluering av egen virksomhet.

Sammendrag

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har på sitt første ordinære styremøte hvert kalenderår en gjennomgang av alle vedtak fattet foregående driftsår. Dette er i tråd med vedtatt styreinstruks, og anvendes som del av grunnlaget for prioriteringer av styrets fokusområder hvert driftsår.

Oversikten som er vedlagt saken viser at det i 2015 ble avholdt 11 styremøter og behandlet til sammen 98 saker, herav 50 beslutningssaker. Antall og type saker vurderer direktøren å ha vært i overensstemmelse med årsplanen for faste styresaker som ble vedtatt i styresak 9/2015 samt de utfordringer helseforetaket har hatt i 2015. Saken viser en nedgang i antallet beslutningssaker, hvilket primært skyldes nedgang i fagsaker, som eksempelvis regionale fagplaner. Den økonomiske utviklingen i foretaket har vært et av styrets prioriterte områder også i 2015, dog med en sterkere vektlegging av kvalitet og pasientsikkerhet enn tidligere.

Saken viser at styresakene som ble behandlet i 2015 også er innenfor rammen av saker som styreinstruksen anviser. Arbeids- og ansvarsdelingen mellom direktøren og styret vurderes av direktøren å ha vært tilfredsstillende, og vedtakene vurderes også å ha vært fulgt opp på forsvarlig vis fra administrasjonen.

Direktøren oppsummerer med at måloppnåelse for sentrale kvalitetsparametre som ventetid, fristbrudd og epikrisetid, samt økonomi- og aktivitetsutvikling, løpende vil bli behandlet i forbindelse med de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene. I tillegg trekker direktøren frem styrets prioriterte utviklingsområder fra den strategiske utviklingsplanen, langsiktig virksomhetsplanlegging, aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og oppfølging av investeringsprogrammet som anbefalte områder for styrets arbeid også i 2016.

Formål

Formålet med saken er å gi en oversikt over styrevedtak som styret ved UNN fattet i 2015, og vurdere oppfølgingen av disse som grunnlag for prioriteringer av styrets arbeid i 2016.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s arbeid undergis en årlig evaluering. Dette gjøres på flere måter. I styreinstruks og oppdragsdokument stilles det krav om evaluering av styrets arbeid. Styrets arbeids- og fungeringsmåte blir evaluert i egen styresak. I denne saken vektlegges kun en skjematisk oversikt over fattede vedtak, og formell oppfølging av disse.

Styreseminarene ble i årsplanen for 2015 lagt i forbindelse med de ordinære styremøtene i juni og november. Seminaret i juni ble gjennomført i Harstad, og hadde fokus på benchmarking, pasientforløpsforskning, pasientsikkerhetsprogrammet samt evaluering av styrets eget arbeid. Seminaret i november var lagt til Narvik, og hadde fokus på det fremste, prioriterte utviklingsområdet i den strategiske utviklingsplanen for UNN: avansert diagnostikk, -kirurgi, -intervensjon og -kreftbehandling.

Saken gir også styret anledning til å vurdere om arbeids- og ansvarsdelingen mellom administrerende direktør og styret er i tråd med oppdrag og instruks, samt vurdering av administrasjonens oppfølging av vedtakene.

Saksutredning

I eget vedlegg til saken følger utdrag av styreprotokollen over saker som er behandlet i 2015. Det ble avholdt 11 styremøter og behandlet til sammen 98 saker, herav 50 beslutningssaker, fordelt slik:

Type saker/ kategori	2013	2014	2015
S) Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	30	31	27
K) Kvalitets-, økonomi- og aktivitetssaker	15	17	16
F) Fagsaker	3	10	2
B) Bygg og eiendomssaker	6	7	5

De resterende 48 sakene var godkjenning av innkalling, saksliste, referatsaker, orienteringssaker og eventueltsaker.

Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	2013	2014	2015
Tilsynsrapporter	7	4	4
Ledelsens gjennomgang	3	3	3
Overordnede strategier	1	3	3
Lønnssaker	–	1	1
Årlig melding	1	1	1
Møte- og styreseminarplan	2	2	2
Samhandlingsreformen	1	–	–
Oppdragsdokument	1	1	1
Oppsummering av styrets vedtak	1	1	1
Styrets evaluering av eget arbeid	1	1	1
Oppnevning av valgstyre – ansattevalgte repr.	1	–	1
Brukerutvalget – valg, mandat m.v.	1	1	2
Nasjonale medisinske kvalitetsregistre	1	–	–
Tidspunkt for evt. ekstraordinært styremøte	1	–	1
Brukermedvirkning–strategi og handlingsplan	1	–	–
Lokalisering av ambulanshelikopterbase i Midtre Hålogaland	1	–	–
Høringssvar – Intensivbehandling av nyfødte	1	–	–
Høring – ny helselovgivning på Svalbard	1	–	–
Styrets årsplan	1	1	1
Seniorpolitikk i Helse Nord	–	1	–
Strategi internasjonal satsing	–	1	–
Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging	–	2	2
Organisering av nasjonale tjenester i UNN	–	1	–
Oppfølging av LUO-evalueringen – organisatoriske konsekvenser	–	1	–
Strategisk utviklingsplan for UNN	–	3	–
Miljøledelse i UNN – om sertifiseringsprosessen	–	1	–
Protonsenter – idéfase	–	1	–
Årsrapport for Brukerutvalget	1	1	1
Eventuelsaker (der det er truffet vedtak)	2	1	1
Informasjonssikkerhet	–	–	1

Kvalitets- og økonomisaker	2013	2014	2015
Kvalitets-, økonomi- og aktivitetsrapporter inkl. tertialrapporter	8	9	10
Regnskap	1	1	1
Investering	1	1	1
Budsjettsak, ny behandling/oppfølgingssak	–	1	1
Forberedelse til nytt budsjett	1	–	–
Forberedende arbeid til Virksomhetsplan 2015	–	1	1
Virksomhetsplan (budsjettsaken)	1	1	1
Tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende budsjett 2014	1	–	–

Inntektsfordelingsmodellen	1	–	–
Konsekvenser av Helse Nord RHF's IKT-investeringer	–	1	–
Tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende Plan 2015-2018	–	1	1
Konsekvenser av Helse Nord RHF's Plan 2015-2018	–	1	–

Fagsaker	2013	2014	2015
Prosjekt Sengeposter og aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging – tiltaksplan	2	–	–
Status i arbeidet med oppfølging av styresak 16/2013 i Nevro- og ortopediklinikken	1	–	–
Driftssituasjonen ved UNN Tromsø – utfordringer med utskrivningsklare pasienter og overbelegg i januar 2014	–	1	–
Økt frivillighet i psykiatrien – handlingsplan 2014-2016	–	1	–
Regional plan for habilitering – høringsuttalelse	–	1	–
Regional plan for geriatri – høringsuttalelse	–	1	–
Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering – høringsuttalelse	–	1	–
Regional plan for hudsykdommer	–	1	–
Regional plan for revmatologi	–	1	–
Høring regional plan for plastikkirurgi i Helse Nord	–	1	–
Regional plan for ØNH-faget	–	1	–
Regional plan for øyefaget	–	–	1
Henvendelse fra en ansatt	–	–	1

Eiendomssaker	2013	2014	2015
Åsgårdlia – reguleringsplan	1	–	–
Nytt pasienthotell ved UNN Breivika, kostnader og opsjoner i totalentreprisetilbud	1	–	–
Idè og konseptrapport for PET	1	–	–
Bærekraft og trinnvis utbygging av PET-senter	1	–	–
Entrepriseplan for A-fløya	1	–	–
Praktisering av konsernbestemmelser i byggeprosjekter	1	–	–
Byggeprosjekter ved UNN – tertialrapporter	–	3	3
A-fløya – utbyggingsstrategi	–	1	1
Reguleringsplan for UNN Harstad	–	1	–
PET-senter – forprosjekt	–	1	–
A-fløya med integrerte operasjonsstuer	–	1	–
Kjøp av tomt for Nye UNN Narvik	–	–	1

Oppfølging av tidligere vedtak

Følgende sak er fortsatt under oppfølging etter tidligere vedtak:

- Egen handlingsplan for geriatri i UNN, ref. styresak 38/2014 pkt 2:
Styret forutsetter at UNN skal lage egen tiltaksplan for de enkelte lokalisasjonene i UNN etter at den regionale planen er vedtatt.

Medvirkning

Ettersom saken avviker fra en ordinær beslutningssak ved en skjematisk oppsummering av styrets vedtak fra 2015, er den ikke undergitt behandling eller drøfting i arbeidsmiljøutvalg, brukerutvalg eller med ansattes organisasjoner –og vernetjenesten.

Vurdering

Direktøren oppfatter at vedlagte saksoversikt viser at styresakene som ble behandlet i 2015 er innenfor rammen av type saker som styreinstruksen anviser. Styret behandler kvalitets- og virksomhetsrapportene månedlig, med stadig større fokus på kvalitetsparametre og pasientsikkerhet. Saker som ligger innenfor styrets ansvarsområde har vært fremmet fortløpende i 2015. Driften har i store deler av året vært preget av at utviklingen innenfor de ulike tjenesteområdene er søkt opprettholdt og forsterket med hensyn til kvalitet, og det er foretatt fortløpende investeringer i nytt utstyr. Direktøren mener at dette indikerer en god balanse mellom langsiktighet i strategisk fokus, nødvendig oppmerksomhet på daglig drift, økonomi og kvalitet. Antallet beslutningssaker viser en nedgang fra tidligere år, hvilket primært skyldes færre regionale fagplaner til godkjenning samt litt lavere antall saker også for de øvrige kategoriene.

Arbeids- og ansvarsdelingen mellom direktøren og styret vurderes også å ha vært tilfredsstillende, og sakene vurderes å være fulgt opp av administrasjonen på forsvarlig vis. Oppfølgingsrutinene vurderes å være tilfredsstillende, og det planlegges ikke endringer i disse i 2016.

Måloppnåelse for sentrale kvalitetsparametre som ventetid, fristbrudd og epikrisetid, samt økonomi- og aktivitetsutvikling, vil bli fulgt videre i forbindelse med behandling av de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene. Direktøren vil ellers særlig trekke frem de prioriterte utviklingsområdene fra den strategiske utviklingsplanen, som anbefalte områder for styrets arbeid også i 2016.

Tromsø, 29.1.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt over styrets vedtak i 2015

OVERSIKT OVER STYREVEDTAK I BESLUTNINGSSAKER 2015

S: Strategi-, rapport og oppfølgingsaker

K: Kvalitets- og økonomisaker

F: Fagsaker

B: Bygg- og eiendomssaker

K ST 3/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport november/desember 2014

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for desember 2014 til orientering.
2. Styret konstaterer at endringer i pasientrettighetslovgivningen medfører at alle pasienter får rett til behandling innen en juridisk bindende frist fra 1.9.2015, og at UNN har for mange langtidsventende.
3. Styret ber om at arbeidet med å redusere antall langtidsventende prioriteres. Styret har som mål at ingen skal vente mer enn 6 mnd på behandling i UNN. Direktøren bes fremlegge en plan for reduksjon av antall langtidsventende til neste møte. Planen skal inkludere tiltak for nærmere samarbeid med private avtalespesialister.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 4/2015 Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken om aktivitetsbasert bemanningsplanlegging til orientering, og ber om at satsingen videreføres i henhold til de planene saken redegjør for.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 5/2015 Idéfaseutredning for arealer til psykisk helse- og rusbehandling ved UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner oppstart av idéfaseutredning for arealer til psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø, i tråd med mandatet i styringsdokumentet.

Saken er fulgt opp med oppstart av idéfaseutredningen.

K ST 6/2015 Oppfølgingssak budsjett 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er fornøyd med at tiltaksarbeidet kvalitetssikres og detaljeres, og forutsetter at arbeidet fortsetter til risikoen i totalbudsjettet

Sak 8/2016 - vedlegg 1

er på et akseptabelt nivå.

2. Styret ber direktøren sørge for at det fortløpende iverksettes kompenserende tiltak ved eventuell manglende effekt av vedtatt tiltakspakke, samt at styret blir oppdatert på risiko og tiltaksarbeid i Kvalitets- og virksomhetsrapporten for januar i styremøtet i mars.
3. Styret er fornøyd med at det er utviklet tiltak i Psykisk helse- og rusklinikken som løser den korrigerende omstillingsutfordringen uten å redusere sengetallet i form av nedleggelse av en døgnenhet. Styret forutsetter at utredningen og risikovurderingen som er gjort i forbindelse med nedleggelse av en døgnpost innenfor psykisk helsevern for voksne, inngår i grunnlagsmaterialet i arbeidet med ny struktur og organisasjonsplan for Psykisk helse- og rusklinikken.
4. Styret godkjenner prosess- og fremdriftsplanen for utredning av bilambulansetjenesten og er fornøyd med at planen ivaretar bred involvering av kommuner og brukerorganisasjoner.
5. Styret tar investeringsbudsjettet for 2015 til foreløpig orientering. Styret tar til etterretning at prognosen for bruk av investeringsmidler i 1. tertial er 30 mill kr, og ber Helse Nord RHF om å godkjenne disse investeringene. Styret viser til at UNNs investeringsramme vil bli revurdert av Helse Nord RHF i forbindelse med behandling av budsjettregulering nr. 1 i RHF-styret, og ber administrerende direktør om å legge frem forslag til endelig investeringsbudsjett for UNN for 2015 til behandling i styret etter dette.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 7/2015 Oppsummering av styrevedtak 2014

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2014 til orientering.

Saken følges opp med ny, årlig rapportering i 2016.

S ST 9/2015 Styrets årsplan 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner Styrets årsplan 2015.
2. Styreseminaret/møtet som er planlagt til 23-24.6.2015 flyttes til 22-23.6.2015.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 10/2015 Oppnevning av valgstyre

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer til valgstyre ved UNN:

- Hilde Annie Pettersen og Leif Hovden fra arbeidsgiversiden
- Monica Fyhn Sørensen og Randi Steinli Pedersen fra arbeidstakerorganisasjonene

Saken er fulgt opp i tråd med mandatet for valgstyret.

S ST 11/2015 Dialogavtale mellom styret og administrerende direktør

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner forslaget til dialogavtale for 2016 for administrerende direktør.
2. Styret ber om at direktøren legger egen dialogavtale til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2016.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 18/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport januar/februar 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for januar og februar 2015 til orientering.
2. Styret ber om få seg forelagt en egen orienteringssak om arbeidet med å redusere antall langtidsventende i neste styremøte.
3. Styret er ikke fornøyd med det økonomiske resultatet hittil i år. Styret forventer at gjennomføringsgraden for planlagte tiltak økes. Direktøren bes i tillegg legge frem en oppdatert risikovurdering og om nødvendig en justert fordeling av klinikkens og sentrenes omstillingskrav i neste møte.
4. Styret godkjenner at det investeres i medisinteknisk utstyr for til sammen 9,0 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 19/2015 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar tilsynsrapporten for perioden 11.11.2014 - 28.2.2015 til etterretning.

Saken er fulgt opp med ny rapportering i påfølgende møter.

S ST 20/2015 Årlig melding 2014

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Årlig melding* for oversendelse til Helse-Nord RHF.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 21/2015 Tertialrapport 3/2014 for utbyggingsprosjekter

Sak 8/2016 - vedlegg 1

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr 31.12.2014 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering

Saken er fulgt opp med ny tertialrapportering i juni 2015.

K ST 22/2015 Årsregnskap 2014 – med Årsberetningen

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar følgende innstilling til foretaksmøtet med Helse Nord RHF:

Det fremlagte årsoppgjøret med resultatregnskap og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultatet, fastsettes som UNNs regnskap for 2014. Styret foreslår at årets overskudd på 615 090 442 kr overføres til annen egenkapital.

2. Årsberetning 2014 vedtas.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 23/2015 Oppdragsdokument 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Oppdragsdokumentet 2015 til etterretning.
2. Styret viser til at oppdragsdokumentet stiller nye krav til behandling av saker i UNN-styret, og ber direktøren innarbeide disse i en oppdatert årsplan for styret og fremme denne for behandling i neste styremøte.
3. Styret viser til oppdragsdokumentets krav om at risikostyring skal innarbeides i ledelsens gjennomgang av internkontrollen, og ber om at styresaken om ledelsens gjennomgang etter 1. tertial redegjør for hvordan dette følges opp.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 24/2015 Ledelsens gjennomgang

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2014* og ber direktøren følge opp med tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 25/2015 Investeringer og økonomisk bærekraft

Sak 8/2016 - vedlegg 1

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft og investeringer for perioden 2016-2022 til orientering, og slutter seg til direktørens overordnede strategi for fremtidige økonomiske tilpasninger.

Saken er fulgt opp i tråd med overordnet strategi.

S ST 26/2015 Regulering av direktørlønn

Lønn til administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF justeres opp med kr 35 000 (2 %) til kr 1 785 000.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

F ST 27/2015 Henvendelse fra en ansatt

- 1) Styret viser til foretaksadvokatens utredning og tar til etterretning at henvendelsen ikke er å anse som en varslings sak etter arbeidsmiljølovens § 2-4.
- 2) Styret tar til orientering at Helse Nord RHF er ansvarlig for mange av de problemstillingene som henvendelsen omhandler.
- 3) Styret tar til etterretning at det er utfordringer med arbeidsmiljøet i Røntgenavdelingen og at Arbeidstilsynet har gjenåpnet tilsynssak, uten pålegg, i avdelingen. Styret stiller seg bak den igangsatte prosessen for bedringer i arbeidsmiljøet, og forutsetter at det i denne sammenhengen stilles tydelige krav både til medarbeiderskap og lederskap i avdelingen.
- 4) Styret ber om å bli holdt løpende orientert i saken.

Etter at vedtak var gjort, bestemte styret at saksutredningen skulle avgraderes, etter at nødvendige prosedyrer er gjennomført.

Stemmeforklaring til punkt 1) fra styrerepresentant Hanne Frøyshov:

Det er ikke klart i paragraf 2.4 i AML at en varslings sak må omhandle bare nye momenter. Mye av dette angår forhold som ikke er behandlet tidligere. Varselet inneholder alvorlige momenter og etter min mening vil det være av nytte for UNN å behandle denne saken som en varslings sak og undersøke den så godt så mulig i et slikt lys.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 32/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mars 2015 til orientering.

Sak 8/2016 - vedlegg 1

2. Styret gir sin tilslutning til at antall langtidsventende, antall fristbrudd, bruk av pasienthotell, sykefravær og måloppnåelse i kreftpakkeforløpene innføres som hovedindikatorer i virksomhetsoppfølgingen.
3. Styret ser med bekymring på at antall utskrivingsklare pasienter øker og ber direktøren vurdere om UNN kan frigjøre lokaler som kan tilbys kommunene til drift av sykehjem. Antall korridorpasienter er høyt. Dette gir dårligere kvalitet i pasientbehandlingen og styret ber direktøren intensivere arbeidet med reduksjon av antall korridorpasienter.
4. Styret er ikke fornøyd med at lavere aktivitet enn planlagt i psykisk helsevern medfører risiko for at målet om størst vekst på dette området ikke nås, og ber om en nærmere analyse av aktivitetsmønsteret til neste møte.
5. Styret viser til vedtak i sakene 66/2014 Konsekvenser av Helse Nord RHF's plan 2015-2018, 108/2014 Virksomhetsplan 2015 og 6/2015 Oppfølging budsjett 2015, og tar til etterretning at investeringsmidlene for utstyr med mer som forventet i sin helhet er disponert. Styret ber Helse Nord RHF om at investeringsrammen for 2015 økes med 58,6 mill kr for å ivareta reanskaffelse av virksomhetskritisk utstyr ved sammenbrudd.
6. Styret viser til at det foreligger et umiddelbart investeringsbehov på 12,72 mill kr til medisinsk teknisk utstyr. Styret ber om at Helse Nord RHF godkjenner at disse innkjøpene gjennomføres uten opphold for å unngå avbrudd og utsettelse i pasientbehandlingen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 33/2015 Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken om aktivitetsbasert bemanningsplanlegging til orientering, og ber om at satsingen videreføres i henhold til de planene som saken redegjør for.
2. Styret godkjenner at rapporteringen forenkles og innarbeides i de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 34/2015 Tilbakemelding på Helse Nord RHF's Plan 2016-2019

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til den foreliggende tilbakemeldingen til Helse Nord RHF på **Plan 2016-2019**.

Saken er fulgt opp med oversendelse til Helse Nord RHF.

B ST 35/2015 Kjøp av tomt for Nye UNN Narvik

Sak 8/2016 - vedlegg 1

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til at det er nødvendig å erverve tomt til Nye UNN Narvik i år for å komme i gang med utbyggingen som forutsatt i 2019, og til at forhandlinger med eieren LKAB Norge AS nå er fullført.
2. Styret ber om at Helse Nord RHF frigjør 9,7 mill kr til denne investeringen i rulleringen av investeringsplanen i juni 2015. Styret anbefaler at dette finansieres innenfor den totale investeringsrammen for Nye UNN Narvik, som er avsatt i Helse Nord RHF's investeringsplan fra 2019.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å erverve tomten (gnr 38, bnr 1 i Narvik kommune - totalt omlag 60 mål) fra LKAB Norge AS innenfor en økonomisk ramme på totalt 9,7 mill kr inklusive avgifter og omkostninger, under forutsetning av at Helse Nord RHF stiller investeringsramme til disposisjon i henhold til vedtakspunkt 1.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 36/2015 Årsplan for styret - justering

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner endringene i Årsplan for styret 2015.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 37/2015 Årsrapport fra Brukerutvalget 2014

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar årsrapporten for 2014 fra Brukerutvalget til etterretning.

Saken følges opp ved ny rapportering i 2016.

B ST 42/2015 A-fløya Universitetssykehuset Nord-Norge – ny økonomisk ramme

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar resultatet av anbudsprosessen med påfølgende forhandlingsfase til etterretning og ber Helse Nord RHF om å øke prosjektets økonomiske ramme til 1 594 mill kr.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 45/2015 Tertialrapport 1. tertial 2015 – med Kvalitets- og virksomhetsrapport

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner første tertialrapport 2015 for oversendelse til Helse Nord RHF, med de rettelser som fremkom i møtet.
2. Styret tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for april 2015 til orientering.

Sak 8/2016 - vedlegg 1

3. Styret godkjenner to utstyrssøknader på tilsammen 1,35 mill kr.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 54/2015 Utbyggingsprosjektene ved UNN - Tertialrapport 1. tertial 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapporten pr. 30.4.2015 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering

Saken er fulgt opp med ny, tertialvis rapportering i oktober 2015.

S ST 46/2015 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 1.3. til og med 12.5.2015 til etterretning.
2. Handlingsplanene etter internrevisjonene *Henvisninger og ventelister, Strykninger av planlagte operasjoner samt Kompetanse, arbeids- og hviletid i bilambulansetjenesten* godkjennes for oversendelse til Helse Nord RHF.
3. Styret ber om å få oppdatert status for tilsynssaker ved neste rapportering.

Saken er fulgt opp i tråd med rapportering i de faste styresakene vedr. tilsyn og interne revisjoner.

S ST 47/2015 Informasjonssikkerhet

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar rapporten *Status for informasjonssikkerhet ved UNN* til etterretning.

Saken er fulgt opp med ytterligere rapportering i egen sak i desember 2015.

S ST 48/2015 Tilslutning til strategiplan for innkjøp i Helse Nord 2014-2017

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar vedlagt organisasjonsplan som retningsgivende for anskaffelsesvirksomheten i foretaket.
2. Styret gir sin tilslutning til vedlagte samarbeidsavtale som styrende for foretakets samarbeid med det regionale helseforetaket, samt de øvrige helseforetakene i regionen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 57/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mai 2015 til orientering.

Sak 8/2016 - vedlegg 1

2. Styret godkjenner fire søknader på til sammen 2,41 mill kr for investering i medisinteknisk utstyr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.
3. Styret godkjenner kjøp av tomt for UNN Narvik, 9,7 mill kr.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 58/2015 Ledelsens gjennomgang

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2015* og ber direktøren følge opp med tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 59/2015 Forberedende virksomhetsplanlegging for 2016

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er tilfreds med at virksomhetsplanleggingen for 2016 er kommet lengre enn på samme tidspunkt tidligere år, og gir sin tilslutning til strategi og plan for det videre arbeidet.

Saken er fulgt opp i tråd med ny sak i desember 2015.

S ST 60/2015 Ny utdanningsstrategi for UNN

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til det foreliggende forslag til strategi for undervisning og læring for UNN 2015-2020
2. Styret ber om at planen oversendes SANKS for eventuelle uttalelser.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

F ST 61/2015 Regional plan for øyefaget

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppfatter at den fremlagte Regional plan for øyefaget i Helse Nord 2015-2025, gir en god beskrivelse av dagens status for øyefaget og utfordringene i fremtiden.
2. Styret anbefaler at planen konkretiseres i tråd med de fremlagte forslag til forbedringer, og gjennomføres i tråd med Helse Nord RHF's prinsipper for iverksettelse av regionale fagplaner.
3. Styret ber om at pasientsikkerhet inkluderes i det foreslåtte kapittel om kvalitet, samt at kontrastene i forbruksrater i regionen analyseres nærmere, og følges opp med tiltak.

Sak 8/2016 - vedlegg 1

4. Styret godkjenner at denne saken oversendes Helse Nord RHF som UNNs høringsuttalelse.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 62/2015 Møteplan for styret 2016

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner følgende møteplan for 2016:

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter		10	29-30	27		1 22			14	5	16	14
Styreseminar						21					15	
Regionalt seminar					25-26					26-27		

Møtetidspunkter	Sted	Årsplan (eksplisitte styresaker)
Onsdag 10. februar	Tromsø	Styrets evaluering av egen virksomhet
Tirsdag 29-30. mars	Tromsø	Årsregnskap, årlig melding, OD og investeringer
Onsdag 27. april	Tromsø	Informasjonssikkerhet. RHF's Plan 2017-2020.
Onsdag 1. juni	Tromsø	Første tertialrapport
Onsdag 22. juni	Narvik	LGG, forberedende virksomhetsplanlegging 2017

Høstsemester 2016:

Onsdag 14. september	Tromsø	Status oppdragsdokument 2016
Onsdag 5. oktober	Tromsø	Andre tertialrapport. Pasientsikkerhet.
Onsdag 16. november	Harstad	Ledelsens gjennomgang
Onsdag 14. desember	Tromsø	Virksomhetsplan og budsjett for 2017

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 68/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for juli 2015* til orientering.
2. Styret støtter direktørens anbefaling om å godkjenne fire utstyrssøknader på til sammen 4,63 mill kr. Investeringsramma for utstyr med mer for 2015 (inkludert forpliktelser) er i sin helhet disponert, og styret ber derfor Helse Nord RHF om å godkjenne investeringen.

Saken er fulgt opp og oversendt Helse Nord RHF til godkjenning av utvidet investeringsramme.

S ST 69/2015 Endringer i Brukerutvalget - oppnevning av ny nestleder

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner Obiajulu Odu som ny nestleder i Brukerutvalget ved UNN.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, samt ytterligere endringer i egen sak i desember 2015.

S ST 72/2015 Eventuelt

1. Felles styreseminar med Helsefak 2016
- Forslag fra felles ledermøte mellom UNN og Helsefak om å legge styreseminaret til 28.4.2016, dagen etter UNNs styremøte fikk tilslutning fra styret.

Saken følges opp i 2016 - tråd med vedtak.

K ST 75/2015 Tertialrapport 2 – 2015 med Kvalitets- og virksomhetsrapport pr. aug. 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner andre tertialrapport 2015 for oversendelse til Helse Nord RHF.
2. Styret tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for august 2015 til orientering.
3. Styret støtter direktørens anbefaling om å godkjenne to utstyrssøknader på tilsammen 0,6 mill kr. Investeringsramma for utstyr med mer for 2015 (inkludert forpliktelser) er i sin helhet disponert, og styret ber derfor Helse Nord RHF om å godkjenne investeringen.

Saken er fulgt opp og oversendt Helse Nord RHF til godkjenning av utvidet investeringsramme.

B ST 76/2015 Utbyggingsprosjektene – tertialrapportering 2 – 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapport pr 31.8.2015 for de store utbyggingsprosjektene ved UNN til orientering

Saken følges opp med ny rapportering i 2016.

S ST 77/2015 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 12.5. til og med 15.9. 2015 til etterretning.
2. Styret merker seg at etterlevelse av etablerte prosedyrer samt læring på tvers i hele organisasjonen etter tilsyn er en utfordring, og er fornøyd med at direktøren i denne sammenhengen reviderer saksbehandlingsrutinene og revurderer Kvalitetsutvalgets rolle.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 78/2015 Pasientsikkerhet – UNN-styrets involvering i langsiktig arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF anerkjenner den sterke vektleggingen av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i foretaket, og slutter seg til den foreslåtte planen for hvordan styret skal engasjeres i dette arbeidet.
2. Styret tar orienteringen om status i arbeidet med det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet i UNN til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med den vedtatte planen.

K ST 84/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for september 2015* til orientering.
2. Styret godkjenner seks utstyrssøknader på tilsammen 15,7 mill kr, inkludert to søknader som er hastegodkjent av direktøren. I henhold til konsernbestemmelsene skal utstyr over 10 mill kr godkjennes av Helse Nord RHF, og styret ber derfor Helse Nord RHF om å godkjenne investeringen i SPECT-CT skanner.
3. Styret gir sin tilslutning til direktørens fremlagte milepælsplan for når fristbrudd skal være fjernet, og ventetiden redusert, men ber om at direktøren legger frem en oppdatert plan i neste møte.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 85/2015 Ledelses gjennomgang

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelses gjennomgang 2. tertial 2015* og ber direktøren følge opp med tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 91/2015 Kvalitets- og virksomhetsrapport pr. okt. 2015

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten for oktober 2015 til orientering.
2. Styret godkjenner 13 søknader på til sammen 11,3 mill kr for investering i medisinteknisk utstyr.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 92/2015 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 15.9. til og med 16.11. 2015 til etterretning.

Saken er fulgt opp med rapportering om status i faste styresaker vedrørende tilsyn og revisjoner.

K ST 93/2015 Konsernbestemmelser for investeringer i Helse Nord – oppdatering

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar oppdateringen av konsernbestemmelsene i Helse Nord til etterretning.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 94/2015 Virksomhetsplan 2016

Sak 8/2016 - vedlegg 1

1. Styret ved Universitetspsykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen for 2016 med tilhørende budsjett og omstillingstiltak, risikovurdert og vektet til 167,3 mill kr.

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2014	Justert budsjett 2015	Prognose 2015	Budsjett 2016	Endring budsjett 2015-2016
Basisramme	4 250	4 922	4 922	5 093	171
Kvalitetsbasert finansiering	29	36	36	32	-4
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	998	1 282	1 308	1 362	80
ISF av legemidler utenfor sykehus	48	62	46	47	-15
Gjestepasientinntekter	28	29	36	37	8
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rønt)	192	208	209	220	12
Utskrivningsklare pasienter	21	12	16	12	0
Inntekter "raskere tilbake"	21	14	22	22	7
Andre øremerkede tilskudd	223	338	219	338	0
Andre driftsinntekter	317	319	331	333	13
Sum driftsinntekter	6 359	7 222	7 145	7 494	273
Kjøp av offentlige helsetjenester	209	187	202	206	19
Kjøp av private helsetjenester	57	69	63	71	2
Varekostnader knyttet til aktivitet	697	690	733	832	141
Innleid arbeidskraft	60	41	33	34	-7
Lønn til fast ansatte	3 248	3 670	3 433	3 644	-26
Overtid og ekstrahjelp	282	156	276	160	4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	-158	984	985	1 012	28
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-232	-234	-261	-261	-27
Annen lønnskostnad	313	290	303	297	8
Avskrivninger	246	257	257	262	5
Nedskrivninger	0	0	0	0	0
Andre driftskostnader	1 035	1 067	1 072	1 166	99
Sum driftskostnader	5 757	7 178	7 097	7 423	246
Driftsresultat	602	44	48	71	27
Finansinntekter	15	2	13	21	20
Finanskostnader	1	6	1	2	-4
Finansresultat	13	-4	12	19	23
Ordinært resultat	615	40	60	90	50

2. Styret er tilfreds med at den etablerte detaljeringsgraden og kvaliteten i virksomhetsplanleggingen er videreført i virksomhetsplan 2016, og at den inkluderer sterkere sammenheng mellom aktivitets- og bemanningsplaner, plantall for månedsverk og budsjett.

3. Styret konstaterer at UNNs handlingsrom er disponert i tråd med satsningsområder og prioriterte utviklingsområder i strategisk utviklingsplan, og at disposisjonene bidrar til moderat risiko i UNNs totale budsjett for 2016.

4. Styret viser til at den økonomiske resultatutviklingen i 2015 er stabilisert og under kontroll. Dette, sammen med moderat risiko i budsjett 2016, gjør at styret opphever vedtak om sterke begrensninger i innkjøp og ansettelser fra styresak 31/2014 *Kvalitets- og virksomhetsrapport for mars 2014*. Styret presiserer viktigheten av god økonomistyring i alle deler av foretaket.

5. Styret vedtar investeringsplanen for utstyr med mer for 2016 slik den foreligger i saksutredningens tabell 14, og gir direktøren fullmakt til å gjøre interne omprioriteringer innenfor disponibel investeringsramme. Styret ber administrerende direktør oversende forslag til endret periodisering av investeringsramme til A-fløy og PET senter til Helse Nord RHF for godkjenning.

6. Styret viser til orientering i sak 91/2015 om at prognosen for regnskapsmessig resultat i 2015 tilsier større overskudd enn budsjettet, og ber om at direktøren i forbindelse med årsavslutningen fremmer forslag om prosess mellom UNN og Helse Nord RHF for å avklare hvordan dette påvirker handlingsrommet for investeringer.

7. Styret er tilfreds med at arbeid med langtidsplan nå er igangsatt, og ber om å bli orientert om arbeidet i løpet av våren 2016.

Sak 8/2016 - vedlegg 1

8. Styret er opptatt av hva neste års omstillinger vil gjøre med de ansatte og deres fag- og arbeidsmiljø. Det forventes gode og inkluderende prosesser. Styret ber om fortløpende orientering om utfordringer i klinikker/ sentre.

Saken blir fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 95/2015 Suppleringsvalg til Brukerutvalget

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner suppleringsvalg 2015 til UNNs brukerutvalg, og følgende representanter oppnevnes;

Laila Edvardsen, Tromsø, for Bjørg Molander som fast representant

Esben Haldorsen, Narvik, for Tone Tobiassen som fast representant

Margrethe Larsen, Harstad, for Obiajulu Odu som 1. vararepresentant

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
9/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.2.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Evaluering av styrets arbeid

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar resultatene fra evalueringen av styrets arbeid til etterretning.
2. Styret vil for innværende periode vektlegge egne utviklingsområder knyttet til eget arbeid i tråd med oppsummering etter evalueringen.
3. Styret ber administrerende direktør formidle relevante resultater til Helse Nord RHF gjennom *Årlig melding* i tråd med kravet i styreinstruksen.

Sammendrag

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har gjennom flere år gjennomført slik evaluering, sist i februar 2015. Saken viser til at evaluering av styrets egen virksomhet er forankret i oppdragsdokument og styreinstruks, og er regnet som god skikk for eierutøvelse i følge statens prinsipper for eierstyring. Det er innleid ekstern rådgiver til gjennomføring av evalueringen. Saken synliggjør fremgangsmåte og metodikk knyttet til opplegget.

Bakgrunn

Oppdragsdokumentet vektlegger årlig evaluering av Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s egen virksomhet. Dette underbygges av *Veilederen for styrearbeid* fra Helse Nord RHF samt UNNs styreinstruks. Ordningen har også forankring i statens prinsipper for eierstyring.

Formål

Formålet med saken er at styret evaluerer egen virksomhet på en systematisk og etterprøvable måte, slik at det legges til rette for, om nødvendig, å korrigere styrets arbeidsmåte og egenutvikling som kollegium.

Saksutredning

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomførte for første gang en gjennomgang av styrets arbeidsmåte i et styreseminar i november 2010. I 2011 kom styreveilederen fra Helse Nord RHF, som vektla en helhetlig evaluering, parallelt med departementets krav til det samme i Oppdragsdokumentet for 2012. Det ble derfor gjennomført en slik evaluering også i 2012, slik styreinstruksen for UNN nå foreskriver. Styret har altså gjennomført evaluering av egen virksomhet hvert år de seks siste årene.

Styreveilederen angir at evalueringen skal gjennomføres én gang hvert år, herunder at hele styret og daglig leder bør være med i evalueringen. Ordningen skal også ta utgangspunkt i hva som er styrets viktigste oppgaver og helseforetakets utfordringer. Videre skal man vurdere om styrets sammensetning, arbeidsform og fungeringsmåte bidrar positivt til styrets håndtering av disse oppgavene.

Oppfølging etter evalueringen i 2015

Styret besluttet under evalueringen i februar 2015 å utsette prioriteringene for angjeldende periode til styreseminaret i juni samme år. Etterfølgende oppsummering ble gjort som del av seminaret.

Styret vil i det kommende fokusere på følgende forbedringspunkter i sin arbeidsmåte:

a) Bruke mindre tid på virksomhetsrapporten og andre "historiske" data og mer tid på overordnede og framtidsrettede saker.

b) Å sikre en omforent oppsummering i enkeltsaker der det er uenighet, samt klare, alternative forslag til vedtak, som erstatning for protokolltilførsler.

I det etterfølgende vil de prioriterte fokusområdene bli belyst med hensyn til hvordan styret selv har fulgt dem opp gjennom 2015:

Overordnede saker

Av "overordnede saker" hadde styret til behandling i siste halvår 2015, strategiplan for anskaffelser, regional plan for øyefaget, ny utdanningsstrategi samt styrets involvering i pasientsikkerhetsarbeidet. I tillegg gjorde styret vedtak om å sette av tid til felles styreseminar med Universitetet i Tromsø våren 2016.

Arbeidsmåte i tilknytning til vedtak

Styret har oppnådd enstemmige vedtak i samtlige saker i siste halvdel av 2015, altså etter vedtaket i styreseminaret, og det er ikke fattet vedtak med protokolltilførsler eller stemmeforklaringer.

Evalueringsopplegget

Styreleder har også i år valgt å innhente ekstern bistand til evalueringen. Den metodiske tilnærmingen som rådgivningsselskapet Cirius Consulting bruker, er identisk med opplegget som arbeidsgiverforeningen Spekter tidligere brukte, og som UNN-styret benyttet seg av i 2012 og 2013. Samme selskap bistod også styret under evalueringen i 2015.

Evaluerings gjennomføring:

- Det enkelte styremedlem fyller ut nettbasert spørreskjema som gir full anonymitet i forhold til hvem som svarer hva. Undersøkelsen tar utgangspunkt i styrets ulike roller, styrets sammensetning, styrets oppgaveløsning og arbeidsform, styreledelse, styrets opptreden utad, forholdet til administrasjonen og til revisor – samt den enkeltes vurdering av sin egen posisjon i styret
- Svar fra spørreskjemaer sammenstilles og analyseres av ekstern konsulent
- Ekstern konsulent mottar saksdokumenter og deltar som observatør gjennom kommende styremøte
- Ekstern konsulent presenterer sammenstilte resultater fra spørreundersøkelse og fra sine observasjoner

Ekstern konsulent vil være tilgjengelig for styret under behandling av saken, og i drøfting av potensielle oppmerksomhetsområder, samt eventuelt tiltak –eller fokusområder som styret vil vektlegge for sin videre utvikling.

Medvirkning

Saken har ikke vært gjenstand for nærmere vurdering av andre interessentgrupper enn styret selv.

Vurdering

Evalueringen kan gjennomføres på ulike måter. Veilederen anviser eksempelvis bruk av samtaler, intervjuer eller egevalueringsskjema. Det er opp til styret selv hvilken gjennomføringsmåte som velges, og styreleder har bedt om ekstern bistand til gjennomføring av evalueringen. I følge veilederen for styrearbeid er det essensielle med slike opplegg at styret selv klargjør hva som er dets viktigste oppgaver og utfordringer, og at evalueringen tar hensyn til det.

Tromsø, 29.1.2015

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
10/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.2.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Einar Bugge

Oppdragsdokument 2016

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppdragsdokumentet 2016 til etterretning.

Sammendrag

Oppdragsdokumentet er Helse Nord RHF sin bestilling til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Til grunn for prioriteringene ligger tidligere års oppdragsdokumenter samt oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2016. I tillegg kommer protokoller fra foretaksmøter, føringer i statsbudsjett for 2016 og styresaker som omhandler budsjett og investeringer. Saksframlegget gir en oversikt over rammebetingelsene samt de viktigste strategiske styringssignaler for 2016. Som et resultat av arbeid med å forenkle rapporteringene inneholder oppdragsdokumentet for 2016 noe færre detaljerte krav enn oppdragsdokumentene for de foregående årene.

Utvikling av pasientens helsetjeneste med fokus på ventetid variasjon og effektivitet er sentralt i oppdragsdokument 2016. Et viktig fokus er kravene til risikostyring og internkontroll med særlig fokus på informasjonssikkerhet og krav om ledelsens gjennomgang med samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henblikk på internkontrollen minimum en gang årlig. Aktiviteten skal på regionnivå øke mer innen psykisk helsevern og rus enn innen somatikk, og det stilles krav om at variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i liggetid og i andel dagkirurgi innen utvalgte fagområder skal reduseres. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager, det skal ikke være fristbrudd og ingen korridorpasienter. Det er fortsatt fokus på gjennomføring av pakkeforløp for kreft og det forventes deltakelse i arbeid med å utarbeide nye pakkeforløp blant annet for pasienter med sykkelig overvekt og innen psykiatri. Opplæring av pasienter og pårørende bruk av pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid og aktiv bruk av pasienter og brukere i utforming av tjenestetilbudet skal bidra til økt brukervedvirkning. Data fra nasjonale kvalitetsregistre skal brukes systematisk i lokalt forbedringsarbeid.

Oppdragsdokumentet stiller mange krav. UNN har pågående arbeid på en rekke av områdene som oppdragsdokumentet omtaler og har gjennom de siste årene lagt et godt grunnlag for arbeidet som skal utføres i 2016. Tydelig lederfokus og god medvirkning og innsats fra alle vil

være sentralt for å oppnå både de mål som er satt i oppdragsdokumentet og foretakets egne mål for 2016.

Bakgrunn

Oppdragsdokumentet ble vedtatt i foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og UNN 3.2.2016, og uttrykker prioriteringer ut fra nasjonale krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og styret i Helse Nord RHF. Dokumentet gir også en oversikt over bestillinger rettet direkte mot UNN, samt saker som skal styrebehandles.

Saksutredning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal yte befolkningen nødvendige spesialisthelsetjenester. Pasientene skal oppleve respekt og åpenhet, og få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den gjennomføres. Brukernes erfaringer skal vektlegges i utformingen av tjenestetilbudet. Kunnskap om variasjon i tjenesten skal brukes aktivt som grunnlag for forbedringsarbeid. Bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og private skal føre til bedre utnyttelse av ledig kapasitet og økt valgfrihet. Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge en god og forsvarlig pasientbehandling. Tjenestene skal gjenspeile kjerneverdiene kvalitet, trygghet og respekt.

Samhandlingsreformen utgjør et overordnet rammeverk og gir føringer for utviklingen av den samlede helse- og omsorgstjenesten. Gode pasientforløp og flere tjenester nær der pasienten bor er sentrale mål. Omstilling av tjenester innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som berører kommunene, skal planlegges i samarbeid slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere. Det forutsetter et nært samarbeid mellom helseforetak og kommunene, samt brukerne og deres organisasjoner.

Det økonomiske resultatkravet for UNN fra Helse Nord RHF er overskudd på 40 millioner kroner i 2016. Helseforetaket skal styrebehandle tiltaksplan innen 31.3.2016 for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2017 – 2020.

Risikostyring og internkontroll

Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 1.1.2017. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Alle kjente avvik slik disse er beskrevet av Riksrevisjonen skal være lukket innen utløpet av 2016.

Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av internkontrollen, og tiltak for å følge opp avvik. Det skal gjennomføres risikovurderinger innen to målområder. Det ene er at foretaket skal oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen, og det andre er at UNN skal sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell. Målområdene er nærmere spesifisert med konkrete delmål.

Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning og anskaffelser

Krav på dette området er blant annet at det skal gjennomføres samspillmodell med det nasjonale Sykehusbygg HF, UNN skal bidra til omforent vedlikeholdsstrategi og bidra i å utrede en eventuell husleiemodell. Særskilte krav til UNN er blant annet ansvar for å opprette regionalt fagråd for medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).

I forhold til anskaffelser er det mål om at nasjonal kategoristruktur skal implementeres i 2016. Det stilles en rekke konkrete krav for å oppnå økt samordning mellom foretakene i regionen, og det regionale innkjøpssystemet skal implementeres fullt ut.

Klima og miljøtiltak

Mål for 2016 er at foretakene skal være i fremste rekke når det gjelder arbeidet med klima- og miljøtiltak. UNN bes om å følge opp gjennomført sertifisering slik at sertifikatet holdes ved like. UNNs miljøsertifikat skal resertifiseres etter ny versjon av ISO-14001:2015 i løpet av 2016/2017.

Pasientens helsetjeneste - ventetid, variasjon og effektivitet

Dette er hovedfokuset i Helse- og omsorgsdepartementets krav til RHF i 2016. Spesifiserte mål for UNN i 2016 er blant annet gjennomsnittlig ventetid under 65 dager, ingen fristbrudd og ingen korridorpasienter. UNN skal bidra i å utarbeide og implementere nye nasjonale pakkeforløp. Andel kreftpasienter som inkluderes i pakkeforløp og andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid skal være over 70 %. Det stilles krav om at variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse, variasjon i gjennomsnittlig liggetid og variasjon i andel dagkirurgi skal reduseres. Helse Nord RHF vil spesifisere indikatorer og spesifisere disse kravene nærmere på fagområde innen utgangen av mars 2016.

Resultater fra nasjonale kvalitetsregistre skal brukes systematisk i lokalt klinisk forbedringsarbeid, og det skal legges til rette for registrering av pasientrapporterte utkomme mål («PROMs») i kvalitetsregistrene. Det skal også utvikles lokale mål for pasientopplevd kvalitet og resultatene skal brukes i forbedringsarbeid.

Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

UNN skal ferdigstille og oppsummere PING-prosjektet innen andre tertial, og gi anbefaling i forhold til regional bruk av løsningen.

UNN etablere interne mål og rutiner for overvåking og lukking av åpne dokumenter i DiPS. Innen *somatikk* skal det sikres tilstrekkelig kapasitet innen endoskopi, og UNN skal bidra i arbeid med å utarbeide felles regionale radiologiske protokoller. Planlagte risikoreducerende tiltak innen fødselsomsorgen skal gjennomføres. Personskader skal registreres og rapporteres til Norsk Pasient Register (NPR). UNN skal også sikre at det er tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i det tverrfaglige diagnosesenteret slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen.

Innen *psykiatri og rus* er det blant annet mål om desentralisering av behandlingstilbudet, økt poliklinisk/ambulant aktivitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) uten reduksjon i døgntilbudet og at distriktpsikiatriske sentre skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode

akuttjenester gjennom døgnet. UNN skal bidra med kompetanse ved overføring av LAR-ansvar til Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset, og sikre forsvarlige medikamentfrie tilbud for pasienter i psykisk helsevern. Bruk av tvang skal reduseres.

Samhandling er omtalt med en rekke langsiktige mål og mål for 2016. Langsiktig skal blant annet den kommunale helse- og omsorgstjenesten understøttes og det helsefremmende og forebyggende arbeidet skal styrkes. Mål 2016 inkluderer blant annet etablering av samarbeidsavtaler mellom Buf-etat og helseforetakene slik at barn og unge gis helhetlig behandlingstilbud, det skal etableres gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialistene og treffes tiltak for å gjøre samarbeidsavtalene mellom foretak og kommuner mer kjent. I samarbeid med aktuelle kommuner, bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger samt bidra til å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten. Et mål for 2016 er også å sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden. I tillegg til de regionale ikt-prosjektene, skal UNN også bidra til en større nasjonal standardisering innen IKT-området.

Kvalitet, pasientsikkerhet og smittevern

I de langsiktige målene inngår blant annet mål om bedre og tryggere helsehjelp, økt overlevelse og mindre variasjon i behandlingstilbud og –resultat mellom sykehusene.

Resultatene i medisinske kvalitetsregistre skal brukes til forbedringsarbeid, og til reduksjon av variasjon i helsetjenesten for å sikre god praksis. Nasjonale faglige retningslinjer skal ligge til grunn for tilbudet.

Mål for kvalitet i 2016 inkluderer blant annet at foretaket kan dokumentere at alle relevante ansatte får opplæring i pasientadministrative systemer tilbakemeldinger fra NPR skal brukes for å redusere feilkoding og UNN skal registrere data i alle aktuelle nasjonale kvalitetsregistre. Det er også satt mål om at UNN skal gjennomføre hendelsesanalyser, og ha klare prosedyrer for åpenhet og oppfølging av pasienter og pårørende som har vært utsatt for alvorlige hendelser og for personell som har vært involvert i hendelsene.

Innen pasientsikkerhet skal alle innsatsområder igangsatt i Pasientsikkerhetskampanjen skal være spredt til alle relevante enheter i løpet av 2016, og tiltakspakkene skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.

Innen smittevern er det krav fra HOD at andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 % ved prevalensundersøkelse, og det skal implementeres antibiotikastyringssystem i foretaket.

I forhold til beredskap skal foretaket i 2016 ivareta arbeidet med løpende oppfølging av planverk for beredskap. Det skal følges opp at påtalte avvik i Riksrevisjonens rapport om beredskap lukke.

Personell, utdanning og kompetanse

Langsiktige mål om blant annet riktig kompetanse, bedre utnyttelse av de samlede personellressursene og god ledelsesutvikling skal nås gjennom målrettet arbeid på flere områder. Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging skal gjennomføres med seks måneders planhorisont, og omfanget av midlertidige stillinger skal reduseres. Foretaket skal bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere.

UNN skal etablere et regionalt utdanningscenter for å ivareta utdannings- og læringsaktiviteter, samt andre oppgaver i ny ordning for legenes spesialistutdanning, og delta i tverregional ordning for å sikre nasjonal, samordnet spesialistutdanning. Forberede at regional finansiering knyttet til helsekompetanse.no f.o.m. 2017 vil overføres til regionalt nettverk for e-læring, og legge til rette

for at utvikler kompetansen innenfor e-læring gjøres tilgjengelig for regionalt utdanningscenter og e-læringsnettverket.

Helse-, miljø- og sikkerhet (HMS)

HMS skal være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. UNN skal bidra i plan for gjennomføring og videre utvikling av medarbeiderundersøkelsen. Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling av hensyn til kvalitet i tjenesten, og for å redusere bruk av vikarer. Mål for 2016 er også at gjennomsnittlig sykefravær under 7,5 %.

Forskning og innovasjon

UNN skal tilstrebe økt omfang og implementering av klinisk, pasientrettet forskning, helsetjenesteforskning, global helseforskning og innovasjoner som bidrar til økt kvalitet, pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet og mer helhetlige pasientforløp. Relevante tiltak i Helse Omsorg 21 strategien skal implementeres, og tiltakene i Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016 – 2020 skal implementeres sammen med RHFet. Spesifikke mål for UNN i 2016 er styrking av infrastruktur for nye innovasjoner som nytt medisinsk teknisk utstyr, og gjennomføring av multisenterstudier. I samarbeid med Helse Nord RHF sørge for at det nyetablerte Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) organiseres med en fagprofil og tilhørende ledelses- og styringsformer som kan ivareta de forpliktelser og formål som følger av bevilgningen over statsbudsjettet.

Helseforetakene skal styrebehandle:

- Månedlig oppfølging av regionale kvalitetsindikatorer og alvorlige uønskede hendelser.
- Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.
- Status, handlingsplaner og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet en gang årlig. Blant annet skal sakene omfatte status for innføringen av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet, GTT-resultater og oppfølging av disse.
- Månedlige virksomhetsrapporter og vedta eventuelle korrigerende tiltak uten unødig opphold, herunder også gjennomføringen av helseforetakets investeringsplan sett opp mot vedtatt fremdriftsplan og tildelt investeringsramme.
- Helseforetakene skal styrebehandle tiltaksplaner innen 31.03.16 for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2017–2020.
- Skal gjennomføre investeringsplanen slik den er vedtatt i budsjett 2016. Eventuelle avvik i fremdrift og behov for omprioriteringer skal fortløpende behandles i eget styre.
- Styret skal minimum en gang i året skal ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av internkontrollen, og tiltak for å følge opp avvik.
- Tertilvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2016, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2016, med tiltak.
- Rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder helseforetaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger, jf. krav i oppdragsdokument 2011.
- Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 1.1.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Alle kjente avvik slik disse er beskrevet av Riksrevisjonen skal være lukket innen utløpet av 2016.

Medvirkning

Saken er tidligere drøftet med konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, og det foreligger en enighetsprotokoll fra dette møtet. Saken er også behandlet i det regionale

brugerutvalget i Helse Nord RHF, og gjennomgått av brukerutvalget ved UNN 3.22016. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten har fått tilbud om å drøfte saken i forkant av styremøtet. Eventuell protokoll vil bli forelagt styret som referatsak.

Vurdering

Oppdragsdokumentet ivaretar krav som stilles og oppgaver som pålegges fra overordnede myndigheter. Dokumentet er utviklet og forbedret fra tidligere, og er til hjelp i planlegging og utførelse av helsetjenester i UNN. Oppdragsdokumentet inneholder flere nye krav til UNN samtidig som bestillinger i tidligere oppdragsdokument opprettholdes og videreføres. Selv om oppdragsdokumentet kommer sent i forhold til virksomhetsplanleggingen i foretaket, er de fleste endringer og nye krav kjent fra tidligere. Den sterke vektlegging av *pasientens helsetjeneste* med stort fokus på kvalitet og pasientsikkerhet er godt i tråd med UNNs gjeldende strategier og strategiske utviklingsplan. Det samme gjelder oppdragsdokumentets fokus på gode pasientforløp, brukerorientering og brukermedvirkning. Det tydelige fokuset på risikostyring og internkontroll er likeledes i tråd med pågående utviklingsarbeid i UNNs for å sikre god kvalitet i alle ledd i virksomheten.

For å skaffe rom til videreutvikling av helsetjenestene, inkludert nødvendige investeringer, er det sentralt å fokusere på riktige prioriteringer. Aktivitet som ikke er nødvendig, eller som kan utføres like bra eller bedre i primærhelsetjenesten, skal ikke utføres i spesialisthelsetjenesten. Oppfølging av samhandlingsreformen, oppfølging av tilgjengelige data for å oppnå et likeverdig tilbud til befolkningen uavhengig av bosted, samt gode rutiner for oppfølging av kronikere er viktige områder å fokusere på for å skaffe rom til å utvikle UNN videre som et godt universitetssykehus, i likhet med fortsatt satsing på systematisk arbeid med forbedring og implementering av systematiske pasientforløp. Oppdragsdokumentets tydelige krav om tiltak for å redusere så vel variasjoner i effektivitet og kapasitetsutnyttelse som variasjoner i liggetid og andel dagkirurgi, samt fokus på bruk av resultater fra kvalitetsregistre i systematisk forbedringsarbeid er godt i tråd med UNNs måldokumenter.

Oppdragsdokumentet vil gjennomgått og fordeling av oppgavene vil bli diskutert i direktørens ledergruppe. Oppdragene vil bli lagt inn som en del av klinikkenes og senterenes dialogavtaler, for å sikre fokus på gjennomføring og lette rapporteringen. Rapporteringen til styret vil i stor grad inngå i den ordinære virksomhetsrapporteringen, i tillegg til de øvrige styresakene som oppdragsdokumentet stiller krav om.

UNN har forbedret resultatene på mange områder i 2015, og foretaket er etter direktørens vurdering godt skodd for å fortsette denne utviklingen i 2016, i tråd med det nye oppdragsdokumentet. Mål om gjennomsnittlig ventetid under 65 dager forventes langt på vei å kunne imøtekommes når UNN etter planen i løpet av kort tid ikke lenger har langtidsventende over 12 måneder. Kravet om at fristbrudd ikke skal forekomme fordrer fortsatt stort fokus på opplæring i og kontroll på pasientadministrative rutiner.

Konklusjon

Summen av kravene i oppdragsdokumentet vil kreve et meget tydelig lederfokus i organisasjonen. Medvirkning og innsats fra alle vil være sentralt for å oppnå både de mål som er satt i oppdragsdokumentet og foretakets egne mål for 2016. Kravene i oppdragsdokumentet er i god overensstemmelse med UNNs strategier, og foretaket er godt forberedt på å møte kravene i dokumentet.

Tromsø, 4.2.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Oppdragsdokument 2016



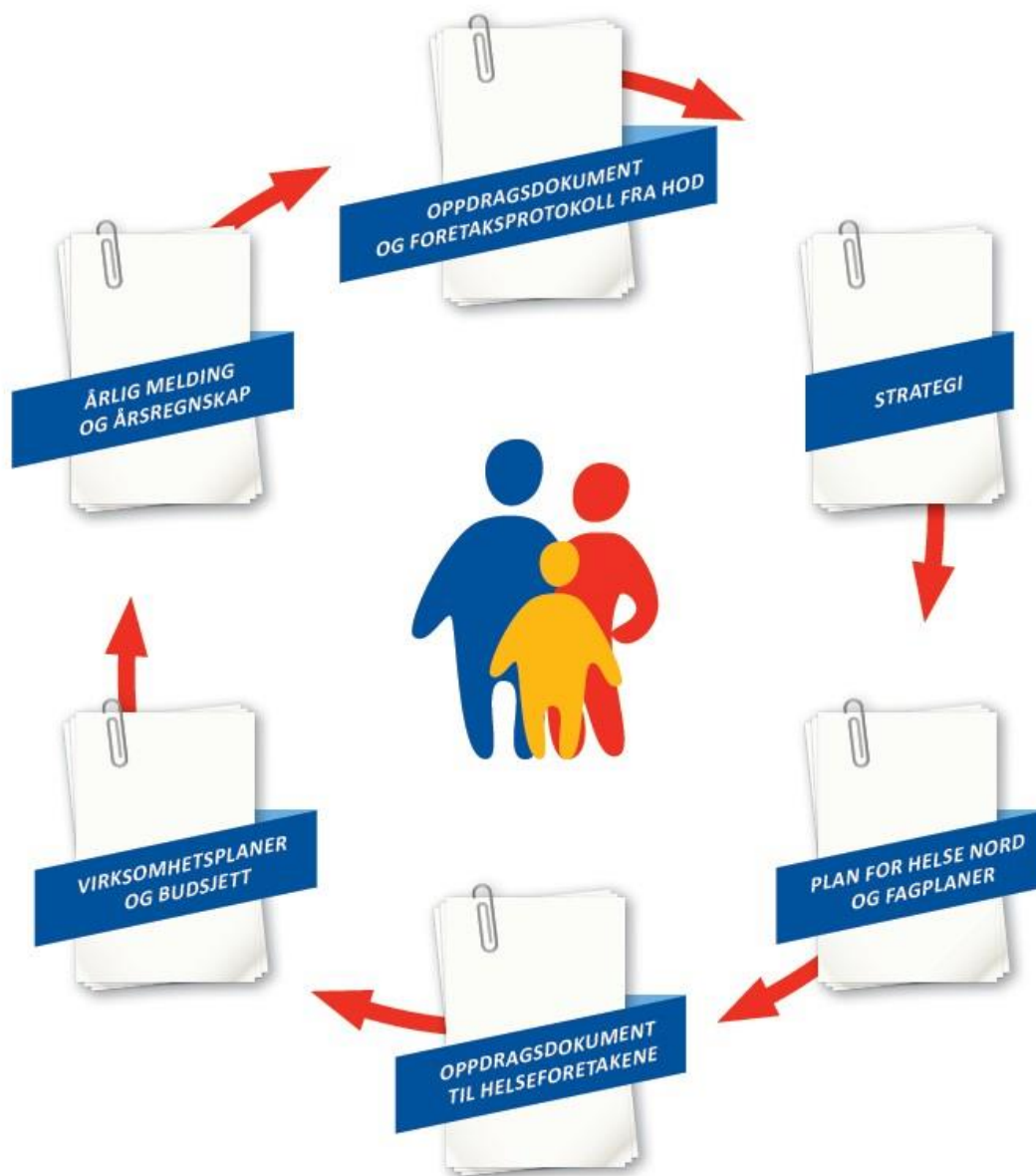
Oppdragsdokument 2016

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



Vedtatt i styret i Helse Nord RHF 3. februar 2016

Helse Nord tilstreber å planlegge langsiktig og tydelig. Vi ser sammenheng mellom våre viktigste plandokumenter og våre formål: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, samt forskning. Oppdragsdokumentet er en svært viktig del av den totale styringen for å nå våre mål. Figur 1 illustrerer sammenhengen mellom våre plandokumenter.



Figur 1 Plandokumentenes sammenheng i Helse Nord

Innhold

Ordliste.....	4
1 Innledning.....	5
2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser.....	7
2.1 Tildeling av midler.....	7
2.2 Resultatkrav.....	7
2.3 Risikostyring og internkontroll.....	8
2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	9
2.5 Anskaffelsesområdet.....	10
2.6 Klima- og miljøtiltak.....	11
3 Pasientens helsetjeneste.....	11
- ventetid, variasjon og effektivitet.....	11
3.1 Somatikk.....	13
3.2 Psykisk helsevern og rus.....	14
3.3 Samhandling.....	15
4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap.....	16
4.1 Kvalitet.....	17
4.2 Pasientsikkerhet.....	18
4.3 Smittevern.....	18
4.4 Beredskap.....	18
5 Personell, utdanning og kompetanse.....	19
5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	21
6 Forskning og innovasjon.....	21
7 Styringsparametere 2016.....	23
8 Oppfølging og rapportering.....	25
9 Vedlegg.....	26
9.1 Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering.....	26
9.2 Vedlegg 2 Saker til styrebehandling.....	28
9.3 Vedlegg 3 Tilleggsliste til oppdragsdokument 2016.....	29

Ordliste

HELSE NORD RHF	Helse Nord regionalt helseforetak
HF	Helseforetak
FIN	Finnmarkssykehuset
NLSH	Nordlandssykehuset
HSYK	Helgelandssykehuset
UNN	Universitetssykehuset Nord- Norge
SANO	Sykehusapotek Nord
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
ROS- ANALYSE	Risiko- og sårbarhetsanalyse
FIKS	Felles innføring av kliniske systemer
FDV	Forvaltning, drift og vedlikehold
MTU	Medisinsk teknisk utstyr
BHM	Behandlingshjelpemidler
HINAS	Helseforetakenes innkjøpsservice
AD	Administrerende direktør
PROM	Patient reported outcome measures
PING	Telefontjeneste til pasienter og pårørende
DIPS	Leverandør av elektronisk pasientjournal - EPJ.
FMDS	Felles minimum datasett
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
OCD	Tvangslidelser (Obsessive compulsive disorder)
BUFETAT	Barne-, ungdoms- og familieetaten
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
OSO	Overordnet samarbeidsorgan
GTT	Global trigger tool
PAS/EPJ	Elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system
ASJ	Automatisert strukturert journalundersøkelse
NOIS	Forskrift om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helseassosierte infeksjoner (NOIS-registerforskriften)
VAKE 2	Videobasert akuttmedisinsk kommunikasjon
GAT	Arbeidsplansystem i Helse Nord
LRS	Learning Record Store
KS	Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon
HMS	Helse- miljø og sikkerhet
NIFU	Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
KD	Kunnskapsdepartementet

1 Innledning

Helseforetakene skal yte befolkningen nødvendige spesialisthelsetjenester. Pasientene skal oppleve respekt og åpenhet, og få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den gjennomføres. Brukernes erfaringer skal vektlegges i utformingen av tjenestetilbudet. Kunnskap om variasjon i tjenesten skal brukes aktivt som grunnlag for forbedringsarbeid. Bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og private skal føre til bedre utnyttelse av ledig kapasitet og økt valgfrihet. Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge en god og forsvarlig pasientbehandling. Tjenestene skal gjenspeile kjerneverdiene kvalitet, trygghet og respekt.

Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres ved diagnostikk og behandling. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt samt god og likeverdig kommunikasjon. Det skal brukes kvalifiserte tolker ved behov.

Samhandlingsreformen utgjør et overordnet rammeverk og gir føringer for utviklingen av den samlede helse- og omsorgstjenesten. Gode pasientforløp og flere tjenester nær der pasienten bor er sentrale mål. Omstilling av tjenester innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som berører kommunene, skal planlegges i samarbeid slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere. Det forutsetter et nært samarbeid mellom helseforetak og kommunene, samt brukerne og deres organisasjoner.

Helse Nords viktigste mål for de nærmeste årene er presentert i plan for Helse Nord 2016–2019:

- Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen.
- Videreutvikle samhandlingen med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp.
- Realisere forskningsstrategien.
- Sikre god pasient- og brukermedvirkning.
- Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.
- Innfri de økonomiske mål i perioden.
- Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling.

Følgende nye strategier og handlingsplaner fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet:

- Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017) «En god barndom varer livet ut» (Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet).
- Regjeringens handlingsplan for HelseOmsorg21 2015–2018.
- Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015–2020 og Handlingsplan for redusert bruk av antibiotika i helsetjenesten 2016–2020 (Helse- og omsorgsdepartementet).
- Kreftkirurgi i Norge. Rapport IS-2284 (03/2015) fra Helsedirektoratet

- Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator fra Helsedirektoratet 2015.
- Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO) fra Helsedirektoratet, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap 2015.

Helseforetakene forutsettes å delta i lokalt, regionalt og nasjonalt forbedringsarbeid¹ og i felles prosjekter. De skal følge opp tiltak og handlingsplaner som initieres av etablerte nasjonale og regionale samarbeidsorganer samt Helse Nord RHF.

Regjeringen har iverksatt en rekke tiltak for å styrke det internasjonale samarbeidet i nord. Et viktig element i dette er å styrke det grenseoverskridende helsesamarbeidet. Det vises til helsesamarbeidsprogrammet mellom Russland og Norge som bl.a. omfatter folkehelse, kriseberedskap og samarbeid ved akutte helsesituasjoner, miljøhelse, utdanning og forskning. Helse Nord RHF og helseforetak har samarbeidsavtaler med regioner i Nordvest-Russland Finland og Sverige.

Helseforetakene skal bidra til å følge opp regjeringens mål for utviklingen i nordområdene og legge til rette for god beredskap, øvelser og helsesamarbeid mellom helseforetak i regionen og samarbeidspartnere i Russland, Finland og Sverige.

¹ Eksempler er fagråd, fagnettverk, kvalitetsnettverk, kommunikasjonsforum, regionale HR-nettverk, tariffnettverk, forvaltningsforum for IKT-systemer og øvrige arbeidsgrupper som RHF-et ber om deltakelse i.

2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

2.1 Tildeling av midler

Helseforetakene er tildelt nødvendige midler for å gjennomføre kravene i oppdragsdokumentet. En oversikt er vist i tabell 1.

Basisramme 2016	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt basisramme 2016	1 361 333	288 327	1 586 495	5 093 238	3 120 621	1 419 294	12 869 307

Øvrig ramme 2016	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omlægging arbeidsgiveravgift	793			52 757	27 292		80 842
Sykestuer Finnmark			9 100				9 100
Kvalitetsregistre	32 390						32 390
NST				35 900			35 900
Transporttilbud psykisk syke	4 100						4 100
Tilskudd til turnustjeneste	100		795	2 055	1 692	859	5 500
SUM øvrig ramme 2016	37 383		9 895	90 712	28 984	859	167 832

Kvalitetsbasert finansiering	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt ramme 2016			9 907	31 565	20 465	11 432	73 369
SUM kvalitetsbasert finansiering	-	-	9 907	31 565	20 465	11 432	73 369

Øremerket tilskudd 2016	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens				3 741			3 741
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens styrking				3 081			3 081
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med funksjonsneds.	2 255						2 255
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 255			2 255
Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykiskhelsevern og rus			3 800				3 800
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				2 730			2 730
Døvblindesentre	41 176			7 402			48 578
Forskning resultatbasert	33 546			34 826	3 528		71 900
SUM øremerket 2016	76 977	660	3 800	54 035	3 528	-	139 000

TOTAL SUM tilskudd fra RHF	1 475 693	288 987	1 610 097	5 269 550	3 173 598	1 431 585	13 249 509
----------------------------	-----------	---------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------

2.2 Resultatkrav

- Helseforetakene skal i 2016 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav jf. konsolidert budsjett 2016:

Finnmarkssykehuset	Overskudd	37 mill kroner
UNN	Overskudd	40 mill kroner
Nordlandssykehuset	Overskudd	5 mill kroner
Helgelandssykehuset	Overskudd	20 mill kroner
Sykehusapotek Nord	Økonomisk balanse	0 mill kroner

Sykehusapotek Nord's publikumsavdelinger skal samlet gå med overskudd i 2016.

- Helseforetakene skal styrebehandle tiltaksplaner innen 31.03.16 for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2017–2020.

2.3 Risikostyring og internkontroll

Internkontroll og risikostyring er i stor grad regulert gjennom lover/forskrifter og pålegg fra overordnede myndigheter. Helseforetakene skal etterleve kravene i helseforetaksloven, i forskrifter om internkontroll, og i pålegg fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og fra Helse Nord RHF.

- Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på risiko- og sårbarhets (ROS)-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 1.1.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Alle kjente avvik slik disse er beskrevet av Riksrevisjonen skal være lukket innen utløpet av 2016.
- Styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av internkontrollen, og tiltak for å følge opp avvik.
- Ledelsen skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av foretakets interne styring og kontroll. Gjennomgangen skal omfatte, og konkludere på:
 - Kvalitet og pasientsikkerhet, inklusive vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte
 - Informasjonssikkerhet
 - Klima og miljø
 - Beredskap

Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusive:

- Sammenlignbar statistikk
- Resultater fra gjennomførte eksterne og interne tilsyn og revisjoner og status for oppfølging av disse
- Gjennomførte risikovurderinger, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602) Administrerende direktør foreslår følgende to målområder for risikostyringen i 2016. Alle er i tråd med overordnede mål i plan for Helse Nord 2015-2018.

Målområde 1

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen.

Delmål

- Ingen fristbrudd.
- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.
- Alle tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal være implementert i alle relevante enheter innen utgangen av 2016.
- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.
- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %.
- Ingen sykehuspåførte infeksjoner innen utgangen av 2016.

Målområde 2

- Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.

Delmål

- Et sykefravær under 7,5 % for 2016.

Gjennomgangen skal resultere i en konklusjon på status for den interne styring og kontroll i foretaket, en beskrivelse av eventuelle vesentlige svakheter i internkontrollen og hvilke mål som berøres av disse svakhetene, og beslutning om hvilke tiltak som iverksettes for å imøtegå slike svakheter.

2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Langsiktige mål

- Gjennomføre vedtatt investeringsplan.
- Fortsette arbeidet med erfaringsoverføring fra tidligere prosjekter samtidig som det åpnes for innovasjon i plan og byggeprosesser, slik at disse blir effektive.
- Gradvis øke løpende vedlikehold slik at verdien av eiendeler samsvarer med bokførte verdier.
- Evaluere sykehusprosjekter etter at byggene er tatt i bruk for å sikre gjenbruk av løsninger og erfaringsoverføringer til senere prosjekter.

Mål 2016

- Gjennomføre samspillmodell med Sykehusbygg HF.
- Delta i utarbeidelse av styresak til Helse Nord RHF knyttet til oppfølging av nytteverdien av FIKS- programmet og DIPS Arena, innen utgangen av andre tertial.
- Som oppfølging av ny tilstandsrapport og med data registrert i klassifikasjonssystemet, bidra til en omforent vedlikeholdsstrategi ved rullering av Plan for Helse Nord 2017–2020 innen 31.03.16
- Bidra i å vurdere hvilke muligheter en husleiemodell kan gi, og hvordan den eventuelt kan implementeres i foretakene.
- Innen første tertial etablere plan for innfasing til nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).
- Gjennomføre årlig gjennomgang av ekstern revisor av store byggeprosjekter.

Foretaksspesifikke mål 2016

Finnmarkssykehuset:

- Arbeidet med idéfase for Hammerfest sykehus skal startes.
- Følge opp vedtak i Helse Nord RHF's styresak om forprosjekt - Styrking av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta/Vest-Finnmark.

Helgelandssykehuset:

- Arbeidet med idéfase for Helgelandssykehuset skal startes.

Nordlandssykehuset:

- Evaluere det nye sykehuset i Vesterålen.

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Ansvar for å opprette regionalt fagråd for MTU og BHM. Forslag til mandatet skal legges frem i direktørmøtet innen april 2016.

- Regionalt forvaltningsansvar for FDV-system for MTU og BHM inntil nasjonal forvaltningsenhet er etablert.

2.5 Anskaffelsesområdet

I 2016 etableres Sykehusinnkjøp HF. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at innkjøp i helseforetakene overføres til det nasjonale selskapet i tråd med nasjonal teknologistrategi for innkjøp og selskapsavtalen. Dette innebærer at det stilles detaljerte krav til endringer i innkjøpsfunksjonen i foretakene.

Langsiktige mål

- Følge opp Helse Nords strategiplan for innkjøp og HINAS/Sykehusinnkjøp HFs fireårige handlingsplan.
- Innen 1.1.2018 skal alt kjøp av varer og tjenester innenfor definert scope skje via innkjøps og logistikksystem.
- Fram mot 2018 bygge opp en regional forvaltningsorganisasjon som skal ivareta avtaleimplementering, samt regionens interesser i tilknytning til regionale og nasjonale avtaler.

Mål 2016

- Nasjonal kategoristruktur skal implementeres i foretakenes samlede innkjøpsvirksomhet, og innkjøpsarbeidet skal gjennomføres i tråd med ny nasjonal innkjøpshåndbok.

Samordning

RHF-et skal

På bakgrunn av tilbakemeldingene fra og i samarbeid med foretakene, samordne og koordinere fellesanskaffelser på vegne av alle/ flere av foretakene i regionen, i første omgang innenfor kategoriene medisinteknisk utstyr, medisinsk forbruksmateriell, kirurgiske produkter og bygg og eiendomsdrift

Foretakene skal

- Innen 28.2.16 ha oppdatert oversikt over foretakets løpende, konkurransebaserte avtaler og levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres og/- eller startes opp i løpet av 2016.
- Innen 31.3.16 levere en omforent plan for hvilke anskaffelser som i 2016 kan gjøres felles for to eller flere av foretakene.
- Innen 30.11.16 levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres og /eller startes opp i 2017.
- Innen 31.12.16 levere en omforent plan for hvilke anskaffelsesprosesser i 2017 som kan gjøres felles for 2 eller flere av foretakene.
- Følge opp regional plan for MTU-anskaffelser. Alle planlagte anskaffelser skal skje i tråd med plan, og uforutsette behov skal avstemmes regionalt før anskaffelsesprosess starter opp. Dette gjøres parallelt med prosess i kategoristyringsprosjektet.

Systemstøtte

RHF-et skal

Tilrettelegge og videreutvikle regionalt innkjøp- og logistikksystem slik at foretakene kan hente ut det potensialet som ligger i løsningen. Fram mot opprettelse av regional forvaltningsorganisasjon skal RHF-et ha et koordineringsansvar overfor foretakene for å sikre at regionale og nasjonale avtaler som skal være i systemet er rettidig implementert og til enhver tid oppdatert med gjeldende betingelser. Dette innebærer også utvikling av relevante måleparametere for å bedre foretakenes kontroll på egen virksomhet.

Foretakene skal

- Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon. Innen 1.1.2017 skal det innenfor definert scope kunne rapporteres detaljert for alle vareanskaffelser hva som kjøpes, på hvilken avtale og til hvilke vilkår.

Ressurser

Foretakene skal

- Stille til rådighet nødvendige ressurser ved deltakelse i regionale og nasjonale anskaffelsesprosesser og til kategoristyringsprosjektet, jf. samarbeidsavtale mellom RHF og HF-ene
- Sikre at forvaltningsressurs for innkjøps- og logistikksystem er frigjort til forvaltningsoppgaver i henhold til plan.
- Sikre tilstrekkelige ressurser til å fullføre utrulling av innkjøps- og logistikksystem.

2.6 Klima- og miljøtiltak

Mål 2016

Foretakene skal være i fremste rekke når det gjelder arbeidet med klima- og miljøtiltak. Arbeidet med styringssystem ytre miljø i Helse Nord er et kontinuerlig utviklingsarbeid. Helseforetakene bes om å følge opp gjennomført sertifisering slik at sertifikatet holdes ved like.

- Helseforetakenes miljøsertifikat skal resertifiseres etter ny versjon av ISO-14001:2015 i løpet av 2016/2017.
- Helseforetakene skal sette miljømål for de miljøindikatorerne som forventes besluttet av administrerende direktører (AD-ene) i de regionale helseforetakene. Resultater for disse indikatorerne skal rapporteres ved utgangen av 2016.

3 Pasientens helsetjeneste - ventetid, variasjon og effektivitet

Langsiktige mål

- Reduserte ventetider.
- Økt valgfrihet for pasienter.
- Gode og effektive pasientforløp.
- Opplæring av pasient- og pårørende skal integreres i pasientforløpet.
- Bidra til å utvikle e-læringsprogram for pasient- og pårørendeopplæring
- Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.
- Sikre at pasienter og pårørende har forstått gitt informasjon.
- Pasienter og brukere medvirker aktivt i utformingen av eget behandlingstilbud.
- Pasienter og brukeres erfaringer brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet.

- Kunnskap om variasjon i tjenesten brukes aktivt som grunnlagt for forbedringsarbeid.
- Bruke resultatene i PROMs aktivt til forbedring av behandlingsforløp.
- Distriktpsykiatriske sentre som nøkkelstruktur skal legges til grunn for de fremtidige tjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Gjennomgå utredningsprosedyrer (innen psykisk helsevern) for å sikre effektive forløp som grunnlag for raskere behandlingsstart.
- Legge til rette for økt frivillighet samt riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern.

Mål 2016

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.
- Ingen fristbrudd.
- Ingen korridorpasienter.
- Bidra til å utarbeide og implementere nye nasjonale pakkeforløp.
- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.
- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %.
- Ha dedikerte analyseresurser til å bistå avdelingene i å implementere tiltak for å redusere variasjon.
- Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015, målt ved utvalgte indikatorer definert av Helse Nord RHF. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av indikatorer innen utgangen av mars 2016.
- Redusere variasjon i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av fagområder innen utgangen av mars 2016.
- Redusere variasjonen i andel dagkirurgi innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av fagområder innen utgangen av mars 2016.
- Opprette helhetlig pasientforløp for sykkelig overvekt og måle effekt av implementering herunder utvikling i ventetid (volum) og pasientopplevd kvalitet.
- Bruke data fra nasjonale kvalitetsregistre systematisk i lokalt klinisk forbedringsarbeid.
- Legge til rette for innregistrering av PROMs i kvalitetsregistrene.
- Utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.
- Iverksette tiltak, sammen med pasienter og deres pårørende, for å bedre helsepersonells kommunikasjon og informasjon (muntlig og skriftlig).
- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).
- Implementere og ferdigstille resultat fra prosjektet felles regionale retningslinjer for kvalitetsforbedring på pasientreiseområdet innen 01.08.2016.

- Saksbehandle reiseoppgjør innen 14 dager.
- Gjennomføre flytting av egne internett til felles nasjonal webløsning. Det skal ikke opprettes nettsteder eller eksterne netjtjenester utenfor felles nasjonal publiseringsplattform.
- Ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.
- Etablere ungdomsråd innen utgangen av 2016.

Foretaksspesifikke mål 2016

Finnmarkssykehuset

- Implementere tiltakene fra Tolkeprosjektet² med tertialvis statusoppdatering til Helse Nord RHF.

Universitetssykehuset Nord- Norge

- Ferdigstille og oppsummere PING -prosjektet innen andre tertial. Gi anbefaling til regional bruk av løsningen.
- Legge til rette for implementering av samvalg gjennom kommunikative og strukturelle tiltak.

3.1 Somatikk

Mål 2016

- Etablere interne mål og rutiner for overvåking og lukking av: Åpne dokumenter eldre enn 14 kalenderdager (DIPS- rapporter D-9586 og D-9582), åpne henvisningsperioder uten ny planlagt kontakt (D-7221), ugjorte oppgaver i DIPS arbeidsflyt (D-9690).
- Sikre at det er tilstrekkelig kapasitet innen endoskopi, for å unngå flaskehals i pakkeforløpet.
- Bidra til forbedring og videreutvikling av den nasjonale nødmeldingstjenesten gjennom det tverretatlige «program for forbedring av nødmeldingstjenesten».
- Sikre at tilbudet til samiske voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep er tilrettelagt samisk språk og kultur.
- Bidra i arbeidet med å utarbeide felles radiologiske protokoller.
- Gjennomføre planlagte risikoreduserende tiltak i fødselsomsorgen (jf styresak 117-2015 i Helse Nord RHF og tilknyttede styresaker i egne helseforetak) og rapportere status innen 01.05.2016.
- Registrere personskader og rapportere data (FMDS) til Norsk pasientregister (NPR) i henhold til forskrift og veileder.

Foretaksspesifikke mål

Finnmarkssykehuset

- Avsette ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelingen.

² Prosjekt for å forbedre tolketjenesten til samiske pasienter

- Avklare organisering og lokalisering av overgrepsmottak, herunder inngått avtaler om videreføring av robuste kommunale overgrepsmottak innen 1.7.2016, med særskilt rapportering på status innen 31.03.16.

Nordlandssykehuset

- Gjennomføre oppgavedelingsprosjektet i radiologi.

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Gjennomføre oppgavedelingsprosjektet i radiologi.
- Sikre at det er tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i det tverrfaglige diagnosesenteret slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen. Det skal være tilrettelagt for bruk av samisk språk innenfor tverrfaglig diagnosesenter.

3.2 Psykisk helsevern og rus

Mål 2016

- Planlegge innføring av e-helsebehandling³ i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).
- Styrke det desentraliserte behandlingstilbudet (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern.
- Øke poliklinisk/ambulant aktivitet i TSB uten reduksjon i døgntilbudet, samt styrke samarbeidet med førstelinjen.
- Innlagte pasienter må sikres somatisk undersøkelse og oppfølging.
- Etablere et eget tilbud til sped- og småbarns psykiske helse (0-3 år.)
- Etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler.
- Sikre at det er tilstrekkelig med utdanningsstillinger for den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin.
- Distriktpsikiatriske sentre skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnnet, herunder ambulante tjenester med deltagelse fra spesialister.

Foretaksspesifikke mål 2016

Finnmarkssykehuset, Helgelandssykehuset

- Overta ansvar for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i eget foretaksområde i 2016. Rapporteres innen utgangen av første tertial.
- Ferdigstille plan for riktig og redusert bruk av tvang.

Nordlandssykehuset

- Etablere familieambulatorium med særlig fokus på familier med barn 0–6 år innen 1.7.2016.

³ Bruk av IKT og internett til helseformål som behandling, kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, informasjon om sykdom og helsefremmende/ forebyggende tiltak

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Bidra med kompetanse ved overføringen av LAR-ansvaret til Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset. Rapporteres innen utgangen av første tertial.
- Sikre tilgjengelighet til forsvarlige medikamentfrie tilbud for pasienter i psykisk helsevern innen 1. juni 2016. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.
- Redusere antall innleggelses med tvang sammenlignet med 2015.
- Opprette et regionalt tilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser (OCD) for barn og unge. Tilbudet skal også kunne gis over lyd/bilde. Sikre drift av OCD-team for voksne, herunder nødvendig implementering og opplæring.

3.3 Samhandling

Langsiktige mål

- Helseforetakene skal understøtte den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen.
- Styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet.
- En større andel av helse- og omsorgsarbeidet skal ytes av kommunene. Omstillingen skal synkroniseres slik at dette ikke gjennomføres før kommunen er i stand til å håndtere de nye oppgavene og bidra til å utvikle kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Styrke elektronisk kommunikasjon med kommunehelsetjenesten, pårørende og pasient.
- Organisere samhandlende team fra spesialist- og kommunehelsetjeneste som ivaretar sammenhengende pasientforløp.
- Bidra til kompetansebygging og bedre rutiner rundt samstemming av legemiddellister mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Mål 2016

- Etablere lokale samarbeidsavtaler mellom Bufetat og helseforetaket slik at barn og unge gis et helhetlig behandlingstilbud.
- Delta aktivt i etableringen av gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialistene som gir grunnlag for et godt samarbeid og en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom helseforetak og avtalespesialistene i eget nedslagsfelt. Samarbeidsavtalen kan gjelde pasientflyt/strømmer, håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom avdelinger og avtalespesialister, utveksling av informasjon, felles prosedyrer og kliniske retningslinjer, deltakelse i kompetanseutvikling, rutiner for kontakt mellom legen og helseforetaket mv. Helse Nord RHF vil fasilitere fellesmøter og initiere samarbeidet mellom avtalespesialister og helseforetak.
- Iverksette tiltak for å gjøre tjenesteavtalene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kjent, med tertialvis rapportering på status.
- Sikre at foretakets rutiner for utskrivningsklare pasienter som har behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon er i samsvar med tjenesteavtale 5, med tertialvis rapportering på status.

- I samarbeid med aktuelle kommuner, bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger.
- Øke utøvende virksomhet mot kommunehelsetjenesten ved blant annet veiledning, for å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten.
- Utrede muligheten for bedre tilrettelegging for tilgang til resepter/legemidler via digitale tjenester.
- Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden i Helse Nord.
- Prinsippene i styresak 70-2002 IKT-strategi i Helse Nord skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Helseforetakene skal ikke gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som kan true de ambisjoner som er beskrevet rundt realisering av FIKS. Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt. Eventuelle innovasjonsprosjekter og resultatet av slike skal kunne benyttes av hele foretaksgruppen.
- Bidra aktivt til en større nasjonal standardisering innen IKT-området basert på de styringssignaler som gis i retning av én innbygger, én journal, samt arbeidet som utføres i regi av Nasjonal IKT.

Foretaksspesifikke mål 2016

Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset

- Ta i bruk Samhandlingsbarometeret⁴ i samarbeid med overordnet samarbeidsorgan (OSO).

Sykehusapotek Nord

- Foreslå forbedringer i rutiner med forskrivning av medikamenter.
- Ansvar for å foreslå tiltak i samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene som sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå.

4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

Langsiktige mål:

- Bedre og tryggere helsehjelp, økt overlevelse og mindre variasjon i behandlingstilbud og –resultat mellom sykehusene.
- Resultatene i medisinske kvalitetsregistre skal brukes til forbedringsarbeid, og til reduksjon av variasjon i helsetjenesten for å sikre god praksis.
- Legge nasjonale faglige retningslinjer til grunn for tilbudet.
- Innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten er enhetlig og kunnskapsbasert.

⁴ Kunnskapsbank for samhandling: www.samhandlingsbarometeret.no

- Redusere pasientskader med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra global trigger tool (GTT) -undersøkelsen for 2012, og gjennomføre pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7*.
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet.
- Bedre pasientsikkerhet gjennom trygg og forsvarlig legemiddelbruk.
- Ha en forsvarlig og økonomisk rasjonell legemiddelforsyning.

4.1 Kvalitet

Mål 2016

- Dokumentere at alle relevante ansatte får opplæring i pasientadministrative systemer.
- Definere fem mål for datakvalitet - med tiltak, for å forbedre kvaliteten i elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system (PAS/EPJ).
- Bruke tilbakemeldingene fra Norsk pasientregister (NPR) aktivt for å redusere feilkoding.
- Sikre at alle helseforetak innregistrerer data i relevante (der de har pasienter) nasjonale kvalitetsregistre.
- Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder.
- Gjennomføre hendelsesanalyser, og ha klare prosedyrer for åpenhet og oppfølging av pasienter og pårørende som har vært utsatt for alvorlige hendelser og for personell som har vært involvert i hendelsene.

Foretaksspesifikke mål 2016

Nordlandssykehuset

- I samarbeid med Helse Nord RHF løfte eksisterende ASJ-løsning over på ny plattform innen 1/7 2016 og delta som superbruker i videre utrulling av løsningen til UNN, HSYK og FIN høsten 2016.
- Bidra i å utarbeide handlingsplan og iverksette tiltak som sikrer kostnadseffektivitet ved anskaffelse, distribusjon, produksjon og bruk av legemidler.

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge

- Legge frem en handlingsplan for utrulling og bruk av ASJ innen andre tertial 2016 sammen med hovedprosjekt for innføring av ASJ, med tertialvis rapportering på status.
- Bidra i å utarbeide handlingsplan og iverksette tiltak som sikrer kostnadseffektivitet ved anskaffelse, distribusjon, produksjon og bruk av legemidler.

Sykehusapotek Nord

- Ansvar for å utarbeide handlingsplan og iverksette tiltak som sikrer kostnadseffektivitet ved anskaffelse, distribusjon, produksjon og bruk av legemidler.

4.2 Pasientsikkerhet

Mål 2016

- Alle innsatsområder igangsatt i Pasientsikkerhetskampanjen skal være spredt til alle relevante enheter.
- Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.
- Bidra i prosjekt for å beskrive en løsning for elektronisk bestilling og utarbeide dokumentasjon knyttet til produksjon av legemidler.

Foretaksspesifikke mål 2016

Sykehusapotek Nord

- Representere Helse Nord RHF i nasjonale fora etter nærmere avtale med fagdirektøren i Helse Nord RHF.

4.3 Smittevern

Langsiktige mål

- Utdype og styrke smittevern i tjenesteavtalene mellom hvert helseforetak og deres opptakskommuner.

Mål 2016

- Krav fra HOD er at andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 prosent ved prevalensundersøkelsene. Helse Nord RHF opprettholder kravet til helseforetakene om at sykehuspåførte infeksjoner som kan forebygges, skal være null innen utgangen av 2016.
- Det skal implementeres antibiotikastyringsprogram ved alle helseforetak⁵. Dette skal blant annet omfatte:
 - Årlig rapportering av antibiotikaforbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.
 - Implementering og etterlevelse av nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk.
- Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig i henhold til forskrift. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine prevalenstall to ganger i året til Helse Nord RHF.
- NOIS-registrering: Det skal være minst 95% oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine infeksjonstall for hvert tertial til Helse Nord RHF.

4.4 Beredskap

Langsiktige mål

⁵ Et styringsprogram skal sikre rasjonell antibiotikabruk og implementering av nasjonale retningslinjer.

- Ha oppdaterte beredskapsplaner for kriser og katastrofer, inkludert epidemier og pandemier, på alle nivå. Gjeldende planer skal øves rutinemessig.
- Utarbeide treårig rullerende plan for øvelser i beredskapssammenheng, herunder vann, IKT og strøm.
- Ha en teknisk infrastruktur som gjør det mulig med akuttmedisinsk videokommunikasjon mellom sykehus i sann tid. Utstyret inngår i Barents helsesamarbeidsprogram 2016–2019.

Mål 2016:

- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser innen utløpet av 2016 for de systemer som inneholder sensitiv personopplysninger i tråd med gjeldene lover og forskrifter.
- Ivareta arbeidet med løpende oppfølging av planverk for beredskap.
- Følger opp at påtalte avvik i Riksrevisjonens rapport om beredskap lukkes og at oppfølgingen rapporteres i tertialrapportene.

Foretaksspesifikke mål 2016

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Ferdigstille prosjekt «VAKe2». Det skal utarbeides driftskonsept og dokumentasjon av løsningen innen utgangen av 2016, i nært samarbeid med helseforetakene og Helse Nord IKT. Forslag til finansieringsmodell skal utarbeides innen utgangen 30.04.2016.

5 Personell, utdanning og kompetanse

Langsiktige mål:

- Riktig kompetanse på rett plass til rett tid, tilstrekkelig helsepersonell og god utnyttelse av personellressursene.
- Bidra til riktig og god bruk av de samlede ressurser i foretaket til beste for pasienter, medarbeidere og foretaket.
- Bidra til å utvikle leder- og ledelsesutvikling som får frem det beste i medarbeiderne og som legger grunnlag for godt arbeidsmiljø, samarbeid og kvalitet.
- Arbeide for et inkluderende arbeidsliv gjennom å redusere sykefravær, arbeide for en heltidskultur, bidra til økt mangfold og en god personalpolitikk i alle faser av medarbeidernes karriere.
- Alle avdelinger i alle foretak skal bruke aktivitetsbasert bemanningsplanlegging.
- De fire regionale helseforetakene skal ha en felles handlingsplan for utvikling av e-læring, herunder samarbeid med kommunal sektor. Denne skal bidra til at e-læring anvendes systematisk i kompetanseutvikling på en kostnadseffektiv måte. Nordlandssykehuset har regionalt ansvar for samhandlingen med det nasjonale nettverket.
- Bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere.
- Mer innovasjon i tjenesteutvikling, arbeids- og samarbeidsformer

Mål 2016:

- Bidra til å videreutvikle og ta i bruk fremskrivninger fra Nasjonal bemanningsmodell.
- Ta i bruk regional handlingsplan for rekruttering.
- Innfri pålagt antall praksis-, turnus- og lærlingeplasser som beskrevet i vedlegg 1. Tilleggskrav for ambulanséfaglæringer: 50 % skal rekrutteres fra videregående skole i egen helseregion.
- Delta i prosjekt «ledermobilisering».
- Rekruttere deltakere til Master i helseledelse i henhold til målgruppe og intensjon for studiet.
- Rekruttere deltakere til Nasjonalt topplederprogram.
- Måltall ufrivillig deltid og stillingsandel blant fast ansatte per 31.12.16 per foretak:

Foretak	Andel deltid mindre enn	Stillingsandel større enn
FIN	16 %	92 %
UNN	19 %	92 %
NLSH	30 %	92 %
HSYK	30 %	92 %

- Ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, innen 30. juni, med seks måneders planleggingshorisont, både i GAT og DIPS.
- Bidra i arbeidet med å innføre ny legespesialitetsstruktur
- Delta i prosjekt for utvikling og innføring av regionalt system for kompetanseledelse, og ta dette i bruk.
- Bidra til kompetanseutvikling, samt videreutvikle tilbud gjennom e-læring, simulatorentrening mv.
- Gi alle ledere opplæring og muligheter til utvikling gjennom kurs og møteplasser som dekker den basiskompetanse ledere skal ha.
- Gi lederstøtte ved å ta i bruk Helse Nord's lederhåndbok.
- Legge til rette for læringsaktiviteter og utdanningsløp for leger i spesialisering i eget helseforetak og i samarbeid med det regionale utdanningscenteret og andre helseforetak i landet.
- Ha oppdaterte planer for videreutdanning innen 1. juni 2016 og ha oversikt over utdanningskapasitet.

Foretaksspesifikke mål

Nordlandssykehuset

- Ansvar for prioritering, koordinering og utvikling av nye e-læringskurs i regionen.
- Ansvar for å bidra til at felles nasjonal kurskatalog utvikles, og at generell avtale om deling av kurs utarbeides.
- Teste ut og etablere et felles LRS mellom helseregionene.
- Videreutvikle dagens nettverk for e-læring, og opprette et adminforum bestående av e-læringskoordinator i hvert HF.
- Ansvar for at det opprettes en styringsgruppe innenfor e-læring sammen med regionalt utdanningscenter.

Universitetssykehuset Nord- Norge

- Etablere et regionalt utdanningscenter for å ivareta utdannings- og læringsaktiviteter, samt andre oppgaver i ny ordning for legenes spesialistutdanning. Delta i tverregional ordning for å sikre nasjonal, samordnet spesialistutdanning. Planlegge for iverksetting av læringsaktiviteter for oppstart i 2017 av spesialistutdanningens del 1 etter ny ordning.
- Forberede at regional finansiering knyttet til helsekompetanse.no f.o.m. 2017 vil overføres til regionalt nettverk for e-læring.
- Legge til rette for at utviklerkompetansen innenfor e-læring gjøres tilgjengelig for regionalt utdanningscenter og e-læringsnettverket.
- Helsekompetanse.no sin utvikling av e-læringskurs skal være basert på etterspørsel og koordinering med samarbeidspartnere og KS Læring.

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Langsiktige mål:

- HMS skal være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.
- Helse Nord's kjerneverdier skal synliggjøres og foretakene skal legge til rette for et verdibasert arbeidsmiljø.

Mål 2016

- Følge opp felles regional plan for gjennomføring og videreutvikling av medarbeiderundersøkelsen.
- Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling. Primært skal dette gjøres internt mellom egne sykehus, men også på tvers av helseforetakene for egnede områder av hensyn til kvalitet i tjenesten, og for å redusere bruk av vikarer.
- Ha et gjennomsnittlig sykefravær under 7,5 % for 2016. I første tertial rapporteres tiltak for å nå målet.

6 Forskning og innovasjon

Langsiktige mål

- Tilstrebe økt omfang og implementering av klinisk pasientrettet forskning, helsetjenesteforskning, global helseforskning og innovasjoner som bidrar til økt kvalitet, pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet og mer helhetlige pasientforløp. Dette skal skje gjennom nasjonalt og internasjonalt samarbeid og aktiv medvirkning fra brukere.
- Antall pasienter som får tilbud om deltakelse i kliniske studier skal økes.
- Innovasjonseffekt av anskaffelser skal økes.
- Implementert relevante tiltak i HelseOmsorg21-strategien.⁶

⁶ Nasjonal strategi som skal legge til rette for en målrettet, helhetlig og koordinert innsats for forskning, utvikling og innovasjon i helse- og omsorgsområdet.

Mål 2016

- Forskningsmiljøene skal gå sammen med miljøer i andre regioner for å søke på prosjekter i nytt felles program (utarbeidet av RHF-ene i samarbeid med Norges forskningsråd) for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten.
- Delta i arbeidet med å utvikle en modell for budsjettering av totale kostnader i eksternt finansiert forskning i helseforetak, jf. rapport⁷ fra arbeidsgruppe fra 2015.
- Det er i samarbeid mellom de fire RHF-ene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og helseforetak uten universitetsfunksjon, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU⁸ fra 2015.
- Implementere tiltakene i Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016–2020, sammen med RHF-et.

Foretaksspesifikke mål 2016:

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner som nytt medisinsk-teknisk utstyr skal styrkes.
- Prioritere gjennomføring av egne multisenterstudier, samt internasjonale, nasjonale og studier knyttet til NorCRIN (Norwegian Clinical Research Infrastructures Network).
- I samarbeid med Helse Nord RHF sørge for at det nyetablerte Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) organiseres med en fagprofil og tilhørende ledelses- og styringsformer som kan ivareta de forpliktelser og formål som følger av bevilgningen over statsbudsjettet. Senteret skal i tillegg til sin frie forskning finansiert gjennom søknader (forskningsråd, regionale forskningsmidler, EU mv.) også ha en anvendt profil med vekt på følgeforskning og utredninger på bestilling fra helsemyndighetene. Det skal etableres en nasjonalt sammensatt styringsgruppe for senterets virksomhet, og i samarbeid med det nye e-helsedirektoratet utvikles rutiner for bestillinger og leveranser. Helse Nord RHF vil spesifisere dette oppdraget ytterligere gjennom et særskilt oppdragsbrev.

⁷ Rapport 06.03.2015 fra arbeidsgruppe nedsatt av HOD og KD – se <http://www.uio.no/om/samarbeid/samfunn-og-naringsliv/shhu/moter/Innkallinger/2015/290515/rapport-nasjonal-gruppe-6-mars-2015.pdf>

⁸ Rapport september 2015: NIFU arbeidsnotat 16-2015 - Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene: En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren.

7 Styringsparametere 2016

Styringsparametere er valgt for å gi et mest mulig samlet bilde av kvalitet, pasientsikkerhet og brukerorientering i tjenesten. Helse Nord RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetakene følge opp de valgte styringsparametere samt andre kvalitetsindikatorer ved behov. Styret og ledelsen i helseforetakene har et ansvar for å følge med på kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

Tabell 1. Mål 2016. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2016	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen			
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig
Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft)	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt)	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis.
2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument" ⁹) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap Årsverk: de regionale helseforetakenes HR-systemer og SSB for private Polikliniske konsultasjoner: Helsedirektoratet (Helfo)	
Antall tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen	Redusert sammenliknet med 2015	Helsedirektoratet	Årlig
Andel årsverk i distriktpsikiatriske sentre og sykehus i psykisk helsevern for voksne	Økt andel årsverk i DPS sammenliknet med 2015	Helsedirektoratet (SSB)	Årlig

⁹ Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet			
Andel sykehusinfeksjoner	Mindre enn 4,7%	Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig
Andel korridorpasienter på sykehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis

Tabell 2. Rapportering 2016. Datakilder og publiseringfrekvens.

	Mål	Datakilde	Publiseringfrekvens
Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres 2016
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig
30 dagers overlevelse etter hjerneslag		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig
30 dagers overlevelse etter hoftebrudd		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.	GTT-undersøkelsene. Helsedirektoratet	Årlig
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig
Bruk av disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner.	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenlignet med 2012	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Årlig
Antall bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre i a) vitenskapelige artikler og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring		Årsrapporter fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene	Årlig

8 Oppfølging og rapportering

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2015, foretaksspesifikke mål 2015 og styringsparametrer 2015. Det skal ikke rapporteres på langsiktige mål. Kravene til enhetlig og standardisert regnskapsføring i foretaksgruppen gjelder all offisiell rapportering. Der det er mulig skal data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Oversikt over rapporteringsrutiner og frister

Rapporterin g	Innhold	Frister
Månedlig	Måned rapport i tråd med mal.	Måned regnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertial- rapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 3. juni 2016 6. oktober 2016 Administrativt utarbeidet tertialrapport: 20. mai 2016 30. september 2016 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	Styrebehandlet årlig melding (styrevedtak): 29. mars 2017. Administrativt behandlet årlig melding: 06. februar 2017. Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2016: 29. mars 2017.

Datoer for styrebehandling av årlig melding og årsregnskap for 2016 fastsettes når møteplan er endelig.

9 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene. Fylkenes opplæringskontor skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplaner i de yrkesfaglige utdanningene. **VIDEREUTDANNING** omfatter legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet har tidligere fastsatt årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene. Fra og med 2014 ble styringen av dimensjonering for enkelte utdanninger endret til kandidatmåltall. Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2016. Kandidatmåltallet for den enkelte institusjon er et minstekrav. Endelige tall vil foreligge i KDs tildelingsbrev/tilskuddsbrev for 2016 til utdanningsinstitusjonene og kan formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene. Flere institusjoner slår seg sammen med virkning fra 1.1.2016. Flere av disse institusjonene vil være lokalisert i flere helseregioner. For utdanningene ved disse institusjonene må RHFene finne en hensiktsmessig fordeling av praksisplasser i samarbeid med institusjonene.

Tabell 1

Høgskole Universitet	Helseregion	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykeplei e	Jord- mor
		Syke- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
Universitetet i Nordland	Helse Nord	159						26	
Univ. i Tromsø	Helse Nord	261	24	20	25	20		50	20

*Institusjonene er bedt om å legge frem en plan i *Årsrapport* for økning til 20 over en periode på tre år, jf. Tildelingsbrev for 2014.

Tabell 2 kandidatmåltall er fastsatt for hhv. medisin, psykologi og farmasi ved universitetene:

Universitet	Medisin	Psykologi prof.utd.	Farmasi
Universitet i Tromsø	84	31	25

TURNUSTJENESTE er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAK) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHF-ene. Turnustjenesten for leger ble endret med virkning fra 2013. Antallet turnusplasser for

leger videreføres i 2015. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

Sentral fordeling av nye legestillinger opphørte 1. juli 2013. Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene innen helseregionenes «sørge for»-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for RHF-enes fordeling av leger til HF-ene og mellom spesialiteter. RHF-ene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helseforetakene. Stillinger i onkologi og patologi skal fortsatt prioriteres.

Inntakstall til oppdragsdokumentet (OD)

I prosjektplan til «Lærlingestrategi for Helse Nord – satsingsprosjekt på helsefaglæringer 2014–2016» er det et delmål å øke inntak av helsefaglæringer fra et årlig inntak på 22 (måltall fra OD 2012) til 30 nye lærlinger innen desember 2016. Dette utgjør en økning på 40 %. Foretakene har utarbeidet følgende plan for å nå dette inntakstallet:

Tabell 3:

Foretak	Kull 2014–2016	Kull 2015–2017	Kull 2016–2018	Totalt inne i 2015	Totalt inne i 2016
Finnmarkssykehuset	3	5	5	8	10
Nordlandssykehuset	9	11	11	20	22
UNN	1 (ferdig i 2015)	6	6	6	12
Helgelandssykehuset	6	2	8	8	10
Sum	19	24	30	42	54

Tabell 4:

Måltall for turnusplasser medisin

Helseforetak	Antall pr halvår	Totalt pr år
Finnmarkssykehuset	14*	28*
UNN	33	66
NLSH	25	50
Helgelandssykehuset	14	28
Totalt i Helse Nord	86	172

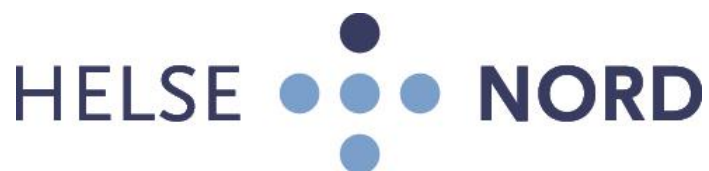
9.2 Vedlegg 2 Saker til styrebehandling

Samlet oversikt over saker som skal styrebehandles:

Helseforetakene skal styrebehandle:

1. Månedlig oppfølging av regionale kvalitetsindikatorer og alvorlige uønskede hendelser.
2. Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.
3. Status, handlingsplaner og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet en gang årlig. Blant annet skal sakene omfatte status for innføringen av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet, GTT¹⁰-resultater og oppfølging av disse.
4. Månedlige virksomhetsrapporter og vedta eventuelle korrigerende tiltak uten unødig opphold, herunder også gjennomføringen av helseforetakets investeringsplan sett opp mot vedtatt fremdriftsplan og tildelt investeringsramme.
5. Helseforetakene skal styrebehandle tiltaksplaner innen 31.03.16 for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2017–2020.
6. Skal gjennomføre investeringsplanen slik den er vedtatt i budsjett 2016. Eventuelle avvik i fremdrift og behov for omprioriteringer skal fortløpende behandles i eget styre.
7. Styret skal minimum en gang i året skal ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av internkontrollen, og tiltak for å følge opp avvik.
8. Tertialvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2016, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2016, med tiltak.
9. Rapporter fra internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder helseforetaket og vedta plan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger, jf. krav i oppdragsdokument 2011.
10. Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 1.1.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfylder de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Alle kjente avvik slik disse er beskrevet av Riksrevisjonen skal være lukket innen utløpet av 2016.

¹⁰ Global Trigger Tool



9.3 Vedlegg 3 Tilleggsliste til oppdragsdokument 2016

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



HOD forutsetter at relevante mål gitt i tidligere oppdragsdokumenter fortsatt er gjeldende. Denne listen består av krav fra tidligere års oppdragsdokumenter fra Helse Nord RHF til helseforetakene (2004-2015). Årstallet i parentes angir året oppdraget ble gitt. Krav fra tidligere år er ikke tatt med dersom de omfattes av nye krav i OD for 2016.

2.3 Risikostyring og internkontroll

Verifisere at leverandører som innehar rollen databehandlere oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og at nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. (2012)

Ha kontrollsystemer for overvåkning av at funksjonsfordelinger blir fulgt. (2011)

2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Utarbeide utviklingsplaner i henhold til veileder for tidligfaseplanlegging forut for planlegging av investeringsprosjekter i samarbeid med Helse Nord RHF. Utviklingsplanene skal ha to hovedelementer: i a) organisasjonsutvikling, pasientforløp, faglig utvikling og b) gjennomgang av bygningsmessige ressurser, tilstand og behov for endringer i bygningsmassen for å dekke behovet for den spesialisthelsetjenesten foretaket skal levere. (2013)

Informere berørte kommuner og fylkeskommuner om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak, på et så tidlig tidspunkt som mulig. (2011)

Begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling. (2011)

2.5 Innkjøp

Innen 31.03.15 tilpasse lokal innkjøpsstrategi i samsvar med regional og nasjonal innkjøpsstrategi. Følge opp Helse Nord's forpliktelser ved å delta i utforming og følge opp handlingsplan for etisk handel. (2015)

Sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav. (2015)

3 Pasientens helsetjeneste

Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter skal ha forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter. (2015)

Delta i oppfølgingsteam for avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene. (2015)

Tilby pasienten tilgang til egen pasientinformasjon (journaldokumenter, timer, innsynslogg, etc.) i tråd med fremdriften i prosjektet «Pasientens tilgang til egen journal».(2015)

3.1 Somatikk

Det er i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene etablert et effektivt og brukerorientert utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander av uklar årsak. (2014)

Etablere en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og "Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten" (Helsedirektoratet 2012). (2013)

Foretaksspesifikke mål:

Nordlandssykehuset

Etablere kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling. (2015)

Bygge opp kapasitet innen karkirurgi og intervensjonsradiologi (2013)

UNN

Etablere kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling. (2015)

3.2 Psykisk helsevern og rus

Rusbehandling skal integreres i psykisk helsevern på DPS-nivå.(2015)

Foretaksspesifikke mål:

UNN

Øke døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og ungdom. (2015)

3.3 Samhandling

Bistå i å utvikle kommunenes kompetansebehov som følger av Samhandlingsreformen. Rapporten "Kompetanseutfordringer som følge av samhandlingsreformen"¹¹ skal legges til grunn for det videre arbeidet. (2015)

Delta i planlagt samarbeidsprosjekt "Et friskere Nordland" med Nordland fylkeskommune. (2015)

¹¹ Styresak Helse Nord RHF, sak 90/2014

Bruke sykehusapotek Nord aktivt i samhandling med kommunene på legemiddelområdet for å forebygge pasientskader og øke kompetansen. (2014)

Sørge for at dokumentasjon på ernæringsstatus foreligger og følger pasienten ved overflytting mellom behandlingenheter eller mellom tjenestenivåer. (2012)

4. Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

Det skal etableres regionale prinsipper for legemiddellogistikk, både knyttet til standardiserte rutiner og prosedyrer og plan for bruk av elektroniske verktøy og utstyr, herunder blant annet elektroniske legemiddelkabinett og lagerroboter(2015)

Ha gode strukturer for formidling og kommunisering av kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten.(2015)

I samarbeid med berørte parter gjennomgå avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud(2015)

Implementere oppdaterte nasjonale kliniske retningslinjer, legge disse i Docmap og sørge for at disse legges til grunn for medisinsk praksis (2013)

4.2 Pasientsikkerhet

Skal ha etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og TSB får behandling for somatiske lidelser, og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer. (2015)

5.1 Helse, miljø og sikkerhet

Registrere innleide vikarer i vaktboka i GAT, for å ha kontroll på arbeidstiden deres. (2013)

6 Forskning og innovasjon

For å øke nytten av offentlig finansiert klinisk forskning, er det innført krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av kliniske studier eller helsetjenesteforskning. (2015)

Data fra kvalitetsregistrene skal nyttiggjøres til forskningsformål. Flere forskningsprosjekter må realiseres med bruk av data fra nasjonale kvalitetsregistre.(2015)

Det skal vurderes gjennomført førkommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012.(2015)

Implementere endret forskningsfinansiering på RHF-finansierte prosjekter. Sosiale utgifter på lønn inkluderes i nye RHF-finansierte prosjekter innen tildelingssummen. For nye ph.d. og post.doc.- stillinger fra RHF skal HF-et sette av 20 % av rundsummen, dvs. 165 000 kr ved heltidsstipend med tildelingssum på 825 000 kr. Midlene skal øremerkes forskning internt i HF-et¹². (2011)

Foretaksspesifikke mål:

UNN

Sikre og videreutvikle humane miljøgiftanalyser som ledd i global helseforskning. (2015)

¹² Satsene for 2015 er: Rundsum 938 000 kr for ph.d.- og post.doc.-stipend. 20 % av dette er 187 600 kr.

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
11/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.2.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Roger Dahl

Styrets dialogavtale med direktøren**Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner forslaget til Dialogavtale 2017 for administrerende direktør.
2. Styret ber om at direktøren legger egen dialogavtale til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2017.

Sammendrag

Virksomhetsstyring ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ved hjelp av dialogavtaler mellom ledernivåene ble innført som en del av det langsiktige utviklings- og omstillingsprosjektet i 2007. Dialogavtalene inneholder de til enhver tid gjeldende målsettingene for UNN og skal fastsette foretakets ambisjoner, samt ivareta forskjellige krav fra myndigheter, oppdragsdokument, foretaksprotokoller, styrevedtak, mv.

Direktørens dialogavtale med styret foreslår overordnede satsinger for 2017, og vil være retningsgivende for målsettingene som etableres på klinikk-, avdelings- og seksjonsnivået i organisasjonen. Dialogavtaleverktøyet er dynamisk slik at det er mulig å gjøre justeringer i avtalen dersom det er nødvendig når oppdragsdokumentet for 2017 foreligger.

Direktøren ber om at styret godkjenner forslaget til dialogavtale for direktøren for 2017.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har som grunnlag for administrerende direktørs oppdrag vedtatt en egen direktørinstruks. Denne tar for seg direktørens plikter overfor styret, og den fastsetter formelle rammer rundt den daglige ledelse og utvikling av foretaket. Instruksen er i tråd med krav fra Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

Dialogavtaleverktøyet, slik det er beskrevet i denne saken, kommer som et tillegg til instruksene, og er å forstå som et dynamisk verktøy til bruk i kontinuerlig virksomhetsstyring. Metodikken ble etablert allerede i 2007 ved implementering av ny organisasjonsstruktur, og de to siste årene er IKT-verktøyet tilpasset og videreutviklet i ny versjon. De strategiske hovedretningene i dialogavtaleverktøyet er justert slik at de samsvarer med de strategiske hovedretningene i Strategisk utviklingsplan.

Dialogavtalen mellom styret og administrerende direktør tar utgangspunkt i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF. Oppdragsdokumentet vedtas imidlertid ikke før i februar det året det gjelder, mens direktøren må starte virksomhetsplanlegging for neste driftsår om lag 10 måneder før årsskiftet for å overholde tidsfrister og fremskaffe en god virksomhetsplan. Direktøren har derfor allerede nå behov for signaler fra styret som kan legges til grunn for de planprosesser som må gjennomføres inneværende driftsår. Dette behovet løses best gjennom styrebehandling av direktørens dialogavtale for 2017.

Avtalen vil bli presentert på den årlige ledersamlingen i mars måned, der ledere fra alle ledernivå i UNN deltar. På samlingen starter prosessen med å utvikle virksomhetsplanen for 2017. Klinik- og senterledere får som en del av samlingen i oppdrag å starte interne prosesser med utgangspunkt i dialogavtalen som styret har inngått med direktøren.

Formål

Formålet med denne saken er å vedta direktørens dialogavtale for 2017.

Saksutredning

Dialogavtalen ivaretar strategisk og operasjonell virksomhetsstyring gjennom en balanse mellom helhetlig planlegging og praktisk iverksetting. Dialogavtalen har et ulikt fokus alt etter hvilket nivå i organisasjonen den anvendes. På overordnet nivå er dialogavtalen et strategisk verktøy, og den inneholder de kontinuerlige og komplekse målsettingene. På mellomledernivå benyttes dialogavtalen til mer operasjonell styring, og på lavere nivå i organisasjonen kan dialogavtalen bidra til å administrere utførelsen av konkrete mål og tiltak.

I dialogavtalen får hvert nivå mulighet til å definere hvordan de best kan løse lokale utfordringer, samtidig som organisasjonens strategi understøttes ved at målsettingene utarbeides i tråd med de overordnede strategier, satsinger og prioriteringer som er vedtatt.

Direktørens dialogavtale med styret inneholder satsinger som presiserer de organisasjonsgjennomgående prioriteringene. Forslaget til avtale er avstemt mot Strategisk utviklingsplan, og mot nye styringssignaler i Oppdragsdokument 2016. Dialogavtalen er også dekkende i forhold til helse- og omsorgsministerens sykehusstale, 12.1.2016. Tiltak etableres fra klinikknivå og videre nedover i organisasjonen.

Dialogavtalen er dynamisk slik at det er mulig å gjøre justeringer i avtalen dersom det er nødvendig når oppdragsdokumentet for 2017 foreligger.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, til drøfting og/eller innspill i egne møter 26.1.2016. Saken fikk tilslutning i

samtlige møter, og referater/ protokoller fra disse møtene vil bli presentert for styret som egne referatsaker i styremøtet 10.2.2016.

Vurdering

Implementeringen av dialogavtaleverktøyet er gjennomført for å forenkle nødvendig administrasjon av avtalene mellom ledernivåene. Det anses som avgjørende at de strategiske hovedretningene fra foretakets strategiske utviklingsplan er gjennomgående og danner grunnlag for målsettingene som etableres i dialogavtalene. I tillegg er det viktig at dialogavtalene er dynamiske og inneholder de til enhver tid gjeldende målsettingene for UNN.

Styrets dialogavtale med administrerende direktør vil danne et viktig utgangspunkt for planprosessene rundt virksomhetsstyringen hvert år.

Konklusjon

Direktøren ber om at styret godkjenner forslaget til dialogavtale for direktøren for 2017.

Tromsø, 29.1.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Forslag til administrerende direktørs dialogavtale for 2017

Forslag til dialogavtale for administrerende direktør - 2017

Forskning

- UNN skal, i samarbeid med Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø, legge til rette for gjennomføringen av Tromsøundersøkelsen (Tromsø 7).
- UNN skal videreføre satsingen på forskning for å nå målene i den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21.

Kvalitet og pasientsikkerhet

- UNN skal utarbeide fullstendige beredskapsplaner og treårig rullerende plan for øvelser i beredskapssammenheng.
- UNN skal ha fokus på å utvikle seg som en lærende organisasjon, der resultatene fra kvalitetsregistre, tilsyn og revisjoner skal brukes til utvikling og forbedring.
- UNN skal rette økt oppmerksomhet mot pasientenes opplevelse av kvaliteten på behandlingen.
- UNN skal slutføre implementeringen av Pasientsikkerhetsprogrammet i relevante enheter.
- Ledelses- og kvalitetsinformasjonssystemene skal videreutvikles og anvendes til å presentere relevant klinisk og faglig kvalitetsinformasjon til styrings-, lærings- og forbedringsarbeid.
- UNN skal konsolidere bruk av KVAM-strukturer for å fremme kvalitetsforbedringsarbeid.
- UNN skal fortsatt utdanne medarbeidere i prosessforbedring med Lean som metode.
- UNN skal stadig ha fokus på å nå målet om null fristbrudd.
- UNN skal arbeide målrettet og kontinuerlig med å redusere antall langtidsventende.
- UNN skal utvikle og endre virksomheten for å sikre at kravene i ny pasient- og brukerrettighetslov overholdes.

Pasientforløp

- UNN skal følge opp implementeringen av pakkeforløpene for pasienter med mistenkt kreft og arbeide for å overholde standard forløpstid.
- UNN skal arbeide for å utjevne variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester og sikre et likeverdig tilbud for regionen.
- UNN skal ha kontinuerlig fokus på at pasienthotellet benyttes for å bidra til dreningen fra døgn- til dagbehandling.

Pasient- og brukervedvirkning

- UNN skal involvere pasienter og brukere i arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forskning.
- UNN skal videreføre arbeidet med å utvikle beslutningsstøtteverktøy for pasientmedvirkning.

Samhandling og funksjonsfordeling

- UNN skal bruke den nyetablerte arenaen for samhandling med avtalespesialistene og andre private aktører til å sikre god samling også med disse aktørene.
- UNN skal utvikle en tydeligere funksjonsfordeling mellom region- og lokalsykehusfunksjonene, både internt og i samarbeidet med de andre helseforetakene i regionen.

- UNN skal definere lokalsykehusfunksjonen ved UNN Tromsø tydeligere, og slik bidra til løse kapasitetsutfordringene.

Utdanning og rekruttering

- UNN skal øke antall lærlinger.
- UNN skal utvikle og bredde ut bruken av e-læring som et verktøy for utdanning og kompetanseutvikling.

Teknologi og e-helse

- UNN skal gjennomføre FIKS-prosjektet og være en aktiv bidragsyter i utviklingen av strukturert journal, samt prosess og beslutningsstøtte i den elektroniske pasientjournalen.
- UNN skal anvende ny og tilgjengelig teknologi for å fremme effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen.

Annet

- UNN skal samordne IKT-prosjektene og byggeprosjektene med organisasjonsutvikling, samt prosessforbedring med Lean-metoden, for å oppnå forbedringer i kvalitet og driftsøkonomi.
- UNN skal ha et særskilt fokus på utfordringene rundt operasjonskapasiteten gjennom utbyggingsfasen for A-fløya.
- Ved alle store investeringsprosjekter skal det gjennomføres en koordinert organisasjonsutviklingsprosess.
- UNN skal videreføre satsingen på aktivitetsbasert bemanning for å oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen og bedre arbeidsmiljø.
- UNN skal følge opp resultatene fra medarbeiderundersøkelsen.
- UNN skal ha en målsetting om et sykefravær under 7,5 %.
- UNN skal ha et systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid som understøtter foretakets visjon og bidrar til kontinuerlig utvikling og forbedring.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
12/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10. 2.2016
Saksansvarlig: Jorhill Andreassen		Saksbehandler: Jorhill Andreassen

Fastsetting av direktørens lønn

Innstilling til vedtak

Saken legges frem for styret på behandlingstidspunktet.

Tromsø, 29.1.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
13/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.2.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene til orientering.

Skriftlige orienteringer

1. Informasjonssikkerhet ved UNN - *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13, jf. Fvl. § 13.*
2. Innsatsstyrt finansiering (ISF) – avregning 2014

Muntlige orienteringer

3. Endringer ISF 2016
4. Domsavsigelse vedrørende anskaffelse av leielokaler for ambulansevirkosomhet
5. Utvidet revisjon av utbyggingsprosjektene 2016
6. Protonsenter – konseptfaseutredning
7. Svar på søknad om investering i SPECT/CT-scanner
8. Alvorlig hendelse ved UNN - *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13 jf. Hpl. § 21 jf. 23.*

Tromsø, 3.2.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Sak: ISF avregning 2014
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Tor Ingebrigtsen
Møtedato: 10.2.2016

Sammendrag

ISF avregningen for 2014 viser at UNN har inntektsført 52,0 mill kr for lite i ISF inntekter i 2014. Korrigeringen blir inntektsført i desember 2015. Antall DRG poeng og DRG indeks for 2014 er korrekt.

Feilen i inntektene for 2014 har ingen betydning for Samdata, sammenligning av lokalsykehus eller kostnadsvekstarbeidet (rapportering for beregning av DRG-vekt). Antall DRG poeng og kostnadssiden i regnskapet er grunnlag for rapporteringen.

Resultat utover styringsmål overføres normalt sett til investeringsramme påfølgende år. Etter ferdigstilt regnskap for 2015 må vi søke Helse Nord RHF om å få overført overskudd fra 2015 til økte investeringsrammer for 2016.

Feilen fra 2014 skyldes feil i oppsett i intern modell. Dette kunne vært oppdaget ved å kontrollregne utenfor modellen. I tillegg burde det vært oppdaget i månedlig oppfølging av ISF inntektene. Økonomisjefen har iverksatt ekstra tiltak for ytterligere kvalitetssikring av store regnskapsposter fremover.

Bakgrunn og saksutredning

ISF avregningen for 2014 viser at UNN har inntektsført 52,0 mill kr for lite i ISF inntekter i 2014. Avregningen for 2014 kom i desember 2015 (som normalt). Korrigeringen blir inntektsført i desember 2015. Antall DRG poeng og DRG indeks for 2014 er korrekt.

Feil inntektsføring

Ifølge tall fra NPR har UNN krav på ISF refusjon for til sammen 59 600 DRG poeng (egen aktivitet), som utgjør 991 mill kr. Regnskapet for 2014 viser at UNN har inntektsført 938 mill kr, 52 mill kr lavere enn hva NPR tallene viser. Feilkilden er vår interne ISF modell som omregner produserte DRG poeng til kronebeløp og gjaldt ISF av kommunal medfinansiering.

Endring 2013-2014

Fra og med januar 2014 ble ISF satsen økt fra 40 % til 50 %. Dette ble håndtert med redusert basisramme og høyere ISF inntekter. Akkumulert for hele året endte ISF på -40,5 mill kr i forhold til budsjett (tabell 1)

Tabell 1. Regnskap 2014

art	regnskap 2014	budsjett 2014	avvik
3200	-924 105 678	-972 510 000	-48 404 322
3201	-9 859 608	-2 635 800	7 223 808
3202	-47 560 538	-50 965 000	-3 404 462
3203	-14 555 604	-16 187 000	-1 631 396
3205	-48 926 400	-48 926 400	-
3207	-673 197	-	673 197
3208	-6 200 000	-8 000 000	-1 800 000
3209	-226 048 302	-219 253 000	6 795 302
Totalsum	-1 277 929 328	-1 318 477 200	-40 547 872

ISF inntektene for 2013, omregnet til 50 % refusjon, var på 1,304 mrd kr. Budsjettet for 2014 økte med til sammen 35 mill kr (27 mill kr indeksregulering og 8 mill kr i forbindelse med planlagt økt aktivitet (ablasjoner og kreft))

Konsekvenser

Regnskap 2015 og budsjett 2016

Regnskapsføringen av ISF inntektene er riktig for 2015. Budsjettopplegget for 2016 er basert på riktig prognose. Den ekstra inntektsføringen vedørende avregningen fra 2014 gjøres i desember 2015. Dette er en engangskorrigerende som påvirker årets resultat direkte, men som ikke påvirker budsjettopplegget for 2016.

Prognosen for 2015 er +60 mill kr (20 mill kr høyere enn styringsmål). Korrigert prognose inkludert avregningen fra 2014 er +120 mill kr. (+80 mill kr bedre enn styringsmål).

Økt investeringsramme

Etter endelig regnskapsavslutning må vi søke styret i RHF om å få økt investeringsramme som følge av realisert overskudd i 2015.

Samdata, Helse Nords sammenligning av lokalsykehus og kostnadsvekstarbeid (KVR)

Feilen i inntektene for 2014 har ingen betydning for Samdata, sammenligning av lokalsykehus eller kostnadsvekstarbeidet (rapportering for beregning av DRG-vekt). Antall DRG poeng og kostnadssiden i regnskapet er grunnlag for rapporteringen, ikke inntektene.

Iverksettelse av nye rutiner

Feilen fra 2014 skyldes feil i oppsett i intern modell. Dette kunne vært oppdaget ved å kontrollregne utenfor modellen. I tillegg burde det vært oppdaget i månedlig oppfølging av ISF inntektene.

1. Fra og med januar 2015 når ISF inntektene ble fordelt ut til klinikkene ble det samtidig innført en kontroll av inntektsføringene ved at beregningene av DRG-poeng til kronebeløp gjøre to ganger på to ulike metoder. En som gjelder totalt for UNN og en som gjelder det som fordeles til klinikkene. Disse sammenlignes og kontrolleres.
2. I tillegg til gjennomgangen vedrørende ISF inntektsføringen, så har vi også gjennomgått andre store regnskapsposter som i dag krever manuell utarbeidelse. Også for disse

postene (variabellønnsavsetning, poliklinikkoppgjør, sykelønnsrefusjoner) er ny rutine at disse kontrollregnes utenfor modellene før hver periodeavslutning.

3. Før hver periodeavslutning har vi allerede etablert en fast gjennomgang for å kvalitetssikre regnskapet med sjekklister som oppdateres kontinuerlig. I tillegg utvides gjennomgangen til en bredere kontroll av sammenhengene mellom regnskap og aktivitet.

Vurdering og konklusjon

Feil i inntektsføring av ISF inntekter kunne vært unngått ved bedre rutiner for kontroll av interne modeller og månedlig oppfølging.

Budsjettoplegget for 2016 er ikke påvirket av korrigeringen fra 2014.

Resultat utover styringsmål overføres normalt sett til investeringsramme påfølgende år. Etter endelig regnskapsavslutning må vi søke styret i RHF om å få økt investeringsramme som følge av realisert overskudd i 2015.

Rutiner i forbindelse med kontroll av interne modeller er forbedret og det er i tillegg iverksatt nye rutiner som skal forhindre at tilsvarende hendelse skjer.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
14/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.2.2016
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar referatsakene til orientering.

1. Referat fra Ungdomsrådet UNN, datert 7.12.2015
2. Brev fra Helse Nord RHF, vedrørende *Svar på søknad om investering i SPECT/CT-scanner*, datert 14.12.2015
3. Brev fra Fylkesmannen i Troms, vedrørende *Anmodning om opplysninger – utskrivningsklare pasienter* ved UNN, datert 6.1.2016
4. Referat fra møte mellom Nord-Troms-kommunene, Helse Nord RHF og UNN, datert 8.1.2016
5. Brev fra arbeidstilsynet vedrørende Røntgenavdelingen, Diagnostisk klinikk, datert 11.1.2016 - *unntatt fra offentlighet i medhold av offl. § 13, jf. Fvl. § 13.*
6. Melding fra Helse Nord RHF om at Hanne Iversen er innvilget fritak fra styrevervet ved UNN, datert 11.1.2016
7. Protokoll fra foretaksmøtet mellom HOD og Helse Nord RHF om Oppdragsdokument 2016, datert 12.1.2016
8. Felles høringssvar fra UNN og Helsefak - Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020, datert 19.1.2016
9. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 26.1.2016
10. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten 26.1.2016
11. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte 26.1.2016
12. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 27.1.2016
13. Nye vedtekter for UNN – besluttet av foretaksmøte 3.2.2016
14. Signert protokoll fra foretaksmøte UNN 3.2.2016

Tromsø, 4.2.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



MØTEREFERAT

Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Mandag 071215 kl 12-16

Møtested: Bupa T-115 og videokonferanse

Tilstede: Medlemmer: Oda Kjærvik (leder), Vegar Adriansen, Regine Elvevold, Helene Westgaard, August Sæther,

Koordinator/rådgiver: Mariann Sundström, Elisabeth Warvik (referent)

Forfall: Magnhild Hjelme (nestleder), Eline Isaksen, Eirik Walør Fagertun (vara) og Torje Hanssen
Midlertidig koordinator Martha Bergum

Saksliste

UR-4/15 Godkjenning av referat fra forrige møte

Referat godkjent uten merknader. Elisabeth orienterte kort fra møtet i Brukerutvalget hvor vi var invitert for å gi dem en status på arbeidet med å etablere ungdomsråd.

UR-5/15 Orienteringssaker

Fra møtet i Oslo 251115: Lansering av retningslinjene for reell medvirkning og workshop

Oda, Magnhild, Mariann og Elisabeth deltok på møtet. Vi gikk dessverre glipp av frokostmøtet men deltok på en spennende workshop med flere team, blant annet om medvirkning og inkluderende møter. Oda oppsummerte fra møtet. Språket var litt formelt og det ble sagt mye på kort tid. Det var veldig bra å få møte andre ungdomsråd og koordinatører. Ungdomsrådene planlegger å lage seg en felles facebookgruppe. Det planlegges også et tettere samarbeid mellom rådene og koordinatorene. Koordinatorene skal være mest tilstede for å støtte ungdomsrådet. For øvrig skrive referat og følge opp prosesser.

Koordinatorrollen videre: Astrid utgår som koordinator da hun jobber mye pasientrettet. Assisterende avdelingssykepleier Martha Bergum skal være koordinator framover. Til daglig jobber hun på sengeposten i Barne- og ungdomsseksjonen som spesialsykepleier.

UR-6/15 Mandatet

Bakgrunn for saken: Det er en stund siden mandatet ble godkjent av klinikkledelsen i Barne- og ungdomsklinikken. Mandatet ble gjennomgått grundig og diskutert. Det ble fokus på mye og her nevnes aldersgruppen mht ungsområdets sammensetning, ungdomsråd og UNN ikke BUK (Barne- og ungdomsklinikken), ungdom som pårørende kan også være med, kommunikasjonsregler i rådet.

Vedtak: Forslag til endringer både mht ordlyd og noe innhold sendes klinikkledelsen i Barne- og ungdomsklinikken. Det ble vedtatt at ungdommer i alderen 12-25 kan sitte i rådet. Endelig mandat videre blir sendt medlemmene på nyåret.

UR-7/15 Saker videre i 2016 – prioriteringer med mer

Saker:

Det må jobbes med rekruttering av nye medlemmer: Det er et ønske at nytt medlem er i øvre aldersgruppe slik at vi får en til med erfaring fra overgang mellom ungdom og voksenbehandling.

Urettferdig behandling: Det er viktig å finne ut hva man gjør når man føler seg urettferdig behandlet. Hvem kan man kontakte og hvordan blir dette håndtert videre.

Psykatri og skolegang etter fylte 18 år: Det vises til et uheldig regelverk der man ikke har krav på tilbud om undervisning ved innleggelse frivillig i psykiatrien. Til forskjell så har man krav på et tilbud dersom man legges inn på tvang. Denne saken har vi lyst å løfte nasjonalt.

Gjøre Ungdomsrådet mer kjent: Brukerorganisasjonene - Det skal jobbes med å få til informasjonsutveksling mellom ungdomsrådet og flere brukerorganisasjoner. Kommunikasjonsavdelingen på UNN - Det skal også jobbes mot kommunikasjonsavdelingen slik at man kanskje kan få til informasjonsmateriell i form av film.

Facebookside: Vi har en lukket gruppe for medlemmene. Det er et ønske at det også skal lages en egen side til Ungdomsrådet med tanke på å nå ut til andre interesserte med informasjon osv.

UR-8/15 Neste møte i Ungdomsrådet

Det planlegges å avholde neste møte torsdag 04.02.15. Møtet finner sted på Finnsnes.

UR-9/15 Eventuelt

260516 er det planlagt en nasjonal konferanse til Tromsø som heter Helse for ungdom. Foredragsholder er Mia Børjeson. Det er et ønske at noen fra Ungdomsrådet deltar helt eller delvis. Vi kommer tilbake til saken.

Økonomi 2016. Det er laget et forslag til budsjett som er oversendt klinikksjefen for godkjenning. Mariann har også søkt Helse Nord om midler.

Nettsiden på UNN.no for Ungdomsrådet er klar. Det er også laget en tilsvarende på sykehusets intranettsider.

Neste møte i Ungdomsrådet UNN: 071215, medlemmer utenbys deltar på videokonferanse

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

SENDES KUN ELEKTRONISK

Deres ref.:

Vår ref.:
2015/716

Saksbehandler/dir.tlf.:
Anne Berit Sund, 75 51 29 38

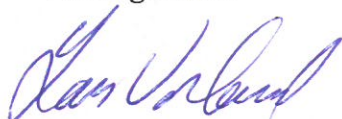
Sted/Dato:
Bodø, 14.12.2015

Svar på søknad om investering i SPECT-CT skanner

Det vises til søknad mottatt per e-post den 25. november 2015 vedrørende investering i SPECT-CT skanner. Investeringen er behandlet og vedtatt i styremøte i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, i tråd med konsernbestemmelser for investering i Helse Nord.

Søknaden innvilges.

Vennlig hilsen



Lars Vorland
Adm. direktør

Saksbehandler
Knut-Ivar BerglundTelefon
77 64 21 47Vår dato
06.01.2016
Deres datoVår ref.
2015/6903 - 2
Deres ref.Arkivkode
734.0

Midlertidig sperret

Tromsø Kommune
ved Byråd for Helse og Omsorg Gunhild Johansen
Rådhuset Postboks 6900
9299 TROMSØ

Anmodning om opplysninger - Utskrivningsklare pasienter ved UNN

Fylkesmannen i Troms har den 11. desember mottatt kopi av brev fra Universitetssykehuset i Nord- Norge HF(UNN) ved administrerende direktør Tor Ingebrigtsen til Helse Nord RHF ved administrerende direktør Lars Vorland. Brevet er en bekymringsmelding til Helse Nord RHF som eier, på bakgrunn av det høye antallet utskrivningsklare pasienter som har blitt liggende på UNN den siste tiden (kopi av brev er vedlagt).

Den 4. desember var det totalt 27 utskrivningsklare pasienter ved UNN HF Tromsø og majoriteten av disse var hjemmehørende i Tromsø kommune. UNN direktøren redegjør for at trenden har vært oppadgående og antallet utskrivningsklare pasienter nå ser ut til å stabilisere seg på et høyt nivå.

Fylkesmannen vurderer at dette er en svært bekymringsfull utvikling som medfører stor risiko for uønskede pasienthendelser. Utskrivningsklare pasienter opptar nødvendig kapasitet som UNN har behov for til blant annet øyeblikkelig hjelp pasienter fra hele landsdelen. I tillegg påvirker dette den øvrige planlagte helsehjelpen som UNN HF er pliktig til å gi til befolkningen. Pasienter som står på venteliste for vurdering av uavklarte tilstander får ikke det helsetilbudet de har krav på, og som UNN HF har plikt til å yte. Planlagte innleggelses må utsettes og påfører pasienter unødvendigventetid og skaper fristbrudd. Dette skaper store problemer for driften ved UNN HF Tromsø.

Utskrivningsklare pasienter medfører også risiko for pasientsikkerheten på UNN HF når disse tar opp kapasitet på avdelingene som har spesialisert kompetanse i forhold til pasientenes sykdomstilstand. Pasienter må som følge av plassmangel flyttes internt på sykehuset mellom avdelinger og dette medfører økt fare for kvalitetssvikt. Pasienter som må flyttes rundt og som blir liggende lenge på sykehuset representerer også en stor smitterisiko for andre pasienter og vil selv være i posisjon for å pådra seg sykehusinfeksjoner. Dette gjelder spesielt geriatriske pasienter som også er mest utsatt for infeksjonssykdom. Dette er svært uheldig.

Fylkesmannen har tidligere adressert dette problemet til Tromsø kommune. Vi registrerer imidlertid at Tromsø kommune ikke har klart å løse problemet med å ta i mot sine utskrivningsklare pasienter fra UNN HF Tromsø.



På bakgrunn av henvendelsen har vi startet tilsynssak med hjemmel i helsetilsynsloven § 2. Vi viser videre til helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 som omhandler virksomhetens plikt til å gi opplysninger til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen.

Etter forvaltningsloven § 14 kan pålegget om å gi opplysninger påklages dersom man mener at det ikke foreligger en plikt eller lovlig adgang til å gi opplysningene. Klagen, som kan være muntlig, må fremsettes innen tre dager.

- Fylkesmannen i Troms ber om en redegjørelse fra Tromsø kommune der det klart går frem hvilke tiltak som er planlagt iverksatt for på kort sikt å redusere kommunens andel av utskrivningsklare pasienter på UNN HF.
- Vi ber også om en redegjørelse for når disse tiltakene skal effektueres og hvilken effekt disse vil ha på kommunens evne til snarlig å redusere antallet utskrivningsklare pasienter på UNN HF.
- Vi ber Tromsø kommune legge frem konkrete planer og tilhørende risikoanalyse knyttet til planlagte tiltak på kort og lang sikt som Tromsø kommune vil gjennomføre for å ta i mot egne utskrivningsklare pasienter fra UNN HF.
- Fylkesmannen i Troms ber om en redegjørelse for planer som kommunen har i forhold til etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser (KAD) som er lovpålagt innen 1.1.2016.
- Dersom antallet KAD plasser avviker fra Helsedirektoratets måltall i forhold til antall innbyggere og finansiering ber vi om en redegjørelse for dette, og hvilke risikovurderinger som er lagt til grunn for et eventuelt avvik.

Svarfrist

Vi ber om at henvendelsen besvares så snart som mulig og senest **innen tre uker.**

Med hilsen

Svein R. Steinert
fylkeslege

Knut-Ivar Berglund
assisterende fylkeslege

Vedlegg: Kopi av brev til Helse Nord

Kopi til:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
v/administrerende direktør

Postboks 100 Langnes 9038 TROMSØ

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ikke håndskrevne signaturer.

REFERAT FRA MØTE MELLOM NORD TROMS KOMMUNE (Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord og Kvæningen), HELSE NORD RHF OG UNN HF

Møtetid og sted: 08.01.16 kl. 13.00 i UNN's lokaler

Tilstede: adm. dir Helse Nord Lars Vorland, styreleder Helse Nord Bjørn Kaldhol, direktør UNN Tor Ingebrigtsen, styreleder UNN Jorhill Andreassen, ordfører Nordreisa Øyvind Evanger, DMS leder Nord Troms Aina Karoline Hagen, ordfører Skjervøy Ørjan Albrigsten, leder sykestua Skjervøy Åshild Hansen, ordfører Eirik Losnegaard Mevik, kommunelege Kvæningen Kjell Nysveen, ordfører Kåfjord Svein Leiros, rådmann Kåfjord Einar Pedersen, rådmann Nordreisa/OSO medlem for Nord Troms Anne-Marie Gaino

Møtetema: finansiering av sykestuesengene i Nord Troms fom 2016

Nord Troms kommunene har for 2016 fått finansiering av sykestuesengene under den forutsetning at sengene lokaliseres til DMS Nord Troms på Storslett.

Nord Troms kommunene har ikke innfridd forutsetningen og hadde med den bakgrunn bedt om et møte med Helse Nord og UNN. Målet var å avklare årets finansiering og bli enig om en strategi fremover.

I forkant av møtet hadde ordførerne i Nord Troms 4 kommet med et forslag til midlertidig løsning:

- Helse Nord/UNN lager en evaluering av sykestuesengene i Nord-Troms 4, som går på drift og bruk av sykestuesengene. En slik evaluering må, i tillegg til det faglige, beskrive hva en sentralisering, eventuell bortfall av denne tjenesten vil bety for befolkningen i Nord-Troms, for Helse Nord og for Unn. Denne evalueringa må ta for seg alle aspekter, som faglig oppfølging, samfunnsøkonomi og beredskap. Nord-Troms 4 må være medvirkende i evalueringen.
- Nord-Troms 4 ønsker å komme i prosess med Helse Nord og UNN om videreføring av sykestuetilbudet med bakgrunn i denne evalueringa.
- Nord-Troms 4 og Helse Nord/UNN inngår en avtale som sikrer finansiering av sykestuesengene i 2016 og til prosessen med videreføring av sykestuetilbudet er ferdigstilt.

Det ble i møtet enighet om følgende:

- Helse Nord/UNN lager en evaluering av sykestuesengene i Nord-Troms 4, som går på drift og bruk av sykestuesengene. Nord-Troms 4 må være medvirkende i evalueringen. Helse Nord utarbeider forslag til mandat for evalueringen som presenteres for Nord-Troms 4, før selve utredningen starter.
- Dagens finansiering av sykestuesengene i Nord Troms videreføres i 2016 og 2017.
- Den ferdigstilte evalueringen legges frem for styret i Helse Nord. Styret gjør vedtak om drift og finansiering av sykestuesengene fra og med 01.01.2018.
- Helse Nord støtter en statlig finansiering av sykestuesengene i Nord Troms, etter samme modell som i Finnmark, dersom det politisk lykkes å få disse finansiert over Statsbudsjettet.

Anne-Marie Gaino, referent



Fra: Paulke Karin Emmy Liska

Sendt: 11. januar 2016 20:08

Til: Jorhill Andreassen; Hanne C. Iversen

Kopi: Vorland Lars; Bjørn Kaldhol; Ingebrigtsen Tor; Hovden Leif; Fanghol Kristian

Emne: Søknad om fritak - tilbakemelding fra Helse Nord RHF

Vi viser til e-post fra Hanne Iversen av 08JAN2016 ad. søknad om fritak fra styreverv i Universitetssykehuset Nord-Norge HF etter at hun ble utnevnt til statssekretær medio DES2015, se nedenfor.

Styret i Helse Nord RHF har i dag behandlet søknaden elektronisk. Søknaden innvilges. Samtidig har styret besluttet at det ikke gjennomføres suppleringsvalg til styret i HF-et, siden prosessen for valg av HF-styrer for perioden 2016-2018 nå starter med en forventet oppnevning i MAR/APR2016.

Vi benytter anledningen til å ønske Hanne Iversen LYKKE TIL med jobben som statssekretær og takker samtidig for innsatsen som styremedlem i Universitetssykehuset Nord-Norge HF!

Vennlig hilsen

Karin Paulke

Karin Paulke | stabsdirektør
Helse Nord RHF | Administrasjonsavdelingen

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF

Krav og rammer m.v. for 2016

Foreløpig versjon

Innholdsfortegnelse

Sak 1	Foretaksmøtet konstitueres	2
Sak 2	Dagsorden	2
Sak 3	Krav og rammer for 2016.....	2
3.1	Styring og oppfølging	2
3.2	Organisatoriske krav og rammer	4
3.2.1	Bemanning	4
3.2.2	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	4
3.2.3	Beredskap.....	4
3.2.4	Etablering av ungdomsråd.....	5
3.2.5	Avtalespesialistordningen	5
3.2.6	Rammevilkår for ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester	5
3.2.7	Deltakelse i utviklingsarbeid.....	5
3.2.8	Fritt behandlingsvalg.....	6
3.2.9	Samarbeid i nordområdene	6
3.3	Økonomiske krav og rammer	6
3.3.1	Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskreditrammen	6
3.3.2	Investeringer og lån.....	7
3.3.3	Måling av kostnad pr. pasient	7
3.3.4	Nøytral merverdiavgift for helseforetakene	8

Foreløpig versjon

PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE NORD RHF

Tirsdag 12. januar 2016 kl. 13.30 ble det avholdt felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene i Auditoriet i R5, Akersgata 59, Oslo.

Dagsorden

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Sak 2 Dagsorden

Sak 3 Krav og rammer for 2016

Fra Helse- og omsorgsdepartementet møte

Helse- og omsorgsminister Bent Høie

Fra styret møte

Styreleder Marianne Telle

Nestleder Inger-Lise Strøm

Kari Jørgensen

Johnny-Leo L. Jernsletten

Svenn Are Jenssen

Kari B. Sandnes

Ann Mari Jenssen

Fra administrasjonen møte

Administrerende direktør Lars Vorland

Også til stede

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen

Politisk rådgiver Fredrik Wang Gierløff

Ekspedisjonssjef Frode Myrvold

Fung. ekspedisjonssjef Cathrine Dammen

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med lov om Riksrevisjonen § 13 og møtte ved Agnes Aaby Hirsch og Eivor Hovde Hoff.

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Helse- og omsorgsminister Bent Høie ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Styreleder Marianne Telle og helse- og omsorgsminister Bent Høie ble valgt til å skrive under protokollen.

Sak 2 Dagsorden

Helse- og omsorgsminister Bent Høie spurte om det var merknader til dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Krav og rammer for 2016**3.1 Styring og oppfølging**

Det ble vist til oppdragsdokumentet for 2016. Det ble lagt til grunn at foretakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet og foretaksmøtet, innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetak.

I oppdragsdokumentet for 2016 framgår det at de regionale helseforetakene i 2016 skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Foretakene skal forholde seg til krav og føringer som følger av regjeringens eierskapspolitikk (jf. Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*). Foretakene skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk som også bidrar til å sikre tilgang på helsepersonell i framtiden og forsikre seg om at ansatte hos leverandører, også i andre land, har forsvarlige vilkår. Videre skal foretakene være i fremste rekke når det gjelder arbeidet med klima- og miljøtiltak.

Forslagene som er lagt fram i Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* vil få stor innvirkning på helseforetakene. Stortinget skal behandle meldingen våren 2016. Styrene i de regionale helseforetakene må gjøre seg kjent med innholdet og starte arbeidet med å forberede virksomhetene på forslagene som ligger i Nasjonal helse- og sykehusplan for eksempel gjennom datainnhenting og forberedende dialog med kommunene.

Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver en framtidsrettet spesialisthelsetjeneste som stiller nye krav til ledelse. Pasientenes helsetjeneste fordrer ledelse som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og som har stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon. Foretaksmøtet la til grunn at ny nasjonal bemanningsmodell som er utviklet av de regionale helseforetakene tas i bruk for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov lokalt og regionalt. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene legger til rette for samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester om ledelse og lederutvikling, jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*.

Det vil være behov for en samlet plan for utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet i hvert av de regionale helseforetakene. En slik regional utviklingsplan må fange opp samlet demografisk utvikling, sykdomsutvikling, fordeling av oppgaver mellom helseforetakene og samlet kapasitetsbehov. Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene oppdaterer overordnede planer for regionen etter at Nasjonal helse- og sykehusplan er behandlet i Stortinget. Regjeringen legger opp til å legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan hvert fjerde år. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene tilpasser planprosessene tilsvarende og har like tidshorisonter for sitt planarbeid.

De regionale helseforetakene skal i fellesskap, og i regi av Sykehusbygg HF, utarbeide en veileder for utviklingsplanarbeidet innen 1. mai 2016. Helse- og omsorgsdepartementet vil delta som observatør i arbeidet. Hovedelementet i utviklingsplanen skal være virksomhetsdelen og skal beskrive status for helseforetakets aktivitet og virksomhet. Denne skal gi grunnlag for å beskrive endringer i virksomheten og tallfeste det framtidige aktivitetsnivået og kapasitetsbehovet. Virksomhetsdelen av utviklingsplanen skal vise mulige endringer i oppgavefordeling og sykehusstruktur, aktivitet, kapasitetsbehov, organisering og driftsøkonomi, samt konsekvenser av endringer og alternative løsninger. Veilederen skal sikre forsvarlig utredning og gode lokale prosesser i utviklingsplanarbeidet. Vesentlige endringer skal ikke skje uten forsvarlig utredning av konsekvensene. Det vil også bli satt krav om at utviklingsplanene skal kvalitetssikres av eksterne fagmiljøer.

Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene følger opp forhold som omtalt i Dokument 3:12 (2014–2015) *Riksrevisjonens undersøkelse av pleieressursene i helseforetakene*, samt Dokument 3:2 (2015–2016) Sak 4 *Helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnekirurgisk pasientbehandling*.

Pasientsikkerhet og kvalitet er et ansvar for ledere på alle nivåer. Styrene skal ha en aktiv rolle for å sikre at foretakenes samlede virksomhetsstyring omfatter bedre etterlevelse av faglige retningslinjer, standardisering på flere områder og erfaringsoverføring basert på beste praksis. Foretaksmøtet viste i den forbindelse til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten som er sendt på høring med frist 2. februar 2016.

Foretaksmøtet viste til tidligere stilte krav om felles opplegg for de regionale helseforetakene for en årlig gjennomgang av kvaliteten i helseforetakene, basert på foreliggende sammenlignbar statistikk. Helsedirektoratet arbeider med en løsning som skal gi relevant informasjon på nasjonalt og regionalt nivå og som kan benyttes i denne sammenhengen. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene deltar i arbeidet.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene:

- om fortsatt å prioritere ledelse og lederutvikling som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og ha stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon
- om å ta i bruk ny nasjonal bemanningsmodell for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov lokalt og regionalt
- om å legge til rette for samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten om ledelse og lederutvikling
- oppdatere overordnede planer for regionen etter at Nasjonal helse- og sykehusplan er behandlet i Stortinget
- utarbeide felles veileder for arbeidet med utviklingsplaner
- gjennomføre årlig gjennomgang av helseforetakene basert på foreliggende sammenlignbar statistikk jf. tidligere stilte krav og delta i arbeid med Helsedirektoratet om dette

3.2 Organisasjonelle krav og rammer

3.2.1 Bemanning

Foretaksmøtet viste til oppdragsdokumentet der det blir understreket at helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid er viktig både av hensyn til pasienter og ansatte. Foretaksmøtet understreket betydningen av å arbeide med lærings- og forbedringstiltak og tiltak på systemnivå for å bedre pasientsikkerheten, og se dette i sammenheng med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Det ble videre vist til tidligere stilte krav om flere faste stillinger og arbeidet med å utvikle en heltidskultur. Foretaksmøtet viste også til at vikarbruken bør reduseres der det er mulig. Foretaksmøtet minnet også om at det er et ledelsesansvar å sikre en riktig og forsvarlig bemanning i forhold til aktivitet. Foretaksmøtet viste til at spesialisthelsetjenesten som en sektor med høy kvinneandel, bør ha et særlig ansvar for å bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene:

- om å videreføre arbeidet for å bedre pasientsikkerheten og se dette i sammenheng med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid
- ha fortsatt oppmerksomhet på bruken av faste stillinger, heltid og vikarer, og at bemanningen må tilpasses til aktiviteten
- bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå

3.2.2 Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

Foretaksmøtet understreket viktigheten av at de regionale helseforetakene arbeider helhetlig og målrettet med informasjonssikkerhet. Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet for medisinsk-teknisk utstyr (Dokument 3:2 (2015–2016) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014*) påpeker flere avvik.

Det skal etableres rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører. De regionale helseforetakene skal i samarbeid vurdere organiseringen av enheter for medisinsk-teknisk utstyr og øvrige enheter innen IKT for å sikre en samlet tilnærming og kompetanse på informasjon og personvern i sykehusenes systemer.

De regionale helseforetakene og Direktoratet for e-helse må samarbeide om felles IKT-tiltak, og inngå felles økonomiske avtaler der det er hensiktsmessig. Direktoratet for e-helse skal videreutvikle modeller for aktivitets- og tjenestepriking i 2016 og de regionale helseforetakene skal delta i dette arbeidet. De regionale helseforetakene ble videre bedt om å bidra i arbeidet med utvikling av Nasjonalt senter for e-helseforskning, samt gjøre seg kjent med Digitaliseringsrundskrivet (H-17/2015).

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- etablere systemer og rutiner som sikrer oppfølging og lukking av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet
- etablere rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører
- i samarbeid vurdere organiseringen av enheter for medisinsk-teknisk utstyr og øvrige enheter innen IKT for å sikre en samlet tilnærming og kompetanse på informasjon og personvern i sykehusenes systemer
- samarbeide med Direktoratet for e-helse om felles IKT-tiltak
- bidra i arbeidet med utvikling av Nasjonalt senter for e-helseforskning

3.2.3 Beredskap

Foretaksmøtet viste til tidligere krav om at helseforetakene skal ha oppdaterte beredskapsplaner som omfatter systemer for å forebygge, oppdage og varsle hendelser, og systemer for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Planene skal være koordinerte mellom berørte parter og det skal gjennomføres regelmessige beredskapsøvelser. Helsedirektoratet har fått en ny rolle som statlig samvirkepartner i redningsledelsen ved hovedredningssentraler og i lokale redningssentraler. De regionale helseforetakene får et delegert ansvar fra Helsedirektoratet i denne forbindelse.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- videreføre arbeidet med å gjennomføre risikoanalyser og sikre god beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og IKT, sikre at planene og systemene er koordinert med berørte parter, og gjennomføre øvelser regelmessig
- rapportere årlig på det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet
- bidra i redningsledelsen ved hovedredningsentralene og i lokale redningsentraler

3.2.4 Etablering av ungdomsråd

Brukermedvirkning er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven og i helseforetaksloven. Regjeringen ønsker mer enhetlig praksis ved oppnevning av brukerutvalg og brukermedvirkning i styrene. Det er derfor stilt krav om etablering av felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak. Det er ønskelig at retningslinjene også har bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om at det i felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak tas inn bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

3.2.5 Avtalespesialistordningen

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å koordinere utvikling på avtalespesialistområdet med Helsedirektoratets arbeid knyttet til pilotprosjekter på rettighetsvurdering og utdanning i avtalepraksis, samt mulige endringer i avtalelegenes inntektssystem. Helse Sør-Øst skal delta med minst fire piloter, Helse Vest med minst tre piloter og Helse Midt-Norge og Helse Nord med minst en pilot hver i prosjektet knyttet til utdanning i avtalepraksis. De regionale helseforetakene skal videre følge opp Riksrevisjonens anbefalinger i Dokument 3:2 (2015–2016) Sak 2 *De regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister*.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å videreføre arbeidet på avtalespesialistområdet i tråd med gitte føringer.

3.2.6 Rammevilkår for ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester

Regjeringen har igangsatt et arbeid for å vurdere de ideelle organisasjonenes utfordringer knyttet til pensjon. Regjeringen har nedsatt et ekspertutvalg for å utrede grunnlaget for en eventuell statlig dekning av ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader. Utvalget skal legge fram sin utredning innen 30. juni 2016.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å vurdere tiltak for å videreføre og videreutvikle samarbeidet med ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester, herunder:

- vurdere bruk av tidsbestemte avtaler med oppsigelsesadgang (løpende avtaler) i forbindelse med innkjøp av spesialisthelsetjenester
- vurdere hvordan representanter for tjenesteyterne, herunder ideelle leverandører, i større grad kan involveres i drøfting av hvilke kvaliteter som bør etterspørres i fremtidige anskaffelser av konkrete tjenester
- inngå tettere samarbeid om planlegging og faglig utvikling med tjenesteleverandørene, herunder ideelle virksomheter
- vurdere bruk av konkurranser der pris er fastlagt på aktuelle tjenesteområder

3.2.7 Deltakelse i utviklingsarbeid

Det forutsettes at de regionale helseforetakene bidrar i utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten som er gitt i oppdrag til Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten som er gitt i oppdrag til Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.

3.2.8 Fritt behandlingsvalg

Fritt behandlingsvalg ble innført 1. november 2015. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bistå Helsedirektoratet med inn- og utfasing av tjenester i godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg. De regionale helseforetakene skal samarbeide med HELFO om oppfølging av leverandører.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i arbeidet med oppfølging av godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg.

3.2.9 Samarbeid i nordområdene

Regjeringen har iverksatt en rekke tiltak for å styrke det internasjonale samarbeidet i nord. Et viktig element i dette er å styrke det grenseoverskridende helsesamarbeidet. Foretaksmøtet viste til helsesamarbeidsprogrammet mellom Russland og Norge. Programmet omfatter bl.a. folkehelse, kriseberedskap og samarbeid ved akutte helsesituasjoner, miljøhelse, utdanning og forskning.

Foretaksmøtet ba Helse Nord RHF om å:

- bidra til å følge opp regjeringens mål for utviklingen i nordområdene
- legge til rette for god beredskap, øvelser og helsesamarbeid mellom helseforetak i regionen og samarbeidspartnere i Russland, Finland og Sverige

3.3 Økonomiske krav og rammer

3.3.1 Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskreditrammen

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen.

Avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen er videreført i 2016 og utgjør i alt 928 mill. kroner i effektiviseringskrav for de regionale helseforetakene i 2016. For at reformen i minst mulig grad skal påvirke mulighetene til å investere i nytt utstyr og bygg i 2016 er 597,5 mill. kroner tilbakeført i basisbevilgningen, slik at nettoeffekten utgjør om lag 330 mill. kroner.

Det vises for øvrig til Prop. 1 S Tillegg nr. 1 (2015–2016). Prognosene for antall asylsøkere kan gjøre det noe mer utfordrende å oppnå reduserte ventetider, samtidig som det kan medføre at noen investeringer kan bli utsatt.

Som et ledd i regjeringens tiltakspakke for økt sysselsetting, tildeles det et ettårig tilskudd til vedlikeholdstiltak til helseforetak i områder der arbeidsledigheten har økt mest. Midlene skal fordeles av de regionale helseforetakene etter en individuell vurdering. Det skal rapporteres på sysselsettingseffekten. Vedlikeholdstiltakene skal komme i tillegg til allerede planlagte vedlikeholdstiltak.

Det tildeles ikke midler til Helse Nord RHF.

Beregning av regnskapsmessig pensjonskostnad for 2016 er under utarbeidelse og det samlede kostnadsnivået for de regionale helseforetakene foreligger derfor ikke. Dersom det viser seg at det blir større endringer i forhold til det kostnadsnivået som er lagt til grunn i Prop. 1 S (2015–2016), vil det bli tatt stilling til om det er grunnlag for endringer i bevilgningen.

Endringer i driftskreditrammen

Hensyntatt endringer i Prop. 27 S (2015–2016) er samlet ramme for driftskreditt ved inngangen til 2016 på 6 196 mill. kroner. I Prop. 1 S (2015–2016) er det lagt til grunn at pensjonspremien blir 4 350 mill. kroner lavere enn pensjonskostnaden i 2016, og driftskreditrammen skal nedjusteres tilsvarende.

Driftskredittrammen reduseres med 4 350 mill. kroner fra 6 196 mill. kroner til 1 846 mill. kroner ved utgangen av 2016.

Helse Nord RHF sin andel av denne justeringen utgjør 558 mill. kroner. Helse Nord vil derfor få sin driftskredittramme justert tilsvarende, fra 799 mill. kroner til 241 mill. kroner ved utgangen av 2016.

Foretaksmøtet la til grunn at:

- Helse Nord RHF skal drive sin virksomhet innenfor en driftskredittramme på 241 mill. kroner pr. 31. desember 2016
- foretaksgruppen i Helse Nord innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2015–2016), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2016, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid

3.3.2 Investeringer og lån

Det vises til tidligere krav om at det skal være etablert verktøy som viser tilstandsgrad ved norske sykehus. Det settes nå krav om at tilstandsgraden for sykehusbygg kartlegges i 2016 og at denne kartleggingen oppdateres hvert fjerde år. Sykehusbygg HF skal blant annet sikre gjenbruk av løsninger og erfaringsoverføringer. Dette fordrer at helseforetakene evaluerer sine sykehusprosjekter etter at byggene er tatt i bruk.

Foretaksmøtet forutsatte at:

- de regionale helseforetakene kartlegger tilstandsgraden for sykehusbygg i 2016 og at denne kartleggingen oppdateres hvert fjerde år
- helseforetakene evaluerer sine sykehusprosjekter etter at byggene er tatt i bruk

Lån til investeringer kan bare tas opp gjennom låneordningen som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. For 2016 er det bevilget totalt 1 229,9 mill. kroner i lån til investeringsformål til de regionale helseforetakene.

Helse Nord tildeles lån til etablering av PET-senter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Det gis et lån til prosjektet med en øvre ramme på 375 mill. 2016-kroner, som vil bli utbetalt i takt med framdriften i prosjektet.

Lån til nytt sykehus ved Finnmarkssykehuset i Kirkenes er vedtatt med en øvre låneramme på 600 mill. 2013-kroner. Gjenstående låneramme pr. 1. januar 2016 utgjør 418,91 mill. 2016-kroner.

Det er avsatt en øvre låneramme på 455 mill. 2012- kroner til ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Gjenstående låneramme pr. 1. januar 2016 utgjør 169,64 mill. 2016-kroner.

Det er avsatt en øvre låneramme på 1 328 mill. 2008-kroner til modernisering av Nordlandssykehuset HF, Bodø. Gjenstående låneramme pr. 1. januar 2016 utgjør 414,96 mill. 2016-kroner.

- For 2016 tildeles Helse Nord RHF 597,5 mill. kroner i lån. Det er satt av 362,5 mill. kroner til nytt sykehus ved Finnmarkssykehuset i Kirkenes, 55 mill. kroner til ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge, 130 mill. kroner til Nordlandssykehuset i Bodø og 50 mill. kroner til PET-senter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

3.3.3 Måling av kostnad pr. pasient

Foretaksmøtet viste til tidligere stilte krav om innføring av måling av kostnader pr. pasient (KPP) for somatikk og at det er lagt til grunn at KPP skal være implementert som gjennomgående kvalitets- og

styringsverktøy innen somatikk for alle helseforetak innen 1. januar 2017. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene deltar i det videre arbeidet med å etablere KPP innenfor psykisk helsevern og rus.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra i arbeidet med KPP-spesifikasjon for psykisk helsevern og rus og nasjonale KPP-data.

3.3.4 Nøytral merverdiavgift for helseforetakene

Regjeringen tar sikte på å innføre en ordning med nøytral merverdiavgift i helseforetakene fra 1. januar 2017. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra i arbeidet med etablering og utforming av en slik ordning. De regionale helseforetakene ble videre bedt om å gjøre nødvendige system- og rutinetilpasninger og intern opplæring i alle helseforetak. Departementet vil komme tilbake med ytterligere presiseringer av oppdraget.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å gjøre nødvendige tilpasninger og delta i arbeidet med innføring av nøytral merverdiavgift for helseforetakene.

Foretaksmøtet vedtok:

Krav og rammer legges til grunn for styrets arbeid i 2016.

Møtet ble hevet kl. 14.00.

Oslo, 12. januar 2016

Bent Høie

Marianne Telle



Helse Nord RHF
8038 Bodø
postmottak@helse-nord.no

Deres ref.:
2015/318-10

Vår ref.:
2015/5801-4

Saksbehandler/dir.tlf.:
Petra Gabriele Pohl, 77 62 74 88

Dato:
19.01.2016

Felles høringsvar fra UNN og Helsefak - Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020

Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) og Det helsevitenskapelige fakultet (Helsefak) takker for invitasjon til høringsvar på Helse Nord sin strategi for forskning og innovasjon 2016-2020.

De to institusjonene samarbeider tett om forskning og bidrar til sammen med vel 80 % av Helse Nord's forskningsproduksjon. Dette er derfor en felles høringsuttalelse fra de to institusjonene.

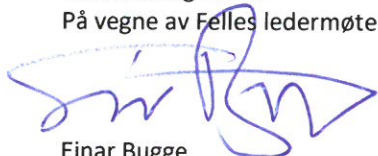
Våre overordnede kommentarer er:

1. Felles ledermøte UNN/UiT mener at Helse Nord sin strategi bør gjenspeile UNNs oppdrag og ansvar som universitetssykehus, forsknings- og utdanningsinstitusjon med ansvar for både grunn- og spesialistutdanningen. Helse Nord's forskningsstrategi bør også i noe større grad reflektere både UNNs strategiske utviklingsplan 2015-25 og Strategiplan for Det helsevitenskapelige fakultet 2014-2020.
2. Strategien er bredt anlagt og har til hensikt å ivareta både topp – og breddeforskning. Dette mener vi er riktig og viktig, men i sin nåværende form har den så mange prioriterte områder at det der vanskelig å se en tydelig retning for forskningsaktiviteten i kommende år. Institusjonene støtter at det er det viktig å opprettholde kravet om høy kvalitet i forskningen. Ovenstående punkt om at den i større grad bør gjenspeile strategisk utviklingsplan for UNN og strategiplan for Det helsevitenskapelige fakultet vil gi strategien en tydeligere profil, og følgende områder bør løftes frem:
 - a. Det investeres nå, både i UNN og UiT, tungt i teknologi som muliggjør utvikling av avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling. Satsingen gir både forskningsbehov og forskningsmuligheter som strategien bør ivareta.
 - b. Strategien kan med fordel tydeliggjøre hvordan Helse Nord vil bruke og videreutvikle våre felles regionale fortrinn i forskningssatsingen.
 - i. Regionen gjort store satsinger i infrastruktur for e-helse og har særlig kompetanse innen e-helseforskning. Denne ressursen bør utnyttes strategisk.
 - ii. Vi har unike datagrunnlag og kompetanse innen befolkningsundersøkelser og medisinske kvalitetsregistre. Dette er ressurser som bør utnyttes til å profilere og videreutvikle regionalt, nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid. Regionen har

register- og metodekompetanse som legger godt til rette for en felles satsing på helsetjenesteforskning.

3. Sammenhengende tid til forskning er en forutsetning for forskningskvalitet og forskningsproduksjon. Dette er et gjennomgående funn i flere forskningsevalueringer. Dagens kliniske aktivitet har høye produksjonskrav og setter forskningen under press. Vi mener at Helse Nord må ta ansvar for å finansiere muligheter for klinikere som sikrer sammenhengende tid til forskning, også for erfarne forskere. Strategien bør legge til rette for at klinikere kan etablere og bygge opp en robust forskningsaktivitet innenfor helseforetakene. Forskningsgruppene kan løftes tydeligere frem som et strategisk samarbeidsområde for å fremme både forskningsaktivitet, kvalitet og samarbeid.
4. Noen områder krever utbygging av spesiell infrastruktur. Vi vil spesielt peke på behovet for kompetanse innen bioinformatikk både ved UNN og Helsefak.

Med vennlig hilsen
På vegne av Felles ledermøte UNN og Helsefak



Einar Bugge
Fag- og forskningssjef
UNN HF

Kopi
Arnfinn Sundsfjord, Dekan Helsefak, UiT
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør UNN HF



MØTEREFERAT

Brukerutvalgets arbeidsutvalg ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Tirsdag 26.1.2016 08.30 – 10.00

Møtested: Møterom D1.707 Administrasjonens møterom UNN Tromsø

Tilstede: Medlemmer: Cathrin Carlyle og Obi Obiajulu

Fra adm.: Leif Hovden (referent), Grethe Andersen, Einar Bugge

Forfall: Heidi Robertsen

BAU 01/16 Behandling av drøftingssaker til styremøte 10.2.2016

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 22.1.2016.

Brukerutvalgets kommentarer til styresakene;

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport – desember 2015

BAU er fortsatt ikke tilfreds med utviklingen av andel pasienter inn i pakkeforløpet for prostatakraft.

BAU er fornøyd med at UNN er godt i gang med implementering av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for å forhindre fall.

Tabell 3 i virksomhetsrapporten viser at situasjonen for fristbrudd er kraftig forbedret, og BAU ser frem til at UNN lykkes med å nå målsettingen.

BAU stiller spørsmål ved å fremstille epikrisetallene hvis det åpenbart ikke gjøres noe for å redusere dem.

BAU synes det er urovekkende at utviklingen for korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter stiger.

BAU påpeker på nytt sammenhengen mellom høyt sykefravær og kvalitet i pasientbehandlingen for enkelte deler av virksomheten, og etterlyser resultater etter at tiltak for reduksjon av sykefravær er iverksatt.

2. *Høring – inntektsfordelingsmodell for Psykisk helse- og rusområdet*
BAU tar saken til orientering.
3. *Styrets dialogavtale med direktøren*
BAU tar saken til orientering.
4. *Status i planlegging av Vardesenter og LMS*
BAU støtter Vardesenterets forslag til lokalisering i gamle Pasienthotellet i et to- til femårs perspektiv.

Brukerutvalgets leder utformer ordlyd som passer saken.

5. *Informasjonssikkerhet i UNN*
BAU bemerker at det er bekymringsfullt at det ikke er etablert et sikrere system for Informasjonssikkerhet enn det redegjøres for. BAU slutter seg derfor til plan for forbedring som er forelagt i denne saken.

BAU gikk gjennom innkomne saker, med følgende konklusjoner:

BAU-02/16 Forespørsel - Høring - Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene

Høringsforespørsel var tilsendt utvalget med frist for uttalelse til FFS 8.2.2016

Behandling

BAU foreslår at det oppnevnes en brukerrepresentant til åpent drøftingsmøte 4.2.2016. Greta Altermark følger saken fra studio i Narvik!

BAU følger opp saken etter høringsmøtet.

BAU-03/16 NOU 2015:17 Først og fremst - «Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus»

Høringsforespørsel var tilsendt utvalget med frist for uttalelse til FFS 24.2.2016

Behandling

BAU vurderte saken, og valgte å ikke undergi saken ytterligere behandling. BAU ber brukerorganisasjonene å vurdere behov for eventuell uttalelse.

BAU-04/16 Sømløst behandlingsforløp

Henvendelse fra RIO vedrørende kommunalt ettervern m.v.

Behandling

BAU vurderte saken, og valgte å ikke undergi saken ytterligere behandling eller uttalelse.

BAU-05/16 Klage på vedtak om nedlegging av aktivitetssenteret på UNN Åsgård

Høringsforespørsel var tilsendt utvalget med frist for uttalelse til FFS 18.1.2016.

Behandling

BAU vurderte saken, og valgte å gi følgende uttalelse til den: Brukerarbeidsutvalget ved UNN er ikke tilfreds med fremgangsmåten i denne saken. Brukermedvirkningen har ikke vært i tråd med UNNs egen brukermedvirkningsstrategi.

BAU-06/16 Brukerdeltakelse ved den regionale Pasientsikkerhetskonferansen i Tromsø 10. – 11.2.2016 – frist 24.1.2016

Behandling

BAU vurderte saken, og er innstilt på å dekke kostnadene for inntil to personer fra Brukerutvalget. Brukerutvalgets leder deltar utenom i kraft av å være innleder i programmet. Øvrige interesserte henstilles å søke dekning hos sine respektive medlemsorganisasjoner.

BAU-07/16 Pasientreiseforskriften

Vedtak BU 2.12.2016: Brukerutvalgets arbeidsutvalg vil på vegne av Brukerutvalget utforme høringsinnspill til Pasientreiseforskriften.

Behandling

Brukerutvalgets leder utformer ordlyd.

BAU-08/16 Prosess rundt ny avtale for hurtigbåter fra 2020 starter over nyttår i 2016

Vedtak BU-61/15, pkt. 1, 2.12.2015:

Troms Fylkestrafikk ønsker å involvere brukere i arbeidet med utforming av ny avtale. Brukerutvalget fremmer forslag til brukermedlem.

Behandling

Behandles i BU 3.2.2016

BAU-09/16 Fordypning i Nasjonal helse- og sykehusplan

Greta Altermark ønsker at det settes av tid i Brukerutvalget til fordypning i denne saken.

Behandling

Saken drøftes i kommende Brukerutvalgsmøte etter innlegg fra Brukerutvalgets leder.

BAU-10/16 Pasienter som ikke møter til time

Forslag til prosjektarbeid fra Martin Moe i Brukerutvalgets møte 2.12.2015.

Behandling

BAU henstiller Regionalt Brukerutvalg om å påta seg saken som er av regional og nasjonal betydning.

BAU-11/16 Opplæring nye brukerrepresentanter

Etter at Regionalt Brukerutvalg ikke lengre gir et slikt tilbud, retter sekretariatet henvendelse til Helse Sør-Øst sitt Brukerutvalg og etterspør deres opplegg for brukeropplæring.

BAU-12/16 Dagsorden BU 3.2.2016

Sakslisten godkjennes.

Kopi: Brukerutvalget og styret i UNN

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 10.2.2016**

Dato: 26.1.2016
 Tidspunkt: 14.00-15.10
 Sted: Adm møterom D1 707
 Tilstede:

Fra arbeidsgiver
 Grethe Andersen
 Tor-Arne Hanssen
 Leif Hovden

Fra arbeidstakerne
 Terje Møien, foretakshovedverneombud
 Einar Rebni, foretakshovedverneombud
 Rigmor Frøyum, Fagforbundet
 Mai-Britt Martinsen, NSF


Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Rigmor Frøyum valgt til signering av protokollen. Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.


Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
Kvalitets- og virksomhetsrapport	GB	<p><i>Utkast til styresak og rapport var vedlagt, og økonomisjefen innledet til saken.</i></p> <p><i>Saken ble diskutert, med vektlegging av de ikke-økonomiske virksomhetstallene fristbrudd og bruk av pasienthotellet.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken fremmes for styrets behandling med den innretning saken hadde i drøftingsmøte.</i></p>
Høring – Inntektsfordelingsmodell for Psykisk helse- og rusområdet	GB/ MH	<p><i>Høringsdokumentet vedlagt. Utkast til styresaken var ettersendt, og økonomisjefen innledet til saken.</i></p> <p><i>Saken ble diskutert, med vektlegging av det regionale perspektivet i saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken fremmes for styrets behandling med den innretning saken hadde i drøftingsmøte.</i></p>
Styrets dialogavtale med direktøren	RD	<p><i>Utkast til styresak -og dialogavtale var vedlagt, og direktøren innledet til saken.</i></p> <p><i>Saken ble diskutert, med vektlegging av direktørens rolle i forhold til øvrig organisasjon, i tillegg til åpenhetskulturens betydning.</i></p> <p><i>Økning av antall lærlinger oppfattes som spesielt positivt, samt vektlegging av e-læring som utgangspunkt for kompetanseutvikling. Mangelen på kopling mellom Personalportalen og e-læringssystemet er påtakelig, og må</i></p>

		<p><i>på plass for å kunne evaluere ordningen. I tillegg ble det uttrykt misnøye med at det fortsatt ikke legges til rette for at alle ansatte kan få gjennomført e-læringskursene i arbeidstiden på en god nok måte.</i></p> <p><i>Det er i tillegg ønskelig fra ansattes organisasjoner og vernetjenesten å legge inn eget oppfølgingspunkt knyttet til AML-brudd i dialogavtalen. Det er interesse for at rapporten knyttet til kompetanse-vedlikeholdet legges til grunn for videre oppfølging gjennom dialogavtalen.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg for øvrig til at saken fremmes for styrets behandling etter de innspill som kom i drøftingsmøte.</i></p>
Status i planlegging av Vardesenter og LMS	TAH	<p><i>Utkast til styresak er vedlagt.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken fremmes for styrets behandling med den innretning saken hadde i drøftingsmøte.</i></p>
Informasjonssikkerhet i UNN	EB	<p><i>Skriftlig orienteringssak vedlagt.</i> <i>Unntatt offentlighet – Offl. § 13, Fvl. § 13</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken fremmes for styrets behandling med den innretning saken hadde i drøftingsmøte.</i></p>

Tromsø, 26.1.2016


Rigmor Frøyum (s.)
FTV Fagforbundet


Mai-Britt Martinsen (s.)
FTV NSF


Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef

**REFERAT**
**KVALITETSUTVALGSMØTE (KU-møte)
 ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)**
Tid: Tirsdag 26.1.2016 kl. 10.00-12.00
Sted: Administrasjonens møterom D1 707
Deltakelse:

Fag- og forskningssenteret	Einar Bugge
<u>Administrerende direktør</u>	<u>Tor Ingebrigtsen</u>
<u>Akuttmedisinsk klinikk</u>	<u>Jon Mathisen</u>
<u>Brukerutvalgets leder</u>	<u>Cathrin Carlyle</u>
<u>Barne- og ungdomsklinikken</u>	<u>Elin Gullhav</u>
<u>Drifts -og eiendomssenteret</u>	<u>Tor-Arne Hanssen for Gina M. Johansen</u>
<u>Foretaksverneombud</u>	<u>Einar Rebni</u>
<u>Hjerte- og lungeklinikken</u>	<u>Kristian Bartnes</u>
<u>Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk</u>	<u>Arthur Revhaug</u>
<u>Medisinsk klinikk</u>	<u>Trine Olsen for Markus Rumpsfeldt</u>
<u>Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken</u>	<u>Bjørn-Yngvar Nordgård</u>
<u>Operasjons- og intensivklinikken</u>	<u>Eva-Hanne Hansen</u>
<u>Psykisk helse- og rusklinikken</u>	<u>Magnus Hald</u>
<u>Smittevernoverlege</u>	<u>Torni Myrbakk</u>
<u>Stabsenteret</u>	<u>Gøril Bertheussen</u>
<u>Viseadministrerende direktør</u>	<u>Marit Lind</u>

Øvrige:

<u>Administrasjonssenteret</u>	<u>Leif Hovden (referent)</u>
<u>Fag- og forskningssenteret/NST</u>	<u>Grethe Åsvang</u>

Forfall:

<u>Diagnostisk klinikk</u>	<u>Gry Andersen</u>
<u>Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin</u>	<u>Susann Bäckström</u>

SAKSOVERSIKT	Ansvarlig
1.16 Godkjenning av referat fra KU-møtet 24.11.2015 Referatet er vedlagt. Det er ønskelig å sende referatet på elektronisk godkjenningsrunde slik at endelig godkjent referat kan brukes i KVAM-strukturen m.v. innen én uke etter møtetidspunktet.	Gøril Bertheussen

BESLUTNINGSSAKER	
<p>2.16 Kvalitets- og virksomhetsrapport – desember 2015 Fag- og forskningssjefen innledet til saken, og vektla tabell tre som viser at fristbruddssituasjonen er dramatisk endret fra tidligere.</p> <p>Det ble gitt innspill til styresak og rapport. Fag- og forskningssjefen oppdaterer saken.</p> <p><u>Oppfølging</u> Saken sluttføres i tråd med innspillene i møtet.</p>	Gøril Bertheussen
<p>3.16 Plan for interne revisjoner 2016 Fag- og forskningssjefen innledet til saken.</p> <p>Fag- og forskningssenteret har utarbeidet nytt forslag til plan for interne revisjoner for 2016, blant annet etter innspill fra forrige runde i Kvalitetsutvalgsmøtet 24.11.2015. Følgende beslutning ble da gjort: <i>Kvalitetsutvalget ber om at saken legges frem til endelig beslutning i KU-møtet 26.1.2016.</i></p> <p>Det ble gitt innspill til planen.</p> <p><u>Beslutning</u> Kvalitetsutvalget tilrår en revisjonsplan i tråd med det fremlagte utkastet samt innspill under behandlingen av saken.</p>	Einar Bugge
ORIENTERINGS- OG DRØFTINGSSAKER	
<p>4.16-1 Pasientsikkerhetsprogrammet Implementeringsplan er vedlagt (separat) for gjennomgang av status.</p> <p>Gule og røde felter ble gjennomgått, og svart ut. Alle røde felter skal ha fristdato innen neste møte. Det ble også gitt innspill til spredningsplanen, blant annet hvorvidt legemiddelsamstemming bør skje allerede ved akuttmottaket.</p> <p>Det oppfattes at det nå er en positiv stemning i organisasjonen for arbeidet, og det er ønskelig å forsterke dette ytterligere. Det ble også diskutert hvordan arbeidet skal synliggjøres på best mulig måte, herunder bruk av Ekstranett.</p> <p><u>Oppfølging</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sykehusapoteket inviteres til et kommende KU-møte for å redegjøre for arbeidet med legemiddelsamstemming og høyning av kvaliteten i legemiddelhåndteringen. 	Einar Bugge

<ul style="list-style-type: none"> - Det regionale kompetansesenteret ved NLSH inviteres også til KU for å fortelle om satsingen regionalt samt på hvilken måte senteret kan bidra i forhold til å få fremstilt faktiske resultater av tiltakspakkene i Pasientsikkerhetsprogrammet. 	
<p>4.16-2 Smittevern Smittevernoverlegen presenterte oppsummering av smittevernvisitter ved UNN i 2015, med vektlegging på oppslutningen i tillegg til håndhygiene, arbeidsantrekk, blærekateter og antibiotikabruk.</p> <p>Store utfordringer ved</p> <ul style="list-style-type: none"> - C00 - Lungemedisin - Markant økning av multiresistente bakterier <p><u>Oppsummert</u> Utvalget ga honnør til Smittevernavdelingen for at tiltakene har fått nasjonal anerkjennelse.</p>	Markus Rumpsfeld Torni Myrbakk
<p>4.16-3 Avvik vedr. venterom plan 3 – klinikkens oppfølging Saksnotat var vedlagt. Den beskrev pasienter som blir overlatt til seg selv, og som åpenbart ikke burde vært det.</p> <p>Drifts- og eiendomssjefen redegjorde for tiltak som var iverksatt rent fysisk og organisatorisk knyttet til dette arealet og pasientvertene.</p> <p>Klinikksjefene ble utfordret på redegjørelse på egen oppfølging. Det ble rapportert om manglende bemanning fra poliklinikker som årsak til at hjelpetrengende pasienter blir overlatt til seg selv.</p> <p>Det ble også stilt spørsmål ved om det trengtes helsepersonell eller servicepersonell til å ivareta pasientene ved hjemreise. Pasientvertene rapporterer om mye arbeid men manglende observasjonskompetanse overfor syke pasienter.</p> <p><u>Oppfølging</u> Drifts- og eiendomssjefen evaluerer ordningen med pasientverter i løpet av mars 2016. Klinikkerne følger opp at også de polikliniske pasientene håndteres forsvarlig.</p>	Einar Bugge
<p>4.16-4 Avvik definert som manglende faglig vurdering Saksnotat var vedlagt. Fag- og forskningssjefen innledet.</p> <p>I Ledelsens gjennomgang (LGG) for 2. tertial 2015 ble det påpekt en økning i avvik klassifisert med årsak «Mangelfull faglig vurdering». Kvalitetsutvalget vedtok i sin gjennomgang av LGG at det skulle gjøres en nærmere analyse av disse avvikene, for å eventuelt kunne identifisere områder med økt risiko for alvorlige avvik.</p>	Einar Bugge

<p>I denne saken beskrives 109 avvik meldt som pasienthendelser i perioden 2012 – 2015 i UNN, der det er satt årsak «mangelfull faglig vurdering». Kvalitetsutvalget var utfordret på å diskutere hvordan samhandlingsarenaer internt og eksternt kan organiseres for å sikre at pasient-sikkerheten blir tilstrekkelig ivaretatt.</p> <p>I påfølgende diskusjon ble både ansvar og verdier vektlagt. Spesielt ble det fremhevet behov for at enkeltavvik må behandles der de oppstår, for å sikre at de blir behandlet med sikte på avviksforebygging.</p> <p>Videre var det uttrykt ønske om å få avviksbehandlingen som en integrert del av KU-møtene. Avvik av en slik karakter at de ikke kan vente på et neste møte, må vi finne en løsning på. Øvrige saker håndteres fortløpende i den etablerte strukturen.</p> <p><u>Oppfølging</u> Fag- og forskningssjefen vurderer innspillene etter dagens møte i forbindelse med gjennomgang av justert mandat for Pasientsikkerhetsutvalg og Kvalitetsutvalg.</p>	
<p>4.16-5 Avvik tilknyttet akuttmottak og OBS-post</p> <p>Saken ble utsatt.</p>	Einar Bugge
EVENTUELT	
<p>5.16 Presseoppslag om fryktkultur ved norske helseforetak Det vil bli arbeidet med dette fremover, blant annet gjennom AMU.</p>	Samtlige

**Møte: Arbeidsmiljøutvalget****Tid: Onsdag 27.1.2016 kl. 10.30-13.30**

Sted: Adm. møterom D1-707, Møterom Intensiv 3. etg UNN Harstad

Til stede (x):

Arbeidsgiversiden:		Varamedlemmer	
Gøril Bertheussen, stabssjef, leder AMU	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef, nestleder AMU		Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	x
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør	x	Marit Lind, viseadm. direktør	
Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken		Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	
Arthur Revhaug, klinikkssjef, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	X	Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	
Rita Pernille Martnes, avdelingsleder, Operasjon og intensivavdelingen, UNN Harstad	X	Lars Knutson, avdelingsleder, Kirurgisk avdeling, UNN Narvik	
Arbeidstakersiden:			
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN	X	Terje Møien, foretaksverneombudet UNN	
Geir Magne Johnsen, HTV NSF – UNN Harstad	X	Wenche Olsen, PTV NSF, Medisinsk avdeling UNN Harstad	
Tore Ovesen, Fagforbundet UNN Harstad		Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik	X
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø	X	Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	
Ikke oppnevnt, Ylf		Ikke oppnevnt, Ylf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	X	Monica F. Sørensen, NSF	

Møteleder: Gøril Bertheussen

Sekretær: Line Lura

Representant for BHT: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte Hilde Pettersen i sak 3/16 - orienteringssak a) og Gunn Ingvild Derås i sak 6/16

Sak 01/16	Godkjenning av innkalling og saksliste
	Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.
Sak 02/16	Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 2.12.15
	Se vedlegg
	Vedtak: Godkjent.

Sak 03/16	Orienteringssaker
	<p>a) Media - blogg i Dagens medisin og artikkel i magasinet Dagens næringsliv om «frykttkultur» og «helsefarlig lederkultur». Hendelser fra UNN blir løftet frem som et av flere helseforetak i artikkel og blogg.</p> <ul style="list-style-type: none"> - AMU drøftet den siste tidens presseoppslag om ansatte i norske sykehus som frykter represalier etter kritiske ytringer, og hvor UNN har vært trukket frem som eksempel. Temaet har vært tatt opp i AMU tidligere og utvalget har gitt sin støtte til de pågående prosesser i foretaket som har som formål å skape enda bedre kommunikasjon og åpenhetskultur. Vi har arbeidet med å legge til rette for dette blant annet ved å videreutvikle KVAM-strukturen og HMS-arbeidet. AMU understreker at ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste har et særskilt ansvar for å medvirke i dette arbeidet, blant annet gjennom deltagelse på våre etablerte samhandlingsarenaer. <p>a) Arbeidsmiljø i norske sykehus – Arbeidstilsynets rapport</p> <ul style="list-style-type: none"> - AMU skal behandle rapporten som egen sak. <p>b) UNN-marsjen – muntlig orientering v/Einar Rebni.</p> <ul style="list-style-type: none"> - AMU ber UNN-marsj gruppen å tydeliggjøre hensikten bak arrangementet og fremlegge saken til AMU før eventuell utsendelse/behandling i KVAM utvalgene. <p>c) Avslutning av sak – Røntgenavdelingen, brev fra Arbeidstilsynet</p> <ul style="list-style-type: none"> - AMU tar saken til orientering.
Sak 04/16	Revisjon av HMS-strategien
	<i>Sak utsatt til neste AMU møte.</i>
	Vedtak:
Sak 05/16	Styresaker
	<p>Kvalitets og virksomhetsrapporten. Styrets dialogavtale med direktøren Status i planlegging av Vardesenter og LMS Informasjonssikkerhet i UNN Høring- inntektsfordelingsmodell for Psykisk helse- og rusområdet.</p> <p>Ny sak - ekstraordinært styremøte. Direktøren vil be styret om å få utlyse konkurranse om Offentlig Privat Samarbeid (OPS) på bygging av tre kontoretasjer på toppen av PET-senteret.</p>
	<p>Vedtak: Kvalitets og virksomhetsrapporten - AMU ser at det er spesielt viktig å følge opp tiltaksplaner for IA arbeidet og annet sykefraværsoppfølging i UNN</p> <p>AMU tar de andre styresakene til orientering</p>

Sak 06/16	Inkluderende arbeidsliv – handlingsplan 2016
	<p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AMU slutter seg til forslaget om at alle enheter i UNN skal lage handlingsplan med egne mål og tiltak som beskrevet i saken. 2. AMU ber Stabssenteret om å følge opp arbeidet ved å veilede ved behov, etterspørre handlingsplaner, sammenstille gjennomførte tiltak ved årets slutt, og rapportere til AMU.
Sak 07/16	Mandat fagnettverk MTU
	<p>Vedtak:</p> <p>AMU slutter seg til det fremlagte mandat.</p>
Sak 08/16	Møteplan AMU 1. halvår 2016
	<p>Vedtak:</p> <p>Saken belyser i hovedsak de saker Arbeidsutvalget mener bør behandles i AMU 1. halvår i tillegg til styresaker som berører arbeidsmiljøet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foretakshovedverneombudet fremmer sak i AMU om gjennomgang av verneområder i UNN.
Sak 09/16	Utvidelse av arbeidsutvalget for AMU
	<p>Vedtak:</p> <p>AMU følger anbefalingen om at arbeidsutvalget utvides med en representant fra arbeidstakersiden og et denne velges blant de faste representantene i AMU.</p> <p>Arbeidstakernes representanter skal legge frem forslag. Frist for tilbakemelding på representant er 15 februar.</p>

Møtedato: 3. februar 2016

Arkivnr.: 2015/22-6/011

Saksbeh/tlf: Karin Paulke, 75 51 29 36

Dato: 3.2.2016

Universitetssykehuset Nord-Norge HF – vedtekter

§ 1 Navn

Helseforetakets navn er Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

§ 2 Eier

Universitetssykehuset Nord-Norge HF eies av Helse Nord RHF.

§ 3 Hovedkontor og geografisk ansvarsområde

Helseforetaket har sitt hovedkontor i Tromsø kommune.

Det geografiske ansvarsområdet for tjenestene, på de ulike nivå og innen de ulike fagfelt, omfatter de områder som helseforetakets virksomheter hadde ansvar for i 2001, med tillegg av Svalbard med Longyearbyen sykehus og kommunene i nedslagsfeltet til sykehusene i Harstad og Narvik (inkludert østsiden av Tysfjord kommune).

Endringer i ansvarsområdet kan vedtas av RHF.

§ 4 Helseforetakets formål

Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn samt legge til rette for forskning og undervisning på høyt nasjonalt og internasjonalt nivå tilpasset helseforetakets rolle som universitetsklinikk.

§ 5 Helseforetakets virksomhet

Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal medvirke til at Helse Nord RHF kan oppfylle de sektorpolitiske målsettingene slik de fremkommer i nasjonale helsepolitiske, forskningspolitiske og utdanningspolitiske vedtak og planer.

Virksomheten skal drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

Virksomheten omfatter de spesialiteter/grenspesialiteter, fagområder, funksjoner og kompetansesentra som var godkjent gjennom tildelte spesialiteter og funksjoner i helseforetakets virksomhet i 2001 og skal blant annet levere planlagte og akutte spesialisthelsetjenester til befolkningen i Nord-Norge. Gjennom Longyearbyen sykehus skal virksomheten levere tilfredsstillende helsetjeneste til den norske befolkningen og alle som ferdes på og rundt Svalbard. Den russiske bosetningen i Barentsburg har egen helsetjeneste.

Virksomheten omfatter tjenester blant annet innen:

- psykisk helsevern
- somatiske helsetjenester
- ambulansetjeneste, nødmeldetjeneste og syketransport, herunder drift av redningshelikopter på Svalbard bemannet med personell fra Longyearbyen sykehus
- rehabilitering og habilitering
- radiologi og laboratoriemedisin
- tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk
- helsemessig og sosial beredskap slik dette er vedtatt av Helse Nord RHF/relevant beredskapsmyndighet
- sekundært helsefremmende og forebyggende arbeid
- for Svalbard også 1. og 2. linjetjenester, dvs. tjenester tilsvarende et helsesenter på fastlandet, herunder også akuttmedisinsk beredskap, bedriftshelsetjeneste og tannhelsetjeneste.

Helseforetaket skal i sin samlede oppgaveløsning ta hensyn til kapasitet og kompetanse i andre helseforetak. Helseforetaket skal drive faglig kvalitetssikring innen rammen av nasjonale og regionale standarder, og skal som universitetsklinikk ivareta en sentral plass i det faglige nettverk i landsdelen..

Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal drive forskning og utdanning på høyt nasjonalt og internasjonalt nivå innen de områder som naturlig følger av de funksjoner helseforetaket har som universitetsklinikk, og skal videre

- etablere og delta i nødvendig samarbeid med universitet, høgskoler og andre relevante forsknings- og utdanningsinstitusjoner
- drive undervisning av pasienter og pårørende i tråd med bestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven
- delta i faglig og organisatorisk utrednings- og utviklingsarbeid
- bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud. Det samme gjelder i forhold til samarbeidspartnere som blant annet barne- og familievern, samt øvrige aktuelle statlige ansvarsområder

§ 6 Styrende organer

Universitetssykehuset Nord-Norge HF ledes av et styre. Styret skal ha fra syv til tolv medlemmer. Foretaksmøtet velger leder og nestleder.

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

Den daglige ledelse av Universitetssykehuset Nord-Norge HF utøves av den styret ansetter.

§ 6a Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Ved utarbeidelse av egne retningslinjer skal Universitetssykehuset Nord-Norge HF følge "Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel", fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015. Retningslinjene kan utformes strengere og mer detaljerte enn de statlige retningslinjene, men skal ellers ikke fravikes.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal utarbeide en årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Denne skal tas inn som en note i årsregnskapet. Erklæringen skal ha et innhold som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a, herunder:

- retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse som nevnt i første ledd for det kommende regnskapsåret
- en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for virkningene av avtaler om godtgjørelse som er inngått eller endret det foregående regnskapsåret

Erklæringen skal behandles på tilsvarende vis som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a i foretaksmøtet som avholdes i Universitetssykehuset Nord-Norge HF innen utgangen av juni hvert år. Det vises til allmennaksjeloven § 5-6 tredje ledd.

§ 6b Oppnevning av styremedlemmer i helseforetak

Eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetakene, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styrene skal samlet sett ha en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetakene står overfor.

Styret skal samlet sett ha en geografisk og aldersmessig bredde, samt ivareta kravet til kjønnsmessig balanse etter reglene i aksjeloven § 20-6, jf. helseforetaksloven 21 første ledd.

§ 7 Rapportering til eier

Styret skal hvert år sende en melding til Helse Nord RHF som omfatter:

- styrets plandokument for virksomheten
- styrets rapport for foregående år

Universitetssykehuset Nord-Norge HF rapporterer for øvrig til eier i tråd med de krav Helse Nord RHF setter.

§ 8 Medvirkning fra pasienter og pårørende

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

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Melding fra pasientombudene skal legges ved meldingen til Helse Nord RHF, jf. § 7. Styret må også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene.

§ 9 Låneopptak

Universitetssykehuset Nord-Norge HF kan ikke ta opp lån eller driftskreditt som samlet overskrider årlige rammer for trekkrettighet/konsernbankkreditt og årlige interne lånerammer fastsatt av Helse Nord RHF.

Finansielle leasingavtaler med kontraktsverdi over 100.000 kr skal godkjennes av Helse Nord RHF.

§ 10 Vedtak som skal treffes av foretaksmøte

Det skal avholdes et årlig foretaksmøte innen utgangen av juni måned hvert år til behandling av årsregnskap, årsberetning og årlig melding som omtalt i § 7.

Vedtak om salg av faste eiendommer med årlige og samlede verdier ut over 10 millioner kroner treffes av foretaksmøtet.

Foretaksmøtet skal treffe vedtak i alle saker om å etablere/utvide/legge ned eller redusere faglige tilbud som påvirker arbeidsdelingen til andre helseforetak i eller utenfor Helse Nord.

§ 11 Universitetenes og høyskolenes oppgaver

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

Helseforetaket skal videreføre de rettigheter og plikter universitet og høyskoler hadde mot de virksomheter som ble lagt under helseforetaket ved dets stiftelse. Dette omfatter alle rettigheter som universiteter og høyskoler har til å bruke foretakets faste eiendom,

utstyr og andre formuesgjenstander, både rettigheter som fremgår av avtaler, vilkår for bevilgninger og lignende.

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

Instruksen, vedtatt i Helse Nord RHF's foretaksmøte den 28.04.04, utfyller denne bestemmelsen.

§ 12 Arbeidsgivertilknytning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal være tilknyttet Arbeidsgiverforeningen SPEKTER.

§ 13 Kontaktmøter med kommuner o.a.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal som et minimum ha faste kontaktmøter med kommunene i sitt geografiske dekningsområde to ganger pr år. Tilsvarende møter bør holdes med øvrige relevante interessenter i dekningsområdet.

§ 14 Endringer i vedtektene

Endringer i vedtektene vedtas av foretaksmøtet.

Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar eventuelt opp forslag til endringer i vedtektene dersom dette er nødvendig for å ivareta helseforetakets formål og hovedoppgaver.

Protokoll

Vår ref.:
2016/4-2/012

Referent/dir.tlf.:
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/Dato:
Bodø, 3.2.2016

Møtetype:	Foretaksmøte
Møtedato:	3. februar 2016 - kl. 16.00
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Tilstede – fra Helse Nord RHF:

Navn:	
Marianne Telle	styreleder
Johnny-Leo Jernsletten	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør

Tilstede – fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

Navn:	
Jorhill Andreassen	styreleder
Tor Ingebrigtsen	adm. direktør

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med helseforetaksloven § 45.

Sak 1-2016 Godkjenning av innkalling

Styreleder i Helse Nord RHF, Marianne Telle, med fullmakt til å utøve eiermyndighet på vegne av Helse Nord RHF ønsket velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Hun ga ordet til styreleder i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Jorhill Andreassen. Foretaksmøtet ledes av styreleder i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Jorhill Andreassen.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2-2016 Godkjenning av sakliste

Møtelederen spurte om noen hadde merknader til den utsendte sakslisten. Det var ingen merknader til sakslisten.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Sakslisten godkjennes.

Sak 3-2016 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder

Lars Vorland ble foreslått til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Lars Vorland ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Sak 4-2016 Oppdragsdokument 2016 Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Det vises til saksfremlegget. Styreleder Marianne Telle redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som oppdragsdokument 2016 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
2. På vegne av styret i Helse Nord RHF har adm. direktør i Helse Nord RHF ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet 2016.

Sak 5-2016 Konsernbestemmelser for investeringer

Det vises til saksfremlegget. Styreleder Marianne Telle redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som gjeldende konsernbestemmelser for investeringer i Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

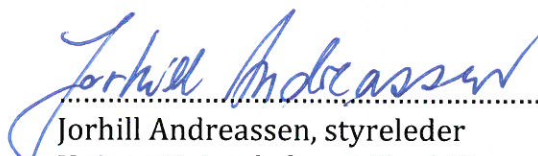
Sak 6-2016 Endringer i helseforetakets vedtekter § 6a ad. fastsettelse av lønn til ledende ansatte og § 9 ad. låneopptak

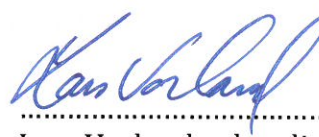
Det vises til saksfremlegget. Styreleder Marianne Telle redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Vedtektenes §§ 6a og 9 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF endres jf. fremlagte forslag.

Bodø, den 3. februar 2016


.....
Jorhill Andreassen, styreleder
Universitetssykehuset Nord-Norge HF


.....
Lars Vorland, adm. direktør
Helse Nord RHF



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
15/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	10.02.2016
Saksansvarlig:	Leif Hovden	Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 29.1.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør