



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Torsdag 16. november 2017 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: 16.11.2017
Tid: Kl. 9:00

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 69122 eller til
Hilde.Anne.Johannessen@unn.no

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Marianne Johnsen	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget

ST 87/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 87/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 88/2017	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 4.10.2017
ST 89/2017	Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 90/2017	Endringer i virksomhetsplanlegging 2018
ST 91/2017	Informasjonssikkerhet – <i>unntatt off.</i>
ST 92/2017	Orienteringssaker <i>Skriftlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none">1. Samdata2. Orientering om varslinger til Statens helsetilsyn fra UNN <i>Muntlige orienteringer</i> <ol style="list-style-type: none">3. Pasienthistorie4. Oppfølging etter dialogmøte med Helgelandssykehuset 25.10.20175. PCI-saken6. Elektronisk kurve – <i>unntatt.off.</i>
ST 93/2017	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 26.9.20172. Praktisering av møteoffentlighet, datert 27.9.20173. Oppfølging 3-3a - akuttgeriatri, datert 11.10.20174. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 24.10.20175. Protokoll fra styremøte Helse Nord RHF, datert 25.10.20176. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 30.10.20177. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 31.10.20178. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 1.11.20179. Brev fra Troms fylkeskommune, uttalelse, datert 2.11.201710. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 8.11.2017
ST 94/2017	Eventuelt
ST 95/2017	Nye UNN Narvik - <i>ettersendt</i>



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
88/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2017
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 4.10.2017

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 4.10.2017.

Tromsø, 3.11.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: 1. Møteprotokoll fra styremøte 4.10.2017



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 4.10.2017
 Tid: 09.05 – 14.30

Navn	Funksjon	Merknader
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	<i>Ble permittert kl. 14.00</i>
Eivind Mikalsen	Medlem	<i>Ble permittert kl. 14.00</i>
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	1.varamedlem	<i>Ansattevalgt</i>
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Ulla Dorte Mathisen	3.varamedlem	<i>Ansattevalgt</i>
Tove Skjelvik	Medlem	<i>Ble permittert kl. 12.35</i>
Cathrin Carlyle	Observatør	<i>Leder av brukerutvalget</i>

Forfall:

Marianne Johnsen	Medlem
Vibeke Haukland	Medlem

Fra administrasjonen møtte:

Tor Ingebrigtsen	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef (<i>styrets sekretær</i>)
Birgith Nerskogen	konst. klinikk sjef Operasjons- og intensivklinikken
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klinikk sjef, Nevro,- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Elin Gullhav	klinikk sjef for Barne- og ungdomsklinikken
Grethe Andersen	konst. klinikk sjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelsekl.
Gry Andersen	klinikk sjef for Diagnostisk klinikk
Jon Mathisen	klinikk sjef Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klinikk sjef for Hjerte- og lungeklinikken
Magnus Hald	klinikk sjef for Psykisk helse- og rusklinikken
Trine Olsen	fung. klinikk sjef for Medisinsk klinikk
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Gina M. Johansen	drifts- og eiendomssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Haakon Lindekleiv	medisinsk faglig ansvarlig
Tommy Schjølberg	konst. økonomisjef, Stabsenteret

Utenom sakslisten fikk styret en orientering i regi av Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, ved Avdeling for urologi-, endokrin- og plastisk kirurgi samt Fødeklubben. Påfølgende planlagte omvisning på begge avdelinger ble av tidsmessige årsaker utsatt til neste styremøte.

ST 79/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 4.10.2017 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i *uthevet kursiv*).

ST 79/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 80/2017	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 14.9.2017
ST 81/2017	Tertialrapport 2 2017 med Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2017
ST 82/2017	Tertialrapport 2 2017 – Utbyggingsprosjekter ved UNN
ST 83/2017	Organisatoriske tilpasninger for intensiv, - intermediær- og Overvåkingsenheter ved utbygging av A-fløyas Plan 9, UNN Tromsø

ST 84/2017 Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer

1. Informasjonssikkerhet v/Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) -U.off. i medhold av Off.l. § 13 jf. Fvl. § 13 og Sikkerhetsloven § 12.
2. Beklagelse fra Nordlys om UNN-oppslag

Muntlige orienteringer

3. Pasienthistorie
4. Dialogmøte med Helgelandssykehuset 25.10.2017
5. Styreseminar 15.11.2017
6. ***Tiltredelse driftsrådsleder ved UNN Harstad***

ST 85/2017 Referatsaker

1. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 13.9.2017
2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 18.9.2017
3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 19.9.2017
4. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 20.9.2017

ST 86/2017 Eventuelt

1. ***Kontinuerlig forbedringsprosess for styret***
2. ***Forslag om å invitere Samisk legeförening***

ST 80/2017 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 14.9.2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.10.2017

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 14.9.2017.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra Styremøtet 14.9.2017.

ST 81/2017 Tertialrapport 2, 2017 med Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.10.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2017* til orientering.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar *Tertialrapport for 2. tertial 2017* og oversender denne til Helse Nord RHF.

Enstemmig vedtatt. (*Per Erling Dahl var ikke tilstede under avstemmingen*).

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport august 2017* til orientering.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar *Tertialrapport for 2. tertial 2017* og oversender denne til Helse Nord RHF.

ST 82/2017 Tertialrapport 2, 2017 – Utbyggingsprosjekter ved UNN

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.10.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) tar tertialrapporten for 2. tertial 2017 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

Tove Skjelvik la frem følgende tilleggsforslag, pkt. 2:

Styret forutsetter at eventuelle overskridelser i PET-senteret dekkes inn av overskudd i A-fløya.

Styreleder tok først innstillingen opp til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Deretter tok styrelederen forslaget om et nytt punkt 2 opp til avstemming.

Forslaget falt mot tre stemmer.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) tar tertialrapporten for 2. tertial 2017 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

ST 83/2017 Organisatoriske tilpasninger for intensiv,- intermediær- og overvåkingsenheter ved utbygging av A-fløyas Plan 9, UNN Tromsø

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.10.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar til etterretning at direktøren har besluttet at overvåkings-, intermediær- og intensivvirksomheten i A9 etableres som én avdeling med én ledelse i Operasjons- og intensivklinikken.

Per Erling Dahl la frem følgende endringsforslag:

Dagens ordning videreføres med overvåkings- intermediær - og intensivvirksomhet ved at Hjerte- og lungeklinikken drifter en overvåkings- og intensivenhet, inkludert intermediær, og at Operasjons- og intensivklinikken leder en oppvåkings-, intermediær- og generell intensivavdeling.

Styreleder satte endringsforslaget opp mot innstillingen i saken.

Innstillingen ble vedtatt mot én stemme.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar til etterretning at direktøren har besluttet at overvåkings-, intermediær- og intensivvirksomheten i A9 etableres som én avdeling med én ledelse i Operasjons- og intensivklinikken.

ST 84/2017 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.10.2017

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

Skriftlige orienteringer

1. Informasjonssikkerhet v/Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) -U.off. i medhold av Off.l. § 13 jf. Fvl. § 13 og Sikkerhetsloven § 12.
2. Beklagelse fra Nordlys om UNN-oppslag

Muntlige orienteringer

3. Pasienthistorie
4. Dialogmøte med Helgelandssykehuset 25.10.2017
5. Styreseminar 15.11.2017

6. Tiltredelse driftsrådsleder ved UNN Harstad

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 85/2017 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.10.2017

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 13.9.2017
2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 18.9.2017
3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 19.9.2017
4. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 20.9.2017

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 86/2017 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 4.10.2017

1. Kontinuerlig forbedringsprosess for styret

Arbeidsgruppens leder Erling Espeland la fram forslag til vedtak:

1) Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar forslaget til videre prosess foreslått av arbeidsgruppen.

2) Styret ber styreleder om å oppnevne arbeidsgruppe for videre arbeid med utarbeiding av "kritiske prosesser."

Styreleder tok forslaget opp til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1) Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar forslaget til videre prosess foreslått av arbeidsgruppen.

2) Styret ber styreleder om å oppnevne arbeidsgruppe for videre arbeid med utarbeiding av "kritiske prosesser."

2. Forslag om å invitere Samisk legeförening

Jan Terje Nedrejord la fram følgende forslag til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF ønsker at Samisk legeförening inviteres til et styremöte hvor det gis orientering om föreningens strategier og tanker rundt utviklingen av samisk spesialisthelsetjeneste.

Styreleder tok forslaget opp til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF ønsker at Samisk legeförening inviteres til et styremöte hvor det gis orientering om föreningens strategier og tanker rundt utviklingen av samisk spesialisthelsetjeneste.

Tromsø, 4.10.2017

Jorhill Andreassen

Erling Espeland

Eivind Mikalsen

Helga Marie Bjerke

Jan Eivind Pettersen

Jan Terje Nedrejord

Kjersti Markusson

Vibeke Haukland

Per Erling Dahl

Rolf Utgård

Marianne Johnsen

Tove Skjelvik

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
89/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Tommy Schjøberg

Kvalitets- og virksomhetsrapport for september 2017**Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2017 til orientering.
2. Styret godkjenner at det investeres i medisinteknisk utstyr for til sammen 14,0 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.

Bakgrunn

Vedlagte kvalitets- og virksomhetsrapport for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for september måned 2017 presenterer resultater for 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 styringsdataene både på foretaks- og konsernnivå.

Formål

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

Medvirkning

Saken ble forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftingsmøter i uke 44. Samtlige møter sluttet seg til at saken fremmes for styret til behandling. Protokoller/ referater fra møtene vil følge som egne referatsaker i styremøtet 16.11.2017.

Saksutredning

I forbindelse med omlegging av den månedlige *Kvalitets- og virksomhetsrapporten* har styret ønsket en sterkere vektlegging av vurderingsdelen av styresaken. Det vises derfor til vedlagte rapport som bakgrunn for etterfølgende vurdering.

Vurdering

Pasientsikkerhet, kvalitet og personal

Oppholdstid i akuttmottaket oppdateres i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS daglig, og følges opp i ledergruppens tavlemøte ukentlig. Resultatet for september er på linje med foregående måneder, og like under måltallet på 90 %. Arbeidet med å styrke vaktssystemene i indremedisin er gjennomført, og pågår for kirurgi for å sikre tilstrekkelig erfarent personell i første linje. Prosedyrer for pasientflyt til og ut av Medisinsk intensiv og hjerteoppvåkingsenhet er revidert, for å sikre at disse er entydige og enklest mulig og slik understøtter at pasienter tiltrengende overvåkingsseng eller intensivbehandling får dette så snart som mulig og innenfor forsvarlig tid.

Antall *fristbrudd* er fortsatt over måltallet. Det er fortsatt innen håndkirurgi de fleste fristbrudd oppstår. Antall fristbrudd innen hjertemedisin og sykkelig overvekt er redusert noe siste måneder, og det er ikke lenger mange fristbrudd innen dagkirurgi. Utfordringen i forhold til håndkirurgi er under særskilt oppfølging av klinikkchef. Et vedvarende fokus på god prioritering, bedre langtidsplanlegging og riktig funksjonsfordeling for å unngå fristbrudd opprettholdes. Også systematisk, god opplæring av alle som håndterer henvisninger og ventelister, og læring på tvers av enheter er nødvendige tiltak som det fokuseres på.

Bruk av *tvang i psykisk helsevern for voksne* måles kvartalsvis, og resultatet ved utgangen av september er 6,8 %, tilnærmet uendret fra foregående tertial. Tross en omfattende arbeid med oppfølging av tiltak i etterkant av Sivilombudsmannens rapport i 2016 ses det fortsatt ingen samlet nedgang i tvangsbruk slik den måles i UNN (og nasjonalt). Klinikken opplyser imidlertid at grunnlagsdataene viser en betydelig reduksjon i bruk av de mest alvorlige tvangsmidler (som reimlegging), mens bruk av kortvarig fastholding viser en økning.

For *legemiddelsamstemming* er det fortsatt ikke mulig å få ut data for samlet gjennomføring. Det er etablert et regionalt prosjekt for å etablere felles metode for dette for foretakene i regionen. Det legges opp til at løsningene dette prosjektet utarbeider skal implementeres i første halvdel av 2018. I dialogmøter mellom direktøren og klinikkene de siste ukene har gjennomføring av legemiddelsamstemming vært diskutert. Direktørens inntrykk er at mange enheter nå arbeider systematisk med dette, og at de fleste også registrerer egne resultater i pasientsikkerhetsprogrammets registreringsløsning Extranet. Dette er et arbeidskrevende manuelt opptellings- og registreringsarbeid. Det er imidlertid fortsatt et fåtall enheter som kan dokumentere høy grad av gjennomføring.

Sykefraværet

Som følge av problemer med kildedata fra GAT så har en ikke oppdaterte sykefraværstall.

AML brudd

I september 2017 var det 5226 varsel om brudd på AML i UNN. Dette er en reduksjon på 12,6 % i forhold til september 2016. Reduksjonen er størst i Operasjons- og intensivklinikken der

antall varsel om brudd er gått ned med 35 % (980 brudd i september 2016 og 634 brudd i september 2017). Økningen er størst i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, der antall varsel om brudd har økt fra 478 i september 2016 til 533 i september 2017 (økning på litt over 100 %).

Tiltaksgjennomføring

Tiltaksgjennomføringen for september måned er på 43 %, og hittil i år på 51 %. Kun fem klinikker/sentra rapporterer om 100 % gjennomføring, noe som ikke er godt nok. Alle klinikker er bedt om å kontinuerlig holde fokus på gjennomføring og fortløpende erstatte tiltak som ikke gir ønsket effekt. I dialogmøtene mellom direktør og klinikk-/sintersjef vil det være et av fokusområdene.

Det er svært positivt at *gjennomsnittlig ventetid* slik den måles nasjonalt fortsatt er innenfor nasjonalt mål på 60 dager, reduksjonen i 2017 er på 10 dager i forhold til 2016. Antall langtidsventende over 12 måneder er fortsatt lavt, og forskjellen mellom gjennomsnittlig ventetid for avviklede og gjennomsnittlig ventetid for pasienter som står på venteliste er liten. Dette innebærer samlet sett at det fortsatt er liten risiko for at gjennomsnittlig ventetid for avviklede igjen skal øke. Dermed ligger UNN godt an til å nå nasjonalt ventetidsmål også i resten av 2017, og direktøren anser at UNN nå gjennomgående har god kontroll på ventelistene for ordinære ventende (primærhenvisninger).

UNN inkluderer en høy *andel kreftpasienter i pakkeforløp*, og oppnår totalt sett måltallet om at 70 % av pasientene skal håndteres innenfor anbefalt forløpstid. Imidlertid det er fortsatt noen forløp der det er utfordrende å oppnå riktig forløpstid. Tiltak for å følge opp forbedringsområdene som ble avdekket ved intern revisjon på tre pakkeforløp tidligere i år er identifisert og under implementering. UNNs overordnede prosedyrer for kreftpakkeforløpene er oppdatert og lagt i dokumentstyringsverktøyet Docmap, og det pågår oppdatering av prosedyrene for de enkelte forløp. Problemstillingene med begrensninger i operasjonskapasiteten, som er en vedvarende utfordring i forhold til mange av pakkeforløpene, følges opp i overordnet koordineringsgruppe for operasjonsvirksomheten.

Det er også positivt at antall *korridorpasienter* har vist en jevnt nedadgående trend det siste året, til tross for et høyt antall utskrivningsklare pasienter. Gjennomsnittlig antall korridorpasienter per dag per måned var i september seks, en økning som forklares med veldig høyt press i antall utskrivningsklare. Direktøren hadde forventninger om en reduksjon som følge av åpning av Tromsø kommunes nye helsehus 1.9.2017, men her er realiteten at dette tar lengre tid enn forventet før dette gir forventet effekt.

Aktiviteten øker innen alle virksomhetsområdene målt i pasientkontakter. Økningen er større inne psykisk helse og rus enn somatikk, og dette er i tråd med den gylne regel. Det er færre polikliniske dagbehandlinger i 2017 enn 2016, og ikke en ønsket utvikling når en ser at døgnoppholdene øker. Endring i antall røntgenundersøkelser er ikke reell, men en følge av forskjellige målingsmetoder i det nye og gamle røntgensystemet. Fra oktober vil en ha tall fra samme system og vil få sammenlignbare tall. Laboratorieundersøkelsene øker stort, og et av fellestiltakene for 2018 er å få til en reduksjon på dette området.

Den gylne regel

Fra september er KVR oppdatert med tabell som måler den gylne regel på flere indikatorer enn aktivitet. Alle indikatorene, unntatt ventetid, viser en høyere vekst til psykisk helsevern og rus enn somatikk, noe direktøren er fornøyd med. Ventetiden reduseres mer på somatikk enn psykisk helsevern og rus.

Økonomi

Tiltakspakken som ble laget i sommer har hatt positiv effekt i de siste to månedene. Budsjettmessig overskudd i september 15,3 mill kr for UNN som helhet. Noen klinikker har fortsatt underskudd, men en positiv trend, som en vurderer skyldes tiltakene. Direktøren opprettholder vurderingen om å nå målet på + 45,0 mill kr ved utgangen av 2017. RHFets krav til budsjettmål er + 40 mill kr.

Tromsø, 3.11.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Kvalitets- og virksomhetsrapport for september 2017



KVALITET

TRYGGHET


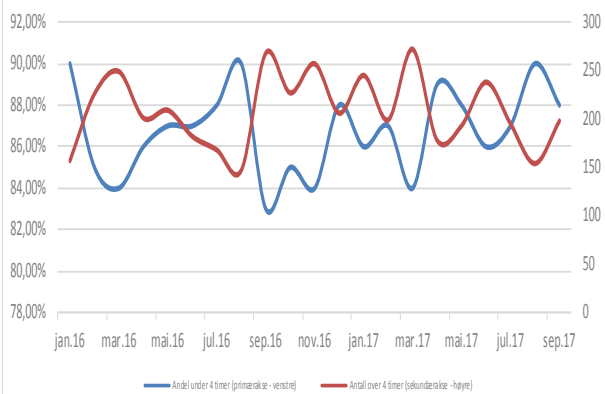
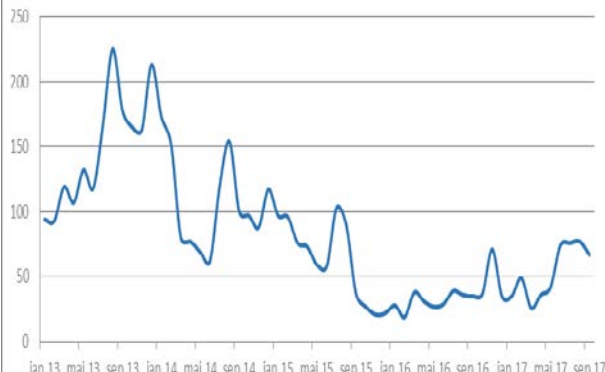
RESPEKT

OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	5
Pakkeforløp – kreftbehandling	5
Pasientsikkerhetsprogrammet	8
Ventelister	8
Ventetid	8
Fristbrudd	9
Korridorpasienter	10
Strykninger	11
Epikrisetid	11
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern	12
Oppholdstid i akuttmottaket	12
Aktivitet	13
Somatisk virksomhet	13
Psykisk helsevern voksne	16
Psykisk helsevern barn og unge	17
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	17
Den gylne regel	18
Samhandling	18
Utskrivningsklare pasienter	18
Bruk av pasienthotell	20
Personal	21
Bemanning	21
Sykefravær	23
AML-brudd	25
Kommunikasjon	26
Sykehuset i media	26
Økonomi	27
Resultat	27
Gjennomføring av tiltak	30
Prognose	31
Likviditet	31
Investeringer	31
Byggeprosjekter	32

Hovedindikatorer

<p style="text-align: center;">Infeksjoner</p> <p style="text-align: center;">Nasjonalt måltall: 4,7 % Måltall UNN: 4,0 %</p>	<p style="text-align: center;">Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN</p>  <table border="1" data-bbox="842 571 1412 629"> <thead> <tr> <th>År</th> <th>UNN</th> <th>Nasjonal prevalens</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>5,2</td> <td>4,8</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>4,9</td> <td>5,3</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>4,8</td> <td>4,7</td> </tr> <tr> <td>2017 v4r</td> <td>3,9</td> <td>4,5</td> </tr> </tbody> </table>	År	UNN	Nasjonal prevalens	2014	5,2	4,8	2015	4,9	5,3	2016	4,8	4,7	2017 v4r	3,9	4,5
År	UNN	Nasjonal prevalens														
2014	5,2	4,8														
2015	4,9	5,3														
2016	4,8	4,7														
2017 v4r	3,9	4,5														
<p style="text-align: center;">Legemiddelsamstemming</p>	<p>Foreløpige målinger (stikkprøver) presenteres i løpet av andre halvår 2017.</p>															
<p style="text-align: center;">Oppholdstid i akuttmottak, september</p> <p>Måltall: 90 % Andel under 4 timer: 88 % Antall over 4 timer: 198</p>																
<p style="text-align: center;">Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av september</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">67</p>																

<p>Tvang psykisk helsevern – voksne, 3. kvartal</p> <p>Andel pasienter utsatt for tvang: 6,8 %</p>	<table border="1"> <caption>Andel pasienter utsatt for tvang</caption> <thead> <tr> <th>Kvartal</th> <th>Andel (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. kvartal 2016</td> <td>6,0%</td> </tr> <tr> <td>2. kvartal 2016</td> <td>5,0%</td> </tr> <tr> <td>3. kvartal 2016</td> <td>5,2%</td> </tr> <tr> <td>4. kvartal 2016</td> <td>5,8%</td> </tr> <tr> <td>1. kvartal 2017</td> <td>6,5%</td> </tr> <tr> <td>2. kvartal 2017</td> <td>6,7%</td> </tr> <tr> <td>3. kvartal 2017</td> <td>6,8%</td> </tr> </tbody> </table>	Kvartal	Andel (%)	1. kvartal 2016	6,0%	2. kvartal 2016	5,0%	3. kvartal 2016	5,2%	4. kvartal 2016	5,8%	1. kvartal 2017	6,5%	2. kvartal 2017	6,7%	3. kvartal 2017	6,8%																												
Kvartal	Andel (%)																																												
1. kvartal 2016	6,0%																																												
2. kvartal 2016	5,0%																																												
3. kvartal 2016	5,2%																																												
4. kvartal 2016	5,8%																																												
1. kvartal 2017	6,5%																																												
2. kvartal 2017	6,7%																																												
3. kvartal 2017	6,8%																																												
<p>Sykefravær, september</p> <p>Som følge av problemer med kildedata har en ikke oppdaterte sykefraværstall.</p>																																													
<p>AML brudd, september</p> <p>Antall AML-brudd: 5226</p>	<table border="1"> <caption>Antall AML-brudd</caption> <thead> <tr> <th>Måned</th> <th>Antall</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan 16</td><td>4300</td></tr> <tr><td>Feb 16</td><td>5100</td></tr> <tr><td>Mar 16</td><td>4100</td></tr> <tr><td>Apr 16</td><td>4300</td></tr> <tr><td>Mai 16</td><td>4500</td></tr> <tr><td>Jun 16</td><td>4800</td></tr> <tr><td>Jul 16</td><td>5800</td></tr> <tr><td>Aug 16</td><td>5500</td></tr> <tr><td>Sep 16</td><td>5900</td></tr> <tr><td>Okt 16</td><td>5800</td></tr> <tr><td>Nov 16</td><td>5800</td></tr> <tr><td>Des 16</td><td>4800</td></tr> <tr><td>Jan 17</td><td>4500</td></tr> <tr><td>Feb 17</td><td>4600</td></tr> <tr><td>Mar 17</td><td>7200</td></tr> <tr><td>Apr 17</td><td>4500</td></tr> <tr><td>Mai 17</td><td>5100</td></tr> <tr><td>Jun 17</td><td>4800</td></tr> <tr><td>Jul 17</td><td>6900</td></tr> <tr><td>Aug 17</td><td>5500</td></tr> <tr><td>Sep 17</td><td>5200</td></tr> </tbody> </table>	Måned	Antall	Jan 16	4300	Feb 16	5100	Mar 16	4100	Apr 16	4300	Mai 16	4500	Jun 16	4800	Jul 16	5800	Aug 16	5500	Sep 16	5900	Okt 16	5800	Nov 16	5800	Des 16	4800	Jan 17	4500	Feb 17	4600	Mar 17	7200	Apr 17	4500	Mai 17	5100	Jun 17	4800	Jul 17	6900	Aug 17	5500	Sep 17	5200
Måned	Antall																																												
Jan 16	4300																																												
Feb 16	5100																																												
Mar 16	4100																																												
Apr 16	4300																																												
Mai 16	4500																																												
Jun 16	4800																																												
Jul 16	5800																																												
Aug 16	5500																																												
Sep 16	5900																																												
Okt 16	5800																																												
Nov 16	5800																																												
Des 16	4800																																												
Jan 17	4500																																												
Feb 17	4600																																												
Mar 17	7200																																												
Apr 17	4500																																												
Mai 17	5100																																												
Jun 17	4800																																												
Jul 17	6900																																												
Aug 17	5500																																												
Sep 17	5200																																												
<p>Tiltaksgjennomføring</p> <p>September: 43 %</p> <p>Hittil i år: 51 %</p>	<table border="1"> <caption>Tiltaksgjennomføring</caption> <thead> <tr> <th>Måned</th> <th>Gjennomføring (%)</th> <th>Budjet (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januar</td><td>55</td><td>100</td></tr> <tr><td>Februar</td><td>58</td><td>100</td></tr> <tr><td>Mars</td><td>45</td><td>100</td></tr> <tr><td>April</td><td>48</td><td>100</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>58</td><td>100</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>48</td><td>100</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>60</td><td>100</td></tr> <tr><td>August</td><td>50</td><td>100</td></tr> <tr><td>September</td><td>43</td><td>100</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>5</td><td>100</td></tr> <tr><td>November</td><td>5</td><td>100</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>5</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>	Måned	Gjennomføring (%)	Budjet (%)	Januar	55	100	Februar	58	100	Mars	45	100	April	48	100	Mai	58	100	Juni	48	100	Juli	60	100	August	50	100	September	43	100	Oktober	5	100	November	5	100	Desember	5	100					
Måned	Gjennomføring (%)	Budjet (%)																																											
Januar	55	100																																											
Februar	58	100																																											
Mars	45	100																																											
April	48	100																																											
Mai	58	100																																											
Juni	48	100																																											
Juli	60	100																																											
August	50	100																																											
September	43	100																																											
Oktober	5	100																																											
November	5	100																																											
Desember	5	100																																											

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 september 2017

Pakkeforløp	Nye kreftpas. I UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	338	313	92	70
Hode- halskreft	93	85	91	70
Kronisk lymfatisk leukemi	15	11	73	70
Myelomatose	26	22	84	70
Akutt leukemi	22	20	90	70
Lymfomer	101	98	97	70
Bukspyttkjertelkreft	99	85	85	70
Tykk og endetarmskreft	284	263	92	70
Blærekreft	139	124	89	70
Nyrekreft	110	96	87	70
Prostatakreft	341	280	82	70
Peniskreft	5	4	80	70
Testikkelkreft	35	35	100	70
Livmorkreft	100	86	86	70
Eggstokkreft	55	46	83	70
Livmorhalskreft	50	45	90	70
Hjernekreft	64	44	68	70
Lungekreft	273	248	90	70
Kreft hos barn	26	20	76	70
Kreft i spiserør og magesekk	96	92	95	70
Primær leverkreft	22	19	86	70
Skjoldbruskkjertelkreft	54	53	98	70
Føflekkreft	175	135	77	70
Galleveiskreft	32	23	71	70
Totalt	2555	2247	88	

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

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per september 2017

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	264	189	71	22	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	74	67	90	12	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			27	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	99	81	81	17	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	6	100	10	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	43	29	67	25	30
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	15	15	100	7	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3			21	
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	24	21	87	3	21
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	89	59	66	14	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	12	5	41	29	36
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	33	21	63	30	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	16	11	68	25	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	223	139	62	31	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	10	7	70	24	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	39	27	69	33	46
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	129	94	72	33	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	23	15	65	39	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	6	85	23	43
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	79	29	36	56	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	27	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	6	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	125	58	46	70	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	122	60	49	38	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	14	7	50	51	66
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	68	37
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	11	6	54	34	38
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	79	66	83	26	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	36	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	2	66	22	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	89	74	83	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	14	8	57	28	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	20	14	70	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	8	6	75	24	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	17	14	82	28	36
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	23	20	86	12	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	3	100	12	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	61	36	59	40	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	51	40	78	20	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	99	84	84	27	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	4	80	3	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	16	12	75	6	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	17	12	70	37	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	25	25	100	22	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	16	13	81	28	43

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per september 2017 - fortsettelse

Pakkeforløp	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	11	2	18	45	39
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	33	32
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			20	
SARKOM	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	2	0	0	47	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	19	43
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	58	37	63	31	41
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1			36	
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			19	
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	143	130	90	12	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	1	50	24	35
NEVROENDOKRINE SVULSTER	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	102	55
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	12	11	91	31	48
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	3	60	29	41
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	1	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	162	118	72	16	22
		2417	1691	70		

**Rødt* markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standardforløpstid. Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

Utviklingen viser at flere pasienter inkluderes i pakkeforløpene, mens det er færre pasienter som får startet sin behandling innen fristen.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Rapporteres tertialvis. Neste gang i desember.

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter på venteliste	13 059	9 524	9 000	-524	-6
...herav med fristbrudd	39	68	67	-1	-1
...herav med ventetid over 365 dager	438	195	52	-143	-73
Gjennomsnittlig ventetid dager	101	68	58	-10	-15
Ikke møtt til planlagt avtale	1 546	1 362	2 183	821	60

Tabell 4 Avvikling av venteliste hittil i år

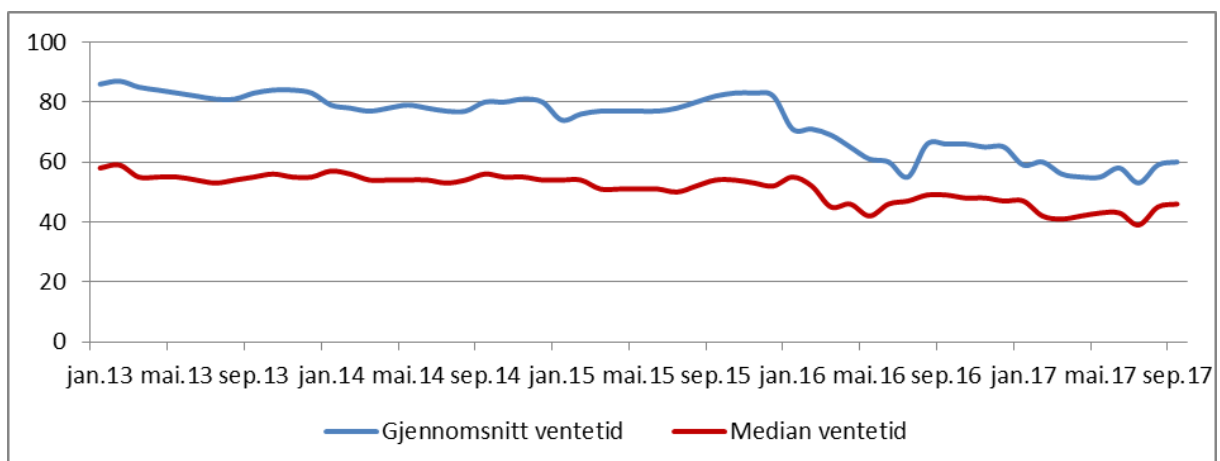
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	39 477	36 144	34 422	-1 722	-5
...herav med fristbrudd	968	453	535	82	18,1
Andel - avviklet ordinært	47	94	100	6	6

Ventetid

Tabell 5 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år for avviklede pasienter

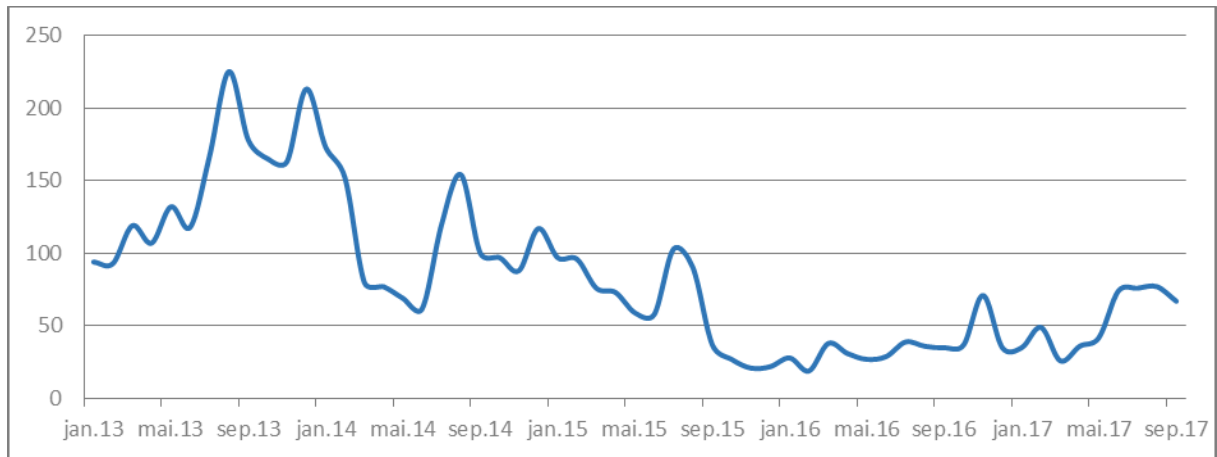
	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	80	66	59	-7	-11
Median ventetid i dager	52	49	45	-4	-8

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid for alle pasienter



Fristbrudd

Figur 2 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

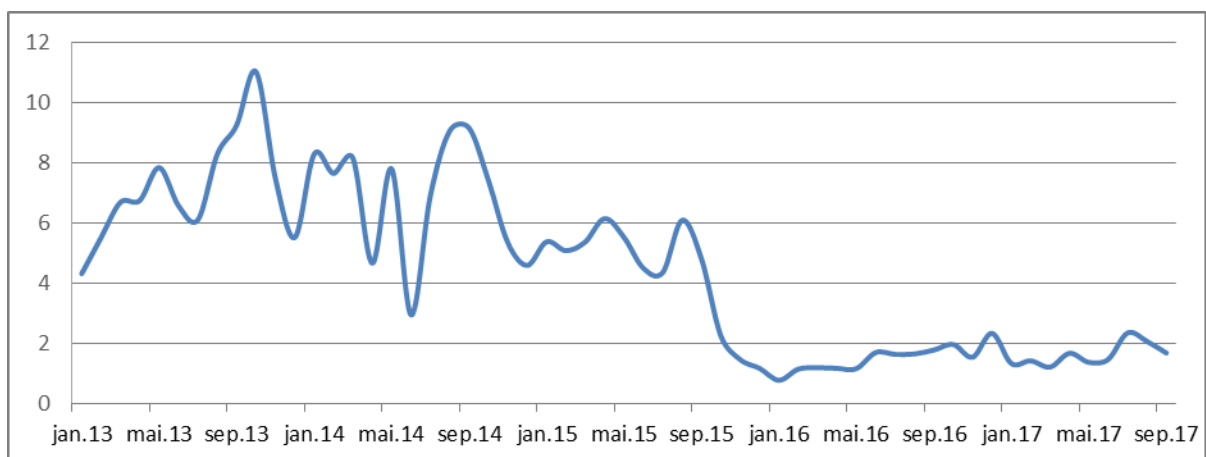


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av september 2017

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Barne- og ungdomsklinikken	1	476	0,2 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	4	1 913	0,2 %
Medisinsk klinikk	8	824	1,0 %
Hjerte- og lungeklinikken	3	631	0,5 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	51	4 904	1,0 %
UNN	67	8 748	0,8 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

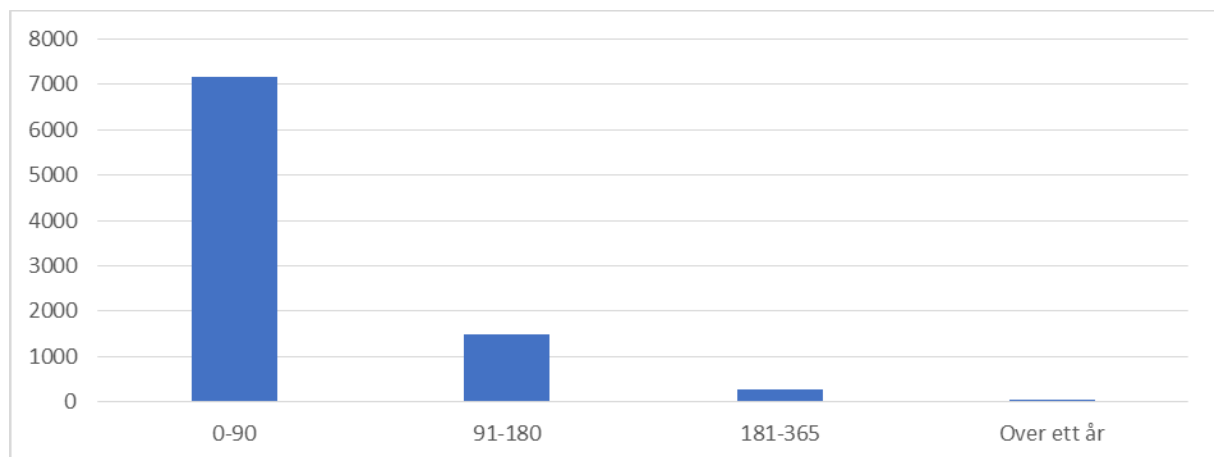
Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

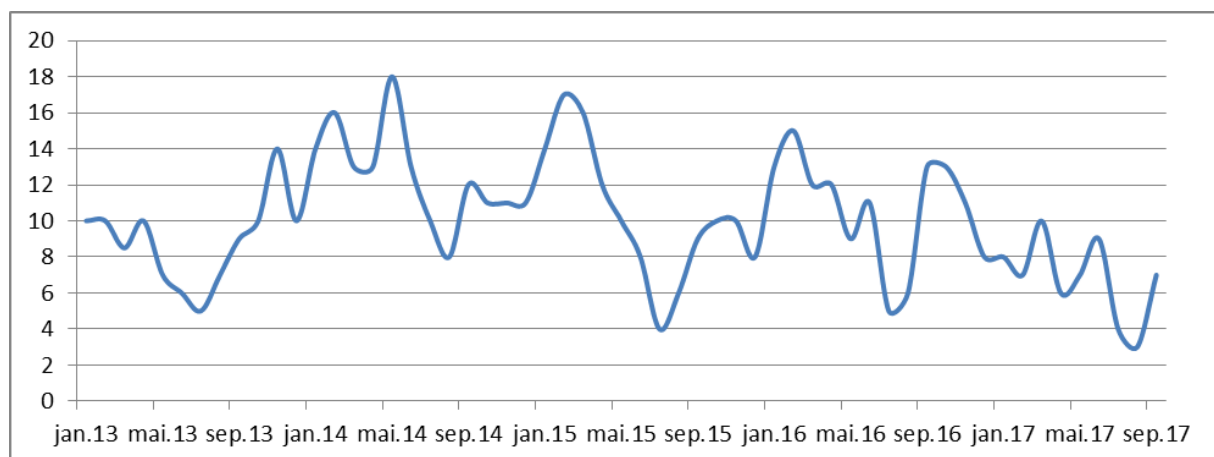
Klinikk	aug.17	sep.17
Barne- og ungdomsklinikken	1	0
Hjerte- og lungeklinikken	9	14
Medisinsk klinikk	14	25
Psykisk helse- og rusklinikken	1	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	35	50
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	27	19
UNN	87	109

Figur 4 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



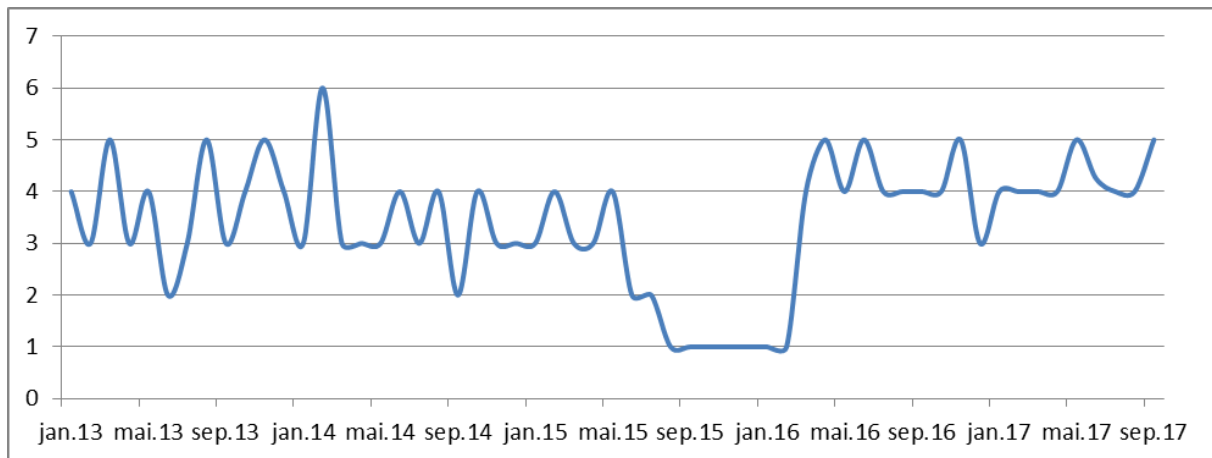
Korridorpasienter

Figur 5 Korridorpasienter – somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



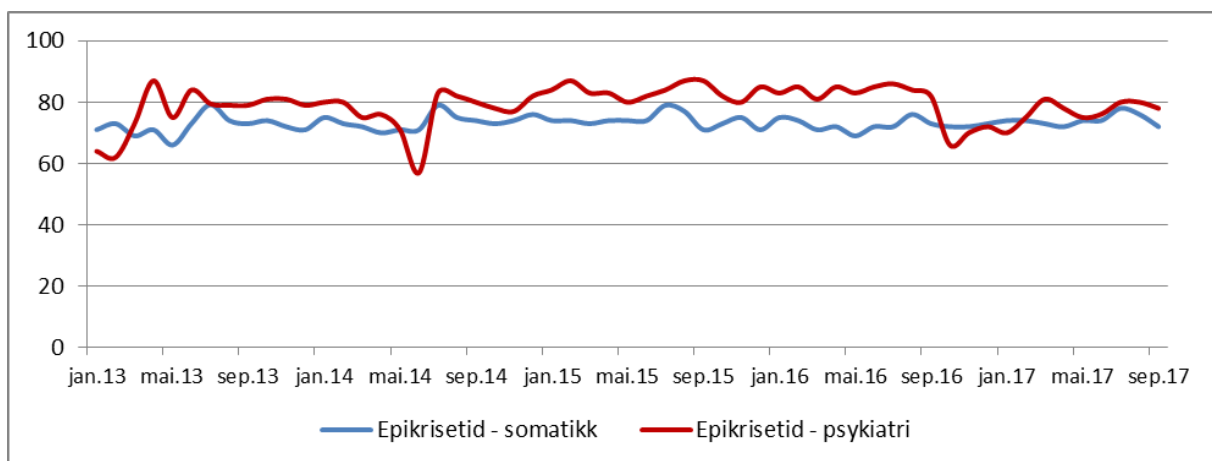
Strykninger

Figur 6 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



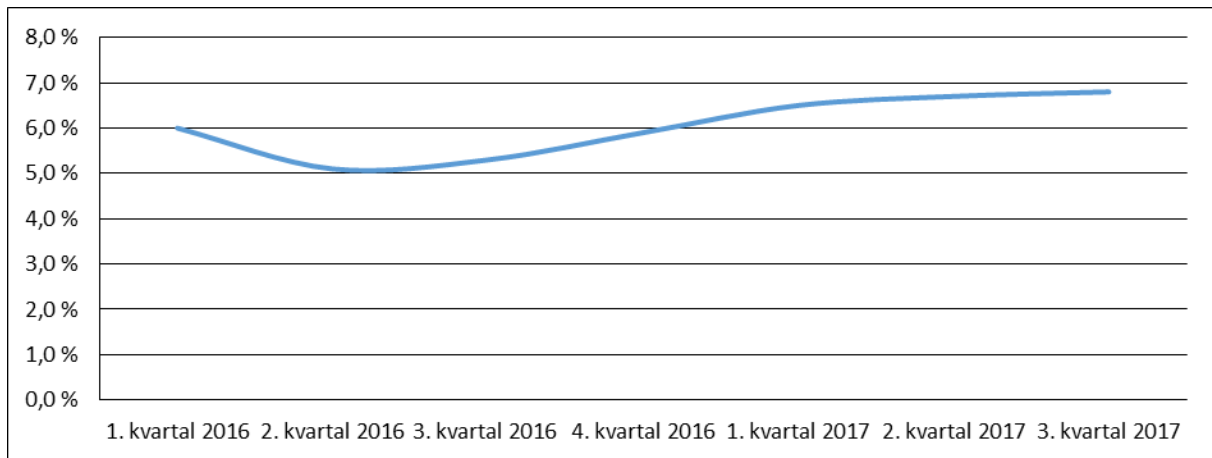
Epikrisetid

Figur 7 Epikriser - andel sendt innen syv dager



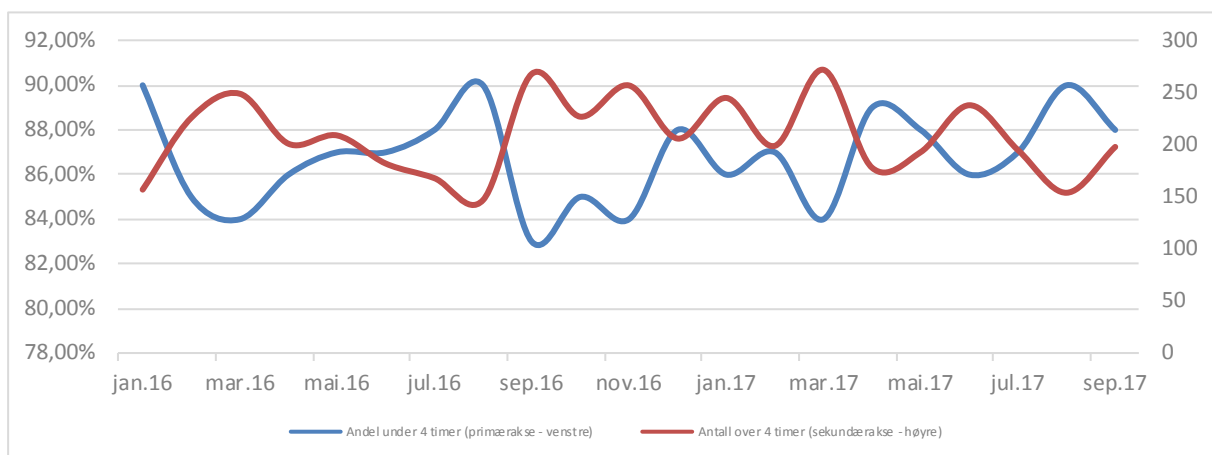
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

Figur 8 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern (nasjonal indikator)

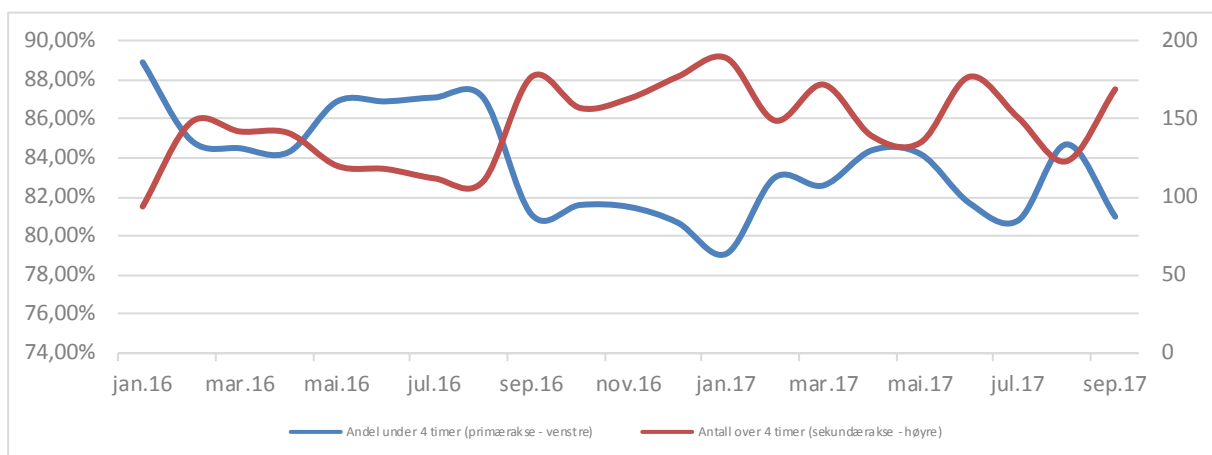


Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 9 Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer og antall over 4 timer)



Figur 10 Oppholdstid i akuttmottaket poliklinikk (andel under 4 timer og antall over 4 timer)



Aktivitet

Tabell 8 Aktivitet UNN

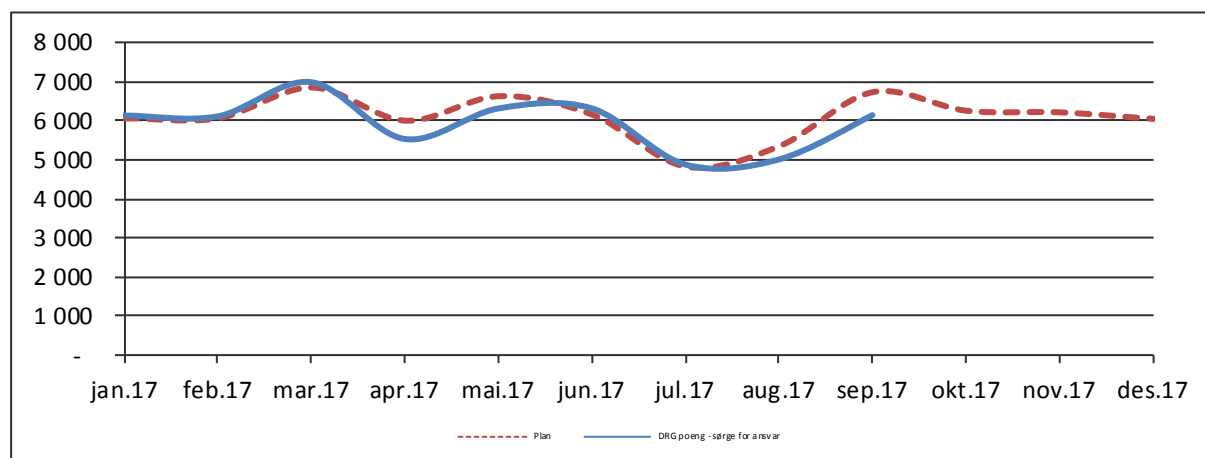
Aktivitet UNN HF	2016	2017	Plantall 2017	Avvik fra 2016		Avvik fra plan 2017	
				Antall	%	Antall	%
Somatikk							
Utskrivelser heldøgn	30 411	31 239	31 274	828	2,7	-35	-0,1
Innlagte dagopphold	4 893	5 045	5 145	152	3,1	-100	-1,9
Polikliniske dagbehandlinger	20 341	19 759	22 721	-582	-2,9	-2 962	-13,0
DRG poeng (2017 logikk)	48 815	53 382	54 688	4 567	9,4	-1 306	-2,4
Liggedager i perioden	126 283	129 580	127 334	3 297	2,6	2 246	1,8
Polikliniske konsultasjoner	191 400	191 383	184 290	-17	0,0	7 093	3,8
Herav ISF	161 252	163 448	162 465	2 196	1,4	983	0,6
Kontrollandel poliklinikk	32 %	30 %	31 %	-2 %	-6,3	-1 %	-3,2
Laboratorieanalyser	4 092 348	4 686 459	3 987 696	594 111	14,5	698 763	17,5
Røntgenundersøkelser	124 023	111 802	114 435	-12 221	-9,9	-2 633	-2,3
Fremmøte stråleterapi	9 998	9 285	10 951	-713	-7,1	-1 666	-15,2
Pasientkontakter	226 704	227 667	220 708	963	0,4	6 959	3,2
VOP							
Utskrivelser heldøgn	2 329	2 573	2 360	244	10,5	213	9,0
Liggedager i perioden	31 824	34 476	31 773	2 652	8,3	2 703	8,5
Polikliniske konsultasjoner	44 545	44 972	48 114	427	1,0	-3 142	-6,5
Pasientkontakter	46 874	47 545	50 474	671	1,4	-2 929	-5,8
BUP							
Utskrivelser heldøgn	117	157	204	40	34,2	-47	-22,9
Liggedager i perioden	1 841	2 539	2 557	698	37,9	-18	-0,7
Polikliniske konsultasjoner	18 664	20 033	18 538	1 369	7,3	1 495	8,1
Pasientkontakter	18 781	20 190	18 742	1 409	7,5	1 448	7,7
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)							
Utskrivelser heldøgn	512	533	534	21	4,1	-1	-0,2
Liggedager i perioden	15 208	15 158	16 381	-50	-0,3	-1 223	-7,5
Polikliniske konsultasjoner	7 740	8 764	8 405	1 024	13,2	359	4,3
Pasientkontakter	8 252	9 297	8 939	1 045	12,7	358	4,0

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

Pga overgang til nytt system (fra organkoder til regionskoder for MR, CT og angio) vil ikke antall røntgenundersøkelser være sammenlignbare med 2016.

Somatisk virksomhet

Figur 11 DRG-poeng UNN 2017

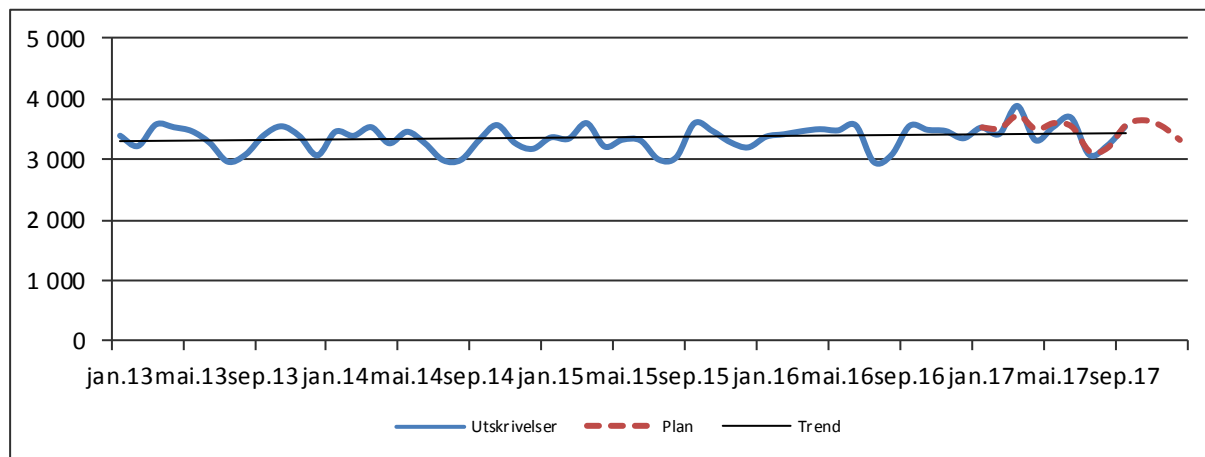


Tabell 9 DRG-poeng hittil i år 2017 fordelt på klinikk

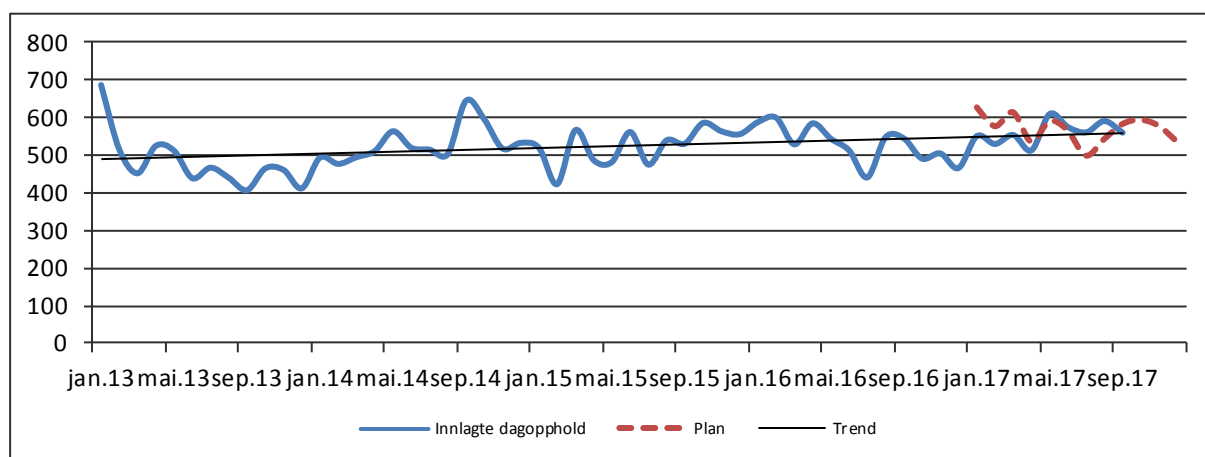
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 186	1 158	28
Barne- og ungdomsklinikken	2 469	2 337	131
Hjerte- og lungeklinikken	9 190	8 532	658
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	13 739	15 134	-1 396
Medisinsk klinikk	9 723	9 446	278
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	13 388	13 663	-275
Operasjons- og intensivklinikken	307	308	-1
Totalt	50 000	50 578	-578

DRG-poeng – egen produksjon.

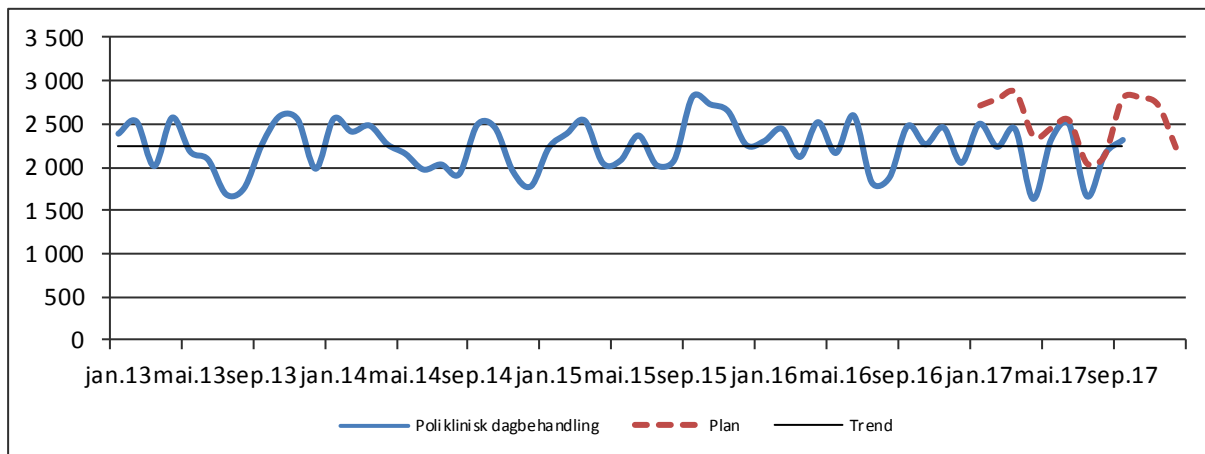
Figur 12 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



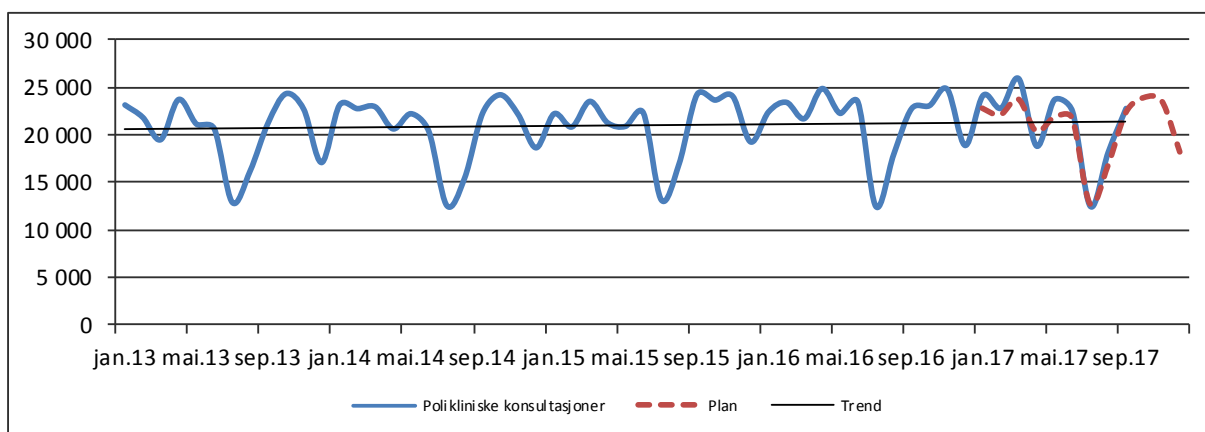
Figur 13 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



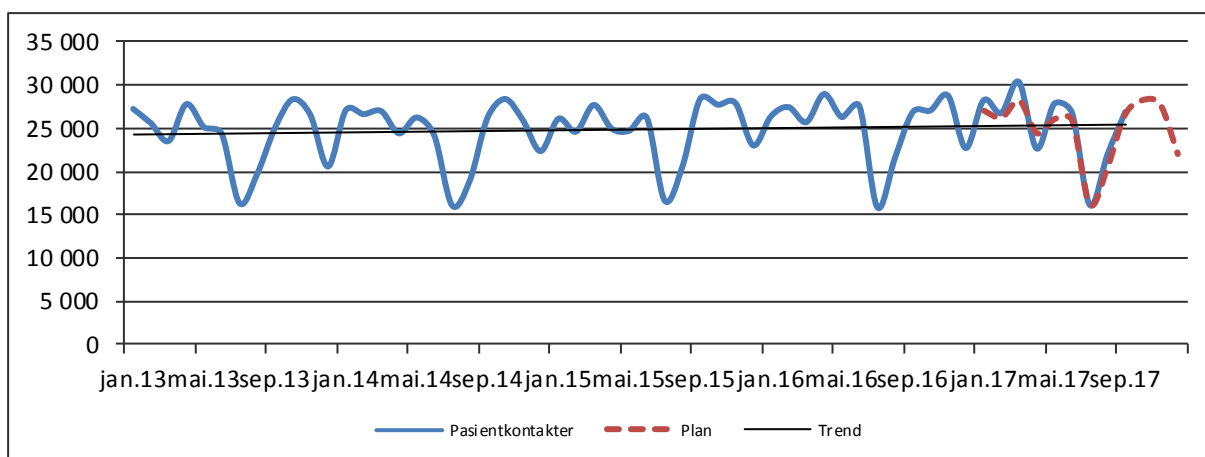
Figur 14 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



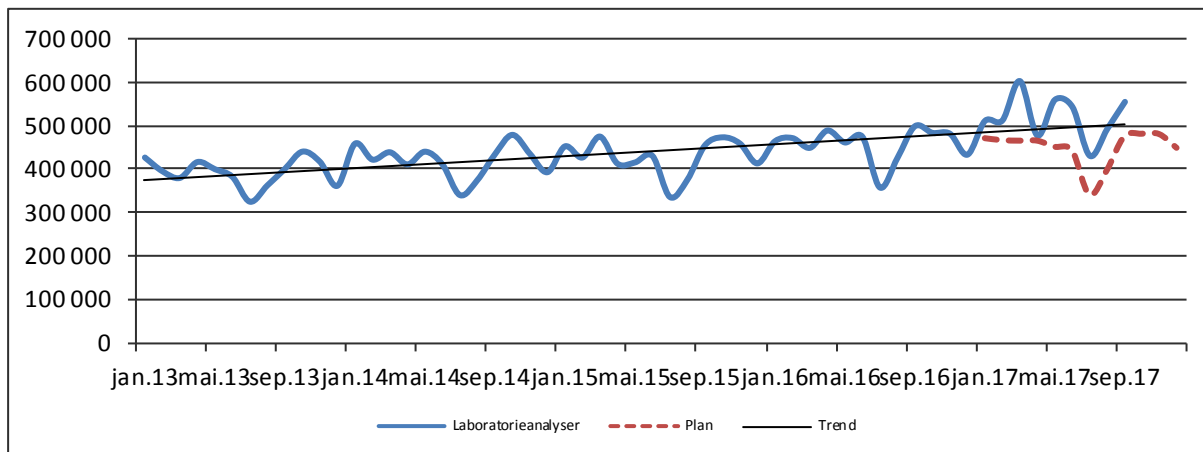
Figur 15 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



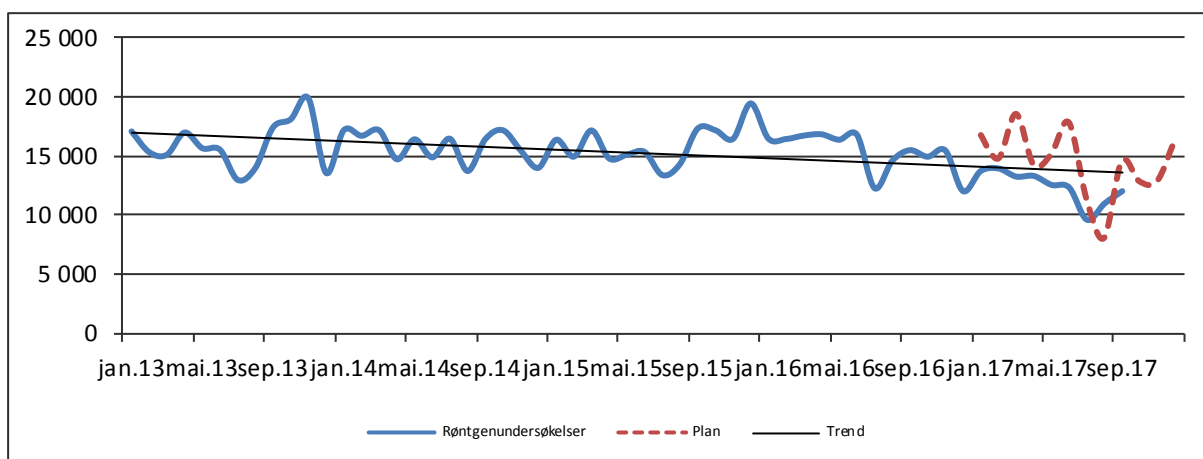
Figur 16 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 17 Laboratorieanalyser

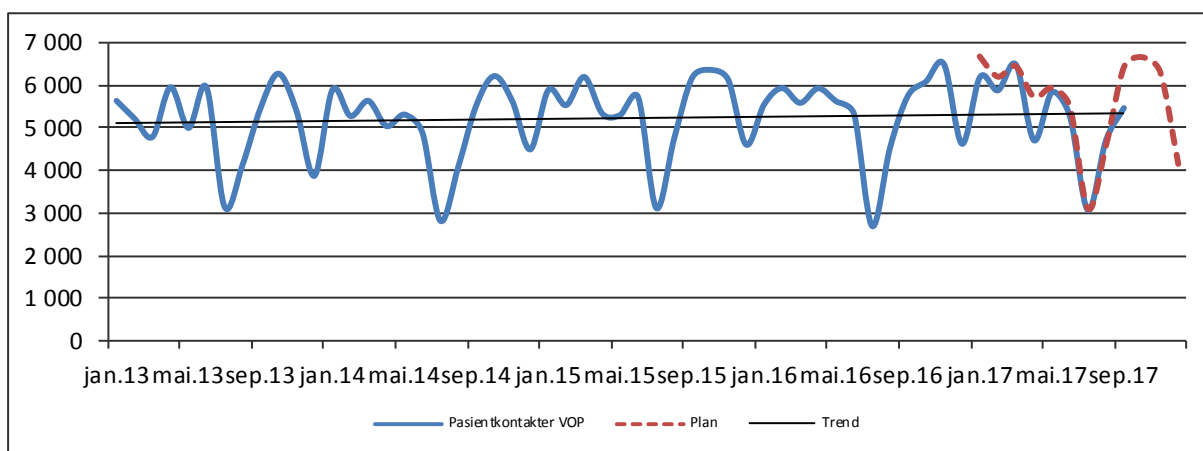


Figur 18 Røntgenundersøkelser



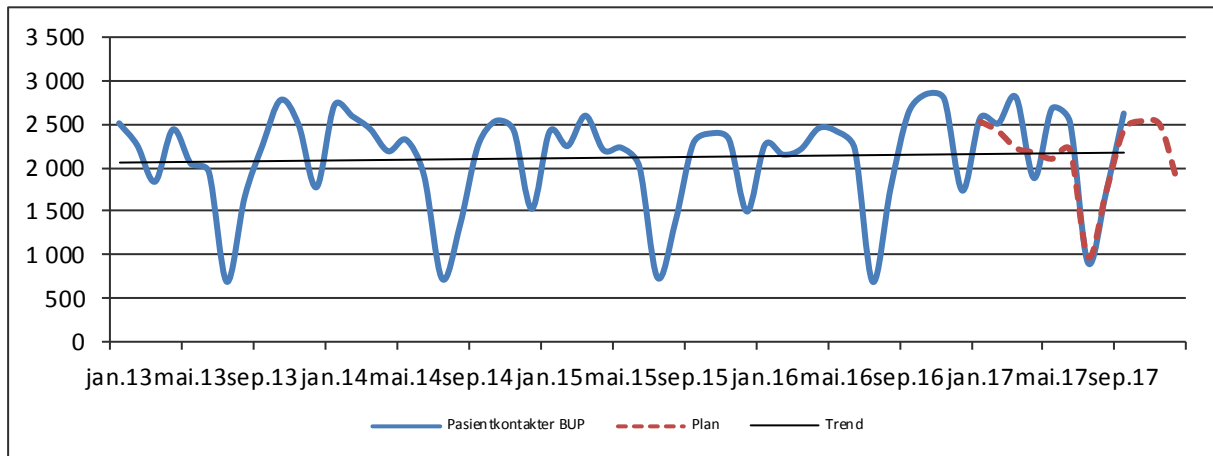
Psykisk helsevern voksne

Figur 19 Pasientkontakter – VOP



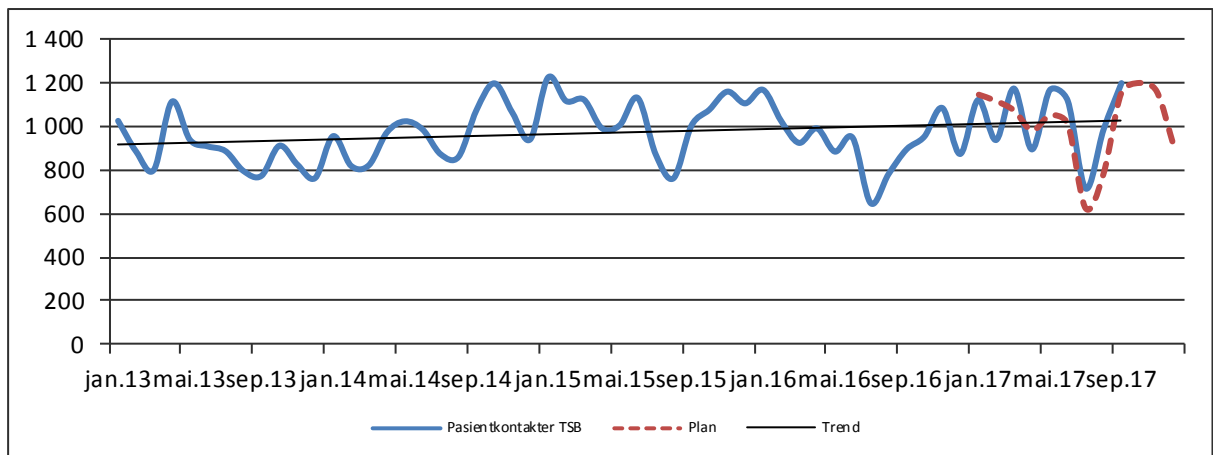
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 20 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 21 Pasientkontakter- TSB



Den gylne regel

Tabell 10 Den gylne regel

Den gylne regel		
Funksjon	måleparameter	Endring 16 -17
Somatikk*	Månedsværk	2,6 %
Psykisk helse og rus	Månedsværk	6,0 %
Somatikk*	Økonomi	6,3 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	7,6 %
Somatikk	Konsultasjoner	-0,8 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	2,1 %

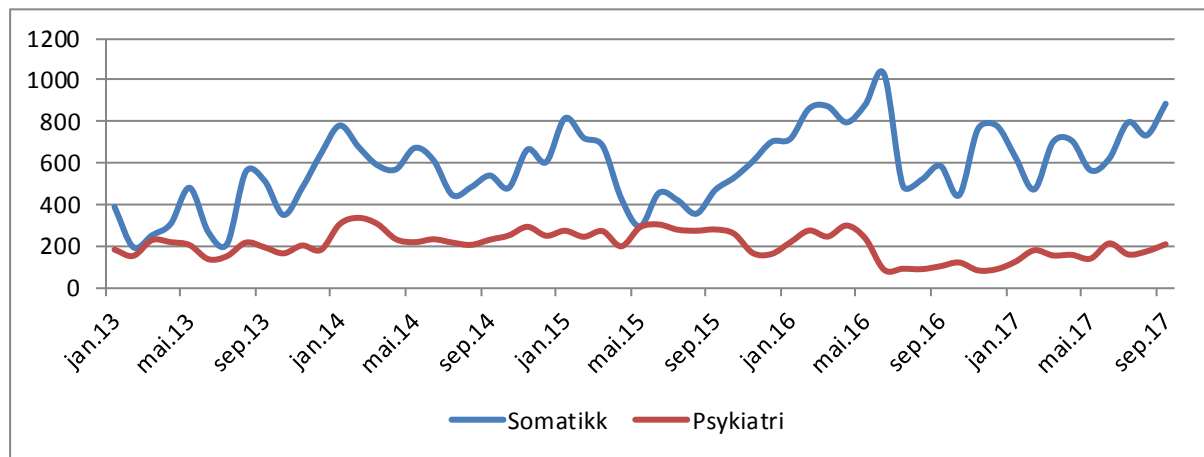
* Somatikk inkl. lab/rtg og rehabilitering

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

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

Figur 22 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

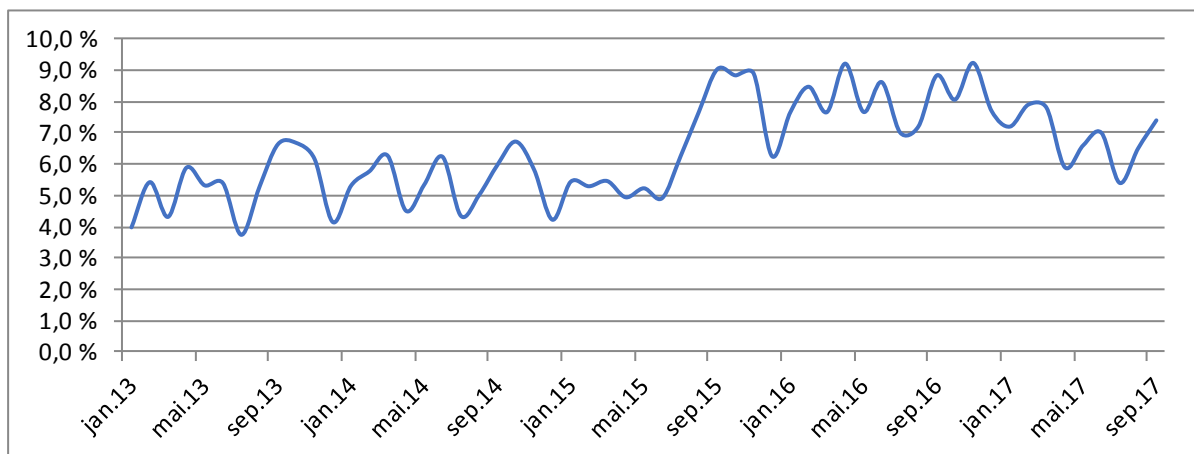


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

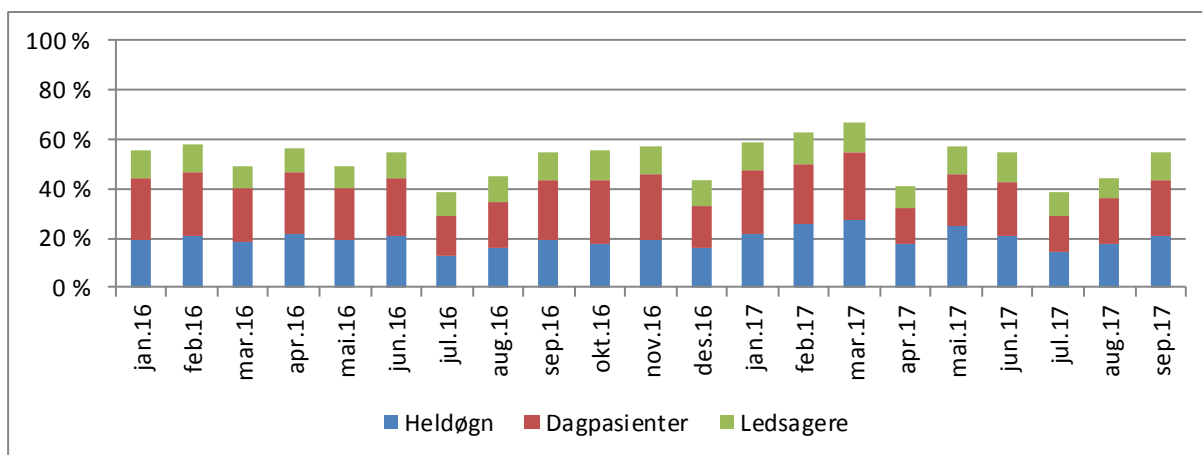
Kommune	Utskrivningsklare døgn jan-sep	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering jan-aug	Antall opphold jan-sep	Utskrivningsklare døgn jan-sep pr 1000 innbyggere
LØDINGEN	95	29	69	44
TROMSØ	3 152	2 846	415	43
KARLSØY	97	84	15	42
TJELDSUND	53	7	46	41
NARVIK	770	486	301	41
IBESTAD	57	10	47	40
HARSTAD	893	310	597	36
SKÅNLAND	106	9	100	35
GRATANGEN	38	17	21	33
EVENES	44	2	42	32
SALANGEN	61	33	29	27
KVÆFJORD	74	3	74	24
STORFJORD	30	26	5	16
BALLANGEN	38	8	30	15
NORDREISA	70	49	17	14
BALSFJORD	74	44	33	13
LYNGEN	36	22	15	12
LAVANGEN	12	1	11	12
DYRØY	12	5	7	10
MÅLSELV	44	19	26	7
BARDU	26	7	19	6
TRANØY	9	4	5	6
BERG	5	0	5	6
TYSFJORD	11	2	9	6
SKJERVØY	14	8	6	5
LENVIK	53	15	40	5
TORSKEN	4	1	3	5
SØRREISA	15	3	12	4
KÅFJORD	9	4	5	4
Sum	5 902	4 054	2 004	31

Bruk av pasienthotell

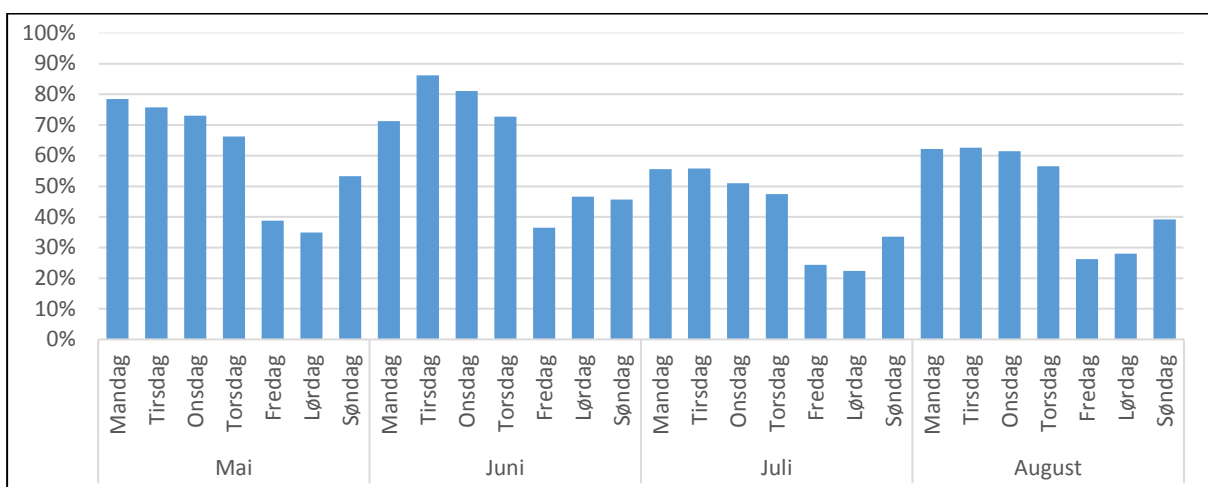
Figur 23 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



Figur 24 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Figur 25 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet

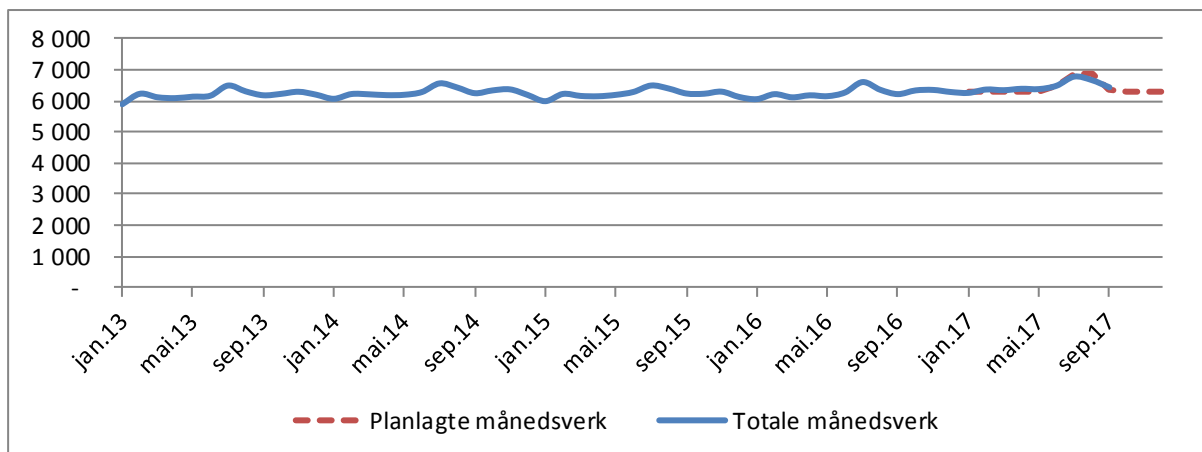


* Mangler oppdaterte tall for september

Personal

Bemanning

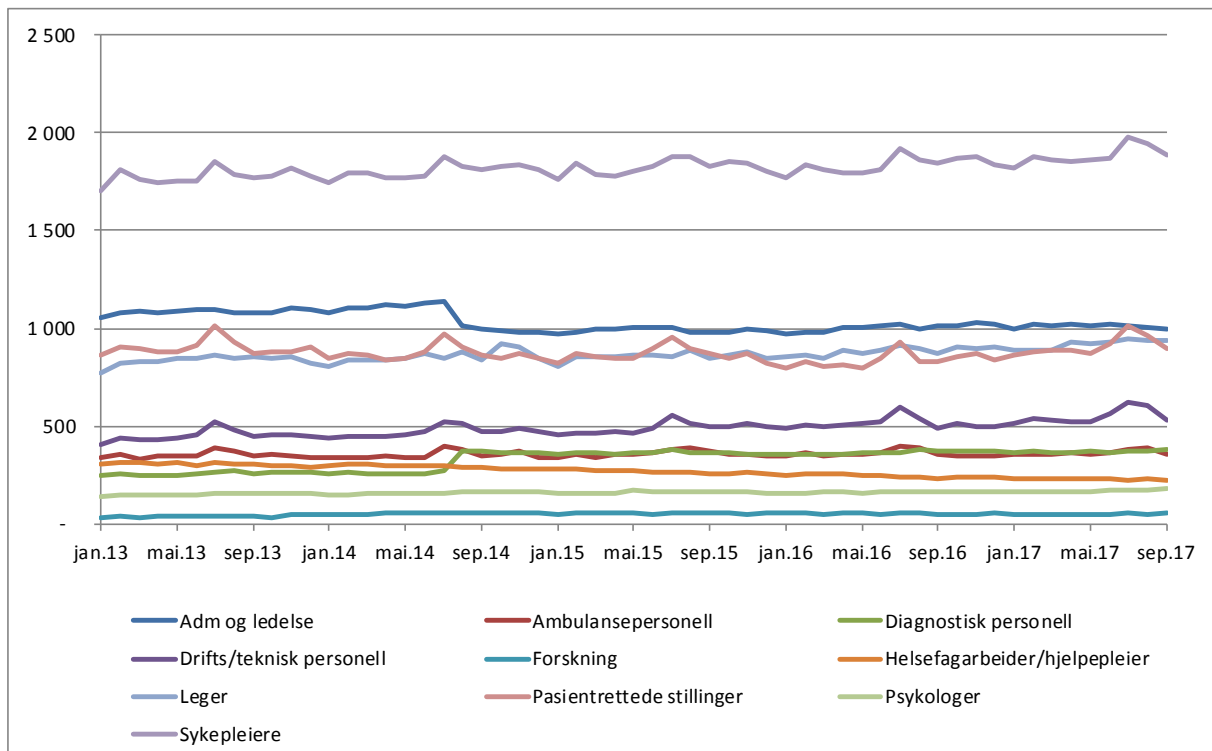
Figur 26 Brutto utbetalte månedsværk 2013-2017



Tabell 12 Brutto utbetalte månedsværk 2015-2017

Måned	2015	2016	2017	Plantall 2017	Avvik mot plan
Januar	5 988	6 054	6 254	6270	-16
Februar	6 220	6 213	6 362	6270	92
Mars	6 156	6 112	6 341	6280	60
April	6 146	6 176	6 386	6288	98
Mai	6 191	6 149	6 376	6287	89
Juni	6 284	6 266	6 483	6471	13
Juli	6 491	6 601	6 777	6847	-70
August	6 393	6 353	6 665	6866	-202
September	6 234	6 214	6 432	6369	63
Oktober	6 226	6 333		6301	
November	6 293	6 349		6301	
Desember	6 123	6 282		6301	
Snitt hittil i år	6 234	6 238	6 453	6 439	14

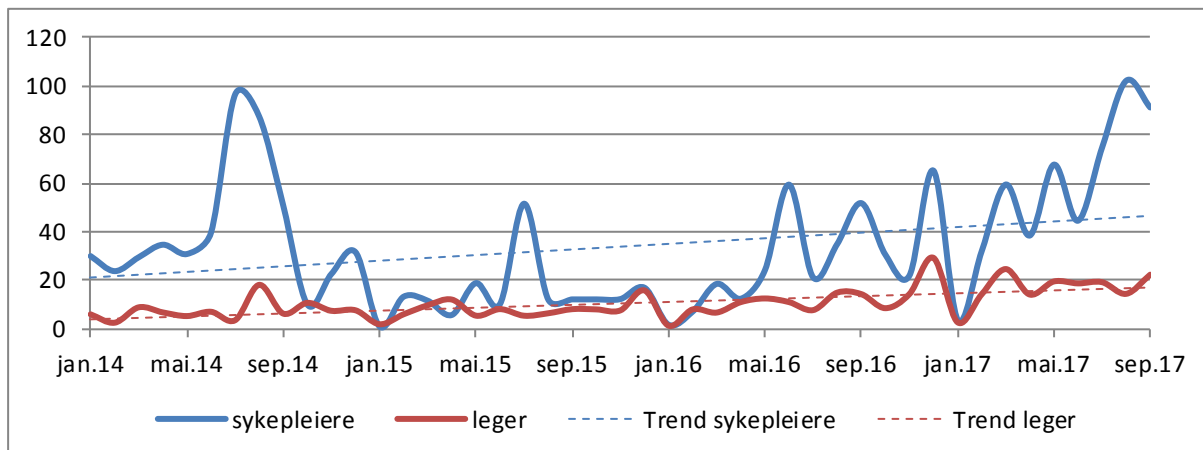
Figur 27 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2013-2017



Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2015-2017

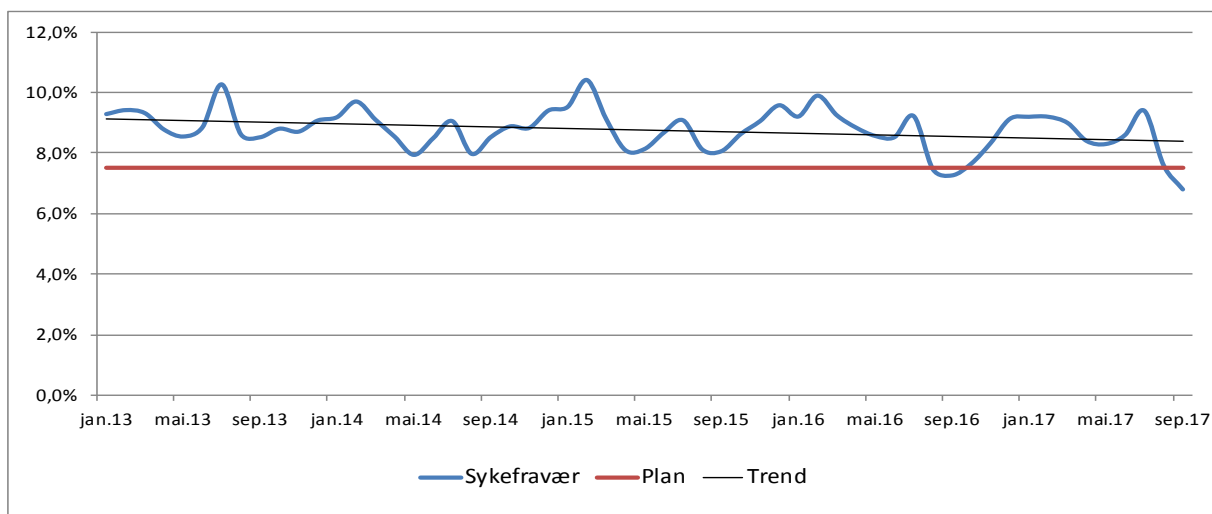
Profesjon	2015	2016	2017	Avvik fra 2016
Adm og ledelse	992	998	1 011	13
Ambulansepersonell	359	364	363	-1
Diagnostisk personell	363	362	370	9
Drifts/teknisk personell	486	517	549	32
Forskning	52	51	48	-3
Helsefagarbeider/hjelpepleier	270	248	230	-18
Leger	854	877	918	41
Pasientrettede stillinger	874	831	910	78
Psykologer	162	161	169	8
Sykepleiere	1 822	1 829	1 884	56
Snitt hittil i år	6 234	6 238	6 453	215

Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

Det er problemer med kildedata fra GAT slik at en ikke har oppdaterte data på sykefravær.

Figur 29 Sykefravær 2013-2017**Tabell 14 Sykefravær fordelt på klinikk gjennomsnittlig siste 12 måneder og september 2017**

Klinikk	Sykefravær gj.snitt siste 12 mnd	Sykefravær september 2017
Akuttmedisinsk klinikk	8,5	7,8
Longyearbyen sykehus	4,2	2,9
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,2	5,6
Hjerte og lungeklinikken	6,8	6,7
Medisinsk klinikk	8,4	7,2
Barne- og ungdomsklinikken	8,4	4,8
Operasjons- og intensivklinikken	8,7	6,8
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	8,6	7,2
Psykisk helse- og rusklinikken	10,5	7,9
Diagnostisk klinikk	8,2	6,0
Nasjonalt senter for ehelseforskning og utredning	4,0	3,7
Drift og eiendomsenteret	9,0	7,9
Stabsenteret	5,8	6,7
Kvalitets- og utviklingsenteret	8,7	9,6
Turnusleger, raskere tilbake	2,3	3,3
Totalt	8,3	6,8

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i september måned vært registrert 3 egenmeldinger i HN-LIS hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

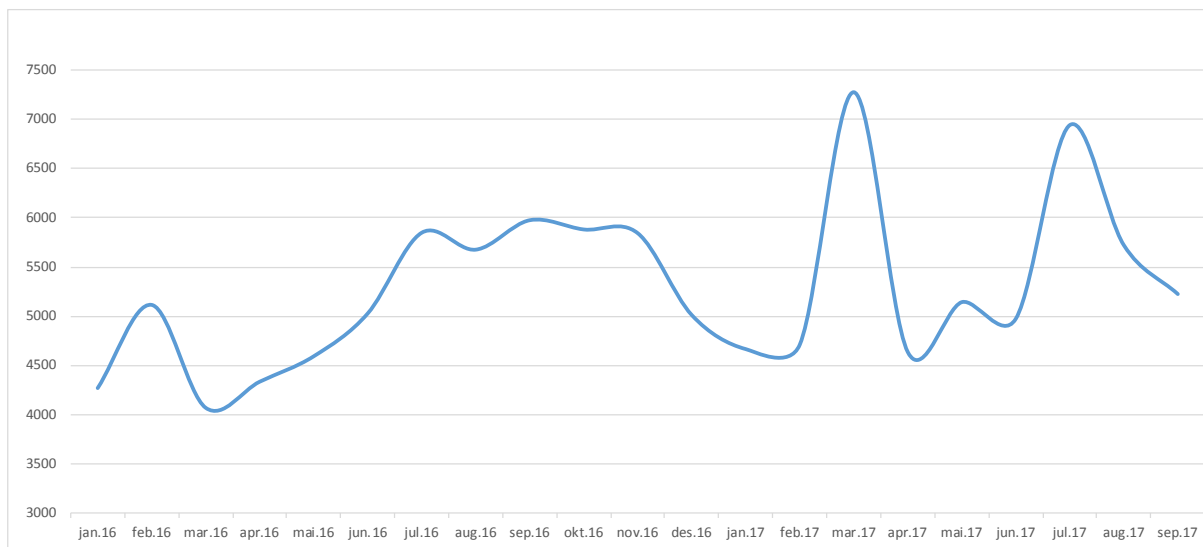
Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i september 2017 vært registrert totalt 433 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 217 graderte. Det tilsvarer en andel på 50,1 % graderte sykemeldinger. Andelen er 0,4 prosentpoeng lavere enn i forrige måned (50,5%).

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

AML-brudd

Figur 30 Antall AML-brudd 2016-2017



Tabell 15 AML-brudd per klinikk

Klinikk	sep.16	sep.17	Endring i %
Akuttmedisinsk klinikk	1530	1135	-25,80 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	478	533	11,50 %
Hjerte- og lungeklinikken	690	722	4,60 %
Medisinsk klinikk	300	306	2,00 %
Barne- og ungdomsklinikken	107	74	-30,80 %
Operasjons- og intensivklinikken	980	634	-35,30 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	549	623	13,50 %
Psykiskhelse- og rusklinikken	788	680	-13,70 %
Diagnostisk klinikk	283	326	15,20 %
Kvalitets- og utviklingscenteret	5	8	60,00 %
Drifts- og eiendomssenteret	247	181	-26,70 %
Stabscenteret	7	4	-42,90 %
Annet	12	0	-100,00 %
Totalt	5976	5226	-12,60 %

Kommunikasjon

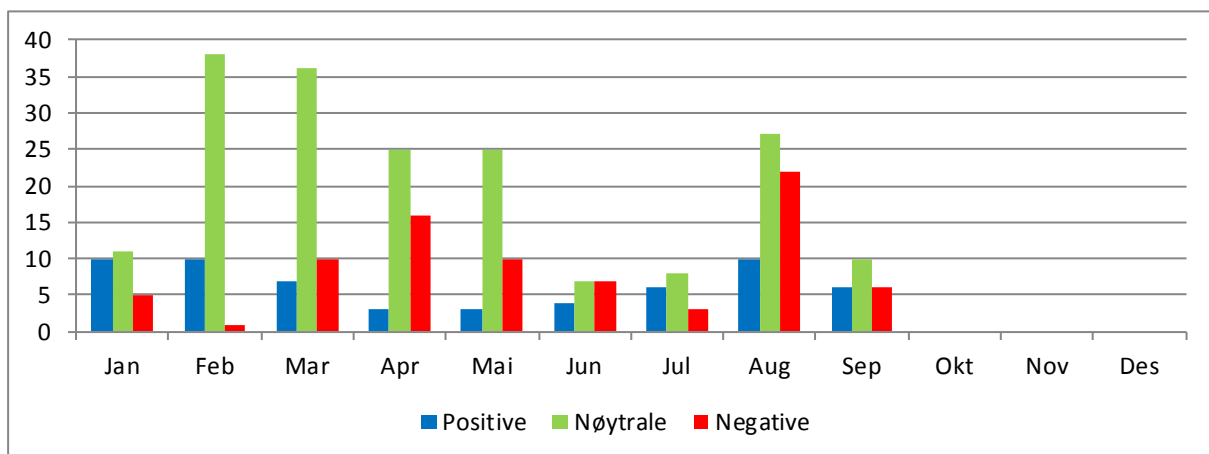
Sykehuset i media

Nordlys publiserte en beklagelse overfor UNN og klinikksjef Kristian Bartnes som fikk en helside i papiravisa og lå på førstesiden av nettavisen den dagen beklagelsen ble offentliggjort. Beklagelsen kom på bakgrunn av flere artikler i mai hvor Nordlys fremstilte klinikksjef Bartnes' utsagn fra et møte på en misvisende og feilaktig måte. Beklagelsen er et resultat av at UNN og Nordlys kom frem til en minnelig løsning etter at UNN har klaget avisen inn for Pressens Faglige Utvalg.

Av positive saker kan nevnes at UNNs pilotprosjekt med hvit ambulanse i Tromsø for pasienter som ikke har behov for akuttmedisinsk behandling eller overvåking, i media ble presentert som en nyskaping både arbeidstakere og ledere har tro på.

Flere aviser omtaler en sak om at ansatte har meldt UNN til Arbeidstilsynet etter at sykepleiere har jobbet 90 timers uker i sommer. Tillitsvalgte sier at smertegrensen er nådd med hensyn til hva enkelte ansatte tåler.

Figur 31 Mediestatistikk 2017

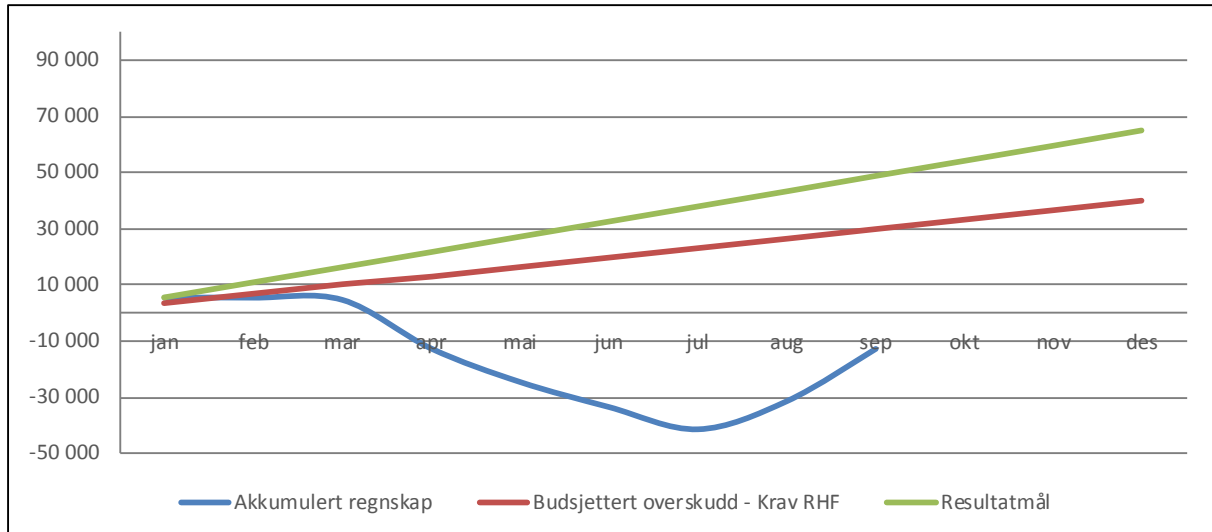


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 32 Akkumulert regnskap og budsjett 2017



For 2017 er det et overskuddskrav fra RHF på 40 mill kr. Det er budsjettet med 3,3 mill kr i overskudd hver måned. I tillegg styres det etter et ytterligere overskudd på 25 mill kr, slik at styringsmålet for 2017 er et overskudd på til sammen 65 mill kr (5,4 mill kr per måned og 2,1 mill kr høyere enn budsjettet).

Regnskapet for september viser et regnskapsmessig resultat på 18,6 mill kr. Det er 15,3 mill kr høyere enn budsjett og 13,2 mill kr høyere enn internt styringsmål. Akkumulert per september viser regnskapet 12,7 mill kr i underskudd, 42,7 mill kr lavere enn budsjett og 61,5 mill kr lavere enn internt resultatmål.

Tabell 16 Resultatregnskap 2017

Resultatrapportering (tall i mill kr)	September				Akkumulert per September			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	404,6	404,6	0,0	0 %	3 400,7	3 400,7	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	0 %	20,8	20,8	0,0	0 %
ISF egne pasienter	131,6	133,6	-2,0	-1 %	1 121,9	1 149,3	-27,3	-2 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	1,6	3,2	-1,6	-51 %	44,0	49,5	-5,5	-11 %
Gjestepasientinntekter	2,7	3,0	-0,3	-9 %	26,9	26,6	0,3	1 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	14,3	15,4	-1,1	-7 %	148,0	132,6	15,3	12 %
Utskrivningsklare pasienter	3,2	1,3	1,9	144 %	16,9	14,7	2,2	15 %
Inntekter "raskere tilbake"	2,1	2,1	0,0	0 %	19,1	19,3	-0,2	-1 %
Andre øremerkede tilskudd	20,4	24,2	-3,9	-16 %	191,3	187,9	3,4	2 %
Andre driftsinntekter	40,3	32,9	7,4	22 %	294,8	290,5	4,3	1 %
Sum driftsinntekter	623,0	622,6	0,4	0 %	5 284,4	5 291,9	-7,5	0 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	22,7	17,2	5,6	33 %	169,4	136,5	32,9	24 %
Kjøp av private helsetjenester	0,1	3,3	-3,2	-97 %	47,0	52,3	-5,3	-10 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	64,6	65,8	-1,2	-2 %	542,9	530,2	12,8	2 %
Innleid arbeidskraft	10,6	4,7	5,9	123 %	65,5	31,2	34,3	110 %
Lønn til fast ansatte	313,2	333,0	-19,8	-6 %	2 735,5	2 826,9	-91,3	-3 %
Overtid og ekstrahjelp	26,3	21,8	4,5	20 %	224,7	187,8	36,8	20 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	56,5	56,5	0,0	0 %	525,6	525,6	0,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-24,6	-21,8	-2,8	13 %	-196,7	-200,0	3,3	-2 %
Annen lønnskostnad	30,9	36,2	-5,4	-15 %	246,3	241,9	4,4	2 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	356,3	374,0	-17,7	-5 %	3 075,3	3 087,9	-12,5	0 %
Avskrivninger	16,3	16,5	-0,3	-2 %	153,7	153,7	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	88,4	87,2	1,2	1 %	790,5	787,0	3,5	0 %
Sum driftskostnader	605,0	620,5	-15,5	-3 %	5 304,5	5 273,2	31,3	1 %
Driftsresultat	18,0	2,1	16,0	766 %	-20,1	18,8	-38,9	-207 %
Finansinntekter	0,6	1,3	-0,6		8,1	11,3	-3,2	
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0		0,7	0,0	0,7	
Finansresultat	0,6	1,3	-0,7		7,4	11,3	-3,9	
Ordinært resultat	18,6	3,3	15,3	463 %	-12,7	30,0	-42,7	-142 %

Tabell 17 Resultatregnskap 2017, ekskl. eksternfinansiering

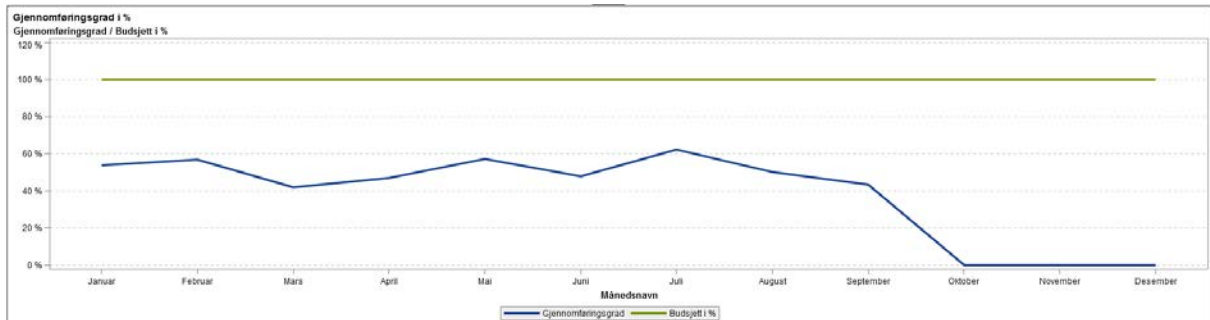
Resultatrapportering (tall i mill kr)	September ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per September ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	404,6	404,6	0,0	3 400,7	3 400,7	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,3	2,3	0,0	20,8	20,8	0,0
ISF egne pasienter	131,6	133,6	-2,0	1 121,9	1 149,3	-27,3
ISF av legemidler utenfor sykehus	1,6	3,2	-1,6	44,0	49,5	-5,5
Gjestepasientinntekter	2,7	3,0	-0,3	26,9	26,6	0,3
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	14,3	15,4	-1,1	148,0	132,6	15,3
Utskrivningsklare pasienter	3,2	1,3	1,9	16,9	14,7	2,2
Inntekter "raskere tilbake"	2,1	2,1	0,0	19,1	19,3	-0,2
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	-0,1	0,1	0,0	0,1
Andre driftsinntekter	40,3	32,9	7,4	294,8	290,5	4,3
Sum driftsinntekter	602,6	598,4	4,2	5 093,2	5 104,0	-10,8
Kjøp av offentlige helsetjenester	22,7	17,2	5,6	169,4	136,5	32,9
Kjøp av private helsetjenester	0,1	3,3	-3,2	46,8	52,1	-5,3
Varekostnader knyttet til aktivitet	63,8	64,8	-1,0	535,5	522,9	12,6
Innleid arbeidskraft	10,6	4,7	5,9	65,5	31,2	34,3
Lønn til fast ansatte	302,6	320,5	-17,9	2 636,7	2 729,7	-93,0
Overtid og ekstrahjelp	23,9	19,0	4,9	202,5	166,0	36,5
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	53,9	53,4	0,5	501,3	501,7	-0,4
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-23,9	-21,0	-2,9	-189,8	-193,2	3,4
Annen lønnskostnad	29,5	34,6	-5,1	233,3	229,1	4,2
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	342,7	357,9	-15,1	2 948,2	2 962,9	-14,7
Avskrivninger	16,3	16,5	-0,3	153,7	153,7	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	85,0	83,2	1,9	758,4	755,5	2,9
Sum driftskostnader	584,6	596,3	-11,7	5 113,3	5 085,3	28,0
Driftsresultat	18,0	2,1	16,0	-20,1	18,8	-38,9
Finansinntekter	0,6	1,3	-0,6	8,1	11,3	-3,2
Finanskostnader	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,7
Finansresultat	0,6	1,3	-0,7	7,4	11,3	-3,9
Ordinært resultat	18,6	3,3	15,3	-12,7	30,0	-42,7

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

Regnskap per klinikk per september - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	31,2	31,6	0,4	0,0	276,0	264,9	-11,1	0,6
11 - Longyearbyen sykehus	2,8	2,7	-0,1	0,0	21,2	19,8	-1,4	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	27,9	26,6	-1,3	-2,0	145,7	100,5	-45,3	-29,8
13 - Hjerte- lungeklinikken	15,1	17,1	1,9	4,3	107,3	102,6	-4,7	14,0
15 - Medisinsk klinikk	28,4	27,3	-1,1	-0,5	180,1	176,1	-4,0	5,9
17 - Barne- og ungdomsklinikken	21,9	22,7	0,8	0,7	156,1	152,7	-3,4	0,3
18 - Operasjons- og intensivklinikken	59,9	61,8	1,9	0,0	489,9	484,4	-5,5	0,0
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	30,9	29,1	-1,9	-1,3	218,6	204,6	-13,9	-5,9
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	63,1	61,7	-1,4	-0,8	505,5	489,5	-16,0	-7,1
30 - Diagnostisk klinikk	50,3	49,9	-0,4	0,0	388,5	381,6	-6,8	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,9	0,2	-0,7	0,0	1,2	1,9	0,7	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	40,6	43,0	2,4	0,0	364,3	371,5	7,2	0,0
52 - Stabssenteret	13,8	13,9	0,1	0,0	112,8	113,2	0,4	0,0
54 - Kvalitet- og utviklingssenteret	9,5	13,0	3,5	0,0	85,4	94,9	9,5	0,0
62 - Felles	-414,9	-403,9	11,0	-4,1	-3 039,7	-2 988,1	51,6	-10,8
Totalt	18,6	3,3	15,3	-3,6	-12,7	30,0	-42,7	-32,8

Gjennomføring av tiltak

Figur 33 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I september er gjennomføringsgraden på tiltakene 43 %. Hittil i år er den 51 %.

Tabell 19 Tiltaksgjennomføring per klinikk

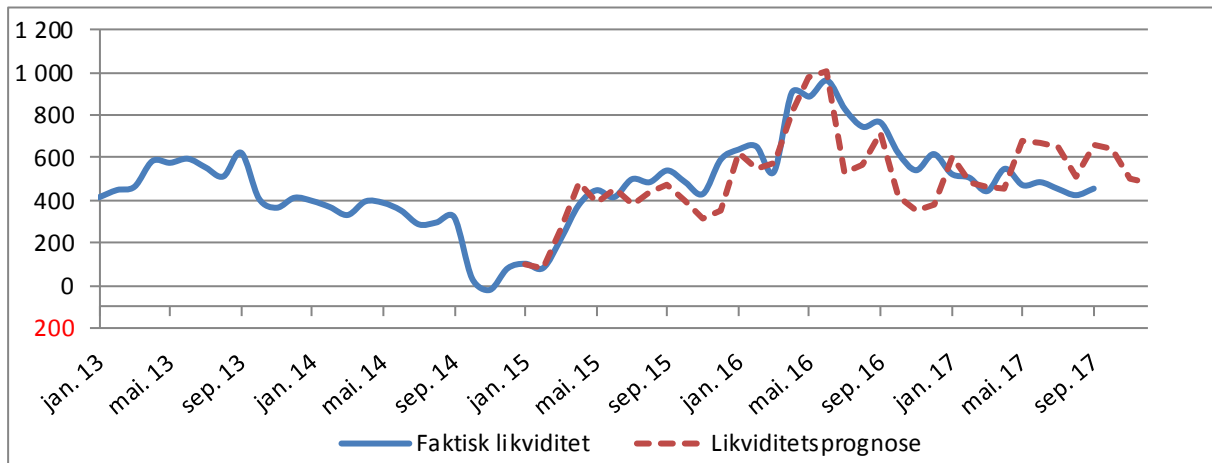
Klinikknavn-UNN ▲	Realisert	Planlagt	avvik	Gjennomføringsgrad
Sum	31 845	62 321	-30 476	51 %
⊕ ⊖ Akuttmedisinsk klinikk	1 425	1 425	0	100 %
⊕ ⊖ Barne- og ungdomsklinikken	731	1 050	-319	70 %
⊕ ⊖ Diagnostisk klinikk	3 751	7 500	-3 749	50 %
⊕ ⊖ Drifts- og eiendomssenter	900	900	0	100 %
⊕ ⊖ Hjerte- lungeklinikken	5 166	7 449	-2 283	69 %
⊕ ⊖ Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-0	8 355	-8 355	-0 %
⊕ ⊖ Kvalitet- og utviklingscenteret	522	525	-3	99 %
⊕ ⊖ Longyearbyen sykehus	75	75	0	100 %
⊕ ⊖ Medisinsk klinikk	7 125	7 125	0	100 %
⊕ ⊖ Nevro-, ortopedi, og rehabiliteringsklinikken	8 985	21 558	-12 573	42 %
⊕ ⊖ Operasjons- og intensivklinikken	630	2 701	-2 071	23 %
⊕ ⊖ Psykisk helse- og rusklinikken	1 647	2 770	-1 123	59 %
⊕ ⊖ Stabsentrer	887	887	0	100 %

Prognose

Oppdatert prognose er et regnskapsmessig resultat på +45 mill kr. Det er 5 mill kr over RHF'ets krav, men 20 mill kr lavere enn eget styringsmål.

Likviditet

Figur 34 Likviditet



Investeringer

Tabell 20 Investeringer

Investeringer, tall i mill kr	Restramme overført fra 2016	Investerings ramme 2017	Samlet investerings ramme 2017	Investert september 2017	Sum investert 2017	Rest-forpliktelse (godkjent tidligere september)	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*	5,1	0,0	5,1		1,9		3,2
A-fløy inkl alle underprosjekter	-25,4	638,0	612,6	34,7	273,2		339,4
PET-senter inkl alle underprosjekter	-153,5	449,7	296,2	15,1	181,8		114,4
Nytt sykehus Narvik	-2,9	71,0	68,1	0,2	6,1		62,0
SUM Nybygg	-176,7	1 158,7	982,0	50,0	463,0	0,0	519,0
Åsgård Bygg 7	1,5	0,0	1,5	0,0	0,6		0,8
SUM Rehabilitering	1,5	0,0	1,5	0,0	0,6	0,0	0,8
Tiltak kreftplan	0,0	0,0	0,0		0,0		0,0
Tromsøundersøkelsen	0,0	5,0	5,0		0,0		5,0
ENØK	11,0	0,0	11,0	0,0	4,8		6,2
SUM Prosjekter	11,0	5,0	16,0	0,0	4,8	0,0	11,2
Medisinteknisk utstyr	-8,6	191,5	182,9	2,7	70,8	111,2	0,9
Annet utstyr disponert av MTU-midler			0,0	0,5	13,8		-13,8
Teknisk utstyr	6,5	12,0	18,5	2,9	8,2	6,9	3,4
Diverse		33,5	33,5	2,7	3,6	29,9	0,0
Ambulanser		12,0	12,0	0,2	6,8	5,2	0,0
Ombygginger	13,4	10,0	23,4	0,1	0,0		23,4
EK KLP		28,0	28,0		28,1		-0,1
SUM Utstyr med mer	11,3	287,0	298,3	9,0	131,2	153,2	13,8
SUM total	-152,9	1 450,7	1 297,8	59,0	599,6	153,2	544,9

I henhold til konsernbestemmelsene skal utstyr over 5 mill kr godkjennes av styret. Til styremøtet i november bes det om styrets godkjenning for følgende utstyrskjøp.

Tabell 21 Godkjenning av utstyr

Klinikk/ Avdeling	Nytt utstyr/ utskifting av gammelt utstyr	Type utstyr	Arsak til søknad	Nødvendig for oppretthold else av normal drift	Nødvendig for oppretthold else av liv og helse	Sparte driftskostna der	Tilsyns- pålegg	Konsekvenser	Stipulert kostnad (inkl mva) mill. kr
Medisinsk klinikk - Mikrobiologi sk avdeling - Tø	Utskifting	PCR- plattform	Nedslitt utstyr. Hyppige feil og stor risiko for totalhavari. Foreldet operativsystem i fht. Nettverk	Ja		mulig bortfall av inntekter		Omfattende svikt i analyseproduksjon (luftveivirus, seksuelt overførbare sykdommer etc.) Prøver må da sendes andre sykehus. Betydelig dårligere service og høyere kostnader.	7,0
Hjerte og Lungeklini- ken: Hjertemedi- sk avdeling	Utskifting	Gjennomlys- ningsutstyr	Utstyret nedslitt, gammelt og svært dyrt å reparere.	Pacemakerlaboratoreiet er nødvendig for dagelig drift. Utstyret er av en slik forfatning at det stadig vekk må gjøres reoperasjoner, MTA uttaler at det etter hvert er vanskelig å finne rette deler siden utstyret er "end of service" allerede i 2015. Store reoperasjonskostnader på dette, et røntgenrør måtte skiftes i uke 41 til en kostnad på 400 000. Ved havari vil en utøver driftsproblemer (de andre 4 laboratoriene går for fullt) også få økt infeksjonsfare ved å implantere pacemakere i disse laboratoriene.					7,0

Byggeprosjekter

Tabell 22 Byggeprosjekter

	A-fløya	PET-senter
HMS	H=20	H=10
Planlagt ferdigstilling	01.11.2017	02.12.2017
Klinisk drift	24.01.2018	02.03.2018
Fremdrift	Ingen avvik	7 uker
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2016	612,6 mill kr	296,2 mill kr
Sum investert hittil 2017	273,2 mill kr	181,8 mill kr
Sum investert tidligere år	929,8 mill kr	193,0 mill kr
Sum investert totalt	1273,4 mill kr	425,7 mill kr
Investeringsramme	1 547 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	-25	+16



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
90/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Tommy Schjøberg

Endringer virksomhetsplanlegging 2018

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar saken om endringer i virksomhetsplanlegging for 2018 til orientering.

Bakgrunn

I Helse Nord RHF sin styresak 109-2017 *Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer* redegjør Helse Nord RHF for konsekvenser av forslaget til statsbudsjett 2018, og gir rammer og føringer for 2018 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og de øvrige helseforetakene i Helse Nord.

Formål

Formålet med saken er å orientere styret ved UNN om endringer i forutsetningene for virksomhetsplanleggingen for 2018, som følge av egne prioriteringer og rammer og føringer fra Helse Nord RHF, etter fremleggelse av forslag til statsbudsjett.

Saksutredning

Forutsetninger

I Helse Nord RHF sine styresaker 54-2017 *Plan 2018-2021, inkl. rullering av investeringsplanen 2018-2025*, 109-2017 *Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer* gir Helse Nord RHF rammer og føringer til UNNs virksomhetsplanlegging for 2018.

Konsekvenser av statsbudsjettet 2018

I styresak 109-2017 *Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer* fra Helse Nord RHF redegjøres det for innholdet i forslaget for statsbudsjett 2018. I all hovedsak er forslaget til statsbudsjett i samsvar med de foreløpige føringer og rammer som helseforetakene ble bedt om å planlegge etter. Samlet sett kommer UNN noe bedre ut (+2,9 mill kr) enn hva som lå til grunn i styresak 61-2017 *Status virksomhetsplanlegging*. Da er ikke effektene av endringer i laboratorietakstene tatt med, og foreløpige simuleringer tilsier reduserte inntekter i 2018. Endelig avklaring på dette er ventet i slutten av november.

Rammer og føringer fra Helse Nord RHF

Kapitalkompensasjon

Helse Nord RHF holder tilbake deler av inntektene for å kunne finansiere økte kostnader som følge av investeringer og oppgradering av bygg, utstyr og anlegg. Dette fordeles gradvis til helseforetakene etter hvert som avskrivningene fra de store byggeprosjektene belaster regnskapene. For UNN øker kapitalkompensasjon med 10 mill kr for PET-senteret i 2018.

Resultatkrav

Helse Nord RHF sin strategi for å sikre tilstrekkelig likviditet for å kunne investere videreføres. Det følger av strategien at helseforetakene enkeltvis, og foretaksgruppen samlet, må planlegge med og realisere overskudd i driften. I sum er det vedtatt et budsjettert overskudd på 275 mill kr for foretaksgruppen i 2018. For UNN er resultatkravet for årene 2018-2025 +40 mill kr per år. Dette er uendret fra 2017.

Basisramme 2018

Basisrammen for UNN øker med 209 mill kr i forhold til vedtatt budsjett 2017. Tekniske forhold utgjør isolert sett en økning på 10 mill kr. Lønns- og prisvekst utgjør +97 mill kr, oppdatering av inntektsmodeller 11 mill kr og nye oppgaver +60 mill kr. Realveksten er beregnet til 30 mill kr (0,6 %).

Omstillingsutfordring 2018

Årlige omstillingsutfordringer varierer og er et resultat av endrede eksterne forutsetninger, interne prioriteringer og endrede kostnader og inntekter. Samlet sett øker inntektsrammene med omtrent 73 mill kr i forhold til inneværende år. I sum øker kostnadene med 213 mill kr, hvor de største endringene gjelder økte IKT kostnader, økte kostnader knyttet til interne prioriteringer og økt internt overskuddskrav. Samlet sett utgjør alle endringene en omstillingsutfordring for 2018 på 137,3 mill kr.

Tiltak og strategi

UNNs strategi om å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling opprettholdes i 2018, og måles etter de samme parameterne som tidligere; aktivitet, ventetid, månedsverk og økonomi. Innsparingskravene innen psykisk helse og rus er halvert i forhold til øvrig drift, for å imøtekomme kravene om høyere vekst enn i somatikken.

Hovedstrategien med kontinuerlig forbedring i alle ledd av virksomheten fortsetter. Tiltakene for 2018 er en kombinasjon av klinikk/sentervise tiltak og fellestiltak. Opprinnelig fordeling av innsparingskrav til klinikkene/sentre var 25 mill kr. I etterkant er det fordelt et nytt innsparingskrav på 19,5 mill kr. Årsaken til dette er nye prioriteringer som er gjort som medfører økte kostnader til neste år samt noe redusert effekt av fellestiltakene.

Det er identifisert fellestiltak for 92,8 mill kr. Tre prosjekter har etter nærmere vurderinger korrigert ned potensialet for besparelser. Det gjelder tiltaket med reduserte kostnader for vaktordninger som tas ut av listen (-20 mill kr), reduserte kostnader knyttet til talegjenkjenning (-2,5 mill kr) og vurdering av desentralt behandlingstilbud (-2 mill kr). Samlet sett er effektene av fellestiltakene redusert med 24,5 mill kr.

Investering og bærekraft

Behovet for investeringer er stort og ordinære investeringsrammer fra Helse Nord RHF er ikke tilstrekkelig i forhold til behovet for reanskaffelser, ny teknologi, ombygginger med mer. UNNs strategi om internt overskuddskrav videreføres og økes til 60 mill kr for 2018. Dette øker investeringsrammene påfølgende år. Helse Nord RHF øker investeringsrammene med 2 mill kr i anledning behov for investering av medisinteknisk utstyr på Svalbard.

UNNs totale investeringsrammer for utstyr med mer er 197 mill kr i 2018, i tillegg kommer eventuelt overskudd fra 2017 utover RHF sitt krav.

Nytt sykehus for psykisk helse og rus er foreløpig budsjettert på RHF nivå med oppstart i 2022 med en total investeringsramme på 1,2 mrd kr.

Oppdatert bærekraftanalyse er viser en omstillingsutfordring på 137 mill kr i 2018. Frem mot 2025 varierer årlig omstillingsutfordring fra 44 mill kr til 182 mill kr. Bærekraftanalysen er basert på foreløpige kjente endringer i inntekter og kostnader og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr. Det er også tatt høyde for nye interne prioriteringer og satsninger. Likviditetsanalysen viser positiv likviditet i hele planperioden.

Medvirkning

Saken ble forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftingsmøter i uke 44. Samtlige møter sluttet seg til at saken fremmes for styret til behandling. Protokoller/ referater fra møtene vil følge som egne referatsaker i styremøtet 16.11.2017.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at de forutsetningene som UNN har lagt til grunn i sin virksomhetsplanlegging viser seg å stemme godt overens med de økonomiske rammene og føringene som Helse Nord RHF kommer med etter at forslag til statsbudsjett for 2018 er fremlagt, og at dette ikke gir ytterligere omstillingsutfordringer så sent i prosessen. Dette gir et godt grunnlag for god virksomhetsstyring. I tillegg til gode plandokumenter fra RHF'et har UNN tatt høyde for den usikkerheten som det medfører å fremskyve virksomhetsplanleggingen fra høsten til våren.

I tidligere forutsetninger var det satt av 50 mill kr til interne omprioriteringer. Dette viser seg å være for lavt, og det er behov for å omprioriterer 61,6 mill kr noe som medfører økt omstillingsbehov på 11,6 mill kr. Det er også jobbet videre med fellestiltakene, og det er etter nærmere beregninger nødvendig å nedjustere potensialet for økonomiske besparelser enn hva de

første estimatene tilsa. Kombinasjon av høyere kostnader og lavere effekt av planlagte tiltak, har gjort det nødvendig med noen korrigeringer.

Det er vurdert flere mulige løsninger:

1. Fordele større omstillingsutfordring til klinikkene
2. Redusere kostnader (egne prioriteringer)
3. Redusere internt overskuddskrav
4. Utsette prosjektene i langtidsplanen

Det er direktørens vurdering at det er nødvendig å opprettholde strategien om økt overskudd i egen drift for å sikre tilstrekkelig med investeringsrammer for utstyr med mer. Økning fra 25 mill kr til 60 mill kr i internt overskuddskrav er derfor uendret.

Direktøren ønsker samtidig å redusere risikoen i budsjettet, og vurderer det derfor som nødvendig å utsette oppstarten av prosjektene i langtidsplan til 1. september, og med det redusere kostnadene med 15 mill kr.

Samtidig er det valgt å fordele ytterligere 19,5 mill kr i innsparingskrav til klinikkene/sentrene. Det er i løpet av oktober og november gjennomført dialogmøte med alle klinikker/sentre, og direktøren er fornøyd med at de fleste klinikker har levert tilstrekkelig med tiltak for å imøtekomme omstillingsutfordringen. Det gjenstår fortsatt noe arbeid med å slutføre tiltaksarbeidet innenfor OPIN-klinikken.

Det vurderes at det fortsatt foreligger en risiko knyttet til økonomisk måloppnåelse for de planlagte fellestiltakene, og for å redusere risikoen knyttet til fellestiltakene er alle prosjekteierne bedt om å komme med en risikovurdering og planlegge tiltak som har til hensikt å redusere risikoen i prosjektene.

Ved å gjennomføre en god risikovurdering og allerede nå planlegge risikoreduserende tiltak knyttet til fellestiltakene vurderes den økonomiske i risikoen i neste års budsjett å være moderat.

Realveksten (0,6 %) er også for 2018 lavere enn forventet aktivitetsvekst, særlig innen kreftbehandling samt laboratorievirksomhet. For laboratorievirksomheten økes basisbevilgningen mens takstrefusjonene reduseres, noe som fører til at aktivitetsveksten gir mindre økonomisk effekt.

Kravet om sterkere vekst innen psykisk helse- og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er samtidig opprettholdt. Overgangen til ISF finansiering av poliklinisk aktivitet for psykisk helsevern og TSB har i 2017 medført lavere inntekter enn budsjettet. Foreløpige signaler fra myndighetene er at det vurderes å gjøre noe mindre tilpasninger som vil redusere risikoen til neste år.

Det budsjetteres også neste år med økte ISF-inntekter, til tross for at budsjettmålene på dette området ikke er nådd hittil i år. Direktøren ser ingen grunn til at UNN skal ha lavere DRG-indeks enn andre regionsykehus, og vurderer fortsatt økte ISF-inntekter som realistisk. Det er imidlertid åpenbart nødvendig å tilnærme seg denne utfordringen på en annen måte enn tidligere, og arbeidet er derfor nå prosjektorganisert på tvers av klinikkene under ledelse av en av klinikksjefene.

I tillegg er det nå en økende utfordring med mangel på sykepleiere i Tromsø, som i tillegg til en generell økende mangel på arbeidskraft innenfor denne yrkesgruppen, også er sterkt knyttet til Tromsø kommunes utvidelse av pleie- og behandlingstilbud. Mangel på sykepleiere medfører

behov for mer overtid og dermed økte kostnader per månedsverk. Dette utgjør en risiko som det er krevende å sette inn tiltak mot.

Konklusjon

Direktøren er fornøyd med at forslaget til statsbudsjett og rammer og føringer fra RHF'et ikke gir store endringer sent i virksomhetsplanleggingen, og at de planene som UNN har jobbet med gjennom året i stor grad kan videreføres. Alle klinikker, med unntak av OPIN-klinikken, har levert tilstrekkelig med tiltak for å håndterer egen omstillingsutfordring. For å redusere risikoen knyttet til fellestiltakene er det iverksatt en grundig risikovurdering av alle tiltakene.

Tromsø, 3.11.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg til saken *Endringer virksomhetsplanlegging 2018*



Vedlegg

Sak: Saksfremlegg til styresaken *Endringer virksomhetsplanlegging 2018*
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen / Tommy Schjølberg
Møtedato: 16.11.2017

Saksfremlegget redegjør for:

1. Konsekvenser av statsbudsjettet
2. Rammer og føringer fra Helse Nord RHF
3. Omstillingsutfordring 2018
4. Tiltak og strategi
5. Investeringer
6. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse

1. Konsekvenser av statsbudsjettet 2018

I all hovedsak er forslaget til statsbudsjettet i samsvar med foreløpige føringer og rammer som helseforetakene ble bedt om å planlegge etter i styresak 54-2017 *Plan 2018-2021 – inkl. rullering av investeringsplanen 2018-2025*. Dette innebærer i at forutsetningene som ble presentert i styresak 61-2017 *Status virksomhetsplanlegging* står ved lag, og gjør at budsjettopplegget for 2018 kan gjennomføres som planlagt uten store endringer sent i prosessen. Tabell 1 oppsummerer endringene i forhold til tidligere forutsetninger. I tillegg til dette kommer endringer i kodeverket for laboratorietakster som det ennå er usikkerhet knyttet til effekter. Foreløpige beregninger tilsier reduserte inntekter i 2018.

Tabell 1 Endrede budsjettforutsetninger

Endrede budsjettforutsetninger (mill kr)	Endringer	Tatt høyde for i plan	Avvik
Kvalitetsbasert finansiering	-2,1	0,0	-2,1
KPP som grunnlag for ISF	7,8	0,0	7,8
ABE-reform aktivitetsbaserte inntekter	-12,0	-12,0	0,0
Kutt legemidler	-1,1	0,0	-1,1
Effektiviseringskrav lab	-1,0	0,0	-1,0
Transport psykisk syke	-0,6	0,0	-0,6
Økt MVA-sats	-0,8	0,0	-0,8
Reduserte pensjonskostnader	2,4	0,0	2,4
Styrking av Sykehusinnkjøp HF	-1,7	0,0	-1,7
Sum endrede budsjettforutsetninger	-7,4	-12,0	2,9

Kvalitetsbasert finansiering

UNN får en reduksjon på 2,1 mill kr på dette området. Dette er en nasjonal pott som gjør at dersom andre HF i Norge gjør det relativt bedre ett år omfordeles penger gjennom statsbudsjettet. For UNN indikerer det ikke nødvendigvis en lavere kvalitet enn tidligere, men i forhold til andre.



KPP som grunnlag for ISF

Det er innført KPP (kostnad per pasient) som grunnlag for revidering av DRG – vektene. Dette har for landsdelen slått positivt ut og gir UNN 7,8 mill kr mer neste år gitt samme aktivitet som 2017.

Avbyråkratiseringsreformen (ABE)

Avbyråkratiseringsreformen medfører en reduksjon i basisrammen for UNN på 12,0 mill kr som gjelder aktivitetsbaserte inntekter.

Kutt legemidler

Noe av bevilgningene flyttes til mva – kompensasjon og en får derfor et kutt på 1,1 mill kr.

Effektiviseringskrav lab

Inntektene ved laboratoriene gis en lavere prisvekst for å dempe aktivitetsveksten innenfor feltet. For UNN utgjør dette en reduksjon i basisrammen på 1,0 mill kr.

Transport psykisk syke

Dette har vært et prosjekt hvor målsetningen har vært å tydeliggjøre ansvaret for denne type transport. Prosjektperioden er avsluttet i 2017 og det øremerkede tilskuddet trekkes inn med 0,6 mill kr for UNNs del.

Økt MVA – sats

Den lave satsen økes fra 10 % til 12 %. Virkningen vil i all hovedsak gjelde tjenestereiser utenom MVA ordningen. UNN trekkes 0,8 mill kr for dette.

Reduserte pensjonskostnader

Pensjonskostnadene reduseres mer enn planlagt. UNN sin andel av differansen er 2,4 mill kr som tilføres i basisrammen.

Styrkning av sykehusinnkjøp HF

Som følge av at sykehusinnkjøp styrkes med 4,0 mill kr for å ivareta samkjøring av organisasjonene og redusere transaksjonskostnadene forventes det på sikt en betydelig innsparing på HF ene. I 2018 reduseres basisrammen til UNN med 1,7 mill kr.

2. Rammer og føringer fra Helse Nord RHF

I Helse Nord RHF sin styresak 109-2017 *Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer* redegjør Helse Nord RHF for rammer og føringer for 2018.

Styringskrav og mål i oppdragsdokumentet vil for 2018 samles i følgende hovedområder:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
4. Samordning på tvers av regionene
5. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
6. IKT
7. Økonomistyring og bedre ressursutnyttelse



1.1 Kapitalkompensasjon

Helse Nord RHF holder tilbake deler av inntektene for å kunne finansiere økte kostnader som følge av investeringer og oppgradering av bygg, utstyr og anlegg. Dette fordeles gradvis til helseforetakene etter hvert som avskrivningene fra de store byggeprosjektene belaster regnskapene. For UNN øker kapitalkompensasjon med 10 mill kr for PET-senteret i 2018.

Tabell 2 Kapitalkompensasjon

Kapitalkompensasjon (1000 kr)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
UNN Narvik				21 000	21 000	21 000	21 000	21 000
UNN Tromsø	-	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
UNN PET	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Sum	10 000	30 000	30 000	51 000	51 000	51 000	51 000	51 000

1.2 Resultatkrav

Helse Nord RHF's strategi for å sikre tilstrekkelig likviditet for å kunne investere videreføres. Det følger av strategien at helseforetakene enkeltvis og foretaksgruppen samlet må planlegge med og realisere overskudd i driften. I sum er det vedtatt et budsjettert overskudd på 275 mill kr for foretaksgruppen i 2018. Resultatkrav per helseforetak for 2017-2025 er fastsatt i henhold til tabell 2. Dette er uendret forhold til tidligere føringer.

Tabell 3 Resultatkrav

Resultatkrav i planperioden (i 1000 kr)	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Helse Nord RHF	236 000	186 000	156 000	146 000	125 000	125 000	125 000	85 000	45 000
Finnmarkssykehuset	30 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	5 000	5 000
UNN	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
Nordlandssykehuset	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Helgelandssykehuset	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	5 000
Sykehusapotek Nord	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum	331 000	275 000	245 000	235 000	214 000	214 000	214 000	155 000	100 000

1.3 Basisramme 2018

Basisrammen for UNN øker med 209 mill kr (+4,5%) i forhold til vedtatt budsjett 2017. Realveksten er 29,8 mill kr (0,6 %).

Tabell 4 Endringer i basisrammen 2018

Basisramme 2018	(beløp i 1 000 kr)
Vedtatt ramme 2017	4 653 198
Inntektsmodeller	11 667
Oppgaveendringer	59 961
Lønns- og prisvekst	97 294
Realvekst	29 818
Tekniske forhold	9 949
Vedtatt ramme 2018	4 861 888
Endring basisramme	208 690
Endring basisramme %	4,5 %
Realvekst basisramme	0,6 %



Tabell 5 Foreløpige endringer basisramme 2018

Basisramme 2018	UNN
Vedtatt basisramme 2017	4 653 198
Flytting kreftlegemidlerrestedel av helårseffekt fra 1.mai 2017	15 886
Kutt legemidler til RHFene (fra 2751.70)	-1 103
Finansieringsansvaret for legemidler (fra 2751.70) (nye fra 2018)	43 331
Overflytting av legemidler til ISF (til kap. 732.76) (andel av 2017-flytting)	-20 670
Overflytting av deler av 292 mill kr til ISF (til 732.76) (andel av kreft - helårseffekt)	-8 268
Finansieringsansvaret for legemidler (mva delen) - 786 mill. kr. (til 732.80) (andel2018)	-8 665
Mva andelen av 292 mill. kroner (til 732.80) (andel av kreft - helårseffekt)	-3 307
Konsekvensjustering egenandeler (pasientreiser og poliklinikk)	-1 404
Pensjonskostnader	-12 830
Transport av psykisk syke, fra 732.70	1 063
Jordmortjeneste, fra 2755.72	56
Utførende helsepersonell, til 732.76-77, 2752.70	-249
ISF-refusjon PH og TSB , til 732.76	-10 118
Konsekvens manglende prisomregning egenandeler	2 381
Budsjettneutrale omlegging av labtakster, fra 732.77	22 005
IKT-drift kvalitetsregistre	-1 300
Styrking kapitaltilskudd	6 810
Prisomregning 2,3x pst. ekskl. Pensjonsgrunnlag ekskl. kapitalgrunnlag	97 294
Kompensasjon manglende prisomregning	3 923
Sykehusinnkjøp - utfasing av omsetningsgebyr	-1 154
Sykehusinnkjøp - divisjon Nord, overgangsordning	-3 124
Sykehusinnkjøp - styrking	-1 717
Beredskap Svalbard	10 000
Kvalitetsbasert finansiering	384
Forskning til HF i vedtatt budsjett	30 000
Overgrepsmottak, bevilgning fases inn i inntektsmodell	1 722
Sum basisramme 2018 per oktober 2017	4 861 888

Nye legemidler 2018

Flytting av finansieringsansvar for medikamenter innen blod/astma og UNN får økt rammen med 43, mill kr for å dekke dette.

Legemidler til ISF

Flere legemidler som har vært finansiert av rammetildeling går over til å bli ISF – finansiert.

Endring i pensjonskostnadene

Ny beregning av pensjonskostnader gir en mindre kostnad i 2018 til pensjon. Dette trekkes inn av RHF.

ISF – refusjon PH og TSB

Flytting av penger fra ramme til aktivitetsinntekt ved at enhetsprisen for en konsultasjon innen psykisk helsevern og rus økes med 18 %.

Budsjettneutrale omlegging av labtakster

Stykkprisen er vurdert for høy og for å ikke stimulere til vekst innen denne delen av virksomheten så settes stykkpris ned og penger overføres til basisramme.

Styrking kapitaltilskudd/prisomregning/kompensasjon manglende prisomregning



Basisrammen økes med dette som tilsvarer prisvekst i statsbudsjettet.

Beredskap Svalbard

RHF har foreløpig satt av 16,0 mill kr for å styrke beredskapen på Svalbard. Som følge av beregnet sen oppstart overføres foreløpig 10,0 mill kr til UNN i 2018.

Forskning til HF i vedtatt budsjett

Det overføres 30,0 mill kr til forskning. Dette er en nedgang på 3,0 mill kr. Tallet er ikke endelig og kan endres.

3. Omstillingsutfordring 2018

Omstillingsutfordringen er et samlet resultat av inngangshastigheten til 2018, endrede inntektsforutsetninger og endrede interne og eksterne kostnadsforutsetninger. Omstillingsutfordring er beregnet til 137,3 mill kr. I forhold til styresak 61-2017 *Status virksomhetsplanlegging* er det noen endringer som beskrives nærmere. Endringene er merket med rød skrift i tabell 5.

Tabell 6 Omstillingsutfordring for 2018

OMSTILLINGSUTFORDRING 2018	Beløp
Inngangshastighet	0,0
Engangskostnader 2017 - Idefaseutredning Åsgård	-2,5
Sum korleksjon for engangseffekter	-2,5
Kapitalkompensasjon PET-senter	-10,0
Oppdatering inntektsmodell somatikk	-19,3
Revidering inntektsmodell utdanning	8,0
Innfasing og oppdatering modell psykisk helse	-5,1
Oppdatering inntektsmodell TSB	1,7
Oppdatering pasientstrømmer alle inntektsmodeller	3,0
Styrking HF	-13,3
Overgangsordning pensjon	-43,0
Overgangsordning MVA	-7,5
Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (0,5 %):	
Herav basisramme	0,0
Herav reduserte takster/ISF	12,0
Sum endrede eksterne inntektsforutsetninger	-73,5
Økte IKT kostnader	45,1
Økte kostnader A-fløy (halvårseffekt)	20,5
Opptrappingsplan psykisk helsevern og TSB	6,0
Netto økte driftskostnader PET-senter (etter inntekt)	13,1
Endring avskrivninger og rentekostnader (halvårseffekt A-fløy og PET)	7,0
Egne prioriteringer (egen tabell)	61,6
Direktørens pott	10,0
Langtidsplan	15,0
Økt overskuddskrav (til sammen 100, 60 over RHF krav - 65 i 2017)	35,0
Sum endrede internt påførte økte utfordringer	213,3
Omstillingsutfordring UNN	137,3
Fellestiltak	92,8
Klinikk/sentervise tiltak fordelt vår 2017	25,0
Klinikk/sentervise tiltak fordelt sept 2017 (i tillegg)	19,5
Sum tiltak	137,3
ULØST OMSTILLING	0,0



Egne prioriteringer

I opprinnelig planer var det satt av 50 mill kr i økte kostnader uten at dette var spesifisert. Dette var begrunnet med erfaringer at det i løpet av året oppstår uforutsette behov eller behov for omprioriteringer. For 2018 er det behov for omprioritering av til sammen 61,6 mill kr. Dette vises i tabell 6.

Tabell 7 egne prioriteringer

Egne prioriteringen 2018	Beløp (i mill kr)
Regional funksjonell forvaltning lab	3,0
DES - Kostverter	0,9
DES - leieforhold	2,6
OPIN - Renhold Harstad operasjon	1,8
Økte kostnader renhold smittevern	1,5
Økte kostnader serviceavtale strålemaskin	1,0
Økte kostnader andre serviceavtaler	3,0
Økte kostnader insulinpumper	3,0
Endring Labtakster (foreløpig estimat)	15,0
Økte kostnader Hemo (stillinger)	0,0
Kreftmedikamenter Hemo	3,0
Lungekreftmedikament	9,0
Kreftmedikamenter K3K	5,0
PHRK - Kapasitetsøkning sikkerhetspsykiatri og endret lovgivning	7,8
Akuttmed - Økt budsjett	5,0
SUM	61,6

Langtidsplan

I opprinnelige planer var det avsatt 30 mill kr til prioritering for langtidsplan. Etter en totalvurdering er det besluttet utsatt oppstart med halvårseffekt i 2018. Det settes derfor av 15 mill kr i 2018.

4. Tiltak og strategi

Hovedstrategien med kontinuerlig forbedring i alle ledd av virksomheten fortsetter. Tiltakene for 2018 er en kombinasjon av klinikk/sentervise tiltak og fellestiltak. Opprinnelig fordeling av innsparingskrav til klinikkene/sentre var 25 mill kr. I etterkant er det fordelt et nytt innsparingskrav på 19,5 mill kr. Årsaken til dette er nye prioriteringer som er gjort som medfører økte kostnader til neste år samt noe redusert effekt av fellestiltakene.

UNNs strategi om å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling opprettholdes i 2018, og måles etter de samme parameterne som tidligere; aktivitet, ventetid, månedsverk og økonomi. Innsparingskravene innen psykisk helse og rus er halvert, for å imøtekomme kravene om høyere vekst enn i somatikken. Tabell 7 viser innsparingskrav som er fordelt til klinikker/sentre.



Tabell 8 Omstillingsutfordring for 2018 fordelt på klinikk

Fordeling innsparingskrav	25 mill kr	19,5 mill kr	Totalt 44,5 mill kr
10 - Akuttmedisinsk klinikk inkl. Longyearbyen	2,2	0,1	2,3
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	3,2	2,7	5,8
13 - Hjerte- lungeklinikken	1,8	1,5	3,2
15 - Medisinsk klinikk	2,6	2,2	4,8
17 - Barne- og ungdomsklinikken	1,4	1,1	2,5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	3,0	2,6	5,6
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	3,4	2,9	6,2
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	2,0	1,7	3,7
30 - Diagnostisk klinikk	2,7	2,3	5,0
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	0,0	-	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	1,4	1,2	2,5
52 - Stabssenter	0,7	0,6	1,3
54 - Kvalitets- og utviklingssenteret	0,7	0,6	1,3
Sum per klinikk	25,0	19,5	44,5

I tillegg er det identifisert fellestiltak for 92,8 mill kr. Tre prosjekter har etter nærmere vurderinger korrigert ned potensialet for besparelser. Det gjelder tiltaket med reduserte kostnader for vaktordninger som tas ut av listen (-20 mill kr), reduserte kostnader knyttet til talegjenkjenning (-2,5 mill kr), vurdering av desentralt behandlingstilbud (-2 mill kr). Samlet sett er effektene av fellestiltakene redusert med 24,5 mill kr.

Tabell 9 Fellestiltak

Tiltaksnr	Tiltak	Tidligere estimater	Esimert besparelse (mill kr)
1	Økte ISF inntekter	30	30
2	Vaktordninger	20	0
3	Reduserte pasientreisekostnader	10	10
4	Redusere bruk av lab, røntgen og blodprodukter	10	10
5	Operasjonslogistikk, redusere strykninger	10	10
6	Avtaler IKT (SLA med mer)	10	10
7	Talegjenkjenning	10	7,5
8	Samordnet lønnpolicy	8	8
9	Vurdering av det desentrale behandlingstilbudet i somatikk	7	5
10	Reduserte kostnader mat, tøy	2,3	2,3
SUM		117,3	92,8

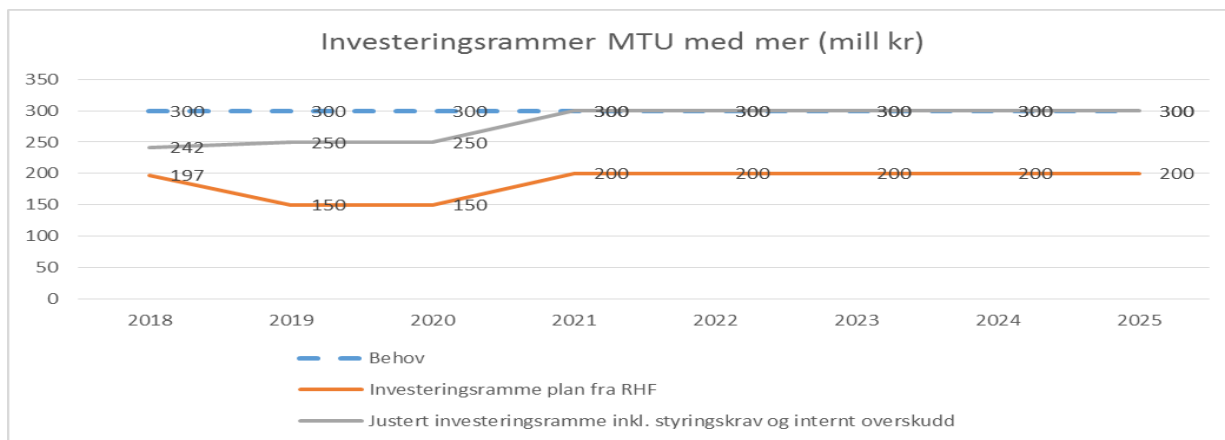
5. Investeringer

Behovet for investeringer er stort og ordinære investeringsrammer fra Helse Nord RHF er ikke tilstrekkelig i forhold til behovet for reanskaffelser, ny teknologi, ombygginger med mer. Det holdes derfor fast på strategien om å øke internt overskuddskrav fra 25 mill kr i 2017 til 60 mill i



2018 (i tillegg til 40 i krav fra RHF) for å øke investeringsrammene påfølgende år. Figur 1 viser utviklingen de siste årene og fremtidige rammer.

Figur 1 Investeringsrammer MTU med mer



Tabell 10 Vedtatt investeringsramme fra RHF

Vedtatt Investeringsplan 2018-2025 fra RHF (beløp i mill kr)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nytt sykehus Narvik	59 000	60 000	250 000	500 000	730 000			
A-fløy Tromsø	0							
Tromsøundersøkelsen	5 000	5 000						
Regionalt PET-senter p85	43 200							
Økt ramme til HF styrets disp (MTU, ambulansområdet, regionale oppgaver)	45 000							
Økt ramme MTU Svalbard	2 000							
MTU, ambulanser, rehab med mer	150 000	150 000	150 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
Sum UNN	304 200	215 000	400 000	700 000	930 000	200 000	200 000	200 000

*Åsgård ligger foreløpig budsjettet sentralt på RHF

I den vedtatte investeringsplan for 2018-2025 er den eneste endringen at det er en økning i rammene på 2 mill kr til investeringer i MTU for Svalbard.

6. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse

Bærekraftanalyse

Oppdatert bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser en omstillingsutfordring på 137 mill kr i 2018. Bærekraftanalysen er basert på foreløpige kjente endringer i inntekter og kostnader og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr. Det er også tatt høyde for nye interne prioriteringer og satsninger på 61,5 mill i 2018 og 50 mill kr årlig fra og med 2019. I tillegg er det tatt høyde for videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen på inntektssiden. 10 mill kr årlig til direktørens pott for uforutsette ting, samt 15 mill kr til langtidsplan i 2018. Investeringene av nytt sykehusbygg for psykisk helse og rus (Åsgård) er foreløpig budsjettet sentralt på RHF nivå, men er tatt hensyn til i bærekraft- og likviditetsanalysen. Total investeringsramme for Åsgård er 1,2 mrd kr.

Øvrige forutsetninger lagt til grunn i bærekraftanalysen:

- Vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF (i tillegg til Åsgård)
- Økte investeringsrammer av internt overskudd benyttes til investeringer påfølgende år
- Investeringsramme P85 nye bygg



- A-fløy er 50 % lånefinansiert
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus
- 70 % lånefinansiering PET-senter
- 70 % lånefinansiering Åsgård
- Det er beregnet 3 % rente på lån og 2,8 % på egen likviditet
- Analysen er gjennomført i 2017-kroner
- 26,4 år avskrivningstid på nye bygg

Tabell 11 Bærekraftanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

Bærekraftanalyse UNN HF	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Sum inntekter	7 233	7 239	7 230	7 259	7 247	7 235	7 223	7 211
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	7 015	7 099	7 159	7 219	7 279	7 339	7 400	7 461
Sum avskrivninger	226	280	293	306	329	405	393	405
Netto rentekostnader	27	25	22	22	24	58	54	52
Totalt kostnader	7 270	7 404	7 474	7 547	7 632	7 802	7 848	7 918
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	-37	-165	-244	-287	-385	-567	-624	-706
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40	40
Internt overskuddskrav UNN	60	60	60	60	60	60	60	60
Sum resultatkrav	100	100	100	100	100	100	100	100
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	-137	-265	-344	-387	-485	-667	-724	-806
Sum effekter tiltaksplan	137	137	137	137	137	137	137	137
Uløst omstilling etter tiltaksplan	0	-128	-207	-250	-348	-530	-587	-669
Årlig endring omstillingsutfordring	0	127	79	44	98	182	57	82

Likviditetsanalyse

Oppdatert likviditetsanalyse viser en positiv likviditet i hele perioden 2018-2025.

Tabell 12 Likviditetsanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

Likviditetsberegning	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter								
Budsjettert resultat	40	40	40	40	40	40	40	40
Eget overskuddskrav	60	60	60	60	60	60	60	61
Avskrivninger/nedskrivninger	226	280	293	306	329	405	393	405
Likviditets effekt pensjon								
Diff pensjonskostnad/premie								
Andre endringer i omløpsmidler/kortsiktig gjeld som påvirker likviditet								
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	326	380	393	406	429	505	493	506
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter								
Endringer i forhold til vedtatt investeringsplan								
Investeringer av overskudd	-65	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100
Investeringsbudsjett investeringsplan iht fremdriftsplan	-304	-215	-400	-700	-1 030	-400	-500	-800
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-369	-315	-500	-800	-1 130	-500	-600	-900
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter								
Innbet ved opptak av lån A-fløy	0	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Åsgård	0	0	0	0	70	140	210	420
Innbet ved opptak av lån PET senter	30	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Pasienthotell	0	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Narvik sykehus	41	42	175	350	511	0	0	0
Avdrag lån	-46	-46	-46	-46	-46	-92	-92	-92
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	26	-4	129	304	535	48	118	328
Netto endring i kontanter	-17	61	22	-90	-165	53	11	-67
IB 01.01	250	233	294	316	227	62	115	125
UB 31.12	233	294	316	227	62	115	125	59



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
92/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2017
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. Samdata
2. Orientering om varslinger til Statens helsetilsyn fra UNN

Muntlige orienteringer

3. Pasienthistorie
4. Oppfølging etter dialogmøte med Helgelandssykehuset 25.10.2017
5. PCI-saken
6. Elektronisk kurve - *unntatt.off.*

Tromsø, 9.11.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



ORIENTERINGSSAK

Sak: SAMDATA - spesialisthelsetjenesten 2016
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Direktøren/ Gøril Bertheussen/ Tommy Schjølberg/ Thomas Krogh
Dato: 16.11.2017

Bakgrunn

SAMDATA produseres årlig av Helsedirektoratet og har som formål å presentere styringsdata for hele spesialisthelsetjenesten. Dette notatet baseres på analysenotatserien til Helsedirektoratet, samt datagrunnlag gjort tilgjengelig på deres hjemmeside. Til forskjell fra tidligere er det ikke en samlet SAMDATA-rapport, men 18 forskjellige analysenotat som tar for seg flere sider av spesialisthelsetjenesten innenfor de ulike sektorene.

Notatet vil i hovedsak ta for seg forbruk og ressursbruk for alle sektorer (somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og TSB), samt noe om produktiviteten for somatisk sektor. Hovedfokus vil være på de fire regionale helseforetakene, samt sammenligning av universitetssykehusene der dette er mulig.

Sammenlignet med tidligere har ikke SAMDATA publisert personelltall for de ulike sektorene i spesialisthelsetjenesten. Grunnen til dette er at de usikre på datakvaliteten, spesielt med tanke på hvordan fellespersonell blir registrert og rapportert inn. Det eneste som vil bli presentert i dette notatet mht. personell er derfor rene behandlerstillinger innen psykisk helsevern og TSB.

SAMDATA presenterer rater for effektive senger i forhold til innbyggerantall. Til grunn bruker de gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året. Dette er en beregnet størrelse som tar utgangspunkt i antall tilgjengelige sengerdøgn i løpet av året. Dette innebærer en korrigering for antall døgn der en seng ikke er tilgjengelig. For å beregne effektive senger divideres totalt antall sengerdøgn med antall dager i året.

Saksutredning

SAMDATA-analysene viser til dels betydelige variasjoner i ressursbruk, kapasitet, produktivitet og tjenesteprofil mellom regioner og helseforetak i spesialisthelsetjenesten.

I 2016 var kostnadene til spesialisthelsetjenesten på 139 mrd kr (+3,8 % sammenlignet med 2015). Veksten den siste ti-års perioden korrigert for prisutviklingen er 18 %, hvor det meste av økningen kom de tre siste årene. Kostnadene tilsvarer 26 455 kr per innbygger, men det er store nivåforskjeller mellom helseregionene. Fra 24 368 kr i Helse Vest til 34 333 kr i Helse Nord. Helse Sør-Øst disponerte 54 % av kostnadene i spesialisthelsetjenesten i 2016 og regionen definerer derfor langt på vei det nasjonale gjennomsnittet for alle tjenestoområder. Ses det bort fra kostnader til ambulanse og pasienttransport endres Helse Nord's kostnad per innbygger fra 130 % til 120 % sett i forhold til landsgjennomsnittet.

Kostnadsveksten fra 2012 til 2016 har vært størst innen somatisk sektor (+10,7 %). Dette en trend som gjelder for alle regioner. På landsbasis har det for samme periode vært en kostnadsøkning innen psykisk helsevern og TSB samlet (+3,2 %). Dette gjelder også for alle regioner bortsett fra Helse Nord (-2,3 %).



Alle regionene, med unntak av Helse Vest, hadde en sterkere kostnadsvekst til TSB sammenlignet med somatisk sektor fra 2015 til 2016. Helse Nord hadde størst vekst i kostnader til TSB (+14 %).

Utviklingen viser en vekst i antall pasienter og aktivitet i alle sektorer, og følger en langvarig trend med færre døgnopphold og flere polikliniske konsultasjoner. Trenden gjelder spesielt somatisk sektor og psykisk helsevern. Innenfor TSB har det vært en sterk vekst i poliklinisk aktivitet, men veksten følges ikke av en reduksjon i døgnkapasiteten.

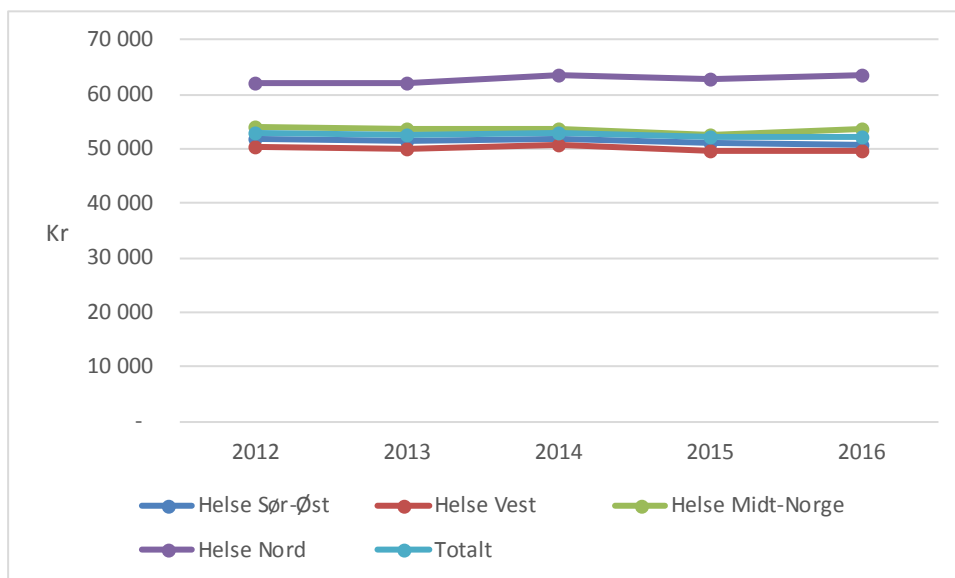
Somatisk sektor

I 2016 brukte Helse Nord 11,4 mrd kr innen somatisk sektor (+2,3 % sammenlignet med 2015). Dette utgjør et beløp per innbygger på 23 504 (124 % av landsgjennomsnittet) og har økt med 9,1 % i den siste fem-års-perioden.

Produktiviteten eller kostnadsnivået innen somatisk sektor måles som driftskostnad for ISF-aktiviteten per DRG-poeng. Helse Nord har det høyeste kostnadsnivået (1,22) blant regionene. Dette er en økning fra året før (1,21) og skyldes økt kostnadsnivå for Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF. UNN har det høyeste kostnadsnivået blant universitetssykehusene (1,20), men har fra 2015 til 2016 hatt en produktivitetsforbedring på 0,7 %. Dette skyldes en aktivitetsvekst som var sterkere sammenlignet med gjennomsnittet i landet (+2,8 % mot landsgjennomsnittet på 2,1 %), mens kostnadsveksten var lik (+2,2 %).

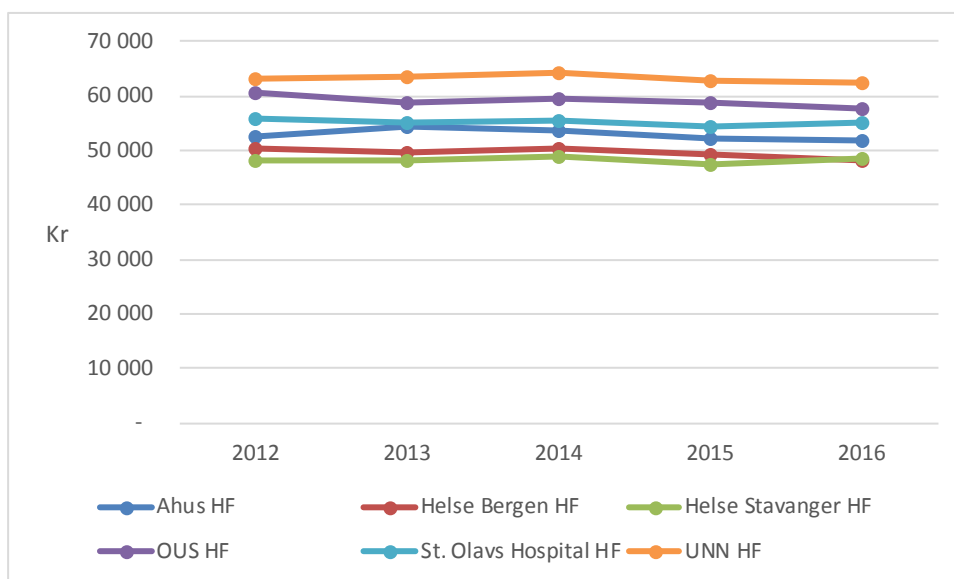
Hvis det tas høyde for kompensasjonen som gis regionen på grunn av strukturelle forhold som spredt bosettingsmønster og akuttberedskap, vil kostnadsnivået til Helse Nord justeres til 1,14 (strukturfaktoren for vår region er 1,074).

Figur 1 Kostnadsnivået for helseregionene 2012-2016, somatikk





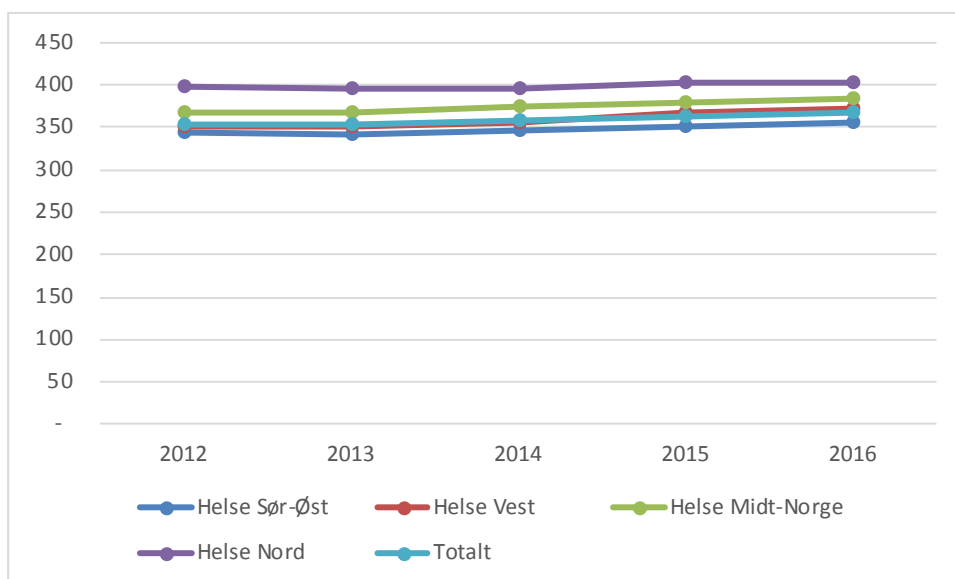
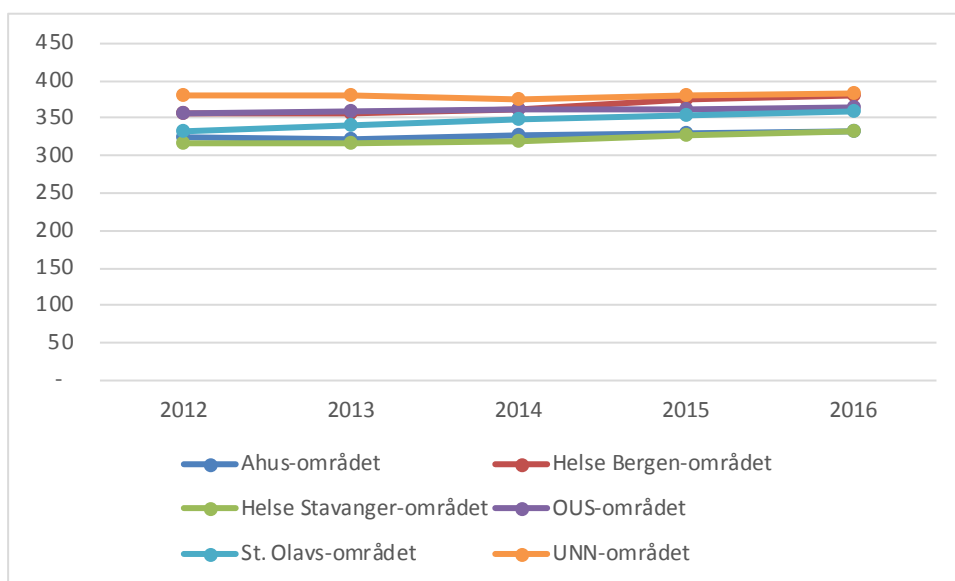
Figur 2 Kostnadsnivået for utvalgte helseforetak 2012-2016, somatikk

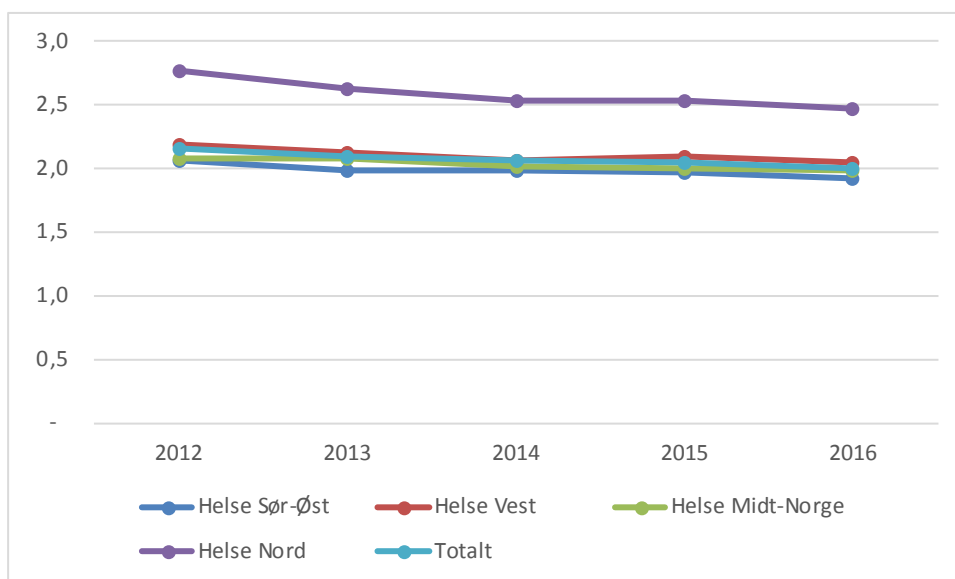
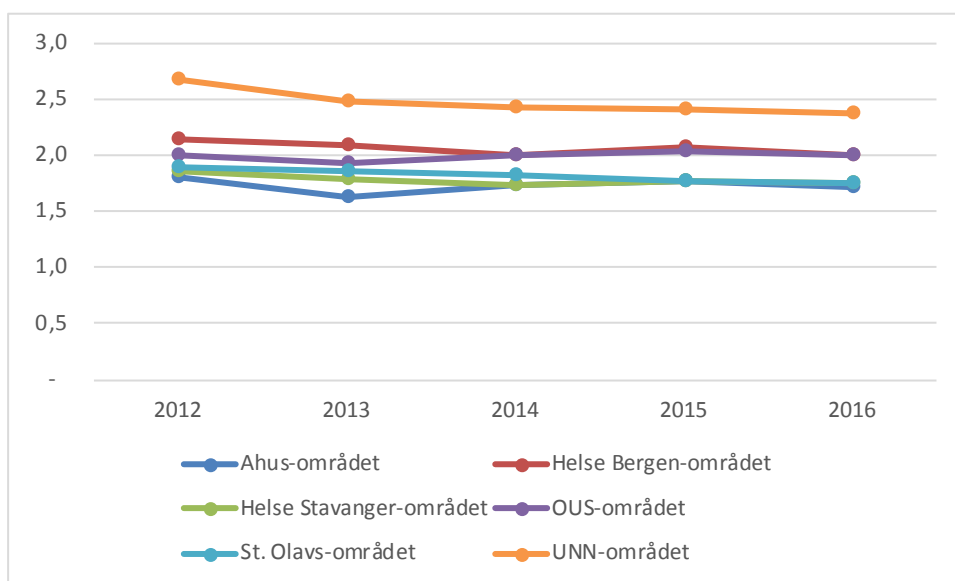


Helse Nord har det høyeste forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester (110 % av landsgjennomsnittet). Ratene er relativt stabile, men det er en tendens mot at forskjellen mellom regionene blir mindre. Samme utvikling kan ses blant helseforetakene. UNN har en rate som er 104 % av landsgjennomsnittet, mens tilsvarende forhold tilbake i 2012 var 108 %.

Aktivitetsvekst innen somatisk sektor gjelder økning i antall polikliniske konsultasjoner (både flere pasienter, men også flere konsultasjoner per pasient). Trenden med økt bruk av polikliniske konsultasjoner er lik i alle helseregioner (for Helse Nord +3,5 % sammenlignet med 2015). Med unntak av Helse Vest har også alle regioner en økning i døgnopphold (for Helse Nord er endringen +0,2 %).

Beregninger i SAMDATA viser at UNN har en gjennomsnittlig liggetid på 4,6 dager (115 % av landsgjennomsnittet). Beregningen er gjort for heldøgnsopphold med unntak av innlagte pasienter som skrives inn og ut samme dag. OUS (4,5), St. Olavs Hospital (4,5), Helse Stavanger (4,2), Helse Bergen (4,1) og A-hus (3,9) har alle lavere gjennomsnittlig liggetid. I den siste femårs perioden har alle helseforetak hatt en nedgang, men minst for UNN (-2 %).


Figur 3 Antall pasienter per 1000 innbyggere for helseregionene 2012-2016, somatikk

Figur 4 Antall pasienter per 1000 innbyggere for utvalgte helseforetak 2012-2016, somatikk



Figur 5 Antall senger per 1000 innbyggere for helseregionene 2012-2016, somatikk

Figur 6 Antall senger per 1000 innbyggere for utvalgte helseforetak 2012-2016, somatikk


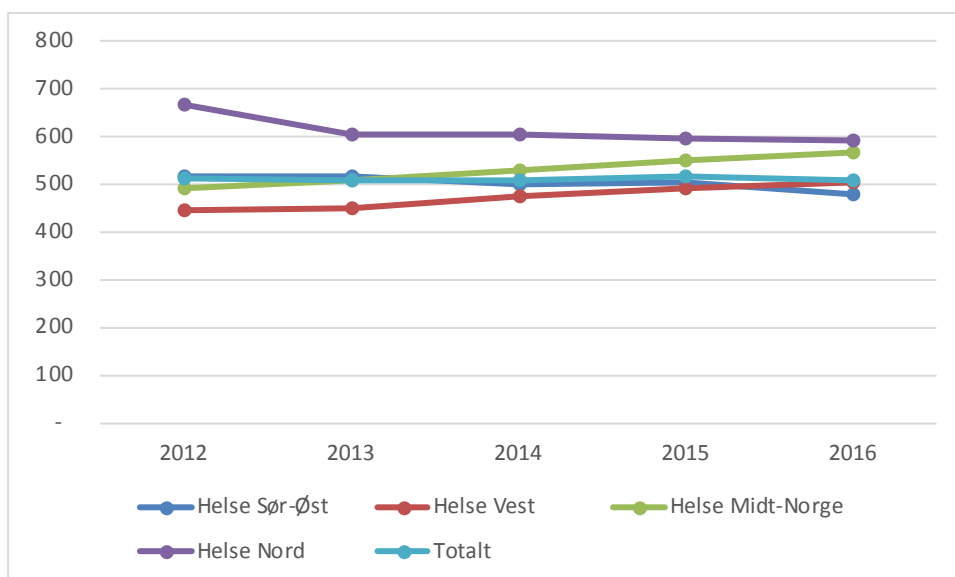
Psykisk helsevern

Det ble brukt 4 624 kr per innbygger i Helse Nord innen psykisk helsevern for voksne i 2016 (102 % av landsgjennomsnittet). Utviklingen viser en nedgang i siste fem-års-periode (-10,8 %). Innen psykisk helsevern og barn og unge ble det i Helse Nord brukt 5 071 kr per innbygger (132 % av landsgjennomsnittet). Her har det vært en økning sammenlignet med 2012 (+8,2 %).

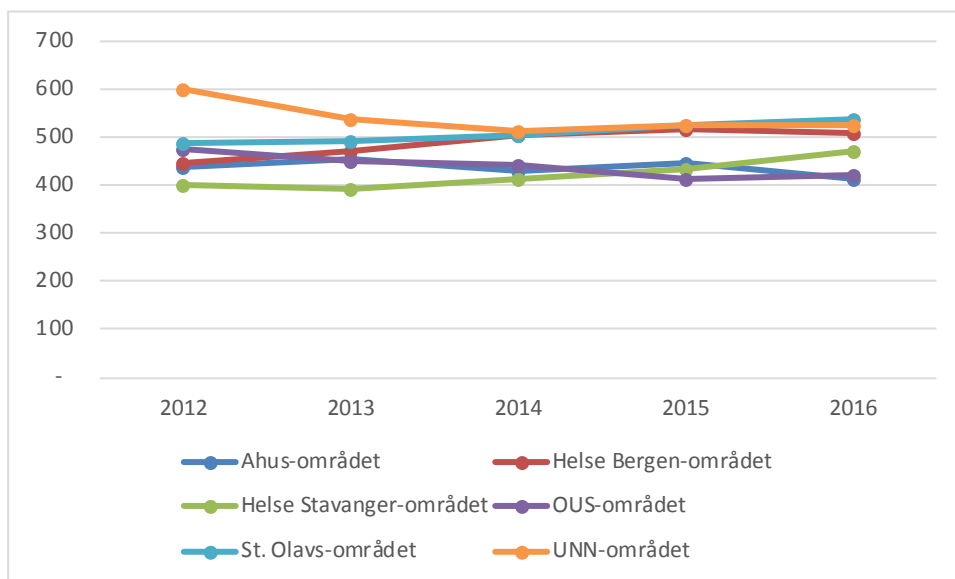
Innen psykisk helsevern for barn og unge behandler Helse Nord flest pasienter per 10 000 innbyggere sammenlignet med de andre helseregionene, men forskjellene er mindre enn tidligere. Helse Nord har en forbruksrate på 592 (117 % av landsgjennomsnittet), mens UNN har en forbruksrate på 524 (103 % av landsgjennomsnittet).



Figur 7 Antall pasienter per 10 000 innbyggere for helseregionene 2012-2016, BUP

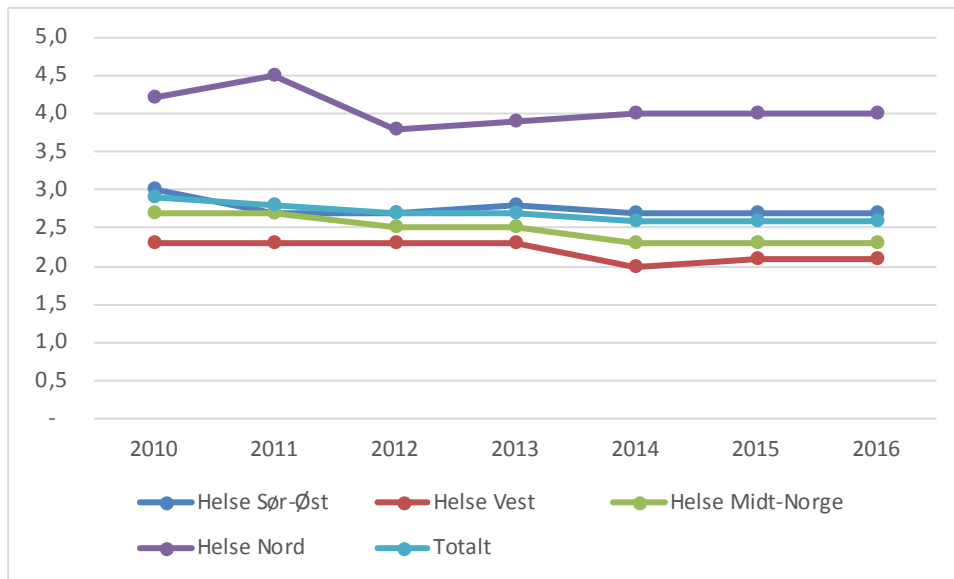


Figur 8 Antall pasienter per 10 000 innbyggere for utvalgte helseforetak 2012-2016, BUP

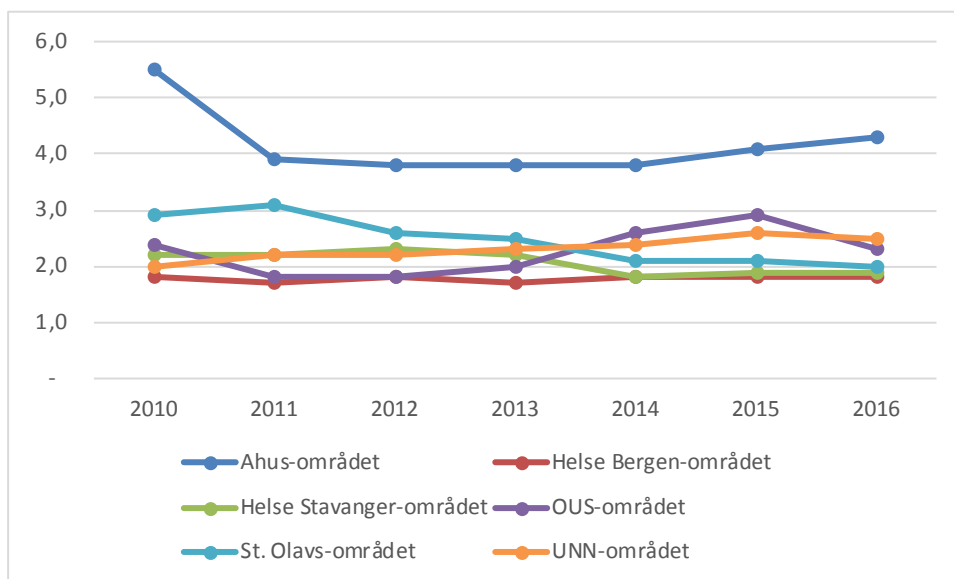




Figur 9 Antall døgnplasser per 10 000 innbyggere for helseregionene 2010-2016, BUP

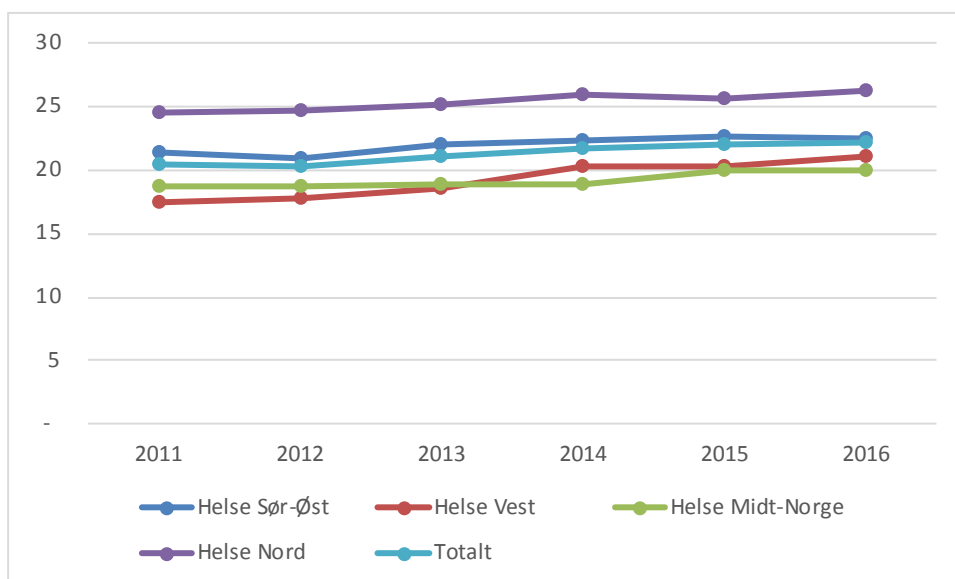
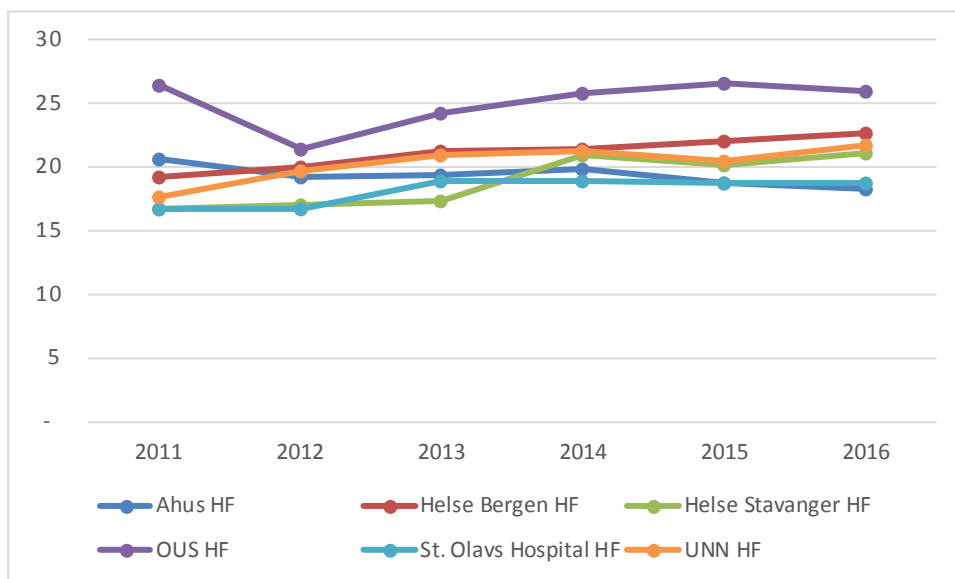


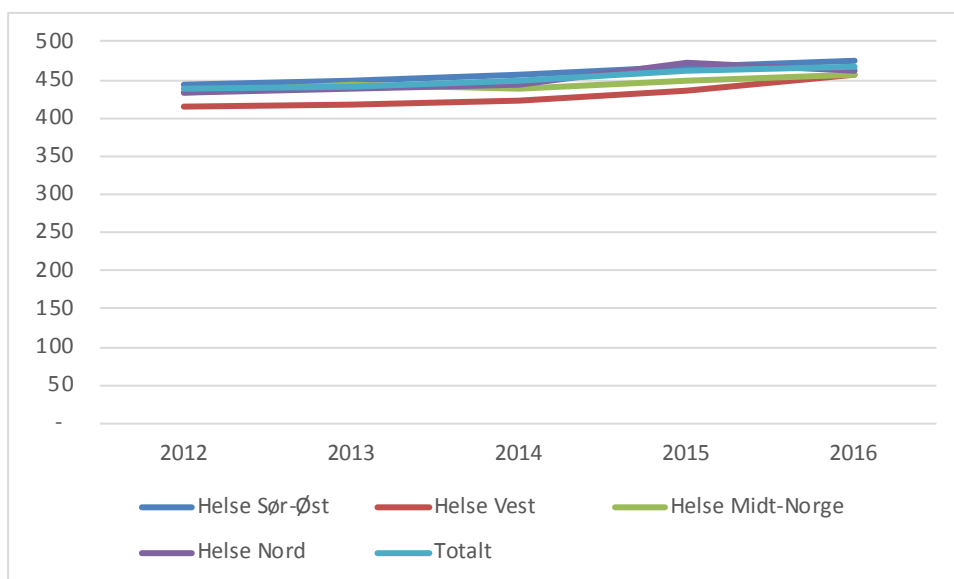
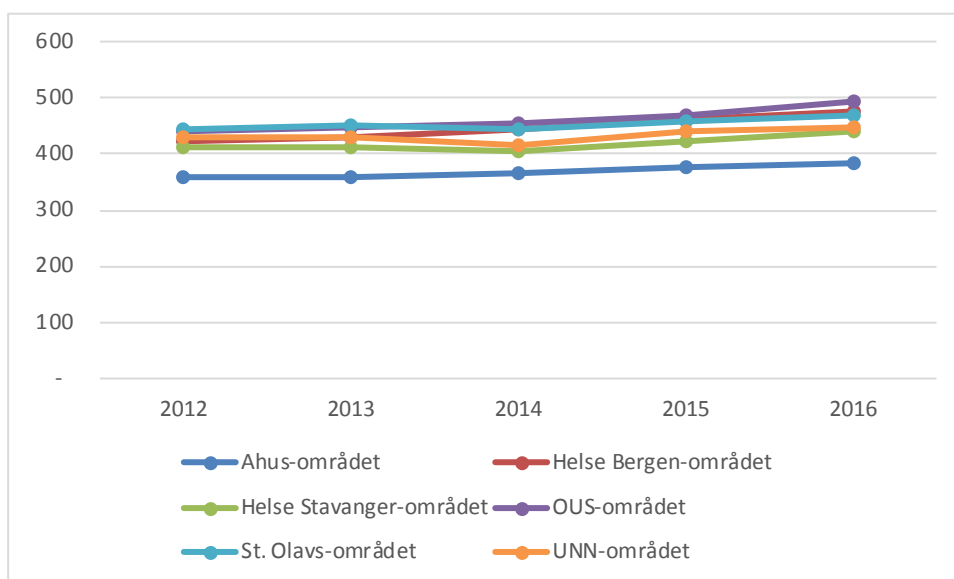
Figur 10 Antall døgnplasser per 10 000 innbyggere for utvalgte helseforetak 2010-2016, BUP



Antall døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og unge per 10 000 innbyggere er for Helse Nord 4,0 (154 % av landsgjennomsnittet), mens den for UNN er 2,5 (96 % av landsgjennomsnittet). Helse Nord disponerer nesten dobbelt så mange døgnplasser som Helse Vest sett i forhold til befolkningen.

Helse Nord har høyest antall poliklinisk og ambulant personell per 10 000 innbyggere med 26,2 ansatte (119 % av landsgjennomsnittet). Blant universitetssykehusene har UNN en personellrate på 21,8 (98 % av landsgjennomsnittet).


Figur 11 Poliklinisk og ambulant personell per 10 000 innbyggere for helseregionene 2011-2016, BUP

Figur 12 Poliklinisk og ambulant personell per 10 000 innbyggere for utvalgte helseforetak 2011-2016, BUP


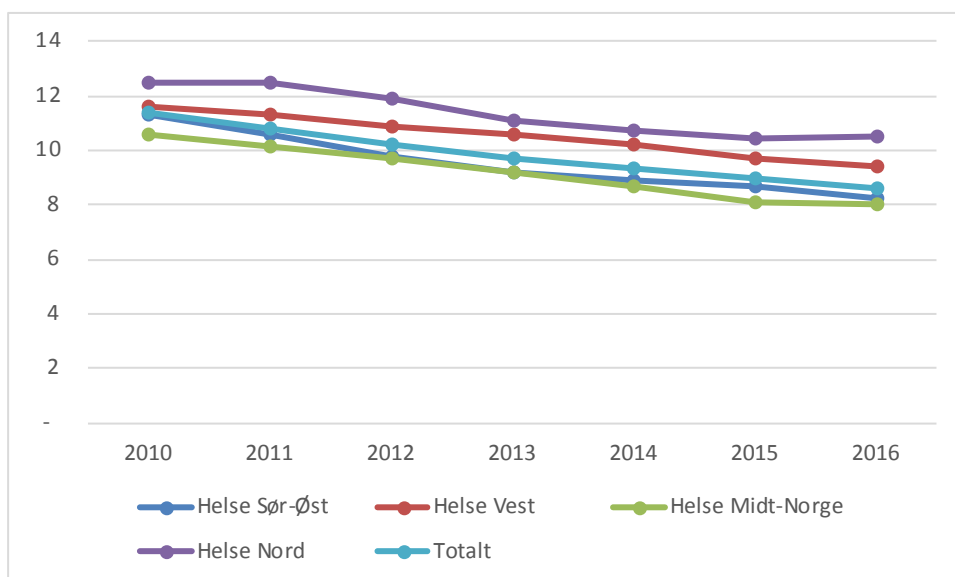

Figur 13 Antall pasienter per 10 000 innbyggere for helseregionene 2012-2016, VOP

Figur 14 Antall pasienter per 10 000 innbyggere for utvalgte helseforetak 2012-2016, VOP


Helse Nord skiller seg ut med en nedgang i forbruk av tjenester innen psykisk helsevern for voksne fra 2015 til 2016, men nivået nå nesten er likt med Helse Vest og Helse Midt-Norge. Antall pasienter per 10 000 innbyggere er 462 (99 % av landsgjennomsnittet), mens UNN har en forbruksrate på 446 (95 % av landsgjennomsnittet).

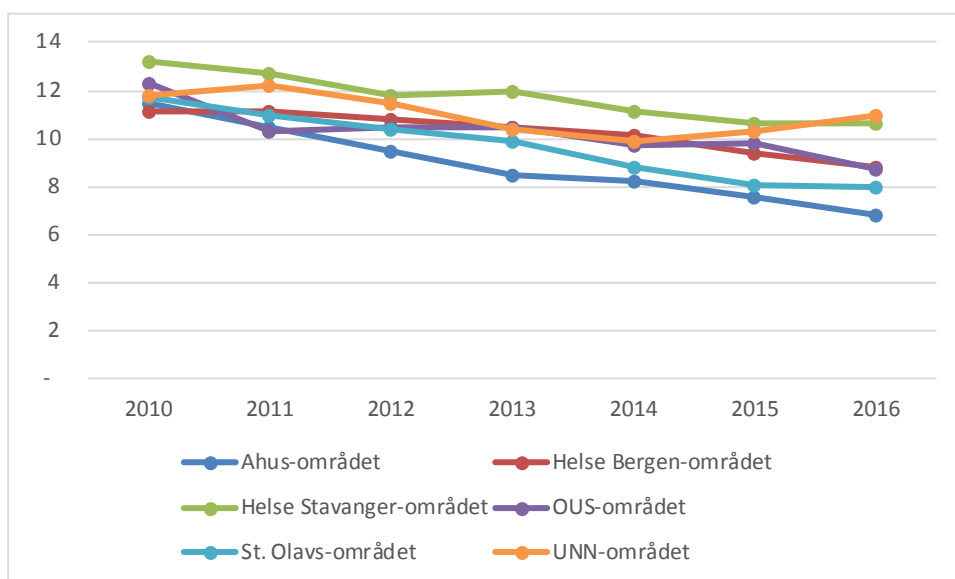
Helse Nord har landets høyeste antall døgnplasser per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern for voksne med 10,5 (122 % av landsgjennomsnittet). For UNN er raten 11 (128 % av landsgjennomsnittet). Ressursbruken målt som poliklinisk og ambulant personell per 10 000 er størst i Helse Nord med 12,4 (122 % av landsgjennomsnittet). UNN har en personellrate på 11,7 (115 % av landsgjennomsnittet).

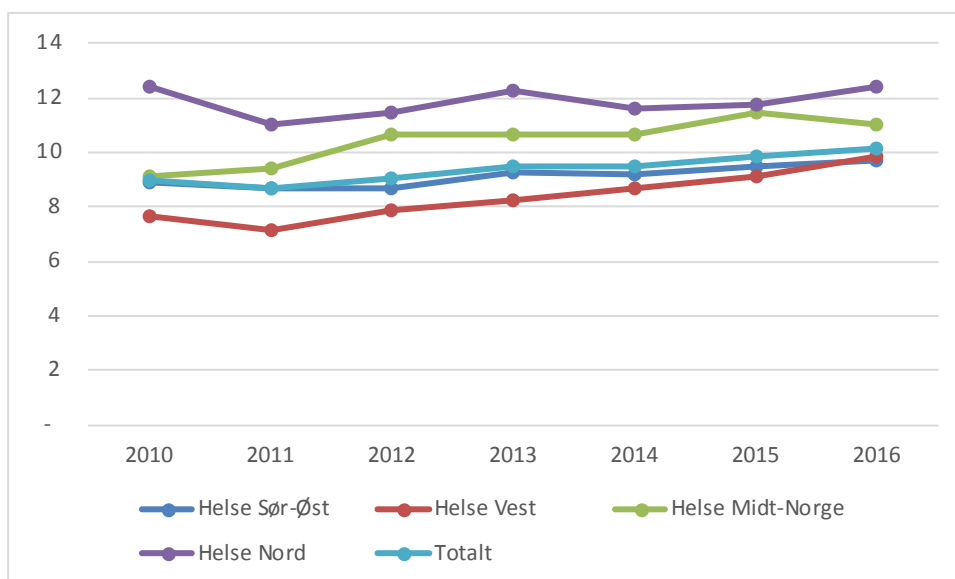
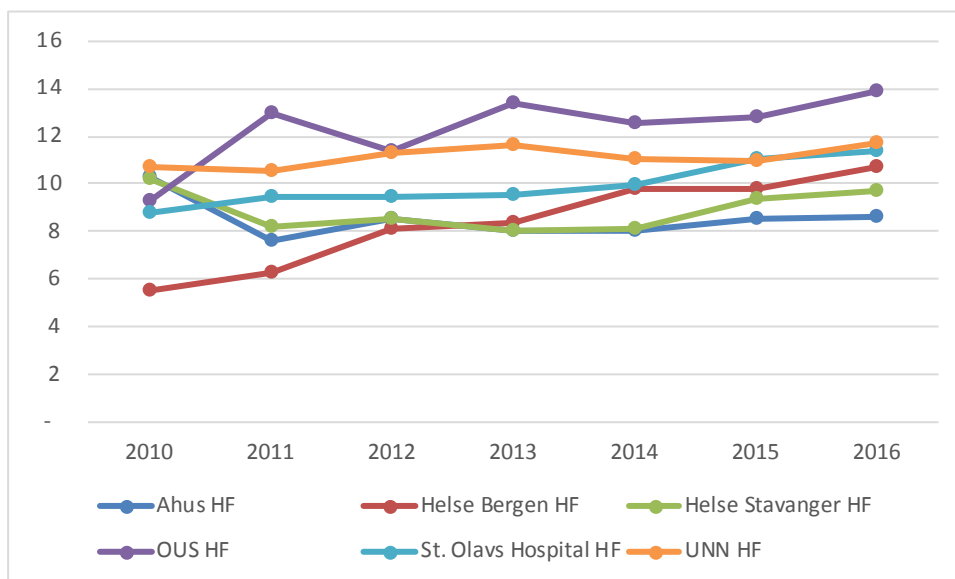


Figur 15 Antall døgnplasser per 10 000 innbyggere for helseregionene 2010-2016, VOP



Figur 16 Antall døgnplasser per 10 000 innbyggere for utvalgte helseforetak 2010-2016, VOP




Figur 17 Poliklinisk og ambulant personell per 10 000 innbyggere for helseregionene 2010-2016, VOP

Figur 18 Poliklinisk og ambulant personell per 10 000 innbyggere for utvalgte helseforetak 2010-2016, VOP


Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

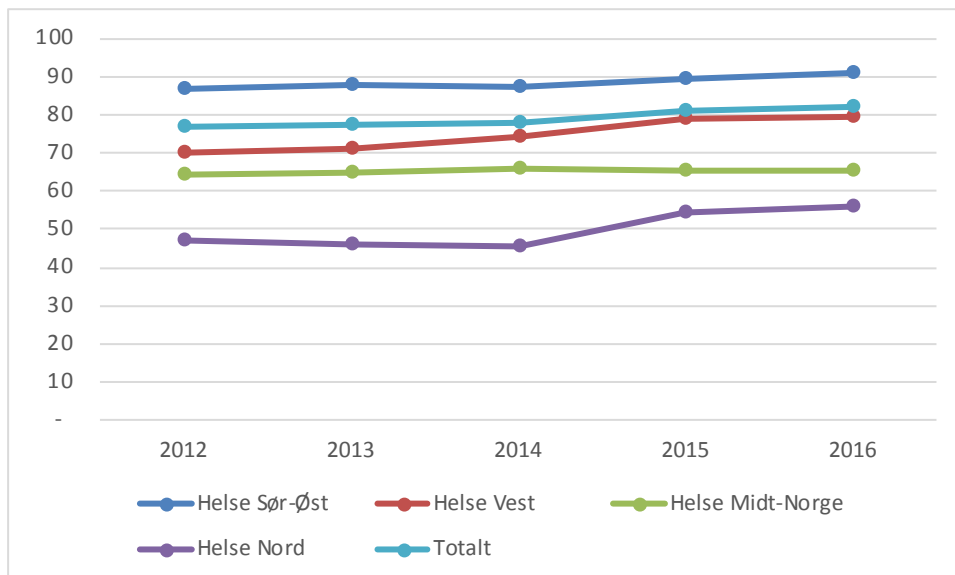
Helse Nord brukte 1 117 kr per innbygger til TSB (86 % av landsgjennomsnittet). Dette er en økning på 11,7 % i løpet av siste fem-års-periode. SAMDATA har for 2016 regnet produktivitet for TSB for første gang. Helse Nord har en kostnad per pasient på kr 102 476 (92 %), mens UNN har kr 108 525 (98 % av landsgjennomsnittet).

SAMDATA viser at antall pasienter per 10 000 voksne innbyggere i Helse Nord er 56 (68 % av landsgjennomsnittet). Dette er lavest blant helseregionene. UNN har en dekningsrate for pasienter i TSB på 60 (73 % av landsgjennomsnittet). Dette er en økning på nesten 10 % sammenlignet med 2015, mens fortsatt lavest blant universitetssykehusene.

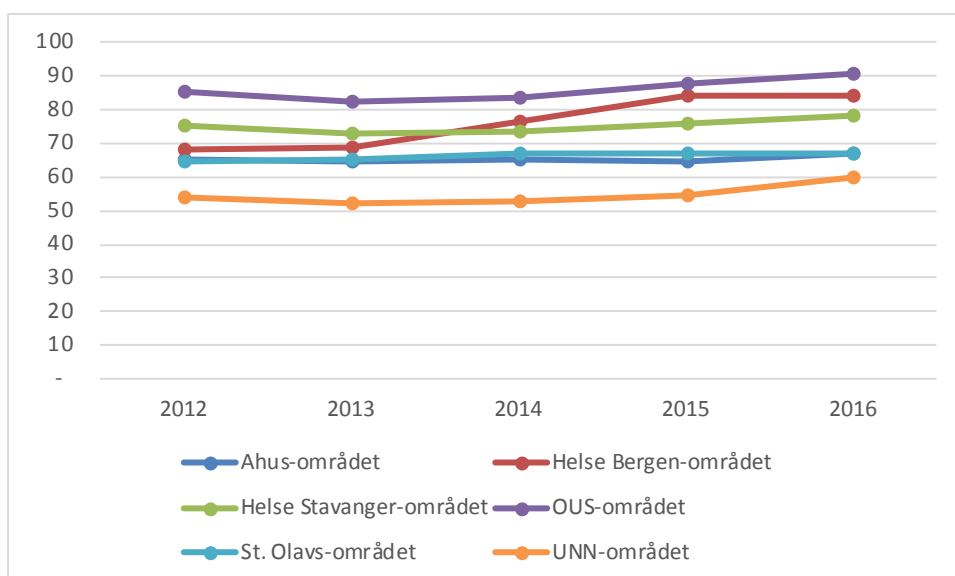


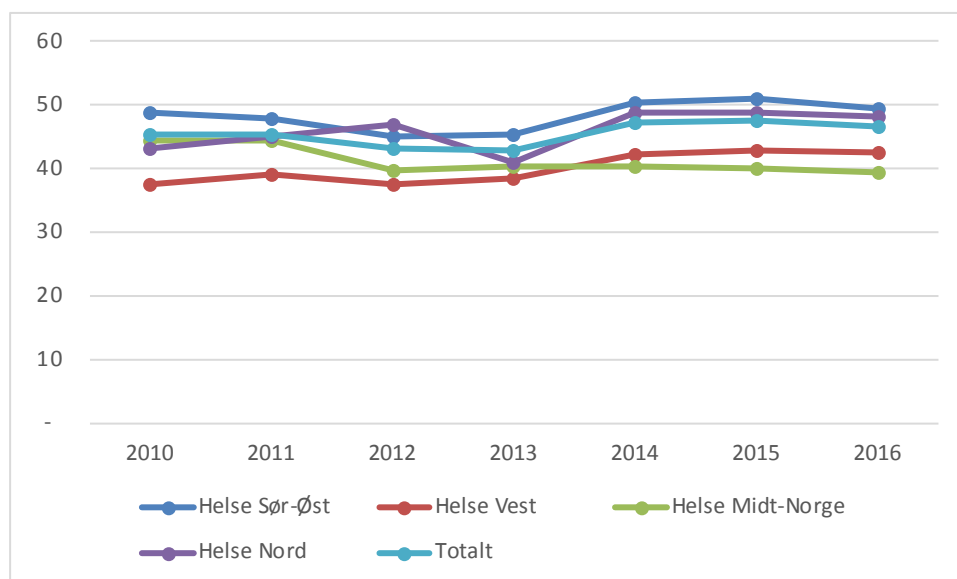
Døgncapasiteten per 100 000 voksne innbyggere er 48 for Helse Nord (104 % av landsgjennomsnittet). Nivået har vært stabilt de siste to-tre årene.

Figur 19 Antall pasienter per 10 000 voksne innbyggere for helseregionene 2012-2016, TSB



Figur 20 Antall pasienter per 10 000 voksne innbyggere for utvalgte helseforetak 2012-2016, TSB




Figur 21 Antall døgnplasser per 100 000 voksne innbyggere for helseregionene 2010-2016, TSB


Den gylne regel

Den gylne regel ble i 2014 gjeninnført som styringskrav for de regionale helseforetakene med overordnet mål om at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatisk sektor på regionnivå.

Helse Nord har en delvis måloppnåelse for prioritering av TSB ved at veksten i kostnader og aktivitet har vært sterkere enn for somatisk sektor (uten at dette har gitt samme utslag i ventetidsutviklingen). Indikatorene for utviklingen i både kostnader, årsverk, aktivitet og ventetid viser lavere vekst eller dårligere utvikling i psykisk helsevern enn for somatisk virksomhet, kun med unntak av prosentvis endring i ventetid.

Vurdering

SAMDATA inneholder analyser og styringsdata på utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten. Selv om det er begrensninger på hvor detaljert analysene kan være, spesielt ned på helseforetaksnivå, gir rapportserien en god oversikt over forskjeller og trender. I tillegg har SAMDATA gjort datagrunnlaget lettere tilgjengelig enn tidligere i form av egen databank på sin hjemmeside. Dette gjør det i større grad mulig å lage egne utviklingsanalyser sett i forhold til befolkningsgrunnlag.

Stort sett er resultatene i SAMDATA som forventet. Sammenlignet med andre helseregioner har Helse Nord høyest forbruk (pasientrate) innen somatisk sektor og psykisk helsevern for barn og unge, men lavest for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Innen psykisk helsevern for voksne hadde Helse Nord høyest forbruk inntil i 2015, men tall for 2016 viser at Helse Sør-Øst har gått forbi. På landsbasis er forskjellene størst innen TSB. Blant universitetssykehusene er det kun for somatisk sektor at UNN har høyest forbruk.

Utviklingen viser en vekst i antall pasienter og aktivitet i alle sektorer. Spesielt gjelder dette for somatisk sektor og psykisk helsevern for voksne. Helse Nord har som eneste helseregion lavere aktivitetsvekst for både døgnbehandling og polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne enn for somatisk sektor. Innen TSB har det vært en sterk vekst i poliklinisk aktivitet, men veksten følges ikke av en reduksjon i døgnkapasiteten.



Helse Nord bruker mest på spesialisthelsetjenesten målt per innbygger. I 2016 tilsvarte kostnadene 34 333 kr per innbygger (130 % av landsgjennomsnittet). Målt mot nasjonalt nivå er forskjellen størst innen psykisk helsevern for barn og unge (132 % av landsgjennomsnittet), men det er også høyt for somatisk sektor (124 % av landsgjennomsnittet). Innen psykisk helsevern for voksne er nivået nesten på landsgjennomsnittet (102 %), mens det for TSB er lavere enn landsgjennomsnittet (86 %).

Det er vanlig å måle kostnadsnivået for somatisk sektor sett i forhold til DRG-poeng. Helse Nord har høyest kostnadsnivå for somatisk sektor (1,22), mens UNN har høyest kostnadsnivå (1,20) blant sammenlignbare helseforetak. Den nordnorske pasienten skal være dyrere enn landsgjennomsnittet basert på strukturelle forhold som spredt bosettingsmønster og behov for akuttberedskap. Regionen gis derfor en kompensasjon for strukturelle forhold med en faktor på 1,074. Dermed justeres kostnadsnivået til Helse Nord til 1,14. Dette indikerer at det finnes potensial for effektiviseringsgevinster i Helse Nord.



Orienteringssak

Sak: Orientering om varsler til Statens helsetilsyn fra UNN i 2016

Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Fra: Direktøren

Møtedato: 16.11.2017

Bakgrunn

UNN skal straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Styret diskuterte i orienteringssak 55/2017-2 rutiner for melding og varsling. UNN har inntil april 2017 ikke hatt fortløpende systematisk oversikt over alle varsler som er sendt til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.

Orientering om §3-3a varsler fra UNN fra 29.8.17 t.o.m. 16.10.17

Siden 1.7.17 har UNN sendt 9 varsler til Statens helsetilsyn i henhold til 3-3a. Av disse er:

- 1 under behandling ved Helsetilsynet
- 3 oversendt Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging
- 5 avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging

En kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt.

Vedlegg: Kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt

Oversikt over §3-3a varsler ved UNN

§3-3a varsler i perioden 29.8.17- 1.11.17

År	Hva skjedde	Klinikk	Konsekvens	Status på tilsyn
2017	Hjertestans i forbindelse med anestesi av pasient	OpIn	Langvarig intensivbehandling, avsluttet behandling.	Varslet Helsetilsynet. Avventer hendesgjennomgang.
2017	Dødsfall hos pasient som var i poliklinisk behandling	PHRK	Død	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Pasient med demens som ventet på sykehjemsplass. Pasienten falt. Mulig bivirkning av medisin.	MK	Ingen alvorlig skade.	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Dødsfall hos pasient som var i poliklinisk behandling	PHRK	Død	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Skade i forbindelse med innleggelse av sentralt venekateter	OpIn	Blødning, behandlet operativt.	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Forsinket diagnose av kompartmentsyndrom.	OpIn	Vevsdød og amputasjon.	Tilsynsmessig oppfølging hos Fylkesmannen
2017	Funnet død hjemme. Operert med leddprotese noen dager tidligere.	NOR	Død	Tilsynsmessig oppfølging hos Fylkesmannen
2017	Pasient med høygradig aortastenose og delir. Falt.	MK	Lårhalsbrudd. Operert. Postoperativt komplisert og døde.	Ingen tilsynsmessig oppfølging
2017	Pasient alvorlig skadet etter ulykke annet sted i regionen. Overflytting med ambulansfly til UNN Tromsø forsinket.	AKUTT	Døde etter ankomst UNN Tromsø	Tilsynsmessig oppfølging hos Fylkesmannen



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
93/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2017
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 26.9.2017
2. Praktisering av møteoffentlighet, datert 27.9.2017
3. Oppfølging 3-3a - akuttgeriatri, datert 11.10.2017
4. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 24.10.2017
5. Protokoll fra styremøte Helse Nord RHF, datert 25.10.2017
6. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg 30.10.2017
7. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 31.10.2017
8. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 1.11.2017
9. Brev fra Troms fylkeskommune, uttalelse, datert 2.11.2017
10. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 8.11.2017

Tromsø, 10.11.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør


 Referat fra Møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 26.9.2017 10.30 – 12.30

Sted: Administrasjonens møterom D1.707

Tilstede	Administrerende direktør Leder Brukerutvalget UNN Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Kvalitetsleder klinisk patologi Seksjonsleder Ortopedisk avd. Smittevernoverlege Foretaksverneombud Psykologspesialist Barne- og ungdomspsyk. avd. Avdelingsleder Akuttmottak og Obs.post Medisinsk fagsjef, KVALUT	Tor Ingebrigtsen Cathrin Carlyle Tonje Drecker Elin Gullhav Lena Oprand Heggelund May-Liss Johansen Torni Myrbakk Einar Rebni Børge Mathiassen (vara) Lars Røslie (vara) Haakon Lindekleiv (vara)
Forfall	Kvalitets- og utviklingssjef Avd.overlege avd. for Gastroenterologisk kirurgi Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Avd.leder Medisinsk avdeling UNN Narvik	Einar Bugge Rolv-Ole Lindsetmo Magnus P. Hald Ove Laupstad
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Klinikksjef Diagnostisk klinikk Seksjonsleder Radiologisk avdeling Avdelingsleder radiologisk avdeling	Grete Åsvang Mette Fredheim Gry Andersen Marit Herder Ulf Isaksen
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen
Saksnr.	Sakstittel	Ansvar/ frist
43/17	Godkjenning av sakliste samt referat fra KU-møtet 29.8.2017 (ephorte 2017/110)	
	Referatet var godkjent under tidligere utsendelse.	
	Oppfølging Referatet ble godkjent med de merknader som fremkom i møtet.	

44/17	Orientering om saksflyt i Kvalitetsutvalget	
	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Grete Åsvang orienterte om tendens til at Kvalitetsavdelingen blokkerer sakslisten til Kvalitetsutvalget for nye saker samt saker fra årshjulet, med saker som kommer i retur fra Kvalitetsutvalget.	
	<p>Oppfølging/konklusjon Kvalitetsutvalget tar orienteringen til orientering.</p> <p>Kvalitetsutvalget oppfordres til forsiktighet med å rute saker tilbake.</p> <p>Dersom sekretariatet ønsker å avlyse saker som Kvalitetsutvalget allerede har ønsket tilbake for behandling, må det kort bes om Kvalitetsutvalget godkjenning av dette.</p>	
45/17	Læring på tvers	
	<p>Medisinsk fagsjef KVALUT Haakon Lindekleiv oppfordret Kvalitetsutvalget til drøfting av forslag til sikkerhetsmekanisme for å sikre indikasjon for operative inngrep i UNN, på bakgrunn av stedlig tilsyn hvorpå Helsetilsynet konkluderte med at UNN brøt plikten til forsvarlig helsehjelp.</p> <p>Pasientsikkerhetsutvalget har behandlet flere avvik der det stilles spørsmål om beslutning av indikasjon for elektive inngrep.</p>	
	<p>Beslutning: Kvalitetsutvalget ber klinikkjef K3K, HLK og NOR ta utgangspunkt i oppfølging etter tilsyn i Kvinneklinikken (KK). KK har innført en sikkerhetsmekanisme for å redusere risiko for at elektive inngrep utføres med uklar indikasjon eller mangelfull preoperativ utredning.</p> <p>Klinikkjefene bes vurdere om dette eller lignende kan innføres i UNN.</p> <p>Saken skal behandles i Kvalitetsutvalget før eventuell behandling i Direktørens ledergruppe.</p>	<p>KVALUT/ KU frist på nyåret 2018.</p> <p>(HLI formidler bestillingen og tar stilling til frist!)</p>
46/17	Pasientsikkerhetsprogrammet	
	<p>Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Mette Fredheim redegjorde for Pasientsikkerhetsprogrammets status for 2. tertial, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GTT-målinger • Nye innsatsområder og prosjekter • Rapporteringer 	

	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kvalitetsutvalget viser til at elektronisk løsning for journalgjennomgang etter Global Trigger Tool (GTT)-metode nå er tilgjengelig, og anbefaler direktøren å forsterke satsningen på GTT-registrering. ✓ Kvalitetsutvalget ber KVALUT fremme forslag til videreutvikling av arbeid med GTT etter erfaring med første registrering i elektronisk verktøy, herunder vurdere antallet GTT-team i foretaket. ✓ Kvalitetsutvalget er tilfredse med den positive utviklingen i Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder. ✓ Kvalitetsutvalget er ikke tilfredse med manglende rapportering som fremkommer for enkelte klinikker. <p><i>PP-presentasjon vedlagt</i></p>	<p>KVALUT/KU-møte 16.1.2018</p>
47/17	Riksrevisjonens rapport om polikliniske røntgenundersøkelser	
	<p>Diagnostisk klinikk ved klinikkssjef Gry Andersen, seksjonsleder radiologisk avdeling Marit Herder og avdelingsleder radiologisk avdeling Ulf Isaksen presenterte oppfølging og status samt videre planlagt oppfølging av Riksrevisjonens rapport.</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon Kvalitetsutvalget tar presentasjonen til orientering, og er fornøyd med de pågående prosessene i Diagnostisk klinikk.</p> <p><i>PP-presentasjon vedlagt</i></p>	
48/17	Ny organisering av interne revisjoner i UNN	
	<p>Rådgiver Kvalitetsavdelingen Hege Signete Fredheim-Kildahl orienterte om forslag til ny struktur av interne revisjoner i UNN.</p> <p>Kvalitetsutvalget ble invitert til å diskutere følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Organisering av klinikk-/sentervise ressurser for intern revisjon, kan vi tenke likt på tvers av klinikker/senter? (Tilråding av plan, gjennomføring av revisjoner, rapportering, oppfølgende arbeid etter revisjon, erfaringsdeling med andre klinikker og senter).</i> • <i>Publisering på intranett av interne revisjoner gjennomført på foretaksnivå?</i> <p><i>Formål: Øke tilgjengelighet på rapporter etter interne</i></p>	

	<p><i>revisjoner, for å bidra til at funn med tilhørende forbedringsarbeid blir gjort kjent og kan benyttes til læring på tvers.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Publisering på intranett av interne revisjoner gjennomført på klinikk-/senternivå?</i> <p><i>Formål: Øke tilgjengelighet på rapporter etter interne revisjoner, for å bidra til at funn med tilhørende forbedringsarbeid blir gjort kjent og kan benyttes til læring på tvers.</i></p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kvalitetsutvalget støtter innretningen av dette arbeidet og ønsker det velkommen. KVALUT gis støtte til å forankre arbeidet hos kvalitetsrådgivere. ✓ Administrerende direktør anbefales å legge forventning til at medisinskfaglige rådgivere har revisjonskompetanse, og at leger og psykologer tas med i de revisjonsteam der det er relevant. ✓ Kvalitetsavdelingen mener det bør foreligge en kommunikasjonsstrategi knyttet til læring på tvers etter interne revisjoner. Kvalitetsavdelingen diskuterer effektive måter for publisering i samarbeid med kommunikasjonsavdelingen. 	<p>KVALUT/ Direktørens ledermøte Frist 3.10.2017</p>
	Eventuelt	
	<p>Det tilkom 3 saker under eventuelt.</p> <p>1: Deltakelse på den sammenslåtte Pasientsikkerhetskonferansen Administrerende direktør har fått oppfordring om å delta på Nasjonal Pasientsikkerhetskonferanse, og ber KVALUT forslå hensiktsmessig deltakelse.</p> <p>Kvalitetsutvalget ber KVALUT utarbeide en skriftlig vurdering for grunnlag til deltakelse på konferansen, med bakgrunn i styrevedtak om begrensninger i forbindelse med UNNs økonomiske situasjon.</p> <p>2: Orientering om varslings sak</p> <p>3: Kvalitetsutvalgsdag Kvalitetsutvalget ber Kvalitetsavdelingen om et forberedt forslag til en egen Kvalitetsutvalgsdag.</p> <p>Kvalitetsavdelingen ser til AMU, og forslag fremlegges Kvalitetsutvalget.</p>	<p>KVALUT/ Frist 29.9.2017</p> <p>KA/KU-møte 24.10.2017</p>



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ifølge liste

Deres ref	Vår ref	Dato
	17/2164	.27.09.2017

Vedrørende møteoffentlighet i regionale helseforetak og helseforetak

Vi viser til vedlagte brev av 10. mai 2017 fra Norsk presseforbund og Norsk redaktørforening, hvor departementet bes om å ta initiativ til å gi klare og praktikable regler for møteoffentlighet i styrene i helseforetakene, og departementets svar i brev av 29. juni 2017.

Departementet ønsker å se nærmere på de regionale helseforetakenes og helseforetakenes praksis rundt møteoffentlighet, og på bakgrunn av dette vurdere behovet for ytterligere normative presiseringer. Vi ber derfor de regionale helseforetakene om å gjøre rede for følgende innen årets utløp:

- Hvilke sakstyper som er behandlet i lukket møte etter helseforetaksloven § 26 a andre ledd nr. 2 fordi det er "orientering om en sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket".
- Hvordan prosessen med evaluering av styrene faktisk foregår i foretakene og hvordan resultater presenteres i styremøter.
- Hvordan revisjonsutvalgene arbeider; hvilke saker de håndterer og forholdet til resten av styret.
- Eventuelt hvilke andre styreutvalg foretakene har opprettet og bakgrunnen for dette.

Vi ber videre om de regionale helseforetakenes vurdering av behovet for å presisere eller utdype omtalen av møteoffentlighet i departementets veileder om styrearbeid.

Med hilsen

Målfrid Bjærum (e.f.)
ekspedisjonssjef

Vegard Pettersen
spesialrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Postadresse	Kontoradresse	Telefon*	Avdeling	Saksbehandler
Postboks 8011 Dep	Teatergt. 9	22 24 90 90	Eieravdelingen	Vegard Pettersen
0030 Oslo		Org no.		22 24 85 07
postmottak@hod.dep.no	www.hod.dep.no	983 887 406		

Adresseliste

Helse Midt-Norge RHF	Postboks 464	7501	STJØRDAL
Helse Nord RHF	Postboks 1445	8038	BODØ
Helse Sør-Øst RHF	Postboks 404	2303	HAMAR
Helse Vest RHF	Postboks 303 Forus	4066	STAVANGER



Til

Helse- og omsorgsminister Bent Høie

Stortingets arbeids- og sosialkomité

Oslo 10. mai 2017

Reglene om åpne styremøter i helseforetak

Våre organisasjoner ber om at statsråden tar initiativ til å gi klare og praktikable regler for møteoffentlighet i styrene i helseforetakene. Med bakgrunn særlig i de tumulter som oppsto under behandlingen av plassering av nytt sykehus i Møre og Romsdal i 2014, har vi funnet det nødvendig å gå gjennom den saksbehandling som er skjedd omkring reglene for åpne styremøter. Det er vår oppfatning at det helt fra begynnelsen ble gjort for dårlig arbeid med å gi gode og praktikable regler, og dette har skapt grunnlag for mange slags tolkninger fram til nå. Erfaringene tilsier at departementet nå må ta et grep for opprydding.

Offentlighetsprinsippet, og herunder møteoffentlighet i styrende myndighetsorganer, er fundamentalt i et demokratisk samfunn – og det er særdeles viktig at vi har regler som er enkle å forstå og å praktisere.

1. Bakgrunn

Onsdag 26. oktober 2016 var styret i Helse Møre og Romsdal samlet til styremøte i Ålesund. Etter at sakene på saklisten var ferdigbehandlet, ble mediene bedt om å forlate møtelokalet fordi styret da skulle fortsette med det man i innkallingen hadde kalt «eit internt styreseminar», med tema «styreevaluering». Med henvisning til tolkningsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), datert 30. juni 2015, pkt 3.4 om styrets egenevaluering, var det styrets oppfatning at slik evaluering ikke er omfattet av helseforetaksloven § 26 a om åpne styremøter.

Mediefolkene som var til stede aksepterte ikke dette, og krevde at styret måtte oppgi hjemmel og gjøre vedtak om å lukke møtet. Styremedlemmene valgte da å forlate møtelokalet og å fortsette sitt møte et annet sted.

Hendelsen vakte stor oppsikt i mediene på Nordvestlandet, naturlig nok med den enorme interesse som helseforetakenes virke, organisering og plassering har fått i denne regionen de siste årene.

Stor allmenn interesse – i tillegg til det grunnlovfestede offentlighetsprinsipp - er solid bakgrunn for at vi ber departement og Stortinget se nærmere på hva som egentlig er skjedd med dette prinsippet, etter at sykehusene ble statlige.

2. Starten på helseforetakene

Helseforetakene i Norge ble etablert i forbindelse med at Staten skulle overta ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2002. Dette ansvaret lå som kjent tidligere under fylkeskommunene, og styringen av institusjonene var derfor fra gammelt av underlagt lovgivningen om møte- og dokumentoffentlighet for kommunene. Den historiske åpenhet i fylkeskommunenes helsepolitikk var en viktig årsak til at det fra første stund var sterke forventninger om at denne åpenheten skulle fortsette.

Dokumentinnsyn ble etablert allerede fra starten ved at helseforetaksloven § 5 fastslo at offentlighetsloven skulle gjelde for foretakenes virksomhet. Møteoffentlighet var derimot ikke fastlagt, og førte raskt til sterke krav både fra mediene, organisasjoner, lokalpolitikere og allmennhet landet rundt.

3. Påbud om åpne møter fra 2004

Bestemmelse om åpne styremøter med virkning fra 1.1.2004, kom først gjennom St.prp.nr 1 (2003-2004) og i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2004. Av proposisjonen fremgikk det at det vil «være adgang til å beslutte at behandlingen av enkeltsaker skal være lukket. Utgangspunktet er offentlighetslovens unntaksbestemmelser og prinsippet om meroffentlighet. Vurderingene vil måtte skje ut fra foretakene egenart og de oppgaver de skal løse, Det er helt avgjørende at det ikke utvikler seg en praksis som svekker intensjonen om at åpne styremøter skal understøtte tillit og legitimitet for foretakene. Praksis vil bli fulgt opp fra departementets side.»

I styringsdokumentene for 2004 ble dette gjentatt og nærmere presisert; «Dersom de spørsmål som skal drøftes er av en slik karakter at det foreligger et reelt og saklig behov for å lukke møtet ved behandlingen av en eller flere saker, kan styrene vurdere å gjøre dette dersom lukkingen er forenlig med prinsippene i offentlighetslovens unntaksbestemmelser. Vurderingen av en eventuell lukking av deler av møtet skal gjøres på møtetidspunktet. Det skal ikke utvikles en praksis som svekker intensjonen om at åpne styremøter skal understøtte tillit og legitimitet for foretakene.»

Løsningen med å påby åpne møter som hovedregel gjennom et styringsdokument møtte kritikk fra presseorganisasjonene fordi regelen ikke ble lovfestet. Kritikken gjaldt også at eventuelle unntak skulle bygge på unntaksbestemmelsene i offentlighetsloven, som regulerer innsyn og unntak i *dokumenter*. Dette, sammen med en merknad om at

«vurderingen er i utgangspunktet overlatt styrets skjønn», førte til mange konflikter omkring lukking av møter i årene som fulgte.

Helse- og omsorgsdepartementet advarte på dette tidspunktet mot å kalle styremøter i foretakene for seminarer, for dermed å kunne holde lukkede møter. Departementet skrev i et svar til Hålogalandssykehuset HF, med kopi til alle regionhelseforetak, datert 23. desember 2004 (ref 200405039-/VTA):

"Ordnningen med "styreseminarer" har ikke grunnlag i styringsdokumentene, men er en praksis som har utviklet seg i helseforetakene. Siden det er en målsetting at styremøtene i foretakene skal være åpne, er det viktig at ikke kravet om åpenhet uthules eller omgås ved at styrets arbeidsoppgaver legges til andre fora enn selve styremøtet. Dette vil også kunne medføre at saker som krever styrebehandling, blir undergitt andre prosesser enn de som skal følges i styremøtene".

"Styret, som organ, behandler saker i styremøter. Utgangspunktet må derfor være at alt arbeid som innebærer styrearbeid, legges til styremøter. Dersom det i praksis oppstår tvil, må saken legges til et styremøte."

Riksrevisjonen gjennomførte i 2005 en forvaltningsrevisjon av praktiseringen av offentlighetsloven og kravet om åpne styremøter i helseforetakene, som ble oversendt HOD til kommentar 10. juli 2006. Gjennomgangen viste at det var «til dels stor variasjon i praktiseringen av offentlighetsloven og kravet om åpne styremøter i forhold til blant annet antall saker som unntas offentlighet, bruk av hjemmel, antall saker behandlet i lukket styremøte, og tilgjengelighet til relevant informasjon på nettsidene». Riksrevisjonen ba om HOD vurdering av funnene og om redegjørelse for hvordan «praksis i forhold til kravet om åpne styremøter er fulgt opp fra departementets side».

Departementet svarte i brev 11. august 2006 at departementet «er opptatt av at styrenes arbeid skal preges av en åpenhetskultur», og fortsatte:

«Et lavt antall av styrenes saker behandles bak lukkede dører og foretakene publiserer i høy grad møtetidspunkt, styredokumenter og styreprotokoller på styrenes/foretakenes nettsider. Dette indikerer at en slik kultur preger styrenes arbeid og foretakenes virksomhet.»

Departementet fortsetter med å presisere at offentlighetsloven ikke regulerer møteoffentlighet, men at retningslinjene går ut på at dørene kan lukke når det foreligger et «reelt og saklig behov» og dette er «forenlig med prinsippene i offentlighetslovens unntaksbestemmelser». Departementet mener at det ikke er nødvendig i lukkevedtakene å vise til bestemt unntaksbestemmelse(r) i offentlighetsloven.

I brevet slås det også fast at retningslinjene om åpne møter ikke etablerer «plikt til å gjøre allmennheten kjent med at det skal avholdes styremøte», men at departementet likevel mener at dette bør gjøres – med argumenterer sterkt for hvorfor det ikke bør gjøres til en plikt. Departementet opplyser til sist at systemet med årlig melding fra foretakene til foretaksmøtene er departementets oppfølging av styringskravet om åpne møter.

Vinter/vår 2012 gjennomførte Arena Kaupang en evaluering av styrearbeidet i foretakene. Om de åpne styremøtene oppsummerte rapporten (datert 22. juni 2012) slik:

«Det er stor tilslutning til åpenhetsprinsippet i styrene, både blant de eieroppnevnte og ansattevalgte. Administrasjonen er i hovedsak enig, selv om noen av direktørene er mer forbeholdne, og bl.a. mener at åpne styremøter reduserer mulighetene til å utvikle konsensusløsninger eller styrets beslutningsevne. Enkelte styremedlemmer er også bekymret for at åpne møter kan begrense den frie diskusjonen i omstridte saker eller føre til populistiske vedtak som ikke er til beste for pasienten. Konklusjonen er likevel at det er oppslutning om ordningen, og prinsippet om åpenhet skaper få problemer for styrenes arbeid.»

3. Lovfestet møteoffentlighet fra 2013

I Prop 120 L (2011-2012) kapittel 13, behandlet i statsråd 25. mai 2012, foreslo HOD at møteoffentlighet i foretaksstyrene skulle lovfestes. I proposisjonen ble lovgivning om saksbehandling i møter i andre offentlig eide virksomheter gjennomgått. Det ble vist til kommunelovens regler i § 31 og til loven om universiteter og høyskoler som har bestemmelse om møteoffentlighet for sine styrer i § 9-6 sjette ledd.

Forslaget om lovregulering var på forhånd behandlet i et høringsnotat, og både Norsk Sykepleierforbund og Den norske legeforening påpekte den betenkelige praksis som hadde utviklet seg de senere år, ved at saker drøftes og avgjøres i såkalte styreseminarer og ikke i de formelle styremøtene. Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS) på sin side understreket at det må sterke grunner til for å lukke deler av møtene og foreslo at «punkt 2 i ny § 26 som innebærer at møter som har saker til behandling på et forberedende stadium kan medføre lukking, utgår.»

Departementet kommenterte ikke konkret de synspunktene som fremkom fra de tre foreningene, men fasthold sin oppfatning om at det var nødvendig for foretakets forvaltning at styret både kunne bli holdt foreløpig orientert og ha uforpliktende drøftelser om saker som administrasjonen arbeider med bak lukkede dører. Det ble uttalt at det «foreslåes å avgrense unntaksbestemmelsen til saker som ikke skal realitetsvurderes eller ferdigbehandles i det aktuelle styremøtet».

Dessverre la ikke departementet særlig klare føringer for praktiseringen av disse unntaksmulighetene, som er spesielt beklagelig med tanke på de advarslene som de tre foreningene kom med i høringen, om utviklingen av såkalte styreseminarer.

Utenom de andre konkrete unntak i bestemmelsen, om hensyn til personvernet (punkt 1) lovbestemt taushetsplikt, informasjon om lovbrudd, saksanlegg o.l. (punkt 3), gjennomføring av økonomi, lønns eller personalforvaltning (punkt 4), og saker om tilbud og protokoll etter regelverket om offentlige anskaffelser (punkt 5), er det bare følgende utsagn i lovproposisjonen side 40, som berører punkt 2:

«Det har kommet frem i forbindelse med høringen at det avholdes lukkede styreseminarer der styresaker debatteres og i realiteten avgjøres. I den grad den slik praksis fører til at styremøtene i realiteten er lukket, og hindrer allmennheten

innsyn i behandlingen av styresaker, vil det være i strid med forslaget om åpne styremøter».

Dermed ble det fremmet forslag om en egen bestemmelse i helseforetaksloven om åpne styremøter, slik:

§ 26a. Åpne styremøter

Styremøter i foretak skal holdes for åpne dører hvis ikke annet følger av lovbestemt taushetsplikt eller av vedtak etter annet ledd.

Dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan styret vedta å behandle en sak for lukkede dører i følgende tilfeller:

1. Av hensyn til personvernet. Personalsaker skal alltid behandles for lukkede dører.
2. Orientering om sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket.
3. Informasjon om lovbrudd, saksanlegg eller av hensyn til foretakets partsstilling i sak for norsk domstol.
4. Av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltningen til foretaket.
5. Saker som gjelder tilbud og protokoll etter regelverket om offentlige anskaffelser til valget av leverandør er gjort.

Vurderingen av om møtet eller deler av møtet skal foregå for lukkede dører, skal gjøres på møtetidspunktet.

I lovproposisjonen var dessuten inntatt en spesialmerknad til bestemmelsen, som lød slik:

«Med 'forberedende stadium i saksbehandlingen' i annet ledd nr 2. menes at saken er på et tidspunkt og lite gjennomarbeidet stadium i saksbehandlingen, for eksempel når administrasjonen gjennomfører forberedende faser med blant annet faglige, juridiske og økonomiske utredninger og vurderinger. Dersom saksbehandlingen har kommet så langt at styret skal realitetsvurdere eller ferdigbehandle saken i styremøtet, vil saken ikke være på et forberedende stadium.»

Lovparagrafen trådte i kraft 1. januar 2013, ifølge resolusjon av 14.12.2012 nr 1210.

Selv om det var ønskelig med enda klarere lovgivning, skulle det være noenlunde klart at lukking av møter etter punkt 2 bare kunne skje på et tidlig og lite gjennomarbeidet stadium av en sak. Det skulle imidlertid vise seg at enten styremedlemmer eller administrasjoner i foretakene – eller begge parter - ikke var fornøyd. I strid med de klare signaler allerede fra 2004 om at man advarte mot «en praksis som svekker intensjonen om at åpne styremøter skal understøtte tillit og legitimitet for foretakene», så var det altså akkurat det som skjedde. Det gjelder ikke minst de mange lukkede møter i styrene for Helse Møre og Romsdal og Helse Midt-Norge, som toppet seg i et hemmeligholdt fellesmøte som ble avviklet på Radisson-hotellet på Gardermoen 12. november 2014. I strid med den forholdsvis ferske lovbestemmelsen fikk mediene beskjed på forhånd om at man hadde bestemt at møtet skulle være lukket.

4. Revisjon av veileder for styrearbeid, 2015/2016

Etter tumultene som oppstod rundt stedsvalg for nytt sykehus i Møre og Romsdal, var det røster som ønsket seg bedre regler for de åpne styremøtene, eller bedre regler for å kunne lukke dem. Ettersom det er vanskelig å revidere loven etter bare et par års tid, satte departementet i gang et arbeid med å endre den såkalte styreveilederen for regionale helseforetak. Den første versjonen av slike veiledere ble laget omkring 2010. Vi er ikke kjent med hvor ofte den er blitt revidert.

Av 2014-versjonen fremgår det at, i den grad departementet omtaler «styreseminar» som arbeidsform, var dette med det formål at eier ved konstitueringen skulle «bidra til kompetansebygging for nye styremedlemmer og for styrene som kollegium», samt at styrene også selv på denne måten kunne «styrke styret som kollegium».

Veilederen omtalte dessuten forventninger om at styret sørger for evaluering av styrets arbeid en gang årlig, og gjerne mot slutten av året. Det uttales at evaluering kan gjennomføres på ulike måter, men følgende ble slått fast i versjonen fra 2014:

«Resultatet av evalueringen skal presenteres og behandles/diskuteres i et påfølgende styremøte.»

Arbeidet med revisjon av veilederen våren 2015 førte til at departementet 30. juni sendte brev til de fire regionale helseforetakene om aktuelle endringer. I punkt 3.2 «Om offentlighet ved styremøter» minnes det om lovparagrafen om dette, og så omtales spesielt unntak i andre ledd nr 2, som «legger til rette for at styremedlemmene kan diskutere saker i lukket møte underveis i en saksgang før sluttbehandling».

Setningen som siteres her er ganske summarisk og inneholder lite av de forutsetninger som ble oppstilt i lovens forarbeider. Departementet gjengir imidlertid et utdrag fra forarbeidene, slik:

«Styret kan også ha behov for å foreta uforpliktende drøftelser omkring slike orienteringer, uten at synspunkter som drøftes på dette stadiet blir eksponert utenfor styret. Offentlighet omkring foreløpige synspunkter fra styrets side kan skape forventninger om et bestemt resultat. Dette kan binde styremedlemmer i forhold til behandlingen i senere styremøter. Det kan for eksempel være vanskelig for et styremedlem å endre sine foreløpige synspunkter i en sak når tidlige synspunkter allerede er eksponert utad. På denne bakgrunn mener departementet at regelverket bør åpne for at styret kan vurdere å lukke styremøter av hensyn til orienteringer om saker som er på tidlige og forberedende stadier i saksbehandlingen. Dette vil også legge til rette for at denne typen saker blir formidlet i styremøter og at det ikke oppstår andre uformelle arenaer for å utveksle intern informasjon med styrene. Det foreslås å avgrense unntaksbestemmelsen til saker som ikke skal realitetsvurderes eller ferdigbehandles i det aktuelle styremøtet.»

Det departementet ikke tar med i begynnelsen av dette avsnittet i lovproposisjonen, er at de *orienteringer* som man kan ha uforpliktende drøftelser om, er for å dekke det behov den daglige leder av foretaket har for å gi styret oversikt. Dette er formulert slik i lovproposisjonen pkt 13.4.2.3:

«Styrene bør i all hovedsak holde styremøter åpne, slik at andre utenfor styret kan få innsyn i og påvirkningsmulighet på de konkrete sakene. For å utføre sin rolle som

administrativ leder i foretak, har imidlertid daglig leder behov for å orientere styret om aktuelle saker som administrasjonen faktisk har begynt å arbeide med eller planlegger å arbeide med fremover. Slike orienteringer vil ha en foreløpig og intern status, uten at det er foretatt endelige vurderinger eller kan fremmes konkrete forslag for styret. Det vil først skje på et senere stadium i prosessen og da må saken behandles for åpne dører. Forvaltningen av foretaket hører under styret som har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet, jf. helseforetaksloven § 28 første ledd. Styret vil derfor også ha behov for å bli orientert om hva det arbeides med i foretaket, for å ha mulighet til utføre løpende kontroll med driften.»

Med ordene «faktisk har begynt å arbeide med eller planlegger å arbeide med fremover», er det helt andre saker som går inn under dette punktet enn de saker som styrene faktisk har lukket dørene for, i tillit til departementets invitasjon med ordlyden «kan diskutere saker i lukket møte underveis i en saksgang før sluttbehandling». Det har ført til at saksbehandlingen ofte er lukket, og vedtaksmøtet blir en formalitet.

Det siste advarer faktisk departementet mot, i punkt 3.3 i det samme brevet (og som tilsvarende samme punkt i veileder fra 2016): «Det vil derfor ikke være anledning til å forberede en sak i et forberedende møte i en slik grad at det kun gjenstår å ta den formelle beslutningen i et styremøte». En slik presisering burde departementet føyd til også under punkt 3.2, om lukking av dører med hjemmel etter andre ledd nr 2.

Mest oppsiktsvekkende ved brevets innhold – og revisjonen av veileder – er den kollbøtte som departementet presterer i sin nye tolkning av styrets evaluering. Vi minner om hva som ble sagt om evalueringen i 2014-utgaven, gjengitt i punkt 4, tredje og fjerde avsnitt overfor her. Dette er gjentatt i 2016-utgaven, men så er det føyd til følgende nye avsnitt, uten at det er gjort noen endringer i den tidligere tekst:

«Egenevalueringen kan normalt drøftes i styreseminarer som ikke er omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter. Helseforetaksloven § 26 a om møteoffentlighet gjelder da ikke. Se omtale i punkt 3.6 i vedlagte brev fra departementet av 30. juni 2015.»

Henvisningen til punkt 3.6 er feil, det siste punkt i brevet er 3.4, som lyder slik:

Punkt 3.4 «Om styrets egenevaluering»:

Det vises til omtale av styrets egenevaluering i departementets styreveileder.

Egenevalueringen kan normalt drøftes i styreseminarer som ikke er omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter. Helseforetaksloven § 26 a om møteoffentlighet gjelder da ikke.

I den grad styret på bakgrunn av evalueringsprosessen faktisk ønsker å fatte vedtak, må det imidlertid behandles i styremøte på ordinær måte. Vi antar at dette sjelden vil være tilfellet. Et eksempel kan være behovet for å drøfte hvordan resultatet av egenevalueringen bør omtales i årlig melding.

Bakgrunnen for departementets vurdering er at styrets egenevaluering er et eksempel på drøftinger av utfordringer som normalt ikke er knyttet direkte til et fremtidig styrevedtak. En egenevaluering er ikke et ledd i foretakets beslutningsprosesser. Arbeidet skal ikke lede frem til vedtak om forvaltning av foretaket.

I motsetning til det som kjennetegner alminnelig styrearbeid, er det ikke et krav eller en nødvendighet for foretakets virksomhet som sådan at styret fatter vedtak med bakgrunn i evalueringsprosessen. Det er ikke naturlig eller hensiktsmessig at styret fatter vedtak knyttet til enkelte medlemmers fungering. Styret kan ikke vedta forbedringspunkter for det enkelte styremedlem, men medlemmet kan selv ta til seg konstruktive innspill og vurdere endringer på det personlige plan.

Styremøter er heller ikke et egnet forum for en grundig og ærlig drøfting av styrets arbeidsform og de enkelte styremedlemmenes fungering hver for seg og samlet. Formålet med egnevalueringen vil derfor ikke kunne oppnås ved å anse dette som styrearbeid. Allmennheten vil selv kunne danne seg et godt bilde av samspillet og fungeringen blant styrets medlemmer ved å benytte seg av muligheten til å lytte til foretakenes åpne styremøter.»

Spesiell er også veilederens omtale av at en del foretaksstyrer har innført «styreutvalg» som utfører saksforberedende arbeid. Departementet peker på at dette kan bidra til grundig saksforberedelse på komplekse felt og frigjøre tid i styremøtene, men påpeker at ulempen er at utvalgsbehandlingen kan pulverisere styrets ansvar. Departementet uttaler at slike utvalg bare brukes når sakenes kompleksitet og omfang tilsier det, og at slik behandling ikke endrer styrets ansvar for å treffe beslutninger i styremøtet.

Men så tilføyer departementet at «Møter i styreutvalgene kan anses som styremøter eller som styreseminarer, avhengig av hvilke saker som drøftes. Helseforetakslovens bestemmelser om åpne styremøter gjelder for møter i styreutvalg som anses som styremøter.»

Her innføres brått en anledning til å bruke styreseminar til saksbehandling av styresaker, noe veileder og rundskriv ellers mener ikke skal skje.

5. Rettslig behandling av dørlukking

Selv om Inntrøndelag tingrett i sin dom av 30. juni 2016 ikke kom til at lovstridig lukking av dører i styremøtene var av en slik art at vedtak var ugyldige, hører informasjonen derfra med i det totale bilde av den praksis som er ført under det gjeldende regelverk. Rettssaken ble reist av Kristiansund kommune mot Helse Midt-Norge Rhf med påstand om at vedtaket om plassering av nytt fellessykehus var ugyldig.

På side 23 i dommen vises det til at saksøker hadde anført at sju av ti styremøter under en bestemt styreleder ble holdt for lukkede dører. Retten peker på at hovedregelen er at styremøtene skal være offentlige, og videre heter det:

«Styreleder Strand har forklart at han lukket det ene møtet, forut for styremøtet og har innrømmet at dette var feil. (...) Strand har for øvrig forklart at det i denne perioden var gjennomført tre ordinære styremøter. Disse ble holdt for åpne dører. To møter var seminarer, hvor strategi og prosess skulle diskuteres. Disse ble holdt for lukkede dører.

Allmennhetens tilgang til det offentliges arbeid er viktig for å opprettholde tilliten. Dette gjelder også for helseforetak. Har møter vært lukket uten at det har vært hjemmel for dette, er det en saksbehandlingsfeil. Tre møter, som av Strand er omtalt som ordinære styremøter, er holdt for åpne dører. Møtet som omhandlet Andersens avgang, skulle eventuelt vært lukket i selve styremøtet. Møtet hvor det ble orientert om Holtes avgang, skulle også ha vært lukket i selve styremøtet hvis møtet var av en slik art at det var

grunnlag for å holde det for lukkede dører. Hvorvidt de andre møter var styremøter i lovens forstand og i så fall om det var grunnlag for å lukke disse, framstår uklart for retten. Retten finner imidlertid det ikke nødvendig å gå nærmere inn på dette. Uansett vil ikke de feil som her er gjort medføre at vedtaket om lokalisering av den grunn blir ugyldig. Retten mener feilen ikke kan ha virket inn på vedtakets innhold.»

Vi peker særlig på rettens utsagn i utdraget ovenfor om at det framstår uklart for retten om «de andre møter var styremøter i lovens forstand» og om det «i så fall var grunnlag for å lukke disse».

Retten kommer tilbake til samme uklarheter i sin konklusjon på dette kapittelet i dommen, der det heter: «Retten har under dette punkt også vurdert om styret i HMN har avholdt lukkede styremøter i strid med loven. Det er uklart om alle møter som er avholdt er styremøter i lovens forstand. Retten har imidlertid konkludert med at de feil som er gjort og eventuelt er gjort ikke kan ha virket inn på vedtakets innhold.»

6. Ny utredning; NOU 2016:25 om organisering og styring

Den 1. desember 2016 overleverte det regjeringsoppnevnte Kvinnsland-utvalget sin utredning (NOU 2016:25 «Om organisering og styring av spesialisthelsetjenesten», for å besvare spørsmålet om hvordan Statens eierskap bør innrettes framover.

Her skal bare trekkes frem hva utredningen sier (eller ikke sier) om åpne styremøter. Det behandles summarisk under punkt 3.3.6 «Åpne styremøter». Der gjengis kort og nøkternt hva helseforetaksloven § 26a fastsetter, om åpenhet som prinsipp og kort om de fem punktene som kan gi adgang til å avvike fra hovedregelen.

Utredningen er også kortfattet når det gjelder det som departementet på samme tid var svært opptatt av, nemlig hvordan styrene kan bruke styreseminarer som lukkede fora. I punkt 4.5.5.2 i utredningen skriver utvalget:

«Som en del av statsrådens og departementets oppfølging av styrene, avholdes det årlige seminarer for styrene for de regionale helseforetakene. Det avholdes som regel styreseminar i løpet av februar eller mars. Det velges nye styrever i januar hvert annet år, og styreseminaret dette året vektlegger i stor grad introduksjon i helsepolitikken og styringsmodellen for nye styremedlemmer. Statsråden avholder også felles samlinger for styrelederne, som regel en til to ganger per år.

I tillegg til månedlige rapporteringsmøter, ble det fra 2007 innført en ordning med felles tertialoppfølgingsmøter mellom ledergruppene og styrelederne for de regionale helseforetakene og departementet.

De første årene etter innføring av helseforetaksmodellen var departementet mer aktiv deltaker i ulike administrative fora som er etablert på tvers av regionene. Departementet deltok for eksempel mer eller mindre fast på felles møter mellom de administrerende direktørene, (medisinske) fagdirektørmøter og økonomidirektørmøter. Departementet har nå endret sin rolle til å delta av og til; for å informere om eller følge opp enkeltsaker, men ikke som fast deltaker.

Agenda Kaupang pekte i 2012 på at styremedlemmene i de regionale helseforetakene mente at styringsdialogen og rolledelingen med departementet hadde blitt tydeligere med tiden og at departementet begrenset den formelle styringen til foretaksmøtene.

Informasjonsutveksling og dialog i de månedlige kontaktmøtene fungerte godt. Departementet brukte ikke disse møtene til «ekstra styring». Det er fra departementets side lagt vekt på at disse møtene skal knyttes til rapporteringskravene som er definert i vedlegg til protokoll fra foretaksmøter i januar og i oppdragsdokumentene.

I brev av 30. juni 2015 presiserte departementet sin forståelse av adgangen til å ha dialog mellom eier og underliggende foretak. Det framgår der at både departementet og statsråden har jevnlig kontakt med alle de regionale helseforetakene, både administrativt og med styreleder. Styreledere i helseregionene vil ofte ha behov for å diskutere vanskelige saker med statsråden. Det kan være behov for å sondere eller drøfte politiske konsekvenser av ulike saker. Departementet framholdt at det er viktig for muligheten til å utøve godt lederskap overfor styrelederne at denne kontakten skjer i fortrolighet.»

Utvalget var åpenbart ikke opptatt av hvordan møteoffentlighet fungerte i styrene.

Våre organisasjoner mener at det er nødvendig med en skikkelig opprydding i regelverket for møteoffentlighet i helseforetakene. Forvirring omkring regelverk og praksis framkom ikke minst i den høring som Kontroll- og konstitusjonskomiteen i Stortinget gjennomførte vinteren 2015, og som fremholdt i vårt punkt 4 ovenfor har de tolkninger som samme vår ble gitt i ny veileder snarere økt, enn redusert uklarhetene i reglene.

Selv om det egentlig bør være unødvendig, så minner vi om at åpenhet er selve grunnmuren i vårt demokrati. Åpenhet skaper legitimitet og tillit, lukkethet det motsatte. I saker som det står strid om, er risikoen særlig stor for at konfliktene forsterkes når man søker å løse dem bak stengte dører, basert på uklare regler.

Vi minner samtidig om at det heller ikke er gitt regler for hvordan det eventuelt skal kunne klages på vedtak om å lukke dørene i styremøtene.

Med vennlig hilsen

for Norsk Presseforbund



Elin Floberghagen
generalsekretær

for Norsk Redaktørforening



Arne Jensen
generalsekretær



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ifølge liste

Deres ref

Vår ref

Dato

17/2164

29. juni 2017

Vedrørende møteoffentlighet i RHF og reglene om åpne styremøter i helseforetak

Viser til brev av 10. mai 2017 fra Norsk presseforbund og Norsk redaktørforening hvor statsråden bes om å ta initiativ til å gi klare og praktikable regler for møteoffentlighet i styrene i helseforetakene. Statsråden har bedt avdelingen om å besvare henvendelsen.

Departementet deler ønsket om å gi klare og praktikable retningslinjer for anvendelse av reglene for møteoffentlighet.

I brev av 30. juni 2015 utdypet departementet sin forståelse av blant annet når reglene i helseforetaksloven om møteoffentlighet gjelder (styremøter) og når de ikke gjelder (styreseminarer mv.). Dette ble gjort for å bidra til klarhet etter høring i Stortinget av sak om nytt sykehus i Møre og Romsdal samme vår. Den nye styreveilederen fra 2016 er basert på dette brevet og henviser i stor grad til omtalen der.

Organisasjonene etterlyser enda klarere retningslinjer for når et styremøte kan lukkes i medhold av helseforetaksloven § 26 a andre ledd nr. 2. Lukking er mulig for "*orientering om en sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket*". Det er utfordrende å gi mer detaljerte retningslinjer for styrets vurdering av om en sak til orientering er i en tilstrekkelig tidlig fase enn det som allerede følger av forarbeidene. Departementets brev av 30. juni 2015 gjengir deler av omtalen i forarbeidene, men gjør ikke forsøk på å gi utdypende retningslinjer. Det finnes ikke relevant praksis i andre selskapsformer, ettersom åpne styremøter kun er regulert for regionale helseforetak og helseforetak. Departementet er avhengig av mer kunnskap om hvilke saker foretakene faktisk har unntatt etter bestemmelsen for å kunne vurdere eventuelle presiseringer.

Vi deler synet på at styreveilederen ikke er tilstrekkelig klar i sin omtale av egne evalueringer. Det burde fremgått klarere at det er evalueringsprosessen frem til et resultat foreligger som ikke er omfattet av reglene om åpenhet i styremøter. Styret kan velge å gjennomføre evalueringen selv eller å engasjere ekstern bistand. Prosessen kan gjennomføres ved bruk

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Kontoradresse
Teatergt. 9
www.hod.dep.no

Telefon*
22 24 90 90
Org no.
983 887 406

Avdeling
Helserettsavdelingen

Saksbehandler
Vegard Pettersen
22 24 85 07

av samtaler, intervjuer eller eget evalueringsskjema og er ikke egnet for åpenhet. I den grad styrets medlemmer identifiserer tema som krever vedtak i styret eller omtale i årlig melding, må det på vanlig måte forberedes en sak om dette for styret. I slike tilfeller vil resultatet av evalueringen behandles i styremøte. Før styreveilederen vurderes endret, er det behov for detaljert informasjon om hvordan evalueringsprosessen faktisk foregår i foretakene og hvilke resultater som tidligere har blitt presentert i styremøte.

Helseforetaksloven § 21 a bestemmer at styret i regionalt helseforetak skal ha et revisjonsutvalg bestående av minst tre styremedlemmer. Loven og forarbeidene omtaler ikke spørsmålet om revisjonsutvalgene skal underlegges reglene om åpenhet. Departementet har imidlertid tolket loven slik at reglene om åpenhet kan anvendes på samme måte for revisjonsutvalg som for styrer. Hensikten har vært å sikre størst mulig åpenhet. Departementet mener nå at det er grunn til å vurdere dette standpunktet på nytt. Tidligere vurderinger av åpenhet i revisjonsutvalgene kan ha vært basert på ufullstendig innsikt i hvordan revisjonsutvalgene fungerer, og departementet vil innhente informasjon om dette.

Departementet anser at det ikke vil være hensiktsmessig å etablere en klagerett på styrets vedtak om å lukke et styremøte, ettersom vedtaket fattes når styremøtet er satt. Det er da ikke tid til å vente på klage til departementet. Etter at møtet er avholdt, vil ikke klage ha noen funksjon ut over å belyse anledningen til for fremtiden å lukke møtene i lignende situasjoner. Vi viser til at redaktørforeningen og andre vil ha anledning til å ta opp slike saker med departementet, uavhengig av klagerett, med sikte på å vurdere presiseringer av retningslinjer for fremtidige tilfeller.

Departementet ønsker å se nærmere på de regionale helseforetakenes praksis rundt møteoffentlighet, og på bakgrunn av dette vurdere behovet for ytterligere normative presiseringer.

Med hilsen

Målfrid Bjærum (e.f.)
ekspedisjonssjef

Vegard Pettersen
spesialrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Adresseliste
Norsk Presseforbund
Norsk redaktørforening



Fylkesmannen i Troms
Postboks 6105
9291 Tromsø

Brevet sendes kun elektronisk på epost til: fmtrpostmottak@fylkesmannen.no
Vår referanse: 2017/5406

Vedrørende alvorlig hendelse på UNN meldt Helsetilsynet og forhold som medfører generell fare for enkelte pasientgrupper.

Det vises til nylig §3-3 a varsling om alvorlig hendelse ved Geriatrisk seksjon, Medisinsk klinikk UNN Tromsø og påfølgende svar fra Statens helsetilsyn ved Undersøkelsesenheten (vedlagt). Som dere er kjent med i epost så finner ikke Statens helsetilsyn det nødvendig med videre tilsynsmessig oppfølging av varselet, men tilsynet ber oss om å vurdere om Fylkesmannen i Troms bør gis opplysninger som kan medføre inngripen i saken fra deres side.

I sakens anledning vises det til Lov om helsepersonell kapittel 3, krav til organisering av virksomhet og herunder § 17; opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter eller brukere:

«Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters eller brukeres sikkerhet. Det skal ikke gis informasjon om taushetsbelagte opplysninger.»

I henhold til § 16 i samme lovtekst heter det: «Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.» Slik situasjonen er p.t. vurderes det dithen at Tromsø kommune ikke er i stand til å overholde sine plikter som nevnt over. Årsaken til dette ligger i at Tromsø kommune ikke ivaretar sine plikter vedrørende utskrivningsklare pasienter. Dette medfører kapasitetssvikt i UNNs akutttilbud innen indremedisin og særlig geriatri.

Situasjonen har vart over tid og er den senere tid på nytt forverret ved at et økende antall utskrivningsklare pasienter som har krav på et forsvarlig pleie- og omsorgstilbud i kommunen forblir innlagt på UNN over lengre tid. Dette gjelder f. eks. pasienter med demens som er kommet over akutfasen og som har behov for en skjermet tilværelse med ro og stabilitet. Hos den aktuelle pasient i ovenfor nevnte 3-3a meldingen kan vi se økende agitasjon, forvirring, aggresjon, nedsatt funksjonsevne/ernæringstilstand og økende psykotisk aktivitet som medfører unødvendig medisineringsom i sin tur øker sjansene for fall og ytterligere komplikasjoner.

I tillegg til at en slik situasjon kan medføre fare for de utskrivningsklare pasienters sikkerhet, så medfører dette også økt kapasitetssvikt i UNNs akutttilbud. Dette grunnet det beslag de utskrivningsklare pasientene legger på lokaliteter og ressurser. Situasjonen påvirker det spesialiserte tilbudet i geriatri mest. Sengeposten bestående av 14 senger har over tid hatt 6-8 utskrivningsklare pasienter, hvorav noen har vært utskrivningsklare opp mot 2 måneder. Vi har også opplevd topper med 10 utskrivningsklare pasienter på en og samme tid. Dette medfører at UNN må iverksette risikoreduserende tiltak ved å gi pasienter i behov av et akutt geriatriisk tilbud behandling i andre sengeposter i den grad dette er mulig.



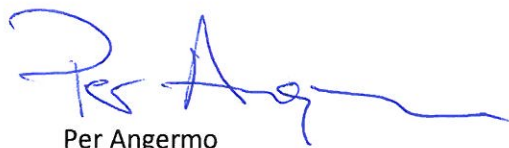
Det er vår vurdering at Tromsø kommune ikke ivaretar sitt sørge-for ansvar hva angår pleie og omsorg for disse pasientene. Det er nylig opplyst til UNN fra avdelingsdirektør Trond Brattland for helse- og omsorg i Tromsø kommune at Helsehuset ikke vil avhjelpe situasjonen av ulike årsaker, slik det tidligere har blitt kommunisert. Han har tvert imot signalisert at situasjonen vil vedvare minst et år til inntil Otium tas i drift. Og selv på det tidspunktet antyder kommunen at situasjonen ikke vil være avhjulpet, fordi tilbudet som etableres ikke er fremskrevet til å dekke fremtidens behov på det tidspunktet.

Vi ser bekymringsfullt på dagens situasjon innenfor det akuttgeriatriiske tilbudet som gis for befolkningen grunnet de plassene som beslaglegges av pasienter tilhørende Tromsø kommune, og er ikke kjent med informasjon som kan eller vil bedre dette (vert imot) og således finner vi det riktig å orientere og vi ber Fylkesmannen i å ta nødvendige grep i saken.

Tromsø 11.10.2017

Med vennlig hilsen


Markus Rumpfeld
Klinikksjef
Medisinsk klinikk


Per Angermo
Avdelingsleder
Medisinsk klinikk



Referat fra Møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 24.10.2017 10.30 – 12.30

Sted: Administrasjonens møterom D1.707

Tilstede	Viseadministrerende direktør Kvalitets- og utviklingssjef Leder Brukerutvalget UNN Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Kvalitetsleder klinisk patologi Seksjonsleder Ortopedisk avd. Avd. overlege avd. for Gastroenterologisk kirurgi Smittevernoverlege Foretaksverneombud Avdelingsleder Akuttmottak og Obs.post	Marit Lind (<i>vara</i>) Einar Bugge Cathrin Carlyle Tonje Drecker Elin Gullhav Magnus P. Hald Lena Oprand Heggelund May-Liss Johansen Rolv-Ole Lindsetmo Torni Myrbakk Einar Rebni Lars Røslie (<i>vara</i>)
Forfall	Administrerende direktør Avd. leder Medisinsk avdeling UNN Narvik	Tor Ingebrigtsen Ove Laupstad
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Pasient- og brukerombud Seniorrådgiver Pasient- og brukerombudet	Grete Åsvang Mette Fredheim Odd Arvid Ryan Eli Johanne Åsgård
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen
Saksnr.	Sakstittel	Ansvar/ frist
49/17	Godkjenning av saksliste samt referat fra KU-møtet 26.9.2017 (ephorte 2017/110)	
	Referatet var godkjent under tidligere utsendelse.	
	Oppfølging Saksliste og referatet ble godkjent i møtet.	
50/17	Intern revisjon pakkeforløp kreft	

	<p>Kvalitetsavdelingen ved avdelingsleder Grete Åsvang presenterte gjennomførte tiltak i tiltaksplan etter funn i intern revisjon av pakkeforløp.</p> <p>Pilot for visning av pakkeforløpstall i kontrolldiagram i Helse Nord-LIS er testet ut i samarbeid med Gastrokirurgisk avdeling, med gode tilbakemeldinger. Arbeidet med å legge inn programmet i Helse-Nord LIS er igangsatt, og vil bli gjort tilgjengelig for samtlige pakkeforløp i UNN.</p>	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsavdelingen følger opp utrulling av piloten og videre dialog med forløpskoordinatorene. • Kvalitetsutvalget ber Kvalitetsavdelingen sikre tilgangsstyring slik at rapporter gjøres tilgjengelige også for ledere. • Utrullingen følges opp i Overordnet implementeringsgruppe. • Viseadministrerende direktør og Kvalitets- og utviklingssjef følger opp at det blir gjort en generell vurdering av tilgangsstyringen i HN-LIS. • Kvalitetsutvalget ønsker en presentasjon av kontrolldiagrammet på pakkeforløp kreft i HN-LIS når piloten er slutført. 	<p>KA</p> <p>KA</p> <p>Overordnet implementeringsgruppe</p> <p>Einar Bugge/ Marit Lind</p> <p>KA</p>
51/17	Heldagssamling for Kvalitetsutvalget	
	<p>Oppfølging av KU-sak møte 6. juni 2016.</p> <p>Kvalitetsavdelingen ved avdelingsleder Grete Åsvang ba Kvalitetsutvalget slutte seg til følgende punkter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreslåtte tema for heldagssamlingen • At det oppnevnes en programkomite for heldagssamlingen • Kvalitets- og utviklingssjefen gis mandat til å godkjenne endeling program 	

	<p>Oppfølging/konklusjon Kvalitetsutvalget sluttet seg til følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreslåtte tema om kontinuerlig forbedring og gjennomgang av utvalgets arbeid siste år. • Det oppnevnes en programkomite med utvalgte medlemmer fra Kvalitetsutvalget. KVALUT finner en leder og en kvalitetsrådgiver blant Kvalitetsutvalgets medlemmer. • Leder av Kvalitetsutvalgets sekretariat utarbeider i samarbeid med programkomite aktuelle tema. • Vararepresentanter inviteres også på heldagssamlingen. • Dersom heldagssamlingen blir på høsten, når nye medlemmer er tilkommet, settes det av tid på et tidligere møte til å høste erfaringer fra nåværende medlemmer. • Det vurderes å la KVAM-utvalgene gjøre en evaluering av KU (Questback) i forkant av heldagssamlingen. • KVALUT-sjefen gis mandat til å godkjenne endelig program • Dato settes snarest, både for 2018 og 2019. 	KVALUT i samarbeid med Administrasjonssjef/ Frist snarest
52/17	Innspill revisjonsprogram 2018 - 2020	
	Kvalitetsavdelingen ved rådgiver Hege Fredheim-Kildal oppfordret Kvalitetsutvalget om å drøfte innspill til revisjonsprogram 2018 – 2020.	
	<p>Beslutning Kvalitetsutvalget ga følgende innspill til Revisjonsprogram 2018 – 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UNNs hovedindikatorer • Brukermedvirkning • Legemiddelhåndtering • Oppfølging av tilsyn • Oppfølging av interne revisjoner <p>Smittevern ettersender innspill</p> <p>Endelig forslag til revisjonsprogram behandles i kommende Kvalitetsutvalgsmøte.</p>	KA/ KU-møte 28.11.2017
53/17	Pasient- og brukerombudet	
	Pasient- og brukerombudet i Troms ved Pasient- og brukerombud Odd Arvid Ryan og seniorrådgiver Eli Johanne Åsgård møtte og	

	<p>orienterte Kvalitetsutvalget på bakgrunn av bestilling fra Kvalitetsavdelingen.</p> <p>Pasient- og brukerombudet var forespurt om følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hva pasient- og brukerombudet tenker UNN trenger å bli bedre på?</i> • <i>Hvordan pasient- og brukerombudet tenker UNN kan bli bedre på å sikre læring, særlig på tvers av enheter og hvordan kan/ønsker pasient- og brukerombudet å bidra i slik utvikling?</i> • <i>Er det noe UNN kan gjøre mer systematisk?</i> • <i>Annet pasient- og brukerombudet ønsker å vektlegge.</i> <p>Pasient- og brukerombudet ga tilbakemelding på at de hadde registrert et positivt, økende fokus på pasientsikkerhet i UNN, men presenterte også områder for forbedring. Særlig fokuserte de på UNNs etter deres syn manglende oppfølging av de forskriftsfestede ordningene kontaktlege og koordinator.</p> <p><i>PP-presentasjon vedlagt</i></p>	
	<p>Oppfølging Kvalitetsavdelingen sorterer tilbakemeldingene fra Pasient- og brukerombudet.</p> <p>Kvalitets- og utviklingssjefen legger det frem for direktørens ledergruppe for videre oppfølging.</p>	<p>KA/ Dir.ledermøte Frist 1.1.18?</p>
	Eventuelt	
	Det tilkom ingen saker under eventuelt.	

Presseprotokoll

Vår ref.:
2017/2-81/012

Saksbehandler/dir.tlf.:
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/dato:
Tromsø, 25.10.2017

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	25. oktober 2017 - kl. 08.30
Møtested:	Clarion Hotel The Edge, Tromsø

Tilstede

Navn:	
Marianne Telle	styreleder
Inger Lise Strøm	nestleder
Arnfinn Sundsfjord	styremedlem
Fredrik Sund	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Arne Ketil Hafstad	observatør fra Regionalt brukerutvalg

Forfall

Navn:	
Johnny-Leo Jernsletten	styremedlem
Line Miriam Sandberg	styremedlem

Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Anne May Knudsen	kst. kommunikasjonsdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Kristian I. Fanghol	direktør
Siv Høymork	kvalitets- og forskningsdirektør
Tor Solbjørg	revisjonssjef
Erik Arne Hansen	regnskapssjef
Tor-Arne Haug	direktør for forretningsutvikling

I starten av styremøtet la revisjonsselskapet BDO frem en oppsummering av tertialrevisjon nr. 2-2017. Orienteringen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 5.

I etterkant av dette styremøtet ble det avholdt åpent styreseminar for helseforetakene i Helse Nord, den 25. til 26. oktober 2017.

Styresak 105-2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

- | | |
|--------------|---|
| Sak 105-2017 | Godkjenning av innkalling og saksliste |
| Sak 106-2017 | Godkjenning av protokoll fra styremøte 27. september 2017 |
| Sak 107-2017 | Regional utviklingsplan 2035 - mandat
<i>Saksdokumentene var ettersendt.</i> |
| Sak 108-2017 | PCI i behandling av hjerteinfarkt i Helse Nord
<i>Saksdokumentene var ettersendt.</i> |
| Sak 109-2017 | Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer
<i>Saksdokumentene var ettersendt.</i> |
| Sak 110-2017 | Budsjett 2018 Helse Nord RHF
<i>Saksdokumentene var ettersendt.</i> |
| Sak 111-2017 | Helgelandssykehuset Mo i Rana - renovering av operasjonsstuer og ny nødstrøm
<i>Saksdokumentene var ettersendt.</i> |
| Sak 112-2017 | Finnmarkssykehuset Nye Hammerfest sykehus – valg av tomt
<i>Saksdokumentene var ettersendt.</i> |
| Sak 113-2017 | Nasjonal forsikringsstrategi |
| Sak 114-2017 | Byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF:
Tertialrapport pr. 31. august 2017 |
| Sak 115-2017 | Byggeprosjekter i Helgelandssykehuset HF:
Tertialrapport pr. 31. august 2017 |
| Sak 116-2017 | Byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF:
Tertialrapport pr. 31. august 2017 |
| Sak 117-2017 | Byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF:
Tertialrapport pr. 31. august 2017 |
| Sak 118-2017 | Virksomhetsrapport nr. 9-2017
<i>Saksdokumentene var ettersendt.</i> |
| Sak 119-2017 | Tertialrapport nr. 2-2017
<i>Saksdokumentene var ettersendt.</i> |
| Sak 120-2017 | Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>
3. Overenskomstforhandlingene 2017 - prosess og resultat
4. Vedlikehold i HF-ene - planlagt vedlikehold og estimerte kostnader, oversikt, oppfølging av styresak 85-2017 |
| Sak 121-2017 | Referatsaker
1. Brev av 25. september 2017 (med vedlegg) fra Vefsn Kommune v/ordfører Jann-Arne Løvdahl til Sykehusbygg HF ad. høringsuttalelse til planprogram for Helgelandssykehuset 2025
2. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 4. oktober 2017 |

3. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF
12. oktober 2017
4. RBU-sak 66-2017 Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer - endelig vedtak
Kopi av saksdokumentet var lagt frem ved møtestart.
5. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2017 - sak om Regional utviklingsplan 2035 - mandat
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
6. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2017 - sak om PCI i behandling av hjerteinfarkt i Helse Nord
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
7. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2017 - sak om Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
8. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2017 - sak om Helgelandssykehuset Mo i Rana - renovering av operasjonsstuer og ny nødstrøm
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
9. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2017 - sak om Tertialrapport nr. 2-2017
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
10. Brev fra Troms Fylkeskommune av 20. oktober 2017 ad. behandling av sak vedrørende hjerteinfarkt og PCI i Helse Nord
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.
11. E-post av 24. oktober 2017 fra Finnmark Fylkesutvalg ad. PCI saken – nytt hjertemedisinsenter i Bodø
Kopi av e-posten var lagt frem ved møtestart.
12. E-post av 24. oktober 2017 fra Monica Nielsen, ordfører Alta Kommune ad. Sykehus i Vest Finnmark, vedlagte notat oppfordres til lesing før behandling av saker
Kopi av e-posten var lagt frem ved møtestart.

Sak 122-2017

Eventuelt

- A. Forskningsmidler - samlet oversikt for foretaksgruppen
- B. Fagplan klinisk patologi

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med de endringer som kom frem under behandling av saken.

Styresak 106-2017 Godkjenning av protokoll fra styremøte 27. september 2017

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 27. september 2017 godkjennes.

Styresak 107-2017 Regional utviklingsplan 2035 - mandat

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar mandat for *regional utviklingsplan 2035* som ramme for arbeidet *med de endringer som kommer frem under behandling av saken - som følger (under kapittel Emner og problemstillinger):*
 - a) *tilleggspunkt om utdanning og forskning*
 - b) *tillegg under punkt samhandling med andre aktører (f. eks. private/ideelle organisasjoner og avtalespesialister)*
 - c) *tilleggspunkt lederskap og medarbeiderskap*
2. Styret vil understreke behovet for at digitalisering og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blir viet særlig oppmerksomhet i *regional utviklingsplan 2035*.
3. Styret vil understreke nødvendigheten av god dialog og forankring mot berørte interessenter i arbeidet med *regional utviklingsplan 2035*.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar mandat for *regional utviklingsplan 2035* som ramme for arbeidet med de endringer som kommer frem under behandling av saken - som følger (under kapittel *Emner og problemstillinger*):
 - a) *tilleggspunkt om utdanning og forskning*
 - b) *tillegg under punkt samhandling med andre aktører (f. eks. private/ideelle organisasjoner og avtalespesialister)*
 - c) *tilleggspunkt lederskap og medarbeiderskap*
2. Styret vil understreke behovet for at digitalisering og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blir viet særlig oppmerksomhet i *regional utviklingsplan 2035*.
3. Styret vil understreke nødvendigheten av god dialog og forankring mot berørte interessenter i arbeidet med *regional utviklingsplan 2035*.

Styresak 108-2017 PCI i behandling av hjerteinfarkt i Helse Nord
Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *uthevet kursiv*):

1. *Med utgangspunkt i saksfremlegget ber styret i Helse Nord RHF adm. direktør om å supplere informasjonen med følgende:*
 - a. *En bred risikoanalyse av behandlingstilbudet til pasientene på Helgeland og i Finnmark ved en etablering av PCI-behandling ved Nordlandssykehuset Bodø.*
 - b. *En risikoanalyse av dagtilbud vs. døgntilbud (inkl. kapasitet på Universitetssykehuset Nord-Norge HF og økonomi)*
 - c. *Etablering av et regionalt fagråd for kardiologi med mandat med klare retningslinjer og bestillinger for oppdraget for å skape en arena for dialog og samarbeid.*
2. *Styret ber adm. direktør om å ta initiativ ovenfor politiske myndigheter i Nordland, Troms og Finnmark for informasjon og forankring.*
3. *Styret ber om at oppdatert saksfremlegg legges frem i styremøte i desember 2017.*

Enstemmig vedtatt.

- ~~1. Styret i Helse Nord RHF vedtar å opprette et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø i en senter-satellitt-modell fra det regionale PCI-senteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø.~~
- ~~2. PCI-behandlingen ved Nordlandssykehuset Bodø etableres som dagtilbud med planlagt oppstart i 2019.~~
- ~~3. Styret ber adm. direktør om å sikre at fagmiljøet ved hjertemedisinsk avdeling på Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø også i fremtiden kan opprettholde og videreutvikle forskning og kompetanse.~~
- ~~4. Styret ber adm. direktør om å gjennomføre en evaluering av tilbudet etter fem år.~~
- ~~5. Innsatsen for å øke andelen pasienter som får prehospital trombolyse må prioriteres, og pasientflyten i hele behandlingsskjeden må forbedres i hele regionen, jf. styresak 131-2016 Rapport Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdig tilbud i Helse Nord? - oppfølging og videre prosess og Oppdragsdokument 2017 til helseforetakene.~~
- ~~6. Styret ber adm. direktør om å sørge for at det utarbeides regionale retningslinjer for behandling av pasienter med NSTEMI, jf. anbefaling fra klinisk fagrevisjon.~~

~~7. Økonomiske tilpasninger justeres i økonomisk langtidsplan og i årlige budsjetter.~~

Styrets vedtak:

1. Med utgangspunkt i saksfremlegget ber styret i Helse Nord RHF adm. direktør om å supplere informasjonen med følgende:
 - a. En bred risikoanalyse av behandlingstilbudet til pasientene på Helgeland og i Finnmark ved en etablering av PCI-behandling ved Nordlandssykehuset Bodø.
 - b. En risikoanalyse av dagtilbud vs. døgntilbud (inkl. kapasitet på Universitetssykehuset Nord-Norge HF og økonomi)
 - c. Etablering av et regionalt fagråd for kardiologi med mandat med klare retningslinjer og bestillinger for oppdraget for å skape en arena for dialog og samarbeid.
2. Styret ber adm. direktør om å ta initiativ ovenfor politiske myndigheter i Nordland, Troms og Finnmark for informasjon og forankring.
3. Styret ber om at oppdatert saksfremlegg legges frem i styremøte i desember 2017.

**Styresak 109-2017 Budsjett 2018 foretaksgruppen,
rammer og føringer**

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 54-2017 Plan 2018-2021 - inkl. rullering av investeringsplanen 2018-2025* (styremøte 23. mai 2017). Denne skal ligge til grunn for virksomheten i 2018.
2. Resultatkrav for 2018 vedtas i tråd med styresak 54-2017 slik:

Helse Nord RHF/Styrets disposisjon	+ 186 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+ 24 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+ 40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+ 5 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+ 20 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT HF	0
Sum	+ 275 mill. kroner

3. Inntektsrammer for 2018 fastsettes til (i 1000 kr):

Inntektsrammer 2018 (tall i 1000 kr)

30

3,3

2

Basisramme 2018	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sum basisramme 2018 per oktober 2017	1 425 398	217 660	1 539 011	4 861 888	3 012 203	1 345 372	12 401 532

Øvrig ramme	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omlegging arbeidsgiveravgift	801			53 600	27 729		82 130
Sykestuer Finnmark			9 700				9 700
Kvalitetsregistre	31 977						31 977
Nasjonalt senter for e-helseforskning				37 500			37 500
Medisinsk undersøkelse barnehus				1 300	1 300		2 600
Tilskudd til turnustjeneste estimat, fordeles oppdragsdoku	111		813	2 100	1 729	878	5 631
SUM øvrig ramme 2018 - per oktober 2017	32 889	-	10 513	94 501	30 758	878	169 538

Kvalitetsbasert finansiering	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt ramme 2017	(181)		5 935	27 693	10 195	4 977	48 619
Oppdatering modell 2018	181		(2 479)	(2 102)	(3 938)	(853)	(9 191)
SUM kvalitetsbasert finansiering 2018 - per oktober 2017	-	-	3 456	25 591	6 257	4 124	39 428

Øremerket tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340)	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens				3 913			3 913
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens styrking				3 223			3 223
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med funksjonsned	2 362						2 362
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 359			2 359
Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykiskhelsevern og rus			3 975				3 975
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				2 856			2 856
Ufordelt Nasjonale tjenester							-
Døvblindesentre	43 070			7 743			50 813
SUM Nasjonale tjenester 2018 - per oktober 2017	45 432	-	3 975	20 093	-	-	69 500

Øremerket tilskudd Forskning (konto 3320)	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Forskning resultatbasert, foreløpig fordeling flerårige prosje	52 113		2 325	14 517	3 617	1 028	73 600
SUM øremerket forskning 2018 - per oktober 2017	52 113	-	2 325	14 517	3 617	1 028	73 600

TOTAL SUM tilskudd fra RHF

1 555 831

217 660

1 559 279

5 016 590

3 052 836

1 351 402

12 753 597

4. Investeringsrammen p50 til Finnmarkssykehuset Alta økes med 14,5 mill. kroner til 409,5 mill. kroner inklusive prisstigning og byggelånsrenter.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

- Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 54-2017 Plan 2018-2021 - inkl. rullering av investeringsplanen 2018-2025* (styremøte 23. mai 2017). Denne skal ligge til grunn for virksomheten i 2018.
- Resultatkrav for 2018 vedtas i tråd med styresak 54-2017 slik:

Helse Nord RHF/Styrets disposisjon	+ 186 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+ 24 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+ 40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+ 5 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+ 20 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT HF	0
Sum	+ 275 mill. kroner

3. Inntektsrammer for 2018 fastsettes til (i 1000 kr):

Inntektsrammer 2018 (tall i 1000 kr)

30

3,3

2

Basisramme 2018	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sum basisramme 2018 per oktober 2017	1 425 398	217 660	1 539 011	4 861 888	3 012 203	1 345 372	12 401 532

Øvrig ramme	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omlagging arbeidsgiveravgift	801			53 600	27 729		82 130
Sykestuer Finnmark			9 700				9 700
Kvalitetsregistre	31 977						31 977
Nasjonalt senter for e-helseforskning				37 500			37 500
Medisinsk undersøkelse barnehus				1 300	1 300		2 600
Tilskudd til turnustjeneste estimat, fordeles oppdragsdok	111		813	2 100	1 729	878	5 631
SUM øvrig ramme 2018 - per oktober 2017	32 889	-	10 513	94 501	30 758	878	169 538

Kvalitetsbasert finansiering	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt ramme 2017	(181)		5 935	27 693	10 195	4 977	48 619
Oppdatering modell 2018	181		(2 479)	(2 102)	(3 938)	(853)	(9 191)
SUM kvalitetsbasert finansiering 2018 - per oktober 2017	-	-	3 456	25 591	6 257	4 124	39 428

Øremerket tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340)	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens				3 913			3 913
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens styrking				3 223			3 223
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med funksjonsned	2 362						2 362
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 359			2 359
Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykiskhelsevern og rus			3 975				3 975
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				2 856			2 856
Ufordelt Nasjonale tjenester							-
Døvblindesentre	43 070			7 743			50 813
SUM Nasjonale tjenester 2018 - per oktober 2017	45 432	-	3 975	20 093	-	-	69 500

Øremerket tilskudd Forskning (konto 3320)	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Forskning resultatbasert, foreløpig fordeling flerårige prosje	52 113		2 325	14 517	3 617	1 028	73 600
SUM øremerket forskning 2018 - per oktober 2017	52 113	-	2 325	14 517	3 617	1 028	73 600

TOTAL SUM tilskudd fra RHF

1 555 831

217 660

1 559 279

5 016 590

3 052 836

1 351 402

12 753 597

4. Investeringsrammen p50 til Finnmarkssykehuset Alta økes med 14,5 mill. kroner til 409,5 mill. kroner inklusive prisstigning og byggelånsrenter.

Styresak 110-2017 Budsjet 2018 Helse Nord RHF

Sakdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende endrede forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner det fremlagte budsjett 2018 for Helse Nord RHF.
2. *Styret ber adm. direktør om å gjennomgå driftsbudsjettet for administrasjonen med hensyn til et ev. behov for styrking av Helse Nord RHF.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner det fremlagte budsjett 2018 for Helse Nord RHF.
2. Styret ber adm. direktør om å gjennomgå driftsbudsjettet for administrasjonen med hensyn til et ev. behov for styrking av Helse Nord RHF.

Styresak 111-2017 Helgelandssykehuset Mo i Rana - renovering av operasjonsstuer og ny nødstrøm

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner at Helgelandssykehuset HF gjennomfører renovering av operasjonsområde, nødstrøm m. m. på sykehuset i Mo i Rana innenfor en ramme på 85,3 mill. kroner.
2. *Styret presiserer at investeringen i renovering av operasjonsstuer m. m. på Helgelandssykehuset Mo i Rana ikke skal legge føringer i forhold til de beslutninger og valg som skal gjøres i prosjekt Helgelandssykehuset 2025.*
3. Styret ber om at en oppdatert økonomisk analyse av investeringen, som tar hensyn til at dette er en investering som skal sikre behandlingstilbudet frem til realiseringen av Helgelandssykehuset 2025, innarbeides i bærekraftsanalysen som presenteres for styret i Helse Nord RHF, så snart den er behandlet av styret i Helgelandssykehuset HF.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner at Helgelandssykehuset HF gjennomfører renovering av operasjonsområde, nødstrøm m. m. på sykehuset i Mo i Rana innenfor en ramme på 85,3 mill. kroner.
2. Styret presiserer at investeringen i renovering av operasjonsstuer m. m. på Helgelandssykehuset Mo i Rana ikke skal legge føringer i forhold til de beslutninger og valg som skal gjøres i prosjekt Helgelandssykehuset 2025.
3. Styret ber om at en oppdatert økonomisk analyse av investeringen, som tar hensyn til at dette er en investering som skal sikre behandlingstilbudet frem til realiseringen av Helgelandssykehuset 2025, innarbeides i bærekraftsanalysen som presenteres for styret i Helse Nord RHF, så snart den er behandlet av styret i Helgelandssykehuset HF.

Styresak 112-2017 Finnmarkssykehuset Nye Hammerfest sykehus – valg av tomt

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF velger Rossmolla som lokalisering for Hammerfest nye sykehus.
2. Styret ber adm. direktør om å legge frem endelig konseptfaserapport våren 2018.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF velger Rossmolla som lokalisering for Hammerfest nye sykehus.
2. Styret ber adm. direktør om å legge frem endelig konseptfaserapport våren 2018.

Styresak 113-2017 Nasjonal forsikringsstrategi

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til at nasjonal forsikringsstrategi (versjon pr. 5. september 2017) legges til grunn for arbeidet med forsikringsordninger i Helse Nord RHF, underliggende helseforetak i Helse Nord og de felles eide selskapene Helse Nord RHF er medeier i.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at nasjonal forsikringsstrategi inngår i Helse Nord's konsernbestemmelser.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til at nasjonal forsikringsstrategi (versjon pr. 5. september 2017) legges til grunn for arbeidet med forsikringsordninger i Helse Nord RHF, underliggende helseforetak i Helse Nord og de felles eide selskapene Helse Nord RHF er medeier i.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at nasjonal forsikringsstrategi inngår i Helse Nord's konsernbestemmelser.

Styresak 114-2017 Byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF: Tertialrapport pr. 31. august 2017

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2017 om utviklings- og byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF til orientering.
2. Styret godkjenner at rammen til prosjekt Alta Nærsykehus styrkes med 14,5 mill. kroner fra P85-rammen til prosjektet.
3. Styret ber adm. direktør om en samlet analyse av økonomien i Finnmarkssykehuset HF så snart kostnadsestimatene for byggeprosjektene i Alta, Kirkenes og Samisk Helsepark er sikre.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2017 om utviklings- og byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF til orientering.
2. Styret godkjenner at rammen til prosjekt Alta Nærsykehus styrkes med 14,5 mill. kroner fra P85-rammen til prosjektet.
3. Styret ber adm. direktør om en samlet analyse av økonomien i Finnmarkssykehuset HF så snart kostnadsestimatene for byggeprosjektene i Alta, Kirkenes og Samisk Helsepark er sikre.

Styresak 115-2017 Byggeprosjekter i Helgelandssykehuset HF: Tertialrapport pr. 31. august 2017

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2017 om byggeprosjekter i Helgelandssykehuset HF til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2017 om byggeprosjekter i Helgelandssykehuset HF til orientering.

Styresak 116-2017 Byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF: Tertialrapport pr. 31. august 2017

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2017 om byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2017 om byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF til orientering.

Styresak 117-2017 Byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF: Tertialrapport pr. 31. august 2017

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2017 om byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering.
2. Styret forutsetter at eventuelle endringer i rammene for drift av PET-senteret legges frem til styrets orientering.
3. Styret ber adm. direktør om en samlet oversikt over investeringsbudsjett for Universitetssykehuset Nord-Norge HF med et ferdigstilt PET-senter og A-fløy, der opsjon på tilleggsinvesteringer i B-fløy og kostnader til forplass/vestibyle er inkludert. Dette bes gjort i forbindelse med budsjett 2018.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten pr. 31. august 2017 om byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering.
2. Styret forutsetter at eventuelle endringer i rammene for drift av PET-senteret legges frem til styrets orientering.
3. Styret ber adm. direktør om en samlet oversikt over investeringsbudsjett for Universitetssykehuset Nord-Norge HF med et ferdigstilt PET-senter og A-fløy, der opsjon på tilleggsinvesteringer i B-fløy og kostnader til forplass/vestibyle er inkludert. Dette bes gjort i forbindelse med budsjett 2018.

Styresak 118-2017 Virksomhetsrapport nr. 9-2017

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 9-2017 til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 9-2017 til orientering.

Styresak 119-2017 Tertialrapport nr. 2-2017

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapport nr. 2-2017 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å ha tett oppfølging av helseforetakenes arbeid med tiltak knyttet til de nasjonale kvalitetsindikatorne i tiden fremover.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapport nr. 2-2017 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å ha tett oppfølging av helseforetakenes arbeid med tiltak knyttet til de nasjonale kvalitetsindikatorne i tiden fremover.

Styresak 120-2017 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - *Møte med statsråd Bent Høie 23. oktober 2017 ad. styrets sammensetning*
 - o Informasjon
 - *Felles møte mellom styreledere og AD-er i RHF-ene 23. oktober 2017*
 - o Informasjon om agenda
 - o Under del 2 av møtet deltok statsråd Bent Høie med delegasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet.

2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - a) *Helgelandssykehuset HF - nedgang i innleggelser*, oppfølging fra styremøte 27. september 2017 (spørsmål fra styrets nestleder Inger-Lise Strøm i. f. m. *styresak 95-2017 Virksomhetsrapport nr. 8-2017*): Tilbakemelding til styret i forbindelse med *styresak 118-2017 Virksomhetsrapport nr. 9-2017*.
 - b) *Prosjekt med Den norske legeforening og arbeidsgiverforeningen Spekter ad. fremtidens tariffavtaler*: Informasjon om de to delprosjekter og ulik møtevirksomhet
 - c) *Regional brukerkonferanse 12. - 13. oktober 2017 i Bodø*: Kort informasjon om konferansen og utdeling av brukerprisen
 - d) *Legemiddelet Spinraza ®*: Informasjon om legemiddelet, møte med pårørendeorganisasjon STOPP SMA 13. oktober 2017 i Oslo, beslutningen i Beslutningsforum for nye metoder 23. oktober 2017
 - e) *Styreseminar Helgelandssykehuset HF 24. oktober 2017*
 - o Informasjon om seminaret
 - o Spørsmål om Helse Nord RHF skal overta prosjekt Helgelandssykehuset 2025 ble bl. a. diskutert.
 - f) *Møte med adm. direktør Eva H. Pedersen m. fl. Finnmarkssykehuset HF 24. oktober 2017*ad. SANKS og Samisk Helsepark
 - o Informasjon om møtet.
 - g) *Alvorlige hendelser*:
 - o Adm. direktør orienterte om alvorlige hendelser i foretaksgruppen siden siste styremøte 27. september 2017.
Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.
3. Overenskomstforhandlingene 2017 - prosess og resultat
4. Vedlikehold i HF-ene - planlagt vedlikehold og estimerte kostnader, oversikt, oppfølging av styresak 85-2017

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 121-2017 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Brev av 25. september 2017 (med vedlegg) fra Vefsn Kommune v/ordfører Jann-Arne Løvdahl til Sykehusbygg HF ad. høringsuttalelse til planprogram for Helgelandssykehuset 2025
2. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 4. oktober 2017
3. Protokoll fra møte i Regionalt brukertvalg i Helse Nord RHF 12. oktober 2017
4. RBU-sak 66-2017 Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer - endelig vedtak
Kopi av endelig vedtak var lagt frem ved møtestart.
5. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2017 - sak om Regional utviklingsplan 2035 - mandat
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.

6. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2017 - sak om PCI i behandling av hjerteinfarkt i Helse Nord
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
7. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2017 - sak om Budsjett 2018 foretaksgruppen, rammer og føringer
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
8. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2017 - sak om Helgelandssykehuset Mo i Rana - renovering av operasjonsstuer og ny nødstrøm
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
9. Protokoll fra drøftingsmøte 20. oktober 2017 - sak om Tertialrapport nr. 2-2017
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
10. Brev fra Troms Fylkeskommune av 20. oktober 2017 ad. behandling av sak vedrørende hjerteinfarkt og PCI i Helse Nord
Kopi av brevet var lagt frem ved møtestart.
11. E-post av 24. oktober 2017 fra Finnmark Fylkesutvalg ad. PCI saken – nytt hjertemedisinsenter i Bodø
Kopi av e-posten var lagt frem ved møtestart.
12. E-post av 24. oktober 2017 fra Monica Nielsen, ordfører Alta Kommune ad. sykehus i Vest Finnmark, vedlagte notat oppfordres til lesing før behandling av saker
Kopi av e-posten var lagt frem ved møtestart.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 122-2017 Eventuelt

A. Forskningsmidler - samlet oversikt for foretaksgruppen

Styremedlem *Svenn Are Jenssen* stilte spørsmål ad. en samlet oversikt over forskningsmidler i Helse Nord.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å legge frem en styresak om fordeling av forskningsmidler i foretaksgruppen - uavhengig av finansieringskilde.

B. Fagplan klinisk patologi

Styremedlem *Fredrik Sund* stilte spørsmål ad. fordeling av arbeidsoppgaver og investeringer innenfor klinisk patologi.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om legge frem en oversikt over fordeling av arbeidsoppgaver/funksjonsfordeling innen klinisk patologi i foretaksgruppen og vurdering av behovet for en regional fagplan og ev. et regionalt fagråd.

Tromsø, den 25. oktober 2017

*godkjent av Marianne Telle,
i etterkant av styremøtet,
den 25OKT2017 - kl. 14.20*

Marianne Telle



MØTEREFERAT

Brukerutvalgets arbeidsutvalg (BAU) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Dato: Mandag 30.10.2017 kl 12.00-14.30
Sted: Møterom D1.704 Biblioteket
Tilstede: Cathrin Carlyle, Laila Edvardsen, Esben Haldorsen (på Skype)
Forfall:
Fra adm: Leif Hovden (administrasjonssjef) og
Hilde Anne Johannessen (styreassistent/ referent)

BAU 69/17 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 16.11.2017

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU fredag 3.11.2017.

Kvalitets- og virksomhetsrapport:

Rådgiver Stein Olav Pedersen møtte og svarte ut spørsmål til kvalitetsdata i forbindelse med rapporten.

Kontinuerlig forbedring – organisering av arbeidet

Rådgiver Hege Andersen møtte og svarte ut spørsmål til saken. Brukerutvalgets arbeidsutvalg ga følgende innspill til den:

- Kontinuerlig forbedring er en viktig satsing for sykehuset for å kunne utvikle videre de systemer som ønskes, samt lære verktøyene, og leve etter prinsippene. Arbeidsutvalget synes det er interessant at flere andre sykehus har etablert en sentral forbedringsstab, og kan vise til gode resultater. Videre vektla arbeidsutvalget at det er viktig å få en koordinert, systematisk satsing på sikt. Dette krever at kontinuerlig forbedring blir en vanlig arbeidsmåte for alle i UNN.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret, gjerne med vektlegging av de ovennevnte innspill.

BAU 70/17 Kontaktlegeordningen i UNN (teksten endret fra innkallingen)

Brukerutvalgets leder refererte til e-post fra rådgiver Tove Løvli ved Rehabiliteringsavdelingen. Arbeidsutvalget er interessert i å få en presentasjon vedrørende kontaktlegeordningen i UNN i Brukerutvalgets neste møte.

Oppfølging

Sekretariatet setter opp saken til BUs møte den 8.11.2017, gjerne som del av Direktørens time.

BAU 71/17 Arealplan UNN

Brukerutvalgets leder orienterte om saken. BU-leder har tidligere gitt innspill i saken.

Planlegging av enmannsrom er et viktig førende prinsipp i arbeidet, og som tidligere er støttet av Brukerutvalget.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering og tar saken opp i neste BU-møte, med blant annet spørsmål til drifts- og eiendomssjefen om antall senger. Møteplassen er blant annet ikke nevnt i arealplanen. Brukerutvalget følger opp dette.

BAU 72/17 OU byggeprosjekt – Nye Narvik sykehus og brukermedvirkning – orientering før presentasjon i BU

Rådgiver Harald Roar Lind orienterte om at *Evaluering av konseptrapport av nye Narvik* er i gang.

Pilotarbeid om brukerpanel. Prosjektet tenker seg et brukerpanel som vil kunne nå ut bredere enn kun til brukerutvalget. Det er imidlertid viktig at brukerorganisasjonene er komfortabel med bruk av panel framfor utvalg i prosessene. Brukerutvalgets arbeidsutvalg er positiv til prosjektet, men av erfaring vet man at UNN ikke er spesielt god på overføring av erfaringer fra ulike prosjekter (eks. OU-Bygg – pasienthotellet). Ettersom dette arbeidet er frivillig, bør tidspunkt for møter settes slik at folk skal kunne møtes (ettermiddag/kveld).

Man tenker at det legges et skjema i hver avdeling der pasienter/ pårørende kan melde seg på som interessent og krysse av for hva man vil være med på, kompetansebakgrunn osv. Deretter opprettes Workshop satt sammen av brukere og medarbeidere, som får tett oppfølging etterpå. BU som utvalg bør gis en formell rolle i invitasjonen fra prosjektet vedrørende brukerpanel, og bør også gjennomgå og godkjenne denne før utsendelse.

Beslutning:

BAU tar informasjonen til orientering og tar saken opp i neste BU-møte der BU også ønsker svar på spørsmål om skiltplanen for Nye UNN Narvik spesielt, og skiltpolitikken for UNN generelt.

BAU 73/17 Forslag til dagsorden for BU-møte 8.11.2017 – SKYPEMØTE!!

1. Godkjenning av innkalling og sakliste
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 13.-14.9.2017
3. Direktørens time
4. Presentasjon: Fagnettverk LMS UNN-legg til info til presentasjonene om hva dette er

5. Presentasjon. Arealplan UNN Breivika-gjelder alle presentasjonene
6. Presentasjon: Koordinator for likeverdige helsetjenester for innvandrere i UNN
7. Presentasjon: Nye Narvik sykehus - brukermedvirkning
8. Presentasjon: Informasjon om kontaktlegeordningen
9. Parkeringskapasiteten ved UNN Breivika
10. Referatsaker -Referat fra møte i Ungdomsrådet UNN 15.9.2017?? -Referat fra Kvalitetsutvalget 26.9.2017 -Referat fra møte i Overordnet samarbeidsorgan(OSO) 8.6.2017xx -Referat fra Kvalitetsutvalget 24.10.2017 -Referat fra BAU 30.10.2017
11. Veileder for brukermedvirkning i Kvalitets- og arbeidsmiljøutvalg (KVAM) ved UNN
12. Oppfølging av dialogmøtet med styret 14.9.
13. Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper
14. Eventuelt

Endringer i saksoppsettet til møtet i Brukerutvalget:

- Sekretariatet kaller inn fagansvarlig Haakon Lindekleiv for en presentasjon vedrørende kontaktlegeordningen ved UNN i begynnelsen av møtet med direktøren.
- Presentasjon vedrørende Nye Narvik sykehus – her tas i tillegg inn saken om brukerpanel.
- Valg av representant som erstatning for Margrethe Larsen i KEK og styringsgruppa Nye Narvik sykehus
- Esben gir tilbakemelding i BU møte om han har anledning til å være representant i styringsgruppa vedrørende Nye Narvik sykehus.

Beslutning

Foreslått dagsorden til neste BU-møte ble godkjent med de endringer som ble foreslått under møtet.

BAU 68/17 Eventuelt

1. Parkeringskapasitet ved UNN Breivika

Saken går til behandling i Brukerutvalget. – Handicap-plasser ble tatt opp og det ble gitt forslag om sted C03 når Brukerutvalget behandlet sak om Forplassen. BAU ønsker tilbakemelding vedrørende etablering av slike plasser og status.

Beslutning/oppfølging

Sekretariatet legger ved saken fra da den ble behandlet forrige gang, og tar den opp under eventuelt.

2. Etablering av innføringsprosjekt for innsjekk system ved UNN

Saken er besluttet av direktøren.

Beslutning/oppfølging

BAU orienteres ved oversendelse av beslutningsnotat, eventuelt også nærmere presentasjon i BU-møte ved en senere anledning.

3. Avskjerming – A-fløy

Saken har vært oppe til behandling i BAU, og prosjektledelsen kjenner godt til hva Brukerutvalget (BU) mener om denne saken. BAU påregner at innspillene ivaretas etter beste skjønn.

Oppfølging

Dersom det kommer opp løsninger og tiltak som er i strid med BUs synspunkter, forventes det at disse tas opp med BU.

4. Oppnevning av nytt brukerutvalg

Det legges til rette for en bredere involvering av brukerorganisasjonene ved forestående nyoppnevning av BU våren 2018.

Oppfølging

Administrasjonen inviterer organisasjonene til møte på Pingvinhotellet 5.12.2017.

5. Handlingsplan for 2019

Sekretariatet kaller inn frivillighetskoordinatoren til møtet i desember 2017, for å planlegge 2019 – handlingsplanen. Et forslag fra BAU når det gjelder frivillighetsstrategi/handlingsplan er å opplyse/finne flere områder bidragsytere kan gi penger til.

Oppfølging

Sekretariatet kaller inn frivillighetskoordinatoren til møtet i BU i desember 2017.

6. Skjerming på barne- ungdomspsykiatrien opp mot innsyn

Ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i BRUS-bygget er det fritt innsyn til avdelingen fra gangveien. Det samme gjelder ved akuttmottaket. Dette er ikke holdbart, og tiltak må igangsettes umiddelbart.

Oppfølging

Sekretariatet tar kontakt med Drifts- og eiendomsavdelingen, og BU krever at skjerming etableres, gjerne et stykke ut fra bygget ettersom felles uteområde også må skjermes.

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 16.11.2017.**

Dato: 31.10.2017

Tidspunkt: 14.00-15.05

Sted: Adm møterom D1 707

Fra arbeidsgiver

Gøril Bertheussen (stabssjef)
Tommy Schjølberg (konst. økonomisjef)
Einar Bugge (kvalitets- og utviklingssjef)
Stein Olav Pedersen (rådgiver v/ KvalUt)
Tor-Arne Hanssen (utbyggingssjef)
Leif Hovden (adm.sjef/ referent)

Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, FHVO
Rigmor Frøyum, Fagforbundet
Mai-Britt Martinsen, NSF
Tove Mack, FHVO
Andreas R. Dybesland, NFF
Jan Eivind Pettersen, Delta
Rita Vang, FHVO

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Rigmor Frøyum valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport for september	GB	<p>Stabssjef, økonomisjef og rådgiver fra Kvalitets- og utviklingssenteret svarte ut spørsmål til saken på hhv aktivitets-, økonomi- og kvalitetsdelene.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av utviklingen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene i AML. I tillegg var det også fokus på lav gjennomføringsgrad på tiltak samt høye innleiekostnader.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
2. Endringer virksomhetsplanlegging 2018	GB	<p>Økonomisjefen gjennomgikk saken og svarte ut spørsmål til den, sammen med stabssjefen.</p> <p>Det ble uttrykt bekymring til UNNs evne til å følge opp plantallene, med bakgrunn i erfaringene fra tidligere og nåværende planer.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
3. Samdata	GB	<p>Økonomisjefen gjennomgikk saken og svarte ut spørsmål til den, sammen med stabssjefen.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg at</p>

		saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
4. Kontinuerlig forbedring – organisering av arbeidet	TI	<i>Saken ble trukket og vil bli fremlagt for styret i desembermøtet.</i>
5. Varslingssaker til fylkesmannen	EB	Kvalitets- og utviklingssjefen gjennomgikk saken og svarte ut spørsmål til den. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
6. Informasjonssikkerhet i UNN	EB	Kvalitets- og utviklingssjefen gjennomgikk saken og svarte ut spørsmål til den. Drøftingsmøtet konkluderte med at rutineene må sikre at ansatte uansett stilling får en likeverdig behandling. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
7. Nye UNN Narvik – kvalitets-sikring etter konseptfase	TAH	Utbyggingssjefen innledet til saken og svarte ut spørsmål til den. Det kom innspill til planen om å vektlegge betydningen av de effektene Hålogalandsbruen vil ha på transport- og reisetider. I tillegg ble det gjort oppmerksom på at i den tidligere planen ble det prioritert en bufferkapasitet ved Nye UNN Narvik ifht behov som måtte melde seg i det øvrige helseforetaket. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.

Tromsø, 31.10.2017

Mai-Britt Martinsen (s.)
FTV NSFRigmor Frøyum (s.)
FTV FagforbundetLeif Hovden (s.)
administrasjonssjef



Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 1.11.17 kl. 12.00-15.00

Sted: D1 707 UNN Tromsø, Lille møterom 5.etg. UNN Narvik,

Virtuelt møterom: 997956 Skype: UNN.D1-707@uc.nhn.no

Medlemmer		Varamedlemmer	
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN, leder AMU	x	Rita Vang, foretaksverneombudet UNN	
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø, nestleder AMU	x	Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	
Monica Sørensen, HTV NSF – UNN Tromsø	x	Wenche Olsen, PTV NSF, Medisinsk avdeling UNN Harstad	
Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik	x	Jon Børre Joakimsen, Fagforbundet UNN Harstad	
Kristine Amundsen, Dnlf		Ulla Dorte Mathisen, Dnlf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Geir Magne Johnsen, HTV NSF UNN	
Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør		Marit Lind, viseadm. direktør	
Gøril Bertheussen, stabssjef,	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	x	Eva-Hanne Hansen, klinikkssjef Operasjon- og intensivklinikken	
Elin Gullhav, klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	x	Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken	
Bjørn-Yngvar Nordvåg, klinikkssjef Nevro-, ortopedi-, og rehabiliteringsklinikken	x	Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef	
Liv Finjord, avdelingsleder, Medisinsk avdeling, UNN Harstad		John Martin Pedersen, avdelingsleder Kirurgisk avdeling UNN Narvik	

*Til stede (x)

Møteleder: Einar Rebni

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte Mai Liss Larsen fra Stabscenteret på sak 51/17, Gina Johansen og Gunn Håberget fra Drift og eiendomssenteret på sak 52/17, Tommy Schjølberg og Leif Hovden fra Stabscenteret, samt Tor Arne Hanssen fra Drifts- og eiendomssenteret og Per Bruvold fra KVALUT på sak 53/17.

Sak 48/17 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Sak 49/17 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 20.9.17

Protokoll fra fr møtet 20.9.17 var vedlagt saksdokumentene.

Vedtak:

Protokollen godkjennes.

Sak 50/17 Verneområder i UNN

Denne saken ble behandlet første gang i møtet 20.9.17 og har i ettertid vært på en høringsrunde hos klinikkverneombudene. Fire klinikkverneombud har uttalt seg skriftlig i denne høringsrunden. Saken har også vært tatt opp og gjennomgått muntlig med 9 klinikk- og senterverneombud i møte 23.oktober der deltakerne sluttet seg til dokumentet

I de endelige prinsippene for inndeling av verneområder er det nå også presisert hvordan ansatte som arbeider på tvers i organisasjonen eller ambulerer, skal forholde seg til stedlig vernetjeneste.

Vedtak:

AMU vedtar prinsippene for inndeling av verneområder i UNN.

Sak 51/17 Måldokument HMS 2018

Denne saken ble behandlet første gang i møtet 20.9.17. AMU etterlyste da særlig arbeidet med åpenhet og dialog, og foretakstillitsvalgt i NSF har i en epost bedt AMU om å sett fokus på helsefremmende turnuser i 2018. Personal- og organisasjonsavdelingen har på bakgrunn av dette kommet med 4 nye målområder som er tatt inn i dokumentet.

Vedtak:

Måldokumentet inngår i arbeidet med dialogavtalen 2018.

Sak 52/17 Arealplanen UNN Breivika

Drifts- og eiendomssjef Gina Johansen og prosjektleder Gunn Håberget presenterte behandlingen av saken etter at høringsuttalelsene var kommet inn. Videre hva prosjektgruppen mener krever ytterligere drøftinger før behandling i styringsgruppen og satte fokus på følgende områder:

- Utnyttelse av areal i A2-8
- Etablering kortidspost
- Kapasitet operasjonsstuer
- Utvidelse antall dagplasser
- Ventesoner for pasienter innlagt på Pingvinhotellet

AMU drøftet særlig betydningen av informasjonen og medvirkning fra ansatte etter at planen er vedtatt i Styringsgruppen, og at prosessene internt i klinikkene må styres av klinikkjefene.

Vedtak:

1. AMU tar sak om *Arealplan UNN Breivika* til orientering og er fornøyd med medvirknings- og høringsprosessen som er gjennomført.
2. AMU presiserer behovet for en plan for informasjon og medvirkning etter at styringsgruppen har vedtatt arealplanen.

Sak 53/17 Styresaker

- Kvalitets- og virksomhetsrapport september
- Virksomhetsplanlegging 2018
- Informasjonssikkerhet
- Samdata
- Nye UNN Narvik – kvalitetssikring etter konseptfase

Vedtak:

Styresakene tas til orientering.

Sak 54/17 Innspill til interne revisjoner – revisjonsprogram 2018-20

Arbeidsmiljøutvalget utfordres iht tidligere praksis om å komme med innspill til revisjonsprogrammet.

Vedtak:

AMU har følgende innspill til revisjonsprogrammet for 2018-20:

1. Arbeidstidsplanlegging med tanke på å redusere brudd på arbeidstidsbestemmelsen, bruk av dispensasjoner, fordeling av arbeidsbelastning, vernebestemmelse og kompetanse hos ledere.
2. Gjennomføring av vernerunder da dette i varierende grad er ivaretatt i foretaket.

Sak 55/17 Orienterings- og diskusjonssaker

- a) Oppfølging av MU – AMU-besøk i KVAM-grupper, muntlig orientering v/Einar Rebni
- b) Endret tildeling av velferdsmidler fra AMU, skriftlig orientering fra Arbeidsutvalget.
- c) Program for AMU-seminar, skriftlig orientering.
- d) Prosedyre for behandling av saker ved mistanke om uberettiget innsyn i pasientjournal, muntlig orientering v/personverneombud Per Bruvold.

Vedtak:

- a og d: Sakene utsettes til neste møte.
b og c: Sakene tas til orientering.

Sak 56/17 Eventuelt

- a) Medlemmer av AMU kan melde seg på Regional pasientsikkerhetskonferanse i Tromsø 14. og 15.feg 2018.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

9038 TROMSØ

Vår ref.:
17/4148-27
Løpenr.:
70347/17

Saksbehandler:
Line Samuelsen
Tlf. dir.innvalg:
77 78 80 11

Arkiv:
033 SAKSARKIV
Deres ref.:

Dato:
02.11.2017

UTTALELSE: PCI-SENTER I BODØ

Fylkestinget i Troms har i møte 19. oktober 2017 behandlet sak 68/17: *Uttalelser*, og gjorde følgende vedtak:

Eventuell etablering av PCI-senter i Bodø

Det vises til Fylkesrådets høringsuttalelse i sak 20/17, 31.01.2017 .

Styret i Helse Nord gjennomfører nå ny saksbehandling for eventuell etablering av PCI-senter i Bodø.

Troms fylkesting mener det er feil bruk av faglige og økonomiske ressurser å opprette et PCI-senter ved Nordlandssykehuset Bodø. Tiltaket er verken økonomisk og faglig fornuftig og forsvarlig i dagens situasjon. Troms fylkesting ber derfor styret i Helse Nord om ikke å vedta etablering av PCI-senter ved Nordlandssykehuset i Bodø.

Årsrapporten fra Norsk hjerteinfarktregister 2016 konkluderer med at flertallet av norske hjerteinfarktpasienter får god behandling i tråd med retningslinjene. Dette vises bl.a. i resultatene for 30 dagers overlevelse. På nasjonalt nivå er overlevelsen 91 %, og det er (for 2016) *ikke* påvist signifikante forskjeller mellom helseforetakene.

Årsrapporten viser at man langt på veg har lyktes med en gjennomgående effektiv og god behandling av høy kvalitet for pasienter med hjerteinfarkt i Nord-Norge. Det er flest hjerteinfarkt i Helse Nord, med 35 % flere hjerteinfarkt enn landsgjennomsnittet. Tross denne høye forekomst av en tidskritisk og livstruende sykdom i en landsdel med spredt bosetting, lange reiseavstander og vanskelig klima, har dagens organisering gitt gode resultater: Tre av de fire helseforetakene i Helse Nord RHF lå i 2016 *over* landsgjennomsnittet i 30-dagers overlevelse (Helgelandssykehuset HF, Nordlandssykehuset HF og UNN HF), mens Finnmarkssykehuset lå noe under. Målt etter boområde for de enkelte sykehus, var tre av de fire på topp nasjonale resultatene lokalsykehus i Region Nord (Nordlandssykehuset, Sandnessjøen og Mo i Rana).

Disse gode resultatene skyldes et langvarig utviklings- og kvalitetsarbeid med fokus på godt samarbeid mellom ambulansetjenestene, primærhelsetjenesten, luftambulansetjenestene,

Besøksadresse
Strandveien 13
Postadresse
Pb 6600, 9296 TROMSØ

Telefon
77788000
Epost mottak
postmottak@tromsfylke.no

Telefaks

Bankgiro
47000400064
Internettadresse
www.tromsfylke.no

Org.nr.
864870732

lokalsykehusene og regionens PCI-senter. Det er fortsatt godt dokumenterte forbedringspotensialer, men det er ingen tunge hjertemedisinske fagmiljø i Norge som har pekt på en evt. etablering av et PCI-senter i Bodø som en forbedring. Tvert imot: Det advares sterkt fra det fagmedisinske miljøet mot en oppsplitting av et velfungerende, høyspesialisert hjertemedisinsk PCI-senter på UNN-Tromsø.

To PCI-sentre i vår region vil også svekke det sårbare prosjekt som en universitetsklinikk i Nord-Norge er. Det vil svekke et møysommelig oppbygget høyspesialisert fagmiljø som skal tjene *hele* befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard. Det strider også mot anbefalte internasjonale retningslinjer og mot de utredningene Helse Nord selv har foretatt.

Med vennlig hilsen

Knut Werner Hansen
Fylkesordfører i Troms

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.

**MØTEREFERAT****Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)**

Møtedato:	Onsdag 8.11.2017 Kl 09.00-15.00
Møtested:	Skypemøte Møterom D1.707 Administrasjonen UNN Tromsø
Tilstede:	Medlemmer: Cathrin Carlyle og Hans-Johan Dahl På skype: Esben Haldorsen, Laila Edvardsen, Margrethe Larsen, Britt-Eva Elvejord Jakobsen, Klemet A. Sara, Obiajulu Odu, Martin Moe Britt-Sofie Illguth (på telefon)
Fra adm.:	Leif Hovden, Hilde Anne Johannessen (referent)
Forfall	Johanne Sundmann

Saksliste**BU-45/17 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og sakliste.
Det kom fire saker til «Eventuelt».

BU-46/17 Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 13.- 14.9.2017
Referatet ble gjennomgått og det var ingen kommentarer til dette.

Vedtak Brukerutvalget godkjente referatet.

BU 47/17 Direktørens time

Viseadministrerende direktør Marit Lind møtte i direktørens fravær.

Viseadministrerende direktør gjennomgikk Kvalitets- og virksomhetsrapporten med blant annet vektlegging på viktigheten av at AML-brudd legges riktig inn i systemet slik at tallene blir reelle.

Viseadministrerende direktør ble informert om at det kun er to av brukerrepresentantene som har fått innkalling til og møtt i KVAM-utvalg (K3K og NOR-klinikken), og dette vil bli tatt opp i stabs- og ledermøte.

Det ble også kort orientert om viktigheten av en kortidspost og en rokadepost. Dette er poster som UNN tenker etablert på sikt.

Presentasjon: Praktiseringen av kontaktlegeordningen ved UNN

Medisinsk fagsjef ved Kvalitets- og utviklingssenteret Håkon Lindekleiv orienterte om praktiseringen av kontaktlegeordningen ved UNN.

Ordningen lar seg ikke gjennomføre pr i dag ettersom det er en svært tidkrevende og upraktisk prosess i tillegg til at det ikke er satt av ekstra ressurser til dette.

Brukerutvalget mener det kan være hensiktsmessig å konsentrere seg om en konkret gruppe – eks Rus- og psykiatri, - finne en løsning der, og så fortsette ut fra det. Brukerutvalget erfarer at det er viktig at pasienten forstår betydningen av å gi samtykke til pårørende, slik at også pårørende kan motta informasjon.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering, og er tilfreds med at fagsjefen tar med seg innspillene videre.

BU-48/17 Presentasjon: Fagnettverk LMS UNN og samarbeidende kommuner

Presentasjon av spesialfysioterapeut og rådgiver Eli Nordskar ved Lærings- og mestringssenteret med orientering om oppstart og mandat for nettverket. Oppgaven til fagnettverket er å gi kunnskap om læring og mestring til deltakerne fra kommunene.

Brukerrepresentanten har savnet kontakt med Fagnettverket. Fagnettverket sender innkalling til sine møter også til representanten, slik at både Brukerutvalget og representanten får innsikt i hva som skjer.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering. Sekretariatet sender kontaktinformasjon på brukerrepresentanten til Fagnettverk LMS UNN.

BU-49/17 Presentasjon vedrørende arbeid OU-prosjekt A-fløy/Prosjekt Arealplan UNN HF Breivika

Presentasjon av Drifts- og eiendomssjef Gina M Johansen ved Drifts- og eiendomssenteret vedrørende Arealplan UNN HF, Breivika. I tillegg var utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen og rådgiver Guri Albrigtsen tilstede for å svare ut eventuelle spørsmål.

Brukerutvalget er enig i planene om at **polikliniske rom** blir bedre utnyttet og gjerne samles mer enn pr i dag.

Drifts- og eiendomssjefen ønsker tilbakemelding fra Brukerutvalget på etablering og utnyttelse av A2-8.

Brukerutvalget er opptatt av at vestibyleprosjektet og møteplassen gis høy prioritet. Utbyggingssjefen opplyste at dette er en høyt prioritert oppgave som vil bli tatt opp på nyåret, og det er i den forbindelse ønskelig med innspill fra

Brukerutvalget om funksjonen til møteplassen.

- Vedtak**
1. Brukerutvalget tar informasjonen til orientering, og vil på sikt gi nye innspill om funksjonen til Møteplassen.
 2. Sekretariatet følger opp med å formidle relevante dokumenter i saken om Møteplassen til Brukerutvalget.
 3. Frivillighetskoordinatoren inviteres til neste møte i Brukerutvalget.

BU 50/17 Presentasjon om likeverdige helsetjenester for innvandrere i UNN

Presentasjon av koordinator Inger Dagsvold ved Kvalitets- og utviklingssenteret vedrørende likeverdige helsetjenester for innvandrere i UNN, der hovedmål for satsingen er implementering av mål og utfordringer. Mandatet omhandler spesielt innvandrere, der man blant annet står overfor kulturelle utfordringer, språklige utfordringer og sosioøkonomiske utfordringer.

Brukerutvalget hadde innspill til hvordan prosjektet kan komme i kontakt med innvandrere, ved kontakt med innvandrersorganisasjoner og voksenopplæring.

Brukerutvalget mener det er viktig at helsepersonell tar Tolketjenesten mer på alvor og tilrettelegger tilbudet bedre. Brukerrepresentantene kom med innspill til mulige arenaer å henvende seg til for å få svar.

Prosjektleder takket for gode innspill, og tenker å finne samarbeidspartnere for å kunne arbeide videre med prosjektet og ideene.

- Vedtak**
- Brukerutvalget tar informasjonen til orientering, med de innspill som ble gitt under diskusjonen av saken.

BU-51/17 Presentasjon: Nye Narvik sykehus – brukermedvirkning

Presentasjon av rådgiver Harald Roar Lind vedrørende Nye Narvik sykehus og brukermedvirkning i arbeidet der.

OU-bygg og Kvalitetsavdelingen ønsker i forbindelse med evaluering av prosjektet å opprette et *brukerpanel* som kan komme med innspill til UNN Narvik og hele UNN. Eventuelle reisekostnader for å delta i brukerpanelet, blir i dette prosjektet ikke prioritert, ettersom det legges opp til avstandsuaavhengig tilrettelagt deltakelse ved Skype o.l.

- Vedtak**
- Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og imøteser videre orientering om deltakelse og utvikling av arbeidet.

BU-52/17 Parkeringskapasiteten ved UNN Breivika 2017-2020

Saken gjelder forslag til fremtidig parkeringskapasitet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Breivika når de store byggeprosjektene er avsluttet i 2018.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og minner om de innspill Brukerutvalget tidligere har gitt med hensyn til HC-parkering ved ny hovedinngang og inngang i C-fløya.

BU-53/17 Leseveiledning/gjennomgang av Veileder for brukermedvirkning i Kvalitets- og arbeidsmiljøutvalg (KVAM) ved UNN
 Administrasjonssjef Leif Hovden gikk gjennom veilederen og leseveiledningen. Klinikkerne vil ta kontakt med den enkelte brukerrepresentant som er oppnevnt i klinikken. De vil gi en orientering om sitt KVAM-utvalg, sammensetningen og arbeidsmåten de har i utvalget. Slik blir representantene mest mulig forberedt til møtene.
 Målet med deltakelse av brukerrepresentanter til KVAM-utvalgene er å vektlegge brukerperspektivet uavhengig av tema, arbeidsmiljø eller pasientsikkerhet. Best mulig pasientforløp ved UNN.
 På KVAM-dagen til neste år vil naturlig nok brukerrepresentantene også bli invitert til å delta.

Vedtak/oppfølging:
 Brukerutvalget tar informasjonen til orientering, og sekretariatet vil supplere listen over rapporter og prosjekter med oversikt over deltakelsen også i KVAM-utvalg.

BU-54/17 Oppfølging etter dialogmøte med styret 14.9.2017
 Brukerutvalget UNN og styret ved UNN deltok i dialogmøte den 14.9.2017. Temaet var brukermedvirkning i arbeidet med kontinuerlig forbedring ved UNN.
 Brukerutvalget var godt fornøyd med møtet, og var enige om at gruppearbeidet fungerte bra, ettersom det oppleves lettere å ta ordet i mindre grupper. Middagen kvelden før ga en fin ramme for brukerutvalget til å kunne bli kjent med styret.

Vedtak/oppfølging:
 Brukerutvalget gir innspill tilbake til styreleder om at dette er en dialogform som fungerer tilfredsstillende. Sekretariatet inviterer styreleder til Brukerutvalgets juleavslutning 4.12.2017.

**BU-55/17-1 Orienteringssaker
 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper**

Aktivitet	Ansvarlig 2016 – 2018	Status/merknader
-----------	-----------------------------	------------------

1. Styret ved UNN	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
2. Kvalitetsutvalget i UNN	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
3. Styringsgruppe A-fløya	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
4. Styringsgruppe for PET-senter	Cathrin Carlyle	Referat foreligger
5. HelseOmsorg21	Cathrin Carlyle	Felles nasjonal veileder under utarbeidelse.
6. KSU 3 – 2015 Revisjon av avtaler	Hans Johan Dahl	Utvalget har avsluttet sitt arbeid.
7. Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl	Se presentasjon av urolog Tore Knutsen 13.9.2017 BU-representant vil bli kontaktet etter avtale.
8. Prosess rundt ny avtale for hurtigbåter	Laila Edvardsen	Ikke noe nytt.
9. Koordinerende utvalg (Rehab.avdelingens kompetanseseksjon)	Laila Edvardsen	Skal i møte.
11. Vestibyleprosjektet	Britt Sofie Illguth	Prosjektet står på foreløpig vent av fremdriften i A-fløya. Representanten fortsatt med i utvalget. Prosjektet vil bli tatt opp på nyåret. Sekretariatet finner frem den tidligere prosjektplanen over møteplassen i forbindelse med presentasjon av frivillighetskoordinator til neste BU-møte.
12. OSO (Overordnet Samarbeidsorgan)	Britt Sofie Illguth og Esben Haldorsen	Siste møte ble avlyst, og neste møte har hun forfall og ber Esben møte for henne.
13. Fagnettverk LMS UNN og samarb. kommuner	Britt-Eva Jakobsen	Representanten blir kontaktet på sak etter behov.
14. Klinisk etikkomité (KEK)	Margrethe Larsen	BU-medlemmene tenker over om de kan være i dette, tilbakemelding på slutten av dagen
15. KSU-4 Samkjøring beredskapsplan for pandemi mellom UNN og kommuner	Margrethe Larsen	Avsluttet/ ikke aktuell.
16. Sykehusapotekets brukerutvalg	Martin A. Moe	Referat fra møte 18.9.2017 vedlagt under referatsaker. Nytt møte 23.10.2017. Fremtidens sykehusapotek har vært tema samt brukeropplevd kvalitet.
17. Parkeringsutvalget	Obiajulu Odu Laila Edvardsen vara	Har ikke vært i møte.
18. Pasientsentrert team	Obiajulu Odu	Har ikke vært møte.

19. Samhandlingsbarometeret (referansegruppen)	Obiajulu Odu	Har vært på møtet, og venter på referatet. Sender referatet til sekretariatet når han mottar det.
20. KSU 5 – 2015 Felles prosedyrer UNN + kommuner for 5 tidskritiske pasientgrupper	Johanne Sundmann	Ikke referert pga forfall.
21. Medvirkergruppen for Idéfase psykiatri/ rus (ephorte 12/1738)	Esben Haldorsen	Ikke startet opp, usikker om det blir i 2018 eller 2019.
22. Prosjekt Helse/eldre	Obiajulu Odu	Ikke mottatt innkalling? Sekretariatet sjekker opp om det er avsluttet.
23. Pasienterfaringer- Gastrokirurgisk avd. K3K	Solbritt Karlsson Sigrid Berntsen	Prosjektet har blitt forsinket. Gro Jensen vil ta kontakt med de to representantene når prosjektet er i gang. Sekretariatet retter henvendelse til Gro og ber henne gi informasjon til representantene slik at de ikke føler at de er glemt.
24. Oppfølging av Nasjonal Helse- og sykehusplan UNN Narvik	Esben Haldorsen	Esben tar over etter Margrethe. Oppstart 2018.
25. Brukermedvirkning plan 6 PET-senteret	Laila Edvardsen	Superbrukere er nødvendig
26. OU på A-fløya - klinikk	Hans-Johan Dahl	Ikke noe nytt.
27. KSU 1/2017 – Retningslinjer for inn- og utskrivning av pasienter	Hans-Johan Dahl	Arb.gruppe. Hensikt å få til et felles flytskjema, sjekklister og mal. Trygg utskrivning: Intensjonen er å endre prosessen ved utskrivning. Utskrivingsamtale er obligatorisk etter sykehusopphold, og en fin anledning til å spørre om hvordan pasienten og pårørende har opplevd oppholdet.
28. Forskningsprosjekt i smittevern	Obiajulu Odu	Har ikke fått avklaring om prosjektet får midler.

Vedtak

1. Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.
2. Oppdatering av status er den enkelte brukerrepresentants ansvar og tilbakemelding gis sekretariatet i god tid før innkalling til møte i Brukerutvalget. Sekretariatet vil oppdatere listen før utsendelse av innkallingen.

BU-56/17**Referatsaker**

Det ble referert følgende saker:

1. Protokoll fra møte i Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF 18.9.2017
2. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 18.9.2017
3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget UNN 26.9.2017

4. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget UNN 24.10.2017

Vedtak Referatsakene tas til orientering.

BU-57/17 Eventuelt

1. Møteplassen

Saken ble naturlig tatt opp under Arealplan og svart ut der.

2. Fellesmøte i det regionale brukerutvalgsmøte

Brukerutvalgets leder ønsker å finne en løsning i PCI-saken og håper alle lederne fra Regionalt Brukerutvalg og Brukerutvalgene kan gå sammen om en oppfordring til fagfolk og administrasjonen om å finne en løsning på denne saken i minnelighet. Det offentlige ordskiftet som har vært, kan skape usikkerhet omkring tjenestene, og svekke det gode omdømmet Helse Nord ellers har i regionen.

Lederne i Brukerutvalgene på HF-nivå bør være representert i det Regionale Brukerutvalg. Dette har vært tatt opp en rekke ganger tidligere uten at det har kommet til noen konklusjon.

Brukerutvalgets leder vil kort orientere om de sakene som Brukerutvalget har hatt det siste året, og også om Brukerutvalgets deltakelse i KVAM-utvalgene.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

3. Klage på pasienttransport

Ved feil på Helsebussen blir det satt inn erstatningsbuss (minibuss). Dette har medført at det blir uholdbare og altfor trange sitteplasser til de mest syke. De som har bestilt spesialseter får ingen opplysning om at det er satt inn minibuss i stedet for Helsebussen.

Pasientreiser v/Bernt Nerberg har i svar til Brukerutvalget opplyst at den nevnte situasjon ikke er holdbar, og at dette vil bli fulgt opp av Pasientreiser.

Brukerutvalget mener at når man rekvirerer spesialplass på Helsebussen, ser man for seg de spesialsetene som finnes der. Når minibuss/ alternativ transport settes inn, bør pasientene få beskjed om dette.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og imøteser tilbakemelding når Pasientreiser har fått sjekket saken ut.

4. Rutiner vedrørende informasjon mellom UNNs personale og pårørende til alvorlig syke pasienter

Det ble stilt spørsmål ved ordningen med å melde innspill til forbedringer i forbindelse med pasientforløp ved UNN.

Brukerrepresentanten følger selv opp saken gjennom PING (som er den etablerte ordningen brukerutvalget selv har støttet etableringen av), for selv å erfare hvordan ordningen fungerer i dette reelle tilfellet.

Vedtak

1. Brukerutvalget tar informasjonen til orientering, og avventer tilbakemelding på hvordan PING-ordningen fungerer.
2. Sekretariatet sender veiledning for bruk av PING til Brukerutvalgets medlemmer til orientering.

5. Invitere brukerorganisasjonene til åpent møte

Ettersom det snart er valg på nye representanter til brukerutvalget ved UNN, er det viktig å få ut informasjon til alle brukerorganisasjonene.

Brukerorganisasjonene vil bli invitert til åpent møte om dette 5.12.2017 kl. 14.00-15.30. Det er viktig å orientere om hva dette vervet innebærer, slik at nye representanter får et reelt bilde av hva vervet dreier seg om.

Oppfølging: Brukerutvalgslederen og administrasjonssjefen fortsetter planleggingen av møtet.

6. Evaluering av skypemøtet

Evalueringen settes opp i neste Brukerutvalgsmøte.

Cathrin Carlyle (sign.)
utvalgsleder

Hilde A Johannessen (sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 5.12.2017 Kopi til:

- Styret ved UNN
- Administrerende direktør ved UNN
- Helse Nord RHF ved Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø
- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Finn Sørensen
- Lærings- og mestringssenteret, UNN
- Kreftforeningen ved Elisabeth Sundkvist



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
94/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2017
Saksansvarlig:	Leif Hovden	Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 3.11.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
95/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2017
Saksansvarlig:	Tor-Arne Hanssen	Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Nye UNN Narvik Behandling etter kvalitetssikring av konseptfase

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner rapport for kvalitetssikring av konseptfase Nye UNN Narvik og stadfester dermed gjeldende konsept.
2. Styret ber om at det utarbeides addendum til konseptrapporten og at den forelegges styret i første tertial 2018.
3. Styret vil behandle oppstart av forprosjekt etter at addendum til konseptrapport er forelagt for styrets godkjenning.
4. Styret ber om at det forelegges en samsvarende styresak for styret i Helse Nord RHF og at styret i Helse Nord RHF godkjenner foreløpig konseptet med kostnadsramme på P50 med 2270 mill kroner og P85 ramme på 2680 mill kroner (2022). Endelig ramme besluttet etter at addendum er ferdigstilt.

Sammendrag

Kvalitetssikringsrapporten ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for konseptfasen av Nye UNN Narvik er levert, og danner et godt grunnlag for videre gjennomføringsprosess. Rapporten peker på konkrete forbedringspunkter i konseptrapporten, og noe usikkerhet omkring endringer som har opptrådt i perioden fra konseptrapporten og skisseprosjektet ble utarbeidet.

Rapporten behandler også hvordan den økonomiske rammen er endret ut fra tre faktorer; prisstigning, konkret kostnad til vei, tunnel og tomt, samt usikkerhet. Ut fra dette er det i denne saken beskrevet hvordan det vil utarbeides et addendum til konseptrapporten, som svarer ut disse spørsmålene, og som danner grunnlag for videre behandling, inkludert lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har tidligere behandlet konseptfaserapport for nye UNN Narvik sykehus, styresak 78-2010 *Konseptrapport Nye UNN Narvik*. Styret i Helse Nord RHF (Helse Nord) behandlet samme sak i deres styresak 35-2011 *Universitetssykehuset Nord Norge Narvik nybygg – konseptfaserapport*. Vedtaket ble senere bekreftet i Helse Nords styresak 121-2011 *Universitetssykehuset Nord Norge Narvik nybygg, trinnvis utbygging – tillegg til konseptfaserapport*.

1. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til vedtak fattet av styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF om å holde fast ved det integrerte konseptet for Nye UNN Narvik slik det ble vedtatt i Helse Nords styresak 35-2011 *Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik nybygg – konseptfaserapport*.
2. Styret anbefaler at Nye UNN Narvik bygges i ett trinn som forutsatt i konseptrapporten, med subsidiær løsning som foreslått i alternativ 1 for den trinnvise utbyggingen. Byggestart settes til 2018, og det legges til rette for at eksisterende anlegg på Sykehushaugen i Narvik drives frem til nybygg står ferdig. For å sikre forsvarlig fremdrift startes forprosjektet tre år før byggestart.
3. Oppstart av forprosjektet besluttet senere, tilpasset i tid i forhold til byggestart. Plan og budsjett for forprosjektet utarbeides av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og legges frem for godkjenning av styret i Helse Nord RHF før oppstart.
4. Styret ber om at adm. direktør sender konseptrapporten til Helse- og omsorgsdepartementet.

Mellom styrevedtak 35-2011 og 121-2011 ble det gjort utredning om effekt av å dele gjennomføringen i to deler, somatisk og psykiatrisk del for om mulig forsere etableringen av nytt somatisk sykehus. Dette ble forkastet i beslutning i sak 121 på grunn av økonomisk usikkerhet omkring en delt modell. I stedet for dette ble det iverksatt arbeid med å gjennomføre nødvendige tiltak på eksisterende sykehusbygg i Narvik for å opprettholde forsvarlig drift inntil nytt bygg kunne stå ferdig. Kostnaden ved dette ble omkring 230 mill kr.

Planlagt byggestart har senere blitt satt til 2019 i Helse Nord RHF's investeringsplan. Høsten 2017 har tomten på Furumoen blitt ervervet fra LKAB, og det har vært inngått avtale med Holte consulting om kvalitetssikring av konseptfaserapport (KSK). Deres endelige rapport forelå 20.10.2017. Denne rapporten har vært behandlet i styringsgruppen for Nye UNN Narvik 23.10.d.å. Styringsgruppen har godkjent rapporten og dens innhold, har vurdert de forslag som fremkommer i rapporten og bedt om at den forelegges styret sammen med en beskrivelse om hvordan rapportens forbedringsforslag vil bli fulgt opp.

Formål

Denne saken presenterer KSK-rapport for Nye UNN Narvik, og synliggjør at det på bakgrunn av rapporten er hensiktsmessig å gå videre til forprosjekt, gitt at det utarbeides et addendum til konseptrapporten som behandler de forbedringsforslag som fremkommer i rapporten.

Saksutredning

Konseptfaserapport for Nye UNN Narvik ble utarbeidet av Sintef Helse på oppdrag fra Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) i perioden 2009-2010. Skisseprosjektet ble utarbeidet av Arkitema Arcitects, Borealis Arkitekter AS og Moe Norge AS. Rapporten ble styrebehandlet i UNN-styret og Helse Nord RHF-styret i 2010 og 2011 med fastsatt oppstart i 2018. Dette ble senere revidert til byggestart i 2019. Forut før byggestart må det i tråd med *Tidligfaseveileder for sykehusplanlegging (2012 og 2017 versjon)* gjennomføres KSK av konseptrapport og påfølgende forprosjekt. Etter KSK skal det ifølge veilederen gjøres beslutning om konseptvalg. Konseptrapporten og den eksterne kvalitetssikringen (KSK) skal også være grunnlag for lånesøknad til departementet, og eventuell godkjenning etter spesialisthelsetjenesteloven.



KSK-rapporten konkluderer med at det integrerte konseptet som er beskrevet i konseptrapporten er godt forankret i helseforetaket og Narvik kommune, og med stor sannsynlighet er et riktig konseptvalg. Holte consulting anbefaler likevel at det gjennomføres kartlegging og konsekvensutredning av hvilke forutsetninger for driften som kan ha endret seg siden rapporten ble utarbeidet i 2010. I tillegg peker KSK på en del forbedringer av rapporten som er konsekvens av tydeligere krav i reviderte tidligfaseveiledere siden 2012.

Følgende aktiviteter anbefales gjennomført:

1. Oppdatere styrende dokumenter, spesielt med hensyn til målhierarki og dimensjoneringsgrunnlag
2. Analysere om konsekvenser av endrede forutsetninger kan ivaretas innenfor rammene av eksisterende skisseprosjekt, inkludert endringer i samhandling med kommunehelsetjenesten
3. Oppdatere økonomiske kalkyler og bærekraft
4. Presisere gevinstoversikt
5. Definere mandat for forprosjektfase

Prosjektledelsen vil gjennomføre følgende tiltak i forhold til punktene og presentere dette i addendum til konseptrapport:

1. Utarbeide oppdatert målhierarki med tydelige og operasjonelle mål som står tydelig i sammenheng med foretakets overordnede målsetninger som er definert i utviklingsplan. Vise hvordan dimensjoneringsgrunnlag har utviklet seg fra 2010 frem til dagens framskrivning for foretaket. Resultatet forankres i prosjektets styringsgruppe i møte

16.1.2018.

2. Av disse aktivitetene er punkt 2 det mest ressurs- og tidskritiske og innebærer en grundig kartlegging av pasientforløp i somatikk og psykiatri ved UNN Narvik og kommuner i opptaksområdet. Styringsgruppen har alt iverksatt dette arbeidet med frist for ferdigstilling til styringsgruppemøte i mars 2018. Alle organisatoriske endringer som er vedtatt i foretaket, region eller på nasjonalt nivå er kartlagt og grovvurdert uten at det fremkommer behov for økte arealer. Det er imidlertid pekt på endringer fra døgn til dag som vil kunne gi forskyvninger i arealbruk og mulig rakeringer av innbyrdes plassering av funksjoner innenfor det godkjente skisseprosjektet. Denne grovvurderingen er behandlet i styringsgruppen for prosjektet i sak 16/2017. Dette arbeidet vil representere oppstart og deler av organisasjonsutviklingsprosjektet som vil følge prosjektet videre gjennom forprosjekt og gjennomføringsfase.
3. I KSK-rapporten er det utarbeidet en ny kostnadskalkyle som ivaretar prisstigning, tomtekjøp og nytt estimat for vei og tunnel kostnad. Dette konkluderer med en kostnadsøkning fra 2010 på 647 mill kr, og innebærer en S-kurve der P50 kostnaden ender på 2270 mill kroner og P85 på 2680 mill kroner inkludert prisstigning frem til ferdigstilling i 2022. Foretaket har startet med å oppdatere bærekraft- og finansieringsanalyse for denne kalkylen. Resultat legges frem for styringsgruppen i januar 2018.
4. Det vil bli gjennomført gevinstberegninger på klinikknivå i forbindelse med arbeidet. Resultater legges frem for styringsgruppen i januar 2018.
5. Mandat og program for forprosjektfasen vil bli utarbeidet i henhold til *Tidligfaseveileder for sykehusplanlegging (2017)* i perioden til januar 2018 og godkjennes av styringsgruppen for prosjektet.

Arbeidet med foretakets utviklingsplan har utarbeidet oppdatert dimensjoneringsgrunnlag som legges til grunn for addendum, i tillegg er arbeid med ny bærekraftsanalyse satt i gang. Sammen med øvrige aktiviteter skal dette fullføres innen utgangen av 2017. Anbefalte aktiviteter i KSK vil danne grunnlag for innhold i addendum som vil bli lagt frem for styret våren 2018.

Bærekraftanalyse UNN HF	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Sum inntekter	7 233	7 239	7 230	7 259	7 247	7 235	7 223	7 211
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	7 015	7 099	7 159	7 219	7 279	7 339	7 400	7 461
Sum avskrivninger	226	280	293	306	329	405	393	405
Netto rentekostnader	27	25	22	22	24	58	54	52
Totale kostnader	7 270	7 404	7 474	7 547	7 632	7 802	7 848	7 918
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	-37	-165	-244	-287	-385	-567	-624	-706
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40	40
Internt overskuddskrav UNN	60	60	60	60	60	60	60	60
Sum resultatkrav	100	100	100	100	100	100	100	100
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	-137	-265	-344	-387	-485	-667	-724	-806
Sum effekter tiltaksplan	137	137	137	137	137	137	137	137
Uløst omstilling etter tiltaksplan	0	-128	-207	-250	-348	-530	-587	-669
Årlig endring omstillingsutfordring	0	127	79	44	98	182	57	82
Årlig endring omstillingsutfordring inkl. korrigert Nye Narvik sykehus	0	128	80	45	101	242	57	82

Tabell - Bærekraftanalyse UNN

Foreløpig oppdatert bærekraftanalyse viser at nye beregninger for Nye UNN Narvik medfører høyere kostnader enn tidligere beregnet. Bærekraften baserer seg på P85 med en total kostnadsramme på 2680 mill kr. Finanskostnadene, både økte rentekostnader og reduserte renteinntekter av egen likviditet, utgjør 28,8 mill kr. Avskrivningskostnadene øker med 38,2 mill kr årlig. Samlet sett betyr dette 67 mill kr i økte årlige kostnader. Foreløpige beregninger viser også at med 70 % lånefinansiering har UNN en likviditetsutfordring fra og med 2022.

Medvirkning

Saken ble forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftingsmøter i uke 44. Samtlige møter sluttet seg til at saken fremmes for styret til behandling. Protokoller/ referater fra møtene vil følge som egne referatsaker i styremøtet 16.11.2017.

Vurdering

Administrerende direktør er tilfreds med at evalueringsrapporten av konseptfaserapporten for Nye UNN Narvik viser at det er utført et solid arbeid med utarbeiding av konsept og skisseprosjekt for nytt lokalsykehus med integrert psykiatri, somatikk og kommunale helsetjenester i Narvik. Nytt bygg i Narvik er viktig for helsetilbudet i regionen og er høyt prioritert for foretaket, det er derfor oppløftende at styret nå presenteres for en KSK-rapport som gir mulighet for å fortsette prosjektet i henhold til tidsplan.

Det er imidlertid åpenbart at en rapport som er sju år gammel må oppdateres på noen punkter, men omfanget av oppdatering er ikke større enn at det er mulig å svare ut i et addendum til rapporten. Mest arbeid krever oppdatering av pasientforløp og logistikk, men skisseprosjektet ser ut til å ha arealramme til å løse eventuelle mindre behov for endring. KSK-rapportens vurdering av økonomisk ramme påvirkes av tre hovedfaktorer: prisstigning, kostnadsøkning for tomt, vei og tunnel samt usikkerhet. Arbeidet med addendumet vil redusere usikkerheten noe og kan påvirke resultatet av en ny usikkerhetsanalyse.

Alternativt til denne fremgangsmåten vil være å utsette lånesøknad med ett år, der perioden benyttes til gjennomgang av det samme materialet. Dette gir bedre rom for justere skisseprosjektet i henhold til funn ved kartleggingen av pasientforløp, eventuelt gjennomføre et helt nytt skisseprosjekt.

Kostnaden ved å gjennomføre et helt nytt skisseprosjekt anslås grovt til 5 mill kroner. Den antatt største risikoen ved denne fremgangsmåten er konkurranse med flere kjente sykehusprosjekter i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst som vil sende lånesøknad samtidig. Det er usikkert om statsbudsjettet vil finne rom for alle byggeprosjektene og uvisst hvordan den interne prioriteringen vil bli. For kommende år er det færre sykehusbyggeprosjekter å konkurrere mot. Administrerende direktør oppfatter denne usikkerheten som stor, og anbefaler ikke å utsette prosjektet.

Pasientsikkerhet

Nytt UNN Narvik sykehus er høyt prioritert for å sikre et solid, og trygt lokalsykehusstilbud for pasienter i regionen. For UNN er det derfor viktig å sikre at progresjon i arbeidet følger oppsatt investeringsplan slik at langsiktig pasientsikkerhet sikres.

Konklusjon

Kvalitetssikringsrapporten for konseptfasen av Nye UNN Narvik er levert og danner et godt grunnlag for videre gjennomføringsprosess. Rapporten peker på konkrete forbedringspunkter i konseptrapporten og noe usikkerhet omkring endringer som har opptrådt i perioden fra konseptrapporten og skisseprosjektet ble utarbeidet. Rapporten behandler også hvordan den økonomiske rammen er endret ut fra 3 faktorer; prisstigning, konkret kostnad til vei, tunnel og tomt, samt usikkerhet.


Ut fra dette er det i denne saken beskrevet hvordan det vil utarbeides et addendum til konseptrapporten som svarer ut disse spørsmålene og som danner grunnlag for videre behandling, inkludert lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet. Administrerende direktør inviterer styret til å gjøre vedtak som godkjenner KSK-rapporten og fremgangsmåten beskrevet for å svare ut forbedringspunktene. Styret må også ta stilling til den foreløpige kostnadsrammen, og bes om å sende saken videre til behandling i Helse Nord RHF-styret.

Tromsø, 10.11.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Konseptfaserapport Nye UNN Narvik
2. Skisseprosjekt Nye Unn Narvik
3. KSK-rapport Nye UNN Narvik
4. Sakspapirer og referat fra Styringsgruppemøte 3.2017 for Nye UNN Narvik, inkludert sak 16/2017

 <p>SINTEF</p> <p>SINTEF Teknologi og samfunn Helsetjenesteforskning</p> <p>Postadresse: 7465 Trondheim</p> <p>Besøksadresse: Teknobyen innovasjonssenter Abels gt 5 7030 Trondheim</p> <p>Telefon: 73 59 03 00 Telefaks: 932 70 800</p>		SINTEF RAPPORT	
		TITTEL	
		Konseptrapport UNN Narvik	
		FORFATTER(E)	
		Asmund Myrbostad, Marte Lauvsnes	
		OPPDRAGSGIVER(E)	
		UNN HF	
RAPPORTNR.	GRADERING	OPPDRAGSGIVERS REF.	
		Gina Johansen	
GRADER.	ISBN	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG
		60H038.30	
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN.	VERIFISERT AV (NAVN.
Document2		Asmund Myrbostad	Knut Bergsland
ARKIVKODE	DATO	GODKJENT AV (NAVN. STILLING. SIGN.)	
	2010-10-20	Britt Venner	
<p>SAMMENDRAG</p> <p>Styringsgruppen anbefaler at Skisseprosjekt 2 med en kapasitet som kan dekke dagens opptaksområde og med integrasjon mellom somatikk, psykiatri og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling, legges til grunn for oppstart forprosjekt. Kostnadene er kalkulert til 1 450 MNOK når kostnader til vei og tunell på ca 64 MNOK er holdt utenfor. Investeringsbehovet er på 1 590 MNOK når det tas hensyn til usikkerheten i prosjektet (p85).</p> <p>Det planlegges en driftsmodell med integrasjon mellom somatikk, psykiatri og rus i samme organisasjon og bygg. Samhandling med kommunen og primærhelsetjenesten er vist ved sambruk av arealer i sykehuset, sammenkobling mellom sykehusanlegget og Helsehuset på alle plan og kulvertforbindelse til sykehjemmet.</p> <p>Anlegget har generelle og fleksible funksjonsområder og en struktur som gjør det mulig å endre kapasitetsfordeling mellom funksjoner og mellom kommune og sykehus. Det er vist muligheter for påbygg og utvidelse i mange retninger.</p> <p>Nye Narvik sykehus viser gjennom integrasjon på flere nivåer og tilrettelagte arealer for undervisning og forskning, en arena for utdanning av helsepersonell, ansatte og pasienter. Det planlegges et pilotprosjekt hvor utvikling av sykehusanlegget og en ny driftsmodell koordineres med utvikling av nye modeller og løsninger om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten innen pasientbehandling drift og undervisning.</p> <p>UNN HF's ledelse ønsker er raskets mulig gjennomføring av prosjektet. Det planlegges med oppstart bygging i 2015 og ferdigstilling i 2018.</p>			
STIKKORD	NORSK	ENGELSK	
GRUPPE 1	Sykehus	Hospital	
GRUPPE 2	Tidligfaseplanlegging	Front-end hospital planning	
EGENVALGTE	Konseptfase		

1	Sammendrag og oppsummering	4
1.1	Organisering og beslutningsprosess.....	4
1.1	Planprosess og metode.....	4
1.2	Utredning og vurdering av alternativer.....	4
1.3	Aktivitetsutvikling, kapasitets- og arealbehov.....	6
1.4	Driftsmodeller.....	7
1.5	Kostnader og bæreevne.....	7
1.6	Videre planlegging.....	8
2	Rammer og mål	9
2.1	Utvikling av et nytt lokalsykehus i Narvik.....	9
2.2	Mål.....	9
2.3	Suksessfaktorer.....	11
2.4	Rammer.....	12
2.5	Grunnlag for konseptfasen.....	12
3	Organisering av prosjektet.....	15
3.1	Styringsgruppen.....	15
3.2	Oppbygging av rapporten.....	18
4	Planprosess og metode	19
4.1	Prinsipper for tidligfaseplanlegging.....	19
4.2	Modeller og datagrunnlag.....	19
4.3	Alternativer.....	22
5	Utredning og valg av alternativer	24
5.1	Føringer fra Idéfaserapporten.....	24
5.2	Lokalisering.....	24
5.3	Kapasitetsutnyttelse UNN HF.....	24
5.4	Driftsmodeller somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	25
5.5	Samhandlingsmodeller sykehus og primærhelsetjeneste.....	26
5.6	0-alternativet.....	27
5.7	Utbygging av ny DPS for Ofoten.....	30
5.8	Utbyggingsløsninger.....	30
5.9	Måloppnåelse.....	33
5.10	Nye UNN Narvik – et pilotprosjekt for samhandling.....	34
6	UNN Narvik – dagens sykehus.....	40
6.1	Dagens aktivitet og kapasitet.....	40
6.2	Psykisk helsevern.....	40
6.3	Tverrfaglig, spesialisert rusbehandling.....	41
6.4	Institusjonsbaserte heldøgns plasser i Narvik kommune.....	41
6.5	Bygg.....	42
7	Dimensjoneringsgrunnlag, kapasitetsbehov og struktur.....	44
7.1	Dimensjonering og overordnede målsettinger.....	44
7.2	2 scenarioer for dimensjonering – alternative opptaksområder.....	44
7.3	Fremtidig aktivitet somatikk.....	45
7.4	Fremtidig kapasitetsbehov somatikk.....	46
7.5	Fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov, psykisk helsevern.....	49
7.6	Fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov, tverrfaglig, spesialisert rusomsorg.....	49
7.7	Kapasitetsbehov kontorer og møterom.....	50

7.8	IKT og Telemedisin	50
8	Driftsmodeller og struktur for et nytt sykehus.....	52
8.1	Felles løsning for somatikk, psykiatri, rus og primærhelsetjenesten	52
8.2	Samhandling og kapasitetsbehov primærhelsetjeneste.....	53
8.3	Organisering av funksjonsområder i en integrert modell	56
8.4	Beregnet arealbehov Nye UNN Narvik	59
9	Fysiske løsninger - utbyggingsmønster	62
9.1	Målsettinger og programforutsetninger	62
9.2	Prosess	62
9.3	Alternative løsninger.....	63
9.4	Arkitektonisk hovedidé.....	64
9.5	Plassering på tomta	64
9.6	Ekstern kommunikasjon	64
9.7	Beskrivelse av bygg	65
9.8	Alternativer som er illustrert i skisseprosjektet	68
10	Brukerutstyr – medisinsk teknisk utstyr	71
10.1	HPU	71
10.2	Utarbeidelse av HPU for UNN Narvik	71
10.3	Utstyrskalkyle	72
10.4	Kostnadsoverslag, utstyrsbudsjett.....	73
10.5	Usikkerhet.....	73
11	Tekniske rammer og forutsetninger	74
11.1	Energi og miljø	74
11.2	Spesialfunksjoner.....	75
11.1	Brannsikkerhet, sikkerhet og tilgjengelighet	75
11.1	Teknisk forsyning og forsyningssikkerhet.....	75
12	Kostnader og investeringsbehov	77
12.1	Forutsetninger	77
12.2	Usikkerhetsanalysen	78
12.3	Sammenligning kostnader skisseprosjekt 1 og 2	79
12.4	Driftsøkonomiske konsekvenser	79
12.5	Økonomisk bæreevne	80
12.6	Finansieringsbehov	81
13	Forprosjektet – gjennomføringsplan.....	83
13.1	Målformulering. Suksessfaktorer.....	83
13.2	Organisering og ansvarsdeling.....	84
13.3	Fremdriftsplan.....	85
13.4	Mandat (rammer) for gjennomføring av forprosjektet.	85

Utrykte vedlegg:

1. Hovedfunksjonsprogram datert 4. oktober 2010
2. Skisseprosjekt datert 5.10.2010
3. Hovedprogram brukerutstyr datert 25. mars 2010
4. Overordnet teknisk program datert 3. mars 2010
5. Prosjektets effekt på driftsøkonomi datert 5. mai 2010
6. Usikkerhetsanalyser datert 27. april 2010

1 Sammendrag og oppsummering

1.1 Organisering og beslutningsprosess

Mål og mandat for konseptfasen er gitt av UNN HF's ledelse som også har oppnevnt Styringsgruppa som det øverste beslutningsorganet i prosjektet. Prosjektledelsen er felles for konseptfasen for UNN A-fløy og Nye UNN Narvik, og planleggingen av begge prosjektene har gått parallelt. Dette har sikret samordning mellom prosjektene, bl.a. ved bruk av en felles modell for planlegging av fremtidig kapasitet, og synergier i planleggingen.

Det er oppnevnt en arbeidsgruppe som er felles for utvikling av Hovedfunksjonsprogrammet (HFP) og Skisseprosjektet (SPR). Arbeidsgruppa har bestått av fagpersonell, pasientrepresentanter, representanter for Narvik kommune, Høgskolen i Narvik og tillitsvalgte fra UNN HF.

1.1 Planprosess og metode

Gjennomføringen av Konseptfasen bygger på Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter som er utarbeidet av Helsedirektoratet. Konseptfasen bygger på idéfasen som ble avsluttet med vedtak om oppstart konseptfase i februar 2008.

I konseptfasen skal det avklares hvilket alternativ som best oppfyller målene for prosjektet. Det valgte alternativet utredes til et nivå hvor man med rimelig sikkerhet kan beslutte igangsetting av et forprosjekt. Konseptrapporten er grunnlag for faglig godkjenning i departementet. Konseptrapporten sammenstiller en rekke delrapporter: Hovedfunksjonsprogram, hovedprogram utstyr, skisseprosjekt, overordnet teknisk program, person- og vareflyt, driftsøkonomiske konsekvenser og økonomisk bæreevne.

I planleggingen av Nye UNN Narvik er det benyttet en integrert planprosess som sikrer at fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov for hele UNN HF har påvirket planleggingen av Nye UNN Narvik. Pasientforløp er benyttet som metode for beregning av fremtidig aktivitetsnivå og kapasitetsbehov, og forutsetninger for endringer, omstilling og samhandling er lagt av UNN HF's ledergruppe.

I prosjektet har det vært et tett samarbeid med Narvik kommune, og kommunen har vært representert i Styringsgruppa og med 3 medlemmer i arbeidsgruppa. UiT og HIN har også vært representert.

Datagrunnlaget er fra 2007 og planleggingen av aktivitetsnivå og kapasitetsbehov er basert på fremskriving til 2020. Det er også gjort en analyse av endringer fra 2020 til 2030 for å få et bilde av kapasitetsbehovet på lengre sikt.

1.2 Utredning og vurdering av alternativer

Tabell 1 viser hvilke alternativer som er behandlet i konseptfasen og hvilke utredninger og beregninger som er gjennomført.

Tabell 1: Oversikt over alternative utredninger

Avklaringer/ alternativer	Type utredning/avklaring	Kommentar
Lokalisering	Utredning av konsekvenser av ulike tomtevalg	Lokaliseringsanalyse av 4 tomtealternativer basert på tomte kvalitet, sykehusfaglige kriterier, økonomi, samfunnsutvikling. Styret for UNN HF og Helse Nord RHF besluttet lokalisering til Furumoen.
Kapasitetsutnyttelse i UNN HF	Beregning av konsekvenser for kapasitetsbehov ved alternative krav til opptaksområde og pasientfordeling	2 alternative scenarier for fordeling av pasienter og kapasitet mellom UNN Tromsø og UNN Narvik. Styringsgruppa besluttet at dagens opptaksområde skulle legges til grunn men at fleksibilitet for å øke kapasitetsbehovet ved utvidet opptaksområde skulle vises.
Driftsmodeller somatikk, psykiatri og rus	Faglig utredning av konsekvenser av en samlokiseringsmodell eller en integrasjonsmodell	Lokalisering av 3 driftsenheter på samme tomte med løs sammenkobling, varm forbindelse, eller 1 driftsenhet fysisk integrert i samme bygg med felles funksjoner der det er faglig hensikt og driftsmessig hensiktsmessig. Styringsgruppe besluttet å legge den integrerte modellen til grunn for planleggingen
Samhandlingsmodeller sykehus primærhelsetjeneste	Beregning av konsekvenser for kapasitet ved endring i pasientforløp	Alternative konsekvenser for kapasitetsbehov i sykehuset ved ulike forutsetninger om etablering av intermedieenheter/lokalmedisinske senter. Beregning av konsekvenser for kapasitetsbehov.
	Illustrasjon av konsekvenser for bygg og vurdering av konsekvenser for drift av samarbeid med kommunehelsetjenesten	Ulike områder for samarbeid/deling av funksjoner og arealer mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, konsekvenser for organisering/drift, fysiske løsninger og arealbehov, etablering av pilotprosjekt. Beregning av kapasitetsbehov og vurdering av driftsmodeller, utarbeidelse av 2 skisseprosjekt.
0-alternativet	Oppsummering tidligere utredning, grunnlag for konseptfase	Oppsummering av tidligere utredninger av 0-alternativet, grunnlaget for vedtak om gjennomføring av konseptfasen
Utbyggingsløsninger	Utarbeidelse av 2 alternative skisseprosjekt	2 ulike løsninger (skisseprosjekt) basert på ulik vektlegging av utforming/struktur for bygget og krav til fleksibilitet i funksjonsdeling og arealbehov mellom sykehus og kommunale tjenester. Beregning av brutto arealbehov, kostnader og driftsøkonomiske konsekvenser.

Kommentarer til tabellen:

Lokalisering: Basert på tomteanalyser hvor Narvik kommune har deltatt, valgte styret for UNN HF at det nye anlegget skulle bygges på Furumoen. 4 alternativer ble analysert, blant disse dagens lokalisering på Sykehusaugen.

Kapasitetsutnyttelse i UNN HF: Målet er en fleksibel kapasitetsutnyttelse på tvers av sykehusenheter i UNN HFs opptaksområde. Det er beregnet kapasitetsbehov på grunnlag av dagens opptaksområde og et utvidet opptaksområde som inkluderer kommunene i Midt-Troms. Dagens opptaksområde er lagt til grunn for beregning av aktivitet og kapasitetsbehov i HFP og skisseprosjektet, men det er vist konsekvenser på arealbehov og investeringer ved utvidelse av opptaksområdet. Utvidet opptaksområde krever en kapasitetsøkning på ca 25 heldøgns plasser.

Driftsmodeller somatikk, psykiatri og rus. Det er vurdert lokalisering av somatikk, psykiatri og rus på samme tomte med varm forbindelse og en organisatorisk enhet fysisk samling av med felles funksjoner der det er faglig hensikt og driftsmessig hensiktsmessig. Planene baseres på den integrerte modellen som gir fordeler for pasientbehandlingen, faglig samarbeid og utvikling, og er mer areal- og driftseffektivt.

Samhandlingsmodeller sykehus primærhelsetjeneste:*Konsekvenser for sengekapasitet av endring i pasientforløp:*

Det er beregnet konsekvenser for kapasitetsbehov i sykehuset ved ulike forutsetninger om overføring av aktivitet og kapasitet til primærhelsetjenesten gjennom utvikling av samhandlingstiltak og tiltak i kommunene. Dette gjelder spesielt senger.

Konsekvenser for bygg og drift i sykehuset av utvidet samarbeid med kommunehelsetjenesten:

Det er avklart ønsker/behov for samarbeid på ulike områder for samarbeid som innebærer deling av funksjoner og arealer mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Konsekvenser for organisering/drift og vurdert for noen funksjoner, og det er beregnet arealbehov og utarbeidet alternative utbyggingsløsninger.

0-alternativet

I mandatet for arbeidet med konseptfasen er det forutsatt at det skal planlegges for et nytt sykehusbygg i Narvik. Bak dette mandatet ligger bl.a. en analyse av planene om utbygging av anlegget på Sykehushaugen slik det er beskrevet i HFP 2006, og løsningene for et nytt sykehus slik dette er beskrevet i Idéskissen fra 2008. Konklusjonen var at utbyggingen på sykehushaugen vil ha tilnærmet samme investeringsbehov som et nytt bygg, uten at man kan hente ut de driftsmessige gevinstene som kreves.

Utbyggingsløsninger: Det er utarbeidet 2 løsninger (skisseprosjekt 1 og skisseprosjekt 2) som viser alternativer mht utbyggingsmodell/fotavtrykk og integrasjon mellom sykehus og kommunehelsetjenestene på samme tomteområde. Det anbefales en kompakt løsning (skisseprosjekt 2) med direkte koblinger mellom sykehuset, sykehjemmet og Helsehuset (som inneholder intermediærsenger og andre primærhelsetjenester). Løsningen er mer arealeffektiv, utnytter tomteområdet på en god måte og gir flere muligheter for utbygging/påbygg.

1.3 Aktivitetsutvikling, kapasitets- og arealbehov

Dimensjoneringsgrunnlaget bygger på analyser av pasientforløpene og tar hensyn til effekter av samhandlingsreformen, demografisk fremskriving og omstilling/effektivisering. Endring i oppgavefordelingen mellom sykehusene er vist ved endringer i opptaksområder og endringer i pasientforløpene.

Antall eldre øker i alle kommunene. Noen kommuner får en betydelig reduksjon i folketallet, og en rekke av de mindre kommunene får en skjev alderssammensetning med en stor andel eldre. Dette vil ha betydning for gjennomføring av samhandlingstiltakene. Den negative trenden forsterkes fra 2020 til 2030.

Det er opp til 30 % forskjeller i forbruksrater mellom kommunene. Dette er uavhengig av alder, kjønn, forventet sykkelighet og dagens ressursbruk til helsetjenester. Dette viser at det er et stort potensial for ytterligere endringer i aktivitets- og oppgavefordelingen.

Ved beregning av kapasitets- og arealbehov er det benyttet aksepterte standarder fra flere sykehusprosjekter, men det er gjort lokale tilpassinger til driftsforholdene ved Nye UNN Narvik.

Total netto funksjonsarealer er 13 332 m² som ligger til grunn for begge skisseprosjektene. Skisseprosjekt 2 har en B/N-faktor på 2.08, som gir et totalt bruttoareal på 27 759 m². Kommunale funksjoner integrert i sykehusanlegget utgjør 437 m² netto. Forslag til program for Helsehuset viser et netto arealbehov på 1 506 m² som tilsvarer ca 3 000 m² brutto.

1.4 Driftsmodeller

Det forutsettes en felles driftsenhet og et integrert bygg for somatikk, psykiatri og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling. Modellen likestiller pasientgruppene, gir lett tilgang til tverrfaglig behandling ved behov, øker kompetanseutvikling, effektiviserer arealbruk og gir driftsmessige gevinster. Modellen krever at det tas spesielt hensyn til sikkerhet og skjerming som vil gjelde for de ulike pasientgruppene.

I planene for det nye sykehuset er det forutsatt samarbeid med kommunene på flere områder og det er lagt til rette for utvikling av en ny modell for samhandling mellom et lokalsykehus og kommunene i opptaksområdet. Dette gjelder både klinisk funksjoner og støttfunksjoner. Et viktig ledd i dette er etablering av et Helsehus som vil innholde kommunale helsetjenester, bl.a. en intermediærenhet. Det foreslås at den videre planprosessen kombineres med et pilotprosjekt for utvikling av nye samhandlingstiltak

Sengeområder, poliklinikker og dagområder har fått generell utforming og kapasiteten skal utnyttes på tvers av fagområder. Den tette koblingen til Helsehuset gir muligheter for fleksibel kapasitetsutnyttelse mellom sykehus og primærhelsetjeneste.

1.5 Kostnader og bæreevne

1.5.1 Kostnader

Skisseprosjekt 2 og scenario 1 (dagens opptaksområde og en kompakt løsning med koblinger til Helsehuset) har en prosjektkostnad på 1 456 MNOK. Da er 64 MNOK til vei og tunell holdet utenfor. Finansieringen av veiprojektet er usikker og deling av kostnadene mellom UNN HF, Narvik kommune og Statens vegvesen er en mulig løsning. Kostnadene er derfor holdt utenfor kalkylen.

	Brutto m2	Kalkyle totalt	Kalkyle per m2	Styringsmål p30	Inkl margin p85
Skisseprosjekt 1, mai 2010	28.264	1.579.932.000	55.899	1.551.000.000	1.745.000.000
Skisseprosjekt 1, prisjustert 1.5% mai-aug 2010		1.603.630.980	56.738	1.574.265.000	1.771.175.000
Skisseprosjekt 2, oktober 2010	27.731	1.456.000.000	52.504	1.425.000.000	1.590.000.000
Avvik skisseprosjekt - skisseprosjekt 2	-533	-147.630.980	-4.233	-149.265.000	-181.175.000
Avvik i %		-9,2	-7,5	-9,5	-10,2

Usikkerhetsanalysen fra mai 2010 er oppdatert med nye kostnadstall, og ved p85 vil skisseprosjekt 2 ha 10 % lavere kostnader enn skisseprosjekt 1.

Det er beregnet årlige driftsøkonomiske innsparinger i forhold til dagens drift (2009) på ca 23 MNOK. Dette gjelder begge de alternative skisseprosjektene.

Investeringskostnader og endrede driftskostnader er lagt inn i en modell for beregning av økonomisk bæreevne. Beregningene forutsetter 50 % lånebehov, 5 % rente og 26 års avskrivningstid.

1.5.2 Økonomisk bæreevne og finansieringsbehov

Det er forutsatt er investeringsbehov på 1 590 MNOK, tilsvarende p85. Det er beregnet reduserte driftskostnader på 22.9 MNOK fra det tidspunktet det nye sykehuset settes i drift 2019.

Lånebehovet er satt til 100 %. Med de forutsetningene som er gitt har prosjektet et negativt bidrag til driftsresultatet. Ledelse ved UNN HF ønsker å komme i gang med bygging av Nye UNN Narvik så snart som mulig og det er forutsatt en byggestart i 2015 og 4 års byggetid.

Økonomisk bærekraft for prosjektet Nye UNN Narvik

Bærekraft	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
UNN HF	5.409,0	5.433,0	5.426,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0
Inntekter	5.409,0	5.433,0	5.426,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0
Kapitalkompensasjon	-	-	-	-	-	-	10,0	10,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Sum inntekter	5.409,0	5.433,0	5.426,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.442,0	5.442,0	5.462,0	5.462,0	5.462,0	5.462,0	5.462,0	5.462,0	5.462,0	5.462,0
Driftskostnader ekskl avskrivninger	5.146,6	5.186,5	5.201,5	5.216,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5
Økte driftskostnader A-fløy	-	-	-	-	-	-	-	-	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0
Økte kostnader, renter lån	-	-	-	-	-	-	-	-	64,0	158,7	150,2	141,7	133,1	124,6	116,1	107,5
Sum driftsbeparelser (Narvik)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9
Avskrivninger åpningsbalansen	256,4	250,5	266,9	241,5	237,7	228,2	200,5	156,7	113,9	122,0	127,0	135,4	120,3	123,2	123,7	125,5
Avskrivninger nye bygg	-	-	-	-	-	-	-	-	40,2	117,9	117,9	117,9	117,9	117,9	117,9	117,9
Øvrige avskrivninger	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sum avskrivninger	256,4	250,5	266,9	241,5	237,7	228,2	200,5	156,7	154,1	239,9	244,8	253,3	238,2	241,0	241,5	243,3
Netto renteinntekter	4,0	4,0	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sum kostnader	5.399,0	5.433,0	5.464,4	5.458,0	5.469,2	5.459,7	5.432,0	5.388,2	5.483,5	5.641,2	5.637,6	5.637,5	5.613,9	5.608,2	5.600,2	5.593,4
Kostnadsreduksjonskrav																
Overskudd	10,0	0,0	-38,4	-26,0	-37,2	-27,7	10,0	53,8	-21,5	-179,2	-175,6	-175,5	-151,9	-146,2	-138,2	-131,4
Overskuddskrav	10,0	-	20,0	24,0	38,0	52,0	38,0	24,0	24,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Differanse	0,0	0,0	-58,4	-50,0	-75,2	-79,7	-28,0	29,8	-45,5	-189,2	-185,6	-185,5	-161,9	-156,2	-148,2	-141,4

Per 25. oktober 2010 pågår det kvalitetssikring av underlaget i beregningene.

Tabellen nedenfor viser lånebehovet for prosjektet Nye UNN Narvik. Det er forutsatt 4 års byggetid og 50% lånebehov.

Prosjektets finansieringsbehov fordelt på byggperioden

Finansieringsplan for prosjektet aleine	Prosjekt år 1	Prosjekt år 2	Prosjekt år 3	Prosjekt år 4	Prosjekt ferdigstilt	Sum prosjekt periode
Investeringskostnad (prisivå prosjektstart)	167.000.000	508.800.000	532.600.000	556.500.000		1.764.900.000
-Innbetalinger fra eiendomssalg						0
- Tilførsel fra HFets driftsbudsjett	-14.000.000	-14.000.000	-14.000.000	-14.000.000	0	-56.000.000
- Andre inntekter til å dekke investeringen					-20.000.000	-20.000.000
- Netto endring av driftskostnadene pga investeringen					-22.891.834	-22.891.834
Resterende finansieringsbehov	153.000.000	494.800.000	518.600.000	542.500.000	-42.891.834	1.666.008.166

1.6 Videre planlegging

Det foreslås å utnytte de muligheter som ligger i statsbudsjettets planer om tiltak for bedre samhandling. Det skal legges til rette for at den videre planleggingen skjer samordnet med et foreslått pilotprosjekt som kan knyttes til OSOs planer om pilotprosjekter: "Troms og Ofoten som modell for samhandlingsreformen". Det innebærer at delfunksjonsprogrammet (som beskriver innhold i og organisering av funksjoner) bør startes parallelt med pilotprosjektet. I praksis kan dette arbeidet startes i løpet av 1. halvår 2011 og som en oppfølging av hovedfunksjonsprogrammet. Gjennomføringen av DFP er første aktivitet i forprosjektfasen.

Det bør settes av 50 MNOK inkl mva i budsjett for forprosjektfasen. Dette omfatter prosjektering, delfunksjonsprogram, romfunksjonsprogram og utstyrsplan.

DFP kan trekkes ut og gjennomføres før oppstart forprosjekt og RFP/brutto utstyrsprogram. DFP sammen med et pilotprosjekt vil trolig kunne gi endringer som krever en revisjon av skisseprosjektet. En slik gjennomgang trykker grunnlaget for utarbeidelse av forprosjektet og bidrar til å redusere usikkerhet i prosjektet. Kostnader ved revisjon av skisseprosjektet er usikkert, men en ramme på 600 000 NOK inkl mva er realistisk.

Det anbefales planlegging videreføres med DFP samordnet med pilotprosjektet. Det må holdes åpent for revisjon av skisseprosjektet før oppstart forprosjekt.

2 Rammer og mål

2.1 Utvikling av et nytt lokalsykehus i Narvik

Selv om utgangspunktet for at man planlegger et nytt sykehusbygg i Narvik er et stort behov for å oppgradere bygningsmassen, ligger det i planene at dette er et utviklingsprosjekt mer enn et byggeprosjekt.

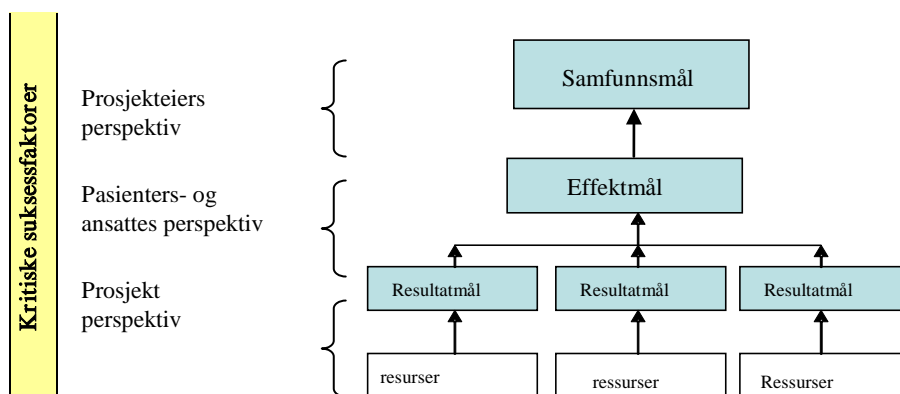
Gjennom etablering av en gjennomgående klinikkstruktur har UNN HF lagt til rette for faglig samarbeid og utvikling, og kapasitetsmessig og driftsmessig samordning av ressursene i hele helseforetaket. De nye planene for A-fløya har fokus på å utvikle UNN Tromsøs rolle som universitetssykehus med spesialiserte funksjoner. Det krever at kapasitetsbehov for at lokalsykehuspasienter kan overføres til UNN Harstad og UNN Narvik når behovet øker. I planene for Nye UNN Narvik er det lagt vekt på at kapasitetene kan utvides og anlegget tilrettelegges for ny og utvidet virksomhet.

UNN HF har slått fast i målsettingen for Nye UNN Narvik at man vil ligge i forkant av utvikling av de nye tiltakene som må etableres innenfor samhandlingsreformen. UNN HF og i hele Helse Nord, har man lang erfaring i samarbeid mellom sykehus og kommuner, og det retablert mange samarbeidsløsninger med kompetanse og ressurser fra både sykehus og kommuner. OSO har konkrete planer for utvikling av flere pilotprosjekter for å utnytte og utvikle denne posisjonen. I planene for Nye UNN Narvik ligger det forslag til løsninger for bygg og organisering som vil være utgangspunkt for flere pilotprosjekter.

UNN HF har tjenester innenfor somatikk, psykiatri og tverrfaglig spesialisert rus spredd på flere plasser. Faglig og for pasientene er en fordel med tett samarbeid mellom disse fagområdene. Når det skal planlegges et nytt lokalsykehus ønsker UNN HF å få vurdert hvordan en samlokalisering eller eventuelt en tett integrering av tilbudene for disse pasientgruppene kan tilrettelegges.

2.2 Mål

Målet med et offentlig investeringsprosjekt kan organiseres i et hierarki hvor overordnede, prinsipielle samfunns mål er avhengig av oppnåelse av underliggende og mer konkrete og praktiske mål.



Figur 1: Målhierarki

2.2.1 Prosjektets samfunns mål

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

UNN Narvik er en del av Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN HF) sammen med UNN Harstad og UNN Tromsø. UNN Narvik skal bidra til å oppfylle målene for UNN HF, og for UNN Narvik er det formulert følgende målsetting:

”UNN HF Narvik skal sikre befolkningen i Ofoten fullt ut dekkende spesialisttilbud med diagnostikk, behandling og rehabilitering, i samarbeid med kommunehelsetjenesten og andre sykehus. Sykehuset skal være et trygt og godt alternativ for å dekke behovet for kvalitative og helhetlige spesialisthelsetjenester.”

Ledelsen ved UNN HF har definert følgende samfunns mål for prosjektet:

- Ivareta overordnede nasjonale og regionale føringer for organisering og drift av lokalsykehus
- Oppfylle Universitetssykehuset Nord-Norge HFs (UNN HF) rolle som lokalsykehus for det definerte opptaksområdet.
- Ivareta fremtidige kapasitetsbehov i UNN HF på en helhetlig måte. UNN Narviks kapasitet skal sees i sammenheng med tilgjengelig kapasitet ved UNN Harstad og UNN Tromsø.
- Ligge i forkant av samhandlingsreformen og utvikle nye modeller for samarbeid og arbeidsdelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.
- Bidra til å utvikle en undervisnings- og forskningsarena som har fokus på undervisning, forskning og utvikling rettet inn mot samhandlingsreformen og konsekvenser av denne.
- Utvikle Nye UNN Narvik til et fremtidsrettet lokalsykehus som i samarbeid med kommunene i opptaksområdet, fremmer løsninger som ivaretar helhetlige pasientforløp, kompetanseutvikling og faglig gode og driftseffektive løsninger.

2.2.2 Prosjektets effektmål

Effektmålene formulerer krav til hvordan investeringene skal bidra til å oppnå effektive og fremtidsrette løsninger for leveranse av helsetjenester til befolkningen i området, og ellers bidra til at samfunnsmålene oppfylles. Ved UNN Narvik skal det legges spesiell vekt på utvikling av samhandlingen med primærhelsetjenesten og integrasjon mellom somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Konkret for prosjektet er det formulert følgende effektmål:

- Etablere et lokalsykehus som samlokaliserer og integrerer somatikk, psykiatri og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling
- Lokalisere sykehuset slik at atkomsten fra Indre Troms (nordfra) blir god
- Legge til rette for en fleksibilitet som bidrar til å sikre tilstrekkelig kapasitet for lokalsykehusfunksjoner innenfor UNN HF
- Legge til rette for etablering av samarbeidsløsninger og en effektiv samhandling med vertskommunen og øvrige kommuner i opptaksområdet
- Sikre at muligheter for fysisk sammenknytning mellom det nye sykehusanlegget, sykehjemmet og mulige fremtidige bygg for primærhelsetjenester

- Bidra til å sikre fremtidig integrasjon mellom funksjoner i sykehus og kommunehelsetjeneste gjennom plassering av funksjoner og utforming av bygget
- Legge til rette for en fleksibilitet som kan sikre tilstrekkelig kapasitet for lokalsykehusfunksjoner innenfor UNN HF og som kan fange forventede endringer som følge av endringer i arbeidsdeling mellom sykehus og i forhold til kommunehelsetjenesten.
- Nye UNN Narvik skal ha MR

2.2.3 Prosjektets resultatmål

Investeringsprosjektets resultatmål er å realisere det planlagte og besluttede prosjektet innenfor de tids- og kostnadsrammer som er fastlagt og med den kapasitet og kvalitet som er nedfelt i målsettingene og planleggingsgrunnlaget.

Konkret for prosjektet er det formulert følgende resultatmål:

- Avklare lokalisering av det framtidige lokalsykehuset i Narvik
- Utvikle et planleggings- og beslutningsgrunnlag for et nytt sykehusbygg uten begrensninger i tidligere bygningsmasse.
- Gjennomføre en helhetlig planlegging som tar hensyn til av hele UNN HF
- Utviklingsarbeidet og løsningene skal baseres på pasientforløpene og UNN HFs nye klinikkorganisering, og ikke på tradisjonelle organisatoriske og faglige skillelinjer i medisinen.
- Planleggingen skal sikre en størst mulig fleksibilitet i utforming av bygningsmassen.
- Løsningene skal ivareta moderne krav til miljøvennlig byggeprosess og drift.
- Løsningen skal vise et arkitektonisk uttrykk som trekker linjer til Narvik sykehus' historie, og som synliggjør den samiske minoritetsbefolkningen i opptaksområdet
- Løsningen skal baseres på telemedisinske og andre teknologiske løsninger som kan understøtte at samhandling tas i bruk fullt ut
- Det skal planlegges for endringsprosesser som både viser effektivisering av den daglige driften og som gjør bygningene bedre tilpasset det fremtidige behovet.
- Prosjektet må ferdigstille konseptfaserapporten til styrebehandling i Helse Nord RHF i november 2010.
- Lokalisering og utføring av bygget skal signalisere sammenheng i behandlingen, nærhet og praktisk samarbeid mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenestene

2.3 Suksessfaktorer

Følgende suksessfaktorer vil være kritiske for gjennomføringen av prosjektet som helhet:

- Klare mål for prosjektet og felles målforståelse
- Klare rammer og forutsetninger
- Overordnede føringer nasjonalt og regionalt som gjelder er etablert, og det er beskrevet hvordan disse påvirker prosjektet
- Åpenhet omkring fremdrift og prioriteringer
- Klar oppgavefordeling i UNN HF
- Åpent og respektfullt samarbeid med kommunene, felles avklaring av fremtidige oppgaver
- Oppdatert og kvalitetssikret datagrunnlag
- Transparente beregningsmodeller, tydelige forutsetninger og variable
- Klare og rettidige beslutninger samt tydelig rollefordeling
- Lojalitet til rammene og de styrende dokumentene.
- Interessenter er kartlagt og kommunikasjonsplan utarbeidet
- Positive holdninger til prosjektet fra media og alle relevante interessenter
- Samordning av delaktiviteter, oppfølging og avklaring av grensesnittproblemer
- Hensiktsmessig prosjektorganisasjon med riktig kompetanse

- Gode planleggings- og styringssystemer tilpasset oppgaven.
- Effektiv beslutningsprosess
- Tilstrekkelig tid til gjennomføring av prosesser mot brukere og andre interessenter.

2.4 Rammer

2.4.1 Kostnadsramme

Kostnadsrammen for prosjektet Nye UNN Narvik er på 1 500 MNOK inkl mva prisnivå sep 2010. Prosjektet skal innpasses i de totale rammene for investeringer og drift for UNN HF og Helse Nord RHF.

2.4.2 Budsjett for konseptfasen

Planleggingen av UNN Narvik og UNN A-fløy har vært koordinert og det er etablert en felles budsjettamme på 13 MNOK inkl mva for begge prosjekter.

2.5 Grunnlag for konseptfasen

2.5.1 Idéfaser rapporten februar 2008

Hålogalandssykehuset HF, Narvik, ble overført til UNN HF fra januar 2007. Det er gjennomført flere analyser av den tekniske kvaliteten ved sykehusanlegget, muligheter for rasjonell drift og kostnader forbundet med oppgradering til et akseptabelt nivå:

- Rapport - Ideprosjekt for nybygg-løsning, Hålogalandssykehuset Stokmarknes, BOARCH arkitekter 25.02.2004
- Hålogalandssykehuset Narvik. Tilstandsanalyse. Rapport fra Intekno as. 16.03.2004
- Hålogalandssykehuset Narvik, Rapport – Vurdering av teknisk standard. Rapport fra BOARCH arkitekter as 29.03.2004.
- Mulig lokalisering av eventuelt nytt sykehus i Narvik. Plassering av modell for akutt sykehus på aktuelle tomteareal. Rapport fra BOARCH arkitekter as 11.06.2004
- HHF Narvik – Utredning Sykehusaugen, Rapport fra BOARCH arkitekter as og Sykehus Utvikling as, 17.10.2005. Samlokalisering psykisk helsevern, kvalitetsheving av sengeposter, enhet for geriatri, slag og rehabilitering spesialisthelsetjenesten, kommunal/interkommunal enhet for rehabilitering
- HFP Prosjekt sykehusaugen oktober 2006, Sykehus utvikling, Cowi, NarudStokkeWiik, Arstad Arkitekter

På grunnlag av disse rapportene vedtok styret i Helse Nord RHF i mai 2007 å utrede et nybyggalternativ for UNN Narvik.

Rapporten "Utvikling av lokalsykehus i Helse Nord. Idéskisse for planlegging av Nytt sykehus i Narvik og revidert HFP Nytt sykehus i Vesterålen" fra SINTEF datert 20.02.2008 omfatter både en idéfaser rapport for UNN Narvik og en strategi for utvikling av lokalsykehus i Helse Nord RHF.

Styret i UNN HF og Helse Nord RHF har ved godkjenning av idéfaser rapporten datert 2008-02-20 lagt grunnlaget for oppstart av konseptfasen for planlegging av nytt sykehus for UNN Narvik. I "Veileder for tidligfaseplanlegging" representerer dette overgangen fra idéfasen til konseptfasen (beslutningspunkt B2).

2.5.2 Endringer og tillegg etter februar 2008

Konseptfasen bygger på idéfaser rapporten som var utarbeidet i februar 2008. Etter at denne rapporten var ferdig har det kommet nye føringer og forutsetninger som gir grunnlag for arbeidet med konsept rapporten UNN Narvik:

- Aktivitetsgrunnlaget for fremskriving og kapasitetsberegninger er endret fra 2005 til 2007
- Pasientforløp skal legges til grunn for aktivitetsberegning og fremskriving
- Fremskrivingshorisont er endret fra 2012/2015 til 2020
- Det er innhentet nye oppdaterte data for befolkningsutvikling fra SSB
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal inkluderes ved at virksomheten ved Nordlandsklinikken inngår i prosjektet.
- Aktivitet, organisering og kapasitetsbehov for hele UNN HF skal legges til grunn for planleggingen
- Man skal vise scenarier for endring av opptaksområdet
- Effekter av samhandlingsreformen skal inkluderes i beregningene

2.5.3 Viktige rapporter og dokumenter

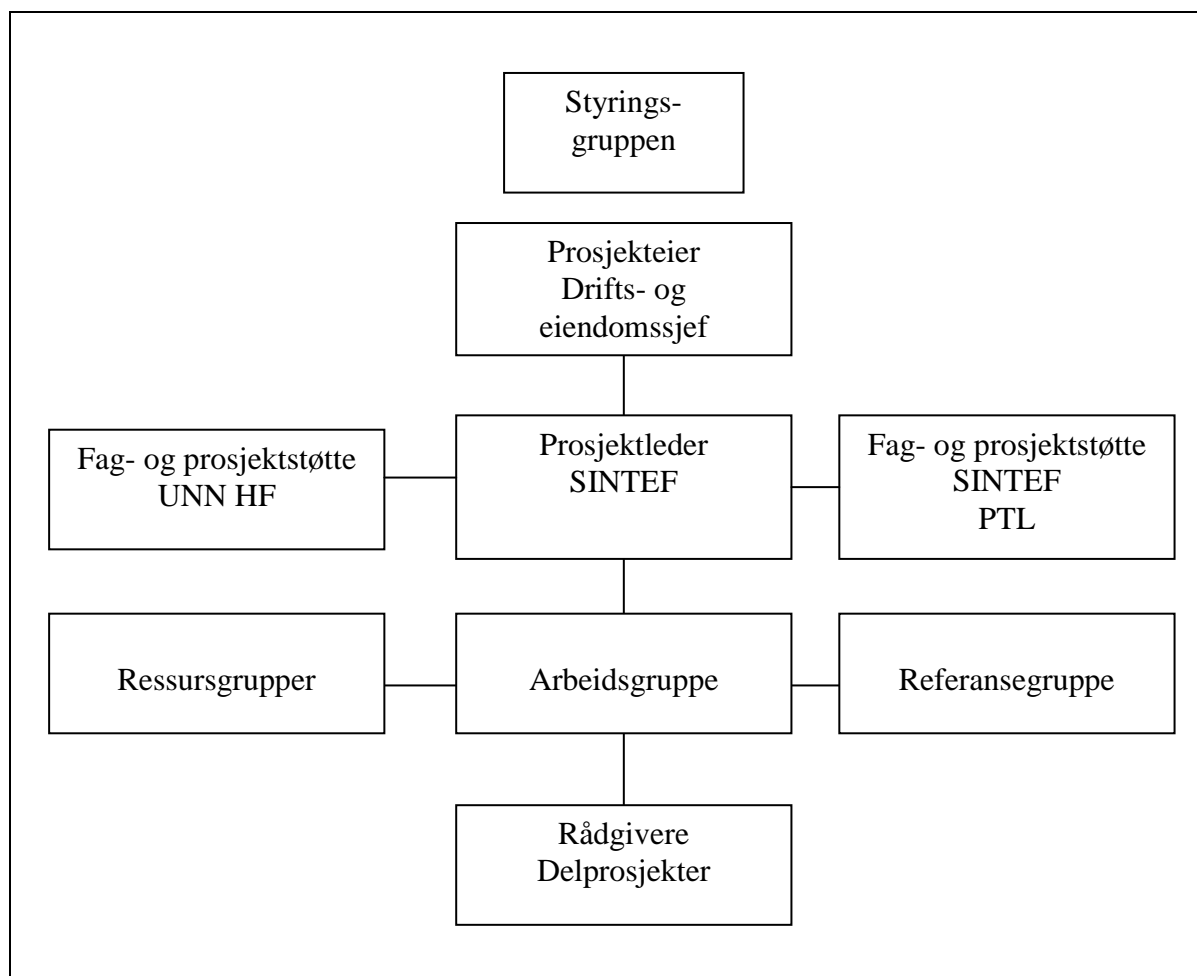
Nedenfor er det vist de viktigste nasjonale og regionale rapportene/dokumentene som har gitt føringene for idéfasen og dermed også gjelder for konseptfasen.

<i>Dato/år</i>	<i>Tittel</i>	<i>Utarbeidet av</i>	
Rapporter, plandokumenter om utbygging			
Februar 2008	Idéskisse for planlegging av Nytt sykehus i Narvik og revidert HFP Nytt sykehus i Vesterålen	Rapport fra SINTEF	
Februar 2008	Beslutningsgrunnlag for valg av utbyggingskonsept fro Nytt sykehus i Narvik.	Notat fra SINTEF	
Nasjonale rapporter og utredninger			
2007-2008	Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011	HOD	
Juni 2009	St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen	HOD	
2009	St.meld nr.12 (2008-2009) ”En gledelig begivenhet”	HOD	
Mars 2007	Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede	Arbeidsgrupperapport, HOD	
Juli 2007	Planlegging av lokalsykehus – regionale premisser	Notat fra Helse Nord RHF til UNN HF og Nordlandssykehuset HF	
2008	Nasjonal klientkartlegging – rapport for 2008	SIRUS	
2007	Traumesystem i Norge	De regionale helseforetakene	
2006	Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen	SHDir	
2006	Evaluering av rusreformen	Iris	
Faglige handlingsplaner, retningslinjer, anbefalinger Helse Nord RHF			
Nov. 2009	Forslag til lokalsykehusstrategi 2010-2020	Helse Nord RHF	
Mars 2008	Smittevernplan 2008 – 2011	Helse Nord RHF	
Januar 2008	Handlingsplan for intensivmedisin	Helse Nord RHF	
2007	Riktig nært og helhetlig – Handlingsplan for tiltak mot rusmiddelbruk i Helse Nord 2007 – 2010	Helse Nord RHF	
2007	Handlingsplan for diabetes 2008-2013	Helse Nord RHF	
2007	Tjenestetilbudet til barn i Helse Nord	Rapport fra arbeidsgruppe,	

		Helse Nord RHF	
Mars 2007	Regional handlingsplan i revmatologi 2008-2013	Helse Nord RHF	
Nov.2006	Retningslinjer for henvisning til PCI ved akutt koronart syndrom i Helse Nord	Helse Nord RHF	
juni 2005	Faglige retningslinjer for behandling av hjerneslag i Helse Nord	Fagråd for hjerneslag behandling i Helse Nord RHF	
Juni 2005	Tiltaksplan psykisk helsevern 2005 – 2015	Helse Nord RHF	
mai 2004	Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004-2010	Helse Nord RHF	
februar 2004	Handlingsplan for geriatri 2004-2010	Helse Nord RHF	

3 Organisering av prosjektet

Figuren nedenfor viser prinsippene for organisering av prosjektet Konseptfasen Nye UNN Narvik.



Figur 2: Organisasjonskart for Konseptfasen UNN Narvik

3.1 Styringsgruppen

Styringsgruppens medlemmer er oppnevnt av styret for helseforetaket. Prosjektleder er sekretær for styringsgruppa og forbereder og legger frem saker i møtene.

Tabell 2: Styringsgruppen konseptfasen Nye UNN Narvik

Styringsgruppe		
Tor Ingebrigtsen	Adm. dir	UNN HF
Marit Lind	Ass.dir	UNN HF
Toril Agnete Larsen	Førstelektor	UiT
Tor-Arne Haug	Dir. forretningsutvikling	Helse Nord RHF
Finn Henry Hansen	Direktør	Helse Nord RHF
Gina Marie Johansen	Kst Sjef drift og eiendom	UNN HF
Jon Arne Østvik	Medlem brukerutvalget	
Tore Nysæter	Varaordfører	Narvik kommune
Inger Linaker	Pleie- og omsorgsleder	Barud kommune
Arhur Revhaug	Klinikkssjef	UNN Tromsø K3K klinikken
Jon Harr	Anestesilege	UNN Narvik
Øystein Nymoen	Avdelingsleder	Medisin
Tove Elisabeth Svee	Konserntillitsvalgt	UNN HF
Asmund Myrbostad	Prosjektleder	SINTEF

3.1.1 Felles prosjektleder og prosjektledelse UNN Narvik og UNN A-fløy

Prosjektleder har det formelle og operative ansvaret for gjennomføringen av konseptfasen Nye UNN Narvik, og får sitt mandat og sine oppgaver fra og rapporterer til styringsgruppa. Faglig støtte og prosjektstøtte tilføres gjennom personer som tilknyttes prosjektleder innenfor det som i organisasjonsmodellen er benevnt prosjektledelsen.

Nye UNN Narvik planlegges parallelt med prosjektet UNN A-fløy. Det er kapasitetsmessige og organisatoriske avhengigheter mellom prosjektene. Ved å etablere felles prosjektledelse oppnår man både en synergi i planleggingsarbeidet og en samordning av kapasitets- og driftsmessige hensyn for helseforetaket.

Prosjektledelsen består av:

Tabell 3: Prosjektledelsen konseptfasen UNN Narvik

Prosjektledelse		
Gina Marie Johansen	kst. drifts- og eiendomssj	UNN HF
Kari Fagermo Wold	brukerkoordinator	UNN Narvik
Helga Jentoft	brukerkoordinator	UNN Tromsø
Tor Øydvinn	rådgiver	UNN HF
Hans Petter Berseth	rådgiver	UNN HF
Hilde A. Pettersen	Kommunikasjonssjef	UNN HF
Per Magnar Halvorsen	Prosjektleder	UNN HF
Marte Lauvsnes	seniorrådgiver	SINTEF
Asmund Myrbostad	seniorrådgiver	SINTEF

3.1.2 Arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen er rådgivende og har ingen bestemmende myndighet eller definerte ansvarsområder/oppgaver ut over de oppdrag den får fra prosjektledelsen.

Det er etablert en felles arbeidsgruppe for konseptfasen som har bidratt i gjennomføring av HFP og skisseprosjektet (SPR). Gruppen er oppnevnt av sykehusets ledelse og sammensatt av fagpersonell/ansatte fra sykehuset og universitet.

Tabell 4: Felles arbeidsgruppe konseptfasen UNN Narvik

Arbeidsgruppe konseptfase HFP/SPR		
Kari Fagermo Wold	Brugerkoordinator	UNN Narvik
Øivind Irtun	Overlege	UNN HF K3K klinikken
Grethe Feragen	Spl/Koordinator	Narvik kommune
Astrid Schøning	Sykepleier	UNN Narvik Intensiv/akutt
David Nystad	Lege	UNN Narvik, anestesi, operasjon
Lene Stene Salberg	Kommuneoverlege	Narvik Kommune
May-Britt Jensen	Tillitsvalgt fagforbundet	UNN Narvik
Hans-Erik Pedersen	Hobvedverneombud	UNN Narvik
Kari Fiske	Jordmor	UNN Narvik K3K klinikken
Knut Østvik	Enhetsleder	Nordlandsklinikken
Mats Dahl	Enhetsleder	UNN Narvik fysioterapi
Brit Arntsen	Sykepleier	UNN Narvik Amb. team rehab/ger
Asbjørn Laren	Brukerrepresentant	RIO
Ingrid Aspevik Havnø	Brukerrepresentant	Brukerutvalget, UNN HF
Alise Annett Bachmann	Brukerrepresentant	Mental Helse
Tor Grimeland	Seksjonsleder	Senter for Psykisk helse Ofoten
Wenche Folberg	Kommunalråd	Narvik kommune
Jan Ole Frantzen	Overlege	UNN HF Diagnostisk klinikk
Karin Ravn Pedersen	Lektor	Høgskolen i Narvik

3.1.3 Ressursgrupper

Avklaring av problemstillinger krever i noen tilfeller spesialkompetanse fra sykehusmiljøet. For å unngå at arbeidsgruppa blir for stor har man valgt å etablere dedikerte ressursgrupper som har bearbeidet spesielle problemstillinger. Dette har omfattet:

Ressursgruppe overordnede føringer:

Ledergruppe for UNN HF har gjennom to møter etablert et felles, overordnet sett av planforutsetninger. Disse omfatter sammensetning av pasientforløpsgrupper og dimensjonerende føringer for funksjonsfordeling, opptaksområder og krav til omstilling.

Ressursgruppe Hovedprogram utstyr:

Gruppen har bestått av følgende personer og har hatt 2 møter:

Tabell 5: Ressursgruppe for HPU

Ressursgruppe HPU		
Martin Sivertsen	Seksjonsleder Elektro	UNN HF
Lene Finsveen	Driftsleder MedLab Narvik	UNNHF Narvik
Helga Jentoft	Brukerkoordinator	UNN Tromsø
Torggrim Oddvar Vorren	Overlege RTG	UNNHF
Jan Erik Søreng	Avd.leder MTA	UNN HF
Per Larsen, stedfortreder	Avd.leder MTA	UNN HF
Tore Andreassen	Seksj. Sykepl. Anestesi	UNN HF
Rita Lillevaag	Sykepleier kirurgi	UNN HF, Narvik
Ola Jørgen Bøckmann Lie	Intensivsykepleier	UNN HF
Hans Petter Bergseth	Rådgiver	UNN HF
Kari Fagermo Wold	Brukerkoordinator	UNN HF, Narvik

I tillegg har ressurspersoner fra UNN HF bidratt til utarbeidelse av person- og vareflyt, OTP, driftsøkonomiske analyser og bærekraftsanalyser. Data om aktivitet, bemanning og økonomi er fremskaffet av UNN HF.

3.1.4 Samarbeid med kommunene i planleggingen

Oppgavefordeling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste påvirker kapasitetsbehovet. Prosjektet er ved 2 anledninger vært presentert i ordinært møte i OSO og det er avholdt møter med kommunene i Ofoten. Det nære samarbeidet, spesielt med Narvik kommune har resultert i beskrivelse av fremtidsrettede løsninger for samhandling som delvis er innarbeidet i prosjektet for Nye UNN Narvik.

I den videre planprosessen er det viktig å ha god kommunikasjon med alle kommuner i lokalsykehusområdet for å drøfte konsekvensene av de fortsetninger som legges til grunn for dimensjonering av sykehuset.

3.1.5 Brukerkoordinator

Kari Fagermo Wold er brukerkoordinator. Hennes rolle er bl.a. å være kontaktpunktet mellom brukerorganisasjonen og prosjektledelsen. Brukerkoordinator sitter i prosjektledelsen og samarbeider med og rapporterer til prosjektleder. Brukerkoordinator er utpekt av Styringsgruppen.

3.1.6 Brukerkoordinator

Kari Fagermo Wold er brukerkoordinator. Hennes rolle er bl.a. å være kontaktpunktet mellom brukerorganisasjonen og prosjektledelsen. Brukerkoordinator sitter i prosjektledelsen og samarbeider med og rapporterer til prosjektleder. Brukerkoordinator er utpekt av styringsgruppa.

3.2 Oppbygging av rapporten

Oppbyggingen av konseptrapporten reflekterer "Veileder for tidligfaseplanlegging" og de delrapporter som er utarbeidet i konseptfasen. De viktigste delrapportene er Hovedfunksjonsprogrammet og Skisseprosjektet, men det refereres også til Overordnet teknisk program, Hovedprogram utstyr og program for driftsøkonomiske analyser.

Rapporten er bygget opp etter følgende struktur:

Sammendrag og oppsummering, kapittel 1

Bakgrunn:

- Kapittel 2 beskriver målsettinger, rammer, grunnlagsdokumenter og forutsetninger, herunder Nye UNN Narvik som pilot for et utviklingsprosjekt for samhandling.
- Kapittel 3 beskriver organisering av prosjektet
- Kapittel 4 beskriver planprosessen generelt og datagrunnlag, metoder og modeller som ligger til grunn for arbeidet i konseptfasen. Kapitlet beskriver også styrings- og beslutningsprosessen i prosjektet.

Oppsummering og anbefaling av alternativer:

- Kapittel 5 beskriver alternativene og drøfter vurdering og valg av løsningsalternativet.

Analyser og utredning

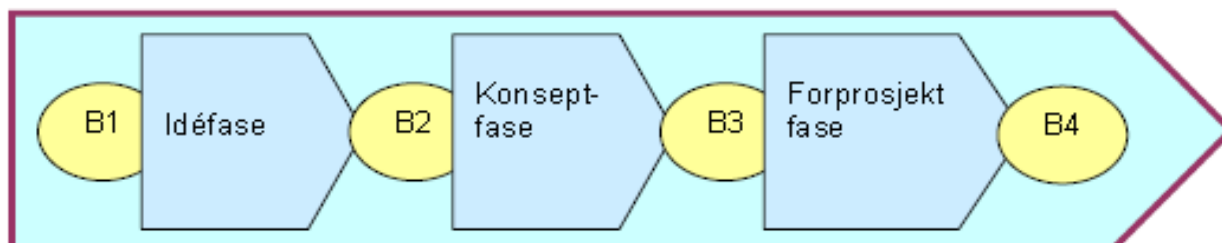
- Kapittel 6 beskriver dagens sykehus med virksomhet, organisering og bygg.
- Kapittel 7 beskriver forventet aktivitet i 2020 med utgangspunkt i dimensjonerende forutsetninger, beregningsmodeller og metoder for beregning av effekter av omstilling (ref kap 4).
- Kapittel 8 beskriver driftsmodeller for et nytt sykehus
- Kapittel 9 beskriver de fysiske løsningene, skisseprosjekt med kostnadskalkyler
- Kapittel 10 beskriver utstyrplanleggingen
- Kapittel 11 beskriver overordnede tekniske krav
- Kapittel 12 beskriver kostnader og investeringsbehov
- Kapittel 13 beskriver plan for gjennomføring av forprosjektet

4 Planprosess og metode

Kapitlet beskriver prinsippene i planprosessen for tidligfaseplanleggingen og metoder, modeller og forutsetninger for beregning av aktivitet og kapasitetsbehov.

4.1 Prinsipper for tidligfaseplanlegging

Planlegging av Nye Narvik sykehus følger planprosessen beskrevet i ”Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter” utgitt av Helsedirektoratet¹. Konseptfasen startet i august 2009 og bygger på idéfaserapporten datert februar 2008 og på en rekke andre utredninger.



Figur 3: Planfaser og beslutningspunkter tidligfaseplanlegging

Formålet med tidligfaseplanleggingen er å organisere og gjennomføre en effektiv og strukturert plan- og beslutningsprosess, for å sikre at investeringene bidrar effektivt til å oppfylle målene for RHF og HF innenfor de oppsatte rammene.

Konseptrapporten er resultatet av utredningsarbeidet i konseptfasen og utgjør beslutningsgrunnlaget for B3 på HF- og RHF- nivå. Konseptrapporten sammen med forprosjektrapporten er departementets grunnlag for faglig godkjenning og eierdialog.

4.2 Modeller og datagrunnlag

4.2.1 Datagrunnlag og fremskriving

Grunnlaget for beregning av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov er aktivitetsdata for somatikk 2007 og dagens registrerte kapasitet. Data er levert av fra SKDE og analyseavdelingen ved UNN HF og enkeltavdelinger eller analyseavdelingen. Data om bemanning og kostnader er levert av analyseavdelingen. Tilsvarende data for psykisk helse og rus er hentet fra SKDE og fra de lokale enhetene.

Datagrunnlaget for somatikk gir grunnlag for å en relativt presis fremskriving av aktivitet basert på demografiske endringer og med korrigeringer for endringer og omstilling. Tilsvarende datagrunnlag og fremskrivingsmodeller er ikke utviklet for psykiatri og rus. Estimer for fremtidig virksomhet blir gitt på grunnlag av fagmiljøets og eiers vurderinger.

Aktiviteten i basisåret (2007) fremskrives til 2020. Fremskrivingsmodellen forutsetter samme relative fordeling av aktivitet i forhold til befolkningen i 2020 som i basisåret. Fremskrivingen bygger på SSBs befolkningsprognoser, alternativ MMMM.

4.2.2 Integrrert planleggingsmodell for hele UNN HF

UNN HF har innført en gjennomgående klinikkstruktur for alle sykehusenhetene. Dette krever at alle sykehusressursene i UNN HF må sees samlet. Planleggingen av Nye UNN Narvik og UNN A-fløy er derfor gjennomført etter en samlet og helhetlig modell. Samlet aktivitet og kapasitet for

¹ Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, Helsedirektoratet okt 2009

foretaket er utgangspunktet og UNN HF's ledergruppe (overordnet ressursgruppe) har gitt de overordnede føringene som skal gjelde for beregning av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov for UNN HF og for fordelingen mellom sykehusenhetene. Dette gjelder hovedsakelig for innlagte pasienter og kapasitetsbehov senger, og er spesielt viktig i forbindelse med avgrensning av aktiviteten mellom sykehusene (opptaksområdene) og mot primærhelsetjenesten.

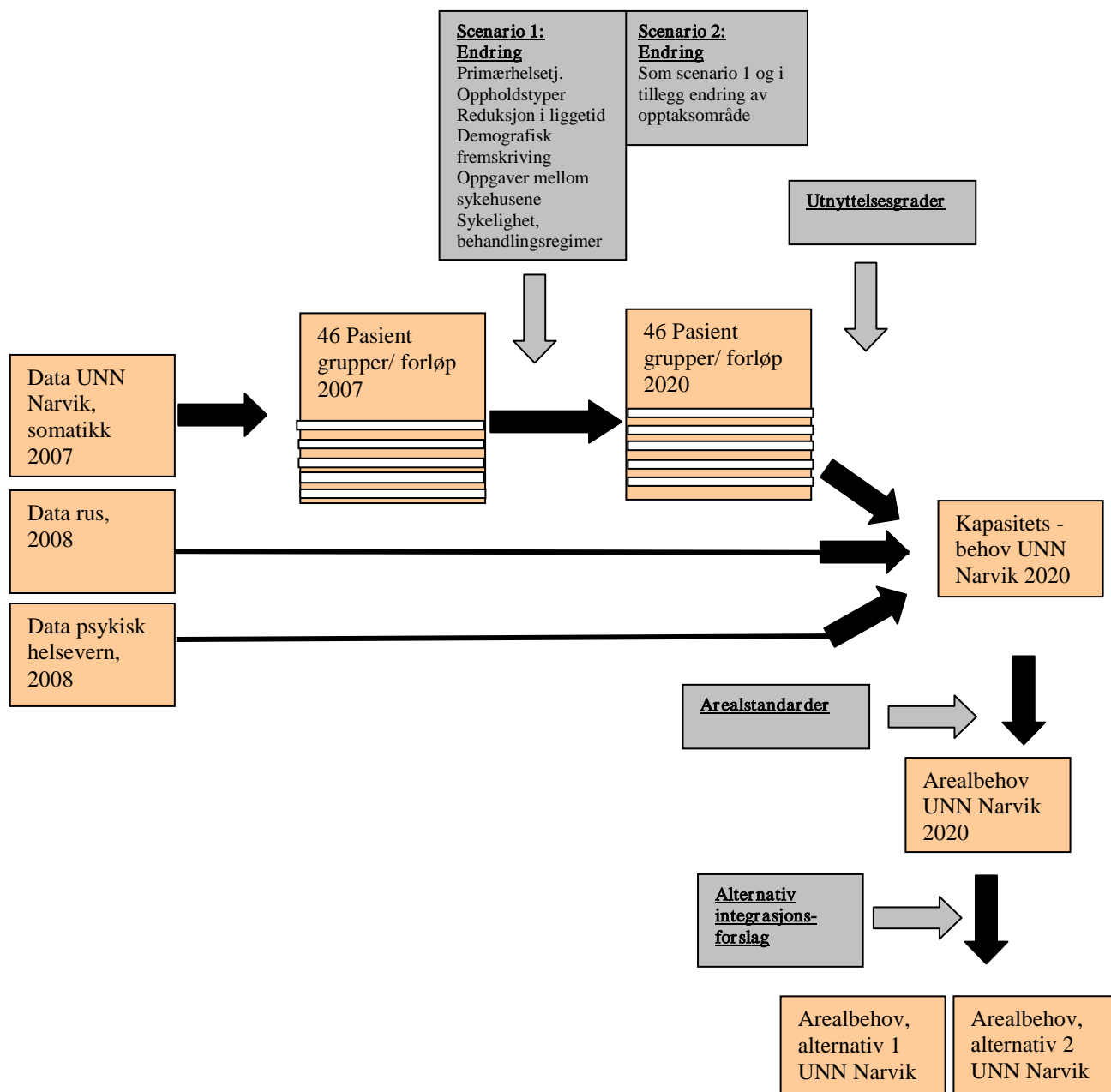
4.2.3 Planleggingsmodell og bruk av pasientforløp

Det er i prosjektet utviklet en modell for beregning av fremtidig aktivitet, kapasitetsbehov og arealbehov. Dagens aktivitet (2007) korrigeres for endring av oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, endring av oppholdstyper i sykehus (pasienthotell, dagopphold og observasjonsenhet som erstatning for opphold i ordinære sengeområder), effektivisering av forløpet internt i sykehuset, fremskriving ihht demografisk utvikling, endringer i oppgavefordeling mellom sykehusene i helseforetaket, endring i opptaksområder og økninger som skyldes økt sykkelighet eller endringer i behandlingsregimer

Endringer som oppstår på grunn av ny teknologi, medisinsk behandling, økonomiske incentiver oa er kommentert men ikke tatt i beregningene.

Kapasitetsbehovet i 2020 beregnes på grunnlag i omstilt og fremskrevet aktivitetsnivå og bruk av erfaringsbaserte standarder for utnyttelsesgrader i nye sykehusprosjekter. Tilsvarende beregnes arealbehov ved hjelp av erfaringsbaserte standarder for arealbruk for dimensjonerende rom/enheter (senger, undersøkelsesrom, operasjonsrom mv).

Figur 4 illustrerer helheten og sammenhenger i modellen.



Figur 4: Planleggingsmodell for UNN Narvik

Pasientforløp

Ved å benytte pasientforløp som grunnlag for dimensjonering av sykehus kan man gjøre analyser av dagens og fremtidig pasientflyt, vurdere potensialer for omstilling og visualisere aktiviteter og flyt knyttet til pasientgrupper. Figur 4 viser hvordan aktiviteten i 2007 er gruppert etter ICD10-koder og fordelt på 46 pasientgrupper/pasientforløp, som gjennom fremskrivning og omstilling gir grunnlag for et beregnet aktivitetsnivå og kapasitetsbehov i 2020 for Nye UNN Narvik.

Forbruksrater.

Forbruk av sykehustjenester varierer i stor grad mellom kommuner og det er erfaringsmessig stor forskjell mellom byer (spesielt vertskommuner for sykehus) og kommuner i distriktene. For å ha en referanse til diskusjonene omkring omstilling og effektivisering er det gjort en analyse av forbruksrater for somatikk ved UNN HF. Det er gjennomført flere analyser som viser gjennomsnittlig forbruk for landet generelt unntatt Helse Nord, gjennomsnittlig forbruk i de beste land og by kommune innad i UNN HF og gjennomsnittlig forbruk for befolkningen som sokner til Sonjatun helsesenter.

Omstilling og effektivisering

Tabellen under viser endringer i faktorer som påvirker fremtidig aktivitet og som inngår i beregningene. Disse endringene er drøftet med overordnet ressursgruppe. I tillegg kommer den demografiske fremskrivingen og epidemiologiske endringer.

Tabell 6: Omstilling og effektivisering

Endring	Kommentar
Overføring til observasjonsenhet	Innleggelse i obs enhet i stedet for ordinært sengeområde. I hovedsak øhj. pasienter som i dag har 0-3 dg gjennomsnittlig liggetid. Oppholdstid gjennomsnitt ett døgn.
Fra observasjonsenhet til innleggelse	Ca 20 % av pasienter som kommer til obs enhet legges inn i ordinært sengeområde
Overføring til pasienthotell	Innleggelse i pasienthotell i stedet for ordinære senger. Gjelder f.eks. barselkvinner og pasienter som kan greie seg selv, men som kan ha behov for hjelp fra helsepersonell.
Fra døgn- til dagopphold	Dagopphold i stedet for innleggelse gjelder hovedsak elektive pasienter som i dag har 0-3 d gjennomsnittlig liggetid.
Til pasienthotell for dagopphold	En andel av de pasientene som får dagopphold i stedet for heldøgns opphold har behov for opphold i pasienthotell i ett døgn.
Generell reduksjon i liggetid	Det er lagt inn en forutsetning om generell reduksjon i antall liggedager på 5 % ved reduksjon i intern ventetid og standardiserte forløp
Nye tilbud/overføring andre sykehus	Økning i aktivitet som følge av epidemiologiske eller behandlingsmessige endringer ut over konsekvensen av demografisk utvikling. Reduksjon i aktivitet som følge av overføring av pasienter til annet sykehus.

4.3 Alternativer

Tabellen viser hvilke alternativer som er vurdert i konseptfasen. Det vises ellers til kapittel 5.

Tabell 7: Oversikt over utredninger

Avklaringer/alternativer	Type utredning/avklaring	Kommentar
Lokalisering	Utredning av konsekvenser av ulike tomtevalg	Lokaliseringsanalyse av 4 tomtealternativer basert på tomte kvalitet, sykehusfaglige kriterier, økonomi, samfunnsutvikling. Styret for UNN HF og Helse Nord RHF besluttet lokalisering til Fururmoen.
Kapasitetsutnyttelse i UNN HF	Beregning av konsekvenser for kapasitetsbehov ved alternative krav til opptaksområde og pasientfordeling	2 alternative scenarier for fordeling av pasienter og kapasitet mellom UNN Tromsø og UNN Narvik. Styringsgruppa besluttet at dagens opptaksområde skulle legges til grunn men at fleksibilitet for å øke kapasitetsbehovet ved utvidet opptaksområde skulle vises.
Driftsmodeller somatikk, psykiatri og rus	Faglig utredning av konsekvenser av en samlokaliseringmodell eller en integrasjonsmodell	Lokalisering av 3 driftsenheter på samme tomte med løs sammenkobling, varm forbindelse eller 1 driftsenhet fysisk integrert i samme bygg med felles funksjoner der det er faglig hensikt og driftsmessig hensiktsmessig. Styringsgruppe besluttet å legge den integrerte modellen til grunn for planleggingen
Samhandlingsmodeller sykehus primærhelsetjeneste	Beregning av konsekvenser for kapasitet ved endring i pasientforløp	Alternative konsekvenser for kapasitetsbehov i sykehuset ved ulike forutsetninger om etablering av intermedieenheter/lokalmedisinske senter. Beregning av konsekvenser for kapasitetsbehov.

	Illustrasjon av konsekvenser for bygg og vurdering av konsekvenser for drift av samarbeid med kommunehelsetjenesten	Ulike områder for samarbeid/deling av funksjoner og arealer mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, konsekvenser for organisering/drift, fysiske løsninger og arealbehov, etablering av pilotprosjekt. Beregning av kapasitetsbehov og vurdering av driftsmodeller, utarbeidelse av 2 skisseprosjekt.
0-alternativet	Oppsummering tidligere utredning, grunnlag for konseptfase	Oppsummering av tidligere utredninger av 0-alternativet, grunnlaget for vedtak om gjennomføring av konseptfasen
Utbyggingsløsninger	Utarbeidelse av 2 alternative skisseprosjekt	2 ulike løsninger (skisseprosjekt) basert på ulik vektlegging av utforming/struktur for bygget og krav til fleksibilitet i funksjonsdeling og arealbehov mellom sykehus og kommunale tjenester. Beregning av brutto arealbehov, kostnader og driftsøkonomiske konsekvenser.

5 Utredning og valg av alternativer

5.1 Føringer fra Idéfaserapporten

Veilederen for Tidligfaseplanlegging vektlegger at det i Idéfasen gjøres analyser på et overordnet nivå knyttet til dagens tilstand og behovsdekking i dag og i framtida. Konkret skal det gjøres utredning av dagens og fremtidens behov og kapasitet. Målsettinger og fremtidig ambisjonsnivå for prosjektet/tiltaket skal avklares. Det er viktig å relatere alternativene til regionens overordnede planer for tjenestetilbudet. Det skal også gjøres analyser av investeringskostnader og driftsøkonomi med tilhørende usikkerhets- og følsomhetsanalyser samt analyse av finansieringsalternativer.

I konseptfasen er det utredet flere alternativer som i praksis er kombinasjoner av ulike scenarier for opptaksområder/dimensjonering, alternative grader av integrering av somatikk, psykiatri og rus og alternative utbyggingsløsninger på samme tomt. I tillegg er 0-alternativet beskrevet.

5.2 Lokalisering

Beslutning om valg av Furumoen som fremtidig lokalisering av det nye sykehuset er basert på SINTEF rapporten "Utredning tomtevalg UNN Narvik" datert 10.09.2009. Følgende utredninger og vedtak førte frem til UNN HF's styresvalg av Furumoen som tomt for Nye UNN Narvik:

- Rapporten "Lokalisering av nytt sykehus i Narvik, Alternativsutredninger, Rapport fra Narvik kommune" behandlet i prosjektets styringsgruppe den 12. juni 2009. Det ble fattet vedtak om ytterligere utredninger.
- "Nytt sykehus i Narvik - Lokaliseringsanalyse", tilleggsutredning fra Narvik kommune basert på spesifikasjoner fra SINTEF.
- Rapport fra SINTEF datert 10.09.2009 som oppsummerer resultatet fra lokaliseringsanalysen fra Narvik kommune og analyser av sykehusfaglige forhold og andre kriterier som påvirker lokalisering av et nytt lokalsykehus i Narvik.

Argumentene for valg av Furumoen var nærhet til befolkningsentra/tilgjengelighet, bemanning og rekruttering, samhandling med kommunen, samarbeid med høgskolen/sykepleierutdanning, transportkostnader, tomtas beskaffenhet/tomtekostnader.

5.3 Kapasitetsutnyttelse UNN HF

Overordnede mål for prosjektet forutsetter bl.a. samordnet planlegging av UNN HF for å få til en effektiv ressursutnyttelse for hele HF-et. Konseptfasen for bygging av ny UNN A-fløy ved UNN Tromsø og Nye UNN Narvik er gjennomført parallelt og det er benyttet samme overordnede planmodell for begge prosjektene. For å sikre fremtidig kapasitet til avansert diagnostikk og behandling samt undervisning og forskning ved UNN Tromsø, skal Nye UNN Narvik kunne øke kapasiteten for å overta deler av lokalsykehuspasientene fra kommunene i Midt Troms.

I planene for Nye UNN Narvik legges det til grunn 2 scenarier for aktivitetsfremskrivning:

- Scenario 1 (hovedalternativet). Fremtidig aktivitet baseres på dagens aktivitet med dagens opptaksområde. Behovet fremskrives til 2020.
- Scenario 2. Samme fremskriving og endring som for scenario 1, men aktiviteten i basisåret økes tilsvarende et utvidet opptaksområde.

I skisseprosjektet er det vist hvordan anlegget kan utvides i flere retninger, bl.a. for å kunne oppnå en tilstrekkelig kapasitetsøkning på 25 heldøgns plasser. Med de arealforutseneringer som gjelder vil en slik utvidelse utgjøre ca 1 300 m² brutto til en kostnad på ca 67 MNOK.

5.4 Driftsmodeller somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Samlokalisering fagområdene somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rus for både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, gir nye mulighet til å samarbeide om sammenhengende pasientforløp til beste for pasientene og en rasjonell utnyttelse av ressursene. Løsningen gir også en arena for undervisning, forskning og utdanning innen pasientbehandling og drift.

For hovedscenarioet er det utredet to modeller som beskriver grader av integrering/samlokalisering av funksjonsområdene for somatikk, rus og psykisk helsevern. Hvordan man løser integrasjonen for disse fagområdene har også betydning for samhandlingen mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.

- Modell 1: Integrering av somatikk, psykisk helsevern og rus
- Modell 2: Samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rus

Integrering beskriver sambruk av funksjoner og rom mellom fagområder. I praksis betyr det lokalisering av sengeområder og poliklinikk i samme områder, felles hovedinngang, akuttmottak, kontorområder og service og støttefunksjoner. Den fysiske og organisatoriske oppbyggingen av sykehuset skal kommunisere den integrasjon som man ønsker skal foregå i samfunnet. Bruk av arealer og bemanning på tvers av fagområder øker kompetansen og gir en bedre utnyttelse av de samlede ressursene.

Samlokalisering innebærer lokalisering av 3 enheter på samme tomt og med varme forbindelser mellom enhetene. Det vil være gode faglige begrunnelser for å skille somatikk fra rus og psykiatri. Rusbehandling stiller spesielle krav til sikring og skjerming som er uforenelig med driften av f.eks. somatiske sengeområder. Erfaringer fra drift av psykiatriske senger inne i somatiske sengeområder er blandede.

For å få en bred faglig diskusjon ble det avviklet en workshop den 3. mars 2010 med representasjon fra fagmiljøene, pasientorganisasjonene, kommuner, forskning, helsedirektoratet og arkitektene. Oppsummeringen fra workshopen viser at en integrert løsning slik det legges til rette for i Nye UNN Narvik vil være svært positivt faglig, for pasientene og den daglige driften.

Tabell 8 viser hvordan de to modellene bidrar til måloppnåelse.

Tabell 8: Oppsummering av grunnlaget for valg av alternativer modeller

Mål, problemstilling	Integrert		Samlokalisert	
Likeverd for pasienter, unngå stigmatisering	Ingen synlige skiller	+	Separate bygg med egne innganger for hvert fagområde	-
Faglig innhold i behandlingen	Tverrfaglig samarbeid, tilgang til spesialiserte tjenester	0	Tverrfaglig samarbeid, tilgang til spesialiserte tjenester	0
Skjerming av pasienter som er sårbare	Felles inngang og publikumsområder	-	Egne enheter for hver pasientgruppe	+
Tilrettelagte løsninger i bygget	Felles arealer, kompromisse på lokalisering og kvalitet	-	Tilpassede løsninger	+
Samhandling primærhelsetjenesten	Kan integreres med kommunale tjenester	+	Separate bygg, større avstand til de kommunale tjenestene	-
Kompetanseutvikling	Tett faglig samarbeid,	+	Separate bygg, ikke så tett	0

	utvikler kompetanse		samarbeid	
Undervisning og forskning	Felles arealer, mer tilgjengelig areal for alle. Tverrfaglig undervisning og forskning	+	Mer oppdeling arealer. Mindre grunnlag å dele arealer og for tverrfaglighet	-
Tomteutnyttelse	Mindre totalt fotavtrykk	+	Flere mindre bygg, krever større areal	-
Fleksibilitet	Utnytte rom og arealer mellom funksjoner, tilpasses over tid	+	Dedikerte bygg, avstander er barriere for kapasitetsutnyttelse på tvers	-
Elastisitet	Utnytter tomte bedre, bedre rom for nybygg	+	Flere muligheter til lokale utvidelser, mindre tilgjengelig tomteareal	+
Arealbehov	Sparer ca 1600 m2 bto	+	Økte kostnader investeringer og drift	-
Investeringsbehov	Mindre areal som skal bygges ut. Innsparing ca 86 MNOK	+	Økte investerings- og driftskostnader bygg	-
Driftskostnader	Mer effektiv utnyttelse av støtte- og servicefunksjoner	+	Dublering av funksjoner for små enheter. Økte driftskostnader	-

En oppsummering viser at med unntak av behov for sikkerhet og skjerming, og tilrettelegging av arealer for spesielt utsatte grupper, så gir den integrerte løsningen fleste fordeler.

Arbeidsgruppa og styringsgruppa anbefalt den integrerte modellen og den er lagt til grunn for utvikling av skisseprosjektet. Følgende argumenter har vært avgjørende:

- Kravet om likeverdig behandling av alle kategorier pasienter forutsetter en tett integrasjon mellom de fysiske anleggene og et minimum av synlige skiller.
- Et stort antall av pasientene har behov for spesialiserte tjenester fra alle fagområdene. Kvaliteten i pasientbehandlingen øker når alle fagressursene er tilgjengelig og ressursene kan utnyttes mer effektivt.
- Administrative og andre støttetjenester kan utnyttes mer effektivt ved en integrert løsning.
- Tverrfaglighet i undervisning og forskning blir styrket i den integrert modellen.
- Arealer og andre ressurser kan utnyttes felles og med effektivt.
- Integrasjon sparer tomtearealer

5.5 Samhandlingsmodeller sykehus og primærhelsetjeneste

Det er et viktig mål at UNN HF gjennom planlegging og realisering av Nye UNN Narvik, skal ligge i forkant av samhandlingsreformen og bidra til å realisere "BEON" prinsippet – Beste Effektive Omsorgsnivå.

For et lite lokalsykehus har samhandling med kommunehelsetjenesten to dimensjoner:

1. Praktisk samarbeid med vertskommunen som omfatter både tilrettelegging av tilbud og muligheter til samlokalisering av funksjoner, kompetanseutvikling og utdanning og samarbeid om støtte og servicefunksjoner. Dette påvirker lokaliseringen av sykehusanlegget og dermed muligheter til å hente ut gevinster av det daglige, praktiske samarbeidet.
2. Utvikling av samhandlingstiltak i forhold til alle kommuner i opptaksområdet.

Gjennom den integrerte planleggingsmodellen og bruken av pasientforløp er alternative forutsetninger for aktivitetsberegninger og kapasitetsbehov belyst. Disse beregningene er

generelle og gjelder for begge scenarioene for opptaksområder og for alternative modeller for integrasjon mellom fagområdene.

Samhandling med vertskommunen omfatter også praktisk og fysisk tilrettelegging av områder for samarbeid/deling av funksjoner og arealer mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Dette har konsekvenser for organisering/drift og fysiske løsninger og arealbehov. Det er gjort vurderinger av ulike modeller for samarbeid med tilhørende beregning av kapasitetsbehov. Dette er konkretisert i de 2 alternative skisseprosjektene, ref. pkt 5.7 og kapittel 9.

Tabell 9: Områder for samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten på Furumoen og lokalisering

Funksjoner	Etablert samarbeid	Nye områder for samarbeid
FAM	sykehuset	
Observasjonssenger i FAM		sykehuset
Intermediærsenger		helsehuset
Ergo-/fysioterapi		sykehuset
Amblerende team		helsehuset/sykehuset
Legekontorer		helsehuset
Diagnostikk og behandling		sykehuset
Læring og mestring, forebygging		sykehuset
Kjøkken	sykehjemmet	
Hovedinngang, resepsjon		sykehuset
Pasientservice		sykehuset
Kantine for ansatte		sykehuset
Opplæring, undervisning, forskning		sykehuset
Hjemmetjenesten		helsehuset
Hjelpemiddelsentral		helsehuset
Rusbehandling, fagteam		helsehuset/sykehuset
Psykisk helsevern, dagtilbud,		helsehuset/sykehuset
Seremonirom		sykehjemmet
Varemottak, lager, intern transport		sykehuset
FDV, teknisk drift		sykehuset

5.6 0-alternativet

Styret i UNN HF vurderte at 0-alternativet som betydelig dårligere enn nybyggalternativet jfr styrets vedtak i sak 17/2008 *Nybygg eller ombygg UNN Narvik*. Styret i Helse Nord RHF sluttet seg til UNN styrets anbefaling og besluttet i sak 25/2008 *Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik – beslutning om oppstart av Konseptfase* å videreføre Nye UNN Narvik som et nybyggalternativ og at man på dette grunnlaget startet arbeidet med konseptfasen.

Nedenfor er det gitt en kort presentasjon av innholdet i 0-alternativet og grunnlaget for å velge nybyggalternativet.

5.6.1 Presisering av 0-alternativet

0-alternativet innebærer videre drift av sykehuset i dagens bygg uten at den planlagte investeringen gjennomføres.

0-alternativet kan også omfatte de tiltak som kreves for at HFet skal kunne oppfylle sitt sørge-for-ansvar i forhold til fremtidige krav til kapasitet og tjenestetilbud. Det innebærer at forutseneringer om endringer og utvikling også gjelder for dette alternativet. 0-alternativet er da et referansealternativ for nybygg. Nedenfor er begge avgrensingene vurdert.

5.6.2 0-alternativet – nødvendige strakstiltak

Dette omfatter bygningsmessige tiltak som må gjennomføres for å møte pålegg og krav fra bl.a. branntilsyn og arbeidstilsyn. I mars 2004 fremla BOARCH arkitekter a.s, Intekno as og Ingeniørtjeneste as en fysisk og funksjonell kartlegging av anlegget på sykehusaugen. Hensikten var å avdekke nødvendige tiltak for å bringe anlegget opp på dagens krav til standard. Den konkluderte med et investeringsbehov på 230 MNOK (2004) for å bringe bygningsmassen opp på 2004- standard. En slik investering ville ikke gitt driftsmessige gevinster.

Prosjektet strakstiltak UNN Narvik omfatter brannsikring av sykehuset, og mindre bygningsmessige endringer er utført pga. hygienekrav. Fra 2008 til i dag er det brukt ca 55 MNOK inkl mva på utbedringstiltak som må gjennomføres for bl.a. å møte pålegg fra branntilsynet. Det er utarbeidet tiltakslistene som oppsummert viser et investeringsbehov på 135 MNOK (2008). Tiltakene er delvis gjennomført men det foreligger ikke fullstendig oversikt over omfanget og kostnadene. Se forøvrig punkt 6.5.

5.6.3 Referansealternativet

Dersom eksisterende bygningsmasse skal være i bruk i mange år trengs en omfattende rehabilitering og oppgradering. Utvendig er det behov for fasaderehabilitering og utskiftning av vinduer, og det må gjennomføres tiltak for å møte nye krav om energieffektivitet. Mange funksjoner som av hensyn til drifteffektivitet bør ligge samlokalisert, ligger i dag spredt og det vil kreve en omfattende ombygging å samle disse. Det nye sykehuset planlegges med ensengsrom. Det er ikke realistisk å etablere effektive driftsenheter med ensengsrom i de gamle bygningene.

HFP 2006, alternativ rehabilitering og ombygging

I oktober 2005 utredet Hålogalandssykehuset mulighetene for å utvikle det eksisterende sykehusanlegget i Narvik til et levedyktig sykehusbygg for fremtiden. Rapporten konkluderte med at en full oppgradering av sykehuset vil koste 380 MNOK (2004) for et brutto areal på ca 20 000 m², inkludert det kommunale sykehjemmet. Dette gir en m² pris på 19 000 NOK. Brukerutstyr var ikke inkludert i kalkylen og det inngår ikke krav til provisorier i byggeperioden eller andre kostnader som følger av omfattende rehabilitering/ombygging i et sykehus i drift.

Tomteanalysen som er utført ifm Nye UNN Narvik viser tomtekostnader som også må påregnes ved totalrenovering og fortsatt sykehusdrift på Sykehusaugen. Dette vil omfatte utløsning av leieavtaler, utbedring av tilførselsveier, helikopterlandingsplass og parkering med kostnader på over 20 MNOK. Dette er ikke innarbeidet i kalkylene.

Hensyntatt disse punktene, og med den kunnskapen man i dag har om byggets tilstand og nye krav bl.a. til energieffektive bygg, vil pris per m² for full rehabilitering og omfattende ombygging for permanent, fremtidig drift, trolig ligge på samme kostnadsnivå som nybyggpris. Man må også forutsette samme investeringsbehov for utstyr som i et nybyggalternativ etter som funksjonene i stor grad må flytte og utstyret demonteres.

HFP 2006, alternativ nybygg

Et nybyggalternativ var i HFP 2006 kalkulert til ca 738 MNOK og en m² pris på 35 000 NOK. En sammenligning med det anbefalte løsningsalternativet i konseptrapporten er ikke relevant etter som de programmessige forutsetningene og hva som er inkludert i kostnadskalkylene er så

forksjellig. Hvis man korrigerer for ulikheter i areal, utstyrskostnader og prisstigning vil prosjektkostnadene ligge på ca 1 300 MNOK.

5.6.4 Beslutning om utredning av et nybyggalternativ

I januar 2007 ble HHF Narvik overført til UNN HF. UNN HF har gjennomført flere analyser av den tekniske kvaliteten ved anlegget på sykehusaugen, og kostnader forbundet med oppgradering til et akseptabelt nivå. På grunnlag av disse utredningene konkluderte styret i Helse Nord RHF i mai 2007 med at:

- Styret i Helse Nord RHF viser til saksframlegget og tidligere informasjon og vil understreke at det skal iverksettes umiddelbare tiltak som sikrer at befolkningen kan ha trygghet for helsetilbudet ved Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik.
- Styret ber adm. direktør om å legge frem senest i styremøte i august, forslag til sak om nytt forprosjekt for Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik med to hovedalternativer og to underalternativer for hver:
 - Nybygg – med og uten samling av somatikk og psykisk helse.
 - Prosjekt Sykehusaugen, gjeldende hovedfunksjonsprogram - med hel og delvis renovering av gammelt anlegg

En idéfaseutredning ble igangsatt i 2007 og idéskisse til et nytt sykehus ble lagt frem i februar 2008.

Sammenlignin HFP 2006 og Idéutredning 2008

Styret for UNN HF bestilte i februar 2007 en utredning som sammenlignet en nybyggløsning slik den er beskrevet i idéskissen fra 2008, og den foreslåtte løsningen i HFP fra 2006. I rapporten fra denne utredningen pekes det på at vil være vanskelig å utvikle anlegget på Sykehusaugen til et driftsmessig effektivt lokalsykehus. Dette gjelder bl.a. driftseffektiv organisering og samling av små kliniske enheter til sammenhengene områder, nærhet og samarbeid mellom akuttmottak, observasjon og postoperativ overvåking, og utvikling av driftseffektive sengeområder med ensengsrom. En totalrenovering og omfattende ombygging vil gi en byggekostnad som var tilnærmet lik nybyggpris.

En sammenligning av driftsøkonomiske konsekvenser for de to alternativene konkluderer med at med de forutsetningene som var gitt, så gir et nybyggalternativ høyere kapitalkostnader, men at dette mer enn kompenseres for med mer effektiv drift og lavere FDV-kostnader i et nybygg. I tillegg vil en ombygging gi store driftsulempeskostnader.

Idéfaserapport ble lagt frem for behandling i Helse Nord RHF's styre i februar 2008, sak 24/2008. Styret fattet vedtak om at prosjektet videreføres som et nybyggalternativ og at man på dette grunnlaget starter arbeidet med konseptfasen.

5.6.5 Oppsummering av 0-alternativet

0-alternativet kan løses med å gjennomføre nødvendige tiltak for å oppfylle pålegg og krav i lover og forskrifter. Den samlede kostnaden for dette foreligger ikke. En slik løsning vil ikke gi driftsmessige forbedringer for pasienter og personale, og samling av fagområder slik dette er beskrevet i mandatet, kan ikke realiseres. Det samme vil gjelder utviklingen av de samarbeidsløsningene som er mulig i et nybyggalternativ.

Et referansealternativ som omfatter utvikling av Sykehusaugen til et anlegg som kan møte fremtidige krav, vil få et investeringsbehov for totalrenovering og omfattende ombygging som er på linje med nybygg, uten at man vil kunne realisere de faglige, driftsmessige og økonomiske muligheter som et nybygg kan gi.

5.7 Utbygging av ny DPS for Ofoten

I opptrappingsplanen for psykiatrien er det forutsatt bygging av ny DPS for Ofotenregionen. En slik utbygging skal inngå som en del av Nye UNN Narvik, og gjennomføringen er avhengig av planene for den somatiske delen av sykehuset. Helse Nord RHF har avsatt midler som er øremerket for dette formålet.

5.8 Utbyggingsløsninger

De funksjonelle kravene og krav til driftseffektive løsninger påvirker utformingen av bygget. Det er noen prinsipper som er viktig og som er lagt til grunn, bl.a. gjennom idéskissen og drøftinger i styringsgruppen:

- Funksjoner som genererer stor trafikk samlokaliseres fortrinnsvis i 1. etg. Avhengig av arealdisponering kan dette omfatte poliklinikker, dagområder, radiologi, lab oa. I et lite sykehus er det også viktig med samlokalisering støttfunksjoner for å oppnå effektiv utnyttelse av rom og personale.
- Akutt, observasjon, tung overvåking, postoperative overvåking og operasjonsområdet lokaliseres nært hverandre og på en slik måte at man kan ha felles bemanning på natt.
- Det etableres sengeområder for somatiske senger med ensengsrom og sengetun med ca 24 senger i hver sengeenhet. Mange rom med krav om dagslys gir en lang bygningskropp.
- For senger innen psykiatri og rus vil en oppdeling i mindre enheter med avgrensning av arealet og utgang til terrasser gi et bedre pasientmiljø.
- Psykiatri og rus ønsker en lokalisering nært bakken. Det er også ønskelig med lokalisering av senger og poliklinikker for rus og psykiatri på samme plan.
- Tomta krever en kompakt løsning med begrenset fotavtrykk som begrenser mulighetene til samlokalisering på samme plan.

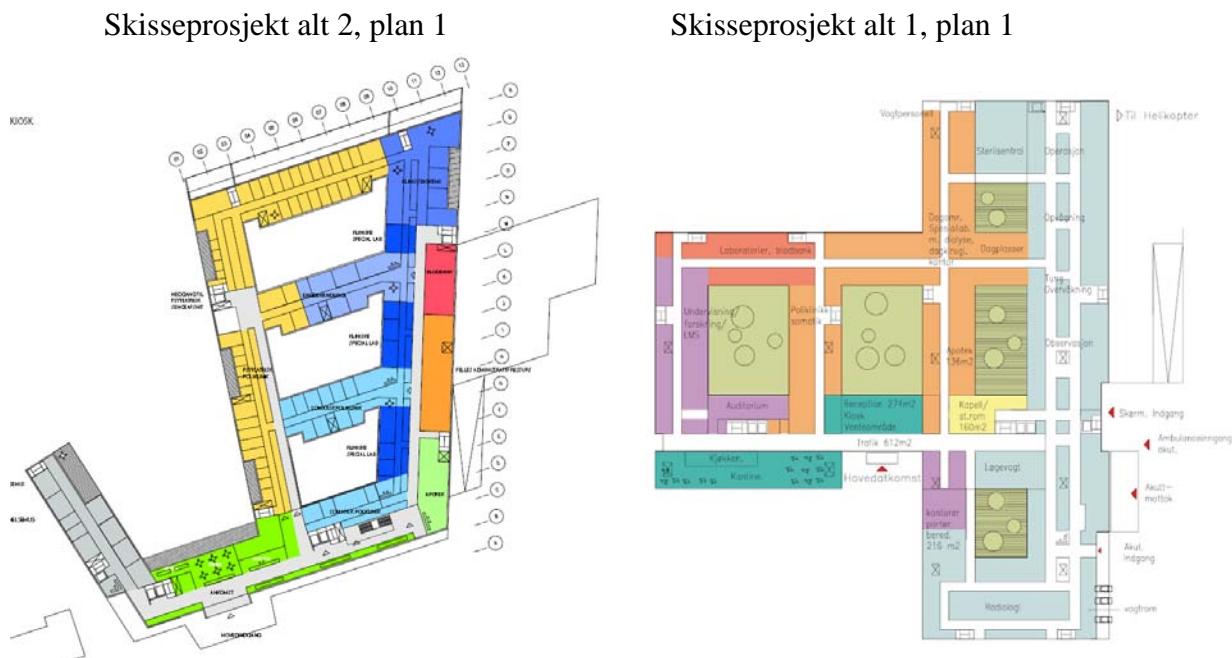
På grunnlag av målsettingene og Hovedfunksjonsprogrammet er det utviklet 2 alternative skisseprosjekt. Første forslaget var ferdig til mai 2010, men på grunn av utilstrekkelig avklaring på noen punkter ga Styringsgruppa et forsterket mandat som la grunnlag for gjennomføring av et nytt alternativ. Dette skulle spesielt fokusere på:

- Mindre fotavtrykk, bedre utnyttelse av tomte
- Vise muligheter for samhandling med kommunehelsetjenesten på en bedre måte, innpasse arealer til et integrert helsehus
- Lokalisering av sengeområder for psykiatri og rus nær bakken
- Vise fleksibilitet og utvidelsesmuligheter

I det videre arbeidet ble samarbeidet med Narvik kommune ble forsterket og det ble etablert et samarbeid mellom prosjektering, programmering og prosjektledelse. Dette arbeidet utløste nye samarbeidsløsninger mellom sykehus og kommune og førte også til endringer i programmet.

5.8.1 Sammenligning av skisseprosjektene

Skisseprosjektene bygger i hovedsak på samme program, men det er ulikheter i struktur og sammenheng i bygget, lokalisering av funksjoner og tilrettelegging for samarbeid. Fig. 5 viser fortavtrykket for de to alternativene, her illustrert med plan 1. Det vises til vedlagte skisseprosjekt.



Figur 5: Skisser av plan for skisseprosjekt 1 og 2

Effektiv tomteutnyttelse, mindre fortavtrykk

Alternativ 2 er vesentlig mer kompakt enn alternativ 1. Når det gjelder fremtidig fleksibilitet og drifts kan det være en ulempe at arealet er fordelt over flere plan.

God kommunikasjon med bakken fra sengeområdene psykiatri og rus

I alternativ 1 er sengeområdene plassert i plan 2 og det er ingen direkte utgang til bakken. Dette kompenseres i noen grad med tilgang til store terrasser/takhager. I alternativ 2 ligger disse sengeområdene på bakkeplanet.

God tilknytning til et bygg for kommunale tjenester (Helsehuset)

I alternativ 1 er det vist en kobling mellom sykehus og sykehjem men en transportkulvert. Et bygg for kommunale tjenester er antydnet plassert på samme tomt. I alternativ 2 er det vist en ekstra fløy som i utgangspunktet kan brukes av kommunehelsetjenesten og eventuelle private tjenesteytere. Den knyttet sammen sykehusbygget og byggene har felles inngang med felles ekspedisjon, kafe og publikumsområder.

Gode muligheter for å øke kapasiteten

Alternativ 2 gir større muligheter for utbygging. Det har en mer åpen løsning som gir muligheter for å bygge ut både på bakken og i flere plan.

Kunne realiseres innenfor en kostnadsramme på 1.500 MNOK

Alternativ 1 viste en samlet investeringskostnad på nærmere 1 580 MNOK. Styringsgruppen ønsket et alternativ innenfor en ramme på 1 500 MNOK. Alternativ 2 har en sammenlignbar kostnad på 1 500 MNOK.

En sammenligning av arealbruk og investeringsbehov er vist i tabell 10.

5.8.2 Kostnader og investeringsbehov

Tabellen viser en sammenligning av arealbruk og investeringskostnader for de to alternative skisseprosjektene.

Tabell 10: Sammenligning av alternative skisseprosjekter på areal og kostnader

	Brutto m2	Kalkyle totalt	Kalkyle per m2	Styringsmål p30	Inkl margin p85
Skisseprosjekt 1, mai 2010	28.264	1.579.932.000	55.899	1.551.000.000	1.745.000.000
Skisseprosjekt 1, prisjustert 1.5% mai-aug 2010		1.603.630.980	56.738	1.574.265.000	1.771.175.000
Skisseprosjekt 2, oktober 2010	27.731	1.456.000.000	52.504	1.425.000.000	1.590.000.000
Avvik skisseprosjekt - skisseprosjekt 2	-533	-147.630.980	-4.233	-149.265.000	-181.175.000
Avvik i %		-9,2	-7,5	-9,5	-10,2

Skisseprosjekt 1 blir ca 147 MNOK dyrere på grunn av både høyere B/N faktor og høyere kostnad per m2. Kostnader til brukerutstyr er på 127 MNOK og det samme i begge prosjektene.

På grunn av lavere kostnad per m2 vil en utvidelse av opptaksområdet (scenario 2) ha en lavere investeringskostnad for skisseprosjekt 2 enn for skisseprosjekt 1.

Det er gjennomført usikkerhetsanalyser for begge alternativene. Forutsatt en sikkerhet tilsvarende p85 (85 % sannsynlighet for gjennomføring innenfor rammen) bør investeringsbehovet settes til 1.590 MNOK for skisseprosjekt 2, tilsvarende en margin på 134 MNOK. For skisseprosjekt 1 vil marginen være på 167 MNOK.

5.8.3 Driftsøkonomi

Ulikhetene i løsning og arealbruk mellom skisseprosjekt 1 og 2 antas ikke å gi utslag på forventede driftsøkonomiske innsparinger. Begge alternativene bygger på den integrerte modellen og dagens opptaksområde. Endringer i driftsøkonomi gjelder sammenlignet med dagens sykehus (regnskap 2009, drøftinger med UNN Narvik mai 2010).

Skisseprosjekt 2 viser en tettere integrasjon mellom sykehus og primærhelsetjenesten enn skisseprosjekt 1, og det beskrives mulig løsninger for samarbeid og samdrift som vil ha innvirkning på bemanning og driftskostnader for både kommunen og sykehuset. Det har ikke vært mulig å gjøre konkrete beregninger av effekter på driftsøkonomien, men et samarbeid mellom to relativt små enheter om felles oppgaver antas å gi en positiv effekt, forutsatt de samme tjenestene og lik kvalitet.

Kommunen vil i fremtiden være en større bruker av funksjonsområder i sykehuset. For å illustrere omfanget av dette er det i programmet anvist en kommunal andel på 437 m2 netto av det totale programarealet på 13 332 m2. Dette er arealer som inngår i det prosjekterte arealet (med ca 900 m2 brutto) og vil gi en leieinntekt for sykehuset. Den er ikke inkludert i den driftøkonomiske effekten.

Tabell 11: Driftsøkonomiske konsekvenser av Nye UNN Narvik, skisseprosjekt 1 og 2, scenario 1, dagens opptaksområde

	Økonomisk effekt
Sum kliniske funksjoner	-19.440.135
Energiutgifter	-2.126.653
Renholdsutgifter	-1.038.056
Øvrige FDVU utgifter	1.213.010
Matdistribusjon og kjøkken	-1.500.000
Sum effekt nytt bygg	-22.891.834

Forventet årlig kostnadsreduksjon blir da like under 23 MNOK.

5.9 Måloppnåelse

Vurdering og valg av alternativ bygger på hvordan løsningen bidrar til at målene oppfylles innenfor de rammene som er satt. Nedenfor er de målene som er operasjonaliserbare vurdert i forhold til 0-alternativet og de to alternative skisseprosjektene.

Begge alternative skisseprosjekt bygger på den integrerte modellen med somatikk, psykiatri og rus samlet i en bygning. Modellen med samlokalisering har vært vurdert og avvist på faglig grunnlag, og den vil også ha gitt høyere investeringskostnader og større bemanningsbehov.

Begge skisseprosjektene bygger på scenario 1 som forutsetter et aktivitetsnivå tilsvarende dagens opptaksområde. En økning av kapasitetsbehovet vil kunne løses i begge alternativene uten forskjeller i investerings- eller driftskostnader.

Tabell 12: Vurdering av måloppnåelse for alternative løsninger

Mål	0-alternativet	Skisseprosjekt 1	Skisseprosjekt 2
Ivaretar fremtidig kapasitetsbehov ved UNN HF for senger på en fleksibel måte	Ja, usikkerhet mht kvalitet på lokalene	Ja	Ja
Bidra til bedret rekruttering	Kan virke motsatt	Ja	Ja, trolig attraktivt med integrert modell
Utvikle bygg som gir driftseffektive løsninger	Nei, krever omfattende ombygginger	Ja	Ja
Ligger i forkant av samhandlingsreformen	Gir ikke samme mulighet til samlokalisering	Ja, men ikke en god kobling som i alt 2	Ja
Samarbeidsløsninger og effektiv samhandling med kommunen og øvrige kommuner i Ofoten	Ja, så lenge det ikke er avhengig tiltak i bygget	Ja	Ja
Utvikle en undervisnings- og forskningsarena i tråd med samhandlingsreformens intensjoner	Vanskelig uten samlokalisering	Ja	Ja
Utvikle kompetanse i sykehuset og kommunehelsetjenesten	Vanskelig uten samlokalisering	Ja	Ja
Samlokalisering av somatikk, psykiatri, rus og	Ikke mulig	Ja	Ja
Lokaliseres slik at adkomsten fra Nord Tromsø blir god	Ja	Ja	Ja
Driftsøkonomiske konsekvenser	Som i dag	-23 MNOK	-23 MNOK
Driftsulemper under bygging/rehabilitering	Omfattende driftsulemper og kostnader underbygging		
Begrenset fortavtrykk	Ikke relevant	Nei	Ja
Plassering av psykiatri nær bakken	Ikke relevant	Nei	Ja
Innenfor investeringsrammen 1.500 MNOK	Ikke relevant	1.670 MNOK	1.520 MNOK
Installasjon av MR	Ja	Ja	Ja

Driftsulemper i byggeperioden er en vesentlig merkostnad som ikke er kalkulert i 0-alternativet. En totalrenovering av tekniske anlegg for VVS og en oppgradering av sanitæranlegg vil trolig redusere sykehusets kapasitet over lengre perioder. Omtalen av byggenes kvalitet og behovet for utskifting og oppgradering i kapittel 6 viser omfattende byggearbeider som trolig ikke kan gjennomføres uten at det bygges provisorier i utbyggingsperioden eller kapasiteten reduseres. Bygging av provisorier eller overføring av pasienter til andre sykehus vil innebære store merkostnader.

0-alternativet var i utgangspunktet vurdert og forkastet ifm godkjenning av idérapporten og oppstart konseptfasen. Det vedlikeholdsarbeidet som er igangsatt har som mål å rette mangler som

er knyttet til pålegg, i første omgang fra branntilsynet. Arbeidet har et kortsiktig perspektiv og skal 0-alternativet være sammenlignbart med de to nybyggalternativene, må HFP 2006 legges til grunn. Vurderingen av denne løsningen ifm behandling av idéfaserapporten konkluderte med at kostnadene per m² ville være på samme nivå som nybygg. Denne vurderingen er forsterket etter at nye forskrifter om universell utforming og energiforbruk er kommet.

Begge utbyggingsløsningene kan gjennomføres og vil kunne oppfylle krav til kapasitetsøkning i scenario 2 med utvidet opptaksområde. Skisseprosjekt 2 er et resultat av et forsterket mandat fra styringsgruppe og oppfyller på en god måte de nye kravene i mandatet. Det har også en lavere byggekostnad både per m² og totalt.

Styringsgruppen anbefale derfor at Skisseprosjekt 2 med en kapasitet som kan dekke dagens opptaksområde og med integrasjon mellom somatikk, psykiatri og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling, legges til grunn for oppstart forprosjekt.

5.10 Nye UNN Narvik – et pilotprosjekt for samhandling

I Statsbudsjettet for 2011 understreker regjeringen at

”Mangel på helhet og samordning er en av de største utfordringene i helse- og omsorgstjenesten. Derfor har regjeringen lansert samhandlingsreformen som skal bidra til å gi pasientene et bedre og mer helhetlig helsetilbud. ”

Dette er en felles utfordring for kommunene og helseforetakene og som må løses i fellesskap.

Samhandlingsreformen slik den er beskrevet i St.meld.nr 47/2009 legger opp til en styrking av kommunehelsetjenesten og en avflating av veksten i spesialisthelsetjenesten. Det skal utvikles og utbygges ”intermediære” tilbud innenfor kommunehelsetjenestene som vil innebære overføring av pasienter og kapasitet til kommunene. Det forutsettes tettere samarbeid mellom sykehus og kommuner, noe som vil kreve nye måter å organisere tjenestene på.

5.10.1 Konseptfasen Nye UNN Narvik og samhandling

Resultatene fra konseptfasen for Nye UNN Narvik og den planprosessen som er gjennomført, viser hvordan lokalsykehuset og kommunen sammen kan utvikle nye modeller for samarbeid. Nedenfor er listet sentrale punkter som har vært tatt opp og behandlet som en integrert del av planprosessen for det nye sykehuset.

Helhetlige planmodeller og bruk av pasientforløp

- Helhetlig planmodell som knytter Nye UNN Narvik sammen med UNN Tromsø, og fordeler fremtidig aktivitet i forhold til tilgjengelig kapasitet.
- Gjennomgående pasientforløp for viktige pasientgrupper som viser pasientenes fremtidige tilbud i kommunehelsetjenesten, i sykehus sentralt eller lokalt og om det vil være behov for innleggelse eller dagbehandling.
- Alternative scenarier for endring av pasientstrømmene mellom sykehus og kommunene med utgangspunkt i dagens forbruksrater.

Integrasjon somatikk, psykiatri og rusbehandling sammen med kommunale tjenester

- Alle grupper mottar behandling i samme enhet og bygg, og samling eller oppdeling av funksjoner på fag gjøres på grunnlag av pasientenes behov, faglige krav og effektiv drift.
- Samlokalisering av sykehusanlegget, sykehjemmet og et Helsehus for kommunehelsetjenester.
- Samarbeid om kliniske funksjoner (FAM, felles observasjonsenhet, medisinske støttefunksjoner som fysio- og ergoterapi, diagnostikk)

- Felles seremonirom, felles områder for pasientservice, og sambruk av varemottak, transport og andre typer service og støttefunksjoner.

Tilrettelagt for undervisning og forskning

- Samarbeid med universitetet (UiT) og Høgskolen i Narvik (HIN) i planleggingen. Det etableres en felles arena for undervisning og forskning hvor man kan utnytte erfaringen om utvikling og drift av samhandlingstiltak og bruk av telemedisin og IKT i regionen. Utvikling av felles undervisningstilbud for ansatte.

Fleksibelt bygg

- Generelle områder for senger, poliklinikker og behandling som kan konverters til andre funksjoner og som kan tilpasses endringer i kapasitetsbehovet mellom sykehuset og kommuneheletjenesten.
- Tomt og byggløsninger som åpner for utbygging og tilpassing for både sykehusets og kommunens behov i fremtiden

5.10.2 Modeller for samhandling

Statsbudsjettet sier videre at ” *Tilbudet i spesialisthelsetjenesten må tilpasses lokale utfordringer. Ingen lokalsykehus skal legges ned. I noen tilfeller vil det bli bygd nye sykehus som erstatter flere gamle som ligger i nærheten. Arbeidet for bedre funksjonsdeling mellom sykehusene skal fortsette.* ”

Utvikling av medisinske senter i kommunal regi og modeller for samarbeid med lokale sykehus må baseres på den lokale situasjonen og flere modeller er aktuelle:

1. Medisinske senter i samarbeid mellom flere mindre kommuner med lange avstander til sitt lokalsykehus. Det finnes i dag eksempler på slike modeller både i Helse Nord og i resten av landet, og erfaringene fra drift av disse gir grunnlag for forskning og utvikling.
2. Organisering av kommunale tjenester i større byer med stort akuttstusykehus eller et regionsykehus. Det er gjennomført utviklings- og forskningsprosjekter omkring i endringer i de kommunale tjenestene og flere slike prosjekter vil komme.
3. Organisering av nye medisinske senter i mindre byer/steder som har et lokalsykehus som betjener vertskommunen og omkringliggende kommuner (typisk 20-30 000 innbyggere i opptaksområdet). Modellen gjelder mange lokalsamfunn som har et lite lokalsykehus. Det finnes eksempler løsninger med samarbeid mellom sykehus og vertskommunen (f.eks. Helsehuset i Mo i Rana), men det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om utformingen av en slik modell.

De små lokalsykehusene har både utfordringer og fortrinn når samhandlingstiltak og det nye faglige tilbudet skal utvikles. Lokalsykehuset har en spesiell posisjon hos befolkning, det representerer kompetanse og trygghet i nærmiljøet og er den største arbeidsplassen i kommunen.

Utviklingen av planene for Nye UNN Narvik har vist den nære koblingen det er mellom sykehuset, befolkningen og de kommunale tjenestene. Lokalsykehusene representerer den nære tilknytningen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Lokalsykehusene består av små fagmiljø. Det samme vil gjelde for de fleste kommunene når de skal utvikle nye og mer faglig krevende behandlingstilbud i lokalmiljøet. Lokalsykehusene og kommunene har mye å hente ved å samarbeide om utviklingen av disse nye tilbudene. Det er viktig å unngå at en oppbygging av desentrale tilbud fører til en oppdeling og svekking av kompetanse og kvalitet.

Oppbygging av modellen krever parallell utvikling av tilbudet i lokalsykehuset og de kommunale tjenestene. Begrepet "beste effektive omsorgsnivå" må innebære at organisering av tjenestene på begge nivå skal gi et faglig godt tilbud til pasientene og trygghet for befolkningen, samtidig som man sikrer fagutvikling, rekruttering, effektiv ressursutnyttelse og god driftsøkonomi. Det er også viktig at det utvikles modeller som kan gi grunnlag for forskning og utvikling, og være arena for utdanningen for fremtidens helsearbeidere.

5.10.3 Grunnlaget for pilotprosjektet

I statsbudsjettet foreslås det "å øke bevilgningen til gjennomføring av samhandlingsreformen med 200 mill. kroner, til totalt 580 mill. kroner."..... I 2011 er det viktigst å stimulere til å:

- videreutvikle helse- og omsorgstjenestene med bedre organisatoriske modeller og utvikle samarbeid innad og mellom kommuner og helseforetak, samt med utdanningssektoren, for å forberede tjenester og medarbeidere for endringer i rammevilkår
- utvikle kompetanse og systemer, herunder å modernisere og styrke IKT-satsingen i helsesektoren"

Satsingen skal bidra til at....."i 2011 skal kommunene stimuleres til å:

- inngå samarbeid med andre kommuner, helseforetak og med utdanningssektoren om planlegging og utvikling av samhandlingstiltak, herunder lokalmedisinske sentre
- bygge opp kompetanse i kommunale tjenester innen planlegging og styring for å møte endrede rammevilkår fra 2012
- sette samhandling på dagsorden i kommunal og statlig/ regional planlegging
- utvikle helsenettet, etablere elektronisk kjernejournal og styrke infrastrukturen på IKT-området
- utvikle kommunale data om forbruk av spesialisthelsetjenester, i tilknytning til nye ordninger for finansiering i 2012"

Flere av disse punktene reflekteres i planene for Nye UNN Narvik:

- Det er etablert et praktisk planleggingsamarbeid for å utvikle nye tiltak, herunder modeller for organisering av medisinske tjenester i samarbeid mellom UNN HF og Narvik kommune og øvrige kommuner i Ofotenregionen.
- Kommunal deltakelse i arbeidsgrupper og styringsgruppe øker kommunens kompetanse på planlegging og utvikling av sykehuset. Tilsvarende skjer det kompetanseutvikling i sykehuset og planleggingsmiljøet om innhold i og betingelsene for utvikling av kommunale tjenester. Kompetanse om og respekt for den andre partens oppgaver, kompetanse, ressurser, styrings- og beslutningsmodeller og kultur er grunnleggende for samarbeidet.
- Prosjektet setter konkrete samarbeidsspørsmål på dagsorden for UNN HF og Narvik kommune
- I målene for Nye UNN Narvik inngår utvikling av IKT-tjenester for å understøtte samhandling. Bruken av integrerte pasientforløp i planleggingen gir grunnlag for utvikling av slike tjenester.
- Gjennom samarbeidet i prosjektet og løsningene som foreslås legges det til rette for et nært samarbeid mellom helsetjenestene på begge nivå og utdanningsinstitusjonene (UiT og HIN)

Piloten skal gi grunnlag for utvikling av nye løsninger som har overføringsverdi til andre HF, sykehus og kommuner. Det er derfor viktig å fokusere på praktiske problemstillinger og utvikle løsningsforslag som går ut over den lokale situasjonen. Det også viktig å organisere piloten og utviklingsprosessen slik at det kan samles data som gir grunnlag for evaluering og konsekvensberegninger for alternative løsningsalternativ.

5.10.4 Helsetjenestemodell for Troms og Ofoten

Sentralt organ for samhandling i Troms og Ofoten (OSO) har utarbeidet en beskrivelse av et konsept for en helsetjenestemodell for Troms og Ofoten (HMTO). Dette konseptet forutsettes utviklet gjennom et pilotprosjekt, og visjonen for piloten og samhandlingen er å:

”utvikle en moderne helsetjeneste i Troms og Ofoten (TO) innenfor samhandlingsreformens prinsipper og rammevilkår, som kan være et ”utstillingsvindu” og modell for andre regioner.

Formålet med modellen er:

- Å utvikle samhandlingsmodeller i TO som tar i bruk moderne kommunikasjonsløsninger
- Organisere tjenesten på en slik måte at pasienten får det beste tilbudet på faglig riktig nivå

Viktige delmål er å:

- Vise med en pilot hvordan helsetjenestetilbudet kan organiseres slik at flere mestrer sine helseplager bedre og i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester.
- Legge til rette for registrering av forsknings- og evalueringsdata for å kunne trekke ny forskningsbasert kunnskap av den modellen som piloten utvikler.

Det forutsettes at enhetene som utgjør helsetjenestene i TO settes inn i en totalintegreert modell og at behovet for nye tjenester/enheter må kartlegges ut fra kunnskapen om det samlede behovet for tjenester. Utgangspunktet er utvikling og faglig forsterking av det kommunale tilbudet og organisering av nye kommunale tjenester. Målet er en koordinert plan for plassering og organisering av de nye kommunale tjenestetilbudene i TO-regionen. Disse enhetene kan ha ulike tjenesteprofiler og dekke et definert geografisk område.

Det understrekes at prosessen med implementering og gjennomføring av piloten utformes som forskningsmodeller som bl.a. gir grunnlag for evaluering. Her er forankring av kravene til endringer i samhandlingsreformen sentralt.

I et brev datert 27.05.2009 til Helse- og omsorgsdepartementet trekker direktøren ved UNN HF frem de viktige hovedgrepene som bør inngå i en slik satsing, og som kan inngå i et pilotprosjekt. Det vises bl.a. til behovet for å utvikle og forsere prosjektet Nye Narvik sykehus som et utstillingsvindu for moderne samhandlingsløsninger.

5.10.5 Grunnlag for en pilot ifm Nye UNN Narvik

Det er mange grunner til at det ligger så godt til rette for å utvikle og gjennomføre en slik pilot ifm Nye UNN Narvik:

- Den mangeårige erfaringen som sykehus og kommuner i Nord-Norge har med å praktisere samhandlingsløsninger for å kunne levere gode helsetjenester der folk bor.
- UNN HFs erfaringer med samarbeid med sykestuer og distriktsmedisinske senter kan overføres til utvikling av en riktig samhandlingsmodell for et lokalsykehus og omkringliggende kommuner (modell 3)
- Det etablerte samarbeidet gjennom OSO og mellom kommunene i Ofoten regionråd.
- De konkrete og gode samarbeidserfaringene som er høstet gjennom arbeidet med konseptfasen for Nye UNN Narvik
- Den omfattende planprosessen som dokumenterer muligheter for å etablere nye og innovative løsninger på organisering av tilbudet til pasientene i helhetlige forløp
- De konkrete forslagene til praktiske samarbeidsarenaer gjennom felles ansvar for organisering og drift av kliniske tilbud og støttefunksjoner
- De nye anleggene som gir rom for fleksibel drift av både sykehusfunksjoner og kommunale tjenester
- Modellen med integrert løsning for somatikk, psykiatri og rus.

5.10.6 Innholdet i et pilotprosjekt

Utgangspunktet for å etablere et pilotprosjekt er de mange viktige problemstillingene som er belyst og i noen grad konkretisert i denne konseptrapporten samt det gode samarbeidet som er etablert mellom partene og i prosjektet. Statsbudsjettets understrekninger forsterker dette og setter prosjektet og piloten inn i en nasjonal sammenheng. Viktige problemstillinger som piloten kan ta opp er:

- Utvikle en modell for organisering av tilbudet til pasientene og fordeling av leveranse av tjenester mellom sykehus og kommune. I forbindelse med planleggingen av Nye UNN Narvik kan de spesielle organisatoriske og samarbeidsmessige relasjonene som gjelder mellom små lokalsykehus og kommunehelsetjenesten beskrives og danne grunnlag for utvikling av en slik modell.
- Utvikle pasientforløp på tvers av behandlingsnivåene. Legge til rette for sømløse tjenester på tvers av nivåene og til nytte for pasientene.
- Utvikle krav til datamodell og organisering av datafangst som grunnlag for planlegging og styring av aktivitet mellom nivåene, herunder styring av finansiering
- Mottak av akutt pasienter. Utvikling av FAM i samarbeid med den kommunale akuttlegevakta. Bruk av felles observasjonssenger
- Fleksible modeller for bruk av diagnostikk og medisinske støttetjenester som fysio- og ergoterapi oa. Fleksibel ressursutnyttelse av ressurs for pleie og behandling innenfor rehabilitering
- Optimalisering av driftsmodell på tvers av nivåene. Felles utnyttelse av arealer, utstyr, bemanning, beregning av driftsøkonomiske konsekvenser.
- Samarbeid om pasienter innenfor somatikk, psykiatri og rus i sykehuset og i forhold til kommunens tjenestetilbud
- Utvikling av ambulerende tjenester, felle team mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Riktig fordeling av rehabiliteringstilbud mellom spesialisert rehabilitering, rehabilitering i lokalsykehus og kommunal rehabilitering, utvikling av integrerte pasientforløp
- Utvikling av telemedisin tjenester knyttet til samhandlingsmodeller og pasientforløp
- Utvikle undervisningstilbud rette inn mot nye behov for kompetanse og ressurser i kommuner og sykehus.
- Kompetanseutvikling i samarbeid mellom sykehus og kommune. Organisering av hospitering og videreutdanning, økt rekruttering.
- Sikre forskningsbaserte kunnskap om effekter av samhandling.

5.10.7 Forholdet mellom pilotprosjekt og planprosessen

Første aktivitet i forprosjektfasen er gjennomføring av delfunksjonsprogrammet (DFP). DFP gir grunnlaget for den detaljerte prosjekteringen. I arbeidet med DFP forutsettes det at man diskuterer og avklarer innholdet i hver delfunksjon, hvilke tilbud som inngår, hvilke pasienter dette omfatter, organisering og bemanning, samarbeidsrelasjoner og nærhetsbehov, krav til rom og utstyr, mv. En slik gjennomgang av alle delfunksjoner i sykehusdelen av prosjektet vil i mange tilfelle etterspørre relasjoner og avhengigheter til funksjoner og tjenester i kommunene.

De tema som piloten tar opp vil i mange tilfeller være sammenfallende med eller inngå i de avklaringer som gjøres i DFP. Det er derfor en fordel om piloten kan gjennomføres parallelt med og som en del av DFP. En slik modell vil kreve at arbeidet med DFP tar lengre tid enn normalt og at organiseringen tar hensyn til deltakelse fra kommunen, UiT, HIN, OSO, andre FoU-miljø.

Det vil også bli nødvendig at beslutningen om videreføring av planleggingsarbeidet omfatter finansiering av både DFP og pilotarbeidet, i tillegg til arbeid med forprosjekt og detaljert program for rom og utstyr.

5.10.8 Organisering av piloten

Et pilotprosjekt må gjennomføres av helseforetaket og kommunene i samarbeid. Rapporten ”Troms og Ofoten som modell for samhandlingsreformen” beskriver hvordan et pilotprosjekt kan organiseres og gjennomføres.

Deltakeren i pilotprosjektet må omfatte UNN HF og kommunene i Ofoten regionen. Universitetet i Tromsø og Høgskolen i Narvik er viktige bidragsytere.

Organisering og planer for gjennomføring av pilotprosjektet må etableres når OSO-prosjektet er mer konkretisert. Det er viktig at organiseringen av en pilot som involverer planleggingen av Nye UNN Narvik samordnes med gjennomføringen av delfunksjonsprogrammet.

6 UNN Narvik – dagens sykehus

6.1 Dagens aktivitet og kapasitet

6.1.1 Somatikk

UNN HF er organisert i en tversgående klinikkstruktur for alle sykehusenheter. UNN Narvik er en del av UNN HF og tilbyr lokalsykehustjenester for kommunene Narvik, Gratangen, Lavangen, Salangen, Ballangen, Evenes og deler av Tysfjord (ca 27 000 innbyggere i 2009). I Narvik tilbys spesialisthelsetjenester innen fagområdene generell kirurgi, ortopedi, indremedisin, gynekologi, føde og ØNH (ambulant virksomhet). Det er dagtilbud og ambulant tilbud innen rehabilitering. Sykehuset har full beredskap for indremedisin, generell kirurgi, ortopedi, gynekologi og føde. Den somatiske virksomheten er lokalisert på ”Sykehushaugen” i Narvik.

Døgn- og dagopphold

Ved UNN Narvik var det i 2007 totalt ca 3 740 døgnopphold og 17 000 liggedager. Gjennomsnittlig liggetid var på 4,6 døgn. 86 % av døgnoppholdene var registrert som øyeblikkelig hjelp, og ca 20 % av alle døgnopphold hadde en kirurgisk DRG (dvs. operasjonsstuekrevene prosedyre). UNN Narvik har i dag 57 ordinære døgnplasser i tillegg til 5 plasser for tung overvåking/intensiv og 2 observasjonsplasser, dvs. totalt 64 plasser. Det var totalt ca 1 400 dagopphold i 2007. Dialyse og kjemoterapi utgjorde i 2007 overkant av halvparten av dagoppholdene.

Poliklinikk

Det var i 2007 ca 25 000 polikliniske konsultasjoner. Dette gir et beregnet kapasitetsbehov på 14-15 undersøkelsesrom, forutsatt en driftsmodell med 220 dager per år/6 timer per dag, og i gjennomsnitt 45 minutt per undersøkelse. Det er i dag 9 undersøkelsesrom for poliklinisk virksomhet og en beregnet underkapasitet på 5-6 rom.

Operasjon

Det var i 2008 (ekskl. januar) registrert totalt 1 938 operasjoner ved UNN Narvik. Det fordelte seg på 834 for innlagte og 1104 dagkirurgiske/polikliniske. Ca 20 % av operasjonene var utført som øyeblikkelig hjelp. I gjennomsnitt hadde Narvik ca 1,1 øyeblikkelig-hjelp-operasjoner per dag, hvorav 20 % var registrert som poliklinisk behandling / dagkirurgi. UNN Narvik har en relativt lav andel øyeblikkelig hjelp, og det aller meste av den kirurgiske aktiviteten foregår på dagtid.

Radiologi

Ved UNN HF ble det i 2008 ble det utført 15 600 undersøkelser: Det har vært en nedgang i aktivitet de siste årene. Med et befolkningsgrunnlag på ca 26 700 innbyggere utgjør det et forbruk på opp imot 0,6 undersøkelse per innbygger per år. Dette er lavt sammenlignet med tilsvarende sykehus. Det er vedtatt installering av mammografilaboratorium og etablering av brystdiagnostisk senter som en satellitt av brystdiagnostisk senter i Tromsø. I det nye sykehuset er det planlagt installering av MR.

Laboratorier

UNN Narvik har laboratorietjenester innen medisinsk biokjemi og blodbank. 60 % av prøvene er eksterne, tilsendt fra primærlegene.

6.2 Psykisk helsevern

Senter for Psykisk helse Ofoten er et distriktspsykiatrisk senter med ansvar for det allmenne psykiske helsevern for barn, ungdom og voksne i samsvar med nasjonale retningslinjer og

veiledere. Senteret består av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP), døgnenhet, dagenhet og psykiatrisk beredskapsteam. Psykiatrisk beredskapsteam er et ambulant lavterskeltilbud (akutt-team) med utvidet åpningstid.

72 % av pasienter innen psykisk helsevern kommer fra Narvik kommune. De øvrige 28 % fordeler seg i hovedsak på nabokommunene i tillegg til Harstad. En del pasienter får akutt innleggelse i Tromsø eller i Bodø. Det er i dag 15 døgnplasser i Ofoten DPS.

Gjennomstrømningen av pasienter i institusjoner for psykisk helsevern er i stor grad knyttet til tilgjengelig behandlerkapasitet og organisering av driften. I poliklinikken skal kapasiteten økes til 20-25 stillinger i løpet av 2010, inkludert ambulant virksomhet. Kapasiteten ligger på ca 600 konsultasjoner per år per behandler, eller 2,7 konsultasjoner per dag. En betydelig del av virksomheten er også knyttet til indirekte konsultasjoner (veiledning av primærhelsetjenesten, telefonoppfølging).

Psykisk helsevern Ofoten har et anlegg med flere bygninger i Håkvik med et samlet areal på ca 3 800 m² brutto. Poliklinikker/behandlerkontorer er lokalisert i det gamle sykehjemmet på Sykehusaugen.

6.3 Tverrfaglig, spesialisert rusbehandling

Nordlandsklinikken i Håkvik sør for Narvik gir tilbud om individuelt tilpasset behandling av alle typer rusmiddelavhengighet på regionnivå. Det var i 2009 totalt 171 pasienter innlagt, av disse var 29 % kvinner. De fleste pasientene kom fra opptaksområdene for UNN HF og Nordlandssykehuset HF. Det er i 2010 en ventetid på 18 uker for avrusing og 25 uker for døgn- / korttidsbehandling.

Med unntak av noe tvang er all innleggelse elektiv. Noe akuttbehandling skjer i det lokale DPS-et. Poliklinisk utredning skjer ved DPS/lokalsykehus før henvisning for innleggelse på regionnivå. Hvert opphold varte i gjennomsnitt 25-30 dager. Kun 63 pasienter var til poliklinisk konsultasjon. Dette omfattet i hovedsak oppfølging av innlagte.

Nordlandsklinikken har 24 døgnplasser og 3 skjermingsplasser. I løpet av 2010 utvides ordinære døgnplasser til 22 og skjermingsplasser til 8. Ut over døgnplassene ved Nordlandsklinikken har UNN HF 40 plasser lokalisert til Åsgård i Tromsø.

Koordineringsenheten v/ Kompetansesenter rus (KoRus-Nord) er lokalisert ved Høgskolen i Narvik. Koordineringsenhetens hovedoppgaver er å koordinere pasientstrømmen til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord RHF.

Nordlandsklinikken har en bygningsmasse som består av et hovedbygg, en hytte og tre garasjer, og samlet areal er på ca 4 000 m² brutto.

6.4 Institusjonsbaserte heldøgns plasser i Narvik kommune

Narvik kommune har totalt 208 plasser for heldøgns omsorg. Furumoen sykehjem har 108 plasser hvorav 8 er skjermede plasser for demente. Kommunen har totalt 9 korttids plasser i sykehjem, hvorav 2 er for rehabilitering. Antall korttids plasser skal økes til 18, hvorav 4 til rehabilitering. Denne kapasiteten er en del av sykehjemmet på Furumoen hvor det nye sykehuset planlegges lokalisert.

Ved sykehjemmet i Bjerkvik er det plasser for palliativ behandling, og det planlegges en palliativ enhet i Narvik knyttet til sykehjem med spesiell kompetanse. En del sykehjemsplasser er omgjort til omsorgsboliger.

Legevakten i Narvik er lokalisert til sykehuset og tar imot ca 9 500 pasienter per år. Dette gir i snitt 26 pasienter pr døgn. Antallet er noe høyere i helgene. Åpningstida fra kl 15:30 til 08:00 på hverdager og 24 timer i døgnet i helgene.

6.5 Bygg

6.5.1 UNN Narvik på sykehusaugen

Status for UNN Narvik, Sykehusaugen er også omtalt under kapittel 5 0-alternativet.

Sykehuset UNN Narvik har total bruttoareal på ca 15.100 m² fordelt på fløyer og bygg fra 1938 til 2003. Det meste av bygningsmassen er fra før 1975.

Det foreligger flere utredninger om kvalitet og behov for vedlikehold og oppgradering. Det konkluderes med at det, med unntak av fløy F Varmesentral og fløy E Felles akuttinntak er det behov for renovering/oppgradering av store deler av sykehuset.

Det er de siste årene gjennomført strakstiltak på flere deler av bygningsmassen bl.a. på grunn av pålegg fra mattilsynet og branntilsyn. Dette omfatter utbedring av sanitæranlegg, el-anlegg, anlegg for medisinske gasser, sanering av asbest i ventilasjonskanaler, brannsikringstiltak mm.

For utbedring av problemer som er kartlagt gjenstår det en rekke tiltak for at anlegget skal være operativt som sykehus i de nærmeste årene. Tiltakene omfatter brannsikring av veggføringer og rømningsveier, oppgradering av e-anlegg, oppgradering av bad og sanitærom, utbedring av ventilasjonsanlegg, generell utbedring av rom (gulvflater, belysning), utbedring av fasader, utskifting av vinduer, sanering av asbest og PCB-armaturer mv. Det foreligger ikke et fullstendig overslag over kostnadene.

6.5.2 Senter for psykisk helsevern Ofoten

Planer for utbygging av nye DPS for Ofoten slik det er forutsatt i opptrappingsplanen for psykiatrien er stilt i bero i påvente av behandling av konseptrapporten og videre fremdrift for Nye UNN Narvik. Det er øremerkede midler avsatt på investeringsbudsjettet for Helse Nord RHF i påvente av slik avklaring.

Senter for psykisk helsevern Ofoten har et total bruttoareal på ca 3.825 m². Anlegget omfatter fem fløyer i to bygninger, og er lokalisert i Håkvik. Bygningene er oppført i 1982. Bygningsmassen er utført med teglfasader og valmet tak.

Fløy A-B er sengepostavdeling med nødvendige kontorer, kjøkken, og aktivitetsrom og er på ca 2830 m², og er i bruksmessig god stand, men det vil være behov for større oppgradering av anlegget om relativt kort tid. Det omfatter utskifting av tak, oppgradering av varme, ventilasjon og automatikk, utbedring av vannrør og el-anlegg. I de seneste årene er det utført en del vedlikeholdsarbeid. De nødvendige, gjenstående tiltakene er ikke kostnadsregnet.

Fløy C,D,E er lokalisert i eget bygg kalt Paviljongen som ikke har vært i bruk siden UNN HF overtok ansvaret. Bygget er på ca 910 m² og det må gjøres en del vedlikehold før det eventuelt kan tas i bru.

En del behandlerkontorer er lokalisert til sykehjemmet som ligger på Sykehusaugen. Anlegget er ikke i bruk som sykehjem, bygningsmessig standard er dårlig og det er lite egnet for denne typen virksomhet.

6.5.3 Nordlandsklinikken

Nordlandsklinikken er lokalisert i Håkvik og omfatter to fløyer, fløy A og B med et bruttoareal på ca 3.800 m². Bygningsmassen omfatter en eldre del som ble oppført i 1982 samt en nyere del som er et tilbygg med kontorer som ble ferdigstilt i 2003.

Bygget er pt under oppgradering med fulldekkende sprinkleranlegg, samt at rømningsveier og trapper i fløy B er utbedret for å ivareta personsikkerheten. Videre er takteking skiftet i 2010.

Nødvendig tiltak i nær framtid omfatter drenering, utskifting av vinduer, bygging av HC-toaletter, utbedring av kjøkken av på grunn av hygienekrav, oppgradere el-anlegg, varme, ventilasjon og automatikk.

7 Dimensjoneringsgrunnlag, kapasitetsbehov og struktur

Kapittel 4 beskriver beregningsmodeller og viktige faktorer som påvirker aktivitetsnivået i sykehuset. Disse har vært drøftet i overordnet ressursgruppe og er felles for Nye UNN Narvik og UNN A-fløy. Kapittel 6 oppsummerer dagens drift ved UNN Narvik, Senter for psykisk helse, Ofoten og Nordlandsklinikken med utgangspunkt i aktivitetstall for 2007 og 2009 (Nordlandsklinikken) og kapasitet fra 2009/2010. På dette grunnlaget beskriver kapittel 7 det fremtidige, beregnede aktivitetsnivå og kapasitetsbehov som legges til grunn for planene for Nye UNN Narvik.

7.1 Dimensjonering og overordnede målsettinger

Oppbyggingen av beregningsmodellen og valg av variable har tatt hensyn til målformuleringene i kap 2, bl.a. når det gjelder helhetlig planlegging for UNN HF, effekter av samhandlingsreformen og et langsiktig perspektiv for faglig utvikling av UNN HF. Målet om en plan som ser hele UNN HF i sammenheng er imøtekommet ved å basere aktivitetsberegningene på tall for hele UNN HF som deretter fordeles på de enkelte somatiske sykehusenhetene. Det er beregnet konsekvenser av alternative scenarier for opptaksområder, for på den måten å kunne balansere kapasitetsbehovet mellom UNN Tromsø og UNN Narvik.

Nye UNN Narvik er det første sykehusprosjektet som benytter pasientforløp for å kartlegge aktivitet og ressursbehov, analysere og beskrive endringer i fremtidig aktivitetsnivå og beregne kapasitetsbehov knyttet til det enkelte forløpet. Fordelen med metoden er at den frigjør diskusjonen fra dagens struktur og eierforhold til ressursene, og flytter fokus til pasientene og det behandlingsbehovet de har. Dette har vist seg nyttig i diskusjonen med fagmiljøene.

Dermed er det også mulig å beskrive konsekvenser av endringer for spesifikke pasientgrupper; overføring av deler av behandlingen til annet behandlingsnivå, overgang til dagbehandling, tiltak for spesielle grupper mv. Ved å knytte tilbudet (aktivitetene) for den enkelte pasientgruppen til behovet for ressurser, kan man beregne kapasitetsbehovet i eller utenfor sykehuset, for spesifikke pasientgrupper.

I arbeidet med å beregne dimensjoneringsgrunnlaget har man kartlagt ulikheter i forbruksrater mellom kommunene. Dette gir grunnlag for å kunne estimere potensialet for overføring av behandling til primærhelsetjenesten. De store ulikhetene i forbruk av sykehustjenester i forhold til befolkningsunderlaget i de enkelte kommunene tyder på at det er et stort potensial for endring. Fremskrevet beregnet aktivitet basert på dagens forbruksrater vil kunne reduseres med inntil 30 % for heldøgnsplasser, forutsatt fremtidig beregnet aktivitet basert på kommuner med laveste forbruksrater. I alle beregninger er det korrigert for ulikheter i befolknings sammensetningen. Det er liten kunnskap og hva som er årsakene til disse forskjellene, og i samråd med overordnet ressursgruppe har man valgt å legge midlere verdier for endringer i forbruk, til grunn for dimensjoneringsgrunnlaget.

7.2 2 scenarier for dimensjonering – alternative opptaksområder

Scenario 1 forutsetter samme opptaksområde som i dag. Programmet og skisseprosjektet er basert på scenario 1, men det er vist i skisseprosjektet hvordan kapasiteten kan utvides.

For å endre fordelingen av den samlede kapasiteten innad i UNN HF, er det vist et scenario 2 som forutsetter endringer i opptaksområdene slik at pasienter som i dag sokner til Tromsø kan styres til Harstad eller Narvik. Dette gjelder i hovedsak akutte lokalsykehuspasienter men kan også omfatte utvalgte, elektive tilbud. Hvis opptaksområdet for Narvik utvides med kommunene Sørreisa,

Lenvik, Bardu og Målselv, og forutsatt at 60 % av pasientene i dette området styres til Narvik, vil et fremtidig kapasitetsbehov tilsvarende ca 25 heldøgns plasser overføres fra Tromsø til Narvik. For andre dimensjonerende rom som operasjonsrom, dagplasser og poliklinikkrom ligger det muligheter for en omfattende kapasitetsøkning gjennom økt kapasitetsutnyttelse (driftsdager, åpningstider, gjennomstrømning).

7.3 Fremtidig aktivitet somatikk

7.3.1 Demografisk fremskriving

Utgangspunktet for fremskrivingen er aktivitet 2007 samlet for UNN HF og fordelt på de enkelte sykehusenhetene slik modellen i fig 4 viser. Samlet for området er det en økning i antall innbyggere på ca. 9 % totalt, men spredningen er stor. For kommunene i UNN Narviks opptaksområde er det samlet en nedgang på 0,3 %, og det er kun Narvik og Salangen som får en befolkningsøkning.

Aldersgruppen 70+ utgjør 19 % av befolkningen i 2030 mot 13,5 % i 2009, altså en økning i relativ andel på over 40 %. Denne befolkningsendringen er lagt til grunn for fremskriving av aktivitet til 2020. Effekten på kapasitetsbehovet for senger er vist i tabell 10.

Den beregnede effekten av den demografiske fremskrivingen alene gir en økning med på ca 2 100 liggedager eller 7 heldøgns plasser for Nye UNN Narvik.

Tabell 13: Forventet aktivitets- og kapasitetsendring til 2020 ved demografisk utvikling. Virksomhet/forbruksmønster som 2007, fordelt på lokasjoner

Fremskriving aktivitet UNN HF 2007 - 2020 uten omstilling/efektivisering										
	Antall heldøgns opphold 2007	Antall liggedager 2007	Antall dagopphold 2007	Antall heldøgns opphold 2020	Antall liggedager 2020	Antall dagopphold 2020	%-vis økning heldøgns opphold	%-vis økning liggedager	%-vis økning dagopphold	Endring antall senger, 85% utn
UNN Narvik	3740	17019	1436	4136	19159	1581	10,6	12,6	10,1	7
UNN Harstad	6977	30585	4449	8187	37082	5172	17,3	21,2	16,3	21
UNN Tromsø	25454	140477	21868	29008	164015	24996	14,0	16,8	14,3	76
UNN HF	36171	188081	27753	41331	220256	31749	14,3	17,1	14,4	104

Endringer i andre drivere (omstilling og effektivisering) som påvirker fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov er beskrevet i de etterfølgende punktene. Beregningene bygger på aktivitetstall fordelt på pasientforløpene, og det er beregnet effekter av endringer for hvert enkelt pasientforløp. Det er kun tall fra Narvik som bearbeides videre.

7.3.2 Omstilling og effektivisering

Oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste

For kommunene i UNN Narviks opptaksområde utgjorde antall liggedager for utskrivingsklare pasienter i 2008 1 956 døgn, noe som tilsvarer ca 6-7 senger i sykehuset. Når man trekker inn ferdigbehandlede/ overførte fra spesialisthelsetjenesten, palliativ behandling, funksjonsøkning/forebygging og observasjon ifm øyeblikkelig hjelp, er estimert et samlet behov for 13 sengeplasser i en kommunal "intermediærenhet".

Overføring til observasjonsenhet

Noen øyeblikkelig-hjelp-pasienter med forventet kort opphold og/eller uklar diagnose, kan ha opphold i observasjonsenhet i akutt mottaket i stedet for i et ordinært sengeområde. Av disse forventes det at 20 % blir innlagt i ordinære sengeområder. De resterende skrives rett ut til hjemmet eller til andre institusjoner etter 1 døgn.

Overføring til pasienthotell

I beregningene forutsettes det at en andel av heldøgnspatientene har opphold i pasienthotell i stedet for ordinært sengeområde. Bruk av pasienthotellet kan også bidra til økt bruk av dagbehandling og poliklinikk i stedet for innleggelse. Pasienthotellet kan også brukes til pasienter innenfor psykiatri og rusbehandling og til overnatting for pårørende og andre. Det er tatt hensyn til dette i programmet.

Fra døgn- til dagopphold

Dagopphold i stedet for innleggelse gjelder i hovedsak elektive, somatiske pasienter som i dag har 0-3 dg gjennomsnittlig liggetid. Det er forutsatt at UNN Narvik skal ha 70 % dagkirurgi eller mer i 2020. Samlet er det beregnet at antall dagopphold øker med ca 30%.

Generell reduksjon i liggetid

Det legges til grunn en generell reduksjon i gjennomsnittlig liggetid på 5 %. En kontinuerlig utvikling av medisinske tilbud og mer effektive arbeidsprosesser med mindre ventetid internt, gir grunnlag for en slik reduksjon.

Nye tilbud, overføring til andre sykehus

Det forutsettes at UNN Narvik vil opprettholde samme tilbud som i dag og det forutsettes ingen vesentlig endring i oppgavedeling mellom sykehusene i UNN HF. Nye UNN Narvik planlegges med full kirurgisk beredskap og fødeavdeling. I scenario 2 beregnes effekten av endringer i opptaksområde mellom UNN Tromsø og UNN Narvik (og UNN Harstad).

7.3.3 Andre faktorer som påvirker aktiviteten

Epidemiologisk utvikling

Aktiviteten og kapasitetsbehovet påvirkes av endringer i folks sykkelighet, endringer i medisinsk teknologi, nye tilbud og folks forventninger. En stor del av endringene slår ut som økning i dagbehandling og poliklinikk. Slike effekter lar seg vanskelig forutse og beregne på kort sikt. Det er lagt inn økning ut over effekter av demografiske endringer for dialyse og kjemoterapi. Dette omfatter dagbehandling. Økt kapasitetsbehov for dagbehandling og poliklinikk kan løses med høyere utnyttelsesgrad på rom og utstyr.

Det forventes ikke økning i private tilbud som vil påvirke kapasitetsbehovet i sykehuset.

7.3.4 Oppsummert fremskrevet aktivitet 2020 somatikk

Basert på fremskrevet aktivitet 2020 og hensyntatt alle endringer/omstillinger som er beskrevet ovenfor vil man få følgende endringer fra 2007 til 2020:

- Antall døgnopphold: reduseres med 11 % fra 3 740 til 3 331
- Antall liggedager somatikk: reduseres med 11 % fra 17 019 til 15 128
- Antall dagopphold: øker med 61 % fra 1 436 til 2 317

7.4 Fremtidig kapasitetsbehov somatikk

Kapasitet er knyttet til "kapasitetsbærende rom" hvor sentrale funksjoner for medisinsk behandling, diagnostikk og pleie finner sted. Beregnet kapasitetsbehov er avhengig av forventet aktivitet og kapasitetsutnyttelse. For Nye UNN Narvik er det tatt utgangspunkt i utnyttelsesgrader som benyttes i nye sykehusprosjekter som har tilsvarende aktivitetsgrunnlag som Narvik.

For dagplasser og rom for poliklinikk, operasjon og radiologi er det lagt inn en relativt lav kapasitetsutnyttelse for å kunne ta høyde for eventuelle endringer og driftssituasjonen. Realisering

av den beregnede kapasitetsutnyttelsen er avhengig av organisering, bemanning og valg av driftsmodell (ensengsrom, felles sengeområder, sambruk av rom, planlegging og styring mv).

Tilrettelegging av funksjonsområder og effektivisering av driften vil kreve endring og organisasjonsutvikling som bør planlegges og påbegynnes før innflytting i nytt bygg.

Tabell 14: Sammenligning av utnyttelsesgrader i nye sykehusprosjekter

Sammenligning utnyttelsesgrader nye sykehusprosjekt														
	Heldøgns plasser, % utnyttelse				Dagplasser			Poliklinikk			Operasjon			
	Ordinære senger	Pasient hotell	Observasjons plasser	Intensiv/tung overvåking	Dager per år	Timer per dag	Ant timer per opphold	Dager per år	Timer per dag	Min per konsult	Dager per år	Timer per dag	% andel på dagtid	Min per opp dag/heldøgns
NLSH Vesterålen	80-85	70	80		220	6-8	6	220	6	30-60min	220	7		60-120min
NLSH Bodø	75-85			70	220	7	2-6	220	7		220	7		
St Olavs Hospital	85			70	230	10		230	10		230	10		
Nye Molde sjukehus	85	70	70		230	8	8	230	4-8	45-75min	230	8		60-120min
nytt østfoldsykehus	90	90	80		240	10	5	240	10	30-60min	240	8-10	80-100%	60-120min
Ahus	85			70	240	10		240	10		240	10		
UNN Narvik	80-85	70	80	70	220	6	6	220	6	45 min	220	6	100%	60-120min
UNN A-fløy	80-85	70	80	70	230	7	6	220	7	45 min	230	7	90 %	60-240 min

UNN Narvik er et lokalsykehus med høy andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Et gjennomsnittlig belegg på 85 % utnyttelse i de somatiske sengeområdene er derfor rimelig.

På grunn av usikker bemanning og lav aktivitet er det vanskelig for mindre sykehus å oppnå en høy utnyttelse av dagentheter, poliklinikkrom og operasjonsrom. Det er derfor valgt 220 dagers driftstid og 6 timer åpningstid per dag som grunnlag for beregningene. Sammen med generelle løsninger på rom i poliklinikk og dagentheter som kan utnyttes på tvers av fagområder, gir dette fleksibilitet som kan utnyttes hvis behovet øker i fremtiden.

For de kapasitetsbærende rommene er det beregnet følgende kapasitetsbehov for Nye UNN Narvik:

Tabell 15: Beregnet kapasitetsbehov 2020 for kapasitetsbærende rom

Funksjonsområder	Somatikk	Psykatri	Rus	Primær helse tjeneste
Nomalsenger	44	15	23	
Tung overvåking	5			
Observasjon	3	1		1
Pasienthotell	12	4		
Skjerming		12		
Intermediærplasser				20
Sum heldøgnsplasser	64	59		21
Dagbehandling	23			
Undersøkelse- og behandlingsrom	15			
Behandlerkontorer		32	22	
Operasjon	4			
Radiologi	8			

Kapasitetsbehov døgnplasser

Med utgangspunkt i dagens opptaksområde (scenario 1) er det beregnede kapasitetsbehovet for somatikk 40 normalsenger, 7 pasienthotellplasser, 3 observasjonsplasser, og 5 plasser tung overvåking, totalt 55 plasser. For å sikre fleksibilitet i utnyttelsen og økt satsing på dagkirurgi, økes den somatiske sengekapasiteten med 4 normalsenger og 5 hotellplasser. Den samlede kapasiteten blir da 64 plasser fordelt på 44 normalplasser (6 sengetun a 7-8 senger), 5 tunge overvåkingsplasser, 3 observasjonsplasser og 12 hotellplasser.

Hvis opptaksområdet utvides (scenario 2) vil kapasitetsbehovet i 2020 øke med ca 25 plasser. Planene for Nye UNN Narvik viser hvordan det er mulig å øke sengekapasiteten med 3 ekstra sengetun.

Dagplasser

Det er et beregnet behov på til sammen 13 dagplasser for dialyse og medisinsk dagbehandling. Nye UNN Narvik planlegges for en stor andel dagkirurgi og det foreslås totalt 10 dagplasser eks. postoperativ overvåking

Polikliniske undersøkelsesrom og spesiallaboratorier

En aktivitetsøkning fram til 2020 på ca 15 %, gir i overkant av 27 000 konsultasjoner, og et beregnet behov for 15 generelle polikliniske undersøkelsesrom. I tillegg til generelle poliklinikkrom kommer 13 spesiallaboratorier for undersøkelser som krever spesielt utstyr eller spesielle romtyper.

Operasjon

En forventet aktivitet i 2020 på ca 2500 operasjoner gir et beregnet behov på 4 operasjonsstuer samt 1 skiftestue. Det er i tillegg 8 plasser for postoperativ overvåking. En kapasitet på 4 operasjonsstuer er romslig, og gir også muligheter for å styre noe dagkirurgisk operasjonsvirksomhet fra UNN Tromsø til UNN Narvik.

Radiologi

Det planlegges med 8 modaliteter fordelt på 1 Skjelett/thorax, 1 Gjennomlysning, 2 CT, 2 Ultralyd, 1 MR og 1 mammografilab (screening og BDS). Det planlegges en "BDS-satellitt" (mammografiscreening og klinisk mammografi) under UNN Tromsø som vurderer bildene fra screeningen og plukker ut de som skal til etterkontroll. Ved å legge inn "myke" arealer som

kontorer og møterom i radiologisk enhet legges det til rette for å øke kapasiteten med en ekstra MR.

Laboratorietjenester

Laboratoriet vil i fremtiden tilby en større andel tjenester i forhold til intern aktivitet og motta færre tilsendte prøver som sluses til UNN Tromsø. Videre vil Laboratoriet øke fokus på tilbud til blodgivere og øke kravene til rekruttering.

7.5 Fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov, psykisk helsevern

Det er ikke gjennomført en helhetlig vurdering av det samlede kapasitetsbehovet for institusjonsbaserte psykiatriske tilbud i UNN HF. Datagrunnlaget er usikkert, og det er ikke utviklet modeller som beskriver sammenhenger mellom aktivitet og kapasitet. Forslag til fremtidig kapasitetsbehov bygger på erfaringstall fra Senter for Psykisk helse Ofoten og er lagt frem og drøftet i arbeidsgruppa og styringsgruppa. Den demografiske fremskrivingen for denne gruppen medfører ingen vekst.

Behov for rom til dag- og poliklinisk behandling for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) styres i hovedsak av antall behandlere (antall behandlerkontor), i tillegg til oppholdsområder for dagpasienter.

Antall utskrivninger har i perioden med opptrappingsplanen økt med 68 %² i Norge og antall polikliniske konsultasjoner har økt med ca 130 %. I perioden 1998 – 2008 ble antall døgnplasser redusert med 25 % på landsbasis som bl.a. skyldes en økt overgang fra døgnopphold til dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Utviklingen har de siste årene gått fra de store sentraliserte institusjonene med innlagte pasienter, og i retning av desentrale tjenestetilbud med distriktspsykiatriske sentre (DPS).

Pasienthotell er tatt i bruk av en del sykehus for pasienter som får dagbehandling, og spesielt når behandlingen omfatter par og familier. I Nye UNN Narvik planlegges det hybelleiligheter som vil gi mulighet for gradvis overgang fra døgnopphold til dagbehandling.

Med utgangspunkt i dagens virksomhet er det fremtidige kapasitetsbehovet estimert til 15 døgnplasser (eksklusiv skjerming). Det er i tillegg forutsatt totalt 12 skjermingsplasser som kan benyttes felles for rus og psykisk helsevern.

Det er i tillegg behov for plasser i pasienthotellet inklusiv for plasser for pårørende. Det forutsettes tilgang på hybelleiligheter både i pasienthotellet og i tilknytning til døgnenheten.

Det er relativt stor usikkerhet i dimensjoneringsgrunnlaget, og det bør legges til rette for endringer i kapasitet.

7.6 Fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov, tverrfaglig, spesialisert rusomsorg

Rusomsorgen har lange ventelister og Helse Nord RHF kjøper tjenester for rusbehandling i andre helseforetak og i private institusjoner. Rusomsorgen er delt mellom regional, spesialisert, tverrfaglig rusomsorg med døgnopphold på regionnivå og poliklinisk aktivitet på lokalsykehusnivå der ansvaret tilligger psykisk helsevern og DPS.

Det skjer en overgang fra langtids døgnopphold til kortere opphold og eventuelt dag- og poliklinisk behandling ved noen institusjoner.

² SAMDATA Sektorrapport psykisk helsevern 2008

Pasienthotell er et aktuelt alternativ for enkeltpasienter som er i en fase med mindre behov for skjerming, samt ved behandling pasient sammen med familiemedlemmer. For denne gruppen er det behov for hybelleiligheter.

Innenfor rusbehandling er det et variert tilbud fra private tjenesteytere. På grunn av for lav kapasitet i helseregionen er det en relativt omfattende bruk av disse tilbyderne.

Ved utformingen an anlegget legges det til rette for å kunne skille enheter for kvinner og menn. En rapport fra SIRUS i 2008³ viser at det i de yngre alderklassene (16-20 år) er en relativt jevn fordeling mellom kvinner og menn, mens man i høyere alder har en overvekt av mannlige søkere til rusbehandling.

SIRUS-undersøkelsen viser 40 – 45 % av pasientene har somatiske sykdommer. Også psykiske vansker og selvmordsforsøk er fremtredende hos pasienter som kommer til behandling. Dette styrker behovet for nærhet til tjenester fra somatikk og psykisk helsevern.

For tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det estimert et behov for 24 døgnplasser (eksklusiv skjerming).

7.7 Kapasitetsbehov kontorer og møterom

Kontorer for avdelingsledelse og andre funksjoner som er direkte knyttet til den enkelte driftsenheten (sengeområdet, operasjonsavdelingen, laboratoriet osv) inngår i arealet for funksjonsområdet. Det samme gjelder mindre møterom/ personalrom. Undersøkelses- og behandlingsrom i somatiske poliklinikker og dagområder regnes ikke som kontorplass. For psykisk helsevern er det felles undersøkelsesrom/ behandlerkontorer.

Det forutsettes felles ekspedisjoner, studentarbeidsplasser og kontorområder og fleksibel bruk av kontorer på tvers av fagområder. Beregning av kontorbehovet for øvrig bygger på dagens bemanningstall med tillegg for konkrete forslag til økning. Samlet er det satt av 167 kontorplasser. Disse fordeles i bygget, delvis ut fra hensynet til arealbalanse i den enkelte etasje/fløy.

Møterom er felles og samlet i en enhet for forskning og undervisning med nærhet til hovedinngang/kafé og til Helsehuset. Dette vil bli et sentralt, felles område for samarbeid om fag- og kompetanseutvikling, og hvor studenter og forskere kan møte både lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten.

7.8 IKT og Telemedisin

Utvikling innen medisinsk teknisk utstyr, telemedisin og elektroniske hjelpemidler for kommunikasjon, behandling, overvåking og varsling vil bidra til at en større andel av pasientene kan bli boende i eget hjem. Det blir økt bruk av monitorering av pasienter hjemme, og i samarbeid med pårørende og hjemmetjenesten kan opplysninger overføres til sykehuset. Dette reduserer behovet for innleggelse eller annen bruk av sykehuset og kommunale tjenester, og dermed kapasitetsbehovet i institusjonene.

For at slike løsninger skal være forutsigbare og stabile og gi pasientene trygghet, må organisering av tjenestene utvikles og det må etableres systemer som ivaretar beredskap/bemanning, kommunikasjon/informasjonsbehandling, økonomi og betalingsordninger mv. Både sykehuset og kommunehelsetjenesten vil kunne nyttiggjøre seg de samme systemene til beste for pasientene, og

³ Klientkartleggingsdata, SIRUS 2008, Erik Iversen, Grethe Lauritzen et al.

dette vil kreve avklaring av ansvar, roller og økonomi. Planene for Nye Narvik sykehus vil være en god arena for utvikling av disse tjenestene og systemene.

Innen prehospitale tjenester blir en stadig mer diagnostikk og behandling overført til ambulansen, eventuelt med bistand via telemedisin og overføring av overvåkingssignal til et akuttisykehus.

8 Driftsmodeller og struktur for et nytt sykehus

8.1 Felles løsning for somatikk, psykiatri, rus og primærhelsetjenesten

Det er et mål for utbyggingen i Narvik å kunne integrere somatikk, rus og psykisk helsevern, og oppnå en bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Rus og psykiatri har mange pasienter med like problemstillinger, og en stor andel av pasientene innenfor rus og psykiatri har behov for somatisk diagnostikk og behandling. For alle pasientgruppene er primærhelsetjenestene den viktigste tjenesteyteren. Lokalisering av alle fagområder og begge behandlingsnivå på samme tomt gir mulighet til å samarbeide om sammenhengende pasientforløp til beste for pasientene og en rasjonell utnyttelse av ressursene. Løsningen gir også en arena for undervisning, forskning og utdanning innenfor feltet pasientbehandling og drift i integrert samhandlingsmodell.

Integrering beskriver sambruk av funksjoner og rom mellom fagområder. I praksis betyr det lokalisering av sengeområder og poliklinikk i samme områder, felles hovedinngang, akuttmottak, kontorområder og service- og støttfunksjoner. Den fysiske og organisatoriske oppbyggingen av sykehuset skal kommunisere den integrasjon som man ønsker skal foregå i samfunnet. Bruk av arealer og bemanning på tvers av fagområder øker kompetansen og gir en bedre utnyttelse av de samlede ressursene.

Samlokalisering innebærer lokalisering av 3 enheter på samme tomt og med varme forbindelser mellom enhetene. Det vil være gode faglige begrunnelser for å skille somatikk fra rus og psykiatri. Rusbehandling stiller spesielle krav til sikring og skjerming som er uforenlige med driften av f.eks. somatiske sengeområder. Erfaringer fra drift av psykiatriske senger inne i somatiske sengeområder er blandede. Når graden av samlokalisering eller integrering er drøftet i prosjektet, har etiske, faglige og økonomiske problemstillinger vært tatt opp.

Tabell 13 og 14 viser forskjeller i sambruk/felles løsninger mellom de to modellene. Det er de pasientnære funksjonene som i størst grad påvirker kvalitet i tjenestene, og som i første rekke drøftes her.

I programmet for sykehuset er det tatt hensyn til at primærhelsetjenesten er integrert med FAM med observasjonssenger, felles varemottak, kapell/seremonirom og fysio-/ergoterapi. Radiologi og laboratorietjenester benyttes av alle enheter.

Tabell 16: Integrert modell

Delfunksjon	Somatikk	Psykiatri	Rus	Primær helsetjenesten.	Kommentarer
Normalsengeområde	Somatikk	Felles for rus og psykiatri			Stor forskjell fra rus/psykiatri til somatikk mht bruk av sengeområdene. Kort liggetid somatikk og mer knyttet til sengerommet enn rus og psykiatri. Felles døgnbemanning rus og psykiatri?
Skjerming		Felles for rus og psykiatri			Samlokalisert rus og psykiatri for å benyttes felles bemanning og felles arealer. Forutsetter god skjerming av plassene og tilstrekkelig plass for å unngå opplevd trangboddhet og stress/konfrontasjoner.

Tung overvåking	Somatikk				
FAM: Akuttmottak/legevakt	Felles for alle				Forutsetter god skjerming av pasienter
Observasjon	Felles for alle				Forutsetter god skjerming av hver plass
Pasienthotell	Felles for somatikk, psykiatri og rus				Forutsetter hybelleiligheter integrert i pasienthotellet
Alt1: Poliklinikker	Felles for somatikk, psykiatri og rus				Felles poliklinikkområde forutsetter generelle konsultasjonsrom (ikke bruk av behandlerkontorer til konsultasjon)
Dagplasser	Somatikk	Psykiatri			Ikke beskrevet behov for dagplasser, rus
Operasjon/postop	Somatikk				
Radiologi	Felles for alle				Mest brukt av somatikk og primærhelsetjeneste, men også tilgang fra psykiatri og rus
Laboratorier	Felles for alle				Mest brukt av somatikk og primærhelsetjeneste, men også tilgang fra psykiatri og rus

Tabell 17: Samlokalisert modell

Delfunksjon	Somatikk	Psykiatri	Rus	Primær helsetjeneste	Kommentarer
Normalsengeområde	Somatikk	Psykiatri	Rus		Stor forskjell fra rus/psykiatri til somatikk mht bruk av sengeområdene. Kort liggetid somatikk og mer knyttet til sengerommet enn rus og psykiatri.
Skjerming		Felles for rus og psykiatri			Samlokalisert rus og psykiatri for å benytte felles bemanning og felles arealer. Forutsetter god skjerming av plassene og tilstrekkelig plass for å unngå opplevd trangboddhet og stress/konfrontasjoner.
Tung overvåking	Somatikk				
FAM: Akuttmottak/legevakt	Somatikk	Psykiatri	Rus	Primær helsetjeneste	Hver sine innganger og dedikert areal
Observasjon	Somatikk	Psykiatri og rus		Primær helsetjeneste	
Pasienthotell	Somatikk	Psykiatri og rus			Egne hybelleiligheter for rus og psykiatri
Alt1: Poliklinikker	Somatikk	Psykiatri	Rus		
Dagplasser	Somatikk	Psykiatri			Ikke beskrevet behov for dagplasser, rus
Operasjon/postop	Somatikk				
Radiologi	Felles for alle				Mest brukt av somatikk og primærhelsetjeneste, men også tilgang fra psykiatri og rus
Laboratorier	Somatikk, psykiatri, rus			Primær helsetjeneste	Eget lab utstyr for primærhelsetjenesten

8.2 Samhandling og kapasitetsbehov primærhelsetjeneste

Fra Narvik kommunes side legges det vekt på betydningen av det faglige og praktiske samarbeid som kan etableres og videreutvikles mellom omsorgsnivåene innfor både somatikk, psykiatri og rus. Primærhelsetjenestens behov for kapasitet og areal i forbindelse med utbyggingen på

Furumoen er en konsekvens av overføring av pasienter som i dag behandles i spesialisthelsetjenesten. I tillegg legges det til rette for nye funksjoner som det kan være hensiktsmessig å samlokalisere med/integrere i et lokalsykehus.

8.2.1 Intermediærplasser

I Hovedfunksjonsprogrammet (HFP) for nytt sykehus i Narvik er det beregnet et fremtidig aktivitets- og kapasitetsbehov for spesialisthelsetjenesten hvor det forutsettes overføring av en del av pasientene fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. I tillegg er det flere andre pasientgrupper som ut i fra primærhelsetjenestenes perspektiv vil kunne ha opphold i en intermediärenhet/sykestue:

Sykestuefunksjon (8-12 somatiske senger + 2-4 rus/psykiatri)

Dette omfatter:

- pasienter som kan utskrives **fra sykehus** tidligere enn i dag
- pasienter **fra sykehus** som etter utskriving har behov for kvalifisert personale, avansert behandling, tekniske prosedyrer,
- pasienter innlagt **fra fastlege/legevakt** i stedet for å bli lagt inn i sykehuset
 - funksjonssvikt medvirkende til innleggelse
 - akutte forverringer med rus og/eller psykiske lidelser

Pasienter som kommer som øyeblikkelig hjelp for f.eks. mindre skader, uspesifiserte smerter, obstipasjon, urinretensjon, infeksjon osv er pasienter som tas hånd om i legevakt (FAM) og eventuelt får opphold i felles observasjonsenhet for sykehus og kommune i inntil ett døgn før de sendes hjem evt. overføres til sykestue eller sykehus.

Kommunal rehabilitering (3-4 senger)

I helsehuset vil kommunen etablere senger for somatisk døgnrehabilitering. Her vil det foregå tverrfaglig rehabilitering av pasienter som har opplevd funksjonsfall, og der målsetting er fortsatt å kunne bo hjemme. Disse pasientene vil komme fra spesialisthelsetjenesten eller eget hjem. Oppholdstiden forutsettes å være ca 14 dager i gjennomsnitt.

Innen området rus og psykiatri er det behov for rehabiliteringsplasser som har spesiell fokus på fysisk aktivitet og ernæring.

Figur 6: Kapasitetsberegning døgnplasser primærhelsetjeneste

Pasientkategori	Kapasitetsbehov, antall døgnplasser	Kommentar
Sykestuefunksjon, somatikk	8-12	Fra sykehus og fra legevakt/ fastlege. Unngå innleggelse i sykehus og raskere utskriving fra sykehus. Kronisk syke med forverring, funksjonssvikt, etterbehandling
Sykestuefunksjon, psykisk helsevern og rus	2-4	Akutte kriser, behov for skjerming. Avrusing
Rehabilitering	3-4	Somatikk, psykisk helsevern og rus
Totalt kapasitetsbehov	13-20	

Dimensjoneringsgrunnlaget er beregnet på grunnlag av pasienter bosatt i Narvik kommune. Dersom dette skal være et tilbud også til andre kommuner bør det høyeste anslaget (20 senger) legges til grunn for planene. Samarbeid og kompetanseoverføring vil kunne øke mulighetene for

tidlige utskrivinger fra sykehus. Økt behov for intermedieerplasser kan dekkes ved reduksjon i antall heldøgns plasser i sykehuset og dermed en omfordeling av kapasiteten. Det er derfor lagt til rette for fleksibilitet i bruk av senger mellom spesialist- og primærhelsetjeneste.

8.2.2 Andre kommunale tjenester

Lokalisering av nye funksjoner til Furumoen krever arealer ut over det som finnes i sykehjemmet og som det er naturlig å integrere i det nye sykehusanlegget. Narvik kommune har lagt fram ønsker om hvilke funksjoner dette omfatter. Som grunnlag for en samlet fysisk løsning for hele området, er det utarbeidet en oversikt over hvilke arealer det kan være behov for, og skisseprosjektene viser alternative løsninger. Helsehuset er betegnelsen på det nye bygget som skal huse disse funksjonene.

Aktuelle tjenester som kan lokaliseres i helsehuset vil kunne være

- ”hjemmesykepleie- poliklinikk”
- base for hjemmesykepleien
- fysio- og ergoterapitjenesten som da kan samhandle enklere med UNN og ambulante reha-team
- tildelingskontoret
- helsesøstertjenesten (annen organisering enn i dag), eldrehelsetjeneste/”eldrehelsesøster”
- migrasjonshelsen; asyl- og flyktningshelsetjeneste
- feltpleie rus
- smittevernkontor/vaksinasjonskontor
- ambulante team – kan evt. samlokalisere ambulante virksomheter fra sykehus og kommune

Det forutsettes i tillegg at flere av funksjonsområdene på Furumoen skal være felles for primær- og spesialisthelsetjeneste:

- felles akuttmottak (FAM) med observasjons plasser (lokalisert i sykehuset)
- felles varemottak (lokalisert i sykehuset)
- felles kjøkken (lokalisert i sykehjemmet)
- felles kapell/stellerom (lokalisert i sykehjemmet)
- felles lærings- og mestringssenter (LMS)/undervisning og forskning (lokalisert i sykehuset)

Det planlegges en løsning med felles inngang/resepsjonsområde, kantine, laboratorier, benytter felles ergo-/fysioterapi/treningsområde for sykehus/helsehus. Det vil gi felles tilgang til publikumstilbud som apotek, fotbehandling, tannlege, frisør osv.

Med unntak av intermedieersenger er det ikke gjort beregninger av fremtidig kapasitetsbehov for de andre kommunale tjenestene som kan lokaliseres til Helsehuset eller integreres med sykehuset. Det er ikke planlagt endringer for det kommunale sykehjemmet som skal drives videre som et kommunalt pleie- og botilbud. Nærheten til sykehuset og kulvertforbindelsen vil bedre tilgangen til spesialisert diagnostikk og behandling som kan antas å redusere behovet for innleggelser i sykehuset.

Tabellen viser hvilke samarbeidsløsninger som er etablert i dag og hvor de tenkes lokalisert i det nye anlegget. Dette omfatter FAM og kjøkken som tenkes lokalisert henholdsvis i sykehuset og i sykehjemmet som i dag. I kolonnen nye områder for samarbeid er det merket av tjenester/ funksjoner som vil være en del av sykehuset og som det er ønskelig å samarbeide om. I tillegg er det vist nye kommunale tjenester/funksjoner som ønskes lokalisert til Furumoen som i hovedsak lokaliseres til det nye Helsehuset, men som gjennom det faglige samarbeidet også vil trekke på

ressurser i sykehuset. Her er merket av ulike typer ambulant virksomhet og nye muligheter for samarbeid mellom nivåene innenfor rus og psykiatri.

Tabell 18: Områder for samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten på Furumoen

Funksjoner	Etablert samarbeid	Nye områder for samarbeid
FAM	sykehuset	
Observasjonssenger i FAM		sykehuset
Intermediærsenger		helsehuset
Ergo-/fysioterapi		sykehuset
Amblerende team		helsehuset/sykehuset
Legekontorer		helsehuset
Diagnostikk og behandling		sykehuset
Læring og mestring, forebygging		sykehuset
Kjøkken	sykehjemmet	
Hovedinngang, resepsjon		sykehuset
Pasientservice		sykehuset
Kantine for ansatte		sykehuset
Opplæring, undervisning, forskning		sykehuset
Hjemmetjenesten		helsehuset
Hjelpemiddelsentral		helsehuset
Rusbehandling, fagteam		helsehuset/sykehuset
Psykisk helsevern, dagtilbud,		helsehuset/sykehuset
Seremonirom		sykehjemmet
Varemottak, lager, intern transport		sykehuset
FDV, teknisk drift		sykehuset

8.3 Organisering av funksjonsområder i en integrert modell

8.3.1 Organisering av døgnplasser

Det er store ulikheter mellom somatikk, psykiatri og rus når det gjelder pasientenes behov. Dette får betydning for organisering av behandlingen, driften av sengeområdene og den fysiske tilretteleggingen. Av hensyn til en effektiv drift og arealutnyttelse, er det viktig å kunne utnytte funksjoner, rom, arealet og personell på tvers av faggrensene. Av hensyn til god pasientbehandling må omgivelsene og tjenestene legges til rette for den enkelte pasientgruppen.

Senger for psykiatri og rus ligger i samme område og man har man valgt å ta hensyn til behovet for nærhet til bakken og uteområdene. De er dermed skilt fra somatiske sengeområder som ligger på plan 2. Løsningen viser muligheter for oppdeling av sengeområdene i mindre enheter med bl.a. muligheter for avgrensning mellom kvinner og menn. Det er også et felles område for skjermingsplasser som er fradelt, men driftsmessig integrert med de ordinære sengene. Pasienthotellet vil være felles for alle og i pasienthotellområdet som ligger i forlengelsen av de somatiske sengene, finnes hybelleiligheter som i første rekke benyttes for rus og psykisk helsevern.

Plassering av kommunale intermediærsenger er ikke avklart, men det er lagt til rette for at de kan samlokaliseres med øvrige kommunale tjenester i Helsehuset, eller knyttes til sengeområdene i sykehuset.

8.3.2 Organisering av poliklinikk, dagområder og spesiallaboratorier

Alle poliklinikker er samlet på inngangsplanet med felles ekspedisjon som også betjener prøvemottak og radiologisk avdeling som ligger på plan 2. Generelle poliklinikkrom skal kunne benyttes på tvers av alle fagområdene, men det vil være fagspesifikke spesiallaboratorier der det er nødvendig. Medisinske dagplasser samlokaliseres med den medisinske poliklinikken, mens kirurgiske dagplasser knyttes til operasjonsavdelingen med postoperativ overvåking. Mange polikliniske pasienter har behov for en dagplass.

Innenfor psykisk helsevern utgjør dagbehandling og polikliniske konsultasjoner en stor del av virksomheten, og dette er økende også innenfor rusbehandling. For rus og psykiatri er behandlerkontorer og møterom en integrert del av behandlingen og det er ønskelig med lokalisering nært sengeområdet. For å oppnå en felles adkomst for alle pasienter er poliklinikkene for rus og psykisk helse samlokalisert med de somatiske poliklinikkene og dagområdet på inngangsplanet, men med god forbindelse til sengeområdene i underetasjen.

8.3.3 Akuttmottak, ambulansestasjon, legevakt og observasjon

Det er planlagt felles akuttmottak (FAM) for somatikk, psykiatri, rus og kommunal legevakt. Den kommunale legevakten tar imot pasienter på kveld/natt/helg/høytider og har legebemannning fra Narvik kommune. Akuttmottaket har skilt akutt inngang for ambulanser og pasienter som henvender seg selv. Det er en egen skjermet akuttinngang som benyttes for psykiatriske pasienter i spesielle situasjoner. Akuttmottaket kan også lett nåes fra hovedinngangen.

Organisering av kommunale legevakt i små kommuner og lokalsykehus er usikker og det er reist spørsmål om FAM-modellen knyttet til lokalsykehus er hensiktsmessig (Rapport 1/2009 fra Nasjonalt senter for legevaktmedisin). Tilgang til bemanning og kompetanse vil være trolig være den største utfordringen i fremtiden. Samordning av beredskapsordninger mellom kommuner og mellom kommuner og lokalsykehus vil kunne gi bedre kapasitetsutnyttelse og sikre kompetansen. Det er også viktig for pasientene i narvikområdet at de har en klar adresse for akutte nødsituasjoner.

Akuttmottaket har observasjonsplasser felles for sykehus og legevakt, og med god nærhet til tung overvåking, postoperativ overvåking, operasjonsenheten og radiologisk enhet. Det er viktig at døgnåpen virksomhet med lav aktivitet på kveld, natt og i helger, kan utnytte rom og personale effektivt på tvers.

Ved akuttmottaket er det lokalisert ambulansestasjon med garasjer og oppholdsrom for personalet. Helikopterlandingsplass er lokalisert slik at pasientene kan transporteres direkte fra landingsplassen til sykehuset.

8.3.4 Rehabilitering, aktivisering, fysio- og ergoterapi

Rehabilitering og fysikalsk behandling med treningsrom er tjenester som vil kunne benyttes felles for somatikk, psykisk helsevern og rus. Disse funksjonene er lett tilgjengelig fra både sykehuset, Helsehuset og sykehjemmet. Enheten er lokalisert nær bakken for å utnytte uteområdene og gi god tilgang for brukere fra rus og psykisk helsevern.

8.3.5 Kapell/seremonirom

Både UNN HF og Narvik kommune ønsker å se på mulighetene for felles bruk av kapell/seremonirom for sykehuset og sykehjemmet, med nødvendige støtterom. Det er et livssynsnøytralt rom (kapell) i sykehjemmet på Furuhaugen lokalisert ved inngangen. På grunnlag av vedtak i styringsgruppen er det vurdert hvilke krav som gjelder for denne funksjonen og om det

eksisterende rommet i sykehjemmet kan brukes, eventuelt med tilpassinger. Det er innhentet uttalelse hos sykehuspresten ved UNN HF og informasjon og erfaringer fra andre sykehus.

En forløpig konklusjon er at kapellet/seremonirommet på sykehjemmet kan brukes felles for sykehuset og sykehjemmet, men at det er behov for noe utvidelse på kjellernivå for rom til stell av døde samt kjølekapasitet og lagerplass til disse funksjonene.

Seremonirommet er i sykehjemmet kan også dekke behovet for sykehuset men det er behov for å benytte et samtalerom og toalett nært dette rommet. Endelig avklaring vil skje ifm delfunksjonsprogrammet og forprosjektet.

8.3.6 Stillerom

Det er i tillegg behov for et stille rom som alle kan benytte i tilknytning til sykehusets vestibyle/hovedinngang. Det forutsettes at arealbehovet på ca 15 m² netto kan dekkes innenfor det avsatte arealet til vestibyle/resepsjon. Endelig avklaring skjer ifm DFP/forprosjekt.

8.3.7 Undervisning og forskning

Det planlegges et felles område for undervisning, forskning og opplæring som skal betjene medisinstudenter, sykepleierstudenter, andre høgskolestudenter, ambulanselæringer og hospitanter for praksisopplæring og undervisning. Området skal også benyttes til opplæring av ansatte i sykehuset og i kommunehelsetjenesten. I tillegg skal området brukes til opplæring av ansatte og undervisning av pasienter og pårørende i lærings- og mestringssenter og det kan benyttes av frivillige organisasjoner og pasientgrupper. . Området ligger over hovedinngangen og kantine/kafeteria. En del møterom er fordelt til de kliniske områdene.

Plassering og organisering av disse arealene vil kunne bidra til å profilere Nye UNN Narvik som et sykehus som satser på undervisning og forskning, og den omfattende samlokaliseringen med kommunale tjenester gir muligheter for å tilrettelegge undervisning og drive forskning rettet mot de endringer som samhandlingsreformen forutsetter.

8.3.8 Kjøkken, vareforsyning og avfallshåndtering

Sykehuset, Helsehuset og sykehjemmet knyttes sammen med en kulvert under bakken. Den kan benyttes til pasienttransport, varetransport og trafikk av personalet og andre. Planen legger til rette for at sykehuset kan få forsyning av mat fra det kommunale produksjonskjøkkenet ved Furumoen sykehjem. For pasienter innfor psykiatri og rus er det ønskelig å utnytte matlaging lokalt ved oppholdsområdene som et positivt miljøtiltak.

Sykehuset får en økonomigård som også kan brukes av sykehjemmet. Transport til dagens økonomigård i sykehjemmet forutsetter veiføring for tungtransport gjennom friområdet på vestsiden av sykehuset og sykehjemmet. Kulverten åpner for etablering av en felles økonomigård for sykehuset og sykehjemmet og eventuelt Helsehuset. Det er gjort en foreløpig vurdering av muligheter for felles økonomigård.

Rutiner og organisering er like i sykehus og sykehjem. Det er avdelingspersonalet som foretar det meste av den interne transporten av varer, tøy, skittentøy og avfall. Med en felles økonomigård vil transportavstanden for sykehjemmets personell bli vesentlig lengre enn i dag. En slik løsning krever derfor en samlet gjennomgang av alle rutiner knyttet til disse funksjonene for å finne en optimal og effektiv løsning.

I rapporten om personell- og vareflyt som er utført i konseptfasen for Nye UNN Narvik, anbefales det at man for nytt sykehus vurderer nedkastsjakter eller sug for avfall. Etableres det en felles

løsning forsterker det behovet for et søppelsuganlegg som dagens anlegg ved sykehjemmet kan kobles på.

En felles økonomigård for sykehuset og sykehjemmet er mulig og bør også være ønskelig. Det bedrer mulighetene for å lage et sett robuste rutiner for alle typer mottak av varer og avhending av avfall.

En samling av disse funksjonene vil trolig ikke påvirke driftskostnadene hverken i positiv eller negativ retning, men det skaper en bedre logistiksituasjon på området og gir større fleksibilitet for endringer.

8.3.9 Pasientservice og miljøterapi

Pasientservice omfatter hovedatkomst med resepsjon/informasjon, kantine/kafé/kiosk, samt prestetjenester og kan være en felles ressurs for alle som er tilknyttet spesialist- og primærhelsetjenesten. Den integrerte modellen forutsetter felles hovedinngang for alle, men boområder for rus og psykisk helsevern har behov for egne innganger. Sykehjemmet vil opprettholde egen inngang,

Kantine vil være felles for pasienter, brukere, pårørende/gjester og ansatte og ligger ved hovedinngangen.

Det er ensengsrom med overnattingsmuligheter for pårørende på rommet. Pårørende som ikke kan overnatte på pasientrommet kan bruke pasienthotellenheten. Det finnes også hybelleiligheter der pårørende kan bo sammen med pasienten.

8.3.10 Utomhusfunksjoner

Tilrettelegging av uteområdene er viktig både for god adkomst og til bruk for bruk for pasienter, pårørende, besøkende og ansatte. I tillegg til de flotte terrenget på Furumoen som beholdes ganske uberørt, vil det være tilgang til terrasser og atrier. En del av uteområdet opparbeides for trening og rekreasjon.

Parkeringsområdet vil være felles for alle brukere, og behovet for parkeringsplasser vil være avhengig av hvilke kommunale funksjoner som etter hvert bli lokalisert til Furumoen. I planen er det anvist 217 plasser, men dette kan trolig økes.

8.4 Beregnet arealbehov Nye UNN Narvik

Grunnlaget for beregningene er kapasitetsbehov tilsvarende scenario 1 (dagens opptaksområde). Netto arealbehov er en konsekvens av kapasitetsbehovet, arealstandardene for dimensjonerende rom og programmerte nettoarealer for øvrige funksjoner. Brutto arealbehov er summen av netto funksjonsareal med tillegg for tekniske arealer, transportarealer og vegger. Brutto/netto faktoren uttrykker forholdet mellom det totale bruttoarealet for hele bygget og det programmerte funksjonsarealet. Arealstandardene er sammenlignbar med nye utbyggingsprosjekter.

Med samme program kan man få ulikt arealbehov for ulike skisserte løsninger. Skisseprosjekt 2 er mer kompakt og har et mindre fotavtrykk enn skisseprosjekt 1. Det gir ulike bruttoareal.

Tabell 18: Arealbehov alternative løsninger

Arealbehov ulike alternativer, integrert modell				
Alternativer/bygg	Netto areal	B/N faktor	Brutto areal	Kommentar
Sykehus, scenario 1, spr 1	13.332	2,12	28.264	ca 450 m2 kommunalt leieareal
Sykehus, scenario 2, spr 1	14.200	2,12	30.104	Arealbehovet øker med 1840 m2 brutto
Sykehus, scenario 1, spr 2	13.332	2,08	27.731	ca 450 m2 kommunalt leieareal
Sykehus, scenario 2, spr 2	14.200	2,08	29.536	Arealbehovet øker med 1805 m2 brutto
Helsehuset skisseprosjekt 1	1.276	2,08	2.654	Estimat program
Helsehuset skisseprosjekt 2			6.000	Estimert

Sykehusbygget eksklusiv Helsehuset har et netto, programmert areal på 13 332 m². Det er samme program for begge skisseprosjektene. Av dette er det avsatt til Narvik kommune 102 m² netto til legevakt og observasjonsplass. Forslagene til samarbeid forutsetter felles bruk av en del funksjonsområder som inngår i det nye sykehusanlegget. Dette omfatter kantine med kantinekjøkken, varemottak/sentrallager, avfallshåndtering, portørtjeneste, resepsjon/vestibyle, lærings- og mestringssenter og forskning og utdanning. Den kommunale delen er estimert til samlet 437 m² netto. UNN HF's andel av det nye sykehusanlegget blir da på 12 879 m² netto.

Et netto funksjonsareal på 13 332 m² gir med en B/N faktor på 2.08, et brutto bebygget areal på 27 731 m². Bruttoarealet øker til 29 536 m² for når kapasitetsbehov øker på grunn av utvidet opptaksområde (scenario 2). I dagens bygninger for somatikk, psykiatri og rus er det 26 504 m².

B/N-faktoren er en konsekvens av løsninger for teknikk, tverrgående transport og krav til fleksibilitet for senere utbygging. En B/N faktor på ca 2 er sammenlignbar med flere, nye sykehusprosjekter. I skisseprosjekt 1 er B/N faktoren på 2,12 som gir et brutto arealbehov på 28 264 m². Dette øker til 30 104 m² når man legger scenario 2 til grunn. Andelen kommunalt leieareal i dette skisseprosjektet er ikke beregnet. Det er mulig at byggenes plassering og utforming i dette alternativet vil påvirke graden av sambruk av rom mellom sykehus og kommune. I skisseprosjekt 1 er det ikke beskrevet et helsehus, men det er illustrert et bygg som gir potensialer for utvidelse av kapasiteten på Furumoen, men det er ikke beskrevet noe innhold eller utkast til program.

Det forutsettes at den videre planlegging i delfunksjonsprogram og forprosjekt bygger på det samlede nettoarealet på 13 332 m². Parallelt med planleggingen må det avklares hvilke funksjoner og områder det skal samarbeides om og som krever et felles areal. For de fleste funksjonsområdene er den kommunale andelen relativt liten og endringer i driftsforutsetningene vil ha begrenset betydning for arealbehovet. For noen funksjoner som legevakt og lærings- og mestringssenter er kommunens andel viktig både når det gjelder drift og arealbruk.

I den samlokaliserte løsningen for somatikk, psykiatri og rus øker netto arealbehov med ca 800 m² netto på grunn av dublering av funksjoner og begrenset mulighet for sambruk av rom og arealer. Dette slår spesielt ut for inngangsparti, resepsjon, ekspedisjoner, poliklinikker, kontorer, møterom oa.. Det er ikke utviklet et eget skisseprosjekt som viser den samlokaliserte modellen, men det antas den vil måtte kreve et større tomteområde og dermed legge begrensninger på mulighetene utbygging.

En løsning med liten grad av integrering mellom somatikk, psykiatri og rus vil være i motstrid til en modell med tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det praktiske samarbeidet vil bli vanskeligere på grunn av den faglige oppdelingen, mindre mulighet

til felles funksjoner og arealer og større avstander. Modellen og løsningen vil organisatorisk og visuelt signalisere oppdeling og faglig autonomi i stedet for samarbeid.

8.4.1 Dimensjoneringsgrunnlag for Helsehuset på Furumoen

Det er estimert et bruttoareal på ca 3 000 m² i helsehuset. Tabellen under viser de forutsetninger som legges inn i HFP. Her er det lagt inn et estimert kapasitetsbehov for sengeplasser i sykestuen på 20 plasser.

Areal for Helsehuset er ikke kvalitetssikret, og det er gjennomført en gjennomgang for alle funksjonene. Antall rom og arealer er derfor usikre. Tilgjengelig areal kan økes ved at bygges utvides både i høyden og lengden.

Tabell 19: Estimert nettoareal helsehus på Furumoen

Beregning primærhelsetjeneste			
	Antall	m ² /plass	Totalt
Senger, sykestue	20	30	600
Fysio/ergo, kontorer og desentr beh rom	1	35	35
Kontor hjemmespl, tildeling, ambulante team	16	8	128
Møte/pause/arbeisplasser/lager	1	120	120
Ekspedisjon, post	1	25	25
Garasje	4	20	80
Legekontorer/konsultasjonsrom	4	16	64
Tannlege, frisør, fotterapeut med mer	1	200	200
Hjelpemiddelsentral	1	150	150
Garderober	40	0,9	36
Kontorer migrasjonshelse, smittevern	4	8	32
Jordmor, helsestasj	1	100	100
Totalt			1570

9 Fysiske løsninger - utbyggingsmønster

Kapittel 9 er en sammenstilling av tekst og informasjon fra skisseprosjektet som følger som uttrykt vedlegg. Både løsningsalternativ 1 og den anbefalte løsningen, alternativ 2 inngår, men beskrivelsen er i hovedsak knyttet til skisseprosjekt 2. Begge alternativ er utviklet til samme nivå når det gjelder løsninger, kostnadsberegninger og illustrasjoner.



Figur 7: Illustrasjon av Nye UNN Narvik, skisseprosjekt 2, sett fra nord - vest.

9.1 Målsettinger og programforutsetninger

De grunnleggende føringene for skisseprosjektet er gitt i målsettingene for prosjektet, og de funksjonelle og arealmessige rammene er gitt i hovedfunksjonsprogrammets. HFP gir til funksjoner, rom og arealer, men også til nærhet, spesielle funksjonelle løsninger og driftsmodeller. Skisseprosjektet utvikler de fysiske rammene som skal gi optimal støtte til pasientene og behandlingen og driften av sykehuset. I Nye UNN Narvik legges det særlig vekt på at programmet og bygningene gir en løsning som gir gode muligheter for faglig samarbeid, integrert behandling, sambruk av arealer og driftseffektivitet for både kommunale helsetjenester og sykehustjenestene. Styringsgruppen har spesielt understreket betydningen av en direkte fysisk forbindelse mellom sykehjemmet, sykehuset og det nye helsehuset som er planlagt.

Skisseprosjektet skal vise hvordan arealene i programmert kan innpasses på tomten når det tas hensyn til plan- og reguleringsbestemmelser, støyforhold og lokale værforhold. Skisseprosjektet viser plassering på tomten, hovedkommunikasjonsløsninger eksternt og internt, lokalisering av funksjoner i bygget og prinsipper for utforming.

9.2 Prosess

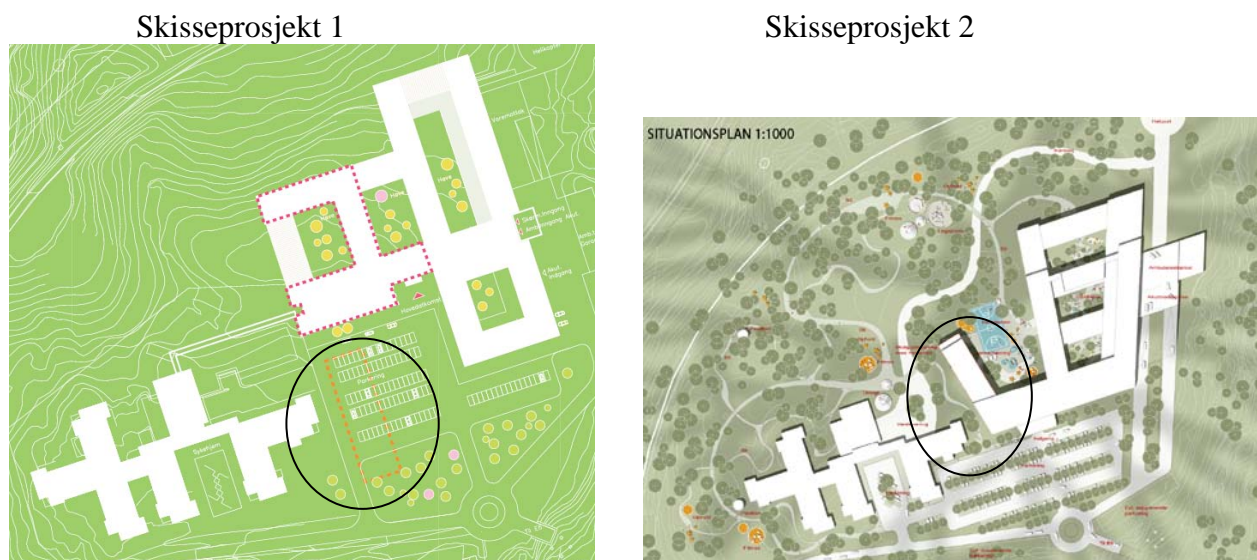
Designprosessen for skisseprosjektet har foregått i to faser. Den første fase var workshopbasert, hvor forskjellige modeller og løsninger ble lagt frem for arbeidsgruppen. Løsningene ble lagt frem for styringsgruppen for kommentarer og korrigeringer. Dette arbeidet resulterte i skisseprosjekt 1

Styringsgruppen besluttet, med utgangspunkt i dette prosjektet, å få utarbeidet et revidert skisseprosjekt 2 som bedre kunne ivareta de overordnede målsetningene. Hovedgrepet fra skisseprosjekt 1 skulle beholdes, men man ønsket et alternativ som:

- Utnyttet tomte på en bedre måte, mer kompakt, mindre fotavtrykk
- Som demonstrerte tydeligere ønsket samhandling mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten
- Viste utvidelsesmuligheter for anlegget
- Lokaliserte sengeområder for psykiatri og rus på bakkeplan
- Tok vare på lokale arkitektoniske uttrykk og den samiske tilknytningen

9.3 Alternative løsninger

Figur 8 viser ulike tilnærminger til dette i skisseprosjekt 1 og 2. Styringsgruppens krav om et mindre fotavtrykk og en tydeligere sammenkobling av sykehus og primærhelsetjeneste er klart vist i alternativ 2. Alternativ 1 har et klart større fotavtrykk og er koblet til sykehjemmet med en underjordisk kulvert. Fremtidige arealbehov for spesialisthelsetjenestene (Helsehuset) er vist som en mulig bygning på parkeringsområdet. Alternativ 2 viser en kompakt løsning hvor en egen fløy (Helsehuset) er knyttet direkte til sykehuset. I tillegg er det kulvertforbindelse til sykehjemmet.



Figur 8: Nye UNN Narvik, situasjonsplan skisseprosjekt 1 og 2

Programarealet og programkravene er de samme i begge alternativene, med unntak av styringsgruppens krav om at sengeområder for psykiatri og rus skal ha kontakt med bakken. Struktur og oppbygging av bygget og lokalisering av funksjoner er derfor stort sett de samme i begge alternativene. Ett viktig unntak er endringer som er en konsekvens av at arealet fordeles på flere plan i alternativ 2.

Skisseprosjekt 2 viser det laveste arealbehovet og de laveste kalkulerte kostnadene per m² og totalt for anlegget. Skisseprosjekt 2 har 494 m² mindre bruttoareal. B/N-faktorene er 2,12 i alternativ 1 og 2,08 i alternativ 2.

Både integrasjon med kommunehelsetjenesten, plassering av funksjoner i bygget, arealbruk og kostnader per m² er til fordel for alternativ 1, som er hovedalternativet for skisseprosjektet.

9.4 Arkitektonisk hovedidé

Skisseprosjektets arkitektoniske hovedidé er basert på ønsket om å skape en arkitektur som understøtter og uttrykker UNN HF, Helse Nord RHF og kommunene i Ofotens visjoner om et samlet helsetilbud på Furumoen. De tre funksjonelle enhetene sykehjemmet, helsehuset og sykehuset skal inngå i en sammenheng så det bygningsmessige uttrykk og bygningenes orientering fremmer inntrykket av et sammenhengende anlegg.

Den nye bygningen som omfatter sykehusfunksjonene og helsehuset, plasseres på tomten og har et samspill med det eksisterende sykehjemmet, den omkringliggende naturen og veier og parkeringsanlegg.

Bygningen utformes som en kamstruktur med en ”rygg” og tre ”fingre”. Ryggen orienteres ut mot forplassen og de tre fingre strekker seg ut i landskapet mot nord. Fingrene plasseres i terrenget slik at tomtens fall mot nordvest utnyttes til å skape dagslystilgang til en stor del av den nederste etasje. Ryggen danner en frontbygning ut mot forplassen, hvor hovedinngangen til sykehuset og Helsehuset er plassert. På denne måten dannes et klassisk arkitektonisk motiv med adkomst til hovedbygningen over en forplass.

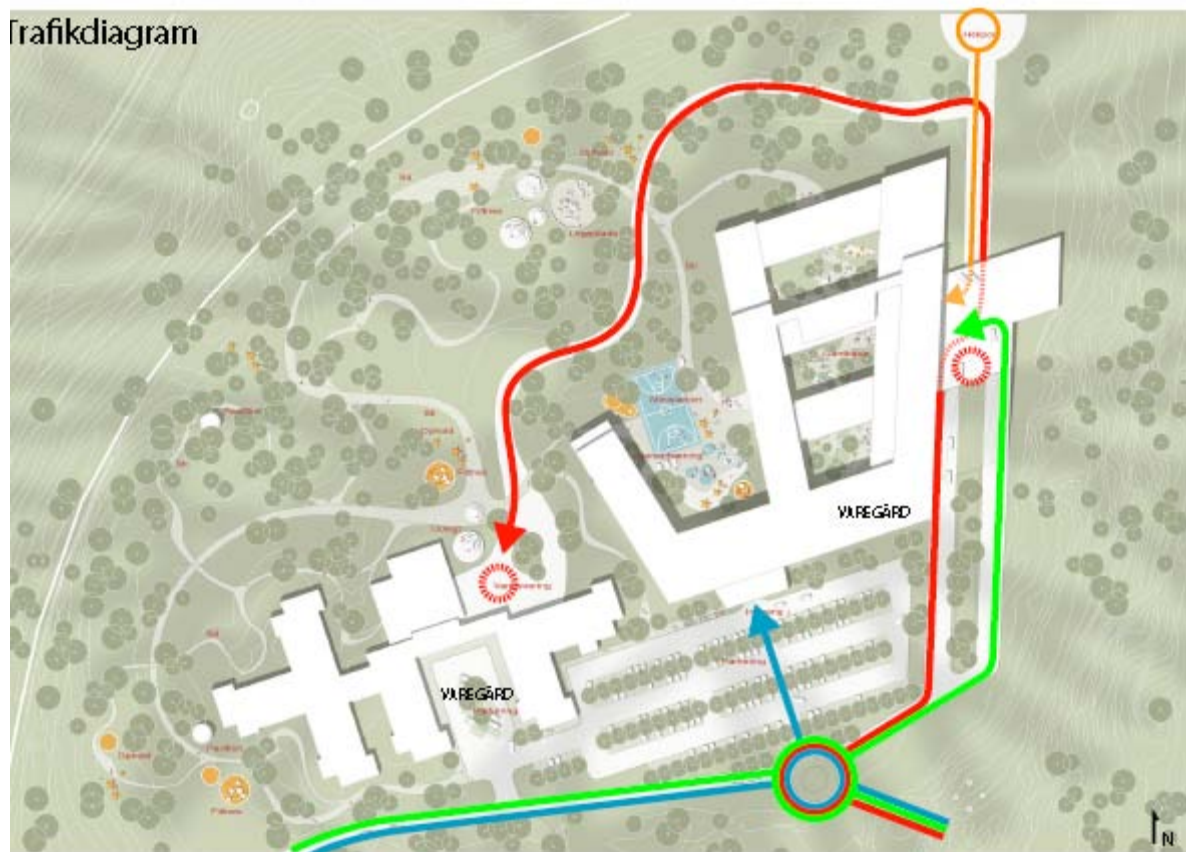
Mellom fingrene plasseres tre mellombygninger som forbinder fingrene på tvers og danner tre indre gårdsrom. Dermed skapes en kompakt bygning, men der det er dagslys til alle rommene som behøver det. De tre bygningstypene; hovedbygningen, fingrene og mellombygningene, bearbeides forskjellig slik at det dannes et bygningsmessig hierarki og en variasjon i det samlede anlegget. Sykehusbygninger er erfaringsmessig i kontinuerlig endring og det er derfor viktig at bygningen og fasadene er fleksible.

9.5 Plassering på tomta

Med utgangspunkt i tomteanalysen plasseres den nye bygningen så den avspeiler og utnytter topografien, lys- og utsiktsforhold samt muligheter for parkering, veier og helikopterlandingsplass. Sengeområdene plasseres mot nordvest hvor det best lys- og utsiktsforhold. De tunge behandlingsfunksjonene og varemottaket plasseres mot fjellveggen mot øst.

9.6 Ekstern kommunikasjon

Det er en enkel og klar trafikkseparering mellom transport til sykehusets hovedinngang og transport til akuttmottak og varemottaket. Ambulanser og selvhjulpne pasienter til akuttmottaket har, sammen med forsyninger, adkomstvei via egen avkjøring fra rundkjøringen foran tunnelporten. Trafikk til varemottaket og akuttmottaket er skilt. Trafikk til sykehjemmets varemottak blir tilnærmet borte hvis man etablerer et felles varemottak i sykehuset.



Figur 9: Trafikdiagram

Sykehusets hovedadkomst ligger tilbaketrukket fra adkomstveien, men er synlig fra tunnelporten slik at det er den "naturlige" veien frem til bygningen. Løsningen gjør det er enkelt å finne frem i området. Hovedinngangen benyttes av personale, besøkende, pårørende og pasienter, til både sykehuset og helsehuset. Foran hovedinngangen er den sentrale parkeringsplassen plassert, slik at det er kort vei fra parkering til inngang.

Den foreslåtte plassering av helikopterlandingsplassen mot øst slik det er vist på tegningen må endres. En analyse av de operative forholdene som forelå etter at skisseprosjektet var ferdig, konkluderer med plassering på nedsiden av sykehuset mot vest for å unngå problemer med en høyspentkabel i sør. Dette vil bli bearbeidet videre i forprosjektet.

Tunnel og veier frem til rundkjørselen er ikke en del av dette skisseprosjektet, men det er i kostnadsoverslaget avsatt et beløp til utførelse av tunnelføringer mellom E6 og tomten.

9.7 Beskrivelse av bygg

Fleksibilitet er et nøkkelbegrep i fremtidig sykehusbygging. Sykehusbygninger må løpende tilpasses nye behandlingsmetoder, nytt utstyr og endrede kapasitetskrav. Det er derfor viktig at nye sykehusbygninger utformes, innrettes og dimensjoneres, slik at de kan tilpasses den fremtidige driften.

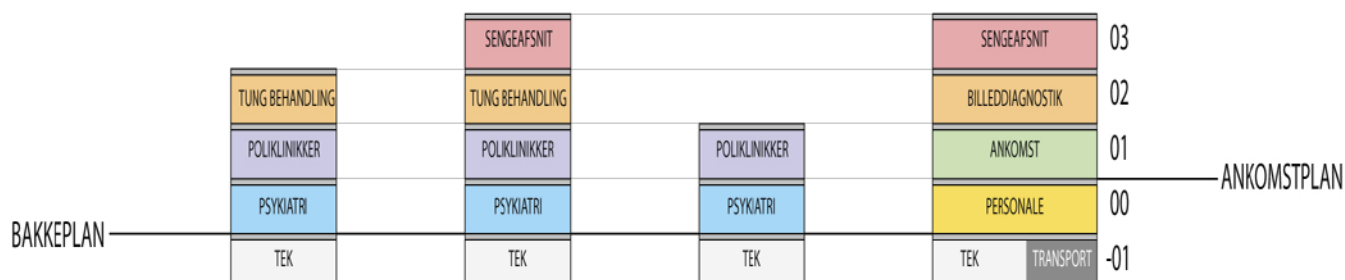
Fleksibilitet i sykehusbygging omfatter tre forhold:

- Generalitet omhandler bygningens innretning og generelle karakter slik at områdene i bygget kan endre innhold med et minimum av kostnader.

- Flexibilitet omhandler bygningens evne til å kunne endres og ombygges og har sammenheng med det konstruktive systemet, fasadesystemene og føringstraseene for tekniske installasjoner.
- Elastisitet omhandler bygningens evne til å kunne utvides eller reduseres i størrelse.

Bygningen utføres etter et ensartet konstruksjonsprinsipp med en lik etasje-høyde som gjør at alle etasjer kan anvendes til både tunge og lette sykehusfunksjoner. Bygningen er dimensjonert slik at det er mulig å bygge på en ekstra etasje. Derfor er de tekniske anlegg også plassert i kjelleren og ikke på taket eller som tekniske tårn i enden av fløyene. De tekniske anleggene er utformet etter et prinsipp som gjør at driftsbrudd kan foretas seksjonsvis, og slik at ombygninger kan foretas i avgrensede områder uten at det går ut over driften i det øvrige sykehuset. Det er lagt vekt på generelle og ikke fagspesifikke løsninger for funksjonsområder slik at kapasiteten kan utnyttes på tvers.

9.7.1 Fordeling av funksjoner i bygget



Figur 10: Fordeling av funksjoner på plan

Funksjonene er fordelt etter noen hovedprinsipper som er illustrert over:

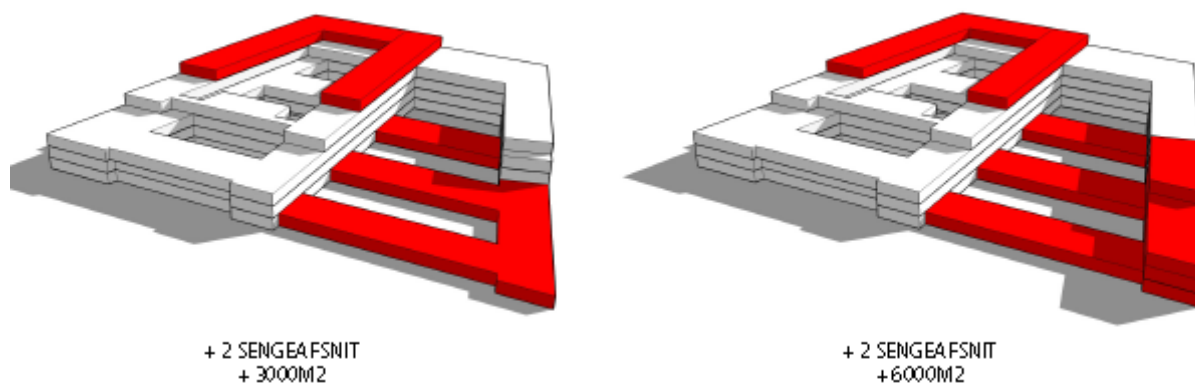
- Psykiatri og rus sengeområder på bakkeplan, i underetasje 00. Her ligger også ergo-/fysioterapi med nærhet til helsehuset og eventuelle kommunale tjenester som kan utnytte disse funksjonene. Det er også kort forbindelse til sykehjemmet.
- Poliklinikker på adkomstplanet, plan 01. Her ligger også felles resepsjon og kafe/kiosk.
- Tunge behandlingsfunksjoner som har døgnbemanning i plan 02. Dette omfatter akuttmottak, observasjon, tung overvåking, operasjon/dagkirurgi, postoperativ overvåking og radiologi.
- Somatiske sengeområder i plan 03. De har nær kontakt med intermediærsenger i helsehuset.
- Andre, lettere funksjoner som kontorer og møterom er fordelt utover i anlegget. Det skaper fleksibilitet for interne rokader og omplasseringer.



Figur 11: Plan 1 og 3, skisseprosjekt 2

9.7.2 Utbygging og påbygg

Ved å plassere alle tunge tekniske funksjoner i underetasje -01 oppnår man muligheter til å bygge på anlegget i høyden og på bakkeplan i forlengelsen av eller mellom fløyer. To nye sengeenheter tilsvarende 48 senger kan plasseres over de eksisterende somatiske sengene.



Figur 12: Utbyggingsmuligheter skisseprosjekt 2

9.7.3 Universell tilgjengelighet

Sykehuset skal utformes iht krav om universell utforming og tilgjengelighet. Krav om universell utforming innebærer at krav om en optimalisert tilgjengelighet for alle brukere er premissgiver for arkitektur og valg av løsninger. Bygninger og uteområder er utformet slik at de kan brukes av alle mennesker på en likestilt måte. Målet er en helhetlig arkitektur uten behov for tilpasninger og særløsninger for enkelte grupper.

9.7.4 Integreert kunst, kulturell tilknytning

I målsettingen kreves det at *"løsningen skal vise et arkitektonisk uttrykk som trekker linjer til Narvik sykehus' historie, og som synliggjør den samiske minoritetsbefolkningen i opptaksområdet"*

I Skisseprosjektet er det vist hvordan dette kan løses ved bruk av integrert kost som utnytter motiver, mønster og farger som er kjent fra samisk tradisjon. Det samme vil gjelde for materialvalg, bruk av tre og glass. Kunstneriske elementer, farger og lys kan brukes for å lette orientering og finne vei, og kan også inngå i løsninger for universell utforming.

9.7.5 Krav til miljø og energibruk

Utgangspunkt er UNN HF's overordnede beslutning og strategi om bærekraftig og driftsøkonomisk optimale løsninger. I analysen av tomtealternativet ble det tatt hensyn til at Furumoen ligger innenfor det planlagte området for fjernvarme for Narvik kommune. Sykehusets energiforbruk vil bli beregnet i samsvar med regelverket for energimerking av bygninger og med et mål om at bygningen skal ligge innefor energimerke A, svarende til 160 kwh/m². Bygget skal også være miljøvennlig når det gjelder valg av materialer, energiforbruk og sikkerhet og for pasientenes komfort og personalets arbeidsmiljø. Alt nybygg og all renovering og ombygging skal planlegges, prosjekteres og utføres miljøriktig.

Oppfyllelse av kravene må sees i sammenheng med bygningens levetid. De energibesparende løsningene omfatter hele klimaskjermen og de tekniske installasjonene som er tilpasset sykehusets arkitektoniske uttrykk. Optimal drift av bygningens tekniske installasjoner herunder behovsstyring av varme, el, ventilasjon og kjøling, vil sikre en lav driftsøkonomi. Det velges energivennlige motorer og apparater til de tekniske anleggene supplert med el-målere på større elforbrukende apparatur. Det er fokus på utnyttelse av dagslys og belysning skjer med lavenergilyskilder, samt intelligent lysstyring.

Anleggets konstruksjoner, materialer og byggevarer skal medføre minst mulig ressursløsning og forurensning. Dette oppnås ved anvendelse av fornybare og gjenbrukbare materialer.

Et godt termisk inneklima er viktig for pasienter, personale og andre. Dette oppnås med bruk av varmekilder, kjølede enheter, luftdistribuerende enheter og passive forhold som vinduer og avskjerming av vinduer. Også interne varmekilder som datamaskiner og medisinsk utstyr påvirker inneklimaet. Klimakrav og klimastyring i de enkelte romtyper fastlegges på bakgrunn av lokalets funksjon samt belastning og bruksprofil.

9.7.6 Uteområder og parkering

Det tenkes en bearbeiding av utearealet utenfor rehabiliteringen for fysisk utfoldelse, slik at utearealet kan fungere som en forlengelse av innedørs aktiviteter. Det vil ellers bli anlagt stier i uteområdene så man kan komme ut i naturen direkte fra bygningen.

Parkeringsarealet inneholder sykkelparkering og det er vist total kapasitet for 217 plasser i området foran hovedinngangen. Ved hovedinngangen skal det være holdeplass for "helsebussen" samt handicap- og korttidsparkeringsplasser.

9.8 Alternativer som er illustrert i skisseprosjektet

I prosjektet er flere løsninger analysert, programmert og delvis illustrert. Tabellen viser hvilke alternativer som er behandlet. Det ble tidlig avklart at prosjektet skulle bygge på den integrerte modellen og det er derfor utviklet skisseprosjekter kun for denne modellen

For den integrerte modellen er det i praksis utarbeidet grunnlag for 4 alternativer, hvorav scenario 1, dagens opptaksområde, er gjennomført til og med 2 ulike skisseprosjekt. For scenario 2, utvidet opptaksområde, viser programmet og skisseprosjektene det økte kapasitetsbehovet og hvordan dette kan løses ved den fleksibiliteten for utbygging som er vist.

Tabell 20: Oversikt over alternativer

Nr	Alternativ	Behandlet i konseptrap.	Program	Skisseprosjekt
Alt 1	Skisseprosjekt 1, scenario 1, integrert modell	Ja	Ja	Ja
Alt 2	Skisseprosjekt 2, scenario 1, integrert modell	Ja	Ja	Ja
Alt 3	Skisseprosjekt 1, scenario 2, integrert modell	Ja	Ja	Ja, vist fleksibilitet
Alt 4	Skisseprosjekt 2, scenario 2, integrert modell	Ja	Ja	Ja, vist fleksibilitet
Alt 5	Scenario 1, samlokalisert modell, skisseprosjekt 1	Ja	Ja	Nei

9.8.1 Sammenligning av skisseprosjektene

Skisseprosjektene bygger på samme program, men det er ulikheter i struktur og sammenheng i bygget, lokalisering av funksjoner og tilrettelegging for samarbeid.

Skisseprosjekt 2 er en videreutvikling av skisseprosjekt 1. Målet var å finne en løsning som bedre svarte på de sentrale målene for prosjektet:

- **Effektiv tomteutnyttelse, mindre fortavtrykk.** Skisseprosjekt 2 er vesentlig mer kompakt enn det første. Når det gjelder fremtidig fleksibilitet og drift kan det være en ulempe at arealet er fordelt over flere plan.
- **God kommunikasjon med bakken fra sengeområdene for psykiatri og rus.** I skisseprosjekt 1 er sengeområdene plassert i plan 2 og det er ingen direkte og enkel utgang til bakken. Dette kompenseres i noen grad med tilgang til store terrasser/takhager. I skisseprosjekt 2 ligger disse sengeområdene på bakkenivå.
- **God tilknytning til et bygg for kommunale tjenester som kunne utvikles på tomte.** I skisseprosjekt 1 er det ikke vist annen kobling enn en transportkulvert. I skisseprosjekt 2 er det vist en ekstra fløy som i utgangspunktet kan brukes av kommunehelsetjenesten og eventuelle private tjenesteytere, som er direkte koblet til sykehusbygget. Det er også vist felles inngang med felles ekspedisjon, kafé og publikumsområder.
- **Gode muligheter for å øke kapasiteten.** Skisseprosjekt 2 gir større tilgang til tomteområder for utbygging. Det har også en åpen fløyløsning som gir muligheter for å bygge ut både på bakken og i flere plan.
- **Kunne realiseres innenfor en kostnadsramme på 1 500 MNOK.** Skisseprosjekt 1 viste en samlet investeringskostnad på nærmere 1 579 MNOK (eksklusiv vei og tunell). Tilsvarende kostnad for skisseprosjekt 2 er 1 456 MNOK. Dette er lavere enn Styringsgruppa's krav en ramme på 1 500 MNOK.

9.8.2 Arealer og kostnader

Tabell 21: Kostnadskalkyle og kostnadsestimater alternative skisseprosjekt, scenario 1, integrert modell.

	Brutto m2	Kalkyle totalt	Kalkyle per m2	Styringsmål p30	Inkl margin p85
Skisseprosjekt 1, mai 2010	28.264	1.579.932.000	55.899	1.551.000.000	1.745.000.000
Skisseprosjekt 1, prisjustert 1.5% mai-aug 2010		1.603.630.980	56.738	1.574.265.000	1.771.175.000
Skisseprosjekt 2, oktober 2010	27.731	1.456.000.000	52.504	1.425.000.000	1.590.000.000
Avvik skisseprosjekt - skisseprosjekt 2	-533	-147.630.980	-4.233	-149.265.000	-181.175.000
Avvik i %		-9,2	-7,5	-9,5	-10,2

Programarealet i HFP er ubetydelig justert i forbindelse med utvikling av skisseprosjekt 2 og er på 13 332 m2 netto mot 13 329 netto som var grunnlaget for skisseprosjekt 1. B/N-faktor for skisseprosjekt 2 er beregnet til 2,08, mens den var 2,12 for skisseprosjekt 1. Dermed får man et bruttoareal på henholdsvis 27 731 m2 og 28 264 m2.

I kostnadskalkylen i skisseprosjektet inngår adkomstvei med tunnel med 40,2 MNOK eller 63,9 MNOK når påslag for usikkerhet og spesielle kostnader inkluderes. Tallene er hentet fra Narvik kommunes utredning i forbindelse med tomteanalysen. Prosjektkostnad inklusiv tunell og vei kommer på 1 520 MNOK.

Både kostnader og finansiering av vei og tunell er usikre. En kostnadsdeling mellom UNN HF, Narvik kommune og Statens vegvesen er aktuell. Avkjørselen til sykehuset vil bl.a. kunne inngå i planene for legging av E6 i tunell under Narvik sentrum. Man har derfor valgt å holde disse kostnadene utenfor kalkylen.

Tabell 21 viser en forskjell i kalkulerte byggekostnader på 147 MNOK eller 9 % i favør av skisseprosjekt 2 når det tas hensyn til en prisstigning på 1,5 % fra mai til august 2010. Hvis man forutsetter en margin som gir 85 % sannsynlighet for at prosjektet kan gjennomføres innen for bevilget ramme (p85), får man et investeringsbehov for skisseprosjekt 1 på 1 771 MNOK og 1 590 MNOK for skisseprosjekt 2. Investeringsbehovet for skisseprosjekt 2 er dermed 10 % lavere enn for skisseprosjekt 1.

10 Brukerutstyr – medisinsk teknisk utstyr

10.1 HPU

Hovedprogram utstyr er utviklet iht Veileder Hovedprogram utstyr og Veileder for tidligfaseplanlegging, begge utgitt av Helsedirektoratet.

Hovedmålsettingene for utstyrsprosjektet er:

- Utruste de berørte funksjonene med moderne, effektivt utstyr (nyanskaffelser)
- Sikre at utstyr som anskaffes er sikkert/sertifisert, brukervennlig og miljøvennlig
- Sikre ansatte i driftsorganisasjonen medvirkning i valg av teknologi og løsninger
- Få til sambruk av teknologi/utstyr der det er mulig
- Gjennomgå eksisterende utstyrsark med henblikk på gjenbruk og høy overflyttingsgrad fra det eksisterende sykehuset til det nye
- Bidra gjennom innkjøpsprosessen til å gi brukerne av utstyret god og tilstrekkelig opplæring, slik at utstyret utnyttes best mulig, samt skaper god behandlingseffekt og trygghet
- Fastslå tidspunkt for når nytt utstyr skal kjøpes inn
- Beskrive utstyret slik at all nødvendig informasjon som kan påvirke utforming/dimensjonering/-utrusting av byggene blir registrert med alle nødvendige data
- Sikre et klart grensesnitt mellom bygg- og brukerutstyr.

Prioritering av utstyr, sammen med bruk av standard utstyrslistes, skal også sikre noenlunde lik standard for alle funksjonsarealer.

10.2 Utarbeidelse av HPU for UNN Narvik

HPU inngår som ett av dokumentene i den samlede konseptfaserapporten. Nosyko AS har hatt oppdraget med å utarbeide HPU og har vært representert ved Roald Johansen og Tor-Erik Halvorsen. Det har vært felles ressursgruppe for UNN Narvik og UNN A-fløya.

Fra sykehuset er det opprettet en egen ressursgruppe for HPU-arbeidet. Gruppen har bidratt med underlagsinformasjon og gjennomgått den foreliggende HPU. Gruppen har bestått av:

- Hans Petter Bergseth, rådgiver, UNN HF (leder)
- Martin Sivertsen, seksjonsleder elektro, UNN HF
- Torgrim Oddvar Vorren, overlege RTG, UNN HF
- Jan Erik Søreng, avd.leder MTA, UNN HF
- Tore Andreassen, seksjonssykepleier anestesi, UNN HF
- Ola Jørgen Bøckmann Lie, intensivsykepleier, UNN HF
- Helga Jentoft, rådgiver, UNN HF
- Lene Finsveen, driftsleder med.lab. Narvik, UNN HF Narvik.
- Rita Lillevaag, sykepleier kirurgi, UNN HF Narvik
- Kari Fagermo Wold, brukerkoordinator, UNN HF Narvik

Ressursgruppen har hatt 2 møter i perioden januar til mars 2010.

10.2.1 Teknologeutvikling

Erfaringer har vist at det er vanskelig å forutsi trender og utviklingstrekk som vil prege den medisinske utviklingen og planleggingen må være tilstrekkelig fleksibel, slik at det er mulig å implementere de nye mulighetene som oppstår fram mot et ferdigstilt sykehus.

Det legges til grunn at UNN Narvik som lokalsykehus ikke vil ha behov for høyspesialisert eller eksperimentelt medisinsk teknisk utstyr. Lokalsykehuset skal ha god diagnostisk kapasitet og den teknologiske utvikling innen bildediagnostisk utstyr, laboratorieutstyr og fjerndiagnostikk vektlegges. Det forventes utstrakt bruk av telemedisinske løsninger med sanntids overføring av bilde og lyd mellom UNN Narvik og de andre enhetene innen UNN HF. Integrering mellom medisinsk teknisk utstyr og IKT-teknologi/EPJ må også følges nøye.

Innføring av nye systemer kan og bør forbedre og effektivisere pasientforløpene og arbeidsprosessene. Ved innføring av integrasjoner mellom MTU, lagringssystemer og pasientadministrative systemer benyttes IKT-arkitekturen på sykehuset som grunnlag. De tekniske begrensningene og utfordringene i IKT-arkitekturen må avklares før anskaffelse av utstyr.

Da kravet til sikker lagring av data er økende, går utviklingen mot et større antall integrasjoner mellom MTU og pasientadministrative systemer. Det bør etableres en strategi for håndtering av systemintegrasjon innenfor rammen av utstyrsprosjektet. Målet bør være å minimere antall integrasjoner som krever spesiell tilretteleggelse.

10.2.2 Programforutsetninger

Følgende grunnlag er benyttet for beregning av *bruttokostnader* i HPU:

- Opplysninger fra idéfaserapporten om planlagte funksjoner og kapasiteter
- Opplysninger fra foreliggende HFP om funksjoner, kapasiteter og romtyper
- Forutsetninger for skillett bygg-/brukerutstyr, jfr. eget dokument
- Erfaringstall fra andre sykehusprosjekt for utstyrs kostnader for ulike romtyper
- Erfaringstall fra andre sykehusprosjekt for utstyrs kostnad per areal

10.3 Utstyrs kalkyle

10.3.1 Brutto utstyrsbehov

Kostnadsoverslaget i hovedprogram utstyr bygger på funksjonsbeskrivelsene i HFP. Det er lagt til grunn at nye UNN Narvik skal være et lokalsykehus med hovedsakelig de samme funksjoner og kapasiteter som i dag.

For å beregne bruttobebehov for brukerutstyr, er det gått ut fra den foreløpige romoversikten med en erfaringsmessig bruttokostnad per romtype. Videre er sykehusets vurdering av behov for utskifting av kostbart medisinsk teknisk utstyr benyttet. Dette er sammenholdt med erfaringstall for utstyrs kostnader fra andre sykehusprosjekt. Det er lagt til grunn at brukerutstyret skal ha en alminnelig god og moderne standard tilpasset de funksjoner og oppgaver sykehuset skal ivareta.

10.3.2 Gjenbruk

Følgende hovedstrategi for gjenbruk legges til grunn:

- Ikke medflytte større fastmontert utstyr som bildediagnostisk utstyr, fastmonterte operasjonsbord, operasjons- og undersøkelseslamper, større analysemaskiner på laboratoriet
- Medflytte mest mulig av mobilt utstyr, som ultralydapparat, endoskopiutstyr, undersøkelsesbenker og alle typer småutstyr så fremt ikke nye bygningstekniske eller datatekniske systemvalg gjør gjenbruk umulig

10.3.3 Netto utstyrsbehov

Følgende er lagt til grunn for den foreliggende beregning av *nettokostnader*:

- Dagens utstyrs park av MTU basert på medisinsk teknisk avdelings register

- Kort befaring av eksisterende kostbart MTU
- Opplysninger om dagens sengepark m.v.
- Erfaringstall fra andre sykehusprosjekt om overflyttingsgrad

Tabell 22: Kostnader netto utstyrskostnader

Kostnadsoverslag brukerutstyr i mill. kr. eks. mva.	
Brutto utstyrskostnad	129,0
Kalkulert verdi gjenbruk	39,0
Netto utstyrskostnad	90,0

10.4 Kostnadsoverslag, utstyrskostnader

Dette gir følgende kostnadsoverslag for brukerutstyr:

Tabell 23: Sum kostnader utstyr inkl administrasjon og mva

Samlet kostnadsoverslag brukerutstyr i mill. kr.	
Brutto utstyrskostnad, eks. mva.	129,0
Netto utstyrskostnad, eks. mva.	90,0
Administrasjon (10 % av brutto), eks. mva.	12,0
Netto kostnadsoverslag, eks. mva	102,0
Mva, 25 %	25,5
Netto kostnadsoverslag, inkl. mva	127,5

10.5 Usikkerhet

følgende forhold gir usikkerhet i netto kostnadsoverslaget til:

- Hvilke behandlingsmetoder sykehuset skal tilby og hvilken faglig funksjonalitet dette vil kreve
- Hvilken ny teknologi og funksjonalitet innen medisinsk teknikk som kommer på markedet for anskaffelsestidspunktet (standard utstyr)
- Tidspunkt for ferdigstilling og innflytting. Usikkerhet knyttet både til endringer i teknologi og andel overflyttbart utstyr
- Kostnadsutviklingen for medisinteknisk utstyr og IT-relatert brukerutstyr
- Avgrensingen mellom brukerutstyr og byggutstyr
- Nødvendig reserve bør innarbeides på et senere tidspunkt i prosjektet, vanligvis ved fastsettelse av budsjett for de ulike anskaffelses-/kontraktsgruppene. I mange prosjekt er det satt av en reserve på omlag 10 %.
- I tillegg til de rene anskaffelseskostnader for utstyr, må det beregnes en kostnad for administrasjon og drift av utstyrskostnader. I kalkylen er det lagt inn en administrasjonskostnad på omlag 10 % av brutto utstyrskostnader.

11 Tekniske rammer og forutsetninger

Overordnet teknisk program (OTP) angir krav til hvordan bygning og tekniske anlegg og -systemer skal planlegges og bygges.

OTP er sammen med hovedfunksjonsprogram (HFP) og hovedprogram utstyr (HPU), grunnlag for etterfølgende arbeid med skisseprosjektet.

I forprosjektfasen skal OTP videreføres og detaljeres til et teknisk program (TP).

Følgende retningslinjer for innhold, detaljering og ambisjonsnivå lagt i dette dokumentet:

- OTP angir ambisjonsnivå for bygningsmessige og tekniske installasjoner.
- OTP angir ikke løsninger, men krav til løsninger
- OTP angir kvalitetskrav og prioriteringer som skal legges til grunn for den etterfølgende prosjektering

11.1 Energi og miljø

Sykehuset forutsettes bygd med tanke på miljø og helse i tråd med Teknisk forskrift som sier:

” Byggevirkksomheten i alle faser, dvs. anskaffelse, bruk og avskaffelse, skal drives med forsvarlig belastning på ressurser og miljø og uten at livskvalitet og levevilkår forringes. Materialer og produkter til bruk i byggverk skal være fremstilt med forsvarlig energibruk og med sikte på å forhindre unødig forurensning. Byggverk skal være prosjektert og oppført slik at lite energi går med og lite forurensning oppstår i byggverkets levetid, inkludert riving.”

UNN Narvik skal bygges med et maksimalt totalt netto energibehov på 160 kWh/m², tilsvarende energiklasse A for sykehus. Kravet er utover gjeldende krav i byggeforskrift TEK 2007 som setter rammekravet til 325 kWh/m² oppvarmet BRA per år.

Energikilder som fjernvarme, biobrensel og grunnvarme vurderes og det forutsettes etablert egen varmesentral i forbindelse med biobrensel eller grunnvarme. Energigjenvinning vurderes for aktuelle systemer som avløpsvann og spillvarme fra varmeproduerende systemer og utstyr.

Det etableres en miljøstasjon hvor kildesortert søppel håndteres. Det må gjøres en risikovurdering med hensyn på behandling av smitteavfall, sett opp mot de mengder en beregner å måtte håndtere.

Sanitæranleggene skal planlegges slik at stoffer eller væsker som karakteriseres som spesialavfall, ikke skal tømmes i avløpssystemet, men oppsamles lokalt og leveres til godkjent mottakssted. Det bemerkes at det fremover påregnes skjerpede krav og eventuell utslippskonsesjon for avløp fra sykehus.

Det skal velges bygningsmessige løsninger og utførelsesmetoder som støtter opp under krav til ”rent-tørt bygg” under byggeperioden.

For å oppnå et godt inn klima må det i hovedsak benyttes lavemitterende materialer som avgir lite flyktige organiske stoffer til omgivelsene.

Videre må bygget utformes og utføres slik at beskyttelse mot støy og vibrasjoner fra vei og jernbane ivaretas. Støy fra helikoptertrafikk må ivaretas gjennom bygningsmessige konstruksjoner.

11.2 Spesialfunksjoner

UNN A-fløy skal inneholde funksjoner som planlegges ut fra spesielle behov, regler og forskrifter. Det forutsettes at prosjekteringen ivaretar kravene i slike forskrifter.

11.1 Brannsikkerhet, sikkerhet og tilgjengelighet

Bygget sikres gjennom etablering av fullsprinkling, sentralisert brannvarslingsanlegg og sentralisert nødlysanlegg. I enkelte utsatte arealer som skjermede enheter i rus/psykiatri skal det vurderes bruk av aspirasjonsdeteksjon eller andre muligheter for deteksjon hvor detektorer ikke er eksponert overfor pasienter.

Det skal etableres et alarm- og adgangskontrollanlegg som skal benyttes til sikring av bygget, dele bygget adgangsmessig opp i de nødvendige soner, og benyttes i forbindelse med innbrudds-alarmsystem.

11.1 Teknisk forsyning og forsyningssikkerhet

Forsyningssikkerheten skal sikres gjennom dublering av de enkelte anleggene som forsyner hhv. prioritert og uprioritert tavle.

Det etableres en nødstrømsforsyning (nødstrømsaggregater) som av sikkerhetshensyn skal være dublert og dekke 100 % av installert trafoeffekt til prioritert tavle. Nødstrømsforsyning skal automatisk kobles inn ved bortfall av høyspent forsyning.

Overordnet teknisk program følger som uttykt vedlegg til konseptrapporten.

Ambisjonsnivået med hensyn på miljø og energi er høyt, og kan uttrykkes med at maksimalt totalt netto energibehov for den nye fløyen settes til halvparten av dagens forskriftskrav, slik at bygget er godt innenfor energiklasse A. Dette ivaretar at det bygges fremtidsrettet slik at en klarer å holde energiklasse A også for fremtiden. Overskuddsvarme forutsettes i størst mulig grad utnyttet.

For å oppnå god driftsøkonomi beregnes det utstrakt bruk av automatikk integrert mot SD-anlegget slik at det i stor grad er behovsstyring av tekniske installasjoner for temperatur, ventilasjon og belysning, samt god driftskontroll av anleggene.

Videre vektlegges det at utbyggingen gjennomføres slik at bygget har lavest mulig miljøpåvirkning gjennom hele livssyklusen fra bygging gjennom driftsperioden og til gjennomført sanering.

Det tas høyde for skjerpede krav i forbindelse med utslipp slik at stoffer eller væsker som i dag, eller potensielt i fremtiden, kan karakteriseres som spesialavfall oppsamles og leveres til godkjent mottakssted.

Det vektlegges at forsyningssikkerheten skal sikres gjennom en stor grad av dublering av tekniske anlegg.

Utvendig forutsettes fasader, dører, vinduer mv å være vedlikeholdsfrie.

Det skal velges bygningsmessige og tekniske anlegg og systemer som legger til rette for nøkterne, kostnadseffektive og robuste varige løsninger. Materialer på innvendige overflater og utførelse må velges slik at krav til hygiene, rengjøringsvennlighet mv ivaretas.

Bygget verifiseres og dokumenteres fortløpende gjennom hele byggeperioden ved bruk av målerapporter, logger mv. slik at det dokumenteres at forskrifter og krav er overholdt.

Enkelte arealer har spesielle behov med hensyn på utforming og utførelse, som for eksempel som skjermingsenheten for rus og psykisk helsevern, hvor personsikkerheten må ivaretas ved bruk av veloverveide tekniske og bygningsmessige løsninger.

Andre spesialrom som lab, røntgen, operasjonsstuer, isolater mv utformes med gode tekniske og bygningsmessige løsninger som sikrer at krav til lekkasjetetthet, planhet, renhet i luften, beskyttes mot stråling, sikkerhetsavløp mv. ivaretas.

12 Kostnader og investeringsbehov

12.1 Forutsetninger

Beregning av investeringskostnadene er for Nye UNN Narvik er bygget opp etter bygningsdelstabellen og basert på skisseprosjekt 2. . Grunnlaget er de den integrerte modellen og scenario 1, opptaksområde som i dag. Investeringskostnader omfatter prosjektkostnader inkl mva og brukerutstyr. På grunnlag av prosjektkostnad er det beregnet 12 % påslag for utforutsette kostnadsøkninger.

For scenario 2, utvidet opptaksområde, øker brutto arealbehov med henholdsvis 1 840 m² og 1 805 m² for skisseprosjekt 1 og skisseprosjekt 2, og en økning i prosjektkostnader på henholdsvis 109 MNOK og 99 MNOK for skisseprosjekt 1 og 2.

Den samlokaliserte modellen gir et økt programmert arealbehov på ca 800 m² netto. Gitt de beregnede m²-prisene for skisseprosjekt 2, gir dette en økt investeringskostnad på 88 MNOK og tilsvarende 94 MNOK med priser fra skisseprosjekt 1. Det er ikke utviklet skisseprosjekt for den samlokaliserte modellen.

Tabell 24: Kostnadskalkyle skisseprosjekt 2

Konto	BTA m ²	Kr / m ²	SUM	Kommentarer
0 Marginer / reserve			184.739.305	15 % av sum 1-9
1-6 Huskostnader	27.759	25.729	714.216.000	
			-	
Differensiert på type areal			-	
Tunge sykehusfunksjoner	4.946	38.000	187.948.000	26% av totalt BTA
Lette sykehusfunksjoner	10.413	28.000	291.564.000	41% av totalt BTA
Psykiatri og Rus	3.700	25.000	92.500.000	13% av totalt BTA
Tverrgående trafikkareal	5.101	18.000	91.818.000	12% av totalt BTA
Tekniske arealer	3.599	14.000	50.386.000	8% av totalt BTA
7 Utomhusarbeider	27.759	3.106	86.223.000	
1-7 Entreprensekostnader	27.759	28.835	800.439.000	
8 Generelle kostnader		5.767	160.087.800	20% av 1-7 entr.kostn
1-8 Byggekostnader	27.759	34.602	960.526.800	
9 Spesielle kostnader	27.759	8.906	247.233.895	
1-9 SUM	27.759	43.509	1.207.760.695	
0-9 Prosjektkostnader	27.759	50.164	1.392.500.000	
Utstyr inkl. mva.	27.759	4.593	127.500.000	
TOTAL SUM	27.759	54.757	1.520.000.000	

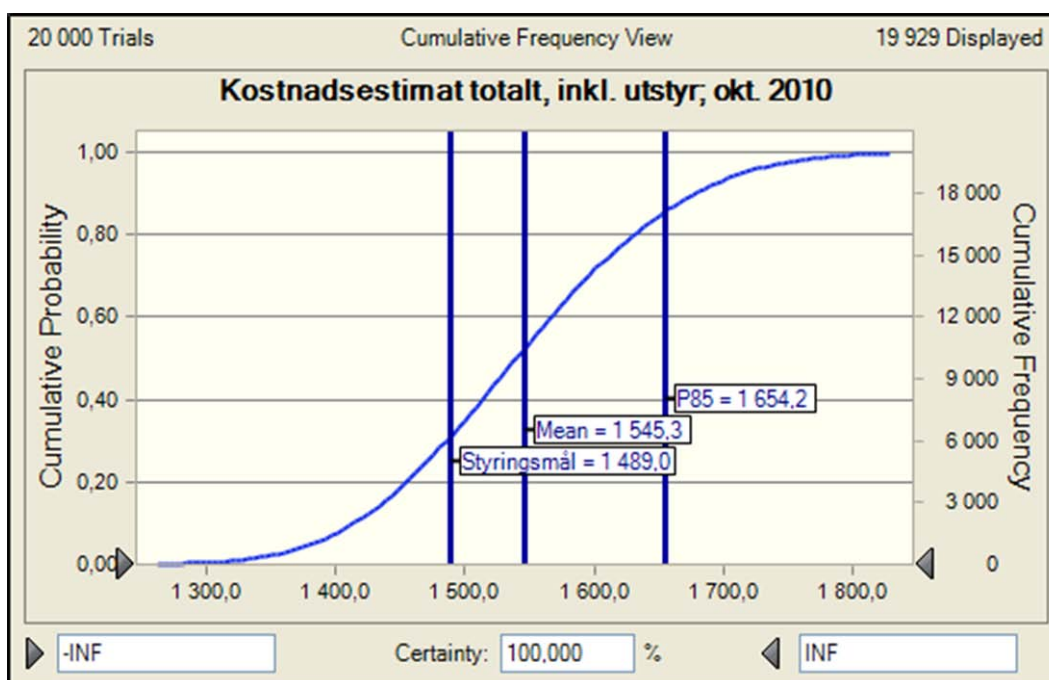
Tabell 24 er hentet fra skisseprosjektet og viser kostnadskalkylen med prisenivå august 2010. I denne oppstillingen inngår adkomstvei med tunnel med 40,2 MNOK, som er hentet fra Narvik kommunes utredning i forbindelse med tomteanalysen. Med påslag for generelle og spesielle

kostnader pluss margin, utgjør dette 63.9 MNOK av totalen på 1 520 MNOK. Eksklusiv kostnader for vei og tunell er prosjektkostnaden på 1 456 MNOK.

12.2 Usikkerhetsanalysen

Det ble i mai 2010 gjennomført usikkerhetsanalyser for prosjektet i overensstemmelse med Veileder for tidligfaseplanlegging og innenfor de faglige rammer som er gitt i Finansdepartementets KS-regime. Beregningen ble gjort på grunnlag av skisseprosjekt 1. Oppdatering av usikkerhetsberegninger på grunnlag av skisseprosjekt 2 er gjennomført i oktober 2010 med utgangspunkt i de reviderte kostnadskalkylene.

Beregningene viser en forventet kostnad ved p85 på 1 654 MNOK (85 % sannsynlighet for at prosjektet kan gjennomføres innenfor kostnadsrammen), mens styringsmålet p30 (settes noe lavere enn kostnadskalkylen) er på 1 489 MNOK.



Figur 13: Kostnadsestimat totalt, alternativ 1 inkl. brukerutstyr

Figur 13 viser følgende resultater fra usikkerhetsanalysen:

1. Forventet sluttkostnad: 1 545 MNOK
2. Finansieringsramme p85: 1 654 MNO.
3. Styringsmål p 30: 1 489 MNOK

Når tallene korrigeres for kostnader for vei og tunell får man følgende verdier:

1. Forventet sluttkostnad: 1 482 MNOK
2. Finansieringsramme p85: 1 590 MNOK
3. Styringsmål p30: 1 425 MNOK

Prosjektledelsen bør etablere en sentral styringsreserve, som dimensjoneres i forhold til differansen mellom prosjektets budsjett og kostnadmessig styringsmål. Finansieringsbehovet blir dermed 1 590 MNOK inkl mva men eks vei og tunell.

12.3 Sammenligning kostnader skisseprosjekt 1 og 2

Tabell 25 viser lavere kostnader for skisseprosjekt 2 både når det gjelder kalkylen total og per m². I tillegg går programarealet og B/N-faktorene ned. Usikkerhetsanalysen gir også et lavere påslag for p85. Tabell 26 viser tilsvarende inklusiv kostnader til vei og tunell.

Tabell 25: Kostnadskalkyle og kostnadsestimater alternative skisseprosjekt, scenario 1, integrert modell, eks vei og tunell

	Brutto m ²	Kalkyle totalt	Kalkyle per m ²	Styringsmål p30	Inkl margin p85
Skisseprosjekt 1, mai 2010	28.264	1.579.932.000	55.899	1.551.000.000	1.745.000.000
Skisseprosjekt 1, prisjustert 1.5% mai-aug 2010		1.603.630.980	56.738	1.574.265.000	1.771.175.000
Skisseprosjekt 2, oktober 2010	27.731	1.456.000.000	52.504	1.425.000.000	1.590.000.000
Avvik skisseprosjekt - skisseprosjekt 2	-533	-147.630.980	-4.233	-149.265.000	-181.175.000
Avvik i %		-9,2	-7,5	-9,5	-10,2

Tabell 26: Kostnadskalkyle og kostnadsestimater alternative skisseprosjekt, scenario 1, integrert modell, inkl vei og tunell

	Brutto m ²	Kalkyle totalt	Kalkyle per m ²	Styringsmål	p85
Skisseprosjekt 1, mai 2010	28.253	1.643.932	58.186	1.615.000	1.809.200
Skisseprosjekt 1, prisjustert 1.5% mai-aug 2010		1.668.591	59.059	1.639.225	1.836.338
Skisseprosjekt 2, oktober 2010	27.759	1.520.000	54.757	1.489.000	1.654.200
Avvik skisseprosjekt - skisseprosjekt 2	-494	-148.591	-4.302	-150.225	-182.138
Avvik i %		-8,9	-7,3	-9,2	-9,9

12.3.1 Kuttliste

Ifm usikkerhetsanalysen ble det utarbeidet kuttliste som viste et potensial på ca 20 MNOK. Målet med kuttlisten er å vise hvordan investeringsbehovet kan reduseres ved å endre innholdet eller kvaliteten i prosjektet.

Kuttene som innbærer redusert teknisk og bygningsmessig kvalitet for de ulike fagområdene (RIB, RIV, RIE) omfatter ca 16 MNOK mens endringer som griper inn i funksjonsarealene (redusert arealbruk) omfatter ca 4 MNOK.

12.4 Driftsøkonomiske konsekvenser

Detaljerte beregninger finnes i vedlegg 5, Prosjektets effekt på driftsøkonomien, datert 5. mai 2010.

Ulikhetene i løsning og arealbruk mellom skisseprosjekt alternativ 1 og alternativ 2 antas ikke å gi utslag på forventede driftsøkonomiske innsparinger. Begge alternativene bygger på den integrerte modellen og scenario 1, dagens opptaksområde. Endringer i driftsøkonomi gjelder sammenlignet med dagens sykehus (regnskap 2009, drøftinger med UNN Narvik mai 2010).

Det er ikke gjort alternative beregninger for samlokalisert modell og for scenario 2 utvidet opptaksområde. Scenario 2 vil gi økt arealbehov på ca 1 800 m² brutto og tilsvarende økning i FDV-kostnadene for begge skisseprosjektene. Samlokaliseringalternativet ble avvist på faglig grunnlag, men ville med stor sannsynlighet gitt høyere driftskostnader på grunn av dublering av støttestrukturer som ekspedisjoner oa.

Skisseprosjekt 2 viser en tettere integrasjon mellom sykehus og primærhelsetjenesten og det beskrives mulig løsninger for samarbeid og samdrift som vil ha innvirkning på bemanning og driftskostnader for både kommunen og sykehuset. Det har ikke vært mulig å gjøre konkrete beregninger av effekter på driftsøkonomien, men et samarbeid mellom to relativt små enheter om felles oppgaver antas å gi en positiv effekt, forutsatt samme tjenester og kvalitet.

Kommunen vil være bruker av funksjonsområder i sykehuset. I dag gjelder det i hovedsak FAM, men i Nye UNN Narvik vil det også kunne omfatte andel av observasjonsplasser, resepsjon, ekspedisjon, kantine, varemottak, LMS, undervisning og forskning oa. For å illustre omfanget av dette er det i programmet anvist en kommunal andel på 437 m2 netto av det totale programarealet på 13 332 m2. Dette er arealer inngår i det prosjekterte arealet med ca 900 m2 brutto, som kan gi en potensiell leieinntekt for sykehuset. Den inntekten er ikke inkludert i den driftøkonomiske effekten.

Tabell 27: Driftsøkonomiske konsekvenser av Nye UNN Narvik, skisseprosjekt 1 og 2, scenario 1, dagens opptaksområde

	Økonomisk effekt
Sum kliniske funksjoner	-19.440.135
Energiutgifter	-2.126.653
Renholdsutgifter	-1.038.056
Øvrige FDVU utgifter	1.213.010
Matdistribusjon og kjøkken	-1.500.000
Sum effekt nytt bygg	-22.891.834

Forventet årlig kostnadsreduksjon blir da like under 23 MNOK.

12.5 Økonomisk bæreevne

Tabell 28 viser prosjektet Nye UNN Narvik økonomiske bæreevne, det vil si prosjektet bidrag til HFets driftsbudsjett. Det er forutsatt er investeringsbehov på 1 590 MNOK, tilsvarende p85, ref pkt 12.2. Dette tilsvarer en sikkerhetsmargin på 108 MNOK ut over de kalkulerte kostnadene i skisseprosjektet (1 520 MNOK) eks kostnader vei og tunell. Tabellen viser reduserte driftskostnader på 22.9 MNOK fra det tidspunktet det nye sykehuset settes i drift 2019. Prosjektet har et negativt bidra til driftsresultatet i avskrivingsperioden på 26.4 år på samlet ca 500 MNOK. Ledelse ved UNN HF ønsker å komme i gang med bygging av Nye UNN Narvik så snart som mulig og det er forutsatt en byggestart i 2015 og 4 års byggetid.

Tabell 28: Økonomisk bæreevne for prosjektet Nye UNN Narvik

Prosjektets bæreevne	Prosjekt ferdigstilt	år 1	år 2	år 3	år 4-26,4	SUM
Netto endringer i driftsutgiftene pga prosjektet		22.891.834,0	22.891.834,0	22.891.834,0	22.891.834,0	91.567.336,0
Fra RHF omfordeling av inntekt til HFene som bidrag til prosjekt		20.000.000,0	20.000.000,0	20.000.000,0	20.000.000,0	80.000.000,0
Sum budsjettstyrking	-	42.891.834,0	42.891.834,0	42.891.834,0	42.891.834,0	171.567.336,0
						-
Avskrivning av prosjektkostnadene		66.852.272,7	66.852.272,7	66.852.272,7	66.852.272,7	267.409.090,9
Endring av avskrivning på eksisterende anlegg						-
Rentekostnader		98.110.300,0	98.110.300,0	98.110.300,0	98.110.300,0	392.441.200,0
Sum kostnader	-	164.962.572,7	164.962.572,7	164.962.572,7	164.962.572,7	659.850.290,9
Sum budsjettstyrking - kostnader	-	(122.070.738,7)	(122.070.738,7)	(122.070.738,7)	(122.070.738,7)	(488.282.954,9)

Tabell 29: Økonomisk bæreevne for helseforetaket

Bærekraft	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
UNN HF																
Inntekter	5.409,0	5.433,0	5.426,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0
Kapitalkompensasjon	-	-	-	-	-	-	10,0	10,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Sum inntekter	5.409,0	5.433,0	5.426,0	5.432,0	5.432,0	5.432,0	5.442,0	5.442,0	5.462,0	5.462,0	5.462,0	5.462,0	5.462,0	5.462,0	5.462,0	5.462,0
Driftskostnader ekskl avskrivninger	5.146,6	5.186,5	5.201,5	5.216,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5	5.231,5
Økte driftskostnader A-fløy								34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0
Økte kostnader, renter lån	-	-	-	-	-	-	-	-	64,0	158,7	150,2	141,7	133,1	124,6	116,1	107,5
Sum driftsbespærelser (Narvik)										22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9
Avskrivninger åpningsbalansen	256,4	250,5	266,9	241,5	237,7	228,2	200,5	156,7	113,9	122,0	127,0	135,4	120,3	123,2	123,7	125,5
Avskrivninger nye bygg	-	-	-	-	-	-	-	-	40,2	117,9	117,9	117,9	117,9	117,9	117,9	117,9
Øvrige avskrivninger	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sum avskrivninger	256,4	250,5	266,9	241,5	237,7	228,2	200,5	156,7	154,1	239,9	244,8	253,3	238,2	241,0	241,5	243,3
Netto renteinntekter	4,0	4,0	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sum kostnader	5.399,0	5.433,0	5.464,4	5.458,0	5.469,2	5.459,7	5.432,0	5.388,2	5.483,5	5.641,2	5.637,6	5.637,5	5.613,9	5.608,2	5.600,2	5.593,4
Kostnadsreduksjonskrav																
Overskudd	10,0	0,0	-38,4	-26,0	-37,2	-27,7	10,0	53,8	-21,5	-179,2	-175,6	-175,5	-151,9	-146,2	-138,2	-131,4
Overskuddskrav	10,0	-	20,0	24,0	38,0	52,0	38,0	24,0	24,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Differanse	0,0	0,0	-58,4	-50,0	-75,2	-79,7	-28,0	29,8	-45,5	-189,2	-185,6	-185,5	-161,9	-156,2	-148,2	-141,4

Per 25. oktober pågår kvalitetssikring av tallgrunnlag og beregninger.

Tabell 29 viser negativt driftsresultat for HF-et når effektene av investeringsprosjektene er lagt inn (UNN A-fløy, Nye UNN Narvik og nytt Pasienthotell). Effekten av Nye UNN Narvik slår inn fra det tidspunktet bygget er ferdig (2018) med økte rentekostnader og avskrivninger. Effekten av reduserte driftskostnader kommer fra 2019 som er første driftsår i nytt anlegg.

12.6 Finansieringsbehov

Tabell 31 viser lånebehovet for prosjektet Nye UNN Narvik. Det er forutsatt 4 års byggetid og 50% lånebehov.

Tabell 30: Prosjektets finansieringsbehov fordelt på byggeperioden

Finansieringsplan for prosjektet aleine	Prosjekt år 1	Prosjekt år 2	Prosjekt år 3	Prosjekt år 4	Prosjekt ferdigstilt	Sum prosjekt periode
Investeringskostnad (prisivå prosjektstart)	167.000.000	508.800.000	532.600.000	556.500.000		1.764.900.000
-Innbetalinger fra eiendomssalg						0
- Tilførsel fra HFets driftsbudsjett	-14.000.000	-14.000.000	-14.000.000	-14.000.000	0	-56.000.000
- Andre inntekter til å dekke investeringen					-20.000.000	-20.000.000
- Netto endring av driftskostnadene pga investeringen					-22.891.834	-22.891.834
Resterende finansieringsbehov	153.000.000	494.800.000	518.600.000	542.500.000	-42.891.834	1.666.008.166

Tabell 31: Helseforetakets finansieringsbehov

i 1000 NOK

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Finansieringsplan for helseforetaket											
Resultat for HFet	10.000.000	0	20.000.000	24.000.000	38.000.000	52.000.000	38.000.000,0	24.000.000,0	24.000.000,0	10.000.000,0	10.000.000,0
Resultatavvik forrige år											
+ Avskrivning anleggsmidler	256.394.704	250.533.279	266.873.831	241.529.694	237.714.861	228.200.601	200.482.858	156.679.629	113.875.391	167.407.732	229.962.418
Avskrivning Narvik										66.852.273	66.852.273
Avskrivning Pasienthotell og A-fløy	0	0	0	0	0	0	0	0	40.200.758	51.000.758	51.000.758
+ Nedskrivning anleggsmidler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
+ Bokført verdi av solgt anleggsmiddel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
+ Gaver	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kapitalkompensasjon RHF	0	0	0	0	0	0	10.000.000	10.000.000	30.000.000	30.000.000	30.000.000
= Kontantstrøm fra driften	266.394.704	250.533.279	286.873.831	265.529.694	275.714.861	280.200.601	248.482.858	190.679.629	208.076.148	325.260.762	387.815.448
- Avdrag lån		0	0	0	0	0	0	0	-67.360.716	-170.634.716	-170.634.716
Finansieringsgrunnlag investeringer	266.394.704	250.533.279	286.873.831	265.529.694	275.714.861	280.200.601	248.482.858	190.679.629	140.715.432	154.626.046	217.180.732
Mindre investeringer, bygg og utstyr	211.500.000	302.000.000	110.000.000	110.000.000	105.000.000	100.000.000	106.000.000	150.000.000	150.000.000	123.000.000	105.000.000
Pasienthotell	0	0	0	0	0	0	10.500.000	158.000.000	155.400.000	0	0
A-fløy	1.770.000	0	21.000.000	106.050.000	129.202.500	256.675.125	359.333.756	151.001.688	0	0	0
Narvik	0	0	0	0	0	175.350.000	542.590.000	568.030.000	593.470.000	0	0
Sum investeringer	213.270.000	302.000.000	131.000.000	216.050.000	234.202.500	532.025.125	1.018.423.756	1.027.031.688	898.870.000	123.000.000	105.000.000
Behov for opptak av nye lån	53.124.704	-51.466.721	155.873.831	49.479.694	41.512.361	-251.824.524	-769.940.899	-836.352.059	-758.154.568	31.626.046	112.180.732

Tabell 31 viser likviditetssituasjonen for UNN HF fra 2010 til 2020 forutsatt at alle 3 prosjektene gjennomføres. Det er forutsatt byggestart Nye UNN Narvik i 2015 og 4 års byggetid. Tabellen viser innfasing av prosjektene UNN A-fløy i 2012, Nytt Pasienthotell 2016 og Nye UNN Narvik fra 2015. For alle prosjektene forutsettes det 100 % lånebehov.

13 Forprosjektet – gjennomføringsplan

Dette kapittelet omfatter en plan for gjennomføring av forprosjektfasen og byggefasen.

13.1 Målformulering. Suksessfaktorer.

13.1.1 Overordnede mål for forprosjektfasen.

Målet for forprosjektfasen er å videreutvikle prosjektet frem til et komplett grunnlag for gjennomføringsfasen, og at dette blir gjennomført i samsvar med godkjent konseptrapport, innenfor tilhørende kostnadsramme og tidsplan med lavest mulig levetids- og driftskostnad.

13.1.2 Målformulering. Føringer.

Konseptfasen etterfølges av forprosjektfasen. Forprosjektfasen skal gi grunnlag for revisjon av planforutsetninger og kostnader og godkjenning for bygging.

Forprosjektet skal gjennomføres i samsvar med de rammer som angis i konseptrapporten, eventuelt verifisere endringer som anses nødvendig som følge av prosjektutviklingen. Gjennom forprosjektet skal prosjektet utvikles slik at det blir et gjennomarbeidet og komplett grunnlag for detaljprosjektering i gjennomføringsfasen for:

- Funksjonelle og tekniske løsninger.
- Budsjett og investeringsanalyser.
- Studier av levetids- og driftskostnader for bygget.
- Entreprenørmodell og fremdriftsplanlegging.

Forprosjektet skal identifisere og behandle prosjektets utfordringer og muligheter slik at usikkerhetspenget reduseres.

Gjennom forprosjektet skal prosjektets miljøprofil utvikles og tydeliggjøres.

13.1.3 Suksessfaktorer.

For at forprosjektarbeidet for Nye UNN Narvik skal kunne gjennomføres med et best mulig resultat innenfor en optimal tidsramme er det viktig at følgende forhold er på plass:

- Ved oppstart av forprosjektarbeidet avholdes et oppstartsseminar med deltagelse fra alle aktører hvor grunnlaget fra konseptrapporten og de gitte føringer gjennomgås.
- At Helse Nord RHF og UNN HF oppnevner styringsgruppe med nødvendig mandat og instruks for hvilke saker som skal behandles av denne og vidererapporteres til styret.
- At prosjektledelsen blir utvidet med egen prosjektleder prosjektering med god kompetanse og erfaring fra sykehusplanlegging.
- At prosjekteringsgruppen organiseres slik at den kan gi optimale råd med hensyn til materialvalg og tekniske løsninger hvor også levetids- og driftskostnader vektlegges.
- At det gjennomføres en detaljert gjennomgang av programmet for utstyrsinnkjøp.
- At man opprettholder den gode interne prosessen fra konseptfasen og sikrer medvirkning fra de ansatte og brukere i formuleringen av prioriteringer og mål.
- At HMS-mål og miljømål synliggjøres og vektlegges i hele prosessen.
- At man får til nødvendig samhandling med primærhelsetjenesten i avklaringer av hvilke føringer det gir for forprosjektarbeidet.
- At det gjennomføres særskilte risikostudier av kritiske elementer i prosjektet.
- Særskilte utfordringer knyttet til gjennomføringen av forprosjektet

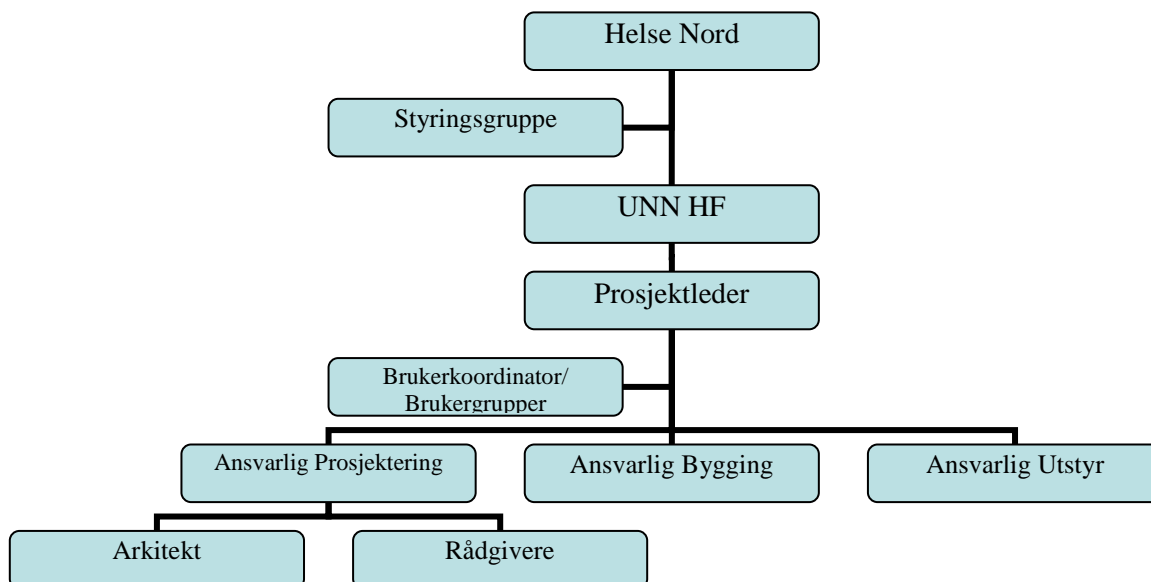
Av særskilte utfordringer knyttet til gjennomføringen av forprosjektet fremheves:

En sammenhengende planprosess vil alltid være til fordel ved gjennomføring av prosjekt. Dersom det oppstår stillstand i prosjektet ved overgang mellom de ulike fasene vil dette medføre demobilisering, gjenoppstartskostnader og fare for å miste kompetanse.

13.2 Organisering og ansvarsdeling.

13.2.1 Organisasjonsplan.

Organisasjonsplan for forprosjektet er vist nedenfor:



Figur 14: Organisasjonsmodell for forprosjektet

13.2.2 Ansvarsdeling.

Forprosjektet skal godkjennes av styrene i UNN HF og Helse Nord RHF.

Til støtte for beslutninger som medfører endringer av forutsetningene i konseptrapporten er oppnevnt en styringsgruppe med representanter fra ledelsen i Helse Nord, UNN HF og brukere. Styringsgruppen skal holdes orientert om utviklingen i prosjektet.

Direktøren ved UNN HF er prosjekteier. Han rapporterer til styrene for UNN HF og til Helse Nord RHF.

Prosjektlederen er ansvarlig for forprosjektarbeidene. Han rapporterer til direktør UNN HF.

Brukerkoordinator er ansvarlig for kontakten med brukerne som er organisert i brukergrupper. Brukerkoordinator skal være stasjonert i Narvik og rapporterer til Prosjektleder.

Ansvarlig prosjektering rapporterer til Prosjektleder og har ansvar for selve organiseringen og gjennomføringen av forprosjektet. Han er byggherrens representant ovenfor arkitekt og rådgivere. Funksjonen ivaretas av innleid rådgiver innenfor tidligere inngått avtale om prosjektledelse.

Ansvarlig bygging forutsettes først etablert i gjennomføringsfasen. Funksjonen ivaretas av utbyggingssjefen i forprosjektet.

Ansvarlig utstyr har ansvar for oppdatering av utstyrplanen. Han rapporterer til Prosjektleder.

Arkitekt og rådgivere er samlet i gruppekontrakt og har ansvaret for utviklingen av konseptrapporten til forprosjekt. De rapporterer til Ansvarlig prosjektering.

13.3 Fremdriftsplan.

Det er regnet 8 måneder til forprosjektet etter bekreftelse i form av oppdragsbrev fra Helse Nord RHF om videreføring av prosjektet i henhold til foreliggende konseptrapport. Detaljert fremdriftsplan innenfor denne tidsramme avklares med aktørene ved oppstart av forprosjektarbeidene. Fremdriften må tilpasses gjennomføringen av delfunksjonsprogram og eventuelt behov for revidering av skisseprosjektet eller annet planunderlag.

13.3.1 Prinsipper for prosjekt- og risikostyring.

Arbeidet med å utarbeide styringsdokument for forprosjektfasen er startet opp og vil foreligge til forprosjektarbeidet startes.

Prosjektstyringen.

Prosjektstyringen utføres av prosjektledelsen og tar utgangspunkt i følgende: Prosjektstyringsbasis vil bestå av aktivitetsbeskrivelse (KTR), tidsplan og budsjett samt bemanningsplaner.

Forprosjektgrunnlaget består av byggeprogrammet, konseptrapporten og kontraktsdokumentene. Det utarbeides kontrollplaner for de enkelte hovedaktiviteter.

Risikostyringen.

Risikostyringen i forprosjektfasen håndteres av prosjektledelsen ved:

- Statusrapportering.
- Styring av endringer.
- Kostnadsstyring.
- Kvalitetsrevisjoner.
- Kontrollplaner.

For å sikre kvaliteten på forprosjektet forutsettes gjort:

- Risikoanalyser.
- Usikkerhetsanalyse.

13.3.2 Opplegg for kvalitetssikring.

Kvaliteten skal sikres ved at det legges opp til rapporteringsrutiner og oppfølging av de prinsippene som gjelder for prosjekt- og risikostyring. Det skal utarbeides og godkjennes kontrollplaner både for byggherrens og rådgivernes aktiviteter. Disse skal følges opp av minimum en kvalitetsrevisjon med ekstern revisor hos utvalgt aktør i forprosjektfasen.

13.4 Mandat (rammer) for gjennomføring av forprosjektet.

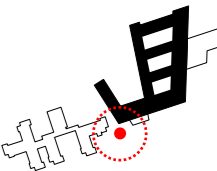
Mandatet for gjennomføring av forprosjektet vil bli definert i eget oppdragsbrev fra Helse Nord etter at konseptrapporten er ferdig behandlet.

For gjennomføring av forprosjektet og oppstart av gjennomføringsfasen må det avsettes totalt 50 mill. kr inkl mva prosjektet i 2011. Dette omfatter gjennomføring av delfunksjonsprogram, romfunksjonsprogram, utstyrprogram og forprosjekt. Beløpet er beregnet på grunnlag av erfaringstall og normtall. Forsinkelser i fremdriften vil kunne medføre revidering og grunnlaget og omprosjektering. Dette vil påføre prosjektet økte kostnader.

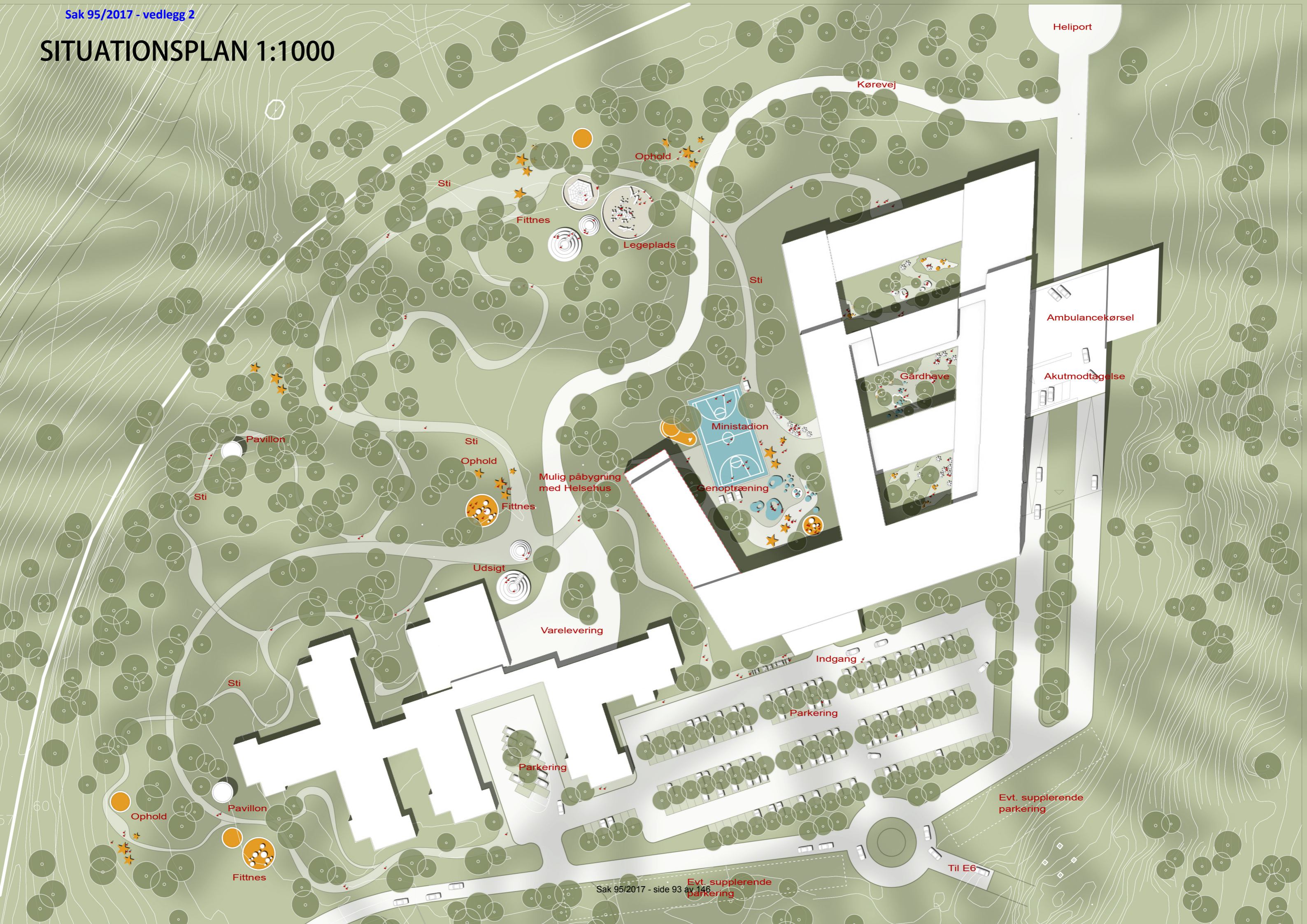


UNN NARVIK SYKEHUS

SKISSEPROJEKT - TEGNINGER
05.10.2010



SITUATIONSPLAN 1:1000



Heliport

Kørevej

Ophold

Sti

Fitness

Legeplads

Sti

Ambulancetorsel

Gårdhave

Akutmodtagelse

Ministadion

Genoptræning

Mulig påbygning med Helsehus

Sti

Ophold

Fitness

Pavillon

Sti

Udsigt

Varelevering

Indgang

Sti

Parkering

Parkering

Evt. supplerende parkering

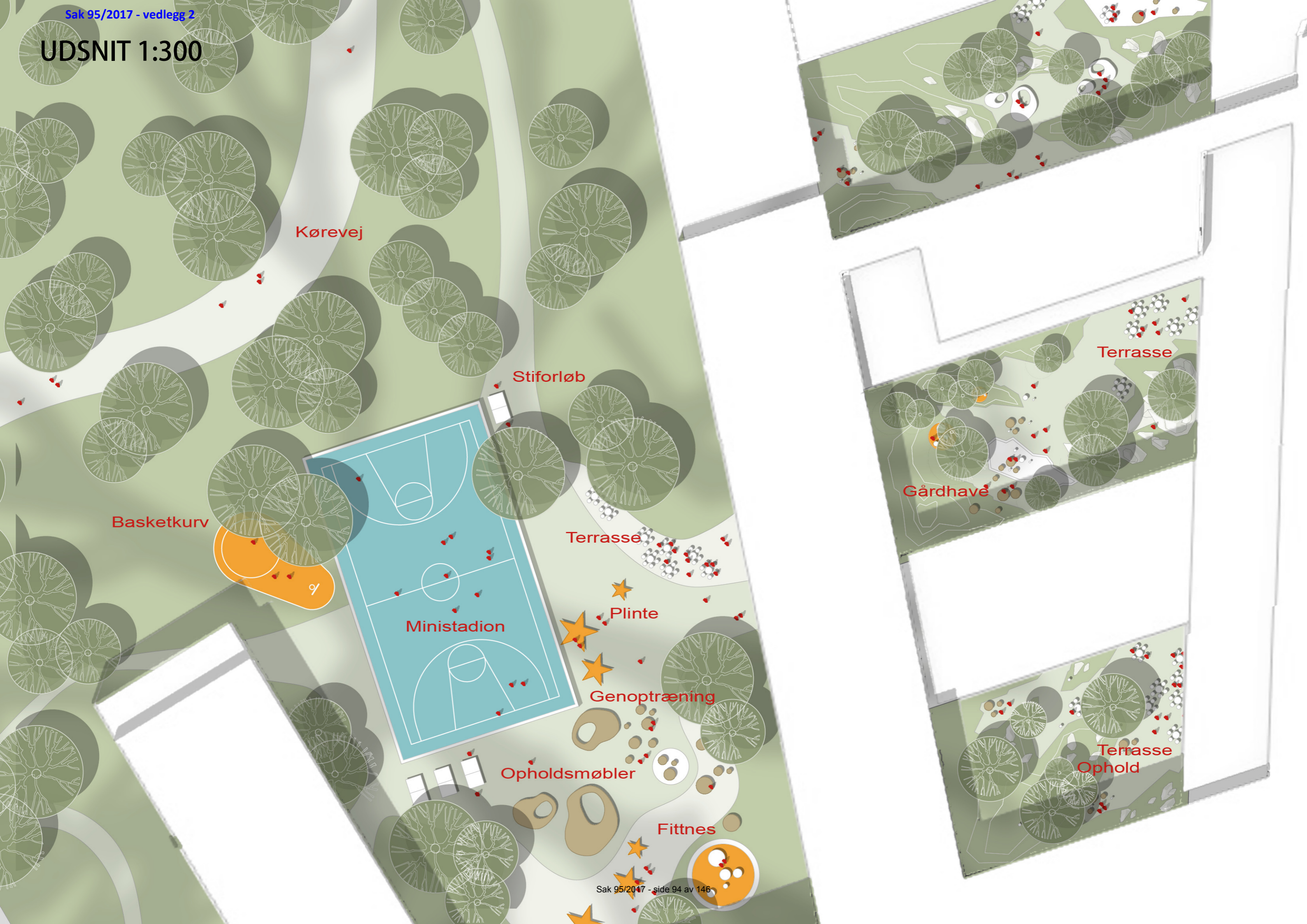
Pavillon

Ophold

Fitness

Til E6

UDSNIT 1:300





ETASJE 00 PSYKIATRI

- RUS - SENGEOMRÅDE
- PSYKIATRI - SENGEOMRÅDE
- SKJERMNING - SENGEOMRÅDE
- FYS - ERGOTERAPI / TRÆNING
- PERSONALESERVICE
- SENGEHÅNTERING
- TØJHÅNTERING
- RENHOLD
- FORSYNING, CENTRALLAGER, AFFALDSHÅNTERING
PORTØR
- FDVU
- MT
- IKT
- TEKNIK
- GARASJER
- LEJLIGHEDER
- BEREDSKAB
- HELSEHUS



1:750



ETASJE 01 ANKOMST

- ANKOMST, KØKKEN, RECEPTION, KANTINE, KIOSK
- SOMATISK POLIKLINIK
- APOTEK
- PSYKIATRISK POLIKLINIK
- DAGBEHANDLING
- KLINISK BIOKEMI
- FELLES ADMINISTRATIV RESSURS
- BLODBANK
- KLINISKE SPECIALLABORATORIER
- HELSEHUS



1:750



ETASJE 02 TUNG BEHANDLING

- FORSKNING, UNDERVISNING, LMS
- FELLES ADMINISTRATIV RESSURS
- RADIOLOGI
- OBSERVATION
- INTENSIV
- OPERATION
- STERILCENTRAL
- OPVÅGNING
- KIRUGISK DAGBEHANDLING
- OVERNATTING
- AMBULANCETJENESTE
- AKUTMODTAG / LÆGEVAGT
- HELSEHUS



1:750



ETASJE 03 SENGEAFSNIT

- PATIENTHOTEL
- FØDE / BARSEL
- HYBELLEJLIGHEDER
- SENGEAFSNIT
- HELSEHUS
INTERMEDIÆRSENGE
- FELLES ADMINISTRATIV RESSURS

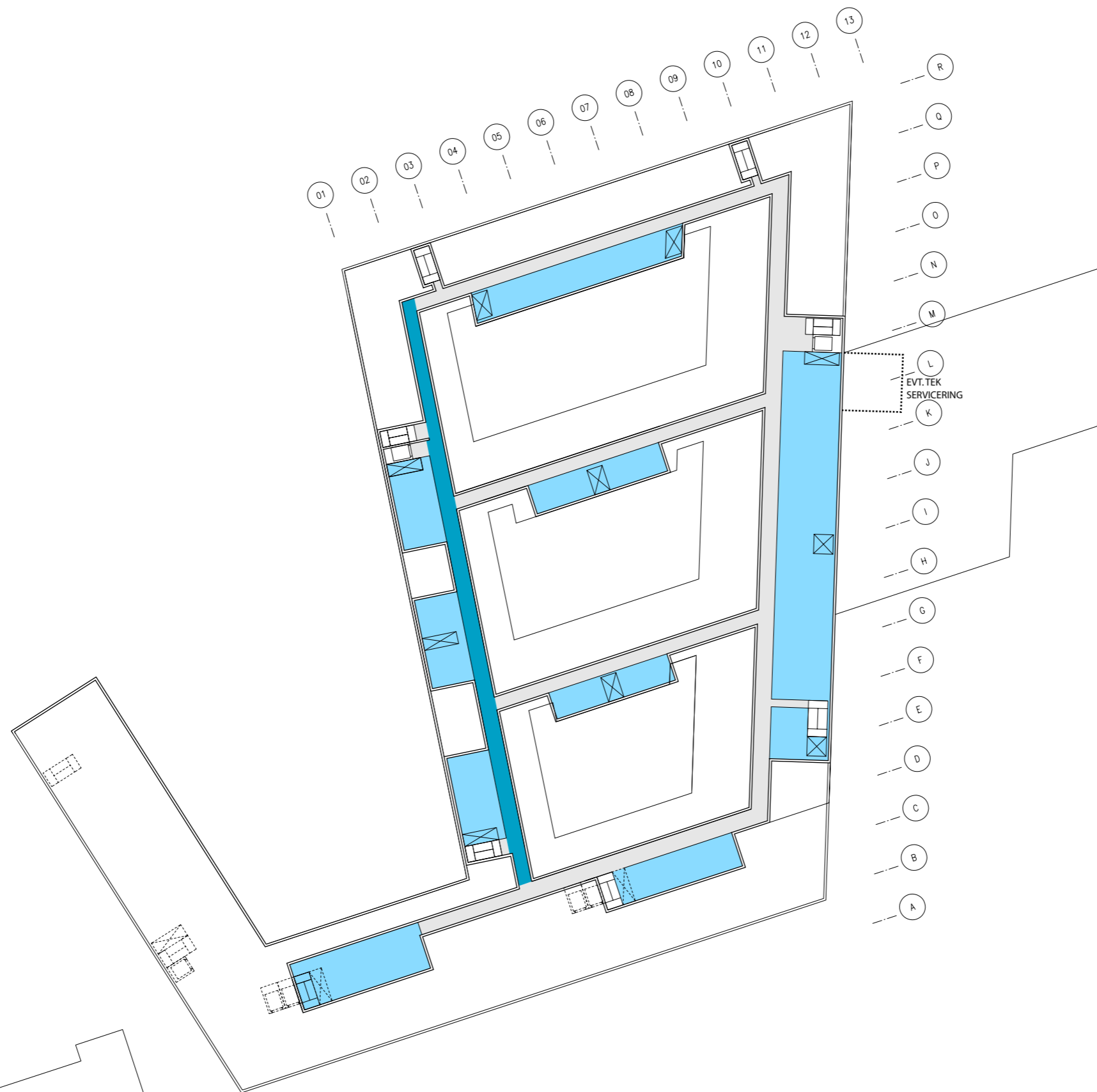


1:750



ETASJE -1 TEKNIK

- TEKNIK
- TEKNIKKULVERT

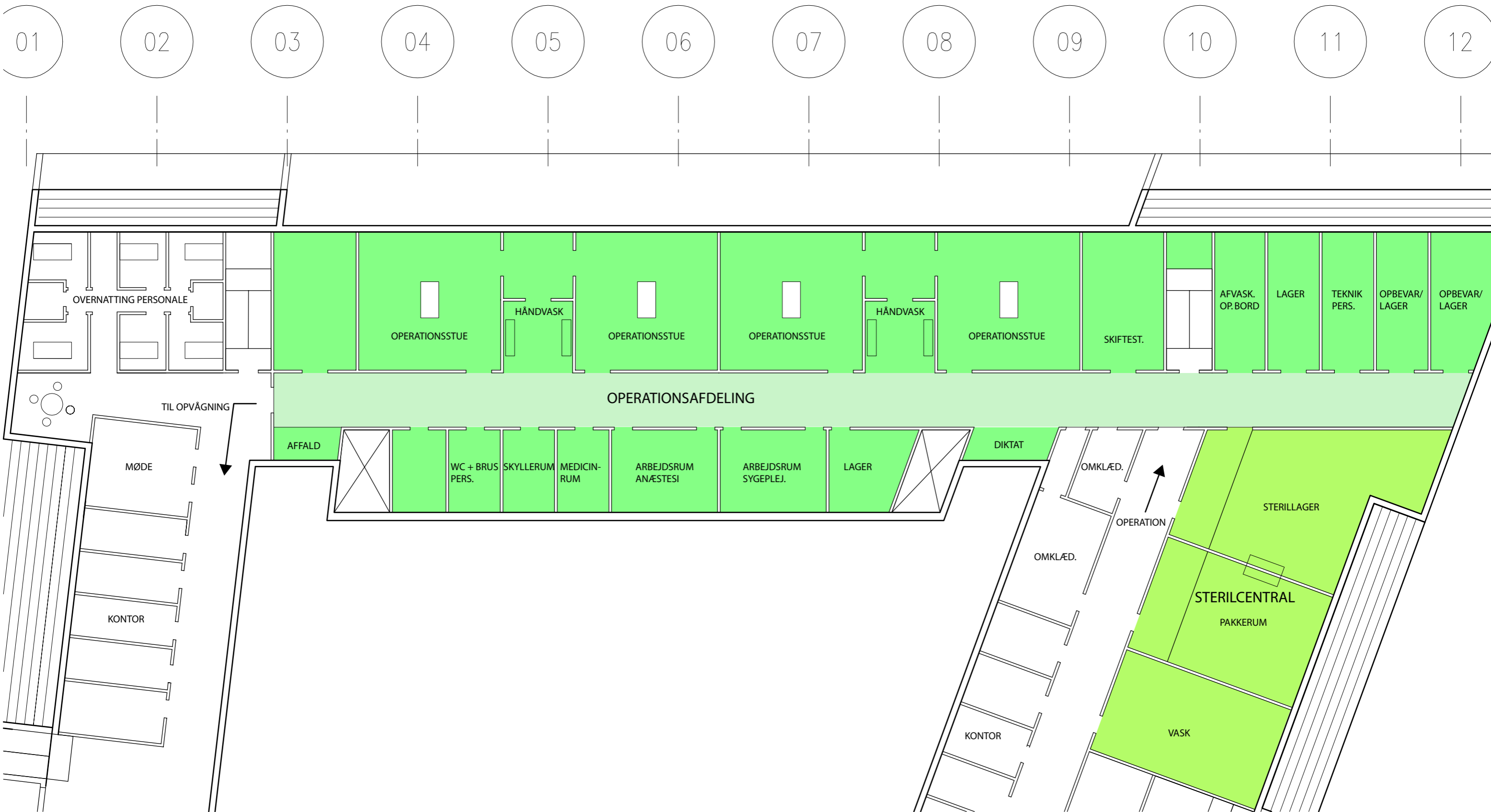


1:750



Princip for FAM

1:200



Princip for operation inc. Sterilcentral

1:200



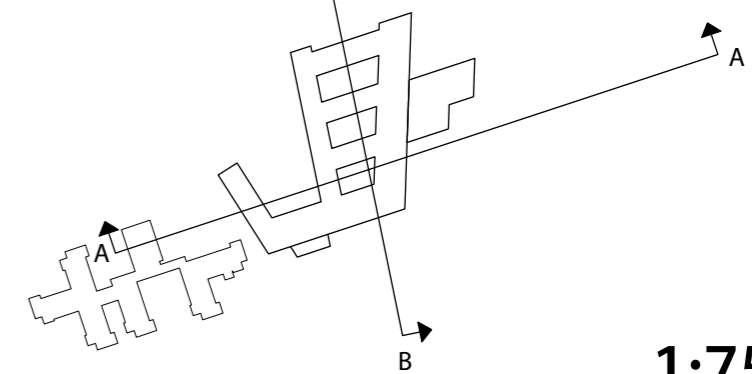
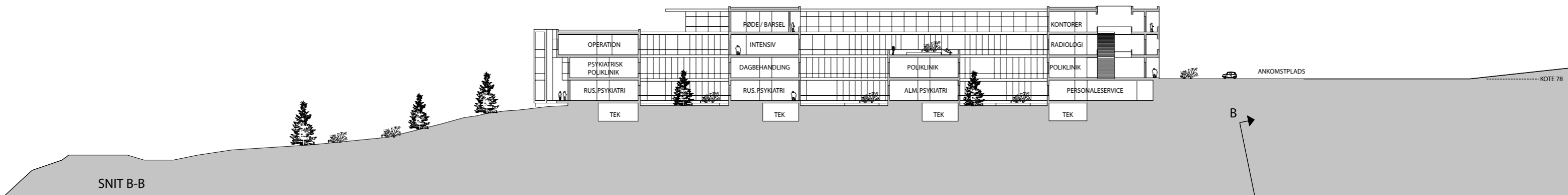
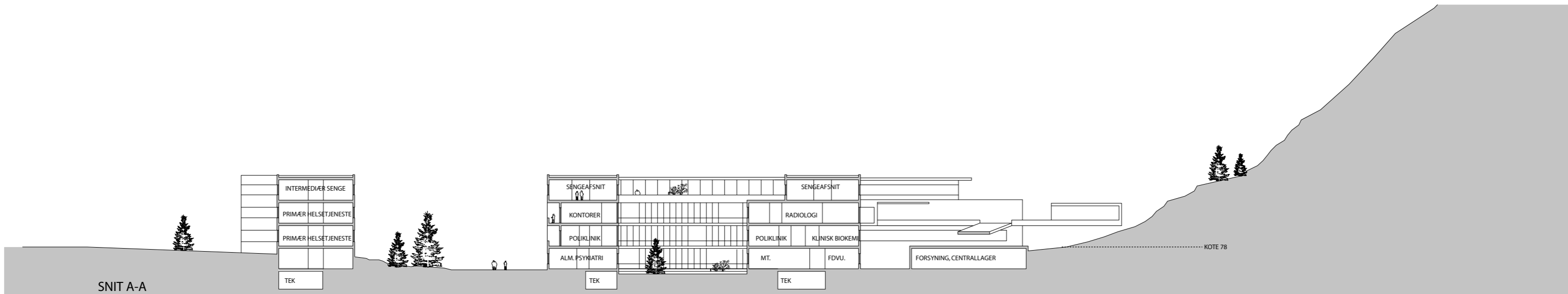
Princip for Psykiatri

1:200



Princip for Sengeafsnit

1:200



Snit

1:750



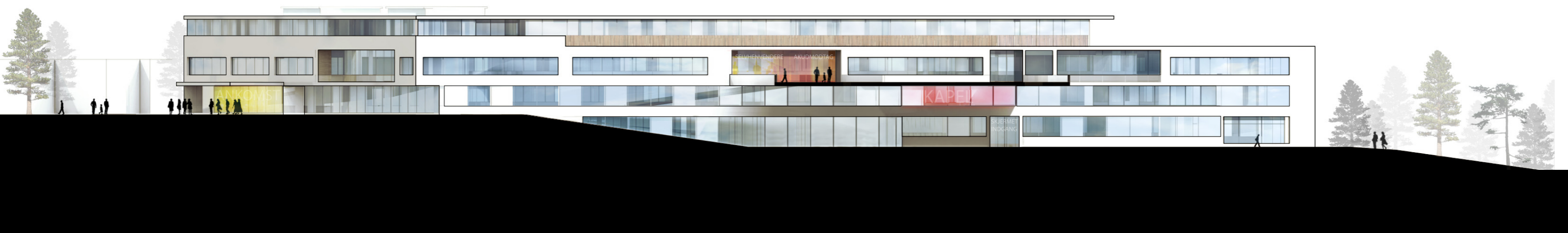
Opstalt - Nord

1:500



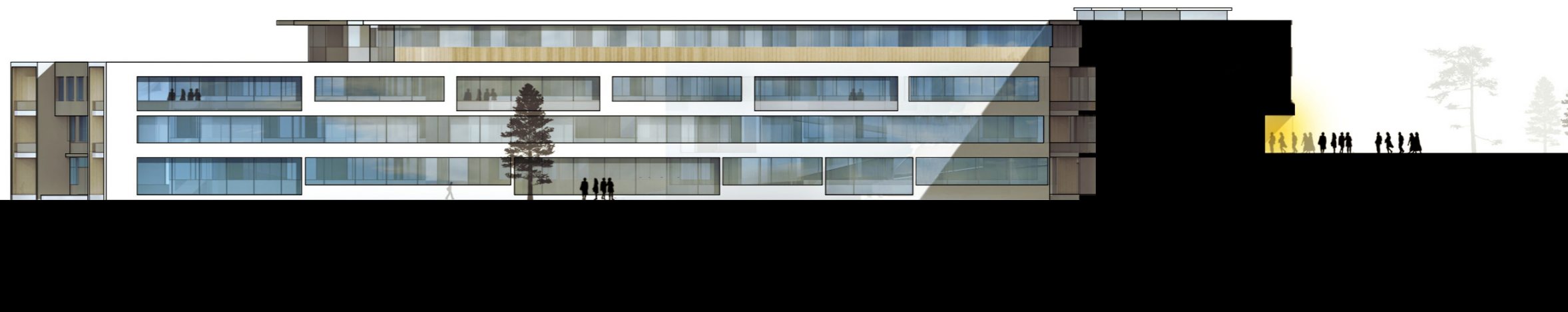
Opstalt - Syd

1:500



Opstalt - Øst

1:500



Opstalt - Vest



Visualiseringer



Visualiseringer



Illustrasjon fra konseptrapport



RAPPORT

KSK NYE UNN NARVIK

UTARBEIDET FOR UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE HF

20. OKTOBER 2017

Ver.	Status	Dato	Kommentar til versjonen	Ansvarlig
1.0	Overlevert	20.10.2017	Oversendt til oppdragsgiver	N.H.Melby

FORORD

Denne rapporten gjelder kvalitetssikring av Konseptrapport, benevnt KSK, for Nye UNN Narvik. Arbeidet er gjennomført i henhold til avtale av 15.8.2017 mellom Holte Consulting og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.

Oslo, 20. oktober 2017

Holte Consulting

Nina Høstvang Melby
Oppdragsansvarlig

Kristian Mehus
Faglig rådgiver

Peter Hareide
Faglig rådgiver

Maiken V. Schatvet
Analytiker

Borgar Lund
Intern kvalitetssikrer

HOVEDKONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

I dette kapitlet beskriver vi våre hovedkonklusjoner og anbefalinger. Innholdet utdypes i de etterfølgende kapitlene.

HOVEDKONKLUSJONER

Siden konseptrapporten ble ferdigstilt i 2010 har det vært en lang periode uten framdrift, endringer i forutsetninger og nye føringer for tidligfase i sykehusbyggprosjekter. Vi kan på nåværende tidspunkt ikke anbefale oppstart av forprosjektfasen uten at det gjennomføres kartlegging og konsekvensvurdering av endrede forutsetninger og revideringer i skisseprosjektet av foreløpig ukjent omfang.

- Endringer i forutsetninger og dimensjonering: Dimensjonering er i vesentlighet basert på underlag fra 2007-2009. Flere viktige forhold som næringsutvikling, befolkningsframskriving og samhandlingsreformen, ny bedret tilgjengelighet med Hålogalandsbrua og kommunesammenslåing fra 2020 har endret seg eller kommet til de siste årene. Dimensjonering som en avgjørende prosjektforutsetning i konseptfasen bør derfor gjennomgås på nytt. I saksfremlegg 16/2017 «Revidering av konseptfasen. Vedlegg med endrede forutsetninger» legger utbyggingssjef frem en oversikt til Styringsgruppen for Nye UNN Narvik over endrede forutsetninger som påvirker konseptrapporten fra 2010. Saksfremlegget får frem flere klare endringer i forutsetningene til prosjektet, men vi mener at omfanget og konsekvensene av disse endringene ikke må undervurderes. I tillegg bør man analysere endringer i primærhelsetjenesten siden 2010, og Nye Narvik kommunes fremtidige behov etter kommunesammenslåing i 2020.
- Skisseprosjektet med tilhørende kostnader: Endring i forutsetninger får konsekvenser med tanke på prosjekteringsunderlag og kostnader. Oppdatering og utarbeidelse av konsistente dokumenter bør utføres før prosjekteringsarbeidet i forprosjektfasen igangsettes.

Konseptrapporten for øvrig har følgende metodiske svakheter:

- Målene er upresise og lite prosjektspesifikke til å være operasjonelt nyttige
- Overordnede krav er lite tydelig fremstilt og ikke gitt noen innbyrdes prioritering. Flere av målformuleringene i konseptrapporten har preg av å være krav og bør inngå i en liste over overordnede krav.

Utgangspunktet for kvalitetssikringen er at skisseprosjekt 2 med en integrering av somatikk, psykisk helsevern og rus fra 2010 er valgt for Nye UNN Narvik. Siden det foreligger kun ett reelt alternativ som skal kvalitetssikres, er det vanskelig å kvalitetssikre underlaget etter samme mønster som i en ordinær kvalitetssikring av konseptvalgutredninger. Arbeidet har dermed bestått i å gjennomføre en etterkontroll av prosjektets status basert på valgt alternativ. Basert på samtaler og gjennomgått dokumentasjon, mener vi likevel at dette er et prosjekt med gode intensjoner og ambisjoner og god forankring i helseforetaket og i Narvik kommune. Vi anser det derfor som svært sannsynlig at riktig konsept er valgt.

ANBEFALINGER

Før forprosjektfasen igangsettes bør følgende aktiviteter gjennomføres :

- Oppdatere styrende dokumentasjon som beskriver rammebetingelser og hvordan prosjektet er definert og avgrenset. Dette vil danne grunnlag for mandat for forprosjektfasen. Vi anbefaler derfor å:
 - Tydeliggjøre målene
 - Formulere overordnede krav
 - Forankre virksomhetsinnholdet
 - Oppdatere dimensjoneringsgrunnlaget
- Analysere om konsekvensene av endringer i forusetninger (funksjoner, pasientflyt og logistikk med fler) kan ivaretas innenfor rammene av eksisterende skisseprosjekt.
- Oppdatere prosjektkostnad (kalkyle), usikkerhetsanalyse, LCC-analyse, driftsøkonomisk analyse, finansieringsplan og økonomisk bæreevne (komplett ØLP-beregning). Dette vil gi konsistent styringsgrunnlag for prosjektet.
 - Drøfte potensialet for organisatoriske gevinster som følge av nytt bygg og tett samarbeid med primærhelsetjenesten og ta dette inn i en revidert vurdering av økonomisk bærekraft.
- Gevinstoversikt (spesifisert på minimum klinikknivå).
- Definere mandat for forprosjektfasen.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord.....	2
Hovedkonklusjoner og anbefalinger	3
1 Om prosjektet	6
2 Om oppdraget	7
3 Overordnede merknader	8
4 Vurdering av konseptrapporten.....	11
4.1 Samsvar mellom virksomhetsstrategisk grunnlag og konseptrapporten	11
4.2 Målhierarkiet	12
4.3 Vurdering av foretakets økonomiske og finansielle bæreevne	14
4.4 Vurdering av alternativene mot gevinster som ønskes realisert.....	18
4.5 Prosjektets plassering i forhold til helseforetakets totale tilbud.....	19
4.6 Ivaretagelse av krav til indre og ytre miljø.....	19
4.7 Pasientsikkerhet og uønskede hendelser	19
Vedlegg 1 Samtaleliste.....	21

1 OM PROSJEKTET

Forprosjektet «Nye UNN Narvik» skulle opprinnelig starte opp i 2011, men ble utsatt som en følge av økonomiske prioriteringer i Helse Nord RHF. UNN Narvik er nå inkludert i Helse Nord RHF sin investeringsplan, og forventes ferdigstilt i 2022. Det planlagte sykehuset baserer seg på en integrert sykehusmodell, der rusbehandling, psykiatri og somatikk er lokalisert på samme sted. Hensikten bak modellen er å oppnå økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og det forventes at løsningen vil føre til en mer effektiv utnyttelse av ressurser. Modellen likestiller også pasientgruppene og gir tilgang til tverrfaglig behandling ved behov. En slik modell byr også på utfordringer og i konseptrapporten trekkes det blant annet frem at det vil stilles spesielle krav til sikring og skjerming av ulike pasientgrupper. Foreløpig er det planlagt at sykehus, kommunalt helsehus og kommunalt sykehjem skal samlokaliseres på Furumoen i Narvik. Det kommunale sykehjemmet befinner seg allerede på Furumoen.

I idéfasen konkluderte man med at investeringskostnaden knyttet til å oppgradere eksisterende sykehus til et sykehus som kan møte fremtidige krav ville være i samme størrelsesorden som et nybygg. Det ble derfor besluttet å videreføre Nye UNN Narvik som et nybyggsalternativ, jfr styrets beslutning i sak 25/2008 «Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik - beslutning om oppstart av Konseptfase». Det er foreslått to utbyggingsløsninger i konseptrapporten, skisseprosjekt 1 og skisseprosjekt 2. Skisseprosjekt 2 er en videreutvikling av skisseprosjekt 1. Skisseprosjektene bygger på samme program, men skisseprosjektene har ulike løsninger for blant annet lokalisering av funksjoner og tilrettelegging for samarbeid.

2 OM OPPDRAGET

Konseptrapporten som skal kvalitetssikres er et resultat av en idé- og konseptfase som ble gjennomført i perioden 2007-2010. Rapporten er gjennomført i henhold til «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter», utgitt av helsedirektoratet i 2009. UNN har selv gjennomført en intern gjennomgang og vurdering av endringer i premisser, vedtak, bestemmelser og føringer som lå til grunn for konseptet. Hovedkonklusjonen var at mindre arbeider må gjennomføres for å bli tatt med i oppstarten av forprosjektet, men at dette ikke ansees som kritisk for gjennomføringen av ekstern KSK.

I kvalitetssikringen av konseptfasen og konseptrapporten har vi tatt utgangspunkt i metodiske prinsipper gitt gjennom «Veileder til tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter», rammeavtalen for ekstern kvalitetssikring og tilhørende sjekklister, samt ulike prinsipper for alternativanalyse gitt blant annet gjennom veiledningsmateriell fra Concept-programmet og rundskriv 109/14 «Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.» fra Finansdepartementet.

Krav til KSK iht. Veileder om tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, vedlegg H:

For prosjekter med en forventet kostnad på over 500 MNOK skal det gjennomføres en ekstern kvalitetssikring (KSK). Grunnlaget vil være de utredningene som er gjennomført i konseptfasen og som er dokumentert i konseptrapporten med underliggende delutredninger. (..) KSK skal sikre at de utredninger som er gjennomført i konseptfasen på en tilfredsstillende måte har ivaretatt overordnede krav (målhierarki, bredde i utredninger av alternativ, riktige prioriteringer og økonomisk bæreevne), men også spesifikke krav til metode og innhold i utredninger og analyser knyttet til gevinstrealisering, struktur og sammenheng i tjenestetilbudet, forholdet til samhandlingsreformen, beregning av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov, omstilling og effektivisering, miljøhensyn, pasientsikkerhet og befolkningens krav til tjenesten (..)

3 OVERORDNEDE MERKNADER

Det at konseptrapporten er fra 2010 uten noen oppdateringer i forhold til endringer i forutsetninger og øvrige analyser, påfører prosjektet en del unødig usikkerhet. Det er ikke ønskelig at prosjektet tar med seg dette videre inn i en forprosjektfase med den risikoen dette innebærer. Dette kan unngås hvis prosjektet påbegynner arbeidet med oppdatering av styrende dokumentasjon og reviderer konseptfaserapporten, samt skisseprosjektet der det er hensiktsmessig. I dette kapittelet velger vi derfor å påpeke noen prinsipielle, overordnede problemstillinger med tilhørende oppgaver som vi mener bør utføres før forprosjektfasen påbegynnes.

ENDRINGER I FORUSETNINGER

I saksfremlegg 16/2017 «Revidering av konseptfasen. Vedlegg med endrede forutsetninger» legger utbyggingssjef frem en oversikt til Styringsgruppen for Nye UNN Narvik over endrede forutsetninger som påvirker konseptrapporten fra 2010. Saksfremlegget skal sammen med konseptrapporten legges til grunn for ekstern kvalitetssikring. Hovedkonklusjonen fra fremlegget er at konseptet fortsatt er gyldig, men ikke optimalisert med tanke på dagbehandling, god pasientflyt og gode pasientforløp. Det påpekes også at atrielløsninger som er beskrevet i skisseprosjektet må vurderes nærmere, herhunder krav til skjerming/innsyn og værmessige forhold. I saksfremlegget kommenteres også utviklingen innen e-helse og IKT, men det presiseres at denne utviklingen i liten grad vil påvirke dimensjoneringen av sykehuset.

Saksfremlegget får frem flere klare endringer i forutsetningene til prosjektet, men vi mener at omfanget og konsekvensene av disse endringene ikke må undervurderes. Som nevnt trekkes utviklingen innen e-helse og IKT frem, men økonomiske aspekter knyttet til dette diskuteres ikke. Flere av endringene som trekkes frem i saksfremlegget vil også ha en innvirkning på skisseprosjektet, blant annet endringer knyttet til arealbehov for døgn- og dagbehandling, logistikk, skjerming av pasientforløp og løsninger for digitale pasienttjenester. Saksfremlegget mangler en drøftelse vedrørende endringer i primærhelsetjenesten - for eksempel krav om kommunale akutte døgntjenester (KAD-plasser). Dette er momenter som må vurderes i en revidert konseptrapport.

Vi anbefaler at man reduserer usikkerheten knyttet til konsekvenser av endrede forutsetninger til et minimum før oppstart forprosjekt. Slik vi ser det, blir det nødvendig å revidere foreliggende skisseprosjekt. Det er imidlertid begrenset hvor store endringer som kan gjøres i vedtatt skisseprosjekt, før behovet oppstår for å begynne med et helt nytt skisseprosjekt. Det anbefales derfor i første omgang å analysere hvilke konsekvenser de endrede forutsetningene har på skisseprosjektet, da konsekvensene foreløpig ikke er kjent.

KVALITETSSIKRING AV UTVIKLINGSPLAN

I «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» (2016) står det at en utviklingsplan:

(..) er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester. Den er en samlet plan som skal sørge for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles formål.

En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer.

Formålet er å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr.

Utviklingsplan danner derfor et viktig grunnlag for mandatet, men har etter hva vi kjenner til, ikke vært gjenstand for ekstern kvalitetssikring.

Krav til KSK iht. Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter, vedlegg H:

«KSK skal sikre at alternativene som er vurdert i utviklingsplanen en tilstrekkelig bredde i forhold til mulighetsrommet slik at helseforetakets

1. «sørge for»-ansvar

2. *framtidige behandlingsformer og prioriteringer*
3. *samhandling med primærhelsetjenesten og vertskommunene*
4. *eventuelle omstillinger og effektivisering av tjenestetilbudet*

er ivare tatt?»

For å kvalitetssikre konseptfasen har det vært viktig for oss å gjennomgå ovennevnte spørsmål, og vi vil her oppsummere våre overordnede observasjoner.

1. «Sørge for»-ansvar

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven¹ § 2-1 a har de regionale helseforetakene (RHF) ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen blir tilbudt spesialisthelsetjeneste. Videre skal helsetjenester som tilbys eller ytes være forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

«Sørge for»-ansvaret stiller krav om at RHFet må utøve en overordnet organisering og styring slik at helsetjenesten som tilbys og ytes er forsvarlig. Utviklingsplanen som foreligger gjenspeiler Helse Nord HF sitt samlede ansvar for spesialisthelsetjenester i regionen og understøtter «sørge for»-ansvaret.

Utviklingsplanen påpeker selv i dimensjoneringsforutsetninger at «Fremskrivningene er mer usikre når det gjelder behovet for vanlige lokalsykehussenger, og det er derfor lagt et mer dynamisk konsept til grunn der disse eventuelt kan reguleres opp ved behov». Utviklingsplanen henviser til en Sintef-rapport «Revidert dimensjoneringsgrunnlag UNN Troms 2011», og i saksframlegg henvises det til en rapport fra Sykehusbygg «Aktivitets- og kapasitetsberegning 2014-2040». Framskrivningen er utført for de behandlingsstedene som er i dag og den funksjonsdeling som er i området i dag. I tillegg ser de nevnte analyser på helseforetakets overordnet kapasitetsbehov. Det er flere mulige endringer i dimensjoneringsforutsetningene hva gjelder dette prosjektet:

- Nye krav til akuttberedskap?
- Demografisk utvikling er utført uten at den nye Hålogalandsbrua er inkludert. Kan dette føre til en endring i opptaksområdet for Nye UNN Narvik?
- Kommunesammenslåing?
- Endrede krav til primærhelsetjenesten?

Ved å planlegge for Nye UNN Narvik vil man legge til rette for bedre kapasitet og høy forsvarlighetsgrad i tjenesten i tråd med «sørge for»-ansvar, gitt at underlagsdokumentasjon oppdateres basert på endringer i forutsetninger fra 2010 i spesialist- og primærhelsetjenesten. Basert på ovennevnte merknader anbefaler vi at det gjennomføres en oppdatering knyttet til kapasitetsbehov og planlagt opptaksområde for å sikre riktig kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen.

2. Framtidige behandlingsformer og prioriteringer

Det planlegges for tilpasningsdyktighet og bygget tilrettelegges for stor fleksibilitet. Vi forutsetter at dette videreføres i det kommende arbeidet.

3. Samhandling med primærhelsetjenesten og vertskommunene

I dette konseptet er det viktig at primærhelsetjenestens og vertskommunenes påvirkning på forutsetningene for prosjektet oppdateres slik at det reflekterer dagens situasjon og kommunens virksomhetsstrategi. For Narvik kommune vurderer vi at det virksomhetsstrategiske grunnlaget for konseptfasen ikke er tilstrekkelig modent grunnet de endringene som har blitt innført i primærhelsetjenesten siden 2010. I tillegg er det viktig at man ser på Nye Narvik kommunes fremtidige behov, og hvordan vedtatt kommunesammenslåing fra 2020 påvirker prosjektet.

- Integrerte funksjoner inn i Nye UNN Narvik: Avklare omfang av funksjoner i

¹ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_2

primærhelsetjenesten som skal integreres inn i sykehuset. Som et minimum bør man tilrettelegge for det omfanget man anser som mest sannsynlig.

- Helsehuset: Nye UNN Narvik kan gjennomføres uten at kommunen har avklart hvilke øvrige funksjoner som skal inn i helsehuset. Det må tilrettelegges for at Helsehuset kan dimensjoneres til kommunens behov og at dette innebærer at plassering av sykehuset legger til rette for senere utvidelse med helsehus i tråd med ambisjoner om samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Vi anbefaler at man først reviderer og konkretiserer hvilke samhandlingsområder UNN og Narvik kommune skal etterstrebe integrert for dette prosjektet før oppstart forprosjekt.

4. Eventuelle omstillinger og effektivisering av tjenestetilbudet

Følgende endringer i faktorer påvirker fremtidig aktivitet og inngår i beregningene i konseptrapporten (Tabell 6 kap.4.2.3 og kap. 7.3.2):

- Oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Overføring til observasjonsenhet
- Overføring til pasienthotell
- Fra døgn- til dagopphold
- Til pasienthotell for dagopphold
- Generell reduksjon i liggetid
- Nye tilbud/overføring andre sykehus

I tillegg kommer den demografiske fremskrivingen og epidemiologiske endringer.

Vi vil påpeke følgende momenter som må vurderes før oppstart av forprosjekt:

- Elektive pasientforløp har ført til ytterligere dreining fra døgn- til dagbehandling
 - Analysere virksomhetens endringer i behov for flere døgnopphold og hvilket effektiviseringspotensiale dette innebærer.
- Samarbeidet mellom akuttmottak og legevakt
- Vurdering og stabilisering i akuttmottak
- Identifisere hvilke effekter etablering av Helsehus kan gi på pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Behovet for kapasitetsbærende rom

Påpekte momenter bør sees i sammenheng med punkt 3 over om samhandling med primærhelsetjenesten.

4 VURDERING AV KONSEPTRAPPORTEN

Våre vurderinger tar utgangspunkt i krav til KSK iht. «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter» (2017). Spørsmålene til KSK er overført til en tabell, der hvert enkelt spørsmål er gitt poeng etter hvor godt konseptrapporten svarer opp spørsmålene i henhold til Tabell 1 nedenfor.

Tabell 1 Beskrivelse av fargeskala

Vurdering	Fargeskala			
Negativ	●			
Noe positiv, men med vesentlige merknader		●		
Positiv, men med merknader			●	
Positiv, uten merknader				●

Kvalitetssikring av konseptfase	Vår vurdering			
1. Er det samsvar med det virksomhetsstrategiske grunnlaget for investeringen formulert i utviklingsplanen og den framlagte konseptrapporten?				●
2. Er målhierarkiet konsistent, avklart og ikke for komplisert eller generelt til å være operasjonelt?		●		
3. Er alternativene vurdert opp mot det regionale foretakets økonomiske og finansielle bæreevne til gjennomføring?		●		
4. Er alternativene vurdert opp mot gevinster som ønskes realisert?		●		
5. Er prosjektets lokalisering vurdert i forhold til det regionale helseforetakets totale tilbud?				●
6. Hvordan forholder prosjektet seg til overordnede krav til ivaretagelse av indre og ytre miljø?		●		
7. Hvordan kan planlagte bygg og infrastruktur påvirke uønskede hendelser innenfor pasientsikkerhet?			●	

4.1 SAMSVAR MELLOM VIRKSOMHETSSTRATEGISK GRUNNLAG OG KONSEPTRAPPORTEN

Konseptrapporten imøtekommer Nasjonal helse- og sykehusplan hvor det er mål om at somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal integreres i framtidens spesialisthelsetjeneste slik at pasientens behov for sammensatte tjenester imøtekommes.

Det virksomhetsstrategiske grunnlaget for investeringen er gitt gjennom målbildet for videre utvikling av UNN HF. Konseptet er i tråd med overordnet strategi for UNN HF (11.08.2015, ver. 4.2, MS0014) hvor UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene der man skal sikre spesialiserte helsetjenester, lokalsykehusstilbud og beredskap på høyt internasjonalt nivå. Samt være pådriver for samhandling med kommunene, primærhelsetjenesten og andre sykehus, med sikte på optimal og likeverdig bruk av tilbudene ved UNN.

Strategisk utviklingsplan 2015-2025 (26.11.2015, ver. 1.4, MS0650) prioriterer regionsfunksjonene ved UNN Tromsø, mens deler av lokalsykehusfunksjonene for Tromsø og omegn blir lokalisert til UNN Narvik og UNN Harstad. I strategisk utviklingsplan ligger Nye Narvik inne som en del av videre dimensjoneringsforutsetninger.

Prosjektutløsende behov for investeringen er knyttet til dårlig funksjonalitet grunnet bygningsmessig vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen. Behov for bygningsmessig og funksjonell effektivisering gjennom samling av funksjoner må også ses på som et virksomhetsstrategisk grunnlag.

Konseptet nye Narvik sykehus er forankret både i helseforetaket og i kommunen.

Konseptfaserapporten er i samsvar med det virksomhetsstrategiske grunnlaget, gitt at «sørge for»-ansvaret er ivaretatt (se merknader i kapittel 3).

4.2 MÅLHIERARKIET

Det er utarbeidet svært mange mål for prosjektet. Mange av disse kunne vært framstilt som overordnede krav til prosjektet, og flere av målene kunne også vært slått sammen. Dette hadde begrenset antall mål, og ville gjort styring og prioritering/vektlegging av målene enklere. Mange av målene er upresise og lite målbare, noe som gjør det vanskelig å vurdere grad av måloppnåelse underveis og i etterkant av prosjektet.

Samfunnsmålene er overordnede og relevante, men svært omfattende. Det er formulert relativt mange samfunnsmål, og flere av disse kunne vært framstilt som overordnede krav til prosjektet. Mål nr. 4 er ikke lenger aktuelt og må omformuleres. Det gis ingen informasjon om rangering av de ulike målsettingene.

Tabell 2 Vurdering av samfunnsmål

Nr.	Samfunnsmål	Vurdering
1	Ivareta overordnede nasjonale og regionale føringer for organisering og drift av lokalsykehus	Kunne vært et krav.
2	Oppfylle UNN HFs rolle som lokalsykehus for det definterte opptaksområdet	Mål nr 1 og 2 er svært like og kunne vært slått sammen til ett mål. Målsettingen kunne vært et krav.
3	Ivareta fremtidige kapasitetsbehov i UNN HF på en helhetlig måte. UNN Narviks kapasitet skal sees i sammenheng med tilgjengelig kapasitet ved UNN Harstad og UNN Tromsø.	Kunne vært et krav.
4	Ligge i forkant av samhandlingsreformen og utvikle nye modeller for samarbeid og arbeidsdelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.	Ikke aktuelt å ligge i forkant av samhandlingsreformen lenger, men det kan likevel være nyttig å understreke betydningen av reformen.
5	Bidra til å utvikle en undervisnings- og forskningsarena som har fokus på undervisning, forskning og utvikling rettet inn mot samhandlingsreformen og konsekvenser av denne.	Ok. Får tydelig frem viktige fokusområder i prosjektet.
6	Utvikle Nye UNN Narvik til et fremtidsrettet lokalsykehus som i samarbeid med kommunene i opptaksområdet, fremmer løsninger som ivaretar helhetlige pasientforløp, kompetanseutvikling og faglig gode og driftseffektive løsninger.	Dette målet består av mange elementer, og flere av disse er dekket i målsettingene over. Å være et fremtidsrettet lokalsykehus dekkes under mål nr. 1 og 2, og kompetanseutvikling dekkes under mål nr. 5. Målet kunne vært omformulert til å kun omfatte driftsøkonomi.

Effektmål. Det legges frem mange effektmål i rapporten, og det fremkommer ingen rangering av disse. Flere av målene henger delvis sammen, og kunne for enkelhets skyld blitt slått sammen. Samtlige effektmål kunne vært fremstilt som krav. Direkte effekter for pasientene burde kommet tydeligere frem i målformuleringene.

Effektmålene skal representere brukerperspektivet, og reflektere effekten for brukerne ved oppnåelse av resultatmålene. I dette prosjektet bør det skilles mellom effektmål for pasienter og ansatte ved sykehuset. For å sikre gode effektmål bør SMARTE-kriteriene² benyttes. Effektmålene oppfyller ikke SMARTE-kriteriene slik de er formulert i konseptrapporten.

Tabell 3 Vurdering av effektmål

Nr.	Effektmål	Vurdering
1	Etablere et lokalsykehus som samlokaliserer og integrerer somatikk, psykiatri og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling	Målet bygger opp under samfunns mål nr. 4. Tydelig formulert, men kunne vært et krav.
2	Lokalisere sykehuset slik at atkomsten fra Indre Troms (nordfra) blir god	Målet er konkret, og det er mulig å vurdere grad av måloppnåelse. Beslutning om lokaliseringen av Nye UNN ble derimot tatt før skriving av konseptrapporten, og dette effektmålet blir derfor irrelevant for rangering av konsepter.
3	Legge til rette for en fleksibilitet som bidrar til å sikre tilstrekkelig kapasitet for lokalsykehusfunksjoner innenfor UNN HF	Veldig generelt, noe som gjør det vanskelig å vurdere grad av måloppnåelse.
4	Legge til rette for etablering av samarbeidsløsninger og en effektiv samhandling med vertskommunen og øvrige kommuner i opptaksområdet	Mål nr. 4, 5 og 6 får frem viktige aspekter ved prosjektet, men disse kunne med fordel ha vært slått sammen til ett mål.
5	Sikre at muligheter for fysisk sammenknytning mellom det nye sykehusanlegget, sykehjemmet og mulige fremtidige bygg for primærhelsetjenester	Se mål nr 4.
6	Bidra til å sikre fremtidig integrasjon mellom funksjoner i sykehus og kommunehelsetjeneste gjennom plassering av funksjoner og utforming av bygget	Se mål nr. 4.
7	Legge til rette for en fleksibilitet som kan sikre tilstrekkelig kapasitet for lokalsykehusfunksjoner innenfor UNN HF og som kan fange forventede endringer som følge av endringer i arbeidsdeling mellom sykehus og i forhold til kommunehelsetjenesten.	Setningen er noe upresist formulert, og repeterer mål nr 3. Mål nr. 3 og 7. kan slås sammen.
8	Nye UNN Narvik skal ha MR	Krav.

Resultatmålene er en blanding av en arbeidsliste, kravliste, milepælsplan og suksessfaktorer. Hensikten med resultatmål er å vise hvordan prosjektet som helhet skal realisere effektmålene, gjerne i form av en prioritering (og begrunning) av tid, kostnad og kvalitet. Kan prosjektets fremdrift gå på bekostning av prosjektets kostnad eller kvalitet? Dersom prosjektet er kostnadsstyrt kan det eksempelvis være aktuelt å bruke noe mer tid på utredning før man gjennomfører. Vi mener disse momentene burde vært drøftet under resultatmål.

Vi anser målene som upresise og lite prosjektspesifikke til å være operasjonelt nyttige, og anbefaler en opprydding og omformulering.

² SMARTE-kriteriene: Spesifikk, Målbar, Akseptert, Realistisk, Tidsavgrenset, Enkel

4.3 VURDERING AV FORETAKETS ØKONOMISKE OG FINANSIELLE BÆREEVNE

Kapittel 12 i konseptrapporten viser kostnader og investeringsbehov fra 2010. Beregningene var basert på kvadratmeterpriser som er differensiert på type areal, hvor tunge sykehusfunksjoner er definert som mest kostnadsdrivende per kvadratmeter (se Tabell 4). I kalkylen var det i tillegg medtatt kostnader for etablering av adkomstvei, generelle kostnader (vurdert som 20 prosent av entreprisekostnad), tomteerverv og utstyr. Det er også gjort FDVU- og driftsøkonomiske analyser, samt vurdering av økonomisk bæreevne.

Slik investeringsbehovet foreligger i konseptrapporten er kostnadene utdaterte, og gir ikke et riktig kostnadsbilde. Prisstigning og uteglemte kostnadsposter er bidragsytende til dette. Som omtalt i foregående kapitler er det også flere usikkerhetsmomenter grunnet endrede forutsetninger, og det er usikkert hvordan foreliggende skisseprosjekt kan håndtere endringene.

Vi har likevel gjort en øvelse for å indikere investeringsbehov på foreliggende skisseprosjekt i dagens kroneverdi. Dette inkluderer både prisstigning fra 2010 til 2017, samt oppdaterte kostnader på enkeltposter. Kalkylen fra 2010 inneholdt ikke lønns- og prisstigning i byggeperioden, og heller ikke kostnader for byggelånsrenter, som begge nå legges til i kalkylen.

Forutsetninger for indikasjon av investeringsbehov gitt foreliggende skisseprosjekt:

- Statistisk sentralbyrå (SSB) *Byggjekostnadsindeks*, som viser årlig endring i pris gjennom hele perioden er benyttet som grunnlag for beregning av lønns- og prisstigning fra 2010 til Q4 2017. Total økning fra 2010 til Q4 2017 er på 21 prosent. Enkelte kostnadsposter har blitt gjennomført eller fått nye vurderinger i løpet av byggeperioden, og disse er særskilt kommentert.
- Siden det er estimert 4 års byggetid med oppstart tidligst 2020 er det også medtatt lønns- og prisstigning for byggeperioden. Det er benyttet tall fra SSB, med en forventet årlig prisstigning på 2,7 prosent gjennom byggeperioden. Vi forutsetter jevnt kostnadspådrag i byggeperioden.
- Prosjektet opplyser om at det skal tas opp byggelån for opptil 70 prosent av prosjektkostnadene, og at antatt byggelånsrente er 4 prosent per år gjennom byggeperioden.

Dette har ført til følgende kalkyle, som vist i Tabell 4 og Tabell 5.

Tabell 6 oppsummerer endringene. Merk at det ikke er innhentet nye enhetspriser for de ulike funksjonene, kun indeksjustering av nøkkeltallene fra 2010.

Tabell 4 Areal og enhetspriser for arealfunksjoner

Areal og enhetspriser	Areal (BTA, m ²)	Enhetspriser fra 2010 (kr/m ²)	Enhetspriser justert til 2017 (kr/m ²)
Tunge sykehusfunksjoner	4 946	38 000	46 000
Lette sykehusfunksjoner	10 413	28 000	34 000
Psykatri og rus	3 700	25 000	30 000
Tverrgående trafikkareal	5 101	18 000	22 000
Tekniske arealer	3 599	14 000	17 000
Samlet areal og enhetspris for huskostnad	27 759	25 729	31 196

Tabell 5 Kostnadskalkyle etter KSK

Konto	Konseptrapport 2010	KSK 2017		
	Kostnad	Kostnad	Endring	Kommentar
Tunge sykehusfunksjoner	187 948 000	227 516 000	39 568 000	Prisstigning
Lette sykehusfunksjoner	291 564 000	354 042 000	62 478 000	Prisstigning
Psykatri og rus	92 500 000	111 000 000	18 500 000	Prisstigning
Tverrgående trafikkareal	91 818 000	112 222 000	20 404 000	Prisstigning
Tekniske arealer	50 386 000	61 183 000	10 797 000	Prisstigning
Huskostnader	714 216 000	865 963 000	151 747 000	
Utomhuskostnader	46 023 000	55 518 000	9 495 000	Prisstigning
Adkomstvei	40 200 000	78 803 453	38 603 453	Nytt estimat
Entrepreniskostnader	800 439 000	1 000 284 453	199 845 453	
Generelle kostnader (20 %)	160 087 800	200 056 891	39 969 091	Prisstigning
Byggekostnader	960 526 800	1 200 341 344	239 814 544	
Erverv tomt	3 100 000	10 000 000	6 900 000	Gjennomført
K. utsmykking	4 002 195	5 001 422	999 227	
Grunnkalkyle eks mva	967 628 995	1 215 342 766	247 713 771	
Merverdiavgift (MVA)	240 131 700	301 335 692	61 203 992	
Grunnkalkyle ink mva	1 207 760 695	1 516 678 458	308 917 763	
Utstyr	102 900 000	124 500 000	21 600 000	Prisstigning
MVA Utstyr	25 725 000	31 125 000	5 400 000	
Prosjektkostnad	1 336 385 695³	1 672 303 458	335 917 763	
Prisstigning i byggeperioden (LPS)	0	198 411 707	198 411 707	4 års byggetid
Byggelånsrente (BLR)	0	112 690 005	112 690 005	70 % lånefinansieres
Prosjektkostnad ink mva, LPS og BLR	1 336 385 695	1 983 405 170	647 019 475	

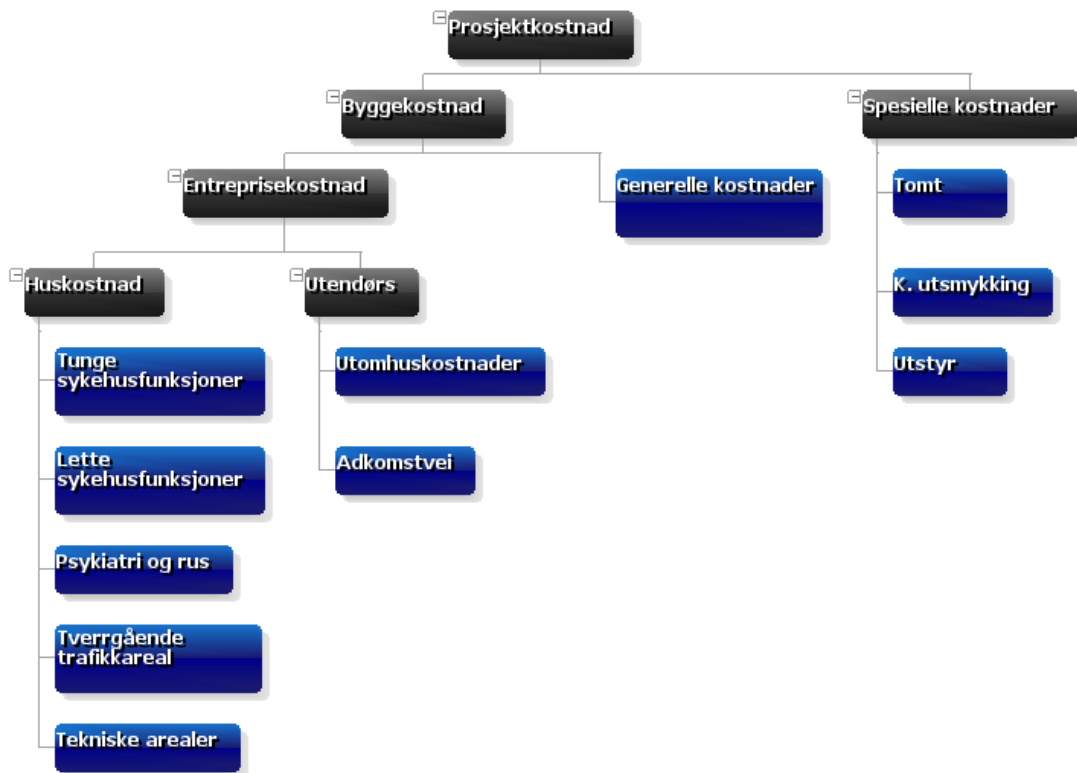
Tabell 6 Hovedendringer mellom kalkyle fra 2010 og 2017

Årsaker til endring i prosjektkostnad:	Økning
Kostnad for tomt er reell	6 900 000
Ny pris for adkomstvei (inkl. mva. og gen. kostnader)	58 200 000
Lagt til prisstigning for perioden 2010-2017	270 500 000
Lagt til prisstigning for byggeperioden	198 400 000
Lagt til Byggelånsrente for byggeperioden	113 000 000
Sum økning	647 000 000

³ I kalkyle fra 2010 var det inkludert Marginer/reserver på 15 % av grunnkalkylen. Prosjektkostnadene skal ikke inneholde usikkerhet. Derfor er Marginer/reserve flyttet til forventet tillegg i usikkerhetsanalysen.

USIKKERHETSANALYSE

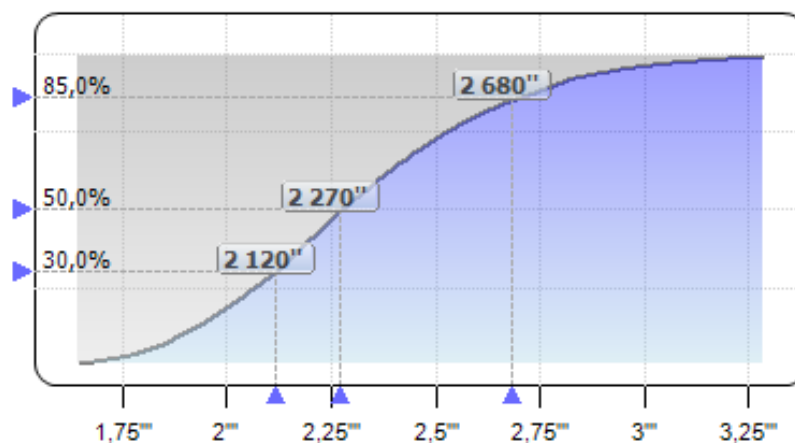
Det er gjennomført en forenklet usikkerhetsanalyse av prosjektet. Forutsetningen for usikkerhetsanalysen er at prosjektet har samme funksjoner og arealer som skisseprosjektet som kvalitetssikres. Figur 1 viser prosjektnedbrytningsstrukturen.



Figur 1 Prosjektnedbrytningsstruktur

Resultat

Basert på innhentet informasjon er det beregnet en sannsynlighetskurve (S-kurve) for prosjektet slik det foreligger ved analysetidspunktet. Kurven beskriver hvilken akkumulert total kostnad (x-aksen) en kan regne med å gjennomføre prosjektet innen, for en gitt sannsynlighet (y-aksen). Kurven er et resultat av den gjennomførte analysen og vises i Figur 2.



Figur 2 Sannsynlighetskurve

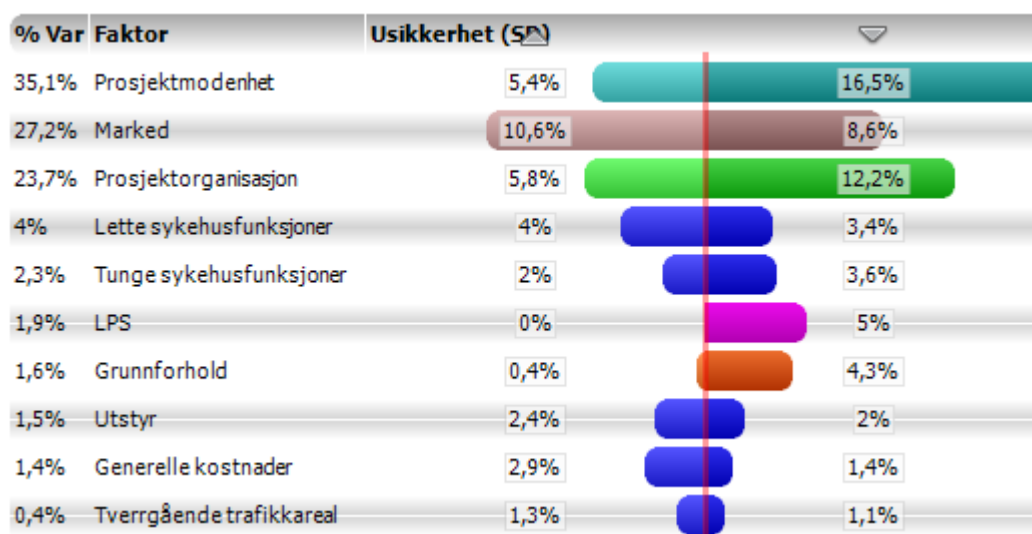
Tabell 7 oppsummerer kostnadsbildet for prosjektet.

Tabell 7 Kostnadsbilde

Økonomisk størrelse	Kr/m2	MNOK	Prosentvis tillegg
Prosjektkostnad ink MVA, LPS og BLR	71 451	1 980	
Forventet tillegg fra prosj.kost. til P30		140	7 %
P30	76 372	2 120	
Forventet tillegg fra prosj.kost. til P50		290	14 %
Forventningskostnad P50	81 775	2 270	
Usikkerhetsavsetning		410	18 %
P85	96 545	2 680	

Endelig fastsettelse av styringsmål og kostnadsramme må besluttes av ledelsen i UNN etter oppdateringer av skisseprosjektet.

Figur 3 viser rangeringen av usikkerhetene i prosjektet. Mest bidragsytende til prosjektets relativt store usikkerhet er prosjektmodenhet, marked og prosjektorganisasjon.



Figur 3 Tornadodiagram

- Prosjektmodenheten vurderes å ha høy usikkerhet grunnet faktorer som dimensjoneringsgrunnlag, funksjonsinnhold, areal og utstyrsbehov. Det er heller ikke hentet inn oppdaterte kvadratmeterpriser på de ulike funksjonene.
- Marked er forventet å ha høy påvirkning på prosjektet både positivt og negativt ettersom dette vil være et stort prosjekt i regionen, og ikke minst tidsperspektivet med oppstart tidligst 2020 og fire års byggeperiode.
- Prosjektorganisasjonen har til nå hatt lite kontinuitet siden 2010, noe som bidrar til at det er forbundet høy usikkerhet til denne faktoren.

Grunnet stor usikkerhet i endrede forutsetninger, og hvorvidt anbefalt skisseprosjekt kan håndtere disse, anbefaler vi at det gjøres grundigere vurderinger av investeringsbehovet før kostnadsramme settes.

Vi anbefaler derfor å oppdatere prosjektkostnad (kalkyle), usikkerhetsanalyse, LCC-analyse, driftsøkonomisk analyse, finansieringsplan og økonomisk bæreevne (komplett ØLP-beregning). Dette vil gi konsistent styringsgrunnlag for prosjektet.

4.4 VURDERING AV ALTERNATIVENE MOT GEVINSTER SOM ØNSKES REALISERT

Nye UNN Narvik er besluttet lokalisert på Furumoen og vi mener at det er diskuterbart om det i realiteten eksisterer mer enn ett alternativ i tillegg til nullkonseptet. Dette skyldes at det på Furumoen er vurdert to ulike skisseprosjekt der det ene er en videreutvikling av det andre, og med samme prinsipp om integrering av ulike funksjoner som premiss. Vi mener at det dermed ikke er lett å se at det eksisterer to konseptuelt ulike byggeprosjekter selv om noen elementer er løst ulikt. Det ser i hovedsak ut som det er samme konseptidé som ligger til grunn for begge skisseprosjektene.

Nullalternativet er av en slik karakter at det nærmest kan defineres ut. Vi vurderer nullalternativet til å være et utsettelsesalternativ dersom realisering på Furumoen ikke lar seg gjennomføre innenfor den planlagte tidshorisonten, men da med en lav investeringskostnad.

Gevinstene som ønskes realisert, er knyttet til både kvalitet i pasientbehandlingen og til økonomi. Kvalitet i pasientbehandlingen kan knyttes til samhandling, integrering av funksjoner, moderne lokaler, tverrfaglighet i pasientbehandlingen med mer. Økonomiske gevinster vil være driftskostnader som følge av moderne, ressurseffektive bygg og driftsmessige gevinster som følge av en mer fleksibel og samhandlings-/samarbeidsorientert oppgaveorganisering muliggjort av et hensiktsmessig bygg.

KVALITET OG KAPASITET I PASIENTBEHANDLINGEN

I konseptrapportens kapittel 5.9 er det gjennomført en vurdering av måloppnåelse for de to skisseprosjektene og for nullalternativet. Nybyggingsalternativene er i rapporten vurdert til å ha lik måloppnåelse på de aller fleste av målene, noe som underbygger vårt inntrykk av liten konseptuell ulikhet. Samlet sett kommer alternativ 2 best ut. Gitt målene slik de er formulert, har vi ikke spesielle merknader til vurderingene knyttet til måloppnåelse i konseptrapporten. Generelt mener vi det foretrukne alternativet er velegnet til å svare opp ambisjoner og intensjoner knyttet til kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen på et overordnet nivå.

Det har gått noe tid siden framtidig behov med utgangspunkt befolkningsframskrivninger ble beregnet. I tillegg har kommunereformen blitt vedtatt i Stortinget. Det må vurderes om kommunesammenslåinger og deling av kommuner har betydning for det naturlige opptaksområdet for UNN Narvik. Det er også observert en endring i forholdet dagbehandling/sengeposter. Vi mener derfor at det bør tas sikte på å gjennomføre oppdaterte behovsvurderinger for UNN Narvik, men der dette ses i lys av helseforetakets samlede aktivitet og intensjon om fleksibel kapasitetsutnyttelse ved de tre sykehusene i foretaket.

ØKONOMISKE DRIFTSGEVINSTER

Når det gjelder de økonomiske gevinstene er det kun beregnet gevinster knyttet til selve bygget, med et mulig unntak for matdistribusjon og kjøkken. Med et nytt bygg mener vi det eksisterer et betydelig potensial for andre driftsmessige gevinster som følge av økt effektivitet og besparelser i pasientbehandlingen og blant personell. Med bakgrunn i den gjennomførte usikkerhetsanalysen, bør vurderingen av økonomisk bæreevne revideres og vi anbefaler at man også inkluderer alle de driftsøkonomiske gevinstene. Realisering av disse fordrer imidlertid at det gjennomføres gode prosesser med involvering fra arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, og at det utarbeides konkrete, forpliktende planer som settes i verk ved innflytting i nytt bygg.

De siste årene har det vært en rask utvikling innenfor teknologi (eksempelvis robotteknologi) som man ikke så for seg for få år siden. Nye teknologiske løsninger kan gi store økonomiske gevinster, men disse kan være vanskelige å inkludere i beregningene av økonomisk bæreevne. Dersom det finnes generiske krav til bygg for å utnytte mulighetene ved ny teknologi, anbefaler vi at det gjennomføres en vurdering av hva som må til ved Nye UNN Narvik for at dette skal kunne tas i bruk i framtida.

4.5 PROSJEKTETS PLASSERING I FORHOLD TIL HELSEFORETAKETS TOTALE TILBUD

I den overordnede utviklingsplanen for helseforetaket vektlegges en tydelig ansvarsdeling mellom regionalt og lokalt behandlingsnivå. I UNN skal sykehusene i Narvik og Harstad i hovedsak ivareta lokalsykehusfunksjoner, mens sykehuset i Tromsø hovedsakelig ivaretar regionfunksjoner. Enkelte lokalsykehusfunksjoner vil likevel finnes i UNN Tromsø, og motsatt vil noen regionfunksjoner finnes i UNN Harstad eller Narvik. I utviklingsplanen påpekes det at det for lokalsykehusfunksjoner er særlig viktig å sikre et godt tjenestetilbud for pasienter med akutte sykdommer, kroniske lidelser og multimorbiditet. Videre presiseres det at lokalsykehusfunksjoner skal inneholde dagkirurgi og integrerte helsetilbud innen somatikk, rus- og avhengighetsmedisin og psykiatri. Sykehuset som beskrives i konseptrapporten ivaretar dette godt gjennom den integrerte sykehusløsningen, der samhandling mellom somatikk, rus og psykiatri står sentralt. Krav til dagkirurgi er også ivaretatt.

I konseptrapporten gjøres det ingen vurdering av alternative plasseringer av sykehuset. Dette skyldes at sykehusets plassering var bestemt før konseptrapporten ble ferdigstilt. Narvik kommune gjennomførte en lokaliseringsanalyse med ekstern bistand i 2009, der fire ulike alternativer ble vurdert. Grunnet trafikk- og vanntilførselsproblemer ble tre av alternativene forkastet, og bystyret fattet vedtak om lokalisering på Furumoen. UNN støttet kommunens vedtak. Lokaliseringen av sykehuset fremstår som godt forankret i både helseforetaket og i kommunen. Forslag til planprogram med merknadsbehandling for Detaljregulering med konsekvensutredning av Nye Narvik sykehus ble vedtatt i Narvik Bystyre den 15.12.2016, sak 020/16.

Basert på gjennomførte intervjuer og fremlagt dokumentasjon slår vi fast at det er gjort en grundig vurdering av hvor sykehuset bør plasseres, og hvilke konsekvenser plasseringen har. Sykehjemmet som omtales i konseptrapporten befinner seg allerede på Furumoen, og den valgte plasseringen av sykehuset tilrettelegger dermed for samhandling mellom sykehuset og sykehjemmet.

4.6 IVARETAKELSE AV KRAV TIL INDRE OG YTRE MILJØ

Overordnet teknisk program (OTP) stiller overordnede krav til bygningens tekniske ytelse. Vi mener OTP og Hovedfunksjonsprogrammet er godt og detaljert utarbeidet, men det er vanskelig å se hvilke programkrav som er «skal-krav» og hvilke som er «bør-krav». Dette kan med fordel trekkes fram dersom man senere i prosessen er nødt til å prioritere mellom løsninger eller ytelser av kostnads- eller tidsmessige hensyn.

Som allerede omtalt i foregående kapitler, er det usikkert hvordan foreliggende skisseprosjekt vil løse de endrede forutsetningene. Dette er også gjeldende for ivaretagelse av krav til indre og ytre miljø. Det bør vurderes om man skal benytte nåværende tekniske standarder (TEK17, passivhus, lavenergi, e.l.) i videre utforming av bygget, ettersom det har skjedd en stor utvikling på området siden 2010. Dette kan medføre endringer i arealer og plassering av funksjoner.

4.7 PASIENTSIKKERHET OG UØNSKEDE HENDELSER

I konseptrapporten anbefales en integrert sykehusmodell med blant annet felles hovedinngang, akuttmottak, kontorområder og støttefunksjoner for somatikk, psykiatri og rusbehandling. Det påpekes at en integrert modell vil stille spesielle krav til sikring og skjerming av enkelte pasientgrupper, men rapporten gir ingen detaljert beskrivelse av hvordan dette er tenkt løst. Det nevnes at det er planlagt 12 skjermingsplasser som kan benyttes for både rus og psykisk helsevern, men ikke hvordan disse arealene skal utformes for å ta hensyn til sikkerhets- og skjermingsbehovene som foreligger. Skjermingsplassene er plassert på bakkeplan, i tilknytning til ordinære sengeplasser for rus og psykiatri. Plasseringen er bestemt av hensyn til behov for nærhet til bakken og uteområder for disse pasientgruppene. Området er også adskilt fra somatiske sengeplasser, som befinner seg på plan 2. Plasseringen av skjermingsplassene virker fornuftig.

I løsningen som er beskrevet i konseptrapporten er det ikke lagt inn en kommunal akutt døgnenhet (KAD-plasser). I UNN sin utviklingsplan kommenteres det at KAD-plasser kan inngå i det kommunale helsehuset, men krav til sikring og skjerming av ruspasienter kan gjøre dette problematisk. En alternativ løsning er å integrere disse plassene i psykiatri- og rusenheten i det planlagte sykehuset. Dette er en problemstilling som bør vurderes i en revidert konseptrapport.

VEDLEGG 1 SAMTALELISTE

Person	Rolle	Organisasjon
Tor-Arne Haug	Direktør forretningsutvikling	HN RHF
Heidi Eriksen Laksaa	Kommunalsjef	Narvik kommune
Gina Marie Johansen	Drifts- og eiendomssjef	UNN HF
Tor-Arne Hanssen	Utbyggingssjef	UNN HF
Viggo B. Søderblom	Prosjektleder	UNN HF
Marthe Lauvsnes	Sjef for plan og utvikling	Sykehusbygg HF (tidligere Sintef)



Saksfremlegg

Til Styringsgruppen for Nye UNN Narvik

Fra Utbyggingssjef

Møtedato 19.06.2017

Dato: 13.06.2017

Arkiv

Sak 16/2017. Revidering av konseptfasen. Vedlegg med endrede forutsetninger

Sammendrag med anbefaling

Saken gir en oversikt over vedtak og endrede forutsetninger som vi har undersøkt og som påvirker konseptrapporten fra 2011. De undersøkte forutsetningenes innflytelse på konseptrapporten er evaluert.

Bakgrunn og saksfremstilling

Styringsgruppen beslutter den 24.04.2017 at vedlegg med endrede forutsetninger skal legges fram som beslutningssak.

Innledende betraktninger

Skisseprosjektet har tydelige svakheter med tanke på pasientflyt, hensiktsmessig logistikk, og arbeidsflyt i avdelingene. Helhetlig pasientforløp og helhetlig pasientbehandling skal være førende prinsipper for valg av løsning for Nye UNN Narvik, og må arbeides bedre inn i konseptet. Arealet skal sikre fokus på pasientperspektivet og kjernevirksomheten. Spesielt pasientperspektivet synes noe dårlig ivarettatt.

Prosjektet er ikke tydelig nok på samarbeid mellom ulike fagområder og eventuelt omstilling mellom disse, for eksempel hvilke funksjoner som kan samlokaliseres for å optimalisere pasientforløp/pasientflyt og oppnå andre synergieffekter. Det må tilrettelegges for gode pasientforløp med hovedfokus på de store pasientgruppene og på pasienter som er hyppige brukere av spesialisthelsetjenesten. Dette berører i hovedsak poliklinikk, dagområder og plassering av pasienthotell.

Gjennomgang av arbeidsprosesser og -flyt for noen sentrale funksjoner er nødvendig for å sette sammen delene i romprogrammet til helhetlige funksjoner. En endret organisering av arealene og en større tetthet av areal i hver bygningsdel kan bli resultatet. Det er realistisk å holde oss innenfor samme ramme og unngå at bearbeiding av konseptet påvirker kostnadsrammen på bygget.

Bruk av atrieløsninger i skisseprosjektet må vurderes nærmere i forprosjektet. Værmessige forhold og krav til skjerming/innsyn til brukere av disse arealene må vurderes.

Plassering av helikopterlandingsplass må revurderes i forhold til plassering nær fjell og meteorologiske forhold. Helikopterplassens plassering får betydning for både pasient- og vareflyt og planlegging av slike arealer, uten at det påvirker arealstørrelser i konseptet.

Forutsetninger vi har undersøkt

- 1) Befolkningsgrunnlag: Det skal i prinsipp legges til grunn samme opptaksområde som for konseptfaserapporten 2011. Demografien i opptaksområdet tilsier ikke at det er noen avvik i forutsetninger fra 2011 og fram til i dag. Grunnlaget er fortsatt gyldig.

Det vises til Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for UNN datert 2017, og behandlet i direktørens ledergruppe 04.04.2017. Dette betyr at den overordnede størrelsen på planlagt sykehus er i tråd med dagens forutsetninger. Imidlertid viser

Sykehusbyggs ferskeste framskrivning i forbindelse med strategisk utviklingsplan bygg en vesentlig forskjellig konklusjon i forhold til effekt på kapasitetsbærende rom. Gjennomgående synes konseptet å ha for mange kapasitetsbærende rom. Unntakene er operasjon som har riktig nivå og sengeplasser for rusbehandling som virker underdimensjonert. Dette vil bli gjennomgått internt med prosjektet, rådgivere for organisasjonsutvikling i byggeprosjektet (OU-bygg) og pasientforløpskonsulenter.

- 2) Elektive pasientforløp: Dreining fra døgn- til dagbehandling ligger inne som en forutsetning i virksomhetsplanleggingen og budsjettarbeidet i UNN. Denne forutsetningen er også nedfelt i strategisk utviklingsplan og de klinikkvise strategiske utviklingsplanene. Skisseprosjektet har lagt inn arealer til dagbehandling, men det fremkommer ikke tydelig om det er satt av venteeareal. Plassering av dagbehandling i forhold til andre offentlige arealer som kan benyttes som venteearealer er heller ikke logisk. Det vurderes derfor som det eksisterer et behov for noe økte arealer til dagbehandling.

Aktivitets- og kapasitetsframskriving fra 2017 viser en markert økning i dagbehandling og polikliniske konsultasjoner og en nedgang i antall døgnbehandling og liggedøgn fram mot 2040. Denne utviklingen vil kunne ha betydning for arealfordelingen i Nye UNN Narvik. Kapasiteten vurderes opp mot UNNs vedtatte hotellbruksfilosofi og føringer om samhandling og funksjonsfordeling mellom sykehusene.

Konseptet er fortsatt gyldig, men ikke optimalisert for økt dagbehandling, god pasientflyt og gode pasientforløp.

- 3) Lokalsykehusets pasientforløp: Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver i kapittel 12 en betydelig forbedring av samarbeidet og oppgavefordelingen mellom lokalsykehusene. Det legges til grunn en fleksibilitet i opptaksområdet. Intern funksjonsfordeling er konkretisert i UNNs innspill til nasjonal helse- og sykehusplan i arbeidet med kirurgisk akuttberedskap, samt klinikkvise strategiske utviklingsplaner.

Oppgavefordeling vil kunne bety at opptaksområder for enkeltgrupper av pasienter vil avvike fra normalopptaksområdet. En ensretting av oppgaver vil også stille krav om spesialisering av lokaler og tilpasning av disse i takt med de oppgaveendringene som vil følge av variasjoner i den samlede kompetansen ved sykehuset.

Behov for operasjonsstuer ved nye Narvik sykehus er beregnet til å være 1 døgnkirurgi og 1 dagkirurgisk stue. I tillegg 1 stue for akutt kirurgi. I skisseprosjektet er det plassert 4 stuer totalt. Dette antas å kunne dekke kapasitet ved omfordeling av oppgaver i tråd med krav.

- 4) Akuttmottak og legevakt: Akutte pasientforløp i somatikk, psykisk helse og rus samt legevaktsamarbeidet har i dag felles lokaler og ressurser i tråd med samarbeidsavtalen mellom UNN og Narvik kommune. Dette prinsippet er videreført i skisseprosjektet og er i tråd med overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtalene. Skisseprosjektet er ikke tydelig på hvordan nødvendig skjerming mellom pasientforløpene kan skje i arealene. Dette forholdet tas opp med brukerorganisasjonene. Overordnede føringer tilsier at konseptet holder, men at det sannsynligvis ikke er optimalisert for gode pasientforløp. Det er sannsynligvis kun mindre endringer i akuttarealene som behøves for å oppnå ønsket funksjon.
- 5) Pasientforløp mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste: Etablering av Helsehus i Narvik kommune antas å gi effektivisering og bedre pasientforløp i grenseflaten mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Utnyttelse av dette potensialet kan være forhindret av juridiske og administrative forhold. Juridiske og administrative utfordringer i dette grensesnittet må avklares og potensielle forbedringer i pasientflyt må utnyttes. Strategisk utviklingsplan for psykisk helse og rus-klinikken beskriver et utvidet samarbeid med kommunene innen polikliniske og ambulante polikliniske tilbud i rusbehandlingen, samt et tydelig ansvar for kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. En samlokalisering av sykehus og helsehus vil støtte en slik utvikling.

Helsehuset Narvik ligger foreløpig ikke inne i Narvik kommunes budsjetter. Det er likevel gitt muntlige forsikringer om at det fortsatt er ønskelig med et samarbeid om etablering av helsehus i tilknytning til sykehuset. Oppføring av helsehus og sykehus kan sees uavhengig av hverandre, men det vil være knyttet både praktiske og økonomiske fordeler til å gjennomføre begge deler samtidig. Dette krever parallelle beslutningsprosesser i Narvik kommune og UNN HF. Dette ivaretas ved deltagelse fra Narvik kommune i styringsgruppen for prosjektet. Prosjektleder har tatt initiativ til samtaler med kommunen vedrørende potensielle samhandlingsgevinster i grensesnittet mellom helsehus og sykehus.

- 6) Grensesnitt og flyt der vi møter pasienter til planlagt behandling: Helse Nord RHF har i dokumentet Digitale pasienttjenester i nord beskrevet et «Målbilde» som viser en nær fremtid der digital booking, varsling, informasjon og innsjekk skal være en naturlig integrert del av sykehusets pasientkontakt. Det pågår en regional anskaffelse av innsjekk/utsjekksystem. Konseptet er fortsatt gyldig, men er ikke optimalisert for god pasientflyt i samlet poliklinikkareal og felles mottak/ekspedisjon. Det vurderes å være behov for små justeringer i hvordan areal benyttes, men ikke behov for arealutvidelser.
- 7) Bruk av pasienthotell: Dagens hotellbruksfilosofi i UNN antas å ha inngått i premissene for konsept-faserapporten av 2011. UNNs hotellbruksfilosofi er beskrevet i konseptet for nytt pasienthotell Tromsø og i gjeldende retningslinje for rekvirering, bruk og registrering av hotellsenger i UNN. Det bemerkes at Sykehusbygg HF sin modell for framskrivning for hotellsenger avviker fra UNNs modell, der Sykehusbygg gjennomgående vurderer behov for pasienthotellkapasitet lavere enn UNNs egne vurderinger. Erfaring fra Pingvinhotellet ved UNN Tromsø understøtter UNNs egne vurderinger av behov for pasienthotell. Det relativt høye forbruket av hotellkapasitet i UNN forklares med det store geografiske opptaksområdet og behov for forberedelser og oppfølging ved elektive forløp. UNNs hotellbruksfilosofi beskriver dessuten en ambisjon om bedre utnyttelse av døgn-, dag- og poliklinikk-kapasiteten i sykehuset. Hotellkapasiteten vil dermed måtte ses i sammenheng med bruken av dag-plasser, obs-senger og beslutningen om at UNN Narvik skal ivareta en vesentlig større andel elektiv ortopedi. Konseptet er gyldig men ikke optimalisert for god pasientflyt mellom føde- og barselseksjonen og pasienthotellet. Det anbefales også at filosofien vurderes mot de tilgjengelige forbruksdata for første driftsperiode ved Pingvin-hotellet i Tromsø.
- 8) Logistikk, forsyningslinjer og sambruk: Vi legger til grunn nye prinsipper for logistikk, forsyningslinjer og sambruk med eksterne slik som det vil bli beskrevet i Strategisk utviklingsplan for bygg (vedtas i løpet av 2017). Foreløpige signaler fra forsyningsleder i UNN beskriver en utvikling i retning av at servicetjenesten skal komme nærmere pasientene. En tilsvarende utvikling skjer i Sverige som har kommet noe lengre med dette arbeidet Norge. Den viktigste driveren for denne utviklingen er en bedre utnyttelse av den helsefaglige kompetansen, spesielt sett i lys av den fremtidige mangelen på sykepleiere (nasjonal helse- og sykehusplan). Helikopterlandingsplassens plassering vil også påvirke flyt og logistikk ved at den i skisseprosjektet er plassert på forsyningscenteret. Det er forutsatt felles kjøkken for sykehjemmet på Furumoen og det nye sykehuset. Hvordan en effektivt skal løse logistikken for distribusjon av mat er ikke godt utredet og må vurderes opp mot LCC vurderinger. Konseptet fra 2011 er fortsatt gyldig, men ikke optimalisert med tanke på flyt og logistikk.
- 9) Vurdering og stabilisering i akuttmottak: I arbeidet med kirurgisk akuttberedskap er det gitt nye føringer for «vurdering og stabilisering av pasient». Det er ikke ventet at disse nye føringene vil forårsake vesentlige endringer i akuttmottak sett opp mot de arealbehov som ble lagt til grunn for konseptfaserapporten fra 2011. Aktuelle endringer som konsekvens av overordnet struktur ligger på kompetansekrav og bemanning. Ambulanseplanen og endring i ambulansestructuren vil kunne påvirke dimensjonering av garasjer med inntil 2 garasjeplasser.

- 10) Teknologi og e-helse: Vi legger til grunn forventet utvikling innenfor teknologi og e-helse som beskrevet i Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT. Planen vil hovedsakelig ha innflytelse på kvalitet på de tekniske og bygningstekniske anleggene og i mindre grad innvirkning på dimensjoneringen. Konseptet er fortsatt gyldig.

Utdanning i konseptet

Det pågår et arbeid mellom UiT Norges arktiske universitet Campus Narvik og UNN HF om felles etablering og drift av ferdighets- og simuleringssenter (FOSS). Arbeidet kan påvirke konseptet. Det må utarbeides en funksjonsbeskrivelse og romprogram for et slikt senter.

Økonomi i konseptet

Det er i utgangspunktet en av hovedutredningene som skal gjennomføres i KSK (kvalitetssikring av konseptfasen). Dette notatet har forsøkt å belyse hvilke endringer i konseptet /skisseprosjektet som kan være nødvendig å ivareta. I kapasitetsbærende rom er det påvist både økte og reduserte behov, mens ferdighets- og simuleringssenteret (FOSS) fremstår som en helt ny funksjon som bør ivaretas. Utover dette kan det være ønskelig å justere på plassering av funksjoner og derav utforming av bygget. Ut fra hvilket detaljnivå prosjektet er i nå, ansees ikke dette som kritisk for vurdering av kostnad, forutsatt tilsvarende brutto/nettofaktor i bygget.

Faktorer som kan påvirke prosjektkostnad er blant annet:

Endrede arealbehov

Endringer i kostnadsbildet ut over det som følger av den generelle prisstigningen.

Samfunnsøkonomi og økonomisk utvikling.

Endring i entreprenørsituasjonen i Nord-Norge.

Eventuelle endringer i krav til usikkerhetsberegning

Generelle endringer i fordelingsnøkkel mellom bygningskostnad og medisinteknisk utstyr.

Endrede krav til gjenbruk av medisinteknisk utstyr.

Generell endring i kostnadsbildet for IKT og e-helse.

Byggemetode; plassbygd vs modulbygg.

Vurdering

Tid og avhengigheter

Ekstern revisjon (kvalitetssikring av konseptfasen KSK) må være gjennomført innen utgangen av oktober 2017 for styrebehandling og påfølgende lånesøknad. Kontrahering av rådgiver for gjennomføring finner sted i juni 2017 slik at arbeidet kan starte over sommerferien.

Økonomi

Denne saken er forberedt uten bruk av innleid hjelp. Formell ekstern kvalitetssikring av konseptfasen (KSK) har en estimert kostnadsramme på 600.000 kr. eks. mva.

Konseptfasearbeider er generelt ikke m.v.a.-pliktige, men dette må avklares spesifikt for dette prosjektet.

Medvirkning

Saken referer til vedtatte dokumenter som har gjennomgått medvirkning i henhold til UNNs rutiner. Det er ikke foretatt nye utredninger i egen regi som krever ny brukermedvirkning. Saken er lagt fram for brukerutvalgets leder og erfaringskonsulent i forkant av dette møtet.

Konklusjon

Saken bidrar til at styringsgruppen med akseptabel sikkerhet kan sende konseptfaserapporten *med vedlegg* til ekstern revisjon, for å kunne bringe prosjektet over i forprosjektfasen. Mindre arbeider må videreføres for å bli tatt med i oppstart forprosjekt, men ansees ikke kritisk for ekstern kvalitetssikring av konseptfasen (KSK).

Forslag til vedtak

Styringsgruppen tar oversikt over vedlegg til konseptfaserapporten til orientering og godkjenner at utbyggingssjef sender konseptfaserapport *med vedlegg* til ekstern kvalitetssikring av konseptfasen KSK.

Vedlegg:

Vedlegg med endrede forutsetninger – Tabellarisk oversikt

Revidering av konseptfasen – Vedlegg med endrede forutsetninger – Tabellarisk oversikt

Nr.	Eksisterende beslutninger	Kilde	Dato
0) Overordna dokument	Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019	Regjeringen	20.11.2015
	Overordnet strategi UNN HF	Styret UNN HF	20.06.2011
	Strategisk utviklingsplan for UNN 2015-2025	Styret UNN HF	10.12.2014
	Strategisk utviklingsplan for Akuttmedisinsk klinikk	Styret UNN HF	16.11.2016
	Strategisk utviklingsplan for Barne- og ungdomsklinikken	Styret UNN HF	16.11.2016
	Strategisk utviklingsplan for Diagnostisk klinikk	Styret UNN HF	16.11.2016
	Strategisk utviklingsplan for Hjerte- og lungeklinikken	Styret UNN HF	16.11.2016
	Strategisk utviklingsplan for Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	Styret UNN HF	16.11.2016
	Strategisk utviklingsplan for Medisinsk klinikk	Styret UNN HF	16.11.2016
	Strategisk utviklingsplan for Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	Styret UNN HF	16.11.2016
	Strategisk utviklingsplan for Operasjons- og intensivklinikken	Styret UNN HF	16.11.2016
	Strategisk utviklingsplan for Psykisk helse- og rusklinikken	Styret UNN HF	16.11.2016
	Strategisk utviklingsplan for bygg	Styret UNN HF	Ila 2017
	Miljøstrategi for UNN HF	Drifts- og eiendomssjefen	2017
	Beredskapsplan ved pandemisk influensa (pandemiplanen)	Katastrofekomiteen	2009-2016
Håndtering av høyrisikosmitte (ebolavirussykdom) i UNN HF	Katastrofekomiteen	2014	
1) Befolkningsgrunnlag	Kirurgisk akuttberedskap	Se punkt 9	
	Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for UNN – Saksframlegg	Direktørens ledergruppe	4.4.2017
	Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for UNN – Referat med vedtak	Direktørens ledergruppe	4.4.2017
	Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for UNN fra Sykehusbygg HF	Drifts- og eiendomssjefen	13.3.2017
2) Elektive pasientforløp	Strategisk utviklingsplan for UNN 2015-2025	Se punkt 0	
	Konseptrapporten fra Nytt Pasienthotell	Se punkt 7	
	Helse Nord RHF budsjettbrev (mer dagbehandling)	Helse Nord adm. dir.	13.06.2013
	Tiltak 27 i budsjett 2014 (mer dagbehandling)	Budsjettarbeidet 2014	2014
	Virksomhetsplan 2014 (mer dagbehandling), saksframlegg	Styret UNN HF	16.12.2013
	Virksomhetsplan 2014 (mer dagbehandling), selve planen	Styret UNN HF	16.12.2013
	Virksomhetsplan 2015 (mer dagbehandling), saksframlegg	Styret UNN HF	10.12.2014
	Virksomhetsplan 2015 (mer dagbehandling), selve planen	Styret UNN HF	10.12.2014
	Virksomhetsplan 2016 (mer dagbehandling), saksframlegg	Styret UNN HF	16.12.2015
	Virksomhetsplan 2016 (mer dagbehandling), selve planen	Styret UNN HF	16.12.2015
	Virksomhetsplan 2017 (mer dagbehandling), saksframlegg	Styret UNN HF	14.12.2016
	Virksomhetsplan 2017 (mer dagbehandling), selve planen	Styret UNN HF	14.12.2016
Langtidsplan 2018-2021, saksframlegg	Styret UNN HF	29.3.2017	

	Langtidsplan 2018-2021, selve planen	Styret UNN HF	
3) Lokal- sykehusets pasientforløp	Nasjonale helse- og sykehusplan, kapittel 12	Se punkt 0	
	Strategisk utviklingsplan for UNN 2015-2025	Se punkt 0	
	Pasientopplevelsesundersøkelsen 2016 (PasOpp-undersøkelsen)	Kunnskapssenteret	Juni 2016
	Pasient- og brukerombudets årsmelding 2016 Nordland	Pasient- og brukerombudet	6.3.2017
	Arealplan UNN Breivika styringsdokument (presiserer pasientperspektivet)	Direktørens ledergruppe	4.4.2017
	Arealplan UNN Breivika ledermøtesak, saksframlegg	Direktørens ledergruppe	4.4.2017
	Arealplan UNN Breivika ledermøtesak, protokoll	Direktørens ledergruppe	4.4.2017
	Arealplan UNN Breivika (tilbakemeldinger fra brukerne om areal)	Direktørens ledergruppe	Juni 2017
4) Akuttmottak og legevakt	Prop. 9 L (2015–2016) Endringer i helselovgivningen, Kapittel 2.11	Regjeringen	30.10.2015
	Overordnet samarbeidsavtale mellom UNN og Narvik kommune	Administrerende direktør	8.9.2016
	Samarbeidsavtale mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Narvik kommune om legevakt og legevaktsentral i felles akuttmottak (FAM)	Klinikkjef Operasjons- og intensivklinikken	7.5.2015
	Tjenesteavtale 1 mellom Narvik kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge HF om enighet mellom kommunen og UNN om helse- og omsorgsoppgaver partene har ansvar for og tiltak partene skal utføre.	Avdelingsleder Samhandlings-avdelingen	8.9.2016
	Tjenesteavtale 2 mellom Narvik kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge HF om retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering, lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.	Avdelingsleder Samhandlings-avdelingen	8.9.2016
	Tjenesteavtale 3 mellom Narvik kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge HF om retningslinjer for innleggelse i sykehus	Avdelingsleder Samhandlings-avdelingen	8.9.2016
	Tjenesteavtale 4 mellom Narvik kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge HF om samarbeid om og beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5 tredje ledd.	Administrerende direktør	12.12.2012 (Reforhandl es juni 2017)
	Tjenesteavtale 5 mellom Narvik kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge HF om retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehus	Avdelingsleder Samhandlings-avdelingen	8.9.2016
	Tjenesteavtale 6 mellom Narvik kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge HF om retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering	Avdelingsleder Samhandlings-avdelingen	8.9.2016
	Tjenesteavtale 7 mellom Narvik kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge HF om samarbeid om forskning og utdanning	Avdelingsleder Samhandlings-avdelingen	8.9.2016

	Tjenesteavtale 8 mellom Narvik kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge HF om samarbeid om jordmortjenester	Avdelingsleder Samhandlings-avdelingen	8.9.2016
	Tjenesteavtale 9 mellom Narvik kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge HF om samarbeid om IKT-løsninger lokalt	Avdelingsleder Samhandlings-avdelingen	8.9.2016
	Tjenesteavtale 10 mellom Narvik kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge HF om samarbeid om forebygging	Avdelingsleder Samhandlings-avdelingen	8.9.2016
	Tjenesteavtale 10 mellom Narvik kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge HF om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden	Avdelingsleder Samhandlings-avdelingen	8.9.2016
5) Pasient-forløp mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	Strategisk utviklingsplan for UNN 2015-2025		
	Overordnet samarbeidsavtale inkl. tjenesteavtaler	Se punkt 4	
	Helsehus Narvik - Rådmannens grunnlag for økonomiplan 2017-2020 inneholder vei til helsehus	Narvik kommune	Ikke datert
6) Grensesnitt og flyt der vi møter pasienter til planlagt behandling	Regional anskaffelse – Start anskaffelse innsjekk/utsjekk	Helse Nord's IT-sjef	29.9.2016
	Regional anskaffelse Oppstart av nytt prosjekt for anskaffelse av regionalt system for innsjekk/utsjekk, betalingsterminaler og køadministrasjon (Det vises til at styringsgruppen for Helse Nord IKT i sak 059-2016 tok beslutning om gjennomføring av regional anskaffelse).	Helse Nord's IT-sjef	1.11.2016
	Målbilde for digitale pasienttjenester i nord – kortversjon	Prosjekt Helse Nord RHF	Mai 2016
	Målbilde for digitale pasienttjenester i nord – lang versjon	Prosjekt Helse Nord RHF	Mai 2016
7) Bruk av pasienthotell	Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for UNN	Se punkt 1	
	Strategisk utviklingsplan for kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken (føde- og barseltilbudet)	Se punkt 0	
	Pasienthotell – Styresak 27/2011 Konseptrapporten fra Nytt Pasienthotell Saksframlegg	Styret UNN HF	14.4.2011
	Pasienthotell – Styresak 27/2011 Konseptrapporten fra Nytt Pasienthotell Vedtaket	Styret UNN HF	14.4.2011
	Pasienthotell – Konseptrapport for nytt pasienthotell – Selve rapporten	Styret UNN HF	14.4.2011
	Pasienthotell – Retningslinje for rekvirering, bruk og registrering av pasienthotell UNN	Klinikkssjef kirurgi	1.7.2015
	Statistikk pasienthotell Narvik 2016	Hotellsjef	Juni 2017
	Statistikk pasienthotell Narvik 2017	Hotellsjef	Juni 2017
	Statistikk pasienthotell Harstad 2016	Hotellsjef	Juni 2017
	Statistikk pasienthotell Harstad 2017	Hotellsjef	Juni 2017
	Statistikk pasienthotell Tromsø 2016	Hotellsjef	Juni 2017
	Statistikk pasienthotell Tromsø 2017	Hotellsjef	Juni 2017
	Prosjektdirektiv for etablering av Sykehusinnkjøp HF	Sykehusinnkjøp HF	26.11.2016

8) Logistikk, forsyning og sambruk	Felleskjøkken på furumoen – Avtale mellom Narvik kommune og UNN	Forhandles våren 2017	
	Arealplan Breivika fastsetter et behov for et logistikkprosjekt i hele UNN – Nær- eller fjernlager	Direktørens ledergruppe	Juni 2017
	Strategi for Sykehusapotek Nord 2016-2020	Styret i apoteket	3.12.2015
	Miljøstrategien for UNN HF	Se punkt 0	
9) Vurdering og stabilisering i akuttmottak	Nasjonal traumeplan - Styresak 26-2017 Nasjonal traumeplan - Traumesystem i Norge 2016	Styret Helse Nord RHF	29.3.2017
	Nasjonal traumeplan - Styresak 26-2017 Protokoll	Styret Helse Nord RHF	29.3.2017
	Nasjonal traumeplan – Hele planen	Nasjonal faggruppe	Ikke datert
	Kirurgisk akuttberedskap - Rapport fra arbeidsgruppe	Prosjektgruppe i UNN	2.3.2017
	Kirurgisk akuttberedskap - Ekstern kvalitetssikring	Deloitte	22.3.2017
	Kirurgisk akuttberedskap - Risiko- og mulighetsanalyse	Prosjektgruppe i UNN	2.3.2017
	Kirurgisk akuttberedskap - Styresak UNN HF 29/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik	Styret UNN HF	29.3.2017
	Kirurgisk akuttberedskap - Styresak UNN HF 29/2012 Protokoll	Styret UNN HF	29.3.2017
	Kirurgisk akuttberedskap - Styresak UNN HF 34/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgi og føde - presiseringer vedrørende fødeavdelingen – oppfølging av sak 29/2017	Styret UNN HF	7.4.2017
	Kirurgisk akuttberedskap - Styresak UNN HF 34/2017 Protokoll	Styret UNN HF	7.4.2017
	Kirurgisk akuttberedskap - Styresak Helse Nord RHF 40-2017 Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap m. m. Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Styret Helse Nord RHF	18.4.2017
	Kirurgisk akuttberedskap - Styresak Helse Nord RHF 40-2017 Protokoll	Styret Helse Nord RHF	18.4.2017
	Kirurgisk akuttberedskap - Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – avklaring av akuttfunksjoner	Foretaksmøte	24.4.2017
	Ambulansetjenesten - Styresak 25/2017 UNN HF - Langsiktig utvikling av ambulansetjenesten – Saksframlegg	Styret UNN HF	29.3.2017
	Ambulansetjenesten - Styresak 25/2014 UNN HF Protokoll	Styret UNN HF	29.3.2017
	Ambulansetjenesten - Styresak 25/2017 Akuttmedisinsk klinikk «Utredning av mulig endret ambulansstruktur i UNN HF»	Styret UNN HF, Akuttmedisinsk klinikk	29.3.2017
	Ambulansetjenesten – Styresak 25/2017 Sintef rapport A26823 «Ambulansstrukturen i UNN HF»	Styret UNN HF, SINTEF	29.3.2017
Klinikkvis strategisk utviklingsplan for psykisk helse- og rusklinikken	Se punkt 0		
10) Teknologi og e-helse	Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT 2017 – 2025 – saksframlegg	Styret UNN HF	
	Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT 2017 – 2025 – vedtak	Styret UNN HF	

	Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT 2017 – 2025 – Hele planen	Styret UNN HF	
Utdanning i konseptet	Overordnet samarbeidsavtale mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet	Administrerende direktør	4.5.2017
	Ferdighets- og simuleringssenter – foreløpig rapport	Arbeidsgruppe	15.12.2016
	Ferdighets- og simuleringssenter – Saksframlegg	Felles ledermøte UiT-UNN	28.8.2017
	Ferdighets- og simuleringssenter –Vedtak	Felles ledermøte UiT-UNN	28.8.2017



Referat Styringsgruppemøte (SG) møte nr 03/2017 **UNN Nye Narvik 19.06.2017**

Tid: Mandag 19.06.17 kl. 10.30 – 12.30
Sted: UNN Tromsø, Adm.møterom D1.707
UNN Narvik, store møterom i 5.etg i Narvik

Til stede: Adm.direktør, Tor Ingebrigtsen, UNN (DIR)
Drift- og eiendomssjef, Gina M Johansen, UNN
Stabssjef Gøril Bertheussen, UNN
Klinikkleder Eva Hanne Hansen, OPIN UNN (via VK)
Foretakshovedverneombud, Rita Vang, UNN Narvik (via VK)
Dir.foretningsutvikling, Tor-Arne Haug, Helse Nord RHF (via VK)
Driftsrådsleder UNN Narvik, Brita Jørgensen UNN Narvik (via VK)
Seksjonssykepleier, Monica Dybwad UNN Narvik (via VK)
Klinikkleder Magnus Hald UNN Åsgård (via VK fra Åsgård)
Rådmann Wenche Folberg, Narvik kommune (via VK)
Ass instituttleder Silje C Wangberg, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT
campus Narvik
Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen, UNN (US)
Tillitvalgtrepresentant David Nystad, UNN Narvik (via VK)

Forfall Viseadm. direktør, Marit Lind, UNN
Ofoten Regionråd, Lill-Tove Hansen
Brukerutvalgsrepresentant Margrethe Larsen, Brukerutvalget UNN
Klinikkleder Markus Rumpfeld, Medisinsk klinikk UNN

Øvrige fra prosjektet: Prosjektleder, Viggo Søderblom, UNN (PL)
Klinisk rådgiver Guri Albrigtsen, UNN
Prosjektsekretær, Marita Sørensen, UNN

Sak 14.2017: Godkjenning av innkalling og saksliste:

Vedtak:

1. Styringsgruppen godkjenner innkallingen og sakslisten til møtet sendt pr mail 13.06.2017.

Sak 15.2017: Behandling av referat fra SG nr 02/2017

Vedtak:

1. Styringsgruppen godkjenner referatet

Sak 16.2017: Revidering av konseptfasen. Vedlegg med endrede forutsetninger.

Saken gir en oversikt over vedtak og endrede forutsetninger som prosjektet har undersøkt og som påvirker konseptrapporten fra 2011. De undersøkte forutsetningenes innflytelse på konseptrapporten er evaluert.

Hovedkonklusjon er at konseptet og skisseprosjektet er godt og ivaretar behovet i et nytt sykehus på et overordnet nivå. Det vil derfor være tilstrekkelig for å gjennomføre kvalitetssikring av konseptfase (KSK) med de kommentarer som denne saken bringer opp.

Utbyggingssjef gjennomgår skisseprosjektet fra 2011 og påpeker punkt som må utredes nærmere.

- Skisseprosjektet har svakheter med tanke på pasientflyt, hensiktsmessig logistikk, og arbeidsflyt i avdelingene. Helhetlig pasientforløp og helhetlig pasientbehandling skal være førende prinsipper for valg av løsning for Nye UNN Narvik, og må arbeides bedre inn i konseptet. Arealet skal sikre fokus på pasientperspektivet og kjernevirksomheten. Spesielt pasientperspektivet synes noe dårlig ivaretatt.
- Prosjektet er ikke tydelig nok på samarbeid mellom ulike fagområder og eventuelt omstilling mellom disse, for eksempel hvilke funksjoner som kan samlokaliseres for å optimalisere pasientforløp/pasientflyt og oppnå andre synergieffekter. Det må tilrettelegges for gode pasientforløp med hovedfokus på de store pasientgruppene og på pasienter som er hyppige brukere av spesialisthelsetjenesten. Dette berører i hovedsak poliklinikk, dagområder og plassering av pasienthotell.
- Gjennomgang av arbeidsprosesser og -flyt for noen sentrale funksjoner er nødvendig for å sette sammen delene i romprogrammet til helhetlige funksjoner. En endret organisering av arealene og en større tetthet av areal i hver bygningsdel kan bli resultatet. Det er realistisk å holde oss innenfor samme ramme og unngå at bearbeiding av konseptet påvirker kostnadsrammen på bygget.
- Bruk av atrieløsninger i skisseprosjektet må vurderes nærmere i forprosjektet. Værmessige forhold og krav til skjerming/innsyn til brukere av disse arealene må vurderes.
- Plassering av helikopterlandingsplass må revurderes i forhold til plassering nær fjell og meteorologiske forhold. Helikopterplassens plassering får betydning for både pasient- og vareflyt og planlegging av slike arealer, uten at det påvirker arealstørrelser i konseptet.

Oppfølging av disse punktene vil bli gjenstand for en intern evaluering med bruk av OU-bygg, pasientforløpskoordinatorer, prosjektledelse og medvirkere. Denne oppfølging og bruk av ressurser vil bli gjennomført ila høsten 2017, og resultatet vil bli forelagt styringsgruppen innen forprosjektfasen starter, dvs før jul 2017 og resultatene kan bli innarbeidet i mandatet for arbeid med forprosjektet.

Aktivitets- og kapasitetsrapporten hensyntar usikkerhetsvariabler vedr fraflytning mm, og dette ligger også i modellen som Sykehusbygg har utarbeidet. Selv om oppbygging av flybasen på Evenes ikke spesifikt er nevnt i framskrivning fra 2017 vil usikkerheten i modellen ivareta dette.

Styringsgruppens kommentarer til listen for forutsetninger som er undersøkt:

- Endre ordlyden tilsvarende hva som er brukt i Nasjonal Helseplan, i punkt 1.
Befolkningsgrunnlag

- Ta i bruk intern kompetanse vedr kartlegging av logistikk (ref til punkt 7. *Bruk av pasienthotell* og punkt 8. *Logistikk, forsyningslinjer og sambruk*)
- Under punkt opplæring diskuteres det at *Felles opplærings og simuleringssenter (FOSS)* er ønsket av felles utdanningsråd, men ikke inngår i konseptet og ikke er finansiert. Innarbeiding av dette i prosjektet blir å inngå i forprosjektet under forutsetning av at det ikke utvider arealrammen i prosjektet. Medfinansiering fra UIT vil kunne bli et tema.

Konklusjon

Saken bidrar til at styringsgruppen med akseptabel sikkerhet kan sende konseptfaserapporten med vedlegg til ekstern revisjon, for å kunne bringe prosjektet over i forprosjektfasen. Mindre arbeider må videreføres for å bli tatt med i oppstart forprosjekt, men ansees ikke kritisk for ekstern kvalitetssikring av konseptfasen (KSK).

Vedtak:

1. Styringsgruppen tar oversikt over vedlegg til konseptfaserapporten til orientering og godkjenner at utbyggingssjef sender konseptfaserapport med vedlegg til ekstern kvalitetssikring av konseptfasen KSK.
2. Styringsgruppen godkjenner at sak 13.2017 behandles i 2 deler. Tilleggsdokument til konseptrapporten gjennomgås under dagens møte, og punkt i samme sak vedr etablering av samarbeid mellom OU-bygg, prosjektorganisasjonen og driftsorganisasjonen beskrives og fremmes i styringsgruppen i september 2017.
3. Styringsgruppen ønsker tilleggsdokumentet KSK til sirkulasjon og gjennomlesning, før det vedtas pr mail og sendes ut i forbindelse med bestilling av KSK. US får fullmakt til å ferdigstille dette tilleggsdokumentet. Dokumentet legges endelig frem i styringsgruppemøte den 4.sept 2017, til ny og endelig gjennomgang, hvis behov.

Sak 17.2017: Revidert møteplan 2018

Møte	Dato	Klokkeslett	Sted
Styringsgruppemøte nr 1.2018	Tirsdag 16.01.2018	12:30 – 14:00	Tromsø Narvik
Styringsgruppemøte nr 2.2018	Tirsdag 13.03.2018	12:30 – 14:00	Tromsø Narvik
Styringsgruppemøte nr 3.2018	Tirsdag 15.05.2018	12:30 – 14:00	Tromsø Narvik
Styringsgruppemøte nr 4.2018	Tirsdag 04.09.2018	12:30 – 14:00	Tromsø Narvik
Styringsgruppemøte nr 5.2018	Tirsdag 30.10.2018	12:30 – 14:00	Tromsø Narvik
Styringsgruppemøte nr 6.2018	Tirsdag 27.11.2018	12:30 – 14:00	Tromsø Narvik

Vedtak:

1. Styringsgruppen godkjenner revidert møteplan for 2018.

Sak 18.2017: Status Nye UNN Narvik pr 12.06.2017

Orientering om prosjektstatus og hendelser i perioden april – juni.

1. Styresak vedrørende tunnel; samarbeid med Narvik kommune og finansiering av UNN sin andel av utbyggingskostnadene. Prosjektledelsen fremskaffer avtaledokumentet for signering.
2. Møter med OU-koordinatorer og pasientforløpskoordinatorer for utarbeidelse av organisasjonsplan og forventningsavklaringer mot prosjektet. Det er også innledet et samarbeid med Finnmarkssykehuset HF om utveksling av erfaringer og kunnskap omkring OU-arbeid i byggeprosjekter.
3. Økonomisk oppgjør med Statens Vegvesen for arbeider utført på E6 og forskjæring for tunnel.
4. Utredning om kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder, med innstilling fra adm.dir.UNN, er styrebehandlet i UNN og HN.
5. Strategisk utviklingsplan for IKT og e-helse er vedtatt.
6. Strategisk utviklingsplan for bygninger i UNN er inne i slutfasen og skal vedtas senest 14.september 2017. Strategien for Narvik vil være etablering av nytt bygg innen 2023, -og minimale utviklingskostnader til eksisterende bygninger fram til nybygget er innflyttingsklart.
7. Det er gitt dispensasjon fra reguleringsbestemmelsene for fradeling av tomt på Furumoen. Oppmålingsforretning var berammet til torsdag 8.juni, men måtte flyttes til 29.juni pga sykdom.
8. Det er innledet forhandlinger med Sykehusbygg HF om oppgavefordeling og rolleavklaringer for gjennomføringsfasen.
9. Kommunikasjonsplan er utarbeidet og denne følges opp med bred informasjon til ansatte, kommunene, brukerorganisasjonene og generell info gjennom media. Det etableres blant annet en fast info-stand på Furumoen med generell informasjon om prosjektet og oppdatert informasjon om prosjektets framdrift.
10. Styringsgruppen bestilte i møte 24.april et tilleggsdokument til konseptfaserapporten fra 2011. Tilleggsdokumentet skal beskrive eventuelle endringer i de forutsetningene som ble lagt til grunn for konseptet. Konseptrapport med tilleggsdokument skal danne grunnlag for ekstern kvalitetssikring av konseptet (KSK).
11. Lånesøknaden til Helse og Omsorgs-Departementet skal sendes i november/desember 2017.
12. Etablering av medvirkergrupper vil bli organisert og etablert slik at de er operative til oppstart forprosjekt. Forprosjektet starter parallelt med at lånesøknaden til HOD oversendes omkring årsskiftet 2017/2018.
13. Reguleringsplanarbeid med konsekvensutredning starter i løpet av sommeren 2017.
14. Arbeidet med adkomst-tunnel skal lyses ut til høsten og arbeidene antas igangsatt 1.kvartal 2018. Dette vil kreve en egen reguleringsplan (eller dispensasjon) for tunnelen.

15. Det er gjort muntlig avtale med rådmann W.Folberg om etablering av en felles arbeidsgruppe for å identifisere de samarbeidsområdene(UNN/N.komm.) som har størst potensiale og er best egnet for realisering i forbindelse med den felles etableringen på Furumoen.

Vedtak:

1. Styringsgruppen tar forelagt statusrapport til orientering.