



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

**Tirsdag 28. mars 2017 kl 16.00 og
onsdag 29. mars 2017 kl 08.30**

Møtested

Clarion Collection Hotel Grand, Bodø



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Clarion Collection Hotel Grand, Bodø
Dato: 28.-29.3.2017
Tid: 28.3.2017 kl 16:00
29.3.2017 kl 09:00

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 | |
| Mai-Britt Martinsen | Medlem | |
| Per Erling Dahl | Medlem | |
| Rolf Utgård | Medlem | |
| Rune Moe | Medlem | |
| Tove Skjelvik | Medlem | |
| Cathrin Carlyle | Observatør | Leder Brukerutvalget |

ST 18/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

| Saksnr. | Innhold |
|------------|--|
| ST 18/2017 | Godkjenning av innkalling og saksliste |
| ST 19/2017 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 8.2.2017 |
| ST 20/2017 | Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2017 |
| ST 21/2017 | Årlig melding 2016 |
| ST 22/2017 | Årsregnskap og styrets beretning 2016 |
| ST 23/2017 | Ledelsens gjennomgang for 3.tertial 2016 |
| ST 24/2017 | Tertialrapport 3-2016 for utbyggingsprosjekter |
| ST 25/2017 | Langsiktig utvikling av ambulansetjenesten |
| ST 26/2017 | Idèfase for psykiatri- og rusfeltet |
| ST 27/2017 | RHFets Plan 2018-2021 – UNNs tilbakemeldinger |
| ST 28/2017 | Langtidsplan 2018-2021 - sluttbehandling |
| ST 29/2017 | Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgi og føde |

ST 30/2017 Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer

1. Status i planlegging av styreseminar juni 2017

Muntlige orienteringer

2. Felles styreseminar med Helsefak 4.5.2017
3. Varsel om alvorlige hendelser – *Unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. hpl. § 21 jf. § 23.*

ST 31/2017 Referatsaker

1. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 17.1.2017
2. Svar på oppfølgingsbrev fra UNN om Sivilombudsmannens rapport, datert 31.1.2017
3. Protokoll fra Helse Nord HF, datert 1.2.2017
4. Referat fra møte i Overordnet Samarbeidsorgan, datert 23.2.2017
5. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 28.2.2017
6. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 13.3.2017
7. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 14.3.2017
8. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 14.3.2017

ST 32/2017 Eventuelt



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|----------------------------------|--|----------------------------|
| 19/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.3.2017 |
| Saksansvarlig: Gøril Bertheussen | | Saksbehandler: Leif Hovden |

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 8.2.2017

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 8.2.2017.

Tromsø, 17.1.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg;

1. Møteprotokoll fra styremøtet 8.2.2017



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 8.02.2017
 Tid: 9:10-15.37

| Navn | Funksjon | Representerer |
|----------------------|------------|--------------------------------|
| Jorhill Andreassen | Leder | |
| Erling Espeland | Nestleder | Ble permittert kl. 15.20 |
| Eivind Mikalsen | Medlem | |
| Helga Marie Bjerke | Medlem | |
| Jan Eivind Pettersen | Medlem | |
| Jan-Terje Nedrejord | Medlem | Ble permittert kl. 15.20 |
| Kjersti Markusson | Medlem | |
| Rigmor Frøyum | Varamedlem | |
| Per Erling Dahl | Medlem | |
| Rolf Utgård | Medlem | |
| Rune Moe | Medlem | |
| Tove Skjelvik | Medlem | Ble permittert kl. 15.20 |
| Cathrin Carlyle | Observatør | <i>Leder av Brukerutvalget</i> |

Forfall:

Mai-Britt Martinsen Medlem

Fra administrasjonen møtte:

| | |
|----------------------|---|
| Tor Ingebrigtsen | administrerende direktør |
| Marit Lind | viseadministrerende direktør |
| Leif Hovden | administrasjonssjef (<i>styrets sekretær</i>) |
| Arthur Revhaug | klunikksjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken |
| Bjørn Yngvar Nordvåg | klunikksjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken |
| Elin Gullhav | klunikksjef Barne- og ungdomsklinikken |
| Eva-Hanne Hansen | klunikksjef Operasjons- og intensivklinikken |
| Kate Myrvang | konst. klinikk sjef Diagnostisk klinikk |
| Lars Røslie | konst. klinikk sjef Akuttmedisinsk klinikk |
| Siren Hoven | konstituert klinikk sjef Psykisk helse- og rusklinikken |
| Einar Bugge | kvalitets- og utviklingssjef |
| Gina M. Johansen | konstituert drifts- og eiendomssjef |
| Gøril Bertheussen | stabssjef |
| Grethe Andersen | økonomisjef, Stabssenteret |
| Tommy Schjølberg | seksjonsleder, Stabssenteret |

ST 1/2017 Godkjenning av innkalling og saksliste

| Saksnr. | Innhold |
|------------|--|
| ST 1/2017 | Godkjenning av innkalling og saksliste |
| ST 2/2017 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.12.2016 |
| ST 3/2017 | Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2016 |
| ST 4/2017 | Oppsummering av styresaker 2016 |
| ST 5/2017 | Kontinuerlig forbedring – Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid |
| ST 6/2017 | Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse |
| ST 7/2017 | Regional kvalitetsstrategi 2016-2020 – oppfølging og handlingsplan |
| ST 8/2017 | Høringssak – Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten |
| ST 9/2017 | Høringssak – Hjerteinfarkt og PCI – Et likeverdig tilbud i Helse Nord? |
| ST 10/2017 | Dialogavtale for 2018 mellom styret og administrerende direktør |
| ST 11/2017 | Forberedende virksomhetsplan for 2018 |
| ST 12/2017 | Oppdragsdokument 2017 |
| ST 13/2017 | Oppnevning av valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til styret for 2017-2019 |
| ST 14/2017 | Styreevaluering |
| ST 15/2017 | Orienteringssaker |

Skriftlige orienteringer

1. Etablering av sikkerhetsorganisasjon ved UNN – egenerklæring-
Unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. Sil. § 12
2. Kontrollspenn ved UNN – veien videre
3. Samordning grensesnitt UNN og Sykehusbygg
– Forslag om etablering av bestillerfunksjon for større utbyggings-
ombyggingsprosjekt i UNN
4. Oppfølging av handlingsplanen etter Sivilombudsmannens rapport
fra 2016
5. Revisjonsrapport etter andre tertial 2016

Muntlige orienteringer

6. Åpenhet og dialog I UNN – orientering om status i arbeidet i
partsammensatt arbeidsgruppe
7. Nasjonal helse- og sykehusplan - Mandat for oppfølging, og status i
arbeidet med mandatets punkt 1 Kirurgisk akuttberedskap og elektiv
kirurgi med berørte fagområder
8. Medarbeiderundersøkelsen 2016 – foreløpig orientering om
resultatene
9. Trombektomi ved hjerneslag – foreløpig orientering om utvikling av
tilbudet
10. Plan for gradvis endring av ambulansetjenesten. Orientering om status
i arbeidet.
11. Forbedring av parkeringstilbudet ved UNN Breivika – status i
planarbeid
12. Markering av 100-års jubileum for UNN Longyearbyen

13. Oppsigelse i arbeidsforhold – *unntatt fra offentlighet off.§ 13 jf. fvl § 13, 1.ledd nr 1)*
14. Varsel om alvorlige hendelser – *Unntatt fra offentlighet offl.§ 13 jf. hpl.§ 21 jf. § 23.*

ST 16/2017

Referatsaker

1. Tildeling timeavtaler ved UNN, datert 19.12.2016
2. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 21.12.2016
3. Risikostyring i foretaksgruppen 2017, datert 23.12.2016
4. Godkjenning av søknad om å investere i ny ambulansestasjon i Harstad, datert 2.1.2017
5. Nasjonal helse- og sykehusplan – presisering av mandat for oppfølging, datert 11.1.2017
6. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 24.1.2017
7. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 24.1.2017
8. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 25.1.2017
9. Referat fra Brukerutvalget, datert 1.2.2017

ST 17/2017

Eventuelt

ST 2/2017 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 14.12.2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 14.12.2016.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøtet 14.12.2016.

ST 3/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2016* til orientering.
2. Styret godkjenner at styresakene for Kvalitets- og virksomhetsrapportene avviker fra ordinær styresaksmaal fra og med neste måned.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2016* til orientering.
2. Styret godkjenner at styresakene for Kvalitets- og virksomhetsrapportene avviker fra ordinær styresaksmaal fra og med neste måned.

ST 4/2017 Oppsummering av styresaker 2016

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2016 til etterretning, og vil bruke oppsummeringen som underlag for styrets videre evaluering av egen virksomhet.
2. Styret viser til at vedtaket i sak 50/2016 *Strategi for frivillig innsats ved UNN* ikke er fulgt opp som forutsatt. Styret ber om at dette gjøres umiddelbart, og om å bli orientert om status i saken i neste møte.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2016 til etterretning, og vil bruke oppsummeringen som underlag for styrets videre evaluering av egen virksomhet.
2. Styret viser til at vedtaket i sak 50/2016 *Strategi for frivillig innsats ved UNN* ikke er fulgt opp som forutsatt. Styret ber om at dette gjøres umiddelbart, og om å bli orientert om status i saken i neste møte.

ST 5/2017 Kontinuerlig forbedring - Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtaket i sak 61/2016 *Kontinuerlig forbedring – tentativ gjennomføringsplan for UNN*, og godkjenner nå innrettingen på satsingen slik den er beskrevet i den foreliggende saken.
2. Styret viser til den nye forskriften *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og slår fast at satsingen som beskrives i denne saken er UNNs hovedtiltak for implementering av kravene i forskriften.
3. Styret godkjenner gjennomføringsplanen med tilhørende risikoreduserende tiltak samt de foreslåtte grunnleggende prinsippene for satsingen slik disse er foreslått i saken.
4. Styret viser til at det har nedsatt et underutvalg som utreder styrets egen rolle i satsingen, og kommer på eget initiativ tilbake til dette i et senere møte.
5. Styret ber om at direktøren i samme møte legger frem en plan for evaluering av satsingen.
6. Styret erkjenner at dette er en langsiktig satsing som krever tålmodighet og tydelig kurs over mange år. Direktøren gis fullmakt til å gjøre mindre nødvendige justeringer i arbeidet underveis.

Direktøren foreslo følgende endring av pkt. 5 (endringer i kursiv):

Styret ber om at direktøren i samme møte legger frem en *milepelsplan for gjennomføringen og en plan for evaluering av satsingen.*

Styreleder tok hele innstillingen opp til samlet avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtaket i sak 61/2016 *Kontinuerlig forbedring – tentativ gjennomføringsplan for UNN*, og godkjenner nå innrettingen på satsingen slik den er beskrevet i den foreliggende saken.
2. Styret viser til den nye forskriften *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og slår fast at satsingen som beskrives i denne saken er UNNs hovedtiltak for implementering av kravene i forskriften.
3. Styret godkjenner gjennomføringsplanen med tilhørende risikoreduserende tiltak samt de foreslåtte grunnleggende prinsippene for satsingen slik disse er foreslått i saken.
4. Styret viser til at det har nedsatt et underutvalg som utreder styrets egen rolle i satsingen, og kommer på eget initiativ tilbake til dette i et senere møte.
5. Styret ber om at direktøren i samme møte legger frem en milepelsplan for gjennomføringen og en plan for evaluering av satsingen.
6. Styret erkjenner at dette er en langsiktig satsing som krever tålmodighet og tydelig kurs over mange år. Direktøren gis fullmakt til å gjøre mindre nødvendige justeringer i arbeidet underveis.

ST 6/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er fornøyd med at det er gjennomført en grundig og inkluderende prosess som omhandler dagens organisering av UNN og ivaretagelsen av stedlig ledelse i arbeidet med oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan.
2. Styret ved UNN viser til den interne utredningen som er gjort og rapporten *Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og ivaretagelse av stedlig ledelse* og støtter vurderingen av at det er mulig å ivareta stedlig ledelse på en god måte innenfor dagens klinikkmodell.
3. Styret erkjenner at behovet for lokal koordinering av driften på lokalsykehusene UNN Harstad og UNN Narvik ikke har vært håndtert godt nok.
4. Styret viser til arbeidsgruppens forslag til forbedringer for å ivareta stedlig ledelse på en bedre måte enn i dag og anbefaler at direktøren iverksetter nødvendige tiltak med utgangspunkt i anbefalingene. Enkelte forslag, som omgjøring av tre seksjoner ved UNN

Harstad og én seksjon ved UNN Narvik til avdelinger, bes utredet nærmere før eventuell iverksetting.

5. Styret ber om at de tiltak som iverksettes evalueres etter ett års drift, samtidig som det legges til grunn at organisasjonsmodellen håndteres dynamisk ved at direktøren fortløpende gjennomfører forbedringstiltak ved behov.
6. Styret ber om at arbeidsgruppens rapport oversendes Helse Nord RHF sammen med vedtakspunktene i denne saken.

Direktøren la fram følgende forslag til endret innstilling for pkt. 4, 5 og 6:

4. Styret viser til arbeidsgruppens forslag til forbedringer for å ivareta stedlig ledelse på en bedre måte enn i dag, og anbefaler at det iverksettes tiltak med utgangspunkt i anbefalingene. Forslaget om omgjøring av tre seksjoner ved UNN Harstad og én seksjon ved UNN Narvik til avdelinger, anbefales risikovurdert før eventuell iverksetting.
5. Styret godkjenner at arbeidsgruppens rapport, sammen med vedtaket i denne saken, oversendes Helse Nord RHF for endelig behandling.
6. Etter endelig behandling av saken i styret i Helse Nord RHF, ber UNN-styret om å bli orientert om hvilke konkrete tiltak direktøren iverksetter. Styret ber om at de tiltak som iverksettes evalueres etter ett års drift, samtidig som det legges til grunn at organisasjonsmodellen håndteres dynamisk ved at direktøren fortløpende gjennomfører forbedringstiltak ved behov.

Styrerepresentant Per Erling Dahl fremsatte følgende forslag til nytt punkt 4:

Styret viser til arbeidsgruppens forslag til forbedring og anbefaler direktøren om å gjennomføre tiltak slik arbeidsgruppen enstemmig har foreslått.

Styreleder tok saken opp til punktvis avstemming.

Pkt. 1-3)
Enstemmig vedtatt.

Pkt. 4) Styreleder satte forslaget fra Per Erling Dahl opp mot direktørens endrete innstilling. Forslaget falt mot én stemme.

Pkt. 5 og 6)
Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er fornøyd med at det er gjennomført en grundig og inkluderende prosess som omhandler dagens organisering av UNN og ivaretagelsen av stedlig ledelse i arbeidet med oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan.
2. Styret ved UNN viser til den interne utredningen som er gjort og rapporten *Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og ivaretagelse av stedlig ledelse* og støtter vurderingen av at det er mulig å ivareta stedlig ledelse på en god måte innenfor dagens klinikkmodell.
3. Styret erkjenner at behovet for lokal koordinering av driften på lokalsykehusene UNN Harstad og UNN Narvik ikke har vært håndtert godt nok.
4. Styret viser til arbeidsgruppens forslag til forbedringer for å ivareta stedlig ledelse på en bedre måte enn i dag, og anbefaler at det iverksettes tiltak med utgangspunkt i anbefalingene. Forslaget om omgjøring av tre seksjoner ved UNN Harstad og én seksjon ved UNN Narvik til avdelinger, anbefales risikovurdert før eventuell iverksetting.
5. Styret godkjenner at arbeidsgruppens rapport, sammen med vedtaket i denne saken, oversendes Helse Nord RHF for endelig behandling.
6. Etter endelig behandling av saken i styret i Helse Nord RHF, ber UNN-styret om å bli orientert om hvilke konkrete tiltak direktøren iverksetter. Styret ber om at de tiltak som iverksettes evalueres etter ett års drift, samtidig som det legges til grunn at organisasjonsmodellen håndteres dynamisk ved at direktøren fortløpende gjennomfører forbedringstiltak ved behov.

ST 7/2017 Regional kvalitetsstrategi 2016-2020 – oppfølging og handlingsplan

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) støtter at tiltaksplanen for oppfølging av Helse Nords kvalitetsstrategi sees i nær sammenheng med pågående utvikling av foretaket som lærende organisasjon, der kontinuerlig forbedring er måten virksomheten drives og utvikles på.
2. Styret vedtar den fremlagte oversikt som tiltaksplan for oppfølging av Helse Nords kvalitetsstrategi 2016-2020.
3. Styret vedtar at den regionale kvalitetsstrategien erstatter tidligere kvalitetsstrategi for UNN.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) støtter at tiltaksplanen for oppfølging av Helse Nords kvalitetsstrategi sees i nær sammenheng med pågående utvikling av foretaket som lærende organisasjon, der kontinuerlig forbedring er måten virksomheten drives og utvikles på.
2. Styret vedtar den fremlagte oversikt som tiltaksplan for oppfølging av Helse Nords kvalitetsstrategi 2016-2020.
3. Styret vedtar at den regionale kvalitetsstrategien erstatter tidligere kvalitetsstrategi for UNN.

ST 8/2017 Høringssak – Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) mener at det regionaliserte helsevesenet har medført betydelig forbedringer i helsetilbudene for befolkningen i Nord-Norge. Regionsykehusene og det regionale beslutningsnivået er grunnpilarene i det regionaliserte helsevesenet.
2. Styret anbefaler at det regionale beslutningsnivået videreføres og kan ikke se at utvalget som har utredet organisering og styring av spesialisthelsetjenesten har lyktes med å utvikle en bedre modell for dette enn dagens regionale helseforetak. Disse anbefales derfor videreført.
3. Styret mener det er viktig å videreføre prinsippet om et regionsykehus i hver region og fraråder derfor endringer i antall helseregioner.
4. Styret støtter innføring av en husleiemodell som understøtter et riktigere bevilgningsnivå til investeringer og vedlikehold av bygg, men anbefaler at dette innføres som et ordinært krav i eierstyring til helseforetakene uten at det opprettes felles eiendomsforvaltning på regionalt nivå.
5. Styret mener at bevilgningsnivået til helseforetakene må økes hvis dagens ambisjoner for pasientbehandlingen skal videreføres samtidig som bygningsmassen skal vedlikeholdes og videreutvikles.

Styreleder foreslo nytt punkt 4:

Styret anbefaler at det utredes innføring av en husleiemodell for å sikre effektiv arealbruk og vedlikehold av bygg innenfor rammene av dagens styringsmodell, uten at det opprettes felles eiendomsforvaltning på regionalt nivå.

Styreleder tok saken opp til samlet avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) mener at det regionaliserte helsevesenet har medført betydelig forbedringer i helsetilbudene for befolkningen i Nord-Norge. Regionsykehusene og det regionale beslutningsnivået er grunnpilarene i det regionaliserte helsevesenet.
2. Styret anbefaler at det regionale beslutningsnivået videreføres og kan ikke se at utvalget som har utredet organisering og styring av spesialisthelsetjenesten har lyktes med å utvikle en bedre modell for dette enn dagens regionale helseforetak. Disse anbefales derfor videreført.
3. Styret mener det er viktig å videreføre prinsippet om et regionsykehus i hver region og fraråder derfor endringer i antall helseregioner.
4. Styret anbefaler at det utredes innføring av en husleiemodell for å sikre effektiv arealbruk og vedlikehold av bygg innenfor rammene av dagens styringsmodell, uten at det opprettes felles eiendomsforvaltning på regionalt nivå.
5. Styret mener at bevilgningsnivået til helseforetakene må økes hvis dagens ambisjoner for pasientbehandlingen skal videreføres samtidig som bygningsmassen skal vedlikeholdes og videreutvikles.

ST 9/2017 Høringssak – Hjerteinfarkt og PCI – Et likeverdig tilbud i Helse Nord

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til rapporten *Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdig tilbud i Helse Nord? Bør det opprettes et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset?*, og understreker at det er et mål for UNN å desentralisere tjenester med høyt volum når det er mulig, og å sentralisere spesialiserte tjenester når det er nødvendig for å oppnå høy kvalitet og stabile tilbud.

2. Rapporten viser forskjeller i overlevelse som sannsynligvis skyldes for lite bruk av blodproppløsende behandling i ambulansetjenesten innen 30 minutter for pasienter med den alvorligste typen akutt hjerteinfarkt (STEMI). Dette er uakseptabelt, og styret støtter Helse Nord RHF's beslutning om at helseforetakene må iverksette felles tiltak for å sikre at gjeldende retningslinjer etterleves.
3. Styret viser til at pasienter med NSTEMI skal ha kontrastrøntgen og eventuelt PCI innen 72 timer, og forutsetter at disse pasientene tas imot uten opphold ved UNN Tromsø. Styret anbefaler videre at helseforetakene samarbeider med Luftambulansetjenesten ANS om forbedringer i transportlogistikken for denne pasientgruppen.
4. Rapporten dokumenterer at opprettelse av et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø ikke vil gi vesentlig helsegevinst. Etablering av et slikt tilbud medfører risiko for fragmentering av fagmiljøet, redusert erfaringsgrunnlag for den enkelte operatør og redusert kvalitet i det helhetlige tilbudet i regionen. Styret fraråder derfor etablering av PCI i Bodø.
5. Styret viser til at man fra og med 2015 har komplette data for pasientforløpene og behandlingsresultatene i Hjerteinfarktregisteret, og anbefaler at Helse Nord RHF følger resultatutviklingen og eventuelle geografiske forskjeller nøye i årene fremover.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til rapporten *Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdig tilbud i Helse Nord? Bør det opprettes et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset?*, og understreker at det er et mål for UNN å desentralisere tjenester med høyt volum når det er mulig, og å sentralisere spesialiserte tjenester når det er nødvendig for å oppnå høy kvalitet og stabile tilbud.
2. Rapporten viser forskjeller i overlevelse som sannsynligvis skyldes for lite bruk av blodproppløsende behandling i ambulansetjenesten innen 30 minutter for pasienter med den alvorligste typen akutt hjerteinfarkt (STEMI). Dette er uakseptabelt, og styret støtter Helse Nord RHF's beslutning om at helseforetakene må iverksette felles tiltak for å sikre at gjeldende retningslinjer etterleves.
3. Styret viser til at pasienter med NSTEMI skal ha kontrastrøntgen og eventuelt PCI innen 72 timer, og forutsetter at disse pasientene tas imot uten opphold ved UNN Tromsø. Styret anbefaler videre at helseforetakene samarbeider med Luftambulansetjenesten ANS om forbedringer i transportlogistikken for denne pasientgruppen.
4. Rapporten dokumenterer at opprettelse av et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø ikke vil gi vesentlig helsegevinst. Etablering av et slikt tilbud medfører risiko for fragmentering av fagmiljøet, redusert erfaringsgrunnlag for den enkelte operatør og redusert kvalitet i det helhetlige tilbudet i regionen. Styret fraråder derfor etablering av PCI i Bodø.

5. Styret viser til at man fra og med 2015 har komplette data for pasientforløpene og behandlingsresultatene i Hjerteinfarktregisteret, og anbefaler at Helse Nord RHF følger resultatutviklingen og eventuelle geografiske forskjeller nøye i årene fremover.

ST 10/2017 Styrets dialogavtale med direktøren

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner de foreslåtte justeringene i gjeldende dialogavtale for 2017.
2. Styret godkjenner forslaget til dialogavtale for 2018 mellom styret og administrerende direktør.
3. Styret ber om at direktøren legger dialogavtalen til grunn for UNNs virksomhetsplanlegging 2018, og forutsetter at det inngås tilsvarende avtaler på klinikk-/senternivå, avdelingsnivå og seksjonsnivå i hele organisasjonen.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner de foreslåtte justeringene i gjeldende dialogavtale for 2017.
2. Styret godkjenner forslaget til dialogavtale for 2018 mellom styret og administrerende direktør.
3. Styret ber om at direktøren legger dialogavtalen til grunn for UNNs virksomhetsplanlegging 2018, og forutsetter at det inngås tilsvarende avtaler på klinikk-/senternivå, avdelingsnivå og seksjonsnivå i hele organisasjonen.

ST 11/2017 Forberedende virksomhetsplan for 2018

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar til etterretning at det i økende grad er utfordrende å opprettholde dagens ambisjonsnivå innen pasientbehandling, forskning og utdanning og samtidig ivareta vedlikeholds- og investeringsbehovene.
2. Styret slutter seg til direktørens strategi og fremdriftsplan for virksomhetsplanleggingen for 2018.
3. Styret understreker at befolkningsbasert aktivitetsplanlegging og forsterket styring av aktivitet er en forutsetning for å skape nødvendig sammenheng mellom virksomhetsplanen og budsjettet, og ber om at aktivitetsplanene legges til grunn for prioriteringer og endelig fordeling av omstillingsutfordringen.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar til etterretning at det i økende grad er utfordrende å opprettholde dagens ambisjonsnivå innen pasientbehandling, forskning og utdanning og samtidig ivareta vedlikeholds- og investeringsbehovene.
2. Styret slutter seg til direktørens strategi og fremdriftsplan for virksomhetsplanleggingen for 2018.
3. Styret understreker at befolkningsbasert aktivitetsplanlegging og forsterket styring av aktivitet er en forutsetning for å skape nødvendig sammenheng mellom virksomhetsplanen og budsjettet, og ber om at aktivitetsplanene legges til grunn for prioriteringer og endelig fordeling av omstillingsutfordringen.

ST 12/2017 Oppdragsdokument 2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF for 2017 til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF for 2017 til etterretning.

ST 13/2017 Oppnevning av valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til styret for 2017-2019

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer til valgstyre ved UNN:
 - Hilde Pettersen og Leif Hovden fra arbeidsgiversiden
 - Monica Fyhn Sørensen og Randi Steinli Pedersen fra arbeidstakerorganisasjonene

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer til valgstyre ved UNN:
 - Hilde Pettersen og Leif Hovden fra arbeidsgiversiden
 - Monica Fyhn Sørensen og Randi Steinli Pedersen fra arbeidstakerorganisasjonene

ST 14/2017 Styreevaluering

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 15/2017 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak:

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

Skriftlige orienteringer

1. Etablering av sikkerhetsorganisasjon ved UNN HF - egenerklæring - *unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. Sil. § 12*
2. Kontrollspenn ved UNN – veien videre
3. Samordning grensesnitt UNN og Sykehusbygg – Forslag om etablering av bestillerfunksjon for større utbyggingsombyggingsprosjekt
4. Oppfølging av handlingsplanen etter Sivilombudsmannens rapport fra 2016
5. Revisjonsrapport andre tertial 2016

Muntlige orienteringer

6. Åpenhet og dialog i UNN – orientering om status i arbeidet i partssammensatt arbeidsgruppe
7. Nasjonal helse- og sykehusplan – Mandat for oppfølging, og status i arbeidet med mandatets punkt 1 Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder
8. Medarbeiderundersøkelsen 2016 – foreløpig orientering om resultatene
9. Trombektomi ved hjerneslag – foreløpig orientering om utvikling av tilbudet
10. Plan for gradvis endring av ambulansetjenesten. Orientering om status i arbeidet.
11. Forbedring av parkeringstilbudet ved UNN Breivika – status i planarbeid
12. Markering av 100-års jubileum for UNN Longyearbyen
13. Oppsigelse i arbeidsforhold – *unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. fvl § 13, 1.ledd nr 1)*

14. Varsel om alvorlige hendelser – *unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. hpl. § 21 jf. 23.*
- det ble orientert om seks alvorlige hendelser meldt til Helsetilsynets varselordning i henhold til spesialisthelsetjenestens paragraf 3.3a.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar orienteringssakene til orientering.

ST 16/2017 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Innstilling til vedtak:

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

1. Tildeling timeavtaler ved UNN, datert 19.12.2016
2. Foreløpig referat fra Kvalitetsutvalgets møte 21.12.2016
3. Risikostyring i foretaksgruppen 2017 – overordnede mål, datert 23.12.2016
4. Godkjenning av søknad om å investere i ny ambulansestasjon i Harstad, datert 2.1.2017
5. Nasjonal helse- og sykehusplan – presisering av mandat for oppfølging, datert 11.1.2017
6. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 24.1.2017
7. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 24.1.2017
8. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget 25.1.2017
9. Referat fra Brukerutvalget, datert 1.2.2017

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar referatsakene til orientering.

ST 17/2017 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – 8.2.2017

Ingen saker.

Tromsø, 8.2.2017

Jorhill Andreassen (s.)
styreleder



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|----------------|--|--------------------------------|
| 20/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.03.2017 |
| Saksansvarlig: | Gøril Bertheussen | Saksbehandler: Tommy Schjøberg |

Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2017

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2017* til orientering.
2. Styret vedtar at UNNs hovedindikator for bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne fra og med mars 2017 endres til den nylig publiserte nasjonale indikator for tvangsbruk.
3. Styret vedtar måltall for UNNs hovedindikatorer i tråd med direktørens anbefaling i saken.

Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) 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 er forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt Arbeidsmiljøutvalget i egne innspills- og drøftingsmøter 13. og 14.3.2017. Samtlige møter ga sin tilslutning til at direktøren slutfører saken og forelegger den for styrets behandling med den

innretning saken er gitt. Protokoller fra de respektive møtene foreligger som referatsaker til styrets møte 28.-29.3.2017.

Vurdering

De åtte hovedindikatorene styret vedtok i desember 2016 har det vært arbeidet videre med å etablere målinger av, og definere måltall for.

Forekomst av sykehusinfeksjoner måles fire ganger pr år, og årets første måling vil bli gjennomført i mai. Nasjonalt måltall er 4,7 %, mens direktøren foreslår et mer ambisiøst måltall for UNN, på maksimum 4 % sykehusinfeksjoner. UNN var i 2016 svært nær ved å oppnå nasjonalt måltall, og direktøren finner det derfor naturlig at det defineres et lavere måltall.

Gjennomføring av legemiddelsamstemming er i henhold til oppdragsdokumentet for 2017 også en regional kvalitetsindikator, som skal måles fra annet halvår 2017. Regionalt mål er at minimum 80 % av innlagte pasienter skal få gjennomført samstemming. UNN har foreslått at det etableres et regionalt prosjekt for å planlegge gjennomføring av disse målingene, for å sikre at dette gjøres ensartet i regionens foretak. Direktøren anbefaler at UNN for 2017 har samme målsetting som den regionale, med 80 % gjennomføring.

Måling av *oppholdstid i akuttmottaket* er igangsatt, og data oppdateres i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS daglig. Direktøren anbefaler at måltall for andel pasienter med oppholdstid i akuttmottaket under fire timer nå settes til 90 %. Direktøren anser at det vil være nødvendig å høste erfaringer i en periode ønsker at det skal gjøres nærmere analyser av data for denne indikatoren før det eventuelt anbefales et høyere måltall.

Antall *fristbrudd* måles som tidligere, og måltallet skal i henhold til nasjonalt mål være null.

UNN har siden september 2016 hatt *bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne*, i form av antall §4-8a vedtak, som en hovedindikator. Det er i februar i år publisert en ny, nasjonal indikator for tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne (> 16 år). Denne nasjonale indikatoren er definert som alle pasienter, som er eller har vært, i døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern utsatt for tvangsmiddelbruk i måleperioden, og måles i prosent av alle pasienter som er eller har vært i døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern for voksne, i måleperioden. Denne nasjonale indikatoren vil bli publisert tertialvis. Direktøren anbefaler at denne nasjonale indikatoren, målt tertialvis, fra og med mars 2017 erstatter den indikatoren UNN har presentert resultat for det siste halve året. Måltallet for UNN anbefales foreløpig at er tvangsbruk lavere enn nasjonalt tall.

Sykefravær

UNN har, gjennom IA-avtalen, avtalt måltall for sykefravær på 7,5 %. Det totale sykefraværet ved UNN var i februar 2017 9,0 %. Arbeid med sykefravær har vært tematisert på flere arenaer; blant annet ledermøter og obligatorisk IA-opplæring for ledere. Det er også fokus på lokalt IA- og HMS-arbeid i flere enheter, og dette arbeidet fortsetter fremover. 3 av 14 klinikker/sentre har i februar måned sykefravær som er lik eller lavere enn plantall.

AML-brudd

Til neste rapportering av AML-brudd, for 1.tertial 2017, kan HN-LIS tas i bruk for å hente rapportene. Vi vil da kunne presentere rapporten på klinikknivå, og vil foreslå måltall for styret.

Tiltaksgjennomføring

Målingen av *tiltaksgjennomføring* gjøres månedlig etter regnskapsavslutning og oppdateres manuelt en gang per måned i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS. Direktøren anbefaler at måltallet for tiltaksgjennomføring settes til 100 %.

Det er svært positivt at gjennomsnittlig ventetid slik den måles i nasjonalt i 2016 er innenfor nasjonalt mål, 60 dager. Antall langtidsventende over 12 måneder er nå igjen på vei nedover, og forskjellen mellom gjennomsnittlig ventetid for avviklede og gjennomsnittlig ventetid for pasienter som står på venteliste er liten. Dette innebærer samlet sett at det nå 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.

Antall fristbrudd er fortsatt noe høyere enn første halvår 2016, som ikke er tilfredsstillende. De aller fleste reelle fristbrudd er i Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR) og i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K). I NOR er det innen håndkirurgi utfordringer med for lav kapasitet i forhold til behov. Det er fortsatt behov for god prioritering, bedre langtidsplanlegging og riktig funksjonsfordeling for å unngå fristbrudd på dette området. Som tidligere er det også utfordringer med noen fristbrudd innen dagkirurgi, ortopedi og øre-nese-hals. Fristbrudd er ukentlig tema på ledergruppens tavlemøter, med fokus på tiltak for å fjerne dem og unngå nye. Systematisk, god opplæring av alle som håndterer henvisninger og ventelister, og læring på tvers av enheter er nødvendige tiltak som det arbeides med.

UNN inkluderer en svært høy andel kreftpasienter i pakkeforløp, men det er fortsatt noen forløp der det er utfordrende å oppnå riktig forløpstid. Det pågår intern revisjon på tre pakkeforløp, som forventes å avdekke forbedringsområder.

UNN er fortsatt når fortsatt ikke målet om å ikke ha korridorpasienter. Direktørens vurdering er at dette henger nær sammen med problematikken rundt utskrivningsklare pasienter, som stadig er en stor utfordring. Problematikken rundt dette var et hovedtema i møte i overordnet samarbeidsorgan mellom UNN og kommunene i februar, og det er under planlegging en rekke tiltak for å løse denne utfordringen. Tiltakene er på mange nivå, er dels av langsiktig og dels mer kortsiktig karakter, og har som siktemål dels å bidra til å gjøre kommunene i stand til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter, dels å sikre at medarbeiderne i UNN etterlever gjeldende prosedyrer. Tiltakene inkluderer blant annet bedre koordinering for å utnytte den samlede kapasitet i regionen, kvalitetssikring av utskrivningsprosessen, tiltak for bruk av kommunale akutte døgnplasser i tråd med intensjonene, etablering av pasientsentrerte helsetjenesteteam i flere kommuner og økt bruk av velferdsteknologi. UNN har også dialog med Fylkesmannen om denne problemstillingen.

Aktivitetsrapporten viser at det også hittil i 2017 er høyere aktivitet i somatikken enn planlagt, primært innen poliklinisk omsorg. Det er også i år økning i antall laboratorieundersøkelser. Reduksjonen i målt aktivitet innen radiologi er sannsynligvis ikke reell, men skyldes at antall røntgenundersøkelser måles på en annen måte i nytt datasystem som ble implementert i UNN høsten 2016. Det arbeides med å finne løsninger for å måle denne aktiviteten på en måte som er sammenlignbar med målingene før omleggingen til nytt system. Innen psykisk helsevern for voksne har aktiviteten vært høyere enn i 2016, men fortsatt lavere enn plan. Innen psykisk helsevern for barn har aktiviteten hittil i år vært høyere enn i fjor og høyere enn plan. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har aktiviteten vært lavere enn i 2016 og lavere enn planlagt aktivitet for 2017. Samlet sett er aktivitetsutviklingen hittil i år høyere innen psykisk helsevern og rus enn i somatikken, og UNN oppfylder dermed den gyldne regel målt i aktivitet.

Det er etter direktørens vurdering helt nødvendig at foretaket totalt sett får bedre styring med aktivitetsutviklingen dersom de omstillingskrav vi står overfor de kommende årene skal kunne

oppfylles, og overordnede føringer skal etterleves. Dette vil være et sentralt fokus i arbeidet med virksomhetsplanleggingen for 2018 og langtidsplanen for de påfølgende år.

Direktøren er ikke fornøyd med den økonomiske utviklingen regnskapet for februar viser med et regnskapsmessig resultat 3,3 mill kr lavere enn budsjettet og 5,4 mill kr lavere enn styringsmålet. De klinikkvise resultatene viser økonomiske utfordringer i flere klinikker og disse vil bli fulgt opp særskilt med krav om iverksettelse av nye tiltak. Tiltaksgjennomføringen viser kun 51 % gjennomføring av planlagte tiltak, og direktøren har stilt krav om større fokus på kontinuerlig vurdering av hvert enkelt tiltak og forløpende erstatte tiltak som ikke gir ønsket effekt. Direktøren vurderer den økonomiske prognosen å fortsatt være i henhold til styringsmålet.

Tromsø, 17.3. 2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2017

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Februar 2017



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Innholdsfortegnelse | 2 |
| Hovedindikatorer | 3 |
| Kvalitet | 5 |
| Pakkeforløp – kreftbehandling | 5 |
| Pasientsikkerhetsprogrammet | 7 |
| Ventelister | 7 |
| Ventetid | 7 |
| Fristbrudd | 8 |
| Korridorpasienter | 10 |
| Strykninger | 10 |
| Epikrisetid | 11 |
| Mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern | 11 |
| Oppholdstid i akuttmottaket | 12 |
| Aktivitet | 13 |
| Somatisk virksomhet | 13 |
| Psykisk helsevern voksne | 16 |
| Psykisk helsevern barn og unge | 17 |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | 17 |
| Samhandling | 18 |
| Utskrivningsklare pasienter | 18 |
| Bruk av pasienthotell | 20 |
| Personal | 21 |
| Bemanning | 21 |
| Sykefravær | 24 |
| AML-brudd | 25 |
| Kommunikasjon | 26 |
| Sykehuset i media | 26 |
| Økonomi | 27 |
| Resultat | 27 |
| Gjennomføring av tiltak | 30 |
| Prognose | 31 |
| Likviditet | 32 |
| Investeringer | 32 |
| Byggeprosjekter | 33 |

Hovedindikatorer

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">Infeksjoner</p> | <p>Måles kvartalsvis. Første gang i mai 2017.</p> |
| <p style="text-align: center;">Legemiddelsamstemming</p> | <p>Under planlegging, måles fra 2. halvår 2017.</p> |
| <p style="text-align: center;">Oppholdstid i akuttmottak Februar</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 86 %</p> <p>Antall over 4 timer: 157</p> | |
| <p style="text-align: center;">Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av februar</p> <p style="text-align: center;">49</p> | |
| <p style="text-align: center;">Tvang psykisk helsevern - voksne (Februar)</p> <p>Antall §4-8a vedtak: 5</p> <p>Antall pasienter: 2</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>Sykefravær (Februar)</p> <p>9,0 %</p> | |
| <p>AML brudd (Februar)</p> <p>Antall AML-brudd: 4509</p> | |
| <p>Tiltaksgjennomføring</p> <p>Februar: 50 %</p> <p>Hittil i år: 46 %</p> | |

Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling

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

Tabell 1 Nye kreftpasienter som inngår i et organspesifikt forløp per februar 2017

| Pakkeforløp | Nye kreftpas. I UNN. Antall | Antall i pakkeforløp | Andel i pakkeforløp % | Måltall, % |
|------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------|
| Brystkreft | 216 | 201 | 93 | 70 |
| Hode- halskreft | 59 | 52 | 88 | 70 |
| Kronisk lymfatisk leukemi | 11 | 8 | 72 | 70 |
| Myelomatose | 14 | 11 | 78 | 70 |
| Akutt leukemi | 18 | 17 | 94 | 70 |
| Lymfom | 71 | 68 | 95 | 70 |
| Bukspyttkjertelkreft | 68 | 59 | 86 | 70 |
| Tykk- og endetarmskreft | 197 | 181 | 91 | 70 |
| Blærekreft | 92 | 82 | 89 | 70 |
| Nyrekreft | 70 | 62 | 88 | 70 |
| Prostatakreft | 232 | 196 | 84 | 70 |
| Peniskreft | 5 | 4 | 80 | 70 |
| Testikkelkreft | 25 | 24 | 96 | 70 |
| Livmorkreft | 63 | 54 | 85 | 70 |
| Eggstokkreft | 41 | 35 | 85 | 70 |
| Livmorhalskreft | 36 | 32 | 88 | 70 |
| Hjernerkeft | 45 | 33 | 73 | 70 |
| Lungekreft | 168 | 164 | 97 | 70 |
| Kreft hos barn | 12 | 11 | 91 | 70 |
| Kreft i spiserør og magesekk | 61 | 59 | 96 | 70 |
| Primær leverkreft | 17 | 14 | 82 | 70 |
| Skjoldbruskkjertelkreft | 40 | 39 | 97 | 70 |
| Føflekkreft | 104 | 85 | 81 | 70 |
| Galleveiskreft | 27 | 16 | 59 | 70 |
| Totalt | 1692 | 1507 | 89 | |

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

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

| Pakkeforløp | Beskrivelse | Fullførte forløp, antall | Antall innenfor frist | Andel innenfor frist, % | Median forløpstid | Standard forløpstid |
|-------------------------|--|--------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------|---------------------|
| BRYSTKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 170 | 126 | 74 | 21 | 27 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 51 | 46 | 90 | 12 | 24 |
| HODE- OG HALSKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 48 | 38 | 79 | 20 | 28 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 5 | 5 | 100 | 12 | 28 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 32 | 19 | 59 | 25 | 28 |
| MYELOMATOSE | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 11 | 11 | 100 | 7 | 30 |
| AKUTT LEUKEMI | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 19 | 17 | 89 | 3 | 8 |
| LYMFOM | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 64 | 45 | 70 | 13 | 21 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 8 | 3 | 37 | 29 | 28 |
| BUKSPYTTKJERTELKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 27 | 16 | 59 | 33 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 7 | 5 | 71 | 29 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 1 | | | 20 | |
| TYKK- OG ENDETARMSKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 165 | 105 | 63 | 30 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 5 | 3 | 60 | 35 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 25 | 17 | 68 | 33 | 39 |
| BLÆREKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 91 | 66 | 72 | 32 | 46 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 17 | 11 | 64 | 34 | 46 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 3 | 3 | 100 | 23 | 46 |
| NYREKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 48 | 21 | 43 | 46 | 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. | 94 | 40 | 42 | 71 | 66 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 94 | 47 | 50 | 37 | 37 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 12 | 6 | 50 | 51 | 66 |
| PENISKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 1 | 0 | 0 | 68 | 37 |
| TESTIKKELKREFT | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 9 | 5 | 55 | 34 | 31 |
| LIVMORKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 54 | 41 | 75 | 26 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 1 | 0 | 0 | 36 | 30 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 2 | 2 | 100 | 20 | 36 |
| EGGSTOKKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 62 | 52 | 83 | 24 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 13 | 7 | 53 | 30 | 30 |
| LIVMORHALSKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 14 | 10 | 71 | 27 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 5 | 3 | 60 | 27 | 30 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 13 | 11 | 84 | 27 | 36 |
| HJERNEKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 19 | 16 | 84 | 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. | 45 | 29 | 64 | 38 | 42 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 26 | 23 | 88 | 21 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 66 | 55 | 83 | 25 | 42 |
| KREFT HOS BARN | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 4 | 3 | 75 | 2 | 27 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 11 | 9 | 81 | 3 | 16 |
| SPISERØR OG MAGESEKK | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 11 | 8 | 72 | 31 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 19 | 19 | 100 | 26 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 12 | 11 | 91 | 28 | 43 |
| PRIMÆR LEVERKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 7 | 0 | 0 | 45 | 39 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 2 | | | 20 | |
| SARKOM | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 1 | 0 | 0 | 70 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 1 | 1 | 100 | 19 | 43 |
| SKJOLDBRUSKJERTELKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 39 | 22 | 56 | 35 | 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. | 111 | 100 | 90 | 11 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 1 | 1 | 100 | 24 | 35 |
| GALLEVEISKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 10 | 10 | 100 | 30 | 48 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling. | 1 | 0 | 0 | 63 | 41 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 1 | 1 | 100 | 1 | 48 |
| DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP | Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning | 105 | 81 | 77 | 15 | 22 |

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

Pasientsikkerhetsprogrammet

Rapporteres kvartalsvis. Neste gang i mars.

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

| | 2015 | 2016 | 2017 | Endring 2016-2017 | Endring % |
|--------------------------------------|--------|--------|-------|----------------------|-----------|
| Pasienter på venteliste | 15 564 | 10 348 | 8 253 | -2 095 | -20 |
| ...herav med ventetid over 365 dager | 1 231 | 179 | 84 | -95 | -53 |
| Gjennomsnittlig ventetid dager | 122 | 81 | 58 | -23 | -28 |
| Ikke møtt til planlagt avtale | 1 274 | 1 168 | 1 788 | 620 | 53 |

Tabell 4 Avvikling fra venteliste hittil i år – status

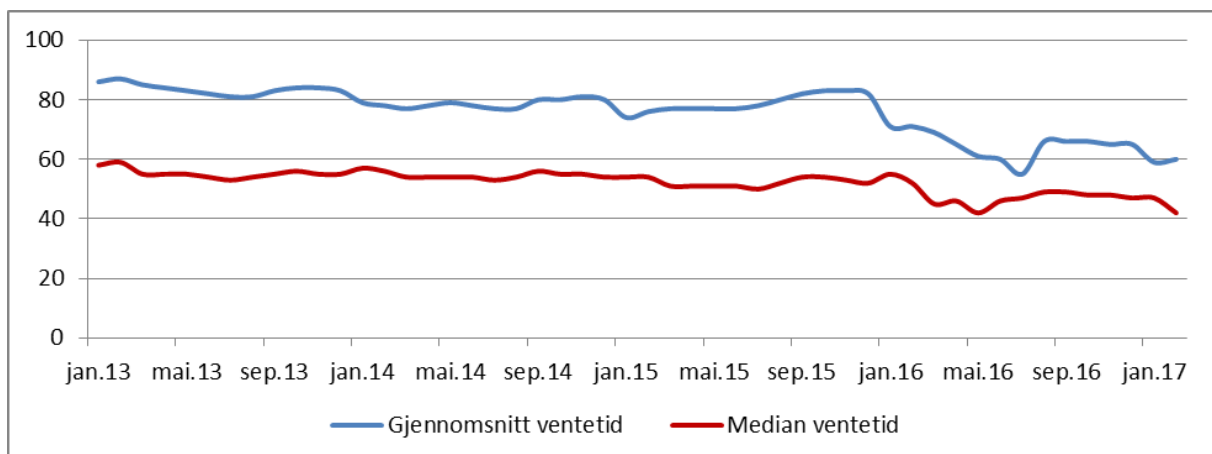
| | 2015 | 2016 | 2017 | Endring 2016-2017 | Endring % |
|---|-------|-------|-------|----------------------|-----------|
| Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år | 9 455 | 9 369 | 8 643 | -726 | -8 |
| ...herav med fristbrudd | 232 | 77 | 118 | 41 | 53 |
| Andel - avviklet ordinært | 47 | 86 | 100 | 14 | 17 |

Ventetid

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

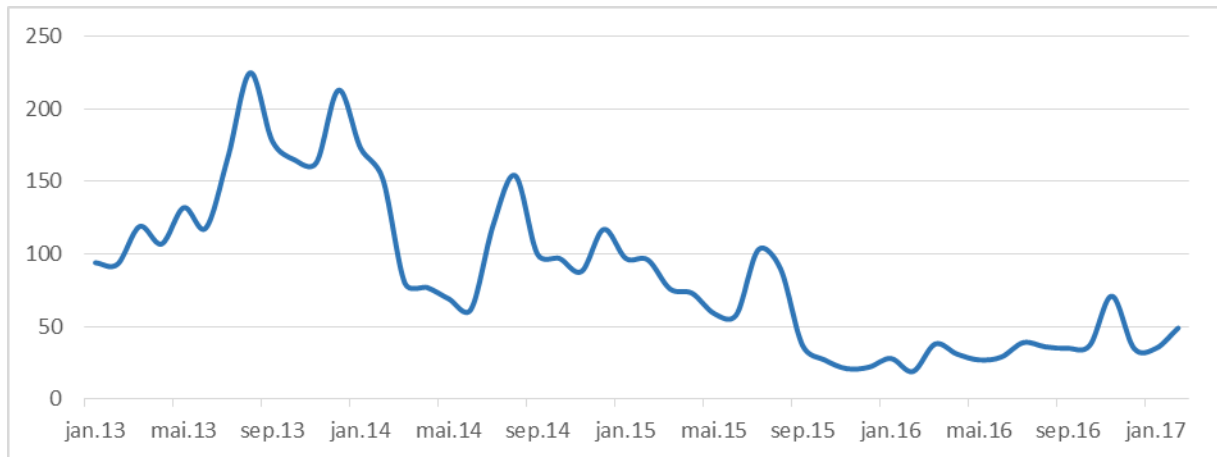
| | 2015 | 2016 | 2016 | Endring 2016-2017 | Endring % |
|----------------------------------|------|------|------|----------------------|-----------|
| Gjennomsnittlig ventetid i dager | 76 | 71 | 60 | -11 | -15 |
| Median ventetid i dager | 54 | 52 | 42 | -10 | -19 |

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid



Fristbrudd

Figur 2 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

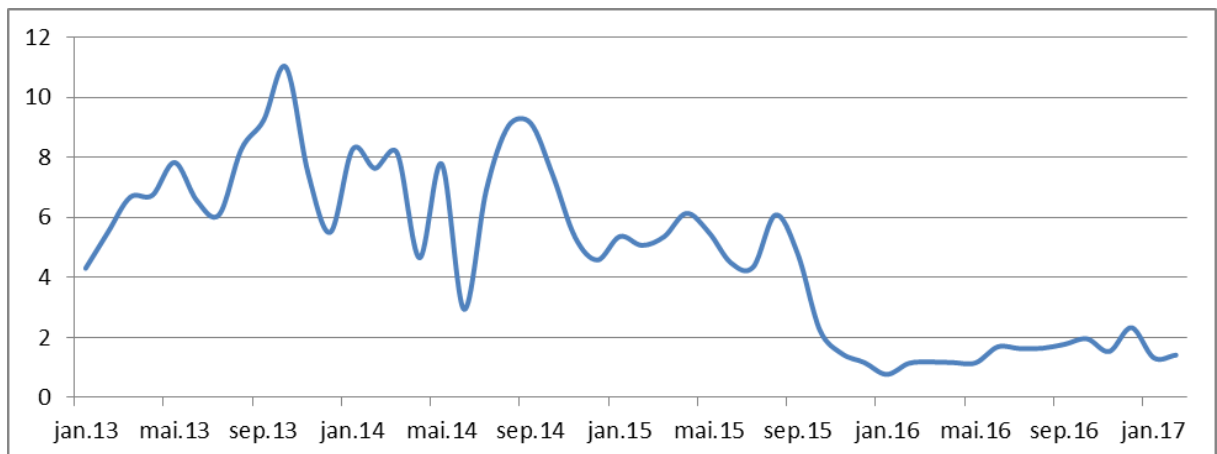


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av februar 2017

| Klinikk | Antall fristbrudd | Antall pasienter i egen klinikk | Andel fristbrudd (%) |
|---|-------------------|---------------------------------|----------------------|
| Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken | 7 | 2 085 | 0 |
| Medisinsk klinikk | 2 | 894 | 1 |
| Hjerte- og lungeklinikken | 2 | 386 | 1 |
| Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken | 38 | 4 465 | 1 |
| UNN | 49 | 7 830 | 1 |

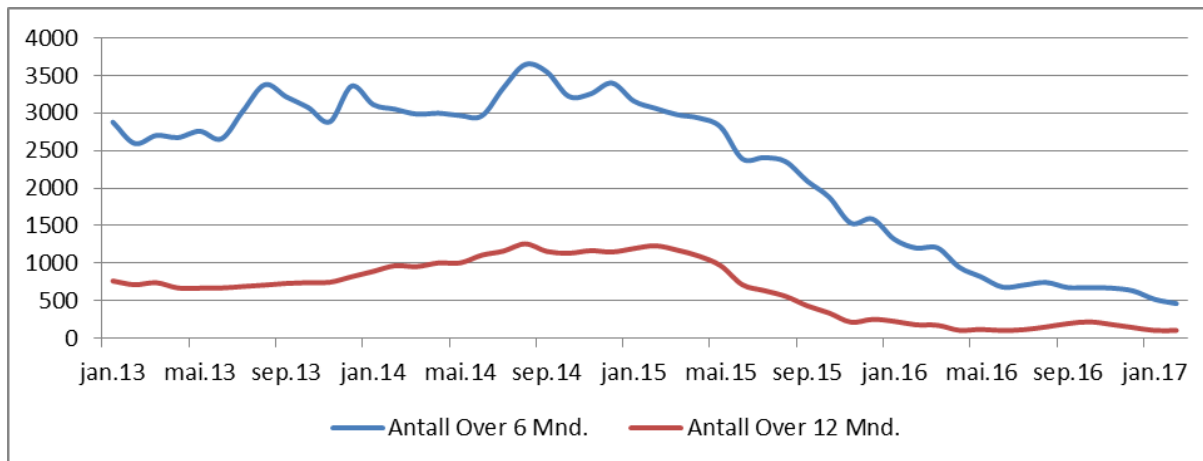
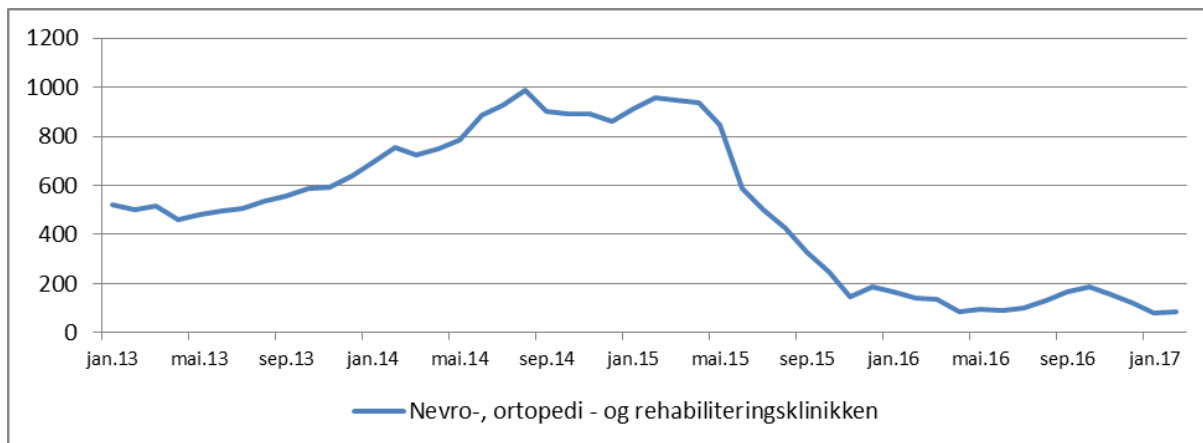
Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

| Klinikk | jan.17 | feb.17 |
|---|--------|--------|
| Hjerte- og lungeklinikken | 10 | 3 |
| Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken | 17 | 29 |
| Medisinsk klinikk | 1 | 2 |
| Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken | 27 | 21 |
| UNN | 55 | 55 |

Figur 4 Utvikling i antall langtidsventende over 6 og 12 måneder**Figur 5 Utvikling langtidsventende over 12 måneder per klinikk**

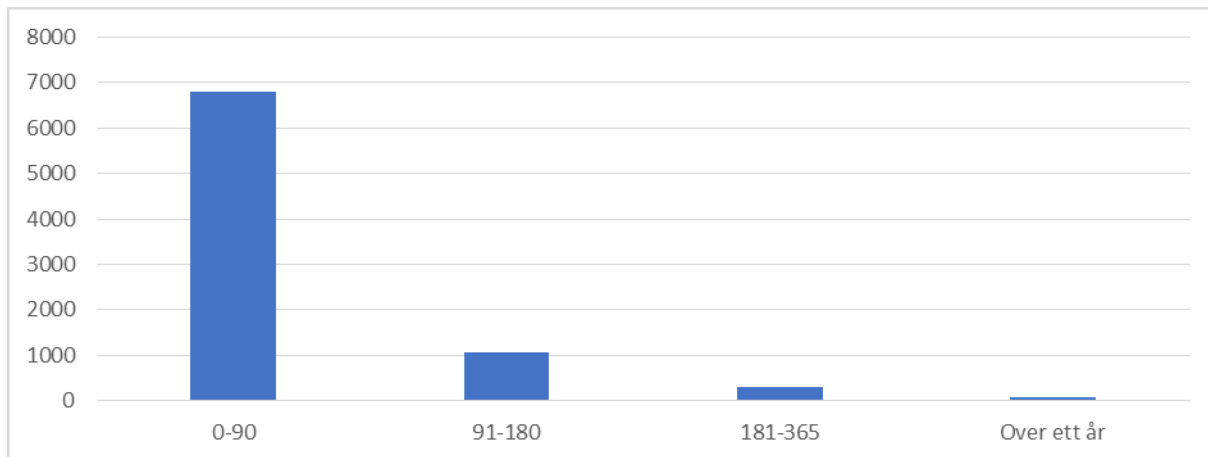
Klinikker med > 30 langtidsventende pasienter

Tabell 8 Klinikker med langtidsventende over 12 måneder ved utgangen av februar 2017

| Klinikk | Antall langtidsventende | Andel langtidsventende (%) |
|---|-------------------------|----------------------------|
| Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken | 13 | 1 |
| Medisinsk klinikk | 3 | 0 |
| Hjerte- og lungeklinikken | 1 | 0 |
| Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken | 86 | 2 |
| UNN | 103 | 1 |

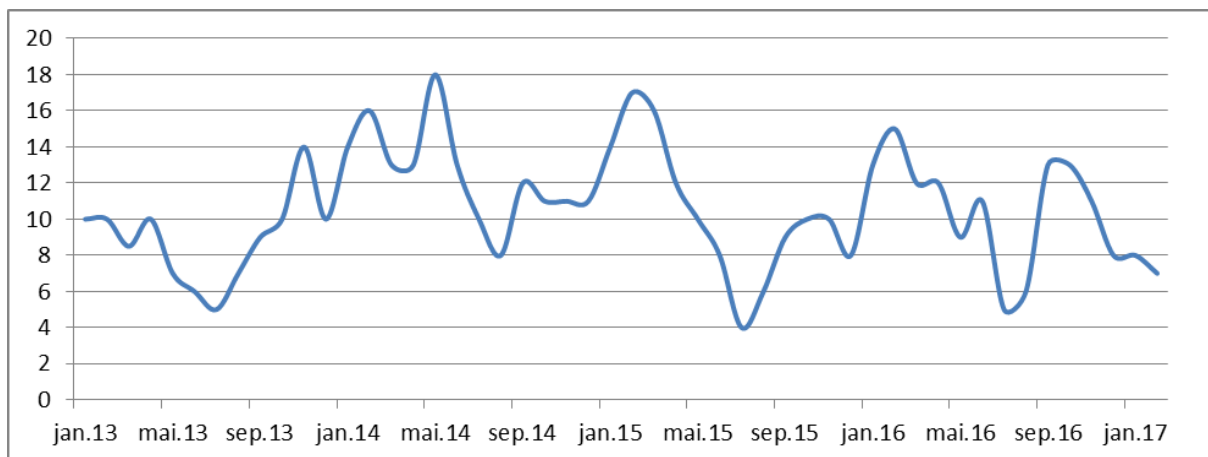
Øvrige klinikker har ikke langtidsventende.

Figur 6 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



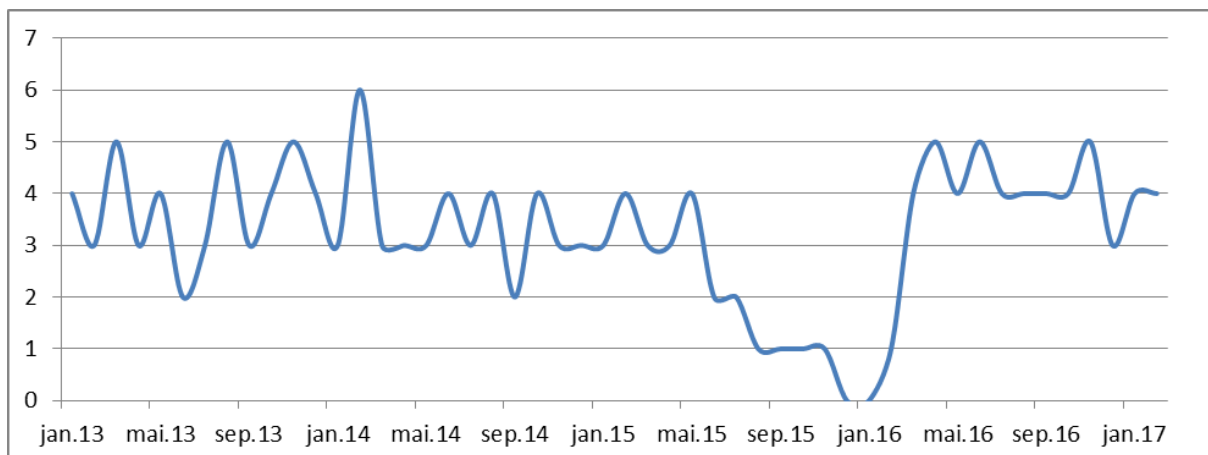
Korridorpasienter

Figur 7 Korridorpasienter – somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



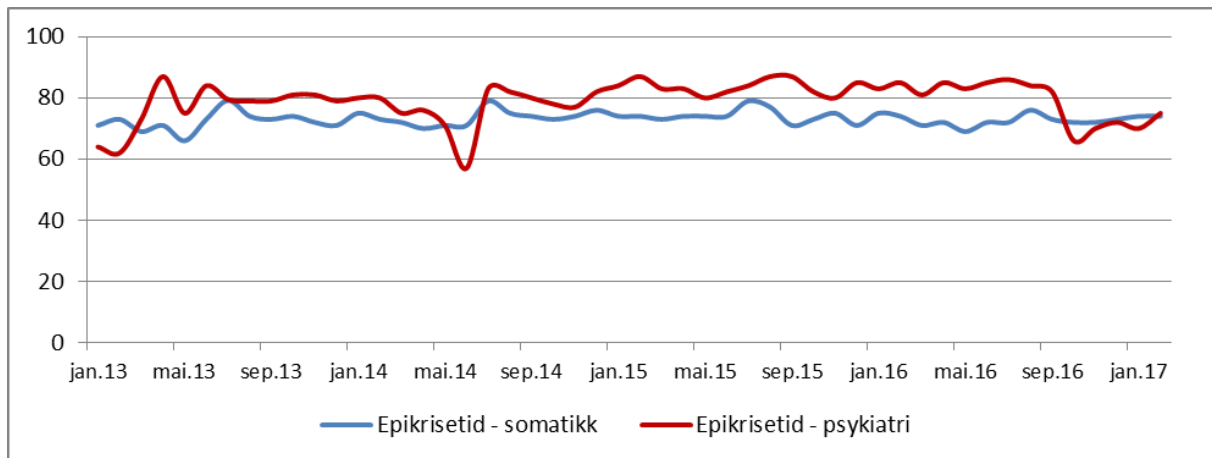
Strykninger

Figur 8 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



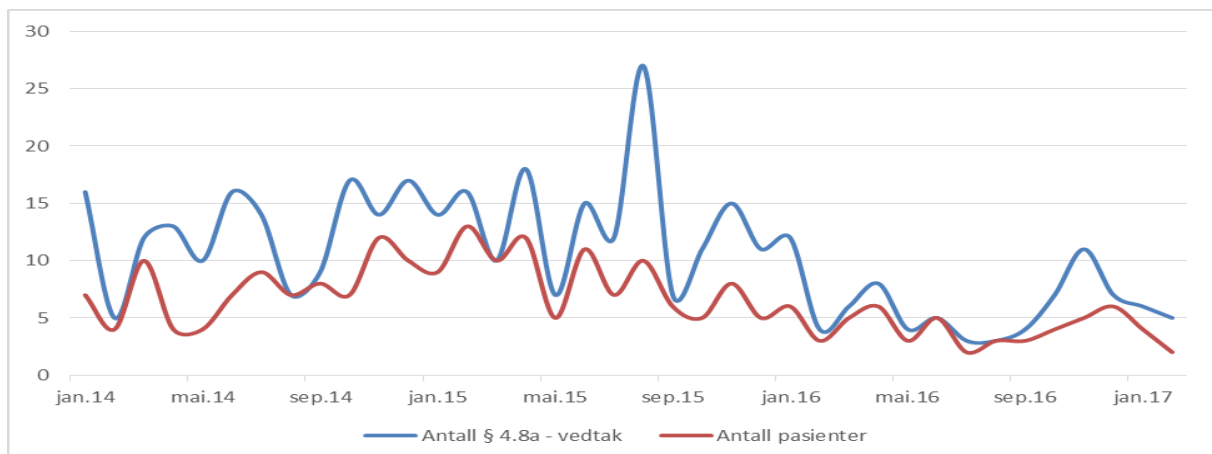
Epikrisetid

Figur 9 Epikriser - andel sendt innen syv dager



Mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern

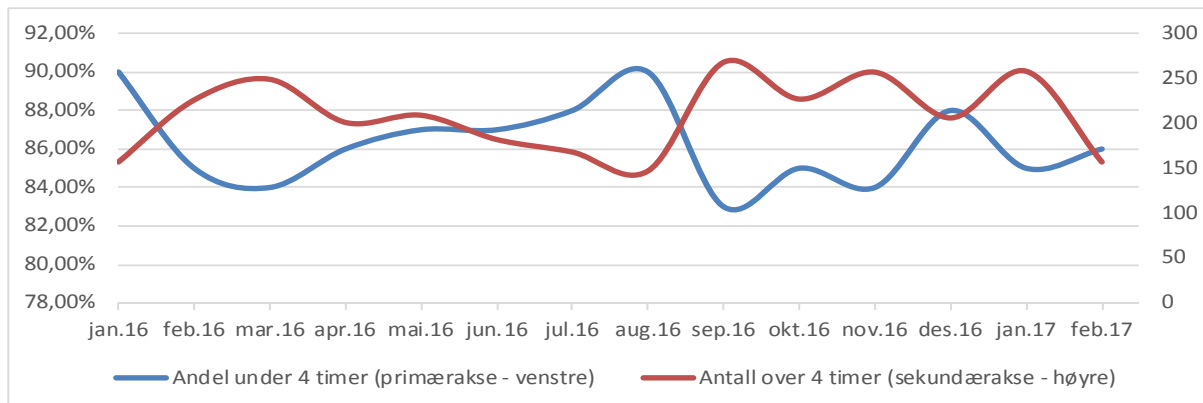
Figur 10 Bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern*



*Gjelder kun voksne.

Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 11 Oppholdstid i akuttmottaket (andel under 4 timer og antall over 4 timer)



Aktivitet

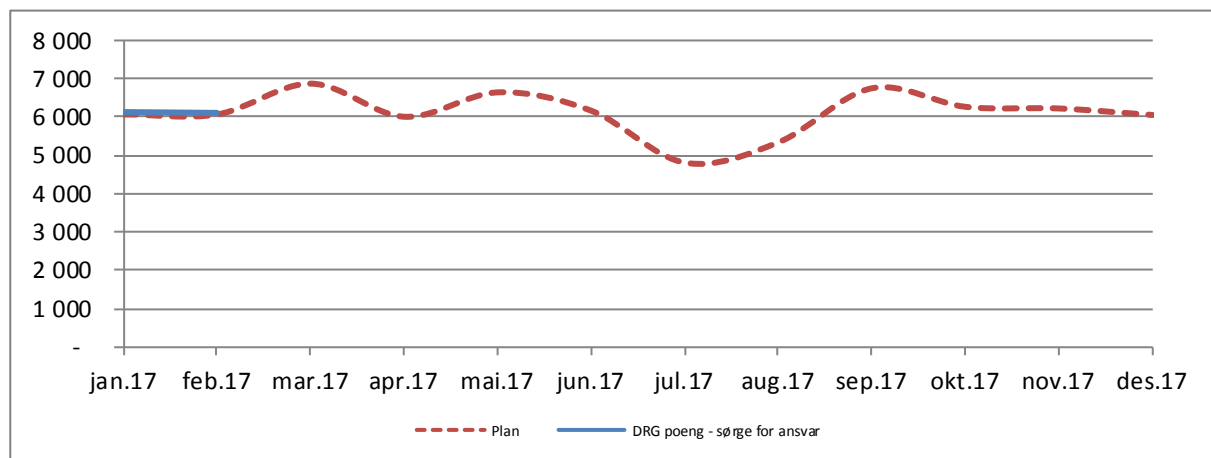
Tabell 9 Aktivitet UNN

| Aktivitet UNN HF | 2016 | 2017 | Plantall 2017 | Avvik fra 2016 | | Avvik fra plan 2017 | |
|---|---------|-----------|---------------|----------------|-------|---------------------|-------|
| | | | | Antall | % | Antall | % |
| Somatikk | | | | | | | |
| Utskrivelser heldøgn | 6 796 | 6 752 | 7 039 | -44 | -0,6 | -287 | -4,1 |
| Innlagte dagopphold | 1 188 | 1 079 | 1 206 | -109 | -9,2 | -127 | -10,6 |
| Polikliniske dagbehandlinger | 4 749 | 4 663 | 5 506 | -86 | -1,8 | -843 | -15,3 |
| DRG poeng (2017 logikk) | 11 003 | 12 235 | 12 131 | 1 232 | 11,2 | 104 | 0,9 |
| Liggedager i perioden | 30 992 | 31 268 | 29 941 | 276 | 0,9 | 1 327 | 4,4 |
| Polikliniske konsultasjoner | 45 860 | 46 814 | 44 876 | 954 | 2,1 | 1 938 | 4,3 |
| Herav ISF | 38 351 | 39 533 | 39 427 | 1 182 | 3,1 | 106 | 0,3 |
| Kontrollandel poliklinikk | 31 % | 30 % | 31 % | 1 % | 3,2 | -1 % | -3,2 |
| Laboratorieanalyser | 935 824 | 1 023 843 | 939 581 | 88 019 | 9,4 | 84 262 | 9,0 |
| Røntgenundersøkelser | 32 927 | 27 690 | 31 538 | -5 237 | -15,9 | -3 848 | -12,2 |
| Fremmøte stråleterapi | 2 114 | 2 118 | 2 282 | 4 | 0,2 | -164 | -7,2 |
| Pasientkontakter | 53 844 | 54 645 | 53 121 | 801 | 1,5 | 1 524 | 2,9 |
| VOP | | | | | | | |
| Utskrivelser heldøgn | 513 | 579 | 585 | 66 | 12,9 | -6 | -1,0 |
| Liggedager i perioden | 7 560 | 8 000 | 7 872 | 440 | 5,8 | 128 | 1,6 |
| Polikliniske konsultasjoner | 10 956 | 11 304 | 12 245 | 348 | 3,2 | -941 | -7,7 |
| Pasientkontakter | 11 469 | 11 883 | 12 830 | 414 | 3,6 | -947 | -7,4 |
| BUP | | | | | | | |
| Utskrivelser heldøgn | 41 | 46 | 49 | 5 | 12,2 | -3 | -5,4 |
| Liggedager i perioden | 506 | 619 | 627 | 113 | 22,3 | -8 | -1,2 |
| Polikliniske konsultasjoner | 4 368 | 4 946 | 4 889 | 578 | 13,2 | 57 | 1,2 |
| Pasientkontakter | 4 409 | 4 992 | 4 938 | 583 | 13,2 | 54 | 1,1 |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) | | | | | | | |
| Utskrivelser heldøgn | 109 | 116 | 135 | 7 | 6,4 | -19 | -14,1 |
| Liggedager i perioden | 3 548 | 3 334 | 4 149 | -214 | -6,0 | -815 | -19,6 |
| Polikliniske konsultasjoner | 2 081 | 1 926 | 2 129 | -155 | -7,4 | -203 | -9,5 |
| Pasientkontakter | 2 190 | 2 042 | 2 264 | -148 | -6,8 | -222 | -9,8 |

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

Somatisk virksomhet

Figur 12 DRG-poeng UNN 2017

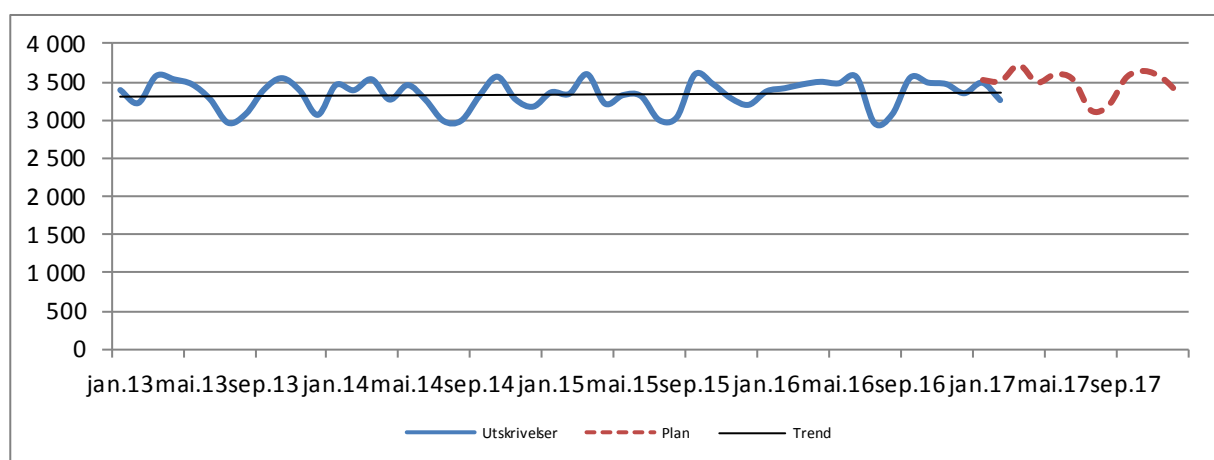


Tabell 10 DRG-poeng hittil i år 2017 fordelt på klinikk

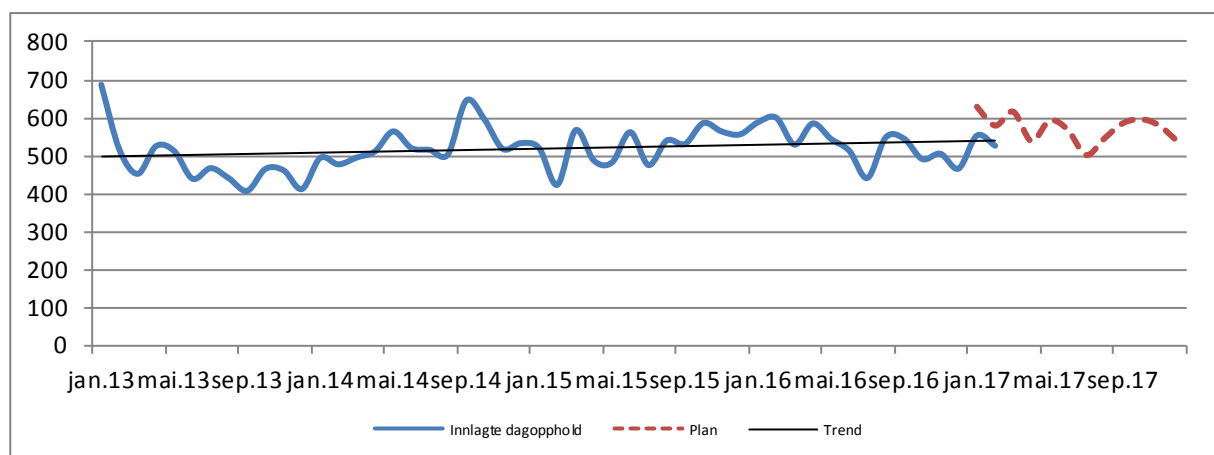
| Klinikk | Faktisk | Plan | Avvik |
|---|---------------|---------------|-------------|
| Akuttmedisinsk klinikk | 276 | 257 | 18 |
| Barne- og ungdomsklinikken | 546 | 519 | 26 |
| Hjerte- og lungeklinikken | 2 136 | 2 030 | 106 |
| Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken | 3 051 | 3 332 | -281 |
| Medisinsk klinikk | 2 204 | 2 073 | 131 |
| Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken | 3 073 | 3 305 | -232 |
| Operasjons- og intensivklinikken | 63 | 68 | -6 |
| Totalt | 11 349 | 11 585 | -237 |

DRG-poeng – egen produksjon.

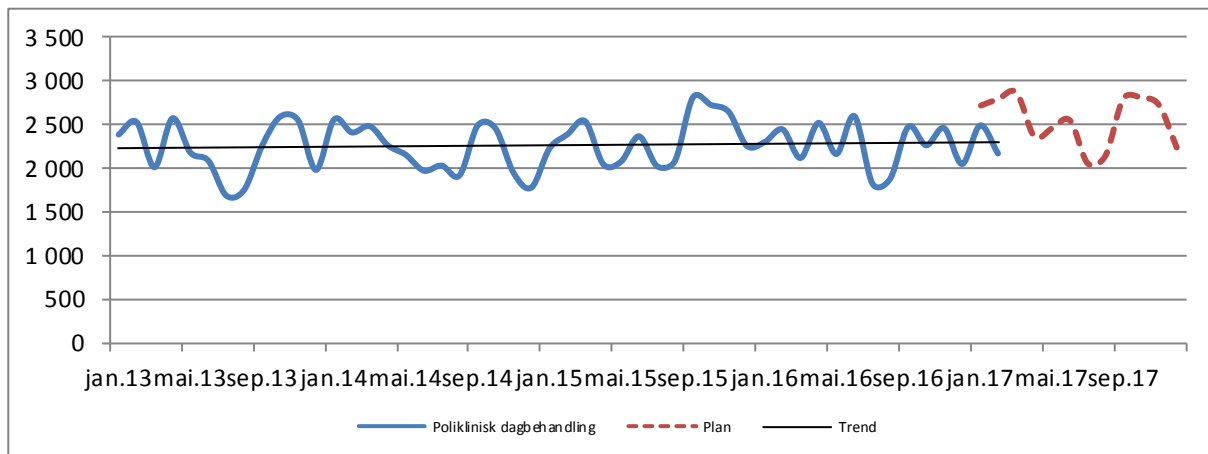
Figur 13 Utskrivelser heldøgn - somatisk virksomhet



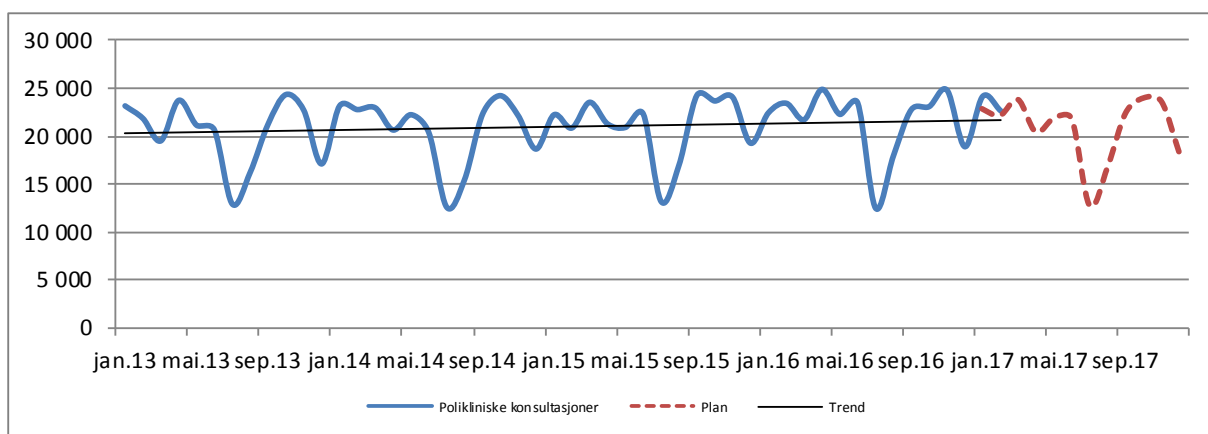
Figur 14 Innlagte dagopphold – somatisk virksomhet



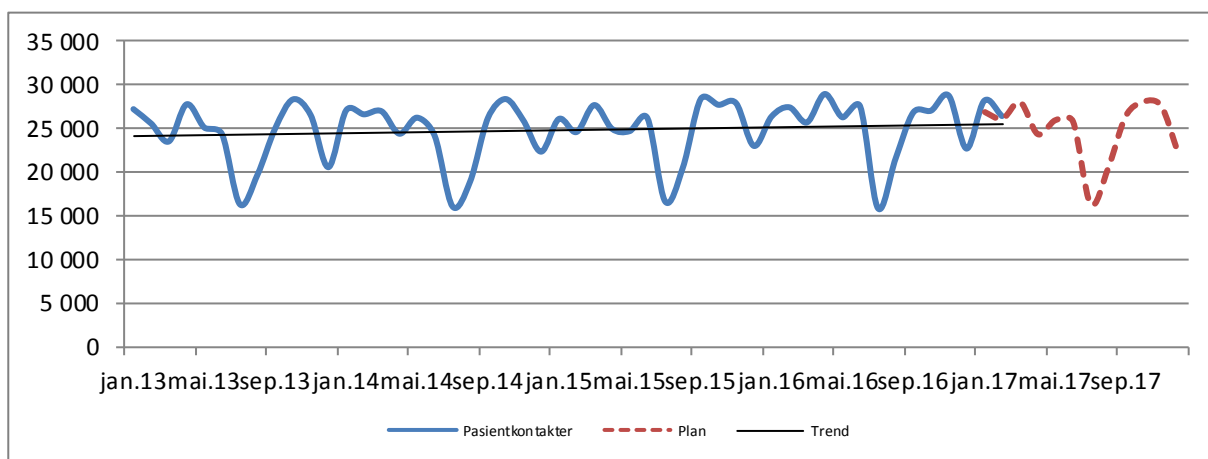
Figur 15 Polikliniske dagbehandlinger – somatisk virksomhet



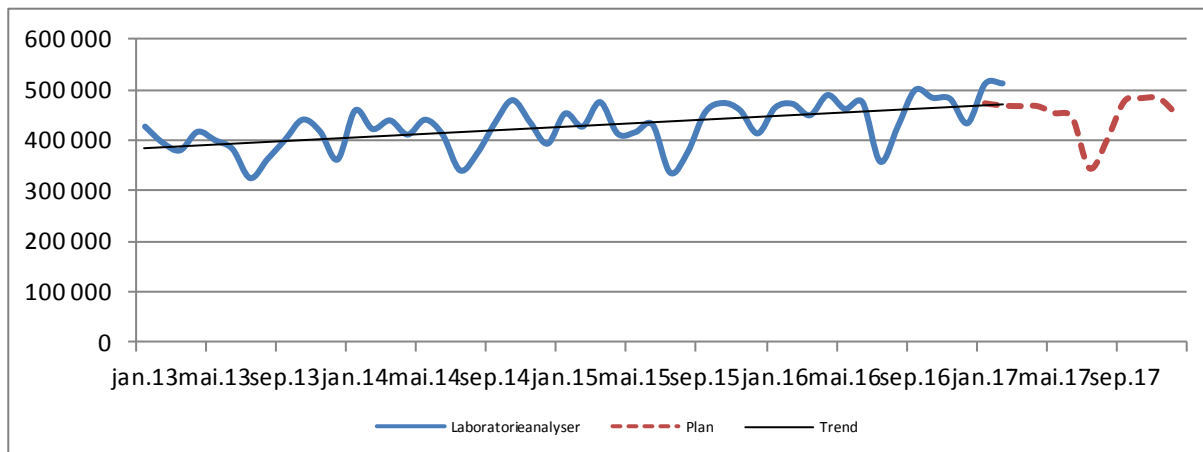
Figur 16 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



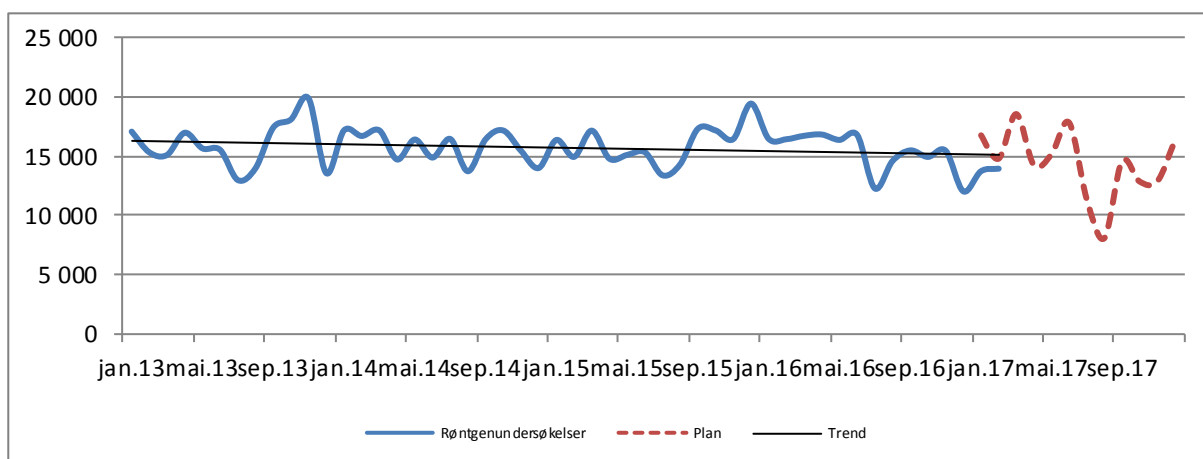
Figur 17 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 18 Laboratorieanalyser

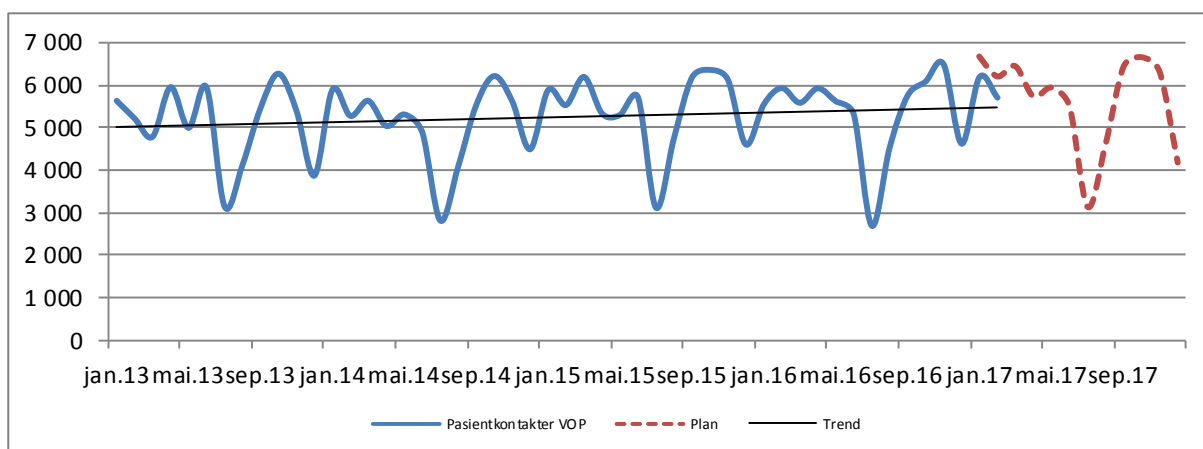


Figur 19 Røntgenundersøkelser



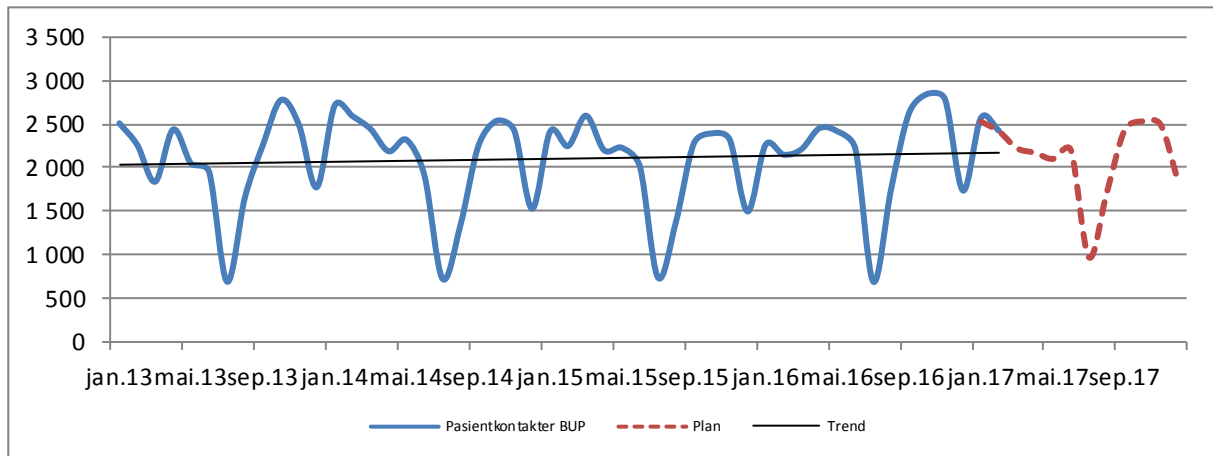
Psykisk helsevern voksne

Figur 20 Pasientkontakter – VOP



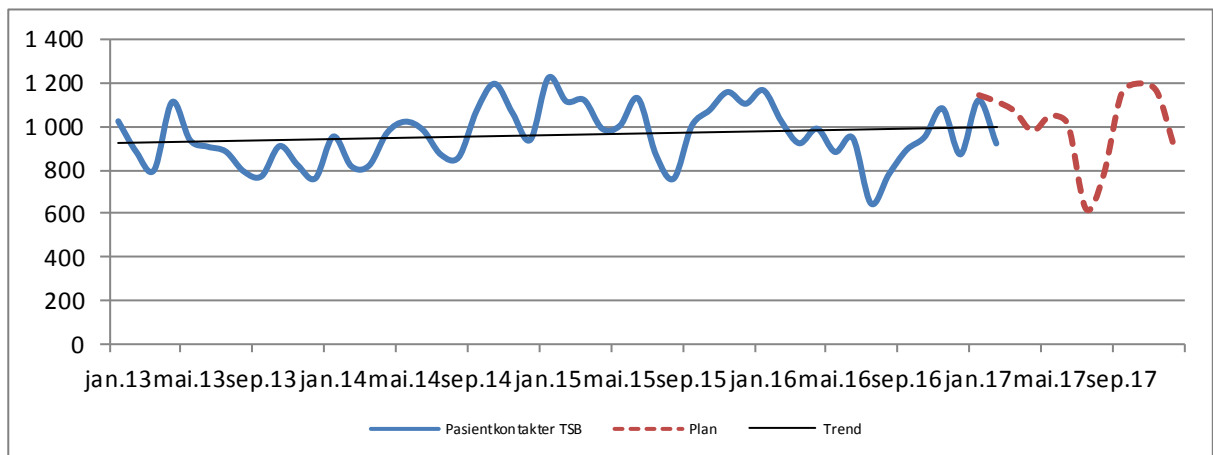
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 21 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 22 Pasientkontakter- TSB

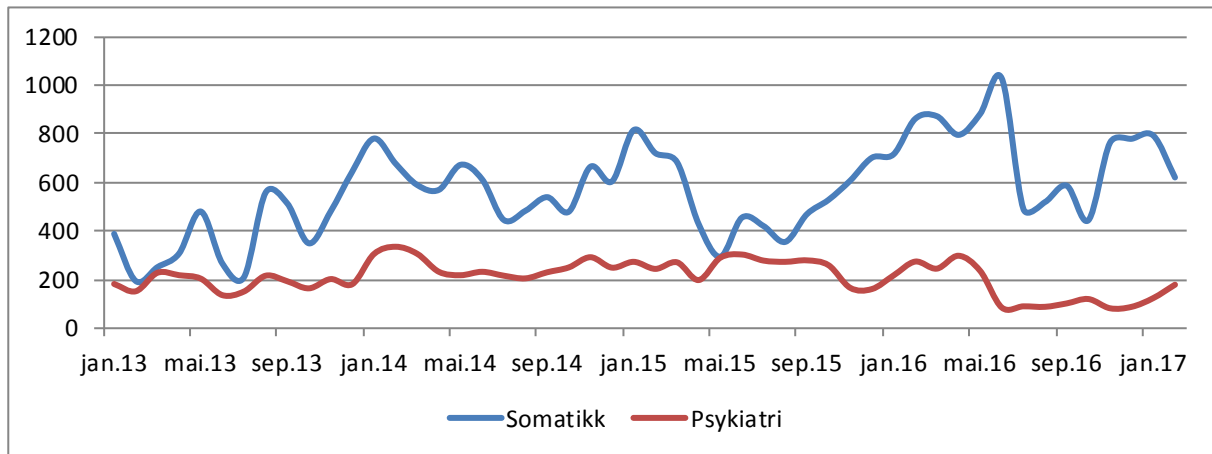


Samhandling

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 23 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

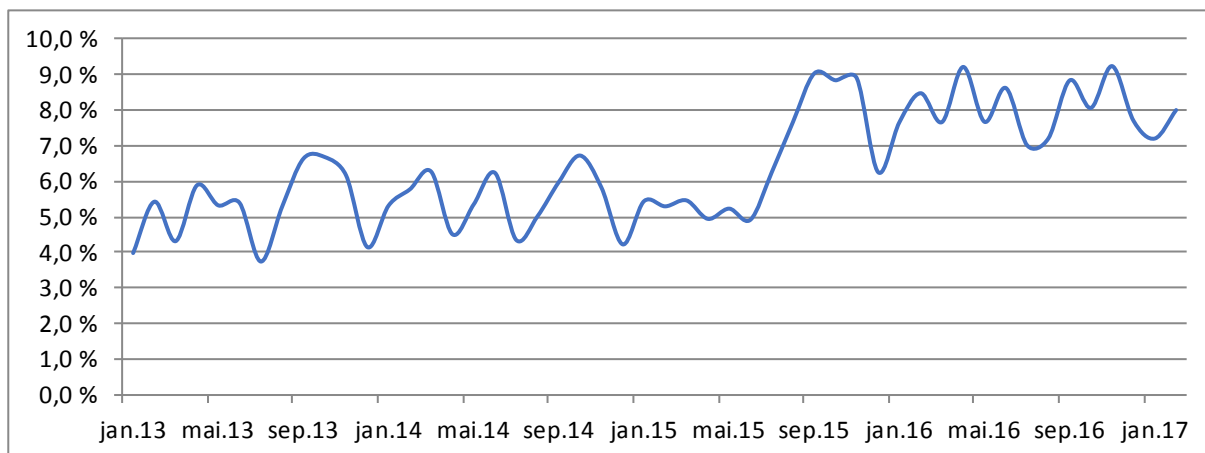


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

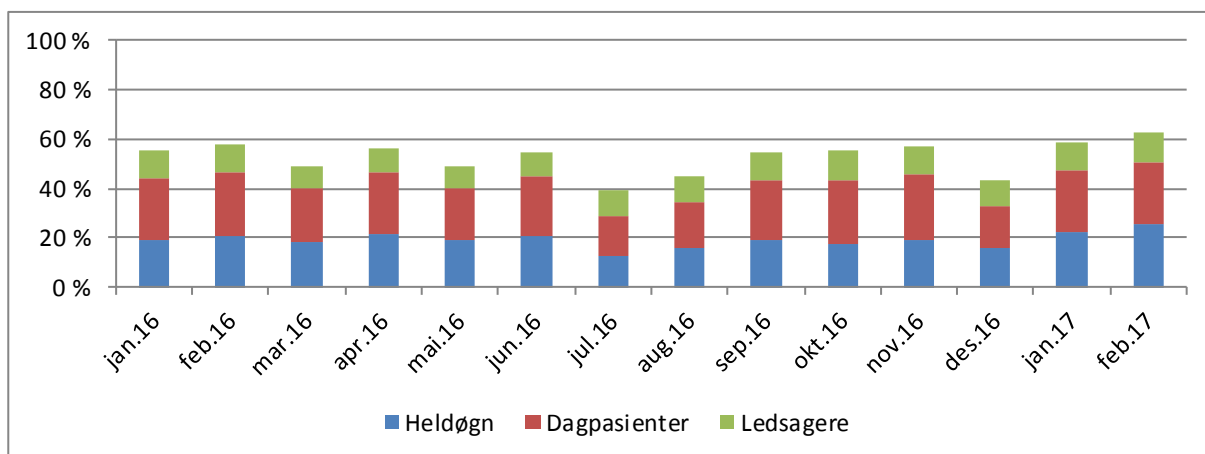
| Kommune | Utskrivningsklare døgn jan-feb | Antall opphold jan-feb | Utskrivningsklare døgn jan-feb per 1000 innbyggere |
|------------|--------------------------------|------------------------|--|
| IBESTAD | 16 | 10 | 11 |
| TJELDSUND | 14 | 12 | 11 |
| TROMSØ | 730 | 94 | 10 |
| HARSTAD | 247 | 130 | 10 |
| SKÅNLAND | 24 | 25 | 8 |
| GRATANGEN | 9 | 5 | 8 |
| EVENES | 9 | 8 | 6 |
| LØDINGEN | 14 | 14 | 6 |
| NARVIK | 122 | 49 | 6 |
| KVÆFJORD | 17 | 17 | 6 |
| BALLANGEN | 13 | 9 | 5 |
| SALANGEN | 11 | 5 | 5 |
| BALSFJORD | 26 | 11 | 5 |
| LYNGEN | 9 | 2 | 3 |
| TYSFJORD | 5 | 4 | 3 |
| NORDREISA | 12 | 3 | 2 |
| MÅLSELV | 16 | 12 | 2 |
| BERG | 2 | 2 | 2 |
| BARDU | 8 | 6 | 2 |
| DYRØY | 2 | 1 | 2 |
| SØRREISA | 5 | 4 | 1 |
| LENVIK | 15 | 12 | 1 |
| TORSKEN | 1 | 1 | 1 |
| STORFJORD | 2 | 1 | 1 |
| LAVANGEN | 1 | 1 | 1 |
| KARLSØY | 2 | 1 | 1 |
| TRANØY | 1 | 1 | 1 |
| SKJERVØY | 1 | 1 | 0 |
| KÅFJORD | | | 0 |
| Sum | 1 334 | 441 | 7 |

Bruk av pasienthotell

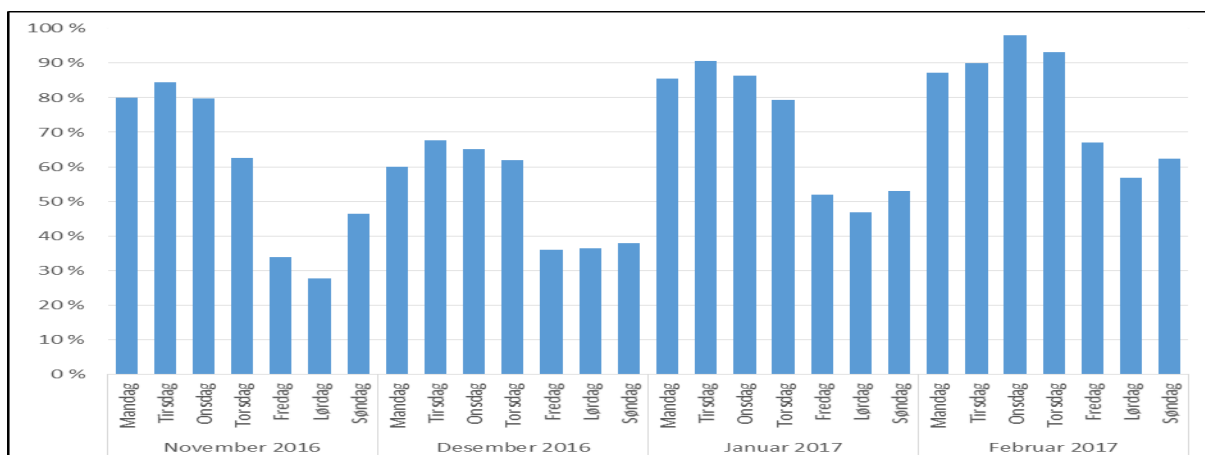
Figur 24 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



Figur 25 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



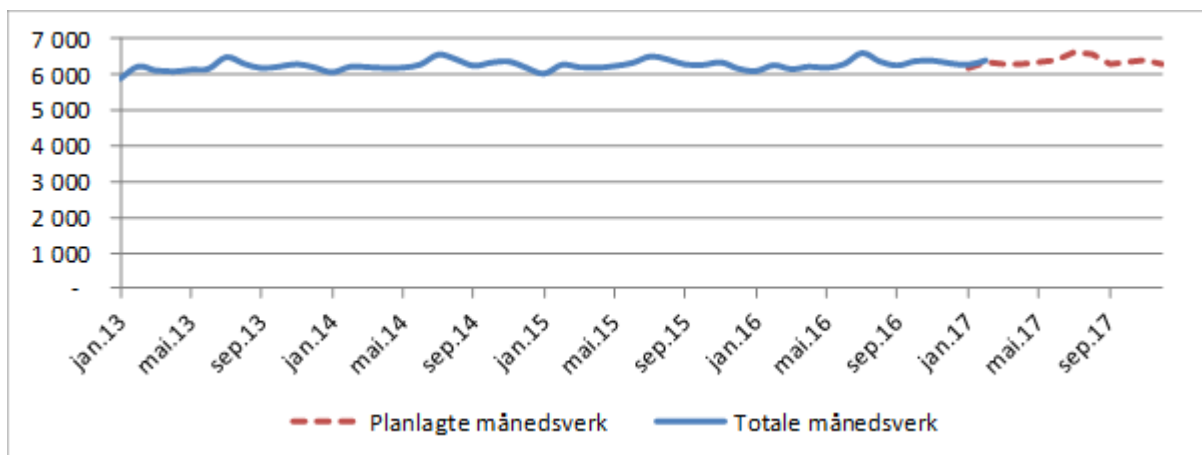
Figur 26 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet



Personal

Bemanning

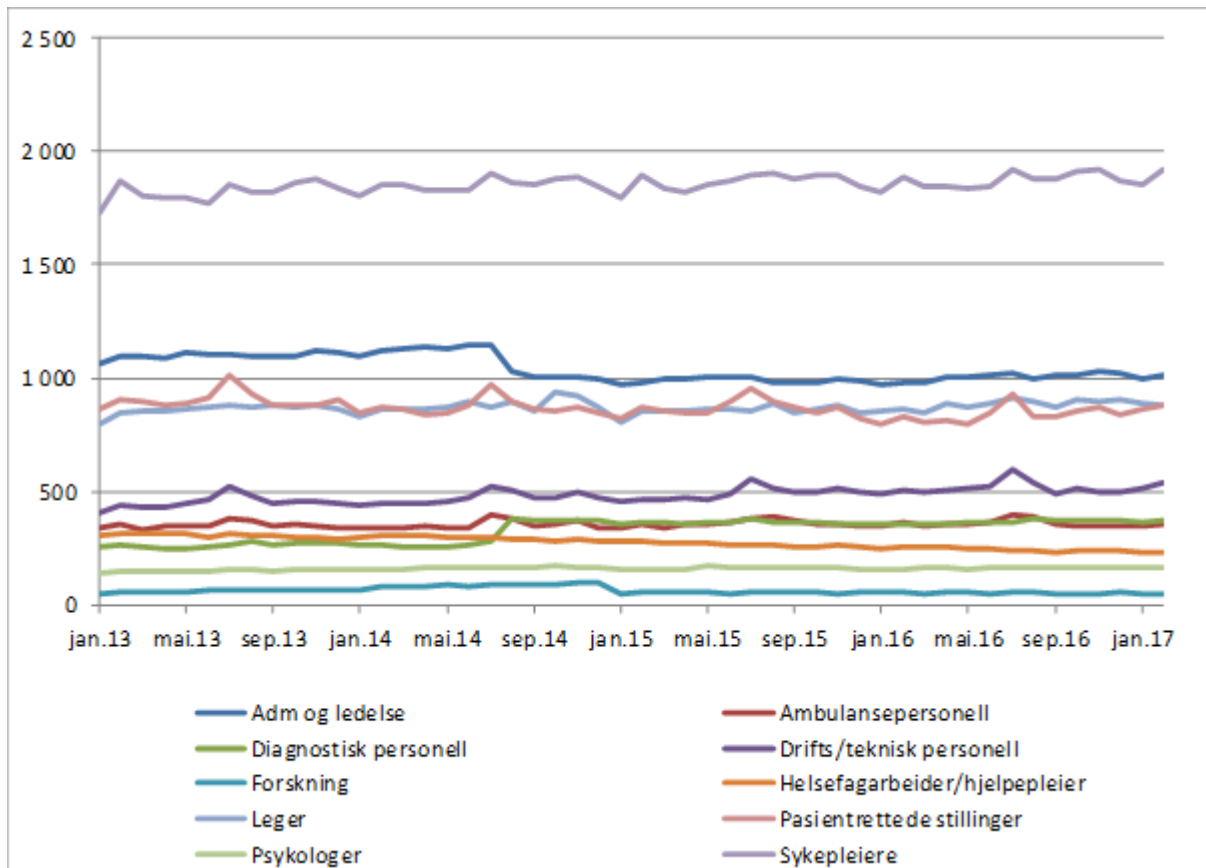
Figur 27 Brutto utbetalte månedsverk 2012-2017



Tabell 12 Brutto utbetalte månedsverk 2015-2017

| Måned | 2015 | 2016 | 2017 | Plantall 2017 | Avvik mot plan |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|----------------|
| Januar | 6 025 | 6 097 | 6 274 | 6 192 | 82 |
| Februar | 6 274 | 6 260 | 6 397 | 6 336 | 61 |
| Mars | 6 202 | 6 150 | | 6 300 | |
| April | 6 188 | 6 221 | | 6 302 | |
| Mai | 6 238 | 6 191 | | 6 333 | |
| Juni | 6 325 | 6 295 | | 6 394 | |
| Juli | 6 505 | 6 605 | | 6 651 | |
| August | 6 421 | 6 366 | | 6 566 | |
| September | 6 282 | 6 255 | | 6 293 | |
| Oktober | 6 272 | 6 374 | | 6 338 | |
| November | 6 340 | 6 390 | | 6 406 | |
| Desember | 6 162 | 6 311 | | 6 269 | |
| Snitt hittil i år | 6 149 | 6 178 | 6 336 | 6 264 | 72 |

Figur 28 Brutto utbetalte månedsværk fordelt på profesjon 2013-2017

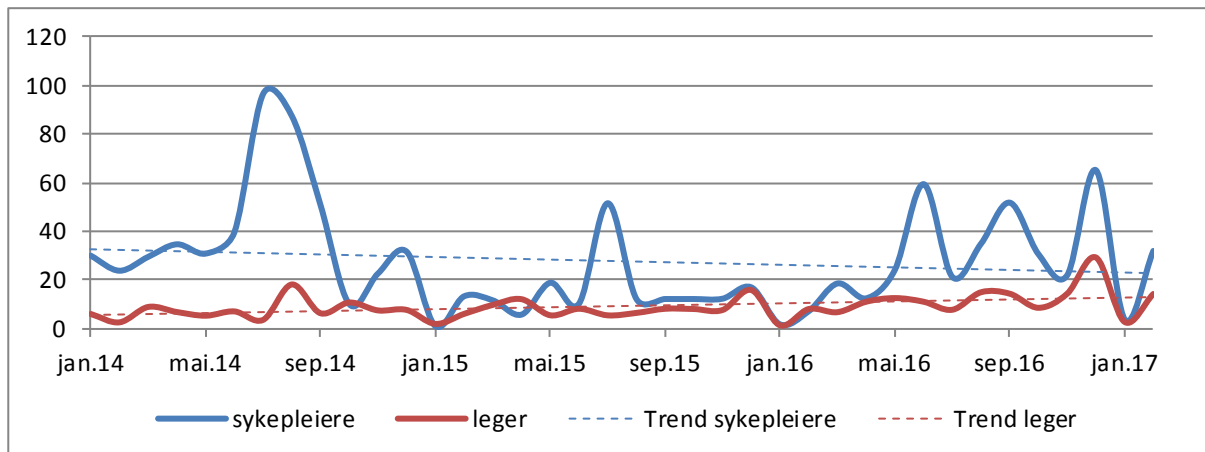


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på profesjon 2015-2017

| Profesjon | 2015 | 2016 | 2017 | Avvik fra 2016 |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| #N/A | - | - | - | - |
| Adm og ledelse | 977 | 978 | 1 007 | 29 |
| Ambulansepersoneell | 344 | 356 | 353 | -3 |
| Diagnostisk personell | 360 | 356 | 367 | 11 |
| Drifts/teknisk personell | 458 | 498 | 524 | 26 |
| Forskning | 51 | 52 | 48 | -4 |
| Helsefagarbeider/hjelpepleier | 279 | 253 | 230 | -22 |
| Leger | 829 | 862 | 886 | 24 |
| Pasientrettede stillinger | 847 | 817 | 870 | 53 |
| Psykologer | 155 | 156 | 166 | 10 |
| Sykepleiere | 1 847 | 1 851 | 1 884 | 33 |
| Snitt hittil i år | 6 148 | 6 178 | 6 336 | 157 |

Figur 29 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

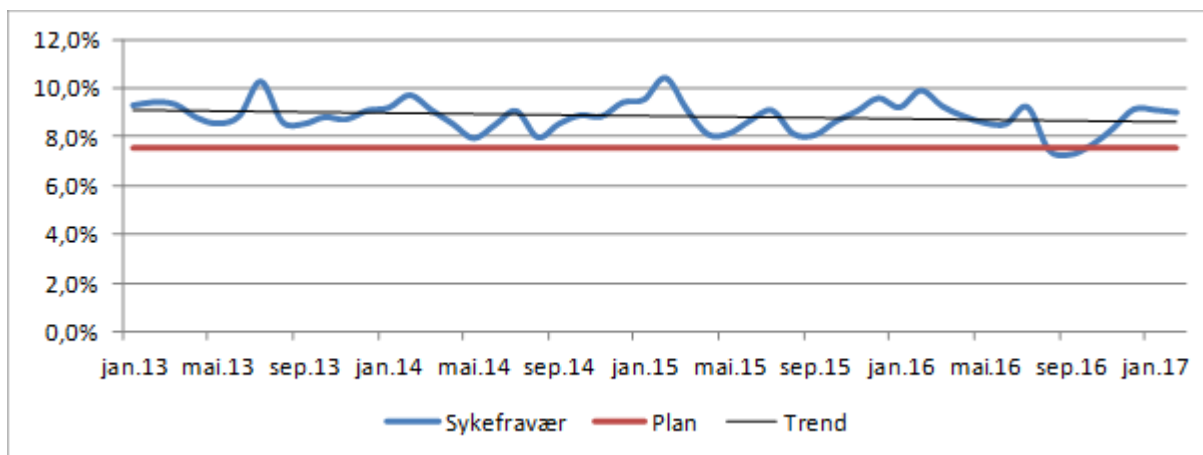


Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Sykefravær

UNNs totale sykefravær i februar 2017 er på 9,0%. Samme måned i 2016 var sykefraværet 9,9%. Dette er en reduksjon på 0,9 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 3,3% og viser en reduksjon på 0,1 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,5% med en økning på 0,7 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 3,2% og viser en reduksjon på 1,5 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i februar 359 ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN.

Figur 30 Sykefravær 2013-2017



Tabell 14 Sykefravær fordelt på klinikk gjennomsnittlig siste 12 måneder og februar 2017

| Klinikk | Sykefravær gj.snitt siste 12 mnd | Sykefravær februar 2017 |
|---|----------------------------------|-------------------------|
| Akuttmedisinsk klinikk | 9,2 | 7,8 |
| Longyearbyen sykehus | 3,8 | 4,5 |
| Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken | 7,3 | 7,9 |
| Hjerte og lungeklinikken | 7,2 | 7,8 |
| Medisinsk klinikk | 8,3 | 8,9 |
| Barne- og ungdomsklinikken | 8,6 | 8,1 |
| Operasjons- og intensivklinikken | 9,4 | 11,0 |
| Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken | 9,0 | 8,7 |
| Psykisk helse- og rusklinikken | 10,9 | 11,3 |
| Diagnostisk klinikk | 8,3 | 9,0 |
| Nasjonalt senter for ehelseforskning og utredning | 4,0 | 3,2 |
| Drift og eiendomsenteret | 9,3 | 10,0 |
| Stabssenteret | 5,8 | 6,6 |
| Kvalitets- og utviklingsenteret | 8,0 | 9,3 |
| Turnusleger, raskere tilbake | 2,8 | 2,7 |
| Totalt | 8,6 | 9,0 |

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i februar måned vært registrert to egenmeldinger i HN LIS hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

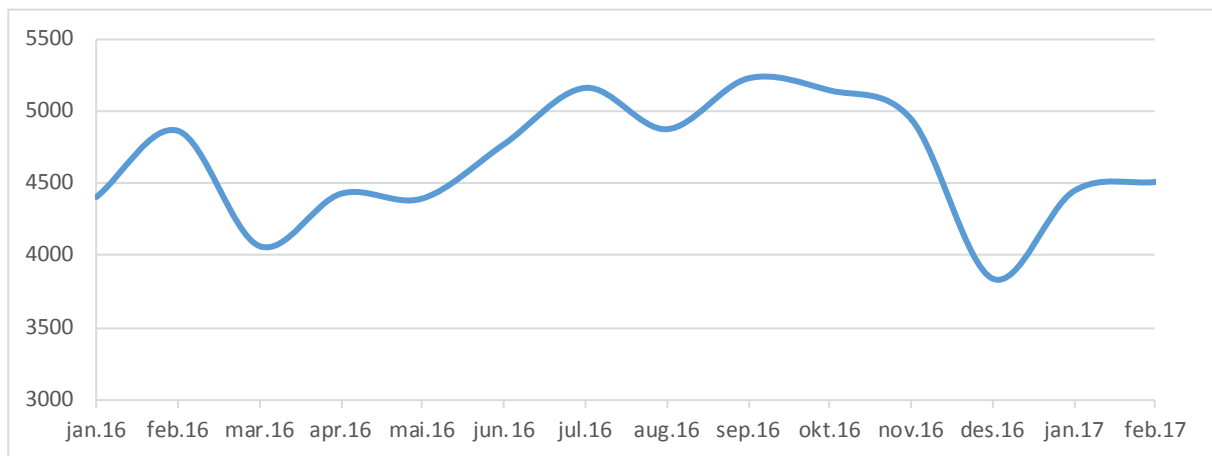
Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i februar 2017 vært registrert totalt 551 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 317 graderte. Det tilsvarer en andel på 57,5% graderte sykemeldinger.

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 31 Antall AML-brudd 2016-2017



Det pågår for tiden et arbeid på regionalt nivå med å gjøre Gat-analyse data tilgjengelig i datavarehuset HN-LIS. Blant disse dataene er det også data på varsler om AML-brudd. Til neste rapportering av AML-brudd, for 1.tertial 2017, vil vi kunne presentere oversikten på klinikknivå, og videre ha klart et forslag til styret om måltall også for denne hovedindikatoren.

Kommunikasjon

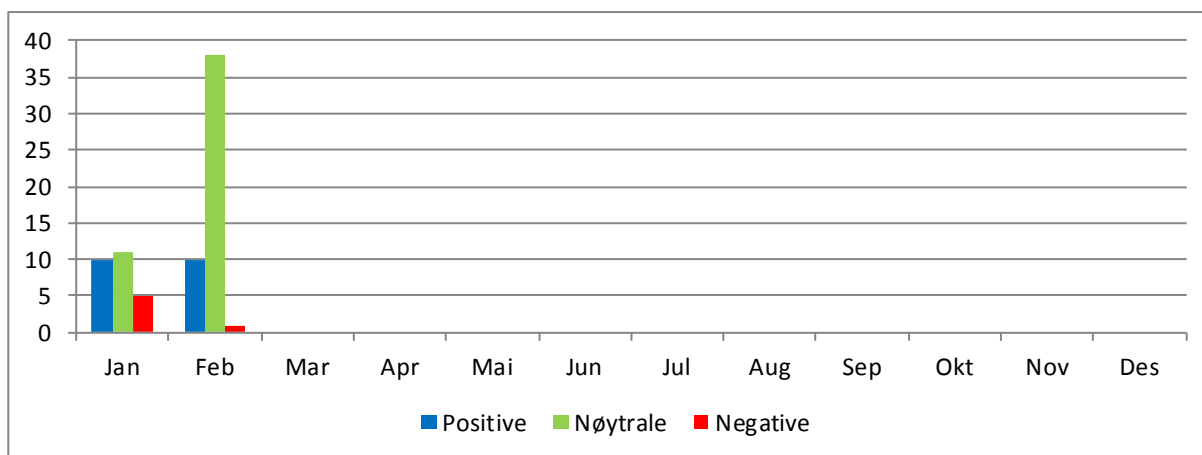
Sykehuset i media

Mediebildet i februar har vært dominert av artikler og leser-/debattinnlegg om etablering av PCI-senter ved Nordlandssykehuset. Vi har valgt å kategorisere disse artiklene som nøytrale. Debatten har hatt mange valører, men flere av artiklene er også av informativ art for å besvare det man mener er ukorrekt fremstilling av saken i media.

De positive oppslagene har i hovedsak handlet om 100-årsjubiléet ved Longyearbyen sykehus og automatisering av sterilforsyningen ved UNN Tromsø som øker sikkerheten for pasientene og gir UNN den mest moderne sterilforsyning i landet.

Månedens eneste negative oppslag er en pasienthistorie i Nordlys om en familie som fikk en negativ beskjed fra sykehuset formidlet på en måte som de mener ikke var hensynsfull overfor dem.

Figur 32 Mediestatistikk 2017

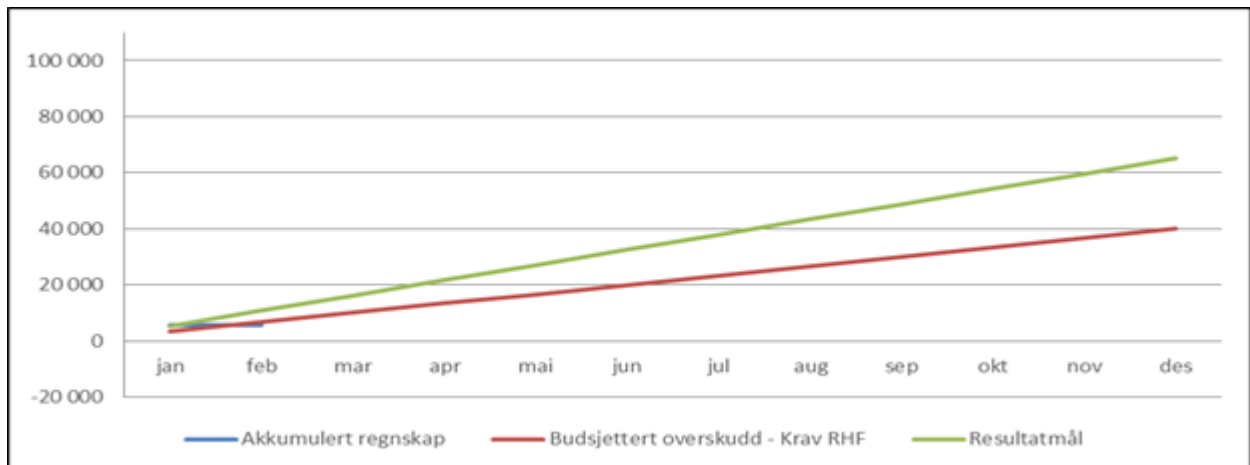


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 33 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 februar viser et regnskapsmessig resultat på 0,0 mill kr. 5,4 mill kr lavere enn resultatmålet og 3,3 mill kr lavere enn budsjett. Akkumulert per februar viser regnskapet 5,5 mill kr i overskudd, 1,1 mill kr lavere enn budsjett og 5,3 mill kr lavere enn internt styringsmål.

Tabell 15 Resultatregnskap februar 2017

| Resultatrapportering (tall i mill kr) | Februar | | | | Akkumulert per Februar | | | |
|---|--------------|--------------|-------------|---------------|------------------------|----------------|-------------|--------------|
| | Resultat | Budsjett | Avvik i kr | Avvik i % | Resultat | Budsjett | Avvik i kr | Avvik i % |
| Basisramme | 378,5 | 378,5 | 0,0 | 0 % | 761,2 | 761,2 | 0,0 | 0 % |
| Kvalitetsbasert finansiering | 2,3 | 2,3 | 0,0 | 0 % | 4,6 | 4,6 | 0,0 | 0 % |
| ISF egne pasienter | 129,9 | 126,3 | 3,6 | 3 % | 255,2 | 249,1 | 6,0 | 2 % |
| ISF av legemidler utenfor sykehus | 4,9 | 6,1 | -1,2 | -19 % | 14,9 | 17,1 | -2,2 | -13 % |
| Gjestepasientinntekter | 1,9 | 3,0 | -1,1 | -36 % | 3,8 | 5,9 | -2,1 | -35 % |
| Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg) | 19,1 | 14,5 | 4,6 | 32 % | 36,0 | 27,6 | 8,5 | 31 % |
| Utskrivningsklare pasienter | 1,7 | 1,3 | 0,4 | 27 % | 3,8 | 3,5 | 0,3 | 10 % |
| Inntekter "raskere tilbake" | 2,1 | 2,2 | -0,1 | -6 % | 4,3 | 4,4 | -0,2 | -4 % |
| Andre øremerkede tilskudd | 22,2 | 25,9 | -3,8 | -15 % | 44,8 | 44,3 | 0,6 | 1 % |
| Andre driftsinntekter | 35,6 | 31,5 | 4,1 | 13 % | 66,6 | 64,0 | 2,7 | 4 % |
| Sum driftsinntekter | 598,0 | 591,6 | 6,4 | 1 % | 1 195,3 | 1 181,7 | 13,6 | 1 % |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 17,1 | 15,3 | 1,9 | 12 % | 35,7 | 30,5 | 5,2 | 17 % |
| Kjøp av private helsetjenester | 5,2 | 6,9 | -1,7 | -25 % | 8,6 | 11,2 | -2,6 | -24 % |
| Varekostnader knyttet til aktivitet | 54,5 | 57,3 | -2,8 | -5 % | 121,3 | 126,7 | -5,3 | -4 % |
| Innleid arbeidskraft | 5,1 | 1,1 | 4,1 | 376 % | 6,2 | 1,7 | 4,4 | 255 % |
| Lønn til fast ansatte | 321,1 | 330,3 | -9,1 | -3 % | 636,3 | 638,4 | -2,1 | 0 % |
| Øvertid og ekstrahjelp | 24,4 | 23,1 | 1,3 | 5 % | 48,1 | 42,4 | 5,7 | 13 % |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 60,2 | 60,2 | 0,0 | 0 % | 120,7 | 120,7 | 0,0 | 0 % |
| Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -18,3 | -22,4 | 4,1 | -18 % | -39,6 | -44,8 | 5,2 | -12 % |
| Annen lønnskostnad | 28,5 | 26,1 | 2,4 | 9 % | 55,8 | 53,3 | 2,5 | 5 % |
| Sum lønn og innleie ekskl pensjon | 360,8 | 358,1 | 2,7 | 1 % | 706,7 | 691,1 | 15,6 | 2 % |
| Avskrivninger | 17,5 | 17,5 | 0,0 | 0 % | 37,1 | 37,1 | 0,0 | 0 % |
| Nedskrivninger | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 % | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 % |
| Andre driftskostnader | 83,8 | 74,3 | 9,5 | 13 % | 162,3 | 160,2 | 2,0 | 1 % |
| Sum driftskostnader | 599,2 | 589,5 | 9,6 | 2 % | 1 192,4 | 1 177,5 | 14,9 | 1 % |
| Driftsresultat | -1,1 | 2,1 | -3,2 | -155 % | 2,9 | 4,2 | -1,3 | -31 % |
| Finansinntekter | 1,1 | 1,3 | -0,2 | | 2,7 | 2,5 | 0,2 | |
| Finanskostnader | 0,0 | 0,0 | 0,0 | | 0,1 | 0,0 | 0,1 | |
| Finansresultat | 1,1 | 1,3 | -0,2 | | 2,6 | 2,5 | 0,1 | |
| Ordinært resultat | 0,0 | 3,3 | -3,3 | -100 % | 5,5 | 6,7 | -1,1 | -17 % |

Tabell 16 Resultatregnskap februar 2017, ekskl. eksternfinansiering

| Resultatrapportering (tall i mill kr) | Februar ekskl eksternfinansiering | | | Akkumulert per Februar ekskl eksternfinansiering | | |
|---|--------------------------------------|--------------|-------------|---|----------------|-------------|
| | Resultat | Budsjett | Avvik i kr | Resultat | Budsjett | Avvik i kr |
| Basisramme | 378,5 | 378,5 | 0,0 | 761,2 | 761,2 | 0,0 |
| Kvalitetsbasert finansiering | 2,3 | 2,3 | 0,0 | 4,6 | 4,6 | 0,0 |
| ISF egne pasienter | 129,9 | 126,3 | 3,6 | 255,2 | 249,1 | 6,0 |
| ISF av legemidler utenfor sykehus | 4,9 | 6,1 | -1,2 | 14,9 | 17,1 | -2,2 |
| Gjestepasientinntekter | 1,9 | 3,0 | -1,1 | 3,8 | 5,9 | -2,1 |
| Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg) | 19,1 | 14,5 | 4,6 | 36,0 | 27,6 | 8,5 |
| Utskrivningsklare pasienter | 1,7 | 1,3 | 0,4 | 3,8 | 3,5 | 0,3 |
| Inntekter "raskere tilbake" | 2,1 | 2,2 | -0,1 | 4,3 | 4,4 | -0,2 |
| Andre øremerkede tilskudd | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| Andre driftsinntekter | 35,6 | 31,5 | 4,1 | 66,6 | 64,0 | 2,7 |
| Sum driftsinntekter | 575,8 | 565,7 | 10,1 | 1 150,5 | 1 137,4 | 13,1 |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 17,1 | 15,3 | 1,9 | 35,7 | 30,5 | 5,2 |
| Kjøp av private helsetjenester | 5,2 | 6,8 | -1,7 | 8,5 | 11,2 | -2,6 |
| Varekostnader knyttet til aktivitet | 53,7 | 56,3 | -2,6 | 119,6 | 125,0 | -5,4 |
| Innleid arbeidskraft | 5,1 | 1,1 | 4,1 | 6,2 | 1,7 | 4,4 |
| Lønn til fast ansatte | 309,7 | 316,9 | -7,2 | 613,1 | 615,5 | -2,4 |
| Overtid og ekstrahjelp | 21,8 | 20,1 | 1,7 | 42,9 | 37,3 | 5,6 |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 57,4 | 56,9 | 0,5 | 115,0 | 115,0 | -0,1 |
| Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -17,5 | -21,4 | 4,0 | -38,0 | -43,2 | 5,2 |
| Annen lønnskostnad | 27,0 | 24,3 | 2,6 | 52,7 | 50,3 | 2,4 |
| Sum lønn og innleie ekskl pensjon | 346,1 | 340,9 | 5,2 | 676,9 | 661,6 | 15,3 |
| Avskrivninger | 17,5 | 17,5 | 0,0 | 37,1 | 37,1 | 0,0 |
| Nedskrivninger | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Andre driftskostnader | 80,1 | 69,9 | 10,1 | 154,7 | 152,8 | 2,0 |
| Sum driftskostnader | 577,0 | 563,6 | 13,3 | 1 147,6 | 1 133,2 | 14,4 |
| Driftsresultat | -1,1 | 2,1 | -3,2 | 2,9 | 4,2 | -1,3 |
| Finansinntekter | 1,1 | 1,3 | -0,2 | 2,7 | 2,5 | 0,2 |
| Finanskostnader | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 |
| Finansresultat | 1,1 | 1,3 | -0,2 | 2,6 | 2,5 | 0,1 |
| Ordinært resultat | 0,0 | 3,3 | -3,3 | 5,5 | 6,7 | -1,1 |

Tabell 17 Funksjonsregnskap

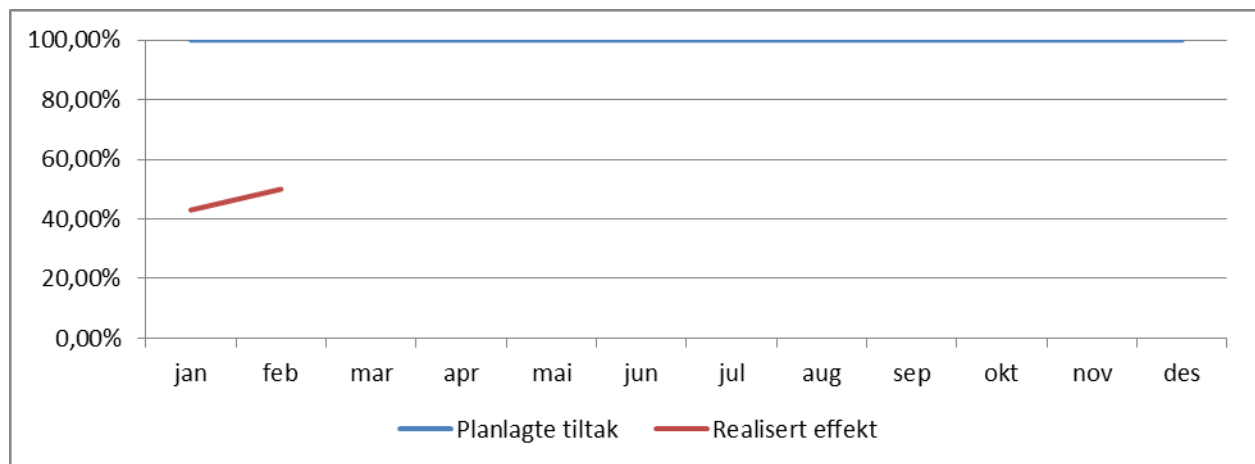
| Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert pr 201702 | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------------------|----------------|
| Funksjon | Regnskap denne mnd | Budsjett denne mnd | Regnskap hittil i år | Regnskap hittil i år | Budsjett hittil i år | Avvik hittil i år | Endring hittil i år - hittil i år | JB totalt i år |
| Somatikk | 295,1 | 340,3 | 715,5 | 636,9 | 676,7 | (39,8) | -10,99 % | 4 094 |
| Somatikk, (re-hab) | 19,7 | 25,8 | 51,7 | 43,9 | 51,7 | (7,8) | -15,1 % | 307 |
| Lab/rtg | 61,1 | 73,2 | 158,3 | 134,8 | 145,4 | (10,7) | -14,9 % | 870 |
| Somatikk inkl lab/rtg | 375,9 | 439,4 | 925,5 | 815,5 | 873,8 | (58,3) | -11,9 % | 5 271 |
| VOP, sykehus og annen beh | 23,4 | 33,0 | 66,5 | 57,4 | 66,6 | (9,2) | -13,7 % | 400 |
| VOP, DPS og annen beh | 20,7 | 31,9 | 64,1 | 51,2 | 64,0 | (12,7) | -20,1 % | 377 |
| BUP | 12,9 | 16,8 | 30,9 | 29,2 | 33,6 | (4,4) | -5,6 % | 196 |
| Psykisk helse | 57,0 | 81,7 | 161,5 | 137,8 | 164,2 | (26,4) | -14,7 % | 973 |
| RUS, behandling | 15,9 | 19,6 | 43,6 | 35,3 | 39,0 | (3,7) | -18,9 % | 235 |
| Rusomsorg | 15,9 | 19,6 | 43,6 | 35,3 | 39,0 | (3,7) | -18,9 % | 235 |
| Ambulanse | 27,8 | 35,7 | 75,7 | 62,2 | 69,1 | (6,9) | -17,9 % | 430 |
| Pasienttransport | 19,6 | 18,3 | 32,5 | 36,5 | 35,3 | 1,2 | 12,3 % | 214 |
| Prehospitaltjenester | 47,4 | 54,0 | 108,2 | 98,7 | 104,4 | (5,8) | -8,8 % | 644 |
| Administrasjon (skal være 0 på) | 104,0 | - | 0,0 | 104,0 | - | 104,0 | 0,0 % | 0 |
| Personalboliger, barnehager | 1,0 | 1,5 | 2,9 | 2,0 | 2,7 | (0,7) | -29,8 % | 19 |
| Personal | 105,0 | 1,5 | 2,9 | 106,0 | 2,7 | 103,3 | 3562,7 % | 19 |
| Sum driftskostnader | 601,2 | 596,2 | 1 241,6 | 1 193,4 | 1 184,2 | 9,2 | -3,9 % | 7 141 |

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

| Regnskap per klinikk per februar - tall i mill kr | Regnskap | Budsjett | Avvik | Herav ISF (avvik) | Regnskap - HiA | Budsjett - HiA | Avvik - HiA | Herav ISF - (avvik HiA) |
|---|------------|------------|-------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|-------------------------|
| 10 - Akuttmedisinsk klinikk | 32,8 | 31,2 | -1,6 | -0,4 | 61,2 | 60,2 | -1,0 | 0,4 |
| 11 - Longyearbyen sykehus | 1,4 | 2,4 | 1,0 | 0,0 | 3,8 | 4,9 | 1,1 | 0,0 |
| 12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken | 16,7 | 11,1 | -5,6 | -2,1 | 30,4 | 24,4 | -6,0 | -6,0 |
| 13 - Hjerte- lungeklinikken | 13,1 | 12,1 | -1,0 | 1,4 | 23,8 | 22,6 | -1,3 | 2,2 |
| 15 - Medisinsk klinikk | 20,2 | 20,3 | 0,1 | 0,9 | 36,5 | 38,0 | 1,5 | 3,0 |
| 17 - Barne- og ungdomsklinikken | 17,1 | 18,2 | 1,1 | 0,6 | 35,6 | 36,7 | 1,0 | -0,2 |
| 18 - Operasjons- og intensivklinikken | 56,1 | 52,3 | -3,7 | 0,0 | 109,9 | 105,7 | -4,2 | -0,1 |
| 19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken | 23,3 | 21,5 | -1,8 | -1,8 | 47,4 | 45,2 | -2,2 | -3,0 |
| 22 - Psykisk helse- og rusklinikken | 59,8 | 57,1 | -2,7 | -1,3 | 117,8 | 114,5 | -3,3 | -1,8 |
| 30 - Diagnostisk klinikk | 45,1 | 45,9 | 0,9 | 0,0 | 88,4 | 92,2 | 3,8 | 0,0 |
| 43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning | -0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,0 | -0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,0 |
| 45 - Drifts- og eiendomssenter | 38,6 | 41,9 | 3,4 | 0,0 | 78,8 | 79,9 | 1,2 | 0,0 |
| 52 - Stabsenteret | 16,5 | 13,6 | -2,9 | 0,0 | 27,0 | 27,2 | 0,2 | 0,0 |
| 54 - Kvalitet- og utviklingssenteret | 11,9 | 12,4 | 0,5 | 0,0 | 22,4 | 23,2 | 0,8 | 0,0 |
| 62 - Felles | -352,5 | -343,7 | 8,8 | 5,1 | -688,5 | -681,5 | 7,0 | 9,3 |
| Totalt | 0,0 | 3,3 | -3,3 | 2,4 | 5,5 | 6,7 | -1,2 | 3,8 |

Gjennomføring av tiltak

Figur 34 Periodisering og gjennomføring av tiltak



I 2017 er det budsjettert med en tiltakspakke på til sammen 66,0 mill kr. I februar er det beregnet en realisert effekt på 2,8 mill kr. Det tilsvarer en gjennomføringsgrad på 50 %. Hittil i år er gjennomføringsgraden 46 %.

Tabell 18 Tiltaksgjennomføring per klinikk

| Klinikk (beløp i 1000 kr) | Realisert hittil i år | Planlagt hittil i år | Avvik hittil i år | Gjennomføringsgrad hittil i år |
|--|-----------------------|----------------------|-------------------|--------------------------------|
| Akuttmedisinsk klinikk | 317 | 317 | - | 100% |
| Longyearbyen sykehus | 17 | 17 | - | 100% |
| Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken | - | 1 857 | -1 857 | 0% |
| Hjerte- lungeklinikken | 814 | 1 394 | -580 | 58% |
| Medisinsk klinikk | 1 584 | 1 583 | 1 | 100% |
| Barne- og ungdomsklinikken | 195 | 233 | -39 | 83% |
| Operasjons- og intensivklinikken | 69 | 581 | -513 | 12% |
| Nevro, - ortopedi, og rehabiliteringsklinikken | 1 386 | 3 303 | -1 917 | 42% |
| Psykisk helse- og rusklinikken | 332 | 612 | -280 | 54% |
| Diagnostisk klinikk | - | 833 | -833 | 0% |
| Drifts- og eiendomssenter | 200 | 200 | - | 100% |
| Stabsenteret | 197 | 197 | - | 100% |
| Kvalitets- og utviklingscenteret | 116 | 117 | -0 | 100% |
| SUM UNN | 5 226 | 11 244 | -6 018 | 46% |

Prognose

Prognose for 2017 er i henhold til styringsmål.

Likviditet

Figur 35 Likviditet



Investeringer

Tabell 19 Investeringer

| Investeringer, tall i mill kr | Forpliktelser tidligere år | Restramme overført fra 2016 | Investerings ramme 2017 | Samlet investerings ramme 2017 | Investert januar 2017 | Investert februar 2017 | Sum investert 2017 | Rest-forpliktelser (godkjent tidligere februar) | Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser |
|--|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|---|--|
| Pasienthotell Brevika inkl alle underprosjekter* | | 5,1 | 0,0 | 5,1 | 0,0 | 0,8 | 0,8 | | 4,3 |
| A-fløy inkl alle underprosjekter | | -25,4 | 638,0 | 612,6 | 1,0 | 30,5 | 31,5 | | 581,1 |
| PET-senter inkl alle underprosjekter | | -153,5 | 449,7 | 296,2 | 16,3 | 1,3 | 17,6 | | 278,6 |
| Nytt sykehus Narvik | | -2,9 | 71,0 | 68,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | | 67,9 |
| SUM Nybygg | | -176,7 | 1 158,7 | 982,0 | 17,4 | 32,8 | 50,2 | 0,0 | 931,8 |
| Åsgård Bygg 7 | | 1,5 | 0,0 | 1,5 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | | 1,4 |
| SUM Rehabilitering | | 1,5 | 0,0 | 1,5 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 1,4 |
| Tiltak kreftplan | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | | 0,0 | | 0,0 |
| Tromsundersøkelsen | | 0,0 | 5,0 | 5,0 | 0,0 | | 0,0 | | 5,0 |
| ENØK | | 11,0 | 0,0 | 11,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | | 11,0 |
| SUM Prosjekter | | 11,0 | 5,0 | 16,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 16,0 |
| Medisinteknisk utstyr | 47,26 | -8,6 | 138,5 | 129,9 | 2,0 | 13,4 | 15,4 | 41,1 | 73,4 |
| Teknisk utstyr | 6,11 | 6,5 | 12,0 | 18,5 | 1,2 | | 1,2 | 6,9 | 10,4 |
| Annet utstyr disponert av MTU-midler | 0,00 | | | 0,0 | 4,4 | 1,1 | 5,5 | | -5,5 |
| Diverse | | | 61,5 | | | | | | 0,0 |
| Ombygginger | 0,00 | 13,4 | 10,0 | 23,4 | 0,0 | | 0,0 | | 23,4 |
| Ambulanser | 0,00 | | 12,0 | 12,0 | 0,0 | | 0,0 | 12,0 | 0,0 |
| EK KLP | 0,00 | | 28,0 | 28,0 | 0,0 | | 0,0 | 28,0 | 0,0 |
| SUM Utstyr med mer | 53,4 | 11,3 | 262,0 | 211,8 | 7,7 | 14,5 | 22,1 | 87,9 | 101,7 |
| SUM total | 53,4 | -152,9 | 1 425,7 | 1 211,3 | 25,1 | 47,4 | 72,5 | 87,9 | 1 050,9 |

Byggeprosjekter**Tabell 20 Byggeprosjekter**

| | A-fløya | PET-senter |
|---|----------------|-------------------|
| HMS | H=32 | H=0 |
| Planlagt ferdigstillelse | 01.11.2017 | 20.11.2017 |
| Klinisk drift | 24.01.2018 | 20.02.2018 |
| Fremdrift | Ingen avvik | 4 mnd |
| Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2016 | 612,1 mill kr | 264,5 mill kr |
| Sum investert hittil 2017 | 31,5 mill kr | 17,5 mill kr |
| Sum investert tidligere år | 929,8 mill kr | 193,0 mill kr |
| Sum investert totalt | 961,3 mill kr | 210,5 mill kr |
| Investeringsramme | 1 596 mill kr | 567,9 mill kr |
| Prognose økonomiavvik | 0 | 0 |



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|----------------------------|--|-------------------------------------|
| 21/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.03.2017 |
| Saksansvarlig: Einar Bugge | | Saksbehandler: Hans Petter Bergseth |

Årlig melding 2016

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Årlig melding 2016* for oversendelse til Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Årlig melding 2016 rapporterer i hvilken grad Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har fulgt opp kravene i *Oppdragsdokument 2016 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*, og redegjør for planlagte tiltak på områder der målene ikke er nådd. Strukturen i rapporteringen vektlegger helseforetakenes vurderinger av bakenforliggende årsaker til de resultater som er oppnådd. Helseforetakenes rapportering danner grunnlaget for Helse Nord RHF's *Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet*.

Formål

Formålet med denne saken er styrets gjennomgang og godkjenning av *Årlig melding 2016 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF til Helse Nord RHF*.

Saksutredning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har i 2016 særlig hatt fokus på reduksjon av fristbrudd og ventetider, utvikling av kontinuerlig forbedringsarbeid, læring av hendelser, gjennomføring og registrering av 28 kreftpakkeforløp og tilrettelegging for den nye, mer delaktige pasientrollen.

UNN har hatt oppfølgingsaktiviteter på alle områder i oppdragsdokumentet for 2016, men samtlige oppfølgingspunkter er ikke fullt ut oppfylt. Noen av rapporteringspunktene er løpende aktiviteter som ikke ferdigstilles i 2016, og er gjenstand for langsiktig arbeid og kontinuerlig forbedring.

Felles økonomiske krav og rammebetingelser

Det er gjennomført risikovurderinger på oppdragsdokumentets hovedmålsettinger og alle store organisasjonsendringer i 2016. Forberedende arbeid for risikoanalyser i 2017 med tanke på innflytting i ny A-fløy er startet. Oppfølgingen av bygg og eiendomsforvaltningen med samspill med Sykehusbygg, arbeid med omforent vedlikeholds strategi med tilstandsbasert vedlikeholdsplan er gjennomført i 2016. UNN har hatt ansvaret for å etablere i regionalt fagråd for medisinsk teknisk utstyr og behandlingshjelpemidler.

UNN har etablert rutiner som skal sikre innkjøpsamarbeid etter nasjonal kategoristruktur for spesialisthelsetjenesten. Innkjøpsplanleggingen koordineres med Helse-Nord med oppdaterte oversikt over anskaffelsene. Arbeidet med felles innkjøp for to eller flere foretak i Helse Nord er mer utfordrende enn antatt. Manglende rammeverk for hvordan slike anskaffelser skal foregå er en del av denne utfordringen. Etablering av rammeverk for gjennomføring av fellesanskaffelser og forankring av fellesanskaffelser løses best gjennom Helse Nord sin kategoribaserte innkjøpsorganisering. Innkjøpssystemet Clocwork er ikke fullt og helt implementert innen 01.01.17. Utrullingsplan, rutiner og risikovurdering for dette arbeidet er snart ferdigstilt og vil bli lagt frem som sak i direktørens ledergruppe.

UNN har i 2016 gjennomført sin andre oppfølgingsrevisjon av miljøsertifiseringen. UNN skal nå gjennomføre ny kartlegging og tilpasning av styringssystemet for miljø innen resertifisering etter ISO-14001:2015. Resertifisering er avtalt med DNV gl i juni 2017

Pasientens helsetjeneste, - ventetid variasjon og effektivitet

Ventetidene i UNN fortsetter å gå ned Det er nå færre pasienter på ventelistene og ventetiden er ved inngang på 2017 65 dager i gjennomsnitt, som også var nasjonalt mål for 2016. Avviklingen av langtidsventende og pasienter som ikke hadde rett til prioritert helsehjelp er stort sett gjennomført. Den gjennomsnittlige ventetiden nærmer seg raskt 60 dager som er kravet for 2017. Antall fristbrudd er redusert og ligger nå stort sett under 50 pr mnd. UNN har fortsatt 8-13 pasienter på korridor i gjennomsnitt pr døgn og har ikke klart å innfri kravet om ikke å ha pasienter på korridor.

UNN har etablert standardiserte pasientforløp på 28 kreftdiagnoser, med forløpskoordinatorer og forløpsansvarlige for alle pakkeforløpene. Det har vært jobbet systematisk med å øke kvaliteten i registrering av pakkeforløpene, som har resultert i at UNN har relativt få kodefeil. UNN leverer samlet sett innenfor 70%-målene i pakkeforløpene. Det er etablert opplæringsansvarlige for kodeopplæring i pakkeforløp. Det er fortsatt utfordringer med å gjennomføre alle pakkeforløp innen anbefalt forløpstid. Ved årsskiftet pågår intern revisjon av tre pakkeforløp, med mål om å identifisere forbedringsområder. UNN har etablert helhetlig pasientforløp for sykkelig overvekt og økt kapasiteten på lærings og mestringskurs på dette området.

Arbeidet med å redusere variasjon er ikke kommet i gang i 2016. Det er gjort en del forberedende tiltak med utvikling av KPP modell og innlesing av nye datamarter i HN-LIS. UNN avventer tiltak fra Helse Nord RHF som må koordinere noe av dette arbeidet

Data fra de nasjonale kvalitetsregistrene brukes i ulik grad til kvalitetsforbedringer. Dette henger sammen med registrenes modenhet der de enkelte register er kommet ulikt langt i inkludering av pasienter. Resultater fra flere av registrene benyttes nå til endringer og forbedringsarbeid.

System for pasientopplevd kvalitet er testet ut og fungerer rent teknisk. Det kreves noe mer erfaring på hvordan man skal få elektronisk kommunikasjon til å fungere optimalt opp mot brukerne. Erfaringen fra piloteringen av pasientklagetjenesten (PING) viser at det må gjøres en

innsats rundt promotering og markedsføring av slike systemer både blant ansatte og pasienter/brukere. Det kreves også noe ressurser for å administrere tilbakemeldinger når omfanget blir økende. Flere tiltak er iverksatt for å bedre kommunikasjon mellom behandler og pasient. *Mine behandlingsvalg*, *Ungdomsrådet*, *Bare spør*, tilgang til *Egen journal* og *Visitstolen* er eksempler på dette.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det desentrale behandlingstilbudet styrket gjennom etablering av rusteam ved samtlige Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) utenfor Tromsø. Dette etableres også i Tromsø i 2017, og vil styrke kompetansen innen TSB på sentrene og øke kapasiteten på blant annet poliklinisk behandling, samt styrke samarbeidet med lokalt tjenesteapparat. Økningen i samlet ambulans og poliklinisk virksomhet er uteblitt som følge av overføring av LAR-pasienter til Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset.

Medikamentfritt behandlingstilbud ved UNN er etablert med 6 senger. Utforming av tilbudet har skjedd i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

UNN har gjennomført HOS trinn II i 2016. I den forbindelse er det gitt opplæring i pasientadministrative rutiner til alle relevante ansatte. Det er imidlertid fortsatt utfordringer som genererer feil eller muligheter for feil i det pasientadministrative systemet. Dette følges opp ved at prosedyrer oppdateres og det gis ytterligere opplæring til relevante ansatte.

UNN har ansvar for syv nasjonale/flerregionale kvalitetsregistre. I tillegg skal UNN registrere inn data i alle nasjonale registre. I 2016 rapporterte UNN Tromsø inn pasienter i 32 av 34 registre. Det er to flere enn i 2015. UNN Harstad registrer i 14 av 18 relevante registre, mens UNN Narvik registrerer i 12 av 15 registre.

I 2016 etablerte UNN systematiske hendelsesanalyser. Generelt er oppmerksomheten på uønskede hendelser større og det arbeides mer strukturert med avvik, pasienthendelser og hendelsesanalyser.

Klinikkjefene er ansvarlig for implementering av pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker i egen klinikk. Pasientsikkerhetskoordinator i Kvalitetsavdelingen følger opp og understøtter arbeidet. Alle igangsatte innsatsområder er spredt til alle relevante enheter. Pr. 1. desember 2016 hadde ingen innsatsområder status «rød» i egenrapportering, dvs. ikke startet, men en del enheter har rapportert gul. En mer detaljert rapporteringsform er under utarbeidelse og vil testes ut tidlig i 2017.

Etterlevelse av de nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk er et av oppfølgingspunktene på smittevernvisittene. Mikrobiologisk avdeling er fagansvarlig for antibiotikabruk i UNN og rapporterer til Nasjonale myndigheter om forbruk i tråd med retningslinjer. Våren 2016 ble Antibiotikastyringsprogram vedtatt og er under implementering. Bruk av bredspektrede antibiotika er redusert med 20% i perioden 2012-2015.

Det er gjennomført prevalensundersøkelser på infeksjoner i mai og november 2016. Alle enheter ved de tre sykehusene gjennomførte registreringen. Prevalenstallet for UNN var samlet på 4,8 % for 2016, som er rett i overkant av nasjonalt mål (4,7 %). NOIS registreringen (postoperative sårinfeksjoner) følges tett og UNN har nær eller over 95% oppfølging på alle inngrep som er med i registreringen.

UNN har planlagt å gjennomføre 24 risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) i 2016 knyttet til systemer med sensitiv personopplysninger, hvorav 5 er knyttet til MTU og fjerntilgang. Ved årsskiftet er det gjennomført 10 ROS, samt 6 ROS som ikke opprinnelig var planlagt, men som måtte prioriteres. Gjennomføring av ROS vil fortsette i 2017.

Personell, utdanning og kompetanse

UNN har bidratt og ledet regional nettverksgruppe for rekruttering som har utarbeidet regional handlingsplan for rekruttering, som skal implementeres i Helse Nord som helhet i 2017. Dette blir en sentral oppgave for regionalt rekrutteringsnettverk. Planen og modellen er tatt i bruk for rekruttering i UNN

UNN innfrir måltallene for praksis, turnus- og lærlingeplasser i 2016. Samtlige plasser på Master i helseledelse og Nasjonalt topplederprogram er fylt med kandidater som oppfyller kravene.

I løpet av 2016 gikk bruken av **e-læringsplattformen** Campus ved UNN over i en «stordriftssituasjon» med 28.983 kursgjennomføringer. De fleste organisatoriske enheter ved UNN har tatt i bruk e-læring som verktøy for kompetanseheving.

UNN har hatt som mål å ta i bruk ABP for alle yrkesgrupper. Vi har kommet langt med de tradisjonelle pleiegruppene, men har kommet kortere med dagarbeidere, inkl. legegruppen. Arbeidet er ressurskrevende. Det er vedtatt en prosess for planarbeid for legegruppen, men denne har vært lagt på is i påvente av beslutninger fra Rikslønnsnemda da det kan komme beslutninger som vil kunne påvirke planlagt prosess.

UNN har bidratt sterkt i forberedelsene til etablering av regionalt utdanningscenter for legespesialister og den nye ordningen for legenes spesialistutdanning.

Det er etablert en overordnet tidfestet plan for å sikre gjennomføring og oppfølging av medarbeiderundersøkelsene MU 2016. Målet om 70 % deltakelse ble imidlertid bare delvis oppnådd. 71,6 % var innom selve spørreundersøkelsen, men 9,9 % valgte aktivt å ikke sende inn spørreskjema. Det ga en total svarprosent i UNN på 62 %. UNN deltar i videreutvikling og pilotering av ny nasjonal undersøkelse som slår sammen medarbeiderundersøkelsene, pasientsikkerhetsundersøkelsen og HMS-undersøkelsen.

Sykefraværet i UNN har i 2016 vært høyere enn målsetningen på 7,5 %. Det er i 2016 iverksatt en rekke tiltak på enheter som har et forhøyet sykefravær. Det arbeides langsiktig med tiltaksliste og med identifisering av enheter og problemområder. Enheter med sykefravær over 7,5% skal identifisere og analysere årsaker til fravær og sette inn tiltak som kan reduserer dette.

Forskning og innovasjon

UNN arbeider systematisk med å implementere tiltakene i strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020. Det er utlyst stillinger for støttefunksjoner for forskere. Det er etablert flere samarbeidsfora med regionale, nasjonale og internasjonale miljøer for å styrke utviklingen og forbedre rutiner for implementering av forskningsresultater.

Det er nedsatt en arbeidsgruppe i 2016 som jobbet med revisjon av tjenestetilbudet til Forskningsposten og mandatet til Vitenskapelig råd. I det nye mandatet foreslås det at man vektlegger innovasjonspotensialet i prosjekter. Det arbeides også nasjonalt med kartlegging av krav som stilles til kliniske utprøvingssentre som skal gjennomføre tidlig fase studier.

Gjennom samarbeid i det nasjonale forskningsstøttenettverk NorCRIN jobber UNN for å legge til rette for å øke antall multisenter kliniske studier der UNN er involvert og gjøre utprøvede behandling bedre tilgjengelig for pasienter i regionen. Samarbeidet skal også bidra til å øke vår kompetanse innen klinisk behandlingsforskning.

Medvirkning

Saken var forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, Brukerutvalgets arbeidsutvalg og Arbeidsmiljøutvalget i egne møter 13. og 14.3.2017. Samtlige møter sluttet seg til at direktøren avslutter saken med den innretning saken var gitt.

Vurdering

Oppdragsdokumentet for 2016 ble videreformidlet til klinikker og sentre ut fra ansvarsområder, og fulgt opp gjennom dialogavtaler og oppfølgende dialogmøter med klinikk- og senterledere i egne møter gjennom året. De aller fleste oppdragene i Oppdragsdokumentet er enten oppfylt eller påbegynt. Rapporteringen viser ingen områder med systematisk svikt eller gjennomgående dårlig oppfyllelse av eiers krav. Direktørens vurdering av status i UNNs arbeid med de ulike områdene i oppdragsdokumentet fremkommer i stor grad gjennom styresakene til de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene, ledelsens gjennomgang tertialvis og saker knyttet til enkeltforhold.

Etter direktørens vurdering er det også i 2016 fremgang i foretakets arbeid med internkontroll, og fokuset på utvikling av kontinuerlig forbedring i UNN er i så måte svært viktig. Direktøren er fornøyd med at arbeidet på en rekke områder knyttet til Pasientens helsetjeneste og Kvalitet, Pasientsikkerhet, smittevern og beredskap gir resultater. Det er svært positivt at gjennomsnittlig ventetid er på nivå med nasjonalt krav. Antall fristbrudd er, sett i et lengre perspektiv, betydelig redusert, men det er ikke tilfredsstillende at det ikke har vært nedgang i fristbruddene siste halvdel av 2016. Det intensiverte arbeidet med smittevern gir positive resultater, og kreftpakkeforløpene er i hovedsak godt implementert. Innen utdanning og forskning pågår det en god utvikling i foretaket, mens det fortsatt er behov for å styrke arbeidet med innovasjon.

Det aller viktigste for å utvikle UNN videre i tråd med føringene om å utvikle Pasientens helsetjeneste og nå målene i foretakets visjon og overordnede strategi er å utvikle UNN som en lærende organisasjon med fokus på kontinuerlig forbedring i alle ledd. Det forutsetter størst mulig grad av åpenhet og en gjennomgående kultur for å lære av avvik og uheldige hendelser. Dette vil være et hovedfokus for direktøren også i 2017.

Konklusjon

Direktøren anser at den årlige meldingen og redegjørelsen i denne styresaken gir en god oppsummering av hvordan oppdraget for 2016 er løst innenfor de rammene som var gitt, og peker på områder som skal utvikles videre i 2017.

Direktøren anbefaler styret å oversende årlig melding 2016 til Helse Nord RHF.

Tromsø, 17.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:
Årlig melding 2016



Årlig melding 2016

Fra Universitetssykehuset
til Helse Nord



Innhold

| | |
|--|----|
| 1 Om rapporteringen | 3 |
| 2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser | 4 |
| 2.3 Risikostyring og internkontroll | 4 |
| 2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning..... | 4 |
| 2.5 Anskaffelsesområdet | 6 |
| 2.6 Klima- og miljøtiltak | 10 |
| 3 Pasientens helsetjeneste | 10 |
| - ventetid, variasjon og effektivitet..... | 10 |
| 3.1 Somatikk..... | 23 |
| 3.2 Psykisk helsevern og rus..... | 25 |
| 3.3 Samhandling | 30 |
| 4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap | 33 |
| 4.1 Kvalitet..... | 33 |
| 4.2 Pasientsikkerhet..... | 39 |
| 4.3 Smittevern | 41 |
| 4.4 Beredskap | 43 |
| 5 Personell, utdanning og kompetanse | 44 |
| 5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)..... | 51 |
| 6 Forskning og innovasjon | 53 |
| 7 Styringsparametere 2016 | 56 |
| 8 Oppfølging og rapportering | 56 |
| 9 Sak til HF styrebehandling | 56 |
| 2.1 | 56 |
| 2.2..... | 56 |

1 Om rapporteringen

Se også Kap. 8.

Denne malen skal brukes til helseforetakets **tertialrapport og årlige melding for 2016** til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2016, foretaksspesifikke mål 2016 og styringsparametere 2016.

Rapportering fra helseforetakene på styringsparametre m.v. er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Vi har etter henstilling fra helseforetakene gjennomgått hvilke styringsparametre det skal rapporteres på, og hvilke Helse Nord RHF kan svare HOD på direkte

De punkter som gjelder spesifikke foretak er merket med dette.

Det skal gis tilbakemelding på alle rapporteringskrav i dette dokumentet. Tabellen under rapporteringskrav viser hvilke krav som skal rapporteres tertialvis og hvilke kun i årlig melding.

Rapporteringsteksten skal kort beskrive tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

- Økonomiske krav rapporteres ikke lenger i Årlig melding. Disse forholdene ivaretas gjennom månedlige virksomhetsrapporteringer.

2.3 Risikostyring og internkontroll

Mål 2016

- Gjennomførte risikovurderinger¹, i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (RL1602).

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har gjennomført risikovurderinger på målsetningene i oppdragsdokumentet for 2016. Risikovurderingene er rapportert til Helse Nord i tertialrapportene. Videre er det gjort vurderinger på hele oppdragsdokumentet for 2016 og satt inn tiltak på særlig krevende oppdrag.

UNN risikovurderer systematisk endringer i organisasjonen og har i 2016 vurdert flere større endringer:

- Sammenslåing av Fag og forskningscenteret og deler av Nasjonalt senter for telemedisin
- Flytting av plastikkirurgi fra NOR klinikken til K3K.
- Forberedelse risikovurderinger for innflytting i ny A-fløy 2017/2018

2.4 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Mål 2016

- Gjennomføre samspillmodell med Sykehusbygg HF.

Rapporteringstekst Årlig melding

Utbyggingskontoret og teknisk drift har deltatt i prosess sammen med Helse Nord RHF og øvrige foretak i regionen for å utarbeide strategi for samspill og samarbeid med Sykehusbygg HF. Arbeidet ble avsluttet i desember med felles rapport.

¹ Viser til brev oversendt foretakene 24.2.2016 «Overordnede mål for risikostyring i Helse Nord i 2016»

- Delta i utarbeidelse av styresak til Helse Nord RHF knyttet til oppfølging av nytteverdien av FIKS- programmet og DIPS Arena, innen utgangen av andre tertial.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har deltatt i utarbeidelse av styresak 151-2016, innen utgangen av 3. tertial.

- Som oppfølging av ny tilstandsrapport og med data registrert i klassifikasjonssystemet, bidra til en omforent vedlikeholdsstrategi ved rullering av Plan for Helse Nord 2017–2020 innen 31.03.16

Rapporteringstekst Årlig melding

Drift og eiendomssenteret (DES) gjennomfører en tilstandsbasert vedlikeholdsplan, som en del av dialogavtalen og i henhold til ønsket strategisk utvikling. Planen har 3-års perspektiv og sikrer riktig prioritering av tiltak innenfor en årlig ramme på 40 millioner. FDV-dokumentasjon registreres i FCV-verktøyet Plania, og klassifikasjonssystemet er implementert i dette verktøyet.

- Bidra i å vurdere hvilke muligheter en husleiemodell kan gi, og hvordan den eventuelt kan implementeres i foretakene.

UNN ved Drifts-og Eiendomssenteret deltar aktivt i utredningsarbeidet som Helse Nord v/Eiendomsforum har iverksatt for å planlegge ferdig og iverksette et system for innføring av internleie i alle helseforetak i Helse Nord.

Internleie innføres for å bidra til overordnede mål for hvordan helseforetakene i Helse Nord skal forvalte sine bygg og eiendommer på en mest mulig kostnadseffektiv måte, slik at forvaltning av bygg og eiendommer best mulig understøtter kjernevirksomheten.

Kostnadene forbundet med eiendomsforvaltningen foreslås synliggjort; der brukeren får ansvar for eget arealbehov og kostnadsdekkende budsjettering svarende til arealbehovet (som i et leieforhold). Ordningen skal sikre at midler fra internleie blir brukt til formålet – dekking av kapitalkostnader, samt til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU).

Utredningsarbeidet ventes ferdig fremlagt for direktør beslutning i helseforetakene og Helse Nord i løpet av 2017 med tanke på iverksetting fra og med 2018.

- Innen første tertial etablere plan for innfasing til nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).

Rapporteringstekst Årlig melding

Sykehusene ved UNN bruker Medusa både for MTU og BHM

- Gjennomføre årlig gjennomgang av ekstern revisor av store byggeprosjekter.

Rapporteringstekst Årlig melding

Revisjon av store byggeprosjekter for kalenderåret 2016 er avtalt med revisorfirma 25. januar 2017. Det er innenfor tidsfristen revisor har satt for 2016.

Foretaksspesifikke mål 2016

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Ansvar for å opprette regionalt fagråd for MTU og BHM. Forslag til mandatet skal legges frem i direktørmøtet innen april 2016.

Rapporteringstekst Årlig melding

Regionalt fagråd er opprettet og møter avvikles via Skype i tillegg til fysiske møter.

- Regionalt forvaltningsansvar for FDV-system for MTU og BHM inntil nasjonal forvaltningsenhet er etablert.

Rapporteringstekst Årlig melding

Medisinsk teknikk og behandlingshjelpemidler: Samarbeidsmøter avvikles via Skype.

2.5 Anskaffelsesområdet

Mål 2016

- Nasjonal kategoristruktur skal implementeres i foretakenes samlede innkjøpsvirksomhet, og innkjøpsarbeidet skal gjennomføres i tråd med ny nasjonal innkjøpshåndbok.

Innkjøpsarbeidet ved UNN organiseres etter nasjonal kategoristruktur for spesialisthelsetjenesten. Avtaleporteføljen til UNN, bestående av lokale, regionale og nasjonale avtaleområder, er kategorisert etter nasjonal kategoristruktur for spesialisthelsetjenesten.

Innkjøpsarbeidet er gjennomført i tråd med nasjonal innkjøpshåndbok.

Samordning

Foretakene skal

- Innen 28.2.16 ha oppdatert oversikt over foretakets løpende, konkurransebaserte avtaler og levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres og/- eller startes opp i løpet av 2016.

Oversikt over UNN sine avtaleområder og plan for anskaffelser for 2016 ble oversendt Helse Nord RHF ved innkjøpssjef Rune Sætermo per e-post 26.02.2016.

- Innen 31.3.16 levere en omforent plan for hvilke anskaffelser som i 2016 kan gjøres felles for to eller flere av foretakene.

Dette målet ble ikke nådd. Mange av UNN sine planlagte anskaffelser for 2016 var ikke egnet for fellesanskaffelser.

Videre er det per i dag ikke utarbeidet rammeverk for hvordan slike anskaffelser skal organiseres og gjennomføres. Dette må etableres ved hver enkelt anskaffelse, noe som er krevende. Vellykket gjennomføring av fellesanskaffelser krever også forankring blant brukerne/fagfolkene i de forskjellige helseforetakene. Slik forankring er ofte vanskelig å få til.

Etablering av rammeverk for gjennomføring av fellesanskaffelser og forankring av fellesanskaffelser løses best gjennom Helse Nord sin kategoribaserte innkjøpsorganisering. Vi ønsker derfor primært at fellesanskaffelser skjer med bakgrunn i denne organiseringen.

- Innen 30.11.16 levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres og /eller startes opp i 2017.

Oversikt over plan for anskaffelser for 2017 ble oversendt Helse Nord RHF ved innkjøpssjef Rune Sætermo per e-post 01.12.2016.

- Innen 31.12.16 levere en omforent plan for hvilke anskaffelsesprosesser i 2017 som kan gjøres felles for 2 eller flere av foretakene.

Dette målet ble ikke nådd. Mange av UNN sine planlagte anskaffelser for 2017 er ikke egnet for fellesanskaffelser. Videre er det per i dag ikke utarbeidet rammeverk for hvordan slike anskaffelser skal organiseres og gjennomføres. Må etableres ved hver enkelt anskaffelse, noe som er krevende. Vellykket gjennomføring av fellesanskaffelser krever forankring blant brukerne/fagfolkene i de forskjellige helseforetakene. Slik forankring er ofte vanskelig å få til.

Etablering av rammeverk for gjennomføring av fellesanskaffelser og forankring av fellesanskaffelser løses best gjennom Helse Nord sin kategoribaserte innkjøpsorganisering. Vi ønsker derfor primært at fellesanskaffelser skjer med bakgrunn i denne organiseringen.

- Følge opp regional plan for MTU-anskaffelser. Alle planlagte anskaffelser skal skje i tråd med plan, og uforutsette behov skal avstemmes regionalt før anskaffelsesprosess starter opp. Dette gjøres parallelt med prosess i kategoristyringsprosjektet.

Metode og mal for detaljplanlegging og behovskartlegging er under utarbeidelse, men ikke ferdig. Vi har i stor grad planlagt for enkelte store prosjekter (som ligger i Virksomhetsplanen), ambulanser og en del mindre anskaffelser. Øvrig investeringsramme benyttes til reanskaffelser av utstyr som bryter sammen, og prioriteringer gjøres fortløpende i overordnet investeringsgruppe. Dersom det foreligger avtale nasjonalt (HINAS) eller regionalt som det kan gjøres avrop på gjøres dette.

Systemstøtte

Mål 2016

- Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon. Innen 1.1.2017 skal det innenfor definert scope kunne rapporteres detaljert for alle vareanskaffelser hva som kjøpes, på hvilken avtale og til hvilke vilkår.

UNN har ikke nådd dette målet ennå. Full implementering av CWL er definert som en egen satsing i dialogavtalen mellom økonomisjef og innkjøpssjef. I dette arbeidet skal implementeringen forankres i direktørens ledergruppe gjennom egen sak. Arbeidsprosesser og –rutiner for bruk og

vedlikehold av Clockwork er snart klare. Dette sammen med utrullingsplan og risikovurdering vil utgjøre en del av innholdet i saken for direktørens ledergruppe, som forventes behandlet i ledergruppen i løpet av mars 2017, med etterfølgende implementering. Forventes ferdigstilt i løpet av 2017.

Ressurser

Mål 2016

- Stille til rådighet nødvendige ressurser ved deltakelse i regionale og nasjonale anskaffelsesprosesser og til kategoristyringsprosjektet, jf. samarbeidsavtale mellom RHF og HF-ene

I all hovedsak stiller UNN med nødvendige ressurser ved deltakelse i regionale og nasjonale anskaffelsesprosesser og til kategoristyringsprosjektet.

- Sikre at forvaltningsressurs for innkjøps- og logistikksystem er frigjort til forvaltningsoppgaver i henhold til plan.

Innkjøpsseksjonen ved UNN har en egen stilling som forvalter av innkjøps- og logistikksystemet Clockwork. I tillegg har innkjøpsseksjonen over tid sett behov for å delegere flere ressurser til forvaltning av data i Clockwork. Totalt benyttes nesten tre årsverk til dette.

I arbeidet med felles artikkelregister i Helse Nord har UNN kun få CWL-artikler igjen på sin oppfølgingsliste.

- Sikre tilstrekkelige ressurser til å fullføre utrulling av innkjøps- og logistikksystem.

I utgangspunktet mener vi det er avsatt nok ressurser til å fullføre utrulling av innkjøps- og logistikksystemet Clockwork, men arbeidet med virksomhetsoverdragelse til Sykehusinnkjøp HF har tatt så mye tid at implementeringsprosjektet for Clockwork har blitt forsinket. I det videre arbeidet skal implementeringen forankres i ledergruppen gjennom egen sak for direktørens ledergruppe. Arbeidsprosesser og –rutiner for bruk og vedlikehold av Clockwork er snart ferdig utarbeidet. Dette sammen med utrullingsplan og risikovurdering vil utgjøre deler av innholdet i saken til direktørens ledergruppe.

UNN har med utgangspunkt i de allerede gjennomgåtte arbeidsprosessene knyttet til bruk av CWL sett behov for sentralisering av fakturavviksbehandling. UNN har derfor opprettet en egen stilling til dette. Denne er ennå ikke besatt.

2.6 Klima- og miljøtiltak

Mål 2016

- Helseforetakenes miljøsertifikat skal resertifiseres etter ny versjon av ISO-14001:2015 i løpet av 2016/2017.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN HF gjennomførte sin andre oppfølgingsrevisjon oktober 2016. Avvik, observasjoner og forbedringsforslag er lukket og behandlet og sendt tilbake innen gjeldene tidsfrister. Ledergruppen i UNN blir orientert om status og skal beslutte en handlingsplan for oppfølging av DNV gl sine anførte forbedringsområder. UNN HF skal gjennomføre ny kartlegging og tilpasning av styringssystemet for miljø innen resertifisering etter ISO-14001:2015. Revisjon i forbindelse med resertifisering er avtalt med DNV gl 6.-9. juni 2017.

Helseforetakene skal sette miljømål for de miljøindikatorne som forventes besluttet av administrerende direktører (AD-ene) i de regionale helseforetakene.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN HF følger opp sine miljømål og rapporterer i Ledelsens gjennomgang. Som en del av revideringen av miljøstyringssystemet skal vi også revurdere vår miljøstrategi. Miljømålstrategien til UNN skal også ivareta indikatorene som er bestemt i AD møtet og det vil bli rapportert til Helse Nord RHF etter avtalte frister for 2016 og 2017.

3 Pasientens helsetjeneste

- ventetid, variasjon og effektivitet

Mål 2016

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.

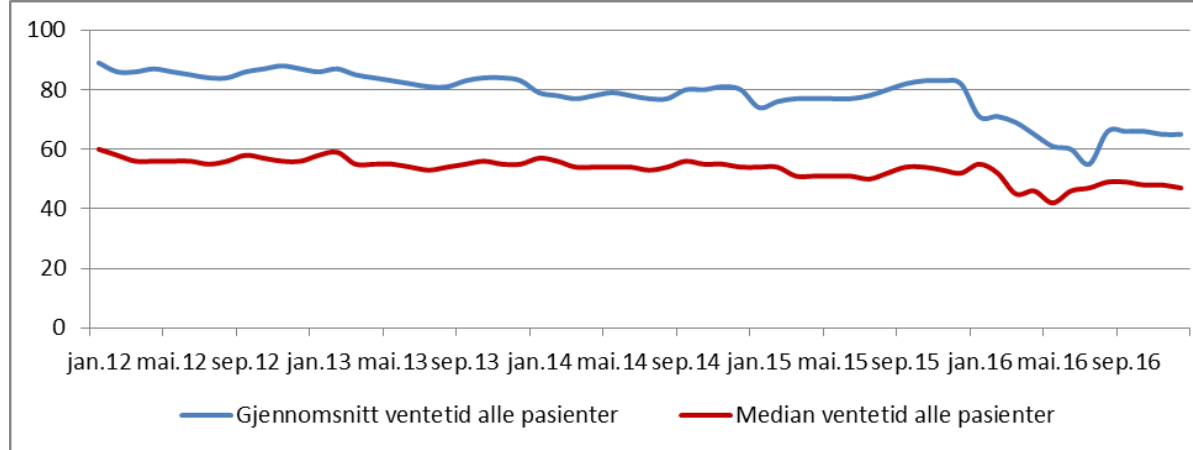
Gjennomsnittlig ventetid for pasienter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) som ble tatt til behandling fra venteliste pr desember 2016, var 65 (median 47) dager. Dette er 17 dager mindre enn for samme periode i 2015.

Rettighetspasientene ventet i gjennomsnitt 56 (median 44) dager, mens pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ventet i gjennomsnitt 235 (median 203) dager. UNN har ved utgangen av 2016 noen få pasienter stående på venteliste uten rett (henvist før 01.11.2015).

Antall pasienter på venteliste ved utgangen av desember var 9 701, noe som er en nedgang på 2 698 pasienter (-22 %) fra året før.

Gjennomsnittlig ventetid for de som fortsatt står på venteliste er ved utgangen av 2016 66 dager. Dette er en reduksjon på 19 dager sammenlignet med samme tid i 2015 (-22 %). Ved utgangen av desember var det 142 pasienter som hadde stått over ett år på venteliste. Sammenlignet med utgangen av desember 2015 er dette en reduksjon på 109 pasienter (-43 %). Antall pasienter som ikke møtte til avtalt poliklinisk konsultasjon i desember var 1 644, en økning på 415 (+34 %) fra i fjor.

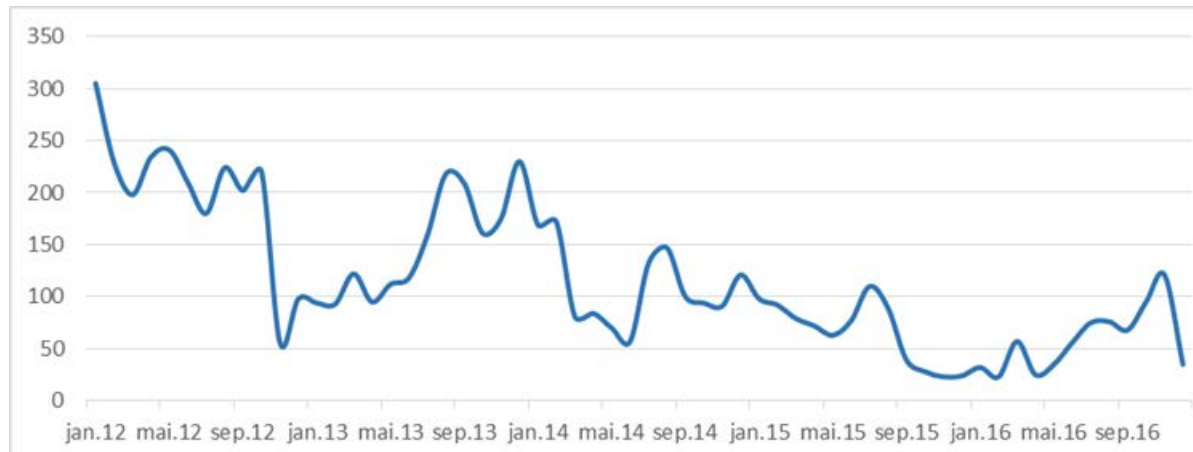
Trend gjennomsnitt og median ventetid; alle pasienter



- Ingen fristbrudd.

Rapporteringstekst Årlig melding

Antall fristbrudd ved utgangen av desember var 35, ved samme tid i 2015 var tallet 24.



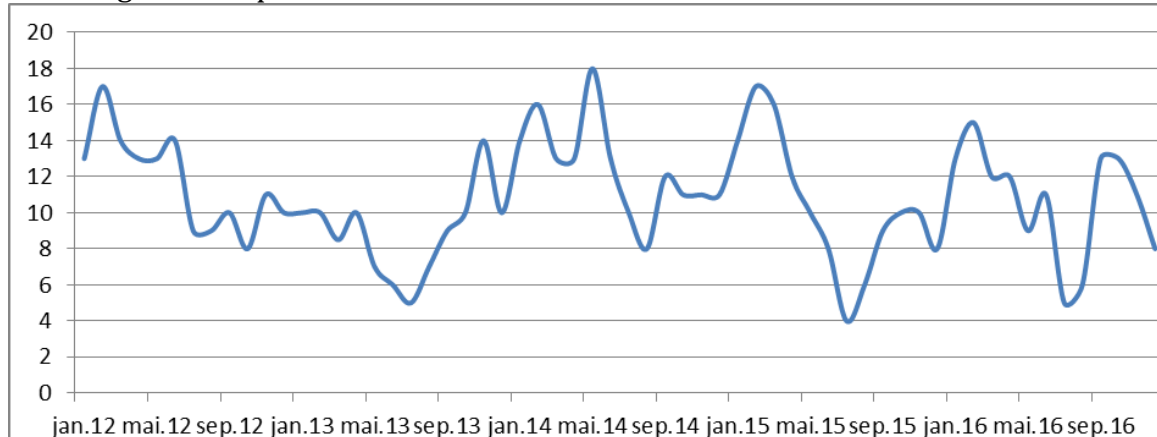
Fristbrudd følges opp ukentlig i direktørens tavlemøter. Klinikkene følger dette videre opp i avdelingene. Andelen fristbrudd er i et lengre tidsperspektiv betydelig redusert, men har stabilisert seg det siste året. Fristbrudd og kommende fristbrudd overvåkes i HN LIS, og omtales i de månedlige virksomhetsrapportene til UNNs styre og Helse Nord RHF. Ved årsskiftet er det særlig håndkirurgi som står for en stor andel av fristbruddene.

- Ingen korridorpasienter.

Rapporteringstekst Årlig melding

Status for korridorpasienter er uendret i 2016. I gjennomsnitt har UNN mellom 8 og 13 pasienter på korridor pr døgn. Korridorpasienter henger blant annet sammen med et stort antall utskrivningsklare pasienter i foretakets somatiske sengeposter, men forklares ikke av dette alene. Det arbeides for å bedre koordinering av sengebruken i de somatiske enhetene i UNN Breivika, og det pågår et prosjekt for å justere lokalsykehusfunksjonen i somatikken i UNN Tromsø. Begge disse tiltakene har som mål å bidra til reduksjon i antall korridorpasienter, i likhet med arbeidet med å videreutvikle Pasientsentrerte helsetjenesteteam til flere kommuner.

Utvikling korridorpasienter:



- Bidra til å utarbeide og implementere nye nasjonale pakkeforløp.

Rapporteringstekst Årlig melding

Det er ikke innført nye pakkeforløp i UNN i løpet 2016. Forberedelser er gjort på de aktuelle fagområdene og det avventes for igangsetting fra sentralt hold.

- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.

Rapporteringstekst Årlig melding

Andelen pasienter i pakkeforløp er 90% ved utgangen av desember.

| Pakkeforløp | Nye kreftpas. i UNN. Antall | Antall i pakkeforløp | Andel i pakkeforløp % | Måltall, % |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|------------|
| Brystkreft | 179 | 167 | 93 | 70 |
| Hode- halskreft | 60 | 53 | 88 | 70 |
| Kronisk lymfatisk leukemi | 10 | 7 | 70 | 70 |
| Myelomatose | 14 | 11 | 78 | 70 |
| Akutt leukemi | 22 | 17 | 77 | 70 |
| Lymfom | 61 | 55 | 90 | 70 |
| Bukspyttkjertelkreft | 55 | 50 | 90 | 70 |
| Tykk- og endetarmskreft | 164 | 154 | 93 | 70 |
| Blærekreft | 82 | 75 | 91 | 70 |
| Nyrekreft | 57 | 51 | 89 | 70 |
| Prostatakreft | 195 | 172 | 88 | 70 |
| Peniskreft | 5 | 4 | 80 | 70 |
| Testikkelkreft | 22 | 21 | 95 | 70 |
| Livmorkreft | 52 | 46 | 88 | 70 |
| Eggstokkreft | 35 | 31 | 88 | 70 |
| Livmorhalskreft | 31 | 27 | 87 | 70 |
| Hjernekreft | 36 | 22 | 61 | 70 |
| Lungekreft | 143 | 137 | 95 | 70 |
| Kreft hos barn | 12 | 11 | 91 | 70 |
| Kreft i spiserør og magesekk | 54 | 52 | 96 | 70 |
| Primær leverkreft | 14 | 12 | 85 | 70 |
| Skjoldbruskkjertelkreft | 39 | 37 | 94 | 70 |
| Føflekkreft | 90 | 75 | 83 | 70 |
| Galleveiskreft | 15 | 13 | 86 | 70 |
| Totalt | 1447 | 1300 | 90 | |

- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har god oversikt og kontroll på pakkeforløpene. Kravet på 70 % innen standard forløpstid overholdes ikke for alle krefttyper. Det er gjennomføres ved årsskiftet intern revisjon på flere av forløpene som viser til dels stor variasjon i tidene fra pasient til pasient. Det søkes etter effektive tiltak for å redusere variasjon i hvert ledd i forløpet.

Andelen kreftpasienter innenfor standard forløpstid var ved årsskiftet 69 %.

| Pakkeforløp | Beskrivelse | Fullførte forløp, antall | Antall innenfor frist | Andel innenfor frist, % | Median forløpstid | Standard forløpstid |
|----------------------------|---|--------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------|---------------------|
| BRYSTKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 145 | 103 | 71 | 22 | 27 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 39 | 35 | 89 | 12 | 27 |
| HODE- OG HALSKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 40 | 30 | 75 | 21 | 28 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 4 | 4 | 100 | 4 | 28 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 30 | 17 | 56 | 25 | 28 |
| MYELOMATOSE | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 11 | 11 | 100 | 7 | 30 |
| AKUTT LEUKEMI | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 19 | 17 | 89 | 3 | 8 |
| LYMFOM | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 54 | 37 | 68 | 14 | 27 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 7 | 3 | 42 | 29 | 28 |
| BUKSPYTTKJERTELKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 23 | 13 | 56 | 27 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 5 | 4 | 80 | 21 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 1 | | | 20 | |
| TYKK- OG ENDETARMSKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 146 | 91 | 62 | 30 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 4 | 2 | 50 | 2 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 19 | 13 | 68 | 32 | 39 |
| BLÆREKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 81 | 61 | 75 | 31 | 46 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 16 | 10 | 62 | 34 | 46 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 3 | 3 | 100 | 23 | 46 |
| NYREKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 41 | 18 | 43 | 46 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 1 | 1 | 100 | 6 | 43 |
| PROSTATAKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 76 | 30 | 39 | 73 | 66 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 85 | 42 | 49 | 38 | 37 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 10 | 5 | 50 | 36 | 66 |
| PENISKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 1 | 0 | 0 | 68 | 37 |
| TESTIKKELKREFT | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 8 | 5 | 62 | 16 | 31 |
| LIVMORKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 46 | 34 | 73 | 29 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 1 | 0 | 0 | 36 | 30 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 2 | 2 | 100 | 20 | 36 |
| EGGSTOKKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 53 | 45 | 84 | 24 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 10 | 6 | 60 | 23 | 30 |
| LIVMORHALSKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 13 | 10 | 76 | 27 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 4 | 2 | 50 | 27 | 30 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 11 | 9 | 81 | 27 | 36 |
| HJERNEKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 19 | 16 | 84 | 9 | 27 |
| | 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. | 39 | 25 | 64 | 38 | 42 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 24 | 21 | 87 | 21 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 55 | 45 | 81 | 27 | 42 |
| KREFT HOS BARN | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 4 | 3 | 75 | 2 | 27 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 10 | 9 | 90 | 3 | 16 |
| SPISERØR OG MAGESEKKEKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 11 | 8 | 72 | 31 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 18 | 18 | 100 | 26 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 9 | 8 | 88 | 33 | 43 |
| PRIMÆR LEVERKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 6 | 0 | 0 | 45 | 39 |
| SARKOM | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 1 | 0 | 0 | 70 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 1 | 1 | 100 | 19 | 43 |
| SKJOLDBRUSKJERTELKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 36 | 20 | 55 | 35 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 1 | | | 36 | 43 |
| FØFLEKKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 90 | 79 | 87 | 11 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 1 | 1 | 100 | 24 | 35 |
| GALLEVEISKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 10 | 10 | 100 | 30 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 1 | 0 | 0 | 63 | 41 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 1 | 1 | 100 | 1 | 43 |
| DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP | Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning | 85 | 64 | 75 | 16 | 22 |

- Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft). Mål minst 70 %

| Pakkeforløp | Nye kreftpas. I UNN. Antall | Antall i pakkeforløp | Andel i pakkeforløp % | Måltall, % |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|------------|
| Brystkreft | 179 | 167 | 93 | 70 |
| Hode- halskreft | 60 | 53 | 88 | 70 |
| Kronisk lymfatisk leukemi | 10 | 7 | 70 | 70 |
| Myelomatose | 14 | 11 | 78 | 70 |
| Akutt leukemi | 22 | 17 | 77 | 70 |
| Lymfom | 61 | 55 | 90 | 70 |
| Bukspyttkjertelkreft | 55 | 50 | 90 | 70 |
| Tykk- og endetarmskreft | 164 | 154 | 93 | 70 |
| Blærekreft | 82 | 75 | 91 | 70 |
| Nyrekreft | 57 | 51 | 89 | 70 |
| Prostatakreft | 195 | 172 | 88 | 70 |
| Peniskreft | 5 | 4 | 80 | 70 |
| Testikkelkreft | 22 | 21 | 95 | 70 |
| Livmorkreft | 52 | 46 | 88 | 70 |
| Eggstokkreft | 35 | 31 | 88 | 70 |
| Livmorhalskreft | 31 | 27 | 87 | 70 |
| Hjernekreft | 36 | 22 | 61 | 70 |
| Lungekreft | 143 | 137 | 95 | 70 |
| Kreft hos barn | 12 | 11 | 91 | 70 |
| Kreft i spiserør og magesekk | 54 | 52 | 96 | 70 |
| Primær leverkreft | 14 | 12 | 85 | 70 |
| Skjoldbruskkjertelkreft | 39 | 37 | 94 | 70 |
| Føflekkreft | 90 | 75 | 83 | 70 |
| Galleveiskreft | 15 | 13 | 86 | 70 |
| Totalt | 1447 | 1300 | 90 | |

Lungekreft: 95%
 Brystkreft: 93%
 Prostatakreft: 88%
 Tykktarmskreft: 93%

- Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid. Mål minst 70 %

Rapporteringstekst Årlig melding

| Pakkeforløp | Beskrivelse | Fullførte forløp, antall | Antall innenfor frist | Andel innenfor frist, % | Median forløpstid | Standard forløpstid |
|-------------|---|--------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------|---------------------|
| BRYSTKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling | 145 | 103 | 71 | 22 | 27 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 39 | 35 | 89 | 12 | 24 |

| | | | | | | |
|-------------------------|---|-----|----|----|----|----|
| TYKK- OG ENDETARMSKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 146 | 91 | 62 | 30 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 4 | 2 | 50 | 2 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 19 | 13 | 68 | 32 | 39 |
| PROSTATAKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 76 | 30 | 39 | 73 | 66 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 85 | 42 | 49 | 38 | 37 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 10 | 5 | 50 | 36 | 66 |
| LUNGBKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 39 | 25 | 64 | 38 | 42 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 24 | 21 | 87 | 21 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 55 | 45 | 81 | 27 | 42 |

Det er noen utfordringer med krefttypene *Tykk- og endetarmskreft* og *prostatakreft*. Det gjennomføres intern revisjon på kreftforløpene for å avdekke hvor bristen er. Effektive tiltak vurderes basert på de funn som revisjonen avdekker. Deler av utfordringen har sammenheng med knapp kapasitet på operasjoner, som vil bedres når ny A-fløy tas i bruk i 2018. Det pågår stadig justering av tildelingen av operasjonskapasitet til ulike fagområder i UNN, der kreftbehandlingen er høyt prioritert.

- Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt). Mål minst 70 %

Rapporteringstekst Årlig melding

Samlet 90% for 2016

| Pakkeforløp | Nye kreftpas. i UNN. Antall | Antall i pakkeforløp | Andel i pakkeforløp % | Måltall, % |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|------------|
| Brystkreft | 179 | 167 | 93 | 70 |
| Hode- halskreft | 60 | 53 | 88 | 70 |
| Kronisk lymfatisk leukemi | 10 | 7 | 70 | 70 |
| Myelomatose | 14 | 11 | 78 | 70 |
| Akutt leukemi | 22 | 17 | 77 | 70 |
| Lymfom | 61 | 55 | 90 | 70 |
| Bukspyttkjertelkreft | 55 | 50 | 90 | 70 |
| Tykk- og endetarmskreft | 164 | 154 | 93 | 70 |
| Blærekreft | 82 | 75 | 91 | 70 |
| Nyrekreft | 57 | 51 | 89 | 70 |
| Prostatakreft | 195 | 172 | 88 | 70 |
| Peniskreft | 5 | 4 | 80 | 70 |
| Testikkelkreft | 22 | 21 | 95 | 70 |
| Livmorkreft | 52 | 46 | 88 | 70 |
| Eggstokkreft | 35 | 31 | 88 | 70 |
| Livmorhalskreft | 31 | 27 | 87 | 70 |
| Hjernekreft | 36 | 22 | 61 | 70 |
| Lungekreft | 143 | 137 | 95 | 70 |
| Kreft hos barn | 12 | 11 | 91 | 70 |
| Kreft i spiserør og magesekk | 54 | 52 | 96 | 70 |
| Primær leverkreft | 14 | 12 | 85 | 70 |
| Skjoldbruskkjertelkreft | 39 | 37 | 94 | 70 |
| Føflekkreft | 90 | 75 | 83 | 70 |
| Galleveiskreft | 15 | 13 | 86 | 70 |
| Totalt | 1447 | 1300 | 90 | |

- Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid. Mål minst 70 %.

Samlet 69 % for 2016

| Pakkeforløp | Beskrivelse | Fullførte forløp, antall | Antall innenfor frist | Andel innenfor frist, % | Median forløpstid | Standard forløpstid |
|-------------------------|---|--------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------|---------------------|
| BRYSTKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 145 | 103 | 71 | 22 | 27 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 39 | 35 | 89 | 12 | 27 |
| HODE- OG HALSKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 40 | 30 | 75 | 21 | 28 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 4 | 4 | 100 | 4 | 28 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 30 | 17 | 56 | 25 | 28 |
| MYELOMATOSE | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 11 | 11 | 100 | 7 | 30 |
| AKUTT LEUKEMI | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 19 | 17 | 89 | 3 | 8 |
| LYMFOM | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 54 | 37 | 68 | 14 | 27 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 7 | 3 | 42 | 29 | 28 |
| BUKSPYTTEKJERTELKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 23 | 13 | 56 | 27 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 5 | 4 | 80 | 21 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 1 | | | 20 | |
| TYKK- OG ENDETARMSKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 146 | 91 | 62 | 30 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 4 | 2 | 50 | 2 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 19 | 13 | 68 | 32 | 39 |
| BLÆREKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 81 | 61 | 75 | 31 | 46 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 16 | 10 | 62 | 34 | 46 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 3 | 3 | 100 | 23 | 46 |
| NYREKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 41 | 18 | 43 | 46 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 1 | 1 | 100 | 6 | 43 |
| PROSTATAKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 76 | 30 | 39 | 73 | 66 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 85 | 42 | 49 | 38 | 37 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 10 | 5 | 50 | 36 | 66 |
| PENISKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 1 | 0 | 0 | 68 | 37 |
| TESTIKKELKREFT | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 8 | 5 | 62 | 16 | 31 |
| LIVMORKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 46 | 34 | 73 | 29 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 1 | 0 | 0 | 36 | 30 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 2 | 2 | 100 | 20 | 36 |
| EGGSTOKKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 53 | 45 | 84 | 24 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 10 | 6 | 60 | 23 | 30 |
| LIVMORHALSKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 13 | 10 | 76 | 27 | 36 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 4 | 2 | 50 | 27 | 30 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 11 | 9 | 81 | 27 | 36 |
| HJERNEKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 19 | 16 | 84 | 9 | 27 |
| | 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. | 39 | 25 | 64 | 38 | 42 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 24 | 21 | 87 | 21 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 55 | 45 | 81 | 27 | 42 |
| KREFT HOS BARN | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 4 | 3 | 75 | 2 | 27 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 10 | 9 | 90 | 3 | 16 |
| SPISERØR OG MAGESEKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 11 | 8 | 72 | 31 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 18 | 18 | 100 | 26 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 9 | 8 | 88 | 33 | 43 |
| PRIMÆR LEVERKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 6 | 0 | 0 | 45 | 39 |
| SARKOM | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 1 | 0 | 0 | 70 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 1 | 1 | 100 | 19 | 43 |
| SKJOLDBRUSKJERTELKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 36 | 20 | 55 | 35 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 1 | | | 36 | 43 |
| FØFLEKKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 90 | 79 | 87 | 11 | 35 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 1 | 1 | 100 | 24 | 35 |
| GALLEVEISKREFT | Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling. | 10 | 10 | 100 | 30 | 43 |
| | Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling | 1 | 0 | 0 | 63 | 41 |
| | Fra henvisning mottatt til start strålebehandling. | 1 | 1 | 100 | 1 | 43 |
| DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP | Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning | 85 | 64 | 75 | 16 | 22 |

- Ha dedikerte analyseresurser til å bistå avdelingene i å implementere tiltak for å redusere variasjon.

Stabssenteret i UNN jobber med utvikling av KPP modellen. Når modellen er klar til å tas i bruk vil den blant annet bidra til å vise variasjon. Det arbeides med å etablere analysegruppe i et samarbeid mellom Kvalitets- og utviklingssenteret og Stabssenteret. UNNs direktør har besluttet at videre arbeid med UNN KIS avsluttes, og ressursbruken på å utvikle innholdet i HN LIS kan utover i 2017 økes tilsvarende. Det planlegges bedre bruk av ressursene i HN LIS for analyseformål der reduksjon av variasjon er et fokusområde. Kvalitetsavdelingen har styrket staben på prosessanalyser noe som vil gi støtte til arbeidet med å redusere variasjon.

- Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015, målt ved utvalgte indikatorer definert av Helse Nord RHF. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av indikatorer innen utgangen av mars 2016.

UNN har ikke utført spesifikke tiltak på dette i 2016. Avventer indikatorer fra RHF.

- Redusere variasjon i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av fagområder innen utgangen av mars 2016.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har ikke utført spesifikke tiltak på dette i 2016. Avventer indikatorer fra RHF.

- Redusere variasjonen i andel dagkirurgi innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015. Helse Nord RHF vil komme tilbake med en spesifisering av fagområder innen utgangen av mars 2016.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har ikke utført spesifikke tiltak på dette i 2016. Avventer indikatorer fra RHF

- Opprette helhetlig pasientforløp for sykkelig overvekt og måle effekt av implementering herunder utvikling i ventetid (volum) og pasientopplevd kvalitet.

Rapporteringstekst Årlig melding

Pasientforløpet for sykkelig overvekt er etablert med kartleggings/veiledningskonsultasjon hos sykepleier før konsultasjon lege med fokus på medisinske følgetilstander. Pasientene

gis et todagers lærings- og mestringskurs som etterfølges av gruppeveiledning over ca. 6 mnd. Forløpet avsluttes med legekonsultasjon. I samråd med pasienten henvises de enten til kirurgisk overveiktsbehandling, rehabilitering eller tilbake til primærhelsetjenesten. Ventetiden overvåkes og den har vært økende i 2016 på LMS kurs. Kapasiteten er derfor økt fra 4 til 6 kurs pr år. Alle som er på LMS kurs er med i kartlegging av pasientopplevd kvalitet.

- Bruke data fra nasjonale kvalitetsregistre systematisk i lokalt klinisk forbedringsarbeid.

Rapporteringstekst Årlig melding

Mange enheter i UNN bruker data fra kvalitetsregistre i forbedringsarbeid, selv om dette skjer i noe ulik grad. Dette henger sammen med registrenes modenhet i form av inkludering av pasienter, statistiske løsninger, innsamlings- og rapporteringsmetoder. Et eksempel er ryggregisteret som leverer jevnlig data til klinikk og som påvirker praksis. Videre leveres data til forskning der ny kunnskap genereres. Vi ser også eksempler på at data fra registeret har vært i bruk i pasientklagesaker der fakta har kommet til pasientens gunst. Også resultater fra Barnediabetesregisteret, slagregisteret og hjerteinfarktregisteret brukes til viktig forbedringsarbeid.

Et modent register har mange nytteområder men det tar erfaringsmessig flere år før registeret har etablert seg som et klinisk verktøy.

- Legge til rette for innregistrering av PROMs i kvalitetsregistrene.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har ikke utført spesifikke tiltak på dette i 2016. Avventer felles system på dette fra RHF. UNN har deltatt i arbeidet med å diskutere eventuelle løsningsforslag.

- Utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har etablert systematiske tilbakemeldinger fra pasienter i flere enheter. Det er ikke satt spesifikke mål for pasientopplevd kvalitet lokalt. Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Hjerte- og lungeklinikken, Psykisk helse- og rusklinikken, Barne- og ungdomsklinikken arbeider med innsamling av pasienterfaringer.

- Iverksette tiltak, sammen med pasienter og deres pårørende, for å bedre helsepersonells kommunikasjon og informasjon (muntlig og skriftlig).

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har etablert Mine behandlingsvalg der pasienter og pårørende kan gjøre mer kvalifisert valg av behandlingsstrategier sammen med fagpersoner. Mine behandlingsvalg gjør kommunikasjonen mer rettet mot de muligheter som finnes for pasientene inne visse diagnoser.

Etablering av Ungdomsrådet mars 2015. Fagdag i Barne- og ungdomsklinikken med fokus på kommunikasjon med pasientene hvor Forandringsfabrikken var medspillere.
Prosjekt i samarbeid med Forandringsfabrikken i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling

Kampanjen «Bare spør» (Et tiltak i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet) var planlagt i samarbeid med Brukerutvalget høsten 2016, men ble utsatt til uke 3, 2017 pga sammenfall med omlegging av datasystemer (HOS II).

Pasientene i nord har fått økt tilgang, medvirkning og tillit til helsetjenesten ved at de kan se sin egen tilgangslogg, egen pasientjournal og henvisningsstatus. Videre arbeid i «Min helse» vil i perioden medføre innsjekk og dialog for timeavtaler.



Innføring av visitstoler er et tiltak for å bedre helsepersonellens kommunikasjon med pasient.

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

| Kostnader inkl. avsk, medikament og pensjon | Endring |
|--|---------|
| VOP | 0,8 % |
| BUP | 7,6 % |
| RUS | 13,1 % |
| Somatikk | 7,6 % |
| | |
| Kostnader ekskl. avsk, medikament og pensjon | Endring |
| VOP | -1,3 % |
| BUP | 5,8 % |
| RUS | 15,0 % |
| Somatikk | 5,3 % |
| | |
| Aktivitet | Endring |
| VOP | -5,0 % |
| BUP | 5,0 % |
| RUS | -5,8 % |
| Somatikk | 2,4 % |
| | |
| Månedesverk | Endring |
| VOP | -1,3 % |
| BUP | -0,2 % |
| RUS | -6,8 % |
| Somatikk | 1,1 % |

Tabellene viser at UNN isolert sett ikke oppfyller den gyldne regel. Dette skyldes i stor grad rekrutteringsutfordringer i deler av Psykisk helse- og rusklinikken, særlig på de desentraliserte enhetene, med tilhørende manglende måloppnåelse på aktivitet. Nedgangen i aktivitet innen rusområdet skyldes i all hovedsak overføring av ansvaret for LAR-pasientene fra Finnmark og Helgeland til de lokale foretakene. I somatikken har det vært en ikke planlagt øking i aktiviteten i mange fagområder i flere ulike klinikker, som bidrar til at veksten i somatikken er større enn i PHV.

Videre er det et stort økonomisk overforbruk i en rekke somatiske klinikker, blant annet som følge av manglende tiltaksgjennomføring og uforutsette utgifter. Selv om den gyldne regel på det økonomiske området var ivarettatt i budsjettet for 2016, medfører de oppgitte forhold at dette ikke gjenfinnes i regnskapet.

- Implementere og ferdigstille resultat fra prosjektet felles regionale retningslinjer for kvalitetsforbedring på pasientreiseområdet innen 01.08.2016.

Pasientreiser ved UNN har i 2016 jobbet aktivt med rutiner for daglig avviks- og hendelseshåndtering internt, samt å innlemme transportørene i vårt system for hendelsesregistrering. Hensikten er å effektivisere kommunikasjonen rundt små og store hendelser for å optimalisere tjenesten og sikre at avvik meldes og blir fulgt opp på hensiktsmessig måte. Noe arbeid gjenstår, men dette følges opp i dialogavtalen for 2017 med frist 31. mars.

- Saksbehandle reiseoppgjør innen 14 dager.

I omtrent halve 2016 har UNN behandlet reiseoppgjør innen 14 dager. Fra mai til august var saksbehandlingstiden over målet, grunnet svært høy turnover og tilsvarende produktivitetsfall i forbindelse med omstillingsprosessen knyttet til prosjekt Mine Pasientreiser, som ikke lot seg kompensere til tross for økt innleie av saksbehandlingsressurser.

- Gjennomføre flytting av egne internett til felles nasjonal webbløsning. Det skal ikke opprettes nettsteder eller eksterne netjtjenester utenfor felles nasjonal publiseringsplattform.

Rapporteringstekst Årlig melding
Overgang til felles nasjonal nettløsning ble gjennomført 8. juni 2016. De gamle internettsidene ble samtidig lagt ned. Målet er innfridd.

- Ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

Rapporteringstekst Årlig melding
Samiske tolketjenester tilbys den samiske befolkning som et tiltak for pasientsikkerhet og kvalitet. UNN har opprettet 50 % stilling for koordinator for likeverdige helsetjenester som skal bidra til bevisstgjøring og systematisk arbeid for å bedre tilbudet til minoritetsgrupper.

- Etablere ungdomsråd innen utgangen av 2016.

Rapporteringstekst Årlig melding
Barne –og ungdomsklinikken har på vegne av UNN etablert ungdomsråd mars 2015 før vi mottok oppdraget i Oppdragsdokumentet.

Foretaksspesifikke mål 2016

Universitetssykehuset Nord- Norge

- Ferdigstille og oppsummere PING -prosjektet innen andre tertial. Gi anbefaling til regional bruk av løsningen.

Rapporteringstekst Årlig melding

PING prosjektet er overlevert UNN og vi har en prototype i bruk. Løsningen er funksjonell i henhold til de krav som ble satt i utviklingsavtalen. Som alle utviklingsprosjekter er det rom for videreutvikling, og det melder seg ganske raskt et behov for nye og andre funksjonaliteter som ønskes utviklet. Løsningen fungerer godt rent teknisk som beskrevet i avtalen.

Piloten viser at elektronisk kommunikasjon med pasienter og brukere ikke er bare enkelt. Det er ingen automatikk i at pasienter vil gi tilbakemelding i elektroniske kanaler, til tross for at elektronisk løsning fungerer etter intensjonen. Det må initieres et større informasjonsarbeid der medarbeidere aktivt oppfordrer pasienter og brukere til å dele sine erfaringer til lokalt forbedringsarbeid, når det tas i bruk i bred skala.

- Legge til rette for implementering av samvalg gjennom kommunikative og strukturelle tiltak.

Rapporteringstekst Årlig melding
Medisinsk klinikk har implementert Mine behandlingsvalg for samvalg av behandlingsstrategi. Også i Kirurgi- kreft- og kvinnehelseklinikken brukes Mine behandlingsvalg aktivt. Psykisk helse- og rusklinikken har innført tilbud om medikamentfri behandling.

3.1 Somatikk

Mål 2016

- Etablere interne mål og rutiner for overvåking og lukking av: Åpne dokumenter eldre enn 14 kalenderdager (DIPS- rapporter D-9586 og D-9582), åpne henvisningsperioder uten ny planlagt kontakt (D-7221), ugjorte oppgaver i DIPS arbeidsflyt (D-9690).

Rapporteringstekst Årlig melding
Det er beskrevet prosedyrer på dette feltet. Fagforum for rapport og analyse har saken oppe på agenda med jevne mellomrom. Det pågår en rydding på dette feltet kontinuerlig. Etterslepet er imidlertid stort og det er eldre saker som særskilt har vist seg vanskelig å få en avklaring på hvordan de kan avsluttes. Arbeidet fortsetter.

- Sikre at det er tilstrekkelig kapasitet innen endoskopi, for å unngå flaskehals i pakkeforløpet.

Rapporteringstekst Årlig melding
Gjennomføring av kreftpakkeforløpene prioriteres høyt i endoskopivirkosomheten i UNN, og manglende endoskopikapasitet er ikke flaskehals i disse forløpene.

- Bidra til forbedring og videreutvikling av den nasjonale nødmeldingstjenesten gjennom det tverretatlige «program for forbedring av nødmeldingstjenesten».

Rapporteringstekst Årlig melding
Akuttmedisinsk klinikk deltar i nasjonale prosjekter i forbindelse med forbedring av nødmeldingstjenesten, ref. «Ny teknologi AMK» m.m.

- Bidra i arbeidet med å utarbeide felles radiologiske protokoller.

Rapporteringstekst Årlig melding
Arbeidet med å utvikle felles radiologiske protokoller i regionen er ikke kommet godt i gang. Det er mange utfordringer, blant annet ulik maskinpark og ulike syn. Internt i UNN prioriteres nå å utvikle felles protokoller på tvers av UNNs lokalisasjoner. Det er etablert fora for de fagansvarlige på tvers av lokalisasjonene, (Ha, Na, To). Første møte er i Narvik 23.1. Starter med MR protokoller i første omgang, deretter CT protokoller i februar/mars.

- Registrere personskader og rapportere data (FMDS) til Norsk pasientregister (NPR) i henhold til forskrift og veileder.

Rapporteringstekst Årlig melding
UNN har implementert rutiner for rapporteringen. Personskaderegistrering startes med utlevering av skjema i akuttmottaket ved UNN Tromsø som følger pasientene i deres forløp. De enkelte fagavdelinger rapporterer inn skjema. I UNN Harstad og UNN Narvik er det en betydelig utfordring at NPR-registreringen ikke er kompatibel med den langt mer omfattende «Ytterstadregistreringen» som har pågått i disse sykehusene i mange år. NPR-registreringen medfører derfor et stort dobbeltarbeid, som det er ressursmessig krevende å klare, og som det er utfordrende å motivere de ansatte til å gjennomføre.

- Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)

Rapporteringstekst Årlig melding
UNN følger opp og gjennomfører PasOppundersøkelsene i tråd med Kunnsapscenterets prosedyrer. Det er etablert faste administrative og tekniske kontaktpersoner. Resultatene fra årlige PasOPP distribueres til klinikkene og til sykehusets lederorgan. I noen tilfeller fattes beslutninger om forbedringstiltak på bakgrunn av pasienttilbakemeldinger. Det er særlig områdene informasjon og medvirkning som utpeker seg som forbedringsområder.

- 30 dagers overlevelse etter hjerneslag

Rapporteringstekst Årlig melding

I følge oversikten som ligger ute på Direktoratet for E-helse for 2015 er andelen 87,4 som da er omtrent lik med landsgjennomsnittet på 87,3. I perioden januar til og med september 2016 har vi registrert inn i 261 pasienter i registeret. Av disse er det 28 som er rapportert død innen 30 dager.

- 30 dagers overlevelse etter hoftebrudd

Rapporteringstekst Årlig melding

I følge oversikten som ligger ute på Direktoratet for E-helse for 2015 er andelen overlevende 92,6 %, og er da i det øvre sjikt i Norge og noe over landsgjennomsnittet som er 92,1.

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Gjennomføre oppgavedelingsprosjektet i radiologi.

Rapporteringstekst Årlig melding

Dette har vist seg krevende å få til. I radiologisk avdeling ledelsen i diskusjon med legegruppen om radiografer kan overta vurderinger av enkelte henvisninger. Radiografene i Narvik gjøre nå noe av forarbeidet før granskning av CT tykktarm, noe som sparer ca. 1 time radiologtid per undersøkelse.

- Sikre at det er tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i det tverrfaglige diagnosesenteret slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen. Det skal være tilrettelagt for bruk av samisk språk innenfor tverrfaglig diagnosesenter.

Rapporteringstekst Årlig melding

Det er ikke kapasitetsutfordringer på diagnostisk enhet som medfører ventetid utover det som er medisinsk indisert. Forløpstidene følges tett. Senteret har tilgang på samisk tolk ved behov.

3.2 Psykisk helsevern og rus

Mål 2016

- Planlegge innføring av e-helsebehandling² i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

² Bruk av IKT og internett til helseformål som behandling, kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, informasjon om sykdom og helsefremmende/ forebyggende tiltak

Rapporteringstekst Årlig melding

Psykisk helse- og rusklinikken: Gjennom ulike prosjekter jobbes det aktivt med å utvide erfaringen med bruk av e-helsebehandling til pasienter innenfor psykisk helse og rus.

Høsten 2016 ble det gjennomført en e-helse samling for PHRK med ca. 50 deltakere fra ledelse, kliniske enheter og Kvalitets- og utviklingscenteret der ulike tiltak innen e-helse ble presentert og drøftet. Det arbeides spesielt med utprøving av sikker videokonferanse i direkte pasientsamtaler også helt hjem til pasientene, bruk av internettbaserte behandlingstilnæringer, veiledning til kommunehelsetjenesten over videokonferanse og bruk av elektronisk symptomkartlegging.

- Styrke det desentraliserte behandlingstilbudet (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern.

Rapporteringstekst Årlig melding

Psykisk helse- og rusklinikken: Det desentrale behandlingstilbudet er organisert gjennom sentre for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Tromsø og Nord-Troms. SPHR består i grunnstruktur av voksenpsykiatrisk poliklinikk, døgnenhet og ambulant akutteam. Ved SPHR Tromsø er det hertil eget ambulant rehabiliteringsteam.

Det desentrale behandlingstilbudet er i 2016 styrket gjennom etablering av rusteam. Dette har skjedd gjennom tilførsel av stillinger (Sør-Troms, Midt-Troms og Nord-Troms) og omdisponering av stillinger i Tromsø hvor 4 stillinger vil bli overført fra Ruspoliklinikken ved Russeksjon Tromsø (Rusavdelingen). Rusteamene vil styrke kompetansen innen TSB på sentrene og øke kapasiteten på bl.a. poliklinisk behandling. Se også omtale neste rapporteringspunkt.

SPHR Tromsø er hertil tilført tre behandlerstillinger. Virksomheten ved SPHR Nord-Troms er dekket av bakvaksordning fra høsten 2016.

Som ledd i implementeringen av ny klinisk struktur drøftes også andre styrkinger gjennom bruk av gjenværende omstillingsmidler. Her er det ikke fattet endelig beslutning.

Kliniske samarbeidsutvalg er viktige i forhold til utvikling av samarbeidsrelasjonen med kommunene i opptaksområdene. Også andre samarbeidsfora er etablert – se senere rapporteringspunkt.

- Øke poliklinisk/ambulant aktivitet i TSB uten reduksjon i døgntilbudet, samt styrke samarbeidet med førstelinjen.

Rapporteringstekst Årlig melding

Psykisk helse- og rusklinikken: Antall polikliniske behandlinger/konsultasjoner er noe redusert fra året før til tross for vesentlig større aktivitet ved Ruspoliklinikken. Dette skyldes flere faktorer, bl.a. ble den planlagte overføringen av LAR-pasienter til

Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset gjennomført. Det ble også registrert noe mindre poliklinisk aktivitet ved døgnseksjonene og Forebyggende Familieteam.

Oppfølging av LAR-pasienter ivaretas både gjennom poliklinisk konsultasjon ved Ruspoliklinikken, via telefon eller telematikk, og ambulant oppfølging i samarbeid med lokalt hjelpeapparat.

Rusmestringsenheten er et tverretattlig samarbeid for innsatte i fengsel med rusproblemer. Ruspoliklinikken har en stilling tilknyttet Rusmestringsenheten, denne fordelt på alle behandlere hvorav en er tildelt en koordinatorfunksjon. Ruspoliklinikken bidrar med poliklinisk behandling/oppfølging og utredning.

Forebyggende familieteam (FFT) har sitt ansvarsområde primært mot rus og psykisk helse. Lavterskel tilbud for gravide og foreldre med barn under 6 år, hvor psykisk helse, rus og/eller somatikk er en utfordring hos foreldrene. FFT legger særlig vekt på langsiktig oppfølging av familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling.

Det er etablert rusteam ved samtlige Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) utenfor Tromsø. Etableres også i Tromsø i 2017. Disse vil styrke kompetansen innen TSB på sentrene og øke kapasiteten på bl.a. poliklinisk behandling, samt styrke samarbeidet med lokalt tjenesteapparat. Det er gjennomført et pilotarbeid på kompetanseheving ifm. etablering av rusteam ved SPHR Midt-Troms. Poliklinisk behandling innen TSB ved SPHR vil bli registrert og rapportert fra 2017.

- Innlagte pasienter må sikres somatisk undersøkelse og oppfølging.

Rapporteringstekst Årlig melding

Psykisk helse- og rusklinikken: At innlagte sikres somatisk undersøkelse og oppfølging ligger inne som eget punkt/overskrift i malen «DIPS innleggelse». Rutinen blir fulgt/ivaretatt.

- Etablere et eget tilbud til sped- og småbarns psykiske helse (0-3 år.)

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har ikke etablert tilbudet i 2016.

- Etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler.

Rapporteringstekst Årlig melding

Psykisk helse- og rusklinikken: Tilbudet til Tromsø fengsel er beskrevet i en samarbeidsavtale mellom UNN, Tromsø kommune og Kriminalomsorgen. UNN har ansvar for at personer som oppholder seg i regionen skal få et tilbud om nødvendige spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjonen. Spesialisthelsetjenesten har en plikt til å gi et tilbud til innsatte. Det ansees som en fordel at de innsatte mottar tilbud fra

spesialisthelsetjenesten i fengslet, dette knyttet til psykisk helse og rus. Voksenpsykiatrisk poliklinikk, ved SPHR Tromsø, har psykolog med tilstedeværelse på inntil en dag i uken i fengselet for å ivareta spesialisthelsetjenesteansvar for de innsatte. For nærmere beskrivelse av de ulike ansvarsområdene til partene i avtalen vises til Veilederen for Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsel. Se også omtale av Rusmestringsenhet TSB under tidligere rapporteringspunkt.

- Sikre at det er tilstrekkelig med utdanningsstillinger for den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin.

Rapporteringstekst Årlig melding

Psykisk helse- og rusklinikken: Det er tilsatt 2 LIS-leger som for tiden er under spesialisering innen rus- og avhengighetsmedisin. I tillegg har Rusavdelingen en LIS-lege stilling som på sikt også kan inngå i utdanningsforløpet.

Utdanningsstillingene krever at klinikken/Rusavdelingen er godkjent som utdanningsinstitusjon. Arbeidet med søknad om godkjenning pågår med plan om innsending til HOD medio februar 2017. Det er et krav for godkjenning at virksomheten har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta utdanningsstillingenes behov for undervisning og veiledning. Kravet er én godkjent spesialist innen rus- og avhengighetsmedisin pr. 2 LIS-stillinger. Rusavdelingen har i dag én godkjent spesialist og 4 søknader om spesialisering for overleger tilsatt i avdelingen, til behandling.

- Distriktpsikiatriske sentre skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, herunder ambulante tjenester med deltagelse fra spesialister.

Rapporteringstekst Årlig melding

Psykisk helse- og rusklinikken: Det er etablert ambulante akutteam ved sentre for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Tromsø og Nord-Troms. Ved SPHR Tromsø er det hertil etablert eget ambulante rehabiliteringsteam.

Døgneheter ved de nevnte SPHR er knyttet opp mot de ambulante akutteamene. Bakvaksordning for leger dekker virksomheten ved SPHR.

- Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Rapporteringstekst Årlig melding

Psykisk helse- og rusklinikken: KOR (Klient- og resultatstyrt praksis) benyttes ved 2 enheter for tilbakemelding fra pasientene på pågående behandling. I tillegg deltar døgneheterne i årlige nasjonale pasienttilfredshetsundersøkelser, og arbeider med å implementere egne verktøy for systematisk innhenting av brukertilbakemeldinger.

Brukerorganisasjonene representert ved RiO og Marborg deltar i Rusavdelingens avdelingsråd. Rådet består av ledere fra enhetene, sentrale fagpersoner og tillitsvalgte i tillegg til brukerrepresentanter, og møtes månedlig. Erfaringer og innspill fra brukerne er fast sak på møtene, som i tillegg inviteres til å delta i dialogen rundt øvrige faglige team som drøftes.

Foretaksspesifikke mål 2016

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Bidra med kompetanse ved overføringen av LAR-ansvaret til Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset. Rapporteres innen utgangen av første tertial.

Rapporteringstekst Årlig melding

Psykisk helse- og rusklinikken: Overføringen av ansvaret for LAR-pasienter hjemmehørende i opptaksområdene for Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset er gjennomført. Ruspoliklinikken bidrar med kompetanse i form av oppfølging og veiledning i overføringen. Det er etablert et nettverk for LAR ledere, overleger og brukerorganisasjoner i Helse Nord. Nettverket vil være med å sikre systematisk nettverksbygging, fagstøtte og kompetanseutvikling på tilbudet som gis, og sikre at tilbudet i Helse Nord er samsvarende med retningslinjer og forskrift for LAR.

- Sikre tilgjengelighet til forsvarlige medikamentfrie tilbud for pasienter i psykisk helsevern innen 1. juni 2016. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

Rapporteringstekst Årlig melding

Psykisk helse- og rusklinikken: Medikamentfritt behandlingstilbud ved UNN er etablert med 6 senger. Pasientinntak skjer fra 02.01.17. Offisiell åpning med helseministeren o.a. tilstede er berammet til 31.01.17.

Utforming av tilbudet har, i henhold til omforent protokoll for tilbudet, skjedd i nært samarbeid med brukerorganisasjonene (arbeidsgruppe og referansegruppe). Brukerorganisasjonene har forøvrig her uttrykt fornøydhet med at en har valgt å etablere en egen enhet for tilbudet (ved andre RHF er tilbudet f.eks. etablert som del av annen enhet).

Fremover vil bl.a. arbeid med medikamentfrie behandlingsforløp (altså utover tilbudet ved enheten) være en utfordring.

Forskning vil være en integrert del av virksomheten. Det søkes å knytte egen følgeforskning til tilbudet. Her er ennå ikke alle avklaringer på plass.

- Redusere antall innleggelser med tvang sammenlignet med 2015.

Rapporteringstekst Årlig melding

Psykisk helse- og rusklinikken: Antall innleggelser med vedtak om tvunget psykisk helsevern (§3-2 Tvunget observasjon med døgnopphold og § 3-3 Tvunget psykiskhelsevern med døgnopphold) var 539 i 2016. Det er en reduksjon sammenlignet med 2015 på 8,5 %.

- Opprette et regionalt tilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser (OCD) for barn og unge. Tilbudet skal også kunne gis over lyd/bilde. Sikre drift av OCD-team for voksne, herunder nødvendig implementering og opplæring.

Rapporteringstekst Årlig melding

Etablering av regionalt tilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser (OCD) for barn og unge er etablert i regi av Barne- og ungdomsklinikken. De desentrale barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene som tidligere var enheter i Psykisk helse- og rusklinikken er fra 01.09.16 organisert som del av Barne- og ungdomsklinikken.

Regionalt OCD-team for voksne er for øvrig etablert i regi av Psykisk helse- og rusklinikken med organisering som del av Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, poliklinikk. Teamet har vært i drift fra 2014.

3.3 Samhandling

Mål 2016

- Etablere lokale samarbeidsavtaler mellom Bufetat og helseforetaket slik at barn og unge gis et helhetlig behandlingstilbud.

Rapporteringstekst Årlig melding

I Nord-Norge er det etablert et OSO barnevern etter modell av OSO helse (overordnet samarbeidsorgan). OSO barnevern er et felles samarbeidsorgan mellom kommunene i Nord-Norge og Bufetat. UNN v/ Samhandlingsavdelingen har deltatt på møte i OSO barnevern og drøftet videre samarbeid – enten i form av egen avtale eller gjensidig representasjon i hverandres OSO. Arbeidet pågår og er ikke slutført.

- Delta aktivt i etableringen av gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialistene som gir grunnlag for et godt samarbeid og en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom helseforetak og avtalespesialistene i eget nedslagsfelt. Samarbeidsavtalen kan gjelde pasientflyt/strømmer, håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom avdelinger og avtalespesialister, utveksling av informasjon, felles prosedyrer og kliniske retningslinjer, deltakelse i kompetanseutvikling, rutiner for kontakt mellom legen og helseforetaket mv. Helse Nord RHF vil fasilitere fellesmøter og initiere samarbeidet mellom avtalespesialister og helseforetak.

Rapporteringstekst Årlig melding

Dette arbeidet er startet i forhold til avtalespesialistene i øyefaget. Det er utarbeidet forslag til avtale, som snart skal sendes ut til avtalespesialistene for gjennomgang og oppfølgende diskusjon.

UNN finner det dog nokså uhensiktsmessig at dette arbeidet skal foregå i hvert foretak i regionen. Selv om det er utarbeidet nasjonal mal for slike avtaler, må disse fylles med konkret innhold for å være hensiktsmessige. Dette arbeidet kunne etter vårt skjønn med stor fordel vært koordinert regionalt. Både fordi det vil være fordelaktig og i våre øyne riktig å ha noen lunde likelydende avtaler for alle spesialister innen hvert fagområde i regionen (dette er en viktig del av sørge for ansvaret, som er regionalt), og fordi det her må gjøres et stort arbeid i fire foretak som det ville ligget store arbeidsmessige besparelser i å samkjøre regionalt. Videre er det RHF som har avtaler med avtalespesialistene, og derfor sitter med en langt større påvirkningskraft i forhold til å fylle de lokale avtalene med reelt innhold enn foretakene gjør. Vi ser at UNN har problemer med avsette tilstrekkelig administrativ kapasitet til å gjennomføre dette store arbeidet innen mange ulike spesialiteter, og det ville være betydelig arbeidssparende samlet sett om dette ble organisert og ledet fra RHF.

- Iverksette tiltak for å gjøre tjenesteavtalene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kjent, med tertialvis rapportering på status.

Rapporteringstekst Årlig melding

Alle avtalene er revidert, behandlet i OSO og vedtatt i UNNs styre og i kommunene. Det er laget kortversjoner av avtalene. Det er avholdt 4 workshops i meldingsutveksling, hvor utgangspunktet for det faglige innholdet var tjenesteavtalene samt innmeldte samhandlingsavvik.

Arbeidet for å sikre etterlevelse / oppfølging av avtalene pågår, og følges opp bl.a. gjennom egne saker i OSO. UNN har ansatt egen koordinator i Samhandlingsavdelingen som særlig følger opp internt og eksternt i forhold til problematikken med utskrivning og utskrivningsklare pasienter.

- Sikre at foretakets rutiner for utskrivningsklare pasienter som har behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon er i samsvar med tjenesteavtale 5, med tertialvis rapportering på status.

Rapporteringstekst Årlig melding

Fire workshops i meldingsutveksling, med til sammen over 300 deltakere er avholdt. Utskrivningskoordinator tilbyr fortløpende opplæring til avdelinger i prosedyre for utskrivning av pasienter. Eget flytskjema for utskrivning (i tråd med revidert tjenesteavtale 5) er under utarbeidelse.

Samhandlingsavvik (og fakturainnsigelser) UNN mottar fra kommunene handler i stor grad om manglete etterlevelse av tjenesteavtale 5. Egen sak om dette presentert for OSO og vil bli lagt fram i Kvalitetsutvalget i UNN.

- I samarbeid med aktuelle kommuner, bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har etablert klinikkovergripende nettverk, Likeverdige helsetjenester for innvandrere. Det er etablert 50 % stilling for koordinator/rådgiver på dette området.

Klinisk patologi tilbyr undersøkelser for dokumentering av påstått tortur for asylsøkere og flyktninger.

- Øke utøvende virksomhet mot kommunehelsetjenesten ved blant annet veiledning, for å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten.

Rapporteringstekst Årlig melding

Samhandlingsavdelingen har avholdt workshop, møter i samarbeidsforum (3 i somatikk og 5 i rus/psykisk helse), samt egne saker i OSO.

Medisinsk klinikk har iverksatt prosjekt pasientsentrert helsetjenesteteam (PHST). Teamet består av ansatte både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette tilbudet er under oppbygging i flere kommuner (initialt avgrenset til Tromsø og Harstad), med mål om utbygging til alle kommuner i UNNs lokalområde i løpet av få år. Arbeidet følges med et omfattende forskningsprosjekt, der foreløpige resultater viser svært gode effekter.

- Utrede muligheten for bedre tilrettelegging for tilgang til resepter/legemidler via digitale tjenester.

Rapporteringstekst Årlig melding

Innføring av e-resept gjennomført i UNN. Over 90 % av alle resepter skrives som e-resept i UNN. Kjernejournalen er tatt i bruk i samhandlingen med den øvrige helsetjeneste. Dette er tiltak som tilrettelegger for digitale tjenester.

- Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden i Helse Nord.

Rapporteringstekst Årlig melding

Det sette et sterkere fokus på legemiddelhåndtering med bl.a tiltak i pasientsikkerhetsprogrammet. Samstemning av legemidler blir en av hovedindikatorne i 2017.

Internrevisjon i legemiddelhåndtering gjennomført i Medisinsk klinikk – 8 enheter. Avvik lukkes fortløpende. Som følge av dette er overordnede UNN prosedyrer revidert i samarbeid med Kvalitetsavdelingen. Det arbeides systematisk for læring på tvers på dette området.

- Prinsippene i styresak 70-2002 *IKT-strategi i Helse Nord* skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Helseforetakene skal ikke gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som kan true de ambisjoner som er beskrevet rundt realisering av FIKS. Behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt. Eventuelle innovasjonsprosjekter og resultatet av slike skal kunne benyttes av hele foretaksgruppen.

Rapporteringstekst Årlig melding
Prinsippene rundt styresak 70 ligger til grunn i anskaffelsesprosesser i UNN. Alle nye behov og prosjekter forankres mot Helse Nord i en tidlig fase.

- Bidra aktivt til en større nasjonal standardisering innen IKT-området basert på de styringssignaler som gis i retning av én innbygger, én journal, samt arbeidet som utføres i regi av Nasjonal IKT.

Rapporteringstekst Årlig melding
Unn har i 2016 deltatt aktivt i dette arbeidet med bl.a:

- Deltakelse i epj-systemeierforum og fagforum for klinisk ikt i Nasjonal IKT.
- Deltakelse i arbeid med arketyper – regionalt og nasjonalt.
- Digitale innbyggertjenester – innført tjeneste for innsyn i egne pasientdata og tilgangsløgg via Helsenorge.no. Deltatt i nasjonalt prosjekt for digitale innbyggertjenester.

4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap

4.1 Kvalitet

Mål 2016

- Dokumentere at alle relevante ansatte får opplæring i pasientadministrative systemer.

Rapporteringstekst Årlig melding

Gjennomført e-læringsprogrammene for pasientadministrative systemer.
Gjennomført opplæring i pasientadministrative systemer DIPS-EPJ til superbrukere i UNN.
Gjennomført opplæring i forbindelse med regionalisering av pasientadministrative rutiner i DIPS-EPJ.

UNN har etablert eget fagforum for pasientadministrative rutiner, som vedlikeholder overordnet system for opplæring og kunnskap i pasientadministrative rutiner.
UNN bruker i stor grad e-læring for opplæring. Dokumenteres via Campus.
Forestående implementering av kompetansemoduleen i personalportalen vil lette arbeidet med å sikre oversikt over at alle aktuelle medarbeidere har gjennomført nødvendig opplæring.

Laboratoriemedisin: Akkreditert avdeling opplæring er satt i system, hvor opplæring dokumenteres og evalueres.

Røntgenavdelinga: Ved røntgenavdelingen har alle opplæring i de systemer de har behov for. Dokumentasjon for dette er fortsatt ikke god nok

Medisinsk teknisk avdeling: Opplæring vil bli dokumentert i Personalportalen

PET-senteret: Ved PET-senteret er det en omfattende opplæringsperiode ved nyansettelse hvor det gjennomføres mester/svenn læring av alle pasientadministrative systemer. Det ansettes nå kvalitetsleder i senteret som vil gjennomgå prosedyrer for opplæring og forbedre dokumentasjonen ytterligere.

Klinisk patologi: Alle får opplæring i de systemer de ulike arbeidstakere har bruk for (SymPathy, DocMap, DIPS, ePhorte). Opplæringen dokumenteres.

Forvaltningssenter radiologi (FSR): Som ansvarlig for den funksjonelle forvaltningen av røntgensystemene i regionen (RIS og PACS), har alle medarbeidere opplæring som administrator i aktuelle systemer. All opplæring er utført av Sectra i form av kursing.

- Definere fem mål for datakvalitet - med tiltak, for å forbedre kvaliteten i elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system (PAS/EPJ).

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har gjennom 2016 definert følgende mål:

- Gjennomføre HOS trinn II – målet er nådd, men det er fortsatt behov for mer og bedre opplæring
- Innføre regionale prosedyrer – målet er nådd, men det er fortsatt behov for mer og bedre opplæring, og for justering av enkelte prosedyrer.
- Gjennomføre opplæring i endringer som følge av HOS trinn II– målet er nådd, selv om erfaringene viser at opplæringens type bør justeres og oppfølging av i opplæring må sikres.
- Tilby innsyn og tilgangsløgg i epj for pasienter – målet er nådd
- Innføre DIPS EPJ ved Longyearbyen sykehus – målet er nådd

- Bruke tilbakemeldingene fra Norsk pasientregister (NPR) aktivt for å redusere feilkoding.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN mottar månedlig rapporter fra NPR som fordeles klinikkvis for å rette opp eventuelle feilkodinger. Det er også etablert et fagforum for rapport og analyse og et fagforum for pasientadministrative systemer som fokuserer på kodeproblematikken. Klinikken har kodeansvarlige som følger opp med kontinuerlig forbedring av kodekvalitet i dialog med UNNs EPJ team.

- Sikre at alle helseforetak innregistrerer data i relevante (der de har pasienter) nasjonale kvalitetsregistre.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har jevnlig oppfølging med møter mellom registeransvarlige og de foretak som skal levere til de Nasjonale register som UNN har ansvar for. Det utarbeides bedre webløsninger for rapporteringer i sanntid både på resultater og inkluderinger av pasienter i de ulike registrene. Registrene har ulik modenhetsgrad og det tar relativt lang tid å komme opp på et godt nivå nasjonalt. Det arbeides systematisk med registrene for å sikre god inkludering og gode rapporteringer tilbake til de enkelte fagmiljø.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

| | | Tromsø | | Harstad | | Narvik | |
|-------------------|---|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | | 2015 | 2016 | 2015 | 2016 | 2015 | 2016 |
| Hjerte-kar | Norsk hjerneslagregister | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Norsk hjerteinfarktregister | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Norsk karkirurgisk register | ✓ | ✓ | | | | |
| | Norsk hjertekirurgiregister | ✓ | ✓ | | | | |
| | Norsk pacemaker og ICD-register | ✓ | ✓ | | | | |
| | Norsk hjertesviktregister | ✓ | ✓ | | X | | |
| | Nasjonalt register for invasiv kardiologi | ✓ | ✓ | | | | |
| Luftveier | Nasjonalt register for KOLS | X | ✓ | X | X | X | X |
| | Nasjonalt register for langtids mekanisk ventilasjon | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| Diabetes | Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| | Norsk diabetesregister for voksne | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Nervesystem | Cerebral pareseregisteret i Norge | ✓ | ✓ | | | | |
| | Norsk MS-register og biobank | ✓ | ✓ | | | | |
| | NorKog | ✓ | ✓ | | X | | X |
| | Nasjonalt register for arvelige og medfødte nevrologiske sykdommer | ✓ | ✓ | | | | |
| Muskel-skjelett | Nasjonalt register for leddproteser | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Nasjonalt hoftebruddregister | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Nasjonalt korsbåndregister | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ |
| | Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi | ✓ | ✓ | | | | |
| | Nasjonalt barnehofteregister | ✓ | ✓ | | | | |
| Mage-tarm | Norsk register for analinkontinens | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ |
| | Gastronet | X | ✓ | ✓ | ✓ | X | ✓ |
| | Norsk register for gastrokirurgi | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| Gynekologi | Norsk gynekologisk endoskopiregister | ✓ | X | X | X | X | X |
| | Norsk kvinnelig Inkontinensregister | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Nyre | Norsk nyreregister | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| skade | Norsk intensivregister | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Norsk nyfødtsmedisinsk kvalitetsregister | ✓ | ✓ | | | | |
| | Nasjonalt traumeregister | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Rehabilitering | Norsk nakke- og ryggregister | ✓ | ✓ | | | | |
| | Norsk ryggmargsskaderegister | | | | | | |
| Autoimmun | Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Revmatologi | Nasjonalt register for artrittsykdommer | ✓ | ✓ | | | | |
| Hud | Nordisk kvalitetsregister for hidradenitis suppurativa | ✓ | ✓ | | | | |
| Andre | Norsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte | | | | | | |
| | Nasjonalt register for smertebehandling (smertereg) | X | X | | | | |
| | Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi | | | | | | |
| Andel tilslutning | | 31/34 | 32/34 | 13/15 | 14/18 | 11/14 | 12/15 |

Tromsø

Sykehuset har siden 2015 kommet i gang med registrering i Nasjonalt register for KOLS og Gastronet.

Sykehuset registrer fortsatt ikke i Nasjonalt register for smertebehandling.

Norsk gynekologisk endoskopiregister oppga i 2015 at sykehuset registrerte til registret. Det oppgis for 2016 at sykehuset skal registrere, men ikke gjør det. I følge fagmiljøet i UNN registrerer de imidlertid i dette registeret i Tromsø. Det arbeides med å sjekke opp dette nærmere.

Harstad

Sykehuset registrer fortsatt ikke i Nasjonalt register for KOLS eller Norsk gynekologisk endoskopiregister.

Det er nytt for 2016 at Norsk hjertesviktregister og norsk register for gastrokirurgi oppgir at sykehuset skal registrere i registrene. Sykehuset registrer til Norsk register for gastrokirurgi, men ikke til Norsk hjertesviktregister.

Sykehuset skal registrere i det nye registret NorKog, men har ikke kommet i gang med registrering.

Narvik

Sykehuset har siden 2015 kommet i gang med registrering i Gastronet.

Sykehuset registrer fortsatt ikke i Nasjonalt register for KOLS eller Norsk gynekologisk endoskopiregister.

Sykehuset skal registrere i det nye registret NorKog, men har ikke kommet i gang med registrering.

- Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder.

Rapporteringstekst Årlig melding

Det har ikke vært utført Minimetode vurderinger i UNN i 2016.

- Gjennomføre hendelsesanalyser, og ha klare prosedyrer for åpenhet og oppfølging av pasienter og pårørende som har vært utsatt for alvorlige hendelser og for personell som har vært involvert i hendelsene.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har tatt i bruk hendelsesanalyser som verktøy mot slutten av 2016. Det er igangsatt flere hendelsesanalyser på bakgrunn av rapporterte hendelser. Det arbeides nå mer strukturert med avvik, pasienthendelser og hendelsesanalyser. Tendensen er et økt antall meldinger og avvik i foretaket. Det er gjennomgående i alle klinikker.

Eksempler på systematisk avviksbehandling på klinikknivå

Diagnostisk klinikk: Hendelsesanalyser er en ny metode som ikke er implementert i alle avdelinger i klinikken. Det vil bli tatt som sak på klinikkens lederteam for å gjøres kjent.

Laboratoriemedisin: Akkreditert avdeling hvor det er kultur for å skrive avvik og forbedringsforslag. Avvik behandles fortløpende. Egen prosedyre for avviksbehandling.

Røntgen: Avvik behandles fortløpende. Har så langt hatt en konkret hendelsesanalyse og vil bruke den som utgangspunkt i hvordan dette skal følges opp og håndteres.

PET-senter: Hendelser tas opp i avdelingsmøte. Det er god kultur for å skrive avvik. Ved lukking av avvik orienteres avdelingsmøtet om saksgangen og utfallet. Det er fokus på kontinuerlig forbedring for å unngå at hendelsen gjentar seg.

Klinisk patologi: Avvik meldes, behandles og lukkes fortløpende. Trender forsøkes avdekket. Alvorlige avvik meldes i pasienthendesskjema i DocMap til pasientsikkerhetsutvalget. Vi er ikke helt fornøyd med vårt årsaksanalysearbeid og vil forbedre det. I 2017 skal det være kurs i årsaksanalyser hvor personer fra klinisk patologi skal delta.

- Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene. Mål: reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN registrerer GTT på minimumsnivået, dvs. 20 journaler pr mnd. for hele helseforetaket. Dette medfører at kartleggingen blir grov. Vi har også utfordringer med lite stabilitet på sykepleiersiden i GTT-teamet, noe som også kan gi utslag på registreringene. For 2016 foreligger kun resultater for 1. halvår pr. d.d. Som tabellen under viser er 2012 det året med desidert lavest gjennomsnitt, og det er ikke trolig at vi vil se en 25 % nedgang fra 2012-tallene.

| År | Gjennomsnitt andel opphold med pasientskade: |
|--------------------|--|
| 2011 | 15 % |
| 2012 | 12.5 % |
| 2013 | 19.2 % |
| 2014 | 19.2 % |
| 2015 | 16.3 % |
| 2016 (1.halvår) | 17 % |

- Antall bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre i a) vitenskapelige artikler og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring.

Rapporteringstekst Årlig melding

I 2016 ble det publisert 4 artikler i internasjonale tidsskrifter basert på data fra Nasjonalt register for ryggkirurgi. I 2017 har det vært publisert 2 artikler.

Det har ikke vært publisert artikler basert på data fra de seks andre nasjonale kvalitetsregistrene som UNN har databehandleransvar for. Disse registrene er i stadium 1 og 2 og har ennå ikke grunnlag for slik aktivitet.

Hvorvidt ansatte fra UNN har publisert med bakgrunn i nasjonale registre som UNN ikke har databehandleransvar for, er ikke kjent.

For at UNN skal holdes orientert om dette, må det innføres rapportering om slike publikasjoner. Det er neppe hensiktsmessig. Det er mer hensiktsmessig om hver klinikk rapporterer sin egen vitenskapelige aktivitet basert på data fra de over 50 nasjonale kvalitetsregistrene.

Ingen av de syv nasjonale kvalitetsregistrene ved UNN har konkrete prosjekter for kvalitetsforbedring, men det har vært avholdt seminar med dette som tema i samarbeid med SKDE og registerlederne er bedt om å konkretisere slike prosjekter. Antall bidrag i konkrete prosjekter for kvalitetsforbedring utenom de nasjonale kvalitetsregistrene som UNN har ansvar for, er ikke kjent.

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge

- Legge frem en handlingsplan for utrulling og bruk av ASJ innen andre tertial 2016 sammen med hovedprosjekt for innføring av ASJ, med tertialvis rapportering på status.

Rapporteringstekst Årlig melding

Prosjektet har vært forsinket fra RHF, oppstart i UNN i januar 2017.

- Bidra i å utarbeide handlingsplan og iverksette tiltak som sikrer kostnadseffektivitet ved anskaffelse, distribusjon, produksjon og bruk av legemidler.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN kjenner ikke til at det har vært tatt initiativ til noe slikt arbeid i regionen.

4.2 Pasientsikkerhet

Mål 2016

- Alle innsatsområder igangsatt i Pasientsikkerhetskampanjen skal være spredt til alle relevante enheter.

Alle igangsatte innsatsområder er spredt til alle relevante enheter. Pr. 1. desember hadde ingen innsatsområder status «rød» i egenrapportering, dvs. ikke startet, men en del enheter har rapportert seg gul. En mer detaljert rapporteringsform er under utarbeidelse og vil testes ut tidlig i 2017.

En rekke enheter har innført pasientsikkerhetstavler for å følge opp egne resultater. Dette bidrar til å holde fokus på de enkelte innsatsområdene i egen enhet.

- Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.

Det har vært innhentet statusrapportering fra klinikkene 5 ganger i løpet av 2016. Status for pasientsikkerhetsprogrammet har deretter vært presentert for UNNs Kvalitetsutvalg. Det har vært rapportert på status i alle månedlige virksomhetsrapporter unntatt for desember.

De enkelte innsatsområdene:

Trygg kirurgi: Tiltakspakken er delt mellom de avdelingene som forbereder pasientene til kirurgiske inngrep og operasjonsavdelingene, men oppfølgingen skjer ved Operasjons- og intensivklinikken, og resultatene publiseres månedlig på intranett. Tromsø har litt lavere resultater enn Harstad og Narvik, som begge ligger stabilt høyt på alle deler av innsatsområdet, men de nærmer seg de to andre lokalisasjonene. Det har vært en forbedring i Tromsø fra gjennomsnittlig sjekklistebruk på 73 % i 2015 til 83 % hittil i 2016. For Harstad har gjennomsnittet økt fra 89 % til 92 % og Narvik ligger stabilt på 96 %.

Legemiddelsamstemming: Denne tiltakspakken er den siste som er implementert, og alle relevante enheter i somatikk er startet opp. Noen enheter innenfor Psykisk helse- og rusklinikken starter opp tidlig 2017. Andel pasienter som får samstemt legemiddellisten ved ankomst varierer imidlertid mye mellom sengepostene. Det kreves fortsatt god lederoppfølging og legeinvolvering ved alle enheter for at samstemming kan sies å være en del av rutinen når pasienter innlegges på UNN.

Forebygging av urinveisinfeksjoner (UVI): Her er alle sengeposter i gang, og tre av disse rapporterer å være i oppstartsfasen. En rekke sengeposter har vist stabilt gode resultater i mer enn 6 mnd. og kontrollmåler ved månedlige smittevernvisitter.

Forebygging av infeksjon ved sentrale venekateter (SVK): Alle relevante enheter har startet og fire er i oppstartsfasen (tre har gått fra grønt til gult). Dette er også et innsatsområde som følges opp ved månedlige smittevernvisitter.

Forebygging av fall: Alle relevante enheter har startet, tre av disse er fortsatt i oppstartsfasen, og en har startet med de elektive pasientene. Det kan synes som om sengepostene er blitt mye flinkere til å melde fall som avvikshendelser og lære av hendelsene for å forebygge nye.

Forebygging av trykksår: En sengepost har ikke startet, og en har startet med de elektive pasientene. Det er kjøpt inn flere trykkavlastende overmadrasser i løpet av 2016 og det har også vært en arbeidsgruppe som har kartlagt status på øvrige madrasser i UNN.

Behandling av hjerneslag: Denne tiltakspakken er revidert, og enhetene registrerer nå direkte i Norsk hjerneslagsregister.

- Bidra i prosjekt for å beskrive en løsning for elektronisk bestilling og utarbeide dokumentasjon knyttet til produksjon av legemidler.

Rapporteringstekst Årlig melding
UNN kjenner ikke til at det har vært tatt initiativ til noe slikt arbeid i regionen.

4.3 Smittevern

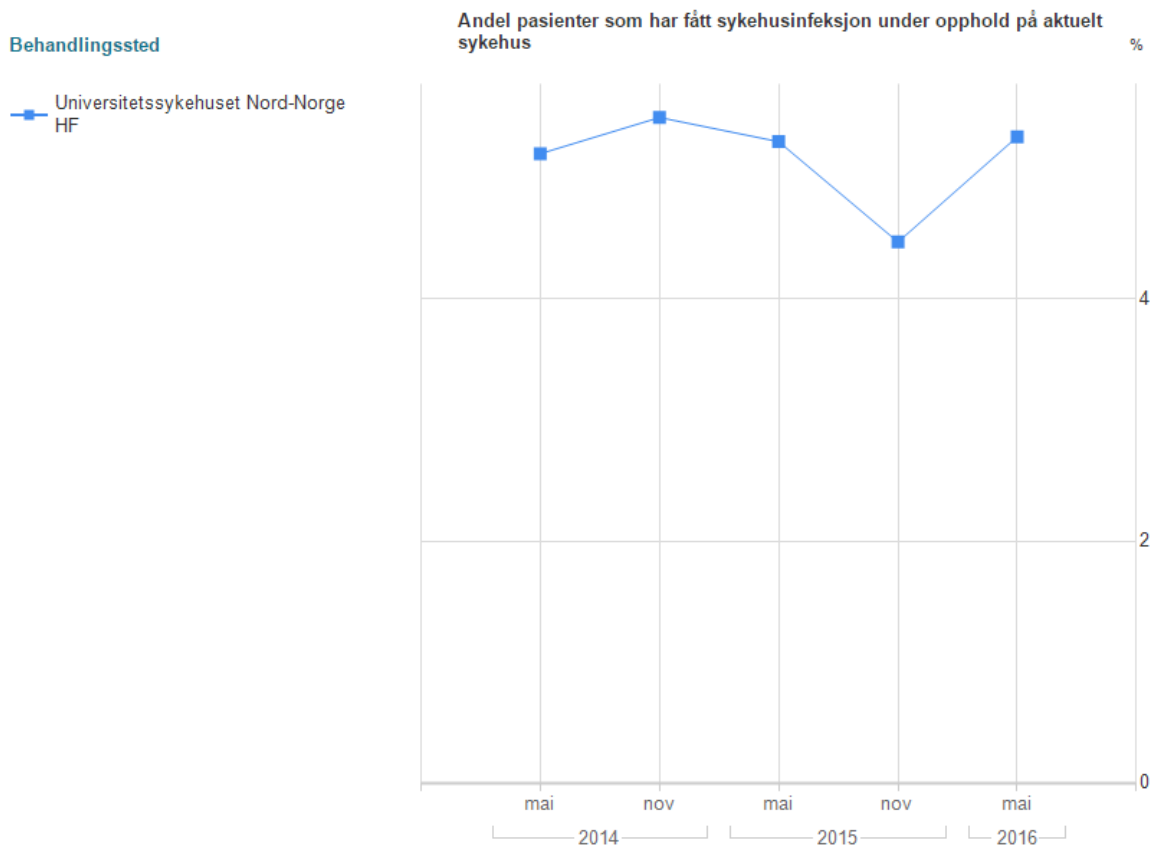
Mål 2016

- Krav fra HOD er at andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 prosent ved prevalensundersøkelsene. Helse Nord RHF opprettholder kravet til helseforetakene om at sykehuspåførte infeksjoner som kan forebygges, skal være null innen utgangen av 2016.

Rapporteringstekst Årlig melding

Alle klinikker deltar i prevalensundersøkelsene som gjennomføres årlig. Andelen pasienter med infeksjoner var ved målingen i november 15 4,4 % og mai 16 på 5,3 %.

Smittevernarbeidet fortsetter med hyppigere rapporteringer. I 2017 tas infeksjonsraten inn som en av 8 hovedindikatorer. I tillegg arbeides det strukturert med dette også utenfor sengepostene slik at hele kjeden involveres i smittevernarbeidet.



- Det skal implementeres antibiotikastyringsprogram ved alle helseforetak³. Dette skal blant annet omfatte:
 - Årlig rapportering av antibiotikaforbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.
 - Implementering og etterlevelse av nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har siden 2011 rapportert antibiotikabruk fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger. Våren 2016 ble Antibiotikastyringsprogram vedtatt og Antibiotikateam (A-team) ble konstituert høsten 2016. A-team er i gang med implementering av

³ Et styringsprogram skal sikre rasjonell antibiotikabruk og implementering av nasjonale retningslinjer.

antibiotikastyringsprogram. Det er avholdt felles informasjonsmøte for UNN og man starter i februar 2017 med avdelingsvise besøk.

- Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner skal utføres to ganger årlig i henhold til forskrift. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine prevalenstall to ganger i året til Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding
Prevalensregistrering ble utført 11. mai og 1-3. november 2016. Alle enheter ved de tre sykehusene gjennomførte registreringen. Prevalenstallet for UNN var 4,8 % for 2016.

- NOIS-registrering: Det skal være minst 95% oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine infeksjonstall for hvert tertial til Helse Nord RHF.

Rapporteringstekst Årlig melding
Med unntak av aortakoronar bypass (94,9 %) har alle inngrep over 95 % oppfølging i UNN i 2016.

- Bruk av disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner. Mål: 30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenlignet med 2012.

UNN hadde en 20 % reduksjon i disse midlene fra 2012 til 2015. Tall for 2016 er ikke klar ennå. Våren 2016 ble Antibiotikastyringsprogram vedtatt og Antibiotikateam (A-team) ble konstituert høsten 2016. A-team er i gang med implementering av antibiotikastyringsprogrammet som også har som et av målene at de bredspektrede midlene skal reduseres med 30 % innen 2020 sammenlignet med 2012.

4.4 Beredskap

Mål 2016:

- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser innen utløpet av 2016 for de systemer som inneholder sensitiv personopplysninger i tråd med gjeldene lover og forskrifter.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har planlagt å gjennomføre 24 ROS i 2016 knyttet til systemer med sensitiv personopplysninger, hvorav 5 er knyttet til MTU og fjerntilgang. Dette gjennomføres klinikkvis.

UNN har pr. 1.1.2017 gjennomført 10 ROS, samt 6 ROS som ikke opprinnelig var planlagt, men som måtte prioriteres (tilgangsrettigheter til leger og helsepersonell, teknisk installasjoner mv.).

Årsaken til at målet på 24 ROS ikke er oppfylt skyldes delvis kapasitet hos sikkerhetssjefen samt utfordringer til å samle nødvendig personell fra klinikkene. Gjennomføring av ROS vil fortsette i 2017 (de 14 som ikke er gjennomført i 2016 og 7 som opprinnelig er planlagt gjennomført i 2017).

- Ivareta arbeidet med løpende oppfølging av planverk for beredskap.

Rapporteringstekst Årlig melding
Planverket for beredskap blir oppdatert fortløpende i tråd med endringer i organisasjonen og endrede omgivelser.

- Følger opp at påtalte avvik i Riksrevisjonens rapport om beredskap lukkes og at oppfølgingen rapporteres i tertialrapportene.

Rapporteringstekst Årlig melding
Beredskap er ikke rapportert i 1. eller 2. tertial etter mal fra Helse-Nord.

Foretaksspesifikke mål 2016

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Ferdigstille prosjekt «VAKe2». Det skal utarbeides driftskonsept og dokumentasjon av løsningen innen utgangen av 2016, i nært samarbeid med helseforetakene og Helse Nord IKT. Forslag til finansieringsmodell skal utarbeides innen utgangen 30.04.2016.

Rapporteringstekst Årlig melding
Det er utarbeidet et driftskonsept og dokumentasjon av løsningen innen fristen. Driftskonseptet er i varierende grad implementert i de fire helseforetakene. Harstad Sykehus har ikke implementert teknologien (utsatt) etter eget ønske. Søknad om overtakelse av eierskap og konsept er sendt til HN-ikt. Gjenstående arbeid er overgangen mellom implementering og daglig drift. Forslag til finansieringsmodell under utarbeidelse.

5 Personell, utdanning og kompetanse

Mål 2016:

- Bidra til å videreutvikle og ta i bruk fremskrivninger fra Nasjonal bemanningsmodell.

I forbindelse med utredningen av «UNNs fremtidige behov for kompetanse og personell frem mot 2025» er UNN ved Klinisk utdanningsavdeling og Personal- og organisasjonsavdelingen i gang med trening i bruk av Nasjonal bemanningsmodell (NBM) i 2016. NBM ble første gang presentert for representanter fra nevnte avdelinger på Opplæringsdag i scenariometodikk og regional bemanningsmodell i Helse Nord, Gardermoen 17.oktober 2016.

I etterkant av nevnte opplæringsdag er det arrangert egen opplæringsdag på UNN 29. november 2016, hvor hensikten var å dels bli kjent med og prøve ut senariometodikk og regional bemanningsmodell (RBM), og dels å vurdere aktuelle fagområder/personellgrupper for denne metodikken. Det faglige opplegget var ved rådgivere fra Helse Nord RHF.

RBM ble innen utgangen av 2016 vurdert til å kunne brukes som del av metodikken i nevnte utredningsarbeid, og noen resultatdata fra RBM tas med i intervjuer med klinikkene. Det skal være resultatdata som vi vet er riktige og troverdige. RBM analyserer ut fra fagområde og vi tar utgangspunkt i de fagområder som vi vet er sårbare/mangelfulle områder i fremtiden. Våre konkrete erfaringer med bruk av NBM/RBM vil formidles videre slik at verktøyet kan videreutvikles.

Tekniske utfordringer knyttet til RBM:

RBM oppleves som et komplekst og «tungt» verktøy som krever en kraftig datamaskin for å kunne kjøre prosessen (analyser). I tillegg er installasjon av Excel-64 bit en forutsetning for å kunne bruke modellen. I UNN brukes Office-pakken 32-bit og den samkjører dessverre ikke med Excel 64-bit. Saken ble sendt til IKT i september 2016 og er fortsatt under behandling.

- Ta i bruk regional handlingsplan for rekruttering.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN har bidratt og ledet regional nettverksgruppe for rekruttering som har utarbeidet planen. Den har vært orientert om i ulike fora og skal i mer operativ grad implementeres i HN som helhet i 2017. Dette blir en sentral oppgave for regionalt rekrutteringsnettverk. For øvrig brukes planen og modellen for rekruttering i UNN.

- Innfri pålagt antall praksis-, turnus- og lærlingeplasser som beskrevet i vedlegg 1. Tilleggskrav for ambulansefaglæringer: 50 % skal rekrutteres fra videregående skole i egen helseregion.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN innfrir måttallene for praksis, turnus- og lærlingeplasser i 2016. UNN har til sammen 33 turnusleieplasser pr halvår. Disse er tatt i bruk og oppfylt etter gjeldende rekrutterings og tilsetningskriterier fra HOD for 2016.

Tilleggspkt. ambulanséfaglæringer:

UNN rekrutterer primært fra skolene i UNNs lokalsykehusområde (Senja og Solhaugen VGS). Det er forskjellig fra år til år hvilke elever skolene har og ikke minst hvem som søker. Når vi rekrutterer fra andre videregående skole fra andre deler av landet f.eks Lucas vgs (Trondheim) er dette primært elever som er hjemmehørende i vår helseregion. Dette er også svært viktig for oss å kunne gjøre for å sikre en så god lokal rekruttering som mulig.

Inntaket i 2015: 11 av 13 var fra Senja eller Solhaugen VGS.

Inntaket 2016: Spesielt år da Senja vgs opprettet et ekstra skoleår etter ønske fra UNN ambulansedivisjonen, med tanke på forskriftsendringer for bemanning av ambulanse. Dette året var 6 av 15 lærlinger fra Helse Nord. Vi leser tilleggskravet som at dette gjelder helseregionen (Helse Nord), ikke bare UNN. Dvs at hvis UNN tar inn lærlinger som er utdannet fra Lakselv vgs, Karasjok vgs eller Sandnessjøen så er disse med i dette kravet. For 2016 innfrir UNN ikke kravet som det er beskrevet, UNN havner på 40 %. I 2015 var tilsvarende andel rundt 85 %.

- Delta i prosjekt «ledermobilisering».

Rapporteringstekst Årlig melding
UNN deltar i prosjektet i 2017.

- Rekruttere deltakere til Master i helseledelse i henhold til målgruppe og intensjon for studiet.

Rapporteringstekst Årlig melding
UNN annonserte studiet internt på intranett og jobbet også aktivt mot ledere for å få kvalifiserte kandidater med på studiet. Samtlige plasser ble oppfylt og samtlige kandidater fylte kravene samt var svært motivert for å starte opp.

- Rekruttere deltakere til Nasjonalt topplederprogram.

Rapporteringstekst Årlig melding
UNN inviterte klinikkjefene til å spille inn deltakere og angi både bakgrunn og hensikt med kandidat som ble foreslått. UNN deltok med to kandidater på hvert kull i 2016 og nye kandidater er klare for programmet i 2017.

- Måltall ufrivillig deltid og stillingsandel blant fast ansatte per 31.12.16 per foretak:

| Foretak | Andel deltid mindre enn | Stillingsandel større enn |
|---------|-------------------------|---------------------------|
| FIN | 16 % | 92 % |
| UNN | 19 % | 92 % |
| NLSH | 30 % | 92 % |

| | | |
|------|------|------|
| HSYK | 30 % | 92 % |
|------|------|------|

Rapporteringstekst Årlig melding

Uønsket deltid registreres i personalportalen. Det er den enkelte deltidsansatt som må ta et aktivt valg for om den er uønsket eller ønsket deltid. Ved UNN er det 46 ansatte som har registrert uønsket deltid. Av disse er en ansatt i deltid mindre enn 30 % og seks i en større stillingsandel enn 92 %.

- Ta i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging, innen 30. juni, med seks måneders planleggingshorisont, både i GAT og DIPS.

UNN har hatt som mål å ta i bruk ABP for alle yrkesgrupper. Vi har kommet langt med de tradisjonelle pleiegruppene, men har kommet kortere med dagarbeidere, inkl. legegruppen. Arbeidet er ressurskrevende. Det er vedtatt en prosess for planarbeid for legegruppen, men denne har lagt på is i påvente av beslutninger fra Rikslønnsnemda da det kan komme beslutninger som vil kunne påvirke planlagt prosess. Likevel tilstrebes lengst mulig planhorisont, selv om nok ikke alle enheter klarer å innfri kravet til 6 måneders planhorisont.

- Bidra i arbeidet med å innføre ny legespesialitetsstruktur

UNN har bidratt sterkt til dette arbeidet gjennom fast deltagelse i det interregionale prosjektet for ny spesialistutdanning. Både regional koordinator og etter hvert også nytilsatt fagsjef har deltatt.

Det har vært godt samarbeid også mellom personal- og organisasjonsavdelingen og Klinisk utdanningsavdeling i arbeidet å utvikle nye rutiner for tilsetting i LIS stillinger.

Personal- og organisasjonsavdelingen har videre prosjektmedarbeider som leder implementering av kompetanseportalen i UNN. Dette arbeidet har en sterk forgrening til ny spesialistutdanning ved at løsningen skal brukes til å registrere oppnådde læringsmål i spesialistutdanningen.

- Delta i prosjekt for utvikling og innføring av regionalt system for kompetanseledelse, og ta dette i bruk.

Prosjektet Innføring av Kompetansemodule i Personalportalen startet opp 1.3.2016, og skal etter prosjektplanen avsluttes 1.3.2018. Arbeidet med Kompetansemodule i UNN foregår etter planen vedtatt i prosjektgruppa. Prosjektleder i UNN har vært involvert i prosesser og bidratt til å nå delmål som er definert i prosjektgruppa. I UNN har Oppvåkning, Intensiv, og Mikrobiologisk laboratorium vært med i piloten. Det er gjennomført workshoper og kurs for pilotdeltakerne. De har lagt inn kompetanseplaner i modulen, og tildelt disse til medarbeidere. Tilbakemeldinger fra pilot-enhetene ble rapportert fortløpende til regional prosjektleder og har bidratt blant annet til å tilpasse verktøyet til våre behov og til å forbedre opplæringsmateriell. Kompetansemodule er

integreert med Campus. Det som gjenstår er å få inn medarbeidernes CV her. Dette vil bli gjort i løpet av januar/februar 2017.

Det er utarbeidet utrullingsplan i UNN. Planlagt dato for start av utrulling av Kompetansemodule er mars 2017. Lokal prosjektleder i UNN har hatt et informasjonsmøte om utrulling av Kompetansemodule med tillitsvalgte og verneombud. Utrullingsmåten ble vurdert positivt. Det er utarbeidet en AMU-sak og en sak til ledergruppa der utrullingsplanen blir presentert. Prosjektleder holder på å presentere Kompetansemodule i avdelinger/seksjoner som ønsker å få mer utdypende informasjon om verktøyet.

- Bidra til kompetanseutvikling, samt videreutvikle tilbud gjennom e-læring, simulatoretrening mv.

En rekke av UNNs lederutviklingstilbud er nå å finne på e-læring. Ett av UNNs mål er at de kursene som er praktisk, faglig og intensjonsmessig hensiktsmessig å gjennomføre på e-læring skal over på e-læring. Det vil si at de fleste administrative lederkurs er nå på e-læring. For hvert kurs som utvikles vurderes også om deler kan gjøres gjeldende via e-læring.

I løpet av 2016 gikk bruken av **e-læringsplattformen** Campus ved UNN over i en «stordriftssituasjon» med 28983 kursgjennomføringer. De fleste organisatoriske enheter ved UNN har tatt i bruk e-læring som verktøy for kompetanseheving der ledere har mulighet til å ta ut rapporter som viser hvilke ansatte som har fullført/ikke fullført nødvendige e-læringskurs.

UNN og UiT Helsefakultet har siden 2012 samarbeidet om å etablere, drifte og videreutvikle **Ferdighets- og simuleringssenteret** i Tromsø. I 2015/16 ble det gjennomført en kartlegging av fremtidig behov for ferdighets- og simuleringstrening i UNN, og på bakgrunn av denne kartleggingen vedtok UNNs direktørmøte den 15. mars 2016 at UNN skal prioritere fremtidige øvingslokaler og utstyr til ferdighets- og simuleringstrening, med særlig vekt på utdanningsaktiviteter knyttet til regionalt utdanningscenter for legespesialister, tverrfaglige og tverrprofesjonelle simuleringer og scenariotrening og trening på polikliniske aktiviteter. Kvalitets- og utdanningscenteret v/Klinisk utdanningsavdeling ble bedt om å utarbeide mandat for dette arbeidet, og samarbeide tett med Drifts- og eiendomssenteret og Felles utdanningsutvalg mellom UNN og UiT Helsefakultetet (FUU).

Pågående utredning fokuseres på den mest hensiktsmessige måten å legge til rette for slik trening – både administrativt, arealmessig og hvordan man skal sikre at utstyrsparken ivaretar treningsbehovet og vedlikeholdes.

Spørsmålene som rapporten skal svare på, jf. Mandat (utdrag):

- Hvordan organisere ferdighets- og simuleringssentra?
- Hvilke lokaler i UNN og UiT egner seg til å drive ferdighets- og simuleringstrening
- Hvilket utstyr trenger vi?

Det tas utgangspunkt i behovene for trening som fremkommer i rapporten *Behov for kompetanseheving gjennom ferdighets- og simuleringstrening* av 3. februar 2016 og Det

helsevitenskapelige fakultets framtidige planer og behov for slik trening, samt sees hen til nasjonale og regionale føringer for slik trening. Arbeidet ferdigstilles 1. juni 2017.

- Gi alle ledere opplæring og muligheter til utvikling gjennom kurs og møteplasser som dekker den basiskompetanse ledere skal ha.

UNN har ett lederutviklingsprogram som består av en rekke kurs som gjennomføres både som e-læring og som ordinær undervisning med fysisk oppmøte. Kursene omfatter alt fra administrative rutiner til trening og utvikling av lederrollen. Programmet innehar også temakurs som for eksempel ledelse gjennom relasjoner, rekrutteringskurs for ledere mv. Kursene gjøres kjent gjennom intranett og egen side som heter «Kurs for ledere». Alle nytilsatte ledere får egen opplæringsplan som følges opp av leder over leder.

- Gi lederstøtte ved å ta i bruk Helse Nords lederhåndbok.

Rapporteringstekst Årlig melding
Lederhåndboken er under utarbeiding. Planlagt lansert mars/april 2017.

- Legge til rette for læringsaktiviteter og utdanningsløp for leger i spesialisering i eget helseforetak og i samarbeid med det regionale utdanningscenteret og andre helseforetak i landet.

Regionalt utdanningscenter ble ikke etablert i UNN i 2016. Årsaken til dette var at forutsetningene ikke var klarert i det interregionale prosjektet før sent på høsten 2016.

Regional koordinator ble fast tilsatt 1.mars 2016. I juni – september 2016 ble en questback spørring gjort for å kartlegge alle LIS i regionen, mht. hvor langt de var kommet i sine utdanningsløp, og hva de manglet. Dette for å kunne legge til rette for fullføring av utdanningsplan for de som hadde fast ansettelse i et av foretakene i HN. Dessverre oppnådde denne kun 50% svar.

Det er gjort forarbeid i regionen for å benytte Personalportalen til å koordinere behov og tilgang til gruppe 1 tjeneste og tilsvarende.

- Ha oppdaterte planer for videreutdanning innen 1. juni 2016 og ha oversikt over utdanningskapasitet.

UNN har god oversikt over utdanningskapasitet og hvor mange som per i dag er i videreutdanningsforløp gjennom virksomhetsrapport for utdanning 2016.

Før arbeidet med UNNs behov for fremtidige behov for kompetanse og personell frem mot år 2025 pågår og ferdigstilles ila vår 2017, vi ikke ha en **overordnet plan for**

videreutdanninger, det er det den enkelte klinikk som har for sitt personell og gjennom egne strategiske utviklingsplaner.

Formålet med nevnte og omfattende utredning er å få et **samlet fremtidsbilde av kompetansebehovet som grunnlag for en styrt planlegging av foretakets kompetanseutvikling- og planer.**

Hva skal utredes?

- Hvilke personellgrupper trenger UNN å rekruttere og beholde fremover for å sikre forsvarlig og effektiv drift?
- Hvor mange av de ulike personellgrupper er det behov for?
- Identifiser og vurder mulige områder for oppgavedeling mellom eksisterende og nye personellgrupper?
- **Hvilke formelle utdanninger vil det være behov for og dimensjoneringen av disse**
- Er det, og i så fall hvilke personellgrupper bør UNN fremover gi spesiell oppmerksomhet og utarbeide overordnede tiltak overfor?

Foretaksspesifikke mål

Universitetssykehuset Nord- Norge

- Etablere et regionalt utdanningscenter for å ivareta utdannings- og læringsaktiviteter, samt andre oppgaver i ny ordning for legenes spesialistutdanning. Delta i tverregional ordning for å sikre nasjonal, samordnet spesialistutdanning. Planlegge for iverksetting av læringsaktiviteter for oppstart i 2017 av spesialistutdanningens del 1 etter ny ordning.

Klinisk utdanningsavdeling (KUA) har bidratt sterkt til det interregionale prosjektet for ny spesialistutdanning. Både regional koordinator (70% av tiden) og etter hvert også nytilsatt fagsjef har deltatt.

KUA koordinerte høringen av forskrift for ny spesialistutdanning, høring av læringsmål Del 1 og nå i 2017, høring av læringsmål Del 2 og Del 3. Det ble gjennomført informasjonsmøter om ny utdanning, i alle 4 HF høsten 2016. Regionalt seminar for Del 1 er berammet til 1.februar 2017. Veilederkurs annonseres i uke 4 2017 og avholdes i april 17.

Regionalt utdanningscenter ble ikke etablert i UNN i 2016. Årsaken til dette var at forutsetningene ikke var klarert i det interregionale prosjektet før sent på høsten 2016. Senteret etableres når senterleder tilsettes og tiltrer i 2017. UNN etterlyser fortsatt finansiering for denne regionale funksjonen.

- Forberede at regional finansiering knyttet til helsekompetanse.no f.o.m. 2017 vil overføres til regionalt nettverk for e-læring.

Rapporteringstekst Årlig melding

Helsekompetanse har ikke hatt øremerket regional finansiering, men intern finansiering fra UNN. UNN følger opp styringssignalene i forhold til virksomheten i Helsekompetanse.

- Legge til rette for at utviklerkompetansen innenfor e-læring gjøres tilgjengelig for regionalt utdanningscenter og e-læringsnettverket.

Rapporteringstekst Årlig melding

Målet er oppnådd gjennom at E-lærings koordinator i RHF'et har deltatt i arbeidsgruppe i det interregionale prosjektet for ny spesialistutdanning. Ingen nye kurs er bestilt så utviklerkapasitet har så langt ikke vært etterspurt.

- Helsekompetanse.no sin utvikling av e-læringskurs skal være basert på etterspørsel og koordinering med samarbeidspartnere og KS Læring.

Rapporteringstekst Årlig melding

UNN følger opp styringssignalene i forhold til virksomheten i Helsekompetanse.

5.1 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Mål 2016

- Følge opp felles regional plan for gjennomføring og videreutvikling av medarbeiderundersøkelsen.

UNN har etablert en overordnet tidfestet plan for å sikre gjennomføring og oppfølging av MU 2016:

- Planlegging, informasjon og organisatoriske forberedelser høsten 2016.
- Gjennomføring av spørreundersøkelsen i ukene 46-48.
- Oppfølging av undersøkelsen med tiltaksarbeid og utarbeidelse av handlingsplaner er lagt til første halvdel av 2017.
- MU 2016 skal evalueres høsten 2017.

MU 2016 ble gjennomført i hht. plan og på en tilfredsstillende måte. Målet om 70 % deltakelse ble imidlertid bare delvis oppnådd. 71,6 % var innom selve spørreundersøkelsen, men 9,9 % valgte aktivt å ikke sende inn spørreskjema. Det ga en total svarprosent i UNN på 62 %. En foreløpig analyse, basert på tidligere undersøkelser og tilsvarende svarmønster i de andre store foretakene i Helse Nord, kan tyde på at valgalternativet «ønsker ikke svare» hadde en u hensiktsmessig fremtredende plassering i spørreskjema som kan ha påvirket respondentenes svarmønster.

UNN deltar i videreutvikling og pilotering av ny nasjonal undersøkelse som slår sammen medarbeiderundersøkelsene, pasientsikkerhetsundersøkelsen og HMS-undersøkelsen.

- Helseforetakene skal samordne sin virksomhet under ferieavvikling. Primært skal dette gjøres internt mellom egne sykehus, men også på tvers av helseforetakene for egnede områder av hensyn til kvalitet i tjenesten, og for å redusere bruk av vikarer.

UNN har etablert en nettbasert plattform for informasjonsdeling mellom klinikker og lokalisasjoner. Endelig ferdigstilling kom for sent for å kunne tas i bruk for sommeren 2016. Det er undervist om plattformen, men videre informasjon om plattformen planlegges.

Det er videre startet opp et arbeid for å etablere en klinikkovergripende feriegruppe. Direktørens ledergruppe har bestemt at gruppen skal ledes på omgang fra klinikkene. Gruppen har etterlyst samordning mellom helseforetakene fra Helse Nord.

- Ha et gjennomsnittlig sykefravær under 7,5 % for 2016. I første tertial rapporteres tiltak for å nå målet.

IA-handlingsplan for 2016 har satt fokus på mål og tiltak for å redusere sykefravær. Overordnede mål og tiltak har vært følgende:

- Gjennomføring og oppfølging av medarbeiderundersøkelse.
- Gjennomføring av utviklingssamtaler med alle medarbeidere i hver enhet.
- Obligatorisk IA-opplæring for ledere med personalansvar, og IA-opplæring som tilbud til tillitsvalgte og verneombud.
- Systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere iht. prosedyre «Oppfølging av gravide arbeidstakere».
- Enheter med sykefravær over 7,5% skal identifisere og analysere årsaker til fravær og sette inn tiltak som kan reduserer dette.
- Voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri samt rus skal jobbe med forebygging av vold og trusler.

Det foreligger ikke statistikk over hvor mange enheter som har utarbeidet og fulgt opp siste medarbeiderundersøkelsen (MU) fra 2014. Stikkprøver indikere at mange har gjennomført oppfølging, men det er fortsatt potensiale for forbedring i oppfølgingsarbeidet. Derfor har det blitt lagt trykk på at oppfølgingsarbeidet etter Medarbeiderundersøkelsen i 2016 skal gjennomføres av alle enheter. Det er også en av målsetningene for IA-handlingsplan for 2017.

Utviklingssamtalen er et verktøy for å kartlegge medarbeiders potensiale for utvikling, samtidig som det er en metode for å fange opp arbeidsmiljøforbedringer på individnivå. Da tiltaket setter individuelt arbeidsmiljø på dagsorden vil tiltaket kunne være med på å forbygge risiko for fremtidig sykefravær. Det foreligger i likhet med MU ikke statistikk som kan påvise at utviklingssamtalen er gjennomført i alle enheter. Erfaringer viser at det kan være spesielt utfordrende for ledere med store kontrollspenn å gjennomføre dette tiltaket.

Obligatorisk IA-opplæring (heldagskurs) omhandler temaene helsefremmende arbeidsplasser, forebygging og oppfølging av sykefravær. Tiltaket er rettet mot ledere, tillitsvalgte og verneombud og har som hensikt å forbedre arbeidet med forebygging, og oppfølging av sykefravær. I 2016 er det gjennomført 9 kurs med 298 deltakere.

Systematisk oppfølging av gravide arbeidstakere. Det er utarbeidet prosedyrer for oppfølging av gravide arbeidstakere og bedriftshelsetjenesten (BHT) bistår arbeidsgivere på forespørsel å være med i trekantsamtaler med den gravide ansatte. Denne bistanden er i liten grad etterspurt fra klinikkene. Ved UNN Narvik har BHT gjennomført opplæring til ledere i oppfølging av gravide arbeidstakere Kurs var planlagt ved UNN Tromsø, men ble kansellert grunnet lav påmelding.

Da rundt 10% av sykefraværet i UNN⁴ er relatert til svangerskap er det hensiktsmessig å ha fokus på denne gruppen for å redusere fravær. Ved Akershus universitetssykehus har lederopplæring i oppfølging av gravide og bistand fra BHT i trekantsamtaler resulterte i at gravide, som var involvert i tiltaket, sto 12 uker lengre i jobb.

Enheter med sykefravær over 7,5% skal identifisere og analysere årsaker til fravær og sette inn tiltak som kan reduserer dette. Bedriftshelsetjenesten (BHT) har vært involvert i 31saker for å bistå i gjennomføring av dette tiltaket. De sakene BHT ikke har vært involvert i foreligger det ikke statistikk over.

Forebygging av trusler og vold har vært et av temaene i de skreddersydde IA-kurs i psykisk helse- og rusklinikken. I tillegg har BHT i samarbeid med UIT arrangert heldagskurs med temaet systematisk forebygging av og miljøterapeutisk tilnærming til trusler og vold. Eksponering for trusler og vold på arbeidsplassen øke risiko for sykefravær radikalt ifølge forskning fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Det er derfor viktig å jobbe med forebyggende tiltak rettet mot denne faktoren.

6 Forskning og innovasjon

Mål 2016

- Forskningsmiljøene skal gå sammen med miljøer i andre regioner for å søke på prosjekter i nytt felles program (utarbeidet av RHF-ene i samarbeid med Norges forskningsråd) for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten.

Annonser om tverregionale forskningsmidler er publisert på UNNs nettsider, samt at informasjonen er formidlet til forskningsgrupeledere. Informasjon om støttemuligheter er gitt til miljøene. Kvalitets- og utviklingssjefen sitter i styringsgruppe for KLINBEFORSK (Det fellesregionale/nasjonale programmet for klinisk behandlingsforskning).

- Delta i arbeidet med å utvikle en modell for budsjettering av totale kostnader i eksternt finansiert forskning i helseforetak, jf. rapport⁵ fra arbeidsgruppe fra 2015.

⁴ Tall fra NAV 2014

⁵ Rapport 06.03.2015 fra arbeidsgruppe nedsatt av HOD og KD – se <http://www.uio.no/om/samarbeid/samfunn-og-naringsliv/shhu/moter/Innkallinger/2015/290515/rapport-nasjonal-gruppe-6-mars-2015.pdf>

Man forventet resultater fra Husebekk-rapporten. Oppdraget med utvikling av en modell for budsjettering av totale kostander er gitt til Helse Sør-Øst. Inven2s budsjettmmodell kan tas som utgangspunkt i påvente av utviklet løsning.

- Det er i samarbeid mellom de fire RHF-ene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og helseforetak uten universitetsfunksjon, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU⁶ fra 2015.

Rapporteringstekst Årlig melding
Arbeid med måling av innovasjonsaktivitet på UNN pågår i regi av avdeling for Innovasjon & Implementering. Elektronisk verktøy for registrering av innovasjonsaktivitet er pilotert.

- Implementere tiltakene i Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016–2020, sammen med RHF-et.

Rapporteringstekst Årlig melding
Brukermedvirkning:

- kurs i brukermedvirkning for brukere var arrangert våren 2016
- det arbeides med forberedelser til et nasjonalt workshop om brukermedvirkning (planlagt våren 2017)

Forskningsskiltur:

- ansvar og roller knyttet til forskning tydeliggjøres gjennom formidling og kurs

Legges til rette for utvikling av toppmiljøer, nasjonal og internasjonalt:

- støttefunksjon og rutiner forbedres i samarbeid med Helsefak. Antall søknader til EU fra Tromsø-miljøer er økt

Støttefunksjoner for forskere i helseforetak/region:

- stilling for helsefaglig forsker med regionalt ansvar er under utlysning
- stilling for statistikker med regionalt ansvar er under utlysning
- KFA deltar i et nasjonalt nettverk for forskningsstøtteenheter
- eCRF REDCap er tatt i bruk på UNN og Finnmarkssykehus
- Samarbeid startet med forskningsstøtteenhet i Sverige
- KFA deltar i regionalt forum for forskningsstøtteenheter
- Et nytt kurs i Systematiske oversiktsartikler er søkt som phd-kurs

Utvikle og forbedre rutiner for implementering av forskningsresultater:

⁶ Rapport september 2015: NIFU arbeidsnotat 16-2015 - Måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene: En videreutvikling av de nasjonale indikatorene for innovasjon i helsesektoren.

- Dialog startet med en forskningsstøtteenhet i Sverige vedrørende deres erfaring med systematisk arbeid innen evidens-basert medisin.

Foretaksspesifikke mål 2016:

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner som nytt medisinsk-teknisk utstyr skal styrkes.

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe i 2016 som jobbet med revisjon av tjenestetilbudet til Forskningsposten og mandatet til Vitenskapelig råd. I det nye mandatet foreslås det at man vektlegger innovasjonspotensialet i prosjekter. Man jobber også nasjonalt med kartlegging av krav som stilles til kliniske utprøvingssentre som skal gjennomføre tidlig fase studier. Forskningspostens ansatte deltar i dette arbeidet

- Prioritere gjennomføring av egne multisenterstudier, samt internasjonale, nasjonale og studier knyttet til NorCRIN (Norwegian Clinical Research Infrastructures Network).

I det nye mandatet til Forskningsposten og Forskningspostens vitenskapelige råd foreslås det at man prioriterer prosjekter med innovasjonspotensialet, egne multisenterstudier samt store internasjonale og nasjonale kliniske studier.

Informasjon om utlysning av tverregionale midler er formidlet via UNN intranett samt direkte til relevante miljøer.

- I samarbeid med Helse Nord RHF sørge for at det nyetablerte Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) organiseres med en fagprofil og tilhørende ledelses- og styringsformer som kan ivareta de forpliktelser og formål som følger av bevilgningen over statsbudsjettet. Senteret skal i tillegg til sin frie forskning finansiert gjennom søknader (forskningsråd, regionale forskningsmidler, EU mv.) også ha en anvendt profil med vekt på følgeforskning og utredninger på bestilling fra helsemyndighetene. Det skal etableres en nasjonalt sammensatt styringsgruppe for senterets virksomhet, og i samarbeid med det nye e-helsedirektoratet utvikles rutiner for bestillinger og leveranser. Helse Nord RHF vil spesifisere dette oppdraget ytterligere gjennom et særskilt oppdragsbrev.

NSE organiseres som forutsatt, og nasjonal styringsgruppe er etablert.

7 Styringsparametere 2016

Rapportering fra helseforetakene på styringsparametre m.v. er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg. Vi har etter henstilling fra helseforetakene gjennomgått hvilke styringsparametre det skal rapporteres på, og hvilke Helse Nord RHF kan svare HOD på direkte.

8 Oppfølging og rapportering

Der er kun offisielle NPR data som er grunnlag for rapportering, og der det er mulig kan NPR data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Andre nyttige linker som kan brukes for innhenting av informasjon:

Lenke til nasjonale kvalitetsindikatorer: <http://nesstar2.shdir.no/webview/>

Lenke til statistikkalender Norsk pasientregister: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/statistikkalender/Sider/default.aspx>

Helsenorge - Kvalitet i helsetjenesten – indikatorer

<https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre - <http://www.kvalitetsregistre.no/kvalitetsregistre/>

9 Sak til HF styrebehandling

- Status, handlingsplaner og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet en gang årlig. Blant annet skal sakene omfatte status for innføringen av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet, GTT-resultater og oppfølging av disse.

Rapporteringstekst årlig melding

UNN har styrebehandlet handlingsplaner for pasientsikkerhet og gitt status til styret på innføringen av tiltakspakkene i 2016. GTT-resultater er rapportert til styret i ledelsens gjennomgang etter 2. tertial 2016. UNN-styret har i juni 2016 behandlet en egen sak om utvikling av kontinuerlig forbedring i UNN, der forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet er sentralt. UNN-styret behandlet i samme møte en egen sak om UNNs resultater for nasjonale kvalitetsindikatorer (resultatindikatorer) og nasjonale kvalitetsregistre.

- Tertialvis styrebehandling av status for oppfølging av oppdragsdokument 2016, med fokus på krav som blir vanskelig å få gjennomført i 2016, med tiltak.

Oppdragsdokumentet og tertialrapportene er fulgt opp i styresaker gjennom året med særlig fokus på punkter som er utfordrende å gjennomføre.

- Området informasjonssikkerhet med tilhørende status på ROS-analyser skal behandles særskilt av helseforetakets styre innen 1.1.17. Styresaken skal

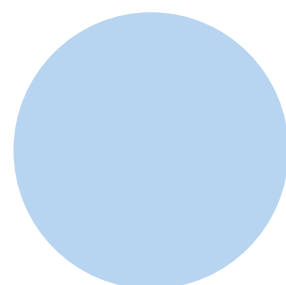
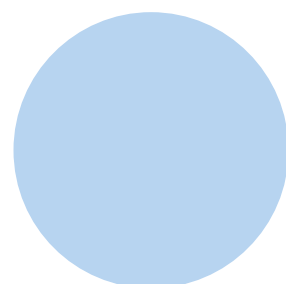
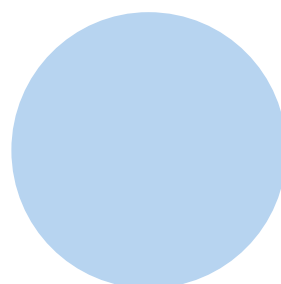
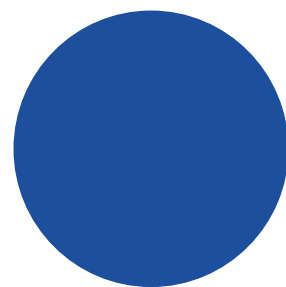
beskrive om databehandler oppfyller de krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Alle kjente avvik slik disse er beskrevet av Riksrevisjonen skal være lukket innen utløpet av 2016.

UNN har planlagt å gjennomføre 24 ROS i 2016 knyttet til systemer med sensitiv personopplysninger, hvorav 5 er knyttet til MTU og fjerntilgang. Dette gjennomføres klinikkvis.

UNN har pr. 1.1.2017 gjennomført 10 ROS, samt 6 ROS som ikke opprinnelig var planlagt, men som måtte prioriteres (tilgangsrettigheter til leger og helsepersonell, teknisk installasjoner mv.).

Årsaken til at målet på 24 ROS ikke er oppfylt skyldes delvis kapasitet hos sikkerhetssjefen samt utfordringer til å samle nødvendig personell fra klinikkene. Gjennomføring av ROS vil fortsette i 2017 (de 14 som ikke er gjennomført i 2016 og 7 som opprinnelig er planlagt gjennomført i 2017).

Egen sak til UNNs styre om informasjonssikkerhet vil bli fremmet i første halvår 2016.





STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|----------------------------------|--|--------------------------------|
| 22/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.3.2017 |
| Saksansvarlig: Gøril Bertheussen | | Saksbehandler: Grethe Andersen |

Årsregnskap og styrets årsberetning for 2016

Innstilling til vedtak

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

 Det fremlagte årsoppgjøret med resultatregnskap og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultatet, fastsettes som UNNs regnskap for 2016. Styret foreslår at årets overskudd på 135 207 963 kr overføres til annen egenkapital.
2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønsfastsettelse.
3. Styret ber Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet til investeringer av utstyr med mer i 2017.
4. Årsberetning 2016 vedtas.

Saksutredning og konklusjon

Formålet med denne saken er å behandle årsberetning og årsregnskap for Universitetssykehuset Nord-Norge HF for 2016.

Regnskapet viser et overskudd på 135 207 963 kr. Eiers opprinnelige resultatkrav for 2016 var pluss 40 000 000 kr. Styret ber Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet til investering av utstyr i 2016.

Direktøren anbefaler at årsberetningen vedtas og at regnskapet oversendes foretaksmøtet til endelig behandling og godkjenning.

Medvirkning

Saken ble drøftet i egne møter med Brukerutvalgets AU, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt Arbeidsmiljøutvalget 13. og 14.3.2017. Samtlige sluttet seg til at direktøren slutfører saken og fremmes til styrets behandling med den innretning saken ble presentert for de

respektive møtene. Det følger egne referater og protokoller fra møtene som behandles som referatsaker i styremøtet 28.-29.3.2017.

Tromsø, 17.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Årsregnskap 2016
2. Årsberetning 2016

Årsregnskap

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

2016

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Resultatregnskap

| NOTE | DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER | 2016 | 2015 |
|--|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 3 | Basisramme | 4 852 183 998 | 4 874 503 000 |
| 3 | Aktivitetsbasert inntekt | 1 925 258 317 | 1 879 391 014 |
| 3 | Annen driftsinntekt | 517 340 930 | 503 920 777 |
| 2/3 | Sum driftsinntekter | <u>7 294 783 245</u> | <u>7 257 814 791</u> |
| 4 | Kjøp av helsetjenester | 327 915 274 | 328 985 044 |
| 5 | Varekostnad | 811 464 622 | 737 429 461 |
| 6/7 | Lønn og annen personalkostnad | 4 600 966 438 | 4 738 493 807 |
| 10 | Ordinære avskrivninger | 244 850 317 | 256 392 414 |
| 10 | Nedskrivning | 0 | 802 870 |
| 8 | Andre driftskostnader | 1 195 622 751 | 1 089 553 042 |
| 2 | Sum driftskostnader | <u>7 180 819 402</u> | <u>7 151 656 638</u> |
| | Driftsresultat | <u>113 963 844</u> | <u>106 158 153</u> |
| FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER | | | |
| 9 | Finansinntekter | 21 543 633 | 15 321 282 |
| 9 | Finanskostnader | 299 514 | 675 780 |
| | Netto finansresultat | <u>21 244 119</u> | <u>14 645 502</u> |
| | ÅRSRESULTAT | <u>135 207 963</u> | <u>120 803 655</u> |
| OVERFØRINGER | | | |
| 15 | Overført til/fra annen egenkapital | 135 207 963 | 120 803 655 |
| | Sum overføringer | <u>135 207 963</u> | <u>120 803 655</u> |

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Balanse

| NOTE | EIENDELER | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| | Anleggsmidler | | |
| | Immaterielle driftsmidler | | |
| 10 | Immaterielle eiendeler | 13 827 495 | 17 343 142 |
| | Sum immaterielle eiendeler | <u>13 827 495</u> | <u>17 343 142</u> |
| | Varige driftsmidler | | |
| 10 | Tomter, bygninger og annen fast eiendom | 2 618 421 568 | 2 727 320 919 |
| 10 | Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende | 506 639 863 | 541 994 761 |
| 10 | Anlegg under utførelse | 1 295 717 098 | 685 985 031 |
| | Sum varige driftsmidler | <u>4 420 778 529</u> | <u>3 955 300 711</u> |
| | Finansielle anleggsmidler | | |
| 12 | Investeringer i andre aksjer og andeler | 238 896 368 | 212 877 126 |
| 7 | Pensjonsmidler | 434 630 191 | 469 528 215 |
| | Sum finansielle anleggsmidler | <u>673 526 559</u> | <u>682 405 341</u> |
| | Sum anleggsmidler | <u>5 108 132 582</u> | <u>4 655 049 194</u> |
| 5 | Varer | <u>96 075 089</u> | <u>90 193 775</u> |
| | Fordringer | | |
| 18 | Fordringer på selskap i samme konsern | 713 422 220 | 720 334 542 |
| 13 | Øvrige fordringer | 245 356 732 | 114 232 647 |
| | Sum fordringer | <u>958 778 952</u> | <u>834 567 189</u> |
| 14 | Bankinnskudd, kontanter o.l. | <u>164 172 305</u> | <u>158 441 498</u> |
| | Sum omløpsmidler | <u>1 219 026 347</u> | <u>1 083 202 462</u> |
| | SUM EIENDELER | <u>6 327 158 929</u> | <u>5 738 251 656</u> |

Balanse

| NOTE | EGENKAPITAL OG GJELD | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|------|--|----------------------|----------------------|
| | Egenkapital | | |
| | Innskutt egenkapital | | |
| 15 | Foretakskapital | 100 000 | 100 000 |
| 15 | Annen innskutt egenkapital | 4 531 253 844 | 4 531 253 844 |
| | Sum innskutt egenkapital | 4 531 353 844 | 4 531 353 844 |
| | Opptjent egenkapital | | |
| 15 | Udekket tap | -213 287 316 | -348 495 280 |
| | Sum opptjent egenkapital | -213 287 316 | -348 495 280 |
| | Sum egenkapital | 4 318 066 528 | 4 182 858 564 |
| | Gjeld | | |
| | Avsetning for forpliktelser | | |
| 16 | Andre avsetninger for forpliktelser | 214 497 882 | 207 243 963 |
| | Sum avsetninger for forpliktelser | 214 497 882 | 207 243 963 |
| | Annen langsiktig gjeld | | |
| 17 | Gjeld til Helse Nord RHF | 340 000 000 | 130 000 000 |
| | Sum annen langsiktig gjeld | 340 000 000 | 130 000 000 |
| | Sum langs. forpliktelser og annen lang. gjeld | 554 497 882 | 337 243 963 |
| | Kortsiktig gjeld | | |
| | Skyldige offentlige avgifter | 233 840 347 | 214 026 794 |
| 18 | Kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern | 119 268 623 | 112 091 580 |
| 17 | Annen kortsiktig gjeld | 1 101 485 549 | 892 030 752 |
| | Sum kortsiktig gjeld | 1 454 594 519 | 1 218 149 126 |
| | Sum gjeld | 2 009 092 401 | 1 555 393 089 |
| | SUM EGENKAPITAL OG GJELD | 6 327 158 929 | 5 738 251 653 |

Regnskapet for UNN HF per 31. desember 2016 er godkjent og signert, 28. mars 2017

Jorhill Andreassen
styreleder

Erling Espeland
nestleder

Per Erling Dahl
styremedlem

Tove Skjelvik
styremedlem

Kjersti Markusson
styremedlem

Eivind Mikalsen
styremedlem

Rune Moe
styremedlem

Helga Marie Bjerke
styremedlem

Mai Britt Martinsen
styremedlem

Jan Eivind Pettersen
styremedlem

Jan Terje Nedrejord
styremedlem

Tor Ingebrigtsen
Direktør

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kontantstrømoppstilling

| NOTE | KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER: | 2016 | 2015 |
|---------|--|---------------------|---------------------|
| 15 | Årsresultat | 135 207 963 | 120 803 655 |
| | Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler | -57 313 | 719 850 |
| 10 | Ordinære avskrivninger | 244 850 317 | 256 392 414 |
| 10 | Nedskrivninger varige driftsmidler | 0 | 802 870 |
| 22 | Øvrige resultatposter uten kontanteffekt | | |
| 22 | Endring i omløpsmidler | -130 093 077 | -577 719 226 |
| 22 | Endring i kortsiktig gjeld | 236 445 393 | -269 038 964 |
| 7 | Endring i netto pensjonsmidler | 34 898 024 | 379 731 411 |
| 16 | Inntektsført investeringstilskudd | 2 035 806 | 1 866 401 |
| | Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter | 523 287 113 | -86 441 589 |
| | KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER: | | |
| | Innbetalinger ved salg av driftsmidler | 57 313 | 70 907 |
| 10 | Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler | -706 812 490 | -483 252 592 |
| 10 | Inn-/utbetalinger ved utlån | 0 | 0 |
| | Utbetalinger ved salg av finansielle eiendeler | | |
| | Inn-/utbetalinger ved kjøp av finansielle eiendeler | -26 019 242 | -21 339 984 |
| | Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter | -732 774 419 | -504 521 670 |
| | KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER: | | |
| 17 | Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld | 210 000 000 | 130 000 000 |
| 17 | Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld | 0 | 0 |
| 16 | Innbetaling av investeringstilskudd | 0 | 0 |
| 16 | Endring øvrige langsiktige forpliktelser | 5 218 113 | 32 115 790 |
| 15 | Endring foretaks kapital med kontanteffekt | 0 | 421 000 000 |
| | Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter | 215 218 113 | 583 115 790 |
| 1 | Netto endring i likviditetsbeholdning | 5 730 807 | -7 847 469 |
| 1 | Likviditetsbeholdning pr 01.01. | 158 441 498 | 166 288 967 |
| 1/14/18 | Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12. | 164 172 305 | 158 441 498 |
| | Bankinnskudd ført opp som fordring på RHF | 572 403 204 | 581 458 785 |
| | Sum bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12. | 736 575 509 | 739 900 283 |
| | Ubenyttet trekkramme i konsernkontoordningen | 100 000 000 | 100 000 000 |

Note 1 Regnskapsprinsipper

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering

Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger, og er avlagt i samsvar med regnskapslov og god regnskapsskikk i Norge gjeldende pr 31. desember 2016. Notene er følgelig en integrert del av årsregnskapet.

Årsregnskapet er basert på de grunnleggende prinsipper om historisk kost, sammenlignbarhet, fortsatt drift, kongruens og forsiktighet. Transaksjoner regnskapsføres til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet. Inntekter resultatføres når de er opptjent og kostnader sammenstilles med opptjente inntekter. Regnskapsprinsippene utdypes nedenfor. Når faktiske tall ikke er tilgjengelige på tidspunkt for regnskapsavleggelsen, tilsier god regnskapsskikk at ledelsen beregner et best mulig estimat for bruk i resultatregnskap og balanse. Det kan fremkomme avvik mellom estimerte og faktiske tall.

Eiendeler/gjeld som knytter seg til varekretsløpet og poster som forfaller til betaling innen ett år etter balansedagen, er klassifisert som omløpsmidler/kortsiktig gjeld. Vurdering av omløpsmidler/kortsiktig gjeld skjer til laveste/høyeste verdi av anskaffelseskost og virkelig verdi. Virkelig verdi er definert som antatt fremtidig salgpris redusert med forventede salgskostnader. Andre eiendeler er klassifisert som anleggsmidler. Vurdering av anleggsmidler skjer til anskaffelseskost. Anleggsmidler som forringes avskrives. Dersom det finner sted en verdiendring som ikke er forbigående, foretas en nedskrivning av anleggsmidlet.

Ved anvendelse av regnskapsprinsipper og presentasjon av transaksjoner og andre forhold, legges det vekt på økonomiske realiteter, ikke bare juridisk form. Betingede tap som er sannsynlige og kvantifiserbare, kostnadsføres. Tallene i notene er avstemt mot selskapets resultat- og balanse.

Andre generelle forhold

Universitetssykehuset Nord-Norge HF ble stiftet 18.12.2001 i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. 01.01.2002 overførte staten formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregion nord til Helse Nord RHF. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m.

Virksomhetsoverføringen har skjedd som et tingsinnskudd og transaksjonsprinsippet er lagt til grunn. Dette innebærer at virkelige verdier pr. overdragelsestidspunktet er lagt til grunn for verdsettelsen av innskutte eiendeler.

Helseforetakene er non-profit-virksomheter. Eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital. Bruksverdi representerer derfor virkelig verdi for anleggsmidler.

I åpningsbalansen, er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter, er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien, er det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffelseskost beregnet.

For overførte anleggsmidler der det pr. 01.01.02 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden, er det gjort fradrag i åpningsbalansen.

Det følger av Helseforetakslovens § 31- 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet samt mulighet for optak av lån, garantier og pantstillelser.

Regnskapsprinsipper for vesentlige regnskapsposter

Inntektsføringstidspunkt

Behandlingsrelaterte inntekter regnskapsføres i den periode behandlingen har funnet sted. Basisramme inntektsføres i den perioden den mottas. Øvrig inntekt resultatføres når den er opptjent. Inntektsføring skjer følgelig normalt på leveringstidspunktet ved salg av varer og tjenester. Driftsinntektene er fratrukket merverdiavgift, rabatter, bonuser og fakturerte fraktkostnader.

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Andre driftsinntekter (-kostnader)

Vesentlige inntekter og kostnader som ikke har sammenheng med den ordinære virksomheten, klassifiseres som andre driftsinntekter og -kostnader.

Immaterielle eiendeler

Utgifter forbundet med forskning og utvikling kostnadsføres løpende. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter aktiveres. Avskrivninger beregnes lineært over eiendelenes økonomiske levetid.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler føres i balansen til anskaffelseskost, fratrukket akkumulerte av- og nedskrivninger. Dersom den virkelige verdien av et driftsmiddel er lavere enn bokført verdi, og dette skyldes årsaker som ikke antas å være forbigående, skrives driftsmidlet ned til virkelig verdi.

Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført.

Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, aktiveres. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en viss økonomisk levetid, samt en vesentlig kostpris. Renter som knytter seg til anlegg under oppføring blir aktivert som en del av kostprisen.

Leieavtaler

Leieavtaler vurderes som operasjonell eller finansiell leasing etter en konkret vurdering.

Avskrivninger

Ordinære avskrivninger er beregnet lineært over driftsmidlenes økonomiske levetid med utgangspunkt i historisk kostpris. Tilsvarende prinsipper legges til grunn for immaterielle eiendeler. For bygninger blir det ved beregningen av årlige avskrivninger legges til grunn en dekomponering hvor de ulike bygningsdelene avskrives over forskjellig levetid. Avskrivningene er klassifisert som ordinære driftskostnader. Balanseført leasing avskrives i henhold til plan, og forpliktelsen reduseres med betalt leie etter fradrag for beregnet rentekostnad.

Finansielle eiendeler

Valuta

Transaksjoner i utenlandsk valuta omregnes til kursen på transaksjonstidspunktet. Pengeposter i utenlandsk valuta omregnes til norske kroner ved å benytte balansedagens kurs. Ikke-pengeposter som måles til historisk kurs uttrykt i utenlandsk valuta, omregnes til norske kroner ved å benytte valutakursen på transaksjonstidspunktet. Ikke-pengeposter som måles til virkelig verdi uttrykt i utenlandsk valuta, omregnes til valutakursen fastsatt på måletidspunktet. Valutakursendringer resultatføres løpende i regnskapsperioden under andre finansposter.

Finansplasseringer

Andre investeringer i aksjer og andeler, klassifisert som anleggsmidler, vurderes til laveste av kostpris og virkelig verdi.

Investeringer i aksjer og andeler, klassifisert som omløpsmidler, vurderes til laveste av gjennomsnittlig anskaffelseskost og markedsverdi.

Varelager og varekostnad

Beholdninger av varer vurderes til det laveste av gjennomsnittskostnad og antatt salgspris. Kostpris for innkjøpte varer er anskaffelseskost. Årets varekostnad består av kostpris brukte/solgte varer med tillegg av nedskrivning i samsvar med god regnskapsskikk pr. årsslutt.

Fordringer

Fordringer er oppført til pålydende med fradrag for forventede tap.

Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnad

Selskapet har pensjonsordninger som gir de ansatte rett til avtalte fremtidige pensjonsytelser, kalt ytelsesplaner. Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, fremtidig avkastning på pensjonsmidler, fremtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuarmessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang, osv. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser på underfinansierte ordninger er balanseført som langsiktig rentefri gjeld, mens netto pensjonsmidler på overfinansierte ordninger er balanseført som langsiktig rentefri fordring dersom det er sannsynlig at overfinansieringen kan utnyttes.

Endringer i forpliktelsen som skyldes endringer i pensjonsplanene, eller estimatavvik, fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid hvis avvikene overstiger 10% av brutto pensjonsforpliktelse/pensjonsmidler.

Netto pensjonskostnad, som er brutto pensjonskostnad fratrukket estimert avkastning på pensjonsmidlene, korrigert for fordelt virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner, klassifiseres som ordinær driftskostnad, og er presentert sammen med lønn og andre ytelser.

Skatt

Universitetssykehuset Nord-Norge HF driver ikke skattepliktig virksomhet, og det er derfor ikke foretatt noen skatteberegning

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter den indirekte metoden. Kontanter og kontantekvivalenter omfatter kontanter, bankinnskudd og andre kortsiktige, likvide plasseringer som umiddelbart og med uvesentlig kursrisiko kan konverteres til kjente kontantbeløp og med forfallsdato kortere enn tre måneder fra anskaffelsesdato.

Note 2 Segmentinformasjon

Driftsinntekter per virksomhetsområde (tabell 1)

| | 2016 | 2015 |
|---|----------------------|----------------------|
| Somatiske tjenester | 5 369 938 934 | 5 439 775 363 |
| Psykisk helsevern VOP | 899 864 022 | 841 253 632 |
| Psykisk helsevern BUP | 175 187 824 | 165 981 922 |
| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere | 232 616 594 | 217 829 775 |
| Annet | 617 175 871 | 592 974 101 |
| Sum driftsinntekter | 7 294 783 245 | 7 257 814 793 |

Driftskostnader per virksomhetsområde (tabell 2)

| | 2016 | 2015 |
|---|----------------------|----------------------|
| Somatiske tjenester | 5 362 908 767 | 5 323 355 597 |
| Psykisk helsevern VOP | 726 410 223 | 786 569 646 |
| Psykisk helsevern BUP | 177 159 620 | 169 964 713 |
| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere | 244 929 663 | 231 875 862 |
| Annet | 669 411 128 | 639 890 819 |
| Sum driftskostnader | 7 180 819 401 | 7 151 656 637 |

Driftsinntekter fordelt på geografi (tabell 3)

| | 2016 | 2015 |
|----------------------------|----------------------|----------------------|
| UNN HF sitt opptaksområde | 7 241 678 731 | 7 206 763 082 |
| Resten av landet | 33 918 797 | 33 303 358 |
| Utlandet | 19 185 718 | 17 748 351 |
| Sum driftsinntekter | 7 294 783 246 | 7 257 814 791 |

Virksomhetsområdet benevnt Annet omfatter i hovedsak kostnader og inntekter knyttet til ambulanse, pasienttransport, administrativ virksomhet.

Note 3 Inntekter

| | 2016 | 2015 |
|--|----------------------|----------------------|
| Basisramme | | |
| Basisramme | 4 852 183 998 | 4 874 503 000 |
| Aktivitetsbasert inntekt | | |
| Behandling av egne pasienter i egen region | 1 381 968 982 | 1 368 368 613 |
| Behandling av egne pasienter i andre regioner | 59 280 197 | 56 743 004 |
| Behandling av andre sine pasienter i egen region | 35 239 157 | 36 523 017 |
| Poliklinikk, laboratorie og radiologi | 376 190 938 | 352 905 832 |
| Utskrivningsklare pasienter | 26 203 786 | 16 122 846 |
| Andre aktivitetsbaserte inntekter | 46 375 257 | 48 727 702 |
| Sum aktivitetsbasert inntekt | 1 925 258 317 | 1 879 391 014 |
| Annen driftsinntekt | | |
| Kvalitetsbasert finansiering | 31 449 000 | 35 886 000 |
| Øremerket tilskudd raskere tilbake | 24 386 269 | 22 546 245 |
| Øremerkede tilskudd til andre formål | 170 124 607 | 161 708 436 |
| Inntektsførte investeringstilskudd | 2 035 806 | 1 866 401 |
| Andre driftsinntekter | 289 345 248 | 281 913 696 |
| Sum annen driftsinntekt | 517 340 930 | 503 920 778 |
| Sum driftsinntekter | 7 294 783 246 | 7 257 814 791 |

Aktivitetstall

| | 2016 | 2015 |
|---|---------|---------|
| Aktivitetstall somatikk | | |
| Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret | 68 188 | 66 029 |
| Antall DRG poeng iht. eieransvaret | 66 412 | 64 526 |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 218 565 | 210 393 |
| Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge | | |
| Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling | 180 | 195 |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 24 545 | 22 726 |
| Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne | | |
| Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling | 3 290 | 3 370 |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 52 534 | 51 105 |
| Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere | | |
| Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling | 692 | 810 |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 10 467 | 11 835 |

Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av Raskere tilbake og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering.

Aktivitetstallene består også av pasienter behandlet hos private.

Note 4 Kjøp av helsetjenester

| | 2016 | 2015 |
|--|--------------------|--------------------|
| Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk | 182 486 334 | 205 965 438 |
| Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk | 22 651 803 | 21 789 470 |
| Kjøp fra utlandet somatikk | 976 571 | 2 608 860 |
| Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri | 3 132 188 | 8 319 442 |
| Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri | 6 105 264 | 4 528 968 |
| Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus | 6 322 499 | 7 783 789 |
| Kjøp fra private helseinstitusjoner rus | 28 711 350 | 18 568 081 |
| Sum gjestepasientkostnader | 250 386 009 | 269 564 048 |
| Innleie av vikarer | 56 114 265 | 36 926 409 |
| Kjøp av ambulansetjenester | 21 041 947 | 22 172 043 |
| Andre kjøp av helsetjenester | 373 053 | 322 544 |
| Sum kjøp av helsetjenester | 327 915 274 | 328 985 044 |

Note 5 Varer

| Varelager | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| Sum lager til videresalg | 0 | 0 |
| Varer til eget bruk | 96 075 089 | 90 193 775 |
| Sum varebeholdning | 96 075 089 | 90 193 775 |

| | | |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Kostpris | 96 075 089 | 90 193 775 |
| Nedskrivning for verdifall | | |
| Bokført verdi | 96 075 089 | 90 193 775 |

| Varekostnad | 2016 | 2015 |
|--|--------------------|--------------------|
| Legemidler | 316 876 012 | 263 541 652 |
| Medisinske forbruksvarer | 393 994 399 | 379 818 804 |
| Andre varekostnader til eget forbruk | 80 846 731 | 75 979 955 |
| Innkjøpte varer for videresalg | 19 747 479 | 18 089 050 |
| Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer | 0 | 0 |
| Sum varekostnad | 811 464 621 | 737 429 461 |

Nye legemidler

Finansieringsansvaret for følgende legemidler ble overført fra HELFO til spesialisthelsetjenesten fra og med 1. januar 2016:

- Veksthormoner
- Blodkoagulasjonsfaktorer
- Immunstimulerende legemidler
- Anemilegemidler
- Nye legemidler til behandling av hepatitt C

Note 6 Lønn og andre godtgjørelser

| | 2016 | 2015 |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Lønninger | 3 533 776 602 | 3 447 397 093 |
| Arbeidsgiveravgift | 258 946 229 | 250 647 949 |
| Pensjonskostnader inkl arb avgift | 747 034 559 | 987 777 761 |
| Andre ytelser | 67 631 774 | 58 312 927 |
| Balanseført lønn egne ansatte | -6 422 725 | -5 641 923 |
| Sum lønn- og personalkostnader | 4 600 966 438 | 4 738 493 807 |

Balanseført lønn egne ansatte omfatter lønnskostnader knyttet til investeringer Nye Narvik Sykehus , A-fløy og PET-senter.

| | | |
|--------------------------------|-------|-------|
| Gjennomsnittlig antall ansatte | 8 210 | 8 466 |
| Gjennomsnittlig antall årsverk | 6 386 | 6 376 |

| Lønn til administrerende direktør (i 1 000 kroner) | | | | | | | |
|--|---------------|-------|---------|---------------|-------|-----------------|--------------------|
| Navn | Tittel | Lønn | Pensjon | Andre godtgj. | Sum | Tjenesteperiode | Ansettelsesperiode |
| Ingebrigtsen Tor | Adm. direktør | 1 870 | 166 | 4 | 2 041 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |

Administrerende direktør har en fratredelspensjon hvor han ved fratredelse enten kan gå over i en rådgiverstilling frem til oppnådd pensjonsalder, eller velge å gå over i en eksternt finansiert stilling som professor ved UIT etter nærmere avtale med universitetet. Ved fratredelse og overgang til stilling som rådgiver eller professor skal lønnen være 85 % av lønnen på fratredelsestidspunktet. Dersom administrerende direktør ikke benytter seg av fratredelspensjonen nevnt over er han berettiget til sluttvederlag tilsvarende avtalt lønn i 12 måneder. Administrerende direktør har opparbeidet rett til 4 måneders lønnet studiepermisjon.

| Lønn til ledende personell (i 1 000 kroner) | | | | | | | |
|---|------------------------------|-------|---------|---------------|-------|-----------------|--------------------|
| Navn | Tittel | Lønn | Pensjon | Andre godtgj. | Sum | Tjenesteperiode | Ansettelsesperiode |
| Lind Marit | Viseadm. direktør | 1 706 | 277 | 1,0 | 1 984 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Bertheussen Gøril | Stabssjef | 1 246 | 444 | 0,7 | 1 691 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Bugge Einar | Kvalitets- og utviklingssjef | 1 664 | 177 | 0,7 | 1 842 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Johansen Gina Marie | Drifts- og eiendomssjef | 1 203 | 273 | 5,1 | 1 481 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Bratrein Kristina | Drifts- og eiendomssjef | 943 | 212 | 2,1 | 1 157 | 1.8-31.12 | 1.1-31.12 |
| Mathisen Jon Henrik | Klinikkssjef | 1 149 | 178 | 5,1 | 1 332 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Revhaug Arthur | Klinikkssjef | 931 | Oppsatt | 0,7 | 931 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Bartnes Kristian | Klinikkssjef | 1 665 | 175 | 5,1 | 1 845 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Rumpsfeld Markus | Klinikkssjef | 1 590 | 183 | 5,1 | 1 778 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Gullhav Elin | Klinikkssjef | 1 302 | 196 | 0,7 | 1 499 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Hansen Eva-Hanne | Klinikkssjef | 1 457 | 295 | 0,7 | 1 753 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Nordvåg Bjørn-Y. | Klinikkssjef | 1 537 | 306 | 0,7 | 1 843 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Hald Magnus | Klinikkssjef | 1 560 | 178 | 5,1 | 1 743 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Hoven Siri | Klinikkssjef | 1 253 | 179 | 0,2 | 1 432 | 15.8-31.12 | 1.1-31.12 |
| Andersen Gry | Klinikkssjef | 1 401 | 204 | 0,7 | 1 606 | 1.1-31.12 | 1.1-31.12 |
| Linstad Line | Klinikkssjef | 948 | 236 | 2,6 | 1 186 | 1.1-30.6 | 1.1-31.12 |
| Skrøvseth Stein O. | Senterleder | 917 | 129 | 3,6 | 1 049 | 18.4-31.12 | 1.1-31.12 |

Adm. direktør og ledergruppen har ordinære pensjonsbetingelser via KLP og har ingen avtaler om tilleggspensjon.

Styrehonorar

Samlet honorar til styrets medlemmer
Honorar til styreleder

| 2016 | 2015 |
|-----------|-----------|
| 1 275 000 | 1 092 965 |
| 172 200 | 161 400 |

| Godtgjørelse til styrets medlemmer | | | | | | | | Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen | |
|------------------------------------|-------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------------|--------------|---|--|
| Navn | Tittel | Styrehonorar | Lønn | Andre godtgj. | Sum | Tjeneste-periode 1) | Honorar/lønn | Andre godtgj. | |
| Andreassen Jorhill | Styreleder | 172 | | | 172 | 01.01-31.12 | | | |
| Espeland Erling | Nestleder | 111 | | | 111 | 07.04-31.12 | | | |
| Førde Olav Helge | Nestleder | 32 | | | 32 | 01.01-06.04 | | | |
| Bjerke Helga Marie | Styremedlem | 105 | | | 105 | 01.01-31.12 | | | |
| Dahl Per Erling | Styremedlem | 29 | 1 561 | | 1 590 | 01.01-31.12 | | | |
| Markusson Kjersti | Styremedlem | 77 | | | 77 | 07.04-31.12 | | | |
| Martinsen Mai Britt | Styremedlem | 105 | 565 | | 670 | 01.01-31.12 | | | |
| Mikalsen Eivind | Styremedlem | 105 | | | 105 | 01.01-31.12 | | | |
| Moe Rune | Styremedlem | 105 | 519 | | 625 | 01.01-31.12 | | | |
| Nedrejord Jan Terje | Styremedlem | 77 | | | 77 | 07.04-31.12 | | | |
| Pettersen Jan E | Styremedlem | 105 | 483 | | 588 | 01.01-31.12 | | | |
| Skjelvik Tove | Styremedlem | 105 | | | 105 | 01.01-31.12 | 850 | | |
| Utgård Rolf Øivind | Styremedlem | 77 | | | 77 | 07.04-31.12 | | | |
| Frøyum Rigmor | Varamedlem | 4 | 502 | | 506 | 01.01-31.12 | | | |
| Haukland Vibeke | Varamedlem | 7 | 603 | | 610 | 01.01-31.12 | | | |
| Carlyle Cathrin | Observatør | 4 | | | 4 | 01.01-31.12 | | | |
| Iversen Hanne C S | Styremedlem | 24 | | | 24 | - | | | |
| Sottinen Tom | Styremedlem | 29 | | | 29 | 01.01-06.04 | | | |
| Sum | | 1 275 | 4 233 | 0 | 5 508 | | | | |

| Revisjonshonorar | 2016 | 2015 |
|--|----------------|------------------|
| Lovpålagt revisjon | 63 388 | 357 500 |
| Utvidet revisjon | 148 550 | 61 501 |
| Andre attestasjonstjenester | 61 056 | 149 143 |
| Skatte- og avgiftsrådgivning | - | 138 934 |
| Andre tjenester utenfor revisjon | 545 796 | 388 909 |
| Sum honorarer | 818 790 | 1 095 987 |
| Honorar til revisor i henhold til inngått avtale | 220 000 | 357 500 |

Alle tall inkludert merverdiavgift

Andre attestasjonstjenester inkluderer revisjon av eksterne prosjekter. Andre tjenester utenfor revisjon inkluderer akkreditering.

Universitetssykehuset i Nord-Norge HF har i 2016 skiftet ekstern revisor fra KPMG AS til BDO AS og betalt revisjonshonorar gjelder begge selskapene.

Honorar til revisor i henhold til inngått avtale gjelder for BDO AS

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) definerer personer i stillingene knyttet til direktørens ledergruppe som ledende ansatte i helseforetaket.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2016

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør er behandlet og fastsatt av styret 10.2.2016 i styresak 12/2016, og gjaldt lønnsoppgjør 2015. Administrerende direktør har en arbeidsavtale, gjeldende fra 2005 (fornytt i sak 33/2012) samt egen instruks vedtatt i sak 19/2012.

Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt av administrerende direktør.

Lønnsutvikling for ledergruppen

Akademikerne / DNLF gikk til streik ved tariffoppgjøret for 2016. Dette forårsaket at fastsetting av ny lønn for hele ledergruppen ble utsatt. Rikslønnsnemndas kjennelse for akademikeroppgjøret forelå 27.2.17 og det er pr i dag (28.2.17) ikke klarlagt hvordan dette vil påvirke lønnsutviklinga for ledergruppen.

Lønn for administrerende direktør ble justert for 2015, og effektivt i 2016. Lønningene til ledergruppens medlemmer ble ikke justert i 2016:

| Klinikk | Stilling | Fra kr | Til kr | Endring |
|--|------------------------------|-----------|-----------|---------|
| Direktøren Tor Ingebrigtsen | Adm. Direktør | 1 785 000 | 1 856 000 | 4 % |
| Direktøren Marit Lind | Viseadm. Direktør | 1 673 240 | 1 673 240 | 0 % |
| Akuttmedisinsk klinikk Jon Henrik Mathisen | Klinikkssjef | 1 131 183 | 1 131 183 | 0 % |
| Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken Arthur Revhaug | Klinikkssjef | 1 360 755 | 1 360 755 | 0 % |
| Hjerte- og lungeklinikken Kristian Bartnes | Klinikkssjef | 1 643 196 | 1 643 196 | 0 % |
| Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Bjørn-Yngvar Nordvåg | Klinikkssjef | 1 540 500 | 1 540 500 | 0 % |
| Medisinsk klinikk Markus Rumpfeld | Klinikkssjef | 1 573 323 | 1 573 323 | 0 % |
| Barne- og ungdomsklinikken Elin Gullhav | Klinikkssjef | 1 283 750 | 1 283 750 | 0 % |
| Operasjons- og intensivklinikken Eva-Hanne Hanssen | Klinikkssjef | 1 437 800 | 1 437 800 | 0 % |
| Psykisk helse- og rusklinikken Magnus Hald | Klinikkssjef | 1 566 175 | 1 566 175 | 0 % |
| Psykisk helse- og rusklinikken Siri Hoven | Klinikkssjef | 1 360 000 | 1 360 000 | 0 % |
| Diagnostisk klinikk Gry Andersen | Klinikkssjef | 1 386 450 | 1 386 450 | 0 % |
| Nasjonal senter for e-helseforskning Line Lindsstad | Senterleder | 1 000 000 | 1 000 000 | 0 % |
| Drifts- og eiendomssenter Gina Marie Johansen | Drifts- og eiendomssjef | 1 186 411 | 1 186 411 | 0 % |
| Drifts- og eiendomssenter Kristina Bratrein | Drifts- og eiendomssjef | 1 100 000 | 1 100 000 | 0 % |
| Kvalitets- og utviklingssenteret Einar Bugge | Kvalitets- og utviklingssjef | 1 604 680 | 1 645 000 | 2,5 % |
| Stabssenteret Gøril Bertheussen | Stabssjef | 1 232 400 | 1 232 400 | 0 % |
| Nasjonal senter for e-helseforskning Stein Olav Skrøvseth | Senterleder | 1 000 000 | 1 000 000 | 0 % |

Lønnsjusteringen til adm. direktør gjelder fra 1.1.2016.

Retningslinjer for 2016

Til grunn for Universitetssykehuset Nord-Norge HF retningslinjer ligger blant annet generelle retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015) hvor hovedprinsippet er at lederlønnene i foretaket skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønnene.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

- Lønnsutviklingen i Helse Nord generelt
- Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger
- Resultatvurderinger i forhold til de mål og krav styret har satt

Dette innebærer at årlige lederlønnjusteringer ikke skal skje før de årlige tariffoppgjørene i spesialisthelsetjenesten er avsluttet.

Naturalytelser

Ytelser vurderes med utgangspunkt i hva som er behovet for utøvelsen av stillingen, dog begrenset til å gjelde:

- Mobiltelefonordning i henhold til foretakets bestemmelse
- Hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
- Ordinære forsikringsordninger i henhold til lov og avtaler
- Eventuelt avisabonnement

Videre vurderes firmabil basert på behov og som en del av de totale lønnsvilkårene.

Pensjonsordning

Ledende ansatte skal være omfattet av offentlig tjenstepensjon på lik linje med andre ansattes vilkår i foretaket. Det vil si gjennom ordinær løsning i KLP. Det er ikke anledning til å inngå avtale om pensjon ut over ordinære vilkår gjennom KLP.

Sluttvederlag

Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn.
- Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppebåret i perioden.
- Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratre sin stilling umiddelbart. Avtale om sluttvederlag er betinget av at den ledende ansatte fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern.

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn

Det finnes ikke variable elementer i selskapets godtgjørelse til ledende ansatte.

Note 7 Pensjon

| Pensjonsforpliktelse | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|--|----------------------|----------------------|
| Brutto pålopte pensjonsforpliktelse | 11 788 384 070 | 10 858 065 303 |
| Pensjonsmidler | 9 901 275 251 | 8 771 790 113 |
| Netto pensjonsforpliktelse | 1 887 108 819 | 2 086 275 190 |
| Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse | 133 984 726 | 148 125 539 |
| Ikke resultatført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga | -2 455 723 736 | -2 703 928 944 |
| Netto balanseført forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift | -434 630 191 | -469 528 215 |
| herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga | -434 630 191 | -469 528 215 |

| Spesifikasjon av pensjonskostnad | 2016 | 2015 |
|---|--------------------|--------------------|
| Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året | 504 048 159 | 583 783 456 |
| Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen | 303 752 515 | 286 451 515 |
| Årets brutto pensjonskostnad | 807 800 674 | 870 234 971 |
| Forventet avkastning på pensjonsmidler | -296 162 582 | -268 612 625 |
| Administrasjonskostnad | 33 196 381 | 35 850 160 |
| Netto pensjonskostnad inkl. adm.kost | 544 834 473 | 637 472 506 |
| Aga netto pensjonskostnad inkl. adm.kost | 38 683 247 | 45 260 547 |
| Resultatført aktuarielt tap (gevinst) | 119 001 247 | 279 226 251 |
| Resultatført aga av aktuarielt tap (gevinst) | 12 085 954 | 23 445 790 |
| Resultatført planendring | 30 263 450 | |
| Årets netto pensjonskostnad | 744 868 371 | 985 405 094 |
| Andre pensjonskostnader | 2 166 188 | 2 372 667 |
| Sum pensjonskostnader | 747 034 559 | 987 777 761 |

| Økonomiske forutsetninger | 2016 | 2015 |
|--|-------------|-------------|
| Diskonteringsrente | 2,60 % | 2,70 % |
| Forventet avkastning på pensjonsmidler | 3,60 % | 3,30 % |
| Årlig lønnsregulering | 2,50 % | 2,50 % |
| Regulering av folketrygdens grunnbeløp | 2,25 % | 2,25 % |
| Pensjonsregulering | 1,48 % | 1,48 % |
| Antall aktive personer med i ordningen | 6 587 | 6 155 |
| Antall oppsatte personer med i ordningen | 10 331 | 10 245 |
| Antall pensjoner med i ordningen | 4 348 | 4 084 |

Foretaket har en ytelsesbasert tjenstepensjonsordning i KLP (/SPK m.fl). Denne pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon.

Ytelsesbaserte pensjonsordninger

Foretaket har en offentlig kollektiv pensjonsordning (sikrede pensjoner) for sine ansatte, som gir en bestemt framtidig pensjonsytelse basert på antall opptjeningsår og lønnsnivået ved pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Pensjonsordningen dekker AFP, alderspensjon, uførepensjon, ektefellepensjon og barnpensjon. Alderspensjonen samordnes med folketrygdens ytelser.

Opptjeningstiden for full alderspensjon er 30 år. Sammen med folketrygden gir full opptjening en alderspensjon på omkring 66 % av sluttlønn. Det opptjenes ikke pensjon for lønn over 12 G (folketrygdens grunnbeløp), det vil si at det er et tak på 12 G. Alle vedtatte endringer i den offentlige tjenstepensjonsordningen er innarbeidet i beregningene.

Pensjonskostnaden for 2016 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2016 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt per 31.12.2016. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2016 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2016.

1. desember 2015 ble en forskriftsendring av reglene for beregning av den løpende ytelsen for uføre i perioden mellom særaldersgrense og pensjonsalder, vedtatt med virkning for 2015. Endringen medfører økte utbetalinger for arbeidsgiver hovedsakelig for perioden mellom 65 og 67 år for de som har særaldersgrense på 65 år. Av hensyn til sammenstillingsprinsippet ble effekten av planendringen i helseregionenes regnskaper, forskjøvet til 2016. Endret forpliktelse som følge av denne endringen ble innarbeidet i beregnet pensjonsforpliktelse pr 31.12.2015 og lagt i posten ikke resultatført estimatavvik. I 2016 er denne virkningen resultatført.

| Demografiske forutsetninger | 2016 | 2015 |
|-------------------------------|-----------|-----------|
| Anvendt dødelighetstabell | K 2013 BE | K 2013 BE |
| Forventet uttakshyppighet AFP | 15-45 % | 15-45 % |

Frivillig avgang for Sykepleiere (i %)

| Alder (i år) | < 20 | 20-23 | 24-25 | 26-30 | 31-45 | 46-50 | >50 |
|--------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Sykepleiere | 20 | 8 | 6 | 6 | 4 | 1 | 0 |
| Fradrag | | | | 0,4 | 0,2 | 0,1 | |

Fradragene gjøres for hvert av årene i aldersgruppen

Frivillig avgang for Sykehusleger og Fellesordning (i %)

| Alder (i år) | < 20 | 20-23 | 24-29 | 30-39 | 40-50 | 51-55 | >55 |
|---------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Sykehusleger | 20 | 20 | 15 | 8 | 5 | 2 | 0 |
| Fellesordning | 20 | 15 | 10 | 7,5 | 5 | 2 | 0 |

AFP-førtidspensjoner

Foretaket / foretaksgruppen har i tillegg til ordinær offentlig tjenestepensjon også avtalefestet førtidspensjon (AFP) etter reglene for offentlig sektor. Ordningen er 100% egenfinansiert av foretakene, men blir administrert av KLP/SPK. Siden offentlig AFP er tett integrert med ordinær tjenestepensjon, inngår forpliktelsen for AFP som del av beregningen av pensjonsforpliktelsen.

Kort om ikke resultatførte estimatavvik

I samsvar med god regnskapsskikk, benytter UNN HF reglene om "korridor" og fordeling over gjenværende opptjeningstid ved behandling av estimatavvik knyttet til pensjonsordningen. Estimatavvik utover "korridoren" resultatføres med 1/12-del.

Note 8 Andre driftskostnader

Sum andre driftskostnader består av følgende:

| | 2016 | 2015 |
|---|----------------------|----------------------|
| Transport av pasienter | 201 290 694 | 195 490 716 |
| Bygninger og kontorlokaler inkl energi og brensel | 152 138 504 | 143 115 158 |
| Kjøp og leie av utstyr, maskiner mv. | 105 765 910 | 92 362 453 |
| Reparasjon, vedlikehold og service | 157 675 844 | 147 067 939 |
| Konsulenttjenester | 28 468 925 | 18 403 386 |
| Annen ekstern tjeneste | 366 009 803 | 329 657 239 |
| Kontor- og kommunikasjonskostnader | 41 522 550 | 38 759 525 |
| Kostnader forbundet med transportmidler | 11 893 384 | 11 494 508 |
| Reisekostnader | 66 698 799 | 58 724 669 |
| Forsikringskostnader | 2 867 245 | 3 076 964 |
| Pasientskadeerstatning | 2 559 396 | 2 502 326 |
| Øvrige driftskostnader | 58 731 698 | 48 898 158 |
| Sum andre driftskostnader | 1 195 622 752 | 1 089 553 041 |

Note 9 Finansposter

Finansinntekt består av:

| | 2016 | 2015 |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| Konserntinterne renteinntekter | 21 531 285 | 15 326 754 |
| Andre finansinntekter | 12 348 | -5 471 |
| Sum finansinntekter | 21 543 633 | 15 321 283 |

Finanskostnad består av:

| | 2016 | 2015 |
|-------------------------------|----------------|----------------|
| Konserninterne rentekostnader | 3 497 100 | 1 624 615 |
| Andre rentekostnader | -3 482 296 | 7 823 |
| Andre finanskostnader | 284 710 | -956 658 |
| Sum finanskostnader | 299 514 | 675 780 |

Note 10 Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Immaterielle eiendeler

| | EDB programvare | Sum |
|-------------------------------------|--------------------|-------------------|
| Anskaffelseskost 1.1.2016 | 41 738 125 | 41 738 125 |
| Tilgang | - | - |
| Tilgang virksomhetsoverdragelse | - | - |
| Avgang | - | - |
| Fra anlegg under utførelse til.... | - | - |
| Anskaffelseskost 31.12.2016 | 41 738 125 | 41 738 125 |
| Akk avskrivninger 31.12.2016 | 27 910 631 | 27 910 631 |
| Akk nedskrivninger 31.12.2016 | - | - |
| Balansført verdi 31.12.2016 | 13 827 494 | 13 827 494 |
| Årets ordinære avskrivninger | 3 515 648 | 3 515 648 |
| Årets nedskrivninger | | - |

Levetid
Avskrivningsplan

lineær

5 år
lineær

Varige driftsmidler

| | Tomter, boliger og barnehager | Bygninger | Anlegg under utførelse | Medisinsk- teknisk utstyr | Transportmidler, annet inventar og utstyr | Sum |
|--|----------------------------------|----------------------|---------------------------|------------------------------|---|----------------------|
| Anskaffelseskost 1.1.2016 | 504 120 466 | 4 388 382 980 | 685 985 031 | 921 355 365 | 257 089 568 | 6 756 933 410 |
| Tilgang | - | - | 639 125 277 | 57 158 533 | 10 528 679 | 706 812 490 |
| Tilgang virksomhetsoverdragelse | - | - | - | - | - | - |
| Avgang | - | - | - | - | (4 036 039) | (4 036 039) |
| Fra anlegg under utførelse til.... | - | 29 393 210 | (29 393 210) | - | - | - |
| Anskaffelseskost 31.12.2016 | 504 120 466 | 4 417 776 190 | 1 295 717 098 | 978 513 898 | 263 582 208 | 7 459 709 861 |
| Akk avskrivninger 31.12.2016 | 44 844 669 | 2 243 266 715 | - | 557 117 784 | 178 338 461 | 3 023 567 629 |
| Akk nedskrivninger 31.12.2016 | 5 899 526 | 9 464 179 | - | - | - | 15 363 705 |
| Balansført verdi 31.12.2016 | 453 376 271 | 2 165 045 296 | 1 295 717 098 | 421 396 114 | 85 243 747 | 4 420 778 526 |
| Årets ordinære avskrivninger | 1 072 100 | 137 220 461 | - | 78 406 072 | 24 636 067 | 241 334 699 |
| Årets nedskrivninger | | | | | | |
| Årets balansførte lånekostnader | | | 3 497 100 | | | 3 497 100 |

| Levetider | | Dekomponert 10, 60 år | | 3-15 år | 3-15 år |
|------------------|--------|--------------------------|--|---------|---------|
| Avskrivningsplan | lineær | lineær | | lineær | lineær |

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har finansiell leasingavtale med COBO AS vedrørende kontoretasjer PET-senteret.

Leieavtaler

| | Tomter, boliger og barnehager | Bygninger | Medisinsk- teknisk utstyr | Transport- midler, annet inventar og utstyr |
|-----------|----------------------------------|------------|------------------------------|--|
| Leiebeløp | | 42 805 356 | 31 782 | 4 388 564 |
| Vanghet | Løpende | Løpende | Løpende | Løpende |

Ordinære leieavtaler som løper til oppsigelse.

Langsiktige byggeprosjekter

Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2016 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kr. Pingvinhotellet er ferdig.

| Investeringsprosjekt | Akkumulert regnskap pr 31.12.16 | Akkumulert regnskap pr 31.12.15 | Total kostnads- ramme | Prognose sluttsum | Planlagt tidspunkt for ferdigstillelse |
|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|----------------------|---|
| Ny A-fløy | 775,06 mill | 315,55 mill | 1596 mill | 1596 mill | 2018 |
| Bygg Åsgård 7-renov. | 94,81 mill | 70,77 mill | 96,3 mill | | 2016 |
| PET-senter | 193,00 mill | 64,33 mill | 567,9 mill | 567,9 mill | 2017 |
| Sum | 1 062,87 mill | 480,04 mill | | | |

Note 11 Eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet og tilknyttet selskap

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ingen eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet eller tilknyttet selskap.

Note 12 Investeringer i aksjer og andeler

| | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|--|--------------------|--------------------|
| Norinova Technology Transfer AS | 662 480 | 662 480 |
| Egenkapitalinnskudd KLP | 238 233 888 | 212 214 646 |
| Sum investeringer i andre aksjer og andeler | 238 896 368 | 212 877 126 |

Egenkapitalinnskudd KLP

Som gjensidig selskap har KLP dekket hoveddelen av sitt egenkapitalbehov gjennom egenkapitalinnskudd fra kundene. Bortsett fra det oppsamlede egenkapitalinnskudd finnes det egenkapital i form av et egenkapitalfond. Egenkapitalfondet er såkalt opptjent egenkapital. Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP kan endre seg noe fra år til år selv om det verken er tapt egenkapital eller innbetalt nye egenkapitalinnskudd. Dersom en kunde flytter sin pensjonsordning fra KLP til en annen pensjonsinretning, vil kundens andel av egenkapitalinnskuddet bli tilbakebetalt. Dette er den eneste situasjon der kunden faktisk kan disponere sitt egenkapitalinnskudd.

Note 13 Kundefordringer og andre fordringer**Fordringer består av:**

| | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|------------------------------|--------------------|--------------------|
| Kundefordringer | 177 736 934 | 50 925 408 |
| Påløpne inntekter | 3 624 815 | 3 558 319 |
| Andre kortsiktige fordringer | 63 994 983 | 59 748 920 |
| Sum øvrige fordringer | 245 356 732 | 114 232 647 |

| Aldersfordeling kundefordringer | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|---|--------------------|-------------------|
| Ikke forfalte fordringer | 169 661 082 | 48 363 482 |
| Forfalte fordringer 1-30 dager | 2 227 334 | 2 238 664 |
| Forfalte fordringer 30-60 dager | 5 186 365 | 331 302 |
| Forfalte fordringer 60-90 dager | 682 594 | -8 687 |
| Forfalte fordringer over 90 dager | -20 441 | 647 |
| Kundefordringer pålydende pr. 31.12. | 177 736 934 | 50 925 408 |

| | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|---|------------------|------------------|
| Avsetning for tap på fordringer pr. 1.1. | 4 330 000 | 5 890 000 |
| Årets avsetning til tap på krav | 2 334 578 | 1 088 077 |
| Reverserte tidligere avsetninger | 594 578 | 2 648 377 |
| Avsetning for tap på fordringer pr. 31.12. | 6 070 000 | 4 329 700 |

| | | |
|-----------------------|-----------|-----------|
| Årets konstaterte tap | 4 667 878 | 2 928 406 |
|-----------------------|-----------|-----------|

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med kroner 6 408 178 i 2016. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ingen fordringer med forfall senere enn ett år.

Note 14 Kontanter og bankinnskudd

| | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|--|--------------------|--------------------|
| Skattetrekkmidler | 163 939 260 | 158 169 404 |
| Andre bundne konti | 2 391 | 0 |
| Sum bunde kontanter og bankinnskudd | 163 941 651 | 158 169 404 |
| Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet | 230 654 | 272 094 |
| Sum kontanter og bankinnskudd | 164 172 305 | 158 441 498 |

Note 15 Egenkapital

| | Foretaks- kapital | Annen innskutt egenkapital | Fond for vurderings- forskjeller | Annen egenkapital | Total egenkapital |
|------------------------|----------------------|----------------------------------|--|----------------------|----------------------|
| Egenkapital 31.12.2015 | 100 000 | 4 531 253 844 | 0 | -348 495 280 | 4 182 858 564 |
| Årets resultat | | | | 135 207 963 | 135 207 963 |
| Egenkapital 31.12.2016 | 100 000 | 4 531 253 844 | 0 | -213 287 317 | 4 318 066 527 |

Note 16 Avsetning for forpliktelser

| | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|---|---------------------|---------------------|
| Tariffestet utdanningspermisjon | -187 761 874 | -178 100 000 |
| Investeringsstilskudd | -16 338 306 | -18 374 112 |
| Avsetning til egenandeler vedrørende pasientskadeerstatning | -5 500 000 | -5 600 000 |
| Andre avsetninger for forpliktelser | -4 897 702 | -5 169 851 |
| Sum avsetning for forpliktelser | -214 497 882 | -207 243 963 |
| Antall ansatte som er omfattet av ordningen med tariffestet utdanningspermisjon | 608 | 585 |
| Uttakstilbøyelighet | 100 % | 100 % |

Note 17 Gjeld og obligasjoner

Annen kortsiktig gjeld består av:

| | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------|
| Leverandørgjeld | 350 652 316 | 175 080 935 |
| Påløpt lønn | 139 324 862 | 114 426 702 |
| Feriepenger | 406 883 292 | 398 382 755 |
| Påløpte kostnader | 83 978 811 | 97 390 357 |
| Annen kortsiktig gjeld | 120 646 268 | 106 750 003 |
| Sum annen kortsiktig gjeld | 1 101 485 549 | 892 030 752 |

Annen langsiktig gjeld består av:

| | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|--|-------------|-------------|
| Gjeld til Helse Nord RHF | 340 000 000 | 130 000 000 |
| Sum langsiktig gjeld | 340 000 000 | 130 000 000 |
| Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år | 340 000 000 | 130 000 000 |

Note 18 Mellomværende med selskap i samme foretaksgruppe

| Kortsiktige fordringer | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|--|--------------------|--------------------|
| Helse Nord RHF | 695 336 661 | 703 098 669 |
| Finnmarkssykehuset HF | 5 535 251 | 4 619 104 |
| Nordlandssykehuset HF | 9 098 253 | 9 343 379 |
| Helgelandssykehuset HF | 2 670 587 | 3 112 206 |
| Sykehusapotek Nord HF | 781 468 | 161 184 |
| Sum fordringer på selskap i samme konsern | 713 422 220 | 720 334 542 |

| Kortsiktig gjeld | 31.12.2016 | 31.12.2015 |
|---|--------------------|--------------------|
| Helse Nord RHF | 100 412 718 | 92 839 219 |
| Finnmarkssykehuset HF | 170 158 | 386 981 |
| Nordlandssykehuset HF | 1 646 591 | 1 755 157 |
| Helgelandssykehuset HF | 1 391 192 | 37 543 |
| Sykehusapotek Nord HF | 15 647 964 | 17 072 680 |
| Sum kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern | 119 268 624 | 112 091 580 |

Universitetssykehuset Nord-Norge HF er med i en konsernkontoordning i DnB og formelt er alle innskuddene i denne ordningen eid av Helse Nord RHF. I årsregnskapet er derfor alle innskudd og trekk på konti som er med i konsernkontoordningen satt som mellomværende med Helse Nord RHF.

Note 19 Nærstående parter

Foretakets nærstående er definert i regnskapslovens § 7-30b og regnskapsforskriftens § 7-30b-1. Vesentlige transaksjoner med nærstående parter framgår i denne og andre noter i årsregnskapet.

Ytelser til ledende ansatte er omtalt i note 6, og mellomværende med konsernselskaper er omtalt i note 18.

Foretaket mottar det vesentligste av sine inntekter fra eier, det vil si Helse Nord RHF som igjen er eid av staten v/Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD er også eier av de andre regionale helseforetakene.

Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Nord-Norge og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Nord-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Foretakets kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 250,4 mill kroner i 2016 mot 269,5 mill kroner i 2015, tilsvarende salg utgjorde 33,9 mill kroner i 2016 mot 33,3 mill kroner i 2015. Det vesentligste av gjestepasientoppjøret er basert på avtalte beregningsmåter for prising.

Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen Helse Nord er Helse Nord RHF's overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i 2016 kjøpt varer og tjenester for 273,0 mill. kr. hos Helse Nord RHF og for 179,0 mill. kr. hos Sykehusapotek Nord HF. Fra regionalt helseforetak har UNN HF hovedsaklig kjøpt IKT-tjenester. Fra sykehusapoteket har UNN HF hovedsaklig kjøpt legemidler.

Medikamenter utgjør en stor andel av helseforetakenes kostnader. I forskning og utvikling forekommer det samarbeid mellom legemiddelindustrien og sykehusene. Det regionale helseforetaket har inngått gjensidig forpliktende avtale med legemiddelindustrien omkring etikk knyttet til avtaler.

Foretaket har gjennomført en kartlegging og dokumentasjon av styremedlemmers og ledende ansattes verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører. Helseregionen er blant annet underlagt lov om offentlige anskaffelser. I foretaket er det etablert rutiner som skal bidra til å sikre at ansatte som er ansvarlig for, eller har innflytelse på inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgsvtaler ikke sitter med verv eller har andre relasjoner til leverandører eller kunder mv som kan tenkes å komme i konflikt deres rolle i foretakene. Det er ikke etablert gjennomgående rutiner og retningslinjer for kartlegging, vurderinger, dokumentasjon mv av dette i foretaket.

Note 20 Universitetet og høyskolers rettigheter til arealer i helseforetak

Undervisning er en sentral del av helseforetakets virksomhet. Dette innebærer at Universitetssykehuset Nord-Norge HF plikter å stille nødvendig areal mv til disposisjon for universiteter og høyskoler. Rettighetene er knyttet til areal vedr. kontor, undervisningsrom og forskning. UIT-Norges Arktiske Universitet har disponeringsrett på til sammen 3113 m² ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Videre har Universitetssykehuset Nord-Norge HF disponeringsrett på til sammen 599 m² ved UIT-Norges Arktiske Universitet.

Note 21 Garantiforpliktelser

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ikke stilt noen garantiforpliktelser for andre.

Note 22 Sammenslåtte poster i kontantstrømoppstillingen

| | 2016 | 2015 |
|--|---------------------|---------------------|
| Endring i varer | -5 881 314 | 718 473 |
| Endring i fordringer på selskap i samme konsern | 6 912 322 | -579 024 511 |
| Endring i kundefordringer | -126 811 526 | 4 235 385 |
| Endring i øvrige fordringer | -4 312 559 | -3 648 573 |
| Endringer sum omløpsmidler | -130 093 077 | -577 719 226 |
| Endring i leverandørgjeld | 175 571 381 | 17 622 187 |
| Endring i skyldige offentlige avgifter | 19 813 553 | 3 719 827 |
| Endring i kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern | 7 787 039 | -264 526 501 |
| Endring i annen kortsiktig gjeld | 33 273 420 | -25 854 477 |
| Endring i avsetninger for forpliktelser | | |
| Endringer sum gjeld | 236 445 392 | -269 038 964 |

Note 23 Forskning og utvikling

| | 2016 | 2015 |
|---|--------------------|--------------------|
| Øremerkede tilskudd fra eier til forskning | 88 799 061 | 89 220 000 |
| Andre inntekter til forskning og utvikling | 45 350 388 | 17 201 000 |
| Basisramme til forskning | 73 231 971 | 112 047 000 |
| Sum inntekter til forskning | 207 381 420 | 218 468 000 |
| Andre inntekter til utvikling | 0 | 0 |
| Basisramme til utvikling | 29 911 076 | 30 556 000 |
| Sum inntekter til utvikling | 29 911 076 | 30 556 000 |
| Sum inntekter til forskning og utvikling | 237 292 496 | 249 024 000 |

| | 2016 | 2015 |
|---|--------------------|--------------------|
| Kostnader til forskning - somatikk | 197 164 600 | 202 777 000 |
| Kostnader til forskning - psykisk helsevern | 6 910 047 | 13 221 000 |
| Kostnader til forskning - TSB | 3 306 773 | 2 471 000 |
| Kostnader til forskning - annet | 0 | 0 |
| Sum kostnader til forskning | 207 381 420 | 218 469 000 |
| Kostnader til utvikling - somatikk | 24 159 665 | 23 806 000 |
| Kostnader til utvikling - psykisk helsevern | 3 220 790 | 4 281 000 |
| Kostnader til utvikling - TSB | 2 530 621 | 2 469 000 |
| Kostnader til utvikling - annet | 0 | 0 |
| Sum kostnader til utvikling | 29 911 076 | 30 556 000 |
| Sum kostnader til forskning og utvikling | 237 292 496 | 249 025 000 |

| | 2016 | 2015 |
|-----------------------------|------|------|
| Antall avlagte doktorgrader | 14 | 23 |
| Antall publiserte artikler | 292 | 340 |
| Antall årsverk forskning | 188 | 191 |
| Antall årsverk utvikling | 27 | 27 |



ÅRSBERETNING 2016

1. Opplysninger om arten av virksomheten og hvor virksomheten drives

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ble stiftet 18.12.2001 som eget helseforetak, og leverer som universitetssykehus spesialisthelsetjenester til befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard. Helseforetakets virksomhet reguleres i henhold til Lov om helseforetak (2001) og er 100 % eid av det regionale helseforetaket for Nord-Norge, Helse Nord RHF.

UNN hadde i 2016 lokalsykehusfunksjon for 30 kommuner i Nordland, Troms og på Svalbard. Størstedelen av somatisk virksomhet og psykisk helsevern var i 2016 lokalisert til Tromsø, Harstad og Narvik. I tillegg er det etablert tre distriktsmedisinske sentre (Nordreisa, Bardu og Finnsnes) og sju distriktspsykiatriske sentre (Narvik, Harstad, Sjøvegan, Silsand, Tromsø, Storsteinnes og Storslett) i UNNs opptaksområde.

2. Redegjørelse for forutsetningen om fortsatt drift

I årsregnskapet er forutsetningen om fortsatt drift lagt til grunn da det etter styrets oppfatning ikke er forhold som tilsier noe annet. Det vises i denne sammenheng til § 5 i helseforetaksloven som fastslår at helseforetak ikke kan slås konkurs.

3. Virksomheten i 2016

Styrets hovedstrategier for virksomheten i 2016 var å sikre en økonomisk utvikling som grunnlag for bedre pasientforløp, i tillegg til økt kvalitet, styrking av forskningens omfang og posisjon, samt helseforetakets fornyelse av medisinteknisk utstyr.

4. Pasientbehandling i helseforetaksgruppen

- Somatisk virksomhet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet var i 2016 høyere enn plan (+7 %). I alt hadde somatisk virksomhet 305.265 pasientkontakter. Høy poliklinisk aktivitet med 258.184 kontakter (8 % over plan) er årsaken til dette. Antall døgnopphold (+2 %) og innlagte dagopphold (+1 %) er også noe høyere enn plan, mens polikliniske dagbehandlinger er under plan (-4 %). DRG-aktiviteten er i henhold til plan for 2016.

Det er også i 2016 fokusert på omstillinger, pasientstrømmer, pasientsikkerhet og kvalitet i virksomheten. Det er ikke gjennomført store organisatoriske endringer i klinikkene. De 28 standardiserte kreftpakkeforløp med krav til behandlingstider er godt implementert, og arbeidet med å implementere tiltakene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogramet har hatt stort fokus.

- Antall røntgenundersøkelser (+12 % og laboratorieanalyser (+11 %) er høyere enn plan, selv om antall røntgenundersøkelser er noe lavere enn i 2015 (-4 %).

- **Rusbehandling**
Tilbudet innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har i 2016 vært ivaretatt av Psykisk helse- og rusklinikken gjennom virksomheter i Tromsø (Russeksjon Tromsø bestående av Ruspoliklinikken, Avrusing, Rusbehandling re-start og Rusbehandling ung) og i Narvik (Russeksjon Narvik bestående av *Avrusning* og *Døgn*). Kapasiteten er regional for Helse Nord RHF.
Psykisk helse- og rusklinikken har som kjent gjennomført et omfattende arbeid knyttet til ny klinisk struktur og organisering. Gjennom implementering av denne er det i 2016 blant annet etablert polikliniske rusteam ved Sentrene for psykisk helse og rusbehandling i Sør-Troms, Midt-Troms og Nord-Troms. Det vil bli etablert eget rusteam ved Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø våren 2017.

- **Psykisk helse**
Virksomheten innenfor psykisk helsevern er organisert gjennom to klinikker: Psykisk helse- og rusklinikken og Barne- og ungdomsklinikken.

Psykisk helse- og rusklinikken ivaretar UNNs samlede tilbud innenfor psykisk helsevern for voksne. Fram til 01.09.16 ivaretok klinikken også det polikliniske tilbudet innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms og Nord-Troms. Virksomheten innenfor psykisk helsevern for barn og unge er fra nevnte dato samlet i Barne- og ungdomsklinikken. Innenfor psykisk helsevern for voksne omfatter virksomheten p.t. 6 poliklinikker, 6 ambulante team og 15 døgnbaserte enheter. Medikamentfritt behandlingstilbud ble etablert høsten 2016 med pasientinntak fra januar måned 2017.

Psykisk helse- og rusklinikken har ved utgangen av året ikke fristbrudd og er jevnt over innenfor fristen med hensyn til ventetider. Dette både innenfor psykisk helsevern for voksne og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

- **Ventetid**
Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling i UNN i løpet av 2016 var 65 dager, som er i henhold til nasjonalt måltall. Dette er en nedgang på 17 dager sammenlignet med 2015. Nedgangen skyldes i stor grad at UNN har arbeidet systematisk med å avvikle alle langtidsventende, og nå har under 100 pasienter som har ventet mer enn 12 måneder. Pasienter med rett til prioritert helsehjelp ventet 56 dager i snitt mens pasienter uten rett til å bli prioritert ventet 235 dager i snitt på behandlingsstart. Endringer i pasientrettighetsloven med virkning fra 1.11.2015 gir i prinsippet alle rett til helsehjelp. Den lange ventetiden for pasienter uten rett skyldte avvikling av pasienter henvist før lovendringen trådte i kraft. Kontroll og oppfølging av ventelistene har vært et prioritert arbeid også i 2016. Antallet ventende er redusert med 2698 (-22 %) sammenlignet med 2015.

Median ventetid ved UNN var 47 dager for alle ventende. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fortsatt står på venteliste ved utgangen av 2016 er 62 dager.

Forskning

UNN skal, sammen med Universitetet i Tromsø og Helse Nord RHF som viktige samarbeidspartnere, drive forskning av høy kvalitet som bidrar til bedret diagnostikk og pasientbehandling. Forskning skal være et fundament for kunnskapsbasert praksis og naturlig basis for fagutvikling, kvalitetsutvikling og innovasjon. UNN skal støtte sterke

forskningsgrupper, stimulere til økt tverrfaglig forskning og til økt forskningsaktivitet i alle fag.

Forskningen skal i hht gjeldende strategier styrkes med hensyn til fokus, akademiske og finansielle ressurser. I tillegg er det gjort tiltak for å styrke omfang og kvalitet i forskningen:

- Videreutvikling av forskningsinfrastruktur gjennom deltagelse i nasjonale nettverk NorCRIN og Biobank Norge
- Kontinuerlig forbedring av kurstilbud/kompetanseheving til forskere i regionen
- Kartlegging av forskningsmiljøer som ønsker samarbeid med industri er startet
- Planlagt og arrangert HelseNords helseforskningskonferanse 2016
- Fokus på arbeid for økt ekstern finansiering av forskningsaktiviteten
- Utviklet fleksible arbeidsmodeller for å bedre arbeidsvilkår for klinikere som forsker

For fortsatt å fremme forskning blant helsepersonell i UNN gir foretaket startstipend til ansatte i kliniske stillinger. Startstipendets størrelse er inntil 3 måneder, og gis til utarbeiding av søknad til forskningsprosjekt. Det kan være postdoktor-prosjekt, PHD-prosjekt eller et større forskningsprosjekt. I 2016 ble det innvilget 3 stipend på totalt kr 458 262.-

Det var økende forskningsaktivitet ved UNN også i 2016:

| År | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 |
|---|------|------|------|------|
| Antall vitenskapelige artikler (kilde CRISStin) | 349* | 341 | 298 | 283 |

*endelig tall er klart i april 2017

Antall doktorgrader utført ved helseforetaket i 2016 var 14, og doktorgradene utføres av kandidater med ulik utdanningsbakgrunn.

| År | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 |
|--|------|------|------|------|
| Antall doktorgrader utført ved foretaket | 14 | 23 | 23 | 27 |

5. Redegjørelse for årsregnskapet

UNN finansieres i all hovedsak av overføringer fra Helse Nord RHF. Aktivitetsnivå og inntekter er et resultat av Stortingets prioriteringer.

UNN vurderer likviditeten i foretaket som tilfredsstillende

UNN finansierer investeringer med egen likviditet og lån fra Helse Nord RHF. UNN avstemmer sitt investerings- og driftsnivå slik at foretaket planlegger med positiv likviditet i løpet av året.

UNN har ubenyttet trekkramme i konsernkontoordningen med Helse Nord RHF.

Kontantstrømmen i 2016 var positiv, jfr kontantstrømsoppstillingen og utviklingen fra 2015 er en økning i likviditeten på ca 5,7 mill kr.

Etter styrets oppfatning gir årsregnskapet en rettvise oversikt over utviklingen og resultatet av foretakets virksomhet og stilling.

6. Økonomisk drift

UNN har for 2016 hatt følgende resultatmål:

| | Resultat 2016 | Styringsmål 2016 | Resultat 2015 |
|------------------------------------|---------------|------------------|---------------|
| Over-/underskudd | 135,2 | 90,0 | 120,8 |
| Resultatkrav fra RHF | 40,0 | 40,0 | 40,0 |
| Avvik fra eiers resultatmål | 95,6 | 50,0 | 80,8 |

Årsregnskapet for 2016 viser et overskudd på 135,2 mill kr, og med et resultatkrav fra Helse Nord RHF på 40 mill kr, gir dette et budsjettavvik på 95,6 mill kr. Internt styringsmål for 2016 var 90 mill kr.

De samlede driftsinntektene var 50,7 mill kr høyere enn budsjettet. Samlet ISF inkludert legemidler utenfor sykehus viser et overskudd på 3,3 mill kr. Polikliniske inntekter og gjestepasientinntekter viser et overskudd på hhv 7,1 mill kr og 1,7 mill kr. Andre øremerkede tilskudd og andre driftsinntekter har et positivt avvik på hhv 12,4 mill kr og 26,0 mill kr.

Driftskostnadene for 2016 er 43,6 mill kr lavere enn budsjettet. Av driftskostnadene utgjør lønnskostnader en stor andel, og for 2016 var de totale lønnskostnadene 105,9 mill kr lavere enn budsjettet. Det interne overskuddskravet på 50 mill kr var budsjettet på en ubrukt lønnsart, og utgjør nesten halvparten av overskuddet på lønn. Lavere lønnsoppgjør enn budsjettet utgjør store deler av det resterende overskuddet på lønn. Pensjonskostnadene for 2016 er kostnadsført i henhold til den siste oppdaterte aktuar-beregningen fra KLP.

Kjøp av helsetjenester for 2016 er 15,3 mill kr høyere enn budsjett. I forhold til 2015 er kostnadene 20,4 mill kr lavere, tilsvarende en reduksjon på 7 %. Varekostnader knyttet til aktivitet er 40,5 mill kr høyere enn budsjettet og 74,0 mill kr høyere enn i 2015. Det tilsvarer en økning på 10 %.

Finanspostene hadde i 2016 et positivt avvik på 1,3 mill kr i forhold til budsjett.

I 2016 ble det planlagt økonomiske innsparingstiltak på til sammen 167 mill kr. 115 mill kr av ble realisert, og tilsvarer en måloppnåelse på 69 %.

7. Investeringer

UNN har i 2016 investert for til sammen 732,8 mill kr av en total investeringsramme på 615,8 mill kr. Dette utgjør et overforbruk i forhold til rammene på 117 mill kr. Dette skyldes raskere remdrift for PET-senteret enn hvordan investeringsrammene er periodisert. For utstyr, prosjekter og rehabilitering er investeringsrammen i 2016 200,7 mill kr. Bokførte investeringer er 167,3 mill kr. I tillegg er det forpliktelser på 19,6 mill kr som forventes levert senere. Rest disponibel ramme for utstyr, prosjekter og rehabilitering er 13,8 mill kr.

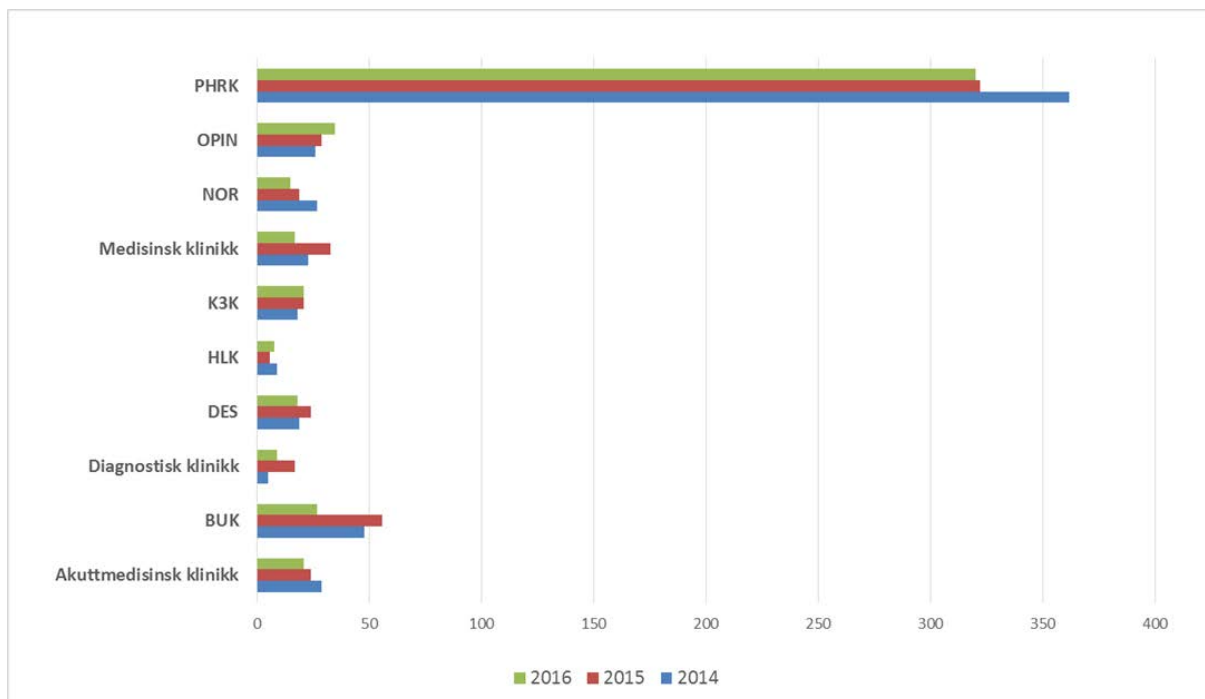
8. Arbeidsmiljø mm (internt)

Arbeidsmiljøet i foretaket anses tilfredsstillende. Det har vært 9 møter i arbeidsmiljøutvalget gjennom året. Det er iverksatt følgende tiltak for å bedre arbeidsmiljøet:

- Gjennomføring av medarbeiderundersøkelse med svarprosent på 63
- Mer enn 200 ledere, tillitsvalgte og verneombud deltok på opplæring i planlegging og oppfølging av resultater fra medarbeiderundersøkelse
- Deltakelse i nasjonal arbeidsgruppe som jobber med sammenslåing av medarbeiderundersøkelse og pasientsikkerhetskulturundersøkelse
- Oppfølging av avtale om Inkluderende arbeidsliv med tilhørende mål og handlingsplan
- Det ble gjennomført flere obligatoriske kurs for ledere/tillitsvalgte/verneombud med fokus på inkluderende arbeidsliv
- Årlig kvalitets- og arbeidsmiljødag (KVAM) med 380 deltakere fra KVAM-strukturen i UNN der tema var pasientsikkerhet, åpenhetskultur og inkluderende arbeidsliv, med bidrag av eksterne forelesere samt flere foredrag fra forbedringsarbeidet i UNN.
- Kurs i systematisk forebygging og håndtering av vold og trusler
- Undervisning for nattarbeidere
- Kurs i arbeidstidsregler og årsaker til AML- brudd
- Tilgjengelige seniorpolitiske virkemidler med sikte på å redusere tidligpensjon og beholde kompetanse
- Oppfølging av råd utarbeidet av prosjektgruppen *Tettere på* som jobbet med reduksjon av sykefravær
- Videreføring av aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging
- Gjennomføring av utviklingssamtaler
- Flere andre kurs for ledere innen eksempelvis HMS, utviklingssamtaler, relasjonsledelse og rekruttering
- Månedlige møter mellom personalsjefen og FTV/HTV/FHVO er videreført

I 2016 utgjorde sykefraværet totalt 110 943 dager, hvilket tilsvarer 8,6 % av total arbeidstid. I 2015 var gjennomsnittlig sykefravær 8,9 %.

Foretaket har etablert system for avviksrapporing på området helse- miljø og sikkerhet. Antall skader er stabilt i forhold til fjoråret. I Psykisk helse- og rusklinikken, som hovedsakelig rapporterer volds og trusselhendelser, er det ingen endring fra 2015 til 2016. I Barne- og ungdomsklinikken er det en betydelig nedgang i meldte voldshendelser, noe som kan forklares med endringer i pasientgrunnet. Det er en ubetydelig økning i antall voldshendelser i somatikken.



Det er ikke differensiert på avdelingsnivå i Psykisk helse- og rusklinikken. Dette er i hovedsak på grunn av organisasjonsendringer som gjør at tallene ikke kan sammenlignes med tidligere år.

Foretaket hadde i 2016 gjennomsnittlig 6 384,3 årsverk mot 6 377,5 årsverk i 2015 – en økning på 0,11 prosent.

9. Likestilling

Styret ved UNN har i 2016 bestått av 7 menn og 5 kvinner. I tillegg møter observatør fra brukerutvalget fast i styret.

Ledergruppen har i 2016 bestått av 8 menn og 6 kvinner. Av alle ansatte er 27,6 % menn, tilsvarende tall i 2015 var 27,9 %. I forhold til andel ansatte er kvinner underrepresentert i lederstillinger på mellom- og toppnivå i helseforetakene. Likestilling er ett av satsningsområdene i overordnet personalpolitikk. I ledelsesutviklingstiltakene som gjennomføres er det lagt vekt på rekruttering av kvinnelige deltakere.

Det har ikke blitt gjennomført kartlegginger og tiltak knyttet til likeverd og likestilling. Ved rekruttering til utviklingstiltak har det imidlertid vært vektlagt å få balanse i sammensetningen. Fremover vil det å øke andelen kvinnelige ledere i mellom- og topplederstillinger fortsatt være sentralt å følge opp.

10. Diskriminering og tilgjengelighet

Alle nye byggeprosjekter og ombygginger følger myndighetenes krav til universell utforming for å sikre god tilgjengelighet. Tilpasninger og ombygginger gjennomføres også etter kravet om universell utforming.

11. Ytre miljø

UNN har en samlet bygningsmasse på omlag 300 000 m² og er landsdelens største arbeidsgiver. UNN påvirker det ytre miljøet gjennom sin aktivitet gjennom sitt forbruk av energi, vann, varer, kjemikalier og transport, og vi genererer store avfallsmengder. Gjennom systematisk arbeid og gode tiltak skal vi forbygge forurensning til luft, vann og jord.

UNN er miljøsertifisert etter krav i ISO 14001:2004 og gjennomførte siste kontrollrevisjon i oktober 2016. Som miljøsykehus skal UNN utøve sitt samfunnsansvar på en best mulig bærekraftig og miljøvennlig måte. I dette ligger også en forpliktelse til stadig forbedring av vår miljøstrategi. Arbeidet med å revidere vårt miljøstyringssystem etter ny ISO standard 14001:2015 er igangsatt i 2016.

UNNs overordnede miljømål er å bidra til at CO²-utslippet reduseres og våre miljøindikatorer viser at det totale CO²-utslippet ble redusert med 2 % for 2016 sammenlignet med referanseåret 2014. Når vi korrigerer for økt bygningsmasse i perioden ser vi en reduksjon i energiforbruket med 3 %. Avfallsmengden ble redusert med 3 %, samtidig som sorteringsgraden økte med 22 %.

Fossilt brensel (olje) benyttes kun som supplement på kalde dager, ved testkjøring av oljekjeler eller ved feil på hovedbærende energiforsyning. Løpende foretas utskifting og fornying av utstyr, elektriske anlegg og ventilasjon ved institusjonene. Dette skal bidra til ytterligere reduksjon av energibruken og på sikt redusere energiforbruket. Det pågår et samarbeidsprosjekt i Helse Nord der foretakenes potensialer i forhold til energiøkonomiseringsprosjekter er grundig kartlagt, og det statlige energiselskapet ENOVA har gitt økonomisk støtte til gjennomføring av prosjektene.

12. Redegjørelse som gir grunnlag for å vurdere foretakets fremtidige utvikling

De mest sentrale utfordringer som foretaket står overfor er etter styrets vurdering evnen til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak slik at driften videreføres i tråd med økonomiske rammer, samtidig som tilbudet til befolkningen sikres med god kvalitet og tilgjengelighet. På samme måte er det også vesentlig å balansere utviklingen ved å sikre foretaket et godt og velfungerende arbeidsmiljø.

Økt etterspørsel etter tjenester som følge av blant annet den demografiske og medisinske utviklingen er en særlig utfordring. Realisering av planlagte utbyggingsprosjekter samt evne til å investere i medisinteknisk utstyr vurderes som viktig for å sikre at befolkningen i Nord-Norge får god pasientbehandling også i fremtiden.

Effektivisering av virksomheten, omprioritering fra områder med overkapasitet

UNN har gjennom systematisk omstillingsarbeid, omstrukturering og omprioriteringer Innenfor de fleste virksomhetsområdene, oppnådd økonomiske besparelser, som igjen har skapt handlingsrom for investering og fornyelse av utstyr og bygningsmasse. Arbeid med befolkningsbasert aktivitetsplanlegging og aktivitetsbasert bemanningsplanlegging medfører endrede planprosesser og endrede premisser.

Kontinuerlig forbedring

Som en videreføring og konkretisering av strategiarbeidet som har vært drevet gjennom mange år er hovedsatsningen fremover kontinuerlig forbedring. Organisasjonens fokus flyttes fra organisatoriske og strukturelle endringer til implementering av kontinuerlig som

metode. Ved å utvikle et gjennomgående og dyptgripende system for kontinuerlig forbedring skal UNN danne grunnlaget for å møte de fremtidige utfordringene. Forbedringsarbeidet forutsetter stort engasjement fra ledere og ansatte på alle nivå i organisasjonen. Målet med forbedringsarbeidet er økt kvalitet i pasientbehandlingen, bedre arbeidsmiljø og involvering samt frigjøre ressurser til prioriterte områder.

Samhandling med primærhelsetjenesten

UNN har utviklet et godt samarbeid med kommunene i eget opptaksområde. I særskilt grad har dette utviklet seg gjennom prosessene rundt avtaleinngåelser i forbindelse med implementering av samhandlingsreformen, samt etterfølgende justeringer og tilpasninger av disse.

Rekruttering

UNN har rekrutteringsutfordringer på flere virksomhetsområder, særlig psykiatere og psykologspesialister til distriktpsikiatriske sentre. I tillegg mangler UNN spesialister for enkelte fagområder til lokalsykehusene, samt geriater til hele helseforetaket. Fortsatt er rekruttering av spesialsykepleiere på noen områder utfordrende.

Økonomi

Den økonomiske utviklingen i 2016 har vært positiv, og overskuddet ut over styringskrav fra Helse Nord RHF gir økt handlingsrom for investeringer i medisinteknisk utstyr i 2017.

13. Resultatdisponering

Styret foreslår følgende disponering av årsresultat:

Overført til annen egenkapital kr. 135 207 923

Etter styrets oppfatning gir årsregnskapet en rettvise oversikt over utviklingen og resultatet av foretakets virksomhet og stilling.

Bodø, 28.3.2016

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Jorhill Andreassen styreleder | Erling Espeland nestleder | Eivind Mikalsen styremedlem | Helga Marie Bjerke styremedlem |
| Jan Eivind Pettersen styremedlem | Jan Terje Nedrejord styremedlem | Kjersti Markusson styremedlem | Mai-Britt Martinsen styremedlem |
| Per Erling Dahl styremedlem | Rolf Utgård styremedlem | Rune Moe styremedlem | Tove Skjelvik styremedlem |

Tor Ingebrigtsen
adm. direktør



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|----------------------------|--|----------------------------|
| 23/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.3.2017 |
| Saksansvarlig: Einar Bugge | | Saksbehandler: Einar Bugge |

Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016* og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Bakgrunn

Styrebehandling og gjennomføring av *Ledelsens gjennomgang* av internkontrollen er et krav i oppdragsdokumentet. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har etablert strukturer og prosesser for å oppnå et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom flere tilsyn, herunder fra Statens helsetilsyn, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

Ved disse tilsynene har imidlertid UNN også den senere tid fått avvik for manglende kjennskap til og oppfølging av de etablerte systemene. Den informasjonen som ligger så vel i de avdekkede forholdene (avvik) i interne og eksterne revisjoner som i det interne avvikssystemet er svært verdifull. For å utvikle UNN som en organisasjon preget av kontinuerlig forbedring er det behov for et vedvarende sterkt fokus på å sikre at dette i tilstrekkelig grad fører til læring og forbedring i hele organisasjonen.

Formål

Formålet med saken er å opplyse styret om ledelsens arbeid med å sikre at virksomhetens internkontroll fungerer etter hensikten, og at avvik blir fulgt opp på forsvarlig vis.

Saksutredning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) arbeider langsiktig med å etablere og forbedre rutiner og prosesser som er nødvendige for å dokumentere et tilstrekkelig system for

internkontroll. Gjennom Kvalitets- og utviklingssenteret arbeides det videre med å bedre systematikk i hvordan aktivitetene i internkontrollen skal utføres, hvor og hvordan de skal dokumenteres, ikke minst med hvordan man skal bedre læring på tvers av enhetene i UNN.

Styrende dokumenter

UNN har nå 21.814 dokumenter som inngår i kvalitetssystemet, som er en økning på drøyt 800 fra forrige tertial. Drøyt 4 % av dokumentene er ikke vedlikeholdt og revidert innen fristen. Det er viktig at innholdet i de enkelte dokumenter er av faglig god standard, ikke minst med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet, og dermed for at UNN skal kunne leve opp til visjonen. UNN har fortsatt en utfordring med for mange parallelle og overlappende prosedyrer mellom enhetene. Et nylig tilsyn på foretakets håndtering av pasienter med alvorlige infeksjoner (sepsis) avdekket at foretaket ikke i tilstrekkelig grad har sikret at prosedyrene for håndtering av denne tilstanden er helt oppdatert og entydige. Det er derfor behov for å gjennomgå prosedyrene for de viktigste akuttmedisinske tilstandene i UNN.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området *styrende dokumenter*:

- Medisinsk fagsjef og Kvalitets- og utviklingssjef tillegges myndighet til å avgjøre hvem som er dokumentansvarlig og hvem som er godkjenner for UNN-overgripende prosedyrer. Dette nedfelles i prosedyre.
- Det opprettes prosedyreutvalg for håndtering av akuttmedisinske tilstander. Utvalget har deltakelse fra aktuelle fagmiljø, der fagmiljøene tar ansvar for å revidere prosedyrene for sine faglige ansvarsområder. Prosedyrer for håndtering av følgende akuttmedisinske tilstander prioriteres, med fullføring i løpet av andre tertial 2017:
 - Sepsis (Medisinsk klinikk/infeksjonsmedisin)
 - KOLS og astma (HLK/Lungemedisin)
 - Brystmerter og hjerteinfarkt (HLK/Hjertemedisin)
 - Hjerneslag (NOR/Nevrologi)
 - Akutt hjertesvikt/lungeødem (HLK/Hjertemedisin)
 - Akutte forgiftninger (Medisinsk klinikk/Nyremedisin)
- Kvalitets- og utviklingssenteret leder arbeidet med å fullføre revisjon av UNNs overordnede prosedyrer for medikamenthåndtering. Arbeidet skjer i nært samarbeid med klinikkene og Sykehusapoteket, og fullføres i løpet av 2. tertial 2017.

Avviksbehandlingen

Økningen i antall meldte avvik som vi har sett de siste årene, fortsatte også i siste tertial 2016 da det ble meldt 28 % flere avvik enn i samme tertial 2015. Det er også fortsatt økning i unike meldere. Antall meldte pasienthendelser er høyere enn noen gang tidligere. Økningen i antall meldte avvik synes å være størst i de klinikkene som i særlig grad har fokusert på opplæring i meldesystemet og oppfølging av avvik. Fortsatt klassifiseres en stor andel av pasienthendelser med årsak «skriftlig prosedyre ikke fulgt» og «årsak ikke tidligere listet». Nytt nasjonalt klassifikasjonssystem i skjema for pasienthendelse forventes å bidra til at det blir enklere å nyttiggjøre avviksmeldinger i kvalitetsarbeidet. Dette er tatt i bruk fra januar 2017. UNN har en stor database med hendelser som kan og bør brukes i systematisk forbedringsarbeid i klinikkene. Alle særlig alvorlige avvik som meldes til Helsetilsynets varselordning rapporteres fortløpende til direktør og styre i UNN.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området *avvik*:

- Kvalitets- og utviklingssenteret og Psykisk helse- og rusklinikken samarbeider om å utvikle tilpasset oppøring for ledere og medarbeidere i oppfølging og behandling av avvik, basert på forbedrings sirkelen. Dette evalueres i løpet av andre tertial 2017, med anbefaling til UNNs ledergruppe om hvordan dette kan tas med i det videre arbeidet med oppløring i kontinuerlig forbedring.
- Kvalitets- og utviklingssenteret starter etter første tertial 2017 analyser av avvik basert på nytt klassifikasjonssystem. Kvalitetsutvalget forelegges i løpet av 2017 forslag til prioriterte analyseområder.
- Mandat for KVAM-utvalgene i klinikkene gjennomgås og justeres for å fremme utvalgenes sentrale rolle i læring av avvik og kontinuerlig forbedring. Møtehyppighet og sammensetning tilpasses til utvalgenes rolle som sentral arena for å oppnå læring på tvers og kontinuerlig forbedring.

Interne revisjoner

Det er i tredje tertial 2016 gjennomført fire interne revisjoner i UNN. Det har vist seg utfordrende å få nødvendig bistand fra spesialister for å gjennomføre noen av de planlagte revisjoner, og disse er derfor utsatt, og noen er utsatt til 2017 på grunn av andre kapasitetsutfordringer. Flere av de utsatte revisjonene er gjennomført tidlig i 2017, eller er under gjennomføring.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området *interne revisjoner*:

- Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider forslag til revidert prosedyre for organisering og gjennomføring av interne revisjoner i UNN, der det legges opp til at interne revisjoner i tillegg til å gjennomføres på foretaksnivå, også brukes aktivt i forbedringsarbeid på klinikknivå i alle klinikker. Forslaget forelegges ledergruppen til vedtak i andre tertial 2017.

Pasientklagesaker

Median saksbehandlingstid på pasientsaker 3. tertial 2016 er 33 dager som er omtrent lik saksbehandlingstid i 3. tertial 2015. Det har mot slutten av 2016 vært en markert nedgang i antall saker som har passert intern frist for saksbehandling på 35 dager. Saker fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og klager fra pasient/pårørende er de saker som har lengst svartid fra avdelingene.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området pasientsaker:

- Kvalitetsavdelingen bidrar med tilpasset oppløring i håndtering av pasientsaker på anmodning fra klinikkene.

Smittevern

I denne *Ledelsens gjennomgang* presenteres resultater fra måling av postoperative sårinfeksjoner etter utvalgte kirurgiske inngrep i andre tertial 2016. Samlet sett er utviklingen positiv over de siste årene, med færre dype (og dermed alvorlige) postoperative sårinfeksjoner. Det er i de to første tertialene i 2016 ikke registrert noen dype sårinfeksjoner etter by-pass operasjoner på hjerte, og heller ingen etter galleblæreoperasjoner. Etter innsetting av totale hofteproteser (1 dyp

sårinfeksjon) og etter tykktarmkirurgi (en dyp sårinfeksjon) er det registrert få dype sårinfeksjoner. Det rapporteres nå tilnærmet fullstendig fra UNN i disse NOIS-registreringene.

Resultatet for høstens prevalensregistrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner gjennomført i november viste at 4,2 av pasientene i UNN hadde slik infeksjon. Gjennomsnittet av de to målingene utført i 2016 viser at 4,8 % av pasientene hadde helsetjenesteassosiert infeksjon, som er svært nær nasjonalt måltall på 4,7 %.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området smittevern:

- Direktørfunksjonen i smittevern utformer i løpet av første tertial 2017 forslag til konkret arbeidsprosess for systematisk gjennomgang av alle dype, postoperative sårinfeksjoner.

Helse-, miljø- og sikkerhet (HMS)

Ytre miljø

UNNs overordnede miljømål er å redusere CO₂ utslippet. Dette skal gjøres med å redusere energiforbruk, transport og avfall, og forbruksvarer med 3,3 % årlig. UNN har i 2016 redusert CO₂-utslipp med 2 % sammenlignet med 2014, og således nådd det overordnede målet. Totalt energiforbruk mål i kWh er redusert med 12 % pr kvadratmeter eiendomsmasse, og 3 % absolutt sammenlignet med 2014. Antall reiste kilometer i 2016 er redusert med 15 % sammenlignet med 2014. Total avfallsmengde er redusert med 3%, og sorteringsgraden er økt med 22 % sammenlignet med 2014.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området ytre miljø (grønt sykehus):

Personalskader

Det er nesten ingen endring i det totale skadebildet. I Psykisk helse- og rusklinikken, som hovedsakelig rapporterer volds og trusselhendelser, er det ingen endring fra 2015 til 2016. I Barne- og ungdomsklinikken er det en betydelig nedgang i meldte voldshendelser, noe som kan forklares med endringer i pasientgrunnlaget. Det er en liten økning i antall voldshendelser i somatikken.

Status i arbeidet med rapportering av brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML-brudd)

I denne *Ledelsens gjennomgang* presenteres tilgjengelige tall for AML-brudd i UNN. Det er et pågående arbeid å forbedre registrering og uttak av rapporter på dette området, slik at vi er sikre på at det som rapporteres er reelle brudd. Det er flere grunner til at derfor utvises varsomhet i bruken av materialet. Arbeidstidsbestemmelsene er utformet slik at et tilfelle kan gi flere brudd for de samme timene/vaktene. Tallmaterialet under viser ikke faktiske brudd, men varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene. For å kunne redegjøre for antall faktiske brudd må en gå inn i hver enkel arbeidsplan å kontrollere at lovlig etablerte dispensasjoner er registrert for gjeldende ansatte.

Tilfeller der dispensasjoner og lokale avtaler med fagforeninger ikke er registrert i arbeidsplansystemet vil generere varsel om brudd som ikke er faktiske brudd. I tillegg er arbeidsplansystemet bygget opp slik at rekkefølgen på registrering av overtid, vaktbytter og merarbeid er utslagsgivende for varsel om brudd. Videre vil akutte hendelser som krever

forlenget arbeidstid for ansatte kunne føre til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Disse hendelsene vil imidlertid ved tilsyn kunne forklares ut fra fare for liv og helse.

Den klart hyppigst forekommende årsak til varsel om AML-brudd er brudd på *samlet arbeidstid pr. dag*, som imidlertid viser en nedgang på hele 49 % fra 3. tertial 2015 til samme periode 2016. Nest viktigste årsak er varsel om brudd på *regler om antall timer pr uke*, fulgt av *samlet tid pr. uke i snitt*, og *ukentlig arbeidsfri*. For de tre sistnevnte årsaker har det også vært nedgang fra siste tertial 2015 til 2016. Samlet har det vært omtrent 30 % nedgang i samlet AML-brudd fra 2015 til 2016 i gjeldende periode.

I behandling av denne *Ledelsens gjennomgang* i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for HMS-området:

- AML-brudd gjøres tilgjengelig i ledelsesinformasjonssystemet HN-LIS
- Det gjennomføres fortsatt kursing av ledere og tillitsvalgte i arbeidstidsregler
- Dedikerte rådgivere i Stabssenteret følger opp arbeidet for å redusere AML-brudd mot klinikkene

Medvirkning

Saken er forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt Arbeidsmiljøutvalget i egne innspills- og drøftingsmøter 13. og 14.3.2017. Samtlige møter ga sin tilslutning til at direktøren slutfører saken og forelegger den for styrets behandling med den innretning saken er gitt. Protokoller fra de respektive møtene foreligger som referatsaker til styrets møte 28.-29.3.2017.

Vurdering

Arbeidet med å stadig forbedre UNNs internkontroll er en kontinuerlig prosess. UNN har systemer og prosesser som sammen skal sikre god internkontroll. Hensikten med å gjennomgå internkontrollen er å avdekke områder for forbedring, og det er også i denne gjennomgangen i ledergruppen vedtatt tiltak for å bedre systemet på flere områder.

Det viktigste i overordnet sammenheng er å videreføre og forsterke innsatsen med å utvikle UNN som en lærende organisasjon med et utrettelig fokus på kontinuerlig forbedring, som beskrevet i de foregående rapportene og i egne saker til styret. Da er velfungerende systemer for avvikshåndtering og oppfølging etter tilsyn og revisjoner sentralt, og disse områdene følges ytterligere opp i tiltakene som er vedtatt i behandling av denne ledelsens gjennomgang i ledergruppen. Det er i løpet av de siste tertialene etablert et mer fast system for hvordan saker fra Pasientsikkerhetsutvalget tas videre til Kvalitetsutvalget for å løfte frem områder med risiko for svikt, og diskutere tiltak for å redusere risiko. Det gjennomføres også tiltak for å utvikle systemene for spredning av kunnskap om slike forhold i organisasjonen.

Økningen i antall meldte avvik fortsetter, og det er direktørens vurdering at dette heller kan tilskrives en bedret meldekultur enn noen reell økning i antall uheldige hendelser. Dette understøttes av blant annet at økningen kommer i kjølvannet av en generell diskusjon om åpenhetskultur, prosesser på både foretaksnivå og i klinikker med fokus på det samme, og stort fokus på opplæring i meldesystem og håndtering av avvik i mange enheter.

Det pågår fortsatt viktige prosesser i oppfølging av Sivilombudsmannens rapport etter tilsyn i Psykisk helse- og rusklinikken, og i oppfølging av avvik i medikamenthåndtering i Medisinsk klinikk. I disse prosessene er det tett samarbeid mellom klinikkene og støtteressurser i Kvalitets-

og utviklingscenteret, og det legges opp til at de erfaringer man her gjør skal brukes som grunnlag for å utvikle videre systemene for forbedring og læring i UNN.

Diskusjonene i direktørens ledergruppe har tydeliggjort at klinikkene i ulik grad har prioritert dedikerte ressurser til systematisk kvalitetsarbeid. Direktøren og ledergruppen har nå besluttet at det skal være dedikerte kvalitetsrådgivere i alle klinikker. Disse skal inngå i et nettverk for å øke mulighetene for læring på tvers av klinikkene. Nettverket er nå under etablering.

Det er bra at saksbehandlingstid for færre pasientklagesaker passerer UNNs interne frist, men det er fortsatt forbedringspotensial. Dette følger direktøren direkte opp med aktuelle enheter.

I forhold til smittevern er det gledelig, ikke minst for pasientene, at antall dype infeksjoner etter flere kirurgiske inngrep er betydelig redusert de siste årene, og at forekomsten av sykehusinfeksjoner er lavere enn tidligere. Fokuset på systematisk arbeid med smittevern kontinueres, og direktøren forventer at enhver alvorlig infeksjon påført en pasient i UNN gjennomgås grundig med tanke på å ytterligere utvikle de forebyggende tiltak.

Det er positivt at UNNs miljømål i stor utstrekning er nådd i 2016. Arbeidet videreføres frem mot ny sertifisering i juni inneværende år.

UNN har i flere år foretatt *Ledelsens gjennomgang* tertialvis, med omtrent samme struktur som i den foreliggende rapporten. Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er trådt i kraft, og erstatter tidligere forskrift om internkontroll i vår sektor. Kvalitets- og utviklingscenteret vil i løpet av våren foreslå endringer i gjennomføringen av internkontrollen og *Ledelsens gjennomgang* for å sikre at dette gjøres i tråd med ny forskrift. Kvalitets- og utviklingssjefen ser et behov for bedret systematikk i foretakets rapportering på, og evaluering av, oppnådde resultater på mange områder, for å sikre at dette gjøres helhetlig og i tråd med ny forskrift. Dette vil også understøtte arbeidet med kontinuerlig forbedring i foretaket på en bedre måte.

Tromsø, 17.3.2017

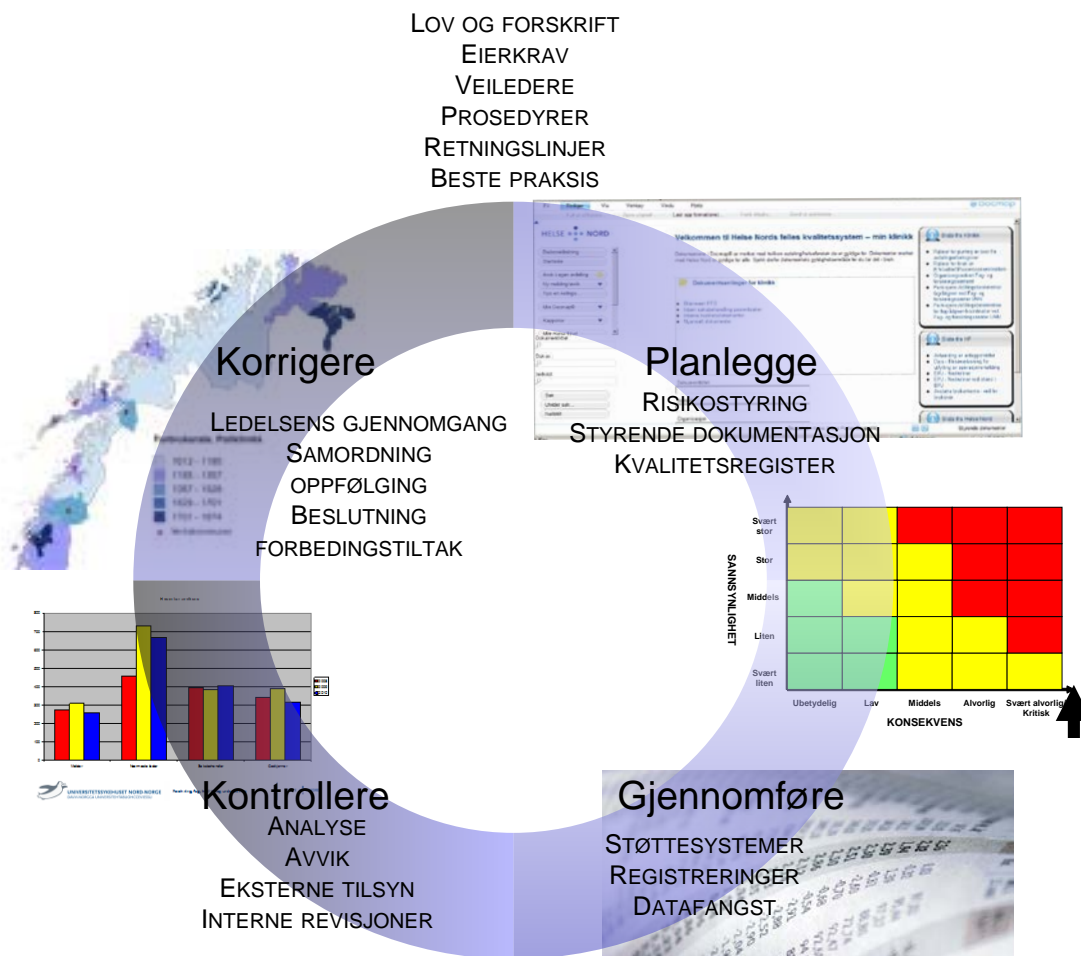
Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapporten *Ledelsens gjennomgang - tredje tertial 2016*

Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016

Styringshjul



Figur 1 Styringshjul for kvalitetsstyring (ISO)

Innhold

| | |
|---|----|
| Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016..... | 2 |
| Formål | 2 |
| Sammendrag..... | 3 |
| Styrende dokumenter..... | 4 |
| Status dokumentvedlikehold | 4 |
| Vurdering | 5 |
| Tiltak dokumentstyring | 5 |
| Avviksbehandlingen..... | 5 |
| Meldeutvikling 3. tertial 2016..... | 6 |
| Hendelsestyper - Kategorier..... | 6 |
| Kategorier av meldte avvik | 7 |
| Årsaker til avvik..... | 7 |
| Pasienthendelser § 3.3 meldinger..... | 8 |
| Nasjonalt klassifikasjonssystem..... | 9 |
| Vurdering avvik..... | 9 |
| Tiltak avvik | 10 |
| Interne revisjoner..... | 10 |
| Tiltak interne revisjoner | 12 |
| Tilsyn..... | 12 |
| Pasientsikkerhetsprogrammet..... | 12 |
| Pasientklagesaker | 12 |
| Vurdering pasientsaker..... | 13 |
| Tiltak pasientsaker..... | 14 |
| Smittevern | 14 |
| NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner | 14 |
| Prevalensregistrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk..... | 21 |
| Vurdering smittevern..... | 23 |
| Tiltak smittevern | 23 |
| Helse, Miljø og Sikkerhet..... | 24 |
| Grønt sykehus..... | 24 |
| Vurdering av resultat og grad av måloppnåelse på overordnet nivå i 2016..... | 24 |
| Klimaregnskap CO ₂ utslipp | 24 |
| Resultat energiforbruk i kWh pr m ² | 25 |
| Resultat på reiste kilometer med bil og fly for ansatte..... | 26 |
| Resultat mengde avfall totalt og sorteringsgrad..... | 26 |
| Tiltak Grønt sykehus | 27 |
| Arbeidsmiljøbrudd | 27 |
| Tiltak AML brudd | 29 |
| Skademelding personal. | 29 |
| Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring | 30 |

Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016

Formål

Ledelsens gjennomgang har som formål å synliggjøre virkningen av internkontrollen¹ (kvalitetssystemet²) i Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) og undersøke og

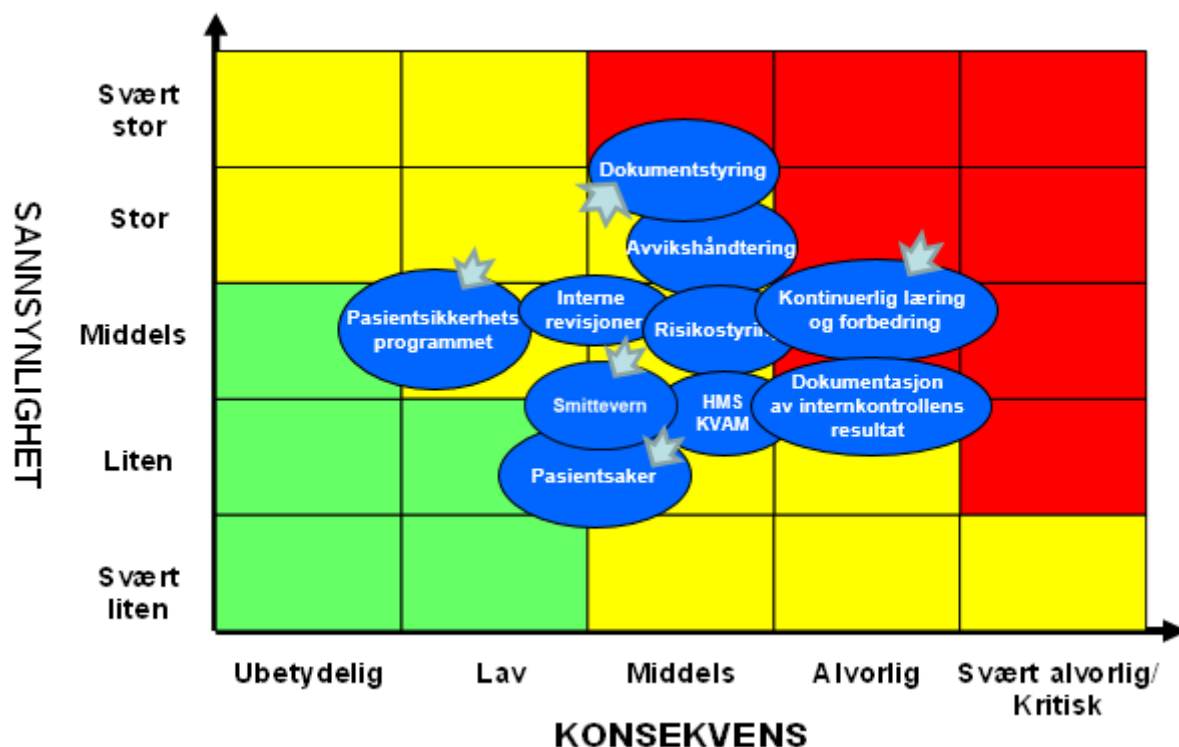
¹ Internkontroll: Det styringssystem organisasjonen må ha for å sikre at lover og forskrifter følges.

bedømme om foretaket har tilstrekkelige systemer for å planlegge, gjennomføre, analysere og korrigere. Dersom det i gjennomgangen avdekkes mangler, skal ledelsen iverksette tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen. UNN arbeider etter dokumenterte standarder for kvalitetsstyring (ISO, EFQM)³. Styringshjulet i fig 1. illustrerer aktivitetene som anbefales i standardene for å sikre en hensiktsmessig virkning av internkontrollen. Denne rapporten behandles i UNNs ledergruppe før den forelegges styret i UNN.

Sammendrag

UNN har et vedvarende fokus på å etablere strukturer og prosesser som kreves for å ha et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom en rekke eksterne tilsyn. Imidlertid har det over tid blitt avdekket, blant annet i form av i form av avvik, at kjennskap til og oppfølging av de etablerte systemene ikke er på plass i tilstrekkelig grad, slik at det svikter i gjennomføring, og analysering gjøres ikke i tilstrekkelig systematisk grad for å legge grunnlag for nødvendig korrigerende. Det har det siste tertialene vært bedring i resultatene av smittevernarbeidet. Det er igangsatt et omfattende arbeid med å identifisere en rekke tiltak for å utvikle UNN som lærende organisasjon som arbeider med kontinuerlig forbedring i alle ledd. I tredje tertial 2016 er nytt mandat og ny sammensetning av Kvalitetsutvalg og Pasientsikkerhetsutvalg implementert, med økt deltakelse fra de kliniske miljøene. Det pågår også en rekke andre prosesser for å forbedre avvikshåndteringen i foretaket, med fokus særlig på læring. Det er fortsatt ytterligere forbedringspotensial på disse områdene. Det er fremgang i arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet. Det er en vedvarende utfordring med økende antall prosedyrer i Docmap, mens status i saksbehandling for pasientsaker er bedret. Den samlede vurderingen er vist i fig. 2.

Figur 2 Risikovurdering av delementene i internkontrollen (kvalitetssystemet). Vurderingen baserer seg på i hvilken grad elementene bidrar til å redusere sannsynlighet/risiko for svikt i UNN.



² Kvalitetssystem: Det styringssystem som organisasjonen må ha for å sikre internkontroll og de selvpålagte krav (mål) til kvalitet.

³ Kvalitets- og utviklingssenteret benytter kvalitetsstandarder som ISO 9001-2000, og European Foundation for Quality Management (EFQM) sin modell i systemoppbyggingen i UNN.

Ledergruppen mottar denne rapporten som en samlet vurdering av kvalitetssystemet i UNN, og den følges opp med styresak om foretakets håndtering av rapporten. Det er verdt å merke seg at slike systemer aldri blir perfekt, men er gjenstand for kontinuerlig forbedring. Rapporten påpeker også denne gang områder for forbedring.

Grunnleggende prinsipper må være på plass og virksomme i hele organisasjonen, for at UNN skal ha et velfungerende kvalitetssystem. Hovedemnene i denne rapporten er disse grunnleggende prinsippene.

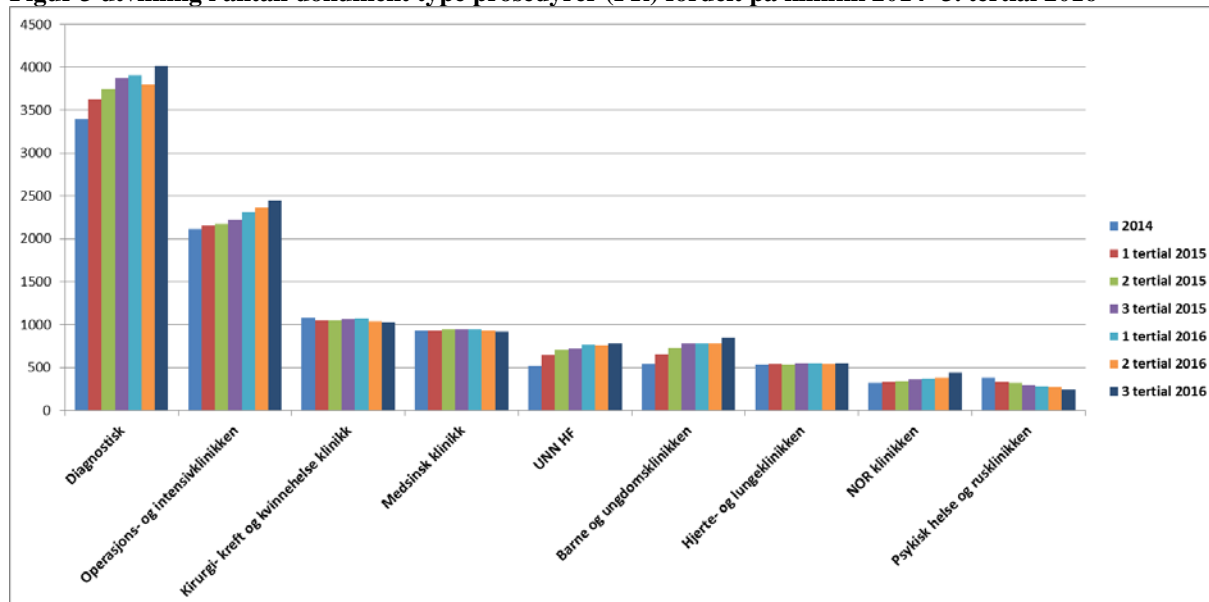
Styrende dokumenter

Status dokumentvedlikehold

Oppdatering av UNNs rutiner og prosedyrer er et viktig kvalitetsarbeid. Det registreres mellom 300 og 400 samtidige brukere i Docmap på dagtid. Økningen i antall samtidige brukere kan med stor grad av sikkerhet tilskrives at brukerne nå har automatisk pålogging i Docmap. Det er i snitt over 197.000 oppslag pr måned i prosedyresamlingene i Docmap pr 3. tertial 2016. Med utstrakt bruk av prosedyrer i Docmap er det viktig at innholdet er kvalitetssikret, oppdatert og gyldig.

UNN har nå 21.814 dokumenter i Docmap, en økning på 826 dokumenter fra forrige tertial (20988). Av disse er det 948 som skulle vært revidert pga. overskredet dato, en liten nedgang fra forrige tertialrapport (1.160 ved utgangen av 2. tertial 2016, fremgår ikke av figuren nedenfor). Målet er at alle dokumenter skal være revidert innen frist.

Figur 3 utvikling i antall dokument type prosedyrer (PR) fordelt på klinikk 2014- 3. tertial 2016



Økning av antall dokumenttype prosedyre i perioden 2014 til 3. tertial 2016 har i hovedsak skjedd i Diagnostisk klinikk og Barne- og ungdomsklinikken (medisinsk genetikk), Operasjons- og intensivklinikk og UNN HF-nivå. Psykiisk helse- og rusklinikk har over hele tidsperioden en nedadgående tendens.

Vurdering

Antall prosedyrer i UNN er jevnt økende, og ulike prosesser som tidligere har vært forsøkt gjennomført har ikke ført til de ønskede resultater med mer samordnede prosedyrer, mindre «parallele» prosedyrer og innføring av nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer i foretaket. For å bidra til gjennomgang og rydding i klinikkens prosedyrer, har Kvalitetsavdelingen sendt ut lister til klinikkene over dokumenter som har overskredet revisjonsfrist, med varsel om at prosedyrer som ikke revideres innen en gitt frist vil bli trukket tilbake fra systemet. Tilbaketrekking av dokumenter (ca. 150) er gjennomført, men det er fortsatt stadig økning i antall prosedyrer i UNN. Det er stor variasjon i antall prosedyrer mellom klinikkene, og noen klinikker med mange spesialiteter har få prosedyrer. En medvirkende årsak kan være at fagmiljøene brukes nasjonale/andre prosedyresamlinger tilgjengelig elektronisk, og at disse er samlet i en felles lenke i Docmap. Dermed blir mange prosedyrer til bare ett dokument i Docmap.

Forespørsler til en rekke andre større sykehus i Norge har avdekket at ingen har løst utfordringen med stadig økende antall prosedyrer. Det vil kreve svært stor innsats av dedikert personell over forholdsvis lang tid for å nå målet om samordnede prosedyrer på alle aktuelle områder. Det anses som viktig å få på plass et system for overordnet godkjenning av klinikkovergripende prosedyrer (inkludert eventuelle nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer som skal implementeres i UNN), og mest mulig felles prosedyrer for viktige akuttmedisinske tilstander i den grad dette ikke er på plass. I etterkant av avvik i en klinikk har det vært gjort et stort arbeid med gjennomgang av prosedyrer for medisiner og medikamenthåndtering, og en rekke prosedyrer på disse områdene er revidert. Det gjenstår noe arbeid med dette.

Tiltak dokumentstyring

- Medisinsk fagsjef og Kvalitets- og utviklingssjef tillegges myndighet til å avgjøre hvem som er dokumentansvarlig og hvem som er godkjenner for UNN-overgripende prosedyrer. Dette nedfelles i prosedyre.
- Det opprettes prosedyreutvalg for håndtering av akuttmedisinske tilstander. Utvalget har deltakelse fra aktuelle fagmiljø, der fagmiljøene tar ansvar for å revidere prosedyrene for sine faglige ansvarsområder. Prosedyrer for håndtering av følgende akuttmedisinske tilstander prioriteres, med fullføring i løpet av andre tertial 2017:
 - Sepsis (Medisinsk klinikk/infeksjonsmedisin)
 - KOLS og astma (HLK/Lungemedisin)
 - Brystmerter og hjerteinfarkt (HLK/Hjertemedisin)
 - Hjerneslag (NOR/Nevrologi)
 - Akutt hjertesvikt/lungeødem (HLK/Hjertemedisin)
 - Akutte forgiftninger (Medisinsk klinikk/Nyremedisin)
- Kvalitets- og utviklingssenteret leder arbeidet med å fullføre revisjon av UNNs overordnede prosedyrer for medikamenthåndtering. Arbeidet skjer i nært samarbeid med klinikkene og Sykehusapoteket, og fullføres i løpet av 2. tertial 2017.

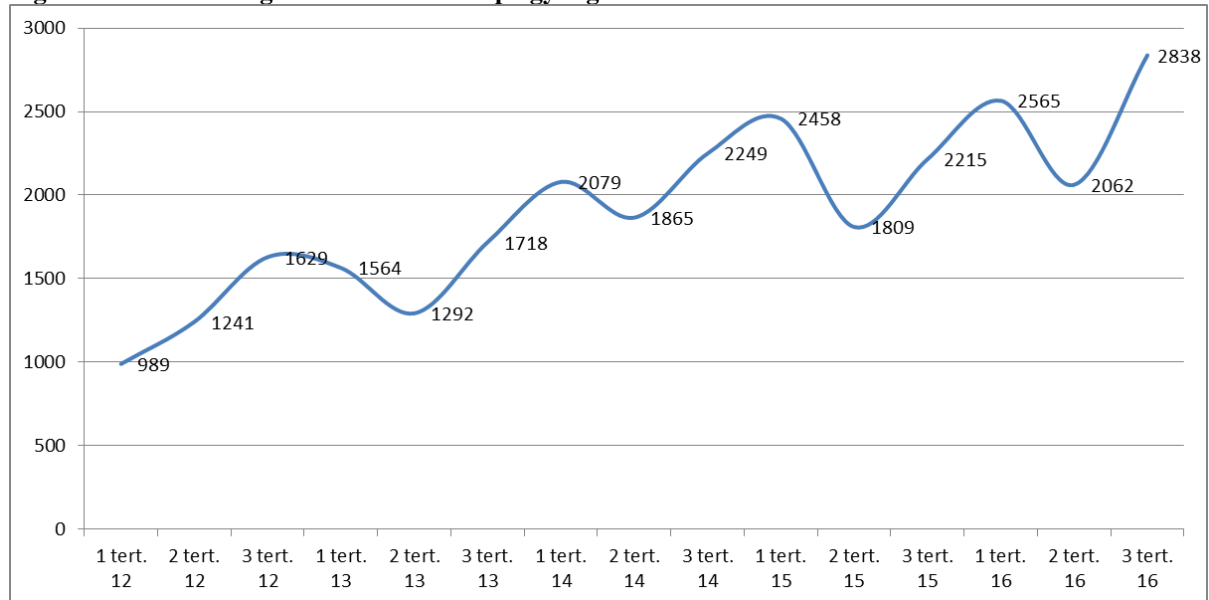
Avviksbehandlingen

Uttrekk er tatt ca. 1 måned etter avslutning av hvert tertial. De endringer, saksbehandling og etterregistreringer som kommer etter at uttrekket er gjort, kommer ikke med i statistikken

Meldeutvikling 3. tertial 2016

Det er registrert 2838 avvik pr 3. tertial 2016 mot 2215 avvik pr 3. tertial 2015, som tilsvarer en økning på 28 %. Det er registrert 1199 unike meldere 3. tertial 2016 mot 1013 i 3. tertial 2015.

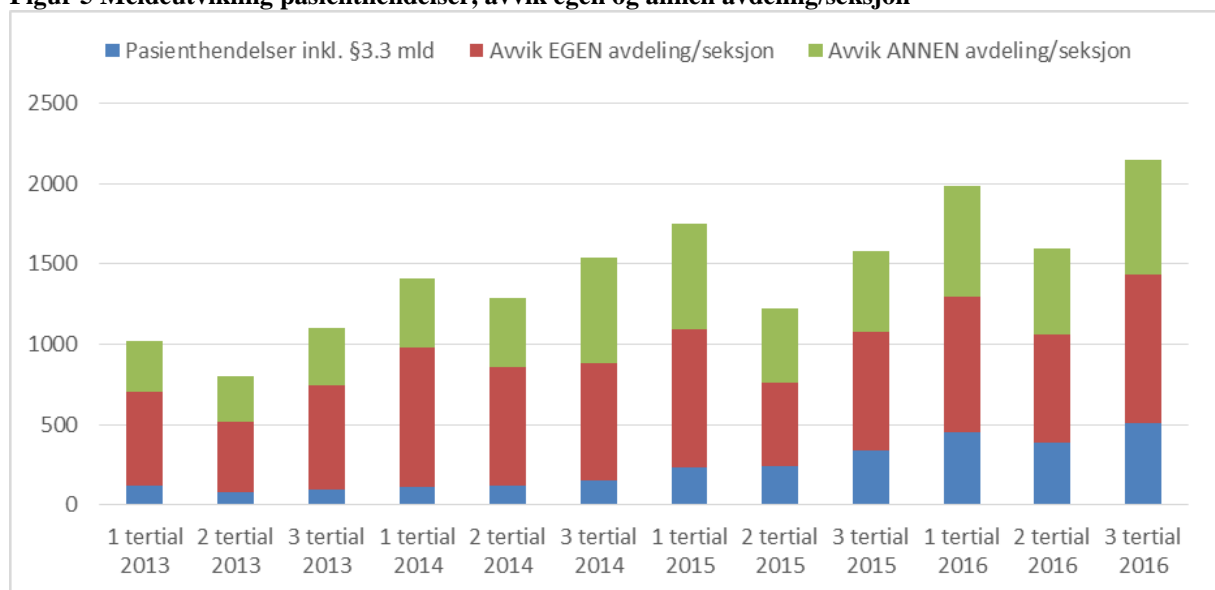
Figur 4 Meldeutvikling i UNN HF uttrekk på gyldighetsområde



Hendelsestyper - Kategorier

Det er registrert 2851 avvik klassifisert på hendelsestype i Docmap i 3. tertial 2016. Noen avvik har ikke klassifisering og noen avvik er ikke ferdig saksbehandlet og har derfor ikke registrert hendelsestyper.

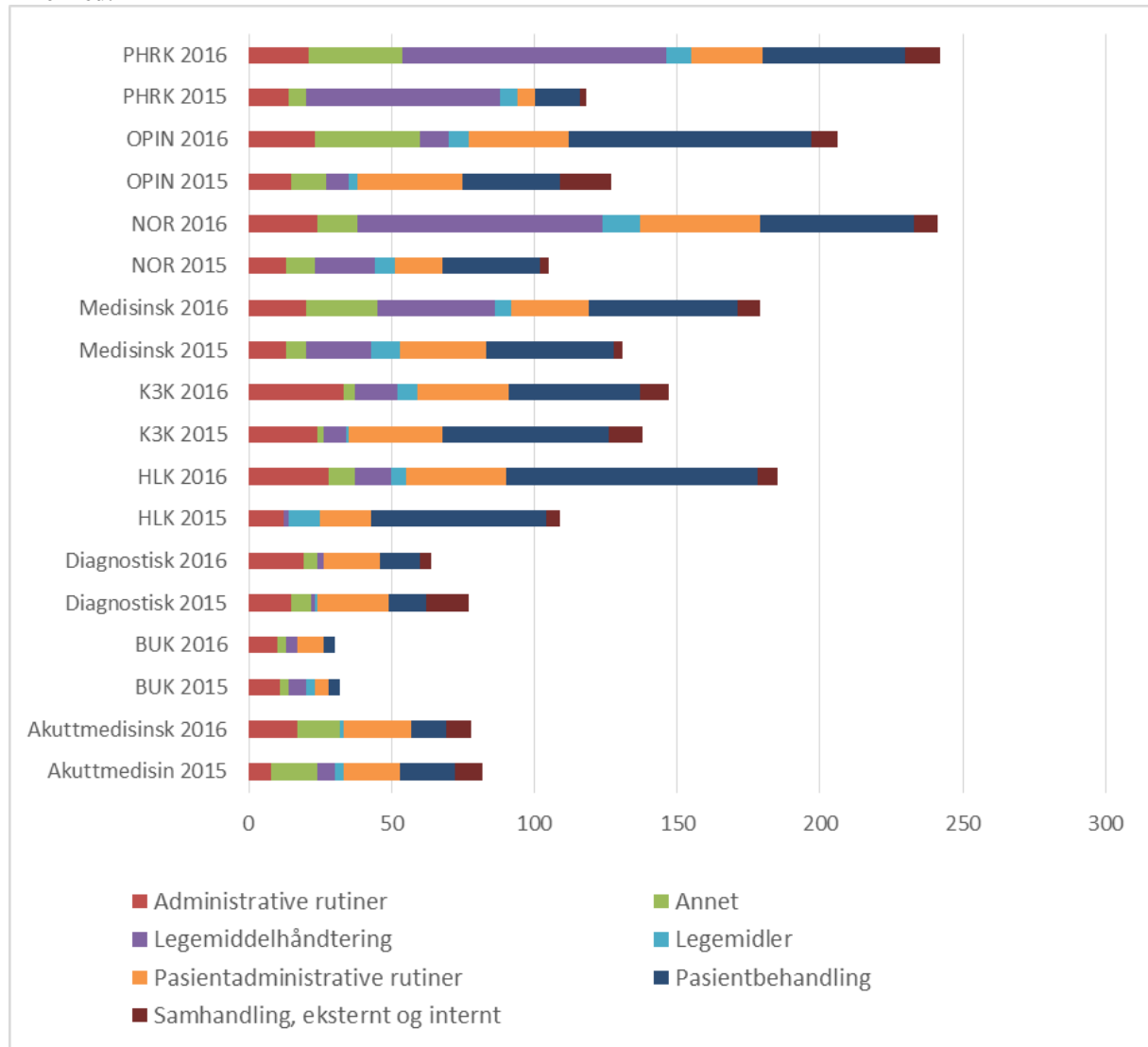
Figur 5 Meldeutvikling pasienthendelser, avvik egen og annen avdeling/seksjon



Kategorier av meldte avvik

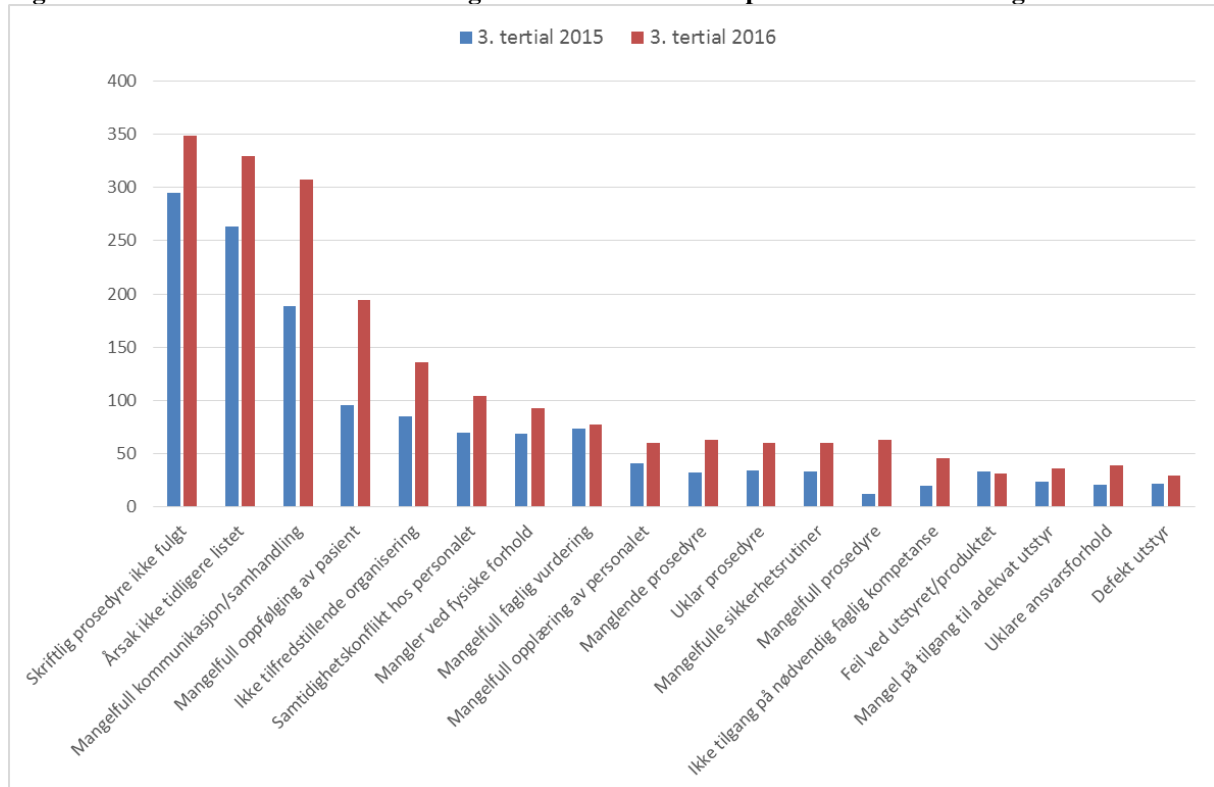
Figur under viser en sammenstilling av de syv hyppigst valgte hendelsestyper tredje tertial 2015 og 2016. De største endringer er i forekomst av legemiddelhåndtering og pasientbehandling. Økningen fra 2015-2016 er sammenfallende med i økning i antall avvik.

Figur 6 Kategorier avvik meldt 3. tertial 2015 og 2016 fordelt på klinikker. Kategorier med færre enn 40 avvik, pasienthendelser, personalskader, laboratorieavvik og klinikk/senter med færre enn 30 avvik er ikke med.



Årsaker til avvik

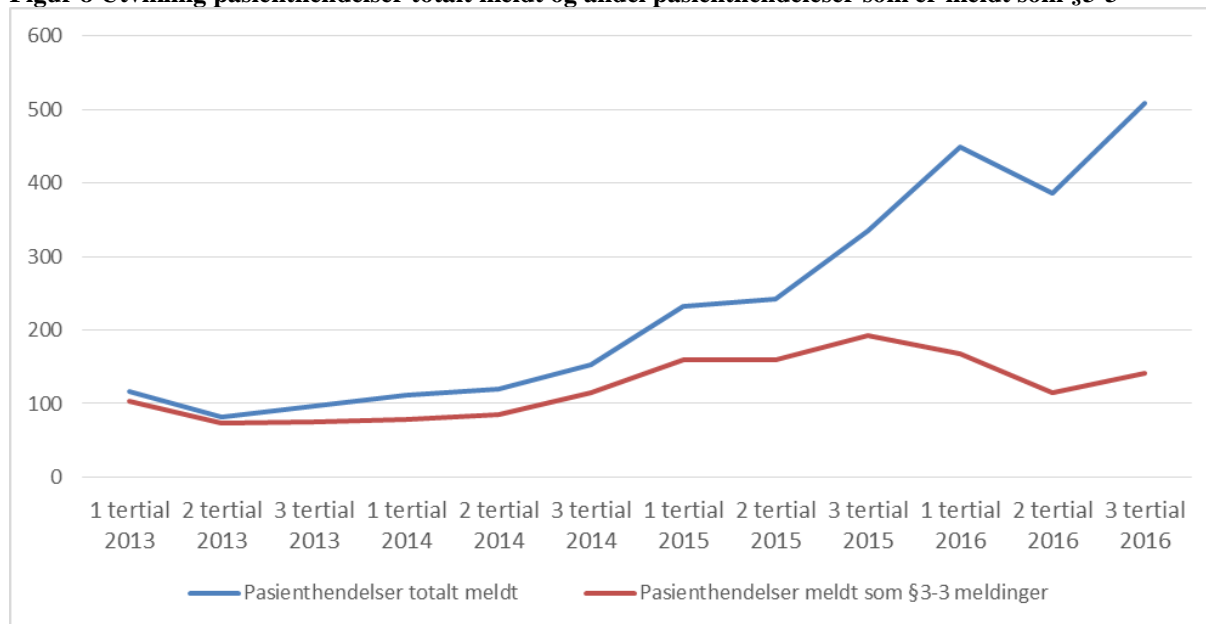
I figur under er sammenstilling av angitte årsaker på avvik for 3. tertial 2015 og 2016. Det er også i 3. tertial 2016 avvik som ikke er ferdig saksbehandlet og derfor ikke kommer med i uttrekket. «Skriftlig prosedyre ikke fulgt» og årsak ikke tidligere listet» er, som tidligere, de hyppigste årsaker til avvik.

Figur 7 Årsaker til avvik 3 tertial 2015 og 3. tertial 2016. Cut off på 50 hendelser i visningen

Pasienthendelser § 3.3 meldinger

Det er i 3. tertial 2016 foreløpig meldt 142 pasienthendelser mot 192 i 3. tertial 2015 til Helsedirektoratet etter §3-3, dvs. hendelser som har ført til eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient. Nesten alle pasienthendelser, ikke bare de som meldes til Helsedirektoratet ved meldeordningen, gjennomgås i Pasientsikkerhetsutvalget. UNN har i 3. tertial 2016 ikke publisert anonymiserte § 3.3 meldinger på www.unn.no.

Det er noe nedgang i antall §3-3 meldinger som blir sendt til Helsedirektoratet. I figur 8 er avvik i form av pasienthendelser fremstilt, både totalt antall og andel som er meldt som §3.3-meldinger. Antall 3.3 meldinger kan komme til å øke noe, fordi 95 pasienthendelser som er meldt i dette tertiale ikke er avsluttet/lukket. Det er mulig å sende §3-3 melding til Helsedirektoratet på alle saksbehandlingsledd og dermed må sakene avsluttes før vi kan måle eksakt antall meldt til meldeordningen (§3.3).

Figur 8 Utvikling pasienthendelser totalt meldt og andel pasienthendelser som er meldt som §3-3

I 3. tertial 2016 er årsak «mangelfull oppfølging av pasient», «årsak ikke tidligere listet» og «skriftlig rutine ikke fulgt» fortsatt de hyppigste årsaker angitt i §3.3-meldingene.

Nasjonalt klassifikasjonssystem

Helsedirektoratet har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, hatt ansvaret for å utarbeide felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser. Helse Nord har pr. 10.1.2017 implementert nasjonalt klassifiseringssystem i Docmap, og disse nasjonale kategorier ligger nå som standard i avviksmodule og er innført i alle foretakene i Helse Nord. Disse klassifiseringene og årsaker blir brukt på skjema for pasienthendelser, avvik egen avdeling og avvik annen avdeling. Denne endring vil gi en bedret kategorisering og årsaksvurdering av pasienthendelser, som igjen vil gi et bedre grunnlag for analyse av pasienthendelser.

Vurdering avvik

Det har vært vesentlig økning i antall meldte avvik fra 2012 til 2016, også i siste tertial. Det er fortsatt økning i unike meldere. Antall pasienthendelser øker og følger vanlige tertialvariasjoner. Det er imidlertid nedgang i antall §3-3 meldinger som sendes meldeordningen i Helsetilsynet.

Det har i mange sammenhenger og i mange enheter i UNN vært satt økt fokus på melding og oppfølging av avvik. Blant annet har Psykisk helse- og rusklinikken gjennomført et systematisk arbeid med å lære opp ansatte og ledere i avvikssystemet, og sette felles standarder for hva som er avvik. Økningen av meldte avvik anses å være uttrykk for en bedret meldekultur, heller enn noen reell økning i antall hendelser.

Det er likevel sannsynlig at det fortsatt meldes for få komplikasjoner i tilknytning til pasientbehandlingen, eksempelvis sykehusinfeksjoner, og denne type avvik forventes fortsatt at bør øke som følge av en ytterligere bedret meldekultur. Det er utfordrende å få oversikt over HMS-/arbeidsmiljørelaterte avvik, men det er ofte sammenheng mellom pasienthendelser og arbeidsmiljørelaterte forhold. Organisasjonen har også en utfordring i å

sikre god samhandling på avvik som meldes og skal behandles på tvers av fagansvar og ledelseslinjer.

Systemer rundt oppfølging av avvik, både fra avvikssystemet, fra tilsyn og fra interne og eksterne revisjoner, er under utvikling som ledd i arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon med fokus på kontinuerlig forbedring. Det er etablert en systematikk for å følge opp viktige avvik i Kvalitetsutvalget etter at de er behandlet i Pasientsikkerhetsutvalget (PSU); særlig der PSU ser at det kommer flere viktige avvik innenfor lignende områder som uttrykk for risiko blir disse samlet opp og tatt videre i Kvalitetsutvalget for å diskutere tiltak og fremme læring på tvers i organisasjonen.

Fortsatt klassifiseres en stor andel av pasienthendelser med «årsak ikke tidligere listet». Nytt nasjonalt klassifikasjonssystem i skjema for pasienthendelse forventes å bidra til at det blir enklere å nyttiggjøre avviksmeldinger i kvalitetsarbeidet. UNN har en stor database med hendelser som kan og bør brukes i systematisk forbedringsarbeid i klinikkene. Det er imidlertid et stort behov for å utvikle et avvikssystem som har bedre søkefunksjon og som i større grad gir støtte for «mønstergjenkjenning» i avviksmeldinger for å avdekke risiko.

Tiltak avvik

- Kvalitets- og utviklingssenteret og Psykisk helse- og rusklinikken samarbeider om å utvikle tilpasset oppøring for ledere og medarbeidere i oppfølging og behandling av avvik, basert på forbedringssirkelen. Dette evalueres i løpet av andre tertial 2017, med anbefaling til UNNs ledergruppe om hvordan dette kan tas med i det videre arbeidet med opplæring i kontinuerlig forbedring.
- Kvalitets- og utviklingssenteret starter etter første tertial 2017 analyser av avvik basert på nytt klassifikasjonssystem. Kvalitetsutvalget forelegges i løpet av 2017 forslag til prioriterte analyseområder.
- Mandat for KVAM-utvalgene i klinikkene gjennomgås og justeres for å fremme utvalgenes sentrale rolle i læring av avvik og kontinuerlig forbedring. Møtehyppighet og sammensetning tilpasses til utvalgenes rolle som sentral arena for å oppnå læring på tvers og kontinuerlig forbedring.

Interne revisjoner

Det utarbeides en årlig intern revisjonsplan på bakgrunn av tilsyn, hendelser, risikovurderinger og bestilling fra direktørens ledergruppe, AMU og Kvalitetsutvalget. Revisjonsplanen besluttet av direktørens ledergruppe. Kvalitets- og utviklingssenteret gjennomfører revisjonene i samarbeid med relevante fagmiljøer. Nedenstående tabell viser oversikt over gjennomføringsgrad av planlagte interne revisjoner i 2016.

Tabell 1 oversikt alle internrevisjoner og gjennomførte internrevisjoner pr 3 tertial 2016.

| Tema – Revisjoner planlagt 2016 | Tertial | | | Sted | Antall avvik | Gjennomført |
|---|---------|---|---|---|--------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | | | |
| Helselovgivning/ FAG/ Ledelse | | | | | | |
| Europeisk hodestudie: FAS nr 730 – «Center TBI = Collaborative European Neurotrauma Effectiveness Research in TBI» (traumatic brain injury) | X | | | Operasjons- og intensiv- klinikken 26.5. 2016 | 0 | Gjennomført |
| Etterlevelse av nye retningslinjer for vurdering, behandling og overflytting til UNN Tromsø av barn (0-15 år) med akutte kirurgiske problemstillinger | X | | | Kirurgisk avdeling Narvik og Harstad | 1 avvik | Gjennomført |

| Tema – Revisjoner planlagt 2016 | Tertial | | | Sted | Antall avvik | Gjennomført |
|--|---------|---|---|---|------------------------------|---|
| Gjennomgang av prosjektoversikten i Eutro og FAS Helsefak og UNN skal årlig gå gjennom prosjektene som er registrert i Eutro og FAS. | X | | | | 0 | Gjennomført som postal revisjon. |
| Etterlevelse av trygg injeksjonspraksis. Tiltak etter Fylkesmannens tilsyn som fant avvik fra god praksis ved injeksjon av Botox. (Opplæring i smittevern) | | | X | Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øye avdelingen. | 2 avvik | Gjennomført |
| Nasjonalt Kvalitetsregister Myndighetskrav | | | X | UNN HF | 2 avvik | Gjennomført |
| Håndtering av humane celler og vev, oppfølging etter tilsyn av Statens helsetilsyn. (Sak 13/5355) | | | X | Lab. Medisin, K3K, NOR Klinikken, | | Utgår pga sammenfallende tilsyn fra Statens Helsetilsyn 17. – 20. oktober (håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon) |
| Gjennomføring av Pasientsikkerhetsprogrammet, revisjon av et par enheter | | | X | | | Utsatt til 1. tertial 2017 de det er ønske å ha med Status pr 31.12.2016 |
| Oppfølging av tidligere intern revisjon på blodbanken / transfusjonsrutiner på avdelingene | | | X | UNN-HF- Blodbanken | 1 avvik | Gjennomført |
| Håndtering av henvisninger og viderehenvisninger og revisjon av ny Pasient og brukerrettighetslov med fokus på opplæring og etterlevelse, prioriterer legene likt? | | | X | | | Utsatt til 2017 på grunn av kapasitetsutfordringer med deltakelse i andre oppdrag. |
| Etterlevelse av Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus | | X | | Medisinsk klinikk | | Mangler fagrevisor overføres til 2017 |
| Behandling av proteseinfeksjoner ved ortopedisk avdeling | | | X | Ortopedisk avdeling | | Mangler fagrevisor overføres til 2017 |
| Bruk av Docmap i prosedyresammenheng | | | X | NOR klinikken | 0 | Utsatt til januar 2017, på grunn av pågående tilsyn i klinikken. Gjennomført januar 2017 |
| Helse, miljø og sikkerhet | | | | | | |
| Revisjoner i forkant av neste revisjon på UNNs miljøsertifisering (DNV) | | X | | | | Saken utgår- erstattes med Oppfølging av handlingsplan for kjemikaliesatsingen |
| KVAM-gruppenes oppfølging av MU, nærvær- og sykefraværarbeid mm. | | X | | Hjerte- lunge karkirurgisk avdeling Avd. sør Kirurgisk avdeling Harstad | 7 avvik fordelt på 3 enheter | Gjennomført |
| Oppfølging av handlingsplan for kjemikaliesatsingen vedtatt i KU. Gjennomføre 6 minirevisjoner etter modell fra smittevernvisitten | | | X | Narvik –teknisk seksjon og Laboratoriemedisin Narvik RTG Tromsø Ambulanse seksjon Harstad Maskinverksted Åsgård K3K poliklinikker | 7 avvik fordelt på 3 enheter | Gjennomført |
| Kvalitetssikring i bruk av medisinsk-teknisk utstyr | | | | | | |

| Tema – Revisjoner planlagt 2016 | Tertial | | Sted | Antall avvik | Gjennomført |
|--|---------|---|---|--------------|--|
| Opplæring i MTU; oppfølging av pålegg fra DSB | X | X | 1.tertial Nyfødt intensiv 2.tertial ortopedisk avdeling | 1 avvik | |
| Lean prosjekter | | | | | |
| Internrevisjon pakkeforløp Det vises til beslutning i sak 41.15 i Kvalitetsutvalget 24.11.15 På bakgrunn av forslag fra Kvalitetsavdelingen besluttet det at følgende forløp revideres. 1) Hode-Hals kreft. NOR klinikken 2) Prostatakreft. K3K. 3) Livmorkreft K3K | | | X 1) ØNH avd 2) Gyn/Uro avdeling 3) Gyn/Uro avdeling (+ DK, OPIN) | | Utsatt til 2017 på grunn av kapasitetsutfordringer med deltakelse i andre oppdrag. Gjennomført januar 2017 - ikke ferdigstilte rapporter. |

Tiltak interne revisjoner

- Kvalitets- og utviklingscenteret utarbeider forslag til revidert prosedyre for organisering og gjennomføring av interne revisjoner i UNN, der det legges opp til at interne revisjoner i tillegg til å gjennomføres på foretaksnivå, også brukes aktivt i forbedringsarbeid på klinikknivå i alle klinikker. Forslaget forelegges ledergruppen til vedtak i andre tertial 2017.

Tilsyn

Resultater av, og oppfølging etter, tilsyn behandles i egne rapporter til Kvalitetsutvalget og styret, og beskrives derfor ikke i ledelsens gjennomgang.

Pasientsikkerhetsprogrammet

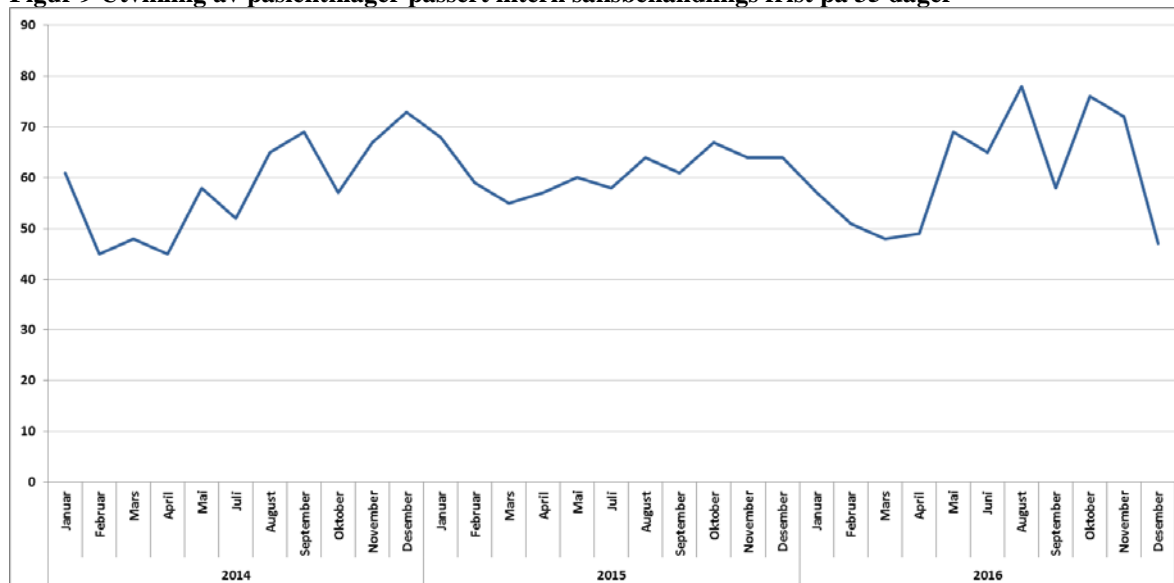
Gjennomføring av programmet diskuteres fortløpende i Kvalitetsutvalget og rapporteres i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapporter til ledergruppe og UNN-styret, og omtales derfor ikke nærmere i ledelsens gjennomgang.

Pasientklagesaker

Median saksbehandlingstid på pasientsaker 3. tertial 2016 er 33 dager mot 32 dager i 3. tertial 2015. Saker vedrørende journalinnsyn/kopi, NAV, interne pasientskader meldt i Docmap og kategorier journalinnsyn og spesialisterklæringer er ikke tatt med.

Klinikkene har ansvar for å svare ut klagesaker og henvendelser innen frist.

Lang saksbehandlingstid kan medføre at pasienter klager til Pasientombudet, Helsetilsynet og i noen grad til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) før de får svar fra UNN.

Figur 9 Utvikling av pasientklager passert intern saksbehandlings frist på 35 dager

Figuren over viser en sammenstilling av månedlige lister av saker over frist, som sendes ut til klinikkene. Det har det siste tertiale vært en klar nedgang i antall saker som har passert intern frist på 35 dager.

Tabell 2 NPE saker i 3. tertial 2016 med brutt intern og NPE tidsfrist fordelt på klinikk

| Klinikker | Antall NPE saker totalt 3. tertial 2016 | Antall NPE passert intern frist 35 dager | Antall saker passert NPE frist 56 dager |
|---|---|--|---|
| Akuttmedisinsk klinikk | 0 | 0 | 0 |
| Barne- og ungdomsklinikken | 3 | 1 | 0 |
| Diagnostisk klinikk | 1 | 1 | 1 |
| Hjerte- og lungeklinikken | 4 | 3 | 3 |
| Kirurgi, kreft- og kvinnehelseklinikken | 35 | 15 | 5 |
| Longyearbyen | 0 | 0 | 0 |
| Medisinsk klinikk | 5 | 2 | 0 |
| Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken | 28 | 10 | 3 |
| Operasjon- og intensivklinik | 0 | 0 | 0 |
| Psykisk helse- og rusklinikken | 4 | 2 | 2 |

Det er nedgang i brudd på saksbehandlingstid for de klinikker som har mange NPE saker, men det er fortsatt utfordring å få til saksbehandlingstid innenfor intern frist som er 35 dager og NPE frist som er 56 dager. Dette gjelder også for klinikker som mottar få saker.

Vurdering pasientsaker

Det er nedgang i antall brudd på saksbehandlingstid i 3. tertial. Det kan se ut for at tiltak som er gjennomført i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken og Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken har hatt virkning. Det må fortsatt være fokus på å overholde saksbehandlingstid for pasientklagesaker slik at vi unngår økt byråkratisering med purringer og eskalering av saker.

Tiltak pasientsaker

- Kvalitetsavdelingen bidrar med tilpasset opplæring i håndtering av pasientsaker på anmodning fra klinikkene.

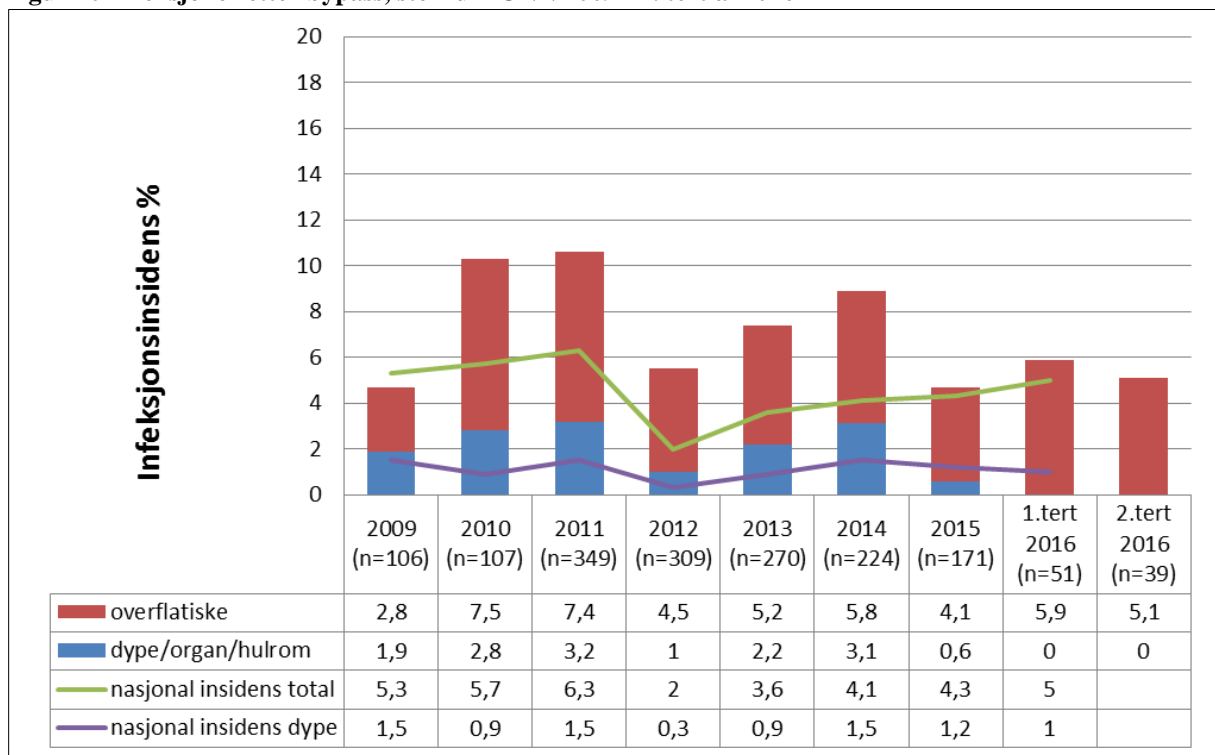
Smittevern

NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner

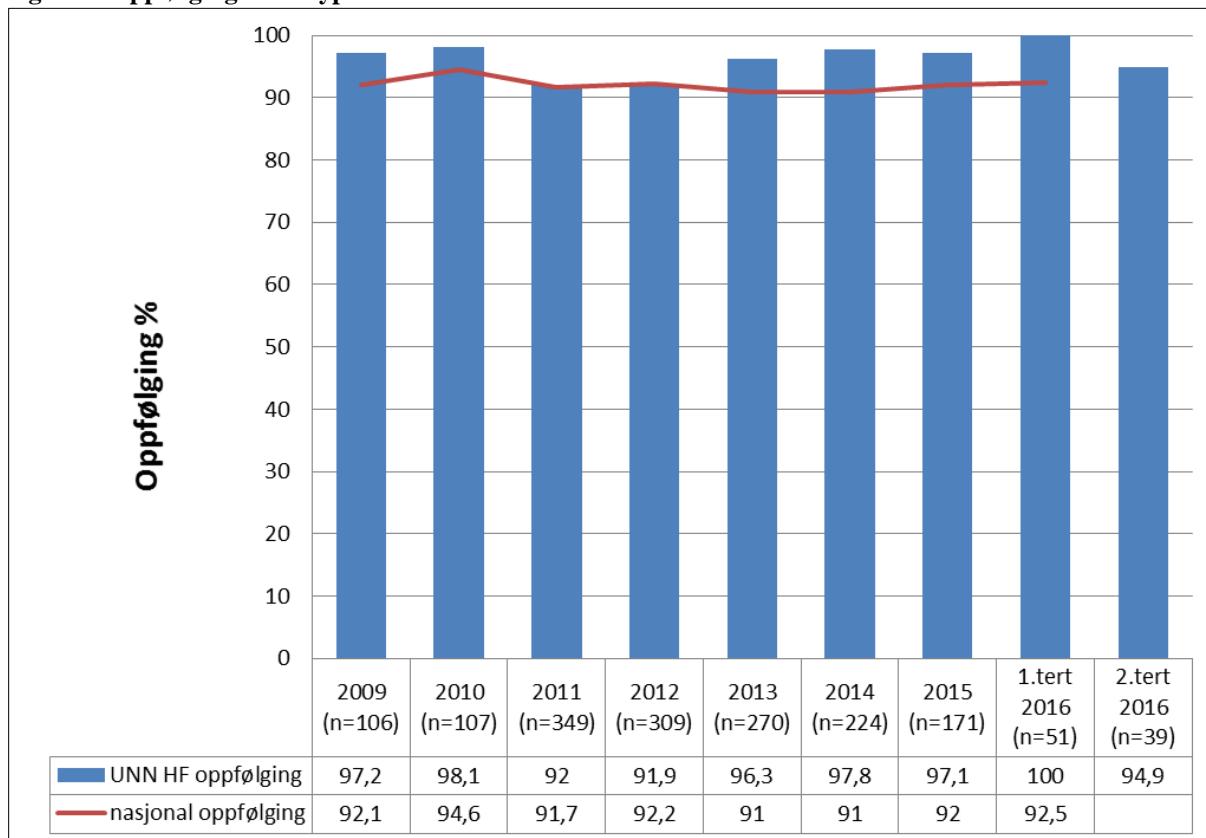
NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner etter inngrepene aortakoronarbypass, keisersnitt, innsetting av proteser i hofteldd,olecystektomi og koloninngrep.

Frist for innlevering av NOIS-resultater for 2.tertial 2016 var 1.desember. UNN gjennomførte totalt 401 NOIS-inngrep denne perioden. Av disse 401 pasientene var det 2 som fikk dyp infeksjon (0,5 %), 1 pasient etter innsettelse totalprotese hofte i Tromsø og 1 pasient etter kolonkirurgi i Tromsø. UNN har god oppfølging på nær eller over 95 % på alle inngrep.

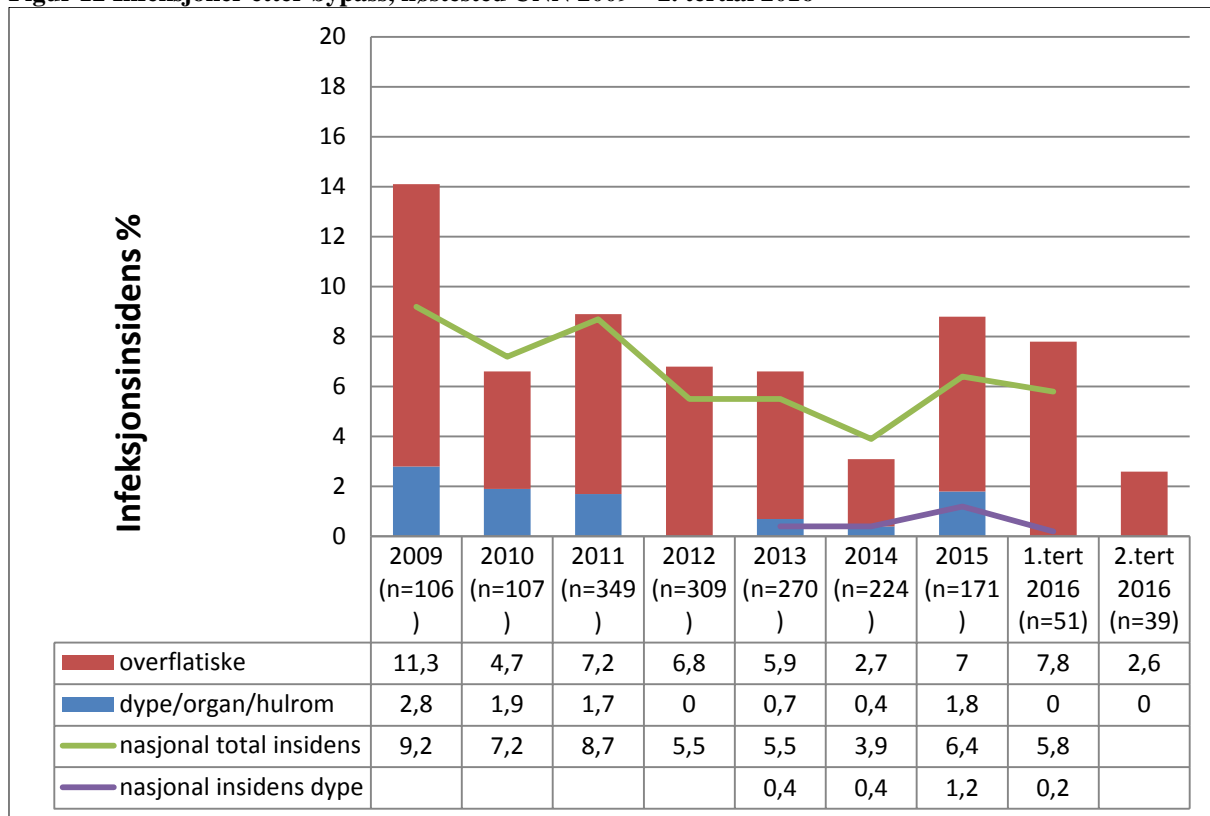
Figur 10 Infeksjoner etter bypass, sternum UNN 2009 - 2. tertial 2016



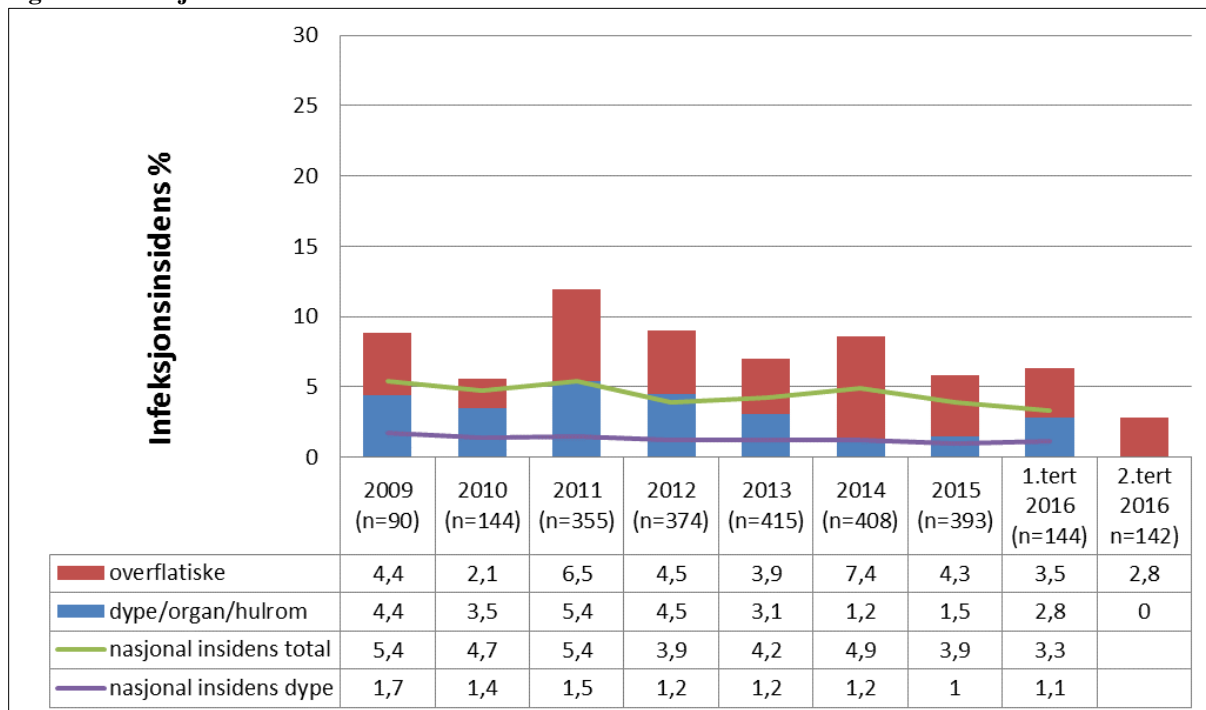
Figur 11 Oppfølging etter bypass UNN 2009 – 2. tertial 2016



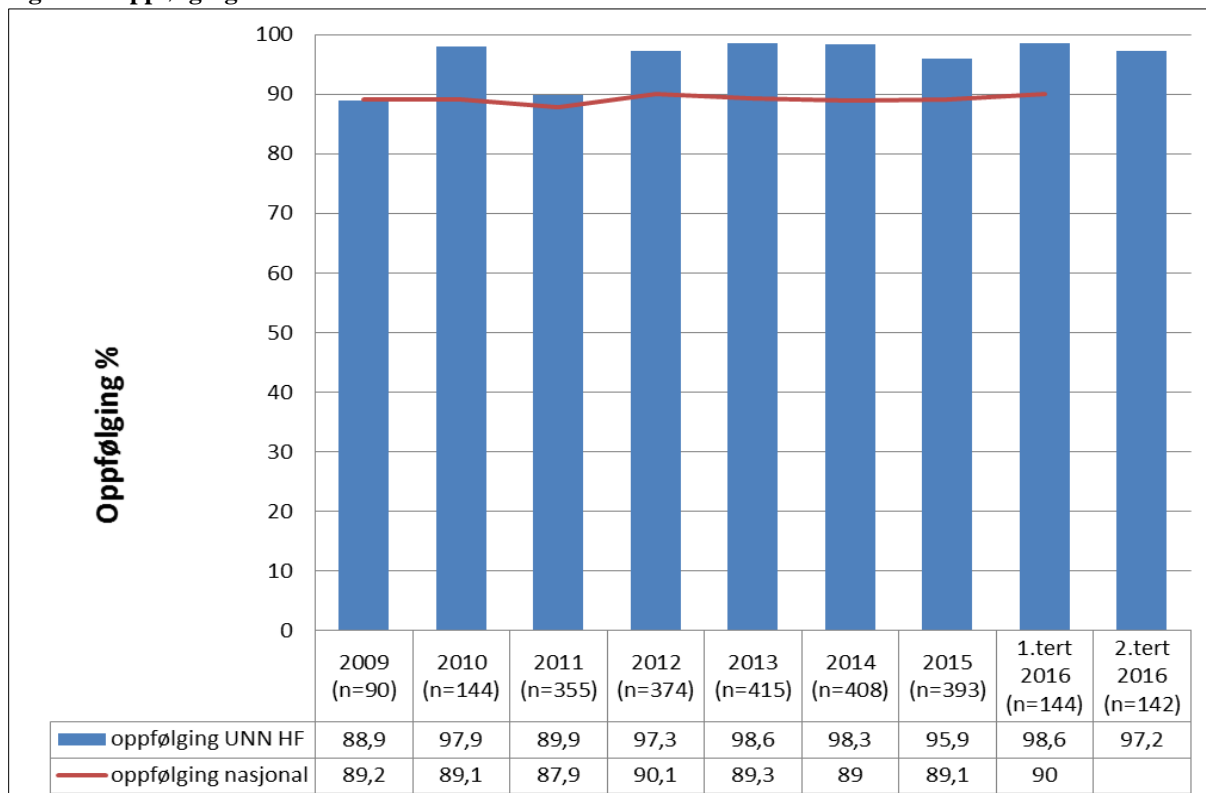
Figur 12 Infeksjoner etter bypass, høstested UNN 2009 – 2. tertial 2016



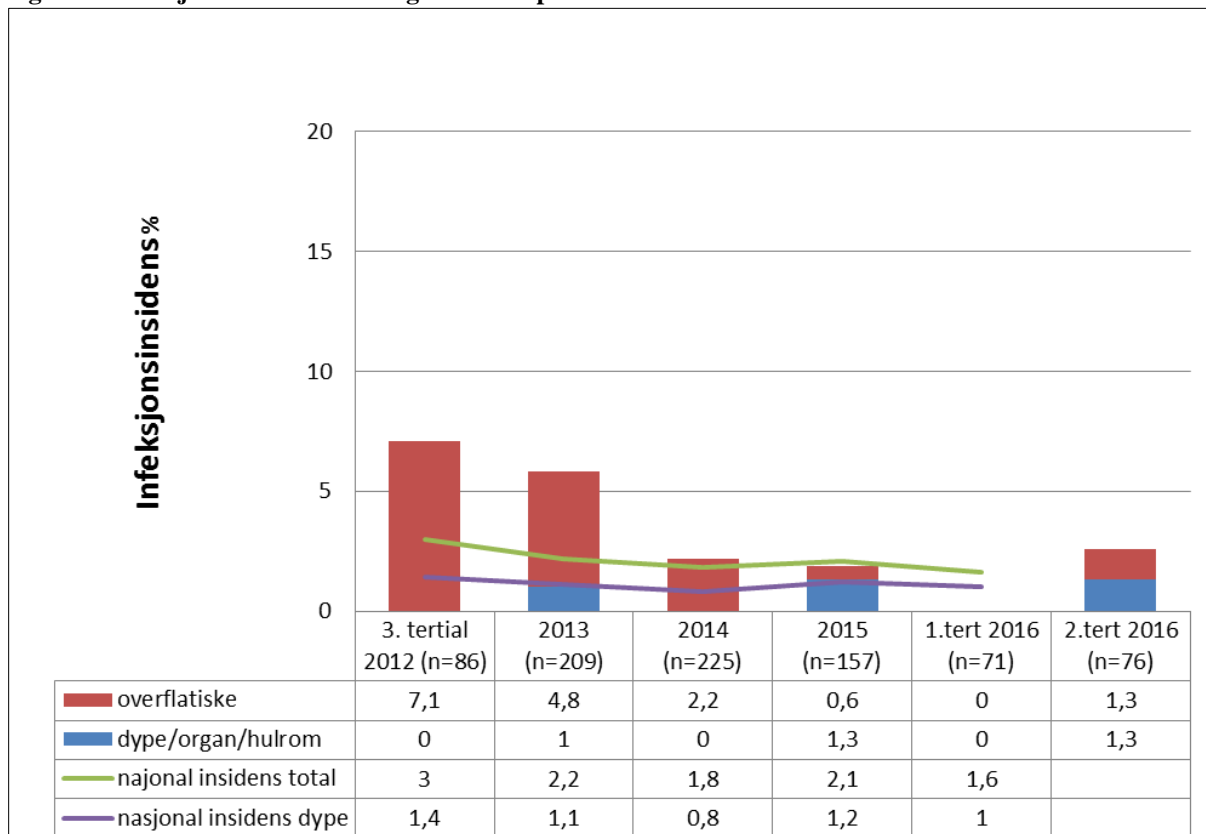
Figur 13 Infeksjoner etter keisersnitt UNN 2009 - 2. tertial 2016



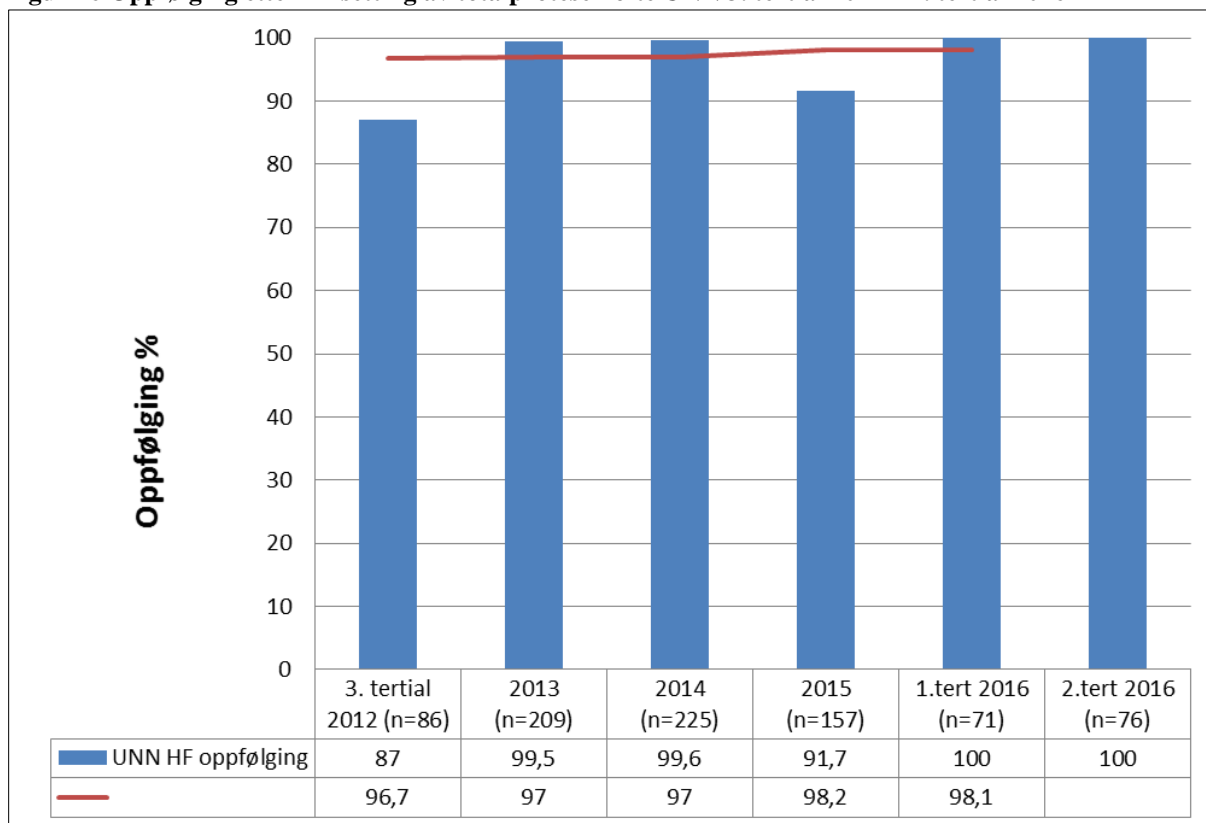
Figur 14 Oppfølging etter Keisersnitt UNN 2009 – 2. tertial 2016



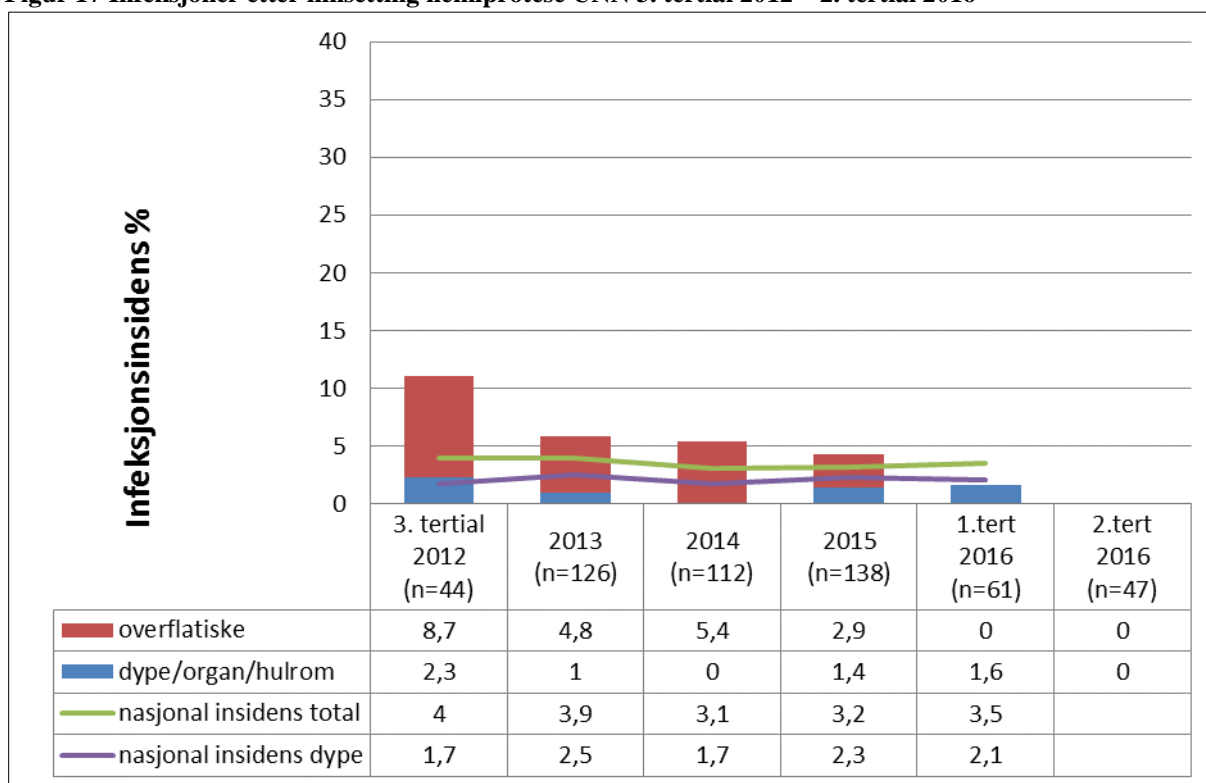
Figur 15 Infeksjoner etter innsetting totalhofteprotese UNN 3. tertial 2012 - 2. tertial 2016



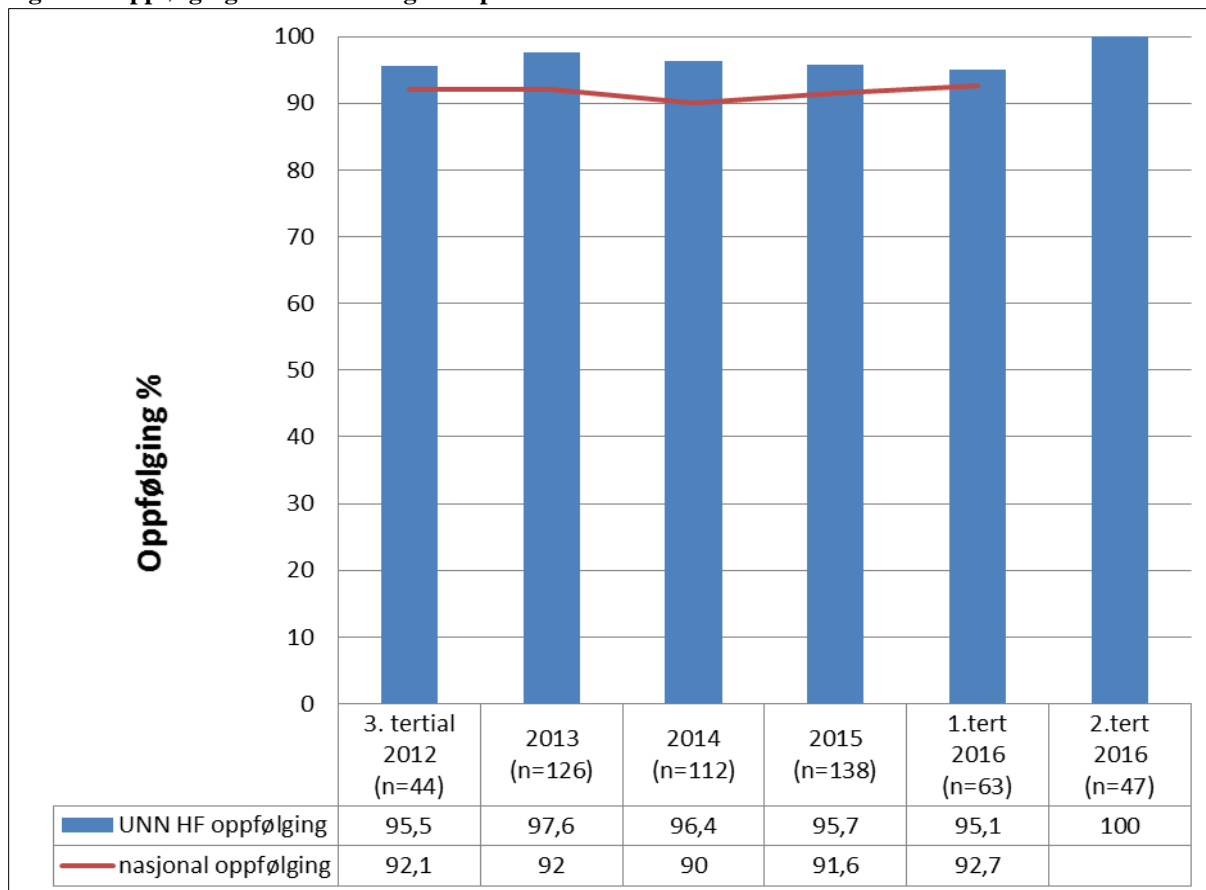
Figur 16 Oppfølging etter innsetting av totalprotese hofte UNN 3. tertial 2012 – 2. tertial 2016



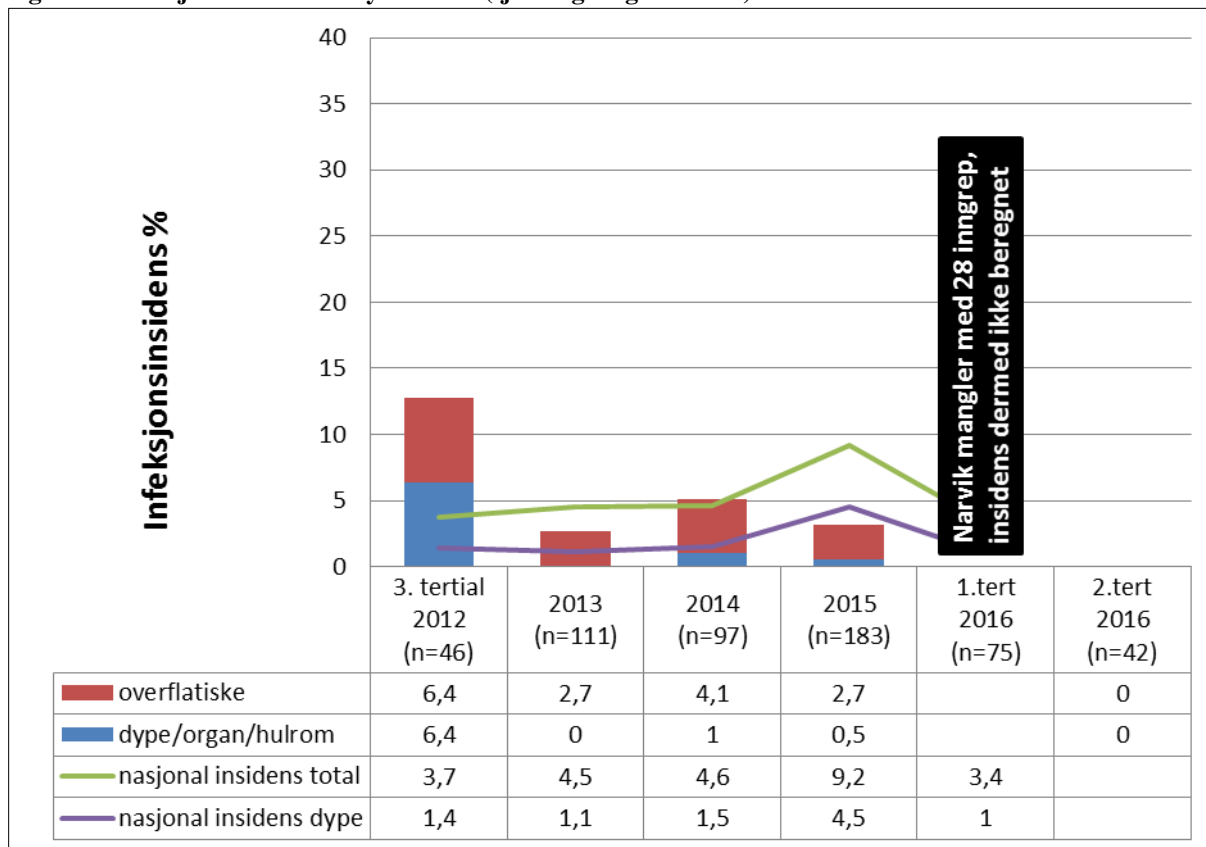
Figur 17 Infeksjoner etter innsetting hemiprotese UNN 3. tertial 2012 – 2. tertial 2016



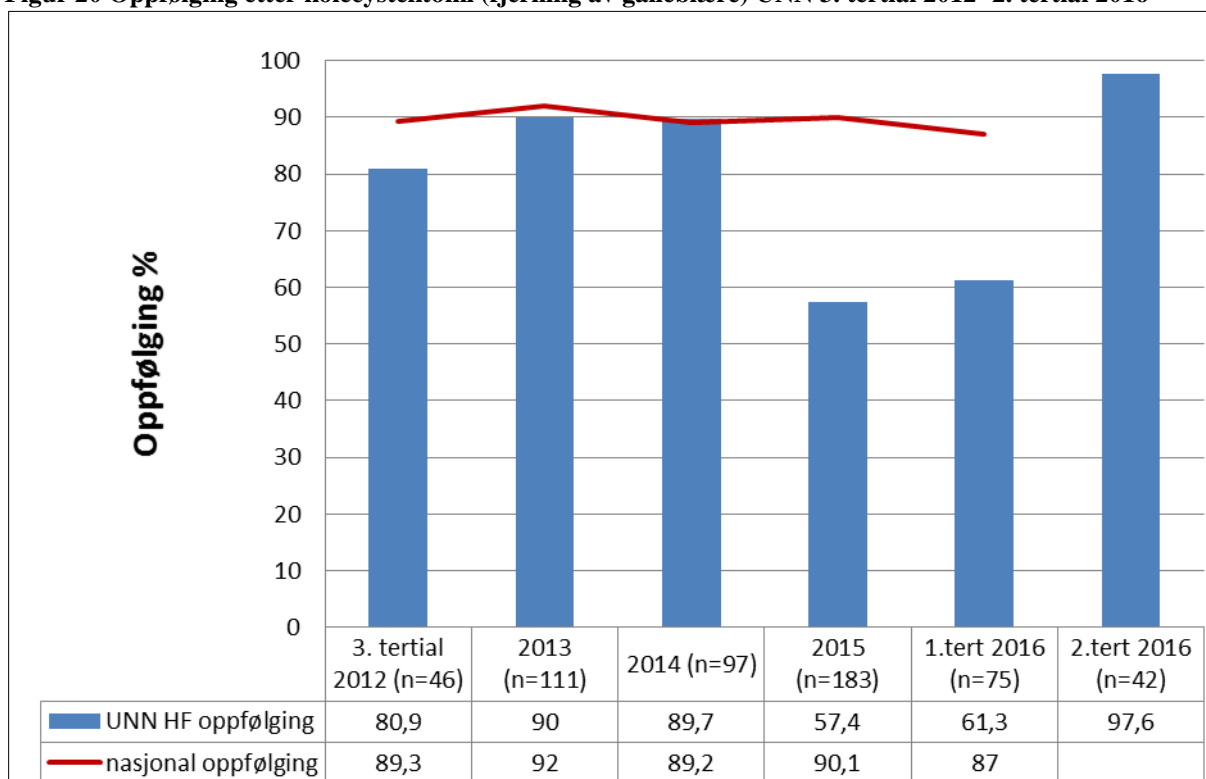
Figur 18 Oppfølging etter innsetting hemiprotese hofta UNN 3. tertial 2012 – 2. tertial 2016



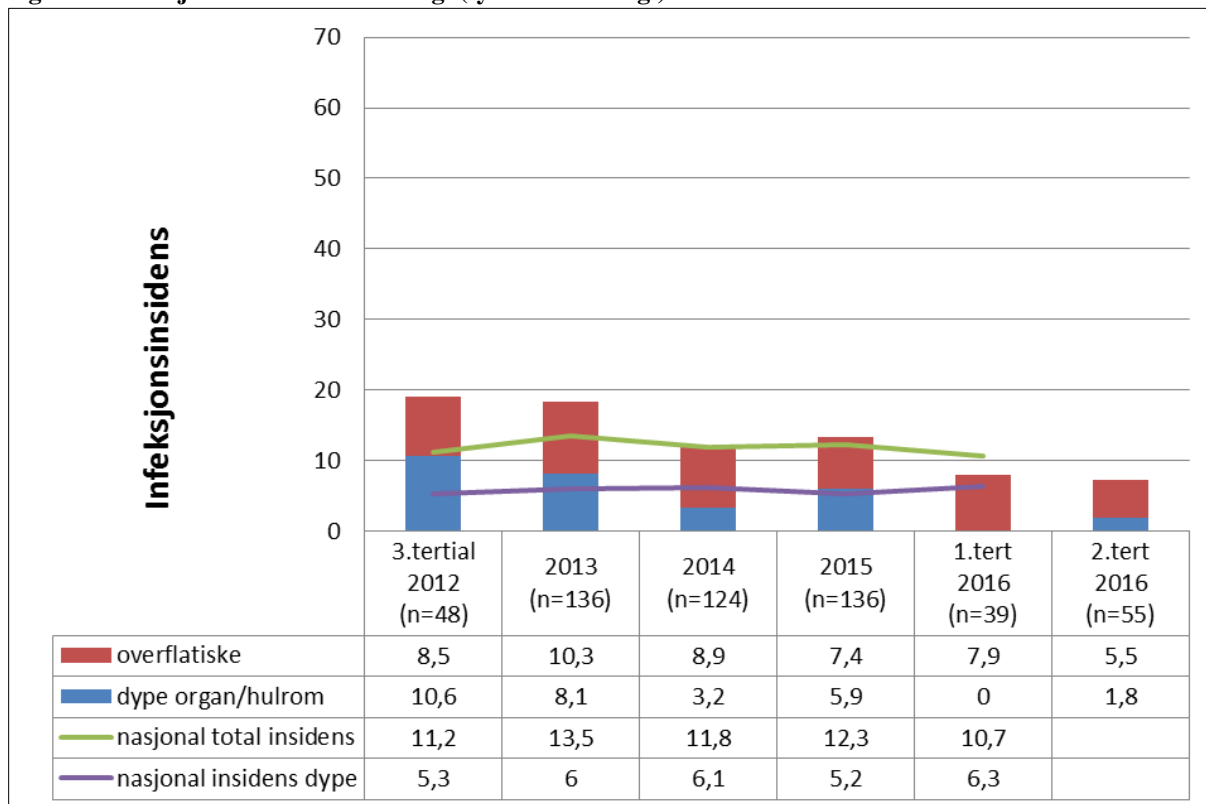
Figur 19 Infeksjoner etterolecystektomi (fjerning av galleblære) UNN 2009- 2. tertial 2016



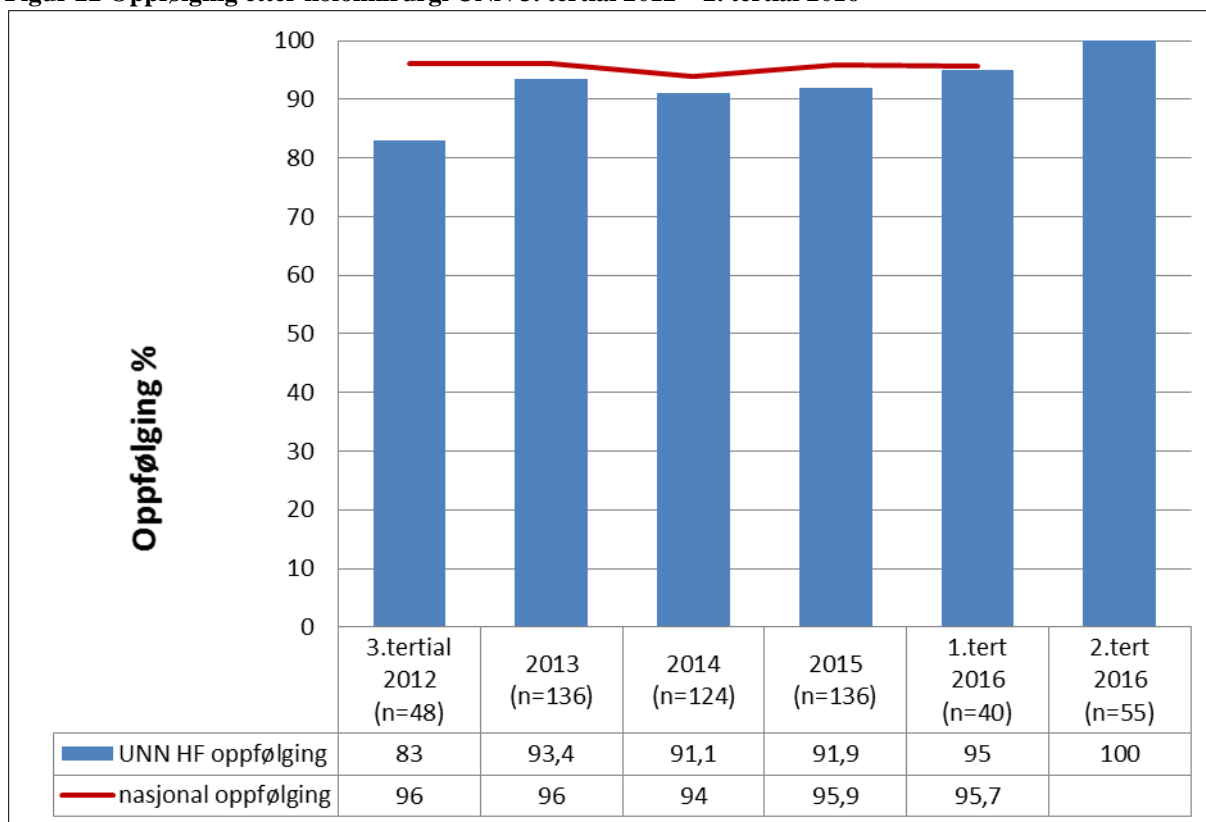
Figur 20 Oppfølging etterolecystektomi (fjerning av galleblære) UNN 3. tertial 2012- 2. tertial 2016



Figur 21 Infeksjoner etter kolonkirurgi (tykktarmkirurgi) UNN 3. tertial 2012- 2. tertial 2016



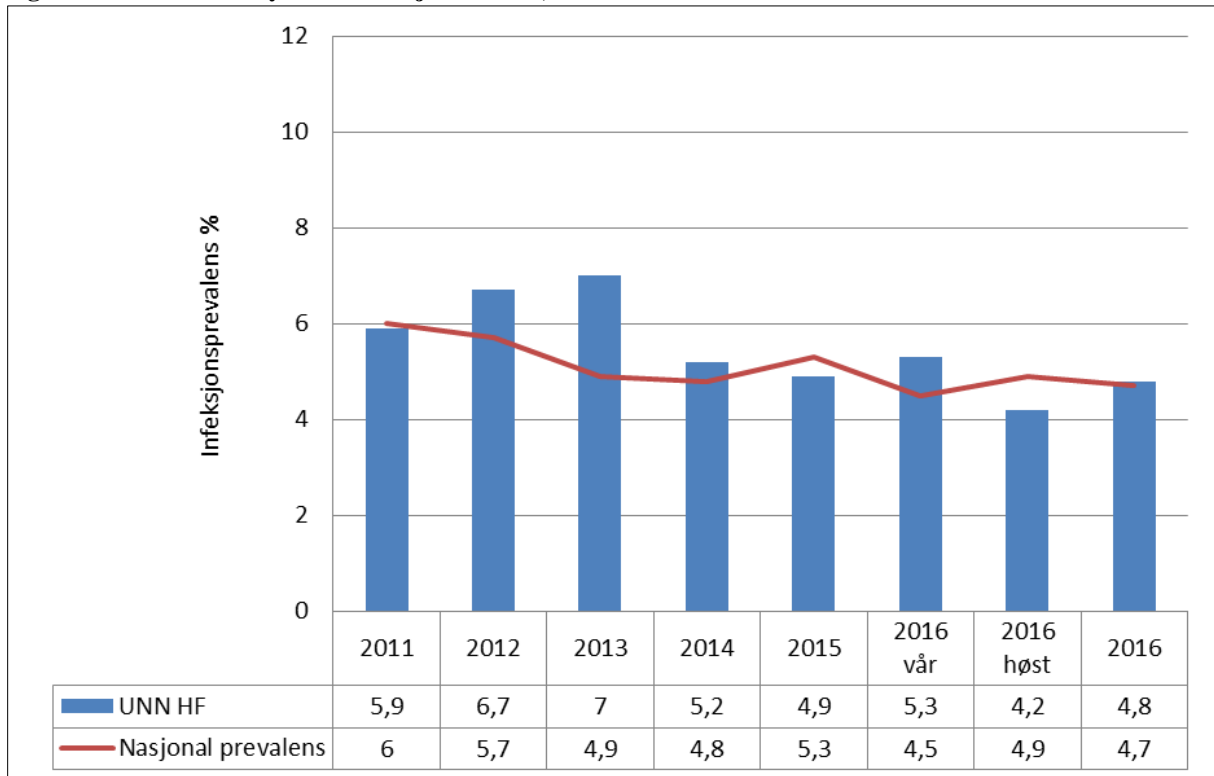
Figur 22 Oppfølging etter kolonkirurgi UNN 3. tertial 2012 – 2. tertial 2016



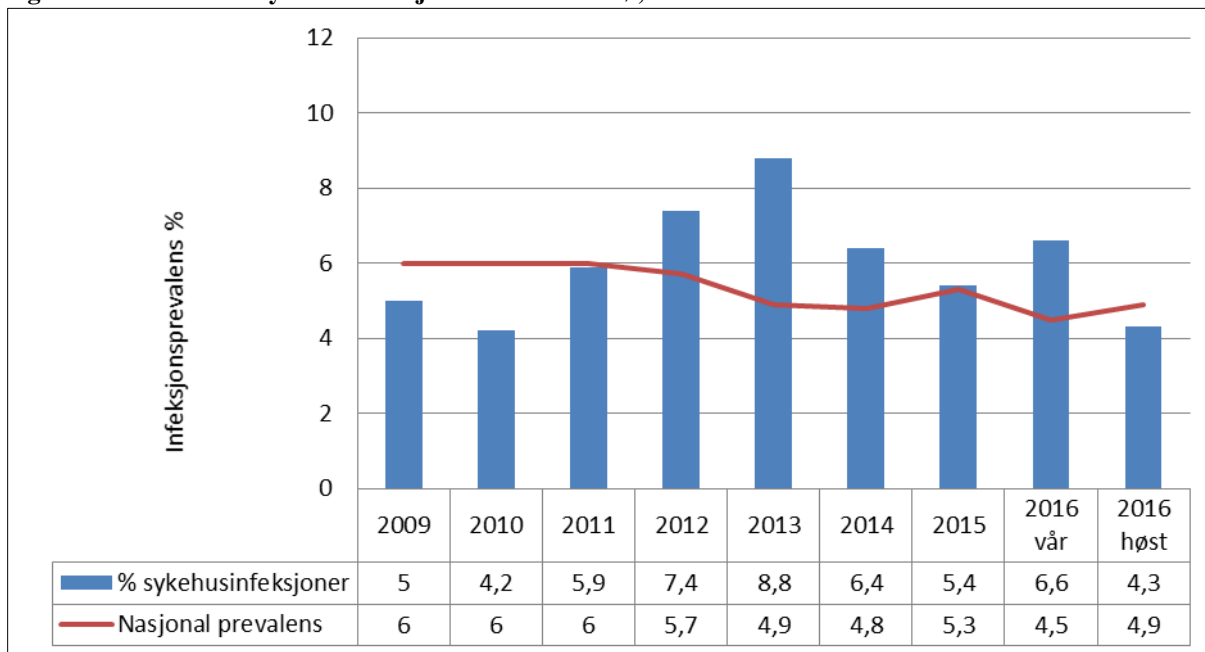
Prevalensregistrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk.

Høstens registrering ble gjennomført 1-3 november. De fire vanligste sykehusinfeksjoner registreres: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperativ infeksjon og blodbaneinfeksjon. I tillegg registreres all antibiotikabruk. Helse- og omsorgsdepartementet satte som krav for 2016 at prevalens av sykehusinfeksjoner skulle være mindre enn 4,7. Legger man sammen vårens og høstens registrering får UNN prevalenstall på 4,8.

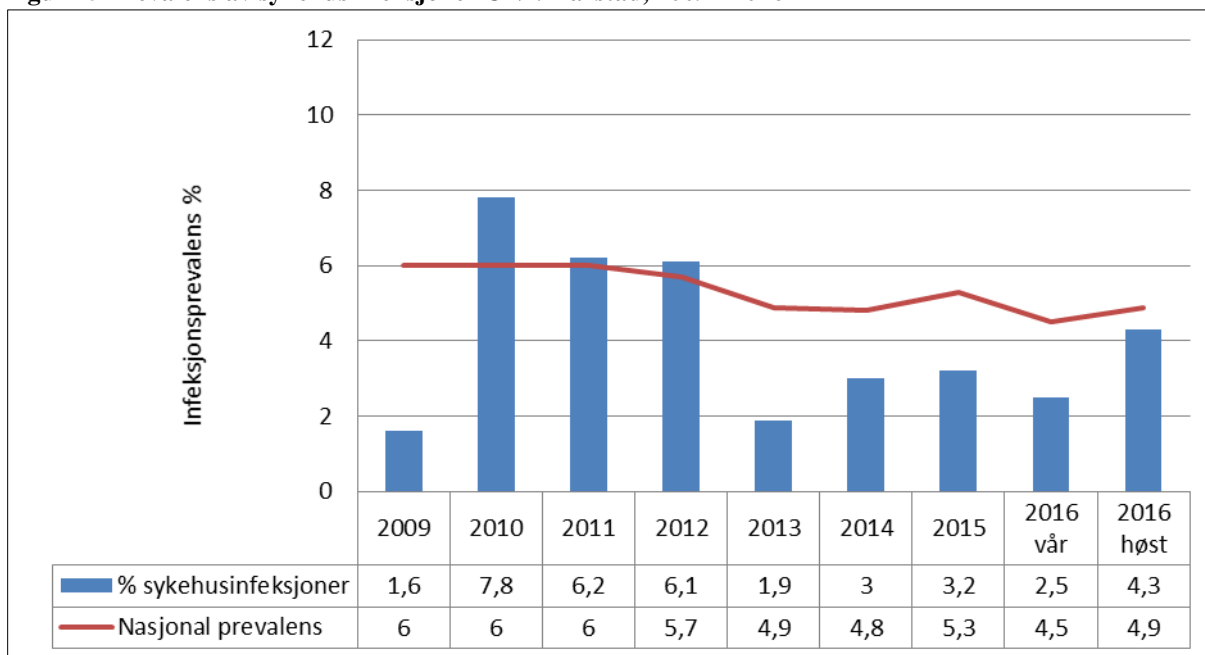
Figur 23 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN, 2011 - 2016



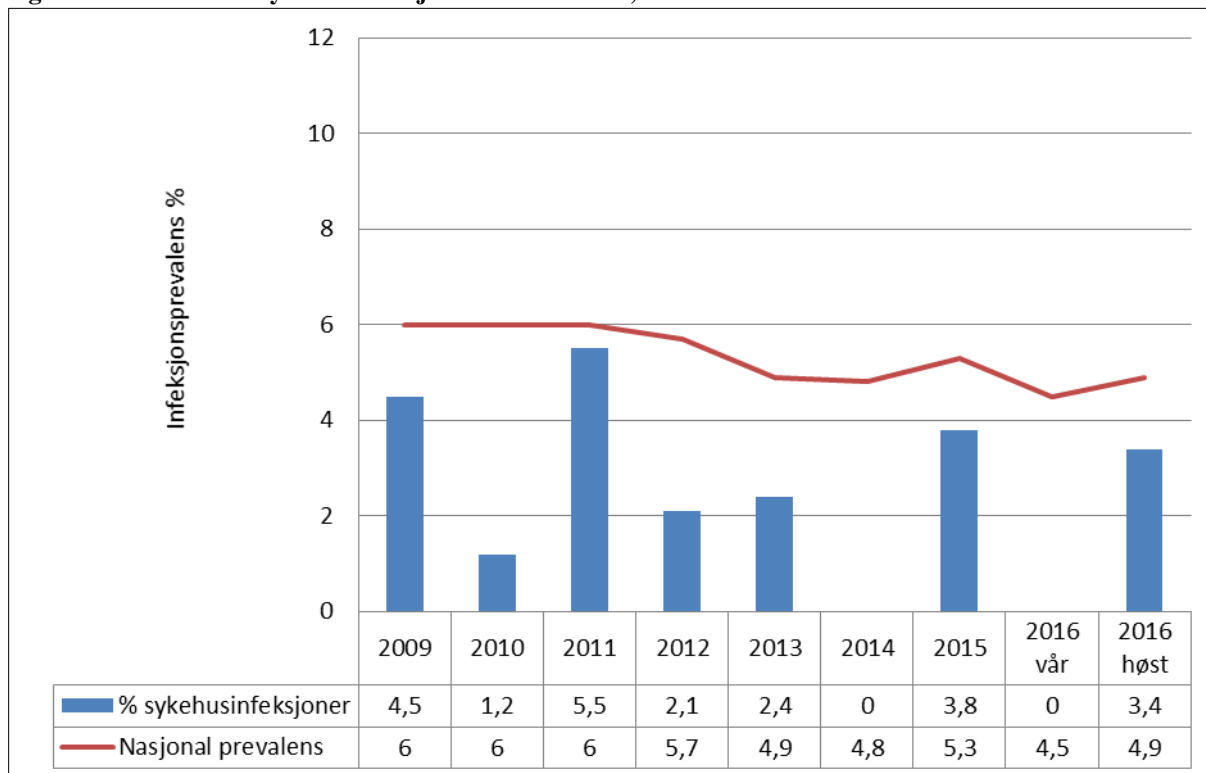
Figur 24 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Tromsø, 2009 - 2016



Figur 25 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Harstad, 2009 - 2016



Figur 26 Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Narvik, 2009 - 2016



Vurdering smittevern

Oppfølging av smittevernarbeidet har stort fokus i Kvalitetsutvalget og UNNs ledergruppe. Det har overordnet vært en god utvikling på smittevernområdet i UNN de siste årene, med nedgang særlig i dype infeksjoner etter de operative inngrep der dette registreres.

For å oppnå ytterligere forbedring på smittevernområdet er fortsatt fokus på basale smittevernrutiner viktig og nødvendig, og i så måte er smittevernvisittene et godt tiltak. Der er det fortsatt et forbedringspotensiale i oppfølgingen for flere enheter. Det er nødvendig at ledere aktivt korrigerer brudd på retningslinjen for arbeidsantrekk dersom UNN skal oppnå 100% etterlevelse. Dype, postoperative sårinfeksjoner forekommer nå relativt sjelden i UNN, men påfører de rammede pasienter store lidelser, og er ressurskrevende å håndtere. Alle slike infeksjoner bør derfor være gjenstand for grundig analysering av årsak, med tanke på å avdekke behov for tiltak for å forebygge nye infeksjoner.

Tiltak smittevern

- Direktørfunksjonen i smittevern utformer i løpet av første tertial 2017 forslag til konkret arbeidsprosess for systematisk gjennomgang av alle dype, postoperative sårinfeksjoner.

Helse, Miljø og Sikkerhet

Grønt sykehus

Vurdering av resultat og grad av måloppnåelse på overordnet nivå i 2016

Det følger av ISO standard 14001 at UNN jevnlig skal ta ut målinger for å kunne overvåke og måle de vesentlige miljøaspektene og graden av måloppnåelse. Informasjon om status, mulige avvik og forbedringspotensial, skal være en del av ledelsens gjennomgang. I 2017 skal alle helseforetakene rapportere på nasjonale indikatorer. En indikator er å se avfallsmengde i forhold til pasientbehandling. Det er utarbeidet prosjektrapport for klimaregnskap, og drift- og eiendomssjefen skal følge opp arbeidet og få på plass et miljøstyringssystem i LIS.

UNNs overordnede miljømål er å redusere CO₂ utslippet. Dette skal gjøres med å redusere energiforbruk, transport og avfall, og forbruksvarer med 3,3 % årlig. I denne gjennomgangen viser resultatene for hele 2016 sammenlignet med referanseåret 2014 på følgende indikatorer:

- Klimaregnskap (CO₂ utslipp)
- Forbruk energi pr m²
- Mengde avfall og sorteringsgrad
- Transport reiste km for leiebil, egen bil og fly

Klimaregnskap CO₂ utslipp

Det overordnede målet for UNN HF er å bidra til at CO₂ utslippet reduseres. Det er utarbeidet et nasjonal mal for omregning av forbruk til CO₂ utslipp (klimaregnskap). Tabell under viser utslipp i tonn CO₂ på de indikatorene som det rapporteres på i denne gjennomgangen. I tillegg er det tatt med foretakets egne biler, ambulanse, pasientreiser og lystgass. I klimaregnskap er det bare avfall til forbrenning som regnes. Dette er restavfall, makulert papir, smitteavfall og medisinsk avfall.

Tabell 3 Utvikling CO₂ utslipp 2014 – 2016

| CO ₂ kilde | Utslipp i tonn CO ₂ | | | |
|---|--------------------------------|---------------|-------------|----------------|
| | 2016 | 2014 | Differanse | Differanse i % |
| Faststrøm og el-kjeler | 4508 | 4 678 | -170 | -4 % |
| Pasientreiser totalt | 4105 | 4037 | 68 | 2 % |
| Lystgass | 2581 | 2105 | 476 | 23 % |
| Innenlandsreiser fly | 1527 | 1227 | 300 | 24 % |
| Utenlandsreiser fly | 963 | 1708 | -745 | -44 % |
| Ambulanse | 623 | 630 | -7 | -1 % |
| Avfall til forbrenning | 340 | 390 | -50 | -13 % |
| Foretakets egne biler eid/leaset | 146 | 226 | -80 | -35 % |
| Fyringsolje | 126 | 322 | -196 | -61 % |
| Privat bil bruk i tjeneste | 116 | 138 | -22 | -16 % |
| Leiebil | 46 | 68 | -22 | -32 % |
| Totalt utslipp av CO₂ | 18317 | 18 736 | -419 | -2 % |

Tallene viser at totalt utslipp av CO₂ i 2016 er redusert 2 % sammenlignet med 2014. Det overordnede miljømålet til UNN er dermed nådd. Reduksjon i utenlands flyreiser og bruk av fyringsolje er en viktig årsak til dette resultatet. Det bemerkes at lystgass som er en del av pasientbehandlingen, bidrar vesentlig til CO₂ utslipp.

I forbindelse med revisjon av miljøhåndboken skal UNNs miljøstrategi vurderes. Det skal også gjøres en ny kartlegging av miljøaspekter. Klimaregnskapet og resultatet av kartleggingen vil gi viktig informasjon om hvilke miljøfokus UNN skal ha fremover. Vi ser at UNNs miljøstrategi må bli tydeligere på at bærekraftig drift også innebærer at fokus skal følge en livsløps linje dvs. fra produksjon, til innkjøp, forbruk til avfallshåndtering.

Resultat energiforbruk i kWh pr m²

Det er et overordnet miljømål at UNN skal redusere energiforbruket med 3,3 % pr. år i eksisterende bygningsmasse. Tabell under viser energiforbruk i kWh totalt samt pr m² for fastkraft, fjernvarme, el-kjeler og oljekjeler i 2016 sammenlignet med 2014. Alle lokalisasjoner i UNN er med i beregningen unntatt distriktspsykiatriske sentre og ambulansestasjonene.

Tabell 4 Utvikling energiforbruk i 2014 og 2016

| Type energi. | 2016 | 2014 | Differanse | Differanse i % |
|------------------|------------|------------|------------|----------------|
| Fastkraft | 35 316 580 | 33 040 671 | -2 275 909 | -7 % |
| Elkjel | 9 759 101 | 13 738 212 | -3 979 111 | -29 % |
| Oljekjel | 473 180 | 1 210 459 | -737 279 | -3 % |
| Fjernvarme | 25 482 920 | 25 255 077 | 227 843 | 1 % |
| Totalt kwh | 71 031 781 | 73 244 419 | -2 212 638 | -3 % |
| M2 | 185 850 | 169 300 | 16 550 | 10 % |
| Sum pr m2 | 382 | 433 | -50 | -12 % |

Kildedata fra database Esave

Tallene viser at totalt forbruk kWh er redusert med 3 % i 2016 sammenlignet med 2014. Samtidig har antall kvadratmeter bygningsmasse økt med 10 %. Det gir en reduksjon på 12 % forbruk kWh pr m². Måltallet om 3,3 % reduksjon pr år er oppnådd med god margin.

Alle lokalisasjoner i UNN er omfattet av ISO sertifiseringen. Det betyr at UNN sine miljømål er gjeldene for alle. Det er et avvik at noen lokalisasjoner ikke er registrert i kildedatabasen Esave. Drift og eiendomssjefen vil sikre at alle UNNs lokalisasjoner blir registrert og oppdatert med forbruk og antall m² i kildedatabasen, slik at alle er med i beregningen av energiforbruket i UNN.

Resultat på reiste kilometer med bil og fly for ansatte

Det er et overordnet miljømål at UNN skal redusere reisevirksomheten med 3,3 % per år. Tabell under viser ansattreiser i km med leiebil, privatbil og flyreiser. Det er ikke mulig å få ut reiste km ved egen bil. Tall er derfor hentet ut av Agresso som registrer ansattes bruk av egen bil som utgiftspost. Denne er omregnet til kjørte kilometer etter en fastsatt kilometer takst.

Tabell 5 Utvikling ansattreiser 2014 og 2016

| Transportmiddel | 2016 | 2014 | Forskjell i km | % |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| Leiebil* | 263 674 | 386 990 | -123 316 | -32 % |
| Privat bil i tjeneste** | 660195 | 757086 | -96891 | -13 % |
| Flyreiser innland*** | 8983085 | 7 215 682 | 1767403 | 24 % |
| Flyreiser utland*** | 5661476 | 10 051 974 | -4390498 | -44 % |
| Totalt ant. km | 15 568 430 | 18 411 732 | -2 843 302 | -15 % |

*Data fra leiebilselskapet AVIS, ** Data fra Agresso UNN, ***Data fra G-Travel og Via egencia

Antall reiste kilometer med gjennomsnittlig 15 % i 2016 sammenlignet med 2014. Målet om 3,3 % årlig reduksjon er oppfylt med god margin. Fra medio juni 2015 strammet UNN inn reglene for bruk av egen bil i tjeneste. Bruk av leiebil skal benyttes når det er billigere, eksempelvis ved lengre dagsturer. Det kan forklare den reduserte bruken av egen bil. Det er et avvik at innlands flyreiser øker. Det anbefales at det gjøres en nærmere analyse på hvorfor innenlands flyreiser har økt. Det er positivt at utenlandsflyreiser nesten er halvert, og medfører at totalt reiste kilometer med fly er redusert. Når også bruk av leiebil er redusert, kan en forklaring på det, samt den generelle nedgangen i reiste kilometer, være at mange ansatte har tatt i bruk Skype for business.

Vi har ikke tall på bruk av el-biler som leiebil. Ingen av våre biler til intertransport er el-biler. Her har vi et forbedringspotensial, samt å få ladestasjoner for ansatte som har el-biler. Det skal også arbeides videre med å få reiste kilometer direkte ut av reiseregningene i PAGA.

Resultat mengde avfall totalt og sorteringsgrad

UNN har som miljømål å redusere avfallsmengden med 3,3 % og øke sorteringsgraden med 5 % årlig. Tabell under viser avfallsmengden totalt og grad av sortering.

Tabell 6 Utvikling avfall totalt og sorteringsgrad 2014 og 2016

| Avfall * | 2016 | 2014 | | |
|---------------------|-------------|-------------|-------------------|----------------|
| Mengde | Tonn | Tonn | Differanse i tonn | Differanse i % |
| Sortert avfall | 867 | 711 | 156 | 22 % |
| Restavfall | 891 | 1102 | -211 | -19 % |
| Total mengde | 1758 | 1813 | -55 | -3 % |

* Kilde er Remiks, HRS, Senja Avfall og Avfallservice.

Tallene viser at den totale avfallsmengden er redusert med gjennomsnittlig 3 % i 2016 sammenlignet med 2014. UNN sitt miljømål er nådd. Avfallsmengden må imidlertid ses i sammenheng med pasientbehandlingen. Økt pasientbehandling og tiltak begrunnet i smittefare gir økt avfallsmengde. For å få riktig grunnlag for å vurdere måloppnåelse, samt å kunne rapportere nasjonalt, er det viktig å få indikator på avfallsmengde pr behandlet pasient. Dette følges opp i arbeidet med å integrere driftsdata i HN-LIS.

Sorteringsgraden er økt med gjennomsnittlig 22 % og måltallet om 5 % økning er nådd med god margin. Dette viser at ansatte er blitt bedre og mer bevisst, på sortering av avfall.

Tiltak Grønt sykehus

- Drifts- og eiendomssenteret og Kvalitets- og utviklingssenteret gjennomfører i samarbeid med aktuelle klinikker risikovurdering i forhold til bruk av lystgass, med formål om å oppnå reduksjon i forbruket.
- Drifts- og eiendomssenteret sørger for at alle UNNs bygninger/lokalisasjoner blir registrert og oppdatert med forbruk og antall m² i kildedatabasen, slik at alle er med i beregningen av energiforbruket i UNN.

Arbeidsmiljøbrudd

Status i arbeidet med rapportering om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)

Arbeidstidsbestemmelsene er utformet slik at et tilfelle kan gi flere brudd for de samme timene/vaktene. Tallmaterialet under viser ikke faktiske brudd, men varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene. For å kunne redegjøre for antall faktiske brudd må en gå inn i hver enkelt arbeidsplan å kontrollere at lovlig etablerte dispensasjoner er registrert for gjeldende ansatt. Tilfeller der dispensasjoner, og lokale avtaler med fagforeninger, ikke er registrert i arbeidsplasssystemet vil generere varsel om brudd.⁴ I tillegg er arbeidsplasssystemet bygget opp slik at rekkefølgen på registrering av overtid, vaktbytter og merarbeid er utslagsgivende for varsel om brudd. Videre vil akutte hendelser som krever forlenget arbeidstid for ansatte kunne føre til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Disse hendelsene vil, ved tilsyn, kunne forklares med fare for liv og helse. Det må derfor utvises varsomhet i bruken av materialet.

Tabellen under viser omfanget av utvalgte varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene for 3.tertial 2015 og 3.tertial 2016 ved UNN. Tabellen viser nedgang på alle de fire variablene. Størst reduksjon er på «Samlet tid per dag» og «Samlet tid per uke (snitt)» hver med henholdsvis -49% og -33% fra 3.tertial 2015 til 3.tertial 2016. Når det gjelder AML-brudd per uke, altså «AML timer per uke», samt «Ukentlig arbeidsfri», er det også nedgang med henholdsvis 10% og 3% fra 2015 til 2016 i samme periode. Totalt har det vært omtrent 30 % nedgang i samlet AML-brudd fra 2015 til 2016 i gjeldende periode.

Tabell 7 Antall varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i AML for 3.tertial 2015 og 3.tertial 2016 i UNN HF

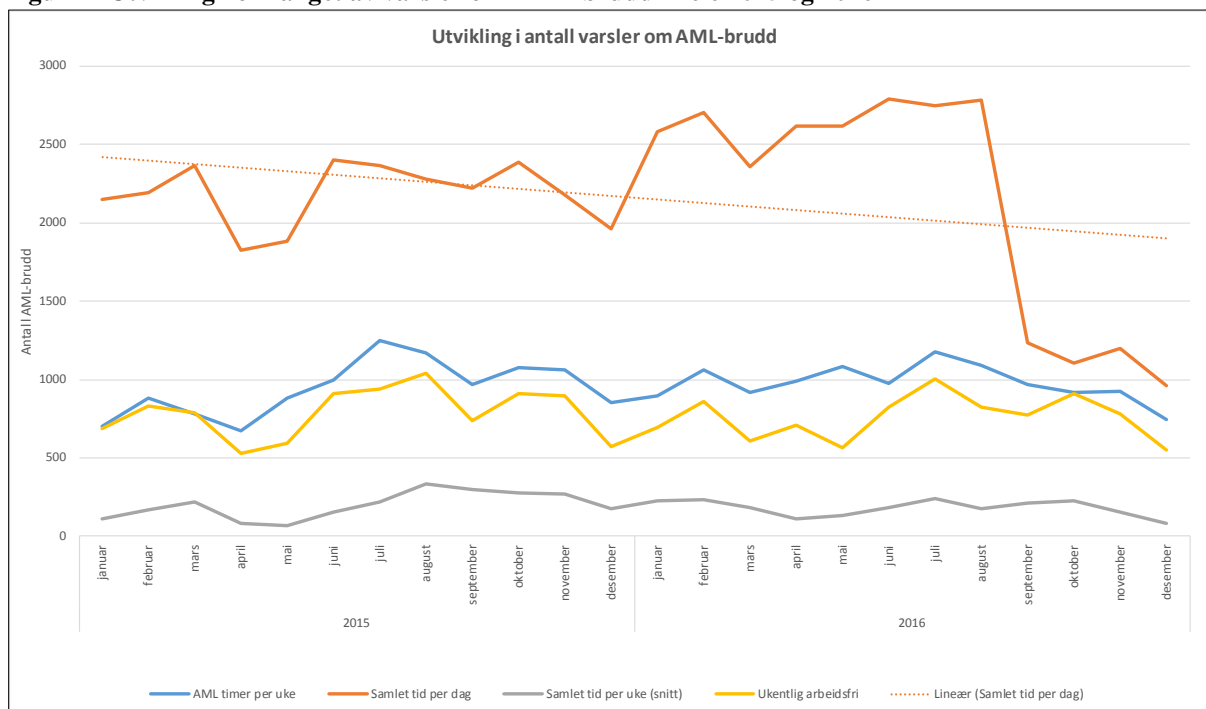
| Brudtype | 3.tertial 2015 | 3.tertial 2016 | Endring fra 2015 |
|----------------------------|----------------|----------------|------------------|
| AML timer per uke | 3956 | 3552 | -10,21 % |
| Samlet tid per dag | 8751 | 4495 | -48,63 % |
| Samlet tid per uke (snitt) | 1015 | 675 | -33,50 % |

⁴ Dette gjelder gjennomsnittsberegning av arbeidstid, avtalt kortere hviletid på døgn og uke, avtalt utvidet overtidsgrense på døgn, uke, måned samt overenskomst regulert kortere arbeidstid.

| | | | |
|---------------------|--------------|--------------|-----------------|
| Ukentlig arbeidsfri | 3116 | 3013 | -3,31 % |
| Totalt | 16838 | 11735 | -30,31 % |

Vi ser at bruddtype «*Samlet tid per dag*» utgjør den største andelen i begge periodene, med 51% av den totale andelen i 3.tertial 2015 og 38% i samme periode i 2016. I begge periodene utgjør «*Samlet tid per uke (snitt)*» den minste andelen.

Figur 27 Utvikling i omfanget av varsler om AML-brudd i hele 2015 og 2016



Figuren viser utviklingen i omfanget av varsler om AML-brudd for hele 2015 og 2016. Samtlige bruddtyper viser store variasjoner gjennom året, men med mange AML-brudd i ferieperioden. Bruddtype «*Samlet tid per dag*», som utgjør den største andelen av bruddtypene i både 2015 og 2016, viser større variasjoner sammenlignet med andre. Det er også dette bruddet som har hatt den bratteste nedgangen mellom august og september 2016. Det virker som om denne bruddtypen, altså «*Samlet tid per dag*», følger samme utviklingen som «*AML timer per uke*» og «*Ukentlig arbeidsfri*» fra og med september og ut året 2016. Ny gjennomgang og økt fokus på riktig registrering av avtaler og disposisjoner i Gat er en sannsynlig årsak til at AML-brudd «*Samlet tid per dag*» har gått ned.

Analyser av varsler om AML-brudd på enhetsnivå viser at ofte står noen få tilfeller for flest varsler i enheten. Det anbefales derfor å søke dispensasjoner, gjøre avtaler med tillitsvalgte og legge disse i Gat.

Rapportering på klinikknivå

Tabellen over viser akkumulert statistikk på foretaksnivå. Gat som arbeidsplansystem har pr. i dag ingen gode løsninger for uttrekk av AML-data på klinikknivå. Rapportering på klinikknivå betinger manuell datavask, kartlegging av ansatte, deres arbeidsforhold og dispensasjoner for samtlige forekomster av varsler om brudd. I tillegg til at prosessen er svært tidskrevende, gir manuell databearbeidelse stor usikkerhet knyttet til datakvalitet.

Det pågår for tiden et arbeid på regionalt nivå med å gjøre Gat-analyse data tilgjengelig i datavarehuset HN-LIS. Blant disse dataene er det også data på varsler om AML-brudd. Datamaterialet behandles i datavarehuset slik at ovennevnte manuelle operasjoner blir automatisert. Dette prosjektet er i slutfasen. Det vil si at det pågår testing/verifisering av rapportene. Neste fase er utrulling i helseforetakene. En av grunnene til forsinkelse er at Gat har fått en ny versjon (versjon 6.4), og tallene man hentet fra den nye versjonen måtte tilpasses i dette prosjektet. Tilpasningsarbeidet er ferdig, og nå jobbes det med å avstemme data og ta stikkprøver. Til neste rapportering av AML-brudd, for 1.tertial 2017, kan HN-LIS tas i bruk for å hente rapportene.

I tråd med anbefalte tiltak i forrige LGG er det avholdt kurs om arbeidstidsregler for ledere og tillitsvalgte. Det pågår god dialog mellom Personal- og organisasjonsavdelingen og vernetjenesten/tillitsvalgte på foretaksnivå, med fokus er på felles ansvar for å jobbe målrettet for å redusere AML-brudd. Formelle og uformelle henvendelser fra tillitsvalgte i forhold til enheter der de opplever dette som økende/problematisk følges opp.

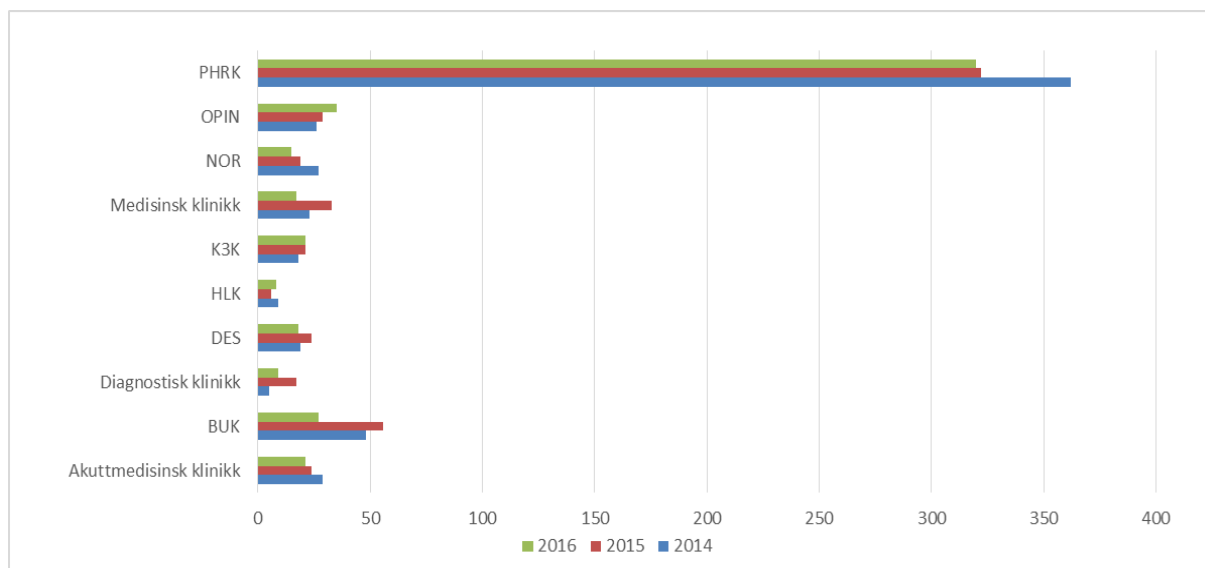
Dedikerte rådgivere skal følge opp arbeidet mot klinikkene for å redusere AML-brudd. Lederstøtte og organisasjonsutvikling har rådgivere med arbeidstid og AML-brudd som spesialfelt. Arbeidet med fokus på problemstillingen trekkes frem i alle problemstillinger hvor det er relevant samt at det gis spesifikk lederstøtte på forespørsel både i mindre grupper i klinikken og i direkte dialog med leder.

Tiltak AML brudd

- AML-brudd gjøres tilgjengelig i ledelsesinformasjonssystemet HN-LIS
- Det gjennomføres kursing av ledere og tillitsvalgte i arbeidstidsregler
- Dedikerte rådgivere i Stabssenteret følger opp arbeidet for å redusere AML-brudd mot klinikkene

Skademelding personal.

Det er nesten ingen endring i det totale skadebildet. I Psykisk helse- og rusklinikken, som hovedsakelig rapporterer volds og trusselhendelser, er det ingen endring fra 2015 til 2016. I Barne- og ungdomsklinikken er det en betydelig nedgang i meldte voldshendelser, noe som kan forklares med endringer i pasientgrunnet. Det er en liten økning i antall voldshendelser i somatikken. Kvalitetsavdelingen skal endre meldeskjema for personalskader slik at det bedre fanger opp vold og trusler.



Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring

ISO-14001 inneholder krav om oversikt over vedtatte og gjennomførte tiltak fra styrets behandling av LGG. Det gis en her oversikt over tiltakene, gjennomførte tiltak vil kun vises i det tertiale de er gjennomført. Det er 6 tiltak som er gjennomført i forrige tertial (presentert i LGG for 2. tertial 2016) og disse er fjernet fra tabellen.

Tabell 8 Gjennomføring av tidligere vedtak i LGG

| Foreslåtte tiltak | Gjennomført |
|--|--|
| Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider i første tertial 2017 sak til UNNs ledergruppe med forslag til ambisjonsnivå i forhold til rydding av og kontroll på prosedyrer i foretaket. Saken skal inkludere forslag til prosesser for å bidra til at prosedyrer er oppdatert, og for hvordan nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer skal innføres i UNN. | Kvalitetsavdelingen har søkt samarbeid med OUS som har pågående et prosjekt angående prosedyrearbeid. |
| Tilbaketrekking av prosedyrer med overskredet dato gjennomføres som tidligere vedtatt, etter varslings til dem som har ansvar for prosedyren. | |
| Utvikling og forbedring av avvikshåndtering og meldekultur følges opp i arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon preget av kontinuerlig forbedring. Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider ledermøtesak som beskriver status i arbeidet og foreløpige tiltak i første tertial 2017. I tilknytning til denne saken skal det også diskuteres om det er for stort sprik mellom UNNs klinikker i forhold til prioritering av dedikerte ressurser til systematisk forbedringsarbeid. | Er under oppfølging. Forslag om dedikerte kvalitetsrådgivere i alle klinikker er vedtatt. |
| Kvalitets- og utviklingssenteret får ansvar for å etablere system for kontinuerlig registrering av §3.3a-meldinger (varsel om alvorlige hendelser) til Statens Helsetilsyn, slik at UNN har samlet oversikt over disse. | Under planlegging – blir sett på sammen med ny gjennomgang av saksflyt og avvikshåndtering UNN. Registrere fra og med 1.1.2017 |

| | |
|---|---|
| I rapporter fra interne revisjoner bes revisjonsteamet utarbeide sjekklister/tiltaksbeskrivelse for oppfølging, for å støtte prosessen med å lukke avvik i reviderte enheter og i andre enheter som har tilsvarende utfordringer. | |
| Kvalitets- og utviklingssenteret etablerer fast læringsløype etter interne revisjoner. Rapport bør inneholde vurdering av påviste avvik i revidert enhet, samt risiko i andre enheter enn de reviderte. Rapportene legges frem for Kvalitetsutvalget, og videreformidles deretter til aktuelle klinikker/enheter. | Følges opp i pågående og kommende interne revisjoner. |
| Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken og Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken er bedt om å beskrive tiltak for å sikre adekvat oppfølging av pasientklagesaker, inkludert tilsynssaker, innen frist. Tiltakene presenteres for Kvalitetsutvalget senest i løpet av januar 2017. | Begge klinikker har iverksatt tiltak |
| Direktøren løfter frem betydningen av å svare på pasientklagesaker innen de frister som er satt og på korrekt måte i sine statusmøter for ledere. | Utført |
| Stabsmøtet diskuterer om det er behov for mer systematisk opplæring i og/eller støttefunksjoner i arbeidet med å svare på pasientsaker. | Kvalitetsavdelingen tilbyr nå slik opplæring til enheter som etterspør. Tas videre med i arbeidet med opplæringsystemer i kontinuerlig forbedring. |
| Opplæring av ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste i arbeidstidsregler og årsaker til AML-brudd. Opplæringstilbudet skal spesielt rette seg mot enheter som har mange AML-brudd. | |
| Etablere samarbeidsarenaer på seksjons-/enhetsnivå mellom ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste omkring arbeidstidsplanlegging og hvordan behov for overtid skal løses | |
| Følge opp arbeidet med redusere AML brudd både i form av lederstøtte fra personalrådgiver og som tema på oppfølgingsmøter med klinikkene. | |
| Kvalitetsavdelingen utarbeider egen sak til Kvalitetsutvalget om avvik knyttet til legemiddelhåndtering. | En student lager masteroppgave med utgangspunkt i å se på legemiddelhåndteringsavvik i UNN. Resultatene av oppgaven blir forelagt kvalitetsutvalget vår 2017. |
| For å ytterligere fokusere på ledernes oppfølging av avvik skal andel avvik som ikke er avsluttet fremgå av dashbordet i UNN-KIS eller HN-LIS for alle enheter så snart denne funksjonen er på plass i et av systemene. | Det er igangsatt arbeid med å få data fra Docmap inn i HN LIS. Saken følges også opp av Forvaltningsforum Docmap. |
| Kvalitetsavdelingen utarbeider forslag til hvordan hendelsesanalyser systematisk kan tas i bruk som verktøy for å sikre læring og erfaringsoverføring etter alvorlige hendelser i UNN. | Iverksatt – flere analyser er gjennomført |
| Kvalitetsavdelingen tar initiativ til å etablere nettverk for klinikkens kvalitetsrådgivere for å bidra til erfaringsutveksling, læring på tvers av klinikkene og opplæring. | Er under etablering. Ledergruppen har vedtatt at alle klinikker skal ha dedikerte |

| | |
|--|---|
| | <p> kvalitetsrådgivere. Funksjonsbeskrivelse for disse og mandat for nettverket er under utarbeidelse. </p> |
| <p> Medisinsk klinikk v/Smittevernssenteret bes utarbeide sak til Kvalitetsutvalget om hva som må til for at UNN skal nå den regionale null-visjonen for sykehusinfeksjoner som kan forebygges. </p> | <p> Ny sak fra direktøren i smittevern/Smittevernssenteret i april 2017. </p> |
| <p> Det systematiske arbeidet for å redusere forekomst av personalskader som er utført i samarbeid mellom Barne- og ungdomsklinikken og Bedriftshelsetjenesten følges opp i AMU, og identifiserte tiltak følges også opp i Psykisk helse- og rusklinikken. </p> | <p> Barne- og ungdomsklinikken bes å videreforme identifiserte tiltak til KVAM utvalget i Psykisk helse og rusklinikken. </p> |



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|---------------------------------|--|---------------------------------|
| 24/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.3.2017 |
| Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen | | Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen |

Tertialrapport 3/2016 for utbyggingsprosjekter

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapporten pr. 31.12.2016 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

Sammendrag

Rapporten omfatter prosjektene *A-fløy UNN Tromsø*, *PET-senter UNN Tromsø*, *Renovering Bygg 7 Åsgård UNN Tromsø* og *Idefase psykisk helse og rusbehandling UNN Tromsø*. Saksfremlegget er sammenfallende med tilsvarende orienteringssak til styret i Helse Nord RHF (Helse Nord), den 29. mars 2017 og følger mal utarbeidet av Helse Nord RHF.

1. Utviklingsprosjekter (OU):
 - Utarbeidelse/oppdatering av utviklingsplan
 - Universitetssykehuset Nord-Norges (UNN) sin overordnede utviklingsplan, inkludert klinikkvise planer er utarbeidet og godkjent i 2016
 - Bygningsmessig del pågår med forventet styrebehandling i UNN 29.3.2017
 - Organisasjonsutvikling, status sammendrag
 - Organisasjonsutviklingsorganisasjon i UNN ble etablert høsten 2016 og har startet arbeidet med byggeprosessene på A-fløy og PET-senter.
 - Krav til gevinstrealisering og øvrige mål ved organisasjonsutvikling slik de er formulert i oppdaterte konsernregler for Helse Nord, var ikke etablert ved oppstart av de to pågående byggeprosjektene ved UNN. Det er derfor ikke oppnåelig å realisere dette i avslutningen av prosjektene slik konsernreglene og rapporteringen forventer. For kommende prosjekter i tidligfaseplanlegging vil kravene til organisasjonsutvikling følges opp i henhold til oppdaterte konsernregler.
 - Prosjekter i tidligfase, status sammendrag
 - Det planlegges arbeid med OU i forhold til Psykisk helse og rusbehandlingsprosjektet og Nye UNN Narvik. Det pågår konkrete arbeider med pasientforløp og arbeidsflyt ved UNN Narvik som vil bli brukt i revisjon av konseptfasen for prosjektet.

2. Byggeprosjekter:
- Prosjekt A-fløy, bygging pågår med innredningsarbeider. Arbeid går i henhold til besluttet fremdrift og økonomi.
 - Prosjekt PET-senter, bygging pågår. Tett hus ble rapportert like før årsskiftet. Ytre fasadekledning gjenstår, og innvendige arbeider pågår. Første del av kulvert til A-fløy ble fullført i desember og andre halvdel starter opp like etter nyttår. Det er mindre forsinkelser på kulvert og teknisk bygg, uten at dette påvirker overordnet fremdrift. Prosjektets økonomiske ramme ble utvidet i rapporteringsperioden, og prognosen for prosjektet er i henhold til ny ramme. Det arbeides løpende med risikoreduserende tiltak i forhold til ferdigstillelse og validering.
 - Prosjekt Bygg 7 Åsgård, bygging avsluttet og tatt i bruk. Det pågår noe oppmaling av arealer der det er brukt feil type maling. Prosjektet er avsluttet innenfor økonomisk ramme og på rett tid.
 - Idefase psykisk helse og rusbehandling UNN Tromsø startet opp høsten 2016 og foreligger til styrebehandling i UNN 29.3.2017. Prosjektet går i henhold til besluttet fremdrift og økonomi.
 - Prosjekt Nye UNN Narvik er gjenopptatt med styringsgruppemøte i januar 2017. Det er inngått kjøpsavtale med LKAB om tomt og oppmålingsarbeider for å formalisere tomtkjøp, som gjennomføres våren 2017 samtidig med oppstart av KSK, reguleringsplan, vei og tunell.

Sammendrag av nøkkeltall for byggeprosjektene fremgår av tabell 1.

| | A-fløy | PET | Bygg 7 |
|---------------------------|----------------|----------------|---------------|
| OU status | Startet opp | Startet opp | Ikke aktuelt |
| OU status mål | | | Ikke aktuelt |
| HMS | H=32 | H=0 | H=0 |
| Planlagt ferdigstillelse | 01.11.2017 | 20.11.2017 | Mai 2016 |
| Fremdrift | 0 uker avvik | 0 uker avvik | |
| Ramme inneværende år | 432,3 mill. kr | -25,8 mill. kr | 26,3 mill. kr |
| Sum investert hittil 2016 | 457,8 mill. kr | 127,7 mill. kr | 24,8 mill. kr |
| Sum investert totalt | 929,8 mill. kr | 193,0 mill. kr | 94,8 mill. kr |
| Investeringsramme P50 | 1596 mill. kr | 567,9 mill. kr | 96,3 mill. kr |
| Prognose økonomiavvik | 0 mill. kr | 0 mill. kr | 1 mill. kr |

Tabell 1 – Nøkkeltall for byggeprosjektene ved UNN HF

Bakgrunn

Pågående tidligfaseprosjekter

Idefase psykisk helse og rusbehandling, UNN Tromsø startet opp i rapporteringsperioden. Prosjektet er besluttet igangsatt igjennom styrevedtak i UNN og i Helse Nord RHF (hhv. styresak 05/2015 og styresak 62-2016). Prosjektet ble startet opp med et styringsgruppemøte 19.9.2016 og skal avsluttes med en ferdig idéfaserapport som skal behandles i UNN styret 29.3.2017.

Bakgrunnen for prosjektet er at dagens bygningsmasse til psykiatrien er i dårlig bygningsteknisk stand og er utformingsmessig utdatert i forhold til å drive moderne psykiatri. Idéfasen skal utrede ulike alternativer der gjenbruk, delvis gjenbruk eller nybygg vurderes for psykiatrien på ulike tomter. En del av mandatet er å vurdere samlokalisering med somatikken i Breivika. Målet

med idéfasen er å identifisere og anbefale videreutvikling av de mest hensiktsmessige alternativene.

Tidligfaseplanleggingen av Nye UNN Narvik sykehus er gjenopptatt med styringsgruppemøte i januar 2017. Det er inngått kjøpsavtale med LKAB om tomt, og oppmålingsarbeider for å formalisere tomtekjøp gjennomføres våren 2017 samtidig med oppstart av KSK, reguleringsplan, vei og tunell.

Pågående utviklingsprosjekter(OU-prosjekter)

Organisasjonsutvikling i byggeprosjekter koordinatorfunksjon (OU i bygg) er etablert i Stabsenteret og kom fullt i gang fra begynnelsen av november 2016. Funksjonen består av to stillinger organisasjonsutvikling og organisasjonsendringer, en stilling til pasientforløpsarbeid, en delstilling i kommunikasjonsfaglig kompetanse og en stilling til prosjektadministrasjon. Det er et nært samarbeid med klinisk rådgiver, utbyggingssjefen og prosjektledere. OU i bygg har igangsatt prosesser hovedsakelig i byggeprosjektene i UNN Breivika, A-fløya og PET-senteret i perioden. Byggeprosjektene er i gjennomføringsfasen og OU-prosessen som er igangsatt er både klinikkovergripende og klinikkinterne. I A-fløya foregår OU-prosesser i regi av OU i bygg for de som skal være i A6 og A8. Det forventes oppstart med aktivitet mot A7 og A9. Diagnostisk klinikk kjører egne OU-prosesser knyttet til fremtidig drift i A10. For PET-senteret har det vært planlagt bistand til OU-prosesser i januar 2017 i samarbeid med avdelingsleder for senteret.

OU i bygg har vært i kontakt med prosjektledere for *Nye UNN Narvik* og *Idefase psykiatri og rusbehandling*, og det er planlagt økt aktivitet inn mot prosjektene når det aktualiserer seg. I perioden er det blitt jobbet med pasientforløp og arbeidsflyt i Narvik og det har vært deltagelse på møter i regi av Sykehusbygg for idefasen i psykiatri og rusbehandling i Tromsø.

Prosjektkontroll og risikovurdering OU

Det er for kort tid etter etablering av OU prosjekt til å rapportere på detaljer i forbindelse med prosjektene.

Pågående byggeprosjekter

Det pågår tre store utbyggingsprosjekter. A-fløya, Renovering Bygg 7 ved UNN Åsgård og PET-senter. I denne styresaken fremlegges et sammendrag av tertialrapport for 3. tertial 2016, pr. 31. desember 2016.

Bakgrunn beslutning for byggeprosjekt A-fløy

- Investeringsrammen for A-fløya er gitt i styrevedtak 54-2015 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013* og er 1 594 mill kr
- Styringsrammen for UNN er 1547 mill kr
- Prosjektet har tett bygg og innvendige arbeider pågår
- Ferdigdato bygg er 01.11.2017 og arbeidene er i tråd med fremdriftsplan
- Status på arbeidene er tett bygg med ferdige fasadearbeider, innvendig avdeling pågår inkludert maling og belegg
- Viktigste milepæl inneværende tertial er tett bygg og ferdig fasade
- Kommende tertial vil fortsette med innvendige arbeider samt anbudskonkurranser på utstyr

Bakgrunn beslutning for byggeprosjekt PET-senter

- Prosjektets rammer er vedtatt utvidet i Helse Nord RHF i styresak 135-2016, ny økonomisk ramme er 567,9 mill kr
- Prosjektets styringsramme er identisk med økonomisk ramme, 567,9 mill kr.
- Bygging pågår med tett bygg i rapporteringstertialet.

- Ferdigdato for bygg er 20.11.2017, ingen avvik er rapportert fra dette
- Bygg er ferdig reist inkludert kontorbygg på 3 etasjer. Like før jul var det rapportert tett bygg og innvendige arbeider med teknikk og romavdeling pågår
- Kommende tertial vil fokusere på fullføring av kulvert mellom PET-senter og A-fløy utvendig fasadekledning og innvendige arbeider. Innkjøp av utstyr vil starte opp

Bakgrunn beslutning for byggeprosjekt Renovering Bygg 7 UNN Åsgård

- Investeringsrammen for Renovering Bygg 7 ved UNN Åsgård er gitt i Helse Nord RHF's styresaker 69-2011 *Plan 2012-2015, inkludert rullering av Investeringsplan* og 72-2013 *Plan 2014-2017, inkludert rullering av Investeringsplan*. Det er i tillegg gitt administrativt tilsagn til utvidelse av rammen i brev av 18.12.2014. Samlet investeringsramme er 96,3 mill kr økonomisk styringsramme (p50). Det orienteres ikke om p85 i HF-et, den tilligger RHF
- Bygget er ferdigstilt og tatt i bruk
- Klinisk drift 1.9.2016
- Prosjektet er fullført
- Sist tertial pågikk noe reklamasjonsarbeider
- Det pågår noe maling av innvendige vegger der det var benyttet maling med for lav glansgrad

Formål

I denne styresaken legges frem et sammendrag av tertialrapporten for 3. tertial 2016 for utbyggingsprosjektene.

Saksutredning

A-fløy UNN Tromsø

Prosjektets milepæler til dato er oppnådd i henhold til plan og kontrakt. Bygget er tett, og det pågår oppdeling/innredningsarbeider. Alle arbeider ligger i en taktplan (leanplan) som følges. Arbeidene ferdigstilles fra 10.etasje og nedover i bygget (11. etasje er en ren teknisk etasje som ferdigstilles i parallell). Det er særlig arbeidene mot prosjektets grensesnitt inn mot B-fløya som driften av sykehuset vil påvirkes av i den neste periode.

Salgsprosess av C00 er ikke gjennomført, men dette ligger som et økonomisk grunnlag i prosjektets økonomi. Her er prosessen startet, og det gjøres innledende avklaringer. Det er innhentet juridiske vurderinger av hvorvidt dette må gjennomføres som en konkurranse etter offentlige innkjøpsregler, eller om dette kan gjøres åpent i markedet. Det er også gitt en melding til Sykehusbygg for å sjekke deres evt. behov i andre prosjekter. Dette er ikke gitt tilbakemelding om dette, men sannsynligheten antas som liten.

I det øvrige ligger prosjektet godt an i forhold til sin plan. All prosjektering er avsluttet, og resterende er da rene gjennomføringsarbeider. Det legges nå mye vekt på forberedelser av oppstart/testfaser med tilhørende FDVU kombinert med opplæringsplaner.

Det er pr. dato 9 BIE - byggherre initierte endringer. Disse bearbeides i parallell med prosjektet. Bearbeidelsen er behandlet i prosjektets styringsgruppe, senest i januar 2017.

- OU arbeid pågår. Det er startet eller planlegges prosesser per etasje/enhet i bygget
- HMS følges opp i henhold til SHA plan. Arbeidet har stort fokus på grunn av flere mindre skader som har hatt uheldig påvirkning på prosjektets H-verdi. Det er likevel utbyggingsjefs vurdering at arbeidet er i tråd med beste praksis. Arbeidstilsynet har vært på tilsyn i forbindelse med en skade og hadde ingen innvendinger mot det systematiske arbeidet som pågår. H verdi=32, RUH=191 (Rapporterte uønskede hendelser)
- Fremdrift Følger plan

- Økonomi Følger budsjett
- Miljø og avfallshåndtering gjennomføres i henhold til kontrakt, prosjektets miljørapport viser at 100% avfall sorteres
- Risikohåndtering gjøres fortløpende, det er ingen spesiell risiko

PET-senter UNN Tromsø

Prosjektets rammer er vedtatt utvidet i Helse Nord RHF i styresak 135-2016.

Byggingen går i parallell med COBA AS sin oppføring av 3 kontoretasjer. Tett bygg ble oppnådd før jul 2016 og inkluderer begge prosjekter. Det har vært mye uavklarte grensesnitt mot Universitetet i Tromsø (UIT) sine ønsker om å utvide Avdeling for komparativ medisin (AKM) med et byggetrinn 3 (AKM3) delvis inne på prosjektets riggområde rett bak PET-senteret. Status for dette prosjektet er fortsatt uavklart.

Prosjektet finner fortsatt svakheter i prosjektert materiale fra rådgivere, dette medfører behov for endringer og omprosjektering. Mottak av gaver fra Trond Mohn gir betydelige merkostnader fordi bygget og dets teknisk infrastruktur må tilpasses utstyret. Dette gjelder i hovedsak i forbindelse med etablering av PET/MR da den beregnet PET/CT har behov for enklere teknisk infrastruktur. Prosjektledelsen jobber intenst sammen med entreprenør for å følge opp dette arbeidet på en måte som sikrer at bygging blir gjennomført på en måte som gir et vellykket resultat.

- OU arbeid er startet opp og ledes av senterleder Rune Sundset. Ansettelser og kompetanseheving inngår i dette arbeidet.
- HMS arbeidet følger prosjektets SHA plan. H verdi=0, RUH=172
- Fremdrift går ifølge plan
- Økonomi går ifølge ny ramme
- Miljø og avfallshåndtering gjøres i henhold til kontrakt, rapport for avfallshåndtering er under utarbeiding
- Risikohåndtering Det er gjennomført risiko- og mulighetsanalyser i prosjektet. De største risikoer som er avdekket og er handtert i perioden er byggets ekstreme kompleksitet og mangler ved projekteringen av dette. Dette gjelder spesielt gassanlegg og ventilasjon. I tillegg har kulvert og tekniske installasjoner i kryssende vei gitt utfordringer. Videre er det behandlet og risikovurdert nye tekniske anlegg som trykkluft og reservekraft. Prosjektets påvirkning av Universitetet i Tromsø (UIT) sin utvidelse av Avdeling for komparativ medisin (AKM3) er ikke vurdert pt. Valideringsarbeidet i prosjektet vurderes også som en risikofaktor. Validering av et bygg i den sammenheng som kreves for legemiddelproduksjon og behandling av radioaktive stoffer er en oppgave utenom det vanlige i et byggeprosjekt. Planleggingen av dette arbeidet har vært god, men kompleksiteten av tekniske anlegg, samt mangler i projekteringsgrunnlag fra rådgiver har gitt behov for betydelig ekstra arbeid. Det har vært enighet omkring fremgangsmåten for å mestre dette, og det har vært gjort nødvendige justeringer hos entreprenører for å svare ut løpende behov for dokumentasjon. Selv om prosessen går greit vil valideringsprosessen ha behov for økt fokus i kommende tertial.

Renovering Bygg 7 UNN Åsgård

Ingen nye vedtak er gjort for prosjektet siden forrige rapportering. Prosjektet har hatt sin avsluttende fase i siste tertial, og er gjennomført innenfor tidsramma og den økonomiske ramma.

- OU ikke aktuell

- HMS arbeidet ble gjennomført i henhold til kontrakt, H verdi=0, RUH=52
- Fremdrift fullført i henhold til plan
- Økonomi Fullført ca 1 mill kr under bevilget ramme
- Miljø og avfallshåndtering ble gjennomført i henhold til kontrakt og sorteringsgrad på avfall endte på 95% inkludert rivningsarbeider
- Risikohåndtering Ingen gjenværende risiko

Medvirkning

Saken var forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, Brukerutvalgets arbeidsutvalg og Arbeidsmiljøutvalget i egne møter 13. og 14.3.2017. Samtlige møter sluttet seg til at direktøren avslutter saken samt forelegger den til styrets behandling med den innretning saken var gitt til drøftings- og innspillmøtene.

Vurdering

Renovering av Bygg 7 Åsgård, UNN Tromsø er gjennomført i henhold til fremdrift og økonomi og A-fløy prosjektet har fremdrift slik at det ser ut til å ende tilsvarende.

Siden forrige tertialrapport er den økonomiske rammen på PET-senteret økt og det rapporteres fortsatt om risiko knyttet til prosjektet både i form av eksterne og interne faktorer. Spesielt fokus har det vært på valideringsprosessen og risiko knyttet til ferdigstillelse og godkjenning av bygget. Dette arbeidet har vært fulgt opp av prosjektet i første tertial i 2017, og har vært tatt opp som sak i styringsgruppen. Det gjennomføres risikoreduserende tiltak og det er styringsgruppens og administrerende direktørs oppfatning at risikoen ikke er større enn i andre sammenliknbare prosjekter. Administrerende direktør ber om at prosjektet følges tett opp med tanke på kontinuerlige risikoreduserende tiltak.

Pasientsikkerhet

UNNs kjerneverdier er kvalitet, trygghet, respekt og omsorg. Tertialvis rapportering til styret bidrar til å gi styret *trygghet* for at prosjektet gjennomføres i tråd med vedtak. Rapporteringen gir styret mulighet til å fatte vedtak om korrigerende tiltak i tilfeller hvor det er adekvat. Slik virksomhetsstyring skal bidra til økt *kvalitet* i gjennomføring av krevende prosjekt.

Tromsø, 22.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Utrykt vedlegg:

1. Tertialrapport 3/2016 OU
2. Tertialrapport 3/2016, Idéfasen psykisk helse og rusbehandling UNN Tromsø inkludert Renovering Bygg 7 UNN Åsgård
3. Tertialrapport 3/2016, byggefasen A-fløy UNN Tromsø
4. Tertialrapport 3/2016, byggefasen PET-senter UNN Tromsø

Organisasjonsutviklingsprosjekt (OU)

Status/sammendrag

1. Viktigste aktiviteter i perioden

- 1.1. Organisasjonsutvikling i byggeprosjekter koordinatorfunksjon (OU i bygg) er etablert i Stabssenteret i Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og kom fullt i gang fra begynnelsen av november 2016. Den består av 2 stillinger organisasjonsutvikling og organisasjonsendringer, 1 stilling til pasientforløpsarbeid, 1 delstilling i kommunikasjonsfaglig kompetanse og 1 stilling til prosjektadministrasjon. Det er et nært samarbeid med klinisk rådgiver i UNN, utbyggingssjefen og prosjektledere.
- 1.2. OU i bygg har igangsatt prosesser hovedsakelig i byggeprosjektene i UNN Breivika, A-fløya og PET-senteret i perioden. Byggeprosjektene er i gjennomføringsfasen og OU-prosessene som er igangsatt er både klinikkovergripende og klinikkinterne. I *A-fløya* foregår OU-prosesser i regi av OU i bygg for de som skal være i A6 og A8. Det forventes oppstart med aktivitet mot A7 og A9. Diagnostisk klinikk kjører egne OU-prosesser knyttet til fremtidig drift i A10. For *PET-senteret* har det vært planlagt bistand til OU-prosesser i januar 2017 i samarbeid med avdelingsleder for senteret.
- 1.3. OU i bygg har vært i kontakt med prosjektledere for *Nye Narvik* og *Idefase psykiatri og rusbehandling*, og det er planlagt økt aktivitet inn mot prosjektene når det aktualiserer seg. I perioden er det blitt jobbet med pasientforløp og arbeidsflyt i Narvik og det har vært deltagelse på møter i regi av Sykehusbygg for Idefasen i psykiatri og rusbehandling i Tromsø.

2. Viktigste aktiviteter i kommende periode

OU i bygg vil fortsette med pågående OU-prosesser i A-fløya i plan 6 og 8, samt starte opp med OU prosesser A7 og A9. Likeså vil det avklares hvilke OU-prosesser som eventuelt skal startes opp i PET-senteret. Når det gjelder Nye Narvik og Idefase psykiatri og rusbehandling i Tromsø vil det være fokus på å få inn OU som en del av byggeprosjektene i styringsdokumenter og om mulig planlagt aktiviteter i prosjektene i perioden eller senere i året.



RAPPORT IDÉFASE – AREALER TIL PSYKISK HELSE OG RUSBEHANDLING



1 STATUS/SAMMENDRAG

Bakgrunnen for prosjektet er at dagens bygningsmasse til psykiatrien er i dårlig bygningsteknisk stand og er utformingsmessig utdatert i forhold til å drive moderne psykiatri. Idéfasen skal utrede ulike alternativer der gjenbruk/ delvis gjenbruk/ nybygg vurderes for psykiatrien på ulike tomter. En del av mandatet er å vurdere samlokalisering med somatikken i Breivika. Målet med idéfasen er å identifisere og anbefale videreutvikling av de mest hensiktsmessige alternativene.

Prosjektet er besluttet igangsatt igjennom styrevedtak i UNN og i Helse Nord (hhv. styresak 05/2015 og styresak 62/2016). Prosjektet ble startet opp med et styringsgruppemøte 19.09.16 og skal avsluttes med en ferdig idéfaserapport som skal behandles i UNN styret 28-29.03.2017.

Det er lagt opp til at det skal være én medvirkergruppe (bestående av ansatte og brukerrepresentanter) som skal ha 5 møter, samt én befaring til to andre psykiatribygg i Norden. Det skal avholdes 3 møter i styringsgruppen. Sykehusbygg er engasjert til å lede prosessen i medvirkergruppen samt til å være hovedforfatter av idéfaserapporten. Asplan Viak er engasjert til å utføre mulighetsstudiet, der teknikaliteter knyttet til de ulike tomtene blir vurdert.

1.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Det har vært avholdt 4 medvirkergruppemøter, og to styringsgruppemøter. Medvirkergruppen har vært på befaring hos psykiatrien i Gøteborg (Østra) i Sverige og i Slagelse i Danmark. For å styrke brukernes tilbakemelding, har det i tillegg vært avholdt en åpen workshop der brukerorganisasjonene og brukere for øvrig har vært invitert. Det har vært jobbet en del med å kartlegge eksisterende virksomhet, evt. synergier med samlokalisering med somatikk, samt grunnlag for pasientframskriving og behov for kliniske arealer.

1.2 Viktigste aktiviteter i kommende periode

Mulighetsstudiet ferdigstilles, idéfaserapporten ferdigstilles. Det avholdes ett møte i medvirkergruppa og ett møte i styringsgruppa, der resultatene diskuteres. Styresak forberedes og legges fram for styret i UNN ultimo mars 2017.

1. SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ

Det er ingen konkrete tiltak i denne perioden, annet enn at ansatte, tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerne er medvirkende i denne prosessen.

3 PROSJEKTKONTROLL

3.1 Økonomi

Prosjektet er finansiert over UNNs driftsbudsjett og har et budsjett på kr. 3,5 mill (inkludert MVA). Per 25.01.2017 er det fakturert for kr. 690.000,-. Prosjektet overholder budsjettet.

3.2 Plan og fremdrift

Planlagt framdrift:

Prosjektet ble startet opp med et styringsgruppemøte 19.09.16 og skal avsluttes med en ferdig idéfaserapport som skal behandles i UNN styret 28-29.03.2017. Det forutsettes at styret i UNN beslutter å sende rapporten videre til behandling i Helse Nord RHF styret. Prosjektet overholder planlagt framdrift.

3.3 Risiko og tiltak

Det er knyttet en del usikkerhet til det totale arealtallet i denne fasen, all den tid dette er avhengig av organisasjonsmessige prosesser der det tas stilling til løsninger for kontor- og poliklinikkrom, hvilke fag- og forskningsenheter som skal inn i lokalene samt evt. synergier ved sambruk av personell. Prosjektet legger i dag opp til at de ulike tomtealternativene skal kunne ivareta et bygg på 22-27.000 m², slik at man ikke avskjærer senere arealprosesser. I begynnelsen av / i forkant av konseptfasen må det imidlertid gjennomføres et organisasjonsutviklingsprosjekt, der man tar utgangspunkt i pasientforløp, for på denne måten være i stand til å utforme og plassere et bygg som vil tjene framtidig virksomhet på en optimal måte.

4 GEVINSTREALISERING

4.1 Gevinstrealisering – oppsummering fra parallelt OU-prosjekt (hvis aktuelt)

Ikke i denne fasen (se pkt. 3.3), men naturlig del av en OU-prosess som er anbefalt før/ i begynnelsen av neste fase (konseptfasen).

5 BESLUTNINGER I PERIODEN OG PROSJEKT-/PLANSJEFENS OVERORDNEDE VURDERING

Det skal anbefales og besluttes noen hensiktsmessige tomtealternativer som det jobbes videre med i neste fase. Særlig viktig vil det være å vurdere viktigheten av en evt. samlokaliseringsgevinst for en framtidig organisasjon i forhold til tomt i Breivika eller på Åsgård.

Behandling av ferdig idéfaserapport med anbefalinger i prosjektets styringsgruppe og i styret i UNN (hhv. 22.02.17 og 28-29.03.17).

BYGGEPROSJEKT RENOVERING BYGG 7 UNN ÅSGÅRD

UTBYGGINGSSJEFENS TERTIALRAPPORT PR. 31.12.2016

Innhold

1. P 75064 INNVENDIG RENOVERING BYGG 7

1.1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG.

Ingen nye vedtak er gjort for prosjektet siden forrige rapportering. Prosjektet har hatt sin avsluttende fase i siste tertial, og er gjennomført innenfor tidsramma og den økonomiske ramma.

1.2 FREMDRIFT.

Byggestart: 09.03.2015

Delfrist: 12.05.2016

Sluttfrist: 18.05.2016

Innflytting:

Akutt-teamet 1. etg: 23- 24.08.16

Døgn 1, 3. etg: 07.09.16

Akuttpost Tromsø, 2. etg: 08.09.16

Ferdigstillelse og innflytting ble gjennomført som planlagt. Ingen avvik fra framdriftsplanen.

1.3 ØKONOMI. HOVEDTALL

1.3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RH

Kr. 96,3 mill

1.3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt.

| Investeringer tall i mill kr | Før 2013 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Totalt |
|------------------------------|----------|------|------|------|------|--------|
| Bygg 7 Åsgård | 0,9 | 4 | 18,1 | 47,0 | 26,3 | 96,3 |

Ingen følgeprosjekt.

1.3.3 Totalt forbruk

| Investeringer tall i mill kr | Investeringsramme | Sum investert | Restramme 2016 | Forbruk av disponibel ramme % |
|------------------------------|-------------------|---------------|----------------|-------------------------------|
| Bygg 7 Åsgård | 96,3 | 94,8 | 1,5 | 98,4 % |

Prosjektet er helt i sin avslutningsfase og skal snart lukkes. Det gjenstår kun noe mindre malingsarbeider innvendig samt noen mindre slutfaktura fra byggeleder og innvendig utstyr. Prosjektet overholder budsjett.

1.3.4 Investeringsplan (i løpende kroner).

Svar på under pkt. 1.3.3.

1.3.5 Oppsummering hovedtall.

Svart på under pkt. 1.3.3.

1.4 VEDRØRENDE DE ENKELTE DEL KAPITLER.

1.4.1 Kap A.- Generelle og spesielle kostnader.

| Konto | Beskrivelse | Budsjett | Påløpt | Gjenstående |
|-------|------------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| 1-7 | Bygging | 79 047 315 | 78 059 422 | 987 893 |
| 8 | Generelle kostnader | 13 910 721 | 14 251 591 | -340 870 |
| 9 | Spesielle kostnader | 3 341 964 | 2 495 092 | 846 872 |
| | Sum kr inkl mva | 96 300 000 | 94 806 105 | 1 493 895 |

1.4.6 Kap F – Utstyr

Har vært et eget møbelbudsjett (finansiert av UNN) på kr. 4,5 mill. Budsjettet er overholdt.

1.4.7 Kap G1.- Følgekostnader uten egen investeringsramme

Ikke aktuelt

1.4.8 Kap G3- Marginer

Marginene i prosjektet har blitt fordelt og fulgt opp per kontraktspakke. Disse har inngått i prosjektets investeringsramme og har hatt et tilstrekkelig omfang.

1.4.9 Kap H1- Følgeprosjekter med egen investeringsramme.

Ikke aktuelt

1.4.10 Kap H2 - Følgeprosjekt med egne investeringsrammer.

Ikke aktuelt.

1.5 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ

1.5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold.

Det har ikke blitt påvist noen uønskede forhold i prosjektet.

1.5.2 Vernerunde

Prosjektet har totalt hatt 40 vernerunder.

1.5.3 Hendelser

Antall meldinger om uønsket hendelser (RUH) ble totalt 52 stk. Det er ikke rapportert personskader i prosjektet. H verdi = 0.

1.5.4 Støy

Ikke aktuelt.

1.5.5 Ytre miljø (oversikt over evt utslipp og avfallsmengder)

Rive-entreprisen har hatt en total mengde på avfall på 557,3 tonn der 529,3 tonn av disse har vært sortert. Dette gir en sorteringsgrad på 95 %.

1.6 RISIKOVURDERINGER I PROSJEKTET

Ikke aktuelt å rapportere noe utover tidligere rapporter, idet prosjektet er i den administrative avslutningsfasen.

1.7 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE VURDERING.

Prosjektet anses i praksis som avsluttet innenfor budsjett. Det gjenstår kun detaljer og et avsluttende styringsgruppemøte for formell avslutning. Overordnet oppfattes prosjektet som

en suksess ut fra sine forutsetninger, men det funksjonelle innholdet i bygget ville vært bedre om en hadde helt nye lokaler som gav bedre mulighet for tenking omkring logistikk. Erfaringene ved dette prosjektet videreføres inn i den pågående idefasen for psykisk helse og rusbehandling og gir nyttig informasjon.

Universitetssykehuset Nord Norge. HF Tromsø
Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 3 – 2016 pr 31.12.16



Ny A-fløy Universitetssykehuset Nord Norge

INNHold BYGGEPROSJEKT

UTBYGGINGSSJEFENS TERTIALRAPPORT PR. 31.12.2016

Innhold

1. Tertialrapport for A-fløy prosjektet UNN
 - 1.1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG.
 - 1.2 FREMDRIFT.
 - 1.3 ØKONOMI. HOVEDTALL
 - 1.3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF
 - 1.3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med med følgeprosjekt.
 - 1.3.3 Forbruk inkl finansieringskostnad fordelt over år (Prisnivå løpende kroner).
 - 1.3.4 Investeringsplan (i løpende kroner).
 - 1.3.5 Oppsummering hovedtall.
 - 1.4 VEDRØRENDE DE ENKELTE DEL KAPITLER.
 - 1.4.1 Kap A.- Generelle og spesielle kostnader.
 - 1.4.6 Kap F – Utstyr
 - 1.4.7 Kap G1.- Følgkostnader uten egen investeringsramme
 - 1.4.8 Kap G3- Marginer
 - 1.5 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ
 - 1.5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold (hvis aktuelt)
 - 1.5.2 Vernerunde
 - 1.5.3 Hendelser
 - 1.5.4 Støy
 - 1.5.5 Ytre miljø (oversikt over evt utslipp og avfallsmengder)
 - 1.6 RISIKOVURDERINGER I PROSJEKTET
 - 1.6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)
 - 1.6.2 Kostnader
 - 1.6.3 Fremdrift
 - 1.6.4 Mulige konflikter i fht drift og eksterne interessenter
 - 1.6.5 Annet
 - 1.7 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE VURDERING.

UTBYGGINGSSJEFENS TERTIALRAPPORT PR. 31.12.2016

Innhold

1. Tertialrapport for A-fløy prosjektet**1.1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG.**

Etter endt forhandling ble det 17.06.15 signert kontrakt med totalentreprenør på bygging av A- fløy. Dette skjedde med forankring i styresak 54-2015 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013* ble prosjektrammen økt til 1594 mill kr. Av dette er 1547 mill kr lagt i rammen til UNN mens de siste 47 mill kr legges til Helse Nord's ramme. Det er på bakgrunn av godkjenningen av revidert budsjett og forhandlingsresultat signert en totalentreprisekontrakt mellom UNN og Consto as.

Prosjektets milepæler til dato er oppnådd iht plan og kontrakt. Bygget er tett, og det pågår oppdeling/innredningsarbeider. Alle arbeider ligger i en taktplan (leanplan) som følges. Arbeidene ferdigstilles fra 10.etasje og nedover i bygget. (11. etasje er en ren teknisk etasje som ferdigstilles i parallell). Det er særlig arbeidene mot prosjektets grensesnitt inn mot B-fløya som driften av sykehuset vil påvirkes av i den neste periode.

Salgsprosess av C00 er ikke gjennomført, men dette ligger som et økonomisk grunnlag i prosjektets økonomi. Her er prosessen startet, og det gjøres innledende avklaringer. Det er innhentet juridiske vurderinger av hvorvidt dette må gjennomføres som en konkurranse iht offentlige innkjøpsregler, eller om dette kan gjøres åpent i markedet.

Det er også gitt en melding til Sykehusbygg for å sjekke deres evt. behov i andre prosjekter. Dette er ikke gitt tilbakemelding om dette, men sannsynligheten antas som liten.

I det øvrige ligger prosjektet godt an i forhold til sin plan. All prosjektering er avsluttet, og resterende er da rene gjennomføringsarbeider. Det legges nå mye vekt på forberedelser av oppstart/testfaser med tilhørende FDVU kombinert med opplæringsplaner.

Det er pr. dato 9 BIE - byggherre initierte endringer. Disse bearbeides i parallell med prosjektet. Bearbeidelsen er behandlet i prosjektets styringsgruppe - senest i januar 2017.

1.2 FREMDRIFT.

Fremdriftsplan er ikke endret siden siste rapportering.

| Kontraktens milepæler | Dato |
|------------------------------|---------------------|
| Kontrakt signering | 17.06.15 |
| Opplæringsplan | 01.10.15 |
| Oppstart prøvedrift | 01.11.17 |
| Prøveperiode | 01.11.17 - 18.04.18 |
| Klinisk drift | 24.01.18 |
| Siste delovertagelse | 18.04.18 |
| Ferdigattest | 18.04.18 |

Perioden siden forrige rapport har gått med til innredningsarbeider iht gjeldene taktplan. Fremdriften har hatt utfordringer i forhold sanitærarbeider og kvalitetskontroll av dette. Dette har ikke vært tilfredsstillende, og krever derfor særlig oppfølging. Entreprenøren bekrefter at kontraktens milepæler holdes.

Prosjekteringen ble formelt avsluttet september 2016. Med bakgrunn i problemer med sanitærarbeidene har byggherreorganisasjonen iverksatt kontroll av prosjektering av VVS. Dette avstedkommer noen revisjoner av tegningene.

Arbeidene med opplæringsplan og forberedelser til klinisk drift er startet. Planen er sendt ut til teknisk avdeling med formål at man planlegger sin ressurssetting for høsten 2017. Dette vil være en krevende periode.

Vi diskuterer også hvordan klinisk drift fra 24.januar 2016 skal gjennomføres. Prosjektet vurderer at man starter med innflytting/oppstart av 10 etasje (Laboratorie) for deretter å flytte inn 1 etasje ad gangen med 14. dagers mellomrom. Første innflytting tenkes da umiddelbart over nyttår 2017. Denne vurderingen har vist seg for enkel, og klinikkene har ikke tatt den endelige stilling til hvordan klinisk drift for den enkelte klinikk skal foregå.

Det er ikke meldt avvik fra revidert fremdriftsplan. Det er mindre interne avvik i planen, men dette er forhold som ikke påvirker viktige milepæler. Det kan bli mindre, praktiske endringer som prosjektet gjør av hensyn til nødvendig helhet.

1.3 ØKONOMI. HOVEDTALL

Tabell økonomi budsjett og prognose (sladdet)

Prosjektets økonomi er innenfor gitte rammer.

1.3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF

Samlet investeringsrammen er 1 596 000 001. Prosjektet gjennomføres innenfor denne rammen.

1.3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med med følgeprosjekt.

| Investeringer tall i mill kr | Investering ramme overført til 2016 | Investering s ramme 2016 | Rest investering s ramme | Forbruk siste to mnd | Sum investert 2016 | Restramme 2016 | Forbruk i år av disponibel ramme % |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------|----------------|------------------------------------|
| A-fløya | 142,3 | 290,0 | 432,3 | 94,7 | 457,8 | -25,5 | 108% |

Fordelingen er vist i tabellen ovenfor med disposisjoner og faktisk forbruk.

1.3.3 Forbruk inkl finansieringskostnad fordelt over år (Prisnivå løpende kroner).

Tabell ovenfor viser forbruk pr. 1. Januar 2017. prosjektet har brukt 930 mill kr og har 41% igjen av totalrammen på prosjektet.

1.3.4 Investeringsplan (i løpende kroner).

| Investeringsramme MNOK | Før 2015 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------------------|----------|------|------|------|------|
| A-fløy | 329 | 290 | 290 | 638 | 0 |

1.3.5 Oppsummering hovedtall.

Dette er oppsummert i tabellen ovenfor.

1.4 VEDRØRENDE DE ENKELTE DEL KAPITLER.

1.4.1 Kap A.- Generelle og spesielle kostnader.

Generelle og spesielle kostnader er vist i tabell ovenfor.

1.4.6 Kap F – Utstyr

Arbeidet med innkjøp av medisinsk teknisk utstyr er i gang. Det er vært gjennomført oppdatering av DROFUS.

Det er samlet bestilt utstyr for 9,3 mill kr til midlertidige bygg. Deler av dette skal overflyttes til det ferdige A-fløyprosjektet.

Prosjektet med leveranse av integrerte operasjonsstuer er pågående og i rute. Det er inngått kontrakt med leverandøren Olympus as om prosjektering og leveranse iht NS 8407. Olympus as er en tradisjonell utstysleverandør og deres erfaring med en slik samlet leveranse viser seg noe utradisjonell for dem. Særlig dette med et samlet prosjekteringsansvar krever ekstra oppfølging. Dette er i hovedsak under kontroll, og det er plassert en endringsordre hos Consto for å koordinere fremdriften inn i bygget.

De øvrige MTU pakkene legges ut med tilbudsforespørsler nå i perioden februar/mars 17. Leveransene planlegges mottatt inn i bygget januar 2018, men samarbeid om mottakskontroll gjennom UNNs egen MTU organisasjon.

Det er i tillegg til dette startet arbeid med innkjøp av interiør. Dette avstemmes med romfunksjonsprogrammet hvor det er spesifisert nøyaktige innkjøp. Dette vil i praksis avsjekkes pånytt med brukerne slik at lista evt. Ajourføres. Budsjettet her er i realiteten 3 år gammelt, og det må derfor avstemmes med dagens prisnivå.

1.4.7 Kap G1.- Følgekostnader uten egen investeringsramme

Forplass og vestibyle er egne prosjekter som vil kreve fullføring som del av gjennomføringen av A-fløy prosjektet. Dette er ikke ferdigprosjektert eller kostnadsberegnet, men kostnader som UNN må påregne på eget investeringsbudsjett. Det vil også påløpe noen kostnader til renovering og rokader i forbindelse med gjenbruk av arealer som i dag opptas av enheter som skal inn i den nye A-fløya. Dette behandles i Arealplan for UNN Breivika som forventes ferdig i juni 2017.

1.4.8 Kap G3- Marginer

Prosjektets marginer benyttes, men er ikke truet slik prosjektets status er pr i dag.

1.5 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ

1.5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold

Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold er beskrevet som et krav og oppfølgingspunkt i prosjektets retningslinjer. Det er ikke rapportert om avvik i forhold til gjeldene krav.

1.5.2 Vernerunde

Prosjektets HMS og SHA krav planer setter krav til periodiske vernerunder. Dette gjennomføres hver 14. dag, og protokollføres. Vernerundene samkjøres med prosjektet for forplassen, og PET senteret.

Det er gjennomført 36 vernerundemøter for A- fløya.

1.5.3 Hendelser

Det er 191 registrerte uønskede hendelser (RUH) pr. dato i byggeperioden. Vi har av dette hatt 6 spesifikke skader, og dette gir en H verdi= 32,06 pr dato. (*H-verdi (Hyppighetsverdi) = (antall personskader med fravær som følge av arbeidsulykker på byggeplassen/antall utførte timer) x 1.000.000*). Relativt sett er det ingen endring forhold til forrige rapport. Det gjennomføres sikker jobb analyser (SJA) i godt samarbeid mellom entreprenør og UNN. SJA analyser gjennomføres løpende og etter behov.

Arbeidstilsynet har vært på plassen, og er har ingen kommentarer.

1.5.4 Støy

Det har vært problemer med støy i forbindelse med riving av A2, og i tillegg støyende arbeider i forbindelse med påkobling mot B-fløya. Det sendes ut varsel om planlagte arbeider i god tid for oppstart. Det etableres også beredsskap for varsel ved behov av umiddelbar stans i arbeidene grunnet sykehusdriften i hver enkel arbeidsoperasjon.

1.5.5 Ytre miljø (oversikt over evt utslipp og avfallsmengder)

Dette gjennomføres som del av prosjektets avfallsplan og tilhørende myndighetshåndtering i form av midlertidig brukstillatelse og ferdigattest.

Prosjektet har krav til kildesortering og minimalt med emballasje. Dette skal videreføres i ustyrsprosjektet.

Avfallsrapport fra siste periode;

Desember 2016

| Kundenr | Navn | Anlegg | Anlegg | Artikkel | Beskrivelse | Mengde | Enhet | Sort.grad |
|---------|-----------|--------|----------------------|----------|--------------------|--------|-------|-----------|
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 111410 | Rent trevirke | 10,060 | Kg | 20% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 111420 | Behandlet trevirke | 3,400 | Kg | 7% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 114520 | Blandede metaller | 5,140 | Kg | 10% |

| | | | | | | | | |
|------------|--------------|-------|-------------------------|--------|-----------------------------|---------------|----|-------------|
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 116150 | Gips | 20,720 | Kg | 42% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 117110 | Folieplast, emballasje | 120 | Kg | 0% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 199120 | Blandet avfall usortert | 6,560 | Kg | 13% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 199130 | Brennbart avfall sortert | 3,780 | Kg | 8% |
| Sum | | | | | | 49,780 | | 100% |

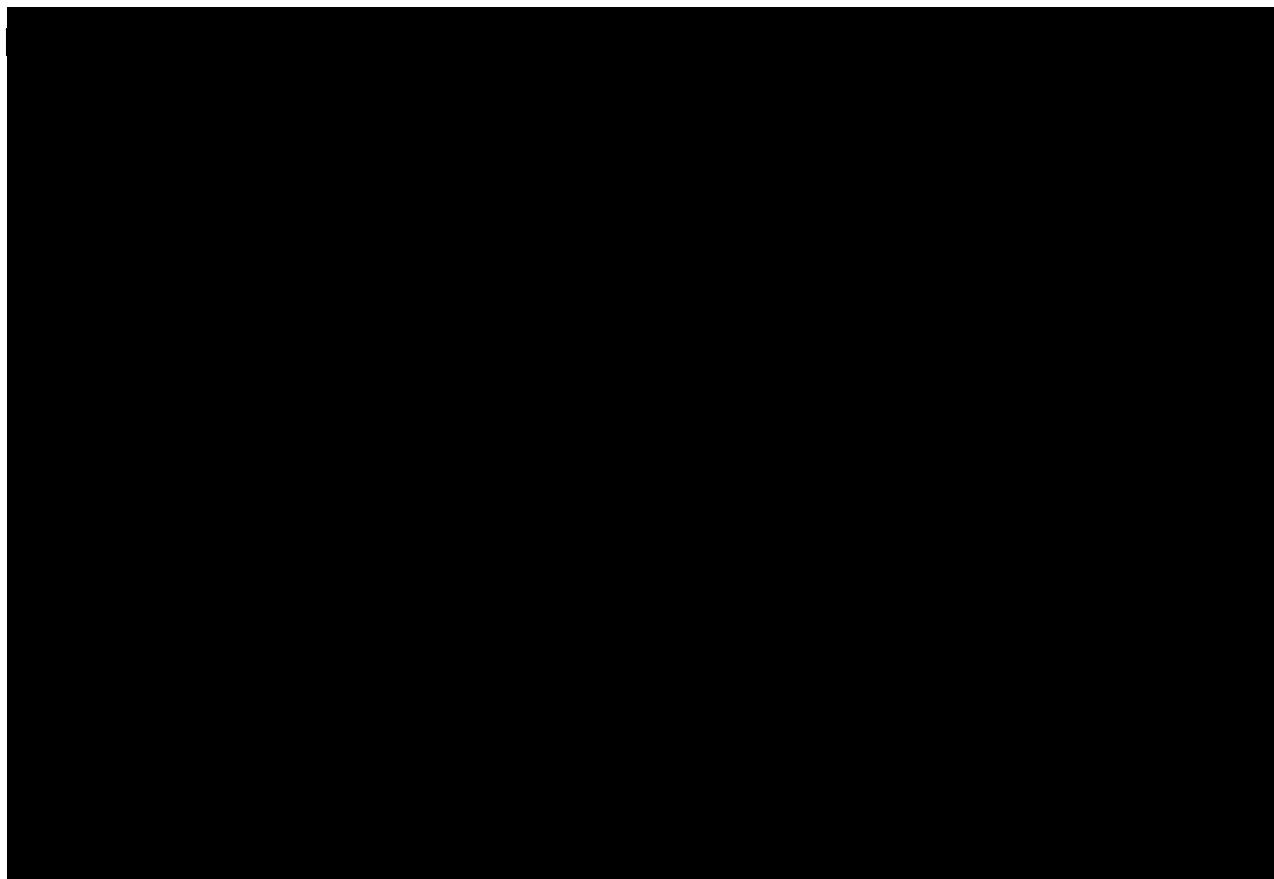
**Totalt pr
31.12.2016**

| Kundenr | Navn | Anlegg | Anlegg | Artikkel | Beskrivelse | Mengde | Enhet | Sort.grad |
|------------|-----------|--------|-------------------------|----------|----------------------------|---------------|-------|-------------|
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 111410 | Rent trevirke | 16,140 | Kg | 18% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 111420 | Behandlet trevirke | 6,260 | Kg | 7% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 112310 | Emballasjekartong | 1,340 | Kg | 2% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 114520 | Blandede metaller | 7,700 | Kg | 9% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 116110 | Betong uten armeringsjern | 2,640 | Kg | 3% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 116150 | Gips | 32,940 | Kg | 37% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 116991 | Blandet gips og mineralull | 5,680 | Kg | 6% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 117110 | Folieplast, emballasje | 260 | Kg | 0% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 117311 | Forurenset isopor EPS | 30 | Kg | 0% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 199120 | Blandet avfall usortert | 6,980 | Kg | 8% |
| 111238 | Consto AS | 13794 | Prosj. 10379 UNN AFL | 199130 | Brennbart avfall sortert | 8,620 | Kg | 10% |
| Sum | | | | | | 88,590 | | 100% |

1.6 RISIKOVURDERINGER I PROSJEKTET

Prosjektet har gjennomført jevnlig risikovurderinger og analyser. Dette er gjort i nært samarbeid med entreprenør under samhandlingsprinsippet. Kvantifisering av mulige kostnadseffekter er derfor en akademisk tilnærming, og tas ikke ut som linjere effekter.

Pr. Dato vurderes de kjente risiko og muligheter til å være under kontroll for prosjektet.



1.6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)

Prosjektets organisering er uendret i forhold til tidligere rapportering.

1.6.2 Kostnader

Se kapitel om økonomi. Det er ingen kjent usikkerhet økonomisk i prosjektet nå.

1.6.3 Fremdrift

Se kapitel om fremdrift.

1.6.4 Mulige konflikter i fht drift og eksterne interessenter

Det er et godt samarbeid mellom prosjektet og UNN teknisk drift såvel som klinikkene. Det har vært en del misfornøydhet fra klinikkene på brukergruppe arbeid i forhold til anskaffelser av utstyr. Prosjektet mener dette nå er forbedret og avklart. Vi gjør løpende vurdering av dette.

1.6.5 Annet

1.7 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE VURDERING.

Det har ikke vært gjort noen overordnede beslutninger i tertialet. Byggearbeidet pågår med innvendig innredning, og arbeidet følger oppsatt tidsplan. Økonomien i prosjektet er under god kontroll og har prognose til å gå i balanse.



UNN HF PET-SENTER

UTBYGGINGSSJEFENS TERTIALRAPPORT PR. 31.12.2016

Innhold

1. P 70100 UNN HF PET-senter

1.1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG.

Prosjektets rammer er vedtatt utvidet i Helse Nord RHF i styresak 135-2016.

Det har vært gjennomført en omfattende prosjektgjennomgang med hensyn på omfanget av bla endrede forutsetninger, mangler og feilkalkulering er i prosjektet.

I denne sammenheng er det endrede forutsetninger i forblindelse med reservekraft og trykkluft og herav behov for et teknisk hus som har ført til de største økonomiske utfordringene. Dette da det har vært en forutsetning at disse anleggene skulle forsynes fra eksisterende anlegg. Videre har vanskelighetsgraden i forbindelse med både etablering av kulvert og kompleksiteten til gassanlegget vært betydelig undervurdert noe som har ført til en kostnadsøkning.

Det har i forbindelse med kontraktsforhandling og kontraktsforhandling etter samspillsfase vært gjennomført betydelige kutt i prosjektet. Disse kuttene har i hovedsak vært reduksjon i omfang og i noe grad kvalitetsreduksjon hvor dette har kunne gjennomføre uten forringelse av byggets og de tekniske anleggenes funksjon eller kvalitet. I forbindelse med styresak 135-2016 har det av denne grunn vært begrensede muligheter for ytterligere kutt i prosjektet.

Mottak av gaver fra Trond Mohn gir betydelige merkostnader fordi bygget og dets teknisk infrastruktur må tilpasses utstyret. Dette gjelder i hovedsak i forbindelse med etablering av

PET/MR da den beregnet PET/CT har behov for enklere teknisk infrastruktur. Dette har konsekvenser for prosjektets totale investeringsramme.

1.2 FREMDRIFT.

Byggestart: 01.11.2015

Oppstart teknisk prøvedrift: 20.11.2017

Oppstart klinisk prøvedrift: 20.02.2018

1.3 ØKONOMI. HOVEDTALL

1.3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RH

567,9 mill kroner

1.3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt.

| Investeringer tall i mill kr | Investerings ramme overført til 2016 | Investerings ramme 2016 | Forbruk siste to mnd | Sum investert 2016 | Restramme | Forbruk i år av disponibel ramme % |
|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|-----------|------------------------------------|
| UNN PET-senter | -75,8 | 50 | 20,4 | 127,7 | * | * |

*Investeringsrammen for prosjektet ble først justert i henhold til prosjektfremdrift i juni 2016

1.3.3 Totalt forbruk

| Investeringer tall i mill kr | Investerings ramme | Sum investert | Restramme | Forbruk av disponibel ramme % |
|------------------------------|--------------------|---------------|-----------|-------------------------------|
| UNN PET-senter | 567,9 | 193,0 | 374,9 | 34% |

1.3.4 Investeringsplan (i løpende kroner).

| Investeringsramme MNOK | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------------------|---------|---------|----------|----------|
| UNN PET-senter | 25 mill | 50 mill | 418 mill | 100 mill |

1.3.5 Oppsummering hovedtall.

Prosjektets ramme er økt til 567,9 mill kr. Det er forbrukt 193 mill kr i prosjektet og det gjenstår således 374,9 mill kr til 2017 og 2018. Hoveddelen av dette forbrukes i 2017.

1.4 VEDRØRENDE DE ENKELTE DEL KAPITLER.

1.4.1 Kap A.- Generelle og spesielle kostnader.

| Konto | Beskrivelse | Budsjett | Påløpt | Gjenstående |
|-------|---------------------------|----------|---------|-------------|
| 1-7 | Bygging | 335 379 | 123 170 | 212209 |
| 8 | Generelle kostnader | 78 029 | 70 600 | 7 429 |
| 9 | Spesielle kostnader | 82 250 | 0 | 82 250 |
| 10 | Andre spesielle kostnader | 73 867 | 0 | 73 867 |

| | | | | |
|--|------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Sum kr inkl mva | 567 375 | 193 170 | 374 205 |
|--|------------------------|----------------|----------------|----------------|

1.4.6 Kap F – Utstyr

Det er gjennomført konkurranse på utstyr for 47 mill kr inkl mva. Dette utstyret er ikke levert på byggeplass ennå. Utstyret knyttet til denne konkurransen skal betales av gavegiver. Det pågår arbeid med øvrige utstyrsanbud.

1.4.7 Kap G1.- Følgkostnader uten egen investeringsramme Ikke aktuelt

1.4.8 Kap G3- Marginer

Prosjektet har budsjettpost på sikkerhetsmargin på 5 mill kr. Denne er urørt.

1.4.9 Kap H1- Følgeprosjekter med egen investeringsramme. Kontoretasjer kr. 99 mill

1.5 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ

1.5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold

Det er ikke påvist uønskete forhold i prosjektet.

1.5.2 Vernerunde

Det er etablert rutiner for HMS arbeidet og gjennomføres vernerunder hver 14 dag på byggeplass. Prosjektet har totalt hatt 26 vernerunder tom 17.12.2016.

Det er registrert 58.980 timerverk pr 14.12.2016

Det er ikke registrert ulykker med skade eller sykefravær relatert til arbeidsmiljø.

1.5.3 Hendelser

Det er utarbeidet 172 stk RUH pr 17.12.2016

1.5.4 Støy

Ikke aktuelt.

1.5.5 Ytre miljø (oversikt over evt utslipp og avfallsmengder)

Innarbeides i neste rapport

1.6 RISIKOVURDERINGER I PROSJEKTET

Det er gjennomført risiko- og mulighetsanalyser i prosjektet.

De største risikoer som er avdekket og er handtert i perioden er byggets ekstreme kompleksitet og mangler ved prosjekteringen av dette. Dette gjelder spesielt gassanlegg og ventilasjon. I tillegg har kulvert og tekniske installasjoner i kryssende vei gitt utfordringer. Videre er det behandlet og risikovurdert nye tekniske anlegg som trykkluft og reservekraft. Prosjektets påvirkning av Universitetet i Tromsø (UIT) sin utvidelse av Avdeling for komparativ medisin (AKM3) er ikke vurdert pt.

Valideringsarbeidet i prosjektet vurderes også som en risikofaktor. Validering av et bygg i den sammenheng som kreves for legemiddelproduksjon og behandling av radioaktive stoffer er en oppgave utenom det vanlige i et byggeprosjekt. Planleggingen av dette arbeidet har vært god, men kompleksiteten av tekniske anlegg, samt mangler i prosjekteringsgrunnlag fra rådgiver har gitt behov for betydelig ekstra arbeid. Det har vært enighet omkring fremgangsmåten for å mestre dette, og det har vært gjort nødvendige justeringer hos

entreprenører for å svare ut løpende behov for dokumentasjon. Selv om prosessen går greit vil valideringsprosessen ha behov for økt fokus i kommende tertial.

1.7 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE VURDERING.

Styret i Helse Nord RHF har i styresak 135-2016 besluttet følgende:

1. Styret i Helse Nord RHF fastsetter endelig ramme for PET-senteret i Tromsø til 567,9 mill. kroner.
2. Styret godkjenner å frigjøre hele differansen mellom p50-rammen og p85-rammen på 43,2 mill. kroner til finansiering av prosjektet.
3. Styret godkjenner at økt gavetilsagn fra Trond Mohn samt forventet ekstra investeringstilskudd fra Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet på til sammen 23,7 mill. kroner inngår i finansieringen av kostnader som overstiger p85-rammen.
4. Styret forutsetter at Universitetssykehuset Nord-Norge HF omdisponerer 8,0 mill. kroner fra egne midler til full finansiering av prosjektet.

Utbyggingssjefens overordnede vurdering

Prosjektets hovedfremdrift er ihht fremdriftsplan hvor bygget skal være klart til teknisk prøvedrift 20.11.2017. Enkelte deler av prosjektet er noe forsinket, dette omfatter kulvert og teknisk hus, men dette påvirker ikke prosjektets sluttdato.

Utvidelsen av PET-sentret med 3 kontoretasjer fører til en del usikkerhet rundt grensesnitt og lignende. Dette håndteres fortløpende av prosjektledelsen og utbyggingssjefen i hvert enkelt tilfelle. Dette gjelder pt i hovedsak grensesnitt i forbindelse med infrastruktur og logistikk til kontoretasjene og deres påvirkning på PET-sentret for øvrig.

UiT er i gang med utvidelse av Avdeling for Komparativ Medisin med nytt tilbygg nord for eksisterende AKM kaldt AKM3. Dette prosjektet gjennomføres delvis på riggområdet til PET-sentret og delvis på UiTs tomt noe som medfører behov for tett koordinering mellom prosjektene.

Det er risiko for at dette prosjektet kan påvirke PET-sentret med hensyn på bla fremdrift.



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|----------------------------|--|-----------------------------------|
| 25/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.3.2017 |
| Saksansvarlig: Lars Røslie | | Saksbehandler: Per-Øivind Sørgård |

Langsiktig utvikling av ambulansetjenesten ved UNN

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar til etterretning at den nye Akuttmedisinforskriften stiller krav om at begge helsearbeiderne som bemanner en ambulanse fra 2015 skal ha autorisasjon som helsepersonell, og at minst en av dem skal ha autorisasjon som ambulansearbeider.
2. Styret tar også til etterretning at rekrutteringssituasjonen i tjenesten ved UNN medfører en utvikling i retning gradvis mer bruk av tilstedevakt på vaktrom.
3. Styret viser til at nye samferdselsløsninger som i Ofoten og Troms reduserer transporttidene, kan åpne for å revurdere stasjonsmønsteret.
4. Styret ber direktøren legge til rette for å videreutvikle ambulansetjenesten i UNN slik at lovkrav til kompetanse og arbeidstidsordninger ivaretas. Uten økte rammer vil dette vil innebære løsninger med færre og større stasjoner der det er hensiktsmessig, noe som vil gi økt differensiering av responstidene i deler av opptaksområdet som en uunngåelig og uønsket konsekvens. Styret er innforstått med at oppfyllelse av lovkravene medfører utfordringer med å nå måltallene for de nasjonale kvalitetsindikatorerne for responstider¹.
5. Direktøren bes orientere styret før det fattes konkrete beslutninger om endringer i stasjonsstrukturen i ambulansetjenesten.

Bakgrunn

De prehospitaltjenestene er et prioritert utviklingsområde i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) sin strategiske utviklingsplan. Det er et mål i planen å utvikle mottaks- og akuttfunksjonene slik at disse gir hurtig diagnostisk avklaring og raskt igangsatt behandling. UNN skal ta i bruk avstandskompenserende virkemidler gjennom effektiv bruk av ulike

¹ <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus>

transport- og kommunikasjonsmidler, herunder helikopter og digitale løsninger. Tjenestene skal være tett integrert med AMK, akuttmottakene, observasjonspost og mottaksavdeling

Ambulansetjenesten er en vesentlig del av dette utviklingsområdet. Styret ved vedtok følgende i sak 108/2014 *Virksomhetsplan 2015, pkt. 4:*

Styret gir sin tilslutning til at aktiv pasientbehandling prioriteres noe høyere og beredskap noe lavere i forhold til hverandre enn tidligere. Styret er innforstått med at dette kan medføre endringer i vaktplaner og økt differensiering av responstidene i bilambulansetjenesten, men forutsetter at eventuelle konkrete forslag om strukturendringer fremmes for godkjenning i styret.

På bakgrunn av denne styresaken utarbeidet Akuttmedisinsk klinikk *Utredning om mulig endret ambulansestructur ved UNN*. Denne ble fulgt opp med følgende beslutning fra direktøren:

Akuttmedisinsk klinikk gis i oppdrag å utarbeide en plan for gradvis endring av ambulansetjenesten over en femårsperiode. Både bil- og båtambulansetilbudene skal vurderes, og det skal utarbeides en økonomisk langtidsplan for virksomheten.

Styret ble orientert om bestillingen i styresak 38/2015 *Orienteringssaker – muntlig orientering nr. 9 Ambulanseberedskap – langsiktig bestilling*.

Akuttmedisinsk klinikk har gjennom flere faser jobbet med å utrede fremtidens ambulansetjeneste i UNN. Det har vært jobbet med avtaler om drift av ambulansebåter i samarbeid med kommunene. Arbeidstidsordningene har vært under vurdering i samarbeid med de ansattes organisasjoner. Det har også vært gjort vurderinger av kontraktlengde på leieavtaler for ambulansestasjoner og vurdert endret lokalisering ved kontrakttidens utløp. Mest konkret er det gjort en vurdering av ambulansetjenesten på Senja og fremtidig organisering av denne. Planen har også vært på høring i berørte kommuner og klinikken vil kunne ferdigstilles basert på vedtak i denne styresaken.

Formål

Formålet med saken er å få styrets tilslutning en strategi som gir best mulig balanse mellom kompetansekravene i den nye Akuttmedisinforskriften, arbeidstidsordninger, basestruktur og nasjonale kvalitetsindikatorer for responstider.

Saksutredning

Gjennom arbeidet som det er redegjort for innledningsvis, har Akuttmedisinsk klinikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) erkjent at det ikke kan utvikles en overordnet, langsiktig plan for ambulansetjenesten uten at det gjøres noen prinsipielle avklaringer først. Dette gjelder dagens og fremtidens utfordringer med hensyn til bemanning, krav til kompetanse, arbeidstidsordninger samt de forventninger som ligger til responstid som kvalitetsmål. Det er utfordrende å håndtere disse kravene og forventningene innenfor tildelt ressursramme, som ikke kan forventes å øke.

Kompetansekrav

Den nye Akuttmedisinforskriften er gjort gjeldende fra mars 2015. Her stilles det krav til at personellet (begge) i ambulansen skal ha autorisasjon som helsepersonell og at minst én skal ha autorisasjon som ambulansearbeider. Det gis ikke dispensasjon for annen kompetanse i ferier.

Begge skal ha kompetansebevis for utrykningskjøretøy. Det er en overgangsordning på tre år for å oppfylle kravet. Ambulanseavdelingen har nå som mål å kunne oppfylle forskriften i daglig drift. Dette er imidlertid ikke mulig under ferieavvikling, uten at det gjøres endringer i grunnbemanningen.

Frem til nå har det vært anledning til å gjennomføre vikarkurs etter malen i NOU 1976:2 *Utdanning av ambulanspersonell*. Ambulanseavdelingen har hvert år gjennomført slikt kurs for deltagere som hovedsakelig har dekket ferievikariater. Noen har også fortsatt som vikarer og etter nok fartstid tatt fagbrev og fått autorisasjon som ambulansarbeider. Denne måten å rekruttere personell på opphører med bemanningskravet i den nye forskriften. Dette skaper store utfordringer med gjennomføring av ferieavvikling.

Det estimerte årlige behovet for ferievikarer lar seg ikke rekruttere i arbeidsmarkedet. Det er vurdert som lite sannsynlig at dette vil bli mulig i overskuelig fremtid. Hvis grunnbemanning ikke økes, må en søke og rekruttere annet autorisert personell til ferieavviklingen.

Arbeidstidsordninger

Historisk sett har ambulansetjenesten i distrikt vært drevet av personell som bor lokalt, med annen jobb ved siden av, som har rykket ut fra hvilende vakt ved behov. Økte krav til kompetanse, responstid og arbeidstidsordninger har gjort at denne måten å drive på, ikke lenger er mulig. Da helseforetaket overtok ansvaret for ambulansetjenesten i 2006, valgte man å etablere ambulansestasjoner der ambulansen hadde garasje. Arbeidstidsordningene er fremdeles i hovedsak basert på hjemmevakt, og bemannet deretter. For tiden er det ikke tilstrekkelig antall lokalt ansatte som kan bemanne ambulansen, og mange stasjoner er derfor avhengig av personell som pendler. Dersom dette skal fungere, er det nødvendig å endre arbeidstidsordningene for å få søkere til stillingene. Arbeidstidsordningen er nå slik at noen få stasjoner har tilstedevakt, som også deles opp i aktiv og passiv arbeidstid. De fleste stasjoner har tilstedevakt på dagtid, og hjemmevakt nattetid, da med passiv arbeidstid.

Arbeidstidsordninger med hjemmevakt, medfører høy vaktbelastning og stor andel AML-brudd siden alle utrykninger på passiv tid genererer overtidstimer. Vi har rekrutteringsproblemer og utfordringer med dekning av ledige vakter som følge av sykefravær og vakanser, spesielt på stasjoner med hjemmevakt. Erfaring viser også at hjemmevakt er vanskelig forenlig med måloppnåelse for den nasjonale kvalitetsindikatoren for responstid. På landsbasis er det kun de tre nordligste helseforetakene som fortsatt har hjemmevakt som hovedregel. De andre helseforetakene har gått gradvis over til tilstedevakt. Helgelandssykehuset besluttet i sin styresak 50/2016 *Ny ambulansplan for Helgelandssykehuset* å utvikle tjenesten i retning økt bruk av tilstedevakt på vaktrom.

Ambulanseavdelingen anbefaler at utfordringene møtes ved å redusere bruken av hjemmevakt, og gradvis utvikle tjenesten i retning av økt bruk av tilstedevakt på vaktrom. Innføring av tilstedevakt må kombineres med stor nok grunnbemanning som også inkluderer bemanning nok til gjennomføring av ferie. Dette vil kreve tilførsel av nye stillinger. Arbeidsplaner og vaktordninger som grunnlag for dette må avklares i forhandlinger med organisasjonene og fremtidige budsjettbehandlinger.

Det er viktig for rekrutteringen at arbeidsforholdene i UNN ikke står tilbake for arbeidsforholdene i resten av landet. Det betyr igjen at forhold som tilstedevakt samt stasjoner som er store nok til at det kan utvikles et godt fagmiljø, blir viktig for rekruttering. I tillegg vurderes også mulighetene for å samarbeide med andre stasjoner samt eventuelle rotasjonsordninger (for å sikre muligheten for faglige utfordringer og faglig påfyll), å være viktig for rekrutteringen.

Responstider

Akuttutvalgets NOU 2015: 17 *Først og fremst* anbefalte responstid i ambulansetjenesten som en nasjonal kvalitetsindikator. Tid fra 113-oppringing til ambulanse på hendelsessted er nå innført som nasjonal indikator. Det er likevel ikke etablert nasjonale krav til responstid, men Stortinget vedtok i 2000 følgende veiledende responstider:

- I byer og tettsteder skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 12 min i 90 % av de akutte hendelsene
- I grisgrendte strøk skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 25 min i 90 % av hendelsene

Det synes nå avklart fra Helse- og omsorgsdepartementet at responstidskravene ikke vil bli forskriftsfestet. Det er likevel de veiledende responstidene ambulansetjenesten evalueres på grunnlag av ved tilsyn. Oppdaterte tall på helsenorge.no for Troms viser at 75 % nås innen 12 min i byer og tettsteder (nasjonalt gjennomsnitt 72 %). I grisgrendte strøk er andelen som nås innen 25 min 82 % (nasjonalt gjennomsnitt 81 %). Innføring av tilstedevakt vurderes å kunne bedre responstiden noe.

«Hvite biler» syketransport

En annen mulighet for å bedre responstiden for ambulansetjenesten, er å få etablert liggende pasienttransport for de pasienter som ikke har behov for behandling/ pleie under transport. Denne organiseringen er med hell benyttet i flere andre foretak, og medfører at ambulansetjenesten avlastes for slike pasienter, med bedre beredskap som effekt.

Basestruktur

For å få gjennomført endringer, må en vurdere muligheten til å slå sammen til større ambulansestasjoner med økt differensiering av responstidene som konsekvens. Dette kan medføre kortere responstider i noen områder, men også lengre responstider i de mest perifere områdene som en uønsket, men uunngåelig konsekvens. Dette bør gjøres i sammenheng med rullering av leiekontrakter på de ambulansestasjoner som UNN leier i dag. Endringer i infrastruktur som påbegynte og fremtidige vei-, bru- og tunnelprosjekter, vil gjøre at man hurtigere kan nå deler av befolkningen en man gjør i dag. Eksempelvis vil Bjarkøyforbindelsen gjøre at behovet for ambulansébåt minimaliseres og kan vurderes erstattet med beredskapsferge over Toppsundet. Veiprojektene i Nord Troms, E6 Sørkjostunellen og E6 Indre Nordnes-Skardalen vil redusere reisetiden fra Nord Troms mot UNN Tromsø. Hålogalandsbrua vil gjøre avstanden mellom Narvik og Bjerkvik 18 km kortere. Det planlegges også vesentlige utbedringer av E6 gjennom Indre Troms.

Medvirkning

Saken var forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, Brukerutvalgets arbeidsutvalg og Arbeidsmiljøutvalget i egne møter 13. og 14.3.2017. Ansattes representanter og vernetjenesten var spesielt opptatt av ansattevilkår og stasjonsstruktur, og spørsmål til saken ble svart ut under behandlingen.

Samtlige møter sluttet seg til at direktøren avslutter saken samt at den forelegges styret med den innretning saken var gitt til drøftings- og innspillsmøtene.

I tillegg var saken til behandling i det overordnede samarbeidsorgan mellom UNN og kommunene (OSO) i møte 23.2.2017, og OSO tok saken til orientering.

Vurdering

Denne saken viser at UNN har utfordringer på flere plan når det gjelder ambulansetjenesten og utviklingen framover. Forskriftsfestede kompetansekrav medfører behov for økt grunnbemanning og økt ressursbruk. På den annen side vil endrede vaktordninger med høy nok grunnbemanning redusere vikarbehovet og alle følgekostnader rundt dette. Likeledes kan nye samferdselsløsninger åpne opp for færre og større stasjoner, med muligheter for reduserte kostnader.

I sum er det direktørens vurdering at noe kostnadsøkning i ambulansetjenesten er unngåelig. Gitt den budsjettmessige situasjonen i foretakene, og kunnskapen om at det ikke kan forventes realvekst i årene fremover, er det et mål å dempe kostnadsøkningen mest mulig. Strategien som beskrives i denne saken, med økt grunnbemanning og økt bruk av tilstedevakt på stasjon kombinert med redusert bruk av ferievikarer og utvikling i retning færre og større stasjoner, vurderes å kunne dempe kostnadsveksten og sikre en tjeneste med stabil og forutsigbar kapasitet og kvalitet. Det er også en utfordring at lavt aktivitetsnivå på de mest perifere stasjonene er en utfordring når det gjelder å opprettholde kompetanse. En endring i retning færre og større stasjoner vil også bidra til å redusere denne utfordringen.

UNN har et geografisk krevende opptaksområde. Det er et paradoks at økende krav til kvalitet i tjenesten utfordrer tilgjengeligheten (responstidene) i grisgrendte strøk. Det må påregnes at det vil forbli vedvarende krevende å nå ønskede resultater på de nasjonale kvalitetsindikatorerne for responstider i deler av opptaksområdet.

Konklusjon

Administrerende direktør anbefaler at Akuttmedisinsk klinikk starter arbeidet med gradvis overgang til økt bruk av tilstedvakt på færre og større ambulansestasjoner.

Tromsø, 22.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Kort om dagens organisering av Ambulanseavdelingen



Kort om Ambulanseavdelingen

<https://unn.no/avdelinger/akuttmedisinsk-klinikk/ambulanseavdelingen>

Ambulanseavdelingen er en av 4 avdelinger i Akuttmedisinsk klinikk. Avdelingen er organisert i 7 seksjoner som drifter 31 ambulansestasjoner. Antall stillinger er 310 herav 270 i turnus og 30 lærlinger. Vikarbehovet er jevnt og bare for å avvikle ferie er det behov for ca. 30 stillinger fordelt på minimum 80 stykker. Beredskapen på dagtid ukedager er 47 ambulansenheter, på natt og i helger er den 36 enheter. Tjenesten har i snitt utført 28500 oppdrag og kjørt 2 millioner km i året siden 2007. Belastningen pr måned er jevn og man har ingen muligheter for lavdrift i noen av årets måneder som andre enheter i UNN.

Slik man i dag er dimensjonert så er tjenesten underdimensjonert med antall stasjoner og ambulanser i forhold til det man måtte hatt dersom de nasjonale responstidsanbefalinger skulle vært forskriftsfestet. Dette har vært dokumentert i Sintef rapport av Mars 2002 rapport Desember 2005 og Mars 2014. Vi er usikre på om det vil være mulig å etablere og bemanne det antall stasjoner som anses som ideelt, men er klar på at vi med noen få endringer kan forsvare dagens stasjonsmønster. Det vi ser på som en utfordring er tidvis underkapasitet. Dette får konsekvenser for både beredskap og prioritet for ambulanseoppdrag av hastegrad vanlig.

Det er flere forskjellige typer vaktordninger på våre stasjoner. Grovinnvidingen er tilstedevakt (kasernert) eller hjemmevakt med tilstedevakt dagtid. I tillegg deles arbeidstiden opp i aktiv og passiv arbeidstid. Fordelingen av aktiv/passiv arbeidstid er avgjørende for kostnadene i forbindelse med utrykninger. Stasjoner med tilstedevakt har større bemanning og billigere utrykninger i passiv tid enn stasjoner med hjemmevakt. Stasjoner med hjemmevakt genererer flere brudd på AML i forhold til overtid enn de med kasernert vakt.

Bemanning på distriktsambulansestasjoner med døgnberedskap er som følger:

| | |
|---|---------------------------------|
| Hjemmevakt: | 1 ambulanser med 4 stillinger. |
| | 8 ambulanser med 5 stillinger. |
| Tilstedevakt ukedager og hjemmevakt i helg: | 11 ambulanser med 6 stillinger. |
| Kun tilstedevakt: | 11 ambulanser med 7 stillinger. |

Det har siden sommeren 2016 vært ført forhandlinger med Delta om et prøveprosjekt med grunnbemanning på 7 stillinger på en eller flere utvalgte stasjoner. Disse forhandlinger er nå ferdig og en starter nå et prøveordning på 1 stasjon i Narvikområdet. Her økes det med 2 stillinger og innenfor dette skal stasjonen være dekket for å gjennomføre ferieavvikling uten å måtte tilsette vikarer.

Vedlegg

- Akuttmedisinsk klinikk, «Utredning av mulig endret ambulanse struktur i UNN HF»
- Sintef rapport A26823, «Ambulansestrukturen i UNN HF»



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|------------------------------------|--|---------------------------------|
| 26/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.3.2017 |
| Saksansvarlig: Gina Marie Johansen | | Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen |

Idéfase for psykiatri- og rusfeltet ved UNN

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner rapport for *Idéfase – arealer til psykisk helse- og rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Tromsø*.
2. Styret anbefaler å gå videre med utredning av UNN Åsgård, *0-alternativet*, UNN Åsgård, *Vest-alternativet* og UNN Breivika, *Gimleveien 12-alternativet* til neste fase av planleggingen.
3. Styret oversender rapport og anbefaling til styret ved Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Helse Nord RHF (Helse Nord) vedtok i styresak 62-2016 mandat for *Idéfase – arealer til psykisk helse- og rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø* og ba om å få fremlagt rapport med plan for oppstart av konseptfase når denne var behandlet av styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Arbeidet med idefasen startet opp høsten 2016 med første styringsgruppemøte 19.9.2017. Arbeidsgruppen la frem ferdig rapport til behandling i styringsgruppen for prosjektet 22.2.2017. Styringsgruppen godkjente rapporten og videresendte den til styrebehandling.

Saksutredning

Idéfasearbeidet for arealer til psykisk helse- og rusbehandling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har vært hektisk, men vært gjennomført på en ryddig og oversiktlig måte, med god involvering. Det har vært gjennomført fem møter i medvirkergruppen bestående av

pasientrepresentant, ledere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten ved Psykisk helse og rusklinikken (PHRK). Det er gjennomført en studietur til to forskjellige institusjoner for psykisk helse- og rusbehandling, henholdsvis i Gøteborg i Sverige og Slagelse i Danmark, for inspirasjon og kunnskapsbygging. Arbeidet har vært ledet av prosjektleder fra UNN samt innleide ressurser fra Sykehusbygg HF og Asplan Viak. Sykehusbygg har bidratt med virksomhetsfremskrivning, arealplanlegging, gjennomføring av medvirkerprosess, vurdering av vern av Åsgård og redaktørarbeid for rapport. Arkitekter fra Asplan Viak har gjennomført mulighetsstudie og utredning av tomteforslag. Kostnadsberegninger er utført, og takst for UNN Åsgård er utarbeidet av Troms takst AS.

Det har totalt vært vurdert 10 alternativer, inkludert *0-alternativet*. Bortsett fra de anbefalte alternativer er det kun ett av de øvrige som scorer høyt på mulighetsstudien, UNN Åsgård, *Sør-alternativet*. Når dette likevel er tatt ut av videre anbefaling er det på bakgrunn av usikkerhet omkring reguleringsplan og erverv av tomt som ikke er i UNNs eie. Det ligger heller ikke inne i UNNs overordnede strategiske vurdering å erverve større tomtearealer omkring UNN Åsgård.

Rapportens hovedkonklusjoner er at UNN Åsgård, *0-alternativet* er svært lite egnet for videre langsiktig løsning av arealbehovet for funksjonene. Investeringsbehovet er i størrelsesorden som ved nybygg, og det vil dessuten være stor usikkerhet til langsiktig kvalitet for både teknisk og klinisk drift. Rapporten gir alternativet svært dårlig score, men på grunn av overordnede føringer må alternativet utredes videre.

Anbefalte alternativer for løsning er *UNN Åsgård, Vest-alternativet* og *UNN Breivika, Gimleveien 12-alternativet*. Begge disse alternativene scorer høyt på mulighetsstudiens matrise og er derfor vurdert som hensiktsmessige plasseringer for å løse oppgaven. Alternativene har forskjellige styrker og svakheter.

UNN Åsgård, Vest tilkjennegis av ansatterepresentanter og pasienter som det prefererte alternativ. Det ligger i samme område som dagens institusjon og vil ha samme naturskjønne beliggenhet, med kjente og trygge omgivelser som på en lett og trygg måte gir mulighet for bruk av omliggende friområder. På den andre siden er området under press av fremtidig boligbebyggelse. Nytt sykehusbygg vil endre adkomst og omgivelser, og det er avstand til UNNs øvrige somatiske virksomhet.

UNN Breivika, Gimleveien 12 er en stor tomt som gir muligheter for utforming av bygg, kulvertforbindelse til dagens somatiske sykehusbygg og mulighet for parkeringsløsning og parkanlegg. Det er utbyggingssjefs og medvirkergruppens oppfatning at det er nødvendig med ekstrainvesteringer i parkeringsanlegg, kulvert og parkanlegg for å kompensere for de forhold som i dag får tomten til å se industriaktig og lite helsefremmende ut. I tillegg er det viktig å sikre den merverdi som flytting av virksomheten til Breivika kan gi i form av nærhet til somatikk.

Idéfasen har ikke lyktes klarlegge hvilken effekt samlokalisering av somatikk og psykiatri- og rusbehandling kan gi til pasientene. Somatiske avdelinger har vært tydelig på at somatiske pasienter med psykiske- eller rusplager kan få bedre behandling for sin somatiske lidelse ved bedre tilgang til tjenester og tilsyn fra rus og psykiatri. Det reises tvil omkring riktig behandlingsnivå for majoriteten av somatiske plager og primærprofylakse hos pasienter med psykisk sykdom og rus. Dette løses kanskje mer kostnadseffektivt ved bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

Videre arbeid med tidligfaseplanlegging av arealer til psykisk helse- og rusbehandling ved UNN er anslått å kunne gjennomføres på om lag 30 måneder. Det omfatter oppstart av organisasjonsutvikling med estimert varighet på 8 måneder med påfølgende hovedfunksjonsprogram, overordnet konseptskisse og avklaring av tomtevalg i løpet prosessens 12 første måneder. De

kommende 10 måneder går med til skisseprosjekt, person- og vareflyt, kostnadsberegning, usikkerhetsanalyse og utarbeiding av konseptrapport. Kvalitetssikring av konsept (KSK) vil være en følgeevaluering som pågår gjennom hele konseptfasen. Etter godkjent konsept og styrebehandling er forprosjekt estimert til 8 måneder frem til beslutning om bygging. Når prosess med konseptfase skal starte avhenger av prioritering i forhold til investeringsbudsjett i Helse Nord RHF.

Medvirkning

Saken var forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, Brukerutvalgets arbeidsutvalg og Arbeidsmiljøutvalget i egne møter 13. og 14.3.2017. Samtlige møter sluttet seg til at direktøren avslutter saken med den innretning saken var gitt.

Vurdering

Arbeidet med idéfaserapporten har vært gjennomført i henhold til *Veileder for tidligfaseplanlegger for sykehusbygg (2012)*. Arbeidet har pågått fra september 2016 til februar 2017 og har vært tilstrekkelig til å kunne avklare og belyse de nødvendige faktorer som skal klarlegges i idéfase. Rapporten konkluderer med å gå videre med *0-alternativet* og to gode alternativer for realisering av nybygg for psykisk helse og rusbehandling i Tromsø. Arbeidet er i samsvar med UNNs strategiske utviklingsplan for bygg, og baseres på konklusjonene i dette arbeidet. Disse prosessene har vært sammenfallende i tid.

Arbeidet med idéfase for arealer for psykisk helse- og rusbehandling ved UNN Tromsø er gjennomført i henhold til tidsplan, økonomisk ramme og krav til prosess. Rapporten anbefaler å gå videre i neste fase med *0-alternativet* som går ut på å bli i eksisterende arealer ved UNN Åsgård med betydelig krav til oppussing og stor risiko knyttet til resultat, eller bygge nytt bygg på en av to alternative tomter med forskjellige fordeler og ulemper. Den ene anbefalte tomten ligger like vest for eksisterende bygg på Åsgård, den andre ligger like nord for eksisterende somatiske sykehusbygg i Breivika.

Konklusjon

Det er direktørens vurdering at overnevnte vurdering er godt forankret i arbeidet som er gjennomført og det anbefales derfor at styret vedtar denne strategien, godkjenner arbeidet og sender rapporten videre til behandling i Helse Nord styret.

Tromsø, 17.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Rapporten *Idéfase – arealer til psykisk helse- og rusbehandling*
Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Tromsø



Idéfase – arealer til Psykisk helse - og rusbehandling

Universitetet i Nord-Norge HF (UNN) Tromsø

Idéfase arealer til psykisk helse- og rusbehandling UNN Tromsø

| Prosjektnummer | |
|--|------------------------|
| Prosjekt | Type rapport/ dokument |
| 512301169 UNN Idéfase arealer psykiatri og rusbehandling | Idéfaserapport |

| UTARBEIDET AV | | |
|------------------------|---------------------------|--|
| navn | | epostadresse |
| Kjell Magne Gerhardsen | Sykehusbygg HF | Kjell.gerhardsen@sykehusbygg.no |
| Liv Haugen | Sykehusbygg HF | liv.haugen@sykehusbygg.no |
| Ingrid Espejord | UNN, utbyggingsavdelingen | Ingrid.espejord@unn.no |

| DOKUMENTSTATUS | | | | | |
|----------------|-------|----------------------|----------------|---------------------|------------|
| | | | Marte Lauvsnes | Kjell M. Gerhardsen | Liv Haugen |
| 28.02.2017 | v. 06 | Etter styringsgruppa | | | |
| 08.03.2017 | V 1.0 | Til styrebehandling | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| BEHANDLINGSPROSEDYRE | | | |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------|
| Oversendt for behandling | Forventet dato for behandling | Instans | Dato for behandling |
| 16.02.2017 | 22.2.2017 | Styringsgruppa | 22.02.17 |
| 08.03.2017 | 29.03.2017 | Styret UNN HF | |
| | 29.03 eller 26.04 | Styret Helse Nord HF | |
| | | | |

Innhold

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Sammendrag | 7 |
| 1.1 | Bakgrunn for Idéfase arealer til psykisk helse- og rusbehandling UNN Tromsø | 7 |
| 1.2 | Utredningsprosessen..... | 7 |
| 1.3 | Arealtall og usikkerhet knyttet til disse | 7 |
| 1.4 | Tomtealternativene..... | 7 |
| 1.5 | Vurdering av alternativene..... | 8 |
| 1.6 | Konklusjon og anbefaling | 10 |
| 1.7 | Oppstart neste fase – Program og konseptutvikling..... | 11 |
| 2 | Mandat og mål | 11 |
| 2.1 | Bakgrunn for oppstart av Idéfase for psykisk helse og rusbehandling UNN | 11 |
| 2.2 | Avgrensning mot andre prosjekter i UNN | 12 |
| 2.3 | Mandat for Idéfasen..... | 12 |
| 2.4 | Mål for Idéfasen Psykisk helsevern og rusbehandling | 13 |
| 2.5 | Metode for Idéfasen..... | 13 |
| 2.6 | Organisering og rammer for arbeidet..... | 13 |
| 2.6.1 | Overordnet organisering av utbyggingsprosjekt UNN..... | 13 |
| 2.6.2 | Prosjektorganisasjon Idéfase Psykiatri og rusbehandling UNN Tromsø | 14 |
| 2.6.3 | Involvering og forankring | 14 |
| 3 | Overordnede føringer | 16 |
| 3.1 | Nasjonale føringer | 16 |
| 3.2 | Regionale føringer | 17 |
| 3.2.1 | Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025 | 17 |
| 3.3 | Føring gitt i UNN HF..... | 18 |
| 3.4 | «Føringer» i form av tilbakemeldinger fra brukerfora..... | 19 |
| 4 | Dagens virksomhet og organisering | 19 |
| 4.1 | UNN HF, Psykisk helse- og rusklinikken | 19 |
| 4.1.1 | Funksjonsfordeling innenfor Helse Nord | 19 |
| 4.1.2 | Organisering av klinikken | 20 |
| 4.1.3 | Enheter lokalisert på Åsgårdområdet:..... | 21 |
| 4.2 | Bakgrunn, beskrivelse av dagens sykehusvirksomhet, tilbud og bygg..... | 22 |
| 4.2.1 | Ansatte i Psykisk helse- og rusklinikken..... | 24 |
| 4.2.2 | Driftskostnader for bygningsmassen på Åsgård | 24 |
| 4.2.3 | Utvikling av døgnplasser (kapasitet) og poliklinikk/dagbehandling (aktivitet) | 24 |
| 4.3 | Klinikkenes vurdering av samlokalisering – faglige og praktiske forhold | 26 |
| 4.3.1 | Samlokalisering psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling | 26 |
| 4.3.2 | Samlokalisering psykisk helsevern og rusbehandling med somatikk | 27 |
| 5 | Status dagens bygninger og anlegg | 28 |
| 5.1 | Bygningenes tilstand | 28 |
| 5.1.1 | Resultater fra tilstandsrapport Multiconsult | 28 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 5.1.2 | Erfaringer/ undersøkelse utført ved renovering bygg 7 | 29 |
| 5.1.3 | Tilbakemeldinger fra brukerne og tilsynsmyndighet | 32 |
| 5.2 | Bygningenes funksjonelle egnethet | 33 |
| 5.2.1 | Byggenes tilpasningsdyktighet | 33 |
| 5.2.2 | Forholdet mellom teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet..... | 33 |
| 5.2.3 | Tilbakemeldinger og erfaringer om byggenes utforming og egnethet..... | 34 |
| 5.3 | Landsverneplan for helsesektoren – fredning og vern på Åsgård..... | 35 |
| 5.3.1 | Landsverneplanen, foreløpig vurdering fra Sykehusbygg..... | 35 |
| 5.4 | Oppsummering..... | 36 |
| 6 | Dagens situasjon..... | 37 |
| 6.1 | Pasientforløp..... | 37 |
| 6.1.1 | Pasientforløp akuttpsykiatri | 37 |
| 6.1.2 | Pasientforløp alderspsykiatri..... | 37 |
| 6.1.3 | Pasientforløp rusbehandling (TSB) | 37 |
| 6.1.4 | Pasientforløp (DPS): Senter for psykiske helse og rusbehandling (SPHR) | 39 |
| 6.2 | Spesielle problemstillinger | 40 |
| 6.2.1 | Medikamentfri behandling..... | 40 |
| 6.2.2 | Sikkerhetspsykiatri | 40 |
| 6.2.3 | Døgntilbud til pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser | 41 |
| 7 | Utvikling mot 2030 | 41 |
| 7.1 | Sykehuspsykiatri, DPS og kommunale funksjoner | 41 |
| 7.1.1 | Alderspsykiatri på DPS..... | 42 |
| 7.1.2 | DPS og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) | 42 |
| 7.1.3 | Framtidens DPS-funksjon SPHR på Åsgård | 42 |
| 7.1.4 | Akuttpsykiatri | 43 |
| 7.1.5 | Alderspsykiatri på sykehusnivå..... | 43 |
| 7.1.6 | Medikamentfritt behandlingstilbud | 43 |
| 7.1.7 | Sikkerhetsseksjonen mot 2030..... | 44 |
| 7.2 | Videre utredning | 44 |
| 8 | Utdanning og forskning | 44 |
| 8.1 | Fagutviklingsenheten | 44 |
| 8.1 | Regionalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (RVTS) og Nasjonalt undervisningsprogram for selvmordsforebygging (VIVAT) | 45 |
| 8.2 | Forskning ved Psykisk helse- og rusklinikken..... | 45 |
| 9 | Framskrevet aktivitet og beregnet kapasitetsbehov | 46 |
| 9.1 | Framskrivingsmodellen | 46 |
| 9.2 | Datagrunnlaget | 48 |
| 9.3 | Resultater for PHV voksne UNN Tromsø | 49 |
| 9.4 | Resultatene fra TSB UNN Tromsø..... | 51 |
| 9.5 | Framskrivning og kapasitet – følsomhetsvurderinger | 52 |
| 9.5.1 | PHV voksne ved UNN Tromsø | 52 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 9.5.2 | TSB ved UNN Tromsø | 53 |
| 10 | Arealberegning UNN Tromsø, PHV og TSB | 55 |
| 10.1.1 | Mulig fordeling av areal ved delvis fraflytting fra Åsgård (alt. 3 b)..... | 58 |
| 11 | Ide- og alternativsøk..... | 59 |
| 12 | Mulighetsstudien areal for psykisk helse og rusbehandling..... | 60 |
| 12.1 | Krav til funksjoner og areal..... | 60 |
| 12.2 | Oversikt over tomtealternativer..... | 63 |
| 12.3 | Vurdering av tomtealternativene | 64 |
| 12.3.1 | Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård (Å0) | 64 |
| 12.3.2 | Alternativ 1: Delvis nybygg – delvis oppgradering eksisterende bygg på Åsgård | 67 |
| 12.3.3 | Alternativ 2 Nybygg på Åsgård – to alternative tomter vurdert, Å2 og Å3..... | 70 |
| 12.3.4 | Alternativ 3 a Nybygg i Breivika –fem forskjellige tomter (B1-B5) | 76 |
| 12.3.5 | Alternativ 3 b: Delvis flytting fra Åsgård til Breivika | 93 |
| 12.4 | Oppsummering av tomteanalysen | 95 |
| 12.4.1 | Konklusjon og anbefaling fra Mulighetsstudien | 95 |
| 13 | Investeringsbehov og bærekraftanalyse for alternative tomter | 95 |
| 13.1 | Investeringskalkyle..... | 95 |
| 13.1.1 | Kalkulasjonsgrunnlag for investeringskalkylen | 96 |
| 13.1.2 | Sammenstilling av investering knyttet til alternativene | 96 |
| 13.2 | Bærekraftanalyse | 99 |
| 13.2.1 | Tomtekjøp og avhending..... | 100 |
| 14 | Evaluering og drøfting av alternativene | 103 |
| 14.1 | Overordnede betraktninger | 103 |
| 14.2 | Vurdering av alternativene..... | 105 |
| 14.2.1 | Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård..... | 105 |
| 14.2.2 | Alternativ 1: Delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård (Å 1)..... | 106 |
| 14.2.3 | Alternativ 2 a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å 2)..... | 107 |
| 14.2.4 | Alternativ 2 b: Bygge nytt på Troms Fylkeskommunes tomt - Åsgård-sør (Å 3) | 107 |
| 14.2.5 | Alternativ 3 a: Bygge nytt i Breivika (B1, B2 a og b, B3, B4 og B5)..... | 108 |
| 14.2.6 | Alternativ 3 b: Bygge nytt i Breivika i kombinasjon med delvis å forlate Åsgård..... | 112 |
| 14.3 | Sammenstilling og anbefaling..... | 113 |
| 14.3.1 | Konklusjon og anbefaling | 114 |
| 15 | Program- og konseptutvikling (PKU), plan og mandat | 115 |
| 15.1 | Prosjekt og prosjekter | 116 |
| 15.2 | Overordnede rammer for Program- og konseptutvikling..... | 117 |
| 15.2.1 | Formål og rammer:..... | 117 |
| 15.2.2 | Samfunns mål..... | 118 |
| 15.2.3 | Pasientens helsetjeneste – en endret pasientrolle – brukerperspektivet | 118 |
| 15.2.4 | Effekt mål | 118 |
| 15.2.5 | Resultat mål | 118 |
| 15.3 | Rammer for prosjektet..... | 119 |

| | | |
|--------|---|------------|
| 15.4 | Evaluering av alternativer..... | 119 |
| 15.5 | Gjennomføring av Program- og konseptutvikling..... | 120 |
| 15.5.1 | Hovedaktiviteter som skal gjennomføres i Program- og konseptutvikling:..... | 120 |
| 15.5.2 | Fremdrift og plan for Program- og Konseptutvikling..... | 122 |
| 15.6 | Organisering av Program- og konseptutvikling..... | 122 |
| 15.7 | Evaluering..... | 123 |
| | Vedlegg..... | 123 |

1 Sammendrag

1.1 Bakgrunn for Idefase arealer til psykisk helse- og rusbehandling UNN Tromsø

Det er behov for en betydelig oppgradering av bygningsmassen på Åsgård, både med hensyn til tekniske krav/brannkrav og tilpasning til moderne pasientbehandling innenfor psykisk helse og rusbehandling. Strategisk Utviklingsplan for UNN 2015-2025 beskriver behovet for å se psykisk helse og rusbehandling i sammenheng med somatiske lidelser og ber om en vurdering av en eventuell framtidig samlokaliseringsgevinst.

Disse faktorene danner bakgrunnen for vurderingen av ulike alternativer for renovering og eventuelt nybygg for hele eller deler av psykisk helse og rusbehandling i Tromsø, samt eventuell samlokalisering av tjenester til fremtidige lokaler for psykisk helsevern og rus ved somatikken i UNN Breivika.

Beslutning om å iverksette Idefaseutredning for UNN Tromsø, arealer til psykisk helsevern og rusbehandling ble tatt i styret for Helse Nord, sak 62-2016, i mai 2016.

1.2 Utredningsprosessen

Idefaseutredningen er gjennomført av UNN med utbyggingssjef Tor-Arne Hansen som prosjekteier og Ingrid Espejord som prosjektleder. Styringsgruppe har vært den samme som for alle utbyggingssjekter i UNN HF.

Medvirkningsgruppen har vært sammensatt av representanter for de kliniske funksjonene på Åsgård, en brukerrepresentant, brukerkoordinator ved UNN og tillitsvalgt for Sykepleieforbundet.

Asplan Viak AS har gjennomført Mulighetsstudien i samarbeid med prosjektledelsen. Inge Johnsen Prosjekt AS har gjennomført kostnadskalkylen. Økonomiavdelingen i UNN HF har bidratt med investerings- og bærekraftanalysen. Sykehusbygg HF har vært engasjert til dimensjonering og kapasitetsberegning, har ledet medvirkningsprosessen og hatt redaktøransvaret for hovedrapporten.

1.3 Areal tall og usikkerhet knyttet til disse

1.4 Tomtealternativene

Følgende alternativer er utredet i henhold til prosjektets styringsdokument:

Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård (Å 0), 55.000 m²

Alternativ 1: Delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård (Å 1), 110.000 m²

Alternativ 2 a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å 2), 60.000 m²

Alternativ 2 b: Bygge nytt på Troms Fylkeskommunes tomt - Åsgård-sør (Å 3), 55.000 m²

Alternativ 3 a: Bygge nytt i Breivika (B1, B2 a, B2 b, B3, B4 og B5)

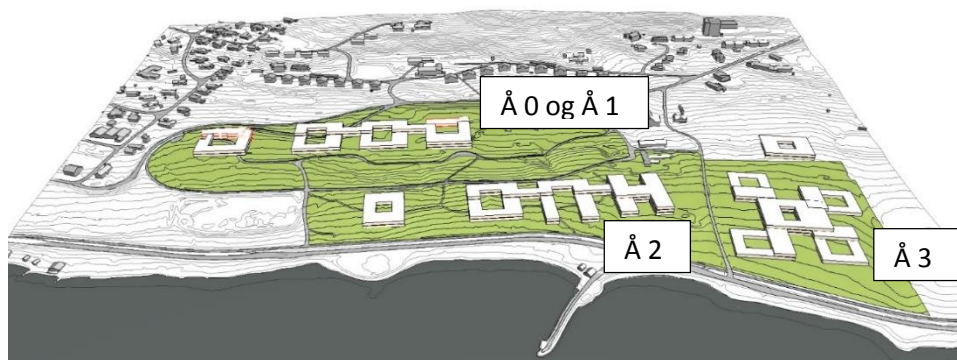
B1: BUP øst, 13.000 m²

B2 a og b: Gimleveien 12, øvre og nedre, 42.000 m²

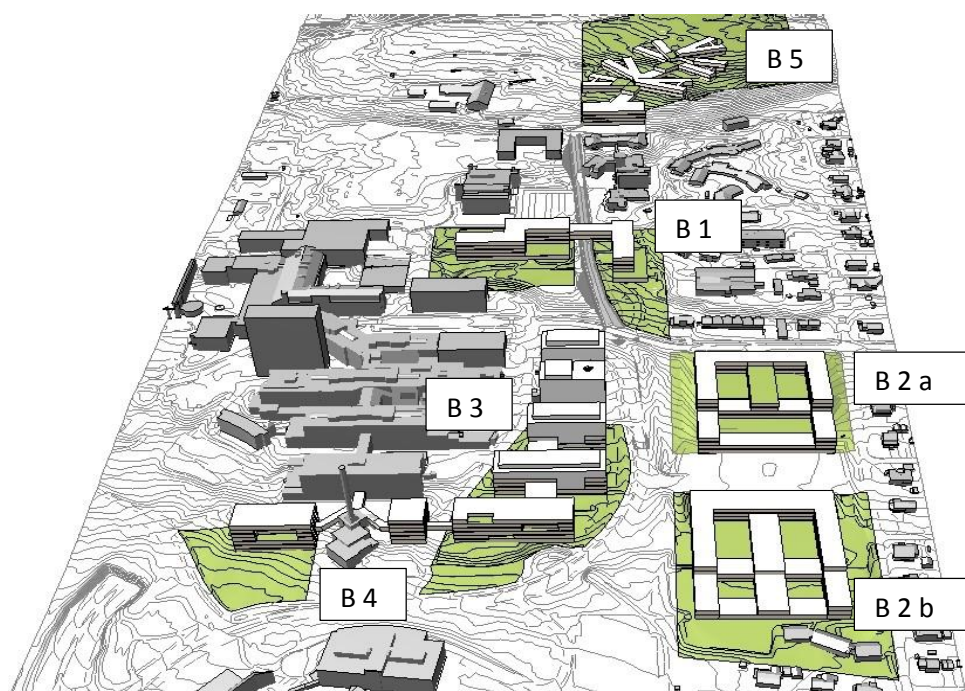
B3: Breivika parkeringsplass, 12.000 m²

B4: Breivika Gamle pasienthotell, 11.000 m²

B5: Breivika BUP vest, 32.000 m²



Åsgård - alternativer samlet



Breivika - alternativer samlet

1.5 Vurdering av alternativene

Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård (Å 0)

Dagens bygningsmasse er i svært dårlig stand og vil være meget begrensende i forhold til å lage nye utforminger, tilpasset moderne behandlingsformer. Dette både på grunn av bygningenes bæresystemer, men også fordi bygningsmassen er underlagt et stort omfang av fysisk vern. Bygget vil kreve omfattende reovering på høyde med kostnader for nytt bygg. Kostnad: 1,321 mrd. kr. Omfattende reovering vil heller ikke, på grunn byggets fundamenteringsprinsipp, kunne forebygge nye fuktangrep på byggene.

Fordi 0- alternativet obligatorisk skal medtas i videre utredninger, anbefales denne videre utredet.

Alternativ 1: Delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård (Å 1)

Delvis samme argumentasjon som alt 0. Dette alternativet har derfor minimert omfanget av

gjenbruk. Signaler fra forvaltningsmyndighet tilsier at det er en klar forventning om et langt større omfang av gjenbruk enn det som ligger implementert i dette alternativet. Det knyttes derfor stor risiko til alternativets gjennomførbarhet. Kostnad: 1,391 mrd. Anbefales ikke videre utredet.

Alternativ 2 a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å 2)

Alternativet gir mulighet for ny bygningsstruktur og hensiktsmessig utforming, gode avgrensede utearealer samt nærhet til friområder og gode utvidelsesmuligheter. Området må omreguleres ved bygging, og flystøy må kartlegges. Kostnad: 1,350 mrd. Anbefales videre utredet.

Alternativ 2 b: Bygge nytt på Troms Fylkeskommunes tomt- Åsgård-sør (Å 3)

Alternativet gir mulighet for ny bygningsstruktur og hensiktsmessig utforming, gode avgrensede utearealer samt nærhet til friområder. Området krever omregulering ved bygging. Unn eier ikke tomte og det hefter usikkerhet ved hvorvidt det vil være mulig å erverve tomte. Kostnad: 1,343 mrd. Det ligger ikke i UNNs overordnede strategi å vurdere ytterligere ervervelse av mer tomt på Åsgårdområdet. Anbefales ikke videre utredet.

Alternativ 3 a: Bygge nytt i Breivika (B1, B2 a, B2 b, B3, B4 og B5)

Breivika BUP øst (B1)

Relativt liten tomt som krever et kompakt bygg uten muligheter for avskjermede utearealer, eller framtidig utvidelse, i tillegg til at den må gjenskape et betydelig antall av parkeringsplasser for somatikken. Kostnad: 1,414 mrd kr. Anbefales ikke utredet videre.

Breivika, Gimleveien 12, øvre og nedre (B2 a og b)

Alternativet gir mulighet for ny bygningsstruktur og hensiktsmessig utforming samt gode avgrensede utearealer og utvidelsesmuligheter. Det forutsettes at hele området avsettes til arealer for psykisk helse og rusbehandling og dette kommer ikke i konflikt med somatikkens behov for framtidig utvidelse. Området må omreguleres ved bygging, og helikopterstøy må kartlegges.

Idéfasen for arealer psykisk helse og rusbehandling har kommet fram til at opsjonskostnader må legges til grunn sammen med kostnadsoverslaget, for at dette totalt sett skal være et alternativ som man kan anbefales videre utredet.

Kostnad: 1,49- 1.354 mrd kr avhengig av lokasjon på tomten. Opsjonskostnader for kulvert til somatikk, parkeringshus for all parkering på UNN samt et parkanlegg på tomt, til sammen 280 mill kr. Anbefales videre utredet.

Breivika parkeringsplass (B3)

Relativt liten tomt som krever et kompakt bygg uten muligheter for gode avskjermede utearealer, eller framtidig utvidelse. Ligger direkte i innflygingssonen til helikopteret og representerer en tydelig begrensning for en senere utvidelse av det somatiske sykehuset. Kostnad: 1,398 mrd. Anbefales ikke utredet videre.

Breivika gamle pasienthotell (B 4)

Relativt liten tomt som krever et kompakt bygg uten muligheter for gode avskjermede utearealer, eller framtidig utvidelse. Kan være et hinder for en senere utvidelse av det somatiske sykehuset. Kostnad: 1,363 mrd. Anbefales ikke utredet videre.

Breivika BUP vest (B5)

Stor tomt med muligheter for utvidelser, avskjermede uteområder og nært til friområder. Tomta er imidlertid bratt og avsidesliggende, og det vil ikke være mulig å etablere en adkomst opp mot tomta til UNN. Tomta vil heller ikke kunne betjene eget parkeringsbehov. Tomta eier ikke av UNN. Kostnad: 1,366 mrd. Anbefales ikke utredet videre.

Alternativ 3 b: Bygge nytt i Breivika i kombinasjon med delvis å forlate Åsgård.

Det er ikke gjort en detaljert utredning av dette alternativet som følge av konklusjonene i alternativ 0 og 1, der det konkluderes med at det ikke er hensiktsmessig å gjenbruke den gamle bygningsmassen. I tillegg ville man fått en ulempe med splitting av fagmiljøet over to lokasjoner. Ikke kostnadssatt. Anbefales ikke utredet videre.

1.6 Konklusjon og anbefaling

Arbeidet kan vise til å være i samsvar med UNNs strategiske utviklingsplan for bygg og bygger på konklusjonene i dette arbeidet, selv om disse prosessene har vært sammenfallende i tid.

Rapporten anbefaler å gå videre i neste fase med følgende alternativer:

Alternativ 2a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å 2)

Alternativ 3a: Bygge nytt i Breivika i Gimlevegen 12, øvre og nedre del (B 2 a og b).

Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård (Å 0)

Begge alternativene, alternativ 2 a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å 2) og alternativ 3 a: Bygge nytt i Breivika i Gimlevegen 12, øvre og nedre del (B 2 a og b) scorer høyt på mulighetsstudiens matrise, og er derfor vurdert som hensiktsmessige plasseringer for å løse oppgaven. Alternativene har forskjellige styrker og svakheter. Åsgård vest tilkjennegis av medvirkningsgruppen som det prefererte alternativ. Det ligger i samme område som dagens institusjon, og vil ha samme naturskjønne beliggenhet, med kjente og trygge omgivelser, som på en lett og trygg måte gir mulighet for bruk av omliggende friområder. På den andre siden er området under press av framtidig bebyggelse, nytt sykehusbygg vil endre adkomst og omgivelser, og det er avstand til UNNs øvrige somatiske virksomhet.

Breivika Gimleveien 12 er en stor tomt som gir muligheter for utforming av bygg, kulvertforbindelse til dagens somatiske sykehusbygg og mulighet for parkeringsløsning og parkanlegg. Det er utbyggingssjefens og medvirkningsgruppens oppfatning at det er nødvendig med ekstrainvesteringer i parkeringsanlegg, kulvert og parkanlegg for å kompensere for de forhold som i dag får tomten til å se industriaktig og lite helsefremmende ut, samt sikre den merverdi som flytting av virksomheten til Breivika kan gi i form av nærhet til somatikk.

På grunn av føringer i overordnede veiledere, skal 0-alternativet utredes i neste fase som

referansealternativ. Denne innbefatter å bli i eksisterende arealer på UNN Åsgård, med betydelig krav til oppussing og stor risiko knyttet til resultat.

1.7 Oppstart neste fase – Program og konseptutvikling

Program- og konseptutvikling kan planlegges først når tentativt tidspunkt for byggestart er kjent. Kapasitets- og arealberegning og konseptdrøftinger vil alltid være «ferskvare» og bør ikke gjennomføres for tidlig i forhold til framtidig byggestart. Måten man organiserer og gjennomfører helsetjenester på er i stadig endring, ikke minst vil feltet psykisk helse og rusbehandling kunne bli endret som følge av økt ansvar på kommunenivå og utvikling av ulike typer E-helsetjenester.

Et foreløpig grovt overslag over tidsforbruk fra oppstart programarbeid til ferdig forprosjekt for nybygg for Psykisk helsevern- og rusklinikken er ca 2,5 år. Perioden relativt lang fordi det vil være behov for at virksomheten gjennomfører pasientforløpsanalyser – «fra-hjem-til-hjem» for å kunne utvikle riktig dimensjonering, fordeling av ulike typer areal og velge det mest hensiktsmessige konseptet for et nybygg. Pasientforløpsanalysene må involvere psykisk helsevern og rusbehandling med alle samhandlingsaktører - kommunale tjenester, somatiske enheter i Breivika, pasient- og pårørendes organisasjoner.

Beskrivelse av pasientforløpene med behov for samhandling med somatikken (i større eller mindre grad) vil kunne ha betydning for det endelige tomtevalget.

Beslutning om å iverksette neste fase må følges av at det settes av tilstrekkelig ressurser til å gjennomføre den på en tilfredsstillende måte. Det vil medgå tid for ansatte, og det vil være behov for eksterne rådgivere til programarbeid, konseptskisser, og gjennomføring av fullt skisseprosjekt. I tillegg skal hele program- og konseptfasen gjennom en ekstern kvalitetssikring, KSK før den kan legges fram til beslutning.

2 Mandat og mål

2.1 Bakgrunn for oppstart av Idéfase for psykisk helse og rusbehandling UNN

Det er behov for en betydelig oppgradering av bygningsmassen på Åsgård, både med hensyn til tekniske krav/brannkrav og tilpasning til moderne pasientbehandling innenfor psykisk helse og rusbehandling. Strategisk Utviklingsplan for UNN 2015-2025 beskriver behovet for å se psykisk helse og rusbehandling i sammenheng med somatiske lidelser og ber om en vurdering av en eventuell framtidig samlokaliseringsevne. Erfaringene fra renovering av bygg 7 på Åsgård viser så langt at det er svært kostnadskrevenende å tilpasse bygget i henhold til teknikk, drift, vernehensyn og lovkrav. Resultatet blir et kompromiss for alle parter der resultatet ikke blir optimalt for noen av hensynskravene.

Disse faktorene danner bakgrunnen for vurderingen av ulike alternativer for renovering og eventuelt nybygg for hele eller deler av psykisk helse og rusbehandling i Tromsø, samt eventuell samlokalisering av tjenester til fremtidige lokaler for psykisk helsevern og rus ved somatikken i UNN Breivika.

Beslutning om å iverksette Idéfaseutredning for UNN Tromsø, arealer til psykisk helsevern og rusbehandling ble tatt i styret for Helse Nord, sak 62-2016, i mai 2016.

2.2 Avgrensning mot andre prosjekter i UNN

Psykisk helse og rusbehandling ivaretas i dag i en kombinasjon av desentraliserte tilbud på fem distriktpspsykiatriske sentre (DPS), en rusklinikk og en sentral sykehusinstitusjon. DPSene i Harstad, Silsand, Storslett og på Storsteinnes er i relativt god bygningsmessig stand og egnet for formålet. Lokalene på Sjøvegan er leide lokaler og er relativt dårlig egnet for formålet. Lokalene til rusbehandling i Håkvik og for psykisk helse på Åsgård er i meget dårlig forfatning. En nærmere bygningsteknisk beskrivelse av byggene finnes i vedlagte tilstandsanalyse (vedlegg 1).

Lokalene til psykisk helse og rusbehandling i Håkvik planlegges samlokalisert med nytt sykehus i Narvik på Furumoen og ivaretas i planarbeidet for nytt sykehus.

Utbyggingen for somatiske funksjoner i Breivika planlegges uavhengig av Idéfasen for Psykisk helsevern- og rusklinikken. Valg av mulig tomt i Breivikaområdet (samlokalisering med somatikken) forutsetter koordinering med Bygningsmessig utviklingsplan for UNN med arealplan for Breivika som er under utarbeiding i samme periode.

2.3 Mandat for Idéfasen

Mandatet er beskrevet i Styringsdokument idéfase psykisk helse UNN, besluttet i styret for Helse Nord RH 18/19 mai 2016, sak 62-2016. Idéfasen skal gjennomføres i henhold til Veileder IS-1369 *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*.

Grunnlagsdokumenter skal gjennomgås. Nødvendige oppdateringer og suppleringer av nåsituasjonen, datagrunnlag og de aktuelle pågående byggeprosjektene i UNN må gjennomføres. I tillegg skal idéfasen avgrense prosjektet fra andre prosjekt i UNN. Dette kan omfatte kapasiteter, arealer, investeringer og tid.

Idéfasen skal omfatte alternativutredninger for psykisk helse og rusbehandling med tilhørende støtte- og servicefunksjoner i UNN, også de som er organisert utenfor de nevnte klinikkene. I tillegg skal relevante fylkeskommunale- og universitetsfunksjoner medtas.

Idéfasen skal utføres innenfor en tidsramme med avslutning 08.02.2017.

Prosjektet skal styre mot en kostnadsramme på 3,5 mill kr inkl. mva.

Idéfasen skal redegjøre for 4 ulike alternativer inklusive nullalternativet på en slik måte at det tydelig framkommer hvilke av disse som er hensiktsmessig å utrede videre i en konseptfase. Nullalternativet skal vise krav til kostnadsoptimal utvikling av byggene for å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten over byggenes resterende levetid.

Følgende alternativer skal utredes

- Alternativ 0: oppgradere eksisterende bygg på Åsgård («0-alternativet»)
- Alternativ 1: delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård
- Alternativ 2: Bygge nytt på eksisterende tomt på Åsgård
- Alternativ 3: Bygge nytt i Breivika i kombinasjon med helt (3a) eller delvis å forlate Åsgård (3b)

Alternativene skal være «liv laga», definert som:

- Relevante – oppfylle de overordnede målene som gjelder for UNN HF
- Gjennomførbare – kan gjennomføres innenfor UNN HF's finansielle handlingsrom
- Levedyktige – UNN HF's økonomiske bæreevne skal kunne opprettholdes gjennom prosjektets levetid.

Idéfasen skal avsluttes med en Idéfaserapport. Den skal omfatte bearbeidet informasjon fra *Strategisk Utviklingsplan UNN 2015-2025*, inkl. *del II – bygningsmessig utviklingsplan* (under utarbeidelse) for de aktuelle alternativene, samt oppsummere og presisere utredningene og analysene i idéfasen.

Idéfaserapporten skal redegjøre for mandat og plan for neste fase i tidligfaseplanlegging, Program og Konseptutvikling. Oppstart av neste fase for UNN HF, psykisk helsevern og rusbehandling vil først skje når sannsynlig byggetidspunkt er avklart. Da vil den nye veilederen for tidligfaseplanlegging være utarbeidet og godkjent, og vil måtte legges til grunn.

Idéfaserapporten vil derfor bli noe mindre detaljert utformet på dette punktet.

2.4 Mål for Idéfasen Psykisk helsevern og rusbehandling

Målet for idéfasen er, på bakgrunn av vedtatt Strategisk Utviklingsplan UNN 2015-2025 og Tilstandsanalyse – UNNs eiendommer 2015, å identifisere mulige prinsipielle løsninger og alternativer for behovet for psykisk helse og rusbehandlingstjenester i UNN, samt identifisere og videreutvikle de alternativene (konsepter) som best understøtter visjoner og målsetninger for helsetjenestene i hele opptaksområdet til UNN. Dette omfatter både virksomhetsmessige løsninger og fysiske bygningsløsninger. Første aktivitet i idéfasen er å presisere og avgrense det valgte prosjektet i forhold til andre tiltak.

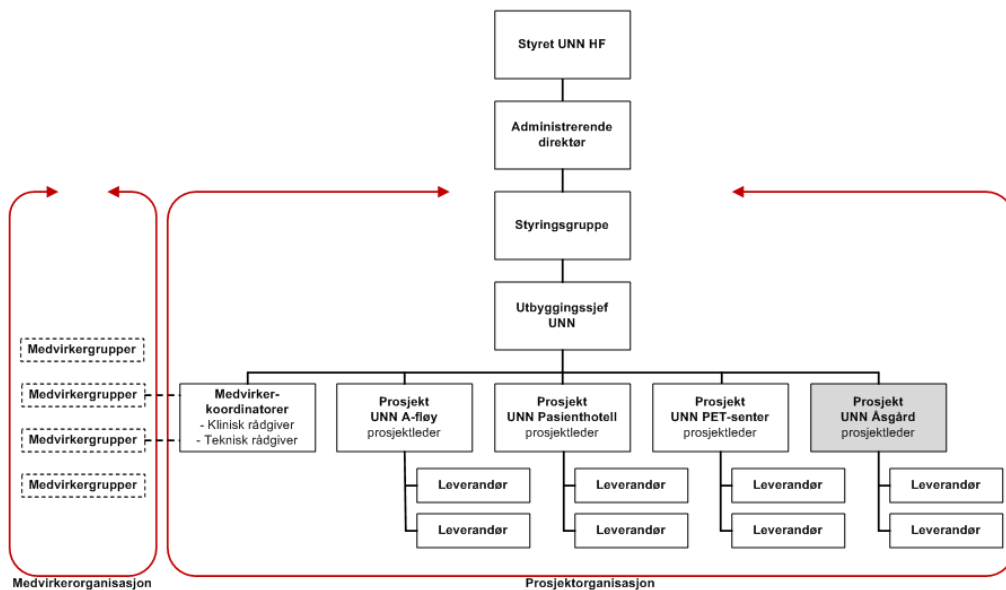
2.5 Metode for Idéfasen

Arbeidet med idéfasen er gjennomført i tråd med veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter utgitt av Helsedirektoratet og revidert av Sykehusbygg HF. Veilederen beskriver og gir anbefalinger om hvordan planprosessen for investeringsprosjekter i helseforetakene bør gjennomføres.

2.6 Organisering og rammer for arbeidet

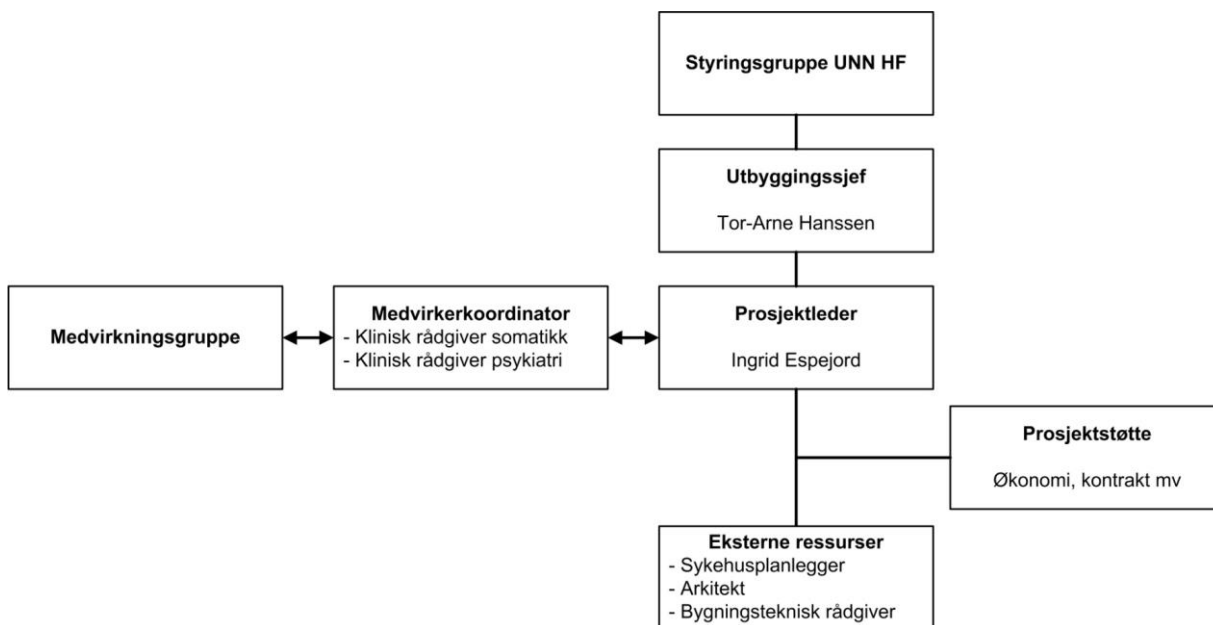
2.6.1 Overordnet organisering av utbyggingsprosjekt UNN

Illustrasjonen viser hvordan UNN organiserer sine utbyggingsprosjekter. De har felles styringsgruppe og felles utbyggingssjef.



Figur 2-1 Organisering av utbyggingssjekter i UNN HF

2.6.2 Prosjektorganisasjon Idéfase Psykiatri og rusbehandling UNN Tromsø



Figur 2-2 Organisering av Idéfasen for Psykiatri og rusbehandling UNN Tromsø

2.6.3 Involvering og forankring

Styringsgruppen for utbyggingssjekter i UNN er sammensatt slik:

Styringsgruppen for utbyggingsprosjekter i UNN er sammensatt slik:

Administrerende direktør Tor Ingebrigtsen

Viseadministrerende direktør Marit Lind

Klinikkssjef Psykisk helsevern og rusbehandling, Magnus Hald

Klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken, Elin Gullhav

Klinikkssjef Medisinsk klinikk, Markus Rumpfeldt

Klinikkssjef Diagnostisk klinikk Gry Andersen

Klinikkssjef Nevro, orto og rehabiliteringsklinikken Bjørn-Yngvar Nordvåg

Drifts- og eiendomssjef Gina Johansen

Stabssjef Gørill Bertheussen

Foretakshovedverneombud Rita Vang

Bruker representant Cathrin Carlyle

Universitetet i Tromsø medisinsk fakultet, Trond Nylund

Avdelingsleder DPS Vest, Finnmarkssykehuset Robert Kechter

Direktør for forretningsutvikling Helse Nord RHF, Tor-Arne Haug

Det har vært gjennomført 3 møter i Styringsgruppen

Følgende personer har vært medlemmer i medvirkningsgruppen:

- *Carl-Erik Westgren, leder stabsenheten (klinikk), leder av medvirkningsgruppen*
- Ole Kristian Grønli, seksjonsoverlege (Psykiatrisk avdeling)
- Hans Yngve Bjerkås, sykepleier (Psykiatrisk avdeling)
- Rune Frydenlund, psykologspesialist (Rusavdelingen)
- Bente Simonsen, fagutvikler (Rusbehandling ung)
- Liv Ingrid Sollied, seksjonsleder (Avdeling nord)
- Helge Fodstad, seksjonsoverlege (Avdeling nord)
- Geir Øyvind Stensland, avdelingsleder (Fagutvikling, forskning og utdanning)
- Ingrid Espejord (Utbyggingsavdelingen)
- Guri Annie Albrigtsen (Brukerkoordinator)
- Esben Haldorsen (Brukerrepresentant)
- Ola Simonsen (Tillitsvalgt NSF)
- Elfrid Marjala, verneombud for virksomheten
- Lars Røslie, konst. klinikkjef for akuttmedisinsk klinikk
- Kjell Magne Gerhardsen (Sykehusbygg HF)
- (Helge Havåg (Sykehusbygg HF)- deltatt på ett møte)

Representanten for Sykehusbygg har vært prosjektleder for medvirkningsprosessen, og representert ekstern sykehus-planfaglig kompetanse. Sykehusbygg har hatt redaktøransvaret for Idéfaserapporten.

Medvirkningsgruppen har gjennomført 5 møter og har utført arbeid mellom disse møtene. De har også deltatt på en befaring til Slagelse psykiatriske sykehus i Danmark samt Östra Sjukhuset i Göteborg, Sverige.

Det har vært avholdt et åpent møte for alle med interesse for utvikling av Psykisk helse- og rusklinikken.

3 Overordnede føringer

Idéfasen for Psykisk helsevern og rusbehandling, UNN Tromsø skal beskrive en utvikling og løsninger som bidrar til å ivareta føringer på alle nivå, nasjonalt, regionalt og lokalt. I hvor stor grad de ulike alternative løsningene oppfyller dette vil være en del av evalueringskriteriene når de skal vurderes.

3.1 Nasjonale føringer

Psykisk helsevern- og rusfeltet har over år vært gjenstand på fokus på nasjonalt nivå.

Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2008 medførte oppbygging av psykiske helsetjenester på kommunenivå og utbygging av distriktpsikiatriske senter (DPS). Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020) fokuserer på:

- *Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet*
- *Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig*
- *Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat*
- *Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse*
- *Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer*

Planen følges av midler til ulike lavterskeltiltak på kommunalt nivå. For spesialisthelsetjenesten skal opptrappingen i varetas innenfor rammebevilgningene til helseforetakene med den presiseringen som ligger i den «gylne regel» om at det skal være høyere vekst for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå for spesialisthelsetjenesten.

Føringene ellers går ut på av hjelp skal tilbys der folk bor så langt det er mulig både for psykisk helsevern og rusbehandling. DPS-nivået skal representere veien inn i og ut av psykisk helsevern. Og fokus skal være på frivillighet framfor tvang.

Oppdragsdokument 2017 for Helse Nord RHF gir følgende overordnede styringsmål på området for denne Idéfaserapporten: Prioritere psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Under dette overordnede målet er det vektlagt at tjenestene skal i størst mulig grad tilbys lokalt i samarbeid med kommunale tjenester der det er nødvendig. Og at pasientene skal oppleve et psykisk helsevern med vekt på frivillighet og mindre bruk av tvang.

Konkrete mål for 2017:

- Høyere vekst for PHV og TSB enn for somatikk på regionnivå. DPS og PHV for barn og unge skal prioriteres innenfor psykiske helsevern.
- Antall tvangsinnleggelseser for voksne per 1000 innbyggere reduseres sammenlignet med 2016, i samarbeid med kommunene
- Registrere tvangsmiddelvedtak med mål om å redusere antall pasienter i døgnbehandling som har ett eller flere tvangsmiddelvedtak.
- Registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling for TSB

3.2 Regionale føringer

Utviklingsplanen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025 ble sluttført i løpet av våren og styrebehandlet i juni 2016.

3.2.1 Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025

Utviklingsplanen beskriver innholdet i *pasientens helsetjeneste* for Psykisk helsevern og rusbehandling til 2025. Utviklingsplanen har noen utviklingsområder som vil ha betydning for virksomheten med tanke på dimensjonering og utforming av bygg. Det pekes på å kunne tilby tjenester i samhandling med kommunene, styrke behandlingstilbud til familier på tvers av faggransene barn/voksne og TSB. Pasienter med sammensatte og samtidige behov skal tilbys koordinerte tjenester fra somatikk, psykiske helsevern og TSB. Digitale helsetjenester som internettbaserte selvhjelpsmoduler, e-poliklinikk og digitale vaktordninger skal videreutvikles.

Konkrete enkelttiltak: For TSB skal poliklinisk kapasitet økes til landsgjennomsnittet. Helse Nord skal etablere et tilpasset døgntilbud til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse. Kapasitet og kompetanse for alderspsykiatri skal bygges opp for Helse Nord. Det bør etableres tilbud som fyller kriteriene for regional sikkerhetspost og etableres en regional kompetansenhet for sikkerhetspsykiatri.

Styrevedtak i Helse Nord RHF 15.06.2016, sak 74/2016:

- Utviklingsplanen vedtas for den videre utvikling av fagområdet i foretaksgruppen

- Etablering av 2 døgnplasser for personer med samtidig utviklingshemming og psykiske lidelser
- Etablering av 5 regionale sikkerhetspsykiatriske senger i regionen innen 2025, hvorav 3 ved UNN fra 2019.
- Etablering av en regional kompetansetjeneste for sikkerhetspsykiatri i Helse Nord

Sak 72/16 Plan 2017-2020 – inklusive rullering av investeringsplan 2017-2024:

- Styret ber adm. dir. om å sette prosjekt Universitetssykehuset i Nord-Norge Tromsø – arealer til psykisk helsevern og rusbehandling (Åsgård) på investeringsplanen ved rullering i 2017 etter at Idéfasen i prosjektet er avsluttet.

3.3 Føringsplan i UNN HF

Strategisk utviklingsplan for UNN HF 2015 – 2025 ble vedtatt i 2014, og er gjeldende for denne Idéfasen. Som følge av Nasjonal helse- og sykehusplan skal alle regionale helseforetak med underliggende foretak utarbeide nye utviklingsplaner innen utgangen av 2018. Dette arbeidet er påbegynt i Helse Nord.

UNNs visjon er «*Det er resultatene for pasientene som teller! Vi gir den beste behandling*», med kjerneverdiene kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

I gjeldende Strategisk utviklingsplan er de generelle føringene:

- Å innrette seg i henhold til Samhandlingsreformen som forutsetter at kommunene overtar oppgaver fra spesialisthelsetjenesten,
- At overgangen fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling skal fortsette.

Psykiatri- og rusbehandling skal videreutvikles gjennom desentralisert tilbud og klar arbeidsdeling mellom sykehus- og DPS-nivå. Det er en uttrykt målsetting i SU 2015-2025 at pasienter innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal bo hjemme i større deler av pasientforløpet og at mer behandling skal skje på DPS-nivå.

Ressurser skal omfordes fra tradisjonell døgnbehandling både for pasienter med somatiske sykdommer, rusavhengighet og psykiske lidelser.

Kapittel 5.2 i Strategisk utviklingsplan siteres i sin helhet:

Psykisk helsevern og rusbehandling

Det skal over tid være sterkere vekst innen psykisk helsevern og rus- og avhengighetsmedisin enn somatikk. Pasienter med rusavhengighet og psykiatrisk sykdom har dårligere somatisk helse og lavere levealder enn andre. Det skal derfor utvikles helhetlige og sammenhengende tilbud mellom somatikk, rus- og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern. Tilbudene skal gis så nær pasientens hverdag som mulig. Dette medfører behov for mer robuste DPS-enheter, ytterligere spesialisering av sykehusstilbudet og kompetanseheving.

UNN skal

- Integrere tilbudene innen rus- og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern på DPSene
- Styrke tilbudet innenfor alderspsykiatri ved DPSene
- Styrke samarbeidet mellom de somatiske lokalsykehusfunksjonene, rus- og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern,
 - For å ivareta pasienter med psykiske lidelser som er under behandling i somatikken
 - For å forebygge og følge opp somatiske sykdommer hos pasienter med rusavhengighet og psykiske lidelser
- Utvikle medikamentfrie tilbud
- Arbeide for økt frivillighet samt riktig og redusert bruk av tvang
- Prioritere tidlig innsats overfor barn av psykisk syke og rusavhengige

- *Utvikle gode pasientforløp i overgangen mellom barn, ungdom og voksen*
- *Utvide og spisse det spesialiserte døgnbaserte sykehustilbudet for barn og ungdom med alvorlige psykiske lidelser*
- *Differensiere tilbudet til langtidssyke med fokus på rehabilitering*

I styremøtet 23.08.2016 som behandlet Sivilombudsmannens rapport etter tilsynsbesøk på Åsgård, sak 67/16 ble det fattet vedtak om å utvikle en hovedindikator for utviklingene av bruk av tvang i psykiske helsevern over tid. UNN har utarbeidet en Plan for økt frivillighet for Allmennpsykiatrisk klinikk og spesialpsykiatrisk klinikk 6.1.2014.

Det er besluttet at det skal være 30% økning av poliklinikk for TSB innenfor UNN HF

3.4 «Føringer» i form av tilbakemeldinger fra brukerfora

Det har vært avholdt en åpen work-shop med deltakelse fra brukere, og arbeidet i Idefasen er presentert for brukermedvirkningsforumet for psykiatrisk avdeling.

Følgende punkter er kan oppsummeres fra disse to møtepunktene:

- Plassering av bygget må ta hensyn til tilgang til uteareal, kunne gå ut uten følge
- Kunne bevege seg utenfor bygge og samtidig være skjermet
- Tilrettelegging for fysisk aktivitet
- Avsette areal til aktiviteter (eks: drivhus, bod til uteutstyr, gymsal, bibliotek, musikkrom, grillsted/grillhytte)
- Bygget/plassering må ivareta ulike behov for pasienter med kort liggetid og lang liggetid
- Usikkerhet i tilbakemeldingene på om stigma eventuelt vil følge med fra Åsgård til Breivika
- Ønsker utvikling mot mer ambulante tjenester, inklusive hjemmebehandling
- Innrettingen på bygg og virksomhet i framtida for å ivareta pasienter ønsker og behov
- Kompleksiteten i og med at det er forskjellige pasient-/brukergrupper med ulike behov

4 Dagens virksomhet og organisering

UNN HF er lokalisert på mange steder. Regionsykehusfunksjonen og lokalsykehusfunksjonen for Tromsø og omegn ligger i Breivika i Tromsø, Psykisk helse- og rusklinikken på Åsgård i Tromsø. I tillegg består HF'et av UNN Harstad, UNN Narvik, Longyearbyen sykehus Svalbard, fem senter for psykisk helse- og rusbehandling med behandlingsstedene Silsand, Sjøvegan, Storslett, Storsteinnes, Håkvik og Harstad. Det er i tillegg to distriktsmedisinske senter, på Finnsnes og Storslett.

4.1 UNN HF, Psykisk helse- og rusklinikken

Klinikken ivaretar både sykehusfunksjoner for UNN HF, regionaliserte funksjoner for Helse Nord og sykehusfunksjoner for Finnmarkssykehuset HF. Psykisk helse- og rusklinikken ble etablert 01.09.14 ved sammenslåing av to klinikker. Ny klinisk struktur og organisering ble etablert fra 01.01.2016. Virksomheten omfatter to fagområder, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for voksne.

4.1.1 Funksjonsfordeling innenfor Helse Nord

Regionaliserte behandlingfunksjoner: Medikamentfritt behandlingstilbud ved Avdeling nord, Regionalt team for behandling av tvangslidelser (OCD-team) ved Avdeling nord, Rusavdelingen, og

kapasiteten ved Sikkerhetspostene ved Psykiatrisk avdeling UNN Tromsø og Nordlandssykehuset søkes håndtert regionalt. Helse Nord RHF benytter også plasser ved regional sikkerhetsavdeling ved St. Olavs Hospital, på Brøset i Trondheim.

Behandlingsfunksjoner for Finnmarkssykehuset HF: Psykiatrisk avdeling (akuttpsykiatri, sikkerhetspsykiatri, alderspsykiatri døgnet og poliklinikk, psykose- og rusenheten) dekker sykehusfunksjon for Finnmarkssykehuset HF.

Forskning og kompetanseutvikling: VIVAT(selvmordsforebygging) ved FFU (Fagutvikling, forskning og utdanning) har en nasjonal funksjon, mens RVTS Nord ved FFU har en regional kompetansefunksjon. Det samme gjelder KoRus som er et regionalt kompetansesenter for rusbehandling og ligger i Narvik.

4.1.2 Organisering av klinikken

Avdeling sør dekker DPS-funksjonene innenfor psykisk helsevern for Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms. Avdelingen har sin virksomhet lokalisert til Narvik, Harstad, Sjøvegan og Silsand.

Avdeling nord dekker DPS-funksjonene innenfor psykisk helsevern for Tromsøområdet og Nord-Troms. Avdelingen har sin virksomhet lokalisert til Tromsø, Storsteinnes og Storslett. Avdelingen organiserer i tillegg to regionale funksjoner lokalisert til Tromsø (medikamentfritt behandlingstilbud og poliklinisk OCD-tilbud for voksne).

Psykiatrisk avdeling dekker sykehusfunksjonene innenfor psykisk helsevern for Ofoten, Troms og Finnmark. Avdelingen har sin virksomhet lokalisert til Tromsø.

Rusavdelingen dekker sykehusfunksjon innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord RHF. Avdelingen har sin virksomhet lokalisert til Narvik og Tromsø. Både Narvik og Tromsø har avrusnings- og behandlingstilbud.

Fagutvikling, forskning og utdanning med virksomhet lokalisert til Narvik og Tromsø

Døgnplassene i Psykisk helse- og rusklinikken er fordelt slik:

Tabell 4-1 Døgnplasser 2016 Psykisk helse- og rusklinikken

| Døgnplasser Psykisk helse- og rusklinikken 2016 | | |
|---|------------------------|-----------|
| Avdeling Sør | | |
| | Midt-Troms | 12 |
| | Ofoten | 12 |
| | Sør-Troms | 12 |
| totalt sør | | 36 |
| Avdeling Nord | | |
| | Nord-Troms | 6 |
| | Tromsø | 31 |
| | Medikamentfritt tilbud | 6 |
| totalt nord | | 43 |
| Psykiatrisk avdeling | | |
| | Akutt | 35 |
| | alder | 14 |
| | sikkerhet | 12 |
| | psykose-rus | 11 |
| totalt psyk.avd | | 72 |
| Rusbehandling | | |
| | Narvik | 30 |
| | Tromsø | 37 |
| totalt rusbehandling | | 67 |

4.1.3 Enheter lokalisert på Åsgårdområdet:

Følgende organisatoriske enheter og funksjoner ligger på Åsgårdområdet:

Psykiatrisk avdeling

Psykiatrisk avdeling inneholder: Sikkerhetspsykiatri, Alderspsykiatri med døgnplasser og poliklinikk, 3 akuttposter og en enhet for pasienter med kombinasjonen psykose- og ruslidelser

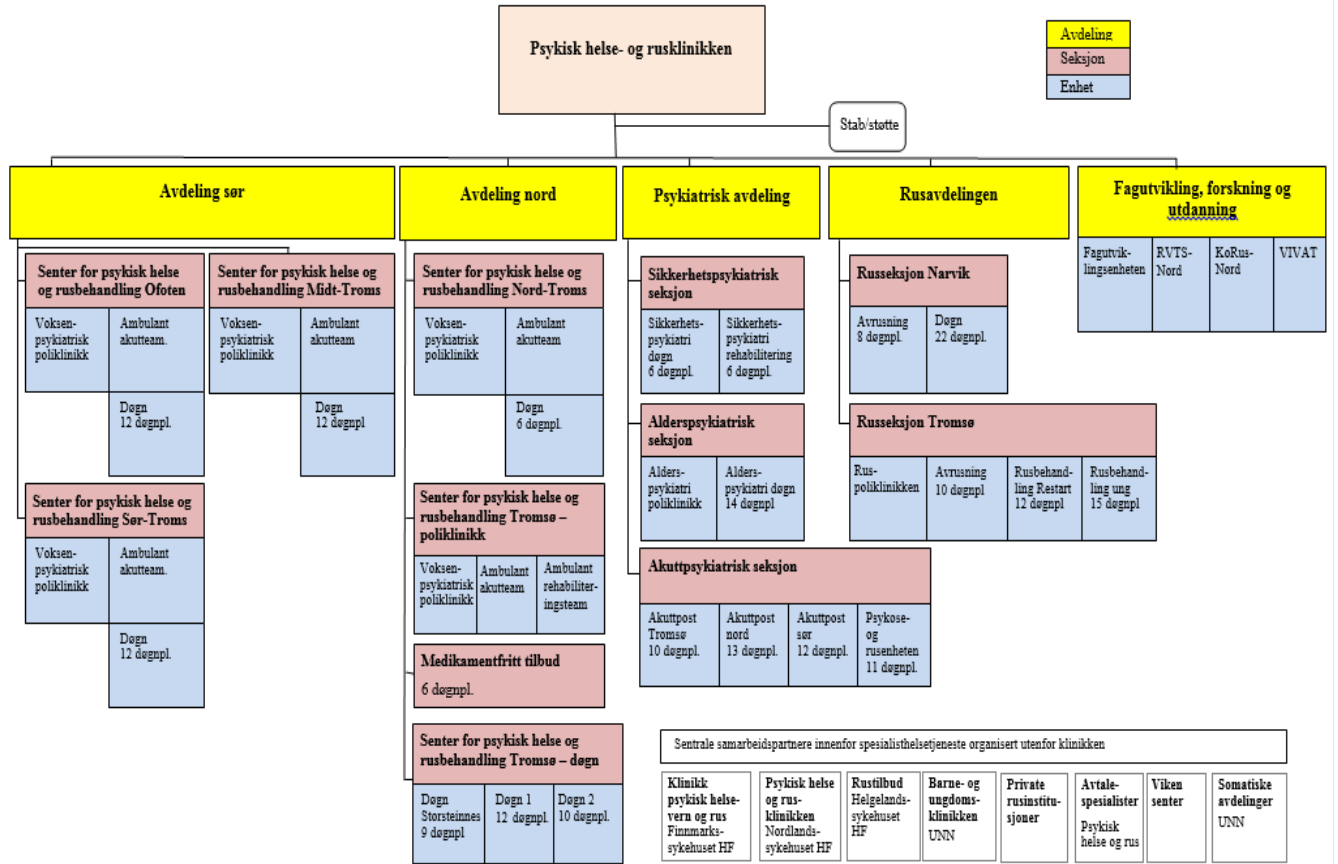
Avdeling Nord er organisatorisk delt i to enheter. Begge enheter ivaretar funksjoner som er tillagt DPS-nivået:

- *Avdeling Nord, Senter for Psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Tromsø, poliklinikk:*
Med Ambulant akutteam, Ambulant rehabiliteringsteam, Voksenpsykiatrisk poliklinikk,
- *Avdeling Nord, Senter for Psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Tromsø, døgn*
Dette er DPS sine døgnplasser i Tromsø, fordelt på 2 poster. Døgnplassene for Medikamentfritt behandlingstilbud for Helse Nord er organisert som egen seksjon, lagt til SPHR som hovedenhet.

Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø:

Avdelingen har poliklinikk, avrusning, og rusbehandling for voksne og for unge voksne.

Andre funksjoner som er lokalisert til Åsgårdområdet: Fagutviklingsenhet rus og psykiatri, RVTS Nord, VIVAT og klinikkens stabsenhet er lokalisert på Åsgård. Utover klinikken disponerer også Universitetet i Tromsø, Troms fylkeskommune (Åsgård tannklinikk), NOR-klinikken, Diagnostisk klinikk, Stabssenteret og Drifts- og eiendomssenteret arealer i bygningsmassen. UNNs kurs- og konferansesenter ligger på Åsgård.



Figur 4-1 Organisasjonskart Psykisk helse- og rusklinikken

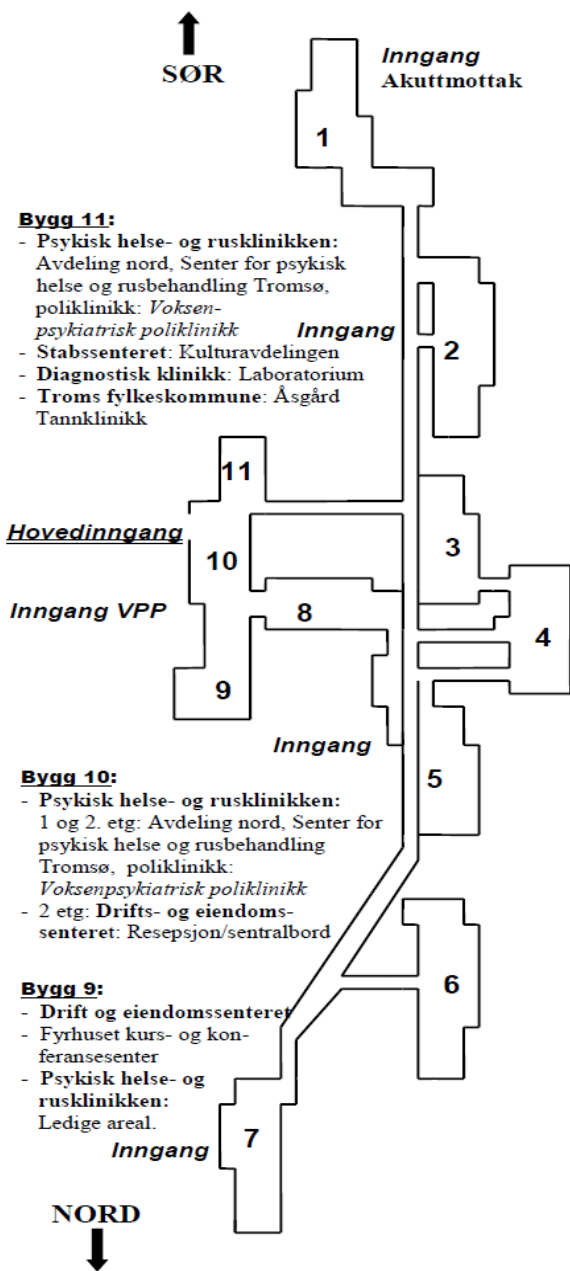
4.2 Bakgrunn, beskrivelse av dagens sykehusvirksomhet, tilbud og bygg

Åsgård utgjør et sammensatt bygningskompleks med mange lave enkeltbygninger forbundet med innvendige korridorer.

Kartet under illustrer bygningsmassen og beskriver hvilke funksjoner som ligger i hvert av byggene.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE

07.02.17/CEW

Oversiktskart Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Åsgårdområdet¹

Hertil lokalisert på området:

Bygg 12 (Lars Eriksens vei 10B):**Bygg 12** (Lars Eriksens vei 10D):**Bygg 14** (Åsgårdveien 18):

Fiolveien 15:

Sorslettveien 4 og 6:

Psykisk helse- og rusklinikken: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Rusbehandling Restart*.Psykisk helse- og rusklinikken: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Ruspoliklinikken*.Psykisk helse- og rusklinikken: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Rusbehandling ung*Psykisk helse- og rusklinikken: Fagutvikling, forskning og utdanning: *RVTS og Vivat*

Psykisk helse- og rusklinikken: Avdeling Nord, Senter for psykisk helse og rusbehandling

Tromsø, poliklinikk: *Gruppetilbud*¹ Målestokk m.h.t. bygningsmasse er heller omtrentlig. Fremstilt med illustrasjonsformål.

Kart Åsgårdområdet 09.2016/CEW

Figur 4-2 Oversiktskart UNN HF, Åsgårdområdet 2017 februar

Hertil lokalisert på området:

| | |
|---|--|
| Bygg 12 (Lars Eriksens vei 10B): | Psykisk helse- og rusklinikken: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: <i>Rusbehandling Restart.</i> |
| Bygg 12 (Lars Eriksens vei 10D): | Psykisk helse- og rusklinikken: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: <i>Ruspoliklinikken.</i> |
| Bygg 14 (Åsgårdveien 18): | Psykisk helse- og rusklinikken: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: <i>Rusbehandling ung</i> |
| Fiolveien 15: | Psykisk helse- og rusklinikken: Fagutvikling, forskning og utdanning: <i>RVTS og Vivat</i> |
| Sørsletteveien 4 og 6: | Psykisk helse- og rusklinikken: Avdeling Nord, Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, poliklinikk: <i>Gruppetilbud</i> |

4.2.1 Ansatte i Psykisk helse- og rusklinikken

Tabell 4-2 Antall ansatte fordelt på yrkesgrupper

| Yrkesgrupper | Antall hele stillinger |
|-----------------------------------|------------------------|
| sykepleiere/vernepleiere | 172,6 |
| psykologer | 49,1 |
| leger | 51,6 |
| helsefag/fagarbeidere/assistenter | 75,6 |
| fagkonsulenter/konsulenter | 68,8 |
| miljøterapeuter | 85,5 |
| ledere | 22,5 |
| merkantile/ rådgivere | 30,3 |
| Totalt antall | 557 |

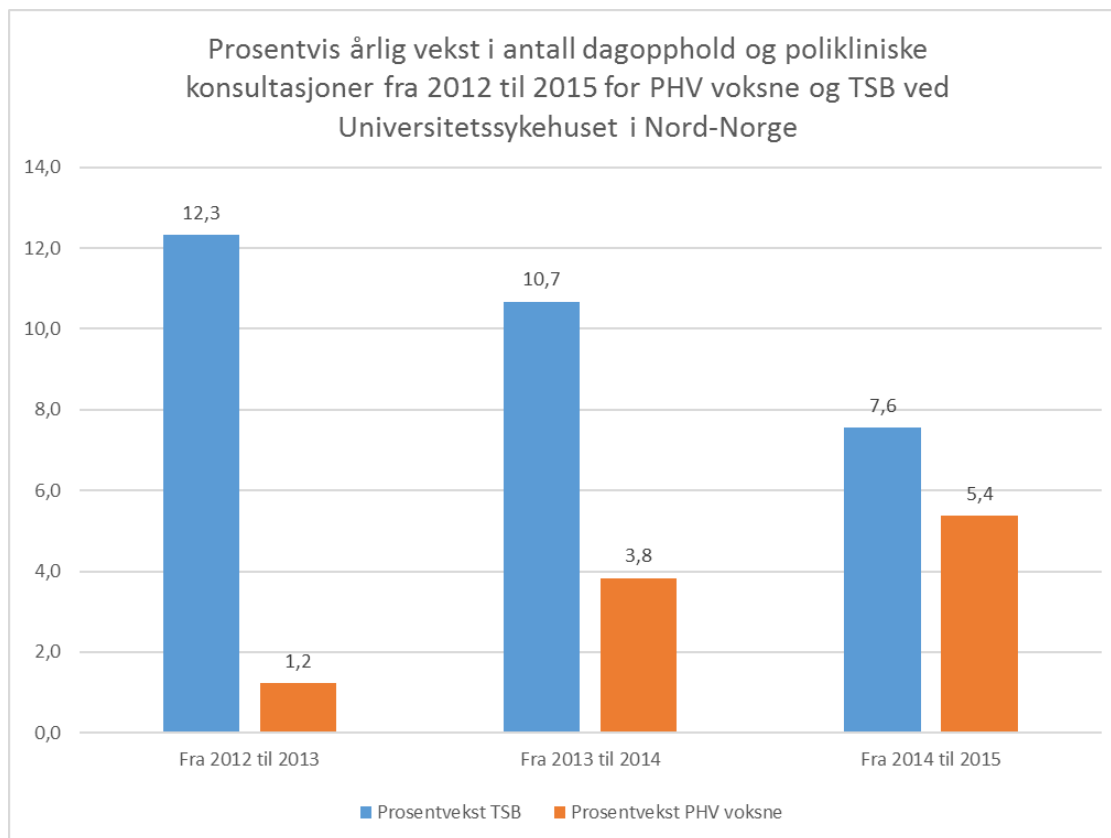
4.2.2 Driftskostnader for bygningsmassen på Åsgård

Kostnader for drift av bygningene på Åsgård er beregnet til ca. kr. 20 mill. kr per år. I tillegg kommer vedlikehold på mellom 10-20 mill. kr pr år.

4.2.3 Utvikling av døgnplasser (kapasitet) og poliklinikk/dagbehandling (aktivitet)

Aktiviteten for poliklinikk og dagbehandling for UNN, Psykisk helsevern- og rusklinikken i årene 2012-2015 viser økning både for psykisk helsevern og rus. Den prosentvise økning er størst for rusbehandling, hvilket er i tråd med nasjonale føringer.

Utviklingen i antall døgnplasser 2007-2016 er også i tråd med nasjonale målsettinger om reduksjon i liggedøgn totalt, og vridning fra sykehus til DPS. Kapasiteten for rusbehandling skal trappes opp både på kommunalt nivå og på sykehusnivå. For UNN er det en liten økning i døgnplasser til rusbehandling. Også for rusbehandling er det sterk føring for å øke kapasiteten for poliklinisk behandling.

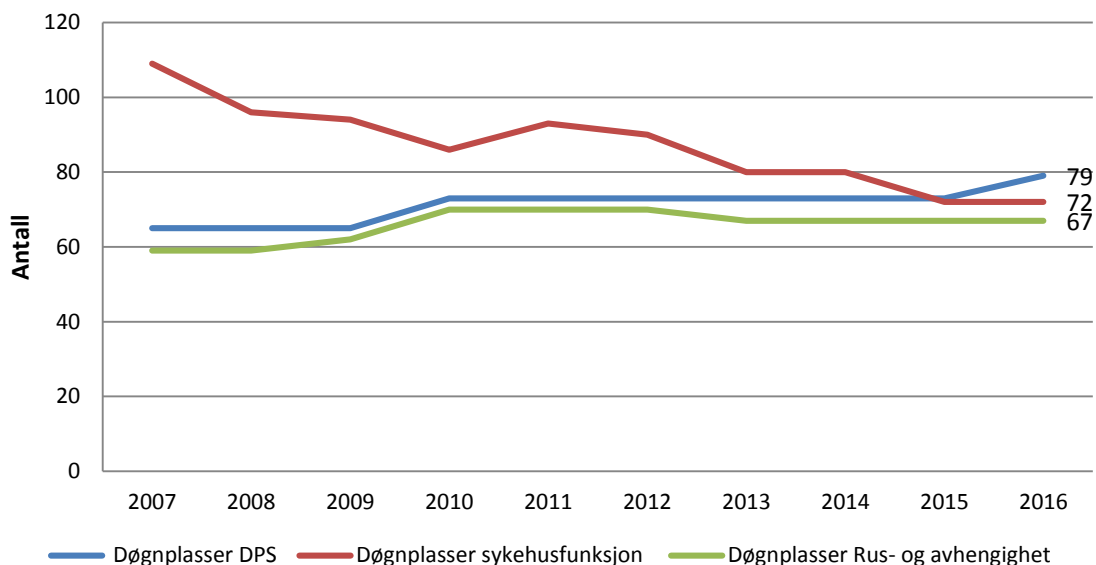


Figur 4-3 %-vis årlig vekst TSB og PHV UNN HF, 2012-2015

Tabell 4-3 Utvikling 2012-2015 Psykisk helsevern- og rusklinikken for antall konsultasjoner i poliklinikk og dagbehandling

| Poliklinikk og dagbehandling | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Psykisk helsevern | 57 555 | 58 263 | 60 497 | 63 744 |
| Rusbehandling | 8 989 | 10 096 | 11 174 | 12 007 |

Døgnplasser i perioden 2016 - 2007 Psykisk helsevern voksne og TSB



Figur 4-4 Døgnplasser 2007-2016, PHV voksne og TSB, UNN HF

Tabell 4-4 med NPR-tall for 2015 (siste tilgjengelige år) viser gjennomsnitt og spredning for liggetid i enhetene for psykisk helsevern på Åsgård. Det er rapportert både 0- og 1-døgnsopphold, som innebærer at noen innleggelse «snus i døra». 3 av enhetene har maks liggetid for 2015 på 365 dager - en eller flere pasienter var innlagt hele registreringsåret. Total liggetid for enkeltpasienter kan være lengre, men det kommer ikke fram gjennom dette uttrekket av data.

Tabell 4-4 Liggedøgn ved enheter for psykisk helsevern UNN Åsgård 2015

| Tjenesteenhet kode | Tjenesteenhet navn | Antall opphold | Antall liggedøgn i rapporteringsperioden (2015) | | | | |
|--------------------|--|----------------|---|-------|--------|---------|--------|
| | | | Minimum | Mean | Median | Maximum | Sum |
| 60000 | Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn UNN | 1 178 | 1 | 12,1 | 6 | 365 | 14 250 |
| 60050 | Allmennpsyk. avd. sykehusseksjon Nord UNN | 574 | 1 | 17,7 | 7 | 365 | 10 133 |
| 60060 | Allmennpsyk. avd. sykehusseksjon Sør UNN | 423 | 1 | 9,9 | 5 | 97 | 4 170 |
| 66000 | Avdeling for sikkerhetspsykiatri UNN | 30 | 4 | 139,4 | 39 | 365 | 4 183 |
| 67000 | Alderspsykiatrisk avdeling UNN | 120 | 1 | 36,6 | 30 | 129 | 4 394 |

4.3 Klinikkenes vurdering av samlokalisering – faglige og praktiske forhold

4.3.1 Samlokalisering psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Samlokalisering av psykisk helsevern og TSB har en rekke faglige fordeler knyttet til samlet utvikling av tjenestene (sammenheng sykehusstilbud, tilbud ved SPHR og tilbud innenfor TSB) og felles fagutvikling.

Det foreligger klare føringer knyttet til utvikling av mer helhetlige og sammenhengende tilbud.

Sykehusfunksjoner innenfor psykisk helse og SPHR i Tromsø har i dag felles vaktordning for leger og nattavdelingssykepleierordning.

Det er økonomiske driftsfordeler knyttet til at virksomheten innenfor psykisk helse og TSB i Tromsø nå er samlet på Åsgårdområdet. Dersom det blir aktuelt å dele funksjonene for Klinikken mellom flere lokasjoner må driftsøkonomiske konsekvenser vurderes på nytt.

4.3.2 Samlokalisering psykisk helsevern og rusbehandling med somatikk

I strategisk utviklingsplan 2015-2025 er formuleringen: *UNN skal styrke samarbeidet mellom de somatiske lokalsykehusfunksjonene, rus- og avhengighetsmedisin og psykiske helsevern,*

- *For å ivareta pasienter med psykiske lidelse under behandling i somatikken*
- *For å forebygge og følge opp somatiske sykdommer hos pasienter med rusavhengighet og psykiske lidelser.*

Utover disse to formålene som er definert i SU 2015-2025, vil nærhet mellom akuttpsykiatri, rusakutt og det somatiske sykehuset med sitt diagnostiske apparat kunne bidra til raskere avklaringer av tilstander som framtrer som rusrelatert eller som psykisk lidelse, som kan ha somatisk etiologi.

Vurdering fra somatiske klinikker

Det er avholdt et møte¹ mellom klinikkledere i Breivika og prosjektledelsen for Idéfasen PHV_TSB. Fra BUK er vurderingen at innhold/kvalitet i samarbeid og rutiner er det viktigste for å ivareta overgangen for ungdommene mellom 18 og 23. Det er mindre viktig om pasientene etter overgang til VOP har behandlingssted i Breivika eller på Åsgård.

Det pekes samtidig på at vil være noen utfordringer knyttet til å ha behandlingstilbudet for barn med psykisk lidelser og voksen med psykiske og/eller ruslidelser i nærheten av hverandre. Dette må ivaretas i den videre planleggingen dersom PHV og TSB flyttes fra Åsgård til Breivika. BUK vil gjerne delta i vurdering av tomtealternativene i Breivika.»

Andre klinikker i somatikken peker på mulighetene for raskere avklaringer av akuttpatienten ved å ha funksjonene samlet. De ser mulighet for bedre samhandling rundt flere pasientgrupper, med faglige avklaringer, kjappe visitt/tilsynsrunder ved behov.

For operasjon/anestesi forenkles ECT-virksomhet ved større nærhet, og tilgang på psykiater-/psykologkompetanse kan gi bedre anestesistilbud til pasienter med komplekse traumer i sin historie.

I referatet er det oppsummert følgende konklusjon fra utbyggingssjef i UNN:

«Konklusjon av samtlige kommentarer etter dagens møte, er at kvaliteten på somatisk pasientbehandling for pasienter med både somatisk og psykisk sykdom kan bli bedre med forbedret samhandling. Økt nærhetsgrad av tilbudet kan bidra til økt samhandling. Dette må veies mot pasientens andre behov. Nærhetsfaktor kan i tillegg gi en mulig ressursbesparelse. Intensjonen er at pasienten skal få et bedre tilbud enn hva som tilbys i dag»

Vurderinger fra Psykisk helse- og rusklinikken

Fra medvirkningsprosessen i Idéfasen er følgende vurderinger hentet:

Det kan i fremtiden vurderes at det vil bli et økende behov for å kombinere vanlige sykehustjenester med psykisk helsevern. Et eksempel på dette er den kommende eldrebølgen og en sannsynlig økende forekomst av demenstilstander i befolkningen. Enkelte studier viser at blir stadig flere demente eldre med kompliserte og sammensatte lidelser. Det vil i den forbindelse være sentralt å kunne tilby røntgen, EEG, søvnregistrering, kirurgi og lignende tjenester til en større gruppe pasienter innen alderspsykiatrien.

Ved samlokalisering i Breivika vil tilgang til utearealer for pasienter som er innlagt over lengre tid (sikkerhetspasienter og andre) måtte ha spesielt fokus. Dette er godt løst på Åsgård.

Praktisk og økonomisk vil det være en del å hente på mindre reisetid, mindre ambulansetransport, enklere å arrangere møter og lettere tilgang til hverandres kompetanse i tilknytning til den enkelte pasient.

¹ Referat fra møte mellom prosjektledelsen for Idéfasen PHV og TSB og somatiske klinikker UNN Tromsø 10.01.17

Det pekes på at flere pasienter med sammensatte behov, alderssammensetning i befolkningen med en økende andel demenstilstander i framtida vil ha nytte av tettere samarbeid mellom somatikk og psykisk helsevern.

Innspill fra medvirkningsprosessen vurderer følgende når det gjelder pasienter med psykiske lidelser og langtidseffekt på somatisk helse:

Personer med betydelig psykiske problemer har som kjent over 10 års kortere levetid. Undersøkelser viser at dette sannsynligvis skyldes livsstilsfaktorer som røyking, rusmiddelbruk, kosthold, mangel på mosjon, unnlattelse av å følge opp egne somatiske sykdommer samt til en viss grad bruk av enkelte legemidler. Dette er kjente forhold som kan påpekes under innleggelser, men som i praksis må følges opp i primærhelsetjenesten. Det er ikke sannsynlig at mer nærhet til somatikk vil bidra vesentlig for å bedre de anførte livsstilsfaktorer.

Gjennom medvirkningsprosessen har fagfolk fra Psykisk helse- og rusklinikken samlet gitt uttrykk for at behov for samhandling mellom psykisk helse/rusfeltet og somatikken ikke uten videre løses gjennom samlokalisering i Breivika. En del av utfordringene kan løses med dagens plassering gjennom endring av pasientforløpsbeskrivelser og rutiner. Deres vurdering av potensiell gevinst ved flytting til Breivika vil være avhengig av tomtevalg og utbyggingsløsning.

Ved en eventuell oppdeling av funksjoner mellom Breivika og Åsgård, er det vurdert som hensiktsmessig at alderspsykiatri og akuttpsykiatri plasseres på samme sted.

5 Status dagens bygninger og anlegg

5.1 Bygningenes tilstand

5.1.1 Resultater fra tilstandsrapport Multiconsult

Multiconsult har foretatt teknisk tilstandsvurdering av hele bygningsmassen til UNN (Universitetssykehuset i Nord Norge). Denne ble utført både i 2011, men med en oppgradering av status i 2015. Dette innebærer at renoveringen av bygg 7 ikke er implementert i disse resultatene. Bygg 7 utgjør bare 9 % av bygningsmassen og nedenstående vurderinger vil derfor i all hovedsak likevel være gyldig som vurderingsgrunnlag.

Tilstandsgradene (Norsk Standard 3424) varierer på en skala fra TG 0 (meget god teknisk stand) til TG 3 (Dårlig stand).

Tabell 5-1 Vektet teknisk tilstandsgrad for bygningene på lokasjonen Åsgård, Kartlegging av bygningsmassen ved UNN (Universitetssykehuset i Nord-Norge) -Multiconsult²

| Åsgård | Vektet tilstand pr hovedkomponent | | | | | | | |
|---------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------|------------|------------|--------------|----------------------|---------|
| | Bygg | Samlet vektet teknisk tilstand | Bygning | VVS | Elkraft | Tele og auto | Andre installasjoner | Utomhus |
| Bolig | | | | | | | | |
| Bygg 11 | 2,5 | 2,4 | 2,9 | 3,0 | 3,0 | - | 2,0 | |
| Øvrige | | | | | | | | |
| Blokk 1 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,5 | |
| Bygg 10 | 2,4 | 2,6 | 2,2 | 2,6 | 2,0 | 3,0 | 2,0 | |
| Bygg 12 | 1,5 | 1,6 | 1,5 | 1,4 | 1,0 | - | 1,5 | |
| Bygg 2 | 2,5 | 2,4 | 2,7 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 2,0 | |
| Bygg 3 | 2,1 | 2,1 | 2,2 | 2,0 | 2,0 | 3,0 | 2,0 | |
| Bygg 4 | 2,3 | 2,1 | 2,9 | 2,4 | 3,0 | 3,0 | 2,0 | |
| Bygg 5 | 1,5 | 1,4 | 1,0 | 1,6 | 2,0 | 3,0 | 2,0 | |
| Bygg 6 | 2,5 | 2,2 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 2,0 | |
| Bygg 7 | 2,6 | 2,4 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 2,0 | |
| Bygg 8 | 2,6 | 2,4 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 2,3 | 2,0 | |
| Bygg 9 | 2,4 | 2,4 | 2,5 | 2,0 | 2,0 | 3,0 | 2,0 | |
| Samlet | 2,3 | 2,2 | 2,4 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,0 | |

Bygningsmassen på Åsgård har fått en samlet vektet tilstandsgrad på 2,3 (utilfredsstillende stand). En tilstandsgrad på 2,3 indikerer et betydelig forfall som krever et stort oppgraderingsbehov.

5.1.2 Erfaringer/ undersøkelse utført ved renovering bygg 7

Teknisk drift hos Universitetssykehuset i Nord Norge har opplyst om utfordringer med jevnt tilsig av vann til Åsgårdtomta, via terrenget på oversiden av området. I tillegg er det slik at grunnforholdene under bygningsmassen består av fjell i meget ulik høyde, og har en beskaffenhet som legger til rette

² Kartlegging av bygningsmassen ved UNN (Universitetssykehuset i Nord- Norge) – Multiconsult- 26.mai 2011 med oppdaterte resultater fra 2015.

for at det kan danne seg vannlommer. Luftlommer i kombinasjon med vanntilsig fører til en del vannansamlinger under byggene. Avdekte grunnforhold i forbindelse med graving utenfor bygg 7 bekrefter dette forholdet (bilde 2).



Figur 5-1Grunnforhold i området Brygg 7

Ved renoveringen av bygg 7 ble det avdekt en del svakheter ved fundamenteringen og fuksikringen mot grunn. Ved graving under gulv på grunn, fant man at det ikke var etablert ordinært drensag. Oppsiktsvekkende nok var det benyttet en blanding av stedlige, siltholdige masser (jord og leire), store steiner og bygningsøppel (bilde 1). Disse massene bidrar til en kapillær effekt og utgjør en risiko for fuktopptrekk i konstruksjonen. Gulvene var heller ikke isolerte eller hadde et ventilert hulrom under seg.

Gjeldende bygningsforskrift (Byggeforskrift av 15 desember 1949)³ fra den tids byggeperiode, stilte krav om at gulv på grunn skulle være sikret mot fukt, enten gjennom etablering av ventilert hulrom eller gjennom «betryggende isolasjon mot grunnfuktighet».

Videre avdekte gravingen at veggene står direkte på grunn, med gulvdekkene støpt inntil veggene. Veggene hadde heller ingen fuksikring, slik at også her representerer konstruksjonen en betydelig risiko for kapillært oppsug av fukt i veggene, både i inner- og yttervegger. Befaringer i alle bygg på Åsgård viste da også at dette er et gjennomgående problem i alle underetasjer i hele bygningsmassen.

³ Byggeforskrifter av 15 desember 1949, bind II-for-1949-12-15 nr 0000



Figur 5-2 Eksisterende dremsmasser under gulv på grunn- Bygg 7

Betongkvaliteten som ble avdekt i underetasjen i bygg 7 var heller ikke den beste. Det bar preg av en del slurv i utførelsen, men steinreir under vinduer (bilde 3) og markante og brede støpeskjøter. Begge disse faktorene representerer en risiko for lekkasje av vann gjennom vegger som ligger under terrengnivå. Fuktmålingene bekreftet også at veggene var fuktholdige. Det er rimelig å anta at denne svakheten er gjennomgående for hele bygningsmassen på Åsgård, og gjelder for alle vegger mot øst (mot terreng) i byggenes underetasjer.



Figur 5-3 Typisk eksempel på støpekvaliteten- Bygg 7

Universitetssykehuset i Nord Norge bestilte en tilstandskontroll av fasadene i bygg 7 (Asplan Viak)⁴. Resultatene fra denne avslørte at armeringen står i korrosivt miljø, og rustningsprosessen måtte antas å akselerere hvis det ikke ble foretatt tiltak. I tillegg avslørte termograferingen av bygget at det var store varmetap gjennom fasadene. Innvendige vegger og dekker var ført ut gjennom vegg, og representerte betydelige kuldebroer med sine varmeutslipp. Alle bygg på Åsgård er bygd opp etter samme prinsipp, og teknisk drift har registrert lekkasjer og varmetap gjennom flere av fasadene som ikke er tettet på Åsgård.

Bygg 7 ble etterisolert og tettet, og noen av de andre byggene er allerede etterisolert og tettet for en del år tilbake. Det gjenstår imidlertid flere bygg der det ikke er utført etterisolering og tetting av fasadene. Lekkasjer og varmetap antas å kunne bli et økende problem i tiden framover for disse byggene.

5.1.3 Tilbakemeldinger fra brukerne og tilsynsmyndighet

Teknisk drift på UNN (Universitetssykehuset i Nord Norge) har registrert hyppige klager på inn klima fra brukerne på Åsgård.

De delene av arealene som i dag er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, balanserer på kravene til godkjenning. I tillegg er det over tid meldt en betydelig problematikk knyttet til forhold som ventilasjon, brannsikkerhet, setninger, fukt og trolig også forekomst av muggsopp.

Typiske rapporterte inn klimaplager som følge av disse utfordringene er vondt/ tung i hodet, tørr luft, slimhinneplager samt temperaturutfordringer (trekk, kalde flater, temperaturforskjeller).

⁴ Tilstandskontroll fasader- Bygg 7 Utgave: 1, 23.12.2013- Asplan Viak

Sivilombudsmannen var på besøk på Åsgård i april 2016. Konklusjonene fra dette besøket var at de fysiske forholdene var bekymringsfulle, og at de ikke var helsefremmende eller egnet til å drive behandling og omsorg på en skånsom og respektfull måte.⁵

5.2 Bygningenes funksjonelle egnethet

5.2.1 Byggenes tilpasningsdyktighet

Byggenes tilpasningsdyktighet er en viktig vurderingsparameter knyttet til utarbeidelse av strategiske prioriteringer og helhetsplaner for utvikling av bygningsmassen. Byggets tilpasningsdyktighet sier noe om bygningens evne til å endre planløsning (fleksibilitet), evne til å endre bruk til annen funksjon (generalitet) samt evne til utvidelse (elastisitet).

Samlet vektet grad av tilpasningsdyktighet for alle bygningene på Åsgård er 1,9.

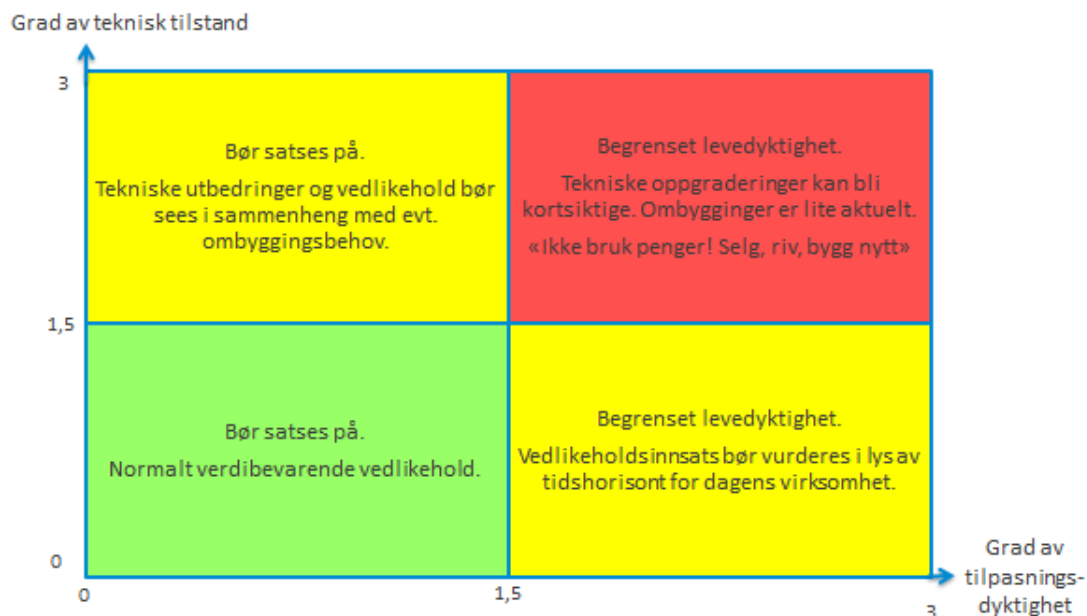
Tilpasningsdyktigheten varierer fra 1,4 (bygg 9) til 2,1 (bygg 5 og 3). Tilpasningsdyktighet som er større enn 1,5, tilsier at bygningsmassen er begrensende med tanke på endringer og potensial for ulike bruk.

For Åsgård viser indikatorverdien på 1,9 at bygningsmassen består av et stort omfang av bygninger og enkeltkomponenter som er rigid, der det er vanskelig og kostnadskrevenende å gjøre endringer.

5.2.2 Forholdet mellom teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet

I tillegg til å vurdere tilstandsgrad og tilpasningsdyktighet separat, er sammenhengen mellom disse to faktorene vurdert. Sammenheng mellom faktorene gir et godt bilde på hvorvidt bygningsmassen har utviklingspotensial, og om det lønner seg å bruke ressurser på å oppgradere disse byggene.

Figuren nedenfor illustrerer sammenhenger og strategier.

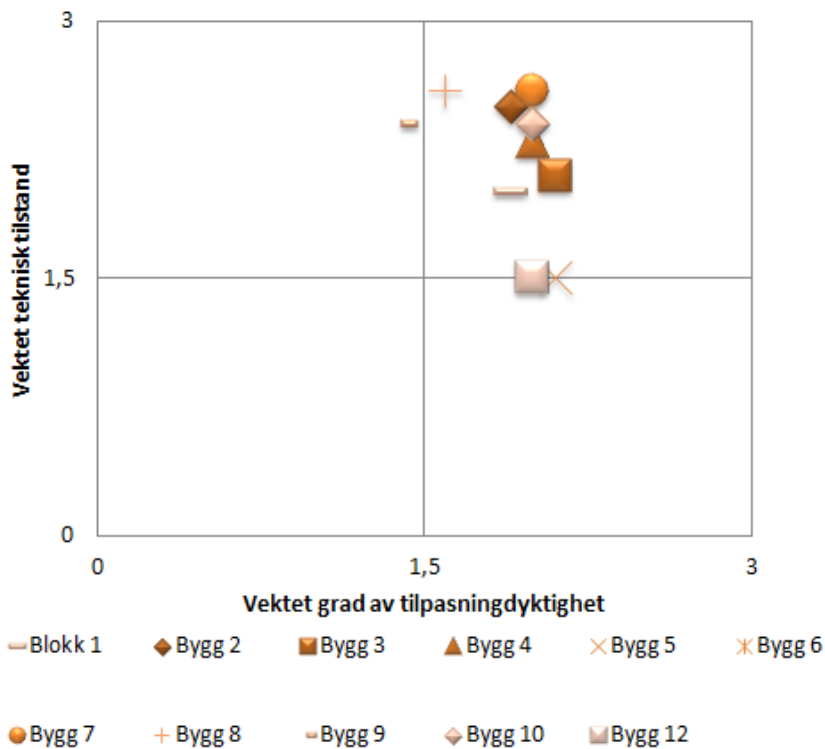


Figur 5-4 Sammenheng mellom teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet (Multiconsult) Kartlegging av bygningsmassen ved

⁵ Sivilombudsmannens besøksrapport, 26-28. april 2016, vedlegg

UNN

Resultatene av sammenhengen mellom tilpasningsdyktighet og tilstandsgrad for Åsgård er illustrert i tabellen under.



Figur 5-5 Sammenheng mellom teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet for bygningene, Kartlegging av bygningsmassen ved UNN (Universitetssykehuset i Nord- Norge) - Multiconsult

Vi ser av resultatene at byggenes tilpasningsdyktighet er lav, samtidig som tilstandsgraden på en del av byggene er dårlige. Sett i lys av dette, vurderes bygningsmassen på Åsgård til å ha begrenset funksjonalitet, og det anbefales ikke, ut fra dette perspektivet, å satse på å investere i oppgraderinger i disse byggene.

5.2.3 Tilbakemeldinger og erfaringer om byggenes utforming og egnethet⁶

Tilbakemeldingene fra brukerne understøtter funnene i Multiconsults rapport. Erfaringene fra renoveringsfasen i bygg 7 viste at man ikke klarte å skape de lokale klinikkene ideelt sett ønsket seg, for å kunne drive en psykiatrisk sengepost etter moderne prinsipper. Ytterveggene og bæresystemene satte klare begrensninger for utformingen. Dette har gjort det svært vanskelig å etablere oversiktlige sengeposter som legger til rette for økt trygghet hos pasientene samt rasjonell personellbruk.

Dagens bygningsmasse med sin utforming har også begrensninger på tilgang til avgrensede utearealer. Noen få sengeposter har direkte tilgang fra sengepostene til avgrensede utearealer, mens de fleste sengepostene har ikke denne fasiliteten. Sivilombudsmannens rapport påpekte

⁶ Vurdering av egnethet ved eksisterende bygg på Åsgårdområdet- mail fra leder av medvirkningsgruppa, datert 12.01.2017

behovet for direkte tilgang til frisk luft fra sengepostene. Med dagens bygningsmessige utforming som begrensning (i tillegg til at hele bygningsmassen er vernet), var det ikke mulig å etablere bedre forhold på dette punktet ved renovering av bygg 7.

5.3 Landsverneplan for helsesektoren – fredning og vern på Åsgård

Området er vernet og deler av bebyggelsen fredet i Helse- og omsorgsdepartementets landsverneplan (2012).

Hele sykehusområdet inklusiv gårdseiendom mot sør og en del av boligområdet på oversiden av Åsgårdvegen er vernet i planen. Fire enkeltbygninger på oversiden av Åsgårdvegen er fredet, og det gjelder også deler av Psyk. Avd. på nedsiden av Åsgårdvegen.

Verneklasse 1, fredning:

- Bygning 7, eksteriør
- Bygning 10, eksteriør og delvis interiør (inngangsparti)
- Lars Eriksens vei 4-7, eksteriør og interiør (boliger som ikke inngår i denne mulighetsstudien)

Formålet med fredning er å bevare utvalgte bygninger på Åsgård sykehus som landets eneste helhetlige psykiatriske spesialsykehus bygget i sin helhet i etterkrigstiden. Åsgård sykehus er et betydelig helsehistorisk kulturminne.

Formålet med fredning av de to bygningene, bygg 7 og 10, er å bevare utvalgte deler av bygningsstrukturen på Åsgård sykehus. Formålet med fredningen er videre å sikre hovedstrukturen i det arkitektoniske uttrykket og detaljeringen så som fasadeløsning, opprinnelig og eldre deler som dører og vinduer, samt materialbruk og overflater. Formål med fredning av utvalgte interiør er å opprettholde opprinnelig rominndeling med opprinnelig og eldre bygningsdeler, overflater og materialbruk, belysning, armaturer og detaljer, samt opprinnelig fast inventar.

Bygg 7 er gjennomgående renovert i 2016 etter godkjenning fra Riksantikvaren. Det er blant annet foretatt fasaderenovering, innvendig renovering og mindre tilbygg.

Konklusjon

Fredningen legger begrensninger på utvikling av området, og det må tas utgangspunkt i at de to fredede bygningene (bygg 7 og 10) må bevares. Det forutsettes at det for bygg 10 vil bli gitt tillatelse til tilsvarende omfattende renovering som det som er gjennomført for bygg 7, men med begrensning mht. interiør som er fredet. Fredete bygninger kan integreres i en ny struktur.

Bevaring av bebyggelsesstrukturen på Åsgård vanskeliggjør en effektiv moderne drift av det psykiatriske sykehuset. I tillegg vanskeliggjør vernet salg av eiendommen for bruk til annet formål.

Det tas i dette mulighetsstudiet utgangspunkt i at man på sikt, etter å ha dokumentert bebyggelsen, vil kunne få opphevet vernet av den delen av bebyggelsen som ikke er fredet. Dette vil gi mulighet til å utvikle området gjennom totalrenovering eller rive og etablere ny bebyggelse.

5.3.1 Landsverneplanen, foreløpig vurdering fra Sykehusbygg.

Åsgård-komplekset er tatt inn som et verdsatt helsehistorisk fredet/vernet anlegg i HODs landsverneplan for helsesektoren (LVP Helse) 2012. Eiendommene som inngår i LVP Helse, er tidstypiske bygninger – fra ulike epoker og av ulike typer. Samtidig har de en generalitet som gjør dem brukbare over tid. Ved grundige og faglig bredt nok riggede analyser av bruksmulighetene for

sektorens fredede og øvrige vernede bygninger og miljøer, vil man finne at man i stor grad kan benytte eksisterende eiendommer og bygningsstrukturer videre.

UNN HF's ansvar for fredet og vernet eiendom opphører ikke selv om et alternativ i Breivika velges. Jf. statlige sektorers sektorovergripende kulturminneansvar kan man ikke regne med at HOD vil oppheve det fysiske VK2-vernet på Åsgård. Og om HOD skulle oppheve hele eller deler av dette vernet, er det et åpent spørsmål hvor enkelt og raskt prosessen med å avhende de vernede eiendommene på Åsgård vil kunne la seg gjennomføre.

Iht LVP Helse er det av stor betydning å bevare Åsgård som en fortsatt benyttet lokalitet for spesialisthelsetjenesten. Dette fordi fortsatt bruk også vil være det beste vern av Åsgård som helsehistorisk kulturarv. Det kan dermed argumenteres godt for å tillate nokså vide rammer for utvikling/supplering av eksisterende struktur på Åsgård, slik at hele komplekset kan imøtekomme dagens krav. Ikke minst i kombinasjon med arkivmessig bevaring vil utviklingsmulighetene være betydelige også for den vernede bygningsmassen.

På rapportens side 29 leser vi: «Bebyggelsen er organisert som en egen struktur. Strukturen gir ikke mulighet for gode private utearealer.» Vi mener at man i større og tilstrekkelig fri grad bør vurdere utvikling/supplering av eksisterende struktur for å imøtekomme dagens krav til struktur og funksjonalitet. I rapporten savnes det derfor et utviklingsalternativ som ligger mellom ÅO (oppgradering) og Å1 (omfattende rivning). I et slikt alternativ må man vurdere egnethet for:

- vesentlig del av eksisterende bebyggelse (jf. den påpekte verdien av denne bygningsstrukturen) i sambruk med ny bebyggelse og
- annen del av eksisterende bebyggelse i kombinasjon med n, alternativ bruk (andre formål).

Konklusjon

Verken vernets tyngde eller de praktisk-økonomiske følgene av denne vernesituasjonen er i tilstrekkelig grad reflektert i den tilsendte versjon av rapporten. Det gjør at det kan settes spørsmålstegn ved rapportens konklusjon.

Det bør gjøres en grundigere og faglig bredt rigget vurdering av utviklingspotensialet på Åsgård.

5.4 Oppsummering

Tilstand på byggene er dårlig, ansatte klager stadig over inneklimate, og har plager som følge av dette. Byggene bærer preg av slurvete utførelse og oppfylte ikke datidens bygningsforskrifter i forhold til fuktsikring fra grunnen. Universitetssykehuset i Nord Norge makter ikke per i dag å tilby sine pasienter fysiske omgivelser som legger til rette for verdig behandling. Selv om det foretas omfattende reovering av byggene, vil man ikke, på grunn avdekt utførelseskvalitet og prinsipp for fundamentering, kunne klare å demme opp for stadig fuktopptrekk fra grunnen. Byggteknisk vil eneste langsiktige løsning på fuktproblematikk være riving og nybygg, der basisprinsipper for fundamentering gjennomføres. Byggenes utviklingspotensial og tilpasning til moderne behandling er i tillegg svært begrenset.

Basert på disse tilstandsmessige vurderingsfaktorene anbefales det at dagens bygningsmasse på Åsgård ikke benyttes til fremtidige behandlingslokaler i regi av universitetssykehuset i Nord Norge, men avhendes (selges eller rives).

6 Dagens situasjon

6.1 Pasientforløp

6.1.1 Pasientforløp akuttpsykiatri

Pasienter i akuttenehetene legges oftest med tvangsvedtak, mens frivilling behandling som regel gis ved et akutt tilbud på en åpen DPS døgnenhet. Denne trenden er forsterket etter at de ambulante psykiatriske teamene (APT) er blitt sterkere involvert i de aller fleste innleggelsene. Gjennomsnittlig liggetid er 7-10 døgn, med spredning fra få timer opptil ett år for helt spesielle tilfelle. Utredning er hovedfokus i akuttfasen, og involverer laboratorietjenester, somatiske undersøkelser og enklere medisinsk behandling. Mer kompliserte tilstander som intoks behandles i somatikken, og ytterligere utredninger med bildediagnostikk og EEG og ECT-behandling utføres også i somatikken. I 2016 ble det gjennomført en registrering over 3 uker for alle reiser til Breivika for somatiske undersøkelser for pasienter innlagt i alderspsykiatri, akuttposter og PRE-enheten. Det var totalt 29 reiser – ca. 10pr. uke. I tillegg kommer ca. 400 pasienttransporter til ECT-behandling.

I enkelttilfeller kan det i løpet av en innleggelse dreie seg om opptil 20 kontakter med somatiske tjenester i løpet av et par uker mens andre ikke har noen kontakt med somatikk. Det finnes ikke sikre tall på dette forbruket.

6.1.2 Pasientforløp alderspsykiatri

Alderspsykiatrisk avdeling tar imot ca. 70% av pasientene elektivt, mens ca. 30% overføres fra akuttavdelingene, og noen få pasienter overføres fra somatiske avdelinger i Breivika. Pasienter med depresjon utgjør ca. 40% av innleggelsene, demensrelatert ca. 40% og andre lidelser som psykose eller angst utgjør resten.

Gjennomsnittlig liggetid er 40 dager (landsgjennomsnitt for alderspsykiatriske avdelinger). Snittalder er 76 år. Noen pasienter blir liggende betydelig lenger, men det skyldes i hovedsak pasienter med demens som venter på sykehjemsplass i hjemkommunen.

Pasienter i alderspsykiatrisk enhet vil kunne ha behov for utredninger i somatikken, som f.eks. MR/ CT av hodet og andre organspesifikke utredninger. Per i dag er det relativt sparsom praksis for henvisning til geriatrisk tilsyn.

6.1.3 Pasientforløp rusbehandling (TSB)

Enheten har avrusningsenhet/ utredningsenhet med 10 døgnplasser, en døgnenhet for voksne (ReStart) med 12 plasser og en enhet (Rusbehandling ung) med i hovedsak pasienter mellom 18-35år, 15 døgnplasser.

Avrusning-utredning

Avrusning har 10 døgnplasser og gir et avrusningstilbud til pasienter som skal videre i behandling ved andre rusbehandlingssteder. De gir også tilbud til pasienter der det ikke er planlagt videre behandling. Dette kan gjelde opptrapping i LAR, vurdering av behov for videre behandling, nedtrapping av medikamenter.

Rusbehandling ung (enhet for døgnopphold)

Rusbehandling ung gir tverrfaglig spesialisert rusbehandling til menn og kvinner over 18 år som trenger hjelp med ulike typer rusproblemer. Pasientene er henvist til Vurderingsteamet ved UNN og videre prioritert til Rusbehandling ung. Pasientene behandles 1-2 uker ved Avrusning før de kommer til behandling ved Rusbehandling ung. Døgnbehandlingen kan ha en varighet på inntil 6 måneder og det gjøres individuelle vurderinger på behandlingens lengde i samarbeid med pasient og øvrig hjelpeapparat. Gjennomsnittlig liggetid er ca. 2-3 mnd. Snittalder ca. 25 år.

Behandlingstilbudet er i utgangspunktet basert på frivillighet. Enheten gir imidlertid mulighet for §12-soning/behandling. Gir også tilbud til gravide på tvang, samt andre unge pasienter på tvang med bakgrunn i fare for liv og helse. Rusbehandling ung gir også særskilt tilbud om sinnemestring.

I første del av behandlingen vektlegges kartlegging, utredning og diagnostikk. I tillegg til avhengighetsdiagnoser opptrer blant annet personlighetsforstyrrelser, bipolaritet, ADHD, PTSD, autismspekterforstyrrelser, og diagnoser opp mot psykoseproblematikk. Dette tilsier at Rusbehandling ung i perioder trenger bistand fra psykiatrien, enten i form av tilsynsvurdering og/eller overføring av pasient for en periode.

Det er lege og sykepleiefaglig virksomhet ved Rusbehandling ung som følger opp somatiske plager hos pasientene. Mulighet for bruk av skiftestue på Åsgård, for eksempel ved behov for EKG. Pasientene er imidlertid regelmessig henvist til undersøkelser og behandling på UNN, Brevika. Dette kan handle om skader og sykdomstilstander som skal utredes/behandles. Kan dreie seg om gjennomsnittlig 1-2 ganger i mnd.

Behandlingstilbudet ved Rusbehandling ung er i stor grad gruppebasert og samtidig tilpasset den enkelte pasient. Rusbehandling ung har en ukeplan med faste gjøremål, møter, måltider, grupper og fysisk aktivitet. Stort kjøkken hvor mat og hushold læres og er med på å sysselsette pasientene med realistiske hverdagsoppgaver. Ved å følge ukeplanen får pasientene en mulighet til å etablere en god døgnrytme og hverdagen blir treningsarena for å prøve ut ny kunnskap, samarbeide og å få gode mestringsopplevelser sammen med medpasienter. Enheten har en ung målgruppe som ofte har behov for at det skjer meningsfulle aktiviteter. Behandlingstilbudet vektlegger trening/ aktivitet, inne eller ute i nærliggende natur, og deltar på kulturelle begivenheter.

Spesielle utfordringer i behandlingstilbudet:

- Bygningen rommer ikke gode nok løsninger med tanke på muligheter for å skjerme pasient, for eksempel ved rusepisode.
- Rusbehandling ung gir tilbud til gravide med avhengighetsproblem, samt unge (primært menn) med utfordringer når det gjelder utagering. Dette passer ikke alltid like godt sammen. Også her kunne mulighet til skjerming bidra til å redusere problemet med kryssende hensyn.
- Ved full avdeling er det nødvendig at to pasienter deler rom.

ReStart – enhet for døgnopphold

Henvising til Re-Start gjennomgås og prioriteres av Vurderingsteamet i UNN. De fleste pasienter er inne 1-2 uker på Avrusning før de kommer over til oss. De er da stort sett i relativt stabil form. Det

etableres et team på enheten som består av pasienten, lege, psykolog og behandler. Disse har hovedansvaret for behandlingsforløpet. Et vanlig forløp varer i 6-8 uker, deretter gjøres det avtaler om reinnleggelser, dagpasient, polikliniske avtaler. Ca. 30% av pasientene har en avtale i Breivika i løpet av oppholdet dvs. at det ca. 2 ganger pr mnd. drar pasienter fra ReStart til Breivika på en avtale.

Vi har et tilbud til alle typer avhengighetstilstander men vi har et hovedfokus på det å gi et tilbud til alkoholavhengige. I tillegg til miniteamene er en viktig del av behandlingen undervisningsprogrammet. Vi har nytt tema hver uke (nettverk, avhengighet, tilbakefall, endringsprosessen, rus og samfunn, psykisk helse, sosiale ferdigheter, livskvalitet, helseskader) der vi underviser og har samtalegrupper rundt ukens tema. Mange av våre pasienter har psykiatriske diagnoser i tillegg til avhengighet. Vi har ikke bemanning eller egnede lokaliteter til å gi et tilbud til pasienter som er akutt suicidale eller er inne i en aktiv psykose.

6.1.4 Pasientforløp (DPS): Senter for psykiske helse og rusbehandling (SPHR)

SPHR har to døgnenheter lokalisert til Åsgård med til sammen 22 døgnplasser. Disse døgnenhetene er begge godkjente for tvang. Døgnseksjonen gir et allmennpsykiatrisk- og rusbehandlingstilbud i form av akutte, planlagte og brukerstyrte innleggelser.

Akutt innleggelse: Kommer som henvendelse etter vurdering fra ambulant akutteam eller vakthavende lege. Det kan også være som overføring fra akuttpost i psyk. avd.. Døgnseksjonen tar imot de pasientene som er vurdert å kunne ivaretas innenfor de rammer, kompetanse og ressurser som Døgnseksjonen innehar. Lengde på opphold vurderes ut fra det akutte behovet og i samarbeid med en eventuelt poliklinisk behandler samt bruker og nettverk.

Planlagt innleggelse: Kommer som henvisning til inntaksteamet i Døgnseksjonen. Henvisningene vurderes utfra gjeldene prioriteringsforskrifter. Henvisningene vurderes fortløpende hver uke, hvor pasienten tildeles plass med gitt lengde på den Døgnenheten som vurderes å kunne gi det aktuelle tilbudet.

Brukerstyrte innleggelser: 3 plasser disponeres til dette formålet. Det er ca 40 personer som har avtale. De kan selv ta kontakt med enheten ved behov for innleggelse og tas imot ved ledig plass i disse plassene. En innleggelse kan vare maksimalt 5 døgn med påfølgende karantenetid til dette tilbudet i tre uker.

Pasientene har ulike psykiatriske lidelser, hvor de vanligste er psykoser, depresjoner, personlighetsproblematikk og alvorlige angstlidelser. Flere har en tilleggsproblematikk i form av rus og medikamentavhengighet. Det er et økende antall pasienter med uavklarte tilstander i behov av utredning. Døgnenhetene tar nå også imot pasienter med behov for avrusning og som en forsterkning til rusbehandling med akutt krise.

Det legges vekt på en faglig profil i form av relasjon og nettverksarbeid hvor ønsker å inkludere pasientens eksterne private og profesjonelle nettverk inn i behandlingen. Det tilrettelegges for at brukeren aktivt kan delta i utformingen av eget behandlingsopplegg. Pasienten inngår som deltakende part i det interne behandlingsteamet som består av behandler, 2 miljøkontakter og ansvarlig lege. Ved de planlagte innleggelsene kan den polikliniske behandleren være behandlingsansvarlig, dette for å sikre kontinuitet og at innleggelsen blir en forsterking av den polikliniske behandlingen.

Det legges vekt på å fremme pasientperspektivet i behandlingen gjennom at pasienten deltar i utforming av egen behandlingsplan og kan få tilbud om selv å dokumentere behov og effekt av behandling i egen journal. Dette krever rombehov for å kunne dokumentere og jobbe sammen med elektronisk pasientjournal.

Det er i noen pasientforløp nødvendighet med somatisk undersøkelse, utredning eller tilsyn i UNN-Breivika.

Eventuelt framtidig økning i ambulante og polikliniske tjenester vil i stor grad være avhengig av at kommunen ivaretar sine oppgaver; bolig, oppfølging og andre tiltak som kan videreføre pasientforløpene som igangsettes ved sykehus og DPS.

6.2 Spesielle problemstillinger

6.2.1 Medikamentfri behandling

Medikamentfri behandlingssenheter med 6 døgnplasser ble opprettet i september 2016

Som ledd i arbeidet med å oppnå redusert og riktig bruk av tvang, har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) stilt krav til regionale helseforetak om etablering av medikamentfrie behandlingstilbud. Tilbudet etableres i dialog med brukerorganisasjonene og skal omfatte både voksne og unge under 18 år. Medikamentfri behandling skal tilbys i hele landet for pasienter som ønsker et terapeutisk alternativ der en tradisjonelt bruker medisiner, men hvor kravet til faglig forsvarlighet kan ivaretas også med annen behandling. Valgmuligheten skal også gis pasienter som ønsker å bruke færre medikamenter og/eller lavere doser der dette er aktuelt.

6.2.2 Sikkerhetspsykiatri

Sikkerhetspsykiatrien har ansvar for pasientbehandling av alvorlig psykisk syke med høy voldsrisiko og et samfunnsansvar ved å ta imot mennesker som er dømt til tvungent psykisk helsevern.

Sikkerhetspsykiatri i spesialisthelsetjenesten er delt i to behandlingsnivåer, et regionalt nivå (Nivå 1), og et lokalt nivå (Nivå 2) som skal være etablert i alle helseforetak eller sykehusområder.

Sikkerhetsnivå 1 innebærer krav om skall- og perimetersikring som kan stå imot frigjøringsforsøk og kvalifiserte rømningsforsøk.

Sikkerhetsnivå 2 har krav til skallsikring, som kan stå imot rømningsforsøk.

6.2.2.1 Lokale sikkerhetsplasser, nivå 2

Sikkerhetspsykiatri døgn og sikkerhetspsykiatri rehabilitering er etablert på Åsgård med 6 senger hver.

For pasienter innlagt i sikkerhetspsykiatriske enheter på nivå 2 er behandling og stabilisering første faste. I denne fasen er fysiske rammer og sikring mot rømningsforsøk viktig. Etterhvert vil behandlingen ha mer åpne rammer. Dette gjennomføres etter hvert gjerne i sengepost med åpne dører. I slutfasen går behandling til videre rehabilitering og utprøving av funksjonsnivå og voldsrisiko i treningsleilighet før endelig utskrivelse. Dette er normalforløpene, men nesten ingen pasienter benytter seg av alle nivåene. Noen kommer f.eks. bare inn til akutt stabilisering på skjeringsenhet før de sendes tilbake til akutenhet. For mange av pasienten på sikkerhetsseksjonen er det snakk om forløp på over 10 år.

6.2.2.2 Regionale sikkerhetsplasser – sikkerhetspsykiatri nivå 1

Helse Nord kjøper i dag regionale sikkerhetsplasser (nivå 1) fra Helse Midt-Norge RHF. Det har de senere år vært en betydelig økning av antall dømte til tvungent psykisk helsevern og økt bruk av judisiell observasjon i sikkerhetsavdelinger. Kostnader til kjøp vil derfor sannsynligvis øke for pasienter tilhørende Helse Nord. En arbeidsgruppe nedsatt av Helse Nord har utredet spørsmålet om etablering av regionale sikkerhetsplasser i regionen mener økning i antall pasienter i sikkerhetspsykiatrien gir behov for å etablere både regionale og lokale sikkerhetsplasser i Helse Nord.

I henhold til Helse Nord styresak 74-2016 skal det etableres 3 regionale døgnplasser ved UNN fra 2019. Disse må planlegges innenfor evt. nybygg/renovering
Regionalt kompetansesenter for sikkerhetspsykiatri ble vedtatt etablert uten at dette ble spesifisert ytterligere.

6.2.3 Døgntilbud til pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser

I henhold til vedtak RHF-styresak nr. 74-2016 skal det etableres 2 regionale døgnplasser fra 2016 (2017). Disse plassene er ikke avklart med hensyn til plassering i RHF.

7 Utvikling mot 2030

Innenfor psykisk helsevern og behandling av rus- og avhengighetsmedisin (TSB) er signalene entydige. Poliklinisk og ambulant virksomhet skal trappes opp. Pasientene skal få tilbud nærmest mulig eget bosted. Det skal jobbes mot størst mulig brukerstyrt behandling med påfølgende reduksjon av bruk av tvang. Økt bruk av E-helse vil påvirke også behandlingstilbudene innenfor psykisk helsevern og rusbehandling.

7.1 Sykehuspsykiatri, DPS og kommunale funksjoner

Klinikken har som føring for virksomheten at tilbudet skal gis så nær pasientens hverdag og livssituasjon som mulig. Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR – navnet på DPS i Tromsø) skal være inngangsporten til spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. SPHR skal ha en helt sentral plass i pasientforløpet. Tilbudet ved SPHR skal i størst mulig grad gis ambulant og poliklinisk. Innleggelse i døgnbaserte tilbud ved SPHR skal bare skje i de situasjoner der ambulant/poliklinisk tilbud ikke er tilstrekkelig. Tilbudet ved sengeposter på sykehusnivå skal bare ivareta problemstillinger som ikke kan ivaretas tilfredsstillende i andre døgnbaserte tilbud jamfør DPS-veilederen «Distriktspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner» (IS-1388) som også angir en type ansvars- og oppgavefordeling mellom sykehus og DPS.

Det er en utvikling på gang for etablering av rusteam ved SPHR både i og utenfor Tromsø. Det foreligger videre en klar tenkning knyttet til styrking av ambulant virksomhet/ etablering av ACT-lignende team ved SPHR utenfor Tromsø (ACT-team er etablert i Tromsø, organisert under kommunen).

Etablering av kommunale senger for ø.hj. -senger også for psykisk helse og rus vil representere en utvikling som vi i dag ikke helt ha oversikt over når det gjelder konsekvenser for virksomheten ved SPHR.

Det er allerede bygget ut DPS-kapasitet i distriktene, og det er tatt ned mye kapasitet i Tromsø. Det er neppe behov for større utvidelse/bygging på DPS-nivå. I Tromsø kan klinikken tenke seg et klarere skille mellom sykehusfunksjoner og DPS-funksjoner. På den annen side kan dette innebære noen ulemper, da det er store fordeler på samhandling, pasientforløp og drift med tett samorganisering.

Man kan tenke seg en utvikling der kommunene i enda større grad enn i dag skal ivareta lokalsykehusfunksjoner, og man kan t.o.m. tenke seg at DPS overtas av kommunene. DPS skal i større grad enn i dag jobbe utadrettet og gi hjemmebehandling. Samtidig står vi i en situasjon der DPS-ene holder på å overta viktige funksjoner innen rusbehandling som de ikke har hatt tidligere. Det er fortsatt uklart hva som blir konsekvensene av dette.

Ved behov for nye bygg knyttet til enten DPS eller DMS på lokasjoner utenfor Tromsø, vil det være

aktuelt å vurdere om funksjonene kan samordnes.

7.1.1 Alderspsykiatri på DPS

Det er forventet en økning av antall eldre (>65 år) frem til 2030 på 40%, og ytterligere økning frem mot 2040 (SSB moderat vekstanslag).

Det er ikke noe som tilsier at sykdomspanoramet vil endre seg vesentlig, derfor vil det være et klart behov for styrking av det alderspsykiatriske tilbudet. Noe av veksten vil kunne ivaretas av kompetanseoppbygging på DPS, noe som vi arbeider aktivt med. Det vil imidlertid til enhver tid være eldre som har sykdom av en slik karakter at de ikke kan ivaretas på døgnenheter på DPS eller behandles poliklinisk. Denne gruppe pasienter vil ha behov for innleggelse på en alderspsykiatrisk sengepost. Det er mye erfaring både nasjonalt og internasjonalt som tilsier at denne gruppen ikke ivaretas i tilstrekkelig grad på en akuttpsykiatrisk sengepost.

En svært stor forventet vekst i behov for alderspsykiatriske tjenester er avhengig av en styrking av alderspsykiatri på DPS nivå, men en slik styrking alene vil ikke være tilstrekkelig for å møte det økte behovet. Nyere forskningsresultater av blant annet Tromsø 7-studien gir noe usikkerhet omkring effekten av demografiendring på sykkelighet hos eldre. Forskningsdata kan antyde at aldersbetingende sykdommer opptrer senere i dagens eldrepopulasjon enn det som har vært antatt, slik at samlet sykdomsprevalens ikke blir så stor som tidligere antatt. Det er for tidlig til å trekke konklusjoner av disse resultatene slik at vi foreløpig må anta en relativt betydelig økning av alderspsykiatriske pasienter i grunnlaget for framskriving.

En del av økningen i behovet for behandlingstilbud til alderspsykiatriske pasienter vil måtte dekkes opp på DPS-nivå, gjennom utvikling av fagkompetansen og bruke av polikliniske og ambulante tjenester.

7.1.2 DPS og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det framstår ennå ikke helt klart hvordan samarbeidet mellom rusbehandling og DPS vil utvikle seg framover.

Klinikkledelsen tror imidlertid at SPHR (Senter for psykisk helse og rusbehandling, DPS) vil bli supplement til rusbehandling i form av stabilisering og ivaretagelse/behandling under krise. Vi tror den langvarige rusbehandlingen i framtiden også vil finne sted i mer definerte rusbehandlingstilbud. Dette tilsier det samme behovet for sengeplasser som i dag.

Det jobbes aktivt med å kartlegge og forebygge drop-out fra rusbehandling. Man vet at flere enn de som kommer til behandling, trenger behandling. Man håper at man på sikt kan dra nytte av det arbeidet som gjøres i dag ved at flere ønsker å benytte seg av rusbehandlingstilbudet. Det vil kunne bety mer arealer til blant annet poliklinisk behandling (sammen med VOP), men også økt behov for innleggelse til døgnbehandling.

7.1.3 Framtidens DPS-funksjon SPHR på Åsgård

Det foreligger politiske føringer på at behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern og rus skal gis så nært pasienten som mulig. Dette innebærer i første omgang et ambulant og/eller poliklinisk tilbud på DPS nivå. Når dette tilbudet ikke er tilstrekkelig kan en forsterkning i form av innleggelse i døgnenhet være et alternativ. Innleggelse i psykiatrisk sykehusenhet skal kun skje når rammer, kompetanse og bemanning ikke er tilstrekkelig for å ivareta oppgaven på DPS nivå. Nye føringer til DPS er å øke kompetansen for å kunne gi tilbud innenfor rusbehandling, alderspsykiatri samt barn og unge. Dette innebærer at det allmenpsykiatriske tilbudet inklusive

tilbudet til alderspsykiatriske pasienter, i form av utredning og behandling, samt poliklinisk rusbehandling skal gis på SPHR.

Det har over de senere årene vært en forskyvning av oppgaver fra sykehusavdelinger til DPS, noe som innebærer flere oppgaver og utvidet ansvarsområde for SPHR'ene. Tilbudet om innleggelse har endret seg fra tidligere primært å gi tilbud om planlagte innleggelse, til nå hvor man i tillegg ivaretar 24/7 funksjonen med akutte og brukerstyrte innleggelse hele døgnet

Det er en økende andel unge personer mellom 18 og 25 år som blir innlagt, mange av disse med uavklarte psykiske tilstander og rusutfordringer.

Til tross for Samhandlingsreformen med blant annet målsetting om økning av funksjoner og tjenester innenfor psykisk helsevern og rusbehandling på kommunalt nivå samt at behandling i spesialisthelsetjenesten fortrinnsvis skal gis poliklinisk, har ikke behovet for kortvarige innleggelse på SPHR i Tromsø avtatt. Psykisk helsevern i UNN kjennetegnes av mange og kortvarige innleggelse og det oppleves fra klinikken å være stor pågang på døgnplasser.

Befolkningen i Tromsø øker hvert år med ca 1000 innbyggere, hvor den politiske satsningen på tilbud til den aktuelle pasientgruppen i kommunen ikke fremstår på en måte som tilsier at det vil være mindre behov for døgnplasser i SPHR.

7.1.4 Akuttpsykiatri

I et akuttperspektiv ser klinikken ikke for seg de store endringene i årene fremover. Med rimelig stor sannsynlighet antas det at innholdet i akuttpsykiatrien vil være nokså lik om 20-30 år som det er i dag. Det er faktorer som trekker i retning av både redusert behov (oppbygging kommunale tjenester, DPS med brukerstyrte senger mm) og økt behov (pasienter med rusutløste psykiske kriser, større andel av befolkningen med alvorlige traumer i sin livshistorie mm). De ressurskrevende pasientene vil også i årene framover komme til enheter med psykiatrisk sykehusfunksjon.

7.1.5 Alderspsykiatri på sykehusnivå

Selv om målet er økt poliklinisk virksomhet, tilsier naturligvis en vekst i antall eldre på 40-50% de neste 20 år at det ikke vil være mulig å gi et godt nok tilbud uten å øke den alderspsykiatriske sengekapasiteten. På en rekke alderspsykiatriske sengeposter har man et differensiert tilbud, en mindre sengepost for pasienter med demens og en større for pasienter med blant annet depresjon og angst. Noe av veksten vil kunne ivaretas av kompetanseoppbygging på DPS, noe som vi arbeider aktivt med. Vi ambulerer til DPS'er i opptaksområdet og har bistått i opprettelse av mindre alderspsykiatriske team ved flere DPS'er. Det vil imidlertid til enhver tid være eldre som har sykdom av en slik karakter at de ikke kan ivaretas på døgnenheter på DPS eller behandles poliklinisk. Denne gruppe pasienter vil ha behov for innleggelse på en alderspsykiatrisk sengepost. Det er mye erfaring både nasjonalt og internasjonalt som tilsier at denne gruppen ikke ivaretas i tilstrekkelig grad på en akuttpsykiatrisk sengepost.

En svært stor forventet vekst i behov for alderspsykiatriske tjenester er avhengig av en styrking av alderspsykiatri på DPS nivå, men en slik styrking alene vil ikke være tilstrekkelig for å møte det økte behovet.

7.1.6 Medikamentfritt behandlingstilbud

Feltet er så vidt kommet i gang og det er vanskelig å si noe om forløp her. Tilhengere av medikamentfri behandling viser til beskrivelser fra 50-tallet da antipsykotisk medisin ikke var oppfunnet, hvor pasienter med alvorlig sinnslidelse var innlagt sammenhengende i mye lengre tid

enn det som er vanlig i dag. Til gjengjeld ble de ikke lagt inn på nytt i like stor grad som dagens pasienter. Dersom dette kan overføres til dagens eller fremtidens psykiatri kan en kanskje forvente at behovet for sengeplasser vil øke hvis medikamentfri behandling får økende oppslutning. Ut fra dagens bilde hvor det er få pasienter på en fullt bemannet sengepost kan en også anta at personellfaktoren og derigjennom driftskostnadene til medikamentfri behandling blir høyere enn ved en ordinær døgnpost? På den andre siden er medikamenter relativt kostbare.

7.1.7 Sikkerhetsseksjonen mot 2030

Det har vært nedsatt flere arbeidsgrupper som har sett på behovene innen sikkerhetspsykiatri. Gruppen som var nedsatt da den siste sengeposten ble nedlagt anførte at sikkerhetsseksjonen skulle utvides fra 6+6 pasienter til 8+8 pasienter som et risikoreducerende tiltak. En arbeidsgruppe i regi av Helse Nord konkluderte i 2015 med at UNN i tillegg skal etablere 3 regionale sikkerhetsplasser, se også avsnitt 6.2.2 for bakgrunn. Dermed er en økning med 4 lokale plasser, samt 3 regionale plasser det som er besluttet til nå. Utover dette er det vanskelig å si noe sikkert om behovet, da noe av kapasitet avhenger av eventuelt nye lover, samt hvordan samfunnet velger å håndtere den nye gruppen av «bryssomme» utilregnelige, som nå kan dømmes.

7.2 Videre utredning

Det vil være behov for en mer detaljert gjennomgang av utviklingen innenfor både psykisk helsevern og rusbehandling som innledning til Program- og konseptutvikling som er neste steg i planprosessen. En prosess med utarbeiding av pasientforløp fra «hjem-til-hjem» i samarbeid med brukerorganisasjonene og kommunal helsetjeneste vil være en mulig innfallspport. I denne prosessen må det også vurderes hvordan samhandling mellom PHV_TSB og somatikken inngår i forløpene. Hvordan vil samlokalisering påvirke samhandlingen, og hvordan må det løses dersom det ikke blir samlokalisering. Denne prosessen må eies av klinikken og enhetene som er berørt av planprosessen, og må utføres med forankring i foretakets strategier omkring pasientforløpstenkning og Lean-prosesser. Det er naturlig at arbeidet støttes av foretakets forløps- og organisasjonsutviklingsressurser og inkluderer sykehusplanleggere som skal utforme bygg basert på prosessresultat. Den endelige dimensjoneringen av areal til døgnenheter, poliklinikk og ambulante funksjoner gjøres etter gjennomført utredningsprosess.

8 Utdanning og forskning

Fagutvikling, Forskning og Utdanning (FFU) har hovedansvar for tilrettelegging av utdanning og forskning, og har i Tromsø virksomhet gjennom Fagutviklingsenheten, RVTS og VIVAT.

8.1 Fagutviklingsenheten

Enheten har omfattende oppgaver innen koordinering og gjennomføring av utdanning og praksis for helsepersonell samt oppfølging av forskning. PHRK gir hvert år undervisning/praksis til ca. 500 studenter innen ulike fagområder. For å gjennomføre denne opplæringen brukes det mange undervisningslokaler/grupperom som i dag er fordelt over hele bygningsmassen på Åsgård. Fagutviklingsenheten arrangerer også en rekke kurs og konferanser samt deltar i ulike arbeidsgrupper og opplæringsvirksomhet i ulike deler av klinikken. Selv i dag med tilgang på fyrhuset, festsalen og

flere store møte/undervisningsrom er det ofte store kapasitetsproblemer.

Fagutviklingsenheten har laget en beskrivelse av utdanningsvirksomheten i dag samt beskrevet dagens lokaler og en vurdering av framtidige behov (vedlegg 2 og 3). Merk at i beskrivelsen av framtidige behov er møterom/undervisningslokaler som i dag ligger fordelt i virksomheten tatt med, noe som bidrar til stor endring i arealbehov.

Fagutviklingsenhetens utdanningsvirksomhet i dag:

Det er i løpet av ett studieår 265 medisinerstudenter innom, med i alt ca 2250 studentdager. Det største antallet er tilstede i løpet av vårhalvåret.

I mai/juni foregår det mye eksamensvirksomhet på Åsgård for leger under utdanning.

For helsefagutdanningene (sykepleie, vernepleie, sosionom, ergoterapi) er antallet totalt 129 studenter i praksis i til sammen 49 uker for studieåret 2016/2017, der sykepleiestudentene utgjør både det største antallet studenter og mengde tilstedeværelse. Masterprogrammet for psykisk helse har 6 studenter i 8 uker. Politiskolen har 7 studenter i 3 uker. I tillegg er det to lærlingeplasser helsefag.

Psykologiutdanningen ved UiT har i alt 48 studenter med ulik tilstedeværelse avhengig av hvor studentene er i utdanningen. Hovedpraksis for embetsstudiet er 11 studenter som er der i 6 mnd.

Antall studenter varierer fra studieår til studieår og er lavere dette år enn forrige år. Dette skyldes bl.a. at det ikke er deltidskull sykepleie fra UiT i praksis dette studieåret. Det er heller ikke videreutdanningsstudenter i psykisk helse fra Harstad og fagskolen ute i praksis dette studieåret. Disse ville til sammen utgjort minimum 20 flere studenter.

8.1 Regionalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (RVTS) og Nasjonalt undervisningsprogram for selvmordsforebygging (VIVAT)

Disse kompetansesentrene er i all hovedsak eksternt finansiert, de leier sine lokaler utenfor Åsgård-området og driver sin opplæringsvirksomhet i egne lokaler eller eksternt. Virksomhetene er organisert under UNN, men har opplæringsvirksomhet som i hovedsak er rettet mot kommunene. Det må drøftes om denne virksomheten skal samlokaliseres i nytt bygg for Psykiatri og Rus, eller skal fortsette å leie egne lokaler. Vedlagt dette dokumentet er en beskrivelse av lokaler RVTS/VIVAT (samlokalisert) disponerer i dag, samt en beregning av framtidige behov.

8.2 Forskning ved Psykisk helse- og rusklinikken

Forskningsvirksomheten er for tiden lav på Åsgård da klinikken over lengre tid har vært uten forskningsleder som kunne drive dette arbeidet framover. Forskningsleder er nå under tilsetting, og det er da behov for kontor både til forskningsleder, merkantil funksjon og stipendiater. Det er også et tett samarbeid opp mot UiT rundt forskning, og universitetet disponerer en del rom på Åsgård. Forskningen baseres i hovedsak omkring kliniske og epidemiologiske studier, og har derfor et nærhetsbehov mot den kliniske virksomheten.

Fag og forskningsavdeling og universitetsansatte i psykiatri er samlokalisert i Psykiatrisk klinikk. Det er pågående samarbeid med øvrig miljø på UiT, f.eks. psykologi og helse/omsorgsfag. Det er usikkert om lokalisering nærmere UiT vil bidra til ytterligere økt samarbeid, det kan naturligvis ikke utelukkes. Igjen vil vi mene at pasientperspektivet bør veie tyngre enn eventuelle fordeler for UiT-

ansatte.

Fag og forskningsenhet og universitetsfunksjoner har svært mange kontor plasser i dagens bygg. I et eventuelt nybygg vil det være nødvendig at disse areal behov ivaretas og ikke summarisk legges inn i en pott for andre «standard funksjoner» for sykehus.

9 Framskrevet aktivitet og beregnet kapasitetsbehov

Framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning er gjort med av Sykehusbygg utgangspunkt i aktivitetstallene for 2014.⁷ Resultatene er drøftet med medvirkningsgruppa. Sykehusbygg har gjennomført framskrivning for hele UNN HF og øvrige foretak i Helse Nord som ledd i arbeidet med ny utviklingsplan for Helse Nord RHF.

9.1 Framskrivningsmodellen

I framskrivningen av aktivitet har vi benyttet den «Sykehusbyggmodellen for framskrivninger av aktivitet og kapasitet». Dette er en modell som i sin tid ble utviklet av Kompetansenettverket for sykehusbygging i samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Helse Nord, Helse Vest og Helse Øst, Helse Midt-Norge og SINTEF. Sykehusbyggmodellen er benyttet i flere framskrivningsprosjekter i 2015 og 2016 og erfaringene fra disse prosjektene er innarbeidet i modellens ulike parametere som har betydning for framskrivningsresultatet. Figur 9-1 viser hvordan modellen er bygd opp.



Figur 9-1 Prinsippene i Sykehusbyggmodellen for framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning

Trinn 1 er en framskrivning av utgangsaktiviteten for den enheten som skal framskrives. Dette er i noen tilfeller deler av et HF eller hele HF-et og i noen tilfeller også hele RHF. I framskrivningen for UNN HF ble det benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR) fra driftsåret 2014 for aktiviteten ved alle enhetene i UNN HF. Det er som tidligere nevnt resultatene for PHV voksne og TSB ved UNN Tromsø som tas ut og gjengis her i kapittel 3.

I framskrivningen i trinn 1 kobles aktivitetsdata med befolkningsdata framskrevet av SSB

⁷ Hele dimensjoneringsnotatet følger som vedlegg

(demografisk framskrivning). Aktiviteten ved HF-et inndeles i ulike grupper avhengig av hvilke ICD-10⁸ diagnosekoder pasientene har fått gjennom oppholdet. I PHV voksne og TSB er det i underkant av 20 slike ICD10 – grupper, som sier noe om hvilken type lidelser pasientene får behandling eller oppfølging for. Grunnen til at man ønsker å framskrive aktiviteten på denne måten er at man ønsker å frigjøre seg fra dagens organisering av den kliniske aktiviteten da mye vil være endret framover i tid på dette området.

Tidsperspektivet for framskrivningene er 2030 og 2040. Her benyttes 1-årig alderskutt og separering av kjønn både i aktivitetsdata fra NPR og i befolkningsdata. På denne måten blir framskrivningstallene i trinn 1 et speilbilde av dagens aktivitetssammensetning i HF-et og HF-ets bidrag til forbruksnivået i bostedsområdet. Forbruksratene for hver alder framskrives som i dag, men når alderssammensetningen endres framover i tid endres også det gjennomsnittlige forbruket for pasientene da det er ulike forbruksrater avhengig av alder.

I trinn 2 gjøres noen kvalitative vurderinger som sier noe om endringen i framtidig aktivitet utover den demografiske veksten. Dette er faktorer som skal si noe om hvordan sykkeligheten eller etterspørselen etter spesialisthelsetjenestene endres samtidig som tilbudet endres. Videre er det gjort vurderinger av ulike tiltak i HF-et eller endringer i behandlingsnivå. Eksempler her er økt bruk av dagbehandling og overføring av pasienter til kommunehelsetjenesten for å nevne noen. I vedlegg 2 til notatet er disse faktorene presentert. Som nevnt over framskrives aktiviteten i et antall ICD10-grupper. I den demografiske framskrivningen (trinn 1) vil endringene i disse gruppene bli noe forskjellig framover i tid fordi det vil være ulik kjønns- og alderssammensetning i gruppene og gruppene vil ha ulik vekst og sammensetning i befolkningen fram mot 2030 og 2040. De skjønsmessige faktorene som benyttes i trinn 2 er lik for alle ICD10-gruppene i motsetning til modellen som benyttes i somatisk sektor. Det er flere grunner til at det har blitt slik, men en av grunnene er at det har vist seg å være vanskeligere å differensiere slike faktorer mellom gruppene skjønsmessig enn tilsvarende for somatisk. En annen grunn er at det kan være noe ulik praksis i kodingen og behandlingen av ulike lidelser i PHV og TSB noe som gjør at innholdet i noen av gruppene kanskje kan variere noe mellom HF. Dette tydeliggjøres gjennom at andelene av pasientene som kodes med diffuse eller ubestemte lidelser, varierer mye mellom HF. Generelt sett er det vel også riktig å si at det er noe færre erfaringsdata fra PHV og TSB enn fra somatisk sektor der modellen er benyttet i et større omfang av prosjekter. I delrapporten «Delrapport 2 Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling» utarbeidet av SINTEF 15.09.2014 i forbindelse med framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning for Helse Sør-Øst diskuteres disse skjønnsfaktorene nærmere og det vises til at det foreligger lite erfaringsgrunnlag som skulle tilsi mulighet for å differensiere vekst utover demografi mellom de ulike diagnosegruppene.

Faktorene er supplerte med erfaringstall og nye vurderinger som er gjort gjennom bruk av modellen. I siste utgave av modellen virker disse faktorene slik at den demografiske effekten på døgnopphold og liggedøgn dempes mens den demografiske effekten på dagbehandling og poliklinikk blir forsterket.

I trinn 3 gjennomføres kapasitetsberegningene basert på den framskrevne aktiviteten i trinn 2. Disse beregningene er basert på forutsetninger om åpnings- og behandlingstider samt utnyttelsesgrader som er dannet gjennom bruk av modellen. Det er utarbeidet et standardisert sett av disse som benyttes dersom det ikke er spesielle behov eller forhold som tilsier andre verdier for dette. I vedlegg

⁸ ICD-10 er en forkortelse for klassifikasjonssystemet «International classification of diseases and related health problems, 10th edition» Systemet tar utgangspunkt i ulike typer lidelser og gir disse koder sammensatt av bokstaver og tall som blant annet gjør det mulig å lage statistikk over sykdomsforekomst på en systematisk måte. En versjon nr 11 av systemet er under utarbeidelse nå.

3 er disse verdiene presentert i detalj for alle sektorer. Det generelle er at for sengeposter i PHV voksne er beleggsprosenten satt til 85 og tilsvarende for TSB er satt til 80 prosent. Som nevnt innledningsvis belyses i kapittel 4 effekten av å redusere beleggsprosenten i PHV voksne til 80 prosent. Dagaktiviteten har en åpningstid på 6 timer i begge sektorene. Antall dager åpent i året er satt til 230.

9.2 Datagrunnlaget

I framskrivningen til utviklingsplanen for hele HF-et ble det tatt utgangspunkt i den utgangsaktiviteten som var ved HF-et i 2014. Dette betyr at den oppgavedeling og/eller funksjonsdeling som er i 2014 også er den samme i den framskrevne aktiviteten i 2030 og 2040. Dette betyr at det i tallene for 2030 og 2040 også er UNN som er universitetssykehuset for regionen og at alle oppgave- og/eller funksjonsinndelinger i og mellom HF-ene er den samme som i 2014. Dette gjelder derfor også for tallene for PHV voksne og TSB ved UNN Tromsø. Framskrivningen var basert på de pasientene som i 2014 var ved UNN Tromsø, både for PHV voksne og for TSB, noe som betyr at den samme fordelingen av andel pasienter på bosted også gjelder for 2030 og 2040 selv om antallene øker framover i tid. Tabell 9.1 viser hvilket fylke i Helse Nord pasientene til PHV voksne ved UNN Tromsø kommer fra.

Tabell 9-1 Antall døgnopphold og summen av dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2014 for PHV voksne som er behandlet ved UNN Tromsø etter pasientenes bosted

| Pasientens bosted | Antall døgnopphold | Pst-andel døgnopph | Antall dagopph og konsultasj | Pst-andel dagopph og polikl kons |
|---------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Nordland fylke | 83 | 4,1 | 325 | 1,2 |
| Troms fylke | 1 518 | 74,1 | 26 545 | 94,4 |
| Finnmark fylke | 423 | 20,7 | 794 | 2,8 |
| Utenfor regionen | 24 | 1,2 | 461 | 1,6 |
| Sum PHV voksne UNN Tromsø | 2 048 | 100,0 | 28 125 | 100,0 |

For døgnoppholdene kommer 74,1 prosent fra Troms fylke og 4,1 prosent fra Nordland fylke. Størstedelen av de som kommer fra Nordland fylke kommer fra de 6 kommunene som tilhører lokalsykehusområdet til UNN HF⁹. Fra Finnmark kommer 20,7 prosent av døgnoppholdene ved UNN Tromsø. Kun noen få døgnopphold kommer fra bosteder utenfor regionen. For dagaktiviteten (summen av dagopphold og poliklinikk) øker andelen fra Troms fylke mye og andelen fra Nordland og Finnmark reduseres selv om antallene er større. Det indikerer kanskje at en region funksjon innen PHV voksne betyr mindre for den polikliniske aktiviteten. De fremskrevne tallene til 2030 og 2040 vil ha samme sammensetning som den i 2030 dersom det ikke foretas korrigeringer utover det som ligger i modellen. Samme oversikt er presentert for TSB UNN Tromsø i tabell 9.2. pasienter tilknyttet LAR-behandlingen er inkludert i tallene for dagbehandling og poliklinikk i tabellen.

⁹ Dette er kommunene 1805 Narvik, 1850 Tysfjord (50%), 1851 Lødingen, 1852 Tjeldsund, 1853 Evenes og 1854 Ballangen

Tabell 9-2 Antall døgnopphold og summen av dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2014 for TSB som er behandlet ved UNN Tromsø etter pasientenes bosted

| Pasientens bosted | Antall døgnopphold | Pst-andel døgnopph | Antall dagopph og konsultasj | Pst-andel dagopph og polikl kons |
|--------------------|--------------------|--------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Nordland fylke | 83 | 19,9 | 2 000 | 19,5 |
| Troms fylke | 271 | 64,8 | 7 316 | 71,2 |
| Finnmark fylke | 62 | 14,8 | 868 | 8,4 |
| Utenfor regionen | 2 | 0,5 | 97 | 0,9 |
| Sum TSB UNN Tromsø | 418 | 100,0 | 10 281 | 100,0 |

Tabellen viser et betydelig lavere antall døgnopphold enn for PHV voksne samtidig som andelen bosatt i Nordland fylke øker i forhold til PHV voksne og reduseres fra Finnmark i forhold til PHV voksne. For dagaktiviteten er dette mønsteret enda tydeligere enn tilsvarende for PHV voksne. Dette er antakelig i stor grad knyttet til at UNN Tromsø hadde LAR-behandlingen fra de andre HF-enes sine bosteder i 2014. Dette er endret til at HF-ene i HN skal overta dette slik at for framskrivningstallene for Idéfasen må det korrigeres for dette. Samtidig er det en forventning om at det blir en vekst utover det som er framskrevet på 30 prosent for den justerte polikliniske aktiviteten. Disse justeringene gjøres i avsnitt 9.5 nedenfor.

9.3 Resultater for PHV voksne UNN Tromsø

I de to følgende kapitlene gjengis resultatene fra framskrivningen og kapasitetsberegningen for PHV voksne, kap.9.3 og TSB lokalisert ved UNN Tromsø, kap.9.4. Disse tallene er hentet fra rapporten «Aktivitets- og kapasitetsframskrivning UNN HF 2014-2040»¹⁰. Her gjengis bare kortfattet hovedresultatene fra rapporten. Det tas utgangspunkt i disse framskrivningene når endringene belyses i kapittel 4 nedenfor. Dette betyr at det er ikke foretatt en ny framskrivning basert på andre data enn det som ligger i rapporten, men det er justert for noen av forutsetningene og faktorene som ligger i framskrivningen fra rapporten.

Her gjengis en oversikt over aktiviteten ved UNN Tromsø i 2014 framskrevet til 2030 og 2040. Tallene er hentet fra tabell 3.10 i rapporten til utviklingsplanen og omfatter bare det som i tabellen er beskrevet som PHV Tromsø og UNN. Det vil si at aktiviteten ved Storsteinnes er ikke inkludert. Tabell 9.3 oppsummerer framskrevet aktivitet for PHV Voksne ved UNN Tromsø. I tabellen er dagoppholdene slått sammen med polikliniske konsultasjoner og betegnet som poliklinikk og dagbehandling.

Tabell 9-3 Oversikt over aktiviteten PHV voksne ved UNN Tromsø framskrevet fra 2014 til 2030 og 2040. Prosentvise endringer presenteres også

| Type aktivitet | År 2014 | År 2030 | År 2040 | Pst endring 2014-2030 | Pst endring 2014-2040 |
|--------------------------|---------|---------|---------|-----------------------|-----------------------|
| Døgnopphold | 2 048 | 2 469 | 2 651 | 20,5 | 29,4 |
| Liggedøgn | 35 203 | 32 488 | 28 807 | -7,7 | -18,2 |
| Kons. Polikl. og dagbeh. | | 37 003 | 41 656 | 31,6 | 48,1 |

¹⁰ Framskrivningen av aktivitet og beregning av tilhørende kapasitetsbehov for utviklingsplanen til UNN HF er presentert i rapporten «Aktivitets- og kapasitetsframskrivning UNN HF 2014-2040» datert 12.12.2016. Denne rapporten ble også kommentert i styringsgruppemøte for idéfasen PHV og TSB UNN Tromsø 19.12.2016 og her ble det framsett et ønske om å presisere sterkere hvilket datagrunnlag som var utgangspunktet for framskrivningen samt en beskrivelse av befolkningsutvikling for hele regionen og ikke bare lokalsykehusområdet for UNN HF. Disse endringene vil bli innarbeidet i en ny endelig utgave av rapporten.

Tabellen viser at det vil være en relativt sterk vekst i døgnoppholdene fram til 2030 og videre til 2040, mens liggedøgnene vil reduseres med henholdsvis 7,7 og 18,2 prosent til 2030 og 2040. Det er denne reduksjonen som ble drøftet i medvirkningsgruppen og som resulterte i et ønske om en ny vurdering som vi gjør i kapittel 4 nedenfor. Den polikliniske aktiviteten er forventet å vokse 31,6 prosent til 2030 og videre med 48,1 prosent til 2040.

Når dagaktiviteten skal benyttes som grunnlag for å beregne kapasitet er det viktig å justere konsultasjonene for den delen av den ambulante virksomheten som foregår utenfor eget behandlingssted. Vi har mottatt en oversikt over de ambulante konsultasjonene fra HF-et og vi har hatt en prosess med HF-et på å finne hvor stor andel av de ambulante konsultasjonene som har funnet sted utenfor eget behandlingslokale. Tabell 9.4 oppsummerer dette og tallene er hentet fra tabell 3.11 i rapporten for framskrivning til utviklingsplanen.

Tabell 9-4 Antall polikliniske konsultasjoner PHV Voksne ved UNN Tromsø framskrevet fra 2014 til 2030 og 2040 justert for ambulante konsultasjoner som behandles utenfor egne lokaler

| Type aktivitet | År 2014 | År 2030 | År 2040 | Pst endring 2014-2030 | Pst endring 2014-2040 |
|------------------------------|---------|---------|---------|--------------------------|--------------------------|
| Dag og polikl | 28 125 | 37 003 | 41 656 | 31,6 | 48,1 |
| Ambul kons utenf egen inst | 3 835 | 5 046 | 5 680 | 31,6 | 48,1 |
| Dag og polikl ekskl ambulant | 24 290 | 31 958 | 35 976 | 31,6 | 48,1 |

De ambulante konsultasjonene utenfor egne lokaler er framskrevet med samme prosentendring som konsultasjonene samlet noe som betyr at prosentendringen blir lik for hele materialet og de justerte. Kapasitetsbehovet for poliklinikk beregnes ut fra de justerte konsultasjonstallene markert med grønn farge i tabellen.

Tabell 9.5 viser hva beregnet kapasitetsbehov for PHV Voksne ved UNN Tromsø blir når aktiviteten fra tabell 9.4 benyttes som grunnlag. Tallene er hentet fra tabell 3.12 i rapporten for framskrivning til utviklingsplanen. Beregnet sengetall og beregnet antall rom er avrundet oppover fra 1. desimal. Noen av konsultasjonene er indirekte i form av aktivitet knyttet til en pasient, men ikke i form av en fysisk kontakt med pasienten. Dette kan være telefonkonsultasjoner med pasient, møter med kommune eller andre virksomheter knyttet til pasient osv. I beregning av kapasitet inngår de indirekte konsultasjonene med samme behandlingstid som en vanlig kontakt. Dersom behandler benytter samme behandlingssted for de indirekte kontaktene som for de fysiske, vil beregningen ta hensyn til behovet for plass for de indirekte kontaktene også.

Tabell 9-5 Beregnet kapasitet senger og poliklinikkrom for psykisk helsevern for voksne 2014, 2030 og 2040 basert på framskrivning av liggedøgn og konsultasjoner PHV voksne ved UNN Tromsø

| Type kapasitet | År 2014 (beregnet) | År 2030 | År 2040 | Pst endring 2014-2030 | Pst endring 2014-2040 |
|-----------------------------|-----------------------|---------|---------|--------------------------|--------------------------|
| Senger | 114 | 105 | 93 | -7,9 | -18,4 |
| Polikl justert for ambulant | 27 | 35 | 40 | 29,6 | 48,1 |

Kapasiteten for 2014 er ikke den kapasiteten som UNN Tromsø faktisk hadde i 2014, men den kapasiteten som beregnes tilsvarende de framskrevne kapasitetene basert på aktivitetsdata for det aktuelle året. Dette betyr at kapasiteten i år 2014 viser hvor mye aktiviteten i 2014 ville kreve av kapasitet. Prosentendringene på kapasitetstallene avviker noe fra prosenttallene fra aktiviteten noe som skyldes at det er benyttet avrundede tall for kapasitet. Tallene i tabell 9.5 danner

utgangspunktet for videre drøftinger for framtidig kapasitet i PHV voksne ved UNN Tromsø i kapittel 9.5.

9.4 Resultatene fra TSB UNN Tromsø

I dette delkapitlet presenteres samme resultater for TSB ved UNN Tromsø som for PHV voksne. Forskjellen mellom dem er at det ikke var tilgjengelige tall for den ambulante virksomheten i sektoren slik at de konsultasjonene som gjøres ambulant utenfor egne lokaler er inkludert i tallene. Samtidig understrekes det igjen at det har skjedd omlegginger i LAR-behandlingen som gjør at tallene her blir urealistiske i forhold til framtidig aktivitet. Dette drøftes som nevnt videre i 9.5 nedenfor. I tabell 9.6 presenterer aktiviteten fra 2014 framskrevet til 2030 og 2040 for TSB UNN Tromsø. Dagopphold og polikliniske konsultasjoner er også her slått sammen til felles dagaktivitet som betegnes som poliklinikk. Tallene er hentet fra tabell 3.17 i rapporten for framskrivning til utviklingsplanen.

Tabell 9-6 Antall døgnopphold, liggedøgn og polikliniske konsultasjoner inkludert dagopphold 2014 framskrevet til 2030 og 2040 for TSB ved UNN Tromsø

| Type aktivitet | År 2014 | År 2030 | År 2040 | Pst endring 2014-2030 | Pst endring 2014-2040 |
|--------------------------|---------|---------|---------|--------------------------|--------------------------|
| Døgnopphold | 418 | 481 | 501 | 15,1 | 19,9 |
| Liggedøgn | 11 488 | 9 642 | 8 218 | -16,1 | -28,5 |
| Kons. Polikl. og dagbeh. | 10 281 | 13 462 | 14 738 | 30,9 | 43,4 |

Framskrivningen gir en økning i antall døgnopphold på 15,1 prosent fram til 2030 og videre 19,9 prosent til 2040. Døgnoppholdene øker prosentvis mindre her enn i PHV voksne. Samtidig viser tallene at liggedøgnreduksjonen blir prosentvis noe større her enn tilsvarende for PHV for voksne. Det er samme framskrivningsmodell som benyttes både i PHV og TSB, så her er det nok primært demografiforskjeller og forskjeller i sammensetning av ICD10-grupper som skaper disse forskjellene. Antall konsultasjoner øker også her betydelig mer enn døgnoppholdene og de prosentvise økningene her avviker ikke mye fra tilsvarende i PHV voksne.

I tabell 9.7 gjengis kapasitetsberegningene knyttet til aktiviteten i tabell 9.6. Det er som sagt ikke justert for ambulant aktivitet utenfor egne lokaler og heller ikke for den delen av LAR-konsultasjonene som foregår utenfor egne lokaler. Tallene er hentet fra tabell 3.18 i rapporten for framskrivning til utviklingsplanen.

Tabell 9-7 Beregnet kapasitet senger og poliklinikkrom for TSB 2014, 2030 og 2040 basert på framskrivning av liggedøgn og konsultasjoner TSB ved UNN Tromsø

| Type kapasitet | År 2014 (beregnet) | År 2030 | År 2040 | Pst endring 2014-2030 | Pst endring 2014-2040 |
|-----------------------------|-----------------------|---------|---------|--------------------------|--------------------------|
| Senger | 40 | 34 | 29 | -15,0 | -27,5 |
| Polikl inkl ambulant og LAR | 12 | 15 | 17 | 25,0 | 41,7 |

Også her er det beregnet kapasitet for 2014 som er presentert og ikke den faktiske som var ved UNN Tromsø i 2014. Også her blir det forskjell i prosentveksten mellom kapasitet og aktivitet da kapasiteten er avrundet oppover fra 1. desimal. Det tas utgangspunkt i kapasiteten fra tabell 9-7 for justering i forhold til LAR og eventuell ambulant virksomhet i kapittel 9.5

9.5 Framskrivning og kapasitet – følsomhetsvurderinger

Som nevnt tidligere tas det utgangspunkt i tallene presentert i kapittel 3 over i den videre drøftingen. Her belyses alle de momentene som ble omtalt innledningsvis nærmere. Kapitlet organiseres sektorvis da det ikke er sammenfall mellom alle punkter i drøftingen mellom sektorene.

Generelt sett vil det være slik at dersom det er avvik i noen av faktorene som ligger i framskrivingsmodellen i forhold til en reell eller mer sannsynlig utvikling, vil dette avviket føre til en stadig større effekt på framtidig aktivitet etter hvert som tidshorizonten øker. Det anbefales derfor å benytte framskrivningstallene fra 2030 i idéfasen for PHV voksne UNN Tromsø. Vi viser derfor bare effekten av endringene for 2030 i de videre drøftingene.

9.5.1 PHV voksne ved UNN Tromsø

For døgnaktiviteten og dermed beregning av sengekapasiteten var det følgende tre punkter som styringsgruppen ønsket å belyse nærmere:

- Redusere effekten av kortere liggetider i tråd med drøftingsnotatet (vedlegg 1)
- Effekten av å redusere beleggsprosenten til 80 i stedet for 85
- Effekt av redusert forbruksnivå for døgnpasientene i bostedsområdet

I det følgende beskrives effekten av disse tre suksessivt og til slutt den samlede effekten av disse på beregnet behov for senger i 2030 for PHV voksne ved UNN Tromsø. Som tidligere nevnt er det fortsatt samme oppgavefordeling i og mellom HF-ene i regionen som reflekteres i datagrunnlaget for 2014 i de framskrevne tallene.

Reduksjonen i omstillingsfaktor for liggetidsreduksjon

Det vises til notatet som beskriver denne vurderingen (vedlegg 1). Resultatet fra denne nye vurderingen viser at det allerede er tatt ut mye på liggetider for døgnpasienter i bostedsområdet for UNN HF. UNN Tromsø har den høyeste andelen av døgnoppholdene for PHV voksne for pasienter i bostedsområdet og det kan derfor antas at liggetiden er relativt kort målt i forhold til andre HF i landet. Anbefalingen fra vurderingen ble derfor å redusere effekt av denne omstillingsfaktoren med 80 prosent i forhold til hva som ligger i beregningen av antall senger i kapittel 3 over. Som vist i notatet vil dette gi en økning på 3999 liggedøgn i 2030 i forhold til hva som lå i framskrivningen til utviklingsplanen. Dette gir i 36 487 liggedøgn som gir et framtidig behov på 118 senger i stedet for 105 som vist i kapittel 3.

Endre beleggsprosenten til 80

I kapittel 3 var kapasitetsberegningen basert på en beleggsprosent på 85. Dersom denne endres til 80 ville beregningene i kapittel 3 isolert sett bety en økning fra 105 til 112 senger. Hvis denne effekten legges sammen med redusert omstillingseffekt på fremtidige liggetider ville vi få en økning fra 118 til 125 senger. Dette betyr en samlet effekt av disse endringene i forhold til framskrivningen til utviklingsplanen fra 105 senger til 125 senger.

Lavere forbruk av døgnopphold

Fra tabell 5.1 i rapporten for framskrivningen til utviklingsplanen kan det hentes ut følgende sammenheng:

- Liggedøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre UNN HF bostedsområde er 3 126
- Liggedøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre for landet er 2 747

Dette betyr at når forbruket måles i antall liggedøgn (samlet for DPS og sykehus) per 10 000

innbyggere ligger bostedsområdet for UNN HF høyere enn landet. Dersom forbruksraten i området settes lik 1 vil landsraten ha en faktor tilsvarende 0,88. I tabell 9-8 vises effekten på liggedøgn dersom liggedøgnraten hadde vært lik landsraten og videre beregnet antall senger i 2030 for de ulike alternativene. Tabellen viser både den opprinnelige modellberegningen (som beregnet til utviklingsplanen) og hvordan beregningen blir med redusert effekt av liggetidsreduksjon tilsvarende drøftingsnotatet (vedlegg1)

Tabell 9-8 Effekt på liggedøgn og antall senger framskrevet til 2030 PHV voksne ved UNN Tromsø i to modellversjoner med faktiske rater og landsrater og to ulike beleggsprosjenter

| Modellversjon | Liggedøgn med faktisk rate | Liggedøgn med landsrate | Antall senger med faktisk rate og 85% belegg | Antall senger med landsrate og 85% belegg | Senger med faktisk rate og 80% belegg | Senger med landsrate og 80% belegg |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------------|--|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| Med redusert oppholdstidseffekt | 36 487 | 32 058 | 118 | 104 | 125 | 110 |
| Uten redusert oppholdstidseffekt | 32 488 | 28 545 | 105 | 93 | 112 | 98 |

Den nederste linjen i tabellen beskriver de ulike scenariene dersom modellforutsetningene belyst i kapittel 9 ellers gjelder. Den øverste linjen viser liggedøgn og sengetall når det antas en lavere effekt av modellens reduksjon i liggetid i tråd med drøftingsnotatet (vedlegg 1).

De to kolonnene helt til høyre viser samlede effekter dersom vi benytter faktisk forbruksrate og landsrate. Alle effekter tilsvarende de tre kulepunktene over gir i overkant av 32 000 liggedøgn i 2030 og et samlet behov på 110 senger.

For den polikliniske aktiviteten ønsket styringsgruppen å se effekt av følgende:

- Effekten av økt åpningstid for poliklinikk til 8 timer (mot 6 timer som benyttes i framskrivningen til utviklingsplanen)

Tabell 9-9 viser effekten av å endre åpningstiden fra 6 til 8 timer for aktiviteten i 2014 og 2030. Det er benyttet 1,5 timer i konsultasjonstid i begge alternativer.

Tabell 9-9 Effekten på antall poliklinikkrom 2014 og 2030 for PHV voksne ved UNN Tromsø ved økt åpningstid til 8 timer

| Kapasitetsbehov | Konsultasjoner justert for ambulant | Antall rom 6 timer åpent | Antall rom 8 timer åpent |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kapasitetsbehov poliklinikk 2014 (beregnet) | 24 290 | 27 | 20 |
| Kapasitetsbehov poliklinikk 2030 | 31 958 | 35 | 27 |

En økning i åpningstiden til 8 timer effektiv åpningstid vil redusere rombehovet til fra 35 i 2030 til 27.

9.5.2 TSB ved UNN Tromsø

For TSB ønsket styringsgruppen å belyse følgende to punkter for den polikliniske virksomheten:

- Endring av LAR-behandlingen ved at HF-ene selv overtar denne
- En forventet vekst utover modellberegningen på 30 prosent fram mot 2030

Samlet sett var det i 2014 registrert 5074 konsultasjoner som LAR-konsultasjoner ved UNN Tromsø. Dette utgjorde 49,3 prosent av alle 10 281 konsultasjonene i 2014. Dersom det antas at det vil være samme andel i 2030 vil det bli 6 644 LAR-konsultasjoner av samlet 13 462 framskrevne konsultasjoner i 2030. Ved å se på pasientenes bostedskommune er det mulig å finne de som tilhører de andre HF-

ene i HN. Det antas videre at de få som kommer fra bosteder utenfor HN fortsatt vil være i UNN Tromsø og det antas også at all LAR-aktivitet i TSB for UNN HF skjer i UNN Tromsø. Tabell 9-10 oppsummerer hva som blir igjen av aktivitet i UNN Tromsø etter denne omleggingen. Videre antas det at det skjer en økning på 30 prosent utover aktiviteten som er framskrevet. Her antas at dette også gjelder LAR-pasientene, både de som overføres til andre HF og de som blir igjen.

Tabell 9-8 Oversikt over aktiviteten for TSB ved UNN Tromsø etter omlegging av LAR-behandlingen

| Type poliklinikk | Antall kons 2014 | Antall kons 2030 | 30 prosent økning i 2030 |
|------------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| Alle konsultasjoner | 10 281 | 13 462 | 17 501 |
| Hvorav LAR | 5 074 | 6 644 | 8 637 |
| Overføres til andre HF | 1 650 | 2 161 | 2 809 |
| LAR-aktivitet igjen | 3 424 | 4 483 | 5 828 |
| Sum aktivitet igjen | 8 631 | 11 301 | 14 692 |

Tabellen viser at det var 1 650 konsultasjoner registrert med LAR som hadde bosted tilhørende andre HF i HN. Dette utgjør 32,5 prosent av LAR-konsultasjonene. Dersom det antas samme andel i 2030 vil det være 2 161 av de 6 644 LAR-konsultasjonene i 2030 som vil tilhøre de andre HF-ene i HN. Dette betyr at det vil bli 11 301 konsultasjoner i 2030 hvorav 4 483 er knyttet til LAR.

Dersom det antas at det skjer en økning på 30 prosent utover det som er framskrevet, inkludert LAR-pasientene også, vil det samlet sett bli 14 692 konsultasjoner i 2030 hvorav 5 828 er LAR-pasienter. Dette er vist i kolonnen helt til høyre i tabellen. Dette betyr at det blir behov for 16 poliklinikkrom i stedet for 15 som vist i kapittel 3. Dersom åpningstiden her også økes til 8 timer vil det bli behov for 12 rom.

Dette er under forutsetning av at LAR-pasientene også behandles i vanlig poliklinikk-rom. I følge NPR er registrerte LAR-kontakter kontakter alle kontakter LAR-pasientene har og ikke bare utlevering av medisin på apotek for eksempel. Det bør derfor kartlegges hvor stor andel av disse konsultasjonene som er medisinkontakter og hva som er vanlige kontakter ved poliklinikk. Dersom det antas at 50 prosent av disse kontaktene er medisinkontakter ved apotek eller annet, så vil det bli behov for 3 færre rom dersom det antas 6 timer åpent og 2 færre rom dersom det antas 8 timer åpent. Kapasitetsberegningen er oppsummert i tabell 9-11.

Tabell 9-9 Kapasitetsberegning for poliklinisk aktivitet TSB UNN Tromsø i 2030

| Kapasitet | Antall rom 6 timer åpent | Antall rom 8 timer åpent |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Antall rom alle konsultasjoner | 16 | 12 |
| Antall rom inkludert 50% LAR | 13 | 10 |

I disse tallene er det ikke justert for ambulant virksomhet da vi ikke har mottatt tall for dette. Når man går over i en konseptfase bør dette undersøkes og spesifiseres nærmere.

Tabellene under illustrerer sammenhengen mellom framskrevet og beregnet kapasitetsbehov for kapasitetsbærende rom og antallet som er lagt inn i arealberegningen.

Tabell 9-10 Sammenligning av kapasitet, i arealtabell med ulike beregningsmetoder for framskriving

| Kapasitet døgnplasser | | | 2030 | | | |
|-----------------------|--------------------------|---------------------|---|----------------|-------------------|----------------|
| | | | beregninger med ulike rater og beleggs% | | | |
| | Lagt inn i arealtabellen | beregnet behov 2014 | faktisk rate, 85% | landsrate, 85% | faktisk rate, 80% | landsrate, 80% |
| døgn PHV sykehus | 88 | | | | | |
| døgn DPS | 22 | | | | | |
| sum PHV | 110 | 114 | 118 | 104 | 125 | 110 |
| døgn TSB | 33 | | | | | |

Tabell 9-13 Sammenligning kapasitet arealtabell med ulike beregningsmetoder

| Kapasitet poliklinikk | | 2014 | 2030 | |
|--------------------------------------|-----------|---------|--|---------|
| Lagt inn i arealtabellen | | | Beregninger med to forskjellige åpningstider | |
| | | 6 timer | 6 timer | 8 timer |
| poliklinikk PHV | 35 | 27 | 35 | 27 |
| poliklinikk TSB m/ uttrekk 50% LAR | | | 13 | 10 |
| poliklinikk TSB, u/ uttak av 50% LAR | 15 | | 16 | 12 |

10 Arealberegning UNN Tromsø, PHV og TSB

Tabellene nedenfor viser samlet kapasitets- og arealbehov for nybygg på Åsgård og nybygg i Breivika, ved samlet utbygging. I tillegg vises det to mulige måter å dele opp funksjonene på.

Arealbehovet framkommer gjennom beregning av kapasitetsbærende rom og en vurdering av øvrige arealer, basert på erfaring fra andre prosjekter og innspill fra fagmiljøet gjennom medvirkningsgruppa.

For psykisk helsevern og rusbehandling vil de kapasitetsbærende rommene være døgnplasser og rom for poliklinisk behandling. Beregningsmetoden har som forutsetning at polikliniske konsultasjoner skjer i dedikerte rom i en generell poliklinikk. I psykisk helsevern og rusbehandling er det lite utbredt å bygge generelle poliklinikker med samtalerom, med noen mindre rom for en-til-en samtaler, og noen større for familie- eller gruppesamtaler. De fleste behandlere har konsultasjonene i sine «egne» behandlerkontorer. Endelig beslutning om dedikerte polikliniske rom eller behandling på behandlerkontor tas i programfasen. Det vil kunne påvirke fordeling mellom poliklinikk og kontorarbeidsplasser, men vil ikke endre det totale arealbehovet vesentlig.

Ved beregning av areal benyttes arealstandard for hver romtype, basert på erfaringstall fra nyere sykehusprosjekter. Sykehusbygg har utarbeidet en standardkatalog for romtyper som legges til grunn. Arealstandarden for en seng/døgnplass dekker pasientrom med bad, og alle nødvendige støttefunksjoner som: kontorarbeidsplass for enhetsleder, kontorarbeidsplasser av typen «sit-down» for leger og sykepleiere i sengeområdet, medisinerom, avfallsrom, skyllerom, pasientoppholdsrom etc. Tilsvarende dekker arealstandarden for poliklinikk venterom/ ekspedisjon, toalett etc. I arealstandarden for kontorarbeidsplasser ligger alle på samme måte alle nødvendige støttefunksjoner.

Tabell 10-1 Arealstandarder for noen typer rom inkl. støtteareal (ikke uttømmende)

| Arealstandarder | m2 |
|---|-----|
| Opphold somatikk voksen | 30 |
| Opphold somatikk barn | 42 |
| Opphold PHV/TSB/ DPS | 45 |
| Skjerming voksenpsykiatri | 58 |
| Opphold phv barn/unge | 50 |
| Dagplass | 15 |
| Poliklinikker somatikk | 30 |
| Poliklinikk spesialrom somatikk | 45 |
| Poliklinikk psykiatri | 30 |
| Kontorer administrativt | 9 |
| Kontorarbeidsplass | 8,5 |
| Behandlerkontor psykiatri, brukt som konsultasjonsrom | 11 |
| Møtelokaler, per plass | 2 |
| Garderober, per person/skap | 0,9 |
| Vaktrom/overnatting | 15 |
| Kantine, per plass | 2,1 |
| Prøvetaking | 10 |

Ved rehabilitering og gjenbruk av eksisterende bygninger på Åsgård vil arealene få annen størrelse og sammensetning da arealstandarden i eksisterende bygg er annerledes og utnyttelsesgraden vil kunne variere. En lokalisering i Breivika kan gi felles bruk og lavere arealbehov for noen av støttefunksjoner.

Tabell 10-2 Kapasitets- og arealbehov ved samlet utbygging nybygg Åsgård

| Romprogram UNN PHV, TSB. Lokalisering på Åsgård | | | | |
|--|------------------------------------|-----------|---------------|---------------|
| Hovedfunksjon | Delfunksjon | Kapasitet | Netto m2 | Brutto m2 |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger phv | 88 | 3 960 | |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger TSB | 33 | 1 485 | |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger DPS | 22 | 990 | |
| Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling | Poliklinikk phv | 35 | 1 050 | |
| Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling | Poliklinikk TSB | 15 | 450 | |
| Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling | Akuttmottak | | 100 | |
| Ikke medisinsk service | Avfallshåndtering | | 60 | |
| Ikke medisinsk service | Renhold | | 50 | |
| Ikke medisinsk service | Sentrallager | | 300 | |
| Personalservice | Garderober | 300 | 270 | |
| Personalservice | Kantine/personalservice | | 150 | |
| Personalservice | Overnatting | 2 | 30 | |
| Pasientservice | Pasientbibliotek | | 45 | |
| Pasientservice | Rekreasjon | | 600 | |
| Pasientservice | Vestibyle | | 100 | |
| Undervisning og forskning (hvorav 30 kontorer) | Undervisning | | 1 350 | |
| Romprogram RVTS Nord VIVAT (hvorav 35 kontorer) | | | 904 | |
| Kliniske og administrative kontorfunksjoner (146 kontorer) | | | 1 465 | |
| | Areal totalt ekskl RSA | | 13 359 | 26 050 |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | DøgnplasserKontor, støtteareal RSA | | 2 400 | |
| | Areal totalt inkl RSA | | 15 759 | 30 730 |

Tabell 10-3 Arealtabell samlet utbygging Breivika

| Romprogram UNN PHV, TSB. Lokalisering i Breivika | | | | |
|--|------------------------------------|-----------|---------------|---------------|
| Hovedfunksjon | Delfunksjon | Kapasitet | Netto m2 | Brutto m2 |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger phv | 88 | 3 960 | |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger TSB | 33 | 1 485 | |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger DPS | 22 | 990 | |
| Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling | Poliklinikk phv | 35 | 1 050 | |
| Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling | Poliklinikk TSB | 15 | 450 | |
| Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling | Akuttmottak | | 100 | |
| Ikke medisinsk service | Avfallshåndtering | | 20 | |
| Ikke medisinsk service | Renhold | | 30 | |
| Ikke medisinsk service | Sentrallager | | 50 | |
| Personalservice | Garderobe | 300 | 270 | |
| Personalservice | Kantine/personalservice | | 0 | |
| Personalservice | Overnatting | 0 | 0 | |
| Pasientservice | Pasientbibliotek | | 45 | |
| Pasientservice | Rekreasjon | | 600 | |
| Pasientservice | Vestibyle | | 80 | |
| Undervisning og forskning (hvorav 30 kontorer) | Undervisning | | 1 000 | |
| Romprogram RVTS Nord VIVAT (hvorav 35 kontorer) | | | 904 | |
| Kliniske og administrative kontorfunksjoner (146 kontorer) | | | 1 465 | |
| | Areal totalt ekskl RSA | | 12 499 | 24 373 |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | DøgnplasserKontor, støtteareal RSA | | 2 400 | |
| | Areal totalt inkl RSA | | 14 899 | 29 053 |

Arealer lagt inn med bakgrunn i erfaringer fra andre sykehusprosjekt og innspill fra medvirkningsgruppa

Akuttmottak av pasienter: Dette er et erfaringstall basert på andre sykehusprosjekter.

Areal for avfallshåndtering: Erfaringsbasert arealtall, det er lagt inn ulike arealtall mellom Breivika og Åsgård basert på at man i Breivika vil kunne ha en mer frekvent tømning av disse arealene.

Sentrallager: Erfaringsbasert arealtall, det er forskjell mellom Åsgård-alternativene og Breivika-alternativene ut i fra avstand til UNN sentrallager.

Renhold: erfaringsbasert arealtall. Det er forskjell på alternativene på Åsgård og Breivika ut i fra at Breivika-alternativene har nærhet til UNN og deres renholdstjenester.

Garderobe: er lagt inn med et skjønnsmessig behov ut i fra oppgitt antall ansatte. Personale med eget kontor vil kunne benytte garderobeskap på kontor.

Kantine er lagt inn som et areal på Åsgård. I Breivika vil personale/pårørende/pasienter kunne benytte kanten på UNN.

Overnattingsmuligheter for vakthavende leger: lagt inn på Åsgård. Dette er ikke tatt med i Breivika-alternativene. Der forutsettes det at overnattingsmuligheter finnes.

Pasientservice: Det er lagt inn et lite areal for pasientbibliotek og arealer for rekreasjon (treningsarealer og fritidsaktiviteter) på begge lokasjoner.

Vestibyle: lagt inn med noe større areal på Åsgård enn i Breivika.

Undervisning/forskning: er lagt inn etter innspill fra medvirkergruppen og i tråd med oppgitt og antatt behov. Arealet er noe redusert ved plassering i Breivika på grunn av nærhet til UiT.

RVTS/VIVAT: Areal lagt inn basert på innspill fra medvirkergruppen. Dette er likt for de ulike lokasjonene, og synliggjort i en egen tabell.

Sentraladministrative kontorfunksjoner: er kontorarealer for avdelingsledelse, klinikkleidelse og stabsfunksjoner, lagt inn etter beskrivelse av behov fra medvirkningsgruppa. Beregnet med erfaringsbaserte arealstander

Kliniske kontorfunksjoner: Dette er i hovedsak behandlerkontorer fordelt på de ulike enhetene og er

basert på innspill fra medvirkergruppen.

Tabell 10-4 Antall kontorarbeidsplasser alle funksjoner

| Fordeling av kontorarbeidsplasser | |
|-----------------------------------|-----------------|
| funksjon | antall kontorer |
| VIVAT/RTVS | 35 |
| Undervisning | 30 |
| Administrative | 38 |
| Behandlerkontor | 108 |

I Program og konseptfasen vil arealbehovet måtte gjennomgås på nytt med tanke på framtidig driftsmodeller, jfr. kap.7.2. Arealet til det som ikke er kapasitetsberegnet må også vurderes konkret ut fra tomtevalg og utbyggingsløsning.

10.1.1 Mulig fordeling av areal ved delvis fraflytting fra Åsgård (alt. 3 b)

Mandatet for Idéfasen beskriver at det under alternativ 3, nybygg i Breivika skal vurderes hel eller delvis fraflytting fra Åsgård. De neste tabellene beskriver to alternative mulige måter å dele arealene på. Dette er en foreløpig vurdering. Dersom dette alternativet – delvis flytting fra Åsgård tas med videre – må programmet gjennomarbeides i neste steg, Program- og konseptutforming. Til slutt vises arealtabell for kompetanse/forskningsenhetene som ligger på Åsgård i dag uten å være en del av Psykiske helsevern- og rusklinikken.

Arealbehovet for de delte alternativene er ikke beregnet fullt ut. Det er kun de beregnede kapasitetsbærende rommene som er beskrevet i de to følgende tabellene. Personalservice, pasientservice, undervisningsrom og alt knyttet til logistikk og forsyning må gjennomgås for å finne riktig fordeling mellom lokasjonene. Fordeling av areal på to steder gir erfaringsmessig behov for noe større samlet areal til støttefunksjoner.

Tabell 10-5 Kapasitetsbehov i Breivika for alternativ 3b-1¹¹

| Romprogram UNN PHV, TSB. Flytte akuttenger, alderpsykiatriske senger, 3 plasser for rusakutt og tilhørende poliklinikker til Breivika 3b-1 | | | | |
|--|------------------|-----------|----------|-----------|
| Hovedfunksjon | Delfunksjon | Kapasitet | Netto m2 | Brutto m2 |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger phv | 63 | 2 835 | |
| | Rus akutt | 3 | | |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger TSB | | | |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger DPS | | | |
| Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling | Poliklinikk phv | 5 | 150 | |
| Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling | Poliklinikk TSB | 0 | 0 | |

¹¹ Regneark som viser arealbehovet både i Breivika og på Åsgård legges som vedlegg.

Tabell 10-6 Kapasitet og arealtabell i Breivika for alternativ 3b-2

| Romprogram UNN PHV, TSB. Flytte SPHR (med medikamentfrie senger, DPS, TSB med poliklinikker) til Breivika 3b-2 | | | | |
|---|--------------------|------------------|-----------------|------------------|
| Hovedfunksjon | Delfunksjon | Kapasitet | Netto m2 | Brutto m2 |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger phv | 0 | 0 | |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger TSB | 27 | 1 215 | |
| Opphold, psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger DPS | 22 | 990 | |
| Opphold psykisk helse og rusbehandling | Medikamentfri | 6 | 270 | |
| Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling | Poliklinikk phv | 30 | 900 | |
| Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling | Poliklinikk TSB | 15 | 450 | |

Dersom det skulle vise seg å påvirke mulighetene for å unytte de forskjellige tomtene, er arealbehovet for de to nasjonale og regionale funksjonene synliggjort i tabell 10-4.

Tabell 10-7 Arealbehov for "leietakerne" VIVAT og RVTS, alternativ 3c

| Romprogram UNN PHV, TSB. VIVAT og RVTS 3C | | | | |
|--|--------------------|------------------|-----------------|------------------|
| Hovedfunksjon | Delfunksjon | Kapasitet | Netto m2 | Brutto m2 |
| Undervisning og forskning, inkl RVTS og VIVAT | Undervisning | | 1 350 | 2 633 |
| Romprogram RVTS Nord VIVAT | | | 904 | 1 763 |
| | | | | 4 395 |

11 Ide- og alternativsøk

Mandatet for Idéfaserapporten beskriver at det skal utredes 4 alternativer for bygningsmessige løsninger for PHV og TSB ved UNN Tromsø.

O-alternativet er gitt – det vil inneholde nødvendig oppgradering av dagens bygningsmasse for framtidig drift innenfor byggenes mulige levealder. Både økonomiske og driftsmessige effekter vil bli analysert.

Alternativ 1: Devis oppgradering og delvis nybygg på Åsgård for alle funksjoner i tråd med programmet som er beskrevet i Idéfaserapporten.

Alternativ 2: Nybygg for alle funksjoner på Åsgård (2 tomter vurderes)

Alternativ 3: Nybygg i Breivika på egnet og tilgjengelig tomt (flere tomter vurderes)

Alternativ 3A: Nybygg i Breivika for alle funksjoner – Åsgård forlates

Alternativ 3B: Nybygg i Breivika i kombinasjon med at deler av virksomheten forblir på Åsgård.

3B- alternativet kan ha ulike oppdelinger av funksjoner ut fra ulike nærhetsbehov og krav til uteområder rundt enkelte funksjoner. I alle alternativene med deling av funksjonene mellom Åsgård og Breivika er alle funksjoner som har pasienter innlagt i døgnenhet over lengre tid tenkt beholdt på Åsgård av hensyn til tilgang på friområder.

Arealer som ikke er en del av klinikken kan vurderes for leieareal fra andre utleiere. Vurdering av eksisterende arealer på Åsgård må bli samme som for alternativ 1 – hva kan benyttes – hva må bygges nytt. Om deler av Åsgård i framtida kan benyttes til ikke-kliniske funksjoner, som administrasjon, undervisning etc. er ikke nærmere vurdert i Idéfasen.

Alt.3B.1: Akuttpsykiatri, alderspsykiatri, noen få døgnplasser for rusakutt legges til nybygg i Breivika. Øvrige funksjoner (DPS med poliklinikk, medikamentfri døgnenhet, utrednings- og behandlingssenger for TSB, og sikkerhetspsykiatri, psykose-ruslidelser) forblir på Åsgård.

Begrunnelse for oppdeling: Nærhet til somatikken er spesielt viktig for disse funksjonene

Alt. 3B.2: Alle DPS-funksjoner (døgn, ambulant og poliklinikk for PHV og TSB + medikamentfri døgnenhet) flyttes til nybygg i Breivika, med fokus på nærhet til kommunale funksjoner som skal bygges ut i samme område. Akuttpsykiatri, alderspsykiatri, sikkerhetspsykiatri, psykose-ruslidelser blir liggende på Åsgård.

Begrunnelse: Dette alternativet vil ta vare på en mulig framtidig overføring av DPS-funksjon fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Det vil også ta vare på behovet for nærhet mellom rusakutt og somatisk akuttavdeling i Breivika. Det vil også medføre at pasienter til poliklinisk behandling innenfor PHV og RUS får samme «adresse» som somatiske poliklinikker.

Alt. 3C: Uavhengig av alternativene over kan det vurderes om funksjoner som ikke tilhører klinikken kan leie arealer andre steder i Breivika (i tilknytt til UiT, i sykehus- eller privateide arealer) eller i andre utleiearealer i Tromsø. Eventuelt om de kan ligge igjen på Åsgård dersom deler av eller alle andre funksjoner flyttes. Dette alternativet vil kun ha relevans dersom det påvirker muligheten for å bygge på noen av de aktuelle tomtene.

Det kan være ytterligere ett alternativ som ikke spesifikt er beskrevet i bestillingen i mandatet; å flytte alle funksjoner til Breivika fordelt på ulike tomter.

12 Mulighetsstudien areal for psykisk helse og rusbehandling

12.1 Krav til funksjoner og areal
















Mulighetsstudiet er en del av tidligfaseutredningen i prosjektet, og spesifikt romprogram vil utarbeides i senere fase. Følgende prinsipper for program legges til grunn for mulighetsstudiet:

- Betydelig redusert bygningsmasse/arealbehov i forhold til dagens bygningsmasse på Åsgård, som er på ca. 33.000 m².
- Stipulert behov på 20 - 31.000 m² legges til grunn i mulighetsstudiet. I de ulike alternativer er det illustrert bebyggelse med volum på henholdsvis 22.000 m² for Åsgård og 20.000 m² i Breivika. På Åsgård er det i tillegg vist et volum på 4.800 m² for egen sikkerhetsinstitusjon (RSA). I Breivika er mulig volum for RSA illustrert på overordnet mulighetsskisse.

Kompetansesenter på 4.400 m² kan plasseres som tilbygg eller eget bygg i alle alternativer på Åsgård. I Breivika kan kompetansesenter legges til som ekstra etasjer. Kompetansesenteret er ikke inkludert i de viste 3D-illustrasjoner.

- Trenden er at behandling vil gå fra medikamentbasert døgntil behandling til medikamentfri dagbehandling, hvilket medfører behov for færre sengeplasser enn de 137 sengeplassene som er i dag.
- Kompakte løsninger som har minst mulig institusjonspreg
- Tilgang til skjermet uteområde fra alle sengeposter. Nærhet til uteoppholdsareal på bakkeplan er en viktig kvalitet, som best kan ivaretas gjennom å bygge lavt (1-3 etasjer) og med en struktur som gir god kontakt mellom sengeposter og uteareal.
- Min. 15 meter avstandssone fra nabobygg og offentlige arealer til sengeposter, der det er mulighet for innsyn.
- Fleksibilitet er et viktig kriterium, siden det fortsatt er noe usikkerhet om framdrift og grad av gjennomføring av samlokalisering med somatikk og overgang fra døgntil behandling mot dagbehandling i framtiden.

Følgende romprogram fra UNN er lagt til grunn:

| | | | | NETTO | ca. BRUTTO |
|--|--|---|---|---|---|
| Opphold psykisk helse og rusbehandling | Normalsenger PHV (psykiisk helsevern) 3735 m ² / 83 senger | Normalsenger TSB (hverfagelig spesialisert rusbehandling) 1485 m ² / 33senger | Normalsenger DPS (distriktpsykiatriske sentrer) 990 m ² / 22 senger | Opphold med sengeplasser samlet 6210 m ²  | 12 400 m ²  |
| | Poliklinikk PHV (psykiisk helsevern) 1050 m ² / 35 plasser | Poliklinikk TSB (hverfagelig spesialisert rusbehandling) 450 m ² / 15 plasser | Akuttattak 100 m ² | Poliklinikk samlet 1360 m ²  | 2700 m ²  |
| | Avfallshåndtering Å: 60 m ² B: 20 m ² | Renhold Å: 50 m ² B: 30 m ² | Sentrallager Å: 300 m ² B: 50 m ² | Drift Å: 410 m ² B: 100 m ²  | Å: 800 m ² B: 200 m ²  |
| Adminstrasjon | Kontorfunksjoner 320 m ² | | | Adminstrasjon 320 m ²  | 600 m ²  |
| | Garderobe 270 m ² / 300 plasser | Kantine Å: 150 m ² B: 0 m ² | Overnatting Å: 30 m ² / 2 plasser B: 0 m ² | Personal Å: 450 m ² B: 270 m ²  | Å: 900 m ² B: 500 m ²  |
| Personalservice | | | | | |
| | Bibliotek 45 m ² | Rekreasjon 600 m ² | Vestibyle Å: 100 m ² B: 80 m ² | Fellesareal Pasient Å: 745 m ² B: 725 m ²  | Å: 1500 m ² B: 1400 m ²  |
| Pasientservice | | | | | |
| Undervisning og forskning | | | | | |
| | Undervisning Å: 1350 m ² B: 1000 m ²  | | | Undervisning Å: 1350 m ² B: 1000 m ²  | Å: 2700 m ² B: 2000 m ²  |
| | | | | NETTO Åsgård 11310 m ² Breivika 10450 m ² | BRUTTO Åsgård ca. 22000 m ² Breivika ca. 20000 m ² |
| Sikkerhetsseksjon RSA | | | | | |
| | RSA (Regional sikkerhetsseksjon) 2400 m ² | | | Sikkerhetsseksjon 2400 m ² | 4800 m ² |
| Kompetansesenter RVTA VIVAT | | | | | |
| | RVTA+VIVAT (Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordfarebygging) 2200m ² | | | Kompetanse-senter 2200 m ² | 4400 m ² |

12.2 Oversikt over tomtealternativer

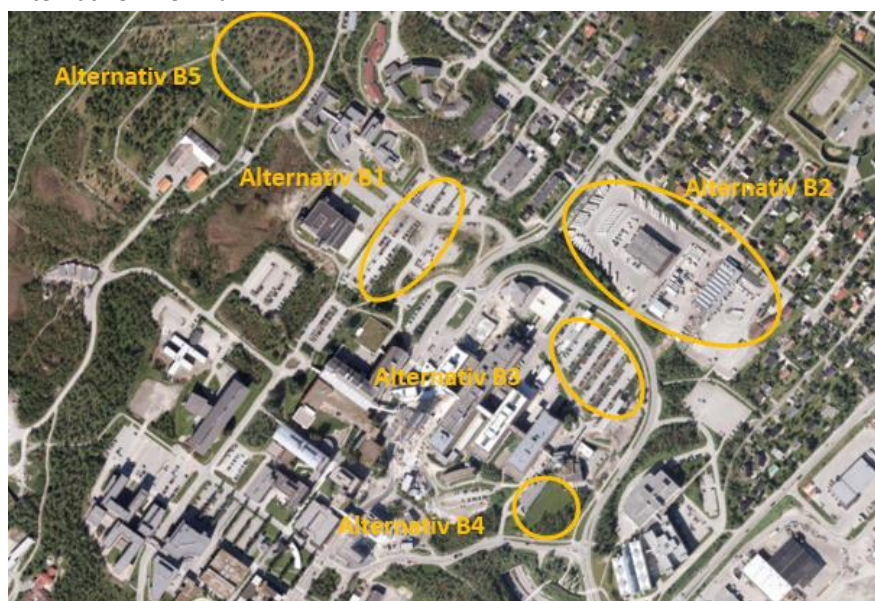
Oppdraget fra Styringsdokumentet er å belyse følgende alternativer. Under alternativ 2 og 3 er det vurdert flere mulige tomter.

- Alternativ 0: Oppgradere eksisterende bygg på Åsgård («0-alternativet)
- Alternativ 1: Delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård.
- Alternativ 2: Bygge nytt på eksisterende tomt på Åsgård.
- Alternativ 3: Bygge nytt i Breivika i kombinasjon med helt (3a) eller delvis å forlate Åsgård (3b).

Alternativer Åsgård:



Alternativer Breivika:



12.3 Vurdering av tomtealternativene

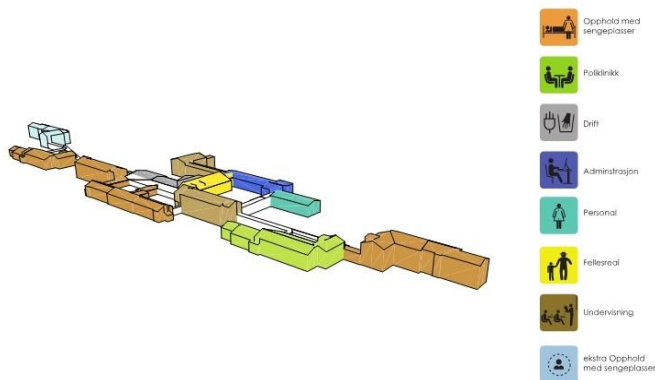
Hvert alternativ vurderes i forhold til samme kriterier vurdert etter en skala på -1, 0 og +1 (dårlig, ok og bra). Type bygg vil variere med tomtenes størrelse og utforming. Noen tomter gir mulighet for lavere bebyggelse enn andre. Tilsvarende vil det variere hvordan tilgang til uteområder direkte av døgnetenhetene kan løses

12.3.1 Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård (Å0)



Mulig tomteareal:

Området omfatter eksisterende Åsgård sykehus med areal på ca. 55 000 m².



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet til poliklinikker, fellesarealer og administrasjon i egne bygg. Bygg 10 foreslås som atkomst og administrasjon. Oppholdsarealer og sengeposter i egne bygg i prinsippet som i dag.



3D-illustrasjon eksisterende bebyggelse

Området omfatter del av eiendom gnr/bnr 118/1561 på i alt 304 887 m². Eksisterende bebyggelse omfatter et areal på ca. 55 000 m². Eier: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tomte vurdering

| | <i>Kriterier</i> | <i>Beskrivelse</i> | <i>Poeng</i> |
|---|--|---|--------------|
| 1 | Atkomst gang, sykkel og kollektivtrafikk | Området har busstilbud fra Langnes og sentrum, men noe begrenset utenfor rushtidene. Gang og sykkeltilbudet sørover langs Åsgårdvegen er noe begrenset. | 0 |
| 2 | Trafikkforhold biltrafikk | Atkomst fra Åsgårdvegen, som primært er boliggate, er ikke optimalt. | 0 |
| 3 | Parkering | Gode parkeringsmuligheter pga. stor tomt. | 1 |
| 4 | Orientering og lysforhold | Dagens bygningsmasse er ikke optimalt tilrettelagt mht. lys. | 0 |
| 5 | Tilgang til friområde | Kort avstand til grøntområder på øya og med sjøen. | 1 |
| 6 | Terrengforhold | Slakt skrånende terreng mot vest gir god mulighet for utsikt, lysinnfall og skjermede utearealer uten innsyn. Terreng ligger godt til rette for å kunne skape uterom med UU | 1 |
| 7 | Utvidelsesmuligheter | Gode muligheter for utvidelse pga. stor tomt. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området. | 1 |
| 8 | Tilgang til skjermet uterom | Direkte tilgang fra noen av sengepostene, men på langt nær alle. | 0 |

Reguleringsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------|--|--------------|
| 9 | Regulering | Det er ingen vedtatt reguleringsplan for området. Mindre bygningsmessige endringer antas likevel å kunne gjennomføres uten utarbeiding av reguleringsplan. Området er avsatt til offentlig formål i overordnet plan (KPA). | 1 |
| 10 | Verneforhold | Eksisterende bebyggelse er vernet, noe som kan legge begrensninger på utviklingen av bygningsmassen. Det antas likevel at istandsetting og mindre ombygging og tilbygg vil kunne tillates jf. nylig istandsetting av bygg 7. | -1 |
| 11 | Miljøforhold (støy) | Området ligger i gul støysone i hht nye støysonekart fra Avinor og Tromsø kommune. Skjermingstiltak må påregnes. | 0 |
| 12 | Skjerming | Det er eksisterende og planlagt boligområde ovenfor og langs Åsgårdvegen. For øvrig ligger området skjermet for innsyn og har ingen naboer tett innpå. Det er mulighet for å skjerme mer enn i dag med vegetasjon mot offentlig veg. | 1 |

Vurdering av bygningsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|------------------------|--|--------------|
| 13 | Eksisterende bygninger | I dårlig stand. Selv om det tas høyde for omfattende renovering, vil konstruksjonsprinsippet ikke kunne demme opp for fuktopptrekk fra grunnen. Utforming er heller ikke optimal for psykiatriens moderne behov. | -1 |

Utbyggingspotensiale

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------------------|---|--------------|
| 14 | Mulighet for trinnvis utbygging | Mulighet for å renovere bygg for bygg. | 1 |
| 15 | Begrensning for somatikk | Ingen | 1 |
| 16 | Langsiktig utvikling for UNN | Området ligger med lang avstand til somatisk del av sykehuset.. Utbygging i tråd med dette alternativet vil medføre at dagens fysiske splittelse mellom somatikk og psykiatri opprettholdes. Det vurderes som positivt at anlegget vil få nærhet til eksisterende rusklinikk i området, med muligheter som samhandling med rusbehandling. | -1 |

Konklusjon alt.0: ÅO Oppgradering eksisterende bygningsmasse

Alternativet anbefales ikke, pga. dårlig bygningstekniske forhold, upraktisk organisering med lange avstander og begrensninger som følge av at bebyggelsen er vernet.

Området er generelt vurdert som dårligere egnet enn alternativene i Breivika pga. dårligere tilgjengelighet for gående, syklende og kollektiv. Tomta har heller ikke optimal tilgjengelighet for biltrafikk.

12.3.2 Alternativ 1: Delvis nybygg – delvis oppgradering eksisterende bygg på Åsgård

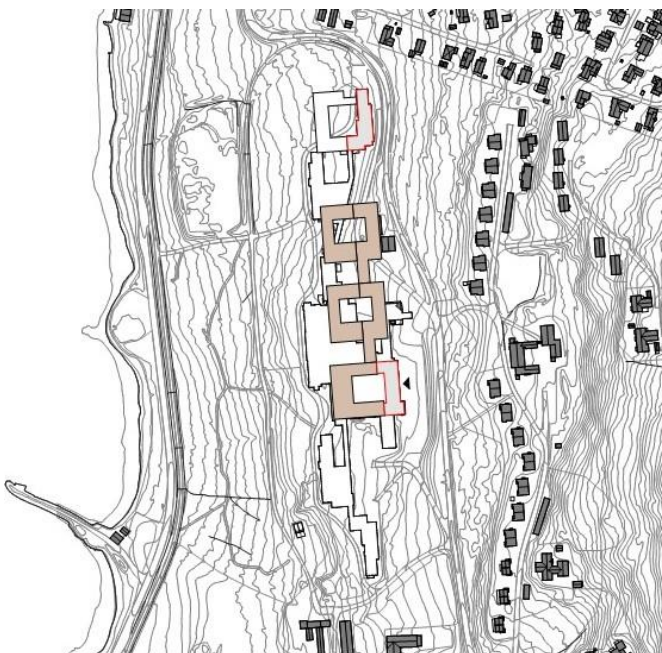


Mulig tomteareal:

Areal ca. 110 000 m² inklusiv eksisterende Åsgård sykehus.

Situasjonsplan mulig plassering:

Nybygg og oppgradering av eksisterende bebyggelse. Fredete bygninger vist med rød kant er forutsatt bevart, mens øvrig bebyggelse er forutsatt revet. Foreslått nybygg er utformet som atrium-/klyngebebyggelse i henholdsvis en, to og tre etasjer. Bebyggelsen ligger på langs av terrenget og følger terrengets nedtrapping mot vest.

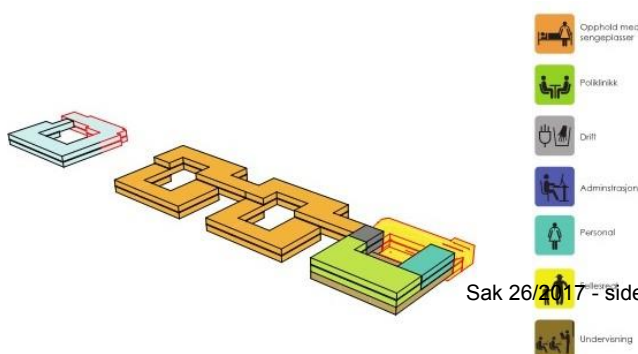


Atkomst fra Åsgårdvegen som i dag. Mulighet for ny atkomst Kvaløyvegen (eksisterende traktorveg).

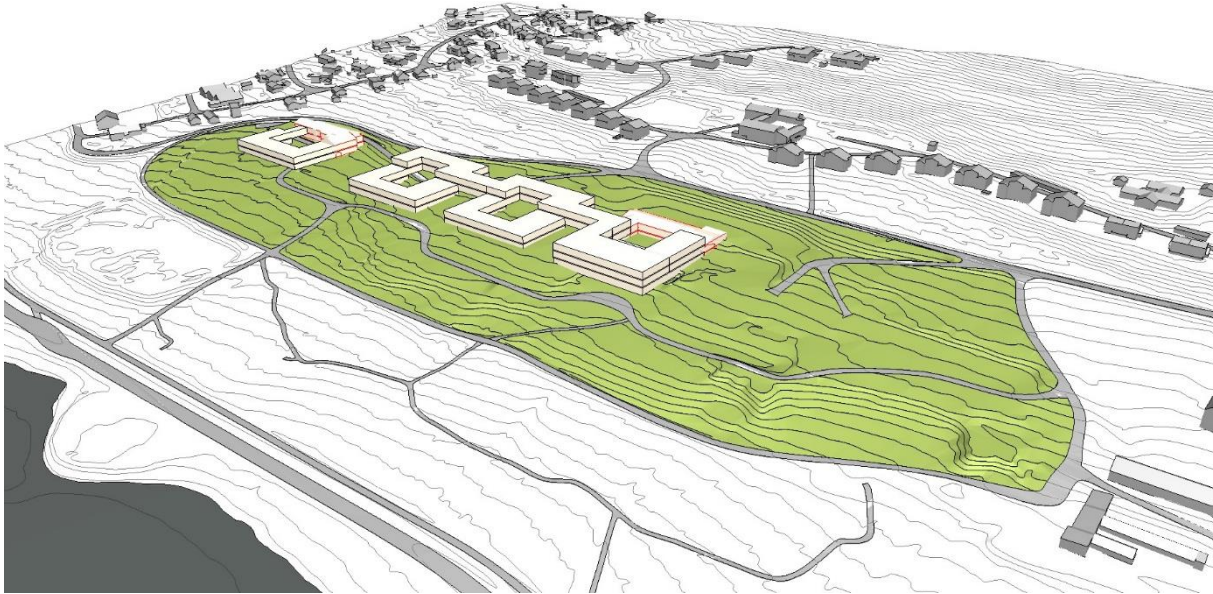
Private utearealer på bakkeplan i omsluttende atrium.

Egen frittliggende avdeling for RSA er foreslått i eksisterende fredet bygg 7 samt nybygg i tilknytning til denne.

Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:



I prinsippet er det mulighet til poliklinikker, fellesarealer og administrasjon i eget bygg nærmest atkomstveg samt oppholdsarealer og sengeposter i egne atriumbygg.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Området omfatter del av eiendom gnr/bnr 118/1561 på i alt 304 887 m². Mulig tomteareal ca. 111 000 m². Eier: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tomte vurdering

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|---|---|---|--------------|
| 1 | Atkomst; gang, sykkel og kollektivtrafikk | Området har busstilbud fra Langnes og sentrum, men noe begrenset utenfor rushtidene. Gang og sykkeltilbudet sørover langs Åsgårdvegen er noe begrenset. | 0 |
| 2 | Trafikkforhold biltrafikk | Atkomst fra Åsgårdvegen, som primært er boliggate, er ikke optimal. Ev. mulighet for atkomst direkte fra Kvaløyvegen | 0 |
| 3 | Parkering | Gode parkeringsmuligheter parkering på bakken. | 1 |
| 4 | Orientering og lysforhold | Gode muligheter for utsikt og optimale lysforhold for ny bebyggelse. | 1 |
| 5 | Tilgang til offentlig friområde | Kort avstand til grøntområder på øya og langs sjøen. | 1 |
| 6 | Terrengforhold | Terrengtet legger godt til rette for å oppnå UU på utearealene. | 1 |
| 7 | Utvidelsesmuligheter | Gode muligheter for utvidelse. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustrert bebyggelse). | 1 |
| 8 | Tilgang til skjermet uterom | Tilgang til atrium i hver av de fire byggene. Tilgang via trapp fra 2. etasje. | 1 |

Reguleringsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------|---|--------------|
| 9 | Regulering | Det er ingen vedtatt reguleringsplan for området. Det forutsettes at det vil være krav om utarbeiding av reguleringsplan. Området er avsatt til offentlig formål i overordnet plan. Det hersker høy usikkerhet om hva man vil få lov til å bygge og rive, samt bygging inntil fredede bygg. | 0 |
| 10 | Verneforhold | Eksisterende bebyggelse er vernet, hvilket vil komplisere en utbygging. Det antas likevel at tilbygg vil kunne tillates jf. nylig istandsetting av bygg 7. | -1 |
| 11 | Miljøforhold (støy) | Området ligger i gul støysone fra i hht nye støysonekart fra Avinor og Tromsø kommune. Skjermingstiltak må påregnes. | 0 |
| 12 | Skjerming | Det er eksisterende og planlagt boligområde ovenfor og langs Åsgårdvegen. For øvrig ligger området skjermet for innsyn og har ingen naboer tett innpå. Det er mulighet for å skjerme gjennom tilrettelegging av ny bebyggelse og med vegetasjon mot offentlig veg. | 1 |

Vurdering av bygningsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|------------------------|---|--------------|
| 13 | Eksisterende bygninger | Eksisterende bygninger er i dårlig stand. De fleste av byggene foreslås revet i dette alternativet. De fredete byggene begrenser utformingen noe, men i langt mindre grad enn for alt.0 | 0 |

Utbyggingspotensiale

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------------------|---|--------------|
| 14 | Mulighet for trinnvis utbygging | Kan være problematisk med trinnvis bygging, da dette berører eksisterende bygg som er i bruk. | -1 |
| 15 | Begrensning for somatikk | Ingen | 1 |
| 16 | Langsiktig utvikling for UNN | Området ligger med lang avstand til somatisk del av sykehuset. Utbygging i tråd med dette alternativet vil medføre at dagens fysiske splittelse mellom somatikk og psykiatri opprettholdes. Det vurderes som positivt at anlegget vil få nærhet til «Færingen», med muligheter som samhandling med rusbehandling. | -1 |

Konklusjon alt.1: Delvis nybygg på Åsgård, eksisterende egen tomt

Alternativet anbefales ikke, spesielt pga. mulige begrensninger for utbygging som følge av vern av eksisterende bebyggelse. Det er også vurdert som vanskelig med trinnvis utbygging siden dette berører eksisterende bygg som er i bruk. Det vil kunne bli behov for bruk av midlertidige bygg i byggeperioden. Området er generelt vurdert som dårligere egnet enn alternativene i Breivika pga. dårligere tilgjengelighet for gående, syklende og kollektiv. Lokaliteten har heller ikke optimal tilgjengelighet for biltrafikk.

12.3.3 Alternativ 2 Nybygg på Åsgård – to alternative tomter vurdert, Å2 og Å3
 Alternativ 2 a: Nybygg på eksisterende tomteareal på Åsgård (Å2)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 60 000 m² på vestsiden siden av eksisterende Åsgård sykehus.

Situasjonsplan mulig plassering:

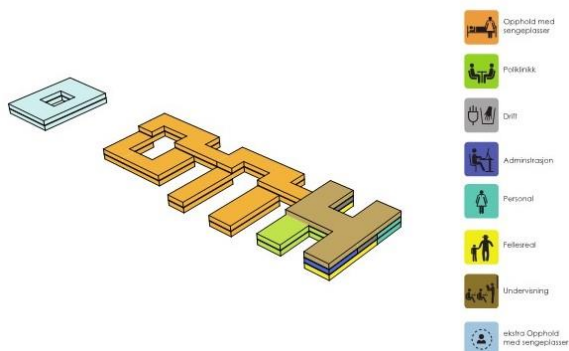
Foreslått nybygg er utformet som atrium-/klyngebebyggelse i henholdsvis en, to og tre etasjer. Bebyggelsen ligger på langs av terrenget og følger terrengets nedtrapping mot vest.



Atkomst fra eksisterende traktorveg fra Kvaløyvegen. Atkomstveg og avkjørsel fra Kvaløyvegen er forutsatt oppgradert.

Private utearealer på bakkeplan i henholdsvis omsluttende atrium og åpne gårdsrom, som åpnes opp mot vest.

Egen frittliggende avdeling (RSA) på tomta.



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet til poliklinikker, fellesarealer og administrasjon i eget bygg nærmest atkomstveg samt oppholdsarealer og sengeposter i egne atriumbygg.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Området omfatter del av eiendom gnr/bnr 118/1561 på vestsiden av eksisterende sykehus mot Kvaløyvegen. Mulig tomtareal ca. 111 000 m². Eier: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tomte vurdering

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|---|--|--|--------------|
| 1 | Atkomst; gang, sykkel og kollektivtrafikk | God tilgjengelighet til kollektiv, gang- og sykkelvegnett. Området har busstilbud fra Langnes og sentrum, men noe begrenset utenfor rushtidene. | 1 |
| 2 | Trafikkforhold biltrafikk | Adkomst via oppgradert adkomstvei fra Kvaløyvegen. | 1 |
| 3 | Parkering | Gode parkeringsmuligheter, kan etableres som flateparkering | 1 |
| 4 | Orientering og lysforhold | Tomten gir gode muligheter for utsikt og optimale lysforhold. | 1 |
| 5 | Tilgang til offentlig friområde | Kort avstand til grøntområder på øya og langs fjæra. | 1 |
| 6 | Terrengforhold –Universell utforming av utearealer | Gode muligheter for å tilpasse ny bebyggelse til eksisterende landskap og oppnå Universell Utforming på utenom. | 1 |
| 7 | Utvidelsesmuligheter | Noe begrensning pga. at tomte ligger delvis i rød støysone. Imidlertid ingen stor begrensning. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustrert bebyggelse). | 1 |
| 8 | Tilgang til privat felles uteareal | Tilgang til atrium eller åpent gårdsrom i hver av de fire byggene. Tilgang via trapp fra 2. etasje. | 1 |

Reguleringsmessige forhold

| | <i>Kriterier</i> | <i>Beskrivelse</i> | <i>Poeng</i> |
|----|----------------------|--|--------------|
| 9 | Regulering | Formålet er i strid med overordnet plan (KPA). Området er avsatt til framtidig grønnstruktur i gjeldende KPA. Det er ingen vedtatt reguleringsplan for området. Det forutsettes at det vil være krav om utarbeiding av reguleringsplan og ev. konsekvensutredning siden formålet er i strid med overordnet plan. | -1 |
| 10 | Verneforhold | Ingen. | 0 |
| 11 | Miljøforhold (støy) | Området ligger i gul og delvis rød støysone ihht. nye støysonekart fra Avinor og Tromsø kommune. Skjermingstiltak må påregnes. Foreslått bebyggelse er lagt utenfor rød støysone. | 0 |
| 12 | Brannmessige forhold | Krav om innsatstid på maks. 10 min (3,6 km) for brannbil er oppfylt. Det er tilkomst til alle brannseksjoner og etasjer og mulighet til kjørbare atkomst fra flere sider. | 1 |
| 13 | Skjerming | Eksisterende Åsgård sykehus vil være nærmeste nabo mot øst. Ingen naboer mot vest (sjøen). God mulighet for skjerming for innsyn fra offentlig veg og naboområder. | 1 |

Vurdering av bygningsmessige forhold

| | <i>Kriterier</i> | <i>Beskrivelse</i> | <i>Poeng</i> |
|----|------------------------|--|--------------|
| 14 | Eksisterende bygninger | Ingen eksisterende bygg | 1 |
| 15 | Bebyggelsesstruktur | Langstrakt struktur med lange gangavstander mellom funksjonene. Gode uterom. | 0 |

Utbyggingspotensiale

| | <i>Kriterier</i> | <i>Beskrivelse</i> | <i>Poeng</i> |
|----|---------------------------------|--|--------------|
| 16 | Trafikkforhold | Området har busstilbud fra Langnes og sentrum. Bra gang og sykkeltilbud langs Kvaløyvegen. | 1 |
| 17 | Mulighet for trinnvis utbygging | Gode muligheter for trinnvis utbygging. | 1 |
| 18 | Begrensing for somatikk | Ingen | 1 |
| 19 | Langsiktig utvikling for UNN | Området ligger med lang avstand til somatisk del av sykehuset.. Utbygging i tråd med dette alternativet vil medføre at dagens fysiske splittelse mellom somatikk og psykiatri opprettholdes. | -1 |

Konklusjon alt.2 a: Å2 «egen tomt»

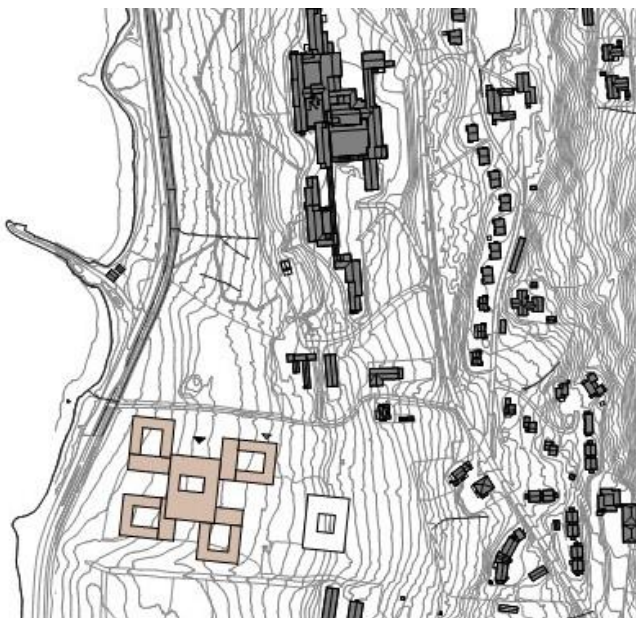
Alternativet anbefales som et av alternativene som UNN bør gå videre med, da dette vurderes som den beste løsningen på Åsgård. Alternativet er imidlertid usikkert med hensyn til om man vil få tillatelse til regulering og utbygging, siden området er avsatt til grønnstruktur i gjeldende arealdel.

Alternativ 2 b: Nybygg på tomt eiet av Troms fylkeskommune, Åsgård-sør (Å3)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 55 000 m² på sørsiden av UNN sin eiendom på Åsgård.



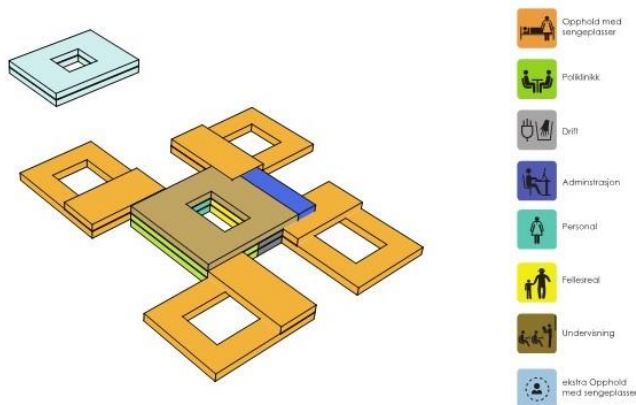
Situasjonsplan mulig plassering:

Foreslått nybygg er utformet som atriumbebyggelse i henholdsvis en, to og tre etasjer.

Atkomst fra eksisterende traktorveg fra Kvaløyvegen. Atkomstveg og avkjørsel fra Kvaløyvegen er forutsatt oppgradert.

Private utearealer på bakkeplan i fire atrium.

Egen frittliggende avdeling (RSA-regional sikkerhetsseksjon) på tomten.



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet til poliklinikker, fellesarealet, administrasjon, samt oppholdsarealer i midten og sengeposter i fire egne atriumbygg.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Lokaliteten ligger rett sør for eksisterende sykehustomt, nedenfor UNN sin eksisterende rusklinikk på eiendom gnr/bnr 118/1026. Eiendommen er en del av gnr/bnr 118/1. Tomteareal er ca. 55 000 m². Eier: Troms fylkeskommune.

Tomte vurdering

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|---|--|--|--------------|
| 1 | Atkomst gang, sykkel og kollektivtrafikk | God tilgjengelighet til kollektiv, gang- og sykkelvegnett. Adkomst via oppgradert adkomstvei fra Kvaløyvegen. | 1 |
| 2 | Trafikkforhold biltrafikk | God adkomst fra Kvaløyvegen | 1 |
| 3 | Parkering | Gode parkeringsmuligheter kan etableres som flateparkering | 1 |
| 4 | Orientering og lysforhold | Gode muligheter for utsikt og optimale lysforhold. | 1 |
| 5 | Tilgang til friområde | Kort avstand til friområder på øya og langs sjøen. | 1 |
| 6 | Terrengforhold | Gode muligheter for å tilpasse ny bebyggelse til eksisterende landskap og oppnå Universell Utforming på uterom | 1 |
| 7 | Utvidelsesmuligheter | Muligheter for utvidelse. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustert bebyggelse). | 1 |
| 8 | Tilgang til skjermet uteareal | Tilgang til atrium i hver av de seks byggene. Tilgang via trapp fra 2. etasje. | 1 |

Reguleringsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------|---|--------------|
| 9 | Regulering | Formålet er i strid med overordnet plan (KPA), hvor området er avsatt til framtidig grønnstruktur. Det er ingen vedtatt reguleringsplan for området. Det forutsettes at det vil være krav om utarbeiding av reguleringsplan og ev. konsekvensutredning siden formålet er i strid med overordnet plan. Endring av formål bør gå via overordnet plan (KPA). | -1 |
| 10 | Verneforhold | Ingen. | 0 |
| 11 | Miljøforhold (støy) | Området ligger i gul støysone fra flystøy i hht nye støysonekart fra Avinor og Tromsø kommune. Skjermingstiltak må påregnes. Foreslått bebyggelse er lagt utenfor rød støysone. | 0 |
| 12 | Skjerming | Eiendommen ligger inntil eksisterende rusklinikk til UNN. Ingen naboer mot vest(sjøen). Mot sør grenser området til Holt forsøkgård til Landbruks- og matdepartementet. Boligområde ovenfor og langs Åsgårdvegen. | 1 |

Vurdering av bygningsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|------------------------|-------------------------|--------------|
| 13 | Eksisterende bygninger | Ingen eksisterende bygg | 1 |

Utbyggingspotensiale

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------------------|---|--------------|
| 14 | Mulighet for trinnvis utbygging | Gode muligheter for trinnvis utbygging. | 1 |
| 15 | Begrensing for somatikk | Ingen | 1 |
| 16 | Langsiktig utvikling for UNN | Området ligger med lang avstand til somatisk del av sykehuset. Utbygging i tråd med dette alternativet vil medføre at dagens fysiske splittelse mellom somatikk og psykiatri opprettholdes. Det vurderes som positivt at anlegget vil få nærhet til «Færingen», med muligheter som samhandling med rusbehandling. | -1 |

Konklusjon alt.2 b: Å3 «Fylkeskommunens» tomt

Alternativet får høy score i vurderingen, men pga. at eiendommen ikke eies av UNN vurderes alternativ Åsgård vest (Å2) som bedre. Alternativet er, tilsvarende som Åsgård vest, usikkert med hensyn til om man vil få tillatelse til regulering og utbygging, siden området er avsatt til grønnstruktur i gjeldende arealdel.

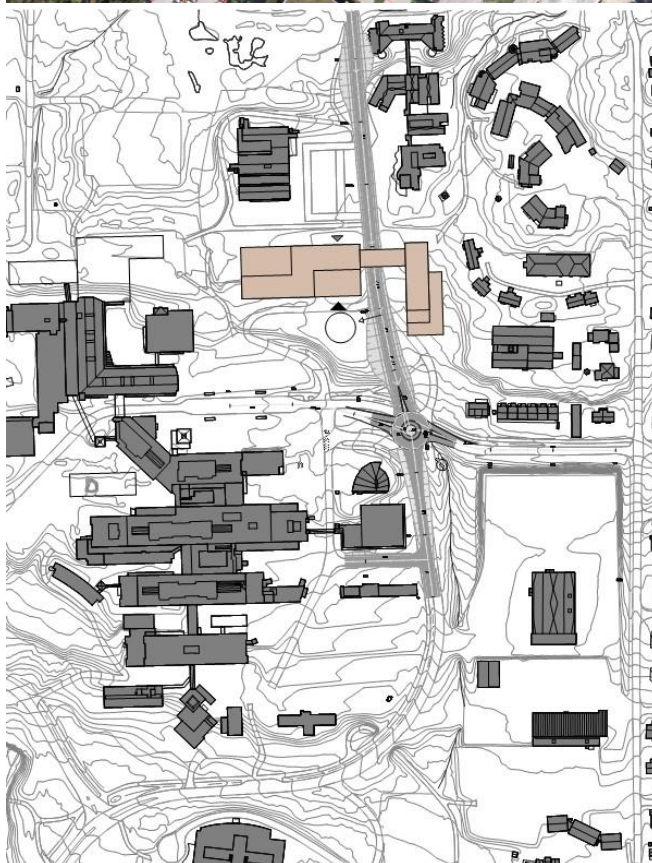
12.3.4 Alternativ 3 a Nybygg i Breivika –fem forskjellige tomter (B1-B5)

Alternativ 3a: Breivika – BUP øst (B1)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 13 000 m2 på sørsiden av eksisterende Barne- og Ungdoms Psykiatri (BUP) og tannhelsebygget.

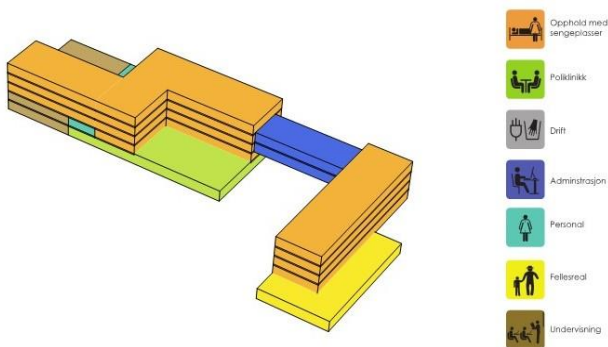


Situasjonsplan mulig plassering:

Foreslått nybygg er utformet som et bygg (punkt/ kompakt) på hver side av intern atkomstveg. Mot nord trappes bebyggelse ned mot øst. Bebyggelsen kompletterer eksisterende frittstående bygningsstrukturer i området, og danner fasade mot oppgradert intern atkomstveg.

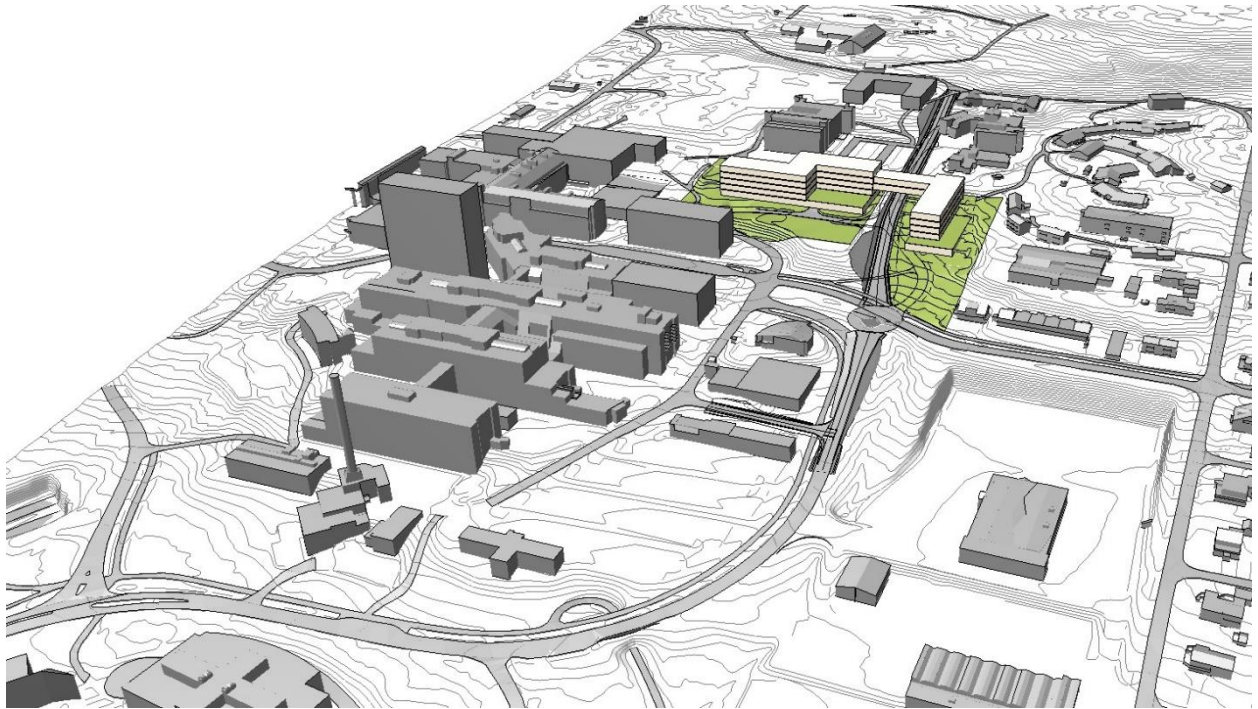
De to bygningene forbindes med intern glassgang over intern veg. Mulighet for intern forbindelse til BUP.

Private utearealer på tak.



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet for etablering av poliklinikker og fellesarealer i underetasjer, administrasjon i midten, samt oppholdsarealer og sengeposter i de øvre etasjene.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Lokaliteten er en del av sykehusets eiendom gnr/bnr 124/86. Området ligger på østsiden av BUP (UNN) og Tannhelsebygget (Troms fylkeskommune), på oversiden av hovedinngangen til sykehuset. Området er på ca. 13 000 m² fordelt på nord- og sørsiden av atkomstveg til BUP og Tannhelsebygget. Tomten er i dag parkeringsareal for sykehuset. Henvendelse mot sørøst. Eier: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tomte vurdering

| | <i>Kriterier</i> | <i>Beskrivelse</i> | <i>Poeng</i> |
|---|---|---|--------------|
| 1 | Atkomst; gang, sykkel og kollektivtrafikk | Sentral beliggenhet med veldig god tilgjengelighet med alle transportmidler. Kort avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplass. | 1 |
| 2 | Trafikkforhold biltrafikk | Bilatkomst fra forlengelse av Sykehusvegen via forbedret kryss ved Hansine Hansens veg. Forsinkelser ved kryss Sykehusvegen/ Stakkevollvegen oppleves som et stort problem i dag. | -1 |
| 3 | Parkering | Cirka 300 parkeringsplasser blir fjernet ved utbygging. Behov for mellom maks 240-295 nye parkeringsplasser med nybygg (jfr. kommuneplans p-bestemmelsene) som kan løses i eget p-hus felles for sykehusområdet. Mulighet for opparbeidelse av egen parkering under nybygg. | 1 |
| 4 | Orientering og lysforhold | Bra orientering/ utsikt mot både øst og vest. Gode lysforhold. | 1 |
| 5 | Tilgang til friområde | Kort avstand til lysløype og stinettverk i Tromsømarka | 1 |
| 6 | Terrengforhold | Terrengt skråner slakt mot øst. Ikke plass til uterom med UU | 0 |
| 7 | Utvidelsesmuligheter | Ingen utvidelsesmulighet (bortsett fra ev. i høyden). | -1 |
| 8 | Tilgang til skjermet uterom | Tilgang til utearealer på tak. | -1 |

Reguleringsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------|---|--------------|
| 9 | Regulering | Området er avsatt til offentlig formål i gjeldende reguleringsplan og overordna plan (KPA). | 1 |
| 10 | Verneforhold | Ingen | 1 |
| 11 | Miljøforhold (støy) | En mindre del av nedre område ligger i rød støysone fra helikopter-landingsplassen på UNN. | 0 |
| 12 | Skjerming | Vanskelig å skjerme utearealer for innsyn. | -1 |

Vurdering av bygningsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|------------------------|--------------------|--------------|
| 13 | Eksisterende bygninger | Ingen | 1 |

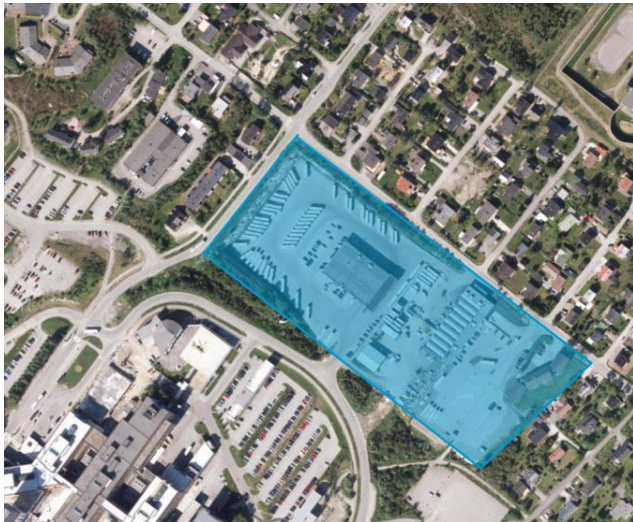
Utbyggingspotensiale

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------------------|--|--------------|
| 14 | Mulighet for trinnvis utbygging | Området kan bygges ut i to etapper, ellers vanskelig pga. kompakt struktur. | 0 |
| 15 | Begrensning for somatikk | Representerer ingen åpenbar begrensning for utvidelse av somatikkbygg | 1 |
| 16 | Langsiktig utvikling for UNN | Lokaliteten ligger sentralt i sykehusområdet på Breivika og utbygging på dette område vil kunne styrke en ny øst-vest forbindelseslinje i området som kan tilrettelegges spesielt for myke trafikanter. Nærhet til somatikk og mulighet for å utvikle samarbeidet mellom somatikk og Psykiatri gir mulighet for økt samhandling. | 0 |

Konklusjon alt. 3a (B1) BUP-tomta

Alternativet anbefales ikke. Hovedbegrunnelse er liten tomt og dermed ingen mulighet for utvidelse og manglende tilgang til skjermede uterom og skjerming generelt.

Alternativ 3 a: Brevika – Gimleveien 12 øvre del (B2-a)

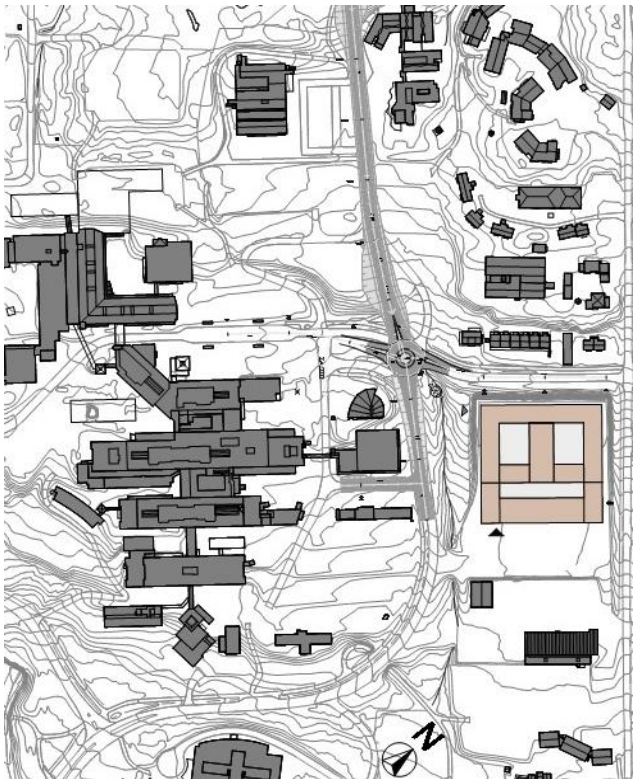


Mulig tomteareal:

Areal ca. 42 000 m² mellom Sykehusvegen og Gimlevegen, på nordsiden av sykehuset.

Situasjonsplan mulig plassering:

Alternativ med plassering nordvest på eiendommen.



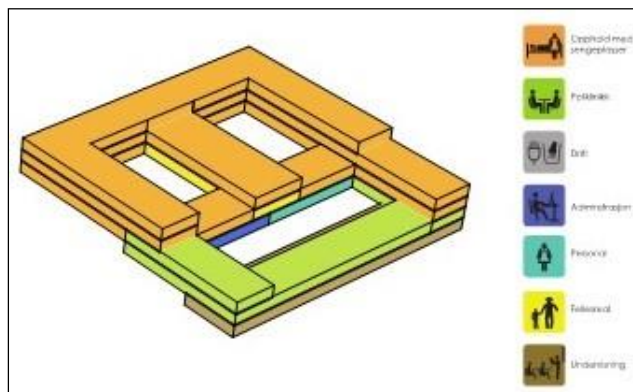
Foreslått nybygg er utformet som kompakt bebyggelse med parkering i minimum 2 etasjer i kjeller for å ta opp eksisterende høydesprang i terrenget etter utspregning. Ovenpå parkeringsetasjene er det foreslått en kvartalsstruktur som trappes ned mot øst for å gi lys og utsikt. Strukturen danner overgang mellom sykehusets kompakte lamellstruktur og småhusbebyggelsen mot nord. Den kompakte bebyggelsen skal også danne skjerm mot støy fra helikopterplassen.

Atkomst fra Sykehusvegen og mulighet for sekundær atkomst fra Gimlevegen.

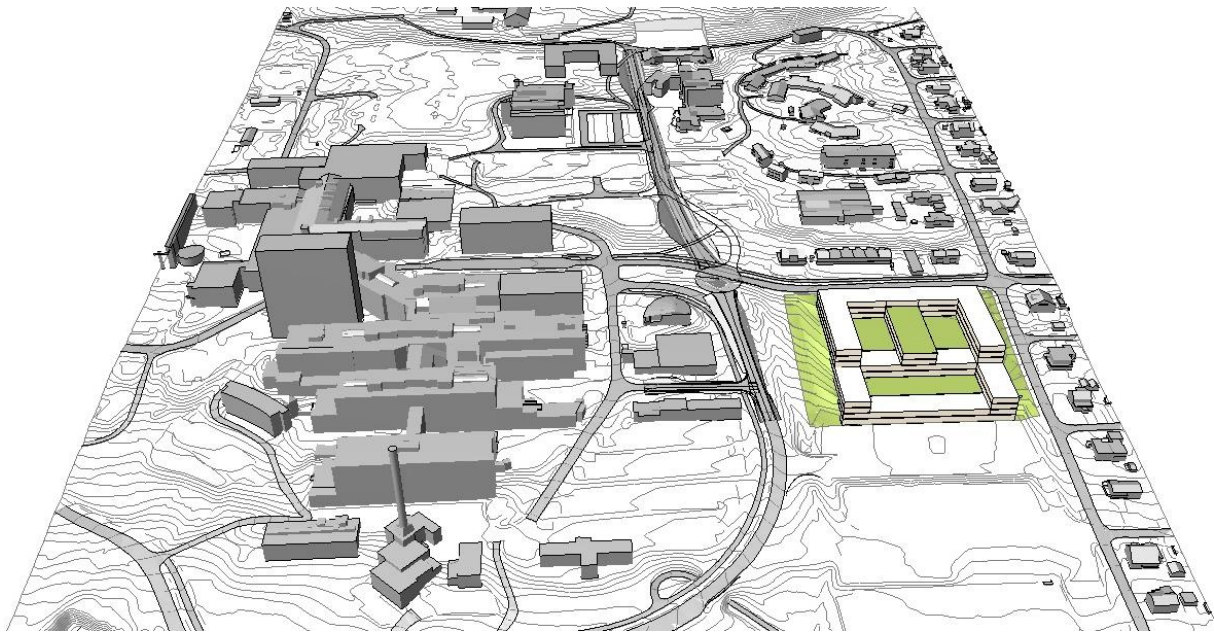
Mulighet for intern forbindelse til sykehuset med bru eller tunnel.

Private utearealer i gårdsrom på parkeringstak og på øvrige tak.

Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:



I prinsippet er det mulighet til parkering, poliklinikker, fellesarealet og administrasjon i underetasjer, og oppholdsarealer og sengeposter i de øvre etasjene.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Eiendommen gnr/bnr 124/12 er på 42 000 m² og ligger mellom Sykehusvegen, Hansine Hansens veg og Gimlevegen nord for sykehusets eiendom. Eier: Gimleveien 12 Eiendom AS. Tomten må erverves. UNN er i forhandling om kjøp, og det forutsettes at erverv vil kunne gjennomføres.

Tomte vurdering

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|---|---|---|--------------|
| 1 | Atkomst; gang, sykkel og kollektivtrafikk | Sentral beliggenhet med god tilgjengelighet med alle transportmidler. Kort avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplass. Atkomst fra Sykehusvegen. | 1 |
| 2 | Trafikkforhold biltrafikk | Bilatkomst fra Sykehusvegen. Enkel tilkomst, også mulighet til å komme via Gimlevegen. Forsinkelser ved kryss Sykehusvegen / Stakkevollvegen oppleves som et stort problem i dag. | -1 |
| 3 | Parkering | Gode muligheter for å etablere parkering i parkeringskjeller med flere plan (eget parkeringsanlegg som kan betjene hele sykehusområdet) under bygget | 1 |
| 4 | Orientering og lysforhold | Gode lysforhold og mulighet for orientering i flere retninger. Mørke arealer i nederste plan i nordvest, som blir under bakken. Disse kan anvendes til parkering eller andre funksjoner som ikke trener lys | 1 |
| 5 | Tilgang til friområde | Kort avstand til lysløype og stinettverk i Tromsømarka. | 0 |
| 6 | Terrengforhold | Tomta er sprengt ut og skiller seg dermed ut fra omgivelsene. Utbygging vil kunne reparere eksisterende sår i landskapet og skape en bedre helhet i forhold til området rundt. Forutsetter parkering i underetasje i forbindelse med utbygging (UNN jobber med eget parkeringsanlegg). Uterom med Universell Utforming er enkelt å skape. | 1 |
| 7 | Utvidelsesmuligheter | Gode muligheter for utvidelse og flere funksjoner, bla. parkering i flere underetasjer. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustrert bebyggelse). | 1 |
| 8 | Tilgang til privat felles uteareal | Tilgang til atrium i kvartalet. Tilgang via trapp fra 2.og 3. etasje. | 1 |

Reguleringsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------|--|--------------|
| 9 | Regulering | Tomta er regulert til industri i gjeldende plan 1196, vedtatt 1993. Men det er sannsynlig at det i KPA er satt av til offentlig tjenesteyting, da dette har vært drøftet med kommunen og det var foreslått i KPA som ble vedtatt høst 2015 og siden opphevet igjen. Det anses som sannsynlig at man vil kunne få området omregulert. | 0 |
| 10 | Verneforhold | Ingen | 1 |
| 11 | Miljøforhold (støy) | Området ligger i rød støysone fra helikopterlandingsplassen på UNN og delvis i gul støysone fra vegtrafikkstøy (Sykehusvegen). Ny bebyggelse må tilrettelegges som lokal støyskjerm innenfor området. | -1 |
| 12 | Skjerming | Området ligger mellom sykehuset og eksisterende boligområde. Det er mulig å tilrettelegge ny bebyggelse så man unngår innsyn til pasientområder ute og inne. | 1 |

Vurdering av bygningsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|------------------------|--|--------------|
| 13 | Eksisterende bygninger | Kontor og garasjebygg forutsettes revet. Ingen begrensninger for nye bygg. | 1 |

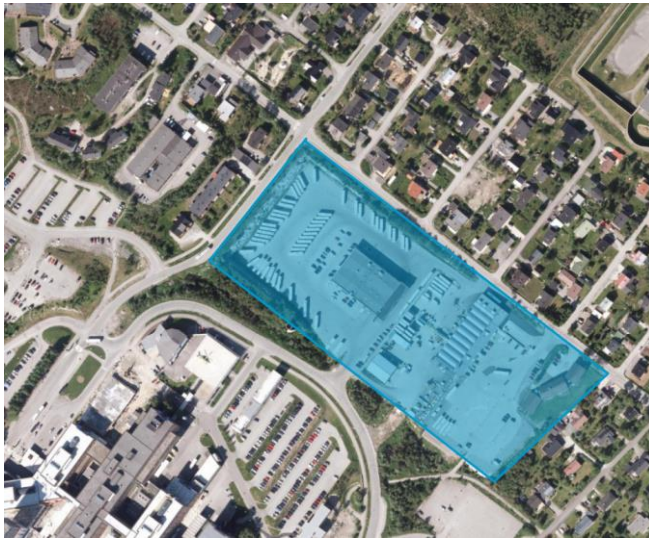
Utbyggingspotensiale

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------------------|--|--------------|
| 14 | Mulighet for trinnvis utbygging | Stort potensiale for både trinnvis utbygging og utvidelse. Utbygging på den vestligste delen av tomten forutsetter for utnyttelse av kjelleretasjene (parkering). | 1 |
| 15 | Begrensning for annen bruk | Tomten er stor nok til å romme flere funksjoner og anses ikke å være noen begrensning for utvidelse av somatikk. | 1 |
| 16 | Langsiktig utvikling for UNN | Eiendommen ligger inntil sykehusområdet i Breivika og erverv av tomten vil kunne være en viktig ressurs for utvikling av området i forhold til utbyggingspotensiale. Etablering av p-anlegg for hele UNN vil i tillegg løse parkeringsproblematikken i området. Terrenget ligger til rette for inntil 5 etasjer med parkering i kjelleretasjer (totalt ca. 26500 m ² / inntil ca. 900 plasser). Nærhet til somatikk og mulighet for å utvikle samarbeidet mellom somatikk og Psykiatri. | 1 |

Konklusjon alt.3 a: B2-a, «Busstomta» øvre del

Alternativet scorer høyt i vurderingen og tomten anbefales ervervet av UNN. Tomten gir svært gode utviklingsmuligheter, og parkering for hele området vil kunne løses under ny bebyggelse på tomten. Utbygging av eiendommen vil være positivt mtp å reparere eksisterende sår i landskapet. Det anbefales å prioritere den nedre del av tomten, jfr alternativ B2b, for psykiatri pga at denne delen av tomten er mindre støyuksatt enn den øvre delen. I tillegg vil man her være uavhengig av å løse parkeringsanlegg samtidig.

Alternativ 3 a: Breivika – Gimleveien 12 nedre del (B2-b)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 42 000 m² mellom Sykehusvegen og Gimlevegen, på nordsiden av sykehuset.

Situasjonsplan mulig plassering:

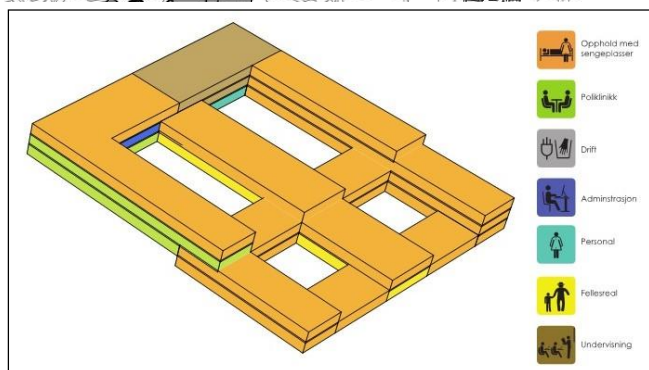
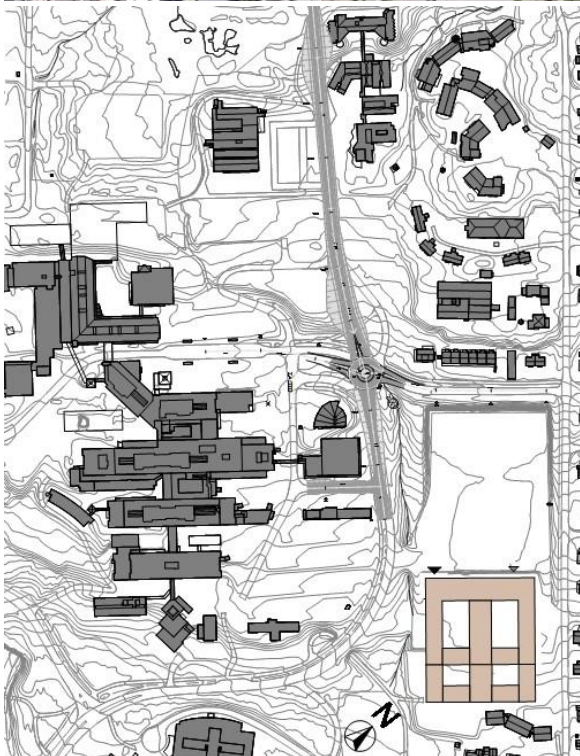
Alternativ plassering øst på eiendommen.

Foreslått nybygg er utformet som kompakt kvartalsstruktur som trappes ned mot øst for å gi lys og utsikt. Strukturen danner overgang mellom sykehusets kompakte lamellstruktur og småhusbebyggelsen mot nord. Den kompakte bebyggelsen skal også danne skjerm mot støy fra helikopterplassen.

Atkomst fra Sykehusvegen og mulighet for sekundær atkomst fra Gimlevegen.

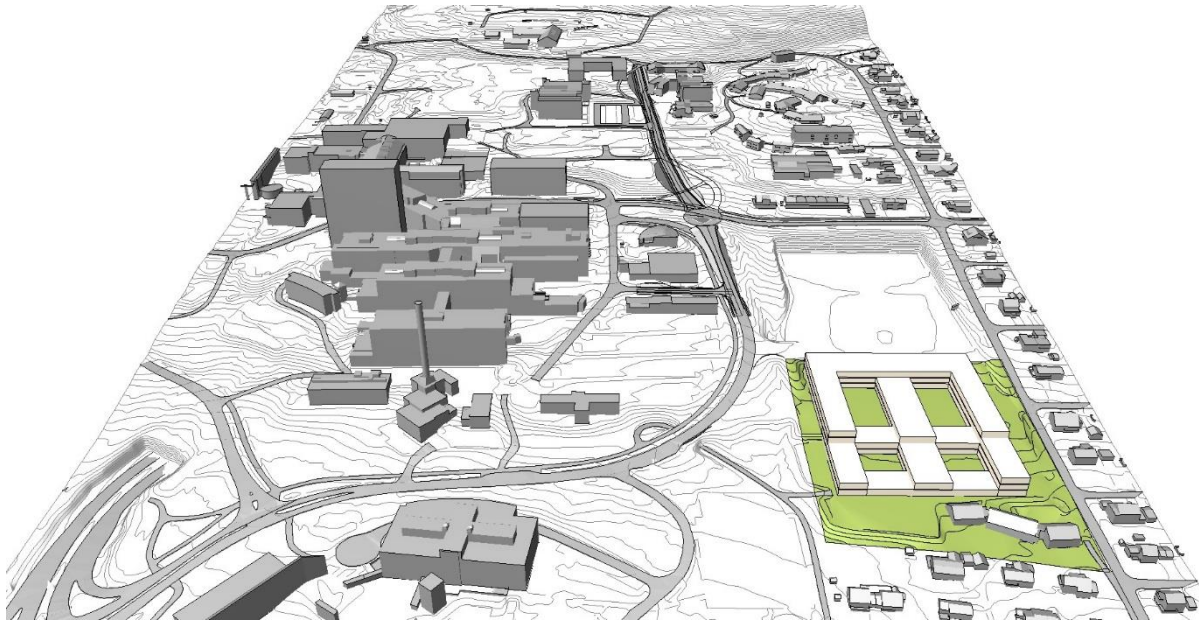
Mulighet for intern forbindelse til sykehuset med bru eller kulvert.

Private utearealer i gårdsrom og eventuelt på taket.



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet til poliklinikker, fellesarealet og administrasjon i underetasjer, og oppholdsarealer og sengeposter i de øvre etasjene.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Eiendommen gnr/bnr 124/12 er på 42 000 m² og ligger mellom Sykehusvegen, Hansine Hansens veg og Gimlevegen nord for sykehusets eiendom. Eier: Gimleveien 12 Eiendom AS. Tomta må erverves. UNN er i forhandling om kjøp, og det forutsettes at erverv vil kunne gjennomføres.

Tomte vurdering

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|---|--|--|--------------|
| 1 | Atkomst gang, sykkel og kollektivtransport | Sentral beliggenhet med god tilgjengelighet med alle transportmidler. Kort avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplass. | 1 |
| 2 | Trafikkforhold biltrafikk | Atkomst fra Sykehusvegen. Bilatkomst fra Sykehusvegen. Enkel tilkomst, også mulighet til å komme via Gimlevegen. Forsinkelser ved kryss Sykehusvegen/ Stakkevollvegen oppleves som et stort problem i dag. | -1 |
| 3 | Parkering | Gode muligheter for å etablere parkering i parkeringshus bak bygget (mot nordvest). | 1 |
| 4 | Orientering og lysforhold | Gode lysforhold og mulighet for orientering i flere retninger. | 1 |
| 5 | Tilgang til friområde | Kort avstand til lysløype og stinettverk i Tromsømarka. | 0 |
| 6 | Terrengforhold | Uterom med Universell Utforming er enkelt å skape | 1 |
| 7 | Utvidelsesmuligheter | Gode muligheter for utvidelse og flere funksjoner, bla. parkering i underetasjer. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustrert bebyggelse). | 1 |
| 8 | Tilgang til skjermet uterom | Tilgang til atrium i kvartalet. Tilgang via trapp fra 2. og 3. etasje. | 1 |

Reguleringsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------|--|--------------|
| 9 | Regulering | Tomta er regulert til industri i gjeldende plan 1196, vedtatt 1993. Men det er sannsynlig at det i KPA er satt av til offentlig tjenesteyting, da dette har vært drøftet med kommunen og det var foreslått i KPA som ble vedtatt høst 2015 og siden opphevet igjen. Det anses som sannsynlig at man vil kunne få området omregulert. | 0 |
| 10 | Verneforhold | Ingen | 1 |
| 11 | Miljøforhold (støy) | Området ligger i henholdsvis rød og gul støysone fra helikopterlandingsplassen på UNN, samt gul støysone fra vegtrafikkstøy (Sykehusvegen). Ny bebyggelse må tilrettelegges som lokal støyskjerm innenfor området. | 0 |
| 12 | Skjerming | Området ligger mellom sykehuset og eksisterende boligområde. Det er mulig å tilrettelegge ny bebyggelse så man unngår innsyn til pasientområder ute og inne. | 1 |

Vurdering av bygningsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|------------------------|---|--------------|
| 13 | Eksisterende bygninger | Kontor og garasjebygg forutsettes revet. Eksisterende bygninger representerer ingen begrensninger for nye bygg. | 1 |

Utbyggingspotensiale

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------------------|---|--------------|
| 14 | Mulighet for trinnvis utbygging | Stort potensiale for både trinnvis utbygging og utvidelse. Utbygging på den vestligste delen av tomten forutsetter utnyttelse til for eksempel parkering i etasjene under. | 1 |
| 15 | Begrensning for somatikk | Tomten er stor nok til å romme flere funksjoner og anses ikke å være noen begrensning for utvidelse av somatikk. | 1 |
| 16 | Langsiktig utvikling for UNN | Eiendommen ligger inntil sykehusområdet på Breivika og erverv av tomta vil kunne utgjøre en viktig ressurs for utvikling av området i forhold til utbyggingspotensiale samt å løse parkeringsproblematikken i området. Det forutsettes at man i tilfelle erverv vil erverve hele tomten. Terrenget på øvre del av tomten ligger til rette for 3-4 etasjer med parkering i kjelleretasjer. Nærhet til somatikk og mulighet for å utvikle samarbeidet mellom somatikk og Psykiatri. | 1 |

Konklusjon alt.3 a: B2-b «Busstomta» nedre del

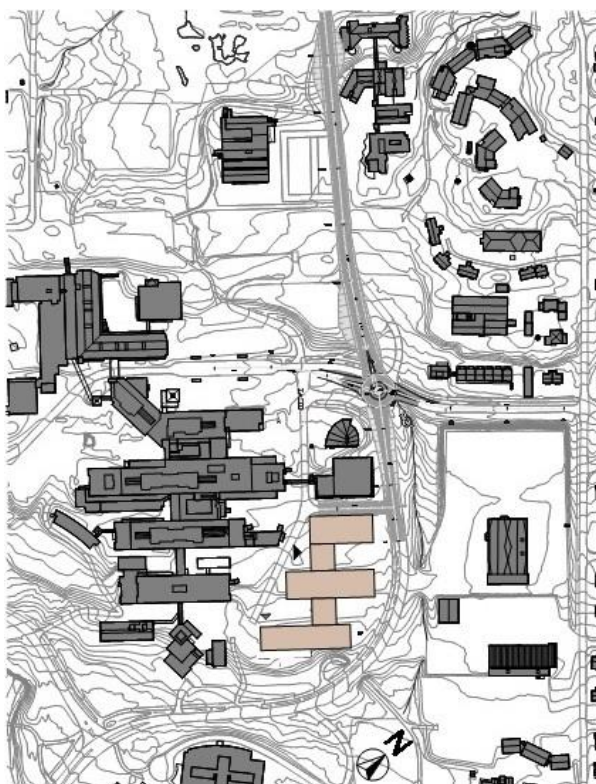
Alternativet anbefales som et av alternativene som UNN bør gå videre med. Tomta gir svært gode utviklingsmuligheter både for psykiatri og for utvidelse av somatikk, og det vil være et strategisk lurt grep å erverve denne. Det forutsettes at hele tomten erverves og parkering for hele UNN vil kunne løses under ny bebyggelse på tomten. Utbygging av denne eiendommen vil være et positivt grep i forbindelse med utvikling av Breivika som knutepunkt, og man vil få reparert eksisterende sår i landskapet.

Alt 3 a: Breivika – Sykehusvegen, nedenfor helikopterplassen (B3)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 12 000 m² på nordsiden av eksisterende sykehus.

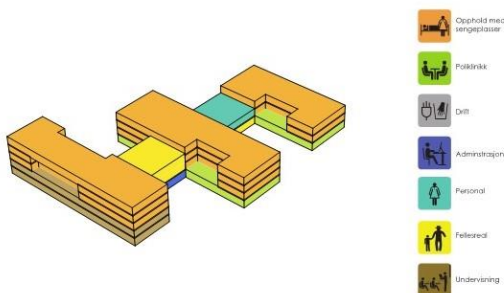


Situasjonsplan mulig plassering:

Foreslått nybygg er utformet som en nedtrappet bebyggelse med struktur og organisering som er en videreføring av eksisterende overordna plan for sykehuset. Ny bebyggelse er utformet som tre lameller (punkt/ kompakt) i forlengelse av eksisterende sykehusfløyer. Mulighet for å bygge forbindelse til eksisterende sykehus med innvendige ganger over internveg.

Private utearealer på bakkeplan mot nord og på tak.

Situasjonsplan



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet til poliklinikker og fellesarealet i underetasjer og i midten, samt oppholdsarealer og sengeposter i de øvre etasjene.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Lokaliteten er en del av sykehusets eiendom gnr/bnr 124/86. Området ligger på nordsiden av dagens sykehusbygg og nedenfor helikopterlandingsplassen til UNN. Tomta ligger i innflygingssonen for helikopteret til UNN, som medfører begrensning i høyde for ny bebyggelse. Området er på ca. 12 000 m² fordelt på nord- og sørsiden av intern nord-sørgående veg, og brukes i dag som parkeringsareal for sykehuset. Det står i tillegg et midlertidig bygg på tomten. Eier: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tomteevaluering

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|---|--|--|--------------|
| 1 | Atkomst gang, sykkel og kollektivtrafikk | Sentral beliggenhet med veldig god tilgjengelighet med alle transportmidler. Kort avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplasser | 1 |
| 2 | Trafikkforhold biltrafikk | Atkomst fra Sykehusvegen. Forsinkelser ved kryss Sykehusvegen/ Stakkevollvegen oppleves som et stort problem i dag. | -1 |
| 3 | Parkering | Begrenset bilparkering. Mulighet for parkering under bygget (areal ca. 5900 m ² / opp til ca. 190 plasser). | -1 |
| 4 | Orientering og lysforhold | Området ligger på nordsiden av eksisterende sykehusbebyggelse, som vil kaste en del skygge på tomten. Bra utsikt mot øst. | 0 |
| 5 | Tilgang til friområde | Kort avstand til lysløype og stinettverk i Tromsømarka. | 0 |
| 6 | Terrengforhold | Terrengtet faller ca. 10 meter fra vest til øst. Terrengtet gir mulighet for nedtrapping av bebyggelsen mot øst. Enkelt å skape uterom med Universell Utforming. | 1 |
| 7 | Utvidelsesmuligheter | Ingen utvidelsesmulighet (bortsett fra i høyden). | -1 |
| 8 | Tilgang til skjermet uterom | Delvis, tilgang til uteområdet mot nord samt tilgang til tak. | 0 |

Reguleringsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------|---|--------------|
| 9 | Regulering | Området er avsatt til offentlig formål i gjeldende reguleringsplan og overordna plan (KPA). | 1 |
| 10 | Verneforhold | Ingen | 1 |
| 11 | Miljøforhold (støy) | Området ligger i rød støysone fra helikopterlandingsplassen på UNN. | -1 |
| 12 | Skjerming | Begrenset mulighet for skjerming av spesielt utearealer mot innsyn. | -1 |

Vurdering av bygningsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|------------------------|--|--------------|
| 13 | Eksisterende bygninger | Midlertidig kontorbygg til UNN som ikke representerer noen begrensninger for nye bygg. | 1 |

Utbyggingspotensiale

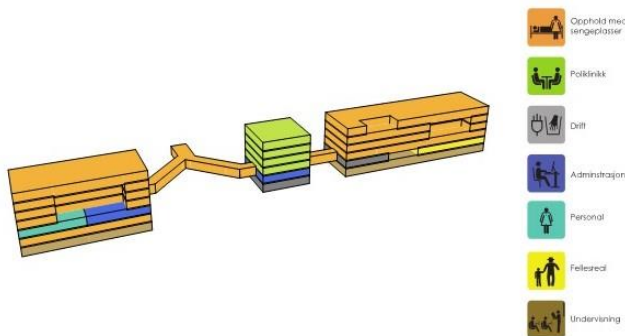
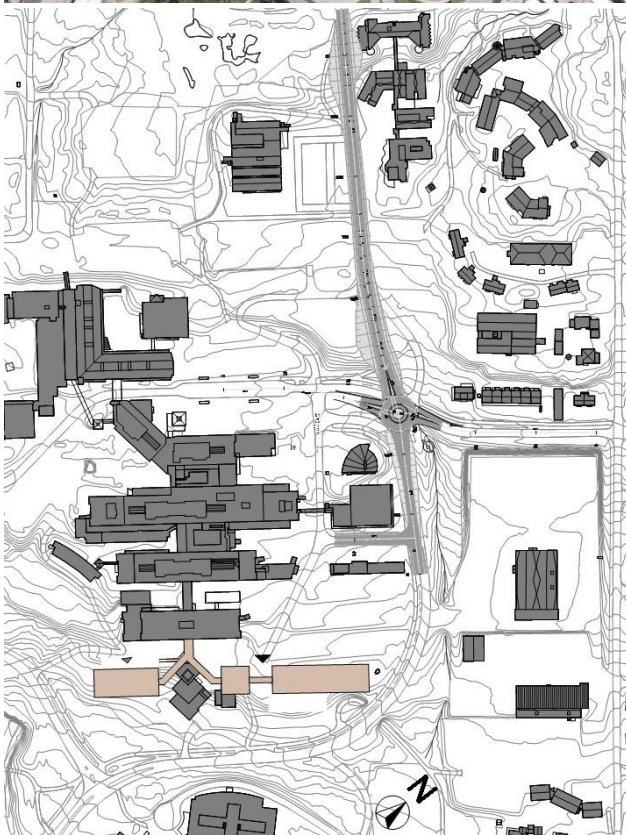
| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------------------|--|--------------|
| 14 | Mulighet for trinnvis utbygging | Utbyggingen vil kunne deles opp i byggetrinn, likevel noe begrenset pga. kompakt bebyggelsesstruktur. | 0 |
| 15 | Begrensning for somatikk | Området er svært godt egnet som utvidelse av sykehuset, og bør forbeholdes til slik bruk. Bygging her legger direkte begrensning på utvidelse av somatikken | -1 |
| 16 | Langsiktig utvikling for UNN | Eiendommen ligger sentralt i sykehusområdet på Breivika og utbygging på dette området vil kunne styrke en ny øst-vest forbindelseslinje i området for spesielt myke trafikanter. Nærhet til somatikk og mulighet for å utvikle samarbeidet mellom somatikk og Psykiatri. Samtidig begrensning for utvidelse av somatikk. | 0 |

Konklusjon alt. 3 a: B3 v/ helikopterlandingsplassen

Alternativet anbefales ikke fordi det gir begrensninger på mulig fremtidig utvidelse for somatikk på samme område. I tillegg er tomta forholdsvis liten og gir dermed ingen mulighet for senere utvidelse eller tilgang til skjermede uterom og skjerming generelt.

Alternativet forutsetter utbygging for somatikken vest for tomta og at helikopterlandingsplassen løftes opp, slik at det ikke blir konflikt med innflygingsbanen til helikopteret. Forholdet til innflyging må avklares med luftverksmyndigheten.

Alternativ 3 a Breivika - gamle pasienthotellet (B4)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 11 000 m² på nord- og sørsiden av eksisterende varmesentral til sykehuset (på østsiden av eksisterende sykehusbygg).

Situasjonsplan mulig plassering:

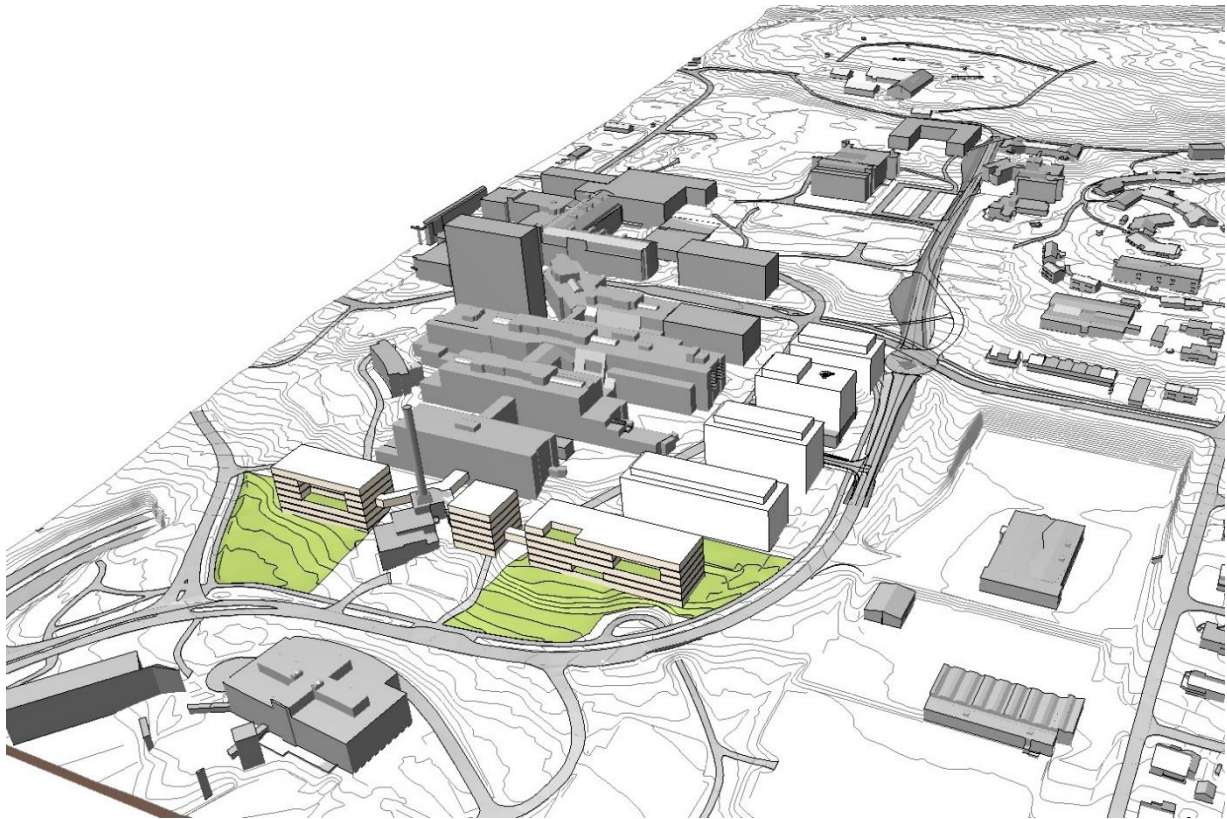
Foreslått ny bebyggelse er utformet som en lamellstruktur (punkt/ kompakt) med struktur og organisering i henhold til eksisterende overordna plan for sykehuset. Ny bebyggelse er utformet som en ekstra sykehusfløy, som er forbundet med eksisterende sykehus med innvendig gang som de øvrige eksisterende fløyene.

Utfordringen med konseptet er at bebyggelsen blir delt opp av eksisterende bygg til varmesentralen som ligger i midten.

Private utearealer kan være på tak

Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet for å plassere poliklinikker og fellesarealet i underetasjer og i midten, samt oppholdsarealer og sengeposter i de øvre etasjene.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Lokaliteten er en del av sykehusets eiendom gnr/bnr 124/86. Området ligger på østsiden av dagens sykehusbygg. Det gamle pasienthotellet ligger innenfor området. Området er ca. 5 000 m². I tillegg er det mulig å se tomta i sammenheng med arealet på nordsiden av varmesentralen. De to områdene til sammen utgjør et areal på opp til ca. 8.000 m². Eier: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tomte vurdering

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|---|--|--|--------------|
| 1 | Atkomst gang, sykkel og kollektivtrafikk | Sentral beliggenhet med god tilgjengelighet med alle transportmidler. Kort avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplass. | 1 |
| 2 | Trafikkforhold biltrafikk | Atkomst fra Sykehusvegen. Forsinkelser ved kryss Sykehusvegen/ Stakkevollvegen oppleves som et stort problem i dag. | -1 |
| 3 | Parkering | Begrenset. Mulighet for parkering under bygget (areal ca. 3600 m ² / opp til ca. 100 plasser). | -1 |
| 4 | Orientering og lysforhold | Orientering og lysforhold mot øst og nord som sykehuset for øvrig. | 0 |
| 5 | Tilgang til friområde | Litt lengre avstand til lysløype og sti- nettverk i Tromsømarka. | 0 |
| 6 | Terrengforhold | Terrenget faller forholdsvis mye, med opptil 6 m fra meter fra vest til øst. UU på utearealer er vanskelig. | -1 |
| 7 | Utvidelsesmuligheter | Ingen utvidelsesmulighet (bortsett fra i høyden). | -1 |
| 8 | Tilgang til privat felles uteareal | Ev. mindre uteareal på tak. | -1 |

Reguleringsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------|--|--------------|
| 9 | Regulering | Området er avsatt til offentlig formål i gjeldende reguleringsplan og overordna plan (KPA). | 1 |
| 10 | Verneforhold | Ingen | 1 |
| 11 | Miljøforhold (støy) | Området ligger i gul og delvis rød støysone (mot nord) fra helikopterlandingsplassen på UNN. | 0 |
| 12 | Skjerming | Begrenset mulighet for skjerming av spesielt utearealer mot innsyn. | -1 |

Vurdering av bygningsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|------------------------|--|--------------|
| 14 | Eksisterende bygninger | Tidligere pasienthotellet ligger innenfor området (mot sør). | -1 |

Utbyggingspotensiale

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------------------|---|--------------|
| 15 | Mulighet for trinnvis utbygging | Utbyggingen vil kunne deles opp i byggetrinn, likevel noe begrenset pga. kompakt bebyggelsesstruktur. | 0 |
| 16 | Begrensning for somatikk | Etablering av psykiatri her vil legge begrensning på mulighet for utvidelse av sykehuset og annen bruk av det tidligere pasienthotellet. | -1 |
| 17 | Langsiktig utvikling for UNN | Eiendommen ligger sentralt i sykehusområdet på Breivika og utbygging på denne tomten vil kunne styrke en ny øst-vest forbindelseslinje i området for spesielt myke trafikanter. Nærhet til somatikk og mulighet for å utvikle samarbeidet mellom somatikk og Psykiatri. Samtidig begrensning for utvidelse av somatikk. | 0 |

Konklusjon 3 a B4 «Pasienthotellet»

Alternativet anbefales ikke pga. liten tomt og dermed ingen mulighet for utvidelse, samt manglende tilgang til skjermede uterom og skjerming generelt. Det er en ulempe at området er delt i to av varmesentralen. I tillegg legger dette alternativet begrensninger på mulig fremtidig utvidelse for somatikk på samme område.

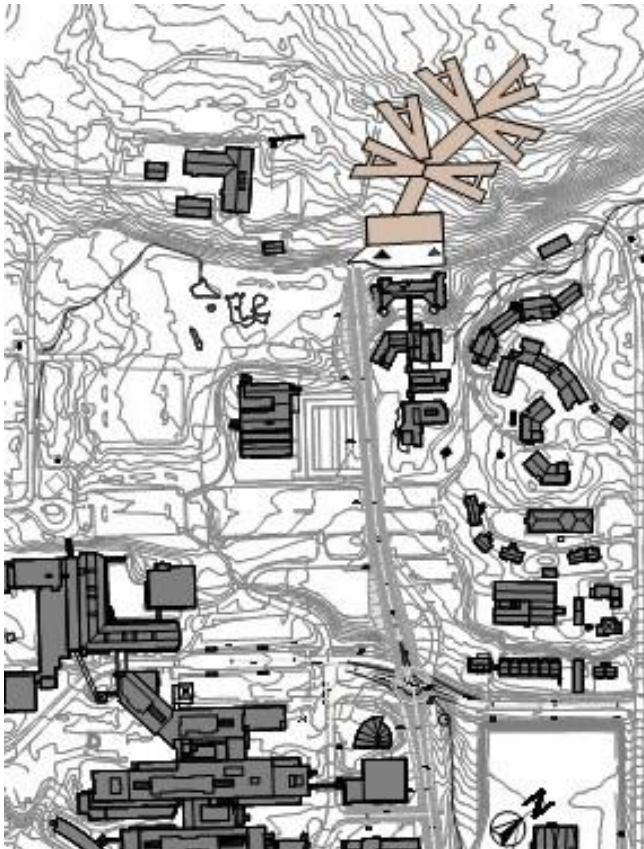
Det er uansett framtidig bruk av denne tomten at foreslått bebyggelse ikke kommer i konflikt med innflygingsbanen for helikopteret til UNN, men dette må avklares med luftfartsmyndigheten.

Alternativ 3 a: Breivika –BUP vest (B5)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 32 000 m² på vestsiden av eksisterende BUP.

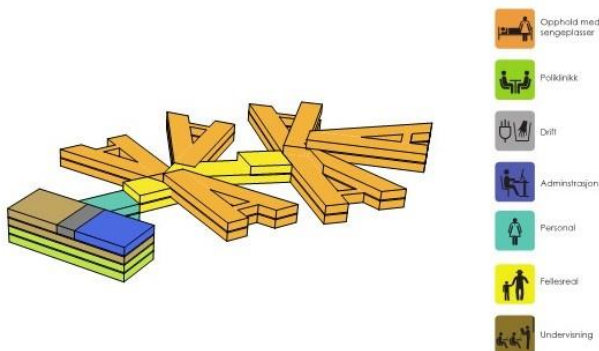


Situasjonsplan mulig plassering:

Foreslått ny bebyggelse er utformet som en forholdsvis lav stjernebebyggelse med et kompakt punkthus utformet som en lamell i front (mot øst). Bebyggelsen ligger terrengmessig for seg selv, men utgjør likevel en forlengelse fysisk og strukturelt av eksisterende bebyggelse for BUP. Ny bebyggelse kan forbindes til eksisterende bebyggelse med innvendig gang (tunnel eller bru) til BUP.

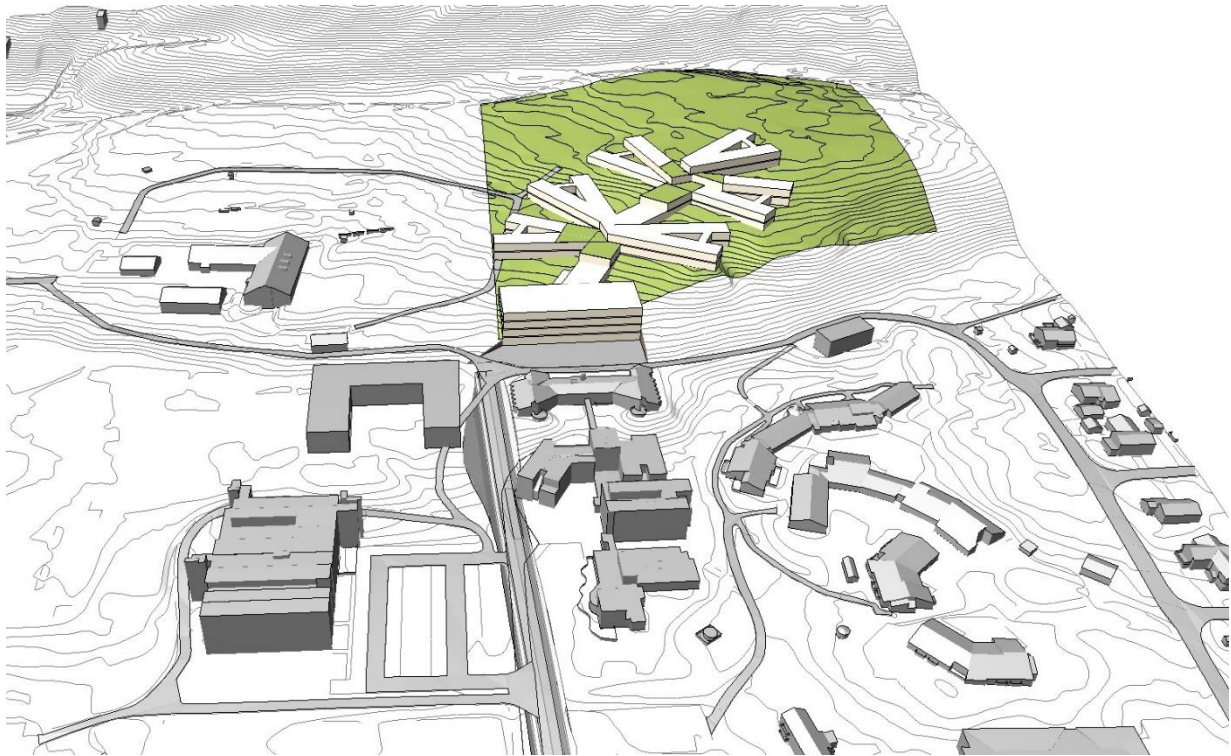
Private utearealer på tak.

Private utearealer på bakkeplan i seks indre gårdsrom, samt åpne uterom mellom byggene.



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet for etablering av poliklinikker og fellesarealet i kompakt blokk med inngang, samt oppholdsarealer og sengeposter i egne bygg.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Lokaliteten er en del av eiendom gnr/bnr 124/28 – Universitetet er eier. Området ligger på vestsiden/ oversiden av BUP. Mulig tomteareal ca. 32.000 m². Det er høyst usikkert om UNN får kjøpt denne tomten, som bl.a. involverer deler av inngjerdet reinbeiteområde som tilhører arktisk biologi.

Tomte vurdering

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|---|--|---|--------------|
| 1 | Atkomst gang, sykkel og kollektivtrafikk | Mer perifer beliggenhet men god tilgjengelighet med alle transportmidler. Lenger avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplass enn andre områder. | 0 |
| 2 | Trafikkforhold biltrafikk | Atkomst fra Sykehusvegen og eksisterende atkomstveg til BUP og Tannhelsebygget. Eksisterende veg foreslås rettet ut og det foreslås nytt kryss mellom Sykehusvegen og Hansine Hansens veg. Mulig alternativ atkomst fra Gimlevegen (primær boliggate og derfor ikke optimalt). Bratt adkomst. Forsinkelser ved kryss Sykehusvegen/ Stakkevollvegen oppleves som et stort problem i dag. | -1 |
| 3 | Parkering | Bratt og vanskelig tomt, vanskelig å etablere parkering på tomten. | -1 |
| 4 | Orientering og lysforhold | Orientering i hovedsak mot sør og øst. Terrenget gir gode muligheter for nedtrapping av bebyggelsen og gode utsikts- og lysforhold. | 0 |
| 5 | Tilgang til friområde | Ligger helt inntil Tromsømarka og sti-nettverket her. | 1 |
| 6 | Terrengforhold | Bratt skrånende terreng på nederste (østligste) del av området. Noe slakere skråning på resten av området. Terrengforholdene gir utfordringer i forhold til atkomst. Mulighet for Universell Utforming til bygget via heis og fra ulike nivå i bebyggelsen. | 0 |
| 8 | Utvidelsesmuligheter | Gode muligheter for utvidelse. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustrert bebyggelse). | 1 |
| 9 | Tilgang til skjermet uterom | Tilgang til atrium i hver av de seks byggene. Tilgang via trapp fra 2. etasje. | 1 |

Reguleringsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------|---|--------------|
| 10 | Regulering | Området er avsatt til offentlig formål i gjeldende reguleringsplan og overordna plan (KPA). | 1 |
| 11 | Verneforhold | Ingen. | 1 |
| 12 | Miljøforhold (støy) | Området ligger i gul sone fra helikopterlandingsplassen på UNN. | 0 |
| 13 | Skjerming | Gode muligheter for skjerming av arealer ute og inne. | 1 |

Vurdering av bygningsmessige forhold

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|------------------------|---------------------------------|--------------|
| 14 | Eksisterende bygninger | Ingen begrensninger for nybygg. | 1 |

Utbyggingspotensiale

| | Kriterier | Beskrivelse | Poeng |
|----|---------------------------------|---|--------------|
| 15 | Mulighet for trinnvis utbygging | Utbyggingen vil kunne deles opp i byggetrinn. | 1 |
| 16 | Begrensning for somatikk | Ingen begrensning for sykehuset. | 1 |
| 17 | Langsiktig utvikling for UNN | Eiendommen ligger sentralt i sykehusområdet på Breivika og utbygging på denne tomten med tilhørende etablering av tydelig akse gjennom Breivika vil kunne styrke en ny øst-vest forbindelseslinje i området, spesielt for myke trafikanter. Kjøp av eiendommen vil representere en utvidelse av mulig byggeareal for UNN. | 0 |

Konklusjon 3 a: B5 BUP Vest «Universitetstomta»

Alternativet anbefales ikke pga. vanskelige at adkomstforhold og terrengforhold. Det er også stor usikkerhet knyttet til om man vil kunne få ervervet eiendommen.

12.3.5 Alternativ 3 b: Delvis flytting fra Åsgård til Breivika

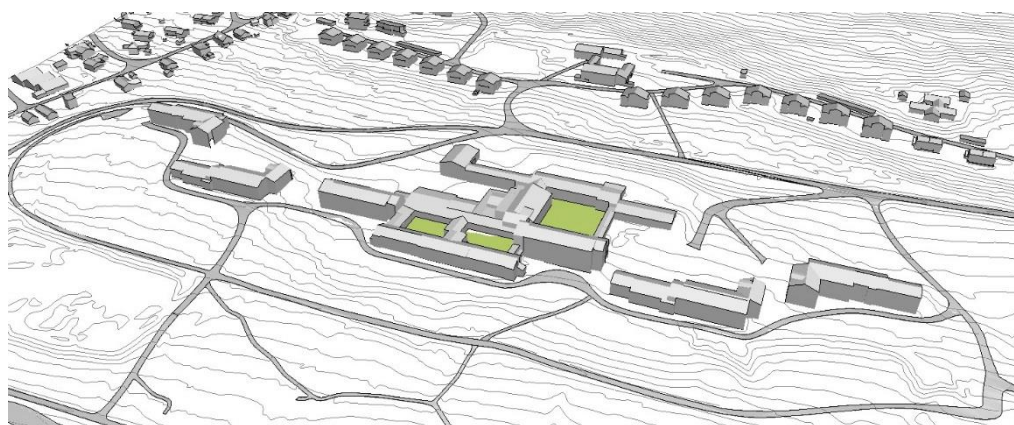
Det kan bli aktuelt med delvis flytting av funksjoner fra Åsgård til Breivika. Dersom dette blir aktuelt bør det uansett velges en tomt som har potensiale for full flytting på sikt, slik at man har denne muligheten. I samtlige av de foreslåtte alternativene i Breivika vil derfor første byggetrinn kunne fungere ved behov for delvis flytting fra Åsgård.

Mange psykiatriske pasienter har somatiske tilleggslidelser, det er derfor nærliggende å anta at det vil være en fordel med samlokalisering mellom psykiatri og somatikk, noe som har blitt en tendens i nyere norske prosjekter. Vurdert fra klinikken er det imidlertid ikke påvist fordeler ved samlokalisering utover det praktiske.

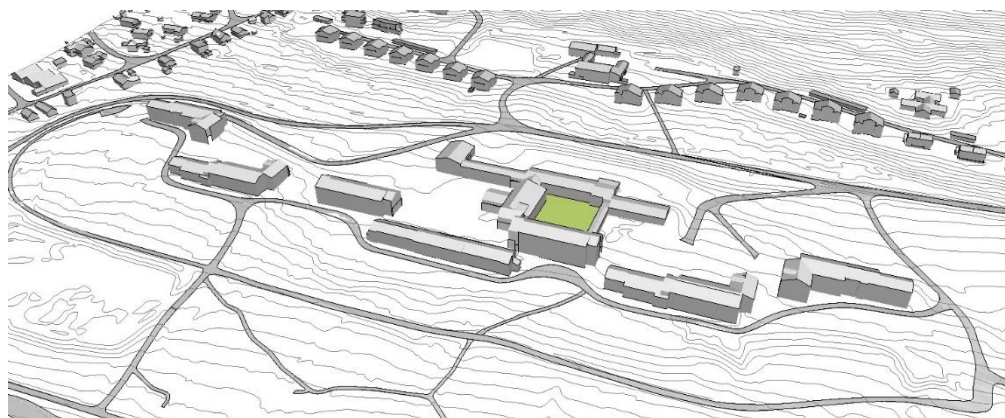
Man kan også tenke seg en integrering mellom psykiatri og lokalsamfunn. I det tilfelle vil det være en fordel at det kliniske preget reduseres mest mulig. I et slikt perspektiv kan det kanskje være aktuelt

med en delt løsning, hvor en del av institusjonen blir igjen på Åsgård og etterhvert blir en integrert del av et attraktivt og trygt boligområde og lokalsamfunn. I England prøver man ut løsninger det psykisk helsevern er en del av lokalsamfunnet, og der hovedtanken er at tjenestene skal være en serviceytelse knyttet til en bydel, gjerne et boligområde. Utenfor London finnes et slikt eksempel på en institusjon med 28 plasser (Sintef-rapport «Hva kjennetegner gode bygg i psykisk helsevern», 2014).

Dersom bare en mindre del av institusjonen skal bli igjen på Åsgård, foreslås den sentrale bygningsmassen med inngangsparti (fredet) og nærliggende bebyggelse omkring felles atrium, som vil kunne fungere som en bra helhetlig institusjon.



Illustrasjon delvis bruksendring – trinn 1 (en del av Åsgård sykehus flyttes)



Illustrasjon delvis bruksendring – trinn 2 (en større del flyttes fra området)

12.4 Oppsummering av tomteanalysen

Nedenstående tabell viser vurderingstemaene og karaktersettinga for hver av tomtene oppsummert.

Sammenligning av de ulike alternativer i forhold til mål og overordna forutsetninger. Fargerne viser forskjell i måloppnåelse (grønn: bra, gul: akseptabel og rød: dårlig).

Tabell 12-1 Samlet tomteevaluering

| | Kriterier | Å 0 0-alt | Å 1 Delvis nytt | Å 2 Nytt vest | Å 3 Nytt sør | B1 BUP øst | B 2a buss-tomta | B 2b buss-tomta | B 3 Sykehusv. | B 4 Pasient hotell | B 5 BUP vest |
|----|---------------------------------|----------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| 1 | Atkomst g/s/k-trafikk | | | | | | | | | | |
| 2 | Trafikkforhold biltrafikk | | | | | | | | | | |
| 3 | Parkering | | | | | | | | | | |
| 4 | Orientering og lysforhold | | | | | | | | | | |
| 5 | Tilgang friområde | | | | | | | | | | |
| 6 | Terrengforhold | | | | | | | | | | |
| 7 | Utvidelsesmuligheter | | | | | | | | | | |
| 8 | Tilgang til skjermet uterom | | | | | | | | | | |
| 9 | Regulering | | | | | | | | | | |
| 10 | Verneforhold | | | | | | | | | | |
| 11 | Miljøforhold (støy) | | | | | | | | | | |
| 12 | Skjerming | | | | | | | | | | |
| 13 | Eksisterende bygninger | | | | | | | | | | |
| 14 | Trinnvis utbygging | | | | | | | | | | |
| 15 | Begrensning for somatikk | | | | | | | | | | |
| 16 | Langsiktig utvikling for UNN | | | | | | | | | | |
| | Samlet poengsum (-1/0/1) | +4 | +6 | +11 | +11 | +4 | +10 | +11 | -1 | -5 | +6 |

12.4.1 Konklusjon og anbefaling fra Mulighetsstudien

Generelt vurderes alle alternativer i Breivika som bedre enn Åsgård, pga. samlokalisering med somatikk, utnyttelse av eksisterende fellesfunksjoner på UNN, utvikling av Breivika som knutepunkt med god tilgjengelighet. Breivika gir også større fleksibilitet i forhold til framtidige endringer av bygningenes funksjon. Åsgård har stort potensiale for annen bruk, og har store begrensninger på grunn av vern. Begge områder har god tilgjengelighet til friluftsområder.

På bakgrunn av mulighetsstudien anbefales det å gå videre med disse alternativene:

1. «Busstomta» (B2, a og b)
2. Åsgård vest (Å2)

13 Investeringsbehov og bærekraftanalyse for alternative tomter

13.1 Investeringskalkyle

Inge Johansen Prosjekt AS (INJ Prosjekt) har på oppdrag fra Universitetssykehuset i Nord Norge foretatt kostnadsvurdering av de alternativer som er utarbeidet i rapporten fra Asplan Viak AS.

13.1.1 Kalkulasjonsgrunnlag for investeringskalkylen

Kalkulasjonsgrunnlag i INJ's kalkyler:

Det er generelt benyttet prisgrunnlag fra Norsk prisbok 2013 med følgende justeringer:

Areal som grunnlag for kostnads-kalkyle er:

- 24.000 m² for nybygg i Breivika og 25.000 m² for nybygg på Åsgård
- Justert for prisstigning med 7,7%, til 2017 priser.
- Justert opp med 33 % på grunn av generell prisnivåforskjell («Tromsø priser») basert på erfaring med markedspriser.
- Prisene på VVS, elkraft og tele- og automatisering er identiske med prisene på renovering av bygg 7 på Åsgård, kun oppjustert med prisstigning (fra 2014 til 2017).
- Kostnaden for grunn- og fundamenteringsarbeider vil variere i forhold til fotavtrykket på bygningsmassen. Derfor har denne fått egen prispost i oppstillingen.
- Kostnaden for løst inventarer er medtatt med grunnlag i erfaringstall fra Bygg 7

Utendørs anlegg er medtatt med følgende omfang:

- Parkeringsanlegg ute på bakkenivå
- Parkeringsanlegg i parkeringshus (fortrinnsvis under bygningsmassen)
- Ny adkomstveg
- Internveier
- Oppgradering av VA anlegg der det er vurdert behov for det.

Reserver og marginer er beregnet som er påslag på byggekostnaden med 20%.

13.1.2 Sammenstilling av investering knyttet til alternativene¹²

Investeringsnivået for tomtealternativene er satt opp med relevante kostnader som kommer i tillegg til nybyggkostnad, noe ulikt mellom tomtene. Totalsummene varierer mellom 1,321 mrd. for laveste alternativ på Åsgård til 1,414 mrd. for dyreste alternativ i Breivika. Forskjellen i prosjektkostnad vil ikke være avgjørende for valg av alternativ.

Tabellene som viser beregnet prosjektkostnad angir i de første radene hva som ligger til grunn for kalkylen i form av areal (riving, renovering, nybygg) størrelse fotavtrykk, antall parkeringsplasser på bakkeplan eller i parkeringshus, og antall meter veg. Prosjektkostnaden framkommer som en sum av kostnadene knyttet til hvert enkelt element – som er synlig i rapporten fra INJ som er vedlagt.

¹² Rapporten fra INJ vedlegges i sin helhet, her vises oppsummeringen for alternativene

Tabell 13-1 Prosjektkostnad alternative tomter Åsgård

| ANLEGG-/BYGNINGSDEL | ÅSGÅRD | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Å00 | Å01 | Å02 | Å03 |
| Areal riving | 0 | 24 419 | 0 | 0 |
| Areal renovering | 31 359 | 3 000 | 0 | 0 |
| Areal nybygg | 0 | 19 000 | 25 000 | 25 000 |
| Fotavtrykk | 6 642 | 9 526 | 9 565 | 8 800 |
| Antall parkeringsplasser på bakken | 0 | 200 | 200 | 200 |
| Antall parkeringsplasser i parkeringshus | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ny adkomstveg | 0 | 0 | 300 | 200 |
| Internveier | 0 | 300 | 800 | 449 |
| Omlegging av adkomstveg | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Prosjektkostnad | 1 321 408 000 | 1 391 391 237 | 1 350 917 734 | 1 343 931 212 |

Tabell 13-2 Prosjektkostnad alternative tomter Breivika

| ANLEGG-/BYGNINGSDEL | BREIVIKA | | | | | |
|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | B01 | B02a | B02b | B03 | B04 | B05 |
| Areal riving | 0 | 2 993 | 2 243 | 0 | 0 | 0 |
| Areal renovering | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Areal nybygg | 24 000 | 24 000 | 24 000 | 24 000 | 24 000 | 24 000 |
| Fotavtrykk | 5 714 | 8 000 | 8 000 | 6 300 | 3 600 | 24 000 |
| Parkeringsplasser på bakken | 0 | 300 | 300 | 0 | 0 | 300 |
| Parkeringplasser i park. hus | 520 | 0 | 0 | 560 | 400 | 0 |
| Ny adkomstveg | 110 | 30 | 30 | 0 | 0 | 195 |
| Internveger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 350 |
| Omlegging adkomstveg | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Prosjektkostnad | 1 414 695 526 | 1 349 090 595 | 1 354 288 542 | 1 398 828 180 | 1 363 543 165 | 1 365 784 349 |

Det er ulike opsjoner knyttet til tomtene. I Åsgårdalternativene er det lagt inn 200 parkeringsplasser på bakkenivå. For 3 av tomtene i Breivika er det mulig å bygge parkeringshus under bakken med større kapasitet enn det som er behovet for psykisk helse/rus alene.

Oppsummering:

De ulike investeringsalternativene (linjen med «prosjektkostnad») ligger relativt jevnt med hverandre i kostnad, og varierer fra kr. 1,321 mrd. (Å 0) til kr 1.414 mrd. (B01). Det billigste alternativet er 0-alternativet, som inkluderer full renovering av dagens bygningsmasse på Åsgård. På grunn av vedlikeholdsetterslep og dårlig teknisk tilstand, blir ikke 0-alternativet særlig billigere enn nybygg, men ligger tvert imot bare kr. 22 mill. lavere enn billigste nyinvestering (Å 03).

Det dyreste alternativet er BUP østre (B01) med kr 1,414 mrd. Hovedårsaken er at dette alternativet

får en forpliktelse til å erstatte alle parkeringsplasser for somatikken som blir beslaglagt til psykiatribygg.

Når det gjelder Gimleveien 12, så er en del kostnader her trukket ut som opsjoner, og ikke lagt på som en obligatorisk del av prosjektkostnaden. Dette fordi disse opsjonene ikke er nødvendige grep knyttet til å få opp bygget på denne tomten, men representerer noen merverdier som tomtevalget kan gi, og som i følge Medvirkergruppa er en premisse for at tomten kan velges. Disse er opparbeidelse av 13,5 mål parkanlegg inntil psykiatribygget, en kulvert slik at man kan gå tørrskodd til somatikken, samt muligheter for å bygge et parkeringshus, slik at all parkering for sykehuset samlet kan løses på en plass.

Tabellen nedenfor viser hvilke kostnader som må tas med i neste fase dersom «Busstomta» skulle vise seg å bli det foretrukne alternativet. Den foreløpige kalkylen utgjør vel 290 mill NOK.

| OPSJONER som ikke er tatt med i kostnadskalkylen for tomt B02a og B02b | | | |
|---|----|-------------|---------|
| PARKERINGSBUS FOR SOMATIKKEN (B02a) | | | |
| Mengde | | | 920 stk |
| Prosjektkostnad | kr | 208 488 330 | |
| KULVERT MELLOM BUSSTOMTA OG SYKEHUSET (B02a) | | | |
| Mengde | | | 200m |
| Prosjektkostnad | kr | 35 000 000 | |
| OPPARBEIDELSE AV PARKOMRÅDE PÅ NEDRE DEL AV "BUSS" TOMTA | | | |
| Areal (m2) | | | 13 500 |
| Prosjektkostnad | kr | 47 250 000 | |

Det er ikke gjort noen tilsvarende beregning av hva som eventuelt må opparbeides av skjerming i form av beplantning og tilrettelegging ved valg av alternativ på Åsgård utover det som ligger på «tomhus» i alle kostnadsoverslagene.

For øvrig framgår det av tabellpresentasjonene av de ulike alternativene hva som er inkludert i kostnadsoverslagene.

Kostnader og evt. inntekter ved kjøp og salg av tomt er ikke medtatt i tabellen. Det er heftet store usikkerheter ved disse tallene på nåværende tidspunkt. I tillegg vil det være en strategisk vurdering som Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) må gjøre, hvorvidt hele/ deler av UNNs tomt på Åsgård skal legges ut for salg (se kap. 13.2 Takst over eiendommen på Åsgård) eller ikke.

13.2 Bærekraftanalyse

Bærekraft analysen er utført av UNN, økonomienheten. Følgende forutsetninger er lagt til grunn:

Tabell 13-3 Forutsetninger i bærekraftanalysen

| Forutsetninger: | |
|------------------------------|-------|
| Avskrivningstid (år) | 30 |
| FDV per kvm (kr) | 1000 |
| Lånebehov | 70 % |
| Rentekostnad lån | 3,0 % |
| Rente egen likviditet | 2,8 % |
| Avdrag lån (år) | 25 |
| Dagens FDV kostnad (mill kr) | 40 |

Tabell 13-4 Bærekraftanalyse for tomtealternativene

| Alternativer | Areal (kvm) | Prosjekt kostnad | Lånebehov | Egen finansiering | Endring FDV kostnader | Årlige avskrivnings kostnader | Årlige rentekostnader | Sum økte kostnader per år |
|--------------|-------------|------------------|-----------|-------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Å00 | 31 359 | 1 321 | 925 | 396 | -8,6 | 44,0 | 38,8 | 74,3 |
| Å01 | 22 000 | 1 391 | 974 | 417 | -18,0 | 46,4 | 40,9 | 69,3 |
| Å02 | 25 000 | 1 351 | 946 | 405 | -15,0 | 45,0 | 39,7 | 69,7 |
| Å03 | 25 000 | 1 344 | 941 | 403 | -15,0 | 44,8 | 39,5 | 69,3 |
| B01 | 24 000 | 1 415 | 990 | 424 | -16,0 | 47,2 | 41,6 | 72,7 |
| B02a | 24 000 | 1 349 | 944 | 405 | -16,0 | 45,0 | 39,7 | 68,6 |
| B02b | 24 000 | 1 354 | 948 | 406 | -16,0 | 45,1 | 39,8 | 69,0 |
| B03 | 24 000 | 1 399 | 979 | 420 | -16,0 | 46,6 | 41,1 | 71,8 |
| B04 | 24 000 | 1 364 | 954 | 409 | -16,0 | 45,5 | 40,1 | 69,5 |
| B05 | 24 000 | 1 366 | 956 | 410 | -16,0 | 45,5 | 40,2 | 69,7 |

Tabell 13-4 viser en oppsummering av kostnader knyttet til de ulike alternativene for idefase Psykisk helsevern og rusbehandling. I disse alternativene er det prosjektkostnader som er utgangspunkt for beregninger. Det vil si at kostnader knyttet til kjøp og salg av tomter ikke er tatt med.

Økonomisk konsekvens av nybygg eller total renovering av lokalene på Åsgård er tilnærmet identiske i investeringskostnad. Det innebærer finansieringsbehov i form av låneopptak og egenfinansiering i størrelsesorden 70/30 og dertil hørende finanskostnad. I tillegg kommer avskrivningskostnad over en 40 års periode på bygg. Siden dagens bygningsmasse som erstattes er totalt nedskrevet i verdi, vil avskrivningskostnad komme som en utgift på driftsbudsjett i sin helhet. Samlet gir dette en total økning av driftskostnader for UNN på ca. 80-85 mill. kr første år og avtagende til 44 mill kr når lån er nedbetalt.

En mulighet for å redusere foretakets samlede omstillingsutfordring ved investeringen er å pålegge større driftsinnsparinger som resultat av mer effektiv drift i nytt bygg. Denne effekten anslås å kunne være større i nybygg enn ved 0-alternativet og større ved nybygg i Breivika enn ved nybygg på Åsgård. Ren arealeffektivisering og dermed mindre bygningsmasse å drifte gir også en gevinst på drift. Anslått driftskostnad per m² er 1000 kr. Det gir en besparelse på 1 mill. kr pr 1000 m² bespart areal.

13.2.1 Tomtekjøp og avhending

Vurdering av avhending er utført av to firma. Forhåndstakst over Åsgårdområdet parsell av gnr. 118, bnr. 1561, v/ Troms Takst AS og verdivurdering av næringseiendom, gbr. 124 bnr. 12, Tromsø v/Næringsmegling AS

13.2.1.1 Mulige verdier ved avhending av tomt på Åsgård- vest for Åsgårdvegen

Avhending av vestre del av Åsgårdtomta (avgrenset av Åsgårdvegen og Kvaløyvegen i hhv øst og vest) Taksten er utarbeidet med tanke på 3 tenkte scenarier:

1. UNNs tomt på Åsgård (på vestsiden av Åsgårdvegen) selges slik den framstår, med vernede og fredede bygg, 200 dekar
660 mill kr
2. UNNs tomt på Åsgård (på vestsiden av Åsgårdvegen) selges etter at den er omregulert til boligformål, 200 dekar
1.100 mill kr
3. Deler av UNNs tomt (på vestsiden av Åsgårdvegen) selges etter at denne er omregulert til boligformål, 120 dekar
329 mill kr

Scenario 1 og 2- Omfang



Scenario 3- Omfang



Drøftelse av takst og usikkerheter

Taksten er bestilt som en forhåndstakst og inneholder noen forutsetninger og usikkerheter, slik som muligheter for avfredning av eksisterende bygningsmasse og omregulering av området. Beløpene må derfor kun betraktes som en indikasjon på et inntekspotensial, og ikke som nøyaktige tall.

13.2.1.2 Mulige verdier ved avhending av tomt på Åsgård- øst for Åsgårdvegen, «Åsgård-lia»

UNN har over flere år arbeidet med å omregulere tomta øst for Åsgårdvegen. Denne er på omtrent 150 dekar. Formålet er å selge der inntekspotensialet er optimalisert. Det er ikke tatt takst på dette området, men inntekspotensialet har vært vurdert til å ligge mellom 100 og 250 mill kr i 2012. Tomteprisene har steget mye de siste årene. Fersk takst fra tomta på vestsiden av Åsgårdveien (scenario 2 i pkt. 3.2.1.1) viser et inntekspotensial på kr. 329 mill kr. Denne tomta har omtrent samme størrelse, og et inntekspotensial på kr. 300 mill kr er lagt til grunn.

13.2.1.3 Tomteervervelser

Kostnader ved tomteervervelse for Å 03 og B 02 a og b, samt B 05, er anslått- basert på en vurdering av dagens reguleringsforhold (hvh jordbruk og næring) og at disse må omreguleres til offentlige formål - 100 mill kr.

13.2.1.4 Tomteervervelser og avhending knyttet til de ulike alternativene

Tabell 13-5 Åsgårdalternativene, tomteerverv, avhending og byggekostnad

| Alternativ | ÅSGÅRD | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Å00 | Å01 | Å02 | Å03 |
| Prosjektkostnad | 1 321 408 000 | 1 391 391 237 | 1 350 917 734 | 1 343 931 212 |
| Kjøp av tomt | 0 | 0 | 0 | 100 000 000 |
| Salg av «Åsgårdlia» | -300 000 000 | -300 000 000 | -300 000 000 | -300 000 000 |
| Sum totalt | 1 021 408 000 | 1 091 391 237 | 1 050 917 734 | 1 143 931 212 |
| Salg av tomt omregulert Åsgård vest, 120 dekar | | | -329 000 000 | |
| Salg av tomt på Åsgård, vestside Åsgårdvegen med dagens bygn.masse (200 da) | 0 | 0 | 0 | -660 000 000 |
| Sum totalt | 1 021 408 000 | 1 091 391 237 | 721 917 734 | 483 931 212 |
| Salg Åsgård vest restpotensiale ved omregulering til bolig (200 da) | 0 | 0 | 0 | -658 900 000 |
| Sum totalt | 1 021 408 000 | 1 091 391 237 | 721 917 734 | -174 968 788 |

Tabell 13-6 Breivika-alternativene, tomteerverv, avhending og byggekostnad

| Alternativ | BREIVIKA | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | B01 | B02a | B02b | B03 | B04 | B05 |
| Prosjektkostnad | 1 414 695 526 | 1 349 090 595 | 1 354 288 542 | 1 398 828 180 | 1 363 543 165 | 1 365 784 349 |
| Kjøp av tomt, estimert kostnad | 0 | 100 000 000 | 100 000 000 | 0 | 0 | 100 000 000 |
| Sum kostnad inkl. tomteerverv | 1 414 695 526 | 1 449 090 595 | 1 454 288 542 | 1 398 828 180 | 1 363 543 165 | 1 366 784 349 |
| Salg av tomt på Åsgård, vestsida Åsgårdvegen med dagens bygn.masse (200 da) | -660 000 000 | -660 000 000 | -660 000 000 | -660 000 000 | -660 000 000 | -660 000 000 |
| Sum kostnad | 754 695 526 | 789 090 595 | 794 288 542 | 738 828 180 | 703 543 165 | 706 784 349 |
| Salg av Åsgårdlia | -300 000 000 | -300 000 000 | -300 000 000 | -300 000 000 | -300 000 000 | -300 000 000 |
| Sum kostnad: | 454 695 526 | 489 090 595 | 494 288 542 | 438 828 180 | 403 543 165 | 406 784 349 |
| Opsjon B02 a og b Kulvert til somatikk | | 35 000 000 | 35 000 000 | | | |
| Opsjonsverdi B02 a og b Parkanlegg | | 47 250 000 | 47 250 000 | | | |
| Sum (inkl. opsjoner) | 454 695 526 | 571 340 595 | 576 538 542 | 438 828 180 | 403 543 165 | 406 784 349 |
| Opsjon B02 a og b Parkeringshus hele UNN | | 208 488 330 | 208 488 330 | | | |
| Sum (inkl. parkeringshus) | | 779 828 925 | 785 026 872 | | | |
| Salg Åsgård vest restpotensiale ved omregulering til bolig (200 da) | -658 900 000 | -658 900 000 | -658 900 000 | -658 900 000 | -658 900 000 | -658 900 000 |
| | | | | | | |
| Sum totalt | -204 204 474 | 120 928 925 | 126 126 872 | -220 071 820 | -255 356 835 | -252 115 651 |

Kommentarer:

For Åsgårdalternativene vil inntekspotensialet variere fra 0 til 1,4 mrd kr, avhengig av om det er mulig å selge deler eller hele tomten på Åsgård. Videre er salgsinntektene splittet til å omfatte inntekter ved å selge tomten med eksisterende bygg, samt inntekter ved å omregulere hele eller deler av tomten til boligformål.

For nullalternativet (Å 0) og delvis gjenbruk (Å 1) vil det ikke være realistisk å selge noen deler av tomten på vestsiden av Åsgårdveien. Salg av østsiden av Åsgårdveien er tilgodeskrevet alle alternativene på Åsgård

For alternativ Å 02 (nytt vest) er det mulig å selge øvre del av tomten. Dette alternativet er tilgodeskrevet salg av dette området, omregulert til boligformål.

Alle Breivika-alternativene er tilgodeskrevet salg av hele eiendommen på Åsgård, der inntekspotensialet varierer i et spenn på 660 mill kr til 1,4 mrd kr.

Diskusjon

En beslutning om hvorvidt man ønsker å selge tomt på Åsgård, avhenger også av andre vurderinger enn de økonomiske. Dette gjelder faglige vurderinger av hvor et nytt bygg for rus og psykiatri bør være lokalisert. I tillegg kommer tomtestrategiske vurderinger, slik som å ivareta fremtidige utvidelser av sykehuset. Disse faktorene er drøftet under kap 14.

Det er store usikkerheter knyttet til omfanget av inntektene og også tidsaspektet for å få disse utløst. Inntekspotensial fra et evt. tomtesalg er derfor presentert løsrevet fra selve investeringskalkylen. Muligheter for å få omregulert tomten til boligformål avhenger direkte av om det er mulig å få avfredet alle byggene. Det ble i utgangspunktet lagt et stort omfang av fysisk vern på bygningsmassen, og det vil være en omstendelig og usikker prosess å forsøke å få til en avfredning av byggene. Vi har imidlertid tatt med et slikt scenario i vurderingen av mulige tomteverdier, siden dette utgjør en betydelig merpotensiale for finansieringen av nybygg for helseforetaket og helseregionen

Det kan ikke påregnes sammenfall i tid mellom investeringskostnadene og mulige utløsninger av inntekter fra tomtesalg. Vi har likevel funnet det riktig å synliggjøre dette som et mulig inntekspotensial ved bygging av nytt bygg for psykisk helse og rusbehandling. UNN besitter tomteverdier som kan komme nytt bygg for psykisk helse og rusbehandling til gode i form av del- og eller helfinansiering av byggeprosjektet.

14 Evaluering og drøfting av alternativene

14.1 Overordnede betraktninger

I dette kapittelet drøftes en del problemstillinger som er relevante for framtidig tomtevalg, men ikke knyttet til en spesifikk tomt.

Regional sikkerhetsavdeling for Helse Nord (RSA)

Helse Nord har besluttet at det skal etableres 5 regionale sikkerhetsplasser i regionen, hvorav 3 plasser i Tromsø innen 2019. Prosessen med etablering av plassene er ikke iverksatt.

Regionale sikkerhetsplasser krever etablering av en egen enhet på ca. 4.400 m². Krav til slike plasser skiller seg fra psykiatrien for øvrig, ved at det stilles svært høye krav til sikkerhet og skallsikring, er mer arealkrevende og krever andre driftsformer. Denne type bygg med omkringliggende lukkede utemiljø vil i sin egenart skille seg fra psykiatrien for øvrig. Bygg for psykisk helsevern og rusbehandling legger vekt på åpenhet mot omverdenen, vennlige og imøtekommende bygg med tilgang til grønne rekreasjonsområder. Sambrukseffekten mellom sikkerhetsavdelingen og den øvrige del av psykisk helsevern vil også være begrenset. Andre steder i Norge vurderes det hvorvidt slike bygninger bør samlokaliseres med fengsel eller med psykiatri for øvrig.

Slik det vurderes i Idéfasen for psykisk helsevern og rusbehandling, kan et slikt bygg ligge på en separat tomt, uten at dette er til vesentlig ulempe for PHV_TSB eller at man gir avkall på driftsfordeler av vesentlig art.

I Idéfasen er det oppsummert at alle alternativer på Åsgård ha plass til en slik funksjon. I tillegg vil «busstomta» (B2a+B2b) i Breivika ha mulighet for plass til et slikt bygg. De andre tomtealternativene

vil ikke kunne gi plass til dette bygget.

Med bakgrunn i ovennevnte betraktninger har Idéfasen for psykisk helsevern og rusbehandling funnet det hensiktsmessig å begrense tomteevalueringene til å omfatte en betraktning av hvorvidt de ulike tomtene har plass til et slikt bygg. Men det er ikke tatt med som et fast kriterium eller vektlagt i mulighetsstudien, knyttet til vurdering av de ulike tomtevalgene.

Støysoner og tomtealternativer

Tomtealternativene på Åsgård ligger i sin helhet i gul flystøysone, med unntak av en et mindre område i nordvest som ligger i rød flystøysone. Noen steder på vestre del av tomta overlapper gul støysone fra veg med gul flystøysone. Dette innebærer normalt sett krav til skjerming, både for utendørs og for innendørs arealer.

Når det gjelder Breivika, ligger en del av tomtealternativene i rød støysone fra ambulanshelikopter og resten ligger i gul støysone fra samme helikopter. Tomtealternativet inntil Sykehusvegen ligger i tillegg i rød støysone fra vegtrafikkstøy. Dette innebærer normalt sett krav til skjermingstiltak, både for utendørs- men også for innendørsarealer.

Støy fra fly og støy fra ambulanshelikopter er noe som preger alle tomtealternativene, i større eller mindre grad. Støyproblematikk løses greit innendørs ved skjerming i bygg, men utearealer knyttet til opphold reguleres også av støykrav og gir utfordringer.

Når det gjelder støy fra flyplass, gjelder dette i hovedsak flyavganger og propellflylandinger hhv. mot og fra sør. Langnes flyplass har over 40.000 flybevegelser per år, noe som tilsvarer gjennomsnittlig ca. 100 flygninger per dag. I tillegg er motortesting på flyplassen med høyt motorturtall en ytterligere støykilde fra flyplassen. Dette kan også skje nattetid. Helikopteraktivitet til og fra sykehuset tilsvarer ca. 2400 helikopterflygninger per år, gjennomsnittlig ca. 7 flygninger per døgn.

Det anbefales få utført støymålinger for å kartlegge egenarten av støyen i Breivika der topografi og innflygingsbane vil påvirke hvordan støyen oppleves på ulike deler av «busstomta». På samme måte bør det foretas kartlegging av støy på Åsgård.

Byplanmessige betraktninger områdene Åsgård og Breivika

Åsgårdområdet er ikke definert som et sentralt knutepunkt i kommunens overordnede byutviklingsstrategi (kommuneplanens arealdel). Definerte knutepunktstrategier på Tromsøya er Sentrum, Breivika og Langnes, der Breivika og Sentrum er definert som mål for utvidelse og vekst. Dette innebærer at Breivika kommer til å være satsningsområde når det gjelder utvikling av kollektivtilbud og utvikling av trafikale vegløsninger, mens Åsgård ikke er underlagt en slik satsning. Dette området vil være foretrukket til boligvekst.

For noen av tomtealternativene på Åsgård er det likevel mulig å etablere ny adkomst mot Kvaløyvegen, slik at det kollektive servicetilbudet vil bli noe bedret. I mulighetsstudien (kap. 12) framkommer dette som et kriterium som er poengsatt innenfor vurderingen av de ulike alternativene.

Vurderinger fra medvirkergruppa – ansatte- og brukerrepresentanter

Beliggenheten og utformingen av et nytt sykehusbygg som skal ivareta behandling og omsorg innenfor psykisk helse og rusbehandling er av stor betydning. En bør i størst mulig grad vektlegge det som fremstår som «helbredende omgivelser» for disse pasientene.

Plassering av PHV_TSB på eller omkring nåværende Åsgård sykehus gir en opplevd merverdi i form av rolige omgivelser. Det gir en enkel adkomst til områder som ligger forholdsvis skjermet mot andre samfunnsinstitusjoner.

Plassering i Breivika gir generelt mer urolige omgivelser og det vil være vanskeligere å gi pasienter fri utgang fordi de vil eksponeres for potensielle risikosituasjoner i større grad.

Ved valg av tomt i Breivika vil det være viktig at byggene utformes slik at det blir mulig å gå direkte ut i skjermet område for pasienter som ikke har fri utgang (innlagt på tvang, og/eller ute av stand til å bevege seg ute uten følge). Plassering av bygget på tomta og tilrettelegging av uteområdene (f.eks. i form av park/grøntanlegg) kan til en viss grad kompensere for at bygget blir liggende i et mer «urolig» området med tilgang til potensielle risikosituasjoner. Kostnader til slike løsninger må tas med som grunnlag for evaluering og beslutning.

14.2 Vurdering av alternativene

I vurderingen av alternativene er både rene tomteforhold, tomtenes mulighet til å gi plass for bygg som ivaretar behovet for psykisk helse og rusbehandling, nærhet til somatisk sykehus og investeringskostnader tatt med.

14.2.1 Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård

0-alternativet krever en omfattende oppgradering og innvendig ombygging av eksisterende bygningsmasse.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomta vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer får dette alternativet lav score. Dette baserer seg på begrenset uttelling på faktorer som trafikk, orientering og lysforhold, tilgang til skjermet uteareal, fysisk vern og fredning, muligheter for langsiktig utvikling mot somatikk, hensyn til eksisterende bygninger og muligheter for trinnvis utbygging (se for øvrig kap 12).

Det er svært begrenset hvor store tilpasninger som er mulig å utføre i dette alternativet. Bygningsstrukturen legger klare begrensninger i form av sin struktur og statikk. I tillegg er bygningsmassen i sin helhet vernet/ fredet, og dette vil legge ytterligere press på mulighetene til endringer og tilpasninger av dagens bygningsmasse.

Dagens bygningsstruktur gir en begrenset andel av sengepostene direkte tilgang til lukkede uterom, men bygget har svært nær tilgang til friområdet på vestsiden av bygningsmassen.

Bygningsmassen er svært slitt og det er påkrevd med omfattende renoveringer for å skape et akseptabelt inneklima og verdige behandlingsarealer for pasientene (jmf. kap 5). I kostnadsoverslaget for dette alternativet er det derfor tatt høyde for omfattende renoveringer. Selv ved omfattende renoveringer vil man på grunn av byggenes fundamenteringsprinsipp ikke kunne forebygge nye fuktskader i byggene.

Kostnadsoverslaget tar høyde for total renovering av byggene i tillegg til midlertidige lokaler i rokader i forbindelse med byggingen. Totalt gir dette alternativet en kostnad på kr. 1.321 mrd. (jmf. kap 13.1.2), og skiller seg derved ikke ut som billigere enn nybygg.

Konklusjon:

På grunn av store vedlikeholdsetterslep og utdaterte arealer i forhold til moderne behandlingsformer, vil en oppgradering føre til kostnader som er like store som om man bygger nye arealer til psykiatrien. I tillegg vil man heller ikke oppnå optimale utforming som behandlingslokaler, og man vil ikke kunne forebygge nye fuktangrep fra grunnen.

Når man vurderer omfanget av investering opp mot et potensielt sluttresultat, anbefales det derfor ikke å utrede dette alternativet videre.

14.2.2 Alternativ 1: Delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård (Å 1)

Dette alternativet bygger på delvis gjenbruk av eksisterende bygningsmasse og delvis nye bygg som integreres med eksisterende bygningsmasse, alt på UNNs egen tomt. Det forutsettes i dette alternativet at man kun gjenbruker de to byggene som er fredet (bygg 7 og 10) og at resten kan rives og bygges nytt. Årsak til at man legger til grunn så vidt lite gjenbruk, er begrensninger og problematikk med eksisterende bygningsmasse som kan leses av 0- alternativet.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomta vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer får dette alternativet lav score. Dette baserer seg på begrenset uttelling på faktorer som trafikk, regulering, tilgang til skjermet uteareal, fysisk vern og fredning, hensyn til eksisterende bygningsmasse, støyforhold, muligheter for trinnvis utbygging, muligheter for langsiktig utvikling mot somatikk, hensyn til eksisterende bygninger og muligheter for trinnvis utbygging (se for øvrig kap 12).

Dette alternativet vil kunne gi mye større grad av avskjermede uterom, der det gis muligheter til å etablere direkte adkomst til disse, fra sengepostene.

Utbyggingstrinnene, midlertidige arealer og sammenkoblinger mot eksisterende bygningsmasse vil utgjøre en større utfordring i sin gjennomføring enn de andre alternativene.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.391 mrd., og er like høyt som for bygging av nye psykiatribygg.

Alternativet krever omregulering av tomta, i tillegg må det gis et stort omfang av dispensasjon fra vernet. Instanser i Sykehusbygg, som er satt til å forvalte vernet, har allerede gitt sterke signaler på at de synes dette alternativet representerer altfor lite gjenbruk.

Risikoen ved å kunne gjennomføre alternativet slik det her er presentert, vurderes som svært høy, så høy at dette alternativet med stor sannsynlighet ikke vil være gjennomførbart i sin presenterte form.

Konklusjon:

Det anbefales ikke at alternativet utredes videre som følge av stor risiko for gjennomføringsevne i sin presenterte form, som følge av at eksisterende bygningsmasse er underlagt utstrakt fysisk vern.

14.2.3 Alternativ 2 a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å 2)

Alternativ 2 a omfatter bygging av nytt bygg på vestre del av UNNs egen tomt. Dette området er noe langt og smalt, og er per i dag regulert som friluftsområde. Størrelsen på tomten er på 60.000 m². Mulighetsstudiet viser at det går å plassere en hensiktsmessig bygningsstruktur med avskjermede uterom på arealet.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomten vurdert. I forhold til andre tomtealternativ får dette alternativet høy score. Dette baserer seg på god uttelling for de fleste vurderte faktorene (se for øvrig kap. 12). Reguleringsforhold gis noe trekk som følge av at dette området er avsatt til fremtidig grøntareal i kommuneplanens arealdel. Det finnes ingen vedtatt reguleringsplan for området, og en bygging her vil kreve utarbeidelse av reguleringsplan og en eventuell konsekvensutredning, siden formålet er i strid med overordnet plan.

Av de alternativer som er vurdert på Åsgård, peker dette seg ut som et meget aktuelt alternativ. Det gir muligheter for ny bygningsstruktur og hensiktsmessig utforming, gode avgrensede utearealer, muligheter for etablering av ny adkomst fra Kvaløyvegen der man frigjør boligfeltet fra trafikk til og fra offentlig institusjon og forbedrer kollektivforbindelsene til psykiatrien. Tomten gir også muligheter for en eventuell utvidelse.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.350 mrd.

Medvirkergruppen sine medlemmer og brukerrepresentant er tydelig på at plassering av PHV_TSB på, eller omkring Åsgård gir en opplevd merverdi i form av sine rolige omgivelser. Det gir en enkel adkomst til områder som ligger forholdsvis skjermet mot andre samfunnsinstitusjoner.

Konklusjon:

Alternativet er meget godt i den forstand at den oppfyller de fleste av kriteriene for et godt tomtevalg for psykiatrien.

Det anbefales at dette alternativet utredes videre i de neste faser av prosjektet, og at man undersøker muligheten med Tromsø kommune til å kunne omgjøre formålet for området.

Videre anbefales det at det utføres støy målinger for å kartlegge eksponering av fly- og støy fra biltrafikk.

14.2.4 Alternativ 2 b: Bygge nytt på Troms Fylkeskommunes tomt - Åsgård-sør (Å 3)

Alternativ 2 b omfatter bygging av nybygg for psykisk helse- og rusbehandling på Troms Fylkeskommunes tomt, som ligger på sørsiden av UNNs tomt på Åsgård. Størrelsen på tomten er på 55.000 m². Mulighetsstudiet viser at det går å plassere en hensiktsmessig bygningsstruktur med avskjermede uterom rundt en sentral akse. Tomten er bredere enn tomten på Åsgård vest (alt. 2 a), slik at man slipper å måtte bygge en lang bygningsstruktur med lange gangavstander mellom funksjonene.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomten vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer får dette alternativet høy score. Dette baserer seg på god uttelling for de fleste vurderte faktorene (se for øvrig kap. 12). Reguleringsforhold gis noe trekk som følge av at dette området er avsatt til fremtidig grøntareal i kommuneplanens arealdel. Det finnes ingen vedtatt reguleringsplan for

området, og en bygging her vil kreve utarbeidelse av reguleringsplan og en eventuell konsekvensutredning siden formålet er i strid med overordnet plan.

Av de alternativer som er vurdert på Åsgård, peker dette seg ut som et meget aktuelt alternativ. Det gir muligheter for en ny bygningsstruktur og hensiktsmessig utforming, gode avgrensede utearealer, nær tilgang til friområder og muligheter for etablering av ny adkomst fra Kvaløyvegen, der man frigjør boligfeltet fra trafikk til og fra offentlig institusjon og forbedrer kollektivforbindelsene til PHV_TSB. Tomta gir også muligheter for en evt. utvidelse.

Den største ulempen med dette alternativet er at det ikke er UNN som eier tomten. Troms Fylkeskommune bruker området til beiteområde og dyrking av mark. UNN har ingen indikasjoner på hvorvidt Troms Fylkeskommune kunne være interessert i å selge denne tomten.

UNN har omfattende tomteareal på Åsgård slik det er i dag. Til sammen har UNN ca. 300 mål. Området på oversiden av Åsgårdvegen (136 mål) er i omreguleringsprosess til boligformål, og det foreligger planer for å selge denne tomten. UNN har da gjenstående ca. 170 mål på nedsiden av Åsgårdvegen der eksisterende bygningsmasse med sin vernezone opptar 110 mål av disse, og området regulert til grøntareal (alternativ 2 a) utgjør 60 mål.

Det er et tomtestrategisk spørsmål som UNN som tomteeier må vurdere.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.343 mrd., eksklusive tomtekostnad.

Medvirkergruppen sine medlemmer og brukerrepresentant er tydelig på at plassering av psykisk helsevern- og rusbehandling på, eller omkring Åsgård, gir en opplevd merverdi i form av sine rolige omgivelser. Det gir en enkel adkomst til områder som ligger forholdsvis skjermet mot andre samfunnsinstitusjoner. Den friheten til utforming av bygg som denne tomten gir er attraktiv og kan optimalisere bygget i større grad enn andre alternativ på Åsgård.

Konklusjon:

UNN som tomteeier må på generelt grunnlag vurdere om det er hensiktsmessig å utvide sin eiendom på Åsgård. Dette kan være en strategi, all den tid det er knyttet stor usikkerhet rundt hva man skal gjøre/ får lov til å gjøre med eksisterende bygningsmasse som opptar 110 mål. De resterende 60 målene av UNNs tomt, omtalt i alternativ 2a, ligger på en litt lang og smal parsell, men som likevel gir gode muligheter for å kunne etablere et hensiktsmessig nytt bygg for psykiatrien.

Hvis ikke UNN har klare planer for at Åsgård skal være et omfattende tomtestrategisk satsningsområde for psykiatrien eller andre virksomhetsområder, anbefales det at man utnytter eksisterende tomt, framfor å foreta ytterligere tomteervervelser. Dette til tross for at man ved å kjøpe denne tomten, ville hatt en tomt med svært hensiktsmessig form for å plassere et psykiatribygg.

Med forbehold om at man ikke i utviklingsplanen har konkludert med at tomtesatsningen på Åsgård skal være omfattende, anbefales det at man ikke utreder dette tomtealternativet videre i neste fase.

14.2.5 Alternativ 3 a: Bygge nytt i Breivika (B1, B2 a og b, B3, B4 og B5)

Breivika BUP øst (B1)

Alternativ B 1 omfatter bygging av nybygg for psykiske helsevern- og rusbehandling nedenfor dagens barne- og ungdomspsykiatri (BUP). Dette området er formet som en L, og er ca. 13.000 m². Området er regulert til offentlig formål. Dette er en trang tomt der det ikke vil være mulig å bygge et bygg med stort fotavtrykk, og man er derfor tvunget til å bygge et kompaktbygg i høyden på denne tomten uten avskjermede uterom. Dette alternativet medfører at man beslaglegger 320 parkeringsplasser som må erstattes, i tillegg til at man har tatt høyde for å etablere 300 parkeringsplasser til PHV_TSB. Alle parkeringsplassene er tenkt plassert i et parkeringshus under nybygget for PHV_TSB.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomten vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer, så får dette tomtealternativet lav score. Dette baserer seg på en del trekk for forhold som blant annet trafikk, manglende utvidelsesmulighet samt manglende tilgang til skjermet uterom.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.414 mrd.

Konklusjon:

Alternativet svarer ikke på oppgaven om å gi mulighet for avskjermede uterom, ei heller gir det potensiale for utvidelse. Det anbefales ikke at alternativet utredes videre.

Breivika, Gimleveien 12, øvre og nedre (B2 a og b)

Alternativ B2 a og b omfatter å bygge nybygg for PHV_TSB på privat tomt, som ligger nord for UNN i Breivika. Størrelsen på tomten er på 42.000 m². Mulighetsstudiet viser at det går an å plassere en hensiktsmessig bygningsstruktur med avskjermede uterom rundt en sentral akse, enten man plasserer bygget på øvre eller nedre del av tomten.

Ved å bygge på øvre del av tomten vil man kunne bygge parkeringshus under PHV_TSB-bygget som vil kunne løse hele parkeringsbehovet for UNN Breivika, inkludert nybygg.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomten vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer får dette alternativet høy score. Dette baserer seg på god uttelling for de fleste vurderte faktorene (se for øvrig kap. 12), slik at som blant annet utvidelsesmuligheter, parkering, orientering og lysforhold samt tilgang til skjermet uterom. Trafikkforhold gis noe trekk som følge av at det ved en utbygging i Breivika kan bli en merbelastning av rundkjøringa mellom Sykehusvegen og Stakkevollvegen. Den øvre delen av tomten ligger i rød støysone mens nedre del av tomten ligger i gul støysone (se egen drøfting). Det er noe lengre fra dette alternativet til definert friområde (markagrensa) enn for alternativene på Åsgård, men adkomstmulighetene vurderes som hensiktsmessig.

Av de alternativene som er vurdert i Breivika, peker dette seg ut som meget aktuelt. Tomtealternativet gir gode muligheter for en ny og hensiktsmessig bygningsstruktur, gode muligheter for etablering av skjerming mot omgivelsene og avgrensede uterom samt muligheter for etablering av et stort parkanlegg direkte tilknyttet et nybygg for PHV_TSB. Tomten gir også muligheter for en evt. utvidelse av psykiatrien samt muligheter for etablering av en tørrskodd forbindelse inn til det somatiske sykehuset.

Ved å etablere park for PHV_TSB på deler av tomteområdet vil dette representere et tilskudd til UNN i Breivika i form at et opparbeidet grøntområde. Dersom det bygges parkeringshus på «Busstomta» som løser parkeringsutfordringen for UNN i Breivika vil framtidig utvidelse av somatisk virksomhet ikke være avhengig av at deler av B2 er tilgjengelig. Ulike tomtealternativer utredet på eksisterende tomt i Breivika avslører at dagens tomt i Breivika har en utvidelseskapasitet på min. 60.000 m² forutsatt at flateparkering fjernes. Hvis man i tillegg flytter helikopterlandingsplassen i høyden, kan utvidelseskapasiteten utvides til 85.000 m². Dette utgjør en utvidelseskapasitet på ca. 60 % i forhold til dagens arealer for somatikk.

Tomta er per i dag regulert til industriformål, men det antas at en omregulering av området vil være uproblematisk, med bakgrunn i at kommunen har foreslått dette arealet avsatt til offentlig formål i kommunedelplan for Breivika som nettopp har vært ute på høring.

Tomta eies per i dag av private og brukes av Troms Fylkeskommune til bussparkering. Troms Fylkeskommune har imidlertid kjøpt en annen tomt i området som er påtenkt dette formålet, slik at tomta vil ikke være båndlagt med dagens virksomhet. UNN har tidligere vært i forhandlinger med tomteeier om kjøp av denne tomta, og salgsvillighet er et kostnadsspørsmål.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet spenner seg fra kr. 1.349 – 1.354 mrd., avhengig av om man bygger på øvre eller nedre del av tomta.

I tillegg kommer det ervervskostnader for denne tomta.

Medvirkergruppa ser at denne tomta kan være et realistisk alternativ for plassering av nybygg for PHV_TSB. Gruppa har klare innvendinger mot plassering i Breivika. I forhold til alternativene på Åsgård mangler området den ro, og opplevde trygghet som preger vestsiden av Tromsøya. Det fins ingen naturlig perimeter omkring tomten som kan være barriere mot at pasienter finner veien til risikofylte situasjoner. Spesielt rus, akutt- og alderspsykiatri opplever dette som problematisk. Medvirkergruppa ser det som nødvendig å bygge inn kompensierende tiltak på tomten Gimleveien 12. De foreslåtte opsjoner med parkeringshus for å behandle terreng, kulvert til eksisterende bygg og ikke minst parkanlegg oppleves som svært viktig for å tilrettelegge for funksjonelle behandlingsforhold for rus og psykiatri. Det er også nødvendig å bearbeide utformingen av bygg som virker lite hensiktsmessig slik Mulighetsstudien illustrerer bygg på de to delene av tomt B2.

Konklusjon:

Alternativet er meget godt i den forstand at den oppfyller de fleste av kriteriene for et godt tomtevalg for PHV_TSB. Medvirkergruppen har tydelige innvendinger mot alternativene i Breivika, men finner at alternativet kan være akseptabelt gitt de rette forutsetningene, med etablering av kulvert til øvrige sykehusareal og at spesielt utforming av bygg og parkanlegg gis prioritet

Den gir også et merpotensiale for samarbeid mellom somatikk og psykiatri. Den gir også muligheter for å frigjøre parkeringsareal på bakkeplan på eksisterende tomteareal i Breivika for utvidelse av somatikken.

Det anbefales at dette alternativet utredes videre i de neste faser av prosjektet, og det anbefales at det utføres støymålinger for å kartlegge eksponering av helikopter- og støy fra biltrafikk.

Breivika parkeringsplass (B3)

B3 omfatter bygging av ny psykiatri på UNNs tomt på området nedenfor dagens legevakt, og fram til og med dagens kontorbygg for utbygging (E4). Området utgjør ca 12.000 m². Området har høydebegrensninger i forhold til å ligge i direkte innflygningssone for ambulanshelikopteret. Dette alternativet krever at man erstatter 260 parkeringsplasser for somatikken, samt etablerer nye 300 plasser for psykiatri. Dette er tenkt etablert i et parkeringshus, plassert under PHV_TSB-bygget. Et slikt parkeringshus vil, på grunn av høydebegrensninger, ikke kunne løse alt parkeringsbehovet som må erstattes. Alternativet gir imidlertid gode muligheter for å etablere en tørrskodd forbindelse til eksisterende somatikkbygg.

Mulighetsstudien viser et potensiale for et bygg som bygges i tre lameller som en forlengelse av sykehusstrukturen for øvrig. Et slikt alternativ vil begrenset tilgang til uterom, der man ser for seg uterom på tak og noen muligheter for uterom på bakkeplan mot nord. Tomtealternativet gir ikke rom for utvidelse, og vil utgjøre en åpenbar begrensning for en naturlig utvidelse av de ulike fløyene for eksisterende bygningsmasse.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomta vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer får dette tomtealternativet lav score. Dette baserer seg på en del trekk for forhold som blant annet trafikk, parkering, manglende utvidelsesmulighet, tomta ligger i rød støysone fra ambulanshelikopteret, manglende tilgang til skjermet uterom samt en begrensning for utvidelse av somatikken.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.398 mrd.

Konklusjon:

Det anbefales ikke at alternativet utredes videre.

Breivika Gamle pasienthotell (B 4)

B 4 omfatter bygging av ny psykiatri på UNNs tomt på området nedenfor somatikkens D-fløy, fra og med det gamle pasienthotellet nordover, og fram til og med dagens kontorbygg for utbygging (E4). Området utgjør ca 11.000 m². Bebyggelsen blir delt opp av eksisterende bygg til varmesentralen. Bygget vil genere et behov for ca 300 parkeringsplasser til psykiatrien som er tenkt etablert i et parkeringshus, plassert under psykiatribygget.

Mulighetsstudien viser et et bygg som blir begrenset til å måtte bygges med varmesentralen integrert i bygningsmassen, slik at bygget deles på en lite hensiktsmessig måte. Et slikt alternativ vil kun gi uterom på tak og ingen avskjermede uterom på bakkeplan. Alternativet gir imidlertid gode muligheter for å etablere en tørrskodd forbindelse til eksisterende somatikkbygg. Tomtealternativet gir ikke rom for utvidelse, og vil utgjøre en begrensning for utvidelse av somatikken mot øst.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomta vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer, får dette tomtealternativet lavest score av alle. Dette baserer seg på en del trekk for forhold som blant annet trafikk, parkering, terrengforhold, manglende utvidelsesmulighet, manglende tilgang til skjermet uterom, eksisterende bygg som begrenser i utformingen, samt en begrensning for utvidelse av somatikken.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.363 mrd.

Konklusjon:

Det anbefales ikke at alternativet utredes videre.

Breivika BUP vest (B5)

Breivika 5 omfatter bygging av nytt bygg for PHV_TSB på Universitet i Tromsø (UIT) sin tomt, på området vest for Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Området utgjør ca 32000 m². Forslått bebyggelse er utformet som er stjerne og gir gode muligheter for avskjermede uterom, i tillegg til at friområdet ligger helt inntil bygget. Tomta gir rom for utvidelse. Bygget vil generere et behov for ca 300 parkeringsplasser til psykiatrien som - på grunn av tomtas utforming og stigningsforhold - ikke lar seg løse på samme tomt. Bygging på denne tomten vil derfor forlange at parkeringsbehovet løses på en annen tomt. Tomten er meget bratt i forkant, og det vil være derfor være utfordrende å få etablert en hensiktsmessig adkomstveg og adkomst til bygget, og man vil være avhengig av å få etablert adkomstvegen via Gimlevegen. Det vil også være komplisert å få etablert en hensiktsmessig forbindelse mellom barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og dette bygget.

I forhold til samlokalisering med somatikken vil denne ligge noe perifert, særlig siden adkomstvegen ikke kan etableres via sykehusets egen tomt, men må gå via Gimlevegen.

Universitetet eier tomten, og en evt. villighet til salg må avklares

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomten vurdert. I forhold til andre tomtealternativer får dette tomtealternativet relativ lav score. Dette baserer seg på en del trekk for forhold som blant annet trafikk, parkering og terrengforhold. Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.365 mrd.

UNN eier ikke denne tomten, og det har ikke vært mulig innenfor prosjektperioden å få avklart om UIT kunne være villig til å selge denne tomten. Tomten vil ikke være selvforsynt med parkering, det vil være vanskelig å etablere en ordentlig adkomst til dette bygget og det vil ligge noe perifert i forhold til somatikken. Med bakgrunn i dette anbefales det ikke å utrede dette alternativet videre

Kostnad: 1,366 mrd.

Konklusjon:

Alternativet kan gi en meget hensiktsmessig utforming av bygget med god tilgjengelighet til friområder med godt opparbeidet turstinnett. Beliggenheten er imidlertid tett opptil UIT sine arealer til naturforskning og beite for svaldbardrein, noe som gir stor risiko mhp. tomteerverv. Når adkomst og logistikk i tillegg trekker ned, anbefales det derfor ikke å utrede alternativet videre.

14.2.6 Alternativ 3 b: Bygge nytt i Breivika i kombinasjon med delvis å forlate Åsgård. Dette alternativet er ikke utredet nærmere som selvstendig alternativ, men konklusjoner er basert på resultater framkommet om dagens bygningsmasse på Åsgård og delvis nybygg Åsgård (Å0 og Å1).

Dagens lokaler på Åsgård vil ikke kunne gi optimal utforming som behandlingslokaler, og man vil ikke, selv ved omfattende renovering, kunne forebygge nye fuktangrep fra grunnen. I tillegg har brukerne gitt klare tilbakemeldinger på at en deling av fagmiljøet vil være driftsmessig utfordrende for

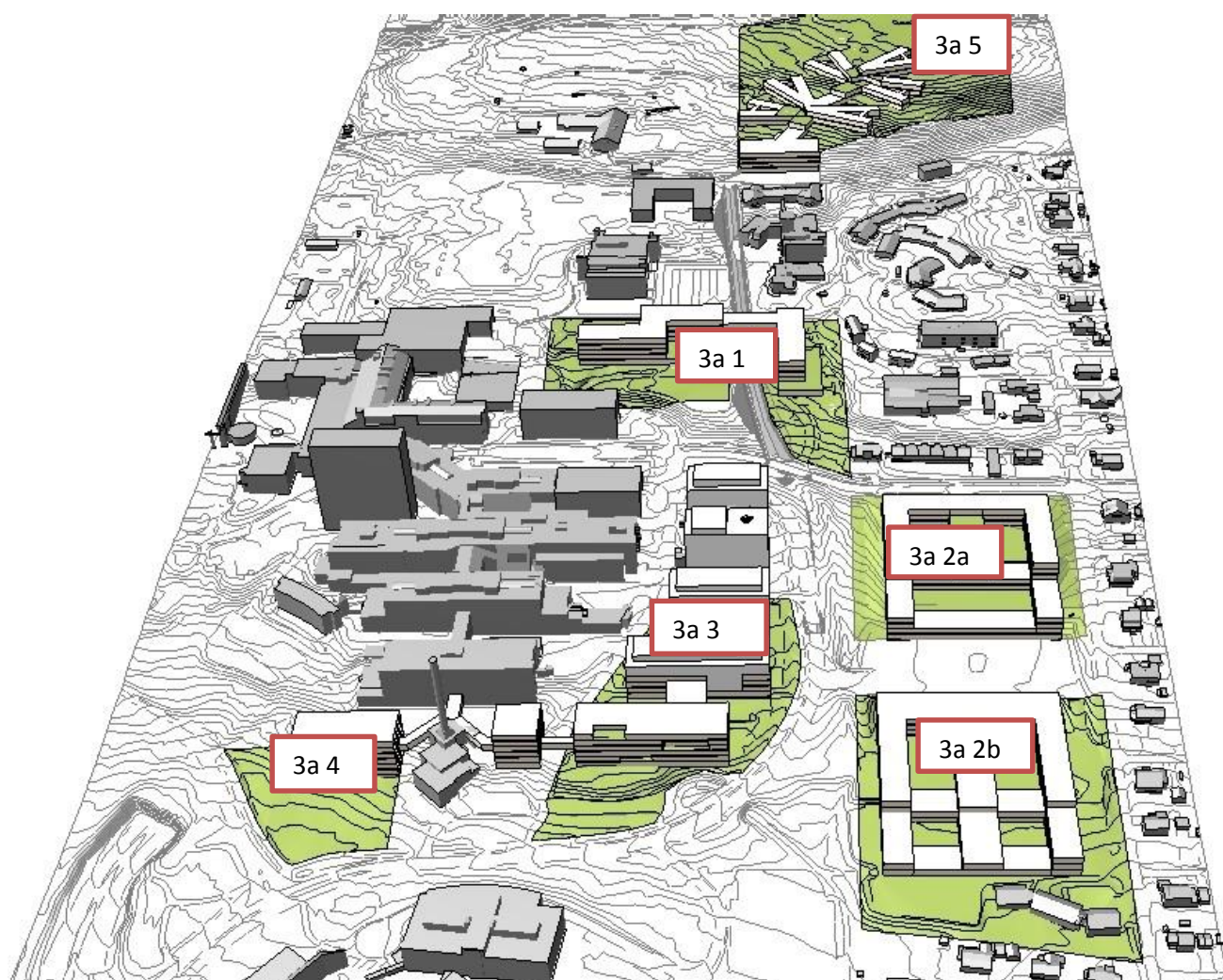
virksomheten. Ved å dele virksomheten mellom lite egnede lokaler på Åsgård, eksempelvis de fredede bygningene, og nybygg i Breivika, vil virksomheten få to store ulemper: Delvis uegnede bygg og delt drift. Begge disse faktorene bidrar til økte driftskostnader.

Konklusjon

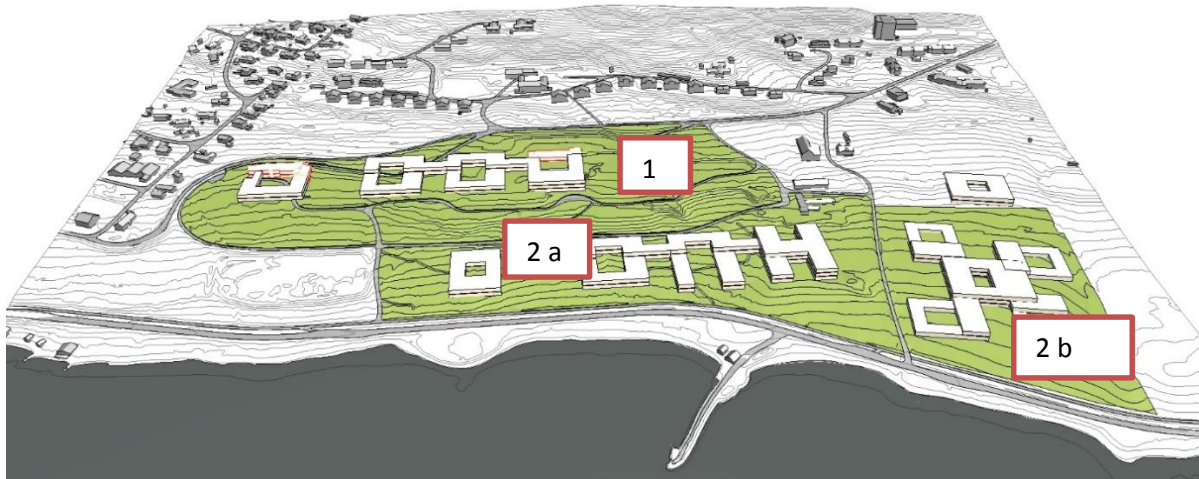
En samlet vurdering av disse faktorene tilsier at det ikke er tilrådelig å utrede dette alternativet videre.

14.3 Sammenstilling og anbefaling

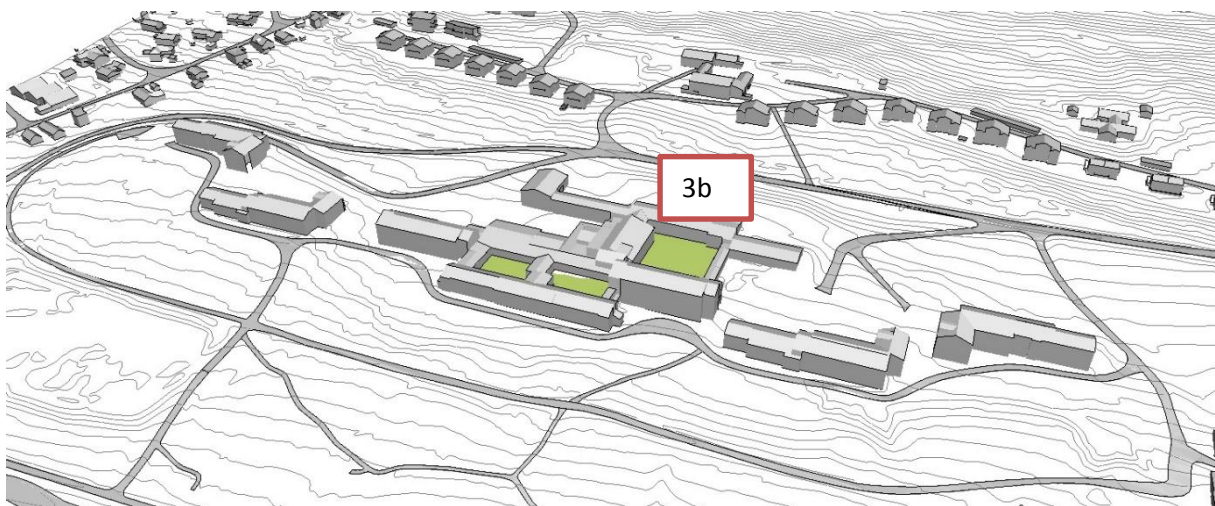
Illustrasjonene viser en samlet framstilling av alle tomtealternativene i henholdsvis Breivika og på Åsgård



Figur 14-1 Oversikt alternativene i Breivika



Figur 14-2 Oversikt over alternativene på Åsgårdområdet



Figur 14-3 Illustrasjon av tenkt gjenbruk ved delvis flytting fra Åsgård

14.3.1 Konklusjon og anbefaling

Mulighetsstudien viser at de to nye tomtene på Åsgård kommer bra ut. Dette er fordi man ved bygging på nye tomter unngår problemstillinger rundt vern og trafikkforhold, ettersom man i disse alternativene kan etablere ny adkomst fra Kvaløyvegen. Hovedproblemet med disse alternativene, i tillegg til vurderingene av overordna lokalisering jfr. forrige avsnitt, er at de er avsatt til friområde i KPA og at de planmessige forhold derfor er høyst usikre. For alternativ «Å 3 nytt sør» er det i tillegg et problem at UNN ikke eier tomta. Alternativ «Åsgård nytt vest, Å2» er derfor anbefalt alternativ på Åsgård.

Utfordringene for alle tomter i Breivika er knyttet til å gjenskape tilsvarende tilrettelagte og fredelige uteområder uten eksponering for andre samfunnsinstitusjon – slik nåsituasjonen er på Åsgård.

I Breivika kommer 4 av alternativene relativt dårlig ut, på tross av at Breivika som overordna

lokalisering vurderes som best i oppsummeringen av Mulighetsstudien. B1 «BUP øst» er problematisk pga. liten tomt med lite utvidelsesmuligheter og vanskelige forhold mtp. skjerming. B3 og B4, som ligger tett innpå eksisterende sykehus, er problematiske pga. at områdene er best egnet for framtidig utvidelse av somatikk, samt lite mulighet for utvidelse og skjerming pga. nærhet til eksisterende sykehus. B5 «BUP vest» er problematisk pga. bratt adkomst.

«Busstomta», B2 a og B2 b, er de to beste alternativene i Breivika. Disse kommer svært godt ut i forhold til nesten alle kriterier, og åpner i tillegg for en overordnet løsning på parkeringsproblematikken i Breivika fordi det kan etableres p-anlegg under bakken. Nordvestre del kan benyttes til PHV_TSB dersom man framdriftsmessig får koordinert utbygging av felles parkeringsanlegg for hele UNN. Hvis ikke vil sørøstre del av tomta være best egnet, slik at man fortsatt har mulighet til å etablere felles parkering i nordvest. Støyfaglig utredning må utarbeides og dette vil være med på å danne grunnlag for lokalisering av nybygg for PHV_TSB på tomta.

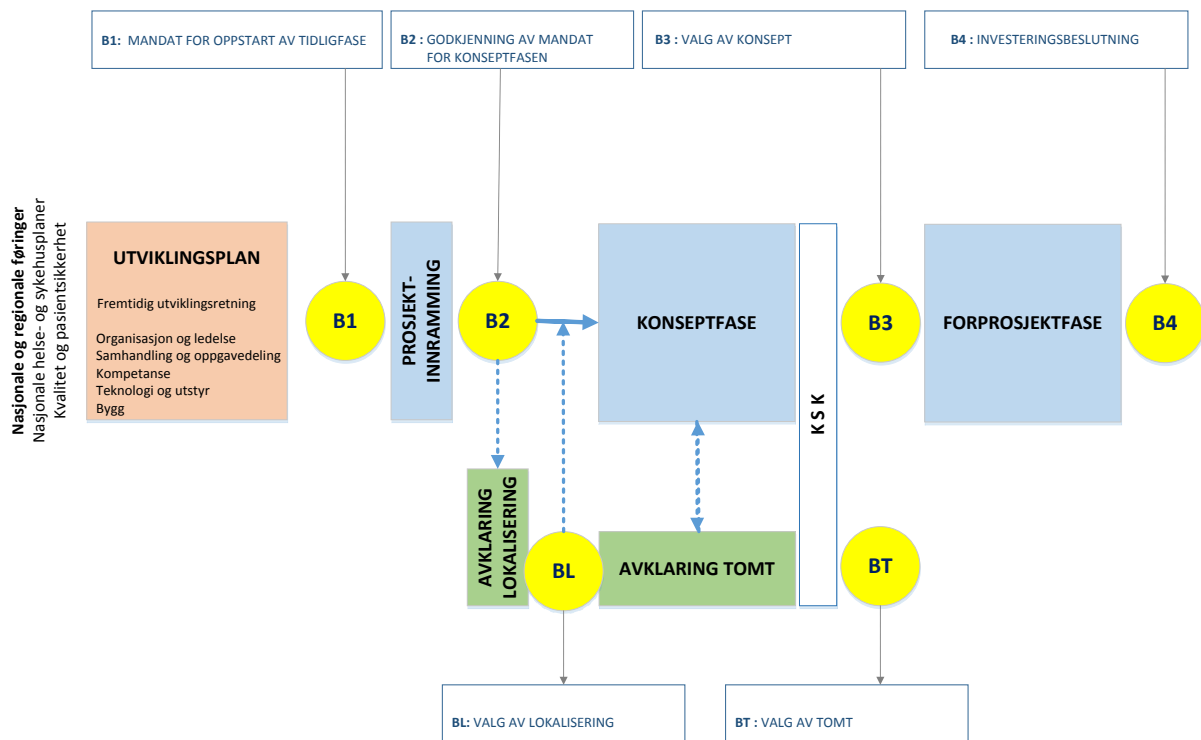
På bakgrunn av mulighetsstudien og interne drøftinger anbefales det å gå videre med disse alternativer i neste fase, Program og Konseptutvikling:

1. Buss-tomta (B2a og B2 b)
2. Åsgård nytt Vest (Å2)

I henhold til ny Veileder for tidligfaseplanlegging, skal valg av tomt gjøres før det utarbeides skisseprosjekt. Avhengig av tentativ byggestart for nybygg må prosessen iverksettes slik at det settes av tilstrekkelig tid og økonomisk ramme for utviklingsarbeidet som vil være nødvendig i forkant av konseptvalg. Valg av konsept for framtidig løsning for Psykisk helsevern og rusklinikken vil kunne være utslagsgivende for endelig tomtevalg.

15 Program- og konseptutvikling (PKU), plan og mandat

Sykehusbygg har fått i oppdrag fra RHF'ene å revidere veileder for tidligfaseplanlegging. Dette arbeidet avsluttes i løpet av februar 2017. Modellen for prosessen fra utviklingsplan til ferdig forprosjekt er i utkastet til veileder illustrert slik:



Figur 15-1 Faser og beslutningspunkter fra Utviklingsplan til og med Forprosjekt – med tomtevalg

Konsekvensen for UNN PHV_TSB vil være at den nye veilederen vil være gjeldende for neste fase som fra nå av kalles program- og konseptfasen. UNN PHV_TSB vil representere et overgangsprosjekt ved at det foreligger en Idéfaserapport ved oppstart av program- og konseptfasen. Den nye veilederens beskrivelse av «Prosjektinnramming» forutsettes ivaretatt av Idefasen med mandat for Program- og konseptfasen. For å tilfredsstille kravet til «prosjektinnramming» vil det i tillegg til Idéfaserapporten være behov for å avklare spørsmål om økonomiske rammer og eventuelt andre viktige føringer for gjennomføring av Program- og konseptfasen.

Formålet med Prosjektstrategi og mandat for PKU er å ha et felles styringsgrunnlag for alle som arbeider i prosjektet.

Dokumentet skal angi rammer og krav som er fastlagt og beskriver mål og strategi som prosjektet skal følge. Alle planer, budsjetter og aktiviteter som utføres skal være forankret i plandokumentet. Det er de overordnede forhold for program og konseptutvikling som beskrives i dette dokumentet. En ytterligere nedbryting og detaljering vil bli inkludert i Prosjektstrategien for nytt PHV_TSB-bygg i Tromsø, som utarbeides etter behandling av Idéfaserapporten i UNN HF og Helse Nord RHF. Dette dokumentet vil oppdateres jevnlig etter hvert som ny styringsinformasjon blir tilgjengelig

15.1 Prosjekt og prosjekteier

Prosjektet benevnes til daglig: XX

Idéfaserapport utarbeidet i 2016 danner bakgrunnen for igangsetting av arbeidet i neste steg som er program- og konseptutvikling.

UNN HF er prosjekteier og leder prosjektets styringsgruppe.

Prosjektet omfatter utredning av flg. alternativer for XX:

Alternativ 0

Teknisk oppgradering (Eksisterende bygningsmasse Åsgård) – skal alltid dokumenteres

Alternativ

Nybygg på tomt v/ Åsgård 2

Alternativ

Nybygg på tomt i Breivika B2 a og b

Program- og konseptrapporten skal dekke kravene for utredning gitt i den nasjonale veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (ny veileder, planlagt godkjent februar 2017), tilpasset øvrige rammebetingelser gitt av HN RHF og UNN HF

15.2 Overordnede rammer for Program- og konseptutvikling

15.2.1 Formål og rammer:

Målet med program- og konseptutvikling i fase er å utvikle et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det alternativet som best oppfyller målene innenfor definerte rammer. (ref. ny veileder for tidligfaseplanlegging)

Den nye veilederen har fjernet Idéfasen og erstatter overgangen mellom utviklingsplan og program- og konseptutvikling med et trinn som kalles «prosjektinnramming» som skal resultere i en prosjektstrategi og et mandat for det neste steget. For Nybygg PHV_TSB foreligger det en Idéfaserapport. Et eventuelt behov for ytterligere avklaringer i forhold til prosjektstrategi og mandat utover det som beskrives i dette kapitlet i Idéfaserapporten, gjøres gjennom utarbeiding og godkjenning av Prosjektstrategi for Program- og konseptutvikling

Etter ny veileder vil dette steget være todelt. I **første del** av Program- og konseptutvikling utarbeides *Hovedprogrammet* for Nybygg PHV_TSB. Hovedprogrammet skal avklare virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag, organisatoriske virkninger og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utstyr og infrastruktur. Basert på hovedprogrammet starter arbeidet med å utvikle og utrede alternative konsepter.

Før skisseprosjektet startes skal det foretas et valg av tomt. Den nye veilederen forutsetter at det ikke utarbeides skisseprosjekt på flere tomter. For å kunne velge tomt må programmet med virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag, organisatoriske virkninger være avklart. For UNN Tromsø innebærer det også at framtidig samarbeid mellom somatikk og PHV/TSB må gjennomarbeides.

Alternative løsningskonsepter på de forskjellige tomtene må belyses slik at muligheten for funksjonelle løsninger for å kunne drive god og effektiv behandling kan legges til grunn for valg av tomt.

I **del 2** av program- og konseptutvikling utarbeides skisseprosjekt på ett konsept på valgt tomt. Utredningene omfatter alle aktiviteter som kreves for å velge det best egnede konseptet, og utvikle dette til et nivå hvor eieren med akseptabel sikkerhet kan treffe beslutninger om gjennomføring av forprosjektet.

Det skal utarbeides en konseptrapport, som sammen med rapport fra KSK (kvalitetssikring av konseptvalg), vil være beslutningsgrunnlaget for styrebehandlingene i UNN HF og Helse Nord RHF (B3). Konseptrapporten og KSK danner også grunnlag for lånesøknad til departementet og eventuell

godkjenning etter spesialisthelsetjenesteloven.

Konseptrapporten skal baseres på de samfunns mål og effektmål som er definert for prosjektet. Resultatmålet for Program- og konseptutvikling er å komme frem til beslutning om valg av alternativ og videreføring i forprosjekt.

15.2.2 Samfunns mål

Det overordnede samfunns målet for UNN HF er «å sikre godt og effektivt spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i foretakets ansvarsområde». Prosjektet skal basere seg på de nasjonale føringer, Helse Nord sine planer og UNN HFs ansvar for å tilby gode tjenester til befolkningen i Troms, Finnmark og Nordland.

Målet for UNN HF er å være førstevalget blant helsepersonell og pasienter. For å være førstevalget skal foretaket jobbe for en økonomisk bærekraftig virksomhet, og jobbe med pasientfokus, samhandling, oppgavedeling og rekruttering for å løse dagens og framtidige utfordringer. For flere detaljer om mål og strategier vises det til strategisk utviklingsplan for UNN HF 2015-2030.

15.2.3 Pasientens helsetjeneste – en endret pasientrolle – brukerperspektivet

I sin første sykehustale i januar 2014 uttalte Helse- og omsorgsminister Bent Høie at hans mål var: **«Mitt prosjekt som helse- og omsorgsminister er å skape pasientens helsetjeneste»**

Han definerte i talen at det blant annet handler om å heve kvaliteten, korte ned ventetider, og gi pasienten større frihet til å velge behandlingssted. Et annet viktig premiss for organisering av helsetjenestene er prinsippet om «ingenting om meg uten meg» - som innebærer at pasientene i langt større grad skal involveres i eget behandlingsforløp og at de skal ha innflytelse på systemnivå når det gjelder planlegging og organisering av helsetjenester.

For Nybygg PHV_TSB innebærer dette at planleggingen må ha *pasientens helsetjeneste* som ledetråd. Hvordan planlegges et bygg for PHV og TSB for framtidens pasienter – i pasientenes perspektiv?

15.2.4 Effektmål

Nybygg PHV_TSB skal planlegges slik at det

- får løsninger som fremmer god logistikk, hensiktsmessig pasientflyt og effektiv bemanning
- blir fleksibelt i forhold til framtidig behov
- blir attraktivt som arbeidsplass
- blir «pasientens sykehus»; oppleves effektivt, trygt og være helsefremmende
- blir en samhandlingsarena mellom spesialisthelsetjeneste, kommunale helsetjenester og utdannings- og forskningsinstitusjoner

15.2.5 Resultatmål

Prosjektets resultatmål for Program- og konseptutvikling er at:

- Konseptrapporten skal være ferdig til samlet behandling i styringsgruppen ??? , forutsatt oppstart ???
- KSK skal være gjennomført parallelt med Program- og konseptutvikling slik at den KSK-rapporten ligger til grunn sammen med Konseptrapporten for behandling i styringsgruppe og for styrebehandling.
- Fasen skal samlet sett gjennomføres innenfor en økonomisk ramme på MNOK. I denne rammen inngår ikke kostnader for de sykehusansattes bruk av tid til medvirkning..
- Konseptrapporten gir tilstrekkelig grunnlag for å beslutte om forprosjekt skal igangsettes, slik at styrene for UNN HF og Helse Nord RHF kan ta stilling til igangsetting av neste steg som er

videreutvikling av valgt konsept gjennom forprosjekt.

- Prosessen er gjennomført med avtalt medvirkning i en åpen og transparent prosess

15.3 Rammer for prosjektet

Til grunn for videreføring av arbeidet med Nye Hammerfest sykehus fra Idefase til Konseptfase ligger følgende dokumenter:

Grunnlagsdokumenter

Nasjonal sykehusplan

Regionalt planverk

Strategisk utviklingsplan UNN HF

Idéfaserapport – UNN Tromsø Psykisk helsevern- og rusklinikken

Investeringsplan for Helse Nord RHF

Investeringsplan for UNN HF med bærekraftanalyse

Beslutningsdokumenter

Styrevedtak i UNNHF HF, behandling av Idéfaserapporten

Styrevedtak i Helse Nord RHF, behandling av Idéfaserapporten

Styrevedtak i UNN HF om å sette i gang neste fase, Program og konseptfasen.

15.4 Evaluering av alternativer

Det rette prosjekt skal gjøre UNN HF i stand til å levere spesialisthelsetjeneste for psykisk helsevern og rusbehandling til befolkningen, med god kvalitet i tjenesten og god kvalitet i bygningsmessige løsninger både for pasienter og ansatte. Gjennomførbarhet forutsetter at alternativet kan gjennomføres innenfor investeringsrammen som gis av UNN HF/ Helse Nord RHF, og at alternativet er løsbart på aktuell tomt. Idéfaserapporten konkluderer med at nytt sykehus på noen av tomtene som er utredet, fyller kravet til å være «liv laga»

Ved gjennomført Program- og konseptutvikling skal det foreligge tilstrekkelig dokumentasjon som gir grunnlag for evaluering og anbefaling av «det beste» alternativet. **Tidlig i første del** av Program- og konseptutvikling skal det tas beslutning om valg av tomt (BT). Det velges virksomhetsmessige konsepter som testes ut i forhold til løsninger på de ulike tomtealternativene. På beslutningspunkt B2 velges det konseptet som videreføres til detaljering av konsepter og skisseprosjekt, med alle tilhørende utredninger.

Med utgangspunkt i Konseptrapport og KSK besluttes (B3) det om investeringsprosjektet bør gjennomføres eller om man blir stående igjen med 0-alternativet.

Grunnlag for sammenligning av alternativer er utarbeidet som del av Idéfaserapporten, basert på samfunns mål og effektmål, UNN HFs fokusområder i strategisk utviklingsplan og kriteriene listet i tidligfaseveilederen. Hovedgruppering av kriteriene er vist i tabellen under. Ved endelig utarbeidelse *Prosjektstrategi* for Program og konseptutvikling bør evalueringskriteriene og vektning av dem kvalitetssikres og evt. oppdateres dersom det har kommet nye føringer eller rammebetingelser som vil kunne ha innvirkning på vurderingen.

1-3 evalueres kvalitativt, mens 4 er en kvantitativ evaluering (beregning). Til sammen dekker 1-4 Liv laga - vurderingen.

Tabell 15-1 Evalueringskriterier og vektning

| Evalueringskriterier | Vektning | Type evaluering |
|--|-------------|---|
| 1. Sykehusets Kjernevirksomhet | 60% | Kvalitativ evaluering (Liv laga: 1 Relevans) |
| 2. Bygg- og eiendomsutvikling | 20% | |
| 3. Lokalisering og tomtevalg | 20% | |
| SUM | 100% | |
| 4. Økonomi (investering og drift, bærekraft) | | Evaluering av økonomi (Liv laga: 2 Gjennomførbart og 3 levedyktig) |

15.5 Gjennomføring av Program- og konseptutvikling

Framdrift og ressursbruk kan først beskrives nærmere når beslutning om oppstart av neste fase er tatt.

15.5.1 Hovedaktiviteter som skal gjennomføres i Program- og konseptutvikling:

Det foreligger en Idéfaserapport for Psykisk helsevern- og rusklinikken. Det er derfor ikke nødvendig å gjennomføre veilederens krav om «*Prosjektinnramming*». Utarbeiding av mandat og prosjektstrategi må sikre at det fanger opp kravene til innramming i tråd med ny veileder.

Del 0: Utarbeide mandat og prosjektstrategi for Program- og konseptutvikling

Med utgangspunkt i Idéfaserapporten og styrebeslutningene i UNN HF og Helse Nord RHF utarbeides mandat og prosjektstrategi for Program- og konseptutvikling. styringsdokumentet skal gi endelige føringer for PKU og avklare økonomiske rammer for et nybyggprosjekt og økonomiske rammer for gjennomføring av Program og konseptfasen. I tillegg må Styringsdokumentet avklare eventuelle større viktige spørsmål fra SU og Idéfase.

Del 1 av Program- og konseptutvikling

I tråd med utkastet til ny veileder for tidligfaseplanlegging skal første del av PKU utarbeide hovedprogram og alternative konsepter for løsning av hovedprogrammet. UNN HF har ?? alternative tomter som i utgangspunktet vil gi ulike løsninger. Spørsmålet om valg av tomt må avklares så tidlig som mulig i første del av PKU.

A) Utarbeide hovedprogram med sine fem deler:

- 1 Virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag og funksjonelle krav
- 2 Overordnede tekniske krav
- 3 Overordnet program utstyr
- 4 Overordnet program IKT
- 5 Romprogram

Hovedprogrammet erstatter Hovedfunksjonsprogram (HFP), Delfunksjonsprogram (DFP), Hovedprogram utstyr (HPU), Overordnet teknisk program (OTP) og Prinsipper for person og vareflyt

(PPV)

Under punkt 1 skal grunnlag og data fra idefasen kvalitetssikres og evt. tilpasses og presiseres.

For PHV_TSB ved UNN vil det være behov for nærmere gjennomgang av pasientforløp for å beskrive samarbeid mellom somatikk og PHV_TSB, utvikling av poliklinikk og ambulante tjenester, konsekvenser av E-helseløsninger, oppgavedeling mellom sykehusfunksjoner og DPS, og framtidig oppgavedeling mellom sykehus/ DPS og kommunehelsetjenesten. Planleggingshorisonten for dette prosjektet er 2030, og kravet til horisont for utviklingsplanene som alle HF/ RHF skal jobbe med i 2017, er 2035.

Dette arbeidet kan settes i gang umiddelbart fordi det er behov for det for Klinikken organisering av virksomheten framover. Det må imidlertid seinst starte umiddelbart når beslutning om å sette i gang Program og konseptfasen foreligger, og må være avsluttet/ ha de viktigste resultatene klar før utarbeiding av program og konseptskisser starter.

B) Utrede alternative tomter for beslutning

Mulige løsninger av konseptet på tomtene utredes til et nivå som gir grunnlag for beslutning (BT) om tomtevalg tidlig i første del. Gjenstående tid av del 1 må ha fokus på ulike måter å løse konseptet innenfor valgt tomt, slik at beslutning om hvilket konsept som skal etterprøves gjennom skisseprosjekt kan tas ved overgangen til del 2. (B2)

Del 2 av PKU

Utarbeide skisseprosjekt for valgt konsept med alle tilhørende utredninger. Skisseprosjektet skal dokumentere at valgt konsept svarer til funksjonelle behov slik de er utredet og beskrevet i Idefase og Hovedprogram, at det ligger innenfor kostnadsrammen for Nybygg PHV_TSB, og at det gir løsninger som muliggjør effektivisering og dermed bidrar til framtidig bærekraft.

Utarbeidelsen av skisseprosjektet skal gjennomføres med fokus på å avdekke og velge den mest bærekraftige løsningen for et nybygg for PHV_TSB. Det skal arbeides med arealbehov, overordnede funksjonssammenhenger, estetiske og tekniske konsept, helhet og økonomisk bæreevne.

Ved avslutning av del 2 av PKU skal det foreligge en Konseptrapport som sammenstiller delutredningene, evaluerer valgt konsept mot kriteriene som er satt opp for Nybygg PHV_TSB og gir en anbefaling til videre behandling. Anbefalingen vil være at prosjektet går videre til forprosjekt (nybygg) med valgt alternativ, eller at det ikke foreligger finansieringsevne eller bæreevne for nybygg, slik at 0-alternativet med sine begrensninger blir stående.

Konseptrapporten skal ha følgende vedlegg:

- Hovedprogram (med delelementer beskrevet tidligere)
- Skisser og modeller av valgt alternativ (SPR) med tilhørende kalkyler
- Forslag til mandat for forprosjektet.
- Eventuelle andre vedlegg

Ekstern kvalitetssikring av konseptvalg (KSK) skal gjennomføres for alle prosjekter med forventet prosjektkostnad over 500MNOK. Kvalitetssikringen kan gjennomføres som en følgeevaluering eller som en ett-punkts kvalitetssikring knyttet til B3. Generelt anbefales at KSK gjøres som en

følgeevaluering, blant annet fordi det vil kunne komme nyttige innspill underveis fra KSK som kan hensyntas. Det vil også forkorte sluttbehandlingsprosessen fordi de fleste spørsmål og kommentarer kan avklares underveis. Det må utarbeides en sjekkpunktliste for KSK tilsvarende det som er gjort for utviklingsplaner.

15.5.2 Fremdrift og plan for Program- og Konseptutvikling

Det vil være noe usikkerhet knyttet til framdrift og ressursbruk for Program- og Konseptutvikling inntil endelig versjon av ny veileder er godkjent av de regionale helseforetakene.

En foreløpig skisse vises her, for å synliggjøre hvilke elementer som inngår i prosessen. For Psykisk helsevern- og rusklinikken er det lagt inn en lengre periode i startfasen for prosessen med å utarbeide pasientforløpene som skal legges til grunn for dimensjonering av og konseptet for det nye bygget, s. kap.7.2 og kap.15.5.1 del 1

Framdriftsplanen må utarbeides endelig når beslutning om oppstart og omfanget av programfasen. Tabellen viser at det tar 22mnd fra beslutning om oppstart til Konseptrapport er ferdigstilt. Forprosjekt vil ta ca 8mnd, litt avhengig av kontraktmodell med entreprenør. Totalt sett betyr dette at arbeidet med Program og konseptfase må startes ca 30mnd før planlagt byggestart. Hvis byggestart i 2022, oppstart Program og konseptfase i 2018-2019, hvis byggestart i 2025, oppstart Program og konseptfase 2021-2022.

Tabell 15-2 Utkast framdriftsplan Program- og konseptutvikling

| Tentativ tidsramme for program og konseptutvikling | | måneder fra oppstart | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| PKT | AKTIVITET | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| | Prosjektinnramming, rigging av prosjekt: organisering, mandater, opplæring, møteplan etc | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | Anskaffe KSK-rådgiver for følgeprosess | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Oppstart alle delprosesser | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Organisasjonsutvikling og virksomhetsalternativer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pasientforløp fra "hjem-hjem" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Businesscase-studier | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | anskaffelse/utløse opsjon ARK og rådgivertjenester | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | avklaring av timeomfang | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Utarbeide hovedprogram, med DFP, OTP, HPU, IKT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Tomtekartlegging, geotekniske us. Kartlegging infrastruktur etc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Alternative Konseptskisser overordnet nivå | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Beslutning om tomt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Valg av konsept for skisseprosjekt 0.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Utarbeide skisseprosjekt alt. 0.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Person- og vareflyt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Kostnadkalkyler, samf.konsekvns, økonomisk bæreevne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | usikkerhetsanalyse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Mandat, budsjett, styringsdokument for neste fase mm | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Konseptrapport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | KSK-rapport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Revisjon Konseptrapport etter KSK - ferdigstille rapport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

= UNN
 = arkitekt og tekniske rådgivere
 =rådgivere og UNN i samarbeid
 = beslutningspunkt
 = rådgivere KSK

15.6 Organisering av Program- og konseptutvikling

Videre organisering avklares av UNN HF når beslutning om oppstart er tatt.

15.7 Evaluering

Prosjektet bør gjennomføre evaluering knyttet til effektmålene før og etter gjennomført utbygging (pre- & postoccupancy evaluation). Evalueringsområder, indikatorer og metode beskrives initialt i Program- og konseptutvikling, og tas inn i Styringsdokumentet for Nybygg PHV_TSB

Vedlegg

TRYKTE VEDLEGG:

- Mulighetsstudien Asplan Viak
- Tilstandsrapport MultiMap 2015
- Kostnadskalkyle INJ
- Notat om dimensjonering Sykehusbygg
- Rapport Regionale funksjoner innen sikkerhetspsykiatri i Helse Nord

UTRYKTE VEDLEGG

- Nasjonal helse- og sykehusplan
- Oppdragsdokument Helse Nord 2017
- Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025
- Strategisk utviklingsplan for UNN HF 2015 – 2025
- Plan for økt frivillighet for Allmennpsykiatrisk klinikk og spesialpsykiatrisk klinikk 6.1.2014.
- Aktuelle styrevedtak UNN HF og Helse Nord RHF



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|----------------------------------|--|--------------------------------|
| 27/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.3.2017 |
| Saksansvarlig: Gøril Bertheussen | | Saksbehandler: Grethe Andersen |

RHFets Plan 2018-2021 - UNNs tilbakemeldinger

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft og investeringer for perioden 2018-2025 til orientering, og slutter seg til at denne saken oversendes Helse Nord RHF som tilbakemelding og innspill til Plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplanen.
2. Styret viser til den pågående utredningen om å styrke beredskapen på Svalbard og ber om at en eventuell styrkning finansieres særskilt fra Helse Nord RHF.
3. Styret ber om finansiering til ny dyr kreftbehandling og til økte medikamentkostnader for kroniske inflammatoriske sykdommer.
4. Styret viser til at den økonomiske situasjonen er krevende, og presiserer at nye oppdrag og oppgaver ikke kan igangsettes uten tilsvarende økte rammer både til drift og investering.
5. Styret erkjenner at investeringsbehovene til utstyr med mer er større enn eksisterende rammer og ber Helse Nord RHF om å gjennomgå den totale investeringsplanen for å imøtekomme dette behovet, samtidig som overskuddskravet til foretakene i regionen skjerpes.
6. Styret ber Helse Nord RHF følge opp at gevinstrealisering, effektivisering, aktivitetsstyring og stramme prioriteringer gjøres etter samme prinsipper i hele foretaksgruppen slik at pasientene i regionen også fremover kan tilbys nødvendig og moderne helsetjenester og at lokalsykehusstilbudet til befolkningen er likeverdig i hele regionen.

Bakgrunn

Helse Nord RHF's Plan 2018-2021, inkludert investeringsplan skal rulleres i styremøte i Helse Nord RHF 23. mai 2017. Vedtatt plan vil være førende for helseforetakenes langtidsplanlegging

og budsjetter for perioden. I *Budsjettbrev 1 - Plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplan* gis følgende føringer:

For å kunne ta hensyn til innspill fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og de øvrige foretakene må de være styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 7.4.2017. Tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2018-2021 og bærekraftanalyse skal oppdateres og styrebehandles innen denne fristen.

Helse Nord RHF ber om tilbakemelding på strategier og tiltak for å utvikle helsetilbudet i regionen frem til 2025 gjennom følgende åtte punkter:

1. Økonomisk status og tilpasningsutfordringer neste åtte år som inkluderer en presentasjon av langsiktige økonomiske utfordringer, økonomisk bæreevne av fremtidige investeringer og iverksetting av andre planer og tiltak.
2. Strategier og nødvendige tiltak for å realisere økonomiske mål med bakgrunn i den langsiktige økonomiske analysen inkludert eventuelle konsekvenser for ansatte og pasienttilbud.
3. Innspill til regionens mål og faglige satsninger i planperioden.
4. Vurdere størrelse og fordeling av anbefalt investeringsramme for perioden med særlig fokus på analyse av driftsøkonomiske konsekvenser av denne, avveining mellom drift og investering
5. Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan.
6. En samlet oversikt over innspill til driftsbudsjettet og forventninger om økt finansiering til nye vedtatte tiltak, i prioritert rekkefølge.
7. Vurdering av nivå og fremdrift av egen investeringsplan.
8. Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling, skape økonomisk handlingsrom, eller bidra til gjennomføring av samhandlingstiltak med kommuner, jf. økt kommunalt ansvar for psykisk helse og TSB.

Formål

Målet med saken er å etterkomme eiers krav om å styrebehandle innspill til Helse Nord RHF's *Plan -2018-2021, inkludert rullering av investeringsplanen 2018-2025* innen 7.4.2017.

Saksutredning

Omstillingsutfordring

Basert på oppdaterte premisser fra Helse Nord RHF og vedtatt investeringsplan viser bærekraftanalysen at Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) står overfor et økende omstillingsbehov i perioden 2018-2025. Erfaringsmessig identifiserer og prioriterer UNN ulike satsingsområder hvert år for gjennomsnittlig 60 mill kr, og dette er inkludert i bærekraftsanalysen i årene fremover. I 2018 er det i tillegg satt av 30 mill kr til prioriteringer til langtidsplanen. Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen er inkludert i analysen i årene fremover. I 2018 er omstillingsbehovet 156 mill kr, og øker gradvis opp til 742 mill kr i 2025. Årlig omstillingsbehov varierer fra 52-156 mill kr i perioden. Analysen forutsetter at UNN klarer å oppnå et økonomisk resultat i 2017 i henhold til styringsmålet på +40 mill og internt overskuddskrav på +25 mill kr. Usikkerheten er størst lengst frem i perioden.

Likviditetsberegningene er basert på sist oppdatert informasjon fra Helse Nord RHF, og viser en positiv likviditet i hele perioden.

Strategi og tiltak

Foreløpig omstillingsutfordring for 2018 er på 156 mill kr, og arbeid med prioritering og tiltak er igangsatt. Det er for 2018 økt fokus på behovsbasert aktivitetsplanlegging med målsetning om å redusere variasjon og overforbruk av helsetjenester.

Arbeidet med tiltaksgjennomføring har og vil fortsette å ha økt fokus fremover og forventes å gi resultater i form av økt gjennomføringsevne av planlagte tiltak.

Som en videreføring og konkretisering av strategiarbeidet som har vært drevet gjennom mange år er hovedsatsningen fremover kontinuerlig forbedring. Organisasjonens fokus flyttes fra organisatoriske og strukturelle endringer til implementering av kontinuerlig forbedring som metode. Ved å utvikle et gjennomgående og dyptgripende system for kontinuerlig forbedring skal UNN danne grunnlaget for å møte de fremtidige utfordringene med økt helsegevinst med mindre ressursbruk.

Regionen mål og faglige satsinger

UNN er fornøyd med at regionens mål er stabile og holder en stø kurs i forhold til tidligere år. Dette gir oss forutsigbare rammevilkår i forhold til intern planlegging. UNNs strategiske utviklingsplan er i tråd med regionens mål, og vi anbefaler at mål og satsningsområder blir videreført. Konsekvensene av regionens planer og satsinger må variere mellom foretakene i regionen, og vi ber igjen om at dette kommer tydelig frem i det videre arbeidet.

Det planlagte prosjektet som skal definere basis lokalsykehusfunksjoner bør ha som utgangspunkt at samtlige foretak plikter å ivareta lokalsykehusfunksjoner selv. Beslutning i det pågående prosjektet får betydning for UNNs faglige satsinger fremover.

Justeringer av vedtatt investeringsplan

I den oppdaterte investeringsplanen fra RHF er tidligere innspill om endring av periodisering av investeringsrammene for Nye Narvik sykehus, PET-senteret og A-fløy korrigert og er nå i henhold til fremdriftsplan

UNN ber om at nytt sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tas inn i planen. Estimert investeringsramme for prosjektet er satt til 1,3 mrd kr. Under forutsetning av at lokalisering av nytt sykehus ikke skjer på eksisterende tomt, vil denne selges. Forventet salgssum er mellom 0,5 til 1,0 mrd kr avhengig av om eksisterende bygning kan avfreses. Konsekvenser at nytt bygg for psykisk helsevern og TSB er ikke innarbeidet i bærekraftanalysen eller likviditetsberegningene.

UNN opprettholder tidligere innspill om at hovedstrategien i regionene må være å bruke eventuelle økonomiske handlingsrom til investeringer i utstyr. Foretakenes evne til å reanskaffe utstyr og henge med på den teknologiske utviklingen for utstyr er grunnleggende og kan ikke nedprioriteres, og andre investeringer må vurderes opp mot dette behovet. Vedtatte investeringsrammer fra RHF'et er ikke tilstrekkelig for å dekke behovet for investeringer i utstyr, ombygginger med mer. UNN ber RHF'et om å skjerpe overskuddskravene til alle foretakene i regionen for å sikre tilstrekkelig investeringsrammer for utstyr med mer.

Dersom UNN får nye regionale oppgaver som genererer behov for utstyrsinvesteringer og ombygginger må det medfølge økte investeringsmidler.

Forventninger og innspill til økt finansiering

UNN opprettholder strategien om at nye midler må brukes til investeringer, med unntak av særskilte forhold som vi forventer økt finansiering til:

Styrket beredskap Svalbard

Det vises til den pågående utredningen om å styrke beredskapen på Svalbard. Dersom det vedtas en styrking ber UNN om at dette må finansieres særskilt fra Helse Nord RHF.

Kreftbehandling

UNN ber om at ny, dyr kreftbehandling må finansieres særskilt, og ber Helse Nord RHF om å både om økt finansiering til dette, samt at det settes av en sentral pott i RHFet for ny behandling som besluttes tatt i bruk i løpet av budsjettåret.

Medikamenter kroniske inflammatoriske sykdommer

Biologiske legemidler tas i bruk for stadig flere pasientgrupper. Medikamentkostnadene er bare delvis finansiert gjennom ISF systemet, og UNN ber om særskilt finansiering for å håndtere disse økte kostnadene

Dersom UNN pålegges nye regionsfunksjoner må dette imidlertid finansieres særskilt

Egen investeringsplan

Investeringer i UNN skal understøtte valgte strategier og bygge på foretakets verdigrunnlag (kvalitet, trygghet, respekt og omsorg). Investeringsplanene søkes avstemt mot langtidsbudsjett og strategiarbeid for øvrig. Det er en målsetting å fordele ressursene mellom investeringer og drift på en slik måte at det er til beste for pasientbehandlingen i et langsiktig perspektiv.

For de store byggeprosjektene er følger både A-fløya og PET-senteret så langt oppsatt gjennomføringsplan med ferdigstillelse i løpet av 2017. For nytt sykehus i Narvik er det forventet byggestart i 2019 og ferdigstillelse i 2022.

I investeringsplanen til UNN er det i 2018-2020 avsatt 150 mill kr (175 mill kr i 2018) til ”utstyr med mer” som skal dekke investeringer i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP og andre investeringer. Beløpet øker til 200 mill kr i perioden 2021-2025.

Årlige investeringsbehov vedrørende reanskaffelse av medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP med mer er beregnet til omtrent 250 mill kr. I tillegg kommer investeringer i nytt utstyr, ny teknologi, samt renovering av eksisterende bygningsmasse. Det er i tillegg beregnet et etterslep på omtrent 300 mill kr som forutsettes å innhentes i løpet av en fireårs periode (2018-2021) med 75 mill kr årlig.

Vedtatt investeringsramme til MTU, teknisk utstyr, ombygginger, egenkapital KLP med mer er ikke tilstrekkelige i forhold til anslått behov. UNN viderefører derfor strategien med å skape overskudd i driften til økt investeringsramme påfølgende år. Internt overskuddskrav, i tillegg til kravet fra RHF, vil bidra til økte investeringsrammer slik at forventet behov for reanskaffelse og nytt utstyr kan imøtekommes.

I langtidsplanen som hittil er utledet fra strategisk utviklingsplan er det en kombinasjon av driftskostnader (lønn og varekostnader), investeringer i utstyr og arealkostnader (ombygging og behov for utvidet areal, og som er en kombinasjon av kostnader som skal belastes driftsregnskapet og investering). Langtidsplanarbeidet er ikke ferdigstilt, men det er allerede nå klart at investeringsbehovet er omfattende. Målsetningen er å lage en komplett investeringsplan både for reanskaffelser og for målsetninger i langtidsplanen.

Tiltak som vil skape økt kvalitet, økonomisk handlingsrom og samhandling med kommunene

UNN jobber med å utvikle og etablere langtidsplan for virksomheten. Det er en målsetning å slå sammen mål utledet fra strategisk utviklingsplan, eierkrav og øvrige endringer og investeringsplan sammen når den totale langtidsplanen er etablert. Planen må i hovedsak iverksettes gjennom omprioriteringer i driften, gevinstrealisering av mål i planen, kontinuerlig forbedring med mer. Gjennomføringstempo i langtidsplanen avhenger av foretakets og regionens vilje og evne til omprioritering.

Arbeidet med å beskrive alle målene utledet fra strategisk utviklingsplan fortsetter frem til første rullering av planen, desember 2017 (langtidsplan 2019-2022). Det er foreløpig plukket ut ni prioriterte områder til vurdering for første langtidsplan som vil (i varierende grad for hvert enkeltmål) skape økt kvalitet i pasientbehandlingen, gi økonomiske gevinster og bidrar til økt samhandling i kommunene.

1. Etablering av hybridstuer
2. Genetisk molekylær diagnostikk
3. Infeksjon
4. Kreft – ombygging til behandlingsenhet
5. Assertive Community Treatment –team (ACT- team), psykisk helse.
6. Barne- og ungdomspsykiatri – døgnplasser barn og unge
7. Fremskyndet diagnostikk, CT i akuttmottak
8. Pasientsentrerte helsetjenestetteam
9. Indremedisinske behandlingsareal

Medvirkning

Saken er forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt Arbeidsmiljøutvalget i egne innspills- og drøftingsmøter 13. og 14.3.2017. Samtlige møter ga sin tilslutning til at direktøren slutfører saken og forelegger den for styrets behandling med den innretning saken er gitt. Protokoller fra de respektive møtene foreligger som referatsaker til styrets møte 28.-29.3.2017.

Vurdering

Arbeidet med virksomhetsplanleggingen for 2018, langtidsplanen og oppdatert gjennomgang av investeringsbehovene viser at UNN står overfor store utfordringer i årene fremover. Direktøren vurderer omstillingsbehovets størrelse som nødvendig for å kunne gi et godt helsetilbud for befolkningen i fremtiden, men erkjenner at dette er svært krevende. Foretaket har omstilt for mer enn 10 % av budsjettet de siste årene, både gjennom effektivisering og strukturtiltak. Mulighetene for ytterligere omstilling gjennom strukturtiltak anses nå for å være svært liten, og utfordringene fremover må løses gjennom forbedringsarbeid og effektivisering, i tillegg til større grad av aktivitetsstyring og strammere prioriteringer enn tidligere. Dette må gjøres i alle virksomheter i hele regionen, og UNN ber Helse Nord RHF følge dette opp.

Ny (og økning i eksisterende) kostbar og spesialisert behandling utgjør en stor del av UNNs årlige omstillingsutfordring. UNN ber Helse Nord RHF om å særfinansiere spesialisert behandling (regionsfunksjoner). Konsekvensen dersom dette ikke gjøres blir en økende forskjell i lokalsykehustilbudet for befolkningen i regionen.

UNN opprettholder tidligere innspill om at hovedstrategien i regionene må være å bruke eventuelle økonomiske handlingsrom til investeringer i utstyr. Foretakenes evne til å reanskaffe utstyr og henge med på den teknologiske utviklingen for utstyr er grunnleggende og kan ikke nedprioriteres, og andre investeringer må vurderes opp mot dette behovet. Vedtatte investeringsrammer fra RHF'et er ikke tilstrekkelig for å dekke behovet for investeringer i utstyr, ombygginger med mer og UNN ber RHF'et om å skjerpe overskuddskravene til alle foretakene i regionen for å sikre tilstrekkelig investeringsrammer for utstyr med mer.

Det jobbes nå med idfase til nytt sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og UNN vurderer dette som viktig at det allerede nå tas med inn i fremtidig investeringsplan.

UNNs overordnede strategi ligger fast, og Strategisk utviklingsplan gir nå tydelig retning både til utarbeidelsen av langtidsplan og til den årlige virksomhetsplanleggingen. Den viktigste satsingen i UNN i 2018 er arbeidet med å utvikle gjennomgående og dyptgripende system og kultur for kontinuerlig forbedring. Direktøren mener at det nå er god sammenheng mellom de vedtatte strategiene, de foreslåtte hovedindikatorne og Helse Nord RHF's krav til risikostyring. Arbeidet med langtidsplanen viser at målene øker kvalitet i pasientbehandlingen, gir gevinstrealisering og/eller øker samhandling med kommunene. Arbeid med å etablere metodikk for gevinstrealisering er igangsatt. Ingen mål fra langtidsplanen vil iverksettes før gevinstrealiseringsplan er utarbeidet. UNN ber om at Helse Nord RHF følger opp at denne strategien blir gjeldende for hele regionen.

Konklusjon

UNN opprettholder strategien om at handlingsrom i regionen må brukes til utstyrsinvesteringer, med unntak av kostbar spesialisert behandling som bes særfinansieres tydeligere enn før. Omstillingsutfordringen er stor i årene som kommer, men er nødvendig for å sikre gode helsetjenester for befolkningen fremover. UNN ber Helse Nord RHF følge opp at gevinstrealisering, effektivisering, aktivitetsstyring og stramme prioriteringer gjøres etter samme

prinsipper i hele foretaksgruppen slik at lokalsykehusstilbudet til befolkningen er likeverdig i hele regionen.

Tromsø, 17.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
Administrerende direktør

Vedlegg:

Saksfremlegg Tilbakemelding til RHF, Plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplan.



Sak: Tilbakemelding til RHF, Plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplan
Til: Styret UNN HF
Fra: Gøril Bertheussen og Grethe Andersen
Møtedato: 28. mars 2017

Saksfremlegg

Det vises til *Budsjettbrev 1 – plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplan* der Helse Nord RHF ber om innspill til plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplan 2018-2025.

Helse Nord RHF's vedtatte investeringsplan og plan skal rulleres i styremøte i Helse Nord RHF 23. mai 2017. Vedtatt plan vil være førende for helseforetakenes langtidsplanlegging og budsjetter for perioden. I *Budsjettbrev 1 - Plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplan* gis følgende føringer:

For å kunne ta hensyn til innspill fra foretakene må de være styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 7. april 2017. Tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2018-2021 og bærekraftanalyse skal også oppdateres og styrebehandles innen denne fristen.

Helse Nord ber om tilbakemelding på følgende punkter:

1. Økonomisk status og tilpasningsutfordringer neste åtte år som inkluderer en presentasjon av langsiktige økonomiske utfordringer, økonomisk bæreevne av fremtidige investeringer og iverksetting av andre planer og tiltak.
2. Strategier og nødvendige tiltak for å realisere økonomiske mål med bakgrunn i den langsiktige økonomiske analysen inkludert eventuelle konsekvenser for ansatte og pasienttilbud.
3. Innspill til regionens mål og faglige satsninger i planperioden.
4. Vurdere størrelse og fordeling av anbefalt investeringsramme for perioden med særlig fokus på analyse av driftsøkonomiske konsekvenser av denne, avveining mellom drift og investering
5. Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan.
6. En samlet oversikt over innspill til driftsbudsjettet og forventninger om økt finansiering til nye vedtatte tiltak, i prioritert rekkefølge.
7. Vurdering av nivå og fremdrift av egen investeringsplan.
8. Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling, skape økonomisk handlingsrom, eller bidra til gjennomføring av samhandlingstiltak med kommuner, jf. økt kommunalt ansvar for psykisk helse og TSB.



1. Økonomisk status og tilpasningsutfordringer neste åtte år som inkluderer en presentasjon av langsiktige økonomiske utfordringer, økonomisk bæreevne av fremtidige investeringer og iverksetting av andre planer og tiltak.

1.1 Vedtatt investeringsplan UNN HF 2018-2025

Tabell 1 Vedtatt investeringsplan 2018-2025

| Vedtatt Investeringsplan 2018-2025 fra RHF (beløp i mill kr) | Tidligere år | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Totalsum byggeprosjekt |
|--|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------------------|
| Nytt Narvik sykehus | 71 | 59 | 60 | 250 | 500 | 110 | | | | 1050 |
| A-fløy | 1547 | 0 | | | | | | | | 1547 |
| PET senter | 525 | 43 | | | | | | | | 568 |
| Kontoretasje PET-senter | 99 | | | | | | | | | 99 |
| Tromsø undersøkelsen | 20 | 5 | 5 | | | | | | | 30 |
| Utstyr med mer | | 175 | 150 | 150 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | |
| Sum vedtatt investeringsplan UNN | | 282 | 215 | 400 | 700 | 310 | 200 | 200 | 200 | |

Tabell 1 viser vedtatt investeringsplan fra RHF.

Investeringer i UNN skal understøtte valgte strategier og bygge på foretakets verdigrunnlag (kvalitet, trygghet, respekt og omsorg). Investeringsplanene søkes avstemt mot langtidsbudsjett og strategiarbeid for øvrig. Det er en målsetting å fordele ressursene mellom investeringer og drift på en slik måte at det er til beste for pasientbehandlingen i et langsiktig perspektiv.

Nytt sykehus Narvik

Planlagt byggestart for nytt sykehus i Narvik er i 2019 og prosjektet går over i en forprosjektfase ved årsskiftet 2017/2018. Planlagt ferdigstilling er i 2022.

A-fløya

Prosjektet følger så langt oppsatt gjennomføringsplan.

PET-senter

Prosjektet følger så langt oppsatt gjennomføringsplan.

Tromsøundersøkelsen

Det er bevilget 5 mill kr årlig frem til 2019 for Tromsøundersøkelsen

Utstyr med mer

I investeringsplanen til UNN er det i 2018-2020 avsatt 150 mill kr (175 mill kr i 2018) til "utstyr med mer" som skal dekke investeringer i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP og andre investeringer. Beløpet øker til 200 mill kr i perioden 2021-2025.

Årlige investeringsbehov vedrørende reanskaffelse av medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP med mer er beregnet til omtrent 250 mill kr. I tillegg kommer investeringer i nytt utstyr, ny teknologi, samt renovering av eksisterende bygningsmasse.

Vedtatte investeringsrammer fra RHF'et er ikke tilstrekkelig for å dekke behovet. For å møte investeringsbehovene fremover har UNN budsjettere med overskudd i driften for å håndtere årlige behov for reanskaffelser, etterslep og utstyr som følge av medisinsk og teknologisk utvikling. UNN har budsjettert med overskudd i 2017 utover overskuddskrav fra RHF for å øke



investeringsrammen i 2018 med 25 mill kr. Strategien videreføres også for i årene fremover og fra og med 2018 planlegges det med et overskudd (utover resultatkravet fra RHF på 40 mill kr) på 65 mill kr, som øker investeringsrammene fra 2019 med tilsvarende beløp.

1.2 Bærekraftanalyse

Helse Nord RHF har basert oppdatering av plan for 2018-2021 på følgende premisser:

- Oppdatering av kriterieverdiene i inntektsfordelingsmodellen for somatikk gjennomføres som vanlig, i tillegg vurderes overgangsordninger innfaset i modellen på samme måte som tidligere. Det pågående arbeidet med kvalitetssikring av inntektsmodellen, herunder utdanningselementet og resultatet av dette vil implementeres gradvis fra 2018.
- Resterende innfasing av revidert inntektsmodell for TSB og psykisk helsevern skjer i 2018 og 2019.
- Helse Nord legger til grunn en forventning om 1,2 % årlig realvekst i helsesektoren.
- Helse Nord tar høyde for effekt av nasjonal inntektsmodell.
- Helseforetakene har frem til og med 2017 i all hovedsak vært skjermet for store deler av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dersom spesialisthelsetjenesten fremover blir håndtert på samme måte som øvrig statlig virksomhet må vi legge til grunn en årlig inntektsreduksjon på ca. 60 mill. kroner. Dette er ikke innarbeidet i økonomisk handlingsrom og helseforetakene bes innarbeid effekten som reformen medfører for aktivitetsbaserte inntekter.
- Det vil stilles krav til videre effektivisering for å øke handlingsrommet.
- Faglige premisser bygger på rullering og oppdatering av vedtatt plan 2017-2020.

I tillegg til premissene fra Helse Nord RHF har UNN lagt til grunn 0,5 % redusert basisramme i årene fremover for å ta høyde for avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen fullt ut. Det er videre lagt inn 90 mill kr i årlige økte kostnader til interne omprioriteringer for 2018 og 60 mill kr årlig i årene fremover.

Bærekraftanalysen er videre basert på følgende forutsetninger:

- Vedtatt investeringsplan fra RHF
- Årlige overskuddskrav fra RHF på 40 mill kr og internt overskuddskrav brukes til investeringer i påfølgende år.
- Investeringsramme P85 nye bygg.
- 50 % lånefinansiering A-fløy.
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus.
- 70 % lånefinansiering PET-senteret.
- Det er beregnet 3,0 % rente på lån og 2,8 % av egen likviditet.
- Analysen er gjennomført i 2017 kroner.
- Avskrivningstidene er satt til 30 år for Pasienthotellet og 26,4 år for øvrige bygg.
- 60 mill kr i årlige økte kostnader til interne omprioriteringer (90 mill kr i 2018)
- Hensyntatt avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (33 mill kr årlig)
- Nytt sykehus psykiatri og rusbehandling er ikke tatt med i bærekrafts- og likviditetsanalysen.

Under forutsetning av at UNN klarer å oppnå et økonomisk resultat i 2017 i henhold til styringsmålet på +40 mill og internt overskuddskrav på +25 mill kr, kr vil omstilling utfordringen for perioden 2018-2025 være økende fra -156 mill kr (2018) til -742 mill kr (2025).



Tabell 2 Bærekraftanalyse 2018-2025

| Bærekraftanalyse UNN HF | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Sum inntekter | 7 193 | 7 177 | 7 145 | 7 153 | 7 120 | 7 087 | 7 054 | 7 021 |
| Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger | 6 979 | 7 055 | 7 099 | 7 146 | 7 162 | 7 150 | 7 201 | 7 250 |
| Sum avskrivninger | 241 | 268 | 281 | 294 | 317 | 370 | 358 | 369 |
| Netto rentekostnader | 28 | 26 | 24 | 24 | 23 | 41 | 46 | 43 |
| Totale kostnader | 7 249 | 7 349 | 7 404 | 7 464 | 7 502 | 7 561 | 7 605 | 7 663 |
| Regnskapsmessige resultat (før tiltak) | -56 | -172 | -259 | -311 | -382 | -474 | -551 | -642 |
| 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) | -156 | -272 | -359 | -411 | -482 | -574 | -651 | -742 |
| Sum effekter tiltaksplan | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Uløst omstilling etter tiltaksplan | -156 | -272 | -359 | -411 | -482 | -574 | -651 | -742 |
| Årlig endring omstillingsutfordring | 156 | 116 | 87 | 52 | 71 | 92 | 77 | 91 |

*Bærekraftanalysen er eksklusiv nytt sykehus psykisk helse og TSB.

1.3 Kontantstrøm/likviditetsanalyse

Oppdatert likviditetsberegning viser forventet utvikling i likviditeten i perioden 2018-2025.

Likviditeten er positiv i hele planperioden.

Tabell 3 Likviditetsanalyse 2018-2025

| Likviditetsberegning | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter | | | | | | | | |
| Budsjettert resultat | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 |
| Prognostisert overskudd 2016 utover krav | | | | | | | | |
| Eget overskuddskrav | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 61 |
| Avskrivninger/nedskrivninger | 241 | 268 | 281 | 294 | 317 | 370 | 358 | 369 |
| Likviditets effekt pensjon | | | | | | | | |
| Diff pensjonskostnad/premie | | | | | | | | |
| Andre endringer i omløpsmidler/kortsiktig gjeld som påvirker likviditet | | | | | | | | |
| Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter | 341 | 368 | 381 | 394 | 417 | 470 | 458 | 470 |
| Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter | | | | | | | | |
| Endringer i forhold til vedtatt investeringsplan | | | | | | | | |
| Investeringer av overskudd | -65 | -100 | -100 | -100 | -100 | -100 | -100 | -100 |
| Investeringsbudsjett investeringsplan iht fremdriftsplan | -282 | -215 | -400 | -700 | -310 | -200 | -200 | -200 |
| Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter | -347 | -315 | -500 | -800 | -410 | -300 | -300 | -300 |
| Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter | | | | | | | | |
| Egenkapitaltilskudd 2015 | | | | | | | | |
| Innbet ved opptak av lån A-fløy | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 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 | 77 | 0 | 0 | 0 |
| Avdrag lån | -46 | -46 | -46 | -46 | -46 | -75 | -75 | -75 |
| Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter | 26 | -4 | 129 | 304 | 31 | -75 | -75 | -75 |
| Netto endring i kantar | 20 | 49 | 10 | -102 | 39 | 95 | 83 | 95 |
| IB 01.01 | 179 | 199 | 248 | 258 | 157 | 195 | 290 | 373 |
| UB 31.12 | 199 | 248 | 258 | 157 | 195 | 290 | 373 | 468 |
| Ramme for kassakreditt | -100 | -100 | -100 | -100 | -100 | -100 | -100 | -100 |



Likviditetsanalysen er basert på følgende forutsetninger:

- Økonomisk resultat i henhold til styringsmål og internt overskuddskrav og at dette benyttes til økte investeringer påfølgende år.
- 50 % lånefinansiering for A-fløy
- 70 % lånefinansiert for PET-senter
- 70 % lånefinansiering av nye Narvik sykehus
- Øvrige forutsetninger ihht bærekraftanalysen

2. **Strategier og nødvendige tiltak for å realisere økonomiske mål med bakgrunn i den langsiktige økonomiske analysen inkludert eventuelle konsekvenser for ansatte og pasienttilbud.**

Bærekraftanalysen viser at UNN står overfor varierende omstillingsbehov i perioden 2018-2025. I 2018 er omstillingsbehovet 156 mill kr, og øker gradvis opp til 742 mill kr i 2025. Årlig omstillingsbehov varierer fra 52-116 mill kr i perioden. Usikkerheten øker etter hvert i planperioden.

Erfaringsmessig identifiserer og prioriterer UNN ulike satsingsområder hvert år for gjennomsnittlig 60 mill kr, og dette er inkludert i bærekraftsanalysen i årene fremover. I 2018 er det i tillegg satt av 30 mill kr til prioriteringer til langtidspanen. Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen er inkludert i analysen i årene fremover.

Tiltaksarbeid

UNN viderefører arbeidet med å øke gjennomføringsgraden på vedtatte tiltak i hele organisasjonen. Tiltaksgjennomføring er en ny hovedindikator som rapporteres til styret månedlig i kvalitets- og virksomhetsrapportene. Økt fokus og oppfølging av planlagte tiltak forventes å gi resultater i form av økt gjennomføringsevne av planlagte tiltak.

Virksomhetsplanlegging 2018

Virksomhetsplanlegging for 2018 startet allerede 12. januar med en heldags budsjettkonferanse for direktørens ledergruppe, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud, og påfølgende diskusjoner i ordinære ledermøter i februar. Virksomhetsplanlegging er også tema på ledersamling 15. og 16. mars. Strategisk utviklingsplan ligger til grunn for arbeidet slik at det kortsiktige planarbeidet (2018) utarbeides i tråd med de strategiske langsiktige planene for UNN.

Foreløpig omstillingsutfordring for 2018 er på 156 mill kr, og arbeid med prioritering og tiltak er igangsatt. Det er nedsatt en overordnet arbeidsgruppe som skal utrede mulige fellestiltak på tvers av klinikker og foreslå videre prosess og organisering. Det er for 2018 økt fokus på plantall hvor behov og forbruksrater skal brukes aktivt for å planlegge riktig aktivitetsnivå, hvor målsetningen er å redusere variasjon og overforbruk av helsetjenester.

Kontinuerlig forbedring

Som en videreføring og konkretisering av strategiarbeidet som har vært drevet gjennom mange år er hovedsatsningen fremover kontinuerlig forbedring. Organisasjonens fokus flyttes fra organisatoriske og strukturelle endringer til implementering av kontinuerlig som metode. Ved å utvikle et gjennomgående og dyptgripende system for kontinuerlig forbedring skal UNN danne grunnlaget for å møte de fremtidige utfordringene.



Forbedringsarbeidet forutsetter stort engasjement fra ledere og ansatte på alle nivå i organisasjonen. Målet med forbedringsarbeidet er økt kvalitet i pasientbehandlingen, bedre arbeidsmiljø og involvering samt frigjøre ressurser til prioriterte områder.

Gevinstrealisering fra mål/prosjekter i langtidsplanen

Det gjenstår mye arbeid før vi har en komplett langtidsplan klar og det foreslås derfor å vedta konkrete prioriteringer for kun det første året i langtidsplanen (2018). Forslagene er en kombinasjon av investering og drift, og genererer faste driftskostnader i årene fremover i varierende grad. Etter beslutning om hvilke mål som skal iverksettes i 2018 fra langtidsplanen må det lages detaljert plan for gjennomføring, kostnadsberegninger og gevinstrealiseringsplaner med tilhørende plan for budsjettreguleringer. Disse planene må være klare før iverksettelse av tiltakene for å hindre overraskelser, sikre at alle involverte parter er koordinert og at gevinster realiseres.

3. Innspill til regionens mål og faglige satsninger i planperioden

UNN er fornøyd med at regionens mål er stabile og holder en stø kurs i forhold til tidligere år. Dette gir oss forutsigbare rammevilkår i forhold til intern planlegging. UNNs strategiske utviklingsplan er i tråd med regionens mål, og vi anbefaler at mål og satsningsområder blir videreført. Konsekvensene av regionens planer og satsinger må variere mellom foretakene i regionen, og vi ber igjen om at dette kommer tydelig frem i det videre arbeidet.

UNNs overordnede strategi ligger fast, og Strategisk utviklingsplan gir nå tydelig retning til den årlige virksomhetsplanleggingen. Den viktigste satsingen i UNN i 2018 er arbeidet med å utvikle gjennomgående og dyptgripende system og kultur for kontinuerlig forbedring. Direktøren mener at det nå er god sammenheng mellom de vedtatte strategiene, de foreslåtte hovedindikatorene og Helse Nord RHF's krav til risikostyring.

Det planlagte prosjektet som skal definere basis lokalsykehusfunksjoner bør ha som utgangspunkt at samtlige foretak plikter å ivareta lokalsykehusfunksjoner selv. For UNN er det en todelt problemstilling:

1. Når Helse Nord RHF ber oss sende våre lokalsykehuspasienter ut av UNN til de andre foretakene i regionen med bakgrunn i ledig kapasitet ved andre foretak, innebærer dette at vi bidrar til mer effektiv drift i de andre foretakene (flere pasienter gjennom små spesialiteter). Ordningen medfører ekstra reisebelastning for våre lokalsykehuspasienter, konsekvenser for utdanning av spesialister og langsiktig økonomisk omfordeling ut av UNN gjennom mobilitetskomponenten.
2. Når andre HF ikke klarer å opprettholde tilbud til egne lokalsykehuspasienter enten permanent eller for deler av året må UNN ha en bufferkapasitet for å håndtere disse pasientene. Dette medfører en betydelig merkostnad utover betaling for hvert produserte DRG-poeng gjennom mobilitetskomponenten.

Beslutning i det pågående prosjektet får betydning for UNNs faglige satsinger fremover.



4. Vurdere størrelse og fordeling av anbefalt investeringsramme for perioden med særlig fokus på analyse av driftsøkonomiske konsekvenser av denne, avveining mellom drift og investering

UNN viderefører strategien om å skape overskudd i egen drift for å øke investeringsrammene påfølgende år. Overskuddskravet fra RHF er 40 mill kr i hele planperioden. For 2017 planlegger UNN med ytterlig 25 mill kr i overskudd (til sammen 65 mill kr) og fra 2018 og fremover med til sammen 100 mill kr i overskudd. Dette er helt nødvendig for å avsette nok ressurser til investeringer i utstyr med mer.

5. Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan

I den oppdaterte investeringsplanen fra RHF er tidligere innspill om endring av periodisering av investeringsrammene for Nye Narvik sykehus, PET-senteret og A-fløy korrigert og er nå i henhold til fremdriftsplan.

UNN ber om at nytt sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tas inn i planen, tabell 5. Estimert investeringsramme for prosjektet er satt til 1,3 mrd kr. Under forutsetning av at lokalisering av nytt sykehus ikke skjer på eksisterende tomt, vil denne selges. Forventet salgssum er mellom 0,5 til 1,0 mrd kr avhengig av om eksisterende bygning kan avfreses.

Tabell 5 Korrigert investeringsplan 2018-2025

| Korrigert Investeringsplan 2018-2025 fra RHF (beløp i mill kr) | Tidligere år | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Totalsum byggeprosjekt |
|--|--------------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------------------|
| Nytt sykehus psykisk helsevern og TSB | | | | 433 | 433 | 433 | | | | 1300 |
| Nytt Narvik sykehus | 71 | 59 | 60 | 250 | 500 | 110 | | | | 1050 |
| A-fløy | 1547 | 0 | | | | | | | | 1547 |
| PET senter | 525 | 43 | | | | | | | | 568 |
| Kontoretasje PET-senter | 99 | | | | | | | | | 99 |
| Tromsø undersøkelsen | 20 | 5 | 5 | | | | | | | 30 |
| Utstyr med mer | | 175 | 150 | 150 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | |
| Sum vedtatt investeringsplan UNN | | 282 | 215 | 833 | 1133 | 743 | 200 | 200 | 200 | |

UNN opprettholder tidligere innspill om at hovedstrategien i regionene må være å bruke eventuelle økonomiske handlingsrom til investeringer i utstyr. Foretakenes evne til å reanskaffe utstyr og henge med på den teknologiske utviklingen for utstyr er grunnleggende og kan ikke nedprioriteres, og andre investeringer må vurderes opp mot dette behovet. Vedtatte investeringsrammer fra RHF'et er ikke tilstrekkelig for å dekke behovet for investeringer i utstyr, ombygginger mm. UNN ber RHF'et om å skjerpe overskuddskravene til alle foretakene i regionen for å sikre tilstrekkelig investeringsrammer for utstyr med mer.

Eventuelle nye pålagte regionsoppgaver

På grunn av små investeringsrammer og svært stramme prioriteringer i UNN presiseres det at dersom UNN får nye regionale oppgaver som genererer behov for utstyrsinvesteringer og ombygginger må det medfølge økte investeringsmidler.

6. En samlet oversikt over innspill til driftsbudsjettet og forventninger om økt finansiering til nye vedtatte tiltak, i prioritert rekkefølge

Styrket beredskap Svalbard



Det vises til den pågående utredningen om å styrke beredskapen på Svalbard. Dersom det vedtas en styrking ber UNN om at dette må finansieres særskilt fra Helse Nord RHF.

Kreftbehandling

UNN ber om at ny, dyr kreftbehandling må finansieres særskilt, og ber Helse Nord RHF om å både om økt finansiering til dette, samt at det settes av en sentral pott i RHFet for ny behandling som besluttes tatt i bruk i løpet av budsjettåret.

Medikamenter kroniske inflammatoriske sykdommer

Biologiske legemidler tas i bruk for stadig flere pasientgrupper. Medikamentkostnadene er bare delvis finansiert gjennom ISF systemet, og UNN ber om særskilt finansiering for å håndtere disse økte kostnadene

Nye oppgaver

Ved eventuelle nye oppdrag og oppgaver må det medfølge full finansiering.

For øvrig opprettholder UNN innspillet om at hovedstrategien i regionen må være å bruke eventuelt økonomisk handlingsrom til investeringer. Dersom UNN pålegges nye regionsfunksjoner må dette imidlertid finansieres særskilt.

7. Vurdering av nivå og fremdrift av egen investeringsplan

Vedtatt investeringsramme til MTU, teknisk utstyr, ombygginger, egenkapital KLP med mer er ikke tilstrekkelige i forhold til anslått behov. UNN viderefører derfor strategien med å skape overskudd i driften til økt investeringsramme påfølgende år. Internt overskuddskrav på 25 mill kr i 2017 og 60 mill kr årlig fra og med 2018 vil bidra til økte investeringsrammer slik at forventet behov for reanskaffelse og nytt utstyr kan imøtekommes.

Det er beregnet et etterslep på MTU på omtrent 300 mill kr. Dette er forutsatt å hentet inn i løpet av en fireårs periode (2018-2021) med 75 mill kr per år. I oversikten i tabell 7 og figur 1 vises anslått behov for utstyr med mer i planperioden.

I langtidsplanen som hittil er utledet fra strategisk utviklingsplan er det en kombinasjon av driftskostnader (lønn og varekostnader), investeringer i utstyr og arealkostnader (ombygging og behov for utvidet areal, og som er en kombinasjon av kostnader som skal belastes driftsregnskapet og investering). Langtidsplanarbeidet er ikke ferdigstilt, men investeringsbehovet er omfattende. Målsetningen er å lage en komplett investeringsplan både for reanskaffelser og for målsetninger i langtidsplanen. Det er gjort et svært forsiktig anslag på behovet for nyinvesteringer i årene fremover, tabell 7.

Tabell 6 Investeringsplan MTU med mer UNN 2018-2025

| Investeringsplan MTU med mer UNN 2018-2015 (beløp i mill k | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Vedtatt investeringsramme MTU med mer (fra RHF) | 175 | 150 | 150 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |
| Overskudd i driften (40 fra RHF og internt overskuddskrav) | 65 | 100 | 100 | 100 | 100 | 80 | 60 | 60 |
| Investeringsramme inkl. eget overskudd | 240 | 250 | 250 | 300 | 300 | 280 | 260 | 260 |



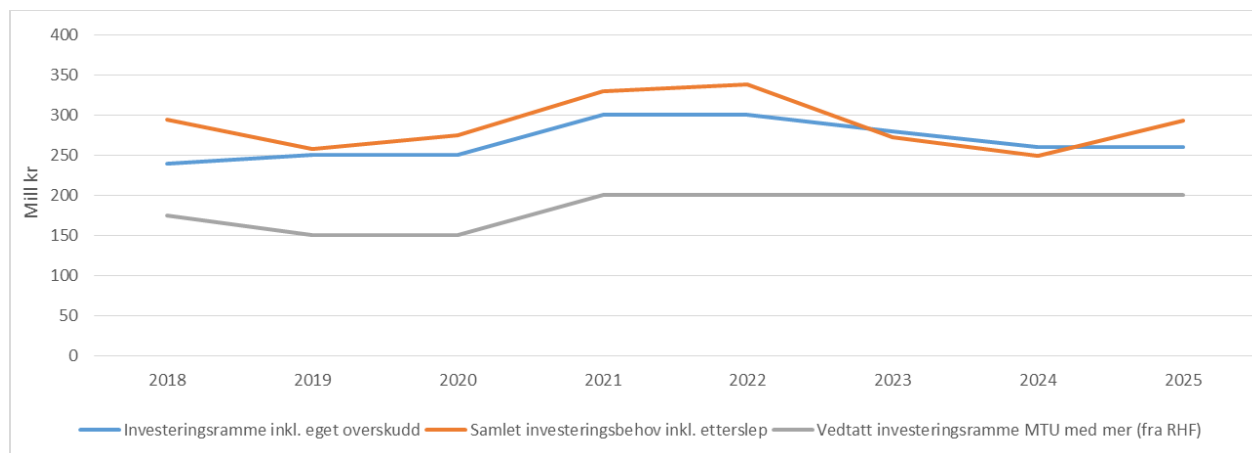
Tabell 7 Investeringsbehov MTU med mer UNN 2018-2025

| Investeringsbehov MTU med mer UNN 2018-2015 (beløp i mill kr) | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Behov reanskaffelse av eksisterende utstyr | 33 | 28 | 60 | 114 | 198 | 133 | 110 | 154 |
| Etterslep av MTU | 75 | 75 | 75 | 75 | | | | |
| Behov teknisk utstyr, ambulanser, ombygginger med mer | 157 | 125 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 |
| Behov nytt utstyr (mer, teknologisk utvikling etc) | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| Samlet investeringsbehov | 220 | 183 | 200 | 254 | 338 | 273 | 250 | 294 |
| Samlet investeringsbehov inkl. etterslep | 295 | 258 | 275 | 330 | 338 | 273 | 250 | 294 |

Tabell 8 Oppsummering behov vs. rammer

| Oppsummering rammer vs behov | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Samlet investeringsbehov inkl. etterslep | 295 | 258 | 275 | 330 | 338 | 273 | 250 | 294 |
| Investeringsramme inkl. eget overskudd | 240 | 250 | 250 | 300 | 300 | 280 | 260 | 260 |
| Differanse | -55 | -8 | -25 | -30 | -38 | 7 | 10 | -34 |
| Akkumulert differanse | -55 | -62 | -87 | -117 | -155 | -148 | -137 | -171 |

Figur 1 Investeringsplan UNN 2018-2025



8. Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling, skape økonomisk handlingsrom, eller bidra til gjennomføring av samhandlingstiltak med kommuner, jf. økt kommunalt ansvar for psykisk helse og TSB

UNN jobber med å utvikle og etablere langtidspan for virksomheten. Det er en målsetning å slå sammen mål utledet fra strategisk utviklingsplan, eierkrav og øvrige endringer og investeringsplan sammen når den totale langtidspanen er etablert. Planen må i hovedsak iverksettes gjennom omprioriteringer i driften, gevinstrealisering av mål i planen, kontinuerlig forbedring med mer. Gjennomføringstempo i langtidspanen avhenger av foretakets og regionens vilje og evne til omprioritering. Arbeidsgruppen for langtidspanarbeidet har fått i oppdrag å innhente erfaringer og metodikk fra andre foretak eller virksomheter om gevinstrealisering, adoptere eller tilpasse denne til UNN, og foreslå hvordan opplæring i metodikken kan gjøres.

Det gjenstår mye arbeid før vi har en langtidspan som i tilstrekkelig grad beskriver alle målene utledet fra strategisk utviklingsplan. Dette arbeidet fortsetter frem til første rullering av planen, desember 2017 (langtidspan 2019-2022). Det er foreløpig plukket ut ni prioriterte områder til vurdering for første langtidspan.

Tabell X Forslag til prioriteringer.



| Prioritert utviklingsområde | Forslag prioriteringer fra langtidsplanen | Antall enkeltmål |
|---|--|------------------|
| 1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling | 1. Etablering av hybridstuer | 7 |
| | 2. Genetisk mol. diagnostikk | 9 |
| | 3. Infeksjon | 4 |
| | 4. Kreft – ombygging til behandlingsenhet (immunterapi ++) | 1 |
| 2. Psykisk helsevern og rusbehandling | 5. ACT team psykisk helse | 1 |
| | 6. Barne- og ungdomspsykiatri – døgnplasser barn og unge | 1 |
| 3. Prehospitaltjenester og | 7. Fremskyndet diagnostikk, CT i akuttmottak | 3 |
| 4. Kroniske og sammensatte lidelser | 8. Pasientsentrerte helsetjenesteteam | 2 |
| | 9. Indremedisinske behandlingsarealer | 3 |

1. Etablering av hybridstuer

Hybridstuer er avanserte operasjonsrom hvor intervensjoner basert på videoassistert skopi og/eller kateterbaserte teknikker utføres under sanntids bildeveiledning. Dette kan i stor grad erstatte åpen kirurgisk behandling av kreft i brysthule, buk og bekken og av hjerte- og karsykdom. Gevinsten for pasientene er lavere komplikasjonsrisiko, mindre behov for intensivbehandling og kortere sykehusopphold. Sykehusets ressursforbruk over tid reduseres idet man utover selve intervensjonen trenger mindre innsats av høyspesialisert helsepersonell. Sju enkeltmål fra langtidsplanen som omhandler etablering av hybridstuer er samlet.

I 2017 etableres 1 hybridstue (røntgen), og i 2018 er det vedtatt ytterligere 1 (røntgen eller B7). Det er i tillegg ønskelig med 1 hybridstue pr klinikk.

2. Genetisk molekylær diagnostikk

Investeringer i sekvenseringsutstyr og molekylær genetisk kompetanse muliggjør mer presis diagnostikk av genetiske sykdommer og kreft. Pasientene kan oppnå sikrere prognose, risikoprofil og i noen tilfeller skreddersydd, persontilpasset medikamentell behandling med optimalt forhold mellom forventet terapeutisk effekt og bivirkningsrisiko. Tiltaket medfører ikke ressursbesparelser utover at man i noen tilfeller kan utelukke noen kreftmedikamenter som virkningsløse.

3. Infeksjon

Behandling av komplekse infeksjoner og infeksjoner forårsaket av multiresistente bakterier vil føre til et større behov for å kunne isolere pasienter med multiresistente bakterier. Målet innebærer å tilrettelegge for samfaglig kvalitetsdrift og forebygge sykehusinfeksjoner og resistensutvikling. Etablering av nye isolater og flere enerom med bad/WC er nøkkelstrategier for å forebygge infeksjoner og spredning av infeksjoner.

Regional Smittevernplan 2016-2020:

- Med bakgrunn i økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier, tilrår smittevernplanen at det prioriteres bygging av flere enerom med eget bad/wc og kontaktsmitteisolater fremfor flere luftsmitteisolater i aktuelle planperiode
- Ved nybygg og ombygging skal det derfor kun bygges enerom med eget bad og toalett. I eksisterende bygg må muligheten for å få flere enerom vurderes.
- Med økt satsing på dagbehandling og færre inneliggende pasienter, reduseres antall sengeplasser. Ved mangel på sengeplass må ikke pasienter legges på korridor, eller rom som for eks. dagligstuer, handicap-toalett, undersøkelsesrom eller pårørenderom, hvor smittevernet ikke kan ivaretas. Pasienter skal for eks. ikke ha intravenøs behandling bak



et skjerm Brett på korridor. Behandlingsrom må ha fleksible løsninger med mulighet for endret bruk uten for store tiltak.

Disse føringer bør ivaretas når nye behandlingsrom etableres i forbindelse med A-fløya rocade (gjelder lungemedisin, dialysesenter, dagbehandlingsareal for kreft/hematologi, Nevro-ortopediklinikken)

4. Kreft – ombygging til behandlingsenhet

Ikke- kirurgisk kreftbehandling

Ikke-kirurgisk kreftbehandling, inklusive palliativ kreftbehandling krever nytt utstyr og kunnskap innen moderne kreftbehandling: utvikling av kreftavdelingens sengepost og infusjonsenhet.

Dreining fra døgn til dag

Dreining fra døgn til dag vil medføre endringer i logistikkplanleggingen rundt pasientforløpene. Dette krever at vi forbedrer pasientforløpene og tidslinjene i behandlingen i tråd med pasientens beste. Vi skal ha god langsiktig planlegging og effektiv dag-til-dag styring ved hjelp av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP). Mange flere av pasientene som kommer til kontroll eller fornyet vurdering vil kunne tilbys opphold på pasienthotell fremfor sengepost. Økt kapasitet og tilgjengelighet har ført til økt bruk av hotellsenger. Potensialet for ytterligere økning ligger særlig innenfor pasientgrupper som har lettere infeksjonssykdommer. Dette avhenger imidlertid av bedre tilrettelegging for smitteverntiltak på hotellet. Dag og poliklinisk behandling skal foregå i egnede arealer.

Lungekreft

Diagnostikk og behandling av lungekreft gjennomgår en drastisk forbedring. Dette gjelder helbredelse så vel som livskvalitet for pasienter med utelukkende lindrende siktemål. Blant annet vil immunterapi medføre at lungekreft i mange tilfeller kan bringes under langvarig kronisk kontroll hos mange av dem som ikke kan helbredes. Det er behov for større arealer for dagbehandling i og med flere pasienter som skal ha immunterapi. Dette bør gis i en utvidet lungemedisinsk avdeling (ikke i andre enheter) for å beholde ubrutte pasientforløp for lungekreftpasientene

5. Assertive Community Treatment –team (ACT- team), psykisk helse.

ACT-team (Aktivt oppsøkende behandlingsteam) har som mål å møte behovene til pasienter/brukere med alvorlig psykisk lidelse med eller uten samtidig rusmiddelproblematikk og nedsatt funksjon på flere livsområder, der det etablerte behandlingsapparatet ikke har klart å etablere tilfredsstillende kontakt og behandling. Sentralt står arbeid rettet mot pasienter/brukere som ikke nyttiggjør seg det tradisjonelle behandlingstilbudet, eller der dette ikke har ønsket effekt. ACT-team vil medføre endring primært knyttet til terapeutiske løp, men det vil i noen tilfeller også være behov for diagnostisk/differensialdiagnostisk arbeid og avklaring. Arbeidsformen vil være utstrakt ambulant virksomhet. Effekter for pasienter/brukere knytter seg til økt daglig funksjonsnivå, bedre livskvalitet, mindre rus, mindre psykose og mindre kriminalitet. Effekter på systemnivå knytter seg til færre innleggelseser, bedre kvalitet og pasienttilfredshet, økonomi samt færre liggedøgn. ACT-team bygger på en forpliktende samarbeidsmodell mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste der begge parter går inn med øremerkede ressurser. For UNN vil etableringen kreve tilførsel av 12-15 fagstillinger med tilsvarende ressursinnsats fra kommunene. Hertil kommer driftsmidler (husleie, biler for oppsøkende virksomhet m.v). I forhold til etablering på SPHR-nivå vil det måtte søkes lokale tilpasninger til opptaksområdene.



6. Barne- og ungdomspsykiatri – døgnplasser barn og unge

UNN mangler et spisset tilbud til barn og unge som har behov for behandling i sengepost. Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) har i dag en akutfunksjon ovenfor UNN og Finnmarkssykehuset. På et begrenset areal må UPS ivareta barn og ungdom med svært forskjellig behov hvor det i liten grad er tilrettelagt for familieinnleggelse. Pasientene som legges inn ved UPS har svært ulike behov for helsehjelp. Det gjør at akuttinnleggelse hvor det ofte er snakk om selvmordsfare, psykoser og pasienter med utageringsproblematikk vil måtte prioriteres foran planlagt utredning og behandling. For barn og pasienter som har behov for planlagt utredning og behandling kan vanskene som akuttinnlagte pasienter har oppleves som skremmende. Bygget bak BRUS-bygget har tidligere vært en sengepost. Det leies nå ut til Universitetet. Når MH-2 er ferdig opphører leiekontrakten med Universitetet. Det foreligger planer om å etablere en sengepost for spissete spesialiserte døgnbaserte sykehusstilbudet for barn og ungdom med alvorlige psykiske lidelser når universitetet flytter ut av bygget. Tilbudet vil gi bedre helsehjelp til barn og unge med alvorlige psykiske lidelser, bedre psykisk helse og økt livskvalitet. Tilbudet er kostnadsberegnet til ca 10 mill kr årlig, pluss ombyggingskostnader for å tilbakestille lokalene til sengepost.

7. Fremskyndet diagnostikk, CT i akuttmottak

Moderne traumebehandling medfører at vi må tilpasse våre akuttrom til mer fremskutt radiologi og invasive teknikker (AMKM). Ved mottak av pasienter med hjerneslag er en effektiv håndtering gjennom akuttmottaket nødvendig. Slagalarmen innebærer bla at CT av hodet må gjøres umiddelbart etter ankomst for å klargjøre det videre behandlingsforløp. For å hindre mulige samtidighetskonflikter omkring bruk av CT, vil pasientforløpet sikres høyere effektivt dersom undersøkelsen kunne skje i akuttmottaket.

Det skal utvikles en strategi i fellesskap med Akuttmedisinsk klinikk og traumekomiteen i UNN for diagnostisk utstyr (røntgentilbud og PNA/POCT) i ambulanser, fly og helikopter og akuttmottak. Strategien må også avklare om intervensjon skal være en del av tjenestene som skal kunne utføres i akuttmottaket. I forslag til prioriteringer av dette målet i første langtdsplan gjelder investering av en CT.

8. Pasientsentrerte helsetjenesteteam

Pasientsentrert helseteam (PSHT) er i dag etablert mellom UNN Tromsø/Tromsø kommune og UNN Harstad/Harstad kommune. Teamet, som er tverrfaglig sammensatt av ansatte fra både UNN og kommunene, følger opp pasienten gjennom hele pasientforløp (fra hjemmet til sykehus og hjem igjen). Målgruppe er pasienter med kroniske og sammensatte lidelser som er nærmere beskrevet i rapport "storforbrukere av somatisk spesialisthelsetjeneste i HN". Pasienter fra UNN rekrutteres fra Medisinsk klinikk, Kirurgi,-kreft- og kvinnehelseklinikken, Hjerte-lungeklinikken og Nevro-ortopediklinikken.

PSHT har fått god innsikt i hvor i pasientforløpet samhandlingen ofte svikter. Man ser at det er stort behov for styrking av helsetjenesten spesielt i overgangene mellom sykehus og kommune for denne pasientgruppen. Tjenestene må koordineres bedre på individnivå, også over enhets- og organisasjonsgrenser. Velferdsteknologi skal tas i bruk i kommunikasjon til pasienter og mellomorganisasjonene.

Ved full utrulling vil teamet har en kapasitet på ca 1200 henvisninger per år.

Preliminære forskningsresultater fra teamet tilsier reduksjon av ø-hjelpsdøgn og reduksjon i dødelighet. Opptrapping av teamet er kostnadsberegnet til 12 mill kr år 1, deretter 17 mill kr årlig.



9. Indremedisinske behandlingsareal

Rokaden i forbindelse med A-fløyutbygginga frigjør arealer i B9. Dette planlegges ombygd til:

- a) utvidet kapasitet for ultralyd av hjertet, som er en flaskehals i mange pasientforløp
- b) undervisningsarealer mm for hjemmedialysepasienter
- c) utvidelse av Lungemedisinsk avdeling i tråd med smittevernlegens anbefaling og for å håndtere økt behov for lungekreftbehandling og mekanisk støtte til pasienter med kronisk respirasjonssvikt.

Det er behov for ytterligere areal enn det som blir frigjort.

Tiltaket vil gjøre at pasientene oppnår høyere overlevelse og livskvalitet. Utgiftene kompenseres bare delvis ved kortere liggetid når utredningskapasiteten på hjertelaboratoriet øker.

Langtidsplan 2018 (-2021)

Konkrete prioriteringer i langtidsplanen er ulike kombinasjoner av de prioriterte områdene i tabell x. Styret ved UNN behandler forslag til prioritering i 2018 i styremøtet 28. mars.

Anbefalingene til møtet er:

- Etablering av døgnplasser for barn og unge.
- ACT-team i psykisk helse voksne.
- Pasientsentrerte helsetjenestetteam – gradvis opptrapping
- CT i akuttmottaket
- Midler til utredninger ifm arealplanen.

CT i akuttmottaket og etablering av ACT teamene i psykisk helse vil til sammen koste ca 18 mill kr i 2018. Gradvis opptrapping av PSTH, ombyggingskostnader til sengeplasser i BUP og utredninger ifm arealplanen må tilpasses til en total kostnadsramme på 12 mill kr i 2018, slik at alternativ 1 til sammen ikke overstiger det avsatte beløpet i 2018 på 30 mill kr.



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|---------------------------------|--|--------------------------------|
| 28/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.3.2017 |
| Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen | | Saksbehandler: Grethe Andersen |

Langtidsplan 2018-2021

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) erkjenner at mye arbeid med langtidsplanen gjenstår og vedtar derfor at det kun gjøres konkrete prioriteringer for det første året i langtidsplan 2018-2021.
2. Styret ønsker en sterk prioritering av psykisk helse og rus i langtidsplanen, og vedtar at alternativ 1 i saksfremlegget prioriteres for 2018.
3. Styret presiserer at realisering av målene i langtidsplanen, i tillegg til å håndtere eierkrav og øvrige endringer forutsetter gevinstrealisering av tiltakene i langtidsplanen, sammen med kontinuerlig forbedring og omstilling. Gevinstrealisering må utredes og dokumenteres før iverksettelse. Styret ber direktøren om å følge dette opp, og eventuelt utsette vedtatte mål dersom det ikke kan dokumenteres en plan for gevinstrealisering.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i sak 42/2011 *Overordnet strategi for UNN*. Strategien inneholder fire hovedmål, åtte strategiske hovedretninger og fire kjerneverdier som skal understøtte realisering av visjonen *Det er resultatet for pasienten som teller! – vi gir den beste behandling*. Hovedmålet om at UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt, er overordnet de tre andre hovedmålene.

Realisering av den overordnede strategien understøttes av Strategisk utviklingsplan, som styret vedtok i sak 109/2014 *Strategisk utviklingsplan*. Denne konkretiserer innholdet i de strategiske hovedretningene, som er felles innsatsområder som hele organisasjonen må jobbe med for å nå hovedmålene. Strategisk utviklingsplan konkretiserer i tillegg fire utviklingsområder som skal gis prioritet:

1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
2. Psykisk helsevern og rusbehandling

3. Prehospitale tjenester og mottaksmedisin
4. Kroniske og sammensatte lidelser

Strategiarbeidet er videreført ved at det er utarbeidet klinikkvise strategiske utviklingsplaner som nå er ferdigstilt. Innholdet er oppsummert i styresak 93/2016 *Strategiske utviklingsplaner for klinikkene*. Disse er bygget opp på samme måte som foretakets strategiske utviklingsplan, og legges til grunn for arbeidet med langtidsplan.

I styresak 60/2016 *Forberedende virksomhetsplan 2017 og orientering om arbeid med langtidsplan* ble det redegjort for sammenhengen mellom langtidsplanen og UNNs strategier, samt organiseringen av arbeidet med langtidsplanen. I styresak 92/2016 *Forberedende langtidsplan 2018-2021* vedtok styret følgende føringer for det videre arbeidet:

1. *Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til metoden som er utviklet for arbeidet med langtidsplan.*
2. *Styret slutter seg til at det utarbeides alternativer med ulike sett prosjekter slik at styret kan velge mellom disse når langtidsplan 2018-2021 fremmes for endelig behandling.*
3. *Styret vedtar følgende føringer for det videre arbeidet med langtidsplanen:*
 - a) *Langtidsplan 2018-2021 skal inkludere prosjekter fra alle fire prioriterte utviklingsområder i strategisk utviklingsplan.*
 - b) *De fire prioriterte utviklingsområdene håndteres i en flerdimensjonal kompleks vektning. Styret ber direktøren legge til grunn at det prioriterte utviklingsområdet Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling har sterk sammenheng med utviklingen av region- og universitetssykehusfunksjonen, som UNN har et særskilt ansvar for, og at Den gylne regel skal ivaretas.*
 - c) *Den økonomiske belastningen skal være omtrent like stor i alle årene i langtidsplanen.*
 - d) *Sparing og investeringsrammer må vurderes helhetlig for alle investeringsbehov i foretaket, også prioriteringer fra langtidsplanen.*
4. *Styret slutter seg den foreslåtte tidsforskyvningen i arbeidet og ber om å få seg forelagt langtidsplan 2018-2021 til beslutning i mars 2017.*

Formål

Målet med denne saken er å invitere styret til å vedta langtidsplan for 2018-2021. Langtidsplanen rulleres årlig, første gang i desember 2017.

Saksutredning

Langtidsplan og årlig virksomhetsplanlegging – målsetning.

I virksomhetsplanarbeidet for 2018 har Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) fastsatt 50 mill kr til interne prioriteringer (som skal brukes til for eksempel nye kreftmedikamenter og/eller andre behov som besluttet prioritert), 30 mill kr til prioriteringer fra den foreløpige langtidsplanen (som så langt er konkretisering av strategisk utviklingsplan) som skal brukes både til drift og investeringer, og økt internt overskuddskrav på 35 mill kr for å øke

investeringsrammene som skal håndtere reanskaffelsesbehov for utstyr samt andre prioriterte investeringer dersom det er rom for det.

I noen tilfeller vil det være overlappende målsetninger i disse tre satsingene, og det er ingen fasitsvar på hva som skal prioriteres fra hvilken pott. Det er en målsetning å slå disse sammen når den totale langtidspanen er etablert. Planene som er utledet fra strategisk utviklingsplan står fast frem til strategisk utviklingsplan eventuelt revideres, planer som følger av eierkrav, endringer i ytre rammebetingelser, kvalitetskrav eller interne målsetninger må oppdateres fortløpende og implementeres i planen. Når første komplette langtidspane er på plass må diskusjonen om hvor mye og hvor fort planen skal iverksettes tas. Det er ingen signaler om økte budsjetter fremover, så planen må i hovedsak iverksettes gjennom omprioriteringer i driften, gevinstrealisering av mål i planen og kontinuerlig forbedring. Gjennomføringstempo i langtidspanen avhenger av foretakets vilje og evne til omprioritering, og må fastsettes gjennom et årlig beløp til realisering av langtidspanen.

Det er en målsetning å vedta langtidspane for fire år for å sikre tilstrekkelig forutsigbarhet og koordinert planlegging og gjennomføring. Planen rulleres hvert år for å ivareta behov for eventuelle endringer som følge av endrede forutsetninger. Justeringene for de første årene i planen bør være så små som mulig, mens nye prioriteringer tas inn i slutten av perioden ved hver rulling.

Gevinstrealisering

Etter beslutning om hvilke mål som skal iverksettes må det lages detaljert plan for gjennomføring, kostnadsberegninger og gevinstrealiseringsplaner med tilhørende plan for budsjettreguleringer. Disse planene må være klare før iverksettelse av tiltakene for å hindre overraskelser, sikre at alle involverte er koordinert og at gevinster realiseres. Metodikk for å beregne og realisere gevinster må utvikles og læres. Arbeidsgruppen for langtidspanearbeidet har fått i oppdrag å innhente erfaringer og metodikk fra andre foretak eller virksomheter, adoptere eller tilpasse denne til UNN, og foreslå hvordan opplæring i metodikken kan gjøres.

Langtidspane 2018-2021

Det gjenstår mye arbeid før vi har en langtidspane som i tilstrekkelig grad beskriver alle målene utledet fra strategisk utviklingsplan. Dette arbeidet fortsetter frem til første rulling av planen, desember 2017 (langtidspane 2019-2022). Samtidig fortsetter arbeidet med å lage en mer helhetlig investeringsplan samt etablere metodikk for gevinstrealisering. Koordinering med arealplanen vil gjøres så snart denne er klar. Siden mye arbeid gjenstår og vi ikke har det komplette langtidspanebildet enda foreslås det nå alternativer for prioriteringer for kun det første året i langtidspanen (2018). Forslagene er en kombinasjon av investering og drift, og genererer faste driftskostnader i årene fremover i varierende grad.

Mål utledet fra strategisk utviklingsplan

Det er utviklet klinikkvis mål innenfor de fire prioriterte utviklingsområdene, til sammen er det beskrevet 177 mål. Disse er sortert i 3 kategorier: (1) dialogavtalen, (2) til videre utredning og (3) prioritering i langtidspanen. Målene i kategorien (1) dialogavtalen håndteres i de klinikkvis årlige dialogavtalene, og er dermed ikke med i den videre prioriteringen i langtidspanen. Målene som er plassert i kategorien «(2) til videre utredning» er ikke tilstrekkelig beskrevet til at de kan vurderes prioritert i denne omgang, og jobbes videre med frem mot rulling av langtidspanen. Det gjenstår dermed 67 mål som er vurdert for prioritering i denne omgang. De målene som har sammenheng med hverandre er slått sammen. Deretter er det plukket ut ni prioriterte områder til videre vurdering, se tabell 1.

Tabell 1 Forslag til prioriteringer.

| Prioritert utviklingsområde | Forslag prioriteringer fra langtidsplanen | Antall enkeltmål |
|---|---|------------------|
| 1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling | 1. Etablering av hybridstuer | 7 |
| | 2. Genetisk mol. diagnostikk | 9 |
| | 3. Infeksjon | 4 |
| | 4. Kreft – ombygging til behandlingssenhet (immunterapi ++) | 1 |
| 2. Psykisk helsevern og rusbehandling | 5. ACT team psykisk helse | 1 |
| | 6. Barne- og ungdomspsykiatri – døgnplasser barn og unge | 1 |
| 3. Prehospitaltjenester og | 7. Fremskyndet diagnostikk, CT i akuttmottak | 3 |
| 4. Kroniske og sammensatte lidelser | 8. Pasientsenterte helsetjenesteteam | 2 |
| | 9. Indremedisinske behandlingsarealer | 3 |

Alternativer for konkrete prioriteringer i 2018 (-2021)

Saksfremlegget redegjør for fem ulike alternativer for konkrete prioriteringer i 2018. På grunn av at mye arbeid gjenstår, og at vi venter på ferdigstilling av strategisk arealplan for bygg er det foreslått konkrete mål kun for 2018. Prioriteringer fra 2019-2021 foreslås i utgangspunktet hentet fra den samme overordnede prioriterte listen, men må revideres ved første rulling av langtidsplanen i desember. Kostnads- og gevinstrealiseringsberegninger foreligger i svært liten grad pt, det vil derfor ikke være hensiktsmessig å konkretisere hvilke og/eller hvor mange mål som kan prioriteres i årene 2019-2021.

Alternativene som er foreslått er ulike kombinasjoner av de ni prioriterte områdene. Det avsatte beløpet til prioriteringer fra langtidsplanen på 30 mill kr i 2018 er forutsatt ikke overskredet i alle alternativene.

Alternativ 1

- Etablering av døgnplasser for barn og unge.
- ACT-team i psykisk helse voksne.
- Pasientsenterte helsetjenesteteam – gradvis opptrapping
- CT i akuttmottaket
- Midler til utredninger ifm arealplanen

CT i akuttmottaket og etablering av ACT teamene i psykisk helse er beregnet til å koste til sammen 18 mill kr i 2018. Gradvis opptrapping av PSTH, ombyggingskostnader til sengeplasser i BUP og utredninger ifm arealplanen må tilpasses til en total kostnadsramme på 12 mill kr i 2018, slik at alternativ 1 til sammen ikke overstiger det avsatte beløpet i 2018 på 30 mill kr.

Alternativ 2

- Indremedisinske behandlingsarealer
- Etablering av hybridstuer

Satsingen må begrenses oppad til 30 mill kr som er beløpet avsatt til langtidsplan i 2018. Avskrivningskostnader, serviceavtaler og eventuelle endrede behov for forbruksmateriell-/operasjonsmateriell vil gi økonomiske belastninger i regnskapet i årene fremover. Dette er foreløpig ikke beregnet, men vil ligge langt under 30 mill kr. Det betyr at det vil være rom for satsinger også året etter uten eller med en mindre ny finansiering til langtidsplanen.

Alternativ 3

I alternativ 3 foreslås det å starte på samtlige mål fra prioriteringslista. Dette innebærer at planlegging igangsettes og gradvis iverksettelse gjøres for de målene der dette er mulig.

Unntaket er CT i akuttmottaket som er en enkeltinvestering som enten må gjøres eller ikke. I alternativet foreslås det derfor at CT i akuttmottaket fullføres, de øvrige målene igangsettes. Forslaget medfører at ferdigstilling av alle målene må gjøres i årene fremover i ulik takt, og forplikter foretaket i årene fremover.

Alternativ 4

- Pasientsentrerte helsetjenesteteam
- ACT team psykisk helse eller døgnplasser psykisk helse barn og unge

PSTH og ACT- team er kostnadsberegnet til totalt 22 mill kr i 2018 og 29 mill kr i 2019. Begge tiltakene vil sannsynligvis medføre reduserte innleggelses, disse er ikke beregnet. PSTH og døgnplasser barne- og ungdomspsykiatri er kostnadsberegnet til 12 mill kr i 2018, i tillegg til ombyggingskostnader (ikke beregnet). Alternativet koster ca 27 mill kr fra og med 2019, pluss avskrivningskostnader ifm ombygging. Gevinstrealisering er ikke beregnet.

Alternativ 5

- Pasientsentrerte helsetjenesteteam,
- Hybridstuer

Det er beregnet 12 mill kr i driftskostnader i 2018, økende til 17 mill kr påfølgende år for pasientsentrerte helsetjenesteteam, gevinstrealisering er ikke beregnet. Etablering av hybridstuer er ombygging og investering i utstyr. Satsingen må begrenses oppad til 18 mill kr slik at totalbeløpet for alternativ 5 ikke overskrider det som er satt av til langtidsplan i 2018. Avskrivningskostnader, serviceavtaler og eventuelle endrede behov for forbruksmateriell-/operasjonsmateriell vil gi økonomiske belastninger i regnskapet i årene fremover. Dette er foreløpig ikke beregnet, men vil ligge langt under investeringskostnaden.

Prosjektplaner inkludert konkret gevinstrealiseringsplan

Felles for alle målene som er samlet i de beskrevne ni prioriterte områdene som foreslås er mangelfull kostnadsberegning, varierende grad av beskrivelse av verdi (for pasient eller system), og manglende gevinstrealiseringsplan. Dette må konkretiseres for samtlige mål i langtidsplanen. For de målene som vedtas iverksatt i 2018 må det utarbeides detaljerte prosjektplaner inkludert planer for konkret gevinstrealisering. Ferdige prosjektplanene må foreligge før iverksettelse. Dersom disse ikke foreligger eller ikke har god nok kvalitet må iverksettelse av målet utsettes.

Videre arbeid

Det gjenstår fremdeles mye arbeid med langtidsplanen. Arbeidet fortsetter frem til første rullering av planen, i desember 2017. Klinikksjefene jobber videre med beskrivelsene av egne mål i langtidsplanen med bistand fra arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen jobber i tillegg parallelt med metodikk for gevinstrealisering og avstemming mot den kommende arealplanen. Overordnet investeringsgruppe jobber videre med å etablere en komplett investeringsplan. Langtidsplan 2019-2022 vedtas i styret i desember 2017.

Medvirkning

Saken er forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt Arbeidsmiljøutvalget i egne innspills- og drøftingsmøter 13. og 14.3.2017. Samtlige møter ga sin tilslutning til at direktøren slutfører saken og forelegger den for styrets behandling med den

innretning saken er gitt. Protokoller fra de respektive møtene foreligger som referatsaker til styrets møte 28.-29.3.2017.

Vurdering

Til tross for at mye arbeid gjenstår med å skape en komplett langtidsplan er det allerede nå tydelig at målene utledet fra strategisk utviklingsplan er omfattende og kostnadskrevende og vil kreve stor innsats både i detaljplanlegging, koordinering, omstilling og prioritering. Målsetningen om å lage en komplett langtidsplan som i tillegg til målene fra strategisk utviklingsplan også ivaretar eierkrav og øvrige endringer foretaket må håndtere er nødvendig for å sikre så god totaloversikt og så gode beslutningsgrunnlag som mulig i de svært krevende prioriteringene som kommer i årene fremover.

Direktøren mener at arbeidet som er gjort så langt er tilstrekkelig til at det kan gjøres prioriteringer allerede fra 2018 og vurderer det som viktig å starte iverksettelse av den totalt sett omfattende planen for å komme i gang med de endringene som må til for å oppfylle målene vi har for årene fremover. Planen inneholder viktige prioriteringer for å gi pasientene et godt helsetilbud også i årene som kommer.

Mange av målene i den foreløpige langtidsplanen har sterk sammenheng med strategisk utviklingsplan for bygg og tilhørende arealplan. Før disse er ferdigstilt er det ikke mulig å se hvilke muligheter og begrensinger denne gir for prioriteringene fremover. Direktøren anbefaler derfor at det ikke igangsettes mål med arealmessige konsekvenser før arealplanen er klar. Når det i tillegg gjenstår mye utredningsarbeid for målene i langtidsplanen vurderer direktøren det som hensiktsmessig å prioritere konkrete mål for kun det første året i langtidsplan 2018-2021.

UNN har ikke oppfylt den gylne regelen de siste årene for parametrene regnskap og månedsverk. Direktøren ønsker en tydelig satsing på psykisk helse og rus og vurderer det som nødvendig at dette området prioriteres i denne første langtidsplanen.

Direktøren er fornøyd med de ni prioriterte områdene som er valgt ut fra arbeidet så langt, og anbefaler at disse i utgangspunktet legges til grunn også i videre prioriteringer fra og med 2019. Dette må imidlertid vurderes på nytt ved første rullering når hele planen er konkretisert og det totale bildet er tydeligere. For 2018 er det vurdert ulike alternative sammensetninger av de ni prioriterte områdene. På bakgrunn av ønsket om å prioritere psykisk helse og rus høyt, samt ikke iverksettes mål som har arealmessige konsekvenser anbefaler direktøren at alternativ 1 iverksettes i 2018.

For å kunne iverksette alle målene fra strategisk utviklingsplan og samtidig håndtere andre krav og endringer er gevinstrealisering av mål i langtidsplanen sammen med kontinuerlig forbedring og omstilling en forutsetning. Konkrete og detaljerte gevinstrealiseringsplaner med tilhørende gjennomføringsplan må derfor foreligge før endelig godkjenning av de enkelte målene, og må utarbeides som en del av detaljerte prosjektplaner for hvert enkelt mål som er vedtatt iverksatt. Enkelte mål vil ikke generere økonomiske gevinster, men må likevel dokumentere at gevinstrealisering er utredet. Direktøren vil foreta endelig godkjenning til hvert enkelt prosjekt når detaljert prosjektplan inkludert gevinstrealiseringsplan foreligger.

Konklusjon

Direktøren anbefaler at det på grunn av mye gjenstående arbeid kun gjøres prioriteringer for det første året i langtidsplanen 2018-2021, og anbefaler alternativ 1 i saksfremlegget. Dersom ikke konkrete prosjektplaner inkludert gevinstrealiseringsplaner foreligger på tidspunktet tiltakene skal starte opp har direktøren fullmakt til å utsette iverksettelse.

Tromsø, 17.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Langtidsplan 2018-2021 - saksfremlegg



Sak: Langtidsplan 2018-2021 - saksfremlegg
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Tor Ingebrigtsen og Grethe Andersen
Møtedato: 28./29.03.2017

I saksfremlegget redegjøres det for følgende:

1. Langtidsplan og årlig virksomhetsplanlegging - målsetning
2. Gevinstrealisering
3. Langtidsplan 2018-2021
4. Mål utledet fra strategisk utviklingsplan
5. Anbefalte prioriteringer
6. Alternativer for konkrete prioriteringer i 2018 (-2021)

1. Langtidsplan og årlig virksomhetsplanlegging – målsetning.

Strategisk utviklingsplan

Arbeidet med langtidsplanen har så langt handlet om å omgjøre strategisk utviklingsplan til konkrete mål og tiltak slik at denne kan iverksettes i den rekkefølge og takt som tilslutt vedtas. Klinikken har gått gjennom alle sine satsninger i strategisk utviklingsplan og konkretisert disse. Mye arbeid gjenstår med å detaljere beskrivelser for å kunne ha et komplett bilde av hva strategisk utviklingsplan innebærer i konkrete mål og tiltak. Det er i tillegg mange av målene som beskriver behov for ombygginger og/eller nye arealer og har dermed sterk sammenheng med strategisk utviklingsplan for bygningsmasse med tilhørende arealplan. I tillegg er det beskrevet til dels store investeringsbehov i utstyr som er konkret tilknyttet enkeltmål i strategisk utviklingsplan. Det må gjøres en avstemming av disse behovene mot det som allerede ligger i investeringsplanen, og det som ikke ligger i noen av planene så langt.

Eierkrav

Endringskrav fra eier i for eks oppdragsdokument, tilførsel av nye oppgaver, eventuelle endrede funksjonsfordelinger, kvalitetskrav med mer gjør at foretaket må omprioritere internt for å møte disse. Budsjettmessige konsekvenser har så langt vært håndtert i årlige virksomhetsplanleggingsprosesser fra et fastsatt beløp ”interne omprioriteringer”. Det er en målsetning at endringer i eierkrav fortløpende skal innføres i langtidsplanen.

Utvikling

Endringer i teknologisk og medisinsk utvikling, for eks beslutning om å ta i bruk nye, dyre kreftmedikamenter som fortløpende godkjennes i Beslutningsforum er ikke håndtert i strategisk utviklingsplan. Økte kostnader som følge av disse endringene har til nå blitt håndtert gjennom årlige interne omprioriteringer. Det er en målsetning å innføre slike endringer i langtidsplanen. Noen av disse endringene kommer fortløpende og med kort varsel og er vanskelig å planlegge for. I langtidsplanen må det derfor budsjetteres med et beløp som til en viss grad først kan konkretiseres i årlig virksomhetsplanlegging.

Investeringsplan

I langtidsplanen som hittil er utledet fra strategisk utviklingsplan er det en kombinasjon av driftskostnader (lønn og varekostnader), investeringer i utstyr og arealkostnader (ombygging og



behov for utvidet areal, og som er en kombinasjon av kostnader som skal belastes driftsregnskapet og investering).

Foreløpig er de eksisterende investeringsrammene planlagt brukt til reanskaffelser, samt nytt utstyr dersom det er rom for det. Investeringsbehovene i strategisk utviklingsplanen er så langt tenkt finansiert gjennom avsatt beløp til langtidsplanen. Det er en målsetning å lage en komplett investeringsplan som ivaretar reanskaffelser, nytt utstyr (ny teknologi eller nye behandlingsmetoder), og utstyr og ombygging som følger av strategisk utviklingsplan. Det totale investeringsbehovet vil synliggjøres i en slik plan og vil gi et bedre beslutningsgrunnlag for prioriteringer fremover.

Komplett langtidsplan

I virksomhetsplanarbeidet for 2018 har vi fastsatt 50 mill kr til interne prioriteringer (som skal brukes til for eks nye kreftmedikamenter og/eller andre oppståtte behov som besluttes prioritert), 30 mill kr til prioriteringer fra den foreløpige langtidsplanen (som så langt er konkretisering av strategisk utviklingsplan) som skal brukes både til drift og investeringer, og økt internt overskuddkrav på 35 mill kr for å øke investeringsrammene som skal håndtere reanskaffelsesbehov for utstyr samt andre prioriterte investeringer dersom det er rom for det.

I noen tilfeller vil det være overlappende målsetninger i disse tre satsingene, og det er ingen fasitsvar på hva som skal prioriteres fra hvilken pott. Det er en målsetning å slå disse sammen når den totale langtidsplanen er etablert. Planene som er utledet fra strategisk utviklingsplan står fast frem til strategisk utviklingsplan eventuelt revideres, planer som følger av eierkrav, endringer i ytre rammebetingelser, kvalitetskrav eller interne målsetninger må oppdateres fortløpende og implementeres i planen. Når første komplette langtidsplan er på plass må diskusjonen om hvor mye og hvor fort planen skal iverksettes tas. Det er ingen signaler om økte budsjetter fremover, så planen må i hovedsak iverksettes gjennom omprioriteringer i driften, gevinstrealisering av mål i planen, kontinuerlig forbedring med mer. Gjennomføringstempo i langtidsplanen avhenger av foretakets vilje og evne til omprioritering, og må fastsettes gjennom et årlig beløp til realisering av langtidsplanen.

Det er en målsetning å vedta langtidsplan for fire år fremover for å sikre tilstrekkelig forutsigbarhet og koordinert planlegging og gjennomføring. Planen rulleres hvert år for å ivareta behov for eventuelle endringer som følge av endrede forutsetninger. Justeringene for de første årene bør være så små som mulig, mens nye prioriteringer tas inn i slutten av perioden ved hver rulling.

2. Gevinstrealisering

Etter beslutning om hvilke mål som skal iverksettes må det lages detaljert plan for gjennomføring, kostnadsberegninger og gevinstrealiseringsplaner med tilhørende plan for budsjettreguleringer. Disse planene må være klare før iverksettelse av tiltakene for å hindre overraskelser, sikre at alle involverte er koordinert og at gevinster realiseres. Metodikk for å beregne og realisere gevinster må utvikles og læres. Arbeidsgruppen for langtidsplanarbeidet har fått i oppdrag å innhente erfaringer og metodikk fra andre foretak eller virksomheter, eventuelt tilpasse denne til UNN, og foreslå hvordan opplæring i metodikken kan gjøres.

3. Langtidsplan 2018-2021



Det gjenstår mye arbeid før vi har en langtidsplan som i tilstrekkelig grad beskriver alle målene utledet fra strategisk utviklingsplan. Dette arbeidet fortsetter frem til første rullering av planen, desember 2017 (langtidsplan 2019-2022). Samtidig fortsetter arbeidet med å lage en mer helhetlig investeringsplan og metode for gevinstrealisering. Koordinering med arealplanen vil gjøres så snart denne er klar.

Siden mye arbeid gjenstår og vi ikke har det komplette langtidsbildet enda foreslås det nå alternativer for prioriteringer for kun det første året i langtidsplanen (2018). Forslagene er en kombinasjon av investering og drift, og genererer faste driftskostnader i årene fremover i varierende grad.

4. Mål utledet fra strategisk utviklingsplan

Det er utviklet klinikkvise mål innenfor de fire prioriterte utviklingsområdene, til sammen er det beskrevet 177 mål.

Tabell 1 viser hvordan målene er fordelt mellom de fire prioriterte områdene, og videre sortert under kategoriene dialogavtalen, til videre utredning og prioritering i langtidsplanen.

Tabell 1 Mål utledet fra strategisk utviklingsplan, sortert.

| Prioriterte utviklingsområder | Dialogavtalen | Til videre utredning | Prioritering i langtidsplanen | Totalt |
|---|---------------|----------------------|-------------------------------|------------|
| 1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling | 13 | 22 | 54 | 89 |
| 2. Psykisk helsevern og rusbehandling | 20 | 14 | 2 | 36 |
| 3. Prehospitale tjenester og mottaksmedisin | 13 | 7 | 2 | 22 |
| 4. Kroniske og sammensatte lidelser | 9 | 12 | 9 | 30 |
| Totalt | 55 | 55 | 67 | 177 |

Dialogavtalen

55 mål er sortert i kategorien ”dialogavtalen”, og innebærer at klinikkene selv sørger for at målene gjennomføres som en del av ordinær utvikling gjennom årlige satsinger i dialogavtalen. Målene i denne kategorien krever ikke koordinering med andre klinikker og håndteres økonomisk internt i klinikkene. Noen av disse målene er allerede igangsatt.

Til videre utredning

55 mål er sortert i kategorien ”til videre utredning”, og er foreløpig ikke godt nok beskrevet til at de kan prioriteres i langtidsplanen. Mange av disse målene har også store avhengigheter til arealplanen og/eller gjensidig avhengigheter uten at dette er godt nok beskrevet. Det må lages en plan for videre arbeid for disse målene slik at de er klare til neste rullering av langtidsplanen. De aktuelle klinikkene er ansvarlig for at dette gjøres med bistand og koordinering fra arbeidsgruppen. Når disse er ferdigstilt til legges over i kategorien ”til prioritering i langtidsplanen”.

Til prioritering i langtidsplanen

Det er 67 mål som er sortert i kategorien ”til prioritering i langtidsplanen”. Målene er tilstrekkelig beskrevet til at de kan tas med i prioriteringsdiskusjonen, om enn med noe variabelt detaljeringsnivå. Felles for samtlige mål er at det må utarbeides detaljerte prosjektplaner og gevinstrealiseringsplaner før de iverksettes. Det mangler kostnadsberegninger også for flere av



disse målene, særlig ifm ombyggings- og arealbehov. Denne usikkerheten må tas hensyn til ved endelig beslutning om langtidsplan 2018-2021.

5. Anbefalte prioriteringer

I de prosjektene som er klare til prioritering har arbeidsgruppen pekt ut ni områder som anbefales prioritert, tabell 2. Det er flere enkeltmål i hver av disse (vilkårlig rekkefølge).

Tabell 2 Forslag til prioriteringer.

| Prioritert utviklingsområde | Forslag prioriteringer fra langtidsplanen | Antall enkeltmål |
|---|--|------------------|
| 1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling | 1. Etablering av hybridstuer | 7 |
| | 2. Genetisk mol. diagnostikk | 9 |
| | 3. Infeksjon | 4 |
| | 4. Kreft – ombygging til behandlingsenhet (immunterapi ++) | 1 |
| 2. Psykisk helsevern og rusbehandling | 5. ACT team psykisk helse | 1 |
| | 6. Barne- og ungdomspsykiatri – døgnplasser barn og unge | 1 |
| 3. Prehospitaltjenester og | 7. Fremskyndet diagnostikk, CT i akuttmottak | 3 |
| 4. Kroniske og sammensatte lidelser | 8. Pasientsentrerte helsetjenesteteam | 2 |
| | 9. Indremedisinske behandlingsarealer | 3 |

1. Etablering av hybridstuer

Hybridstuer er avanserte operasjonsrom hvor intervensjoner basert på videoassistert skopi og/eller kateterbaserte teknikker utføres under sanntids bildeveiledning. Dette kan i stor grad erstatte åpen kirurgisk behandling av kreft i brysthule, buk og bekken og av hjerte- og karsykdom. Gevinsten for pasientene er lavere komplikasjonsrisiko, mindre behov for intensivbehandling og kortere sykehusopphold. Sykehusets ressursforbruk over tid reduseres idet man utover selve intervensjonen trenger mindre innsats av høyspesialisert helsepersonell. Sju enkeltmål fra langtidsplanen som omhandler etablering av hybridstuer er samlet.

I 2017 etableres 1 hybridstue (røntgen), og i 2018 er det vedtatt ytterligere 1 (røntgen eller B7). Det er i tillegg ønskelig med 1 hybridstue pr klinikk.

2. Genetisk molekylær diagnostikk

Investeringer i sekvenseringsutstyr og molekylær genetisk kompetanse muliggjør mer presis diagnostikk av genetiske sykdommer og kreft. Pasientene kan oppnå sikrere prognose, risikoprofil og i noen tilfeller skreddersydd, persontilpasset medikamentell behandling med optimalt forhold mellom forventet terapeutisk effekt og bivirkningsrisiko. Tiltaket medfører ikke ressursbesparelser utover at man i noen tilfeller kan utelukke noen kreftmedikamenter som virkningsløse.

3. Infeksjon

Behandling av komplekse infeksjoner og infeksjoner forårsaket av multiresistente bakterier vil føre til et større behov for å kunne isolere pasienter med multiresistente bakterier. Målet innebærer å tilrettelegge for samfaglig kvalitetsdrift og forebygge sykehusinfeksjoner og resistensutvikling. Etablering av nye isolater og flere enerom med bad/WC er nøkkelstrategier for å forebygge infeksjoner og spredning av infeksjoner.

Regional Smittevernplan 2016-2020:



- a) Med bakgrunn i økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier, tilrår smittevernplanen at det prioriteres bygging av flere enerom med eget bad/wc og kontaktsmitteisolater fremfor flere luftsmitteisolater i aktuelle planperiode
- b) Ved nybygg og ombygging skal det derfor kun bygges enerom med eget bad og toalett. I eksisterende bygg må muligheten for å få flere enerom vurderes.
- c) Med økt satsing på dagbehandling og færre inneliggende pasienter, reduseres antall sengeplasser. Ved mangel på sengeplass må ikke pasienter legges på korridor, eller rom som for eks. dagligstuer, handikap-toalett, undersøkelsesrom eller pårørenderom, hvor smittevernet ikke kan ivaretas. Pasienter skal for eks. ikke ha intravenøs behandling bak et skjumbrett på korridor. Behandlingsrom må ha fleksible løsninger med mulighet for endret bruk uten for store tiltak.

Disse føringer bør ivaretas når nye behandlingsrom etableres i forbindelse med A-fløya røkade (gjelder lungemedisin, dialysesenter, dagbehandlingsareal for kreft/hematologi, Nevro-ortopediklinikken)

4. Kreft – ombygging til behandlingssenheter

Ikke- kirurgisk kreftbehandling

Ikke-kirurgisk kreftbehandling, inklusive palliativ kreftbehandling krever nytt utstyr og kunnskap innen moderne kreftbehandling: utvikling av kreftavdelingens sengepost og infusjonssenheter.

Dreining fra døgn til dag

Dreining fra døgn til dag vil medføre endringer i logistikkplanleggingen rundt pasientforløpene. Dette krever at vi forbedrer pasientforløpene og tidslinjene i behandlingen i tråd med pasientens beste. Vi skal ha god langsiktig planlegging og effektiv dag-til-dag styring ved hjelp av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP). Mange flere av pasientene som kommer til kontroll eller fornyet vurdering vil kunne tilbys opphold på pasienthotell fremfor sengepost. Økt kapasitet og tilgjengelighet har ført til økt bruk av hotellsenger. Potensialet for ytterligere økning ligger særlig innenfor pasientgrupper som har lettere infeksjonssykdommer. Dette avhenger imidlertid av bedre tilrettelegging for smitteverntiltak på hotellet. Dag og poliklinisk behandling skal foregå i egnede arealer.

Lungekreft

Diagnostikk og behandling av lungekreft gjennomgår en drastisk forbedring. Dette gjelder helbredelse så vel som livskvalitet for pasienter med utelukkende lindrende siktemål. Blant annet vil immunterapi medføre at lungekreft i mange tilfeller kan bringes under langvarig kronisk kontroll hos mange av dem som ikke kan helbredes. Det er behov for større arealer for dagbehandling i og med flere pasienter som skal ha immunterapi. Dette bør gis i en utvidet lungemedisinsk avdeling (ikke i andre enheter) for å beholde ubrutte pasientforløp for lungekreftpasientene

5. Assertive Community Treatment –team (ACT- team), psykisk helse.

ACT-team (Aktivt oppsøkende behandlingsteam) har som mål å møte behovene til pasienter/brukere med alvorlig psykisk lidelse med eller uten samtidig rusmiddelproblematikk og nedsatt funksjon på flere livsområder, der det etablerte behandlingsapparatet ikke har klart å etablere tilfredsstillende kontakt og behandling. Sentralt står arbeid rettet mot pasienter/brukere som ikke nyttiggjør seg det tradisjonelle behandlingstilbudet, eller der dette ikke har ønsket effekt. ACT-team vil medføre endring primært knyttet til terapeutiske løp, men det vil i noen tilfeller også være behov for diagnostisk/differensialdiagnostisk arbeid og avklaring. Arbeidsformen vil være utstrakt ambulant virksomhet. Effekter for pasienter/brukere knytter seg



til økt daglig funksjonsnivå, bedre livskvalitet, mindre rus, mindre psykose og mindre kriminalitet. Effekter på systemnivå knytter seg til færre innleggelses, bedre kvalitet og pasienttilfredshet, økonomi samt færre liggedøgn. ACT-team bygger på en forpliktende samarbeidsmodell mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste der begge parter går inn med øremerkede ressurser. For UNN vil etableringen kreve tilførsel av 12-15 fagstillinger med tilsvarende ressursinnsats fra kommunene. Hertil kommer driftsmidler (husleie, biler for oppsøkende virksomhet m.v). I forhold til etablering på SPHR-nivå vil det måtte søkes lokale tilpasninger til opptaksområdene.

6. Barne- og ungdomspsykiatri – døgnplasser barn og unge

UNN mangler et spisset tilbud til barn og unge som har behov for behandling i sengepost. Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) har i dag en akutfunksjon ovenfor UNN og Finnmarkssykehuset. På et begrenset areal må UPS ivareta barn og ungdom med svært forskjellig behov hvor det i liten grad er tilrettelagt for familieinnleggelses. Pasientene som legges inn ved UPS har svært ulike behov for helsehjelp. Det gjør at akuttinnleggelses hvor det ofte er snakk om selvmordsfare, psykoser og pasienter med utageringsproblematikk vil måtte prioriteres foran planlagt utredning og behandling. For barn og pasienter som har behov for planlagt utredning og behandling kan vanskene som akuttinnlagte pasienter har oppleves som skremmende. Bygget bak BRUS-bygget har tidligere vært en sengepost. Det leies nå ut til Universitetet. Når MH-2 er ferdig opphører leiekontrakten med Universitetet. Det foreligger planer om å etablere en sengepost for spissete spesialiserte døgnbaserte sykehusstilbudet for barn og ungdom med alvorlige psykiske lidelser når universitetet flytter ut av bygget. Tilbudet vil gi bedre helsehjelp til barn og unge med alvorlige psykiske lidelser, bedre psykisk helse og økt livskvalitet. Tilbudet er kostnadsberegnet til ca 10 mill kr årlig, pluss ombyggingskostnader for å tilbakestille lokalene til sengepost.

7. Fremskyndet diagnostikk, CT i akuttmottak

Moderne traumebehandling medfører at vi må tilpasse våre akuttrom til mer fremskutt radiologi og invasive teknikker (AMKM). Ved mottak av pasienter med hjerneslag er en effektiv håndtering gjennom akuttmottaket nødvendig. Slagalarmen innebærer bla at CT av hodet må gjøres umiddelbart etter ankomst for å klargjøre det videre behandlingsforløp. For å hindre mulige samtidighetskonflikter omkring bruk av CT, vil pasientforløpet sikres høyere effektivt dersom undersøkelsen kunne skje i akuttmottaket.

Det skal utvikles en strategi i fellesskap med Akuttmedisinsk klinikk og traumekomiteen i UNN for diagnostisk utstyr (røntgentilbud og PNA/POCT) i ambulanser, fly og helikopter og akuttmottak. Strategien må også avklare om intervensjon skal være en del av tjenestene som skal kunne utføres i akuttmottaket. I forslag til prioriteringer av dette målet i første langtdisplan gjelder investering av en CT.

8. Pasientsentrerte helsetjenesteteam

Pasientsentrert helseteam (PSHT) er i dag etablert mellom UNN Tromsø/Tromsø kommune og UNN Harstad/Harstad kommune. Teamet, som er tverrfaglig sammensatt av ansatte fra både UNN og kommunene, følger opp pasienten gjennom hele pasientforløp (fra hjemmet til sykehus og hjem igjen). Målgruppe er pasienter med kroniske og sammensatte lidelser som er nærmere beskrevet i rapport ”storforbrukere av somatisk spesialisthelsetjeneste i HN”. Pasienter fra UNN rekrutteres fra Medisinsk klinikk, Kirurgi,-kreft- og kvinnehelseklinikken, Hjerte-lungeklinikken og Nevro-ortopediklinikken.

PSHT har fått god innsikt i hvor i pasientforløpet samhandlingen ofte svikter. Man ser at det er stort behov for styrking av helsetjenesten spesielt i overgangene mellom sykehus og kommune



for denne pasientgruppen. Tjenestene må koordineres bedre på individnivå, også over enhets- og organisasjonsgrenser. Velferdsteknologi skal tas i bruk i kommunikasjon til pasienter og mellomorganisasjonene.

Ved full utrulling vil teamet har en kapasitet på ca 1200 henvisninger per år. Preliminære forskningsresultater fra teamet tilsier reduksjon av ø-hjelpsdøgn og reduksjon i dødelighet. Opptrapping av teamet er kostnadsberegnet til 12 mill kr år 1, deretter 17 mill kr årlig.

9. Indremedisinske behandlingsareal

Rokaden i forbindelse med A-fløyutbygginga frigjør arealer i B9. Dette planlegges ombygd til:

- a) utvidet kapasitet for ultralyd av hjertet, som er en flaskehals i mange pasientforløp
- b) undervisningsarealer mm for hjemmedialysepasienter
- c) utvidelse av Lungemedisinsk avdeling i tråd med smittevernlegens anbefaling og for å håndtere økt behov for lungekreftbehandling og mekanisk støtte til pasienter med kronisk respirasjonssvikt.

Det er behov for ytterligere areal enn det som blir frigjort.

Tiltaket vil gjøre at pasientene oppnår høyere overlevelse og livskvalitet. Utgiftene kompenseres bare delvis ved kortere liggetid når utredningskapasiteten på hjertelaboratoriet øker.

6. Alternativer for konkrete prioriteringer i 2018 (-2021)

Det er foreslått fem alternativer (tabell 3-7) for konkrete prioriteringer i 2018. På grunn av at mye arbeid gjenstår, og at vi venter på strategisk arealplan for bygg er det foreslått konkrete mål kun for 2018. Prioriteringer fra 2019-2021 foreslås i utgangspunktet hentet fra den samme overordnede prioriterte listen, men må revideres ved første rullering av langtidsplanen i desember. Kostnads- og gevinstrealiseringsberegninger foreligger i svært liten grad pt, det vil derfor ikke være hensiktsmessig å konkretisere hvilke og/eller hvor mange mål som kan prioriteres i årene 2019-2021.

Alternativene under er ulike kombinasjoner av de ni prioriterte områdene. Det avsatte beløpet til prioriteringer fra langtidsplanen på 30 mill kr i 2018 er forutsatt ikke overskredet i alle alternativer. For øvrig er følgende føringer for prioritering i år 2018 diskutert, men er ikke fulgt i alle alternativene:

- Prioritere de prosjekter som har beskrivelse av verdi og/eller potensial for økonomiske gevinster.
- Ikke igangsette prosjekter som kan ha avhengigheter med prosjekter som ikke er ferdig utredet.
- Ikke igangsette prosjekter som er avhengig av arealplanen.
- Alle alternativer skal inneholde prosjekt(er) innenfor psykisk helse og rus det første året (2018).

Tabell 3 Alternativ 1



| Alternativ 1 | | | 2018 | | | 2019 | | | 2020 | | | 2021 | | |
|---|--|-------------------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| Prioritert utviklingsområde | Forslag prioriteringer fra langtidsplanen | Antall enkelt-mål | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto |
| 1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling | 1. Etablering av hybridstuer | 7 | | | | | | | | | | | | |
| | 2. Genetisk mol. diagnostikk | 9 | | | | | | | | | | | | |
| | 3. Infeksjon | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | 4. Kreft – ombygging til behandlingsenhet (immunterapi ++) | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2. Psykisk helsevern og rusbehandling | 5. ACT team psykisk helse | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | 6. Barne- og ungdomspsykiatri – døgnplasser barn og unge | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 3. Prehospitaltjenester og mottaksmedisin | 7. Fremskyndet diagnostikk, CT i akuttmottak | 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4. Kroniske og sammensatte lidelser | 8. Pasientsentrerte helsetjenesteteam | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | 9. Indremedisinske behandlingsarealer | 3 | | | | | | | | | | | | |
| | SUM | | 0 | | | | | | | | | | | |

Ombyggingskostnader BUP sent 2018 eller tidlig 2019, deretter drift fom 2019. ACT team ca 10 mill kr pr år. Delvis opptrapping PSHT

I alternativ 1 foreslås etablering av døgnplasser for barn og unge, estimerte driftskostnader 10 mill kr årlig fra oppstart. Ombygging ifm etablering av disse kan tidligst igangsettes på slutten av 2018, og ombyggingskostnadene kommer dermed i 2018 eller tidlig 2019. Driftskostnader påløper fra og med 2019.

Det foreslås også opprettelse av ACT-team i psykisk helse voksne som er kostnadsberegnet til 10 mill kr årlig. Det vil sannsynligvis være en økonomisk gevinst fremover i tid på grunn av reduserte innleggelses, men disse gevinstene er foreløpig ikke konkretisert.

I tillegg foreslås etablering av pasientsentrerte helsetjenesteteam. Full etablering av tilbudet vil koste ca 17 mill kr årlig. I 2018 foreslås en gradvis opptrapping av tilbudet. Gevinstrealisering må beregnes før igangsetting.

Alternativet inkluderer forslag om å investere i CT i akuttmottaket, og omfatter ombyggingskostnader og investeringskostnader til selve maskinen. Fremtidige driftskostnader i form av økte avskrivningskostnader og serviceavtale er estimert til ca 2 mill kr pr år.

I alternativ 1 foreslås det også å sette av midler til utredninger ifm arealplanen.

CT i akuttmottaket og etablering av ACT teamene i psykisk helse vil til sammen koste ca 18 mill kr i 2018. Gradvis opptrapping av PSTH, ombyggingskostnader til sengeplasser i BUP og utredninger ifm arealplanen må tilpasses til en total kostnadsramme på 12 mill kr i 2018, slik at alternativ 1 til sammen ikke overstiger det avsatte beløpet i 2018 på 30 mill kr.

Tabell 4 Alternativ 2

| Alternativ 2 | | | 2018 | | | 2019 | | | 2020 | | | 2021 | | |
|---|--|-------------------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| Prioritert utviklingsområde | Forslag prioriteringer fra langtidsplanen | Antall enkelt-mål | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto |
| 1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling | 1. Etablering av hybridstuer | 7 | | | | | | | | | | | | |
| | 2. Genetisk mol. diagnostikk | 9 | | | | | | | | | | | | |
| | 3. Infeksjon | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | 4. Kreft – ombygging til behandlingsenhet (immunterapi ++) | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2. Psykisk helsevern og rusbehandling | 5. ACT team psykisk helse | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | 6. Barne- og ungdomspsykiatri – døgnplasser barn og unge | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 3. Prehospitaltjenester og mottaksmedisin | 7. Fremskyndet diagnostikk, CT i akuttmottak | 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4. Kroniske og sammensatte lidelser | 8. Pasientsentrerte helsetjenesteteam | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | 9. Indremedisinske behandlingsarealer | 3 | | | | | | | | | | | | |
| | SUM | | | | | | | | | | | | | |

Ombyggings- og investeringskostnader for begge punktene, ikke beregnet. Begrenset til 30 mill kr. Driftskostnader påfølgende år; avskrivninger, serviceavtaler utstyr og evt dyrere forbruksmateriel.



I alternativ 2 foreslås det å prioritere indremedisinske behandlingsarealer og vil medføre ombyggingskostnader som er en engangskostnad. I tillegg foreslås etablering av hybridstuer. Ingen av målene er kostnadsberegnet, begge er i stor grad ombygging og investering i utstyr. Satsingen må begrenses oppad til 30 mill kr som er beløpet avsatt til langtidsplan i 2018. Dette betyr at etablering av hybridstuer fortsatt må prioriteres fremover i en trinnvis opptrapping. Avskrivningskostnader, serviceavtaler og eventuelle endrede behov for forbruksmateriell-/operasjonsmateriell vil gi økonomiske belastninger i regnskapet i årene fremover. Dette er foreløpig ikke beregnet, men vil ligge langt under 30 mill kr. Det betyr at det vil være rom for satsinger også året etter uten eller med en mindre ny finansiering til langtidsplanen.

Tabell 5 Alternativ 3

| Alternativ 3 | | | 2018 | | | 2019 | | | 2020 | | | 2021 | | |
|---|---|-------------------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| Prioritert utviklingsområde | Forslag prioriteringer fra langtidsplanen | Antall enkelt mål | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto |
| 1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling | 1. Etablering av hybridstuer | 7 | | | | | | | | | | | | |
| | 2. Genetisk mol. diagnostikk | 9 | | | | | | | | | | | | |
| | 3. Infeksjon | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | 4. Kreft – ombygging til behandlingsenhet (immunterapi++) | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2. Psykisk helsevern og rusbehandling | 5. ACT team psykisk helse | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | 6. Barne- og ungdomspsykiatri – døgnplasser barn og unge | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 3. Prehospitaltjenester og mottaksmedisin | 7. Fremskyndet diagnostikk, CT i akuttmottak | 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4. Kroniske og sammensatte lidelser | 8. Pasientsentrerte helsetjenestetteam | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | 9. Indremedisinske behandlingsarealer | 3 | | | | | | | | | | | | |
| | SUM | | | | | | | | | | | | | |

I alternativ 3 foreslås det å starte på samtlige mål fra prioriteringslista. Dette innebærer at planlegging igangsettes og gradvis iverksettelse gjøres for de målene der dette er mulig. Unntaket er CT i akuttmottaket som er en enkeltinvestering som enten må gjøres eller ikke. I alternativet foreslås det derfor at CT i akuttmottaket fullføres, de øvrige målene igangsettes. Forslaget medfører at ferdigstilling av alle målene må gjøres i årene fremover i ulik takt, og forplikter foretaket i årene fremover.

Tabell 6 Alternativ 4

| Alternativ 4 | | | 2018 | | | 2019 | | | 2020 | | | 2021 | | |
|---|---|-------------------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| Prioritert utviklingsområde | Forslag prioriteringer fra langtidsplanen | Antall enkelt mål | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto |
| 1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling | 1. Etablering av hybridstuer | 7 | | | | | | | | | | | | |
| | 2. Genetisk mol. diagnostikk | 9 | | | | | | | | | | | | |
| | 3. Infeksjon | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | 4. Kreft – ombygging til behandlingsenhet (immunterapi++) | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2. Psykisk helsevern og rusbehandling | 5. ACT team psykisk helse | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | 6. Barne- og ungdomspsykiatri – døgnplasser barn og unge | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 3. Prehospitaltjenester og mottaksmedisin | 7. Fremskyndet diagnostikk, CT i akuttmottak | 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4. Kroniske og sammensatte lidelser | 8. Pasientsentrerte helsetjenestetteam | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | 9. Indremedisinske behandlingsarealer | 3 | | | | | | | | | | | | |
| | SUM | | | | | | | | | | | | | |

I alternativ 4 foreslås det å etablere pasientsentrerte helsetjenestetteam, ACT team psykisk helse/døgnplasser psykisk helse barn og unge, samt pasientsentrerte helsetjenestetteam. Begge tiltakene innen psykisk helse og rus er estimert til ca 10 mill kr i årlige driftskostnader. I tillegg kommer ombyggingskostnader ifm etablering av døgnplassene for barn og unge. Dersom dette tiltaket velges må ombyggingen skje i 2018, og driften starte fra og med 2019. Det forutsetter en ombyggingskostnad på 10 mill kr eller mindre. Ved opprettelse av ACT-team vil det sannsynligvis være en økonomisk gevinst fremover i tid på grunn av reduserte innleggelseser.



Eventuelle gevinster er foreløpig ikke konkretisert. Det er beregnet 12 mill kr i driftskostnader i 2018, økende til 17 mill kr påfølgende år for pasientsentrerte helsetjenestetteam. Også her vil det være potensial for økonomisk gevinst på grunn av reduserte innleggelses, men disse er ikke beregnet. Tilslutt foreslås ombygging av indremedisinske behandlingsarealer. Dette er ikke kostnadsberegnet. Årlige belastninger i driftsregnskapet vil være avskrivningskostnader.

Til sammen vil alternativet koste 27 mill kr årlig, pluss avskrivningskostnader. Eventuelle gevinstrealiseringer er ikke beregnet, men kommer til fratrukk på beløpet.

Tabell 7 Alternativ 5

| Alternativ 5 | | | 2018 | | | 2019 | | | 2020 | | | 2021 | | |
|---|--|-------------------|---|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| Prioritert utviklingsområde | Forslag prioriteringer fra langtidsplanen | Antall enkelt mål | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto | Kostn. | Øk gevinst | Netto |
| 1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling | 1. Etablering av hybridstuer | 7 | | | | | | | | | | | | |
| | 2. Genetisk mol. diagnostikk | 9 | | | | | | | | | | | | |
| | 3. Infeksjon | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | 4. Kreft – ombygging til behandlingssenheter (immunterapi++) | 1 | Etablering hybridstuer kan (og må) skje trinnvis pga store kostnader. Punkt 8 iverksettes, hybridstuer etableres begrenset til 30 mill kr til sammen. | | | | | | | | | | | |
| 2. Psykisk helsevern og rusbehandling | 5. ACT team psykisk helse | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | 6. Barne- og ungdomspsykiatri – døgnplasser barn og unge | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 3. Prehospitaltjenester og mottaksmedisin | 7. Fremskynet diagnostikk, CT i akuttmottak | 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4. Kroniske og sammensatte lidelser | 8. Pasientsentrerte helsetjenestetteam | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | 9. Indremedisinske behandlingsarealer | 3 | | | | | | | | | | | | |
| | SUM | | | | | | | | | | | | | |

I alternativ 5 foreslås pasientsentrerte helsetjenestetteam og etablering av hybridstuer. Det er beregnet 12 mill kr i driftskostnader i 2018, økende til 17 mill kr påfølgende år for pasientsentrerte helsetjenestetteam. Potensial for økonomisk gevinst på grunn av reduserte innleggelses er ikke beregnet. Etablering av hybridstuer er ombygging og investering i utstyr. Satsingen må begrenses oppad til 18 mill kr slik at totalbeløpet for alternativ 5 ikke overskrider det som er satt av til langtidsplan i 2018. Etablering av hybridstuer må fortsatt prioriteres fremover i en trinnvis opptrapping. Avskrivningskostnader, serviceavtaler og eventuelle endrede behov for forbruksmateriell-/operasjonsmateriell vil gi økonomiske belastninger i regnskapet i årene fremover. Dette er foreløpig ikke beregnet, men vil ligge langt under investeringskostnaden.

Alternativ 5 vil gi rom for nye satsinger i langtidsplanen for 2019. Beløpet avhenger av eventuelle gevinster ifm pasientsentrerte helsetjenestetteam og kostnadsnivå på avskrivninger, serviceavtaler og endret behov for forbruksmateriell ifm etablering av hybridstuer.

Satsninger i langtidsplanen fra og med 2019.

Alternativ 1-5 gir store forskjeller i hvor mye vi forplikter foretaket økonomisk utover 2018. Videre prioriteringer avhenger av hvor mye vi setter av til planen for årene fremover og hvor store økonomiske gevinster de ulike målene genererer. Flere av målene i den prioriterte lista er store satsinger som må gjøres trinnvis, og som betyr at de må prioriteres flere ganger/år. Andre mål kan krysses ut som etablert/ferdigstilt etter første gangs prioritering. Noen prioriteringer belaster regnskapet fast fremover, andre er engangskostnader som innebærer at midlene frigis til nye tiltak året etter.

Felles for alle målene som er samlet i de beskrevne ni prioriterte områdene som foreslås er mangelfull kostnadsberegning, varierende grad av beskrivelse av verdi (for pasient eller system),



og manglende gevinstrealiseringsplan. Dette må konkretiseres for samtlige mål i langtidsplanen. For de målene som vedtas iverksatt i 2018 må det utarbeides detaljert prosjektplaner inkludert planer for konkret gevinstrealisering. Ferdige prosjektplanene må foreligge før iverksettelse. Dersom disse ikke foreligger eller ikke har god nok kvalitet må iverksettelse av målet utsettes.

7. Videre arbeid

Det gjenstår fremdeles mye arbeid med langtidsplanen. Arbeidet fortsetter frem til første rullering av planen, i desember 2017.

- ✓ Klinikkene jobber videre med beskrivelse av målene utledet fra strategisk utviklingsplan til kvaliteten og detaljeringsgraden er god nok. Arbeidsgruppen opprettholdes og bistår klinikkene i det videre arbeidet. Det planlegges en workshop pr klinikk i løpet av våren, og ytterligere en tidlig høst.
- ✓ Arbeidsgruppen jobber parallelt med metodikk for gevinstrealisering, og lager forslag til opplæring i denne.
- ✓ Økonomisjef og overordnet investeringsgruppe i UNN jobber videre med komplett investeringsplan og avstemmer denne mot investeringsbehovene som er beskrevet i langtidsplanen.
- ✓ Arbeidsgruppen avstemmer arealbehovene beskrevet i langtidsplane med arealplanen som er planlagt ferdigstilt i juni.
- ✓ Langtidsplan 2019-2022 vedtas i styret i desember 2017.



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|---------------------------------|--|------------------------------|
| 29/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 29.3.2017 |
| Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen | | Saksbehandler: Hege Andersen |

Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) takker prosjektet *Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – utredning av kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik* for et omfattende og grundig arbeid. Styret legger prosjektrapporten, risiko- og mulighetsanalysen og høringsuttalelsene til grunn for sin anbefaling overfor styret i Helse Nord RHF.
2. Styret viser til at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet skal vektlegges, at løsningene som anbefales skal være bærekraftige, forutsigbare og stabile over tid, og at Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny spesialitetsstruktur for leger skal legges til grunn for anbefalingene.
3. Styret viser også til at det er planlagt byggestart for Nye UNN Narvik i 2019. Det er styrets ambisjon å skape et moderne og fremtidsrettet sykehus som sammen med UNN Harstad og UNN Tromsø sikrer en god spesialisthelsetjeneste for befolkningen i hele UNN-området og gode lokalsykehustilbud for befolkningen i Ofoten.
4. Styret anbefaler at fagområdet ortopedi styrkes og utvikles som hovedaktivitet innen kirurgisk døgnbehandling og som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet ved UNN Narvik. Det anbefales at tilgjengelighet til ortopedisk spesialistkompetanse utenom ordinær arbeidstid økes slik at vanlige ortopediske skader som hovedregel kan opereres lokalt innen 48 timer. Etablering av spesialisert døgnkontinuerlig vaktordning i ortopedi vurderes ikke å være nødvendig, men det anbefales likevel at Helse Nord RHF revurderer vedtaket i styresak 135-2011 *Elektiv ortopedi i Helse Nord – revidert funksjonsfordeling*.
5. Styret anbefaler at UNN Narvik skal være akutt sykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse samt traumefunksjon. Anbefalingen medfører at døgnvirksomheten i magetarmkirurgi (gastrokirurgi) opphører og at traumefunksjonen ivaretas slik denne er definert i nasjonal og regional traumeplan.
6. Styret anbefaler at urinveiskirurgi (urologi) videreføres hovedsakelig som et dagkirurgisk og poliklinisk tilbud og at mindre kirurgiske spesialiteter som øre-nese-hals

og eventuelt øye videreføres og/eller etableres som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet i den grad det er formålstjenlig.

7. Styret anbefaler at den kirurgiske vaktordningen baseres på spesialister i bløtdelskirurgiske fag (generell kirurgi, urologi og gastrokirurgi). Spørsmålet om hvorvidt spesialister i ortopedi også kan inngå i vaktordningen, anbefales vurdert nærmere når det foreligger endelige beslutninger om innholdet i de nye spesialistutdanningene.
8. Styret anbefaler at fødeavdelingen videreføres, under forutsetning av at det rekrutteres tre nye gynekologer. Gynekologi anbefales videreført som hovedsakelig dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet uavhengig av fremtidig status for fødeavdelingen.
9. Styret anbefaler at innføring av de største endringene som anbefalingene ovenfor medfører prosjektorganiseres som beskrevet i saken. Styret understreker at det haster å beskrive en tydelig profil på den dagkirurgiske virksomheten ved sykehuset fordi dette er nødvendig i forprosjektplanleggingen av nytt sykehus. Styret ber om å få seg forelagt en prosjektplan for innføringsprosjektet når endelige vedtak fra styret i Helse Nord RHF foreligger.

Bakgrunn

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015-2016)) 17.3.2016. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fulgte opp med foretaksmøte i Helse Nord RHF 4.5.2016, og det ble gitt oppdrag om å blant annet utrede organiseringen av kirurgisk akuttberedskap.

Styret i Helse Nord RHF's besluttet i sak 60-2016 *Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet med styrets endelige vedtak* videre oppfølging. I vedtaket ble adm. direktør bedt om å sørge for at Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) utreder organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved sykehusene i Lofoten og Narvik. Dette inkluderte utredning av elektiv kirurgi på de berørte fagområdene og fødetilbudet.

Det konkrete oppdraget til UNN ble gitt i [mandat av 5.7.2016](#) der UNN ble bedt om å utrede følgende alternative løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap:

- Et døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud (på nivå med dagens)
- Et døgnkontinuerlig akuttkirurgisk tilbud som minimum har vurderings- og stabiliseringskompetanse og kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi

Det er et grunnleggende premiss i mandatet at løsningene som foreslås skal ivareta faglig kvalitet og utvikling, pasientsikkerhet og økonomiske rammer.

Høsten 2016 oppsto det en offentlig debatt om UNN Narviks opptaksområde etter åpning av Hålogalandsbrua. Spørsmål knyttet til dette ble oppklart i en [presisering av mandatet](#) 11.1.2017. Denne slår fast at det skal etableres en hensiktsmessig og dynamisk funksjonsfordeling mellom sykehusene i UNN slik at disse til sammen dekker befolkningens behov. Akuttfunksjonene skal fordeles slik at pasientgrunnlag og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud. Grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonen skal ikke svekkes.

Formål

Formålet med saken er å vedta styrets anbefaling av løsninger for kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik. Anbefalingene skal oversendes Helse Nord RHF innen 1.4.2017 for endelige beslutninger.

Saksutredning

Prosjektorganisering

Administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) organiserte arbeidet som et prosjekt. Ekstern konsulent Odd Søreide ble etter en offentlig anskaffelse leid inn som prosjektleder. Prosjektsekretariatet har vært ledet av seniorrådgiver Hege Andersen ved direktørens stab. Arbeidet er gjennomført i henhold til direktoratets (HOD) veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

Det ble opprettet en prosjektgruppe med 13 medlemmer. Brukerutvalget, ansatte ved UNN Narvik, Harstad og Tromsø, kommunene, foretakstillitsvalgte og konsernverneombudet har vært representert i prosjektgruppen. Det er på bestilling fra prosjektet gjennomført omfattende analyser av aktiviteten ved UNN Narvik. Prosjektgruppen har gjennomført sju heldagsmøter. Prosjektleder overleverte [prosjektrapporten](#) til administrerende direktør 2.3.2017.

Det er i tillegg gjennomført en [risiko- og mulighetsanalyse](#) av de foreslåtte løsningene. Arbeidet med denne ble fasilitert av konsulentfirmaet EY Norge etter en minikonkurranse innen Helse Nord Nords rammeavtaleverk.

Prosjektrapporten og risiko- og mulighetsanalysen har vært på høring i perioden 3-16.3.2017, og det er gjennomført to høringskonferanser i Narvik. Høringsinnspillene er lagt ut på UNNs [nettsider](#).

Direktørens innstilling og styrets beslutningsgrunnlag består av prosjektrapporten, risiko- og mulighetsanalysen og høringen. Det foreligger i tillegg en ekstern kvalitetssikring av prosessen gjennomført av Deloitte. Denne vil i henhold til veilederen for arbeidet inngå i beslutningsgrunnlaget for styret i Helse Nord RHF.

Pasientstrømanalyser

Kirurgi og ortopedi

Pasientstrømanalysene viser at de kirurgiske fagområdene i 2015 sto for 39 % av døgnoppholdene, 63 % av dagoppholdene og 39 % av den polikliniske aktiviteten ved UNN Narvik. Ortopedi var mengdemessig den dominerende aktiviteten, særlig innen dagbehandling og poliklinikk.

Analysen viser videre at andelen kirurgiske ø-hjelp pasienter som blir operert er lav (15 %). Nesten halvparten av ø-hjelp operasjonene var ortopediske. De vanligste var hoftoperasjoner (27), endoskopiske mage- og tarmundersøkelser (22), blindtarmoperasjoner (21) og operasjoner på albue eller underarm (14). De fleste akuttoperasjoner (90 %) blir utført på dag- eller kveldstid. 15 pasienter ble operert på nattetid (etter kl. 22:30) i 2015.

Analysene illustrerer også at det er etablert en utstrakt arbeidsdeling mellom UNN-sykehusene. Som eksempler kan nevnes at 20 % av planlagte operasjoner og 36 % av ø-hjelp operasjoner for pasienter bosatt i det tradisjonelle opptaksområdet for UNN Narvik, ble utført ved UNN Narvik i 2015. Det betyr at om lag 80 % av behovet for planlagte operasjoner og over 60 % av behovet for ø-hjelp operasjoner for befolkningen i lokalsykehusområdet ivaretas ved andre sykehus, hovedsakelig UNN Tromsø.

Som eksempel på det motsatte kan nevnes at 26 % av pasienter som gjennomgikk planlagte dagkirurgiske operasjoner og nesten 30 % av pasienter med planlagte kirurgiske døgnopphold ved UNN Narvik i 2015, var bosatt i UNN Tromsøs tradisjonelle lokalsykehusområde.

Analysene viser også noe "lekkasje" av kirurgiske pasienter ut av UNN-området. Lekkasjen er størst innen ortopedi (leddproteser), der om lag 50 pasienter bosatt i UNN Narviks tradisjonelle opptaksområde får utført operasjoner utenfor Helse Nord hvert år.

Traumer

I ettårsperioden 1.6.2015 til 1.6.2016 ble det registrert 43 pasienter i skaderegisteret. Syv var alvorlig skadd. Fire av disse ble overflyttet til UNN Tromsø etter vurdering og stabilisering. Ingen ble operert akutt ved UNN Narvik.

Fødsler

Antall fødsler ved UNN Narvik var i gjennomsnitt 234 per år i perioden 2010-2015. Antall keisersnitt var 38 per år, hvorav om lag 2/3 (25 per år) var akutte. Det betyr at keisersnitt utføres sjeldnere enn en gang per uke, og at det gjøres omtrent to akutte keisersnitt per måned.

Tilgjengelighetsanalyser - ambulansetjenesten

85 % av befolkningen som har UNN Narvik som sitt nærmeste sykehus, når sykehuset med ambulanse innen 90 minutter. 99 % når sykehuset innen to timer. Analysene viser også at store deler av befolkningen i Tysfjord og Ballangen har over to timer transporttid med ambulanse til UNN Harstad og over fire timer til UNN Tromsø.

Utredningen viser videre at tilgangen på helikopter etter etablering av Evenes-basen er svært god fra april til oktober. Avvisninger på grunn av kapasitets- eller samtidighetskonflikter forekommer nesten ikke. I månedene november til mars kanselleres imidlertid opp til 50 % av oppdragene på grunn av værforholdene.

Spesialitetsstruktur og kompetanse

Helse Nord RHF har avklart med HOD at den foreslåtte spesialitetsstrukturen som er på høring, skal legges til grunn for løsningsforslagene. Det medfører at oppdraget er å planlegge for en fremtid der spesialister i generell kirurgi gradvis ikke lenger er tilgjengelige. Det er forutsatt at magetarmkirurgi (gastrokirurgi), urinveiskirurgi (urologi) og ortopedisk kirurgi (ortopedi) blir egne hovedspesialiteter.

Begrepet vurderings- og stabiliseringskompetanse er ikke definert av helsemyndighetene. Prosjektet har utredet mulige definisjoner av dette, og anbefalt at slik kompetanse må bygge på del 2 i den nye spesialistutdanningen, supplert med kurs (ATLS, BEST, nødkirurgisk prosedyrekurs). Det er ikke avklart om spesialister i ortopedi kan inneha slik kompetanse som strekker seg ut over egen spesialitet.

Forholdet til nasjonal traumeplan

Nasjonal traumeplan stiller krav til sykehus som skal behandle pasienter med alvorlige skader. Disse sykehusene er definert som akutt sykehus med traumefunksjon. Planen stiller blant annet krav om at teamleder kirurgi skal ha over fire års erfaring, og om jevnlig deltakelse i kurs som nevnt ovenfor. Siste revisjon av planen (2016) tar ikke hensyn til endringene i spesialitetsstruktur. Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi opplyser at dette vil bli gjort i revisjoner når den nye strukturen er besluttet.

Anbefalinger fra prosjektgruppen

Prosjektgruppen var omforent om faktabeskrivelsen i rapporten og om store deler av løsningsforslagene. På noen områder delte gruppen seg i et flertall på ni og et mindretall på fire medlemmer.

Kirurgi

Ortopedi

Prosjektgruppen anbefaler utvikling og styrking av ortopedi, både som døgn-, dag- og poliklinisk aktivitet. Bakgrunnen er den omfattende aktiviteten som pasientstrømanalysene viser, unngåelse av unødvendig transport, potensialet for å redusere ”lekkasje” av pasienter ut av UNN-området og økende behov etter hvert som befolkningen blir eldre.

Magetarmkirurgi

Gruppen anbefaler at det dagkirurgiske tilbudet innen magetarmkirurgi styrkes. Flertallet anbefaler at virksomheten videreføres som døgnaktivitet med mulighet for innleggelse av pasienter og gjennomføring av ø-hjelp operasjoner. Mindretallet anbefaler at døgnaktiviteten opphører. Begrunnelsen er at deler av døgnaktiviteten (for eksempel galleblæreoperasjoner) kan overføres til dagkirurgi, at volumet på ø-hjelpkirurgien er så lavt at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet taler for å samle denne på færre sykehus og at det ikke er realistisk å etablere ei spesialisert gastrokirurgisk vaktlinje når den nye spesialitetsstrukturen er implementert.

Urinveiskirurgi

Gruppen anbefaler at urinveiskirurgien videreføres, hovedsakelig som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet. Behovet er vurdert å øke når befolkningen blir eldre.

Andre kirurgiske spesialiteter

Prosjektgruppen anbefaler at mindre kirurgiske spesialiteter videreføres og/eller etableres som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet i den grad det er formålstjenlig. Dette vil særlig være aktuelt for øre-nese-hals, øye og eventuelt plastikkirurgi.

Traumemottak og skadepoliklinikk

Gruppen anbefaler at UNN Narvik skal være akuttstusykehus med traumefunksjon slik dette er definert i nasjonal og regional traumeplan. Det anbefales videre å utrede oppretting av en skadepoliklinikk i forbindelse med planleggingen av nytt sykehus. Denne vil i hovedsak være rettet inn mot pasienter med mindre alvorlige ortopediske skader.

Vaktordninger

Gruppen anbefaler at spesialistbemanningen tar utgangspunkt i dagaktiviteten ved sykehuset slik denne er beskrevet ovenfor. Det betyr at den kirurgiske overlegebemanningen vil være en blanding av hovedsakelig spesialister i ortopedi, gastrokirurgi og urologi. Sykehuset vil i en overgangsfase etter omleggingen av spesialistutdanningen også ha tilgang på noen spesialister i generell kirurgi. Prosjektgruppen anbefaler at den kirurgiske bakvaktordningen baseres på spesialister i bløtdelskirurgiske fag (generell kirurgi, urologi og gastrokirurgi). En slik ordning vil også oppfylle kompetansekravene i nasjonal traumeplan.

Gruppen anbefaler at spesialistkompetanse i ortopedi gjøres tilgjengelig i større grad enn i dag. Mindretallet har vurdert om spesialister i ortopedi kan inngå i en felles kirurgisk bakvaktordning, men dette er det ikke enighet om. Det er uklart om ortopedene vil kunne oppfylle kompetansekravene i nasjonal traumeplan. Flertallet anbefaler gjeninnføring av en egen ortopedisk vaktlinje, forslagsvis til kl. 21:00 hverdager og tre timer aktiv vakt på dagtid i helgene. Dette krever at vedtaket i Helse Nord RHF's styresak 135-2011 *Elektiv ortopedi i Helse Nord – revidert funksjonsfordeling* vurderes på nytt.

Gynekologi og fødselsomsorg

Fødeavdelingen

Prosjektgruppen anbefaler å videreføre fødeavdelingen, men viser til at Helse Nord RHF og Helsedirektoratet sine krav til bemanning ikke er oppfylt, hovedsakelig på grunn av utstrakt bruk av vikarer i gynekologstillingene. Det anbefales derfor et målrettet arbeid med å rekruttere tre nye gynekologer så raskt som mulig. Det er enighet om at alternativene, blant annet jordmorstyrt fødestue, må utredes hvis rekrutteringen ikke lykkes. Mindretallet anbefaler at det settes en absolutt tidsfrist på 12 måneder for dette.

Gynekologi

Gruppen anbefaler at gynekologi videreføres, hovedsakelig som en poliklinisk og dagkirurgisk aktivitet, uavhengig av om sykehuset skal ha fødeavdeling eller ikke.

Risiko- og mulighetsanalysen

Kirurgisk akuttberedskap

Analysen viser at det er høy risiko forbundet med å forsøke å videreføre det nåværende generelle akuttkirurgiske tilbudet. I dette alternativet er det risiko for at kvalitet og pasientsikkerhet innen gastrokirurgi blir negativt påvirket som følge av at nye metoder ikke blir innarbeidet grunnet lavt pasientvolum. Det foreligger høy sannsynlighet for at sykehuset vil mangle kompetanse og mengdetrening innen akutt gastrokirurgi, og konsekvensene av dette er vurdert som alvorlig til svært alvorlig.

Alternativet med kirurgisk vurderings- og stabiliseringsfunksjon uten gastrokirurgisk døgnaktivitet er vurdert å ha moderat risiko. Den eneste risikoen i dette alternativet som er knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet, er risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet som følge av lengre transportvei. Både sannsynlighet for og konsekvensene av denne risikoen er vurdert som moderat.

Elektiv kirurgisk virksomhet

Samtlige risikoer knyttet til videreføring og utvikling av det elektive kirurgiske tilbudet er knyttet til andre forhold enn pasientsikkerhet og kvalitet i tilbudene.

Fødetilbudet

Risikoen ved en videreføring av fødeavdelingen er knyttet til rekrutteringsutfordringene. Risikoen for svikt i pasientsikkerheten eller kvaliteten i tilbudet som følge av få keisersnitt er også identifisert, men vurdert som lav. Risikoen knyttet til en jordmorstyrt fødestue er vurdert som høy, men samtlige vurderte risikoer ved dette alternativet er knyttet til andre forhold enn pasientsikkerhet og kvalitet.

Høringen

Det kom inn 31 skriftlige høringsinnspill som grovt fordeler seg i tre kategorier:

1. Uttalelser som støtter anbefalingene fra flertallet i prosjektgruppen
Det er klart flest uttalelser i denne kategorien. Mange er kritiske til forutsetningene i mandatet. Det vises til at den nye spesialitetsstrukturen ikke er besluttet, og fremmes kritikk mot at det foreliggende forslaget skal legges til grunn. Det foreslås å legge avstand til nærmeste sykehus til grunn som hovedkriterium for arbeidsdelingen mellom sykehusene i akutfunksjonene. Flere uttalelser i denne kategorien vektlegger også andre forhold enn pasientsikkerhet og kvalitet. Eksempler er opplevd trygghet, hensynet til utdanningsfunksjoner ved UiT Narvik, sykehusets betydning for rekruttering til næringslivet og hensynet til næringsutvikling og lokale arbeidsplasser. Uttalelsene gir i liten grad konkrete råd om hvordan vaktordninger og arbeidsdeling kan organiseres, ut over ønsker om å videreføre dagens løsninger.
2. Høringsinstanser som støtter mindretallets anbefaling
Det er noen få uttalelser fra ledere og tillitsvalgte ved UNN Tromsø og UNN Harstad i denne kategorien. Disse aksepterer i større grad mandatets forutsetninger, og argumenter hovedsakelig ut fra pasientsikkerhet, kvalitet og forhold knyttet til den samlede kapasiteten for spesialistutdanning i foretaket.
3. Høringsinstanser som ikke tar direkte stilling til anbefalingene
Disse fokuserer på framtidige utfordringer med hensyn til rekruttering, utdanning, kapasitet og volum, uavhengig av hvilken anbefaling som legges til grunn, og gir få råd om konkrete løsninger.

Høringskonferansene befestet inntrykket fra de skriftlige høringsinnspillene, og bidro i tillegg til økt innsikt i og forståelse av ulike interessenters syn i saken.

Medvirkning

Saken var forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, Brukerutvalgets arbeidsutvalg og Arbeidsmiljøutvalget i egne møter 13. og 14.3.2017. For øvrig vises det til avsnittet om høringer. Protokoller fra møtene behandles som egne referatsaker under styremøtet 28.-29.3.2017.

Ansattes representanter og vernetjenesten ønsket å vektlegge de faglige argumenter knyttet til flertallsalternativet i saken, både på føde og kirurgi, og oppfordret direktøren å innstille i tråd med dette alternativet.

Brukerutvalget var opptatt av å vektlegge pasientsikkerhet sterkest ved valg av alternativ, og støttet innspillene fra brukerrepresentantene som var gitt underveis i prosessen.

Arbeidsmiljøutvalget vektla arbeidsmiljøperspektivet i saken, og henstilte til at det må lages en plan for ivaretagelse av arbeidsmiljøet ved UNN Narvik, uavhengig av hvilket alternativ som blir valgt.

Samtlige møter sluttet seg til at direktøren avslutter saken samt forelegger den til styrets behandling med bakgrunn i innspillene gitt i de respektive møtene.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at det er gjennomført ei grundig utredning som vurderes å utgjøre et godt grunnlag for anbefalingene som UNN-styret skal vedta. Det vurderes som spesielt positivt at det i prosjektgruppen i hovedsak er etablert enighet om faktagrunnlaget.

Det har vært krevende å forholde seg til at den nye spesialitetsstrukturen for leger ikke er endelig besluttet, både i prosjektgruppen, drøftingsmøtet med de ansattes organisasjoner og høringsmøtene. Avklaringene med HOD rundt dette i prosessens slutfase har derfor vært viktig.

Det har også vært krevende å forholde seg til at begrepet vurderings- og stabiliseringskompetanse ikke er definert fra sentrale helsemyndigheter. Direktøren oppfatter at dette er håndtert så godt som mulig gjennom prosjektarbeidet.

Forutsetninger

Nasjonal helse- og sykehusplan

Det understrekes at saken er en konkret oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Direktøren legger derfor til grunn at vurderingene i saken må ta utgangspunkt utfordringene planen har som mål å løse: Befolkningen blir eldre og forekomsten av sykdom ved aldring øker. Bosetningsmønsteret endrer seg. Teknologikutviklingen gjør at de kirurgiske fagene er i rask endring. Antall ungdommer øker ikke og det forventes derfor mangel på kvalifiserte helsearbeidere. Videreføring av dagens løsninger er derfor ikke et alternativ. Sykehusenes funksjoner og arbeidsdelingen mellom sykehusene må endres.

Helse Nord RHF har besluttet at UNN Narvik skal være akutt sykehus med traumefunksjon. Det betyr at sykehuset minimum skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, og beredskap for kirurgisk vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Den kirurgiske beredskapen må oppfylle kravene i nasjonal traumeplan.

Det er gitt klare føringer om at mer av den elektive kirurgien skal flyttes til akuttsykehusene, og om at sykehusene skal fungere i team. Det er i en presisering av mandatet tydeliggjort at de tre sykehusene i UNN er et slikt team, og til sammen skal dekke befolkningens behov for både akuttfunksjoner og planlagt behandling, uten at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonen svekkes. Direktøren vurderer det siste som et vesentlig premiss. UNN Tromsø er et lite regionsykehus og et relativt lite lokalsykehus. Region- og universitetssykehusfunksjonen hviler derfor i stor grad på aktiviteten i lokalsykehusfunksjonen.

Pasientsikkerhet og kvalitet

Det er en tydelig forutsetning at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet skal vektlegges i vurderingen av løsningsforslagene. Høringsuttalelsene viser at faglige vurderinger av pasientsikkerhet og kvalitet til dels kommer i konflikt med andre og mer overordnede samfunnsmessige forhold, som for eksempel hensynet til lokale arbeidsplasser og næringsutvikling. Direktøren ser det som et mål å foreslå best mulig balanserte løsninger, men oppfatter at pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen skal vektes tyngst når motstridende hensyn ikke lar seg forene.

Bærekraftige og stabile løsninger

Det er videre en klar føring at løsningene skal være bærekraftige og stabile over tid, ikke bare av hensyn til pasientsikkerhet og kvalitet, men også fordi forutsigbarhet er viktig for rekruttering og de ansattes arbeidsmiljø. Direktøren tolker kravene til bærekraft og stabilitet i et fem til 10-års perspektiv, og understreker at kravene til pasientsikkerhet og kvalitet er de samme til enhver tid, også i ferie- og høytidsperioder. Dette har betydelige konsekvenser for vurderingen av de foreslåtte løsningene.

Det er til slutt en klar forutsetning, som nylig er bekreftet fra HOD, at løsningsforslagene skal legge forslaget til ny spesialitetsstruktur for leger til grunn. Spesialiteten generell kirurgi opphører og det skal planlegges for dette.

Kirurgi

Styrking av ortopedi

Direktøren mener at anbefalingen om å styrke ortopedi er godt begrunnet, og anbefaler at ortopedien utvikles som hovedaktivitet innen kirurgisk døgnbehandling og som en dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet. Dette må medføre ansettelse av ortopeder, bedre integrering mot den øvrige ortopediske virksomheten i UNN, og økt tilgjengelighet til ortopedisk spesialistkompetanse utenom ordinær arbeidstid.

Omlegging av gastrokirurgi til dag- og poliklinisk tilbud

Forslaget om å avvikle gastrokirurgi som døgnaktivitet er kontroversielt. Direktøren deler vurderingene fra mindretallet i prosjektgruppen, som vektlegger at mye av den planlagte døgnvirksomhet kan håndteres som dagkirurgi, at volumet på ø-hjelp operasjoner er lavt og at endringene i spesialitetsstrukturen taler for en omlegging. I høringsmøter er det erkjent at det ikke er realistisk å etablere en egen gastrokirurgisk vaktlinje bemannet med fem til seks spesialister. Det synes også å være enighet om at urologer kan delta i en felles bløtkirurgisk vaktordning. Videreføring av gastrokirurgi som døgnaktivitet krever i en slik løsning at vakthavende spesialist fortløpende må kunne vurdere hvilke pasienter vedkommende har kompetanse til å operere selv, og hvilke som må sendes videre.

Direktøren vurderer ikke en slik personavhengig ordning som stabil og forutsigbar, og mener at sykehusets akuttfunksjon må være den samme til enhver tid. Ut fra dette finner direktøren at forslaget om å avvikle gastrokirurgi som døgnaktivitet er det som er realistisk å gjennomføre og som best ivaretar hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet. Det vises i denne sammenhengen også til risikovurderingen, som tydelig trekker i retning av samme konklusjon.

Urologi og andre kirurgiske fag

Når det gjelder urinveiskirurgi og andre kirurgiske fag, som for eksempel øre-nese-hals, støtter direktøren prosjektgruppens anbefalinger.

Økning av dagkirurgisk aktivitet

Framskrivninger viser at behovet for dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet øker på samtlige av de vurderte områdene, mest innen ortopedi og urologi. Det er samtidig vedvarende kapasitetsutfordringer særlig innen dagkirurgi ved UNN Tromsø og UNN Harstad. Direktøren deler derfor prosjektgruppens anbefaling om å øke den dagkirurgiske aktiviteten.

Det vurderes å være en svakhet at det ikke er konkret utredet for hvor stor økningen skal være, hvilke inngrep kapasiteten skal økes for, hvordan arbeidsdelingen innen dagkirurgi mellom UNN-sykehusene skal være og hvordan legenes spesialistutdanning skal ivaretas.

Akuttsykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse samt traumefunksjon – konsekvenser for kirurgisk vaktordning

Konsekvensen av disse vurderingene er at direktøren anbefaler at UNN Narvik i fremtiden skal være akuttsykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse samt kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi. Sykehuset skal oppfylle kravene til akuttsykehus med traumefunksjon. Direktøren deler prosjektgruppens oppfatning om at en kirurgiske bakvaktordning basert på spesialister i bløtdelskirurgiske fag (generell kirurgi, urologi og gastrokirurgi) oppfyller kompetansekravene i nasjonal traumeplan. Forutsetningen er regelmessig deltakelse på obligatoriske kurs som ATLS, BEST og nødkirurgisk prosedyrekurs, samt teamtrening og andre tiltak som traumeplanen stiller krav om. Det vil være et lederansvar å sikre at disse kravene oppfylles.

Prosjektgruppens mindretall har vurdert om også spesialister i ortopedi vil kunne tilegne seg nødvendig kompetanse for å inngå i en felles vaktordning. Direktøren forstår intensjonen bak dette, men er usikker på om dette vil være gjennomførbart innenfor foreslått spesialitetsstruktur. Det anbefales derfor at denne vurderingen slutføres når den nye spesialitetsstrukturen er endelig avklart.

Uavhengig av dette deler direktøren vurderingen om at ortopedisk spesialistkompetanse i større grad må gjøres tilgjengelig utenom ordinær arbeidstid. Det vurderes imidlertid ikke å foreligge behov for en egen ortopedisk vaktlinje. Målet må være at vanlige ortopediske skader, som for eksempel lårhalsbrudd, skal opereres lokalt av spesialist i ortopedi. Det er et nasjonalt kvalitetskrav at slike skader skal behandles innen 48 timer. Direktøren mener at dette kan ivaretas innenfor en arbeidsplan som strekker seg noe utover kvelden, og inneholder noe planlagt arbeidstid i helgene. Denne funksjonen kan sannsynligvis kombineres med en skadestuefunksjon. Direktøren støtter anbefalingen om at skadestuefunksjonen utredes videre i nybyggprosjektet.

Gynekologi og fødselsomsorg

Fødeavdeling eller jordmorstyrt fødestue?

Direktøren støtter prosjektgruppens anbefaling om å videreføre fødeavdelingen, under forutsetning av at det rekrutteres tre nye gynekologer innen rimelig tid. Det er samtidig en fortløpende og alvorlig bekymring knyttet til at Helsedirektoratets og Helse Nord RHF's krav til stabilitet i gynekologbemanningen ikke er oppfylt. Klinikksjefen anbefaler i sin høringsuttalelse at fødeavdelingen umiddelbart gjøres om til jordmorstyrt fødestue.

Flere av høringsuttalelsene anbefaler at rekrutteringsforsøket må forankres lokalt. Direktøren støtter dette, og ser det som en forutsetning at det er mulig å rekruttere innenfor rammen av lønns- og arbeidsvilkår som ellers er vanlige i UNN. Forsvarligheten må parallelt med rekrutteringsarbeidet vurderes fortløpende.

For alternativet jordmorstyrt fødestue identifiserte risiko- og mulighetsstudien høy risiko for at kommunen blir mindre attraktiv for tilflytting, at lengre transportvei medfører lavere pasienttilfredshet og trygghet, at få kvinner ønsker å benytte seg av tilbudet og at det ikke lykkes å rekruttere jordmødre. Direktøren bemerker at dette stemmer ikke med UNN's egen erfaring med driften av den jordmorstyrte fødestuen på Finnsnes.

Direktøren deler prosjektgruppens anbefaling om at det uavhengig av fødetilbudet er behov for å videreføre et dagkirurgisk og poliklinisk tilbud innen gynekologi.

Konsekvenser for helheten i UNN

Til sammen vil forslagene som fremmes i denne saken ha konsekvenser for blant annet arbeidsdeling mellom sykehusene, samlet kapasitetsutnyttelse, legers spesialistutdanning, og behov for øvrig personell i hele foretaket. Disse forholdene er ikke fullstendig utredet i det foreliggende arbeidet.

Den nåværende driftssituasjonen ved sengeposten i UNN Narvik er utfordrende. Forslaget om å avvikle gastrokirurgi som døgnaktivitet vil redusere belastningen på sengeposten, mens forslaget om å øke satsingen på ortopedisk døgnbehandling medfører nye oppgaver for sengeposten. Organiseringen og dimensjoneringen av sengeposten må vurderes i lys av blant annet dette.

Det er generelt direktørens vurdering at konsekvensene av anbefalingene i hovedsak vil være positive idet endringene i sum øker kapasiteten for planlagt kirurgi, reduserer "lekkasjen" av pasienter ut av lokalsykehusområdet, binder opp mindre personell i beredskapsordninger og legger til rette for en helhetlig tilnærming til felles spesialistutdanning i foretaket.

Forslagene forventes å øke inntektene fra innsatsstyrt finansiering ved økt aktivitet uten at kostnadene øker tilsvarende, og vurderes dermed å være håndterbare innenfor de gitte økonomiske rammene. Forslagene bygger i hovedsak på videreføring av dagens ressursramme og antall stillinger og medfører ikke nedbemanning.

Videre arbeid

Etter endelig beslutning i denne saken i styret i Helse Nord RHF, kommer UNN til å få i oppdrag å revidere Strategisk utviklingsplan slik at denne er tilpasset endringene som besluttes.

Anbefalingene om å trappe opp den ortopediske aktiviteten og om å legge om den gastrokirurgiske aktiviteten til dagtilbud er store endringer. Det må for eksempel utvikles en tydelig felles ledelse og styring av den samlede kapasiteten for ortopedi i Narvik, Harstad og

Tromsø, og etableres en plan for hvordan spesialistutdanningen skal ivaretas helhetlig i foretaket.

Hvis endringene som anbefales i denne saken blir vedtatt, så vil det bli behov for en kompleks koordinering på tvers av klinikkene. Direktøren anbefaler derfor at det opprettes et eget innføringsprosjekt når styret i Helse Nord RHF har gjort endelige vedtak i saken. Arbeidet med å rekruttere gynekologer vil også være krevende. Dette anbefales forankret lokalt, slik flere av høringsuttalelsene har anbefalt, men må koordineres med det klinikkovergrepene innføringsprosjektet.

Det er vesentlig å skape bærekraftige løsninger som er forutsigbare og stabile over tid. Dette gjelder ikke bare for akuttfunksjonene og fødetilbudet, men like mye for sykehusets planlagte kirurgiske virksomhet. Det siste vurderes å være en vesentlig forutsetning for å lykkes med rekruttering av legespesialister, spesialsykepleiere og annet nøkkelpersonell. Det blir derfor avgjørende at innføringsprosjektet lykkes med å konkretisere ambisjonsnivået for innholdet i disse tilbudene i det nye sykehuset. Denne konkretiseringen må skje allerede i løpet av høsten 2017 av hensyn til koordinering med forprosjektet for nytt sykehus.

Arbeidet i innføringsprosjektet må koordineres med revisjonen av utviklingsplanen.

Konklusjon

Oppdraget om å utrede kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik har vært krevende. Funksjonene som har vært under vurdering er av største betydning for befolkningens helsetilbud og opplevelsen av trygghet. Byggingen av Nye UNN Narvik skal starte i 2019, og det er avgjørende å utvikle et driftskonsept og en ambisjon for tilbudene ved sykehuset som er fremtidsrettet og kan bidra til rekruttering og stabilitet. Direktøren mener at løsningene som anbefales i denne saken legger til rette for det.

Tromsø, 22.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapport fra prosjektgruppe: Utredning av Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik (Odd Søreide 2.3.2017)
2. Risiko- og mulighetsanalyse (Ernst&Young 2.3.2017)

Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Utredning av Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik

Rapport fra prosjektgruppe UNN HF

2.mars 2017

Innhold

| | |
|---|----|
| Innhold | 1 |
| 1. Sammendrag og anbefalinger | 5 |
| 1.1. Innledning..... | 5 |
| 1.2. Oppdraget..... | 5 |
| 1.3. Nåsituasjonen ved UNN Narvik | 6 |
| 1.4. Nasjonalt erfaringsgrunnlag | 8 |
| 1.5. Utdfordringer for UNN og UNN Narvik..... | 8 |
| 1.6. Anbefalinger | 9 |
| 1.6.1. Fødeavdelingen ved UNN Narvik videreføres- to alternative anbefalinger | 9 |
| 1.6.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik- to alternative anbefalinger | 11 |
| 2. Bakgrunn..... | 13 |
| 2.1. Mandat og mål for prosjektet | 13 |
| 2.1.1. Prosjektdirektiv og forståelse av mandatet | 13 |
| 2.2. Prosjektorganisering..... | 14 |
| 2.3. Nasjonal helse- og sykehusplan og Stortingets behandling | 16 |
| 2.3.1. Sentrale føringer..... | 16 |
| 2.3.2. Sykehus og sykehusbegrepet – nasjonale og regionale avklaringer | 18 |
| 2.3.3. Nasjonale og regionale føringer for utviklingen av pasienttilbudet..... | 21 |
| 2.4. Prosjektgjennomføring; åpenhet, medvirkning, involvering..... | 22 |
| 2.4.1. Kommunikasjon, informasjon og medvirkning..... | 23 |

| | |
|---|----|
| 3. Nå-situasjonen –kirurgifagene og føde/gynekologi | 24 |
| 3.1. Tilbudet ved UNN HF | 24 |
| 3.1.1. Organiseringen ved UNN HF – organisasjonskart og klinikkstruktur, driftsrådet mv | 24 |
| 3.1.2. Hovedtrekk i tjenestetilbud..... | 26 |
| 3.1.3. Strategisk utviklingsplan UNN HF | 26 |
| 3.2. Aktivitet ved UNN Narvik og bruken av spesialisthelsetjenester i kommunene..... | 27 |
| 3.2.1. Bruken av spesialisthelsetjenester – sykehusperspektivet og befolkningsperspektivet | 27 |
| 3.2.2. Aktivitet ved UNN Narvik- datagrunnlag..... | 27 |
| 3.2.3. Aktivitet innen kirurgi, gynekologi og føde. | 29 |
| 3.2.4. Fødsler, opphold for fødsler | 32 |
| 3.3. Skader (traumer) ved UNN Narvik..... | 33 |
| 3.3.1. Traumesystem UNN HF og ved UNN Narvik..... | 33 |
| 3.3.2. Skader og alvorlige traumer ved UNN Narvik | 37 |
| 3.4. Kommune og primærhelsetjeneste – legevaktfunksjonen. Beredskapsplaner | 39 |
| 3.5. Prehospitale tjenester – den akuttmedisinske kjeden..... | 39 |
| 3.6. Tilgjengelighet og transporttider. Veg-stengning. | 43 |
| 3.7. Kvalitet og pasientsikkerhet –nasjonale kvalitetsdata..... | 46 |
| 4. Nasjonalt erfaringsgrunnlag | 51 |
| 4.1. Utfordringer for lokalsykehusene (akuttsykehusene) – begreper | 51 |
| 4.2. Hovedtrekk i driftsform ved norske sykehus..... | 54 |
| 4.2.1. Hovedtrekk – Samdata 2015 | 54 |
| 4.2.2. Erfaringer fra andre mindre sykehus og helseforetak..... | 55 |
| 4.3. Kirurgi/kirurgifagene, føde/obstetikk og gynekologi..... | 59 |
| 4.3.1. Kirurgi og kirurgifagene – utviklingstrekk..... | 59 |
| 4.3.2. Utviklingstrekk innen spesialiteten Fødselshjelp og kvinnesykdommer (gynekologi og obstetikk) | 61 |
| 4.3.3. Endringer i spesialiststruktur og i spesialistutdanning. Sårbare spesialiteter..... | 63 |
| 4.3.4. E-helse og teknologiske muligheter | 67 |
| 5. Sentrale utfordringer for UNN HF og UNN Narvik..... | 69 |
| 5.1. Befolkningsutviklingen i UNN HF og i kommunene rundt UNN Narvik..... | 69 |
| 5.2. Fremtidig behov for spesialisthelsetjeneste innen kirurgiske sykdommer/ fag | 70 |
| - befolkningsunderlag..... | 70 |
| 5.3. Lokalsykehusenes (akuttsykehusenes) som viktig brikke i et større system - oppgavedeling og samarbeid..... | 75 |
| 5.4. Kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse | 77 |
| 5.5. Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer (beholde personell) – framtidig behov for kompetansevedlikehold | 81 |

| | |
|--|-----|
| 6. Aktivitetsinnhold og profil ved UNN Narvik – vurderinger og anbefaling fra prosjektleder..... | 84 |
| 6.1. Innledning..... | 84 |
| 6.2. Avklarende premisser..... | 84 |
| 6.2.1. Strategisk utviklingsplan UNN HF..... | 84 |
| 6.2.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik..... | 85 |
| 6.2.3. Spesialisthelsetjeneste og kirurgisk spesialisering..... | 86 |
| 6.2.4. Andre føringer og avgrensninger..... | 87 |
| 6.3. De kirurgiske fagområdene..... | 87 |
| 6.3.1. Døgnbehandling (innleggelser)..... | 87 |
| 6.3.2. Dagkirurgi..... | 91 |
| 6.3.3. Poliklinikk..... | 92 |
| 6.3.4. Traumemottak..... | 92 |
| 6.3.5. Skadepoliklinikk..... | 93 |
| 6.4 Føde og gynekologi..... | 93 |
| 6.4.1. Fødetilbudet..... | 93 |
| 6.4.2. Kvinnesykdommer (gynekologi)..... | 101 |
| 6.5 Annet – hotellsenger og observasjonssenger..... | 102 |
| 6.6. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved sykehuset..... | 102 |
| 6.6.1. Konsekvenser for indremedisin..... | 103 |
| 6.6.2. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved UNN Narvik og for andre sykehus i foretaket..... | 103 |
| 6.6.3. Konsekvenser for prehospitaltjenester og ambulanse (land- og luftbasert)...... | 103 |
| 7. Aktivitetsinnhold og profil ved UNN Narvik – vurderinger og anbefaling fra prosjektgruppens flertall..... | 105 |
| 7.1. Innledning..... | 105 |
| 7.2. Avklarende premisser..... | 105 |
| 7.2.1. Strategisk utviklingsplan UNN HF..... | 105 |
| 7.2.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik..... | 106 |
| 7.2.3. Spesialisthelsetjeneste og kirurgisk spesialisering..... | 107 |
| 7.2.4. Andre føringer og avgrensninger..... | 108 |
| 7.3. De kirurgiske fagområdene..... | 109 |
| 7.3.1. Døgnbehandling (innleggelser)..... | 109 |
| 7.3.2. Dagkirurgi..... | 112 |
| 7.3.3. Poliklinikk..... | 113 |
| 7.3.4. Traumemottak..... | 114 |
| 7.3.5. Skadepoliklinikk..... | 115 |

| | |
|--|-----|
| 7.4 Føde og gynekologi..... | 115 |
| 7.4.1. Fødeavdelingen ved UNN Narvik videreføres | 116 |
| 7.4.2 Gynekologi..... | 117 |
| 7.5 Annet – hotellsenger og observasjonssenger | 117 |
| 7.6. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved sykehuset | 117 |
| 7.6.1. Konsekvenser for indremedisin..... | 117 |
| 7.6.2. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved UNN Narvik og for andre sykehus i foretaket..... | 118 |
| 7.6.3. Konsekvenser for prehospitaltjenester og ambulanse (land- og luftbasert) | 118 |
| 7.7. Samfunnsperspektivet..... | 118 |
| 8. Prosjektgruppens vurderinger og anbefalinger | 120 |
| 8.1. Fødeavdelingen ved UNN Narvik videreføres- to alternative anbefalinger | 120 |
| 8.1.1. Anbefaling, alternativ A (jf. kap. 6)..... | 120 |
| 8.1.2. Anbefaling, alternativ B (jf. kap. 7)..... | 121 |
| 8.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik- to alternative anbefalinger | 122 |
| 8.2.1. Anbefaling, alternativ A (jf. kap 6)..... | 122 |
| 8.2.2. Anbefaling, alternativ B (jf. kap 7)..... | 123 |
| 9. Vedlegg | 125 |
| 9.1. Innspill fra prosjektgruppemedlem Bengt-Ole Larsen (konserneombud) | 125 |
| 9.2. Øvrige vedlegg..... | 126 |

1. Sammendrag og anbefalinger

1.1. Innledning

Dette kapitlet utgjør et sammendrag av hvert av utredningens kapitler (med tilsvarende nummerering av tabeller mv). Kapittel 1.6 redegjør for utvalgets anbefalinger i kortversjon.

1.2. Oppdraget

UNN HF fikk i [mandat av 5.07.2016](#) i oppdrag fra Helse Nord RHF å utrede innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, fødetilbudet og elektiv kirurgi ved UNN Narvik. Dette som oppfølging av [Nasjonal helse- og sykehusplan \(Meld St. 11 \(2015-2016\)\)](#). Utredningen skulle beskrive løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap; et døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud på nivå med dagens, eller et døgnkontinuerlig akuttkirurgisk tilbud som minimum har vurderings- og stabiliseringskompetanse og kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi. UNN skulle anbefale en løsning til Helse Nord RHF innen 1.04.2017.

Foreslåtte løsninger skulle ivareta faglig kvalitet og utvikling, pasientsikkerhet og være innenfor gitte økonomiske rammer og rammene av føringene i mandatet. I [presisering av mandatet](#) 11.01.2017 står det at det skal etableres en hensiktsmessig og dynamisk funksjonsfordeling mellom de tre sykehusene i UNN HF slik at de sammen dekket befolkningens behov, at akuttfunksjonene skal fordeles slik at pasientgrunnlag og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonen ikke svekkes.

Administrerende direktør opprettet en prosjektgruppe på 12 medlemmer fra UNN, kommunene, foretakstillitsvalgt, konsernverneombud og brukerrepresentant. Gruppen ble ledet av ekstern konsulent Odd Søreide. I alt ble det gjennomført 7 heldagsmøter i prosjektgruppen. Parallelt ble det gjort omfattende utredninger ved UNN HF på oppdrag fra prosjektleder og analyser av data knyttet til aktiviteten ved UNN Narvik.

Etter det siste heldagsmøtet i prosjektgruppen ble det gjennomført en Risiko- og mulighetsanalyse i tråd med [veilederen](#) som er utviklet for oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Denne og sluttrapporten fra prosjektet sendes på en bred høringsrunde. I tillegg planlegges to høringskonferanser i Narvik. De tre dokumentene; utredningen, risikoanalysen og høringssvarene vil utgjøre beslutningsgrunnlaget for styret.

1.3. Nåsituasjonen ved UNN Narvik

Ved nedleggingen av Hålogalandsykehuset HF i 2007 ble lokalsykehusene i Harstad og Narvik en del av UNN HF. UNN ble med dette en betydelig større organisasjon spredt over et stort geografisk område. UNN er organisert i en klinikkmodell med gjennomgående faglig ledelse. Tilbudet ved UNN Narvik omfatter kirurgi, indremedisin, akuttmottak, røntgen, gynekologi og fødeavdeling, anestesi, laboratoriemedisin, operasjon og dagkirurgi. Sykehuset har også ambulant tilbud innen rehabilitering og fysioterapi.

Total aktivitet innen kirurgi, føde og gynekologi samt poliklinikk kirurgi for driftsåret 2015 oppsummeres i tabellene under. Detaljerte data og analyser finnes i vedleggene [pasientstrømanalyse](#) og [data og tabeller](#) som tar for seg både sykehus- og befolkningsperspektivet.

Tabell 3: Kirurgi, føde og gynekologi UNN Narvik¹

| UNN Narvik 2015 | | | | |
|---|-------------------|--------------------|-----------------------|------------|
| Kirurgi, føde og gynekologi | | | | |
| | Alle episoder | Episoder - Kirurgi | Føde | Gynekologi |
| Døgn (innleggelse) - Planlagt | 621 | 400 (64%) | 14 (2%) | 52 (8%) |
| Døgn (innleggelse) - ØH | 3117 | 1080 (35%) | 270 (9%) | 58 (2%) |
| Dagbehandling / Dagkirurgi - Planlagt | 1928 ² | 1217 (63%) | - | 256 (13%) |
| Poliklinikk - Planlagt | 20193 | 7071 (35%) | 742 (4%) ¹ | 2144 (11%) |
| Poliklinikk - ØH | 3700 | 2192 (59%) | 696 (19%) | 97 (3%) |

1. Inkludert 368 konsultasjoner hos jordmor (50% av alle elektive konsultasjoner)
2. Inkludert dialyse

03.02.2017 Kilde: HN LIS Thomas Krogh 10

Tabell 4: Poliklinikk kirurgi UNN Narvik, andel 2015

| | Ortopedi | Generell kirurgi | Gastro (mage/tarm) |
|-------------------------------|------------|------------------|--------------------|
| Akutt (ØH) poliklinikk | 1564 (71%) | 488 (22%) | 140 (6%) |
| Planlagt poliklinikk | 3242 (46%) | 2680 (38%) | 1149 (16%) |
| Totalt | 4806 (52%) | 3168 (34%) | 1289 (14%) |

¹ Kolonnen Alle episoder inneholder all somatisk aktivitet (inkl. indremedisin) ved UNN Narvik. Tabellen belyser det relative omfanget av kirurgi, gynekologi og føde. Tabell 3 og 4 er hentet fra kap. 3.

I perioden 2010-2015 var det gjennomsnittlig 234 fødsler per år. I samme periode var gjennomsnittlig antall keisersnitt 38 per år. Om lag 1/3 av keisersnittene var planlagte, 2/3 akutte (2015). 7 av 10 kvinner i UNN Narviks tradisjonelle opptaksområde føder ved UNN Narvik. Tilsvarende tall for keisersnitt er 5 av 10 (2015). Det er mest sannsynlig at etterlevelse og bruk av seleksjonskriterier for fødende og samarbeid mellom sykehusene i forbindelse med feriestengning forklarer variasjon i fordeling av fødende.

Det er etablert traumemottak ved UNN Narvik. Data fra traumeregisteret ved UNN Narvik (1.6.2015-1.6.2016) viser at det totalt ble registrert 43 pasienter i perioden, herunder 7 alvorlig skadde (ISS>12)², hvorav 4 ble overflyttet til UNN Tromsø. Ingen av disse ble akutt operert ved UNN Narvik. Av de resterende 36 mindre alvorlig skadde pasientene, ble 2 overflyttet til UNN Tromsø. I perioden 01.10.2012 – 01.04.2016 ble det fra UNN Narvik overført 24 traumepasienter til UNN Tromsø. 10 av disse hadde ISS>12.

Legevaktfunksjonen, samarbeid om den mellom kommunene, og beskrivelse av observasjonssenger er gjengitt i kap. 3.4. Akuttmottaket ved UNN Tromsø har et nært faglig samarbeid med akuttmottakene ved UNN Harstad og UNN Narvik. AMK er lokalisert ved UNN Tromsø, mens Luftambulanseavdelingen har sin virksomhet ved UNN Tromsø (helikopterbase), på helikopterbase Evenes og på Langnes lufthavn (flyambulansebase). Befolkningen, fra Kjølpsvik i Tysfjord i sør til Kvæningen i nord, betjenes av bil- og båtambulanser fra 31 stasjoneringsteder. Stasjonene har varierende grad av vaktordninger, fra full kasertering og tilstedevakt til de med tilstedevakt noen timer pr dag og hjemmevakt resten av døgnet. Ambulanseavdelingen forvalter 46 ambulanser, 4 ambulansebåter i døgnerberedskap, og 5 helsetransportbiler. Når det gjelder vegstengninger og transporttider vises det til rapporten [Prehospitale tjenester](#) og kap. 3.6. Beregningene viser at tilgjengeligheten til sykehus i dette befolkningsområdet er god; 85% av befolkningen når et sykehus innen 90 min. 100% når et sykehus innen 2 timer.

Mer enn 100 ulike kvalitetsindikatorer rapporteres til nasjonale helsemyndigheter. Mange av disse rapporteres på foretaksnivå, og blant de som rapporteres på sykehusnivå er det gjort et utvalg for å kunne gi et representativt bilde av kvalitet og pasientsikkerhet ved UNN Narvik. UNN Narvik sine resultater avviker ikke i nevneverdig grad fra de andre sykehusene i foretaket. For et mer utførlig bilde henvises det til rapporten [Kvalitetsindikatorer](#).

² ISS: Injury Severity Score, internasjonal klassifisering av alvorlighetsgrad av traumer

1.4. Nasjonalt erfaringsgrunnlag

Det følger av Stortingets behandling at Nasjonal helse- og sykehusplan sin definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. Endringer må være faglig begrunnet og fremstå som nødvendige, der hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet må vektlegges sterkt. Nettverksfunksjonen må utvikles videre og mer elektiv kirurgi må, dersom forholdene ligger til rette for det, kunne flyttes til akuttisykehusene.

Arbeidsform og fordelingen av pasienter på de tre omsorgsnivåene, døgn-, dag- og poliklinisk behandling, har endret seg betydelig over tid. Endringene har først og fremst vært drevet av utviklingen i helsefagene og karakteriseres av et skifte fra «den horisontale» til «den vertikale» pasient. Kartlegging av mindre sykehus i Norge (kap. 4.4.2.) viser at mindre sykehus er organisert ulikt. Det er dermed ikke en felles norm for organisering og drift av små sykehus.

Utredningen redegjør også for utviklingstrekk innen kirurgifagene, fødselshjelp og kvinnesykdommer. Økt spesialisering/fragmentering av kirurgifagene virker sentraliserende. Det er økende bruk av mini-invasive teknikker og annen ny, avansert og dyrere teknologi, mer dagbehandling og kortere liggetider. Fødepopulasjonen endres i retning av at de fødende blir eldre, det er flere med høy kroppsmasseindeks (BMI) og økt forekomst av diabetes mellitus.

I 2014 la Helsedirektoratet fram en ny modell for spesialitetsstruktur og spesialistutdanning. Den nåværende spesialistutdanningen, først utdanning i hovedspesialiteten generell kirurgi og deretter spesialisering i grenspesialiteter, vil bli erstattet med at alle grenspesialister blir hovedspesialiteter. Generell kirurgi utgår som egen spesialitet og deler av denne vil inngå som en del av spesialiteten mage-tarmkirurgi. Endringene i spesialistutdanningen og ny spesialistutdanning fra 2019, innebærer at foretakene, i alle fall i en overgangsperiode frem til år 2025, må gjøre nøye vurderinger om kirurgenes reelle kvalifikasjoner og kompetanse til bakvakt. I en rapport fra [Helsedirektoratet](#) (2016) konkluderes det med tre særlig sårbare spesialiteter som må ha særlig fokus fremover; gastroenterologisk kirurgi, bryst- og endokrinkirurgi og infeksjonssykdommer.

1.5. utfordringer for UNN og UNN Narvik

Framskrivninger fra SSB viser at folketallet i de 7 kommunene omkring UNN Narvik vil være stabilt i perioden 2016-2040. Antallet kvinner i fertil alder vil heller ikke øke. Det vil derimot bli en betydelig økning i aldersgruppen 67 år eller eldre; hhv 27% frem til 2030 og 40% frem til 2040. I Narvik kommune vil antallet eldre øke fra 3097 i 2016 til 4714 i 2040 (52% økning).

Fremtidig etterspørsel etter sykehustjenester påvirkes av mange faktorer. Befolkningsøkning, demografiske endringer og endring i sykkelighet øker behovet, mens endringer i medisinske metoder

og behandling, og endringer i driftsform reduserer behovet. Måter å organisere virksomheten på og samspillet mellom sykehusene i foretaket vil også spille inn.

I [Strategisk utviklingsplan for UNN HF](#) pekes det på at foretaket skal videreutvikle en bærekraftig lokalsykehusfunksjon som har en tydelig organisering og fordeling av helsetilbudet mellom de tre somatiske sykehusene i UNN. Sykehusene skal ha et felles opptaksområde og en klar funksjons- og oppgavefordeling. Slik kan man desentralisere det mulige og sentralisere det nødvendige.

Befolkningen i området rundt UNN Narvik er avhengig både av lokalsykehuset, de andre sykehusene i foretaket og av andre sykehus utenfor eget helseforetak. Oppgaven består derfor i å beskrive den *relative rollen* til lokalsykehuset/akuttisykehuset og hvordan befolkningen i foretaksområdet skal få sine spesialisthelsetjenestetilbud dekket samlet sett. Sykehusene skal organiseres i nettverk, og funksjonene skal fordeles mellom dem slik at de samlet dekker behovene til befolkningen i foretakets opptaksområde. Reisetid er en av flere faktorer som tillegges vekt når det gjelder valg av sykehus.

Det fremgår av utredningen at kravene til vurderings- og stabiliseringskompetanse er kompetansekompenserende tiltak for å sikre en forsvarlig legebemanning. Forslaget fra en underarbeidsgruppe (jf. kap. 5.4.) peker på både systemkrav og krav til den individuelle vaktbærende kirurgspesialist. Forslaget til kravspesifikasjon kan brukes som sjekklister for foretakene i sine vurderinger av vaktbærende kompetanse.

Strategisk utviklingsplan tilkjenner to hovedutfordringer knyttet til kompetanse. Å sikre tilstrekkelig kompetanse til UNN som helseforetak, og å sikre rett fordeling internt i foretaket. Oppgaven består i å rekruttere, stabilisere og utdanne både helsepersonell og andre yrkesgrupper. I årene fremover vil det særlig være behov for spesialsykepleiere, legespesialister, helsefagarbeidere og bioingeniører. Ved UNN Narvik har det vært rekrutteringsutfordringer knyttet til gynekologi. Det har vært en omfattende bruk av vikarer ved føde/gynekologisk enhet. I perioden 01.08.2015-31.12.2016 har avdelingen hatt 19 forskjellige gynekologer innleid som vikar.

1.6. Anbefalinger

Prosjektgruppen er delt i sine anbefalinger. Prosjektleder og et mindretall av prosjektgruppen (A) og flertallet av prosjektgruppen (B) kommet fram til to alternative tilrådninger til videre utvikling ved UNN Narvik for hhv føde- og kirurgi. Vurderingene er redegjort for i hhv kapittel 6 og 7.

1.6.1. Fødeavdelingen ved UNN Narvik videreføres- to alternative anbefalinger

Anbefaling, alternativ A

Det anbefales en videreføring av fødeavdelingen med følgende forutsetninger: det må startes et målrettet arbeid med å rekruttere 3 nye gynekologspesialister til UNN Narvik. Nyrekrutteringen må

sikre en 4-delt vaktordning og med unntaksvise bruk av korttidsvikarer. I perioden frem til full bemanning må det tilsettes langtidsvikarer.

Prosjektgruppen anbefaler videre, som er mer langsiktig rekrutteringsvirkemiddel, at det opprettes en utdanningsstilling (LIS-stilling) i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik.

Fødeavdelingen har i flere år hatt bemanningsmessige utfordringer med avvik fra nasjonale og regionale normer for bemanning. Det er full enighet om at denne situasjonen ikke kan videreføres. Dersom en med en målrettete og repeterte rekrutteringsprosesser ikke får ansatt 3 nye gynekologer til sykehuset i løpet av 12 måneder må saken tas opp til ny vurdering og drøfting av de 3 gjenstående alternativene nevnt i rapporten; jordmorstyrt fødestue, «God start enhet» eller avvikling av fødetilbudet (oppretholde kun polikliniske tjenester og ivaretagelse av følgetjeneste).

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på at de fast ansatte må ha tilfredsstillende aktivitet på dagtid. Uavhengig av vurderingene om fødetilbudet, er det behov for minst 2 gynekologer ved UNN Narvik for dagkirurgi og poliklinikk.

Anbefalingen støttes av: Prosjektleder Odd Søreide, samt Knut Kjørstad, Cathrin Carlyle og Rita Pernille Martnes med følgende presisering:

Det er ingen hemmelighet at den kommende spesialiststruktur vil gi rekrutteringsvansker, og at det vil bli vanskelig å rekruttere kompetent fagpersonell på lengre sikt. Det er derfor viktig med en tydelig funksjonsfordeling mellom sykehusene, og at rekruttering og bemanning står til dette. Kompetanse er viktig og stor vikarbruk er en risikofaktor. Det bør presiseres at fast bemanning er hovedregelen fremfor vikarer på alle fagfelt fordi dette er en forutsetning for et påregnelig tilbud til pasientene.

Når det gjelder fødevirksomheten i Narvik, mener vi det er rimelig at man forsøker å rekruttere 3 gynekologer innen 12 mnd. Det er viktig for oss å presisere at grensen på 12 måneder er endelig, og at det umiddelbart skal startes en prosess med de øvrige alternativene dersom man ikke ser konturene av en vellykket rekruttering innen denne fristen.

Anbefaling, alternativ B

Det anbefales en videreføring av fødeavdelingen med følgende forutsetninger: det må startes et målrettet arbeid med å rekruttere 3 nye gynekologspesialister til UNN Narvik. Nyrekrutteringen må sikre en 4-delt vaktordning og med unntaksvise bruk av korttidsvikarer. I perioden frem til full bemanning må det tilsettes langtidsvikarer.

Vi ser det helt nødvendig at kombinasjonen av føde og gynekologi er bærekraftig for 4 gynekologer ved UNN Narvik. Ikke minst er det behov for 4 spesialister for å sikre god faglig kvalitet, samt ha tid til kvalitetssikring av prøvesvar og rapportering til kvalitetsregistre, internundervisning, regionale nettverkssamlinger og overlegepermisjoner.

Det anbefales videre, som er mer langsiktig rekrutteringsvirkemiddel, at det LIS-vikariatet som starter ved UNN Narvik 1.mars 2017 omgjøres til en fast stilling i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik.

Fødeavdelingen har i flere år hatt bemanningsmessige utfordringer med avvik fra nasjonale og regionale normer for bemanning. Det er full enighet om at denne situasjonen ikke kan videreføres, men det krever også at ledelsen i K3K (Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken ved UNN) støtter opp om avdelingen.

Med målrettede og repeterte rekrutteringsprosesser i løpet av 12 måneder må enten fødeavdelingen ha full bemanning, eller med en kombinasjon av nyrekruttering og forpliktende avtaler som sikrer full rekruttering innen rimelig og nær fremtid.

Dersom man ikke lykkes å sikre forsvarlig bemanning, må saken tas opp til ny vurdering med drøfting av de 3 gjenstående alternativene nevnt i rapporten; jordmorstyrt fødestue, «God start enhet» eller avvikling av fødetilbudet (oppretholde kun polikliniske tjenester og ivaretagelse av følgetjeneste).

Anbefalingen støttes av: Kari Fiske, Anne Marthe F. Jenssen, Jon Harr, Ulla Dorte Mathisen, Arne Holm, Bengt-Ole Larsen, Bjørn Bremer, Heidi E Laksaa og Sverre Håkon Evju.

1.6.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik- to alternative anbefalinger

Anbefaling, alternativ A

Prosjektleder har lagt fram sitt forslag (gjengitt i kapittel 6). Anbefalingene med dens enkeltelementer representerer en helhetlig utforming av det samlede kirurgiske tjenestetilbudet ved UNN Narvik. En kan dermed ikke hente ut isolerte enkeltforslag eller velge bort andre. Forslaget innebærer styrket ortopedisk kirurgi, bortfall av gastroenterologisk kirurgisk som døgnaktivitet (med unntak av spesialiserte oppgaver som skjøttes i samarbeid mellom UNN Tromsø og UNN Narvik), videreføring av urinveiskirurgi, økt dagkirurgi og poliklinisk aktivitet. Traumemottaket videreføres. Det forslås å utrede etableringen av en skadepoliklinikk ved UNN Narvik i forbindelse med planleggingen av nytt sykehus. Dette er en formalisering av øyeblikkelig hjelp-poliklinikken og skal ta hånd om enkle skader, lavenergiskader etc, der pasienten kan behandles poliklinisk.

Forslaget innebærer ingen vesentlige endringer i det øvrige tjenestetilbudet i sykehuset. Avvikling av Framnes flyplass vil innebære økt behov for ambulansetransport fra Narvik til Evenes, og/eller bruk av helikopter til overflyttinger. Omfanget er ikke utredet og ambulansetjenesten må dermed gjennomgå på nytt der også eventuelle endringer som følger av justering av aktiviteten ved UNN Narvik må beskrives.

Anbefalingen støttes av: Prosjektleder Odd Søreide, samt Knut Kjørstad, Cathrin Carlyle og Rita Pernille Martnes med følgende presisering:

Det er ingen hemmelighet at den kommende spesialiststruktur vil gi rekrutteringsvansker, og at det vil bli vanskelig å rekruttere kompetent fagpersonell på lengre sikt. Det er derfor viktig med en tydelig funksjonsfordeling mellom sykehusene, og at rekruttering og bemanning står til dette. Kompetanse er viktig og stor vikarbruk er en risikofaktor. Det bør presiseres at fast bemanning er hovedregelen fremfor vikarer på alle fagfelt fordi dette er en forutsetning for et påregnelig tilbud til pasientene.

Det er i tillegg viktig at tilbudet er forutsigbart ved at det er systemavhengig og ikke personavhengig.

Når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet må den samme standarden gjelde i hele foretaket. Det kan ikke være forskjellig kvalitetskrav til sykehusene i Harstad, Narvik og Tromsø. For å sikre kvaliteten er det viktig å ha en god og stabil bemanning.

Det er behov for styrke elektivt ortopedisk virksomhet i Narvik. I dag sendes mange av ø-hjelpspasientene fra Narvik til Harstad på kveld/natt og helg da de ikke har ortoped i vakt. Så lenge det ikke skal være ortoped i vakt, er dette en praksis som må videreføres.

Anbefaling, alternativ B

Ortopedisk kirurgi utvikles og styrkes. Pasienter som i dag får behandling ved UNN Harstad for brudd vil nå kunne få behandling ved UNN Narvik. Dermed anbefales en oppheving tidligere vedtak og gjeninnføring av en ortopedisk vaktlinje forslagsvis til klokken 21 hverdager og tre timer aktiv vakt helg.

Gastroenterologisk kirurgi opprettholdes som døgnaktivitet med mulighet for innleggelse av pasienter. Tilbudet i Urinveiskirurgi ved UNN Narvik videreføres. Behovet for sengeplasser og hotellsenger til denne pasientgruppen vil trolig øke. Behovet for urologisk spesialkompetanse vil øke i takt med den aldrende befolkningen.

Det foreslås å videreføre gynekologi-tilbudet ved UNN Narvik. Gynekologi er en poliklinisk og dagkirurgisk aktivitet som har et potensiale for økt aktivitet med pasienter fra hele foretaket.

Det er grunnlag for økning av dagkirurgi innen gastroenterologisk kirurgi, urologi, ortopedi og gynekologi. Spesialiteten plastikk kirurgi, samt øre-nese, hals kan tilbys som dagkirurgiske aktiviteter i noe omfang dersom UNN HF av strategiske og kapasitetsmessige grunner samlet sett finner det formålstjenlig.

Et døgnbasert kirurgisk tilbud i UNN Narvik må innrettes slik at de få dagkirurgiske pasientene som har behov for noe lengre observasjon og overnatting kan få det lokalt. Det samme gjelder for komplikasjoner etter egen elektiv (planlagt) kirurgi. Eldre pasienter vil grunnet komorbiditet trolig ha større behov for heldøgnsenger.

Det er rom for økning i kirurgisk poliklinikk. Traumemottaket som er etablert i kombinasjon med akuttmottaket med bløtdelskirurger i 24/7 i vakt anbefales videreført.

Det forslås å utrede etableringen av en skadepoliklinikk ved UNN Narvik og å gjennomgå hotellsengkapasiteten i sykehuset på nytt, slik at kapasitet er tilpasset behovene.

Anbefalingen støttes av: Kari Fiske, Anne Marthe F. Jenssen, Jon Harr, Ulla Dorte Mathisen, Arne Holm, Bengt-Ole Larsen, Bjørn Bremer, Heidi E Laksaa og Sverre Håkon Evju.

2. Bakgrunn

2.1. Mandat og mål for prosjektet

Utredningen har sin bakgrunn i [Nasjonal helse- og sykehusplan](#) (Meld. St. 11 (2015-2016)), [Stortingets behandling](#) av planen (Innst. 206 S (2015-2016)), [foretaksmøtet i Helse Nord RHF](#) (protokoll av 4.05.2016), [Styresak 60-2016](#) fra Helse Nord og [mandat for oppfølging fra Helse Nord RHF](#) av 5.07.2016. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) sitt utredningsoppdrag var todelt; En utredning omkring organiseringen av stedlig ledelse, og en om framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi. Denne rapporten omhandler sistnevnte oppdrag. Rapporten skal være ferdig utredet, styrebehandlet ved UNN HF og oversendt Helse Nord RHF innen 1.04.2017.

2.1.1. Prosjektdirektiv og forståelse av mandatet

Oppdraget var å levere en utredning omkring kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder, innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, elektiv kirurgi

og fødetilbudet. Videre skulle UNN utrede løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik. Et døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud på nivå med dagens, eller et døgnkontinuerlig akuttkirurgisk tilbud som minimum har vurderings- og stabiliseringskompetanse og kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi. Fødetilbudet inngår i det akuttkirurgiske tilbudet og skulle følgelig også vurderes. Utredningen skulle inneholde forslag til framtidig elektiv kirurgisk virksomhet, inkludert hva som kunne overføres fra andre sykehus.

Prosjektet skulle utrede alternative løsninger for framtidig akuttkirurgisk beredskap og UNN skulle anbefale en løsning til Helse Nord RHF. Oppdragsgiver ba spesifikt om at konsekvenser av evt. foreslåtte endringer beskrives; for andre fagområder, foretakets andre sykehus, prehospitaltjenester, kommunehelsetjenesten og andre aktører. Herunder skulle også behovet for kompetansehevende tiltak vurderes.

Helse Nord RHF la igjennom mandatet særlig vekt på å utrede og finne løsninger som kan være bærekraftig over tid. Utredningen skulle vise hvordan befolkningen får ivaretatt sitt behov for helsetjenester, og arbeidet skulle bidra til at utformingen av tjenestetilbudet blir framtidsrettet. Foreslåtte løsninger skulle i tillegg ivareta faglig kvalitet og utvikling, pasientsikkerhet og være innenfor de økonomiske rammer og rammene av føringene gitt i mandatet.

UNN HF mottok en [presisering av mandatet fra Helse Nord 11.01.2017](#). Her heter det at UNN skal legge til grunn følgende i utredningen:

- Det skal etableres en hensiktsmessig og dynamisk funksjonsfordeling mellom de tre sykehusene for sammen å dekke befolkningens behov i UNN sitt geografiske ansvarsområde
- Akuttfunksjonene skal funksjonsfordeles slik at pasientgrunnlag og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og slik at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonen ved UNN Tromsø ikke svekkes.

2.2. Prosjektorganisering

Mandatet la vekt på betydningen av at arbeidet ble basert på åpenhet, medvirkning og involvering av brukere, tillitsvalgte og samarbeidsaktører. I tillegg skulle organiseringen av arbeidet sikre faglighet i utredning og beslutningsprosess. Administrerende direktør i Helse Nord RHF ba om følgende representasjon i prosjektarbeidet som et minimum: 2 representanter fra UNN Narvik, 1 fra UNN Harstad, 3 fra kommunene i nedslagsområdet, 1 konserntillitsvalgt/verneombud og 1 brukerrepresentant.

Utredningsarbeidet ved UNN ble etablert ved at prosjekteier, administrerende direktør ved UNN, satte prosjektlederfunksjonen ut på anbud. Ekstern konsulent Odd Søreide ble etter konkurransen innleid til å lede prosjektet. Det ble videre etablert et sekretariat ved direktørens stab.

Brukerutvalget ved UNN og de konserntillitsvalgte i Helse Nord ble bedt om å utpeke en representant og vara-representant til prosjektgruppen. Ansatte og ledere ved UNN leverte forslag på egne representanter til prosjektgruppen; to ved UNN Narvik, en i Harstad og en i Tromsø. For å sikre en faglig komplementær sammensetning valgte direktøren å utvide med ytterligere en representant fra Narvik. Kommunene i det tradisjonelle opptaksområdet for UNN Narvik ble bedt om å peke ut tre representanter. Også her valgte direktøren, på forespørsel fra flere kommuner, å utvide med en representant for å sikre større geografisk spredning. Konserntillitsvalgt ba etter første møte om styrket tillitsvalgtrepresentasjon, noe som ikke ble imøtekommet av direktøren. Foretakstillitsvalgte ved UNN ba senere om styrket tillitsvalgtrepresentasjon, noe direktøren imøtekom. Fra 15.11.2016 ble derfor prosjektgruppen utvidet med en foretakstillitsvalgt.

Tabell 1: Prosjekteier, -gruppe og –adm. oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan UNN HF

| Rolle | Navn | Tilhørighet |
|---------------------|--|--|
| Prosjekteier | Tor Ingebrigtsen | Direktør UNN HF |
| Prosjektleder | Odd Søreide | Innleid konsulent |
| Prosjektsekretariat | Hege Andersen, rådgiver | Direktørens stab |
| Prosjektdeltakere | Esben Haldorsen Vara: Cathrin Carlyle | Brukerrepresentant |
| | Bengt-Ole Larsen Vara: Ann-Mari Jenssen | Konsernverneombud Konserntillitsvalgt |
| | Bjørn Bremer, rådgiver | Kommunene i nedslagsområdet |
| | Sverre H Evju, kommuneoverlege | Kommunene i nedslagsområdet |
| | Heidi E Laksa, kommunalsjef | Kommunene i nedslagsområdet |
| | Arne Holm, kommuneoverlege | Kommunene i nedslagsområdet |
| | Jon Harr, overlege | UNN Narvik |
| | Anne Marthe F Jenssen, overlege | UNN Narvik |
| | Kari Fiske, seksjonsleder | UNN Narvik |
| | Rita P Martnes, avdelingsleder | UNN Harstad |
| | Knut Kjørstad, avdelingsleder | UNN Tromsø |
| | Ulla Dorte Mathisen | Foretakstillitsvalgt UNN |

2.3. Nasjonal helse- og sykehusplan og Stortingets behandling

2.3.1. Sentrale føringer

Nasjonal helse- og sykehusplan bygger på hovedprinsippet om at det fortsatt skal være en desentralisert og differensiert sykehusstruktur i Norge. En ryggrad av akuttsykehus er nødvendig for å sikre akuttberedskap og øyeblikkelig hjelp. Funksjoner skal samles når det er nødvendig av hensyn

til kvalitet, men samtidig desentraliseres når det er mulig – for å gi et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet.

Hovedelementene i Nasjonal helse- og sykehusplan kan oppsummeres i følgende punkter:

- Styrke pasientens stilling i helsetjenesten
- Prioritere tilbudet innen psykisk helse og rusbehandling
- Redusere variasjon mellom sykehus mht. kvalitet, effektivitet og ventetid gjennom å etablere forpliktende nettverk og endre oppgavefordelingen
- Sikre nok helsepersonell med rett kompetanse, bl.a. gjennom ny modell for utdanning av legespesialister, etablere ny spesialitet innrettet mot akuttmottak og ny nasjonal bemanningsmodell
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom nasjonale krav til behandlingstilbud
- Bedre oppgavedeling mellom sykehus, herunder færre sykehus med akutt kirurgi. Anbefalt nedre grense for opptaksområdet for akutt kirurgi er angitt til 60-80 000 innbyggere. Faktorer som geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold skal også tillegges vekt. De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet ligger fast (jf. Stortingsmeldingen *En gledelig begivenhet*³). Ved endringer i tjenestetilbudet må det sikres at fødeavdelingenes behov for faglige støttefunksjoner er dekket. Vesentlige endringer må avklares i lokale prosesser der også kommunene skal høres (jf. Veilederen for arbeidet med utviklingsplaner).
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, herunder sikre nødvendig kapasitet og kompetanse ved ev. endringer i det akuttkirurgiske tilbud.

Nasjonale helse- og sykehusplan ble overlevert Stortinget 20.11.2015. Helse- og omsorgskomiteen oversendte deretter 47 spørsmål til statsråden som ble besvart i [brev fra Helse- og omsorgsministeren 12.01.2016](#). Statsråden ble spurt om hvilken vurdering, utover befolkningsgrunnlag, som lå til grunn for at departementet hadde plukket ut fem sykehus, heriblant Narvik og Lofoten, i et framtidsscenario uten akuttkirurgisk beredskap. Statsråden redegjorde for at forhold som geografi og klima hadde betydning, og noen sykehus med et befolkningsgrunnlag under 60-80 000 ble derfor foreslått videreført med akuttkirurgi. Han viste til tabell 12.1 i planen, der andre begrunnelser enn geografi og klima angis.

³ St.meld. nr. 12 (2008-2009) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>

Helse- og omsorgskomiteen avga sin innstilling i mars 2016. Komiteens ba regjeringen om å sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus. De ba videre regjeringen sørge for at sykehus fortsatt skal ha akuttkirurgisk tilbud når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvaliteten og pasientsikkerheten er ivaretatt. Scenarioene som er beskrevet i planen skulle ikke være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som følger. Regjeringen ble bedt om å starte en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien til akutt sykehusene der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene. Nasjonal helse- og sykehusplan ble [vedtatt](#) i Stortinget 17.03.2016 (se lenken for ordlyd i vedtaket).

2.3.2. Sykehus og sykehusbegrepet – nasjonale og regionale avklaringer

Det følger av Stortingets behandling at planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende.

Tekstboks 1: Definisjon av ulike typer sykehus

Regionsykehus: Hovedsykehuset i hver helseregion. Har det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester

Stort akutt sykehus: Befolkningsgrunnlag på minste 60-80 000 innbyggere. Har et bredt tilbud innen akutt kirurgi og andre medisinske spesialiteter

Akutt sykehus: Skal minst ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavtatt og planlagt kirurgi. Kan ha akutt kirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig

Sykehus uten akutfunksjoner: Elektive sykehus

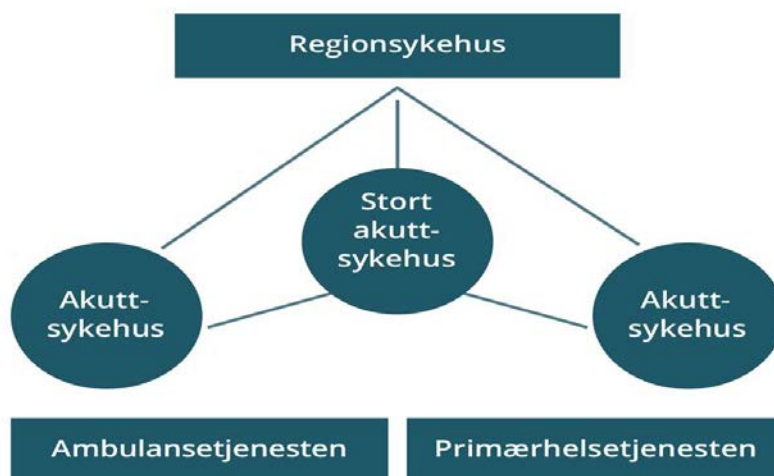
Foretaksrådet i Helse Nord RHF foretok følgende presiseringer.

Tekstboks 2: Presiseringer vedrørende definisjon av sykehus

- Vedr. regionsykehusene. Dette utelukker ikke at store akutt sykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.
- Akutt sykehus skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.
- Akutt sykehus skal ha traumeberedskap og generelt akutt kirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Akutt sykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene må ha fullt akutt kirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.
- Eventuelle endringer i sykehus tilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.

Helse Nord har kategorisert alle lokalsykehusene i regionen som *akutt sykehus*. Det inngår ikke i mandatet å vurdere *sykehus uten akutfunksjoner*. Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at de faglige og organisatoriske nettverksfunksjonene mellom sykehus styrkes og gjøres mer forpliktende. Dette skal sikre hensiktsmessig oppgavedeling og samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning, hospiterings- og ambuleringsordninger.

Figur 1: Sykehus i nettverk



2.3.3. Nasjonale og regionale føringer for utviklingen av pasienttilbudet.

Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at det over tid skjer en omstilling av akuttberedskapen ved enkelte mindre lokalsykehus slik at de opprettholder medisinsk akuttberedskap, men ikke akutt kirurgi. Overføring av planlagt kirurgi fra store til små sykehus ville sikre aktivitet ved mindre lokalsykehus, og samtidig frigjøre kapasitet på større sykehus til å håndtere et økt antall akutt pasienter. I planen ble det foreslått en veiledende nedre grense for akuttkirurgi på 60-80 000 innbyggere, men foretaksmøtet presiserte at det må gjøres en totalvurdering der også geografi og bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold må tillegges vekt.

I Nasjonal helse- og sykehusplan ble det redegjort for to scenarier for utviklingen av tilbudet til akutt syke pasienter ved lokalsykehusene. Begge scenariene tok hensyn til forhold som avstander og klima. I scenario 1 beskrev akuttsykehus med tilpassede akutfunksjoner, mens scenario 2 bygde på forutsetningen om at alle akuttsykehus skal ha akuttkirurgi. Scenariene er gjengitt i tabell 12.1 i planen.

De endelige beslutningene om akutttilbudene ved de enkelte sykehusene skulle tas etter at det er laget utviklingsplaner i helseforetakene og de regionale foretakene. Gode lokale prosesser ville være en viktig premiss i dette arbeidet.

Stortingets vedtok at disse scenariene ikke skulle være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skulle gjennomføres i oppfølgingen. På denne bakgrunn presiserte foretaksmøtet i Helse Nord bl.a. følgende føringer:

- Konklusjonene i scenariene skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser
- Sykehus med akuttkirurgisk tilbud skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt
- Det skal startes en prosess med å flytte mer elektiv kirurgi til akuttsykehusene der det ligger til rette for dette.

Helse Nord Styresak 60-2016 initierte og la rammene for den regionale oppfølgingen av planen. Styret ba administrerende direktør ved Helse Nord RHF sørge for at UNN HF utredet organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik, inklusive en utredning av fødetilbudet.

2.4. Prosjektgjennomføring; åpenhet, medvirkning, involvering

[Prosjektplan for oppdraget](#) ble utarbeidet og lagt fram for UNN sitt styre 14.09.2016.

Prosjektgruppen ble konstituert ved sitt først møte 22.09.2016. I alt har det vært 7 heldagsmøter i prosjektgruppen, alle ved UNN Narvik, samt en avsluttende videokonferanse av 1 times varighet (24.02.17). Parallelt med møteaktivitet har det vært gjort omfattende bestillinger, innsamling, bearbeiding og analyse av data på relevante områder. I tillegg til UNN-interne ressurser, har kommunehelsetjenesten, eksterne eksperter, Asplan Viak og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) bidratt til datainnsamling og analyse. Alle datakilder og analyser er tilgjengelige på prosjektets [nettside](#).

Tabell 2: Hovedaktiviteter i perioden

| Nr. | Hovedaktivitet | Ansvar | Dato/ frist |
|-----|---|----------------------------------|--|
| 1. | Orientering i styremøtet vedr prosjektplan | Prosjektleder | 14.09.16 |
| 2. | Prosjektgruppe konstituert – 7 heldagsmøter ved UNN Narvik | Prosjektleder | 22.09, 18.10, 15.11. og 15.12.16, 11. - 12.01, og 14.02.17 |
| 3. | Oppstart og leveranse fra ulike fag- og ressursgrupper. Datainnsamling. Analyse | Ressurspersoner i og utenfor UNN | Fortløpende 2016 |
| 5. | Sammenstilling og rapportskrivning | Prosjektleder/ Sekretariat | Innen 02.03.17 |
| 6. | Risiko- og mulighetsanalyse, høring | Adm.dir UNN HF | Innen 20.03.17 |
| 7. | Styrebehandling i UNN HF etter drøftinger mv | Adm.dir UNN HF | 29.03.17 |
| 8. | Oversendt styrebehandlet utredning til RHF | Adm.dir UNN HF | 01.04.17 |

Prosjektet har levert skriftlige statusrapporter til Helse Nord RHF hhv 15.11. og 1.12.2016. Helse Nord RHF var representert på oppstartsmøtet. Prosjektsekretariatet har hatt koordineringsmøter med tilsvarende prosjekt ved Nordlandssykehuset (NLSH) hver 14 dag gjennom hele prosjektperioden. Sekretariatene har deltatt som observatør i hverandres prosjektgruppemøter ved flere anledninger. Det er etablert et kontaktpunkt mellom det arbeidet som gjøres ved UNN og ved Finnmarkssykehuset. Styret ved UNN HF og direktørens ledergruppe har vært orientert underveis.

2.4.1. Kommunikasjon, informasjon og medvirkning

Prosjektgruppen utarbeidet, i samarbeid med kommunikasjonssjefen ved UNN HF, en [kommunikasjonsplan](#) for arbeidet ved oppstart. I tillegg ble det utarbeidet en [interessentanalyse](#). Disse ble gjort tilgjengelig på internettsiden som var etablert for prosjektet. Her ble det fortløpende lagt ut dokumentasjon for arbeide i utredningen. Det ble også etablert en egen «postkasse» på nettsiden, betjent av sekretariatet, der enkeltpersoner kunne gi innspill.

I forbindelse med samtlige møter ble det arrangert et informasjonsmøte for de ansatte ved UNN Narvik. Presentasjonene fra disse møtene ble også lagt ut fortløpende på nettsiden. Det ble også satt av tid til møter mellom prosjektleder og lokal presse etter hvert møte i prosjektgruppen.

Innledningsvis i arbeidet ble det gitt muntlige orienteringer om prosjektplanen i Overordnet samarbeidsorgan (29.09.2016), og de lokale driftsrådene ved UNN Harstad og UNN Narvik (5. - 6.10.2016). Prosjektleder møtte også i Ofoten regionråd 09.12.2016.

Håndtering av uenighet.

I sak 6/17 (møte 11.-12. 01.2017) ble spillereglene for utforming av løsningsforslag og senere utforming av rapporten diskutert. Faktagrunnlaget ligger på nettsiden, og lenkes til prosjektrapporten. Løsningsforslagene må baseres på fakta/data som foreligger og må svare ut mandatet. Det er sekretariatet og prosjektleder som formulerer utkast(ene) til prosjektrapport og har ansvaret for slutføring av rapporten.

Eventuell uenighet innad i prosjektgruppen skal synliggjøres i rapporten. Avvikende syn/uenighet må formuleres av de som målbærer disse. Målsettingen er en felles innstilling og anbefaling fra prosjektgruppen.

Prosjektgruppen er senere bedt om å gi skriftlige tilbakemeldinger på de utsendte versjonene (4) av prosjektrapporten. Prinsipielle spørsmål ble diskutert i siste møte i prosjektgruppen. Evt. uenigheter skal fremkomme i rapporten og en endelig avklaring av hvem som støttet de alternative forslag ble gjort i video-/telefonkonferanse 24.02.2017.

3. Nå-situasjonen –kirurgifagene og føde/gynekologi

3.1. Tilbudet ved UNN HF

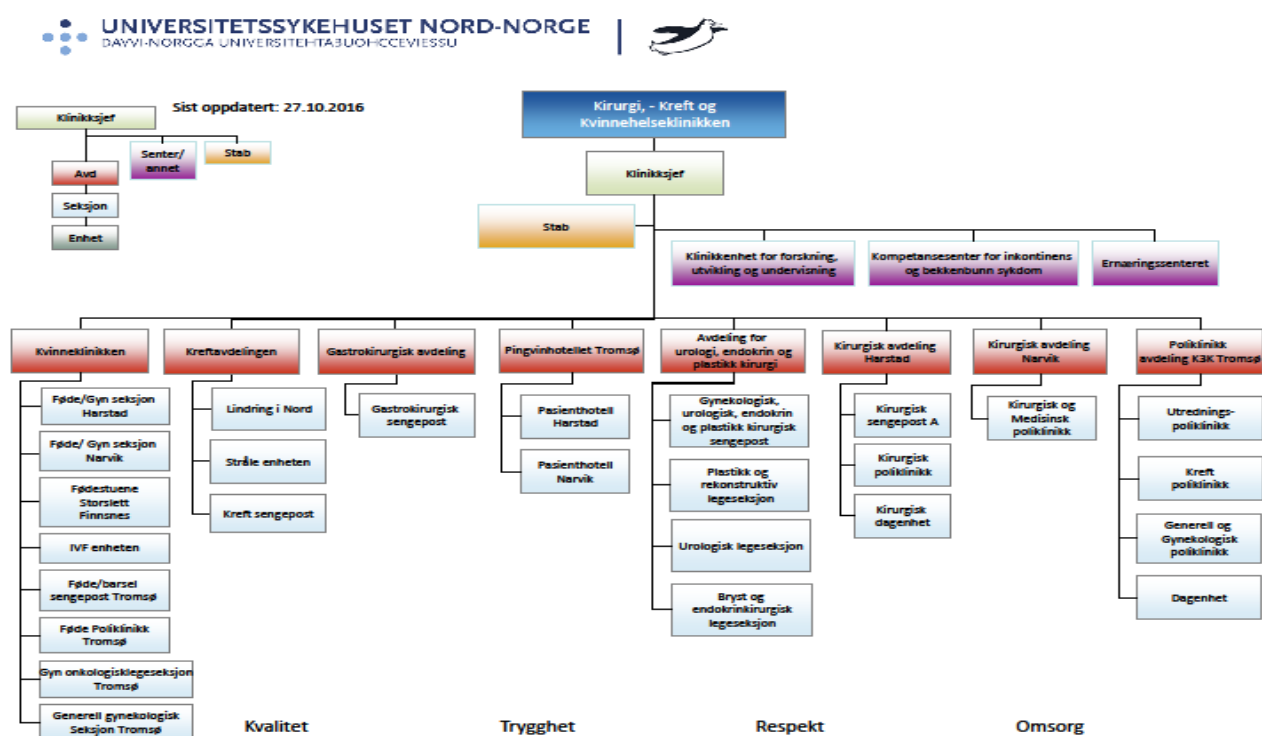
UNN er et helseforetak med regionfunksjoner som tilbyr befolkningen i Nord-Norge spesialiserte helsetjenester av høy kvalitet. Oppdraget ivaretas gjennom spesialisthelsetjenester og samhandling med kommunene, andre sykehus og private tilbydere. UNN har ansvar for å tilby helsetjenester under kriser og katastrofer og står for beredskapsplanlegging og operativ krisehåndtering i sitt geografiske ansvarsområde. Som universitetssykehus er UNN en betydelig utdannings- og forskningsinstitusjon og en viktig samarbeidspartner for universitetene i landsdelen. UNN er et desentralisert helseforetak med somatiske sykehus i Tromsø, Harstad, Narvik og Longyearbyen, samt distriktsmedisinske sentre (DMS) på Finnsnes og Storslett. Helseforetaket har et psykiatrisk sykehus tilbud i Tromsø med integrert rusbehandling, russeksjon Narvik og distriktpsikiatriske sentre (DPS) i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Nord-Troms samt Tromsø og omegn. UNN har dessuten ansvaret for Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), og for ambulansetjenesten i regionen. Denne omfatter bil- og båtambulanse samt bemanning av luftambulansen med helsepersonell.

3.1.1. Organiseringen ved UNN HF – organisasjonskart og klinikkstruktur, driftsrådet mv

Ved nedleggingen av Hålogalandssykehuset HF i 2007 ble lokalsykehusene i Harstad og Narvik en del av UNN. UNN er organisert i en klinikkmodell med gjennomgående faglig ledelse. Det innebærer at medisinske disipliner, funksjoner og fagmiljø, i hovedregelen, organiseres og samles i egne enheter med tydelig og avklart ansvar for sine/sitt fagområde. Enhetene organiseres inn i en klinikk (senter) som skal sikre tydelige ansvarsområder i en klar og uavbrutt linje fra den enkelte enhet og opp til sykehusledelsen. En strukturell harmonisering ble besluttet i 2012 slik at de største virksomhetene ved lokalsykehusene ble omgjort til avdelinger der avdelingsleder rapporterer til klinikkchef og inngår i klinikklederteamene. Dette gjaldt Medisinsk avdeling (Medisinsk klinikk), Anestesi- og operasjonsavdelingen (Operasjons- og intensivklinikken) og Kirurgisk avdeling (Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken, se figur 2)⁴.

⁴ Dagens organisering av UNN HF og hvordan kravet til stedlig ledelse ivaretas. [Innspillsnotat](#) til utredning av stedlig ledelse. UNN HF 04.11.2016.

Figur 2: Organisasjonskart UNN HF 2017



Høsten 2014 ble det etablert lokale driftsråd for Harstad og Narvik med likelydende mandat.

Driftsrådets formål er tredelt:

- Avklare og veilede saksgang i driftsmessige forhold hvor flere enheter og fagfolk er involvert, samt i saker hvor det kan være behov for avklaringer rundt gjeldende rutiner og bakenforliggende beslutninger.
- Være en arena for samhandling, samarbeid og informasjonsutveksling mellom ulike enheter /klinikker som har virksomhet ved UNN Harstad og UNN Narvik.
- Være en arena hvor man samlet kan beslutte klinikkovergrepene driftssaker ved UNN Harstad og UNN Narvik.

Deltakere i driftsrådet er avdelings- og seksjonsledere fra klinikker som har avdelinger eller seksjoner ved UNN Harstad og UNN Narvik og klinikkjer ved Operasjons- og intensivklinikken, Medisinsk klinikk eller Kirurgi-, krefte- og kvinnehelseklinikken (rullerer).

Driftsrådets medlemmer er ansvarlige for å forankre egne standpunkter gjennom tilstrekkelige medvirkningsprosesser i egen avdeling/seksjon før møtene. Driftsrådet kan gjennomføre drøftinger med tillitsvalgte/vernetjeneste i avdelings-/seksjonsovergrepene saker, men tillitsvalgte og verneombud deltar ikke i rådets sluttbehandling av sakene.

Driftsrådet har beslutningsmyndighet tilsvarende de respektive medlemmenes myndighetsområde. Beslutninger som medfører endret funksjonsfordeling mellom sykehusene i UNN skal behandles i direktørens ledergruppe.

Som en del av oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan ble UNN HF bedt om å utrede hvordan stedlig ledelse ivaretas i foretaket. Etter en grundig og inkluderende prosess har en samlet arbeidsgruppe levert utredningen [Dagens organisering av UNN HF](#) og ivaretagelse av stedlig ledelse, der de konkluderer med at stedlig ledelse er mulig å ivareta på en god måte innenfor dagens klinikkmodell. Samtidig erkjenner gruppen at behovet for lokal koordinering ikke har vært håndtert godt nok, og foreslår ovenfor styret ved UNN HF at det settes i verk tiltak for å bøte på dette. Saken ble [styrebehandlet](#) i februar 2017.

3.1.2. Hovedtrekk i tjenestetilbud

UNN Narvik er lokalsykehus for pasienter i Ofoten og deler av Midt-Troms. Det tradisjonelle opptaksområdet for UNN Narvik omfatter deler av Tysfjord, samt Ballangen, Narvik, Evenes, Gratangen, Salangen og Lavangen. Tilbudet ved sykehuset omfatter kirurgi, indremedisin, akuttmottak, røntgen, gynekologi og fødeavdeling, anestesi, laboratoriemedisin, operasjon og dagkirurgi. Sykehuset har også ambulant tilbud innen rehabilitering og fysioterapi, psykiatri og rusbehandling.

3.1.3. Strategisk utviklingsplan UNN HF

[Strategisk utviklingsplan](#) redegjør for sju strategiske hovedretninger som skal være førende for utviklingen av den faglige virksomheten i hele foretaket i perioden 2015-2025. Dette er:

1. Koordinerte pasientforløp, en dreining fra døgn til dag og nye behandlingstilbud
2. Økt pasient- og brukermedvirkning
3. God samhandling og tydelig funksjonsfordeling; videreutvikle region- og lokalsykehusfunksjoner
4. Vektlegge kvalitet og pasientsikkerhet
5. Videreutvikle sin rolle innen utdanning og rekruttering, stabilisering
6. Styrke forskningsaktiviteten
7. Utnytte teknologi og e-helse i utvikling av helsetilbud.

I tillegg definerer planen fire prioriterte utviklingsområder. Dette er:

1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
2. Psykisk helsevern og rusbehandling
3. Prehospitaltjenester og mottaksmedisin
4. Kroniske og sammensatte lidelser.

3.2. Aktivitet ved UNN Narvik og bruken av spesialisthelsetjenester i kommunene

3.2.1. Bruken av spesialisthelsetjenester – sykehusperspektivet og befolkningsperspektivet

Aktiviteten ved sykehus kan vurderes ut fra to perspektiv. *Sykehusperspektivet* omhandler det som skjer i sykehuset av ulike typer aktiviteter i avdelinger/enheter fordelt på de tre omsorgsnivåene døgnbehandling (innleggelse), dagbehandling/dagkirurgi og poliklinikk. Videre etter innleggelses- eller henvisningsmåte (planlagt (elektivt) eller akutt (øyeblikkelig hjelp - ØH)) og det som iverksettes av ulike typer tiltak/prosedyrer. Begrepene og klassifikasjonssystemene er standardiserte av nasjonale helsemyndigheter.

Befolkningsperspektivet omhandler hvordan befolkningen i kommunene i området bruker sykehuset, andre sykehus i samme foretak og sykehus utenfor foretaket i eller utenfor helseregionen.

Befolkningsperspektivet beskriver hvordan og hvor befolkningen får dekket sitt totale behov for spesialisthelsetjeneste. Dermed får en belyst den relative rollen for det lokale sykehus i forhold til det totale behovet (definert som totalt forbruk).

I denne rapporten gis data som omhandler begge perspektivene.

3.2.2. Aktivitet ved UNN Narvik- datagrunnlag

Data brukt i dette arbeidet er hentet fra styringsportalen, dvs. Ledelses- og informasjonssystemet (LIS) i Helse Nord, DIPS-data⁵ fra UNN HF, fra datasystemet NIMES (som henter data fra DIPS) og NPR-data⁶ fra Helsedirektoratet som er lagt til rette og bearbeidet av SKDE (Helse Nord RHF).

Data om spesialisthelsetjenestens virksomhet og funksjoner blir registrert i foretakenes pasientadministrative systemer (PAS) av merkantilt og helsefaglig personell. Fra PAS hentes ut data som blir tilrettelagt for analyse basert på standardiserte rutiner og formater. Figuren under illustrerer hvordan datainnsamlingen skjer og videreformidles for analyse og styringsformål, som grunnlag for nasjonal helsestatistikk, for utredninger o.a.

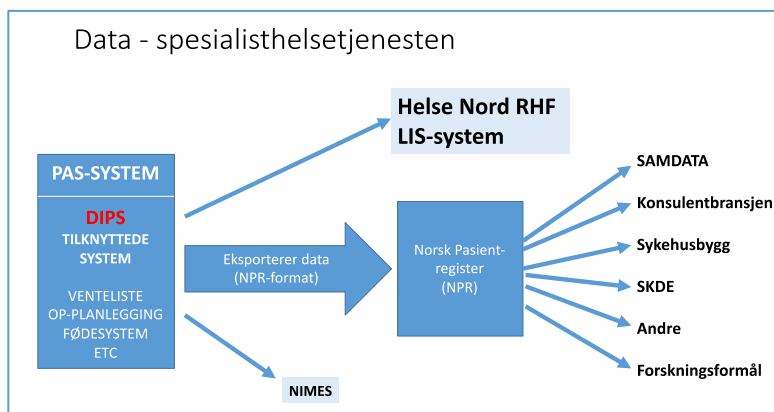
Det vil være noen forskjeller i hvordan data hentes ut (filtreres), analytisk tilnærming og hvilke muligheter som finnes for å beskrive problemstillingen man ønsker å belyse. Man må ha kjennskap til

⁵ DIPS er det pasientadministrative IT-systemet ved UNN HF (DIPS brukes i 3 av 4 regionale helseforetak).

⁶ NPR=Norsk Pasientregister (Helsedirektoratet). NPR henter data regelmessig fra de pasientadministrative systemene (i 2016 5 dager i uken).

grunnforutsetningene i dette for å kunne ta stilling til muligheter og begrensninger. Dette betyr at samme virksomhet kan beskrives på litt forskjellig måte og med litt forskjellige tall⁷.

Figur 3: Data for spesialisthelsetjenesten



I dette prosjektet har det vært viktig å rendyrke og beskrive *den kirurgiske pasienten*. Spesielt gjelder det den delen av pasientpopulasjonen som ikke gjennomgår et kirurgisk inngrep. Det har videre vært viktig å skille ut og beskrive gynekologisk og fødevirksomhet for å rendyrke kirurgisk aktivitet.

Det fremgår av figuren at virksomhetsdata og beskrivelse av ulike aktiviteter er avhengig av at sykehusets tilsatte, oftest leger og annet helsepersonell, faktisk registrerer aktiviteten. Manglende registrering er et ikke ukjent problem, og vil som oftest også forklare fenomenet med at ansatte ikke kjenner seg igjen i tall som presenteres (feil inn gir feil ut). Manglende registrering har ofte å gjøre med knappe ressurser og varierende kompetanse. Det ble etablert en egen analysegruppe med 5 deltagere⁸. UNN HF og SKDE har hatt ansvar for henholdsvis sykehusperspektivet (UNN HF) og befolkningsperspektivet (SKDE). Prosjektleder har deltatt i dette arbeidet.

Detaljerte data og analyser finnes i vedleggene [pasientstrømanalyse](#) og [data og tabeller](#). I dette kapittelet oppsummeres hovedfunnene for 2015⁹. For andre data som benyttes i denne utredningen vil kilde bli anført.

⁷ Ett eksempel: NPR gir data for sykehusopphold. Ett sykehusopphold kan ha flere avdelingsopphold, enten i samme sykehus eller i flere av foretakets sykehuset. Og ett avdelingsopphold kan inneholde flere postopphold. En konsekvens av dette er at en pasient kan telles flere ganger dersom en ikke skiller mellom forskjellige typer opphold/episoder.

⁸ Professor emeritus Olav Helge Førde, ISM/UiT og SKDE, Seniorrådgiver Trine Storjord og rådgiver Thomas Krogh, UNN HF, Forsker Hanne Sigrun Byhring og forsker Lise Balteskard, SKDE.

⁹ Aktivitetsdata er analysert for 2014-2015. Data for de 2 årene er i hovedsak sammenfallende. Derfor presenteres bare 2015-data.

3.2.3. Aktivitet innen kirurgi, gynekologi og føde.

Total aktivitet ved UNN Narvik innen somatikk (alle episoder) og innen kirurgi, føde og gynekologi oppsummeres i tabell 3. Traume, definert som pasienter registrert i traumeregisteret ved UNN HF, og operasjoner for traume er beskrevet i kap. 3.3.

Aktivitet innen kirurgi

Aktiviteten er fordelt etter henvisningsmåte/hastegrad (planlagt og akutt), kirurgisk spesialitet og etter diagnose og operasjonskategori¹⁰. Generell kirurgi er en ”restkategori” som inneholder urologi (urinveiskirurgi) og diagnoser som ikke naturlig faller inn under en annen spesialitet. Hovedfunnene i analysene oppsummeres slik:

Tabell 3: Kirurgi, føde og gynekologi UNN Narvik 2015.¹¹

| UNN Narvik 2015 | | | | |
|---|-------------------|--------------------|-----------------------|------------|
| Kirurgi, føde og gynekologi | | | | |
| | Alle episoder | Episoder - Kirurgi | Føde | Gynekologi |
| Døgn (innleggelse) - Planlagt | 621 | 400 (64%) | 14 (2%) | 52 (8%) |
| Døgn (innleggelse) - ØH | 3117 | 1080 (35%) | 270 (9%) | 58 (2%) |
| Dagbehandling / Dagkirurgi - Planlagt | 1928 ² | 1217 (63%) | - | 256 (13%) |
| Poliklinikk - Planlagt | 20193 | 7071 (35%) | 742 (4%) ¹ | 2144 (11%) |
| Poliklinikk - ØH | 3700 | 2192 (59%) | 696 (19%) | 97 (3%) |

1. Inkludert 368 konsultasjoner hos jordmor (50% av alle elektive konsultasjoner)
2. Inkludert dialyse

03.02.2017 Kilde: HN LIS Thomas Krogh 10

- Hver 7. pasient ved UNN Narvik var en inneliggende pasient.
- Hver 5. pasient var en øyeblikkelig hjelp pasient.
- Kirurgi utgjorde henholdsvis 64% og 35% av planlagt og øyeblikkelig hjelp-aktivitet for innlagte pasienter.
- Kirurgi utgjorde 63%¹² av dagbehandling med 1217 dagkirurgiske inngrep/operasjoner.

¹⁰ Hoveddiagnosegruppe – HDG og NCSP-kode

¹¹ Kolonnen alle episoder inneholder all somatisk aktivitet (inkludert indremedisin) ved UNN Narvik. Tabellen belyser det relative omfanget av kirurgi, gynekologi og føde

¹² Tallet ville vært høyere dersom dialyse ikke var regnet med i totalsummen for dagbehandling

- 59% av poliklinisk øyeblikkelig hjelp episoder ved sykehuset (2192 konsultasjoner) var innen kirurgi.
- Ortopedisk kirurgi var den dominerende kirurgiske spesialitet både samlet, dagbehandling og øyeblikkelig hjelp poliklinikk.

Tabell 4: Poliklinikk kirurgi UNN Narvik, andel 2015

| | Ortopedi | Generell kirurgi | Gastro (mage/tarm) |
|-------------------------------|------------|------------------|--------------------|
| Akutt (ØH) poliklinikk | 1564 (71%) | 488 (22%) | 140 (6%) |
| Planlagt poliklinikk | 3242 (46%) | 2680 (38%) | 1149 (16%) |
| Totalt | 4806 (52%) | 3168 (34%) | 1289 (14%) |

- Kirurgisk poliklinikk avviklet over 2200 øyeblikkelig hjelp konsultasjoner i 2015. Av disse utgjør 1564 sykdommer i muskel/skjelett og hud/underhud. 6% av akutte polikliniske konsultasjoner var for mage-tarm-problemer.¹³ Det er et stort spekter av sykdomsgrupper ved poliklinikken, inkludert øre-nese-hals sykdommer, sykdommer i åndedretsorgan og øyesykdommer.¹⁴
- Ca. 15% av øyeblikkelig hjelp innlagte kirurgiske pasienter ble operert samme dag eller dagen etter og de fleste av disse operasjonene blir utført på dagtid/kveld. Dette betyr en øyeblikkelig hjelp operasjon hver annen dag. 15 pasienter ble operert på nattetid.¹⁵ i 2015, dvs. vel 1 per måned. 9 av 10 akutte operasjoner ble utført på dag og kveldstid.
- Av de over 1100 akutt innlagte kirurgiske døgnpasientene (gynekologi inkludert) tilhører ca. halvparten hoveddiagnose-kategoriene mage/tarm og muskel/skjelett.¹⁶
- 41 pasienter (4%) ble innlagt akutt, og meldt til elektiv operasjon 2-7 dager etter innleggelse.
- Av ca. 900 kirurgiske pasienter akutt innlagt uten operasjon hadde 50 % en liggetid på 2 dager eller mindre.¹⁷
- Øyeblikkelig hjelp inngrepene på inneliggende pasienter fordeler seg på et vidt spekter av mindre inngrep. Inngrep på hofter (27), gastrointestinale skopier (22), fjerning av blindtarm (21) og 14 operasjoner på albue/underarm var over 10 i tallet.

¹³ UNN Narvik har ingen stedlig DRG koderådgiver innen K3K. UNN Narvik har ingen fast GAT ansatt

¹⁴ Pasienter som hører inn under gruppen akutt abdomen møter ved akuttmottaket ved UNN Narvik

¹⁵ KI 2230-0730

¹⁶ Ved UNN Narvik er det ingen egen egen onkologisk sengepost. Pasienter med kirurgisk diagnose som legges inn under ordningen «åpen retur» defineres som akutte innlagte kirurgiske døgnpasienter.

¹⁷ Median liggetid

- 78% av planlagte kirurgiske innleggelser førte til operasjon, der kategoriene sprer seg over et vidt spekter av mindre inngrep der de hyppigste er 65 galleoperasjoner og 43 urologiske inngrep.
 - Ca. 1/5 av de planlagte kirurgiske inngrepene ble utført av eller i et samarbeid med kirurger fra UNN Tromsø.
 - Forskjellen mellom dagkirurgi og planlagt kirurgi hos innlagte pasienter er noe vag.
- Median liggetid for de elektivt innlagte pasientene, både opererte og ikke opererte, var 2 dager.
- I 2015 ble 52 pasienter overført fra indremedisin til kirurgi, og to av disse ble operert. Fra UNN Narvik (kirurgi) ble henholdsvis 52 og 51 pasienter overført til Harstad og Tromsø innen ett døgn.
 - Pasientene overflyttet UNN Harstad var hovedsakelig ortopediske pasienter.
- 77% av de kirurgiske døgnpasientene ved UNN Narvik kom fra de 7 kommunene i det tradisjonelle opptaksområdet, 2% fra UNN Harstad og 12% fra UNN Tromsøs opptaksområde, 9% utenfra foretaksområdet og 1,7% var utlendinger (25 pasienter).
- Innen dagkirurgi kom 63% fra det tradisjonelle opptaksområde og 26% kom fra UNN Tromsø sitt opptaksområde.
 - Noen av de dagkirurgiske pasientene fra UNN Tromsø er styrt til UNN Narvik.
- Vel 20 % av pasientene fra UNN Narvik sitt tradisjonelle opptaksområde som får planlagt kirurgi¹⁸ som krever døgnbehandling, fikk dette ved UNN Narvik. For akutt opererte pasienter ligger tallet noe høyere (ca. 36%).
- Narvik og Ballangen kommune brukte UNN Narvik mest med hensyn til hvor innbyggerne fikk sine kirurgiske inngrep. De andre kommunene sendte i varierende grad pasienter som trenger planlagt eller akutt kirurgi til de to andre sykehusene i UNN-området. Bardu sendte en like stor andel til UNN Narvik som flere av kommunene i opptaksområdet.
- Ser vi imidlertid på pasienter som fikk kirurgisk spesialistvurdering og diagnostikk er andelen fra kommunene i opptaksområdet høyere. Med unntak for planlagte døgnpasienter gjelder det alle andre kategorier pasienter som trenger kirurgisk spesialistkompetanse.
- Nærmere 30% av planlagte døgnopphold med kirurgi¹⁹ ved UNN Narvik var knyttet til personer bosatt i det tradisjonelle opptaksområdet til UNN Tromsø.
- I underkant av 15% av planlagte døgnopphold (kirurgisk DRG) ved UNN Narvik var knyttet til personer bosatt i det tradisjonelle opptaksområdet til sykehus i Helse Nord utenom UNN HF.

¹⁸ Definert som kirurgisk DRG

¹⁹ Kirurgisk DRG

- De planlagte kirurgiske behandlinger som hyppigst utføres ved sykehus i andre RHF enn Helse Nord er ulike former for leddproteseoperasjoner.

Det er også foretatt analyser over tilsyn fra kirurgisk enhet til andre avdelinger/enheter (indremedisin). Det er bred enighet om at data av denne type slik de fremstår i PAS-EPJ-systemene ikke kan brukes fordi de neppe gir et representativt og dekkende bilde av status.

Aktivitet innen gynekologi

- Det var 2144 polikliniske episoder innen gynekologi (11% av alle polikliniske kontakter).
- Det ble utført 256 dagkirurgiske operasjoner.
- 91% av konsultasjonene i fødselsomsorgen kommer fra opptaksområdet.²⁰
- 94% av polikliniske episoder innen gynekologi kommer fra UNN Narvik sitt tradisjonelle opptaksområde.

3.2.4. Fødsler, opphold for fødsler

De autoritative kilden for opplysninger om fødsler er Medisinsk Fødselsregister. Data over fødselsaktiviteten ved UNN Narvik er utførlig beskrevet i vedlegget [Fødsel aktivitet](#).

I perioden 2010-2015 var det gjennomsnittlig 234 fødsler per år.²¹ Antall fødsler i 2016 antas å bli om lag 280. I samme periode var gjennomsnittlig antall keisersnitt 38 per år. Ca. 1/3 av keisersnittene var planlagte, 2/3 akutte (2015).

Antall kvinner i fertil alder (definert som 20-44 år; se kap. 5.1) vil ifølge SSB sine framskrivninger ikke øke i opptaksområdet frem til år 2040. Tabell under viser opphold for fødsler og keisersnitt for kvinner bosatt i det tradisjonelle opptaksområdet (7 kommuner) for UNN Narvik.

²⁰ inkludert 368 konsultasjoner hos jordmor

²¹ mean; variasjon fra 179 til 274 per år

Tabell 5: Opphold, fødsler og keisersnitt. Andel av pasientene i tradisjonelt opptaksområde 2014-2015

| | 2014 | 2015 |
|---------------|------|------|
| Vanlig fødsel | 74% | 70% |
| Keisersnitt | 74% | 53% |

Av kvinnene²² bosatt i opptaksområdet som føder annet sted enn ved UNN Narvik, blir 57% forløst ved UNN Tromsø og 42% ved UNN Harstad. Det er mest sannsynlig at etterlevelse og bruk av seleksjonskriterier for fødende og samarbeid mellom UNN Narvik og UNN Harstad i forbindelse med feriestengning forklarer fordeling av fødende.

3.3. Skader (traumer) ved UNN Narvik

3.3.1. Traumesystem UNN HF og ved UNN Narvik

Den akuttmedisinske kjede, definert som en sammenhengende rekke av tiltak for å sikre akutt helsehjelp fra hendelsessted (inkludert publikums innsats) frem til definitiv behandling, er omtalt i kap. 3.5.

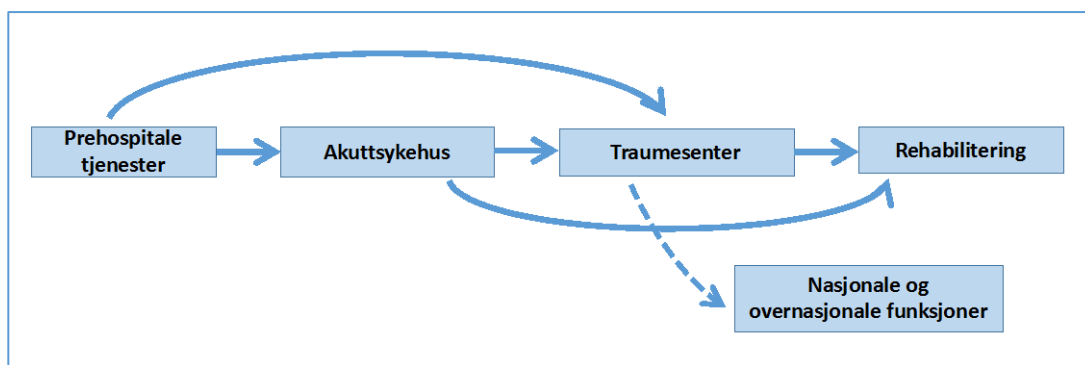
I dette kapittelet omtales traumesystemet i UNN HF og ved UNN Narvik. Dette bygger på en nasjonal modell, en regional tilpasning, et foretaksspesifikt traumesystem med tilpasning til akuttsykehusene, inkludert UNN Narvik. En detaljert gjennomgang finnes i vedlegget [Traumeorganisering](#). Sykehusene i foretaket utgjør til sammen et trygt tilbud til akutt skadede pasienter og er basert på oppbyggingen oppsummert slik:

1. Den prehospitale delen med ambulanse, lokalt akuttmedisinsk team og luftambulansse (omtalt i kap. 3.5).
2. Akuttsykehusfunksjonen (alle sykehusene i UNN HF og i Helse Nord RHF). Både UNN Harstad og UNN Narvik har traumemottak.
3. Traumesenteret ved UNN Tromsø.
4. Rehabilitering.

Den sammenhengende kjeden som karakteriserer et traumesystem kan illustreres slik:

²² n=129 for perioden 2014-2015

Figur 4: Traumesystemet (Kilde: Helse Vest RHF)



Hovedtrekkene i det nasjonale traumesystemet med relevans for UNN Narvik

Det nasjonale traumesystemet ble vedtatt i 2007. Dette er under revisjon og man forventer godkjenning i RHF-systemet og den enkelte region primo 2017.²³

Akuttsykehus: Akuttsykehus kan ferdigbehandle traumepasienter i den grad stedlig kompetanse tillater. Den initiale vurderingen og behandlingen er i stor grad protokoll-styrt med klare handlingsregler, inkludert spørsmålet om hvilke pasienter som skal sendes direkte til traumesenteret.²⁴

I tillegg til kompetanse til å utføre nødkirurgiske prosedyrer stilles følgende krav til sykehus som skal motta alvorlig skadde pasienter:

1. Fast definert traumeteam med kriterier for aktivering
2. Aktiveringstid for traumeteam, akuttrom, operasjonsstue og røntgenundersøkelse av thorax på mindre enn 15 minutter
3. Kriterier for prioritering og overføring av pasient til høyere behandlingsnivå
4. Oppdaterte prosedyrer (traumemanual)
5. Tilpasset registrerings skjema/bruk av sjekklister
6. Traumeregistrering og gjennomgang av behandlede pasienter
7. Etablert, regelmessig tverrfaglig trening
8. Oppfylt krav til kompetanse for medlemmer av traumeteamet.

²³ **Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015.** Utarbeidet av en nasjonal faggruppe nedsatt av fagdirektørene i de regionale helseforetak under ledelse av Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi NKT- Traume. <http://traumeplan.no/wp-content/uploads/2015/09/Nasjonal-traumeplan—Traumesystem-i-Norge-2015.pdf>. Ny versjon er under behandling, men ikke vedtatt.

²⁴ Vi gjør oppmerksom på at definisjonen av akuttsykehus i Nasjonal traumeplan avviker fra den som legges til grunn i Nasjonal helse- og sykehusplan og følgelig i denne utredningen

I vedlegg Traumeorganisering (se link over) beskrives også traumesenterets systemansvar (UNN Tromsø). Traumesentrene har systemansvaret for akuttisykehusene i sin region og behandler pasienter med skader som akuttisykehusene i regionen ikke selv har kapasitet eller kompetanse til å behandle. Traumesentrene skal kunne utføre alle typer kirurgisk behandling bortsett fra behandling som hører inn under landsfunksjoner. I tillegg til akuttisykehusfunksjonene nevnt ovenfor skal traumesentrene tilby følgende diagnostikk og behandling på døgnbasis: Akutt angiografi, intraarteriell embolisering og stentbehandling av blødninger.

Hovedtrekkene i det regionale traumesystemet i Helse Nord RHF

Som hovedregel skal tilskadekomne bringes til nærmeste sykehus som effektivt kan behandle pasienten for den mest alvorlige skaden som foreligger eller mistenkes. Alvorlig og/eller hardt skadde pasienter skal så vidt mulig sendes direkte og raskest mulig fra skadested til det sykehus som skal utføre endelig behandling. UNN Tromsø er regionalt traumesenter (nivå 3 i traumesystemet) og skal ha kompetanse til endelig behandling av alle traumepasienter (unntak for landsfunksjoner). NLSH Bodø er traumesykehus nivå 2 og skal kunne sluttbehandle traumepasienter som ikke trenger behandling ved regionalt traumesenter.

Alle sykehus som har kirurgisk akuttberedskap skal ha kapasitet og kompetanse til å yte stabiliserende/livreddende behandling når pasienten ikke kan transporteres direkte til sykehus som skal utføre endelig behandling. Akuttisykehus skal under normale omstendigheter kunne nås innen to timer fra skadetidspunktet. Alle lokalsykehus som i dag har kirurgisk akuttberedskap, skal ha kompetanse og ressurser til å ta imot, diagnostisere og eventuelt stabilisere traumepasienter før transport til sykehus som kan gi endelig behandling.

Det regionale traumesystemet beskriver også krav til prosedyrerepertoar, behandlingstiltak tilgjengelig, organisering (inkludert ressurser som til enhver tid skal være tilgjengelig), ledelse og kompetanseutvikling, retningslinjer med skriftlig manual og hvordan innpassing i et regionalt traumesystem skal tilpasses der det vektlegges følgende:

1. Lokalt traumeregister.
2. Årlig rapportering til Helse Nord's traumekoordinator i elektronisk, aidentifisert form
3. Sykehuset bidrar til prehospital kompetanseutvikling rettet mot ambulanspersonell og primærleger.

Det er utarbeidet en rekke kommunikasjonstiltak/protokoller for traumer.

Hovedtrekkene i det regionale traumesystemet ved UNN HF

Traumesystemet ved UNN HF er et beslutningssystem og samhandlingsmønster og representerer en matriseorganisering basert på Akuttmedisinsk klinikk, Barne- og ungdomsklinikken, Diagnostisk klinikk, Hjerte- og lungeklinikken, Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken, Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken og Operasjons- og intensivklinikken.

Ansvar for traumeorganiseringen ved det regionale traumesenteret UNN Tromsø er tillagt Hjerte-, lunge- og karkirurgisk avdeling i Hjerte- og lungeklinikken. Prinsipielle avgjørelser tas av Traumekomiteen UNN Tromsø, som rapporterer til foretaksledelsen. Ansvar for traumeorganiseringen ved UNN Narvik er lagt til Operasjons- og intensivklinikken, og til Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken ved UNN Harstad.

Traumeorganisering ved UNN Narvik

Operasjons- og intensivklinikken har det stedlige ansvar for traumeorganiseringen ved UNN Narvik. Sykehuset har et traumeutvalg som består av kirurg, anestesilege, operasjons-, anesthesi- og intensivsykepleier, radiograf og bioingeniør. Traumeutvalgets leder er medlem av Traumekomiteen UNN Tromsø.

UNN Narvik har traumeteam som mobiliseres etter fastlagte kriterier og består av kirurgisk bakvakt som leder, anestesilege, lege i spesialisering i generell kirurgi, anesthesi-, operasjons-, mottaks- og intensivsykepleier, bioingeniør, radiograf og turnuslege.

Sykehuset har ved ordinær drift kapasitet til respiratorbehandling av 1 intubert pasient²⁵. Man har siden 2008 praktisert kriteriebasert prehospitalet utrykning med anestesilege til skadested. UNN Narvik har drevet lokalt traumeregister siden januar 2008, har traumeansvarlig lege, traumekoordinator i deltidsfunksjon og fire KITS²⁶-instruktører. Sykehuset benytter et begrenset antall anestesilegevikarer som er godt kjent lokalt og som alle har ATLS-kurs. Anesthesi- og operasjonsavdelingen Narvik har administrativ og organisatorisk ansvar for traumemottaket og tilser at UNN Narvik oppfyller gjeldende krav til traumesykehus. UNN Narvik var første sykehus i Norge som gjennomførte FAST kurs for kirurgiske leger i vakt²⁷.

I rapporten Traumeorganisering beskrives traumeteam-medlemmenes kompetanse og diagnostisk repertoar (inkludert transfusjonstjeneste). I tillegg foretas en kvalitativ vurdering av traumesystemet etter en vitenskapelig dokumentert metodikk. Konklusjonen var at, med to unntak, oppfylte UNN Narvik de krav som gjelder for akuttsykehus i henhold til nasjonal traumeplan og for sykehus med

²⁵ Helse Nord [styresak 134-2010](#): Handlingsplan for intensivmedisin

²⁶ KITS: kurs i traumesykepleie

²⁷ 25.04.2015 gjennomførte UNN Narvik FAST kurs for alle leger ved kirurgisk avdeling og anesthesiavdelingen

kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord's traumesystem. Per 1.02.2017 oppfyller UNN Narvik alle krav til traumemottak.

Rapporten beskriver også organiseringen av traumemottaket, kriterier for mobilisering av traumeteamet og traumeteamets sammensetning, rutinene for mottak av alvorlig skadd pasient ved UNN Narvik, krav til dokumentasjon og føring av traumeregister og rapportering, kriterier for overføring til sykehus på høyere nivå og kompetanseutvikling.

3.3.2. Skader og alvorlige traumer ved UNN Narvik

Personskader

Skader og ulykker som medfører personskader er en stor utfordring både for folkehelsen og velferdsstaten. I 2007 vedtok Stortinget at opplysninger om skader og ulykker skulle innføres i Norsk Pasientregister²⁸ som et felles minimum datasett (FMDS) med obligatorisk registrering.

En personskade er definert i denne sammenhengen som:

- En akutt eller plutselig påvirkning mot kroppen av fysiske agens, som mekanisk energi, varme, elektrisitet, kjemikalier og stråling, og i en mengde eller størrelse som overstiger den menneskelige organismens toleransenivå
- Et plutselig fravær av nødvendige agens som oksygen eller varme (som ved drukning og forfrysning).

For 2015 foreligger informasjon om 42% av alle skader som ble behandlet ved sykehusene i Norge. UNN HF har ikke rapportert skadetilfeller i FMDS i 2015 (9674 totalt antall skader basert på ICD10 diagnosekategori S00-T78 (eksklusive komplikasjoner og følgetilstander etter medisinsk behandling)²⁹. Av de registrerte skadene skjedde 30,8% i bolig eller boligområde, 17,4% på vei, gate, fortau, gang- og sykkelvei og 15,6% på sports- eller idrettsområde. Fallskader dominerte (50,4%) mens 19,5% var forårsaket av sammenstøt eller påkjørsel.

UNN Harstad har siden 1985 registrert alle skader som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten. Nær 49.000 skader ble behandlet over 21 år, derav 90% ulykker. I en kommentarartikkel i Tidsskrift for den norske legeforening³⁰ peker Børge Ytterstad på en nær 80% underrapportering i NPR/FMDS og at arbeidsbyrden for skadebehandling på sykehusene underkommuniseres.

²⁸ NPR; Skadedatasettet

²⁹ Personskadedata 2015. Norsk pasientregister. Rapport IS-2473.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1189/Personskader%202015.pdf>

³⁰ Tidsskr Nor Legeforen 2016; nr 23-24; 136.

Per i dag kan skadedata i FMDS ikke brukes for planlegging eller forebygging. I dette prosjektet vil *skader* fremkomme indirekte ved henvisning til spesialitet, hoveddiagnose (HDG)-gruppe og operasjonskode (NCSP-kode), jf. [Traumeorganisering](#).

Alvorlige skader (traumer)

Helse Nord RHF har bestemt at det skal være et traumeregister i hvert helseforetak. Det er derfor hentet ut data for pasienter inkludert i traumeregisteret ved UNN Narvik 1.6.2015-1.6.2016.

Inklusjonskriterier for traumeregistrene ved UNN HF er som i nasjonalt traumeregister (versjon 1.5; 17.6.2016) og omfatter traumepasienter som mottas etter traumealarm og/eller har penetrerende skader proximalt for albue/kne og/eller *New Injury Severity Score* > 12 og/eller hodeskade med *Abbreviated Injury Scale* > 3.

Den aktuelle 12-månedersperioden er valgt fordi den representerer den nyeste erfaringen og fordi traumeregisteret er komplett for denne perioden. Rapporten (se link over) gir en beskrivelse av 43 innlagte traumepasienter i denne perioden. Oppsummert viser rapporten:

- Totalt antall inkludert i registeret i perioden: 43 pasienter
- Injury Severity Score³¹ >12: 7 pasienter hvorav 4 overflyttet
UNN Tromsø
- Injury Severity Score <12: 36 pasienter hvorav 2 overflyttet
UNN Tromsø

Av de 7 alvorlig skadde (ISS>12) ble ingen av disse akutt operert ved UNN Narvik. I perioden 01.10.2012 – 01.04.2016 ble det fra UNN Narvik overført 24 traumepasienter³² til UNN Tromsø. Ti av disse hadde ISS>12.

Trafikkulykker

Informasjon om trafikkulykker i områdene nordre Nordland, Sør- og Midt-Troms er analysert basert på Nasjonal vegdatabank for perioden 2010-2016. Antall drepte i trafikken ble redusert fra 12 til 4 i perioden. Antall alvorlig skadde har variert i samme periode (fra ingen til 4 pr år) og omfattet 1 person i 2016. Alvorlig, ikke livstruende skadde er redusert fra 23 til 9 personer, mens lettere skadde er redusert fra 246 til 74 personer fra 2010 til 2016. Detaljer finnes i rapporten [Trafikkulykker](#).

³¹ Injury Severity Score: internasjonalt skåringssystem for skadde pasienter.

³² 6 av disse registrert ved UNN Narvik men ikke mottatt i traumemottak ved traumesenteret.

3.4 Kommune og primærhelsetjeneste – legevaktfunksjonen. Beredskapsplaner

En kommunal arbeidsgruppe har utredet legevaktstjenesten i kommunene rundt UNN Narvik, interkommunalt samarbeid og organisering (rapporten [Kommunale tjenestetilbud](#)). Tabellen under oppsummerer status for legevaktfunksjonen, samarbeid om den mellom kommunene, og beskrivelse av observasjons- (OBS) og KAD-senger.

Tabell 6: legevaktfunksjon, lokalisering og beskrivelse av obs-senger 2016

| Legevaktsdistrikt | Lokalisering | Beskrivelse |
|---|---|--|
| Målselv, Salangen, Bardu, Lavangen og Ibestad | Setermoen sentrum, helsehuset | Interkommunal løsning. Kommunalt ansvar frem til kl. 2300. Tilstedevakt på legevakta fra kl. 2300 – 0800. Legevakta har også ansvar for 2 KAD-senger. |
| Evenes, Tjeldsund og Skånland | ETS medisinsk senter | Ingen obs-senger ved legevakten. Kommunene samarbeider om KAD- senger ved legevakten i Harstad. |
| Gratangen, Narvik og Ballangen | Samarbeider med akuttmottaket ved UNN Narvik (FAM – felles akuttmottak). | Hver enkelt kommune har ansvar fra kl 0800-1530 i ukedagene. Deretter lege på vakt i det interkommunale samarbeidet. Ingen obs-senger i legevakten. Kommunene (inkludert Tysfjord) samarbeider om 3 KAD-senger som er lokalisert ved Narvik REO. |
| Tysfjord, Hamarøy og Steigen | Tysfjord kommune: Lokal legevakt på Drag og på Kjøpsvik mandag-torsdag kl. 0800-2200, fredag kl.0800-1500. Etter kl. 1500 (mandag-torsdag): lokal legevakt. Interkommunal legevakt på Innhavet mandag-torsdag kl. 2200-0800, og fredag kl. 1500-mandag kl. 0800. | |

Lege i vakt er tilknyttet Nødnettet. Legen blir derfor kalt opp fra AMK ved behov og kan videre stå i kontinuerlig kontakt med AMK. Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp brukes for å vurdere hastegrad og behov for utrykning.

Alle kommunene har underskrevet Tjenesteavtale nr. 11³³ om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Det er også utformet en særskilt beredskapsavtale mellom UNN HF og Tysfjord kommune der pasienter med alvorlige medisinske tilstander kan fraktes til UNN Narvik uten nødvendigvis ha vært tilsett av den kommunal legetjenesten.

3.5. Prehospitale tjenester – den akuttmedisinske kjeden

Akuttmedisinsk klinikk ved UNN HF har ansvar for å organisere akuttmedisinske behandlings- og overlevelseskjeder i et klimatisk og geografisk vanskelig område, der samhandlingen med lokalbefolkningen, lokalsamfunnet og lokalsykehusene er avgjørende for et vellykket resultat. Akuttmottak- og observasjonspostavdelingen ved UNN Tromsø har et nært faglig samarbeid med

³³ Mellom den enkelte kommune og UNN HF

akuttmottakene ved UNN Harstad og UNN Narvik, som begge er organisatorisk plassert under Operasjons- og intensivklinikken.

AMK er lokalisert ved UNN Tromsø, mens Luftambulanseavdelingen har sin virksomhet i UNN Tromsø (helikopterbase), på helikopterbase Evenes og på Langnes lufthavn (flyambulansebase).

Ambulanseavdelingen har virksomhet spredt over hele Troms fylke og deler av nordre Nordland.

Befolkningen i et vidstrakt område på ca. 52 mil mellom Kjøpsvik i Tysfjord kommune i sør, til Kvænangen kommune i nord, betjenes av UNNs bil og båtambulanser fra 31 stasjoneringsteder.

Stasjonene har varierende grad av vaktordninger, fra full kasertering og tilstedevakt til de med tilstedevakt noen timer pr dag og hjemmevakt resten av døgnet. Ambulanseavdelingen forvalter 46 ambulanser, 4 ambulansebåter i døgnberedskap, 5 helsetransportbiler for oppdrag på øyer uten døgnkontinuerlig fergetilbud.

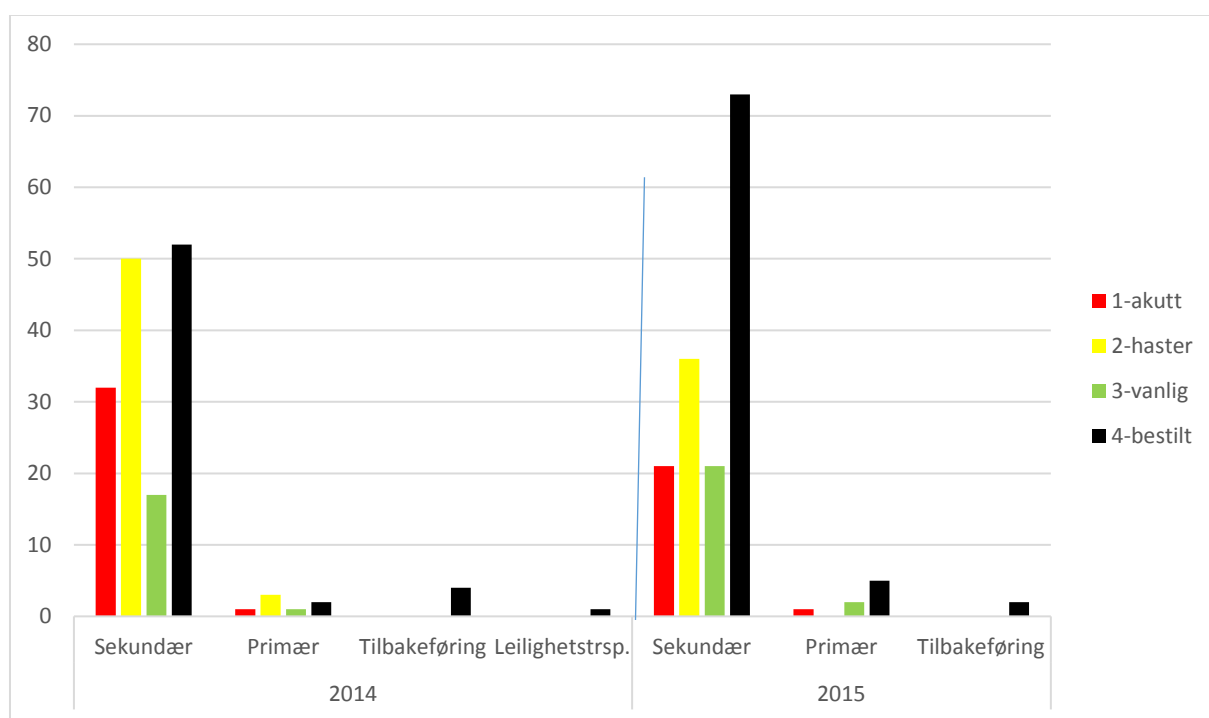
Tabellen under gir en oversikt over antall bilambulanser og ambulansestasjoner i det geografiske området omkring UNN Narvik. Når det gjelder veg-stengninger og transporttider vises det til rapporten [Prehospitale tjenester](#) og kap. 3.6.

Tabell 7: Antall innbyggere, ambulanser, ambulanseoppdrag og kjøreavstand (km) med fordeling av antall innbyggere per ambulanse, oppdrag per ambulanse og gjennomsnittlig kjørt distanse pr oppdrag januar-oktober 2016 (Virksomhetsdata UNN, SSB)

| Ambulanse-stasjon | Antall innbygger | Antall Ambulanser | Antall Innbygger/ambulanse | Antall oppdrag | Antall oppdrag/ambulanse | Antall kjørte km | Snitt km per tur |
|--------------------------|------------------|-------------------|----------------------------|----------------|--------------------------|------------------|------------------|
| Tysfjord N | 987 | 1 | 987 | 120 | 120 | 13661 | 114 |
| Ballangen | 2556 | 1 | 2556 | 381 | 381 | 27356 | 72 |
| Narvik | 18787 | 3 | 4697 | 2059 | 686 | 46660 | 23 |
| Bjerkvik | | 1 | | 412 | 412 | 43484 | 106 |
| Gratangen | 1137 | 1 | 1137 | 271 | 271 | 31862 | 118 |
| Salangen/Lavangen | 3281 | 2 | 1640 | 559 | 279 | 85911 | 154 |
| Bardu | 4019 | 1 | 4019 | 483 | 483 | 72958 | 151 |
| Dyrøy | 1158 | 1 | 1158 | 323 | 323 | 45763 | 142 |
| Målselv | 6741 | 2 | 3371 | 470 | 470 | 64260 | 134 |
| | | | | 376 | 376 | 58672 | 156 |

Når det gjelder flyambulansetjenesten, viser figur 5 at de fleste oppdragene er sekundæroppdrag³⁴ fra UNN Narvik. Det er få primæroppdrag der pasienten ikke har vært innom UNN Narvik. Figuren viser også at de fleste oppdrag fra 2015 er bestilte oppdrag, noe som skyldes at ambulanshelikopterbasen på Evenes har overtatt oppdragene med hastegrad *akutt* og *haster* etter etableringen våren 2015. Narvik lufthavn Framnes legges ned 1.04.2017, og dette vil ha innvirkning på tidsbruk for ambulansetjenesten (landbasert) som heretter må benytte Harstad/Narvik lufthavn Evenes. For årene 2014 og 2015 har det vært hhv 163 og 161 pasienttransporter med fly fra UNN Narvik til et høyere omsorgsnivå. Totalt 207 pasienter ble transportert fra et høyere omsorgsnivå til UNN Narvik for videre behandling i årene 2014-2015.

Figur 5: Ambulansefly: oppdragstype og hastegrad fra UNN Narvik 2014-2015:



Tabell 8 gir en oversikt over forespørsler (sekundæroppdrag) om helikopter fra UNN Narvik. Totalt antall forespørsler var 64 i årene 2014-2015, og herunder var om lag halvparten av forespørslene knyttet til kirurgi, obstetikk, nyfødtsmedisin og traumatologi.

³⁴ Primæroppdrag: der pasienten befinner seg utenfor sykehus. Sekundæroppdrag: Oppdrag der pasienten transporteres fra et sykehus til et annet sykehus på høyere nivå pga. akutt sykdom eller skade som trenger høyspesialisert behandling.

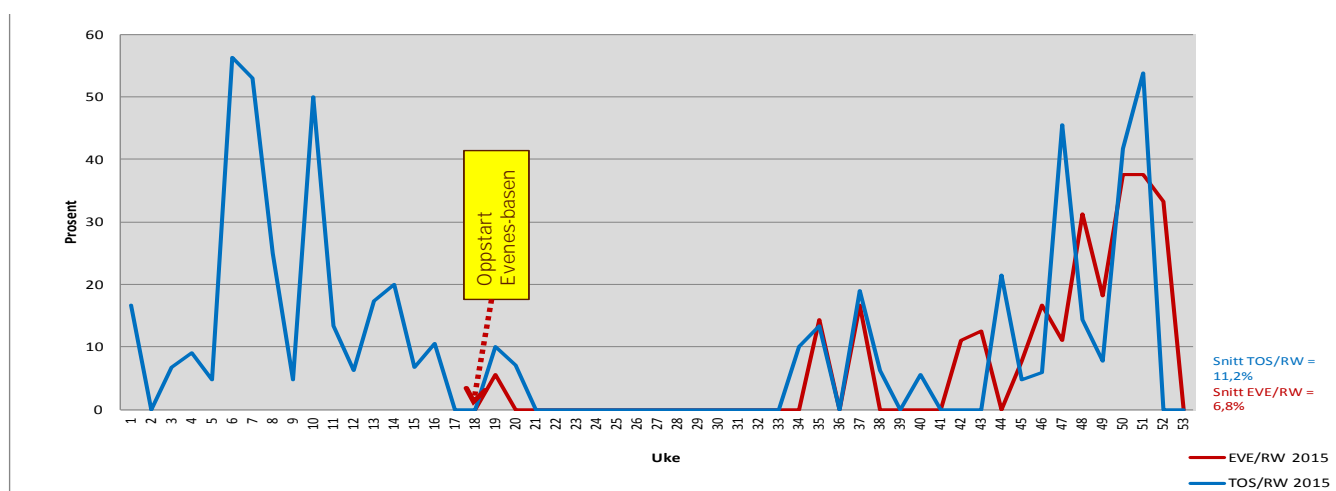
Tabell 8: Antall forespørsler om ambulanshelikopter (sekundæroppdrag) som kom fra UNN Narvik i 2014 -2015.

| Forespørsler sekundæroppdrag ambulanshelikopter UNN Narvik | | | | |
|--|------|------|--------|---------|
| År | 2014 | 2015 | Totalt | Prosent |
| Antall totalt | 21 | 43 | 64 | |
| Antall kirurgiske problemstilling | 5 | 7 | 12 | 18,8 |
| Antall traume | 2 | 6 | 8 | 12,5 |
| Antall obstetikk | 0 | 2 | 2 | 3,1 |
| Antall neonatalogi | 7 | 3 | 10 | 15,6 |
| Antall ukjent | 3 | 4 | 7 | 10,9 |

En av de vanligste årsakene til at helikopteroppdrag ikke blir utført er værforholdene. Figur 6 viser at værrelaterte avvik, der oppdrag avvises eller avbrytes, har et tydelig mønster som følger årstidene og lysforhold. I 2015 var det 1193 forespørsler på helikopter, hvorav vær var årsak til 9,2% av avbrutte/avviste oppdrag (2012-2014). Figur 6 viser at det er enkeltuker i perioden november-mars der 30-55% av oppdragene avvises/avbrytes grunnet værforholdene. Antall avvisinger grunnet samtidighet og tjenestetid er minimert etter opprettelsen av Evenes-basen. Andelen oppdrag der pasienten blir levert til UNN Narvik hørte til sjeldenhetene før etableringen. I 2015 ble 33 pasienter levert ved UNN Narvik mot 1 året før. Gjennomførte sekundæroppdrag fra UNN narvik til høyere behandlingsnivå har økt fra 14 til 28 i samme periode.

Generelt har antall helikopter-forespørsler økt med 37% fra perioden 2012-14 til 2015 grunnet etableringen av Evenes-basen.

Figur 6: Oppdrag med ambulanshelikopter som ble avvist eller avbrutt med «vær» som oppgitt årsak i 2015 (n=1193).



Når det gjelder pasientenes alvorlighetsgrad vises det til [rapporten](#), og herunder figur 9 (s 23) for helikopter (til UNN Narvik), figur 4 (s 16) for fly (fra UNN Narvik), og tabell 9 (s 9) for bilambulanse.

Tabell 9 viser alle AMK-hendelsen der pasienten er levert til UNN Narvik fordelt på fagområde og hastegrad.

Tabell 9: AMK-hendelser der pasienten er levert til UNN Narvik (akuttmottak, IKL og sykehusets avdelinger) fordelt på kriteriekort/hovedproblem og hastegrad i henhold til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (2016 – tom oktober).

| Antall hendelser pr oktober 2016 | Hastegrader | | | Totalt |
|--|-------------|-----|-----|--------|
| | A | H | V | |
| Fagområde og kriteriekort/hovedproblem | | | | |
| Diverse | 148 | 481 | 338 | 967 |
| Medisin | 334 | 96 | 2 | 432 |
| Allergisk reaksjon | 8 | 1 | | 9 |
| Bevisstløs, hjertestans | 28 | 4 | 1 | 33 |
| Brystsmerter | 152 | 32 | | 184 |
| Diabetes | 7 | | | 7 |
| Drukning | 2 | | | 2 |
| Feber | 2 | 1 | | 3 |
| Hodepine | 3 | 6 | | 9 |
| Hypotermi - hypertermi | 1 | | | 1 |
| Krampeanfoll | 20 | 4 | | 24 |
| Nedsatt bevissthet - lammelser | 62 | 18 | | 80 |
| Pustevansker | 49 | 30 | 1 | 80 |
| Kirurgi | 67 | 258 | 9 | 334 |
| Blødning | 5 | 5 | 1 | 11 |
| Brannskade - elektrisk skade | 2 | | | 2 |
| Magesmerte- ryggsmerte | 20 | 81 | 3 | 104 |
| Sår-, brudd og småskader | 4 | 110 | 3 | 117 |
| Trafikkulykke | 18 | 10 | 1 | 29 |
| Ulykker | 14 | 40 | | 54 |
| Urinveier | 2 | 8 | 1 | 11 |
| Vold | 2 | 4 | | 6 |
| Psykiatri | 15 | 29 | 1 | 45 |
| Gynekologi - obstetikk | 9 | 6 | 1 | 16 |
| Fødsel | 4 | 2 | | 6 |
| Gynekologi- svangerskap | 5 | 4 | 1 | 10 |
| Pediatri | 12 | | | 12 |
| Øye | 1 | 1 | | 2 |
| Totalt | 586 | 871 | 351 | 1808 |

3.6. Tilgjengelighet og transporttider. Veg-stengning.

Prosjektet har bedt Asplan Viak AS om å gjennomføre tilgjengelighetsanalyser for UNN Narvik (se rapporten [Tilgjengelighetsanalyser](#)). Oppdraget var å beregne reisetid/tilgjengeligheten til UNN Narvik etter at Hålogalandsbrua åpner. Det er beregnet reisetid med ambulanse under utrykning for bosatte i *befolkningstriangelet*³⁵ mellom UNN Narvik, UNN Harstad og UNN Tromsø.

Basert på informasjon fra ansvarlig fagmiljø ved UNN HF, er det lagt til grunn at hastighetsnivået for

³⁵ Kommunene Narvik, Tysfjord, Tjeldsund, Evenes, Ballangen, Skånland, Ibestad, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv og Sørreisa.

ambulansse under utrykning tilsvarer skiltet hastighet. Reisetiden på fergestrekninger og bruk av ambulanssebåt er også tatt med for å få en representativ reisetid til sykehus. I beregningene er det benyttet befolkningsdata fra SSB i et 250-meters rutenett fra 2016. ³⁶

Tabell 10: Andelen av befolkningen som når nærmeste sykehus (UNN Tromsø, UNN Narvik og UNN Harstad) pr tidsintervall.

| Intervall | Antall personer | Akk. Antall personer | Personer (%) | Akkumulert (%) |
|---------------|-----------------|----------------------|--------------|----------------|
| 0 - 30 min | 20 075 | 20 075 | 41 % | 41 % |
| 30 - 60 min | 13 802 | 33 877 | 28 % | 69 % |
| 60 - 90 min | 7 594 | 41 471 | 16 % | 85 % |
| 90 - 120 min | 7 564 | 49 036 | 15 % | 100 % |
| 120 - 150 min | 38 | 49 074 | 0% | 100 % |

Beregningene viser at tilgjengeligheten til sykehus i dette befolkningsområdet er god; 85% av befolkningen når et sykehus innen 90 min, 100% når et sykehus innen 2 timer. Tabellen under viser antall personer i de nevnte kommunene som har ett av sykehusene i UNN HF som sitt nærmeste.

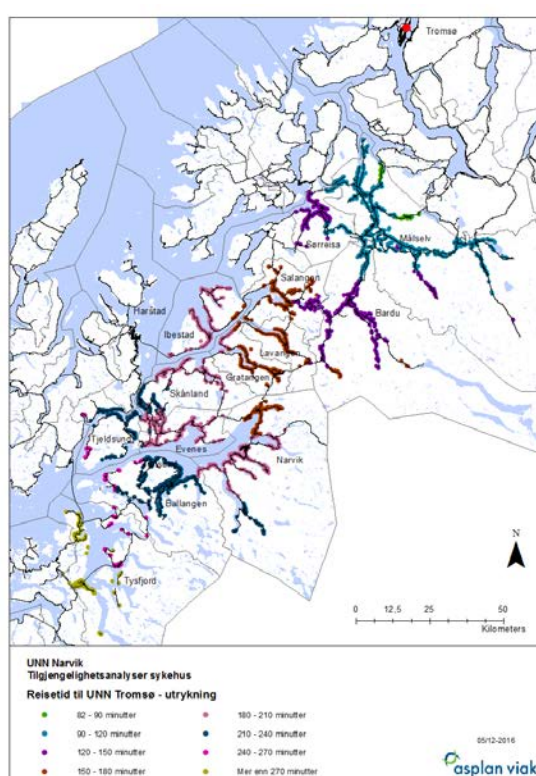
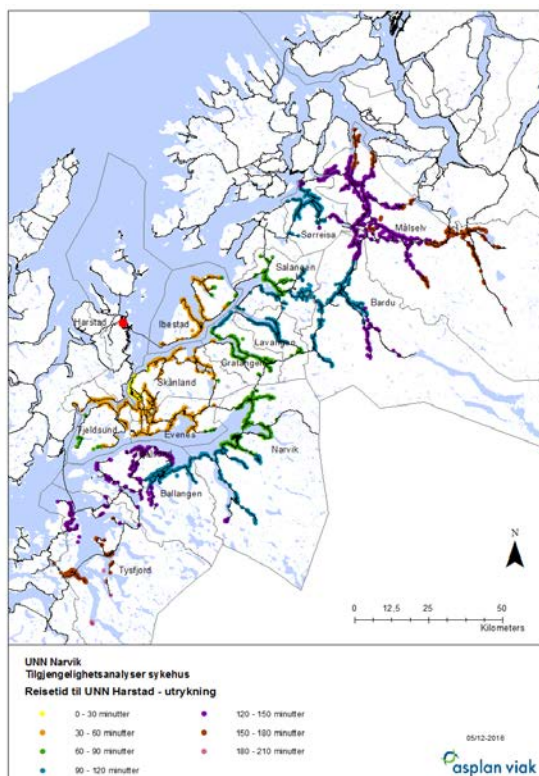
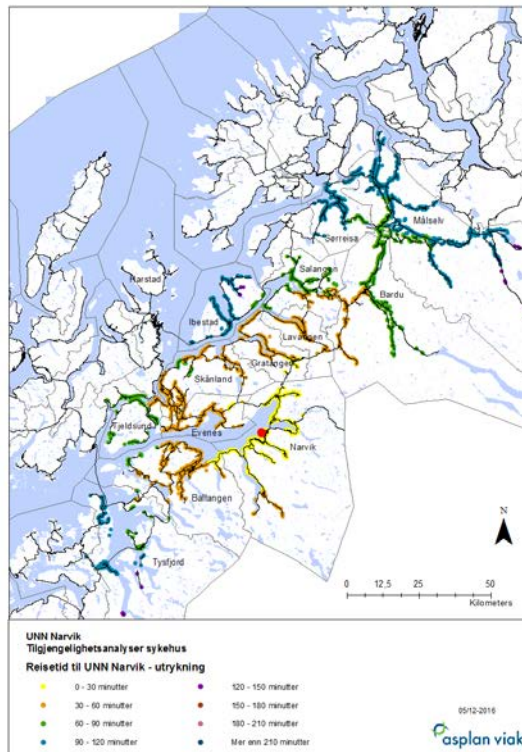
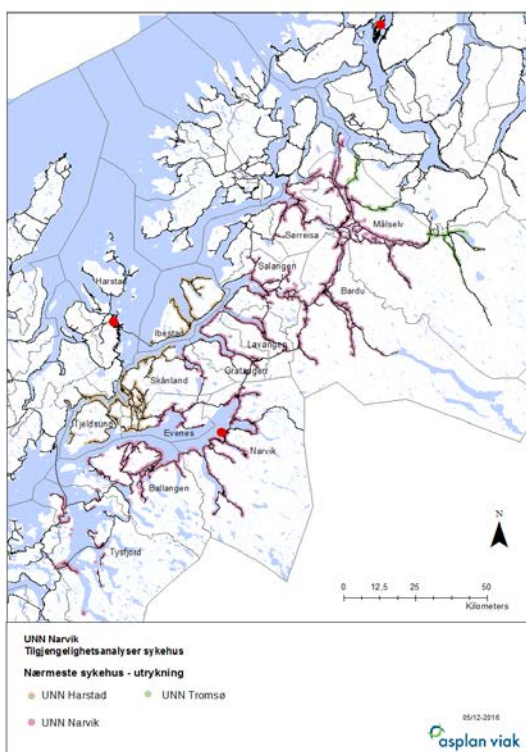
Tabell 11: Antall personer i befolkningstriangelet (Narvik, Tysfjord, Tjeldsund, Evenes, Ballangen, Skånland, Ibestad, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv og Sørreisa) sitt nærmeste sykehus

| | Antall bosatte | Andel bosatte |
|-------------|----------------|---------------|
| UNN Tromsø | 1 126 | 2% |
| UNN Narvik | 42 373 | 87 % |
| UNN Harstad | 5 575 | 11 % |
| Sum | 49 074 | 100 % |

I kartene under fremstilles reisetider til nærmeste sykehus, til UNN Narvik, UNN Harstad og UNN Tromsø.

³⁶ Den brukte ATP-modellen er et dataverktøy for samordnet areal- og transportplanlegging. Modellen kan dokumentere tilgjengelighet med ulike transportmiddel. Modellen er basert på en digital modell av vegsystemet. Stedfestede data for bosetting og transportsystem knyttes sammen i et geografisk informasjonssystem (GIS).

Kart 1-4: Reisetid til nærmeste sykehus og reisetid til UNN Narvik, Harstad og Tromsø etter befolkningsområde



Veistengning.

Prosjektet har også innhentet informasjon fra Statens Vegvesen om veistengninger (område, tidsperioder) i det aktuelle befolkningsområdet. Rapporten [Kolonnekjøring](#) gir detaljert oversikt per veistrekning. Informasjonen oppsummeres i tabell 12.³⁷

Tabell 12: Kolonnekjøring og veg-stengning (gjennomsnitt) 2010-2016

| Strekning | Midlertidig stengt | Kolonnekjøring | Kommentar |
|---|---------------------------------------|----------------------------|---|
| E6 Narvik Bjerkvik | 27 ganger pr år 54,5 timer pr år | 0 | Gjennomsnittstallene påvirkes av høye enkeltverdier for året 2014 |
| E& Bjerkvik Nordkjosbotn | 27 ganger pr år 54 timer pr år | 13 ganger 8 timer pr år | Se over |
| E6 Nordkjosbotn Tromsø | 9,5 ganger pr år 19 timer pr år | 0 | Se over (2013) |
| E10 Tjeldsundbrua Bjerkvik | 9,5 ganger pr år 27 timer pr år | 4 ganger 5 timer pr år | |
| RV 83 Tjeldsundbrua Harstad | 12,5 ganger pr år 5118 timer pr år | 0 | |

3.7. Kvalitet og pasientsikkerhet –nasjonale kvalitetsdata.

Mer enn 100 ulike kvalitetsindikatorer rapporteres til nasjonale helsemyndigheter via helsenorge.no.³⁸ Mange av disse rapporteres på foretaksnivå, og blant de som rapporteres på sykehusnivå må det gjøres et utvalg for å kunne gi et representativt bilde av den kvalitet og pasientsikkerhet UNN Narvik leverer. For et mer utførlig bilde henvises det til rapporten [Kvalitetsindikatorer](#).

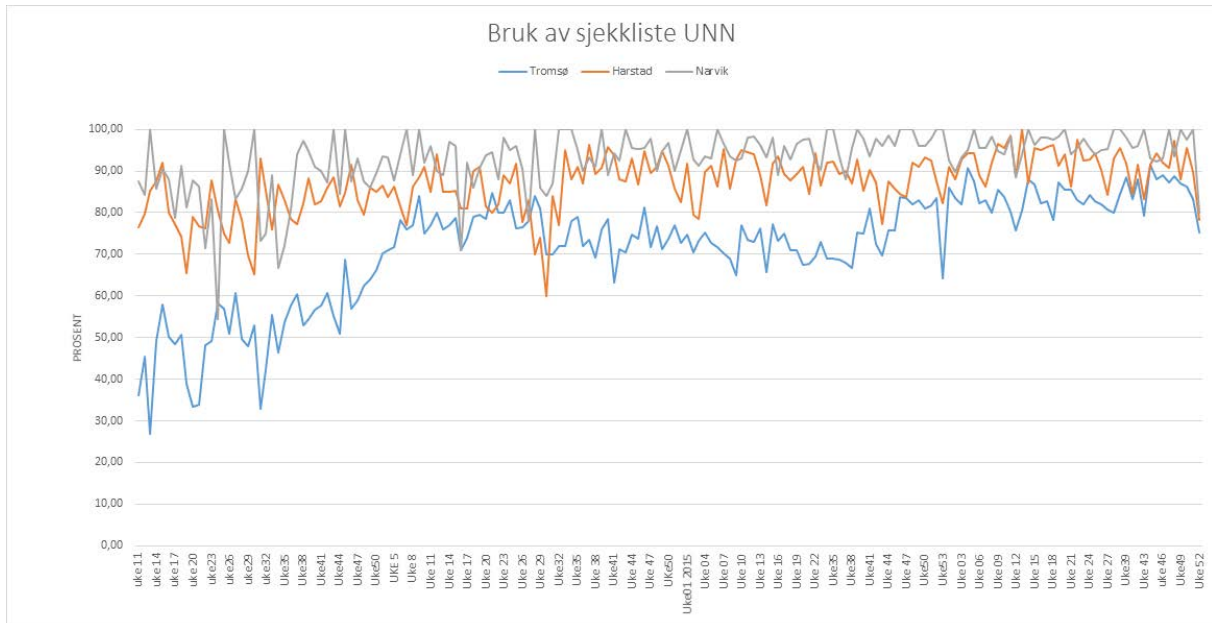
UNN Narvik har et relativt sett lavt antall korridorpasienter, med 2% av alle liggedøgn i 2015, tilsvarende for UNN Harstad og Tromsø. Gjennomsnittet for regionen som et hele er imidlertid noe lavere (1,7 %). Foreløpige tall fra 2016 antyder imidlertid en nedgang for UNN Narvik, i motsetning til UNN Harstad og UNN Tromsø som har en økt andel korridorpasienter.

³⁷ Også ved midlertidig stengt veg kan utrykningskjøretøy ofte passere. F eks ved brystengning pga sterk vind bistår Mesta med hullaster som vindskjerm. Ambulanse kan passere veg som er stengt grunnet hindring, selv om vegen er stengt for øvrig trafikk. Ved planlagt stengning er det oftest en betingelse at utrykningskjøretøyer kan passere (e-post Siri V Nilsen, trafikkoperatør vegtrafikksentralen, 080217)

³⁸ <https://helsenorge.no/>

UNN Narvik har også en liten andel utsatte operasjoner (9 i 2015). UNN Narvik har også høy måloppnåelse i gjennomføringen av «Trygg kirurgi» allerede fra 2013, her illustrert i figur 7 som viser til andel av alle operasjoner, både elektive og ø-hjelp, der alle tre deler av den kirurgiske sjekklisten er brukt.

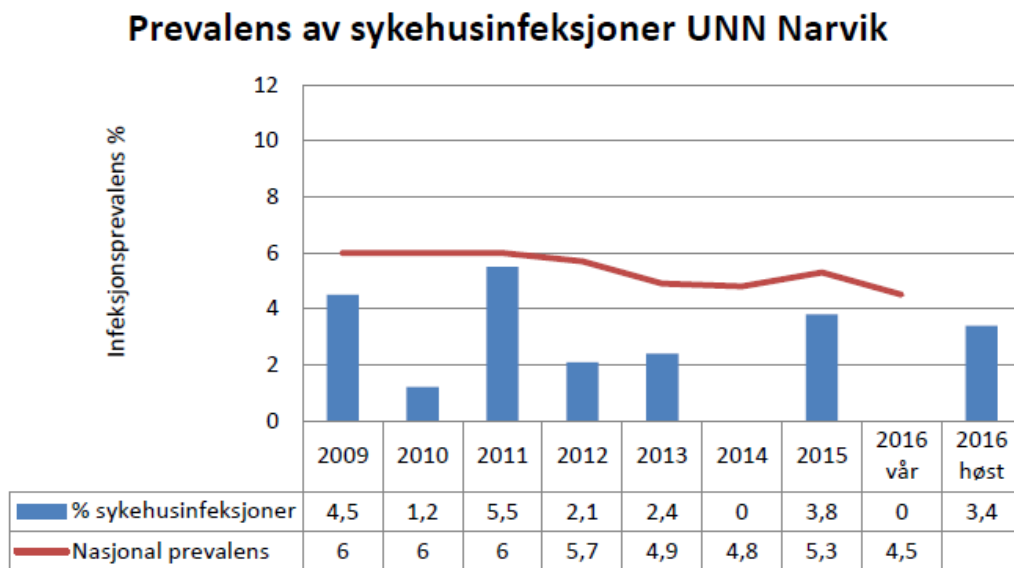
Figur 7: Bruk av sjekkliste UNN HF 2013-2016. Andel av alle operasjoner der sjekkliste er dokumentert brukt. Inkl elektiv og ø-hjelp



Kilde: Kvalitetsrådgiver Tonje Drecker, UNN HF

Prevalensundersøkelser måler andel pasienter med helsetjenesteassosierte infeksjoner på et gitt tidspunkt. Kravet fra Helse- og omsorgsdepartementet er at prevalensen av slike infeksjoner skal være mindre enn 4,7 % i 2016. Figur 8 viser prevalens av sykehusinfeksjoner ved UNN Narvik i perioden 2009-2016.

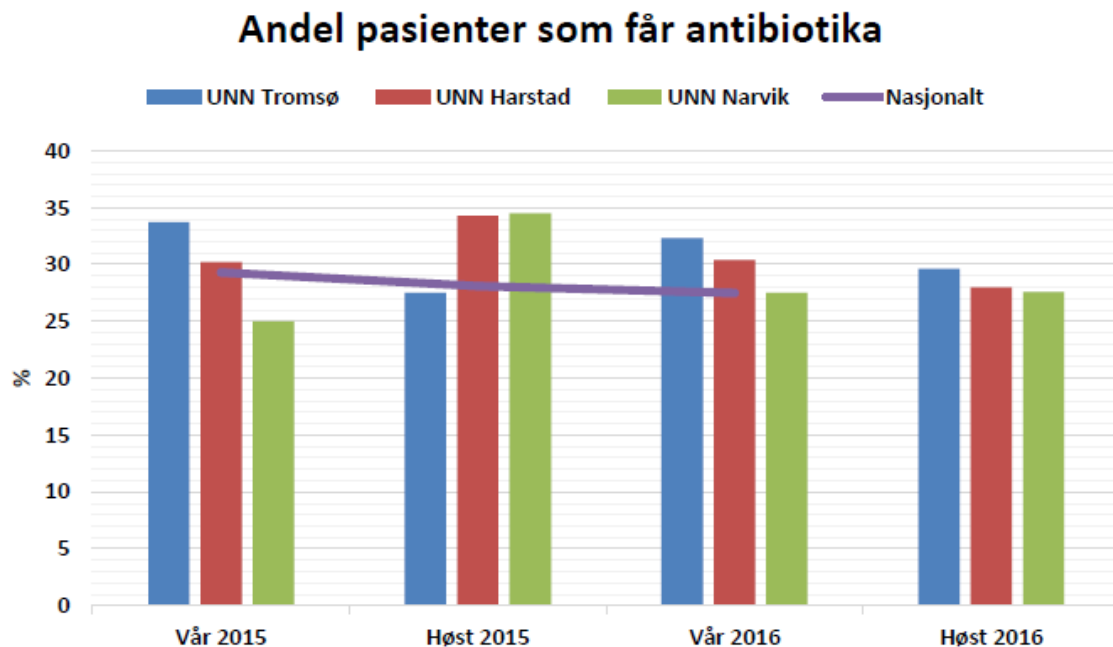
Figur 8: Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Narvik 2009-2016.



Kilde begge figurer: Smittevernssenteret UNN HF

Fra 2015 ble det påbudt å registrere all antibiotikabruk hos inneliggende pasienter. Andel pasienter som sto på antibiotika registreringsdagen i hhv 2015 og 2016 (vår- høst) er vist i figur 9.

Figur 9: Andel inneliggende pasienter som fikk antibiotika under prevalensregistreringen 2015-2016 UNN Tromsø, Narvik og Harstad.

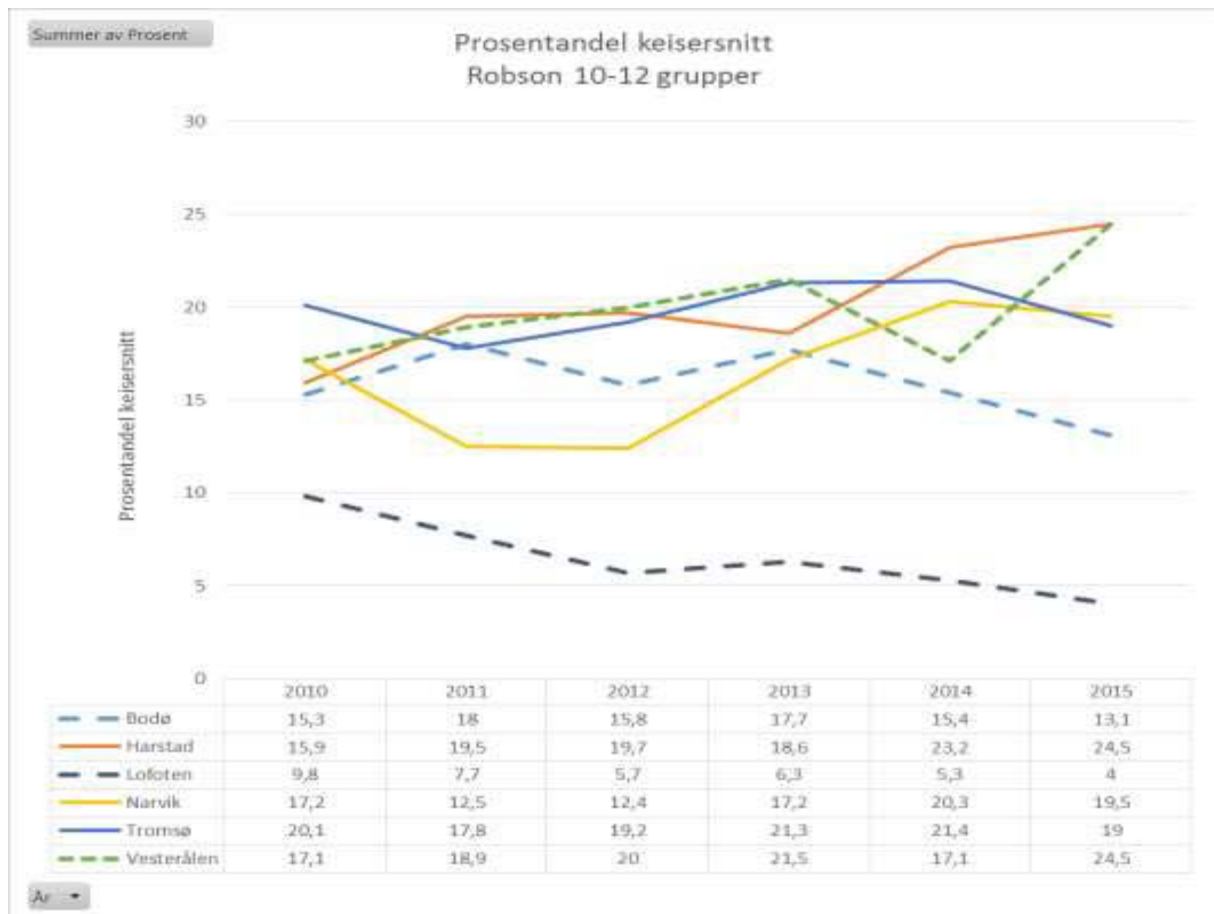


Når det gjelder kvalitetsdata knyttet til fødsler, vises det til rapporten [Fødsel-Aktivitet 2010-2015](#).

Tilsyn ved fødeavdelingen ved UNN Narvik i 2010 er beskrevet i kap. 6.

Figuren under viser, basert på data fra medisinsk fødselsregister, prosentandelen keisersnitt (elektive og akutte) ved UNN Narvik samt en del andre nordnorske sykehus.

Figur 10: Prosentandel keisersnitt (elektiv og akutt) 2010-2015 ved utvalgte sykehus i Helse Nord RHF.



Kilde: Kvalitetsavdelingen, UNN HF

Andelen keisersnitt for UNN Narviks vedkommende var 19,6 % i 2015. Oppdaterte, dog ikke kvalitetssikrede tall for 2016 viser en reduksjon til 17,6 %, tilsvarende ved UNN Harstad til 19,1 %.

Brukererfaringsundersøkelsen (PasOPP) gjennomføres av Kunnskapssenteret blant voksne døgnpasienter ved norske somatiske sykehus³⁹. Kartlegginger ble sist gjennomført i 2014 og 2015. 9 indikatorer samles i en totalskåre, og deles i intervallene 1-5, der 5 er beste skåre på pasienterfaringer. Her skårer UNN Narvik 2 (av 5) både i 2014 og i 2015. UNN Tromsø og UNN Harstad skårer 3 (av 5) begge år. Det er særlig to områder der UNN Narvik skårer signifikant lavere enn de andre to, også i forhold til landsgjennomsnittet. Dette er på områdene informasjon ved utskriving og ventetid. Det er særlig to områder der UNN Narvik har oppnådd signifikant forbedring i

³⁹ PasOPP ved www.kunnskapssenteret.no

perioden 2011-2015. Dette gjelder områdene pleiepersonale (opplevelsen av å være godt ivaretatt) og området standarder (utstyr, romstandard mv).

PasOPP måler også pasientopplevd pasientsikkerhet basert på 12 spørsmål omkring forekomst av negative hendelser. Disse slås sammen til en pasientsikkerhetsindikator der intervallet går fra 1 til 100, der 100 er best. I denne undersøkelsen skårer alle de tre UNN-sykehusene likt, hhv 85 i 2014 og 87 i 2015. Der er ingen enkeltområder med signifikant endring for UNN Narviks vedkommende i perioden.

4. Nasjonalt erfaringsgrunnlag

4.1. Utfordringer for lokalsykehusene (akuttisykehusene) – begreper

I Nasjonal helse- og sykehusplan drøftes ulike typer sykehus og hvilke betegnelser som er gjeldende. Betegnelsen lokalsykehus erstattes eller suppleres med begrepet akuttisykehus. En omtale av begrepene er gitt i kap. 2.3.2.

Helse Nord RHF har på bakgrunn av dette kategorisert sykehusene i regionen slik⁴⁰:

Regionsykehus

- *Det ene sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehus. I Helse Nord er det UNN Tromsø. Regionsykehus vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.*

Stort akuttisykehus

- *Sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter. I Helse Nord kan Nordlandssykehuset Bodø omtales som stort akuttisykehus.*

Akuttisykehus

- *Sykehus som minst har akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig. Alle lokalsykehusene i Helse Nord er akuttisykehus.*

Sykehus uten akutfunksjoner

- *Betegnelsen sykehus uten akutfunksjoner brukes om sykehus med planlagt behandling som ikke har akutfunksjoner. Ingen slike sykehus i Helse Nord.*

Kravene til innhold i akuttisykehusene er satt slik:

Akuttisykehus skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser.

Foretaksrådet for Helse Nord RHF presiserte at «... det blir lagt til grunn at dette (kravene til innhold/funksjon; sekretariatets merknad) kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket samlet».

⁴⁰ <https://helse-nord.no/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Lokalsykehus og kirurgiske akutfunksjoner.

Nasjonal helse og sykehusplan drøfter dette utfyllende i planens kap. 12. Innspillene til planen gir utfyllende informasjon og det vises her blant annet til

- *Helsedirektoratets vurdering av lokalsykehus og akutfunksjon (17.8.2015)*⁴¹.
- *Faglige konsekvenser av alternativer for sykehusstruktur.* Innspill fra faglig rådgivningsgruppe for sykehusstruktur til Nasjonal helse- og sykehusplan.⁴²
- *Kartlegging av akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet ved mindre lokalsykehus.* Rapport fra arbeidsgruppe. Helse Midt Norge RHF.⁴³
- *Sykehus for fremtiden. Innspill til nasjonal sykehusplan.* Den Norske Legeforening 2015.⁴⁴
- *Pasientstrømmer for innleggelser som øyeblikkelig hjelp for lokale sykehusområder i 2014*⁴⁵.

Det er særlig de faglige argumenter som er viktige for dette prosjektet, men disse må likevel tilpasses de overordnede føringene i Stortingsmeldingen, Stortingets behandling av meldingen, og departementets oppfølging av Stortingets behandling slik det fremgår av foretaksprotokollen (jf. kap. 2.3).

For dette prosjektet legges det vekt på:

- For å utvikle tilbud av høy kvalitet og samtidig utnytte ressursene best mulig, vil UNN følge to spor. Det ene innebærer å sentralisere avansert diagnostikk og behandling. Det andre innebærer å desentralisere vanlig diagnostikk og behandling⁴⁶.

⁴¹ <https://helsedirektoratet.no/Documents/Nyheter/Helsedirektoratets%20vurdering%20av%20lokalsykehus%20og%20akutfunksjon.pdf>

⁴² https://www.regjeringen.no/contentassets/9ba3489d35794be7a41cea2cf02af85d/rapport_sykehusstruktur_ekspertgruppe_040515.pdf

⁴³ <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan/Pasientbehandling/Kartlegging%20av%20akuttmedisinsk%20og%20akuttkirurgisk%20virksomhet%20ved%20mindre%20lokalsykehus.pdf>

⁴⁴ Sykehus for fremtiden. Innspill til nasjonal sykehusplan. Den Norske Legeforening. 2015. <http://legeforeningen.no/PageFiles/184482/Statusrapport%20-%20Sykehus%20for%20fremtiden.pdf>

⁴⁵ <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan/Pasientbehandling/Pasientstrømmer%20for%20lokale%20sykehusområder%20i%202014.pdf>.

⁴⁶ [Strategisk utviklingsplan](#) UNN HF, kap 4.1.

- Det er et mål å opprettholde en desentraliserte sykehusstruktur med tilpasset akutfunksjoner basert på befolkningsgrunnlaget. Det vil bety at vi kan opprettholde medisinsk akuttberedskap ved flere sykehus nærmere der pasienten bor.
- Andelen akuttmedisinske innleggelser i somatiske sykehus har vært stabilt i flere år. Det anslås at 60-65 % at pasienter som innlegges akutt i sykehus har en indremedisinsk tilstand.
- Akuttsykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og ulike systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser.
- Færre pasienter enn før har behov for øyeblikkelig kirurgi. Indikasjonene for øyeblikkelig hjelp kirurgi er strengere enn tidligere (Helsedirektoratet 17.08.2015, s. 15).
- I tråd med retningslinjer for behandling av ulike kirurgiske tilstander skal pasienter fraktes til rett nivå i spesialisthelsetjenesten med en gang.
- Antall innleggelser på natt med kirurgiske sykdommer⁴⁷ er få ved mange sykehus, og andelen av disse som opereres er rundt ¼. Majoriteten av kirurgiske pasienter blir innlagt på dagtid og tidlig kveld.
- Funksjonsfordeling kan være et nødvendig virkemiddel for å øke kvaliteten i behandlingen som gis. I en situasjon hvor personell og kompetanse er begrenset, kan det også bidra til at kapasiteten blir brukt slik at det samlede tilbudet blir best mulig.
- Medisinsk utvikling understøtter både sentralisering og desentralisering av tjenester.
- Spesialitetsstrukturen er i endring, og vi må forberede oss på at den generelle kirurgen ikke lengre vil utgjøre ryggraden i det akuttkirurgiske tilbudet (kap. 4.3.3). Akuttkirurgisk kompetanse må utvikles og vedlikeholdes på andre måter. Med basis i spesialisert kirurgisk kompetanse kan kirurger utvikle og opprettholde akuttkirurgisk/traumekirurgisk kompetanse gjennom systematisk etterutdanning og trening.
- Lokalsykehusenes rolle i nettverket kan utvikles videre. Et helseforetak bør ha klart definert hvilke akutfunksjoner helseforetaket tilbyr. Disse akutfunksjonene behøver ikke alltid samles på samme sykehus, men kan, dersom faglig begrunnet, fordeles mellom sykehusene i foretaket.

Det fremgår av dette at tilpasninger/endringer er nødvendig for mange akuttsykehus. Endringene må være faglig begrunnet, endringene må fremstå som nødvendige der hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet må vektlegges sterkt, jf. Stortingets behandling. Nettverksfunksjonen må utvikles videre og mer elektiv kirurgi må, dersom forholdene ligger til rette for det, kunne flyttes til akuttsykehusene (jf. Stortingets vedtak og UNN sin strategiske utviklingsplan).

⁴⁷ Definert som Kirurgisk DRG

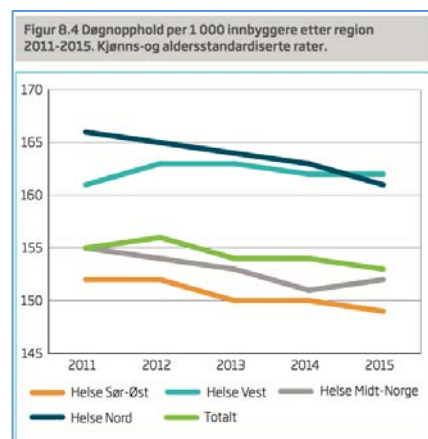
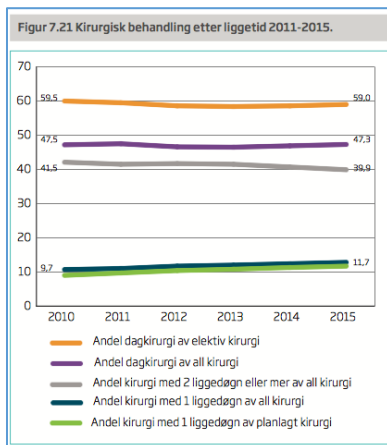
4.2. Hovedtrekk i driftsform ved norske sykehus

4.2.1. Hovedtrekk – Samdata 2015

Måten sykehusene arbeider på og fordelingen av pasienter på de tre omsorgsnivåene, døgner (inneliggende), dag- og poliklinisk behandling, har endret seg betydelig over tid. Endringene har først og fremst vært drevet av utviklingen i helsefagene/medisinen og karakteriseres av et skifte fra *den horisontale (dvs. liggende) til den vertikale pasient*.⁴⁸

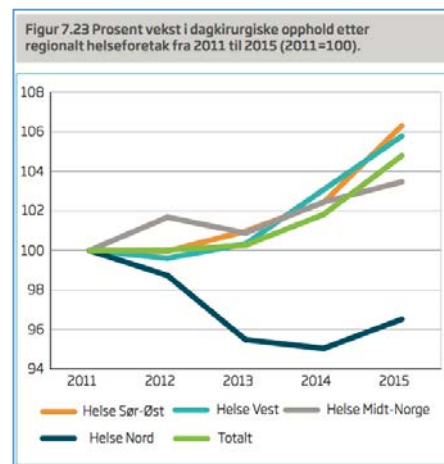
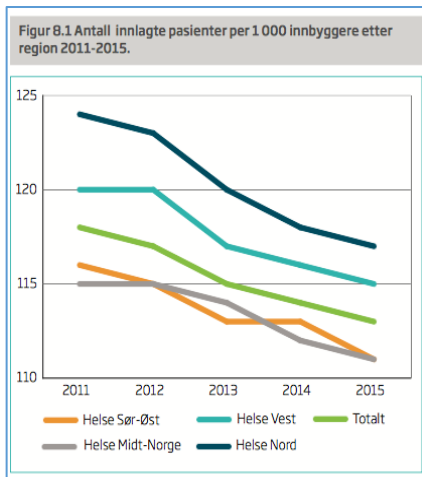
Den årlige Samdata-rapporten utgitt av Helsedirektoratet har i 2015-rapporten⁴⁹ beskrevet utviklingen som preges av:

- En jevn reduksjon av antall innlagte pasienter. Helse Nord RHF har flest innlagte pasienter og døgnopphold per 1000 innbygger, men følger samme utvikling som de tre andre RHF-ene.



⁴⁸ Figurene ovenfor er hentet fra Samdata 2015 og har derfor avvikende nummerering fra resten av rapporten

⁴⁹ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1219/Samdata%20Spesialisthelsetjenesten%202015%20IS-2485.pdf>



- Dagkirurgi er nå den dominerende behandlingsform innen de kirurgiske fagene. Dagkirurgi og døgnoophold med ett liggedøgn utgjorde i 2015 om lag 70% av elektiv kirurgi. Helse Nord RHF har hatt en avvikende og negativ utvikling sammenlignet med de andre RHF-ene.

4.2.2. Erfaringer fra andre mindre sykehus og helseforetak

Personalavdelingen ved UNN HF har som et bidrag til utredningen, samlet informasjon om andre mindre sykehus sin organisering av akuttkirurgi og fødetilbud. Data er hovedsakelig framskaffet ved telefon- og e-postkorrespondanse med kontaktpersoner ved det enkelte sykehus. Sykehusenes befolkningsgrunnlag (kolonne 1) er hentet fra Nasjonal helse- og sykehusplan.

Tabell 13: Organisering av akuttberedskap ved mindre sykehus i Norge, 2016

| Sykehus Befolkningsgrunnlag | Akutfunksjon | Elektiv virksomhet | Bemanning/vaktordning (Fast/Vikar) Overleger/LIS |
|--------------------------------|---|--|--|
| Harstad 35 000 | Kir. og ortopedisk vaktberedskap | Dagkir. og inneliggende virksomhet | Døgnt. spesialistvakt 6-delt (kir) og 4- delt (ort). Faste ansatte Samt 6 LIS i primærvaktsjikt |
| Kirkenes 28 000 | Kir. Vaktberedskap | Dagkir. og inneliggende virksomhet | Døgnt. vaktplan 2-delt vakt. Faste ansatte. Ortoped. vakt fra 08-21 hele uken. LIS 5-delt vakt. |
| Lofoten 24 000 | Kir. vaktberedskap, ikke ortopedi vakt | Dagkir. og inneliggende virksomhet | Døgnt. vaktberedskap kirurgi (overlege med gen. Kir. kompetanse) |
| Lærdal 20 000 | Ingen kir. vaktberedskap | Omfattende elektiv innen skulder, kne og fotkirurgi | Elektiv drift 4 faste ortopeder og 3 turnusleger. LIS ambulerer |
| Mo I Rana 34 000 | Generell kir, bløtdel og ortopedi | Generell kir, bløtdel og ortopedi | 6 overleger i gen kir, 5 ortopeder. 6 LIS (3 ort + 3 gen. Kir). Turnuslege felles tilstedevakt. LIS i sekundærvakt. Overleger separat tertiærvakt (gen kir og ort). Fast ansatte |
| Mosjøen 16 000 | Skadestue, ikke heldøgn unntatt dagkir. Overliggere | Urologi, plastikk, gen.kir og ortopedi | 3 urologer, 1 plastikk, 1 gen kir. 2 LIS. Fast ansatte. Turnuslege i fellesvakt tilstede. LIS-lege i sekundær- overlege i tertialvakt |
| Narvik 28 000 | Kir. vaktberedskap | Dagkir. og inneliggende virksomhet | Døgnt. spesialistvakt 5-delt. 4. Faste ansatte. 4 LIS i primærvaktsjikt. 1 fast 3 vikar ortopeder dag/aften |
| Nordfjord 25 000 | Skadepoliklinikk | Enkel dagkir. (ortopedi), ambulering ca. 30 d/år | Døgnt. kontinuerlig spesialistvakt (ortopedi) for skadepoliklinikk |
| Sandnessjøen 27 000 | Generell kir, bløtdel og ortopedi | Generell kir, bløtdel og ortopedi | 4 overleger + faste vikarer, 5 LIS. Turnuslege felles tilstedevakt. LIS i sekundærvakt, Overleger hjemnevakt. Fast ansatte. |
| Tynset 18 000 | Traumemottak | Poliklinikk, dagkir., inneliggende. Non-malignt kir., ortopedi | 3 kir. 4 ortopeder i rullerende turnus med 2 uker bundet og 4 uker ubundet tid. Elektiv virksomhet og vakt. |
| Vesterålen 30 000 | Kir. vaktberedskap, ikke ortopedi vakt | Dagkir. og inneliggende virksomhet | Døgnt. vaktberedskap kir (overlege gen kir) |

En utredning fra 2014 ved Sykehuset Innlandet HF beskriver også eksempler på sykehus med ulike tilbud i kirurgi⁵⁰.

- Hallingdal sjukestugu er en del av Vestre Viken HF og driver i tillegg til poliklinikk og dagbehandling, en sengeenhet i foretakets regi, men drevet av foretaksansatte allmennleger.
- Alta helsesenter skal videreutvikles og vil ha en sengeenhet drevet av indremedisinere, dagkirurgi og spesialistpoliklinikk.
- Røros sykehus (St. Olavs hospital) leverer dagkirurgitjenester, polikliniske tjenester og laboratorie- og røntgensservice.
- Nordfjord sykehus (Helse Førde HF) har et omfattende tilbud om polikliniske tjenester og dagbehandling/dagkirurgi og en indremedisinsk sengeenhet som tar imot indremedisinske akuttprosienter. Der er indremedisiner på vakt i tillegg til anestesilege. Det finnes og en skadepoliklinikk ved sykehuset bemannet av ortoped 24/7.
- Kongsberg sykehus (Vestre Viken HF) har kun akuttfunksjoner i indremedisin. Har akuttfunksjoner i ortopedi.
- Mosjøen sykehus (Helgelandssykehuset HF) har indremedisinsk, men ikke kirurgisk akuttfunksjon. Der er et omfattende dagkirurgisk tilbud med mulighet til overnatting for de som har behov for det etter dagkirurgi.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus AS har akuttfunksjon i indremedisin (sektoransvar) uten akutt kirurgisk tilbud.
- Elverum sykehus (Sykehuset Innlandet HF) har akuttfunksjon i indremedisin, men ikke i akutt kirurgi (har akuttfunksjoner i ortopedi og gynekologi).

Denne ikke fullstendige oversikten viser at det ikke finnes en felles norm som alle lokalsykehus forholder seg til eller bygger opp sitt spesialisthelsetjenestetilbud om. Måten å organisere spesialisthelsetjenestetilbudet på varierer. Det viktigste elementet er at lokalsykehusfunksjonen har en tydelig organisering og fordeling av helsetilbudet og nært samarbeid med de andre sykehusene i foretaket.

⁴¹ Sammenstilt og hentet fra rapporten **Odda og Stord sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019). Prosjektet for Stord Sjukehus. Rapport juni 2016.** <https://helse-vest.no/helsefagleg/prosjekt-og-program/odda-og-stord-sjukehus-2016>

Personalavdelingen har også innhentet opplysningen om fødselsomsorgen ved små sykehus. I tillegg til datakildene over, er Medisinsk fødselsregister brukt som kilde for antall fødsler, keisersnitt og andre medisinske data, se vedlegget [fødselsomsorg og kirurgi](#). Alle data gjelder for 2015.

Tabell 14: Organiseringen av fødetilbud og fødeaktivitet ved ulike mindre sykehus i Norge, 2015

| Sykehus Befolkningsgrunnlag | Type fødeenhet | Antall fødsler | Vaktordninger Fast/vikar |
|--------------------------------|------------------|-------------------|--|
| Harstad 35 000 | Fødeavdeling | 335 | Døgnkont. Spesialistvakt 4-delt. Fats ansatte/vikarer. 2 LIS i primærvaktsjikt |
| Kirkenes 28 000 | Fødeavdeling | 181 | Døgnkont. (gyn) 3-delt vakt. Fast ansatte |
| Lofoten 24 000 | Fødestue | 101 | Fast og vikarer |
| Lærdal 20 000 | «God start» | 2 | Døgnkont. Vaktberedskap jordmor/følgetjeneste |
| Mo i Rana 34 000 | Fødeavdeling | 327 | 4 gynekologer. Fast ansatte+ faste vikarer (hjemmel nr 5). 2 LIS (fast) |
| Mosjøen 16 000 | Fødepoliklinikk* | 24 | Poliklinikk dag. Jordmor døgnkont. Hjemmevakt |
| Narvik 28 000 | Fødeavdeling | 205 | Døgnkont. Spesialistvakt. Fast ansatte + vikarer |
| Nordfjord 25 000 | «God start» | 4 | Døgnkont. Vaktberedskap. Jordmor med følgetjeneste |
| Odda 12 000 | «God start» | 6 | Døgnkont. Vaktberedskap. Jordmor med følgetjeneste |
| Sandnessjøen 27 000 | Fødeavdeling | 266 | 4 gynekologer. Fast ansatte + faste vikarer. 1 LIS (fast) |
| Tynset 18 000 | Fødestue | 48 | Døgnkont. Bemanning jordmødre |
| Vesterålen 30 000 | Fødeavdeling | 327 | Faste gynekologer + vikarer |
| Voss 30 000 | Fødeavdeling | 458 | Mangler opplysninger |

* Fra 01.10.2016

Tabell 15: Fødestuer i Helse Nord-området, 2015

| Fødeinstitusjon | Antall fødsler | Vaktordning |
|--------------------|----------------|-------------------------------|
| Alta | 81 | Døgnkontinuerlig Jordmødre |
| Brønnøysund | 50 | Døgnkontinuerlig Jordmødre |
| Midt-Troms | 91 | Døgnkontinuerlig Jordmødre |
| Sonjatun | 23 | Døgnkontinuerlig Jordmødre |

I vedlegget (se link over) redegjøres det for flere fødeinstitusjoner, samt antall enkeltfødslar, para 0 (førstegangsfødende), para 1 +, keisersnitt (akutt/elektivt), seleksjonskriterier og oppdatert status for 2016.

4.3. Kirurgi/kirurgifagene, føde/obstetrikk og gynekologi

4.3.1. Kirurgi og kirurgifagene – utviklingstrekk

Kirurgi er en samlebetegnelse som indikerer en felles tilnærming til behandling av sykdom. I dag finnes 9 spesialiteter; tre hovedspesialiteter (generell kirurgi, ortopedi og plastikk kirurgi) og 6 grenspesialiteter⁵¹ (mage-tarm-kirurgi, barnekirurgi, perifer karkirurgi, hjerte- (og toraks-) kirurgi, urologi (urinveiskirurgi) og bryst- og endokrinkirurgi).

Deler av dette kapitlet er sitert fra Regional plan for kirurgi, Helse Vest⁵². Her skrevet i kursiv. Gjelder også kap. 4.3.3.

Kirurgi er ei grein innan medisinen som tek for seg sårbehandling og operasjonar, og læra om skadar og sjukdomsformer som fører til slik behandling. Kirurgi dreier seg dermed om ein medisinsk metode som brukar fysisk intervensjon på kroppsvev som behandlingsverkemiddel. Kirurgi føreset bruk av reine (sterile) behandlingsrom, bruk av bedøving, reint/sterilt operasjonsfelt, typiske kirurgiske instrument og spesifikke metodar for å "lukke" sår (syng eller bruk av metallklips).

Kva karakteriserer kirurgen?

Kirurgen har medisinsk utdanning og har også/bør ha følgjande eigenskapar:

- *Handlag; vevsskaden som eit operativt inngrep medfører, er påverka av måten kirurgen handterer kroppsvevet på.*
- *Improviseringsevne, korleis klarar ein å handtere uventa funn og hendingar.*
- *Gjennomføringsevne, ein må gjennomføre det ein har bestemt seg for innan rimeleg tid (det må vere progresjon i eit inngrep).*
- *Samarbeidsevne. Ein kirurg arbeider aldri aleine eller i eit vakuum.*
- *Kognitive ferdigheiter (kunnskap, spesielt om traumet (eit kirurgisk inngrep representer ein skade i seg sjølv) og traumet sin verknad og betydning*
- *Vurderingsevne, både når det gjeld sjukdomen og kva fase i sjukdommen pasienten er, evne til å vurdere funn (til dømes skile mellom kreft og betennelsesforandringar), og evne til å*

⁵¹ Grenspesialist: hovedutdanning i generell kirurgi etterfulgt av videre formell spesialisering i en del av kirurgien.

⁵² Helse Vest 2013 – 2017. (<https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2013%20-%20Regional%20plan%20for%20kirurgi%20i%20Helse%20Vest%202013%20-%202017.%20Med%20vedlegg.pdf>).

vurdere vev (vevsfølelse).

Kirurgi er altså ein ferdigheitsdisiplin. Ein kirurg er avhengig av systematisk opplæring i dei manuelle ferdigheitene som trengs. Utvikling av kirurgiske ferdigheiter og vedlikehald av desse er og avhengig av kontinuerleg supervisjon.

Utviklingstrendar i dei kirurgiske faga

Trendane viser at kompleksiteten i den kirurgiske behandlinga aukar, og behovet for kirurgi aukar i takt med dei demografiske endringane i samfunnet. Der kjem og fleire politiske føringar i høve til pasientrettar og dermed auka forventningar frå pasientane. Meir kan gjerast for fleire: nye metodar, miniinvasiv kirurgi, laparoskopiske og artroskopiske teknikkar, meir robotkirurgi, laserteknikk, skoping/ stenting, sutur- og ligaturmaskiner bidrar til dette.

Kirurgane får mindre erfaring med tung og open kirurgi og bruk av team og tverrfagleg tilnærming i behandlinga blir meir vanleg. Ein er avhengig av fleire faggrupper for å løyse utfordringane.

Tung (stor) og åpen kirurgi dreier seg i hovudsak om kreftkirurgi (selv om stadig flere krefttyper blir behandlet med mini-invasive teknikkar i dag), reoperativ kirurgi, dvs. kirurgi for komplikasjonar og kirurgi for traume. Sentralisering av slike behandlingar er allerede gjennomført i noen grad og vil ytterligere finne stad fremover.

Sjølv om historia viser oss at det å spå om framtida er ein risikosport, og at vi må vere budd på det uventa og ikkje- predikerbare, er det likevel nokre trendar i kirurgifaga som er tydelege.

- *Auka spesialisering (sjå under). Auken vil fortsetja, men dermed og fragmentering. I seg sjølv verkar spesialiseringa sentraliserande.*
- *Det er vedtatt at spesialiteten generell kirurgi vil utgå. Den generelle kirurgien (se under) som ikkje naturleg dekkes av andre kirurgiske spesialiteter, vil bli lagt til spesialiteten gastroenterologisk kirurgi (mage-tarm-kirurgi).*
- *Spesialiseringen fortsetter; det er klare europeiske trekk at mage-tarm kirurgi blir vidare oppdelt i 2-3 "spesialiteter"/interesseområder, og også innen urologi splittes faget opp ("steinkirurgi", rekonstruktiv kirurgi, mini-invasiv kirurgi).*
- *Auka spesialisering fører og til at deler av verksemda ikkje finn sin naturlege plass; til dømes deler av den tradisjonelle generelle kirurgien, melanom og sarcom.*
- *Auka minimalisering; det vil sei bruk av ulike minimale invasive teknikkar. Dette fører og til at erfaring med «stor, open» kirurgi blir mindre (se over).*
- *Ved økende bruk av mini-invasive (percutane) teknikkar i hjerte- og karkirurgi vil noen av*

pasientene ha behov for åpen (tung) kirurgi når komplikasjoner inntreffer.

- *Utvikling av ny, oftast dyrare, teknologi (nytt utstyr), for eksempel robot-kirurgi.*
- *Utvasking av tradisjonelle faggrensar; til dømes mellom karkirurgi og intervensjonsradiologi, mellom mage-tarm-spesialiteten (innan indremedisin) og mage-tarm-kirurgi.*
- *Meir dagbehandling og «fast track» behandlingssopplegg; frå «horisontal» (i meining sengebunden, inneliggande) til «vertikal» pasient (oppgåande, poliklinikk og dagbehandling) og kortare liggetider.*
- *Meir rekonstruksjonar, spesielt innan kreftkirurgi (for eksempel rekonstruksjon av bryst etter brystkreftkirurgi), ved skader og ved medfødde misdanningar.*
- *Endra familie- og sosiale normer som krev tilpassa utdanning /spesialisering for medarbeidarar i ulike livssituasjonar i løpet av karrièra, til dømes i småbarnsperioden. Aukande tal på kvinner som utdannar seg til legar, men enno liten del kvinner i kirurgi-faga.*
- *Auka spesialisering trugar vaktkompetansen i dei mindre sjukehusa; kven skal ta hand om dei akutte pasientane?*

Av meir generelle, allmengyldige samfunnsmessige endringar kan nemnast

- *Auka krav til kvalitet, pasientsikkerheit og innsyn (transparancy)*
- *Auka merksemd på standardisering som grunnlag for likeverdig behandling.*
- *Økende oppmerksomhet på kontinuerlig etterutdanning og revalidering av kunnskap.*

En detaljert fremstilling av utviklingstrendene innen de kirurgiske fagene finnes i vedlegget [Kirurgi](#). Endringene i spesialiststruktur og spesialistutdanning er beskrevet i kap. 4.3.3.

4.3.2 Utviklingstrekk innen spesialiteten Fødselshjelp og kvinnesykdommer (gynekologi og obstetikk)

Fødetilbudet – fagområdet obstetikk

De totale fødselstallene i UNN-HF har vært stabile de siste årene⁵³. Fødepopulasjonen endres imidlertid i retning av å bli eldre, flere med høy BMI og øket forekomst av diabetes mellitus. I tillegg gjør bedre behandlingsformer det mulig for kvinner med indremedisinske sykdommer der fødsel tidligere ble frarådet, eller hvor kvinnen ikke kunne få barn, nå kan gjennomføre graviditet og fødsel.

Fødsel i seg selv vil naturlig nok ikke endre seg men endringene i fødepopulasjonen vil føre til økende forekomst av risikofødsler. Nasjonale retningslinjer («Veileder i fødselshjelp 2014»)⁵⁴ stiller krav til

⁵³ Kapittelet er en redigert, godkjent versjon av innspill fra avdelingsoverlege Ingard Nilsen, KK, UNN HF.

⁵⁴ <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/>

overvåkning av risikofødsler i stadig større omfang. Dette medfører behov for oppgradering av eksisterende utstyr og programvare tilknyttet avansert fosterovervåking, STAN og support, utskifting av eldre CTG-park samt krav om prenatal diagnostikk, kompliserte undersøkelser og behandling med oppdatert ultralydutstyr. Det vil komme nye metoder for prenatal diagnostikk og krav om tidligere undersøkelse i graviditet.

Kvalitetskravene endrer seg også; krav til oppfølging både pre-, per- og post-partum er blitt meget strenge, og det er en intens overvåkning med en betydelig økning av poliklinisk virksomhet som følge av dette. Fødselsskader, og da spesielt sphinkter-ruptur og asfyktiske fødselsskader, er det spesiell fokus på. Kravet om kontinuerlig stedevarrelse av kvalifisert personell ved såkalt risikofødsel, er innskjerpet.

Som risiko regnes f.eks. epidural, høy BMI og andre tilstander som før ikke trengte spesiell overvåkning. Nasjonale krav om tilstedeværelse av gynekolog ved risikofødsler har ført til at det også ved mindre fødeavdelinger er vakthavende lege til stede på sykehuset i større grad enn tidligere. Dette kan få betydning for både operasjons- og anestesisykepleier som i dag har hjemmewakt med 30 minutters tilkallingstid. Endrede krav til barselomsorgen og kortere liggetid stiller økt krav til den informasjon og veiledning jordmor gir barselkvinnen og til bedre samhandling med kommunejordmortjenesten samt helsestasjonene.

Gynekologi

På de mindre sykehusene vil hovedaktiviteten for legespesialistene være dagkirurgi og poliklinikk. Seleksjonen og lave fødselstall reduserer belastningen på vakter.

Gynekologien har alltid vært langt fremme når det gjelder endringer mot poliklinisk behandling og fra døgn til dag (se kap4.2.1). Det forventes at dette vil utvikles ytterligere ved *minimalisering* av kirurgien, f.eks. bruken av laparoskopiske teknikker. Robot-kirurgiens rolle i gynekologi er usikker, men vil måtte inngå i repertoaret av behandlingsmuligheter i spesielle tilfeller.

Det har vært en gjennomgående trend over år at kvinner ønsker å gå til spesialist når det gjelder gynekologiske undersøkelser og behandling (cytologi, spiralinnsetting, generell sjekk, osv.).

Det kommer flere metoder hvor implantater erstatter tidligere mer omfattende inngrep, dette gjelder spesielt for inkontinens og descens (fremfall). Også andre teknikker forventes som gjør behandlingene enklere, f.eks. termisk behandling av endometriet (livmorslimhinnen) og myomer (muskelnuter). Nye medikamentelle metoder er innført og flere ventes, for eksempel er mer enn 95% av abortene i dag medikamentelle. Medikamentell behandling for reduksjon av myomer er under utprøving.

Andre kommentarer

Nasjonale helse- og sykehusplan og endret spesialitetsstruktur for leger vil påvirke funksjonsfordelingen internt i UNN HF. Utfordringene knyttet til rekruttering av helsepersonell vil få betydning for organisering og funksjonsfordeling. Ambulanshelikopterbasen på Evenes, nedleggelse av Framneslia flyplass, Hålogalandsbrua og andre nye transport- og kommunikasjonsløsninger i opptaksområdet kan medføre endringer i behov og organisering. Samlet utfordrer disse endringene, sammen med teknologiutviklingen, den nåværende desentraliserte organiseringen av akuttfunksjoner, også innen fødselsomsorgen og gynekologifaget.

Det er en generell utvikling i landet at mange unge helsearbeidere synes å ville unngå vaktintensive yrker som fødselsomsorg. Få andre spesialsykepleiere har så mye kvelds og nattarbeid som jordmødre. Dette er en klar utfordring for sykehusene, og vil kreve en aktiv tilretteleggelse i avdelingene av tilbud om heltidsstillinger og en moderne og tilrettelagt rekruttering og utdanning.

Gjennom mange år har rekruttering av gynekologer til Nord-Norge vært svært vanskelig. Nøkkelen til god rekruttering synes å være at avdelingen(e) har egne LIS-stillinger⁵⁵. I Bodø, Tromsø og til dels Mo i Rana, Sandnessjøen og Hammerfest har etterveksten vært bra, alle disse stedene har LIS-stillinger. I Kirkenes, Narvik og Stokmarknes har de ikke LIS-stillinger. På disse stedene er rekrutteringen svært vanskelig, og svært dyre løsninger har blitt tvunget gjennom. Det er en overvekt av leger rekruttert fra utlandet. De er ofte faglige dyktige medarbeidere, men tilhørighet, kultur og språk har også betydning.

De nasjonale føringer for sykehusstruktur og spesialistutdanning vil gi en stor utfordring i å kunne skaffe kompetent fagpersonell, og slik utfordre det eksisterende fødetilbudet i UNN HF. Uansett organisatoriske løsninger som følge av politiske beslutninger, må foretaket sørge for at fødselsomsorgen i hele foretaket ivaretas på en faglig oppdatert og forsvarlig måte, i tråd med nasjonale krav til fødselsomsorgen. Det er av vesentlig betydning at overordnet ledelse har en aktiv og deltagende rolle for å sikre rekruttering av fagfolk.

4.3.3 Endringer i spesialiststruktur og i spesialistutdanning. Sårbare spesialiteter.

Spesialiststrukturen i Norge.

I Norge er det i dag 9 kirurgiske spesialiteter. Noen av disse finnes bare ved de aller største sykehusene i Norge og regionssykehusene. For de små lokalsykehusene er det generell kirurgi, mage-tarm-kirurgi og ortopedi som er mest aktuelle i 2016/2017. Andre spesialiteter som urologisk kirurgi kan også være egnet som del av et elektivt tilbud.

Det kirurgiske fagfeltet var tidligere dekket av generalister i kirurgi. I 1977 fikk man en

⁵⁵ LIS-stilling: lege i spesialisering

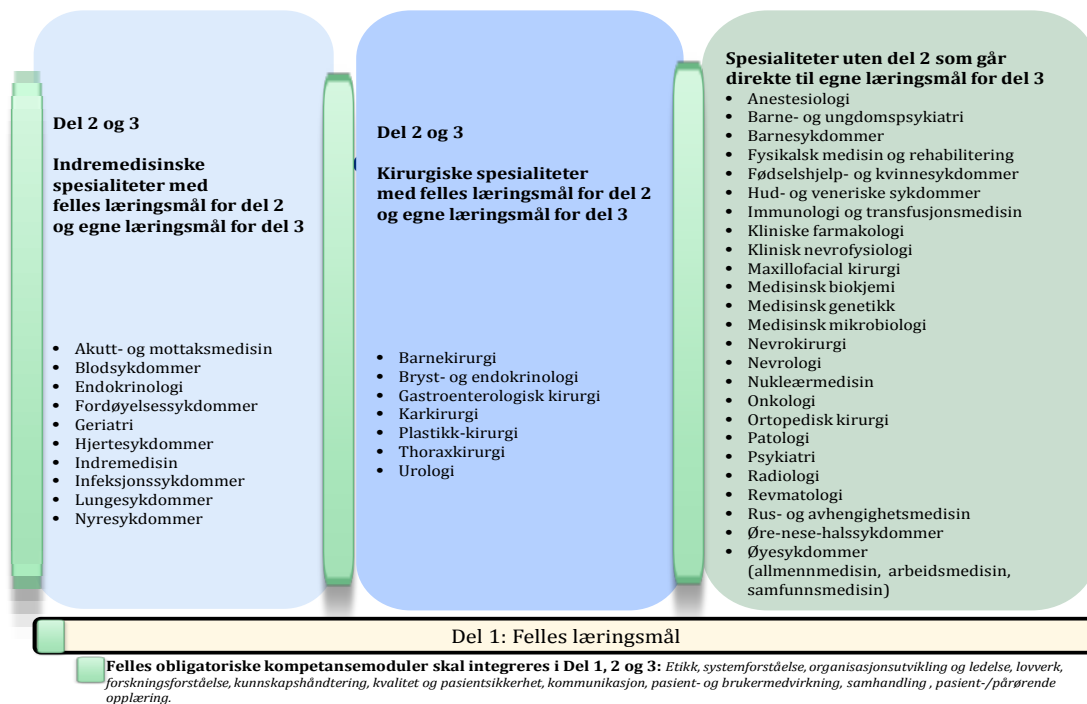
hovedspesialitet (generell kirurgi) med senere 6 subspesialiteter som bygger på denne hovedspesialiteten. Hovedgrunnen til dette var de behov den spredte sykehusstrukturen i Norge hadde. Det kirurgiske fagområdet har deretter gjennomgått en omfattende oppsplitting (subspesialisering) spesielt etter 1990. I 1997 ble, etter lengre strid, ortopedisk kirurgi skilt ut som egen hovedspesialitet.

Spesialistutdanningen i generell kirurgi har også endret seg over tid. De med utdanning og spesialistgodkjenning før rundt år 2000, hadde traumatologi (ortopedi) i utdanningen og hadde en bredere utdanningsbakgrunn enn generelle kirurger utdannet etter rundt 2000. Denne generasjonen kirurger vil ha begrenset gjenværende funksjonstid. Kravene til generell kirurgi med tanke på bløtdelskirurgi har og endret seg med innføringen og vektleggingen av minimal invasiv kirurgi. Trening i åpen kirurgi er blitt begrenset, noe som bl.a. har betydning for reoperativ kirurgi (grunnet komplikasjoner) og for operasjoner for skader (traume). Denne *tunge* kirurgien er i stor grad blitt sentralisert.

Den generelle kirurgiske utdannelsen er blitt gradvis svekket de siste 20 år og er i dag en tilnærmet grunnskole i kirurgi. Grenspesialistutdanningen har blitt styrket i tråd med utviklingen innen fagområdene; breddekompetansen er redusert og bruk av spesialutstyr og –metodikk har øket (jf. Kap 4.3.1).

I 2014 la Helsedirektoratet fram en ny modell for spesialitetsstruktur og spesialistutdanning. Dagens grenspesialister blir hovedspesialiteter. Generell kirurgi utgår som egen spesialitet og noen deler av denne vil inngå som en del av spesialiteten mage-tarmkirurgi.

Figur 11: Ny modell for spesialitetsstruktur og -utdanning



Ny forskrift for legenes spesialistutdanning er nå vedtatt trådte i kraft 1. mars 2017 for del 1 (den tidligere turnusordningen) og 1. mars 2019 for del 2 og 3 (spesialistutdanningen).⁵⁶ Læringsmålene for de medisinske spesialitetene del 2 og 3 er nå (januar 2017) på høring. Høringsfristen er 1. april 2017.⁵⁷

En felles kunnskapsplattform for grupper av beslektede spesialiteter (del 2 i ny spesialistutdanning) skal ivareta breddekompetansen. Denne delen skal, slik forslaget er i dag, være på to år. Det er ikke krav om felles del 2 (*common trunk*) for ortopedi, nevrokirurgi og fødselshjelp og kvinnesykdommer. Fødselshjelp (obstetrikk) inngår ikke i utdanningen i kirurgi.

Forslaget innebærer at spesialiteten gastroenterologisk kirurgi skal ivareta de kirurgiske behovene for den delen av kirurgien som ikke dekkes av andre spesialiteter.⁵⁸ Det er uklart (2016) hvordan utdanningen i spesialiteten skal ivareta disse samtidig som utdanningen og arbeidsoppgaver etter spesialistutdanningen skal være rettet mot kirurgiske sykdommer i mage-tarm. Det er spesielt

⁵⁶ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-forskrift-for-spesialistutdanning-for-leger/id2523446/>

⁵⁷ (<https://helsedirektoratet.no/horinger/leringsmal-for-de-medisinske-spesialitetene-del-2-og-3>).

⁵⁸ Det kirurgiske fagmiljøet er delt i sin oppfatning av dette.

utfordrende for vurdering av bakvaktskompetanse.

Oppsplitting av vaktkompetanse gjør beredskapen vanskelig og langt mer ressurskrevende. Det kan medføre en ytterligere sentralisering av pasientene. Det andre problemet er at *storvolumkirurgien* (mindre inngrep) kan bli lidende. En økende spesialisering av kirurgien med den fordel det innebærer for pasienter, kan dermed utfordre lokalsykehusenes virksomhet⁵⁹.

Deler av arbeidsoppgavene innenfor kirurgi kan desentraliseres til lokalsykehus. Den nødvendige vurderings- og stabiliseringskompetanse som inngår som en grunnleggende kirurgisk ferdighet (utdanningens del 2) må styrkes gjennom etterutdanning og kursing, f.eks. kurs i hemostatisk nødkirurgi. VAKe-støtte i vanskelige situasjoner vil kunne kompensere i en viss grad for formell utdanning.

Endringene i spesialistutdanningen innebærer at foretakene må gjøre mer utfyllende og nøye vurderinger om kirurgenes reelle kvalifikasjoner og kompetanse til bakvakt. Det er viktig å vite hvilke pasienter spesialisten kan behandle selv og hvilke som bør behandles av andre. Det er sentralt å utvikle god preoperativ vurderingsevne og forståelse av hvilke pasienter som ikke bør opereres selv om en operativ løsning er tenkbar. Kompetansen vil endre seg over tid og det er viktig at den enkelte spesialist har den nødvendige selvinnsikt til å kunne bedømme egen egnethet til den enkelte oppgave.

Det er vedtatt å opprette en ny spesialitet i Akutt- og mottaksmedisin innen det indremedisinske fagområdet knyttet til akuttmottakene i sykehus. Spesialiteten omfatter utredning av pasienter med de vanligste symptomene som kommer til norske akuttmottak. Det er utarbeidet læringsmål (del 2 og 3) for den nye spesialiteten⁶⁰. Av læringsmålene fremgår at den nye spesialiteten bl.a. skal ha kunnskap og ferdigheter knyttet til

- Diagnostisere og starte behandling ved akutt karsykdom (iskemisk ekstremitet, iskemisk tarm og truende aneurismeruptur/disseksjon av kar.
- Vurdere akutte buksmerter (akutt abdomen) i samarbeid med kirurgiske vaktteam.
- Vurdere alvorlighetsgrad, initial behandling og indikasjon for skopi ved hematemese/melena.
- Kunne utføre ultralydundersøkelse av abdomen på stabile pasienter med tanke på de

⁵⁹Ved UNN er det gjennomført en sentralisering av kreftkirurgi innen gastroenterologisk kirurgi. De respektive fagmiljøene er knyttet opp mot Tromsø og ukentlige tverrfaglige kreftmøter. For pasienter som kommer inn under pakkeforløp kreft foregår det meste av utredning, kontroller og oppfølging ved lokalsykehuset. Selve kirurgien og strålingen skjer ved UNN Tromsø.

⁶⁰ Læringsmål for ny hovedspesialitet beregnet på akuttmottak, kalt Akutt- og mottaksmedisin.
<https://helsedirektoratet.no/Documents/Høringer/Ny%20legespesialitet%20knyttet%20til%20akuttmottakene%20i%20sykehus/Vedlegg%201%20Læringsmål%20AMM%20høringsutkast.pdf>.

vanligste tilstander som kan avdekkes ved hjelp av ultralyd.

I utdanningens del 3 inngår også kunnskap, ferdigheter og holdninger (ledelse, samarbeid, koordinering) knyttet til bl.a. pasientflyt (inkludert omdirigere pasienter til riktig kompetansenivå) og å kunne triagere pasienter i akuttmottak. Det er ukjent hvordan helseforetakene vil forholde seg til og eventuelt implementere den nye spesialiteten i sin virksomhet.

I kapittel 5.4 drøftes begrepene vurderings- og stabiliseringskompetanse som nødvendig forutsetning for å ivareta beredskapen ved de mindre lokalsykehusene (akuttpsykehusene).

Sårbare spesialiteter.

Helsedirektoratet har i en ny rapport fra november 2016 om "Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten"⁶¹, beskrevet spesialiteter som fremover bør ha strategisk oppmerksomhet, såkalte sårbare spesialiteter. Det konkluderes med at tre spesialiteter må ha særlig fokus fremover; gastroenterologisk kirurgi, bryst- og endokrinkirurgi og infeksjonssykdommer. Vurderingene er basert på balansen mellom «behov for kompetanse» og «tilgjengelig kompetanse». Vurderingene og prioriteringene er lik i de 4 regionale helseforetakene.

For gastroenterologisk kirurgi er forholdet mellom LIS og overleger i gastroenterologisk kirurgi rett under 40 % som tradisjonelt sett er ansett som en god utdanningskapasitet/ fordeling mellom LIS og overlege. Antall nye spesialister i gastroenterologisk kirurgi er lavt men har vært stabilt fra 2013 til 2015 (11 per år), og det er få konverteringer fra utlandet. For å dekke det økende behovet mener RHF-ene at det bør utdannes flere innenfor denne spesialiteten og at det er ønskelig med en større andel LIS i forhold til overleger innenfor gastroenterologisk kirurgi. Det er det regionale foretakene som har ansvaret for utdanningsløpene.

4.3.4. E-helse og teknologiske muligheter

[Strategisk utviklingsplan](#) for UNN fram til år 2025 legger følgende til grunn: Teknologi vil gi nye muligheter innen forebygging, diagnostikk og behandling som kan effektivisere ressursbruken og bedre kvaliteten. Innføring av ny elektronisk pasientjournal (EPJ) med prosess- og beslutningsstøtte åpner for nye kommunikasjonsformer mellom helsepersonell og pasienter. EPJ-systemet blir det viktigste verktøyet for elektronisk samhandling og dokumentasjon, og tidligere frittstående telemedisinske løsninger vil bli integrert i EPJ. Teknologit utviklingen fører til at kirurgisk virksomhet

⁶¹ «Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten». Rapport 2016.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1266/IS-2554%20Leger%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf>

blir enda mer spesialisert, samtidig som kirurgi og bildeveiledet intervensjon smelter sammen. UNN vil ta i bruk tekniske nyvinninger som robotkirurgi, bildeveiledet diagnostikk og behandling, prehospital EPJ samt fjernmonitorering. Multimedia som bilder, lydfiler og video skal brukes for å få til en multidisiplinær vurdering og oppfølging uten at pasienten trenger å være til stede. Løsninger for blant annet timebestilling, e-konsultasjon, rekvirering av og svar på prøver over nettet skal utvikles.

Når det gjelder områdene kirurgi og fødselsomsorg legger også teknologiske nyvinninger premisser for utviklingen framover. I [strategisk utviklingsplan for Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken](#) nevnes blant annet utviklingen fra åpen til laparoskopisk og annen minimal invasiv kirurgi, som krever bruk av avansert teknologi (robotkirurgi, 3-D laparoskopi, osv.). Klinikken diagnostikk og behandlingsmodaliteter er utsatt for krav og forventninger fra pasienter og fagfolk om raske tilpasninger og bruk av nytt teknologisk utstyr for diagnostikk og behandling. Nasjonale krav legger føringer for oppfølging og differensiering i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Herunder krav om prenatal diagnostikk, kompliserte undersøkelser og behandling med oppdatert ultralydutstyr, STAN og support program tilknyttet avansert fosterovervåking.

Klinikken har lagt til rette for økt bruk av e-helse, telefonkonsultasjoner, internett og telematikk i poliklinisk og annen relevant virksomhet så snart det er tilgjengelig. Aktuelle eksempler er:

- Call Me Smart - forbedre intern kommunikasjonen i sengepostene
- Telemonitorering - kommunikasjon og veiledning mellom opererende kirurger på operasjonsstuene
- Mine behandlingsvalg - gir pasientene oppdatert medisinsk informasjon

5. Sentrale utfordringer for UNN HF og UNN Narvik

5.1. Befolkningsutviklingen i UNN HF og i kommunene rundt UNN Narvik

Folketallsutviklingen i UNN HF-området for perioden 2016-2040 belyses i tabell 16⁶².

Tabell 16: Folketallsutvikling (framskrivning) 2016-2040 (SSB)

| | 2016 | 2030 | 2040 |
|-------------|--------|--------|--------|
| UNN Harstad | 35595 | 37080 | 37919 |
| UNN Narvik | 29135 | 29523 | 29981 |
| UNN Tromsø | 127744 | 137652 | 142682 |
| Sum | 192474 | 204255 | 210582 |

Folketallet i foretaksområdet UNN HF vil øke fra 192 000 i 2016 til 210 000 i 2040 (9%). Økningen kommer vesentlig i kommunene Tromsø, Bardu, Målselv, Sørreisa og Lenvik. Det er likevel økningen i andelen av befolkningen over 67 år som preger befolkningsutviklingen (60% økning 2016-2040). Det vil komme en liten økning (3%) i antallet fertile kvinner i foretaksområdet (men ikke i kommunene omkring Narvik, se under).

En kommunal arbeidsgruppe har analysert befolkningsutviklingen i kommunene rundt Narvik (det tradisjonelle opptaksområdet) i perioden 2016-2040. Detaljert beskrivelse av tallgrunnet finnes i rapporten [Kommunale tjenestetilbud](#).

Tabellen under oppsummerer hovedtrekkene:

Tabell 17: Befolkningsutvikling (framskrivning) i kommunene omkring Narvik (SSB)

| | 2016 | 2030 | 2040 |
|------------------------------|-------|-------|-------|
| Folketallet i de 7 kommunene | 29144 | 28568 | 29084 |
| Folketallet i Bardu | 4019 | 4427 | 4659 |

Folketallet i de 7 kommunene vil være stabilt i perioden 2016-2040. Bardu kommune vil ha en befolkningsøkning på 640 personer i perioden (16%). Antallet kvinner i befruktningsdyktig alder (her definert som aldersgruppen 20-44 år) vil også være stabilt i perioden, også om en inkluderer Bardu.

⁶² Data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) basert på MMMM-alternativet. Lagt til rette av UNN HF.

Det vil bli en betydelig økning i aldersgruppen 67 år eller eldre i alle kommuner (Bardu og Tjeldsund inkludert); med 27% frem til 2030 og med 40% frem til 2040. Narvik kommune vil øke antallet eldre fra 3097 i 2016 til 4714 i 2040 (52% økning).

I Narvikregionen inklusiv Sør-Tromskommunen pågår det et samordnet og offensivt arbeid for å etablere nye arbeidsplasser. Det er naturlig særlig å fremheve mulighetene innen transport/logistikk, havbruk, forsvar og reiseliv. Næringsutviklingen vil definitivt kunne påvirke folketallsutviklingen positivt. Som et eksempel skal det på forsvarsbasen på Evenes etableres ca. 600 arbeidsplasser med det ringvirkningspotensialet dette får for næringslivet i regionen.

5.2. Fremtidig behov for spesialisthelsetjeneste innen kirurgiske sykdommer/ fag - befolkningsunderlag

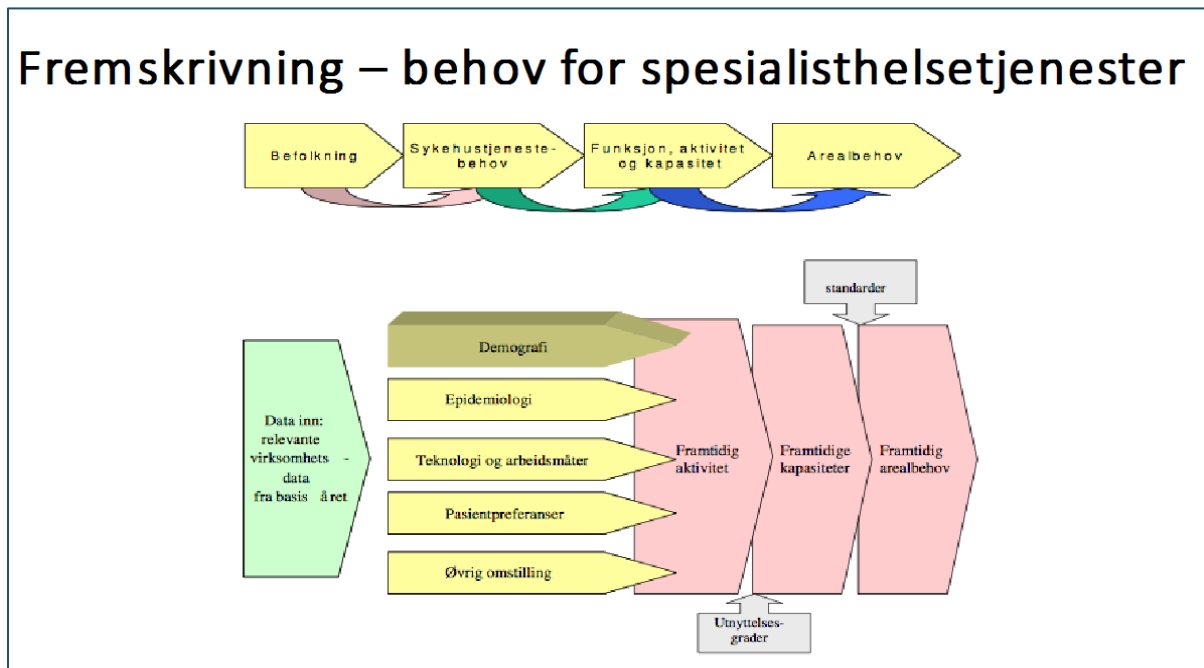
Fremtidig behov/etterspørsel etter sykehustjenester/kirurgiske tjenester vil påvirkes av mange faktorer. Tema er utførlig drøftet i et prosjekt i SINTEF Helse i 2014⁶³, som også viser til en oppsummering av slike vurderinger i 9 land i 2008 i regi av European Observatory on Health Systems and Policies. Det vises også til tilsvarende arbeid i regi av Dansk Sundhedsinstitut (2005) og i Danske Regioner (2008).

Faktorer som fremheves i vurderingene er illustrert i modellen i figur 12⁶⁴. Befolkningsøkning, demografiske endringer og endring i sykkelighet vil øke behovet, mens endringer i medisinsk metoder og behandling, og endringer i driftsform (*den vertikale pasient*, mindre behov for døgnplasser) vil redusere behovet. Måter å organisere virksomheten i et foretak på og samspillet mellom sykehusene i foretaket vil også påvirke behovene (jf. Strategisk utviklingsplan for UNN HF).

⁶³ For omtale av ulike framskrivningsmodeller, se *Forprosjekt. Fremskrivningsmodell*. SINTEF Helse 2011. <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/download/?pubId=SINTEF+A20474>

⁶⁴ Figuren er hentet fra styresak i Helgelandssykehuset HF (<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202013/Mai/20130528%20Styresak%2040%20Utredning%20av%20framtidig%20somatisk%20sykehusstruktur.pdf>)

Figur 12: Faktorer som påvirker behov/etterspørsel etter sykehustjenester (Sintef)



Befolkningsutvikling

Befolkningsutviklingen i foretaksområdet og i kommunene omkring Narvik i perioden 2016-2040 er beskrevet i kap. 5.1. Det dominerende trekket er en betydelig økning i antall eldre over 67 år.

Sykdomsforekomst

Det er først og fremst økningen i antallet eldre som vil påvirke sykdomsforekomsten. Indremedisin er den dominerende spesialitet ved sykehuset i dag, spesielt for øyeblikkelig hjelp-pasienter (se vedlegg Data og tabeller). Det er også innen indremedisin at det fremtidige behovet vil øke mest. Det anslås at 60-65 % at pasienter som innlegges akutt i sykehus har en indremedisinsk tilstand.⁶⁵

Kirurgiske sykdommer som er knyttet til alder vil være (eksempler);

- Innen ortopedi
 - Degenerative lidelser i muskel-skjelett, spesielt i ledd.
 - Brudd knyttet til benskjørhet som oppstår etter fall (lavenergitraumer). Hvert år faller om lag en tredjedel av de som er over 65 år, og halvparten av de over 80 år. Forekomsten av brudd i Norge er blant de høyeste i verden (Kilde: Folkehelse).
- Innen urologi

⁶⁵ Faglige og organisatoriske kvalitetskrav til somatiske akuttmottak, [IS-2236](#), Helsedirektoratet. 2014.

- Vannlatingsproblemer (LUTS=lower urinary tract syndrome).
- Symptomer/plager som må utredes under mistanke om kreft.
- Inkontinens-problematikk (også gynekologi).
- Innen hjerte-kar-sykdommer (er sentralisert til UNN Tromsø i dag).
 - Perifer karsykdom
- Kreft er aldersrelaterte sykdommer og Kreftregisteret⁶⁶ har anslått at antall krefttilfeller i Norge vil å øke med 42 % for menn og 27 % for kvinner fram mot 2030 (kreftbehandling er sentralisert til UNN Tromsø). Jo eldre vi blir, jo større er risikoen for at vi får en kreftsykdom i løpet av livet. Omtrent åtte av ti krefttilfeller oppstår i aldersgruppen over 55 år. Med dagens kreftforekomst og -dødelighet vil om lag hver tredje nordmann få diagnostisert kreft før de blir 75 år gamle (Kilde: Folkehelse).
- Mage-tarm-kirurgi/generell kirurgi.
 - Brokk.
 - Sårbehandling

Medisinske metoder (teknologi).

Døgnbasert behandling innen kirurgi vil bli redusert (jf. kap 4.2.1. og Strategisk utviklingsplan UNN HF), både for planlagt og akutt kirurgi. Akutte operasjoner på natt vil bli redusert, operasjoner vil bli forskjøvet til dagarbeidstid med uthvilt personale og spesialiserte personalgrupper til stede.

Dagkirurgi med overgang fra døgnbehandling (innleggelse) til dagbehandling vil øke. Norge ligger bak andre land i Europa når det gjelder å ta i bruk dagkirurgi som behandlingsform. Minimale invasive teknikker (inkludert robot-kirurgi) vil bli tatt i bruk i økende grad.

Organisering av virksomheten i UNN HF.

I Strategisk utviklingsplan for UNN HF pekes det på at foretaket skal videreutvikle en bærekraftig lokalsykehusfunksjon som har en tydelig organisering og fordeling av helsetilbudet mellom de tre somatiske sykehusene i UNN. Lokalsykehusene innenfor UNN HFs definerte opptaksområde skal dermed ha, sammen med region- og universitetssykehuset, et felles opptaksområde og en klar funksjons- og oppgavefordeling. Slik kan man 'desentralisere det mulige og sentralisere det nødvendige'.

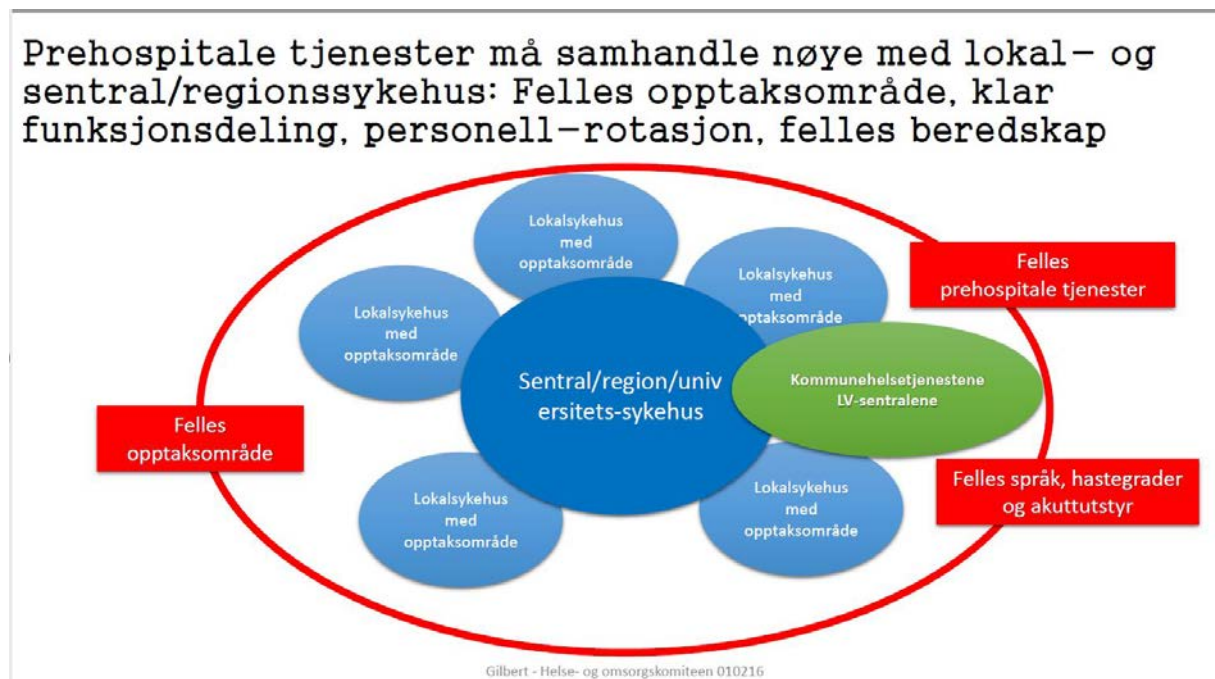
Befolkningen i opptaksområdet for UNN Narvik er avhengig både av lokalsykehuset, de andre sykehusene i foretaket og av andre sykehus utenfor eget helseforetak. Oppgaven består derfor i å

⁶⁶ <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Stor-okning-i-krefttilfeller-fram-mot-2030/>

beskrive den *relative rollen* til lokalsykehuset/akuttpsykehuset og hvordan befolkningen i foretaksområdet skal få sine spesialisthelsetjenestetilbud dekket samlet sett (befolkningsperspektivet, se kap 3.2.). Sykehusene skal organiseres i nettverk, og funksjonene skal fordeles mellom dem slik at de samlet dekker behovene til befolkningen i foretakets opptaksområde, jf. foretaksmøtet.

En slik modell for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og sykehusene er beskrevet som *nettverk av sykehus* i Nasjonale helse- og sykehusplan. Utviklingen av sykehusstilbudet må skje ved at sykehus samarbeidet tettere enn i dag. Små og store sykehus er gjensidig avhengige av hverandre. Det innebærer også at store sykehus må overlate oppgaver til mindre sykehus for å utnytte felles kapasitet og kompetanse. Også akuttfunksjonene skal vurderes og planlegges på samme måte, det er de samlede ressurser i helseforetaket som skal levere akutt-tjenester. Se figur 13.

Figur 13. Sykehus i nettverk



Strategisk utviklingsplan for UNN HF peker på at framskrivningene er usikre når det gjelder behovet for vanlige lokalsykehussenger. Å få til en effektiv funksjons- og arbeidsdeling mellom sykehusene internt i UNN HF vil være sentralt.

Basert på reisetid alene har 87% av befolkningen i *befolkningstriangelet* (kommunene) mellom UNN Harstad, UNN Narvik og Unn Tromsø, UNN Narvik som sitt nærmeste sykehus, 2% har UNN Tromsø som sitt nærmeste og 11% har UNN Harstad som sitt nærmeste (jf. tabell 11).

Reisetid alene er en av mange faktorer som tillegges vekt når det gjelder valg av sykehus. Dette illustreres ved å se på andelen opererte pasienter i kommunene rundt UNN Narvik (tabell 18). Tabellen illustrerer at det ikke bare er transporttid som påvirker pasientstrømmene. Bardu bruker allerede i dag UNN Narvik for kirurgi på omlag samme nivå som de andre kommunene rundt UNN Narvik.

Tabell 18: Andel av pasienter fra kommunene som ble operert ved UNN Narvik, 2015

| | Planlagt døgn- og dagkirurgi | Akutt døgn- og dagkirurgi |
|---------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Tysfjord | 19 % | 16 % |
| Ballangen | 49 % | 37 % |
| Narvik | 51 % | 39 % |
| Evenes | 12 % | 0 |
| Gratangen | 32 % | 32 % |
| Lavangen | 32 % | 15 % |
| Salangen | 29 % | 9 % |
| | | |
| Bardu | 27 % | 25 % |
| Målselv | 11 % | 3 % |
| Tromsø | 5 % | 0,4% |
| Andre kommuner UNN Tromsø | 5 % | 0,4 % |
| Kommuner UNN Harstad | 3 % | 0,6 % |

Helse Nord RHF har i mandatet pekt på at helseforetakene er kompliserte organisasjoner preget av stor grad av samvirke mellom de ulike tjenestene. Interne endringer i et sykehus kan derfor medføre konsekvenser for andre deler av sykehusets virksomhet, andre sykehus i foretaket og andre foretak i regionen.

En isolert økning av aktivitet ved UNN Narvik, enten den er basert på størrelsen av befolkningen i et antatt opptaksområde, eller en økning i spesifikke funksjoner kan ha konsekvenser for de to andre sykehusene i UNN HF dersom økningen ikke er planlagt og styrt. Alle sykehusene er små i norsk

målestokk. UNN Tromsø har for eksempel et opptaksområde på størrelse med Haugesund sykehus og Sykehuset Telemark⁶⁷. UNN Harstad og UNN Tromsø er dermed sårbare ved endringer.

Nybygg-prosjektet ved UNN Narvik gir foretaket anledning til å revurdere om fellesbehovene i HF-ets foretaksområde er godt nok dekket. Det er spesielt viktig at indremedisinens behov blir analysert samtidig i og med at 60-65% av akutte innleggelser i sykehus dreier seg om indremedisinske problemstillinger.

Det vises for øvrig til brev av 11.01.2017 fra Helse Nord RHF til UNN HF med presiseringer til mandatet som er relevant for drøftingen i dette kapittelet (se kap. 2.1).

5.3. Lokalsykehusenes (akuttsykehusenes) som viktig brikke i et større system - oppgavedeling og samarbeid

Aktivitetsdata for UNN Narvik og pasientstrømsanalysene (jf. kap 3.2.) viser at befolkningen i kommunene får utredning, behandling, pleie og rehabilitering i alle sykehus i UNN HF, i andre sykehus innen Helse Nord RHF og utenfor helseregionen⁶⁸. Grunnene til dette er vedtatt funksjonsfordeling, det spesifikke kirurgiske tilbudet som er etablert i sykehusene, praksisvaner, spesielt knyttet til akutte innleggelser, og pasientpreferanser og den lovfestede retten til fritt sykehusvalg.

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på behovet for bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus, og betydningen av en desentralisert sykehusstruktur i Norge:

«Dagens små lokalsykehus har kvaliteter som det er viktig å bevare. Deres rolle skal trygges og videreutvikles. Grunnleggende lokalsykehusfunksjoner er å ivareta pasienter som innlegges ofte, pasienter med kroniske sykdommer, eldre pasienter og pasienter som følges opp av spesialisthelsetjenesten over lang tid.»

«Oppgavedeling mellom sykehus er nødvendig for å øke kvaliteten på behandlingen.[...] Hensiktsmessig oppgavedeling forutsetter godt samarbeid. Hver enkelt sykehusenhet må være del av et nettverk som samarbeider om pasientforløp, utdanning av helsepersonell, bemanning og hospiterings- og ambuleringsordninger.»

Sammenhengende kjeder med tydelig oppgavedeling

UNN Narvik er en viktig brikke i et større system. Alle sykehusene i en helseregion, både akuttsykehus, stort akuttsykehus og regionsykehus, skal ha en hensiktsmessig arbeidsdeling.

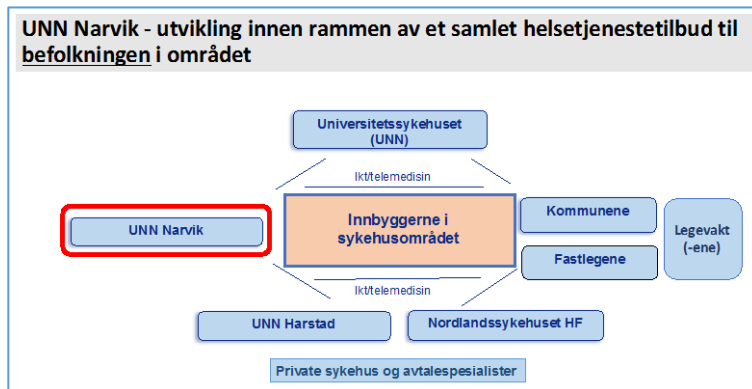
⁶⁷ Nasjonal helse- og sykehusplan side 95.

⁶⁸ Innholdet i dette kapittelet bygger i stor grad på rapporten: Odda sjukehus (*i lys av føringene i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019)*). [Prosjektrapport](#) desember 2016, kap. 4.

Sammen sikrer de spesialisthelsetjenestene som befolkningen har behov for. Det må være avklart hvilke oppgaver som skal løses på hvert nivå og når pasienten skal henvises til et mer spesialisert nivå.

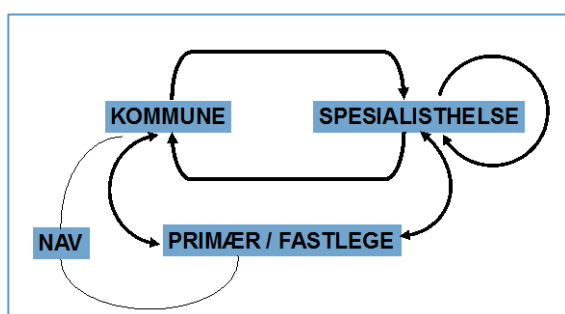
Figur 14 illustrerer at det er det samlede tilbudet, ikke bare det enkelte sykehuset, som sikrer befolkningen og pasientene et godt og dekkende spesialisthelsetjenestetilbud.

Figur 14: Illustrasjon av det samlede helsetjenestetilbudet



I det samlede helsetilbudet til innbyggerne, er det likevel de kommunale helse- og omsorgstjenestene og fastlegene som er grunnmuren. Det er derfor viktig at arbeidet med å sikre et helhetlig tilbud til pasientene skjer i nært samarbeid med kommunene. Samspillet mellom disse er illustrert i figur 15.

Figur 15: Illustrasjon av samspill i helsetjenesten



Den akuttmedisinske kjeden sørger for å ta vare på innbyggerne når det haster, og i denne kjeden er de prehospitaltjenestene (med ambulanse, lokalt akuttmedisinsk team og luftambulanse) vesentlige. Helseforetak og kommuner er sammen om ansvaret for å sikre et godt akuttmedisinsk tilbud (se kap. 3.4. og 3.5.).

Spesialisthelsetjenestetilbudet ved UNN Narvik skal utvikles innen rammen av et samlet

helsetjenestetilbud til befolkningen i Narvik-området. UNN Narvik kan ikke være en autonom enhet, men er en del av et sammenhengende tjenestetilbud som bidrar til måloppnåing for UNN HF og Helse Nord RHF.

Bygge kultur som fremmer samarbeid og kunnskapsdeling

Å få på plass gjensidig forpliktende samarbeid om en avklart oppgavedeling, der det store sykehuset (UNN Tromsø) i praksis er en støtte for de små sykehusene, blir vesentlig. Det krever godt samspill og medvirkning fra medarbeidere og ledelse på alle nivå, og er et særlig ansvar for ledelsen i UNN HF. Støtten fra det store sykehuset må gis på en måte som de små sykehusene opplever som positiv, ikke som en trussel.

Dette vil kreve en endring i en kultur som ser sykehusene i foretaket som separate enheter som snarere arbeider mot hverandre, enn sammen. Det blir viktig å arbeide for å utvikle en *vi-holdning* i foretaket, der samarbeid om en avklart oppgavedeling er målet.

Den sterke vektleggingen av felles kulturbygging og gjensidig samarbeid i hele helseforetaket reflekterer Nasjonal helse- og sykehusplan sitt fokus på at sykehusene i et helseforetak skal fungere i et forpliktende nettverk. Vektlegging av felles kulturbygging, felles fag- og kvalitetsutvikling, gjensidig hospitering og samarbeid i hele UNN HF er nøkkelen.

UNN HF må styrke arbeidet med mottak av henvisninger og ansvar for felles ventelister. På den måten kan kapasiteten innenfor et fagområde bli sett på samlet for alle sykehusene. Faglige retningslinjer og prosedyrer skal som hovedregel være på foretaksnivå. Gjensidig hospitering og ambulerings- og rotasjonsordninger for personellet vil kunne virke kompetansehevende og -fremmende. At sykehusene i foretaket samarbeider godt, er viktig for å opprettholde et godt fagmiljø.

5.4 Kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse

Foretaksmøtet i Helse Nord RHF presiserte at akuttsykehus skal ha «beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og handtering av akutte hendelser». Foretaksmøtet la til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.

I mandatet for dette prosjektet fra Helse Nord RHF blir dette gjentatt og utdypet ved at et akuttsykehus som minimum skal ha «(...) vurderings- og stabiliseringskompetanse og kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi».

Begrepene vurderings- og stabiliseringskompetanse er ikke bare viktige som en beskrivelse av et minimumstilbud. Endringene i spesialistutdanningen som har skjedd frem til nå (beskrevet i kap.

4.3.3.), og de nye kravene for spesialisering som innføres fra 2019 med avvikling av spesialiteten *generell kirurgi*, reiser også spørsmål om hvilke krav en skal stille til vurderings- og stabiliseringskompetanse hos de vaktbærende overlegene i et sykehus. Disse vil ha varierende utdanning og erfaring.

Problemstillingene er allmenngyldige (generiske) av karakter. De Helse Nord RHF-initierte prosjektene ved NLSH Lofoten og UNN Narvik har utredet begrepene i et felles prosjekt (se rapporten [Vurderings- og stabiliseringskompetanse](#)). Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i Nasjonal helse- og sykehusplan, de nye reglene for spesialisering i kirurgi, og har og vurdert liknende utredninger i Skottland⁶⁹.

Begrepsmessige avklaringer

Gruppen peker på at vurderingskompetanse omfatter observasjon, kartlegging og analyse av pasientsituasjoner for å definere behov for helsehjelp, iverksetting og koordinering av nødvendige tiltak basert på en kunnskapsbasert praksis.

Ordet *stabilisering* brukes i ulike sammenhenger og oppfattes muligens som selvforklarende. I denne sammenheng er det knyttet mot intensiv eller akutt medisin/kirurgi.

Sentralt i de to nevnte begrepene står kompetanse; dvs. individets evne til å utføre en oppgave på riktig måte. Kompetanse kan sees på som en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og oppførsel brukt til å forbedre ytelse, eller evne til å utføre en gitt rolle. Dette kan igjen deles i faglig kompetanse som utvikles gjennom utdanning og erfaring (realkompetanse), og personlig kompetanse som uttrykkes gjennom den måten kunnskaper og ferdigheter brukes på.

Vurderings- og stabiliseringskompetanse bygger således på ett sett med kunnskap og erfaringer som man har ervervet seg og som man bruker i en aktuell situasjon. Innenfor kirurgi- og traumebehandling kan slike aktuelle situasjoner strekke seg fra tilnærmet dagligdagse oppgaver til livskritiske situasjoner. Dette er imidlertid ikke noe man nødvendigvis skal stå alene om. Begrepene har en høyst personlig komponent, men også en systemkomponent knyttet mot det organisatoriske system man er i.

Hva trenger en kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse til?

Elektiv kirurgi: Graden av den samlede kompetanse og den enkeltes spesialkompetanse som til enhver tide er ved sykehuset er avgjørende for hvilke oppgaver sykehuset kan ta på seg i den elektive virksomheten. Mulige alvorlige komplikasjoner til et kirurgisk inngrep og evnen til å takle disse uten å

⁶⁹ "Standards informing delivery of care in rural surgery". Report of the Short-Life Working Group on Rural Surgery, Royal College of Surgeons of Edinburgh, March 2016. <https://iss.rcsed.ac.uk/media/20223/rural-surgery-web.pdf>

sende pasientene fra seg, må være styrende for hvilke operasjoner og prosedyrer sykehuset skal utføre. Pasientens trygghet er et absolutt krav.

I dette ligger også at henvisninger til elektiv virksomhet skal kunne vurderes av kompetent helsepersonell fortrinnsvis med spesialistutdannelse i fagfeltet og i henhold til prioriteringsretningslinjene.

Akutt kirurgi: En kirurgisk avdeling som skal utøve akutt kirurgi på døgn og årsbasis, må ha god nok bemanning og struktur. Det oppnår man ved å ha en team- og beslutningsstruktur som kan ta de rette avgjørelser; enten å behandle pasienten der og da, eller å overføre pasienten til et annet sykehus. En slik lokal beslutningsstruktur må innebære flere faktorer som: kirurgisk og anestesilogisk utdannet personale med tilstrekkelig eller nødvendig erfaring, tilgjengelige enheter for avansert overvåking, laboratorie-støtte og nødvendig lokal og tele-radiologisk og telemedisinsk kompetanse med støtte fra større sentrale sykehus.

Skal man være et akutt sykehus, må pasientene som legges inn der møte helsepersonell som kan ivareta alvorlig syke og tilskadekomne i en akutfase slik at risiko for død og alvorlig funksjonstap minimaliseres. Stabilisering av disse pasientene betyr frie luftveier evt. respirasjonsstøtte, stoppe blødninger, optimalisere blodsirkulasjonen, stabilisere brudd, hindre ytterligere skjelettskader og gi nødvendig smertelindring. Formålet er å gjøre pasienten i stand til ytterligere behandling lokalt eller transport til annet sykehus.

Konsekvenser og konkretisering

Kompetanse er knyttet til spesialistutdannelsen i de kirurgiske fag i Norge. I praksis har kun et fåtall ortopeder fått utdannelse i generell kirurgi og vise versa «bløtdelskirurger» i ortopedi etter 2000. Det betyr at en stor og økende andel av ortopeder ikke har kvalifikasjoner til å gå i bløtdelskirurgiske vakter. På den andre siden har generell kirurger heller ingen krav om ortopedisk (traumatologisk) kompetanse og disse er derfor formelt og utdannelsesmessig ikke kompetente til å vurdere og behandle ortopediske tilstander (traumer). Ortopedisk behandling må gis av ortopeder og ikke av kirurger som mangler ortopedisk skolering (se pkt. 10.8.6 i Helsedirektoratets utredning).

Utredningsgruppen har anført kravspesifikasjoner som de anser nødvendige for å ha et kompetent akutt sykehus:

Sykehusets organisering:

- Døgnbasert vaktteam bestående av spesialister i en av de kirurgiske spesialiteter, anestesilog, akuttmottak med erfarne sykepleiere, bioingeniører eller tilsvarende, samt radiografer.
 - Med spesialister i kirurgi menes både innen bløtdelskirurgi og ortopedi.

- Det er sykehuset som har ansvaret for at personalet som ansettes, permanent eller på vikarbasis, tilfredsstillende kompetansekravene.
- Oppdatere regelmessig utstyr av ulik karakter
 - Røntgen med CT og evt. ultralyd med 24 timers teleradiologi (mot regionalt nivå)
 - Videofasiliteter mot større enheter.
 - Bindende avtaler om døgnbasert bistand mellom større og mindre sykehus.
- Sørge for at faglig oppdatering av personalet herunder:
 - Arrangere regelmessig kursing innen akuttmedisin som BEST.
 - Regelmessige MDT-møter, komplikasjonsmøter etc. sammen med større enheter.
 - Utvekslingsavtaler av personale mellom sykehusene (både til og fra akutt sykehuset).

Kirurger og anestesileger:

- Kirurger skal være spesialist i en kirurgisk disiplin (tidligere kirurgisk grenspesialitet)
 - Et hvert vaktteam skal ha minst en kirurg med følgende kvalifikasjoner:
 - Minimum 2 års generell kirurgi tilsvarende «common trunk» i den nye spesialitetsutdanningen.
 - ATLS kurs eller tilsvarende. Dette må oppdateres ved gitte intervaller
 - Delta regelmessig i BEST kursing.
- Tilsvarende krav til ortopeder om de skal delta i akutt team
 - Ortoped må være tilgjengelig på døgnbasis for vurdering om sykehuset skal ha ØH-funksjon innen ortopedi.
- Anestesiologer skal være spesialister eller nær-spesialister
 - Et hvert vaktteam skal ha minst en slik anestesilog. I tillegg til fagutdanning kreves det:
 - ATLS eller tilsvarende. Dette må oppdateres ved gitte intervaller
 - Delta regelmessig i BEST kursing.
- Delta i regionale MDT møter og komplikasjonsmøter.
- Ha regelmessig opphold ved større enheter (sentralsykehus, universitetssykehus).
- Gis mulighet for å være på nasjonale og internasjonale møter.

Det fremgår av dette at kravene til vurderings- og stabiliseringskompetanse er kompetansekompenserende tiltak for å sikre en forsvarlig legebemanning på bakvaktsnivå. Forslaget fra arbeidsgruppen er viktig fordi det peker på både systemkrav (til sykehusene) og til den individuelle vaktbærende kirurgspesialist. Forslaget til kravspesifikasjon kan brukes som sjekklister for

foretakene i sine vurderinger av vaktbærende kompetanse. I fremtiden må foretakene dokumentere at slike vurderinger er utført før ansettelse og innfasing i vaktordninger, og som grunnlag for senere kompetanse- og kunnskapsfremmende opplæringstiltak tilpasset den enkeltes behov og foretakets krav. Foretaket må også legge til rette for at kontakten mellom de mindre sykehusene og regionsykehuset på spesialistnivå kan skje sømløst 24/7/365. Uten robuste og fungerende kontaktmuligheter vil begrepet vurderingskompetanse ikke ha praktisk nytteverdi.

Begrepene kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse er ikke nærmere beskrevet eller definert i de politiske dokumentene som er bakgrunnen for denne utredningen. Helseforetakene må derfor gi klare føringer for hvordan begrepene skal oppfattes og brukes, og hvordan slik kompetanse skal dokumenteres på individ- og systemnivå. Hensikten er å sikre forsvarligheten slik den framstår i helselovgivningen.

5.5. Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer (beholde personell) – framtidig behov for kompetansevedlikehold

[Strategisk utviklingsplan](#) tilkjenner to hovedutfordringer knyttet til kompetanse: Å sikre tilstrekkelig kompetanse til UNN som helseforetak, og å sikre rett fordeling internt i foretaket. Oppgaven består i å rekruttere, stabilisere og utdanne både helsepersonell og andre yrkesgrupper. I årene fremover vil det særlig være behov for spesialsykepleiere, legespesialister, helsefagarbeidere og bioingeniører. I Helse Nord forsterkes rekrutteringsutfordringen av en desentralisert sykehusstruktur og tap av kompetanse som følge av at ansatte etter endt utdanning flytter ut av regionen.

I tillegg tilsier er rivende teknologisk utvikling, medisinsk forskning, innovasjon og økt bruk av e-helse at framtidig behov for vedlikehold av kompetanse vil være betydelig. Utfordringene for norsk, og europeisk helsevesen, er redegjort for i Helse 2020.⁷⁰

Ved UNN Narvik har det vært rekrutteringsutfordringer knyttet til spesialister i gynekologi/obstetrikk og påfølgende bruk av gynekologvikarer. I 2015 var det vikar fra byrå 25 uker og fast vikar med avtale 12 uker. Tilsvarende var situasjonen i 2016 vikar fra byrå 34 uker, og 12 uker med fast vikar med avtale. 7 uker i 2016 var kun bemannet av gynekologvikarer og ingen faste spesialister ved enheten. Det vil si at det var vikar 40 % av alle døgn. Per 01.01.2017 er det 1,8 gynekologstilling besatt ved UNN Narvik. Se rapporten [Bemanning og vakter](#) og kap. 6 for detaljer.

⁷⁰ Helse 2020. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helse-2020-rammeverk-og-strategi-for-europa-i-det-21-arhundre>

Tabell 19: Legestillinger ved UNN Narvik 2016

| Område | Antall stillinger overleger | Antall personer overleger | Antall stillinger/ Personer LIS | Turnusleger | Merknader |
|-----------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------|-------------|-----------------------------|
| Anestesi | 2,65 | 3 | 0 | 0 | Vikarstafett |
| Føde/gyn | 2,65 ⁷¹ | 3 | 0 | 0 | Vikarstafett |
| Kirurgi | 4 | 4 | 4 | 6 | En ubesatt overlegestilling |
| Ortopedi | 1 | 1 | 0 | 0 | Vikarstafett |
| Medisin | 6 | 6 | 6 | 6 | |
| Radiologi | 3 | 3 | 1 | 0 | |
| ØNH | 0,7 | 1 | 0 | 0 | Besatt jan 17 |
| Psykatri | 0 | 0 | 0 | 0 | Vikarstafett |
| Sum | 20,6 | 22 | 11 | 12 | |

Kilde: Personal og organisasjonsavdelingen UNN HF 01.10.2016

Styret ved UNN HF vedtok i sak 29/2011 å etablere et toårig rekrutteringsprosjekt i UNN Narvik. Prosjektets mandat var å rekruttere og ivareta lege/psykologspesialistene og deres familier slik at det ble sikret tilstrekkelig rekruttering og stabilisering av kritiske nøkkelpersoner til sykehuset. Primært var hensikten med prosjektet å sikre tilstrekkelig rekruttering, men gjennom prosjektet ønsket man også å utvikle og prøve ut nye metoder for rekruttering og stabilisering som er overførbare til hele organisasjonen. Målsettingen skulle sikres gjennom:

- Aktivt oppsøk av aktuelle kandidater gjennom egne nettverk
- Koordinert innsats gjennom å tilby *rekrutteringspakker* som gjør det attraktivt for legespesialister/psykologspesialister og deres familier å bosette seg i Narvik
- Oppfølging av de nyansatte som sikrer lengst mulig tilstedeværelse i Narvik.

Rekrutteringsprosjektet var et resultat av et godt arbeid av lokale leger som jobbet målrettet med rekruttering til UNN Narvik. I løpet av om lag ett år fra oppstart i januar 2012 ble det rekruttert tre gynekologer, to hjertespesialister, en radiolog, en kirurg og en epidemiolog.

Ser en samlet på rekruttering og «turnover» av leger og psykologer i perioden 2010-2016 (tom 1. oktober) har det blitt rekruttert 30 fagpersoner (innenfor og utenfor prosjektet), mens det i samme

⁷¹ Januar 2017: 1,8 stilling som overlege. Fast vikar 8 uker pr år.

periode har vært en turnover på 11 fagpersoner. Se rapporten [Bemanning og rekruttering](#) for detaljer.

De mest rekrutteringskritiske grupper per i dag er innen gynekologi og psykiatri. Høsten 2016 ble det etablert en ny rekrutteringsgruppe etter vedtak i direktøren ledergruppe, UNN HF.

6. Aktivitetsinnhold og profil ved UNN Narvik – vurderinger og anbefaling fra prosjektleder

6.1. Innledning

Vurderingene og anbefalingene må være konsistente med de 7 målene gjengitt under i Nasjonal helse- og sykehusplan der det er relevant:

- Styrke pasienten
- Prioritere tilbudet innen psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten
- Nok helsepersonell med riktig kompetanse
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Anbefalingene av fremtidig aktivitet ved UNN Narvik er basert på kunnskap og fakta om

- Endringer i drift ved sykehus (fra døgn til dag- og poliklinisk behandling. Kap. 4.2.1)
- Driftsmønsteret ved sykehusene i Helse Nord RHF (kap. 4.2.1) med lavere dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet enn i landet forøvrig
- Analysene av aktiviteten og driftsmønsteret i UNN Narvik ([Data og tabeller](#) og kap. 3.2)
- Kunnskap om pasientstrømmene i det aktuelle geografiske område ([Pasientstrømanalyse](#)). >50% av akutt kirurgi (døgn og dag) i opptaksområdet utføres utenfor UNN Narvik
- Vurdering av tidskritiske hendelser/episoder/traumer (kap. 3.3)
- Traumesystem og traumeomfang, spesielt multitraumer (kap. 3.3.1 og 3.3.2).
- Utviklingstrekkene beskrevet for kirurgi-fagene og for gynekologi (inkludert føde) (kap. 4.3.1 og 4.3.2)
- Endringer i spesialitetsstruktur over tid og bortfall av generell kirurgi i den nye spesialitetsstrukturen (kap. 4.3.3)
- Kunnskap om transportmuligheter, avstander/geografiske forhold, luft-, bil- og båtambulansetjenesten (kap. 3.6)
- Drøfting og klargjøring av begrepene kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse (kap. 5.4).

6.2. Avklarende premisser

6.2.1. Strategisk utviklingsplan UNN HF

Strategisk utviklingsplan gir noen viktige føringer for arbeidet i foretaket i perioden 2015-2025:

- Felles opptaksområde; jf. også [presisert mandat](#) av 11.01.2017
- Arbeidsdeling og avklart funksjonsfordeling
- Felles drift og fremtid (kvantitativt og kvalitativt)
- Begrenset tilgang på kompetent helsepersonell vil være den mest kritiske knapphetsfaktoren og vil også få betydning for fordeling av arbeidet
- Felles ansvar for utdanning og kompetanseutvikling/kompetansevedlikehold
- Rotasjonsplaner for spesialister og utdanningskandidater
- Felles tilnærming til arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet
- Felles forskningsaktiviteter.

6.2.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik

UNN Narvik skal være et *akuttsykehus med akuttkirurgi og traumefunksjon*. Det akuttkirurgiske tilbudet må spesielt rettes inn mot hovedtyngden av aktiviteten ved sykehuset i dag (skader og traumebehandling).

Mandatet for arbeidet inneholder formuleringen *døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud på nivå med dagens*. Formuleringen må ses i sammenheng med [Protokoll](#) fra foretaksmøtet Helse Nord RHF 4.05.2016. Foretaksmøtet har pekt på at *Akuttsykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser*. Det forstås slik at det ikke finnes en allmenngyldig eller omforent norm for betydningen av begrepet *generelt akuttkirurgisk tilbud*. Foretaksmøtets presisering om at tilbudet i akuttsykehus *kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet* kan derfor legges til grunn for akutt kirurgi. Foretaksmøtets påpekning om samarbeid mellom «sykehus i nettverk og team» gjelder dermed også for akutt kirurgi.

I presiseringer av mandatet (av 11.01.2017) fremgår også at *”akuttfunksjonene skal funksjonsfordeles slik at pasientgrunnet og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og slik at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonene ved UNN Tromsø ikke svekkes”*.

Drøftingene over må ses i sammenheng med tydeliggjøring av begrepet *kirurgisk vurdering* (vurderingskompetanse) og *stabiliseringskompetanse* (kap. 5.4).

Det er vedtatt å opprette en ny spesialitet i Akutt- og mottaksmedisin innen de indremedisinske fagområdet knyttet til akuttmottakene i sykehus. Spesialiteten omfatter utredning av pasienter med de vanligste symptomene som kommer til norske akuttmottak. Det er utarbeidet læringsmål (del 2

og 3) for den nye spesialiteten⁷². Av læringsmålene fremgår at den nye spesialiteten bl.a. skal ha kunnskap og ferdigheter knyttet til

- Diagnostisere og starte behandling ved akutt karsykdom (iskemisk ekstremitet, iskemisk tarm og truende aneurismeruptur/disseksjon av kar
- Vurdere akutte buksmerter (akutt abdomen) i samarbeid med kirurgiske vaktteam
- Vurdere alvorlighetsgrad, initial behandling og indikasjon for skopi ved hematemese/melena
- Kunne utføre ultralydundersøkelse av abdomen på stabile pasienter med tanke på de vanligste tilstander som kan avdekkes ved hjelp av ultralyd.

I utdanningens del 3 inngår også kunnskap, ferdigheter og holdninger (ledelse, samarbeid, koordinering) knyttet til bl.a. pasientflyt (inkludert omdirigere pasienter til riktig kompetansenivå) og å kunne triagere pasienter i akuttmottak. På sikt vil dette bidra til en enda sikrere og bedre vurdering av akutte pasienter.

6.2.3. Specialisthelsetjeneste og kirurgisk spesialisering

Det har skjedd en økende spesialisering (og sentralisering) innenfor kirurgifagene (kap. 4.3.1). Stadig færre kirurger har så bred kompetanse at de kan operere et stort spekter av akuttkirurgiske tilstander. Det er heller ikke lengre slik at alle kirurger gjennom elektiv kirurgi på dagtid vedlikeholder akuttkirurgisk kompetanse. De kirurgiske fagfeltene er i økende grad spesialisert og færre kirurger er befattet med kirurgi på dagtid som er relevant for mye av akuttkirurgien, og da særlig med tanke på traumekirurgi.

Prosjektet legger til grunn at pasientene som behandles ved UNN Narvik, så langt det er mulig, skal møte en spesialist (evt. lege i spesialisering under supervisjon) på det fagområdet (sykdomsgruppe) pasienten tilhører. Det er et mål at dette må gjennomføres for alle pasienter som får tilbud om elektiv (planlagt) behandling. 17% av de elektive operasjonene ble utført av kirurger fra UNN Tromsø. For akutt virksomhet (akutt kirurgi) er denne målsettingen ikke realistisk i og med at det ikke er grunnlag for to (eller flere) parallelle overlege vaktteam i kirurgi ved UNN Narvik (12-16 kirurger i 2 parallelle vaktteam).

For akutt kirurgi er balansen mellom rekruttering av fagfolk, kvalitet og nærhet krevende. Det må derfor etableres tydelige systemer for å bruke kompetansen i foretaket samlet. Med en hensiktsmessig funksjonsfordeling av akutfunksjonene (jf. presisering av mandat 11.01.2017) og gjennom systematisk utdanning og kompetansekompenserende tiltak, for eksempel slik

⁷² Læringsmål for ny hovedspesialitet beregnet på akuttmottak, kalt Akutt- og mottaksmedisin. <https://helsedirektoratet.no/Documents/Høringer/Ny%20legespesialitet%20knyttet%20til%20akuttmottakene%20i%20sykehus/Vedlegg%201%20Læringsmål%20AMM%20høringsutkast.pdf>.

traumeorganiseringen i dag er bygget opp, og med felles forståelse av kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse (kap 5.4.), kan befolkningen sikres et trygt akuttkirurgisk spesialisthelsetjenestetilbud. Kortere reisetid mellom sykehusene i UNN HF legger det til rette for en arbeidsdeling som i enda større grad kan trygge kvalitet og utnytte sparsomme spesialistressurser.

Rekruttering av helsepersonell dreier seg ikke bare om ferdige spesialister, men også om aktiv bruk av utdanningsstillinger. Potensialet for senere rekruttering i fast stilling ligger bl.a. i etablering av utdanningsstillinger (LIS-stillinger; *lakseeffekten*).

6.2.4. Andre føringer og avgrensninger

Foretaksprotokollen og mandatet for prosjektgruppens arbeid peker på at det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akuttisykehusene. I et geografisk område med liten befolkningsvekst (som ved UNN HF) vil det i sin konsekvens medføre at akuttfunksjonene funksjonsfordeles slik at pasientgrunnlag og rekruttering sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, jf. presisering av mandatet.

Mandatet og prosjektbeskrivelse avgrenser arbeidet til det fremtidige behandlingstilbudet for føde og for kirurgi (akutt og planlagt). Det inngår ikke i mandat eller prosjektdirektiv å gjøre vurderinger av drifts- og bemanningsmessige konsekvensene av forslagene.

6.3. De kirurgiske fagområdene

Det er tre kirurgiske spesialiteter som er mest aktuelle for UNN Narvik slik situasjonen er i dag; ortopedisk kirurgi, mage-tarm-kirurgi (inkludert rester av dagens generell kirurgi i det nye utdanningssystemet), og urologi.

Anbefalingene med dens enkeltelementer representerer en helhetlig utforming av det samlede kirurgiske tjenestetilbudet ved UNN Narvik. En kan dermed ikke hente ut isolerte enkeltforslag eller velge bort andre.

6.3.1. Døgnbehandling (innleggelser)

Analysene av aktiviteten ved UNN Narvik danner grunnlaget for anbefalingene. Det skjer en økende spesialisering og sentralisering innenfor kirurgiske spesialiteter. Stadig færre kirurger har så bred kompetanse at de kan operere et stort spekter av akuttkirurgiske tilstander. Samtidig er det ikke pasientgrunnlag stort nok for parallelle vaksjikt for flere kirurgiske spesialiteter dersom det skal være meningsfullt dagarbeid til alle. Det betyr at en må satse på å bygge opp en kirurgisk aktivitet som representerer en dominerende aktivitet ved sykehuset. Aktivitetstallene (vedlegg [Data og](#)

[tabeller](#)) viser at det er to områder som peker seg ut; ortopedisk kirurgi og mage tarm-kirurgi (gastroenterologisk kirurgi, jf. endringene som er varslet i spesialitetsstrukturen i Norge).

Det foreslås å utvikle og styrke ortopedisk kirurgi. Ortopedisk kirurgi har ca. 1/3 av døgnbasert aktivitet (innleggelser) og omlag halvparten av dagkirurgisk aktivitet i dag. Det er også en stor polikliniske aktivitet ved sykehuset innen ortopedi (traumatologi), spesielt akutt (øyeblikkelig hjelp; ØH) poliklinikk og med samlet ca. 4800 polikliniske konsultasjoner i 2015. En styrking av ortopedi vil bidra til at mindre skader (*hverdagstraumer*, lavenergiskader) får et godt tilbud. Pasienter som i dag får behandling ved UNN Harstad for brudd vil nå kunne få behandling ved UNN Narvik.

Innleggelser i sengepost avgrenses i hovedsak til pasienter med skader i muskel- og skjelettsystemet, og elektiv (planlagt) ortopedisk kirurgi. Omfanget av den elektive virksomheten krever planlegging og formelle samarbeidsordninger mellom de 3 sykehusene i UNN HF. Vedlegg Data og tabeller dokumenterer at det er en viss lekkasje av pasienter som trenger leddproteseoperasjoner ut av opptaksområdet for UNN Narvik. Dette styrker argumentet om en tydelig og dominerende ortopedisk aktivitet i sykehuset. UNN Narvik kan være et alternativ til de som i dag reiser ut av foretaksområdet og regionen.

Satsingen på ortopedi ved UNN Narvik innebærer også at en tar hensyn til og planlegger for økningen i eldre over 67 år.

Gastroenterologisk kirurgi opphører som døgnaktivitet (innleggelse i avdeling). Omfanget av planlagt (elektiv) kirurgi er lite (159 opphold med operasjon i 2015). Type operasjoner, der gallekirurgi er den vanligste, viser at disse i hovedsak kan overføres til dagkirurgi som også i fremtiden kan utføres ved UNN Narvik (se operasjonstyper, vedlegg [Data og tabeller](#)).

Nær 1/3 (50 opphold) av elektivt opererte pasienter innen gastroenterologisk kirurgi fikk spesialisert operativ behandling av kirurger fra UNN Tromsø i et etablert samarbeid med UNN Narvik. Det må åpnes for at slik spesialisert operativ virksomhet kan videreføres i Narvik⁷³.

Akutt innlagte pasienter med behov for snarlig kirurgi (operert samme dag eller dagen etter innleggelse) utgjorde i 2015 vel 3 pasienter per måned (38 pasienter totalt i 2015). Av disse var gastrointestinal endoskopi (kikkertundersøkelser) og blindtarmsoperasjon de vanligste. De aller fleste

⁷³ Gjelder kirurgisk behandling innen Gastroenterologisk kirurgi i samarbeid med urologi, og innen spesialiteten Bryst- og endokrinkirurgi.

ble lagt inn på dag- og kveldstid. En vurdering av operasjonskategorier (vedlegg [Data og tabeller](#)) viser at det neppe er utført tidskritiske akutte operasjoner i 2015.

Av 1289 polikliniske konsultasjoner (2015) innen gastroenterologisk kirurgi var 11% akutte (ØH). Av 2192 akutte polikliniske konsultasjoner innen kirurgi var 140 (6%) innen mage-tarm spesialiteten.

Det er utført pasientstrømsanalyser over alle innlagte kirurgiske pasienter (døgnpasienter) uavhengig av om de ble operert fordelt på kommunene (inkludert Bardu og Målselv)⁷⁴. Den gjennomsnittlige andelen i kommunene samlet av elektivt innlagte pasienter ved UNN Narvik var 30% (variasjon fra 0% Evenes til 78% Ballangen). Av akutt innlagte var gjennomsnittet i de 9 kommunene 61% (variasjon fra 0% Evenes til 100% Gratangen; få pasienter)⁷⁵.

For *opererte* pasienter var andelen i de 7 kommunene rundt Narvik som fikk planlagt kirurgi ved UNN Narvik 20%. For akutte operasjoner var andelen 29% (se vedlegg Pasientstrømsanalyser).

Akutttilbudet også i gastroenterologisk kirurgi må være forutsigbart. Pasienter som ikke kan avklares lokalt må overføres til annet sykehus i UNN HF. Tydeliggjøring av vurderingskompetansen ved sykehuset vil redusere behovet for overføringer til andre sykehus. På sikt vil også den nye spesialiteten i Akutt- og mottaksmedisin (kap. 6.2.2) styrke den samlede vurderingskompetansen ved sykehus.

Det kan innvendes at noe økt pasienttransport ut fra UNN Narvik kan representere en risiko for pasientene. Transporttidene er relativt korte (jf. [Tilgjengelighetsanalyser](#)), veistengninger er sjeldne og luftambulansetilbudet er godt (jf. Kap. 3.6). Majoriteten (ca. 2/3) av pasientene i opptaksområdet får allerede i dag kirurgisk døgnbehandling (både planlagt og øyeblikkelig hjelp-kirurgi) ved andre sykehus i UNN HF (se [Pasientstrømsanalyser](#)).

I presiseringer av mandatet fremgår det at akuttfunksjonene skal funksjonsfordeles slik at pasientgrunnet og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og slik at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonene ved UNN Tromsø ikke svekkes.

⁷⁵ For mange av kommunene er tallene små (under 5). Med så små tall må prosentandel brukes med forsiktighet i og med at en enkelt pasient kan medføre endringer i %-angivelse på over 10%.

Transport og reise til andre sykehus har konsekvenser for pasientens familie (lengre besøksvei, transport- og overnattingskostnader). Disse må veies opp mot et tydeligere spesialisert tilbud i et større fagmiljø.

Dagens spesialitet i generell kirurgi vil utgå. Den generelle kirurgien vil ikke lengre utgjøre ryggraden i det akuttkirurgiske tilbudet. I fremtiden vil pasienter som har behov for tjenester som i dag skjøttes av spesialiteten generell kirurgi og som ikke hører til en spesifikk spesialitet, sannsynligvis bli en arbeidsoppgave for mage-tarm-kirurger (kap. 4.3.3.). Analysene utført i prosjektet viser at den dominerende kirurgiske aktiviteten i dagens generelle kirurgi-kategori er innen urologi (urinveiskirurgi; se under). Fagområdet forøvrig er dårlig avgrenset og utgjør nominelt sett ca. 40% av døgnoppholdene med om lag 450 dagkirurgiske behandlinger per år og med om lag 3000 polikliniske konsultasjoner.

Kap. 4.3.3 omtaler Helsedirektoratets rapport (fra november 2016).⁷⁶ om *Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten* som konkluderer med at gastroenterologisk kirurgi er en sårbar spesialitet (definert som få nye spesialister i forhold til behovene) som det må satses på fremover. I perioden 2013-2015 ble det henholdsvis godkjent 11, 9 og 12 nye spesialister innen dette fagområdet. Det er de små sykehusene som mest sannsynlig er taperne når det er konkurranse om arbeidskraften.

Urinveiskirurgi (urologi). Det foreslås at en viderefører tilbudet ved UNN Narvik. Urologi har i hovedsak utviklet seg til å bli en dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet. Det er rent unntaksvis behov for akutte innleggelser (døgnbasert aktivitet). Behovet for urologisk spesialkompetanse vil øke i takt med den aldrende befolkningen.

Vurderingene og anbefalingene er ikke utelukkende begrunnet i aktiviteten ved UNN Narvik i dag. Endringene som har skjedd i spesialistutdanningen for kirurger fra 1997 og utover på 2000-tallet, og endringer som er vedtatt og vil komme (kap. 4.3.3), er realiteter som en må forholde seg til. Dagens spesialister i generell kirurgi, som fortsatt vil være i tjeneste noen år fremover, har ikke krav om ortopedisk (traumatologi) tjeneste i sin utdanning. Spesialistutdanningen i ortopedi innebærer ikke generell kirurgisk utdanning (spesielt utdanning/praktisk erfaring i *bløtkirurgi*). Dette må en ta hensyn til når en skal bygge opp en spesialisthelsetjeneste som befolkningen kan ha tillit til, og som sikrer kompetent og forsvarlig spesialisthelsetjeneste.

⁷⁶ "Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten" Rapport 2016. Helsedirektoratet, IS 2554, november 2016. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1266/IS-2554%20Leger%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf>

Det er de eldre generelle kirurgene med utdanning fra 1980-1990 tallet som har en bred utdanning med formell tjeneste under utdanningen i ortopedi (med hovedvekt på traumatologi/skadekirurgi) og bløtdelskirurgi (i hovedsak gastroenterologisk kirurgi). Denne generasjonen kirurger vil ha begrenset gjenværende funksjonstid.

Endringene vil kreve at foretaket styrker kompetanseoppbyggingen i UNN Narvik med individuelle og tilrettelagte planer slik at en ivaretar foretaksprotokollens krav til kirurgisk vurderingskompetanse (jf. Kap. 6.2). Det må utarbeides tydeligere oppgavebeskrivelser/funksjonsbeskrivelser som må kommuniseres til kommunene og fastlegene, herunder rutiner for trygg prehospital vurdering/rutiner.

6.3.2. Dagkirurgi

Det er godt grunnlag for en økning av dagkirurgi i foretaket og dermed også i UNN Narvik. UNN Narvik utførte i 2015 ca. 60% av all dagkirurgi i det tradisjonelle opptaksområdet. De resterende 40% som blir behandlet annet sted utgjør om lag 300 pasienter. Dagkirurgien kan styrkes innen gastroenterologisk kirurgi, urologi, ortopedi og mulig gynekologi. Det er også mulig at spesialiteten plastikk kirurgi kan tilbys som dagkirurgisk aktivitet i noe omfang dersom UNN HF av strategiske og kapasitetsmessige grunner samlet sett finner det formålstjenlig.

Flere bosatt i kommunene rundt UNN Narvik bør tilbys dagkirurgi der. UNN HF har en ambisjon om å styrke den elektive virksomheten ved å utnytte den totale kapasiteten i foretaket mer effektivt. Økningen må dermed skje ved en aktiv, planlagt og systematisk styring av pasientstrømmen slik det er varslet i den strategiske utviklingsplanen for foretaket. Det er kjent at en innen spesialitetene som er aktuelle for dagkirurgi ved UNN Narvik har ventelister og kapasitetsproblemer i foretaket. Det er også en viss strøm av pasienter ut av helseforetaket og regionen (kap. 5.2.).

Dagkirurgien må utføres av spesialister innen de aktuelle fagområdene (jf. Kap. 6.2.); ved overleger som er tilsatt ved UNN Narvik i dag, ved nyrekuttering tilpasset arbeidsoppgavene eller ved rotasjonsordninger fra de andre sykehusene til UNN Narvik (realisering av nettverkstankegangen). Det ligger utenfor mandatet å beskrive bemanning og arbeidsordningene i detalj.

Et døgnbasert kirurgisk tilbud i UNN Narvik må innrettes slik at de få dagkirurgiske pasientene som har behov for noe lengre observasjon og overnatting kan få det lokalt. Det samme gjelder for komplikasjoner etter egen elektiv (planlagt) kirurgi.

6.3.3. Poliklinikk

Det er rom for noe økning i kirurgisk poliklinikk ved UNN Narvik. Økt dagkirurgisk aktivitet vil generere noe økt poliklinisk aktivitet, det samme vil en økende *polikliniseringsgrad* gjøre. Det er også rom for økte polikliniske kontroller for pasienter som har fått primærbehandling/operasjon ved andre sykehus, spesielt i UNN HF-systemet.

Vi har kunnskap om poliklinisk aktivitet i UNN Narvik på befolkningsnivå. Analyser fra 2015⁷⁷ viser behandlingsrater ved sykehuset (forbruksrater; uttrykt som polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere) for befolkningen i kommunene. Behandlingsratene for kommunene er om lag på gjennomsnittet for Norge (om lag 1400 polikliniske besøk per 1000 innbygger). Tallene gjelder hele den somatiske spesialisthelsetjenesten og ikke bare kirurgi. Det antas likevel at ratene også gir et rimelig bilde av kirurgifagene.

Basert på framskrivningene av folketallet i Narvik og omkringliggende kommuner alene (kap. 5.1.), vil ikke poliklinisk aktivitet ved UNN Narvik øke vesentlig. Konsekvensene av de demografiske endringene må vurderes separat. Eventuelle nye nasjonale screeningsprogrammer og mer avanserte diagnostiske metoder kan gi økt etterspørsel etter polikliniske oppfølgingstjenester frem i tid. Kortere reisetid til Narvik fra Bardu og Målselv kan øke antall pasienter som søker konsultasjon ved UNN Narvik.

Prosjektet har ikke tilstrekkelig kunnskap om i hvilken grad UNN Narviks poliklinikker brukes av pasienter som kan og bør få sin behandling i primærhelsetjenesten. Nye driftsformer ved sykehuset vil initiere diskusjoner med fastlegene og kommunehelsetjenesten om justering av praksis. Både internasjonalt og i Norge arbeider en mot et tydeligere skille mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten/fastleger. Spesialisthelsetjenesten skal konsentrere seg om oppgaver som krever spesialisert kompetanse, mens samhandlingsreformen tilsier at kommunene skal utføre en større del av helsetjenesten.

6.3.4. Traumemottak

Omfanget av multitraume ved UNN Narvik slik det beskrevet i kap. 3.3.2. viser at stabiliseringsfunksjonen er det viktigste elementet i traumebehandlingen. Behovet for spesifikk kirurgisk behandling er lite, men skal ivaretas ved UNN Narvik. Traumemottaket som er etablert i kombinasjon med akuttmottaket anbefales videreført.

⁷⁷ [Pasientstrømmer](#). Analyser fra Sykehusbygg. Helse Nord 2016

Det forutsettes at den reviderte nasjonal traumeplan⁷⁸, eventuelt med Helse Nord RHF sine modifikasjoner/tilpasninger, legges til grunn for virksomheten. Etterutdanning, vedlikehold av kompetanse i form av kurs og regelmessige øvelser og revisjoner er en forutsetning for videreføring av traumeberedskapen. VAKe-støtte i vanskelige situasjoner vil bidra til en god nød-kirurgisk beredskap.

6.3.5. Skadepoliklinikk

Det er pasientgrunnlag for en skadepoliklinikk ved sykehuset. Skadepoliklinikken er en formalisering og synliggjøring av øyeblikkelig hjelp (akutt)-poliklinikken i dag og kan ta hånd om *hverdagsskadene* (enkle skader, lavenergiskader, etc.) der pasienten kan behandles poliklinisk.

Det er sannsynlig at akutt (ØH) skadepoliklinikk/ortopedisk poliklinikk kan behandle om lag 2000 pasienter i året. I tillegg kommer innlagte pasienter innen ortopedi som i dag har kort opphold (1 dag), som ikke blir operert, og som antas å kunne behandles poliklinisk med styrket ortopedisk kompetanse ved sykehuset. Disse pasientene skal kunne behandles ved det lokale sykehus. Alternativet er et tilsvarende antall reiser og transporter til nærmeste sykehus i UNN HF.

En oppretting av en skadepoliklinikk reiser imidlertid spørsmål om hvilke pasientgrupper som skal behandles hos fastlegene/den interkommunale legevakten og i spesialisthelsetjenesten (sykehuset) og om hvordan samarbeidet og tjenestetilbudet skal utformes. Det foreslås derfor at saksområdet utredes i et felles prosjekt mellom kommune(ne) og UNN HF i forbindelse med planleggingen av nytt sykehus før beslutning fattes.

6.4 Føde og gynekologi

Det er ingen direkte sammenheng mellom akutt kirurgi og fødetilbud. Et sykehus som har fødeavdeling trenger «varme operasjonsstuer» - det vil si stuer som er i drift 24/7, og støttepersonell, men ikke kirurger siden det er gynekologer som gjør keisersnitt.

6.4.1. Fødetilbudet

UNN Narvik har i dag fødeavdeling. Antall fødsler i UNN Narvik er ca. 220-240 per år i femårsperioden 2010-2015 og med 40 keisersnitt i 2015 (27 akutte, 13 planlagte). I 2016 var det 281 fødsler (hvorav 21 fra UNN Harstad)⁷⁹ og 50 keisersnitt (28 akutte, 21 planlagte).

⁷⁸ Plan foreligger, er under saksbehandling i helseforetakene samlet. Forventes styrebehandlet i RHF-ene primo 2017

⁷⁹ Sommerstengning i Harstad

I vedlegg [Fødselsomsorg og kirurgi](#) og kap. 4.2.2. gis en oversikt over fødetilbudet i 11 sykehus med størrelse som UNN Narvik (opptaksområde 30.000 innbyggere eller mindre). Fordelingen av type fødetilbud blant de 11 sykehusene er

- Fødeavdeling 5 av 11 sykehus
- Jordmorstyrt fødestue 2 av 11 sykehus
- Ikke fødetilbud 4 (2 med "God start enhet").

Bakgrunnsinformasjon – nasjonale føringer/krav.

Regjeringen la i 2008 frem St.meld. nr. 12 (2008–2009) om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Norge⁸⁰. I Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg (En gledelig begivenhet⁸¹ (s. 3)) foreslås «... at inndelingen i tre nivåer av fødeinstitusjoner (kvinneklinnikk, fødeavdeling og fødestue) opprettholdes, men at de nåværende tallgrensene oppheves og erstattes av nasjonale kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. Slike kvalitetskrav kan bl.a. være kompetansekrav til ansatte, rotasjons- og hospiteringsordninger, kurs og trening på akutte situasjoner, samt retningslinjer for hvilke gravide som bør føde ved de enkelte fødeenhetene».

Som en oppfølging av Stortingets behandling ga Helsedirektoratet ut en veileder i 2010 for fødselsomsorgen⁸². Det blir gjentatt at minimumskravet til antall fødsler for fødeinstitusjoner skal erstattes med krav til kvalitet. Det er foretatt en omfattende faglig vurdering med påfølgende anbefalinger om kvalitetskrav til fødeinstitusjonene. I kap. 8 (s. 38) angis krav til bemanning og kompetanse i fødeavdelinger slik:

- *Bemanningen ved fødeavdelingene må være tilstrekkelig for å ivareta forsvarlig overvåking og behandling samt etterkomme den faglige anbefalingen om tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødselen*
- *Det bør være mulighet for tilkalling av jordmor i bakvakt der jordmor er alene*
- *Bemanningen for leger og jordmødre må være slik at det er tid til faglig fordypning, kvalitetsarbeid i avdelingen og opplæring av kolleger*
- *Fast ansatte spesialister må utgjøre hoveddelen av bemanningen ved fødeavdelinger*
- *Vikarstafetter bør unngås*

⁸⁰ [St.meld. nr. 12 \(2008–2009\)](#). En gledelig begivenhet - Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

⁸¹ [Innst. S. nr. 240 \(2008–2009\)](#)

⁸² <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trykt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>

- *Ved vikarbruk bør det benyttes faste vikarer*
- *Faste vikarer må forpliktes til å delta i regionale og nasjonale fagfora*
- *Korttidsvikarer benyttes kun unntaksvis i kortere perioder*
- *Ansatte, herunder også vikarer, må kunne beherske norsk eller annet skandinavisk språk*
- *Vikarers kompetanse må kontrolleres*
- *Det må sikres tilstrekkelig opplæring og opplæringsprogram for nytilsatte, inkludert vikarer*
- *Samarbeidsløsninger og nettverksutvikling med nærliggende fødeinstitusjoner bør vurderes*
- *Ved fødeavdelingene bør det stimuleres til forskning.*

Vurderingskriterier – føde.

Helse Nord RHF har anført 6 kriterier som fødevirksomheten må vurderes mot.

1. Seleksjonskriterier
2. Krav til organisering og beredskap
3. Krav til bemanning og kompetanse
4. Vaktordning og beredskap
5. System for oppfølging
6. Krav til informasjons og kommunikasjon

Fødeavdelingen/fødeklubben har i forbindelse med dette prosjektet lagt frem en omfattende dokumentasjon som viser at avdelingen innfrir mange av de kravene som Helse Nord RHF har etablert. Dokumentasjonen er oppsummert i vedlegg [Fødselsomsorgen](#).

Hovedutfordringen når det gjelder å innfri Helse Nord RHF sine krav dreier seg om bemanning, kompetanse, vaktordninger og beredskap (punktene 3 og 4). Det anses som mest sannsynlig at fødeavdelingen ikke tilfredsstiller Helsedirektoratets krav til bemanning og kompetanse på 5 av 13 punkt (se over). Avdelingen har siden den regionale planen kom i 2010, vært og er fremdeles avhengig av vikarordninger for leger/gynekologer i betydelig omfang (se under).

I følge Personal- og organisasjonsavdelingen (UNN HF) er det per januar 2017 tilsatt to faste overleger (i 1,8 stillinger) ved føde- og gynekologisk avdeling i UNN Narvik. I tillegg er det inngått en avtale med en gynekolog (som er kjent med sykehuset) om 8 ukers tjeneste ved UNN Narvik i 2017.

I Helse Nord RHF regionale plan⁸³ for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg og drøftingene der av konsekvenser av foreslåtte kvalitetskrav, står det (side 6) at "*Fødeavdelinger skal*

⁸³ Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord. Konsekvenser av foreslåtte kvalitetskrav. Helse Nord RHF 2010.

ha minimum fire gynekologer fast ansatt ved avdelingene og det bør tilstrebes seks”⁸⁴. Selv med innsats fra foretaket og tilsatte ved UNN Narvik i det såkalte rekrutteringsprosjektet ved UNN Narvik fra 2011, er sykehuset fortsatt avhengig av en betydelig bruk av eksterne vikarer fra vikarbyrå.

Helse Nord RHF behandlet i [styresak 31-2011](#) *Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – videre arbeid*. Det blir i saken vist til forslaget i regional plan om å omgjøre UNN Narvik til jordmorstyrt fødestue pga. vansker med rekruttering. Administrerende direktør drøfter i saksforelegget og styret peker på (vedtakspunkt 5) utfordringen med rekruttering av spesialisert helsepersonell. Det ble bedt om en regional tiltaksplan/handlingsplan der utdanning, rekruttering og stabilisering av fagfolk er de mest sentrale temaer.

Det er prosjektleders vurdering at forholdene ikke er endret til det bedre siden Helse Nord RHF behandlet fødselsomsorgen i 2010-2011.

I 2015 hadde fødeavdelingen ved UNN Narvik vikar fra vikarbyrå i 25 uker, i 2016 i 34 uker. En fast vikar var tilstede i 12 uker hvert år (2015 og 2016). Det var bare vikarer i overlegevakt i 7 uker i 2016⁸⁵.

Fordelingen av vakt per ukedag for ulike typer tilsetningsforhold i 2016 gjengis under.

- Fast stilling : 44% av alle døgn
- Fast vikar med avtale om 12 uker i året : 14% av alle døgn
- Vikar fra vikarbyrå : 41% av alle døgn
- Vikar UNN Tromsø : 2% av alle døgn

I perioden 1.8.2015 t.o.m. 31.12. 2016 har avdelingen hatt tilsammen 19 forskjellige gynekologer innleid som vikar. Siste halvår 2016 (uke 26-52) var det vikar fra byrå tilstede i 21 av 26 uker, og vikarene dekket 53% av alle vakter i siste halvår av 2016. Det er også blitt vanskeligere å rekruttere kvalifisert gynekolog fra vikarbyrå (opplysninger fra fødeavdelingen). Figuren under illustrerer vikarbruken ved fødeavdelingen i siste halvdel av 2016.

Tabell 20: Vikarbruk ved fødeavdelingen UNN Narvik uke 21-50 2016.

⁸⁴ I Nasjonal helse- og sykehusplan (side 99) vises det til Legeforeningens syn om at det kreves 8 spesialister (8 leger for å drive en 6-delt vakt) for å dekke en vaktturnus for å tilfredsstille dagens krav til arbeidstid og vaktbelastning.

⁸⁵ Opplysninger fra fødeavdelingen UNN Narvik

| Uke | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
|---------|------------|--------------|------------|------------|------------|--------------|------------|------------|------------|------------|
| Mandag | Fast 100% | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Fast 100% | Vikar Tromsø | Vikarbyrå | Fast <100% | Vikarbyrå | Vikarbyrå |
| Tirsdag | Fast <100% | Fast 100% | Fast 100% | Fast <100% | Fast <100% | Fast 100% | Fast vikar | Vikarbyrå | Fast <100% | Fast 100% |
| Onsdag | Fast 100% | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Fast 100% | Vikar Tromsø | Vikarbyrå | Fast <100% | Vikarbyrå | Vikarbyrå |
| Torsdag | Fast <100% | Fast 100% | Fast 100% | Fast <100% | Fast <100% | Fast 100% | Fast vikar | Vikarbyrå | Fast <100% | Fast 100% |
| Fredag | Fast 100% | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Fast 100% | Vikar Tromsø | Vikarbyrå | Fast <100% | Vikarbyrå | Vikarbyrå |
| Lørdag | Fast 100% | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Fast 100% | Vikar Tromsø | Vikarbyrå | Fast <100% | Vikarbyrå | Fast vikar |
| Søndag | Fast 100% | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Fast 100% | Vikar Tromsø | Vikarbyrå | Fast <100% | Vikarbyrå | Fast vikar |
| Uke | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 |
| Mandag | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Vikarbyrå |
| Tirsdag | Fast vikar | Fast 100% | Fast 100% | Fast <100% | Fast <100% | Fast 100% | Fast 100% | Fast <100% | Fast <100% | Fast 100% |
| Onsdag | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Vikarbyrå |
| Torsdag | Fast vikar | Fast 100% | Fast 100% | Fast <100% | Fast <100% | Fast 100% | Fast 100% | Fast <100% | Fast 100% | Fast 100% |
| Fredag | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Vikarbyrå |
| Lørdag | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Vikarbyrå |
| Søndag | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Vikarbyrå |
| Uke | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 |
| Mandag | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast <100% | Fast vikar | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast <100% |
| Tirsdag | Fast 100% | Vikar Tromsø | Fast 100% | Fast 100% | Fast 100% | Fast 100% | Fast <100% | Fast 100% | Fast 100% | Fast 100% |
| Onsdag | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast <100% | Fast vikar | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast <100% |
| Torsdag | Fast 100% | Vikar Tromsø | Fast 100% | Fast 100% | Fast 100% | Fast 100% | Fast <100% | Fast 100% | Fast 100% | Fast 100% |
| Fredag | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast <100% | Fast vikar | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast <100% |
| Lørdag | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast <100% | Fast vikar | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast <100% |
| Søndag | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast vikar | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast <100% | Fast vikar | Vikarbyrå | Vikarbyrå | Fast <100% |

Fylkesmannen gjennomførte i 2010 en systemrevisjon av føde- og gynekologisk avdeling ved UNN Narvik. Det ble konstatert tre avvik fra lov og forskrift, hovedsakelig knyttet til bemanning og kompetanse for overlegevikarene. Tilsynet ble *lukket* etter et omfattende arbeide ved UNN HF i 2012. Fylkesmannen uttrykte likevel i et brev til Helse Nord RHF (16. 01.2013) bekymring for fødetilbudet og driftsforholdene ved fødeavdelingen i Narvik. Helse Nord RHF viste i svarbrevet (19.09.2012) til at de viktigste kravene til i Helsedirektoratets veiledning er «(...) *fast ansatte spesialister i gynekologi og fødselshjelp skal utgjøre hoveddelen av bemanningen, at vaktordningen som hovedregel ikke skal være hyppigere enn firdelt og at det ved bruk av vikarer bør benyttes faste vikarer*». Helse Nord RHF mente at ordningen ved UNN Narvik på den tiden var i tråd med veilederen.

Oversikten over vikarbruken ved UNN Narvik viser at bemanningen av gynekologer/fødselsleger i fødeavdelingen neppe tilfredstiller kravene i direktoratets veileder eller i Helse Nord RHF sin tilslutning til disse (se over). De negative og utfordrende konsekvensene ved stor vikarbruk slik de er beskrevet i Fylkesmannens tilsyn i 2010, er fremdeles tydelige. Det er vanskelig å innfri Helse Nord RHF sitt vurderingstema 3 om bemanning slik situasjonen er nå.

Bemanningsnormen må være i tråd med RHF-ets egen faglige utredning fra 2010 (en anbefaling som ikke er utfordret; minimum 4 overleger tilstede, 5 stillinger tilsammen for å dekke fravær). Helse Nord RHF utførte i 2015 en analyse av kvalitet og vurdering av risiko i fødselsomsorgen i Helse Nord.⁸⁶ Strukturdimensjonen i kvalitetsbegrepet⁸⁷ ble ikke eksplisitt vurdert selv om det er

⁸⁶ Fødselsomsorgen i Helse Nord. En analyse av kvalitet og vurdering av risiko. [Styresak 117/2015](#).

⁸⁷ [Donabedian](#) (1980) har beskrevet 3 dimensjoner i kvalitetsbegrepet; struktur (inkludert bemanning/kompetanse), prosess og utfall.

konkludert med (s. 7) at «Tilstedeværelse av nødvendig personell med tilstrekkelig kompetanse under fødsler ble vurdert til rød skår ved UNN (...)»

Det må videre pekes på forsvarlighetsbegrepet i helselovgivningen. Det er ikke urimelig å anta at bemanningen nå er slik at den kan true forsvarligheten (det vises her til vurderingene i systemrevisjonen Fylkesmannen hadde i 2010). Befolkningen og de fødende kvinnene i opptaksområdet må få åpen og realistisk informasjon om situasjonen i dag og om alternativene.

En særskilt utfordring, også omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan (s. 99), er at flere fast ansatte skal ha tilfredsstillende aktivitet på dagtid. Virksomhetsdata (vedlegg Data og tabeller) viser at det neppe vil være en stor nok dagaktivitet for 4 (eller flere) gynekologer til å gi alle meningsfullt dagarbeid.

Stor bruk av vikarer innebærer merarbeid og usikkerhet for de fast tilsatte og for ledelsen som har ansvar (omtales mer utfyllende senere), og deltagelse i regionale fagfora for alle er ikke mulig.

Anbefalinger for UNN Narvik. Det er enighet i prosjektgruppen om at bemannings situasjonen ved fødeavdelingen ikke kan videreføres uforandret med bemanningsmessige utfordringer og avvik fra nasjonale og regionale normer for bemanning.

Mulighetene som foreligger for fødeavdelingen er 4 alternative løsninger:

1. Videreføring av fødeavdelingen under forutsetning om en snarlig og betydelig bemanningsmessig styrking.
2. Jordmorstyrt fødestue supplert med «god start enhet».
3. Ingen fødsler, men etablering av «God start enhet» med vekt på styrket svangerskapsomsorg, styrket tilbud til mor, barn og familien etter fødsel annet sted, og styrket følgetjeneste⁸⁸.
4. Avvikling; polikliniske tjenester og ivaretagelse av følgetjeneste (spesialisthelsetjenestens ansvar).

⁸⁸ Modellen med "God start enhet" er utviklet av Helse Førde HF. Elementer fra denne modellen kan tilpasses og styrke en jordmorstyrt fødestue; utrykningstjeneste for jordmor, styrket oppfølging av mor og barn og øvrig familie, og barselstilbud for mødre som ønsker å være nærmere hjemstedet etter fødsel annet sted og rask utreise derfra. En fullstendig beskrivelse av modellen finnes på <https://helse-vest.no/Documents/Helsefagleg/Prosjekt%20og%20program/Framtidas%20lokalsjukehus/Sluttrapport/18%20Etablering%20av%20God%20start%20i%20Nordfjord.pdf>.

Videreføring av fødeavdelingen - forutsetninger. Prosjektgruppen anbefaler at det må, uten opphold etter vedtak i kompetente organer, startes et målrettet arbeid med å rekruttere 3 nye spesialister (fødselshjelp og kvinnesykdommer; gynekologer) til UNN Narvik. Nyrekrutteringen må sikre en 4-delt vaktordning (som krever 5 overleger) og med unntaksvis bruk av korttidsvikarer. Formålet er å oppnå en stabil bemanning i løpet av 12 måneder⁸⁹ og å unngå «vikarstafetter» unntatt i helt spesielle tilfeller. I perioden frem til full bemanning må det tilsettes langtidsvikarer.

Prosjektgruppen anbefaler videre, som er mer langsiktig rekrutteringsvirkemiddel, at det opprettes en utdanningsstilling i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik⁹⁰.

Vedkommende må i tillegg ha utdanning ved UNN Tromsø (og evt. Harstad) for å sikre at kravene til innhold og aktivitet i utdanningen blir innfridd.

Dersom en med en målrettede og repeterte rekrutteringsprosesser ikke får ansatt 3-4 nye gynekologer til sykehuset i løpet av 12 måneder, må saken tas opp til ny vurdering og drøfting av de 3 gjenstående alternativene nevnt over.

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på at de fast ansatte må ha tilfredsstillende aktivitet på dagtid. I 2015 var det 2800 elektive polikliniske konsultasjoner i UNN Narvik (medregnet ca. 370 konsultasjoner hos jordmor). Med 230 arbeidsdager i et år gir det en arbeidsmengde på 13 pasienter per dag. Fordelt på 3,5 leger (halv effekt av LIS-legen) og der vakthavende holdes utenfor planlagt aktivitet, gir det en arbeidsmengde på 3,7 pasienter per dag i gjennomsnitt. I tillegg kommer dagkirurgi (256 operasjoner i 2015).

I utviklingsprosjektet ved Nordfjord sykehus ble det gjort omfattende analyser av polikliniske aktiviteter, inkludert gynekologi/føde⁹¹. Polikliniske behandlingsrate for gynekologi/føde i Nordfjordpopulasjonen (ca. 29.000 innbyggere) var 96 konsultasjoner/1000 innbyggere med samlet 3000 konsultasjoner per år (2010) for hele Nordfjordregionen. Ved å anta at 50% av konsultasjonene ble utført ved Nordfjord sykehus ble arbeidskraftsbehovet for gynekologisk poliklinikk beregnet til 0,4 årsverk (det doble dersom alle poliklinikk fant sted ved Nordfjord sykehus).

⁸⁹ I løpet av 12 måneder må det enten være full bemanning, eller en kombinasjon av nyrekruttering og forpliktende avtaler som sikrer full rekruttering innen rimelig og nær fremtid.

⁹⁰ UNN Narvik har i prosjektperioden fått LIS-stilling (engasjement) av ett års varighet fra 15.03.2017

⁹¹ Nordfjord sjukehus – Forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester i kommunene rundt Nordfjorden.

<https://helse-vest.no/Documents/Helsefagleg/Prosjekt%20og%20program/Framtidas%20lokalsjukehus/Sluttrapport/04%20Ølgjeforskningsrapport%20Nordfjord%20Sjukehus%20Forbruk%20av%20somatiske%20spesialisthelsetjenester%20i%20kommunane%20rundt%20Nordfjorden.pdf>

Det må være åpenhet om arbeidsoppgaver og omfang i rekrutteringsprosessene.

Jordmorstyrt fødestue som modell. Mandatet (s. 7) ber om «en vurdering av framtidig rekrutterings- og bemanningsbehov og et særlig fokus på konsekvenser av ulike løsninger».

Jordmorstyrte fødestuer er vel etablert i Helse Nord RHF-regionen, for eksempel på Finnsnes og i Alta. En kvalifisert vurdering av ledelsen i klinikken, UNN HF, viser at 40 - 60% av dagens fødsler ved UNN Narvik kan videreføres i en jordmorstyrt fødestue. Den resterende del må overføres til fødeavdeling annet sted, mest sannsynlig til UNN Harstad. Reiseavstand og reisetid dit ikke er urimelig lang sammenlignet med andre geografiske områder i Norge (se analyse over transporttider i kap 3.6.). Det er i dag et formalisert samarbeid mellom UNN Narvik og UNN Harstad når det gjelder avvikling av sommerferier ved fødeavdelingen ved de to sykehusene.

Lengre reisetid for noen er selvsagt ikke ønskelig. Men det må settes opp mot de rekrutteringsproblemene som har vært ved UNN Narvik i flere år. Lykkes en heller ikke med målrettet og aktiv nyrekruttering, gir det en usikkerhet for de fødende og de tilsatte som en vikarstafett ikke kan avbøte. Den største bekymring fødende kvinner har ved å reise er ikke avstand og reise i seg selv, men utryggheten om de vil rekke frem i tide. Dette må avhjelpest ved en styrket følgetjeneste og tilbudet i en «god start enhet» omtalt tidligere.

Helse Nord RHF har dokumentert vel 50 transportfødsler i regionen per år. Det har vært 10 transportfødsler (født før ankomst) ved UNN Narvik i perioden 2010-2015.

Særlige drøftingselement. En særlig kvalitetsdimensjon er spørsmålet om et trygt fødetilbud.

Stortingets behandlet dette spørsmålet i kap. 1.6 *Et trygt fødetilbud* der jordmorstyrte fødestuer ble omtalt slik:

” Det foreslås videre at jordmorstyrte fødestuer kan opprettes utenfor sykehus eller i sykehus uten fødeavdeling for å gi et desentralisert fødetilbud. Jordmorstyrte fødestuer skal også kunne opprettes i sykehus i tilslutning til større fødeavdelinger for å gi et differensiert tilbud. Fødestuer skal ta imot kvinner med forventet normal fødsel av friskt barn.”

Dette viser at Stortinget la til grunn at jordmorstyrte fødestuer representerte et trygt fødetilbud for de riktige kvinnene. Helseledelse (IS-1877;2010) følger opp dette ved å gi krav til kompetanse og bemanning for de tre typene fødselstilbud det skal være i Norge (kvinneklipp, fødeavdeling, jordmorstyrt fødestue).

Det vitenskapelige grunnlaget for å kunne uttale seg om trygghet i ulike fødetilbud finnes i en kunnskapsoppsummering utført i 2014 av National Institute of Health and Care Excellence (NICE; <https://www.nice.org.uk>)⁹². I retningslinjene som er utformet heter det om enhet for fødsel⁹³:

Place of birth

- *Explain to both multiparous and nulliparous women that they may choose any birth setting (home, freestanding midwifery unit, alongside midwifery unit or obstetric unit), and support them in their choice of setting wherever they choose to give birth:*
- *Advise low -risk multiparous women that planning to give birth at home or in a midwifery -led unit (freestanding or alongside) is particularly suitable for them because the rate of interventions is lower and the outcome for the baby is no different compared with an obstetric unit.*
- *Advise low -risk nulliparous women that planning to give birth in a midwifery -led unit (freestanding or alongside) is particularly suitable for them because the rate of interventions is lower and the outcome for the baby is no different compared with an obstetric unit. Explain that if they plan birth at home there is a small increase in the risk of an adverse outcome for the baby. [New 2014]*
- *Commissioners and providers[1] should ensure that all 4 birth settings are available to all women (in the local area or in a neighbouring area). [New 2014]*

6.4.2. Kvinnesykdommer (gynekologi)

Dette kapitlet omhandler en situasjon der rekruttering av nye, faste gynekologer ikke er mulig. Det anbefales at det skal være gynekolog i fast stilling ved UNN Narvik, men uten vakt og uten ansvar for og arbeid ved en jordmorstyrt fødestue. Det er en betydelig poliklinisk aktivitet ved sykehuset i dag og noe dagkirurgi (vedlegg Data og tabeller). Døgnbehandling (innleggelse) som øyeblikkelig hjelp

⁹² NICE er verdensledende innen kunnskapsbasert medisin og Health Technology Assessment (norsk: metodevurdering). NICE sine anbefalinger og retningslinjer (*guidance*) er normerende for engelsk helsetjeneste (NHS).

⁹³ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Key-priorities-for-implementation>. Kunnskapsstatus er dessuten oppsummert i artikkel i BMJ 2014;349:g6886 doi: 10.1136/bmj.g6886 (Published 3 December 2014) . (Nunes VD et al. Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence>

forekommer svært sjelden med bare 4 operasjoner i 2015 i løpet av første døgn eller dag 2 etter innleggelse. Større gynekologiske, planlagte (elektive) operasjoner er funksjonsfordelt eller sentralisert i Helse Nord RHF. Dette gjelder blant annet kreftkirurgi.

Selv om det foreslås gynekolog ved sykehuset, er det viktig å etablere klare administrative og driftsmessige skiller mellom gynekologisk aktivitet og en jordmorstyrte fødestue. Fødestuen må være en selvstendig faglig og administrativ enhet. Det må ikke etableres ordninger som kan føre til usikkerhet, redusert selvstendighet og utrygghet.

Dagens ordning med «vikarstafetter» er beheftet med store praktiske vansker som truer forsvarligheten også innen gynekologi. Dette gjelder spesielt i oppfølgingen etter polikliniske besøk hos vikar, der etterarbeid overlates til «andre». Etterarbeid og oppfølging er en sentral del av poliklinisk aktivitet. Dette gjelder signering og oppfølging av epikriser (de som signerer har ikke sett pasienten), kontroll av prøvesvar inkludert celleprøver, oppfølging av røntgenundersøkelser og informasjonsoppgaver til kvinnene. For de som har flere besøk ved poliklinikken er skifte av lege uønsket. Det foregår i dag et betydelig merarbeid for å forebygge svikt og alvorlige hendelser i ettertid.

Det er utfordrende å etablere et kollegialt fellesskap med så stor andel vikarer. Aktiviteter og diskusjoner om fagets utvikling, kunnskapsstatus og ny kunnskap, retningslinjearbeid og arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet lider under denne situasjonen. Det er her grunn til å berømme de fast tilsatte overlegene som klarer å opprettholde entusiasme og faglig standard.

6.5 Annet – hotellsenger og observasjonssenger

Dagkirurgiske pasienter som har behov for noe forlenget medisinsk observasjon skal få dette ved sengeenheten (se kap. 6.3). Pasienter som får komplikasjoner etter planlagt kirurgi vil og kunne få tilbud her. Akutte polikliniske pasienter og noen dagkirurgiske pasienter kan ha behov for overnattingsmulighet som ikke representerer en sykehusseng med den infrastruktur og forpliktelse som en sykehusseng representerer. Forutsetningen er at disse pasientene klarer seg selv og ikke har behov for medisinsk oppfølging og observasjon.

Det foreslås derfor å gjennomgå hotellsengkapasiteten i sykehuset på nytt, slik at kapasitet er tilpasset behovene.

6.6. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved sykehuset

6.6.1. Konsekvenser for indremedisin.

I 2015 ble det overflyttet 52 pasienter fra indremedisinsk til kirurgisk avdeling. To av disse ble operert. Med kirurgisk vurderingskompetanse (kap. 5.4) som basis ressurs i sykehuset vil alle disse pasientene få vurdering ved UNN Narvik. De få pasientene som trenger akutt kirurgi må flyttes til andre sykehus i UNN HF.

Nasjonale erfaringer viser at det er mulig og trygt å drive indremedisinsk virksomhet uten å ha et akuttkirurgisk tilbud på stedet, jf erfaringer fra Mosjøen sykehus, Nordfjord sjukehus og Lærdal sjukehus (Helse Førde HF), Kongsberg sykehus (Vestre Viken HF) og Lovisenberg Diakonale sykehus (Oslo).

6.6.2. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved UNN Narvik og for andre sykehus i foretaket.

De foreslåtte endringene vil ikke berøre andre medisinske enheter (indremedisin, røntgen, laboratorie-medisin inkludert blodbank) ved sykehuset i vesentlig grad. Operasjonsenheten, oppvåknings- og intensivsengene foreslås videreført.

En økt dagkirurgisk aktivitet og styrking av ortopedi vil føre til noe økning i aktiviteten på røntgenavdelingen, i rehabilitering og for fysioterapi.

Anbefalingene, med styrking av ortopedi og dagkirurgi ved UNN Narvik (tilførsel), vil bli kompensert ved at noen pasienter ved UNN Narvik må få behandling ved annet sykehus i foretaket (gi fra seg). De beskjedne endringene i folketallet i UNN HF sitt opptaksområde, innebærer i prinsippet en nullsumssituasjon for de tre foretakene samlet. Med en tydeliggjøring og *spissing* av aktiviteten ved sykehusene i UNN HF, vil det styrke det faglige innholdet ved alle sykehus i foretaket til beste for pasientene. Kompetanse er den viktigste knapphetsfaktoren. Ett hovedvalg som følger av dette er om kompetansen skal spres utover, eller konsentreres for å bygge mer robuste fagmiljøer som garanti for god faglig kvalitet.

6.6.3. Konsekvenser for prehospitale tjenester og ambulanse (land- og luftbasert).

I og med at ikke alle kirurgiske tjenester vil bli tilbudt hele døgnet (mage-tarm-kirurgi), må en legge til grunn at det blir noe økning av transportoppdragene. Omfanget av dette er vanskelig å estimere i dag. Oppdragene vil først og fremst øke noe for kommunene Tysfjord, Ballangen og Narvik, i mindre grad for de andre ambulansestasjonene. På den andre siden vil en spare ambulansetransport på ortopediske pasienter som i dag blir sendt til andre sykehus i UNN HF. For eksempel var det 52 overflyttinger fra UNN Narvik til UNN Harstad i 2015.

Etter åpning av den nye broen vil flyplassen i Narvik bli nedlagt og bli erstattet av Evenes. Dette vil mest sannsynlig innebære økt behov for ambulansetransport fra Narvik til Evenes, og/eller bruk av

helikopter til overflyttinger. Konsekvenser og omfang av disse endringene er ikke utredet av dette prosjektet. Ambulansetjenestene må derfor gjennomgås på nytt.

7. Aktivitetsinnhold og profil ved UNN Narvik – vurderinger og anbefaling fra prosjektgruppens flertall

7.1. Innledning

Anbefalingene av fremtidig aktivitet ved UNN Narvik vil dels basere seg på kunnskap og fakta om

- Endringer i drift ved sykehus (fra døgn til dag- og poliklinisk behandling. Kap. 4.2.1)
- Driftsmønsteret ved sykehusene i Helse Nord RHF (kap. 4.2.1) med lavere dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet enn i landet forøvrig
- Analysene av aktiviteten og driftsmønsteret i UNN Narvik ([Data og tabeller](#) og kap. 3.2). Det er innhentet 1-2 års materialer
- Kunnskap om pasientstrømmene i det aktuelle geografiske område ([Pasientstrømanalyse](#)). >50% av akutt kirurgi (døgn og dag) i opptaksområdet utføres utenfor UNN Narvik
- Vurdering av tidskritiske hendelser/episoder/traumer (kap. 3.3)
- Traumesystem og traumeomfang, spesielt multitraumer (kap. 3.3.1 og 3.3.2)
- Utviklingstrekkene beskrevet for kirurgi-fagene og for gynekologi (inkludert føde) (kap. 4.3.1 og 4.3.2)
- Endringer i spesialitetsstruktur over tid og bortfall av generell kirurgi i den nye spesialitetsstrukturen (kap. 4.3.3)
- Kunnskap om befolkning- og næringsutviklingen i kommuner som har UNN Narvik som sitt nærmeste sykehus
- Kunnskap om transportmuligheter, avstander/geografiske forhold, vær, luft-, bil- og båtambulansetjenesten.
- Drøfting og klargjøring av begrepene kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse (kap. 5.4).

7.2. Avklarende premisser

7.2.1. Strategisk utviklingsplan UNN HF

Strategisk utviklingsplan gir noen viktige føringer for arbeidet i foretaket i perioden 2015-2025:

- Felles opptaksområde; jf. også [presisert mandat](#) av 11.01.2017
- Arbeidsdeling og avklart funksjonsfordeling som innebærer sentralisert avansert diagnostikk og behandling ved UNN Tromsø, og desentralisert utredning med diagnostikk og behandling

for de vanligste tilstander og sykdommer i befolkningen på lokalsykehusnivå. Dette etter prinsippet «sentralisere det man må, og desentraliserer det man kan»

- Lokalsykehusfunksjonen ved UNN Tromsø skal tidlig i planperioden defineres tydeligere og vurderes skilt ut fra regionfunksjonene. Dette vil, sammen med den tydelige prioriteringen av regionfunksjonene i Tromsø, medføre at deler av lokalsykehusfunksjonene for Tromsø og omegn blir lokalisert til UNN Narvik og UNN Harstad.
- Felles drift og fremtid (kvantitativt og kvalitativt)
- Tilgang på kompetent helsepersonell vil være en knapphetsfaktoren og vil også få betydning for fordeling av arbeidet
- Felles ansvar for utdanning og kompetanseutvikling/kompetansevedlikehold
- Rotasjonsplaner for spesialister og utdanningskandidater
- Felles tilnærming til arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet
- Felles forskningsaktiviteter.

Alle momenter nevnt ovenfor fordrer solid forankring i sentral ledelse ved UNN HF. Den øverste ledelse må sørge for styrt implementering av funksjonsfordeling, for i sum oppnå god ressursutnyttelse i hele helseforetaket.

7.2.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik

UNN Narvik skal være et *akuttsykehus med døgnkontinuerlig akuttkirurgi og traumefunksjon*. UNN Narvik spiller en viktig rolle i at det tidskritiske stabiliserings- og behandlingstilbudet for hele befolkningen i Nord-Norge sikres.

Mandatet for arbeidet inneholder formuleringen *døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud på nivå med dagens*. Formuleringen må ses i sammenheng med [Protokoll](#) fra foretaksmøtet Helse Nord RHF 04.05.2016. Foretaksmøtet har pekt på at *Akuttsykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser*. Det forstås slik at det ikke finnes en allmenngyldig eller omforent norm for betydningen av begrepet *generelt akuttkirurgisk tilbud*. Foretaksmøtets presisering om at tilbudet i akuttsykehus *kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet* kan derfor legges til grunn for akutt kirurgi.

Foretaksmøtets påpekning om samarbeid mellom «sykehus i nettverk og team» gjelder dermed også for akutt kirurgi.

I [presiseringer av mandatet](#) (av 11.01.2017) fremgår også at *”akuttfunksjonene skal funksjonsfordeles slik at pasientgrunnlaget og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og slik at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonene ved UNN Tromsø ikke svekkes”*.

Det er viktig at UNN Tromsø som det går frem av den strategiske utviklingsplanen utnytter kapasiteten ved UNN Narvik og UNN Harstad til "hverdagskirurgien".

7.2.3. Spesialisthelsetjeneste og kirurgisk spesialisering

Det har skjedd en økende spesialisering (og sentralisering) innenfor kirurgifagene (kap. 4.3.1).

Konsekvensen er at stadig færre kirurger har en bred nok kompetanse til å dekke hele spekteret av akuttkirurgiske tilstander; både bløt og ortopedisk kompetanse samtidig. Det er heller ikke lengre slik at alle kirurger gjennom elektiv kirurgi på dagtid vedlikeholder akuttkirurgisk kompetanse, ikke minst gjelder dette for kirurger på de store sykehusene. Selv ved UNN Tromsø som er regionalt traumesenter i Helse Nord er det så få laparatomier at ingen kirurger får reell erfaring med dette. Intervensjon med koiling av blødninger har redusert behovet for akutte laparatomier nasjonalt.

Den nye spesialistutdanningen ble vedtatt 8. desember 2016. Modul 1 er definert, og modul 2 og 3 er ute på høring med frist 1. april 2017. Den nye strukturen rundt spesialistutdanningen overfører nå ansvaret for spesialistutdanningen til RHF-ene. I vårt område er det Helse Nord som nå skal overta ansvaret for utdanningen av nye spesialister, og dermed ansvaret for å dekke en hel landsdel med spesialister.

For alle sykehus i vår landsdel med unntak av Tromsø og Bodø er det en reell utfordring at generell kirurgien nå fases ut over en 20 års periode. Imidlertid ligger det nå en unik mulighet i å etablere robuste fagmiljøer og overgangsordninger når utfordringen er definert allerede nå. Ikke minst vil sykehus i nettverk være avgjørende, ikke bare innad i UNN HF isolert men hele Nord-Norge sett under ett. UNN Narvik vil være et godt sted å starte sin kirurgiske utdanning i modul 2 med et bredt panorama av akuttkirurgiske hendelser jf. tallmaterialet. UNN Narvik har også nisjefunksjoner pr i dag innen ortopedi, urologi og varicekirurgi (åreknuter) som vil være en bidragsyter til modul 3 perioden for spesialistkandidatene.

Prosjektet legger til grunn at pasientene som behandles ved UNN Narvik, så langt det er mulig, skal møte en spesialist (evt. lege i spesialisering under supervisjon) på det fagområdet (sykdomsgruppe) pasienten tilhører. Det er et mål at dette må gjennomføres for alle pasienter som får tilbud om elektiv (planlagt) behandling. Som et eksempel fra vårt tallmateriale viser deg seg at 17 % av de elektive operasjonene innen gastrokirurgi ble utført av to kirurger fra gastrokirurgisk avdeling UNN Tromsø. Dette er eksempel på et godt samarbeide som har løst manglende operasjonsstuekapasitet i Tromsø for disse pasientene med et velfungerende pasientforløp pr 2017. For akutt virksomhet (akutt kirurgi) var det frem til 2012 to parallelle vaktteam i bløt- og ortopedisk kirurgi. Da vekten i akutt ortopedi ble avviklet medførte det et vakuumbilde i behandlingskjeden for disse pasientene.

Erfaringene var at UNN Harstad og UNN Tromsø ikke var forberedt på denne endring i pasientstrøm og konferering fra UNN Narvik. Prosjektgruppens flertall ser at volumet av ortopedi er av et slik omfang at akutt ortopedi bør gjenetableres ved UNN Narvik (Se 7.3.1). I overgangsperioden der spesialiteten i generell kirurgi fases ut ser vi for oss at løsningen er et vaktteam bestående av gastrokirurger og urologer i fremtiden. Dette vil sikre virksomheten for traumemottak slik vi kjenner det i dag fra mandatet.

For akutt kirurgi er balansen mellom rekruttering av fagfolk, kvalitet og nærhet krevende. UNN Narvik har god erfaring med å rekruttere fagfolk, men det aller viktigste tiltaket for å rekruttere et stabilt miljø er å utnytte lakseeffekten med LIS stillinger innenfor de etablerte spesialitetene i dag ved UNN Narvik. Gledelig er siste tilskudd av LIS i gynekologi- og fødselshjelp fra 1.mars 2017. Det vil derfor være viktig for de ulike avdelingene at det innenfor budsjetttrammene etableres eget budsjett for LIS stillinger som kun øremerkes til dette formålet, og ikke kan omdisponeres til å dekke evt andre underskudd som kan tilstøte en avdeling- for eksempel økte utgifter til kreftmedisiner og medisinsk teknisk utstyr.

Helse Nord må derfor etableres tydelige systemer for å bruke kompetansen i foretaket samlet. Med en hensiktsmessig funksjonsfordeling av akuttfunksjonene (jf presisering av mandat 11.01.2017) og gjennom systematisk utdanning og kompetansekompenserende tiltak, for eksempel slik traumeorganiseringen i dag er bygget opp, og med felles forståelse av kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse (kap 5.4.), kan befolkningen sikres et trygt akuttkirurgisk spesialisthelsetjenestetilbud. Kortere reisetid mellom sykehusene i UNN HF legger det til rette for en arbeidsdeling som i enda større grad kan trygge kvalitet og utnytte spesialistressurser.

7.2.4. Andre føringer og avgrensninger

Foretaksprotokollen (04.05. 2016) og [mandatet](#) for prosjektgruppens arbeid peker på at det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akutt sykehusene. I et geografisk område med liten befolkningsvekst (som i UNN HF) vil det i sin konsekvens medføre at akuttfunksjonene funksjonsfordeles slik at pasientgrunnlag og rekruttering sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, jf presisering av mandatet av 11.01.2017.

Mandatet og [prosjektbeskrivelse](#) avgrenser arbeidet til det fremtidige behandlingstilbudet for føde og for kirurgi (akutt og planlagt). Det inngår ikke i mandat eller prosjektdirektiv å gjøre vurderinger av drifts- og bemanningsmessige konsekvensene av forslagene.

7.3. De kirurgiske fagområdene

De kirurgiske spesialiteter som er mest aktuelle for UNN Narvik slik situasjonen er i dag; ortopedisk kirurgi, mage-tarm-kirurgi (inkludert rester av dagens generell kirurgi i det nye utdanningssystemet), urologi, venøs kirurgi av åreknuter og gynekologi.

Arbeidsfordeling ved kreft pakkeforløpene foregår i hovedsak ved lokalsykehusene. Det utføres CT, MR, coloskopier og cystoskopier samt oppmelding til tverrfaglige kreftmøter.

7.3.1. Døgnbehandling (innleggelser)

Analysene av aktiviteten ved UNN Narvik bidrar som en av faktorene til grunnlaget for anbefalingene. Den økende spesialiseringen og sentraliseringen av kreftkirurgien innebærer at kirurgene er mer "smale" en tidligere. Det betyr at det vil være en god tilnærming å satse på å styrke den kirurgisk aktivitet som representerer en dominerende aktivitet ved sykehuset. Aktivitetstallene (vedlegg [Data og tabeller](#)) viser at det er to områder som peker seg ut; ortopedisk kirurgi og mage tarm-kirurgi (gastroenterologisk kirurgi).

Det foreslås å utvikle og styrke ortopedisk kirurgi. Ortopedisk kirurgi har ca 1/3 av døgnbasert aktivitet (innleggelser) og omlag halvparten av dagkirurgisk aktivitet i dag. Det er også en stor poliklinisk aktivitet ved sykehuset innen ortopedi (traumatologi), spesielt akutt (øyeblikkelig hjelp; ØH) poliklinikk og med samlet ca. 4800 polikliniske konsultasjoner i 2015. En styrking av ortopedi vil bidra til at mindre skader (hverdagstraumer, lavenergiskader) får et godt tilbud. Pasienter som i dag får behandling ved UNN Harstad for brudd vil nå kunne få behandling ved UNN Narvik. Dermed anbefales en oppheving av styrevedtak i Helse Nord ([styresak 135-2011](#)) og gjeninnføring av en ortopedisk vaktlinje forslagsvis til klokken 21 hverdager og tre timer aktiv vakt helg.

Innleggelser i sengepost vil i hovedsak være pasienter med skader i muskel- og skjelettsystemet, og elektiv (planlagt) ortopedisk kirurgi. Omfanget av den elektive virksomheten krever planlegging og formelle samarbeidsordninger mellom de 3 sykehusene i UNN HF. Vedlegg [Data og tabeller](#) dokumenterer at det er en lekkasje av pasienter som trenger leddproteseoperasjoner ut av opptaksområdet for UNN Narvik. Dette styrker argumentet om en tydelig og dominerende ortopedisk aktivitet i sykehuset. UNN Narvik kan være et alternativ til de som i dag reiser ut av foretaksområdet og regionen.

Satsingen på ortopedi ved UNN Narvik innebærer også at en tar hensyn til og planlegger for økningen i eldre over 67 år.

Gastroenterologisk kirurgi opprettholdes som døgnaktivitet med mulighet for innleggelse av pasienter. Omfanget av planlagt (elektiv) kirurgi er 159 opphold med operasjon i 2015. Type operasjoner, der gallekirurgi er den vanligste, viser at disse i hovedsak kan overføres til dagkirurgi som også i fremtiden kan utføres ved UNN Narvik (se operasjonstyper, vedlegg [Data og tabeller](#)). Prosjektgruppen har fått presentert kapasitetsutfordringer innen foretaket, der noe av løsningen kan være å tilrettelegge for at flere av disse pasientene kan få behandling ved UNN Narvik og UNN Harstad. Eksempelvis sendte UNN Tromsø sendte 60 brokk- og 30 galleoperasjoner til Finnmarkssykehuset Kirkenes i 2016.

Akutt innlagte pasienter med behov for snarlig kirurgi (operert samme dag eller dagen etter innleggelse) utgjorde i 2015 vel 3 pasienter per måned (38 pasienter totalt i 2015). Av disse var gastrointestinal endoskopi (kikkertundersøkelser) og blindtarmsoperasjon de vanligste. De aller fleste ble lagt inn på dag- og kveldstid. En vurdering av operasjonskategorier (vedlegg [Data og tabeller](#)) viser at behovet for tidskritiske inngrep er få.

Av 1289 polikliniske konsultasjoner (2015) innen gastroenterologisk kirurgi var 11% akutte (ØH). Av 2192 akutte polikliniske konsultasjoner innen kirurgi var 140 (6%) innen mage-tarm spesialiteten. Tallene speiler at det er etablert en felles poliklinikk i Narvik, og at det relativt lave tallet med 6 % skriver seg fra to forhold: 1. pasienter som hører inn under akutt abdomen sluses direkte til akuttmottaket; dette er 900 pasienter i 2015. 2. UNN Narvik har felles poliklinikk og tallene i prosent er både indremedisinske og kirurgiske pasienter sett under ett. Tallene ville vært høyere prosentvis hvis man hadde valgt å rendyrke dem for kirurgi.

Det er utført pasientstrømsanalyser over alle innlagte kirurgiske pasienter (døgnpasienter) uavhengig av om de ble operert fordelt på kommunene (inkludert Bardu og Målselv)⁹⁴. Den gjennomsnittlige andelen i kommunene samlet av elektivt innlagte pasienter ved UNN Narvik var 30% (variasjon fra 0% Evenes til 78% Ballangen). Av akutt innlagte var gjennomsnittet i de 9 kommunene 61% (variasjon fra 0% Evenes til 100% Gratangen; få pasienter)⁹⁵.

For *opererte* pasienter var andelen i de 7 kommunene rundt Narvik som fikk planlagt kirurgi ved UNN Narvik 20%. For akutte operasjoner var andelen 29% (se vedlegg [Pasientstrømsanalyser](#)).

⁹⁵ For mange av kommunene er tallene små (under 5). Med så små tall må prosentandel brukes med forsiktighet i og med at en enkelt pasient kan medføre endringer i %-angivelse på over 10%.

Prosjektgruppen har ikke vurdert konsekvensene for UNN Harstad/UNN Tromsø med et betydelig større antall kirurgiske vurderinger gitt endringer i det akutt kirurgiske tilbudet.

Akutttilbudet også i gastroenterologisk kirurgi må være forutsigbart. Pasienter som ikke kan avklares lokalt må overføres til annet sykehus i UNN HF. Tydeliggjøring av vurderingskompetansen ved sykehuset vil redusere behovet for overføringer til andre sykehus. Den nye spesialiteten i Akutt- og mottaksmedisin (kap. 6.2.2) er en spesialitet som er pr i dag vil være valgfri å opprette i akuttmottak. Nordlandssykehuset Bodø skal ikke etablere en slik spesialitet, og det er det trolig ikke hensiktsmessig å etablere en slik spesialitet ved UNN Narvik

I presiseringer av mandatet (av 11.01.2017) fremgår det at akutfunksjonene skal funksjonsfordeles slik at pasientgrunnlaget og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og slik at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonene ved UNN Tromsø ikke svekkes. Det er nettopp derfor det viktig å ikke flytte «vanlig diagnostikk og behandling» bort fra lokalsykehusene. Se kap. 7.2.1.

Prosjektgruppen har ikke fått forelagt brukererfaringer, forskning med mere som belyser evt. ulemper som transport og reise til andre sykehus medfører for pasienten og pårørende. Imidlertid har man ved UNN Narvik gjort noen erfaringer med at de akutte ortopediske pasientene nå over noen år har vært transportert til UNN Harstad. Dette har avstedkommet avisskriverier, negativ mediaomtale og vært til behandling som egen sak i OSO (overordnet samordningsorgan mellom UNN og kommunene).

Pasienter med fremskredet kreftsykdom sorterer under diagnosen akutt abdomen. For denne pasientgruppen vil det være uheldig om de skal transporteres i timevis i ambulanse og helikopter til annen lokasjon i UNN for vurdering. *Å belaste denne pasientgruppen med ytterligere transport i UNN vil være å sentralisere døden.*

Dagens spesialitet i generell kirurgi vil utgå. Den generelle kirurgien vil ikke lengre utgjøre ryggraden i det akuttkirurgiske tilbudet på sikt. I et 10 til 20 års perspektiv vil pasienter som har behov for tjenester som i dag skjøttes av spesialiteten generell kirurgi og som ikke hører til en spesifikk spesialitet, sannsynligvis bli en arbeidsoppgave for mage-tarm-kirurger (kap 4.3.3.). Dog er det krefter innad i det kirurgiske miljøet i Norge som nå snakker om å etablere ordninger som i realiteten demmer opp for dette tapet av breddekompetanse. Analysene utført i prosjektet viser at den dominerende kirurgiske aktiviteten i dagens generelle kirurgi-kategori er innen urologi (urinveiskirurgi; se under). Fagområdet forøvrig er dårlig avgrenset og utgjør nominelt sett ca 40% av

døgnoppholdene med om lag 450 dagkirurgiske behandlinger per år og med om lag 3000 polikliniske konsultasjoner. Noe av forklaringen på denne dårlige avgrensingen kan være at UNN Narvik har felles sengepost ved UNN Narvik og ikke egen DRG koderådgiver ansatt ved UNN Narvik.

Kap. 4.3.3 omtaler [Helsedirektoratets rapport](#) (fra november 2016)⁹⁶ om «Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten» som konkluderer med at gastroenterologisk kirurgi er en sårbar spesialitet (definert som få nye spesialister i forhold til behovene) som det må satses på fremover. I perioden 2013-2015 ble det henholdsvis godkjent 11, 9 og 12 nye spesialister innen dette fagområdet. Det er de små sykehusene som mest sannsynlig er taperne når det er konkurranse om arbeidskraften. Målrettet rekrutteringsarbeid og opprettelse av LIS-stillinger blir avgjørende i årene fremover.

Urinveiskirurgi (urologi). Det foreslås at en viderefører tilbudet ved UNN Narvik. Urologi har i hovedsak utviklet seg til å bli en dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet. Behovet for akutte innleggelse vil også i fremtiden omfatte pasienter med akutte nyrestenssmerter og akutt scrotum, dog er dette tilstander i UNN HF som ikke dominerer de akutte innleggelsene. Ved UNN Narvik har man etablert et regionalt tilbud for hele Helse Nord's befolkning innen nevrourologi. Nærmere definert blæreforstyrrelser og inkontinens, og avansert kirurgi med inkontinensproteser og sacral nervemodulering. Behovet for sengeplasser og hotellsenger til denne pasientgruppen vil trolig øke for UNN Narvik. Behovet for urologisk spesialkompetanse vil øke i takt med den aldrende befolkningen.

Gynekologi Det foreslås å videreføre dette tilbudet ved UNN Narvik. Gynekologi er en poliklinisk og dagkirurgisk aktivitet som har et potensiale jfr. Strategisk utviklingsplan til UNN Tromsø å få en økt aktivitet med pasienter fra hele foretaket.

7.3.2. Dagkirurgi

Det er godt grunnlag for en økning av dagkirurgi i foretaket og dermed også i UNN Narvik. UNN Narvik utførte i 2015 om lag 60% av all dagkirurgi i det tradisjonelle opptaksområdet. De resterende 40% som blir behandlet annet sted utgjør om lag 300 pasienter. Dagkirurgien kan styrkes innen gastroenterologisk kirurgi, urologi, ortopedi og gynekologi. Spesialiteten plastikk kirurgi, samt øre-nese, hals kan tilbys som dagkirurgiske aktiviteter i noe omfang dersom UNN HF av strategiske og kapasitetsmessige grunner samlet sett finner det formålstjenlig.

⁹⁶ "Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten" Rapport 2016. Helsedirektoratet, IS 2554, november 2016. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1266/IS-2554%20Leger%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf>

Flere bosatt i kommunene rundt UNN Narvik bør tilbys dagkirurgi der. Kortere reisetid etter åpningen av Hålogalandsbrua samt nytt sykehus i 2022 sannsynligvis medføre at flere pasienter vil benytte tilbudet ved UNN Narvik. UNN HF har en ambisjon om å styrke den elektive virksomheten ved å utnytte den totale kapasiteten i foretaket mer effektivt. Økningen må dermed skje ved en aktiv, planlagt og systematisk styring av pasientstrømmen slik det er varslet i den strategiske utviklingsplanen for foretaket. Det er kjent at en innen spesialitetene som er aktuelle for dagkirurgi ved UNN Narvik har ventelister og kapasitetsproblemer i foretaket. Det er også en viss strøm av pasienter ut av helseforetaket og regionen (kap 5.2. og 7.2.3).

Et døgnbasert kirurgisk tilbud i UNN Narvik må innrettes slik at de få dagkirurgiske pasientene som har behov for noe lengre observasjon og overnatting kan få det lokalt. Det samme gjelder for komplikasjoner etter egen elektiv (planlagt) kirurgi. Eldre pasienter vil grunnet komorbiditet trolig ha større behov for heldøgnsenger.

7.3.3. Poliklinikk

Det er rom for økning i kirurgisk poliklinikk ved UNN Narvik. Økt dagkirurgisk aktivitet vil generere økt poliklinisk aktivitet. Behandlinger utført ved operasjonsstuene flyttes til poliklinisk virksomhet pga. den teknologiske utviklingen av medisinsk teknisk utstyr. Det er behov for økte polikliniske kontroller for pasienter som har fått primærbehandling/operasjon ved andre sykehus, spesielt i UNN HF-systemet. I tillegg vil kortere reisetid etter åpningen av Hålogalandsbrua samt nytt sykehus i 2022 sannsynligvis medføre at flere pasienter vil benytte tilbudet ved UNN Narvik.

Vi har kunnskap om poliklinisk aktivitet i UNN Narvik på befolkningsnivå. Analyser fra 2015⁹⁷ viser behandlingsrater ved sykehuset (forbruksrater; uttrykt som polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere) for befolkningen i kommunene. Behandlingsratene for kommunene er om lag på gjennomsnittet for Norge (ca. 1400 polikliniske besøk per 1000 innbygger). Tallene gjelder hele den somatiske spesialisthelsetjenesten og ikke bare kirurgi. Det antas likevel at ratene også gir et rimelig bilde av kirurgifagene.

Fra desember 2015 til desember 2016 er den felles poliklinikken ved UNN Narvik gjennomgått et omfattende LEAN prosjekt i regi av K3K som er ansvarlige avdeling for poliklinikken. Nye driftsformer ved sykehuset vil initiere diskusjoner med fastlegene og kommunehelsetjenesten om justering av praksis. Både internasjonalt og i Norge arbeider en mot et tydeligere skille mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten/fastleger. Spesialisthelsetjenesten skal konsentrere seg om oppgaver som

⁹⁷ [Pasientstrømmer](#). Analyser fra Sykehusbygg. Helse Nord 2016

krever spesialisert kompetanse, mens samhandlingsreformen tilsier at kommunene skal utføre en større del av helsetjenesten.

7.3.4. Traumemottak

UNN Narvik er lokalisert i et område som er et geografisk knutepunkt for transport og logistikk langs vei (E6 og E10) og bane. I Narvik by omlastes cirka 100 000 containere årlig mellom tog og vei. Transportmengden er økende både med godstrafikk nordover og en betydelig og økende fiskeeksport sørover. De tre mest trafikkerte veger for tungtransport i Nord-Norge har utgangspunkt i Narvik. Trafikkulykker med tungtransport betyr ofte personskade. Det ligger store og veletablerte alpinanlegg 2, 7, 48 og 77 km fra Narvik by. En presis beskrivelse av traumesystemet i UNN HF bør beskrive ulykkespanorama i det aktuelle sykehusets opptaksområde, ikke bare tilfanget fra sykehusets vertskommune.

Tabell 21: Ulykker fordelt på kommune 2006 – 2015

| Kategori | Narvik med oml* | Harstad med oml* | Tromsø med oml* | Narvik kommune | Harstad kommune | Tromsø kommune |
|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|
| Ant drepte | 23 | 10 | 59 | 11 | 4 | 18 |
| Ant meget alvorlig skadd | 8 | 4 | 11 | 5 | 2 | 4 |
| Antall alvorlig skadd | 59 | 53 | 133 | 29 | 20 | 35 |
| Antall drepte og skadde | 677 | 391 | 1668 | 353 | 189 | 757 |

(Kilde Trond Harborg, Statens vegvesen, Region nord). Tall fra kommuner med oml* er fordelt ut fra korteste avstand til nærmeste sykehus. Ulykkestall fra Evenes er fordelt mellom UNN Narvik og UNN Harstad. Etter ferdigstilling av Hålogalandsbruen i 2017 vil andel trafikkskadde som har kortest avstand til UNN Narvik øke med mellom 10 og 20 %.

Dette er viktig for å illustrere konsekvenser av å eventuelt fjerne lokal beredskap for stabilisering av akutt skadde i Ofoten og Sør-Troms. Det vil føre til et stort hull i traumeberedskapen langs to av landsdelens aller mest trafikkerte hovedveier. En strekning på mellom 316 og 418 km mellom Bodø og Harstad vil være uten traumeberedskap (kjøretid 6:24 eller 7:21)⁹⁸. Det foreligger avtale om grensesamarbeid mellom etatene helse og brann over den norsk-svenske grensen. Trafikk og

⁹⁸ Se Visveg: <http://www.vegvesen.no/Trafikkbeta/?lat=68.02697&long=16.00707&zoom=6>

fritidsulykker på svensk side av grensen som sokner til UNN Narvik er ikke med i statistikken. Trafikkulykker på svensk side av grensen, fritids- og hjemmeulykker samt scooterulykker som ikke blir registrert av Statens vegvesen kommer i tillegg til trafikkskadene.

Omfanget av multitraume ved UNN Narvik slik det beskrevet i kap. 3.3.2. viser at stabiliseringsfunksjonen er det viktigste elementet i traumebehandlingen. Behovet for kirurgisk behandling er likevel til stede, og skal ivaretas ved UNN Narvik. Traumemottaket som er etablert i kombinasjon med akuttmottaket med bløtdelskirurger i 24/7 i vakt anbefales videreført.

Det forutsettes at den reviderte nasjonal traumeplan⁹⁹, eventuelt med Helse Nord RHF sine modifikasjoner/tilpasninger, legges til grunn for virksomheten. Etterutdanning, vedlikehold av kompetanse i form av kurs og regelmessige øvelser og revisjoner er en forutsetning for videreføring av traumeberedskapen. VAKe-støtte i vanskelige situasjoner vil bidra til en god nød-kirurgisk beredskap. I vinterhalvåret, november-mars, er det pga. dårlig vær en betydelig irregulærhet i flyvninger med ambulanse helikopter med opptil 40-60 % kanselleringer. Dette periodevis dårlige været medfører og økt transporttid for ambulanser langs vei som i slikt vær gir nedsatt kjørehastighet (kap. 3.6). Se rapporten [Prehospitaltjenester og tilgjengelighet](#).

Prosjektgruppens flertall mener dette understøtter behovet for akutt kirurgisk beredskap ved UNN Narvik.

7.3.5. Skadepoliklinikk

Det forslås å utrede etableringen av en skadepoliklinikk ved UNN Narvik. Dette er en formalisering av øyeblikkelig hjelp-poliklinikken og skal ta hånd om enkle skader, frakturer, lavenergiskader etc, der pasienten kan behandles poliklinisk.

7.4 Føde og gynekologi

Gynekologi er også en del av akutt kirurgi, samt fødetilbudet. Vurdering av akutt abdomen er ikke fullstendig hos kvinner uten tilsyn av gynekolog. Akutte gynekologiske tilstander hos kvinner har samme kliniske bilde som ved akutt abdomen. Få situasjoner i en kvinnes liv er så tidskritisk som ved blødninger i forbindelse med fødselen. Et sykehus som har fødeavdeling trenger «varme operasjonsstuer» - det vil si stuer som er i drift 24/7, og støttepersonell, samt gynekologer som utfører keisersnitt.

⁹⁹ [Plan foreligger](#), er under saksbehandling i helseforetakene samlet. Forventes styrebehandlet i RHF-ene primo 2017

7.4.1. Fødeavdelingen ved UNN Narvik videreføres

Det anbefales en videreføring av fødeavdelingen med følgende forutsetninger: det må startes et målrettet arbeid med å rekruttere 3 nye gynekologspesialister til UNN Narvik. Nyrekrutteringen må sikre en 4-delt vaktordning og med unntaksvis bruk av korttidsvikarer. I perioden frem til full bemanning må det tilsettes langtidsvikarer.

UNN Narvik kan vise til tidligere lokalt forankret prosjekt med å rekruttere gynekologer som på kort tid rekrutterte tre gynekologer til UNN Narvik. Etter at prosjektet opphørte har det vært sporadiske forsøk med å rekruttere nye gynekologer til avdelingen. Vi ser det helt nødvendig at kombinasjonen av føde og gynekologi er bærekraftig for 4 gynekologer ved UNN Narvik. Ikke minst er det behov for 4 spesialister for å sikre god faglig kvalitet, samt ha tid til kvalitetssikring av prøvesvar og rapportering til kvalitetsregistre, internundervisning, regionale nettverkssamlinger og overlegepermisjoner.

Prosjektgruppens flertall anbefaler videre, som er mer langsiktig rekrutteringsvirkemiddel, at det LIS-vikariatet som starter ved UNN Narvik 1.mars 2017 omgjøres til en fast stilling i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik.

Fødeavdelingen har i flere år hatt bemanningsmessige utfordringer med avvik fra nasjonale og regionale normer for bemanning. Det er full enighet om at denne situasjonen ikke kan videreføres, men det krever også at ledelsen i K3K (Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken ved UNN) støtter opp om avdelingen.

Med målrettede og repeterte rekrutteringsprosesser i løpet av 12 måneder må enten fødeavdelingen ha full bemanning, eller med en kombinasjon av nyrekruttering og forpliktende avtaler som sikrer full rekruttering innen rimelig og nær fremtid.

Dersom man ikke lykkes å sikre forsvarlig bemanning, må saken tas opp til ny vurdering med drøfting av de 3 gjenstående alternativene nevnt i rapporten; jordmorstyrt fødestue, «God start enhet» eller avvikling av fødetilbudet (oppretholde kun polikliniske tjenester og ivaretagelse av følgetjeneste). Prosjektgruppens flertall har inntrykk av at det nasjonale fagmiljøet er delt i sitt syn på fødestuer¹⁰⁰, men vi har ikke fått fremlagt noen utdypende fakta vedrørende dette tilbudet.

¹⁰⁰ Utdypende litteratur om dette: <https://www.nrk.no/norge/flere-fodes-utenfor-sykehus-1.11919549> <https://www.nrk.no/livsstil/--trippel-risiko-ved-hjemmefodslar-1.7197647> og Wax, JR (2010), Evers ACC (2010), Jakobsen, SE (2000) og Gunnarsson, B (2014)

7.4.2 Gynekologi

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på at de fast ansatte må ha tilfredsstillende aktivitet på dagtid, kombinasjonen av dagkirurgi, fødselsberedskap og poliklinikk gir tilstrekkelig aktivitet for 4 gynekologer ved UNN Narvik. I 2015 var det 2800 elektive polikliniske konsultasjoner i UNN Narvik som i realiteten ble avviklet med 2 gynekologer tilstede hver uke. Dette er meget god ressursutnyttelse av to gynekologer (medregnet ca. 370 konsultasjoner hos jordmor).

Strategisk utviklingsplan til UNN HF indikerer et potensiale for å få en økt aktivitet med pasienter fra hele foretaket i tillegg til betydningen som kortere reisetid til sykehuset etter 2018 samt nybygg i 2022 vil ha for aktivitet. Uavhengig av vurderingene om fødetilbudet, er det behov for 2-3 gynekologer ved UNN Narvik for dagkirurgi og poliklinikk. Se kap. 7.4.1.

7.5 Annet – hotellsenger og observasjonssenger

Dagkirurgiske pasienter som har behov for noe forlenget medisinsk observasjon skal få dette ved sengeenheten (se kap. 6.3). Pasienter som får komplikasjoner etter planlagt kirurgi vil og kunne få tilbud her. Akutte polikliniske pasienter og noen dagkirurgiske pasienter kan ha behov for overnattingsmulighet som ikke representerer en sykehusseng med den infrastruktur og forpliktelse som en sykehusseng representerer. Forutsetningen er at disse pasientene klarer seg selv og ikke har behov for medisinsk oppfølging og observasjon. Det foreslås derfor å gjennomgå hotellsengkapasiteten i sykehuset på nytt, slik at kapasitet er tilpasset behovene.

7.6. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved sykehuset

Prosjektgruppens flertall har i mindre fått presentert mulige konsekvenser for andre fagområder ved UNN Narvik, og alle tre sykehusene samlet. Underveis i prosessen valgte prosjekteier å skille ut risiko- og mulighetsanalysen som en prosess. Det forutsettes en grundigere konsekvensanalyse der. Vi ønsker imidlertid å belyse noen momenter i delkapitlene under.

7.6.1. Konsekvenser for indremedisin

Prosjektgruppens flertall vurderer kombinasjonen av indremedisin, kirurgi og anestesi som definisjonen på et akuttsykehus. Den tverrfaglige tilnærmingen disse spesialitetene sammen tilfører den akutt syke pasienten må ikke forringes.

7.6.2. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved UNN Narvik og for andre sykehus i foretaket

Ved å følge prosjektgruppens flertalls anbefaling om å opprettholde et døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud og fødeavdeling vil de foreslåtte endringene i liten grad berøre de andre enhetene ved UNN Narvik. Økt ortopedisk vakt vil fordre bedre utnyttelse av operasjonsstuekapasiteten. Prosjektgruppen har ikke fått forelagt mulige konsekvenser for andre sykehus i foretaket ved evt. endringer av aktiviteten ved UNN Narvik.

7.6.3. Konsekvenser for prehospitaltjenester og ambulanse (land- og luftbasert)

Viser til rapporten [Prehospitaltjenester og tilgjengelighet](#), og følgende trekkes frem:

- Nedlegging av Narvik lufthavn Framnes med bruk av Harstad/Narvik lufthavn Evenes betyr økt tidsbruk for ambulansetjenesten i forbindelse med ambulanseflytransporter (FW) på cirka 45 minutter hver vei. Med om lag 260 ambulanseoppdrag til og fra Narvik-Evenes årlig vil dette bety svekket ambulanseberedskap i området.
- En eventuell nedlegging av kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik vil føre til økt antall sekundærtransporter med ambulansefly (FW) til Tromsø og tallet kan derfor øke.
- En eventuell nedlegging av kirurgisk akuttberedskap på UNN Narvik vil føre til økt tidsforbruk for ambulansetransport av kirurgiske pasienter til nærmeste sykehus med akuttkirurgisk beredskap (UNN Harstad). Noen pasienter rutes sannsynligvis til mottak i Harstad direkte, mens andre vil ha vært innom Narvik IKL. Avhengig av hvor pasienten befinner seg og hvilken ambulansestasjon som utfører oppdraget, vil det medføre 43-86 minutter hver vei.
- Statistikk fra akuttmottaket i UNN Narvik viser at omlag 100 pasienter innlegges som kirurgiske øyeblikkelig hjelp-pasienter pr måned. En eventuell nedlegning av den kirurgiske akuttberedskapen ved UNN Narvik vil medføre nye pasientstrømmer med økt behov for sykestransport (drosje) og ambulanse.

Til punkt fire bemerkes at dette ikke omfatter pasienter som er kirurgisk vurdert ved UNN Narvik til behov for overflytning til annet sykehus. Ved å følge prosjektgruppens anbefalinger vil konsekvensen nevnt i punkt 2-4 bortfalle.

7.7. Samfunnsperspektivet

Framskrivningen av befolkningsutviklingen viser at folketallet vil holde seg stabilt i Narvikregionen med unntak av Bardu som får en befolkningsvekst. Økningen av antall eldre vil være betydelig i alle kommunene. Prosjektgruppa vil fremheve to forhold som utfordrer fremskrivningstallene. For det første har ledelsen i UNN HF i forbindelse med nedleggelsen av Troms militære sykehus på

Setermoen, gitt klare signaler til kommunene i Indre Troms, samt til Forsvarets avdelinger, om at lokalsykehusfunksjonen ville bli endret og orientert mot UNN-Narvik. Dette vil påvirke pasientstrømmen.

For det andre pågår det i Narvikregionen inkludert Sør-Tromskommunen et samordnet og offensivt arbeid for å etablere nye arbeidsplasser. Det er naturlig særlig å fremheve mulighetene innen transport/logistikk, havbruk, forsvar og reiseliv. Næringsutviklingen vil definitivt kunne påvirke folketallsutviklingen positivt. Som et eksempel skal det på forsvarsbasen på Evenes etableres ca. 600 arbeidsplasser med det ringvirkningspotensialet dette får for næringslivet i regionen.

Narvikregionens næringsforening har gjennomført undersøkelse blant sine medlemmer om betydning av å ha et heldøgns kirurgisk akuttberedskap og fødeavdeling på UNN Narvik. Medlemsbedriftene gav en entydig tilbakemelding på den avgjørende betydning dette vil ha på utviklingen av nye arbeidsplasser og tilflytning til regionen.

8. Prosjektgruppens vurderinger og anbefalinger

Som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, mandat fra Helse Nord, Strategisk utviklingsplan for UNN HF 2015-2025 og resultater fra analyser og utredninger, har en delt prosjektgruppe med hhv prosjektleder og et mindretall av prosjektgruppen (A) og flertallet av prosjektgruppen (B) kommet fram til følgende alternative tilrådninger til videre utvikling ved UNN Narvik:

8.1. Fødeavdelingen ved UNN Narvik videreføres- to alternative anbefalinger

8.1.1. Anbefaling, alternativ A (jf. kap. 6)

Det anbefales en videreføring av fødeavdelingen med følgende forutsetninger: det må startes et målrettet arbeid med å rekruttere 3 nye gynekologspesialister til UNN Narvik. Nyrekrutteringen må sikre en 4-delt vaktordning og med unntaksvis bruk av korttidsvikarer. I perioden frem til full bemanning må det tilsettes langtidsvikarer.

Prosjektgruppen anbefaler videre, som er mer langsiktig rekrutteringsvirkemiddel, at det opprettes en utdanningsstilling (LIS-stilling) i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik.

Fødeavdelingen har i flere år hatt bemanningsmessige utfordringer med avvik fra nasjonale og regionale normer for bemanning. Det er full enighet om at denne situasjonen ikke kan videreføres. Dersom en med en målrettede og repeterte rekrutteringsprosesser ikke får ansatt 3 nye gynekologer til sykehuset i løpet av 12 måneder må saken tas opp til ny vurdering og drøfting av de 3 gjenstående alternativene nevnt i rapporten; jordmorstyrt fødestue, «God start enhet» eller avvikling av fødetilbudet (opprettholde kun polikliniske tjenester og ivaretagelse av følgetjeneste).

Nasjonale helse- og sykehusplan peker på at de fast ansatte må ha tilfredsstillende aktivitet på dagtid. Uavhengig av vurderingene om fødetilbudet, er det behov for minst 2 gynekologer ved UNN Narvik for dagkirurgi og poliklinikk.

Anbefalingen støttes av: Prosjektleder Odd Søreide, samt Knut Kjørstad, Cathrin Carlyle og Rita Pernille Martnes med følgende presisering:

Det er ingen hemmelighet at den kommende spesialiststruktur vil gi rekrutteringsvansker, og at det vil bli vanskelig å rekruttere kompetent fagpersonell på lengre sikt. Det er derfor viktig med en tydelig funksjonsfordeling mellom sykehusene, og at rekruttering og bemanning står til dette. Kompetanse er viktig og stor vikarbruk er en risikofaktor. Det bør presiseres at fast bemanning er hovedregelen fremfor vikarer på alle fagfelt fordi dette er en forutsetning for et påregnelig tilbud til pasientene.

Når det gjelder fødevirksomheten i Narvik, mener vi det er rimelig at man forsøker å rekruttere 3 gynekologer innen 12 mnd. Det er viktig for oss å presisere at grensen på 12 måneder er endelig, og at det umiddelbart skal startes en prosess med de øvrige alternativene dersom man ikke ser konturene av en vellykket rekruttering innen denne fristen.

8.1.2. Anbefaling, alternativ B (jf. kap. 7)

Det anbefales en videreføring av fødeavdelingen med følgende forutsetninger: det må startes et målrettet arbeid med å rekruttere 3 nye gynekologspesialister til UNN Narvik. Nyrekrutteringen må sikre en 4-delt vaktordning og med unntaksvis bruk av korttidsvikarer. I perioden frem til full bemanning må det tilsettes langtidsvikarer.

Vi ser det helt nødvendig at kombinasjonen av føde og gynekologi er bærekraftig for 4 gynekologer ved UNN Narvik. Ikke minst er det behov for 4 spesialister for å sikre god faglig kvalitet, samt ha tid til kvalitetssikring av prøvesvar og rapportering til kvalitetsregistre, internundervisning, regionale nettverkssamlinger og overlegepermisjoner.

Det anbefales videre, som er mer langsiktig rekrutteringsvirkemiddel, at det LIS-vikariatet som starter ved UNN Narvik 1.mars 2017 omgjøres til en fast stilling i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik.

Fødeavdelingen har i flere år hatt bemanningsmessige utfordringer med avvik fra nasjonale og regionale normer for bemanning. Det er full enighet om at denne situasjonen ikke kan videreføres, men det krever også at ledelsen i K3K (Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken ved UNN) støtter opp om avdelingen.

Med målrettede og repeterte rekrutteringsprosesser i løpet av 12 måneder må enten fødeavdelingen ha full bemanning, eller med en kombinasjon av nyrekruttering og forpliktende avtaler som sikrer full rekruttering innen rimelig og nær fremtid.

Dersom man ikke lykkes å sikre forsvarlig bemanning, må saken tas opp til ny vurdering med drøfting av de 3 gjenstående alternativene nevnt i rapporten; jordmorstyrt fødestue, «God start enhet» eller avvikling av fødetilbudet (opprett holde kun polikliniske tjenester og ivaretagelse av følgetjeneste).

Anbefalingen støttes av: Kari Fiske, Anne Marthe F. Jenssen, Jon Harr, Ulla Dorte Mathisen, Arne Holm, Bengt-Ole Larsen, Bjørn Bremer, Heidi E Laksaa og Sverre Håkon Evju.

8.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik- to alternative anbefalinger

8.2.1. Anbefaling, alternativ A (jf. kap 6)

Prosjektleder har lagt fram sitt forslag (gjengitt i kapittel 6). Anbefalingene med dens enkeltelementer representerer en helhetlig utforming av det samlede kirurgiske tjenestetilbudet ved UNN Narvik. En kan dermed ikke hente ut isolerte enkeltforslag eller velge bort andre. Forslaget innebærer styrket ortopedisk kirurgi, bortfall av gastroenterologisk kirurgisk som døgnaktivitet (med unntak av spesialiserte oppgaver som skjøttes i samarbeid mellom UNN Tromsø og UNN Narvik), videreføring av urinveiskirurgi, økt dagkirurgi og poliklinisk aktivitet. Traumemottaket videreføres. Det forslås å utrede etableringen av en skadepoliklinikk ved UNN Narvik i forbindelse med planleggingen av nytt sykehus. Dette er en formalisering av øyeblikkelig hjelp-poliklinikken og skal ta hånd om enkle skader, lavenergiskader etc, der pasienten kan behandles poliklinisk.

Forslaget innebærer ingen vesentlige endringer i det øvrige tjenestetilbudet i sykehuset. Avvikling av Framnes flyplass vil innebære økt behov for ambulansetransport fra Narvik til Evenes, og/eller bruk av helikopter til overflyttinger. Omfanget er ikke utredet og ambulansetjenesten må dermed gjennomgås på nytt der også eventuelle endringer som følger av justering av aktiviteten ved UNN Narvik må beskrives.

Anbefalingen støttes av: Prosjektleder Odd Søreide, samt Knut Kjørstad, Cathrin Carlyle og Rita Pernille Martnes med følgende presisering:

Det er ingen hemmelighet at den kommende spesialiststruktur vil gi rekrutteringsvansker, og at det vil bli vanskelig å rekruttere kompetent fagpersonell på lengre sikt. Det er derfor viktig med en tydelig funksjonsfordeling mellom sykehusene, og at rekruttering og bemanning står til dette. Kompetanse er viktig og stor vikarbruk er en risikofaktor. Det bør presiseres at fast bemanning er hovedregelen fremfor vikarer på alle fagfelt fordi dette er en forutsetning for et påregnelig tilbud til pasientene.

Det er i tillegg viktig at tilbudet er forutsigbart ved at det er systemavhengig og ikke personavhengig.

Når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet må den samme standarden gjelde i hele foretaket. Det kan ikke være forskjellig kvalitetskrav til sykehusene i Harstad, Narvik og Tromsø. For å sikre kvaliteten er det viktig å ha en god og stabil bemanning.

Det er behov for styrke elektivt ortopedisk virksomhet i Narvik. I dag sendes mange av ø-hjelpspasientene fra Narvik til Harstad på kveld/natt og helg da de ikke har ortoped i vakt. Så lenge det ikke skal være ortoped i vakt, er dette en praksis som må videreføres.

8.2.2. Anbefaling, alternativ B (jf. kap 7)

Ortopedisk kirurgi utvikles og styrkes. Pasienter som i dag får behandling ved UNN Harstad for brudd vil nå kunne få behandling ved UNN Narvik. Dermed anbefales en oppheving tidligere vedtak og gjeninnføring av en ortopedisk vaktlinje forslagsvis til klokken 21 hverdager og tre timer aktiv vakt helg.

Gastroenterologisk kirurgi opprettholdes som døgnaktivitet med mulighet for innleggelse av pasienter.

Tilbudet i Urinveiskirurgi ved UNN Narvik videreføres. Behovet for sengeplasser og hotellsenger til denne pasientgruppen vil trolig øke. Behovet for urologisk spesialkompetanse vil øke i takt med den aldrende befolkningen.

Det foreslås å videreføre gynekologi-tilbudet ved UNN Narvik. Gynekologi er en poliklinisk og dagkirurgisk aktivitet som har et potensiale for økt aktivitet med pasienter fra hele foretaket.

Det er grunnlag for økning av dagkirurgi innen gastroenterologisk kirurgi, urologi, ortopedi og gynekologi. Spesialiteten plastikk kirurgi, samt øre-nese, hals kan tilbys som dagkirurgiske aktiviteter i noe omfang dersom UNN HF av strategiske og kapasitetsmessige grunner samlet sett finner det formålstjenlig.

Et døgnbasert kirurgisk tilbud i UNN Narvik må innrettes slik at de få dagkirurgiske pasientene som har behov for noe lengre observasjon og overnatting kan få det lokalt. Det samme gjelder for komplikasjoner etter egen elektiv (planlagt) kirurgi. Eldre pasienter vil grunnet komorbiditet trolig ha større behov for heldøgnsenger.

Det er rom for økning i kirurgisk poliklinikk. Traumemottaket som er etablert i kombinasjon med akuttmottaket med bløtdelskirurger i 24/7 i vakt anbefales videreført.

Det foreslås å utrede etableringen av en skadepoliklinikk ved UNN Narvik og å gjennomgå hotellsengkapasiteten i sykehuset på nytt, slik at kapasitet er tilpasset behovene.

Anbefalingen støttes av: Kari Fiske, Anne Marthe F. Jenssen, Jon Harr, Ulla Dorte Mathisen, Arne Holm, Bengt-Ole Larsen, Bjørn Bremer, Heidi E Laksaa og Sverre Håkon Evju.

9. Vedlegg

9.1. Innspill fra prosjektgrupped medlem Bengt-Ole Larsen (konsernerneombud)

Konsernerneombudet har representert konserntillitsvalgte og konsernerneombud i Helse Nord RHF i prosjektet. KVO oppfatter at prosjektleder har besluttet at han skal gi en egen anbefaling (kap6) hvor han ber om støtte til sitt forslag om anbefalinger og hvor de som ikke er enig i hans forslag må utarbeide sitt eget forslag (kap7). Dette krever enormt med ressurser fra prosjektdeltakerne. Blant annet har vi i realiteten kun 5 dager på oss til dette, inkludert helg. Vi er ikke samlet geografisk, vi har andre presserende arbeidsoppgaver vi ikke bare kan legge til side, og vi har ikke enkelt tilgjengelig sekretariat.

KVO har i dag konferert med kollegiet KTV/KVO. Det reageres sterkt på denne løsningen til å presentere anbefalinger. Man kjenner seg ikke igjen i alle de prosjekter som kollegiet har deltatt i opp gjennom årene.

Det var tidlig i prosjektet enighet om at når man kom fram til anbefalinger så skulle flertallets anbefalinger legges fram på en måte hvor også mindretallets syn på forslag til løsninger ble godt synlig, og det skulle også framkomme hvem som mente hva.

Prosjektet startet tidlig siste høst. Det har vært flere møter hvor det har blitt lagt fram mange tall på demografi, aktivitet på UNN Narvik siste par år, tanker og ideer om hvordan utdanning av legespesialister vil skje i framtiden og en del annet grunnlagsmateriale.

Kun på siste møte den 13. februar ble det i realiteten satt av tid til å diskutere grunnlagsmaterialet og drøfte og foreslå forslag til anbefalinger. Til denne diskusjonen var det satt av 5 timer. Og som grunnlag til løsning hadde prosjektleder utformet et kapittel 6. Egentlig var det ganske stor enighet etter klinikkverneombudets oppfatning om mye av innholdet. Men det var endel viktige momenter som skilte det store flertallet fra prosjektleders anbefaling. Blant annet så kom det fram i diskusjonen at det var uenighet om man skal ta hensyn til at UNN Narviks tradisjonelle opptaksområde vil endre seg når Hålogalandsbrua står ferdig i 2018, og det var en del uenighet om hva som kan behandles akutt etter normal arbeidstid og om hvilken kompetanse de som skal gå i vakt skal ha. Det var også en liten divergens om hvor fort man skulle ha fått fast ansatte gynekologer før man skulle endre dagens fødetilbud.

Likevel oppfattet ikke KVO at uenigheten var større enn at det overveldende flertallets anbefalinger lett kunne utformes i kapittel 6, samtidig som det enkelt kunne framkomme hvor mindretallet (i realiteten omtrent kun prosjektleder) hadde andre forslag. Ved å presentere forslag til løsninger på denne måten ville presentasjonen kunne bli oppfattet slik den burde som en seriøs gjennomarbeidet anbefaling med noe forskjellig tilnærming til løsning.

KVO var tilstede på prosjektleders informasjon til ansatte ved UNN Narvik under siste møte den 13. feb. KVO oppfattet at informasjonen han ga var i tråd med diskusjonen på prosjektmøtet og det var med stor undring at man i avisen 2 dager etterpå kunne lese at prosjektleder viste til at det var framkommet nye momenter under prosjektmøtet som medførte at man ikke kunne legge fram et felles forslag. Flere av tilhørerne har også kommentert at de ble overrasket over hva som framkom i Fremover. Det har heller ikke kommet noe dementi fra prosjektleder om Fremovers opplysninger. KVO kan ikke stille seg bak at det framkom **nye** momenter under møtet den 13. feb.

KVO frykter at ved å presentere prosjektleders forslag til løsning som et kapittel og resten av prosjektgruppens anbefalinger (eventuelt med et eller to unntak) som et kapittel, så kan det oppfattes som at uenigheten er mye større enn den egentlig er. Hovedbudskapet slik KTV/KVO

oppfatter arbeidet er at akuttkirurgien og fødetilbudet ved UNN Narvik skal fortsette å dekke befolkningens behov og at man skal gjeninnføre akutt hverdagsortopedi i større deler av døgnet enn i dag. Det er etter vår oppfatning også stor enighet at det som **skal** behandles på høyere nivå skal, som i dag, overføres til dette. Men at hverdagsbehov skal behandles lokalt for ikke å utsette pasienter for unødvendig belastninger. Man er også enige om at Hålogalandsbrua og økt virksomhet fra Forsvaret på Evenes og i Bjerkvik høyst sannsynlig vil måtte påvirke behovet for både økt akutt og elektiv virksomhet.

KTV/KVO er bekymret for at en del av prosjektleders anbefalinger vil kunne forårsake at det vil bli satt forskjellige krav til lokalsykehusene i regionen til antall og type legespesialister. Samtidig som noen vil bli tillatt til å drive med døgnvirksomhet og noen med kun dagvirksomhet. Dette vil kunne medføre at noen sykehus kan bli oppfattet som at de gir dårligere kvalitet på tjenesten. Befolkningen og også de ansatte vil ha vanskeligheter med å forstå at man kan gi et tilbud på dagtid, men ikke på vakttid på noen sykehus, og ikke på andre selv om de i utgangspunktet har samme bemanning. Og hvis en overføring til et annet sykehus også medfører at tilbudet blir faglig bedre, men kun foretatt en annen geografisk plass vil være vanskelig å forklare. Dette vil ikke være en god situasjon for personalets arbeidsmiljø. Det må være et krav om at pasienter blir overført fordi de vil få bedre behandling etter overføring.

KTV/KVO er også bekymret for at en overføring av pasienter til sykehus som allerede er overbelastet vil kunne medføre at operasjoner og behandling som ville blitt foretatt i normal arbeidstid vil overføres til arbeid på kveld, natt og helger. Det er ikke i henhold til Arbeidsmiljølovens intensjoner. Vi er også bekymret for de belastninger et eventuelt sykehus uten beredskap for akuttkirurgi vil gi de ansatte når været slår til og hindrer overføring av pasienter til høyere nivå.

KTV/KVO vil også påpeke viktigheten av at det til enhver tid er utarbeidet gode kompetanseplaner tilpasset det enkelte sykehusets behov og viktigheten av et profesjonelt rekrutteringsarbeid og tilstrekkelig vedlikehold av personalets faglige og HMS-behov.

9.2. Øvrige vedlegg

Alle vedlegg er elektronisk lenket ved hyperkobling og fotnoter fortløpende i rapporten

Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Utredning av kirurgisk akuttberedskap og berørte fagområder ved UNN Narvik

Risiko- og mulighetsanalyse

2. mars 2017

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1. Sammendrag..... | 3 |
| 2. Bakgrunn og mandat | 4 |
| 3. Alternativer..... | 5 |
| Kirurgisk akuttberedskap | 5 |
| Organisering av fødetilbudet..... | 5 |
| Elektiv kirurgisk virksomhet..... | 5 |
| 4. Metode | 6 |
| Gjennomføring..... | 6 |
| Skalaer og begreper | 6 |
| Begrensninger..... | 7 |
| 5. Kirurgisk akuttberedskap..... | 9 |
| Oppsummering..... | 9 |
| Risikoer ved ytteralternativ 1 | 9 |
| Risikoer ved ytteralternativ 2 | 11 |
| Risikoer ved alternativ 3 – Mellomløsning..... | 12 |
| Muligheter..... | 15 |
| 6. Organisering av fødetilbudet..... | 16 |
| Oppsummering..... | 16 |
| Risikoer ved alternativ 1..... | 16 |
| Risikoer ved alternativ 2..... | 17 |
| Muligheter..... | 18 |
| 7. Elektiv kirurgisk virksomhet..... | 19 |
| Oppsummering..... | 19 |
| Risikoer ved alternativ 1..... | 19 |
| Risikoer ved alternativ 2..... | 20 |
| Muligheter..... | 21 |
| 8. Vedlegg – Stemmeresultater | 22 |

1. Sammendrag

Kirurgisk akuttberedskap

Å opprettholde dagens akuttkirurgiske tilbud kan på sikt få negative konsekvenser for pasientsikkerheten og helseforetaket, blant annet fordi det er risiko for at nye metoder ikke blir innarbeidet grunnet lavt volum, at sykehuset mangler kompetanse og mengdetrening i gastrokirurgi, at sykehuset får problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi og at lav bemanning kan føre til for høy arbeidsbelastning hos kirurger, som igjen kan påvirke kvalitet på tjenestene. Å fjerne akuttkirurgien kan blant annet føre til at sykehuset blir en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister (spesielt innen anestesi), at Narvik og omliggende kommuner blir mindre attraktive for tilflytting og næringsliv som følge av lavere opplevd trygghet, samt økte kapasitetsutfordringer ved sykehusene i Harstad og Tromsø. I tillegg er det risiko for komplikasjoner, økt sykelighet og økt dødelighet, samt lavere pasienttilfredshet som følge av lengre transportvei, men disse risikoene er vurdert til å være moderate. Mellomløsningen der UNN Narvik fortsatt har et akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnaktivitet, medfører mindre risiko enn de to ytteralternativene. Å fjerne akuttkirurgien skaper muligheter for å øke og rendyrke den elektive kirurgien. Dette kan føre til mer effektive elektive kirurgiske pasientforløp, samtidig som kvaliteten på den akutte større kirurgien kan øke på grunn av større volum ved andre sykehus. Det finnes også muligheter for å utnytte moderne teknologi til å avgjøre hvor pasientene skal sendes.

Organisering av fødetilbudet

Analysen viser at den største risikoen forbundet med å opprettholde en fødeavdeling på nivå med dagens, er at sykehuset vil ha store utfordringer med rekruttering av gynekologer. Risikoen for at kvalitet og pasientsikkerhet ved risikofødsler og keisersnitt blir negativt påvirket som følge av lavt volum, er vurdert som lav. Å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue kan føre til at Narvik og omliggende kommuner blir mindre attraktive for tilflytting. Det er også identifisert vesentlig risiko for at sykehuset ikke får rekruttert tilstrekkelig antall jordmødre som ønsker å arbeide i en jordmorstyrt fødestue med tilhørende ansvar, og at få kvinner ønsker å benytte seg av en jordmorstyrt fødestue, som igjen kan føre til at fødestuen blir lagt ned. I tillegg er det risiko for lavere pasienttilfredshet og opplevd trygghet som følge av lengre transportvei ved risikofødsler og keisersnitt, men denne risikoen er vurdert til å være lavere. Det er ikke identifisert noen åpenbare muligheter ved å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue.

Elektiv kirurgisk virksomhet

Analysen viser at det er høy risiko for at sykehuset vil få problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi dersom man fjerner akuttkirurgi og ikke øker elektiv kirurgisk virksomhet. I tillegg er det høy risiko for uutnyttet operasjonskapasitet. Dersom mye elektiv kirurgi overføres til Narvik, medfører det risiko for at sykehusene i Tromsø og Harstad ikke har nok enkle kirurgiske inngrep til å utdanne LiS. Det er også risiko for at pasienter som bor i nærheten av sykehuset i Tromsø vil benytte seg av fritt sykehusvalg dersom de blir henvist til Narvik, noe som vil medføre økte kostnader for helseforetaket. Det er ikke identifisert risikoer som påvirker pasientsikkerheten ved alternativene for elektiv kirurgisk virksomhet. Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF skaper muligheter for å øke og rendyrke den elektive kirurgien i Narvik. Dette kan føre til mer effektive elektive kirurgiske pasientforløp, og sykehuset i Narvik kan bli et kompetansesenter innen elektiv kirurgi. Dette vil kunne bidra til at det blir enklere å rekruttere kirurger til sykehuset i Narvik, og det gir muligheter for å øke forskning og skreddersy LiS-løp for leger i hele UNN HF.

2. Bakgrunn og mandat

Helse Nord RHF har som en del av arbeidet med oppfølging av Nasjonale helse og sykehusplan (Meld. St. 11, 2015-2016)¹ bedt Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) utrede alternative løsninger for fremtidig kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi ved UNN Narvik. Denne utredningen er organisert som et prosjekt som eies av administrerende direktør ved UNN.

I henhold til veilederen for arbeidet med utviklingsplaner² skal det gjennomføres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver. Risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre. Mulighetsanalysen skal som minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes. Risiko- og mulighetsanalysen må beskrive både dagens situasjon og de ulike alternative løsninger knyttet til akutfunksjoner, og må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv.

Direktøren er prosjekteier for utredningen og dermed også for risiko- og mulighetsanalysen av alternative løsninger for fremtidig kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi ved UNN Narvik. Direktøren har besluttet at:

- Risiko- og mulighetsanalysen gjennomføres som anbefalt i veilederen for arbeidet med utviklingsplaner og med ekstern tilrettelegger. UNN har valgt å benytte EY til dette arbeidet etter en minikonkurranse på rammeavtalen for konsulenttjenester.
- Risiko- og mulighetsanalysen gjennomføres i forlengelsen av siste møte i prosjektgruppen, dvs. i perioden 15.-28. februar 2017, og utgjør en del av beslutningsgrunnlaget til styret i Helse Nord RHF. Denne sendes på høring sammen med utredningen i perioden 3 -16. mars.
- En gruppe på seks deltakere gjennomfører risiko- og mulighetsanalysen. Tre av disse kommer fra prosjektgruppen (kommunal helsetjeneste, UNN Narvik, tillitsvalgt), mens de resterende utpekes av direktøren (UNN Tromsø, UNN Harstad, brukerrepresentant). Prosjektgruppen skal selv utpeke de tre deltakerne.

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016>

² <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan/Veileder%20for%20arbeidet%20med%20utviklingsplaner.pdf>

3. Alternativer

Risiko- og mulighetsanalysen omfatter følgende alternativer, som er oppgitt i mandatet fra Helse Nord og diskutert i prosjektgruppen:

Kirurgisk akuttberedskap

- Ytteralternativ 1: Fullt døgntilbud generelt akuttkirurgisk tilbud (på nivå som i dag)
- Ytteralternativ 2: Akuttsykehus med akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Ingen akutt kirurgi.
- Mellomløsning – alternativ 3: Fortsatt akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnaktivitet. Dagkirurgi og elektiv gastrokirurgisk virksomhet som før, mens akutte gastropasienter som ikke kan avklares lokalt overføres til annet sykehus i UNN HF.

Organisering av fødetilbudet

- Fødeavdeling på nivå med dagens, med tilstrekkelig kompetent bemanning
- Jordmorstyrt fødestue

Elektiv kirurgisk virksomhet

- Elektiv kirurgisk virksomhet på nivå med dagens
- Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF

For ytterligere beskrivelse av alternativene vises det til rapporten fra prosjektgruppen.

4. Metode

Gjennomføring

Risiko- og mulighetsanalysen er gjennomført i henhold til metoden som er anbefalt i veilederen for arbeidet med utviklingsplaner. Analysen og representasjonen dekker pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv. Gruppen skal ikke ta stilling til hvilke(t) alternativ som skal velges. EY (Ernst & Young AS) har vært engasjert for å legge til rette for gjennomføring av risiko- og mulighetsanalysen og har også hatt ansvar for å utarbeide denne oppsummerende rapporten. EY har ikke gjort egne vurderinger av risikoer og muligheter ved de ulike alternativene.

Risiko- og mulighetsanalysen er gjennomført i et arbeidsmøte i Narvik den 21. februar 2017 av en gruppe på seks deltakere, sammensatt i henhold til direktørens beslutning:

- Margrethe H. Larsen, brukerrepresentant
- Niels Krum-Hansen, overlege K3K, UNN Harstad
- Tonje A. M. Drecker, kvalitetsrådgiver OPIN, UNN Tromsø
- Jon Harr, overlege OPIN, UNN Narvik
- Bjørn Bremer, rådgiver Narvik kommune
- Ulla Dorte Mathisen, foretakstillitsvalgt UNN HF

I forkant har deltakerne fått tilsendt et utdrag fra foreløpig rapport fra prosjektgruppen, samt link til en nettside³ med data, analyser og andre relevante bakgrunnsdokumenter. Utdraget fra rapporten inkluderte ikke prosjektgruppens løsningsforslag.

Overordnet var prosessen i arbeidsmøtet som følger:

1. Individuell idémyldring av risikoer relatert til ett av alternativene
2. Risikoer ble diskutert i plenum og konsolidert om mulig
3. Sannsynlighet og konsekvens ved identifiserte risikoer ble bestemt gjennom avstemning
4. Muligheter ved alternativene som avviker fra dagens situasjon ble diskutert

For å effektivt utføre og dokumentere avstemning av sannsynlighet og konsekvens for risikoene ble et elektronisk stemmeverktøy benyttet. Resultatene hentet fra dette stemmeverktøyet er kilden til tallene og illustrasjonene i denne rapporten.

I etterkant har EY oppsummert resultatene i foreliggende rapport. Deltakerne har fått tilsendt et utkast og fått mulighet til å korrigere og presisere formuleringer, men ikke endre resultatene.

Skalaer og begreper

Sannsynlighet: Et begrep brukt for å beskrive hvor trolig et utfall inntreffer. En skala fra 1 til 5 er valgt, hvor 1 indikerer meget liten sannsynlighet og 5 indikerer svært stor sannsynlighet. Da målet med analysen har vært å synliggjøre de største risikoene ved de forskjellige alternativene og ikke kvantifisering av risiko, er det ikke definert prosentintervall for de fem tallene i skalaen.

Konsekvens: Et begrep brukt for å beskrive hvor alvorlige følgene vil være om en risiko inntreffer. En skala fra 1 til 5 er valgt, hvor 1 indikerer en ubetydelig konsekvens og 5 indikerer en svært alvorlig konsekvens. Da målet med analysen har vært å synliggjøre de største risikoene med de forskjellige

³ <https://unn.no/om-oss/nasjonale-helse-og-sykehusplan>

alternativene og ikke kvantifisering av risiko, er det ikke definert konkrete scenarier for de fem tallene i skalaen. Det er i denne analysen vurdert konsekvenser for pasientsikkerhet, helseforetak (UNN), kommuner (Narvik og omegn) og samfunnet.

Risiko: Risiko er en kombinasjon av sannsynlighet og konsekvens hvor størrelsen på risikoen kan ses på som et produkt av sannsynlighetsfaktor og konsekvensfaktor. I figuren nedenfor vises en matrise hvor fargen på ruten indikerer hvor betydelig risikoen er. Rutene markert i rødt innebærer en høy risiko, gul en middels risiko og grønn en lav risiko.

| | | | | | | |
|---------------|-------------|------------|-----|---------|----------|----------------|
| Sannsynlighet | Svært stor | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorlig | Svært alvorlig |
| | Stor | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorlig | Svært alvorlig |
| | Moderat | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorlig | Svært alvorlig |
| | Liten | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorlig | Svært alvorlig |
| | Meget liten | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorlig | Svært alvorlig |
| | | Ubetydelig | Lav | Moderat | Alvorlig | Svært alvorlig |

Uenighet: Sannsynlighetsverdi og konsekvensverdi er basert på et gjennomsnitt av avlagte stemmer for de forskjellige risikoer. For å vise i hvilken grad de seks deltakerne i arbeidsmøtet var enige i sine estimater av sannsynlighet og konsekvens er det inkludert en vurdering av uenighet i resultatene i denne rapporten. Graden av uenighet er også delt inn i en femdelts skala, hvor vurderingen av uenighet er basert på standardavviket i avlagte stemmer. Dette er et mål på den gjennomsnittlige differansen avlagte stemmer har fra gjennomsnittlig, stemt, verdi. Grunnlaget for vurdering av uenighet vises i intervallene nedenfor.

Svært lav uenighet: $\sigma < 0,5$

Lav uenighet: $0,5 \leq \sigma < 0,75$

Middels uenighet: $0,75 \leq \sigma < 1$

Høy uenighet: $1 \leq \sigma < 1,25$

Svært høy uenighet: $\sigma \geq 1,25$

Muligheter: En mulighet er i analysen behandlet som en potensiell gevinst som kan realiseres ved å velge en alternativ løsning framfor dagens løsning. Disse gevinstene kan komme pasientsikkerheten, helseforetaket, kommunen og/eller samfunnet til gode. Sannsynlighet for å oppnå disse gevinstene, samt størrelsen på gevinstene, er ikke vurdert.

Begrensninger

Varigheten av arbeidsmøtet var én dag, noe som setter begrensninger for detaljeringsgraden i risiko- og mulighetsanalysen. Innenfor rammene og mandatet har det ikke vært mulig å gjennomføre detaljerte analyser av risikoer og muligheter, og analysen er basert på deltakernes kunnskap, samt foreliggende data, analyser og bakgrunnsdokumenter fra prosjektet. Deltakerne har påpekt at det

har vært kort tid mellom utsendelse av utdrag fra foreløpig rapport fra prosjektgruppen (15. februar) og arbeidsmøtet (21. februar). Spesielt deltakerne som ikke er med i prosjektgruppen, synes at det har vært krevende å sette seg inn i dette materialet innenfor denne tidsrammen. I tillegg har deltakerne påpekt at alternativene som danner grunnlaget for gjennomføring av risiko- og mulighetsanalysen ikke er ferdig diskutert i prosjektgruppen. Deltakerne synes at analysen burde vært gjennomført når den endelige rapporten fra prosjektgruppen foreligger. Enkelte deltakere synes også at alternativene ikke er entydig definert og gir rom for ulike tolkninger.

EY har ikke vurdert hvorvidt begrensningene som er beskrevet i dette avsnittet har påvirket resultatet av risiko- og mulighetsanalysen.

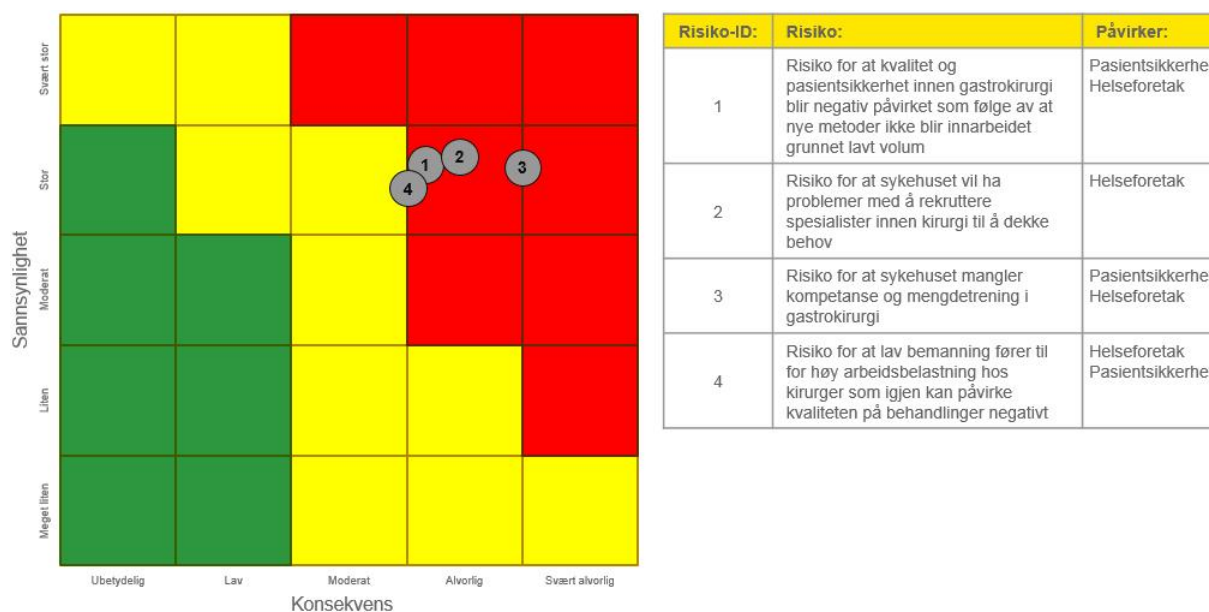
5. Kirurgisk akuttberedskap

Oppsummering

Analysen viser at det er vesentlige risikoer forbundet med begge ytteralternativer. Å opprettholde dagens akuttkirurgiske tilbud kan på sikt få negative konsekvenser for pasientsikkerheten og helseforetaket, blant annet fordi det er risiko for at nye metoder ikke blir innarbeidet grunnet lavt volum, at sykehuset mangler kompetanse og mengdetrening i gastrokirurgi, at sykehuset får problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi og at lav bemanning kan føre til for høy arbeidsbelastning hos kirurger som igjen kan påvirke kvalitet på tjenestene. Å fjerne akuttkirurgien kan blant annet føre til at sykehuset blir en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister (spesielt innen anestesi), at Narvik og omliggende kommuner blir mindre attraktive for tilflytting og næringsliv som følge av lavere opplevd trygghet, samt økte kapasitetsutfordringer ved sykehusene i Harstad og Tromsø. I tillegg er det risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet, samt lavere pasienttilfredshet som følge av lengre transportvei, men disse risikoene er vurdert til å være moderate. Mellomløsningen der UNN Narvik fortsatt har et akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnaktivitet, medfører mindre risiko enn de to ytteralternativene. Å fjerne akuttkirurgien skaper muligheter for å øke og rendyrke den elektive kirurgien. Dette kan føre til mer effektive elektive kirurgiske pasientforløp, samtidig som kvaliteten på den akutte større kirurgien kan øke på grunn av større volum ved andre sykehus. Det finnes også muligheter for å utnytte moderne teknologi til å avgjøre hvor pasientene skal sendes.

Risikoer ved ytteralternativ 1

Fullt døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud (på nivå som i dag)



Risiko 1 - Risiko for at kvalitet og pasientsikkerhet innen gastrokirurgi blir negativ påvirket som følge av at nye metoder ikke blir innarbeidet grunnet lavt volum.

Påvirker: Pasientsikkerhet, helseforetak

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/moderat (svært lav uenighet)

Risiko: Høy/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det er per i dag et relativt lavt volum av utførte operasjoner innen gastrokirurgi ved UNN Narvik. Dette kan føre til at kirurger ikke får den nødvendige mengdetreningen til å innarbeide nye metoder innen fagfeltet.

Risiko 2 - Risiko for at sykehuset vil ha problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi til å dekke behov.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (svært lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Ny spesialistutdanning innen kirurgi der spesialiteten generell kirurgi vil utgå, vil gjøre det utfordrende for mindre sykehus å rekruttere spesialister innen kirurgi til å dekke sitt behov. Det er trolig at dette på sikt vil bli et problem for UNN Narvik med alvorlig konsekvens. Dette var det høy enighet om i arbeidsgruppa.

Risiko 3 - Risiko for at sykehuset mangler kompetanse og mengdetrening i gastrokirurgi.

Påvirker: Pasientsikkerhet, helseforetak

Sannsynlighet: Stor (svært lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/svært alvorlig (lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Da volumet på gastrooperasjoner per i dag er relativt lavt, vurderes det som sannsynlig at gastrokirurgene ikke får tilstrekkelig kompetanse og mengdetrening, noe som kan gå på bekostning av pasientsikkerheten.

Risiko 4 - Risiko for at lav bemanning fører til for høy arbeidsbelastning hos kirurger som igjen kan påvirke kvaliteten på behandlinger negativt.

Påvirker: Helseforetak, pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (lav uenighet)

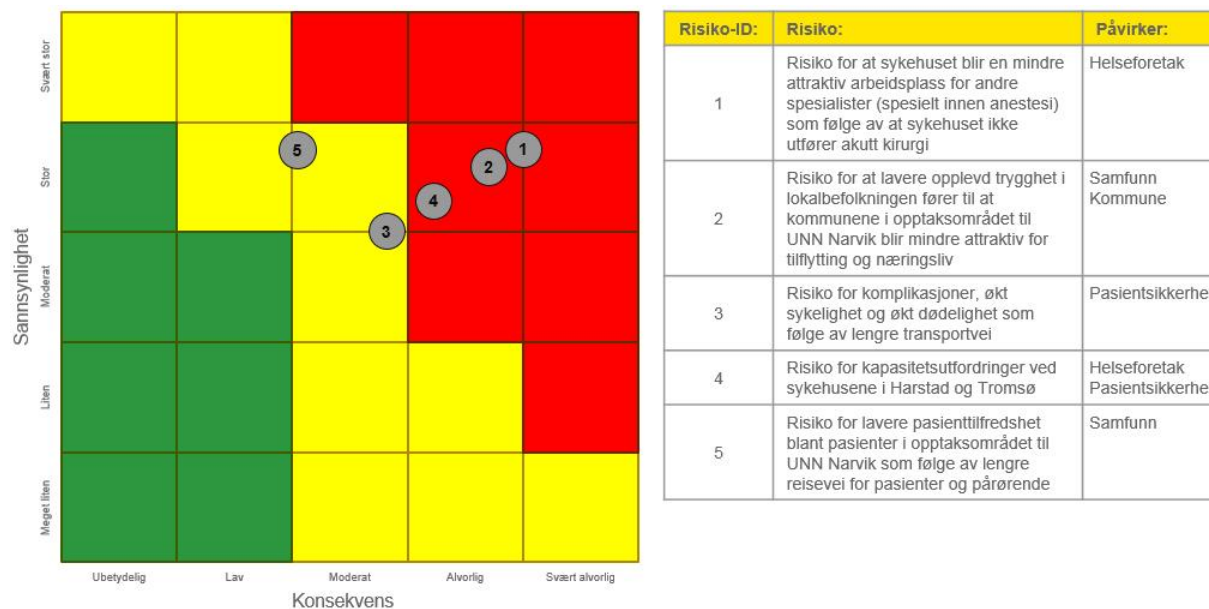
Risiko: Middels/Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Grunnet lav bemanning er det en høy arbeidsbelastning hos kirurger ved UNN Narvik. Bemanningen er spesielt sårbar ved sykdom og annet fravær. Dette kan i ytterste konsekvens påvirke kvaliteten på behandlinger negativt og dermed gå på bekostning av pasientsikkerheten. Selv om sannsynligheten for denne risikoen vurderes som høy av arbeidsgruppen

er den vurdert som den minst kritiske risikoen av de fire identifiserte, fordi konsekvensen er vurdert til å være mellom moderat og alvorlig. Denne risikoen henger sammen med risiko 2.

Risikoer ved ytteralternativ 2

Akuttsykehus med akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Ingen akuttkirurgi.



Risiko 1 - Risiko for at sykehuset blir en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister (spesielt innen anestesi) som følge av at sykehuset ikke utfører akutt kirurgi.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/svært alvorlig

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Når en lege skal velge arbeidsplass er fagmiljø et viktig kriterium. Det vurderes som sannsynlig at et sykehus uten akutt kirurgi vil være mindre attraktiv for andre spesialister, spesielt innen anestesi. Konsekvensen av dette vil være at sykehuset mangler spesialistkompetanse og dermed ikke tilfredsstillende kravene til akuttsykehus. Dette vurderes som alvorlig til svært alvorlig.

Risiko 2 - Risiko for at lavere opplevd trygghet i lokalbefolkningen fører til at kommunene i opptaksområdet til UNN Narvik blir mindre attraktiv for tilflytting og næringsliv.

Påvirker: Samfunn, kommune

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det ble vurdert i arbeidsgruppen at mangel på akutt kirurgi vil

kunne gi en lavere opplevd trygghet og at dette er noe som kan påvirke valget til personer og selskaper som vurderer å lokalisere seg i Narvik og omegn.

Risiko 3 - Risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet som følge av lengre transportvei.

Påvirker: Pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Moderat/høy (middels uenighet)

Konsekvens: Moderat (lav uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: I tilfeller hvor det er behov for akutt kirurgi er det en fare for at den forlengede transportveien vil kunne føre til komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet. Denne risikoen ble vurdert til å ha den laveste risikoene av de identifiserte risikoene relatert til ytteralternativ 2.

Risiko 4 - Risiko for kapasitetsutfordringer ved sykehusene i Harstad og Tromsø.

Påvirker: Helseforetak, pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det er allerede utfordringer relatert til kapasiteten ved sykehusene i Harstad og Tromsø. Det er naturlig å anta at utfordringene vil bli større om pasienter skal henvises fra Narvik ved behov for akutt kirurgi, med mindre kapasiteten økes.

Risiko 5 - Risiko for lavere pasienttilfredshet blant pasienter i opptaksområdet til UNN Narvik som følge av lengre reisevei for pasienter og pårørende.

Påvirker: Samfunn

Sannsynlighet: Stor/svært stor (lav uenighet)

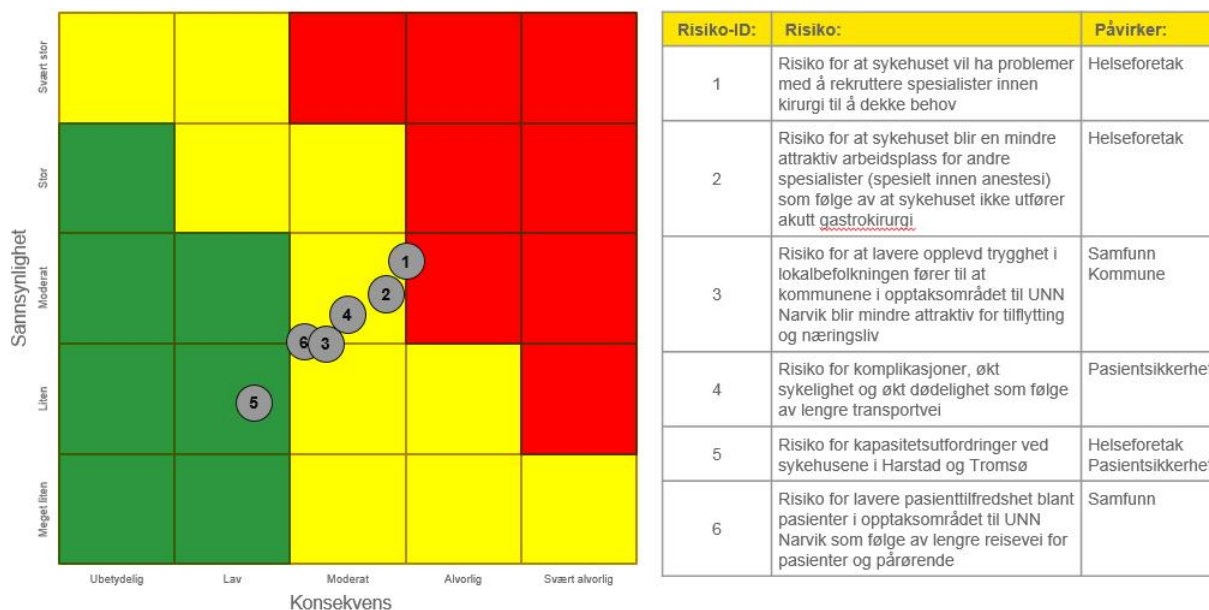
Konsekvens: Lav/moderat (lav uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det spesifiseres at dette ikke er en risiko relatert til pasientsikkerhet, men relatert til at pasienten og deres pårørende vil oppleve situasjonen mindre positivt grunnet lengre reisevei.

Risikoer ved alternativ 3 – Mellomløsning

Fortsatt akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnaktivitet. Dagkirurgi og elektiv gastrokirurgisk virksomhet som før, mens akutte gastropasienter som ikke kan avklares lokalt overføres til annet sykehus i UNN HF. Det gjøres med andre ord ikke ø-hjelps gastro-operasjoner ved UNN Narvik.



Risiko 1 - Risiko for at sykehuset vil ha problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi til å dekke behov.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Moderat/stor (middels uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (middels uenighet)

Risiko: Middels/høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Ny spesialistutdanning innen kirurgi der spesialiteten generell kirurgi vil utgå, vil gjøre det utfordrende for mindre sykehus å rekruttere spesialister innen kirurgi til å dekke sitt behov. Det er trolig at dette på sikt vil bli et problem for UNN Narvik dersom dagens akuttkirurgiske tilbud opprettholdes. Det er vurdert til å være moderat til stor sannsynlighet for at dette fortsatt vil være tilfellet selv om akutt gastrokirurgi opphører.

Risiko 2 - Risiko for at sykehuset blir en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister (spesielt innen anestesi) som følge av at sykehuset ikke utfører akutt gastrokirurgi.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Moderat (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Middels/høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det vurderes av arbeidsgruppen at det er moderat sannsynlighet for at mangel på akutt gastrokirurgi vil gjøre UNN Narvik til en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister, spesielt innen anestesi.

Risiko 3 - Risiko for at lavere opplevd trygghet i lokalbefolkningen fører til at kommunene i opptaksområdet til UNN Narvik blir mindre attraktiv for tilflytting og næringsliv.

Påvirker: Samfunn, kommune

Sannsynlighet: Liten/moderat (middels uenighet)

Konsekvens: Lav/moderat (lav uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det vurderes som mindre sannsynlig at den opplevde tryggheten vil reduseres slik at den påvirker personer og selskapers valg om å lokalisere seg i Narvik, og om den har en påvirkning vil denne være lav til moderat.

Risiko 4 - Risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet som følge av lengre transportvei.

Påvirker: Pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Moderat (middels uenighet)

Konsekvens: Moderat (middels uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: : I tilfeller hvor det er behov for akutt gastrokirurgi vurderer arbeidsgruppen at det er en moderat sannsynlighet for at dette vil utgjøre en risiko for pasientsikkerheten. I tilfeller hvor risikoen intreffer er den forventet til å være moderat.

Risiko 5 - Risiko for kapasitetsutfordringer ved sykehusene i Harstad og Tromsø.

Påvirker: Helseforetak, pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Liten (høy uenighet)

Konsekvens: Lav/moderat (middels uenighet)

Risiko: Lav

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det ble vurdert som lite sannsynlig at pasientene som transporteres fra Narvik til sykehusene i Harstad og Tromsø for akutt gastrokirurgi vil skape kapasitetsutfordringer. Dette da det er et lavt volum av disse tilfellene årlig.

Risiko 6 - Risiko for lavere pasienttilfredshet blant pasienter i opptaksområdet til UNN Narvik som følge av lengre reisevei for pasienter og pårørende.

Påvirker: Samfunn

Sannsynlighet: Liten/moderat (høy uenighet)

Konsekvens: Lav/moderat (lav enighet)

Risiko: Lav/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det spesifiseres at dette ikke er en risiko relatert til pasientsikkerhet, men relatert til at pasienter og deres pårørende vil oppleve situasjonen mindre positivt grunnet lengre reisevei.

Muligheter

- Mulighet til å øke og reindyrke den elektive kirurgien. Den planlagte kirurgien separert fra den akutte kan være mer effektiv.
- Mulighet for at kvaliteten på den akutte større kirurgien økes på grunn av større volum ved andre sykehus
- Mulighet til å utnytte moderne teknologi til å avgjøre hvor pasientene skal sendes

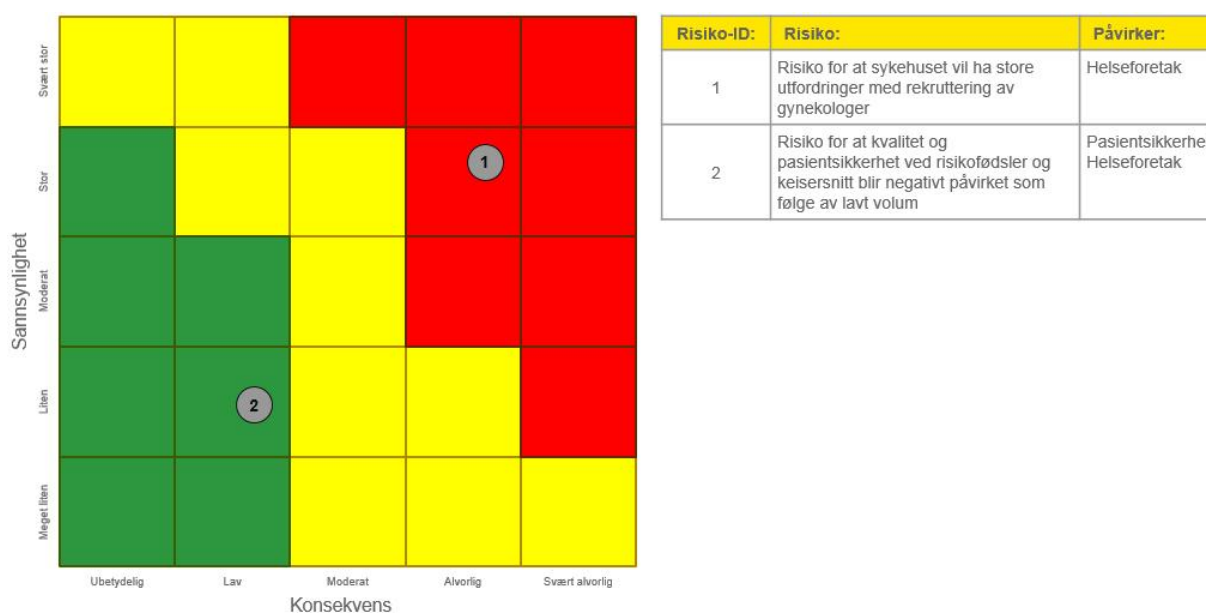
6. Organisering av fødetilbudet

Oppsummering

Analysen viser at den største risikoen forbundet med å opprettholde en fødeavdeling på nivå med dagens, er at sykehuset vil ha store utfordringer med rekruttering av gynekologer. Risikoen for at kvalitet og pasientsikkerhet ved risikofødsler og keisersnitt blir negativt påvirket som følge av lavt volum, er vurdert som lav. Å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue kan føre til at Narvik og omliggende kommuner blir mindre attraktive for tilflytting. Det er også identifisert vesentlig risiko for at sykehuset ikke får rekruttert tilstrekkelig antall jordmødre som ønsker å arbeide i en jordmorstyrt fødestue med tilhørende ansvar, og at få kvinner ønsker å benytte seg av en jordmorstyrt fødestue, som igjen kan føre til at fødestuen blir lagt ned. I tillegg er det risiko for lavere pasienttilfredshet og opplevd trygghet som følge av lengre transportvei ved risikofødsler og keisersnitt, men denne risikoen er vurdert til å være lavere. Det er ikke identifisert noen åpenbare muligheter ved å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue.

Risikoen ved alternativ 1

Fødeavdeling på nivå med dagens, med tilstrekkelig kompetent bemanning



Risiko 1 - Risiko for at sykehuset vil ha store utfordringer med rekruttering av gynekologer.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: UNN Narvik har ved dagens løsning en utfordring med å rekruttere gynekologer og det er vurdert til å være stor sannsynlighet for at denne utfordringer vil

vedvare om man velger å fortsette med dagens løsning. Det var enstemmig i arbeidsgruppen at konsekvensen av denne risikoen er alvorlig.

Risiko 2 - Risiko for at kvalitet og pasientsikkerhet ved risikofødsler og keisersnitt blir negativt påvirket som følge av lavt volum.

Påvirker: Pasientsikkerhet, helseforetak

Sannsynlighet: Liten (høy uenighet)

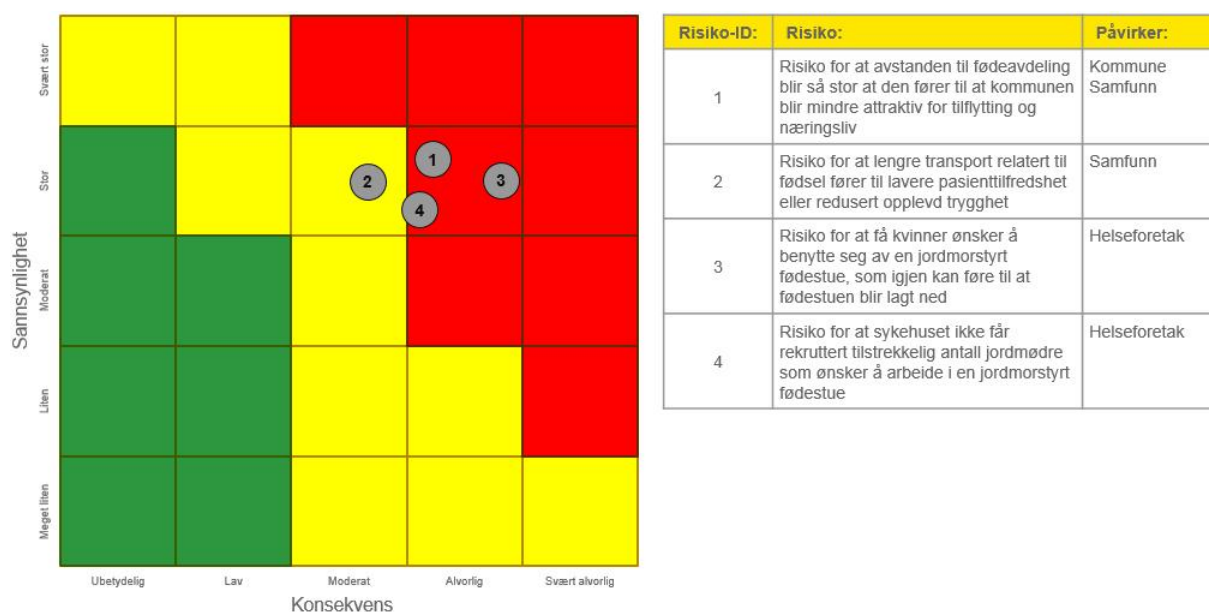
Konsekvens: Lav (høy uenighet)

Risiko: Lav

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det ble vurdert av arbeidsgruppen som lite sannsynlig at kvaliteten og pasientsikkerheten blir negativt påvirket av et lavt volum på risikofødsler og keisersnitt. Det var stor spredning i de forskjellige deltakeres vurdering av både sannsynlighet og konsekvens.

Risikoer ved alternativ 2

Jordmorstyrt fødestue



Risiko 1 - Risiko for at avstanden til fødeavdeling blir så stor at den fører til at kommunen blir mindre attraktiv for tilflytting og næringsliv.

Påvirker: Kommune, samfunn

Sannsynlighet: Stor (høy uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (lav uenighet)

Risiko: Høy/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det ble trukket frem at det er svært viktig for noen å ha nærhet til et sykehus med et godt fødetilbud når man velger boplass. Det var uenigheter om hvorvidt en slik risiko vil inntreffe, men enighet om at det vil ha alvorlige konsekvenser for kommunen og lokalsamfunnet hvis den inntreffer.

Risiko 2 - Risiko for at lengre transport relatert til fødsel fører til lavere pasienttilfredshet eller redusert opplevd trygghet.

Påvirker: Samfunn

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat (høy uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Ved risikofødsler basert på seleksjonskriterier, keisersnitt og komplikasjoner vil pasienten måtte transporteres til Tromsø eller Harstad. Dette vurderes til å medføre en middels risiko for lavere pasienttilfredshet og opplevd trygghet.

Risiko 3 - Risiko for at få kvinner ønsker å benytte seg av en jordmorstyrt fødestue, som igjen kan føre til at fødestuen blir lagt ned.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (middels uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/svært alvorlig (middels uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det er vurdert at det er stor sannsynlighet for at en jordmorstyrt fødestue vil være et mindre attraktivt valg når en skal føde og at det derfor er en risiko for at få vil velge å benytte seg av fødestuen. Dette kan føre til at fødestuen i neste omgang blir lagt ned. Konsekvensen av dette vurderes til å være alvorlig til svært alvorlig.

Risiko 4 - Risiko for at sykehuset ikke får rekruttert tilstrekkelig antall jordmødre som ønsker å arbeide i en jordmorstyrt fødestue.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor/moderat (middels uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/moderat (middels uenighet)

Risiko: Høy/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Ved aktuelt alternativ vil det være behov for flere jordmødre ved sykehuset enn det er i dag, og disse vil få et større ansvar. Det vurderes som en høy til middels risiko at sykehuset ikke klarer å rekruttere disse, og at ikke alle jordmødre som i dag jobber på sykehuset, ønsker å ta det ansvaret som de får i en jordmorstyrt fødestue. En jordmorstyrt fødestue innebærer en helt annen måte å jobbe på for jordmødre med et større beslutningsbehov.

Muligheter

Det har ikke blitt identifisert noen åpenbare muligheter ved å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue.

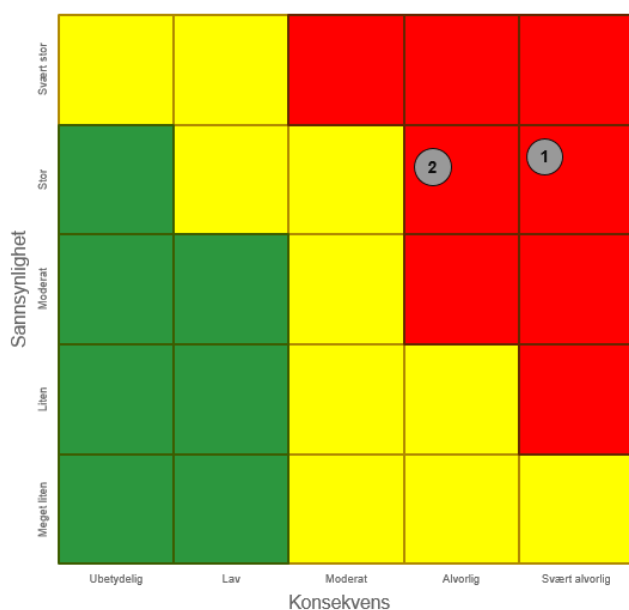
7. Elektiv kirurgisk virksomhet

Oppsummering

Analysen viser at det er høy risiko for at sykehuset vil få problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi dersom man fjerner akuttkirurgi og ikke øker elektiv kirurgisk virksomhet. I tillegg er det høy risiko for uutnyttet operasjonskapasitet. Dersom mye elektiv kirurgi overføres til Narvik, medfører det risiko for at sykehusene i Tromsø og Harstad ikke har nok enkle kirurgiske inngrep til å utdanne LiS. Det er også risiko for at pasienter som bor i nærheten av sykehuset i Tromsø vil benytte seg av fritt sykehusvalg dersom de blir henvist til Narvik, noe som vil medføre økte kostnader for helseforetaket. Det er ikke identifisert risikoer som påvirker pasientsikkerheten ved alternativene for elektiv kirurgisk virksomhet. Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF skaper muligheter for å øke og rendyrke den elektive kirurgien i Narvik. Dette kan føre til mer effektive elektive kirurgiske pasientforløp, og sykehuset i Narvik kan bli et kompetansesenter innen elektiv kirurgi. Dette vil kunne bidra til at det blir enklere å rekruttere kirurger til sykehuset i Narvik, og det gir muligheter for å øke forskning og skreddersy LiS-løp for leger i hele UNN HF.

Risikoer ved alternativ 1

Elektiv kirurgisk virksomhet på nivå med dagens



| Risiko-ID: | Risiko: | Påvirker: |
|------------|--|--------------|
| 1 | Risiko 1 - Risiko for at sykehuset vil ha problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi dersom man fjerner akutt kirurgi og ikke øker elektiv virksomhet | Helseforetak |
| 2 | Risiko 2 - Risiko for uutnyttet operasjonskapasitet | Helseforetak |

Risiko 1 - Risiko for at sykehuset vil ha problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi dersom man fjerner akutt kirurgi og ikke øker elektiv virksomhet.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor/svært stor (svært lav uenighet)

Konsekvens: Svært alvorlig/alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Spesialister ønsker å praktisere og det antas at sykehuset vil være et mindre attraktivt valg for spesialister dersom akutt kirurgi avvikles uten å øke volumet på elektiv kirurgi. Dette vurderes til å være en høy risiko.

Risiko 2 - Risiko for utnyttet operasjonskapasitet

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (svært lav uenighet)

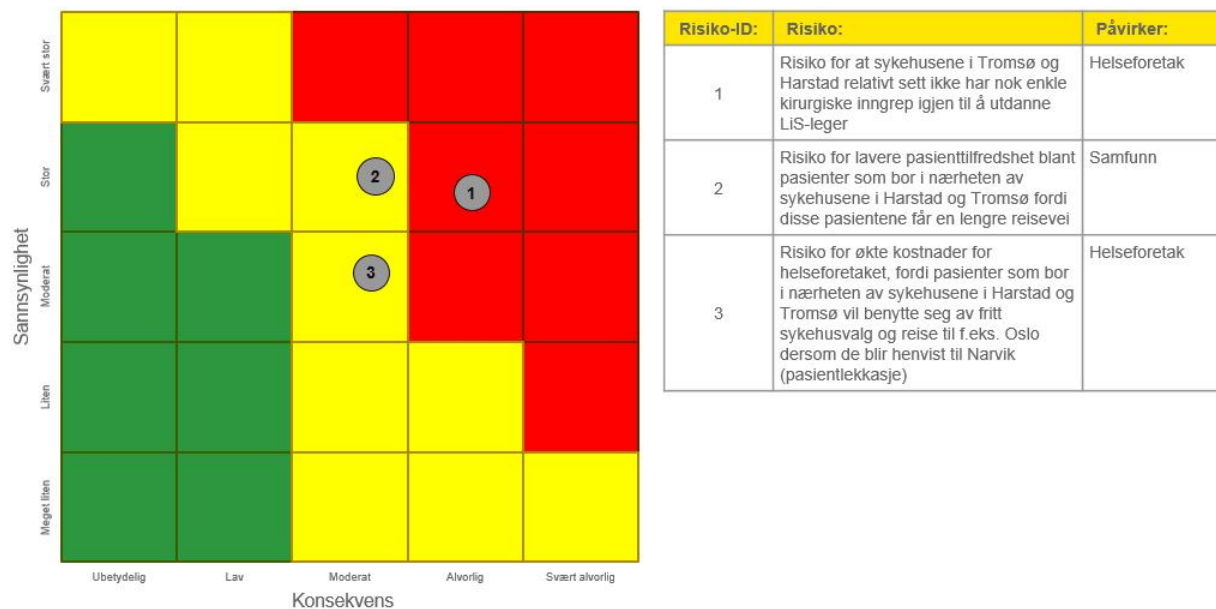
Konsekvens: Alvorlig (middels uenighet)

Risiko: Høy/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Sykehuset har kirurger, operasjonsteam og operasjonsstuer som med stor sannsynlighet vil ha utnyttet ledig kapasitet dersom akutt kirurgi avvikles uten å øke volumet på elektiv kirurgi.

Risikoer ved alternativ 2

Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF



Risiko 1 - Risiko for at sykehusene i Tromsø og Harstad relativt sett ikke har nok enkle kirurgiske inngrep igjen til å utdanne LiS-leger.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (høy uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (høy uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Enkle kirurgiske inngrep er et viktig element i utdanning av LiS innen kirurgi. Dersom mye elektiv kirurgi overføres til Narvik, medfører det risiko for at sykehusene i Tromsø og Harstad ikke har nok enkle kirurgiske inngrep til å utdanne LiS innen kirurgi.

Risiko 2 - Risiko for lavere pasienttilfredshet blant pasienter som bor i nærheten av sykehusene i Harstad og Tromsø fordi disse pasientene får en lengre reisevei.

Påvirker: Samfunn

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (middels uenighet)

Risiko: Middels/høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Hvis elektiv virksomhet flyttes fra sykehusene i Harstad og Tromsø til sykehuset i Narvik vil dette bety at innbyggere i Harstad, Tromsø og området rundt vil måtte reise lengre for å opereres og for å besøke pårørende. Dette er ikke en risiko relatert til pasientsikkerhet, men til pasienters og pårørendes opplevelse av behandlingen.

Risiko 3 - Risiko for økte kostnader for helseforetaket, fordi pasienter som bor i nærheten av sykehusene i Harstad og Tromsø vil benytte seg av fritt sykehusvalg og reise til f.eks. Oslo dersom de blir henvist til Narvik (pasientlekkasje).

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Moderat (høy uenighet)

Konsekvens: Moderat (lav uenighet)

Risiko: Middels

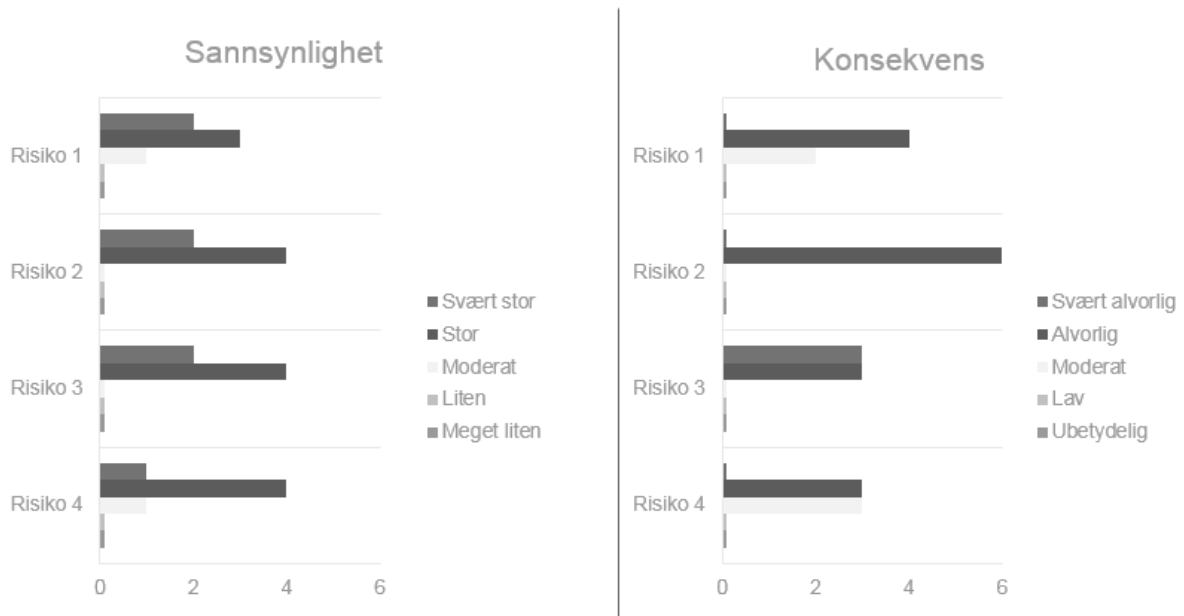
Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Hvis elektiv virksomhet flyttes fra sykehusene i Harstad og Tromsø til sykehuset i Narvik vil dette bety at innbyggere i Harstad, Tromsø og området rundt vil måtte reise lengre for å opereres. Det er en risiko for at disse pasientene i så fall vil benytte seg av fritt sykehusvalg og reise til f.eks. Oslo, noe som medfører økte kostnader for helseforetaket. Risikoen antas å være større for pasienter som bor i Tromsø enn for pasienter som bor i Harstad.

Muligheter

- Mulighet til å ytterligere øke og rendyrke den elektive kirurgien. Den planlagte kirurgien separert fra den akutte kan være mer effektiv.
- Mulighet for at rekruttering kan bli enklere
- Mulighet til å styrke sykehusets status ved å bli et kompetansesenter
- Mulighet til å øke forskning i takt med økt pasientvolum
- Mulighet for å skreddersy LIS-løp for leger i hele UNN HF

8. Vedlegg – Stemmeresultater

Sak 1 - Alternativ 1

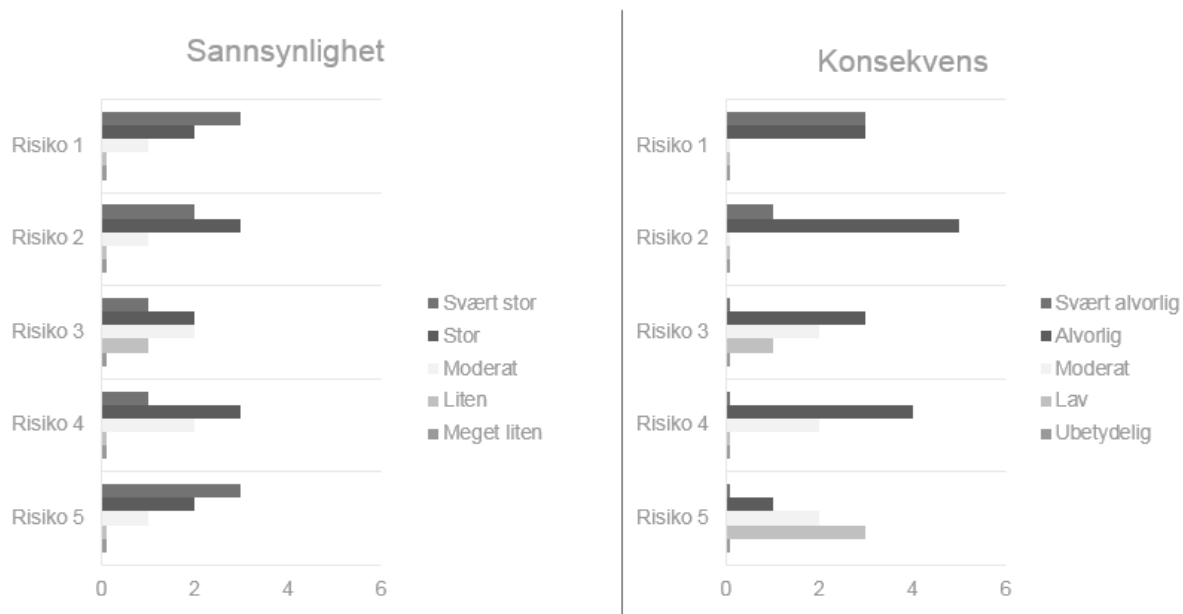


| Risiko | Sannsynlighet | | | | | | | Konsekvens | | | | | | | Risiko (S*K) |
|--------|---------------|---|---|---|---|-------|----------|------------|---|---|---|---|-------|----------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 4,17 | 0,69 | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 3,67 | 0,47 | 15,28 |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 | 4,33 | 0,47 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 4,00 | 0,00 | 17,33 |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 | 4,33 | 0,47 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 4,50 | 0,50 | 19,50 |
| 4 | 0 | 0 | 1 | 4 | 1 | 4,00 | 0,58 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3,50 | 0,50 | 14,00 |

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 1 - Alternativ 2

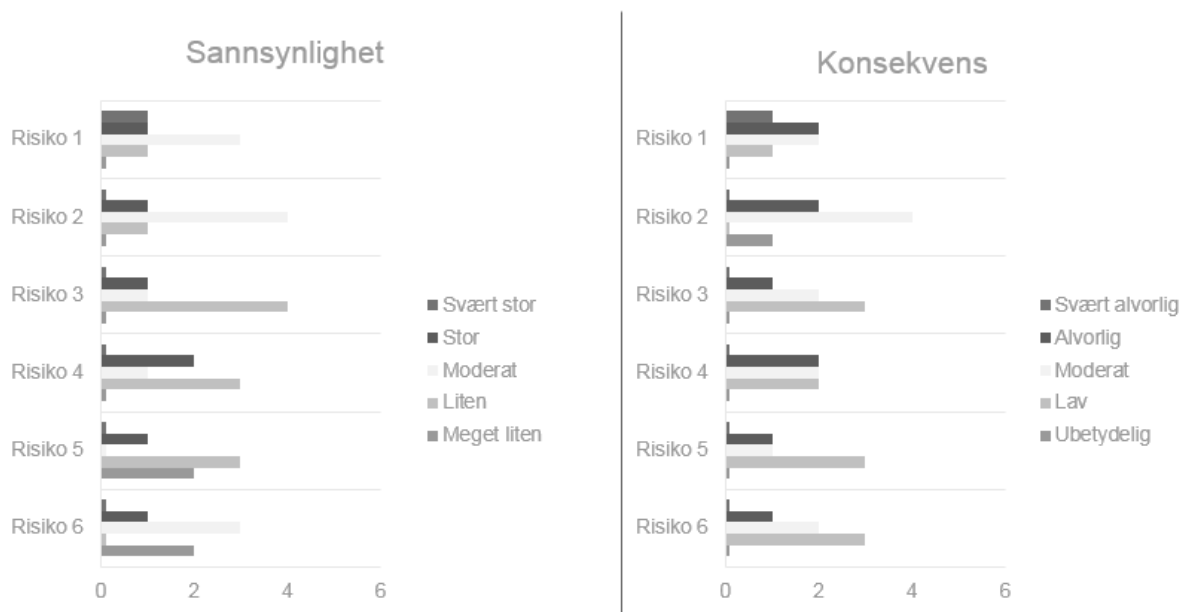


| Risiko | Sannsynlighet | | | | | | | | Konsekvens | | | | | | | | Risiko (S*K) |
|--------|---------------|---|---|---|---|-------|----------|---|------------|---|---|---|-------|----------|-------|--|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | | | |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4,33 | 0,75 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 4,50 | 0,50 | 19,50 | | |
| 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 4,17 | 0,69 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1 | 4,17 | 0,37 | 17,36 | | |
| 3 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3,50 | 0,96 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 3,33 | 0,75 | 11,67 | | |
| 4 | 0 | 0 | 2 | 3 | 1 | 3,83 | 0,69 | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 3,67 | 0,47 | 14,06 | | |
| 5 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4,33 | 0,75 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 2,67 | 0,75 | 11,56 | | |

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 1 - Alternativ 3

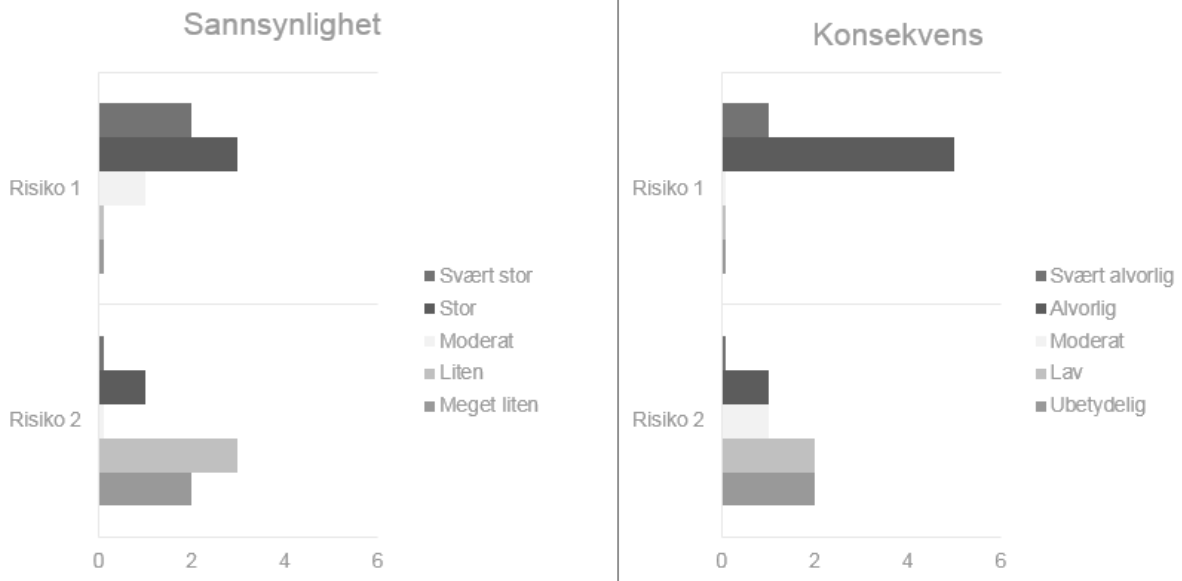


| Risiko | Sannsynlighet | | | | | | | | Konsekvens | | | | | | | | Risiko (S*K) |
|--------|---------------|---|---|---|---|-------|----------|---|------------|---|---|---|-------|----------|-------|--|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | | | |
| 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3,33 | 0,94 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3,50 | 0,96 | 11,67 | | |
| 2 | 0 | 1 | 4 | 1 | 0 | 3,00 | 0,58 | 0 | 0 | 4 | 2 | 0 | 3,33 | 0,47 | 10,00 | | |
| 3 | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 | 2,50 | 0,76 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 2,67 | 0,75 | 6,67 | | |
| 4 | 0 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2,83 | 0,90 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 3,00 | 0,82 | 8,50 | | |
| 5 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2,00 | 1,00 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 2,33 | 0,94 | 4,67 | | |
| 6 | 2 | 0 | 3 | 1 | 0 | 2,50 | 1,12 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 2,67 | 0,75 | 6,67 | | |

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 2 - Alternativ 1

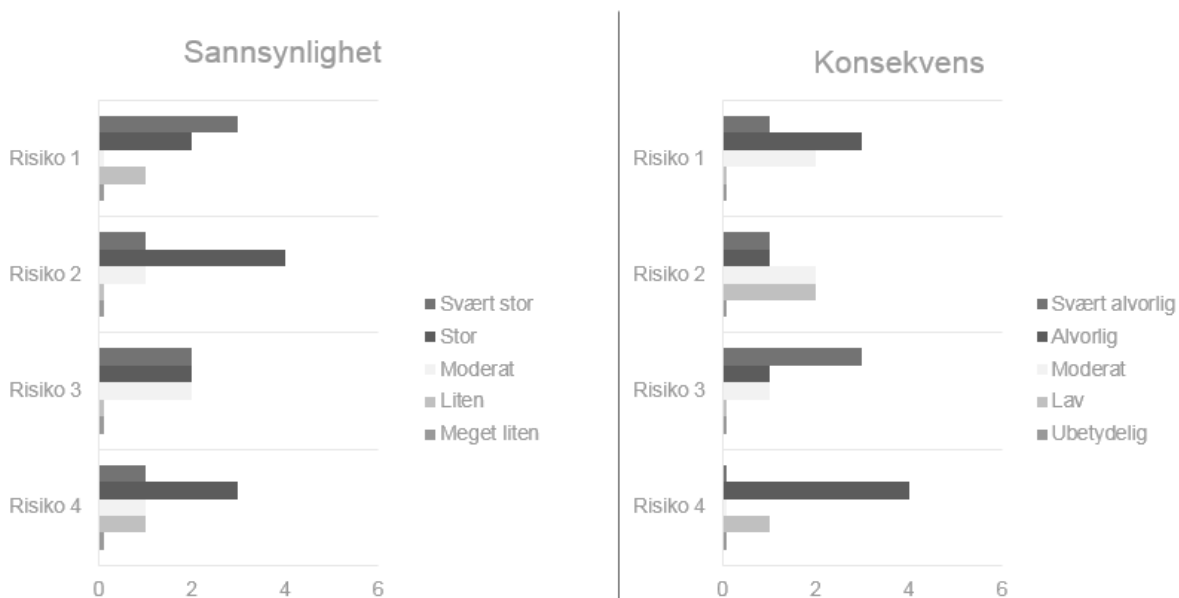


| Risiko | Sannsynlighet | | | | | | | | Konsekvens | | | | | | | | Risiko (S*K) |
|--------|---------------|---|---|---|---|-------|----------|---|------------|---|---|---|-------|----------|-------|--|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | | | |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 4,17 | 0,69 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1 | 4,17 | 0,37 | 17,36 | | |
| 2 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2,00 | 1,00 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2,17 | 1,07 | 4,33 | | |

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 2 - Alternativ 2

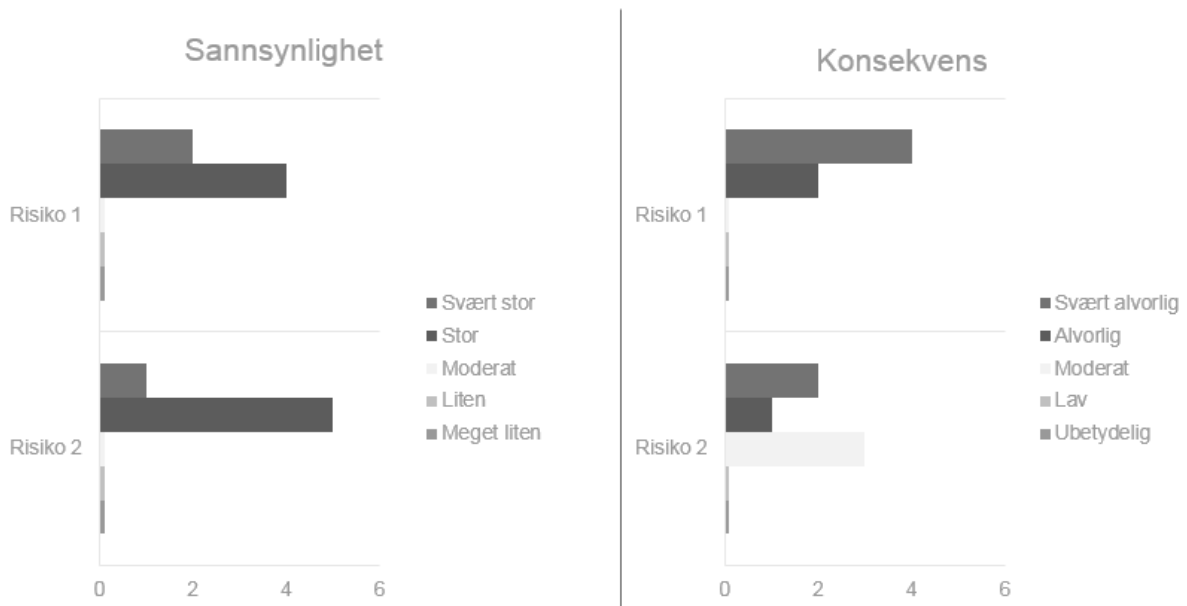


| Risiko | Sannsynlighet | | | | | | | Konsekvens | | | | | | | Risiko (S*K) |
|--------|---------------|---|---|---|---|-------|----------|------------|---|---|---|---|-------|----------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | |
| 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 4,17 | 1,07 | 0 | 0 | 2 | 3 | 1 | 3,83 | 0,69 | 15,97 |
| 2 | 0 | 0 | 1 | 4 | 1 | 4,00 | 0,58 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3,17 | 1,07 | 12,67 |
| 3 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4,00 | 0,82 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 4,40 | 0,80 | 17,60 |
| 4 | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3,67 | 0,94 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 3,60 | 0,80 | 13,20 |

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 3 - Alternativ 1

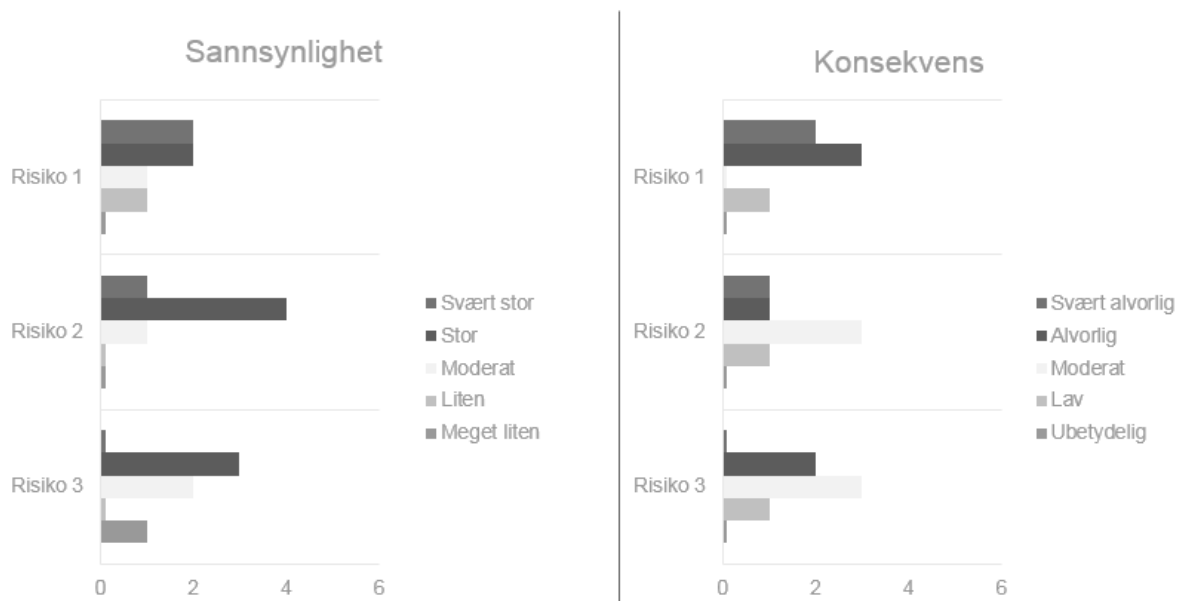


| Risiko | Sannsynlighet | | | | | | | Konsekvens | | | | | | | Risiko (S*K) |
|--------|---------------|---|---|---|---|-------|----------|------------|---|---|---|---|-------|----------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 | 4,33 | 0,47 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 4,67 | 0,47 | 20,22 |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1 | 4,17 | 0,37 | 0 | 0 | 3 | 1 | 2 | 3,83 | 0,90 | 15,97 |

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 3 - Alternativ 2



| Risiko | Sannsynlighet | | | | | | | | Konsekvens | | | | | | | | Risiko (S*K) |
|--------|---------------|---|---|---|---|-------|----------|---|------------|---|---|---|-------|----------|-------|--|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Snitt | σ | | | |
| 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3,83 | 1,07 | 0 | 1 | 0 | 3 | 2 | 4,00 | 1,00 | 15,33 | | |
| 2 | 0 | 0 | 1 | 4 | 1 | 4,00 | 0,58 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3,33 | 0,94 | 13,33 | | |
| 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 0 | 3,17 | 1,07 | 0 | 1 | 3 | 2 | 0 | 3,17 | 0,69 | 10,03 | | |

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|----------------|--|----------------------------|
| 30/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.3.2017 |
| Saksansvarlig: | Gøril Bertheussen | Saksbehandler: Leif Hovden |

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. Status i planlegging av styreseminar juni 2017

Muntlige orienteringer

2. Felles styreseminar med Helsefak 4.5.2017
3. Varsel om alvorlige hendelser – *unntatt fra offentlighet offl. § 13 jf. hpl. § 21 jf. 23.*

Tromsø, 17.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



ORIENTERINGSSAK

Sak: Status for planlegging av styreseminaret i juni 2017
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Erling Espeland, Eivind Mikalsen, Jan Eivind Pettersen og Tove Skjelvik
Møtedato: 28.-29.3.2017

Bakgrunn

Under *Styrets time* i styreseminaret 15.11.2017 ble det besluttet å opprette ei arbeidsgruppe til planlegging av styreseminaret i juni 2017. Bakgrunnen var etterfølgende vedtak i styresak 61/2016 *Kontinuerlig forbedring – Tentativ gjennomføringsplan*:

1. *Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar saken til foreløpig orientering, og støtter hovedinnretningen i gjennomføringsplanen.*
2. *Styret ber om å få saken framlagt til endelig vedtak i neste styremøte. Styret ber i denne sammenhengen om en risikovurdering av gjennomføringsplanen og en vurdering av eventuelle konsekvenser for styrets arbeid.*

Av ulike årsaker ble ikke ny sak forelagt styret høsten 2016, men direktøren har holdt styret løpende orientert om framdriften, risikovurderinger og mulige konsekvenser arbeidet har for styrets virke og ansvarsområde. Arbeidet er langsiktig og med en tidshorison på minimum 10 år. I den første saken ble det redegjort for hva innføringen av et slikt system innebærer for UNN, og det ble lagt fram en tentativ gjennomføringsplan i åtte punkter.

Som kjent ble saken fulgt opp av ny styresak 5/2017 *Kontinuerlig forbedring – Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid* 8.2.2017. Følgende vedtak ble fattet:

1. *Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtaket i sak 61/2016 Kontinuerlig forbedring – tentativ gjennomføringsplan for UNN, og godkjenner nå innretningen på satsingen slik den er beskrevet i den foreliggende saken.*
2. *Styret viser til den nye forskriften Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og slår fast at satsingen som beskrives i denne saken er UNNs hovedtiltak for implementering av kravene i forskriften.*
3. *Styret godkjenner gjennomføringsplanen med tilhørende risikoreduserende tiltak samt de foreslåtte grunnleggende prinsippene for satsingen slik disse er foreslått i saken.*
4. *Styret viser til at det har nedsatt et underutvalg som utreder styrets egen rolle i satsingen, og kommer på eget initiativ tilbake til dette i et senere møte.*



5. *Styret ber om at direktøren i samme møte legger frem en milepelsplan for gjennomføringen og en plan for evaluering av satsingen.*
6. *Styret erkjenner at dette er en langsiktig satsing som krever tålmodighet og tydelig kurs over mange år. Direktøren gis fullmakt til å gjøre mindre nødvendige justeringer i arbeidet underveis.*

Saksfremstilling

I eget vedlegg fremkommer mandatet arbeidsgruppen har jobbet frem samt planer og forslag til innretning på styreseminaret, der siktemålet er å avklare styrets direkte og indirekte rolle i det kontinuerlige forbedringsarbeidet.

Vedlegg:

1. Mandat for styrets arbeidsutvalg for *Kontinuerlig forbedring* i UNN
2. Agenda for styreseminaret juni 2017

**Mandat for
arbeidsutvalg styret UNN –
kontinuerlig forbedring**

ENDRINGSLOGG

| Versjon | Dato | Endring | Utført av | Godkjent |
|---------|----------|----------------|-----------------|----------|
| 0.1 | 22.01.17 | Første versjon | Arbeidsutvalget | |
| 0.2 | 25.01.17 | Andre versjon | Arbeidsutvalget | |
| | | | | |
| | | | | |

DISTRIBUSJONSLOGG

| Versjon | Dato | Mottaker |
|---------|----------|-------------------|
| 0.2 | 26.01.17 | Hege Andersen UNN |
| | | |
| | | |
| | | |

1. Bakgrunn

I styreseminar 15.november 2016 ble styret enig om at styreseminaret 21.juni 2017 skal handle om styrets rolle i arbeidet med kontinuerlig forbedring i UNN. Et arbeidsutvalg med 4 styremedlemmer har ansvar for å forberede seminaret. Arbeidsutvalget ledes av nestleder i styret.

Det langsiktige målet er en kultur der kontinuerlig forbedring står i sentrum og alle ansatte tenker forbedring i sin hverdag. Den japanske forbedringsfilosofien Lean er metodikken som skal brukes i hele organisasjonen inkl. styre. Lean begrepet erstattes med kontinuerlig forbedring i UNN.

Arbeidsutvalget har gjennomført et møte for å foreslå et mandat for arbeidet. Deler av arbeidsutvalget har også gjennomført møter med UNN-ledelsen for å få innspill til arbeidet.

2. Problemstilling

2.1 Nåværende situasjon

For å møte utfordringene knyttet til forventet utvikling i befolkning/behovet for helsetjenester, teknologi og ressurstilgang må UNN flytte oppmerksomheten fra utenforliggende begrensninger til fokus på eget forbedringspotensial. Det har vært gjennomført strukturelle og organisatoriske endringer for forbedring, og fokus må nå rettes mot å redusere feil, øke kvalitet og prioritere aktivitet med dokumentert helsegevinst dvs kontinuerlig forbedring.

Ledelsen i UNN jobber ut fra dette med en satsing for å utvikle gjennomgående system og kultur for ledelse av kontinuerlig forbedring. Satsingen er ikke et prosjekt, men et langsiktig utviklingsarbeid som forutsetter en kulturendring i hele organisasjonen inkludert styret.

Styrets rolle i kontinuerlig forbedring er ikke definert. Styret har i varierende grad kjennskap til metodene i kontinuerlig forbedringsarbeid. Det er ikke avklart om og hvordan systemet kan bidra til forbedringer i styrets egne prosesser.

2.2 Ønsket fremtidig situasjon

De grunnleggende prinsippene for kontinuerlig forbedring i UNN er forankret i styret. Styret har en felles forståelse av kontinuerlig forbedringsarbeid og tilhørende metodikker.

Alle styremedlemmene har en lik grunnleggende kompetanse om virksomheten og forståelse av hva som er styrets kritiske prosesser og mulighetsrommet.

Styret benytter kontinuerlig forbedringsarbeid for å forbedre egne prosesser. Dette kan bety mindre og mer oversiktlige dokumentmengde (mindre kontroll og rapportering), mer fokus på kritiske prosesser og viktige beslutninger, samstemt rekkefølge i styresaker og bedre sikring av oppfølging tidligere vedtak.

3. Styringsmessige eller faglige føringer

Styret har i behandling av styresak 61/2016 gitt sin støtte til hovedinnretningen av gjennomføringsplan for kontinuerlig forbedring i UNN. .

I styremøte 8.februar er det planlagt å forankre satsingen i styret med grunnleggende prinsipper og gjennomføringsplan.

I den pågående prosessen i UNN skal de store arbeidsprosessene gjennomgås for forbedring. Hege Andersen i UNN er ansvarlig for denne prosessen, og vil løpende gi relevante innspill til arbeidsutvalgets arbeid.

4. Mål

Styret har definert sin rolle og arbeidsmetodikk i kontinuerlig forbedringsarbeid, og benytter dette i sitt arbeid. Siste halvdel 2017 endres arbeidsprosessene i styret i hht kontinuerlig forbedringsarbeid.

5. Leveranser

1. Arbeidsutvalget skal forberede styreseminar om kontinuerlig forbedringsarbeid i juni.

Styreseminaret skal legges opp slik at styret etter seminaret har en felles forståelse av:
-hvorfor UNN satser på kontinuerlig forbedringsarbeid som metode

- styrets rolle i kontinuerlig forbedringsarbeid
- mulighetene til forbedring av styrearbeidet med bruk av metodikker i kontinuerlig forbedringsarbeid
- forstå de kritiske suksessfaktorer i et vellykket kontinuerlig forbedring-innføring (Lean-innføring):

1. Identifiser og forstå kundeverdi
2. Forstå hva du begir deg ut på
3. Forstå den nye lederrollen
4. Involver og ansvarliggjør ansatte i utviklingsarbeidet og kontinuerlig forbedring
5. Kommuniser og informer
6. Beslutninger basert på fakta og datamateriale
7. Mål og dokumenter resultater
8. Fokus på å få til verdiskapende flyt og å redusere sløsing og variasjon

-en plan for å innføre kontinuerlig forbedringsarbeid i styret – arbeidsprosess under seminaret. Fokus på kritiske prosesser, KPI'er og kritiske suksessfaktorer for innføring.

6. Tidsplan og organisering av arbeidet

Arbeidet gjennomføres av et arbeidsutvalg nedsatt av styret. Deltakere i arbeidsutvalget er Erling Espeland (leder av utvalget), Eivind Mikalsen, Jan Eivind Pettersen og Tove Skjelvik.

Arbeidet gjennomføres i størst mulig grad vha av Skype/telefonmøter. I forbindelse med styremøtene vil arbeidsutvalget rapportere til styret.

Arbeidet ferdigstilles til styreseminaret i 21.juni.

Styreseminar

| Tid | Start | Slutt |
|-------|------------|------------|
| Dato: | 20.06.2017 | 20.06.2017 |
| Tid: | 08:45 | 18:15 |

| | |
|------------------|------------------------|
| Emne | Styreseminar |
| Sted | Narvik |
| Antall deltakere | Styret + 3 "coacher |



| Start | Slutt | Tid | Agendapunkt | Kommentar | Output | Ansvar | Forberedelse |
|-------|-------|-------|-----------------------------------|--|---|--|--|
| 08:45 | 09:00 | 00:15 | Innledning | Kort oppstart med agenda - eventuelt info fra SG-møte | Felles oppfatning av formålet med og disponering av dagen | Erling og Jorhill | |
| 09:00 | 10:45 | 01:45 | Quality Improvement - | Innføring i arbeidet med å utvikle en forbedringsorientert organisasjon - spesielt vekt på styrets rolle Korte pauser ved behov | Felles forståelse av prosessen i London NHS - og styrets rolle og betydningen av denne | Amar Shah- Amar Shah - psykiater og kvalitetssjef, East London NHS Fondation Trust | Møte med Amar Shah (TSK og HA +?) |
| 10:45 | 11:00 | 00:15 | Pause | | | | |
| 11:00 | 12:00 | 01:00 | Kontinuerlig forbedring i UNN | UNNs tilnærming til kontinuerlig forbedring - endringer og muligheter for styret - | Innsikt i UNNs pågående prosess og forventninger til styret | Hege Andersen | |
| 12:00 | 12:45 | 00:45 | Lunsj | | | | |
| 12:45 | 13:45 | 01:00 | Kontinuerlig forbedring i UNN | UNNs tilnærming til kontinuerlig forbedring - endringer og muligheter for styret - | Innsikt i UNNs pågående prosess og forventninger til styret | Hege Andersen | |
| 13:45 | 14:00 | 00:15 | Pause | | | | |
| 14:00 | 16:30 | 02:30 | Gruppearbeid | 3 gruppearbeid | Prioritere forbedringsområder | AU/H.Andersen | AU lager gruppeoppgaver i samarbeid med H Andersen |
| 16:30 | 16:45 | 00:15 | Pause | | | | |
| 16:45 | 18:15 | 01:30 | Drøfting og oppsummering i plenum | | Styrets rolle i kontinuerlig forbedringsarbeid UNN Plan for videre oppfølging - tiltak | Erling | |
| 20:00 | | | Middag | | | | |



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|----------------|--|----------------------------|
| 31/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.03.2017 |
| Saksansvarlig: | Gøril Bertheussen | Saksbehandler: Leif Hovden |

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 17.1.2017
2. Svar på oppfølgingsbrev fra UNN om Sivilombudsmannens rapport, datert 31.1.2017
3. Protokoll fra Helse Nord HF, datert 1.2.2017
4. Referat fra møte i Overordnet Samarbeidsorgan, datert 23.2.2017
5. Referat fra Kvalitetsutvalgets møte, datert 28.2.2017
6. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 13.3.2017
7. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 14.3.2017
8. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 14.3.2017

Tromsø, 22.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Referat

Møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 17.1.2017 10.00 – 12.00**Sted:** Administrasjonens møterom D1.707

| | | |
|-----------------|--|---|
| Tilstede | Administrerende direktør Kvalitets- og utviklingssjef Leder Brukerutvalget UNN Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Kvalitetsleder klinisk patologi Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Smittevernoverlege Foretakshovedverneombud Avdelingssykepleier HJLK | Tor Ingebrigtsen Einar Bugge Cathrin Carlyle Tonje Drecker Elin Gullhav Lena Oprand Heggelund Magnus P. Hald Torni Myrbakk Einar Rebni Hege B. Jenssen (<i>vara</i>) |
| Forfall | Avd.leder Medisinsk avdeling UNN Narvik Avd.overlege avd. for Gastroenterologisk kirurgi Seksjonsleder Ortopedisk avd. | Ove Laupstad Rolv-Ole Lindsetmo May-Liss Johansen |
| Øvrige | Avdelingsoverlege Barneavdelingen Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen | Per Ivar Kaaresen Grete Steinry Åsvang Mette Fredheim |
| Referent | Konsulent Kvalitetsavdelingen | Heidi Robertsen |
| Saksnr. | Sakstittel | Ansvar/ frist |
| 01/17 | Godkjenning av referat fra KU-møtet 21.12.2016 | |
| | Referatet var tidligere elektronisk godkjent, og ble godkjent med de endringer som fremkom i møtet. | |
| | Oppfølging/konklusjon Kommentar til sak 46/16: Direktøren har satt revisjonen vedrørende drift/bemannings situasjon ved Fødeavdelingen Narvik på vent, etter rådføring med prosjektleder og styreleder. Avklaring om revisjonen skal gjennomføres og eventuelt når behandles i KU-møtet i april 2017. | KA/ |

| | | |
|--------------|--|---|
| | | 18.4.2017 |
| 02/17 | Orienteringssak: Forskjeller i behandling av nyfødte | |
| | <p>Avdelingsleder Per Ivar Kaaresen ved Barneavdelingen UNN presenterte data fra Helseatlas for nyfødttmedisin og avdelingens påstartede oppfølging av data fra registrene. Områder avdelingen ser nærmere på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liggetid • Respiratorbehandling • Antibiotikabruk | |
| | <p>Oppfølging/konklusjon Kvalitetsutvalget berømmer det gode arbeidet avdelingen gjør med å bruke kvalitetsdata til å se på egen praksis og vurdere forbedringsarbeider.</p> | |
| 03/17 | Beslutningssak: Læringsnotater fra Meldeordningen | |
| | <p>Avdelingsleder Grete Steinry Åsvang og Pasientsikkerhetskoordinator Mette Fredheim inviterte Kvalitetsutvalget til å diskutere hvordan Kvalitetsavdelingen kunne få informasjonen fra de ulike læringsnotater ut i organisasjonen.</p> <p>Følgende læringsnotater ble brukt som eksempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Feil pasient ble behandlet IS-2537 ✓ Overfylt urinblære – en utfordring i sykehus ✓ PR40983 – Overfylt urinblære – observasjoner og tiltak i peroperativ fase | |
| | <p>Oppfølging/konklusjon Kvalitetsutvalget diskuterte hvordan en kan få til at læringsnotatene blir brukt i forbedringsarbeid i UNN.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Diskusjonen ble oppsummert i to hovedforslag:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Det må gjøres ei risikovurdering på hvor i organisasjonen de enkelte læringsnotater vil være gjeldende. ○ Etablerte strukturer som tavlemøter, KVAM-struktur, Kvalitetsutvalg og klinikknivå må brukes til å spre læringsnotatene ut i klinikker og avdelinger. <p>Kvalitetsavdelingen systematiserer innspillene fra dagens møte til mars- eller april møtet.</p> <p>KA kommer med forslag til hvilke gamle læringsnotater som skal følges opp.</p> <p>Prosedyre vedrørende postoperativ tømning av urinblære er ikke tilstrekkelig implementert i UNN, og medfører et stort antall meldte</p> | <p>KA/KU- møte 23.8.2017, alternativt 18.4.2017</p> |

| | | |
|----------------|--|---|
| | <p>§ 3 – 3 hendelser.</p> <p>Direktøren beslutter: Sak om ikke implementert prosedyre PR40983 <i>Overfylt urinblære – observasjon og tiltak i peroperativ fase</i> - tas opp i ledergruppens tavlemøte uke 4.</p> | Direktørens ledergruppe Uke 4/2017 |
| 04/17 | Diskusjonssak: Underveisevaluering av Kvalitetsutvalgets møter | |
| | Kvalitetsutvalget ble invitert til å diskutere hvordan møteform og –tid har fungert så langt. | |
| | <p>Oppfølging/konklusjon Det ble presisert at diskusjonen ikke var noen sluttevaluering, men en underveisevaluering for å vurdere eventuelle justeringer.</p> <p>Det oppleves at arbeidet i Kvalitetsutvalget går rett vei etter ny sammensetning, da en gjennom diskusjoner «får mer tak i det som er hindringer».</p> <p>Kvalitetsutvalget kan bruke workshops som metodikk i saker der sekretariatet ønsker innspill til forberedelse av saker.</p> <p>Mottaksapparatet i klinikkene krever en struktur, slik at man har noen som kan jobbe ute i klinikkene med hvordan man i UNN kan endre måten man jobber på.</p> <p>I stedet for å diskutere hva som skal gjøres i saker må diskusjonene i Kvalitetsutvalget rette seg mot arenaer og metodikk for forbedring.</p> <p>Sekretariatet utarbeider en mal for referat der følgende inngår: vedtak, ansvarlig person for oppfølging og tidsfrist for eventuell (ny) behandling/orientering i Kvalitetsutvalget.</p> <p>Sekretariatet sikrer at saker som ikke leveres til frist blir etterspurt.</p> | <p>KA/KU</p> <p>KA/Møte 23.2.2017</p> |
| 05/17-1 | Eventuelt sak: «Bare spør-kampanjen» | |
| | <p>Pasientsikkerhetskoordinator Mette Fredheim orienterte om pågående kampanje uke 3. Kampanjen retter seg mot pasienter og ansatte.</p> <p>Tanken bak er å forrykke maktbalansen i helsevesenet ved å oppfordre pasienter til å være mer spørrende for å få svar på ting de ikke forstår.</p> | |
| | <p>Oppfølging/konklusjon 1. Det oppfordres å støtte opp om kampanjen og prosjektet! 2. Innspill om lenke til brosjyren Bare Spør! i innkallingsbrev er avslått av</p> | |

| | | |
|----------------|--|----|
| | <p>Journalkomiteen.</p> <p>Brukerutvalget følger opp saken.</p> | BU |
| 05/17-2 | Eventuelt sak: Refleksjoner rundt reaksjon på § 3 – 3a-meldinger | |
| | <p>Kvalitetsutvalgets leder Tor Ingebrigtsen redegjorde for tre nylige hendelser som medførte melding til Statens Helsetilsyn jf. § 3 – 3a.</p> <p>Hva gjøres akutt for å forhindre at dette skjer igjen? En av hendelsene følges opp med en hendelsesanalyse, som skal gjennomføres raskt og innen tre uker.</p> <p>UNN bør holde oppmerksomheten for alvorlig hendelser høyt på agendaen.</p> <p>Hvordan tenker man i UNN rundt risiko som kan elimineres på kort tid?</p> | |
| | <p>Oppfølging/konklusjon:</p> <p>Det er en positiv utvikling at stadig flere alvorlige hendelser varsles til Helsetilsynet etter § 3-3a.</p> <p>Direktøren avventer snarlig hendelsesanalyse av hendelse ved UNN Harstad før forebyggende tiltak besluttes.</p> | KA |
| 05/17-3 | Eventuelt sak: Skrivetid | |
| | <p>Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge orienterte rundt nedgang i skrivetid som resultat av pågående prosjekt.</p> | |



SIVILOMBUDSMANNEN

Universitetssykehuset i Nord-Norge v/Adm. dir. Tor Ingebrigtsen
Pb. 100
9038 TROMSØ

Vår referanse
2016/817

Deres referanse

Vår saksbehandler
Jannicke Godø

Dato
31.01.2017

SVAR PÅ OPPFØLGINGSBREV FRA UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE OM SIVILOMBUDSMANNENS RAPPORT

Det vises til brev fra Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) Psykisk helse- og rusklinikken datert 28. november 2016.

I svarbrevet informeres det om handlingsplanen klinikken har utarbeidet etter besøket av Sivilombudsmannens forebyggingsenhet 26.-28. april 2016. Handlingsplanen gir et inntrykk av at det er satt i gang omfattende arbeid og prosesser, som gjelder blant annet opplæringstiltak, holdningsarbeid og utarbeidelse av konkrete prosedyrer. Det informeres videre om at sykehusets styre og styret i Helse Nord RHF holdes løpende orientert om oppfølgingen av Sivilombudsmannens funn. Det beskrives at også erfaringskonsulent, pasienter, pårørende og bruker/interesseorganisasjoner har vært involvert i arbeidet med handlingsplanen.

Sivilombudsmannen har videre merket seg at det er beskrevet en konkret prosess for å få på plass ettersamtaler til pasienter etter tvangshendelser og at skriv med klageinformasjon og plakater til oppslag er utarbeidet og distribuert.

Mange av anbefalingene fra Sivilombudsmannen vil kreve en lengre prosess som kan dekkes godt av den handlingsplanen som er beskrevet. Samtidig savnes informasjon om noen konkrete punkter som eksempelvis tiltak vedrørende å sikre lysskjerming for pasienter, sørge for at pasienter med skjermingsvedtak får adekvate muligheter for friluft, og at pasienter får muligheten til å vedlegge kommentarer til tvangsprotokollen. Vi ber om å bli orientert om hvordan disse forholdene er eller vil bli fulgt opp.

Avslutningsvis takker vi for orienteringen om oppfølgingen etter Sivilombudsmannens besøk. Forebyggingsenheten vil vurdere behov for å gjennomføre et nytt besøk i fremtiden.

For ombudsmannen

Helga Fastrup Ervik
kontorsjef

Jannicke Godø
Seniorrådgiver

Dette brevet er godkjent elektronisk og har derfor ikke håndskrevet underskrift

Kopi til:

Helse Nord RHF
Kontrollkommisjonen for psykisk helsevern i Troms
Kontrollkommisjonen for UNN Åsgård
Helse- og omsorgsdepartementet
Helsedirektoratet
Fylkesmannen i Troms
Statens Helsetilsyn

Protokoll

Vår ref:
2017/4-2/012

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

Sted/Dato:
Bodø, 1.2.2017

| | |
|------------------|--|
| Møtetype: | Foretaksmøte |
| Møtedato: | 1. februar 2017 - kl. 13.00 |
| Møtested: | Centrum Atrium, Dronningens gate 18 - Bodø |

Tilstede – fra Helse Nord RHF:

| | |
|------------------------|--|
| Navn: | |
| Marianne Telle | styreleder |
| Fredrik Sund | styremedlem |
| Kari Jørgensen | styremedlem |
| Svenn Are Jenssen | styremedlem |
| Gunn Strand Hutchinson | Regionalt brukerutvalgs nestleder - observatør i RHF-styret |
| Lars Vorland | adm. direktør |
| Karin Paulke | stabsdirektør |
| Siv Cathrine Høymork | kvalitets- og forskningsdirektør |
| Geir Tollåli | fagdirektør |
| Siw Sandvik | kommunikasjonsdirektør |
| Kenneth Lauritzen | rådgiver |

Tilstede – fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

| | |
|--------------------|--|
| Navn: | |
| Jorhill Andreassen | styreleder |
| Tove Skjelvik | styremedlem |
| Marit Lind | viseadm. direktør <i>Marit Lind møtte med fullmakt fra Tor Ingebrigtsen, adm. direktør i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (vedlagt denne protokollen).</i> |

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med helseforetaksloven § 45.

Sak 1-2017 Godkjenning av innkalling

Styreleder i Helse Nord RHF, Marianne Telle, med fullmakt til å utøve eiermyndighet på vegne av Helse Nord RHF ønsket velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

I tråd med etablert praksis ledes felles foretaksmøter av eiers styreleder. Foretaksmøtet ble ledet av styreleder Marianne Telle.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2-2017 Godkjenning av saksliste

Møtelederen spurte om noen hadde merknader til den utsendte sakslisten. Det var ingen merknader til sakslisten.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Sakslisten godkjennes.

Sak 3-2017 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder

Jorhill Andreassen ble foreslått til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Jorhill Andreassen ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Sak 4-2017 Oppdragsdokument 2017 Universitetssykehuset Nord-Norge HF

I forbindelse med behandling av denne saken la adm. direktør Lars Vorland i Helse Nord RHF frem en presentasjon av Oppdragsdokument 2017 til helseforetakene, både generelle krav/føringer og enkelte helseforetaksspesifikke krav.

Det vises til saksfremlegget. Styreleder Marianne Telle redegjorde for saken.

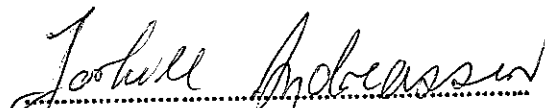
Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som oppdragsdokument 2017 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
2. På vegne av styret i Helse Nord RHF har adm. direktør i Helse Nord RHF ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet 2017.

Bodø, den 1. februar 2017



Marianne Telle, styreleder
Helse Nord RHF



Jørhill Andreassen, styreleder
Universitetssykehuset Nord-Norge HF



23. januar 2017

FULLMAKT

Viseadministrerende direktør Marit Lind gis fullmakt som stedfortreder i forbindelse med Foretaksmøtet i Bodø 1. februar 2017.

Tromsø, 23. januar 2017

Tor Ingebrigtsen
Administrerende direktør



Referat fra møte i Overordnet Samarbeidsorgan (OSO)

Møtedato: Torsdag 23. februar 2017, kl. 11.⁰⁰ – 15.³⁰

Sted: Auditorium 1.etg. UNN Harstad

Tilstede

| | |
|----------------------|---|
| Kari Holthe | Avdelingsleder, Rehabiliteringsklinikken UNN |
| Liv Synnøve Finjord | Avdelingsleder, Medisinsk klinikk UNN Harstad |
| Tor Ingebrigtsen | Administrerende direktør UNN |
| Magne Nicolaisen | Avdelingsleder, Samhandlingsavdelingen UNN |
| Anita Vaskinn | Avdelingsleder avdeling sør, Psykisk helse –og rusklinikken UNN |
| Anne- Marie Gaino | Leder av OSO og rådmann, Nordreisa kommune, Nord-Troms regionråd |
| Margrethe Hagerupsen | Rådmann, Lenvik kommune, Midt-Troms regionråd |
| Heidi Eriksen Laksa | Kommunalsjef, Narvik kommune, Ofoten regionråd og Lødingen |
| Alf Lorentsen | Helse- og sosialsjef, Karlsøy kommune |

Medlemmer med møte- og talerett

| | |
|---------------------|--|
| Britt Sofie Illguth | Brukerrepresentant, Brukerutvalget UNN |
| Anette M Thyrhaug | Seniorrådgiver/fagansvarlig, Fylkesmannens helseavdeling |
| Guri Moen Lajord | Rådgiver, Kommunesektorens organisasjon Nord- Norge |

Øvrige som møtte

| | |
|--------------------|--|
| Mona Pedersen | Prosjektleder KomUT Nord (sak 06/17) |
| Geir Klaussen | Helse Nord IKT (sak 06/17) |
| Per Øyvind Sørgård | Avdelingsleder, Ambulanseavdelingen, UNN (sak 07/17) |
| Beate Nyheim | Seniorrådgiver, OSO sekretariatet, Samhandlingsavdelingen, UNN |
| Espen Haldorsen | Brukerrepresentant, vara |
| Rita Johnsen | Kommunalsjef Harstad kommune |

Forfall

| | |
|------------------------|---|
| Trond Brattland | Kommuneoverlege, Tromsø kommune, Tromsø-området regionråd |
| Kathrine Kristoffersen | Kommuneoverlege, Tromsø kommune, (vara for Trond Brattland) |
| Merete Hessen | Administrasjonssjef, Kvæfjord kommune, Sør-Troms regionråd |
| Erling Hansen | Rådmann, Lavangen kommune, Sør- Troms regionråd (vara for Merete Hessen) |
| Karin Friborg Berger | Kommunalsjef, Balsfjord kommune, Tromsø-området regionråd |
| Arnfinn Andersen | Seniorrådgiver, Det helsevitenskapelige fakultet UiT |
| Geir Lorem | Professor, Det helsevitenskapelige fakultet UiT (vara for Arnfinn Andersen) |
| Jon H. Mathisen | Klinikkjef, Akuttmedisinsk klinikk UNN (permisjon) |
| Tove Skjelbakken | Avdelingsleder, Medisinsk klinikk UNN (vara for Jon Mathisen) |



Sak: 1/17
Tittel: Referat fra møte 1.12.2016

Referatet ble sendt ut kort tid etter møtet. Der er ikke mottatt noen innsigelser eller kommentarer til referatet.

Vedtak

Referat fra OSO møte 1.12.16. godkjennes.

Sak: 2/17
Tittel: Orientering fra OSO- representantene om aktuelle saker i egen region/ klinikk

OSO-medlemmene informerte om aktuelle saker i egen region / klinikk.

Vedtak

Informasjon fra OSO-medlemmene tas til orientering.



Sak: 3/17
Tittel: Utskrivningsklare pasienter i UNN

Samhandlingen mellom Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og kommunene er fortsatt, 4 år etter at Samhandlingsreformen startet, periodevis svært utfordrende. Antallet utskrivningsklare pasienter har stabilisert seg på et høyt nivå og har den siste tiden vist tendens til å øke ytterligere.

Problematikken rundt utskrivningsklare pasienter er sammensatt og de tiltakene som gjøres bærer preg av midlertidige «nødløsninger» de gangene situasjonen topper seg. Gjennom denne saken forsøker en å beskrive årsaker og konsekvenser av problemet på en åpen men kortfattet måte, samtidig presenteres forslag på tiltak. Målet med saken er å enes om robuste og langsiktige tiltak som sikrer utskrivningsklare pasienter koordinerte og helhetlige forløp.

Forslag til vedtak

1. OSO tar saken til orientering.
2. OSO anbefaler partene å følge opp anbefalte tiltak,
 - a) OSO innkaller beslutningstakere i kommuner og sykehus til møte hvor tema er hvordan Troms/Ofoten skal møte de demografiske endringene i landsdelen. En studietur til sykehus og kommuner hvor samhandling rundt utskrivningsklare pasienter har ført til gode resultater tilrådes.
 - b) OSO anbefaler kommunene å lage beredskapsplaner som beskriver strakstiltak knyttet til mottak av utskrivningsklare pasienter. Slike planer bør lages som interkommunale planer, hvor kapasiteten i hele regionen inngår. Kommunikasjon- og informasjonsflyt mot UNN bør beskrives i planen for å forhindre unødvendige forsinkelser i pasientflyten.
 - c) OSO anbefaler at Pasientsentrert team etableres i alle kommuner i samarbeid med UNN. Økt bruk av velferdsteknologi settes opp som eget tema i OSO møte høsten-17.
 - d) OSO oppnevner et KSU som lager prosedyrer for inn- og utskrivning av pasienter, inkludert plan for hvordan prosedyrene skal implementeres i organisasjonene. Innrapporterte avvik benyttes i pågående arbeid og etter vedtatte prinsipper for kontinuerlige forbedring.
 - e) Evaluere og forbedre dagens møtepunkter mellom UNN og kommunale enheter som sikrer en proaktiv driftsorientert kommunikasjon med tanke på kapasitetsutnyttelse, både internt i UNN og mellom UNN og kommunene.
 - f) Etablere «kad-sløyfe» som sikrer gode strukturer og rutiner for samhandling mellom henvisende leger og sykehusleger når det gjelder utnyttelse av KAD-senger.
 - g) UNN kontakter Helse Nord IKT for å rette opp feil i DIPS-uttrekk til virksomhetsdata. Viktigheten av å endre status i DIPS presiseres i opplæring av UNN-ansatte.
 - h) Kommunene lager sammen med Fylkesmannen en plan for hvordan kapasiteten i kommunene på en enkel og forutsigbar måte kan utnyttes på tvers av kommunegrensene.
 - i) Kommunen må aktivt bidra til å motivere pasienter / pårørende til å takke JA til plasser i andre kommuner / utkant.
 - j) Med bakgrunn i omtalte utfordringer mellom UNN Tromsø og Tromsø kommune anbefales at det etableres et driftsorientert samarbeidsforum bestående av klinikkjefer og avdelingsledere fra UNN og kommunaldirektør, kommuneoverlege og enhetsledere fra Tromsø kommune.
 - k) Utarbeide bedre prosedyrer knyttet til bestilling av ambulanse.
3. OSO ber om statusoppdatering på møtet høsten 2017.



Vedtak

1. OSO oppfordrer regionrådene og UNN til å arrangere møter med tema «*framtidens helse- og omsorgsutfordringer – hvordan møte de demografiske endringene?*»

Til møtet inviteres også helse- og omsorgspolitikere, kommunens administrasjon samt brukerrepresentant.

Tema på møtet bør være:

- beredskaps- og koordineringsplaner for å møte framtidens helse- og omsorgsutfordringer
 - etablering av møteplasser på beslutningsnivå mellom UNN og kommunen, hvor målet er å kvalitetssikre utskrivningsprosessen og koordinere kapasitetsutnyttelsen i regionen
 - tiltak for bruk av KAD-sengene i tråd med intensjonene
2. OSO anbefaler at Pasientsentrert team etableres i alle kommuner i samarbeid med UNN.
- Økt bruk av velferdsteknologi settes opp som eget tema i OSO møte høsten-17.
3. OSO oppnevner et KSU som lager prosedyrer for inn- og utskrivning av pasienter, inkludert plan for hvordan prosedyrene skal implementeres i organisasjonene.
- Innrapporterte avvik benyttes i pågående arbeid og etter vedtatte prinsipper for kontinuerlige forbedring.
4. UNN kontakter Helse Nord IKT for å rette opp feil i DIPS-uttrekk til virksomhetsdata.
- Viktigheten av å endre status i DIPS presiseres i opplæring av UNN-ansatte.
5. OSO anmoder Fylkesmannen til å koordinere arbeidet hvor kommunene lager planer for hvordan kapasiteten i kommunene på en enkel og forutsigbar måte kan utnyttes på tvers av kommunegrensene.
6. UNN utarbeider prosedyrer knyttet til bestilling av ambulanse for utskrivningsklare pasienter.



Sak: 4/17

Tittel: Overgang fra turnuslegeordning til Lege i spesialisering (LIS) – samarbeid om utlysning og tilsetning av kandidater

De siste års samarbeid om inntak av turnusleger har ikke fungert som forutsatt i gjeldende samarbeidsavtale. I forbindelse med oppdatering/revisjon av samarbeidsavtale ved overgang til LIS, bør det drøftes hvordan samarbeidet skal være framover. Det er behov for en samarbeidsmodell med tydelige forventninger, og forpliktelser som er mulig å innfri for begge parter.

Forslag til vedtak

1. OSO ber om at det settes ned et klinisk samarbeidsutvalg (KSU) som skal utrede muligheter og utfordringer knyttet til samarbeidet rundt utlysning av og tilsetning i LIS del 1-stillinger.
2. OSO ber om at KSU-et lager forslag til ny samarbeidsavtale for UNN og kommunene.
3. OSO ber om at KSU-et leverer sin utredning og forslag til ny samarbeidsavtale til OSO-møtet 8. juni 2017

Vedtak

1. OSO ber om at det settes ned et klinisk samarbeidsutvalg (KSU) som skal utrede muligheter og utfordringer knyttet til samarbeidet rundt utlysning av og tilsetning i LIS del 1-stillinger.
2. OSO ber om at KSU-et lager forslag til ny samarbeidsavtale for UNN og kommunene.
3. OSO ber om at KSU-et leverer sin utredning og forslag til ny samarbeidsavtale til OSO-møtet 8. juni 2017



Sak: 5/17
Tittel: Ansatterepresentasjon i OSO

Deltakelse av tillitsvalgte i OSO har vært et gjentakende tema. OSO har valgt å vedta at forankring hos ansatterepresentanter må gjøres i hver virksomhet før saken kommer til OSO. Tromsø kommune har i sak 215/16 «Reviderte samarbeidsavtaler mellom Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og Tromsø kommune» vedtatt «Ansattes organisasjoner skal være representert i Overordnet Samarbeidsorgan (OSO) mellom Tromsø kommune og UNN. På bakgrunn av dette ber Tromsø kommune om at saken tas opp til ny drøfting i OSO.

Forslag til vedtak

1. Vedtektene for OSO endres slik at ansatte blir representert i OSO.
2. OSO tilbyr to representanter fra relevante fagforeninger fast plass i OSO.
3. Saken tas opp til ny behandling i det påfølgende OSO møte for endelig beslutning.

Vedtak

Saken utsettes til neste møte.

Sak: 6/17
Tittel: Tjenestebasert adressering for elektroniske meldinger

I arbeidet med tjenestebasert adressering ser man noen utfordringer knyttet til mikrobiologi og røntgensvar. Disse kan ikke sendes ut elektronisk, og man må etablere rutiner for utsendelse og mottak på papir. Dette vil få en konsekvens i kommunene, men utfordringen er at man per i dag ikke vet omfanget. Helseforetaket legger opp til at de sender ut til et felles mottak i kommunen, men dette kan medføre problemer i de kommuner som ikke har et slikt felles postmottak. Her må det gjøres en kartlegging av hver kommune, før man går i gang slik at man kan få kartlagt konsekvensene.

Forslag til vedtak

1. OSO ber om at Helseforetakene gjennom Helse Nord IKT prioriterer arbeidet mot leverandørene med å få på plass tjenestebasert adressering for alle meldingstyper/systemer.
2. OSO ber om at det lages en ROS-analyse
3. OSO ber om at utrulling av tjenestebaserte adressering settes på vent til anbefalingen fra ROS- analysen er gjennomgått og konkludert.
4. OSO ber KomUT og Helse Nord IKT kartlegge hvilke konsekvenser rekvirering og mottak på papir medfører for lokalsykehuskommunene.
5. OSO ber om at det lages et flytskjema for å illustrere hvordan informasjonsflyten blir.



Vedtak

1. OSO ber om at Helseforetakene gjennom Helse Nord IKT prioriterer arbeidet mot leverandørene med å få på plass tjenestebasert adressering for alle meldingstyper/systemer.
2. OSO ber om at hver kommune kartlegges og kvalitetssikres mht evt mottak på papir ved utrulling av tjenestebasert adressering mot PLO. Dette gjøres av Helse Nord IKT og KomUT Nord
3. OSO ber om at Helse Nord IKT og KomUT Nord gjøres en ROS-analyse før man går i gang mot øvrige tjenester i helse og omsorg i kommunene.
4. OSO ber Helse Nord IKT og KomUT Nord om at det lages et flytskjema for å illustrere hvordan informasjonsflyten blir.

Sak: 7/17

Tittel: Plan for fremtidig organisering av ambulansetjenesten i UNN

Akuttmedisinsk klinikk skal lage plan for fremtidig organisering av ambulansetjenesten i UNN HF. I den forbindelse er det laget en sak til styret som redegjør for utfordringsbildet. Saken behandles på styremøtet i mars.

Forslag til vedtak

OSO tar saken til orientering.

Vedtak

OSO tar saken til orientering.



Sak: 8/17
Tittel: Status avtalerevisjon

Det ble gitt en muntlig orientering om det gjenstående arbeidet knyttet til avtalerevisjon, med fokus på ledsageravtalen, tjenesteavtale 4 samt gjennomgang av nylig reviderte avtaler i lys av nye lover og forskrifter.

Vedtak

En nærmere orientering og revisjon av gjenstående avtaler gis i OSO møte 6.april.

Sak: 9/17
Tittel: Eventuelt

1. Reisevei til OSO møtene.

Enklest reisevei for flertallet av OSO sine representanter er Tromsø. Det ble reist forslag om at alle OSO- møtene arrangeres i Tromsø.

Vedtak

Det forslås at møtested for framtidige OSO - møter endres til Tromsø.

Sak: 10/17
Tittel: Neste møte

Neste møte: Torsdag 6. april 2017 kl. 11:00- 15:30
Sted: adm. møterom (D1 707) UNN Tromsø

Formøter: fra kl. 10:00- 10:55



Referat

Møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 28.2.2017 10.00 – 12.00**Sted:** Administrasjonens møterom D1.707

| | | |
|-----------------|--|--|
| Tilstede | Administrerende direktør Kvalitets- og utviklingssjef Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Klinikkjef Barne- og ungdomsklinikken Kvalitetsleder klinisk patologi Smittevernoverlege Foretakshovedverneombud Seksjonsleder Ortopedisk avd. | Tor Ingebrigtsen Einar Bugge Tonje Drecker Elin Gullhav Lena Oprand Heggelund Torni Myrbakk Einar Rebni May-Liss Johansen |
| Forfall | Klinikkjef Psykisk helse- og rusklinikken Leder Brukerutvalget UNN Avd.leder Medisinsk avdeling UNN Narvik Avd.overlege avd. for Gastroenterologisk kirurgi | Magnus P. Hald Cathrin Carlyle Ove Laupstad Rolv-Ole Lindsetmo |
| Øvrige | Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Medisinsk fagsjef Kvalitets- og utviklingssenteret Juridisk rådgiver Kvalitetsavdelingen Koordinator Samhandlingsavdelingen Avdelingsleder Radiologisk avdeling Ass. klinikkjef Radiologisk avdeling | Grete Steinry Åsvang Mette Fredheim Haakon Lindekleiv Trude Johannessen Marit Bergh Ulf Isaksen Kate Myreng |
| Referent | Konsulent Kvalitetsavdelingen | Heidi Robertsen |
| Saksnr. | Sakstittel | Ansvar/ frist |
| 06/17 | Godkjenning av referat fra KU-møtet 17.1.2017 (<i>ephorte 2017/110</i>) | |
| | Referatet var tidligere elektronisk godkjent, og ble godkjent med de endringer som fremkom i møtet. | |
| | Oppfølging Kvalitetsavdelingens avdelingsleder får fullmakt til å godkjenne foreløpig referat, slik at godkjente referater kan sendes ut på et tidligere tidspunkt. Referater sirkuleres innen 1 uke etter | |

| | | |
|--------------|--|--|
| | <p>Kvalitetsutvalgets møter for innspill. Eventuelle korrigeringer som ikke fanges opp i denne runden skjer i påfølgende Kvalitetsutvalgsmøte.</p> <p>Kvalitetsavdelingen lager årlig en systematisk gjennomgang av oppfølginger/konklusjoner fra Kvalitetsutvalgsmøter foregående år, for å sikre at disse er fulgt opp.</p> <p>Gjennomgang for 2016 legges frem i førstkommende Kvalitetsutvalgsmøte.</p> | <p>KA/KU</p> <p>KA/Møte 28.3.2017</p> |
| 07/17 | Smittevernvisitter | |
| | <p>Smittevernoverlege Torni Myrbakk la frem oversikt over prosent gjennomførte smittevernvisitter avdelingsvis i UNN 2016, samt orienterte om gjennomføring, tilbakemeldinger og oppfølging generelt.</p> | |
| | <p>Oppfølging/konklusjon</p> <p>Oversikten tas opp som sak i direktørens tavlemøte, med særlig fokus på rapportert utfordring i forhold til legedeltakelse.</p> <p>Aktuelle enheter i Diagnostisk klinikk inkluderes i smittevernvisittene.</p> <p>Kvalitetsutvalget anmoder klinikkene om å forsterke lederoppfølgingen av smittevernvisittene, herunder sikre legedeltakelse.</p> <p>Kvalitetsutvalget oppfordrer særlig ledere for legegruppen til å følge opp sitt lederansvar og delta i dette arbeidet.</p> | <p>Direktørens ledergruppe Uke 10/2017</p> |
| 08/17 | Samhandlingsavvik | |
| | <p>Koordinator Marit Bergh fra Samhandlingsavdelingen redegjorde for de vanligste samhandlingsavvik mellom UNN og kommuner (PLO-meldinger), samt iverksatte tiltak, med vektlegging på følgende punkter:</p> <p>Melding om innlagt pasient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende tidligmelding • Manglende helseopplysninger fra kommunene • Manglende oppdaterte helseopplysninger ved utskrivelse • Feilsendte helseopplysninger/epikrise på pasient til kommunene <p>Hvordan sette samhandling på dagsordenen i UNN?</p> <ul style="list-style-type: none"> • OSO har oppnevnt et (KSU) klinisk samarbeidsutvalg som lager prosedyrer for inn- og utskrivning av pasienter for å etterleve tjenesteavtalene UNN har forpliktet seg til. • Samhandlingsavdelingen ønsket hjelp fra Kvalitetsutvalget i det videre arbeidet med oppfølging av prosedyrer som ikke følges. | |

| | | |
|--------------|--|----------------------|
| | <i>PP-presentasjon vedlagt</i> | |
| | <p>Oppfølging/konklusjon Kvalitetsutvalget sender brev til relevante KVAM-utvalg i UNN med oppfordring om at saken også behandles i KVAM-utvalgenes møter. Samhandlingsavdelingen og representant fra Samarbeidsforum stiller på møtene for fremlegg av saken.</p> | KA |
| 09/17 | 2 hendelsesanalyser i UNN | |
| | <p>Medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv redegjorde for arbeidet med hendelsesanalyser i UNN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metode • Erfaringer • Veien videre • Oppfølging • Utarbeiding av prosedyre | |
| | <p>Oppfølging/konklusjon Kvalitetsutvalget tar redegjørelsen til orientering.</p> <p>Utkast til prosedyren legges frem for Kvalitetsutvalget før behandling i Direktørens ledergruppe.</p> | KA/Møte 28.3.2017 |
| 10/17 | Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten | |
| | <p>Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge redegjorde for forskrift</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» av 17.2.2017 | |
| | <p>Konklusjon Kvalitetsutvalget tar redegjørelsen til orientering.</p> <p><i>Forskrift vedlagt</i></p> | |
| 11/17 | Styresak 5/2017 Kontinuerlig forbedring | |
| | <p>Kvalitetsutvalgets leder Tor Ingebrigtsen redegjorde for plan for kontinuerlig forbedring i UNN med vektlegging på følgende punkter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontinuerlig forbedring er et langsiktig utviklingsarbeid som forutsetter kulturendring i hele organisasjonen • Kontinuerlig forbedring krever adferdsendring og endret tankesett • Risikovurdering av gjennomføringsplan (12 punkter) • Grunnleggende prinsipper (10 punkter) | |

| | | |
|--------------|---|-------------------------|
| | Kvalitetsutvalgsleder ba om innspill fra Kvalitetsutvalget, spesielt på synspunkter for tiltak i gjennomføringsplanen. | Direktøren |
| | <p>Oppfølging/konklusjon:</p> <p>Kvalitetsutvalgsleder følger opp de innspill som ble gitt i saken.</p> <p>Kvalitetsavdelingen legger frem det foreløpige arbeidet med forbedring av systemet for avviksmeldinger i Kvalitetsutvalgets neste møte, for diskusjon og innspill.</p> | KA/Møte 28.3.2017 |
| 12/17 | Ventetid på beskrivelse av radiologiske undersøkelser | |
| | <p>Avdelingsleder radiologisk avdeling Ulf Isaksen og konstituert klinikkjef Diagnostisk klinikk Kate Myreng redegjorde rundt status for</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventetid granskninger pr. d.d. (å jour) • Årsaker og utfordringer • Innførte tiltak • Videre oppfølging | |
| | <p>Oppfølging/konklusjon</p> <p>Kvalitetsutvalget uttrykker bekymring for overforbruk av radiologiske undersøkelser som et kvalitetsproblem, og oppfordrer Diagnostisk klinikk ved Radiologisk avdeling og andre klinikker til å jobbe med det.</p> <p>Det ble diskutert blant annet behovet for å bedre radiologenes portvoktfunksjon i vurdering av henvisning og muligheten for å utdanne beskrivende radiografer. Røntgenavdelingen tar med innspillene i sitt videre arbeid.</p> <p>Kvalitetsutvalget støtter ideen om at det utvikles atlas over forbruk av radiologiske undersøkelser (SKDE).</p> | Radiologisk avdeling |



MØTEREFERAT

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

Dato: Tirsdag 13.3.2017 kl 13.30-15.40
Sted: Møterom D1.704 Biblioteket
Tilstede: Medlemmer: Cathrin Carlyle, Esben Haldorsen og Laila Edvardsen (på skype)
Fra adm: Leif Hovden og Hilde Anne Johannessen (referent)

Rådgiver Gunn-Evy Håkaby i OU-bygg hadde invitert seg for en kort rådslagning om brukermedvirkning i de ulike delene av A-fløyprosjektet:

Gunn-Evy Håkaby orienterte om status i A-fløya og behovet for brukermedvirkning i de forskjellige arbeidsgruppene. Brukerutvalgets leder uttrykte behov og viktighet av brukermedvirkning blant annet ved planlegging av venteromsareal. Lederen satte også fokus på pasientinformasjon gjennom hele pasientforløpet, med informasjon både til pasient og pårørende. Likeledes tok hun til orde for en strammere samordning av medvirkningsforløpene i de ulike arealene.

Oppfølging

Brukerutvalgslederen tar sammen med administrasjonssjefen saken opp med stabssjefen.

BAU 18/17 Styresaker

Økonomisjef Grethe Andersen, kvalitetsleder Grete B Åsvang og rådgiver ved KVALUT, Stein Olav Pedersen gjennomgikk aktuelle saker som skal behandles i styremøte 28. og 29.3.2017:

Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2017:

- Brukerutvalget ser fram til ferdigstilling av rapporteringen vedrørende pakkeforløp.

Ledelsens gjennomgang:

- Brukerutvalgets AU etterlyste bedre overensstemmelse mellom omfanget Grønt sykehus-satsinga er gitt, og sammendraget. I tillegg ble det pekt på at fremstillingen i risikomatrisen ikke er tilstrekkelig grunngitt.

Langsiktig utvikling av ambulansetjenesten

- Brukerutvalgets arbeidsutvalg slutter seg til innstillingen i saken.

Idéfase for psykiatri- og rusfeltet

- Brukerutvalgets arbeidsutvalg slutter seg til innstillingen i saken.

RHFets Plan 2018-2021 – UNNs tilbakemeldinger

- Brukerutvalgets arbeidsutvalg slutter seg til planen.

Langtidsplan 2018-21 – sluttbehandling

- Det er gjort mye, men mye gjenstår og avhenger av arealplanen.
- Brukerutvalgets arbeidsutvalg slutter seg til innstilling til vedtak, men stiller spørsmål ved om Brukerutvalget i tilstrekkelig grad er med i saksprosessene. Blant annet bør Brukerutvalget i det minste rådspørres på spesielle deler av arealplanen, for eksempel Vardesenteret. Når det gjelder Rus- og psykiatriområdet, vil nestleder Esben Haldorsen komme med innspill.

Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgi og føde

- Brukerutvalgets arbeidsutvalg vektlegger pasientsikkerheten sterkest ved det alternativet som velges. I tillegg er representantene og deres respektive organisasjoner anmodet om å gi innspill direkte til prosjektsekretariatet i denne saken.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 28.-29.3.2017 med de ovenfornevnte innspill.

19/17 Forslag til tekst i innkallingsbrev

Kvalitetsleder ved KVALUT Grethe Åsvang er i gang med å opprette en arbeidsgruppe for å se hvordan UNN kan bli bedre til å formidle informasjon, eksempelvis vedrørende forslag til tekst i innkallingsbrev.

Oppfølging

Brukerutvalgets arbeidsutvalg vil følge prosessen videre. Det vurderes en presentasjon eller egen sak i neste BU-møte.

BAU 20/17 Veiledning for brukermedvirkning

BAU drøftet om det er behov for en kortversjon om brukermedvirkning i UNN, i tillegg til håndboken som inngår i grunnopplæringen for nye brukerutvalgsmedlemmer. BU har mottatt forespørsel fra Eli Nordskar ved Lærings- og mestringssenteret som mener de vil kunne være en ressurs i dette arbeidet.

BAU mener dette er en god idé, og vil være nyttig. Det vil kunne trygge både brukere og ansatte i helseforetaket.

Beslutning

Brukerutvalgets arbeidsutvalg tar informasjonen til orientering og følger med på videre fremdrift i saken.

BAU 21/17 Høring – Barns rett til å samtykke til deltakelse i forskning

Høringen er gjennomgått og Brukerutvalgets arbeidsutvalg oppfatter at høringsdokumentet er dekkende for brukernes interesser i saken.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering og fremmer ikke egen høringsuttalelse i saken.

BAU 22/17 Brukermedvirkning plan 6 PET-senteret

Brukerrepresentant Laila Edvardsen er oppnevnt som representant til dette prosjektet. Kontaktinformasjon er sendt til Guri Annie Albrigtsen ved PET-senteret.

Brukerutvalgets arbeidsutvalg etterlyser oppfølging vedrørende skjerming av busstopp ved PET-senteret, og brukerrepresentanten vil ta dette opp i neste møte.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering.

BAU 23/17 Pasienterfaringer i forbedringsarbeid ved Gastrokirurgisk avd. ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K) (tidl. BAU-sak 46/16-3)

Konstituert avdelingsleder ved Gastrokirurgisk avdeling, Gro Jensen, har i e-post av 17.1.2017 informert om hva de ønsker av en brukerrepresentant. Brukerutvalget har to representanter i dette prosjektet, og kontaktinformasjon på den andre brukerrepresentanten, Solbritt Karlsson, er sendt K3K18.1.2017.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering.

BAU 24/17 Høring: Strategisk utviklingsplan E-helse og IKT

Høringen ble sendt til BAU medlemmene den 1.3.2017. Frist for innspill er 22.3.2017 kl 16.00. Høringen er gjennomgått og Brukerutvalgets arbeidsutvalg oppfatter at høringsdokumentet i det alt overveiende er dekkende for brukernes interesser i saken.

Beslutning/oppfølging:

BAU ber nestlederen om å utarbeide et høringsinnspill på vegne av utvalget.

BAU 25/17 Høring: Sluttrapport Nasjonal Helse- og sykehusplan

Høringen ble sendt til BAU medlemmene den 8.3.2017. Frist for innspill er 13.3.2017 kl 16.00. Høringen er gjennomgått og Brukerutvalgets arbeidsutvalg oppfatter at høringsdokumentet er dekkende for brukernes interesser i saken.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering og fremmer ikke egen høringsuttalelse i saken.

BAU 26/17 Foreløpig dagsorden BU 19.4.2017

Det forelå forslag til dagsorden for BUs møte 19.4.2017.

Beslutning

Foreslått dagsorden til neste BU-møte ble godkjent.

27/17 Eventuelt

Det ble besluttet et ekstra telefonmøte i BAU 6.4.2017 kl. 9-10, primært for en gjennomgang av påkomne saker samt planlegging av BU-møtet 19. s.m.

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til 14.12.2016**
 Dato: 14.3.2017
 Tidspunkt: 14.00-15.15
 Sted: Adm møterom D1 707

Tilstede:

Fra arbeidsgiver

Tor Ingebrigtsen
 Tor-Arne Hanssen
 Gøril Bertheussen
 Einar Bugge (sak 1, 2, 3 og 4)
 Leif Hovden

Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, foretakshovedverneombud
 Mai-Britt Martinsen, NSF
 Ulla Dorthe Mathisen, DNLF/ OLF
 Elisabeth Olstad, DNLF/ YLF
 Rigmor Frøyum, Fagforbundet
 Jan Eivind Pettersen, Delta
 Vidar Andersen, Forskerforb. (sak 1, 2, 3)

Protokollsignering:

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

| Arbeidstittel | Ansv | Merknad/ grunnlag |
|--|------|--|
| 1. Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2017 | GB | Direktøren innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den, med særlig vekt på den økonomiske inngangshastigheten i 2017. Det fremgår at kostnadene for innleie har økt, og det ble henstilt til å vurdere insentivpolitikken for å øke grunnbemanningen. Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken. |
| 2. Årlig melding 2016 | EB | Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken. |
| 3. Årsregnskap og styrets årsberetning 2016 | GB | Det ble stilt spørsmål til innholdet i de to vedleggene, årsregnskap og styrets årsberetning. Det ble særlig vektlagt måten lønnsbudsjetteringen er synliggjort på, med henstilling til at ordlyden justeres. |

| | | |
|---|-----|--|
| | | Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken. |
| 4. Ledelsens gjennomgang for 3. tertial 2016 | EB | Kvalitets- og utviklingssjefen innledet til saken. Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken. |
| 5. Tertialrapport 3 – 2016 for utbyggingsprosjekter | TAH | Utbyggingssjefen innledet sammen med direktøren til saken. Ansattes representanter og vernetjenesten var spesielt opptatt av valideringsprosessen knyttet til prosjektet, med særskilt vekt på Sykehusbyggs rolle. Spørsmålene ble svart ut, og direktøren lovet å justere saken i tråd med innspill gitt i møtet. Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken. |
| 6. Langsiktig utvikling av ambulansetjenesten | LR | Direktøren innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den, med særlig vekt på nasjonale utviklingstrekk som UNN må forholde seg til. Ansattes representanter og vernetjenesten var spesielt opptatt av ansattevilkår og stasjonsstruktur, og spørsmål til saken ble svart ut under behandling av saken. Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken. |
| 7. Idéfase for psykiatri- og rusfeltet | GMJ | Utbyggingssjefen innledet sammen med direktøren til saken. Ansattes representanter og vernetjenesten var spesielt opptatt av at det var lagt bredt til rette for flere alternativer. Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken. |
| 8. RHFets Plan 2018-2021 -UNNs tilbakemeldinger | GB | Direktøren innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den, med særlig vekt på styrket beredskap på Svalbard og dyre medikamenter. Direktøren vektla |

| | | |
|--|-----------|---|
| | | <p>at det ser ut som om situasjonen blir strammere og strammere for hvert år.</p> <p>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken.</p> |
| 9. Langtidsplan 2018-21 – sluttbehandling | GB/ MR | <p>Direktøren innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den, med vektlegging på de prioriterte områdene som er foreslått, blant annet følgeforskningen for pasientsentrert helsetjenestetteam.</p> <p>Ansattes representanter og vernetjenesten sluttet seg til saksfremstillingen og forslag til innstilling i saken.</p> |
| 10. Nasjonal helse- og sykehusplan - kirurgi og føde | TI | <p>Direktøren innledet til saken, med vektlegging av prosessforløp med medvirkning og involvering av partene, herunder den eksterne kvalitetssikringen av prosessen som skal gjøres som avslutning.</p> <p>Ansattes representanter og vernetjenesten ønsket å vektlegge de faglige argumenter knyttet til flertallsalternativet i saken, både på føde og kirurgi, og oppfordret direktøren å innstille i tråd med dette alternativet.</p> |

Tromsø, 14.3.2017


 Mai-Britt Martinsen (s.)
 FTV NSF


 Rigmor Frøyum (s.)
 FTV Fagforbundet


 Leif Hovden (s.)
 administrasjonssjef



Møte: Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Tirsdag 14.3.2017 kl. 10.30-13.30

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

| Arbeidstakersiden: | | Varamedlemmer | |
|---|---|--|--|
| Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN | x | Rita Vang, foretaksverneombudet UNN | |
| 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 | |
| Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø | x | Camilla Pettersen, Samfunnsviterne | |
| Kristine Amundsen, Dnlf | x | Ulla Dorte Mathisen, Dnlf | |
| Geir Magne Lindrupsen, NITO | x | Geir Magne Johnsen, HTV NSF UNN | |
| Arbeidsgiversiden: | | | |
| Tor Ingebrigtsen, Adm. direktør | x | Marit Lind, viseadm. direktør | |
| Gøril Bertheussen, stabssjef, leder AMU | 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 (perm) | |
| Bjørn-Yngvar Nordvåg, klinikkssjef Nevro-, ortopedi-, og rehabiliteringsklinikken | x | Gina Johansen, drifts- og eiendomssjef, nestleder AMU (perm) | |
| Brita Jørgensen, avdelingsleder, Operasjon og intensivavdelingen, UNN Narvik | x | Liv Finjord, avdelingsleder, Medisinsk avdeling, UNN Harstad | |

*Til stede (x)

Møteleder: Einar Rebni

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte: Ole Martin Andersen fra Stabssenteret på sak 11/17 f, samt Hege Andersen, Leif Hovden Einar Bugge på sak 22/17. Foretakshovedverneombud Tove Mack og klinikkverneombud Anja Ylvisaker møtte som observatører under hele møtet.

Sak 9/17 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes med de justeringer som ble gjort ved åpningen av møtet.

Sak 10/17 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 25.1.17

Leder av BHT Paul Martin Hansen bemerket at oppfølging av MRSA-smittede ikke kom frem i protokollen.

Vedtak:

Protokollen godkjennes med de merknader som kom frem i møtet.

Sak 11/17 Orienterings- og diskusjonssaker

- a) Samarbeid mellom AMU og KVAM v/Walter Andersen KVALUT
- b) Dekning av utgifter til terminalbriller i UNN
- c) Møteplan AMU 2017
- d) Kartlegging av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, skriftlig orientering, brev fra Helsedirektoratet var vedlagt saken
- e) Orientering om arbeidsmiljøet i Felles Kontorsenter – muntlig orientering v/Tove Mack og Einar Bugge KVALUT
- f) Spesialrapporten for MU v/Ole Martin Andersen Stabssenteret

Vedtak:

- a) Arbeidsutvalget følger rutinemessig opp saker som rører seg i miljøet og vurderer hensiktsmessig samarbeidsform mot KVAM-utvalgene i klinikkene i den enkelte sak.
- b) Saken utsettes.
- c) Saken tas til orientering
- d) AMU tar saken til orientering og er fornøyd med måten arbeidsmiljøet er ivaretatt i Felles Kontorsenter.
- e) Arbeidsutvalget bes om å komme tilbake med en egen sak om oppfølging av spesialrapporten etter Medarbeiderundersøkelsen.

Sak 12/17 Styresaker

AMU hadde fått tilsendt drøftingsdokumentene av styresakene. AMU rettet særlig oppmerksomhet til saken om Nasjonal sykehusplan – kirurgi og føde. AMU fant det vanskelig å ta stilling til den en eller andre modellen, men ønsket heller ta et arbeidsmiljøperspektiv i saken.

Vedtak:

AMU ber om at det utarbeides en plan for oppfølging av de ansatte og ivaretagelse av arbeidsmiljøet i Narvik uavhengig av hva løsningen blir. Øvrige styresaker tatt til orientering.

Sak 13/17 Retningslinjer for vurdering av politianmeldelse ved utøvelse av vold og/eller trussel om vold

Saken utsatt.

Sak 14/17 Åpenhetskultur og partsamarbeid

Arbeidet med åpenhetskultur har pågått siden vinteren 2016. Det ble etter hvert etablert en partssammensatt gruppe med mandat til å foreslå tiltak. Gruppen startet en prosess for å utvikle en bedre og mer felles kultur for åpenhet og dialog i UNN. Arbeidet ble innrettet slik at det i løpet av høsten 2016 ble samordnet med den felles regionale prosessen som Helse Nord RHF startet med bakgrunn i bestillingen fra helseministeren. Gruppen har nå fulgt opp mandatet og den videre oppfølging skal skje gjennom faste møtearenaer i foretaket.

Vedtak:

AMU er fornøyd med at arbeidsgruppen har fulgt opp alle punktene i mandatet. Utvalget vil understreke at dersom vi skal nå målsettingen om en kultur preget av åpenhet og læring er oppfølgingen av tiltakene slik de fremkommer fra arbeidsgruppen avgjørende. Oppfølging må derfor settes på dagsorden i alle ledergrupper i foretaket.

AMU slutter seg til anbefalingene fra arbeidsgruppen om hvilke tiltak som det skal jobbes videre med. Dette gjelder:

1. Videreutvikling av samarbeidsrelasjonene gjennom deltakelse i prosess fasilitert av Spekter.
2. Samarbeidsavtaler mellom arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene skal utarbeides innen juli 2017.
3. Etablering av møtearenaer i hele organisasjonen slik det fremkommer i saken og med de presiseringer som arbeidsgruppa har gjort, skal være på plass innen utgangen av oktober 2017.
4. Oppfølging av punktene fra det regionale arbeidet slik det fremkommer i saken.

På foretaksnivå vil AMU følge opp at tiltakene gjennomføres slik som anbefalt. En evaluering av effekten av tiltakene skal gjennomføres innen utgangen av mars 2018. Plan for hvordan evalueringen skal gjennomføres legges innen utgangen av året frem for samarbeidsmøtet på foretaksnivå.

Sak 15/17 Årsrapport BHT

Det er et krav i arbeidsmiljøloven at arbeidsgiver i samarbeid med bedriftshelsetjenesten (BHT) skal utarbeide planer og årsrapporter for BHTs bistand i virksomheten. På bakgrunn av dette har BHT utarbeidet årsrapport for 2016. Årsrapporten oppsummer hovedtrekkene av oppdrag BHT har hatt på gruppe- og individnivå samt satsninger i dialogavtalen og avslutter med anbefalinger om satsninger og tiltak i 2017.

Vedtak:

1. Rapporten tas til orientering.
2. Bedriftshelsetjenesten bes å ta initiativ til møte med alle KVAM-utvalgene i klinikker og sentre med tanke på å finne en hensiktsmessig samarbeidsform. Arbeidet evalueres når dette er gjennomført med en egen sak til AMU.

3. Når det gjelder lederopplæring i konfliktforebyggende arbeid henvises dette behovet til Lederutviklingskomiteen.
4. BHT fremmer en egen sak angående tilknytning til Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (AKAN).

Sak 16/17 Tildeling av AMU-midler etter søknad

Søknadene ble behandlet iht til gjeldende retningslinjer som gir følgende føringer for bruken av midlene: «AMU har en sentral pott på ca kr.870 000 som skal disponeres til overordnede velferdstiltak i UNN HF, herunder drift av AMU. Det kan søkes om midler fra AMU's velferdsmidler for overordnede velferdstiltak, slik som: bedriftsidrettslag, revyer, kor- og musikkaktiviteter og velferdshyttene. I tillegg kan det søkes om delvis tilskudd til andre nye velferdstiltak som kan ansees som klinikkovergripende, og som ikke finansieres av klinikkenes egne velferdsmidler.» Det var kommet inn 7 søknader ved søknadsfristens utløp.

Vedtak:

1. AMU tildeler følgende:

| | |
|------------------------|-------------|
| Bedriftsidrettslaget | kr. 100.000 |
| Hyttestyret | kr. 110.000 |
| Revy UNN Harstad | kr 70.000 |
| Pingvinrevyen | kr 80.000 |
| Juletefest UNN Tromsø | kr 9.572 |
| UNN-koret Artic Voices | kr 82.500 |
| UNNkulele Narvik | kr 50.000 |
2. Resterende beløp på kr 330.000 kan brukes til å stimulere velferds- og arbeidsmiljøtiltak på tvers av klinikker/sentre. Søknadsfrist 26.mai.

Sak 17/17 Eventuelt

Henvendelse fra Tromsø kommune om jordmorkompetanse i oppfølgingen av gravide. Stabscenteret svarer ut denne saken.



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|----------------|--|----------------------------|
| 32/2017 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 28.-29.3.2017 |
| Saksansvarlig: | Leif Hovden | Saksbehandler: Leif Hovden |

Eventuelt

Tromsø, 17.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør