



# INNKALLING

**Styret ved**

**Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Møtetid**

**Torsdag 4. oktober 2018 kl 09.00**

**Møtested**

**UNN Tromsø, PET-senter G9 Styrerom**



## MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Møtested: UNN Tromsø, PET-senter G9 Styrerom  
Dato: 4.10.2018  
Tid: Kl 09.00

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

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Reprenterer
Ansgar Gabrielsen	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Anne Sissel Faugstad	Medlem	
Erik Arne Hansen	Medlem	
Grete Kristoffersen	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Johan Ailo Kalstad	Medlem	
Marianne Johnsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Sverre Håkon Evju	Medlem	
Thrina Loennechen	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Kirsti Baardsen	Observatør	Leder Brukerutvalget

## ST 72/2018 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 72/2018	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 73/2018	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 13.9.2018
ST 74/2018	Tertialrapport 2, med Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 75/2018	Tertialrapport 2, 2018 – Større byggeprosjekter ved UNN
ST 76/2018	Virksomhetsplanlegging for 2019
ST 77/2018	Høring – Revisjon av regional inntektsfordelingsmodell for somatikk
ST 78/2018	Høring – Regional utviklingsplan
ST 79/2018	Sykefraværsoppfølging ved UNN
ST 80/2018	Strukturelle endringer i ambulansetjenesten ved UNN
ST 81/2018	Orienteringssaker
	<i>Muntlige orienteringer</i>
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasienthistorie</li><li>2. Status i rekrutteringsarbeidet til ny direktør</li></ol>
ST 82/2018	Referatsaker
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Referat fra møte i kvalitetsutvalget, datert 28.8.2018</li><li>2. Brev fra Sør-Troms regionråd og Ofoten regionråd, datert 11.9.2018</li><li>3. Referat fra møte i brukerutvalget, datert 12.9.2018</li><li>4. Referat fra møte i brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 17.9.2018</li><li>5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 18.9.2018</li><li>6. Protokoll fra arbeidsmiljøutvalget, datert 19.9.2018</li><li>7. Protokoll fra drøftingsmøte nr 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 26.9.2018</li><li>8. Brev fra overlegekollegiet ved UNN Harstad vedrørende bekymringsmelding angående bemanningssituasjonen ved ortopedisk seksjon UNN Harstad, datert 27.9.2018</li><li>9. Brev fra UNN Tromsø vedrørende bemanningssituasjonen ved ortopedisk seksjon UNN Harstad, datert 28.9.2018</li><li>10. Brev fra Salangen kommune og Lavangen kommune vedrørende ambulansesituasjonen, datert 1.6.2018</li><li>11. E-post fra Salangen kommune vedrørende ambulansesituasjonen, datert 18.6.2018</li><li>12. Svar på brev til Salangen kommune og Lavangen kommune angående ambulansesituasjonen ved UNN HF, datert 22.6.2018</li><li>13. E-post fra Salangen kommune vedrørende ambulansesituasjonen, datert 17.9.2018</li><li>14. Brev fra UNN Tromsø - svar vedrørende ambulansesituasjonen, datert 1.10.2018</li></ol>

15. Saksprotokoll fra Harstad kommunestyre vedrørende ambulansebåt, datert 27.9.2018
16. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Stortingets president vedrørende UNNs planer om å fjerne ambulansestasjonene på Stonglandseidet og i Gryllefjord, datert 2.10.2018
17. Svarbrev fra Salangen kommune til UNN vedrørende ambulanseberedskap, datert 3.10.2018
18. Uttalelse fra Støtteforeningen for Harstad sykehus vedrørende ambulansebåten, udatert
19. Uttalelse fra Harstad Eldreråd vedrørende prøvekjøring av planlagt ambulansetjeneste, udatert

ST 83/2018

Eventuelt

ST 84/2018

Oppfølging av PwC-rapporten



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
73/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

### Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 13.9.2018

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 13.9.2018.

Tromsø, 21.9.2018

Marit Lind (s.)  
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

Møteprotokoll fra styremøte 13.9.2018



## MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
 Møtested: UNN Tromsø, PET-senter G9 Styrerom  
 Dato: 13.9.2018  
 Tid: kl 9.00-15.20

Navn	Funksjon	Merknader
Ansgar Gabrielsen	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Anne Sissel Faugstad	Medlem	
Erik Arne Hansen	Medlem	
Grete Kristoffersen	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Johan Ailo Kalstad	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Thrina Loennechen	Medlem	
Sverre Håkon Evju	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	1. varamedlem	
Kirsti Baardsen	Observatør	Brukerutvalgets leder

Forfall:

Marianne Johnsen	Medlem	
------------------	--------	--

Fra administrasjonen møtte:

Marit Lind	konstituert administrerende direktør
Einar Bugge	konst. viseadministrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef, Stabsenteret ( <i>styrets sekretær</i> )
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klunikksjef, Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Jon Mathisen	klunikksjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Kate Myreng	klunikksjef ved Diagnostisk klinikk
Kristian Bartnes	klunikksjef ved Hjerte- og lungeklinikken
Tordis S. Høifødt	klunikksjef ved Psykisk helse- og rusklinikken
Markus Rumpsfeld	klunikksjef ved Medisinsk klinikk
Per Ivar Kaaresen	konst. klinikkssjef ved Barne- og ungdomsklinikken
Susann Berre	fung. klinikkssjef ved Operasjons- og intensivklinikken
Grethe Andersen	drifts- og eiendomssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Lars Øverås	økonomisjef
Per Christian Johansen	konst. kommunikasjonssjef

## ST 63/2018 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 13.9.2018 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i *uthevet kursiv*):

Saksnr.	Innhold
ST 63/2018	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 64/2018	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 21.6.2018
ST 65/2018	Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 66/2018	Tilsynsrapport
ST 67/2018	Prosess for beredskap ved UNN
ST 68/2018	Revisjon av hovedindikatorer for UNN
ST 69/2018	Orienteringssaker
	<i>Skriftlige orienteringer</i>
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Omlegging til rimeligere medikamenter</li><li>2. Pasientstrømmer</li><li>3. Utskrivningsklare pasienter</li><li>4. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn (<i>ettesendes</i>)</li></ol>
	<i>Muntlige orienteringer</i>
	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Pasienthistorie</li><li>6. Informasjon om operasjonsstuer m.v. A-fløy</li><li>7. Presentasjon av NOIS-resultater 1. tertial 2018</li><li>8. <i>Helikopterbasen på Evenes</i></li><li>9. <i>Status i rekrutteringsprosessen av ny direktør</i></li><li>10. <i>Innflyttingsprosessen i A-fløya</i></li></ol>
ST 70/2018	Referatsaker
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 5.6.2018</li><li>2. Brev fra UNN til Helse Nord RHF vedrørende klinisk patologi, datert 2.7.2018</li><li>3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 27.8.2018</li><li>4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten inkludert vedlegg, datert 28.8.2018</li><li>5. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 29.8.2018</li><li>6. Innkalling til Foretaksmøte den 29.8.2018, datert 16.8.2018</li></ol>
ST 71/2018	Eventuelt

*Det årlige dialogmøtet mellom styret og brukerutvalget ble gjennomført kl. 9.00-10.00, med bestilling om at det skal gjennomføres to ganger pr. år.*

**ST 64/2018 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 12.6.2018  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 13.9.2018**

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 21.6.2018.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 21.6.2018.

**ST 65/2018 Kvalitets- og virksomhetsrapport  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 13.9.2018**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapport for juli 2018 til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør om å legge frem en nærmere vurdering av årsakene til avvik og forventet prognose for 2018 i neste virksomhetsrapport.
3. Styret ber administrerende direktør om å sørge for at driften snarest mulig bringes i balanse, og ber om en orientering om de klinikkvise tiltaksplaner i styremøtet 4.10.2018. Styret forutsetter at kort- og langsiktige omstillingstiltak utarbeides i nært samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten i helseforetakene.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapport for juli 2018 til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør om å legge frem en nærmere vurdering av årsakene til avvik og forventet prognose for 2018 i neste virksomhetsrapport.
3. Styret ber administrerende direktør om å sørge for at driften snarest mulig bringes i balanse, og ber om en orientering om de klinikkvise tiltaksplaner i styremøtet



4.10.2018. Styret forutsetter at kort- og langsiktige omstillingstiltak utarbeides i nært samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten i helseforetakene.

**ST 66/2018 Tilsynsrapport**  
**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 13.9.2018**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn* fra 21.03.18 til og med 31.7.18 til etterretning.
2. Styret ber om at status i arbeidet med oppfølging av eksterne tilsyn i UNN forelegges styret tertialvis. Dersom spesielle forhold tilsier det, kan rapporteringen forelegges styret hyppigere.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn* fra 21.03.18 til og med 31.7.18 til etterretning.
2. Styret ber om at status i arbeidet med oppfølging av eksterne tilsyn i UNN forelegges styret tertialvis. Dersom spesielle forhold tilsier det, kan rapporteringen forelegges styret hyppigere.

**ST 67/2018 Prosessplan for beredskap ved UNN**  
**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 13.9.2018**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar prosessplan for beredskapsarbeid ved UNN til orientering.
2. Styret ber direktøren sikre at det gjennomføres årlige øvelser med redusert elektiv drift ved alle sykehus i UNN.
3. Styret forutsetter at det gjennomføres en ny risiko- og sårbarhetsanalyse høsten 2018.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar prosessplan for beredskapsarbeid ved UNN til orientering.
2. Styret ber direktøren sikre at det gjennomføres årlige øvelser med redusert elektiv drift ved alle sykehus i UNN.
3. Styret forutsetter at det gjennomføres en ny risiko- og sårbarhetsanalyse høsten 2018.

**ST 68/2018 Revisjon av hovedindikatorer for UNN  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 13.9.2018**

Innstilling til vedtak:

Styret tar orientering om hovedindikatorer til orientering, og ber om at følgende indikatorer tas med i vurdering av mulige hovedindikatorer for UNN i 2019:

Styreleder la fram følgende forslag til endret innstilling til vedtak:

Styret tar saken om revisjon av hovedindikatorer til orientering, viser til debatten og ber administrerende direktør legge frem saken på et egnet tidspunkt.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret tar saken om revisjon av hovedindikatorer til orientering, viser til debatten og ber administrerende direktør legge frem saken på et egnet tidspunkt.

**ST 69/2018 Orienteringssaker  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 13.9.2018**

*Utenom dagsorden fikk styret etter bestilling en presentasjon fra Hjerte- og lungeklinikken ved klinikkjef Kristian Bartnes vedrørende hjertesvikt samt kronisk respirasjonssvikt og behandling med hjemmerespirator, med påfølgende befarings til behandlingspostene i klinikken.*

Innstilling til vedtak:

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

*Skriftlige orienteringer*

1. Omlegging til rimeligere medikamenter
2. Pasientstrømmer
3. Utskrivningsklare pasienter
4. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn (*ettersendes*)

*Muntlige orienteringer*

5. Pasienthistorie  
- *Presentasjon ved medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv*
6. Informasjon om operasjonsstuer m.v. A-fløy
7. Presentasjon av NOIS-resultater 1. tertial 2018  
- *Presentasjon ved smittevernoverlege Torni Myrbakk*
8. Helikopterbasen på Evenes
9. Status i rekrutteringsprosessen av ny direktør

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

**ST 70/2018                      Referatsaker**  
**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 13.9.2018**

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 5.6.2018
2. Brev til Helse Nord RHF vedr. klinisk patologi- fordeling av funksjoner, datert 29.6.2018
3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 27.8.2018
4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 28.8.2018 inkludert vedlegg
5. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 29.8.2018
6. Innkalling til foretaksmøte den 29.8.2018, datert 16.8.2018

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

**ST 71/2018 Eventuelt**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 13.9.2018**

1. Orientering om helsepolitisk konferanse i Narvik
2. Møteevaluering gjennomføres etter hvert styremøte

Tromsø, 13.9.2018

Ansgar Gabrielsen  
styreleder

Helga Marie Bjerke  
nestleder

Anne Sissel Faugstad

Erik Arne Hansen

Grete Kristoffersen

Jan Eivind Pettersen

Johan Ailo Kalstad

Marianne Johnsen

Per Erling Dahl

Sverre Håkon Evju

Thrina Loennechen

Vibeke Haukland



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
74/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Hans-Petter Bergseth

### Tertialrapport 2. tertial 2018 med Kvalitets- og virksomhetsrapport

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner *Tertialrapport for 2. tertial 2018* og oversender denne til Helse Nord RHF.
2. Styret tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport August 2018* til orientering.

#### Bakgrunn

Tertialrapporten viser framdrift på gjennomføring av bestillinger i oppdragsdokumentet for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Den månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapporten (KVR) presenterer resultater for helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetsresultatene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse, miljø og sikkerhet (HMS). UNN har valgt å presentere rapportene i samme styresak, da mange av punktene er sammenfallende og utfyller hverandre.

#### Formål

Formålet med å legge frem Tertialrapport 2 til styrets behandling er å presentere framdrift på bestillinger i oppdragsdokumentet, og gjennom KVR gi styret nødvendig ledelsesinformasjon om status ved UNN i forhold til RHFets krav, samt interne satsningsområder.

#### Saksutredning

UNN har oppfylt flere av kravene i oppdragsdokumentet, og er i ferd med å oppfylle de resterende. Foretaket gjennomgår alle 180 nasjonale kvalitetsindikatorer, samt egne hovedindikatorer. Områder der det trengs forbedring blir fulgt opp. UNN ligger over eller på landsgjennomsnittet på de fleste nasjonale indikatorene.

#### Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

Ved utgangen av tertialet er gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter svakt økende. Målet om null fristbrudd er fortsatt ikke nådd. Kravet om andelen overholdte pasientavtaler på 95% i 2021 er innen rekkevidde. Tid til tjenestestart og overholdelse av pasientavtaler er to forholdsvis nye indikatorer, som det må arbeides med for å innfri kravene.

Det er utarbeidet felles regionale rutiner for hvordan samstemming av legemiddellister skal gjennomføres. De nye prosedyrene inkluderer oppdatering av DIPS-medikasjon og registrering av tjenestekode for rapportering. Prosedyre for registrering av tjenestekoder er ikke på plass, slik

at andelen samstemming av legemiddellister ikke er representativ. Implementeringsplan for legemiddelsamstemming er under utarbeidelse ved Kvalitets- og utviklingssenteret.

### **Somatikk**

Andelen pasienter med hjemmedialyse er for 1. tertial på 27,6 % (Helsedirektoratets hjemmeside). Egne registreringer viser at vi har ligget i intervallet 32 -35 % de siste to år. Våre egne registreringer inkluderer dialysepasienter i Tromsø, Narvik og Finnmark. (UNN har ansvar for dialysepasienter i Finnmark). Pasienter fra Harstad inngår ikke i registreringene. Det er uvisst hvilke pasienter som inngår i Helsedirektoratets data. Dette kan forklare et noe lavere resultat enn det fagområdet selv rapporterer. Saken vil bli fulgt opp og korrigert.

Andelen nye pasienter i kreftpakkeforløp er under måltallet. Tidligere års erfaring er at sommermånedene medfører et registreringssetterslep. Andelen pakkeforløp innenfor behandlingsfrist er fortsatt for lav. Tiltakene beskrevet i forrige KVR arbeides det videre med.

Oppholdstid i akuttmottakene ligger like under måltallet. Det er fortsatt fokus på forbedring av pasientforløpene i direktørens ukentlige tavlemøter. En av årsakene til økt oppholdstid kan skyldes utskifting av personell og mangelfull opplæring av de nye i løpet av sommermånedene. Det er iverksatt forbedringstiltak.

### **Psykisk helsevern og rus**

Antall tvangsinnleggelse og antall personer innlagt med vedtak om tvunget psykisk helsevern er redusert. Det har vært en liten reduksjon i andel pasienter hvor tvangsmiddelbruk er benyttet, og en reduksjon av andel mekanisk tvang. Tallene er små, og det er usikkert om det er en varig tendens. Ledelsen i klinikken opprettholder fokus i ukentlige tavlemøter. Arbeidet med å implementere nasjonale retningslinjer og feedbackverktøy for å forhindre Dropout innenfor rusfeltet pågår for fullt. Liggetiden for voksne i psykisk helse og rus har økt, noe som kan skyldes økning i antall utskrivningsklare pasienter. Det har vært en økning i pasientkontakter for barn og unge. Det vil bli stort fokus på implementering av de tre første pakkeforløpene som tas i bruk fra 1. januar 2019.

### **Brukermedvirkning**

UNN har over tid etablert mange strukturer for å sikre god pasient- og brukermidvirkning. Brukerutvalgets leder er medlem av Kvalitetsutvalget, og brukertutvalgets øvrige medlemmer inngår i klinikkenes KVAM-utvalg. Erfaringen med deltakelse i KVAM-utvalgene er variabel. I februar 2018 ble det for første gang etablert brukerpanel for medvirkning i byggesaker. For å lage en helhetlig plan for brukermidvirkning i UNN skal det arrangeres en workshop i høst med aktuelle deltakere

### **Samhandling med kommuner**

Det høye antall utskrivningsklare pasienter vedvarer. Totalt har liggedøgnene i somatikken økt med 683 fra forrige rapportering. Det pågår flere prosesser for å understøtte kommunehelsetjenesten i å gi behandlingstilbud. Samarbeidsutvalget mellom Tromsø kommune og UNN har gitt mandat til en partssammensatt arbeidsgruppe bestående av foretakets og kommunens ansatte, samt fastlegene. Arbeidsgruppen skal kartlegge, optimalisere og kvalitetssikre 10-20 pasientforløp for multisyke brukere med stort behandlings- og omsorgsbehov. Arbeidet med å fullføre avtaler med avtalespesialistene er i sluttfasen. Avtaleutkastene er oversendt avtalespesialistene for signering.

## **Smittevern**

UNN har redusert bruken av bredspektret antibiotika med ca. 15 % siden 2012. Det har vært et bevisst valg å være offensiv med bredspektret antibiotikum i behandlingen av pasienter med sepsis/alvorlig infeksjon etter sepsistilsynet i januar 2017. Konsekvensen er at bruken av bredspektret antibiotikum har økt i Akuttmedisinsk klinikk.

## **Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig personell**

UNN har gjennomført og fulgt opp ForBedring 2018. Det iverksettes nye tiltak for å redusere sykefraværet. Fortsatt ligger fraværet et godt stykke over målsetningen på 7,5 %. Sommerferieavvikling medførte en midlertidig økning i AML-brudd, men vi har en synkende tendens inneværende år. Det har vært ulik praksis mellom lokalisasjonene i rekruttering til heltidsstillinger, og det er igangsatt et arbeid med å øke andelen heltidsstillinger for hele organisasjonen. Bruken av innleie fra byrå øker markant på grunn av mangel på kvalifisert personell. Dette medfører utfordringer i driften. Antallet lærlinger i 2018 er økt, og det er igangsatt arbeid med å vurdere oppgaveglidning på ulike områder.

## **Økonomisk status per august**

Resultatet for UNN i august viser et positivt budsjettavvik på 4,5 mill kr. Resultatet skyldes blant annet lavere personalkostnader enn budsjettet (18,8 mill kr.). Samtidig øker kostnaden på innleie fra firma med 10,6 mill kr.

Akkumulert pr august viser resultatet et negativt budsjettavvik på 37,8 mill kr. Driverne til det negative budsjettavviket er lavere ISF inntekt enn budsjettet, og merforbruk på innleie av personell fra firma.

Vår prognose er at vi vil nå overskuddskravet fra RHF'et på 40 mill kr. Dette avhenger imidlertid av at klinikkene som har merforbruk klarer å stoppe den negative utviklingen. De klinikker/senter som har positive budsjettavvik må i tillegg opprettholde disse resten av året. Det vises for øvrig til vedlegg til saken «Økonomisk status UNN per august 2018».

## **Medvirkning**

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalget 17. og 19.9.2018. Begge utvalgene sluttet seg til at saken fremmes til styrets behandling.

Det ble gjennomført eget drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 26.9.2018 for denne saken. Protokoll fra disse møtene behandles som egen referatsak i styremøtet ved UNN 4.10.2018.

## **Vurdering**

Direktøren er fornøyd med den positive utviklingen for de *nasjonale kvalitetsindikatorene*. Det er ikke tilfredsstillende at det fortsatt forekommer fristbrudd, at vi ikke er i mål med oppholdstidene i akuttmottaket samt at det er en negativ utvikling når det gjelder kreftpakkeforløpene. Indikatorer med manglende måloppnåelse har fortsatt fokus i direktørens ukentlige tavlemøter og klinikkene arbeider med konkrete forbedringstiltak. En del av utfordringene skyldes forhold som kan ha oppstått i løpet av ferieavviklingen. På de aktuelle områdene forventes det bedring i tiden som kommer. Det er positivt at *den gylne regel* er oppfylt på tre av fire punkter. For fremtidige rapporteringer vil det bli differensiert mellom barn og voksne.

Direktøren er svært tilfreds med at det igangsettes et arbeid med å lage en helhetlig plan for større grad av brukermedvirkning. Det forventes at det igangsatte samarbeid med Tromsø kommune og fastlegene vil gi positive effekter på samhandlingen på litt sikt. Det stabilt høye antall utskrivningsklare pasienter fra Tromsø kommune er fortsatt bekymringsfullt.

Den utfordrende situasjon med mangel på enkelt personellgrupper må håndteres på en annerledes måte fremover for å få ned innleiekostnadene. Tiltaksarbeidet skal intensiveres og større grad av oppgaveglidning mellom yrkesgrupper vil være et sentralt grep i enkelte enheter. Risikoen i økonomien er økt ved at flere store klinikker ikke ser ut til å klare å drifte innenfor tildelt budsjetttramme inneværende år. Økonomistyring og oppfølging strammes inn i månedene fremover. Dette er helt nødvendig for å klare RHFets overskuddskrav på 40 mill kr.

## **Konklusjon**

Tertialrapport 2 og Kvalitets- og virksomhetsrapporten gir samlet en god oversikt over status på igangsatt arbeid på flere områder, og peker på hvor man må ha særlig oppmerksomhet i det videre utviklings- og forbedringsarbeid. Den økonomiske situasjonen er krevende. Direktøren anbefaler at styret tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten til orientering og godkjenner Tertialrapport 2 2018 for oversending til Helse Nord RHF.

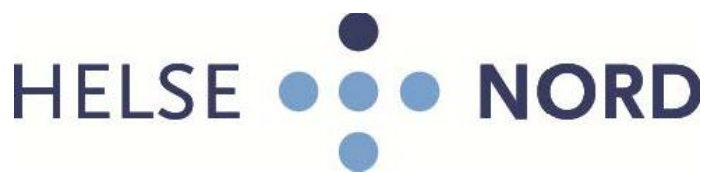
Tromsø, 26.9.2018

Marit Lind (s.)  
konst. administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tertialrapport for 1. kvartal 2018
2. Kvalitets- og virksomhetsrapport pr august 2018
3. Økonomisk status UNN per august 2018





# 2. Tertialrapport

## 2018 for

### Universitetssykehuset

### Nord-Norge



## Tertialrapport og Årlig melding 2018

## Innhold

1	Innledning.....	3
2	Krav.....	3
3.	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	4
3. 1.	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenestoområder .....	4
3. 2.	Somatikk .....	5
3. 3.	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....	7
3. 4.	Samhandling med kommuner .....	8
3. 5.	Samhandling med leverandører av private helsetjenester .....	9
3. 6.	Kvalitetsutvikling .....	9
3. 8.	Smittevern .....	13
6.	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell .....	14
6. 1.	Sikre gode arbeidsforhold .....	14
6.2.	Tilstrekkelig kvalifisert personell .....	15
7. 1.	Innfri økonomiske mål i perioden .....	16
7. 2.	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	17
7. 3.	Anskaffelsesområdet.....	17
8.	Risikostyring og internkontroll .....	19

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

## 1 Innledning

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2018 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2018, foretaksspesifikke mål 2018 og styringsparametere 2018.

**I utgangspunktet gjelder alle rapporteringskravene for alle seks helseforetakene i Helse Nord.** For felleskrav som åpenbart ikke gjelder for Sykehusapotek Nord HF (SANO) og Helse Nord IKT HF, ber vi om at kravet beholdes i malen og kommenteres som «ikke aktuelt» (dette for å beholde kontroll med nummereringen av rapporteringskravene).

Tekstboksen under hvert rapporteringskrav viser rapporteringsfrekvens og skal fylles ut. Ved rapportering for 2. tertial og Årlig melding beholdes tekst fra foregående rapportering i samme dokument.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg.

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

Oversikt over frister:

Rapportering	Frister
Tertialrapport	<b>Administrativt</b> utarbeidet Tertialrapport: 18. mai 2018 28. september 2018  <b>Styrebehandlet</b> Tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2018 8. oktober 2018
Årlig melding	<b>Administrativt</b> behandlet Årlig melding: 6. februar 2019.  <b>Styrebehandlet</b> Årlig melding (styrevedtak): Mars 2019.

## 2 Krav

(Tatt ut av rapporteringsmalen)

### 3. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

#### 3. 1. Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

##### **3.1.1 Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021.**

UNN har ved utgangen av 2.tertial 2018 en gjennomsnittlig ventetid på 59 dager for avviklede pasienter. For pasienter som fortsatt ikke er tatt til behandling er ventetiden 56 dager. Utviklingen har vært stabilt nedadgående. Klinikken rapporterer et kontinuerlig fokus på ventetiden og at målet på 50 dager er innen rekkevidde innen 2021. Ulike tiltak er innført for å redusere ventetiden for langtidsventende pasienter, blant annet innenfor ortopedi og håndkirurgi. Ved avvikling av langtidsventende pasienter vil rapportert ventetid gå noe opp for avviklede pasienter.

##### **3.1.2 Ikke ha fristbrudd.**

UNN har mellom 20 og 40 fristbrudd pr måned, og har ikke lyktes å fjerne fristbruddene helt. Antall fristbrudd er kraftig redusert de siste par årene. Temaet er på agenda i direktørens tavlemøter og på møter i klinikken. Det arbeides kontinuerlig med årsakene for å unngå at fristbrudd forekommer. Årsakene er komplekse og inngår som et ledd i satsningen på kontinuerlig forbedring.

##### **3.1.3 Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017**

Median tid til tjenestestart er pr 3.tertial redusert fra 71 (2016) til 62 dager (2017). Helsedirektoratets nettsider har ikke oppdatert data for 1 og 2. tertial 2018. Nye data publiseres 13 sept. UNN er i ferd med å få indikatoren i HN-LIS, for å ha mer oppdaterte data og raskere rapportering tilgjengelig. Det fokuseres særskilt på de fagspesifikke forløpene som har lengst tid til tjenestestart.

##### **3.1.4 Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.**

Ved utgangen av april 2018 overholdes 87% av pasientavtalene i UNN. Det er særskilt innenfor kontaktypene *kontroller* og *behandling* at utfordringene er størst. Ny rapportfunksjon i HN-LIS gir en god oversikt over resultatene for hvert fagområde og avdeling, noe som er til stor hjelp i forbedringsarbeidet. Indikatoren er forholdsvis ny og lite kjent. Dette vil bli fulgt opp i 3. tertial med oppdatert informasjon til klinikken. Målet på 95 % innen 2021 synes innen rekkevidde.

##### **3.1.5 Ha 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) og aktivitet (polikliniske opphold).**

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

Den gylne regel		
Funksjon	Måleparameter	Endring 17 -18
Somatikk*	Månedsværk	0,5 %
Psykisk helse og rus	Månedsværk	0,6 %
Somatikk*	Økonomi	3,6 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	0,9 %
Somatikk	Konsultasjoner	3,0 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	3,6 %
Somatikk	Ventetid	0,0 %
Psykisk helse og rus	Ventetid	-6,4 %

Det er større vekst i månedsværk og aktivitet samt reduksjon i ventetider innen psykisk helse og rus enn i somatisk virksomhet. Den gylne regel er oppfylt på tre av fire kriterier.

**3.1.6 Følge opp anbefalingene i rapporten fra de regionale helseforetakene til HOD «Overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag», og redegjøre for denne oppfølgingen innen 1. mai. En viktig forutsetning for overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler er at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon om legemidler på forskrivningstidspunktet.**

Oppdaterte oversikter over LIS-ansbud formidles fra fagsjef til aktuelle avdelinger og klinikkjefer. Avdelingsleder følger opp overfor leger i egen avdeling. Vi har inntrykk av at dette har god effekt. UNN ligger eksempelvis svært lavt nasjonalt på utgifter per DDD for TNF-hemmere. I umiddelbar fremtid er det størst potensiale for kostnadsreduksjon når Humira går ut av patent 1. januar 2019. I den forbindelse planlegger vi en felles overgang til biotilsvarende legemidler i UNN.

**3.1.11 Øke bruken av Mine pasientreiser (digitaliseringsgrad) til 55 % i Helse Nord.**

Bruken av mine pasientreiser er økende i UNN. Samlet sette var digitaliseringsgraden på 56 % 1. tertial og 63,3% andre tertial.

## 3. 2. Somatikk

**3.2.2 Gi intravenøs trombolysbehandling til minst 20 % av pasienter med akutt hjerneinfarkt.**

UNN har arbeidet med logistikk rundt pasienttransport, registrering og mottak av pasienter ved ankomst UNN Tromsø, for å få gitt behandling innen angitte tidsfrister. For 2017 var andelen som fikk trombolysbehandling 15,4 %, noe under nasjonal målsetning. Andelen har en jevn men langsom økning over tid. For januar og februar 2018 er tendensen den samme med en andel på ca 14%. Utviklingen overvåkes og det er fokusområde i fagfeltet. Det er satt i gang et hjerneslagstudie for å finne standardbehandling for pasienter som får hjerneslag mens de sover, noe som kan bidra til å øke andelen. For 2. tertial 2018 er andelen på 19,4%.

**3.2.3 Gi minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som skal ha trombolysbehandling, denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.**

Samlet for januar og februar 2018 fikk 75% av pasientene trombolysbehandling innen 40 min etter innleggelse. Akuttmedisinsk klinikk bidrar med logistikk rundt pasienttransport, registrering og mottak av pasienter ved ankomst UNN Tromsø, for å få gitt behandling innen angitte tidsfrister. Professor ved Nevro,- hud og revmatologisk avdeling leder et internasjonalt hjerneslagstudie. Målet

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

er å finne en bedre standardbehandling for pasienter som får hjerneslag mens de sover. For 2.tertial 2018 fikk 71,4 % av pasientene trombolyse innen 40 minutter.

### 3.2.4 Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.

Andelen pasienter med hjemmedialyse er 27,6 % for 1. tertial 2018 (siste tilgjengelige tall på Helsedirektoratets nettsider). Andelen har ligget i intervallet 32 -35 % de siste to årene. Helsedirektoratets målinger på 27,6% er basert på andelen som får hjemmedialyse første dag i tertialet. Våre egne registreringer viser en høyere andel. Dette kan skyldes ulikt datamateriale. Det arbeides for å kartlegge dette.

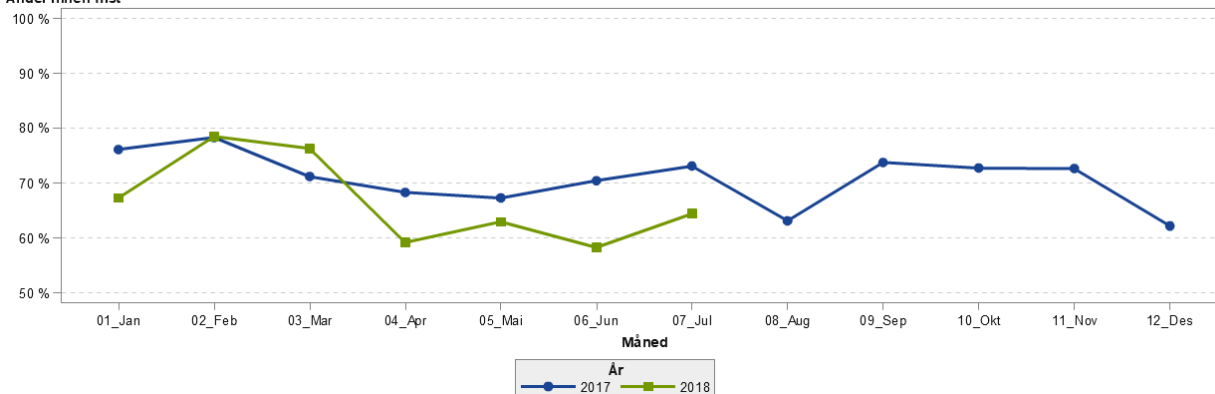
### 3.2.6 Gjennomføre minst 70% av pakkeforløp innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.

UNN har i perioden januar til august 2018 en andel på nye kreftpasienter i pakkeforløp på 67,1 %. Det arbeides i flere klinikker med forbedring og reorganisering av forløpene. For brystkreft har det manglet radiologer til å gjøre trippeldiagnostikk (mammografi, ultralyd og biopsi). Det er ikke lett å finne en permanent løsning på dette. Det er utfordringer med MR-kapasitet når det gjelder prostatakreft. Dette løses i høst ved at man skal bruke PET/MR-maskinen når denne ikke brukes til PET. For andre pakkeforløp med manglende måloppnåelse er det utfordringer med operasjons- og strålekapasitet. Det gjennomføres månedlige møter med tett oppfølging fra den enkelte klinikkssjef.

Mulighetene til å følge den enkelte pasient gjennom forløpet i HN-LIS er ikke lenger tilstede. Årsaken er overgangen til Dips Arena. Nye rapportfunksjoner må bygges opp for dag-til-dag-oppfølgingen av pakkeforløp.

Grafen viser andel pakkeforløp totalt innenfor behandlingsfrist pr. måned 2017 og 2018. Kilde HN-LIS

Utvikling andel pakkeforløp innenfor behandlingsfrist  
Andel innen frist



Tabellen viser andel pakkeforløp innenfor frist hittil i år. Kilde: HN-LIS. Diagnostisk pakkeforløp er foreløpig ikke inkludert i rapporten fra Helsedirektoratet. Medianverdier og standard forløpstid er heller ikke inkludert. Vi har rettet en henvendelse til Helsedirektoratet for evt å få dette inkludert.

Tabellen viser de pakkeforløp som har pasienter med behandlingstyper i det spesifikke forløp. Tidligere rapport har listet opp samtlige forløp fra 2016 ->, selv om det ikke har vært pasienter i forløpet på flere måneder. Tidligere rapport viste også akkumulerte resultater fra 2016 ->, hvilket gjorde at det nesten ikke var bevegelse i tallene.

UNN har nå fått mer relevante og riktige data tilgjengelig til oppfølgingen av pakkeforløpene.

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

Pakkeforløp	Behandlingstype	Antall innen std forløpstid	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	Andel innen frist
<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>651</b>	<b>67,1%</b>
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	6	6	100%
Blærekreft	Kirurgi	21	34	62%
Blærekreft	Medikamentell behandling	2	4	50%
Brystkreft	Kirurgi	49	88	56%
Brystkreft	Medikamentell behandling	18	21	86%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	4	6	67%
Bukspyttkjertelkreft	Medikamentell behandling	3	5	60%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	22	23	96%
Eggstokkreft (ovarial)	Medikamentell behandling	3	4	75%
Føflekkreft	Kirurgi	34	45	76%
Galleveiskreft	Kirurgi	3	4	75%
Hjernekreft	Kirurgi	13	13	100%
Hjernekreft	Strålebehandling	0	1	0%
Hode- halskreft	Kirurgi	23	26	88%
Hode- halskreft	Medikamentell behandling	1	2	50%
Hode- halskreft	Strålebehandling	8	14	57%
Kreft hos barn	Kirurgi	3	3	100%
Kreft hos barn	Medikamentell behandling	3	3	100%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	2	6	33%
Kreft i spiserør og magesekk	Medikamentell behandling	6	7	86%
Kreft i spiserør og magesekk	Strålebehandling	4	4	100%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL )	Medikamentell behandling	2	2	100%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	7	8	88%
Livmorhalskreft (cervix)	Strålebehandling	1	1	100%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	15	16	94%
Livmorkreft (endometrie)	Medikamentell behandling	1	1	100%
Lungekreft	Kirurgi	8	21	38%
Lungekreft	Medikamentell behandling	18	26	69%
Lungekreft	Strålebehandling	28	35	80%
Lymfomer	Medikamentell behandling	18	27	67%
Lymfomer	Strålebehandling	1	3	33%
Myelomatose	Medikamentell behandling	1	1	100%
Nyrekreft	Kirurgi	6	16	38%
Peniskreft	Kirurgi	1	2	50%
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgi	0	4	0%
Prostatakreft	Kirurgi	14	28	50%
Prostatakreft	Medikamentell behandling	5	16	31%
Prostatakreft	Overvåking uten behandling	11	18	61%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	13	16	81%
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	1	1	100%
Testikkelkreft	Overvåking uten behandling	8	9	89%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	40	68	59%
Tykk- og endetarmskreft	Medikamentell behandling	2	2	100%
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	8	11	73%

### 3. 3. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

#### 3.3.1 Ha færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017.

Antall tvangsinnleggelser er redusert fra 193 i (2017) til 164 (2018) for perioden januar - april. Det observeres i samme periode en reduksjon i antall individer fra 130 til 111.

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

Antall tvangsinnleggelses er redusert fra 196 (2017) til 182(2018) i perioden mai - august . Det observeres i samme periode en reduksjon i antall individer fra 129 (2017) til 121 i (2018). Til og med 2. tertial er antall tvangsinnleggelses redusert med 11 % i forhold til i fjor, og antall individer innlagt med vedtak om tvunget psykisk helsevern er redusert med 7,2 %. Flere langsgående tiltak kan tenkes å være av betydning:

- Jevnlige møter for faglig ansvarlige psykiatere/psykologspesialister der vedtakene følges opp med kvalitetssikring og kvalitetsutvikling.
- Daglig oppmerksomhet på å tilstrebe frivillighet ved mottak av nye pasienter, der oppfølging av endret lovverk, Psykisk helsevernloven, fra juli/september 2017 vektlegges.

### **3.3.3 Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.**

Rusavdelingen har arbeidet systematisk for å implementere tiltak fra det nasjonale drop-out prosjektet, bl.a. gjennom etablering av Drop-out team. Rutiner for tettere kontakt med pasienten og hjelpeapparatet før innleggelse, innføring og utprøving av feedbackverktøy, samt økt kartlegging av kognitiv fungering er tiltak som skal redusere manglende oppmøte og avbrudd i behandlingen.

Implementeringen av nasjonale faglige retningslinjer er fullført, men feedbackverktøy er ikke implementert ved alle enheter i Russeksjon Tromsø. I Narvik er mye av dette på plass, men noe gjenstår. Blant annet trengs en bedre oversikt over på hvilke områder og på hvilke måter de nasjonale retningslinjene og bruk av feedbackverktøy gjenspeiles i måten Russeksjon Narvik er organisert. Noe av dette er innarbeidet gjennom fraser i DIPS som styrer innhold og kvalitet på en del av den skriftlige dokumentasjonen. Andre deler av implementeringen har bidratt til å forme metodikken for forvernarbeid, som kontakt med lokalt hjelpeapparat før innleggelse.

## 3. 4. Samhandling med kommuner

### **3.4.3 Utarbeide en plan med konkrete tiltak for å understøtte fastleger og kommunehelsetjeneste på måter som gjør det mulig å gi behandlingstilbud i kommunene der dette er faglig forsvarlig, herunder: -Øke bruk av videobaserte konsultasjoner vis a vis pasienter og faglige samarbeidsparter (fastleger mv). Fremdrift i dette arbeidet rapporteres tertialvis.**

Det pågår flere prosesser for å understøtte kommunehelsetjenesten i å gi behandlingstilbud. Blant annet samarbeider vi med kommunene i opplæring av hjemmerespiratorteam i kommunehelsetjenesten, som vil gjøre det lettere for kommunene å ta imot pasienter som skal på sykehjem og har hjemmerespirator.

Samarbeidsutvalg mellom Tromsø kommune og UNN har gitt mandat til en partssammensatt arbeidsgruppe bestående av foretak ,kommune og fastleger. Arbeidsgruppen skal teste ut og samtidig kartlegge om man gjennom tettere samarbeid og støtte fra ledelsen klarer å optimalisere pasientforløpene for multisyke brukere med stort helsetjenestebehov. Arbeidsgruppen skal avdekke eventuelle hindringer, svikter i pasientforløpene og komme med forslag på konkrete forbedringsområder som kan bidra til en mer pasientsentrert tjeneste med økt egenmestring.



## Tertialrapport og Årlig melding 2018

I regi av OSO er det etablert et KSU (Klinisk samarbeidsutvalg) som skal utrede hvordan fordelingen av ansvar og oppgaver mellom UNN og kommuner skal foregå. Arbeidsgruppen er i gang og har startet kartlegging av pasientforløpet til de første pasientene.

OSO har egen sak om samarbeid mellom UNN og fastleger på møte 27. september. Forslaget er å utarbeide lokale samarbeidsavtaler som regulerer samarbeidet mellom fastleger og UNN.

### 3. 5. Samhandling med leverandører av private helsetjenester

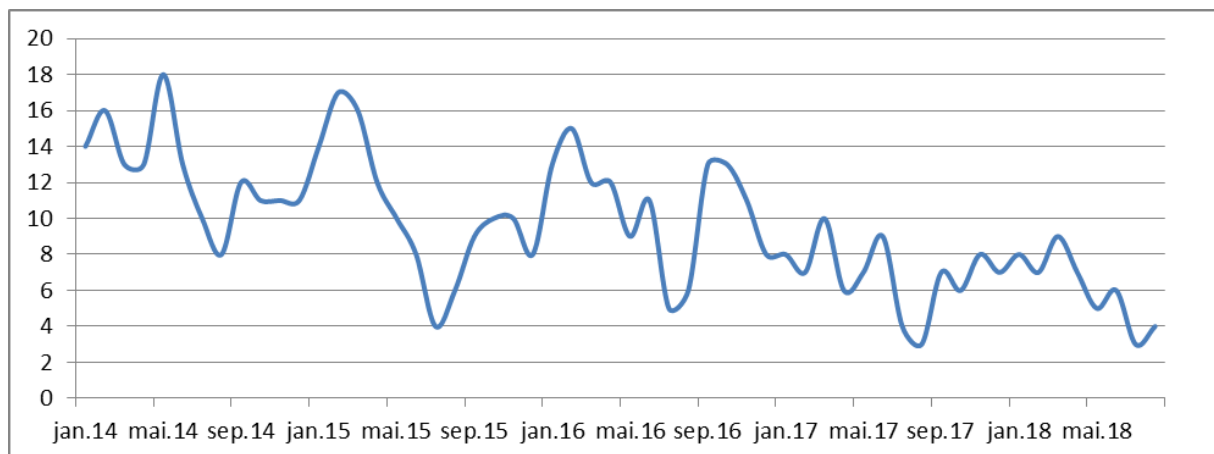
#### 3.5.3 Etablere samarbeidsavtaler på klinisk nivå med alle avtalespesialister innen 1. juni.

Utarbeiding av samarbeidsavtaler med avtalespesialistene er igangsatt. Arbeidet er noe mer omfattende enn først antatt. Det skal utarbeides samarbeidsavtaler med 39 unike spesialister, fordelt på åtte fagområder og seks ulike steder i Troms og Ofoten. Utkast / forslag til samarbeidsavtaler er sendt til alle avtalespesialister, og de avtaler som ikke er signert følges opp med avtalespesialistene.

### 3. 6. Kvalitetsutvikling

#### 3.6.2 Ikke ha korridorpasienter.

UNN har fremdeles utfordringer med korridorpasienter på enkelte sengeposter. Åpningen av A-fløy og påfølgende rokade forventes å gi bedret kapasitet, og dermed reduksjon i korridorpasienter. Innføring av sengepostkoordinatorer ventes også å bidra til å redusere antallet korridorpasienter. UNN har en andel på 1,7 % av pasientdøgn på korridor i 1.tertial. Det registreres en nedgang i 2. tertial som sannsynligvis skyldes en sommereffekt. Tendensen er nedadgående fra 2,9 % i 2014.



#### 3.6.11 Implementere regionale rutiner for legemiddelsamstemming og legemiddelmodul i Dips. Rapportere legemiddellister som er samstemt fra og med andre halvår 2018. Ved utgangen av 2019 skal mer enn 90% av legemiddellistene være samstemt ved innleggelse.

Det er utarbeidet felles regionale rutiner for hvordan samstemming av legemiddellister skal gjennomføres. De nye prosedyrene inkluderer oppdatering av Dips medikasjon og registrering av tjenestekode for rapporteringsformål. Implementeringsplan for legemiddelsamstemming er under utarbeidelse ved Kvalitets- og utviklingscenteret. Det vises til neste kapittel for en nærmere redegjørelse av status.

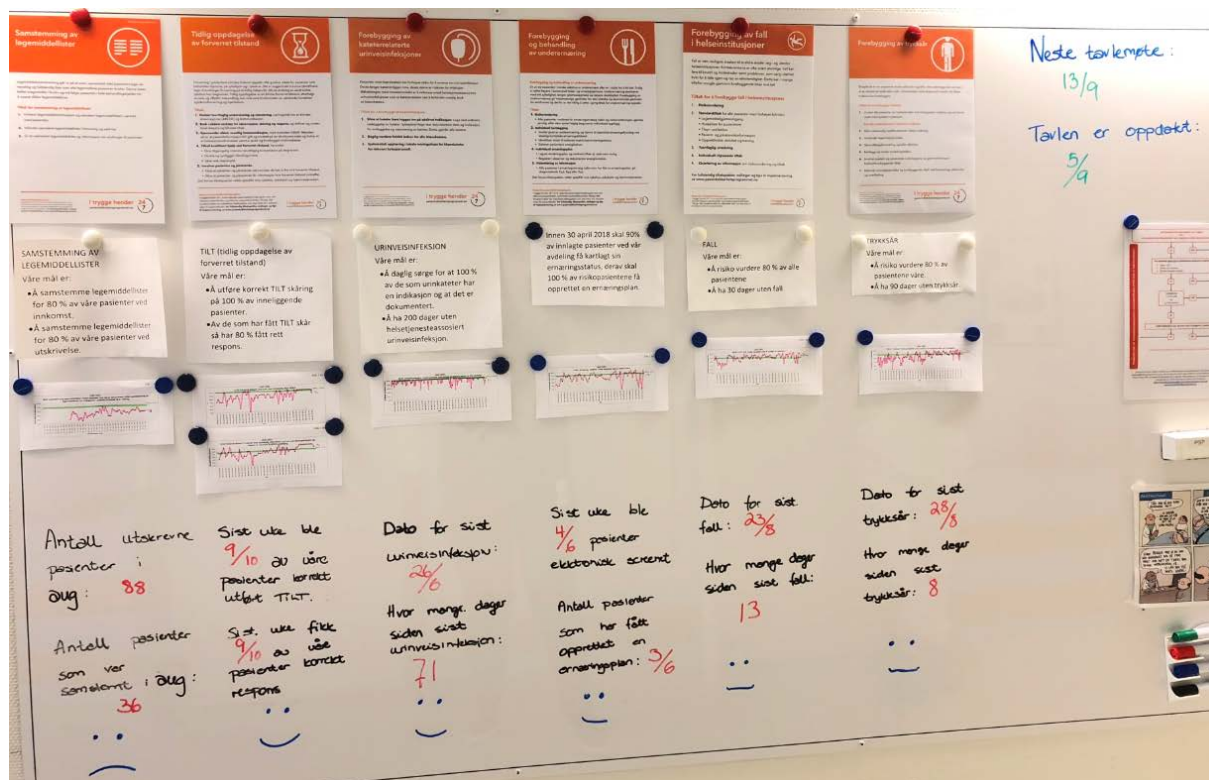
### 3.7.2 Pasientsikkerhet.

#### Status Pasientsikkerhetsprogrammet 2. tertial 2018

De obligatoriske tiltakene i innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet rapporteres nå iverksatt ved alle sengepostene.

Mange spesialavdelinger har iverksatt tilpassede tiltak. Et eksempel på dette er forebygging av trykksår i ambulanseavdelingen eller ved intensivavdelingene. Her vil ikke de generelle tiltakene gjelde, men man må likevel være oppmerksom på trykksårfare og handle deretter. Har de iverksatt denne type tiltak, er ruten merket med «tilpasset».

Veldig mange enheter oppgir at de har pasientsikkerhetstavler som de benytter til å følge opp sine resultater. Tavlemøtene er et godt redskap for å holde oppmerksomhet på arbeidet og bidra til kulturrendring. Bildet viser pasientsikkerhetstavlen ved ortopedisk avdeling.



#### Legemiddelsamstemming

Dette området beskrives spesielt, da det er utarbeidet felles regionale rutiner for hvordan samstemming av legemiddellister skal gjennomføres.

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

Det er på basis av registrerte tjenestekoder for legemiddelsamstemming ved innleggelse, utviklet en rapport i HN LIS. For 2. tertial var andel registrert samstemt for hele UNN på 17 %. Tallene for hver klinikk presenteres i det videre. Det understrekes at disse tallene kan gi et for negativt bilde, da mange enheter følger rutinene uten å ha fått på plass system for registrering av tjenestekodene.

**Klinikkvis oversikt:****Barne- og ungdomsklinikken:**

Så godt som ingen av innsatsområdene er rettet mot enheter for barn og ungdom, men de benytter elementer fra de ulike innsatsområdene i sitt arbeid for økt pasientsikkerhet.

BUK har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 11 % av innleggelsene 2. tertial. Siste uke viste rapporten at 40 % av oppholdene var registrert samstemt.

**Hjerte- og lungeklinikken:**

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Hjerte- og lungeklinikken										
Hjertemed sengepost										PS-tavle
Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling sengepost										PS-tavle, r-tavle,
Lungemed										PS-tavle

Hjerte- og lungeklinikken har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 4 % av innleggelsene 2. tertial. Siste uke viste rapporten at 11 % av oppholdene var registrert samstemt.

**Medisinsk klinikk:**

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Medisinsk klinikk										
Hematologisk										Risikotavle
Inf med										PS-tavle, risikotavle, ernæring, trygg utskrivelse oppstart
Fordøyelse/Nyre										PS-tavle
Geriatrisk										PS-tavle, ernæring
Medkir Narvik	Tilpasset			Psy				TILT 4 Peibale		PS-tavle, ernæring, utskrivelsesinfo
Med A Harstad										Risikotavle, simuleringstrening, ernæring
Med B Harstad										Risikotavle, simuleringstrening, ernæring

Medisinsk klinikk har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 29 % av innleggelsene 2. tertial. Medisinsk avdeling i Narvik har registret samstemmingskode ved 65 % av sine opphold.

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

## Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
K3K										
Føde/Barsel Tromsø	Tilpasset									Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
Føde/gyn Harstad	Tilpasset	Tilpasset								Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
Føde/gyn Narvik	Tilpasset	Tilpasset						Starter m TILT 2. tert		PS-tavle, flere prosjekter
Kreft									Tilpasset	Risikotavle, Pilot ernæring
Gastro kir	Tilpasset									PS-tavle
Gyn,uro,endo,plast	Tilpasset							Tilpasset, kun TILT		PS-tavle, pilot trygg utskrivning
Kir. Harstad	Tilpasset									PS-tavle

K3K har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 16 % av innleggelsene 2. tertial.

## Neuro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Neuro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken										
Neuro-, hud- og revmatologiskavdeling										PS-tavle, risikotavle
Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyevdelingen	Tilpasset									PS-tavle, PS-tavle, ernæring, utskrivningskoordinator ++
Ortopeden Tø										R-tavle
Ort. Harstad	Tilpasset									PS-tavle
FRMA Tromsø (døgn)										risikotavle
FRMA Harstad(døgn)										risikotavle

NOR-klinikken har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 18 % av innleggelsene 2. tertial.

## Operasjons- og intensivklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Operasjons- og intensivklinikken										
Intensiv Seksjon A Tromsø - Ikke rapportert pga flytting og omorganisering		Tilpasset								PS-tavle
Intensiv Seksjon B Tromsø		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset			Tilpasset - TILT og ISBAR under innføring		Tavler nede og flytting
ANOP Innsusa Tromsø			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset				PS-tavle
ANOP Dagkirurgi Tromsø					Tilpasset			Planlegger ISBAR		PS-tavle
ANOP Intensiv Harstad	Tilpasset						Tilpasset - slagalarm, trombolysa			PS-tavle, pårørende-prosjekt, simulering
ANOP Akuttinntak Harstad		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset - slagalarm	RETTIS	Mangler måling	Tavle, skjema for vurdering v innl., oppholdstid i akuttinntak
ANOP An/op Harstad			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Deitar i Medisinsk mottaksleam	Tilpasset ISBAR, ABCDE		PS-tavle, en hel rekke prosjekter
ANOP Akuttinntak Narvik			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset				visittsjekklister, tavle
ANOP Intensiv/peri Narvik		Tilpasset								PS-tavle
ANOP Ane/opr Narvik			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset				PS-tavle

## Akuttmedisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Akuttmedisinsk klinikk										
Ambulansetjenesten		Tilpasset, innhenter info hvis tilgjengelig				Tilpasset, nye bæreadresser	Tilpasset, klargjør til trombolysa	Tilpasset, ABCDE og RETTS	Sepsis-skjema i amb, innført blodkultur og start AB	
Akuttinntaket		Tilpasset	Tilpasset			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset, innfører TILT bruker ABCDE		PS-Tavle,
Obspost	Tilpasset		Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			PS-tavle, risikotavle

Det registreres ikke heldøgnsopphold ved Akuttmedisinsk klinikk, derved vil legemiddelsamstemming gjort her «tilfalle» pasientens moderpost.

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

**Psykisk helse og rusklinikken:**

Psykisk helse- og rusklinikken gjennomfører jevnlig læringsnettverkssamlinger, hvor enheter fokuserer på det de opplever er deres viktigste forbedringsområder innen pasientsikkerhet. Dette systematiske arbeidet ledes av fagutviklingsenheten ved klinikken, og gjelder også poliklinikkene. Forbedringsområdene rapporteres ved innsending av rapporter og telematikk-møter hvor fremdrift følges opp og diskuteres.

Psykisk helse- og rusklinikken, sengeposter 1.tertial 2018	Legemiddel- samstemmi ng	Selv mord	Overdose	Egne pas.sikkerhetsprosj.
Akuttpost nord				Bedre pasientforløp
Akuttpost sør				Sjekkliste, tavler, fysisk aktivitet
Akuttpost Tromsø				Tavler
PRE				Tavle
Alderspsykiatri døgn				
Sikkerhet (Begge poster)	Tilpasset	Tilpasset		Krisemestringsplan, ettersamtaler, "Hjertefrisk", forbedringstavler
Døgn 1+2		Tilpasset		Pasientforløp
Døgn Storsteinnes				Bedre psykosebeh.-fysisk aktivitet
SPHR Midt-Troms		Tilpasset		Behandlingsplaner
SPHR Nord-Troms		Tilpasset		Pårørendearbeid,
SPHR Sør-Troms		Tilpasset		
SPHR Ofoten				
ReStart				Kriseplaner, mange prosjekt
Rusbehandling Ung				"Stø kurs", pårørendekontakt
Avrusing				
Rusbehandling Narvik				Risikotavle, Pårørendeinvolvering, Pasientforløp tvang, sikkerhet v/aktivitet
Medikamentfri enhet		Tilpasset		

## 3. 8. Smittevern

**3.8.2 Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012.**

Avdeling for mikrobiologi og smittevern (AMS) har ansvar for etablering av styringssystemer (infeksjonskontrollprogram, antibiotikastyringsprogram), rådgivning og overvåkning. AMS har levert både på overordnet nivå og med tilbakemelding til hver enkelt avdeling. Lederne i den kliniske virksomheten (alle klinikker) har ansvar for resultatmålene. UNN har redusert bruken av disse medikamentene med ca 15 % siden 2012. Det arbeides med A-team for fortsatt å redusere bruken.

Det er i 2018 gjennomført intern revisjon med tiltakspakker for å redusere bruken av bredspektret antibiotika. Etter sepsistilsynet i januar 2017 har det vært et bevisst valg å være offensiv med bredspektret antibiotikum i behandlingen av pasienter med sepsis/alvorlig infeksjon. Konsekvensen er at bruken av bredspektret antibiotikum har økt i Akuttmedisinsk klinikk.

**3.8.4 Utføre insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.**

UNN registrerer insidens for postoperative sårinfeksjoner for NOIS-inngrepene aortakoronarebypass, total- og hemiprotoser hofte, keisersnitt, kolecystektomi og koloninngrep. Dette rapporteres av smittevernoverlegen tertialvis til Helse Nord RHF. UNN gjennomfører kontinuerlig oppfølging av

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

postoperative sårinfeksjoner i NOIS-POSI. Helse Nord RHF mottar tertialvise rapporter fra smittevernlege i UNN. Ved dype sårinfeksjoner gjennomføres forenet hendelsesanalyse med gjennomgang av pasientens forløp for å avdekke forbedringsområder.

Prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) er utført 1. og 2. kvartal 2018. Resultatene er rapportert til Helse Nord RHF via smitteverneverlege.

Insidensundersøkelse av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) 1. tertial 2018 er utført. Alle enheter leverte tall og alle klarte kravet om minimum 95 % oppfølging. Resultatene er rapportert til Helse Nord RHF via smitteverneverlege til postmottak.

Rapportering til kvalitetsutvalg og på systemnivå til ledelsens gjennomgang.

## 6. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

### 6. 1. Sikre gode arbeidsforhold

**6.1.1 Framlegge plan for å redusere deltidsarbeid for andel deltid over 24% i tertialrapport 1. I planen skal det framgå årlige mål for reduksjon av andelen deltid, og tilhørende tiltak for å oppnå reduksjon. Oppfølging av planen skal fremgå i fremtidig tertialrapportering.**

I UNN har vi så langt i 2018 17,9 % faste ansatte med deltidsstillinger. I dette tallet inngår også frivillig deltid. Enkelte enheter og lokalisasjoner har mer deltid enn andre, og i noen enheter, for eksempel i Harstad, er det satt i gang tiltak for å øke stillingsprosenten til disse medarbeiderne.

Plan for ytterligere reduksjon av antall deltidsansatte;

1. MÅL: Øke stillingsbrøkene til ansatte som arbeider ufrivillig deltid
  - a. TILTAK: Arbeide systematisk for at alle som arbeider ufrivillig deltid skal få økt stillingsbrøk, og fortrinnsvis fulle stillinger
  - b. TILTAK: God informasjon om mulighet for å registrere ufrivillig deltid, samt lederopplæring og informasjon til ansatte om fortrinnsrett for deltidsansatte.
2. MÅL: God heltidskultur
  - a. TILTAK: Utlysning av fortrinnsvis fulle stillinger
  - b. TILTAK: Fleksibel bruk av personell for å kunne tilby heltidsstillinger

**6.1.2 Redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 %, og å holde korttidsfravær mindre enn 2 %. Redegjøre særskilt for tiltak ved fravær over 10 %.**

UNN arbeider systematiske med å redusere sykefraværet:

- Utarbeide, implementere og følger opp IA-handlingsplan.
- IA-kurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud. Kursene har et særskilt fokus på å øke deltakernes kompetanse innen forebygging og oppfølging av sykefravær.
- Prosesstøtte til lederne i oppfølging av sykemeldte, som et systematisk HMS-tiltak for å forebygge sykefravær.
- Gjennomføring og oppfølging av ForBedring. Tilbyr prosesstøtte til lederne i oppfølgingsfasen.
- Månedlig rapportering på sykefravær i KVR-rapporten.
- Har særskilt fokus på klinikker som har mange medarbeidere med gjentakende fravær med tett og systematisk oppfølging. Satsningen "Bli i jobb" er i startfasen i 2018.

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

- Har opprettet ressursgrupper for håndtering av sykefravær. Hensikten med gruppene er å styrke lederne til å håndtere sykefravær. Det er aktuelt å etablere slike grupper i andre klinikker.
- Tett og godt samarbeid med NAV.
- Utarbeidet planskisse for styrket innsats i sykefraværsarbeidet høsten 2018, i samarbeid med NAV.
- Ledere i enheter med mer enn 10% sykefravær skal aktivt følges opp fra støttefunksjonene (personal og BHT).

## 6.2. Tilstrekkelig kvalifisert personell

### 6.2.2 Utarbeide årlige og langsiktige planer for foretakets bemanningsbehov og utdanningskapasitet. I tertialrapportene presenteres sammenligning mellom faktisk bemanning og utdanningskapasitet vs. plan.

UNN gjennomførte i 2017-18 en bred kartlegging av behovet for kompetanse og personell frem mot 2030. Denne kartla dagens personalressurser mot estimert behov. I tillegg ble informanter i fagmiljøene intervjuet. UNN vil i 2030 ha størst mangel på: sykepleiere, spesialsykepleiere (anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon-, akutt-, geriatri/demens-, psykisk helse-, øye-, kreft- og palliasjon), bioingeniører og bioingeniører med spesialkompetanse, radiografer med spesialkompetanse, psykologspesialister, legespesialister (onkologi, øyesykdommer, radiologi, hjertesykdommer, anesthesiologi) og helsesekretærer med videreutdanninger.

Resultater og tiltak utarbeidet i rapporten brukes systematisk i planlegging av foretakets kompetanseutvikling- og planer samt kunnskap om hvilke formelle utdanningsløp som trengs i fremtiden. Tiltakene som er anbefalt i rapporten skal inn i ny handlingsplan for undervisning og læring 2019-2021.

UNN er godt i gang med å implementere ny utdanningsmodell for leger i spesialisering. Ny modell har som formål å sikre at vi utdanner de legespesialiteter som UNN og regionen har behov for.

Det er behov for å utdanne flere sykepleiere. Manglende finansiering av studieplasser og rigide krav til praksis i utdanningen er hindringer for å øke kapasiteten. Særlig vanskelig er det å imøtekomme krav til lang sammenhengende praksisperiode i kirurgiske sengeposter. Dette kravet vil endres når nye nasjonale retningslinjer for de rammeplanstyrte utdanningene trer i kraft fra 2020.

For å være i forkant av nye nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger (RETHOS-programmet), arbeides det med å øke kapasitet og sikre kvalitet for lege- og sykepleierutdanningen. Arbeidet gjøres i samarbeid med Norges arktiske universitet, UiT Helsefak.

UNN samarbeider med UiT Helsefak om ny master innen akuttisykepleie med oppstart høst 2020. Arbeidet vil inngå i nytt regionalt samarbeid for utdanning (SAMUT).

### 6.2.3 Redegjøre i tertialrapport 2 for foretakets handlingsplaner for arbeid med oppfølging av Helse Nords strategi for leder- og ledelsesutvikling.

Strategisk

- UNN arbeider langsiktig med leder- og ledelsesutvikling i tråd med foretakets strategiske utviklingsplan. Herunder også sett opp mot HN's overordnede strategi.
- I tillegg arbeides det med en ny modell som skal gjøres gjeldende fra 2019, for å imøtekomme målene i UNNs strategiske utviklingsplan.

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

Det arbeides også i regionalt rekrutteringsnettverk med å se på rekrutteringen og innfasingen av nye ledere. Arbeidet pågår.

### Operativt

- UNN har ulike tilbud til ledere. Et eksempel er prosessorientert kurs for ledere som har jobbet i foretaket 2 år eller mer. Fokus er praktisk ledelse.
- Ledelse gjennom kontinuerlig forbedring – innføringskurs for nye ledere (høsten 2018).
- Rekrutteringskurs for ledere.
- Kurs i Arbeidsgiverstøtte.

### Administrativt

- Kurs i administrative systemer for ledere.
- Opplæring og veiledning i bruk av kompetansemodulen.

## 7. 1. Innfri økonomiske mål i perioden

### 7.1.2 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som:

- **Innføring av felles kliniske system, jf. tidligere styrebehandling, herunder forutsetningen om kompetansebygging og funksjonell forvaltning.**
- **Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon.**
- **Satsing på klinisk farmasi.**
- **Innkjøp.**
- **Innføring av nytt sak-/arkivsystem.**
- **Innføring av kompetansemodulen i personalportalen.**

### Forvaltningssentere

Forvaltningssenter LAB, RAD og EPJ har bidratt i utarbeidelse av felles mal i Helse Nord for rapportering på nytteverdien av innføring av felles kliniske system i regionen.

### Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon.

Det er for tidlig å kunne vurdere en realisering av nytteverdien av dette.

### Satsing på klinisk farmasi.

UNN er i en prosess med å tilsette personer i stillingene som er øremerket klinisk farmasi. Det er for tidlig å kunne vurdere en realisering av nytteverdien av dette.

### Innkjøp.

Det er for tidlig å kunne vurdere en realisering av nytteverdien av dette.

### Innføring av nytt sak-/arkivsystem.

Det er for tidlig å kunne vurdere en realisering av nytteverdien av dette.

### Kompetansemodulen i UNN



## Tertialrapport og Årlig melding 2018

### Bakgrunn:

Implementering av kompetansemodule (KM) ble besluttet i direktørmøte (sak 28-2016). Implementeringen startet i mars 2017, mens selve utrullingsplanen ble vedtatt av direktørens ledergruppe i sak 44-2017. Opplæringsbehovet har vist seg å være større enn først antatt og vil forskyve den opprinnelige tidsrammen for prosjektet. Dette ble meldt til AD-møte i Helse Nord og i april ble prosjektet utvidet fram til 28. februar 2019. Helse Nord finansierer to stillinger ut prosjektperioden.

### Status:

Så langt i prosjektperioden har 463 ledere og fagansvarlige fått opplæring. Blant disse er ca. 270 ledere. Det gjenstår opplæring av ca 300 personer. Plan for videre opplæring er utarbeidet og kurs gjennomføres kontinuerlig.

UNN har utarbeidet flere sentrale kompetanseplaner som gjelder for store grupper ansatte (Barn som pårørende, legemiddelhåndtering, blodtransfusjoner, plan for nye ledere, osv.), i tillegg til de sentrale kompetanseplanene *Alle ansatte UNN*. Det er også utarbeidet en rekke lokale planer for enkeltenheter og klinikker.

Prosjektet tilbyr tilpasset opplæring, samt oppfølging og veiledning i utvikling av kompetanseplaner.

### Gevinster:

- Mer systematisk og strategisk arbeid med kompetanseutvikling
- Mer strukturerte utviklingsamtaler og oppfølging av medarbeidere
- Gir digital dokumentasjon av kompetanse
- Enklere akkreditering og revisjoner
- Enklere bemanningsplanlegging
- Bedre koordinering, administrering og oppfølging av utdanningsløp
- Bidra til å sikre bærekraftige fagmiljø

## 7. 2. Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

### 7.2.3 Delta i prosjekt integrasjon av nasjonalt system for forvaltning drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler med innkjøpssystemet ClockWork. Status for arbeidet skal inngå i tertialrapport to.

Arbeidet med integrasjon mellom Medusa og Clockwork ledes av Helse Nord – IKT. Medisinsk teknisk avdeling ved UNN har deltatt i flere møter. Siste møte ble avholdt 28. juni 2018. Det er utarbeidet en beskrivelse av hva MTA/BHM-miljøene i RHF –ene ønsker og forventer, og hva som ønskes fra HN- IKT. Det er etablert kontakt med Softpro (leverandør av Medusa) samt leverandøren av Clockwork. Begge leverandørene skal være med på neste møte for å uttale seg om mulige løsninger.

## 7. 3. Anskaffelsesområdet

### Foretaksgruppen skal styrebehandle «Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021» i løpet av våren 2018. Målet er å redusere innkjøpskostnader med minimum 50 millioner kroner i 2018.

### Krav for 2018:

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

### 1.Samordning

- **Innen 1.juli oversende anskaffelsesplan for 2019.**
- **Innen 1.juli oversende oversikt over planlagte investeringsanskaffelser i 2018**
- **Innen 31.desember oversende fireårige handlingsplan, denne skal deretter rulleres kvartalsvis.**

Anskaffelsesplanen for 2019 og oversikt over planlagte investeringsanskaffelser for 2018 er oversendt Helse Nord. Fireårig handlingsplan oversendes innen 31.12.2018 i henhold til oppdraget.

### 2.Systembruk

**Innen 1.juli oversende plan for full implementering av innkjøpssystem innen 31.desember 2019. Foretaksspesifikke krav for utgangen av 2018 følger nedenfor.**

**Planen må synliggjøre behov for ressurser for å sikre full utrulling og for å håndtere foretakets andel av felles forvaltning av system og innhold**

Direktørens ledergruppe vedtok i møte 5. september 2017 full implementering av innkjøps- og logistikksystemet Clockwork (CWL), jfr sak 86/17. Til ledermøtesaken fulgte 1) utrullingsplan, 2) prosess- og prosedyrebeskrivelser knyttet til bruk og vedlikehold av data i CWL og 3) risikovurdering ved utrulling av CWL.

Skriftlige arbeidsprosesser og -prosedyrer for bruk av CWL samt for vedlikehold av data i CWL oppdateres og vedlikeholdes i Docmap. Opplæring av personell i klinikkene, i bruk av e-procurement/CWL, ble gjennomført høsten 2017 i tråd med utrullingsplanen.

UNN vil høsten 2018 jobbe for å gjøre flere avtaler og avtaleprodukter tilgjengelig i Clockwork, samt oppdatere eksisterende avtaleinformasjon. I tillegg vil vi jobbe målrettet for å øke bruken av CWL i klinikkene. I den sammenheng arbeider UNN for å få på plass en indikator i HN-LIS, som kan vise status og utvikling i bruk av CWL. Bruken av CWL skal kunne brytes ned på hvert enkelt kostnadssted i hver enkelt klinikk. Indikatoren ansees som et viktig verktøy for klinikkene selv, men også for innkjøpsseksjonen, spesielt med hensyn til hvilke enheter innkjøpsseksjonen skal prioritere oppfølgingen av.

**Tertialvis rapportere avtaledekning gjennom kjøp/avrop i Clockwork, andre fagsystem og utenom system.**

Det er mulig å måle hvor mye som kjøpes i tråd med avtaler gjennom CWL. I utgangspunktet vil alt kjøp i CWL av forhåndregistrerte artikler være avtalebasert. Problemet er å måle det som kjøpes utenom CWL. Det vil kreve et betydelig og manuelt arbeid å skaffe slik oversikt.

**Tertialvis rapportere på avtalelojalitet.**

Alt som kjøpes gjennom CWL er i tråd med avtaler. Utfordringen er kjøp utenom CWL. Det krever et betydelig og manuelt arbeid å undersøke om disse innkjøpene er gjort i tråd med avtaler. Det er derfor en bedre strategi å søke å øke kjøp gjennom CWL.

**Foretaksspesifikke krav for 2018**

**Mål ved utgangen av 2018 for implementering av Clockwork, andel kjøp av varer og tjenester av definert scope gjennom Clockwork:**

#### Universitetssykehuset Nord-Norge

1. Varekjøp 80 % av scope
2. Tjenestekjøp 30 % av scope

#### Varekjøp gjennom CWL

Andelen av varekjøp i CWL var 1. og 2. tertial på 63,3%.

#### Tjenestekjøp gjennom CWL

Det er ennå ikke lagt tilrette for at tjenestekjøp kan bestilles via CWL.

#### Samhandling internt

Det vises til pkt 2 Systembruk.

**Bidra med fagkompetanse i alle relevante regionale og nasjonale anskaffelsesprosjekt. Bistanden skal sees i sammenheng med øvrige aktiviteter i foretaket slik at en unngår samtidighet med andre strategiske prosjekt.**

Forespørslene som mottas om prosjektdeltakere blir videreformidlet gjeldende klinikker/enheter ved UNN. UNN stiller med fagkompetanse i forespurte anskaffelsesprosjekter.

**Innen 31.desember utarbeide plan for forvaltning av leveransene fra Sykehusinnkjøp. Planen må synliggjøre behov for ressurser samt grad av fellesregional forvaltning.**

Vi arbeider for å kunne bestille og motta anskaffelser fra Sykehusinnkjøp på en mest mulig effektiv og kvalitativt god måte. Vi har definert 3 ulike arbeidsprosesser knyttet til leveranser fra Sykehusinnkjøp. Vi bestiller og mottar enkeltanskaffelser (i hovedsak utstyrsanskaffelser) og planlagte rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp divisjon nord, samt mottar nasjonale rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp divisjon nasjonale tjenester. Dette innebærer tre ulike arbeidsprosesser som vi forsøker å optimalisere gjennom kontinuerlig forbedring.

#### Samhandling eksternt

**Innen 1.juli revidere midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.**

Midlertidig samarbeidsavtale er ikke revidert. Sykehusinnkjøp har ansvaret for prosessen. UNN bidrar når arbeidet igangsettes.

**Innen 31.desember etablere permanent samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.**

Arbeidet er ikke påbegynt.

**Innen 1.juli etablere en strategisk samhandlingsarena med Sykehusinnkjøp.**

Helse Nord RHF følger dette opp overfor helseforetakene i forbindelse med prosjekt innkjøp 2021. Første møte i strategisk samhandlingsforum er avtalt 19. sept. UNN deltar.

## 8. Risikostyring og internkontroll

### Krav for 2018:

## *Tertialrapport og Årlig melding 2018*

**Helseforetakene skal innen andre tertial systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.**

Ledergruppen i UNN behandlet Ledelsens gjennomgang (LGG) for 2017 i ledermøte 5. juni 2018. Gjennomført LGG ble dernest presentert i styremøte 21. juni 2018.

Direktørens ledergruppe besluttet en ny modell for LGG 9. januar 2018. En dedikert ressurs i Kvalitets- og utviklingscenteret har som hovedoppgave å implementere den nye modellen. Medarbeideren begynte 16. mai 2018 og det er anslått at implementeringen vil ta 3-5 år.

I den nye modellen legges det opp til at LGG først gjøres på avdelingsnivå, dernest på klinikknivå og til slutt på foretaksnivå. Dette gjør det mulig å aggregere informasjonen gjennom nivåer i organisasjonen. I tillegg vil avdekkede mangler kunne løstes til neste nivå ved behov.

**Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:**

**Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2**

1) Nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandling.

UNN følger opp pasientsikkerhetsprogrammet. Måloppnåelsen her er vanskelig å vurdere da nasjonalt har vært vanskelig å dokumentere effekten av pasientsikkerhetsprogrammet, jf. Deilkås ET. Pasientskader i Norge 2016 målt med Global Trigger Tool. Rapport fra Helsedirektoratet: Oslo: Helsedirektoratet 2017. Vi gjennomfører GTT-målinger, i 2017 fant vi at det var oppstått 13,8% pasientskader per 100 innleggelses i gjennomgangen av tilfeldig utvalgte 240 journaler i UNN. Tall fra nasjonale kvalitetsindikatorer viser at UNN ligger på eller over gjennomsnittet.

Det er totalt 180 nasjonale kvalitetsindikatorer. UNN følger oppdateringen av disse kontinuerlig. Siste gjennomgang gjelder for indikatorer som er publisert 13. september 2018. Oppsummert lå UNN på gjennomsnitt eller bedre enn gjennomsnitt for de fleste kvalitetsindikatorer.

Rapporteringspunktene i kapittel 3.1 og 3.6 gjentas ikke her.

*Noen områder vi gjør det spesielt bra:*

- Færre fristbrudd for pasienter som står på venteliste i somatikk (0,3% ved UNN mot 1,1% nasjonalt)
- Færre fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatikk (1,3% ved UNN mot 1,9% nasjonalt)
- Lavere andel planlagte operasjoner som blir strøket fra det planlagte programmet (4,3% ved UNN mot 6,0% nasjonalt)
- Høyere andel nye kreftpasienter i pakkeforløp 1. tertial (85,7% ved UNN mot 79,3% nasjonalt)
- Lavere andel tvangsinnleggelses i psykisk helsevern 1. tertial (13,9% ved UNN mot 16,1% nasjonalt)
- Høyere andel gjenoppliving ved plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus (35,9% ved UNN mot 30,0% nasjonalt)

*Noen områder vi lå dårligere enn landsgjennomsnittet var:*

- Andel epikriser sendt ut innen 7 dager etter utskrivelse fra somatikk (81,4% ved UNN mot 84,2% nasjonalt)

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

- Andel henvisninger i somatisk helsetjeneste med brudd på vurderingsgarantien – henvisninger skal vurderes innen 10 dager (3,9% ved UNN mot 2,4% nasjonalt)
- Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen (svært få pasienter - tilfeldig variasjon pga små tall?. Det jobbes kontinuerlig med å få flere pasienter innen tidsvinduet for trombolyse.»
- Andel pakkeforløp innen anbefalt forløpstid for ulike urologiske tilstander (dette er kjent og følges opp)
- Andel pasienter med diagnosen schizofreni som har individuell plan (11,3% ved UNN mot 27,4% nasjonalt)

## 1) Pasient- og brukervedvirkning

UNN har over tid etablert mange strukturer for å sikre god pasient- og brukervedvirkning. Brukerutvalgets leder har lenge vært i Kvalitetsutvalget. I 2017 ble det besluttet at brukerrepresentanter også skulle være med i KVAM-utvalgene på klinikknivå. Erfaringene har vært både gode. Det er etablert ungdomsråd i UNN som deler sine erfaringer og råd med hele organisasjonen. I februar 2018 prøvde vi for første gang å etablere et brukerpanel for medvirkning i byggesaker. Brukerpanelet består av frivillige (pasienter og pårørende). Representanter fra brukerpanelet og ansatte ved sykehuset i Narvik samarbeidet om å definere nærhetsbehov for ulike funksjoner i Nye Narvik sykehus. Erfaringene var udelt positive. Psykisk- helse og rus-klinikken har etter hvert lang erfaring med erfaringskonsulenter i fast stilling. I tillegg til å delta i den nasjonale PasOpp-undersøkelsen gjennomføres det lokale pasienterfaringsundersøkelser. Et av de beste eksemplene er hvordan Hjerte- og lungeklinikken har gjennomført jevnlig undersøkelser over en tiårsperiode, og brukt erfaringene systematisk til forbedringer. Siden høsten 2016 har UNN kunnet gjennomføre pasienterfaringsundersøkelser elektronisk i PING-verktøyet. PING gir mulighet for å gi tilbakemeldinger i et fritekstfelt i tillegg til de konkrete spørsmålene. UNN er i ferd med å etablere et lavterskeltilbud der pasienter og pårørende også kan gi sine tilbakemeldinger når de ikke svarer på en erfaringsundersøkelse, ved å følge en «gi din tilbakemelding»-lenke på vår internettside (under *Kontakt oss*). I tillegg har vi PING telefontjeneste, som kan bidra til å sette pasient/pårørende i kontakt med rett fagmiljø eller helsepersonell. Vi har også flere eksempler der brukerrepresentanter deltar i arbeidsgrupper, i forbindelse med forbedringsarbeid, forskningsprosjekter og annet. Ortopedisk sengepost har som del av sin forsterkede oppfølging av pasienthendelser begynt å spørre pasienter og pårørende hva de så, som kan bidra til tiltak som hindrer gjentakelse.

Prosjektet *Mine behandlingsvalg* har nå syv samvalgsverktøy publisert på [helsenorge.no](https://helsenorge.no). Av disse ble kneartrose publisert for første gang i vår, mens verktøyene for kronisk nyresvikt og sykkelig overvekt har gjennomgått en større revisjon. Seks nye samvalgsverktøy er under utvikling for publikasjon i løpet av høsten 2018: Graves sykdom, brystkreft, ideopatisk normaltrykks hydrocephalus (voksen vannhode), prostata kreft med spredning, psykose og hofteartose. De to sistnevnte er samarbeidsprosjekt med hhv Helse-Vest og Helse-Sørøst. Prosjektet har også publisert bruksanvisning og andre nyttige dokumenter til bruk for andre utviklere av samvalgsverktøy (<https://unn.no/fag-og-forskning/mine-behandlingsvalg>).

Mine Behandlingsvalg har fått nasjonalt oppdrag i å implementere samvalg i Norge. I de kommende årene vil prosjektet utvikle og implementere samvalgsverktøy til de fleste medisinske tilstander hvor samvalg er relevant. Det er etablert samarbeid med det tyske samvalgsprosjektet «Share to care».

Til tross for ulike tiltak mener vi fortsatt at vi har en god vei å gå før vi når visjonen om *Pasientens helsetjeneste*. I løpet av høsten skal det arrangeres en workshop der UNN-ressurser og andre som har befattning med området «brukervedvirkning» inviteres til et kreativt verksted. Dagen skal resultere i en oversikt over det fragmenterte tilbud som er etablert for at brukere/befolkningen skal kunne gi oss

### *Tertialrapport og Årlig melding 2018*

forslag til forbedring, og ideer om det vi kunne fått til/etablere slik at brukere får en reell innflytelse på utvikling og drift av UNN. Ledergruppen vil deretter avgjøre tiltak, herunder del- og overordnet ansvar for disse, tidsrammer og ressursbruk.

#### 2) Gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell

UNN har gjennomført og fulgt opp Forbedring 2018. UNN følger hovedtendensene til resten av landet. Vi har engasjerte medarbeidere som opplever høyt arbeidspress i hverdagen, men ligger noe under landsgjennomsnittet på en del temaområder. Det er derfor viktig med god oppfølging av resultatene i undersøkelsen.

ForBedring er fulgt opp i linja og gjennom KVAM-strukturen. Ledere er tilbudt hjelp til oppfølging og prosesser der de har behov for det. Oppfølging av undersøkelsen følges også opp av AMU.

KVAM-strukturen er et av virkemidlene for å sikre gode arbeidsforhold gjennom samarbeid mellom vernetjenesten, arbeidsgiver- og arbeidstakersiden. UNN har et ekstra fokus på forebygging og oppfølging av sykefravær. Vår vurdering er at en reduksjon av sykfraværet vil kunne få mange gode effekter på arbeidsforholdene i UNN. Dette er derfor et høyt prioritert felt fra både UNN og NAV.

UNN har gjennomførte en bred kartlegging av behovet for kompetanse og personell frem mot 2030. UNN vil i 2030 ha størst mangel på: sykepleiere, spesialsykepleiere innen alle spesialiteter, bioingeniører og bioingeniører med spesialkompetanse, radiografer med spesialkompetanse, psykologspesialister, legespesialister (onkologi, øyesykdommer, radiologi, hjertesykdommer, anesthesiologi) og helsesekretærer med videreutdanninger. Den desentrale strukturen gir oss ei utfordring med spesialister på alle steder.

UNN er godt i gang med å implementere ny utdanningsmodell for leger i spesialisering. Ny modell har som formål å sikre at vi utdanner de legespesialiteter som UNN og regionen har behov for. Det er behov for å utdanne flere sykepleiere. Manglende finansiering av studieplasser og rigide krav til praksis i sykepleieutdanningen er hindringer for å øke kapasiteten.

For å være i forkant av nye nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger (RETHOS-programmet), arbeides det med å øke kapasitet og sikre kvalitet for lege- og sykepleierutdanningen. Arbeidet gjøres i samarbeid med Norges arktiske universitet, UiT Helsefak.

UNN er i gang med å vurdere oppgaveglidning på ulike områder, der det er særlig mangel på kvalifisert personell. Vi har økt antallet lærlinger i 2018.

#### 3) Innfri økonomiske krav

Helse Nord har gitt UNN et overskuddskrav på 40 mill kr. I tillegg til dette var eget resultatkrav på 60 mill kr, altså tilsammen 100 mill kr. Det egne overskuddskravet vil ikke bli oppnådd for 2018, og målet for året er dermed resultatkravet fra RHF'et som er lik budsjett.

Resultatet for UNN i august viser et positivt budsjettavvik på 4,5 mill kr. Resultatet er drevet av lavere personalkostnader enn budsjettet med 18,8 mill kr. Samtidig øker kostnaden på innleie fra firma med 10,6 mill kr. Akkumulert pr august viser resultatet et negativt budsjettavvik på 37,8 mill kr. Driverne til det negative budsjettavviket er lavere ISF inntekt enn budsjettet, og merforbruk på innleie av personell fra firma. Også akkumulert reduseres personalkostnadene slik at de reduserer det totale negative budsjettavviket noe. Vår prognose er at vi vil nå overskuddskravet fra RHF'et på 40 mill kr. Dette avhenger imidlertid av at klinikkene som har merforbruk klarer å stoppe den negative

## Tertialrapport og Årlig melding 2018

utviklingen, slik at merforbruket ikke øker mot slutten av året. Og at de klinikker/senter som har positive budsjettavvik har dette også ved årets slutt.

### **Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte.**

UNN har på bakgrunn av tidligere organisering og erfaring med LGG besluttet en ny modell for LGG. I den nye modellen skal gjennomgangen gjøres både på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå. Dette er også i tråd med kravene i Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Erfaringer fra tidligere viste at LGG ikke ga en tilstrekkelig gjennomgang av virksomhetens styringssystem når den bare ble gjennomført på foretaksnivå.

I LGG2017 hadde vi et særlig fokus på å avdekke i hvilken grad styringssystemet er på plass ved de ulike hovedområdene som skal gjennomgås (Avvikssystem, dokumentstyring, intern revisjon, kompetansestyring, systematisk HMS-arbeid, Pasientsikkerhetsprogrammet, Smittevern, personvern- og informasjonssikkerhet og Miljøledelse – Grønt sykehus). LGG ble ikke gjort på avdelings- og klinikknivå i 2017. Det er del av den jobben vi nå er i gang med å planlegge for fremtidige LGG. Vi starter med å pilotere LGG i to klinikker i 2019, Barne- og ungdomsklinikken og Hjerne- og lungeklinikken. Selv om LGG ikke ga en fullstendig gjennomgang av styringsdata i LGG2017, har vi likevel system for løpende gjennomgang og vurdering av styringsdata i månedlig Kvalitets- og virksomhetsrapport, Dialogavtalen og direktørens dialogmøter, HN-LIS med indikatorer og målekort for klinikk- og avdelings-nivået.

### **Informasjonssikkerhet:**

Det ble gjennomført risikovurdering på informasjonssikkerhet i hele foretaket i 2017.

Risikovurderingen konkluderte med fire hovedområder for oppfølging: *Sikker utskrift, dokumentere opplæring i personvern- og informasjonssikkerhet, kontroll av ansattes tilganger og systematisk innsynskontroll*. Tiltakslista etter risikovurderingen inngikk i LGG2017.

### **Klima og miljø**

UNN er iso-sertifisert etter ISO 14001:2015 og ble resertifisert av DNV GL i 2017. Det ble gjennomført en egen ledelsens gjennomgang på ytre miljø som inngikk i LGG2017. Tiltakslisten ble styrebehandlet sammen med foretakets LGG2017.

### **Beredskap**

Beredskap har ikke tidligere vært del av LGG i UNN. Det ble i 2018 besluttet å ta med beredskap i fremtidige LGG. UNN har for dårlige styringsdata på beredskapsområdet. Det gjennomføres høsten 2018 en ny risikovurdering som vil dekke blant annet medisinsk beredskap, infrastrukturberedskap, forsyningssikkerhet og intern katastrofeberedskap. Sist risikovurdering på beredskap ble gjennomført i 2013. Ny risikovurdering ferdigstilles desember 2018.

### **Risikostyring:**

Risikostyring som system ble ikke vurdert i LGG 2017. UNN gjennomfører risikostyring etter mal fra HN RHF og tilsvarende retningslinjer. Det gjennomføres risikovurderinger på blant annet beredskap, informasjonssikkerhet, prosjekter, arbeidsmiljø, organisatoriske endringer, bygningsmessige endringer og overordnede mål. Risikovurderingene gjennomføres på bestillinger fra avdelinger, kliniksjefer, direktør og på bestilling i Oppdragsdokument fra HN RHF. UNN har fordelt kompetanse

*Tertialrapport og Årlig melding 2018*

og ansvar for risikostyring på flere enheter i foretaket, etter hvilke områder som skal risikovurderes. For fremtidige LGG vil risikostyring inngå som et av hovedområdene som gjennomgås.





KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	2
Hovedindikatorer .....	3
Kvalitet .....	5
Pakkeforløp – kreftbehandling .....	5
Pasientsikkerhetsprogrammet .....	7
Ventelister .....	11
Ventetid .....	11
Fristbrudd .....	12
Korridorpasienter .....	13
Strykninger .....	14
Epikrisetid .....	14
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern .....	15
Oppholdstid i akuttmottaket .....	15
Aktivitet .....	16
Somatisk virksomhet .....	17
Psykisk helsevern voksne .....	19
Psykisk helsevern barn og unge .....	19
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	20
Den gylne regel .....	20
Samhandling .....	21
Utskrivningsklare pasienter .....	21
Bruk av pasienthotell .....	23
Personal .....	24
Bemanning .....	24
Sykefravær .....	27
AML-brudd .....	29
Kommunikasjon .....	31
Sykehuset i media .....	31
Økonomi .....	32
Resultat .....	32
Prognose .....	34
Likviditet .....	34
Investeringer .....	35
Byggeprosjekter .....	35

## Hovedindikatorer

<p><b>Oppholdstid i akuttmottak postopphold, august</b></p> <p>Måltall: <b>90 %</b></p> <p>Andel under 4 timer: <b>88 %</b></p> <p>Antall over 4 timer: <b>181</b></p>	<p>Utvikling andel postopphold under 4 timer og antall over 4 timer</p>
<p><b>Oppholdstid i akuttmottak poliklinikk, august</b></p> <p>Måltall: <b>90 %</b></p> <p>Andel under 4 timer: <b>83 %</b></p> <p>Antall over 4 timer: <b>156</b></p>	<p>Utvikling andel polikliniske besøk under 4 timer og antall over 4 timer</p>
<p><b>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av august</b></p> <p><b>42</b></p>	
<p><b>Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid, august</b></p> <p>Andel i pakkeforløp: <b>83 %</b></p> <p>Andel innenfor frist: <b>67 %</b></p>	<p>Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp hittil i år.</p> <p>Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling hittil i år.</p>

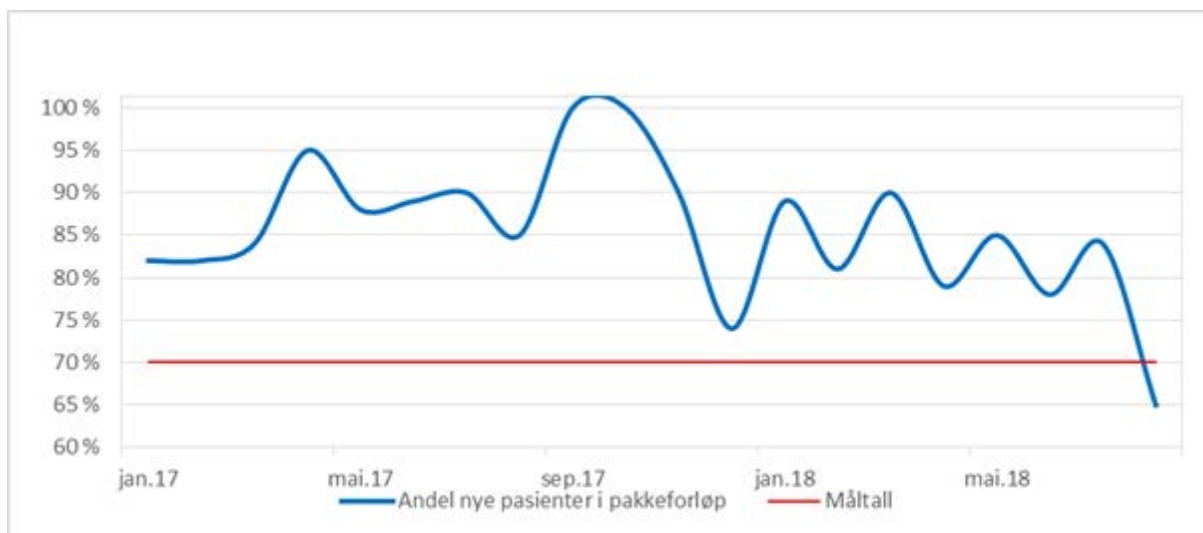
<p><b>Tvang psykisk helsevern – voksne august</b></p> <p><b>Andel pasienter hvor tvangsmiddelbruk er benyttet totalt: 5,3 %</b></p> <p><b>Andel mekanisk tvang: 2,3 %</b></p>	<p>— Andel tvangsmiddelbruk — Andel mekanisk tvang — Andel fastholdning</p>
<p><b>Sykefravær, august</b></p> <p><b>Mål 7,5 %</b></p>	<p>— Sykefravær — Plan — Trend</p>
<p><b>AML brudd, august</b></p> <p><b>Antall AML-brudd: 5177</b></p> <p><b>Mål reduksjon med 50%</b></p>	
<p><b>Budsjettavvik tom august</b></p> <p><b>-37,8 mill kr</b></p>	<p>— Akkumulert regnskap — Budsjettert overskudd - Krav RHF — Resultatmål</p>

## Kvalitet

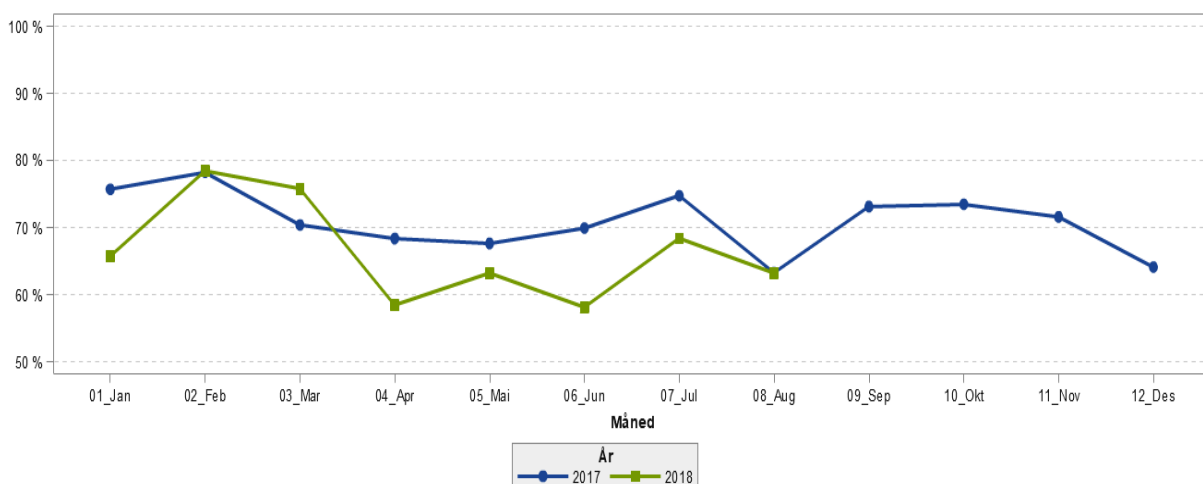
### Pakkeforløp – kreftbehandling

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

Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp



Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist



Tabell 1 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp hittil i år

Pakkeforløp	Behandlingstype	Antall innen std forløpstid	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	Andel innen frist
<b>Total</b>		<b>500</b>	<b>749</b>	<b>66,8%</b>
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	9	10	90,0%
Blærekreft	Kirurgi	23	40	57,5%
Blærekreft	Medikamentell behandling	2	6	33,3%
Brystkreft	Kirurgi	54	95	56,8%
Brystkreft	Medikamentell behandling	19	22	86,4%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	5	8	62,5%
Bukspyttkjertelkreft	Medikamentell behandling	4	6	66,7%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	24	25	96,0%
Eggstokkreft (ovarial)	Medikamentell behandling	3	4	75,0%
Føflekkreft	Kirurgi	46	59	78,0%
Galleveiskreft	Kirurgi	3	4	75,0%
Galleveiskreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Hjernekreft	Kirurgi	17	17	100,0%
Hjernekreft	Strålebehandling	0	1	0,0%
Hode- halskreft	Kirurgi	28	33	84,8%
Hode- halskreft	Medikamentell behandling	1	2	50,0%
Hode- halskreft	Strålebehandling	8	15	53,3%
Kreft hos barn	Kirurgi	3	3	100,0%
Kreft hos barn	Medikamentell behandling	3	3	100,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	3	7	42,9%
Kreft i spiserør og magesekk	Medikamentell behandling	9	10	90,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Strålebehandling	4	5	80,0%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL )	Medikamentell behandling	2	2	100,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	7	8	87,5%
Livmorhalskreft (cervix)	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Strålebehandling	1	1	100,0%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	19	20	95,0%
Livmorkreft (endometrie)	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Lungekreft	Kirurgi	11	25	44,0%
Lungekreft	Medikamentell behandling	19	27	70,4%
Lungekreft	Strålebehandling	32	40	80,0%
Lymfomer	Medikamentell behandling	21	31	67,7%
Lymfomer	Strålebehandling	2	4	50,0%
Myelomatose	Medikamentell behandling	1	2	50,0%
Nyrekreft	Kirurgi	8	19	42,1%
Nyrekreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Peniskreft	Kirurgi	2	3	66,7%
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgi	0	4	0,0%
Prostatakreft	Kirurgi	18	35	51,4%
Prostatakreft	Medikamentell behandling	7	21	33,3%
Sarkom	Kirurgi	2	2	100,0%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	13	17	76,5%
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	2	2	100,0%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	48	89	53,9%
Tykk- og endetarmskreft	Medikamentell behandling	2	2	100,0%
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	12	16	75,0%

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

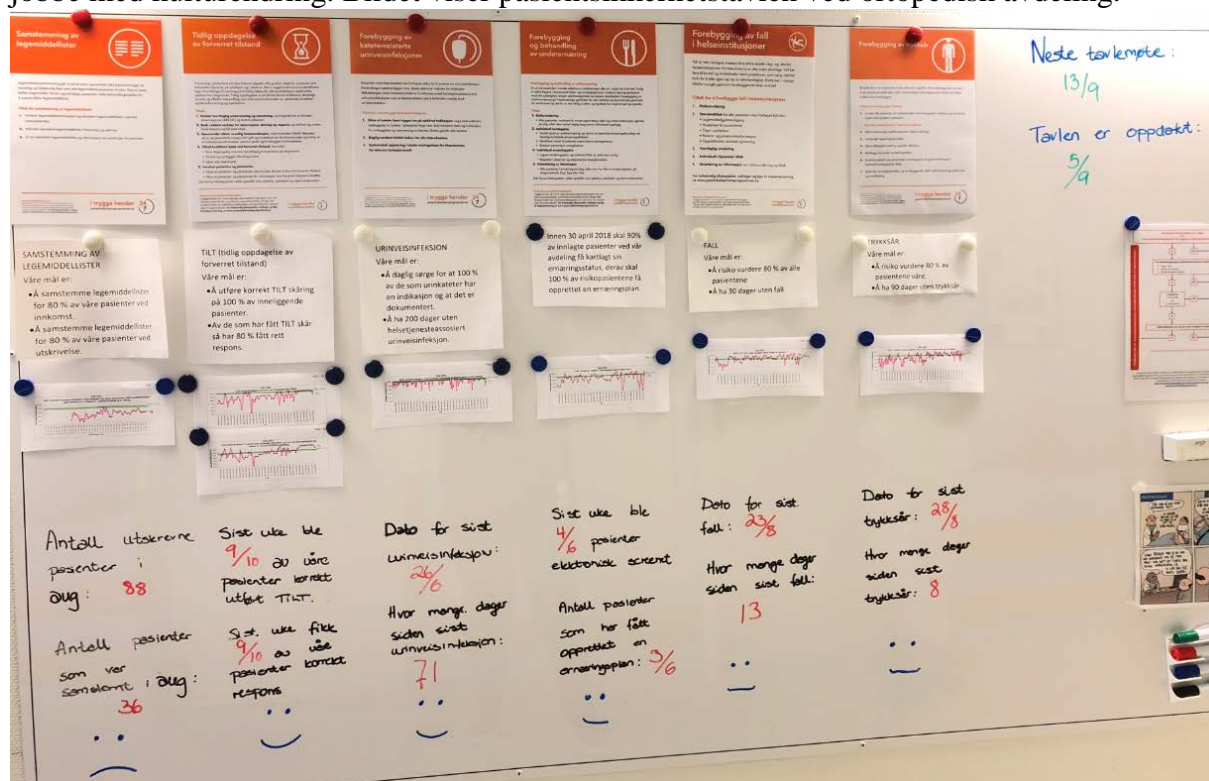
## Pasientsikkerhetsprogrammet

### Status Pasientsikkerhetsprogrammet 2. tertial 2018

De obligatoriske tiltakene for innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet rapporteres iverksatt ved alle sengepostene.

Mange spesialavdelinger har iverksatt tilpassede tiltak. Et eksempel på dette er forebygging av trykksår i ambulanseavdelingen eller ved intensivavdelingene. Her vil ikke de generelle tiltakene gjelde, men man må allikevel være oppmerksom på trykksårfare og handle deretter. Har de iverksatt denne type tiltak, er ruten merket med «tilpasset».

Veldig mange enheter oppgir at de har pasientsikkerhetstavler som de benytter til å følge opp sine resultater. Tavlemøtene er et godt redskap for å holde oppmerksomhet på arbeidet og jobbe med kulturendring. Bildet viser pasientsikkerhetstavlen ved ortopedisk avdeling.



### Legemiddelsamstemming

Dette området beskrives spesielt, da det er utarbeidet felles regionale rutiner for hvordan samstemming av legemiddellister skal gjennomføres. De nye prosedyrene inkluderer oppdatering av DIPS medikasjon og registrering av tjenestekode for rapportering. Implementeringsplan for legemiddelsamstemming er under utarbeidelse ved Kvalitets- og utviklingscenteret.

Det er på basis av registrerte tjenestekoder for legemiddelsamstemming ved innleggelse, utviklet en rapport i Helse Nord Ledelsesinformasjonssystem (HN LIS). For 2. tertial var andel registrert samstemt for hele UNN 17 %. Tallene for hver klinikk presenteres i det videre. Det understrekes at disse tallene kan gi et for negativt bilde, da mange enheter følger rutinene uten å ha fått på plass system for registrering av tjenestekodene.

**Klinikkvis oversikt:****Barne- og ungdomsklinikken:**

Så godt som ingen av innsatsområdene er rettet mot enheter for barn og ungdom, men de benytter elementer fra de ulike innsatsområdene i sitt arbeid for økt pasientsikkerhet.

BUK har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 11 % av innleggelsene 2. tertial. Siste uke viste rapporten at 40 % av oppholdene var registrert samstemt.

**Hjerte- og lungeklinikken:**

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Hjerte- og lungeklinikken										
Hjertemed sengepost										PS-tavle
Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling sengepost										PS-tavle, r-tavle
Lungemed										PS-tavle

Hjerte- og lungeklinikken har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 4 % av innleggelsene 2. tertial. Siste uke viste rapporten at 11 % av oppholdene var registrert samstemt.

**Medisinsk klinikk:**

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
Medisinsk klinikk										
Hematologisk										Risikotavle
Inf med										PS-tavle, risikotavle, ernæring, trygg utskrivelse oppstart
Fordøyelse/Nyre										PS-tavle
Geriatrisk										PS-tavle, ernæring
Medkir Narvik	Tilpasset			PVK				TILT + Pedsafe		PS-tavle, ernæring, utskrivelsesinfo
Med A Harstad										Risikotavle, simuleringstrening, ernæring
Med B Harstad										Risikotavle, simuleringstrening, ernæring

Medisinsk klinikk har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 29 % av innleggelsene 2. tertial. Medisinsk avdeling i Narvik har registrert samstemmingskode ved 65 % av sine opphold.

**Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken:**

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-prosjekter
K3K										
Føde/Barsel Tromsø	Tilpasset									Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
Føde/gyn Harstad	Tilpasset	Tilpasset								Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
Føde/gyn Narvik	Tilpasset	Tilpasset						Starter m TILT 2. tert		PS-tavle, flere prosjekter
Kreft									Tilpasset	Risikotavle, Pilot ernæring
Gastro kir	Tilpasset									PS-tavle
Gyn,uro,endo,plast	Tilpasset							Tilpasset, kun TILT		PS-tavle, pilot trygg utskrivning
Kir. Harstad	Tilpasset									PS-tavle

K3K har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 16 % av innleggelsene 2. tertial.



**Nevro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken:**

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttmottak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken										
Nevro-, hud- og revmatologiskavdeling										PS-tavle, risikotavle
Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdelingen	Tilpasset									PS-tavle
Ortopeden Tø										PS-tavle, ernæring, utskrivningskoordinator ++
Ort. Harstad	Tilpasset									R-tavle
FRMA Tromsø (døgn)										PS-tavle
FRMA Harstad(døgn)										risikotavle

NOR-klinikken har registrert kode for legemiddelsamstemming inn ved 18 % av innleggelsene 2. tertial.

**Operasjons- og intensivklinikken:**

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttmottak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Operasjons- og intensivklinikken										
Intensiv Seksjon A Tromsø - Ikke rapportert pga flytting og omorganisering		Tilpasset								PS-tavle
Intensiv Seksjon B Tromsø		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset			Tilpasset - TILT og ISBAR under innføring		Tavler nede pga flytting
ANOP Innslusa Tromsø			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset				PS-tavle
ANOP Dagkirurgi Tromsø					Tilpasset			Planlegger ISBAR		PS-tavle
ANOP Intensiv Harstad	Tilpasset						Tilpasset - slagsalarm, trombolyse			PS-tavle, pårørendeprosjekt, simulering

**Akuttmedisinsk klinikk:**

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 2. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttmottak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Akuttmedisinsk klinikk										
Ambulansetjenesten		Tilpasset, innhenter info hvis tilgjengelig				Tilpasset, nye skjemaer til trombolyse.	Tilpasset, klargjør til trombolyse.	Tilpasset, ABCDE og RETTS	Sepsis-skikning i amb, innført blodkultur og start AB	
Akuttmottaket		Tilpasset	Tilpasset			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset, innfører TILT, bruker ABCDE		PS-Tavle,
Obspost	Tilpasset		Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			PS-tavle, risikotavle
ANOP Akuttmottak Narvik			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			PS-tavle, en hel rekke prosjekter
ANOP Akuttmottak Harstad		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset - slagsalarm	RETTS	Skjemaer måling	Tavle, skjema for vurdering i innl., Oppholdstid i akuttmottak

Det registreres ikke heldøgnsopphold ved Akuttmedisinsk klinikk, derved vil legemiddelsamstemming gjort her «tilfalle» pasientens moderpost.

**Psykisk helse og rusklinikken:**

Psykisk helse- og rusklinikken kjører jevnlig læringsnettverkssamlinger, hvor enheter fokuserer på det de opplever er deres viktigste forbedringsområder innen pasientsikkerhet. Dette systematiske arbeidet ledes av fagutviklingsenheten ved klinikken og gjelder også poliklinikkene. Forbedringsområdene rapporteres ved innsending av rapporter og telematikk-møter hvor fremdrift følges opp og diskuteres.

Psykisk helse- og rusklinikken, sengeposter 2. tertial 2018	Legemiddel-samstemming	Selv mord	Overdose	Egne pas.sikkerhetsprosj.
<i>Akuttpost nord</i>				Bedre pasientforløp
<i>Akuttpost sør</i>				Sjekkliste, tavler, fysisk aktivitet
<i>Akuttpost Tromsø</i>				Tavler
PRE				Tavle
<i>Alderspsykiatri døgn</i>				
<i>Sikkerhet (Begge poster)</i>	Tilpasset	Tilpasset		Krisemestringsplan, ettersamtaler, "Hjertefrisk", forbedringstavler
<i>Døgn 1+2</i>		Tilpasset		Pasientforløp
<i>Døgn Storsteinnes</i>				Bedre psykosebeh.-fysisk aktivitet
SPHR Midt-Troms		Tilpasset		Behandlingsplaner
<i>SPHR Nord-Troms</i>		Tilpasset		Pårønderarbeid,
<i>SPHR Sør-Troms</i>		Tilpasset		
SPHR Ofoten				Tavle
ReStart				Tavle, Kriseplaner, mange prosjekt
Rusbehandling Ung		Tilpasset		"Stø kurs", pårørendekontakt
Avrusing				PS-tavle, r-tavle
Rusbehandling Narvik		Tilpasset		Risikotavle, Pårørendeinvolvering, Pasientforløp tvang, sikkerhet v/aktivitet
<i>Medikamentfri enhet</i>		Tilpasset		

## Ventelister

Tabell 2 Venteliste

	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Pasienter på venteliste	9 592	8 840	8 777	-63	-1
...herav med fristbrudd	76	77	42	-35	-45
...herav med ventetid over 365 dager	141	50	20	-30	-60
Gjennomsnittlig ventetid dager	75	64	63	-1	-2
Ikke møtt til planlagt avtale	1 130	1 868	1 121	-747	-40

Tabell 3 Avvikling av venteliste hittil i år

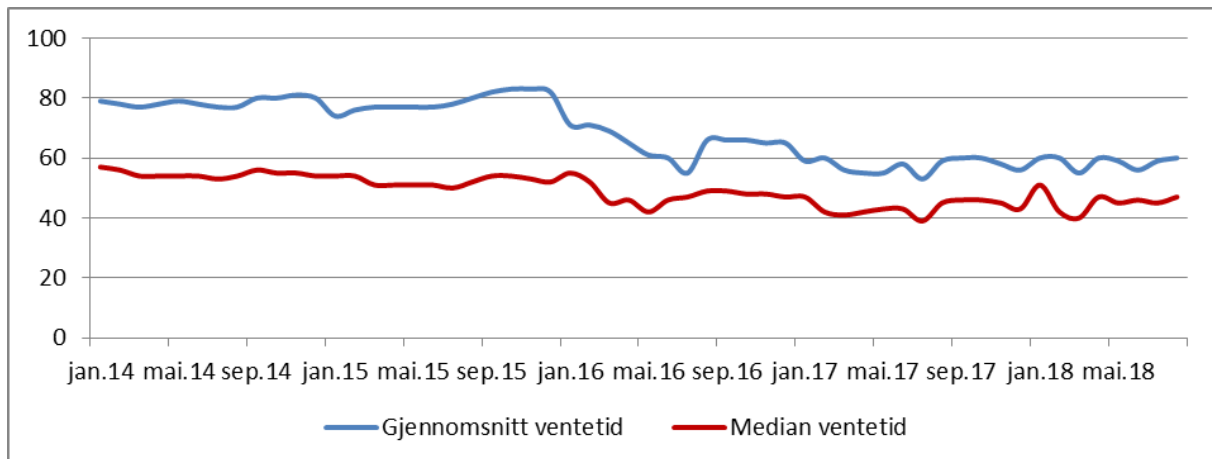
	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	31 998	30 358	29 544	-814	-3
...herav med fristbrudd	380	467	383	-84	-18,0
Andel - avviklet ordinært	94	100	100	0	0

## Ventetid

Tabell 4 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år for avviklede pasienter

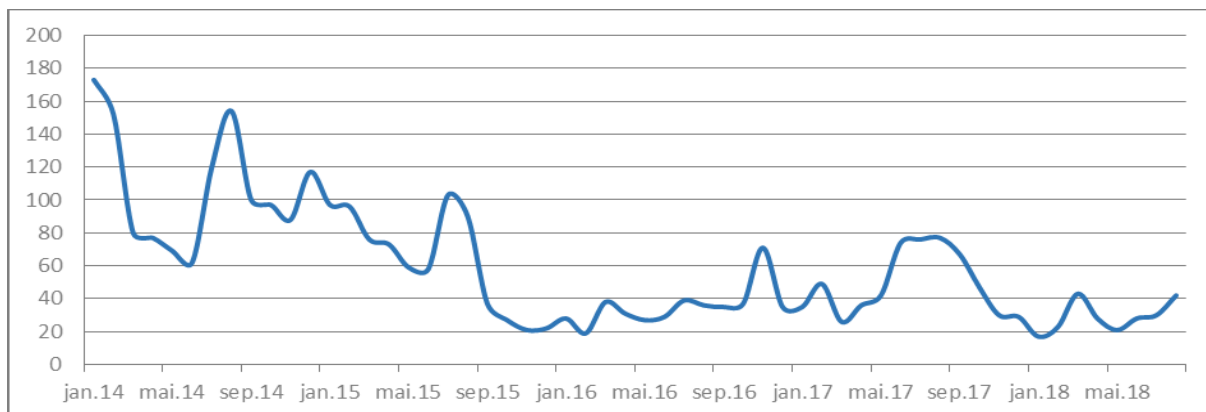
	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	66	59	60	1	2
Median ventetid i dager	49	45	47	2	4

Figur 3 Trend gjennomsnitt og median ventetid for alle pasienter



## Fristbrudd

Figur 4 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

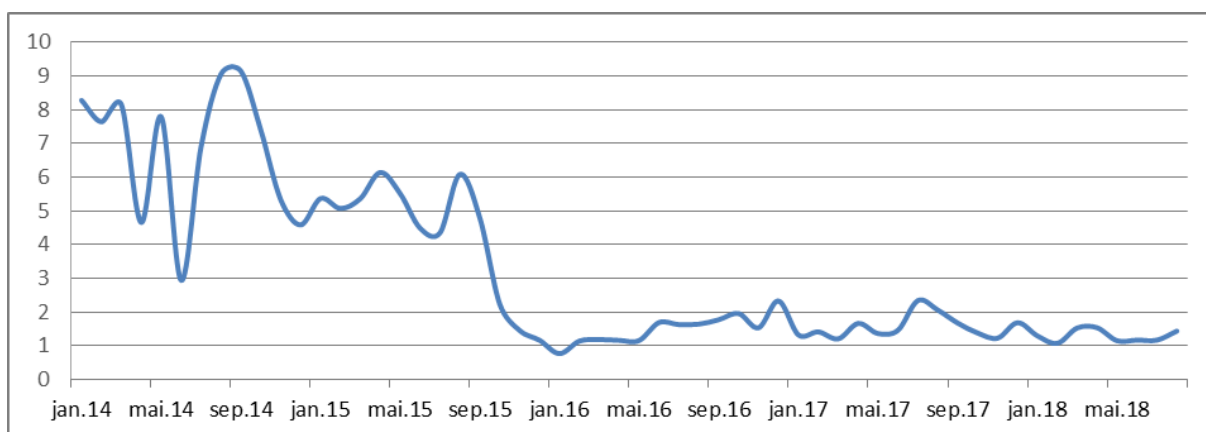


Tabell 5 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av august 2018

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	16	1 793	0,9 %
Medisinsk klinikk	6	714	0,8 %
Hjerte- og lungeklinikken	4	639	0,6 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	16	4 817	0,3 %
UNN	42	7 963	0,5 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

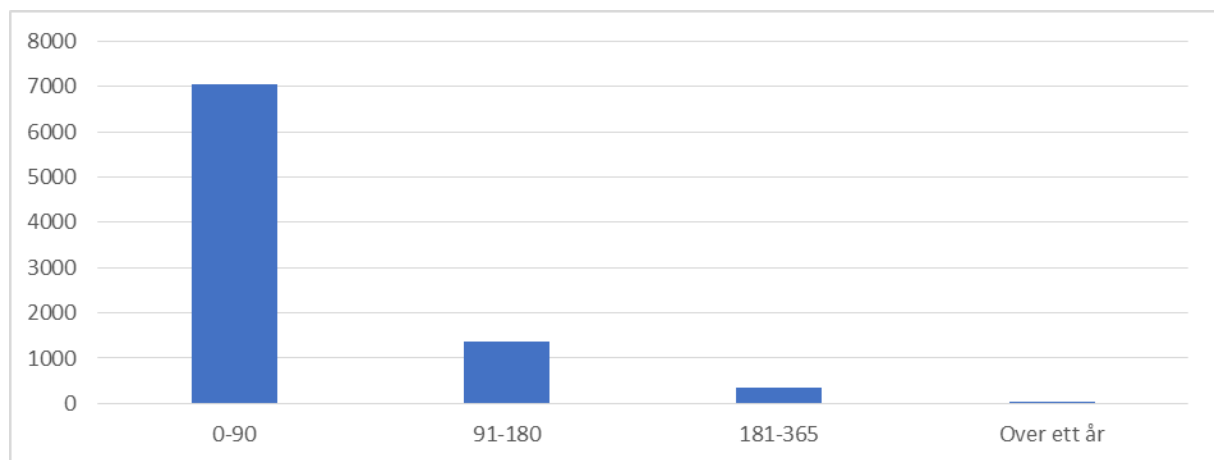
Figur 5 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 6 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

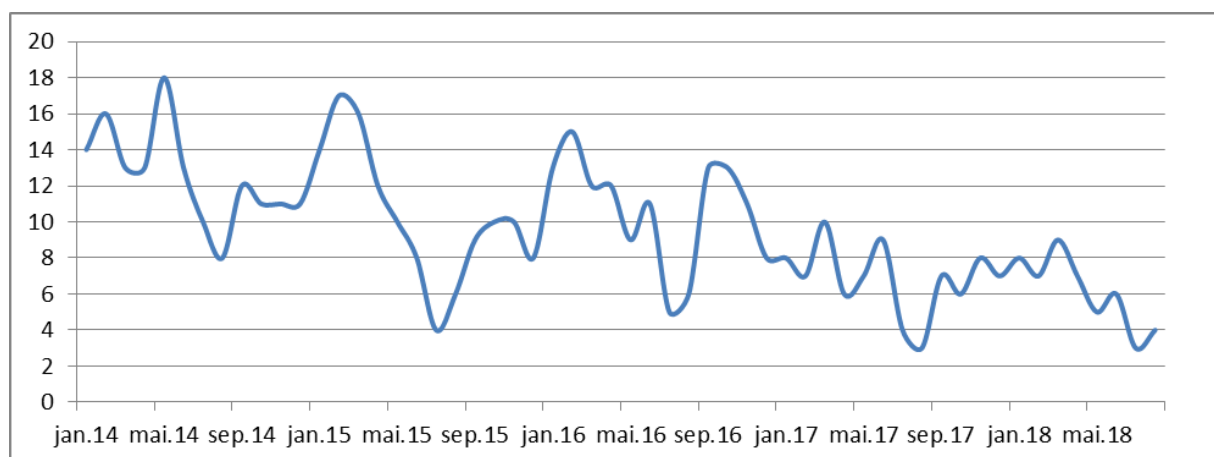
Klinikk	jul.18	aug.18
Barne- og ungdomsklinikken	0	0
Hjerte- og lungeklinikken	3	16
Medisinsk klinikk	2	4
Psykisk helse- og rusklinikken	1	1
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9	14
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	11	13
<b>UNN</b>	<b>26</b>	<b>48</b>

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



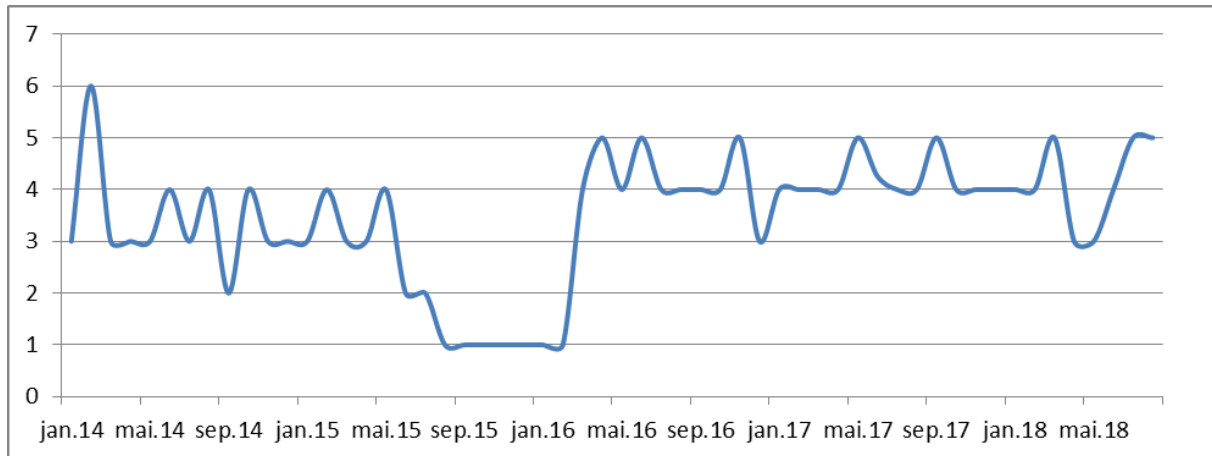
## Korridorpasienter

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



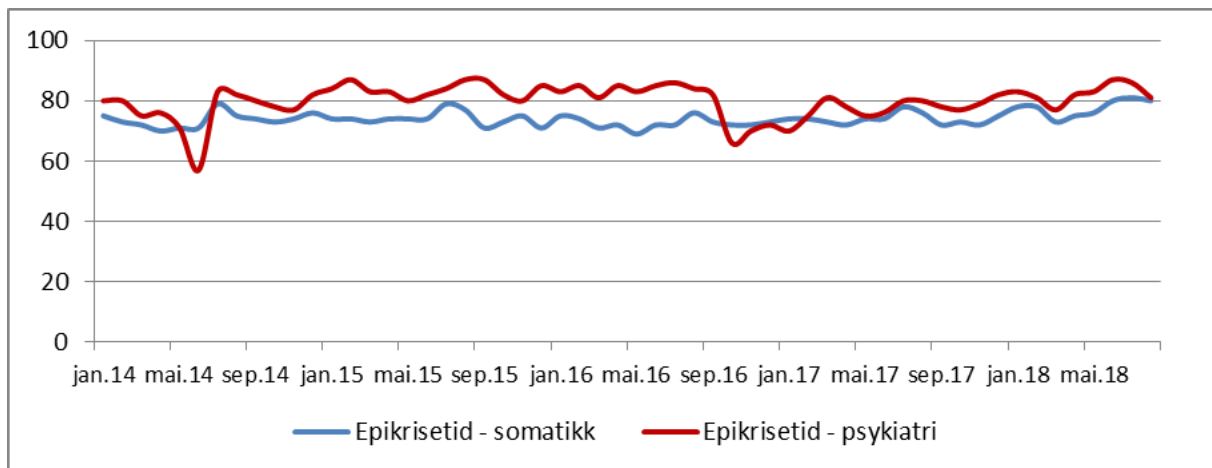
## Strykninger

Figur 8 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



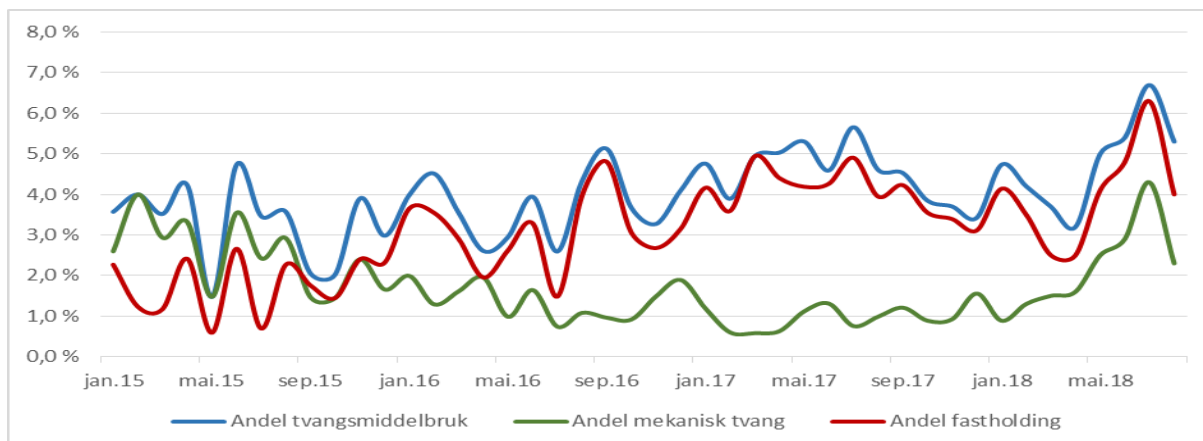
## Epikrisetid

Figur 9 Epikriser - andel sendt innen syv dager



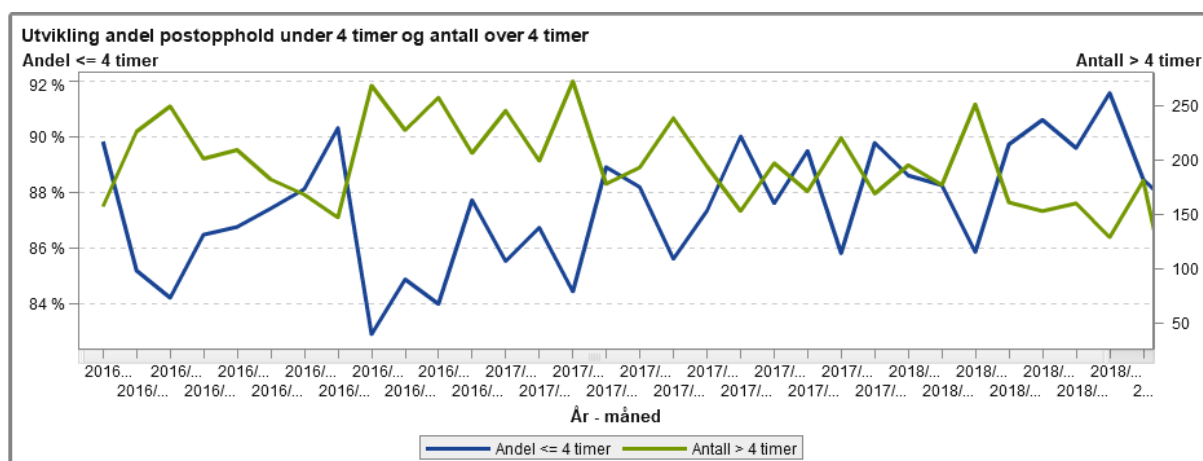
## Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

Figur 10 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern (nasjonal indikator)

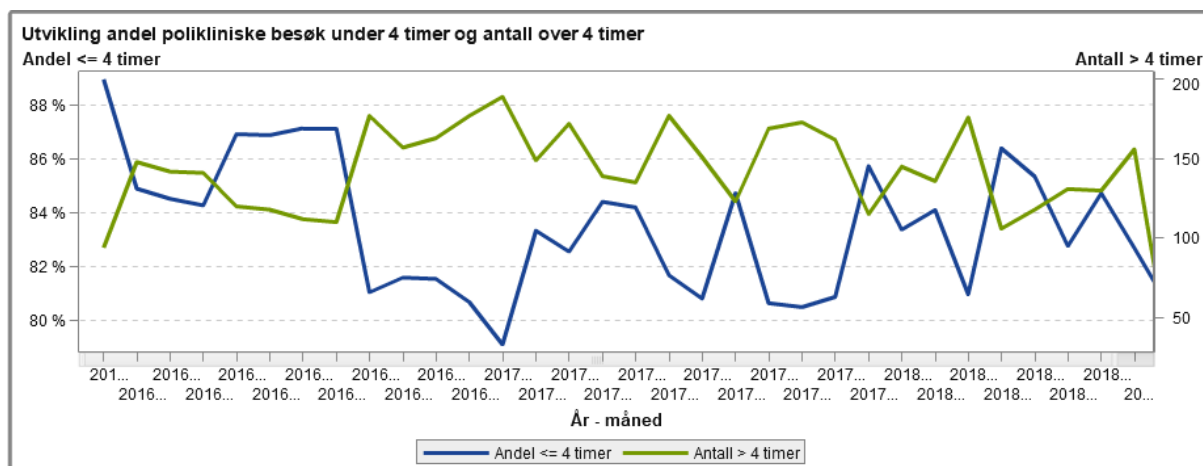


## Oppholdstid i akuttmottaket

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



Figur 12 Oppholdstid i akuttmottaket poliklinikk (andel under 4 timer og antall over 4 timer)



## Aktivitet

Tabell 7 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF		2017	2018	Plantall 2018	Avvik fra 2017		Avvik fra plan 2018	
					Antall	%	Antall	%
<b>Somatikk</b>								
Utskrivelser postopphold	Somatikk	63 886	66 355	66 017	2 469	3,9	338	0,5
Liggedager i perioden	Somatikk	116 453	115 688	115 413	-765	-0,7	275	0,2
Polikliniske konsultasjoner	Somatikk	171 918	177 037	172 888	5 119	3,0	4 149	2,4
DRG-poeng	Somatikk	47 244	48 232	51 076	988	2,1	-2 844	-5,6
Laboratorieanalyser	Somatikk	4 131 203	4 586 578	4 683 618	455 375	11,0	-97 040	-2,1
Røntgenundersøkelser	Somatikk	97 682	110 941	112 750	13 259	13,6	-1 809	-1,6
Fremmøte stråleterapi	Somatikk	8 085	7 450	10 964	-635	-7,9	-3 514	-32,1
Pasientkontakter	Somatikk	235 804	243 392	238 905	7 588	3,2	4 487	1,9
<b>PHV</b>								
Utskrivelser postopphold	PHV	2 299	2 221	2 335	-78	-3,4	-114	-4,9
Liggedager i perioden	PHV	26 116	27 571	29 567	1 455	5,6	-1 996	-6,7
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	PHV	42 622	42 111	43 218	-511	-1,2	-1 107	-2,6
Pasientkontakter	PHV	44 921	44 332	45 553	-589	-1,3	-1 221	-2,7
<b>BUP</b>								
Utskrivelser postopphold	BUP	145	125	119	-20	-13,8	6	5,4
Liggedager i perioden	BUP	1 573	1 674	2 044	101	6,4	-370	-18,1
Polikliniske konsultasjoner	BUP	19 050	19 847	16 847	797	4,2	3 000	17,8
Pasientkontakter	BUP	19 195	19 972	16 965	777	4,0	3 007	17,7
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>								
Utskrivelser postopphold	TSB	784	586	662	-198	-25,3	-76	-11,5
Liggedager i perioden	TSB	15 367	12 754	13 111	-2 613	-17,0	-357	-2,7
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	TSB	6 522	8 375	7 587	1 853	28,4	788	10,4
Pasientkontakter	TSB	7 306	8 961	8 249	1 655	22,7	712	8,6

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

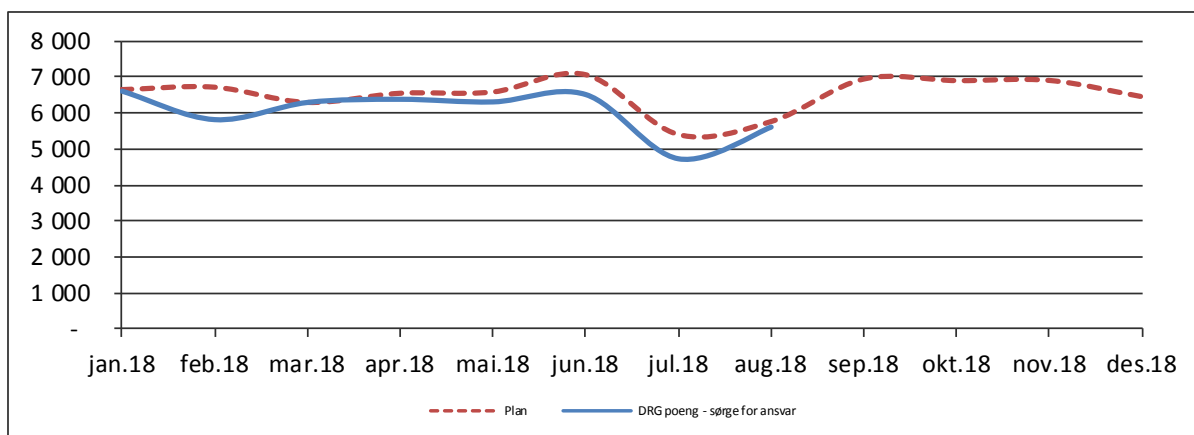
Plantall for laboratoriet er justert og inkluderer analyser utført som pasientnær analysering i UNN (Harstad, Narvik og Tromsø).

Fremmøte stråleterapi i 2018 er stipulert da tall ikke er levert hittil i år.



## Somatisk virksomhet

Figur 13 DRG-poeng UNN 2018

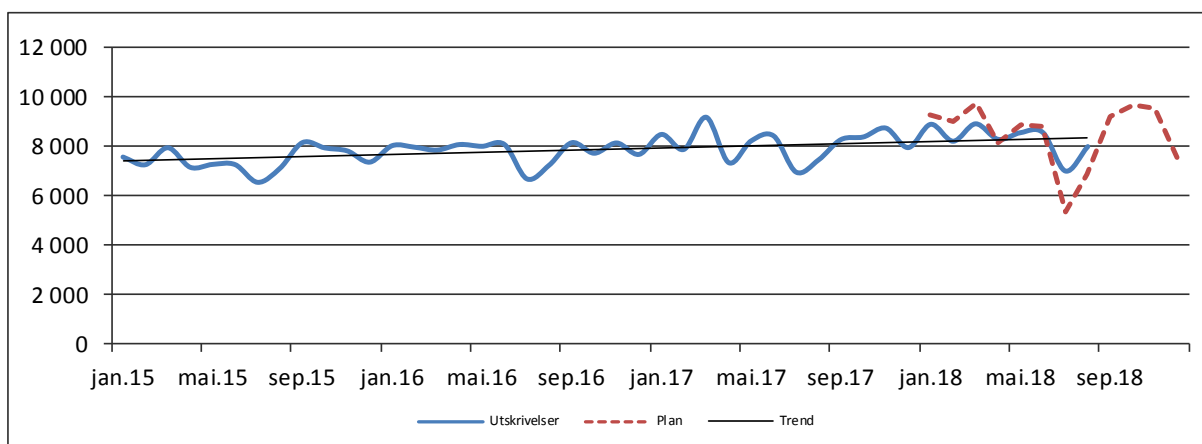


Tabell 8 DRG-poeng hittil i år 2018 fordelt på klinikk

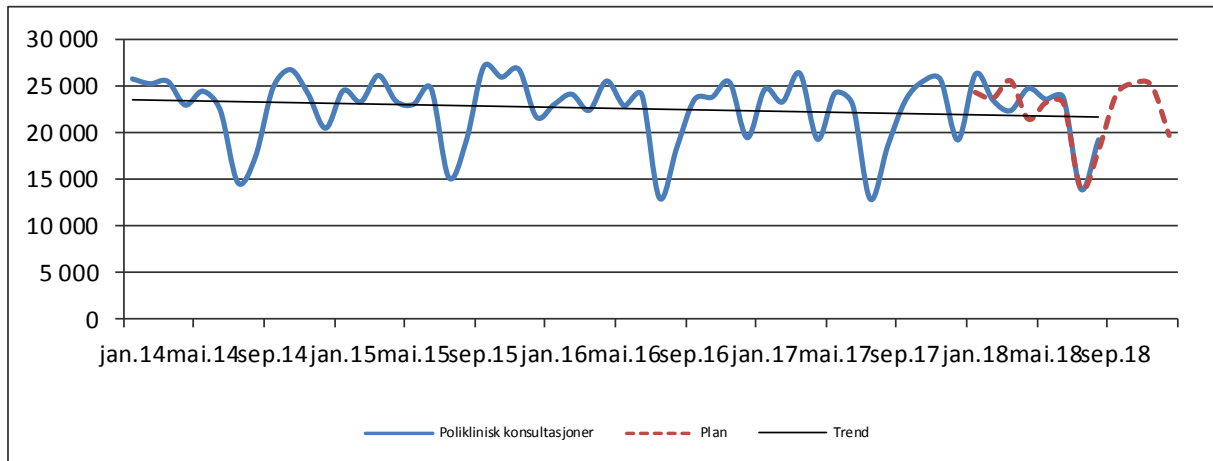
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 476	1 480	-3
Barne- og ungdomsklinikken	2 198	2 252	-54
Hjerte- og lungeklinikken	8 160	7 979	181
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	12 304	13 429	-1 125
Medisinsk klinikk	8 882	8 844	37
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	11 614	12 187	-572
Operasjons- og intensivklinikken	48	79	-31
<b>Totalt</b>	<b>44 683</b>	<b>46 250</b>	<b>-1 567</b>

DRG-poeng – egen produksjon.

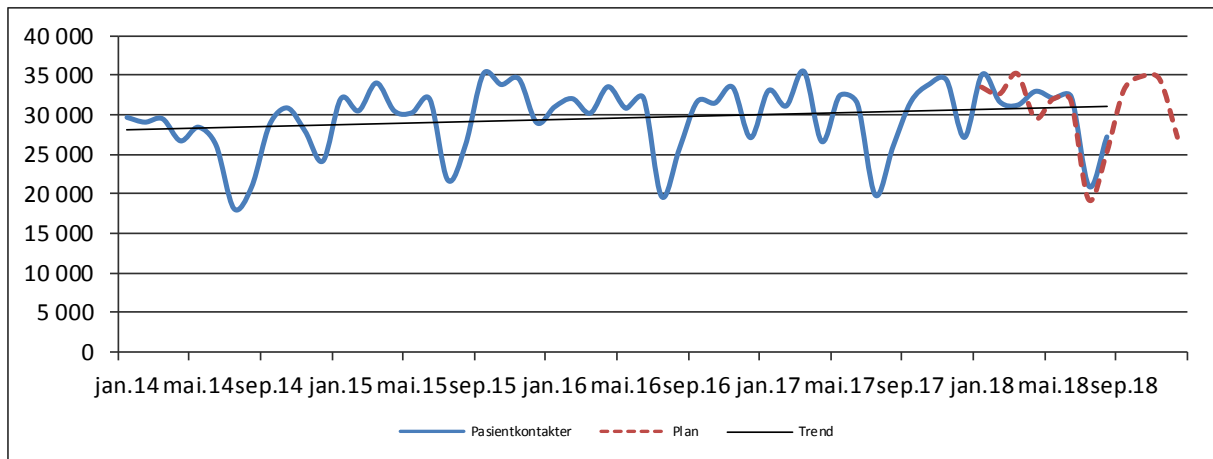
Figur 14 Utskrivelser postopphold - somatisk virksomhet



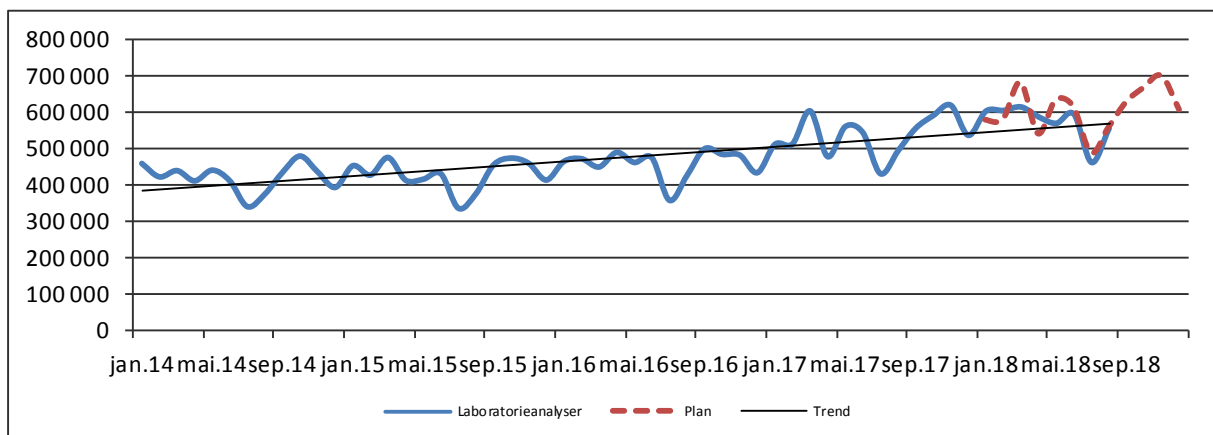
**Figur 15 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet**



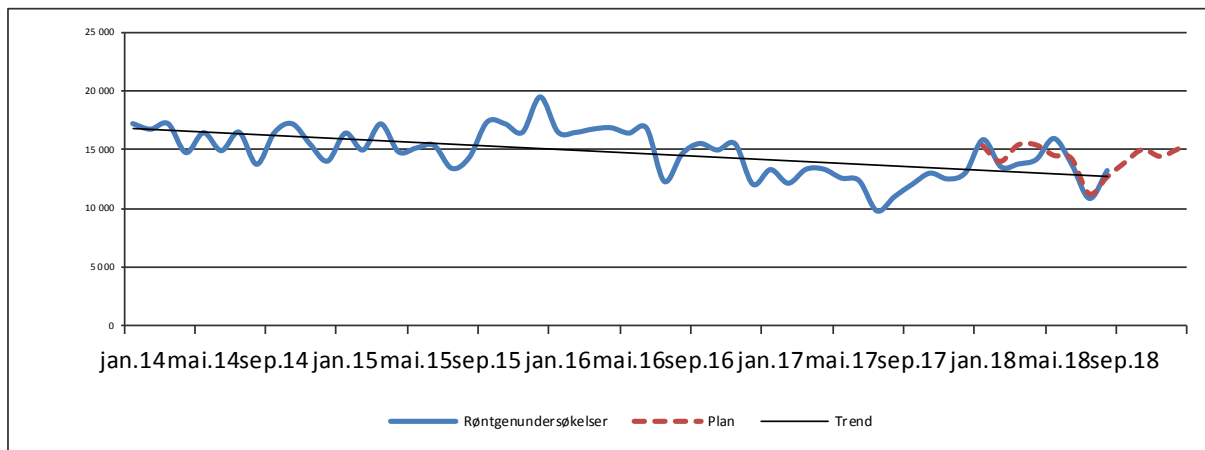
**Figur 16 Pasientkontakter - somatisk virksomhet**



**Figur 17 Laboratorieanalyser**

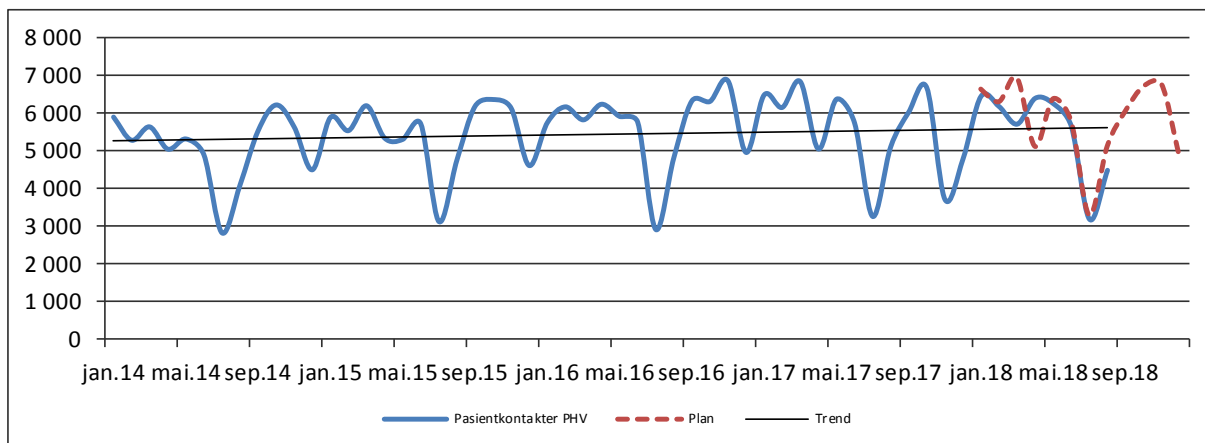


**Figur 18 Røntgenundersøkelser**



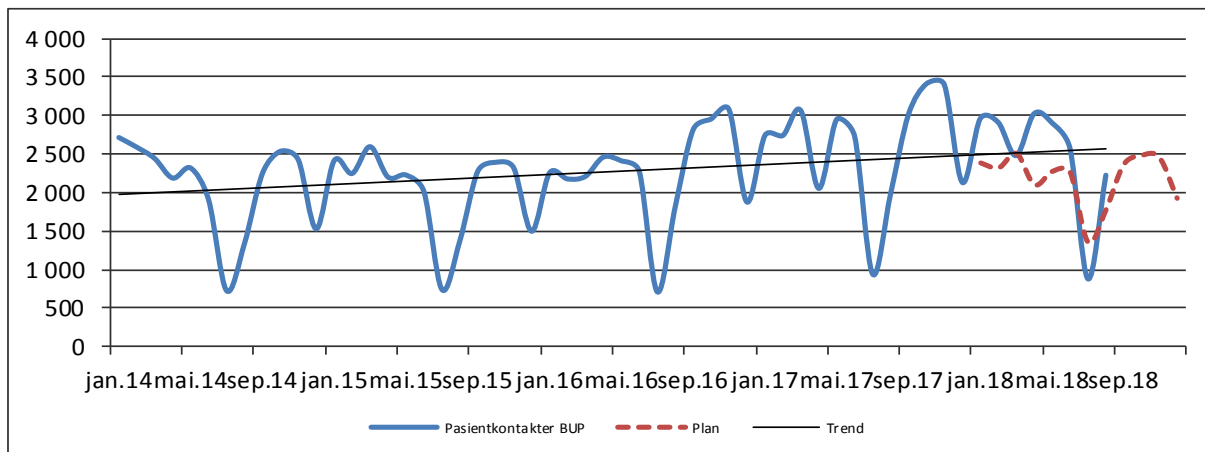
**Psykisk helsevern voksne**

**Figur 19 Pasientkontakter – PHV**



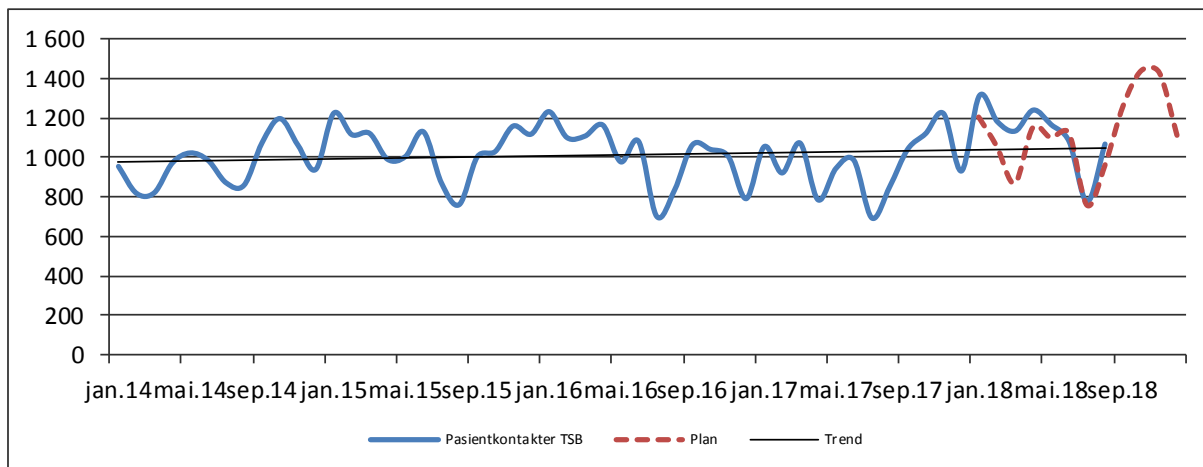
**Psykisk helsevern barn og unge**

**Figur 20 Pasientkontakter – BUP**



## Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 21 Pasientkontakter- TSB



## Den gylne regel

Tabell 9 Den gylne regel

Den gylne regel		
Funksjon	Måleparameter	Endring 17 -18
Somatikk*	Månedsværk	0,5 %
Psykisk helse og rus	Månedsværk	0,6 %
Somatikk*	Økonomi	3,6 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	0,9 %
Somatikk	Konsultasjoner	3,0 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	3,6 %
Somatikk	Ventetid	0,0 %
Psykisk helse og rus	Ventetid	-6,4 %

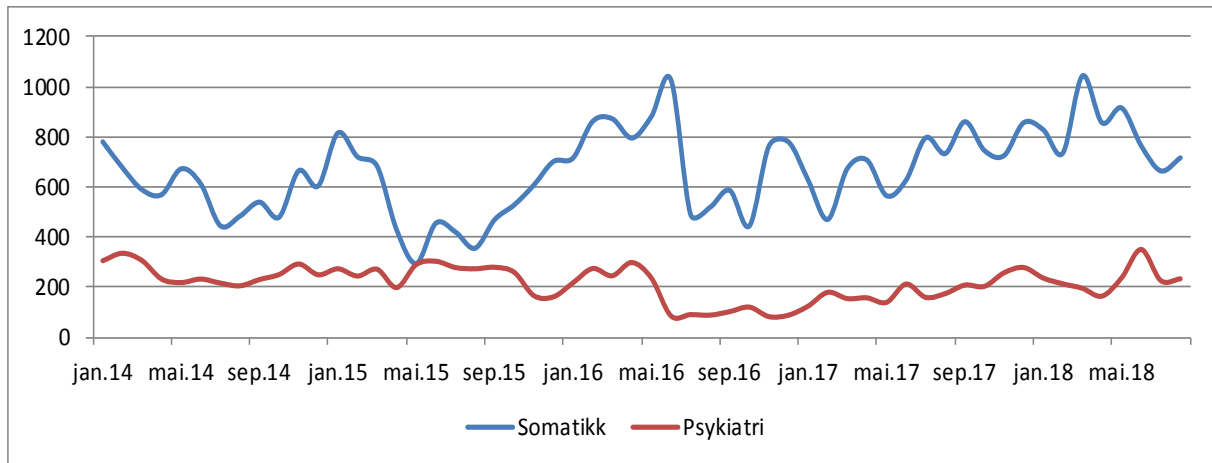
\* Somatikk inkl. lab/rtg og rehabilitering

\*\*Psykisk helse og rus inkluderer psykiatri for barn og unge

## Samhandling

### Utskrivningsklare pasienter

Figur 22 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern



Tabell 10 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – psykiatri og rus

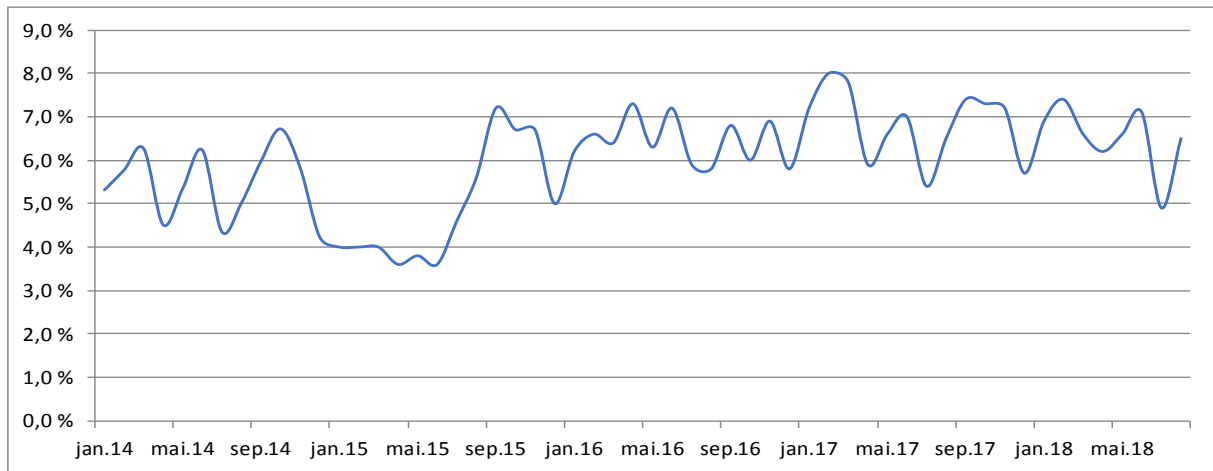
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	August	August	August	August
TRANØY	101		4	66
TROMSØ	1 415		79	19
HARSTAD	201		22	8
LØDINGEN	15		2	7
SALANGEN	5		1	2
IBESTAD	2		2	1
NORDREISA	7		2	1
KVÆFJORD	2		2	1
NARVIK	7		2	0
SKÅNLAND	1		1	0
MÅLSELV	1		1	0
<b>Sum</b>	<b>1 757</b>	<b>0</b>	<b>118</b>	<b>9</b>

Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

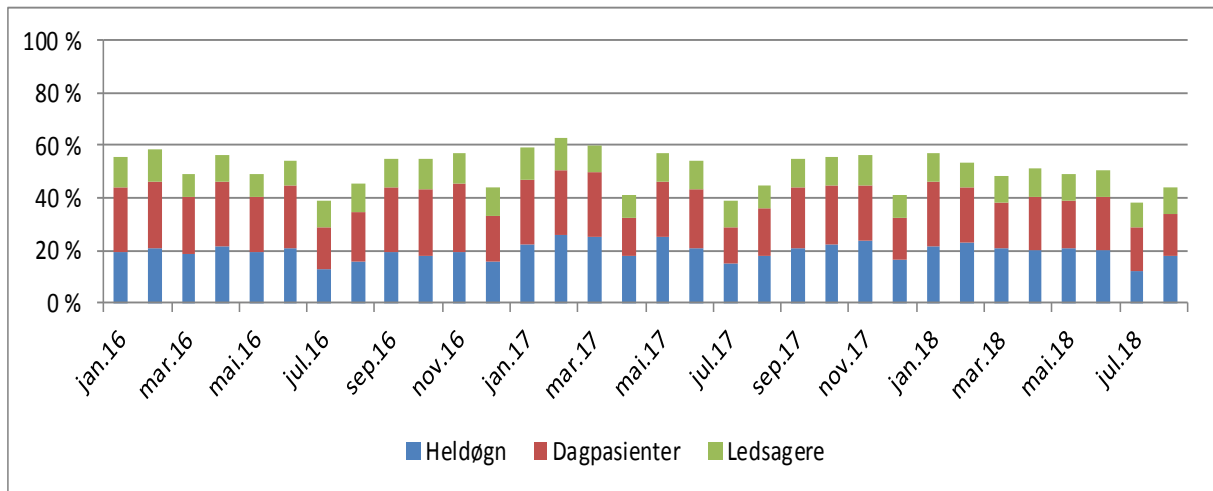
Kommune	Utskrivnings-klare døgn	Utskrivnings-klare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	August	August	August	August
LØDINGEN	123	34	91	59
BALSFJORD	276	235	51	49
TROMSØ	3 686	3 298	505	49
TJELDSUND	57	3	55	45
BALLANGEN	113	58	54	45
EVENES	56	4	38	40
SKÅNLAND	120	16	109	40
GRATANGEN	42	26	16	38
IBESTAD	47	2	46	34
HARSTAD	793	211	600	32
NORDREISA	123	90	35	25
KVÆFJORD	68	1	68	23
STORFJORD	43	32	11	23
LYNGEN	66	50	20	23
BARDU	85	58	28	21
NARVIK	381	159	226	20
TRANØY	30	14	10	20
KARLSØY	38	25	14	17
SKJERVØY	48	32	16	16
MÅLSELV	103	63	43	15
LAVANGEN	15	2	13	14
SALANGEN	23	9	14	10
BERG	9	4	5	10
TYSFJORD	11	3	8	6
LENVIK	62	21	44	5
SØRREISA	10	1	9	3
DYRØY	3	0	3	3
KÅFJORD	5	2	3	2
KVÆNANGEN	2	1	1	2
TORSKEN	1	0	1	1
<b>Sum</b>	<b>6 439</b>	<b>4 454</b>	<b>2 137</b>	<b>33</b>

## Bruk av pasienthotell

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



**Figur 24 Beleggsprosent på Pingvinhotellet**

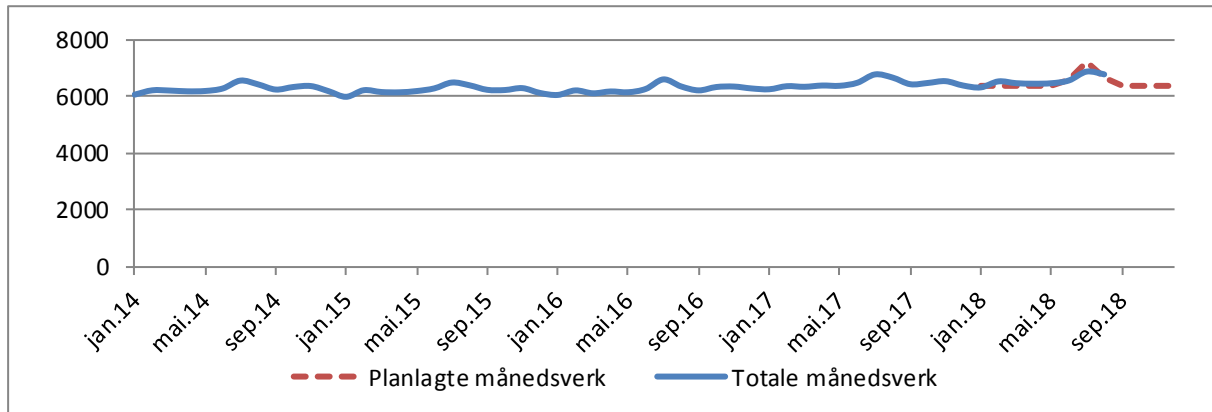


\* Beleggsprosenten beregnes for uka som helhet. I perioden man-tors vil beleggsprosenten være høyere.

## Personal

### Bemanning

Figur 25 Brutto utbetalte månedsværk 2014-2018



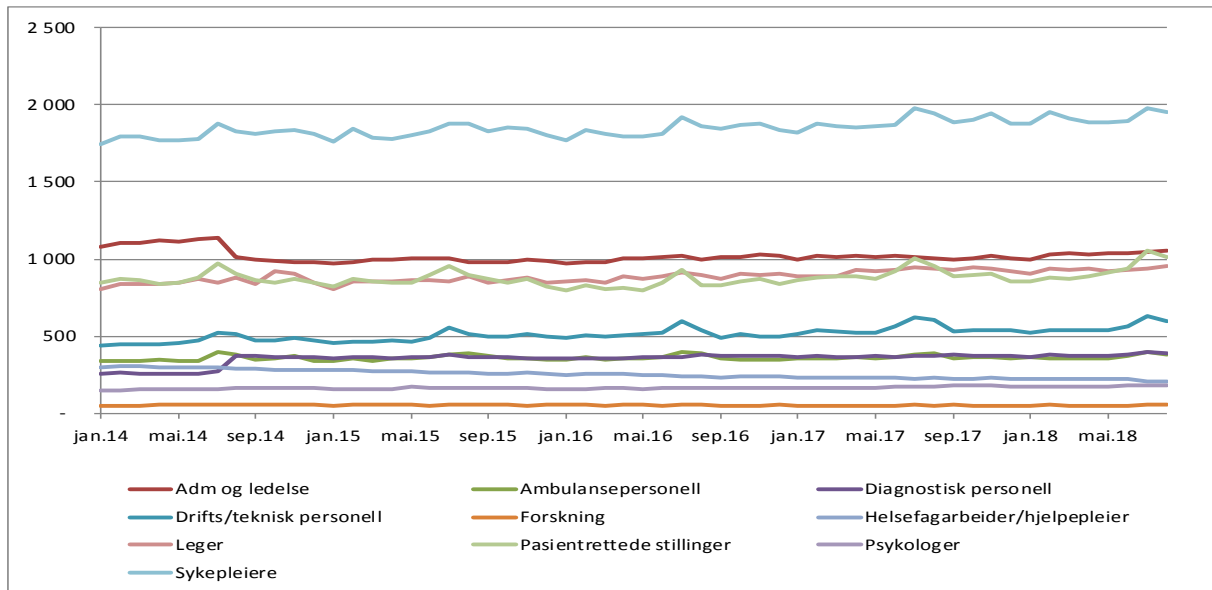
Tabell 12 Brutto utbetalte månedsværk 2016-2018

Måned	2016	2017	2018	Plantall 2018	Avvik mot plan
Januar	6 054	6 254	6 320	6 364	-44
Februar	6 213	6 362	6 531	6 364	167
Mars	6 112	6 341	6 468	6 369	99
April	6 176	6 386	6 450	6 368	82
Mai	6 149	6 376	6 466	6 375	91
Juni	6 266	6 483	6 564	6 550	14
Juli	6 601	6 777	6 876	7 231	-355
August	6 353	6 665	6 779	6 687	92
September	6 214	6 432	-	6 392	
Oktober	6 333	6 476	-	6 363	
November	6 349	6 539	-	6 375	
Desember	6 282	6 385	-	6 380	
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 241</b>	<b>6 455</b>	<b>6 557</b>	<b>6 538</b>	<b>18</b>

Tabellen viser hvor mange månedsværk som i gjennomsnitt er brukt i årets 8 første måneder.



Figur 26 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2014-2018



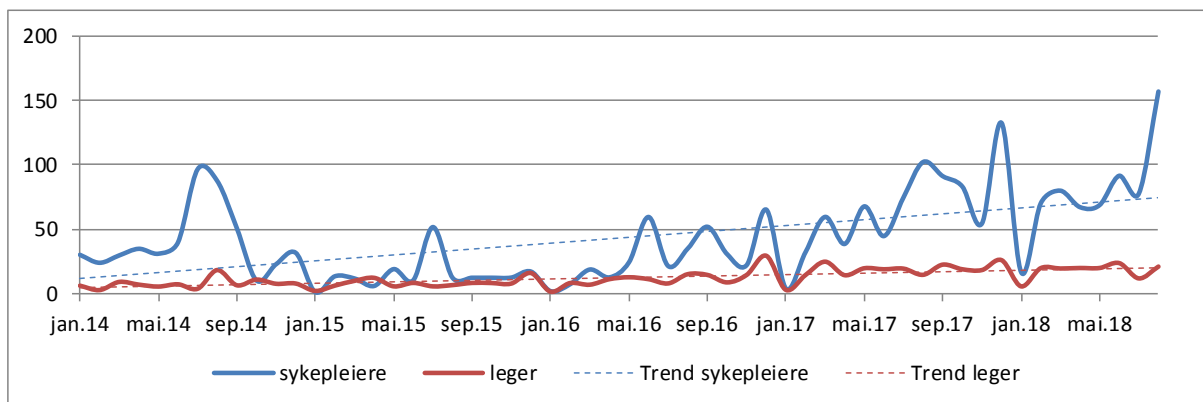
Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2016-2018

Profesjon	2016	2017	2018	Avvik fra 2017
Adm og ledelse	997	1 014	1 035	22
Ambulansepersonell	365	364	365	1
Diagnostisk personell	361	370	378	8
Drifts/teknisk personell	521	552	559	7
Forskning	52	48	51	3
Helsefagarbeider/hjelpepleier	249	230	217	-13
Leger	877	916	932	16
Pasientrettede stillinger	832	911	926	16
Psykologer	160	168	175	7
Sykepleiere	1 827	1 884	1 919	35
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 241</b>	<b>6 455</b>	<b>6 557</b>	<b>101</b>

Adm og ledelse inkluderer fagstillinger.

Figur 27 Innleide månedsverk sykepleiere og leger



Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Tabell 14 Innleide månedsverk per klinikk

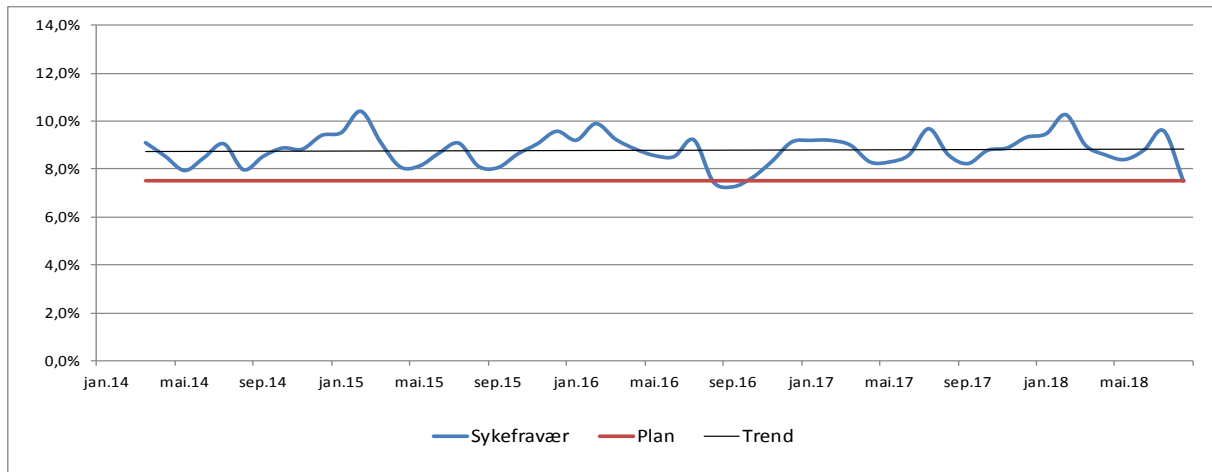
År ▲	2016		2017		2018	
	Innleie sykepleier	Innleie leger	Innleie sykepleier	Innleie leger	Innleie sykepleier	Innleie leger
10 - Akuttmedisinsk klinikk	19,3	0,2	65,4	0,3	37,9	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	17,9	19,9	35,4	56,0	31,3	20,0
13 - Hjerter- og lungeklinikken	90,0	0,0	135,7	0,0	142,8	0,0
15 - Medisinsk klinikk	28,2	2,3	65,5	4,8	82,6	13,5
17 - Barne- og ungdomsklinikken	43,5	0,0	79,7	0,6	13,5	0,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	125,8	22,8	349,6	46,4	323,6	44,4
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	37,2	2,2	56,5	3,0	22,7	1,4
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	30,8	5,3	42,5	0,0	24,4
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	61,2	0,0	58,9	0,0	35,9

## Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i august 2018 er på 7,8 %. Samme måned i 2017 var sykefraværet 8,6 %. Dette er en reduksjon på 0,8 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 2,3 % og viser en reduksjon på 0,3 prosentpoeng, mens Langtidsfraværet (> 16 dager) ligger på 5,5 %.

I snitt var det hver dag i august 256<sup>1</sup> ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN HF.

Figur 28 Sykefravær 2014-2018



Tabell 15 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN ▲	Sykefraværsprosent siste mnd ifjor	Sykefraværsprosent siste mnd	Endring i prosentpoeng forrige måned mot ifjor
Sum	8,6 %	7,5 %	-1,1 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	9,2 %	9,4 %	0,2 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,0 %	5,9 %	-1,1 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	6,4 %	5,3 %	-1,1 %
15 - Medisinsk klinikk	9,8 %	6,0 %	-3,8 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	9,0 %	6,4 %	-2,6 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	9,2 %	8,6 %	-0,6 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9,0 %	7,2 %	-1,8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	10,7 %	10,0 %	-0,7 %
30 - Diagnostisk klinikk	6,7 %	6,6 %	-0,2 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	1,2 %	5,1 %	3,8 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	9,6 %	7,3 %	-2,4 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	11,8 %	8,1 %	-3,6 %
50 - Direktøren	18,0 %	1,0 %	-17,0 %
52 - Stabssenteret	5,8 %	6,8 %	1,1 %
Annet	1,9 %	7,1 %	5,1 %

<sup>1</sup> Dette er et estimat da det er utfordrende å gi helt korrekt beregning av antall sykedager i måneden. I vår beregning deles antall sykefraværsdagsverk på antall dager i måneden. For å være presis kunne man delt antall sykedager på de dagene man skulle vært på jobb. Hver ansatt jobber i gjennomsnitt ca. 21 dager per måned og man kunne delt antall sykedager på 21. Dette er heller ikke helt riktig siden det er mange deltidstillinger som utgjør en feilkilde ut fra en beregning med 21 dager.

**Arbeidsrelatert fravær på egenmelding**

Det har i august måned vært registrert tre 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**

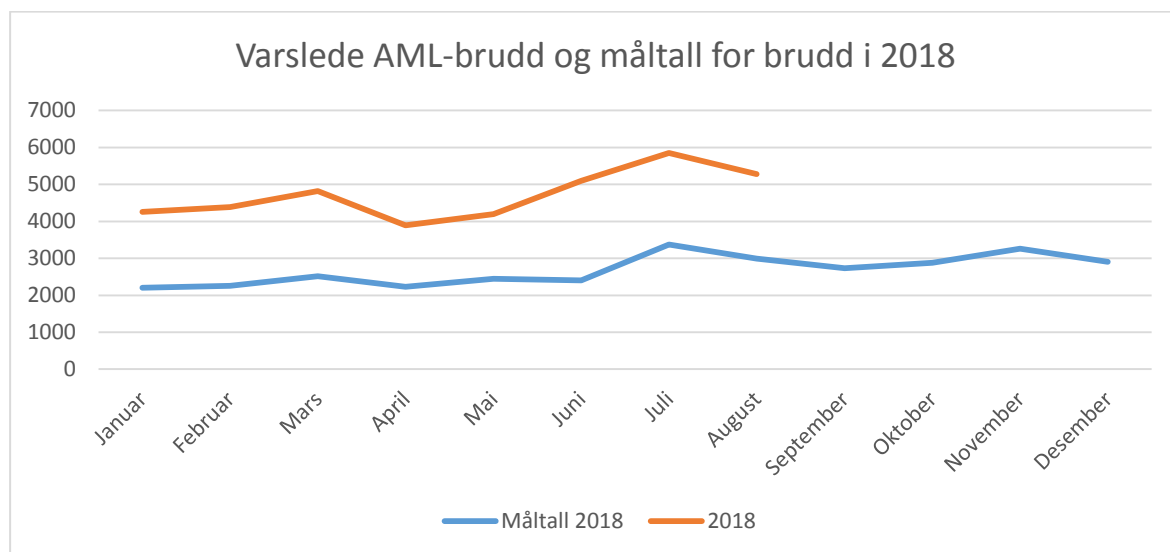
Det har i august 2018 vært registrert totalt 411 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 364 graderte. Det tilsvarer en andel på 88,6 % graderte sykemeldinger. Andelen er lite forandret fra forrige måned (84,9 %).

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

**AML-brudd****Tabell 16 AML-brudd per klinikk**

Klinikk/senter	2017	2018	Differanse
10 - Akuttmedisinsk klinikk	8052	6439	-20 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	4567	4942	8 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	4438	3138	-29 %
15 - Medisinsk klinikk	1997	2388	20 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	1234	734	-41 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	5389	5328	-1 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	5290	4884	-8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	5924	6680	13 %
30 - Diagnostisk klinikk	2179	1339	-39 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	7	3	-57 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	1571	1702	8 %
48 - Kvalitets- og utviklingscenter	58	59	2 %
50 - Administrerende direktør	0	0	0 %
52 - Stabssenter	110	136	24 %
Annet	7	2	-71 %
<b>Totalt</b>	<b>40823</b>	<b>37774</b>	<b>-7,5 %</b>

Varslede AML-brudd i 2018 per 31.08. sett opp mot samme periode i 2017

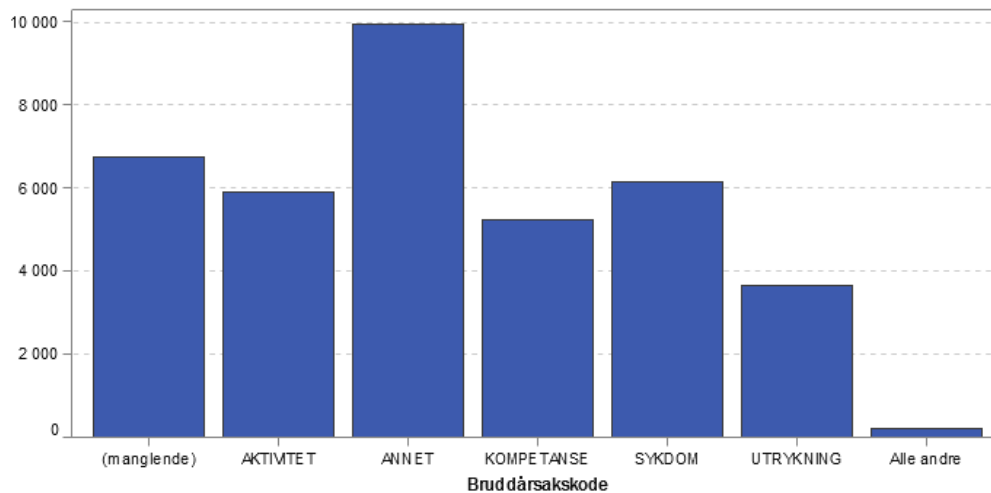
**Figur 29 Varslede AML-brudd sett opp mot måltall for 2018**

Måltall for AML-brudd 2018 er en reduksjon på 50% av de varslede bruddene i 2017. Grafene ovenfor viser de varslede bruddene for 2018 per måned, sett opp mot måltallet for 2018 per måned.

I 2017 hadde UNN totalt sett ca. 64 000 varslede AML-brudd. Dette betyr at måltall for 2018 var ca. 32 000 varslede brudd. Per 31.08.18 er det registrert nærmere 38 000 varslede AML-brudd for UNN. Dette betyr at man med fire måneder igjen av året allerede har gått over måltallet om AML-brudd for 2018.

**Mulige tiltak for å redusere varslede AML-brudd**

Vi har en indikator for hvor mange av de varslede bruddene som muligens ikke er reelle (hvis man tar utgangspunkt i at ledere lager arbeidsplaner uten AML-brudd). Dette er brudd som er registrert med årsakskoden «(manglende)».

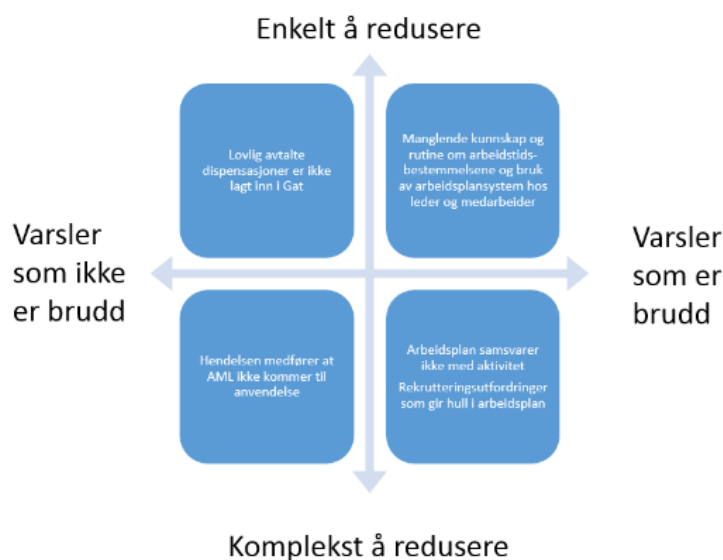


Per 31.08.2018 var det ca. 6 730 brudd som var registrert med denne årsakskoden. Disse bruddene varsles pga. manglende (og rett) registrering av AML-dispensasjoner i Gat. Med andre ord kan disse varslede bruddene elimineres ved rett systemregistrering. Hvis man i tillegg inngår individuelle avtaler med arbeidstakere om overtidarbeid, og knytter dette til årshjulet (og ikke minst registrerer det på rett plass i Gat), vil det ha en tilbakevirkende effekt på varslede AML-brudd i 2018.

Det er også planlagt en automatisering av innlegging av dispensasjonsverdier fra særavtaler for ambulansetjenesten. Dette vil mest sannsynlig gi en reduksjon av varslede AML-brudd, men da både for 2017 og 2018, slik at den relative nedgangen vil mest sannsynligvis forbli lik.

Selv med disse administrative tiltakene vil UNN, slik det ser ut nå, **ikke** nå måltall for varslede AML-brudd for 2018.

### Strategi for reduksjon av varslede AML-brudd



Strategien for reduksjon av varslede AML-brudd var at man først skulle fokusere på AML-brudd som var «ikke-reelle» og som var enkle å redusere. Man skulle deretter arbeide seg mot reelle brudd som det er komplekst å redusere. Det er mulig man nå bør vende fokus mot de mer komplekse årsakene som ligger bak de reelle bruddene. Dette går eksempelvis på sykefravær, rekruttering og tilgang på rett kompetanse og god planlegging etter drift. Oppfølging og arbeid med dette vil kreve mer ressurser (både av stab og klinikkene/sentrene) og et lengre tidsperspektiv enn det er satt av til dette arbeidet per dags dato.

## Kommunikasjon

### Sykehuset i media

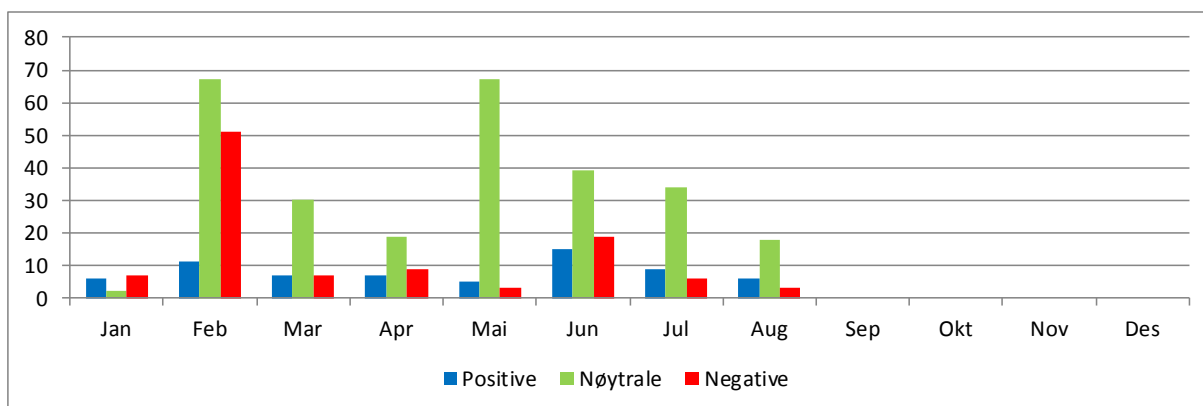
Mediebildet i august var generelt rolig. I første rekke var det saker som rettet seg mot ambulansetjenesten i UNN som ble omtalt.

Her kan vi i første rekke trekke fram nyheten om at UNN som første norske sykehus har etablert en ny prosedyre for behandling av pasienter med mistenkt sepsis (blodforgiftning). Denne behandlingen starter nå allerede i ambulansene. Nyheten fikk nasjonal og regional oppmerksomhet gjennom dekning av NRK. Saken ble også fanget opp og sitert av andre lokale medier, og fikk også stor oppmerksomhet i våre egne kanaler via Pingvinavisa.

Den saken som skapte størst negativ oppmerksomhet rettet seg mot endringene i ambulansestructuren, med nedleggelse av ambulansebåten på Bjarkøy. Saken ble presentert av Harstad Tidende, og har skapt leserdebatt i etterkant.

Overskridelser ved byggingen av PET-senteret ble også fanget opp i styrepapirene til Helse Nord og omtalt med negativt fortegn.

**Figur 30 Mediestatistikk 2018**

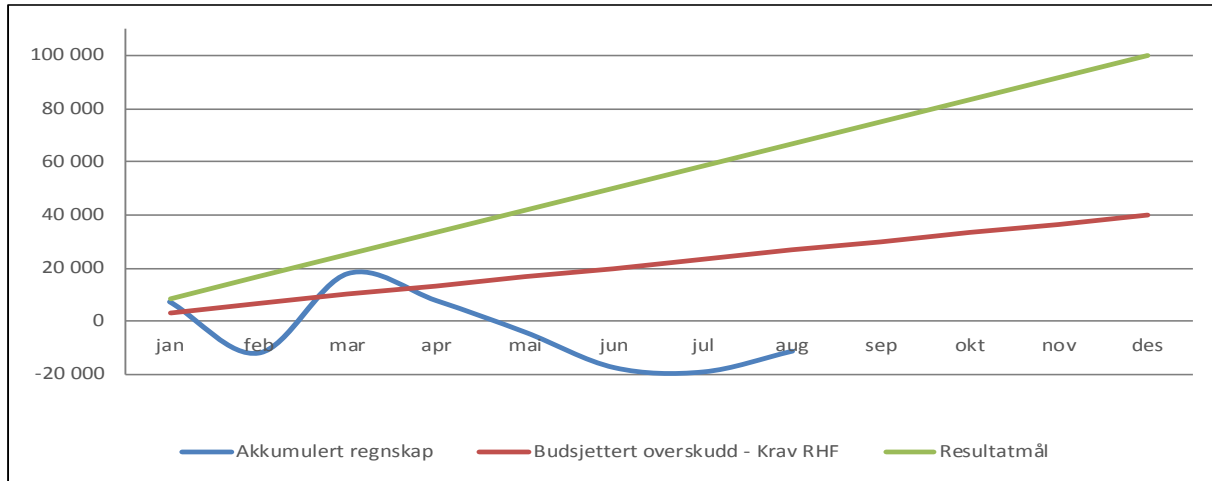


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nr.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

## Økonomi

### Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2018



For 2018 er det et overskuddskrav fra RHF på 40 mill kr. Det er budsjettet med 3,3 mill kr i overskudd hver måned. I tillegg har vi hatt som mål et ytterligere overskudd på 60 mill kr, slik at styringsmålet for 2018 var et overskudd på til sammen 100 mill kr (8,3 mill kr per måned og 5,0 mill kr høyere enn budsjettet).

Regnskapet for august viser et regnskapsmessig resultat på 7,8 mill kr. Det er 4,5 mill kr høyere enn budsjettet, og 0,5 mill kr lavere enn internt styringsmål. Akkumulert per august viser regnskapet 11,2 mill kr i underskudd, det er 37,8 mill kr lavere enn budsjettet og 77,9 mill kr lavere enn internt resultatmål.



Tabell 17 Resultatregnskap 2018

Resultatrapportering (tall i mill kr)	August				Akkumulert per August			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	420,2	420,2	0,0	0 %	3 124,7	3 124,7	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,2	2,2	0,0	-1 %	17,2	17,2	0,0	0 %
ISF egne pasienter	123,5	124,7	-1,2	-1 %	1 019,2	1 096,8	-77,6	-7 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,5	6,5	-4,0	-62 %	57,2	62,4	-5,2	-8 %
Gjestepasientinntekter	2,4	3,1	-0,7	-22 %	22,4	25,0	-2,6	-10 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	-18,0	-6,4	-11,6	183 %	95,7	106,4	-10,7	-10 %
Utskrivningsklare pasienter	2,0	1,3	0,6	46 %	18,1	15,9	2,1	13 %
Andre øremerkede tilskudd	17,1	38,5	-21,4	-56 %	148,0	226,7	-78,7	-35 %
Andre driftsinntekter	34,2	17,7	16,6	94 %	275,6	250,5	25,2	10 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>586,1</b>	<b>607,8</b>	<b>-21,7</b>	<b>-4 %</b>	<b>4 778,1</b>	<b>4 925,7</b>	<b>-147,5</b>	<b>-3 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	17,7	17,4	0,3	2 %	141,1	135,0	6,1	5 %
Kjøp av private helsetjenester	2,7	5,3	-2,6	-50 %	34,3	37,1	-2,8	-8 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	65,0	66,6	-1,7	-2 %	527,4	552,1	-24,7	-4 %
Innleid arbeidskraft	15,4	5,6	9,8	177 %	72,9	21,4	51,5	241 %
Lønn til fast ansatte	276,8	287,8	-11,0	-4 %	2 488,6	2 565,6	-77,0	-3 %
Overtid og ekstrahjelp	31,0	32,8	-1,8	-6 %	201,5	225,1	-23,5	-10 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	63,9	65,0	-1,0	-2 %	442,2	443,8	-1,7	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-23,7	-22,3	-1,4	6 %	-181,0	-174,4	-6,6	4 %
Annen lønnskostnad	27,8	31,4	-3,5	-11 %	211,6	200,3	11,3	6 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>327,4</b>	<b>335,3</b>	<b>-7,9</b>	<b>-2 %</b>	<b>2 793,7</b>	<b>2 837,9</b>	<b>-44,2</b>	<b>-2 %</b>
Avskrivninger	22,5	22,5	0,0	0 %	139,7	139,7	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	80,1	92,7	-12,6	-14 %	718,9	755,0	-36,1	-5 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>579,2</b>	<b>604,7</b>	<b>-25,5</b>	<b>-4 %</b>	<b>4 797,3</b>	<b>4 900,7</b>	<b>-103,4</b>	<b>-2 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>6,9</b>	<b>3,1</b>	<b>3,8</b>	<b>122 %</b>	<b>-19,1</b>	<b>25,0</b>	<b>-44,1</b>	<b>-176 %</b>
Finansinntekter	1,0	0,8	0,2		8,5	6,7	1,9	
Finanskostnader	0,1	0,6	-0,5		0,6	5,0	-4,4	
Finansresultat	0,9	0,2	0,7		7,9	1,7	6,3	
<b>Ordinært resultat</b>	<b>7,8</b>	<b>3,3</b>	<b>4,5</b>	<b>135 %</b>	<b>-11,2</b>	<b>26,7</b>	<b>-37,8</b>	<b>-142 %</b>

Tabell 18 Resultatregnskap 2018, ekskl. eksterntfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	August ekskl eksterntfinansiering			Akkumulert per August ekskl eksterntfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	420,2	420,2	0,0	3 124,7	3 124,7	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,2	2,2	0,0	17,2	17,2	0,0
ISF egne pasienter	123,5	124,7	-1,2	1 019,2	1 096,8	-77,6
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,5	6,5	-4,0	57,2	62,4	-5,2
Gjestepasientinntekter	2,4	3,1	-0,7	22,4	25,0	-2,6
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	-18,0	-6,4	-11,6	95,7	106,4	-10,7
Utskrivningsklare pasienter	2,0	1,3	0,6	18,1	15,9	2,1
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	34,2	17,7	16,6	275,6	250,5	25,2
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>569,0</b>	<b>569,3</b>	<b>-0,3</b>	<b>4 630,1</b>	<b>4 699,0</b>	<b>-68,9</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	17,7	17,4	0,3	141,1	135,0	6,1
Kjøp av private helsetjenester	2,7	5,3	-2,6	34,1	36,8	-2,7
Varekostnader knyttet til aktivitet	64,3	65,1	-0,8	521,7	543,3	-21,6
Innleid arbeidskraft	15,4	5,6	9,8	72,9	21,4	51,5
Lønn til fast ansatte	268,0	267,9	0,1	2 412,1	2 448,4	-36,3
Overtid og ekstrahjelp	29,0	28,3	0,7	184,3	198,7	-14,4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	61,8	60,1	1,7	423,3	415,0	8,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-23,0	-20,9	-2,2	-175,6	-166,2	-9,4
Annen lønnskostnad	26,7	28,7	-2,1	201,5	184,9	16,7
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>316,0</b>	<b>309,7</b>	<b>6,3</b>	<b>2 695,2</b>	<b>2 687,2</b>	<b>8,1</b>
Avskrivninger	22,5	22,5	0,0	139,7	139,7	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	77,2	86,2	-9,0	694,0	716,9	-22,9
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>562,0</b>	<b>566,2</b>	<b>-4,1</b>	<b>4 649,2</b>	<b>4 674,0</b>	<b>-24,7</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>6,9</b>	<b>3,1</b>	<b>3,8</b>	<b>-19,1</b>	<b>25,0</b>	<b>-44,1</b>
Finansinntekter	1,0	0,8	0,2	8,5	6,7	1,9
Finanskostnader	0,1	0,6	-0,5	0,6	5,0	-4,4
Finansresultat	0,9	0,2	0,7	7,9	1,7	6,3
<b>Ordinært resultat</b>	<b>7,8</b>	<b>3,3</b>	<b>4,5</b>	<b>-11,2</b>	<b>26,7</b>	<b>-37,8</b>

Tabell 19 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

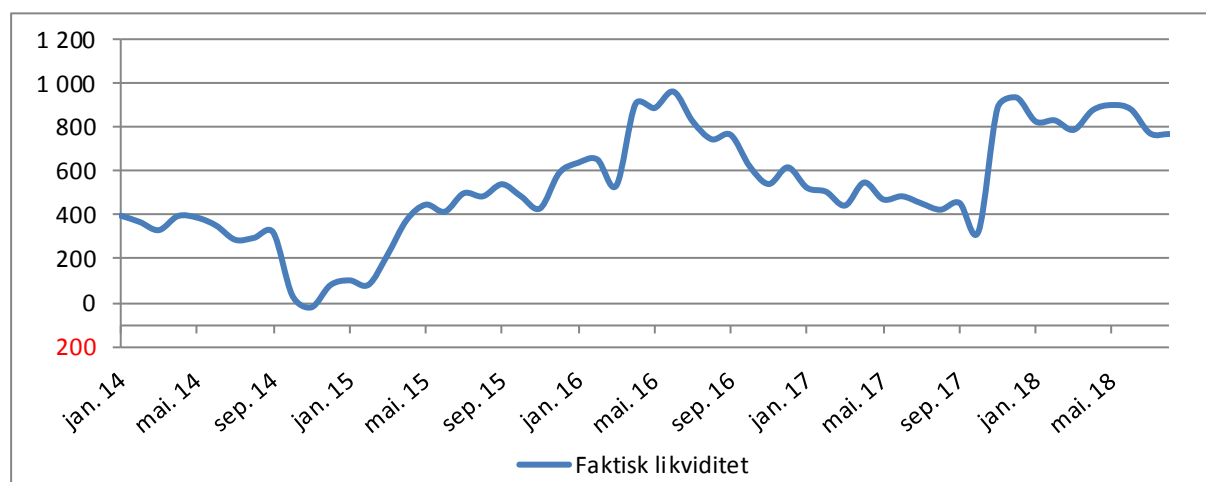
Regnskap per klinikk per august - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	32,4	36,3	3,9	0,5	261,7	256,5	-5,2	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	24,8	24,7	-0,1	-0,2	135,5	110,3	-25,2	-24,2
13 - Hjerte- lungeklinikken	9,5	14,7	5,2	2,6	84,3	82,1	-2,2	4,6
15 - Medisinsk klinikk	44,5	44,2	-0,3	1,8	199,4	189,2	-10,2	1,1
17 - Barne- og ungdomsklinikken	24,4	23,7	-0,7	0,5	136,0	131,0	-5,0	-1,5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	74,7	63,9	-10,8	-0,1	467,8	449,4	-18,4	-0,7
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	30,9	31,1	0,2	-1,0	193,6	176,5	-17,1	-11,7
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	57,6	60,8	3,2	-0,7	425,2	430,1	4,9	-5,4
30 - Diagnostisk klinikk	63,4	61,6	-1,8	0,0	370,9	358,5	-12,4	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	1,0	1,0	0,0	0,0	3,7	3,7	0,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	40,0	42,4	2,3	0,0	341,7	345,5	3,7	0,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	9,4	11,0	1,5	0,0	76,4	83,7	7,3	0,0
52 - Stabssenteret	13,5	14,7	1,2	0,0	101,1	102,8	1,7	0,0
62 - Felles	-433,9	-433,3	0,6	-8,6	-2 786,2	-2 746,0	40,2	-45,1
<b>Totalt</b>	<b>7,8</b>	<b>3,3</b>	<b>4,5</b>	<b>-5,2</b>	<b>-11,2</b>	<b>26,7</b>	<b>-37,8</b>	<b>-82,9</b>

## Prognose

Prognosen for 2018 tilsier at UNN ikke klarer eget overskuddskrav på 60 mill kr ut over RHF sitt krav. Fokuset de siste 4 månedene av 2018 vil være å nå overskuddskravet fra Helse Nord RHF på 40 mill kr som også er prognosen for året.

## Likviditet

Figur 32 Likviditet



## Investeringer

### Tabell 20 Investeringer

Investeringer , tall i mill kr	Forpliktelser tidligere år	Restramme overført fra 2017	Investerings ramme 2018	Samlet investerings ramme 2018	Investert juli 2018	Investert august 2018	Sum investert 2018	Rest-forpliktelser (godkjent tidligere) august	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*		2,2	0,0	2,2	0,0		0,0		2,2
A-fløy inkl alle underprosjekter		225,8	0,0	225,8	9,6	11,9	158,6		67,2
PET-senter inkl alle underprosjekter.(Plan 5-7)		31,6	43,2	74,8	1,8	4,4	76,8		-2,0
Nytt sykehus Narvik		50,4	59,0	109,4	9,5	28,3	39,7		69,7
<b>SUM Nybygg</b>		<b>310,0</b>	<b>102,2</b>	<b>412,2</b>	<b>21,0</b>	<b>44,6</b>	<b>275,1</b>	<b>0,0</b>	<b>137,1</b>
Åsgård Bygg 7		0,8		0,8	0,0		0,0		0,8
<b>SUM Rehabilitering</b>		<b>0,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,8</b>
Tiltak kreftplan		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
Tromsundersøkelsen		5,0	5,0	10,0	0,0	0,0	0,0		10,0
MTU Svalbard		0,0	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0		2,0
nCounter(FlexDX)analyseplattform		0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
Datarom-Unn-p85-DS1-Pasienthotellet		77,2	0,0	77,2	0,0	0,0	0,0		77,2
ENØK		3,4		3,4	0,0	0,0	0,8		2,5
<b>SUM Prosjekter</b>		<b>85,6</b>	<b>7,0</b>	<b>92,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,8</b>	<b>0,0</b>	<b>91,8</b>
Medisinteknisk utstyr	89,9	72,3	89,6	161,9	2,3	3,3	52,8	72,5	36,6
Annet utstyr disponert av MTU-midler			0,0	0,0	0,3	0,4	1,3		
Diverse	23,4	23,4	53,2	76,6	0,4	0,3	8,8		67,8
Ambulanser	1,8	1,81	12,0	13,8	0,0		8,3		5,5
Teknisk utstyr	2,8	3,19	12,0	15,2	0,1	0,2	5,5	4,3	5,4
Ombygginger		22,5		22,5	0,0	0,0	0,8		21,7
EK KLP		-0,1	28,2	28,1	0,0		30,0		-1,9
<b>SUM Utstyr med mer</b>	<b>117,9</b>	<b>123,1</b>	<b>195,0</b>	<b>318,1</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>107,5</b>	<b>76,8</b>	<b>135,0</b>
<b>SUM total</b>	<b>117,9</b>	<b>519,5</b>	<b>304,2</b>	<b>823,7</b>	<b>24,1</b>	<b>48,9</b>	<b>383,4</b>	<b>76,8</b>	<b>364,7</b>

## Byggeprosjekter

### Tabell 21 Byggeprosjekter

Pr juli 2018	A-fløya	PET-senter
HMS	H=1	H=0
Klinisk drift	02.05.2018	10.04.2018
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2017	227,1 mill kr	74,8 mill kr
Sum investert hittil 2018	146,6	72,3
Sum investert tidligere år	1315,3 mill kr	457,6 mill kr
Sum investert totalt	1461,9	529,9
Investeringsramme	1 547 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	-18	+62

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

# Økonomi pr august UNN

---

Styremøte 4. oktober 2018



## 1. Resultat pr august 2018

Resultatet for UNN i august viser et positivt budsjettavvik på 4,5 mill kr. Resultatet er drevet av lavere personalkostnader enn budsjettet med 18,8 mill kr. Samtidig øker kostnaden på innleie fra firma med 10,6 mill kr. OPIN klinikken har en særlig økning på kostnaden innleie fra firma, da de har store utfordringer med å rekruttere spesialiserte pleiere.

Akkumulert pr august viser resultatet et negativt budsjettavvik på 37,8 mill kr. Driverne til det negative budsjettavviket er lavere ISF inntekt enn budsjettet, og merforbruk på innleie av personell fra firma. Også akkumulert reduseres personalkostnadene slik at de reduserer det totale negative budsjettavviket noe. ISF inntekten har store negative budsjettavvik i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (-24,2 mill kr) og i Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (-11,7 mill kr). Innleie av personell er dyrere enn egne ansatte og dette påvirker resultatet negativt. Ved OPIN klinikken mangler UNN for tiden i overkant av 45 ansatte. Dette er på intensivavdelingen og oppvåkningsavdelingen. For å dekke inn for denne mangelen brukes innleie fra firma. Også for Medisinsk klinikk har innleiekostnaden vært høy knyttet til personalmangel ved UNN Harstad. Totalt for UNN er overforbruket på innleie fra firma hittil i år 51,0 mill kr over budsjett.

Tabell 1 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk per august - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	32,4	36,3	3,9	0,5	261,7	256,5	-5,2	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	24,8	24,7	-0,1	-0,2	135,5	110,3	-25,2	-24,2
13 - Hjerte- lungeklinikken	9,5	14,7	5,2	2,6	84,3	82,1	-2,2	4,6
15 - Medisinsk klinikk	44,5	44,2	-0,3	1,8	199,4	189,2	-10,2	1,1
17 - Barne- og ungdomsklinikken	24,4	23,7	-0,7	0,5	136,0	131,0	-5,0	-1,5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	74,7	63,9	-10,8	-0,1	467,8	449,4	-18,4	-0,7
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	30,9	31,1	0,2	-1,0	193,6	176,5	-17,1	-11,7
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	57,6	60,8	3,2	-0,7	425,2	430,1	4,9	-5,4
30 - Diagnostisk klinikk	63,4	61,6	-1,8	0,0	370,9	358,5	-12,4	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	1,0	1,0	0,0	0,0	3,7	3,7	0,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	40,0	42,4	2,3	0,0	341,7	345,5	3,7	0,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	9,4	11,0	1,5	0,0	76,4	83,7	7,3	0,0
52 - Stabssenteret	13,5	14,7	1,2	0,0	101,1	102,8	1,7	0,0
62 - Felles	-433,9	-433,3	0,6	-8,6	-2 786,2	-2 746,0	40,2	-45,1
<b>Totalt</b>	<b>7,8</b>	<b>3,3</b>	<b>4,5</b>	<b>-5,2</b>	<b>-11,2</b>	<b>26,7</b>	<b>-37,8</b>	<b>-82,9</b>

Enkelte klinikker skiller seg ut resultatmessig. I Kirurgi-, kreft-, og kvinnehelseklinikken har det vært utfordrende å nå budsjettmålet for ISF-inntekter hittil i år, som har resultert i at ISF-inntektene er 24,2 mill kr bak budsjett pr august. Klinikken har utviklet noen kompenserende tiltak for dette. Vi ser en positiv utvikling i august for K3K klinikken, hvor budsjettavviket er tilnærmet likt 0.

Resultatet i Medisinsk klinikk er preget av mangel på personell i Harstad, som har resultert i ekstra innleie. Det er utarbeidet en plan for å redusere bemanningsutfordringene ved UNN Harstad. Hovedsakelig går denne på å redusere antall deltidsstillinger og øke antall fulltidsstillinger.

For Operasjons- og intensivklinikken ble august en utfordrende måned. Det er personalkostnadene inklusive innleie som er den tyngste driveren til avviket sammen med et høyere forbruk av implantater og forbruksvarer på 2,2 mill. I forbindelse med flytting over til A-fløya har det vært noen utfordringer som har resultert i ekstra personalkostnader.

Også i Nevro-, ortopedi-, og rehabiliteringsklinikken er personalkostnadene høyere enn budsjett. ISF inntekten har en negativ utvikling i forhold til budsjett og er pr august 11,7 mill under budsjett. På tross av at inntektene går ned, klarer ikke klinikken å redusere kostnadene. Personalkostnadene er 9,5 mill kr over budsjett.

Diagnostisk klinikk viser også et stort budsjettmessig underskudd pr august med 12,4 mill kr. Utfordringer med bemanning av røntgenleger er hovedårsaken til at innleie fra firma er 5,8 mill kr over budsjett. I tillegg har klinikken et høyt overforbruk på laboratorie- og røntgenrekvisita på til sammen 7,3 mill kr.

## 2. Prognose 2018

Det er i august og september fremlagt prognoser fra klinikkene for 2018. Etter en gjennomgang av disse, ble det foretatt en ny runde med de klinikker som innehar størst avvik. Etter gjennomgang er vår prognose at vi vil nå overskuddskravet fra RHF'et på 40 mill kr. Dette avhenger imidlertid av at klinikkene som har merforbruk klarer å stoppe den negative utviklingen, slik at merforbruket ikke øker mot slutten av året. Og at de klinikker/senter som har positive budsjettavvik har dette også ved årets slutt.

Samtidig er det noen inntekter og kostnader som ikke er helt avklart ennå for 2018. Disse postene kan også påvirke resultatet.

- På inntektssiden er det en årlig avregning av ISF inntektene. Vi får da erstattet estimater med virkelige tall på pasientstrømmer og den indre fordelingen i Helse Nord blir avregnet. Dette har de senere år gitt positive effekter for UNN og vi forventer dette også for 2018. En foreløpig beregning foreligger normalt i september, men den endelige avregningen kommer ikke før i november/desember.
- Forbruket på TNF hemmere er mindre enn i budsjett og det vil sannsynligvis ligge en positiv økonomisk effekt på slutten av året.
- Forsinkelser i PET senter og A-fløyen gir oss en positiv effekt på avskrivningskostnadene på 5 mill kr i 2018.

## 3. Investeringer 2018 og 2019

UNN får en ramme for investeringer fra Helse Nord RHF på 150 mill kr pluss eget overskudd foregående år. I 2018 var målet til UNN å klare RHF-ets overskuddskrav på 40 mill kr i tillegg til eget overskuddskrav på 60 mill kr. Til sammen skulle overskuddet i 2018 beløpe seg til 100 mill kr. Da eget overskuddskrav ikke vil oppnås i 2018 vil dette gi negative konsekvenser for investeringene i 2019. Det er allerede noen låste midler i 2019-rammen som vist under.

Investeringsbudsjett 2018:

Ramme fra RHF	mnok 150
UNNs eget overskudd 2017	mnok 54
<u>Total investeringsramme 2018</u>	<u>mnok 204</u>
Gjenstående budsjett 2018	mnok 5

Investeringsbudsjett 2019:

Ramme fra RHF	mnok 150
Forutsatt at UNN når budsjett 2018	mnok 40
<u>Total investeringsramme 2019</u>	<u>mnok 190</u>
Rest ramme 2019 etter «lovnader»	mnok 36

Etter overskridelse totalt i A-fløy og Pet-senteret må arealplan fase 1 finansieres av eget investeringsbudsjett. Fase 1 var opprinnelig på 85 mill kr og prosjektet gjennomgås nå for mulige nedjusteringer.

#### **4. Tiltak**

Som tidligere nevnt er det ikke realistisk at vi klarer vårt eget overskuddskrav i 2018 og prognosen per september er at vi skal klare kravet fra RHFet på 40 millioner kroner. For å oppnå dette resultatet er det helt nødvendig å ta grep om økonomistyringen de siste månedene i året. Det er satt i gang flere tiltak som skal bremse kostnadsutviklingen fremover. Ved gjennomgang av tiltakene var det diskutert hvorvidt det bør innføres full reise-, innkjøp- og ansettelsesstopp. Beslutningen inntil videre er at alle klinikkene styrer tiltakene hver for seg, slik at vi ikke iverksetter unødvendige kontrollmekanismer i oppfølgingen.

Et av tiltakene som er diskutert er full ansettelsesstopp. Fordelen med tiltaket er at det er ekstremt effektivt. På den andre siden er det stor mangel av personale i enkelte klinikker som gjør arbeidshverdagen utfordrende for de som jobber der. Risikoen vil være økt antall sykemeldinger og økt innleie. Det er derfor enighet om at alle, også de klinikker/senter som ikke har merforbruk, er svært restriktive med nyansettelser.

Etter en runde med hva som er konsekvensene av full stopp av innleie fra firma ble det besluttet at også dette skal holdes på et minimum. Ved full stopp må aktiviteten på enkelte klinikker tas ned og effektene vil dermed utebli.

Det tredje tiltaket som er igangsatt er mindre overtid. Alle disse tre første tiltakene handler om å øke fokuset på planlegging og å ta en ekstra runde på graden av nødvendighet før vi leier inn personale.

I tillegg må alle klinikker/senter vurdere innkjøpsstopp som varer fra nå og ut 2018. Dette vil da gjelde både reisekostnader, forbruksartikler og andre driftskostnader.

I OPIN klinikken, hvor det er størst utfordringer med mangel på personale, er det igangsatt et prosjekt for å finne løsninger på utfordringen. For den langsiktige løsningen er studie plassene til spesialsykepleierne (ABIKO) fylt opp. Samtidig må det rekruttering til på et område som er mangelvare i hele helse Norge. For å imøtekomme denne problemstillingen er det også et stort behov for fokus på oppgaveglidning og hvorvidt det er mulig å bruke annet personell til samme oppgaver.

Et av fellestiltakene i 2018 er å få ned strykninger. Arbeidet er dessverre ikke kommet veldig langt, men bør ha god økonomiske effekt. Kostnadene som berøres er personal-, utstys og pasientreisekostnader.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
75/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Per Magnar Halvorsen

### Tertialrapport pr 31.8.2018 for utbyggingsprosjekter ved UNN

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.8.2018 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

#### Sammendrag

Rapporten omfatter prosjektene *A-fløy UNN Tromsø*, *PET-senter UNN Tromsø* og *Nye UNN Narvik sykehus*. Saksfremlegget er sammenfallende med tilsvarende orienteringssak til styret i Helse Nord RHF.

	A-fløy	PET
OU status	Pågår	Pågår
OU status mål		
HMS		
Planlagt ferdigstilling	18.04.2018	10.04.2018
Fremdrift	Overtatt 18. april 2018	Overtatt 27. april 2018
Ramme inneværende år	276,0 mill kr	96,9 mill kr
Sum investert hittil 2018	158,6 mill kr	76,8 mill kr
Sum investert totalt	1486,3 mill kr	536,3 mill kr
Investeringsramme	1547 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	-18 mill kr	+62 mill kr

Tabell 1 – Nøkkeltall for byggeprosjektene ved UNN HF

#### Bakgrunn

I denne styresaken legges frem et sammendrag av tertialrapporten for 2. tertial 2018 for utbyggingsprosjektene ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN).

Styret ble sist orientert om byggeprosjektene i styresak 46-2018 Tertialrapport pr. 30.04.2018 for utbyggingsprosjekter ved UNN.

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.

## Saksutredning

### Pågående tidligfaseprosjekter

#### *Idéfase psykisk helse og rusbehandling*

Idéfase psykisk helse og rusbehandling, UNN Tromsø ble avsluttet med styrebehandling i UNN (26-2017) og Helse Nord (45-2017).

### Pågående forprosjekter

#### *Nye UNN Narvik*

Prosjektet er nå over i en forprosjektfase, men vil legge vekt på organisasjonsutvikling i drifta i kommende periode. Det betyr at etablering av medvirkning først og fremst skjer i OU-prosjektet. Arbeidet med vei og tunell, samt forberedelser i byggetomta er godt i gang.

### Pågående utviklingsprosjekter (OU-prosjekter)

#### *Nye UNN Narvik*

Styringsgruppen for Nye UNN Narvik vedtok i mai -18 et mandat og en prosjektplan for prosjektet «Nye UNN Narvik: Organisasjonsutvikling (OU)». Prosjektets leveranser er:

- Utvikling av tverrfaglig samarbeid - somatikk, psykisk helse og rusbehandling
- Utvikling av framtidens helsetjeneste
- (Re-)Design av framtidige pasientforløp
- Samarbeidsflaten mellom helsepersonell og helsepersonell og servicearbeidere
- Legemiddelkvalitet
- Opplæring i prosjektledelse for delprosjektledere

Følgende aktiviteter er knyttet til oppstart av OU-prosjektet: Interessentanalyse, usikkerhetsanalyse, kommunikasjonsplan, gevinstrealiseringsplan, konkretisering av prosjektleveranser og opprettelse av delprosjekter. I tillegg videreføres samarbeidet med Narvik kommune, herunder koordinering av organisasjonsutviklingstiltak.

#### *Psykisk helse og rusbehandling, Tromsø*

Det er initiert et organisasjonsutviklingsprosjekt (OU) innen psykisk helse og rusbehandling og første møte i OU-prosjektet gjennomføres i september 2018.

### Pågående byggeprosjekter

#### *A-fløy og PET-senter*

Samlet for de to prosjektene A-fløya og PET-senteret opprettholdes prognosen fra forrige tertialrapportering med en samlet overskridelse av P85-rammen på 44 mill kr. Periode for klinisk prøvedrift i PET-senteret er ferdig. Det pågår tilpasninger i forhold til validering og godkjenninger i regi av Diagnostisk klinikk, UiT Norges arktiske universitet og Sykehusapotek Nord HF. Prosessvalideringen gjøres i regi av sykehusapoteket, og er fortsatt en utfordring for ferdigstillelsen av prosjektet. I tillegg er det utfordringer knyttet til SD-anlegget (styresystemet for bygget). Varme og lys til bygget fungerer, men funksjoner til valideringsprosesser fungerer ikke optimalt.

Innflytting i A-fløya plan 7 har blitt utsatt grunnet usikkerhet knyttet til hvorvidt de etablerte operasjonsstuene har hatt korrekt lufttrykk til omgivelsene. Planlagt innflytting oktober 2018.

Det er avdekket problemer i forbindelse med pasientovervåkningen på intensivavdeling i A9.

- Det er avdekket og dokumentert at svikten i avlesning av pacemakerinnslag er knyttet til pasientovervåkingssystemet
- Nettverket som har hatt hovedfokus i denne saken er sjekket ut, og er ikke kilden til problemene
- Det brukes intensivsykepleier-ressurser til å teste ut, høste data og følge opp skopvakter daglig.
- Et avvik/alvorlig hendelser er meldt til Legemiddelverket i denne sammenheng.

Plan 6 poliklinikker tar i bruk nye arealer 10.9.2018.

#### *Forplass*

Midlertidige trafikkkløsninger på forplassen etableres i forbindelse med åpning av poliklinikker i plan 6. Planleggingsarbeidet for endelig løsning for forplassen fortsetter. Tak og hovedinngangsparti ferdigstilles i løpet av neste periode.

#### *Vestibyle*

Vestibyleprosjektet har etablert prosjektgruppe og arbeidet er påbegynt. Forslag til innhold og utforming av vestibylen leggs frem for styringsgruppen i november/desember 2018.

#### *Arealplan Breivika*

Helse Nord RHF vedtok i styresak 84-2018 Universitetssykehuset Nord-Norge HF, arealplan Breivika: *Styret tar informasjonen om fase 2 og 3 til orientering, og forutsetter at disse justeres tidsmessig slik at de kommer i prioritet etter prosjektene i Hammerfest, Narvik, Helgeland og Åsgård psykiatriske sykehus. Styret ber om at plan for gjennomføringen legges frem for styrets beslutning vinter 2019.* Revidering og prioritering av arealplan Breivika vurderes i samarbeid med Helse Nord RHF.

### **Medvirkning**

Saken ble forelagt ansattes organisasjoner, vernetjenesten, arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalgets arbeidsutvalg i drøftings- og medvirkningsmøter. Protokoller og referater fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet ved UNN 4.10.2018. Samtlige møter tok saken til orientering og ga sin tilslutning til at saken fremmes til styrets behandling.

### **Vurdering**

Bygging av og innflytting i PET-senter og A-fløy er i slutfasen. I denne fasen har det oppstått noen forsinkelser som omfatter operasjonsstuer i plan 7, samt full oppstart i PET-senteret. Forsinkelsene i PET-senteret som både er knyttet til problemer med SD-anlegget og forsinkelser i validering gir forsinkelser i oppstart av egenproduksjon av FDG. Det er skissert en forsinkelse på 6 måneder. Utbedring av feil og mangler har høy prioritet.

Feil med Pasientovervåkingssystemet på intensivavdelingen i plan 9 i A-fløya er kritisk i forhold til pasientsikkerheten. Avdelingen må bruke allerede knappe intensivsykepleier-ressurser både på ekstra bemanning for manuell overvåking, samt til fortløpende testing av systemet. UNN følger opp saken fortløpende med leverandøren, et arbeid som har høy prioritet.

## Konklusjon

Direktøren ber styret ta rapportene til orientering.

Tromsø, 21.9.2018

Marit Lind (s.)  
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tertialrapport 2, 2018 - A-fløya
2. Tertialrapport 2, 2018 - PET-senteret
3. Tertialrapport 2, 2018 - Nye UNN Narvik



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 2 – 2018 pr. 31.08.18



Ny A-fløy Universitetssykehuset Nord-Norge HF – Prosjekt 71002

## Innholdsfortegnelse

1 Innledning og sammendrag .....	1
3 Økonomihovedtall .....	2
3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF .....	2
3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt.....	2
3.3 Forbruk inkl. finansieringskostnad fordelt over år (Prisnivå løpende kroner). .....	2
3.4 Investeringsplan (i løpende kroner).....	3
3.5 Oppsummering hovedtall .....	3
4 Følgekostnader uten egen investeringsramme .....	3
7 Organisasjonsutvikling.....	3
9 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger .....	4

## 1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Prosjektets milepæler til dato er oppnådd iht. plan og kontrakt – med mindre tilpasninger undervegs. Offisiell åpning ble markert 1. juni med gjester og fest for ansatte på kvelden.

Det har vært utstrakt kontakt mellom utbygging og klinikkene i perioden, og det har vært etablert faste møter. Utbygging har strukket seg langt i forhold til spesialtilpassing og ønsker fra klinikkene.

Plan 8 og plan 9 er innflyttet og tatt i bruk. Prøvetakingsenheten har flyttet inn i plan 6. Innflytting av poliklinikker i plan 6 gjennomføres som planlagt i september og innflytting av Dagkirurgi i plan 7 forskyves noe grunnet tekniske utfordringer.

Salgsprosess av C00 er gjennomført og styret i UNN har i henhold til anbefaling i Arealplan UNN Breivika besluttet å beholde bygget til egen drift.

## 3 ØKONOMIHOVEDTALL

Gjenstående ubenyttet sikkerhetsmargin i prosjektet er 18,8 mill kroner.

PNS	PNS Navn	Prognose	Fakturert Akkumulert
<b>A-fløy</b>	<b>UNN A-fløy</b>	<b>1 596 000 000</b>	<b>1 486 337 415</b>
UNN	A-fløy totalt	1 596 000 000	1 486 337 415
01.	Totalentreprise	941 339 249	925 523 136
01.1	Ombygging B-fløy	47 000 000	0
01.2	Utstyr B-fløy	36 300 000	0
02.	Bygningsmessige arbeider	87 941 081	83 533 936
03.	VVS-installasjoner	1 250 000	462 500
04.	Elkraft	3 717 726	3 717 726
05.	Tele- og automatisering	5 262 500	2 041 817
08.	Generelle kostnader	221 550 682	215 731 155
09.	Spesielle kostnader	103 802 744	102 865 244
10.	Utstyr (MTU) - tidligere K209	86 511 069	76 972 508
11.1	Sikkerhetsmargin	18 824 950	0
11.2	Byggelånsrenter	12 500 000	11 661 768
11.3	Inntekt passivhus	-6 250 000	-50 000
11.4	Salg av C00	-30 000 000	0
12.	Flytte- og rokadekostnader (andre ombygginger)	66 250 000	63 873 208
X	Feilføringer/omposterings Agresso	0	1 000

Tabell per 5 sept 2018, inkl avgift

## 3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF

Samlet investeringsrammen er 1 596 000 000. Prognosen opprettholdes på et underforbruk på 18 mill kr.

## 3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt

Investeringer tall i mill kr	Investering ramme overført til 2018	Investering ramme 2018	Rest investering ramme	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2018	Rest-ramme 2018	Forbruk i år av disponibel ramme %
A-fløya	276	0	109,7	21,5	158,6	117,4	42,5 %

Fordelingen er vist i tabellen ovenfor med disposisjoner og faktisk forbruk.

## 3.3 Forbruk inkl. finansieringskostnad fordelt over år (Prisnivå løpende kroner).

Prosjektet har brukt 1486 mill kr. og har 7 % igjen av totalrammen på prosjektet.

## 3.4 Investeringsplan (i løpende kroner)

Investeringsramme MNOK	Før 2015	2015	2016	2017	2018
A-fløy	329	290	290	638	0

## 3.5 Oppsummering hovedtall

Dette er oppsummert i tabellen ovenfor.

## 4 FØLGEKOSTNADER UTEN EGEN INVESTERINGSRAMME

Vestibyleprosjektet har fått tildelt prosjektleder og startet medvirkning. Tak og inngangsparti ferdigstilles i løpet av neste periode.

Midlertidige trafikkløsninger på forplassen etableres i forbindelse med åpning av poliklinikker i plan 6. Vi fortsetter planleggingsarbeidet for endelig løsning for forplassen. Saken legges fram for styringsgruppen til beslutning før jul. Prosjektet er krevende både fremdriftsmessig og økonomisk.

Byggeprosjektet er formelt avsluttet med totalentreprenør. Foretakets egen innflytting i plan 7 og plan 6 gjenstår i kommende periode. Når innflytting er gjennomført vil resterende arbeider i B-fløya ferdigstilles.

## 7 ORGANISASJONSUTVIKLING

Plan 6 poliklinikker, som tar i bruk nye arealer den 10.09.18:

- Koordinere aktiviteten mellom OU-prosjektet og prosjektet for nytt elektronisk system for innsjekk og betaling.
- Utvikling og implementering av rutiner og arbeidsprosesser, og da spesielt innen HMS, pasientflyt og annen logistikk.

Viktigste aktivitet i kommende periode er å følge opp de funksjonene som har flyttet inn i de nye arealene.

*Operasjonsstuer plan 7*

Innflytting i plan A7 har blitt utsatt grunnet usikkerhet knyttet til hvorvidt de etablerte stuene har hatt korrekt lufttrykk til omgivelsene. Planlagt innflytting oktober 2018.

*Pasientovervåkningssystem*

Det er avdekket problemer i forbindelse med pasientovervåkingen på intensivavdeling.

Kort oppsummert:

- Nettverket som har hatt hovedfokus i denne saken er sjekket ut, og er ikke kilden til problemene.



- Det er avdekket og dokumentert at svikten i avlesning av pacemakerinnslag er knyttet til pasientovervåkningssystemet,
- Det brukes intensivsykepleier-ressurser til å teste ut, høste data samt til å følge opp skopvakter daglig.
- Et avvik/alvorlig hendelse er meldt til Legemiddelverket i denne sammenheng.

UNN er svært urolig for situasjonen som er beskrevet hvor leder ved avdelingen vurderer situasjonen til å være en kritisk, vedvarende og utenfor kontroll. Dette er en oppfatning prosjektledelsen deler fullt ut.

## 9 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

### VURDERINGER

Det har ikke vært gjort noen overordnede beslutninger i tertialet. Økonomien i prosjektet er under god kontroll og har prognose til et underforbruk på 18 mill kr.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 2 – 2018 pr. 31.08.18



UNN HF PET-senter - Prosjektnummer 71055

## Innholdsfortegnelse

1 Innledning og sammendrag .....	1
2 Fremdrift.....	1
3 Økonomihovedtall .....	1
3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt.....	2
3.3 Totalt forbruk .....	2
3.4 Investeringsplan (i løpende kroner).....	2
3.5 Oppsummering hovedtall .....	2
5 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA).....	2
6 Risikovurderinger i prosjektet .....	2
7 Organisasjonsutvikling (OU) .....	2
8 Gevinstrealisering.....	3
9 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger .....	3

## 1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Offisiell åpning ble foretatt 1. juni 2018 av Trond Mohn med påfølgende fest for inviterte gjester og ansatte.

Diagnostisk klinikken er i full drift med skanning av pasienter f.o.m. medio april. For de øvrige enhetene, pågår det montering og testing av laboratorieutstyr. Samt oppbygging av Kvalitetssikringssystem (KS) og validering for godkjenning. Kontorbygget i plan 8, 9 og 10 er i full drift. Det er noen utfordringer knyttet til lydproblematikk. Tiltak vurderes.

Tomteforholdene mellom UNN og Norges arktiske universitet UIT er avklart.

## 2 FREMDRIFT

Periode for klinisk prøvedrift er ferdig. Det pågår tilpasninger i forhold til validering og godkjenninger i regi av Diagnostisk klinikk, UiT Norges arktiske universitet og Sykehusapotek Nord HF. Prosessvalideringen gjøres i regi av sykehusapoteket, og er fortsatt en utfordring for ferdigstillelsen av prosjektet. I tillegg er det utfordringene knyttet til SDanlegget (styresystemet for bygget). Varme og lys til bygget fungerer, men funksjoner til valideringsprosesser fungerer ikke optimalt.

## 3 ØKONOMIHOVEDTALL

Vi opprettholder prognosen på et overforbruk på 62 mill kr., uforandret fra forrige rapportering.

PNS	PNS Navn	Prognose	Fakturert Akkumulert
<b>PET</b>	<b>UNN PET-senter</b>	<b>629 871 840</b>	<b>536 284 924</b>
0	UNN PET-senter	644 471 840	536 284 924
01	Felleskostnader	0	0
02	Bygning	0	0
02.1	Grunnentreprise	28 750 000	24 240 501
02.2	Totalentreprise	414 000 000	409 208 135
03	VVS-installasjoner	237 761	237 761
04	Elkraft	0	0
04.1	Høyspent Troms kraft	3 375 000	1 250 000
05	Tele og automatisering	0	0
05.1	Helse Nord IKT	1 000 000	907 171
06	Andre installasjoner	0	0
07	Utendørs	1 125 000	747 690
08	Generelt	93 656 585	90 526 975
09	Spesielle kostnader	85 227 494	6 114 409
10.1	Forventede tillegg	0	0
10.2	Sikkerhetsmargin	0	0
10.3	Byggelånsrenter	2 500 000	1 782 184

10.4	Prisindeks	0	0
11	Sikkerhetsmargin P85 Helse Nord RHF	0	0
X	Feilføringer Agresso	0	256 274

Tabell per 5 aug 2018, inkl avgift

### 3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF; 567,9 mill kr.

### 3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt

Investeringer tall i mill kr	Investering s ramme overført til 2018	Investering s ramme 2018	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2018	Restramme	Forbruk i år av disponibel ramme %
UNN PET-senter	-3,1	96,9	6,3	76,8	31,3	82 %

### 3.3 Totalt forbruk

Investeringer tall i mill kr	Investerings ramme	Sum investert	Restramme	Forbruk av disponibel ramme %
UNN PET-senter	567,9	536,3	31,6	94%

### 3.4 Investeringsplan (i løpende kroner)

Investeringsramme MNOK	2015	2016	2017	2018
UNN PET-senter	25 mill	50 mill	418 mill	100 mill

### 3.5 Oppsummering hovedtall

Prosjektets ramme er økt til 567,9 mill kr. Det er forbrukt 536,3 mill kr. i prosjektet og det gjenstår således 31,6 mill kr. til forbruk i 2018.

## 5 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ (SHA)

Prosjektet er avsluttet - Det er ikke påvist uønskete forhold i prosjektet.

## 6 RISIKOVURDERINGER I PROSJEKTET

Det har ikke vært gjennomført formelle risikovurderinger i perioden.

Det er en risiko at hovedprosjektleder i tillegg til prosjektlederrollen også fungerer som utbyggingssjef i perioden. Assisterende prosjektleder har hatt permisjon og går over i ny jobb i perioden. Dette gir utfordringer for kontinuitet i oppfølging i overgangsfasen til stabil drift.

Valideringsarbeidet i prosjektet vurderes fortsatt som en risikofaktor både mht ferdigstillelse /godkjenninger og økonomi.

## 7 ORGANISASJONSUTVIKLING (OU)

Diagnostisk klinikk ivaretar organisasjonsutvikling av PET-senteret.

Drifts- og eiendomssenteret søker å bemannet opp for å møte økningen av nye tidskrevende og kompetansekrevende bygg.

## 8 GEVINSTREALISERING

Intet nytt - Det pågår arbeid i regi av klinikk og senterledelsen.

## 9 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

### VURDERINGER

Klinisk prøvedriftsperiode er ferdig og all pasientbehandling innen nukleærmedisin har flyttet inn i nytt PET-senter. Det gjenstår noen mindre leveranser. Det har vært noen utfordringer knyttet til Sentral driftskontroll-anlegg. Disse barnesykdommene arbeides det hardt med for å lukke.

Det er viktig for fremdriften i prosjektet at valideringsgruppen nøye planlegger sine aktiviteter, slik at de iverksettes så tidlig som mulig og hensiktsmessig.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 2 – 2018 pr. 31.08.18



Nye UNN Narvik – Prosjekt 71003

## Innholdsfortegnelse

1 Status/Sammendrag .....	1
1.1 Viktigste aktiviteter i perioden .....	1
1.2 Viktigste aktiviteter kommende periode.....	1
2 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA).....	2
3 Prosjektkontroll .....	2
4 Økonomi.....	2
4.2 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold (hvis aktuelt) .....	3
4.3 Risiko og tiltak .....	3
5 Organisasjonsutvikling (OU) .....	3
5.1 Viktigste aktiviteter i perioden .....	3
5.1 Viktigste aktiviteter i kommende periode .....	3
6 Gevinstrealisering.....	4
7 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger .....	4



## 1 STATUS/SAMMENDRAG

Tertialrapporten gjelder for perioden mai-juni-juli-august 2018. Prosjekt Nye UNN Narvik har hatt et ordinære styringsgruppemøter i perioden. Prosjektet er nå over i en forprosjektfase, men vil legge vekt på organisasjonsutvikling i drifta i kommende periode. Det betyr at etablering av medvirkning først og fremst skjer i OU-prosjektet. Arbeidet med vei og tunell, samt forberedelser i byggetomta er godt i gang.

### 1.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Konseptrapporten fikk et klargjørende tillegg i UNN HF styremøte sak 48/2018 den 30. mai 2018 og Helse Nord ble anmodet om å sende dette som tillegg til lånesøknad.

Prosjektet er gått over i forprosjektfasen ved at Helse Nord RHF behandlet sak 83-2018 Universitetssykehuset Nord-Norge Nye Narvik sykehus - supplerende tilleggsdokument til KSK-rapporten og styringsdokument for forprosjektet.

Kontrakt med totalentreprenør for vei og tunell er inngått med opsjon på masseutskifting i sykehusomta. Forberedelser ble igangsatt fra mai, mens tunellarbeidene startet etter mottatt igangsettelsestillatelse 6. juli 2018.

Rådgiverkonkurranse (avrop rammeavtaler) for oppgavene byggherreombud og ingeniør-geologisk kontrollerende. Tilstandskontroll av bygninger i tunelltraseen er utarbeidet og rapporter mottatt. Utslippssøknad for tunellarbeider er godkjent.

Informasjonspunkt er etablert ved sykehusomta.

I arbeidet med kvalitetssikringen av konseptrapporten for Nye UNN Narvik er det fremkommet behov for å utvide styringsgruppen med to medlemmer. Styringsgruppen er utvidet med konsernverneombud Helse Nord RHF og avdelingsleder e-helse og IKT UNN.

### 1.2 Viktigste aktiviteter kommende periode

Nytt framskrivningsgrunnlag ble levert i mars 2018. Sykehusbygg HF fikk i oppdrag å se på befolkningsgrunnlag og foreta justeringer. Justeringer er foretatt og endelig framskrivningsrapport presenteres for utvidet ledergruppe 5. oktober 2018.

Framdriftsplan for OU-prosjektet vil bli utarbeidet og det vil bli rekruttert lokale delprosjektledere som skal kunne holde tak i prosjektet over mange år, til innflytting er gjennomført og drifta er i gang.

Avklaringer med Sykehusbygg HF vedrørende organisering og bistand i forbindelse med prosjekteringsfasen pågår.

Entreprisemodell skal velges for byggeprosjektet. Det vurderes å benytte lik eller tilnærmet lik kontraktsmodell som for Hammerfest sykehus etter anbefaling fra Sykehusbygg HF med sikte på å oppnå synergieffekter.

Kontraktsmodellen som vurderes er en totalentreprise med samspill, med avbruddsklausuler.

Det vil pågå samordning og avklaringer med Narvik kommune vedrørende samarbeid omkring framtidig helsehus.

Masseutskifting og stabilisering av bygge-gropen vil pågå ved hjelp av tunell-masser.

Reguleringsplanarbeid igangsettes i september, etter avrop på rammeavtale.

## 2 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ (SHA)

En prosjektleder tilknyttet prosjektet. Byggherreombud følger opp byggherreansvaret gjennom tunnelprosjektet slik dette fremkommer av byggherreforskriften. Totalentreprenør for vei og tunell er tiltransportert koordinerings-ansvaret for SHA. Ingeniør-geologisk kontrollerende vurderer sikringsnivået i tunell. SHA inngår som egne punkt i prosjekteringsmøter og bygge-møter.

## 3 PROSJEKTKONTROLL

Vanlig internkontroll.

## 4 ØKONOMI

Det er påløpt tilsammen 42.6 mill kr. Pr. utgangen av august.

Husleie og øvrige kontorkostnader, diverse prosjekteringsbistand og generelle kostnader utgjør 2,4 mill kr.

Oppgjør for Statens vegvesens arbeider med tunnel og rundkjøring utgjør 5,1 mill kr.

Tunnelprosjektet med tomteforberedende arbeider utgjør 35,1 mill kr. pr utgangen av august.

Kostnader forbundet med tomteervervelsen inngår ikke i ovenstående summer.

### 4.1 Plan og framdrift

Milepæler	Dato
Reguleringsplan med konsekvensutredning	4. kvartal 2017 – 3. kvartal 2018 3. kvartal 2018 – 2. kvartal 2019
Revidering av konseptfasen med KSK (kvalitetssikring av konseptfasen)	Pågikk ut oktober 2017
Lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet	November 2017
Veg og tunell	2. kvartal 2018 – 2. kvartal 2019
Forprosjekt med medvirkning	1. kvartal 2019 – 3. kvartal 2019
Byggefase	Start andre halvår 2019
Prøvedrift	Fra 3. kvartal 2022

#### 4.2 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold (hvis aktuelt)

For tunellarbeidet ivaretas disse forhold gjennom kontrakts-bestemmelsene og følges opp av byggherreombud.

#### 4.3 Risiko og tiltak

UNNs generelle rutiner for Helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) og miljøstyring gjennomgås for samordning med eksterne rådgivere og framtidige entreprenører. Tunellentreprenør har utarbeidet egen sikkerhets-, helse- og arbeidsmiljøplan (SHA) samordnet med byggherrens SHA.

### 5 ORGANISASJONSUTVIKLING (OU)

#### 5.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Styringsgruppen for Nye UNN Narvik vedtok i mai -18 et mandat og en prosjektplan for prosjektet Nye UNN Narvik: Organisasjonsutvikling (OU). Prosjektets leveranser er:

- Utvikling av tverrfaglig samarbeid - somatikk, psykisk helse og rusbehandling
- Utvikling av framtidens helsetjeneste
- (Re-)Design av framtidige pasientforløp
- Samarbeidsflaten mellom helsepersonell og helsepersonell og servicearbeidere
- Legemiddelkvalitet
- Opplæring i prosjektledelse for delprosjektledere.

Flg. aktiviteter er knyttet oppstart av OU-prosjektet: Interessentanalyse, usikkerhetsanalyse, kommunikasjonsplan, gevinstrealiseringsplan, konkretisering av prosjektleveranser og opprettelse av delprosjekter.

Videreføring av samarbeidet med Narvik kommune. Herunder koordinering av organisasjonsutviklingstiltak.

#### 5.1 Viktigste aktiviteter i kommende periode

Etablering og drift av delprosjekter.

Avklare hvordan organisatoriske forhold bør påvirke den bygningsmessige utformingen av Nye UNN Narvik.

Engasjere pasienter og andre interessenter (brukerpanelet) og Brukerutvalget UNN slik at pasientperspektivet blir en viktig premissleverandør for utformingen av Nye UNN Narvik. Videreføre samarbeidet med Narvik kommune.

Besøke aktuelle sykehus/enheter i inn- og utland som vi kan lære av.

## 6 GEVINSTREALISERING

Det er utarbeidet en plan for gevinstrealisering som er tatt inn i styringsdokumentet for prosjektet.

## 7 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

### VURDERINGER

Utbyggingssjefens vurdering er at arbeidet er i rute og at de beslutninger som skulle tas i perioden er tatt.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
76/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Stig Arne Bakken

### Virksomhetsplanlegging for 2019

#### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar til etterretning de endringer som framkommer i denne saken, og slutter seg til direktørens strategi og fremdriftsplan for virksomhetsplanlegging for 2019.

#### Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i styresak 71/2016 *Virksomhetsplanlegging UNN årshjul* at den årlige virksomhetsplanleggingen skal gjøres i vårhalvåret, mens langtidsplanleggingen gjøres på høsten. I tråd med vedtaket i styresaken er arbeidet med virksomhetsplanleggingen for 2019 startet i UNN og styret ved UNN behandlet i styresak 47/2018 «forberedende virksomhetsplan 2019».

#### Formål

Formålet med saken er å orientere styret om virksomhetsplanleggingen for 2019 og de endringer som har vært siden sak 47/2018 samt RHF's styresak 82-2018, og å be om styrets videre tilslutning til valg av strategi for planleggingen.

#### Saksutredning

##### *Resultatkrav*

Helse Nord RHF's strategi for å sikre tilstrekkelig likviditet for å kunne investere videreføres. Det følger av strategien at helseforetakene enkeltvis, og foretaksgruppen samlet, må planlegge med samt realisere overskudd i driften. I sum er det vedtatt budsjettert overskudd på 253 mill kr for foretaksgruppen i 2019. For UNN er resultatkravet uendret fra 2018 med 40 mill kr per år for årene 2019-2016. Det planlegges ikke med ytterligere overskuddskrav for UNN i 2019.

##### *Prosess*

Proessen med budsjettene er godt i gang. Det ble i vår gjennomført dialogmøter hvor budsjettene er en del av dette. I og med at det var identifisert nye omstillingsutfordringer på dette tidspunktet ble det besluttet en ny runde med dialogmøter i oktober.

##### *Omstillingsutfordring 2019*

Årlige omstillingsutfordringer varierer, og er et resultat av endrede eksterne forutsetninger, interne prioriteringer samt endrede kostnader og inntekter. Økte kostnader som gjelder IKT, A-fløy og PET-senter, interne prioriteringer, endring i inntektsfordelingsmodell for utdanning utgjør størstedelen av

omstillingsutfordringen som foreløpig er på 81,1 mill kr. Det er ikke tatt høyde for økt vedlikehold og ombygging og en har ikke kunne prioritere et eget overskuddskrav i UNN utover RHF sitt.

#### *Fordeling omstillingsutfordring*

Det er enighet om at flat fordeling av omstillingsutfordringen ikke er en god metode, og UNN har derfor gjennom flere år deltatt i prosjekter som har arbeidet med kostnadssammenligninger (benchmarking) med andre sykehus. Det har gjennom disse arbeidene ikke lyktes å identifisere virksomhetsområder, klinikker eller avdelinger i UNN som har et åpenbart høyere eller lavere relativt kostnadsnivå enn andre. Denne metoden er derfor nå forlatt som utgangspunkt for budsjettarbeid. Det arbeides videre i et felles nasjonalt prosjekt med utvikling av kostnad per pasient (KPP) som metode. Dette arbeidet kan tidligst anvendes i budsjettarbeidet for 2020. Flat fordeling av omstillingsutfordringen basert på klinikkenes/ sentrenes lønnsbudsjett er derfor, til tross for svakheter, det beste tilgjengelige utgangspunktet for å fordele innsparingskravene. Etter gjennomgang, diskusjon og prioritering av plantall for aktivitet kan fordelingen for omstillingsutfordring bli justert.

#### *Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

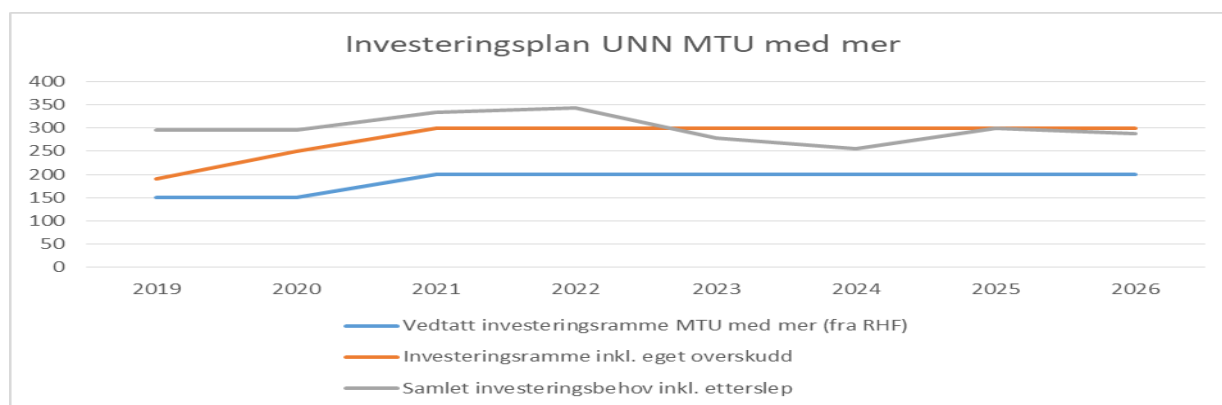
Krav om å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling opprettholdes i 2019, og måles etter de samme parameterne som tidligere; aktivitet, ventetid, månedsverk og økonomi.

#### *Tiltak*

Det er utarbeidet klinikkvise tiltak for omstillingsutfordringen på 81,0 mill kr. Tiltakene er utarbeidet i to omganger, først på vårparten og deretter i sommer. Grunnen til dette er at omstillingsutfordringene for 2019 ble oppjustert på forsommeren. Tiltakene vil bli gjennomgått i dialogmøtene i oktober, samt fulgt opp hver måned i 2019. Om tiltakene ikke innfris må hver klinikk finne nye tiltak i løpet av året.

#### *Investeringer*

Behovet for investeringer er stort og ordinære investeringsrammer fra Helse Nord RHF er ikke tilstrekkelig i forhold til behovet for reanskaffelser, ny teknologi, ombygginger med mer. Det interne overskuddskravet på 60 mill kr i 2018 (i tillegg til 40 mill i krav fra RHFet) for å øke investeringsrammene påfølgende år, har som følge av krevende økonomi i 2018 måtte fravikes. Dette betyr at investeringsmidlene i 2019 vil være 60 mill lavere enn tidligere forventet. I og med at A-fløya og PET senteret fikk et underskudd totalt sett må UNN selv dekke midlene for Arealplan fase 1 som er på 85 mill kr. Da eget resultatkrav ikke nås i 2018 må fase 1 i Arealplan gjennomgås på nytt og nedjusteres til et minimum. Konsekvensene av resultatet i 2018 er dermed en forsinkelse i Arealplan fase 1.



Figur 1 viser investeringsbehovet fra 2019-2016, hvor etterslepet på investeringsbehov vil bli løst i 2023

### *Bærekraftanalyse og likviditet*

Bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser en omstillingsutfordring på 81 mill kr i 2019, og gradvis økende til 656 mill kr i 2026. Omstillingsutfordringen er basert på kjente endringer i inntekter og kostnader pr august og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr. Det er også tatt høyde for nye interne prioriteringer og satsninger på 50 mill kr fra og med 2020, samt årlig videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. I tillegg er det satt av 10 mill kr årlig til uforutsette forhold samt 30 mill kr til langtidsplan i 2020. Det er også forutsatt at økonomisk resultat i 2018 blir i henhold til plan. Oppdatert likviditetsanalyse viser en positiv likviditet i hele perioden 2019-2025, og det vil ikke være behov for å trekke av kredittrammen.

### *Handlingsrom*

Handlingsrommet for å øke investeringsevnen neste år er tilstede, men krever høyere endringshastighet enn vi har hatt så langt. For å øke handlingsrommet på sikt er det satt i gang flere tiltak for endringer i driften. Dette gjelder både i forhold til driften av våre sengeposter, og for å vurdere hvorvidt vi bruker spesialisert kompetanse på riktig måte (oppgaveglidning). Deler av investeringsmidlene for 2019 er som tidligere beskrevet låst til spesifikke formål. I arealplan fase 1 er det store summer som skal dekkes av egne investeringsmidler. Fase 1 gjennomgås nå på nytt for å undersøke om prioriteringer kan endres.

## **Medvirkning**

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalget 17. og 19.9.2018. Begge utvalgene sluttet seg til at saken fremmes til styrets behandling. Det ble gjennomført eget drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 26.9.2018 for denne saken. Protokoll fra disse møtene behandles som egen referatsak i styremøtet ved UNN 4.10.2018.

## **Vurdering**

Simulering for de nærmeste årene med hensyn til omstillingsutfordringer viser at omstillingsutfordringer i økonomien vil vedvare. Sammen med befolkningsutvikling, medisinsk og teknologisk utvikling, økende vedlikeholds- og ombyggingsbehov og satsinger i strategisk utviklingsplan gir dette store krav til omstilling i årene fremover. Det er direktørens vurdering at det i økende grad vil bli utfordrende å opprettholde dagens ambisjonsnivå innen pasientbehandling, forskning og utdanning og samtidig ivareta vedlikeholds- og investeringsbehovene.

Identifisering av tiltak for 2019 for omstillingsutfordringen er gjennomført for en omstilling på 81,0 mill kr. Samtidig jobber klinikkene med å identifisere ytterligere tiltak for 2018 for å ivareta forutsetningen om budsjettbalanse i 2018.

Den krevende økonomiske situasjonen gjør at UNN ikke klarer eget overskuddskrav i 2018. Dette betyr at investeringsrammen i 2019 blir 60 mill kr lavere enn forventet.

Investeringsbehovet i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger med mer, er større enn de tildelte investeringsrammene fra Helse Nord RHF. Direktøren mener at selv om det er behov for et internt overskuddskrav for å ivareta etterslepet innen investeringer, har den krevende situasjonen med å konsolidere økonomien i 2018 gjort det nødvendig å fravike dette overskuddskravet i 2019.

Direktøren anbefaler at styret slutter seg til den foreslåtte prosess og strategi for virksomhetsplanleggingen for 2019.

Tromsø, 26.9.2018

Marit Lind (s.)  
konst. administrerende direktør

Vedlegg 1 – saksframlegg oppdatert virksomhetsplanlegging 2019





**Sak:** Virksomhetsplanlegging 2019  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Fra:** Gøril Bertheussen / Lars Øverås  
**Møtedato:** 04.10.2018

---

Saksfremlegget redegjør for:

1. Planlagt prosess for virksomhetsplanleggingen 2019
2. Foreløpig omstillingsutfordring
3. Premisser for fordeling av omstillingsutfordring
4. Tiltak
5. Investeringer
6. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse

### 1. Planlagt prosess for virksomhetsplanleggingen 2019

Virksomhetsplanlegging 2019 – prosess ble vedtatt i direktørens ledergruppe i desember 2017. Første virksomhetsplankonferanse ble holdt 24. januar 2018 for direktørens ledergruppe, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud. Tema i konferansen var foreløpig omstillingsutfordring, fordeling av innsparingskrav og aktivitetsplanlegging.

I februar og mars har det vært to møter hvor hovedtemaet har vært klinikkens plantall som grunnlag for en felles prioriteringsdiskusjon med tilhørende beslutning om fordeling av omstillingsutfordring per klinikk. Ledersamlingens dag 2, 16. mars, skulle brukes til virksomhetsplanlegging i klinikkene og sentrene, og endelige tiltakspakker skulle ferdigstilles og besluttes. Tiltaksarbeidet ble forlenget til 25. april 2018 hvor alle da skulle levere risikoreviderte tiltak. Detaljering av tiltakene og iverksettelsesplanlegging fortsetter frem til dialogmøtene i mai. I forbindelse med ny identifisert omstillingsutfordring gjennom informasjon fra RHF/egne omstillinger så er det gjennomført en ny runde med tiltak som var ferdig 1. juli.

Denne saken er en oppfølging av sak 47/2018 i UNN – styret samt RHF sin styresak 82-2018 «Plan 2019 - 2022 – inkl. rullering av investeringsplanen 2019 - 2026. Foreløpige dialogavtaler med tilhørende budsjett, plantall og tiltak skal drøftes og godkjennes av direktøren, og det er avholdt møter mellom direktøren og klinikkene i mai og august. Endelig fastsetting av klinikkens rammer vil skje i møter i oktober 2018 og direktør vil orientere om disse i styresak i desember hvor virksomhetsplan 2019 besluttes.

### 2. Identifisert omstillingsutfordring 2019

Omstillingsutfordringen er et resultat av endrede eksterne forhold, interne prioriteringer og endrede kostnader og inntekter. Omstillingsutfordring pr august 2018 er på 81 mill kr og er økt fra 62 mill kr fra sak 47/2018\*.

Tabell 1 omstillingsutfordring for 2019



<b>OMSTILLINGSUTFORDRING 2019</b>	Minus = inntekter/reduerte kostnader Pluss = økte kostnader	<b>2019</b>
Inngangshastighet		0,0
Engangskostnader 2018		-4,3
<b>Sum korreksjon for engangseffekter</b>		<b>-4,3</b>
Kapitalkompensasjon UNN Tromsø (A-fløya)		-20,0
Innfasing inntektsmodell utdanning		8,0
Innfasing inntektsmodell somatikk		5,3
Innfasing og oppdatering modell psykisk helse		-4,0
Styrking HF		-6,8
Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (0,7 %):		
Herav basisramme		0,0
Herav reduserte takster/ISF		15,0
Effektiviseringskrav (pasientreiser og klinisk farmasi)		3,3
Endring labtakster		0,0
<b>Sum endrede eksterne inntektsforutsetninger</b>		<b>1</b>
Økte IKT kostnader		21,0
Økte kostnader PET-senteret (produksjon radiofarmaka)		3,0
Endring avskrivninger og rentekostnader (årseffekt A-fløy og PET+ øvrige)		47,5
Prioriteringer 2019		20,0
Langtidsplan		0,0
Omstillingsutfordring identifisert mai 2019		22,0
Helårvirkning av vedtak 2018		31,0
Endring investeringsbudsjett		-60,0
<b>Sum endrede internt påførte økte utfordringer</b>		<b>84,5</b>
<b>Omstillingsutfordring UNN</b>		<b>81,0</b>
<b>Omstillingsutfordring i %</b>		<b>1,1 %</b>
<b>Årlig endring omstillingsutfordring</b>		<b>0</b>

#### *Inngangshastighet*

Det forutsettes et resultat i henhold til internt resultatmål slik at inngangshastigheten for 2018 er i balanse.

#### *Engangskostnader 2018*

Engangskostnader i 2018 gjelder styrkning av Operasjons- og intensivklinikken før innflytting i A - fløya.

#### *Kapitalkompensasjon*

Rammene til UNN øker med 20 mill kr gjennom kapitalkompensasjon for A-Fløya.

#### *Revidering inntektsmodell utdanning*

Foreløpig rapport vedrørende revidering av utdanningsforholdet i inntektsmodellen i somatikk viser at rammene til UNN blir redusert med 35,8 mill og som fases inn over flere år. For UNN utgjør dette 8 mill kr i 2019.

#### *Innfasing inntektsmodell somatikk*



Inntektsmodellen for somatikk er under revidering og vil gi UNN en redusert bevilgning i 2019 på 5,3 mill kr. Inntektsfordelingsmodellen er ikke vedtatt og tallene er foreløpige.

*Innfasing oppdatert inntektsmodell psykisk helsevern og TSB*

Inntektsmodellen for psykisk helsevern og TSB er oppdatert og det er besluttet en gradvis innfasing av effektene. For UNN utgjør dette 4 mill kr i økte rammer i 2019.

*Styrking HF*

UNN får 6,8 mill kr i økte rammer i 2019 til generell styrking.

*Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform*

Det legges til grunn at avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen vedvarer og medfører samlet sett en reduksjon i rammene for UNN på 15 mill kr for 2019.

*Effektiviseringskrav*

Helse Nord RHF reduserer basisrammen til alle foretakene i et effektiviseringskrav som for UNN utgjør 3,3 mill kr i 2019.

*\*Økte IKT-kostnader*

Oppdatert oversikt fra Helse Nord IKT viser at IKT-kostnadene øker med 21,0 mill kr i 2019. Dette er en endring på 14 mill siden styresak 47/2018. Dette gjelder renter og avskrivninger av prosjekter, igangsatte prosjekter og driftskostnader. Tallet baserer seg på utsendt dokumentasjon fra RHF fra juni og før RHF har vært i dialog med Helse Nord IKT HF.

*Økte kostnader PET-senter*

Netto økte kostnader for PET-senteret utgjør 3,0 mill kr. Dette gjelder produksjon av radiofarmaka.

*Endring i renter og avskrivninger*

Renter og avskrivninger øker med 51,2 mill kr i 2019. Sluttoppgjør for A – fløya og PET – senteret vil kunne påvirke tallet.

*Egne prioriteringer*

Erfaringstall viser at det årlig omprioriteres for ca. 50 mill kr. Når omstillingsutfordringen ble satt i mars ble beløpet satt ned til 20 mill kr.

*Langtidsplan*

Det settes ikke av for langtidsplan i 2019.

*Endring rentebetingelser*

I budsjettbrev 1 fra RHF er rentebetingelsene endret slik at dette medfører en økt omstillingsutfordring på 8 mill kr.

*Driftskostnader operasjonsrobot*

Helårsbruk av operasjonsrobot medfører økte driftskostnader på 6 mill kr. For 2019 kan dette beløpet være mindre, avhengig av når en har fått gjennomført innkjøp og tatt denne i bruk.

*Leiekostnader PET*



Husleien for kontoretasjene skal finansieres gjennom opphør av 3 andre leieforhold. Utflytting av Trofi skjer først i 2022 slik at dette medfører en omstillingsutfordring på 4,3 mill kr pr år i 2019 – 2021.

#### *Helårsvirkning av vedtak 2018*

Vedtak som er gjort for 2018 gir helårseffekt i 2019. Dette utgjør 31 mill kr

#### *Eget overskuddskrav 2019*

Det er behov for økte investeringsmidler i årene fremover, og en har tidligere hatt egne overskuddskrav som for 2018 var 60 mill kr. For 2019 reverseres dette.

#### *Vedlikehold og ombygginger*

Det er foreløpig ikke satt av særskilte midler til økt vedlikehold og ombygginger i 2019. Økte kostnader til vedlikehold og ombygginger vil øke omstillingsutfordringen.

#### *Endringer i ramme fra RHF – RHF's styresak 82-2018*

RHF's styresak 82-2018 har også noen endringer i basisrammen for 2019. Endringene er oppsummert i tabell 3.

Tabell 3 Endring ramme

Endringer i ramme fra RHF - styresak 82-2018	
Tekst	beløp (1 000 kr)
Legemidler reversering av overføring finansieringsansvar	-6 226
Reduserte pensjonskostnader	-67 000
Kjøp fra private TSB	-22 400
Kjøp fra private lab/rtg	-215
Regionalt implementeringsprosjekt for ny legespesialistutdanning del 2 og 3 justering	-1 500
SUM	-97 341

#### *Legemidler reversering av overføring finansieringsansvar*

Ramme på 6,2 mill kr er trukket tilbake da finansieringsansvaret for et medikament ikke gikk til helseforetakene. Det er dermed ingen resultat effekt.

#### *Reduserte pensjonskostnader*

Som følge av ny beregning av pensjon reduseres den årlige rammen med 67,0 mill kr. Pensjonskostnaden blir redusert tilsvarende slik at det ikke gir resultat effekt for UNN.

#### *Kjøp av private TSB*

RHF overtar betalingsansvaret for gjestepasienter innen rus og trekker inn ramme fra alle helseforetak.

#### *Kjøp av private lab/rtg*

Noe mindre kjøp av disse tjenestene gjør at rammen trekkes inn.

#### *Regional implementeringsmodell for ny legespesialiseringsutdanning del 2 og 3*

Justering av beløp tildelt i mai som følge av regnefeil hos RHF.



Helse Nord RHF signaliserer i sin sak 82 -2018 at UNN i tillegg vil få økt ramme for følgende tjenester:

- Utvidelse av PCI tilbudet	8.5 mill kr (ikke kun UNN)
- Trombektomitilbudet	6.0 mill kr
- Videreføring av prosjekt Samvalg i regi av UNN	8,4 mill kr
- Styrking av AMK/flight following	4,5 mill kr

Disse endringene fra RHF sak 82 - 2018 har medfølgende kostnadsøkning/kostnadsreduksjon for UNN og er av den grunn ikke frie midler.

### 3. Fordeling av omstillingsutfordring

Flat fordeling av omstillingsutfordringen basert på klinikkene/sentrene lønnsbudsjett brukes som utgangspunkt for å fordele innsparingskravene.

#### *Den gylne regel*

Krav om å oppfylle den gylne regel opprettholdes i 2019, og måles etter de samme parameterne som tidligere; aktivitet, ventetid, månedsverk og økonomi.

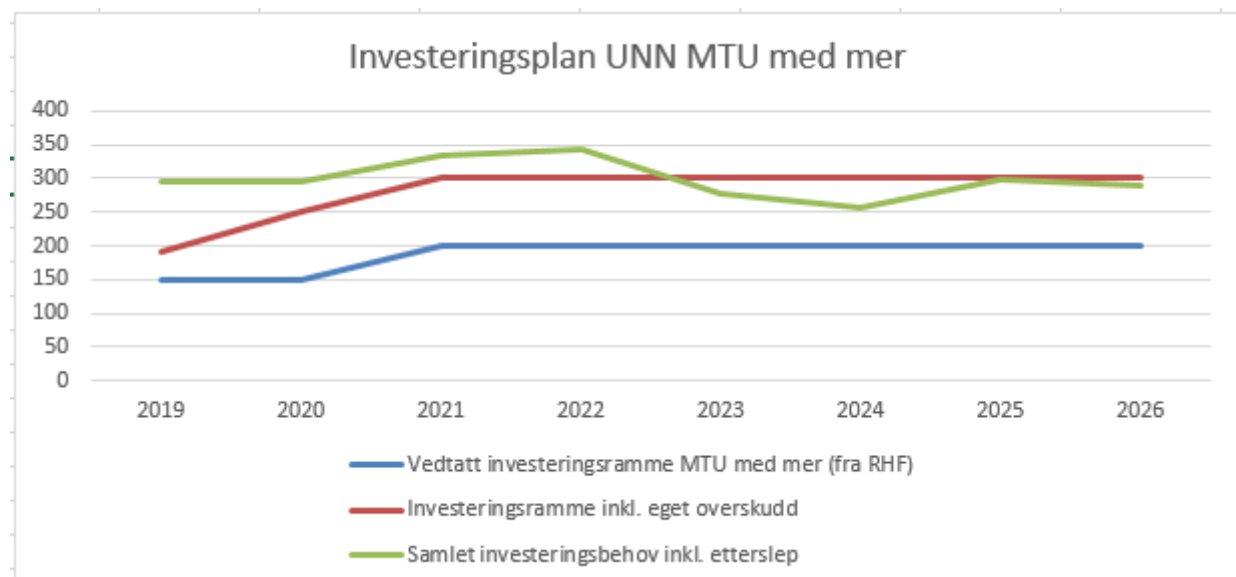
### 4. Tiltak

Omstillingsutfordringen som ble satt i mars og fordelt pr klinikk / senter utgjorde 39,7 mill kr som ble fordelt pr klinikk. Den økte omstillingsutfordringen som til sammen gir en omstillingsutfordring på 81 mill kr er også identifisert og fordelt. Alle klinikker har levert tiltak for hele sin omstillingsutfordring og er vurdert etter RHF sin risikomodel.

### 5. Investeringer

Behovet for investeringer er stort og ordinære investeringsrammer fra Helse Nord RHF er ikke tilstrekkelig i forhold til behovet for reanskaffelser, ny teknologi, ombygginger med mer. Det planlegges derfor å gjeninnføre eget overskuddskrav på 60 mill kr i 2020 (i tillegg til 40 i krav fra RHF) for å øke investeringsrammene påfølgende år. Figur 1 viser utviklingen de siste årene og fremtidige rammer.

Figur 1 Investeringsrammer MTU med mer





Investeringsrammen for UNN i 2019 er samlet sett på 190, 0 mill kr, forutsatt at overskuddskravet til RHF på 40,0 mill kr oppnås og kan brukes til investering. En stor andel av de 190,0 mill kr er bundet opp som det fremkommer i tabell 4 under.

Tabell 4 – investeringsrammer utstyr/ombygginger 2019 – 2023

Rammer og plan for investeringer i utstyr med mer 2019-2023					
Investeringer , tall i mill kr	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022	Plan 2023
<b>Medisinteknisk utstyr:</b>	<b>81,0</b>	<b>166,0</b>	<b>216,0</b>	<b>216,0</b>	<b>216,0</b>
Utstyr ikke spesifisert (Reanskaffelser)	29,2	166,0	216,0	216,0	216,0
Mikroskop	0,0				
Overforbrukt 2018 pr sept	35,3				
MR lab 9(inkl ombygginger) Lab.18 i 2017	11,5				
Kjøp av COO	0,0				
TromsøundersøkelsenFFU-/intrastrukturmidler (UIT)	5,0				
<b>Teknisk utstyr:</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>
Teknisk utstyr (ikke spesifisert)	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
<b>Diverse:</b>	<b>25,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
IKT, nettverk og kabling	15,0				
Vestibyleprosjekt	10,0				
<b>Ombygginger:</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>
Ombygging - ikke spesifisert	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
<b>Ambulanser</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>
<b>Egenkapital KLP</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>	<b>30,0</b>
<b>Sum investeringsplan MTU med mer</b>	<b>190,0</b>	<b>250,0</b>	<b>300,0</b>	<b>300,0</b>	<b>300,0</b>
Investeringsramme vedtatt plan fra RHF	150,0	150,0	200,0	200,0	200,0
Investeringsramme overskudd ihht styringskrav	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Investeringsramme internt overskudd	0,0	60,0	60,0	60,0	60,0
<b>Sum investeringsramme MTU med mer</b>	<b>190,0</b>	<b>250,0</b>	<b>300,0</b>	<b>300,0</b>	<b>300,0</b>
<b>Sum investert inkludert forpliktelser</b>	<b>190,0</b>	<b>250,0</b>	<b>300,0</b>	<b>300,0</b>	<b>300,0</b>
<b>Avvik investeringsplan- ramme</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

Av investeringsrammen på 190, 0 mill så er det disponert 160,8 mill kr, slik at det gjenstående til reanskaffelser kun er 29,2 mill kr for 2019. Erfaringsmessig tilsier dette at kun kassasjoner kan godkjennes med hensyn til medisinskteknisk utstyr og at en som i 2018 må avslå utstyrssøknader på nytt utstyr.

Arealplan fase en som er beregnet til 85,0 mill kr og som RHF ikke dekker vil også måtte nedskaleres/utsettes som følge av investeringsrammen gir UNN et svært lite handlingsrom. Et dårligere budsjettavvik enn overskuddskravet på 40, 0 mill kr vil også gi tilsvarende mindre handlingsrom. Det er krevende at UNN ikke er i stand til å fornye/kjøp nytt utstyr og en risikerer å henge etter den medisinske utviklingen i behandling og ikke kunne ombygge til hensiktsmessige løsninger der en identifiserer slike.

## 6. Handlingsrom

Handlingsrommet for å øke investeringsevnen neste år er tilstede, men krever høyere endringshastighet enn vi har hatt så langt. Fremdeles kan flere faktorer reduseres for å øke investeringsrammene. Det kan kuttes ytterligere på egne prioriteringer i 2019 hvor det ligger 20 mill kr, men dette vil øke risikoen i budsjettet. Ellers vil et eget overskuddskrav også i 2019 gi større investeringsrammer for 2020. Dersom vi skulle planlegge med et eget overskuddskrav også i 2019 vil det kreve ytterligere omstilling i organisasjonen. For å øke handlingsrommet på sikt er det satt i gang flere tiltak for endringer i driften. Dette gjelder både i forhold til driften av våre sengeposter, og for å vurdere hvorvidt vi bruker spesialisert kompetanse på riktig måte (oppgaveglidning).



Det ligger gevinster i å stramme inn på ansettelser, overtid, innkjøp og reisekostnader. Men utfordringen er å få til å redusere kostnader uten at vi samtidig reduserer aktivitet. Av de åpenbare endringene som kan gi positive effekter er å få ned innleie kostnadene fra byråer. Det har vært en stor økning det siste året og det er viktig å jobbe aktivt med å få ned denne kostnaden. Mulighetene her er alt fra full stopp av innleie til stopp av innleie fra byråer uten kontrakt. I og med at kontraktsleverandørene ikke klarer å levere nok personell kan det også være et alternativ å inngå flere kontrakter. Personalkostnadene inklusive innleie fra byråer står for 68% av budsjettet. Innleiekostnadene er pr august 2018 økt med 186% i forhold til totalt budsjetterte innleiekostnader i 2018.

Deler av investeringsmidlene for 2019 er som tidligere beskrevet låst til spesifikke formål. I arealplan fase 1 er det store summer som skal dekkes av egne investeringsmidler. Fase 1 gjennomgås nå på nytt for å undersøke om prioriteringer kan endres.

## 7. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse

### *Bærekraftanalyse*

Bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser en omstillingsutfordring på 81 mill kr i 2019 og gradvis økende til 656 mill kr i 2026. Omstillingsutfordringen er basert på foreløpige kjente endringer i inntekter og kostnader og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr. Det er også tatt høyde for nye interne prioriteringer og satsninger på 50 mill kr årlig med unntak av 2019 hvor dette er 20 mill kr, samt årlig videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. I tillegg er det satt av 30 mill kr til langtidsplan i 2020, samt gjeninnføring av eget overskuddskrav for 2020. Det er også forutsatt at økonomisk resultat i 2018 blir i henhold til RHF sitt overskuddskrav. Sluttoppgjør for PET – senteret og A – fløya samt arealplan del 2 og 3 er ikke tatt med i bærekraften som fremkommer i tabell 4. Arealplanen er ikke tatt inn i bærekraften.

Øvrige forutsetning lagt til grunn i bærekraftanalysen:

- Vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF
- Økte investeringsrammer av internt overskudd benyttes til investeringer påfølgende år
- Investeringsramme P85 nye bygg 1
- A-fløy er 50 % lånefinansiert
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus
- 70 % lånefinansiering PET-senter
- Det er beregnet 2,5 % rente på gamle lån, 3,5 % på nye lån og 1,5 % på egen likviditet
- Analysen er gjennomført i 2017 kroner
- 26,4 år avskrivningstid på nye bygg

Tabell 5 Bærekraftanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

<sup>1</sup> Forskjellen på p50 og p85 sier noen om risikoen for overskridelser i prosjektet. Desto høyere verdi desto lavere risiko for overskridelser. P50 betyr at det er 50 % sannsynlighet for at prosjektet kan gjennomføres til en kostnad lavere enn budsjett og 50 % sannsynlighet for overskridelser. P85 betyr at det er 85 % sannsynlighet for at prosjektet kan gjennomføres til en kostnad lik eller lavere enn budsjett og 15 % sannsynlighet for at kostnadene vil overskride rammen.



Bærekraftanalyse UNN HF inkl. oppdaterte kalkyler Nye Narvik sykehus	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
<b>Sum inntekter</b>	<b>7 624</b>	<b>7 757</b>	<b>7 765</b>	<b>7 753</b>	<b>7 741</b>	<b>7 750</b>	<b>7 738</b>	<b>7 728</b>
<b>Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger</b>	<b>7 362</b>	<b>7 590</b>	<b>7 637</b>	<b>7 673</b>	<b>7 619</b>	<b>7 691</b>	<b>7 740</b>	<b>7 799</b>
<b>Sum avskrivninger</b>	<b>288</b>	<b>301</b>	<b>314</b>	<b>338</b>	<b>452</b>	<b>440</b>	<b>451</b>	<b>452</b>
Netto rentekostnader	15	13	13	15	77	71	65	63
Totale kostnader	7 665	7 904	7 965	8 026	8 148	8 202	8 256	8 314
<b>Regnskapsmessige resultat (før tiltak)</b>	<b>-41</b>	<b>-148</b>	<b>-200</b>	<b>-273</b>	<b>-408</b>	<b>-453</b>	<b>-518</b>	<b>-586</b>
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40	10
Internt overskuddskrav UNN	0	60	60	60	60	60	60	60
<b>Sum resultatkrav</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>70</b>
<b>Avvik fra resultatkrav (før tiltak)</b>	<b>-81</b>	<b>-248</b>	<b>-300</b>	<b>-373</b>	<b>-508</b>	<b>-553</b>	<b>-618</b>	<b>-656</b>
<b>Sum effekter tiltaksplan</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Uløst omstilling etter tiltaksplan</i>	<i>-81</i>	<i>-248</i>	<i>-300</i>	<i>-373</i>	<i>-508</i>	<i>-553</i>	<i>-618</i>	<i>-656</i>
<i>Årlig endring omstillingsutfordring</i>	<i>81</i>	<i>166</i>	<i>52</i>	<i>74</i>	<i>134</i>	<i>45</i>	<i>65</i>	<i>38</i>





### Likviditetsanalyse

Oppdatert likviditetsanalyse viser en positiv likviditet i hele perioden 2019-2026 og det vil ikke være behov for å trekke av kassakreditrammen.

Tabell 6 Likviditetsanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

Likviditetsberegning	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
<b>Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>								
Budsjettert resultat	40	40	40	40	40	40	40	10
Eget overskuddskrav	0	60	60	60	60	60	60	60
Avskrivninger/nedskrivninger	288	301	314	338	452	440	451	452
<b>Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>	<b>328</b>	<b>401</b>	<b>414</b>	<b>438</b>	<b>552</b>	<b>540</b>	<b>551</b>	<b>522</b>
<b>Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>								
<i>Endringer i forhold til vedtatt investeringsplan</i>								
Investeringer av overskudd	-40	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100
Investeringsbudsjett investeringsplan iht fremdriftsplan	-251	-551	-1 002	-1 414	-300	-400	-500	-800
<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	<b>-291</b>	<b>-651</b>	<b>-1 102</b>	<b>-1 514</b>	<b>-400</b>	<b>-500</b>	<b>-600</b>	<b>-900</b>
<b>Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>								
Innbet ved opptak av lån A-fløy	0	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Åsgård	0	0	0	70	140	210	420	0
Innbet ved opptak av lån PET senter	0	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Narvik sykehus	67	281	562	850	0	0	0	0
Avdrag lån	-46	-46	-46	-46	-121	-121	-121	-121
<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	<b>22</b>	<b>235</b>	<b>516</b>	<b>874</b>	<b>19</b>	<b>89</b>	<b>299</b>	<b>-121</b>
<b>Netto endring i kontanter</b>	<b>59</b>	<b>-15</b>	<b>-172</b>	<b>-202</b>	<b>171</b>	<b>129</b>	<b>251</b>	<b>-498</b>
<b>IB 01.01</b>	<b>779</b>	<b>838</b>	<b>823</b>	<b>651</b>	<b>449</b>	<b>620</b>	<b>750</b>	<b>1 000</b>
<b>UB 31.12</b>	<b>838</b>	<b>823</b>	<b>651</b>	<b>449</b>	<b>620</b>	<b>750</b>	<b>1 000</b>	<b>502</b>
<b>Ramme for kassakreditt</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>	<b>-100</b>



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
77/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Gøril Bertheussen

### Høring - Revisjon av regional inntektsfordeling for somatikk

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til høringsuttalelsen fra UNN på forslag til revidert regional inntektsfordelingsmodell for somatikk, med hovedkonklusjon om at arbeidet med ny modell bør avvendes inntil resultatet av arbeidet med en ny nasjonal modell foreligger.
2. Styret ber om at utdanningskomponenten i inntektsfordelingsmodellen gjennomgås før den implementeres videre.

#### Bakgrunn

Helse Nord RHF har konkludert med at det er behov for å utvikle en ny inntektsfordelingsmodell for somatikk. Det er flere årsaker til dette. Ett forhold er at det er ulikt syn på hvorvidt dagens modell gir riktig fordeling av ressursene. Et annet at det er påpekt feil i grunnlagsdata for beregningene samt at det har skjedd endringer i helseforetakene som ikke ivaretas i modellen.

Arbeidet med å utarbeide forslag til revidert modell har vært organisert som et regionalt prosjekt, der alle sykehusforetakene i regionen og det regionale foretaket har hatt medlemmer i prosjektgruppen. Eierdirektør i Helse Nord RHF sammen med de fire sykehusforetaksdirektørene og en konserntillitsvalgt har utgjort styringsgruppen.

#### Formål

Formålet med saken er å få styrets tilslutning til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s høringsuttalelse på det foreliggende utkast til revidert regional inntektsfordelingsmodell for somatikk.

#### Saksutredning

Hovedmålet for prosjektet har vært å få vurdert om det har skjedd utvikling i helseforetakene som tilsier endring i fordeling av inntekter i regionen, samt å gi inntektsfordelingsmodellen for

somatikk legitimitet. Et delmål har vært å oppnå en vesentlig reduksjon i tidsbruk til diskusjon om fordeling av inntekter. Effektmål har vært å oppnå større grad av trygghet for at modellen støtter opp om riktig og optimal fordeling av ressursene i regionen. I tillegg ønsker man å oppnå incentiver som støtter opp om avdekking og reduksjon av uønsket variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester.

Prosjektet har hatt fire sentrale problemstillinger i arbeidet med å videreutvikle inntektsfordelingsmodellen for somatikk:

- utfordringer knyttet til kostnadsindeksanalysene
- utfordringer knyttet til regionale funksjoner som gis særskilt finansiering samt overgangsordninger
- utfordringer knyttet til forbruksvariasjoner mellom helseforetaksområdene
- Begrunnelse for bruk av skjønn

Grunnlagsdata for beregning av kostnadsulemper/ kostnadskomponenter er gamle, og i stor grad ikke oppdatert på mer enn 10 år. Dette gir ikke et godt grunnlag for en revidert inntektsfordelingsmodell, og heller ikke et nøyaktig bilde på dagens situasjon.

I arbeidet i prosjektgruppen er det blant annet brukt data for kostnader pr. pasient (KPP). Slike KPP-data er det nylig utviklet modeller for, og data foreligger kun for ett år (2017). Det er grunn til å tro at disse dataene ikke gir et riktig bilde, blant annet av kostnadene ved tunge regionfunksjoner.

For UNN er det i prosjektet lagt for liten vekt på kostnadsulempen ved å være et lite regionsykehus. Det er fordyrende å gi et komplett tilbud som gir befolkningen et likeverdig tilbud med resten av landet. Ett punkt i dette er at UNNs mange vaktordninger i svært mange spesialiteter i praksis fungerer som «regional bakvakt» på mange områder. Et stort antall henvendelser genererer ikke noen form for aktivtetsregistrering med tilhørende inntekter (DRG). Det krever også svært mye kostbart medisinteknisk utstyr for å opprettholde regionsykehusfunksjonene.

På bakgrunn av det UNN oppfattet som vesentlige mangler ved prosess og innhold, valgte UNN å ikke stille seg bak rapporten som ble utarbeidet, og som ligger til grunn for forslaget til inntektsfordelingsmodell som er på høring.

Den foreslåtte modell medfører en ikke ubetydelig omfordeling av inntekter fra UNN til de andre sykehusforetakene i regionen, med samlet årlig innteksreduksjon for UNN i størrelsesorden 35 mill kr før bruk av skjønn. Skjønnsutøvelse vil sannsynligvis redusere dette beløpet noe. I tillegg kommer effekt av tidligere vedtatt endring av utdanningskomponenten i inntektsfordelingsmodellen, som medfører en omtrent tilsvarende reduksjon i UNNs inntekter når den er fullt implementert.

Det er i mai i år påbegynt et arbeid med å utarbeide forslag til ny nasjonal inntektsfordelingsmodell. Dette arbeidet skal være ferdig i 2019.

## Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter 17., 18. og 19.9.2018. Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken forelegges styret for sluttbehandling. Referater og protokoller fra disse møtene behandles som egne referatsaker under styremøtet 4.10.2018.

## Vurdering

Arbeidet med å revidere den regionale inntektsfordelingsmodellen for somatikk har ikke foregått slik UNN hadde forventet, og som direktøren hadde inntrykk av at det var omforent forståelse av før arbeidet startet. Det fremstår for direktøren som usannsynlig at de hovedmål, delmål og effektmål som er beskrevet i prosjektets styringsdokument kan nås.

Det nå påbegynte arbeidet med ny nasjonal inntektsfordelingsmodell vil ventelig fremskaffe oppdatert grunnlag for beregning av kostnadskomponenter og kostnadsulemper. Som det fremgår av vedlagte forslag til høringsuttalelse anbefaler direktøren derfor at det videre arbeid med revidert regional inntektsfordelingsmodell avvendes inntil resultatet av det nasjonale arbeidet foreligger.

Den reviderte utdanningskomponenten som ble vedtatt av styret for Helse Nord RHF i 2017 innehar betydelige svakheter, som etter direktørens vurdering ikke kan ha vært tilsiktet. Direktøren mener derfor at innfasing av denne komponenten må stoppes inntil nye og bedre beregninger foreligger.

## Konklusjon

Et av hovedmålene med å revidere modellen var at ny modell skulle ha legitimitet i hele regionen. Slik som prosjektarbeidet er gjennomført er dette målet ikke oppnådd. Når det samtidig er påbegynt et arbeid med å utarbeide en ny nasjonal modell, anbefaler direktøren at arbeidet med den regionale modellen utsettes, og at det frem til den nasjonale modellen er revidert, utøves skjønn fra det regionale helseforetaket ved fordelingen av midler i regionen.

Tromsø, 21.9.2018

Marit Lind (s.)  
Konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Høringsuttalelse fra UNN
2. Notat fra UiT Norges arktiske universitet

## Høring - Revisjon av regional inntektsfordeling for somatikk

### Høringsuttalelse fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF

1. UNN ber om at arbeidet med revidert regional inntektsfordelingsmodell for somatikk legges på is inntil arbeidet med ny nasjonal modell er konkludert

Et godt og mest mulig komplett tilbud ved regionsykehuset er avgjørende for at befolkningen i regionen skal ha et likeverdig tilbud med befolkningen i resten av landet. Det er derfor en betydelig svakhet at prosjektet ikke har kunnet adressere problemstillingen med UNNs kostnadsulemper ved å være et lite regionsykehus nærmere. Dette har også over flere år vært UNNs viktigste begrunnelse for å be om revidering av den regionale inntektsfordelingsmodellen. UNN har hatt den forventning til arbeidet i prosjektgruppen at man i prosjektets fase 1 skulle etablere konsensus om hvilke funksjoner de ulike foretakene skal ha, og da ikke minst hvilke tilbud UNN som regionsykehus skal ha for regionen. Så skulle man ut fra det utarbeide en ny modell. UNN oppfattet at det før arbeidet startet var enighet om en slik fremgangsmåte. Det man i stedet har gjort er å droppe hele fase 1, og gå rett på en teknisk tilnærming av den matematiske modellen.

Et for UNN viktig punkt som i liten grad er tatt inn i arbeidet, er at UNNs mange vaktordninger i svært mange spesialiteter i praksis fungerer som «regional bakvakt» på mange områder. UNNs høyspesialiserte funksjoner mottar daglig et stort antall henvendelser fra hele regionen med spørsmål om vurderinger som ikke medfører noen form for aktivitetsregistrering i form av besøk/ISF; mange av henvendelsene innebærer vurdering av røntgenbilder og annen dokumentasjon, og kan være betydelig arbeidskrevende, men gjenfinnes ikke i aktivitetsregistreringene. Disse oppgavene gir derfor ingen inntekt. NLSH har tilsvarende problemstilling overfor Helgeland, men dog i vesentlig mindre omfang. Dette bør få betydelige konsekvenser for den skjønnsutøvelse som legges til grunn for en ny modell.

Regionsykehusfunksjonene krever et høyt antall spesialiserte vaktlinjer og andre funksjoner, svært mye kostbart medisinteknisk utstyr mm. Fordi befolkningsgrunnlaget for UNN som regionsykehus er lite, er det mange grunner til å anta at de aktivitetsbaserte inntektene ikke er tilstrekkelige til å dekke kostnadene. Slik modellen er lagt opp, fremstår det ikke som realistisk å beregne dette matematisk. Etersom UNN ikke skiller mellom region- og lokalsykehuspasienter er det svært utfordrende å beregne hva regionfunksjonene egentlig koster (eller bør koste). Kostnader for eksempelvis nevrokirurgi fordeles på alle pasienter som håndteres av denne avdelingen, men tilbudet er der egentlig for å håndtere bare de pasienter som faktisk trenger det. Eksempelvis legges en pasient med hjernerystelse i UNN Tromsø på nevrokirurgisk avdeling fordi vi har en slik avdeling, og da fordeles kostnadene for å opprettholde en slik høyspesialisert funksjon også på denne pasienten som egentlig ikke trenger det. Dermed blir ikke kostnad per pasient (KPP)-dataene i UNN riktige i forhold til beregning av kostnadene til de høyspesialiserte funksjonene.

UNN mener ikke at prosjektgruppens argumentasjon i forhold til justering av forskningskomponenten og skjønnsmessig justering av avstandskomponenten i seg selv er feil, men ensidig justering av disse komponentene uten at problemstillingen med UNNs mulige kostnadsulemper er håndtert gjør at resultatet blir usikkert, og sannsynligvis galt.

Oppsummert er det etter UNN sitt syn vesentlige mangler/vesentlig usikkerhet ved arbeidet prosjektgruppen har gjort:

- Det foreligger ikke nye grunnlagsdata for beregning av kostnadsulemper/kostnadskomponenter. Datagrunnlaget som benyttes er over ti år gammelt.
- Det er høyst usikkert om endringer i kostnadsprofilen til foretakene kan/bør tillegges vekt
- KPP-data foreligger for kun et år, og det er sannsynlig at KPP-tallene underestimerer kostnadene ved tunge regionsfunksjoner.
- Styringsdokumentets punkt om at befolkningen i regionen skal ha et likeverdig tilbud med befolkningen i resten av landet er ikke godt fulgt opp, særlig fordi problemstillingen med kostnadsulemper ved et lite regionsykehus ikke er godt adressert.
- Med bakgrunn i gamle og sannsynligvis utdaterte grunnlagsdata, manglende matematiske modeller for å håndtere ulikheter i forbruk av spesialisthelsetjenester og de omtalte kostnadsulempene ved å være et svært lite regionsykehus mm er det åpenbart at en revidert inntektsfordelingsmodell må inneha vesentlige elementer av skjønn. Det er forhold som trekker skjønnsutøvelse i ulike retninger, og det er særdeles lite sannsynlig at det vil være enighet i regionen om hvordan skjønn skal utøves.

Ut fra ovenstående er det for UNN åpenbart at en revidert inntektsfordelingsmodell basert på det foreliggende arbeid ikke kan føre til at de i styringsdokumentet beskrevne hoved-, del- og effektmål nås. Et komplett regionsykehus er en sentral forutsetning for å sikre likeverdige helsetjenester i Helse Nord. Særlig fordi problemstillingen med særegne kostnadsulemper ved å være et svært lite universitets- og regionsykehus ikke er håndtert i arbeidet, kan UNN ikke se at det utarbeidete forslaget oppfyller dette målet. Uten at et fullverdig regionsykehusstilbud er sikret, er det etter UNNs syn også usikkert om modellen oppfyller kravet om å bidra til pasienttilbud av god kvalitet. I forhold til samhandling mellom foretak, effektiv ressursbruk og funksjonsfordeling i regionen anser vi at forslaget til revidert modell i hovedsak er nøytral i forhold til eksisterende inntektsfordelingsmodell.

Totalt sett er det derfor vesentlige grunner til å anbefale at arbeidet med ny regional inntektsfordelingsmodell legges på is inntil resultatet av arbeidet med ny nasjonal modell foreligger. Dette nasjonale arbeidet starter i mai inneværende år, og forventes ferdig i løpet av 2019.

2. UNN ber om at videre innfasing av revidert utdanningskomponent stoppes inntil komponenten er vurdert på nytt, eller til ny nasjonal inntektsmodell foreligger.

Utdanningskomponenten i inntektsfordelingsmodellen har en lang forhistorie. UNN (før 2002 RiTØ) fikk tidligere et særskilt tilskudd fra staten, på grunn av sin spesielle funksjon som region- og universitetssykehus. Tilsvarende tilskudd fikk også de øvrige regionsykehusene,

som den gang var Ullevål sykehus (Oslo kommune), Haukeland sykehus (Hordaland fylkeskommune) og Regionsykehuset i Trondheim (Sør-Trøndelag fylkeskommune).

Tilskuddet var ment å kompensere for merutgifter fylkeskommunen hadde i forbindelse med universitetsklinikkfunksjonen. Rikshospitalet og Radiumhospitalet var ikke omfattet av ordningen med regionsykehustilskudd, men fikk midler til forskning, særskilte funksjoner og utdanning integrert i driftsbevilgningen.

Tilskuddet har endret seg over tid. Siste store omlegging før etablering av de regionale helseforetakene var i 1999 da tilskuddet ble inndelt i 4 deler, hhv:

1. Basiskostnader (rettet mot ikke målbar aktivitet, anses som rammefinansiering)
2. Særskilte funksjoner (godkjente landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og kompetansesentra)
3. Forskning (rettet mot konkrete forskningsprosjekt innen klinisk forskning, utprøvende behandling). Ble senere delt i et fast og variabelt forskningstilskudd.
4. Undervisning gis til delvis kompensasjon av sykehusenes merkostnader ved å motta medisinerstudenter i den kliniske behandlingen, ble i 2001 anslått til kr. 860.000 pr student.

Det er punkt 4 som legger grunnlag for det som senere ble til utdanningskomponenten i inntektsfordelingsmodellen.

Det særskilte tilskuddet til utdanning av medisinerere ble fra 2006 lagt inn i basistilskuddet til RHF-ene, slik at medisinerutdanningen ble likestilt med annen utdanningsvirksomhet i foretakene. Det fremgår entydig av proposisjonen (Statsbudsjettet for 2006, Kap. 732, post 78) at departementet forutsatte at annen utdanning fra før var finansiert gjennom basistilskuddet. Det fremkommer ikke at de mener at det nevnte utdanningstilskuddet da også skulle dekke all undervisning – kun at all utdanningsvirksomhet i foretakene da var ansett dekket gjennom basistilskuddet.

I utdanningskomponenten i inntektsmodellen som ble vedtatt i RHF-styret i 2017 er de 153 mill kr Helse Nord har i utdanningsmodellen som kjent fordelt på all type studentpraksis. Her teller medisinerutdanningen samlet sett svært lite, fordi medisinerutdanningen ikke har så mange praksisukene, og studenttallet ikke er så veldig høyt sammenlignet med andre utdanninger (eksempelvis sykepleiere). I tillegg er det mest femte studieår som teller som praksis, og her er studentene fordelt på alle foretakene. I matrisen som ligger til grunn for den nye fordelingen av utdanningstilskuddet utgjør eksempelvis sykepleierutdanning heltid 2. studieår ca. 70 praksisårsverk, mens medisinerutdanningens 1. – 4. år utgjør drøyt 10 praksisårsverk. Det er svært liten grunn til å tro at det å ha heltids sykepleierstudenter på annet studieår i praksis i ni uker samlet sett koster foretakene i regionen 7 ganger så mye som det koster UNN å ha all undervisning foretaket har ansvar for i medisinerstudiets første fire år til sammen. Medisinerstudiets 5. studieår (som fordeles i hele regionen) utgjør samlet 48 hele praksisårsverk, fortsatt betydelig mindre enn sykepleiernes annet studieår.

Resultatet er at kompensasjonen for medisinerutdanningen er svært lav i modellen, og samlet sett bare en brøkdel av det inflasjonsjusterte beløpet som ble innlemmet i

basistilskuddet til RHF i 2006 ville være. I tillegg er det beskjedne beløpet som medisinerutdanningen utgjør i den nye modellen fordelt slik at UNN tilnærmet ikke får kompensert for utdanningens første fire år, som er de årene som gir UNN størst kostnader.

Konklusjonen er at måten utdanningskomponenten fordeles på ikke tar tilstrekkelig hensyn til kostnadene knyttet til medisinerutdanningen, og at UNN ikke får kompensert sine kostnader. UNN forventer derfor at Helse Nord RHF stopper videre innfasing av den reviderte utdanningskomponenten i inntektsfordelingsmodellen. Det vises her også til vedlagte notat fra Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT, Norges arktiske universitet.

Tromsø 21.9.2018

Marit Lind  
konst. adm. dir.

Vedlegg: Notat fra Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet



## Notat fra Helsefak til Høring – forslag til revidert inntektsmodell for somatikk Helse Nord

Legeutdanningen ved UiT – Norges arktiske universitet er bygget opp i tett samarbeid mellom UiT – Norges arktiske universitet og UNN.

Ved Det helsevitenskapelige fakultet (Helsefak), UiT – Norges arktiske universitet er vi kjent med at det er under høring forslag til en revidert inntektsfordelingsmodell for somatikk, Helse Nord.

Modellen foreslår en endring i «undervisningstilskuddet» slik at Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) får mindre uttelling for sin innsats rettet mot legestudiet enn tidligere, særlig i perioden 1.- 4. studieår.

Gjennom reformene i sykehussektoren og etableringen av UNN HF har det såkalte «undervisningstilskuddet» tildelt over statsbudsjettet, vært et helt sentralt uttrykk for at UNN ikke er et ordinært regionssykehus, men et universitetssykehus med et utdanningsansvar som går ut over det å være en praksisarena for legeutdanningen og andre helsefaglige utdanninger.

Alle sykehus i regionene er praksisarenaer, men kun universitetssykehusene har et grunnleggende ansvar for praktisk klinisk undervisning (PKU) av legestudenter. Økonomisk har «undervisningstilskuddet» gitt universitetssykehuset ekstra kapasitet til å ivareta undervisning i kliniske fag. UiT har bygget sin undervisningskapasitet ut fra en slik forutsetning, og PKU har i praksis vært håndtert gjennom bistillinger finansiert både av UNN og UiT.

Ved Helsefak UiT observerer vi nå at finansieringen av universitetssykehusfunksjonen er under press, og er meget bekymret for at dette kan få negative konsekvenser for legeutdanningen framover.

Vi anser UNN å ha en avgjørende rolle i undervisningen i legeutdanningen til forskjell fra de andre sykehusene i regionen, ved at de ivaretar den praktiske kliniske undervisningen (PKU) som er langt mer ressurskrevende enn de generelle studieopphold i praksis. Dersom UNNs forpliktelser overfor legeutdanningen reduseres som en konsekvens av den nye inntektsfordelingsmodellen, vil dette være en svekkelse av kapasitet og kvalitet i utdanningen av leger i nord. Vi anmoder derfor sterkt at dette tas i betraktning i den nye modellen.



Thrina Loennechen  
dekan, Helsefak

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
78/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Haakon Lindekleiv

**Høring - Regional utviklingsplan****Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til forslag til hørings svar på *Regional utviklingsplan for Helse Nord 2020-2035*, og at dette oversendes til Helse Nord RHF.
2. Styret vektlegger spesielt nødvendigheten av at den endelige utviklingsplanen i større grad beskriver regionsykehusets rolle som hovedsykehus og universitetssykehus i regionen.

**Bakgrunn**

Helse Nord RHF har sendt på høring forslag til *Regional utviklingsplan for Helse Nord 2020-2035*. Administrasjonen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har utarbeidet utkast til høringsuttalelse fra UNN.

**Formål**

Formålet med saken er å få styrets tilslutning til hørings svaret fra UNN.

**Saksutredning**

Utkastet til regional utviklingsplan er et omfattende dokument. UNN har vesentlige innspill til både prosessen med å utvikle utviklingsplanen og til innholdet i planen. Dette er utførlig beskrevet i vedlagte utkast til høringsuttalelse. Alle klinikker og sentere ved UNN har fått mulighet til å gi innspill på høringsuttalelsen, og alle innspill fra enhetene er tatt inn i høringsuttalelsen.

## **Medvirkning**

Lederen av Brukerutvalget bistod med innspill under skrivingen av høringsutkastet. Saken ble forelagt Brukerutvalget under deres møte 13.9.2018. Foretakstillitsvalgte ble forelagt utkastet 14.9.2018, og saken ble i sin helhet gjort til gjenstand for drøfting og medvirkning i møter med ansattes organisasjoner, vernetjenesten, Arbeidsmiljøutvalget og Brukerutvalgets arbeidsutvalg i egne møter 17., 18. og 19.9.2018. Samtlige møter sluttet seg at saken forelegges styret til endelig behandling 4.10.2018.

## **Vurdering**

Høringsuttalelsen beskriver de viktigste tilbakemeldingene fra UNN på Helse Nord RHF's utkast til regional utviklingsplan for 2020-2035. Det mest vesentlige er etter direktørens vurdering at den endelige utviklingsplanen i langt større grad enn det foreliggende utkastet må beskrive universitetssykehusets rolle som hovedsykehus og universitetssykehus i regionen.

Tromsø, 21.9.2018

Marit Lind (s.)  
konstituert administrerende direktør

Vedlegg: Høringsuttalelse

## Regional utviklingsplan for Helse Nord 2020 – 2035. Høringsuttalelse fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til høringsnotatet om regional utviklingsplan. Vi takker for anledningen til å komme med høringsinnspill. Vi har innhentet tilbakemelding fra brukerutvalget og alle klinikker ved UNN. Høringsuttalelsen ble styrebehandlet 4. oktober 2018.

Brukerutvalget ved UNN uttalte:

*«Brukerutvalget oppfatter den regionale utviklingsplanen som en ordrik plan, men lite konkret. Etter Brukerutvalgets vurdering gir dokumentet for få og for svake styringssignaler. For å kunne gi høyt spesialiserte tjenester til brukere i hele Nord-Norge må planen ha et bevisst perspektiv på UNN som universitetssykehus og som regionalt kraftsenter»*

UNN slutter seg til uttalelsen fra Brukerutvalget og har følgende tilbakemeldinger:

### **Generelle tilbakemeldinger**

Kapittel to til fire har innhold som i stor grad er kjent og bør være mulig å korte ned vesentlig. På tross av sideantallet gir utkastet i liten grad retning og tiltakene er i liten grad konkretisert.

Det har heller ikke vært en bred involverende prosess med foretakene i arbeidet. Til sammenligning har Helse Sør-Øst i sitt arbeid med regional utviklingsplan 2035 hatt en svært bred prosess med involvering av helseforetakene, brukere og eksterne aktører. UNN mener utkastet bør omarbeides vesentlig. Utkastet til utviklingsplan fremstår med mye tekst, få konkrete tiltak og uten tilstrekkelig forankring. Det kan derfor vanskelig brukes som styringsdokument eller implementeres. For å få utviklingsplanen inn på en bedre prosess foreslår vi at utkastet omskrives i en skrivegruppe der foretakene og brukerrepresentanter deltar.

For øvrig har UNN sju hovedinnspill til innholdet i den regionale utviklingsplanen:

**1. Planen underkommuniserer UNNs rolle som regions- og universitetssykehus**

For UNN er det viktig at pasientene i Helse Nord får et likeverdig tilbud om høyspesialisert diagnostikk og behandling på lik linje med pasienter i de andre helseregionene i Norge.

Det er positivt at UNN korrekt er omtalt som regionens «hovedsykehus» i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) og at den regionale utviklingsplanen er bedre avstemt mot UNNs utviklingsplan enn tidligere.

Den regionale utviklingsplanen underkommuniserer imidlertid i betydelig grad UNNs betydning som region- og universitetssykehus for helheten i Helse Nord og for de sykeste pasientene. Det er etter UNNs syn en vesentlig mangel ved planen at den ikke nærmere beskriver hva det at UNN er regionens hovedsykehus skal innebære, i en nettverksmodell med de andre foretakene. Kapittel 3.5.5. beskriver punktvis de viktigste universitetssykehusfunksjonene. Punktene er kopiert fra lovkravene til å bruke betegnelsen universitetssykehus i Forskrift om godkjenning av sykehus §3-2. Formålet med kapittelet er å beskrive hvilken rolle Helse Nord ønsker at UNN skal ha i regionen. Dette formålet går betydelig utover forskriftens definisjon av universitetssykehus. Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-19 stadfester at det er fire regionsykehus i Norge og at UNN er ett av disse fire. Videre står det at: *«Regionsykehuset er det sykehuset helseregionen har utpekt som sitt hovedsykehus, og som har det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen. Videre har regionsykehusene i varierende grad en rolle som leder av faglige nettverk i helseregionene».*

Vi foreslår derfor at man i stedet skriver:

*«UNNs rolle som universitets- og regionsykehus er vesentlig for hele regionen. Den består av:*

- *Høyspesialisert diagnostikk og behandling som kun tilbys ett sted i regionen*
- *Ansvar for å være faglig ledende i regionen i alle fagfelt*
- *Undervisning av helsepersonell på universitetsnivå både grunnutdanning og PhD*

- *Tilby spesialistkandidatene i Helse Nord den delen av spesialistutdanningen som ikke kan oppnås ved lokalsykehus*
- *Utføre grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innen de fleste fagområder og av høy internasjonal kvalitet og bredde»*

Den særskilte utfordringen Helse Nord har med å skulle drive et høyt spesialisert og samtidig uvanlig lite region- og universitetssykehus er ikke nevnt. Vi foreslår derfor at følgende formulering settes inn, basert på lignende formulering fra Nasjonal sykehusplan:

*«Universitetssykehuset Nord-Norge er lite i nasjonal og internasjonal målestokk, men forventes likevel å ha et bredt tilbud av spesialiserte funksjoner. Innenfor de enkelte fagområdene er derfor problemstillingen med lite pasientvolum og sårbare fagmiljøer aktuell.*

Vi etterlyser tiltak for å møte denne utfordringen. Slike tiltak må beskrives i kapittel 6 og 7 og kan kreve en større omarbeiding.

Vi foreslår at siste setning i kapittel 6.5.5. omskrives til:

*«Helse Nord må sikre at region- og universitetssykehusfunksjonen ivaretas når det vurderes om helsetjenester skal desentraliseres eller ved andre endringer i tjenestetilbudet. Dette inkluderer når det oppstår behov for endringer som følge av demografi og medisinsk/teknologisk utvikling.»*

Vi ber om at universitetssykehusets ledende faglige rolle vektlegges tydelig i kapittel 6. Vi foreslår at det tas inn følgende tiltak:

*«Helse Nord vil tydeliggjøre Universitetssykehuset Nord-Norges rolle i de faglige nettverkene i helseregionen og i de ulike pasientforløpene»*

Overnevnte tiltak er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan der det står at *«Regjeringen vil tydeliggjøre regionsykehusenes rolle i de faglige nettverkene i helseregionen og i de ulike pasientforløpene. Det må avklares hvordan regionsykehusene kan bidra til å sikre kompetanse i alle deler av nettverket.»*

## **2. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Regional utviklingsplan uttaler at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal prioriteres faglig og ressursmessig. Dette er i liten grad konkretisert.

Samtidig fremskriver høringsnotatet en betydelig økning i aktivitet i somatikk frem mot 2035, med betydelig økt dagbehandling og polikliniske konsultasjoner og også økte liggedøgn. Til sammenligning forventes antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern også økt, men antall liggedøgn *redusert* med over 20 %. Det er lignende tall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ettersom døgnopphold er den klart største kostnadsdriveren i psykisk helsevern fremstår det derfor uklart hvordan den gyldne regel skal oppfylles.

Det er lite fokus på de særegne utfordringene til fagområdet psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i utkastet til Regional utviklingsplan. Helseforetakene i Helse Nord har organisert PHBU helt ulikt. Det er også stor variasjon i den faglige profilen, hvilke tjenester som tilbys, syn på hvilke tjenester som burde tilbys, personellsammensetning og ressurssituasjon. Det er heller ikke en felles forståelse av hva som er god kvalitet i pasientbehandlingen og hvordan det skal dokumenteres at tjenesten har en god kvalitet. Under punkt 6.3 i utviklingsplanen er det foreslått en rekke tiltak for bedring av pasientbehandling og kvalitet. Det fremstår som lite sannsynlig at disse tiltakene vil kunne føre til en jevnere kvalitet, en riktigere prioritering og bedre ressursbruk før det på et overordnet nivå er tatt stilling til hvordan de særegne utfordringene til PHBU skal håndteres.

PHBU er et forskningssvakt fag. Det pågår få forskningsprosjekt med direkte klinisk relevans og som har potensiale til å gi kunnskap om hvordan de psykiske helsetjenestene kan forbedres. Å øke forskningsaktiviteten i PHBU bør inkluderes som et mål i utviklingsplanen noe som også vil kunne ha betydning for rekruttering og stabilisering av spesialister. Dette vil kunne være med på å øke kunnskapsnivået i PHBU.

Vi foreslår at regional utviklingsplan konkretiserer nærmere hvordan psykisk helsevern for voksne, barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal prioriteres faglig og ressursmessig.

### **3. En struktur som lar seg bemanne og behovet for prioriteringer**

Strategiplanen beskriver i detalj de kommende utfordringene med stor mangel på pleieressurser. I tillegg kommer utfordringene med urbanisering der nyutdannede trekker mot de store byene. Dette beskrives i hovedsak løst med forbedringstiltak, automasjon etc. Dette er viktige tiltak, men vi mener det er lite realistisk at slike tiltak alene kan løse utfordringene. Vi har følgende innspill:

#### 3.1. En struktur som lar seg bemanne

Vi foreslår at strategiplanen tydelig beskriver at strukturen og oppgavefordelingen i Helse Nord må utvikles slik at den lar seg bemanne.

#### 3.2. Hvordan løser vi utfordringer med rekruttering, mangel på spesialister og vikarbruk?

Videre må planen beskrive hvordan regionen løser rekrutteringsutfordringer. Hvordan løser vi mangler på spesialister? Hvordan kan foretakene få et regionalt samarbeid om rekruttering og ikke konkurrere om de samme spesialistene? Hvordan hindrer vi at vi overbyr hverandre i kampen om de samme vikarene? Det er en økende erkjennelse av at vi ikke har råd til utstrakt vikarbruk og det er kjent at vikarbruk gir risiko for uønskede pasienthendelser. Hvordan kan vi redusere bruken av vikarer?

#### 3.3. Behov for prioritering

Ifølge Stortingsmelding 34/2015-2016, «Verdier i pasientenes helsetjeneste», skal helsetjenestetiltak prioriteres med utgangspunkt i helsegevinst, ressursbruk og alvorlighet. Et likeverdig tilbud er grunnleggende i norsk helsevesen, men krever gode prioriteringer. Uten prinsipper for prioritering kan ressurssterke grupper bli prioritert framfor grupper som ikke har høy status eller ressurser til å hevde sine rettigheter. Dette gir ikke en likeverdig og rettferdig fordeling av helseressurser mellom pasientgrupper. Det er bred politisk enighet



om at man samlet skal legge tre kriterier til grunn for prioritering: nytte, ressurs og alvorlighet. Vi foreslår at betydningen av disse kriteriene vektlegges, og at det tydeliggjøres i strategien at prioriteringer i Helse Nord skal foregå etter disse kriteriene.

Vi foreslår at prioriteringsmeldingens nyttekriterier omtales i et eget avsnitt i dokumentet:

*Nyttekritieriet*      *Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelp kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:*

- *Overlevelse eller redusert funksjonstap*
- *Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring*
- *Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag*

*Ressurskriteriet*      *Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.*

*Alvorlighetskriteriet*      *Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:*

- *Risiko for død eller funksjonstap*
- *Graden av fysisk og psykisk funksjonstap*
- *Smerter, fysisk eller psykisk ubehag*
- *Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet.*

*Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.*

Vi foreslår at det tas inn et tiltakspunkt om:

*«Beslutninger i Helse Nord skal fattes med utgangspunkt i prioriteringskriteriene slik de fremgår av prioriteringskriteriene. Dette gjelder alle beslutninger fra administrativt til klinisk nivå»*

I forhold til prioriteringskriteriene bør ressursene anvendes der nytten forventes å være størst. Når man i klinikken velger mellom pasienter må sykdommens statistiske forløp

tillegges vekt sammen med individuelle forhold som alder og andre sykdommer. Å si ja til noen vil være å si nei til andre. Når er det riktig å tilby en 90 år gammel kvinne en omfattende operasjon for kreft som ikke gir plager? Skal man legge en 87 år gammel mann med hjertestans på forenklet hjerte/lungemaskin (ECMO) ved en intensivavdeling? Hvordan kan det sammen med pasienten før store inngrep i større grad enn i dag legges føringer for hva som skal gjøres dersom det oppstår komplikasjoner? Vi foreslår at strategiplanen beskriver tiltak for å møte dette, eksempelvis slik:

*«Helse Nord vil utarbeide en egen strategi for klinikknær prioritering i nært samarbeid med foretakene».*

#### **4. Den medisinske utviklingen stiller nye krav til strukturen i tjenestetilbudet**

Kapittel fem omtaler teknologiutviklingen som et mulig virkemiddel for desentralisering. UNN er grunnleggende positiv til at vi skal tilby behandling nærmest der pasienten bor. Samtidig er teknologiutviklingen i mange tilfeller også en sterk driver for økende sentralisering. Dette er kun nevnt i en kort setning i kapittel 6.5.1. «...nødvendigjør sentralisering på noen høyt spesialiserte områder».

Persontilpasset medisin, immunbehandling og molekylærdiagnostikk har i løpet av få år bedret prognosen for mange pasienter med kreft, men stiller store krav til høyspesialisert diagnostikk og behandling. Vi ser for oss at fremtidig behandling av alvorlige tilstander som kreftsykdommer i fremtiden i større grad bør foregå i en nettverksmodell. UNN som regionens hovedsykehus besitter den nødvendige spisskompetanse og vil være sentral i å sikre at den enkelte pasient tilbys den individuelt tilpassete beste behandling, mens oppfølging i større grad vil foregå desentralisert – i nært samarbeid med hovedsykehuset.

Endringen i sykdomsutvikling og behandling gjør at etablerte funksjonsdelinger må kunne endres i tråd med den faglige utviklingen. For at den regionale utviklingsplanen skal være styringsgrunnlag for videre utvikling av Helse Nord mener vi det er nødvendig at strategiplanen beskriver områder dette angår, omfang, og også at dette kan medføre konsekvenser for fremtidige arealutviklingsplaner og økonomimodell.

Det er vanskelig å forutsi alle endringer i sykdomsutvikling og behandlinger. Den regionale utviklingsplanen må beskrive fleksibilitet i funksjonsdeling og dimensjonering av tjenestetilbudet i tråd med den faglige utviklingen, med en nettverksmodell som førende prinsipp.

Det er uomtvistet at pasientene i Helse Nord skal ha et likeverdig tilbud om høyspesialisert diagnostikk og behandling som pasienter i andre deler av i Norge. Vi kan for eksempel ikke ha en kreftkirurgi i Nord-Norge som skiller seg fra kreftkirurgien andre steder i Norge. Vi mener det som tiltak bør tas inn:

*«Funksjonsdelinger skal som hovedregel oppfylle nasjonale anbefalinger og retningslinjer»*

### **5. Spesialistutdanningen i Helse Nord**

Helse Nord har også utfordringer med at svært mange spesialistkandidater reiser ut av regionen etter fullført spesialisering. Erfaring og forskning tilsier at et viktig tiltak for å motvirke dette er at mest mulig av spesialistutdanningen foregår i Helse Nord. Dette må ledsages av et system for å innhente impulser utenfra etter at legene har fullført spesialisering.

Den nye spesialistutdanningen for leger trår i kraft fra 1. mars 2019. Denne er omtalt i kapittel 3.8.2. Gruppeføringen av sykehus er fjernet, men det er mange læringsmål som bare kan oppnås ved et universitetssykehus. Denne delen av spesialistutdanningen gjøres gjerne i slutten av spesialistutdanningen. Administrerende direktør i Helse Nord RHF har vært tydelig på at det er et mål at flest mulig av spesialistkandidatene skal gjennomføre denne delen av spesialistutdanningen ved UNN:

*«Dette forsterkes også av den plass UNN har i den nye utdanningen av legespesialister. Det må være et mål at så mange som mulig av landsdelens framtidige legespesialister får deler av sin utdanning i Tromsø. Det bidrar til sammenheng og god faglighet i en stadig mer fragmentert helsetjeneste.»*  
(Fredagsbrev Vorland 1.6.2018.)

Vi foreslår at det legges inn følgende tekst i den regionale utviklingsplanen:

*«For å sikre spesialistutdanningen og at vi beholder ferdige utdannede spesialister i Helse Nord er det et mål at så mange som mulig av landsdelens framtidige legespesialister gjennomfører hele spesialistutdanningen i Helse Nord. Dette vil også fremme godt samarbeid mellom fagmiljøene i regionen. UNN har en viktig rolle med å tilby de delene av spesialistutdanningen som ikke kan oppnås ved lokalsykehus i regionen. Dette må ledsages av et system for å innhente impulser utenfra etter at legene har fullført spesialisering.»*

## **6. Ta tiden tilbake**

En betydelig andel av helsepersonells tid går med til administrative oppgaver og ikke direkte pasientrettet virksomhet. Dette er i liten grad omtalt i regional utviklingsplan. Vi mener man må tenke nytt om hvem som gjør hva og muligheten til å automatisere flere arbeidsoppgaver. Helse Sør-Øst har i sin regionale utviklingsplan følgende tiltak: *«Lage en tiltaksplan over hvordan leger og sykepleiere kan få mer tid til pasientene. Det skal skje gjennom betydelig medvirkning fra egne ansatte, verneombud, tillitsvalgte og fagorganisasjonene. Dette er et område som egner seg særlig godt for tjenesteinnovasjon og bruk av tjenstedesign»*

UNN oppfordrer til at dette tydeligere tas inn i Helse Nord's regionale utviklingsplan og at man vurderer tiltak, f.eks. å iverksette et lignende arbeid som i Helse Sør-Øst – gjerne i samarbeid med andre helseregioner.

## **7. Samhandling**

Samhandling er identifisert som viktig utviklingsområde i planen, imidlertid kunne planen med fordel nevne flere konkrete eksempler som kan brukes til tjenesteutvikling i regionen. Utviklingsplan fra HSØ nevner slike eksempler som kan være et godt utgangspunkt. I tillegg har Helse Nord erfaring med egne tjenestemodeller som kan brukes til lokal tilpasset

tjenesteinnovasjon for bedre pasientforløp rundt pasienter med sammensatte komplekse behov, som for eksempel pasientsentret helsetjenesteteteam i samarbeid mellom UNN og enkelte kommuner. Det bør også påpekes at nye tiltak bør være særskilt rettet mot pasientene med størst behov, dette gjelder blant annet svært syke pasienter og eldre. Planen burde også beskrive tydeligere grensegang mellom regionale oppgaver og oppgaver som tilfaller hver enkelt sykehus. Organisatoriske løsninger som støtter under bedre pasientforløp både regionalt og på foretaksnivå må utarbeides. Flere av tiltakspunktene er overlatt til foretakene. Vi mener dette i større grad må gjøres regionalt og ikke per sykehus. Dette gjelder for eksempel tiltakspunktet i kapittel 6.6: «Helse Nord vil i samarbeid med kommunene – bidra til at det i hvert sykehusområde etableres felles arenaer der fastleger og sykehusleger i felleskap utvikler en normerende praksis for gode henvisninger og epikriser og for annet samarbeid om ivaretagelse av pasienten i hele pasientforløpet.

### ***Øvrige innspill fra UNN***

- Flere steder er det beskrevet at Helse Nord skal oppfylle lovpålagte oppgaver, f.eks. kapittel 6.2 der det står «Helse Nord vil legge til rette for at pasientene opplever kontinuitet i møtene med ansatte i løpet av sykehusoppholdet og at pasienter som har rett til det får en kontaktlege». Det bør være unødvendig at strategisk utviklingsplan presiserer at lovpålagte oppgaver skal oppfylles.
- I kapittel 3.12.2 «Bygg og kapasitet» står det «... bygging og renovering av Breivika» skal være ferdig i 2018». Dette er ikke helt korrekt. Byggingen av A-fløya og PET-senteret løser avgrensede deler av de bygningsmessige utfordringene knyttet til UNNs funksjon som regionens hovedsykehus og universitetssykehus. Videre er utfordringene med dagens bygningsmasse på Åsgård ikke kommentert. En utsettelse av nybygg kan medføre betydelige ekstraavgifter til vedlikehold for å kunne opprettholde drift. Det er også behov for omfattende ombygging og renovering av lokalitetene i Breivika. Vi ber om at dette presiseres.
- Figur 2 viser at UNN har den laveste raten for døgnopphold per 1000 innbygger (147 døgnopphold per 1000 innbygger). Sammenlignet med UNN er andelen døgnopphold per 1000 innbygger 8% høyere ved Nordlandssykehuset, 19% høyere ved Helgelandssykehuset og 25% høyere ved Finnmarkssykehuset. Vi mener det ikke er grunn til å tro at dette kan forklares med forskjeller i sykkelighet. En alternativ

forklaring er at UNN på grunn av sine regionale funksjoner over tid har hatt mindre kapasitet til å tilby døgnopphold til innbyggerne som UNN har lokalsykehusfunksjon over. Er potensialet til å effektivisere og til å overføre fra døgnopphold like stort i alle helseforetakene?

- Legemidler, legemiddelsikkerhet, legemiddelkvalitet og legemiddeløkonomi er nevnt flere steder i høringsdokumentet. HN vil arbeide for økt tilgang på beslutningsstøtte, og videreutvikle tjenester fra kliniske farmasøyter for å bidra til korrekt bruk og reduserte kostnader på legemidler (pkt. 6.3 Pasientbehandling og kvalitet). Både RELIS og Klinisk farmakologi i UNN er legemiddelfaglige miljøer med regional funksjon som per i dag yter beslutningsstøtte og arbeider for korrekt bruk og reduserte kostnader på legemidler. Videre har HN nylig oppnevnt en regional legemiddelkomite og vedtatt et mandat for denne som omfatter slikt arbeid. Ingen av disse instansene er nevnt i høringsdokumentet. Vi savner derfor en plan for koordinert, overordnet og systematisk forbedringsarbeid på legemiddelområdet. Beslutningsstøtte i EPJ, læring fra avviksmeldinger og arbeid for et likt behandlingstilbud i hele regionen er relevant for legemiddelfeltet, og må inkludere alle regionale legemiddelfaglige instanser og fagmiljøer.
- Punktet i kapittel 6.7 «Helse Nord vil, i samarbeid med kommunene, etablere ordninger som sikrer at leger i spesialisering i allmenntidmedisin får nødvendig sykehustjeneste på en planlagt måte» mener vi kan fjernes. Dette er etter vårt syn en selvfølgelighet som også fremgår av regelverket for den nye spesialistutdanningen for leger.
- Kapittel 6.8 om forskning og innovasjon er etter vårt syn for kort og mangelfull. Vi mener regional utviklingsplan bør gi retning for kommende reviderte forskningsstrategier i Helse Nord og for hvordan innovasjonsarbeidet skal styrkes. For eksempel kan det tas inn ønsket retning (nytte). Videre mener vi UNNs ledende rolle i forskningen i regionen må presiseres. Vi foreslår at setningen «Helse Nord vil særlig stimulere til økt forskning i helseforetakene som har en forholdsmessig liten andel forskningsaktivitet» endres til «Helse Nord vil særlig stimulere til økt forskning i helseforetakene som har en forholdsmessig liten andel forskningsaktivitet, særlig gjennom samarbeid med universitetssykehuset».

- Kapittel 6.10. Begrepet «skybaserte ERP-løsninger» bør forklares; det er ukjent for UNN.
- Kapittel 6.10. Tiltakene om teknologi er til dels overlappende og kan slås sammen. Vi mener det må fremgå at teknologi skal innføres kun når det er sikkert at det understøtter klinisk arbeid og man kan gevinstrealisere. Vi er usikre på hva som menes med «Helse Nord vil vurdere å utvikle en funksjon som skal støtte både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten med å ta i bruk og anvende teknologiske løsninger».
- I første del av planperioden skal Norge etablere et helt nytt screeningprogram for tykktarmskreft. Målet er at dette skal være et tilbud for hele befolkningen uavhengig av bosted og vil kreve en økning av tilgjengelig koloskopikapasitet ved alle endoskopisentra i Helse Nord. Dette vil forutsette både utstyr, rom, sykepleiere og ikke minst utdanning av nye endoskopører, samt sannsynligvis økt kapasitet for service i patologi. Det bør vurderes om dette skal nevnes i strategien.

Tromsø 21.9.2018

Marit Lind

konst. adm. dir.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
79/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Paul Martin Hansen

### Sykefraværsoppfølging ved UNN

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til planskissen for styrket innsats i sykefraværsarbeidet
2. Direktøren holder styret oppdatert på status i arbeidet gjennom de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene.

#### Sammendrag

Det er utarbeidet en plan for styrket innsats i arbeid med sykefraværet. Det foreslås å starte innsatsen i 2 organisatoriske enheter, og gjennom dette høste erfaring som kan overføres til øvrige enheter i organisasjon. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med NAV.

#### Bakgrunn

UNN er IA-bedrift, og har vært det over mange år. I denne perioden har sykefraværet i UNN vært stabilt, og forholdsvis høyt, til tross for fokus på viktigheten av å redusere sykefraværet fra brukerutvalg, tillitsvalgte, styret, direktør og andre ledere. Reduksjon av sykefraværet er viktig for hele helseregionen.

Punkt 6.1.2 i oppdragsdokumentet sier at vi skal:

*Redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 %, og å holde korttidsfravær mindre enn 2 %. Redegjøre særskilt for tiltak ved fravær over 10 %.*

#### Formål

Formålet med saken er å få styret sin tilslutning til planskissen for styrket innsats for å redusere sykefraværet i UNN.



## Saksutredning

Avtalen om Inkluderende Arbeidsliv (IA) har tre målsetninger:

1. Å redusere sykefraværet
2. Å beholde og rekruttere personer med nedsatt funksjonsevne
3. Å forlenge yrkesaktivitet etter fylte 50 år med tolv måneder

Arbeidslinja og inkluderingsstrategien står som kjent sterkt i Norge, og både lov- og avtaleverk bygger opp under tanken om at flest mulig skal kunne delta i arbeidslivet. Det diskuteres med jevne mellomrom om delmål 2 og 3 kan oppleves som en motsetning i forhold til målet om redusert sykefravær. Men det er likevel organisasjoner/ enheter som evner å utnytte handlingsrommet slik at de over tid kan vise til lavere sykefravær enn sammenlignbare organisasjoner/ enheter. Hva er det disse organisasjonene gjør? Og hvordan kan vi overføre kunnskapen til UNN?

Det er spørsmål om det er ønskelig å jobbe videre med gjennom en felles og samlet innsats høsten 2018. Med utgangspunkt i kunnskap om hva som har fungert i andre organisasjoner, og hva som er viktige faktorer, er det utarbeidet en planskisse for styrket innsats i to enheter i perioden september 2018 - mai 2019. Planskissen følger i eget vedlegg til saken. I dette arbeidet vil også NAV bidra, hvilket innebærer at de både stiller ressurser fra NAV Arbeidslivssenteret og NAV-kontoret til disposisjon.

Arbeid med redusert sykefravær deles gjerne opp i to dimensjoner: forebygging og oppfølging av sykefravær. UNN har over mange år hatt et stabilt, men relativt høyt sykefravær. Ulikhetene innad i organisasjonen er til dels store. Det seneste året har vi hatt særskilt fokus på seksjoner/ enheter med særlig høyt sykefravær, uten at det på overordnet nivå kan ses effekt av dette. Samtidig har mellomlederne svært mange oppgaver de skal ivareta i en hektisk hverdag. Arbeidet bør derfor ses i sammenheng med kartleggingen som er gjort av administrative oppgaver lederne utfører, og hvordan tilstrekkelig tid kan frigjøres for lederne til å drive aktivt arbeid med reduksjon av sykefraværet – både oppfølging og forebygging. Det foreslås å starte innsatsen i to organisatoriske enheter, og gjennom dette høste erfaring som kan overføres til organisasjonen forøvrig.

## Medvirkning

Saken er diskutert med tillitsvalgte i månedlig møte mellom tillitsvalgte og direktør, og er forelagt til drøfting sammen med øvrige styresaker. Møtene ble gjennomført 17., 18. og 19.9.2018 for henholdsvis brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget. Samtlige møter sluttet seg til at saken forelegges styret til endelig behandling. Referater og protokoller fra møtene blir behandlet som egne referatsaker i styremøtet 4.10.2018.

## Vurdering

Det er noen faktorer vi vet er særlig viktig i arbeid med å redusere sykefravær:

1. Sykefraværarbeid må gjøres i samarbeid mellom ledere, vernetjeneste og tillitsvalgte. Den nasjonale intensjonsavtalen om Inkluderende Arbeidsliv er inngått mellom Regjeringen, arbeidsgiverorganisasjonene og arbeidstakerorganisasjonene. I det lokale IA arbeidet er derfor verneombud og tillitsvalgte sentrale aktører for legitimering og

forankring i organisasjonen.

2. Vi må skille mellom nødvendig fravær og unødvendig fravær. Nødvendig fravær er sykefravær som skyldes helseproblemer som fører til at vedkommende ikke kan jobbe for fullt. Vi bør konsentrere oss om det unødvendige fraværet; fravær som ikke skyldes sykdom, fravær som varer lenger enn nødvendig, fravær som kan forebygges. Unødvendig fravær kan skyldes både private forhold og forhold på arbeidsplassen.
3. Tiltakene må være behovsprøvd, kunnskapsbasert og systematisk implementert. Vi må ha fokus på hvordan vi jobber (arbeidsprosessene) og hvordan vi organiserer arbeidet.

## Konklusjon

Arbeid med reduksjon av sykefraværet er viktig for kvaliteten på UNNs tjenester både i forhold til våre pasienter, arbeidsmiljøet og enkeltindivider. Gjennom den foreslåtte planskissen og forsterket innsats fra både NAV og interne ressurser i Stabscenteret vil lederne i de to avdelingene gis mulighet til økt fokus og innsats for å redusere sykefraværet. Læringen fra dette arbeidet må overføres til resten av organisasjon.

Tromsø, 21.9.2018

Marit Lind (s.)  
konst. administrerende direktør

Vedlegg:  
Planskisse for styrket innsats høst 2018 – forebygging og oppfølging av sykefraværet

# Planskisse for styrket innsats høst 2018 – forebygging og oppfølging i sykefraværsarbeidet

## 1. Bakgrunn

Som et ledd i å ivareta kvalitet og arbeidsmiljø har UNN HF et overordnet mål om et sykefraværnivå på 7,5%. Sykefraværnivået i foretaket har over tid ligget høyere enn dette, og det må settes i verk tiltak for å nå virksomhetens målsetning.

Med utgangspunkt i kunnskapsgrunnlag om faktorer som påvirker sykefraværet (se vedlegg – Veien videre i UNNs arbeid med reduksjon av sykefravær), skal arbeidet med å redusere sykefraværet bestå av ulike, målrettede tiltak. Ledere skal gis støtte til tettere oppfølging av sykmeldte. I tillegg skal det, med utgangspunkt i kartleggingsarbeid som allerede er gjort, for eksempel gjennom ForBedring, vernerunder, utviklingssamtaler el. jobbes med sykefraværsfaktorer som påvirker hele arbeidsmiljøet, både i et forebyggende og reagerende perspektiv.

## 2. Mål og forventede resultater

### Resultatmål

Sykefravær på 7,5% i de utvalgte enhetene ved planperiodens slutt.

### Effektmål

- Å styrke ledere i det reagerende og forebyggende sykefraværsarbeidet.
- Å avklare arbeidsforhold der helsetilstand til den enkelte er uforenelig med jobbsituasjon, og legge til rette for bærekraftige løsninger.
- Satsning på helsefremmende arbeidsmiljø
- Å sikre at arbeidet med IA handlingsplan integreres i virksomhetens systematiske HMS-arbeid.
- Å gjøre IA- og HMS-arbeid kjent for alle medarbeidere.

## 3. Rammebetingelser og avgrensning

### Omfang og varighet

Arbeidet vil foregå fra september 2018 til mai 2019 og det må være en målsetning at satsningen etter dette er implementert og videreføres i daglig drift. Det foreslås å starte innsatsen i to organisatoriske enheter, og gjennom dette høste erfaring som kan overføres til øvrig organisasjon. Avdelingene det foreslås å starte med er:

- Akuttpost Tromsø (Psykisk helse og rus klinikken)
- AnOp Tromsø (Operasjons- og intensivklinikken)

Det er gjort en kartlegging av lederes administrative oppgaver. For at lederne skal ha mulighet til å følge opp sine ansatte, bør noe av trykket på administrative oppgaver tas ned. Tiltak i dette arbeidet beskrives ikke her.

### Type fravær

Ved forebygging og oppfølging av sykefravær må det skilles mellom nødvendig og unødvendig fravær. Nødvendig fravær er sykefravær som skyldes helseproblemer som fører til at vedkommende ikke kan jobbe for fullt (disease), og der arbeidsnærvær eller tilpasset arbeid ikke er medisinsk forsvarlig. I disse tilfeller følger leder opp den sykemeldte på vanlig måte, frem til den ansatte har helse til å gjenoppta arbeidet.

Unødvendig fravær er sykefravær der den objektive helsetilstanden alene ikke kan forklare fraværet. Det er her innsatsen på tettere oppfølging skal være. Eksempler på hvordan en leder kan identifisere hva som er unødvendig fravær kan være:

- Hyppig bruk av egenmeldinger
- Gjentakende kort- eller langtidsfravær
- Fravær som ser ut til å vare lenger enn nødvendig
- Fravær som er uavklart og/eller vanskelig å tilrettelegge for
- Andre forhold som lederne anser som vesentlige for fraværsbildet



- 1.kvadrant: Opplever god helse, og har ingen objektive tegn på sykdom
- 2.kvadrant: Objektive tegn på sykdom er tilstede, men opplever god helse
- 3.kvadrant: Har objektive tegn på sykdom, og opplever fravær av god helse
- 4.kvadrant: Har ingen objektive tegn på sykdom, men opplever ikke god helse

Unødvendig fravær kan skyldes både private forhold og forhold på arbeidsplassen. Arbeidsnærvær gir i de fleste tilfeller en bedre prognose for helseutfordringer, enn sykefravær. For å sørge for et helsefremmende arbeidsmiljø, må man jobbe med sykefraværet både for den enkelte og for hele arbeidsmiljøet; reagerende så vel som forebyggende.

## Definisjoner

Det kan ofte være utfordrende å definere hva som er «normal» mengde fravær, og hvor grensen går for at fraværet er så omfattende at man må følge det særskilt opp. Følgende definisjoner kan være retningsgivende for å vurdere dette.

**Hypig bruk av egenmeldinger:** Dersom det tas ut egenmeldinger en gang per måned i løpet av en halvårsperiode, ansees det som hypig. Dette er uavhengig av varighet på hver enkelt egenmelding.

**Korttidssykefravær:** 0-16 dager (også halve dager). Gjelder både lege- og egenmeldt.

**Langtidssykefravær:** Over 16 dager, inntil ett år.

**Hypig og/eller gjentakende langtidsfravær:**

- Når den sykmeldte har hatt langtidsfravær to ganger eller flere i løpet av en treårsperiode.
- Når en lengre fraværperiode avløses av jobb i 26 uker, for å så gå over i sykemelding igjen

## Ressursbruk

I planperioden legges det opp til en tett oppfølging av både sykefravær og arbeidsmiljøutfordringer. Dette innebærer at det settes av tid og ressurser for alle involverte; ledere, vernetjeneste, tillitsvalgte, klinikkdedikerte rådgiver, BHT, NAV. Det må settes av tid til dette arbeidet, og det vil kunne påvirke kapasiteten til andre oppdrag. Ledere må også påregne noe mer administrasjon i forbindelse med oppfølgingen, ettersom avtaler skal tilpasses mange involverte.

## 4. Innhold og tiltak

### Individnivå

Oppfølging av individuelt sykefravær vil være sentralt i å redusere det totale fraværnivået. Sykefravær som, uavhengig av gradering og om det er egen- eller legemeldt, gjentar seg, varer lenge, er vanskelig å avklare eller tilrettelegge for, skal følges tett opp. Ansatte som har en historie med gjentakende fravær, men som ikke har sykefravær per tiden, følges også opp.

### Organisatorisk nivå

En rekke faktorer kan påvirke sykefraværet på en arbeidsplass. For å jobbe forebyggende med sykefravær må man kartlegge disse faktorene, og finne tiltak som sørger for at faktorer som kan føre til dårlig arbeidsmiljø og uhelse ikke er til stede, og at de helsefremmende faktorene ivaretas eller etableres. Et godt utgangspunkt i dette arbeidet er resultatene fra ForBedring 2018, og handlingsplanene knyttet til denne. Aktuelle tiltak er avhengig av enhetens behov, og kan være kurs, opplæring, ulike arbeidsmiljøprosesser, risikovurderinger mv.

Det er viktig å håndtere eksisterende arbeidsmiljøutfordringer, før man går i gang med utviklingsarbeid innen samme område. Selv om det vil være avgjørende å jobbe med både det reagerende og det forebyggende sykefraværsarbeidet, vil iverksettelse av forebyggende tiltak der det er behov for reagerende/gjenopprettende tiltak, kunne føre til at arbeidsmiljøutfordringene eskalerer.

Tiltakene man velger i sykefraværsarbeidet bør ikke føre til økt belastning i arbeidsmiljøet.

## 5. Roller og ansvarsdeling

Rolleavklaring og ansvarsdeling vil bidra til både forankring av sykefraværsarbeidet, og en kvalitetssikring på gjennomføringen. Sykefraværarbeid må gjøres i samarbeid mellom ledere, vernetjeneste og tillitsvalgte. I det lokale IA arbeidet er derfor verneombud og tillitsvalgte sentrale aktører for legitimering og forankring i organisasjonen. KVAM-gruppa må derfor bidra til at den forsterkede satsningen forankres og gjøres kjent i enheten.

### Stabssjef:

Bestiller av «styrket innsats». Mottar statusrapport, pådriver for gjennomføring av tiltak. Fasiliterer fremdrift ved behov.

### Klinikksjef:

Klinikksjef for klinikken der den aktuelle enheten er organisert, har det overordnede ansvar for at sørge for at den styrkede innsatsen blir gjennomført.

### Arbeidsgruppe:

Planlegger tiltak basert på enhetens behov. Består av enhetsleder, verneombud, rådgiver LO, rådgiver BHT, rådgiver ALS. Andre?

## Leder:

Har ansvar for å kartlegge sykefraværet i egen seksjon/enhet, og med støtte fra stabene legge frem informasjon om det øvrige HMS-arbeidet (resultater fra ForBedring, utviklingssamtaler, vernerunder, aml-brudd, sykefraværsstatistikk, avviksstatistikk o.a.) for arbeidsgruppa. Beslutter i samarbeid med rådgivere fra PO og NAV hvilke tiltak som skal gjennomføres, og er ansvarlig for gjennomføringen av disse.

## Seksjon for lederstøtte og organisasjonsutvikling:

Klinikkdedikerte personalrådgivere bistår med lederstøtte i IA-arbeid og bistand i enkeltsaker der det er behov for lederstøtte.

## Bedriftshelsetjenesten:

Fungerer som koordinator. Bistår i kartlegging og utvelgelse av tiltak. Kalles inn til alle oppfølgingsmøter.

NAV: Bistår med veiledere fra Arbeidslivssenteret og NAV Tromsø i oppfølgingsaker, samt med tiltak på gruppenivå.

	Leder	LOU	BHT	NAV ALS	Nav Tromsø
<b>Rolle og ansvar</b>	Personalansvar. Beslutningsansvar.	Råd og veiledning. Lederstøtte.	Råd og veiledning. Fri og uavhengig rolle.	Råd og veiledning	Råd og veiledning i enkeltsaker
<b>Kartlegging ansatte med fravær</b>	Ansvarlig	Skal bistå	Skal bistå	Kan bistå	
<b>Oppfølgingsmøter ansatte</b>	Ansvarlig	Skal bistå Lederstøtte	Skal bistå	Kan bistå	Bistår ved langtidsfravær.
<b>Kartlegging arbeidsmiljøfaktorer</b>	Ansvarlig	Skal bistå: Aml-brudd Sykefraværsstatistikk	Skal bistå i valg av metode og gjennomføring		
<b>Valg av tiltak arb.miljø</b>	Ansvarlig. Vurderer i samarbeid med arbeidsgruppa hvem som skal bistå.	Skal bistå	Skal bistå med faglige innspill til valg av tiltak	Kan bistå	
<b>Gjennomføring av arb.miljøtiltak</b>	Ansvarlig	Lederstøtte	Skal bistå i gjennomføring, prosessveiledning, leveranse av tiltak	Kan bistå, kan levere tiltak	

## 6. Kritiske faktorer

- At leder har tid til og kunnskap om sykefraværarbeid
- Reell forankring hos interessentene
- Mulighet for tilstrekkelig ressursuttak fra støtteapparatet
- Tilstedeværelse enkeltpersoner (rådgivere, ledere, VO)
- At det individ og systemtiltak sees i sammenheng
- At man velger riktige metoder til situasjonen

## 7. Om å analysere sykefraværet (fra Fafo-rapport 2018)

For å kunne forstå mekanismene i sykefraværet, kan man ikke bare ha oppmerksomhet rettet mot sykefraværstallene og registrere hvordan tallene utvikler seg. Man må forsøke å gå bak tallene og finne ut hva sykefraværet skyldes, hvem som er (mye) syke og hvorfor. Det er en rekke forhold en arbeidsgiver må forholde seg til for å kunne følge opp sykefraværet på en hensiktsmessig måte.

- Skyldes sykefraværet jobbrelaterte forhold, og hva kan arbeidsgiver i så fall bidra med for å forhindre det?
- Eller skyldes sykefraværet forhold som ikke er arbeidsrelaterte, som ofte er tilfellet med alvorlig sykdom?
- Skyldes sykefraværet noe i privatsfæren og som virker inn på arbeidsevnen, men som strengt tatt ikke berettiger til sykmelding?
- Har ansatte plager, for eksempel vondt i ryggen, som likevel er forenlig med en (viss) arbeidsaktivitet og kanskje til og med lettere går over dersom man er i aktivitet?
- Hvilke syke ansatte vil ha nytte av å være i aktivitet, og hvilke har best av å få «være i fred» i sykdomsperioden?
- Er det noen som har mye sykefravær, mens de fleste alltid kommer på jobb – og hvorfor er det slik?
- Hvorfor har noen tilbøyelighet til å ta ut egenmeldingsdager i forbindelse med helger eller inneklemt dager?
- Hvorfor blir noen tydeligvis syke av jobben mens de aller fleste ikke blir det?
- Og når noen ansatte over mange år har hatt jevnlig perioder med lange sykefravær: hvordan skal arbeidsgiver kunne bistå for å forebygge ytterligere sykefravær? Hvordan kan disse hjelpes tilbake i arbeid, gitt at de er kommet inn i en lite heldig arbeidssituasjon?

Ved å analysere det ofte svært varierende sykefraværsmønsteret blant de ansatte, får arbeidsgiver et bedre bilde av hvilket handlingsrom som finnes for å påvirke sykefraværet. Virksomhetene analyserer sykefraværet, og vet bedre hvor kreftene bør settes inn. De vet dermed også mer om hvilke typer av tilrettelegging som eventuelt kan være egnet i den enkelte sykefraværssak. Dette tar administrativ tid, men våre tilbakemeldinger fra virksomhetene er at dette tar tid til å begynne med; når sykefraværet først er redusert til et akseptabelt nivå, er det ikke lenger så mange som skal følges opp.

Dilemma ved kort versus langt fravær

	+	-
--	---	---



Kort, egenmeldt	- Blir oftere av kortere varighet enn legemeldt, vurderer formen fra dag til dag.	- Uforutsigbart og vanskelig å planlegge driften
Langt, legemeldt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lettere å planlegge driften når man «vet» hvor lenge fraværet vil vare</li> <li>- Et langt fravær fører til lavere kostnader for virksomheten enn mange korte innenfor arbeidsgiverperioder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dersom man får sykemelding på en uke hos legen, blir man oftest borte hele sykmeldingsperioden.</li> <li>- Mer legitimt fravær, ansvar forskyves fra ansatt til sykemelder</li> <li>- Statistisk sett reduseres sannsynligheten for å vende tilbake til eget eller annet arbeid ved økende fraværslengde</li> </ul>

## Vedlegg: Veien videre i UNNs arbeid med reduksjon av sykefravær

Inkluderende Arbeidsliv (IA) – hva betyr det? Og hvordan kan vi styrke arbeidet med forebygging og oppfølging av sykefravær i UNN?

Avtalen om Inkluderende Arbeidsliv (IA) har tre målsetninger:

- i) å redusere sykefraværet
- ii) beholde/rekruttere personer med nedsatt funksjonsevne, og
- iii) yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med tolv måneder

Arbeidslinja og inkluderingsstrategien står sterkt i Norge, og både lov- og avtaleverk bygger opp under tanken om at flest mulig skal kunne delta i arbeidslivet. Det diskuteres med jevne mellomrom om delmål 2 og 3 kan oppleves som en motsetning i forhold til målet om redusert sykefravær. Men det er likevel organisasjoner/enheter som evner å utnytte handlingsrommet slik at de over tid kan vise til lavere sykefravær enn sammenlignbare organisasjoner/enheter. Hva er det disse organisasjonene gjør?

### Hva har vi?

Solveig Osborg Ose: Sykefravær, HMS og inkludering (Gyldendal forlag 2016)

Fafo-rapport: Sykefravær i kommunale og private sykehjem og renholdsvirksomheter (Lien og Bogen, 2018): <http://www.fafo.no/images/pub/2018/20669.pdf>

IdeBanken; [www.idebanken.no](http://www.idebanken.no)

Fafo rapport Arbeidsmiljø i norske sykehus (Trygstad og Andersen, 2014)

<https://www.fafo.no/images/pub/2015/20422.pdf>

Arbeidsmiljøarbeid i norske sykehus (Arbeidstilsynet 2014)

<https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/om-oss/forskning-og-rapporter/rapporter-fra-tilsynsprosjekter/arbeidstilsynets-revisjoner-i-norske-sykehus.pdf>

Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2018 (STAMI/NOA, 2018)

<https://stami.no/content/uploads/2018/06/Faktaboka-2018.pdf>

Arbeid for helse, sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren (NOU, 2010:13)

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7ba70753a7514df58b625f35c27da6fd/no/pdfs/nou201020100013000dddpdfs.pdf>

### UNN interne dokumenter

Tettere på, rapport om sykefravær i UNN fra 2015

ForBedring 2018

IA mål og handlingsplan for UNN:

For å få til et godt og inkluderende arbeidsliv skal alle enheter i UNN konkretisere IA arbeidet ved å utarbeide egne handlingsplaner. Planer kan gjelde for 2018 – 2019 og skal minimum beskrive enhetenes arbeid i forhold til mål og aktiviteter knyttet til IA-arbeid:

- Gjennomføring og oppfølging av ForBedring
- Gjennomføring av utviklingssamtaler
- IA opplæring for ledere med personalansvar, tillitsvalgte og verneombud
- Personalhåndbokens kapittel Helse – Sykdom skal gjennomgå av alle medarbeidere
- Oppfølging av gravide arbeidstakere
- Forebygging og håndtering av trusler og vold
- Enheter med sykefravær over 7,5% skal ha spesielt fokus på å redusere dette

### Hva vet vi er viktig?

1. Sykefraværarbeid må gjøres i samarbeid mellom ledere, vernetjeneste og tillitsvalgte. Den nasjonale intensjonsavtalen om Inkluderende Arbeidsliv er inngått mellom regjeringa, arbeidsgiverorganisasjonene og arbeidstakerorganisasjonene. I det lokale IA arbeidet er derfor verneombud og tillitsvalgte sentrale aktører for legitimering og forankring i organisasjonen.
2. Vi må skille mellom nødvendig fravær og unødvendig fravær. Nødvendig fravær er sykefravær som skyldes helseproblemer som fører til at vedkommende ikke kan jobbe for fullt. Vi bør konsentrere oss om det unødvendige fraværet; fravær som ikke skyldes sykdom, fravær som varer lenger enn nødvendig, fravær som kan forebygges. Unødvendig fravær kan skyldes både private forhold og forhold på arbeidsplassen.
3. Statens Arbeidsmiljøinstitutt ved direktør Pål Molander, sier følgende om hva som skal til for at innsatsen skal få effekt:  
*«Tiltakene må være behovsprøvd, kunnskapsbasert og systematisk implementert. Det vil si at arbeidsmiljøarbeidet handler egentlig om arbeidet og konteksten dette utføres i: Hvordan man jobber og hvordan dette er organisert!»*

### Handlingsrom for redusert sykefravær

STAMI fremmer følgende faktorer som viktige for et godt arbeidsmiljø:

- Reduksjon av rollekonflikter
  - Samspill mellom krav og kontroll
  - Sosial støtte fra leder
  - Sosial støtte fra medarbeidere
  - Samspill innsats og belønning
  - Rettferdig ledelse
  - Bemyndigende ledelse
  - God kultur og godt klima
  - Jobbengasjement
  - Jobbsikkerhet
  - Arbeidstidsforhold
  - Samt reduksjon av mekaniske, biologiske, fysiske og kjemiske forhold der det er aktuelt
- **Og dette handler om hvordan arbeidet utføres.**

Vi vet også at det ikke kan vises til effekt av tiltak som trening i arbeidstiden, stressmestringskurs mv. dersom disse tiltakene gjøres generelle overfor alle arbeidstakere. Det betyr ikke at enkeltindivider ikke kan få god effekt på sin helse ved økt aktivitet.

Ifølge leder.no kan disse ingrediensene øke trivselen på alle arbeidsplasser:

- En følelse av arbeid som betyr noe
- Tilstrekkelig varierte og spennende arbeidsoppgaver og utfordringer
- Utviklingsmuligheter
- At man blir sett, lyttet til og verdsatt
- At man har forventninger og krav til seg
- Humor og latter i arbeidsdagen
- Samhold og fellesskap
- Mestring av arbeidet
- God kommunikasjon med leder
- Tillit til leder
- Klare forventninger og krav til arbeidet
- Trygghet og forutsigbarhet i ansettelsesforholdet
- Hjelpsomme kolleger
- Romslighet, takhøyde og «lov til å ha en dårlig dag»

*Kilde: leder.no*

Det svenske fagforbundet *Jusek* syntes det var mye fokus på forebygging av risiko og uhelse i arbeidsmiljøarbeidet og mindre fokus på det som allerede er positivt. Derfor spurte de 2000 svenske arbeidstakere hva som gir dem trivsel på jobben.

Undersøkelsen viste at to av tre var fornøyde med jobben. En fjerdedel var nøytrale mens en tiendedel var misfornøyde.

Svarene er oppsummert i de fem viktigste grunnene til at folk trives på jobben. I tillegg til råd for hvordan arbeidsgivere kan få til dette:

### **1. God balanse mellom arbeid og fritid. Og god balanse i livet.**

Manglende balanse hadde negativ effekt på trivselen. Særlig hvis jobben påvirket privatlivet på en negativ måte. Blant annet var trivselen størst hos de som jobbet 30–49 timer i en normal uke. I stedet for å premiere mange arbeidstimer bør arbeidsgivere tenke langsiktig og etablere en kultur for rettferdighet, effektivitet og balanse.

### **2. God utnyttelse av kompetanse og utløp for kreativitet.**

Dette innebærer at arbeidsoppgavene er utfordrende og utviklende. De ansatte lærer stadig noe nytt, og det er rom for å være kreativ. Velg derfor ledere som evner å se medarbeiderne og kan utvikle virksomheten ved å utvikle medarbeiderne.

### **3. Støttende og tilstedeværende leder.**

De ansatte trives bedre når de føler at de får den løpende støtten de trenger fra nærmeste leder for å utføre oppgavene. Den gode støtten innebærer for eksempel avklaring av forventninger,

tilbakemeldinger underveis og samtaler om stress og balanse i livet. Nærmeste leder bør derfor få tid til å støtte de ansatte, både profesjonelt og menneskelig.

#### 4. Rettferdig behandling og effektiv virksomhet.

De som føler at arbeidsgiveren behandler de ansatte rettferdig og driver virksomheten på en effektiv måte, har høyere trivsel på jobb enn andre.

#### 5. Gode kollegaer.

De som trives med kollegaene sine, både sosialt og yrkesmessig, har høyere trivsel enn andre. Derfor er det viktig å prioritere medarbeiderskap. I tillegg må hver enkelt medarbeider være klar over at de har et ansvar for å forstå seg selv, hva som driver dem og hvilke behov de har.

I en FAFO-rapport fra 2018 (Lien og Bogen: sykefravær i private og kommunale sykehjem og renholdsvirksomheter) er det fokusert på virksomheter som hadde lavere sykefravær enn gjennomsnittet (av sykehjem og renholdsvirksomheter). Det kom frem at virksomhetene med lavt sykefravær over tid hadde tre ulike typer av tiltak.

*«For det første hadde disse virksomhetene tett oppfølging av sykefravær og de sykmeldte ved at de ble fulgt opp tidlig i sykefraværforløpet. De hadde dessuten kartlagt sykefraværet nøye og hadde dermed god oversikt over årsakene til fraværet. Denne innsikten ga muligheter for tilrettelegging tilpasset den enkelte sykmeldtes behov. I tilfeller der tilrettelegging ikke viser seg å ha noen effekt på sykefraværet, foreslås det at arbeidstaker selv må ta ansvar for situasjonen ved enten å gå ned i stillingsstørrelse, starte en prosess med helt/delvis uføretrygding eller ser etter annet arbeid.*

*For det andre vektla lederne i disse virksomhetene et godt arbeidsmiljø som et forebyggende sykefraværstiltak. Et godt arbeidsmiljø innebærer både plikter og rettigheter og et felles ansvar for å sørge for et forsvarlig fysisk og psykisk arbeidsmiljø. De ansatte ble i større grad enn de ble før gjort oppmerksom på konsekvensene av fravær og viktigheten av at den enkelte kommer på arbeid med sin kompetanse og erfaring. Livsstil og fysisk aktivitet er også et tema lederne tar opp med sine ansatte.*

*For det tredje utnyttet lederne handlingsrommet de har for omdisponering av ressurser – eksempelvis ved å omgjøre vikarmidler til faste stillinger og fordele ressursene der det er mest behov for dem til enhver tid, blant annet ved at ansatte må jobbe på tvers av avdelinger. «.*

#### Hva kan NAV bidra med?

NAV har gitt tilbakemelding om at de vil stille med forsterket innsats for å jobbe med sykefravær i UNN. Dette innebærer at de både stiller ressurser fra NAV Arbeidslivssenteret og NAV-kontoret til disposisjon. NAV har i epost beskrevet at de gjennom **NAV Arbeidslivssenter (ALS)** tilbyr veiledning, rådgiving og opplæring til ledere, tillitsvalgte og verneombud, og kan også bistå i personalgrupper innen:

Generell IA-informasjon

- Roller i IA-arbeidet: Ledere, tillitsvalgte og verneombud

Sykefravær – oppfølging og avklaring:

- Veiledning og opplæring i sykefraværarbeid – oppfølging og dokumentasjon
- Veiledning og bistand i samtaler/enkeltsaker
- Arbeidsgiverlosen – spesialrådgiver innen psykisk helse (veiledning og bistand)
- Informasjon om plikter og rettigheter (for partene og alle ansatte)
- Informasjon om virkemidler/tilrettelegging
- Best iLag – gruppebasert tilbud til ansatte med utfordrende arbeidstilknytning
- 

Forebygging, arbeidsmiljø/helsefremmende arbeidsplass:

- Helsefremmende arbeidsplasser
  - Helsefremmende ledelse
  - Medarbeiderskap
- Fasilitering av arbeidsmiljøprosesser – oppfølging av kartlegging, bruk av dialogbaserte metoder, f.eks. dialogspill
- Kommunikasjon
- Kursene «Sees i morgen»
  - Psykiske helseproblemer – konsekvenser og gode grep på jobb
  - Psykiske reaksjoner ved omstilling og stress
  - Snakk om det – samtalen som verktøy
  - Konflikthåndtering
  - Problematisk bruk av rusmidler og spill i arbeidslivet
- iBedrift/HelseArbeid – god jobbhverdag, tross plager (for alle ansatte)
- Best iLag lederutvikling

Og **NAV Tromsø** skal prioritere dialogmøter mellom ansatte og ledere på UNN svært høyt. Ambisjon er at alle sykmeldte som passerer 20 uker skal gjennomføre dialogmøte. NAV ønsker å gjennomføre disse møtene tidlig. Videre er NAVs ambisjon at disse møtene skal gjennomføres på UNN.

Unntak:

- medarbeidere som har en så alvorlig medisinsk situasjon at møtet er uhensiktsmessig eller umulig å gjennomføre.
- tilfeller der det er overveiende sannsynlig at medarbeideren vil komme tilbake i jobb i løpet av kort tid. Vurderingen av unntak skal være meget streng.

Videre vil NAV Tromsø ta initiativ til dialogmøter i tilfeller hvor medarbeidere på UNN er gradert sykmeldt. NAV har erfart at dette gjerne er en gruppe som «går under radaren», slik ønsker NAV ikke at det skal være.

I tillegg til ovennevnte vil NAV bruke sin erfaringsbaserte kunnskap om sykmeldte til å gi ledelsen på UNN strategisk informasjon og forslag til endringer som kan bidra til å forebygge/reducere sykefravær.

### Plan for styrket innsats høsten 2018

Vi legger opptil styrket innsats både hva gjelder forebygging og oppfølging av sykefraværarbeidet. UNN har over mange år hatt et stabilt, men høyt sykefravær. Ulikhetene innad i organisasjonen er store. Det seneste året har vi hatt særskilt fokus på seksjoner/enheter med særlig høyt sykefravær, uten at vi på overordnet nivå kan se effekt av dette. Fra stabssenteret vil vi bidra inn i arbeidet med våre personalrådgivere, rådgiver fra bedriftshelsetjenesten og med støtte fra øvrige fagområder i senteret (kommunikasjon, personal, lønn mm). Arbeidet bør ses i sammenheng med kartleggingen som er gjort av administrative oppgaver lederne utfører, og hvordan vi kan frigjøre tid for lederne til

å drive aktivt sykefraværarbeid – både oppfølging og forebygging. Det foreslås å starte innsatsen i 2 organisatoriske enheter, og gjennom dette høste erfaring som kan overføres til øvrig organisasjon.

Innsatsen vil gjennomføres i et samarbeid mellom:

NAV Arbeidslivssenter

NAV Tromsø

Stabssenteret (i hovedsak Bedriftshelsetjenesten og personalrådgivere)

Fra de organisatoriske enhetene: Leder, verneombud og tillitsvalgte

➤ **Og ledes av (BHT**

*Vi velger i første omgang ut to organisatoriske enheter hvor vi tilbyr forsterket bistand/oppfølging.*

*Valg av organisatoriske enheter forankres hos klinikkledelsene.*

Viktige spørsmål å avklare i oppstarten:

1. Hvordan definerer leder, verneombud og tillitsvalgte hms-arbeid i enheten? Hva er viktig for dem? Hva forteller ForBedring 2018 oss?
2. Hva er det unødvendige sykefraværet på denne enheten?
3. Hvordan skal vi sikre at partene har nok tid til å forebygge og følge opp sykefraværet? Det kan for eksempel være å avlaste leder for andre oppgaver, øke frikjøp for tillitsvalgte og øke avsatt tid for verneombudet til å ivareta rollen.

Økt fokus på sykefraværarbeid i alle klinikkene:

Punkt 6.1.2 i oppdragsdokumentet sier at vi skal:

*Redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 %, og å holde korttidsfravær mindre enn 2 %. Redegjøre særskilt for tiltak ved fravær over 10 %.*

Personalrådgiverne skal monitorere utviklingen i sykefravær i klinikkene. Dersom en enhet har høyere enn 10% sykefravær skal personalrådgiver kontakte leder for enheten med tilbud om bistand. (Tidligere har vi ikke aktivt tatt kontakt med enheter som har sykefravær over 10%, men ventet på initiativ fra leder.) Tiltakene skal synliggjøres i dialogavtalen.

Gøril Bertheussen, stabssjef, 30. august 2018



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
80/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Jon Henrik Mathisen		Saksbehandler: Per Øivind Sørgård

## Strukturelle endringer i ambulansetjenesten ved UNN

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar status i saken til orientering, og ber om at direktøren fullfører den tidligere bestilling i saken.
2. Styret ber om å få seg forelagt egen sak knyttet til sikring av kompetansekrav, arbeidstidsordninger og rekruttering.

### Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har siden 2014 behandlet organisering av ambulansetjenesten ved flere anledninger (vedlegg 1). Hovedretningen er at vi skal prioritere aktiv pasientbehandling noe høyere enn beredskap og at vi skal utarbeide en plan for gradvis endring av ambulansetjenesten. Endringen skal ta høyde for endrede kompetansekrav, behov for rekruttering og arbeidstidsordninger. Dette innebærer et behov for strukturelle endringer i retning av færre og større stasjoner der det er hensiktsmessig.

### Formål

Formålet med saken er å følge opp styresak 108/2014, 38/2015, 25/2017 og 59/2018 for å gi styret oversikt over planlagte endringer i bilambulansetjenesten.

### Saksutredning

Akuttmedisinsk klinikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har gjennomgått dagens ambulansestasjonsstruktur. Sammenstilling og vurdering av de enkelte innspill er gjort på avdelingsnivå. Etterfølgende områder har vært spesielt belyst i arbeidet:

- Ambulansestasjonsstruktur
- Rekruttering av ambulansarbeidere og faglig utvikling
- Turnus og arbeidstidsordninger

Dagens ambulansestasjonsstruktur er stort sett slik den har vært siden fylkeskommunene overtok ansvaret på begynnelsen av 1990-tallet. UNNs måloppnåelse for kvalitetsindikator *responstider* finnes tilgjengelig på [Helsenorge.no](http://Helsenorge.no).



## **Forholdet mellom akuttberedskap og transportkapasitet**

Ambulansetjenestens akuttberedskap ivaretar befolkningens trygghet for å få hjelp i akutte og livstruende situasjoner. Akuttberedskapen dekkes hovedsakelig av ambulanser på stasjoner med døgnberedskap etter en struktur for kortest mulig responstid. For å redusere risiko for samtidighet og i best mulig grad ivareta akuttberedskap, har vi reservert kapasitet på dag/ettermiddag til «grønne» ambulanseoppdrag som krever behandling (pasienter som skal forflyttes mellom helseinstitusjoner, hjem, legekontor, sykehus). Større interkommunale legevakter gjør at behovet for ambulansetjeneste øker. For å sikre tilgjengelighet og utnytte kapasitet vurderer vi derfor at dagambulanser forflyttes til hoved traséen (E6/E10) mellom sykehusene i UNN. Dette gjelder for dagambulansen i Lødingen som planlegges flyttet til Evenskjer så snart praktiske forhold på stasjonen er lagt til rette for det. Dagambulansen i Salangen planlegges flyttet til Setermoen når ny stasjon står klar i slutten av 2019.

## **Endring i stasjonsmønster**

Senja har i dag tre ambulansestasjoner. Det er bygget ny stasjon på Nord-Senja (Ersfjord) og de to stasjonene i henholdsvis Gryllefjord og Tranøybotn følger ikke dagens bygningskrav, og har kontrakter som eventuelt må ut på nytt anbud. I den forbindelse har vi utredet å slå sammen disse til én stasjon. Det vil i så fall medføre at begge bygdene får dårligere responstid, mens andre steder på Senja får bedre. UNN vil samarbeide med «Nye Senja kommune» for å utarbeide felles ROS-analyse, plan og kompenserende tiltak. Målet er at dette skal være klart før ferien 2019.

I forbindelse med åpning av Hålogalandsbrua blir det kortere avstand mellom Bjerkvik og Narvik. Leieforholdet for ambulansestasjonen i Bjerkvik er sagt opp av Narvik kommune. Dagambulansen opprettholdes, men vurderes samlokalisert med ambulans bilen stasjonert i Gratangen så snart tilpasninger på stasjonen er gjennomført. Dette er en midlertidig løsning som skal evalueres i forbindelse med Nye UNN Narvik og når vi ser effekten av bedre dagambulanseberedskap på Evenskjer.

Fremtidig endring i ambulansestasjonsmønster bør være knyttet opp mot leieavtaler. Disse har i de fleste tilfeller en leietid på 10 år og dette vil gjøre at en får en rullerende plan som vil gi større grad av forutsigbarhet.

## **Oppsummert planlegger Akuttmedisinsk klinikk følgende strukturelle endringer:**

Antall ambulanserbiler opprettholdes på dagens nivå men det planlegges endringer på stasjonsingssted for noen dagambulanser. Antallet ambulansestasjoner kan reduseres med 2 i forbindelse med sammenslåing.

1. Døgnambulanse i Lødingen opprettholdes som tidligere mens dagambulansen planlegges flyttes til Evenskjer og beredskap på dagambulanser på stasjonen Evenskjer tilpasses til tidsrommet 8-22. Ingen endring i antall ambulanser.
2. Dagambulanse i Bjerkvik samlokaliseres inntil videre på ambulansstasjon i Gratangen i forbindelse med åpning av Hålogalandsbrua. Ingen endring i antall ambulanser.
3. Døgnambulanse i Salangen opprettholdes mens dagambulanse flyttes til Setermoen og beredskapstid på denne utvides. Arbeidstiden endres så snart som praktisk mulig. Flytting planlegges i forbindelse med ny stasjon på Setermoen. Ingen endring i antall ambulanser.
4. Beredskapen som i dag er på ambulansstasjonene i Gryllefjord og Stonglandseidet vurderes samlokaliserte. Det skal før beslutning tas gjennomføres en ROS analyse i lag med nye Senja kommune. Arbeidet må være ferdigstilt før sommeren 2019 for at prosessen kan slutføres og ny organisering kan være på plass første halvår 2020.

5. Ambulansetjenesten i Karlsøy må ses i sammenheng med nytt tilbud på ambulansesbåt som skal være i drift fra mars 2020 og da i samhandling med Karlsøy kommune. Det nedsettes felles arbeidsgruppe for arbeidet.

## Medvirkning

Innspill til planarbeidet er gjort i ambulanseseksjonene og forankret i seksjonens KVAM-gruppe. Sammenstilling, vurdering av de enkelte innspill og innstilling til løsning er gjort på avdelingsnivå, som er forankret i avdelingens KVAM-utvalg. Før endelige beslutninger tas av klinikken skal de ulike planene drøftes i henhold til omstillingsprosedyrer i UNN. Saken er forelagt kommunene rundt Senja i egen høring. Kommunene har i ettertid kommet med forespørsel om UNN kan utsette prosessen til etter at Senja kommune er etablert i 2020. Det har også vært dialog med Narvik kommune vedrørende ambulansestasjon i Bjerkvik. Det har vært gjennomført orienteringsmøte med Lavangen og Salangen kommune 12.3.2018, Lødingen kommune 7.8.2018 og «Senja-kommunene» 7.9.2018.

I tillegg er saken forelagt Brukerutvalget 12.9.2018, ansattes organisasjoner og vernetjenesten 18.9. og Arbeidsmiljøutvalget 19.9.2018 i egne drøftings- og medvirkningsmøter. Protokoller og referater fra disse møtene behandles av styret som egne referatsaker 4.10.2018.

Ansattes organisasjoner var spesielt opptatt av at det blir lagt til rette for lokale drøftinger som en del av den videre prosessen. Klinikksjefen imøtekom dette ønsket, og presiserte at dette er en sak som tar sikte på å opplyse styret om status i arbeidet med tilpasning av ambulansetjenestestrukturen i tråd med styrets tidligere vedtak.

For øvrig sluttet møtene seg til at saken blir forelagt styret til behandling som planlagt.

## Vurdering

Akuttmedisinsk klinikk har fremlagt en orienteringssak som er i tråd med tidligere styrebehandlinger om langsiktig utvikling i ambulansetjenesten. De planlagte strukturelle endringene håndteres innenfor dagens rammer og legger til rette for å redusere fremtidig kostnadsøkning. Arbeidstidsordninger og rekruttering har direkte konsekvens for økonomi. Det er derfor nødvendig at direktøren legger frem en egen sak i forbindelse med budsjettarbeid 2020, ved rullering av langtidsplanen.

Styret anbefales å ta saken til orientering, herunder at forholdene rundt rekruttering og arbeidstidsordninger vil bli fremmet i en egen sak i forbindelse med budsjett 2020.

Tromsø, 21.9.2018

Marit Lind (s.)  
konstituert administrerende direktør

Vedlegg: Tidligere vedtak i ambulansestructursaken 2014-2018

## Vedlegg

### Tidligere fattede vedtak i ambulansesstruktursaken:

#### Styresak 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.*

#### Styresak 38/2015 Orienteringssaker – muntlig orientering nr. 9 Ambulanseberedskap – langsiktig bestilling.

*Styret tok saken til orientering.*

På bakgrunn av denne styresaken utarbeidet Akuttmedisinsk klinikk *Utredning om mulig endret ambulansesstruktur 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 femårsperioden. Både bil- og båtambulansetilbudene skal vurderes, og det skal utarbeides en økonomisk langtidsplan for virksomheten.*

Klinikken arbeidet videre med tiltak og langtidsplan og fremmet en ny sak til styret for å forankre fremtidige beslutninger.

#### Styresak 25/2017 Langsiktig utvikling av ambulansetjenesten.

- 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 2018 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 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 kvalitetsindikatorene for responstider.*
- 5. Direktøren bes orientere styret i en skriftlig orienteringssak før det fattes konkrete beslutninger om endringer i stasjonsstrukturen i ambulansetjenesten.*

#### Styresak 59/2018 Orienteringssak- skriftlig orientering nr.1 Orientering om strukturelle endringer i ambulansébåttjenesten.

*Styret tok orienteringssaken til orientering*



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
81/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Orienteringssaker

#### Innstilling til vedtak

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

#### *Muntlige orienteringer*

1. Pasienthistorie
2. Status i rekrutteringsarbeidet til ny direktør

Tromsø, 26.9.2018

Marit Lind (s.)  
konst. administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
82/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Referatsaker

#### Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i kvalitetsutvalget, datert 28.8.2018
2. Brev fra Sør-Troms regionråd og Ofoten regionråd, datert 11.9.2018
3. Referat fra møte i brukerutvalget, datert 12.9.2018
4. Referat fra møte i brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 17.9.2018
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 18.9.2018
6. Protokoll fra arbeidsmiljøutvalget, datert 19.9.2018
7. Protokoll fra drøftingsmøte nr 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 26.9.2018
8. Brev fra overlegekollegiet ved UNN Harstad vedrørende bekymringsmelding angående bemanningssituasjonen ved ortopedisk seksjon UNN Harstad, datert 27.9.2018
9. Brev fra UNN Tromsø vedrørende bemanningssituasjonen ved ortopedisk seksjon UNN Harstad, datert 28.9.2018
10. Brev fra Salangen kommune og Lavangen kommune vedrørende ambulansesituasjonen, datert 1.6.2018
11. E-post fra Salangen kommune vedrørende ambulansesituasjonen, datert 18.6.2018
12. Svar på brev til Salangen kommune og Lavangen kommune angående ambulansesituasjonen ved UNN HF, datert 22.6.2018
13. E-post fra Salangen kommune vedrørende ambulansesituasjonen, datert 17.9.2018
14. Brev fra UNN Tromsø - svar vedrørende ambulansesituasjonen, datert 1.10.2018
15. Saksprotokoll fra Harstad kommunestyre vedrørende ambulansebåt, datert 27.9.2018
16. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Stortingets president vedrørende UNNs planer om å fjerne ambulansestasjonene på Stonglandseidet og i Gryllefjord, datert 2.10.2018
17. Svarbrev fra Salangen kommune til UNN vedrørende ambulanseberedskap, datert 3.10.2018

18. Uttalelse fra Støtteforeningen for Harstad sykehus vedrørende ambulansebåten, udatert
19. Uttalelse fra Harstad Eldreråd vedrørende prøvekjøring av planlagt ambulansetjeneste, udatert

Tromsø, 3.10.2018

Marit Lind (s.)  
konst. administrerende direktør



## Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

**Tid:** Tirsdag 28.8.2018 12.30-14.30

**Sted:** Styrerommet PET-senteret – UNN Breivika G-914

<b>Tilstede</b>	Konst. KVALUT-sjef Konst. viseadministrerende direktør Leder Brukerutvalget Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Seksjonsleder Ortopedisk avdeling Konst. Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Klinikksjef K3K Foretaksverneombud Seksjonsleder laboratoriemedisin Narvik Rådgiver Kvalitetsavdelingen  Smittevernoverlege	Elin Gullhav Einar Bugge ( <i>vara</i> ) Kirsti Baardsen Tonje Drecker May-Liss Johansen Per Ivar Kaaresen Rolv-Ole Lindsetmo Einar Rebni Lene Finsveen Lena Oprand Heggelund Torni Myrbakk
<b>Forfall</b>	Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Konst. administrerende direktør	Magnus P. Hald Marit Lind
<b>Øvrige</b>	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Medisinsk fagsjef KVALUT (deler av møtet) Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Rådgiver Kvalitetsavdelingen Rådgiver Stab Psykisk helse- og rusklinikken	Grete Åsvang Haakon Lindekleiv Mette Fredheim Line Lura Fred Emil Bjerke
<b>Referent</b>	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
21/18	<b>Godkjenning av sakliste og referat fra KU-møtet 5.6.2018</b> ( <i>ephorte 2018/100</i> )	
	Godkjent referat vedlagt	Elin Gullhav <b>12.30-12.35</b>
	Referatet ble godkjent uten endringer.	
22/18	<b>Revidert revisjonsprogram</b>	
	<u>Orienteringssak</u>  <i>Saksfremlegg vedlagt</i> <i>Vedlegg (2) vedlagt</i>	Hege Signete Fredheim-Kildal  Grete Åsvang <b>12.35-12.45</b>

	<p>Grete Åsvang orienterte om endringer, status og fremdrift i revisjonsprogram 2018 – 2020.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Første interne revisjonskurs ble gjennomført 27. - 28.8.2018, med 17 deltakere. Neste kursdato i november, også snart fulltegnet (maks 20).</li> <li>• Kvalitetsavdelingen prøver ut egeninspeksjon som revisjonsmetode på foretaksnivå i 2018.</li> <li>• Prosess for utvikling av revisjonsprogram på klinikknivå vil bli utarbeidet i samarbeid med klinikkene.</li> </ul> <p>Kvalitetsutvalget tar saken til orientering.</p>	KA
23/18	<p><b>Statistikk over avvik foretaksnivå</b></p> <p><u>Orienteringssak</u></p> <p>Statistikk over avvik foretaksnivå.</p> <p><i>Muntlig presentasjon og PP-presentation fremvises i møtet</i></p>	<p>Line Lura</p> <p>12.45-13.00</p>
	<p>Oppfølging av KU-sak 41/17.</p> <p>Kvalitetsutvalget ble presentert statistikk over avvik hittil i 2018 sammenlignet med samme periode i 2017. Det er fortsatt en jevn økning i antall meldte pasienthendelser. Kvalitetsutvalget ønsket en oppfølgende presentasjon der samme oversikt vises på klinikknivå.</p> <p>Det var enighet om at man må gå detaljert inn i avvikene innen de ulike fagområdene for å analysere om det kan iverksettes tiltak på systemnivå. Det kan være en mulighet å gi smittevernkomiteen og legemiddelkomiteen i oppgave å analysere avvikene innenfor sine respektive fagområder, for å se om det gir verdifull informasjon til forbedringsarbeid.</p> <p><b>Oppfølging</b> Kvalitetsavdelingen utarbeider en oversikt på klinikknivå til neste Kvalitetsutvalgsmøte, med mer detaljert informasjon om avvik i kategorien smittevern og legemiddelhåndtering.</p> <p><i>PP-presentation vedlagt</i></p>	<p>KA/ Frist KU-møte 25.9.2018</p>



24/18	<b>Høring Avvikling av meldeordningen</b>	
	<p><u>Orienteringssak med påfølgende diskusjon</u></p> <p><i>HOD – forslag om å avvikle meldeordningen:</i>  <a href="https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horingsnotat-om-avvikling-av-meldeordningen-etter-spesialisthelsetjenesteloven--3-3/id2607801/">https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horingsnotat-om-avvikling-av-meldeordningen-etter-spesialisthelsetjenesteloven--3-3/id2607801/</a></p> <p><i>(ephorte saksnr. 2018/4505)</i></p> <p><i>Saksfremlegg vedlagt</i></p>	<p>Haakon Lindekleiv</p> <p>13.00-13.30</p>
	<p>Kvalitetsutvalget diskuterte høringsforslaget og utkast til hørings svar. Det var ikke entydig støtte til utkast til hørings svar. Et samlet Kvalitetsutvalget stilte seg bak følgende innspill til hørings svaret:</p> <p>Kvalitetsutvalget mener at en ved avvikling av meldeordningen mister oversikt over hendelser på nasjonalt nivå, som kan benyttes til læring på tvers av foretak og regioner. En manglende nasjonal oversikt/overbygging vil også stille sterkere krav til «orden i eget hus» og god avvikshåndtering.</p> <p>Kvalitetsutvalgets innspill til høringsutkast oversendes KVALUT.</p>	<p>KA/KVALUT Frist: Snarest</p>
25/18	<b>Kontinuerlig overvåking av dødsfall - pilot</b>	
	<p><u>Orienteringssak</u></p> <p>Orientering om overvåking av dødsfall ved UNN mai - juli 2018.</p> <p><i>Saksfremlegg vedlagt</i></p>	<p>Haakon Lindekleiv</p> <p>13.30-13.45</p>
	<p>Kvalitetsutvalget tar direktørens beslutning om innføring av tiltak for oppfølging til orientering.</p> <p>Kvalitetsutvalget anbefaler at arbeidet med kontinuerlig overvåking av dødsfall i UNN videreføres og at medisinsk fagsjef orienterer Kvalitetsutvalget rutinemessig.</p>	<p>Klinikksjefer?</p> <p>Medisinsk fagsjef/ Frist KU-møte januar 2019?</p>
26/18	<b>Hvordan statistikk over avvik brukes og følges opp i PHRK</b>	
	<p><u>Orienteringssak med påfølgende diskusjon</u></p>	<p>Fred Emil Bjerke</p>

	<p>Hvordan arbeider Psykisk helse- og rusklinikken med oppfølging over meldte interne avvikshendelser.</p> <p><i>Muntlig presentasjon i møtet</i></p>	<p>13.45-14.15</p>
	<p>Kvalitetsutvalget er fornøyde med presentasjonen og tar saken til orientering.</p> <p>Kvalitetsutvalget inviterer gjerne Psykisk helse- og rusklinikken tilbake til et senere møte for å orientere om det videre arbeidet.</p> <p><i>PP-presentation fremlagt i møtet vedlagt.</i></p>	<p>KVALUT/PHRK Frist: ½ eller ¾ år</p>
<b>Eventuelt</b>		
Ingen saker tilkom under eventuelt		



Sør-Troms regionråd  
[post@strr.no](mailto:post@strr.no)  
Ofoten regionråd  
[post@ofotraadet.no](mailto:post@ofotraadet.no)

Narvik 11. september 2018  
vår ref. 18/33

Til  
Helse Nord RHF  
Luftambulansetjenesten HF

### **Aksepterer ikke flytting av ambulanshelikopter fra Evenes.**

Regionrådene i Sør-Troms og Ofoten tar sterk avstand fra at det slås politisk mynt på lokaliseringen av ambulanshelikopter på Evenes. Det oppfordres til at det fortsatte fokus må være liv og helse til innbyggerne i regionen.

Den grundige utredningen som lå til grunn for Helse Nord's beslutning i 2013 må fortsatt være basis når den videre driften av ambulanshelikopterbasen skal besluttes av styret i Helse Nord RHF. Da Helse Nord RHF vedtok denne plasseringen i 2013 var tilbudet til innbyggerne i regionen den tyngst veiende grunnen. I de tre årene basen har vært i drift har fagmiljøene bare fått bekreftet at lokaliseringen på Evenes er den beste for ivaretagelse av liv og helse.

Regionrådene Ofoten og Sør-Troms vil henstille sterkt til at ambulanshelikopterbasen i Midtre Hålogaland videreføres ved Harstad/Narvik lufthavn, Evenes.

Vennlig hilsen

*Helene Berg Nilsen*  
leder Sør-Troms regionråd

*Tor Asgeir Johansen*  
leder Ofoten regionråd

Kopi:  
UNN HF

Fra: Elisabeth Storjord[elisabeth@ofotraadet.no] Dato: 11.09.2018 14:31:54 Til: Postmottak-RHF (postmottak@helse-nord.no); postmottak@luftambulansetjenesten.no Kopi: Postmottak UNN (post@unn.no); Vaktsjef Fremover; redaksjonen@ht.no; redaksjon@fremover.no; NRK Nordland; red@blv.no; red@vol.no; Fanghol Kristian; steinar.marthinsen@helse-sorost.no Tittel: Uttalelse om ambulanshelikopterbasen på Harstad/Narvik lufthavn, Evenes

**Til**

**Styret i Helse Nord RHF**

**Styret i Luftambulansetjenesten HF**

Herved oversendes en felles uttalelse fra Sør-Troms regionråd og Ofoten regionråd om ambulanshelikopterbasen på Harstad/Narvik lufthavn Evenes.

Vennlig hilsen



**Elisabeth Storjord**  
daglig leder

Mobil: 915 60 885  
[elisabeth@ofotraadet.no](mailto:elisabeth@ofotraadet.no)  
[www.ofotraadet.no](http://www.ofotraadet.no)

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


---

<b>Møtedato:</b>	<b>Onsdag 12.9.2018 kl 12.30-17.30</b> <b>Torsdag 13.9.2018 kl 09.00-12.00</b>
<b>Møtested:</b>	<b>Møterom PET-senter – G9 Styrerom og G-1014 (dag 2)</b>
<b>Tilstede:</b>	<b>Medlemmer:</b> Kirsti Baardsen (leder), Paul Dahlø (nestleder), Laila Edvardsen (kom litt senere), Hans-Johan Dahl, Terje Olsen, Nina Nedrejord (kom litt senere), Marit Stemland, Obiajulu Odu, Mildrid Pedersen
<b>Fra adm.:</b>	Adm.sjef Leif Hovden, styrekonsulent Hilde Anne Johannessen (referent)
<b>Forfall</b>	Siv Elin Reitan, Margrethe Larsen, Wibecke Årst Kirsti Baardsen dag 2 (deltok på styremøtet til UNN)

---

**Saksliste**

- BU-33/18**      **Godkjenning av innkalling og saksliste**  
Innkalling og saksliste ble gjennomgått.
- Vedtak**      Brukerutvalget godkjente innkalling og sakliste med de innspill som fremkom.
- BU-34/18**      **Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 12.-13.6.2018**  
Referatet ble gjennomgått.
- Vedtak**      Referatet ble godkjent med de endringer som fremkom under behandling av saken.
- BU 35/18**      **Presentasjon - Kommunikasjonsplanen**  
Kommunikasjonssjef Hilde A Pettersen orienterte om bakgrunnen og forarbeidet til planen:
- Intern spørreundersøkelse avdekket at det er lang avstand til ledelsen og få muligheter for å gi tilbakemeldinger til UNN. Dette er tatt til etterretning, og intern kommunikasjon vil nå prioriteres.
  - Ulike tiltak er satt i gang for å informere brukerne om UNNS tjenester og kvalitet, blant annet informasjonsskjermer i ventearealer.
- Vedtak**      Brukerutvalget tok informasjonen til orientering og tar kontakt med kommunikasjonsavdelingen om det kommer flere forslag til forbedringer enn de som allerede er nevnt.

**BU 36/18-1 Høring 1: Endring i spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighets-Loven og prioriteringsforskriften**

Fagsjef ved Kvalitets- og utviklingssenteret Haakon Lindekleiv orienterte om høringsutkastet og høringsforslaget som er utarbeidet fra UNN sin side. Endringen går ut på at det skal tas lik beslutning på grunnlag av de samme prioriteringskriterier ( nytte, alvorlighet og kostnad) over hele landet.

**Vedtak** Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

**BU 36/18-2 Høring 2: Regional utviklingsplan for Helse Nord**

Brukerutvalget viste til tidligere høringsinnspill fra arbeidsutvalget, og kom med følgende tillegg til dette:

*«For å kunne gi høyt spesialiserte tjenester til brukere i hele Nord-Norge må planen ha et bevisst perspektiv på UNN som Universitetssykehus og som regionalt kraftsenter».*

**Vedtak** Brukerutvalget sluttet seg til utkast til høringsuttalelser fra UNN, med de innspill som ble gitt fra BAU 27.8.2018 samt under dagens møte.

**BU 37/18 Presentasjon – Helsearbeidersenter i UNN v/Jostein Berntzen**

Prosjektleder Jostein Berntzen, enhetsleder Raskere Tilbake Rehabiliteringsavdelingen, informerte om et Helsearbeidersenter i UNN (HIA). Senteret er en videreføring fra Raskere tilbake til HelseArbeid. Målgruppen for et HelseArbeid senter er personer med rett til helsehjelp der det vurderes å være økt fare for funksjonsfall uten tilbud om arbeidsrettet behandling. Samarbeidet i et HIA-senter vil kunne redusere den enkelte pasient/bruker sine utfordringer med å komme i jobb, og potensielle flaskehals i Helse, unødvendig forbruk av NAV tjenester og trygdeutgifter vil kunne reduseres gjennom tettere samarbeid mellom Helse og NAV. Prosjektet vil ha møter inntil 4 ganger i året à ca 2 timer og vil bli avholdt i Tromsø. De ønsker en brukerrepresentant til å være med i det videre arbeide.

**Vedtak** Brukerrepresentant Mildrid Pedersen ble valgt som BUs representant i prosjektet, med Terje Olsen som vara. Sekretariatet sender kontaktinformasjon til prosjektet.

**BU 38/18 Presentasjon – Selvinnsjekk og betaling**

Prosjektleder Eli Larsen fra E-helse og IKT Forvaltning orienterte om saken. En automat til bruk ved innsjekk og betaling er oppført ved inngangen til UNN. Erfaringen er at mange bruker automaten, med god hjelp fra pasientvertene og oppfordring om å bruke den. De har mottatt gode tilbakemeldinger på forbedringer som tas med i videre utvikling.

**Vedtak** Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

**BU 39/18 Presentasjon - Arealplan for UNN – utgår Per Magnar Halvorsen hadde forfall**

**BU 40/18      Presentasjon - Frivillighetsplanen**  
Prosjektleder Nina Moe-Nilssen informerer om frivillige i UNNs nye frivillighetstjeneste. Det vil avholdes et ressursgruppemøte for høsten der det er ønskelig at en representant for Brukerutvalget deltar.

**Vedtak**            Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og vil bli representert ved brukerrepresentant Terje Olsen. Sekretariatet sender kontaktinformasjon til prosjektet.

**BU 41/18      Presentasjon: Ny ambulansesstruktur i UNN**  
Klinikkjef ved Akuttmedisinsk avdeling, Jon Mathisen, orienterte om den nye ambulansesstrukturen som også er lagt fram som orienteringssak til førstkommende styremøte ved UNN. Brukerutvalget fikk et innsyn i utfordringene UNN står overfor når det gjelder plassering av de ulike ambulansestasjoner og bakgrunnen for plasseringene. Målet er en bedre akuttmedisinsk beredskap for fylket, deriblant mulige endringer i stasjonering på Senja.

**Vedtak**            Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

**BU 42/18      Dialogmøte med Styret ved UNN**  
Styret UNN og Brukerutvalget møttes 13.9. i et dialogmøte med aktuelle tema, der følgende fremkom som oppfølging etter dialogen:

1. HC-plasser for store (og små) biler ved UNN.
2. At alle pasienter og pårørende blir mottatt på en god måte ved UNN, også fremmedkulturelle og samiske pasienter.
3. Fokus på pasientens sykehus
  - kommunikasjon med pasient
  - kommunikasjon mellom helsepersonell og mellom sykehus
4. Få tidligst mulig brukermedvirkning i prosjekter
5. Geografisk avstand fra spesialisthelse-tjeneste gir helt spesielle utfordringer, transportmessig og på annen måte.
6. God samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.
7. Universitetssykehusfunksjonen gjelder for hele landsdelen.
8. Erfaringskonsulenter også innen somatikken for å sikre god tilbakemelding fra brukerperspektivet.
9. Rask oppfølging ( gjerne på postnivå) av uheldige hendelser, og gjerne med pasientens innspill.
10. Bygge opp under Helse Nord-familien gjennom vårt virke.
11. Legge til rette for dialogmøte to ganger pr. år.

**Vedtak**            Brukerutvalget er tilfreds med dialogmøtet med styret i UNN, og imøteser at det etableres to dialogmøter med styret hvert år.

## BU 43/18-1 Orienteringssak: Endringer i ansvarlige representanter fra Brukerutvalget

Aktivitiet	Ansvarlig 2018-2020	Status/merknader
1. Styret ved UNN	Kirsti Baardsen	
2. Kvalitetsutvalget i UNN	Kirsti Baardsen	
3. Styringsgruppe A-fløya	Cathrin Carlyle	
4. Styringsgruppe for PET- senter	Cathrin Carlyle	
6. Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl	Status ble referert.
7. Koordinerende utvalg (Rehab.avdelingens kompetanseseksjon)	Laila Edvardsen	Sist møte ble avlyst. Møte i september. Pasisentforløpskoordinatorene i UNN er målet. Leder i utvalget vil gjerne komme til en presentasjon i BU utover høsten.
8. Vestibyleprosjektet	Cathrin Carlyle Kirsti Baardsen vara	
9. OSO (Overordnet Samarbeidsorgan)	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	
10. Klinisk etikkomité (KEK)	Kirsti Baardsen Terje Olsen vara	
11. Sykehusapotekets brukerutvalg	Terje Olsen og Nina Nedrejord	Første møte den 24.9.
12. Parkeringsutvalget	Obiajulu Odu Laila Edvardsen vara	Møte 30.8.2018: Foreslått økning av park.avgift for ansatte, de som bor innenfor en radius på 2 km ikke får park.kort. Uenighet i utvalget. Gjesteparkering så billig at ansatte bruker den? Handicapparkering bedre, men vanskelig å finne.
13. Pasientsentrert team	Obiajulu Odu Marit Stemland vara	Møte i juni 2018: Samhandling ut mot kommunene. Utvider med deltakelse av flere kommuner.
14. Samhandlingsbarometeret (referansegruppen)	Obiajulu Odu	Ikke hatt møte på lenge.
15. Pasienterfaringer-Gastrokirurgisk avd. K3K	Britt Sofie Illguth	Britt Sofie finner selv eventuelle andre brukere enn Solbritt Karlsson og Sigrid Berntsen
16. Styringsgruppe for nye UNN Narvik	Siv Elin Reitan Esben Haldorsen vara	
17. Ny sak Selvinnsjekk	Hans-Johan Dahl	Avsluttes 1.11.2018 jf Hans-Johan
18. KVAM-utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Terje Olsen Marit Stemland vara	Klinikksjef Jon Mathisen
19. KVAM-utvalg Diagnostisk klinikk	Klemet Sara Kirsti Baardsen vara	Klinikksjef Kate Myreng



<b>20. KVAM-utvalg Hjerte- og lungeklinikk</b>	Hans-Johan Dahl Marit Stemland vara	Klinikkssjef Kristian Bartnes
<b>21. KVAM-utvalg Nevro, ortopedi- og rehab.klinikk</b>	Laila Edvardsen Terje Olsen vara	Klinikkssjef Bjørn-Yngvar Nordvåg
<b>22. KVAM-utvalg Psykiatri- og rusklinikk</b>	Wibecke Årst Siv Elin Reitan vara	Klinikkssjef Tordis Sørensen Høifødt
<b>23. KVAM-utvalg Operasjons- og intensivklin.</b>	Nina Nedrejord Marit Stemland vara	Klinikkssjef Eva-Hanne Hansen
<b>24. KVAM-utvalg Barne- og ungdomsklinikk</b>	Ungdomsrådet Obiajulu Obi vara	Klinikkssjef Per-Ivar Kaaresen Ikke innkalt enda.
<b>25. KVAM-utvalg Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk</b>	Marit Stemland Britt-Sofie Illguth vara	Klinikkssjef Rolv-Ole Lindsetmo
<b>26. Utvikling av sykepleierstudentenes praksisstudier</b>	BU ved Nina Nedrejord	BU er referansegruppe i dette prosjektet Irene Foss, Marta Grongstad leder av arb.gruppen
<b>28. Prosjekt Palliasjon ved UNN</b>	Odu Obiajulu	Opprettet to grupper, siste møte i mai.
<b>29. Læringsnettverk Gode pasientforløp</b>	Laila Edvardsen og Terje Olsen	Laila hadde innspill om at Britt Eva var ønsket til å fortsette av leder for prosjektet Monika Dalbakk. Leder konkluderte med at valget står som det er, og se hvordan det går.
<b>30. Prosjekt Arealplan UNN Harstad</b>	Arvid Eliseussen Mildrid Pedersen vara	Status ble referert. Eliseussen blir oppnevnt formelt som bu-repr.
<b>33. OSO – KSU 4 Barsel</b>	Laila Edvardsen	
<b>34. Pasient-app saken Helse Nord FRESK</b>	Martin Moe står her inntil videre	Ikke mottatt status. Sekretariatet etterspør status til prosjektet.
<b>35. Ungdomsrådet</b>	Kirsti Baardsen	
<b>36. Prosjekt A-9 fase II Intensivmedisinsk avdeling</b>	Marit Stemland	Oppstart juni, skal være ut året 2018. Intensiv og medisinsk avd. er slått sammen.
<b>37. Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen</b>	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	
<b>38. Fremtidens LMS</b>	Nina Nedrejord Terje Olsen vara	
<b>39. Raskere arbeid</b>	Mildrid Pedersen Terje Olsen vara	

### Oppnevning av arbeidsutvalg for 2018-2020

I forbindelse med valg av nytt Brukerutvalg, oppnevnes følgende til

Brukerutvalgets arbeidsutvalg:

Kirsti Baardsen (leder)

Paul Dahlø (nestleder)

Hans Johan Dahl som tredje person i BAU

### Vedtak

Brukerutvalget vedtar endringer i representasjon og sekretariatet følger opp der det er aktuelt.

**BU 43/18-2 Orienteringssak: Presentasjon – Nye UNN Narvik**

Prosjektleder ved OU Bygg Lars Kristian Rye orienterer om prosjektet Nye UNN Narvik. UNN ønsker å utvikle pasientenes helsetjeneste ved et moderne sykehus, ny teknologi og drift som skal gjøre det bedre å være pasient. Psykisk helse, rus og somatikk skal inn i samme sykehuskropp. Mulighet for å sette samhandlingsplanen ut i livet. Oppstart av bygging høsten 2019. Fra nå og frem til sommeren har BU mulighet til å delta i planleggingen. Prosjektet ønsker pasientperspektivet inn, og håper at BU kan bidra for å ivareta dette gjennom workshop o.l.

**Vedtak:** Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og har oppnevnt representant Siv Elin Reitan og Esben Haldorsen som vara i prosjektet. Sekretariatet sender kontaktinformasjon til prosjektleder.

**BU 44/18 Presentasjon – SMS-varsling i UNN**

Fagsjef Haakon Lindekleiv ved KvalUt orienterte kort om saken. Prosjektet har mottatt tilbakemelding fra pasientene om at de tilsendte SMS inneholder for lite informasjon. Selv om det er lover og forskrifter mht personvern, har man kommet til at det kan oppgis avdelingsnavn i innkallingen på SMS, med unntak av noen avdelinger. Det bør også være et telefonnummer til aktuell avdeling som kan kontaktes ved spørsmål, uten å opplyse hvilken avdeling.

**Vedtak** Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

**BU-45/18 Referatsaker**

Det ble referert følgende referatsaker:

1. Protokoll fra møte i Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF, datert 7.2.2018
2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget datert 5.6.2018 – se under
3. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg datert 7.6.2018
4. Henvendelse fra Din taxi vedrørende UNN – hovedinngang og taxi, datert 12.6.2018 – se under
5. Referat og maler for samarbeidsavtale og beskrivelse datert 14.6.2018
6. Referat fra møte i OSO, datert 14.6.2018 – se under
7. Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende avvikling av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, datert 7.8.2018
8. Høringssvar fra UNN vedrørende avvikling av meldeordning etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, datert 14.8.2018
9. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 27.8.2018 –se under
10. Henvendelse om brukerrepresentant til forskning om høyt saltinntak, datert 28.8.2018
11. Henvendelse om brukerrepresentant til Behandlingshjelpemidler, datert 30.8.2018 - trenger mer avklaring om bu skal gå inn

**Vedtak** Brukerutvalget tar referatsakene til orientering med følgende innspill:

2. Sekretariatet tar kontakt med KVAM-utvalgene og henstiller til at de oppnevnte brukerrepresentanter blir kontaktet og informert om møter og også KVAM-dagen.
3. Sekretariatet retter en henvendelse til Pasientreiser med ønske om tilbakemelding på om hvordan pasientenes hjemreise gjennomføres. Er det fortsatt slik at de må vente til siste fly osv., se sak 54/18.
4. Saken følges opp av BAU. Problemstillingen er viktig å ta med seg når det gjelder Narvik sykehus også.
6. BAU tar i førstkommende møte opp kostnader og deltakelse for brukerrepresentanter til Samhandlingskonferansen, jf ref fra OSO. Det er enighet om at BU bør være representert, og da med fortrinnsvis OSO-representanter.
9. Sak 50/18: BAU avventer tilbakemelding jf forespørsel i referatet, og eventuelle innspill blir delt med hele BU før utsendelse.

Sak 52/18: Tilbakemelding til BAU fra BU: BUs representant fra Karasjok føler et spesielt ansvar og interesse for samisk og mener BU burde ha en som taler for de samiske rettigheter, spørsmål vedrørende dette. Brukerutvalget ønsker at hun deltar på den felles samlingen for samiske brukerrepresentanter i Helse Nord RHF den 2.11.2018.

**BU-46/18 Informasjon og avklaring vedrørende bruk av nettbrett**

Det ble delt ut nettbrett til de brukerrepresentantene som ikke har dette fra før. Oppkobling vil skje delvis av deltakerne selv, delvis ved hjelp fra sekretariatet. Opplæring vil kunne tas i forbindelse med neste møte i BU. Det er fortsatt to representanter som ikke har mottatt iPad.

**Vedtak:** Brukerutvalgets medlemmer kobler seg til nettbrett og følger bruksanvisning til dette i tillegg til tilsendt bruksanvisning og bistand fra sekretariatet.

**BU-47/18 Eventuelt**

**1. Valg av ny representant i Brukerutvalget**

Administrasjonssjefen orienterte om mulighetene ved nytt valg ettersom en representant har trukket seg fra sitt verv.

Det vanlige er at 1. vara rykker opp som fast medlem, slik at det gjenstår 3 varamedlemmer. Ettersom Brukerutvalgets 1. vara også er fast med i utvalget, vil det kun stå 2 på listen over vararepresentanter.

**Vedtak:** Brukerutvalget endrer i henhold til vanlig prosedyre, og oppnevner 1. vara

Wibecke Årst til fast medlem i tillegg til 2. vara, Martin Moe. Det står da igjen 2 vararepresentanter på listen.

**2. Transport fra hurtigbåt til UNN (utgangen fra hurtigbåten til den nye havneinngangen).**

Nestleder Paul Dahlø i BU orienterte. Det er veldig kronglete når man kommer av hurtigbåten i Tromsø, både for å finne veien ut av bygget, og for å komme til en buss som går til UNN. Pasienter må nå gå helt bort til Fr.Langes gate for å ta buss til UNN, og dette er problematisk for de som er dårlig til beins.

**Vedtak:** Brukerutvalget ber BAU se nærmere på denne problemstillingen.

Kirsti Baardsen (sign.)  
utvalgsleder

Hilde A Johannessen (sign.)  
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 7.11.2018

Kopi til:

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



## MØTEREFERAT

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

---

**Dato:** Mandag 17.9.2018 kl 13.00-15.30  
**Sted:** Møterom G-914 Styrerom, PET-senter  
**Tilstede:** Kirsti Baardsen, Paul Dahlø, Hans-Johan Dahl  
**Forfall:** Ingen  
**Fra adm:** Leif Hovden (adm.sjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

---

#### BAU 57/18 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 4.10.2018

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var oversendt BAU torsdag 13.9. og fredag 14.9.2018.

##### Tertialrapport 2, 2018 med Kvalitets- og virksomhetsrapport

Økonomisjef Lars Øverås møtte og orienterte kort om status samt svarte ut spørsmål til saken. UNN sliter fortsatt med høyt sykefravær, og da spesielt ved fire avdelinger på Opln.

##### Tertialrapport 2, 2018 – Større byggeprosjekter ved UNN

Brukerutvalget hadde ikke spørsmål eller merknader til saken.

##### Virksomhetsplanlegging for UNN

Økonomisjef Lars Øverås møtte og orienterte kort om status samt svarte ut spørsmål til saken.

##### Reduksjon av strykninger til operasjoner ved UNN

Ettersom saksansvarlig ikke hadde anledning til å komme for å svare ut spørsmål til saken, hadde BAU etterfølgende oppfølgingspunkt til saken.

##### Oppfølging

BAU ber om orientering om direkte kontakt med pasienten i forkant av operasjon for å søke å redusere den tredjedelen av «pasientbestemte» strykninger som nå skjer.

##### Høring – Revisjon av regional inntektsfordelingsmodell for somatikk

Økonomisjef Lars Øverås møtte og orienterte kort om status samt svaret ut spørsmål til saken.

##### Innspill

BAU vil spesielt peke på at det må vektlegges kostnadsulempene ved å være et lite regionsykehus. Et likeverdig tilbud til befolkningen i hele regionen sammenlignet med resten av landet må være et klart mål. BAU vil peke på vurderingen om at dokumentet ikke i tilstrekkelig grad hensyntar disse forhold.

##### Høring – Regional utviklingsplan

Brukerutvalget har tidligere gjennomgått saken med medisinsk fagsjef fra Kvalitets- og utviklingssenteret Haakon Lindekleiv.

Sykefraværsoppfølging ved UNN

Stabssjef Gøril Bertheussen møtte og svarte ut spørsmål i saken.

Innspill

Pasientforhold og pasientsikkerhet påvirkes av fravær hos fast helsepersonell. Det er derfor viktig å forebygge fravær hos helsepersonell for å ivareta kvaliteten i pasientbehandlingen.

Strukturelle endringer i ambulansetjenesten ved UNN

Klinikkssjef v/ Akuttmedisinsk klinikk Jon Mathisen orienterte Brukerutvalget grundig om saken 12.9.2018, og svarte ut spørsmål til den.

Beslutning

Brukerutvalgets arbeidsutvalg gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 4.10.2018.

**BAU 58/18 Høring – Helsetjenester for eldre – Plan for samhandling mellom helse Nord og kommunehelsetjenesten (tidl BAU 50/18)**

BU uttrykker bekymring over at legemiddelsamstemming enda ikke er implementert, og har følgende innspill:

- Tiltak for å øke rekruttering av geriater
- Demensskolering i Troms og Finnmark - manglende systematikk
- BU ser at konsultasjoner mellom fastlege til spesialister på UNN er vanskelig, men er nødvendig for å unngå innleggelse
- Brukermidvirkning på individnivå både mellom pasienter og pårørende etterlyses fortsatt
- BU er bekymret for mangelfull samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Beslutning

BAU viser til de ovenfor nevnte innspill i saken.

**BAU 59/18 Samhandlingskonferansen 2018 – 27.-28. november 2018 (tidl BAU 43/18)**

BAU avklarer om kostnadene ved deltakelse på konferansen skal dekkes av BU eller den enkelte deltaker.

Beslutning

BAU finner det naturlig at utgiftene for BUs representant i OSO, samt eventuelt ytterligere en representant fra BAU, ved deltakelse i konferansen dekkes av UNN/BU.

**BAU 60/18 Felles samling for samiske brukerrepresentanter i Helse Nord RHF (tidl BAU 52/18)**

BUs representant fra Karasjok mener BU bør ha en som taler for de samiske rettigheter, og at hun bør involveres i spørsmålene rundt dette. Mandatet tilsier at alle skal ivareta sin etniske tilhørighet.

Beslutning/ oppfølging

BU skal ifølge sitt mandat også ivareta det samiske perspektivet. BAU anser det derfor viktig at en av representantene i utvalget har spesielt fokus på dette, og oppnevner Nina Nedrejord å ha denne rollen.

### BAU 61/18 Ankomst hurtigbåt og transport til UNN

BAU ser på problematikken for pasienter ved ankomst og avgang ved den nye havneterminalen og videre transport til UNN.

#### Beslutning

Forholdene ved ankomst og avgang ved havneterminalen på Prostneset har veldig stor betydning for pasienter som skal til UNN. BAU ber om avklaring fra Havnestyret og fra Troms Fylkestrafikk om hva som blir gjort både med hensyn til forholdene i terminalen og bussavgang til UNN.

### BAU 62/18 Forslag til dagsorden for BU-møte 7.11.2018

SAKER		
1. Godkjenning av innkalling og saksliste		
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 12.-13.9.18		
3. Presentasjon: Arealplanen		Kl 10.00-10.20 Per Magnar Halvorsen
4. Direktørens time		Kl 1020-11.00 Marit Lind
5. Innspill til Regionalt Brukerutvalg: -Trombektomi -Samhandling mellom regionalt og lokale brukerutvalg		
6. <b>Orienteringssaker</b> -Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper - fordeling		
7. <b>Referatsaker:</b> -Protokoll fra BU for Sykehusapoteket Nord 7.2.18xx -Referat fra møte i KU 5.6.18xx -Protokoll fra møte i Reg.BU den 7.6.18xx -Referat og maler for sam.arb.avtaler mm 14.6.18xx -Referat fra møte i OSO 14.6.18xx -Referat fra møte i BAU 27.8.18xx		

### 63/18 Eventuelt

#### 1. Referansegruppe behandlingshjelpemidler BHM - UNN

Klinikkjef Kate Myreng ved Diagnostisk klinikk har tatt kontakt med BUs leder med henstilling om å oppnevne en brukerrepresentant til referansegruppe for Behandlingshjelpemidler ved UNN.

#### Beslutning/oppfølging

BAU vil forespørre en representant fra Brukerutvalget om å delta i referansegruppen, og vil sende kontaktinformasjon til avdelingen når dette er avklart.

---

## PROTOKOLL

---

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 4.10.2018.**

Dato: 18.9.2018

Tidspunkt: 14.00-15.35

Sted: G 914

Fra arbeidsgiver

Gøril Bertheussen, stabssjef

Haakon Lindekleiv, medisinsk fagsjef

Jon Mathisen, klinikkjef

Grethe Andersen, drifts- og eiendomssjef

Leif Hovden (adm.sjef/ referent)

Fra arbeidstakerne

Jan Eivind Pettersen, Delta

Mai-Britt Martinsen, NSF

Tove Mack, FHVO

Rune Moe, Fagforbundet

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Rune Moe og Mai-Britt Martinsen valgt til signering av protokollen.

Administrasjonssjef Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansvar	
<b>1. Tertialrapport 2, 2018 med Kvalitets- og virksomhetsrapport</b>	EG	<i>Stabssjefen orienterte om status i saken, og det ble enighet om å drøfte den i eget møte kommende uke.</i>
<b>2. Tertialrapport 2, 2018 - Større byggeprosjekter ved UNN</b>	GA	<i>Drifts- og eiendomssjefen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken forelegges styret til behandling.</i>
<b>3. Virksomhetsplanlegging for 2019</b>	GB	<i>Stabssjefen orienterte om status i saken, og det ble enighet om å drøfte den i eget møte kommende uke.</i>
<b>4. Høring- Revisjon av regional inntektsfordelingsmodell for somatikk</b>	EB/GB	<i>Stabssjefen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken forelegges styret til behandling.</i>
<b>5. Høring – Regional utviklingsplan</b>	GB/EG	<i>Medisinsk fagsjef innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den.  Ansattes organisasjoner og vernetjenesten stilte spørsmål ved om det ikke finnes rutiner for organisasjonenes medvirkning i så betydningsfulle prosesser, og signaliserte at de ville vurdere å komme med egen uttalelse. I tillegg la NSF ved et eget innspill som følger protokollen.  Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken forelegges styret til behandling.</i>
<b>6. Sykefraværsoppfølging ved UNN</b>	GB	<i>Stabssjefen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken forelegges styret til behandling.</i>



<b>7. Strukturelle endringer i ambulansetjenesten ved UNN</b>	JM	<p><i>Klinikkjef ved Akuttmedisinsk klinikk innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner var spesielt opptatt av at det blir lagt til rette for lokale drøftinger som en del av den videre prosessen. Klinikksjefen imøtekom dette ønsket, og presiserte at dette er en sak som tar sikte på å opplyse styret om status i arbeidet med tilpasning av ambulansetjenestestrukturen i tråd med styrets tidligere vedtak.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken forelegges styret til behandling.</i></p>
---	----	--

Tromsø, 18.9.2018

Rune Moe (s.)  
HTV Fagforbundet

Mai-Britt Martinsen (s.)  
FTV NSF

Leif Hovden (s.)  
administrasjonssjef

## Innspill til hørings svar på regional utviklingsplan 2035, Helse Nord

Som NSF, fagorganisasjon for sykepleiere, avgrensner vi innspill til kun å gjelde vår gruppe.

I regional utviklingsplan /sammendraget er sykepleietjenesten usynlig. Sykepleiergruppen er knapt nevnt, kun som en mangelvare i framtiden. Skal man rekruttere sykepleiere framover, må også fokuset på faget sykepleie settes på dagsorden.

### Bemanning og kompetanse

Dette er et av de viktigste punktene å gi tilbakemelding på.

Skal man lykkes med å rekruttere og stabilisere sykepleiere/ spesialsykepleiere, må man lytte til sykepleierne selv, ikke alle andre.

NSF viser til sykepleierløftet:

#### Dette er sykepleierløftet:

- Et lønnsløft som gjør at alle sykepleiere med 10 års ansiennitet tjener over 500.000 kroner innen utgangen av 2019 (dette er innfridd i Spekter i lønnsoppgjøret 2018)
- En nasjonal strategi for mobilisering av arbeidskraftreserven, gjennom tiltak for heltid, rekruttering og arbeidstid
- Full lønn for sykepleiere under spesialisering
- En pasientfokusert bemanningsnorm
- En nasjonal oversikt over behovene for spesialsykepleiere og en opptrappingsplan for spesialutdanning
- Bedre rammevilkår for å utøve god ledelse av sykepleietjenesten
- Et kvalitetsløft i sykepleierutdanningene, blant annet gjennom nasjonale kvalitetskrav

### Økonomi

God budsjett disiplin er en stor misforståelse. Det spares på lønn til sykepleiere ut over tariff/ minstelønn for å rekruttere /stabilisere ved å frata lokale ledere rett til å avtale lønn for ansatte. Samtidig er disse lokale lederne ansvarlige for sitt eget budsjett som ofte viser at vikarbudsjettet ryker med flere millioner/år.

NSF på UNN



### Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 29.08 kl. 12.00-15.00

Sted: Styrerrommet G-914 i PET-senteret, Lille vk 5. etg UNN Narvik, Harstad: Skype

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

\*Til stede (x)

Møteleder: Einar Rebni

Sekretær: Linda Rossvoll

Dessuten møtte Ole Martin Andersen i sak 62/18, og Jostein Bentzen i sak 63/18.

**59/18 Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Vedtak:**

Godkjennes.

**60/18 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 29.08.18**

Protokoll fra 29.08.18 var vedlagt saksdokumentene.

**Vedtak:**

Protokollen godkjennes.

**61/18 Oppfølging av IA-arbeidet, muntlig orientering**

Saken utsettes til neste gang pga. fravær

**Vedtak:**

**62/18 Status handlingsplanarbeidet etter ForBedring2018, muntlig orientering**

Rådgiver Ole Martin Andersen presenterte status for handlingsplanarbeidet etter ForBedring 2018. Dette som en oppfølgingssak fra før sommeren. Per september har 73,4 % av enhetene etablert avtale mot 53,7 % i juni. Graden av gjennomføring varierer mye mellom klinikkene/sentrene (51,9% - 100 %).

Krav om rapporteringen går gjennom ledermøte som en generell bestilling.

**Vedtak:**

AMU tar saken til orientering

**63/18 Forslag til HelseArbeid, muntlig orientering**

Bjørn Yngvar Nordvåg og Jostein Bentzen presenterte forslag til organisering av HelseArbeid. Raskere tilbake opphørte som prosjekt fra nyttår. Helse Nord RHF har bestilt en beskrivelse av hvordan raskere tilbake skal overføres ordinær drift i UNN. Raskere tilbake har vært organisert i to ulike klinikker (NOR og PHRK) fordelt på tre avdelinger. Arbeidsgruppen har vurdert to ulike modeller. Alt 1. Samorganisering i HelseArbeid senter, unntatt legestillinger.

Alt 2. Organisere personell i matrise, slik at personell som skal betjene HelseArbeid senteret er organisert i ulike avdelinger og klinikker i UNN.

Arbeidsgruppen har lagt til grunn følgende forhold i sin anbefaling om organisering:

- 1) Organiseringen må understøtte den driften som er planlagt i HelseArbeid senteret. Det vises til fase 2 rapport for en utdypning av driftsmodell. Særlig pasientenes kompleksitet i form av behov for bistand fra flere fag og sektorer tas hensyn til.
- 2) Gjeldende lovgivning. Særskilt gjelder dette Arbeidsmiljøloven og lov om spesialisthelsetjenester.
- 3) UNNs prinsipper for organisering

I tillegg er det gjort vurdering av hvor i UNN organisasjonen senteret skal plasseres.

Proessen har vært gjennomført med god involvering av tillitsvalgte og verneombud. Fullstendig beslutningsgrunnlag skal legges frem for endelig beslutning i direktørens ledermøte. PHRK og NOR har tilsluttet seg arbeidsgruppens anbefaling.

#### **Vedtak:**

1. AMU støtter intensjonen bak HelseArbeid og innholdet i planen.
2. AMU anbefaler klinikk sjefen å gjennomføre en ny vurdering av navn og plassering i lys av UNNs prinsipper for organisering, før saken presenteres for ledergruppen.

#### **64/18 Styresaker**

AMU fikk forelagt drøftingsdokumenter av følgende saker:

- Tertialrapport 2, 2018 med Kvalitets- og virksomhetsrapport
- Virksomhetsplanlegging for 2019 – ikke sendt ut
- Reduksjon av strykninger til operasjoner ved UNN – utgår (utsatt til neste styremøte)
- Høring- Revisjon av regional inntektsfordelingsmodell for somatikk
- Høring – Regional utviklingsplan
- Virksomhetsplanlegging for 2019 – ikke sendt ut
- Sykefraværsoppfølging ved UNN

Av de gjenstående sakene var saken vedrørende Sykefraværsoppfølging ved UNN vurdert å ha størst betydning for arbeidsmiljø og behandlet av AMU.

**Vedtak:**

AMU støtter de tiltakene som er skissert i Planskissen for styrket innstas i sykefraværsarbeidet høst 2018.

**65/18 Tre søknader om tildeling av midler fra AMU**

Ekstraordinære utgifter i fbm. svikt i avløpet ved velferdshytta i Tromvik (kr 109 256,42).

Økonomisk støtte til juletreffesten (kr 9839,-)

AnOp-avdelingen, Harstad, kurs i kurs om forbedring av teamarbeidet i det kirurgiske teamet på operasjonsstuen.

**Vedtak:**

Søknadene innvilges

---

**PROTOKOLL**


---

Tema: **Drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 4.10.2018.**

Dato: 26.9.2018

Tidspunkt: 09.30-10.00

Sted: G 914

Fra arbeidsgiver

Lars Øverås, økonomisjef  
Elin Gullhav, Kvalitets- og utviklingssjef  
Hilde A Johannessen (adm.kons./ referent)

Fra arbeidstakerne

Mai-Britt Martinsen, NSF  
Tove Mack, FHVO  
Rune Moe, Fagforbundet  
Geir Lindrupsen, NITO  
Rita Vang, FHVO Harstad


Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Rune Moe og Mai-Britt Martinsen valgt til signering av protokollen.  
Økonomisjef Lars Øverås signerer fra arbeidsgiversiden.

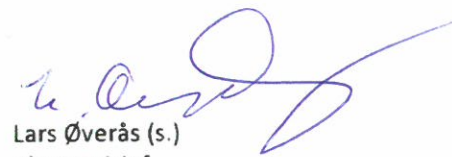
Arbeidstittel	Ansvar	
1. Tertialrapport 2, 2018 med Kvalitets- og virksomhetsrapport	EG	<p>Kvalitets- og utviklingssjefen og økonomisjefen svarte ut spørsmål til saken.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten hadde spørsmål til Den Gyldne Regel i forhold til tertialrapporten.</p> <p>Det ble også stilt spørsmål til effekten av lønnsoppgjør.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten hadde følgende innspill:</p> <p>De er svært glade for at det jobbes med å få på plass en ny type «Ledelsens gjennomgang» hvor det skal rettes fokus på styringssystem på ulike hovedområder også på klinikk og avdelingsnivå. Vernetjenesten ser det som særdeles viktig at det utføres et systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid ned til minste enhet i organisasjonen. En ny type LGG vil kunne avdekke miljøer hvor eksempelvis vernerunder ikke gjennomføres. Vernetjenesten har tidligere påpekt manglende konsekvenser/korrigerende avdelinger/enheter hvor HMS-arbeidet ikke er på plass. En ny type LGG kan imøtekomme dette.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken forelegges styret til behandling.</p>
2. Virksomhetsplanlegging for 2019	GB	<p>Kvalitets- og utviklingssjefen innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</p> <p>Vernetjenesten hadde spørsmål til de høye tallene ved AML-brudd. Det arbeides kontinuerlig med å få tallene ned, og det viktigste på foretaksnivå er å jobbe målbevisst med å få tallene ned og få bort systemfeil.</p>

		<p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten hadde følgende innspill:</i></p> <p><i>Tillitsvalgte og vernetjenesten er bekymret for arbeidspresset i klinikkene der behandling og pleie utføres. Man MÅ satse mer på helsefremmende turnuser samt risikovurderinger av turnuser, sette inn risikoreducerende tiltak. Hviletid under 11 timer mellom skiftene må reduseres. Bemanningsplanene må være realistisk for å unngå innleie/overtid i størst mulig grad.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken forelegges styret til behandling.</i></p>
--	--	--

Tromsø, 26.9.2018

  
Rune Moe (s.)  
HTV Fagforbundet

  
Mai-Britt Martinsen (s.)  
FTV NSF

  
Lars Øverås (s.)  
økonomisjef



Til

UNN-styret v/ leder Ansgar Gabrielsen. .  
Direktør Marit Lind  
Klinikkisjef Bjørn Yngvar Nordvåg  
Avdelingsleder Karl Ivar Lorentzen  
Driftsleder UNN Harstad Gina Johansen.

Harstad 27.09.18

**Bekymringsmelding ang bemanningssituasjonen ved ortopedisk seksjon ved UNN Harstad, ledelsen ved NOR-klinikken og organisasjonsstruktur i UNN.**

Ortopedisk seksjon ved UNN Harstad har de siste årene fått betydelig større arbeidsbelastning i forbindelse med at opptaksområdet for de akutte ortopediske tilstandene har økt. Dette har medført flere øyeblikkelig hjelp operasjoner på vakttid, og dermed mer arbeidsbelastning på overlegene. I tillegg har lange ventelister på poliklinikken og bl.a økt antall proteseoperasjoner gjort at belastningen spesielt på overlegekollegiet har blitt for stor. Aktivitetstall med DRG poeng pr lege ved seksjonen bekrefter høy aktivitet og stor arbeidsbelastning. Opptaksområdet for akutte ortopediske pasienter ved UNN Harstad er over 80000 pasienter. WHO har angivelig anbefalt 1 ortoped pr 10000 pasienter. Det vil si at det ut i fra denne anbefalingen burde være 8 ortopediske overlegestillinger ved UNN Harstad. Pr i dag er det fem slike stillinger i Harstad. Retningslinjer gitt i Nasjonal sykehusplan gir klare anbefalinger om at det bør være 6-8 overleger i vaktordninger.

På tross av stor arbeidsmengde, har ortopedisk seksjon ved UNN Harstad klart å utdanne og rekruttere flere overleger de siste årene. Det er pr i dag fire fast ansatte overleger og en LIS lege i stilling som konstituert overlege. I praksis går firedelt vakt, noe som ikke gir rom for å ta ut pålagt avspassing/ ferie, gjennomføre en lovlig ferieturnus eller ta ut lovmessig opptjent overlegepermisjon. Belastningen som følge av økt arbeidsmengde har nå blitt så stor at en av de fast ansatte overlegene har søkt om jobb ved et annet sykehus. Dette vil kunne medføre at flere av de andre overlegene også sier opp sine stillinger. Vi står dermed foran en potensiell bemanningskrise ved ortopedisk seksjon ved UNN Harstad. Dette vil kunne få konsekvenser for traumeberedskapen ved UNN og tilbudet til ortopediske pasienter i regionen. Ortopedisk seksjon ved UNN Harstad har også en regional funksjon i fotkirurgi som vil påvirkes. Et betydelig antall pasienter må da sendes ut av foretaket, noe som vil ha store økonomiske konsekvenser for UNN og Helse Nord.

Overlegekollegiet ved UNN Harstad følger utviklingen tett ved flere enheter ved UNN Harstad. Det er tidligere meldt i bekymringsmelding på NOR-klinikken i brev 27.04.18 ang Rehabiliteringsavdelingen UNN Harstad. Overlegekollegiet har også registrert at man nylig mistet en fast ansatt overlege ved UNN Harstad, fordi ledelsen ved ortopedisk avdeling ved UNN Tromsø ikke klarte å tilrettelegge for videre utdanningsløp for aktuelle kandidat. Ledelsen ved ortopedisk seksjon UNN Harstad har i lengre tid gitt beskjed om at arbeidsbelastningen ved seksjonen er for høyt i forhold til antall legestillinger. Behovet for flere overlegestillinger ved seksjonen har vært utvetydig i lengre tid, men ledelsen ved ortopedisk avdeling og klinikkisjef har ikke imøtekommet dette behovet. Dette føyer seg inn i rekken av flere saker hvor klinikkisjef ikke har lyttet til fagmiljø i Harstad, og fattet beslutninger på tvers av gode argumenter og godt dokumenterte påstander. Overlegekollegiet har derfor ikke lengre tillit til klinikkisjef ved NOR-klinikken.

De ortopediske spesialistene ved UNN Harstad når ikke frem til ledelsen med sine bekymringer og behov. Avstanden mellom avdelingsledelsen/ klinikkledelsen i Tromsø og de lokale spesialistene ved seksjonen i Harstad er for stor. Den bekymringsfulle bemanningssituasjonen ved ortopedisk seksjon ved UNN Harstad er nok et eksempel på at

dagens klinikkstruktur er dysfunksjonell. Det er ikke mulig å drive et lokalsykehus med høykompetente medarbeidere med fjernledelse. Bekymringer og problemer i fagmiljøene, også i overlegegruppa, når ikke frem til beslutningstakere. Beslutninger som fattes i fjernledelsen tas også på tvers av tydelige signaler fra spesialister. Fjernledelsen kjenner ikke driften ved lokalsykehusene godt nok, og kommunikasjonen mellom klinikere og ledelsen ved UNN blir for dårlig. Vi som klinikere «brenner» for å bevare et godt lokalsykehus, men vi er lei av å måtte påpeke ved gjentatt anledninger at dagens organisering ved UNN ikke fungerer. Klinikkstrukturen fungerer ikke for å kunne drive lokalsykehusene ved UNN Harstad og UNN Narvik. Det bør etableres klinikk Harstad og klinikk Narvik. Slik kan man oppfylle Stortingets vedtak om stedlig ledelse.

Det har blitt avholdt allmøte i overlegekollegiet ved Unn Harstad og denne bekymringsmeldingen er et resultat av allmøtet. Overlegekollegiet krever at UNN-ledelsen sørger for forsvarlige og bærekraftige arbeidsforhold for våre kolleger ved ortopedisk seksjon ved UNN Harstad.

Vi ønsker en skriftlig tilbakemelding fra direktør på våre bekymringer og krav.

For å løse denne bemanningssituasjonen ved ortopedisk seksjon må følgende krav oppfylles:

1. Det må midlertidig leies inn vikarer for å dekke arbeidsoppgaver og vakter
2. Det må vedtas at det skal være 6-8 overlegestillinger ved Ortopedisk seksjon/avdeling ved UNN Harstad.
3. Ortopedisk seksjon ved UNN Harstad må innen kort tid omorganiseres til ortopedisk avdeling ved UNN Harstad

For å unngå at UNN mister flere kompetente spesialister pga dysfunksjonell organisering og ledelse må følgende gjøres:

1. Klinikkstrukturen må endres og klinikk UNN Harstad og klinikk UNN Narvik må etableres med lokal stedlig ledelse og eget budsjett
2. Rekruttering av legespesialister til UNN må formaliseres og ivaretas på en god måte.
3. Overlegekollegiet har ikke lengre tillit til klinikkchef ved NOR-klinikken og vi ber UNN ledelsen følge dette opp videre.

Kontaktpersoner for overlegekollegiet ved UNN Harstad:

Anders Nordgård, Overlege kir.avd

Maria Serafia Fjellstad, konstituert overlege medisinsk avdeling

Rolf Arne Iversen, Overlege AnOp.



Overlegekollegiet ved UNN Harstad  
Anders Nordgård, overlege Kirurgisk avdeling UNN Harstad  
Maria Serafia Fjellstad, kst. overlege Medisinsk avdeling UNN Harstad  
Rolf Arne Iversen, overlege Anestesi- og operasjonsavdelingen UNN Harstad

Deres ref.:

Vår ref.:  
2018/5459-2

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Marit Lind, 77626071

Dato:  
28.09.2018

### **Vedrørende bekymringsmelding angående bemanningssituasjonen ved Ortopedisk seksjon ved UNN Harstad, ledelsen ved NOR-klinikken og organisasjonsstruktur i UNN datert 27.09.2018**

Viser til bekymringsmelding angående bemanningssituasjonen ved Ortopedisk seksjon ved UNN Harstad, ledelsen ved NOR-klinikken og organisasjonsstruktur i UNN datert 27.09.2018 som jeg fikk oversendt pr mail i går ettermiddag og til telefonsamtale med Anders Nordgård til morgenen i dag.

Jeg tar deres bekymring på alvor og følger opp saken internt. Dere ber om skriftlig tilbakemelding fra direktør på konkrete punkter med bekymringer og krav knyttet til to områder; bemanningssituasjonen ved Ortopedisk seksjon og til dysfunksjonell organisering og ledelse.

Mine tilbakemeldinger på de enkelte punkter er som følger:

#### Til punktene 1 og 2:

Det er i regi av avdelingsleder Karl Ivar Lorentzen, Ortopedisk avdeling, allerede innkalt til et heldagsmøte førstkommande mandag. Formålet med møtet er å utarbeide saksgrunnlaget (bakgrunn, aktivitetstall, aktivitetsplan, vaktplan, arbeidsplan, osv) til en beslutningssak om innføring av 6-delt vaktturnus for overlegene ved Ortopedisk seksjon UNN Harstad.

Jeg har tro på at avdelings- og klinikkleidelsen etter mandag vil ha et tilstrekkelig saksgrunnlag for å kunne håndtere saken videre på en god måte.

#### Til punkt 3 som omhandler Ortopedisk seksjon og punktene 1 og 3 om dysfunksjonell organisering og ledelse:

Styret i UNN vedtok følgende i 2017 i sak 6/2017 *Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse:*

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.*

Organisasjonsstrukturen vi har i UNN er krevende. Dette gir seg utslag i flere utfordringer for både ansatte og ledere på alle våre driftssteder. To konkrete utfordringer: Tilstrekkelig tid til lokal tilstedeværelse for linjeledere som har drift mange steder, samt god håndtering av prosesser som krever koordinering på tvers av organisatoriske enheter. For lokalsykehusenes del ble dette også formulert i vedtaks punkt 3 i nevnte styresak hvor det fremkommer at vi har erkjent at behovet for lokal koordinering av driften på lokalsykehusene UNN Harstad og UNN Narvik ikke har vært håndtert godt nok.

Opprettelse av driftslederstillinger i både UNN Harstad og UNN Narvik ble gjort som et første tiltak for å bedre situasjonen og stillingene ble besatt fra 01.01.2018. Selv om driftslederne nå er på plass er vi fortsatt der at driftsmodellen gir oss utfordringer. Det gir seg utslag i utfordringer lokalt, men også for klinikk- og avdelingsledere som har sitt hovedarbeidssted i Tromsø. Det er komplisert begge veier. Jeg har ikke grunnlag for ikke å ha tillitt til klinikkjefen i NOR-klinikken. Vedtaks punkt 4, har av kapasitetshensyn dessverre ikke vært mulig å følge opp så raskt som ønskelig fra direktørnivå. Det jobbes nå med en plan for hvordan forslaget om omgjøring av tre seksjoner ved UNN Harstad og én seksjon ved UNN Narvik til avdelinger, skal gjennomføres. Det skal blant annet gjennomføres en risikovurdering før eventuell iverksetting. Kst. viseadm. direktør Einar Bugge vil følge opp arbeidet fra direktøren side. De lokale driftslederne vil lede det konkrete arbeidet lokalt, med støtte fra stabsenhetene. I løpet av de nærmeste ukene skal det foreligge en fremdriftsplan for arbeidet.

I styrevedtakets punkt 6 fremkommer det at de tiltak som iverksettes skal evalueres etter ett års drift, samtidig som det legges til grunn at organisasjonsmodellen håndteres dynamisk ved at direktøren fortløpende gjennomfører forbedringstiltak ved behov. Hva som vil

være riktig tidspunkt for gjennomføring av evalueringen er under diskusjon. Driftslederne kom på plass fra nyttår av, men øvrige tiltak er som sagt forsinket.

En plan for oppfølging av dette skal også ferdigstilles i nær fremtid.

Undertegnede vil i påvente av disse arbeidene vurdere hvilke midlertidige tiltak som kan iverksettes for å bedre situasjonen lokalt. Etablering av faste møter mellom de kliniksjefer og avdelingsledere som har driftsansvar i UNN Harstad og UNN Narvik, lokale driftsledere og lokalt lederteam kan være et mulig tiltak. Krav om fast tilstedeværelse for avdelingsledere som har driftsansvar i Harstad og Narvik kan være et annet.

Til punkt 2 som omhandler rekruttering av legespesialister:

Rekruttering er en utfordring som gjelder flere yrkesgrupper på ulike driftsteder i UNN, også ut over lokalsykehusene. Saken ble tatt opp i UNNs ledermøte den 21.08. og er både omfattende og svært krevende. Det jobbes med oppfølging av rekrutteringsutfordringene i regi av både driftslederne på lokalsykehusene og fra Stabssenterets side for UNN mer generelt. Fremdriften i dette arbeidet vil være sak på direktørens ledermøter utover høsten og nyåret og driftslederne i UNN Harstad og Narvik vil holde lokale ledere fortløpende orientert og saken.

Med vennlig hilsen

Marit Lind  
Kst. administrerende direktør

Kopi til:  
Ansgar Gabrielsen, styreleder UNN  
Gina Marie Johansen, driftsleder UNN Harstad  
Einar Bugge, kst. viseadm. direktør  
Bjørn-Yngvar Nordvåg, kliniksjeff NOR-klinikken  
Karl Ivar Lorentzen, avdelingsleder Ortopedisk avdeling



**SALANGEN KOMMUNE**  
**LAVANGEN KOMMUNE**

Vår dato:  
01.06.2018

Vår ref.:  
18/358 - 1362/18  
Arkiv: H06

Saksbehandler, dlr. telefon:  
Heidi Sund Aasen, 77172008

Deres ref.:

UNN HF

9038 TROMSØ

**Ambulansetjenesten ved UNN.**

Ordfører i Salangen og Lavangen anmodet, i februar 2018, om et møte med direktøren for UNN for å få avklart hvilke planer som forelå for ambulansetjenesten lokalisert på Sjøvegan. Møtet ble gjennomført den 12. mars 2018 med Akuttmedisinsk klinikk ved ambulanseavdelingen. På dette møtet fremkom det ingen signaler om endring av ambulansetjenesten på Sjøvegan i avtaleperioden frem til 2026. Lavangen- og Salangen kommune er derfor ikke informert om endringen som nå fremkommer i Troms Folkeblad lørdag 2. juni. 2018. I avisen kommer det blant annet frem at dagambulansen skal flyttes fra Sjøvegan til Setermoen med en utvidelse fra 8 til 12 timer.

I nevnte møte med UNN etterspurte ordførerne blant annet beslutningsgrunnlag, hvilke faktorer som er vurdert samt tidsplan for utvikling av ambulansetjenesten. Svaret fra UNN var at det skulle fremlegges en orienteringssak til styret ved UNN før ferien 2018. Ordførerne ble beroliget av UNN at det ikke forelå noen konkrete planer for stasjonen på Sjøvegan før kontraktens utløp i år 2026. UNN pekte på strukturendringer i Nord-Troms og i Nordland. Her ville det bli endringer ift dagambulanser, arbeidstidsordninger samt bruk av ambulansebåter. På dette møtet fremholdt UNN at alle spilleregler og avtaler skulle følges fullt ut i prosessen. Ordførerne i Salangen og Lavangen er rystet over måten denne saken nå presenteres på, og det uten forutgående medvirkning og informasjon.

I følge Kommuneoverlegen i Salangen vil en flytting av dagambulansen fra Sjøvegan til Setermoen gi en betydelig forverring av tilbudet for Lavangen og Salangen. Ser man på et større geografisk område ut fra et faglig standpunkt, kan måltall om å nå en andel av befolkningen innen en gitt responstid bli overholdt - selv om noen områder får dramatisk øket responstid. Tallene blir betydelig annerledes og verre dersom man ser de opprinnelige områdene/ kommunene hver for seg.

Med nåværende legevaktstruktur er vi avhengige av at ambulanse kan hente inn pasientene uten unødvendig forsinkelse. Det er ikke realistisk å innskrenke størrelsen på vakt-distriktene pga. bakvaktskravet for leger som trer inn den 01.01.2020.

Allerede i dag er utnyttelsesgraden på ambulansene så høy at samtidighetskonflikter oppstår relativt ofte og medfører venting før transport. Dette innebærer øket risiko og lengrevarende plager for pasientene i og med at behandling utsettes.

Vi er avhengig av bilambulanser også ved tidskritiske tilstander fordi regulariteten i luftambulanse ikke er 100 %. Trafikkulykker skjer oftere i dårlig vær om vinteren og nettopp da er regulariteten for helikopter dårlig.

Salangen kommune  
Postboks 77  
9355 Sjøvegan

Tlf.: 77 17 20 00  
Fax: 77 17 21 65

Bankgiro: 7878 06 50752  
Org.nr.: 961 416 388

Epost: [postmottak@salangen.kommune.no](mailto:postmottak@salangen.kommune.no)  
Internett: [www.salangen.kommune.no](http://www.salangen.kommune.no)

Primærhelsetjenesten - legekantor og legevakt - og ambulansetjenesten utgjør det lokale akuttmedisinske teamet, og en av styrkene er lokalkunnskap så vel topografisk som ifht. befolkningen. Kvaliteten svekkes dersom ambulansetjenesten sentraliseres.

Helseforetaket vurderer tjenesten ut fra faglige kriterier og bedriftsøkonomi. Samfunnsøkonomiske betraktninger kan gi en annen konklusjon og vektlegging.

Ordførerne i Lavangen og Salangen forventer at dagambulansen forblir på Sjøvegan, vi kan ikke akseptere slik økt responstid i våre kommuner. Vi kan ikke se at en flytting til Setermoen skal føre til en bedre utnyttelse av kapasiteten. En alternativ løsning ville være en styrking av stasjonene i Målselv, Sjøvegan og Dyrøy, for å bedre beredskapen samt ivareta det økonomiske perspektivet.

Forslag referert i Troms Folkeblad baserer seg åpenbart på tvilsomt beslutningsgrunnlag. Slik vi leser Troms Folkeblad sin artikkel, fremstår det som om det er fremlagt forslag som inneholder kun et alternativ.

Ordførerne krever å få et møte med beslutningstakerne/styret ved UNN HF før noen beslutninger tas.

Med hilsen

  
Sigrun Wiggen Prestbakmo  
ordfører i Salangen kommune

  
Bernhardt Halvorsen  
ordfører i Lavangen kommune

 **SALANGEN KOMMUNE**  
Ordføreren  
Kopi til:



Fra: Sigrun Wiggen Prestbakmo[SigrunWiggen.Prestbakmo@salangen.kommune.no]  
Dato: 18.06.2018 09:22:44  
Til: sverre.haakon.evju@narvik.kommune.no; grete.kristoffersen@nav.no ; Postmottak UNN (post@unn.no)  
Kopi: Postmottak Salangen; Frode Skuggedal  
Tittel: Brev fra Salangen kommune vedrørende ambulansesituasjonen - bes videresendt til styremedlemmene i UNN HF snarest

---

Hei, det har kommet oss for øre at dette brevet som ble skrevet og sendt 5.juni ikke har nådd frem til mottakerne. Jeg beklager å sende det direkte til dere styremedlemmer, men det var de e-postadressene jeg fant tilgjengelig, og situasjonen for lokalsamfunnet er kritisk. Jeg ber dere om å etterspørre henvendelsen fra Salangen og Lavangen kommune.

Vi har bedt om et møtet med daglig ledelse og styret, da det i saksfremstillingen tidlig i dette arbeidet, til medvirkningsarbeid med kommunene. Dette stemmer ikke, og det er heller ikke slik at statistikk og konklusjon henger sammen i denne saken. Våre kommuner er ført bak lyset i møtet som vi hadde med ambulanseavdelingen 12. mars, der vi spurte om videre planer, men fikk til svar at ambulansetjenesten i Salangen var uberørt av det som måtte komme av endringer fremover. Gjør også oppmerksom på at Østgård understreket behovet for å gjennomgå leieavtale med Salangen kommune, for å få kostnaden ned, der vi ville imøtekomme dette. I tillegg gjorde Østgård oppmerksom på at endringer ville komme i forbindelse med leieavtaler som gikk ut, der han understreket at leieavtalen i Bardu er den som først går ut, i løpet av 2019.

Salangen er et lokalsamfunn som har en sammensetning av tjenester og mennesker som gjør beredskap som dere styrer over til en kritisk faktor. Dette gjelder både offentlige og private arbeidsplasser, samt et totalt beredskapsbilde som er under press den tid politiet heller ikke er tilstedeværende i vår kommune. Dersom ikke styret blir gjort kjent med dette er det en svikt i saksbehandling av denne saken. Vi kjenner til at det kun er orienteringssak i dette møtet, men jeg ber dere innstendig om å avvise flytting av dagbilen fra Sjøvegan til Setermoen, også som en del av orienteringen.

Med hilsen

*Sigrun Wiggen Prestbakmo*

Ordfører i Salangen kommune  
Mobil:48180945

 logo

Salangen kommune  
-Sprenger



---

**Fra:** canonscanner@salangen.kommune.no <canonscanner@salangen.kommune.no>  
**Sendt:** tirsdag 5. juni 2018 13.36  
**Til:** Sigrun Wiggen Prestbakmo  
**Emne:** Attached Image



Salangen kommune  
Lavangen kommune

Deres ref.:  
18/358-1362/18

Vår ref.:  
2018/3279-11

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Jon H. Mathisen

Dato:  
22.06.2018

## Svar på brev til Styret i UNN angående ambulansesituasjonen ved UNN HF

Viser til deres henvendelse 1. juni 2018 og vårt felles møte i mars.

Klinikken er i en prosess hvor hele tjenesten er gjennomgått med tanke på optimalisering av beredskap og kapasitet. Arbeidet er nå kommet så langt at vi har mottatt innspill fra de ansatte i ambulanseavdelingen. Vi oppsummerer at UNN som prinsipp bør ivareta responstid gjennom døgnbiler i nåværende struktur (med ett unntak på Senja) og sentralisere dagambulanserbiler til aksene mellom sykehusene i tråd med tidligere styrevedtak. Dagambulansen i Salangen er blant de som kan bli aktuell.

Som følge av nedlegging av ambulansebåten i Bjarkøy blir det behov for å kompensere med økt transportkapasitet i aksene mellom Senja og sykehusene i Narvik og Harstad. I første omgang kan dette gjøres ved å utvide åpningstiden på dagambulansen i Salangen fra januar 2019.

I forbindelse med bygging av ny stasjon på Setermoen vil det være aktuelt å flytte dagambulansen dit. Dette vil i så fall tidligst skje høsten 2019.

Vi ser at vi burde tatt kontakt med dere så snart dette ble klart. Vår plan er å fremlegge en sak til styret i løpet av høsten og ber derfor om et informasjons-/dialogmøte (fysisk i Salangen eller skype) så snart vår ferieavvikling er over 23. juli.

Vi ber om tilbakemelding med forslag på dato.

Med vennlig hilsen

Jon H. Mathisen  
Klinikkssjef  
Akuttmedisinsk klinikk UNN HF

Per Øivind Sjørgård  
Avdelingsleder  
Ambulanseavdelingen UNN HF

Kopi:  
Adm.direktør UNN HF

Fra: Sigrun Wiggen Prestbakmo[SigrunWiggen.Prestbakmo@salangen.kommune.no]  
Dato: 17.09.2018 12:46:40  
Til: Postmottak UNN (post@unn.no)  
Kopi: Postmottak Salangen; Bernhard Halvorsen; Erling Hanssen; Frode Skuggedal  
Tittel: Etterlysning av svar

---

Kommunene Salangen og Lavangen, ved ordførerne har i to henvendelser tidligere i år, bedt om møte med styret i UNN for å drøfte og informere om kommunenes forventninger og behov knyttet til ambulansesituasjonen.

Det er svært problematisk at det pågår store bevegelser i ambulansetjenesten i vårt område, uten at kommunene er verken informert eller inkludert i en faglig og overordnet drøfting av beredskapssituasjonen i kommunene våre.

Det er svært problematisk at styret i UNN unnlater å inkludere kommunene i drøftinger, og at man tilsynelatende gir inntrykk av at det er gjennomført medvirkningsarbeid mot kommunene uten at det faktisk har forekommet. I dialog med kommunene i mars ble det formidlet at det ikke var tiltenkt noen reduksjon av ambulansetjenesten i Salangen. Dette møtet var for øvrig initiert av kommunene selv, ikke av UNN.

Det er også helt uakseptabelt at styret i UNN unnlater å svare på henvendelser fra kommunene, slik at vi forventer at dato for møte mellom styret i UNN og kommunene Salangen og Lavangen settes snarest, og i god tid før det forberedes og gjennomføres beslutninger som angår innbyggere og tjenestetilbud i våre kommuner.

For øvrig viser vil til de faglige vurderingene som var lagt til vår henvendelse datert 5.juni 2018, det er åpenbart at en svekkelse av ambulansestasjonen i Salangen vil være steg i helt feil retning.

Mvh

Sigrun W. Prestbakmo  
ordfører Salangen kommune

48180945



Salangen kommune

Lavangen kommune

Deres ref.:

Vår ref.:  
2018/3279-17

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Marit Lind, 77626071

Dato:  
01.10.2018

### Svar på brev og mailer vedrørende ambulansesituasjon

Viser til tidligere møte og korrespondanse med Akuttmedisinsk klinikk i UNN om planarbeid for strukturelle endringer i ambulansetjenesten.

Jeg må først få beklage at dere har opplevd dårlig kommunikasjon med UNN v/ Akuttmedisinsk klinikk om saken.

Akuttmedisinsk klinikk er gitt i oppdrag å lage en plan for fremtidig ambulansestructur basert på tidligere styrevedtak.

UNN praktiserer at det fagmiljø som håndterer en sak på vegne av direktøren, også er det fagmiljø som kjører nødvendige prosesser med eksterne samarbeidspartnere.

Det var derfor naturlig at klinikkledeisen i nevnte klinikk var de som på vegne av UNN og direktøren orienterte om de planer som foreligger og hvilke vurderinger (og tidligere styrevedtak) som ligger til grunn for de endringer som planlegges.

På bakgrunn av de tilbakemeldinger dere har sendt pr mail og i brev form ba undertegnede om at Akuttmedisinsk klinikk skulle invitere dere til et nytt møte for å utdype og orientere om de vurderinger som er gjort og hva som planlegges fremover.

Jeg har fra klinikkssjef Jon Mathisen fått tilbakemelding om at dere ikke ønsker et slikt møte, med mindre sykehusledelsen deltar.

Undertegnede vil med bakgrunn i dette be Akuttmedisinsk klinikk v/ klinikkssjef invitere til et nytt orienteringsmøte hvor også direktør deltar.

Med vennlig hilsen

Marit Lind  
Konstituert adm.direktør  
(sign.)

Kopi til: Klinikksjef Jon Mathisen, Akuttmedisinsk klinikk

## Saksprotokoll

Saksmappenr: 2018/8277  
Saksbehandler: Aud Jorun Pedersen  
Arkivkode: H06

### Behandles av:

Utvalg	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kommunestyret	27.09.2018	18/126

### UTTALELSE - AMBULANSEBÅT

#### Behandling Kommunestyret - 27.09.2018:

Kommunestyret vedtok enstemmig følgende uttalelse:

#### Vedtak Kommunestyret - 27.09.2018:

Universitetssykehuset Nord Norge og Helse Nord

Styret i Helse Nord har opphevet vedtaket om lokalisering av ambulanshelikopterbase på Evenes. Universitetssykehuset i Nord Norge har vedtatt å legge ned ambulansbåt, stasjonert på Bjarkøy utenfor Harstad, gjeldende fra nyttår 2019. Opprettholdelse av et godt akuttmedisinsk tilbud for øyene utenfor Harstad og Senja fordrer at ambulanshelikopter opprettholder sin base på Evenes når ambulansbåten nedlegges.

Med bakgrunn i Helse Nord sitt vedtak ber Harstad kommunestyre UNN utsette nedleggelse av ambulansbåten, stasjonert på Bjarkøy, i påvente av avklaring om baseplassering for ambulanshelikopter.

Uttalelsen oversendes UNN, Helse Nord og Media.

#### UTSKRIFT:

Ordfører  
UNN  
Helse Nord  
Media

Rett utskrift:

Aud Jorun Pedersen  
Konsulent

*Dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.*



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Stortingets president  
Stortinget  
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

18/3896-

2. oktober 2018

**Spørsmål nr. 2351 til skriftlig besvarelse - UNNs planer om å fjerne ambulansestasjonene på Stonglandseidet og i Gryllefjord**

Jeg viser til brev av 26. september 2018 fra Stortingets president med følgende spørsmål til skriftlig besvarelse fra representanten Sandra Borch:

*"Er statsråden enig i UNNs prioriteringer hvor man risikerer liv og helse til veldig mange pasienter i disse kommunene?"*

*Begrunnelse*

*I media har i det siste skrevet om UNNs planer om å fjerne ambulansestasjonene på Stonglandseidet og i Gryllefjord, det har med rette skapt frykt og oppgitthet i folket. Det kommer frem at stasjonen blir erstattet av en ny og større stasjon på Svanelvmoen. Link;*

*<https://www.folkebladet.no/nyheter/2018/09/25/%E2%80%93-Dette-kan-vi-ikke-akseptere-17577831.ece>*

*For mange betyr dette at avstanden til ambulansestasjonen blir på ca. 40 km, dette i et området med tøft klima og utfordrende veier. Flere familier vurderer nå å flytte grunnet den usikkerheten dette skaper.*

*Anbefalt utrykningstid for ambulanser i Norge er på henholdsvis 12 minutter i tettbebygd strøk og 25 minutter i distriktet i akutte tilfeller. I disse områdene er man i dag med dagens struktur ikke i nærheten av å være innafor dette målet.*

*Det er også gjort kjent at dagtilbudet til ambulansen i Salangen blir fjernet og flyttet til Setermoen. Dette vil øke responstiden betraktelig for innbyggerne i kommunene Lavangen*

og Salangen. Statistikken viser også at antall oppdrag i området har økt betraktelig de siste årene.

Målet er at 90 prosent av alle utrykninger skal skje innen anbefalt responstid. Disse kommunene kan nok se langt etter disse tallene om kuttene kommer.

UNN har vært i møter med kommunene tidlig i sommer, hvor kommunene ble betrygget med at det ikke skulle skje endringer. Det ble sagt at det skulle legges frem orienteringer før sommeren. Med rette reagerer folk og politikere på at man i media kan lese at disse tilbudene vil bli lagt ned i Troms.

Med rette frykter mange dette i alvorlige situasjoner kan handle om liv eller død."

### Svar

Helse- og omsorgsdepartementet har innhentet et innspill fra Helse Nord. De opplyser at UNNs styre om kort tid skal behandle sak 80/2018 *Strukturelle endringer i ambulansetjenesten ved UNN*. Styresaken orienterer blant annet om endringer i ambulansetjenesten i Salangen, Gryllefjord og Stonglandseidet.

Ambulansetjenestens akuttberedskap ivaretar befolkningens trygghet for å få hjelp i akutte og livstruende situasjoner. Akuttberedskapen ved UNN dekkes hovedsakelig av ambulanser på stasjoner med døgnberedskap etter en struktur for kortest mulig responstid.

Det framgår av nevnte styresak at: *døgnambulanse i Salangen opprettholdes mens dagambulansen flyttes til Setermoen og beredskapstid på denne utvides. Arbeidstiden endres så snart som praktisk mulig. Flytting planlegges i forbindelse med ny stasjon på Setermoen. Ingen endring i antall ambulanser*. Styresaken legger opp til at døgnambulansen i Salangen beholder både stasjonering og beredskap, slik at det i utgangspunktet ikke skal ha noe å si for beregning av responstid, ifølge Helse Nord.

Det er en økning i aktiviteten for dagambulansetjenesten i Salangen, ifølge Helse Nord. Dagambulansen dekker et større område enn bare Salangen og omfatter både møtekjøring med andre ambulanser og planlagte transporter til og fra sykehus (såkalte "grønne oppdrag"). Dette er en styrt økning koordinert fra AMK-sentralen for å få utnyttet kapasiteten som dagambulanser har, ifølge Helse Nord. De veiledende responstidsmålene gjelder for øvrig for akuttoppdrag, ikke for såkalte "grønne oppdrag".

Dagambulansen i Salangen planlegges flyttet til Setermoen når ny stasjon står klar i slutten av 2019. Bakgrunnen framkommer av styresaken: *For å sikre tilgjengelighet og utnytte kapasitet vurderer vi derfor at dagambulanser forflyttes til hoved traséen (E6/E10) mellom sykehusene i UNN.*

Det framgår av styresaken at UNN vurderer å samlokalisere beredskapen på ambulansestasjonene i Gryllefjord og Stonglandseidet, og at de foreslåtte endringene kan medføre at begge bygdene får dårligere responstid, mens andre steder på Senja får bedre. Før beslutning tas skal UNN, sammen med nye Senja kommune, gjennomføre en ROS-analyse. Arbeidet må være ferdigstilt før sommeren 2019 for at prosessen kan slutføres og ny organisering kan være på plass første halvår 2020.

Styresaken om strukturelle endringer i ambulansetjenesten skal behandles 4. oktober 2018. Innstilling til vedtak er som følger:

- 1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar status i saken til orientering, og ber om at direktøren fullfører den tidligere bestilling i saken.*
- 2. Styret ber om å få seg forelagt egen sak knyttet til sikring av kompetansekrav, arbeidstidsordninger og rekruttering.*

Representant Borch spør om jeg er enig i UNNs prioriteringer hvor man risikerer liv og helse til veldig mange pasienter i disse kommunene. Mitt svar er at ROS-analysen som skal gjennomføres har som hensikt å avdekke risiko og sårbarhet, og må følges opp med planer og kompenserende tiltak – slik det framkommer i styresaken.

Med hilsen



Bent Høie





UNN HF

V/Marit Lind  
konstituert administrerende direktør

### AMBULANSEBEREDSKAP

Salangen kommune og Lavangen kommune henvendte seg til direktøren ved UNN HF 2. februar 2018, for å få drøftet ambulansesituasjonen i vårt område. Bakgrunnen for henvendelsen var en tiltakende bekymring for mulige endringer ved ambulansestasjonen i Salangen. For beredskapssituasjonen i kommunene, innbyggernes faktiske og opplevde sikkerhet og beredskap, er dagens løsning med dagbil og døgnbil svært viktig.

Direktør Tor Ingebrigtsen overlot til klinikkssjef Jon Mathiesen å svare på henvendelsen, og det ble avholdt et videokonferansemøte 12.03.18 mellom kommunenes ordførere og rådmenn/administrasjonssjefer, klinikkssjefen, avdelingsleder Per-Øyvind Sørgård, avdelingsoverlege Lars Jøran Andersson og seksjonssjef Svein Hovde. Dette møtet ble initiert av kommunene.

I møtet ble kommunene beroliget, da det ikke ble varslet endring ved ambulansestasjonen. Det ble enighet om å komme tilbake en videreføring av leieavtalen på stasjonen i Salangen, som utgår i 2025, på et senere tidspunkt. Salangen kommune og Lavangen kommune gikk fra dette møtet med en felles forståelse av at det ikke var endringer til drøfting, vedrørende ambulansestasjonen i Salangen.

Etter å ha blitt oppmerksom på planlagte endringer i ambulanseberedskapen i vårt område, gjennom avisoppslag i Troms folkeblad i begynnelsen av juni, besluttet kommunene umiddelbart å be om et møte med UNN HF sitt styre. Dette for å få drøfte situasjonen med beslutningstakerne i organisasjonen, da det som nå ble presentert overhodet ikke harmonerte med den informasjon vi tidligere hadde fått, og heller ikke opplevde vi å ha vært deltaker i et møte som omhandlet medvirkning i en prosess. En flytting av dagbilen fra Sjøvegan til Setermoen vil ha en negativ effekt på responstidskrav, og det er åpenbart behov for at styret gjør seg bedre kjent med omfanget av oppdrag og området denne bilen faktisk ivaretar. Uten dagbilen vil i praksis Salangen og Lavangen være uten akuttberedskap på ambulansen, den tid dagen statistikk viser at dagbilen tar unna de "grønne" turene. Dersom døgnbilen skal ta disse turene, som faktisk innebærer at den er langt unna området store deler av døgnet er vårt området uten ambulansetjeneste, for alle praktiske formål. En kjennskap til kommunenes næringsliv, sammensatte befolkning og ikke minst de institusjonene som kan innebærer en forhøyet risiko, vil gitt styret og administrasjon et annet grunnlag å konkludere på.

Kommunene er svært bekymret for beredskapssituasjonen i vårt område, og informasjonen som ble gitt i et møte 12.03.18 var ikke i samsvar med de endringene som nå er varslet.

I vårt brev av 5. juni 2018 fremkommer mer inngående informasjon om vår bekymring, og denne forventer vi å få drøftet med beslutningstakere i styret. Det er svært viktig for oss å få en reell drøfting av fremtidig ambulanseberedskap i området, kommunene søker ikke fortrinnsvis orientering, men reell medvirkning. Dette innebærer dialog med beslutningstakere i styre.

Viser også til situasjonsbeskrivelser, både med hensyn til beredskapssituasjon, responstid og prosess i Lødingen kommune og på Senja. Denne saken har, med rette, skapt stor uro i lokalsamfunnene, og det er det motsatte som er en av ambulansetjenestens funksjoner.


**Salangen kommune og Lavangen kommune ber om at styret usetter behandling av sak 80/2018, den tid innstillingens pkt 1. innebærer at direktøren får i oppdrag å fullføre tidligere bestilling i saken. Bakgrunn for å utsette saken er mangelfull saksbehandling, og mangelfull prosess.**


**Salangen kommune og Lavangen kommune opprettholder forespørsel om møte med styret, før sak knyttet til utvikling av ambulansetjenesten går videre til direktøren for oppfølging.**

Dersom klinikkjef og konstituert administrerende direktør ønsker å være til stede i vårt møte med styret eller deler av styret, så er det opp til styret selv, det motsetter vi oss ikke på noen måte.

Ber om at dette brevet gjøres kjent for styrets medlemmer snarest.

Med hilsen

  
Sigrun Wiggen Prestbakmo  
Ordfører Salangen kommune

Bernhardt Halvorsen  
Ordfører Lavangen kommune  


## Uttalelse fra Støtteforeningen for Harstad Sykehus:

### **Ambulansebåten**

Ambulansebåten for øyene rundt Harstad, må opprettholdes. Båten er fortsatt viktig for Bjarkøy og Sandsøy som bare får fast forbindelse til Grytøy. Funksjonen for båten, er for flere øyer. Ikke minst er den viktig for Sør-Senja. Sjøtransporten er den absolutt raskeste og beste måten akutt syke kan komme til Harstad Sykehus på. Senja var en viktig pådriver for at sykehuset ble plassert i Harstad.

Ved å fjerne ambulanssebåten, er hele denne øya avskåret fra å komme til Harstad sykehus, det sykehuset som er nærmest innbyggerne på øya. Så har også pasienter i krisesituasjoner blitt kjørt fra Finnsnes til Skrolsvik og videre med ambulanssebåten til Harstad. Det er planer om å sentralisere ambulansbilene på Senja. Et slikt sparetiltak vil etterspørre ambulanssebåten enda mer.

Båten har vist seg å være svært pålitelig uansett vær, noe ambulanshelikoptrene ikke kan måle seg med. Været i vår region gjør ambulanssebåten til det mest pålitelige transportmiddelet. Å beholde ambulanssebåten er viktig for at befolkningen skal føle den nødvendige trygghet for å kunne bo i øyriket rundt Harstad. UNN-styret har ansvar for å se på den samfunnsmessige funksjonen til ambulanssebåten.

Styret i Støtteforeninga for Harstad Sykehus

## Prøvekjøring av planlagt ambulansetjeneste

Dersom vedtaket om bortfall av ambulansebåten i Øyriket blir den endelige løsningen, **ber Harstad Eldreråd innstendig om ei prøvekjøring av den planlagte ambulansetjenesten.**

Da det for oss er noe uklart om hvem som skal gjøre hva, tar vi det for gitt at legen som betjener Bjarkøy legekantor er tatt med på råd fra første stund, likeså sykepleierne som primært er ansatt ved Bjarkøy sykehjem og hjemmesykepleie. Dette må ikke bli et prosjekt som skaper frykt og uro i øysamfunnet, men heller at flest mulig kan bo i sine hjem lengst mulig.

Ser fram til ei god ordning for alle.

For Harstad Eldreråd

Astrid Nergård  
medlem

Ivar Østberg  
leder



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
83/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

### Eventuelt

Tromsø, 21.9.2018

Marit Lind (s.)  
konstituert administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
84/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	4.10.2018
Saksansvarlig: Styreleder Ansgar Gabrielsen		Saksbehandler: Marit Lind

### Oppfølging av PwC-rapporten «Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Rapport fra ekstern undersøkelse av hendelsesforløpet»

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Pricewaterhouse Coopers (PwCs) rapport «Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Rapport fra ekstern undersøkelse av hendelsesforløpet» til etterretning.
2. Styret ser svært alvorlig på de formelle lovbrudd og svikt i rutiner som påpekes i rapporten.
3. Styret ber administrerende direktør planlegge et eget seminar for styret i UNN hvor de brudd på lovgivningen (Forvaltningsloven og Helseforetaksloven) som PwC påpeker, gjennomgås. I tillegg ønsker styret å gå konkret gjennom de lærings- og forbedringsområder som skisseres i rapporten, med fokus på iverksettelse av tiltak for å sikre at UNN fremover praktiserer styringsmodellen for foretakene i henhold til gjeldende lovgivning.

#### Bakgrunn

Den 13. mars 2018 besluttet Helse Nord RHF og UNN i fellesskap å få en ekstern og uhildet gjennomgang av hendelsesforløpet ved lederskiftet i UNN den 9. februar. Formålet med gjennomgangen var å identifisere forbedrings- og læringsområder. PwC fikk oppdraget og leverte sin rapport til oppdragsgiver 19. september 2018.

#### Formål

PwC har på bestilling fra Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vurdert hendelsesforløpet ved lederskiftet i UNN. Rapporten påpeker formelle lovbrudd og rutinesvikt knyttet til praktisering av gjeldende styringsmodell.

Styret i UNN blir som en del av saken forelagt rapporten. Saken oppsummerer de funn som fremkommer i rapporten, PwC forslag til lærings- og forbedringspunkter og beskriver hvordan rapporten planlegges fulgt opp.

## Rapportens oppsummering og konklusjon

Vurderingene viser at det foreligger brudd på lovgivningen i følgende tilfeller:

- Det vurderes som brudd på forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt da Telle informerte to av PCI-saksbehandlerne da disse ikke hadde tjenstlig behov for å få kunnskap om hvem som sto bak de påståtte truslene
- Telle var å anse som inhabil etter forvaltningslovens § 6 2. ledd og skulle ha fratrudd under RHF-styrets drøftelse og vedtak i "Personalsak" 13.12.2018.
- Andreassen skulle ha informert styret i UNN umiddelbart etter møtet med Telle og Ingebrigtsen 18.12.2017 som følge av sakens karakter og at den omhandlet administrerende direktør. I det minste skulle styret vært informert om avtalen av 18.12.2017, jf helseforetakslovens §§ 29 og 26.
- RHF-styrets informasjonsmøte 16.01.2018 skulle, som følge av at møtet inneholder både realitetsdrøftinger og beslutning om videre oppfølging, vært satt som ordinært (lukket) styremøte etter helseforetaksloven §§ 26 og 26 a.
- Det anses som brudd på helseforetaksloven §§ 16 og 36 da RHF-et i møtet 16.01.2018 forsøker å få Ingebrigtsen til å fratrudd, uten å involvere UNN-styret.
- Det er brudd på helseforetaksloven §§ 26 og 26 a når UNN-styret 08.02.2018 avholder et informasjonsmøte når møtet har et innhold og resultat som gjør at det skulle vært satt som et styremøte.

## Forslag til lærings- og forbedringsområder

- Tydelig forventningsavklaring mellom RHF-et og HF-ene
- Behov for å styrke samarbeidet mellom helseforetakene
- Økt behov for formelle styremøter og dokumentasjon

Tromsø, 26.9.2018

Marit Lind (s.)  
konst. administrerende direktør

Vedlegg 1 – PwC-rapporten «Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF, rapport fra ekstern undersøkelse av hendelsesforløpet»

www.pwc.no

# ***Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF***

Rapport fra ekstern undersøkelse av  
hendelsesforløp

19. september 2018





Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Styrene i Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF

19. september 2018

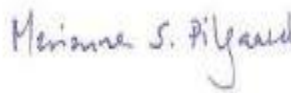
### Vurdering av hendelsesforløp ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Denne rapporten er utarbeidet av PwC for styrene i Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge i samsvar med inngått oppdragsavtale av 20. april 2018. Arbeidet er utført i tidsperioden april til september 2018. Utførende konsulenter har vært Marianne Støkken Pilgaard, Eystein J. Hauge og Rolf Tørring.

Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS, med advokat Thorgeir Hole og Trine Lise Fromreide som ansvarlig partner, har medvirket som underleverandør og foretatt juridiske vurderinger av forholdene.



Dagfinn T. Hallseth  
Ansvarlig partner



Marianne Støkken Pilgaard  
Prosjektleder

Denne rapport er utarbeidet for Helse Nord RHF og UNN i samsvar med engasjementsbrev datert 20. april 2018. Vurderingene og konklusjonene i denne rapporten bygger på faktainformasjon som har fremkommet i dokumenter som Helse Nord RHF og UNN har stilt til disposisjon, andre offentlig tilgjengelige dokumenter som vi har funnet relevante, og gjennomførte intervjuer i regi av PwC. PwC har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi inntar ikke ansvar for at den er fullstendig, korrekt og presis. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller avtalte kontrollhandlinger av virksomheten. Helse Nord RHF og UNN har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med forretningsvilkårene som fremgår av avtalen. PwC påtar seg ikke ansvar for tap som er eller vil bli lidt av Helse Nord RHF og UNN eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet av virksomhetene. PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til rapporten, samt ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid. Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.

# Innhold

<b>Introduksjon og sammendrag</b>	5
Bakgrunn og mandat	5
Gjennomføring	5
Personer og funksjoner omtalt i rapporten	5
Kort om helseforetak, Helse Nord RHF og UNN HF	7
<b>Styring og kommunikasjon i helseforetakene</b>	8
Eierstyring	8
Styret og styrets rolle	8
Dialog og uformelle signaler	9
Forholdet mellom administrerende direktør, styret og eier	9
Åpne styremøter	10
Taushetsplikt	11
Habilitet	11
<b>Hendelsesforløpet</b>	12
Behandling av PCI-saken	12
Samtalen mellom Marianne Telle og Tor Ingebrigtsen	12
Styret i Helse Nord RHF sin oppfølging av saken	15
Utvikling etter styremøtet 13.12.2017	17
Møte 18.12.2017 mellom Ingebrigtsen, Andreassen og Telle	17
Informasjonsmøte 16.01.2018	19
Møte mellom Ingebrigtsen og Vorland 19.01.2018	20
Ingebrigtsen sier opp sin stilling i UNN	21
Ingebrigtsens tilknytning til saken blir kjent gjennom media	21
Telle og Strøms telefonmøte med UNN-styret	23
Ingebrigtsen, Andreassen og Espeland går av	24

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

<b>Vurderinger av funn</b>	26
Adgang til uformell kontakt mellom nivåer i konsernet	26
Partene har ulik forståelse av innholdet i samtalen	26
En sak på to nivåer	27
Informasjonsdeling, taushetsplikt og temamøte	27
RHF-styret sin oppfølging og styremøtet 13.12.2017	28
“Overlevering” av saken til UNN, møte mellom partene	29
Informasjon til HOD	30
RHF-styrets behandling av saken 16.01.2018	31
Administrerende direktør i RHF-et sin rolle i saken	33
Media får bekreftet at det er Ingebrigtsen som er omtalt	35
Informasjonsmøter i UNN	36
Oppsummering og konklusjon	37
<b>Forslag til lærings- og forbedringsområder</b>	39
Tydlig forventningsavklaring mellom RHF-et og HF-ene	39
Behov for å styrke samarbeidet mellom helseforetakene	39
Økt behov for formelle styremøter og dokumentasjon	40

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Introduksjon og sammendrag

## Bakgrunn og mandat

Spørsmålet om opprettelsen av PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset HF (NLSH) bidro til å skape et turbulent forhold mellom ulike fagmiljøer i Helse Nord over en lengre periode. Konflikten eskalerte med en hendelse mellom styreleder Marianne Telle i Helse Nord RHF og administrerende direktør Tor Ingebrigtsen ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) den 11.12.2017. Ingebrigtsen sa opp sin stilling ved UNN og fratrådte med umiddelbar virkning 09.02.2018, sammen med styreleder og nestleder i styret ved UNN.

Helse Nord RHF og UNN beslutter i fellesskap den 13.03.2018 å få en ekstern og uhildet gjennomgang av hendelsesforløpet ved lederskiftet ved UNN, jf. styresak. Bakgrunnen ligger i et felles ønske om å lære av prosessen.

Med dette som utgangspunkt engasjeres PricewaterhouseCoopers AS (PwC) 20.04.2018 til å gjennomføre en uavhengig analyse av "hendelsesforløpet". Formålet er å identifisere forbedrings- og læringsområder slik at man i fremtiden reduserer konfliktnivået mellom aktørene og legger til rette for gode arbeids- og tillitsforhold.

Konsulenten skal på basis av eventuelt tilgjengelig skriftlig materiale og samtaler med relevante involverte aktører utarbeide en rapport som beskriver hendelsesforløpet, og hvor håndteringen av saken vurderes opp mot helseforetakslovens styringsstruktur, vedtekter for styrene i de enkelte helseforetakene, veileder for styrearbeid i helseforetakene og god ledelsespraksis. Det sentrale i oppdraget er selve prosessen og de relevante aktørenes aktiviteter og håndtering i lys av nevnte rammeverk.

Konsulenten skal ikke vurdere innholdet i de påståtte truslene og om disse kan rammes av bestemmelser i straffeloven.

Helse Nord RHF og UNN har et felles mål om at vurderingene skal håndteres åpent, med unntak av personalmessige eller andre forhold som er underlagt lovbestemt taushetsplikt. Rapporten skal være offentlig.

## Gjennomføring

Undersøkelsen har blitt gjennomført ved innhenting av dokumenter og intervjuer av nåværende og tidligere styremedlemmer og administrativt ansatte i Helse Nord RHF og UNN.

Innhentede dokumenter er i hovedsak:

- styreprotokoller, møteinnkallinger, saksfremlegg mv.
- lover
- vedtekter
- veiledere og beskrivelser av god ledelsespraksis

Det er også mottatt dokumentasjon fra enkelte av intervjuobjektene, herunder egne notater, sms-er og e-post. Videre er det gjort en gjennomgang av presseoppslag som er funnet relevante.

## Personer og funksjoner omtalt i rapporten

Etterfølgende oversikt omfatter de personer med tilknytning til Helse Nord RHF og UNN som er omtalt i rapporten. PwC har gjennomført intervjuer med disse, med unntak av Sundsfjord, Fanghol, Rolandsen og Spørck. Referater fra intervjuene er fremlagt for og godkjent av den enkelte.

## Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Navn	Formell rolle i aktuelle tidsrom
Marianne Telle	Styreleder i Helse Nord RHF (frem til 14.5.2018)
Tor Ingebrigtsen	Administrerende direktør i UNN HF (frem til 9.2.2018)
Lars Vorland	Administrerende direktør i Helse Nord RHF
Jorhill Andreassen	Styreleder i UNN HF (frem til 9.2.2018)
Inger Lise Strøm	Nestleder i styret til Helse Nord RHF (fung. styreleder fra 14.5.2018)
Erling Espeland	Nestleder i styret til UNN HF (frem til 9.2.2018)
Karin Paulke	Stabsdirektør i Helse Nord RHF, styresekretær for styret i Helse Nord RHF
Hilde Annie Pettersen	Kommunikasjonssjef i UNN HF
Anne May Knudsen	Kommunikasjonsdirektør i Helse Nord RHF
Rolf Utgård	Styremedlem i UNN HF (frem til 15.3.2018)
Tove Skjelvik	Styremedlem (representant fra Helse Nord RHF) i styret til UNN HF (frem til 15.3.2018)
Svenn Arne Jensen	Styremedlem i Helse Nord RHF
Eivind Mikalsen	Styremedlem i UNN HF
Helga Marie Bjerke	Styremedlem i UNN-styret, styrets nestleder fra 09.02.2018
Arnfinn Sundsfjord	Styremedlem i Helse Nord RHF
Ann Elisabeth Rødvei	Foretaksadvokat Helse Nord RHF
Kristian Fanghol	Direktør i Helse Nord RHF
Hilde Rolandsen	Eierdirektør Helse Nord RHF
Randi Spørck	Leder seksjon somatikk Helse Nord RHF

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

## **Kort om helseforetak, Helse Nord RHF og UNN HF**

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) eier de fire regionale helseforetakene, herunder Helse Nord RHF. Disse er organisert som selvstendige rettssubjekter i form av helseforetak med egne styrever. Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for organiseringen av foretakene.<sup>1</sup>

De regionale helseforetakene har to viktige lovpålagte oppgaver; de eier helseforetakene i helseregionen (eieransvar) og skal sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester (sørge-for ansvar). Spesialisthelsetjenestene skal enten tilbys av egne helseforetak, helseforetak fra andre regioner eller kjøpes fra private aktører. Sørge for-ansvaret etter helseforetaksloven innebærer å legge til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov. Det regionale helseforetaket skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.

Helse Nord RHF eier seks helseforetak; Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), Nordlandssykehuset (NLSH), Helgelandssykehuset, Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT. Til sammen jobber det over 19 000 ansatte i foretaksgruppen.

Helseforetakene yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning samt andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, eller som er pålagt i lov eller avtalt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

---

<sup>1</sup> Helseforetaksmodellen ble innført da helseforetaksloven trådte i kraft 1. januar 2002.  
7 av 40

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Styring og kommunikasjon i helseforetakene

## Eierstyring

De regionale helseforetakene (RHF) og helseforetakene (HF) er egne rettssubjekter organisert etter helseforetaksloven, og dermed såkalte særlovselskaper. RHF-ene eies av staten alene, jf. lovens § 2 annet ledd, og UNN eies av RHF, jf. lovens § 2 tredje ledd. Eier utøver sin eierstyring i foretaksmøtet, jf. lovens kapittel 5, og det fremkommer eksplisitt i helseforetaksloven § 16 at eier ikke kan utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte. At RHF-et er et selvstendig rettssubjekt innebærer at staten ikke kan styre RHF-et gjennom ordinær instruksjonsmyndighet. Staten har tre styringskanaler overfor RHF-et:

1. Vedtak i foretaksmøtet
2. Vilkår til bevilgninger (årlig oppdragsdokument)
3. Lov og forskrift

Regionalt helseforetak har tilsvarende styringskanaler overfor helseforetak som det eier, bortsett fra lov og forskrift.

I foretaksmøtet i de regionale helseforetakene representerer Helse- og omsorgsdepartementet staten som eier. I foretaksmøtet i helseforetakene er (styret for) de regionale helseforetakene eier. Daglig leder i regionalt helseforetak kan etter vedtak i styret representere eier. Det er eier som innkaller styret og daglig leder til foretaksmøte. Eier kan også bestemme at foretaksmøtet holdes som video- eller telefonmøte. Det skal føres protokoll fra foretaksmøtet, som gjengir eiers vedtak. Er styremedlem eller daglig leder uenig i eiers vedtak, skal dette føres inn i protokollen.

Eier har ansvar for å holde seg orientert om virksomheten, samt sørge for at virksomhetene drives i samsvar med kravene som er stilt i foretaksmøter og i vilkårene som er satt for tildeling av bevilgning. For RHF-ene skjer dette ved at Helse- og omsorgsdepartementet avholder rapporteringsmøter der de innhenter skriftlige opplysninger. I tillegg gjennomfører departementet regelmessige oppfølgingsmøter med ledelsen i de regionale helseforetakene, som der rapporterer på styringskrav satt i foretaksmøter og oppdragsdokument. I tillegg utveksles informasjon om aktuelle saker.

## Styret og styrets rolle

Styret er virksomhetens øverste styrings- og ansvarsorgan. De rettslige rammene for styrenes oppgaver og plikter fremgår av helseforetaksloven (særlig kapittel 6 og 7) og vedtektene. Styret er et kollegialt organ som treffer beslutninger i styremøter. Styrelederen har ikke instruksjonsmyndighet over styremedlemmene. Det enkelte styremedlem skal ikke representere bestemte interesser eller grupper. Inntil en tredel av styremedlemmene skal velges av og blant de ansatte.

Styret er ansvarlig for å fatte vedtak på selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøte. Styret skal fatte sine egne vedtak og stå for disse. Det innebærer at all kommunikasjon mellom statsråden og ledelsen i regionalt helseforetak utenom foretaksmøtet må anses som dialog og meningsutvekslinger, ikke som instruks. Det samme gjelder i forholdet mellom regionalt helseforetak og helseforetak. Det innebærer at dersom eier ikke er enig i et styrevedtak eller ser behov for et vedtak i en sak som styret ikke har tatt stilling til, må eier vurdere å fatte vedtak i foretaksmøte. Dette er en

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

grunnleggende forutsetning for all kontakt mellom departementet og de regionale helseforetakene, og mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Det er bare i tilfeller hvor foretaksmøtet har gitt instruks om at foretaket skal handle på en bestemt måte at styret kan vise til beslutninger fra eier. Dersom statsråden har uttalt synspunkter utenom foretaksmøtet som er i strid med styrets egen oppfatning, skal styret fatte vedtak etter egen overbevisning eller be om instruks i foretaksmøtet. Styrets medlemmer vil kunne vektlegge signaler som er gitt utenfor foretaksmøte, men må likevel på selvstendig grunnlag fatte det vedtaket man finner riktig. I brev fra departementet av 19. april 2004 er følgende uttalt: *”Dersom eier gir instruks utenom foretaksmøtet, er dette ikke bindende for foretakets styre. Det er selvfølgelig ikke noe i veien for at styret treffer beslutninger i samsvar med uformelle ”signaler” fra eier, men styret er ikke forpliktet til å gjøre dette, og det fritar ikke styret for det ansvar det er pålagt i helseforetaksloven.”*

## Dialog og uformelle signaler

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 30. juni 2015 brev til de regionale helseforetakene der de presiserte forhold knyttet til tolkningen av helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter. Av brevet fremkommer det at *”Utveksling av synspunkter og dialog mellom eier og foretakets ledelse utenom foretaksmøtet bør derfor konsekvent omtales ut fra hva det i realiteten er: Dialog, innspill, orienteringer, meningsutvekslinger mv.”* *”Eier kan ha dialog og gi innspill på ethvert tidspunkt. I mange tilfeller er det nødvendig og hensiktsmessig for å sikre en god og forsvarlig drift av sektoren at eier og underliggende foretak har løpende kontakt.”*

Dette understøttes av Helseforetaksloven som i § 16 avklarer rollefordelingen mellom eier og foretakets ledelse (styret). I merknadene til § 16 i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) på side 136 uttrykkes virkningen av eiers uttalelser utenom foretaksmøtet slik: *”Dersom eier gir styringssignaler i kraft av sin eierposisjon utenfor foretaksmøtet er ikke dette bindende for foretakets ledelse.”* Samtidig er det ingenting som forbyr eier mot å tilkjenne sitt syn på saker av betydning for eier også utenom foretaksmøter, merknadene sier bare at disse ikke er rettslig bindende.

Behovet for å formidle synspunkter mellom eier og eid virksomhet er også omtalt i statens eierskapsmelding, senest i Meld. St 27 (2013-2014) hvor det heter: *”Rammene omkring eierstyring er ikke til hinder for at staten, som andre aksjeeiere, i møter tar opp forhold som selskapene bør vurdere i tilknytning til sin virksomhet og utvikling. De synspunkter staten gir uttrykk for i slike møter, er å betrakte som innspill til selskapets administrasjon og styre.”* Styrets medlemmer vil kunne vektlegge disse signalene, men må likevel fatte det vedtaket de selv finner riktig.

I sitt brev til de regionale helseforetakene skriver departementet videre at de *”legger til grunn at hele styret skal få ta del i informasjon formidlet fra eier som er av betydning for saken før vedtak fattes. Det er likevel ikke krav om å informere hele styret om detaljene i dialogen mellom styreleder og eier når en sak er på et tidlig stadium og foretaksstyret ikke har sett behov for å ta stilling til saken.”*

## Forholdet mellom administrerende direktør, styret og eier<sup>2</sup>

Etter helseforetaksloven § 36 skal foretaket ha en daglig leder som tilsettes av styret. *”Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige daglig leder.”* I departementets brev til de regionale helseforetakene<sup>3</sup> heter det at *”Administrerende direktør i helseforetak skal kun forholde seg til instruks fra sitt styre. Administrerende*

<sup>2</sup> Veileder: Styrearbeid i regionale helseforetak, kapittel 3.3

<sup>3</sup> Se Helse- og omsorgsdepartementets brev av 30. juni 2015 Vedrørende tolkning av helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter pkt. 2.6



Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

direktør eller styre i regionalt helseforetak kan ikke gi instruksjoner til administrerende direktør i helseforetaket. Dialog med eier skal derfor på ingen måte binde administrasjonen i helseforetaket. Det er imidlertid ingenting i veien for en dialog som sikrer gode og effektive prosesser.”

Samtidig er det rom for samarbeid “på administrativt nivå mellom regionalt helseforetak og helseforetak for å se om man kan bli enige om fremstilling av argumenter og faktum til saksforberedelsene. Dette er ikke eierstyring, men et ledd i en forsvarlig opplysning av saken. Saken skal opplyses så godt som mulig. Da kan det være viktig å ha et samarbeid med eier og administrasjonen der.”

I brevets punkt 2.6.3 omhandles oppsigelse og avskjedigelse av administrerende direktør. Fra brevet hitsettes:

“Helseforetaksloven § 36 bestemmer at "styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige daglig leder". Med bakgrunn i forarbeidenes merknader om at "det ikke er adgang til å ta inn i vedtektene at foretaksmøtet skal ha denne myndigheten", legger departementet til grunn at foretaksmøtet ikke kan treffe vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør. Vedtak i saker om tilsetting, oppsigelse eller avskjed kan bare fattes av styret i det regionale helseforetaket for administrerende direktør i regionalt helseforetak, og av styret i helseforetak for administrerende direktør i helseforetak.

Bestemmelsen gjelder etter sin ordlyd kun ved vedtak om tilsetting, oppsigelse og avskjed. Forarbeidene gir ikke grunn til å tolke virkeområdet utvidende. Bestemmelsen kommer derfor ikke til anvendelse i tilfeller hvor administrerende direktør selv velger å si opp sin stilling eller å gå inn i forhandlinger med styret om å avslutte sitt arbeidsforhold. Helseforetaksloven § 36 forbyr ikke statsråden å gi uttrykk for eller formidle dersom han eller hun vurderer at den daglige ledelsen i foretaket ikke utøves på en god måte. Statsråden kan derfor drøfte bekymringer om ledelsen med styreleder i regionalt helseforetak, og også be om at det vurderes tiltak som kan få den daglige ledelsen av helseregionen til å fungere bedre. Det vil deretter være opp til styrelederen å legge frem en sak for styret og opp til styret å vurdere og konkludere i saken. Styret skal fatte en selvstendig beslutning. Dersom eier og styret er uenige, kan eier velge å skifte ut hele eller deler av styret i foretaksmøte. Tilsvarende gjelder for regionalt helseforetaks dialog med helseforetak.”

## Åpne styremøter<sup>4</sup>

Det skal være møteoffentlighet ved styremøter i regionalt helseforetak og helseforetak; se helseforetaksloven § 26 a. Krav til åpne styremøter innebærer normalt at alle som ønsker det, kan være tilstede og overhøre møtene, men uten tale-, forslags- eller stemmerett. Styret kan vedta å behandle en sak for lukkede dører dersom det foreligger et reelt og saklig behov og vilkårene i helseforetaksloven § 26 a er oppfylt.

Åpne styremøter er begrunnet i at hensynene bak offentlighetsprinsippet må veie tungt på arenaer der det treffes beslutninger om forvaltningen av samfunnets ressurser og fellesgoder.

Styret har i en viss utstrekning anledning til å avholde andre typer møter, og dermed uten møteoffentlighet. I forbindelse med at regelen ble tatt inn i loven ble det uttalt i Prop. 120 L (2011-2012), punkt 13.4.1:

«Det har kommet frem i forbindelse med høringen at det avholdes lukkede styreseminarer der styresaker debatteres og i realiteten avgjøres. I den grad en slik praksis fører til at styremøtene i realiteten er lukket og hindrer allmennheten innsyn i behandlingen av styresaker, vil det være i strid med forslaget om åpne styremøter.»

Før lovfestingen gjaldt også et krav om åpne styremøter, men da som et krav fra eier. Det som da ble uttalt om grensedragningen er imidlertid også relevant etter at regelen er lovfestet. I brev av 23.12.2004 til Hålogalandssykehuset uttaler Helse- og omsorgsdepartementet:

---

<sup>4</sup> Veileder: Styrearbeid i regionale helseforetak, kapittel 4.5  
10 av 40

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

«Styremedlemmene og andre i foretakene må ha anledning til å foreta et visst arbeid utenom styremøtene. Det må blant annet, til en viss grad, være anledning til å diskutere utfordringer, strategisk arbeid og drive planlegging. Dersom styret går for langt i å forberede en sak i et seminar, kan dette imidlertid føre til at det kun gjenstår å ta den formelle beslutningen i et styremøte.»

Dette er senere fulgt opp i veileder for Styrearbeid i regionale helseforetak.

Det gjelder også et prinsipp om dokumentoffentlighet i Offentlegforskrifta § 8 for dokumenter som sendes fra administrasjonen til styret. Det er således viktig å fastsette hva som skal behandles i styremøte og hva som kan tas opp i andre typer møter mellom styremedlemmene. Adgangen til å avholde andre typer møter må heller ikke forveksles med adgangen til å lukke styremøtet.

Det er ikke krav til åpne foretaksmøter. Offentlighetens interesse ivaretas gjennom retten til innsyn i foretaksprotokollene.

Av brevet fra HOD pkt. 3.3 fremkommer at styret kun har formell beslutningskompetanse når saker behandles i styremøter.

## Taushetsplikt

Det enkelte styremedlems taushetsplikt er regulert i forvaltningsloven § 13 flg., jf. helseforetaksloven § 5, og dermed også av unntaksreglene i §§ 13 a flg. Når det gjelder styremedlemmenes adgang etter forvaltningsloven § 13 a nr. 3 til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger seg imellom, til ansatte i foretaket, samt til ansatte eller styremedlemmer i andre foretak, er foretaket å anse som "organet" og andre foretak i foretaksgruppen å anse som "etaten", jf. Lovavdelingens uttalelse i sak 10244/2004:

*"Etter fvl. § 13 b første ledd nr. 3 kan taushetsbelagte opplysninger i en viss utstrekning gjøres tilgjengelige for andre tjenestemenn 'innen organet eller etaten'. [...] Begrepet 'etat' er imidlertid ment å favne videre enn kun det enkelte forvaltningsorgan. Begrepet har ingen klar definisjon, men blir brukt som en samlebetegnelse på ulike organer innenfor samme gren av forvaltningen. Om bakgrunnen for å ta inn begrepet 'etat' i lovteksten heter det i Ot.prp.nr.3 (1976–1977) s. 29 at 'det under den ordinære behandling av en sak må være fri adgang til kommunikasjon mellom tjenestemennene innenfor samme forvaltningsorgan, med overordnede eller underordnede organer og med tilsvarende organer i andre distrikter'."*

## Habilitet

Styret som kollegialt organ og styremedlemmene er bundet av reglene om habilitet i forvaltningsloven. Styremedlemmer som antar at de kan være inhabile skal gjøre styret oppmerksom på dette. Avgjørelsen treffes av styret uten at det aktuelle styremedlemmet selv deltar i avgjørelsen.

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Hendelsesforløpet

## Behandling av PCI-saken

Som følge av at det ble avdekket store variasjoner i behandlingen av pasienter med hjerteinfarkt i Helse Nord RHF, ble det iverksatt en utredning av PCI-tilbudet i regionen. Høringssvarene knyttet til utredningen illustrerte to faglige oppfatninger. På den ene siden vektla man behovet for å sikre befolkningen i Nordland kortere avstand til nærmeste PCI-senter, mens man på den andre siden fokuserte på utfordringene knyttet til det å spre et etablert høyspesialisert tilbud på flere geografiske lokasjoner.

Basert på administrerende direktørs innstilling av 15.02.2017 skulle Helse Nord-styret i styremøte 22.02.2017 vedta opprettelse av et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset HF i Bodø. Det fremgår imidlertid av styreprotokollen at saken ble trukket fra behandling.

Saken kom opp igjen på styremøte i Helse Nord RHF 25.10.2017 (styresak 108/2017) der styret ble invitert til å fatte vedtak om å opprette et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset HF i en senter-satellitt-modell knyttet til det regionale PCI-senteret ved UNN i Tromsø.

Av styreprotokollen fremgår derimot at styret i stedet ba om en bred risikoanalyse og etablering av et regionalt fagråd for kardiologi for å skape en arena for dialog og samarbeid. Samtidig ba styret om at det oppdaterte saksfremlegget ble fremlagt for styret til behandling på styremøtet 13.12.2018.

I dette møtet ble etableringen av et PCI-senter i Bodø vedtatt med 8 mot 1 stemme (styresak 137/2017). Innstillingen ble samtidig endret under behandlingen i styret slik at vedtaket i større grad ville sikre at det faglige og økonomiske grunnlaget for å opprettholde dagens tilbud ved UNN ikke skulle bli skadelidende.

## Samtalen mellom Marianne Telle og Tor Ingebrigtsen

Tor Ingebrigtsen forteller til PwC at han var imot opprettelse av et PCI-tilbud i Bodø, blant annet fordi han mente det innebar en klar risiko for forringelse av fagmiljøet ved UNN. Han sier videre at *“UNN-ledelsen og involverte fagmiljøer var frustrert over at deres bekymringer ikke var nådd frem til styret i RHF-et; vi oppfattet at informasjon fra UNN ble filtrert av RHF-administrasjonen før den nådde styret.”*

Frustrasjonen ved UNN fremgår også av et åpent brev til styreleder Telle fra 16 overleger ved UNN. Brevet er vedlagt styresaken om PCI 13.12.2017.<sup>5</sup> Det fremgår av brevet at *“hovedproblemet i PCI-saken er etter vår mening at vi ikke har lykket med å etablere en felles situasjonsforståelse”*. I brevet etterlyses faglig debatt og det avsluttes med: *“Hvis du sammen med Lars Vorland og et numerisk flertall i Helse Nord's styremøte onsdag presser gjennom et splittende flertallsvedtak om å opprette PCI i Bodø, risikerer vi ytterligere forverret samarbeidsklima mellom fagmiljøene og et dårligere hjertemedisinsk tilbud til alle innbyggerne i Nord-Norge.”*

På denne bakgrunn henvendte Ingebrigtsen seg til Arnfinn Sundsfjord, styremedlem i Helse Nord RHF, og sa han ønsket kontakt med Telle. Ingebrigtsen forteller at *“jeg var vant til å ha korte, uformelle samtaler løpende med tidligere styreleder ved RHF-et. Jeg har ikke hatt samme kontakt med Marianne Telle etter at hun tiltrådte.”*

Telle gir uttrykk for at hun har hatt samme kontakt med Ingebrigtsen som med de administrerende direktørene i de øvrige helseforetakene, og at hun ikke har oppfattet ønske fra Ingebrigtsen om uformelle samtaler.

<sup>5</sup> Besinnelse, nå! Åpent brev til styreleder Marianne Telle Helse Nord, 11.12.2017  
12 av 40

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Telle forteller til PwC at hun snakket med Sundsfjord på morgenen 11.12.2017. Hun stilte spørsmål ved forespørselen, men syntes det var greit å ta en "myk prat" om saken. Hun sender sms til Ingebrigtsen og sier hun er åpen for en prat.

Ingebrigtsen er usikker på om han bør ta kontakt, og ringer derfor Jorhill Andreassen. Hun overlater til Ingebrigtsen å ta beslutning om dette, og han kommer fram til at han vil ta samtalen. *"Telefonen til Marianne Telle var altså ikke en spontan handling. Jeg kom til at dersom saken ble besluttet uten at den var tilstrekkelig opplyst, og uten at jeg hadde sagt fra, ville det være helt feil. Jeg landet derfor på at jeg ville komme til å angre dersom jeg ikke benyttet anledningen, og ringte henne i fred og ro fra et hotell i Harstad."*

Telle ringer til Ingebrigtsen. Det fremkommer av intervjuene at Telle og Ingebrigtsen har ulike oppfatninger av ordbruk og innholdet i samtalen, som varte i omlag 20 minutter.

Ingebrigtsen sier hans agenda for samtalen var todelt. Han ville uttrykke UNN sin bekymring for underkommunikasjon knyttet til utredningsprosessen og til risikoen som fremkom i ROS-analysen i saksfremlegget.

I den første bolken oppfattet han at de lett ble enige om å forbedre kommunikasjonen i fremtidige prosesser. Telle gir uttrykk for at det er synd at kommunikasjons-klimaet i PCI-saken er steilt og lite konstruktivt både i media og mellom foretakene.

I den andre bolken tok Ingebrigtsen utgangspunkt i at ROS-analysen i saksfremlegget viste rød risiko på samarbeid mellom fagmiljøene og forklarte at om den risikoen slo inn, kunne PCI-miljøet ved UNN rakne. Han sier til PwC om dette at: *"Jeg appellerte til det personlige ansvaret hun har som styreleder; at hun i rollen som styreleder personlig tok ansvar for en beslutning med høy risiko for å knuse fagmiljøet ved å gå inn for PCI i Bodø. Jeg spurte henne om hun virkelig ville ta sjansen på å havne i en slik situasjon; altså sitte med det øverste ansvaret for et tilbud som rakner. Jeg visste at det var flere ledige PCI-stillinger ved store sykehus sørpå og at flere av kardiologene hadde koner sørfra. Dersom disse kardiologene ble tvunget til å pendle mellom Tromsø og Bodø er det lite som holder dem fra å flytte sørover. Den risikoen mener jeg fortsatt er høyst reell. Jeg ga henne derfor et klart råd om å stemme imot innstillingen til RHF-administrasjonen."*

Ingebrigtsen er gjennom media gjort kjent med at Telle noterte seg en del stikkord fra samtalen. Til PwC sier han stikkordene for så vidt er korrekte, men med noen justeringer/presiseringer:

- *"jeg snakket om en dekonstruksjon, ikke demontering, av et fagmiljø*
- *med "vi" mente jeg hele UNN, det vil si styret, ledelsen og de involverte fagmiljøene. Jeg tok det som en selvfølge at hun forsto det.*
- *at det personlige ansvaret hennes var knyttet til hennes profesjonelle rolle som styreleder*
- *det at "vi er rasende på UNN" var del av min risikovurdering da det var, og er, en klar fare for protestoppsigelser*
- *det var fagmiljøet som kunne bli knust. Jeg snakket aldri om at hun kunne bli knust."*

Ingebrigtsen forteller videre at han opplevde at han fikk lite respons underveis og at han "ikke nådde frem". Han husker at Telle sa hun var veldig overrasket over budskapet. I ettertid ser han at han kanskje skulle ha stilt noen kontrollspørsmål, i stedet for å gjenta budskapet i et forsøk på bedre å få fram hva han mente. Avslutningsvis sier han: *"Da har du hørt min mening. Jeg håper du tar dette med deg"*.

Til PwC sier Ingebrigtsen at han etter samtalen ikke hadde noen forståelse av at dette hadde gått så galt.

Telle forteller til PwC at hun uttrykte overraskelse overfor Ingebrigtsen med hensyn til at han ville ha kontakt med henne da det var Andreassen som var hans foresatte. Ingebrigtsen mente det kunne være greit å ha en prat nå siden det er kritisk at styret i Helse Nord RHF fatter riktig beslutning i PCI-saken. Han sier det er den  
13 av 40

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

strategisk viktigste beslutningen i hans lederkarriere i Helse Nord RHF og UNN, og at det er svært sentralt at man ikke trår feil. Telle forteller at Ingebrigtsen blir litt mer aggressiv i stemmen og sier at han ikke vil akseptere at PCI-saken glipper på hans post. *“Han sa at det ikke er akseptabelt, og hvis så skjer så er det mitt ansvar at UNN blir dekonstruert”. Videre sa han at med min inntreden i Helse Nord styret hadde det skjedd et stemningsskifte. Før hørte alltid Helse Nord på UNN, noe som hadde opphørt da jeg kom inn som styreleder. Han påpekte at vi hadde å høre på UNN og styret i UNN siden det var der kompetansen satt, og ikke i Helse Nord. Jeg fikk videre klar tilbakemelding om at “de” var rasende på meg fordi jeg hadde fått PCI på dagsorden.”*

Telle sier hun opplevde dette som en merkverdig påstand. Hun er tydelig på at PCI-saken kom på agendaen fra administrasjonen i Helse Nord RHF, og ikke på initiativ fra henne. Da saken ble lansert, var hun ikke klar over at den hadde vært en konfliktsak i mange år. Hun ble videre overrasket over at hun ble tillagt standpunkt i PCI-saken da hun fortsatt manglet svar på flere spørsmål, var blant tvilerne og ikke hadde flagget hvor hun sto.

Telle forteller at hun ble så overrasket at hun i liten grad responderte. Ingebrigtsen ble sintere og gjentok at det var UNN som hadde kompetansen og at Helse Nord hadde å høre på dem. Hun reagerte på den manglende anerkjennelsen av styringsstrukturen og forholdet mellom det regionale helseforetaket og det underliggende foretaket. *“Så fikk jeg også beskjed om at jeg var ingenting, jeg var ikke verdt noe, jeg var en tilfeldig person som var satt som styreleder i Helse Nord.” “Jeg sier ikke så mye. Ingebrigtsen blir mer og mer høyroset. Han nærmest roper: “Vi er rasende på deg, folk er rasende på deg, går styret for PCI i Bodø vil du bli knust. Vi vil knuse deg. Vi har media på vår side. Vi vil ta fra deg alt du har. Du vil ikke ha noen ting igjen, ingen vil ha noe med deg å gjøre, vi kommer til å ta bedriften din. Du vil ikke forstå hva som har ramma deg.” Jeg sier ikke så mye, men må innrømme at jeg var berørt.” “Han sa også at Helse Nord skulle knuses, det hører med til historien.”*

Telle forteller videre at hun etter samtalen ble sittende og skrive og tenke litt. Hun fikk ikke panikk eller “gikk i svart”. *“Jeg ble ikke sint på ham, men jeg ble berørt.”* Telle sier at det er truslene mot henne og Helse Nord RHF som skremmer henne, mens innholdet for øvrig allerede er kjent fra media.

Etter samtalen ringer Telle til Lars Vorland og gjennomgår samtalen. I følge Vorland var Telle svært oppskaket: *“Jeg ble sjokkert da jeg hørte innholdet i truslene og hvem det var. Jeg fikk en følelse av at hun var utsatt for noe som ikke hadde vært så bra, for å si det mildt”. “Jeg tilbød meg å kjøre saken, og jeg hadde kjørt den mye raskere, men hun ville kjøre den selv.”*

Ingebrigtsen tok samme ettermiddag kontakt med Telle på sms, og de hadde følgende sms-utveksling:

Ingebrigtsen: *“Hei igjen, beklager at det ble litt hastig i formiddag, men vi fikk kanskje likevel snakket ferdig? Beklager som sagt hvis det virket som jeg tillegger deg meninger du ikke har - jeg har ikke noe grunnlag for å gjøre antakelser om hva du mener i saken. Mitt hovedbudskap var at jeg er sterkt bekymret for robustheten i UNNs regionfunksjoner hvis vi påbegynner en utvikling i den retning PCI-saken foreslår, og jeg skulle ønske jeg hadde tatt initiativ til å formidle og begrunne dette grundigere tidligere. Du må gjerne ta kontakt på ny hvis du har behov for det. Tor”.*

Telle: *“Hei Tor. Samtalen ga meg bakoversveis, og en del å fordøye. Det var merkelig å bli tildelt rollen som dekonstruktør av UNN. Det er meg så fremmed. Hadde jeg visst jeg var ønsket inn i dialog hadde jeg mer enn gjerne bidratt. Jeg forholdt meg som sagt til at dette var administrasjonens prosess og opplevde meg ikke invitert inn i rollen som styreleder. Jeg ser det er behov for nærmere kommunikasjon fremover, så vi unngår unødige misforståelser og antakelser. Kanskje vi kan ta en prat i nærmeste fremtid. Beste hilsen Marianne”.*

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Ingebrigtsen: "Som sagt, jeg beklager hvis jeg formulerte meg støtende. Klart vi kan ta en prat, men for meg er PCI-saken det viktigste strategiske veiskillet jeg har stått overfor i mine snart 13 år som toppleder i Helse Nord og UNN. Vi må ikke trå feil. Tor."

## Styret i Helse Nord RHF sin oppfølging av saken

Neste dag, 12.12.2017, som forberedelse til styremøtet og for å få en bredere forståelse av PCI-saken, hadde Telle et møte med to av saksbehandlerne i PCI-saken, Anne May Knudsen og Randi Spørck. Her forteller hun om samtalen med Ingebrigtsen. Til PwC sier Telle at dette var for å understreke viktigheten av et godt beslutningsgrunnlag og for å illustrere klimaet. Hun følte seg trykk på at de ikke ville formidle dette videre.

Senere samme dag har styret i Helse Nord RHF temamøte og julebord. Temamøtene er uformelle sammenkomster i styret, og formålet med dette møtet er å legge regien på behandlingen av PCI-saken i styremøtet neste dag. Tilstede var styret, Vorland og Karin Paulke fra administrasjonen. Telle sier at: "klimaet er heftig og at det har til og med forekommet trusler."

I følge Telle har hun ikke planlagt å informere styret om samtalen med Ingebrigtsen, men flere i styret tar tak i utsagnet om at det skal være forekommet trusler. Telle oppfatter oppfordringene fra styremedlemmer så tydelige at hun opplyser om telefonsamtalen og sin opplevelse av innholdet i denne.

Til PwC forteller hun at: "flere i styret reagerte kraftig, og det var derfor viktig for meg at dette ikke måtte komplisere PCI-saken. Jeg var derfor tydelig på at dette var min sak, at informasjonen jeg hadde delt var konfidensiell, og at ingenting skulle iverksettes uten mitt samtykke." Flere i styret stiller spørsmål ved dette. Det blir en kort diskusjon i styret om saken og om hvem som egentlig er truet; privatpersonen Telle, styreleder Telle eller hele styret? Styret er opprørt over at en direktør i et underliggende foretak tar kontakt med styreleder i Helse Nord RHF og forsøker å påvirke en beslutning på denne måten.

Vorland sier i denne forbindelse til PwC: "Styret ble ganske opphisset, de oppfattet at dette var et angrep på hele styret, at dette ikke bare var rettet mot Marianne. Styret ville at dette skulle få konsekvenser, for dette var uakseptabel oppførsel. Det var ikke alle som uttalte seg, men de som uttalte seg, ville at dette (les: arbeidsforholdet til Ingebrigtsen) skulle termineres ganske raskt. Men Telle insisterte på at det var hennes sak. Det var hun som var utsatt for dette og hun skulle håndtere det. Hun fikk medhold i styret på det. Samtidig ba de meg om å bistå henne. Både i møter, men også hvis hun trengte jurist."

De tilstedeværende lover ikke å omtale saken utenfor styret. Det foreligger ingen skriftlig dokumentasjon fra dette møtet.

Etter julebordet samme kveld forfatter Telle en tekst som hun ønsker å innlede behandlingen av PCI-saken med i styremøtet neste dag. Hun oversender teksten til Vorland og Knudsen før møtet. Teksten er ifølge Telle ment som en forsikring om at styret vil behandle saken ut fra styrets mandat og uavhengig av forsøk på påvirkning. Henvisningen til truslene gjøres for å illustrere klimaet.

I forkant av styremøtet neste dag, 13.12.2017, blir teksten lest opp for styret som ifølge Telle stiller seg bak denne. Telle åpner styremøtet med å lese den samme teksten hvor det er en anonymisert referanse til samtalen med Ingebrigtsen: "Det er til og med fremkommet trusler, og innhold og alvorlighetsgrad er slik at jeg til og med vurderer politianmeldelse."

Styret behandler deretter PCI-saken og vedtar med 8 mot 1 stemme etablering av tilbud om PCI ved NLSH i Bodø. Styremøtet er åpent og blir streamet på TV med svært mange seere. Media blir spesielt opptatt av informasjonen knyttet til trusler og politianmeldelse.

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

På slutten av styremøtet lukkes møtet. Karin Paulke forteller i denne forbindelse til PwC at det på slutten av styremøtet blir reist forslag om å behandle trusselsaken formelt. Situasjonen blir spesiell da styret i Helse Nord RHF ikke kan behandle en personalsak i UNN. I følge Paulke er styret tydelige på at saken må følges opp.

Paulke sier at protokollføringen var krevende. Styret i Helse Nord RHF kan bare behandle forholdet til egen administrerende direktør som personalsak, og det kunne ikke se ut som om Helse Nord RHF hadde en personalsak knyttet til Vorland. Følgelig ble styrets vedtak at Vorland skulle følge opp. Muntlig ble Vorland bedt om å formidle kontakt mellom foretaksadvokat Rødvei og Telle.

Følgende fremgår av styreprotokollen:

**Styresak 145-2017    Eventuelt**

*A. Personalsak*

*Saken ble behandlet unntatt offentlighet, jf. helseforetakslovens § 26a, punkt 1.*

Styreleder Marianne Telle innledet i saken.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen fra styreleder Telle til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge opp saken.

Bodø, den 13. desember 2017

Telle gir følgende vurdering fra behandlingen av saken:

*“Men styret var opptatt av at trusler ikke kan aksepteres og at det på en eller annen måte adresseres. For meg var det viktig at vi ikke kompliserte saken ytterligere, og fulgte styringsstrukturen. Det var også et samlet styre opptatt av. Jeg reagerte jo på at Ingebrigtsen som direktør i et underliggende foretak tok kontakt med meg som styreleder i RHF-et og for å påvirke en beslutning som styret skulle fatte. Jeg var også opptatt av at saken ikke måtte bli større enn den er. Jeg opplevde en klar forståelse i styret av at dette var noe som ble sagt og gjort under press, men det er likevel ikke akseptabelt å komme med trusler. Ut over det fikk Vorland ett oppdrag, og det var å sjekke med foretaksadvokaten at vi ikke trakk feil i vår håndtering av å tilbakemelde at trusler ikke er et akseptabelt virkemiddel.”*

Den 14.12.2017 sender Ingebrigtsen en sms til Telle der han skriver: *“God morn Marianne, etter at den verste skuffelsen har lagt seg: Tror det vil være bra om vi møtes og snakker gjennom situasjonen, slik du foreslo. Sikkert bra om Lars er med? Jeg er ledig i ettermiddag/kveld, og tilsvarende man, ons og torsdag til uka. Tor”.*

Til PwC forteller Ingebrigtsen at *“den verste skuffelsen”* er med referanse til utfallet av PCI-saken, og at han med henvendelsen ønsker å følge opp fra sms-ene 11.12.2017 der de var enige om en prat knyttet til behov for nærmere kommunikasjon fremover.

Telle forteller at hun rådfører seg med Vorland som gir uttrykk for at det ikke passer for ham på de dagene som er mulig for Telle. Telle skriver til Ingebrigtsen: *“Hei. Ja vi trenger et møte. Har snakket med Lars. Vanskelig å få det til på tidspunktene du foreslår, vi kommer tilbake. Marianne”.*

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

## Utvikling etter styremøtet 13.12.2017

Den 15.12.2017 publiserer avisa Nordlys et portrettintervju med Telle der hun gir uttrykk for at truslene er fremsatt av en så sentral person at det må få konsekvenser. Telle sier til PwC at hun i portrettintervjuet gjentar det hun hadde sagt til pressen i tilknytning til styremøtet.

Til PwC forteller Ingebrigtsen at han, basert på oppslaget, gjør undersøkelser internt ved UNN for å finne ut hvem som har snakket med Telle og kan ha fremsatt truslene. Han sier: *“Jeg skjønte først da at det kanskje var meg hun hadde ment. Jeg ringte henne umiddelbart, men fikk ikke svar. Vorland svarte heller ikke. Jeg ringte så til Andreassen.”*

Telle og Vorland sier til PwC at de bevisst unnlot å besvare Ingebrigtsens henvendelse på dette tidspunktet. Telle antok at Ingebrigtsen hadde forstått at det var ham det var siktet til og at dette var foranledningen til sms-henvendelsen 14.12.2017. Vorland sier at han ikke besvarte henvendelsen fra Ingebrigtsen ettersom det var Telle som skulle følge opp saken.

Som avtalt i styremøtet følger Vorland opp med foretaksadvokat Rødvei. Rødvei ringer Telle den 14.12.2017.<sup>6</sup>

Rødvei heller i samtalen til at Telle bør anmelde saken. Hun anbefaler Telle å nedtegne samtalen så nøye hun husker, for det tilfellet at hun bestemmer seg for å anmelde. Telle sier til PwC at hun ikke fikk noe tydelig råd med hensyn til anmeldelse, men at Rødvei skal ha sagt til henne at det *“kan være straffbart å true noen med at de skal knuses”*.

Rødvei råder Telle til også å informere Andreassen som styreleder i UNN om samtalen og innholdet i denne.

Ingebrigtsen informerer Andreassen om saken 16.12.2017. Andreassen tar kontakt med Telle og i en samtale påfølgende dag bekrefter Telle at det er Ingebrigtsen som fremsatte truslene. Det er viktig for Telle å formidle at det er Andreassen og styret i UNN som er Ingebrigtsens foresatte og at hun som styreleder må håndtere saken. I følge Telle likte ikke Andreassen dette: *“Hun syntes ikke noe om at hun fikk den problemstillingen i fanget, og det var hun tydelig på.”* Telle forteller at Andreassen var opptatt av at de to måtte møtes sammen med Ingebrigtsen og Vorland, og Telle bekreftet at dette måtte de få til.

Etter samtalen med Telle ringer Andreassen til Vorland som er tydelig på hva han ville gjort i en tilsvarende situasjon: *“Hadde det vært en av mine direktører ville jeg ha sparket ham på dagen. Vi kan ikke ha det sånn i Helse Nord på det planet vi snakker om her.”* Vorland sier til PwC at han opplever at Andreassen blir forferdet, og at hun nok ikke ser på saken med samme alvor. I samtalen bekrefter Vorland at han ikke hadde snakket med Ingebrigtsen om saken.

## Møte 18.12.2017 mellom Ingebrigtsen, Andreassen og Telle

Partene er enige om å møtes for å prate, men det er vanskelig å finne et tidspunkt som passer alle fire. Telle ønsker ikke å møte alene, men aksepterer å delta selv om Vorland ikke har anledning som følge av møte med administrerende direktører i de andre RHF-ene og møte i “Beslutningsforum for nye metoder” samme dag. Telle sier til PwC at det for henne er viktig å lukke saken for at den ikke skal skape mer støy verken for egen del, UNN eller RHF-et. Fortsatt tror hun at dette skulle kunne skje.

Den 18.12.2017 møtes Ingebrigtsen, Andreassen og Telle på Telles kontor i Bedriftskompetanse AS. Ingebrigtsen leser her opp et notat hvor han forklarer hvorfor han har agert som han har gjort. De går deretter gjennom sine opplevelser av telefonsamtalen.

---

<sup>6</sup> Rødvei har anført til PwC at samtalen med Telle er underlagt taushetsplikt. Som følge av dette har Telle informert PwC og Rødvei om at Rødvei er fritatt for taushetsplikten.



Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Ingebrigtsen beskriver overfor PwC hvordan han opplevde møtet: *“Vi gikk gjennom hele samtalen, både hun og jeg, med hver vår opplevelse av den. Jeg hadde snakket om fagmiljøet, mens hun trodde jeg hadde snakket om henne. Jeg beklaget hennes opplevelse; sa det aldri hadde vært min mening å true henne. Hva gjelder ordbruk, var vi stort sett enige om hva som var sagt, men hun tolket det til å dreie seg om henne som person, mens jeg omtalte fagmiljøet. Marianne bekreftet at hun forstod at det ikke var min mening å ramme henne som person, men hun ba om respekt for hennes opplevelse av, og følelser knyttet til, situasjonen. Jeg respekterer henne opplevelse. Men jeg synes det er vanskelig å forstå. Jeg har aldri kommet i en situasjon der jeg har blitt så fundamentalt misforstått. Men ja; jeg oppfattet det som en reell reaksjon fra henne der og da.”*

Telle sier at hun ikke oppfatter at de er enige om hva som er blitt sagt i telefonsamtalen. Det viktigste med møtet var for henne å få en unnskyldning og en bekreftelse på at truslene ikke ville bli realisert, samt å legge en demper på konfliktnivået fremfor en ytterligere eskalering. Hun forteller Ingebrigtsen og Andreassen at hun reagerte kraftig på at arbeidsplassen hennes ble truet. Telle opplever at Ingebrigtsen tar saken på alvor, men at Andreassen ikke gjør det i samme grad.

Telle forteller videre fra møtet: *“Vi snakket om at jeg vurderte anmeldelse. I møtet ble vi enige om at jeg ikke anmelder under forutsetning av at jeg får en uforbeholden unnskyldning, truslene realiseres ikke, og så forsøker vi å legge lokk på det. Det var vi enige om.”* Telle utdyper *“å legge lokk”* på saken med: *“Jeg hadde ingen interesse av at saken skulle bli offentlig kjent. Det ville skade Helse Nord, UNN og alle impliserte. For meg var det viktigste å få aksept for at det han hadde gjort ikke var akseptabel adferd, og opplever at jeg fikk det, og en unnskyldning”*. Telle sier at hun etter møtet håpet at saken var ferdig: *“Klimaet mellom Helse Nord RHF og UNN, samt det ødeleggende debattklimaet i PCI-saken var mer mitt hovedfokus enn Ingebrigtsen.”*

Ingebrigtsen uttrykker i møtet bekymring for at så mange er orientert om saken og koblingen til ham. Telle mener det ikke vil bli noe problem siden hun har forutsatt full taushet hos alle som er orientert. Ingebrigtsen sier at de blir enige om at Telle gjentar budskapet overfor de som er orientert om saken.

Ingebrigtsen og Telle har ulik forståelse av hva som blir avtalt i møte 18.12.2017. Telle sier at hun opplever at Ingebrigtsen i møtet erkjenner og beklager truslene og lover at de ikke skal realiseres. På sin side lover hun ikke å anmelde. Partene er enige om at de ikke ønsker publisitet om saken. Ingebrigtsen og Andreassen oppfatter at de i møtet 18.12.2017 skværer opp. Ingebrigtsen uttaler at han oppfatter tydelig at saken nå er lukket.

I en senere samtale med Andreassen gir Ingebrigtsen likevel uttrykk for at han ikke føler seg trygg på at Telle ikke vil anmelde. Andreassen informerer Telle om dette, hvorefter Telle bekrefter løftet i en sms til Ingebrigtsen den 21.12.2017: *“Hei Tor, vi inngikk en avtale mandag. Den står ved lag. Ring meg om du har behov for det. Marianne.”*

Telle orienterer Vorland etter møtet. Hun informerer også Knudsen etter nyttår om at hun ikke ville anmelde.

Det foreligger ingen skriftlig dokumentasjon fra dette møtet.

De første dagene i 2018 mottar Helse Nord RHF og Telle flere henvendelser fra media med spørsmål om hun vil anmelde saken. Etter råd fra Knudsen formulerer Telle, med mål om å lukke saken, en pressemelding 04.01.2018 hvor hun bekrefter at hun ikke vil anmelde. Ingebrigtsen og Andreassen forelegges teksten og mener at den burde avrundes noe, men Telle fastholder at hun ønsker å sende ut sitt forslag. Etter pressemeldingen blir det stille om saken i media.

Pressemeldingen sendes til styret 04.01.2018 etter initiativ fra Vorland som i den forbindelse uttaler til PwC: *“Det stod i pressemeldingen at det ikke lenger var grunn til å tro at sanksjonene ville iverksettes. Mens styret hadde jo tenkt at sanksjonene mot Ingebrigtsen skulle iverksettes. Da tenkte jeg at hun kunne ikke si det i media uten å informere styret sitt først. De var jo for at det skulle være sanksjoner. Det ordnet seg. Men da jeg traff dem igjen den 16.1., var de fortsatt ikke innstilt på at Ingebrigtsen skulle fortsette i jobben.”*

18 av 40

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

I følge Telle viser "sanksjoner" i pressemeldingen til innholdet i truslene og at det ikke lenger var grunn til å tro at disse ville bli realisert. Telle sier at: *"det var ingen enighet i styremøtet 13.12.2017 om at det skulle iverksettes sanksjoner mot Ingebrigtsen."*

Vorland sier videre at han anså saken for å være av en slik karakter at det kunne bli rettet henvendelser fra media til HOD. Han informerer derfor på eget initiativ ekspedisjonssjefen i Eieravdelingen den 04.01.2018. Samme dag tar statsråden kontakt med Vorland for en orientering. Vorland orienterte verken Telle eller noen i UNN om at han hadde informert HOD.

## **Informasjonsmøte 16.01.2018**

I tilknytning til et felles foretaksmøte 16.01.2018 med styrene i de andre RHF-ene, blir styret i Helse Nord RHF innkalt til et informasjonsmøte. I innkallingen, som sendes 05.01.2018, vises det til behandlingen av styresak 145-2017 Eventuelt - sak A ad. Personalsak. Det fremgår av innkallingen at styreleder og adm. direktør ønsker å orientere styret i Helse Nord RHF om status i saken.

Paulke, som sender innkallingen, sier til PwC at informasjonsmøtet blir initiert av Telle, uten at hun husker på hvilken måte dette skjedde. Paulke sier hun ble bedt om å organisere et uformelt møte før foretaksmøtet 16.01.2018, for å diskutere trusselsaken. Styret er ifølge Paulke utålmodige og oppfatningen er at saken må få konsekvenser for Ingebrigtsen.

Telle sier hun ikke blir kontaktet av noen styremedlemmer mellom styremøtet 13.12.2017 og foretaksmøtet 16.01.2018. Før foretaksmøtet blir hun kontaktet av administrasjonen: *"som sa det var ønskelig med et informasjonsmøte om status i saken. Jeg forstår det dithen at noen i styret hadde etterspurt dette."* Telle er skeptisk til å involvere nye styremedlemmer og etter administrasjonens forslag avholdes informasjonsmøtet før det nye styret er konstituert.

I møtet gir Telle og Vorland en orientering om sakens utvikling siden styremøtet den 13.12.2017. Telle sier til PwC: *"Det ble gitt info om pressemeldingen og at saken sånn sett var lukket fra min side"*. Telle forteller at hun personlig ønsket at saken skulle finne sin løsning: *"Jeg hadde faktisk tillit igjen til Ingebrigtsen, jeg trodde oppriktig at han angret. Jeg opplevde han hadde bedt om unnskyldning. Jeg følte meg trygg på at han ikke skulle realisere noen trusler."* Hun sier samtidig: *"Jeg hadde ikke fullt så stor tillit til Andreassen som jeg opplevde i større grad bagatelliserte saken i møtet 18.12.2017."*

Under orienteringen i styret opplyser Vorland om et avtalt møte med Ingebrigtsen 19.01.2018. PwC har gjennom intervjuene fått inntrykk av at det i møtet 16.01.2018 blir uttrykt ulike oppfatninger av hva som burde være konsekvensen for Ingebrigtsen. Det er også en ulik forståelse av hvilke signaler Vorland skal formidle til Ingebrigtsen 19.01.2018.

Telle opplever at det er to leire i styret: *"Alle syntes det var problematisk at truslene hadde kommet, og at en demokratisk beslutningsprosess var forsøkt påvirket, men de fleste mente også at det var viktig at det nå ble ro rundt dette."* I følge Telle har styret ulike meninger knyttet til om Ingebrigtsen kan fortsette i stillingen, men det blir ikke gjennomført noen votering eller fattet noe vedtak. Styret var heller ikke i posisjon til å gi Vorland noen bestilling på dette. Hun forventet at UNN-styret behandlet saken.

Denne forståelsen støttes i hovedsak av styremedlem Sverre Arne Jenssen som sier at: *"oppsummeringen av det møtet ble at Vorland ville ta saken opp med Ingebrigtsen."* Jenssen legger i samtalen med PwC til at: *"Det var ingen votering eller lignende så jeg kan ikke si hva det enkelte styremedlem mente om saken. Jeg tror at om Ingebrigtsen og Vorland hadde kommet ut av møtet med en annen konklusjon enn at Ingebrigtsen skulle gå av, så hadde det vært akseptabelt og helt OK så lenge saken var ryddet bort og det var enighet om dette ikke var arbeidsformen. Så tror jeg noen tenkte at den mest nærliggende konklusjonen var at han ville trekke seg."*

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Vorland fikk ikke i informasjonsmøte 16.01.2018 noen marsjordre, det fremkom bare at saken ville være tema i det planlagte møtet.”

Styrets nestleder Inger Lise Strøm sier også at Vorland ikke fikk noe formelt mandat. Hun uttrykker overfor PwC at det gis et klart signal fra styret om at de ønsket at Vorland, i et møte allerede avtalt med Ingebrigtsen, gir beskjed om at styret i Helse Nord RHF ikke lenger har tillit til ham. *“Jeg husker ikke eksakt hva vi sa til Vorland, men han skulle uansett ha et møte med Ingebrigtsen og ville da ta opp denne saken med Ingebrigtsen.”*

Paulke møter som styresekretær. Hennes forståelse er at styret er tydelig på at Ingebrigtsen må gå, men at Telle ikke er like tydelig på dette.

Vorland oppfatter signalene i møtet som at: *“styret var ganske klar på at de ikke ville slå seg til ro med at Tor fortsatte i stillingen.”* Vorland sier at han opplyste styret om at det planlagte møte 19.01.2018 var mest for å høre Ingebrigtsens versjon, *“men hvis det er viktig for styret, så kan jeg selvfølgelig formidle dette til Ingebrigtsen.”*

Det foreligger ingen skriftlig dokumentasjon fra dette møtet.

## **Møte mellom Ingebrigtsen og Vorland 19.01.2018**

Ingebrigtsen forteller til PwC at han etter 10 år i ledelsen ved UNN planla for en avgang i løpet av de nærmeste ett til to årene. Dette er kjent både på styrenivå og hos ledelsen RHF-et. Ingebrigtsen sier at han etter samtalen om pressemeldingen med Telle 04.01.2018 forstår at det ville bli vanskelig å få til et velfungerende samarbeid. Han bestemmer seg derfor tidlig i januar for å si opp med fratreden omkring sommeren 2018.

Vorland sier i sin beskrivelse av møtet med Ingebrigtsen 19.01.2018 at Ingebrigtsen har en helt annen versjon av samtalen 11.12.2017 enn hva han hadde fått referert fra Telle. Vorland sier til PwC at han kjenner Ingebrigtsen som sannferdig, men at han i denne saken forteller Ingebrigtsen at han står på Telle sin side. I følge Vorland responderer Ingebrigtsen med at *“da trekker jeg meg fra stillingen”*. Vorland mener at han ikke oppfordrer Ingebrigtsen til å gå, men at dette er en konklusjon han selv trekker da han forstår at Vorland støtter Telle. Samtidig erkjenner Vorland at han indirekte ber Ingebrigtsen om å gå gjennom sitt utsagn til Andreassen om at: *“hadde det vært en av mine direktører, hadde han måttet gå”*.

Ingebrigtsen forteller fra møtet med Vorland at de raskt kommer inn på spørsmålet om hans avgang: *“Vi kom frem til samme konklusjon som jeg selv hadde kommet til, nemlig det at avgang så fort som mulig var lurt.”* Ingebrigtsen sier til PwC at han stilte kontrollspørsmål om hva som ville skje dersom han ikke sluttet frivillig. Vorlands respons på dette er at styret i RHF-et da vil forfølge saken videre. Ingebrigtsen oppfatter at det betyr at Helse Nord RHF vil sette inn et nytt styre på våren. Ingebrigtsen og Vorland blir enige om at han skal si opp i februar og stå ut oppsigelsestiden.

Vorland sier til PwC at han synes Ingebrigtsens beslutning var klok: *“men det sa jeg ikke til ham. Jeg har jo ikke noen styringslinje til ham. Men jeg kan oppfordre ham til å gå - en slik avtale har vi med alle direktørene. Men det gjorde jeg ikke i denne saken. Jeg sa at han, hvis han ville trekke seg, måtte avklare det med sitt styre, både dato og måten han ville gå av på.”* Men som jeg også sa: *“Vi (RHF-et) er ikke ute etter å kveste deg. Bli enig med styret ditt. Vi vil ikke legge oss opp i avgangen.”*

Det foreligger ingen skriftlig dokumentasjon fra dette møtet.

Etter møtet med Vorland ringer Ingebrigtsen til Andreassen og sier at han har fått sparken. Andreassen responderer etter eget utsagn med at hun ikke trodde dette var så alvorlig.

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

## Ingebrigtsen sier opp sin stilling i UNN

Ingebrigtsen har en del kontakt med Andreassen den 03. og 04.02.2018. Den 05.02.2018 blir styret ved UNN innkalt til møte. I møtet får styret informasjon om at Ingebrigtsen sier opp. Bakgrunnen for oppsigelsen blir oppgitt å være at timingen nå er riktig. Ingebrigtsen har sittet i mer enn ti år og ønsker nå å gjøre noe annet. Oppsigelsestiden skal være seks måneder. Styremedlem Helga Marie Bjerke sier at det i møtet 05.02.2018 ikke ble opplyst om telefonsamtalen mellom Ingebrigtsen og Telle 11.12.2017. Det foreligger ikke protokoll fra dette møtet.

Ingebrigtsen kontakter samme kveld kommunikasjonssjef Pettersen ved UNN for å utforme en pressemelding til neste dag. Ingebrigtsen sender også utkastet til pressemelding til Vorland. Vorland sier at: *“pressemeldingen var veldig god og at de trygt kan sende denne ut”*.

Informasjon om Ingebrigtsens avgang publiseres på UNNs intranett på morgenen 06.02.2018. Like etter blir alle ansatte ved UNN informert i en e-post. Deretter sendes pressemeldingen om Ingebrigtsens fratreden ut. Pettersen og Ingebrigtsen organiserer intervjuer fra kl 13.00 samme dag.

Media er opptatt av om det er en kobling mellom avgangen og PCI-saken. Avisa Nordlys publiserer nyhetssaken samt en kommentar med innledningen *“PCI-saken har krevd sitt første offer”*. UNN forsøker å påvirke fremstillingen i pressen, og Pettersen sier: *“Vi kontaktet Nordlys, men fikk beskjed om at vi ikke hadde noe med hvordan de publiserte og vinklet så lenge sitatene var korrekte.”*

På spørsmål fra media om PCI-saken hadde påvirket avgjørelsen, sier Ingebrigtsen at han svarte: *“Ja timingen, men ikke beslutningen”*. Fanghol sier til PwC at han syntes pressemeldingen om oppsigelsen var god, men at han reagerte på at Ingebrigtsen koblet inn PCI-saken i sin kommentar til media da det ikke sto noe om dette i pressemeldingen. Han formidler dette i en telefonsamtale med Ingebrigtsen.

Den 06.02.2018 mottar Telle og Vorland en sms fra Ingebrigtsen om at mediebildet gir grunn til bekymring og at de kanskje bør koordinere seg. Meldingen besvares ikke.

## Ingebrigtsens tilknytning til saken blir kjent gjennom media

På ettermiddagen 06.02.2018 ringer Dagens Medisin til Fanghol og sier at de vet, basert på anonyme kilder, hvem som har snakket med Telle på telefon den 11.12.2017. Fanghol informerer Knudsen om dette.

Knudsen kontakter Pettersen om at Dagens Medisin har ringt og spurt om Telle ville kommentere opplysningene om at Ingebrigtsen står bak truslene. Hun spør Pettersen om hva de nå skal gjøre. Pettersen har ingen tidligere kunnskap om at Ingebrigtsen er involvert i saken, og responderer med at hun har behov for en prat med sin sjef. Ingebrigtsen bekrefter overfor Pettersen at det er han som hadde hatt samtalen med Telle.

På kvelden den 06.02.2018 møtes det nye styret i Helse Nord RHF til temamøte for en presentasjon av Helse Nord og hvordan styret jobber. I løpet av temamøtet mottar Telle en sms fra Dagens Medisin: *“Der står det at de vet at det er Ingebrigtsen som har truet meg, og at de vil offentliggjøre det.”* Telle leser opp meldingen for styret. Vorland og Knudsen er også tilstede. Knudsen sier til PwC at hun etter temamøte drøfter med Telle og Vorland hva de nå skal gjøre. Dagens Medisin ønsker samtidig imøtegåelse, men ingen i Helse Nord responderer på dette samme kveld.

I forbindelse med at Ingebrigtsen og Andreassen er i Bodø 07.02.2018 for å delta på foretaksmøtet, takker de ja til intervju med Avisa Nordland knyttet til Ingebrigtsens avgang. Avisa konfronterer Ingebrigtsen med: *“Vi vet*

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

at det var du som truet Telle.” Ingebrigtsen benekter dette siden han mener at han i samtalen ikke har truet Telle.

Ingebrigtsen sier han på formiddagen 07.02.2018 også mottok en sms fra Pettersen som skriver at Dagens Medisin har ringt henne og fortalt at de fra en sikker kilde har fått kunnskap om hvem som har snakket med Telle 11.12.2017. Sammen med Andreassen prøver Ingebrigtsen å få kontakt med Telle og Vorland, samtidig som Pettersen forsøker å få kontakt med Knudsen, uten at de lykkes med dette. Den fysiske plasseringen i foretaksmøtet gjør at de heller ikke da oppnår kontakt, sier Ingebrigtsen og Andreassen. De involverte fra RHF-et gir uttrykk for at de ikke oppfattet at representantene for UNN søkte kontakt. Etter foretaksmøtet går Telle og Vorland direkte til et informasjonsmøte i styret i Helse Nord RHF kl 14.00 uten å ha vært i kontakt med Ingebrigtsen eller Andreassen. I møtet orienterer Telle om at Dagens Medisin har kunnskap om hvem som står bak truslene og at de kommer til publisere dette.

Dagens Medisin og Avisa Nordland publiserer med få minutters mellomrom saken like før kl 17.00 og navngir Ingebrigtsen, initialt basert på anonyme kilder. Begge ber om intervju med Telle.

Knudsen sier at Telle ønsker råd om hvordan media skal håndteres og diskuterer dette med Knudsen og Vorland. Vorland forteller at: *“Vi var jo veldig i tvil. Nå visste de hvem det var. Skulle vi si noe i media? Men å si “ingen kommentar” var det dumme vi kunne si, sa kommunikasjonsdirektøren.”* I følge Knudsen blir åpenhet og transparens valgt fordi media var detaljerte i sin fremstilling av hva som skulle vært sagt. *“Tror at ærlighet varer lengst” og det ble valgt som strategi. Dette for å unngå en mediesak hvor det stadig kom «nye avsløringer», og hvor partene blir drevet fra skanse til skanse. Alvorligheten i saken var en del av vurderingene som gjorde at åpenhet og transparens ble valgt som strategi”.* Telle sier at hun i ettertid har tenkt mye på om det var riktig å følge rådet hun fikk fra administrasjonen i Helse Nord RHF. Knudsen sier hun også i ettertid har tenkt mye på hvordan hun enda bedre kunne bidratt i rådgivningen av Telle.

I UNN diskuterer Pettersen, Ingebrigtsen og Andreassen saken og blir enige om at de trenger ekstern bistand. *“Vi fikk jo ikke kontakt med eieren vår”.* Pettersen kontakter TRY kommunikasjon og redegjør for saken.

Det er ingen koordinering eller kommunikasjon mellom representantene for Helse Nord RHF og UNN om mediehåndteringen. Vorland sier at *“Jeg vet ikke om kommunikasjonsdirektøren vår hadde kommunikasjon med UNN før RHF-et gikk ut i media, men jeg hadde ikke det. Jeg tror ikke Telle hadde det heller.”* Telle sier: *“Vi diskuterte ikke om vi skulle ta kontakt, og tok heller ikke kontakt, med Andreassen, Ingebrigtsen eller UNN om offentliggjøringen.”*

På ettermiddagen 07.02.2017 responderer Vorland på Ingebrigtsens forsøk på å nå ham tidligere på formiddagen. I følge Ingebrigtsen sier Vorland at Ingebrigtsen ikke hadde noe annet valg enn å trekke seg. Til PwC sier Vorland at *“Ingebrigtsen hadde jo først fått en mulighet til å stå litt lenger i jobben, men nå ble det jo en litt annen sak.”*

Telle besvarer på kvelden 07.02.2018 henvendelsene fra mediene og bekrefter at det er Ingebrigtsen som står bak de påståtte truslene. Hun stiller også til intervju med Dagens Medisin. Dagens Medisin tar kontakt med Pettersen, sier at Telle har stått frem og spør om UNN vil komme med tilsvarende svar. Pettersen forteller at Ingebrigtsen ble opprørt da han mente at Telle hadde brutt avtalen. Ingebrigtsen sier til PwC: *“Vi oppfattet dette som graverende. Hun gjenga i det intervjuet ikke at vi hadde skværet opp. Det var som om møtet 18.12.2017 ikke hadde funnet sted. Hun gjentok beskyldningene om at jeg hadde fremsatt trusler, og sa ingenting om at vi i møtet 18.12.2017 hadde vært enige om at hennes opplevelse av trusler var basert på misforståelser.”*

Telle sin forståelse av avtalen fra 18.12.2018 er at hun ikke skulle anmelde saken mot at Ingebrigtsen erkjente truslene. Hun sier til PwC at *“vi var langt fra enige om at min opplevelse av trusler var basert på misforståelser. Vi var enige om at vi ikke ønsket publisitet.”*

22 av 40

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

UNN formulerer et sitat til Dagens Medisin om at Ingebrigtsen aldri hadde ment å true Telle, at han var en engasjert sykehusdirektør og at han beklaget hvis Telle hadde opplevd samtalen som truende. Dagens Medisin tar med sitatet når de trykker saken.

Pettersen forteller at de var enige om at UNNs kommunikasjonsstrategi skulle være å begrunne Ingebrigtsens opptreden som engasjement for en sak og et fagmiljø. Han skulle beklage hvis Telle hadde opplevd dette som trusler. Ingebrigtsen skulle fortelle sin historie i Nordlys 08.02.2017. *“Men vi følte oss fortsatt utrygge på RHF-et, vi hadde fortsatt ikke hørt noe fra dem.”*

Før foretaksmøtet 07.02.2018 kontakter Knudsen styremedlem i UNN, Skjelvik. Knudsen vil forsikre seg om at det også er kjent for styret i UNN at Ingebrigtsen står bak de påståtte truslene. Skjelvik sier til PwC: *“Jeg ble opprørt over at vi ikke var informert. Jeg tror det var en oppfatning i RHF-styret om at styret i UNN kjente til saken. Jeg hadde umiddelbart en samtale med Hilde Rolandsen.<sup>7</sup> Hun trodde også at styret i UNN hadde vært informert”*.

I samtale etter foretaksmøtet bekrefter Andreassen overfor Skjelvik at Ingebrigtsen er den som skal stå bak de påståtte truslene. Ingebrigtsen deltar i deler av samtalen. Skjelvik gir uttrykk for at hun mener styret ved UNN burde vært informert tidligere, og at styret nå må bli informert. Hun gjentar dette i en sms til Andreassen som bekrefter at hun vil ta en ringerunde samme kveld.

Andreassen innkaller til telefonstyremøtet i UNN 07.02.2018 kl. 21.00. Der orienterer hun om saken og om taushetsløftet hun og Ingebrigtsen mente de hadde gitt Telle. Andreassen sier til PwC at hun i dette møtet forteller Ingebrigtsen sin versjon av saken. Skjelvik tar opp at styret burde ha blitt informert tidligere for å sikre at de hadde samme informasjon som styret i Helse Nord RHF.

Ingebrigtsen kommer inn på slutten av møtet. Han forteller til PwC at: *“jeg ble oppfordret til ikke å trekke meg, men derimot til å fortelle min side av historien.” Jeg opplevde nå å stå i skvis mellom eier og egen arbeidsgiver. Eget styre ønsket at jeg skulle avvente avgang til juni, slik som planlagt.”*

Det finnes ikke protokoll eller referat fra dette møtet.

## **Telle og Strøms telefonmøte med UNN-styret**

Den 08.02.2018 blir det holdt stabsmøte i Helse Nord RHF, noe som er vanlig etter styremøtene. Skjelvik sier i denne forbindelse til PwC at: *“min oppfatning var at Vorland gikk langt i å informere detaljert om saken til hele staben. Det var sikkert 30 personer til stede.”*

Etter møtet ber Skjelvik om en samtale med Vorland, der hun sier at hun, som UNN-styrets representant fra RHF-et, synes det er rart at de ikke snakker med henne om saken på et tidligere tidspunkt: *“Vorland tilbød seg å spørre om Telle var villig til å stille i styret på UNN for å gi informasjon. Jeg trodde det i så fall skulle skje i forståelse med styreleder på UNN”*.

Vorland gir deretter beskjed til Paulke om å kalle inn styret i UNN til et ekstraordinært styremøte uten administrasjonen til stede. Han sier om dette til PwC: *“Både Telle og Strøm hadde en klar følelse av at styret til UNN ikke var informert om saken. Det var et ønske å informere styret direkte, for det hadde ikke Andreassen gjort da hun mente at de den 18.12.2018 ble enige om ikke å informere flere enn de som på det tidspunktet visste, men det mener altså ikke Telle.”*

---

<sup>7</sup> Rolandsen er leder for eierstyring i Helse Nord og Vorland sin stedfortreder.  
23 av 40

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Andreassen forteller til PwC: *“kl 12:23 fikk jeg en SMS om at Telle og Strøm ønsket å innkalle UNN-styret til et telefonmøte. Jeg ringte da Telle og spurte, ref. styringslinjer, hvem som hadde rett til å kalle inn UNN-styret, hvorpå hun svarte at hun beklaget fremgangsmåten. Men opprettholdt innkallingen. Kl 12.50 fikk jeg sms-innkalling til møte kl 1400. Tema var “hendelsesforløpet i saken”. Orienteringen skulle skje uten administrasjonen til stede. Kl. 13.59 fikk jeg påloggingsinformasjon og kl 14.01 var jeg innlogget. Da hadde de startet uten meg. Styret i UNN ble bondefanget.”*

Det blir en amper stemning i telefonmøtet. Telles agenda er å redegjøre for saken, men hun blir konfrontert av flere styremedlemmer ved UNN. Skjelvik sier til PwC at *“Essensen i budskapet fra Telle var at hun ikke ønsket å anmelde og at hun ønsket at Ingebrigtsen skulle få gå med verdighet. Men styret i RHF-et var enig om at Ingebrigtsen måtte gå da de ikke hadde tillit til ham; de skal ha sagt at de ikke “hadde tillit til en direktør som forsøkte å instruere styret”.*

Telle sier til PwC at styret i Helse Nord RHF mente truslene og forsøket på å påvirke et vedtak var uakseptabelt, men styret stod ikke samlet bak en beslutning om at Ingebrigtsen måtte gå.

Flere i UNN-styret er også frustrerte over at de ikke er informert tidligere og viser til at det er naivt å tro at media kan holdes utenfor når det allerede var orientert om påståtte trusler i offentligheten. I tillegg var det kjent for mange hvem som skulle ha framsatt disse truslene. Andreassen viser til taushetsløftet hun mener ble inngått i møtet 18.12.2017 som forklaring på at hun ikke hadde sagt noe om saken til styret eller til avisen. Telle sier til dette at hun er *“kjempeoverrasket over at Andreassen ikke hadde sagt noe til styret. Og jeg var skuffet da jeg følte at det var bagatellisert.”*

Espeland forteller at styret reagerte kraftig på Telles sin informasjon: *“Jeg tok initiativ til å avslutte møtet. Det ble ikke gjort noe vedtak, og jeg har heller aldri sett noen protokoll eller referat fra møtet.”*

Det foreligger ingen skriftlig dokumentasjon fra dette møtet.

## **Ingebrigtsen, Andreassen og Espeland går av**

Ingebrigtsen stiller til intervju i Nordlys 08.02.2018 i samsvar med UNN sin mediestrategi.

Like før styremøtet i UNN 08.02.2018 kl 13 intervjues Vorland i Avisa Nordland. Han gir der uttrykk for at truslene er den direkte årsaken til at Ingebrigtsen må gå av som administrerende direktør ved UNN. Ingebrigtsen forteller til PwC at: *“Vorland også i Avisa Nordland sa at hadde det vært en av hans direktører som hadde kommet med slike trusler, hadde han fått sparken. Jeg oppfattet dette som at han i praksis sa meg opp for åpen scene i media, og skjønnte da at jeg måtte gå umiddelbart”.* Pettersen sier at hun opplever at eierne kjører en kamp i media mellom UNN og RHF-et med troverdighet som strategi.

Senere samme dag blir det avholdt et nytt telefonstyremøte på UNN. Formålet er å definere veien videre. UNN-styret anser dette som en personalsak som bør håndteres av UNN-styret. Flere har lyst til å se på muligheten for å beholde Ingebrigtsen, blant annet på grunnlag av at UNN skulle inn i en vanskelig omstilling knyttet til PCI. Dersom Ingebrigtsen skal gå av med det samme, ville det bli driftsmessig vanskelig. Espeland får derfor fullmakt av styret til å kontakte både Ingebrigtsen og Vorland på vegne av UNN-styret for å sondere terrenget med tanke på å finne en løsning som innebærer at Ingebrigtsen kan fortsette frem til sommeren.

Espeland forteller til PwC: *“Ingebrigtsen var villig til å stå fram til sommeren. Jeg snakket med Vorland på kvelden 08.02.2018 og spurte om han så for seg en mulighet for at Ingebrigtsen fortsatte frem til sommeren. Vorland var veldig tydelig på at det gjorde han ikke. Det ble gitt en tydelig tilbakemelding på at UNN-styret må ta ansvar, ellers ville Helse Nord RHF ta affære. Jeg ringte deretter til Andreassen og refererte til samtalen med Vorland. Det var både styret i Helse Nord RHF og Vorland som mente Ingebrigtsen måtte gå.”*

*Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF*

*Andreassen ba meg da om å ringe til Ingebrigtsen og informere om resultatet av samtalen med Vorland seint på kvelden, hvilket jeg gjorde.” Telle sier til PwC at hun er ukjent med at denne dialogen har funnet sted.*

*Vorland sier til PwC at Ingebrigtsen ringte ham samme kveld: “og da ble vi enige om at nå var det ikke noen oppsigelsestid, nå måtte han bare gå umiddelbart. Og han var interessert i det selv også.”*

Den 09.02.2018 kl 13:00 er det innkalt til et nytt ekstraordinært styremøte på UNN. Ingebrigtsen ber i møtet om å få fratre umiddelbart. Etter det informerer Andreassen og Espeland om at de også trekker seg fra sine verv i styret. Andreassen sier til PwC: “Jeg bestemte meg; skulle Ingebrigtsen gå, ville jeg gå også.” Hun spør foretaksadvokaten om hvilke formaliteter som skal ivaretas. Deretter ringer hun Skjelvik og Telle og gir beskjed om at hun fratrer.

Nytt UNN-styre konstitueres samme ettermiddag.

I etterkant har det vært avholdt et felles ledergruppemøte for Helse Nord RHF og UNN HF<sup>8</sup> og et allmøte ved UNN<sup>9</sup> for å snakke om saken.

---

<sup>8</sup> 19.02.2018

<sup>9</sup> 21.02.2018

25 av 40



Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Vurderinger av funn

Basert på hendelsesforløpet og aktørenes handlinger slik de er beskrevet ovenfor, vil vi i det følgende presentere PwCs vurderinger av de involvertes handlinger i saken. I tråd med vårt mandat og oppdragsforståelse i tilbudet, har vi gitt uttrykk for vår vurdering av hvordan de sentrale personene i denne saken, gitt deres aktuelle roller, skulle eller burde opptrådt overfor hverandre, da med fokus på faktisk instruksjonsmyndighet, dialog i eller utenfor tjenestevei og dialogens innhold, særlig sett opp mot god ledelsespraksis.

Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig (i det følgende omtalt som SVW) har foretatt juridiske vurderinger av de samme forhold. Vurderingene er gjort opp mot helseforetakslovens styringsstruktur, vedtekter for styrene for helseforetakene og veileder for styrearbeid i helseforetakene. Det sentrale i vurderingen er selve prosessen og relevante aktørenes aktiviteter og håndtering i lys av nevnte rammeverk.

## Adgang til uformell kontakt mellom nivåer i konsernet

Helseforetaksloven inneholder ingen regler som hindrer ansatte, heller ikke administrerende direktør i et underliggende HF, å kontakte styremedlemmer i RHF-et. At Ingebrigtsen tar kontakt med Telle for «en myk prat» om PCI-saken, utgjør således ikke et lovbrudd. Samtidig kan det stilles spørsmål ved om dette var en hensiktsmessig kommunikasjonslinje. Av intervjuene fremkommer det imidlertid at Helse Nord over tid har praktisert en mer uformell kommunikasjonslinje på tvers av nivåer.

For PwC synes det klart at Ingebrigtsen opplever at UNNs bekymringer i PCI-saken ikke når frem til styret i RHFet fordi den filtreres av RHF-administrasjonen. Etter hans vurdering er det underkommunikasjon gjennom utredningsprosessen der han frykter beslutningen vil forringe PCI-tilbudet i Nord-Norge. Frustrasjonen fremkommer også av et åpent brev til styreleder Telle fra 16 overleger ved UNN, også vedlagt styresaken om PCI 13.12.2017. I brevet etterlyses faglig debatt og det står at: *“hovedproblemet i PCI-saken er etter vår mening at vi ikke har lykket med å etablere en felles situasjonsforståelse”*.

På denne bakgrunn ringer han Telle for en siste prat om PCI-saken. Han avklarer det med egen styreleder i forkant. Formålet med samtalen er å påvirke Telle i utfallet av PCI-saken, samtidig som ingen av partene tror at Ingebrigtsen formelt skal ha beslutningsmyndighet eller kompetanse til å styre beslutningen til Telle i PCI-saken.

## Partene har ulik forståelse av innholdet i samtalen

Beskrivelsen av hendelsesforløpet viser at Ingebrigtsen og Telle har ulik erindring og forståelse av telefonsamtalen hva gjelder dens innhold og form. Mens Telle mener seg utsatt for en svært ubehagelig opplevelse og at det er framsatt trusler som skulle ramme hennes virke utenfor det å være styreleder i Helse Nord RHF, forstår ikke Ingebrigtsen før senere hvordan han i samtalen har berørt Telle. Det synes samtidig å være enighet om at ikke alle utsagn fra Ingebrigtsen er saklige og egnet til å opplyse saken. For selv om argumentene er faglig fundert, er han svært insisterende og beveger seg tidvis utenfor det som PwC mener er rammene for saklig informasjon og kommunikasjon. For PwC fremstår samtalen som et siste desperat forsøk på å nå gjennom i RHF-styret, noe samtalen også bærer preg av.

Partene har ulik vurdering av om samtalen inneholdt trusler eller på annen måte kan sies å være en uakseptabel adferd. Ingebrigtsen har imidlertid akseptert Telle sin opplevelse av innholdet, tatt saken på alvor og beklaget til Telle. For øvrig ligger det utenfor PwCs mandat å vurdere i hvilken grad innholdet i samtalen kan anses å være av strafferettslig karakter.

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

## En sak på to nivåer

For Telle fremstår etterspillet mot Ingebrigtsen som en sak som må løses på to nivåer: et personlig og et personalmessig.

På det personlige nivået foreligger det Telle oppfatter som en trussel mot henne som person. Telle vil ha en personlig unnskyldning fra Ingebrigtsen og en forsikring om at de påståtte truslene ikke blir realisert. Til PwC sier Telle at hun får denne bekreftelsen i møtet 18.12.2017 mellom henne, Ingebrigtsen og Andreassen. I samme møte blir det avtalt at hun ikke vil anmelde forholdet. Etter pressemeldingen 04.01.2018, der det også blir opplyst for pressen at hun ikke ønsker å anmelde saken, anser hun denne delen av saken som avsluttet. For Ingebrigtsen betyr unnskyldningen en erkjennelse av at han har opptrådt på en måte overfor Telle som hun opplevde svært ubehagelig. Men han erkjenner ikke å ha fremsatt trusler. Telle opplever at det er truslene som er beklaget.

På det andre nivået ligger de eventuelle personalmessige konsekvensene for Ingebrigtsen. Disse mener Telle ligger til UNN-styret å håndtere, og hun sier til PwC at hun tydelig gir Andreassen melding om dette i samtalen de har 17.12.2017.

Disse to nivåene fremsto ikke like tydelig for Ingebrigtsen, Andreassen eller styret, og heller ikke for administrasjonen i RHF-et, noe som etter PwCs vurdering fikk avgjørende betydning for hvordan saken ble håndtert videre.

## Informasjonsdeling, taushetsplikt og temamøte

Etter samtalen med Ingebrigtsen ringer Telle til Vorland og gjennomgår samtalen. Neste dag, i møte med to av saksbehandlerne i PCI-saken, forteller Telle igjen om samtalen. Til PwC sier Telle at dette er for å understreke viktigheten av et godt beslutningsgrunnlag og for å illustrere klimaet. Telle velger videre å orientere styret om telefonsamtalen i styrets «temamøte» 12.12.2017. Spørsmålet er i hvilken grad informasjonen som gis er omfattet av taushetsplikten, jf. forvaltningslovens regler om taushetsplikt i §§ 13 flg., jf. helseforetaksloven § 5, og dersom det omfattes, om opplysningene likevel kan meddeles videre i medhold av fvl §13 b nr.3.

Etter SVWs vurdering er informasjonen om at Telle opplever seg truet av Ingebrigtsen omfattet av taushetsplikten etter forvaltningsloven § 13 første ledd nr. 1 om "personlige forhold", jf. helseforetaksloven § 5 som gir reglene anvendelse i helseforetak. Selv om opplysningen er underlagt taushetsplikt har Telle anledning til å dele slike opplysninger med Vorland og styremedlemmene etter forvaltningsloven § 13 b nr. 3 der det fremgår at taushetsplikt ikke er til hinder for «at opplysningene er tilgjengelig for andre tjenestemenn innen organet eller etaten i den utstrekning som trengs for en hensiktsmessig arbeids- og arkivordning». Vorland og styremedlemmene må i denne sammenheng anses som "andre tjenestemenn innen organet", og informasjonen er relevant for deres arbeid.

SVW mener imidlertid at Telles informasjon til to av saksbehandlerne i PCI-saken ikke omfattes av unntaket om informasjonsbehov, da saksbehandlerne etter SVWs vurdering ikke kan sies å ha tjenstlig behov for denne kunnskapen om hvem som står bak de påståtte truslene. Dette forholdet må derfor anses som brudd på taushetspliktsreglene.

«Temamøtet» er et uformelt møte, et formøte, med formål om å planlegge neste dags styremøte. Det foreligger således ingen formell innkalling med agenda og det skrives ikke referat eller protokoll fra møtet. Det kan imidlertid stilles spørsmål til om dette møtet har et innhold som gjør at det skulle vært satt som et styremøte etter helseforetaksloven §§ 26 og 26a. Styret hadde uansett adgang til å lukke møtet.

Av intervjuene fremkommer det at formålet med "temamøtet" er å forberede PCI-saken til behandling i styremøtet neste dag. I utgangspunktet er det tillatt for styret å avholde slike forberedende møter, så lenge dette

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

ikke erstatter drøfting og beslutning i formelt styremøte. Prinsippet om møteoffentlighet innebærer ikke at offentligheten skal ha tilgang til enhver meningsutveksling om saken, og særlig styreleder har et saklig behov for å ha en viss regi på selve styremøtet og dermed behov for å forberede dette. Og selv om det nok kan forekomme adskillig reell meningsutveksling om selve saken i temamøtet, vil også saken bli både drøftet samt konkludert i et offentlig styremøte. Det er således ikke krav om at temamøtet skulle vært satt som styremøte, og temamøtet representerer etter SVWs vurdering således ikke brudd på helseforetaksloven.

## **RHF-styret sin oppfølging og styremøtet 13.12.2017**

I styremøte 13.12.2017 behandler styret i RHF-et PCI-saken. Innledningsvis leser Telle opp teksten med den anonymiserte referansen til samtalen med Ingebrigtsen: *“Det er til og med fremkommet trusler, og innhold og alvorlighetsgrad er slik at jeg til og med vurderer politianmeldelse.”*

PwC stiller spørsmål ved om det kommunikasjonsfaglig er klokt å legge til rette for spekulasjoner ved å informere om trusselen i et offentlig styremøte som blir streamet på TV med svært mange seere. I det opphetede debattklimaet som var tilfellet i PCI-saken, må det påregnes at media ville ønske å forfølge denne informasjonen. Det er for oss overraskende at verken styrets medlemmer eller kommunikasjonsdirektøren ved RHF-et har innsigelser mot dette da man bør kunne forutse at media blir spesielt opptatt av informasjonen knyttet til trusler og politianmeldelse.

Det blir under lukket del av styremøtet reist forslag om å behandle trusselsaken formelt. PwC har spurt flere om hvem som tok initiativ til dette, men det har ikke latt seg bringe på det rene. Det er fremkommet at styret anså saken såpass spesiell og alvorlig at de ønsket å vise formelt at de hadde en slik sak på bordet. Etter PwCs vurdering synes det som om styret i første rekke er opptatt av å gi et signal om at trusler ikke er akseptabelt.

PwC mener det er Telle i egenskap av å være styreleder som er “eier av opplevelsen”, da det er styreleder Telle som Ingebrigtsen prøver å påvirke gjennom å appellere til henne også som privatperson. Telle er i styremøtet tydelig på at hun vil følge opp saken selv, at hun må få tid på seg til å vurdere en anmeldelse. Det er flere i styret som stiller spørsmål ved dette.

Ut fra forvaltningslovens regler om habilitet<sup>10</sup> kan det stilles spørsmål om Telle er inhabil til å ta del i styrets behandling av saken. I vurderingen må en skille mellom styreleders mulighet til å informere om egen opplevelse og styreleders mulighet til å delta i selve behandlingen av hvordan saken skal håndteres. Styreleders informasjon til styret er en nødvendig forutsetning for at styret skal ha en sak å behandle.

Styrets drøftelse av saken gjelder hvordan de påståtte truslene mot styreleder personlig skal følges opp. En slik direkte personlig tilknytning til saken må, etter vår vurdering, sies å være egnet til å svekke tilliten til styreleders upartiskhet i forvaltningslovens § 6 andre ledds forstand, slik at hun anses å være inhabil under selve behandlingen av saken. SVW mener derfor at Telle, som styreleder i RHF-et, skulle ha fratrudd som inhabil under styrets drøftelse og vedtak i «personalsaken».

Etter SVWs vurdering er det ingen indikasjoner på at det i behandlingen av saken i styremøtet blir skilt mellom den “personlige” delen og den “personalmessige”, og det synes som om det kun er Telle som har en slik todeling i tankene. Dette ville imidlertid ikke vært av betydning i vurderingen av Telles habilitet til å ta del i styrets behandling.

Etter PwCs vurdering fremstår det som klart at flere i RHF-styret tidlig mener at utgangen på saken må være at Ingebrigtsen blir fjernet. Det vises i denne forbindelse til Vorland som i møte med PwC sier: *«Styret ville at dette skulle få konsekvenser, for dette var uakseptabel oppførsel. Det var ikke alle som uttalte seg, men de som*

<sup>10</sup> Forvaltningslovens regler om inhabilitet får også anvendelse på helseforetak, jfr. forvaltningslovens § 6, jf. helseforetaksloven § 5.

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

uttalte seg, ville at dette (les: arbeidsforholdet til Ingebrigtsen) skulle termineres ganske raskt.» Samtidig ønsker styret ikke å fjerne Ingebrigtsen tjenestevei. Til PwC forklares dette med at styret ikke ønsket full offentlighet om saken på dette tidspunkt, noe en slik behandling åpenbart ville medført.

Etter helseforetaksloven § 16 kan styret i RHF-et ikke treffe bindende beslutninger overfor UNN annet enn i foretaksmøte. Styret i RHF-et har heller ikke myndighet til å treffe vedtak som har rettslig bindende virkning som arbeidsgiverbeføyelser overfor administrerende direktør i UNN. Slike vedtak tilligger styret i UNN som arbeidsgiver. Dette gjelder både vedtak om opphør av arbeidsforholdet etter den særskilte regelen i helseforetaksloven § 36 og annen personalmessig oppfølging av daglig leder.

RHF-styret treffer 13.12.2017 vedtak om at administrerende direktør i RHF-et skal følge opp saken. Selv om styret i RHF-et ikke kan treffe vedtak som arbeidsgiver med virkning for administrerende direktør i UNN, er ikke RHF-styret avskåret fra å ta opp slike forhold i eget styremøte og eventuelt ha meningsutveksling og synspunkter om forholdet. Vedtaket var kun rettet mot administrerende direktør i RHF-et, og de er ikke avskåret fra å vedta at egen administrerende direktør skal følge opp saken. Vedtaket slik det er protokollført er således, etter SVWs vurdering, ikke i strid med helseforetaksloven §§ 16 eller 36.

Samtidig stiller PwC spørsmål ved om det var hensiktsmessig for styret i RHF-et å ta saken opp til formell behandling med tilhørende plikt til å ta dette inn i en offentlig protokoll, all den tid de ikke ønsker blest om saken. Saken protokolleres som personalsak og det fremgår at administrerende direktør bes om å følge opp. Dette åpner for spekulasjoner. Særlig sett i sammenheng med åpningen av styremøtet der det vises til truslene og en vurdering om politianmeldelse. For styret i RHF-et er ikke dette en personalsak, og slik det fremkommer av hendelsesforløpet beskrevet over, er det Telle som skal følge opp. Det gis med andre ord feilaktige opplysninger i protokollen for å unngå at det misvisende fremstår som om det er en personalsak som gjelder administrerende direktør i RHF-et.

Sett i lys av de konsekvenser deler av styret tidlig ser for seg for Ingebrigtsens, finner PwC det betenkelig at det ikke foreligger noe dokumentasjon fra saksbehandlingen utover en møteprotokoll som ikke fremstiller realitetene.

### **“Overlevering” av saken til UNN, møte mellom partene**

Telle opplever at hun 17.12.2017 er tydelig på å formidle til Andreassen at det er styret i UNN som er Ingebrigtsens foresatte og at Andreassen som styreleder må håndtere den personalmessige delen av saken. På denne bakgrunn ønsker hun heller ingen oppfølging fra RHF-styret, men vil følge opp den personlige delen av saken selv. Andreassen er tydelig på at partene må møtes for å snakke sammen, og avtaler et møte på Telles kontor 18.12.2017. Det foreligger ingen dokumentasjon fra samtalen.

Ingebrigtsen og Telle har ulik forståelse av hva de blir enige om i møtet 18.12.2017. Telle sier hun opplever at Ingebrigtsen i møtet erkjenner og beklager truslene og lover at de ikke skal realiseres. På sin side lover hun ikke å anmelde. Partene er enige om at de ikke ønsker publisitet om saken. Ingebrigtsen og Andreassen oppfatter at Telle og Ingebrigtsen skværer opp. Ingebrigtsen uttaler at han tydelig oppfatter at saken nå er lukket. De er også enige om «å legge lokk på saken» slik at den ikke blir offentlig kjent. Det foreligger ingen dokumentasjon fra møtet.

PwC mener det fremstår som klart at Telle etter møtet ser seg ferdig med den personlige delen av saken og avventer UNN-styrets eventuelle oppfølging av den personalmessige delen, mens Ingebrigtsen og Andreassen anser at saken med dette på alle måter er ferdig og lukket. De tolker også det at «å legge lokk på saken» innebærer en konfidensialitetsavtale som medfører at heller ikke UNN-styret skal informeres.

Spørsmålet i denne sammenheng er om Andreassen, ved å unnlate og sette styremøte, unnlate å informere styret og ved å legge til rette for at saken skulle løses ved en konfidensiell avtale, brøt helseforetaksloven § 26, 29 av 40

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

28 eller 29. Etter helseforetaksloven skal styreleder innkalle til styremøter så ofte som det trengs, sett i lys av hva som er styrets ansvar og oppgaver. Det er klart at personalsaker som gjelder daglig leder hører inn under styret, ikke bare saker etter helseforetaksloven § 36.

Spørsmålet bør også her vurderes ut fra sakens to ulike nivåer. Som personalsak er det på det rene at Andreassen ikke har myndighet til å konkludere denne alene, uten styrebehandling. Derimot er det neppe noe hinder for at Andreassen fasiliterer en avtaleliggende avslutning av saken, dersom hun anser saken som en personlig konflikt. Vi mener Andreassen på dette tidspunkt ønsker å løse opp i et personlig motsetningsforhold. Dersom en slik betraktning legges til grunn, er det SVWs vurdering at Andreassen ikke har opptrådt i strid med helseforetaksloven.

Det kan imidlertid stilles spørsmål ved om ikke Andreassen uansett burde informert styret i et (lukket) styremøte. Etter helseforetaksloven § 26 skal styreleder innkalle til styremøter så ofte som det trengs. Dette må igjen ses i lys av hva som er styrets ansvar og oppgaver. Etter helseforetaksloven § 29 skal styret føre tilsyn med daglig leder, og det er da nærliggende å legge til grunn at et slikt forhold knyttet til administrerende direktør må behandles i styremøte for at tilsynsansvaret skal kunne oppfylles. Det må således legges til grunn at Andreassen som styreleder brøt helseforetaksloven ved ikke å orientere styret i styremøte.

## Informasjon til HOD

Etter råd fra Knudsen formulerer Telle, med mål om å lukke saken, en pressemelding 04.01.2018 hvor hun bekrefter at hun ikke vil anmelde. Etter pressemeldingen blir det stille om saken i media. Pressemeldingen sendes til styret i Helse Nord RHF 04.01.2018 etter initiativ fra Vorland.

Vorland sier videre at han anså saken for å være av en slik karakter at det kunne bli rettet henvendelser fra media til Helse- og omsorgsdepartementet. Han informerer derfor på eget initiativ ekspedisjonssjefen i Eieravdelingen den 04.01.2018. Samme dag tar statsråden kontakt med Vorland for en orientering. Vorland orienterte verken Telle eller noen i UNN om at han hadde informert HOD. Det kan i denne forbindelse stilles spørsmål om Vorland ved dette bryter taushetsplikten.

Forvaltningslovens regler om taushetsplikt i §§ 13 flg. gjelder i helseforetak, jfr. helseforetaksloven § 5. Opplysninger om at noen kan være utsatt for trusler er taushetsbelagt etter forvaltningsloven § 13 første ledd nr. 1 av hensyn til den som har blitt utsatt for dette. I dette tilfellet er opplysningene trolig også taushetsbelagte av hensyn til den som fremsetter trusler. Dette til tross for at opplysninger om kritikkverdige forhold i tjenesten i offentlige virksomheter i utgangspunktet ikke er taushetsbelagte, men de nærmere utdypningene av saken kan være det. Denne hovedregelen om offentlighet fordrer nok imidlertid at det kritikkverdige forholdet anses som endelig avklart og konkludert. Inntil da er nok slike kritikkverdige forhold å anse som taushetsbelagte.

Selv om forholdet i utgangspunktet er omfattet av taushetsplikten, er det likevel anledning til å dele en slik opplysning med HOD og statsråden etter forvaltningsloven § 13 b nr. 3. Organ- og etatsbegrepene kan riktignok være noe usikre når de skal anvendes på en helseforetaksmodell, men de beste grunner taler for å anse HOD som del av etaten i forvaltningslovens § 13 b nr. 3's forstand. Statsråden og ansatte i HOD må i denne sammenheng anses som "andre tjenestemenn innen etaten", og informasjonen er relevant for deres rolle som eier, jf. også Lovavdelingens uttalelse i sak 10244/2004:

*"Etter fvl. § 13 b første ledd nr. 3 kan taushetsbelagte opplysninger i en viss utstrekning gjøres tilgjengelige for andre tjenestemenn 'innen organet eller etaten'. [...] Begrepet 'etat' er imidlertid ment å favne videre enn kun det enkelte forvaltningsorgan. Begrepet har ingen klar definisjon, men blir brukt som en samlebetegnelse på ulike organer innenfor samme gren av forvaltningen. Om bakgrunnen for å ta inn begrepet 'etat' i lovteksten heter det i Ot.prp.nr.3 (1976–1977) s. 29 at 'det under den ordinære behandling av en sak må være fri adgang til kommunikasjon mellom tjenestemennene innenfor samme forvaltningsorgan, med overordnede eller underordnede organer og med tilsvarende organer i andre distrikter'."*

30 av 40

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Det foreligger således ikke brudd på taushetsplikten da denne informasjonen etter SVWs vurdering kan gis til HOD og statsråden. Samtidig mener vi det er kritikkverdig at Vorland ikke informerer Telle, Andreassen og Ingebrigtsen om at denne informasjonen er gitt.

## **RHF-styrets behandling av saken 16.01.2018**

Telle blir i forkant av felles foretaksmøte for alle RHF-ene 16.01.2018 kontaktet av administrasjonen «*som sa det var ønskelig med et informasjonsmøte om status i saken*». Telle er skeptisk til å involvere nye styremedlemmer, og etter administrasjonens forslag beslutter de å avholde informasjonsmøtet før det nye styret er konstituert. I innkallingen til styret i Helse Nord RHF vises det til behandlingen av styresak 145-2017 Eventuelt - sak A ad. Personalsak. Det fremgår av innkallingen at styreleder og administrerende direktør ønsker å orientere styret om status i saken.

I møtet gir Telle og Vorland en orientering om sakens utvikling siden styremøtet den 13.12.2017. SVW stiller i denne forbindelse spørsmål om informasjonsmøtet har et innhold som gjør at det skal settes som et styremøte etter helseforetaksloven §§ 26 og 26a. Som nevnt ovenfor gjelder regler om både dokumentoffentlighet og møteoffentlighet ved styrebehandling, og det er derfor viktig å fastsette hva som skal behandles i styremøte og hva som kan tas opp i andre typer møter. Det er også adgang til å lukke styremøtet.

Formålet med informasjonsmøtet synes å være en orientering om status i den konkrete saken. I utgangspunktet har styret adgang til å avholde uformelle møter som har karakter av ren informasjon om status i en sak. Det går imidlertid en grense mot saker som innebærer realitetsdrøftelser og beslutninger. Det foreligger ikke skriftlig dokumentasjon fra møtet, men vi anser det klart at møtet har et innhold tilsvarende det som ble tatt opp i styremøtet 13.12.2017. Det innebærer at møtet består av realitetsdrøftelser av hva som bør bli utfallet av trusselsaken, samt en beslutning om hvordan den videre skal følges opp. Etter SVWs vurdering er det i strid med helseforetaksloven §§ 26 og 26a å ikke sette dette møtet som et styremøte. Offentlighet kunne vært unngått ved å lukke møtet under behandling av saken.

For PwC kan det synes som om Helse Nord RHF har en mer utstrakt bruk av uformelle møter enn det helseforetaksloven legger opp til. Dette kan i praksis medføre omgåelse av offentlighet og hindre allmennheten innsyn i behandlingen av styresaker. Vi anerkjenner styremedlemmenes behov og hjemmel for å kunne diskutere utfordringer, strategisk arbeid og drive planlegging utenfor styremøte. Samtidig kan det synes som om lukkede møter også benyttes til ytringer man ønsker å unngå skal komme i offentlighetens lys. Vi har fått eksempler på uttalelser som skal ha vært uttrykt i styremøter i RHF-et, og i samtaler med PwC, der det ikke har vært ønskelig å bli sitert i rapporten, til tross for at uttalelsene ble godkjent da de kontradikerte sine referater.

Det er noe ulike gjengivelser av hva som ble sagt i møtet 16.01.2018, men flere i styret er tydelig på at Ingebrigtsen må gå. Vorland sier: «*Det stod i pressemeldingen at det ikke lenger var grunn til å tro at sanksjonene ville iverksettes. Mens styret hadde jo tenkt at sanksjonene mot Ingebrigtsen skulle iverksettes. Da tenkte jeg at hun kunne ikke si det i media uten å informere styret sitt først. De var jo for at det skulle være sanksjoner. Det ordnet seg. Men da jeg traff dem igjen den 16.1., var de fortsatt ikke innstilt på at Ingebrigtsen skulle fortsette i jobben.*» Paulke møter som styresekretær. Hennes forståelse er at styret er tydelig på at Ingebrigtsen må gå. Hun legger til at Telle ikke er like tydelig på dette.

Etter PwCs vurdering gir styret tydelige signaler til Vorland om en direkte oppfølging mot Ingebrigtsen med konsekvenser for hans arbeidsforhold. Grunnlaget for denne «bestillingen» synes å være misnøye med at Andreassen ikke bringer saken inn for behandling i UNN-styret eller at Ingebrigtsen forelegges andre konsekvenser. Samtidig har ingen av de som er intervjuet noe kontakt med Andreassen vedrørende eventuell behandling i UNN-styret mellom 18.12.2017 og 16.01.2018.

Selv om det er uenighet om i hvilken grad styret står samlet i en slik bestilling, finner PwC det klart at Vorland oppfatter det slik at styret i RHF-et ikke ville slå seg til ro med at Ingebrigtsen uten videre får fortsette i

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

stillingen og at Vorland får i oppgave å formidle dette til Ingebrigtsen, noe han gjorde. Styrets daværende nestleder Strøm sier at Vorland ikke får noe formelt mandat, men uttrykker at det gis et klart signal fra styret om at Vorland, i et møte de har avtalt om kort tid, skal snakke med Ingebrigtsen og gi beskjed om at styret i RHF-et ikke har tillit til ham lenger. Vorland sier i denne forbindelse: «Styret var ganske klar på at de ikke ville slå seg til ro med at Tor fortsatte i stillingen.» Han opplyser styret om at det planlagte møtet 19.01.2018 er mest for å høre Ingebrigtsens versjon, «men hvis det er viktig for styret, så kan jeg selvfølgelig formidle dette til Ingebrigtsen.»

I denne forbindelse stiller SVW spørsmål ved om styret og administrerende direktør i RHF-et, ved å ta initiativ direkte overfor Ingebrigtsen og be han vurdere sin stilling, opptrådte i strid med helseforetaksloven §§ 16 eller 36?

Som nevnt tidligere vil all personalmessig myndighet overfor Ingebrigtsen tilligge styret i UNN, herunder de særskilte avgjørelsene etter helseforetaksloven § 36; «Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige daglig leder». Det vil si at all styring, eller forsøk på styring, fra RHF-et utenfor foretaksmøte ikke er rettslig bindende for UNN. Samtidig er RHF-et ikke avskåret fra å gi sitt syn på saker som hører under styret i UNN. Brudd på helseforetaksloven kan bare konstateres dersom styring som per definisjon ikke er rettslig bindende fremsettes i en form som indikerer at det er ment å være rettslig bindende.

Styret i RHF-et treffer ikke et formelt vedtak i strid med UNN-styrets myndighet. Deler av styret, uvisst om det er et flertall, uttrykker sin mening i en sak som hører inn under UNN-styret, noe som er lovlig. Det som imidlertid gjør saken spesiell er at styret initierer et uformelt, faktisk resultat; nemlig Ingebrigtsens fratreden, og at dette skal skje via uformelle samtaler mellom Vorland og Ingebrigtsen.

Etter SVWs vurdering vil RHF-et nok ha anledning til å gi et meget tydelig syn på hvorvidt Ingebrigtsen skal fratre, så lenge man overlater den konkrete oppfølgingen og beslutningen til det organ som har beslutningsmyndighet, nemlig styret i UNN. Her forsøker imidlertid RHF-et etter vårt syn å oppnå det resultatet man ønsker, uten å involvere UNN-styret. Dette må anses som et brudd på helseforetaksloven §§ 16 og 36, ettersom det å søke å oppnå et uformelt, faktisk resultat innenfor et myndighetsområde som tilligger UNN reelt sett må anses som styring utenfor foretaksmøtet i strid med § 16 og reelt sett å tilta seg en myndighet som ligger til UNN-styret i § 36.

Det foreligger ingen skriftlig dokumentasjon fra dette møtet.

PwC stiller spørsmål ved det Vorland oppfatter som RHF-styrets tydelige signaler på at Ingebrigtsen skal fratre uten at styret har søkt kunnskap hos andre enn Telle, eller gjort noen form for realitetsbehandling av sakens innhold. Ingen i RHF-styret søker informasjon fra verken Ingebrigtsen selv eller styret i UNN. Det fremstår for PwC som noe spesielt at andre deler av styret i Helse Nord RHF fremstår som en større pådriver for å få Ingebrigtsen til å fratre enn Telle selv.

Etter vår vurdering ville et styringssignal i retning av å etterlyse UNN-styrets behandling av saken vært mer hensiktsmessig. Resultatet av styrets møte 16.01.2018 burde etter vår vurdering vært en henvendelse til styreleder i UNN med spørsmål om hvordan styret i UNN vil håndtere den personalmessige siden av saken. Ved dette ville man sannsynligvis også avdekket at Andreassen oppfattet det som om både den personlige siden av saken (mellom Telle og Ingebrigtsen) og den personalmessige siden (som UNN-styret skal håndtere) er avsluttet. I stedet overtar i realiteten styret og administrasjonen i RHF-et håndteringen av den personalmessige delen av saken uten involvering av UNN.

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

## Administrerende direktør i RHF-et sin rolle i saken

Administrerende direktør i Helse Nord RHF er sentral i oppfølgingen av saken. Han involveres både som følge av egne personlige initiativ, som samtalepartner, som formidler av informasjon og som følge av det han oppfatter å være oppdrag fra styret.

Den 11.12.2017 ringer Telle til Vorland og gjennomgår samtalen hun har hatt med Ingebrigtsen. I følge Vorland er Telle svært oppskaket. Han sier til PwC: *“Jeg tilbød meg å kjøre saken, og jeg hadde kjørt den mye raskere, men hun ville kjøre den selv.”* PwC stiller spørsmål ved hvilken myndighet administrerende direktør i RHF-et kan vise til med denne uttalelsen.

I styremøtet 13.12.2017 protokollføres det at Vorland skal følge opp saken. I realiteten besluttet det at Telle skal følge opp saken selv. Vorland mener at: *«samtidig ba de meg om å bistå henne. Både i møter, men også hvis hun trengte jurist.»*

Telle informerer Andreassen om saken og gir uttrykk for at Andreassen som styreleder er ansvarlig for å følge opp saken. Andreassen ringer deretter til Vorland som er tydelig på hva han ville gjort i en tilsvarende situasjon: *«Hadde det vært en av mine direktører ville jeg ha sparket ham på dagen. Vi kan ikke ha det sånn i Helse Nord på det planet vi snakker om her.»* Etter PwCs vurdering synes det som om Vorland oppfatter det som at han har gitt et så tydelig styringssignal til Andreassen at man forventer at hun handler på bakgrunn av det.

Vorland deltar ikke på møtet 18.12.2017 med Telle, Ingebrigtsen og Andreassen, men informeres av Telle i etterkant. Senere orienteres han om pressemeldingen og informerer HOD på eget initiativ. Dette gjør han uten å informere Telle, Ingebrigtsen eller Andreassen om kontakten med HOD.

Vorland oppfatter signalene i møtet 16.01.2018 som at *“styret var ganske klar på at de ikke ville slå seg til ro med at Tor fortsatte i stillingen”* og han tilbyr seg å formidle dette til Ingebrigtsen.

Vorland møter Ingebrigtsen 19.01.2018, og de kommer raskt inn på spørsmålet om Ingebrigtsens avgang. Ingebrigtsen sier til PwC at han stiller kontrollspørsmål om hva som ville skje dersom han ikke slutter frivillig. Vorlands respons på dette er at styret i RHF-et da vil forfølge saken. Ingebrigtsen oppfatter at det betyr at Helse Nord RHF vil sette inn et nytt styre på våren. Ingebrigtsen og Vorland blir enige om at han skal si opp i februar og stå ut oppsigelsestiden.

Vorland sier til PwC at han synes Ingebrigtsens beslutning var klok: *“men det sa jeg ikke det til ham. Jeg har jo ikke noen styringslinje til ham. Men jeg kan oppfordre ham til å gå - en slik avtale har vi med alle direktørene. Men det gjorde jeg ikke i denne saken. Jeg sa at hvis han ville trekke seg, måtte han avklare det med sitt styre, både dato og måten han ville gå av på. Men som jeg også sa: “Vi (RHF-et) er ikke ute etter å kveste deg. Bli enig med styret ditt. Vi vil ikke legge oss opp i avgangen.”*

Det foreligger ingen skriftlig dokumentasjon og det noe ulike gjengivelser av dette møtet. Etter PwCs vurdering synes det imidlertid klart at det foreligger mer eller mindre sterke oppfordringer fra Vorland til Ingebrigtsen om å fratre, særlig sett det totalt bildet i sammenheng. I denne forbindelse kan det stilles spørsmål om Vorland brøt helseforetaksloven §§ 16 eller 36 ved å be administrerende Ingebrigtsen vurdere sin stilling.

Som tidligere omtalt ligger personalmessig myndighet overfor Ingebrigtsen hos styret i UNN, ikke hos Vorland eller andre. Heller ikke her er styring eller forsøk på styring fra Vorland per definisjon rettslig bindende for UNN. Men samtidig er ikke Vorland avskåret fra å gi sitt syn på saken. Brudd på helseforetaksloven kan som nevnt bare konstateres dersom styring som ikke er rettslig bindende fremsettes i en form som indikerer at det er ment å være rettslig bindende.



Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Det som er spesielt på dette trinnet i saken er at Vorland, etter vår vurdering, initierer et uformelt, faktisk resultat, nemlig Ingebrigtsens fratreden, via uformelle samtaler. Vi er således forbi det å uttrykke sin mening. Det sentrale her er imidlertid at administrerende direktør Vorland opplever at han handler på oppdrag fra styret i RHF-et. Det er ovenfor konkludert at styret i RHF-et her forsøkte å oppnå det resultat man ønsket uten å involvere UNN-styret, og at det må anses som et brudd på helseforetaksloven § 16. Hvorvidt administrerende direktør RHF også begår et brudd på helseforetaksloven er etter SVWs vurdering således av underordnet betydning; hans opptreden må først og fremst ses i lys av det oppdraget han oppfattet å ha fått fra styret.

Vorland lar seg intervju i Avisa Nordland 08.02.2018. Han gir der uttrykk for at truslene er den direkte årsaken til at Ingebrigtsen må gå av som administrerende direktør ved UNN. Ingebrigtsen forteller til PwC at *“Vorland også i Avisa Nordland sa at hadde det vært en av hans direktører som hadde kommet med slike trusler, hadde han fått sparken. Jeg oppfattet dette som at han i praksis sa meg opp for åpen scene i media, og skjønte da at jeg måtte gå umiddelbart”*. PwC stiller spørsmål ved i hvilken grad det er hensiktsmessig eller ligger til Vorlands rolle å gi uttalelser knyttet til saken til media.

Senere samme dag blir det avholdt et nytt telefonstyremøte på UNN. Formålet er å definere veien videre. UNN-styret anser dette som en personalsak som det ligger til UNN-styret å håndtere, og flere har lyst til å se på muligheten for å beholde Ingebrigtsen. Espeland får derfor fullmakt av styret til å kontakte både Ingebrigtsen og Vorland på vegne av UNN-styret for å sondere terrenget med tanke på å finne en løsning som innebærer at Ingebrigtsen kan fortsette frem til sommeren.

Ingebrigtsen er villig til å stå fram til sommeren, men Vorland ser ingen mulighet for dette. Espeland sier: *“Vorland var veldig tydelig på at det gjorde han ikke. Det ble gitt en tydelig tilbakemelding på at UNN-styret må ta ansvar, ellers ville Helse Nord RHF ta affære. Jeg ringte deretter til Andreassen og refererte til samtalen med Vorland. Det var både styret i Helse Nord RHF og Vorland som mente Ingebrigtsen måtte gå.”* Telle sier at hun ikke har hatt kjennskap til at denne dialogen har funnet sted.

Den 09.02.2018 er det nytt ekstraordinært styremøte på UNN. Ingebrigtsen ber i møtet om å få fratre umiddelbart. Etter det informerer Andreassen og Espeland om at de også trekker seg fra sine verv i styret.

Det kan stilles spørsmål om Vorland brøt helseforetaksloven §§ 16 eller 36 ved "true" med at RHF vil gripe inn dersom ikke UNN-styret traff "riktig" avgjørelse med hensyn til Ingebrigtsens avgang.

Rettslig sett har RHF-et anledning til å gi et meget tydelig syn på hvorvidt Ingebrigtsen skulle fratre umiddelbart, så lenge man overlater beslutningen til styret i UNN. Det er nettopp det som skjer på dette trinnet i saken; Vorland gir et særdeles klart uttrykk for hva som forventes og han formidler det til det organ som kan fatte beslutningen. Det kan sies å være utøvelse av press, men det fremsettes ikke i en form som medfører at det må anses som rettslig bindende. Det vil si at det ikke fremsettes i en form der UNN blir rettslig forpliktet til å følge anmodningen. Vorland uttrykker at RHF-et kan tenkes å gripe inn avhengig av hva som blir UNNs beslutning. Dette er et særdeles sterkt press, men samtidig et press som "respekterer" de formelle reglene om beslutningsmyndighet. SVW mener således at dette isolert sett ikke utgjør et brudd på helseforetaksloven §§ 16 eller 36.

Administrerende direktør i det regionale helseforetaket skal ha en nøkkelrolle i helseregionen i kraft av sin formelle posisjon, men også som formidler og brobygger på tvers av selskapsstruktur og nivåer. Dette stiller særlige krav til rolleforståelse. Vorland har lang erfaring som toppleder i spesialisthelsetjenesten og derav god kunnskap om kultur og "spilleregler", og ikke minst et stort kontaktnett. For PwC er det derfor ikke overraskende eller unaturlig at Vorland blir sentral i saken.

I denne saken stiller vi imidlertid spørsmål ved om administrerende direktør i RHF-et har involvert seg i aktiviteter som ligger utenfor rollen, og om nødvendig klokskap er utvist i den forbindelse i alle ledd i saken.

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Selv om Vorlands uttalelser ikke utgjør brudd på helseforetakslovens regler, finner PwC det betenkelig at han, som administrerende direktør i RHF-et, så tydelig tilkjenner personlige synspunkter og formidler styrets syn uten at det foreligger vedtak i styret. Det vises i denne forbindelse til flere hendelser; samtalen med Andreassen om hva han ville gjort om det var en av hans direktører, orienteringen av HOD uten informasjon til de involverte, tydelige signaler til Ingebrigtsen om styrets holdning om at han bør fratre, responsen til Espeland på spørsmålet om Ingebrigtsen kunne sitte fram til sommeren, samt hans tydelige uttalelser til pressen.

## **Media får bekreftet at det er Ingebrigtsen som er omtalt**

Den 07.02.2018 navngir Dagens Medisin og Avisa Nordland med få minutters mellomrom at det er Ingebrigtsen som Telle omtaler i «trusselsaken», og viser til anonyme kilder. Etter råd fra kommunikasjonssjefen og Vorland velger Telle en linje med åpenhet og transparens. Samtidig er det ingen koordinering eller kommunikasjon mellom representantene for RHFet og UNN om mediehandteringen.

Telle besvarer samme kveld henvendelsene fra mediene og bekrefter at det er Ingebrigtsen som står bak de påståtte truslene. Hun stiller også til intervju med Dagens Medisin.

Ingebrigtsen blir opprørt da han mener Telle med dette bryter med den avtalen de inngikk 18.12.2017. Ingebrigtsen sier til PwC: *“Vi oppfattet dette som graverende. Hun gjenga i det intervjuet ikke at vi hadde skværet opp. Det var som om møtet 18.12.2017 ikke hadde funnet sted. Hun gjentok beskyldningene om at jeg hadde fremsatt trusler, og sa ingenting om at vi i møtet 18.12.2017 hadde vært enige om at hennes opplevelse av trusler var basert på misforståelser. Telle sin forståelse av avtalen fra 18.12.2018 er at hun ikke skulle anmelde saken mot at Ingebrigtsen erkjente truslene. Hun sier til PwC at “vi var langt fra enige om at min opplevelse av trusler var basert på misforståelser. Vi var enige om at vi ikke ønsket publisitet.”*

Etter PwCs vurdering er det ikke omstridt at Telle og Ingebrigtsen i møtet 18.12.2017 blir enige om at de ikke ønsker at saken skal bli offentlig kjent. Da Ingebrigtsen uttrykker bekymring for at så mange er orientert om saken og koblingen til ham, sier Telle at hun har forutsatt full taushet hos alle som er orientert. De er enige om at de skal legge lokk på saken. Vi forstår derfor at Ingebrigtsen reagerer kraftig da han gjennom media ser at Telle bekrefter hans involvering til tross for enigheten om taushet knyttet til dette.

Samtidig ser PwC at Telle og RHF-et står overfor en vanskelig vurdering. Media hevder å ha flere sikre anonyme kilder, så sikre at de tør å offentliggjøre uten at kildene står frem. De hevder også å ha tilgang på detaljert informasjon om hva som skal ha blitt sagt.

PwC finner det sterkt kritikkverdig at RHF-ets representanter ikke tar kontakt med UNN for å samordne mediehandteringen. Særlig sett i lys av at UNN har forsøkt å få kontakt. Vorland sier at *“Jeg vet ikke om kommunikasjonsdirektøren vår hadde kommunikasjon med UNN før RHF-et gikk ut i media, men jeg hadde ikke det. Jeg tror ikke Telle hadde det heller.”* Telle sier: *“Vi diskuterte ikke om vi skulle ta kontakt, og tok heller ikke kontakt, med Andreassen, Ingebrigtsen eller UNN om offentliggjøringen.”* Som følge av dette stiller media partene opp mot hverandre, noe som igjen bidro til en ytterligere polarisering. Etter vår vurdering burde RHF-et tatt initiativ overfor UNN hva gjelder å få på plass en felles, omforent kommunikasjonsstrategi.

Vi har gjennom intervjuene ikke fått svar på hvilke kilder media har hatt tilgjengelig på dette tidspunktet. Det er vår forståelse at det ved UNN kun er Ingebrigtsen og Andreassen som er kjent med saken. Basert på hendelsesforløp og forklaringer finner vi det svært lite sannsynlig at noen av disse har lekket informasjon. Etter vår vurdering er det derfor sannsynlig at kildene til mediens påståtte detaljerte informasjon må ha hatt en direkte eller indirekte tilknytning til Helse Nord RHF, ettersom dette er den eneste grupperingen for øvrig (med unntak av HOD) med detaljert kunnskap.

Det ligger i mediens natur at disse, som følge av omtalen av trusler i styremøtet 13.12.2017, vil jakte potensielle kilder for å avdekke bakgrunnen for opplysningene. PwC finner derfor grunn til å bemerke at det ikke er særlig

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

overraskende at saken ble kjent for media, også med tanke på at saken i løpet av få dager ble gjort kjent for nærmere 20 personer tilknyttet styret og administrasjonen i RHF-et. Enkelte i administrasjonen har i tillegg uttrykt usikkerhet knyttet til om andre i RHF-et har vært til stede når saken er omtalt internt.

## Informasjonsmøter i UNN

På beskjed fra Vorland innkaller Paulke styret i UNN til et ekstraordinært styremøte uten administrasjonen til stede. Vorland sier bakgrunnen for dette er at: *“Både Telle og Strøm hadde en klar følelse av at styret til UNN ikke var informert om saken. Det var et ønske å informere styret direkte, for det hadde ikke Andreassen gjort da hun mente at de den 18.12.2018 ble enige om ikke å informere flere enn de som på det tidspunktet visste, men det mener altså ikke Telle.”*

Telles agenda er å redegjøre for saken. Skjelvik sier til PwC at *“Essensen i budskapet fra Telle var at hun ikke ønsket å anmelde og at hun ønsket at Ingebrigtsen skulle få gå med verdighet. Men styret i RHF-et var enig om at Ingebrigtsen måtte gå da de ikke hadde tillit til ham; de skal ha sagt at de ikke “hadde tillit til en direktør som forsøkte å instruere styret”.* Telle sier til PwC at styret i RHF-et mente truslene og forsøket på å påvirke et vedtak var uakseptabelt, men styret stod ikke samlet bak en beslutning om at Ingebrigtsen måtte gå.

Det ble ikke gjort noe vedtak, og det foreligger ingen protokoll eller referat fra møtet.

Det kan stilles spørsmål om Telle brøt helseforetaksloven §§ 16, 26, 28 eller 36 ved å innkalle styret i UNN til informasjonsmøte, og om møtet hadde et innhold som gjør at det skulle vært satt som et styremøte etter helseforetaksloven §§ 26 og 26a.

Formelt sett er det styreleder i UNN som innkaller til styremøter i UNN, jf. helseforetaksloven § 26. Samtidig er dette ikke til hinder for at styreleder i RHF-et innkaller styret i UNN til et møte. Det fordrer imidlertid at møtets innhold ikke er av en slik karakter at møtet skulle vært satt som et styremøte i UNN.

Formålet med informasjonsmøtet synes å være en orientering om «trusselsaken». Som nevnt må rene informasjonsmøter kunne avholdes uformelt uten å få status som et formelt styremøte. Det går imidlertid en grense mot saker som innebærer realitetsdrøftelser og beslutninger, men i dette tilfellet synes ikke denne grensen å ha blitt overtrådt. Møtet bar preg av informasjon fra styreleder i RHF-et og påfølgende reaksjoner fra UNN-styret, men ingen realitetsdrøftelser av saken eller beslutninger.

Etter SVWs vurdering innebar således telefonmøtet ikke et brudd på helseforetaksloven.

Samtidig mener PwC at møtet og dets innkalling, da særlig sett i lys av at styreleder i UNN reagerer på innkallingen, tar kontakt med Telle og stiller spørsmål ved formalia, kunne vært løst på en mer smidig måte. At styreleder i RHF-et innkaller styret i UNN fordi hun mener styreleder i UNN ikke har overholdt sin informasjonsplikt, er etter vår vurdering svært uheldig. Dersom RHF-et mener det er behov for å informere partene, kunne de gitt beskjed om det til styreleder i UNN direkte. I så fall ville man trolig også fått avklart uenigheten knyttet til hvordan taushetsløftet gitt 18.12.2017 om saken var å forstå.

I etterkant av informasjonsmøtet avholder UNN-styret et telefonmøte der målet er å definere veien videre. I denne forbindelse kan det stilles spørsmål ved om telefonmøtet hadde et innhold som gjør at det skulle vært satt som et styremøte etter helseforetaksloven §§ 26 og 26a?

SVW viser til det som er sagt ovenfor om de nærmere krav til hva som skal behandles i styremøte og hva som kan behandles i andre møter mellom styremedlemmene.

Det foreligger ikke skriftlig dokumentasjon fra dette møtet i form av referater, men det er indikasjoner på at

*Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF*

møtet inneholder både realitetsdrøftinger av hva som bør bli utfallet av saken og en beslutning om hvordan den videre skal følges opp. Etter SVWs vurdering skulle møtet således vært satt som et styremøte, da møtet ikke lenger bærer preg av å være et uformelt møte med informasjon om status i en sak.

## **Oppsummering og konklusjon**

Etter PwCs vurdering er det intet til hinder for at det tas kontakt på tvers av organisasjoner og nivåer for å søke å opplyse en sak, også når dette har som formål å påvirke en beslutning. Vi kan derfor ikke se at det skulle være noe til hinder for at Ingebrigtsen kontakter Telle for å tilkjenne synspunkter på PCI-saken. En forutsetning må være at budskapet fremføres innenfor allment akseptable grenser hva gjelder form og innhold. Ingebrigtsen synes etter vår vurdering å ha trådt utenfor disse grensene i telefonsamtalen med Telle 11.12.2017. Partene har dog ulik oppfatning av hva som faktisk ble sagt og om det i realiteten ble fremsatt trusler. En nærmere vurdering av innholdet i samtalen er utenfor PwC sitt mandat.

PwC finner det kritikkverdig at det er gjennomført flere informasjonsmøter i styrene der det utveksles synspunkter på sak og initieres konkrete oppfølgingshandlinger uten at det foreligger noen form for skriftlig dokumentasjon. Etter vår vurdering er det særlig uheldig når RHF-styret iverksettes aktiviteter overfor Ingebrigtsen uten at det foreligger en vurdering av hjemmelsgrunnlaget, en entydig forståelse av hva aktivitetene innebærer eller en dokumentasjon for at et flertall i styret stiller seg bak aksjonene.

Vi konstaterer at flere av styremedlemmene og administrerende direktør i RHF-et er tydelige på at løsningen må være at Ingebrigtsen må fratrukke sin stilling uten at de verken har søkt eller fått kunnskap om hans versjon av samtalen. Disse synes ikke engang å ta inn over seg at den annen part i samtalen, Telle, ikke gir uttrykk for at dette nødvendigvis må bli utfallet. Når meningsutvekslinger om saken i tillegg skjer i uformelle møter uten dokumentasjon eller kunnskap om hva flertallet mener, blir det etter vår vurdering et betydelig misforhold mellom kvaliteten i saksbehandlingen og konsekvenser for den som rammes.

En slik håndtering kan sees i sammenheng med at Helse Nord praktiserer en noe uformell styringsmodell. Flere vi har snakket med omtaler den som en "godværsmodell". I praksis innebærer det stor grad av uformell dialog og kommunikasjon mellom HF-ene og RHF-et, hvilket fungerer godt så lenge det ikke er uoverensstemmelser eller noen av partene opplever press.

Etter vår vurdering synes PCI-saken og den etterfølgende herværende saken i særlig grad å ha utfordret "godværsmodellen". For når situasjonen tilspisset seg og man ikke så behovet for å være nøye med formalitetene, ble denne mer uformelle styringsmodellen en underliggende årsak til brudd på lovverk og god ledelsespraksis.

Vurderingene viser at det foreligger brudd på lovgivningen i følgende tilfeller:

- Det vurderes som brudd på forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt da Telle informerte to av PCI-saksbehandlerne da disse ikke hadde tjenstlig behov for å få kunnskap om hvem som sto bak de påståtte truslene
- Telle var å anse som inhabil etter forvaltningslovens § 6 2. ledd og skulle ha fratrukket seg under RHF-styrets drøftelse og vedtak i "Personalsak" 13.12.2018.
- Andreassen skulle ha informert styret i UNN umiddelbart etter møtet med Telle og Ingebrigtsen 18.12.2017 som følge av sakens karakter og at den omhandlet administrerende direktør. I det minste skulle styret vært informert om avtalen av 18.12.2017, jf helseforetakslovens §§ 29 og 26.
- RHF-styrets informasjonsmøte 16.01.2018 skulle, som følge av at møtet inneholder både realitetsdrøftinger og beslutning om videre oppfølging, vært satt som ordinært (lukket) styremøte etter helseforetaksloven §§ 26 og 26 a.
- Det anses som brudd på helseforetaksloven §§ 16 og 36 da RHF-et i møtet 16.01.2018 forsøker å få Ingebrigtsen til å fratrukke, uten å involvere UNN-styret.

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

- Det er brudd på helseforetaksloven §§ 26 og 26 a når UNN-styret 08.02.2018 avholder et informasjonsmøte når møtet har et innhold og resultat som gjør at det skulle vært satt som et styremøte.

Brudd på helseforetaksloven § 16 kan konstateres dersom styring som ikke er rettslig bindende fremsettes i en form som indikerer at det er ment å være rettslig bindende. Som det fremgår av denne rapporten, er det flere tilfeller hvor personer er utsatt for ulik grad av press eller påvirkning uten at SVW har konkludert med at handlingen rammes av helseforetakslovens § 16. Vi mener likevel at handlingsmåtene ved flere tilfeller kan anses som kritikkkverdige og/eller lite hensiktsmessige.

Videre antar vi at i de tilfeller der helseforetaksloven er brutt, er det ikke usannsynlig at saken kunne fått et annet utfall dersom lovens regler var blitt fulgt. Dersom Andreassen hadde informert UNN-styret, eller RHF-styret 16.01.2018 hadde anmodet Andreassen om å ta opp saken i eget styre, viser UNN-styrets behandling 08.02.2018 at en mulig utgang kunne vært at Ingebrigtsen i det minste kunne stått i stillingen ut avtalt oppsigelsestid. Denne muligheten ble vesentlig redusert ved at RHF-styret og Vorland gikk direkte på Ingebrigtsen istedenfor via UNN-styret.

Manglende formalisme og skriftliggjøring øker sannsynligheten for misforståelser, som i dette tilfellet hvor ulik forståelse har hatt avgjørende betydning for sakens forløp. I fall Telle hadde vært tydelig overfor eget styre og administrasjon på at hun selv håndterte de personlige truslene, mens hun ville be UNN-styret håndtere personalsaken, kunne den videre håndteringen fått en vesentlig annet forløp. Hadde avtalen som ble inngått 18.12.2018 vært formalisert, ville det økt sannsynligheten for at Andreassen hadde forstått at Telle ikke anså personalsaken som avsluttet, men tvert imot forventet at UNN-styret skulle behandle denne. Og, dersom Vorland hadde forstått at Telles henvisning i pressemeldingen 04.01.2018 til *“at sanksjoner ikke ville bli iverksatt”* var med henvisning til truslene og ikke Ingebrigtsen, ville dette kunne påvirket Vorlands videre aktiviteter i saken.

Vi ser også tilfeller der mangel på dialog mellom administrasjonen i RHF-et og administrasjonen i UNN skaper interne konflikter og får Helse Nord til utad å fremstå som splittet. Vi nevner spesielt situasjonen der RHF-et ikke involverer UNN med sikte på å nå en enhetlig mediestrategi i dagene rundt Ingebrigtsens avgang. Dette finner vi særlig uheldig da en felles front og felles mediestrategi trolig ville bidratt til å redusere det medietrykket som kom, og muligens også konsekvensene dette medførte for enkelte.

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# ***Forslag til lærings- og forbedringsområder***

Hendelsesforløpet og våre vurderinger av juridiske spørsmål og god ledelsespraksis adresserer områder hvor det etter vår vurdering er behov for forbedringer og endringer.

PwC har i intervjuene stilt spørsmål om hva vedkommende mener skal til for å kunne legge denne konflikten bak seg og hvilke endringer den eventuelt bør foranledige. Sammen med våre egne observasjoner har innspillene dannet grunnlaget for følgende forslag til lærings- og forbedringsområder:

## ***Tydlig forventningsavklaring mellom RHF-et og HF-ene***

Det er utenfor vårt mandat å evaluere kvaliteten på PCI-sakens utredning og håndtering i Helse Nord. Like fullt har vi gjennom intervjuene fått tegnet et bilde av en krevende saksbehandling der det stilles spørsmål ved om RHF-et i tilstrekkelig grad har forankret sine vurderinger i HF-ene.

Etter det PwC forstår, omhandler konflikten om hvorvidt et faglig høyspesialisert tilbud som PCI skal spres på flere geografiske lokasjoner utfra sørge-for ansvaret og prinsippet om likeverdige helsetjenester, eller om tilbudet fortsatt skal være sentralisert til universitetssykehuset for å sikre adekvat mengdetrening med tanke på kvalitetssikring. Beslutningen som tas har stor innvirkning på både UNN og Nordlandssykehuset, uansett utfall. Problemstillinger av denne art vil Helse Nord kunne møte flere ganger i de nærmeste årene.

For å hindre at slike prosesser ikke ender opp i rivalisering mellom HF-ene, steile fronter og spørsmål om underkommunikasjon og manglende tillit til saksbehandlingen, bør RHF-et vurdere hvordan de i større grad kan sikre at alle berørte parter både blir, og opplever seg, hørt i saken. Åpenhet og transparens i prosessene er essensielt. Det er således et spørsmål om forankring og sikring av oppslutning. Etter vår vurdering vil en slik tidlig forventningsavklaring være med å forebygge lignende konflikter i fremtiden.

## ***Behov for å styrke samarbeidet mellom helseforetakene***

Vi anbefaler at RHF-et etablerer felles møtepunkter og samarbeidsarenaer på tvers av de underliggende HF-ene. Etter vår vurdering bør et slikt samarbeid ikke begrenses til administrative enheter eller de øverste direktørene, men også inkludere fagfolk innen de ulike spesialitetene. Det å faktisk jobbe sammen for å løse felles utfordringer, tror vi kan være med å fremme samarbeidskulturen i helseregionen. På denne måten styrkes det faglige arbeidet, rolleforståelsen og det etableres en felles plattform i regionen på tvers av enheter.

Vi mener mer omfattende samarbeid også vil kunne bidra til å skape en god og tillitsfull dialog og kommunikasjonslinje. Sektoren kan tidvis ha en i overkant direkte og konfronterende tone i dialogen, noe som også kommer til syne i denne saken. Gjennom samarbeid og bevisstgjøring på tvers av foretakene kan man anta at partene ved neste korsvei i mindre grad ser seg nødt til, eller ønsker, å kjempe sine kamper i media.

Vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

## **Økt behov for formelle styremøter og dokumentasjon**

Hendelsesforløpet viser at både styret i Helse Nord RHF og i UNN kun unntaksvis har diskutert "trusselsaken" i formelle møter. Både meningsutveksling og initiativer har skjedd i uformelle informasjons- eller temamøter. Disse har til felles at det ikke foreligger noen dokumentasjon fra møtene.

Det vil også i fremtiden være hensiktsmessig å avholde uformelle møter, men bevisstheten om når det er påkrevd med formelle møter, må øke. Dette er et kollektivt ansvar for styret, men også et ansvar som særlig påhviler styrets leder. "Vanskelige saker" kan ikke holdes unna offentligheten ved å drøfte disse i informasjonsmøter. Muligheten for å lukke møtet vil alltid være tilstede når det er formelt grunnlag for dette.

Vi vil anbefale at det også utarbeides/samles dokumentasjon fra uformelle møter i styret. Omfang og innretning bør kunne tilpasses det enkelte møtet. Det tenkes her ikke på formelle referater. Dersom det er behov for referater kan det være en indikator på at møtet burde vært i form av et ordinært (lukket) styremøte.

Selv om muntlige avtaler også er bindende for partene, anbefaler vi at enhver avtale gjøres skriftlig. Slik som i denne saken kan partenes forståelse av avtalens innhold være ulik på avgjørende punkter, og skriftlighet bidrar til å redusere risikoen for dette. Oppfatter partene at temaet er vanskelig, som i dette tilfellet, er det ekstra grunn til skriftliggjøring.