



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Torsdag 21. juni 2018 kl 09.00

Møtested

Møterom Ambassadør 1 på Scandic Bodø, Bodø



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Møterom Ambassadør 1, Scandic Bodø, Bodø
Dato: 21.6.2018
Tid: Kl 09.00

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

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Ansgar Gabrielsen	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Anne Sissel Faugstad	Medlem	
Eivind Mikalsen	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
Eirik Arne Hansen	Observatør	Helse Nord RHF, Bodø

ST 53/2018 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 53/2018	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 54/2018	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 30.5.2018
ST 55/2018	Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 56/2018	Ledelsens gjennomgang
ST 57/2018	Anskaffelsesstrategi 2018-2021
ST 58/2018	Avhendingsstrategi Åsgårdmarka
ST 59/2018	Orienteringssaker
	<i>Skriftlige orienteringer</i>
	<ol style="list-style-type: none">1. Båtambulansesstrukturen2. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn
	<i>Muntlige orienteringer</i>
	<ol style="list-style-type: none">3. Pasienthistorie
ST 60/2018	Referatsaker
	<ol style="list-style-type: none">1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 15.5.20182. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 16.5.20183. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 4.6.20184. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 6.6.20185. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 8.6.20186. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 13.6.2018 (<i>ettersendes</i>)7. Notat om overforbruk A-fløy og PET-senter, datert 14.6.2018
ST 61/2018	Møteplan for 2019
ST 62/2018	Eventuelt



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
54/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	21.6.2018
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 30.5.2018

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 30.5.2018.

Tromsø, 8.6.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

Møteprotokoll fra styremøte 30.5.2018



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, PET-senter G9 Styrerom
 Dato: 30.5.2018
 Tid: kl 9.00-14.15

Navn	Funksjon	Merknader
Ansgar Gabrielsen	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Marianne Johnsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Sverre Håkon Evju	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Kari Baardsen	Observatør	Brukerutvalgets leder
Erik Arne Hansen	Observatør	Helse Nord RHF, Bodø

Forfall:

Anne Sissel Faugstad	Medlem
Grete Kristoffersen	Medlem
Johan Ailo Kalstad	Medlem
Thrine Loennechen	Medlem

Fra administrasjonen møte:

Marit Lind	konstituert administrerende direktør
Einar Bugge	konst. viseadministrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef, Stabssenteret (<i>styrets sekretær</i>)
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klunikksjef, Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Gry Andersen	klunikksjef Diagnostisk/ driftsleder i Narvik (<i>sak 50-5</i>)
Jon Mathisen	klunikksjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klunikksjef ved Hjerte- og lungeklinikken
Magnus Hald	klunikksjef ved Psykisk helse- og rusklinikken
Per Ivar Kåresen	konst. klinikkssjef ved Barne- og ungdomsklinikken
Rita Pernille Martens	fung. klinikkssjef ved Operasjons- og intensivklinikken
Rolv Ole Lindsetmo	klunikksjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Elin Gullhav	kvalitets- og utviklingssjef
Grethe Andersen	drifts- og eiendomssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Hilde A. Pettersen	kommunikasjonssjef
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef, Drifts- og eiendomssenteret
Trond Kjørstad	overlege/ Hjerte- og lungeklinikken (<i>sak 50-2</i>)

ST 43/2018 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 30.5.2018 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i *uthevet kursiv*).

Saksnr.	Innhold
ST 43/2018	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 44/2018	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 24.-25.4.2018
ST 45/2018	Tertialrapport 1, 2018 med Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 46/2018	Tertialrapport pr. 31.5.2018 for utbyggingsprosjekter
ST 47/2018	Forberedende virksomhetsplan for 2019
ST 48/2018	Utsatt sak: Addendum til konseptfase for Nye UNN Narvik
ST 49/2018	Arealplan Breivika – prosjektinnramming
ST 50/2018	Orienteringssaker <i>Skriftlige orienteringer</i> 1. Nasjonale kvalitetsindikatorer <i>Muntlige orienteringer</i> 2. Pasienthistorie 3. Oppnevning av representant til ansettelsesutvalget for ny administrerende direktør 4. Flyambulansesaken, status i saken 5. Driftssituasjonen ved Brystdiagnostisk senter 6. Driftssituasjonen ved UNN Narvik
ST 51/2018	Referatsaker 1. Årsrapport 2017 for Ungdomsrådet UNN 2. Referat fra møte i Ungdomsrådet UNN, datert 18.4.2018 3. Vedtak fra Kvæfjord kommune vedrørende fødselsomsorg, datert 7.5.2018 4. Uttalelse fra Nord-Troms Regionråd vedrørende Distriktsmedisinsk senter Nord-Troms, datert 8.5.2018 5. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 14.5.2018 6. Brev fra UNN til Helse Nord RHF med innspill i forkant av høringsmøtet i Stortingets Helse- og omsorgskomite vedrørende flyambulansesaken, datert 22.5.2018 7. Brev fra UNN til Helse Nord RHF vedr behov for økte ressurser til oppbemanning i AMK som følge av ambulansflyberedskapen, datert 22.5.2018 8. Manus for Akuttmedisinsk miljø i UNNs innlegg på høringsmøtet i Stortingets Helse- og omsorgskomite vedr flyambulansesaken, datert 24.5.2018

9. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 24.5.2018
- 10. Brev fra UNN til Tromsø kommune om utskrivningsklare pasienter i PHRK, datert 9.5.2018**
- 11. Svarbrev fra klinikkssjef NOR-klinikken og driftsleder til overlegekollegiet UNN Harstad vedrørende rehabiliteringssenger UNN Harstad, datert 23.5.2018**

ST 52/2018

Eventuelt

ST 44/2018 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 24.-25.4.2018

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 30.5.2018

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 24.-25.4.2018.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 24.-25.4.2018.

ST 45/2018 Tertialrapport 1, 2018 med Kvalitets- og virksomhetsrapport

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 30.5.2018

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 46/2018 Tertialrapport pr. 31.5.2018 for utbyggingsprosjekter

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 30.5.2018

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar tertialrapporten pr. 30.4.2018 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar tertialrapporten pr. 30.4.2018 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

Fra kl. 11.00 til kl. 12.00 fikk styret utenfor dagsorden, men i tråd med gjennomføringsplanen, en presentasjon av nye A9 – med de intensivmedisinske fagområdene. Avdelingsleder ved Intensivmedisinsk avdeling ved Operasjons- og intensivklinikken, Birgith Nerskogen, presenterte organisasjonen og den daglige driften, med påfølgende omvisning for styret i den nye A-fløya.

ST 47/2018 Forberedende virksomhetsplan for 2019

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 30.5.2018

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar til etterretning at det i økende grad er utfordrende å opprettholde dagens ambisjonsnivå innen pasientbehandling, forskning og utdanning og samtidig ivareta vedlikeholds- og investeringsbehovene.
2. Styret slutter seg til direktørens strategi og fremdriftsplan for virksomhetsplanleggingen for 2019.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar til etterretning at det i økende grad er utfordrende å opprettholde dagens ambisjonsnivå innen pasientbehandling, forskning og utdanning og samtidig ivareta vedlikeholds- og investeringsbehovene.
2. Styret slutter seg til direktørens strategi og fremdriftsplan for virksomhetsplanleggingen for 2019.

ST 48/2018 Utsatt sak: Addendum til konseptfase for Nye UNN Narvik

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 30.5.2018

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar addendum¹ til konseptrapport for Nye UNN Narvik til orientering.
2. Styret ber om at addendumet behandles i styret ved Helse Nord RHF, og at det videresendes til Helse- og omsorgsdepartementet, som tillegg til lånesøknad.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar addendum til konseptrapport for Nye UNN Narvik til orientering.
2. Styret ber om at addendumet behandles i styret ved Helse Nord RHF, og at det videresendes til Helse- og omsorgsdepartementet, som tillegg til lånesøknad.

ST 49/2018 Arealplan Breivika – prosjektinnramming

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 30.5.2018

Innstilling til vedtak:

¹ *Tillegg til* - i dette tilfellet en tidligere sak (konseptrapporten).

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar prosjektinnrammingen av fase 2 og 3 i *Arealplan UNN Breivika* som et eget, helhetlig investeringsprosjekt i henhold til *Veileder for sykehusplanlegging*.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar prosjektinnrammingen av fase 2 og 3 i *Arealplan UNN Breivika* som et eget, helhetlig investeringsprosjekt i henhold til *Veileder for sykehusplanlegging*.

ST 50/2018 Orienteringssaker
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 30.5.2018

Innstilling til vedtak:

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

Skriftlige orienteringer

1. Nasjonale kvalitetsindikatorer

Muntlig orienteringer

2. Pasienthistorie
3. Oppnevning av representant til ansettelsesutvalget for ny administrerende direktør
4. Flyambulansesaken, status i saken
5. Driftssituasjonen ved Brystdiagnostisk senter
6. Driftssituasjonen ved UNN Narvik

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 51/2018 Referatsaker
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 30.5.2018

Innstilling til vedtak

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

1. Årsrapport 2017 for Ungdomsrådet UNN
2. Referat fra møte i Ungdomsrådet UNN, datert 18.4.2018
3. Vedtak fra Kvæfjord kommune vedrørende fødselsomsorg, datert 7.5.2018
4. Uttalelse fra Nord-Troms Regionråd vedrørende Distriktsmedisinsk senter Nord-Troms, datert 8.5.2018
5. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 14.5.2018
6. Brev fra UNN til Helse Nord RHF med innspill i forkant av høringsmøtet i Stortingets Helse- og omsorgskomite vedr flyambulansesaken, datert 22.5.2018
7. Brev fra UNN til Helse Nord RHF vedr behov for økte ressurser til oppbemanning i AMK som følge av ambulanseflyberedskapen, datert 22.5.2018
8. Manus for Akuttmedisinsk miljø i UNNs innlegg på høringsmøtet i Stortingets Helse- og omsorgskomite vedr flyambulansesaken, datert 24.5.2018
9. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 24.5.2018
10. Brev fra UNN til Tromsø kommune om utskrivningsklare pasienter i PHRK, datert 9.5.2018
11. Svarebrev fra klinikkjef NOR-klinikken og driftsleder til overlegekollegiet UNN Harstad vedrørende rehabiliteringssenger UNN Harstad, datert 23.5.2018

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 52/2018 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 30.5.2018

1. Styreseminarer og styremøte i Bodø 19.-21.5.2018
Styret gjorde nødvendige avklaringer knyttet til regionalt styreseminar 19.6.2018 samt UNNs styreseminar 20.6. og styremøte i Bodø 21.s.m.
2. Program for helsekonferanse i Narvik i september
Representant Sverre Håkon Evju sender ut program i løpet av uka.
3. Evaluering
Det ble stilt spørsmål ved evalueringsprosessen knyttet til ledelsesavgangene tidligere i 2018. Direktør og styreleder orienterte.

4. Kontinuerlig forbedring

Styrets rolle i UNNs satsing på *Kontinuerlig forbedring* tas inn i styreseminaret 20.6.2018.

Tromsø, 30.5.2018

Ansgar Gabrielsen
styreleder

Helga Marie Bjerke
nestleder

Anne Sissel Faugstad

Eivind Mikalsen

Grete Kristoffersen

Jan Eivind Pettersen

Johan Ailo Kalstad

Marianne Johnsen

Per Erling Dahl

Sverre Håkon Evju

Thrina Loennechen

Vibeke Haukland



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
55/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	21.6.2018
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Stig Arne Bakken

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2018 til orientering.

Bakgrunn

Vedlagte kvalitets- og virksomhetsrapport for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for mai måned 2018 presenterer resultater for helseforetakets satsningsområder, og er bygget opp rundt virksomhetstallene innenfor kvalitet og økonomi, samt helse-, miljø- og sikkerhet. Rapporten oversendes Helse Nord RHF hver måned, og er en viktig del av styringsdataene både på foretaks- og konsernnivå.

Formål

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

Saksutredning

Det vises til vedlagte *Kvalitets- og virksomhetsrapport* for mai 2018 som bakgrunn for etterfølgende vurdering.

Medvirkning

Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ble muntlig orientert om den økonomiske status i forbindelse med et felles drøftings- og medvirkningsmøte for styresakene som ble avholdt 8.6.2018. Møtet sluttet seg imidlertid til at saken fremmes for styret til endelig behandling 21.6.2018. Ettersom rapporten som følger saken var ferdigstilt først 15. s.m. er heller ikke de øvrige forhold i saken forelagt øvrige medvirkningsinstanser, slik vanlig er i forkant av styremøtene.

Vurdering

Pasientsikkerhet, kvalitet, personal og økonomi

Oppholdstid i akuttmottak for mai har hatt en liten bedring siden forrige måned, og andelen er 1% over måltallet. De organisatoriske tiltakene som er iverksatt for å øke måloppnåelsen følges opp av ledere i de respektive mottakene og i ledergruppens tavlemøte ukentlig.

Antall fristbrudd ved utgangen av mai er fortsatt over måltallet, men har hatt en nedgang siden forrige måned. Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Medisinsk klinikk og Hjerte- og lungeklinikken har flest fristbrudd. Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken hadde kun to fristbrudd ved utgangen av måneden. Noen av fristbruddene skyldes fortsatt uforutsett kapasitetsbrist. Det kontinuerlig fokus på langtidsplanlegging og eliminering av administrative feil ved håndtering av søknader opprettholdes.

Samlet sett er UNN innenfor måltallene for *kreftpakkeforløpene* på begge indikatorene. Det er imidlertid fortsatt ikke måloppnåelse for flere av forløpene isolert sett. Årsakene til manglende måloppnåelse varierer fra forløp til forløp. Det gjennomføres månedlige oppfølgingsmøter med tett oppfølging fra den enkelte klinikksjef.

Bruk av *tvang i psykisk helsevern for voksne* har fortsatt stor oppmerksomhet i Psykisk helse- og rusklinikken, og utviklingen følges opp gjennom egne kvalitetstavlemøter. Tallene er imidlertid små, så effekten på grafene blir relativt store. Totalt var det 8 pasienter som hadde registrert bruk av mekaniske tvangsmidler, og 13 pasienter hvor det var registrert bruk av fastholding i mai, mot fem i april. Det var 13 pasienter hvor det var registrert bruk av fastholding, mot 8 i april.

For *legemiddelsamstemming* er det fortsatt ikke mulig å få ut data i Helse Nord LIS for gjennomføring på foretaksnivå. Indikatoren følges derfor ikke opp i direktørens ukentlige ledermøter. Datauttrekk fra Dips tilsier at det er en økende gjennomføring og registrering av samstemming. Det er imidlertid stor variasjon innad i foretaket, fra svært liten til 100% gjennomføringsgrad. Det vil bli laget plan for gjennomføring i hele UNN med iverksetting primo september.

Gjennomsnittlig *antall korridorpasienter* har ikke økt siste måned slik tilfelle var de første månedene av året. Det høye antall utskrivningsklare pasienter holder seg stabilt. Det har vært stor møteaktivitet mellom ledere i Tromsø kommune og UNN, og faste samarbeidsmøter er etablert på flere nivå. Det er likevel ikke opplagte løsninger på kommunens kapasitetsproblemer i nær fremtid.

UNNs totale *sykefravær* i mai 2018 er på 8,1 %. Samme måned i 2017 var sykefraværet 8,3 %. Dette er en nedgang på 0,2 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 2,5 % som viser en økning på 0,1 prosentpoeng fra samme periode i fjor, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,4 % og viser en økning på 0,9 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 3,2 % som viser en reduksjon på 1,1 prosentpoeng. I mars 2018 hadde seks klinikker/sentre et sykefravær under/-eller på måltall.

I mai 2018 var det 3294 varsel om *brudd på AMLs bestemmelser om arbeidstiden* i UNN. Dette er en reduksjon på 32,7 % i forhold til mai 2017. 11 av 13 klinikker har en reduksjon i antall varsel om brudd på AML. En stor andel av bruddene skyldes akutt sykdom og akutt mangel på

nødvendig kompetanse. Det er stort fokus på å redusere antall varsel om AML brudd i samtlige klinikker og sentre.

Aktiviteten øker innen rusområdet og psykisk helsevern barn målt i pasientkontakter. Innen somatikk og psykisk helsevern for voksne går pasientkontakter ned i forhold til samme periode i 2017. Nedgangen er størst innenfor somatisk virksomhet. Liggedager går ned innen alle områder unntatt psykisk helsevern for barn, noe som er en ønsket utvikling. Det er en økning i røntgenundersøkelser med 10,3 % sammenlignet med 2017, men i forhold til plantallene for 2018 er det lavere. Laboratorieundersøkelsene øker i forhold til 2017 med 10,3 %, men har en liten nedgang i forhold til plantallene, som fra mai av inkluderer analyser utført som pasientnær analysering. Nedgang i aktivitet i forhold til forrige år vurderes ikke som ensidig negativt, men som en ønsket utvikling innen en del områder. UNN ønsker å opprettholde aktivitet som gir helsegevinst, og få ned det som ikke gir helsegevinst. Det er også fokus på å tilpasse aktiviteten til den økonomiske rammen.

Den gylne regel henviser til at det bør være høyere vekst innenfor psykisk helsevern og rus enn somatikk. Det måles på fire indikatorer, og med unntak av økonomi, oppfylles den gylne regel i mai på disse.

Økonomi

Det budsjettmessige underskudd i mai ble 15,2 mill kr for UNN som helhet. Akkumulert i 2018 er underskuddet på 20,8 mill kr. RHFets krav til budsjettmål er + 40 mill kr for 2018. UNN har et internt overskuddskrav på ytterligere 60 mill kr 2018. For å kunne klare RHFets budsjettkrav forutsettes det at klinikker og sentre drifter i balanse. Det vil derfor være viktig å snu den negative utviklingen i økonomien for å kunne oppnå RHFets styringsmål. For å også klare UNNs eget budsjettmål, må den økonomiske utviklingen snues raskt, og risikoen er økende for at dette ikke vil la seg gjennomføre i 2018. Et overskudd innenfor driftsdelen er nødvendig for å kunne ta igjen etterslepet en har i investering av medisinskteknisk utstyr.

Konklusjon

Rapporten viser at det jobbes godt innenfor en rekke områder i foretaket, men at den økonomiske situasjonen for UNN er krevende.

Tromsø, 15.6.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg 1: Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2018



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	5
Pakkeforløp – kreftbehandling	5
Ventelister	8
Ventetid	8
Fristbrudd.....	9
Korridorpasienter	10
Strykninger	11
Epikrisetid	11
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern	12
Oppholdstid i akuttmottaket.....	12
Aktivitet.....	13
Somatisk virksomhet	14
Psykisk helsevern voksne	16
Psykisk helsevern barn og unge.....	16
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	17
Den gyldne regel	17
Samhandling	18
Utskrivningsklare pasienter	18
Bruk av pasienthotell	20
Personal	21
Bemanning	21
Sykefravær.....	24
AML-brudd	25
Kommunikasjon	26
Sykehuset i media.....	26
Økonomi	27
Resultat	27
Prognose.....	29
Likviditet.....	29
Investeringer.....	30
Byggeprosjekter	30

Hovedindikatorer

<p>Oppholdstid i akuttmottak postopphold, mai</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 91 %</p> <p>Antall over 4 timer: 152</p>	<p>Utvikling andel postopphold under 4 timer og antall over 4 timer</p>
<p>Oppholdstid i akuttmottak poliklinikk, mai</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 85 %</p> <p>Antall over 4 timer: 118</p>	<p>Utvikling andel polikliniske besøk under 4 timer og antall over 4 timer</p>
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av mai</p> <p style="text-align: center;">21</p>	
<p>Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid</p> <p>Andel i pakkeforløp: 88 %</p> <p>Andel innenfor frist: 70 %</p>	<p>Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp.</p> <p>Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling.</p>

<p>Tvang psykisk helsevern – voksne mai</p> <p>Andel pasienter hvor tvangsmiddelbruk er benyttet totalt: 5,0 %</p> <p>Andel mekanisk tvang: 2,5 %</p>	<p>Line chart showing the percentage of patients using compulsory medication (blue), mechanical restraint (green), and physical restraint (red) from January 2015 to May 2018. The y-axis ranges from 0.0% to 6.0%.</p>
<p>Sykefravær, mai</p> <p>8,1 %</p>	<p>Line chart showing the percentage of sick leave (blue) from January 2014 to May 2018. The y-axis ranges from 0.0% to 14.0%. A red horizontal line indicates the plan at approximately 7.5%, and a black horizontal line indicates the trend at approximately 8.1%.</p>
<p>AML brudd, mai</p> <p>Antall AML-brudd: 3294</p>	<p>Line chart showing the number of AML breaches from May 2013 to May 2018. The y-axis ranges from 8000 to 70000.</p>
<p>Budsjettavvik tom mai</p> <p>-20,8 mill kr</p>	<p>Line chart showing the budget variance from January to December. The y-axis ranges from -20,000 to 100,000. It includes three lines: accumulated accounts (blue), budget surplus (red), and result target (green).</p>

Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling

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

Tabell 1 Nye kreftpasienter som inngår i et organspesifikt forløp per mai 2018

Pakkeforløp	Nye kreftpas. I UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	478	448	93	70
Hode- halskreft	118	108	91	70
Kronisk lymfatisk leukemi	24	18	75	70
Myelomatose	38	29	76	70
Akutt leukemi	36	31	86	70
Lymfomer	154	140	90	70
Bukspyttkjertelkreft	139	114	82	70
Tykk og endetarmskreft	405	377	93	70
Blærekreft	195	157	80	70
Nyrekreft	133	114	85	70
Prostatakreft	474	379	79	70
Peniskreft	9	7	77	70
Testikkelkreft	46	46	100	70
Livmorkreft	127	108	85	70
Eggstokkreft	83	71	85	70
Livmorhalskreft	72	64	88	70
Hjernekreft	87	63	72	70
Lungekreft	401	377	94	70
Kreft hos barn	35	28	80	70
Kreft i spiserør og magesekk	128	122	95	70
Primær leverkreft	31	24	77	70
Skjoldbruskkjertelkreft	74	72	97	70
Føflekkreft	229	189	82	70
Galleveiskreft	44	31	70	70
Totalt	3560	3117	88	

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

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per mai 2018

Pakkeforløp (del 1 av 2)	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
BRYSTKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	378	251	66	25	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	102	91	89	14	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3			12	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	119	99	83	17	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	10	7	70	12	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	55	37	67	23	30
KRONISK LYMFATISK LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	2	100	0	32
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1			4	
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	17	17	100	7	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	4			3	
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	33	30	90	3	21
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	125	83	66	14	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	17	9	52	28	36
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	40	25	62	32	36
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	21	16	76	24	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	309	196	63	30	35
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	12	9	75	18	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	49	35	71	32	46
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	169	122	72	34	46
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	26	16	61	42	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	6	85	23	43
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	104	37	35	57	43
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	27	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	6	43
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	157	72	45	70	66
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	142	66	46	41	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	15	8	53	51	66
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	3	60	35	37
TESTIKKELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	72	31
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	11	6	54	34	38
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	98	84	85	25	36
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	1	50	21	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	2	66	22	36
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	121	105	86	24	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	22	14	63	23	30
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	29	22	75	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	9	7	77	25	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	20	17	85	28	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.					

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per mai 2018 – fortsettelse

Pakkeforløp (del 2 av 2)	Beskrivelse	Fullførte forløp, antall	Antall innenfor frist	Andel innenfor frist, %	Median forløpstid	Standard forløpstid
HJERNEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	43	40	93	9	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	8	5	62	16	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	85	50	58	40	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	80	61	76	21	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	150	122	81	28	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	9	8	88	9	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	22	18	81	3	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	23	15	65	37	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	38	36	94	26	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	20	17	85	28	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	16	3	18	47	39
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	33	32
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			20	
SARKOM	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	4	2	50	29	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2	2	100	2	43
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	74	49	66	31	41
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4			3	
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			19	
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	221	188	85	14	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	1	50	24	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	0	0	45	35
NEVROENDOKRINE SVULSTER	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	102	55
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	17	15	88	34	48
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	4	66	26	41
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	1	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	217	160	73	15	22
		3291	2294	70		

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

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

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Pasienter på venteliste	9 387	8 219	8 272	53	1
...herav med fristbrudd	35	42	21	-21	-50
...herav med ventetid over 365 dager	116	54	26	-28	-52
Gjennomsnittlig ventetid dager	67	57	54	-3	-5
Ikke møtt til planlagt avtale	1 320	2 038	1 696	-342	-17

Tabell 4 Avvikling av venteliste hittil i år

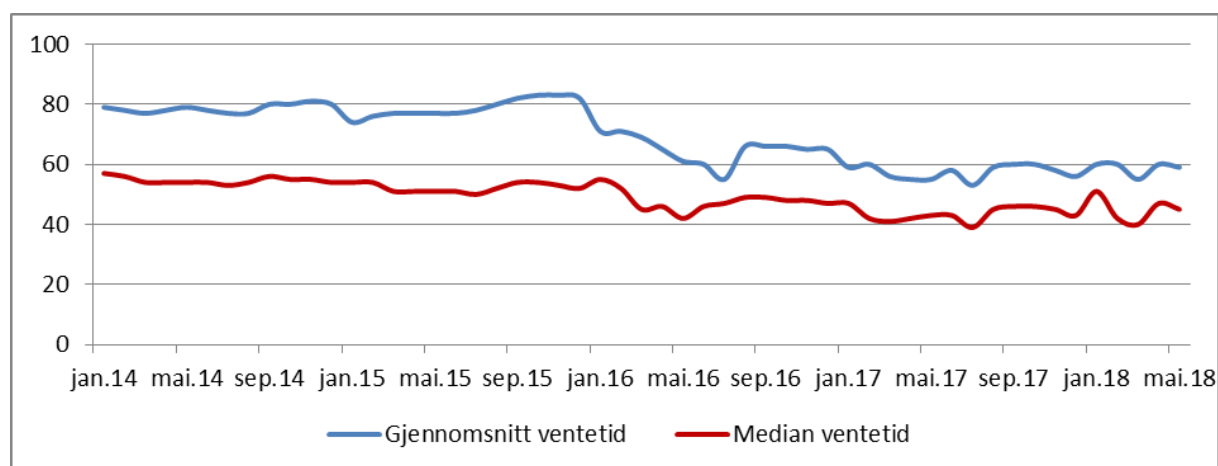
	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	21 977	20 776	19 882	-894	-4
...herav med fristbrudd	216	286	261	-25	-8,7
Andel - avviklet ordinært	91	100	100	0	0

Ventetid

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

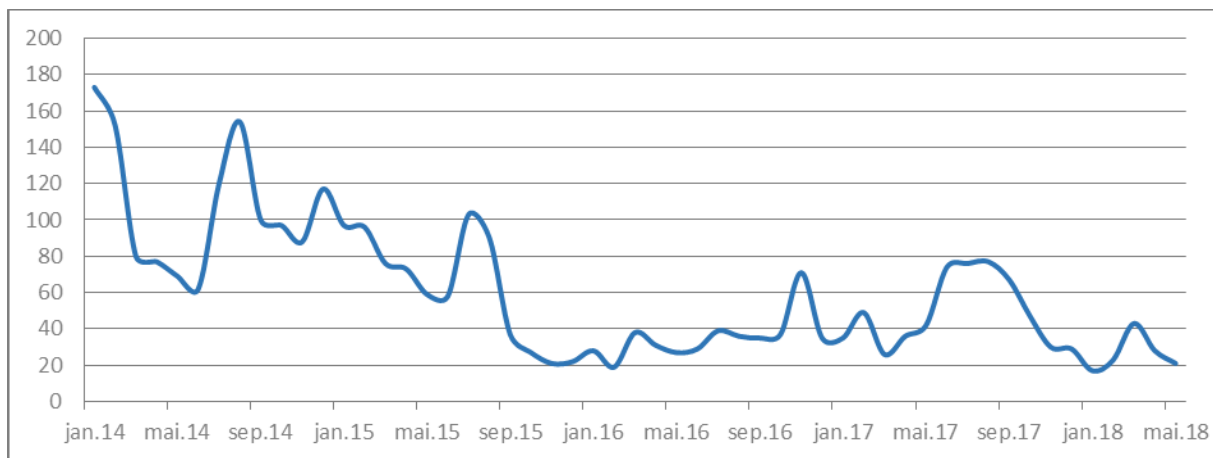
	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	61	55	59	4	7
Median ventetid i dager	42	43	45	2	5

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid for alle pasienter



Fristbrudd

Figur 2 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

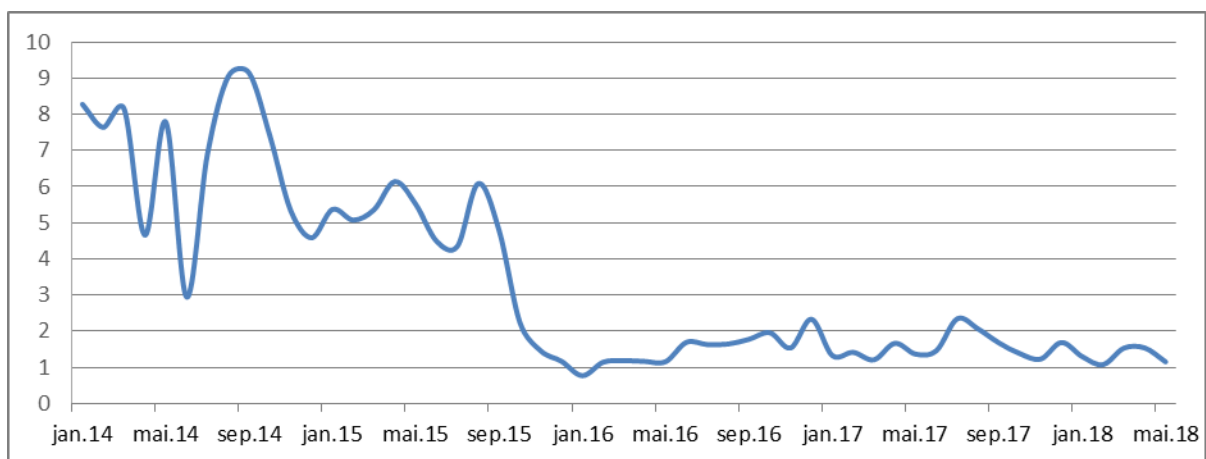


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av mai 2018

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	6	1 633	0,4 %
Medisinsk klinikk	6	746	0,8 %
Hjerte- og lungeklinikken	7	556	1,3 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	2	4 390	0,0 %
UNN	21	7 325	0,3 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

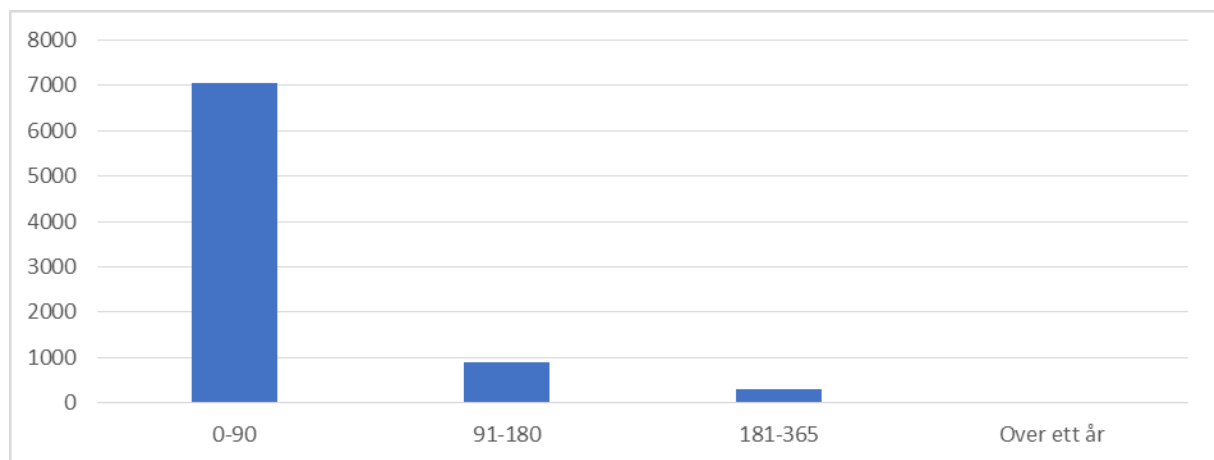
Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

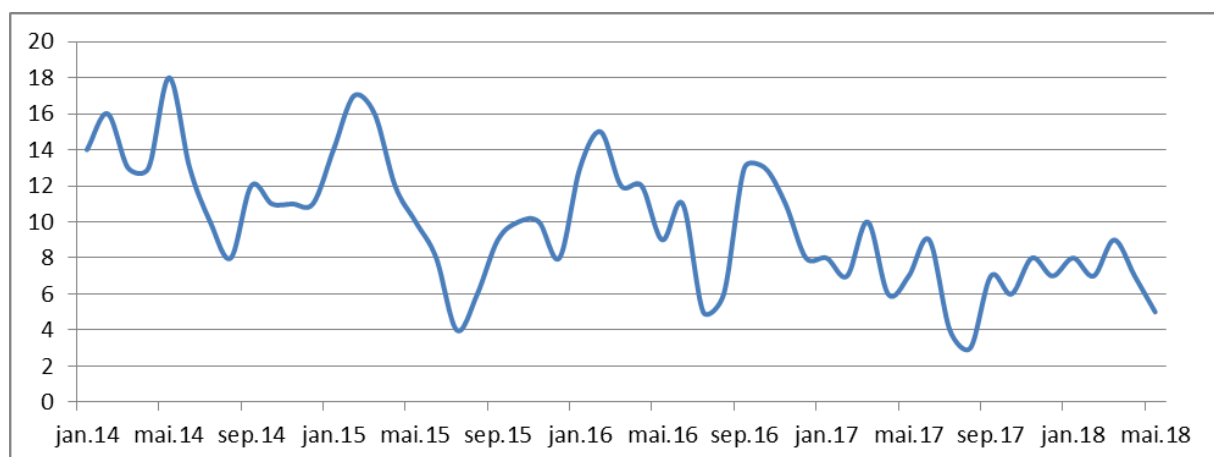
Klinikk	apr.18	mai.18
Barne- og ungdomsklinikken	1	0
Hjerte- og lungeklinikken	9	9
Medisinsk klinikk	8	9
Psykisk helse- og rusklinikken	5	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	32	14
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18	13
UNN	73	45

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



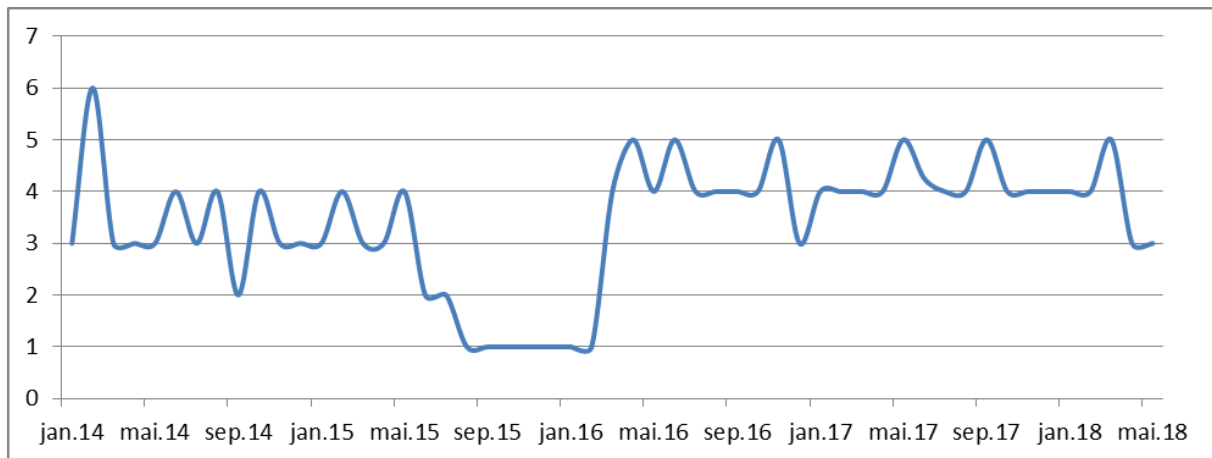
Korridorpasienter

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



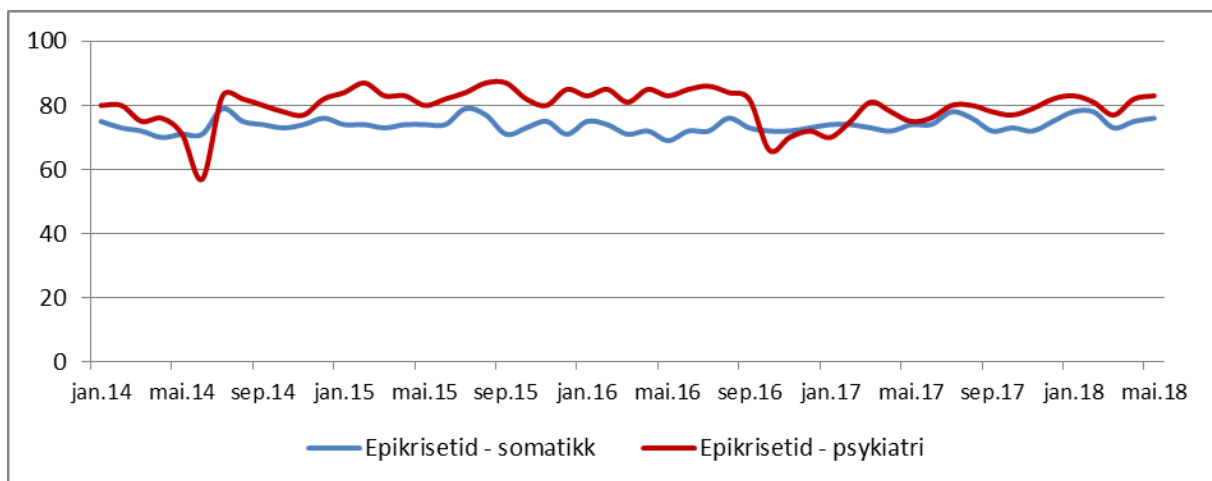
Strykninger

Figur 6 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



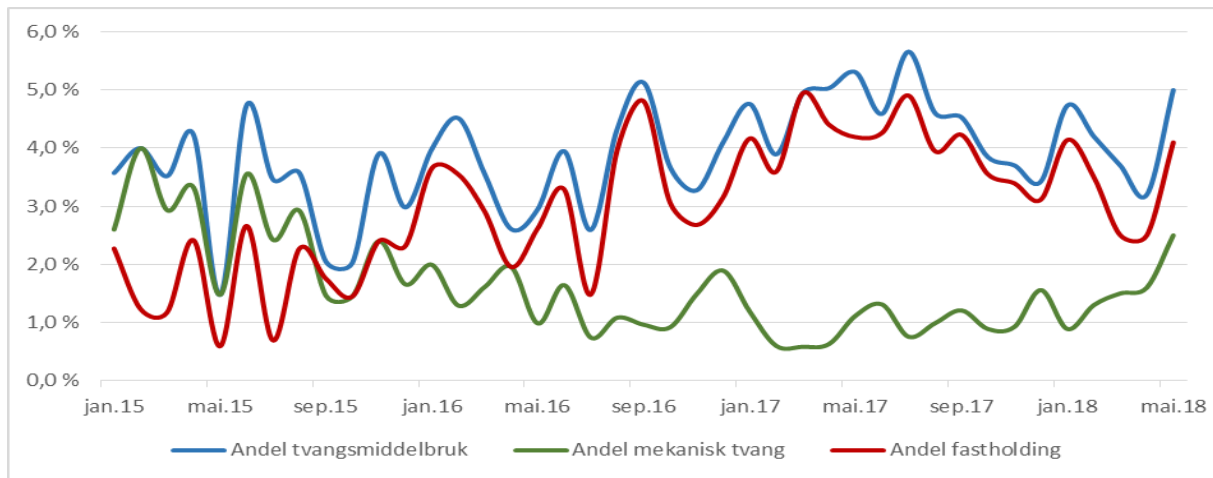
Epikrisetid

Figur 7 Epikriser - andel sendt innen syv dager



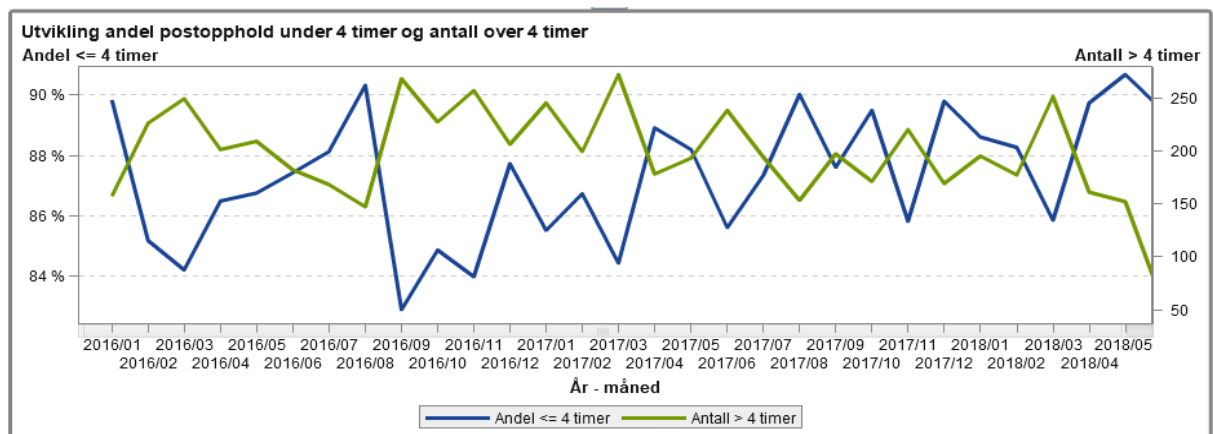
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

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

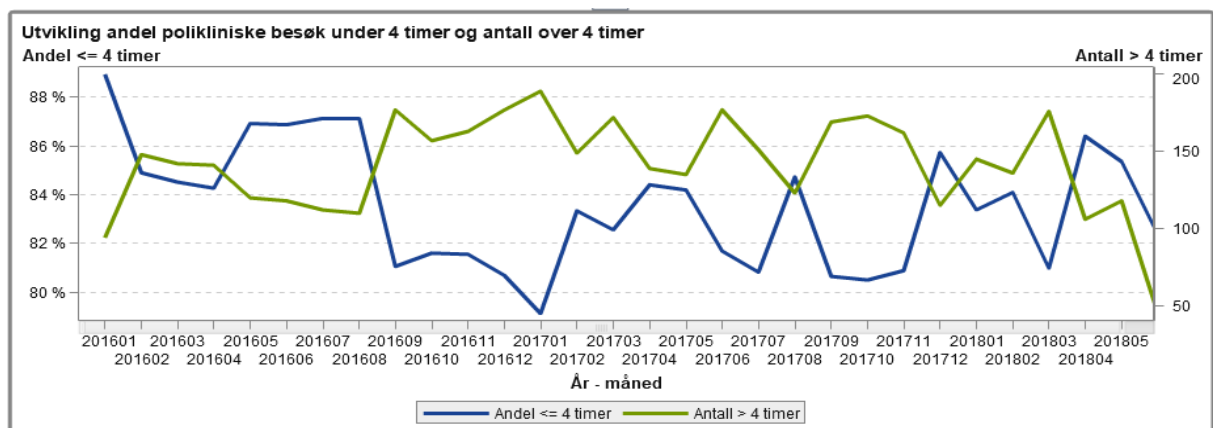


Oppholdstid i akuttmottaket

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



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



Aktivitet

Tabell 8 Aktivitet UNN

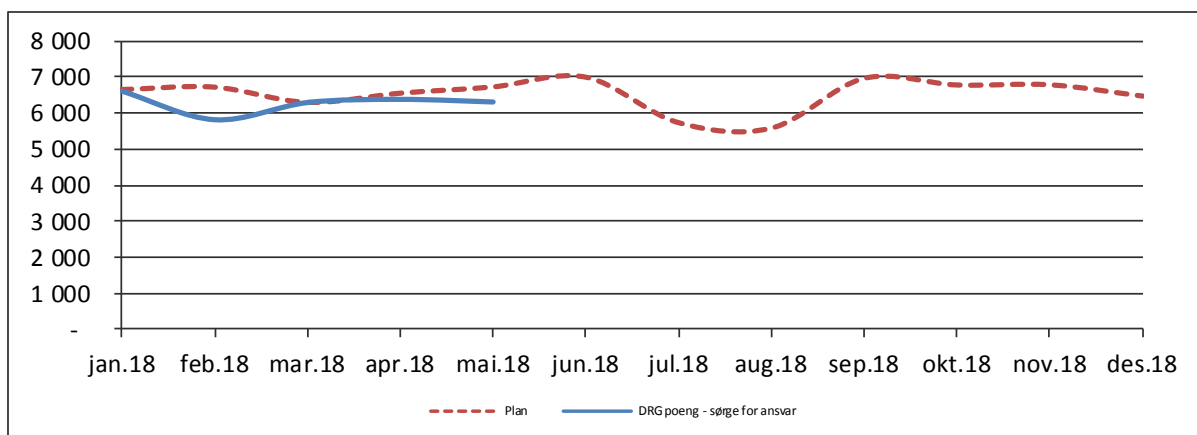
Aktivitet UNN HF		2017	2018	Plantall 2018	Avvik fra 2017		Avvik fra plan 2018	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser postopphold	Somatikk	41 068	42 813	44 999	1 745	4,2	-2 186	-4,9
Liggedager i perioden	Somatikk	76 104	74 975	78 669	-1 129	-1,5	-3 694	-4,7
Polikliniske konsultasjoner	Somatikk	129 462	120 037	117 846	-9 425	-7,3	2 191	1,9
DRG-poeng	Somatikk	31 052	31 391	32 346	339	1,1	-955	-3,0
Laboratorieanalyser	Somatikk	2 664 041	2 973 766	3 018 406	309 725	11,6	-44 640	-1,5
Røntgenundersøkelser	Somatikk	64 595	71 259	74 559	6 664	10,3	-3 300	-4,4
Fremmøte stråleterapi	Somatikk	4 857	4 750	6 813	-107	-2,2	-2 063	-30,3
Pasientkontakter	Somatikk	170 530	162 850	162 845	-7 680	-4,5	5	0,0
PHV								
Utskrivelser postopphold	PHV	1 481	1 396	1 506	-85	-5,7	-110	-7,3
Liggedager i perioden	PHV	17 434	17 761	19 069	327	1,9	-1 308	-6,9
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	PHV	29 358	29 238	29 863	-120	-0,4	-625	-2,1
Pasientkontakter	PHV	30 839	30 634	31 369	-205	-0,7	-735	-2,3
BUP								
Utskrivelser postopphold	BUP	103	81	81	-22	-21,4	0	0,2
Liggedager i perioden	BUP	1 149	1 201	1 393	52	4,5	-192	-13,8
Polikliniske konsultasjoner	BUP	13 444	14 106	11 483	662	4,9	2 623	22,8
Pasientkontakter	BUP	13 547	14 187	11 564	640	4,7	2 623	22,7
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)								
Utskrivelser postopphold	TSB	509	390	456	-119	-23,4	-66	-14,5
Liggedager i perioden	TSB	9 972	8 687	9 032	-1 285	-12,9	-345	-3,8
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	TSB	4 267	5 623	4 940	1 356	31,8	683	13,8
Pasientkontakter	TSB	4 776	6 013	5 396	1 237	25,9	617	11,4

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).

Somatisk virksomhet

Figur 11 DRG-poeng UNN 2018

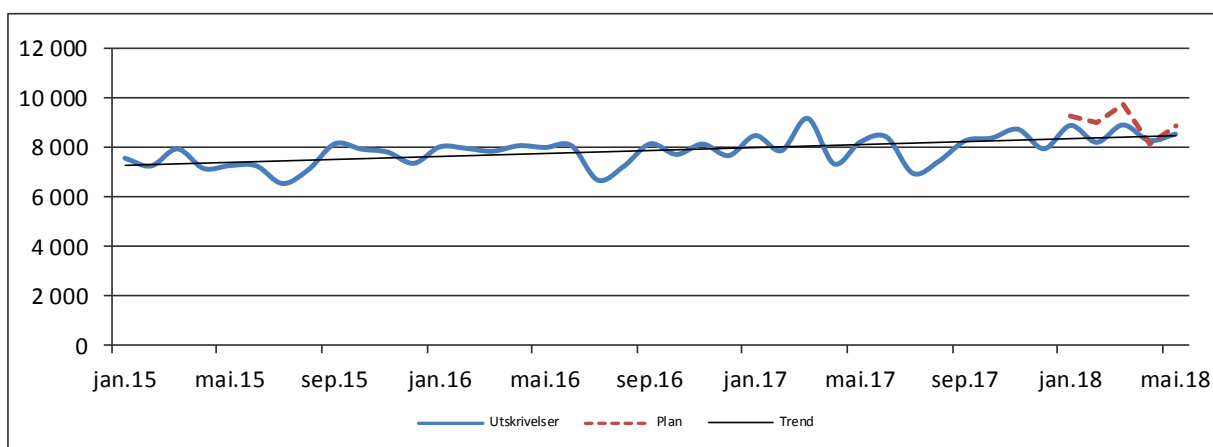


Tabell 9 DRG-poeng hittil i år 2018 fordelt på klinikk

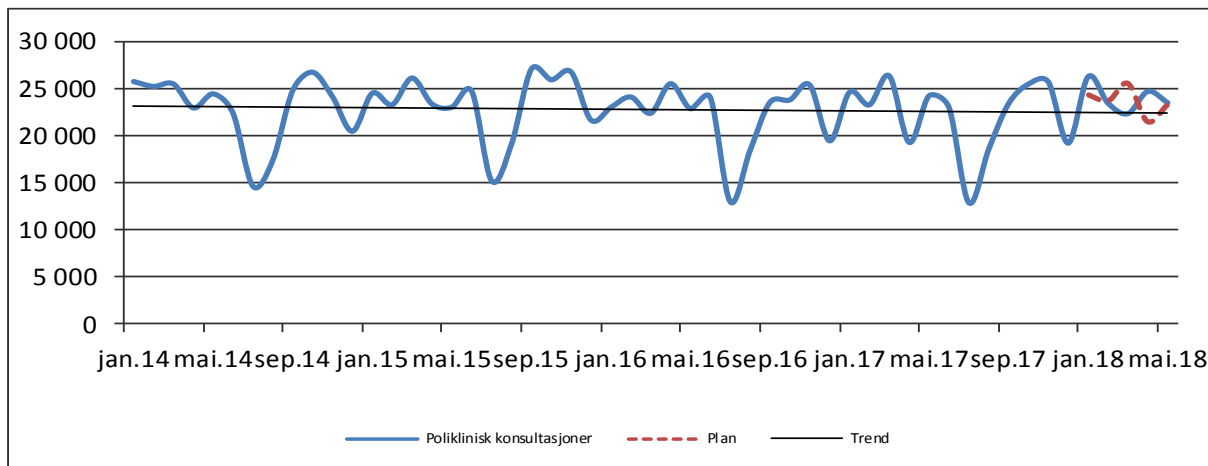
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	727	787	-61
Barne- og ungdomsklinikken	1 380	1 412	-31
Hjerte- og lungeklinikken	5 306	5 291	15
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7 800	8 503	-703
Medisinsk klinikk	5 712	5 762	-49
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	7 659	7 822	-163
Operasjons- og intensivklinikken	209	248	-39
Totalt	28 794	29 825	-1 032

DRG-poeng – egen produksjon.

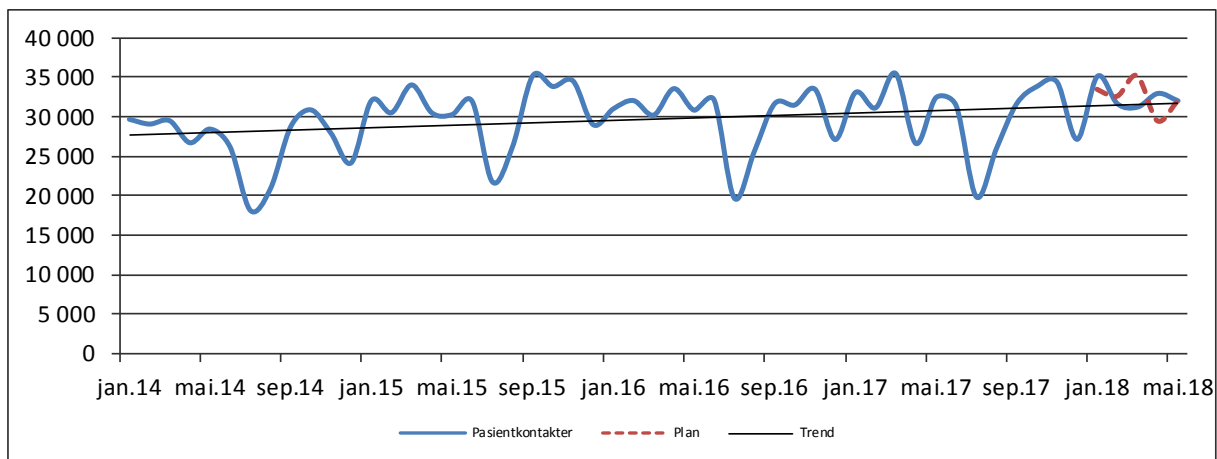
Figur 12 Utskrivelser postopphold - somatisk virksomhet



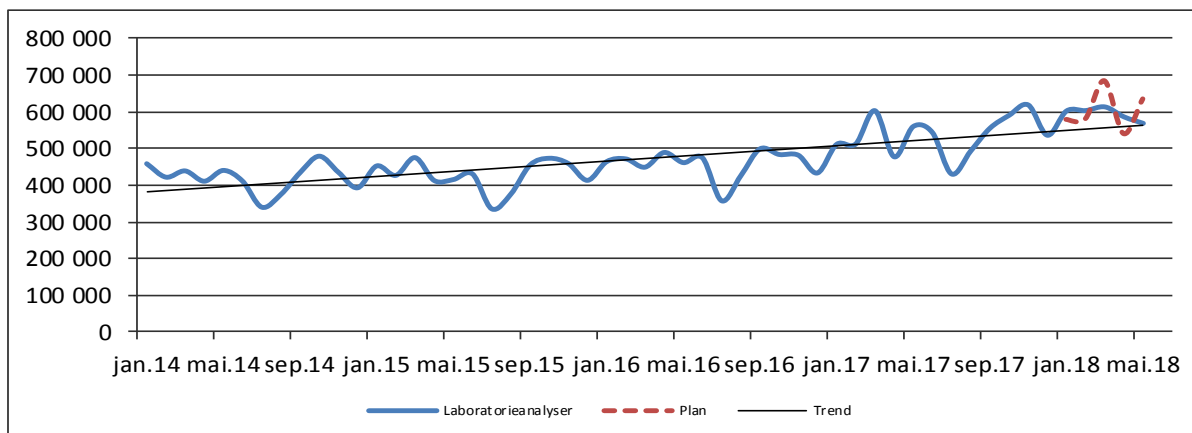
Figur 13 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



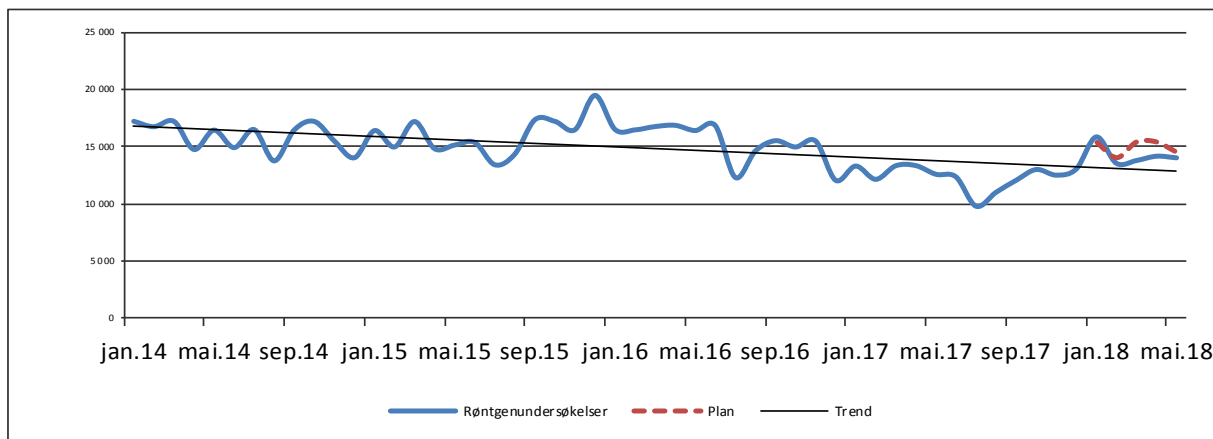
Figur 14 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 15 Laboratorieanalyser

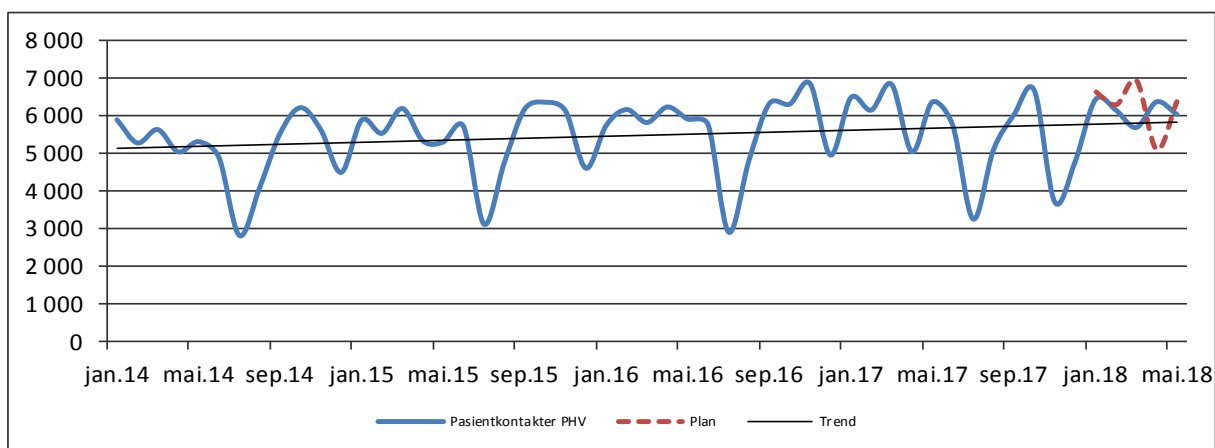


Figur 16 Røntgenundersøkelser



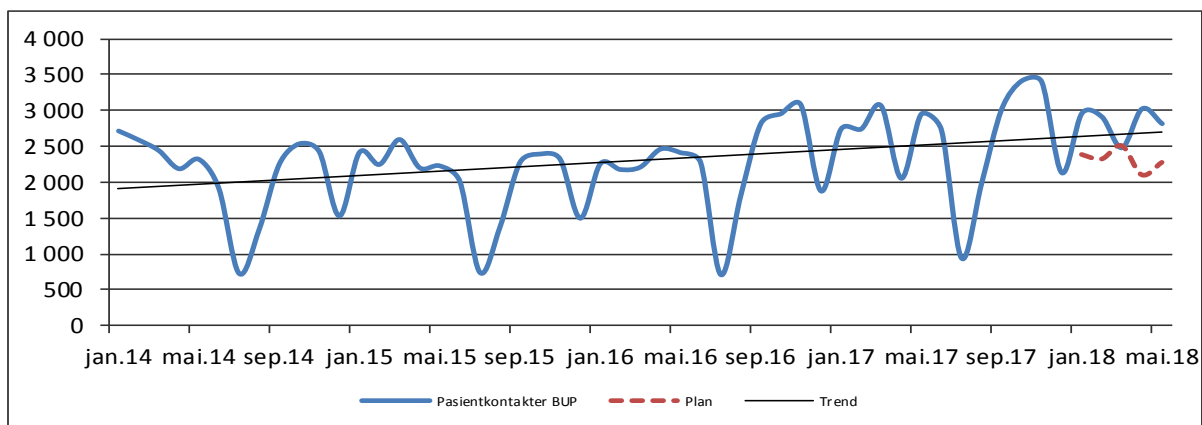
Psykisk helsevern voksne

Figur 17 Pasientkontakter – PHV



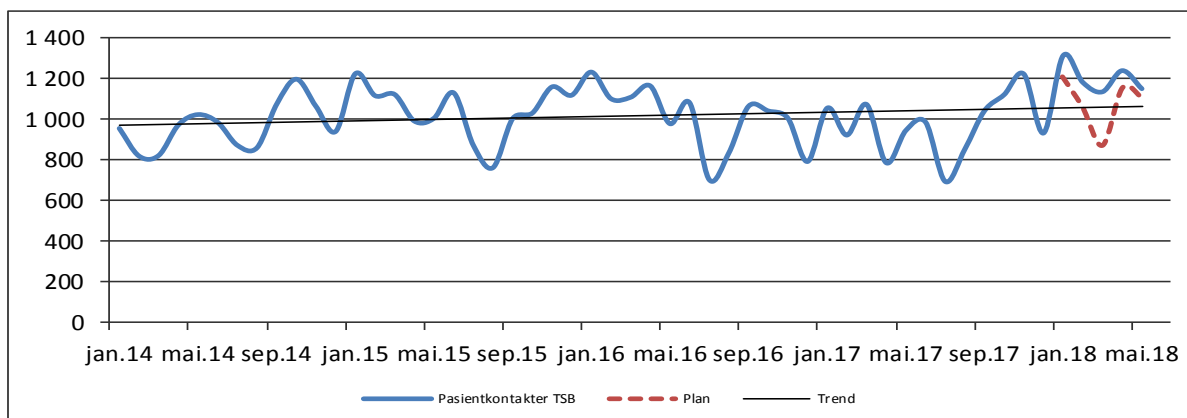
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 18 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 19 Pasientkontakter- TSB



Den gylne regel

Tabell 10 Den gylne regel

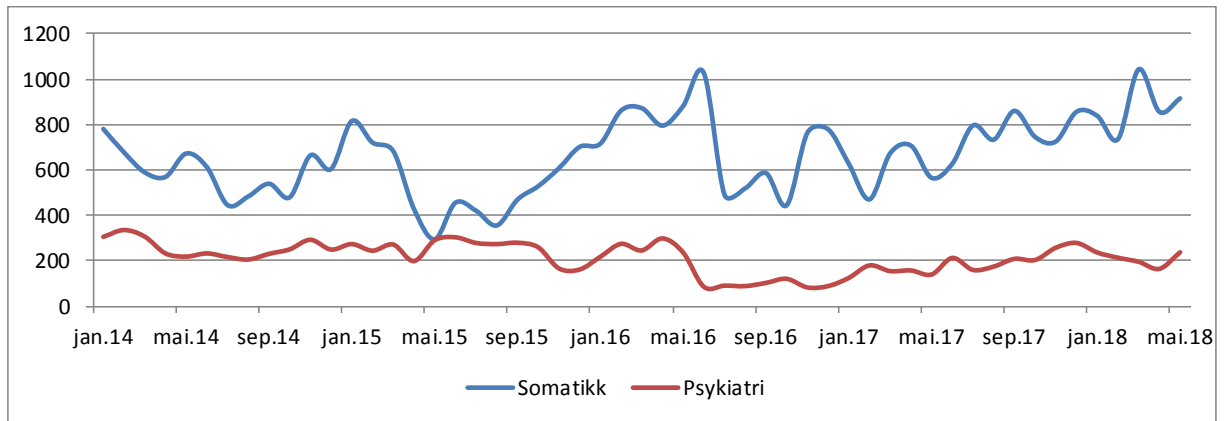
Den gylne regel		
Funksjon	Måleparameter	Endring 17 -18
Somatikk*	Månedsværk	-4,2 %
Psykisk helse og rus	Månedsværk	-1,8 %
Somatikk*	Økonomi	1,9 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	-0,1 %
Somatikk	Konsultasjoner	2,1 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	4,6 %
Somatikk	Ventetid	-0,5 %
Psykisk helse og rus	Ventetid	-3,0 %

* Somatikk inkl. lab/rtg og rehabilitering

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 20 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

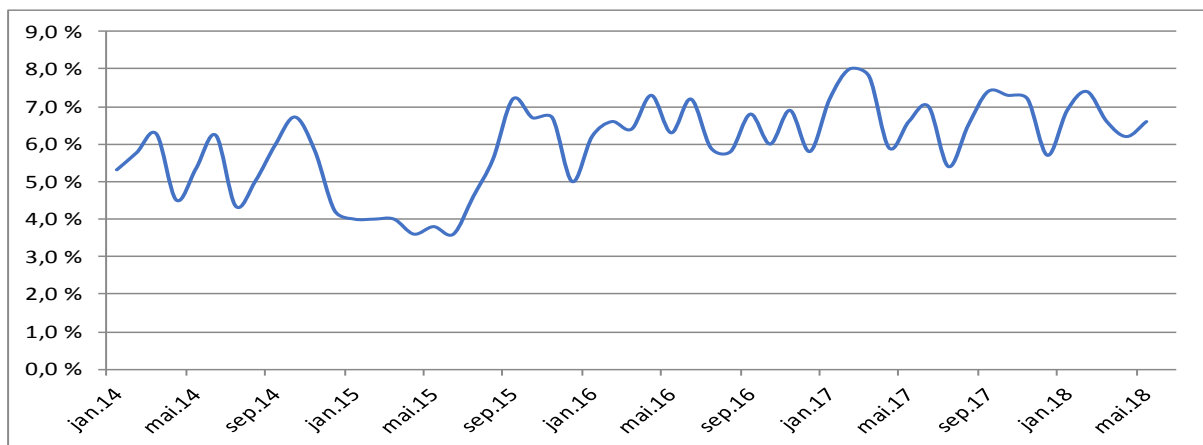


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

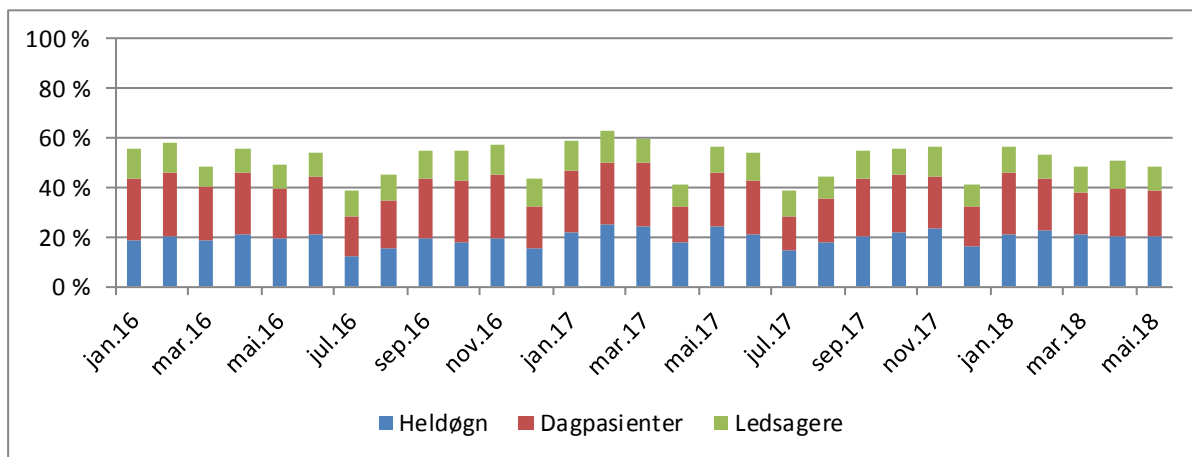
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
	per Mai	Mai	Mai	Mai
BALSFJORD	244	212	40	43
LØDINGEN	88	27	62	42
TROMSØ	2 542	2 288	329	34
TJELDSUND	36	1	36	29
IBESTAD	36	0	37	26
BALLANGEN	62	29	34	25
GRATANGEN	26	15	11	23
SKÅNLAND	69	6	65	23
HARSTAD	497	143	365	20
KVÆFJORD	53	0	54	18
STORFJORD	33	25	8	18
LYNGEN	50	35	18	17
EVENES	23	2	21	17
NARVIK	273	123	153	15
TRANØY	20	8	6	13
KARLSØY	28	19	9	12
NORDREISA	58	42	18	12
BERG	9	4	5	10
LAVANGEN	9	0	9	8
BARDU	29	12	17	7
MÅLSELV	46	23	23	7
SKJERVØY	17	10	7	6
SALANGEN	12	4	8	5
TYSFJORD	8	3	5	4
LENVIK	42	14	31	4
KÅFJORD	4	2	2	2
KVÆNANGEN	2	1	1	2
SØRREISA	5	1	4	1
TORSKEN	1	0	1	1
DYRØY	1	0	1	1
Sum	4 323	3 049	1 380	22

Bruk av pasienthotell

Figur 21 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



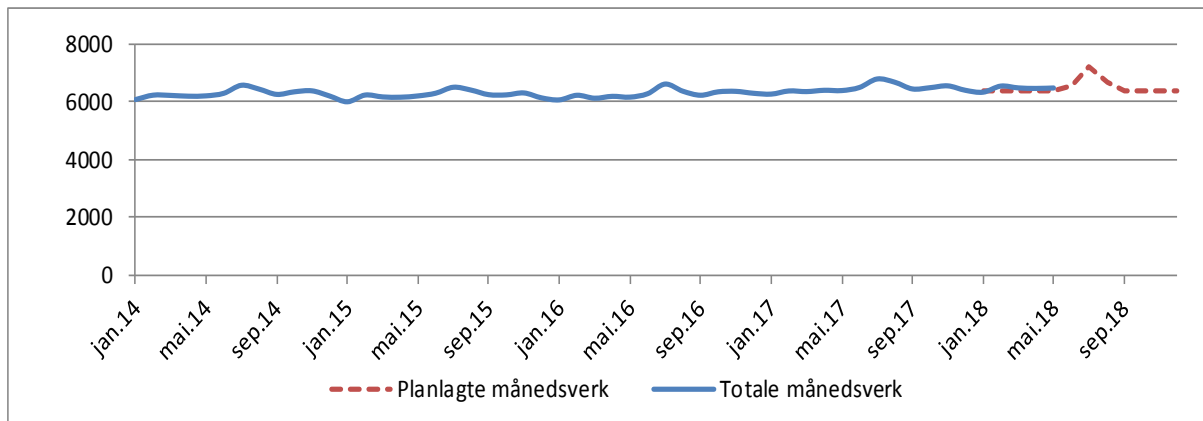
Figur 22 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Personal

Bemanning

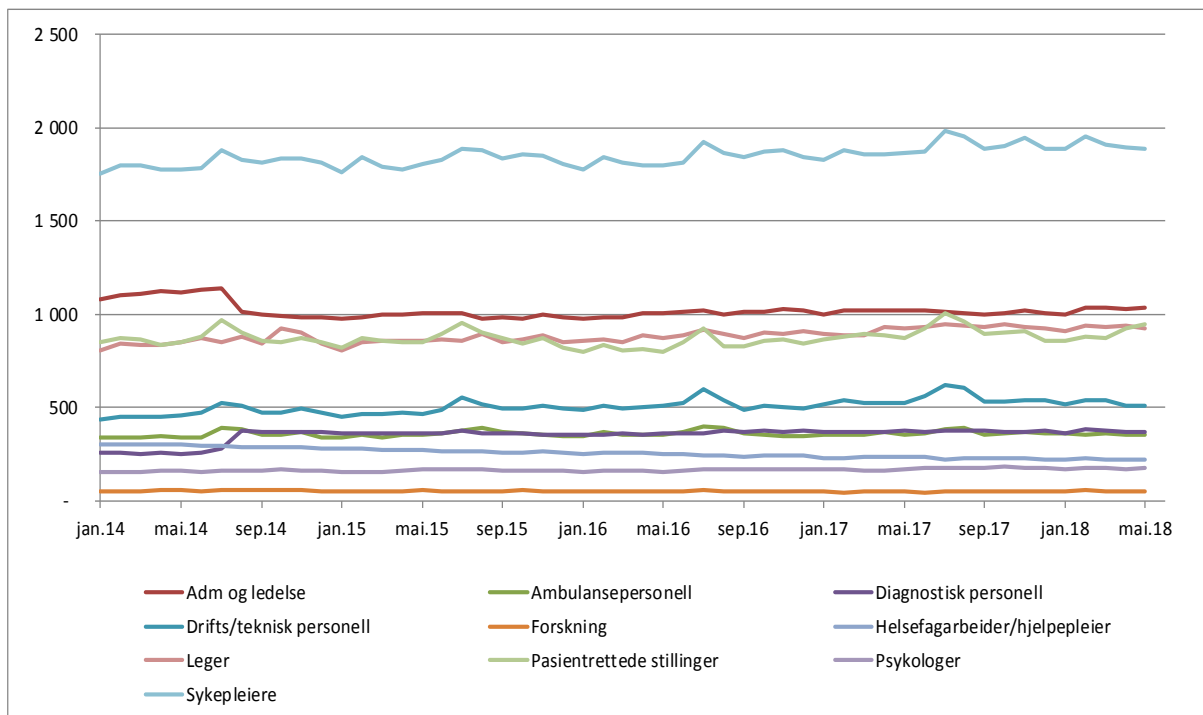
Figur 23 Brutto utbetalte månedsværk 2014-2018



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	-	6 550	-6 550
Juli	6 601	6 777	-	7 231	-7 231
August	6 353	6 665	-	6 687	-6 687
September	6 214	6 432	-	6 392	-6 392
Oktober	6 333	6 476	-	6 363	-6 363
November	6 349	6 539	-	6 375	-6 375
Desember	6 282	6 385	-	6 380	-6 380
Snitt hittil i år	6 141	6 344	6 447	6 368	79

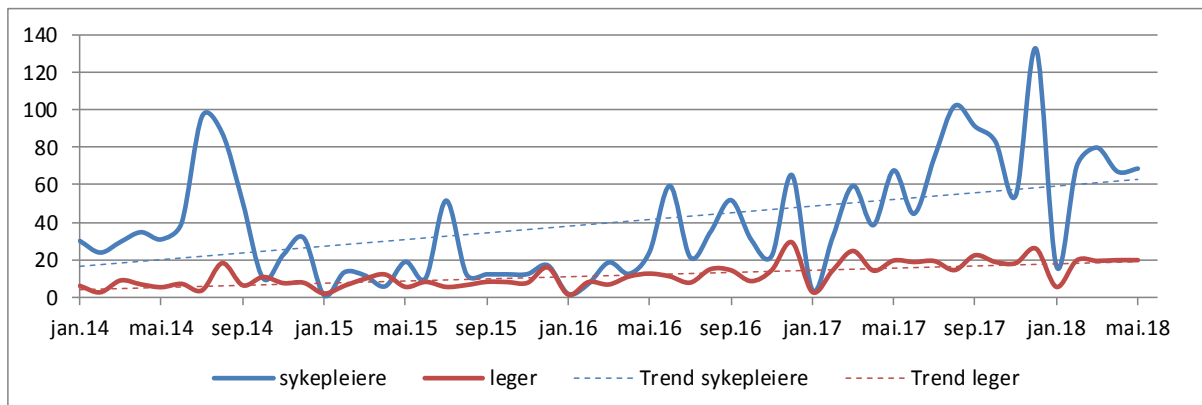
Figur 24 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2014-2018



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	988	1 013	1 026	13
Ambulansepersonell	354	356	356	-0
Diagnostisk personell	356	368	371	4
Drifts/teknisk personell	501	525	523	-2
Forskning	51	48	50	3
Helsefagarbeider/hjelpepleier	253	232	221	-11
Leger	866	902	927	25
Pasientrettede stillinger	810	879	895	16
Psykologer	157	164	172	8
Sykepleiere	1 803	1 855	1 904	49
Snitt hittil i år	6 141	6 344	6 447	103

Figur 25 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

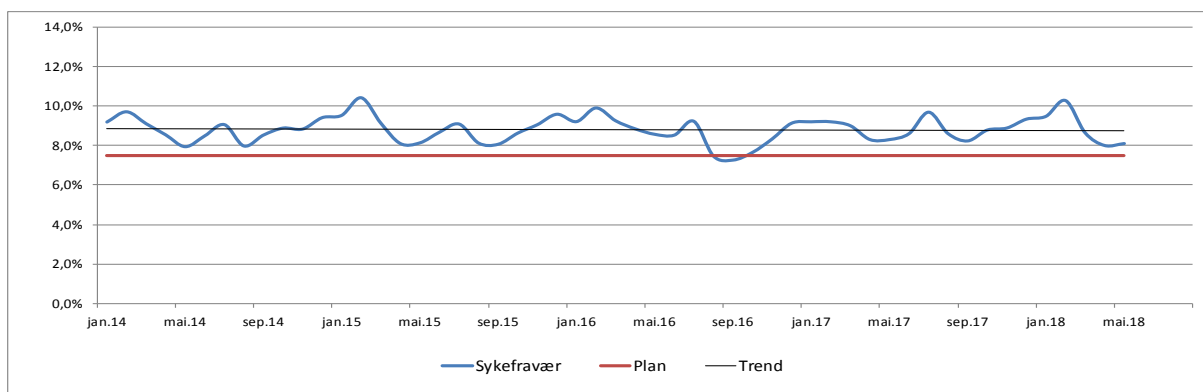
Tabell 14 Innleide månedsverk per klinikk

År ▲	2016		2017		2018	
	Innleie sykepleier	Innleie leger	Innleie sykepleier	Innleie leger	Innleie sykepleier	Innleie leger
Klinikknavn - UNN ▲						
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1,1	0,0	17,4	0,2	6,5	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,5	3,9	17,6	17,7	13,9	14,4
13 - Hjerter- og lungeklinikken	17,0	0,0	16,7	0,0	100,0	0,0
15 - Medisinsk klinikk	1,0	0,0	21,6	0,4	38,4	6,1
17 - Barne- og ungdomsklinikken	11,9	0,0	18,9	0,6	6,6	0,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	31,9	3,1	76,5	12,4	117,2	27,7
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	7,1	0,8	27,2	0,8	19,3	0,9
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	8,9	5,3	15,1	0,0	14,6
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	22,8	0,0	27,8	0,0	20,1

Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i mai 2018 er på 8,1 %. Samme måned i 2017 var sykefraværet 8,3 %. Dette er en reduksjon på 0,2 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 2,5 % og viser en økning på 0,1 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,4 % og viser en økning på 0,9 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 3,2 % og viser en reduksjon på 1,1 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i mai 275 ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN HF.

Figur 26 Sykefravær 2014-2018



Tabell 15 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	Sykefraværprosent siste mnd	Sykefraværprosent siste mnd ifjor	Endring i sykefravær forrige måned mot ifjor	Endringsprosent siste mnd vs. samme mnd ifjor
Sum	8,1 %	8,3 %	-0,1 %	-1,8 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	7,9 %	9,1 %	-1,2 %	-13,1 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,5 %	7,6 %	-0,1 %	-1,9 %
13 - Hjerter- og lungeklinikken	6,6 %	6,4 %	0,3 %	4,0 %
15 - Medisinsk klinikk	7,1 %	8,7 %	-1,6 %	-18,1 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	7,5 %	7,5 %	-0,1 %	-0,7 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	9,1 %	8,2 %	0,9 %	10,9 %
19 - Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	8,1 %	8,4 %	-0,2 %	-2,8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	9,9 %	10,1 %	-0,2 %	-1,7 %
30 - Diagnostisk klinikk	8,4 %	7,8 %	0,7 %	8,4 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	4,7 %	3,5 %	1,2 %	35,1 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	7,9 %	9,0 %	-1,1 %	-12,3 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	8,3 %	9,0 %	-0,6 %	-7,2 %
50 - Direktøren	0,0 %	22,2 %	-22,2 %	-100,0 %
52 - Stabssenteret	6,6 %	7,0 %	-0,3 %	-4,9 %
Annet	3,2 %	2,5 %	0,7 %	29,8 %

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i mai måned vært registrert 5 egenmeldinger i HN-LIS hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

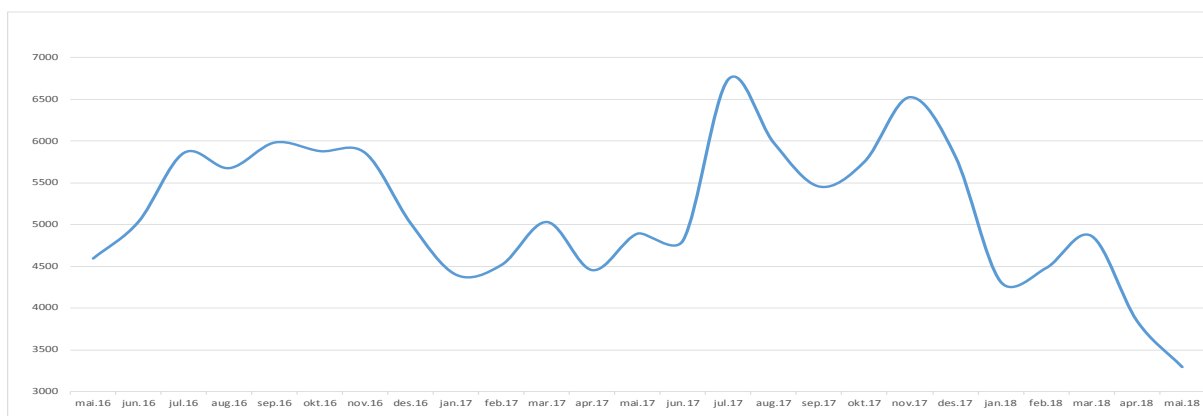
Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i mai 2018 vært registrert totalt 568 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 520 graderte. Det tilsvarer en andel på 92,0 % graderte sykemeldinger. Andelen er uforandret fra forrige måned (92,0 %).

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

AML-brudd

Figur 27 Antall AML-brudd 2016-2018



Tabell 16 AML-brudd per klinikk

Klinikk - UNN ▲	Brudd siste måned ifjor	Brudd siste måned	Endring i % samme periode
Sum	4 892,00	3 294	-32,7 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	802,00	539	-32,8 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	469,00	391	-16,6 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	572,00	423	-26,0 %
15 - Medisinsk klinikk	238,00	252	5,9 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	146,00	46	-68,5 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	699,00	411	-41,2 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	598,00	435	-27,3 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	905,00	476	-47,4 %
30 - Diagnostisk klinikk	219,00	88	-59,8 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	1,00	-	-
45 - Drifts- og eiendomssenteret	213,00	224	5,2 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	10,00	2	-80,0 %
50 - Direktøren	-	-	-
52 - Stabssenteret	19,00	5	-73,7 %
Annet	1,00	2	100,0 %

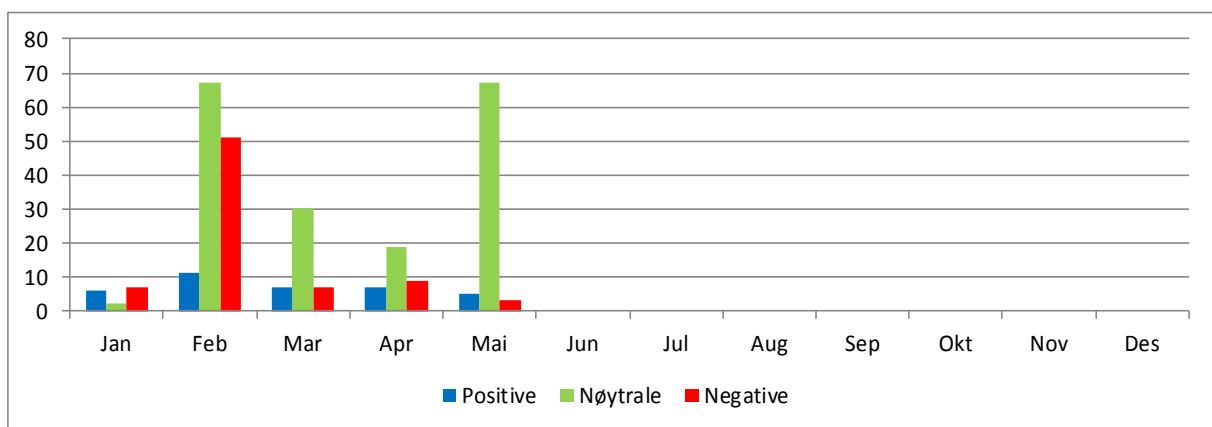
Kommunikasjon

Sykehuset i media

I mai er det en stor andel nøytrale, informative medieoppslag om og fra UNN. De fleste artiklene handler om utfordringer i luftambulansetjenesten. Denne saken har fått stor oppmerksomhet både nasjonalt og lokalt og dominerer mediebildet i mai.

Ellers fremkommer det fortsatt bekymringer i Harstad Tidende fra ansatte og politikere vedrørende rehabiliteringstilbudet ved UNN Harstad hvor det er foreslått endringer i sengetallet.

Figur 28 Mediestatistikk 2018

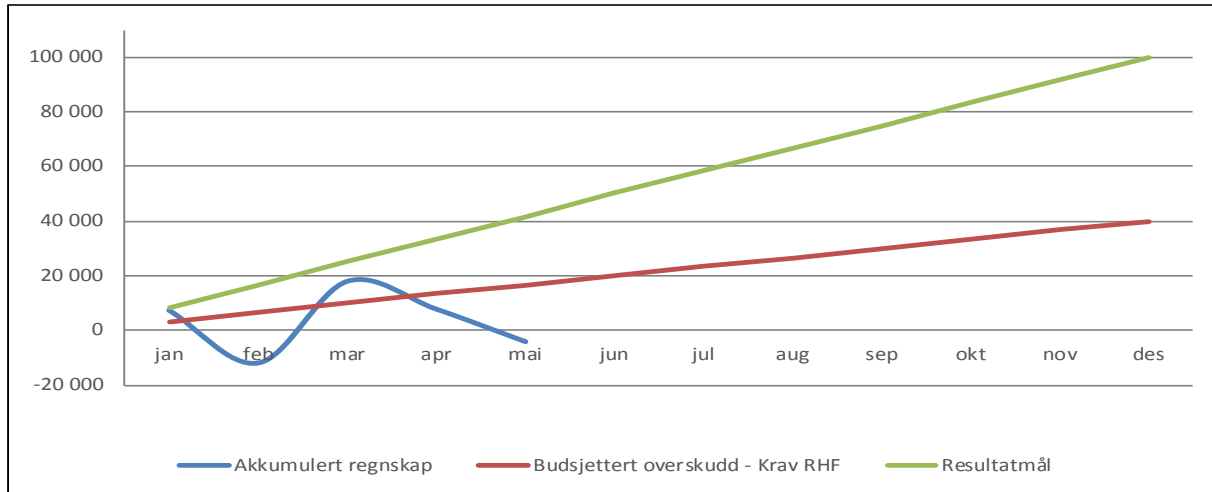


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 29 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 styres det etter et ytterligere overskudd på 60 mill kr, slik at styringsmålet for 2018 er et overskudd på til sammen 100 mill kr (8,3 mill kr per måned og 5,0 mill kr høyere enn budsjettet).

Regnskapet for mai viser et regnskapsmessig resultat på -11,9 mill kr. Det er 15,2 mill kr lavere enn budsjettet, og 20,2 mill kr lavere enn internt styringsmål. Akkumulert per mai viser regnskapet 4,1 mill kr i underskudd, det er 20,8 mill kr lavere enn budsjettet og 45,8 mill kr lavere enn internt resultatmål.

Tabell 17 Resultatregnskap 2018

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mai				Akkumulert per Mai			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	413,8	413,8	0,0	0 %	2 083,9	2 083,9	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,2	2,2	0,0	-1 %	10,7	10,7	0,0	0 %
ISF egne pasienter	135,5	144,5	-9,0	-6 %	659,0	704,7	-45,7	-6 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,5	5,9	-0,4	-7 %	42,2	40,9	1,3	3 %
Gjestepasientinntekter	2,6	3,1	-0,5	-18 %	11,9	15,6	-3,8	-24 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,8	17,3	0,5	3 %	87,6	85,3	2,3	3 %
Utskrivningsklare pasienter	3,0	2,9	0,1	4 %	12,1	11,9	0,2	1 %
Andre øremerkede tilskudd	21,3	30,3	-9,0	-30 %	103,5	141,3	-37,8	-27 %
Andre driftsinntekter	37,0	33,1	3,9	12 %	183,2	167,7	15,5	9 %
Sum driftsinntekter	638,6	653,0	-14,4	-2 %	3 194,2	3 262,1	-68,0	-2 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	18,8	17,7	1,1	6 %	96,8	97,3	-0,5	-1 %
Kjøp av private helsetjenester	4,4	4,0	0,3	8 %	20,5	21,7	-1,3	-6 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	65,7	68,1	-2,3	-3 %	337,5	354,4	-16,9	-5 %
Innleid arbeidskraft	8,6	2,8	5,8	205 %	37,8	12,7	25,1	198 %
Lønn til fast ansatte	345,6	342,6	3,1	1 %	1 679,0	1 699,2	-20,2	-1 %
Overtid og ekstrahjelp	24,8	30,7	-5,9	-19 %	124,0	146,3	-22,2	-15 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	65,4	64,4	1,0	2 %	320,3	320,3	0,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-23,2	-25,4	2,2	-9 %	-109,7	-115,3	5,6	-5 %
Annen lønnskostnad	30,1	29,1	0,9	3 %	148,4	138,2	10,2	7 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	386,0	379,8	6,2	2 %	1 879,5	1 881,0	-1,5	0 %
Avskrivninger	13,6	13,6	0,0	0 %	83,9	83,9	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	97,8	102,3	-4,4	-4 %	464,9	487,9	-23,0	-5 %
Sum driftskostnader	651,7	649,9	1,8	0 %	3 203,3	3 246,5	-43,2	-1 %
Driftsresultat	-13,0	3,1	-16,2	-517 %	-9,2	15,6	-24,8	-159 %
Finansinntekter	1,3	0,8	0,4		5,4	4,2	1,3	
Finanskostnader	0,1	0,6	-0,5		0,4	3,1	-2,8	
Finansresultat	1,2	0,2	1,0		5,1	1,0	4,0	
Ordinært resultat	-11,9	3,3	-15,2	-456 %	-4,1	16,7	-20,8	-125 %

Tabell 18 Resultatregnskap 2018, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mai ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Mai ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	413,8	413,8	0,0	2 083,9	2 083,9	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,2	2,2	0,0	10,7	10,7	0,0
ISF egne pasienter	135,5	144,5	-9,0	659,0	704,7	-45,7
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,5	5,9	-0,4	42,2	40,9	1,3
Gjestepasientinntekter	2,6	3,1	-0,5	11,9	15,6	-3,8
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,8	17,3	0,5	87,6	85,3	2,3
Utskrivningsklare pasienter	3,0	2,9	0,1	12,1	11,9	0,2
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	37,0	33,1	3,9	183,2	167,7	15,5
Sum driftsinntekter	617,3	622,7	-5,4	3 090,7	3 120,8	-30,2
Kjøp av offentlige helsetjenester	18,8	17,7	1,1	96,8	97,3	-0,5
Kjøp av private helsetjenester	4,3	4,0	0,3	20,4	21,6	-1,2
Varekostnader knyttet til aktivitet	64,9	66,9	-2,0	333,5	348,9	-15,4
Innleid arbeidskraft	8,6	2,8	5,8	37,8	12,7	25,1
Lønn til fast ansatte	334,6	326,9	7,7	1 625,5	1 626,1	-0,6
Overtid og ekstrahjelp	22,4	27,2	-4,8	112,0	129,9	-17,8
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	62,7	60,6	2,2	307,1	302,3	4,8
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-22,4	-24,3	1,9	-105,9	-110,2	4,3
Annen lønnskostnad	28,6	27,1	1,6	141,3	128,5	12,8
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	371,8	359,6	12,1	1 810,6	1 787,0	23,7
Avskrivninger	13,6	13,6	0,0	83,9	83,9	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	94,3	97,2	-2,9	447,5	464,1	-16,7
Sum driftskostnader	630,4	619,6	10,8	3 099,8	3 105,2	-5,4
Driftsresultat	-13,0	3,1	-16,2	-9,2	15,6	-24,8
Finansinntekter	1,3	0,8	0,4	5,4	4,2	1,3
Finanskostnader	0,1	0,6	-0,5	0,4	3,1	-2,8
Finansresultat	1,2	0,2	1,0	5,1	1,0	4,0
Ordinært resultat	-11,9	3,3	-15,2	-4,1	16,7	-20,8

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

Regnskap per klinikk per mai - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	37,6	35,4	-2,1	-1,3	176,6	171,7	-4,9	-1,3
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	20,7	19,4	-1,3	-0,9	107,0	93,3	-13,6	-15,0
13 - Hjerter- lungeklinikken	14,4	11,1	-3,3	-1,9	73,2	69,3	-3,9	1,0
15 - Medisinsk klinikk	25,2	25,4	0,2	0,3	129,0	123,7	-5,2	-0,8
17 - Børne- og ungdomsklinikken	18,2	19,0	0,8	0,9	97,1	95,7	-1,4	-0,6
18 - Operasjons- og intensivklinikken	64,4	57,9	-6,6	-1,2	307,8	295,0	-12,8	-0,8
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	31,6	29,3	-2,3	-0,5	141,3	134,8	-6,5	-2,8
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	60,1	58,6	-1,5	-0,6	298,6	298,6	0,0	-3,5
30 - Diagnostisk klinikk	49,5	49,3	-0,2	0,0	242,7	241,1	-1,7	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,4	0,4	0,0	0,0	2,1	2,1	0,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	47,2	47,9	0,6	0,0	222,0	222,7	0,7	0,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	12,0	12,7	0,7	0,0	56,5	60,2	3,7	0,0
52 - Stabssenteret	14,7	14,7	0,0	0,0	69,7	69,4	-0,3	0,0
62 - Felles	-384,2	-384,3	-0,1	-4,1	-1 919,5	-1 894,2	25,3	-20,5
Totalt	-11,9	3,3	-15,2	-9,4	-4,1	16,7	-20,8	-44,4

Prognose

Prognosen for 2018 er at UNN klarer Helse Nord RHF sitt overskuddskrav på 40 mill kr. UNNs eget overskuddskrav forutsetter budsjettbalanse på klinikkene / sentrene samt at fellestiltakene får full effekt. Dette ser krevende ut pr mai og innebærer kontroll på kostnadsdrivere som dyr arbeidskraft; herunder innleie fra firma/overtid.

Likviditet

Figur 30 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 april 2018	Investert mai 2018	Sum investert 2018	Rest-forpliktelser (godkjent tidligere) mai	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*		2,2	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0		2,2
A-fløy inkl alle underprosjekter		225,8	0,0	225,8	36,8	23,2	122,0		103,8
PET-senter inkl alle underprosjekter		31,6	43,2	74,8	17,2	5,1	63,2		11,6
Nytt sykehus Narvik		50,4	59,0	109,4	0,5	0,7	1,8		107,6
SUM Nybygg		310,0	102,2	412,2	54,5	28,9	187,0	0,0	225,2
Åsgård Bygg 7		0,8		0,8	0,0	0,0	0,0		0,8
SUM Rehabilitering		0,8	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Tiltak kreftplan		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
Tromsøundersøkelsen		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	0,4	0,20	0,8		2,6
SUM Prosjekter		85,6	7,0	92,6	0,4	0,2	0,8	0,0	91,8
Medisinteknisk utstyr	89,9	72,3	89,6	161,9	10,0	1,1	36,5	74,5	50,9
Annet utstyr disponert av MTU-midler			0,0	0,0	0,0	0,0	0,5		
Diverse	23,4	23,4	53,2	76,6	2,0	0,3	7,5		69,1
Ambulanser	1,8	1,81	12,0	13,8		3,5	5,2		8,6
Teknisk utstyr	2,8	3,19	12,0	15,2	1,0	1,4	4,9	3,0	7,4
Ombygginger		22,5		22,5	0,1	0,1	0,3		22,1
EK KLP		-0,1	28,2	28,1	0,0	0,0	0,0		28,1
SUM Utstyr med mer	117,9	123,1	195,0	318,1	13,1	6,4	54,9	77,4	186,2
SUM total	117,9	519,5	304,2	823,7	67,9	35,5	242,7	77,4	504,1

Byggeprosjekter

Tabell 21 Byggeprosjekter

	A-fløya	PET-senter
HMS	H=2	H=5
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	98,8 mill kr	58,1 mill kr
Sum investert tidligere år	1315,3 mill kr	457,6 mill kr
Sum investert totalt	1414,2 mill kr	515,7 mill kr
Investeringsramme	1 547 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	-18	+62

Tall per mai



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
56/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	21.06.18
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Grete Åsvang

Ledelsens gjennomgang 2017

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 2017* og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Bakgrunn

Gjennomføring og styrebehandling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) av *Ledelsens gjennomgang* (LGG) er et krav i oppdragsdokumentet fra det regionale helseforetaket. Direktøren besluttet 9.1.2018 ny modell for gjennomføring av LGG. Endringen er i tråd med *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og et viktig ledd i utviklingen av UNN som en organisasjon preget av kontinuerlig forbedring.

Formål

Formålet med styresaken er å informere styret om ledelsens gjennomgang av virksomheten for 2017, samt vurdering av tiltak for måloppnåelse innenfor valgte hovedområder.

Saksutredning

Ny modell for LGG ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) innebærer gjennomføring på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå, som ledd i å bedre læring på alle nivåer og på tvers i organisasjonen. UNN er inne i en overgangsfase mellom gammel og ny modell. LGG 2017 har delvis fulgt ny modell ved å behandle vedtatte hovedområder, mens gjennomgangen denne gang er gjort på foretaksnivå. Flere avdelinger i UNN har bidratt i forberedelsen. Kvalitetsavdelingen har hatt det overordnede ansvaret for arbeidet. Hovedområdet miljøledelse er del av LGG for første gang. Beskrivelsen er bygget opp i tråd med ISO-sertifiseringens krav, og følger derfor en annen oppbygging enn de øvrige hovedområdene. Dokumentet ble gjennomgått i direktørens ledermøte 5.6.2018.

Antall meldte avvik er jevnt økende fra 4448 i 2013 til 8666 i 2017. Meldte pasienthendelser økte fra 289 til 1784 i samme periode. Det ble gjennomført 5 hendelsesanalyser på alvorlige

pasienthendelser i 2017. Dokumenter i Docmap økte fra 21814 i 2016 til 23364 i 2017. Antallet prosedyrer er jevnt stigende, fra 8843 i 2012 til 12693 i 2017.

Det er gjennomført 12 internrevisjoner på foretaksnivå. Hver revisjon ble gjennomført i flere klinikker. Det har ikke vært mulig å innhente status for oppfølgingsarbeidet i klinikkene. Ny modell iverksettes for interne revisjoner, og innebærer 3- årig revisjonsprogram og revisjoner gjennomført på foretaks - og klinikknivå, samt egeninspeksjoner.

Kompetansemoduleen i det elektroniske verktøyet Personalportalen er under innføring. Innholdet i modulen skal inneholde kompetanseplaner og -krav, dokumentasjon av kompetanse, utviklingssamtaler, utviklingsmål og på sikt CV. Det pågår et arbeid i samarbeid mellom Personal- og organisasjonsavdelingen og klinikkene for å definere sentrale og lokale kompetanseplaner og kurs.

I UNNs kvalitets- og styringssystem mangler vi en samlet oversikt over vedtatte mål og strategier, avdekkede risikoområder, gjennomførte tiltak og dokumentasjon av oppfølging. Etterlevelsen av vedtatte mål og strategier blir derfor krevende å følge opp. Utarbeidelse av et elektronisk verktøy (styringshjul) for slik oversikt pågår i samarbeid mellom klinikker, foretakscontroller og Kvalitetsavdelingen.

Klinikkene er ansvarlig for iverksettelse og oppfølging av relevante tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet. De fleste klinikkene har innført de fleste innsatsområdene. Implementering av nye regionale prosedyrer for legemiddelsamstemming er under implementering. Det pågår et arbeid for å utarbeide rapport i det elektroniske ledelsesinformasjonssystemet (HN-LIS), for å følge måloppnåelsen.

Infeksjonskontrollprogrammet i UNN består av smittevernrutiner, nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk, antibiotikastyringsprogram UNN, Antibiotikateam (A-team), retningslinjer for avfallshåndtering, norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS) samt smittevernvisitter. Nytt IKT-verktøy for prevalensregistrering er tatt i bruk. Ny arbeidsfordeling i prevalensregistreringen har fungert bra. Det har vært et økende antall gjennomførte smittevernvisitter i 2017.

Styringssystemet for informasjonssikkerhet gjelder all informasjonsbehandling som skjer i foretaket og skal sikre at administrerende direktør (databehandlingsansvarlig) etablerer nødvendige krav, operative retningslinjer og prosedyrer. Det er ikke innført tilfredsstillende prosedyrer og rutiner på alle områder, slik at lovpålagte plikter, pasienters og andre registrertes rettigheter etterleves.

UNN har fem års erfaring med miljøarbeidet og er sertifisert som Grønt sykehus. Resultatene viser at miljøstyringssystemet virker etter hensikten, men det er potensiale for ei bedring i oppfølging av mål og tiltak. En vesentlig mangel for miljøstyringen er at relevante indikatorer ikke er integrert i foretakets elektroniske ledelsesinformasjonssystem (HN-LIS). Slik tilgjengelighet vil enklere sikre en kvalitativ behandling av data, som grunnlag for den tertiale og årlige prestasjonsevalueringen på miljø.

UNN har ikke nådd miljømålene på alle områder. Det er igangsatt et lagerstyringsprosjekt for å redusere forbruk og svinn. Det jobbes med å sikre at forbruk av lystgass kan måles. Oppfølging av miljøarbeidet settes inn i et årshjul. Det utarbeides en plan for å få miljøindikatorerne inn i det elektroniske ledelsesinformasjonssystemet.

Medvirkning

Saken er forelagt felles drøftings- og medvirkningsmøte for ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt brukerutvalgets arbeidsutvalg fredag 8.6.2018. Møtet sluttet seg til at saken

forelegges styret til endelig behandling 21.6.2018. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av egen medvirkning i prosessen rundt utvikling av fremtidige LGG-rapporter.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at ledelsens gjennomgang av virksomheten for 2017 er gjennomført etter prinsippene i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, og at måloppnåelse for vedtatte hovedområder i ny modell er gjennomgått og evaluert. Dette er et skritt i riktig retning mot den nye modellen som forventes implementert i løpet av en treårs periode.

Direktøren er ikke fornøyd med at det ennå ikke er innført tilfredsstillende prosedyrer og rutiner på alle områder, slik at lovpålagte plikter, pasienters og andre registrertes rettigheter etterleves når det gjelder informasjonssikkerhet og personvern. Arbeidet med innføring av elektronisk kompetansestyring er godt i gang. Det gjenstår likevel et betydelig arbeid før alle enheter har på plass det faglige innholdet. Direktøren er tilfreds med de positive resultater innenfor smittevernområdet. Det er viktig at ledere følger opp etterlevelse av rutiner og overvåker egne resultater på smittevernområdet. Direktøren er tilfreds med den positive utvikling i meldekultur. Det er likevel viktig å rette et økende fokus mot oppfølging av avvik og uønskede pasienthendelser, for å sikre læring og forbedring. For å øke pasientsikkerheten er det et mål å sikre at overlappende prosedyrer erstattes av en overordnet prosedyre. Direktøren er fornøyd med den bedrede gjennomføringen av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker. Det er gjort et betydelig arbeid med å forbli sertifisert som Grønt sykehus. Direktøren erkjenner at vi til tross for god fremgang fortsatt har flere områder til forbedring av miljøstyringen.

Gjennom arbeidet med ny modell for ledelsens gjennomgang er Beredskap pekt ut som et nytt hovedområde som vil inngå i LGG fra 2018. Det vurderes også at personalområdet (AML-brudd, sykefraværsoppfølging og rekruttering), styrets hovedindikatorer og økonomi skal inkluderes i fremtidig LGG.

Konklusjon

Den samlede vurderingen er at UNN har hatt en positiv utvikling i 2017. LGG har avdekket områder med manglende måloppnåelse. Det viktigste funnet er likevel at det er avdekket mangler på systemnivå, som har dannet grunnlag for beslutning om ny modell for interne revisjoner, ny modell for LGG og nytt elektronisk styringshjul.

Resultater fra arbeidet med LGG vil bli fulgt opp på foretaksnivå og i klinikkene. Flere av tiltakene er allerede påbegynt. Oppfølgingen av LGG 2017 inngår i LGG 2018.

Tromsø, 8.6.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tiltaksliste LGG 2017
2. Rapporten *Ledelsens gjennomgang - 2017*

Ledelsens gjennomgang 2017 - tiltaksliste

Bakgrunn

Direktørens ledergruppe vedtok ny modell for gjennomføring av LGG 9. januar 2018, i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Ny modell innebærer å gjennomføre LGG både på avdelings-, klinikk og foretaksnivå. Tidligere modell for LGG var en delvis gjennomgang av resultater og delvis gjennomgang av styringssystemet. I ny modell vil LGG være en gjennomgang av styringssystemet, der en ser til at systemet er godt nok etablert til å sikre at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. LGG 2017 er gjennomført delvis i tråd med ny modell. Vi er ikke kommet langt nok i iverksettingen til å gjennomføre LGG på avdelings- og klinikknivå denne gang. Ved neste Ledelsens gjennomgang vil en følge opp de tiltak som beskrives i LGG 2017.

Hovedområde Avvikssystem

Antall meldte avvik er jevnt økende, fra 4448 i 2013 til 8666 i 2017. Antall meldte pasienthendelser økte fra 289 til 1784 i samme periode. UNN gjennomførte 5 hendelsesanalyser på alvorlige pasienthendelser i 2017.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Den nye forbedringsstaben utarbeider program for systematisk opplæring i forbedringsarbeid for ansatte og ledere i UNN.	Forbedringsstab	1/1-19
KVAM-utvalgene skal ha som fast sak på møtene å behandle oversikt over avvik i egen klinikk/ senter. Herunder følge opp at avvikene gjennomgås, tiltak utarbeides og iverksettes og evaluere effekt.	Klinikksjefer Senterledere	1/10-18
Kommunikasjonsavdelinga er i gang med å utarbeide Kommunikasjonsplan for UNN. Planen skal også omfatte klinisk kommunikasjon. Faglig innhold i planen skal utarbeides i samarbeid med KVALUT.	Kommunikasjonsavd. KVALUT v/ Med fagsjef, Klinisk utdanningsavd. og Kvalitetsavdeling	1/11-18
Fullføre påbegynt arbeid med å utarbeide oversikter over hva som skal meldes og varsles innenfor de ulike fagområder: « <i>Avdelinger skal ha oversikter med eksempler på hva som skal meldes Meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3 og varsles Helsetilsynet etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.</i> », jfr PR31377 Alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt melding og varsling.	Klinikksjefer	1/10-18

Hovedområde dokumentstyring

Antall dokumenter i Docmap økte fra 21814 i 2016 til 23364 i 2017. Antallet prosedyrer er jevnt stigende, fra 8843 i 2012 til 12693 i 2017.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utarbeide mal for standardisering av overskrifter på prosedyrer i Docmap. Malen må beskrive hvordan en aktiverer relevante søkeord.	KVALUT v/Kvalitetsavdelingen	1/10-18
Etterlevelse av prosedyre PR24232 <i>Utarbeidelse og implementering av prosedyrer med gyldighet UNN HF.</i>	Klinikkene KVALUT	Kontinuerlig

Foreslå et regionalt prosjekt for utarbeidelse av flere regionalt overgrepene prosedyrer, ledet av regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet.	KVALUT v/ Med. fagsjef	1/9-18
--	------------------------	--------

Hovedområde Intern revisjon

Ny modell for interne revisjoner innebærer 3- årig revisjonsprogram og revisjoner gjennomført på foretaksnivå, klinikknivå og egeninspeksjoner.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Bruke funn fra interne revisjoner i forbedringsarbeid.	Klinikksjefer	Kontinuerlig
Opplæring av revisorer i klinikker og senter.	KVALUT v/ KA	1/10-18
Etablere prosess for klinikkvise revisjonsprogram.	KVALUT v/ KA	1/1-19
Etablere struktur for oversikt over oppfølgende arbeid etter funn revisjoner 2017. Inngår i implementering av ny modell for Ledelsens gjennomgang i UNN.		

Hovedområde Kompetansestyring

Kompetansemodule er et elektronisk verktøy som skal brukes til dokumentasjon av kompetanse; utviklingssamtaler, kompetanseplaner, utviklingsmål, og på sikt CV.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Definere systemansvar på foretaksnivå, herunder ansvarsfordeling Stabssenter og fagmiljøene.	Stabssenter	1/10-19
Utarbeide oversikt over relevante områder for foretakssentrale planer og -krav.	Stabssenter	1/10-19

Hovedområde Systematisk HMS-arbeid

UNNs kvalitets- og styringssystem er sammensatt og planlagt slik at det skal være mulig for ledere å etterleve lovpålagte krav. Mangelfull samlet oversikt over gjennomførte tiltak gjør etterlevelsen av vedtatte mål og strategier krevende å følge opp.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Styringshjulets funksjonalitet skal videreutvikles i samarbeid med klinikkene og andre relevante fagmiljøer	Foretakscontroller KVALUT Klinikksjefer	31/12-18
Arbeidet skal koordineres med utvikling av ny modell for Ledelsens gjennomgang	Foretakscontroller KVALUT	Pågår
Oppfølging av ForBedring skal gjennomføres i alle enheter	Klinikksjefer Stabssenter KVALUT	31/12-18

Hovedområder Pasientsikkerhetsprogrammet

Den enkelte enhet er ansvarlig for iverksettelse og oppfølging av relevante tiltakspakker.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Kommunikasjonskanaler som intranett og Pingvinavisa skal benyttes som spredning av gode resultater.	KVALUT Stabssenteret	Pågår

Regionale prosedyrer for legemiddelsamstemming skal implementeres. Rapporten som er under utvikling i Helse Nord LIS skal benyttes for oppfølging av legemiddelsamstemmingen.	Klinikksjefer KVALUT	
Nye innsatsområder som er under pilotering i UNN skal rulles ut strukturert.	Klinikksjefer KVALUT	Pågår

Hovedområde Smittevern

Infeksjonskontrollprogram UNN består av følgende:

- Smittevernrutiner.
- Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk:
 - Antibiotikastyringsprogram UNN og Antibiotikateam (A-team).
- Retningslinjer for avfallshåndtering.
- Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS).
- Smittevernvisitter.

Tiltak	Ansvarlig	Frist
IKT-verktøy skal benyttes til prevalensregistreringer og arbeidsfordelingen mellom Smittevernsenteret og klinikkene videreføres	Klinikksjefer Smittevernsenter	Pågår
Smittevernpersonell inviteres til å delta på alle smittevernvisitter	Klinikksjefer	1/10-19

Hovedområde personvern og informasjonssikkerhet

Styringssystemet for informasjonssikkerhet gjelder all informasjonsbehandling som skjer i foretaket og skal sikre at administrerende direktør (databehandlingsansvarlig) etablerer nødvendige krav, operative retningslinjer og prosedyrer. Dette innebærer å organisere virksomheten slik at lovpålagte plikter, pasienters og andre registrertes rettigheter etterleves.

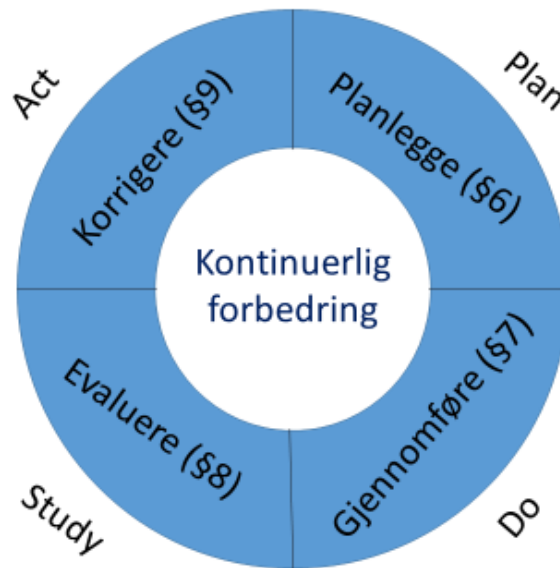
Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utarbeide plan for implementering av <i>sikker utskrift</i> i hele foretaket.	KVALUT v/PVO	1/1-19
Personvern- og informasjonssikkerhet skal inngå i sentrale kompetanseplaner og dokumenteres gjennomført i kompetansemodule i Personalportalen.	Klinikksjefer Senterledere	1/1-19
Rutiner for <i>systematisk tilgangskontroll</i> må innarbeides ved nyttilsetting, endring og ved avslutning av arbeidsforhold.	Stabssenteret	1/11-19
Dagens praksis for systematisk innsynskontroll videreføres inntil nasjonal løsning er på plass.	KVALUT v/PVO	Pågår

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

Styret og administrerende direktør har ansvar for etablering, implementering og oppfølging av ledelsessystemet for miljø. Ansvar er delegert til drifts- og eiendomssjefen.

Miljømål	Tiltak	Ansvarlig
Redusere CO2 utslippet	Sikre at forbruk av lystgass blir målbart.	Leder teknisk drift
Forbruk og svinn	Innføre lagerstyringsprosjekt for å redusere forbruk og svinn.	Avdelingsleder forsyning

Oppdatering av dialogavtaler og behandling i ledermøter/KVAM	Det skal gjennomføres internrevisjoner og gransking av dialogavtaler og KVAM protokoller i 2018. (Lagt inn i revisjonsprogram og årshjulet).	Miljørådgiver i samarbeid med KVALUT
Kvalitets sikre uttak og behandling av miljøindikatorer	Utarbeide plan for bedre oppfølging av resultat på miljøindikatorer.	Miljørådgiver



Ledelsens gjennomgang 2017

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

5. juni 2017

Innhold

Innledning.....	2
Formål.....	2
Hovedområde Avvikssystem	3
Beskrivelse av systemet for avvik.....	3
Avvikssystem - konklusjon og anbefalinger.....	5
Hovedområde dokumentstyring	5
Beskrivelse av systemet for dokumentstyring:	6
Dokumentstyring - Konklusjon og anbefalinger.....	7
Hovedområde Intern revisjon	7
Beskrivelse av systemet for intern revisjon:	7
Intern revisjon - Konklusjon og anbefalinger	8
Hovedområde Kompetansestyling.....	8
Beskrivelse av systemet for kompetansestyling	8
Kompetansestyling - Konklusjon og anbefalinger.....	9
Hovedområde Systematisk HMS-arbeid	9
Beskrivelse av systemet for internkontroll av HMS i UNN.....	9
Systematisk HMS-arbeid - Konklusjon og anbefalinger	11
Hovedområde Pasientsikkerhetsprogrammet	11
Beskrivelse av systemet for pasientsikkerhetsprogrammet:	11
Pasientsikkerhetsprogrammet - Konklusjon og anbefalinger	12
Hovedområde Smittevern	12
Beskrivelse av systemet for smittevern:	12
Smittevern - Konklusjon og anbefalinger	14
Hovedområde personvern og informasjonssikkerhet.....	14
Beskrivelse av systemet for personvern og informasjonssikkerhet.....	14
Personvern og informasjonssikkerhet - Konklusjon og anbefalinger.....	16
Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus.....	16
Beskrivelse av miljøstyringen i UNN.....	16
Status og endringer siden LGG 2016	16
Grad av måloppnåelse 2017.....	17
Ledelsessystemets hensiktsmessighet, tilstrekkelighet og virkning	21
Tiltak til oppfølging for å sikre måloppnåelse	21

Ledelsens gjennomgang 2017

Innledning

Direktørens ledergruppe vedtok ny modell for gjennomføring av Ledelsens gjennomgang (LGG) 9. januar 2018, i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Ny modell innebærer å gjennomføre LGG både på avdelings-, klinikk og foretaksnivå. Tidligere modell for LGG var en delvis gjennomgang av resultater og delvis gjennomgang av styringssystemet. I ny modell vil LGG være en gjennomgang av styringssystemet på overordnet nivå, der en ser til at systemet er godt nok etablert til å sikre at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres på alle nivåer i organisasjonen. Etablering av LGG på avdelings- og klinikknivå legger til rette for at den enkelte enhet følger opp egne resultater. Forbedringsområder som ikke lar seg løse på lavere nivå løftes til foretaksnivå. LGG 2017 er gjennomført delvis i tråd med ny modell. Vi er ikke kommet langt nok i iverksettingen til å gjennomføre LGG på avdelings- og klinikknivå denne gang.

Hovedområdet miljøledelse er del av LGG for første gang. Beskrivelsen er bygget opp i tråd med ISO-sertifiseringens krav, og følger derfor en annen oppbygging enn de øvrige hovedområdene.

Formål

Ledelsens gjennomgang har som formål å synliggjøre virkningen av internkontrollen i Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN), og undersøke og bedømme om foretaket har tilstrekkelige systemer for å planlegge, gjennomføre, analysere og korrigere. Dersom det i gjennomgangen avdekkes mangler, skal ledelsen iverksette tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen. Denne rapporten behandles i UNNs ledergruppe før den forelegges styret i UNN.

Hovedområde Avvikssystem

Mål og planer 2017:

- Øke bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk nasjonal klassifisering, jf Oppdragsdokumentet 2017.
- Etablere felles rutiner for oppfølging av avvik som understøtter læring og erfaringsoverføring, jf Dialogavtalen KVALUT.
Forbedre avvikssystemet og styrke arbeidet med å bruke avvik som forbedringsverktøy, jf Dialogavtalen Kvalitetsavdelingen.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

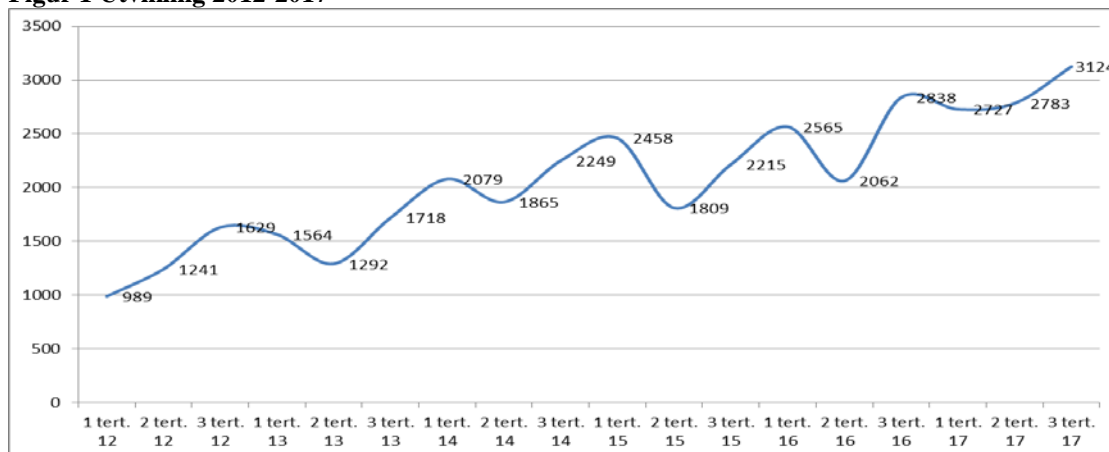
- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Beskrivelse av systemet for avvik

UNN benytter Helse Nord's felles elektroniske avviks- og dokumentstyringsverktøy Docmap. Alle ansatte skal ha tilgang til å melde avvik og lese relevante dokumenter fra sin startside, samt mulighet til å finne andre dokumenter via søk. UNN har 190 superbrukere som skal sørge for at ansatte har rett tilgang i Docmap. Systemadministrator UNN har all support til medarbeidere i UNN og er kontaktpunkt for alle systemfeil før det eventuelt oversendes Docmap sentralt.

Antall meldte avvik er jevnt økende.

Figur 1 Utvikling 2012-2017



I 2017 ble nytt nasjonalt klassifiseringssystem implementert i Docmap. Ny klassifisering bidrar til mer detaljert klassifisering av type hendelser og årsaksforhold.

Som en del av oppfølgingstiltak etter Sivilombudsmannens rapport 2016 er det gjennomført et eget opplæringsprogram «Melde for å lære» i Psykisk helse- og rusklinikken. Kvalitetsavdelingen har i løpet av 2017 gjennomført 2 ledersamlinger og 5 avdelings-/seksjonskurs.

Kvalitetsavdelingen gjennomgår alle pasienthendelser som meldes. Et utvalg av hendelsene blir behandlet i Pasientsikkerhetsutvalget. Alle meldte Pasienthendelser overvåkes og lukkes sentralt. Antall meldte pasienthendelser er sterkt økende.

Tabell 1 utvikling totalt meldt avvik og andel pasienthendelser

Type avvik	2013	2014	2015	2016	2017
Totalt meldte avvik	4448	6144	6737	7733	8666
Pasienthendelser	289	381	831	1346	1784

UNN gjennomførte 5 hendelsesanalyser på alvorlige pasienthendelser i 2017. Hensikten med analysen er å avdekke bakenforliggende årsaker til at hendelsen kunne skje og utarbeide tiltak for å hindre gjentakelse. Analysen er svært ressurskrevende både for analyseteamet og klinikkene. På senhøsten ble også hendelsesgjennomgang prøvd ut, en enklere metode for å avdekke bakenforliggende årsaker. Erfaringen var positiv. På en strukturert måte og med mindre ressursbruk er det mulig å avdekke bakenforliggende årsaker. Ny retningslinje for hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang ble oppdatert og behandlet i direktørens ledergruppe desember 2017.

Statistikk over avvik skal behandles i klinikk og i KVAM-struktur. I mai 2017 ble det utarbeidet en ny rapport i Docmap som gir en utvidet oversikt over hendelser. Kvalitetsavdelingen har presentert ny rapportfunksjonalitet for KVAM-utvalgene. Det ble utnevnt klinikkontakter og gjennomført opplæring for uttak av statistikk samt enkel excel-opplæring.

Vurdering av hendelsesanalyse/-gjennomgang og nye rapportmuligheter i Docmap avviksmodule

Planlegging: Med utgangspunkt i nye nasjonale klassifiseringer ble det utarbeidet ny rapport i avvikssystemet. Formålet var at Klinikkene og ledere skal få en bedre oversikt over hendelsestyper og årsaker til avvik i egen enhet til bruk i forbedringsarbeid lokalt. Kvalitetsavdelingen presenterte den nye funksjonaliteten for Kvalitetsutvalget. Utvalget anbefalte at Kvalitetsavdelingen skulle ut i klinikkene og informere og lære opp i bruk av ny rapportmulighet.

UNN iverksatte hendelsesanalyse som metode for å avdekke risikoområder ved alvorlige pasienthendelser.

Gjennomføring: Kvalitetsavdelingen presenterte KVAM-utvalgene for mulighetene i den nye rapporten. Klinikkene fikk i oppdrag å utpeke medarbeider som skulle få en grundigere opplæring som ressurspersoner i klinikken. Opplæring ble gitt høsten 2017.

Hendelsesanalysene viste seg å være et nyttig verktøy i å avdekke mulige risikoområder som utgangspunkt for tiltak. Utfordringen viste seg å være størst der det var behov for å utarbeide og beslutte tiltak på tvers av klinikker.

Evaluering: Bruk av rapporter er økende, men det oppleves fremdeles som vanskelig å ut data fra avvikssystemet. Ved gjennomføring av kurs kommuniserte klinikkdedikerte medarbeidere behov for opplæring i excel. Mangelfull opplæring i excel gjør at bruk av rapportdata i excelformat forblir lite tilgjengelig.

Det er behov for at oppfølgingen etter hendelsesanalyser koordineres for å sikre at det utarbeides adekvate tiltak når hendelsen har vært på tvers av klinikker.

Korrigerings: Hvorvidt en klarer å hente ut og presentere data for eget område vurderes å være personavhengig. Ytterligere opplæring vil sannsynligvis ikke ha særlig effekt. Det er behov for en mer brukervennlig tilgang på og fremstilling av styringsdata. Helse Nord har vedtatt å ta i bruk ny versjon av Docmap i 2018. Ny versjon vil ha rapportside med grafer og visninger (dashboard), som gjør oversikt enklere tilgjengelig for alle. I tillegg er det et mål å få inn data fra avvikssystemet til HN-LIS. Dette vil gjøre data mer tilgjengelig for ledere.

I oppdatert retningslinje for Hendelsesanalyser og -gjennomgang i(DS12758) er ansvaret for å koordinere oppfølging etter hendelsesanalyser gitt til den som leder hendelsesanalysen.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017

Tilgang til avvikrappporter er blitt betydelig bedre, men rapportene fordrer utvidet excelkunnskap. Dette er veldig personavhengig. Data er ikke tilstrekkelig tilgjengelig for alle ledere til at de kan benyttes lokalt i analyse- og forbedringsarbeid.

Hendelsesanalyser gir god informasjon til det oppfølgende forbedringsarbeidet etter alvorlige hendelser, men det er krevende å få til utarbeidelse av tiltak på tvers av klinikker.

Forbedringer som har utpekt seg i 2017

Ved innføring av nasjonal klassifisering i avvikssystemet er det betydelig enklere å få oversikt over hendelsestyper og årsaker til at hendelser skjer. Dette gir organisasjonen et bedre grunnlag for forbedringsarbeid sentralt og lokalt. Det er flere klinikker som har laget egne oversiktsrapporter over avvik i 2017. Det er også en betydelig større etterspørsel etter rapporter over avvik i organisasjonen.

Utviklingsarbeidet på hendelsesanalyser i 2017 har resultert i en oppdatert retningslinje for hendelsesanalyse og –gjennomgang, herunder at det oppfølgende forbedringsarbeidet skal koordineres av analyseteamleder.

Avvikssystem - konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Den nye forbedringsstaben utarbeider program for systematisk opplæring i forbedringsarbeid for ansatte og ledere i UNN.	Forbedringsstab	1/1-19
KVAM-utvalgene skal ha som fast sak på møtene å behandle oversikt over avvik i egen klinikk/ senter. Herunder følge opp at avvikene gjennomgås, tiltak utarbeides og iverksettes og evaluere effekt.	Klinikksjefer Senterledere	1/10-18
Kommunikasjonsavdelinga er i gang med å utarbeide Kommunikasjonsplan for UNN. Planen skal også omfatte klinisk kommunikasjon. Faglig innhold i planen skal utarbeides i samarbeid med KVALUT.	Kommunikasjonsavd. KVALUT v/ Med fagsjef, KUA og KA	1/11-18
Fullføre påbegynt arbeid med å utarbeide oversikter over hva som skal meldes og varsles innenfor de ulike fagområder: <i>«Avdeler skal ha oversikter med eksempler på hva som skal meldes Meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3 og varsles Helsetilsynet etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.»</i> , jfr PR31377 Alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt melding og varsling.	Klinikksjefer	1/10-18

Hovedområde dokumentstyringMål og planer 2017:

- Utarbeide sak om hvordan prosedyrearbeidet i UNN skal organiseres, jf. Dialogavtalen. Koordinere og videreutvikle arbeidet med felles faglige prosedyrer for UNN i Docmap, jf. Dialogavtalen.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

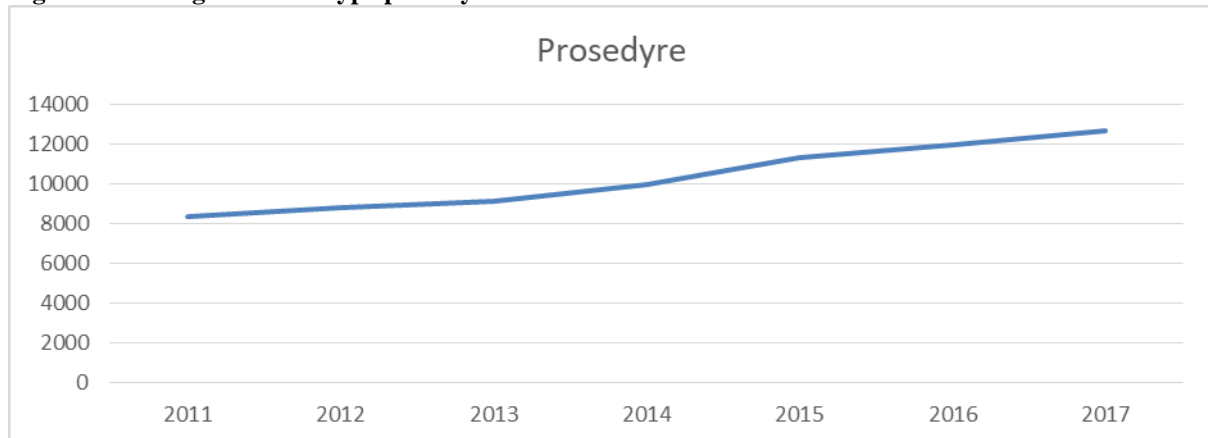
- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- DS1920 Legemiddelhåndtering i UNN, oppdatering i hht lov-/forskriftsendring.

Beskrivelse av systemet for dokumentstyring:

UNN benytter Helse Nord's felles elektroniske avviks- og dokumentstyringsverktøy Docmap. Alle ansatte skal ha tilgang til å lese relevante dokumenter fra sin startside og ha tilgang til andre dokumenter via søk.

UNN HF har 23364 dokumenter i Docmap (21814 i 2017). Av disse er 12693 prosedyrer. Antallet er jevnt stigende.

Figur 2 Utvikling dokumenttype prosedyre



Kvalitetsavdelingen overvåker revideringsfrister og sender ut lister til klinikkene med oversikt over dokumenter med overskredet frist. Det oppfordres til å rydde i dokumenter på alle nivå. Klinikkene er ansvarlige for egne dokumenter i Docmap.

I 2017 ble ny prosedyre for overordnet prosedyrearbeid revidert og iverksatt (PR24232). Det er også utarbeidet en implementeringsplan for iverksetting av nye overgripende prosedyrer (OL2593). Ny prosedyre og implementeringsplan ble pilotert på oppdatering av alle dokumenter i *DS1920 Legemiddelhåndtering i UNN*.

Vurdering av utarbeiding og implementering av Legemiddelhåndtering UNN HF

Planlegging: Med utgangspunkt i endring av lovverk og gjennomført intern revisjon på medisinsk klinikk, ble det gjort ei oppdatering av *DS1920 Legemiddelhåndtering i UNN*. Oppdateringen ble utført av ei arbeidsgruppe bestående av personer fra Kvalitetsavdelingen, Medisinsk klinikk, Drifts- og eiendomssenteret og Sykehusapotek Nord. Formålet var å etablere oppdaterte overordnede, like føringer og prosedyrer for legemiddelhåndteringen i hele foretaket.

Gjennomføring: Arbeidsgruppen gjennomførte oppdateringen av DS1920. Kvalitetsnettverket ble brukt som test og høringsinstans underveis i arbeidet. Ved ferdigstillelse av prosedyresamlingen ble overflødige og lokale prosedyrer tilbaketrukket. Implementeringsplanen ble utarbeidet av Kvalitetsnettverket og publisert på intranett.

Evaluering: Medisinsk klinikk og Sykehusapotek Nord igangsatte en oppfølgende internrevisjon høsten 2017, for å evaluere om oppdateringen av DS1920 var iverksatt. I tråd med UNNs 3 årige revisjonsprogram skal det gjennomføres interne revisjoner på legemiddelhåndtering i alle klinikker.

Korrigerings: Når første revisjon er gjennomført, skal gruppen se på resultatene og vurdere om implementeringsplanen har virket og samtidig vurdere behov for forbedring.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

Tidligere tiltak med utsending av lister på revideringsfrister og leseoppslag til klinikkene, har ikke gitt effekt vedrørende økning av dokumenter og overholdelse av revisjonsfrister.

UNN mangler delegasjonsreglement utover økonomi. Dette medfører uklarheter i hvem som skal være dokumentansvarlig og godkjenner på UNN-overgripende prosedyrer.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017

DS1920 bestod tidligere av prosedyrer på flere nivåer. Noen av de underliggende var ikke i tråd med de overordnede. Oppdateringen av DS1920 bidro til at prosedyrene ble gjort gjeldende for alle enheter som håndterer legemidler, og at legemiddelhåndteringen i UNN skal gjennomføres på samme måte alle steder.

Dokumentstyring - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utarbeide mal for standardisering av overskrifter på prosedyrer i Docmap. Malen må beskrive hvordan en aktiverer relevante søkeord.	KVALUT v/Kvalitetsavdelingen	1/10-18
Etterlevelse av prosedyre <i>PR24232 Utarbeidelse og implementering av prosedyrer med gyldighet UNN HF.</i>	Klinikkene KVALUT	Kontinuerlig
Foreslå et regionalt prosjekt for utarbeidelse av flere regionalt overgripende prosedyrer, ledet av regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet.	KVALUT v/ Med. fagsjef	1/9-18

Hovedområde Intern revisjon

Mål og planer 2017:

- Utvikling av ny 3-deltmodell for Intern revisjon i UNN og 3-årig revisjonsprogram.
- Ny modell vedtatt av direktørens ledergruppe.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

- Ny Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Beskrivelse av systemet for intern revisjon:

- Ny 3 delt modell (foretak, klinikk, egeninspeksjon) og 3-årig program.
- Roller, ansvar, beslutningslinjer definert.
- Oppfølging av revisjoner, i klinikk og KVALUT.
- Dokumentasjon av funn og oppfølging.

Vurdering av utarbeiding og implementering av ny modell for intern revisjon:

Planlegging: Prosess for utvikling av revisjonsprogram på foretaksnivå er beskrevet og godkjent av direktør.

Gjennomføring: Revisjonsprogrammet for 2017 ble gjennomført, med noen endringer.

Evaluerings: 1-årig program ga lite rom for langsiktig planlegging av tema for interne revisjoner. Revisjonsprogrammet tilfredsstilte ikke eksterne krav til interne revisjoner. Revisjonsprogrammet omhandlet bare revisjoner på foretaksnivå, noe som medførte liten grad av eierskap i klinikkene. Det

ble besluttet å innføre 3-årig revisjonsprogram på foretaksnivå, klinikknivå og i form av egeninspeksjoner.

Korrigerig: Utvikling av 3-årig program og tredelt gjennomføring som legger til rette for lokalt eierskap og økt antall revisjoner i hele virksomheten.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

- Funn som gjelder hele organisasjonen følges ikke opp i alle relevante enheter.
- Krevende å få gjennomført tilstrekkelig antall revisjoner.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017

- Synergi i bruk av revisjonskompetanse på tvers av klinikker og senter, som erfaringsoverføring og kompetansebygging.

Intern revisjon - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Bruke funn fra interne revisjoner i forbedringsarbeid.	Klinikksjefer	Kontinuerlig
Opplæring av revisorer i klinikker og senter.	KVALUT v/ KA	1/10-18
Etablere prosess for klinikkvise revisjonsprogram.	KVALUT v/ KA	1/1-19
Etablere struktur for oversikt over oppfølgende arbeid etter funn revisjoner 2017. Inngår i implementering av ny modell for Ledelsens gjennomgang i UNN.	KVALUT v/ KA	1/6-19 (igangsatt)

Hovedområde Kompetansestyring

Mål og planer 2017:

- Implementere elektronisk kompetansestyring - Kompetansemodulen, jf.Dialogavtalen.
- Opplæring i bruken av Kompetansemodulen.
- Prioritering av sentrale kompetanseplaner og –krav.
- Tildel sentrale kompetanseplaner til ansatte og følge opp progresjon.
- Utarbeide og tildele lokale kompetanseplaner.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Beskrivelse av systemet for kompetansestyring

Vurdering av prosessen - implementering av elektronisk kompetansestyring

Planlegging:

- Planlegging og gjennomføring av opplæring.
- Utarbeidet forslag til prioriteringsliste med sentrale kompetanseplaner. Avklare godkjenner og forfatter på planer. Kartlegge behov for hvilke områder sentrale kompetansekrav skal utarbeides for.
-
- Avklare/fordele ansvar for opprettelse av sentrale kompetansekrav.

Gjennomføring:

- Gjennomført opplæring i hele organisasjonen.

- Forslag til opprettelse av arbeidsgruppe som skal kartlegge behov for sentrale kompetanseplaner og –krav.
- Tildeling av sentrale kompetanseplaner (obligatorisk opplæring).

Evaluering

- Rapportering jevnlig til regional prosjektleder på fullføringsgrad av opplæringen.
- Rapport på tildelte planer og fullføringsgrad i KM.

Korrigerings

- Kartlegging av videre behov for opplæring og tilbud om flere kurs – kontinuerlig justering.
- Forslag til revisjon av sentrale kompetanseplaner, bør gjennomføres 6- 8 mnd. etter iverksetting.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

Tids- og ressurskrevende å gi opplæring og lage sentrale kompetanseplaner. Behov for retningslinjer for forvaltning av krav som legges i KM.

Opplæring som omhandler oppfølging av læringsmålplaner til LIS-leger har vært undervurdert. Det er tydelig behov for tettere samarbeid med Regional utdanningsenhet.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017

Behov for samarbeidsarena mellom fagpersonell som bør ha ansvar for sentrale kompetanseplaner og –krav, og Lederutvikling og organisasjon som har ansvar for opplæring og forvaltning av KM.

Behov for beslutning om ansvars plassering knyttet til utarbeidelse og vedlikehold av sentrale fagrelaterte planer og krav.

Kompetansestyring - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Definere systemansvar på foretaksnivå, herunder ansvarsfordeling Stabssenter og fagmiljøene.	Stabssenter	1/10-19
Utarbeide oversikt over relevante områder for foretakssentrale planer og -krav.	Stabssenter	1/10-19

Hovedområde Systematisk HMS-arbeid

Mål og planer 2017:

- Videreutvikle bruken av elektronisk årshjul HMS til å gjelde hele klinikker.
- Utvikle årshjul HMS (senere kalt Styringshjulet) på ny plattform og koordinert med arbeidet med oppdragsstyring.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

Ny Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fra 1. jan 2017 har medført økt oppmerksomhet om bedre styring og kontroll.

Beskrivelse av systemet for internkontroll av HMS i UNN

UNNs kvalitets- og styringssystem er sammensatt og planlagt slik at det skal være mulig for ledere å etterleve lovpålagte krav. Relevante støttefunksjoner i denne sammenheng er organisert på tvers av Drifts- og eiendomssenteret, Stabssenteret, Diagnostisk klinikk og Kvalitets- og utviklingscenteret.

Det overordnede HMS- og forbedringsarbeidet ivaretas gjennom:

- KVAM-strukturen
- Dialogavtale: målsetting, tiltak og dokumentasjon.
- Avvikssystemet: dokumentasjon, analyse og oppfølging.
- Interne revisjoner og hendelsesanalyser/-gjennomganger: avdekke risiko- og forbedringsområder.
- Risikostyring: analyse, vurdering og evaluering.
- Ledelsens gjennomgang (LGG) på foretaks- og klinikknivå: følge opp risikoområder.

Relevante dokumenter i HMS-arbeidet, som overordnede strategier og prosedyrer, rapporter fra analyser og risikovurderinger, eksterne tilsyn og interne revisjoner, vernerunder, måldokument HMS, oppfølgende handlingsplaner og lignende, er dokumentert i ulike systemer.

Vurdering av systemet:

Tilsynsmyndighetene har gjentatte ganger påpekt svikt i det systematiske HMS-arbeidet, herunder at det ikke sikres at vi både planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer.

Mangelfull samlet oversikt over gjennomførte tiltak gjør etterlevelsen av vedtatte mål og strategier krevende å få til.

Vurdering av arbeidet med nytt årshjul HMS/styringshjulet:

Planlegging: Det ble utviklet et elektronisk verktøy for fordeling av gjennomgående internkontrolloppgaver, med utgangspunkt i dagens dialogavtaleverktøy. I verktøyet vil administrasjon og dokumentasjon av internkontrollarbeidet, herunder også ansvars plassering og oppfølging, tydeliggjøres i et mer transparent system.

Gjennomføring: Det elektroniske styringshjulet har vært testet i Laboratoriemedisinsk avdeling i 2016 og på nytt høsten 2017. Avdelingen har bidratt med ressurser og gitt nyttige innspill i den kritiske startfasen i utvikling av verktøyet.

Evaluering: Verktøyet antas å forenkle rapporteringen til årlig melding, årsrapporter, ledelsens gjennomgang, samt ved forberedelser til eksterne tilsyn og interne revisjoner mv. Brukerperspektivet er ivaretatt ved at ledere i først linje har testet verktøyet og gitt tilbakemelding på forbedringer.

Testavdelingen var så fornøyd med den nye versjonen at det ble fremmet egen sak for ledelsen i UNN. Direktørens ledergruppe besluttet at Diagnostisk klinikk og Psykisk helse- og rusklinikken ble valgt til pilotklinikker i 2018.

Korrigerings:

Piloten ble utvidet til å gjelde hele klinikker. Gjennom utviklingsarbeidet har verktøyet vist potensiale til å kunne omfatte det meste av kvalitets- og forbedringsarbeidet, og dermed fått navnet Styringshjulet. Forbedrede overordnede prosedyrer for internkontroll i UNN ble igangsatt.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

Tilgang til ressurser hos HN-IKT har vært en begrensende faktor i utviklingen av nytt elektronisk styringshjul.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017:

Styringshjulet er designet slik at det gir en enkel og oversiktlig beskrivelse av systemet og anses å være godt egnet til bruk i møter og på tavler.

Styringshjulet oppleves av testavdelinger å bidra til å forenkle tilgang til dokumentasjon og rapportering, som vil bidra positivt i gjennomføringen av ny modell for Ledelsens gjennomgang.

Rapportering av status i utviklingsarbeidet til direktørens ledergruppe skjer etter at pilotering er avsluttet, med anbefaling om videre plan.

Systematisk HMS-arbeid - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Styringshjulets funksjonalitet skal videreutvikles i samarbeid med klinikkene og andre relevante fagmiljøer	Foretakscontroller KVALUT Klinikksjefer	31/12-18
Arbeidet skal koordineres med utvikling av ny modell for Ledelsens gjennomgang	Foretakscontroller KVALUT	Pågår
Oppfølging av ForBedring skal gjennomføres i alle enheter.	Klinikksjefer Stabscenter KVALUT	31/12-18

Hovedområde Pasientsikkerhetsprogrammet

Mål og planer 2017:

Oppdragsdokument 2017 fra Helse Nord RHF. Pkt. 3.6: Krav for 2017:

- Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene rapporteres i tertialrapport.
- Koordinere implementering av innsatsområdene i Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, jf. Dialogavtalen.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Beskrivelse av systemet for pasientsikkerhetsprogrammet:

Den enkelte enhet er ansvarlig for iverksettelse og oppfølging av de tiltakspakker som er aktuelle hos dem. Veiledning og opplæring gis på forespørsel.

Fra 3. tertial 2016 er det tatt i bruk en ny mal for rapportering. Denne er mer detaljert enn tidligere, og ansvarlig leder på enhetene krysser ut tiltak de har iverksatt og hvilke målinger de gjennomfører for resultatoppfølging. Deretter utarbeides en tertialvis rapport både på de enkelte innsatsområder og for den enkelte klinikk. Rapporten presenteres i kvalitets- og virksomhetsrapporten og følges opp i lederlinja. Rapporten gjennomgås også i Kvalitetsutvalget.

Vurdering av nytt rapporteringsverktøy:

Planlegging: Rapporteringsverktøyet ble utarbeidet etter mal fra Nordlandssykehuset. Tidligere var det kun rapportert rødt, gult og grønt fra hver enhet.

Gjennomføring: Skjemaet ble testet på tre enheter og deretter justert, før det ble benyttet på alle enheter fra rapportering 3. tertial 2016.

Evaluering: Skjemaet gir en langt bedre oversikt og det er mulighet til å skrive kommentarer. Det blir tydeligere for enhetene hvilke tiltak som inngår i de enkelte innsatsområdene, og i hvilken grad tiltak med tilhørende målinger er på plass. Ny mal gir en mer presis rapportering totalt i foretaket og klinikkjefene får en bedre oversikt over status i segen klinikk. De fleste klinikker har de fleste innsatsområdene implementert, men legemiddelsamstemming har hengt etter.

Korrigerings: Det er gjort mindre justeringer i skjemaene fra gang til gang, og det er laget et eget skjema for Psykisk helse- og rusklinikken, da de har langt færre innsatsområder som omhandler dem.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

Generelt gjøres de fleste målinger manuelt, og medfører et ekstraarbeid uten tilførsel av ekstra ressurser. Dette har tidvis bidratt til manglende registreringer og dermed oppfølging.

Påbegynt regionalt samstemmingsprosjekt ventes å få positiv effekt på både kvalitet og grad av samstemte legemiddellister. Prosjektet startet opp i 2017 på initiativ fra UNN, og implementeres i løpet av våren 2018.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017

Stadig flere enheter rapporterer alle innsatsområder implementert eller delvis implementert.

Pasientsikkerhetsprogrammet - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Kommunikasjonskanaler som intranett og Pingvinavisa skal benyttes som spredning av gode resultater	KVALUT Stabssenteret	Pågår
Regionale prosedyrer for legemiddelsamstemming skal implementeres. Rapporten som er under utvikling i Helse Nord LIS skal benyttes for oppfølging av legemiddelsamstemmingen.	Klinikkjefer KVALUT	1/1-19
Nye innsatsområder som er under pilotering i UNN skal rulles ut strukturert.	Klinikkjefer KVALUT	Pågår

Hovedområde Smittevern

Mål og planer 2017:

- Bidra til implementering av antibiotikastyringsprogram, jf. Dialogavtalen
- Bedre utnyttelse av smittevernvisitter, jf. Dialogavtalen.

Lov- og forskriftsendringer 2017:

- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Beskrivelse av systemet for smittevern:

Infeksjonskontrollprogram UNN (RL1237), består av følgende:

- Smittevernrutiner (PB0738).
- Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk (RL1764).
 - Antibiotikastyringsprogram UNN og Antibiotikateam (A-team) (intranett).
- Retningslinjer for avfallshåndtering (RL1310).
- Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS).
 - NOIS POSI – overvåking av postoperative sårinfeksjoner (RL2932).
 - NOIS PIHA – overvåking av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk (RL2941).

- Smittevernvisitter (PR33286)
 - 1 gang pr. mnd. på alle somatiske sengeposter.

Vurdere systemet for smittevern

Planlegging: Smittevernssenteret mottar data for NOIS POSI fra aktuelle avdelinger, kvalitetssikrer disse og leverer data til Folkehelseinstituttet (FHI). Resultater oversendes aktuelle ledere i UNN. Jevnlige møter med NOIS koordinatorene.

Avdelinger legger til rette for prevalensregistrering og Smittevernssenteret gjennomfører i samarbeid med farmasøyt NOIS PIHA (prevalens og antibiotikabruk), data leveres til FHI og resultater oversendes aktuelle ledere i UNN.

Smittevernvisitt 1 gang pr. mnd. på alle somatiske sengeposter:

- Ledende lege og ledende sykepleier er ansvarlig for å lede visitten.
- Smittevernssenteret deltar på visitten (avhengig av invitasjon fra avdelingen) i den grad ressursene tillater det.
- Smittevernssenteret mottar ferdig utfylt skjema fra alle avdelinger/seksjoner og arkiverer, systematiserer og sender ut tertialvise oversikter til aktuelle ledere og KVAM-utvalg.

Gjennomføring: Forutsatt at avdelinger leverer data for NOIS POSI til Smittevernssenteret og legger til rette for prevalensundersøkelse, kvalitetssikres data og resultat formidles til FHI og ledere i UNN.

Smittevernvisitter gjennomføres jevnt over regelmessig på alle somatiske sengeposter, Smittevernssenteret deltar på invitasjon og i den grad ressursene tillater det.

Evaluering: Enkelte avdelinger/enheter leverer ikke data for NOIS POSI til Smittevernssenteret innen fristen, og vi bruker til dels mye tid på å purre. Det har vist seg utfordrende å få utpekt kontaktleger til å utføre NOIS PIHA, videre har det vært mange feilregistreringer som det har vært tidkrevende å kvalitetssikre og rette opp. På bakgrunn av dette er det i 2017 prøvd ut en ordning hvor smittevernpersonell i samarbeid med farmasøyt har gått ut i avdelingene og registrert.

Korrigerings: Skjema for smittevernvisitter er korrigert i 2017 etter høringsrunde med innspill fra fagmiljøene.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

Det er fremdeles ikke 100% etterlevelse av arbeidstøyreglementet i alle enheter og det er ikke alle som forholder seg til nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Det er viktig at alle ledere har fokus på smittevern og følger opp smittevernarbeid.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017:

Endring av rutine, der smittevernpersonell i samarbeid med farmasøyt har vært hos avdelingene og registrert prevalens, medførte mer nøyaktig registrering og avlastning av klinikere.

Smittevern - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
IKT-verktøy skal benyttes til prevalensregistreringer og arbeidsfordelingen mellom Smittevernssenteret og klinikkene videreføres.	Klinikksjefer Smittevernssenter	Pågå
Smittevernspersonell inviteres til å delta på alle smittevernvisitter	Klinikksjefer	1/10-19

Hovedområde personvern og informasjonssikkerhet

Mål og planer 2017:

- Bidra til at UNN oppfyller gjeldende krav til IKT-sikkerhet, jf. Dialogavtalen og Oppdragsdokument.
- Velfungerende PVO-organisering, jf. Dialogavtalen og Oppdragsdokument.
- Ny elektronisk løsning for meldinger.
- Oppfølging av ROS-analyser.
- Arbeid med tilpasning til GDPR (EUs nye personvernforordning).

Lov- og forskriftsendringer 2017:

- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Beskrivelse av systemet for personvern og informasjonssikkerhet

Styringssystemet for informasjonssikkerhet gjelder all informasjonsbehandling som skjer i Helse Nord¹. Dette omfatter all behandling, lagring og kommunikasjon av informasjon både muntlig, på papir og digitalt. All bruk av IKT-verktøy er også inkludert.

Styringssystemet skal sikre at administrerende direktør (databehandlingsansvarlig) i alle helseforetak etablerer nødvendige krav, operative retningslinjer og prosedyrer. Dette innebærer å organisere virksomheten slik at lovpålagte plikter, pasienters og andre registrertes rettigheter etterleves. Styringssystemet skal også tydeliggjøre ansvars- og myndighetsforholdene mellom helseforetakene, Helse Nord IKT HF og Helse Nord RHF.

UNN HF har 3 medarbeider som jobber med informasjonssikkerhet og 2 medarbeider som jobber med personvern. I tillegg er jurist tilknyttet personvernarbeidet. Organisering av arbeidet er en utfordring da funksjonene ligger på forskjellige enheter. UNN har også overtatt personvernansvaret for Finnmarkssykehuset HF.

Sikkerhets- og personvernteam (PVO team) jobber i hovedsak med ROS analyse og godkjenner personregistre, herunder forsknings- og kvalitetsprosjekter.

Personverneombudet (PVO) behandler pasienthenvendelser angående forvaltning av pasientinformasjon (innsyn, logg, behandling m.v).

Sikkerhetssjef ivaretar ansvaret for utvikling og vedlikehold av elektronisk e-læringskurs, samt gjennomføring av opplæring/bevisstgjøring ute i organisasjonen.

Klinikkene har ansvar for at ansatte får den opplæring som er nødvendig. Herunder e-læringskurs i informasjonssikkerhet.

¹ Med Helse Nord menes hele foretaksgruppen med alle helseforetakene og det regionale helseforetaket.

Vurdering av system for personvern og informasjonssikkerhet – prosess sikker utskrift

I perioden 2016-2018 er det gjennomført 44 ROS-analyser i UNN, hvorav 17 gjelder bruk av behandlingsrettede registre (Dips, Partus fødesystem mv.), 9 fjernoppkoblingssystemer (8 leverandørspesifikke og standardløsningen til Helse Nord; Citrix/VPN). De øvrige dekker mindre fag- og administrative systemer.

I hovedsak kan de høyeste risikoer inndeles i 4 hovedområder:

1. Sikker utskrift. Dokumenter som skrives ut, blir liggende på skriveren og vil være tilgjengelig for uvedkommende. Risikoreduserende tiltak er å innføre sikker utskrift i UNN. Utredning er gjennomført, men innføring ikke planlagt. Denne risikoen berører alle avdelinger med unntak av noen få som har sikker utskrift implementert. (Årsak til avvik)
2. Bevisstgjøring av krav til behandling av sensitive opplysninger. Helsearbeidere trenger jevnlig å bli bevisstgjort på regelverket samt bruke de prosedyrer og rutiner som UNN har. Hovedtyngden av risikoreduserende tiltak er å systematisere bevisstgjøring gjennom de fellesaktivitetene (personalmøter mv.) avdelingene til vanlig gjennomfører.
3. Kontroll av ansattes tilganger. Det er mangler i kontrollen av ansattes tilganger, spesielt ved flytting av arbeidsområde. Kontrollen gjennomføres ikke systematisk. (Riksrevisjon har påpekt dette)
4. Systematisk kontroll av innsyn i journaler. UNN gjennomfører mange kontroller av innsyn i journaler, hovedsakelig på forespørsel fra pasienter. Krav i regelverket er at dette skal gjennomføres systematisk og jevnlig. Det pågår arbeid med å innføre felles nasjonal løsning for å automatisere denne kontrollen. Ferdigdato er ikke satt.

Her velges å vurdere punkt 1 som en foretaksovergrepene systemutfordring med høy risiko.

Planlegging: Utfordring vedrørende sensitiv og fortrolig informasjon på avveie ble påpekt første gang i 2009. Det ble utarbeidet egen rapport om innføring av *sikker utskrift* i 2016. Her ble det anbefalt at kostnader skulle belastes felles IKT budsjett. Det har vært gjennomført kartlegging av alle klinikker og definert antall nødvendige skrivere, samt fjerning av kontor-/plasskrivere. Innføring av *sikker utskrift* vil redusere antall skrivere totalt.

Gjennomføring: Klinikkene er ansvarlig for innkjøp av skrivere og får bistand til installasjon.

Utfordring ved gjennomføring er primært:

- Organisering av drift – manglende driftsavtale på sikker utskrift med HN-IKT. Drift ivaretas av KVALUT.
- Kostnadsfordeling ved innkjøp. Klinikker ønsker dette som et felles «løft» i UNN, men da er det foreslått at klinikkens budsjett skal reduseres tilsvarende.

Evaluerings: BUK og KVALUT har i stor grad innført sikker utskrift. Det er imidlertid stort etterslep i andre klinikker. For å sikre videre fremdrift med innføring av *sikker utskrift* er det behov for driftsavtale med HN-IKT. Økonomi synes å være en utfordring, da kostnadsfordelinger ikke er helt avklart.

Korrigerings: Det er igangsatt arbeid med å få driftsavtale med HN-IKT forventes ferdig i 2018. Det må også tas stilling på foretaksnivå hvordan kostnadsfordeling for innkjøp skal gjennomføres.

Forhold som har påvirket måloppnåelse 2017:

Det er ikke klare føringer for klinikkovergrepene innkjøp av eksempelvis IKT.

Eventuelle forbedringer som har utpekt seg i 2017

Utskriftskostnader er gått ned og sensitiv og fortrolig informasjon på avveie er redusert på de enheter som har tatt i bruk sikker utskrift.

Personvern og informasjonssikkerhet - Konklusjon og anbefalinger

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Implementering av <i>sikker utskrift</i> i hele foretaket.	KVALUT Klinikksjefer	1/1-19
Personvern- og informasjonssikkerhet skal inngå i sentrale kompetanseplaner og dokumenteres gjennomført i kompetansemodule i Personalportalen.	Klinikksjefer Senterledere	1/1-19
Rutiner for <i>systematisk tilgangskontroll</i> må innarbeides ved nyttilsetting, endring og ved avslutting av arbeidsforhold.	Stabscenteret Klinikksjefer	1/11-18
Dagens praksis for systematisk innsynskontroll videreføres inntil nasjonal løsning er på plass.	KVALUT	Pågår

Hovedområde Miljøledelse - Grønt sykehus

Beskrivelse av miljøstyringen i UNN

Styret og administrerende direktør har ansvar for etablering, implementering og oppfølging av ledelsessystemet for miljø. Gjennom dialogavtalen er ansvaret delegert til drifts- og eiendomssjefen. I dette ligger en plikt til å:

- Sikre at miljøpolicyen og miljømålene er fastlagt og forenlige med UNNs strategiske retning og kontekst.
- Sikre at ledelsessystemet integreres i UNNs strategiske prosesser.
- Sikre at ledelsessystemet for miljø har de nødvendige ressursene tilgjengelig.
- Koordinere nødvendige interne og eksterne prosesser.
- Formidle betydningen av effektiv miljøledelse og overholde kravene i ledelsessystemet for miljø.
- Gi resultat av miljøarbeidet gjennom ledelsens gjennomgang (LGG) og følge opp resultatene med tiltak i henhold til UNNs prinsipper for kontinuerlig forbedring.

Områdene som skisseres ovenfor følges opp med en årlig handlingsplan (årshjul).

Status og endringer siden LGG 2016

Oppfølgingstiltak i 2017

Tiltak: *I samarbeid med aktuelle klinikker gjennomfører Drifts- og eiendomssenteret og Kvalitets- og utviklingssenteret risikovurdering i forhold til bruk av lystgass, med formål om å oppnå reduksjon i forbruket.*

Status:

- Arbeidsmiljøutvalget (AMU) behandlet tiltaket i sak nr. 20/17 og fattet følgende vedtak: *AMU er kjent med at andre sykehus har faset ut lystgass og ber K3K og OPIN om å vurdere dette, og komme med tilbakemelding.*
- Drift- og eiendomssjefen kjenner ikke til at AMU har fått tilbakemelding fra Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K) og Operasjons- og intensivklinikken (OPIN) og legger til grunn at tiltaket følges opp av AMU.

Tiltak: Drifts- og eiendomssenteret sørger for at alle UNNs bygninger/lokalisasjoner blir registrert og oppdatert i forhold til energiforbruk og antall m² i kildedatabasen, slik at alle er med i beregningen av energiforbruket i UNN.

Status:

- Endelig oppdatering vil bli gjort etter ferdigstilling av A-fløy og PET- senter.

Eksterne og interne forhold relevant for ledelsessystemet for miljø, herunder samsvarsforpliktelser og interesseparters forventninger og behov

UNNs miljøstyringssystem er oppdatert etter nye krav i ISO standard 14001:2015 og UNN ble resertifisert i 2017. Risikovurdering av interne og eksterne forhold som påvirker måloppnåelse av ledelsessystemet for miljø og identifisering og samsvarsforpliktelse av relevante interesseparters behov og forventninger, er to nye krav i den nye standarden. I 2017 ble det derfor gjennomført en risikovurdering av relevant kontekst. Relevante interne og eksterne interesseparters behov og forventninger er identifisert og samsvarsforpliktet og samsvarevaluert. Resultatet viser at UNN har rutiner og prosedyrer som skal redusere risikoen.

Risikovurdering og endringer i vesentlige miljøaspekter

Etter gjennomført ny risikovurdering ble smittevern, bruk av bredspektret antibiotika og vann lagt til som miljøaspekter. Tiltak og resultat av smittevern, samt bruk av bredspektret antibiotika følges opp av de respektive klinikkene. Miljøtiltak er å ha kontroll på medisinsk avfall. UNN er en storforbruker av vann, og den interne og eksterne forvaltningen er ressurskrevende. Vann er derfor en vesentlig miljøfaktor og det er viktig at UNN har kontroll på forbruket og forvaltningen. Vann er også et nasjonalt og regionalt miljøaspekt.

Grad av måloppnåelse 2017

Tabell 2 Avvik og korrigerende tiltak

2017	2016	Differanse
82	84	3 %

Tabellen viser at det i 2017 er registrert 3 % færre miljøavvik sammenlignet med 2016. Beskrivelsene av avvikene i Docmap gir grunn til å stille spørsmål med om alle avvikene er miljøavvik. Tallene indikerer derfor mer en status på å meldte avvik enn antall miljøavvik. Det vises til risikovurderingen av kontekst, som dokumenterer at avvikskulturen i UNN ikke er god nok. Dette kan også dokumenteres i revisjonsrapporten fra Det norske Veritas i 2017.

Innholdet i avvikene er av en slik karakter at de ikke er gode nok for å vurdere korrigerende tiltak konkret. Som korrigerende tiltak skal dette ha fokus i kontinuerlig forbedringsarbeid.

Resultat av overvåkning og måling

Resultater fra overvåkning og målinger er fortsatt manuelle operasjoner. Det medfører usikkerhet rundt kvaliteten på tallene. Alle data er heller ikke tilgjengelige. Det er viktig for en kvalitativ miljøstyring å på sikt få integrert driftsdata i LIS.

Resultat overordnet miljømål:

UNN har som overordnet mål å redusere CO2 utslippet med 3 % årlig. Energiforbruk og transport er de miljøaspekter som bidrar mest til utslipp av CO2.

Tabell 3 Utvikling CO2 utslipp

CO2 utslipp UNN	%	2017	2016
Energi	4 %	19509	18790
Ansattreiser	4 %	2332	2251
Pasientreiser	-3 %	7156	7410
Internttransport	-3 %	147	152
Sum	2 %	29144	28603

Tabellen ovenfor viser at CO2- utslippet økte med 2 % i 2017 sammenlignet med 2016. Målet for 2017 om reduksjon er ikke nådd. En viktig årsak til dette er at energiforbruket økte med 4 %. Det er sannsynlig at byggeaktiviteten i 2017 har bidratt til økningen, og dette året er ikke representativt for normal drift. Forbruk av lystgass er ikke med i oversikten, fordi vi kun har tall på varebeholdning. Drift- og eiendomssjefen vil følge opp dette for å sikre oversikt over forbruk.

Resultat miljømål knyttet til miljøaspektene:

I 2017 integrerte UNN kvalitetsmål i miljøstrategien. En viktig begrunnelse er at sykehuspåførte infeksjoner og bruk av bredspektrert antibiotika utløser medisinsk avfall, med fare for forurensing til jord og vann. Oppdragsdokumentet angir klare mål for disse aspektene, og resultat på kvalitetsmålene vises foran i denne rapporten. For å forenkle fremstillingen er ikke tallene for 2016 tatt med i tabellene nedenfor.

Tabell 4 Resultat smitteavfall 2017 UNN HF totalt

Indikator	Resultat	2017	2016
		Kg smitteavfall	6 %

UNN har som miljømål å redusere smitteavfall med 3 % årlig. Tabellen ovenfor viser at mengden smitteavfall økte med 6 %. Økningen skyldes i hovedsak økning i UNN Brevika på legemiddelavfall (14% sammenlignet med 2016) Det er innført ny rutine på innsamling av legemidler, som kan ha påvirket resultatet. Det var også en økning i Narvik (+ 28 % sammenlignet med 2016). Økningen i Narvik kan skyldes en rapporteringsfeil fra avfallsselskapet. Det kan opplyses at det i 2018 er ute en anbudskonkurranse på levering av avfall. Et viktig moment i kravspesifikasjonen er at det blir et strengere krav til rapportering. Håndtering av smitte- og legemiddelavfall følges opp i samarbeid med Smittevernseterret. Det er en målsetning om å redusere mengden avfall som kastes unødig som smitteavfall.

Tabell 5 Resultat forbruk energi pr m² UNN HF totalt

Indikator	Resultat	Differanse	2017		2016	
			Forbruk kwh	Antall m ²	Forbruk kwh	Antall m ²
			74259747	187236	71136886	179900
Forbruk kwh pr. m2	1 %	2	397		395	

Tabell 6 Resultat forbruk energi pr. pasientkoeffisient 2017 UNN HF totalt

Indikator	Resultat	Differanse	2017	2016
			Pasientkoeffisient*	
			85 311	82446
Forbruk kwh pr pasientkoeffisient	1 %	7	870	863

*Pasientkoeffisient er en indikator for summen inneliggende dag -og polikliniske pasienter.

UNN er storforbruker av energi. UNN Breivika har størst forbruk med 45355348 kwh i 2017.

UNN sitt miljømål er å redusere energiforbruket med 3 % årlig. Energiforbruket pr. m² er en riktigere indikator for å måle grad av måloppnåelse. I beregning av antall m² areal er det lagt til grunn en økning på 8 % for UNN Breivika. Dette tilsvarer prøvedriften på nye A-fløya. PET-senteret er ikke med i arealberegningen. Bygging av PET-senteret utløser imidlertid et forbruk av kwh, slik at det reelle forbruket pr. m² er lavere. Med 1 % økning av energiforbruk pr m² totalt i UNN i 2017, er målet ikke nådd.

Tabell 7 Resultat pasienttransport 2017 UNN HF totalt

Pasientreiser i reiste km	%	2017	2016
Buss og egen bil *	-6 %	19 012 083	20 245 758
Drosje	6 %	7 053 281	6 669 692
Fly innenlands	-4 %	13 026 410	13 558 119
Helsebussen (fast alle virkedager)	0 %	123 000	123 000
Reiste km totalt	-3 %	39 236 882	40 624 511
Reiste km pr. pasientkoeffisient	-6 %	403	427

*Fellessats etter omlegging av reglement for pasientreiser 1.11.2016

UNN har miljømål om å redusere pasienttransport i reiste km med 3 % årlig. Tabell 3 viser at målet er nådd og at UNN har god styring på pasientreiser. Reiste km pr pasientkoeffisient ble redusert med 6 % og kan gi indikasjon på bruk av e-helse. Det har ikke vært mulig å få ut statistikk på bruk av e-helse. Vi er kjent med at Helse Nord vil følge opp uttak av statistikk.

Tabell 8 Resultat ansattetransport 2017 UNN HF totalt

Transportmiddel	Indikator	Resultat	2017	2016
			Reiste km	
Leiebil	Reiste km	-8 %	246122	267631
Egen bil	Reiste km	-17 %	548027	661026
Fly utenlands	Reiste km	-6 %	5493083	5870540
Fly innenlands	Reiste km	8 %	9693436	9016753
	Reiste km totalt	1 %	15737237	15576195
Båt, buss, drosje og hotell opphold*	Reisekostnader *	-5 %	9307957	9752100

Mangler data på reiste km*

Ansattetransport i UNN økte totalt med 1 % i 2017 og UNNs miljømål om å redusere ansatte-transport med 3 % årlig er ikke nådd. Dette skyldes økt reiseaktivitet med innenlandsfly på 8%. Årsaken til økningen er ikke analysert, men det er kjent at deler av prosjektledelsen for utbygging er på toppen av reisestatistikken. Alle ansatte har tilgang på Skype. Vi har ikke data på Skypeaktivitet, men Helse Nord har bestilt rapporter på foretak/klinikknivå. Det må antas at bruk av Skype og

generell innstramming i retningslinjer for ansattreiser siste halvår 2017, har bidratt til reduksjon av reiste km (unntatt innenlandsfly) og kostnader.

Tabell 9 Resultat svinn og avfall 2017 UNN HF

Indikator	Resultat	2017	2016
Kassasjon av varer fra sentrallagrene i UNN*	61 %	109 756	68 096
Kg avfall totalt	4 %	1 769 607	1 701 477
Kg kildesortert avfall	4 %	699 927	676 220
Kg avfall pr pasientkoeffisient	5 %	20	19
Kg smitteavfall**	6 %	262 494	248 096

*Kassert fra sentrallager i stk. alle artikler inkludert medisinske forbruksvarer.

**Inkludert autoklavert avfall i Tromsø

UNNs miljømål om å redusere forbruk og svinn, samt avfall med 3 % årlig er ikke nådd i 2017. Dette er et betydelig avvik. Det er problematisk å sammenligne de to siste årene da kassasjonsrutinene er endret i 2017. Sentrallageret registrerer svinn mer korrekt nå. Vi har ikke tall på svinn i lokale lager, og har dermed ikke oversikt over det totale svinnet.

Avfallsmengden økte totalt med 4 % og med 5 % pr pasientkoeffisient. Mengde avfall indikerer forbruk og svinn på de enkelte lokasjonene.

Resultat andre miljømål

85 % av ansatte skal til enhver tid ha gjennomført e-læringskurset. E-læringsmodulen ble i 2017 korrigert i henhold til ny standard. Status gjennomføring av e-læringen pr. 31.12.2017 var 63 %. Det må påpekes at mange har gjennomført tidligere kurs, og at fristen for å nå målet er satt til ut året. Det tas ut månedlige status for å følge opp med eventuelle påminninger til ledere.

Alle klinikker/senter skal som en del av den årlige risikostyringen vurdere om miljømål og tiltak skal oppdateres i dialogavtalene. Gransking i 2017 viste at dialogavtalene ikke var oppdatert og at miljøarbeidet i liten grad var fulgt opp.

Overholdelse av samsvarsforpliktelser

Tiltak tilknyttet til oppfølging av samsvarsforpliktelser var lagt inn i årshjulet for 2017. Alle tiltak er ikke lukket, men videreført i årshjul for 2018.

Resultat revisjoner og gransking

Det er gjennomført fire internrevisjoner i 2017.

Revisjonstema	Revisjonsobjekt	Funn	Status
Kjemikalierrevisjon den 21.11.2017	Nor klinikken/ortopedisk sengepost	3 merknader	
Kjemikalierrevisjon den 23.11.2017	Medisinsk klinikk/Hematologisk seksjon	1 avvik 3 merknader	Lukket
Kjemikalierrevisjon den 12.12.2017	Barne - og ungdomsklinikken/medisinsk genetikk	2 avvik 6 forbedringsforslag	Lukket
Kjemikalierrevisjon den 13.12.2017	OPIN/innsusa/utslusa	5 avvik 6 forbedringsforslag	Lukket

For å spore implementering av miljøarbeidet, ble det våren 2017 gjennomført gransking av dialogavtalene, protokoller fra klinikkledermøter og KVAM protokoller, jfr. pkt 1.2.2. (resultat andre miljømål).

Tilstrekkelig ressurser

Oppfølgingen av miljøstyringssystemet og presentasjon av resultat er svært sårbar med hensyn til ressurser. Det er etablert en miljøgruppe bestående av representanter fra alle relevante støttefunksjoner. Det må finnes en permanent løsning for å sikre tilstrekkelige ressurser til oppfølging av det daglige ansvaret som ledelsens representant har på vegne av direktøren.

Relevante henvendelser fra interesseparter, inkludert klager

I forbindelse med overdragelse av innkjøpsfunksjonen, har miljørådgiver hatt henvendelser fra Sykehusinnkjøp. Tema har vært relevante miljøkrav som skal stilles i kontrakter og hvilke indikatorer som skal måles.

Kommende forbedringer

Fokus	Forbedringsmuligheter
Implementering av miljøarbeidet i den interne kommunikasjon og informasjonsflyten. Miljømål og tiltak er oppdatert i dialogavtalene og behandles i ledermøter og KVAM	KVALUT utarbeider et nytt styringshjul som skal supplere dialogavtalen og inngå i den systematiske virksomhetsstyringa.
Avviksmelding og den etablerte kulturen i UNN	Nyetablert forbedringsgruppe i direktørens stab gir mulighet for fokus og samarbeid i forbedringsarbeidet.
Kompetanse	Ny kompetansem modul legger til rette for bedret oversikt over planer og krav, samt dokumentasjon på gjennomføring av opplæring.
Sikre informasjon om relevante forhold som påvirker måloppnåelse ytre miljø knyttet til byggeaktiviteten i UNN	Etablere faste statusmøter foran hver prestasjonsevaluering.

Ledelsessystemets hensiktsmessighet, tilstrekkelighet og virkning

UNNs ledelsessystem for miljø anses hensiktsmessig og er tilgjengelig i Docmap for alle ansatte. Systemet følger prinsippene i forbedringshjulet. Flere prosedyrer er felles med kvalitet – og HMS-systemet.

En vesentlig mangel for miljøstyringen er at relevante indikatorer ikke er integrert i foretakets elektroniske lederinformasjonssystem (HN-LIS). Slik tilgjengelighet vil enklere sikre en kvalitativ behandling av data, som grunnlag for den tertiale og årlige prestasjonsevalueringen på miljø.

Resultatene viser at miljøstyringssystemet virker etter hensikten, men det er potensiale for ei bedring i oppfølging av mål og tiltak.

Tiltak til oppfølging for å sikre måloppnåelse

Miljømål	Tiltak	Ansvarlig
Redusere CO2 utslippet	Sikre at forbruk av lystgass blir målbart.	Leder teknisk drift
Forbruk og svinn	Innføre lagerstyringsprosjekt for å redusere forbruk og svinn.	Avdelingsleder forsyning
Oppdatering av dialogavtaler og behandling i ledermøter/KVAM	Det skal gjennomføres internrevisjoner og gransking av dialogavtaler og KVAM-protokoller i 2018. (Lagt inn i revisjonsprogram og årshjulet).	Miljørådgiver i samarbeid med KVALUT

Kvalitetssikre uttak og behandling av miljøindikatorer	Utarbeide plan for bedre oppfølging av resultater på miljøindikatorerne.	miljørådgiver
--	--	---------------

Årshjul og forbedring

UNN har fem års erfaring med miljøarbeidet. Erfaringen har avdekket forbedringsmuligheter av ledelsessystemet for miljø. Kvalitets - og miljømål er koordinert og indikatorer er forbedret. Ledelsens representant har derfor besluttet å systematisere og følge opp miljøarbeidet i et årshjul.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
57/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	21.6.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Lars Øverås

Helse Nord anskaffelsesstrategi 2018-2021

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til den regionale anskaffelsesstrategien for Helse Nord 2018-2021.
2. Styret ber adm. direktør redegjøre for fremdriften i arbeidet med strategien i tertialrapportene fremover.

Bakgrunn

Den regionale *Helse Nord Anskaffelsesstrategi 2018-2021* er behandlet i styret ved Helse Nord RHF 21.3.2018. Protokollen lyder:

1. *Styret i Helse Nord RHF godkjenner anskaffelsesstrategi 2018-2021 for Helse Nord, og ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakenes samfunnsansvar og ILOs ulike kjernekonvensjoner om grunnleggende menneskerettigheter implementeres i strategidokumentet.*
2. *Styret ber adm. direktør redegjøre for fremdriften i arbeidet med strategien i tertialrapportene fremover.*

Målet er at regionens samlede anskaffelseskostnader skal reduseres med omlag 10% innen utgangen av 2021, tilsvarende en takt på omlag 400 mill. kr/år. I samarbeid med helseforetakene er det definert fem fokusområder for videre arbeid:

- Samhandling internt i foretaksgruppen
- Samhandling med eksterne aktører, herunder Sykehusinnkjøp HF
- Samordning av behov
- Optimal utnyttelse av felles teknologi
- Strategi for samfunnsansvar

Dokumentet er utarbeidet i samarbeid med innkjøpsfunksjonen i regionens helseforetak. Det vises til vedleggene 1-3.

Formål

Formålet med saken er at styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal gjøre seg kjent med innholdet i strategidokumentet, og å gi innspill til videre arbeid.

Saksutredning

For å nå målsetningene kreves det økt fokus fra hele foretaksgruppen. Det blir nødvendig med gode og samordnede lokale tiltaksplaner, tilstrekkelig kompetanse og god samhandling med fagmiljøene, samt tett oppfølging.

Realisering av strategien vil bli organisert som et regionalt prosjekt som følges opp i det regionale porteføljestyret. Prosjektdirektiv med nærmere beskrivelse av konkrete handlingsplaner, milepæler og organisering ferdigstilles innen 31.5.2018.

Lokale handlingsplaner skal utarbeides innen 1.7.2018.

Medvirkning

Helse Nord Anskaffelsesplan 2018-2021 er drøftet med konserntillitsvalgte 20.3.2018.

Protokollen lyder:

1. Partene er enige om innholdet i strategidokumentet for Anskaffelsesstrategi 2018-2021 med de innspill som kom frem under behandling av saken (herunder ivaretagelse av HFenes samfunnsansvar og ILOs ulike kjernekonvensjoner om grunnleggende menneskerettigheter).

2. Partene ber om at prosjektdirektiv for prosjektet som skal realisere anskaffelsesstrategien i Helse Nord 2018-2021, legges frem til drøfting, tentativt i mai 2018.

Saken i UNN er forelagt felles drøftings- og medvirkningsmøte for ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt brukerutvalgets arbeidsutvalg fredag 8.6.2018. Møtet sluttet seg til at saken forelegges styret til endelig behandling 21.6.2018.

Vurdering

Arbeidet med lokale handlingsplaner er igangsatt og ferdigstilles innenfor fristen 1.7.2018.

Den økonomiske bærekraftanalysen til helseforetaket viser et omstillingsbehov på 637 mill kr den neste 8-års-perioden. Det er grunn til å tro at det er et betydelig potensiale for å redusere kostnader dersom foretakene lykkes å samordne sine anskaffelser bedre.

Dette vil kreve betydelig innsats fra merkantile ressurser, samt en mer systematisk tilnærming til de kliniske ressursers rolle og deltakelse i beslutning om anskaffelser.

Administrerende direktør mener at implementering av strategien vil være et viktig bidrag til å kunne realisere gevinstpotensialet som ligger i å få til reduserte anskaffelseskostnader. Realisering av dette gevinstpotensialet vil være et viktig bidrag til UNNs omstillingsbehov.

Tromsø, 8.6.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Styresak i Helse Nord RHF 35-2018 *Anskaffelsesstrategi Helse Nord 2018-2021*
2. Anskaffelsesstrategi Helse Nord 2018-2021
3. Premisser for anskaffelsesstrategi 2018-2021

Møtedato: 21. mars 2018

Arkivnr.:
2018/121

Saksbeh/tlf:
Sætermo/Rolandsen, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 14.3.2018

Styresak 35-2018

Helse Nord - anskaffelsesstrategi 2018-2021

Saksdokumentene var ettersendt.

Formål og bakgrunn

Forrige innkjøpsstrategi for Helse Nord 2014-2017 ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i styremøte 27. august 2014, jf. *styresak 88-2014 Innkjøpsstrategi for Helse Nord 2014-2017, oppfølging av styresak 19-2014*. Strategien er nå gjenstand for fornyelse.

Strategien skal følges av en regional handlingsplan. For å sikre fokus på konkrete milepæler, på roller og ansvar, og gevinstrealisering, vil arbeidet organiseres som et prosjekt med oppfølging i det regionale porteføljestyret.

Det vises også til *Oppdragsdokumentet 2018* til helseforetakene for konkrete mål innenfor anskaffelsesområdet.

Beslutningsgrunnlag

Anskaffelsesstrategi 2018-2021 er utarbeidet i samarbeid med de innkjøpsansvarlige i helseforetakene. Planen har et høyt ambisjonsnivå.

Målet er å redusere samlede innkjøpskostnader med 50 mill. kroner i 2018, stigende til 400 mill. kroner kroner/år i 2021. Ved utgangen av fire-års-perioden tilsvarer dette en reduksjon på ca. 10 % av samlet innkjøpsvolum.

Strategien får konsekvenser for hele anskaffelsesvirksomheten, ikke bare for innkjøpsfunksjonen. Dette fordrer at innkjøp får høy oppmerksomhet i ledelsen i hele foretaksgruppen.

Handlingsplan og prosjektdirektiv vil bli forankret i foretaksgruppen.

De viktigste elementene i strategidokumentene følger nedenfor:

Produktråd

For å gjennomføre gode anskaffelser, må klinikere involveres. Det er fagfolkene som kjenner behovet best, og er derfor viktige premissgivere for anskaffelsesområdet. For å utnytte denne kompetansen best, og samtidig minimere belastningen på disse ressursene, er det avgjørende at disse kobles på anskaffelsesvirksomheten på en strategisk måte. Dette sikrer at det faglige behovet synliggjøres, og at ressursene som skal involveres gis et tydelig mandat, god rolleforståelse og forutsigbarhet.

Sykehusinnkjøp

Sykehusinnkjøp HF er et felleseid nasjonalt helseforetak som leverer innkjøpstjenester tilbake til eierne. Vedlegg 3 viser overordnet funksjonsfordeling. Sykehusinnkjøp HF har ansvar for utarbeidelse av kategoristrategier samt etablering av avtaler i tråd med våre behov. Helseforetakene må sikre tilstrekkelig kompetanse knyttet til bestillerfunksjon, mottaksfunksjon, samt avtaleimplementering og -forvaltning av leveransene fra Sykehusinnkjøp HF.

Innkjøpssystem

Clockwork Logistics er foretaksgruppens vedtatte innkjøps- og logistikksystem. Helse Nord har i en rekke år vært den eneste regionen med felles løsning. Det foreligger ingen planer om utskifting av systemet i inneværende strategiperiode.

Én av de kritiske suksessfaktorene er at all nødvendig informasjon samles på ett sted. For å lykkes med dette vil vi bl. a.:

- Etablere integrasjonsgrensesnitt til felles regionale randsystemer
- Se til at bestillerfunksjonene i helseforetakene har opplæring og kompetanse til bruk av systemene
- Redusere andelen av faktura som går direkte til regnskapssystemet.

Det vises til vedlegg 3 for nærmere beskrivelse av premisser for anskaffelsesstrategien, herunder arbeidsdelingen mellom Sykehusinnkjøp HF og helseforetakene.

Forankring i foretaksgruppen

Utkast til innkjøpsstrategi er behandlet i direktørmøte¹ 25. januar 2018 og 14. februar 2018. Det ble gitt tilslutning til strategien, og innspillene er innarbeidet i vedlagte dokument og/eller utkast til handlingsplan.

Strategidokumentet skal følges av en regional handlingsplan og et prosjektdirektiv som legger føringer for det videre arbeid. Helseforetakene blir invitert til å komme med innspill til handlingsplanen i april 2018. Den skal deretter legges frem både for konserntillitsvalgte/konsernverneombud og direktørmøtet før endelig godkjenning.

Styringsgruppen for prosjektet skal bestå av representanter fra et høyt ledelsesnivå i helseforetakene.

Medbestemmelse

Anskaffelsesstrategi i Helse Nord 2018-2021 - strategidokument vil bli drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 20. mars 2018. Protokollen fra drøftingsmøtet legges frem ved møtestart.

¹ Forum for adm. direktører i helseforetakene i Helse Nord

Adm. direktørs vurdering

Det er grunn til å tro at foretaksgruppen innenfor innkjøpsområdet har betydelig potensiale for å redusere kostnader. Helse Nord gjør anskaffelser for mer enn 4 mrd. kroner/år. En stor andel av anskaffelsene skjer lokalt og uten samordning med øvrige helseforetak. Det antas et potensiale på en reduksjon på 10 % - det vil si en årstakt på inntil 400 mill. kroner i løpet av neste fire-års-periode.

Flere av tiltakene i vedlagte strategidokument kjenner vi igjen fra *Innkjøpsstrategi 2013-2017*. Erfaringen er at anskaffelsesområdet er komplekst, og at det er svært mange aktører involvert.

En vesentlig forskjell er at deler av anskaffelsesområdet er virksomhetsoverdratt til Sykehusinnkjøp HF. Samarbeidet med helseforetakene har i første fase handlet om å håndtere daglig drift «as is», eller i tråd med samme praksis som før virksomhetsoverdragelse. Sykehusinnkjøp HF arbeider nå med å løfte foretaket inn i neste fase, det vil si rendyrke kategoristrukturene og gjennomføre nasjonale anskaffelser i tråd med planene som er mottatt fra helseforetakene.

Det gjenstår fremdeles mye arbeid i helseforetakene for å legge til rette for overgangen til større andel nasjonale anskaffelser. Helse Nord er i den heldige situasjonen at foretaksgruppen allerede har et felles innkjøpssystem. utfordringen er å sikre at en vesentlig større andel av våre anskaffelser kommer inn i innkjøpssystemet slik at vi har bedre kontroll på detaljer i egne anskaffelser i ett system.

Etableringen av produktråd skal sikre faglig forankring i forkant og under kontraktsforhandlinger, som igjen vil legge til rette for større avtalelojalitet. Dette må skje innenfor rammer der det er aksept for at produktrådene tar beslutninger på vegne av felles interesser.

Adm. direktør vil følge opp det videre arbeidet med møter med ledelsen i Sykehusinnkjøp HF våren 2018, og med direktørene for helseforetakene etter at deres respektive handlingsplaner er utarbeidet.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner *anskaffelsesstrategi 2018-2021* for Helse Nord.
2. Styret ber adm. direktør redegjøre for fremdriften i arbeidet med strategien i tertialrapportene fremover.

Bodø, den 14. mars 2018

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg:

1. Anskaffelsesstrategi i Helse Nord 2018-2021, presentasjon versjon 0.99
2. Kortsiktig handlingsplan, utkast
3. Premisser for Anskaffelsesstrategi 2018-2021

Vedleggene er publisert på Helse Nord RHF's nettsted - se her:
[Styremøte i Helse Nord RHF 21. mars 2018](#)

Helse Nord anskaffelsesstrategi 2018–2021



Introduksjon

Helse Nord kjøper årlig varer og tjenester for 5 mrd kr, eller ca 30 % av vårt årlige budsjett. Potensialet for å realisere kvalitative og økonomiske gevinster er stort.

Avtalene som inngås er viktige både for foretakene, brukerne og leverandørene. Alle ansatte i helseforetakene har et særlig ansvar for å opptre profesjonelt i innkjøp og sikre at samfunnets helsekroner brukes mest mulig effektivt.

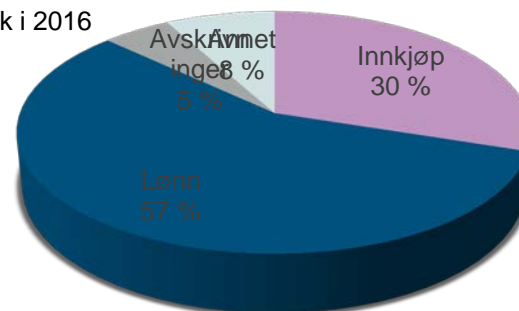
Innkjøp er et strategisk viktig område for å understøtte kjernevirksomheten og frigjøre økonomi til bedre og mer pasientbehandling. Ofte er det også en direkte sammenheng mellom innkjøpene vi gjør og kvaliteten på tjenestene som leveres.

Anskaffelsesstrategien skal støtte opp om foretakenes hovedstrategi og overordnet beskrive tenkning og adferd for innkjøpsområdet. Strategien skal gi et felles grunnlag for å initiere, gjennomføre, implementere, følge opp og avhende innkjøp/avtaler og sikre effektiv ressursbruk. Prosessene skal gjennomføres i tråd med lov og forskrift og avtalene skal brukes uten risiko for å komme i kostbare ansvarsforhold.

Strategien gjelder for alt anskaffelses- og innkjøpsarbeid som gjennomføres i, eller på vegne av Helse Nord, på tvers av enheter og i alle faser i prosessene fra, helseforetakenes behovsvurderinger, samarbeidet med Sykehusinnkjøp, deltakelse i prosjektene, mottak av avtalene, implementering og bruk av avtalen, til å returnere innkjøpsdata av høy kvalitet. Den berører alle deler av organisasjonen, og alle ansatte har et felles ansvar for å bidra til å lykkes.

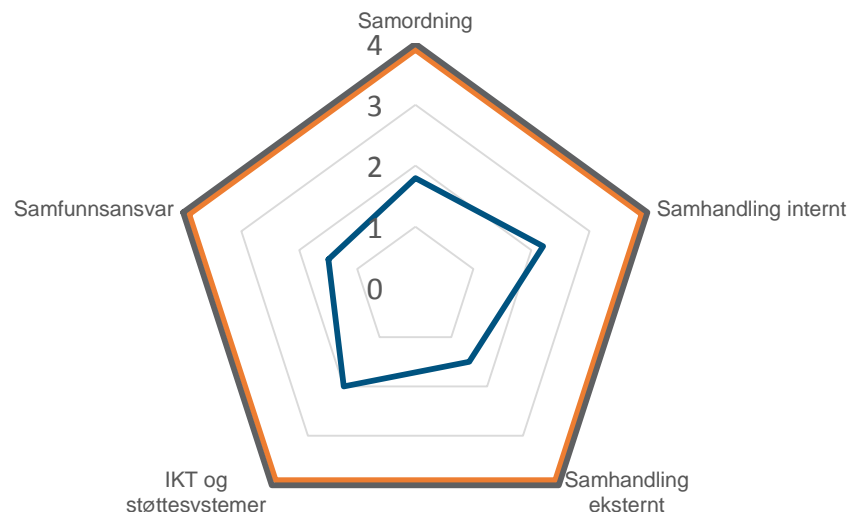
Våre største innkjøpsområder
1. Helsetjenester
2. Pasienttransport
3. Medisinske forbruksvarer
4. Legemidler
5. Medisinteknisk utstyr

Virksomhetens forbruk i 2016



Selvevaluering

— Hvor vi er i dag — Hvor vi ønsker å være — Beste praksis



Visjon

Organisere en enhetlig innkjøps- og logistikkorganisasjon, optimalt strukturert og dimensjonert.

Hovedmål

Få mest mulig igjen for helsekronene samfunnet bruker gjennom å samordne oss, ta ut synergier, være lojale til etablerte avtaler og likebehandle leverandører

Parametere som vektlegges:

- ✓ Kvalitet – gjennom gode prosesser og god kompetanse sikre riktige og gode produkter og tjenester til brukerne og virksomheten.
- ✓ Kostnader – gjennom gode avtaler og effektiv ressursbruk legge til rette for at vi får mest mulig helse for pengene.
- ✓ Tidsbruk – organisere virksomheten slik at tilgjengelige ressurser utnyttes optimalt for foretaksgruppen som helhet.



INTRODUKSJON

HOVEDMÅL

DELMÅL

IMPLEMENTERING

1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen
2. Teknologistøtte – utvikling og implementering
3. Samfunnsansvar
4. Organisering – Samhandling internt
5. Organisering – samhandling eksternt

Delmål

For å oppnå hovedmålet, prioriterer vi følgende fem hovedutfordringer i strategiperioden.



1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

[KLIKK FOR MER INFORMASJON](#)



2. Teknologistøtte – utvikling og implementering.

[KLIKK FOR MER INFORMASJON](#)



3. Samfunnsansvar

[KLIKK FOR MER INFORMASJON](#)



4. Organisering – Samhandling internt

[KLIKK FOR MER INFORMASJON](#)



5. Organisering – samhandling eksternt.

[KLIKK FOR MER INFORMASJON](#)

INTRODUKSJON

HOVEDMÅL

DELMÅL

IMPLEMENTERING

1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

Helse Nord skal ha felles avtaler så langt det er hensiktsmessig.

ØNSKET EFFEKT

Helseforetakene er på mange måter forskjellige, men har samtidig mange ensartede og like behov. Noen behov løses i fellesskap, men fremdeles er potensialet for felles oppgaveløsning stort. Effektiv bruk av helseregionens budsjett tilsier flest mulig prosesser på tvers av foretakene for å få

- Færre prosesser/ flere samordnede prosesser
- Bedre resultat/ avtaler
- Grunnlag for kompetanseoverføring
- Effektiv ressursutnyttelse

Det enkelte foretak skal aktivt bidra til å sette Sykehusinnkjøp i stand til å samordne anskaffelsesbehovet på tvers av foretakene i regionen og på tvers av regionene.

TILTAK

- 1.1 Etablere «fireårshjul» som synliggjør forventet behov i perioden
- 1.2 Med utgangspunkt i bedre datagrunnlag, redusere anskaffelser etter brekkasjepriknippet til et minimum.
- 1.3 Alle investeringsanskaffelser skal gjennomføres med utgangspunkt i en langsiktig investeringsplan
- 1.4 Alle anskaffelser som gjennomføres skal skje som en del av en helhetlig (nasjonal/regional/lokal) plan.
- 1.5 Regional koordinering/ etablering av faglige og merkantile samhandlingsarenaer.
- 1.6 Årlige anskaffelsesplaner klar innen 1.9.
- 1.7 Regional koordinering av innkjøpsbehov med tilstrekkelig myndighet til å fremtvinge samordning

1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

2. Teknologistøtte – utvikling og implementering

3. Samfunnsansvar

4. Organisering – Samhandling internt

5. Organisering – samhandling eksternt



RISIKO

- Manglende planlegging av drift
- Manglende oversikt – organisatorisk, teknologisk og kompetansemessig
- Uklar / manglende ansvars- og fullmaktstruktur

STYRINGSPARAMETRE/ KPI

- Avtaledekning (antall/ kroner)
- Andel lokale avtaler (antall og omsetning)
- Antall «like» avtaler innad i foretaksgruppen
- Andel planlagte anskaffelser
- Andel samordnede innkjøp

RESULTATMÅL

Tilstrekkelig kontroll på behovet til å kunne etablere langsiktige anskaffelsesplaner som sikrer mulighet for å utnytte samordningspotensialet. Helse Nord skal ha felles avtaler så langt det er hensiktsmessig.

INTRODUKSJON

2. Teknologistøtte – utvikling og implementering

Helse Nord skal ha støttesystemer som bidrar til at avdelingene får dekket sine behov for varer og tjenester på en kostnadseffektiv måte og til riktig tid.

HOVEDMÅL

DELMÅL

1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

2. Teknologistøtte – utvikling og implementering

3. Samfunnsansvar

4. Organisering – Samhandling internt

5. Organisering – samhandling eksternt

IMPLEMENTERING



ØNSKET EFFEKT

- Full lojalitet til inngåtte avtaler.
- Enhetlig og fullstendig datagrunnlag – kontroll på egne grunnlagstall
- Grunnlag for løpende oppfølging av avtaler og leverandører – sikre avtalefestede vilkår
- Grunnlag for løpende oppfølging internt – sikre optimal utnyttelse av avtalepotensialer
- Rett vare/tjeneste på rett sted til rett tid.
- Effektiv fakturakontroll/-håndtering
- Løpende kontroll på «områdeeffekt» (BC økonomi, kvalitet, prosess, miljø mm)
- Standardisering – effektivisering gjennom samordning
- Helhetlig systemportefølje som dekker vårt behov optimalt
- Styrket informasjonssikkerhet, merkantil oversikt over alle asset.
- Bedre kontroll på avtaleportefølje
- Effektivisering av bestillingsprosessen

TILTAK

1. Utvikle og opprettholde innkjøpssystem slik at alle varer og tjenester kan håndteres gjennom systemet på en så effektiv måte som mulig
 1. Årlige utviklings-/handlingsplaner
 2. Supplere med nødvendige støttesystem (eks Assets management)
2. Integreere mot andre fellesregionale fagsystem (eks Medusa)
3. Utvikle en effektiv og enhetlig forvaltningsorganisasjon (FDVU) både på system og innhold.
4. Sikre lojalitet og bruk til supplerende systemer (reisebestilling o.l.)
5. Struktur i system fullt ut kategoribasert
6. Innhold mappet mot UNSPSC
7. System fullt ut implementert i foretaksgruppen
 1. Lokale handlingsplaner
8. Etablere felles rutine-/prosessbeskrivelser
9. Automatisere prosesser – forenkle forvaltningen.
10. All informasjon rettidig implementert og oppdatert
11. Ved felles kontrakter – Koordinere lagerført sortiment
12. Implementere assets management system
13. Ta i bruk avtaleforvaltningssystem

RISIKO

- *Intern motstand mot system(er)*
- *Manglende samsvar mellom prosess og system*
- *Ikke tilstrekkelig ressurser til FDVU*
- *Ikke god nok funksjonalitet,*
- *For mange systemer*
- *Finner ikke avtaler og nøkkelinformasjon (input).*

STYRINGSPARAMETRE/ KPI

- Omsetning i system i forhold til gjeldende scope
- Avtaledekning – omsetning på områder uten gyldig avtale
- Avtalelojalitet – omsetning i strid med gyldige avtaler
- Miljøeffekt
 - Andel miljømerkede leverandører
 - Omsetning av miljømerkede produkter
- Andel automatisk fakturamatch
- Antall/andel leverandøravvik – leveranser i strid med avtalte vilkår
 - Pris
 - Kvalitet
 - Levering
- Andel avtaler der vi har all nøkkelinformasjon.
- Andel planlagte anskaffelser meldt til SHI.

RESULTATMÅL

Helse Nord skal ha støttesystemer som bidrar til å dekke avdelingenes behov for varer og tjenester på en kostnadseffektiv måte og til riktig tid. Løpende kontrollere av om gevinstpotensialene realiseres og miljøpåvirkning reduseres for å gi styringsinformasjon:

- Økt gevinstrealisering
- Redusert miljøbelastning

INTRODUKSJON

HOVEDMÅL

DELMÅL

IMPLEMENTERING

- 1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen
- 2. Teknologistøtte – utvikling og implementering
- 3. Samfunnsansvar
- 4. Organisering – Samhandling internt
- 5. Organisering – samhandling eksternt



RISIKO

- Manglende kompetanse*
- Manglende kapasitet*
- Manglende ansvars plassering*
- Manglende vilje til å prioritere*

STYRINGSPARAMETRE/ KPI

- Andel miljøsertifiserte leverandører
- Omsetning miljømerkede produkter
- Antall anskaffelsesprosjekter hvor det er stilt etiske kvalifikasjonskrav
- Andel anskaffelser der krav til informasjonssikkerhet er vurdert.

RESULTATMÅL

Som stor, offentlig aktør har vi både et ansvar for og en mulighet til å påvirke samfunnet vi er en del av. Vi skal sikre at alle varer og tjenester som forbrukes overholder etiske krav og retningslinjer, og vi skal jobbe for at miljøbelastningen blir så liten som mulig. Vi skal i tillegg ha kontroll på utfordringer relatert til informasjonssikkerhet og personvern.

3. Samfunnsansvar

Helse Nords kravstilling og avtaleforvaltning skal, i tillegg til ivaretagelse av lovpålagte krav til samfunnsansvar, ha særlig fokus på informasjonssikkerhet og personvern.

ØNSKET EFFEKT

Anskaffelser er både en kilde til, og en mulighet for å begrense utslipp og avfall, og gjennom en strategisk tilnærming kan vi redusere belastningen.

- Sikre at alle prosesser underbygger foretaksgruppens sosiale og miljømessige fokus.
- Bedre pasientsikkerhet
- Reell etterlevelse av krav til informasjonssikkerhet.
- Årlig plan for revisjon av leverandørenes oppfyllelse av krav til informasjonssikkerhet.
- Sikre at Sykehusinnkjøp bidrar til at Helse Nord ivaretar lovpålagte krav til samfunnsansvar.

TILTAK

Utarbeide regional strategi for hvordan vi best mulig skal tilnærme oss:

1. Miljø
 1. Vektlegge miljøvennlige løsninger
 2. Redusere bruk av emballasje
 3. Bedre og presises behovsvurderinger – unngå unødvendige anskaffelser
 4. Sikre miljøvennlige avhendingsrutiner
2. Sikre at foretakenes etiske ansvar blir ivaretatt i utarbeidelse av relevante behovsvurderinger og kravspesifikasjoner
 1. Verdikjede
 2. Korrupsjon
 3. Menneskerettigheter
3. Være en pådriver for innovative anskaffelser
4. Bidra til å gjøre lokalt/regionalt næringsliv konkurransedyktig i nasjonale anskaffelser
5. Innfri FNs Global Compacts ti prinsipper
6. Sikre at krav til informasjonssikkerhet blir ivaretatt
7. Bygge opp tilstrekkelig kompetanse regionalt (etiske retningslinjer, informasjonssikkerhet og miljø)

INTRODUKSJON

HOVEDMÅL

DELMÅL

IMPLEMENTERING

4. Organisering – Samhandling internt

Helse Nord skal ha en effektiv samhandling internt som avdekker og videreformidler reelle behov til riktig beslutningstaker og som effektiviserer avtaleimplementering

ØNSKET EFFEKT

- Optimal ressursutnyttelse for foretaksgruppa som helhet.
- Hele avtaleporteføljen skal ha relevant og tilstrekkelig faglig forankring.
- Bygge kompetanse i tråd med kategoristyringsprinsipp
- Sikre effektive kommunikasjonslinjer
- Sikre effektiv samhandling på tvers i foretaksgruppen
- Avtaler tilpasset de reelle behovene i Helse Nord
- Økt andel samordnede prosesser
- Reduserte driftskostnader

TILTAK

- 4.1 Strukturere ressursbidrag etter kategoristyringsprinsippet
- Etablere produktråd med et dedikert eierskap til et eller flere avtaleområder
 - Faglig og merkantilt sammensatt
 - Mandat
 - Felles ansvars- og fullmaktsstruktur
- 4.2 Enhetlig forvaltningsregime
- Felles plan for å motta, implementere og følge opp alle avtaler
 - Etablere en samhandlingsarena mellom faglig og merkantil funksjon
 - Felles merkantil forvaltningsorganisasjon (lokal eller regional)
 - mandat - merkantilt ansvar i anskaffelsesprosess og i avtaleperiode
- 4.3 Strategisk forum - innkjøpsledernetverk
- Mandat
- 4.4 Ansvars- og fullmaktmatrise for hele anskaffelsesvirksomheten
- 4.5 Bygge opp tilstrekkelig kategorikompetanse regionalt

1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

2. Teknologistøtte – utvikling og implementering

3. Samfunnsansvar

4. Organisering – Samhandling internt

5. Organisering – samhandling eksternt



RISIKO

- Ikke tilstrekkelig dimensjonert i forhold til oppgavene som skal løses
- Ikke optimalt organisert – urasjonell ressursbruk
- Uklare mandat
- Uklar ansvars- og fullmaktstruktur

STYRINGSPARAMETRE/ KPI

- Antall operative produktråd i forhold til antall innkjøpsgrupper
- Andel fellesregional funksjon i forhold til lokal funksjon (merkantilt)
- Gjennomsnittlig ledetid
- Andel planlagte anskaffelser
- Avtalelojalitet
- Antall/andel ressurser bukt på implementering og oppfølging

RESULTATMÅL

- Felles prosesser håndteres en gang/ en plass for hele foretaksgruppa.
- Et klart dedikert faglig og merkantilt ansvar for alle avtaler i regionen med tilhørende prosesser.
- Etablering av arenaer for effektiv samhandling på tvers mellom foretak og mellom fagmiljø

INTRODUKSJON

HOVEDMÅL

DELMÅL

IMPLEMENTERING

5. Organisering – samhandling eksternt

Helse Nord skal ha en effektiv samhandling med eksterne parter som sikrer at vi får dekket våre behov i tide og til kostnadseffektive priser.

ØNSKET EFFEKT

- Sikre god overføring av kompetanse.
- Sikre at våre behov er tilstrekkelig synliggjort og blir tilstrekkelig ivarettatt
- Sikre grunnlag for effektiv avtaleimplementering.
- Profesjonaliserer vår posisjon overfor leverandører
- Effektiv kommunikasjon
- Styrket posisjon overfor leverandører
- Avtaler tilpasset de reelle behovene i Helse Nord

TILTAK

- 5.1 Etablere samhandlingsarenaer med Sykehusinnkjøp
- Operativt nivå – løpende samhandling i forbindelse med etablering og oppfølging av avtaler, både på faglig og merkantilt nivå
 - Strategisk nivå – etablere en bestillerfunksjon som skal ivareta den formelle kontakten (en vei inn eller kategoriorganisert)
 - Taktisk nivå, regelmessige oppfølgingsmøter mellom Sykehusinnkjøp og det enkelte foretak/region.
 - Inngå permanente samarbeidsavtaler
- 5.2 Utvikle samhandlingsarenaer med andre regioner
- Utvikle nasjonalt nettverk
 - Utviklingsarena
 - Etablere felles prosesser på tvers av regionene
- 5.3 Utvikle samhandlingsarenaer med andre interessenter
- 5.4 Klare bestillingsrutiner for hasteanskaffelser
- 5.5 Klare bestillingsrutiner for planlagte anskaffelser
- 5.6 Opplæring av ressurspersoner som bidrar i lokale, regionale og nasjonale innkjøp (rolleforståelse og påvirkning)

1. Utnytte eksisterende samordningspotensial i regionen

2. Teknologistøtte – utvikling og implementering

3. Samfunnsansvar

4. Organisering – Samhandling internt

5. Organisering – samhandling eksternt



RISIKO

- Det tar for lang tid før sykehusinnkjøp får omstilt seg
- For uklare samarbeidsavtaler
- Manglende strategisk involvering/ forankring i samhandlingen

STYRINGSPARAMETRE/ KPI

- Andel faglige styringsgrupper (ikke NNI) i forhold til antall nasjonale anskaffelsesprosjekter
- Andel nasjonale avtaler
- Andel planlagte anskaffelser
- Avtalelojalitet
- Andel ressurspersoner med opplæring

RESULTATMÅL

Sikre at vi får tilgang til optimale avtaler tilpasset våre behov, og at vi har en struktur som sikrer at disse utnyttes optimalt i avtaleperioden

INTRODUKSJON

HOVEDMÅL

DELMÅL

IMPLEMENTERING

Målbilde

Implementering

Måling og rapportering

Anskaffelsesstrategien er behandlet i direktørmøtet og av styrene i foretaksgruppen, og skal gjøres kjent for alle medarbeidere. Administrerende direktør er overordnet ansvarlig for å gjennomføre strategien.

Innkjøpsavdelingen har ansvar for å koordinere arbeidet og rapportere fremdrift. Alle ansatte har et ansvar for å bidra til at målene i strategien nås.

Anskaffelsesstrategien skal konkretiseres i årlige handlingsplaner. Det enkelte foretaks innkjøpsavdeling har ansvar for å utarbeide handlingsplanen, basert på alle enhetenes behovsvurderinger.

Foretakets ledelse skal følge opp strategien og implementerer tiltak i budsjett og økonomiplan. De viktigste tiltakene skal rapporteres i årlig melding.

For å realisere anskaffelsesstrategien organiseres et prosjekt som inngår i porteføljestyret.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Strategiens tiltak forutsettes gjennomført innenfor vedtatte budsjetter.

Det vil være behov for vurdere omfanget av regionens forvaltningsressurser for å sikre kontroll på felles avtaleportefølje. Eksisterende kapasitet skal utnyttes til foretaksgruppens felles beste. Samarbeid på tvers av foretak skal vurderes før nye ansettelser

Kritiske suksessfaktorer

For å lykkes med implementering av strategien er det behov for å:

- forankre strategien fra topp til bunn i foretaket.
- gi handlingsplanen konkrete tiltak, kvantifiserbare mål, klare frister og definerte ressursbehov
- gjennomføre alle prosesser i henhold til gjeldende regelverk og interne rutiner, og etterleve avtaler.
- frigjøre ressurser til å gjennomføre utviklingsoppgaver og implementere tiltak:
 - utnytte kompetanse hos ressurspersoner i øvrige avdelinger og enheter som allerede utfører anskaffelsesrelaterte oppgaver
 - forenkle og effektivisere saksbehandling
 - fult ut implementere og utvikle digitale anskaffelsesprosesser
- Kommunisere strategien ut til hele virksomheten og rapporteres på måloppnåelse

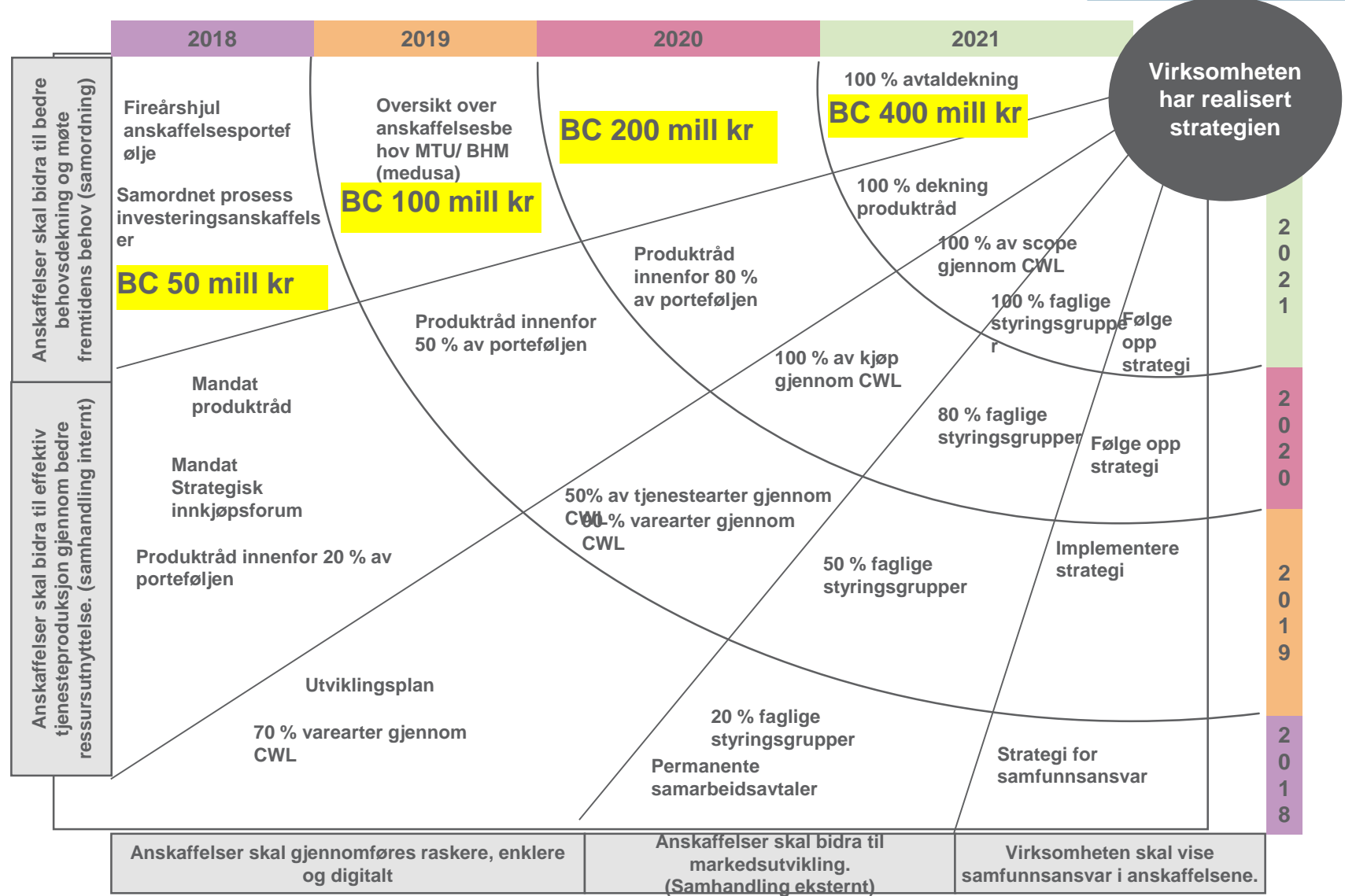
Gevinstrealisering

Årlig og ved strategiens utløp rapportere på oppnådde fordeler og effekter av strategien.

Gjøre strategien tilgjengelig

Strategien skal publiseres på foretakenes nettsider og presenteres i relevante og hensiktsmessige fora.

Målbilde



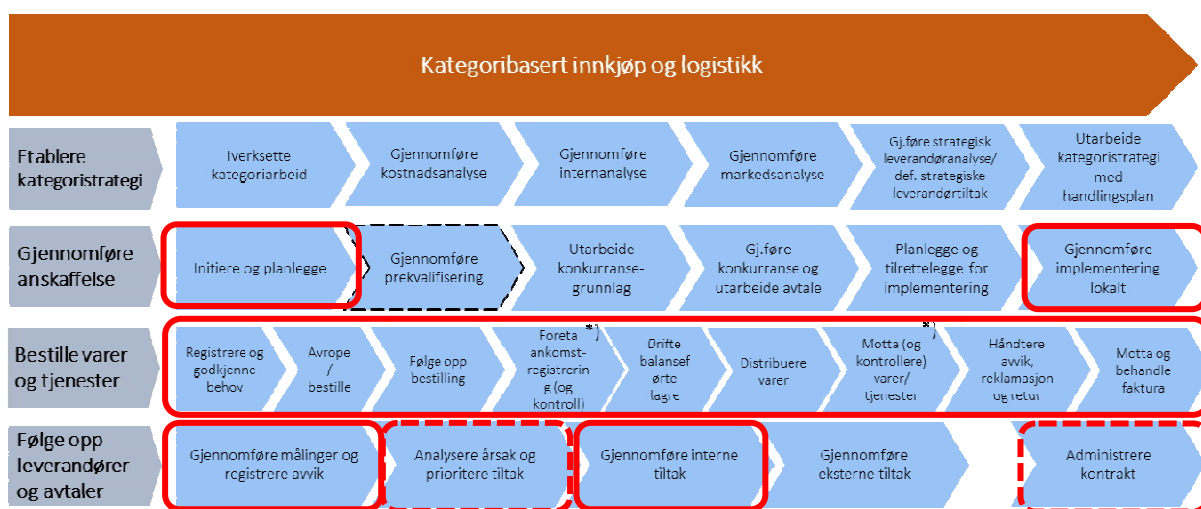
Anskaffelser skal gjennomføres raskere, enklere og digitalt Anskaffelser skal bidra til markedsutvikling. (Samhandling eksternt) Virksomheten skal vise samfunnsansvar i anskaffelsene.

Vedlegg 4 – Styresak – Premisser for Anskaffelsesstrategi 2018-2021

Arbeidsdeling mellom helseforetak og Sykehusinnkjøp HF

Det er gjennom krav i oppdragsdokument samt tilslutning til nasjonal innkjøpsmetodikk vedtatt at kategoristyring skal være et bærende prinsipp i hvordan vi organiserer anskaffelsesvirksomheten i Helse Nord. Dette innebærer en strukturering av anskaffelsesprosessen i prosesser som vist i figur 1 under.

Gjennom etableringen av Sykehusinnkjøp HF er det lagt til rette for at det strategiske og operative ansvaret for en rekke av de prosessene under vil bli ivaretatt av Sykehusinnkjøp, med faglig bistand fra regionene.



Prosessene i figuren over som er merket med en rød ramme skal håndteres lokalt/regionalt, prosessen i stiplet ramme vil i større grad håndteres både av Sykehusinnkjøp og lokal/regional forvaltning. Ansvar for øvrige del-prosesser ligger hos Sykehusinnkjøp HF.

Bestiller og mottaksfunksjon er nye roller som må på plass mens for de øvrige prosesser må eksisterende fokus dimensjoneres og organiseres på en hensiktsmessig måte.

Teknologistøtte

Bruk av innkjøpssystemet har vært et krav til foretakene i mange år. Hovedsakelig grunnet manglende prioriteringer har omsetningen gjennom innkjøpssystemet stagnert på 600 – 700 millioner kroner av en estimert relevant omsetning på rundt 3 mrd kroner.

Utgangspunktet for foretakene i regionen er veldig forskjellig; HN IKT, Sykehusapotek Nord og HN RHF er i startgropen med å ta i bruk systemet. I de øvrige foretakene er det store forskjeller på hvordan denne jobben har vært prioritert. Andelen forventet varekjøp gjennom systemet varierer fra under 30 % til rundt 70 %. Målsetningen er den samme for alle foretakene, men siden vi har så forskjellige utgangspunkt må veien være individuell tilpasset.

Målsetningen er å ha foretaksspesifikke planer på plass innen 1.7.18. Disse planene må naturlig nok ta utgangspunkt i en analyse av hvor det enkelte foretak står for å kunne prioritere de rette aktivitetene framover.

En del av omsetningen i foretaksgruppen er vurdert ikke hensiktsmessig å kjøre gjennom Clockwork. Dette fordi det allerede er tilstrekkelig kontroll på omsetningen gjennom de

systemene de kjøres gjennom. Eksempler på dette er reisekostnader, pasienttransport, legemidler osv.

Clockwork er Helse Nords innkjøpssystem, et system som i den grad det er mulig skreddersys våre behov. Det foregår kontinuerlig utvikling av systemet slik at det skal bli et enda bedre verktøy både for de som skal bestille, mens også om kilde for god styringsinformasjon. Det forsøkes integrert mot andre systemer, for eksempel fagsystemet Medusa, for å sikre en så enkel og hensiktsmessig prosessflyt som mulig.

Ettersom målsetningen for bruk av innkjøpssystemet er vel 60 % av total omsetning, omfatter strategien også bruk av parallelle systemer som er vedtatt brukt i regionen, eksempelvis reisebestillingssystem.

Det foreligger ikke planer om systemutskiftning, og det er heller ikke ventet vesentlige investeringsbehov utover dagens nivå, med unntak av behov for sikre tilstrekkelig ressursinnsats for å sikre implementering og forvaltning av system og innhold.

Produktrådfunksjonen

I alle anskaffelsesprosjekt er det behov for fagkompetanse innenfor det fagområdet anskaffelsen gjelder. Omfanget av denne ressursinnsatsen vil variere fra anskaffelse til anskaffelse. Felles for alle er at med etablering av en produktrådfunksjon sikrer vi både at det faglige behovet og at hele foretaksgruppens behov i alle anskaffelser blir synliggjort. Dette gir grunnlag for best mulige avtaler samt gode prosesser rundt implementering og forvaltning av avtaler.

Dette er samme arbeidsform som benyttes i Sykehusinnkjøp HF.

Det blir nødvendig å synliggjøre ressursbehovet på et mye tidligere tidspunkt enn i dag. Foretakene har 6 mnd. planleggingshorisont i sine klinikker. Anskaffelsesområdet må inn i samme planleggings-horisont dersom for å lykkes å få klinisk deltakelse der det er nødvendig.

Som en del av det å få på plass mandat og en helhetlig ansvars- og fullmaktstruktur vil det også sikre en bevisstgjøring av hvilke rolle hver og en har og hvem de faktisk representerer.

Vi har nå ca 100 nasjonale avtaler og rundt 30 pågående anskaffelsesprosjekter hvor vi deltar eller har deltatt med ressurser. Behovet som adresseres i strategien er en strategisk tilnærming til hvordan disse ressursene oppnevnes og hvordan de utnyttes så effektivt som mulig i slike prosesser.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
58/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	21.6 2018
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Jens Nordås-Johansen

Avhendingsstrategi Åsgårdmarka

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar strategien om å selge Åsgårdmarka slik den foreligger, uten videre utredninger eller analyser.
2. Styret tar plan for forberedende arbeid til orientering.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i styresak 81/2013, *Åsgårdmarka*, å oversende detaljreguleringsplan for Åsgårdmarka til Tromsø kommune med sikte på omregulering av området til boligformål og salg. Styret ba administrerende direktør om innhenting av tillatelse av salg fra Helse Nord RHF, og forutsatte at inntektene helt eller delvis skal bidra til modernisering eller nybygg på rus- og psykiatriområdet.

I påvente av behandling av reguleringsplanen i Tromsø kommune ba styret i Helse Nord RHF i styresak 17/2014 Helse- og omsorgsdepartementet om fullmakt i foretaksmøtet til å avhende eiendommen Åsgårdmarka under forutsetning av godkjent reguleringsplan.

Fullmakt ble gitt i foretaksmøte 29.8.2014 ref. vedlegg 3.

Tromsø kommune vedtok reguleringsplan for Åsgårdmarka i møte 27.09.2017. Planen legger til rette for etablering av 455 nye boenheter, samt å beholde 124 eksisterende boenheter. Det planlegges for tre og fire etasjes blokker, og det avsettes areal til barnehage og leke- og oppholdsarealer i tilknytning til boligene. Ny vegtrasé muliggjør etablering av boliger i skråningen inn mot Tromsømarka. Tromsømarkas grenser beholdes uendret i henhold til kommuneplanens avgrensning.

Formål

Styret inviteres til å vedta avhendingsstrategi for Åsgårdmarka.

Saksutredning

Troms fylkeskommune (TFK) og Finnmark fylkeskommune (FFK) eier sammen en del av tomta som er omregulert til boligformål. Det har vært avholdt flere møter mellom UNN og de to fylkeskommunene for å diskutere muligheter for en omforent felles strategi for avhending av hele eiendommen. Det er ønskelig fra begge parter å selge samtidig, fortrinnsvis som en enhet. Det har vært diskutert, men ikke endelig avklart, om vi skal inngå en intensjonsavtale om felles salgsstrategi.

Helseforetaksloven definerer virksomheten til foretakene. I samråd med Helse Nord RHF har UNN derfor konkludert med at strategien er å selge eiendommen som den er. Strategien innebærer at innhenting av kostnadsanalyser for infrastruktur eller andre forberedelser til utbygging overlates til kjøper.

Det er noen boliger på området som er vernet og fredet. UNN vil, i samarbeid med Helse Nord RHF, etablere dialog med Riksantikvaren for å kartlegge mulighetsrommet fremover som kan vedlegges i salgsoppgaven.

UNN har både klinisk virksomhet og utleieboliger i bruk på området som skal selges. Før salget kan forberedes må denne virksomheten flyttes:

- Finne nye lokaler man kan leie
- Sette opp midlertidig bygg
- Finne plass i eksisterende bygningsmasse som UNN eier (per nå ikke mulig).

Drift- og eiendomssenteret har initiert oppstart av dette arbeidet i samarbeid med Psykisk helse- og rusklinikken, og forventes ferdigstilt i løpet av 2018. Salgstidspunkt for eiendommen vil avhenge av når virksomheten kan flyttes.

Medvirkning

Saken er forelagt felles drøftings- og medvirkningsmøte for ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt brukerutvalgets arbeidsutvalg fredag 8.6.2018. Møtet sluttet seg til at saken forelegges styret til endelig behandling 21.6.2018.

Vurdering

Direktøren presiserer at arbeidet med å finne nye lokaler til eksisterende virksomhet innenfor en allerede anstrengt økonomisk situasjon er krevende, men helt avgjørende for å starte salgsprosessen. Salg av Åsgårdmarka er en viktig forutsetning for realisering av nytt bygg for psykiatri- og rusomsorg, og direktøren er fornøyd med at alle formaliteter nå er klare og forberedelsene med å klargjøre området for salg er igangsatt. Strategien om å selge eiendommen som den er, er i tråd med Helseforetaksloven og i samråd med Helse Nord RHF.

Konklusjon

Styret inviteres til å vedta strategien og ta det planforberedende arbeidet til orientering.

Tromsø, 8.6.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Planbeskrivelse for Åsgårdmarka, godkjent av Tromsø kommune.
2. Kart og illustrasjonsfoto over planområdet.
3. Signert protokoll fra foretaksmøte 29.8.2014.

FORSLAGSSTILLERS PLANBESKRIVELSE

Datert: 10.02.2014



Tromsø kommune

Adresse: **gnr/bnr. 118/1561 m.fl.**

Reguleringsplan for Åsgårdmarka

DOKUMENTINFORMASJON

Oppdragsgiver: Universitetssykehuset Nord Norge HF
Rapportnavn: Reguleringsplan for Åsgårdmarka
Utgave/dato: 03 / 2014-02-07
Arkivreferanse: 520577

Oppdrag: 520577 – Reguleringsplan for Åsgård
Oppdragsbeskrivelse: Reguleringsplan
Oppdragsleder: Hanne Skeltved
Fag: Plan og urbanisme
Tema: Boliger
Leveranse: Detaljplan (PBL)

Skrevet av: Hanne Skeltved
Kvalitetskontroll: Ann-Kjersti Johnsen/ Sigrid Rasmussen

Asplan Viak AS www.asplanviak.no

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Sammendrag.....	4
2	Nøkkelopplysninger.....	5
3	Bakgrunn for planarbeidet.....	5
4	Planprosessen.....	6
5	Gjeldende planstatus og overordnede retningslinjer.....	8
6	Beskrivelse av planområdet (dagens situasjon).....	9
7	Utredninger i henhold til forskrift om konsekvensutredninger.....	20
8	Beskrivelse av planforslaget.....	20
9	Konsekvenser av planforslaget.....	36
10	Uttalelser og merknader.....	44

1 SAMMENDRAG

Universitetssykehuset i Nord Norge, UNN har satt i gang arbeidet med reguleringsplanen, med henblikk på å selge hele eller deler av sin eiendom på oversiden av Åsgårdvegen. Området har en fantastisk beliggenhet sentralt på Tromsøya, vestvendt og med flott utsikt til Kvaløya. Området er svært attraktivt som boligområde, og egner seg godt for fortetting. Det er lite av denne typen områder igjen på Tromsøya som ikke er bygget ut, og det har vært en premiss for planarbeidet å legge til rette for høy tetthet og høy bokvalitet.

Planen tar utgangspunkt i eksisterende bebyggelsesstruktur i planområdet, dvs. punkthus/blokk som er tilpasset terreng. Ny bebyggelse legges på oversiden av eksisterende vegger (Lars Eriksens vei og Nordslettvegen) og langs ny veg som slynger seg oppover i terrenget fra Lars Eriksens vei. Selv om planen tilrettelegger for fortetting vil området fortsatt framstå som åpent med store grøntområder, lekeplasser og grønne skrånninger.

Området er forholdsvis bratt og terrenget gir sterke føringer for utforming av nytt vegsystem og bebyggelsesstruktur. Eksisterende vegsystem til øvre del av området er for bratt etter dagens krav.

Planforslaget viser mulighet for 455 nye boenheter i tillegg til eksisterende 124 boenheter. Totalt tillates det i planen inntil 580 boenheter innenfor området. Planen oppfyller kommunale krav til lekearealer og parkeringsdekning. Det er gode muligheter for å løse parkering i terreng under bebyggelsen. Planen tilrettelegger i tillegg til boliger også for ny barnehage innenfor området. Verneverdige boliger i tilknytning til Åsgård sykehus, som ligger innen for planområdet, er tatt vare på i planen.

Troms fylkeskommune eier deler av området i nordvest (gnr/bnr 118/1). Planen er utarbeidet i tett samarbeid med UNN og Troms fylkeskommune, og det har vært dialog med ansatte på Åsgård sykehus og berørte naboer underveis i prosessen.

2 NØKKELOPPLYSNINGER

Bydel	Tromsøya Sørvest
Adresse	Øvre del av Åsgårdveien, Lars Eriksens veg, Nordslettvegen og Sørslettvegen
Gårdsnr./bruksnr.	118/1561, 1526, 1527, 407, 408, 409, 506 og 507 og 118/1
Gjeldende planstatus (regulerings-/kommune(del)pl.)	Plan 64, 17.12.1971, området unntatt fra stadfesting, Kommuneplan 2011-2021. Området er avsatt til boligformål i kommuneplanens arealdel.
Forslagstiller	Universitetssykehuset Nord-Norge, UNN og Troms fylkeskommune
Grunneiere (sentrale)	Universitetssykehuset Nord-Norge, UNN og Troms fylkeskommune
Plankonsulent	Asplan Viak AS
Ny plans hovedformål	Boligformål
Planområdets areal i daa	157 daa
Ant. nye boenheter	455 boenheter
Aktuelle problemstillinger (støy, byggehøyder o. l.)	Flystøysone II
Foreligger det varsel om innsigelse (j/n)	Nei
Konsekvensutredningsplikt (j/n)	Nei
Kunngjøring oppstart, dato	3. juli 2009
Fullstendig planforslag mottatt, dato	
Informasjonsmøte avholdt.(j/n)	Ja

3 BAKGRUNN FOR PLANARBEIDET

Bakgrunn

Bakgrunnen for planforslaget er, at Universitetssykehuset i Nord Norge i forbindelse med en overordnet gjennomgang av sine eiendommer har vurdert området på oversiden av Åsgårdvegen som uaktuelt for framtidig utvidelse av sykehuset. Psykiatrisk avdeling av sykehuset har tilstrekkelig utvidelsesmulighet innenfor området på nedsiden av Åsgårdvegen, og området på oversiden er på sikt ikke aktuelt for sykehuset til annet enn boligformål. "Hybelbygget" som i dag er eneste institusjonsbygg innenfor planområdet vil bli avviklet på sikt.

UNN ønsker derfor å regulere sin eiendom på oversiden av Åsgårdvegen til boligformål og få vurdert muligheten for fortetting av området. Etter at planen er vedtatt kan det være aktuelt for UNN å selge deler av eiendommen.

Troms fylkeskommune har kommet inn i planarbeidet underveis på bakgrunn av krav fra Tromsø kommune, og at de har sett muligheten for utvikling av sin eiendom innenfor området.

Intensjonen med planforslaget

Målet med planen er å skape et helhetlig boligområde med et godt bomiljø. Området er et av Tromsøyas få ubebygde, sentrale og attraktive områder egnet for boligformål. Intensjonen er å fortette området på en best mulig måte i forhold til eksisterende terreng, eksisterende nabobebyggelse og tilgang til viktige sentrale friområder for nåværende og nye beboere.

Gjennomføring av planen skal føre til forbedring av eksisterende offentlig infrastruktur i form av fortau, gang- og sykkelveger til skole og friområder samt lekeplasser og ny barnehage. Planen legger også opp til en løsning på overvannsproblematikk i området samt en utbedring av deler av eksisterende vann- og avløpssystem.

4 PLANPROSESSEN

Informasjonsmøte med avklaring om oppstart av planarbeid var avholdt med Tromsø kommune, Byutvikling 2. juni 2009.

Intern plankonferanse i kommunen var avholdt 16. juni 2009.

Oppstart av planarbeidet var kunngjort med annonse i avisene "Nordlys" og "Tromsø" samt tilskrivning av berørte grunneiere, rettighetseiere, naboer og offentlige myndigheter 3. juli 2009. Det var mottatt 4 svar på kunngjøringen, derav melding fra Kulturetaten om behov for befaring og forundersøkelse av området. Sametinget, Tromsø eldreråd og Statens vegvesen har ingen merknader til varsel om oppstart. Senere er det mottatt innspill fra en nabo, samt svar fra Kulturetaten vedrørende gjennomført kulturminneundersøkelse. Det har i tillegg vært dialog med NVE om behov for avklaring av grunnforhold i forbindelse med planarbeidet.

Troms fylkeskommune har valgt å involvere seg i planarbeidet, etter at Byutvikling stilte krav om at del av fylkeskommunens eiendom måtte inngå i planen.

Formelt oppstartsmøte med Tromsø kommune, Byutvikling var holdt 22. september 2009. Folkemøte/nabomøte var på oppstartsmøtet vurdert som nødvendig. Det vurderes om det er behov for nabomøte i tilknytning til offentlig ettersyn.

Det har vært holdt eget møte med to naboer til offentlig gangvei mellom området og eksisterende boligområde mot nord (Norrønafeltet). De to grunneiere er positive til gangveien, men ikke over 3 meter i bredden, og de ønsker veien opparbeidet med grusdekke.

Navn på planen har vært behandlet i Navnekomiteen, som har anbefalt at navnet «Åsgård» brukes som navn på reguleringsplanen. Som navn på planen er valgt «Åsgårdmarka» for å skille området fra sykehusområdet på nedsiden av Åsgårdvegen. «Marka» er også brukt i navnet på området «Workinnmarka» på nordsiden av Langnesvegen.

Det har vært flere møter med Byutvikling underveis i planprosessen, samt møte og dialog med Vann- og avløp, Eiendom, barnehagefaglig rådgiver og Miljørettet helsevern i Tromsø kommune. Flere alternativer har vært drøftet med tiltakshaver og kommunen underveis.

I planprosessen har spesielt temaene tetthet, bebyggelsesstruktur, veiføring og forhold til markagrensen vært drøftet.

Tre alternativer for veiføring og bebyggelsesstruktur var drøftet i prosessen; et alternativ basert på dagens vegsystem, og to ulike alternativer til nytt vegsystem i tråd med dagens vegnormaler. I alternativ 1 er bebyggelsesstrukturen blanding av blokk, rekkehus og kjedede eneboliger, og alternativ 2 og 3 er strukturen punkthus/blokkbebyggelse. Det er enighet med Byutvikling om alternativ 3 som beste veialternativ. Valg av nytt og bedre vegsystem i området førte til et nytt og bedre plangrep med mulighet for høyere utnyttelse.



Alternativ 1



Alternativ 2



Alternativ 3

Det var i prosessen drøftet med Byutvikling å gjøre justering av markagrensen mot vest for å utnytte områdets potensiale best mulig. Dette vises på de tre alternativene, hvor markagrensen er markert med rød stiple linje.

Selv om det er gode grunner for dette, mener Byutvikling at en eventuell justering av markagrensen må skje på overordnet plannivå i forbindelse med revisjon av kommuneplanens arealdel. Det valgte plangrepet gir mulighet for å utvide bebyggelsen i prinsippet som vist i alternativ 3.

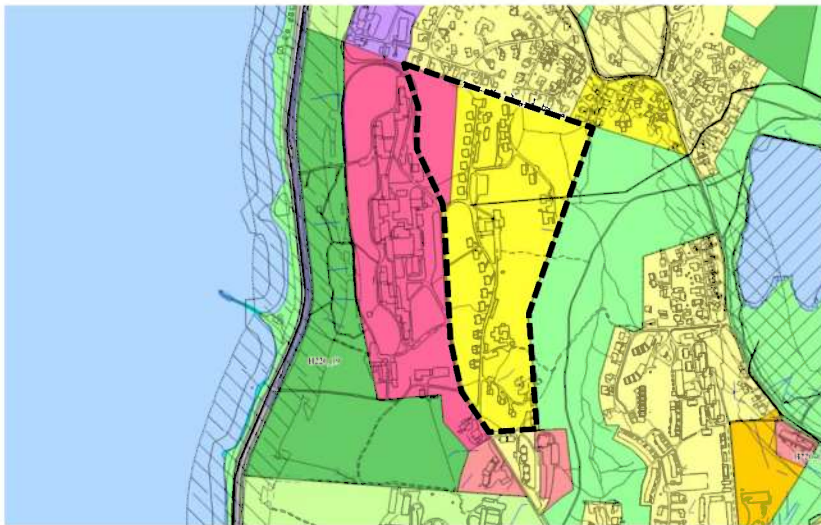
5 GJELDENDE PLANSTATUS OG OVERORDNEDE RETNINGSLINJER

Fylkesdelplan

Ikke aktuelt.

Overordnet plan (Kommuneplan/ kommunedelplan)

I Kommuneplanens arealdel, vedtatt 28.11.12 er området avsatt til framtidig boligbebyggelse, med unntak av et område i nordvest, som inngår i område avsatt til framtidig tjenesteyting (Åsgård sykehus).



Utsnitt kommuneplanens arealdel 2011-2022 med oppriss av planområde.

Reguleringsplaner

Gjeldende reguleringsplan for området er plan 64, vedtatt 17.12.71 og gjeldende reguleringsplan 1374, Bussveg Åsgård - Norrøna, vedtatt 29.04.98. Området er regulert til friområde (plan 64) og bussveg (plan 1374). Området på oversiden av Åsgård sykehus var i plan 64 foreslått regulert til boligformål, men ble unntatt stadfesting pga. flystøy.



Gjeldende planer for området

6 BESKRIVELSE AV PLANOMRÅDET (DAGENS SITUASJON)

Beliggenhet og avgrensning

Området omfatter UNN sine eiendommer på oversiden av Åsgård sykehus samt de eiendommer som hører med for å få en naturlig avgrensning og en helhetlig plan, bla. del av Troms fylkeskommunes eiendom i nordvest. Området avgrenses av Åsgårdvegen mot vest, Norrøna boligområde mot nord, studentboliger mot sør og friområde/marka mot øst. Området hører til Prestvannet skolekrets, men ligger også i nærheten av Workinnmarka skole.

Området har en svært god beliggenhet med kort vei til både friområde med lysløype og til sjøen, samt orientering mot ettermiddagssol og utsikt mot Kvaløya mot vest. I tillegg har området kort vei til Tromsø sentrum (ca 2 km).



Tilstøtende arealers bruk/status

Ut over Åsgård sykehus på nedsiden av Åsgårdvegen er området dominert av boliger og store friområder mot vest. Det er kort vei til Norrønafeltet med mange arbeidsplasser.

Eksisterende bebyggelse

Åsgård sykehus med tilhørende boliger er oppført på slutten av 50-tallet og hører til den eldste delen av bebyggelsen i området. Bebyggelsen innenfor planområdet består av en blanding av blokkbebyggelse fra 50-tallet (ansatteboliger til sykehuset), nyere rekkehus, tofamiliehus og eneboliger i 2 til 3 etasjer. Bebyggelsen er lite homogen, og nyere

bebyggelse i området er bygget uten helhetlig plan. Den eldste delen av bebyggelsen fra 50-tallet er dårlig vedlikeholdt, men er strukturelt sett den best tilrettelagte.

Sør for plangrensen ligger et eldre gårdstun som også hører til UNN sin eiendom. Gårdstunet består av en hovedbygning med stall og uthus. Gårdstunet er registrert i SEFRAK-registeret, og er i følge Kulturetaten verneverdig.



Innkjøring til området fra sør – Google Maps



Eldre boligblokker tilhørende UNN



Nyere tomannsbolig og enebolig tilhørende UNN



Åsgård sykehus på nedsiden av planområdet



Verneverdig gårdstun sør for planområdet

Topografi/landskapstrekk

Synlighet

Området ligger i skrånende terreng på vestsiden av Tromsøya med utsikt mot det store landskapsrommet i vest. Området ovenfor inngår i et sammenhengende skogsbelte som er en del av markaområdet, og en del av øyas grønne silhuett.

Området er bare eksponert mot vest fra Kvaløya (fjernvirkning). Området vises ikke fra Kvaløyvegen (nærvirkning), pga. bebyggelse og vegetasjon nedenfor området.



Utsikt fra RV 862 på Kvaløya – Google Maps

Området er flatere nederst i feltet, og blir brattere jo høyere opp. Det er en ganske bratt skråning midt i området.

Grunnforhold

Type grunn: Morene, noe myr, og til dels kort avstand til fjell. Kan være aktuelt med sprenging og utskifting av masser noen steder i forbindelse med utbygging. Det er ikke gjennomført grunnundersøkelse i planområdet i forbindelse med planarbeidet.

Klima

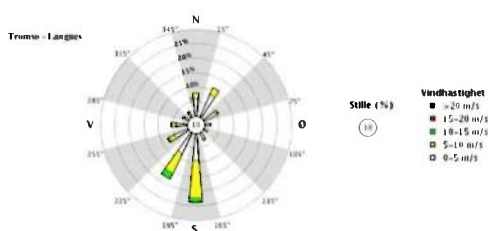
Vindforhold

Området ligger skjermet til på vestsiden av Tromsøya og omgitt av skog, som er med til å dempe vind i området.

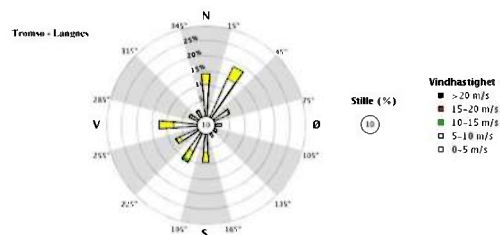
Data fra meteorologisk institutt, Værvarslinga i Nord Norge:

Framherskende vindretning er på sommeren fra nordøst, og er vinter, vår og høst fra sør og sørvest. Området vil dermed være relativt utsatt for vind fra sør og sørøst og kald sommervind fra nordøst. Vindroser fra Meteorisk institutt:

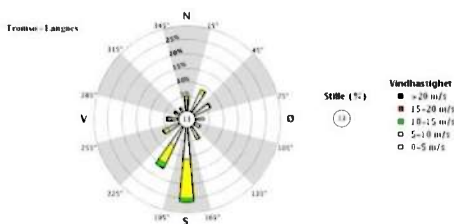
Vår (mars-mai)



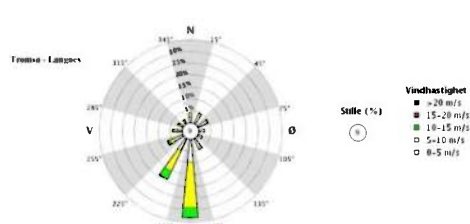
Sommer (juni-august)



Høst (september-november)



Vinter (desember-februar)



Nedbør

Tromsø har mest nedbør om vinteren i form av snø. Gjennomsnittlig snødybde er ca. 1 meter i mars/april.

Temperatur

Det er ingen spesielle forhold som skaper kuldedrag gjennom området.

Sol/skygge

Området er vestvendt og har gode solforhold hele året. Området ligger på høyde 25 – 65 moh. Bakketoppen bak området mot øst på 100 moh. og skråninger innenfor området vil gi skygge fra øst (morgensol) store deler av året.

Vegetasjon, dyreliv og andre naturforhold

Området består av naturlig blandingskog av fortrinnsvis bjørk, noe rogn og andre tresorter. Flere stiforbindelser følger traseer hvor skogen er hogget i forbindelse med etablering av ledningsnett gjennom området. Det er ikke kjent noen rødlistearter eller andre spesielle naturverdier i området.



Naturlig bjørkeskog

Grønne interesser

Området er lite i bruk som lekeområde, bortsett fra eksisterende barnehage som også antas å brukes som lekeplass på ettermiddagstid. Eksisterende stiforbindelser brukes som turstier mellom eksisterende og omkringliggende boligområder og turstier/ lysløype på toppen av Tromsøya.

Området ligger svært godt i forhold til sentrale friområder på Tromsøya, med kort avstand til lysløpa, Prestvannet og Bak Olsen.

Det er få regulerte lekeplasser i området. Nærmeste regulerte lekeplass/ ballplass er i Karisvingen/ Elverhøy (ca. 550 meter). Avstand til lekeplass i Norrøna barnehage er ca. 500 meter.

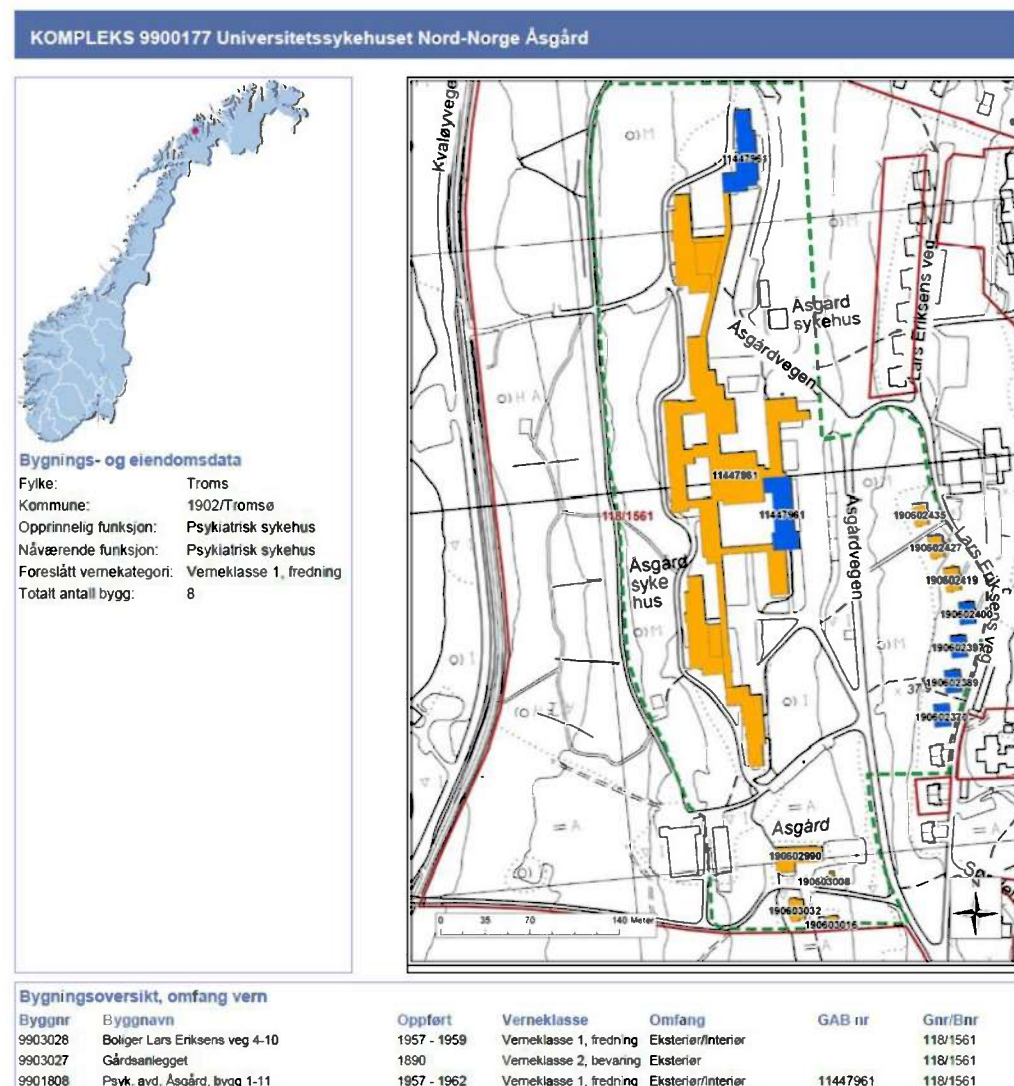
Kulturhistorisk stedsanalyse/kulturminer

I forbindelse med varsel om oppstart av planarbeidet har kulturetaten i Troms fylkeskommune gjort undersøkelser av området. Det er gjennomført prøvestikking og flateavdekking i høst 2009 i de områder som omfattes av planen, og det er ikke funnet spor etter menneskelig aktivitet i det omsøkte området.

Gården, som ligger sør for plangrensen, består av et gårdstun som er registrert i SEFRAK-registeret. Gårdstunet vurderes av kulturetaten som verneverdig og estetiske hensyn skal vektlegges i plan- og byggesaksbehandling.

Kulturetaten ber om at det stilles krav om utforming som ivaretar hensynet til omkringliggende bebyggelse og kulturlandskap. Viktige variabler er volum og form, farge, materialbruk, takvinkler og lignende, samt plassering/ orientering i terrenget.

Deler av området inngår sammen med sykehusområdet nedenfor Åsgårdvegen, i Landsverneplan for helsesektoren.



Fredet bebyggelse er vist med blått og verneverdig område med grønn stiplelinje på kartet.

Fra verneplanen:

«Formålet med vern av anlegget er å bevare bygningsstrukturen på Åsgård sykehus som landets eneste helhetlige psykiatriske spesialsykehus bygget i sin helhet i etterkrigstiden. Formålet er videre å bevare et utvalg personalboliger som del av det opprinnelige anlegget. Vernet skal sikre bygningenes hovedstruktur, arkitektoniske uttrykk og opprinnelige detaljer og materialbruk.»

Vernet omfatter personalboligene i Lars Eriksens vei nr 4-10. Verneklasse 1 fredning omfatter boligene Lars Eriksens vei 4-7, øvrige bygninger er i verneklasse 2 bevaring (Lars Eriksens vei 8-10).

Utdrag fra beskrivelsen i verneplanen:

«Firemannsboligene i Lars Eriksens vei ble oppført samtidig med den første utbyggingsfasen av sykehuset på slutten av 1950-tallet, og det er disse bygningene som ligger nærmest sykehuset. Bygningene er utvendig svært autentiske toetasjers murbygninger i 1950-tallsstil. Et uvanlig trekk er at de har gavlene på tyrolermaner, mot veien hvor også inngangen er. Inngangssiden er også særpreget med en sterk betoning av trappehuset ved hjelp av særpreget glassparti.»

BYGNING 9903028 Boliger Lars Eriksens veg 4-10

Kompleks 9900177 Universitetssykehuset Nord-Norge Åsgård



Inngangsparti, detalj Foto: Leif Maliks, Forsvarsbygg.



Inngangssiden Foto: Leif Maliks, Forsvarsbygg.



Personalboligen, inngangssiden Foto: Olav Austlid, Troms fylkeskommune.



Fasade mot fjorden Foto: Leif Maliks, Forsvarsbygg.

Veg og trafikkforhold

Området ligger inntil Åsgårdvegen, som er atkomst til Åsgård sykehus og eksisterende boligbebyggelse sør for området. Veggen er naturlig atkomst til framtidig bebyggelse i området. Åsgårdvegen er nylig regulert og opparbeidet som bussveg med god standard, men uten fortau. Hastigheten er i dag 50 km/t. Nord for planområdet er veggen stengt for gjennomkjøring med unntak av buss.



Åsgårdvegen

Del av Lars Eriksens veg i området er nylig opparbeidet i forbindelse med oppgradering av vann- og avløpsnett i området. Øvrige veger har også god standard, men både Nordslettvegen og Sørslettvegen er bratte (stigningsforhold opp til 8 %). Ingen veger har fortau.



Nylig opparbeidet Lars Eriksens veg. Snarvei fra LE veg til lysløypa.

Fra Lars Eriksens veg langs eksisterende barnehage er det gangforbindelse/ snarvei til lysløypen. Fra Nordslettvegen i nord er det gangveg/ snarveg til Norrønafeltet gjennom privat boligområde. Traseen er regulert som kjøreveg i plan 14-001 fra 1964.



Snarveg til Norrønafeltet

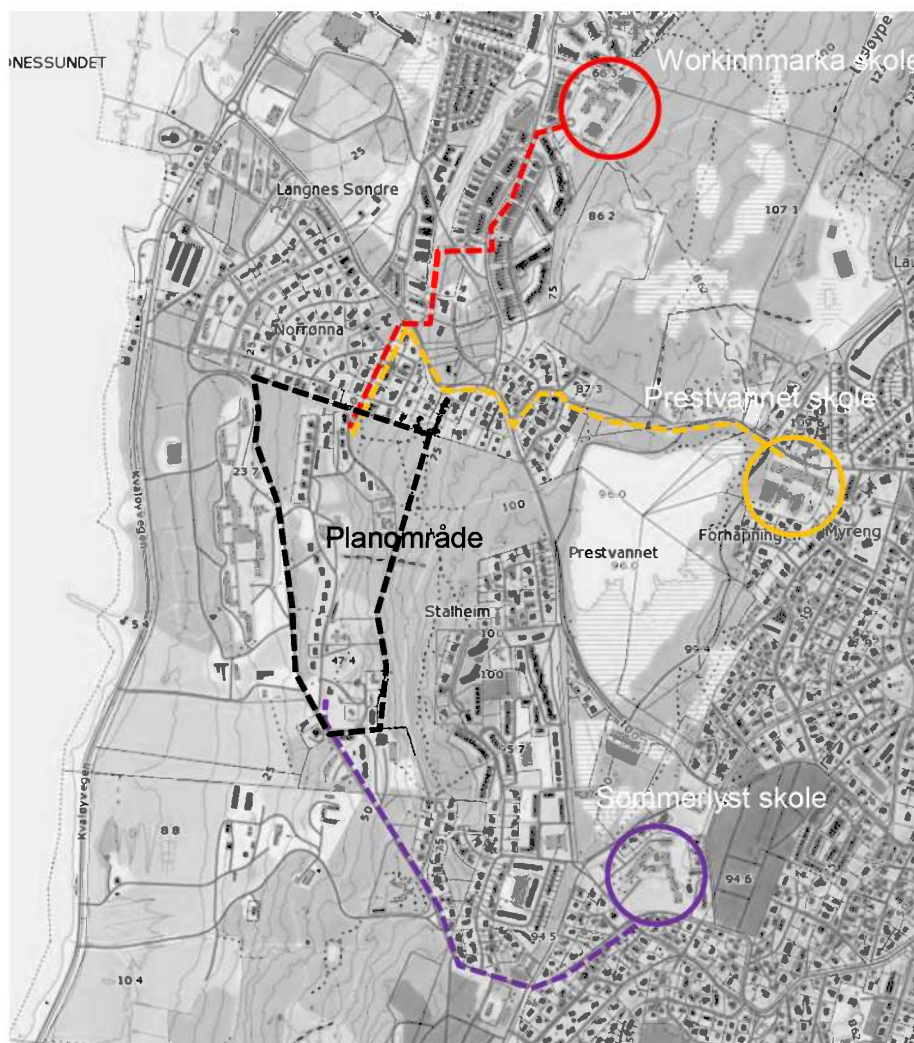


Skolevei

Det er gjort en vurdering av alternative skoleveier i området. Området hører i dag til Prestvannet skolekrets, men Workinnmarka skole ligger nærmest. Nærmeste ungdomsskole er Sommerlyst skole.

Det er forholdsvis kort skolevei til alle tre skoler, med henholdsvis ca. 1,4 km og 1,6 km til de to barneskoler. Det er kortest vei til Workinnmarka skole. Til begge barneskoler forutsettes at snarvei fra Nordslettvegen til Norrønnevegen kan benyttes, hvis ikke vil skoleveien bli betydelig lenger. Trafikksikkerheten er akseptabel med lyskryss på Langnesvegen og fortau langs Huldrevegen og Prestvannvegen. Det mangler fortau det meste av veien langs skolevei til Sommerlyst skole.

Til alle skoler er det også mulig å benytte stier og lysløypen som snarveier.



Alternative skoleveger til Workinnmarka, Prestvannet og Sommerlyst skole

Støy

Området ligger innenfor gul støysone for flystøy, og det skal dermed gjøres en støyutredning for området. Det skal gjøres utredning av fly- og vegtrafikkstøy i henhold til veileder T-1442.

Offentlig kommunikasjon/kollektivdekning

Det er kort avstand til bussholdeplass i Åsgårdvegen ved sørenden av Lars Eriksens veg og ved inngangen til Åsgård sykehus. Maks. avstand til nærmeste bussholdeplass er ca. 350 meter.



Området betjenes av buss nummer 26 som går 2-3 gange i timen.



Dagens holdeplasser

Vann og avløp

Tromsø kommune, Vann og avløp opplyser at vannforsyningen og håndtering av spillvannssituasjonen i området er god. Ny vannledning kan kobles til eksisterende nett mellom Sørslettvegen og Nordslettvegen. Overvannssituasjonen i området er en utfordring og må løses i forbindelse med reguleringsplanarbeidet.

Det må utarbeides en VA-plan som må behandles av Vann- og avløpsavdelingen i kommunen.

Avfall

Området har vanlige avfallsdunker ved hver eiendom som tømmes med bil hver uke. Avfallssug er det vanlige system i større nye områder i Tromsø, og er sannsynligvis den løsning som foretrekkes av Remiks i forbindelse med større utbygging av området.

Energi

Dagens energiløsning i området er elkraft.

Privat og offentlig servicetilbud

Skolekapasitet

Området hører til Prestvannet skolekrets, men Workinnmarka skole kan også være et alternativ. Begge skoler har kapasitet til å ta i mot flere barn på hvert klassetrinn. Det er best kapasitet på Workinnmarka skole, men det vil kreve en kretsregulering da området i dag hører til Prestvannet skolekrets.

Det er registrert prosjekter på til sammen 450 boliger i Workinnmarka krets og 48 i Prestvannet krets i perioden 2011 - 2019. Dersom alle prosjektene blir realisert, må skolekapasiteten vurderes på nytt.

Barnehage

Eksisterende barnehage innenfor området er i følge kommunen uhensiktsmessig og er planlagt nedlagt. Det er stilt krav om at det i planen skal avsettes tomt til ny barnehage. Det er i tillegg privat barnehage i Norrønafeltet (avstand ca. 500 meter)

Dagligvare

Nærmeste dagligvarehandel er på Elverhøy, avstand ca. 750 meter.

Risiko og sårbarhet

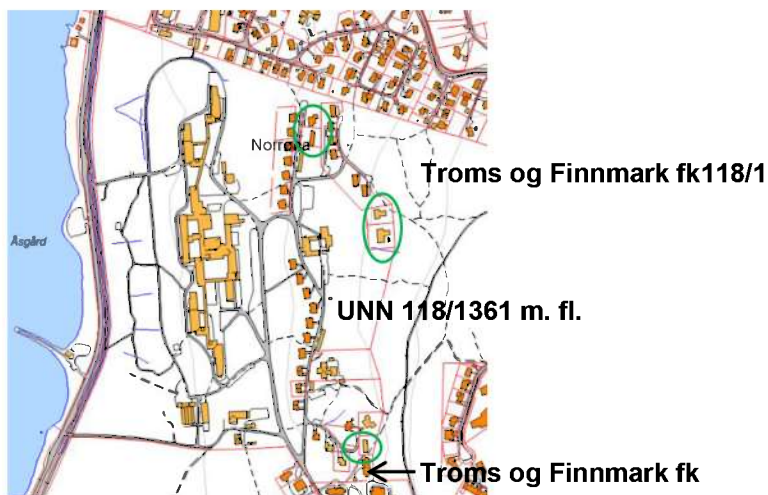
Det er ingen åpenbare risikomomenter i tilknytning til planområdet. Se vedlagt ROS-analyse i forbindelse med planarbeidet.

Telefoni og fiberoptikk

Det er telefoni og fiberkabler i området. Telenor er orientert om planarbeidet.

Privatrettslige bindinger

Eiendommene eies av Universitetssykehuset i Nord Norge og Troms fylkeskommune. Tromsø kommunale Boliger Stiftelsen fester fem eiendommer innenfor området (markert med grønn sirkel på eiendomsoversikten).



7 UTREDNINGER I HENHOLD TIL FORSKRIFT OM KONSEKVENsutREDNINGER

Ikke aktuelt.

8 BESKRIVELSE AV PLANFORSLAGET



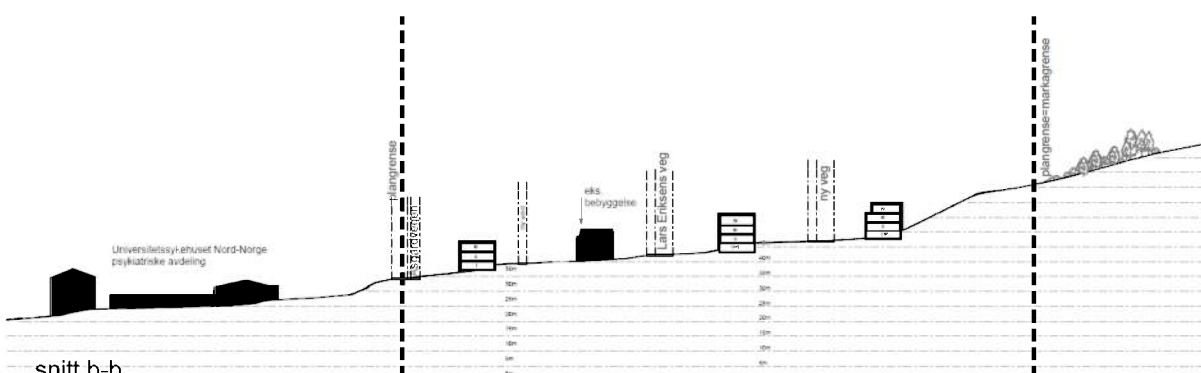
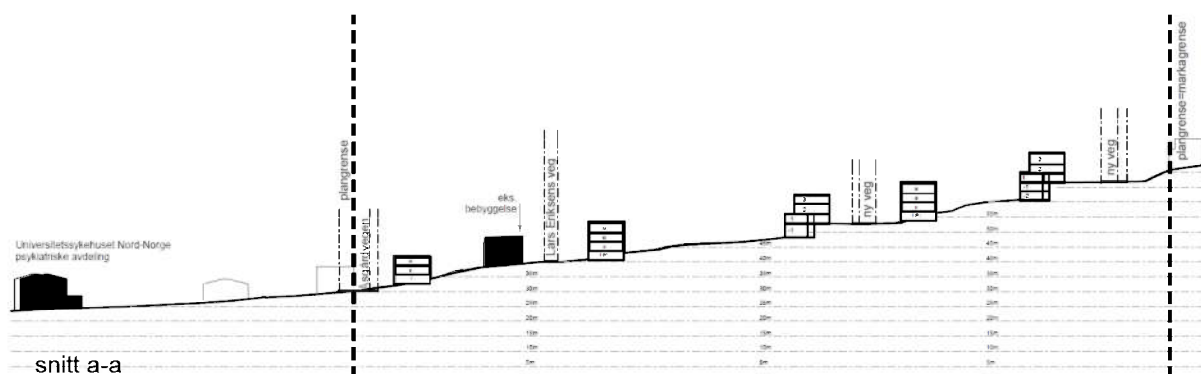
Illustrasjonsplan

Innledning

Målsetninger med planen er fortetting og tilrettelegging av et helhetlig boligområde med et godt bomiljø. Det overordnede grepet som ligger til grunn for planen er opprettholdelse av det eksisterende boligområdets grønne karakter samt å bygge en klar avgrensning mot friområdet (Marka). Planen legger til rette for høyest tetthet i øst mot friområdet og en litt lavere tetthet nederst i feltet hvor man har tilpasset seg til eksisterende bebyggelse.

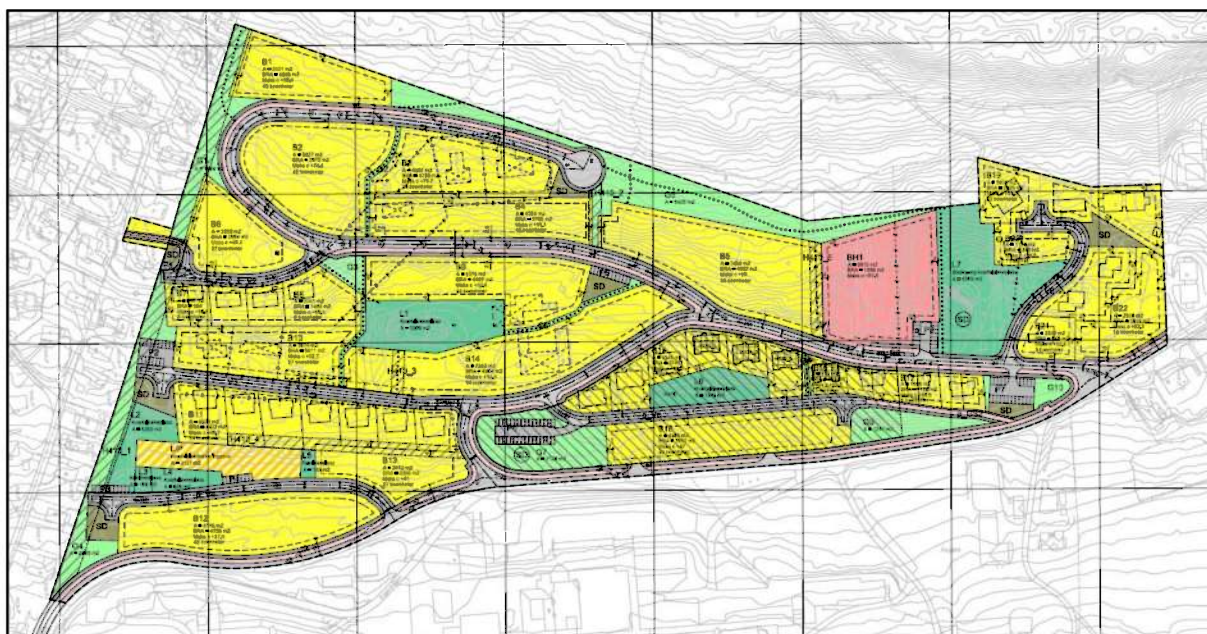
Planen tar utgangspunktet i opprinnelig bebyggelsesstruktur dvs. punkthus/ blokk som er tilpasset terrenget. Ny bebyggelse legges på oversiden av eksisterende vegger (Lars Eriksens vei og Nordslettvegen) og langs ny veg som slynger seg oppover i terrenget fra Lars Eriksens vei. Det foreslås også fortetting langs Åsgårdvegen, med god avstand til eksisterende bebyggelse. Selv om planen tilrettelegger for fortetting vil området fortsatt framstå som åpent med store grøntområder, lekeplasser og grønne skråninger.

Området er forholdsvis bratt og terrenget gir sterke føringer for strukturen i området, og for utforming av nytt vegsystem. Eksisterende vegsystem til øvre del av området er for bratt etter dagens krav.



Terrengsnitt

Reguleringsformål



Plankart

Planen inneholder følgende formål:

- Bebyggelse og anlegg (boligbebyggelse, barnehage, lekeplasser, kvartalslekeplass/parkeringshus),

- Samferdsel og teknisk infrastruktur (veg, fortau, gs-veg, annen veggrunn/tekniske anlegg og grøntareal/snødepot, parkering og vann- og avløpsnett).
- Grønnstruktur (grøntområde)

Nedenstående matrise viser formålene med underformål, felt, areal på hvert felt samt grunnareal for bebyggelse og maksimum tillatt BRA.

Planen fastsetter tillatt utnyttelse med BRA og maksimum tillatt byggehøyde (høyde over gjennomsnittlig terreng), samt gulvhøyde for 1. etasje (OK gulv på landskapsplan). Av illustrasjonsplan fremgår i tillegg veiledende etasjeantall og antall leiligheter.

Nye områder:

Formål	Underformål	Felt	Areal felt m2
Bebyggelse og anlegg	Bolig (ny)	B1	3 421
	Bolig (ny)	B2	5 827
	Bolig (ny)	B3	4 397
	Bolig (ny)	B4	4 063
	Bolig (ny)	B5	7 438
	Bolig (ny)	B6	3 059
	Bolig (ny)	B9	5 070
	Bolig (ny)	B10	3 974
	Bolig (ny)	B12	5 715
	Bolig (ny)	B13	2 412
	Bolig (ny)	B14	7 352
	Bolig (ny)	B18	4 389
	Bolig (ny)	B22	2 528
	Totalt felt bolig		
Totalt barnehage	Barnehage	BH1	5 913
	Kvartalslekeplass	L1	3 009
	Kvartalslekeplass	L2	1 253
	Nærlekeplass	L3	193
	Kvartalslekeplass	L4	625
	Nærlekeplass	L5	183
	Kvartalslekeplass	L6	1 596
	Strøks-/kvartalslek	L7	5 003
	Kvartalslekeplass/parkeringshus	L/P	2127
Totalt lekeareal			13 989
Grønnstruktur	Grøntområde (minus gangstier)	G1-10	14 375
Samferdsel og teknisk infrastruktur	Parkering	P1-9	
	Veg, fortau, gangv.		
	Tek.infrastruktur (VA)		
Totalt			79 547

Eksisterende områder:

Bebyggelse og anlegg	Bolig (eksisterende)	B7	840
	Bolig (eksisterende)	B8	3 041
	Bolig (eksisterende)	B11	6 554
	Bolig (eksisterende)	B15	4 340
	Bolig (eksisterende)	B16	573
	Bolig (eksisterende)	B17	1 989
	Bolig (eksisterende)	B19	3 870
	Bolig (eksisterende)	B20	1 178
	Bolig (eksisterende)	B21	3 023
Totalt			25 408

3D illustrasjon av området som helhet

Skråfoto av området med foreslått bebyggelse sett fra sør (grunnlag: Gule sider på nett)

Visualiseringer fra foreslått bebyggelse



Perspektiv fra bebyggelsen med utsikt mot sør / kvartalslekeplass L1



Perspektiv fra bebyggelsen med utsikt mot vest / kvartalslekeplass L1 og Kvaløya

Byggeformål

Nedenstående matrise viser byggeområdene for bolig (ny og eksisterende) og barnehage med type bebyggelse, etasjer, felt, antall leiligheter/ boenheter, leilighetsstørrelse, BRA bolig, tillegg til bod og garasje, samt foreslått BRA felt i planen (inkludert garasje).

Formål	Type	Etasjer	Felt	Antall boenheter	Leilighet m2	BRA bolig m2	BRA Parkering m2	BRA felt m2
Bolig (ny)	Blokk	5	B1	40	94	3360	1480	4840
	Blokk	4-5	B2	45	70-120	4620	1355	5975
	Blokk	5	B3	28	120	3360	826	4186

	Blokk	4	B4	45	84	3780	1925	5705
	Blokk	4	B5	36	84	3000	1062	4062
	Blokk	4	B6	27	84	1940	1044	2984
	Blokk	4	B9	33	110	3640	825	4465
	Blokk.	4	B10	27	84	2250	1161	3411
	Blokk	3	B12	45	84	3750	-	3750
	Blokk.	3	B13	27	84	2250	-	2250
	Blokk	4	B14	54	84	4500	2304	6804
	Blokk	3	B18	30	72	2150	1512	3662
	Blokk	3	B22	18	84	1500	414	1914
Total ny				455			12263	48433
Bolig (eksist)	Tofam	3	B7	2	225	450	36	600
	Tofam	3	B8	6	180	1080	-144	1404
	Blokk	3	B11	56	71,25	3990	432	4422
	Blokk	3	B15	24	146,25	3510	234	3744
	Blokk	3	B16	4	146,5	585	54	639
	Tofam.	2	B17	6	152	912	216	1128
	Blokk	3	B19	22	110	2425	504	2929
	Enebo	2	B20	1	340	310	36	346
	Enebo	2	B21	3	310	840	108	948
Total eksis				124		14102		16160
Total bolig				579				64593
Barnehage		1-2	BH1			1500		1500

Leilighetsstørrelse i blokkbebyggelse er angitt som gjennomsnitt brutto areal inklusiv svalganger og heis. Underetasje delvis under terreng er regnet som 100 % i BRA for all ny bebyggelse (B1-12). Alle parkeringsanlegg er foreslått lagt delvis under terreng, dvs. med innkjøring på samme høyde som veg. I planen gjelder maks BRA for bolig og parkering hver for seg. På plankartet vises samlet BRA. Ev. parkeringsanlegg som legges helt under terreng regnes ikke med i utnyttelsen/BRA (inntil 0,5 meter over terreng jf. bestemmelsene til planen).

Boligbebyggelse

Feltene B1-6, 9-10, 12-16, 18 og 22 omfatter forslag til ny bebyggelse, og feltene B7-8, 11, 17-19 og 21-23 omfatter eksisterende boligbebyggelse innenfor området.

Planen tilrettelegger for totalt 579 boliger - 455 nye pluss 124 eksisterende boliger. Det totale boligareal er på 84 822 m². Grøntområder er på til sammen 26 236 m². Totalt er areal for bolig og grøntområder på 111 daa.

Dette gir boligområdet en maksimal utnyttelse på 5,2 boliger pr dekar (eksklusiv trafikkarealer og barnehage). Alle boliger har god tilgang til uteområder direkte fra boligen.

Eksisterende bebyggelse

Eksisterende bebyggelse består av en blanding av blokkbebyggelse i mindre variasjoner fra slutten av 50-tallet/ begynnelsen av 60-tallet, tofamiliehus fra 70- og 80-tallet samt noen mindre leilighetsbygg fra 90-tallet. Boligene fra 90-tallet eies av Tromsø kommune (Kommunale Bolig stiftelsen), mens alle øvrige eksisterende boliger eies og driftes av UNN.

Eksisterende bebyggelse er orientert i nord-syd retning langs terrenget i vestskråning mot Sandnessundet, med utsikt mot Kvaløya. Bebyggelsen er i 2-3 etasjer. Den eldste delen av

bebyggelsen (boligblokker tilhørende Åsgård) var plassert i et åpent parklandskap. Gårdsbruket sør for planområdet var en integrert del av sykehusanlegget.

Eksisterende bebyggelse langs Lars Eriksens veg er i prinsippet forutsatt opprettholdt som den er. I forslag til utnyttelse for dette området, er det lagt inn noe økning av tillatt bruksareal for å ivareta mulighet for mindre utvidelse (+30 – 50 m²) samt parkering. I øvre del av området åpner planen for å fortette områder med eksisterende bebyggelse. I Nordslettvegen tillates en ekstra etasje (til 3 etasjer). Øvrig bebyggelse forutsettes erstattet, dersom eiendommene skal utnyttes maksimalt. I alt syv bygninger inklusiv eksisterende barnehage er i planen foreslått erstattet med ny bebyggelse.

Parkering i Lars Eriksens veg

Det er i dag ikke avsatt plass nok til parkering for eksisterende bebyggelse langs Lars Eriksens veg. Det har derfor vært en forutsetning at parkering til disse boligene skulle løses i planen. Parkeringen er løst i planen, ved at det er avsatt tre felles parkeringsplasser for eksisterende blokkbebyggelse, P2, P6 og P7, med tilsammen 62 plasser, i tillegg til noe parkering ved hvert bygg (vist på illustrasjonsplan og landskapsplan). Totalt er det avsatt 113 plasser for eksisterende bebyggelse i Lars Eriksens veg i henhold til kravet om dekning på 1,25 plass pr boenhet (90 boenheter).

I tillegg er det offentlig parkeringsplass ved barnehage med 14 plasser og langs veg med 6 plasser, samt felles parkering i Nordslettvegen for 2 plasser.



Landskapsplan: felles parkering Lars Eriksens veg og Nordslettvegen (rød ring) og offentlig parkering ved barnehage (stiplet ring).

Ny boligbebyggelse

Ny bebyggelse er foreslått som en videreføring av eksisterende struktur med orientering nord-syd, langs terrenget. Planforslaget legger opp til en variert blokkbebyggelse, hvor ny bebyggelse er tilpasset den eksisterende. Nederst i feltet, som en fortetting av eksisterende strukturen, er det foreslått punkthus/småblokk med 6 til 9 boenheter i hvert bygg og i 3 - 4 etasjer. Øverst i feltet er foreslått lengre blokker med 10 til 20 boenheter i hver blokk i 4 - 5 etasjer. Det tillates høyest bebyggelse øverst mot friområdet.

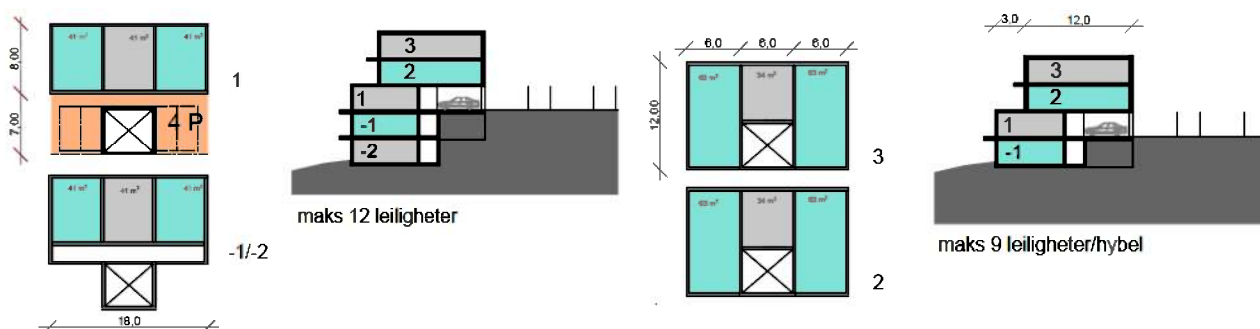
Store grøntområder skaper luft og møteplasser i området og mot eksisterende boligområder.

Plasseringen av bebyggelsen på langs av terrenget skal sikre utsikt og god tilgjengelighet mellom inne- og uteareal. Alle nye boliger har universell tilgjengelig atkomst med trappefri atkomst fra terreng/parkering til boligens inngangsplan og terrasse/privat uteplass. Enten direkte atkomst eller atkomst med heis fra parkering. Bebyggelse og terreng er tilpasset så det er mulighet for direkte utgang til terreng fra nederste etasje i tillegg til inngangsplan. Det er tatt utgangspunkt i etasjehøyde på 3,2 m pluss ekstra takkonstruksjon på 1 m.

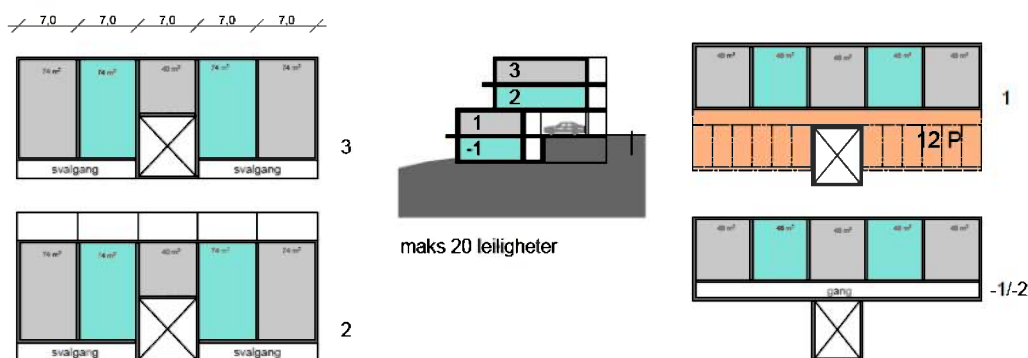
Boligtyper:



Blokkbebyggelse (3) – 5 etasjer overside veg (B1, 4, 5, 10, 12, 13, 14, 15, 16 og 20) – prinsipløsninger med svalgang og innvendig trapp.

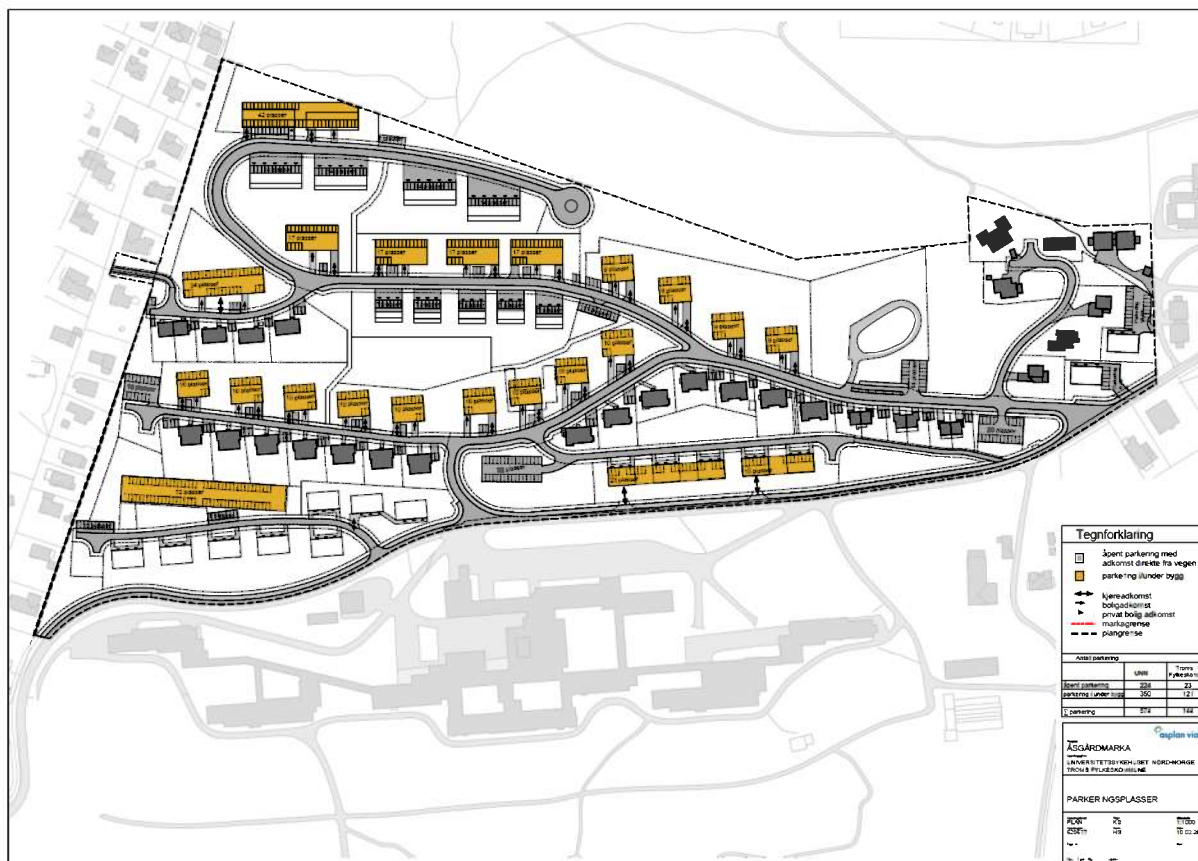


Blokkbebyggelse kort 4-5 etasjer nedside veg (B9) – prinsipløsninger med svalgang og innvendig trapp.



Blokkbebyggelse lang 4 etasjer nedside veg (B2 og 3) – prinsipløsninger med svalgang og innvendig trapp.

Parkering



Kjellerparkering og felles parkeringsanlegg (L/P) er vist med gul. Parkering i det fri og delvis åpen parkering i bebyggelse (nedside veg, B2, B3 og B9) er vist med grå.

Barnehage

Det er en barnehage innenfor området i dag. Denne er liten og uhensiktsmessig i forhold til dagens krav, og Tromsø kommune har derfor bedt om, at det blir satt av tomt for ny barnehage i planen.

Egnet tomt til barnehage har vært vurdert og etter flere runder med vurdering av flere alternative områder, er man kommet frem til at eksisterende barnehageområde er best egnet. Eksisterende tomt ligger best i forhold til friområde mot øst, mot foreslått strøkslekeplass mot sør, og tomten ligger godt trafikalt sett (kort vei fra Åsgårdvegen).

Lokalisering og konsept for utnyttelse er vurdert i samråd med Tromsø kommune. Tromsø kommune er tilfreds med den foreslåtte løsningen. Tomten er på 5,9 daa, og utvidet med ca. 24 m i bredden i forhold til dagens areal. Arealet er tilstrekkelig til en 4-avdelingsbarnehage med en variert og spennende tomt. Det er vist parkeringsplass for 14 plasser pluss 6 hente- og bringe lomme langs veg. Bygg er vist med 850 m² grunnflate etter gjeldende normer for en 4-avdelings barnehage, og planen åpner for å bygge i 2. etasje (BRA 1500 m²). Tromsø kommune har vedtatt ikke selv å stå for utbygging og drift av nye barnehager, så barnehagen er forutsatt å bygges ut privat.



Utsnitt Landskapsplan: barnehage og strøkslekeplass

Topografi/landskapstrekk

Terrenget er skrånende, og til dels svært bratt. Bebyggelsen er lagt så den naturlig følger terrenget. Barnehagen og strøkslekeklassen i sør framstår som et grønt belte som henger sammen med friområdet på toppen av Tromsøya ovenfor området.

Bebyggelsen er lagt slik at den best mulig tar opp terrenget. Enkelte plasser må det anlegges forstøtningsmur for å sikre direkte trappefri atkomst fra terreng/parkering til boligens inngangsplan og terrasse/privat uteplass. Forstøtningsmurer kan være opp til 60 cm høye, og kombineres med naturlige skråninger med gress eller gressarmerte skråninger. Gjerder tillates ikke. Det må etableres trapper enkelte plasser for å sikre gode snarveger på tvers av terrenget mellom øvre og nedre del av området.

Det er ikke foretatt grunnundersøkelse, men det antas ikke å være behov for store masseutskiftninger i forbindelse med utbygging. Det er behov for en del terrenngrep i forbindelse med gjennomføring av både ny veg og ny bebyggelse. NVE har bekreftet at det på dette stedet ikke er nødvendig med grunnundersøkelse i forbindelse med planarbeidet, men at grunnforhold må dokumenteres i forbindelse med byggesøknad.

Klima

Området vil være relativt utsatt for vind fra sør og sørvest. Både bebyggelse og vegger brytes opp eller dreies slik at det ikke skapes vindtunneler i området. Området er for øvrig

forholdsvis naturlig skjermet av eksisterende vegetasjon og er ikke spesielt vindutsatt eller utsatt for kuldedrag.

Romslige grøntområder gir god mulighet for lagring av snø i området. Snølagring er vist på plankart og landskapsplan.

Vegetasjon, dyreliv og andre naturforhold

Det er ingen spesielle begrensninger av arealbruk på grunn av vern, biologisk mangfold og ferdsel i utmark.

Grønne interesser/ landskapsplan



Landskapsplan

Området ligger i nær tilknytning til friområdet på toppen av Tromsøya med lysløype og kort vei til attraktive tur- og aktivitetsområder som Prestvannet, Charlottenlund og Bak Olsen, samt kort vei til fjæra. Det er få regulerte lekeplasser i umiddelbar nærhet.

Planen sikrer sammenlagt rikelig areal til nærlekeplasser, kvartalslekeplasser og strøkslekeplass. Nærlekeplassene er minimum 150 – 1788 m², kvartalslekeplassene er mellom 1,6 og 3,0 daa, og strøkslekeplassen en på 5 daa. Den ene kvartalslekeplassen er oppdelt på plankartet (L2, L4 og L/P). Strøkslekeplassen er 1 daa mindre enn kravet på 6 daa, men dette kompenseres med tilliggende friområde og barnehage, og at alle kvartalslekeplasser er betydelig større enn kravet på 1500 m². Vi mener at planen på en god måte ivaretar kommunens krav til uteoppholdsarealer og tilrettelegging av disse innenfor planområdet.

Regulerte grøntområder:

- Strøkslekeplass (L7): 5 003 m²
- Kvartalslekeplasser (L1, L2, L4, L6 og L/P): 8 610 m²
- Regulerte nærlekeplasser i planen (L3 og L5): 376 m² (nærlekeplasser i boligområder kommer i tillegg)
- Grønnstruktur: 14 375 m²
- Totalt: 28 364 m²

Det er krav til nærlekeplass på minimum 150 m² i henhold til overordna plan (kommuneplanens arealdel). Disse er vist i landskapsplan og illustrasjonsplan.

Alle områder vil kunne nås innenfor kravene til universell tilgjengelighet (UU) fra offentlig veg eller fra de nærmeste boliger. De offentlige lekeplassene (strøkslekeplass og kvartalslekeplassene) oppfyller kravene til UU med trappefri atkomst fra offentlig veg.

I planen stilles krav om privat uteplass for boligene. Det stilles krav om minimum 4 m² skjermet privat uteareal.

Planen ivaretar eksisterende tursti langs sørsiden av barnehagen til friområdet og lysløypen ovenfor området. Ny veg og snarvei i området gir også tilgang til friområdet.

Kulturhistorisk stedsanalyse/kulturminner

Kulturhistorisk settes området i sammenheng med Åsgård sykehus som var etablert i området på slutten av 1950-tallet med sykehus, tilhørende boliger og parkanlegg. Planen bygger videre på denne strukturen og tar utgangspunkt i at eksisterende bebyggelse i området skal bestå. Fredete bygninger, Lars Eriksens vei 4-7 er avsatt til hensynssone – båndlegging etter lov om kulturminner (H730), og bevaringsverdig område i landsverneplan for helsesektoren (mellom Lars Eriksens vei og Åsgårdvegen) er avsatt til hensynssone - bevaring kulturmiljø (H570).

Bevaringsverdig gårdstun sør for området hører til sykehusområdet og berøres ikke i planforslaget.

Det er ikke funnet spor etter eldre menneskelig aktivitet i området jf. undersøkelse foretatt av fylkeskommunens kulturetat i høst 2009.

Planforslaget for "Åsgårdmarka" reflekterer identiteten til området godt.

Veg og trafikkforholdKjøreveger

Planen bygger videre på eksisterende offentlig veganlegg i området. Det er en hovedatkomst inn i området fra Åsgårdvegen via eksisterende Lars Eriksens.

Alle veger foreslås som offentlige.

Det foreslås ny atkomstveg til øvre del av feltet fra Lars Eriksens veg. Vegen har svak stigning i tråd med gjeldende normer. Eksisterende vei til Nordslettvegen fjernes og vegen må påkobles ny vei. Atkomst til sokkelleiligheter i Nordslettvegen må løses med trapp eller rampe langs husvegg fra oversiden. Det er i planen foreslått å fjerne 4 bygninger til UNN og Kommunale Bolig stiftelse. Gjennomføring av ny veg forutsetter fjerning av et enkelt hus som eies av UNN, og som er i dårlig stand. Gjennomføring av øverste del av ny veg og bebyggelse (to øverste blokker) avhenger av Kommunale Bolig stiftelse.

Vegbredder er utført i henhold til kommunens normaler. Atkomstvegen uten fortau har totalbredde 9 meter, med fortau 13 meter, og kjørevegbredde 5 meter. Det er i tillegg foreslått fortau langs oversiden av Åsgårdvegen. Planen avsluttes i senterlinje for Åsgårdvegen, som er i tråd med gjeldende plan. Regulert vegbredde til senterlinje Åsgårdvegen er 8,5 meter.

Parkering

Parkering for all ny bebyggelse løses i parkeringskjeller under bakken, pluss gjesteparkering ute. For eksisterende bebyggelse løses parkeringen delvis på egen tomt og delvis på felles parkeringsplasser P1, P2, P6 og P7. Parkeringsdekning skal være 1,25 pr bolig. Parkering for barnehagen P8 og P9, er tilrettelagt for 20 plasser.

Gangveg

Etablert snarveg mellom Åsgård og Norrøna foreslås regulert som offentlig gang- og sykkelvei. Snarvegen er i dag mye brukt og er viktig forbindelse til skole fra Åsgårdområdet.

Vegen går over privat grunn, og må erverves fra to grunneiere. Gangvegen er foreslått lagt med senter i eksisterende eiendomsgrense, og med totalbredde på 3 m. Gangvegen forutsettes brøytet og snøen deponert mot sør innenfor regulert snødepot i planen. Det er god plass til snølagring innenfor tilstøtende grøntområde G1. Øvrig del av regulert kjøreveg i gjeldende plan fra 1965 omreguleres til boligformål.

Støy

Det er utarbeidet støyrapport med støyberegning i forbindelse med planarbeidet for både fly- og vegtrafikkstøy.



Gul og rød sone for flystøy sett i forhold til utbygningsfeltet på Åsgård. Rød sone, Lden = 62 dB. Gul sone, Lden = 52 dB. Gjennomsnittlig støynivå i planområdet = 57 dB.

Veg- og flystøy sammenfattet (fra støyrapporten):

- Uteplasser med $L_{DEN} < 52/55$ dB (fly/veitrafikk) kan etableres på østsiden boligene og, i praksis også på sydsiden fordi boligene gir innbyrdes skjermvinking. Flystøy ved sydlige fasader er skjønnsmessig vurdert til å ligge ned mot 52 dB også uten skjerming. Nesten alle bygningene ligger slik at det vil det være mulig å etablere en uteplass ved sydlige fasade med areal over 25 m². Skjermvegger/levegger i forlengelse av vestlige fasader vil utvide området mot syd og også muliggjøre enkelte uteplasser mot nord.
- Støy fra vegtrafikk for boliger som ikke ligger ut mot Åsgårdveien ligger godt under grenseverdikravene og her har man ingen praktiske restriksjoner på plassering av uteplasser. Ingen skjermingstiltak er nødvendige for disse boligene
 - Boligene ligger i gul sone med hensyn på flystøy. Innvendige støynivåer vil med boliger bygget etter TEK97 / TEK 07 ha innenivåer under kravet på $L_{A,ekv,T} = 30$ dB som angitt i NS 8175 for utvendige støynivåer på henholdsvis 60 / 62 dB.
- Boliger ut mot Åsgårdveien ligger i gul sone både med hensyn til vegtrafikkstøy og flystøy. Overskridelsene er imidlertid små og ingen fasadetiltak vil være nødvendige for å sikre tilfredsstillende innenivå.
 - Det er kun nødvendig å sikre uteplasser hvor $L_{DEN} < 52/55$ dB.
 - Slike uteplasser vil ligge i ly av bygningsmassen på østsiden av boligene
 - Uteplasser på vestsiden krever skjerming både mot vegtrafikkstøy og flystøy.

Kombinasjon av tilfredsstillende innenivåer og bevist plassering av uteplasser gjør at det ikke er noen støymessige hinder for å bygge ut området slik som planlagt. Den eneste restriksjonen er at boligene på Åsgård ikke bare kan ha uteplasser langs vestlig fasade, det må være et tilgjengelig uteareal, ca. 25 m² per husstand, i syd, øst eller i noen tilfeller nord for bygningene der hvor nordsiden har en annen bygning som skjærer for en nordlig uteplass.

På grunn av solforhold, utsikt og temperaturer så langt mot nord hadde det vært ønskelig å ha uteplasser mot vest.

Det vil være mulig å etablere stille utenivåer mot vest, for eksempel bak en skjerm på terrasser, men disse må da ha et tett rekkverk med glassskjerm på den øvre delen. Det vil være nødvendig med 2,0m til topp av glass for å sikre stille område på en 1,5m dyp terrasse på grunn av vinkelen mot flyenes innflyvningsbane. En slik løsning bør detaljberegnes fordi skjermhøyden vil avhenge av byggets og terrassens kotehøyde. På grunn av reflekser fra husets fasade for den flystøyen som går over skjermen, kan man ikke forvente at det gjennomsnittlige nivået på en slik vestvendt uteplassen eller terrasse vil bli redusert til mer enn så vidt under grenseverdikravet.

Andre varianter kan være et overbygd tak over terrassen i kombinasjon med levegger og lignende. Løsninger må detaljberegnes i hvert enkelt tilfelle.

Offentlig kommunikasjon/kollektivdekning

Området har god kollektivdekning og holdeplass ved Lars Eriksens veg i sør samt ved inngangen til Åsgård sykehus. Det foreslås ikke endringer av eksisterende holdeplasser.

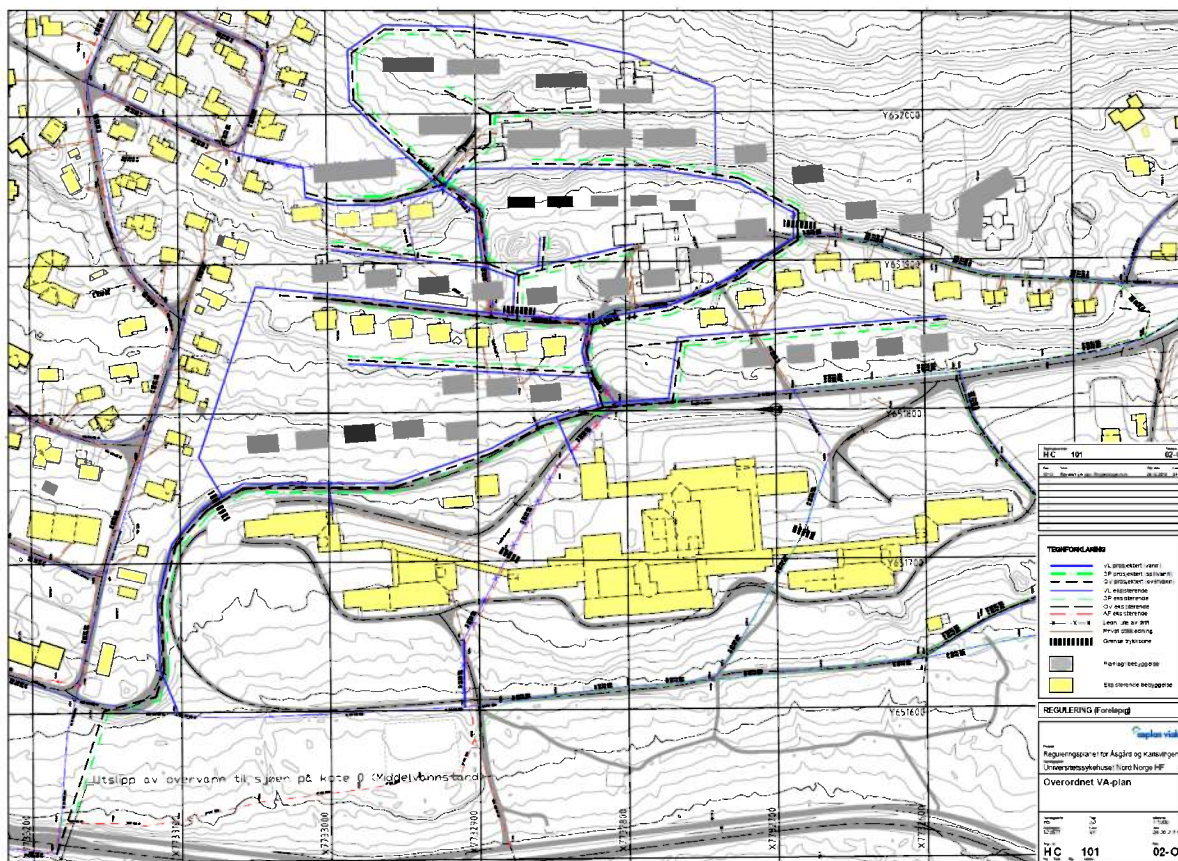
Vann og avløp

Det er utarbeidet VA-plan for planområdet i forbindelse med planarbeidet.

Etablering av nytt boligfelt vil medføre behov for bygging av nytt ledningsnett i store deler av feltet. Eksisterende ledningsnett har ikke kapasitet (til ny utbygging) og ligger mange plasser ugunstig til med hensyn til utvikling av området.

Generelt om planen:

- Primært er hovedtraséene lagt i gate, noe som sikrer adkomst for drift og vedlikehold
- Vannforsyning har ringsystem for store deler av feltet. Det sikrer godt drikkevann, god gjennomstrømning (utskiftning av vann) i rør og god leveringssikkerhet til husstander og for brannvann.
- Alle avløpsledninger er planlagt med selvfyll, ikke behov for pumpestasjoner
- Spillvann og overvann separeres. Rent overvann føres til sjø.
- Det legges opp til at overvann fordrøyes/forsinkes i fordrøyningsanlegg innenfor grøntområder og ev. boligområder i planen. Plassering og type er ikke avklart i denne fasen.
- Kommunal ledningsnett nord i feltet, lagt i 1956, foreslås nedlagt da det legger beslag på store deler av eiendommen til UNN. Det ikke gunstig å ha dette igjennom bygningsmassen til Åsgård. I tillegg har ledningene ikke nok kapasitet. I stedet foreslås det ny trase nord i Åsgårdvegen.



Forslag til VA-plan for området med tilstøtende ledningsnett.

Overvann

Det er planlagt separering av overvann og spillvann. Overvann fra tak, drens og vegsystem samles opp og ledes på selvføll ned til sjø. Adkomstveger og p-plasser har overvannsgrøfter. Overvann samles her opp fra sandfang i veg og i grøfter. Takvann, overvann og drensvann fra eiendommene tilkobles nytt overvannssystem.

Det legges opp til fordrøyning av overvann ved at det bygges et fordrøyningsanlegg for feltet.

Fordrøyningsanlegg

For å unngå flom og oversvømmelser i offentlig ledningsnett ønsker Tromsø kommune å fødrøye og forsinke overvann. Vi er i en tid der klimaforandringer fører til oftere ekstremvær med hyppige og intense regnskyl. Det legges derfor opp til lokal overvannshåndtering for området. Det etableres et fordrøyningsanlegg med utløpsregulator før overvann kommer til offentlig nett. Plassering av fordrøyningsanlegg blir i avklart i detaljprosjekteringsfasen.

Avfall

Boligområdet har i dag vanlig ordning med tømning av søppeldunker, mens studentboligene mot sør og en enkelt blokk innenfor planområdet har installert system for søppelsug.

Planforslaget er presentert for Remiks i Tromsø kommune, som anbefaler en løsning med søppelsug for hele den nye bebyggelse og med mulighet for eksisterende bebyggelse til å koble seg på denne løsningen.

Søppelsug er et system som Tromsø kommune er svært fornøyd med og som man ønsker å gå over til i alle nye boligområder med litt størrelse. Man har gode erfaringer med områder helt ned til ca. 20 boenheter. Systemet er basert på nedgravede tanker langs en sentral samleveg eller atkomstveg samt nedkast ved hvert felt med rørledning til tankene. Systemet vil være positivt for miljøet i boligområdet både estetisk, at man unngår mange søppeldunker- og containere og mht. trafikk med tunge kjøretøy inn i boligområdet.

Det ligger godt til rette for å ha tankanlegg/ henteplasser langs Lars Eriksens veg både med henblikk på ny og store deler av den eksisterende bebyggelse.

Planen tar høyde for dagens løsning med søppeldunker ved hvert hus for betjening av eksisterende bebyggelse. Alle veger er dimensjonert med vennehammer eller snuplass for lastebil. For ny bebyggelse stilles krav om søppelsug.

Energi

Energiforbruk/energiregnskap

Forholdsvis kompakt bygningsmasse som det legges opp til i planen gir mindre energibehov enn spredt bebyggelse (enebolig).

Energianlegg

Jf. kommuneplanens arealdel: *Innenfor byggeområder skal det som hovedregel i ny utbygging med samlet golvareal over 1000 m2 installeres varmeanlegg som er forberedt for tilknytning til fjernvarme eller annen miljøvennlig varmekilde.*

Krav i bestemmelsene til planen: Ved samlet utbygging med mer enn 1000 m2 skal det installeres varmeanlegg som er forberedt for tilknytning til fjernvarme eller annen miljøvennlig varmekilde.

Risiko og sårbarhet

Konklusjoner i ROS-analysen:

- Krav om dokumentasjon av grunnforhold i forbindelse med rammesøknad (bestemmelser til planen).
- Ikke behov for tiltak i forhold til radon.
- Kulturminnene er ivaretatt i planen.
- Ingen naturdata er registrert innenfor området.
- Nærhet til Åsgård sykehus er tatt hensyn til i planforslaget
- Behov for utskifting av kommunal avløpsledning jf. VA-plan.
- Ny ledning for overvann til sjø er ivaretatt i planen med rekkefølgebestemmelser.
- Støy er tatt hensyn til i planforslaget. Uteområder må skjermes lokalt mot flystøy og trafikkstøy hvor det er nødvendig jf. støyutredning

9 KONSEKVENSER AV PLANFORSLAGET

Overordnede planer og vedtak

Planforslaget er i tråd med overordnede planer – kommuneplanens arealdel 2007-2018.

Eksisterende reguleringsplaner

Planforslaget erstatter plan 64, vedtatt 17.12.1971.

Eksisterende bebyggelse

Planforslaget bygger videre på eksisterende bebyggelsesstruktur og ny bebyggelse vil ikke få direkte betydning for eksisterende bebyggelse, med unntatt av et enkelt hus som er forutsatt revet for å gjennomføre ny veg. Huset er i dårlig stand og tilhører UNN. Planen åpner imidlertid for at flere hus kan erstattes med ny bebyggelse.

Bebyggelsen øverst mot Marka representerer en tyngre bebyggelse enn det som er i området fra før. Det er likevel en typologi som er brukt andre steder for å tydeliggjøre bebyggelsens avslutning mot "markagrensen". Den nye bebyggelsen er også med sin enkle struktur med på å harmonisere området som i dag virker noe rotet og preget av mange ulike strukturer og bygningstyper.

Det grønne vil fortsatt prege området i kraft av store friområder, grønne skråninger og sammenhengen med friområdet ovenfor området.

Innsyn til nabobebyggelse

Innsyn mot Åsgård sykehus har vært tatt opp som en problemstilling.



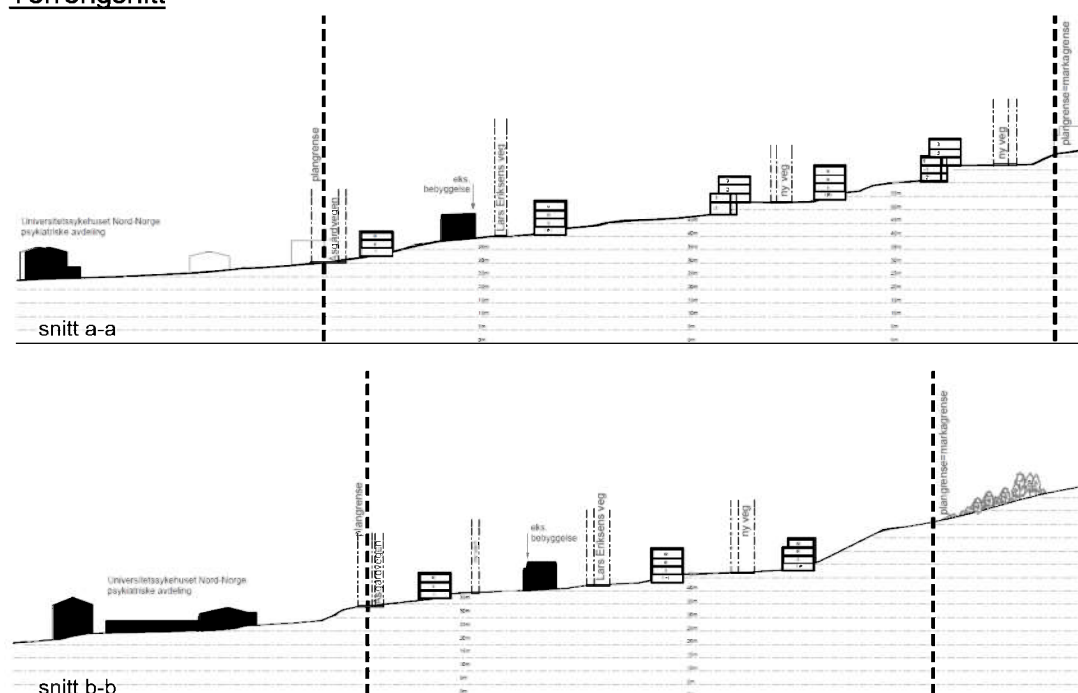
Åsgårdvegen - Google Maps

Dagens vegetasjonsbelte mellom eksisterende bebyggelse og Åsgårdvegen vil bli mindre med foreslått utbygging, og sykehuset har i dag liten skjerming mot Åsgårdvegen. Ny bebyggelse vil imidlertid ligge betydelig høyere i terrenget enn sykehuset, og i god avstand, så innsyn bør ikke bli noe problem. Det vil likevel være mulig å skjerme med tett vegetasjon på nedsiden av Åsgårdvegen, hvis det viser seg å være behov for det.

Topografi/landskapstrekk

Foreslått bebyggelse følger terrenget og faller naturlig inn i eksisterende bebyggelsesstruktur. Bebyggelsen skaper ingen ny siluettvirkning pga høydedraget ovenfor. Øyas grønne siluett opprettholdes. Det finnes høy bebyggelse i området fra før (studentblokka, blokk i Brinkveien og nytt boligområde på Fagereng) slik at den øverste bygningsrekken i inntil 5 etasjer ikke framstår som fremmed i området.

Terrengsnitt



Tilpasning av bebyggelse til terreng og eksisterende bebyggelse

Klima

Foreslått ny bebyggelse følger terrenget, som eksisterende bebyggelse i og omkring området, og det er regulert en grønn buffersone mot boligområdet mot nord. Sol- og skyggeanalyse viser at ny bebyggelse ikke vil gi skyggevirksomhet på eksisterende bebyggelse.

Bebyggelsen er brutt opp, forskutt eller dreiet så det ikke skapes vind- og kuldetuneller. Området er ikke spesielt værutsatt og det er ikke noe spesielt kulderas i området.

Det er tatt hensyn til snø med snødepot ved enden av alle atkomstveger, og det er i tillegg gode muligheter for snølagring i grøntområdene (utenom lekeplassene).

Sol- og skyggeanalysen viser at det til enhver tid vil være sol på private og felles utearealer og lekeplasser (vedlegg).

Sol- og skyggediagrammer

SOL-SKYGGE-DIAGRAM 21.JUNI



21 JUNI kl 06:00



21 JUNI kl 09:00



21 JUNI kl 12:00



21 JUNI kl 15:00



21 JUNI kl 18:00



21 JUNI kl 21:00

SOL-SKYGGE-DIAGRAM 21.MARS/SEPTEMBER



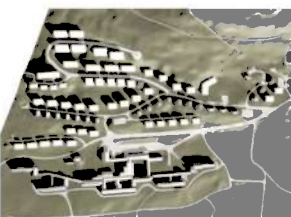
21.MARS/SEPTEMBER kl 06:00



21.MARS/SEPTEMBER kl 09:00



21.MARS/SEPTEMBER kl 12:00



21.MARS/SEPTEMBER kl 15:00



21.MARS/SEPTEMBER kl 18:00



21.MARS/SEPTEMBER kl 21:00

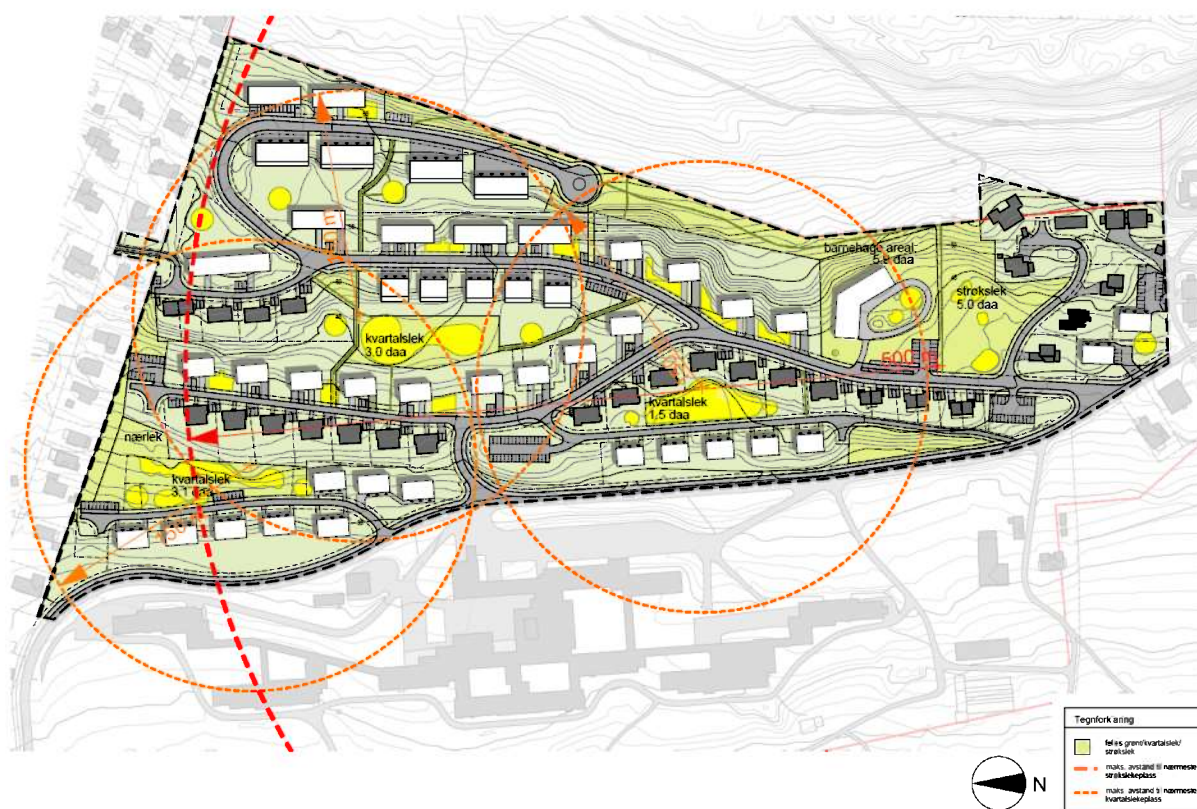
Vegetasjon, dyreliv og andre naturforhold

Eksisterende turstier gjennom området til grøntområdet på toppen av øya opprettholdes. Planen avgrenses i henhold til kommuneplanens grense mot grøntområdet, "markagrensen", og det planlegges ikke tiltak innenfor markagrensen.

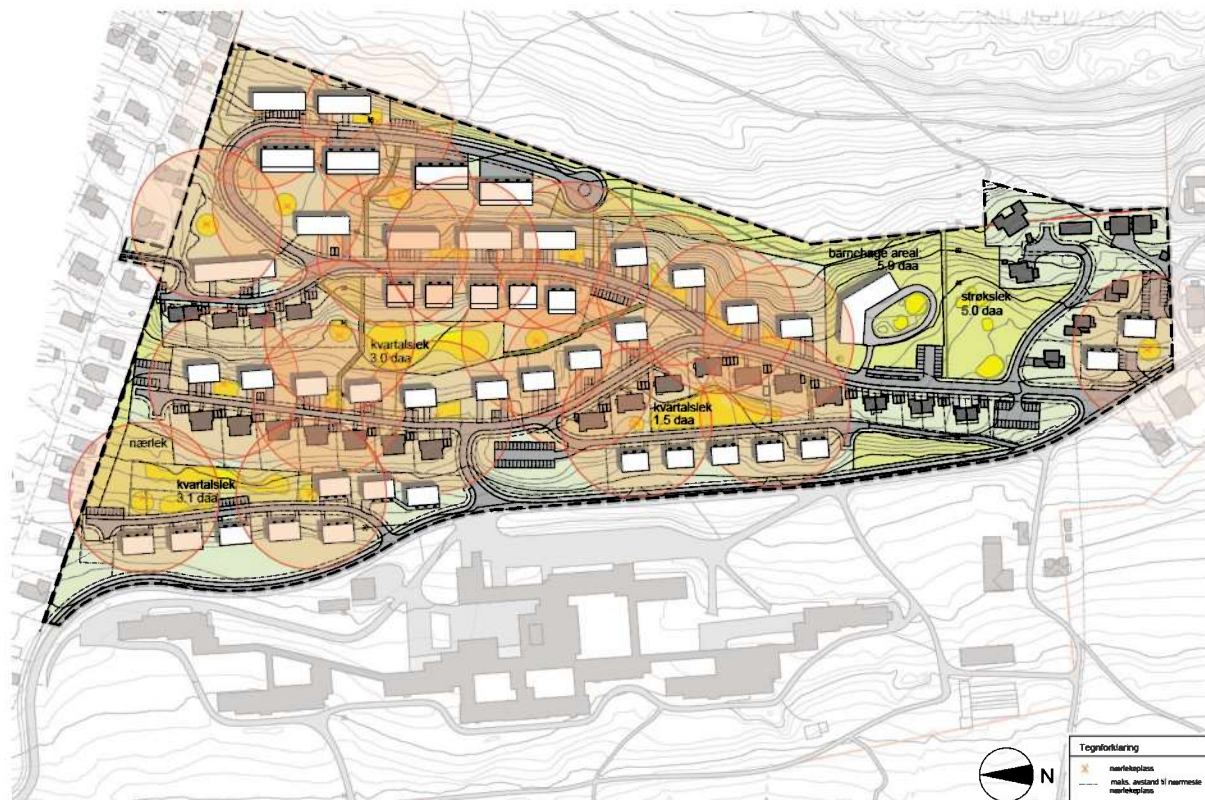
Grønne interesser

Tiltaket beslaglegger eller påvirker ikke arealer som er avsatt til eller i bruk av barn og unge. Det nye boligområdet vil tilføre området lekeplasser i henhold til kommunens vedtekter om lekeplasser.

Illustrasjon dekningsgrad



Dekningsgrad kvartalslekeplass, 150 meter og strøkslekeplass, 500 meter



Dekningsgrad nærlekeplasser, avstand 50 meter.

Kulturhistorisk stedsanalyse/kulturminner

Planen følger opp vedtak og intensjoner om fredning og vern i Helse- og omsorgsdepartementets landsverneplan. De fire byggene i Lags Eriksens vei 4-7 er foreslått båndlagt i henhold til lov om kulturminner (H730), og hele området mellom Lars Eriksens vei og Åsgårdvegen som er med i landsverneplanen er foreslått som hensynssone for kulturminner (H570).

Ny bebyggelse opprettholder og bygger videre på eksisterende bebyggelsesstruktur som stammer fra de tidligste sykehusboligene. Ny bebyggelse følger terrenget og samme retning som eksisterende bebyggelse, noe som vil gi området et helhetlig og homogent preg.

Det er svært romslig mellom eksisterende boliger i Lars Eriksens vei og Åsgårdvegen, og det er derfor foreslått fortetting langs Åsgårdvegen med 6 punkthus. Disse vil på samme måte som eksisterende bebyggelse få karakter av «bebyggelse i det grønne». Bebyggelsen har gangatkomst og lekeplass på oversiden og kjøreatkomst fra nedsiden.

Vi mener at planen ivaretar kulturminnene i området på en god måte.

Veg og trafikkforhold

Trafikk

Hovedatkomst er fra Åsgårdvegen, som pr i dag fungerer som samleveg og har god kapasitet, men bør oppgraderes med fortau. I planen foreslås fortau langs oversiden av Åsgårdvegen. Sperrebom ved overgang til bussveg forutsettes flyttet ca. 200 meter av hensyn til atkomst til boligfelt B12.

Parkering

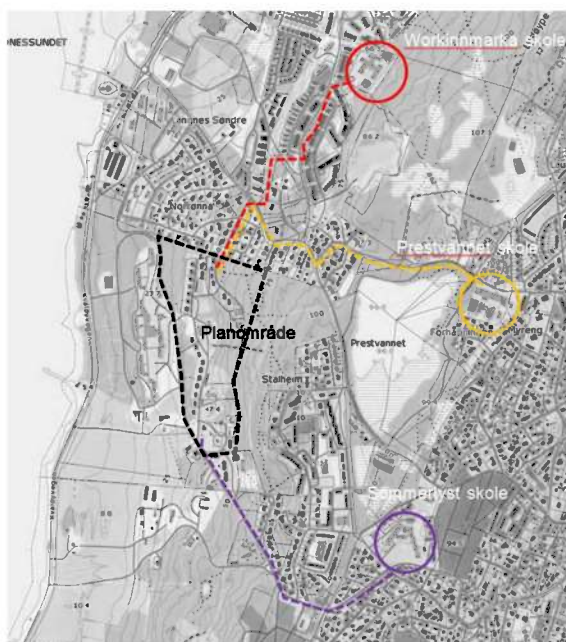
Parkeringsnorm 1,25 pr. boenhet er lagt til grunn for parkeringsdekning i området. All beboerparkering og gjesteparkering for ny bebyggelse er forutsatt under ny bebyggelse, med unntak av noen få gjesteparkeringsplasser i feltet. Det er avsatt areal for parkeringsplass for parkering til eksisterende bebyggelse i tillegg til at det er forutsatt noe parkering på private tomter. Parkering er vist på landskapsplan og illustrasjonsplan.

Myke trafikanter

Hensynet til myke trafikanter er godt ivaretatt med fortau langs sentrale atkomstveger, snarvei på tvers av terrenget og stisystemer mellom lekeplasser og boligfelt.

Trygg skoleveg

Oversikt skoleveger til Prestvannet, Workinnmarka og Sommerlyst skole:



Det er forholdsvis kort skoleveg til både Workinnmarka, Prestvannet og Sommerlyst skole. Det er trykk skolevei til begge de aktuelle barneskolene. Det mangler fortau til Sommerlyst skole. Det er kortest vei til Workinnmarka skole, så det bør vurderes å bytte skolekrets fra Prestvannet skole.

Det foreslås i planen regulering av eksisterende snarvei mellom private eiendommer i Norrønnavegen til offentlig gangvei.

Universiell utforming

Kravene til Universell utforming (UU) framkommer i nasjonale normer og i KPA, hvor intensjon og kravene er at nye boliger skal planlegges og bygges tilgjengelig for alle. Dersom kravene ikke oppfylles, må forslaget til løsninger begrunnes og drøftes med Byutvikling før plan fremmes.

Problemstillinger i planen:

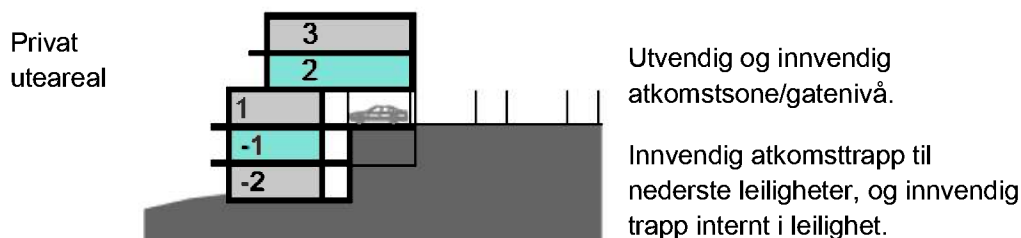
Eksisterende vegsystem er bratt og dårlig fremkommelig. Det foreslås et nytt vegsystem i øverste del av området, slik at vegsystemet overholder gjeldende normer.

Alle nye boliger er tilrettelagt i henhold til forskriftens krav om tilgjengelighet, med atkomst direkte fra veg, inngangssone eller fra parkeringskjeller med heis.

Alle lekeplasser er planlagt i henhold til UU fra veg til deler av områdene, dvs. med maksimum 5 % stigning.

Maksimum stigning på 5 % i henhold til UU er ikke mulig å oppnå for snarveier/ gangstier på tvers av terrenget.

UU er mulig i alle boliger innenfor planen, unntatt ev. hybel to etasjer under gatenivå (atkomstzone). Prinsipp to-tre leiligheter over fire plan:



Støy

Planforslaget vil ikke forandre forurensningssituasjonen i området.

Boliger ut mot Åsgårdveien ligger i gul sone både med hensyn til vegtrafikkstøy og flystøy. Overskridelsene er imidlertid små og ingen fasadetiltak vil være nødvendige for å sikre tilfredsstillende innenivå.

- Det er kun nødvendig å sikre uteplasser hvor $L_{DEN} < 52/55$ dB.
- Slike uteplasser vil eksistere i ly av bygningsmassen på østsiden av boligene
- Uteplasser på vestsiden krever skjerming både mot vegtrafikkstøy og flystøy.

Offentlig kommunikasjon/ kollektivdekning

Området har god kollektivdekning. Fortetting av eksisterende boligområder langs eksisterende kollektivtrase er en positiv konsekvens av planforslaget. Det ligger godt til rette for bruk av kollektivtrafikk til og fra området. Det er planlagt snarvei på tvers av terrenget fra øverste boliger til bussholdeplass i Åsgårdvegen.

Det er i prosessen vurdert å trekke bussen inn i området. Det er konkludert med at dette vil være en dårlig løsning pga. krav til omlegging og utvidelse av eksisterende veg (Lars Eriksens vei), trafiksikkerhet internt i boligområdet, kort avstand til buss med dagens løsning, og at nærhet til Åsgård sykehus bør prioriteres.

Vann og avløp

Kommunal ledningsnett nord i feltet, lagt i 1956, foreslås nedlagt da det legger beslag på store deler av eiendommen til UNN. Det ikke gunstig å ha dette igjennom bygningsmassen til Åsgård. I tillegg har ledningene ikke nok kapasitet. Istedenfor foreslås at det bygges ny trase nord i Åsgårdvegen jf. foreslått VA-plan.

Energi

Dagens elforsyning må forlenges inntil de nye boligene. Det kan være behov for nye trafostasjoner i området. Nye trafostasjoner kan plasseres innenfor områder for boligbebyggelse eller grønnstruktur.

Privat og offentlige servicetilbud

Skolekapasitet

Skolekapasiteten i kretsen vil være med å dimensjonere antallet boliger som kan etableres i området. Pr. i dag er det i KPA oppgitt at Prestvannet skolekrets har kapasitet til inntil 100 nye boliger.

I følge skolekontoret i Tromsø kommune er det god kapasitet på både Prestvannet skole og Workinnmarka skole. Workinnmarka har best kapasitet, men det vil kreve en kretsregulering om barna skal gå der. Workinnmarka anbefales også med hensyn til skoleveg. Det er ikke behov for tiltak på skoleveg, bortsett fra utvidelse av gangvei til Norrønavegen, som ligger inne i denne planen.

Det er registrert prosjekter på til sammen 450 boliger i Workinnmarka krets og 48 i Prestvannet krets i perioden 2011 - 2019. Dersom alle prosjektene blir realisert, må skolekapasiteten vurderes på nytt.

Risiko og sårbarhet

Det er ingen eller lite myr i området og det antas derfor at det ikke er nødvendig med massutskiftninger. Det stilles i planen krav om dokumentasjon av grunnforhold i forbindelse med rammesøknad jvf NVE.

Kommunal avløpsledning nedenfor Åsgårdvegen bør skiftes ut, og det må anlegges ny ledning for overvann til sjø. For øvrig ingen konsekvenser.

Telefoni og fiberoptikk

Ledningsnettets må forlenges til de nye boligene. Nyanlegg kan løses innenfor området, og bør legges i regulerte trafikkområder.

Konsekvenser for næringsinteresser

Ingen konsekvenser.

Juridiske/ økonomiske konsekvenser for kommunen

Ingen konsekvenser, bortsett fra foreslått omlegging av gamle VA-ledninger.

Utbyggings-/opparbeidingsavtale

Forhandling med kommunen om utbyggingsavtale er ikke startet opp. Følgende offentlige tiltak er sikret opparbeiding med rekkefølgebestemmelser i planen:

- Fortau langs Åsgårdvegen innenfor planområdet.
- Gangvei (GS1) til Norrønafeltet
- Offentlig strøkslekeplass innenfor planområdet
- Alle nye trafikkområder innenfor planområdet

10 UTTALELSER OG MERKNADER

Frist for forhåndsmerknader var satt til 10. august 2009. Totalt er det mottatt 6 merknader til varsel om planstart.

Sammendrag av uttalelser og merknader med forslagstillers kommentar.

Nr. og dato	Avsender	Kortfattet sammendrag	Forslagsstillers kommentar
1. 22.07.09	Statens vegvesen	Området berører ikke direkte vegvesenets interesser, og de har ingen merknader på dette planstadiet.	
2. 20.08.09	Troms fylkeskommune, kulturetaten	Det er tidligere gjort et funn fra jernalder i området, og kulturetaten ber om aksept for å foreta undersøkelse av området.	Undersøkelse er akseptert av grunneier/ oppdragsgiver.
3. 21.08.09	Tromsø eldreråd	Saken (60/09k) ble tatt til orientering.	
4. 28.08.09	Sametinget	Sametinget kjenner ikke til at det er registrert automatisk freda samiske kulturminner i området, og har ingen merknader.	
5. 27.11.09	Olei Borch, Norrønnavn 14.	Ser ingen grunn til utvidelse av gangsti mellom Norrønnavn 14 og Lyngvn 7. Grunneier aksepterer utvidelse av eksisterende gangsti med 0,5 meter til totalt 3 meter.	Innspillet tas til følge. Gangvei er foreslått regulert med 3 m bredde, og snødeponi innenfor

		Stien fungerer godt i dag. Ønsker ikke snødeponering langs stien, og Borch har tidligere klaget til kommunen over deponering på sin eiendom.	planområdet sør for gangveien. Gangvegen er snarvei til skole og bør være åpen hele året.
6. 30.11.09	Troms fylkeskommune, kulturetaten	Kulturetaten har gjennomført undersøkelse av området, og det ble ikke funnet spor etter menneskelig aktivitet i området. Minner likevel om meldeplikten etter kulturminneloven og at denne bør fremgå av bestemmelsene til planen. Gården som ligger sør for planplangrensen består av et verneverdig gårdstun og er registrert i SEFRAK-registeret. Estetiske hensyn skal vektlegges, og stilles krav om utforming som ivaretar hensynet til omkringliggende bebyggelse og kulturlandskap.	

Det har etterfølgende vært holdt møter med følgende i løpet av prosessen:

- Grunneier i Norrønavegen 14 og Lyngvegen 7 vedrørende gangveg i skillet mellom eiendommene.
- Brukermøte med ansatte (ledelsen og vaktmester) på «Åsgård sykehus».
- Møter med kommunale enheter underveis i prosessen.

Vedlegg:

- Bestemmelser
- ROS-analyse
- Plankart
- Landskapsplan
- Illustrasjonsplan
- Støyutredning
- Snitt
- Parkeringsplan
- Sol- og skyggediagrammer

Åsgårdmarka, reguleringsplan 1725

Vedlegg 1

290114



Protokoll

Vår ref.:
2013/301-9/012

Referent/dir.tlf.:
Karin Paulke, 75 51 29 36

Sted/Dato:
Bodø, 20.5.2014

Møtetype:	Foretaksmøte
Møtedato:	29. august 2014 – kl. 13.00
Møtested:	Telefonmøte

Tilstede – fra Helse Nord RHF:

Navn:	
Bjørn Kaldhol	styreleder
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør

Tilstede – fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

Navn:	
Jorhill Andreassen	styreleder
Elin Gullhav	konstituert viseadm. direktør <i>Elin Gullhav møtte med fullmakt fra Tor Ingebrigtsen, adm. direktør i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (vedlagt denne protokollen).</i>
Kristina Bratrein	jurist

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med helseforetaksloven § 45.

Sak 19-2014 Godkjenning av innkalling

Styreleder i Helse Nord RHF, Bjørn Kaldhol, med fullmakt til å utøve eiermyndighet på vegne av Helse Nord RHF ønsket velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Han ga ordet til styreleder i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Jorhill Andreassen. Foretaksmøtet ledes av styreleder i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Jorhill Andreassen.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 20-2014 Godkjenning av saksliste

Møtelederen spurte om noen hadde merknader til den utsendte sakslisten. Det var ingen merknader til sakslisten.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Sakslisten godkjennes.

Sak 21-2014 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder

Lars Vorland ble foreslått til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Lars Vorland ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

**Sak 22-2014 Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- omregulering av tomt og salg av eiendom (Åsgårdmarka)**

Det vises til saksfremlegget. Styreleder Bjørn Kaldhol redegjorde for saken.


Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

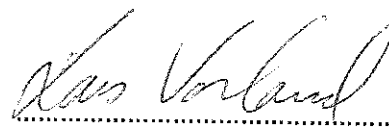
1. Med bakgrunn i foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 27. juni 2014, jf. sak 3, godkjenner foretaksmøtet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF salg av eiendommer i Åsgårdmarka i Tromsø kommune, ref. styresak 17-2014 i Helse Nord RHF.

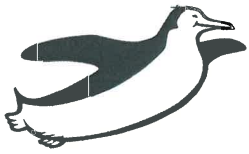
Godkjenningen gis under forutsetning av at vedtaket i *styresak 17-2014 Universitetssykehuset Nord-Norge HF – omregulering av tomt og salg av eiendom (Åsgårdmarka)* i Helse Nord RHF og i foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 27. juni 2014 legges til grunn for salget.

2. Foretaksmøtet presiserer at ved vurderingen av resultatoppnåelse i Universitetssykehuset Nord-Norge HF vil en se hen til engangseffekter, herunder gevinster eller tap fra salg av eiendom.
3. Foretaksmøtet legger til grunn at Universitetssykehuset Nord-Norge HF sørger for at verneinteressene som er knyttet til de fredede bygningene ivaretas på en tilfredsstillende måte.

Bodø, den 29. august 2014


.....
Jorhill Andreassen, styreleder
Universitetssykehuset Nord-Norge HF


.....
Lars Vorland, adm. direktør
Helse Nord RHF



Fullmakt

Foretaksmøte i Helse Nord RHF 29.08.2014

Jeg gir konstituert direktør Elin Gullhav, UNN HF, fullmakt til å møte for meg i foretaksmøte 29.08.2014. Møtet avvikles som et telefonmøte kl. 1300.

Tromsø 19.08.2014

Tor Ingebrigtsen
for

Tor Ingebrigtsen
administrerende direktør
Universitetssykehuset Nord-Norge HF



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
59/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	21.6.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. Båtambulansestructuren
2. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn

Muntlige orienteringer

3. Pasienthistorie

Tromsø, 8.6.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør



Sak: Orientering om strukturelle endringer i ambulansébåttjenesten
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Marit Lind/ Jon Mathisen
Møtedato: 21.6.2018

Formål

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

Bakgrunn

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.* På bakgrunn av denne styresaken utarbeidet Akuttmedisinsk klinikk *Utredning om mulig endret ambulansestructur ved UNN.* Denne ble fulgt opp med følgende beslutning fra direktøren:

Akuttmedisinsk klinikk gis i oppdrag å utarbeide en plan for gradvis endring av ambulansetjenesten over en femårsperiode. Både bil- og båtambulansetilbudene skal vurderes, og det skal utarbeides en økonomisk langtidsplan for virksomheten.

Klinikken arbeidet videre tiltak og langtidsplan og fremmet en ny sak til styret for å forankre fremtidige beslutninger, Styresak 25/2017 *Langsiktig utvikling av ambulansetjenesten*, der vedtaket ble som følger:

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

Den snarlige ferdigstillingen av Bjarkøyforbindelsen og kommunesammenslåing i Nordre Nordland (Tysfjord) medfører snarlige endringer i ambulansébåttjeneste i området. UNN må i den forbindelse avslutte kontraktene nå i sommer slik at det samsvarer med åpningen av Bjarkøyforbindelsen og dagens avtale med rederi i Tysfjord.



Saksutredning

Akuttmedisinsk klinikk ved ambulanseavdelingen har gjennomgått dagens tjeneste og ambulansebåtstruktur. Innsparinger i båtambulansetjenesten er også en forutsetning for å løse klinikkens omstillingsutfordring i 2019.

Brutto kostnader til kontrakt med rederi og ambulanspersonell i Bjarkøy er beregnet til totalt 13,5 mill. Når denne båtforbindelsen legges ned er det behov for følgende kompenserende tiltak:

- Fergeberedskap toppsundet -1 million kr
- Kapasitetskompensasjon ambulanse -6 million kr (Harstad, lbestad og Midt-Troms)

Brutto kostnader til kontrakt med rederi i Tysfjord 3,9 million kr (årvirkning i 2019 med 10/12 deler av 4,75). Til fratrekk kommer kommunal medfinansiering på -2,6 million kr.

Klinikken er i prosess for å utrede øvrige kompenserende tiltak i sammenheng med ambulansbilstruktur, og må derfor komme tilbake med en oversikt over netto innsparing i neste styresak og i forbindelse med budsjett/tiltak 2019.

Ambulansebåt Bjarkøy

Ambulansebåter var hovedsakelig tenkt brukt der man måtte i båt for å komme fram. Etter som nye samferdselsløsninger har kommet har behovet for båt kunne løses med bruk av ambulansbil. Fra desember 2018 vil øyriket Bjarkøy knyttes sterkere sammen med ny tunnel og bruløsning. Behovet for ambulansbåt til akuttberedskap for Bjarkøy reduseres. For å sikre 24/7 mulighet for at ambulanse skal nå til Grytøy/Bjarkøy inngås det avtale med Troms fylkestrafikk på beredskap på fergen over Toppsundet. I tillegg ble det i 2015 etablert ambulanshelikopter som styrking av akuttberedskapen i området. Ambulansebåtoppdragene (ca 200 oppdrag i året) mellom Harstad–lbestad og Harstad-Senja, kan løses med bruk av ambulansbil. Det medfører at pasientflyten i området endres og at ambulansbilkapasiteten på dagtid må styrkes, noe som økonomisk er billigere enn å fortsette med båtløsningen. I samarbeid med Harstad kommune er det satt ned en arbeidsgruppe som skal se på kompenserende tiltak i øygruppen når ambulansbåten legges ned. Ambulansetjenesten vil som fast ordning delta i kurs og øvelser med akutt teamet som kommunen har organisert på Bjarkøy.

Ambulansebåt Tysfjord

I Tysfjord har UNN en avtale med Tysfjord kommune om drift av ambulansbåt i henhold til forskrift om samordning av ambulansbåttjenesten¹. Avtalen går ut februar 2019 og Tysfjord kommune har gitt skriftlig tilbakemelding på at de ikke vil inngå ny avtale etter dette. Bakgrunnen ligger i at Tysfjord kommune er foreslått delt og sammenslått med kommuner nord og sør for Tysfjorden. I det henseende vil det kommunale behovet for båt opphøre og pasienter fra Kjøpsvik vil ha sin legevakt i Narvik og ikke som i dag på sørsiden av Tysfjorden. Antall fastboende innbyggere i veiløse deler av Tysfjord som faller inn under UNN sitt lokalsykehusområde stipuleres til ca. 10 personer. Nordlandssykehuset ble tilbudt, men har valgt å takke nei til å overta tjenesten for de bofaste i veiløse områder som tilhører deres lokalsykehusområde. Ved nedlegging av egen ambulansbåt må ambulanshelikopter i større grad brukes i tillegg til at pasienter også må være beredt til å benytte rutebåt. Vi forventer også økt aktivitet i form av flere kilometer og tidsforbruk pr. oppdrag på ambulansbil til legevakt i Ballangen/Narvik.

Ambulansebåt Karlsøy

Dagens avtale går ut februar 2019 og kan prolongeres til februar 2020 noe som vil være påkrevd. Arbeidet med nytt tilbud må starte senhøstes 2019 og da i samarbeid med Karlsøy kommune. I samme omgang må ambulansbilorganiseringen på Vannøy også gjennomgås.

¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-02-17-408>



Ambulansestasjon i Vannvåg er en liten stasjon og har flere utfordringer. Den største utfordringen er rekrutteringen av personell og stabilitet/kontinuitet på disse.

Ambulansebåt Skjervøy

Det er for tjenesten i Nord-Troms inngått en langsiktig avtale med Troms Fylkestrafikk om et spleiselag på samfunnsbåt stasjonert på Skjervøy. Avtalen gjelder for perioden mai 2019 til april 2029. Båten bemannes med ambulanspersonell fra Skjervøy eller Burfjord ved behov.

Det har vært flere møter med Harstad kommune i løpet av 2016-2018 der vi sammen har sett på kompenserende tiltak i Bjarkøy. Nordlandssykehuset har takket nei til å overta budsjett og driftsansvar for ambulansebåten i Tysfjord (se eget vedlegg). Det har også vært møte med Narvik og Tysfjord kommune om videre drift av ambulansebåt. På møtet ble det understreket at UNN ikke kan bære kostnaden alene. Etter møtet har Tysfjord varsler at de sier opp fellesavtalen om kjøp av ambulansebåttjenester fra 1/3-2019 (se eget vedlegg).

Oppsummert planlegger Akuttmedisinsk klinikk etterfølgende strukturelle endringer basert på at to ambulansebåter legges ned og kompenserende tiltak etableres.

- Ambulansebåt stasjonert på Bjarkøy legges ned fra 31/12-18. Det etableres beredskap på ferge over Toppsundet. Ambulansetjenesten i Harstad styrkes for å kunne ivareta utvidet beredskapsområde (Grytøy, Bjarkøy) samt utkjøring av pasienter fra UNN Harstad.
- Ambulansetjenesten i Midt-Troms dimensjoneres for å kunne ivareta de pasienter som tidligere har vært fraktet med båt over Vågsfjorden til/fra Harstad. Dette gjøres ved å utvide åpningstid på dagambulans i Salangen og forberede flytting av denne til Bardu
- Ambulansebåt i Tysfjord legges ned fra 28/2-19.

Vurdering

Akuttmedisinsk klinikk har her fremlagt en orienteringssak som er i tråd med tidligere styrebehandlinger om langsiktig utvikling i ambulansetjenesten. Orienteringssaken har vært forelagt KVAM-utvalg og klinikktilitsvalgte, og ble forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten ved UNN 8.6.2018.

Nedlegging av ambulansebåtene er en forutsetning for klinikkens økonomiske innsparing og finansierer endring i transportkapasitet og strategisk utvikling i retning av gradvis mer bruk av tilstedevakt på vaktrom.

Konklusjon

Direktøren har bedt Akuttmedisinsk klinikk gå videre med deres foreslåtte tiltak. Endringer i bilambulansetjenesten vil ventelig komme som egen styresak høsten 2018, også dette som oppfølging av tidligere styrevedtak.

Vedlegg:

1. Brev fra Tysfjord kommune
2. Brev fra Nordlandssykehuset HF



TYSFJORD KOMMUNE

Helse- og omsorg

Universitetssykehuset Nord-Norge

9038 TROMSØ

Saksnr.: 18/80	Arkivkode: H06	Saksbehandler: HSO/LTH	Deres ref.:	Dato 15.02.2018
--------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------	---------------------------

— **OPPSIGELSE AV AVTALE OM FELLESINNKJØP AV
AMBULANSEBÅTTJENESTER MELLOM UNN NORD NORGE HF OG
TYSFJORD KOMMUNE**

Tysfjord kommune sier med dette opp avtalen om fellesinnkjøp av ambulansetjenester mellom Universitetssykehuset i Nord Norge HF og Tysfjord kommune.

Med hilsen

Tysfjord kommune

Lill Tove Hansen

Lill Tove Hansen

helse- og omsorgssjef

Tor-Asgeir Johansen

Ordfører



Tysfjord kommune
Divtasvuona suohkan

Ordfører
Suohkanoajvve

Doks / postboks 104, 8591 Kjøpsvik / Odshuken

Adresse:
postboks 104
8591 Kjøpsvik

Tlf: 75 77 55 35
Fax: 75 77 55 55

Org.nr.: 972 417 769
Bankgiro: 4520.17.84380



Universitetssykehuset Nord-Norge

9038 Tromsø

Deres ref.:

Vår ref.:
2017/2257/GAN

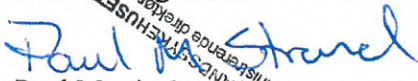
Dato:
30.10.2017


Fremtidig organisering og driftsansvar for ambulansébåt i Tysfjord kommune

Viser til brev av 11.07.2017.

Da foretaksgrensene mellom Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset HF ikke er endret, og deling av kommunen blir å anse som et forhold mellom Universitetssykehuset Nord-Norge og berørte kommuner, finner vi ikke grunn til å ta opp spørsmålet mht organisering og driftsansvar for ambulansébåt i Tysfjord kommune.

Med vennlig hilsen


Paul Martin Strand
Administrerende direktør


Gro Ankill
Administrasjonssjef

Kopi: Helse Nord RHF

Postadresse:
Nordlandssykehuset HF
Pb 1480
8092 Bodø

Besøksadr.:
Parkveien 95
8005 Bodø
Kontonr: 1503.27.03620
Org.nr /MVA: 983.974.910

Telefon: 75534000
Internett:
www.nordlandssykehuset.no
E-post: postmotiak@nlsh.no

Saksbehandler
Gro Ankill
Dir.tlf 75534503

Oversikt over §3-3a varsler ved UNN



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIESSU



Sak: Orientering om varsler til Statens helsetilsyn fra UNN i 2018

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

Fra: konstituert adm. dir. Marit Lind

Møtedato: 21.6.2018

Bakgrunn

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

Orientering om §3-3a varsler fra UNN fra 1.3.18-21.5.18

I denne perioden har UNN sendt ti varsler til Statens helsetilsyn i henhold til §3-3a. Av disse er:

- 1 stedlig tilsyn fra Helsetilsynet
- 4 oversendt Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging
- 5 avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging. To av disse vurderte Helsetilsynet at ikke var varslingspliktige.

En kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt. Pasienthendelsene har vært gjennomgått internt i fagmiljøene. Det har vært gjort hendelsesgjennomgang på to av pasienthendelsene.

Vedlegg:

Kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt

Oversikt over §3-3a varsler ved UNN

År	Hva skjedde	Klinikk	Konsekvens	Oppfølging internt	Møte med pårørende	Status på tilsyn
2018	Pasienten innlagt med GI-blødning og lav blodprosent på. Diagnostikk (gastroskopi) ble forsinket	MK	Hjertestans grunnet blødningssjokk. Vellykket. Pasient overlever.	Intern gjennomgang Tiltaksplan er utviklet og følges opp	Ja	Tilsynsmessig oppfølging hos Fylkesmannen
2018	Fødsel med navlestrengsfremfall før uke 34. Forløst med umiddelbart keisersnitt.	K3K	Skade på barn på grunn av liten oksygen	Gjennomgå varslingsrutiner og redusere ambulanseresponstid.	Ja	Ingen tilsynsmessig oppfølging.
2018	Hjerterytmeforstyrrelse hos pasient med innoperert hjertestarter	MK	Død	Intern gjennomgang. Revidere rutiner for interrogering av hjertestarter	Ja	Tilsynsmessig oppfølging hos Fylkesmannen
2018	Pasient fikk ukedose med cellegiften metotrexat daglig	NOR	Ingen umiddelbar skade	Gjennomgått internt.	Ja	Tilsynsmessig oppfølging hos Fylkesmannen
2018	Pasient i permisjon døde uventet hjemme. Kreftsykdom i palliativ fase, var satt på HLR-minus. Kommunen mente de ikke var godt nok varslet.	K3K	Død	Gjennomgått internt. Pasienten hadde sterkt ønske om å dra hjem og dette ble oppfylt. Hjemmetjenesten ble informert samme dag som utreise.	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser.
2018	Multiorgansvikt i forløpet av operasjon for endokarditt, til tross for intensivbehandling inkl. hjerte-lungemaskin (ECMO).	HLK	Død	Intern gjennomgang	Ja	Oversendt fylkesmannen for vurdering
2018	Eldre kvinne operert for inkontinens med anleggelse	K3K	Død	Intern gjennomgang	JA	Ikke varslingspliktig

Oversikt over §3-3a varsler ved UNN

	av urindeviasjon 06.03.17. Etter operasjonen tarmparalyse som bedret seg gradvis. Urinveisinfeksjon 16/3 og anlagt nefrostomier 16/3 Svær forverring med sepsis 19/3.					
2018	Fastsittende skulder etter instrumentell forløsning. Det tok om lag 8 minutt fra hodet var forløst til man fikk løsnet bakre skulder og forløst resten av barnet.	K3K	Asyktisk barn som resusciteres av barnelege som var tilkalt stuen ifm. instrumentell forløsning. Apgar 0-0-2. Blodgasser fra navlestreng lot seg dessverre ikke gjøre grunnet koagulert blod etter avklemming. Barnet har til nå vært nedkjølt. HVA er status nå?	Intern gjennomgang	JA	Avsluttet etter innledende undersøkelser
2018	Planlagt operasjon for utposing på thorakalaorta. Sirkulasjonskollaps kort etter instituering av ECMO i forbindelse med en langvarig, kompleks hjerteroperasjon.	HLK	Død	Ivaretatt pårørende, ivaretatt involvert personell, gjennomgått hendelsesforløpet, opprettet avviksmelding, informert politiet.	Ja	Stedlig tilsyn fra Helsetilsynet
2018	Eldre pasient. Operert for ileus. To dager etter operasjonen fikk han hjerneslag og døde	K3K	Død	Intern gjennomgang.	Ja	Ikke varslingspliktig



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
60/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	21.6.2018
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 15.5.2018
2. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 16.5.2018
3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 4.6.2018
4. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 6.6.2018
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 8.6.2018
6. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 13.6.2018 (*ettersendes*)
7. Notat om overforbruk A-fløy og PET-senter, datert 14.6.2018

Tromsø, 15.6.2018

Marit Lind (s.)
konst.administrerende direktør



Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 15.5.2018 **11.15 – 13.15**

Sted: Styreverrommet PET-senteret – UNN Breivika G-914

Tilstede	Konst. KVALUT-sjef Konst. administrerende direktør (Ny) Leder Brukerutvalget Seksjonsleder laboratoriemedisin Narvik Kvalitetsleder klinisk patologi Seksjonsleder Ortopedisk avdeling Klinikkssjef K3K Smittevernoverlege Foretaksverneombud Klinikkrådgiver Medisinsk klinikk	Elin Gullhav Marit Lind Kirsti Baardsen Lene Finsveen Lena Oprand Heggelund May-Liss Johansen Rolv-Ole Lindsetmo Torni Myrbakk Einar Rebni Elin Teigen (<i>vara</i>)
Forfall	Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken	Tonje Drecker Magnus P. Hald
Øvrige	Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Rådgiver Kvalitetsavdelingen Tidligere leder av Brukerutvalget	Mette Fredheim Grete Åsvang Hege Signete Fredheim-Kildal Cathrin Carlyle
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
12/18	Godkjenning av sakliste og referat fra KU-møtet 27.2.2018 (ephorte 2018/100)	
	Referatet var godkjent under tidligere utsendelse.	Elin Gullhav 11.15 – 11.20
	Følgende merknader tilkom referatet: KU-sak 09/18 Mangel på intensivkapasitet Det ble orientert om god søkermasse til alle ABIKO-utdanningene. Eventuelsak: «Hva er viktig for deg?» dagen 6. juni 2018. Det ble orientert om at Direktørens ledergruppe har vedtatt markering av dagen.	
13/18	Oppfølging av Kvalitetsutvalgets halvdagssamling 10.4.2018	
	<u>Oppfølgingsak</u>	Grete Åsvang

	<p>PP-presentasjon med utvalgte tiltak for oppfølging av halvdagssamlinga.</p> <p><i>Saksfremlegg og vedlegg vedlagt</i></p>	11.20 – 12.05
	<p>Kvalitetsutvalget ble presentert for forslag til oppfølging av halvdagssamlinga i april. Forslaget tok utgangspunkt i utvalgets oppsummering etter gruppearbeidene og hadde fokus på å iverksette noen av forslagene allerede i maimøtet.</p> <p>Kvalitetsutvalget:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prøver ut foreslåtte tiltak og evaluerer kontinuerlig. • Vil se nærmere på prosessen for tilfang av saker til utvalgets møter, herunder vurdere hvordan en kan sette i system at BU og klinikkene kan melde saker til utvalgets møter. <p><i>PP-presentasjon vedlagt.</i></p>	KU
14/18	Direktørens tavle	
	<p><u>Diskusjonssak</u></p> <p>Kvalitetsutvalget ser på direktørens tavle med fokus på hva og hvordan Kvalitetsutvalget kan bidra til saker på direktørens tavle.</p> <p><i>Muntlig presentasjon</i></p>	<p>Elin Gullhav</p> <p>12.05 – 12.20</p>
	<p><u>Oppfølging</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalget ønsker å foreslå saker til direktørens tavlemøte. • Kvalitetsutvalget, Brukerutvalget og AMU skal være leverandører av anbefalinger når nye hovedindikatorer utarbeides. 	<p>KU</p> <p>KU/BU/AMU</p>
15/18	Hendelsesanalyser – erfaringer og utfordringer	
	<p><u>Diskusjonssak</u></p> <p>PP-presentasjon av identifiserte risikoområder og forslag på tiltak</p> <p><i>Saksfremlegg vedlagt</i></p>	<p>Hege Signete Fredheim- Kildahl</p> <p>12.20 – 13.15</p>
	<u>Oppfølging</u>	

	<p>Kvalitetsutvalget var godt fornøyd med presentasjonen av hendelsesanalyser med tilhørende risikoområder, og anbefaler følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hendelsesanalyser publiseres på internett. • Hendelsesanalysene med tilhørende risikoområder og tiltak presenteres på direktørens tavlemøter, og at ansvarsavklaringer sikres. • Resultater fra hendelsesanalyser og hendesgjennomganger presenteres på onsdagsmøter av klinikkene i samarbeid med KVALUT. <p><i>PP-presentasjon vedlagt.</i></p>	KA/DIR
Eventuelt		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kvalitetsutvalget er ikke tilfredse med pasienter og pårørendes mulighet for å gi tilbakemeldinger til UNN. <p><u>Oppfølging</u> Kvalitetsutvalget ber KVALUT, i samarbeid med Brukerutvalget i UNN, å utarbeide forslag til løsning.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Adm. direktør har spilt inn til styret å utvide ansettelsesutvalget, for ansettelse av ny direktør, med ny leder av Brukerutvalget Kirsti Baardsen. 	KVALUT/BU



Møte: Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 16.05.18 kl. 12.00-15.00

Sted: Styrerrommet G-914 i PET-senteret, Store Telestudio UNN Narvik, UNN møterom 6. etg Harstad

Medlemmer		Varamedlemmer	
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN, leder AMU	x	Rita Vang, foretaksverneombudet UNN	
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø, nestleder AMU	x	Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	
Monica Sørensen, HTV NSF – UNN Tromsø	x	Wenche Olsen, PTV NSF, Medisinsk avdeling UNN Harstad	
Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik	x	Jon Børre Joakimsen, Fagforbundet UNN Harstad	
Kristine Amundsen, Dnlf		Ulla Dorte Mathisen, Dnlf	x
Geir Magne Lindrupsen, NITO	x	Geir Magne Johnsen, HTV NSF	
Marit Lind, kst. adm. direktør	x	Einar Bugge, kst. viseadm. direktør	
Gøril Bertheussen, stabssjef	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	x	Eva-Hanne Hansen, klinikkssjef Operasjon- og intensivklinikken	
Per Ivar Kaaresen, kst. klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken		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: Walter Andersen

Representant for BHT: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte Ole Martin Andersen på sak 35/18, Grethe Andersen på sak 38/18, Eva Winther Knudtsen på sak 39/18.

31/18 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

32/18 Godkjenning av protokoll fra møtet 11.4.15.

Vedtak:

Protokollen godkjennes.

33/18 Tildeling av midler fra AMU

BUK-band planlegger en turne på to dager med lunsjkonserter på UNN Harstad og UNN Narvik høsten 2018. Søkningen er på kr 25.000.

Vedtak:

AMU tildeler kr 25000.

34/18 Styresaker

Vedtak:

Saken utgår.

35/18 Spesialrapport UNN total - ForBedring 2018 «Alle 9 tema»

Spesialrapporten skal målrette og styrke lokalt forbedringsarbeid ved å peke på enheter og ledere som kan ha et spesielt behov for støtte og oppfølging, slik at disse kan få den bistanden de trenger. Enheter som skårer lavt på flere tema kan ha utfordringer av mer gjennomgående karakter og bør derfor sees nærmere på med hensyn til om oppfølgingsarbeidet gjennomføres på en tilfredsstillende måte.

I diskusjonen i AMU kom det frem at:

- Dette er et verktøy for å komme i konkret dialog med ansatte med tanke på forbedringer.
- Leder over leder har en særlig viktig rolle i forhold til enheter med store utfordringer.
- Det er færre henvendelser enn tidligere om bistand fra Stabssenteret i forbedringsarbeidet.
- Viktigheten av å få frem eksempler på enheter med gode prosesser i forbedringsarbeidet

Vedtak:

Saken tas til orientering.

36/18 AMUs oppfølging av spesialrapporten ForBedring 2018

Saken dreide seg om hvordan AMU skal følge opp ForBedring 2018 herunder hvordan forpliktet ledelsen i linja til å følge opp respektive enheter både med hensyn til møtevirksomhet og tilbakemeldinger. Forankringen i linja er et forbedringspunkt i AMUs videre oppfølging av ForBedring 2018.

Vedtak:

AMU ønsker å følge opp inntil 6 enheter i 2018. Arbeidsutvalget lager en plan som legges frem i neste AMU-møte, og i tillegg forslag til enheter som kan være et eksempel for andre.

37/18 Årsrapport BHT 2017

Årsrapport oppsummerer hovedtrekkene av bistand som er utført av BHT i 2017. BHT har jobbet både proaktivt og reaktivt med et stort spenn av forskjellig type arbeidsmiljøsaker. En stor del er reaktive saker av typen konfliktsaker, sykefraværsoppfølging, konfliktfylte arbeidsmiljøprosesser, russaker med mer. Dette er saker som er omfattende, tidkrevende og kan ha negative konsekvenser for arbeidsmiljø, kvalitet og økonomi.

Vedtak:

1. Arbeidsmiljøutvalget tar BHT årsrapport for 2017 til orientering.
2. Arbeidsmiljøutvalget stiller seg bak anbefalte arbeidsmiljøsatsninger og anbefale direktøren og ledergruppen om å ta høyde for dette i UNNs fremtidige forbedringsarbeid.

38/18 Ventilasjon isolat UNN Breivika

Saken gjelder mangler ved ventilasjon og smittevern ved Oppvåkningsseksjonen.

Vedtak:

AMU ber om at DES bedrer rutine melding av utbedringer og tilrettelegger et smidigere system for mottak av saker.

39/18 Prinsipper for fordeling av garderober UNN Breivika.

Muntlig orientering i møtet ved Eva Knudtsen, som gjennomgikk prinsipper for fordeling av garderober ved UNN Breivika og garderobeløsning for A-føya. Ledergruppen har bedt om Drifts- og eiendomssenteret i samarbeid med Arbeidsmiljøutvalget (AMU) se på utforming av de øvrige fellesgarderobene i UNN Breivika. Plan og finansieringsbehov skal forelegges ledergruppa.

Vedtak:

AMU støtter forslaget med at flest mulig får en løsning og støtter opp under 30-skap fordi langt flere av de ansatte får skap enn ved valg av 40-skap. Videre at man skal tilstrebe å bruke tilgjengelig areal for fellesløsninger for benker og knagger for oppheng av tøy, og at en godtar fellesløsning der ikke annen løsning finnes.

40/18 Eventuelt

Bruk av sosiale medier i arbeidssammenheng er et tema som AMU setter på agendaen ved en senere anledning.

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

Dato: Mandag 4.6.2018 kl 13.30-15.40
Sted: Møterom G-914 Styrerom, PET-senter
Tilstede: Kirsti Baardsen, Paul Dahlø, Laila Edvardsen
Forfall:
Fra adm: Leif Hovden (adm.sjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

BAU 36/18 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 21.6.2018

Ingen av styresakene var ferdigstilt for utsending torsdag 31.5.2018. Det var derfor ikke grunnlag for behandling av noen drøftingssaker til styremøtet den 21.6.2018.

BAU 37/18 Forslag til dagsorden for BU-møte 13.6.2018 samt opplæring 12.6.2018

Utkast til dagsorden ble gjennomgått. Følgende settes opp som innspill til dagsorden for kommende BU-møte:

Oppstart 12.6.2018 kl 17.00-19.30	Ansvar	
<u>Opplæring, del 1 - brukermedvirkning</u>		Kl 17.00
- Presentasjonsrunde av medlemmene i brukerutvalget	BU-leder	Motivasjon for vervet
- Kontinuerlig forbedring	Rådgiver	Kl 17.30 Presentasjon av rådgiver Hege Andersen Foretrukket metodisk arbeidsmåte i UNN
- Fortsettelse av presentasjon av medlemmene med intervju to og to	BU-leder	Kl 18.00
- Gjennomgang av tema fra brukermedvirkningshåndboken - årshjul - mandat - saksflyt	Adm. sjef	Hvordan oppstår en sak i UNN? Hva er BUs rolle? Hvordan medvirke til god saks kvalitet?

- Hvordan ønsker BU at medvirkningsoppdraget skal løses? - Har BU en foretrukket arbeidsmåte?	BU-leder m/ tidl. BU-leder	Om formell og reell brukermedvirkning i enkeltsaker og på systemnivå
Middag i Pingvinhotellets restaurant	Adm. konsulent	Kl 19.30

Oppstart 13.6.2018 kl 09.00	Ansvarlig	
1. Godkjenning av innkalling og saksliste		
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 18.4.2018		Vedlegg
3. Brukermedvirkning – opplæring del 2	BU-leder	
<u>Direktørens time</u> - presentasjon av UNN - oppdragsdokument - dialogavtale - kommende styresaker	Direktøren	Kl. 9.30-10.30
4. Kvalitets- og virksomhetsplanen	Stabssjef + KvalUt-sjef	Kl. 10.30-11.15 Stabssjef Gøril Bertheussen og Kvalites- og utviklingssjef Elin Gullhav
Lunsj - Fotografering av Brukerutvalget		Kl. 11.15-12.00 Ca kl 11.45??
Opplæring (forts.) - Prosjektoppnevninger	BU-leder	
5. Oppnevning av brukerrepresentant i Sykehusapotekets BU		
6. Orienteringssaker -Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper -Rapport fra frivillighetskoordinator Nina Moe-Nilssen		Kl 12.15-12.40
7. Referatsaker: -Referat fra BAU 9.4.2018 -Årsrapport 2017 for Ungdomsrådet -Referat fra møte i Ungdomsrådet 18.4.2018 -Referat fra BAU 14.5.2018 -Referat fra møte i BAU 4.6.2018 -Ref. fra møte i OSO? -Ref.fra møte i KEK?		

Beslutning

Dagsorden for neste BU-møte ble godtatt med de forslag til endringer som kom frem i møtet.

BAU 38/18 Eventuelt

1. Det ble besluttet at 1. vara blir innkalt til opplæringen 12.6. og BU-møtet 13.6.
2. Tidspunkt for BAU-møtene fremover endres til oppstart kl 13.00. Kjøreplanen vil bli som tidligere.
3. Konstituering av Brukerutvalget ble utsatt til første møte etter sommerferien.
4. Sekretariatet sikrer at nødvendig informasjon om Brukerutvalget og dets oppgaver og funksjoner legges til på UNNs nettside. Bildetaking av nytt brukerutvalg for 2018-2020 gjøres under kommende BU-møte.



Protokoll fra møte Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 06.06.18

Sted: Styrerrommet G-914 i PET-senteret, Skype

Medlemmer		Varamedlemmer	
Einar Rebni, foretaksverneombudet UNN, leder AMU	x	Rita Vang, foretaksverneombudet UNN	
Rigmor Frøyum, HTV Fagforbundet UNN Tromsø, nestleder AMU	x	Camilla Pettersen, Samfunnsviterne	
Monica Sørensen, HTV NSF – UNN Tromsø	x	Wenche Olsen, PTV NSF, Medisinsk avdeling UNN Harstad	
Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik		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	
Gøril Bertheussen, stabssjef	x	Mai-Liss Larsen, HR-sjef	
Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken	x	Eva-Hanne Hansen, klinikkssjef Operasjon- og intensivklinikken	
Per Ivar Kaaresen, kst. klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken	x	Magnus Hald, klinikkssjef Psykisk helse og rusklinikken	
Bjørn-Yngvar Nordvåg, klinikkssjef Nevro-, ortopedi-, og rehabiliteringsklinikken		Grethe Andersen, drifts- og eiendomssjef	
Gina Johansen, driftsleder, UNN Harstad	x	Gry Andersen, driftsleder, UNN Narvik	

*Til stede (x)

Møteleder: Einar Rebni

Sekretær: Walter Andersen

Representant for BHT: Paul Martin Hansen

Dessuten møtte Elin Teigen og Margrete Knustad på sak 48/18, Ole Martin Andersen på sak 49/18, Grete Åsvang på sak 50/18.

41/18 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Godkjennes med tilføyelser av saker under eventuelt.

42/18 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 16.5.18

Vedtak:

Godkjennes

43/18 Oppfølging av spesialrapporten ForBedring 2018

AMU skal følge med i utviklingen i forbedringsarbeidet. Forankringen i linja er et forbedringspunkt i AMUs videre oppfølging av ForBedring 2018. Arbeidsutvalget fikk i oppdrag å lage en plan for oppfølging av inntil 6 enheter og i tillegg forslag til enheter som kan være et eksempel for andre.

Vedtak:

AMU følger opp spesialrapporten for ForBedring 2018 på følgende måte:

1. AMU besøker KVAM-utvalg i følgende klinikker og oppfordrer klinikkjefene til å invitere representanter fra aktuelle KVAM-gruppene til å være representert i møtene:
 - a. KVAM-utvalget i Drift- og eiendomssenteret – oppfølging av tiltaksarbeidet i avdelingen med særlig oppmerksomhet på enhetene som var besøkt i 2017
 - b. KVAM-utvalget i Hjerte- og lungeklinikken - oppfølging av tiltaksarbeidet i avdelingen med særlig oppmerksomhet på besøkt enhet i 2017
2. Representanter fra ledelse og KVAM-gruppen i Ambulanseavdelingen inviteres til AMU for å presentere hvilke tiltak som har vært virkningsfulle for å forbedre resultatene fra 2016 og hvordan det nå jobbes videre etter ForBedring 2018.
3. AMU ber klinikkjefene i samarbeid med KVAM-utvalgene følge Forbedring 2018 og ha spesiell fokus at enheter som kan ha særlige utfordringer gjennomfører forbedringstiltak jf. spesialrapport. Referat fra denne behandlingen sendes AMU v/sekretær innen 30.9.18

44/18 Styresaker

Vedtak:

Saken utgår.

45/18 Foreløpig rapport – arbeidsgruppe forebygging og håndtering av vold og trusler i UNN

På oppdrag fra AMU er det etablert en arbeidsgruppe for forebygging og håndtering av trusler og vold i UNN. Endringer i forskrift om utførelse av arbeid § 23A har også vært førende for dette arbeidet. Gruppen er tverrfaglig sammensatt av deltakere fra somatikken, Psykisk helse og rusklinikken, Kvalitets og utviklingscenteret og Stabscenteret. Saken omhandler gruppens arbeid så langt.

Vedtak:

1. Arbeidsmiljøutvalget tar saken til foreløpig orientering og stiller seg bak anbefalinger fra arbeidsgruppen til videre arbeid
2. Arbeidsmiljøutvalget ber stabssjefen sørge for juridisk vurdering av hjemmel for bagasjejennomgang i somatikken
3. Arbeidsmiljøutvalget ber arbeidsgruppen utrede behov for undervisning i forståelse og mestring av aggresjon (FMA) og forslag til organisering av undervisningstilbudet.
4. AMU ber om å få saken tilbake når endelig rapport fra arbeidsgruppen foreligger.

46/18 Ventilasjon isolat Breivika – oppfølging av tidligere sak

AMU ble gjort kjent med at Drift- og eiendomssenteret prioriterer saken og arbeidet med å utrede aktuelle tiltak skjer i samarbeid med OPIN-klinikken. AMU vil bli orientert når en har løsningen klar.

Vedtak:

Drifts- og eiendomssenteret bes om å redegjøre for innholdet i prioriteringene og prioriteringsrekkefølge med hensyn til utbedringer og renoveringer av eksisterende bygningsmasse i neste AMU-møte.

47/18 Orientering om arbeidet med oppfølging av avvik i Psykisk helse – og rusklinikken.

Vedtak:

Saken utsatt.

48/18 Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og kalenderplan i Medisinsk klinikk. Muntlig orientering.

Elin Teigen og Margrete Knustad orienterte om dette arbeidet som har pågått over tid og evalueringen er initiert av KVAM-utvalget etter innspill fra ansatte. AMU merket seg spesielt:

- Behovet for målrettet opplæring i aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
- Det er behov for avklaring om vaktbytter som ikke registreres i GAT kan gi forsikringsproblemer. Dette følges opp av arbeidsgruppen.

Vedtak:

Saken tas til orientering.

49/18 Statusoppdatering - gjennomføring av ForBedring 2018 i UNN. Muntlig orientering.

Ole Martin Andersen fra Stabssenteret tok utgangspunkt i vedtatt plan for UNN der lokale handlingsplaner skulle være utarbeidet innen utgangen av uke 20 og lagt i dialogavtalen. Stabssenterets oversikt viser at 53,7 % av enhetene i UNN har etablert handlingsplan med en variasjon mellom 20-100% i klinikker/sentre.

Vedtak:

AMU er ikke fornøyd med at bare halvparten av enhetene har utarbeidet handlingsplaner innenfor den fastsatt tidsfristen. AMU ber om ny status for arbeidet i septembermøtet.

50/18 Innspill til program KVAM-dagen. Muntlig orientering.

Grete Åsvang orienterte om arbeidet med program KVAM-dagen 2018. Dagens hovedtema er foreslått å være kommunikasjon med ulike innfallsvinkler: helsepersonell vs pasient, kollega vs kollega, leder vs medarbeider. AMU ble oppfordret til å komme med forslag til interne eksempler og teams som egner seg for stands/tavler på KVAM-dagen.

Vedtak:

Saken tas til orientering.

51/18 Eventuelt

- a. Spørsmål om hvordan forholde seg til uenighet og innlegging av dispensasjoner i GAT- saken tas i dialogmøte med tillitsvalgte på foretaksnivå
- b. Frikjøp verneombud UNN Narvik
AMU støtter at det frikjøpes verneombud i UNN Narvik tilsvarende 50 prosent stilling fra 1.9.2018 og til og med 31.12.2019, med mulighet til forlengelse i byggeprosjektperioden. Midlene til stillingen belastes stabssenteret.

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 21.6.2018.**

Dato: 8.6.2018

Tidspunkt: 9.00-9.50

Sted: Styreverrommet G 914

Fra arbeidsgiver

Elin Gullhav, KvalUt-sjef
 Grete Åsvang, avdelingsleder KvalUt
 Grethe Andersen, DES
 Lars Øverås, økonomisjef
 Leif Hovden (adm.sjef/ referent)

Fra arbeidstakerne

Jan Eivind Pettersen, Delta
 Einar Rebni, FHVO
 Rigmor Frøyum, Fagforbundet
 Mai-Britt Martinsen, NSF
 Tove Mack, FHVO

Protokollsignering:

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

Sak	Ansv	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport	GB	Økonomisjefen innledet til saken, ettersom denne ikke var ferdigstilt, og svarte ut spørsmål til den muntlige orienteringen om økonomiske resultater. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken forelegges styret til behandling.
2. Ledelsens gjennomgang	EG	Kvalitets- og utviklingssjefen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var opptatt av økningen i avvik av pasienthendelser samt manglende oppfølging av systematisk HMS-opplæring. I tillegg ble det vektlagt at innskjerping til gjennomføring av årlige vernerunder må gjøres, ref. bestemmelsene i KVAM- og AMU-mandatet. Partene var enige om at ansattes organisasjoner og vernetjenesten inviteres til tidligere medvirkning i utarbeidelse av fremtidige LGG-rapporter. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken forelegges styret til behandling.
3. Regional anskaffelsesstrategi for Helse Nord 2018-2021	GB	Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken forelegges styret til behandling.
4. Avhendingsstrategi for Åsgårdmarka i Tromsø	GA	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.
5. Båtambulansesstrukturen	JM	Dette var en skriftlig orienteringssak til styret i tråd med tidligere bestillinger, og ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken forelegges styret til behandling.

Tromsø, 8.6.2018

Rigmor Frøyum
 Rigmor Frøyum(s.)
 FTV Fagforbundet

Mai-Britt Martinsen
 Mai-Britt Martinsen (s.)
 FTV NSF

Leif Hovden
 Leif Hovden (s.)
 administrasjonssjef



Sak: Notat overforbruk A-fløy og PET-senter
Til: Eierdirektør Hilde Rolandsen, Helse Nord RHF
Fra: Drifts- og eiendomssjef UNN, Grethe Andersen
Dato: 14.06.2018

Formål

Etter ny og grundig gjennomgang av prognosene for A-fløya og PET-senteret ved 1. tertialrapportering 2018 er denne endret fra balanse til overforbruk på 44 mill kr for prosjektene til sammen. Ny prognose for hhv A-fløya og PET-senteret er 18 mill kr i underforbruk og 62 mill kr i overforbruk.

I møte mellom UNN og RHF 8. juni ble prognosene gjennomgått og håndtering av overforbruket diskutert. Evaluering av de to byggeprosjektene var ikke inkludert i prognosen og er derfor lagt til og foreslått håndtert gjennom reserven i RHF.

UNN ble bedt om å utarbeide et kort notat om muligheter og eventuelle konsekvenser ved å utsette de tre vedtatte prosjektene som er planlagt igangsatt direkte etter at hoveddelen av A-fløya er ferdigstilt (dialyseplasser, tre konvensjonelle operasjonsstuer og ei hybridstue)

Bakgrunn

A-fløya prosjektet har vært planlagt over år og er basert på framskrivningstall for UNN, utarbeidet av Sintef helse i 2012/13. Framskrivningen viste blant annet behov for økt antall operasjonsstuer og dialyseplasser. Operasjonsstuer skulle realiseres i to runder, først dagkirurgiske stuer i selve A-fløya, deretter etablering av 3 stuer i lokaler i B-fløya etter at intensiv flyttet fra B2.7 og inn i nye A-fløya, samt en ekstra intervensjonsstue sammen med eksisterende intervensjon på røntgenavdelingen i B3.6. I 2014 ble det vedtatt å øke kvaliteten på intervensjonsstue til hybridstue og det ble bevilget økt ramme investeringsramme. Dette var en naturlig endring gitt at UNN skulle ivareta sin posisjon som universitetsklinikk og følge med i utvikling av kirurgifaget.

Da disse omtalte ombyggingene har avhengigheter til fullføring og innflytting i A-fløya ble det gjort en kontraktmessig vurdering at det er klokt å avvete dette til totalentreprisen for A-fløya er gjennomført. Dette reduserer risiko i det store A-fløya prosjektet. Det ville også gi UNN mulighet til å vurdere behovet for spesielt operasjonsstuer på nytt før bygging startet.

Utarbeidelse av arealplan Breivika er gjennomført før avslutning av A-fløy prosjektet nettopp for å kunne bidra til å confirmere behovet for operasjon og dialyse, og gi økt kvalitet i beslutningsgrunnlag for behovene vedrørende dialyse og operasjon. Arealplanarbeidet har inkludert ny framskriving i regi av Sykehusbygg HF og har bekreftet behovet for dialyseplasser. Den bekrefter også totalbehovet for operasjonsstuer som uendret fra 2013. Imidlertid peker arbeidet på at teknologisk og faglig utvikling i perioden gir økt behov for hybridstuer. Det er konkludert med at UNN trenger 4 hybridstuer i tillegg til eksisterende intervensjonsstuer. Utredningen viser dessuten at det ikke er plass til å utvide arealbruken til operativ virksomhet innenfor arealet til røntgenavdelingen, det bør heller planlegges med utflytting av intervensjonsstuer for å gi plass til MR maskiner. I arealplanen er det lagt inn 60 mill kr for 4 hybridstuer der ei av disse var planlagt finansiert gjennom reserven i A-fløya (inkludert utstyr). For de øvrige tre hybridstuenene er kun byggekostnader beregnet.

Utstørsbehovet vil dekkes dels gjennom flytting av utstyr fra eksisterende intervensjonsstuer, dels ved finansiering fra de ordinære investeringsrammene til UNN.

Gjennomføring av dialyseombygging er avhengig av utflytting av hjerteovervåkning i B2.9.

Økonomi

Investeringsramma for A-fløya er fordelt med 1 547 mill kr budsjettert i UNNs investeringsramme og 47 mill kr er budsjettert som reserve i RHF's investeringsramme. Reserven i RHFet er ment å delvis finansiere utbygging dialyse, tre konvensjonelle operasjonsstuer og ei hybridsstue. Investeringsrammen er i sin helhet lagt til 2018 og tidligere år.

Tabell 1 Vedtatt investeringsramme og prognose

A-fløy vedtatt ramme UNN HF	1547
A-fløy, reserve RHF	47
Total investeringsramme A-fløy	1594
A-fløy ordinære byggekostnader	1493
Dialyse	22
3 operasjonsstuer	25
1 hybridsstue	36
Totale kostnader A-fløy	1576
Netto resultat	18

Planlagt fremdrift:

1. Dialyse er detaljprosjektert og bygging er forutsatt startet høsten 2018.
2. Detaljprosjektering av tre operasjonsstuer i B2.7 kan starte høsten 2018, med oppstart bygging i slutten av 2018.
3. Hybridsstua kan prosjekteres høsten 2018, med bygging i 2019.

Tabell 2 viser tidligst mulige ferdigstilling av de tre prosjektene i fortsettelsen av A-fløya prosjektet. Hele reserven, som er budsjettert i RHF, pluss 2 mill kr, vil ikke bli utløst før 2019.

Tabell 2 Tidligst mulige gjennomføring av prosjektene

Periodisering kostnader	2018	2019
Ferdigstilling A-fløy	1493	
Evaluering A-fløy og PET senter		1
Dialyse	11	11
3 operasjonsstuer	5	19
1 hybridsstue	18	18
Totale kostnader	1527	49

Muligheter og konsekvenser ved å forskyve prosjektene

Tabell 3 viser en mulig forskyving av kostnader frem til 2022.

Tabell 3 Mulig forskyvning av prosjekter i A-fløya

Periodisering kostnader	2018	2019	2020	2021
Ferdigstillelse A-fløy	1493			
Dialyse	11	11		
3 operasjonsstuer		14	11	
1 hybridsstue			18	18
Totale kostnader	1504	25	29	18

1. Behovet for ombygging og utvidelse av dialyse er godt dokumentert i arbeidet med arealplan Breivika. Forskyving av dette prosjektet anbefales ikke.
2. Konvensjonelle operasjonsstuer og hybridsstue har ingen rekkefølgeavhengigheter med øvrige prosjekter i arealplan Breivika og har således ingen konsekvenser for øvrige ombyggingsprosjekter. Bygningsmessig vil en utsettelse av operasjonsstuer medføre at arealer står ubenyttet. På kort sikt vil neppe pasienttilbudet berøres, siden det likevel er en fase der det planlegges økt aktivitet på nybygd dagkirurgisk område.
3. Behovet for Hybridstuer vil øke relativt raskt på grunn av fagutvikling. Ved å utsette utbygging av hybridstuer vil det være risiko for at det kvalitative pasienttilbudet i regionen blir hengende etter resten av landet. Pasientene vil gå glipp av mikroinvasiv kirurgi som vil behandle en rekke tilstander med betydelig mindre komplikasjoner enn dagens metoder. Forskyving utover ferdigstillelse tidlig 2021 anbefales derfor ikke.

Finansiering av prosjektene

I møtet med RHF ble det foreslått å bruke den budsjetterte reserven i A-fløya prosjektet til å dekke underskuddet i byggeprosjektene. For å ha mulighet til å realisere de tre prosjektene som skulle finansieres av reserven kan disse legges inn i arealplan Breivika. Totalrammen i arealplan Breivika må i så fall økes tilsvarende.

Dersom UNN må håndtere egenfinansieringen av hele arealplanen UNN Breivika av egne investeringsmidler vil dette få konsekvenser for evnen til å reanskaffe nødvendig utstyr og ombygginger. Økt totalramme for arealplan Breivika presser allerede små investeringsrammer ytterligere. Det vil være avgjørende for UNNs evne til å håndtere arealplanen at de tre prosjektene som legges til som følge av overforbruket i PET-senteret medfører økte investeringsrammer fra Helse Nord RHF slik at ikke UNN alene må være kostnadene av overskridelser i et regionalt prosjekt.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
61/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	21.6.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Møteplan 2019 for styret ved UNN

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner følgende *møteplan* for 2019:

Møter	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter	13.2.	26.- 27.3.	24.4.	29.5.	20.6.	13.9.	4.10.	16.11	13.12.
UNNs styreseminar			25.4. <i>m/UiT</i>		19.6			15.11	
Regionalt styreseminar		27.- 28.3.					30.- 31.10.		

2. Styret vedtar følgende *årsplan* i tråd med krav i styreinstruksen for UNN:

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Styrets evaluering av eget arbeid. OD 2019.	Tromsø	Onsdag 13. februar
Årsregnskap, årlig melding m.v.	Bodø	Onsdag 26. mars
RHF's Plan 2020-2023	Tromsø	Onsdag 24. april
Første tertialrapport	Tromsø	Onsdag 29. mai
Forberedende virksomhetsplanlegging 2020	Harstad	Torsdag 20. juni
Status oppdragsdokument 2019	Tromsø	Onsdag 13. september
Andre tertialrapport.	Tromsø	Onsdag 4. oktober
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Narvik	Torsdag 16. november
Virksomhetsplan og budsjett for 2019	Tromsø	Onsdag 13. desember

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) legger til grunn ovennevnte møteplan for 2019. Den er tilpasset møteplan for styret ved Helse Nord RHF, vedtatt i deres styremøte 23.5. d.å., med vektlegging på avleveringsfrister fra helseforetakenes styrer for tertialrapporter, regnskap og årlig melding. Helse Nord RHF har stilt krav om behandling av noen eksplisitte saker i oppdragsdokumentet for inneværende år, som styret ved UNN har behandlet i egen sak 15.2.2018. Disse kravene er forutsatt også vil følge i 2019. De regionale styreledermøtene er ennå ikke fastlagt, og derfor ikke tatt med i møteplanen.

Saksutredning

Møteplan og årsplan 2019 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er to sider av samme sak. Møteplanen referer til tidspunktene gjennom 2019 for hvert enkelt møte ref. innstillingens punkt 1. Årsplanen refererer til krav fra Helse Nord RHF om å synliggjøre i egen oversikt for når det er planlagt å behandle et gitt utvalg saker som det er stilt krav om skal behandles i løpet av et kalenderår ref. innstillingens punkt 2.

Frister

Det er tatt hensyn til *tidligst mulige intern leveringsfrist* for utarbeidelse av virksomhetsrapportene hver måned. I tillegg er det gitt rom for nødvendig behandling og drøftinger med ansattes organisasjoner, brukerutvalg og arbeidsmiljøutvalg, før utsendelse av sakene til styret. Det vil ved enkelte av de oppsatte møtene ikke være mulig å levere ferdige kvalitets- og virksomhetsrapporter innenfor gitte frister, som følge av at møtetidspunktene er styrt ut fra krav til leveringsfrister fra Helse Nord RHF. Dette vil medføre ettersendelse til styret, *etter* 10-dagersfristen før hvert styremøte ref. styreinstruksen.

Lokaliseringer

Foreslåtte lokaliseringer for møtene er gjort skjønnsmessig, ut fra hensynet til en ønsket variasjon og tilstedeværelse i vertskommunene for de største enhetene. I tillegg er det tatt hensyn til eiers krav om tilstedeværelse, der krav til behandlingstidspunkt sammenfaller med tidspunkt for regionalt styremøte med påfølgende seminar i mars.

Styreseminarer

Styret har tidligere prioritert å avsette tid til *ett* eget styreseminar pr semester, og disse er lagt inn i tilknytning til siste møte før sommerferien samt novembermøtet. Styret må ta stilling til hvor seminarene ønskes avviklet. Harstad er foreslått i juni ettersom man ikke fant å kunne gjøre det inneværende år, men er lagt til siste uken i juni som følge av leveringsfrister for saksflyten inn mot møtet, herunder at styrerepresentantene skal ha rimelig tid til å sette seg inn i sakene. Narvik er foreslått i november, etter at Narvik utgår i 2018 som følge av at novemberseminaret ble lagt til Karasjok. Felles styreseminar med Helsefakultetet ved Universitetet i Tromsø, er lagt til torsdag 25.4.2019 i forbindelse med UNNs styremøte dagen før.

De regionale styreseminarene avholdes i april og oktober i tråd med Helse Nord RHF's vedtatte plan.

Nødvendige avklaringer

Styremøtene er fordelt mellom onsdager og torsdager gjennom hele året, i tråd med forrige styrets ønske, samt nødvendige tilpasninger til andre møteavtaler for styrets leder og foretakets administrerende direktør.

Tromsø, 15.6.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
62/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	21.6.2018
Saksansvarlig:	Leif Hovden	Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 8.6.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør