



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Tirsdag 24. april 2018 kl 17.30

Onsdag 25. april 2018 kl 09.00

Møtested

UNN Tromsø, PET-senter G9 Styrerom



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: UNN Tromsø, PET-senter G9 Styrerom
Dato: 24.4.2018 Tid: Kl 17.30-19.30
Dato: 25.4.2018 Tid: Kl 9.00-16.00

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	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget
Eirik Arne Hansen	Observatør	Helse Nord RHF, Bodø

ST 20/2018 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 20/2018	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 21/2018	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 15.2.2018
ST 22/2018	Oppsummering av beslutningssaker fra 2017
ST 23/2018	Evaluering av styrets arbeid
ST 24/2018	Årlig melding 2017
ST 25/2018	Årsregnskap 2017 med styrets beretning
ST 26/2018	Addendum til konseptfase for Nye UNN Narvik (<i>utsettes</i>)
ST 27/2018	Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 28/2018	Tilsynsrapport
ST 29/2018	Tilbakemelding til RHFet
ST 30/2018	Strategisk utviklingsplan Bygg
ST 31/2018	Arealplan UNN Breivika
ST 32/2018	Salg av C00
ST 33/2018	Tertialrapport pr. 31.12.2017 for utbyggingsprosjekter
ST 34/2018	Trombektomitjenester UNN
ST 35/2018	Gave til UNN - Kirurgirobot
ST 36/2018	Finansiering og organisering av sykehussenger Nord-Troms
ST 37/2018	Drift av spesialisthelsetjenester ved Sonjatun (<i>utsettes</i>)
ST 38/2018	Oppnevning av nytt brukerutvalg ved UNN
ST 39/2018	Rekrutteringsutvalg – ny direktør
ST 40/2018	Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer

1. 3-3a-varslar
2. Fødetilbudet ved UNN Narvik
3. Bekymringsmelding - manglende personellkontinuitet ved våre luftambulanserbaser

Muntlige orienteringer

4. Pasienthistorie
5. Oppfølging fra RHFet om alvorlig hendelse
6. Prosessen med vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF
7. Ansettelse av ny klinikk sjef Diagnostisk klinikk
8. Møte hos Fylkesmannen i Troms om utfordringen med svært mange utskrivningsklare pasienter fra Tromsø kommune
9. Pågående regional prosess med revidering av regional inntektsfordelingsmodell
10. Regionale kliniske ikt-systemer. Ansvarsforhold og avtaler.
11. Møte mellom UNN ledergruppe og ledergruppen på Nordlandssykehuset HF
12. Møte med RHF-ledelsen 17.4.2018

13. Første pasient i PET-senteret

ST 41/2018

Referatsaker

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 27.2.2018
2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 5.3.2018
3. Saksprotokoll fra møte i Harstad kommunestyre, datert 22.3.2018
4. Brev til styreleder vedrørende utskrivningsklare pasienter, datert 22.3.2018
5. Kopi til direktør av brev til ordfører Tromsø kommune, datert 22.3.2018
6. Uttalelse fra Sør-Troms regionråd, datert 4.4.2018
7. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 9.4.2018
8. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 10.4.2018
9. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 11.4.2018
10. Uttalelse vedrørende Helsesenteret Sonjatun, datert 14.4.2018
11. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 18.4.2018
12. Protokoll fra drøftingsmøte nr 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 20.4.2018
13. Vedlegg til sak 30 – Strategisk utviklingsplan Bygg – Tilleggsnotat
14. Vedlegg til sak 31 – Arealplan UNN Breivika - Tilleggsnotat

ST 42/2018

Eventuelt



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
21/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.-25.04.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 15.2.2018

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 15.2.2018.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Møteprotokoll fra styremøte 15.2.2018



MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707
 Dato: 15.2.2018
 Tid: 9.00 – 12.25

Navn	Funksjon	Merknader
Eivind Mikalsen	Konstituert eder	
Helga Marie Bjerke	Konstituert nestleder	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	
Marianne Johnsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Brukerutvalgets leder

Forfall:

Jan Terje Nedrejord Medlem

Fra administrasjonen møtte:

Marit Lind	konstituert administrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef, Stabssenteret (<i>styrets sekretær</i>)
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klunikksjef, Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Elin Gullhav	klunikksjef ved Barne- og ungdomsklinikken
Eva-Hanne Hansen	klunikksjef ved Operasjons- og intensivklinikken
Gry Andersen	klunikksjef ved Diagnostisk klinikk
Jon Mathisen	klunikksjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klunikksjef ved Hjerte- og lungeklinikken
Magnus Hald	klunikksjef ved Psykisk helse- og rusklinikk
Markus Rumpsfeld	klunikksjef ved Medisinsk klinikk
Rolv Ole Lindsetmo	klunikksjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Grethe Andersen	drifts- og eiendomssjef
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef, Stabssenteret
Mai-Liss Larsen	personalsjef, Stabssenteret
Tommy Schjølberg	konst. økonomisjef, Stabssenteret
Siren Hoven	avdelingsleder ved Psykisk helse- og ruskl. (<i>sak 13</i>)
Njål Bjørhovde	spes.konsulent ved Psykisk helse- og ruskl. (<i>sak 13</i>)

ST 1/2018 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 15.2.2018 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i *uthevet kursiv*).

ST 1/2018	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 2/2018	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 14.12.2017, ekstraord. styremøte 1, 9.2.2018 og ekstraordinært styremøte 2, 9.2.2018
ST 3/2018	Kvalitets- og virksomhetsrapport november/desember 2017
ST 4/2018	LUO-evalueringen – del 2
ST 5/2018	Oppsummering av beslutningssaker 2017 (<i>utgår</i>)
ST 6/2018	Oppdragsdokument 2018
ST 7/2018	Tomtesak ved SIVA-bygget i Breivika
ST 8/2018	Prognose byggeprosjekter og driftskostnader i PET-senteret
ST 9/2018	Kontinuerlig forbedring ved UNN
ST 10/2018	Styrets dialogavtale med direktøren
ST 11/2018	Styrets evaluering av eget arbeid (<i>utgår</i>)
ST 12/2018	Justering direktørlønn (<i>utgår</i>)

ST 13/2018 Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer

1. Rapport etter oppfølgingsplan – Sivilombudsmannens rapport 2016
2. Status i spesialitetskomitéarbeidet
3. Orientering om varslinger til Statens helsetilsyn fra UNN siste periode
4. Informasjonssikkerhet, *unntatt offentlighet jf Offlv §14 og §24, 3.ledd*
5. Fremdrift ved byggeprosjekter UNN Breivika
6. ***Bekymringsmelding fra Medisinsk klinikk***

Muntlige orienteringer

7. ***Pasienthistorie***
8. ***Administrative konstitueringer***
9. ***Intermediærsenger i drift***
10. ***TV-produksjon ved UNNs akuttmedisinske miljø***
11. ***Møte med RHF-ledelsen 19.2.***

ST 14/2018 Referatsaker

1. Brev fra Sivilombudsmannen, datert 6.12.2017
2. Uttalelse i sak fra Sivilombudsmannen, datert 6.12.2017, *unntatt offentlighet i medhold av offl. § 13 jf Fvl. § 13.1.*
3. Brev fra Troms fylkeskommune – melding om politisk vedtak datert 19.12.2017
4. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 16.1.2018
5. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 29.1.2018

6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 30.1.2018
7. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 31.1.2018
8. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 7.2.2018
9. Referat fra møte i Arbeidsutvalg Styret UNN – Kontinuerlig forbedring - Kritiske prosesser, datert 18. januar 2018
10. Protokoll fra drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 8.2.2018

ST 15/2018 Eventuelt

ST 2/2018 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 14.12.2017, ekstraordinært styremøte 1, 9.2.2018 og ekstraordinært styremøte 2, 9.2.2018

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 15.2.2018

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoller fra styremøte 14.12.2017, ekstraordinært styremøte 1 den 9.2.2018 kl 13.00 og ekstraordinært styremøte 2 den 9.2.2018 kl 17.15.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoller fra styremøte 14.12.2017, ekstraordinært styremøte 1 den 9.2.2018 kl 13.00 og ekstraordinært styremøte 2 den 9.2.2018 kl 17.15.

ST 3/2018 Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2017

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 15.2.2018

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2017 til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2017 til orientering.

ST 4/2018 LUO-evalueringen – del 2

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 15.2.2018

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtakene i styresakene 84/2007 *Ny organisasjonsmodell for UNN HF* og 48/2014 *Oppfølging av LUO-evalueringen – organisatoriske konsekvenser*.
2. Styret tar til orientering at direktøren viderefører OpIn-klinikken, men endrer klinikktilhørighet for akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad.
3. Styret slår fast at evalueringen etter organisasjonsutviklingsprosjektet *Langsiktig utvikling og omstilling av UNN (LUO)* er fullført, og at satsingen på kontinuerlig forbedring nå er styrets prioriterte innsatsområde for videre utvikling av sykehuset.

Styrerepresentant Per Erling Dahl foreslo følgende tilleggspunkt i saken:

Det opprettes en gruppe med opererende medlemmer fra Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken samt Hjerter- og lungeklinikken, sammen med representanter fra OpIn-klinikken, for vurdering av seksjonering av operasjonssykepleiere.

Styrerepresentant Vibeke Haukland foreslo følgende nytt punkt 3:

Styret forventer at ledelsen har tett oppfølging på samarbeidskultur og arbeid i tverrfaglige team med utgangspunkt i gode pasientforløp.

Styreleder foreslo følgende tilleggspunkt:

Styret ber direktøren om å komme tilbake med en statusrapport etter ett års drift.

Styreleder valgte en punktvis avstemming, og tok først opp forslagspunktet fra Dahl til avstemming.

Forslaget falt mot én stemme.

Styreleder tok opp innstillingens punkt 1 til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Styreleder tok opp innstillingens punkt 2 til avstemming.

Forslaget ble vedtatt mot én stemme.

Styreleder tok opp forslagspunktet fra Haukland til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Styreleder tok deretter opp innstillingens punkt 3 (nytt punkt 4) til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Styreleder tok deretter opp styreleders forslag til nytt tilleggspunkt til avstemming.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtakene i styresakene 84/2007 *Ny organisasjonsmodell for UNN HF* og 48/2014 *Oppfølging av LUO-evalueringen – organisatoriske konsekvenser*.
2. Styret tar til orientering at direktøren viderefører OpIn-klinikken, men endrer klinikktilhørighet for akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad.
3. Styret forventer at ledelsen har tett oppfølging på samarbeidskultur og arbeid i tverrfaglige team med utgangspunkt i gode pasientforløp.
4. Styret slår fast at evalueringen etter organisasjonsutviklingsprosjektet *Langsiktig utvikling og omstilling av UNN (LUO)* er fullført, og at satsingen på kontinuerlig forbedring nå er styrets prioriterte innsatsområde for videre utvikling av sykehuset.
5. Styret ber direktøren om å komme tilbake med en statusrapport etter ett års drift.

ST 6/2018 Oppdragsdokument 2018

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 15.2.2018

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppdragsdokumentet 2018 til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppdragsdokumentet 2018 til etterretning.

ST 7/2018 Tomtesak ved SIVA-bygget i Breivika

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 15.2.2018

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar salg av del av eiendom gnr. 124. bnr. 50 i Tromsø kommune til kr 1 950 000,-
2. Styret gir direktøren fullmakt til å gjennomføre salget.
3. Styret ber Helse Nord RHF godkjenne at frigjort likviditet fra salg av eiendommen disponeres til finansiering av modernisering, nybygg og oppgradering av eiendomsmassen i UNN.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar salg av del av eiendom gnr. 124. bnr. 50 i Tromsø kommune til kr 1 950 000,-
2. Styret gir direktøren fullmakt til å gjennomføre salget.
3. Styret ber Helse Nord RHF godkjenne at frigjort likviditet fra salg av eiendommen disponeres til finansiering av modernisering, nybygg og oppgradering av eiendomsmassen i UNN.

ST 8/2018 Prognose byggeprosjekter og driftskostnader i PET-senteret

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 15.2.2018

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) tar saken til orientering og godkjenner den for oversending til Helse Nord RHF.
2. Styret uttrykker bekymring knyttet til risikoen for overskridelse av p85-rammen i PET-senter prosjektet, og forutsetter at begge prosjektene (PET-senteret og A-fløya) styres helhetlig i slutfasen med slutføring innenfor de to prosjektenes samlede godkjente investeringsramme som styringsmål.
3. Styret viser til at blant annet faglig utvikling, etablering av ny modalitet (PET-MR) etter gavemottak og økte krav fra Statens strålevern har medført endrede driftsforutsetninger og økte driftskostnader i PET-senteret, med en pukkelkostnad i 2018. Styret ber om at Helse Nord RHF vurderer hvordan den økte kostnaden skal håndteres i foretaksgruppen.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) tar saken til orientering og godkjenner den for oversending til Helse Nord RHF.
2. Styret uttrykker bekymring knyttet til risikoen for overskridelse av p85-rammen i PET-senter prosjektet, og forutsetter at begge prosjektene (PET-senteret og A-fløya) styres helhetlig i slutfasen med slutføring innenfor de to prosjektenes samlede godkjente investeringsramme som styringsmål.
3. Styret viser til at blant annet faglig utvikling, etablering av ny modalitet (PET-MR) etter gavemottak og økte krav fra Statens strålevern har medført endrede driftsforutsetninger og økte driftskostnader i PET-senteret, med en pukkelkostnad i 2018. Styret ber om at Helse Nord RHF vurderer hvordan den økte kostnaden skal håndteres i foretaksgruppen.

ST 9/2018 Kontinuerlig forbedring ved UNN

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 15.2.2018

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtaket i styresak 5/2017 *Kontinuerlig forbedring – Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av*

gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid, og tar status i arbeidet med oppfølging av gjennomføringsplanen til orientering.

2. Styret tar til etterretning at direktøren vurderer etablering av en felles støtteenhet for arbeidet med kontinuerlig forbedring som nødvendig, og at denne vil bli organisert i direktørens stab.
3. Styret viser til at styrets underutvalg for kontinuerlig forbedring fortsatt arbeider med å utvikle styrets egen rolle i satsingen. Støtteenheten gis i oppdrag å utarbeide en tiltaks-, milepæls- og evalueringsplan for det videre arbeidet hvor også styrets arbeidsutvalgs prosesser innarbeides.
4. Styret bes holdt løpende orientert om videre fremdriften i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtaket i styresak 5/2017 *Kontinuerlig forbedring – Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid*, og tar status i arbeidet med oppfølging av gjennomføringsplanen til orientering.
2. Styret tar til etterretning at direktøren vurderer etablering av en felles støtteenhet for arbeidet med kontinuerlig forbedring som nødvendig, og at denne vil bli organisert i direktørens stab.
3. Styret viser til at styrets underutvalg for kontinuerlig forbedring fortsatt arbeider med å utvikle styrets egen rolle i satsingen. Støtteenheten gis i oppdrag å utarbeide en tiltaks-, milepæls- og evalueringsplan for det videre arbeidet hvor også styrets arbeidsutvalgs prosesser innarbeides.
4. Styret bes holdt løpende orientert om videre fremdriften i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

ST 10/2018 Styrets dialogavtale med direktøren

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 15.2.2018

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

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner direktørens dialogavtale for 2019, *med de endringer som fremkom under behandling av saken.*
2. Styret godkjenner justeringene i direktørens dialogavtale for 2018.
3. Styret ber om at direktøren legger den fokuserte versjonen av dialogavtalen til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2019.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner direktørens dialogavtale for 2019, med de endringer som fremkom under behandling av saken.
2. Styret godkjenner justeringene i direktørens dialogavtale for 2018.
3. Styret ber om at direktøren legger den fokuserte versjonen av dialogavtalen til grunn for virksomhetsplanleggingen for 2019.

ST 13/2018 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 15.2.2018

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

Skriftlige orienteringer

1. Rapport etter oppfølgingsplan – Sivilombudsmannens rapport 2016
2. Status i spesialitetskomitéarbeidet
3. Orientering om varslinger til Statens helsetilsyn fra UNN siste periode
4. Informasjonssikkerhet, unntatt offentlighet jf. Offlv §14 og §24, 3.ledd
5. Fremdrift ved byggeprosjekter UNN Breivika

Muntlige orienteringer

6. Pasienthistorie (*ble behandlet rekkefølgemessig før sak 2/2018*)
7. Administrative konstitueringer
8. Intermediærsenger i drift
9. TV-produksjon ved UNNs akuttmedisinske miljø
10. Møte med RHF-ledelsen 19.2.2018
11. Bekymringsmelding fra Medisinsk klinikk

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 14/2018 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 15.2.2018

Innstilling til vedtak

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

1. Brev fra Sivilombudsmannen, datert 6.12.2017(*til saken var kontrollkommissjonen invitert, og møtte med Arne Haugli som observatør*).
2. Uttalelse i sak fra Sivilombudsmannen, datert 6.12.2017, *unntatt offentlighet i medhold av Offl. § 13 jf. Fvl. § 13.1.*
3. Brev fra Troms fylkeskommune – melding om politisk vedtak, datert 19.12.2017.
4. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 16.1.2018.
5. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 29.1.2018.
6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 30.1.2018.
7. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 31.1.2018
8. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 7.2.2018
9. Referat fra møte i Arbeidsutvalg Styret UNN – Kontinuerlig forbedring - Kritiske prosesser, datert 18. januar 2018.
10. Protokoll fra drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 8.2.2018

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 15/2018 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 15.2.2018

Ingen saker ble meldt.

Tromsø, 15.2.2018

Eivind Mikalsen

Helga Marie Bjerke

Jan Eivind Pettersen

Jan Terje Nedrejord

Kjersti Markusson

Vibeke Haukland

Per Erling Dahl

Rolf Utgård

Marianne Johnsen

Tove Skjelvik



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
22/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.-25.4.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Oppsummering av styresaker 2017

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2017 til etterretning, og vil bruke oppsummeringen som underlag for styrets evaluering av eget arbeid.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s arbeid undergis en årlig evaluering. Dette gjøres på flere måter. I styreinstruks og oppdragsdokument stilles det krav om evaluering av styrets arbeid. Styrets arbeids- og fungeringsmåte blir evaluert i egen styresak. I denne saken vektlegges kun en skjematisk oversikt over fattede vedtak, og formell oppfølging av disse. Denne saken gir også styret anledning til å vurdere om arbeids- og ansvarsdelingen mellom administrerende direktør og styret er i tråd med oppdrag og instruks, samt vurdering av administrasjonens oppfølging av vedtakene.

Formål

Formålet med saken er å gi en oversikt over styrevedtak i beslutningssaker som styret ved UNN fattet i 2017, og vurdere oppfølgingen av disse som grunnlag for prioriteringer av styrets arbeid i 2018.

Saksutredning

I eget vedlegg til saken følger utdrag av styreprotokollen over saker som er behandlet i 2017. Det ble avholdt 13 styremøter, hvorav 4 var ekstraordinære, og det ble behandlet til sammen 104 saker, herav 56 beslutningssaker, fordelt slik:

Type saker/ kategori	2015	2016	2018
S) Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	27	26	27
K) Kvalitets-, økonomi- og aktivitetssaker	16	21	18
F) Fagsaker	2	5	6
B) Bygg og eiendomssaker	5	8	5

Totalt	50	60	56
--------	----	----	----

Tabell 1 – Kategoriserte styresaker de siste tre årene

De resterende 48 sakene var godkjenning av innkalling, saksliste, referatsaker, orienteringsaker og eventuelt saker.

Styreseminarene ble i årsplanen for 2017 lagt i forbindelse med de ordinære styremøtene i juni og november. Seminaret i juni ble gjennomført i Tromsø, og hadde fokus på kontinuerlig forbedring samt evaluering av styrets eget arbeid. Seminaret i november ble lagt til Tromsø, og også dette seminaret hadde fokus på kontinuerlig forbedring samt virksomhetsplanlegging for 2018.

I de påfølgende fire tabellene er de ulike vedtakssakene fremstilt innenfor de respektive kategoriene, herunder variasjonene fra de siste tre årene.

Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	2015	2016	2017
Tilsynsrapporter	4	3	3
Ledelsens gjennomgang	3	3	1
Overordnede strategier	3	2	4
Lønnsaker	1	1	1
Årlig melding	1	1	1
Møte- og styreseminarplan	2	2	2
Oppdragsdokument	1	1	1
Oppsummering av styrets vedtak	1	1	1
Styrets evaluering av eget arbeid	1	1	1
Oppnevning av valgstyre – ansattevalgte repr.	1	–	1
Brukerutvalget – valg, mandat m.v.	2	1	–
Tidspunkt for evt. ekstraordinært styremøte	1	–	–
Styrets årsplan	1	–	–
Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging	2	–	–
Strategisk utviklingsplan	–	1	1
Årsrapport for Brukerutvalget	1	1	– ¹
Eventuelt saker (der det er truffet vedtak)	1	–	2
Informasjonssikkerhet	1	–	1
Inntektsfordelingsmodell for TSB og psykisk helse	–	1	–
Styrets dialogavtale med direktøren	–	2	1
Innspill fra UNN til RHFets plan til økonomisk bærekraft	–	1	–
Utviklingsplan for psykisk helse og TSB	–	1	–
Forberedende langtidsplan – strategi	–	1	–
Kontinuerlig forbedring	–	1	1
Høring – Nasjonalt sykehusapotekforetak	–	1	–
Nye hovedindikatorer for UNN	–	1	1
Orientering om sak på et forberedende stadium	–	–	1
Innsynskrav	–	–	1
Mediebilde – situasjonsbeskrivelse	–	–	1
Meldingssaker fra fylkesmannen	–	–	1
Totalt	26	27	27

¹ Saken behandlet under referatsaker i 2017.

Tabell 2 Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker (S)

Kvalitets- og økonomisaker	2015	2016	
Kvalitets-, økonomi- og aktivitetsrapporter inkl. tertialrapporter	10	11	10
Årsregnskap	1	1	1
Investeringsaker	1	–	–

Budsjettsak, ny behandling/oppfølgingssak	1	–	–
Forberedende arbeid til Virksomhetsplan	1	1	3
Virksomhetsplan (budsjettsaken)	1	1	1
Tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende langtidsplanen	1	1	1
Mottak av pengegave til PET-senteret	–	1	–
Virksomhetsplanlegging – årshjul	–	2	–
Langtidsplan	–	1	1
PET-senterøkonomien, gavetilsagn m.v.	–	1	–
Samarbeidsplan med kommunene	–	1	–
Analyse og tiltaksplan	–	–	1
Totalt	16	21	18

Tabell 3 Kvalitets- og økonomisaker (K)

Fagsaker	2015	2016	
Regional plan for øyefaget	1	–	–
Henvendelse fra en ansatt	1	–	–
Sivilombudsmannens rapport for PHRK	–	4	–
Regional smittevernplan	–	1	–
Høringssak Hjerteinfarkt og PCI	–	–	1
Høringssak Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten	–	–	1
Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap	–	–	1
Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgi og føde -presiseringer	–	–	1
Organisatoriske tilpasninger intensiv m.v. A9	–	–	1
Elektronisk medikasjon og kurve	–	–	1
Totalt	2	5	6

Tabell 4 Fagsaker (F)

Bygg- og eiendomssaker	2015	2016	
Byggeprosjekter ved UNN – tertialrapporter	3	3	3
A-fløya – utbyggingsstrategi	1	–	–
Regionalt PET-senter	–	1	–
Nye UNN Narvik	1	1	1
Lokalisering av Vardesenter og LMS	–	1	–
Ambulansestasjon ved UNN Harstad	–	2	–
Tunnel ved UNN Narvik	–	–	1
Totalt	5	8	5

Tabell 5 Byggsaker (B)

Saker under videre oppfølging

Noen av sakene har oppfølgingsløp ut over 2017. Oppsummert gjelder dette følgende seks saker:

- ST 5/2017 Kontinuerlig forbedring
- ST 6/2017 Nasjonal helse- og sykehusplan
- ST 26/2017 Idéfase psykiatri og rusfeltet ved UNN
- ST 28/2017 Langtidsplan 2018-2021
- ST 29/2017 Oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan
- ST 42/2017 Elektronisk medikasjon og kurve

En nærmere beskrivelse er gitt i vedlegget.

Medvirkning

Ettersom saken avviker fra en ordinær beslutningssak ved en skjematisk oppsummering av styrets vedtak fra 2017, er den som avtalt ikke undergitt behandling eller drøfting i arbeidsmiljøutvalg, brukerutvalg eller med ansattes organisasjoner og vernetjenesten.

Vurdering

Oversikten som er vedlagt saken viser at det i 2017 ble avholdt 13 styremøter og behandlet til sammen 104 saker, herav 56 beslutningssaker. Antall og type saker vurderer direktøren å ha vært i overensstemmelse med vedtatt årsplan for faste styresaker 2017, samt de utfordringer helseforetaket har hatt i 2017. Den økonomiske utviklingen i foretaket har vært et av styrets prioriterte områder også i 2017, dog med en sterkere vektlegging av kvalitet og pasientsikkerhet enn tidligere.

Direktøren oppfatter at vedlagte saksoversikt viser at styresakene som ble behandlet i 2017 er innenfor rammen av type saker som styreinstruksen anviser. Styret behandler kvalitets- og virksomhetsrapportene månedlig, med stadig sterkere fokus på kvalitetsparametere og pasientsikkerhet. Saker som ligger innenfor styrets ansvarsområde har vært fremmet fortløpende i 2017. Driften har i store deler av året vært preget av at utviklingen innenfor de ulike tjenesteområdene er søkt opprettholdt og forsterket med hensyn til kvalitet, og det er foretatt fortløpende investeringer i nytt utstyr. Direktøren mener at dette indikerer en god balanse mellom langsiktighet i strategisk fokus samt nødvendig oppmerksomhet på daglig drift, økonomi og kvalitet. Variasjonen knyttet til saksmengde over år, viser seg å ligge på +/- 10.

Styret har gitt tilbakemeldinger om at sakene ønskes holdt innenfor malen på fire sider, og om at det er ønskelig med en bredere drøfting av handlingsalternativer i saker der foretaket står overfor reelle strategiske valg. Direktøren mener at administrasjonen fortsatt har forbedringspotensial på disse områdene.

De administrative rutinene knyttet til styresaksoppfølgingen vurderes å være tilfredsstillende ivaretatt, til tross for at enkeltsaker får et endret tidsforløp enn antatt og eventuelle endringer av disse vil undergis vurderinger knyttet til det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Arbeids- og ansvarsdelingen mellom direktøren og styret vurderes også å ha vært tilfredsstillende ivaretatt.

Måloppnåelse for sentrale kvalitetsparametre som ventetid, fristbrudd og epikrisetid, samt økonomi- og aktivitetsutvikling, vil bli fulgt opp videre i forbindelse med behandling av de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene. Helse Nord RHF arbeider kontinuerlig med å forenkle rapporteringsrutinene i foretaksgruppen, og dette kan få konsekvenser for formen på kvalitets- og virksomhetsrapporten på sikt. Direktøren vil ellers særlig trekke frem satsingen på kontinuerlig forbedring samt de prioriterte utviklingsområdene fra den strategiske utviklingsplanen, som anbefalte områder for styrets arbeid også i 2018.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt over styrets vedtak i 2017

OVERSIKT OVER STYREVEDTAK I BESLUTNINGSSAKER 2017

S: Strategi-, rapport og oppfølgingsaker

K: Kvalitets- og økonomisaker

F: Fagsaker

B: Bygg- og eiendomssaker

K ST 3/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2016

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 4/2017 Oppsummering av styresaker 2016

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

Saken er fulgt opp, og frivilligkoordinator er tilsatt i fast stilling.

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

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtaket i sak 61/2016 *Kontinuerlig forbedring – tentativ gjennomføringsplan for UNN*, og godkjenner nå innretningen på satsingen slik den er beskrevet i den foreliggende saken.
2. Styret viser til den nye forskriften *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og slår fast at satsingen som beskrives i denne saken er UNNs hovedtiltak for implementering av kravene i forskriften.
3. Styret godkjenner gjennomføringsplanen med tilhørende risikoreduserende tiltak samt de foreslåtte grunnleggende prinsippene for satsingen slik disse er foreslått i saken.
4. Styret viser til at det har nedsatt et underutvalg som utreder styrets egen rolle i satsingen, og kommer på eget initiativ tilbake til dette i et senere møte.

5. Styret ber om at direktøren i samme møte legger frem en milepelsplan for gjennomføringen og en plan for evaluering av satsingen.
6. Styret erkjenner at dette er en langsiktig satsing som krever tålmodighet og tydelig kurs over mange år. Direktøren gis fullmakt til å gjøre mindre nødvendige justeringer i arbeidet underveis.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, men fikk et justert tidsforløp. Pkt. 5 i ny sak 15.2.2018.

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

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

Sakens punkt 1-3 og 5 er fulgt opp i tråd med vedtak. Punkt 4 og 6 er fortsatt under arbeid.

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

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

F ST 8/2017 Høringssak – Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

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

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

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

Saken er fulgt opp av Helse Nord RHF, med endelig vedtak i desember 2017.

S ST 10/2017 Styrets dialogavtale med direktøren

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 11/2017 Forberedende virksomhetsplan for 2018

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

Saken følges opp i tråd med vedtak, og videreføres i planen for 2019.

S ST 12/2017 Oppdragsdokument 2017

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

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

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

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og valget ble gjennomført som planlagt.

S ST 14/2017 Styreevaluering

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 20/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2017

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 21/2017 Årlig melding 2016

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 22/2017 Årsregnskap og styrets årsberetning for 2016

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

Det fremlagte årsoppgjøret med resultatregnskap og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultatet, fastsettes som UNNs regnskap for 2016. Styret foreslår at årets overskudd på 135 207 963 kr overføres til annen egenkapital.

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for

lederlønnsfastsettelse.

3. Styret ber Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet til investeringer av utstyr med mer i 2017.
4. Årsberetning 2016 vedtas med de endringer som fremkom under behandling av saken.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 23/2017 Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 24/2016 Tertialrapport 3/2016 for utbyggingsprosjekter

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar tertialrapporten pr. 31.12.2016 om byggeprosjekter i UNN til orientering.
2. Styret tar til orientering at det fortsatt er gjenstående risiko i PET-senter prosjektet, særlig knyttet til tekniske anlegg og valideringsprosessen for legemiddelproduksjon. Styret ber direktøren følge dette opp.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 25/2017 Langsiktig utvikling av ambulansetjenesten ved UNN

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.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 26/2017 Idéfase for psykiatri- og rusfeltet ved UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner rapport for *Idéfase – arealer til psykisk helse- og rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Tromsø*.
2. Styret anbefaler å gå videre med utredning av UNN Åsgård, *0-alternativet*, UNN Åsgård, *Vest-alternativet* og UNN Breivika, *Gimleveien 12-alternativet* til neste fase av planleggingen.
3. Styret oversender rapport og anbefaling til styret ved Helse Nord RHF.
4. Styret ber om å få fremlagt sak etter vedtak i Helse Nord RHF med kostnadsberegnet plan for gjennomføring av konseptfasen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og punkt 4 vil bli forelagt styret som sak våren 2018.

K ST 27/2017 RHFets Plan 2018-2021 - UNNs tilbakemeldinger

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft og investeringer for perioden 2018-2025 til orientering, og slutter seg til at denne saken oversendes Helse Nord RHF som tilbakemelding og innspill til Plan 2018-2021, inkludert rullering av investeringsplanen.
2. Styret viser til den pågående utredningen om å styrke beredskapen på Svalbard og ber om at en eventuell styrkning finansieres særskilt fra Helse Nord RHF.
3. Styret ber om finansiering til ny dyr kreftbehandling og til økte medikamentkostnader for kroniske inflammatoriske sykdommer.
4. Styret ber om at nytt sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tas inn i planen.
5. Styret viser til at den økonomiske situasjonen er krevende, og presiserer at nye oppdrag og oppgaver ikke kan igangsettes uten tilsvarende økte rammer både til drift og investering.
6. Styret erkjenner at investeringsbehovene til utstyr med mer er større enn eksisterende rammer og ber Helse Nord RHF om å gjennomgå den totale investeringsplanen for å imøtekomme dette behovet, samtidig som overskuddskravet til foretakene i regionen skjerpes.
7. Styret ber Helse Nord RHF følge opp at gevinstrealisering, effektivisering, aktivitetsstyring og stramme prioriteringer gjøres etter samme prinsipper i hele foretaksgruppen slik at pasientene i regionen også fremover kan tilbys nødvendig og moderne helsetjenester og at lokalsykehusstilbudet til befolkningen er likeverdig i hele regionen.
8. Styret viser til brev fra UNN til Helse Nord RHF datert 2.3.2017, og forutsetter at oppgradering av forplassen og vestibylen ved UNN Breivika samt bygningsmessige tiltak som følger av Sivilombudsmannens besøk ved UNN Åsgård, finansieres inneværende år (2017) som avtalt.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 28/2017 Langtidsplan 2018-2021

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) erkjenner at mye arbeid med langtidsplanen gjenstår og vedtar derfor at det kun gjøres konkrete prioriteringer for det første året i langtidsplan 2018-2021.
2. Styret ønsker en sterk prioritering av psykisk helse og rus i langtidsplanen, og vedtar at alternativ 1 i saksfremlegget prioriteres for 2018.
3. Styret presiserer at realisering av målene i langtidsplanen, i tillegg til å håndtere eierkrav og øvrige endringer forutsetter gevinstrealisering av tiltakene i langtidsplanen, sammen med kontinuerlig forbedring og omstilling. Gevinstrealisering må utredes og dokumenteres før iverksettelse. Styret ber direktøren om å følge dette opp, og eventuelt utsette vedtatte mål dersom det ikke kan dokumenteres en plan for gevinstrealisering.

Saken følges fortsatt opp, og plan for gevinstrealisering vil bli forelagt styret.

F^s ST 29/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) takker prosjektet Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – utredning av kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik for et omfattende og grundig arbeid. Styret legger prosjektrapporten, risiko- og mulighetsanalysen og høringsuttalelsene til grunn for sin anbefaling overfor styret i Helse Nord RHF.
2. Styret viser til at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet skal vektlegges, at løsningene som anbefales skal være bærekraftige, forutsigbare og stabile over tid, og at Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny spesialisetsstruktur for leger skal legges til grunn for anbefalingene.
3. Styret viser også til at det er planlagt byggestart for Nye UNN Narvik i 2019. Det er styrets ambisjon å skape et moderne og fremtidsrettet sykehus som sammen med UNN Harstad og UNN Tromsø sikrer en god spesialisthelsetjeneste for befolkningen i hele UNN-området og gode lokalsykehus tilbud for befolkningen i Ofoten.
4. Styret anbefaler at fagområdet ortopedi styrkes og utvikles som hovedaktivitet innen kirurgisk døgnbehandling og som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet ved UNN Narvik. Det anbefales at tilgjengelighet til ortopedisk spesialistkompetanse utenom ordinær arbeidstid økes slik at vanlige ortopediske skader som hovedregel kan opereres lokalt innen 48 timer. Etablering av spesialisert døgnkontinuerlig vaktordning i ortopedi vurderes ikke å være nødvendig, men det anbefales likevel at Helse Nord RHF revurderer vedtaket i styresak 135-2011 Elektiv ortopedi i Helse Nord – revidert funksjonsfordeling.
5. Styret anbefaler at UNN Narvik skal være akutt sykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse samt traumefunksjon. Anbefalingen medfører at døgnvirksomheten i magetarmkirurgi (gastrokirurgi) opphører og at traumefunksjonen ivaretas slik denne er definert i nasjonal og regional traumeplan.
6. Styret anbefaler at urinveiskirurgi (urologi) videreføres hovedsakelig som et dagkirurgisk og poliklinisk tilbud og at mindre kirurgiske spesialiteter som øre-nese-hals og eventuelt

øye videreføres og/eller etableres som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet i den grad det er formålstjenlig.

7. Styret anbefaler at den kirurgiske vaktordningen baseres på spesialister i bløtdelskirurgiske fag (generell kirurgi, urologi og gastrokirurgi). Spørsmålet om hvorvidt spesialister i ortopedi også kan inngå i vaktordningen, anbefales vurdert nærmere når det foreligger endelige beslutninger om innholdet i de nye spesialistutdanningene.
8. Styret viser til prosjektrapporten, og konstaterer at Helse Nord RHF og Helsedirektoratet sine kvalitetskrav for fødeavdelinger ikke er oppfylt, hovedsakelig fordi det ikke har lyktes å rekruttere tilstrekkelig mange faste spesialister.
9. Styret ber om at direktøren umiddelbart iverksetter rekruttering av flere gynekologer.
10. Styret er innforstått med at avvik fra kvalitetskravene har vedvart over tid, og at det vil bli utfordrende å rekruttere tilstrekkelig mange gynekologer på kort tid. Styret er med bakgrunn i dette i tvil om hvorvidt bemanningssituasjonen er forsvarlig, og ber om at Helse Nord RHF vurderer dette nærmere.
11. Styret anbefaler at gynekologi videreføres som enn hovedsakelig dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet uavhengig av fremtidig status for fødetilbudet.
12. Styret anbefaler at innføring av de største endringene som anbefalingene ovenfor medfører prosjektorganiseres som beskrevet i saken. Styret understreker at det haster å beskrive en tydelig profil på den dagkirurgiske virksomheten ved sykehuset fordi dette er nødvendig i forprosjektplanleggingen av nytt sykehus. Styret ber om å få seg forelagt en prosjektplan for innføringsprosjektet når endelige vedtak fra styret i Helse Nord RHF foreligger.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, men vedrørende pkt. 12, avventes Helsedirektoratets arbeid vedrørende kirurgi og spesialistutdanning. Hvis Helsedirektoratet foreslår endringer, kan det innebære at enkelte vedtakspunkter i saken må vurderes på nytt, i en ny styresak.

F^s ST 34/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgi og fødepresiseringer vedrørende fødeavdelingen – oppfølging av sak 29/2017

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til punkt 10 i vedtaket i sak 29/2017 *Oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik.*
2. Styret presiserer at ansvaret for fortløpende vurdering av forsvarlighet i driften av fødeavdelingen ved UNN Narvik tilligger UNN.
3. Styret har pekt på at det over lang tid har vært avvik fra Helsedirektoratet og Helse Nord's kvalitetskrav for bemanning, og ber om veiledning fra Helse Nord RHF i vurderingen av om slikt avvik over tid er uforsvarlig.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, men det er ikke mottatt nødvendig veiledning fra Helse Nord RHF i saken.

K ST 38/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2017* til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 39/2017 Tilsynsrapport

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 19.11.2016 til og med 22.3.2017 til etterretning.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 40/2017 Strategisk utviklingsplan IKT

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar innholdet i strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT.
2. Styret ber om at arbeidet med handlingsplaner og tiltak for gjennomføring av strategien iverksettes.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 41/2017 Nye UNN Narvik - etablering av tunnel til nytt sykehusbygg

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale med Narvik kommune om kostnads- og ansvarsdeling i forbindelse med utbygging av veg- og tunnelløsning for Nye UNN Narvik. Avtalen må være i samsvar med de forutsetningene som beskrives i saksframlegget.
2. Styret vedtar å iverksettes konkurranse for prosjektering og gjennomføring av vei og tunnel høsten 2017 med intensjon om å ferdigstille infrastruktur til oppstart av byggeprosjektet til 2019 og ber om å få resultat av konkurranse til godkjenning før avtaleinngåelse.
3. Styret ber Helse Nord RHF vedta oppstart av konkurranse for prosjektering og bygging av infrastruktur til Nytt UNN Narvik sykehus på Furumoen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

F ST 42/2017 Elektronisk medikasjon og kurve

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar informasjonen om gjennomføring av fase 3 – Elektronisk Kurve og Medikasjon til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør innarbeide endringer i kostnader og ventet nytteverdi i langsiktig plan.
3. Styret ber om en nærmere orientering om status og konsekvenser for deltakelse fra klinisk personell innen utgangen av 2017.

Saken er i hovedsak fulgt opp i tråd med vedtak. På grunn av forsinkelse i det regionale prosjektet er implementeringsprosjektet i UNN utsatt, og starter først våren 2018. Punkt 3 følges opp når dette innføringsprosjektet detaljplanlegges utover i 2018.

S ST 43/2017 Justering av direktørens lønn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF oppjusterer direktørens lønn med kr. 44 544 (2,4 %) til kr. 1 900 544,-.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 44/2017 Justering av styrets møte- og årsplan 2017

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar følgende justerte møteplan for 2017:

Møter/ seminarer	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli/ Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Styremøter		8.	28.-29.		3.	1.+ 21.		14.	4.	16.	14.
Styreseminar UNN						20. Tromsø				15. Svalb	
Helsefak/ UNN					4.						
Regionalt seminar			29.-30.						25.-26.		

2. Styret godkjenner følgende justerte årsplan 2017 i tråd med krav i styreinstruksen for UNN:

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Evaluering av styrets arbeid, styrets dialogavtale med direktøren og oppdragsdokumentet for 2017.	Tromsø	onsdag 8.2.2017
Årsregnskap, årlig melding, investeringer og UNNs tilbakemelding på RHF's Plan 2018-2021.	Bodø	tirsdag 28.3. (etterm.) og onsdag 29.3.2017
Strategisk utviklingsplan for IKT	Tromsø	torsdag 3.5.2017
Tertialrapport, resultat kvalitet, forberedende virksomhetsplanlegging 2017	Tromsø	torsdag 1.6.2017
Ledelsens gjennomgang	Tromsø	onsdag 21.6.2017
Status oppdragsdokument 2017	Tromsø	torsdag 14.9.2017
Tertialrapport, pasientsikkerhet, forberedende langtidsplanlegging 2019-2022	Tromsø	onsdag 4.10.2017
Ledelsens gjennomgang 2. tertial	Svalbard	torsdag 16.11.2017
Virksomhetsplan og budsjett 2017, langtidsplan for UNN 2019-2022	Tromsø	torsdag 14.12.2017

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 49/2017 Orientering om sak på forberedende stadium ved UNN

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tok saken til orientering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 50/2017 Orientering om innsynskrav

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tok saken til orientering.

Saken er undergitt nødvendig oppfølging.

K ST 53/2017 Tertialrapport 1. tertial 2017 med Kvalitets- og virksomhetsrapport

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2017* til orientering.
2. Styret ser alvorlig på at arbeidet med risiko- og sårbarhetsanalyser på området personvern og informasjonssikkerhet er forsinket, og ber om at dette prioriteres.
3. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar *tertialrapporten for 1. tertial 2017* og oversender denne til Helse Nord RHF.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 54/2017 Tertialrapport for utbyggingsprosjektene

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 30.4.2017 om byggeprosjekter ved UNN til orientering.
2. Styret tar til etterretning at valideringsprosessen for radiofarmakatilvirkning tar lengre tid etter oppstart teknisk prøvedrift enn tidligere forutsatt. Styret ber om å bli nærmere orientert om hvilke konsekvenser dette har for pasientbehandling og økonomi, samt planer for å redusere uønskede konsekvenser mest mulig, ved neste rapportering.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 60/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2017

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2017* til orientering.
2. Styret ser alvorlig på den negative økonomiske utviklingen og understreker at et større avvik i årsresultatet vil få negative konsekvenser for neste års drifts- og investeringsbudsjett samt mulighetene for å gjennomføre utviklingstiltakene i langtidsplanen.
3. Styret viser til at høyere kostnader enn budsjettet er hovedårsaken til avviket og ber om at det iverksettes kortsiktige tiltak med umiddelbar virkning, eksempelvis sterke begrensninger i innkjøp, ansettelse og reisevirksomhet.
4. Styret forutsetter aktiv virksomhetsstyring gjennom ferieperioden og ber om at de kortsiktige tiltakene følges opp fortløpende. Klinikker og sentre med dyrere og flere

månedssverk enn planlagt må tilpasse bemanningen til budsjett, og klinikker med lavere ISF-inntekter enn planlagt må iverksette umiddelbare tiltak for å bedre kodingen.

5. Styret viser til at styret i Helse Nord RHF har bedt administrerende direktør i Helse Nord RHF legge frem en analyse av resultatutviklingen i UNN samt en konkret tiltaksplan for å sikre kontroll på økonomien i Helse Nord RHF's styremøte 30.8.2017. Styret ber om at det avvikles et ekstraordinært styremøte i UNN for behandling av analysen og tiltaksplanen før denne oversendes Helse Nord RHF.
6. Styret viser til anbefalingene fra det partssammensatte utvalget for åpenhet og dialog i UNN, og forutsetter at nødvendig medvirkning gjennomføres før det ekstraordinære styremøtet.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 61/2017 Status virksomhetsplanlegging

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

Saken er undergitt nødvendig oppfølging.

S ST 62/2017 Møteplan 2018

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner følgende *møteplan* for 2018:

Møter	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter	15.2.	20.- 21.2.	25.4.	30.5.	21.6.	13.9.	4.10.	15.11	12.12.
Styreseminar					20.6			14.11	
Regionalt seminar			11.- 12.4.				24.- 25.10.		

1. Styret vedtar følgende *årsplan* i tråd med krav i styreinstruksen for UNN:

Årsplanens saker	Sted	Møtetidspunkter
Styrets evaluering av eget arbeid. OD 2018.	Tromsø	Torsdag 15. februar
Årsregnskap, årlig melding m.v.	Bodø	Ti/Onsd. 20.-21.mars
Informasjonssikkerhet. RHF's Plan 2019-2022.	Tromsø	Onsdag 25. april
Første tertialrapport	Tromsø	Onsdag 30. mai
Forberedende virksomhetsplanlegging 2019	Harstad	Torsdag 21. juni
Status oppdragsdokument 2018.	Tromsø	Torsdag 13. september
Andre tertialrapport. Pasientsikkerhet.	Tromsø	Torsdag 4. oktober
Ledelsens gjennomgang (LGG)	Karasjok	Torsdag 15. november
Virksomhetsplan og budsjett for 2017	Tromsø	Onsdag 12. desember

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 67/2017 Orienteringssak – Mediebildet/ situasjonsbeskrivelse Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 18.8.2017

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

Saken er undergitt nødvendig oppfølging.

K ST 69/2017 Økonomisk status - analyse og tiltaksplan

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner den foreslåtte tiltaksplanen slik som direktøren legger den frem her. Tiltak som vurderes som viktige for det langsiktige kvalitets -og forbedringsarbeidet i UNN skjermes.
2. Styret tar til etterretning at UNN for 2017 styrer mot et budsjettavvik på +5,0 mill kr ved årets slutt (resultat +45,0 mill kr).
3. Styret er ikke fornøyd med at UNN ikke vil nå det styringsmålet for året siden dette vil redusere handlingsrommet for nødvendige investeringer i blant annet medisinsk teknisk utstyr i 2018.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 70/2017 Oppfølging av styresak 67/2017 - status

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringen til orientering.

Saken er undergitt nødvendig oppfølging.

S ST 71/2017 Orientering om status i Plan for reduksjon i saksbehandlingstiden i meldingssaker fra Fylkesmannen - muntlig

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

Saken er undergitt nødvendig oppfølging.

K ST 74/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2017

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapport juli 2017 til orientering.

Saken er undergitt nødvendig oppfølging.

S ST 75/2017 Tilsynsrapport – eksterne tilsyn

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 22.3.2017 til og med 31.7.2017* til etterretning.
2. Styret ber om ei nærmere vurdering av hvordan tilsyn rapporteres og følges opp med forbedringstiltak og læring på tvers i et senere møte.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

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

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 82/2017 Terialrapport 2, 2017 – Utbyggingsprosjekter ved UNN

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

Saken er undergitt nødvendig oppfølging.

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

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 86/2017-1 Eventuelt - Kontinuerlig forbedringsprosess for styret

- 1) Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar forslaget til videre prosess foreslått av arbeidsgruppen.
- 2) Styret ber styreleder om å oppnevne arbeidsgruppe for videre arbeid med utarbeiding av "kritiske prosesser."

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 86/2017-2 Eventuelt - Samisk legeforening inviteres til styret

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF ønsker at Samisk legeforening inviteres til et styremøte hvor det gis orientering om sakzoneningsstrategier og tanker rundt utviklingen av samisk

spesialisthelsetjeneste.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak – foreningen invitert til dialogmøtet med Finnmarkssykehuset.

K ST 89/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 90/2017 Endringer i virksomhetsplanlegging 2018

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

Saken er undergitt nødvendig oppfølging.

S ST 91/2017 Informasjonssikkerhet – Unntatt offentlighet

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orientering om risikoanalyser ref. krav i Oppdragsdokument 2017 til etterretning, og ber direktøren videreføre arbeidet med å bedre informasjonssikkerheten, og sikre at foretaket etterlever gjeldende lovkrav.
2. Styret ber om å få ny rapportering på status i oppfølging av de identifiserte risikoreducerendetiltak i februar 2018.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak. Det gis oppfølgende orientering til styret i 2018, som planlagt.

B ST 95/2017 Nye UNN Narvik

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

med inntil 2270 mill kr og P85 ramme på inntil 2680 mill kr (2022). Endelig ramme besluttet etter at addendum er ferdigstilt.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 98/2017 Kvalitets- og virksomhetsrapport

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2017 til orientering.

Saken er undergitt nødvendig oppfølging.

S ST 99/2017 Tilsynsrapport

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Tilsynsrapport - eksterne tilsyn fra 1.8.2017 til og med 10.11.2017 til etterretning.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar vedlagte handlingsplan etter Helse Nord RHF's interne revisjon *Henvisninger og ventetid i UNN* til orientering.

Saken er undergitt nødvendig oppfølging.

K ST 100/2017 Virksomhetsplan 2018

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den fremlagte virksomhetsplanen for 2018 med tilhørende budsjett og omstillingstiltak, risikovurdert og vektet til 223,6 mill kr:

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2016	Justert budsjett 2017 (JB)	Prognose 2017	Vedtatt budsjett 2018 (VB)	Endring VB 2018 - JB 2017
Basisramme	4 852,2	4 634,7	4 634,7	4 861,9	227,2
Kvalitetsbasert finansiering	31,4	27,7	27,7	25,6	-2,1
ISF egne pasienter	1 392,5	1 562,1	1 547,1	1 627,8	65,7
Isf av biologiske legemidler utenfor sykehus	48,8	57,2	52,2	86,1	28,9
Gjestepasientinntekter	35,2	35,5	37,3	35,5	0,0
Polikliniske inntekter	223,5	180,7	194,7	196,1	15,4
Utskrivningsklare pasienter	26,2	20,2	22,3	16,0	-4,2
Raskere tilbake	24,4	25,9	25,5	0,0	-25,9
Andre øremerkede tilskudd	277,6	269,4	269,4	165,3	-104,1
Andre inntekter	383,0	395,0	396,9	401,1	6,1
SUM driftsinntekter	7 294,8	7 208,4	7 207,8	7 415,4	207,0
Kjøp av offentlige helsetjenester	192,6	188,0	222,0	210,0	22,0
Kjøp av private helsetjenester	79,4	69,6	70,0	67,3	-2,3
Varekostnader knyttet til aktivitet	811,5	715,4	735,4	821,2	105,8
Innleid arbeidskraft (fra firma)	55,9	34,0	84,2	16,4	-17,5
Lønn til fast ansatte	3 214,2	3 679,4	3 426,3	3 791,9	112,5
Vikarer	296,4	183,6	284,6	189,0	5,5
Overtid og ekstrahjelp	292,8	257,4	295,8	233,2	-24,2
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	749,2	703,9	704,1	730,7	26,8
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-274,5	-270,5	-268,2	-269,5	1,1
Annen lønn	322,9	344,6	343,3	292,1	-52,5
Avskrivninger	244,9	200,0	200,0	226,0	26,0
Andre driftskostnader	1 195,6	1 078,1	1 085,1	1 084,3	6,2
Sum driftskostnader	7 180,8	7 183,4	7 182,5	7 392,8	209,5
Driftsresultat	114,0	25,0	25,3	22,5	-2,5
Finansinntekter	21,5	15,0	18,9	10,0	-5,0
Finanskostnader	-0,3	0,0	0,8	7,5	7,5
Finansresultat	21,2	15,0	19,7	17,5	2,5
Ordinært resultat	135,2	40,0	45,0	40,0	0,0

2. Styret vedtar å øke det interne overskuddskravet til 60 mill kr for å sikre tilstrekkelig investeringer i medisinsk teknisk utstyr med mer i 2019.
3. Styret er fornøyd med at sammenhengen mellom aktivitetsplan, aktivitetsstyring, bemanningsplan og budsjett blir gradvis bedre, men understreker behovet for kontinuerlig forbedring i denne delen av planarbeidet.
4. Styret vedtar investeringsplanen for 2018 slik den foreligger i saksutredningen, og gir direktøren fullmakt til å gjøre interne omprioriteringer innenfor disponibel investeringsramme.
5. Styret opphever vedtak om sterke begrensninger i innkjøp, ansettelse og reisevirksomhet fra styresak 60/2017 *Kvalitets- og virksomhetsrapport for mai 2017*. Styret presiserer at dette forutsetter budsjettmessig dekning for stillinger som det ansettes i og at det rettes stort fokus på økonomistyringen i alle deler av foretaket.
6. Styret ber om å få en analyse av inngangshastigheten til 2018, basert på regnskapene for desember 2017 og januar 2018, til styremøtet 15.2.2018.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 101/2017 Hovedindikatorer

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende foreløpige hovedindikatorer for virksomhetsstyring i 2018:

1. Oppholdstid i akuttmottaket (andel <4 t)

2. Fristbrudd (antall)
 3. Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid (andel)
 4. Tvangsvedtak (andeler)
 5. Sykefravær (andel)
 6. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (antall)
 7. Regnskapsresultat
-
2. Styret forutsetter at indikatorene brukes til fortløpende virksomhetsstyring i ukentlige tavlemøter på foretaks-, klinikk- og avdelingsnivå.
 3. Styret ber om rapportering på indikatorene i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapportene.

Saken følges opp i 2018 i tråd med vedtak.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
23/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.-25.4.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Evaluering av styrets arbeid

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar resultatene fra evalueringen av styrets arbeid til orientering.
2. Styret vil for inneværende periode vektlegge egne utviklingsområder knyttet til eget arbeid.

Bakgrunn

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

Formål

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

Saksutredning

Styret gjennomførte for første gang en slik gjennomgang av styrets arbeidsmåte i 2010. Deretter kom styreveilederen fra Helse Nord RHF, som vektla en helhetlig evaluering, parallelt med departementets krav til det samme i Oppdragsdokumentet for 2012. Det ble derfor gjennomført evaluering slik også styreinstruks for UNN foreskriver.

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

Oppfølging etter evalueringen i 2017

Styret besluttet under evalueringen i februar 2017 å følge opp prioriteringene for perioden til påfølgende styreseminar i juni samme år. Dette ble også gjennomført.

Evalueringsopplegget

Tidligere styreleder hadde også i år valgt å innhente ekstern bistand til evalueringen. Den metodiske tilnærmingen som rådgivningsselskapet Cirus Consulting bruker, er identisk med opplegget som arbeidsgiverforeningen Spekter tidligere brukte, og som UNN-styret benyttet seg av i 2012 og 2013. Samme selskap bistod også styret under evalueringen i 2017.

Evaluerings gjennomføring:

- Det enkelte styremedlem fyller ut nettbasert spørreskjema som gir full anonymitet i forhold til hvem som svarer hva. Undersøkelsen tar utgangspunkt i styrets ulike roller, styrets sammensetning, styrets oppgaveløsning og arbeidsform, styreledelse, styrets opptreden utad, forholdet til administrasjonen og til revisor – samt den enkeltes vurdering av sin egen posisjon i styret.
- Svar fra spørreskjemaer sammenstilles og analyseres av ekstern konsulent.
- Ekstern konsulent mottar saksdokumenter og deltar som observatør gjennom kommende styremøte.
- Ekstern konsulent presenterer sammenstilte resultater fra spørreundersøkelse under styreseminaret 24.4.2018.

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

Vurdering

Styret har altså gjennomført evaluering av egen virksomhet hvert år de åtte siste årene. Styret har gjennom flere år gjennomført slik evaluering, sist i februar 2017. Saken viser til at evaluering av styrets egen virksomhet er forankret i oppdragsdokument og styreinstruks, og er regnet som god skikk for eierutøvelse ifølge statens prinsipper for eierstyring. Det er innleid ekstern rådgiver til gjennomføring av evalueringen. Saken synliggjør fremgangsmåte og metodikk knyttet til opplegget.

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

Det som blir spesielt i gjennomføringen denne gangen, er at undersøkelsen dreier seg om vurdering av det forrige styrets arbeid. Verdien av en presentasjon av funn fra denne undersøkelsen, må nåværende styre i fellesskap vurdere, ettersom kun seks av dagens styrerepresentanter har bidratt i prosessen hittil.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
24/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.-25.4.2018
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Hans Petter Bergseth

Årlig melding 2017

Innstilling til vedtak

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

Bakgrunn

Årlig melding 2017 rapporterer i hvilken grad Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har fulgt opp kravene i *Oppdragsdokument 2017 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*, og redegjør for planlagte tiltak på områder der målene ikke er nådd. Strukturen i rapporteringen vektlegger helseforetakenes vurderinger av bakenforliggende årsaker til oppnådd resultat. Helseforetakenes rapportering danner grunnlaget for Helse Nord RHF's *Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet*.

Formål

Formålet med denne saken er styrets gjennomgang og godkjenning av *Årlig melding 2017 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF til Helse Nord RHF*.

Saksutredning

UNN har i 2017 særlig hatt fokus på reduksjon av fristbrudd og ventetider, igangsetting av kontinuerlig forbedringsarbeid, læring av pasienthendelser, etablering og registrering av kreftpakkeforløp og tilrettelegging for den nye, mer delaktige pasientrollen. I tillegg har ferdigstilling av A-fløya og PET-senteret samt planlegging av innflytting hatt fokus.

UNN har hatt oppfølgingsaktiviteter på alle områder i oppdragsdokumentet for 2017, men samtlige oppfølgingspunkter er ikke fullt ut oppfylt. Noen av rapporteringspunktene er løpende aktiviteter som ikke ferdigstilles i 2017, og er gjenstand for langsiktig arbeid og kontinuerlig forbedring.

Mål og føringer

Målsetningen om sykehuspåførte infeksjoner målt ved prevalens er 4,5 %. UNN har ved to målinger i 2017 et samlet prevalensresultat på 4,7 %, og dermed er ikke kravet innfridd fullt ut. UNN har imidlertid innfridd Helse- og omsorgsdepartementets krav fra 2016 om en reduksjon i sykehuspåførte infeksjoner. Den gjennomsnittlige ventetiden for avviklede pasienter var 56 dager i 2017, noe som er godt innenfor målsetningen på 60 dager. UNN fortsetter arbeidet med reduserte ventetider for å klare kravet på 50 dager innen 2020.

UNN har ikke klart å innfri kravet om å fjerne fristbruddene helt. Det forekommer fortsatt mellom 30 og 80 fristbrudd pr måned. Pakkeforløp for kreft har i alt 66 ulike forløp, der 41 av forløpene ligger innenfor kravet om 70 % innenfor normert frist. Det er spesielt forløp med få pasienter som ikke har måloppnåelse. Tallene er akkumulerte, og det kan dermed ta noe tid før kravet innfris. Samlet sett er UNN innenfor fristen for 70 % av kreftforløpene.

I 7 av 23 aktuelle enheter har mer enn 80 % av pasientene fått legemiddelsamstemming. I de øvrige enhetene er det gjennomført samstemming for en lavere andel av pasientene. Arbeidet fortsetter i 2018. Bruken av bredspektret antibiotika har vist nedgang, men tallene for hele 2017 er ikke ferdigstilt.

I 2017 har det vært en sterkere vekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk, i tråd med den gyldne regel.

UNN har et overskudd på 54 mill kr i 2017. Dette er 14 mill kr over overskuddskravet fra Helse Nord RHF på 40 mill kr, men 11 mill kr under internt overskuddskrav på 25 mill kr utover overskuddskravet fra Helse Nord RHF.

Det er gjennomført risikovurderinger på oppdragsdokumentets hovedmålsettinger og alle store organisasjonsendringer i 2017. Forberedende arbeid og risikoanalyser er gjennomført med tanke på innflytting i ny A-fløy.

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

UNN har rapportert til Helse Nord RHF på indikatorer som skal bidra til redusert variasjon og optimal kapasitetsutnyttelse. Arbeidet med å ta i bruk resultatene fra disse datasettene fortsetter i 2018. UNN har med få unntak vært delaktig og førende i etablering av regionale og nasjonale fellessystemer. Noen av tiltakene i oppdragsdokumentet som ledes regionalt er ikke igangsatt. Dette skyldes utenforliggende faktorer. Det er etablert forvaltningssentre for regionale IKT-systemer. Foretaket har deltatt i etableringen av digitale innbyggertjenester. UNN har bidratt i arbeidet med å sikre rimeligere legemidler og igangsatt arbeid med risikovurderinger av tilvirkning av legemidler i sengepost. Videreføring av *Raskere tilbake* er vurdert, arbeidet med barn som pårørende videreføres i samarbeid med kommunene i opptaksområdet. Forbedringsarbeid for å forebygge underernæring er iverksatt. UNN har bidratt på nasjonalt nivå i utviklingen av persontilpasset medisin.

Med noen få unntak har UNN igangsatt alle kravene i oppdragsdokumentet under dette kapittel. Noen av disse punktene er kontinuerlige oppfølgingsoppgaver.

Somatikk

Innføring av pakkeforløp hjerneslag ble lansert av Helsedirektoratet 18. desember 2017. UNN har forberedt innføringen og starter arbeidet 1. februar 2018. UNN når nasjonalt målkrav for

andel pasienter med hjerneslag som får blodpropløsende behandling (trombolyse), og en høy andel av disse får behandlingen innen nasjonalt tidskrav på 40 minutter.

I UNN får en høyere andel av dialysepasienter hjemmedialyse enn det nasjonale målkravet på 30 %. Nær ni av ti pasienter med kreft ble registrert i et pakkeforløp, godt over kravet på 70 %. Det er igangsatt arbeid med å forbedre forløpene for hjertepasienter.

Det er ikke registret avvik der fødende ikke har jordmor til stede i aktiv fase av fødselen. Oppgaveglidning på radiologiområder er startet, og ortopedene utfører nå beskrivelsene på noen av kontrollene selv. Arbeidet fortsetter i 2018.

Psykisk helsevern og rus

UNN har i all hovedsak fulgt opp punktene i oppdragsdokumentet innen somatikk, psykiatri og rusfeltet. Det er noen områder som har sen oppstart, men disse følges videre opp i 2018.

Tvangsinnleggelsene pr 100 innbyggere ligger i underkant av 1,3. Det er en liten nedgang fra 2016, men kan være en naturlig variasjon. Regelverket er endret fra 1.9.2017, og direkte sammenlignbare data er dermed ikke tilgjengelig. Det finnes ikke nasjonalt måltall utover at det skal være nedgang. Tvangsinnleggelse er ikke økende. Det er sikret bedre registreringer og data om tvang innen fagfeltet. Bruk av tvangsmidler er i løpet av året gått litt ned fra 0,29 til 0,24 pr 1000 innbyggere. Det er i tillegg redusert bruk av mekaniske tvangsmidler og periodene disse brukes er kortere. Dialogmøtene med pasienter og brukerorganisasjoner om tvang er ikke kommet i gang grunnet andre prioriteringer, men arbeidet vil videreføres i 2018.

Kodekvaliteten er økende innen fagområdet og den polikliniske aktiviteten er økt noe. Døgntilbudets kapasitet er ikke redusert, men antall innleggelse viser en nedgang. Tilbudet til sped- og småbarn ble ikke etablert innen utgangen av året, da midlene ble tilført i november 2017. Planarbeidet er startet.

Samarbeid mellom rusfeltet og somatikken, samt kommunene er utvidet i 2017. Det er etablert samarbeid mellom LAR og Kvinneklinikken.

Kvalitet, pasientsikkerhet og smittevern

Det registreres en økt bruk av avvikssystemet for læring, og avvikene tas i større grad i bruk til kontinuerlig forbedring. Antall registrerte avvik fortsetter å øke, og det gis også i større grad en tidligere tilbakemeldinger til dem som har meldt pasienthendelser.

Opplæring og bruk av de pasientadministrative systemene er dokumentert, og kompetansemoduleen i Personalportalen tas i bruk mer systematisk. Dette fungerer noe ulikt i de enkelte avdelinger, men arbeidet med implementering og registrering er i gang i UNN.

UNN har ledet arbeidet med modulbasert opplæring i forbedringsarbeid og overlevert sluttrapport til Helse Nord RHF.

I 2017 har det vært gjennomført syv hendelsesanalyser i UNN. Erfaringene på bruk av metoden er gode. På slutten av året vedtok direktørens ledergruppe oppdatert retningslinje der fokus på oppfølging av analysene og læring på tvers er tydeliggjort. Arbeidet fortsetter i 2018.

UNN har utfordringer med å nå kravet om null korridorpasienter. Månedlig ligger det mellom to og ti pasienter pr døgn på korridor, jfr. Kvalitets- og virksomhetsrapportene. Tendensen er svakt nedadgående og det er seks sengeposter som har de største utfordringene.

Pasientsikkerhetsprogrammet fortsetter med fastsatte innsatsområder, og for de enkelte områdene er status slik i UNN:

- Sjekklister for trygg kirurgi var i bruk på ca. 90 % av inngrepene i 2017. Visjonen er 100 % gjennomføring, og det settes i gang tiltak når andelen er under 80 %.
- Det utføres legemiddelsamstemming i 23 avdelinger. Av disse har 7 over 80 % inkludering, som er måltallet for 2017. Arbeidet fortsetter i 2018.
- Det er innført en strengere praksis for indikasjon for urinveiskateter. De fleste sengeposter viser en positiv nedadgående trend i antall urinveisinfeksjoner; eksempelvis har ortopedisk sengepost redusert infeksjonene fra 18 i 2016 til 6 i 2017.
- Det ble registrert rundt 300 fall i UNN i 2017. Med unntak av 2 relevante enheter, registreres nå tiltak i alle UNNs enheter med tanke på forebygging. Enkelte sengeposter viser nå nedgang i antall fall.
- Tiltakene for å forebygge trykksår er implementert, men det forekommer fremdeles trykksår. Forebyggingsarbeidet fortsettes.
- Det arbeides nå med innføring av tidlig intervensjon på livstruende tilstander (TILT), tiltak for behandling av hjerneslag, forebygging av underernæring og trygg utskriving med pasienten som likeverdig part. Flere avdelinger har etablert og bruker pasientsikkerhetstavler systematisk i forbedringsarbeidet.

Etterlevelse av de nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk er et av oppfølgingspunktene på smittevernvisittene. Mikrobiologisk avdeling er fagansvarlig for antibiotikabruk i UNN, og rapporterer til nasjonale myndigheter om forbruk i tråd med retningslinjene. Våren 2016 ble Antibiotikastyringsprogram vedtatt og Antibiotikateam (A-team) ble konstituert høsten 2016. A-team er i gang med implementering av antibiotikastyringsprogram. Bruk av bredspektrede antibiotika er redusert i perioden 2012-2017, i tråd med nasjonale mål.

Det er gjennomført prevalensundersøkelser av sykehusinfeksjoner. Prevalensregistrering ble utført i mai og november 2017. Alle enheter ved de tre sykehusene gjennomførte registreringen. Prevalenstallet for UNN var på 4,7 % for 2017. Oppfølging av postoperative sårinfeksjoner (NOIS registreringen) følges tett og UNN har over 95 % oppfølging på alle inngrep som er med i registreringen.

Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

UNN har i 2017 arbeidet med tiltak for å legge til rette for at flere velger høyere stillingsprosent.

I legespesialiseringen (LIS 1, tidligere turnustjeneste) er det arbeidet med tiltak og utdanningsplaner med læringsaktiviteter og kompetanseplaner. Kompetansemodulet er tatt i bruk som verktøy. Planene for den videre spesialistutdanningen (LIS 2 og 3) er under utarbeidelse. Ansvaret ligger nå hos Regionalt Utdanningsssenter og Klinisk utdanningsavdeling.

UNN innfrir måltallene for praksis, turnus og lærlingeplasser for 2017.

UNN har i 2017 deltatt i lederutviklingen med felles tiltak for regionen. Det har vært deltakelse i prosjekt ledermobilisering med ni deltakere, samt egne interne lederopplæringer. Kompetansemodulen er innført og de enkelte enheter begynner nå å ta den i bruk.

Regionalt utdanningskontor er etablert i tråd med mandatet.

Helse, miljø og sikkerhet

UNN har avlevert rapport til Helse-Nord med oversikt over vold og trusler mot helsepersonell. Det er etablert et partssamarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten som skal håndtere vold og trusler og bygge opp en beredskap for forebygging. Samtidig er det sikret systematisk rapportering av uønskede hendelser på ansatte.

Medarbeiderundersøkelsen er gjennomgått systematisk med 2-3 tiltak for bedring av arbeidsmiljøet i hver enhet. Sykefraværet i UNN ligger over måltallet på 7,5 %. Stabssenteret har utviklet en tiltaksliste på 9 punkter som skal bidra til reduksjon i sykefravær. Enheter med særlig høyt fravær prioriteres.

Innfri økonomisk mål i perioden

UNN har et overskudd på 54 mill kr i 2017, og innfrir dermed overskuddskravet fra RHF på 40 mill kr. I 2017 har UNN styrebehandlet de økonomiske kravene for 2018-2021, og arbeidet med å planlegge og gjennomføre nødvendige tiltak for å kunne innfri de økonomiske mål for perioden er pågående.

Det er levert informasjon og data fra it-systemet Plania til Nasjonal database for å sikre god eiendomsforvaltning. Det er kuttet noe i vedlikeholdsplaner for å sikre økonomisk resultat (7 mill kr).

Nasjonalt system for forvaltning av medisinsk teknisk utstyr og behandlingshjelpemidler er innført, og Direktoratet for sikkerhet og beredskap (DSB) har ført tilsyn med innføring og dokumentasjon av databasen.

Anskaffelsesområdet

UNN bestiller og mottar anskaffelser i form av rammeavtaler på varer og tjenester, samt på utstyr som skal aktiveres og avskrives. I tillegg mottar UNN nasjonalt samordnede anskaffelser av rammeavtaler på varer og tjenester. Over halvparten av rammeavtalene er basert på egne anskaffelser. Plan for anskaffelser i 2018 er levert. Gjennom systemet Clockwork kan foretaket rapportere detaljert for vareanskaffelser på artikkelnivå med hensyn til hvilken avtale og til hvilke vilkår. Dette gjelder imidlertid kun for det som er bestilt via Clockwork.

Risikostyring og internkontroll

UNN har etablerte system for risikostyring og internkontroll. Det eksisterer utfordringer i å sikre tiltaksgjennomføringen på det operative nivået, for å sikre de ønskede resultater på alle indikatorer. UNN vil fortsette arbeidet med kontinuerlig forbedring for å utvikle organisasjonen slik at de mål som er satt innfris. Dette krever langsiktighet og kontinuitet. Flere av indikatorene er innfridd jfr. mål og føringer, og de fleste ligger innenfor rekkevidde.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter i uke 15. Referater og protokoller fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 24.4.2018. Samtlige møter sluttet seg til at saken forelegges styret til endelig behandling.

Vurdering

Oppdragsdokumentet for 2017 har vært fulgt opp gjennom dialogavtaler og oppfølgingsmøter med klinikk- og senterledere gjennom året.

Majoriteten av kravene i Oppdragsdokumentet er oppfylt og de resterende er pågående. Rapporteringen viser ingen områder med systematisk svikt eller manglende oppfyllelse av eiers krav. Direktørens vurdering av status i UNNs arbeid med de ulike områdene i oppdragsdokumentet fremkommer i stor grad gjennom styresakene til de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene, ledelsens gjennomgang og saker knyttet til enkeltforhold.

Etter direktørens vurdering har det også vært fremgang i foretakets arbeid med internkontroll i 2017. Arbeidet med å gjennomføre tiltak for å nå de miljømål som er satt er godt i gang. Direktøren er fornøyd med at arbeidet på en rekke områder knyttet til kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap gir resultater. Antall fristbrudd og langtidsventende er betydelig redusert, og gjennomsnittlig ventetid er på nivå med nasjonalt krav. Det intensiverte arbeidet med smittevern gir positive resultater. Selv om kreftpakkeforløpene i hovedsak er godt implementert, er det fortsatt behov for å bedre måloppnåelsen for enkelte forløp. Innen utdanning og forskning pågår det en god utvikling i foretaket, mens det fortsatt er behov for å styrke arbeidet med innovasjon.

Direktøren er tilfreds med at det har vært sterkere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn somatikk.

Det er fortsatt forbedringspotensial på flere områder. Spesielt gjelder dette ansvarsforhold og koordinering av oppdrag som er relevante for flere klinikker.

UNN skal videreutvikles i tråd med føringene om å skape *Pasientens helsetjeneste*. For å lykkes i å nå målene i foretakets visjon og overordnede strategi, skal UNN utvikles som en lærende organisasjon, gjennom satsningen på kontinuerlig forbedring. Det forutsetter åpenhet i alle deler av organisasjonen og en gjennomgående kultur for å lære av avvik og uheldige hendelser. Dette vil være hovedfokus for direktøren i 2018.

Konklusjon

Direktøren anser at den årlige meldingen og redegjørelsen i denne styresaken gir en tilfredsstillende oppsummering av hvordan oppdraget for 2017 er løst innenfor gitte rammer, og peker på områder som skal videreutvikles i 2018

Direktøren anbefaler styret å oversende årlig melding 2017 til Helse Nord RHF.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg: Årlig melding for 2017



Årlig melding 2017

til Helse-Nord

Universitetssykehuset Nord-Norge



2. Mål og føringer

2. 1. Helse Nord's viktigste mål er:

2.1.1 Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).

UNN gjennomførte prevalensundersøkelse av sykehusinfeksjoner vår og høst 2017 med infeksjonsprevalens på hhv 3,9 % og 5,4 %. Samlet prevalensresultat for 2017 er 4,7 % og UNN når ikke kravet om <4,5 %. Helse- og omsorgsdepartementet hadde imidlertid som krav for 2017 at andel sykehusinfeksjoner skulle være mindre enn i 2016 og dette målet klarer UNN som hadde prevalens på 4,8 % i 2016.

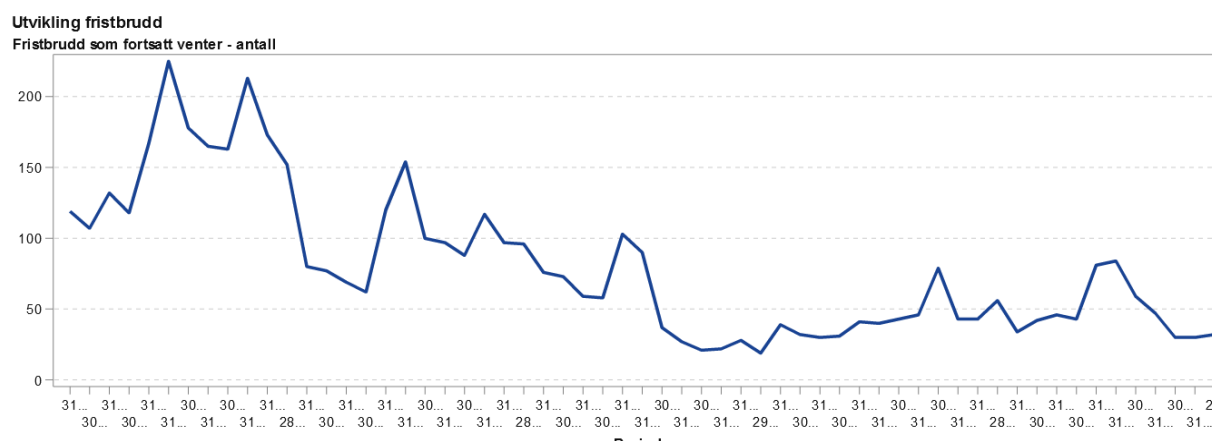
2.1.2 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter har i 2017 vært 56 dager. UNN fortsetter arbeidet med kontinuerlig forbedring og vil arbeide for ytterligere nedgang i ventetiden og innstiller seg på nye krav om ventetidene.

	2015	2016	2017	Endring 2016-2017	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	82	65	56	-9	-14
Median ventetid i dager	52	47	43	-4	-9

2.1.3 Det skal ikke være fristbrudd.

UNN har over tid redusert antall fristbrudd til et lavt nivå. I 2017 har fristbruddene variert mellom 30-80 pr måned. Det er laget gode systemer for måling av fristbrudd og oppfølging på daglig basis. Det er på noen fagområder der kapasitet og krevende planlegging av pasientforløpene mot tilgjengelige ressurser fristbruddene oppstår. UNN iverksetter tiltak på disse områdene for å unngå fremtidige fristbrudd. Hovedutfordringen har vært på faget håndkirurgi. Det har vært gjennomført et eget prosjekt på dette. De har nå få eller ingen fristbrudd.



Fristbrudd er en av UNNs hovedindikatorer og monitoreres på alle nivå i lederlinjen.

2.1.4 Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.

Samlet gjennomfører UNN pakkeforløpene innen normert tid. Over 70 % av pasientene har oppstart av kreftbehandling innen normert tid noe som er innenfor kravet. Det er variasjoner mellom de enkelte kreftforløpene og noen av kreftformene, særlig de med få pasienter ligger under 70%.

UNN har igangsatt et arbeid med nærmere analyser av forløpene ved hjelp av Statistisk prosesskontroll og oppfølging på tavlemøter for å avdekke systemfeil. Dette er et ledd i satsingen på kontinuerlig forbedring og vil bidra til at alle forløpene på sikt kommer innenfor normert tid.

Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per desember 2017

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.	300	212	70	22	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	80	73	91	13	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			27	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	102	83	81	17	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	9	7	77	12	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	45	30	66	25	30
MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1			4	
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	15	15	100	7	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	4			3	
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	28	25	89	3	21
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	104	69	66	14	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	15	8	53	28	36
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	35	22	62	32	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	18	13	72	25	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	253	158	62	31	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	12	9	75	24	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	42	30	71	32	46
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	145	106	73	32	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	23	15	65	39	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	6	85	23	43
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	89	32	35	57	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	27	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	6	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	138	63	45	70	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	132	65	49	38	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	15	8	53	51	66
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	4	3	75	20	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
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	84	71	84	26	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	36	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	2	66	22	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	104	88	84	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	18	10	55	28	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	23	17	73	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	8	6	75	25	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	16	13	81	28	36

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.	28	25	89	9	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	5	71	16	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	70	43	61	37	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	60	46	76	20	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	117	95	81	28	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	5	4	80	3	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	19	15	78	3	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	18	13	72	35	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	30	29	96	25	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	17	14	82	31	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	12	3	25	45	39
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	33	32
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			20	
SARKOM	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	3	1	33	47	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	19	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	33	43
SKIOLDBRUSKJØRTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	61	39	63	31	41
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2			0	
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			19	
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	198	171	86	13	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.	14	13	92	31	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	179	130	72	16	22
		2748	1921	70		

2.1.5 Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet) 1.

Den gylne regel		
Funksjon	Måleparameter	Endring 16 -17
Somatikk*	Månedsværk	2,7 %
Psykisk helse og rus	Månedsværk	5,7 %
Somatikk*	Økonomi	5,6 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	6,4 %
Somatikk	Konsultasjoner	0,2 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	4,7 %
Somatikk	Ventetid	-8,6 %
Psykisk helse og rus	Ventetid	-0,7 %

Med unntak av ventetider er kravet innfridd i UNN for 2017. Ventetiden i psykiatrien er noe lavere enn for somatikk.

2.1.6 Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.

Legemiddelsamstemming:

Denne tiltakspakken handler om å sikre at listen over hvilke legemidler pasienten faktisk bruker (LIB) er korrekt ved innleggelse, utskrivelse og dag-/polikliniske konsultasjoner. Alle enheter rapporterer at de er i gang, men en del enheter strever med å få på plass målingene.

Det pågår et regionalt prosjekt i Helse Nord RHF hvor målsetningen er å utvikle felles prosedyrer for samstemming, felles maler i Dips og felles måter å registrere og rapportere på, samt e-læringskurs. Denne løsningen blir pilotert i februar-mars. Når løsningen er innført, vil man kunne ta ut rapporter på andel pasienter som får gjennomført samstemming ved innleggelse og utreise i Helse Nords ledelsesinformasjonssystem (HN-LIS).

Akuttmottaket skal være med i et forskningsprosjekt som skal se på nytten av å ha farmasøyt i akuttmottak. Oppstart i løpet av 2018

Tabellen viser de enhetene som registrerer legemiddelsamstemming ved innleggelse, hvilken måling de benytter i Extranet (04.01 eller 04.07), når siste registrering var gjort, resultatet av denne og gjennomsnitt for 2017. Enheter som har over 80 %, er markert med grønt.

Klinikk	Avdeling	Måling nr (i Extranet)	Siste registrering Halvmåned	Siste registrering, resultat (%)	Gjennomsnitt 2017 (%)
Akutt	Obs.post	04.01	P1 okt	40	42
Med	Infeksjon	04.01	P2 okt	87	83
	Medkir Na	04.01	P2 des	75	27
	GaNy	04.07	P2 des	38	35
	Med A Ha	04.07	P2 des	56	24
	Med B Ha	04.07	P2 des	60	58
HLK	Hj.med	04.07	P1 des	33	77
	HjLuKarkir	04.07	P2 des	41	50
	Lunge	04.07	P2 okt	52	48
NOR	NEHR	04.07	P2 des	67	40
	Ort	04.07	P2 des	51	48
	FRMAHA	04.07	P2 des	100	89
	OrtHa	04.01	P1 okt	45	
	NKØØ	04.07	P2 des	87	89
K3K	Uro	04.07	P2 des	79	63
	Gyn	04.07	P2 des	87	63
	Endo	04.07	P2 des	37	62
	Plast	04.07	P2 des	89	82
	Gakir	04.07	P2 jan 2017	78	
	KirHa	04.01	P1 okt	53	
	Kreft	04.01	P1 juni	40	1 måling
PHRK	SPHR MT	04.01	P2 sept	82	83
Opln	Intensiv Na	04.01	P1 des	80	47

2.1.7 Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.

Man holder på med å ferdigstille rapporten for 2017, så siste tilgjengelige årsoppgave på avdelingsnivå er for 2016.

Siste oppdatering på helsenorge.no er for perioden mai-august 2017 og viser antall definerte døgndoser (DDD) på 12,7. Dette er imidlertid en lavproduksjonsperiode i UNN og tallet er lavere enn normalen. Vi avventer til årsrapport for 2017 er ferdig fra fagområdet med konkluderende rapport.

2.1.8 Økonomisk resultat i tråd med plan.

UNN har for 2017 et overskudd på 54 mill kr. Dette er 14 mill kr mer enn overskuddskravet fra Helse Nord RHF på 40 mill kr, men 11 mill kr under vårt interne overskuddskrav som var 25 mill kr utover kravet fra Helse Nord RHF.

Dette innebærer at UNN oppfyller eiers krav til resultat, men er under eget mål.

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

3. 1. Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

3.1.1 Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse målt ved følgende indikatorer:

Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet. Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet. Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet. Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted. Det skal rapporteres særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese- hals-sykdommer, hensyntatt ev. forskjeller i den enkelte indikators relevans for ulike fagområder.

HN-LIS rapport

http://tos-sasva-web.hn.helsenord.no/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?sasdfs_request_backurl_list=http%3A%2F%2Ftos-sasva-web.hn.helsenord.no%2F%2FSASVisualAnalyticsHub&sasdfs_request_backlabel_list=Hjem&sasdfs_request_path_url=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2FHelse+Nord+Felles%2FRapporter%2FPlanlagte+kontakter%2FRapport+passert+planlagt+tid%28Report%29&sasdfs_request_entitykey=A51OJMGZ.AX0004KY%2FTransformation&_vaSectionName=vi1

Andel planlagte kontakter der planlagt dato ble passert var ved utgangen av 2017 12,5 % i UNN. Utviklingen har i siste tertial vært svakt nedadgående. Det er laget rapportfunksjoner for overvåkning av indikatoren i HN-LIS. Rapporten er fordelt på fagområder.

Rapporteringen ble først tilgjengelig i desember 2018. I UNN har det ikke vært en gjennomgående stillingstaking til mål for disse indikatorene. I løpet av 1. tertial 2018 blir det fremmet ledermøtesak på hvordan UNN skal ta stilling til mål og resultater på dette.

3.1.2 Arbeide for overgang til rimeligere legemidler. Innen 1. mars skal det legges fram forslag til konkrete tiltak for hvordan det kan stimuleres til overgang til rimeligere men faglig likeverdige legemidler. Arbeidet skal initieres av Sykehusapotek Nord.

Sykehusapotek Nord orienterer jevnlig om legemiddelforbruk og mulighet for ytterligere utnyttelse av LIS-avtalene i HF-ene i fagsjefmøtene. Denne informasjonen videregives aktuelle fagmiljøer. Særlig for bruk av biologiske legemidler følges det opp i foretaket at LIS-anbudene følges, og biotilsvarende legemidler tas i bruk når de er godkjent.

UNN har imidlertid ikke blitt involvert i et systematisk arbeid initiert av Sykehusapotek Nord på dette området, og er ikke kjent med at et slikt arbeid er startet. UNN har fått opplyst at Sykehusapotek Nord bidrar i et interregionalt prosjekt som skal gjennomføre tiltak for gjennomføring av tiltaket med overgang til rimeligere, men faglig likeverdige legemidler, og forutsetter at dette arbeidet tas ut til foretakene så snart som mulig.

3.1.3 Gi en tilbakemelding på hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud, innen 1. mars.

Prioriterte samarbeids- og behandlingstiltak etter omstillingen av Raskere tilbake er:

1. Tverrsektorielle og tverrfaglige tiltak rettet mot arbeidsplassen.

2. Muskel og skjelettilstander:

a) Tverrfaglig avklaringspoliklinikk for uspesifikke og sammensatte smertetilstander, som problemstillinger i skulder, nakke, rygg, albuer, hofter og knær.

b) Avklare smertetilstander hvor det er god dokumentasjon for konservativ behandling som første valg, inkludert lærings og mestringstilbud/pasientskoletilbud. For eksempel hofte- og kneleddsartrose og ryggglidelser.

Det er igangsatt et arbeid for å implementere videreføring i UNN.

3.1.4 Sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn og andre sårbare grupper som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset.

Barne og ungdomsklinikken i UNN er i dialog med Barnehuset i Tromsø om hvordan dette skal gjennomføres. Rutinemessig tilbud til barn med behov for medisinske undersøkelser er ikke på plass. Det diskuteres hvordan dette skal gjennomføres innenfor dagens ressurser.

De øvrige fagmiljøene samarbeider med Barneavdelingen UNN, når de har mistanke om eller er i ferd med å avdekke seksuelle overgrep mot barn og unge, vold i nære relasjoner eller omsorgssvikt

3.1.5 Rapportere innen 15. mars på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringen skal omfatte løsninger mellom helseforetak i og utenfor egen region, de kommunale helse- og

**omsorgstjenestene og for kjernejournal og e-resept.
Rapporteringen skal inkludere en oversikt over områder hvor det fortsatt brukes papirbaserte rutiner.**

UNN har rapportert til Helse-Nord RHF innenfor gitte frister.

3.1.6 Iverksette tiltak for å stimulere til flere metodevurderinger på medisinsk utstyr og organisering av tjenester.

Ambulansetjenesten tester ut bruk av hjertekompresjonsmaskiner. Klinikken er aktiv i KSU (trygg akuttmedisin) som forbedrer pasientforløp for tidskritiske hendelser. I Hjerne og-lungeklinikken benyttes Mini-HTA. Pasientsentrert helsetjenesteteteam tester ut ny teknologi i kommunikasjon med pasientene samt bruk av fallsensor i sengepost.

UNN har en rekke eksempler på bruk og testing av nye måter å levere helsetjenester på og ta i bruk ny teknologi. I stadig større grad benyttes metodevurderinger og PDSA-sirkler med småskala utprøvinger av endringer.

3.1.7 Ved endring i akutfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen for utviklingsplaner.

Unn har gjennomført ekstern kvalitetssikring ved vurderinger av endringer i tilbudet ved bl.a. sykehuset i Narvik. Veilederen for utviklingsplaner benyttes ved større endringer av tilbud og vurderinger av helsetjenestetilbudet.

UNN anser ikke endring i ambulansestructur som vesentlige endringer i tjenestetilbudet. UNN har brukt Sintef i kartlegging av dagens tjeneste og framtidig mulighetsrom med tanke på responstid. Det gjennomføres høringer hos aktuelle kommuner.

3.1.8 Etablere en overordnet ernæringsstrategi innen 1. juni i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og «Kosthåndboken»3.

UNN HF har egen ernæringsstrategi, men mangler dog et komplett dokument som beskriver denne.

Ernæringsstrategien består av forskjellige dokumenter som beskriver vedtatt ny organisering av ernæringsfeltet, organisering av ernæringsarbeid på avdelingsnivå og forskjellige prosedyrer som beskriver metode for kartlegging av ernæringsstatus, oppfølging av pasienter i ernæringsmessig risiko og hvordan dette dokumenteres til journal i både tekst og diagnose-/prosedyrekoder.

Ernæringsrådet har siden 2009 ledet arbeidet med implementering av ernæringsstrategien i tråd med de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. I forhold til organisering av ernæringsarbeid på avdelingsnivå skal hver avdeling ha en ernæringsansvarlig lege og sykepleier med hovedansvar for implementering av ernæringsstrategien i sine respektive avdelinger. Dette ble vedtatt av direktørens ledergruppe i 2010 (sak 96/10).

3.1.9 Implementere de regionale fagprosedyrene for barn som pårørende, og i tertialrapport 1 redegjøre for organisering og forankring av arbeidet.

Arbeidet er redegjort for i 1. tertial.

UNN har foretakskoordinator for barn som pårørende, Kvalitets- og utviklingscenteret, Klinisk utdanningsavdeling har koordineringsansvar for dette arbeidet. UNN har p.t. klinikkbarneansvarlige i alle klinikker bortsett fra OPIN klinikken.

Mange klinikker setter nå av tid og ressurser med 10-20% stilling til dette arbeidet. Dette har gitt resultater i form av større fokus på pasientens barn/søsken som igjen skal sikre at UNN følger sin lovpålagte plikt. Målet er at alle klinikker følger etter. Fagprosedyrene og lovverket er tema på felles fagdager og opplæringsdager. Klinikkerne har også tema på internundervisning/fagdager. Arbeidsgruppe med klinikkbarneansvarlige jobber også aktivt i forhold til implementeringen.

Manglende tid, ressurser og forankring i klinikken er en av de største utfordringene. Det er fortsatt manglende kartlegginger, mangelfull dokumentasjon og udekkede behov når det gjelder informasjon til barn og oppfølging av barna og familien. Dette er et kontinuerlig arbeid der ytterligere tiltak er nødvendig. UNN har i likhet med andre foretak i for liten grad utviklet systemer for å kvalitetssikre at lovendringene følges opp. Barn som pårørende er et ansvar for alle i UNN, og det skal være en naturlig del av helsehjelpen til pasienten å sikre at barns rettigheter blir ivaretatt.

3.1.10 Følge opp nasjonal strategi for persontilpasset medisin, sammen med Helse Nord RHF.

UNN er delaktig i det nasjonale prosjektet med fagpersoner fra bl.a. Medisinsk genetik. Dette er et nasjonalt arbeid der UNN er involvert i deler av prosjektarbeidet.

Stadig flere pasienter i UNN er med i persontilpassede medikamentbehandlinger i tråd med den nasjonale strategien.

3.1.11 Etablere og videreutvikle felles forvaltning av regionale IKT-systemer innenfor retningslinjer gitt av systemeier. Helse Nord IKT skal forvalte administratortilganger på systemene som er en del av Helse Nord's felles infrastruktur.

UNN har etablert regionale forvaltningssentere for elektronisk pasientjournal, røntgensystemer og laboratoriesystemer. Arbeidet med å organisere disse under ett felles forvaltningssenter er igangsatt. Arbeidet med organisatorisk løsning og plassering avsluttes i 1. tertial 2018. Organiseringsmodellene er risikovurdert og alternativene blir vurdert ut fra helhetlige hensyn med tanke på fagmiljøenes behov.

3.1.12 Delta i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Helse Nord vil utdype oppgaven og ansvarsforhold i eget brev.

UNN har ikke arbeidet med denne problemstillingen i 2017.

3.1.13 Gjennomføre risikoanalyser på tilberedning av legemidler på sykehusavdelinger, og definere en standard knyttet til fasiliteter, rutiner og opplæring av personell som skal tilberede legemidler på sykehusavdelingene.

Det er gjennomført piloter på Helgelanssykehuset for hvordan risikoanalyser i sykehusavdelinger skal gjennomføres. Det er sykehusapoteket ved farmasøytene som gjennomfører og evaluerer pilotene. Det er igangsatt arbeid ved UNN for å kunne gjennomføre risikovurderinger på bakgrunn av piloterfaringene. Selve vurderingen er ikke igangsatt i 2017. Et samlet miljø i Helse Nord vil gjennomføre dette i løpet av 2018 med felles metode og risikokarakteristikk.

I tillegg er det gjennomført legemiddelrevisjoner i UNN i 2017. Nye revisjoner er planlagt i 2018. Disse avdekker risikoområder og avvik forbundet med legemiddelhåndteringen.

3.1.14 På bakgrunn av rapport «Lukket legemiddelsøyfe», utarbeidet i FIKS4-programmet, skal helseforetakene utarbeide en felles strategi for å oppnå en lukket legemiddelsøyfe. Helse Nord RHF vil komme tilbake til hvem som skal lede arbeidet.

Dette arbeidet er så vidt UNN er kjent med ikke videreført fra regionalt hold, og UNN har ikke mottatt informasjon om hvem som skal lede arbeidet eller om videre prosess.

3.1.15 Bidra i arbeidet med å utvikle samordnet og kvalitetssikret informasjon til innbyggerne på egne nettsider og etablere digitale innbyggertjenester på den nasjonale helseportalen helsenorge.no.

UNN har i stor grad bidratt i prosjektet med medarbeidere fra Kvalitets- og utviklingssenteret som har deltatt i etableringen av digitale innbyggertjenester. UNN har også bidratt innen klinisk virksomhet bl.a. med digitale registreringer og egevalueringer av egen helse innen psykisk helsevern. Den samordnede og kvalitetssikrede informasjonen til befolkningen er i stadig utvikling og UNN er bidragsyter på flere områder innen dette feltet.

3.1.16 De nasjonale systemene for oppgjørskontroll (CTRL) og samkjøringssystemet skal implementeres på pasientreisekontorene i henhold til den vedtatte implementeringsplanen.

Samkjøringssystemet er ikke levert fra det nasjonale prosjektet, og gjeldende nasjonal utrullingsplan tilsier implementering i UNN HF i desember 2018.

Opgjørskontrollsystemet (Ctrl) er levert, men systemleverandørene til UNNs største transportører er ikke klare til implementering. UNN vil starte testing mot mindre leverandører i første kvartal 2018.

3.1.17 Pasientreisekontorene skal ferdigstille og implementere metode for kvalitetsforbedring/avvikshåndtering innen 31. desember.

Pasientreiser ved UNN HF har ledet prosjektet som oppfyller denne leveransen for pasientreisekontorene i Helse Nord. Hos Pasientreiser UNN er metode, system og rutiner implementert per 31/12-2017. Prosjektet er også avsluttet og prosjektrapport oversendt Helse Nord RHF.

3.1.18 Vurdere kompetansen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) når det gjelder personer med utviklingshemming og psykiske lidelser, og gi en tilbakemelding i tertialrapport 1.

Styret i Helse Nord har gjennom sak 74-2016 besluttet å anbefale etablering av et døgntilbud for pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse i Helse Nord. Adm. direktør har besluttet at de to første døgnplassene skal lokaliseres til Nordlandssykehuset, og at UNN kunne etablere et slik tilbud på et senere tidspunkt. Helse Nord RHF har gjennom henvendelse bedt om en redegjørelse «for om UNN ser behov for etablering av flere enn de to plassene som er etablert i regionen. Hvis UNN ser behov for etablering av flere døgnplasser ber vi om en beskrivelse av faglig innhold og behandlingsmetodikk som planlegges i det nye tilbudet». I denne forbindelse er det gjennomført et arbeid m.h.t. avklaring av hva slags behov en ser for spesialisert tilbud på dette området i UNN, samt organisering av dette, i samarbeid med Habiliteringsavdelingen. Egen sak fremmes til behandling i klinikkleidelsen i januar måned 2018 med etterfølgende behandling i UNN.

3. 2. Somatikk

3.2.1 Implementere pakkeforløp hjerneslag.

Pakkeforløp for hjerneslag ble lansert av Helsedirektoratet 18. desember 2018. Det ligger føringer om bruk av nasjonalt kvalitetsregister i forløpet. Mye av de aktuelle indikatorene er på plass med hensyn til registrering. Koordinering innad i Helse Nord ble startet 18. januar 2018 og for UNN vil det bli oppstart 1. februar 2018.

3.2.2 Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse, skal være minst 20 %.

For perioden 2017 er andelen som har fått trombolyse 22,5 %. Det er kontinuerlig fokus på å følge og forbedre de tverrfaglige prosedyrene for UNN. Trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse er 67%. Ut over trombolysealarm som ble etablert for noen år siden er det ikke iverksatt noen nye ekstra tiltak. Hele kjeden er drillet på at dette er blåløysmedisin.

3.2.3 Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 %.

Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 %. Unn har ligget mellom 35 – 40 % i hele 2017.

3.2.4 Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %.

Pakkeforløp	Nye kreftpas. i UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	379	353	93	70
Hode- halskreft	98	90	91	70
Kronisk lymfatisk leukemi	18	13	72	70
Myelomatose	28	24	85	70
Akutt leukemi	29	25	86	70
Lymfomer	119	116	97	70
Bukspyttkjertelkreft	107	91	85	70
Tykk og endetarmskreft	318	296	93	70
Blærekreft	159	133	83	70
Nyrekreft	114	100	87	70
Prostatakreft	392	318	81	70
Peniskreft	7	6	85	70
Testikkelkreft	37	36	97	70
Livmorkreft (endometrie)	103	89	86	70
Eggstokkreft (ovarial)	65	55	84	70
Livmorhalskreft (cervix)	54	49	90	70
Hjernekreft	68	49	72	70
Lungekreft	316	299	94	70
Kreft hos barn	31	24	77	70
Kreft i spiserør og magesekk	104	100	96	70
Primær leverkreft (HCC)	25	20	80	70
Skjoldbruskkjertelkreft	59	57	96	70
Føflekkreft	187	158	84	70
Galleveiskreft	35	26	74	70
Totalt	2852	2527	89	

89% av kreftpasientene i UNN er i pakkeforløp.

3.2.5 Utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering.

Ambulering har over lang tid vært arbeidsformen ved Barnehabiliteringen.

Rehabiliteringsavdelingen har ambulante rehabiliteringsteam ved UNN Tromsø og UNN Narvik. Disse teamene følger opp pasienter i yrkesmessig alder etter store hodeskader. Teamene jobber i tett samarbeid med de fysikalske og rehabiliteringsmedisinske døgnenhetene, kommunehelsetjenesten og de andre ambulante teamene i Helse Nord.

Utvikling av faglig nettverksarbeid videreføres og nærmere samarbeid med pasientsentrert helsetjenesteteam etterstrebes.

Habilitering for voksne og barn (ved UNN Narvik og UNN Harstad) er i stor grad en ambulant tjeneste. Habiliteringsseksjonen initierer også et utviklingsarbeid med tettere samarbeid med psykiatri for å vurdere etablering av psykiatrisk poliklinikk/døgntilbud for habiliteringspasienter.

3.2.6 Avvik fra målet om at alle fødende skal ha en jordmor hos seg, så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, skal dokumenteres i avvikssystemet. Resultatene skal brukes til kvalitetsforbedring.

Dette registreres i avvikssystemet i UNN, og brukes i kvalitetsforbedring. Målet er i stor grad nådd, muligens på bekostning av annen aktivitet på føde- og barselavdelingen.

Tiltak: Prioritering, fleksibilitet og beredskap.

Vi har alltid prioritert tilstedeværelse av jordmor på fødestuen og klarer dette i stor grad. Sist registrerte avvik på samtidighet var i juni 2016.

Vi er en liten universitetsklinikk når det gjelder volum. Det krever mye opplæring og fleksibilitet slik at personale kan jobbe både på fødestuen, poliklinikk, barselhotell og barsel avdeling. På hver vakt vurderes behov for bemanning og kompetanse av vaktleder og av avdelingsjordmor på dagtid. Personalet fordeles der behovet er størst. Kvinner i aktiv fødsel prioriteres alltid. Vi har gjennomsnittlig 3-4 fødsler per døgn av ulik lengde.

I en avdeling med lite planlagt aktivitet kan det komme til samtidighetskonflikt. Når dette skjer kan det være aktuelt å leie inn ekstra personale eller holde ansatte igjen på arbeidsstedet om vi ikke klarer å få tak i ekstravakt. Lederne har telefonberedskap i helgene og er behjelpelig til å vurdere bemanning og skaffe personale.

3.2.7 Mer enn 40 % av pasienter under 80 år med ST-elevasjonsinfarkt (STEMI), med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, skal bli behandlet med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI 5 innen 90 minutter.

Proseduren er innført og godt etablert i alle prehospitalt enheter i UNN HF. Akuttmedisinsk klinikk har ikke data på måloppnåelse. Det er utplassert trombolyse i alle ambulanserbiler i UNN, og det jobbes daglig for å innfri målet om raskest mulig beslutning og behandling.

Det er igangsatt et arbeid mellom Hjerter-lunge klinikken, KVALUT og Akuttmedisin for å finne målepunktene. Data finnes i flere systemer, som ikke kommuniserer direkte med hverandre. Arbeidet vil fortsette i 2018 og det forventes å ha målbare indikatorer innen 1.halvår 2018.

3.2.8 Sikre bedre og mer standardiserte pasientforløp for pasienter med hjerteinfarkt.

Prosjektet KSU "Trygg akuttmedisin" er i slutfase, og pasientforløp for hjerteinfarkt er ivarettatt der.

3.2.9 Levere plan for gjennomføring av oppgavedelingsprosjektet i radiologi innen 1. tertial.

Det er flere oppgaver som kan gjøres av andre enn radiologer. Per januar 2018 har UNN kommet i gang med at ortopedene selv ser på noen kontroller gjort med konvensjonell rtg. Arbeidet fortsetter i 2018.

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

3.3.1 I samarbeid med kommunene skal antall tvangsinnleggelseser for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen reduseres sammenliknet med 2016.

Antall tvangsinnleggelseser for voksne pr 1000 innbyggere i UNNs opptaksområde har økt marginalt fra 1,27 i 2. tertial til 1,29 i 3. tertial. Det er samtidig en nedgang sammenliknet med 3. tertial 2016 som var på 1,30. Klinikken peker på at endret lovverk fra 01.09.2017 vil gi endret praksis som blant annet vil føre til at det blir vanskelig å sammenligne registrering av tvangsbruk. Det har sin forklaring i at det er en tett sammenheng mellom innleggelseser og varighet på den enkelte innleggelse.

3.3.10 Sørge for at komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelseser, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler leveres norsk pasientregister (NPR) ved ordinært rapporteringstidspunkt.

Klinikken har etablert en systematisk oppfølging av registrerte data knyttet til tvunget psykisk helsevern. Dette skjer bl.a. gjennom daglig gjennomgang av innleggelseser med tilhørende tvangsvedtak. Tilbakemeldingene fra NPR er at klinikken leverer tilfredsstillende kvalitet. Avvik følges opp løpende.

3.3.11 Gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter/ brukerorganisasjoner om erfaringer med tvang i alle psykisk helseverneheter som benytter tvang, som ledd i å redusere bruken av tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.

En har fra klinikkens side dessverre ikke gjennomført dette tiltaket som planlagt ved akuttpostene jfr. endret bestilling. Ved Akuttpsykiatrisk seksjon har en måttet prioritere oppfølging av handlingsplanen knyttet til oppfølging av Sivilombudsmannens besøksrapport. Handlingsplanen inneholder blant annet tiltaksområder knyttet til institusjonskultur for ivaretagelse av pasientperspektivet, tvangsmiddelbruk, pasienthendelser samt fysiske forhold og aktivisering. En ber om forståelse for denne prioriteringen. En vil således måtte komme tilbake til arbeidet i 2018.

3.3.12 Sikre at omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene.

ISF er innført innenfor psykisk helsevern og TSB fra 2017. Formålet med innføringen var å etablere et aktivitetsbasert finansieringssystem som på en bedre måte enn tidligere understøtter tjenesten. Bak innføringen lå blant annet målsettinger om å gi en bedre beskrivelse og oversikt over den polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helsevern og TSB samt å gi bedre styringsinformasjon. Virkninger er fulgt opp med hensyn til aktivitet, kodekvalitet og økonomi – det vurderes som for tidlig å konkludere i forhold til bestillingen. Ved innføringen ble det understreket at ordningen ikke skal være premissgiver for pasientbehandlingen og de faglige valg.

3.3.13 Øke poliklinisk/ambulant aktivitet i TSB uten reduksjon i døgntilbudet.

Den polikliniske aktiviteten innen TSB har økt med 1,8 % sammenliknet med 2016 (ekskl. ikke-møtt). Aktiviteten knyttet til nyetablerte rusteam ved de ulike Sentre for psykisk helse og rusbehandling har

vært jevnt stigende fra og med 2. tertial. Pr 3. tertial er det samtidig registrert en økning i antall liggedøgn på 0,3 %, til 20 437 liggedøgn. Antall innleggelser er redusert med 8,2 % som tilsvarer 90 færre innleggelser pr tertial sammenlignet med 2016. Døgntilbudets kapasitet er uendret

Gjennomført etablering av rusteam ved de ulike Sentre for psykisk helse og rusbehandling bidrar til økt poliklinisk og ambulant behandling for rusavhengige. I tillegg har Ruspoliklinikken som mål å øke aktiviteten i forhold til oppfølging etter døgnbehandling. Fjerning av kravet om at poliklinisk aktivitet må knyttes til godkjent poliklinikk gjør det lettere å registrere all poliklinisk aktivitet fra døgnenhetene.

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

Midlene ble tilført november 2017 og det arbeides med planer for utvikling av tilbudet til denne gruppen.

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

Søknad om godkjenning av Rusavdelingen/UNN som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering innen Rus og avhengighetsmedisin er utarbeidet/innsendt og er under behandling. Det er søkt om godkjenning av hele utdanningsforløpet. Søknaden forventes å bli godkjent. Rusavdelingen har i dag 4 overleger med godkjent spesialisering og 4 LIS i utdanningsstillinger.

3.3.16 Etablere relevant følgeforskning ved innføring av medikamentfritt behandlingstilbud ved alvorlige psykiske lidelser.

Under arbeid: Forskningsprotokoll er REK-godkjent i 2017 - mindre endringer (med påfølgende endringsmelding til REK) blir gjort i 2018. Det arbeides p.t. med finansiering, hvilket innebærer utarbeiding av prosjektbeskrivelser (2 stykk; en kvalitativ og en kvantitativ) med forankring i respektive protokoll. KVALUT er involvert i arbeidet. Forventer oppstart av datainnsamling første halvår 2018 etter etablering av nødvendig forskningsteknisk infrastruktur.

3.3.2 Tvangsmiddelbruk skal reduseres. Dette skal registreres som antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.

Antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak pr 1000 innbyggere er redusert fra 0,29 i 2. tertial til 0,24 i 3. tertial. Klinikken har hatt fokus på arbeid med varighet av tvangsmiddelbruk og hvilke typer tvangsmidler som benyttes. I denne sammenheng har en hatt en dreining gjennom hele året med reduksjon av mekaniske tvangsmidler til en økning i kortvarig fastholding. Det er en ønsket dreining og som følges fortløpende. I de tilfeller tvangsmidler benyttes erfares ofte kortvarig fastholding som mindre belastende enn bruk av mekaniske tvangsmidler og er av den grunn mindre inngripende virkemiddel samt at varigheten som regel er kortere. Klinikken ble søkt Säkornmidler fra Helse Nord med ønske om å igangsette et samarbeidsprosjekt for å utvikle enhetlig, kliniske relevant registrering av tvangsbruk. Det arbeides konkret og målrettet med en rekke tiltak for redusert tvangsmiddelbruk gjennom handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens besøksrapport. I vedlagte lenke fremkommer oppdatert status for arbeidet pr 01.11.17. Det vises til redegjørelsen her.

http://intranett.unn.no/getfile.php/UNN%20INTRA/Enhet/Psykisk_helse_INTRA/Avdelinger/Psykiatrisk%20avdeling/Status%20SOM%20handlingsplan%201.11.17.pdf

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

Fra Rusavdelingens enheter har man jobbet strukturert gjennom flere år for å implementere tiltak fra det nasjonale drop-out prosjektet. Rutiner for tettere kontakt med pasienten og hjelpeapparatet før innleggelse, innføring og utprøving av feedbackverktøy (OO-45, KOR, Kunnskapssenterets brukerundersøkelse), samt økt bruk av kartlegging av kognitiv fungering er noen av tiltakene våre for å redusere manglende oppmøte og avbrudd i behandling.

3.3.4 Videreføre arbeidet med å etablere felles strukturer og rutiner for helhetlig oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser i barnevernet jf. rapport fra 2015.

Det er utarbeidet samarbeidsavtaler på alle nivå mellom tjenestene.

3.3.5 Utarbeide samarbeidsavtaler som omfatter kommunale helsetjenester, kommunalt og statlig barnevern og psykisk helsevern for barn og unge som sikrer god og lett tilgjengelig helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjoner, poliklinisk og ambulant, samt veiledning til ansatte i institusjonene.

Det har vært avholdt møter mellom Statlig Barnevern og Regionalt samarbeidsorgan med primærhelsetjenesten (hvor alle samhandlingslederne deltar).

Dialogen om innhold og formalisering av den formelle avtalen er igangsatt. OSO-strukturen (overordnet samarbeidsorgan) har vært diskutert. Utfordringen er at det er 4 OSO i Helse Nord, mens barnevernet har ett OSO Barnevern for hele Nord-Norge.

3.3.6 Etablere barnevernansvarlig i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i henhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Barnevernansvarlige har fått et omfattende ansvar og det stilles store krav til kompetanse. Dette ble lansert 20.12.17 og lot seg ikke ferdigstille. Det er et pågående arbeid i avdelingen som ikke er fullført.

3.3.7 Etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll.

Samarbeidsavtale mellom Kriminalomsorgen Troms og Finnmark og UNN ved gjennomføring av narkotikaprogram med domstolskontroll er utarbeidet og underskrevet av begge parter. Avtaledokument ligger blant annet i klinikkens dialogavtaleverktøy.

3.3.8 Kvinner i LAR7 skal ha informasjon om LAR-behandling og graviditet, tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR.

Ruspoliklinikken ved Rusavdelingen tilbyr legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengige pasienter i Troms og Ofoten. Alle kvinnelige pasienter får ved oppstart av LAR rutinemessig informasjon om bivirkninger av substitusjonsmedikamenter, om effekten av medikamenter på fosteret under svangerskapet og om faren for at den nyfødte kan utvikle en neonatalabstinenssyndrom. Alle kvinnelige pasienter får tilbud om å planlegge substitusjonsmedisinering under svangerskapet sammen med en legespesialist i rus- og avhengighetsmedisin, dette kan innebære endring av dose, nedtrapping, endring

av substitusjonsmedikament eller endring i fordeling av dosen. Pasienter som har behov for langtidsvirkende prevensjonsmidler henvises til sin fastlege for å vurdere og ev starte medikamentell prevensjon. Fastlege informeres om behovet for slik konsultasjon på ansvarsgruppe eller med pasientopplysninger. Ruspoliklinikken dekker utgiftene for konsultasjon og medikamentene. Ruspoliklinikken har samarbeid med Fødepoliklinikken på UNN for oppfølging av gravide i LAR. Ruspoliklinikken kommer til å utvide samarbeidet med Kvinneklivnikken på UNN, og ønsker å lage en avtale med dem om å kunne henvise både polikliniske og inneliggende pasienter til vurdering og oppstart av prevensjonslegemiddel. Nettverk for LAR i Helse Nord har invitert overlege fra St Olav hospital for å dele sine erfaringer om tilsvarende praksis i Trondheim. Overlege vil delta på nettverksmøte enten i desember 2017 eller på nyåret.

3.3.9 Registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene.

Barne- og ungdomsklinikken

Utskrivningsklare pasienter registreres og er ikke et stort volum. Det er ikke startet et systematisk samarbeid med kommunene.

Psykisk helse- og rusklivnikken

Dette har en gode rutiner på i virksomheten, både m.h.t. at utskrivningsklare pasienter registreres fortløpende i DIPS samt gjennom samarbeidsavtaler med kommunene. Som eksempel på sistnevnte har SPHR-Tromsø månedlige kliniske samarbeidsmøter med Tromsø kommune der utskrivningsklare pasienter drøftes.

Utskrivningsklare pasienter registreres i mindre grad i TSB UNN enn i andre fagområder, og det oppleves per i dag i liten grad å være behov for å holde pasienter innlagt ut over dato for planlagt utskrivning. Dette betyr ikke at pasienter alltid har et godt oppfølgingstilbud kommunalt, men at tilbudet vurderes forsvarlig. Rusavdelingen jobber nå med å få til bedre oppfølging av interne rutiner for å melde dato for planlagt utskrivelse til kommunene tidlig i behandlingsforløp for å sikre best mulig overgang mellom spesialisthelsetjenesten og øvrige tjenester.

3. 4. Samhandling med kommuner og private avtaleparter

3.4.1 Delta i læringsnettverket Gode pasientforløp⁸.

Prosjektet Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke er presentert på møte i OSO. Prosjektet ble presentert i UNN Direktørens ledermøte 19. september med innledere fra både KS og FHI. Planlagt Oppstart av læringsnettverkene er rundt årsskiftet og UNN deltar bl.a. på fagområdene Ortopedi, rehabilitering og nevrologi.

3.4.2 Delta i arbeid med å revidere strategi for avtalespesialister. Arbeidet koordineres av Helse Nord RHF.

Avventer initiativ fra Helse Nord RHF.

3.4.3 Etablere gjensidige samarbeidsavtaler med avtalespesialister innen 1. juni.

UNN har ved utgangen av 2017 ikke inngått slike avtaler, men arbeider med å få dette på plass. UNN ønsker avtaler med reelt og viktig innhold, og det er tidkrevende prosesser. Målet er å få dette på plass første halvår

UNN har startet arbeidet med å inngå samarbeidsavtaler med avtalespesialistene. UNN ønsker at avtalene skal ha et reelt innhold som bidrar til annet mest mulig lik praksis mellom foretak og avtalespesialister i forhold til prioriteringer og kontrollvirksomhet, reelt samarbeid i forhold til ventelister og arbeidsdeling for å unngå fristbrudd og oppnå en samlet best mulig ressursutnyttelse. Avtale med øyespesialistene prioriteres først (som pilot). Der er utkast til avtale (i løpet av september) klar til utsending til avtalespesialistene for gjennomgang og drøfting. Tidspunkt for ferdigstilling vil avhenge av i hvilken grad avtalespesialistene slutter seg til at avtalene skal ha et reelt og ambisiøst innhold. Når avtale med øyespesialistene er inngått, vil denne bli brukt som mal for avtale med avtalespesialister innen andre fagområder. Dette er et omfattende arbeid, og vil sannsynligvis ikke kunne ferdigstilles før i første halvår 2018.

Psykisk helse- og rusklinikken

SPHR –Tromsø har hatt møte med avtalespesialistene i september 2017. Konklusjonen fra dette møtet var at etablering av samarbeidsavtale må avvete til Helse Nord har reforhandlet/fornytt avtale med avtalespesialistene. SPHR-Tromsø tar initiativ til nytt møte med avtalespesialistene innen april 2018.

3.4.4 Gi tilbakemelding på oppfølging av tjenesteavtale 2, 5 og 10 med kommunene i tertialrapport 2.

Tjenesteavtale 2 – helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester jobbes det med på mange områder; barn som pårørende, Individuell plan, Koordinerende enhet (KE) og Regional koordinerende enhet (RKE). Det er laget nye prosedyrer for behandlingshjelpemidler vedtatt av OSO m.m.

Tjenesteavtale 5, retningslinjer for utskrivning av pasienter er svært sentral innenfor mange tiltak; det tilbys opplæring i klinikker/avdelinger, gjennomført egne workshop med deltakere fra kommuner og foretak mm. Viktigst er at OSO satte ned et eget KSU (klinisk samarbeidsutvalg) som lager nye retningslinjer, prosedyrer, flytskjema m.m. knyttet til tjenesteavtale 5.

Tjenesteavtale 10, samarbeid om forebygging; har hatt noe fokus på smittespredning. Folkehelseindikatorer vil bli lagt ut på Samhandlingsbarometeret.

3.4.5 Delta i utarbeidelse av en oppdatert strategi for samhandling med kommunene. Arbeidet koordineres av Helse Nord RHF.

Avventer initiativ fra Hele Nord RHF.

3.4.6 Sikre at legemiddelhåndtering med god kvalitet inngår i hele behandlingsskjeden. I samråd med Sykehusapotek Nord sørge for at samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå

Avdelingene har implementert legemiddelsamstemming og har faste avtaler med Sykehusapotek Nord om oppfølging av rutiner og prosedyrer. Det er iverksatt flere tiltak, som gjennomføring av e-

læringsprogram og innføring av kompetansemodule i Personalportalen som vil gi bedret oversikt over gjennomføringsgraden.

Videre har UNN foretatt en vesentlig revisjon av prosedyrer for legemiddelhåndtering, og det er laget en konkret implementeringsplan med oppfølging av gjennomføringen av dette, i tråd med prinsippene for kontinuerlig forbedring. Implementeringsarbeidet ble påbegynt i september 2017.

I Akuttmedisinsk klinikk er det fokus på pasientsikkerhetskultur og legemiddelsamstemming. På Observasjonsposten benyttes dataverktøyet Xtranet for å registrere legemiddelsamstemming. Det er dialog med primærhelsetjenesten eller innsyn i Kjernejournalen når det er behov for det i forbindelse med legemiddelsamstemmingen.

Ambulansetjenesten har standard medikamentpakker som personalet har utsjekk på. Vi opplever at primærhelsetjenesten noen ganger starter behandling som ikke inngår i vår standard/utsjekk, og forventer at vi skal kontinuere behandling under transport. Dette skaper utfordringer, uheldige situasjoner og potensielt uforsvarlig behandling. Vi må derfor synliggjøre ambulansetjenestens kompetansenivå i denne sammenheng.

3.4.9 helseforetakene og kommunene sikrer pasientene kontinuerlig legemiddelbehandling med god kvalitet ved skifte av omsorgsnivå.

Arbeidet med legemiddelsamstemming, felles kjernejournal og tjenesteavtalene er virkemidler som samlet skal gi bedret pasientsikkerhet ved legemiddelbehandling. UNN bidrar i dette samarbeidet og søker forbedringer på området

3.4.10 Delta aktivt i arbeidet til nasjonal standardisering innen IKT-området jf. Stortingsmelding nr. 99 2012-2013, samt strategi for Nasjonal IKT HF. Egne bestillinger vil komme fra Helse Nord RHF.

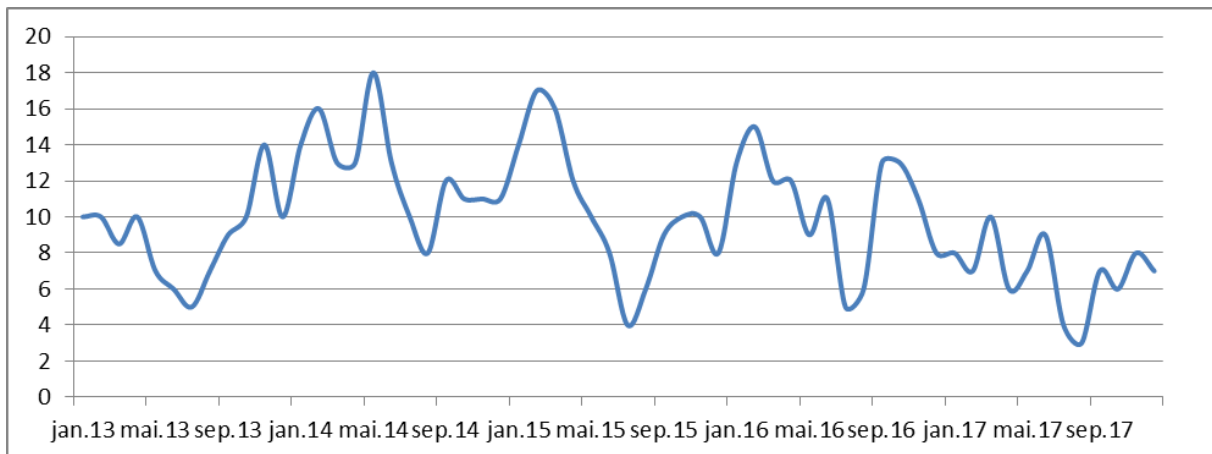
UNN er deltakende innen IKT og standardiseringen av felles løsninger og følger opp de bestillinger som kommer fra RHF.

3. 5. Kvalitet

3.5.1 Ingen korridorpasienter.

UNN har utfordringer med 0 visjonen om ingen korridorpasienter. Det er registrert mellom 2 og 10 korridorpasienter i gjennomsnitt pr døgn i 2017. Tendensen er svakt nedadgående og det er utfordringer ved 6 sengeposter som i hovedsak har kapasitetsutfordringer.

Korridorpasienter – somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



3.5.2 Øke bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.



UNN har økt bruken av avvikssystemet og det registreres langt flere avvik enn tidligere. 3200 avvik i 3.tertial 2017. Økningen gjelder hele foretaket. Det nye klassifikasjonssystemet ble tatt i bruk 6. januar 2017. Kvalitetsutvalget har behandlet statistikk basert på den nye klassifiseringen. Arbeidet med å sette KVAM-strukturen i stand til å bruke den nye klassifiseringen til eget lokalt avviks- og forbedringsarbeid er igangsatt. Videre er arbeidet med bedre og nye rapportformater slik at erfaringene er mer tilgjengelige i forbedringsarbeidet.

3.5.3 Tiltak i vedtatt kvalitetsstrategi for Helse Nord skal iverksettes:

Ta i bruk ny elektronisk løsning for GTT13-granskning og bruke statistikken aktivt i forbedringsarbeid. Delta i arbeidet med å definere behov for pasientrapporterte erfaringer (PROMS14 og PREMS15), samt ta i bruk elektronisk løsning når den er klar. Resultatene skal brukes i lokalt forbedringsarbeid. Det vil komme nærmere bestilling fra Helse Nord RHF. Utføre fagrevisjoner på utvalgte fagområder. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF. Delta i utvikling av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid.

UNN har tatt i bruk ny elektronisk løsning for GTT-granskning.

UNN har bidratt regionalt med erfaringer fra pilotert elektronisk PREMS-løsning i UNN. UNN har tatt i bruk elektronisk løsning for pasienterfaringer (PREMS) etter gjennomført pilot. UNN bidrar i utvikling av PROMS knyttet til de medisinske kvalitetsregister UNN har databehandleransvaret for og noe innenfor Psykisk helse og rus.

UNN ved medisinsk fagsjef har bidratt i gjennomføring av fagrevisjon i Helse Nord.

UNN har hatt prosjektleder i utarbeidelse av modulbasert opplæringsprogram i forbedringsarbeid. UNN deltok også med kompetanse i arbeidsgruppen i prosjektet.

3.5.4 Alle ansatte skal ha nødvendig opplæring i pasientadministrative systemer, og opplæringen skal dokumenteres.

Alle medarbeidere i Helse Nord er blitt tildelt en felles, obligatorisk kompetanseplan. Kompetansemodulet i Personalportalen skal brukes for å registrere og følge opp kompetanseutvikling for ansatte. Modulen gir god oversikt for både ledere og medarbeidere, og dokumenterer kompetanseutvikling for den enkelte.

Arbeidet med å legge inn kompetanseplaner i Kompetansemodulet er kommet ulikt langt i klinikkene i UNN. Arbeidet er omfattende og vil ta noe tid før det er 100% etablert. Klinikkene har høy bevissthet om viktigheten av å dokumentere kompetanse og gjennomføring av kompetanseplaner.

3.5.5 Rapportere tertialvis hvor mange hendelsesanalyser som er gjennomført.

UNN rapporterer tertialvis antall gjennomførte hendelsesanalyser til Helse Nord.

I 2017 er det gjennomført 7 hendelsesanalyser i UNN.

3.5.6 Lede arbeidet med utvikling av modulbasert opplæringsprogram for forbedringsarbeid.

UNN ledet arbeidet. Prosjektleder overleverte opplæringsmateriale og prosjektrapport i slutten av august 2017.

3. 6. Pasientsikkerhet

3.6.1 Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene rapporteres i tertialrapport.

Status Pasientsikkerhetsprogrammet 3. tertial 2017

De enkelte innsatsområdene:

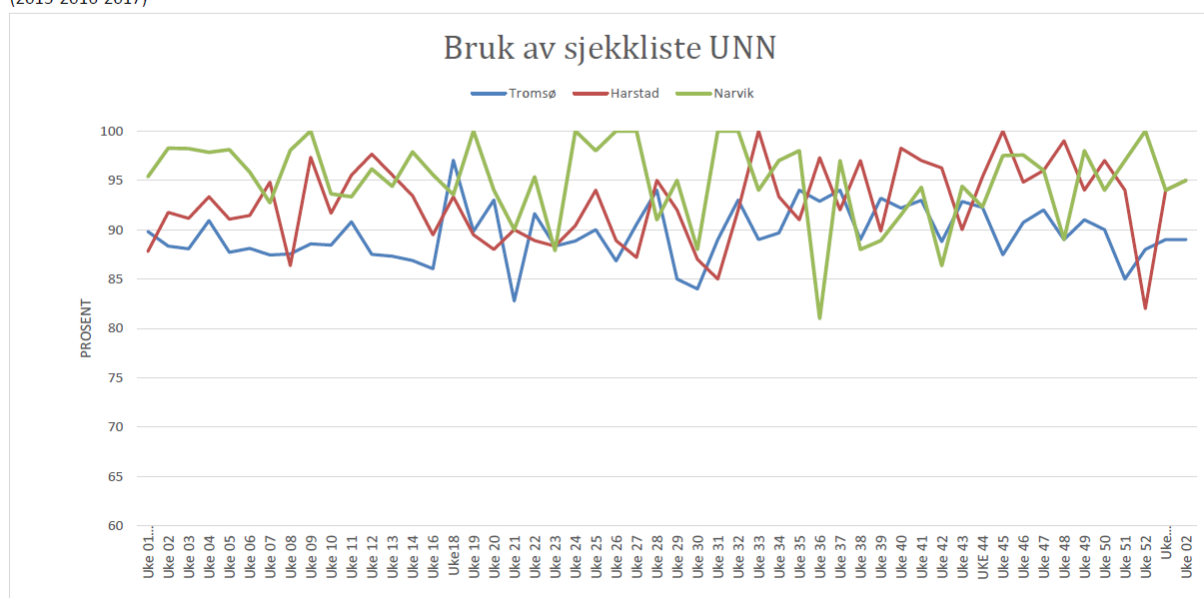
Trygg kirurgi: Arbeidet med implementering av tiltakspakken Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner ble startet i 2013. Visjonen er at sjekklisten brukes ved alle kirurgiske inngrep (100%) og ekstraordinære tiltak skal settes i gang når resultatet er under 80%. Formålet med tiltakspakken er å redusere komplikasjoner i tilknytning til kirurgi, med hovedfokus på postoperative sårinfeksjoner. Ansvar for tiltakene i tiltakspakken er fordelt mellom de avdelingene som forbereder pasientene til kirurgiske inngrep og operasjonsavdelingene. Oppfølgingen skjer ved Operasjons- og intensivklinikken, og resultatene publiseres ukentlig på intranett. Sjekklisten er også i bruk ved Intervensjonsradiologisk laboratorium ved Røntgenavdelingen.

Andel pasienter der temperaturen er målt preoperativt er 97 % for alle enheter i uke 2. Korrekt hårfjerning er utført i over 88 % av tilfellene og korrekt administrert antibiotikaproylaks er utført i over 94 %.

Bruk av sjekkliste viser til operasjoner der alle deler av den kirurgiske sjekklisten er brukt, da dette er et krav fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Utregning: Antall operasjoner der alle tre deler av sjekklisten er dokumentert brukt/alle operasjoner x 100. Vi inkluderer både ø-hjelp og elektive.

(2015-2016-2017)



Legemiddelsamstemming:

Denne tiltakspakken handler om å sikre at listen over hvilke legemidler pasienten faktisk bruker (LIB) er korrekt ved innleggelse, utskrivelse og dag-/polikliniske konsultasjoner. Alle enheter rapporterer at de er i gang, men en del enheter strever med å få på plass målingene.

Det pågår et regionalt prosjekt i Helse Nord RHF hvor målsetningen er å utvikle felles prosedyrer for samstemming, felles maler i Dips og felles måter å registrere og rapportere på, samt e-læringskurs. Denne løsningen blir pilotert i februar-mars. Når løsningen er innført, vil man kunne ta ut rapporter på andel pasienter som får gjennomført samstemming ved innleggelse og utreise i Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem (HN-LIS).

Tabellen viser de enhetene som registrerer legemiddelsamstemming ved innleggelse, hvilken måling de benytter i Extranet (04.01 eller 04.07), når siste registrering var gjort, resultatet av denne og gjennomsnitt for 2017. Enheter som har over 80 %, er markert med grønt.

Klinikk	Avdeling	Måling nr (i Extranet)	Siste registrering Halvmåned	Siste registrering, resultat (%)	Gjennomsnitt 2017 (%)
Akutt	Obs.post	04.01	P1 okt	40	42
Med	Infeksjon	04.01	P2 okt	87	83
	Medkir Na	04.01	P2 des	75	27
	GaNy	04.07	P2 des	38	35
	Med A Ha	04.07	P2 des	56	24
	Med B Ha	04.07	P2 des	60	58
HLK	Hj.med	04.07	P1 des	33	77
	HjLuKarkir	04.07	P2 des	41	50
	Lunge	04.07	P2 okt	52	48
NOR	NEHR	04.07	P2 des	67	40
	Ort	04.07	P2 des	51	48
	FRMAHA	04.07	P2 des	100	89
	OrtHa	04.01	P1 okt	45	
	NKØØ	04.07	P2 des	87	89
K3K	Uro	04.07	P2 des	79	63
	Gyn	04.07	P2 des	87	63
	Endo	04.07	P2 des	37	62
	Plast	04.07	P2 des	89	82
	Gakir	04.07	P2 jan 2017	78	
	KirHa	04.01	P1 okt	53	
	Kreft	04.01	P1 juni	40	1 måling
PHRK	SPHR MT	04.01	P2 sept	82	83
Opln	Intensiv Na	04.01	P1 des	80	47

Forebygging av urinveisinfeksjoner (UVI) og Forebygging av infeksjon ved sentrale venekateter (SVK): Tiltakspakkene omhandler forebygging av UVI og sepsis ved å sikre at alle kateter (både urinkateter og sentrale venekateter) som legges inn har adekvat indikasjon, og at de fjernes så fort som mulig. Innsatsområdene anses som implementert og de fleste sengeposter har vist stabilt gode resultater i mer enn 6 mnd. og kontrollmåler ved månedlige smittevernvisitter.

Ortopedisk avdeling rapporterer en reduksjon av kateterassosierte UVI fra 18 i 2016 til 6 i 2017.

Det pågår også en del arbeid for å forebygge overfylte blærer, en tilstand som kan være en konsekvens av at man er blitt mer tilbakeholden med å legge inn urinkateter.

Forebygging av fall: Alle relevante enheter har startet, men to enheter markeres gult, da de ikke har implementert alle tiltakene eller fått på plass målingene. Det kan synes som om sengepostene er blitt mye flinkere til å melde fall som avvikshendelser og lære av hendelsene for å forebygge nye. Det ble i 2017 meldt ca. 300 fall i avvikssystemet Docmap. Ortopedisk sengepost rapporterer nedgang i fall uten skade fra 43 i 2016 til 25 i 2017. Antall fall med skade var 5 i 2016 og 2 i 2017.

Forebygging av trykksår: Rapporteres implementert, men trykksår er fortsatt et problem. En sengepost mangler målinger. Flere enheter ved Operasjons- og intensivklinikken har hatt ekstra fokus på trykksår ved leiring, klem fra katetre/tuber mv. De følger opp via tavlemøter og Docmap. Ambulanseavdelingen fortsetter sitt arbeid med å bytte ut båret madrassene, og i Tromsø står det til enhver tid en seng med trykkfordelende overmadrass klar til pasientene som legges inn med lårhalsbrudd.

Behandling av hjerneslag: Denne tiltakspakken er revidert, og enhetene registrerer nå direkte i Norsk hjerneslagsregister. Vi rapporterer fra hjerneslagsregisteret til Pasientsikkerhetsprogrammet hvert tertial.

Tidlig intervensjon ved livstruende tilstander er et nytt, frivillig innsatsområde. Hensikten er å følge opp pasienter med sikte på å oppdage evt. forverring så tidlig som mulig ved hjelp av et standardisert

scoringssystemet (på UNN; TILT), og iverksette relevante tiltak. Dette er et nytt innsatsområde og UNN har hatt et sammensatt team fra Harstad som deltakere på det nasjonale læringsnettverket. Selve skåringssystemet er nå innført på tilnærmet alle sengeposter i UNN.

Pasientsikkerhetstavler: Stadig flere enheter tar i bruk pasientsikkerhetstavler, hvor de følger opp sine resultater med jevnlige møter ved tavlen, diskuterer uønskede hendelser og ser på hvordan man kan lære av disse. Det er også flere enheter som har innført/innfører risikotavler, hvor man følger opp den enkelte pasient i forhold til avdekkede risikoområder.

Risiko-tavlemøte ved Medisin A, Harstad. Deltakere seksjonsleder, sykepleier, LIS og LIS 1:



(foto: Sverre Vigstad)

Forebygging av underernæring: Nytt frivillig innsatsområde hvor Kreftavdelingen har deltatt på nasjonalt læringsnettverk. De har også involvert klinisk ernæringsfysiolog og kostvert. Arbeidet presenteres for Kvalitetsutvalget i februar og det vil da bli tatt stilling til videre utrulling. Det er flere sengeposter som rapporterer at de har startet arbeid med å risikovurdere pasientene og forebygge underernæring.

Trygg utskrivelse med pasienten som likeverdig part: Nytt frivillig innsatsområde hvor nasjonalt læringsnettverk pågår. Hensikten med tiltakspakken er å forbedre pasientenes erfaring med utskrivning og sikre tryggere utskrivninger, blant annet ved å gjennomføre strukturert utskrivningssamtale. Fra UNN deltar et team fra Gynekologisk-, urologisk-, endokrin- og plastikk- kirurgisk sengepost sammen med en representant fra Brukerutvalget.

Klinikkvis oversikt:

Enheter som ikke har levert rapport er markert med kursiv. Status for disse står fra forrige rapportering.

Barne- og ungdomsklinikken:

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

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Egne pas.sikkerhets-proseker
BUK		Tilpasset						
Ungdomspsykiatrisk avd		Tilpasset						
Barne- og ungdomsseksjonen	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset				Tilpasset	PedSAFE
Nyfødt intensiv		Tilpasset	Tilpasset					
Reg. senter for spiseforstyrrelser		Tilpasset						
Barnehabiliteringen		Tilpasset						

Hjerte- og lungeklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 3. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Egne pas.sikkerhets-proseker
Hjerte- og lungeklinikken									
Hjertemed sengepost									
MIHO		Tilpasset							PS-tavle
Lab									
Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling sengepost									
Lungemed									PS-tavle

Medisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 3. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Egne pas.sikkerhets-proseker
Medisinsk klinikk									
Hematologisk									
Inf med									PS-tavle, risikotavle
Fordøyelse/Nyre									TILT, tavle
Geriatrisk									PS-tavle, ernæring
Medkir Narvik	Tilpasset			PVK				Tilpasset, TILT + PedSafe	PS-tavle
Med A Harstad									Risikotavle, simuleringstrening, ernæring
Med B Harstad									Risikotavle, simuleringstrening, ernæring

Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 3. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Egne pas.sikkerhets-proseker
K3K									
Føde/Barsel Tromsø	Tilpasset	Tilpasset							Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
KK Harstad	Tilpasset	Tilpasset							Tavle, mange pas.sikkerhets-prosjekter
KK Narvik	Tilpasset	Tilpasset							
Kreft									Risikotavle, Pilot ernæring
Gastro kir	Tilpasset								PS-tavle
Uro, endo, gyn, plast	Tilpasset							Tilpasset	PS-tavle
Kir. Harstad	Tilpasset								PS-tavle, UNN-pilot LN TILT

Nevro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Egne pas.sikkerhets-proseker
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken									
Nevro-, hud- og revmatologiskavdeling								Tilpasset	PS-tavle, risikotavle
Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdelingen	Tilpasset								PS-Tavle
Ortopeden Tø	Tilpasset								Tavle, TILT, ernæring, utskrivningskoordinator
Ort. Harstad	Tilpasset								Tavle
FRMA Tromsø (døgn)		Tilpasset							PS-tavle
FRMA Harstad(døgn)									PS-tavle, risikotavle, ernæring

Operasjons- og intensivklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Egne pas.sikkerhets-proseker
Operasjons- og intensivklinikken									
<i>INOPV Oppvåkning Tromsø</i>	Tilpasset		Tilpasset			Tilpasset, intermedialøp			Forebygging av overfylt urinblære, tavle, utskrivningskriterier
<i>INOPV Intensiv Tromsø</i>		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset			Tavle
ANOP Innslusa Tromsø			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset			PS-tavle, kontroll urinmengde v ankomst
ANOP Dagkirurgi Tromsø					Tilpasset				Hypotermi-forebygging plast., pasientfrys på dagkirurgen, tavle
<i>ANOP Intensiv Harstad</i>	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset			Påberende prosjekt, slag, tavle
ANOP Akuttmottak Harstad		Tilpasset	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset - slagelarm	RETT	Tavle, skjema for vurdering v innl., Oppholdstid i akuttmottak
ANOP Ane/opr Harstad			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Deltar i Medisinsk mottaksteam		
ANOP Akuttmottak Narvik		Skjema til leger	Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tavle, en hel rekke prosjekter
<i>ANOP Intensiv/peri Narvik</i>		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			visittsjekklister, tavle
ANOP Ane/opr Narvik			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			Tavle

Akuttmedisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 3. tertial 2017	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Egne pas.sikkerhets-proseker
Akuttmedisinsk klinikk									
Ambulansetjenesten		Tilpasset				Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6	Tilpasset	Sepsis-skåring i amb.
Akuttmottaket		Tilpasset	Tilpasset			Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6		Tidlig oppdagelse av sepsis PS-tavle, bruker ABCDE
Obspost	Tilpasset		Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset, har kontroll på pkt 1-6		PS-tavle

Diagnostisk klinikk:

Denne klinikken gjennomfører deler av Trygg kirurgi i samarbeid med OpIn. De er også viktige for å oppfylle deler av innsatsområdet Behandling av hjerneslag.

Psykisk helse og rusklinikken:

Innsatsområdene **forebygging av selvmord** og **forebygging av overdosedødsfall** er implementert ved aktuelle avdelinger, men p.g.a. stor utskifting av ledere må dette fokuseres på nytt på noen enheter. Legemiddelsamstemming er fortsatt under innføring og krever oppmerksomhet.

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

Psykisk helse- og rusklinikken, sengeposter 3.tertial 2017	Legemiddel- samstemmi ng	Selvmord	Overdose	Egne pas.sikkerhetsprosj.
Akuttpost nord				
Akuttpost sør				Sjekkliste, tavler, fysisk aktivitet
Akuttpost Tromsø				Tavle bestilt
PRE				sjekkliste innkomst, somatikk, medisinlister
Alderspsykiatri døgn				
Sikkerhet (Begge poster)	Tilpasset	Tilpasset		Krisemestringsplan
Døgn 1+2		Tilpasset		Pasientforløp
Døgn Storsteinnes				Bedre psykosebeh.-fysisk aktivitet
SPHR Midt-Troms		Tilpasset		Behandlingsplaner
SPHR Nord-Troms		Tilpasset		Pårørendearbeid, bedre psykosebeh.
SPHR Sør-Troms		Tilpasset		
ReStart				Kriseplaner, mange prosjekt
Rusbehandling Ung				"Stø kurs", pårørendekontakt
Avrusing				
Rusbehandling Narvik				Risikotavle, Pårørendeinvolvering, Pasientforløp tvang, sikkerhet v/aktivitet

3. 7. Smittevern

3.7.1 Oppfylle smittevernforskriftens krav om å ha en lege som koordinerer smittevernarbeidet i institusjonen.

UNN har smittevernlege og nødvendig medisinsk kompetanse på plass for å lede og koordinere smittevernarbeidet.

3.7.2 Inkludere smittevern i tjenesteavtale 10 mellom hvert helseforetak og deres opptakskommuner.

Tjenesteavtale 10, samarbeid om forebygging; har hatt noe fokus på smittespredning. Folkehelseindikatorer vil bli lagt ut på Samhandlingsbarometeret.

3.7.3 Innføre antibiotikastyringsprogram som sikrer et nøkternt forbruk av antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer. Dette skal blant annet omfatte:

Legge til rette for et fungerende antibiotikateam (A-team). Årlig rapportere forbruk, fordelt på antibiotikagrupper og avdelinger.

UNN har etablert antibiotikastyringsprogram under ledelse av A-team i henhold til nasjonale anbefalinger. Det utarbeides årlig rapport om resistensforhold for sykehus og primærhelsetjenesten, og antibiotika forbruksstatistikk på foretaks- og avdelingsnivå.

3.7.7 Prevalensundersøkelse av sykehusinfeksjoner skal utføres og rapporteres til Helse Nord RHF to ganger årlig. Hvert helseforetak skal etterspørre avdelingsvis bruk av prevalensresultater i pasientsikkerhetsarbeidet.

Prevalensundersøkelse er gjennomført to ganger i 2017 og rapportert til Helse Nord RHF v/smittevernoverlege UNN HF. Som ledd i smittevernsarbeidet gjennomfører direktøren smittevernrunder med besøk på den enkelte avdeling der smittevernarbeidet er fokus. Data fra prevalensundersøkelser følges opp gjennom tavlemøter og arbeid med kontinuerlig forbedring.

3.7.8 NOIS16-registrering: Det skal være minst 95 % oppfølging for alle inngrep som omfattes av forskriften. Ved dyp postoperativ sårinfeksjon skal avdelingen gjennomgå pasientforløpet og iverksette tiltak.

Resultater tom 2. tertial 2017 foreligger og oppfølging av alle inngrep på foretaksnivå ligger mellom 95,3-100 %. UNN har fått på plass en prosedyre for tverrfaglig gjennomgang av dype postoperative sårinfeksjoner som registreres i NOIS. Prosedyren effektueres f.o.m. 1. januar 2018.

Dype sårinfeksjoner etter operasjon skal i 2018 gjennomgås gjennom forenklet hendelsesanalyse, også kalt hendelsesgjennomgang.

3.7.9 Rapportere NOIS-resultater til Helse Nord RHF tertialvis.

Resultater for 1. og 2. tertial 2017 er rapportert til Helse Nord RHF v/smittevernoverlege UNN HF.

3. 8. Andre områder

3.8.1 Klima- og miljøtiltak

Helseforetakene er store samfunnsaktører. Foretakene skal være i fremste rekke når det gjelder arbeidet med klima- og miljøtiltak, bl.a. gjennom styringssystem for miljø og prosjekt Grønt sykehus. Krav for 2017 Resertifisere styringssystem etter ISO-14001:2015 innen 15.september. Sette mål for de nasjonale miljøindikatorene. Resultater skal inngå i årlig klima- og miljørapport i tillegg til årlig melding. Miljøindikatorene med klimaregnskap utarbeides for: Energiforbruk Avfall Vann Innkjøp

Universitetssykehuset Nord-Norge HF ble resertifisert etter ISO14001:2015 9.6.2017 og følger opp de nasjonale indikatorene til Nasjonalt klimaregnskap. Grunnet utbyggingen av A-fløy og PET senteret og prøvedrift vil det ikke være mulig å sammenligne resultat mot foregående år, Men det totale forbruket vil bli meldt inn.

3.8.2 Personvern og informasjonssikkerhet

Helse Nord skal gjennom systematiske tiltak sørge for at nasjonale krav til informasjons- sikkerhet er ivaretatt. Dette er en forutsetning for befolkningens tillit og for den strategiske satsingen med felles pasientjournal. Krav for 2017 Området informasjonssikkerhet med status på risiko- og sårbarhets (ROS)- analyser skal behandles av helseforetakets styre innen 1.6.17. Styresaken skal beskrive om databehandler oppfyller krav i lover og forskrifter som er tillagt databehandlerrollen, og om nødvendige krav er nedfelt i leveranseavtaler. Eventuelle avvik som er ikke lukket innen utløpet av 2016 skal rapporteres til Helse Nord RHF innen 1.mars med tilhørende tiltaksplan. Planen skal risikovurderes med hensyn til måloppnåelse. Innen 30.juni skal det utpekes personvernombud i samsvar med krav som følger av EUs nye personvernforordning. Igangsette gjennomføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) og HelseCERTs generelle anbefalte tiltak for beskyttelse mot dataangrep. Sikre at anskaffelser og innføring av IKT-systemer følger Helse Nord sine drifts- og sikkerhetsmessige krav.

Krav i Oppdragsdokumentet fra Helse Nord ansees som oppfylt.

UNN har gjennomført ROS-analyser for å sikre personvern og informasjonssikkerhet i 2017. Det er etablert fornyet databehandleravtaler. Og det er laget lokale tiltaksplaner. Personvernombudet styrkes i 2018 med juridisk stilling.

Gjennomsnittlig har UNN en lav risikorate hva angår bruk av kliniske systemer. Det er imidlertid noen områder som har høy risikofaktor hvor det er iverksatt tiltak for å redusere risikobildet. Gjennomføring av de resterende risikoreduserende tiltakene pågår.

ROS av de største kliniske systemer er gjennomført på alle klinikker i UNN. Det er i alt iverksatt 367 tiltak i hele UNN. Risikorateen for UNN er 2,7 justert for gjennomførte tiltak. Per d.d. er 170 tiltak gjennomført. Noen av tiltakene vil ikke kunne ferdigstilles før høsten 2018, gjelder spesielt implementering av sikker utskrift i UNN (utgjør en stor andel av tiltakene). Systematisk loggkontroll avventer nasjonalt verktøy.

Bevisstgjøring/opplæring utgjør en stor andel av tiltakene i risikovurderingene og gjøres løpende av lederne på de enkelte enheter. Dette inngår som fast tema på personalmøter 1 til 2 ganger i året. KVALUT følger opp gjennomføring mot de enkelte klinikker.

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.
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 (personal møter mv.) avdelingene til vanlig gjennomfører. Løpende arbeid, se ovenfor.
3. Kontroll av ansattes tilganger. Det er mangler i kontrollen av ansattes tilganger, spesielt ved flytting av arbeidsområde. Kontrollen gjennomføres ikke systematisk. Er igangstatt gjennom ROS-tiltak.
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.

Disse 4 områdene utgjør over 50 % av de tiltak som per dags dato er under arbeid.

Gjennomføring og oppfølging av risikovurderinger i UNN er en *kontinuerlig* prosess og Kvalitets- og utviklingssentret vil følge opp klinikkene slik at tiltak som iverksettes gjennomføres.



3.8.3 Beredskap

Krav for 2017 Implementere Helsedirektoratets Veileder for helsetjenestens organisering på skadested. Bidra i prosjekt som skal utrede muligheten for døgnkontinuerlig samisk språkkompetanse i AMK-sentraler, f.eks. ved hjelp av teknologi, og mulighetene for samarbeid mellom landets AMK-sentraler for å sørge for slik språkkompetanse. Nærmere bestilling vil komme fra Helse Nord RHF. Sikre at tiltakene knyttet til Riksrevisjonens rapport om beredskap innenfor IKT, vann og strøm blir fulgt opp. Sikre at planverk er koordinert med andre offentlige instanser (kommunenivå, sivil beredskap og Forsvaret). Med bistand fra regional legemiddelkomite opprette og vedlikeholde lokale ROS- analyser for legemiddelberedskap og sikre tilstrekkelige beredskapslagre av legemidler herunder infusjonsvæsker. Regional legemiddelkomite skal i løpet av 2017 utarbeide retningslinjer for håndtering av mangelsituasjoner.

Det er stort sprik i beskrivelsen om beredskap. Det spenner fra samisk språkkompetanse til IKT, vann og strøm. Oppdraget burde vært delt opp i mindre deloppdrag slik at oppdraget blir tydeligere og lettere kan struktureres på ulike ansvarsområder. Det er usikkerhet om det er mottatt nærmere bestilling fra Helse Nord RHF.

I det daglige løses samiske språkutfordringer ved bruk av telefonbasert tolketjeneste.

Beredskapsplaner for infrastruktur er revidert og oppdatert i 2017.

Legemiddelberedskap har vært tema i REBU.

3.8.4 Forskning og innovasjon

Krav for 2017 Delta i arbeidet med å vurdere mulighetene for økt samordning av kriteriene for nytte, samt evaluere forståelsen og effekten av nye kriterier for hhv kvalitet, nytte og brukermedvirkning. Implementere tiltak som beskrevet i Strategi for forskning og innovasjon 2016- 2020, jf. vedtatt tiltaksplan for 2017, herunder forskning på samisk helse, inkludert behandlings- og helsetjenesteforskning. Identifisere behov for forskning og innovasjonstiltak spesielt rettet mot den samiske befolkningen. Implementere nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseforetakene.

Sekretariatet for Helse Nord's forskningsprogram har deltatt i arbeidet med å samordne kriteriene for nytte, kvalitet og brukermedvirkning ledet av Helse Vest. Oppdraget fra Helse Vest var å besvare den nasjonale spørreundersøkelsen om kvalitet, nytte og brukermedvirkning i forskning. Svardato 25. april 2017. UNN deltar med ett medlem i den nasjonale arbeidsgruppen som utarbeider en nasjonal veileder for brukermedvirkning i helseforskning. Arbeidet planlegges ferdigstilt vår 2018.

Utvide ordningen med metodeveiledere til å dekke flere fagområder, bl.a. helsefaglig forskning: KFA har lyst ut og ansatt en statistiker og en helsefaglig forskningsrådgiver i 100% åremålsstillinger på 3 år.

Tiltak 6.3.2b: Sikre at det er tilgang til nødvendig veiledning i metode, forskningsdesign og statistikk for alle helseforetak: det er innført en ny nettbasert løsning for mottak av henvendelser om forskningsstøtte som sikrer transparens og god tilgang til tjenester for alle helseforskere i regionen

Tiltak 6.3.2d: RCT-satsning (unngå vakans i stillingen): fast stilling som RCT koordinator er besatt.

Tiltak 6.3.2e: Aktiv deltakelse fra KFA i nasjonale nettverk for forskningsstøtteenheter ved universitetssykehus: KFA deltar aktivt i NorCRIN og leder AP5.

Tiltak 6.3.2f: Det skal ses på ytterligere samarbeid med UiT innen forskningsstøtte: arbeidet pågår. Seminar om oppfølging av Husebekkrapporten gjennomført i samarbeid med Helsefak. KFA har deltatt med innlegg på forskningsadministrativt forum ved Helsefak.

Tiltak 6.4.1c: Sekretariatet for forskningssøknadene i HN driftes godt og effektivt med god forskningsadministrativ kompetanse: sekretariatet er blitt styrket med 50% stilling.

4. Sikre god pasient- og brukervedvirkning

4. 1. Krav for 2017

4.1.1 Utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk.

Innen fagområdet psykiatri og rus ser man på om samvalgsverktøy kan integreres i en videre satsing på CheckWare. CheckWare skal implementeres på Helsenorge på sikt. PsyConnect som leveres på plattformen til CheckWare er et eksempel på at slike verktøy allerede er utviklet. Videre arbeid bør forankres i HN-IKT/KVALUT (E-helse & IKT), og klinikken ved FFU bør delta i arbeidet i form av deltakelse i en prosjektgruppe.

Medisinsk klinikk har utviklet mine behandlingsvalg innenfor egne fagområder, og er i bruk. Nevro-ortopedi og rehabiliteringsklinikken har startet planleggingen med å utvikle samvalgsverktøy innenfor sine fagområder.

4.1.2 Implementere nasjonale retningslinjer for brukervedvirkning og enhetlig praksis på systemnivå.

UNN har innført flere virkemidler for å styrke brukervedvirkningen. Tjenestene er svært ulike og brukerbehovene er varierte så det vurderes ulike virkemidler i klinikken. Eksempelene er koordinerende funksjoner for brukere med langvarige og komplekse sykdommer. Innen psykiatri er det ansatt erfaringskonsulenter. Barne og ungdomspsykiatrien har etablert Ungdomsrådet. Det er ansatt en frivillighetskoordinator som ivaretar og koordinerer arbeidet med frivillige i sykehuset.

Dine behandlingsvalg er innført i flere avdelinger og på flere sykdomsbilder. Bedre og mer utstrakt bruk av individuelle planer ved behov. Arbeidet med barn som pårørende fortsetter i UNN. Det settes i gang tiltak ved flere av avdelingene for å bruke pårørende som ressurs i helbredelsen av sykdom.

4.1.3 Følge opp resultatene fra PasOpp17-undersøkelsen. Iverksette tiltak for å forbedre utskrivningsamtalen og sikre at pasient/pårørende får nødvendig informasjon:

Ved UNN er det satt fokus på pasientenes informasjon om sin sykdom og medikamentene de får med seg, inkludert en oppdatert medikamentliste ved utskriving.

PasOpp-undersøkelsene følges opp i ulik grad i de enkelte klinikker i UNN. Disse er i stor grad distribuert og gjort kjent, men det finnes ikke oversikt som viser hvilke tiltak som systematisk er iverksatt. Lokale spørreundersøkelser er igangsatt. Når resultatene er fra lavere enhetsnivå er det enklere å iverksette forbedringstiltak, da de er basert på egne lokale data.

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

UNN har fått tilbakemelding fra kvalitetssjef i Helse Nord RHF at dette arbeidet er forsinket grunnet forsinket prosess i utvikling av elektronisk verktøy for PROMS.

5. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

5. 1. Krav for 2017

5.1.1 Motivere og legge til rette for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst 100 % stilling.

UNN forholder seg til Arbeidsmiljøloven § 14-3: Deltidsansattes fortrinnsrett til utvidelse av stilling.

1. Deltidsansatte har fortrinnsrett til utvidet stilling fremfor at arbeidsgiver foretar nyansettelse i virksomheten
2. Fortrinnsretten er betinget av at arbeidstaker er kvalifisert for stillingen og at utøvelse av fortrinnsretten ikke vil innebære vesentlige ulemper for virksomheten
3. Fortrinnsrett etter § 14-2, med unntak av 14-2 andre ledd første punktum, går foran fortrinnsrett for deltidsansatte
4. *Tvist om fortrinnsrett for deltidsansatte etter § 14-3 avgjøres av tvisteløsningsnemnda, § 17-2.*

I retningslinjene for deltids og deltidsansattes fortrinnsrett til utvidet stilling i personalhåndboka er UNNs målsetning å ha flest mulig i 100 % stilling. Videre er det slik at man i personalportalen kan registrer sin ufrivillige deltid. Leder har et særskilt ansvar til å oppfordre deltidsansatte til å utvide sin delstilling. Deltidsstillinger lysnes ut via elektronisk søknadsportal slik at alle har lik kjennskap til ledige stillinger.

Klinikkene søker å legge til rette for at alle ansatte som selv ønsker høyere stillingsprosent, helst 100%, får tilbud om dette. Kvalitetssikres minimum 2 ganger pr år i enkelte klinikker i forbindelse med utarbeidelse av nye kalenderplaner.

5.1.2 Tilby nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger i større grad.

UNN tilbyr nyutdannet helsepersonell i stor grad hele faste stillinger. Klinikken er også engasjert i UNNs traineeprogram for sykepleiere. Ved ledighet i stillinger bekjentgjøres disse minimum internt

5.1.3 Implementere del 1 i ny spesialistutdanning for leger med ansettelser i LIS181- stillinger fra og med høsten 2017.

Utdanningen bygger på den nye spesialistforskriften:

- Utdanningen skal baseres på læringsmål som følger av denne forskriftens Vedlegg II. Med læringsmål menes hva en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre. Krav til gjennomførte prosedyrer kan for enkelte spesialiteter inngå i læringsmålene.
- *Tilleggsvilkår for stillinger i utdanningens andre og tredje del*

Før tiltredelse i stilling i utdanningens andre eller tredje del skal arbeidsgiveren sjekke at legen har **oppnådd alle læringsmålene i utdanningens første del.**

- *22 Utdanningsvirksomheten skal sørge for at legen får løpende vurdering av om læringsmålene er oppnådd og at oppnådde læringsmål dokumenteres så snart som mulig. I vurderingen skal det innhentes anbefaling fra veilederen og minst en av dem som har deltatt i supervisjonen.*

UNNs arbeid med hensyn til implementering av Del 1:

- Det er etablert Regionalt fagråd for Del 1 som UNN samarbeider tett med.
- Det er utarbeidet maler for utdanningsplaner for Del 1, med læringsaktiviteter. Planene er publisert og benyttes i klinikkene. Innholdet i planene er sjekket ut av ansvarlige i klinikkene før de er tatt i bruk.
- Kompetansemoduleen benyttes i ulik grad for dokumentasjon av kompetanse hos LIS 1. Det arbeides med opplæring og oppfølging av LIS 1, utdanningsansvarlige og ledere.
- Alle LIS 1 ved UNN har fått kompetanseplaner og har begynt å bruke disse. De sender læringsaktiviteter og læringsmål til godkjenning.
- Flere har tatt i bruk Dossier Helse appen hvor de har tilgang til sine kompetanseplaner via smarttelefon.
- Kompetasemoduleen skal kommunisere med Campus hvor alle e-læringskurs ligger. Flere har begynt å gjennomføre kursene.

Utfordringer med innføring av ny spesialistutdanning del 1 er identifisert og det arbeides fortløpende med forbedringer.

5.1.4 Planlegge for å iverksette del 2 og 3 (LIS2 og 3) i ny ordning for spesialistutdanning.

Planene for iverksetting av Del 2 og 3 i UNN er ikke ferdige.

Planene for et regionalt implementeringsprosjekt er klare. Der deltar UNN med en lege. Arbeidet skal derfra tas inn i UNN hvor man i hovedsak skal.

- Re-etabler utdanningsutvalgene
- Utvikle planer per spesialistutdanning
- Søke godkjenning hos Helsedirektoratet

Ansvar regionalt ligger i RegUt og hos nytilsatt regional prosjektleder.

Ansvar i UNN ligger p.t. hos medisinsk fagsjef.

5.1.5 Innfri pålagt antall praksis-, turnus- og lærlingeplasser som beskrevet i vedlegg 1.

UNN innfrir måltallene for praksis-, turnus- og lærlingeplasser som beskrevet i vedlegg 1 for 2017.

5.1.6 Legge til rette for at lederopplæringene som tilbys, gir ledere en klar forståelse av deres ansvar for å innrette sin virksomhet i tråd med prinsippene for prioritering.

Lederstøtte og organisasjonsutvikling tilbyr lederopplæring som skal bidra til at leder blir trygg innenfor områder vi forventer at de skal kunne og som de skal prioritere.

Tema i kursene gir i seg selv en indikasjon på hva som skal prioriteres i deres lederhverdag;

- Opplæring i gjennomføring og oppfølging av ForBedring, tidligere MU
- IA kurs, herunder fokus på forebygging og oppfølging av sykefravær
- Opplæring i utviklingssamtalen

- Kurs i arbeidsgiverrollen som tar for seg et vidt spekter av viktige og prioriterte lederoppgaver, for eksempel håndtering av vanskelige personalsaker
- Kurs i rekruttering
- Kurs i Kompetansemodule
- Prosjektorientert utvikling av ledere (PULS)

Enkelte kurs er gjort obligatoriske. Dette bidrar ytterligere til å synliggjøre forventet prioritering som leder. Overnevnte kurs suppleres av andre kurs fra Stabssenteret og andre senter i UNN HF.

5.1.7 Delta i prosjekt «Ledermobilisering» og utarbeide plan for gjennomføring.

UNN ved seksjon for Lederstøtte og organisasjonsutvikling har hatt ansvaret med gjennomføring av prosjekt Ledermobilisering 2017.

Det har vært med 9 deltakere fra ulike klinikker/senter. Det har vært gjennomført aktiviteter i henhold til vedlagte plan. Oppstart var 12. mai 2017 og avslutning er 18. januar 2018. Det blir gjennomført elektronisk evaluering etter siste samling.

5.1.8 Delta i utviklingen av felles tiltak i strategi for leder- og ledelsesutvikling.

UNN har deltatt i utviklingen av felles tiltak for leder- og lederutviklingen i regionen. Dette gjelder tiltak knyttet til ledermobilisering, ytterligere profesjonalisering av rekruttering av nye ledere, introduksjonsprogram for nye ledere samt utvikling av sentrale kompetanseplaner for lederopplæring og -utvikling.

5.1.9 Innføre «Kompetansemodule» i henhold til prosjektets plan.

I 2017 ble det gjennomført 42 kurs og 38 oppfølgingskurs/gruppeveiledninger. I tillegg har det noen steder vært gitt opplæring tilpasset enkelte avdelinger. Til sammen har 379 ledere og fagansvarlige fått opplæring. Blant disse er ca. halvparten ledere. Ettersom anslått opplæringsbehov er 800-900 personer, gjenstår det å gi opplæring til ca. 400-500 ansatte.

5.1.10 Delta i arbeidet med regional bemanningsmodell som grunnlag for egne strategiske utviklings- og rekrutteringsplaner.

Klinisk utdanningsavdeling har i samarbeid med Stabssenteret i UNN, samt rådgivere i Helse Nord RHF brukt Regional bemanningsmodell i utredning av *UNNs fremtidige behov for kompetanse og personell frem mot år 2030 - et grunnlagsarbeid.*

5.1.11 Analysere rekrutteringsbehovet for helsefagarbeidere i fulltidsstillinger, og etablere pilotprosjekt for å teste oppgavedeling knyttet til helsefagarbeideres arbeidsfelt.

Gjennom rapport UNNs fremtidige behov for kompetanse og personell frem mot år 2030 – et grunnlagsdokument (ferdigstilt nov 2017) er det gjort en analyse, ved bruk av regional bemanningsmodell (RBM) og som viser UNNs behov for helsefagarbeidere i framtiden.

Pilotprosjekt for å teste oppgavedeling knyttet til helsefagarbeidernes arbeidsfelt er det per i dag ikke lagt planer for i UNN. Den regionale gruppa som arbeider med satsningen på helsefagarbeidere har

diskutert at dette er en av de områder som bør sees på neste år, men det er ikke diskutert hvordan en skal jobbe med det eller avklart hvilke foretak som skal gjøre det.

I nevnte utredning av UNNs behov for kompetanse og personell der oppgavedeling er et eget tema, og hvor mulige områder for å eksempelvis å ta i bruk helsefagarbeidere i oppgavdelingsøyemed er kartlagt. Utredningen viser at det er delte meninger om helsefagarbeidere skal overta oppgaver fra eksempelvis sykepleiere. Den viser at dagens praktisering av oppgavedeling i UNN (inkludert helsefagarbeidere) fører til lommer av forbedring heller enn system for endring. Oppgavedeling må derfor knyttes til UNNs langsiktig strategiske satsing for å bygge en kultur for kontinuerlig forbedring (jfr. styresak om kontinuerlig forbedring).

5.1.12 Ansvar for drift av Regionalt utdanningskontor (RegUt). Dette innebærer ansvar for at RegUt bemannes med tilstrekkelig og relevant kompetanse i henhold til de funksjoner og oppgaver som tilligger enheten. Dette er beskrevet i mandat for Regionalt utdanningskontor.

I 2017 har RegUt fått tilsatt leder i 100% stilling (fra april 2017), koordinator (gr I og gr II tjeneste) i 100% stilling fra september 2017. Tilsettingsarbeidet for kursadministrator i 50% stilling er også fullført og vedkommende starter januar 2018.

RegUt har vært representert i det interregionale LIS prosjektet og tar der ansvar for arbeidsgruppe 1 "Avtaler og finansiering".

RegUt har, i tett samarbeid med LIS 1 komiteen i UNN, utarbeidet planer for Del 1 tjeneste, som alle foretak i regionen har fått. Disse har valgt å tilpasse planene eller bruke dem slik de stod.

Det er avholdt 2 veilederkurs i regionen i 2017, ett i Bodø og ett i Tromsø.

Systematiske avklaringsmøter holdes månedlig mellom UNN og RegUt.

Systematisk avklaringsmøte holdes også månedlig mellom RegUt og HN-RHF

5. 2. Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

5.2.1 Kartlegge omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og hvordan beredskap for forebygging og håndtering av vold og trusler ivaretas som en del av HMS-arbeidet.

UNN har satt som mål å jobbe systematisk med å forebygge og redusere risikoen for vold i enheter der det er avdekket forhøyet risiko for vold. Det er nedsatt en arbeidsgruppe der vernetjenesten er representert. Arbeidsgruppen skal utarbeide materiell som skal brukes i det lokale arbeidet. Dette gjelder forbedrede prosedyrer, opplegg for risikovurdering, innholdet i opplæring for ansatte som møter voldssituasjoner, meldingsrutiner m.m.

UNN leverte en rapport til Helse Nord RHF i april 2017, med oversikt over vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, for perioden 2012 til og med 2016.

Skademeldinger personal:

UNN har hatt elektronisk registrering av skademeldinger på personal fra januar 2013.

De aller fleste registrerte voldshendelser skjer i psykiatrien. Vedlagte statistikk viser oversikt over totalt antall skademeldinger og andelen som er vurdert som skader meldt på grunn av vold og trusler mot helsepersonell.

År	Totalt skademeldinger	Andel skademeldinger vold og trusler
2013	449	296
2014	581	406
2015	568	378
2016	509	343
2017	764	488

Pasienthendelser:

Når det gjelder vold og truende adferd mellom pasienter knytter det seg usikkerhet til tallene fra perioden 2013-2016, da det ikke var en egen klassifisering i pasienthendelsesskjemaet. 2013-2016-tall er derfor basert på resultat av fritekstsøk på gitte søkeord.

Fra januar 2017 ble det innført en ny nasjonal klassifisering i pasienthendelsesskjemaet, der det ble mulig å hente ut andel pasienthendelser med vold og truende adferd mellom pasienter basert på underkategorien *Vold, aggresjon og truende adferd mellom pasienter*.

År	Totalt meldte pasienthendelser	Andel vold og truende adferd mellom pasienter
2013	289	13
2014	381	11
2015	831	10
2016	1346	28
2017	1784	17

Økningen i totalt antall meldte pasienthendelser fra 2015-2016 antar vi skyldes et bevisst arbeid med og forbedring av meldekulturen i UNN.

5.2.2 Samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler.

Stabssenteret i UNN har i samarbeid med Kvalitets- og utviklingssenteret, vernetjenesten og aktuelle fagmiljøer fra Psykisk helse- og rusklinikken, OPIN-klinikken og Medisinsk klinikk etablert en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen skal jobbe frem verktøy for risikovurdering av trusler og vold, samt overordnede prosedyrer for forebygging og håndtering av trusler og vold. Gruppen jobber på mandat fra helseforetakets AMU.

Stabssenteret skal bistå foretaket i risikovurdering av trusler og vold og har satt fokus på dette gjennom IA-handlingsplan. I 2017 har Stabssenteret bistått to klinikker med risikovurdering av trusler og vold. Det er i enkelttilfeller gitt oppfølging av enkeltpersoner som har vært eksponert for denne faktoren, gjennom Arbeidsmedisinsk poliklinikk i BHT.

Stabssenteret gir opplæring i systematisk forebygging av trusler og vold. Dette innebærer blant annet gjennomføring av risikovurdering, utarbeiding av proaktive og reaktive tiltak. I 2017 har IA-undervisning til ledere, verneombud og tillitsvalgte satt fokus på forebygging og håndtering av trusler

og vold.

Opplæring i Forebygging og mestring av aggresjon og vold (FMA) er et tilbud som gis av de enkelte fagmiljøene i Psykisk helse- og rusklinikken og i Barne- og ungdomsklinikken (Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon). Fagmiljøene har selv den beste kompetansen på miljøterapeutisk forebygging og mestring av aggresjon og vold.

5.2.3 Sikre systematisk rapportering av skader og uønskede hendelser på ansatte.

Generelt oppfordres det til at ansatte melder skader og uønskede hendelser i avvikssystemet. Det er store ulikheter i risikobildet for skade og uønskede hendelser på ansatte i de ulike klinikkene. Ansatte i Psykisk helse- og rusklinikken og Drift- og eiendomssenteret er særlig utsatt. Flere av klinikkene har tatt i bruk tavler for synliggjøring av skader på personell.

Psykiske helse- og rusklinikken utarbeider kvartalsvis rapporter med oversikt over meldte avvik, skademeldinger på ansatt, pasienthendelser og samhandlingsavvik med kommuner fordelt på enhet, type, konsekvens mv. Rapportene gjøres tilgjengelig for ledere og behandles i klinikkens KVAM-utvalg og KVAM-grupper.

Avvikshåndtering tematiseres regelmessig på alle nivåer blant ledere og ansatte med fokus på kultur for å melde avvik, hvorfor melde, hva skal meldes, hvem melder og opplæring i registrering. Klinikken har utviklet rutiner på melding av pasienthendelser.

Det ble valgt nytt hovedverneombud i Drift- og eiendomssenteret i 2017. I samarbeid med KVAM-utvalget og lokale ledere og verneombud er det tatt tak i og jobbes med å få til systematisk varsling av skader og uønskede hendelser i senteret. Arbeidsrelaterte skader rapporteres systematisk og ukentlig i senterets tavlemøte.

5.2.4 Definere konkrete forbedringstiltak ut fra medarbeiderundersøkelsen 2016.

Resultatene fra medarbeiderundersøkelsen har vært diskutert i lederteammøter, på personalmøter og gjennom KVAM-strukturen. Det benyttes standardiserte maler for handlingsplaner der avdelingene velger ut 2-3 forbedringsområder. De fleste avdelinger har laget lokale handlingsplaner. Arbeidet dokumenteres i dialogavtalene.

Eksempel på tiltak:

Flere enheter etablerte trivselsgrupper for bedring av arbeidsmiljøet. Fagutvikling er et prioritert fokusområde i mange avdelinger, som fast punkt på møter og/eller årlige avdelingsseminarer. Arbeidsbelastningen er stor flere steder. Noen eksempler på tiltak er gjennomgang av oppgaver og arbeidsfordeling, samt rekruttering av personell der det er behov. BHT er inne med bistand, blant annet med undervisning i forhold til ergonomi.

I tråd med overordnet plan for MU 2016, ble det i 2017 iverksatt et gjennomgående forbedringsarbeid i hele foretaket for å følge opp resultatene i undersøkelsen. Alle organisasjonsenheter fikk i oppdrag å etablere lokale handlingsplaner med konkrete forbedringstiltak i oppfølging av egne resultater.

Høsten 2017 ble det gjort en foretaksgjennomgang som, med noen unntak, viste at det var etablert lokale handlingsplaner. Gjennomgangen ble fulgt opp med klinikkene for å sikre at lokale handlingsplaner ble utarbeidet for alle enheter.

5.2.5 Tertialvis redegjøre for foretakets arbeid med å redusere sykefravær til under 7,5 % herunder med et særskilt fokus på enheter med fravær over 10 %.

Stabssenteret har gitt følgende støtte i foretakets arbeid med å redusere sykefraværet:

- Utarbeiding, implementering og oppfølging av IA-handlingsplan i UNN.
- IA-kurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud. Kursene har et særskilt fokus på øke deltakernes kompetanse innen forebygging og oppfølging av sykefravær.
- Prosesstøtte i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen som er et systematisk HMS-tiltak for å forebygge sykefravær.
- Månedlig rapportering på sykefravær i KVR-rapporten.
- Bistår klinikker som har mange medarbeidere med gjentakende fravær med tett og systematisk oppfølging. Denne satsning kalt "Bli i jobb" er i startfasen i 2018.
- Diagnostisk og Medisinsk klinikk har fått bistand til å opprette ressursgrupper for håndtering av sykefravær. Hensikten med gruppene er å styrke lederne i håndtering av sykefravær. Det er aktuelt å etablere slike grupper i andre klinikker.
- Stabssenteret bistår kontinuerlig i arbeidsmiljø- og HMS-prosesser som vil kunne ha innvirkning på sykefravær.
- Klinikkdedikerte personalrådgivere og BHT-representanter fra Stabssenteret bistår også i oppfølging av enkeltsaker.
- Tett og godt samarbeid med NAV.

6. Innfri økonomiske mål i perioden

6. 2. Resultatkrav

6.2.1 Helseforetakene skal i 2017 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav: UNN overskudd, 40 mill.

UNN har for 2017 et overskudd på 54 mill kr. Dette er 14 mill kr mer enn Helse Nord RHF sitt overskuddskrav på 40 mill kr, men 11 mill kr under vårt interne overskuddskrav som var 25 mill kr utover kravet fra Helse Nord RHF.

6.2.2 Styrebehandle tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2018–2021. Frist innen 7. april.

Tiltaksplaner for perioden er styrebehandlet. UNN har hatt en krevende økonomisk situasjon i 2017 og har iverksatt flere tiltak for å komme i mål økonomisk. Det arbeides med kontinuerlig omstilling og prioritering i tråd med planer.

6. 3. Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

6.3.1 Ferdigstille registrering av alle data i nasjonal database for klassifikasjons- systemet innen 30. april.

UNN leverte data i henhold til bestillingen til Plania i august 2017. Det er tekniske utfordringer for overføring fra Plania til nasjonal database, men dette er under arbeid og tilligger ansvarlig for nasjonal database å løse.

6.3.2 Gjennomføre nødvendig vedlikehold som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet.

På bakgrunn av foretakets overordnede økonomiske resultat i 2107 ble det nødvendig å utsette planlagt vedlikehold i siste halvdel av 2017. Dette medførte at vedlikehold for ca. 7 mill kr ikke ble gjennomført som planlagt.

Resterende vedlikeholdsplan på totalt 33 mill kr ble gjennomført.

6.3.3 Utarbeide en konkret 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard og kvalitet over tid. Frist 1. oktober.

UNN har over mange år hatt 3-årige vedlikeholdsplaner som sikrer verdibevarende vedlikehold. Det jobbes med å utvide til en 4-årig vedlikeholdsplan, i tråd med styringssignalet. Dette oppfattes som en minimal justering av vårt planverk. I 2017 ble UNN nødt til å utsette noe vedlikehold på grunn av foretakets overordnede økonomiske situasjon. Dette har gitt en mindre økning i vedlikeholdsetterslep.

6.3.4 Innføre nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM).

Avdeling for medisinsk teknikk og behandlingshjelpemidler har innført nasjonal database. Avdelingen er representert i alle nasjonale råd relatert til eierskap og forvaltning. Kunnskapsnivået om databasen er på et høyt nivå hos utvalgte på avdelingene. Rapportverktøyet vil i større grad bli tatt i bruk når det er ferdig utviklet hos SW leverandøren. DSB var ved tilsyn november 2017 fornøyde med Medisinsk teknisk seksjonens tidlige innføring og dokumentasjon av MTU i databasen.

6.3.5 Ferdigstille utviklingsplan innen 31. desember 2017, i tråd med veileder for utviklingsplan.

Arbeidet med utviklingsplan for bygg er fullført, men styrebehandling er utsatt til mars 2018.

6. 4. Anskaffelsesområdet

6.4.1 Organisere kompetanse slik at bestillerrolle overfor Sykehusinnkjøp blir ivaretatt.

Stabscenteret ved Økonomi- og analyseavdelingen inkludert Innkjøpsseksjonen ivaretar UNN sin bestillerrolle overfor Sykehusinnkjøp HF.

UNN bestiller og mottar anskaffelser i form av rammeavtaler på varer og tjenester samt på utstyr som skal aktiveres og avskrives. I tillegg mottar UNN nasjonalt samordnede anskaffelser av rammeavtaler på varer og tjenester. Over halvparten av UNN sine rammeavtaler er p.t. basert på egne anskaffelser.

UNN er godt i gang med å gjennomgå arbeidsprosessene med å bestille og motta anskaffelser fra Sykehusinnkjøp med tanke på mest mulig optimal flyt.

6.4.2 Sikre medvirkning i produktråd fra foretakets brukere av varer og tjenester.

UNN har stilt med medlemmer til de regionale produktrådene som har vært etablert.

6.4.3 Implementere nasjonal kategoristruktur i innkjøpsvirksomheten.

UNN er godt i gang med å implementere kategoristrukturen i sin innkjøpsvirksomhet. Fordeling av ansvar for anskaffelser, kontrakter og artikler skjer med utgangspunkt i kategoristrukturen.

6.4.4 Implementere innkjøpssystem fullt ut i egen organisasjon, herunder:

UNN er i gang med å implementere innkjøps- og logistikksystemet Clockwork fullt ut i egen organisasjon. Implementeringen er, gjennom beslutning i egen sak om utrulling av Clockwork, forankret i Direktørens ledergruppe. Clockwork rulles ut i henhold til vedtatt utrullingsplan samt utarbeidede arbeidsprosesser med tilhørende arbeidsprosedyrer registrert i Docmap.

6.4.5 Innen 30. november levere plan for anskaffelser som skal gjennomføres i 2018.

UNN leverte 1. desember 2017 plan for anskaffelser av rammeavtaler av varer og tjenester samt for enkelte investeringsanskaffelser av utstyr. Bestilte anskaffelser av rammeavtaler har skjedd med utgangspunkt i UNN sin samlede portefølje av egne inngåtte rammeavtaler.

6.4.6 Innen 31. desember kunne rapportere detaljert for alle vare- og tjenesteanskaffelser på artikkelnivå mht. hvilken avtale og til hvilke vilkår.

Med utgangspunkt i implementeringen av innkjøp- og logistikksystemet Clockwork vil det være mulig å rapportere detaljert for vareanskaffelser på artikkelnivå, både med hensyn til hvilken avtale og til hvilke vilkår. Dette gjelder imidlertid kun for det som er bestilt via Clockwork.

6.4.7 Kartlegge og utarbeide re-anskaffelsesplan av medisinsk teknisk utstyr i tråd med nasjonal struktur.

Medisinsk teknologi er i en kontinuerlig utvikling innenfor alle kategorier av utstyr for diagnostikk og behandling. Anbefalt levetid for medisinsk utstyr er satt til lavt antall år, og det er denne parameteren vi forholder oss til i kartleggingen og anskaffelsesplanene medisinsk teknisk utstyr. I større grad er det investeringsrammer og utstyrets funksjonaliteter og tekniske tilstand som avgjør om tilmålte frekvenser for utskiftning av medisinsk utstyr kan etterleves. Mye av det medisinske utstyret som benyttes i sykehuset er integrert til datasystemer som krever at plattformer for tilkoblinger og operativsystem må ha kompatibilitet for samhandling. Dette er i dag allerede svært omfattende, og vil fremover by på store utfordringer både teknologisk og kostnadsmessig.

7. Risikostyring og internkontroll

7. 1. Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet

7.1.1 Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).

Nasjonale data på <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/infeksjoner>.

UNN gjennomførte prevalensundersøkelse av sykehusinfeksjoner vår og høst 2017, med infeksjonsprevalens på hhv 3,9 % og 5,4 %. Samlet prevalensresultat for 2017 er 4,7 % og UNN når altså ikke kravet om <4,5 %. Helse- og omsorgsdepartementet hadde imidlertid som krav for 2017 at andel sykehusinfeksjoner skulle være mindre enn i 2016 og dette målet klarer UNN med en samlet prevalens på 4,8 % i 2016.

7.1.2 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter har i 2017 vært 56 dager. UNN fortsetter arbeidet med kontinuerlig forbedring og vil arbeide for ytterligere nedgang i ventetiden og innstiller seg på nye krav om ventetidene.

7.1.3 Det skal ikke være fristbrudd.

UNN har over tid redusert antall fristbrudd til et lavt nivå. I 2017 har fristbruddene variert mellom 30-80 pr måned. Det er laget gode systemer for måling av fristbrudd og oppfølging på daglig basis. Det er på noen fagområder, der kapasitet og krevende planlegging av pasientforløpene mot tilgjengelige ressurser, fristbruddene oppstår. UNN iverksetter tiltak på disse områdene for å unngå fremtidige fristbrudd. Hovedutfordringen har vært på faget håndkirurgi. Det har vært gjennomført et eget prosjekt på dette. De har nå få eller ingen fristbrudd.

7.1.4 Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.

Se pkt. 2.1.4.

7.1.5 Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)20.

Den gylne regel		
Funksjon	Måleparameter	Endring 16 -17
Somatikk*	Månedsværk	2,7 %
Psykisk helse og rus	Månedsværk	5,7 %
Somatikk*	Økonomi	5,6 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	6,4 %
Somatikk	Konsultasjoner	0,2 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	4,7 %
Somatikk	Ventetid	-8,6 %
Psykisk helse og rus	Ventetid	-0,7 %

Med unntak av ventetider er kravet innfridd i UNN for 2017. Ventetiden i psykiatrien er noe lavere enn for somatikk.

7.1.6 Mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.

Se pkt. 3.6.1

7.1.7 Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.

Man holder på med å ferdigstille rapporten for 2017, så siste tilgjengelige årsoppgave på avdelingsnivå er for 2016.

Siste oppdatering på helsenorge.no er for perioden mai-august 2017 og viser antall definerte døgndoser (DDD) på 12,7. Dette er imidlertid en lavproduksjonsperiode i UNN og tallet er lavere enn normalen. Vi avventer til årsrapport for 2017 er ferdig fra fagområdet med konkluderende rapport.

7. 2. Målområde 4: Innfri de økonomiske mål i perioden

7.2.1 Økonomisk resultat i tråd med plan.

UNN har for 2017 et overskudd på 54 mill kr. Dette er 14 mill kr mer enn overskuddskravet fra Helse Nord RHF på 40 mill kr, men 11 mill kr under vårt interne overskuddskrav som var 25 mill kr utover kravet fra Helse Nord RHF.

Dette innebærer at UNN oppfyller eiers krav til resultat, men er under eget mål.

7. 3. Styringssystem

7.3.1 Innen 1.september skal foretakene utarbeide og styrebehandle plan som beskriver ledelsesmessige og organisatoriske tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

UNN styret behandlet dette i sak 5- 2017, 8 februar 2017, Kontinuerlig forbedring i UNN.

7.3.2 Ledelsen og styret skal minimum en gang i året ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaket med henhold til oppfølging av risikovurdering og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Gjennomgangen skal omfatte og konkludere mht.:

Måloppnåelse innenfor de fire overordnede mål jf. kapittel 2. Vurdering av om virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid på en god måte. Informasjonssikkerhet. Klima og miljø. Beredskap. Risikostyring. Gjennomgangen skal være basert på relevant informasjon, inklusiv: Sammenlignbar statistikk. Resultater fra eksterne og interne tilsyn og revisjoner samt status for oppfølging av disse. Gjennomførte risikovurderinger, jf. retningslinjer i Helse Nord (RL1602). Lovkrav og forskrifter

UNN-ledelsen og UNN-styret har til og med 2016 gjennomført ledelsens gjennomgang hvert tertial, sist i mars 2017 for siste tertial 2016. Det er besluttet å endre på dette. UNN skal gjennomføre ledelsens gjennomgang årlig, der det mer systematisk enn tidligere sikres at alle relevante områder gjennomgås på en felles, strukturert måte, og der oppfølgingen av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring sikres.

Ledelsens gjennomgang for 2017 vil bli gjennomført tidlig i 2018.

Vedr Informasjonssikkerhet:

Det er gjennomført ROS av Dips i 10 klinikker/Stabsenheter. I tillegg er det gjennomført 11 risikovurderinger som omfatter Ambulansetjenesten, leverandørtilganger, lønns- og personalsystem, blodbank, SD-anlegg, pasientreiser, bedriftshelsetjenesten og tilgang for helsepersonell etter omlegging i Dips.

Gjennomføringen har tatt svært lang tid og skyldes primært utfordring å få samlet riktig personell fra enhetene, samt ressurs hos Sikkerhetssjef.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
25/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.4.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Stig Arne Bakken

Årsregnskap 2017 med styrets beretning

Innstilling til vedtak

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

Det framlagte årsoppgjøret med resultatregnskapet og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultat, fastsettes som UNNs regnskap for 2017. Styret foreslår at årets overskudd på 54 004 231 kr overføres til annen egenkapital.

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.
3. Styret ber Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet til investeringer av utstyr med mer i 2018.
4. Årsberetning 2017 vedtas.

Saksutredning og konklusjon

Formålet med denne saken er å behandle årsberetning og årsregnskap for Universitetssykehuset Nord-Norge HF for 2017. Regnskapet viser et overskudd på 54 004 231 kr. Eiers opprinnelige resultatkrav for 2017 var pluss 40 000 000 kr. Styret anbefaler Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet til investering av utstyr i 2018.

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

Medvirkning

Saken var forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter i uke 15. Referater og protokoller fra drøftings- og medvirkningsmøtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 25.4.2018. Samtlige møter sluttet seg til at saken foreligger styret til endelig behandling.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Årsregnskap 2017
2. Styrets årsberetning for 2017

Årsregnskap

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

2017

Resultatregnskap

NOTE	DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2017	2016
3	Basisramme	4 634 827 000	4 852 183 998
3	Aktivitetsbasert inntekt	2 055 389 356	1 925 258 317
3	Annen driftsinntekt	511 845 914	517 340 930
2	Sum driftsinntekter	7 202 062 271	7 294 783 245
4	Kjøp av helsetjenester	423 490 615	327 915 274
5	Varekostnad	736 691 379	811 464 622
6/7	Lønn og annen personalkostnad	4 712 148 758	4 600 966 438
10	Ordinære avskrivninger	206 124 757	244 850 317
10	Nedskrivninger	0	0
5/8	Annen driftskostnad	1 078 701 547	1 195 622 751
2	Sum driftskostnader	7 157 157 057	7 180 819 402
	Driftsresultat	44 905 213	113 963 844
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER			
9	Finansinntekt	9 997 294	21 543 633
9	Annen finanskostnad	898 276	299 514
	Netto finansresultat	9 099 018	21 244 119
	ÅRSRESULTAT	54 004 231	135 207 963
OVERFØRINGER			
15	Overført til/fra annen egenkapital	54 004 231	135 207 963
	Sum overføringer	54 004 231	135 207 963

Balanse pr 31. desember

NOTE	EIENDELER	2017	2016
	Anleggsmidler		
	Immaterielle driftsmidler		
10	Immaterielle eiendeler	<u>10 803 203</u>	<u>13 827 495</u>
	Sum immaterielle eiendeler	<u>10 803 203</u>	<u>13 827 495</u>
	Varige driftsmidler		
10	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	2 531 672 850	2 618 421 568
10	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	506 863 336	506 639 863
10	Anlegg under utførelse	<u>2 097 979 079</u>	<u>1 295 717 098</u>
	Sum varige driftsmidler	<u>5 136 515 265</u>	<u>4 420 778 529</u>
	Finansielle anleggsmidler		
12	Investering i andre aksjer og andeler	267 025 584	238 896 368
7	Pensjonsmidler	<u>72 951 356</u>	<u>434 630 191</u>
	Sum finansielle anleggsmidler	<u>339 976 940</u>	<u>673 526 559</u>
	Sum anleggsmidler	<u>5 487 295 408</u>	<u>5 108 132 582</u>
	Omløpsmidler		
5	Varer	<u>76 800 964</u>	<u>96 075 089</u>
	Fordringer		
18	Fordringer på selskap i samme konsern	1 038 428 003	713 422 220
13	Øvrige fordringer	<u>241 972 672</u>	<u>245 356 732</u>
	Sum fordringer	<u>1 280 400 675</u>	<u>958 778 952</u>
14	Bankinnskudd, kontanter o.l.	<u>171 411 015</u>	<u>164 172 305</u>
	Sum omløpsmidler	<u>1 528 612 655</u>	<u>1 219 026 347</u>
	SUM EIENDELER	<u>7 015 908 063</u>	<u>6 327 158 929</u>

Balanse pr 31. desember

NOTE	EGENKAPITAL OG GJELD	2017	2016
	Egenkapital		
	Innskutt egenkapital		
15	Foretaks kapital	100 000	100 000
15	Annen innskutt egenkapital	4 531 253 844	4 531 253 844
	Sum innskutt egenkapital	4 531 353 844	4 531 353 844
	Opptjent egenkapital		
15	Udekket tap	-159 283 085	-213 287 316
	Sum opptjent egenkapital	-159 283 085	-213 287 316
	Sum egenkapital	4 372 070 759	4 318 066 528
	Gjeld		
	Avsetning for forpliktelser		
16	Andre avsetninger og forpliktelser	201 281 054	214 497 882
	Sum avsetninger for forpliktelser	201 281 054	214 497 882
	Annen langsiktig gjeld		
17	Gjeld til Helse Nord RHF	945 000 000	340 000 000
	Sum annen langsiktig gjeld	945 000 000	340 000 000
	Sum langs. forpliktelser og annen lang. gjeld	1 146 281 054	554 497 882
	Kortsiktig gjeld		
	Skyldige offentlige avgifter	194 008 362	233 840 347
18	Kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	127 616 817	119 268 623
17	Annen kortsiktig gjeld	1 175 931 070	1 101 485 549
	Sum kortsiktig gjeld	1 497 556 249	1 454 594 519
	Sum gjeld	2 643 837 304	2 009 092 401
	SUM EGENKAPITAL OG GJELD	7 015 908 063	6 327 158 929

Regnskapet for UNN HF per 31. desember 2017 er godkjent og signert, 24. april 2018

Ansgar Gabrielsen
Styreleder

Helga Marie Bjerke
Nestleder

Eivind Mikalsen
Styremedlem

Johan Ailo Kalstad
Styremedlem

Grete Kristoffersen
Styremedlem

Ann Sissel Faugstad
Styremedlem

Sverre Håkon Evju
Styremedlem

Thrina Loennechen
Styremedlem

Marit Lind
Konst. Adm. Direktør

Kontantstrømoppstilling

	2017	2016
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:		
15 Årsresultat før skattekostnad	54 004 231	135 207 963
Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	-307 147	-57 313
10 Ordinære avskrivninger	206 124 757	244 850 317
10 Nedskrivninger varige driftsmidler	0	0
Øvrige resultatposter uten kontanteffekt		
22 Endring i omløpsmidler	-302 347 598	-130 093 077
22 Endring i kortsiktig gjeld	40 925 924	236 445 393
7 Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	361 678 835	34 898 024
Inntektsført investeringstilskudd	2 035 806	2 035 806
Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	<u>362 114 808</u>	<u>523 287 113</u>
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
Innbetalinger ved salg av driftsmidler	1 048 552	57 313
10 Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-919 578 608	-706 812 490
Utbetalinger ved kjøp av finansielle eiendeler	-28 129 215	-26 019 242
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	<u>-946 659 271</u>	<u>-732 774 419</u>
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
17 Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	605 000 000	210 000 000
Endring øvrige langsiktige forpliktelser	-13 216 827	5 218 113
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	<u>591 783 173</u>	<u>215 218 113</u>
1 Netto endring i likviditetsbeholdning	7 238 710	5 730 807
1 Likviditetsbeholdning pr 01.01.	164 172 305	158 441 498
1/14/18 Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12.	<u>171 411 015</u>	<u>164 172 305</u>
Bankinnskudd ført opp som fordring på RHF	931 388 673	572 403 204
Sum bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12.	1 102 799 688	736 575 509
Ubenyttet trekkramme i konsernkontoordningen	0	100 000 000
Likviditetsreserve pr 31.12	<u>931 675 754</u>	<u>672 636 249</u>
Innvilget trekkramme i konsernkontoordningen pr 31.12	0	100 000 000

1) Likviditetsreserve består av ubenyttet driftskreditramme og bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet.

Note 1 Regnskapsprinsipper

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering

Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger, og er avlagt i samsvar med regnskapslov og god regnskapsskikk i Norge gjeldende pr 31. desember 2017. Notene er følgelig en integrert del av årsregnskapet.

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

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

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

Andre generelle forhold

Universitetssykehuset Nord-Norge HF ble stiftet 18.12.2001 i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. 01.01.02 overførte staten formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregion nord til Helse Nord RHF. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m.

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

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

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

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

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

Regnskapsprinsipper for vesentlige regnskapsposter

Inntektsføringstidspunkt

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

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

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

Andre driftsinntekter (-kostnader)

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

Immaterielle eiendeler

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

Varige driftsmidler

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

Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført.

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

Leieavtaler

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

Avskrivninger

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

Finansielle eiendeler

Valuta

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

Finansplasseringer

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

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

Varelager og varekostnad

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

Fordringer

Fordringer er oppført til pålydende med fradrag for forventede tap.

Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnad

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

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

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

Skatt

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

Kontantstrømoppstilling

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

Kompensasjon for merverdiavgift

Med virkning fra 1. januar 2017 ble det innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Endret finansiering av helseforetakene innebærer en generell reduksjon både av inntekter og kostnader i regnskapet for 2017 sammenlignet med 2016. Endringen har ikke ført til noen prinsippendringer i regnskapsavleggelsen og det er derfor ikke utarbeidet regnskapstall som viser inntekter og kostnader som om ordningen hadde vært innført i 2016. Effekten på overordnet nivå er likevel synliggjort i egen note, jf. note 25. Nærmere omtale av ordningen framgår også av samme note.

Omarbeidelse av sammenligningstall

Det er foretatt en omarbeidelse mellom øremerkede tilskudd fra eier til forskning og basisramme til forskning 2016 i note 23.

Note 2 Virksomhetsinformasjon

Driftsinntekter per virksomhetsområde (tabell 1)

	2017	2016
Somatiske tjenester	5 353 175 013	5 369 938 934
Psykisk helsevern VOP	865 176 783	899 864 022
Psykisk helsevern BUP	171 273 397	175 187 824
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	215 432 262	232 616 594
Annet	597 004 815	617 175 871
Sum driftsinntekter	7 202 062 271	7 294 783 245

Driftskostnader per virksomhetsområde (tabell 2)

	2017	2016
Somatiske tjenester	5 339 592 861	5 362 908 767
Psykisk helsevern VOP	757 902 669	726 410 223
Psykisk helsevern BUP	192 658 495	177 159 620
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	232 812 524	244 929 663
Annet	634 190 508	669 411 128
Sum driftskostnader	7 157 157 057	7 180 819 401

Driftsinntekter fordelt på geografi (tabell 3)

	2017	2016
UNN HF sitt opptaksområde	7 146 475 418	7 241 678 731
Resten av landet	38 656 807	33 918 797
Utlandet	16 930 045	19 185 718
Sum driftsinntekter	7 202 062 271	7 294 783 246

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

Lavere nivå på inntekter og kostnader i 2017 sammenlignet med 2016 skyldes innføring av nøytral merverdiavgift. Det vises for øvrig til note 25

Note 3 Inntekter

	2017	2016
Basisramme		
Basisramme	4 634 827 000	4 852 183 998
Aktivitetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region	1 520 270 525	1 381 968 982
Behandling av egne pasienter i andre regioner	71 527 049	59 280 197
Behandling av andre sine pasienter i egen region	38 656 807	35 239 157
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	357 984 319	376 190 938
Utskrivningsklare pasienter	23 075 684	26 203 786
Andre aktivitetsbaserte inntekter	43 874 972	46 375 257
Sum aktivitetsbasert inntekt	2 055 389 356	1 925 258 317
Annen driftsinntekt		
Kvalitetsbasert finansiering	27 693 000	31 449 000
Øremerket tilskudd raskere tilbake	30 709 572	24 386 269
Øremerkede tilskudd til andre formål	159 020 502	170 124 607
Inntektsførte investeringstilskudd	2 035 806	2 035 806
Andre driftsinntekter	292 387 034	289 345 248
Sum annen driftsinntekt	511 845 914	517 340 930
Sum driftsinntekter	7 202 062 271	7 294 783 246

Basisrammen i 2017 er redusert med 331 millioner kroner på grunn av innføring av nøytral mva, jf note 25.

Aktivitetstall

	2017	2016
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	70 941	68 188
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	68 443	66 412
Antall polikliniske konsultasjoner	222 595	218 565
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgntilbeholdning	220	180
Antall polikliniske konsultasjoner 2016/polikliniske opphold 2017	30 889	24 545
DRG-poeng iht. eieransvaret	8 868	
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgntilbeholdning	3 447	3 290
Antall polikliniske konsultasjoner 2016/polikliniske opphold 2017	62 632	52 534
DRG-poeng iht. eieransvaret	15 441	
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgntilbeholdning	1 123	692
Antall polikliniske konsultasjoner 2016/polikliniske opphold 2017	10 466	10 467
DRG-poeng iht. eieransvaret	2 106	

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

Basisrammen i 2017 er redusert på grunn av innføring av nøytral mva, jf note 25

Fra og med 2017 er den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern (PH) og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) overført til ISF-ordningen. I antall polikliniske opphold for TSB og PH for 2017 inngår opphold som er finansiert gjennom ISF (antall DRG-poeng).

Note 4 Kjøp av helsetjenester

	2017	2016
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	225 243 161	182 486 334
Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	14 338 654	22 651 803
Kjøp fra utlandet somatikk	548	976 571
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	18 377 773	3 132 188
Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	13 350 049	6 105 264
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	4 591 820	6 322 499
Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	24 316 321	28 711 350
Sum gjestepasientkostnader	300 218 326	250 386 009
Innleie av vikarer	101 710 122	56 114 265
Kjøp av ambulansetjenester	21 036 028	21 041 947
Andre kjøp av helsetjenester	526 139	373 053
Sum kjøp av helsetjenester	423 490 615	327 915 274

Reduserte kostnader vedrørende kjøp av helsetjenester i 2017 sammenlignet med 2016 har samme

Note 5 Varer

Varelager	31.12.2017	31.12.2016
Sum lager til videresalg	0	0
Varelager til eget bruk	76 800 964	96 075 089
Sum varebeholdning	76 800 964	96 075 089
Kostpris	76 800 964	96 075 089
Nedskrivning for verdifall	0	0
Bokført verdi 31.12	76 800 964	96 075 089

Varekostnad	2017	2016
Legemidler	290 514 643	316 876 012
Medisinske forbruksvarer	363 944 032	393 994 399
Andre varekostnader til eget forbruk	65 213 405	80 846 731
Innkjøpte varer for videresalg	17 019 300	19 747 479
Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer	-	-
Sum varekostnad	736 691 379	811 464 621

Reduserte varekostnader i 2017 sammenlignet med 2016 har sammenheng med innføring av nøytral merverdiavgift, jf note 25

Note 6 Lønn og andre godtgjørelser

	2017	2016
Lønninger	3 688 585 518	3 533 776 602
Arbeidsgiveravgift	274 201 102	258 946 229
Pensjonskostnader inkl arb avgift	699 758 500	747 034 559
Andre ytelser	56 427 469	67 631 774
Balanseført lønn egne ansatte	-6 823 830	-6 422 725
Sum lønn- og personalkostnader	4 712 148 758	4 600 966 438

Balanseført lønn egne ansatte omfatter lønnskostnader knyttet til investeringene: Nye UNN Narvik, A-fløya og PET-senteret

Gjennomsnittlig antall ansatte	8 260	8 210
Gjennomsnittlig antall årsverk	6 575	6 386

Lønn til administrerende direktør (i 1 000 kroner)

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode
Ingebrigtsen, Tor	Adm. direktør	1 919	173	5	2 097	1.1-31.12	1.1-31.12

Administrerende direktør Tor Ingebrigtsen har en fratredelsespensjon hvor han ved fratredelse enten kan gå over i en rådgiverstilling frem til oppnådde pensjonaldalder, eller velge å gå over i en annen stilling som professor ved UiT etter nærmere avtale med universitetet. Ved fratredelse og overgang til ny stilling som rådgiver eller professor skal lønnen være 85 % av lønnen på fratredelsestidspunktet. Dersom administrerende direktør ikke benytter seg av fratredelsespensjonen nevnt over er han berettiget til sluttvederlag tilsvarende avtalt lønn i 12 måneder. Administrerende direktør har opparbeidet rett til 4 måneders lønnet studiepermisjon.

Administrerende direktør ved UNN i 2017 fratradte sin stilling 9. februar 2018. Fra samme dato ble Marit Lind konstituert som administrerende direktør ved UNN. Lind har ingen sluttavtale, men har rett på å opptjene studiepermisjon.

Lønn til ledende personell (i 1 000 kroner)

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode
Lind, Marit	Viseadm. direktør	1 748	287	0,8	2 036	1.1-31.12	1.1-31.12
Bertheussen, Gøril	Senterleder	1 276	410	0,8	1 687	1.1-31.12	1.1-31.12
Bugge, Einar	Senterleder	1 703	185	0,8	1 889	1.1-31.12	1.1-31.12
Johansen, Gina Marie	Senterleder	1 251	280	5,2	1 537	1.1-31.12	1.1-31.12
Skrøvseth, Stein Olav	Senterleder	1 014	194	5,2	1 213	1.1-31.12	1.1-31.12
Mathisen, Jon Henrik	Klinikkssjef	1 202	187	5,2	1 395	1.1-31.12	1.1-31.12
Røslie, Lars	Klinikkssjef	398	120	2,5	521	1.1-30.06	1.1-31.12
Gullhav, Elin	Klinikkssjef	1 372	210	0,8	1 583	1.1-31.12	1.1-31.12
Andersen, Gry	Klinikkssjef	1 470	210	0,8	1 680	1.1-31.12	1.1-31.12
Myreng, Kate	Klinikkssjef	406	135	2,5	544	1.1-30.06	1.1-31.12
Bartnes, Kristian	Klinikkssjef	1 696	183	5,2	1 884	1.1-31.12	1.1-31.12
Revhaug, Arthur	Klinikkssjef	934	oppsatt	0,8	934	1.1-31.12	1.1-31.12
Andersen, Grethe	Klinikkssjef	359	233	1,6	594	15.9-31.12	1.1-31.12
Rumpsfeld, Markus	Klinikkssjef	1 621	192	5,2	1 818	1.1-31.12	1.1-31.12
Nordvåg, Bjørn-Yngvar	Klinikkssjef	1 763	314	0,8	2 078	1.1-31.12	1.1-31.12
Hansen, Eva-Hanne	Klinikkssjef	1 492	308	0,8	1 801	1.1-31.12	1.1-31.12
Nerskogen, Birgith J	Klinikkssjef	479	139	2,2	620	1.7-31.12	1.1-31.12
Hald, Magnus	Klinikkssjef	1 598	187	5,2	1 790	1.1-31.12	1.1-31.12

Styrehonorar	2017	2016
Samlet honorar til styrets medlemmer	1 422 000	1 275 000
Honorar til styreleder	172 200	172 200

Godtgjørelse til styrets medlemmer:

Navn	Tittel	Styrehonorar	Lønn	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
							Honorar/ lønn	Andre godtgj.
Andreassen Jorhill	Styreleder	172	0		172	01.01-31.12		
Espeland Erling	Nestleder	114	0		114	01.01-31.12		
Utgård Rolf Øivind	Styremedlem	105	0		105	01.01-31.12		
Mikalsen Eivind	Styremedlem	105	0		105	01.01-31.12		
Markusson Kjersti	Styremedlem	105	0		105	01.01-31.12		
Bjerke Helga Marie	Styremedlem	105	0		105	01.01-31.12		
Skjelvik Tove	Styremedlem	105	0		105	01.01-31.12	898	
Nedrejord Jan Terje	Styremedlem	105	0		105	01.01-31.12		
Ansatterep. Styre								
Pettersen Jan E	Styremedlem	105	500		605	01.01-31.12		
Johnsen Marianne	Styremedlem	69	468		537	04.05-31.12		
Dahl Per Erling	Styremedlem	174	1 630		1 804	01.01-31.12		
Haukland Vibeke	Styremedlem	69	580		649	04.05-31.12		
Varam. Ansatterep.								
Moe Rune	Ansatterep	35	532		567	01.01-30.04		
Martinsen Mai Britt	Ansatterep	39	593		632	01.01-30.04		
Frøyum Rigmor	Ansatterep	8	518		526	01.01-31.12		
Mathisen Ulla Dorte	Ansatterep	4	1 432		1 436	01.01-31.12		
Sum		1 422						

Revisjonshonorar

	2017	2016
Lovpålagt revisjon	240 000	50 710
Utvidet revisjon	105 475	118 840
Andre attestasjonstjenester	116 075	48 845
Skatte- og avgiftsrådgivning		-
Andre tjenester utenfor revisjon	-	436 637
Sum honorarer	461 550	655 032
Honorar til revisor i henhold til inngått avtale	240 000	220 000

Revisjonshonorar er eksklusiv merverdiavgift

Revisjonshonorar for 2016 inklusiv merverdiavgift utgjør 818 790

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

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

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2017

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør er behandlet og fastsatt av styret 3.5.2017 i styresak 43/2017, og gjaldt lønnsoppgjør 2017. Administrerende direktør har en arbeidsavtale, gjeldende fra 2005 (fornytt i sak 33/2012) samt egen instruks vedtatt i sak 19/2012.

Administrerende direktør ved UNN i 2017 fratradte sin stilling 9. februar 2018. Fra samme dato ble Marit Lind konstituert som administrerende direktør ved UNN. Lind har ingen sluttavtale, men har rett på å opptjene studiepermisjon.

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

Lønnsutvikling for ledergruppen

Lønn for administrerende direktør ble justert for 2017, og effektivert i 2017. Lønningene til ledergruppens medlemmer ble justert for 2017, og effektivert i 2018:

Klinikk	Stilling	Fra kr	Til kr	Endring
Direktøren Tor Ingebrigtsen	Adm. direktør	1 856 000	1 900 544	2,4 %
Direktøren Marit Lind	Viseadm. direktør	1 713 240	1 750 000	2,1 %
Stabssenteret Gøril Bertheussen	Senterleder	1 257 400	1 300 000	3,4 %
Fag- og forskningscenteret Einar Bugge	Senterleder	1 670 000	1 695 000	1,5 %
Drifts- og eiendomssenteret Gina Marie Johansen	Senterleder	1 221 411	1 266 827	3,7 %
Nasj. Senter for e-helseforskning Stein Olav Skrøvseth	Senterleder	1 000 000	1 024 000	2,4 %
Akuttmedisinsk klinikk Jon Henrik Mathisen,	Klinikkssjef	1 171 183	1 214 599	3,7 %
Akuttmedisinsk klinikk Lars Røslie	Klinikkssjef*	950 000	950 000	0,0 %
Barne- og ungdomsklinikken Elin Gullhav	Klinikkssjef	1 338 750	1 386 166	3,5 %
Diagnostisk klinikk Gry Andersen	Klinikkssjef	1 436 450	1 482 866	3,2 %
Diagnostisk klinikk Kate Myreng	Klinikkssjef*	1 000 000	1 025 000	2,5 %
Hjerte- lungeklinikken Kristian Bartnes	Klinikkssjef	1 668 200	1 693 616	1,5 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken Arthur Revhaug	Klinikkssjef'	929 196	950 612	2,3 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken Grethe Andersen	Klinikkssjef*	1 220 000	1 220 000	0,0 %
Medisinsk klinikk Markus Rumpfeld	Klinikkssjef	1 598 323	1 620 739	1,4 %
Nor klinikken Bjørn-Yngvar Nordvåg	Klinikkssjef	1 575 500	1 600 000	1,6 %
Operasjons- og intensivklinikken Eva-Hanne Hansen	Klinikkssjef	1 462 800	1 505 216	2,9 %
Operasjons- og intensivklinikken Birgith J Nerskogen	Klinikkssjef*	1 000 000	1 000 000	0,0 %
Psykisk helse- og rusklinikken Magnus Hald	Klinikkssjef	1 596 178	1 620 000	1,5 %

Klinikkssjef* = Ikke i stillingen 2016

Klinikkssjef' = lønn regnet i 20% stilling

Lønnsjusteringen til adm. direktør gjelder fra 1.1.2016. Lønnsjusteringen til ledergruppens medlemmer ble justert fra 1.6.2017

Retningslinjer for 2018

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

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

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

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

Naturalytelser

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

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

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

Pensjonsordning

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

Sluttvederlag

Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

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

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn

ST 43/2017 Justering av direktørens lønn

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 3.5.2017

Saken ble behandlet i lukket møte med henvisning til Offl. § 13. første avsnitt jf. Fvl. § 13.1.

Saken ble lagt frem uten innstilling til vedtak.

Styret gjorde følgende enstemmige vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF oppjusterer direktørens lønn med kr. 44 544 (2,4 %) til kr. 1 900 544,-.

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

Note 7 Pensjon

Pensjonsforpliktelse	31.12.2017	31.12.2016
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	12 683 427 069	11 788 384 070
Pensjonsmidler	10 622 943 704	9 901 275 251
Netto pensjonsforpliktelse	2 060 483 365	1 887 108 819
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	146 294 320	133 984 726
Ikke resultatført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-2 279 729 041	-2 455 723 736
Netto balanseført forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-72 951 356	-434 630 191
herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	-	-
herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	-72 951 356	-434 630 191

Spesifikasjon av pensjonskostnad	2017	2016
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	557 562 888	504 048 159
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	317 774 999	303 752 515
Årets brutto pensjonskostnad	875 337 887	807 800 674
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-357 008 848	-296 162 582
Administrasjonskostnader	35 514 317	33 196 381
Netto pensjonskostnad inkl. adm. kost	553 843 356	544 834 473
Aga netto pensjonskostnad inkl. adm.kost	39 322 879	38 683 247
Resultatført aktuariat tap (gevinst)	94 573 763	119 001 247
Resultatført aga av aktuariat tap (gevinst)	10 716 809	12 085 954
Resultatført planendring		30 263 450
Resultatført andel aktuariat tap (gevinst) v/avk.		
Resultatført andel av nettoforpliktelse v/avk.		
Ekstraordinære kostnader		
Årets netto pensjonskostnad	698 456 807	744 868 371
Andre pensjonskostnader	1 301 692,33	2 166 188
Sum pensjonskostnader	699 758 499	747 034 559

Spesifikasjon av premiefond	2017	2016
Saldo pr 1.1	613 562 335	452 608 536
Tilført premiefond	145 356 687	160 953 799
Uttak fra premiefond	-340 000 010	
Saldo pr 31.12	418 919 012	613 562 335

Økonomiske forutsetninger	2017	2016
Diskonteringsrente	2,40 %	2,60 %
Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,10 %	3,60 %
Årlig lønnsregulering	2,50 %	2,50 %
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,25 %	2,25 %
Pensjonsregulering	1,48 %	1,48 %
Antall aktive personer med i ordningen	6 765	6 587
Antall oppsatte personer med i ordningen	10 711	10 331
Antall pensjoner med i ordningen	4 685	4 348

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

Ytelsesbaserte pensjonsordninger

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

Opptjeningstiden for full alderspensjon er 30 år. Sammen med folketryden gir full opptjening en alderspensjon på omkring 66 % av sluttlønn. Det opptjenes ikke pensjon for lønn over 12 G (folketrygdens grunnbeløp), det vil si at det er et tak på 12 G.

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

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

Demografiske forutsetninger	31.12.2017	31.12.2016
Anvendt dødelighetstabell	K 2013 BE	K 2013 BE
Forventet uttakshyppighet AFP	15-45 %	15-45 %

Frivillig avgang for Sykepleiere (i %)

Alder (i år)	< 20	20-23	24-25	26-30	31-45	46-50	>50
Sykepleiere	25	15	10	6	4	3	0

Fradrage gjøres for hvert av årene i aldersgruppen

Frivillig avgang for Sykehusleger og Fellesordning (i %)

Alder (i år)	<24	24-29	30-39	40-50	51-55	>55
Sykehusleger og fellesordningen	25	15	7,5	5	3	0

AFP-førtidspensjoner

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

Kort om ikke resultatførte estimatavvik

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

Note 8 Andre driftskostnader

	2017	2016
Transport av pasienter	186 301 175	201 290 694
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og brensel	144 011 214	152 138 504
Kjøp og leie av utstyr, maskiner mv.	72 105 042	105 765 910
Reparasjon, vedlikehold og service	122 029 826	157 675 844
Konsulenttjenester	27 076 257	28 468 925
Annen ekstern tjeneste	369 218 844	366 009 803
Kontor- og kommunikasjonskostnader	36 690 223	41 522 550
Kostnader forbundet med transportmidler	11 185 345	11 893 384
Reisekostnader	64 917 967	66 698 799
Forsikringskostnader	3 027 625	2 867 245
Pasientskadeerstatning	2 894 612	2 559 396
Øvrige driftskostnader	39 243 417	58 731 698
Sum	1 078 701 547	1 195 622 752

Reduserte driftskostnader i 2017 sammenlignet med 2016 har sammenheng med innføring av nøytral merverdiavgift, jf note 25.

Note 9 Finansposter

	2017	2016
Konserntinterne renteinntekter	9 997 013	21 531 285
Andre finansinntekter	281	12 348
Sum finansinntekter	9 997 294	21 543 633

	2017	2016
Konserntinterne rentekostnader	4 574 042	3 497 100
Andre rentekostnader	-4 581 075	-3 482 296
Andre finanskostnader	905 309	284 710
Sum	898 276	299 514

Note 10 Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Immaterielle eiendeler

	Lisenser og programvare	Sum
Anskaffelseskost 1.1	41 738 125	41 738 125
Tilgang	566 950	566 950
Tilgang virksomhetsoverdragelse	-	-
Avgang	-	-
Fra anlegg under utførelse til....	-	-
Anskaffelseskost 31.12	42 305 075	42 305 075
Akk avskrivninger 31.12	31 501 872	31 501 872
Akk nedskrivninger 31.12	-	-
Balansført verdi 31.12	10 803 203	10 803 203
Årets ordinære avskrivninger	3 591 241	3 591 241
Årets nedskrivninger	-	-
Årets balansførte lånekostnader		
Levetid		5 år
Avskrivningsplan	lineær	lineær

Varige driftsmidler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1	504 120 466	4 417 776 191	1 295 717 098	978 513 899	263 582 208	7 459 709 863
Tilgang			762 493 261	67 131 252	35 602 144	865 226 658
Tilgang virksomhetsoverdragelse			53 785 000			53 785 000
Avgang				5 479 382	14 959 998	20 439 380
Fra anlegg under utførelse til....		10 615 291	(10 615 291)			-
Anskaffelseskost 31.12	504 120 466	4 428 391 482	2 101 380 068	1 040 165 770	284 224 354	8 358 282 141
Akk avskrivninger 31.12	45 916 769	2 339 558 625	3 400 988	630 190 263	187 336 525	3 206 403 170
Akk nedskrivninger 31.12	5 899 526	9 464 179				15 363 705
Balansført verdi 31.12	452 304 172	2 079 368 679	2 097 979 080	409 975 507	96 887 829	5 136 515 266
Årets ordinære avskrivninger	1 072 100	96 291 910	3 400 989	77 810 457	23 958 061	202 533 516
Årets nedskrivninger						-
Årets balansførte lånekostnader			4 574 042			4 574 042
Levetider		Dekomponert 10-60 år		3-15 år	3-15 år	
Avskrivningsplan	lineær	lineær		lineær	lineær	

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har finansiell leasingavtale med COBO AS vedrørende kontoretasjer PET-senteret. Bygget er under oppføring og leasingavtale ikke balansført per 31.12.2017.

Leieavtaler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transport-midler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp		46 433 095	494 824	3 813 724
Variighet		Løpende	Løpende	Løpende

For store deler av gruppene "tomter og boliger" og "bygninger" er det løpende kontrakter som gjelder til de blir sagt opp.

Langsiktige byggeprosjekter

Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2017 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Akkumulert regnskap pr 31.12.17	Akkumulert regnskap pr 31.12.16	Total kostnadsramme	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt for ferdigstillelse
Ny A-fløy	1 270,97 mill	775,06 mill	1596mill	1560 mill	2019
PET-senter	462,82 mill	193,00 mill	567mill	607 mill	2018
Nye UNN Narvik	20,67 mill	2,93 mill	2270 - 2680 mill		2022
Sum	1 754 mill	970,99 mill	4 433 - 4 843 mill	2 167 mill	

Note 11 Eierandeler i datterforetak, fellesk. virksomhet og tilknyttet selskap

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

Note 12 Investeringer i aksjer og andeler

	31.12.2017	31.12.2016
Norinnova Technology Transfer AS	662 480	662 481
Egenkapitalinnskudd KLP	266 363 104	238 223 888
Sum	267 025 584	238 886 369

Egenkapitalinnskudd KLP

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

Note 13 Kundefordringer og andre fordringer

	31.12.2017	31.12.2016
Kundefordringer	170 235 209	177 736 934
Påløpne inntekter	4 629 807	3 624 815
Andre kortsiktige fordringer	67 107 656	63 994 983
Sum	241 972 672	245 356 732

Aldersfordeling kundefordringer	31.12.2017	31.12.2016
Ikke forfalte fordringer	154 797 502	169 661 082
Forfalte fordringer 1-30 dager	3 343 608	2 227 334
Forfalte fordringer 30-60 dager	1 703 519	5 186 365
Forfalte fordringer 60-90 dager	4 371 127	682 594
Forfalte fordringer over 90 dager	6 019 453	-20 441
Kundefordringer pålydende pr. 31.12.	170 235 209	177 736 934

	31.12.2017	31.12.2016
Avsetning for tap på fordringer pr. 1.1.	6 070 000	4 330 000
Årets avsetning til tap på krav	3 946 534	2 334 578
Reverserte tidligere avsetninger	1 646 534	594 578
Avsetning for tap på fordringer pr. 31.12.	8 370 000	6 070 000

	31.12.2017	31.12.2016
Årets konstaterte tap	8 357 097	4 667 878

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med kr 10 657 098 i 2017. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

UNN HF har ingen fordringer med forfall senere enn ett år

Note 14 Kontanter og bankinnskudd

	31.12.2017	31.12.2016
Skattetrekksmidler	171 123 934	163 939 260
Andre bundne konti		2 391
Sum bunde kontanter og bankinnskudd	171 123 934	163 941 651
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	287 081	230 654
Sum kontanter og bankinnskudd	171 411 015	164 172 305

Note 15 Egenkapital

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egen-kapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egen- kapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2016	100 000	4 531 253 844	-	-213 287 316	4 318 066 528
Årets resultat				54 004 231	54 004 231
Egenkapital 31.12.2017	100 000	4 531 253 844	-	-159 283 085	4 372 070 759

Note 16 Avsetninger for forpliktelser

	31.12.2017	31.12.2016
Tariffestet utdanningspermisjon	-176 839 000	-187 761 874
Investeringsstilskudd	-14 302 499	-16 338 306
Avsetning til egenandeler vedrørende pasientskadeerstatning	-5 500 000	-5 500 000
Andre avsetninger for forpliktelser	-4 639 555	-4 897 702
Sum avsetning for forpliktelser	-201 281 054	-214 497 882
Antall ansatte som er omfattet av ordningen med tariffestet utdanningspermisjon	546	608
Uttakstilbøyelighet	100 %	100 %

Note 17 Gjeld og obligasjoner

Annen kortsiktig gjeld består av:

	31.12.2017	31.12.2016
Leverandørgjeld	428 357 335	350 652 316
Påløpt lønn	123 059 150	139 324 862
Feriepenger	425 882 631	406 883 292
Påløpte kostnader	68 992 029	83 978 811
Annen kortsiktig gjeld	129 639 925	120 646 268
Sum annen kortsiktig gjeld	1 175 931 070	1 101 485 549

	31.12.2017	31.12.2016
Gjeld til Helse Nord RHF	945 000 000	340 000 000
Sum langsiktig gjeld	945 000 000	340 000 000
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	945 000 000	340 000 000

Gjeld som forfaller til betaling mer enn fem år etter regnskapsårets slutt:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har tatt opp lån til finansiering av investeringer hos Helse Nord RHF.

Pr 31.12.2017 er det tatt opp lån på kr 945 000 000. Nedbetalingstiden er 25 år (til 31.12.2043)

Avdragsprofil:

Låneopptak	Pr 31.12.17	2018	2019	2020	2021	2022 -
PET-senteret	370 000 000	-	14 800 000	14 800 000	14 800 000	325 600 000
A-Fløy	575 000 000	-	23 000 000	23 000 000	23 000 000	506 000 000
Sum	945 000 000	-	37 800 000	37 800 000	37 800 000	831 600 000

Note 18 Mellomværende med selskap i samme foretaksgruppe

Kortsiktige fordringer	31.12.2017	31.12.2016
Helse Nord RHF	1 018 110 128	665 232 020
Finnmarkssykehuset HF	9 477 604	5 535 251
Nordlandssykehuset HF	6 687 477	9 098 253
Helgelandssykehuset HF	3 190 537	2 670 587
Sykehusapotek Nord HF	187 031	781 468
Helse Nord IKT HF	775 225	30 104 641
Sum	1 038 428 003	713 422 220

Kortsiktig gjeld	31.12.2017	31.12.2016
Helse Nord RHF	112 307 665	98 400 667
Finnmarkssykehuset HF	124 258	170 158
Nordlandssykehuset HF	922 528	1 646 591
Helgelandssykehuset HF	41 412	1 391 192
Sykehusapotek Nord HF	17 576 741	15 647 964
Helse Nord IKT HF	-3 355 787	2 012 051
Sum	127 616 817	119 268 624

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

Note 19 Nærstående parter

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

Ytelser til ledende ansatte er omtalt i note 6, og mellomværende med konsernselskaper er omtalt i note 17 og 18.

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

Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Nord-Norge og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Nord-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Foretakets kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 300,2 mill kroner i 2017 mot 250,4 mill kroner i 2016, tilsvarende salg utgjorde 38,7 mill kroner i 2017 mot 33,9 mill kroner i 2016. Det vesentligste av gjestepasientoppjøret er basert av avtalte beregningsmåter for prising.

Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen Helse Nord er Helse Nord RHF's overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i 2017 kjøpt varer og tjenester for 301,6 mill. kr. hos Helse Nord RHF og for 208,5 mill. kr. hos Sykehusapotek Nord HF. Fra regionalt helseforetak har UNN hovedsaklig kjøpt IKT-tjenester. Fra Sykehusapoteket har UNN hovedsaklig kjøpt legemidler.

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

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

Note 20 Universitetet og høyskolers rettigheter til arealer i helseforetak

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

Note 21 Garantforpliktelser

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

Note 22 Sammenslåtte poster i kontantstrømoppstillingen

	2017	2016
Endring i varelager	19 274 125	-5 881 314
Endring i fordring på selskap i samme konsern	-325 005 783	6 912 322
Endring i kundefordringer	7 501 725	-126 811 526
Endring i øvrige fordringer	-4 117 665	-4 312 559
Sum endring i omløpsmidler	-302 347 598	-130 093 077
Endring i leverandørgjeld	77 705 019	175 571 381
Endring i skyldige offentlige avgifter	-39 831 984	19 813 553
Endring i kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	8 348 194	7 787 039
Endring i annen kortsiktig gjeld	-5 295 303	33 273 420
Sum endring i kortsiktig gjeld	40 925 925	236 445 392

Note 23 Forskning og utvikling

	2017	2016
Øremerkede tilskudd fra eier til forskning	46 927 168	55 673 801
Andre inntekter til forskning	24 827 965	45 350 388
Basisramme til forskning	149 914 451	106 357 231
Sum inntekter til forskning	221 669 584	207 381 420
Andre inntekter til utvikling	0	0
Basisramme til utvikling	18 200 167	29 911 076
Sum inntekter til utvikling	18 200 167	29 911 076
Sum inntekter til forskning og utvikling	239 869 751	237 292 496

	2017	2016
Kostnader til forskning - somatikk	209 291 367	197 164 600
Kostnader til forskning - psykisk helsevern	10 855 012	6 910 047
Kostnader til forskning - TSB	1 523 205	3 306 773
Kostnader til forskning - annet	0	0
Sum kostnader til forskning	221 669 584	207 381 420
Kostnader til utvikling - somatikk	14 067 943	24 159 665
Kostnader til utvikling - psykisk helsevern	2 987 897	3 220 790
Kostnader til utvikling - TSB	1 144 327	2 530 621
Kostnader til utvikling - annet	0	0
Sum kostnader til utvikling	18 200 167	29 911 076
Sum kostnader til forskning og utvikling	239 869 751	237 292 496

	2017	2016
Antall avlagte doktorgrader	16	14
Antall publiserte artikler	333	292
Antall årsverk forskning	194	188
Antall årsverk utvikling	16	27

Nivået på kostnadene er endret i 2017 sammenlignet med 2016 pga innføring av nøytral merverdiavgift. Det vises for øvrig til note 25.

Note 24 Skatt

UNN HF driver ikke skattepliktig virksomhet

Note 25 Nøytral merverdiavgift – ny finansieringsordning for helseforetakene

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) for Helse- og omsorgsdepartementet er det fra 1. januar 2017 innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Innføringen innebærer at helseforetakene får kompensert merverdiavgiftsutgifter på en rekke varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten. Ordningen skal være budsjettneutryl for staten i innføringsåret. Dette innebærer at basisbevilgningen til de regionale helseforetakene er redusert tilsvarende det som forventes å bli refusjonsomfanget for helseregionene sett under ett. Inntektsreduksjonen er fordelt mellom helseregionene i tråd med ordinær inntektsfordelingsmodell. For Universitetssykehuset Nord-Norge HF innebærer dette at basisrammen for 2017 er redusert med 331 mill. kroner. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har for 2017 mottatt 318 mill. kroner i merverdiavgiftskompensasjon. I dette beløpet inngår også merverdiavgiftskompensasjon gitt iht. overgangsreglene vedrørende behandling av forskuddsbetalte kostnader og varebeholdning 1.1.2017.

Den endrede finansieringsordningen er ikke å anse som en prinsippendring og endrede sammenlikningstall er derfor ikke presentert i foretakets regnskap.

	UNN HF	
	Faktisk kostnad 2017	Kompensert merverdiavgift
Kjøp av helsetjenester	423 490 615	2 518 671
Varekostnad	736 691 379	183 727 854
Lønn og annen personalkostnad	4 712 148 758	3 269 634
Ordinær avskrivning	206 124 757	-
Nedskrivning		-
Annen driftskostnad	1 078 701 547	106 628 967,61
Sum driftskostnader	7 157 157 056	296 145 127

Tallkolonne viser refusjonsberettiget merverdiavgift for kostnader i regnskapsåret 2017. Kompensert merverdiavgift for innkjøpte varer og andre utgifter som er balanseført inngår ikke i denne oppstillingen.

ÅRSBERETNING 2017 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF

1. Opplysninger om arten av virksomheten og hvor virksomheten drives

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

UNN hadde i 2017 lokalsykehusfunksjon for 30 kommuner i Nordland, Troms og på Svalbard. Størstedelen av somatisk virksomhet og psykisk helsevern var i 2017 lokalisert til Tromsø, Harstad og Narvik. I tillegg er det etablert tre distriktsmedisinske sentre (Nordreisa, Bardu og Finnsnes) og sju distriktpsikiatriske sentre (Narvik, Harstad, Sjøvegan, Silsand, Tromsø, Storsteinnes og Storslett) i UNNs opptaksområde.

2. Redegjørelse for forutsetningen om fortsatt drift

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

3. Virksomheten i 2017

Styrets hovedstrategier for virksomheten i 2017 var å sikre en økonomisk utvikling som grunnlag for bedre pasientforløp, i tillegg til økt kvalitet, styrking av forskningens omfang og posisjon, samt helseforetakets fornyelse av medisinteknisk utstyr.

4. Pasientbehandling i helseforetaksgruppen

I styrets beretning til RHF har vi med korte beskrivelser til følgende områder:

- Somatisk virksomhet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet var i 2017 høyere enn plan (+5,9 %). I alt hadde somatisk virksomhet 316.112 pasientkontakter. Høy poliklinisk aktivitet med 267.303 kontakter (7 % over plan) er årsaken til dette. Antall døgnopphold (+0,2 %) og innlagte dagopphold (+1,1 %) er også noe høyere enn plan, mens polikliniske dagbehandlinger er under plan (-12,7%). DRG-aktiviteten er noe under til plan for 2017 (-2,6%).

Det er også i 2017 fokusert på omstillinger, pasientstrømmer, pasientsikkerhet og kvalitet i virksomheten. Det er ikke gjennomført store organisatoriske endringer i klinikkene. Standardiserte kreftpakkeforløp med krav til behandlingstider er godt implementert, og arbeidet med å implementere tiltakene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogramet har hatt stort fokus.

- Antall røntgenundersøkelser (-2,2%) er omtrent i tråd med plan, mens laboratorieanalyser (19,1 %) er vesentlig høyere enn plan. Økningen i laboratorieanalyser skyldes at fra medio februar så er pasient nær analysering (blodgass) i Tromsø koblet til og telles inn i analyseoversikten.

- Rusbehandling

Tilbudet innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har i 2017 vært ivaretatt av Psykisk helse- og rusklinikken gjennom virksomheter i Tromsø (Russeksjon Tromsø bestående av Ruspoliklinikken, Avrusing, Rusbehandling restart og Rusbehandling ung)

og i Narvik (Russeksjon Narvik bestående av *Avrusning* og *Døgn*). Kapasiteten er regional for Helse Nord RHF. Det er etablert polikliniske rusteam ved Sentrene for psykisk helse og rusbehandling.

- Psykisk helse

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

Psykisk helse- og rusklinikken ivaretar UNNs samlede tilbud innenfor psykisk helsevern for voksne. Innenfor psykisk helsevern for voksne omfatter virksomheten p.t. 6 poliklinikker, 6 ambulante team og 15 døgnbaserte enheter. Regionalt medikamentfritt behandlingstilbud ble etablert høsten 2016 med pasientinntak fra januar måned 2017.

- Ventetid

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling i UNN i løpet av 2017 var 56 dager, som er under nasjonalt måltall. Dette er en nedgang på 9 dager sammenlignet med 2016. Nedgangen skyldes i stor grad at UNN har arbeidet systematisk med å avvikle alle langtidsventende, og nå har under 35 pasienter som har ventet mer enn 12 måneder. Kontroll og oppfølging av ventelistene har vært et prioritert arbeid også i 2017. Antallet ventende er redusert med 435 (-4 %) sammenlignet med 2016.

Median ventetid ved UNN var 43 dager for alle ventende. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fortsatt står på venteliste ved utgangen av 2017 er 57 dager.

- Forskning og utvikling

UNN skal, sammen med UiT – Norges arktiske universitet og Helse Nord RHF som viktige samarbeidspartnere, drive forskning av høy internasjonal kvalitet og bredde, inkludert biomedisinsk og helsefaglig grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innenfor de fleste kliniske fagområder. Forskingen skal bidra til forskerutdanning og bedret diagnostikk og pasientbehandling.

Forskningen skal i hht gjeldende strategier styrkes med hensyn til kvalitet, fokus, akademiske og finansielle ressurser. I 2017 er det gjort flere tiltak for å styrke omfang og kvalitet i forskningen:

- Videreutvikling av forskningsinfrastruktur gjennom deltagelse i nasjonale nettverk: NorCRIN, Nettverk for eksternt finansiering av forskning og Nasjonalt arbeidsgruppe for innføring av HRCS registrering i HF
- Kontinuerlig forbedring av kurstilbud/kompetanseheving til forskere i regionen. Nytt kurs «Systematiske oversiktsartikler» er blitt godkjent som phd-kurs
- Som ledd i oppfølging av Husebekk-utvalgets rapport, er det i samarbeid med Helsefak, planlagt og arrangert seminar om samarbeidsutfordringer knyttet til helseforskning mellom helse- og universitetslektorer. Det er utarbeidet mulige løsningsforslag
- Forbedring av saksbehandlingsrutiner for mottak av søknader om forskningsbistand som nå er mer tilrettelagt for eksterne henvendelser
- Oppdatering av SOPer for kliniske legemiddelutprøvinger og forskningsrutiner
- Utarbeidet forslag for implementering av HelseNords Innovasjonsstrategi ved UNN
- Digitalisering, modernisering og sammenslåing av PVO-melderegister og Forskningsadministrativsystem
- Arrangert Nordisk workshop for brukermedvirkning

- Utvidet veiledningstilbud til forskere i regionen med rekruttering av ekstern finansiert statistikker i full stilling

For fortsatt å fremme forskning blant helsepersonell i UNN gir foretaket startstipend til ansatte i kliniske stillinger. Startstipendets størrelse er inntil 3 måneder, og gis til utarbeiding av søknad til forskningsprosjekt. Det kan være postdoktor-prosjekt, phd-prosjekt eller et større forskningsprosjekt. I 2017 ble det innvilget 8 stipend på totalt 845 000 kr.

Det var økende forskningsaktivitet ved UNN også i 2017:

År	2017	2016	2015	2014	2013
Antall vitenskapelige artikler (kilde CRISStin)	333*	297	341	298	283

*endelig tall er klart i april 2017

Antall doktorgrader utført ved helseforetaket i 2017 var 23, og doktorgradene utføres av kandidater med ulik utdanningsbakgrunn.

År	2017	2016	2015	2014	2013
Antall doktorgrader utført ved foretaket	23	13	23	23	27

5. Redegjørelse for årsregnskapet

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

De mest sentrale risiki og usikkerhetsfaktorer som foretaket står overfor er:

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

UNN vurderer likviditeten i foretaket som god.

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

UNN har ubenyttet trekkramme i konsernkontoordningen med Helse Nord RHF.

Kontantstrømmen i 2017 var positiv, jfr. kontantstrømoppstillingen og utviklingen fra 2016 er en økning i likviditeten på 266,2 mill kr.

UNN har per 31.12.2017 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 12,68 mrd kr. Netto pensjonsmidler er 2,06 mrd kr. I tråd med regnskapsloven og Norsk Regnskapsstandard er det per 31.12.2017 2,28 mrd kr i negative estimat- og planendringer som ikke er resultatført.

6. Økonomisk drift

UNN hadde i 2017 hatt følgende resultatmål:

	Resultat 2017	Styringsmål 2017	Resultat 2016
Over-/ underskudd	54,0	65,0	135,2
Resultatkrav fra RHF	40,0	40,0	40,0
Avvik fra eiers resultat mål	14,0	25,0	95,6

Avvik mot styringsmål fra Helse Nord RHF i 2017 var følgelig på 14,0 mill kr. Resultatet er 11,0 mill kr under UNN sitt interne resultatmål på 25,0 mill kr.

Driftsinntektene er 0,8 mill kr høyere enn budsjett. ISF – inntekter ble 14.3 mill kr lavere enn budsjett. Øvrige pasientrelaterede inntekter hadde et overskudd på 26.3 mill kr. Egenandeler med 11,0 mill kr og laboratorieinntekter med 16,8 mill kr hadde høyeste positive avvik.

Driftskostnadene er 13.2 mill lavere enn budsjett. Lønnsrelaterede kostnader inkludert innleie fra firma er pluss med 94,0 mill kr, Innleie av personell fra firma er 72,0 mill mer enn budsjett. Lønnsposter har et positivt avvik på 166,0 mill kr. Det interne overskuddskravet er utgjør 25,0 mill kr av dette da det ble budsjettert på en ubrukt lønnsart. Refusjoner og ubesatte stillinger har store positive avvik i forhold til budsjett.

Kjøp av helsetjenester fra offentlige og private 64,0 mill mer enn budsjett. Det er en økning i kjøp av slike tjenester med 19,2 % i forhold til 2016. Varekostnader tilknyttet pasientbehandling har et merforbruk i forhold til budsjett på 29,5 mill kr. Det er innen laboratorie- og røntgenrekvisita de største avvikene er.

Finansposter er 5,0 mill kr bedre enn budsjett som følge av god likviditet.

I 2017 ble det utviklet tiltak for 87,5 mill kr. Gjennomføringen var 52 %; 45,2 mill kr.

7. Investeringer

I 2017 har UNN investert 834,8 mill kr av en total investeringsramme på 1 377,8 mill kr. Underforbruket på kr 543,0 mill kr har sin årsak i noe senere framdrift i store byggeprosjekter og hvordan investeringsrammen er periodisert. A – fløya og PET – senteret er UNNs største investeringer også i 2017.

I medisinsk utstyr, prosjekter og rehabilitering er investeringsrammen for 2017 kr 298,3 mill kr. Bokførte investeringer er på 174,9 mill kr, og forpliktelser utgjør 137,3 mill kr. Det er ingen disponibel investeringsramme fra 2017 inn i 2018.

8. Arbeidsmiljø

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

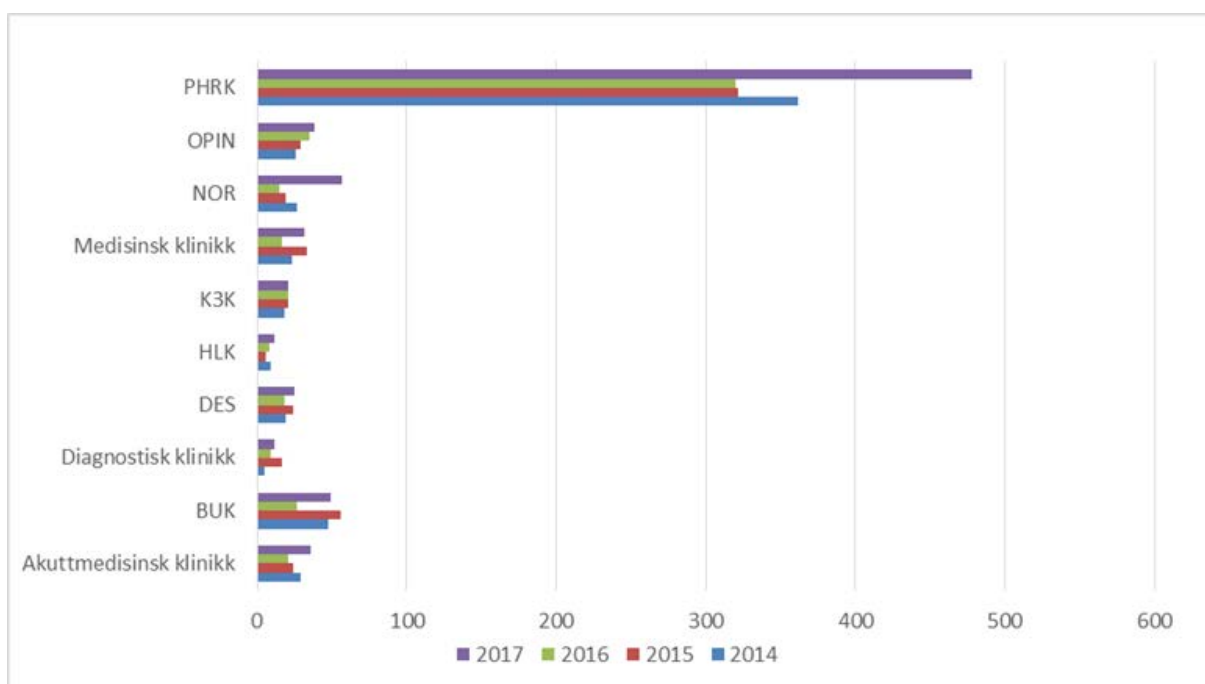
- Resultatene fra MU 2016 ble fulgt opp i 2017 med lokalt forbedringsarbeid og etablering av lokale handlingsplaner
- Det ble gitt grunnopplæring i hvordan lese MU-rapporten, hvordan bruke resultatene i forbedringsarbeid og hvordan etablere en handlingsplan. Rundt 250 ledere, tillitsvalgte og verneombud deltok på dette
- Oppfølgingen av MU 2016 var oppe til behandling 6 ganger i AMU i 2017 og AMU har vært ute i 6 enheter med særlig utfordringer
- På foretaksnivå ble tiltaksarbeidet fulgt opp i dialogmøtene med klinikkene ved at lokale handlingsplaner ble etterspurt
- Oppfølging av avtale om Inkluderende arbeidsliv med tilhørende mål og handlingsplan
- Det er i alt arrangert 7 IA-kurs for ledere og tillitsvalgte i UNN i 2017. Kursene omhandler IA-avtalen, helsefremmende og forbyggende arbeid samt IA-arbeid med sykefraværsoppfølging som hovedtema.
- Det er gjennomført risikovurdering av trusler og vold med påfølgende undervisning. Somatikken har økende fokus på denne faktoren da det er flere enheter i ulike

klinikker som har bestilt bistand til risikovurdering. På oppdrag fra AMU jobber en arbeidsgruppe med å utvikle gode verktøy for risikovurdering og overordnede prosedyrer for forebygging og håndtering av trusler og vold.

- UNN har egen bedriftshelsetjeneste som arrangerer kurs for nattarbeidere.
- Rådene fra prosjektgruppen «Tettere på» er videreført i IA-handlingsplan for 2017 der det blant annet er satt fokus på trusler og vold, oppfølging av gravide arbeidstakere og oppfølging av medarbeiderundersøkelsen. Det er også iverksatt et tiltak «Bli i jobb» for å få tettere og systematisk oppfølging av hyppige korttidsfravær. Dette vil være et langsiktig arbeid som videreføres i 2018/19.
- Kurs i arbeidstidsregler og årsaker til AML-brudd
- Tilgjengelige seniorpolitiske virkemidler med sikte på å redusere tidligpensjon og beholde kompetanse
- Videreføring av aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging
- Gjennomføring av utviklingssamtaler
- Flere andre kurs for ledere innen eksempelvis HMS, utviklingssamtaler og rekruttering
- Månedlige møter mellom direktør, stabssjef og personalsjef og FTV/HTV/FHVO

På grunn av en feil med rapporteringssystemet på sykefravær, er ikke kvalitetssikrede tall for sykefraværet i 2017 tilgjengelig i skrivende stund. Foreløpige tall tyder på at sykefraværet var omtrent på samme nivå som i 2016. I 2016 var gjennomsnittlig sykefravær 8,6 %.

Foretaket har etablert system for avviksrapporing på området helse- miljø og sikkerhet. Antall skader har økt i forhold til fjoråret. I Psykisk helse- og rusklinikken, som hovedsakelig rapporterer volds og trusselhendelser, har rapportert flest antall personskader i foretaket.



Foretaket hadde i 2017 gjennomsnittlig 6591 årsverk mot 6410 årsverk i 2016 – en økning på 2,8 %. Den viktigste årsaken til økningen er økt antall vikarer.

9. Likestilling

Styret i UNN består av 6 menn og 6 kvinner. I tillegg møter observatør fra brukerutvalget fast i styret.

Ledergruppen har i 2017 bestått av 7 menn og 7 kvinner. Av alle ansatte er 29,4 % menn, noe som er en svak økning fra 2016 (29,3 %). I forhold til andel ansatte er kvinner klart underrepresentert i lederstillinger på mellom- og toppnivå i helseforetakene. Likestilling er ett av satsningsområdene i overordnet personalpolitikk. I ledelsesutviklingstiltakene som gjennomføres er det lagt særlig vekt på rekruttering av kvinnelige deltakere.

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

10. Diskriminering og tilgjengelighet

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

11. Ytre miljø

UNN påvirker det ytre miljøet gjennom sin aktivitet gjennom sitt forbruk av energi, vann, varer, kjemikalier og transport, og vi genererer store avfallsmengder. Miljøregnskap vil bli publisert via nasjonalt regnskap for helseforetakene og klimapartnersamarbeidet. Gjennom systematisk arbeid og gode tiltak skal vi forbygge forurensning til luft, vann og jord.

UNN ble miljøsertifisert etter ISO 14001:2015 i juni 2017 og vil ha første oppfølgingsrevisjon i mai 2018. Som miljøsykehus skal UNN utøve sitt samfunnsansvar på en best mulig bærekraftig og miljøvennlig måte. I dette ligger også en forpliktelse til stadig forbedring av vår miljøstrategi.

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

De mest sentrale utfordringene som foretaket står overfor er etter styrets vurdering evnen til videreføre driften innen de økonomiske rammene, samtidig som en sikrer et godt tilbud med god kvalitet og tilgjengelighet til befolkningen. Nye og mer kostbare behandlingsmetoder/medikamenter og mangel på personell innen enkelte fag utfordrer helseforetakets økonomiske rammer i stadig større grad. Evnen til å gjennomføre nødvendige økonomiske omstillings-tiltak for å sikre driften er sentral for å sikre et godt tilbud.

UNN har gjennom systematisk omstillingsarbeid, omstruktureringer og omprioriteringer oppnådd økonomiske besparelser som har gitt handlingsrom til investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og bygg, samt vedlikehold av eksisterende bygg.

Hovedsatsningen framover for UNN vil være kontinuerlig forbedring, et skifte fra å ha hatt fokus på struktur- og organisatoriske endringer. Et gjennomgående og dyptgripende fokus på kontinuerlig forbedring vil gi UNN grunnlag for å møte de framtidige utfordringene. Dette forbedringsarbeidet forutsetter engasjement fra ledere og ansatte på alle nivå ved UNN. Målet med forbedringsarbeidet er økt kvalitet i pasientbehandlingen, bedre arbeidsmiljø og involvering og frigjøring av ressurser til prioriterte områder.

Samhandlingen med primærhelsetjenesten er god gjennom OSO og det arbeidet som har vært gjort med etablering og vedlikehold av avtaler inngått som følge av samhandlingsreformen.

UNN har hatt og vil ha en stor utfordring i forbindelse med rekruttering av kvalifisert personell. Dette gir seg spesielt utslag i mangel på spesialsykepleiere og spesialister innen enkelte fag, og for lokalsykehusene er dette ekstra merkbart. Mangel på personell vil for helsevesenet være en stor utfordring på kort – og lang sikt.

Den økonomiske utviklingen i 2017 har ikke vært like positivt som forventet og dette har gitt seg utslag i at en ikke nådde internt overskuddskrav. Det vil være mindre midler til å investere i medisinskteknisk utstyr i 2018 enn forutsatt som følge av dette.

13. Resultatdisponering

Styret foreslår følgende disponering av årsresultat:

Overført til annen egenkapital kr. 54 004 231

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

Tromsø, 25. april 2018

Ansgar Gabrielsen
styreleder

Helga Marie Bjerke
nestleder

Ann Sissel Faugstad
styremedlem

Eivind Mikalsen
styremedlem

Grethe Kristoffersen
styremedlem

Jan Eivind Pettersen
styremedlem

Johan Ailo Kalstad
styremedlem

Mariann Johnsen
styremedlem

Per-Erling Dahl
styremedlem

Sverre H. Evju
styremedlem

Thrina Loennechen
styremedlem

Vibeke Haukland
styremedlem

Marit Lind
konst. adm. direktør

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
27/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.-25.4.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Stig Bakken

Kvalitets- og virksomhetsrapport**Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2018 til orientering.
2. Styret godkjenner at det investeres i medisinteknisk utstyr for 7,0 mill kr som direktøren vurderer som nødvendig for å opprettholde normal drift.

Bakgrunn

Vedlagte kvalitets- og virksomhetsrapport for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for mars 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 konsernivå.

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 rapport som bakgrunn for etterfølgende vurdering.

I konsernbestemmelser for Investering i Helse Nord RHF fremkommer det at investeringsbeslutninger over 5,0 mill kr skal styrebehandles i helseforetaket. Konsernbestemmelsene vedlegges saken.

Medvirkning

Saken forelegges ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt brukerutvalgets arbeidsutvalg i et eget drøftings- og medvirkningsmøte 20.4.2018. Protokoll fra møtet vil følge som egen referatsak i styremøtet 25.4.2018.

Vurdering

Pasientsikkerhet, kvalitet, personal og økonomi

Oppholdstid i akuttmottaket for mars er på linje med foregående måneder, og like under måltallet på 90 %. De organisatoriske tiltakene som er iverksatt for å øke måloppnåelsen følges opp i ledergruppens tavlemøte ukentlig.

Antall fristbrudd ved utgangen av mars er fortsatt over måltallet. Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken og Nevro, ortopedi og rehabiliteringsklinikken har flest fristbrudd. En del av fristbruddene skyldes uforutsett kapasitetsbrist. Det er kontinuerlig fokus på langtidsplanlegging og eliminering av administrative feil ved håndtering av søknader.

I forhold til *Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid* oppnår UNN samlet sett målsettingen om 70 % innenfor normert tid, men det er fortsatt utfordringer å nå målet for noen forløp. Etter at den nye versjonen av det elektroniske pasientjournalssystemet Dips Arena ble tatt i bruk for kreftpakkeforløpene fra høsten 2017, har det vært problemer med å få ut egne rapporter på gjennomføring av pakkeforløpene, og dermed heller ikke mulig å følge dette godt opp i lederlinjen. Denne situasjonen vil sannsynligvis løses i løpet av inneværende måned. Det pågår arbeid med å bedre gjennomføringen av flere forløp.

Bruk av *tvang i psykisk helsevern for voksne* har samlet sett gått ikke ubetydelig ned de siste to månedene, mens bruk av den alvorligste tvangsformen, mekanisk tvang, er nokså uendret. Denne utviklingen må ses over lenger tid før vi kan si at det er en varig nedgang. Indikatorene følges godt opp i Psykisk helse- og rusklinikken, og arbeidet med å redusere tvangsbruken videreføres.

For *legemiddelsamstemming* er det ikke mulig å få ut data for gjennomføring på HF-nivå. Fra 1. april ble det innført nye regionale prosedyrer for samstemming av legemiddellister. Nevrologi-, hud- og revmatologiavdeling (NEHR) og Medisinsk avdeling i Narvik har vært pilotavdelinger, med god erfaring. De nye prosedyrene, ved bruk av medikamentmodulen i DIPS, er en forutsetning for den planlagte innføringen av elektronisk kurve. Det pågår et arbeid for å få data inn for legemiddelsamstemming inn i ledelsesinformasjonssystemet Helse Nord LIS. Dette vil muliggjøre oppfølging av indikatoren i ledergruppens ukentlige tavlemøter.

Gjennomsnittlig *antall korridorpasienter* per dag har økt litt de første månedene av året. Det er sannsynlig at det høye antall utskrivningsklare pasienter er en viktig årsak til dette. Majoriteten av de utskrivningsklare pasientene er som tidligere fra Tromsø kommune, og effekten av kommunenes helsehus er så langt ikke som forventet. UNN informerte Fylkesmannen om de store utfordringene med utskrivningsklare pasienter fra Tromsø kommune i eget brev før påske. Det er avholdt møte mellom Fylkesmannen, Tromsø kommune og UNN, og oppfølging pågår i dialog mellom kommunen og UNN.

Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i mars 2018 er på 8,6 %. Samme måned i 2017 var sykefraværet 9,0 %. Dette er en nedgang på 0,4 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 3,0 % som viser en økning på 0,1 prosentpoeng fra samme periode i fjor, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,1 % og viser en økning på 0,6 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 3,6 % som viser en reduksjon på 1,1 prosentpoeng.

I mars 2018 hadde 5 klinikker/sentra ett sykefravær under/på måltall.

AML-brudd

I mars 2018 var det 4772 varsel om brudd på AML i UNN. Dette er en reduksjon på 5,1 % i forhold til mars 2017. I klinikkene er reduksjonen størst i Barne- og ungdomsklinikken der antall varsel om brudd er gått ned med 64,5 % (220 brudd i mars 2017 og 78 brudd i mars 2018). Økningen er størst i Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken der antall varsel om brudd har økt med 69,2 % (454 brudd i mars 2017 og 768 brudd i mars 2018). 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 sentra.

Aktivitet

Aktiviteten øker innen rusområdet målt i pasientkontakter. Innen somatikk og psykisk helsevern går pasientkontakter ned i forhold til samme periode i 2017 og størst nedgang har somatikken. Liggedager innen somatikk og voksenpsykiatri går ned målt opp mot 2017, størst nedgang har somatikken. Det er en økning i røntgenundersøkelser med 11 % sett i fht. 2017, i forhold til plan er det lavere.

Laboratorieundersøkelsene øker, men økningen skyldes at vi fra februar 2017 teller blodgass som ikke ble gjort tidligere, slik at det ikke er sammenlignbart.

Nedgang i aktivitet i forhold til forrige år vurderes ikke som negativt, men som en ønsket utvikling. UNN ønsker å opprettholde aktivitet som gir helsegevinst og få ned det som ikke gir helsegevinst. Det er og fokus på å tilpasse aktiviteten til den økonomiske rammen.

Den gylne regel

Den gylne regel henviser til at det bør være høyere vekst innenfor psykisk helsevern og rus enn somatikk. To av indikatorene (månedsverk og konsultasjoner) oppfyller den gylne regel. Ventetid og økonomi er ikke i tråd med den gylne regel, og dette følges opp nærmere.

Økonomi

Budsjettmessig overskudd i mars ble 26,6 mill kr for UNN som helhet. I hele 2018 er overskuddet på 8,0 mill kr. så langt. RHFets krav til budsjettmål er + 40 mill kr, og budsjettavviket er dermed 2 mill kr under dette kravet. UNN har et internt overskuddskrav på ytterligere 60 mill kr, og en er 17,0 mill under dette kravet pr mars. Til tross for merforbruk tilsier prognosen at UNN vil klare RHF sitt overskuddskrav. For å klare UNNs eget budsjettmål må den økonomiske utviklingen snues raskt, og risikoen er økende for at dette ikke vil la seg gjennomføre.

Investering > 5 mill kr.

Ved UNN Narvik er et av de to skjelett/gjennomlysningsapparatene har svært begrenset bruksområde. Dette apparatet er kritisk til driften ved radiologisk avdeling og når dette bryter sammen vil det ha store konsekvenser for det lokale tilbudet om det ikke erstattes. Flytting av pasienter til Harstad / Tromsø er et alternativ, men som vil ha store økonomiske konsekvenser.

Det vil også gi uheldige pasientopplevelser gjennom å måtte bruke svært lang tid på reise / opphold andre steder.

I utstyrmøtet i mars ble dette apparatet prioritert innenfor de investeringsmidlene en har for 2018. Apparatets kostnad er på et nivå som gjør at denne ikke skal styrebehandles i Helse Nord RHF's styre. Det krever ingen økt bemanning og er faglig anbefalt, og har heller ingen omfordelingseffekter mellom HFene i regionen da dette erstatter et eksisterende apparat. Innkjøpet vil følge lover og forskrifter.

Direktøren vurderer det som riktig å prioritere dette innkjøpet.

Tromsø, 20.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg 1: Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2018

Vedlegg 2: Konsernbestemmelser investeringer



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	5
Pakkeforløp – kreftbehandling	5
Pasientsikkerhetsprogrammet	8
Ventelister	8
Ventetid	8
Fristbrudd	9
Korridorpasienter	10
Strykninger	11
Epikrisetid	11
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern	12
Oppholdstid i akuttmottaket	12
Aktivitet	13
Somatisk virksomhet	14
Psykisk helsevern voksne	16
Psykisk helsevern barn og unge	16
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	17
Den gylne regel	17
Samhandling	18
Utskrivningsklare pasienter	18
Bruk av pasienthotell	20
Personal	21
Bemanning	21
Sykefravær	24
AML-brudd	26
Kommunikasjon	27
Sykehuset i media	27
Økonomi	28
Resultat	28
Prognose	30
Likviditet	30
Investeringer	31
Byggeprosjekter	31

Hovedindikatorer

<p>Oppholdstid i akuttmottak postopphold, mars</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 85 %</p> <p>Antall over 4 timer: 272</p>	<p>Utvikling andel postopphold under 4 timer og antall over 4 timer</p>
<p>Oppholdstid i akuttmottak poliklinikk, mars</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 81 %</p> <p>Antall over 4 timer: 177</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 mars</p> <p>43</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</p> <p>Andel pasienter hvor tvangsmiddelbruk er benyttet totalt: 3,7 %</p> <p>Andel mekanisk tvang: 1,5 %</p>	<p>Line chart showing the percentage of patients using compulsory medication (blue), mechanical coercion (green), and fastholding (red) from January 2015 to January 2018. The y-axis ranges from 0% to 6%.</p>
<p>Sykefravær, mars</p> <p>8,6 %</p>	<p>Line chart showing the percentage of patient absence (blue) from January 2014 to January 2018, compared to a plan (red) and trend (grey). The y-axis ranges from 0,0% to 14,0%.</p>
<p>AML brudd, mars</p> <p>Antall AML-brudd: 4773</p>	<p>Line chart showing the number of AML violations from March 2016 to March 2018. The y-axis ranges from 3000 to 7000.</p>
<p>Budsjettavvik per mars</p> <p>7,9 mill kr</p>	<p>Line chart showing budget variance per month from January to December. It includes accumulated accounting (blue), budget surplus (red), and result target (green). The y-axis ranges from -20 000 to 100 000.</p>

Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling

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

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

Pakkeforløp	Nye kreftpas. I UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	451	422	93	70
Hode- halskreft	114	105	92	70
Kronisk lymfatisk leukemi	21	16	76	70
Myelomatose	35	27	77	70
Akutt leukemi	33	28	84	70
Lymfomer	138	127	92	70
Bukspyttkjertelkreft	127	102	80	70
Tykk og endetarmskreft	380	352	92	70
Blærekreft	180	150	83	70
Nyrekreft	124	105	84	70
Prostatakreft	441	357	80	70
Peniskreft	8	7	87	70
Testikkelkreft	40	40	100	70
Livmorkreft	123	104	84	70
Eggstokkreft	76	65	85	70
Livmorhalskreft	65	59	90	70
Hjernekreft	82	58	70	70
Lungekreft	374	354	94	70
Kreft hos barn	33	26	78	70
Kreft i spiserør og magesekk	121	114	94	70
Primær leverkreft	28	23	82	70
Skjoldbruskkjertelkreft	70	67	95	70
Føflekkreft	212	177	83	70
Galleveiskreft	39	28	71	70
Totalt	3315	2913	88	

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

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per februar 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.	351	243	69	22	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	98	87	88	13	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			3	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	114	94	82	16	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	10	7	70	12	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	53	36	67	23	30
KRONISK LYMFATISK LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	5	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 medikamentell behandling.	31	28	90	3	21
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	116	76	65	14	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	16	8	50	28	36
BUKSPYTJKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	39	25	64	32	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	19	14	73	25	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1			20	
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	287	184	64	30	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	12	9	75	18	39
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	47	34	72	32	46
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	163	118	72	33	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	25	16	64	42	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	7	6	85	23	43
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	96	34	35	57	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	27	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	6	43
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	150	70	46	70	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	138	66	47	39	37
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	15	8	53	51	66
PENISKREFT	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
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	96	82	85	25	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	36	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3	2	66	22	36
EGGSTOKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	115	100	86	24	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	18	10	55	28	30
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	28	21	75	27	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	9	7	77	25	30
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	20	17	85	28	36

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per februar 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.	38	35	92	11	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.	80	49	61	38	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	75	56	74	21	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	145	119	82	27	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	7	6	85	4	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	21	17	80	3	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	20	14	70	35	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	35	33	94	25	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	19	16	84	31	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	14	3	21	45	39
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	33	32
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			20	
SARKOM	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	4	2	50	29	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	1	100	19	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2	2	100	2	43
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	68	45	66	31	41
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	3			14	
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			19	
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	211	181	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.	14	13	92	31	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	206	153	74	15	22
		3110	2187	70		

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

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

Pasientsikkerhetsprogrammet

Neste oppdatering av pasientsikkerhetsprogrammet er i mai 2018.

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Pasienter på venteliste	9 871	7 693	8 698	1 005	13
...herav med fristbrudd	57	27	43	16	59
...herav med ventetid over 365 dager	172	68	23	-45	-66
Gjennomsnittlig ventetid dager	80	55	55	0	0
Ikke møtt til planlagt avtale	1 214	2 027	1 547	-480	-24

Tabell 4 Avvikling av venteliste hittil i år

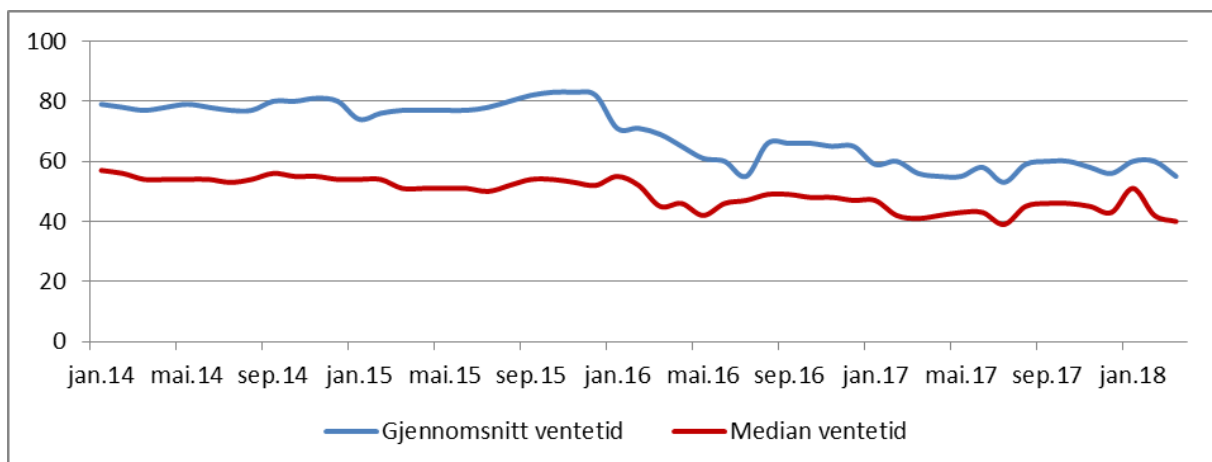
	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	13 413	13 286	11 997	-1 289	-10
...herav med fristbrudd	121	174	155	-19	-10,9
Andel - avviklet ordinært	88	100	100	0	0

Ventetid

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

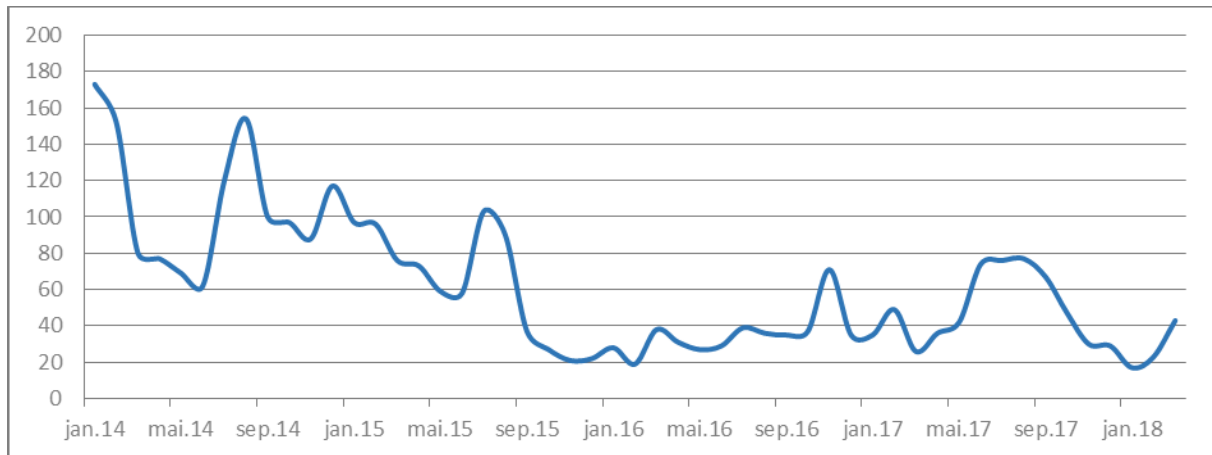
	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	69	56	55	-1	-2
Median ventetid i dager	45	41	40	-1	-2

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid for alle pasienter



Fristbrudd

Figur 2 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

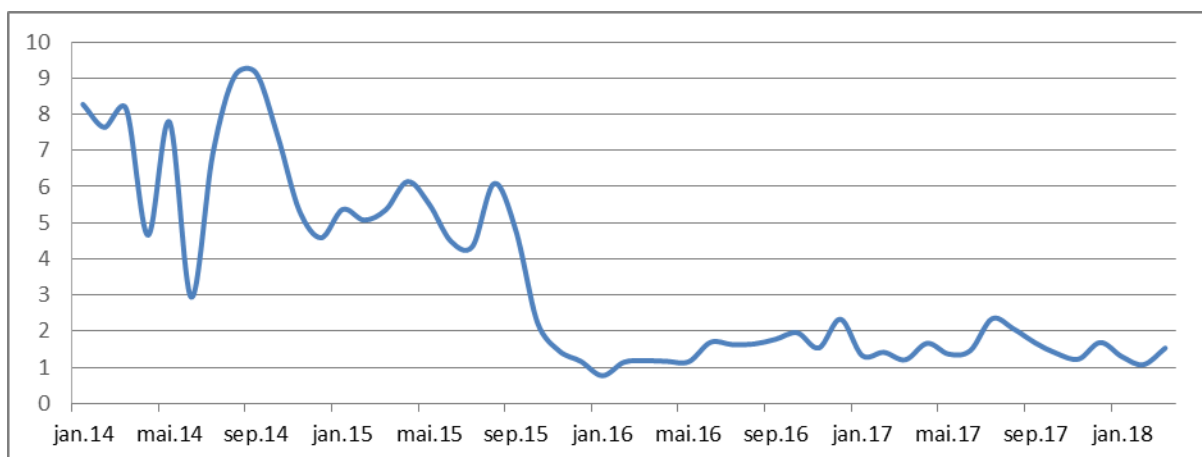


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av mars 2018

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	3	334	0,9 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	11	1 921	0,6 %
Medisinsk klinikk	4	691	0,6 %
Hjerte- og lungeklinikken	4	578	0,7 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	21	4 594	0,5 %
UNN	43	8 118	0,5 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

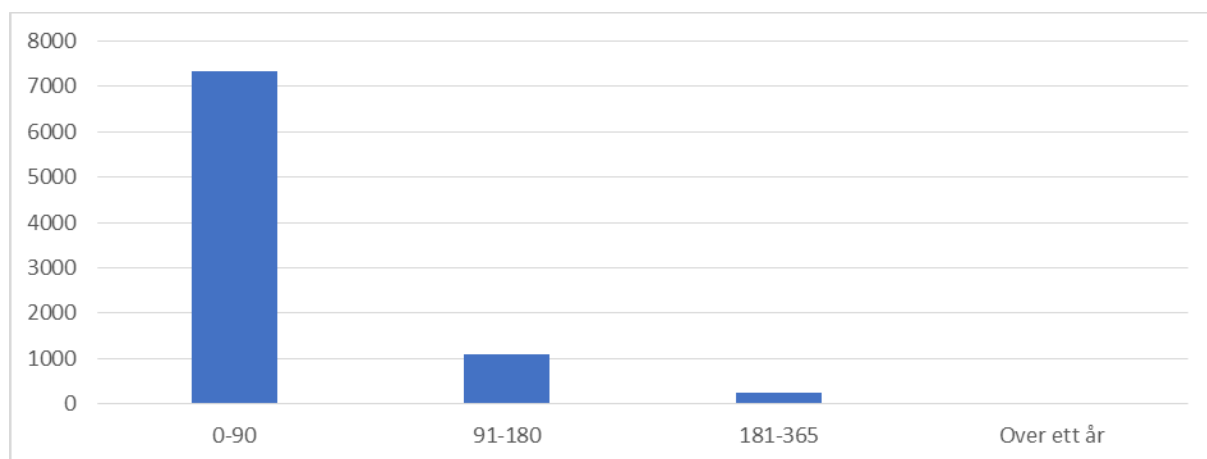
Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

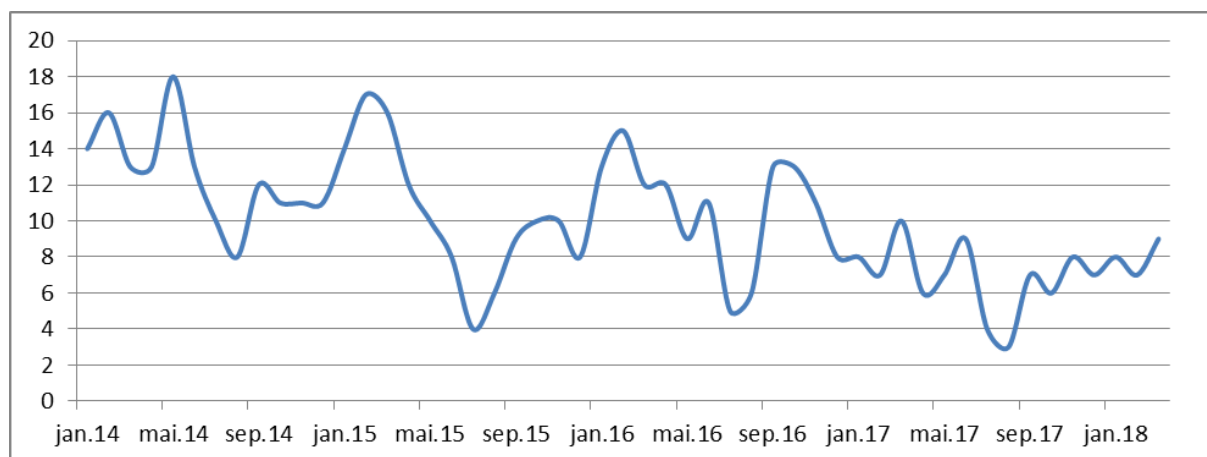
Klinikk	feb.18	mar.18
Barne- og ungdomsklinikken	1	0
Hjerte- og lungeklinikken	9	13
Medisinsk klinikk	2	2
Psykisk helse- og rusklinikken	1	3
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	14	16
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	22	16
UNN	49	50

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



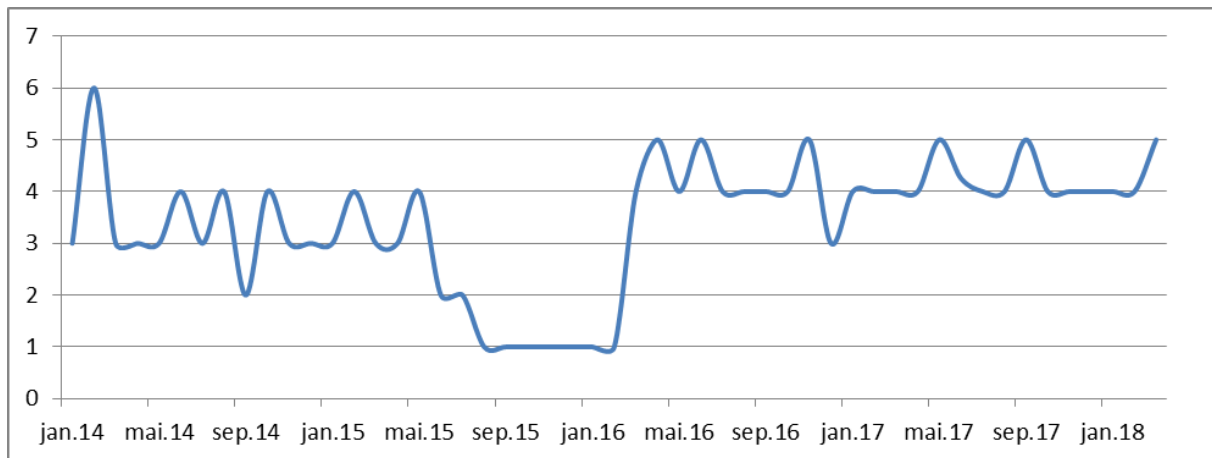
Korridorpasienter

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



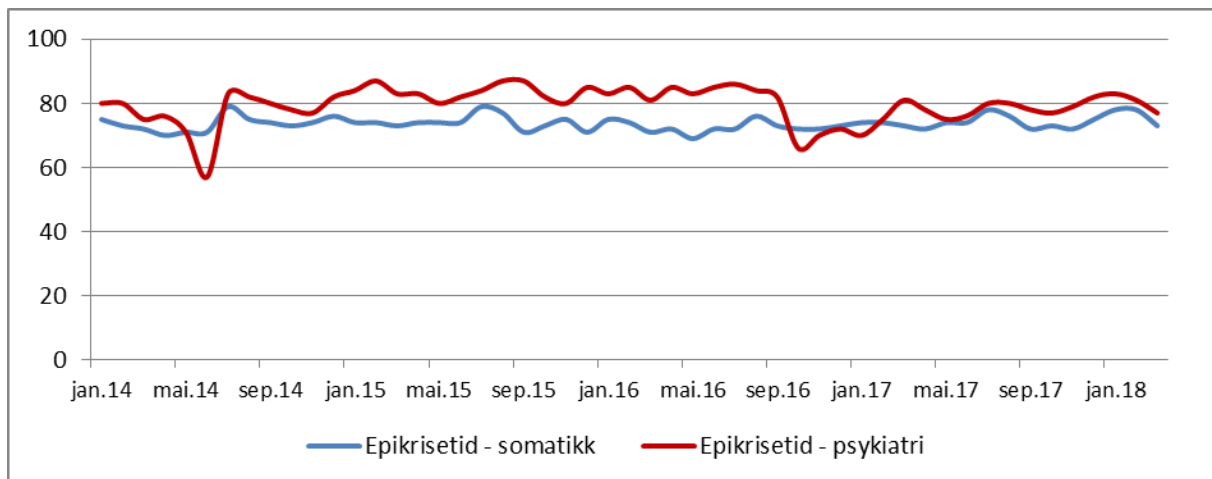
Strykninger

Figur 6 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



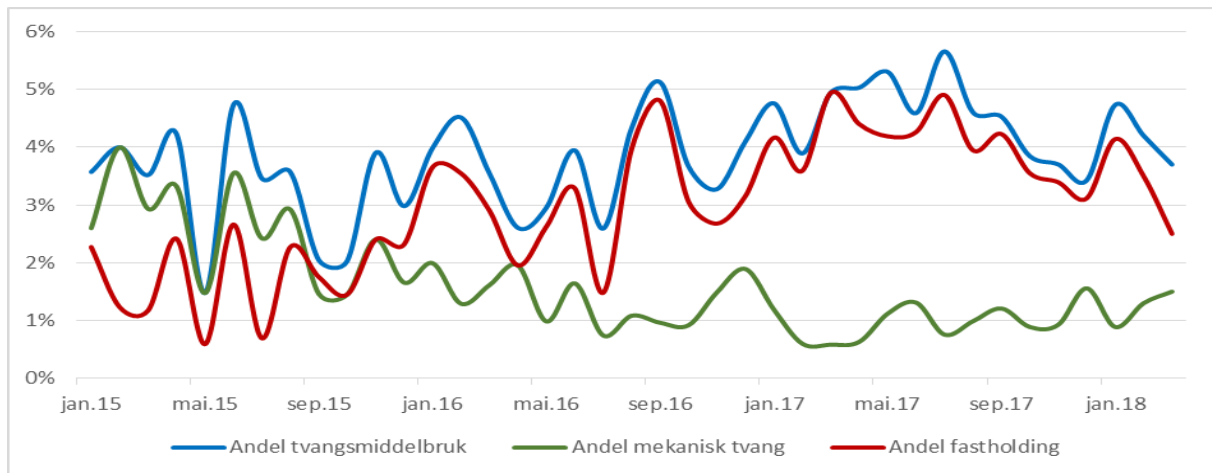
Epikrisetid

Figur 7 Epikriser - andel sendt innen syv dager



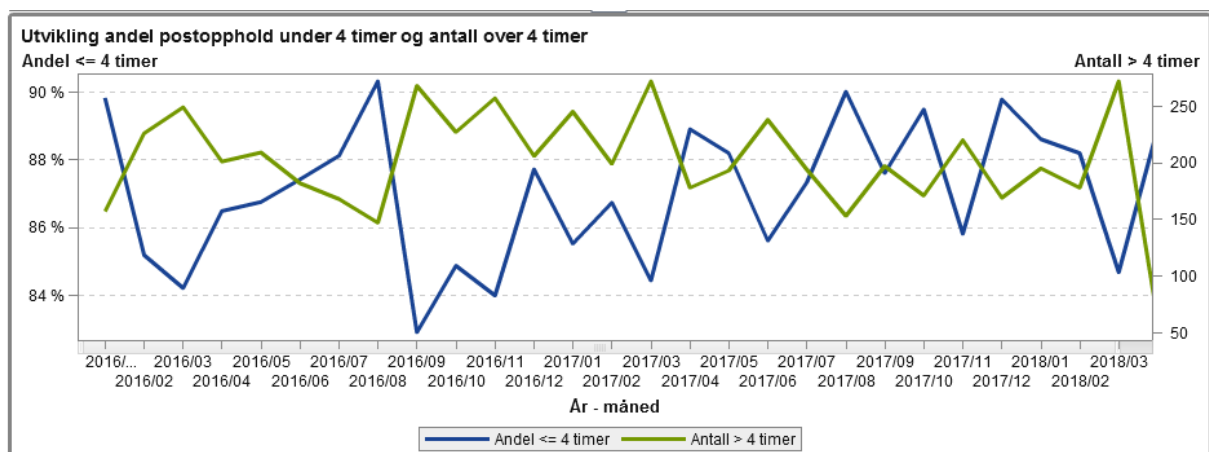
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

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

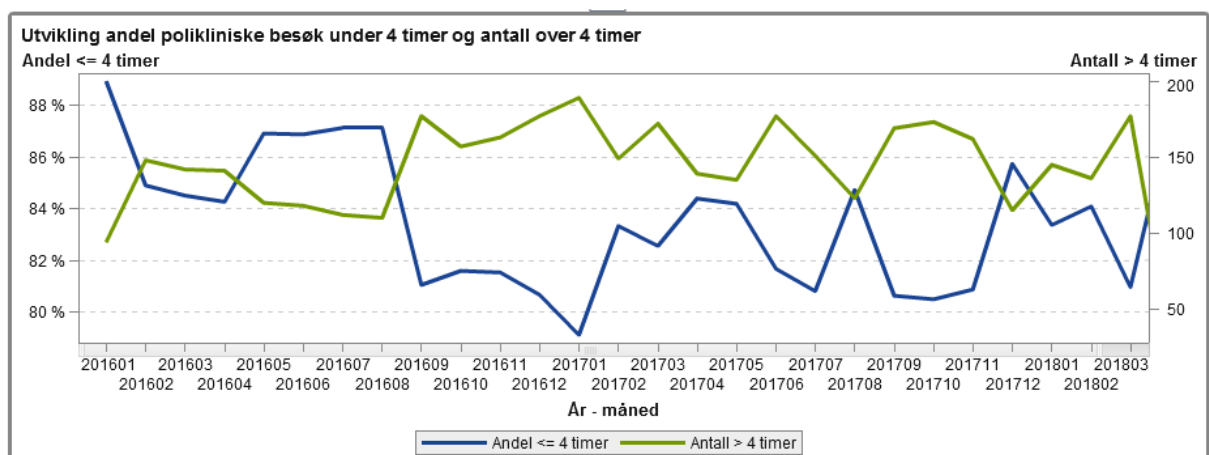


Oppholdstid i akuttmottaket

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

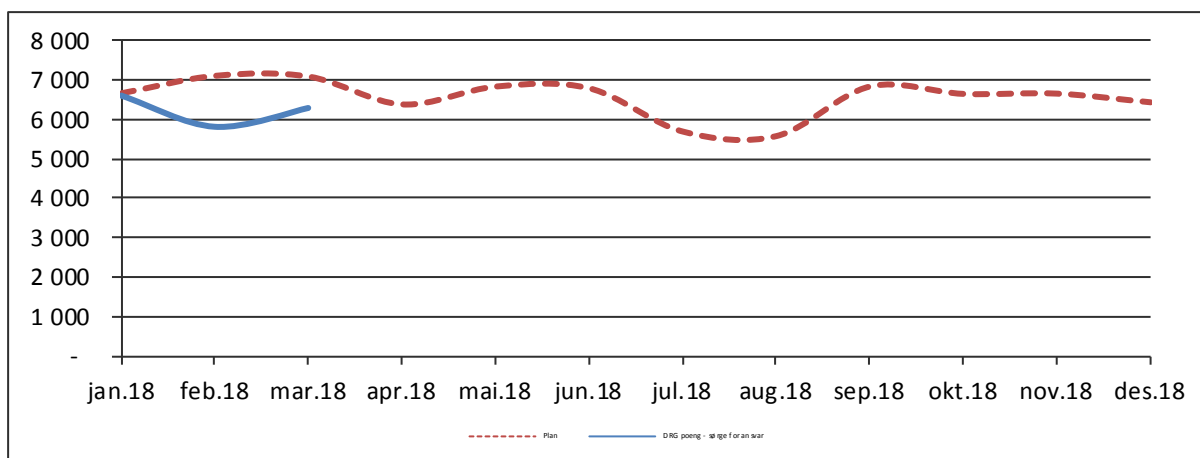
Aktivitet UNN HF		2017	2018	Plantall 2018	Avvik fra 2017		Avvik fra plan 2018	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser postopphold	Somatikk	25 515	25 992	19 543	477	1,9	6 449	33,0
Liggedager i perioden	Somatikk	46 805	45 280	45 441	-1 525	-3,3	-161	-0,4
Polikliniske konsultasjoner	Somatikk	81 787	71 918	69 668	-9 869	-12,1	2 250	3,2
DRG-poeng	Somatikk	19 215	18 708	0				
Laboratorieanalyser	Somatikk	1 626 632	1 819 230	1 365 730	192 598	11,8	453 500	33,2
Røntgenundersøkelser	Somatikk	38 712	43 117	44 683	4 405	11,4	-1 566	-3,5
Fremmøte stråleterapi	Somatikk	3 171	2 950	4 332	-221	-7,0	-1 382	-31,9
Pasientkontakter	Somatikk	107 302	97 910	89 211	-9 392	-8,8	8 699	9,8
VOP								
Utskrivelser postopphold	VOP	882	836	901	-46	-5,2	-65	-7,2
Liggedager i perioden	VOP	10 412	9 601	11 985	-811	-7,8	-2 384	-19,9
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	VOP	18 558	17 484	18 690	-1 074	-5,8	-1 206	-6,5
Pasientkontakter	VOP	19 440	18 320	19 591	-1 120	-5,8	-1 271	-6,5
BUP								
Utskrivelser postopphold	BUP	69	47	59	-22	-31,9	-12	-20,0
Liggedager i perioden	BUP	700	765	849	65	9,3	-84	-9,9
Polikliniske konsultasjoner	BUP	8 475	8 277	6 452	-198	-2,3	1 825	28,3
Pasientkontakter	BUP	8 544	8 324	6 510	-220	-2,6	1 814	27,9
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)								
Utskrivelser postopphold	Rusomsorg	313	270	279	-43	-13,7	-9	-3,2
Liggedager i perioden	Rusomsorg	6 008	6 042	5 402	34	0,6	640	11,8
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	Rusomsorg	2 734	3 080	2 495	346	12,7	585	23,4
Pasientkontakter	Rusomsorg	3 047	3 350	2 774	303	9,9	576	20,8

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

Noe av økningen i laboratorieanalyser skyldes at fra medio februar så er pasient nær analysering (blodgass) i Tromsø koblet til og telles inn i analyseoversikten. Harstad og Narvik blir koblet til etter hvert. Det blir også ytterligere økning når blodsukker telles med.

Somatisk virksomhet

Figur 11 DRG-poeng UNN 2018

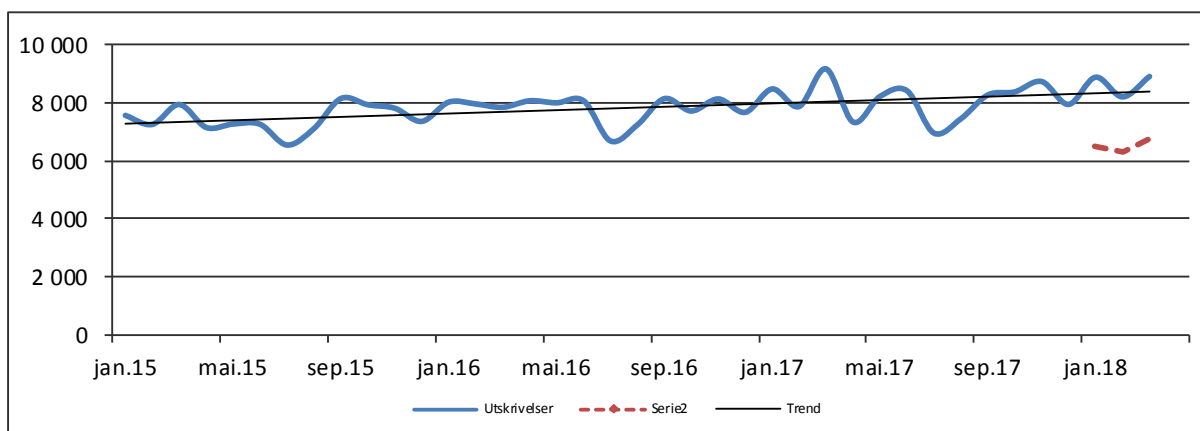


Tabell 9 DRG-poeng hittil i år 2018 fordelt på klinikk

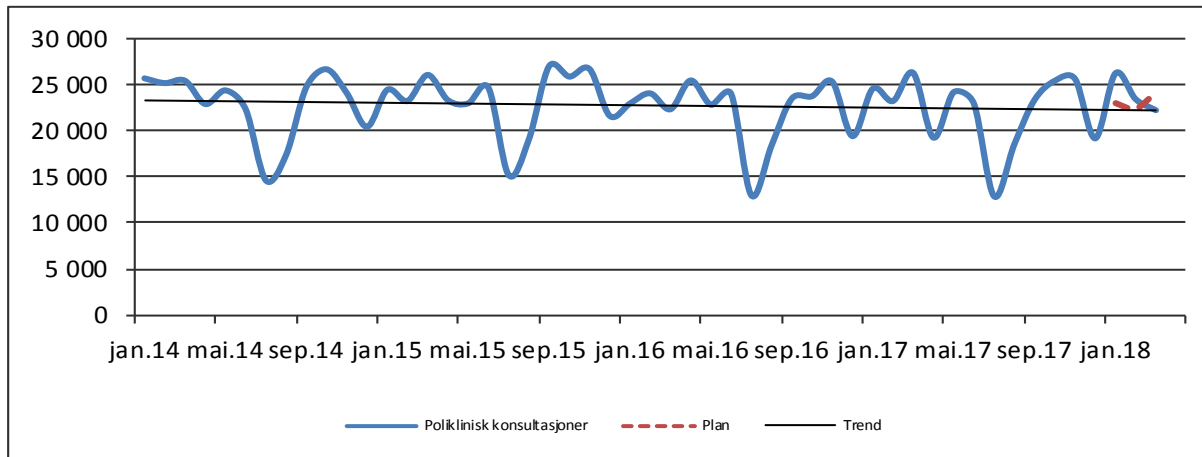
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	450	429	21
Barne- og ungdomsklinikken	811	849	-38
Hjerte- og lungeklinikken	3 119	3 015	105
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	4 597	5 351	-754
Medisinsk klinikk	3 495	3 519	-25
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	4 738	4 780	-42
Operasjons- og intensivklinikken	122	127	-5
Totalt	17 332	18 070	-738

DRG-poeng – egen produksjon.

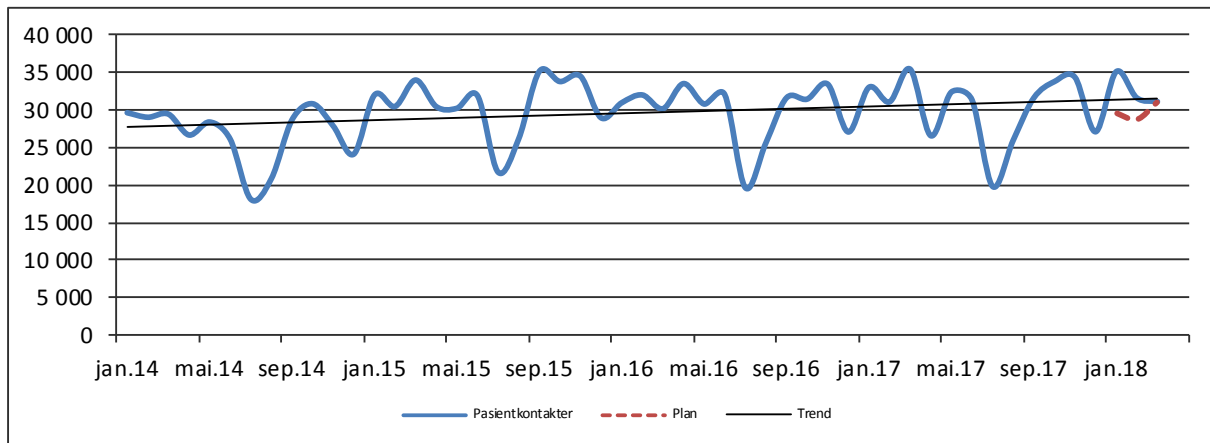
Figur 12 Utskrivelser postopphold - somatisk virksomhet



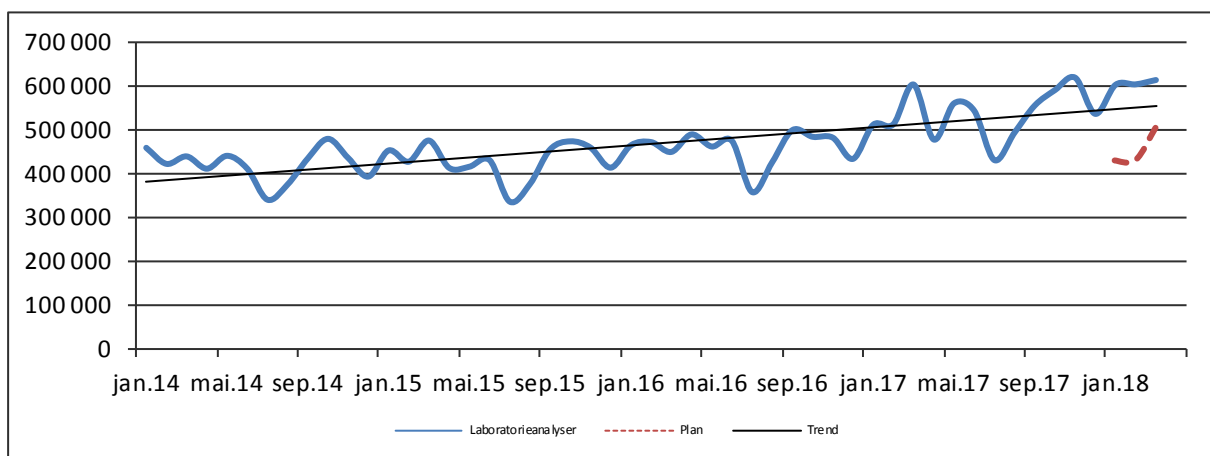
Figur 13 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



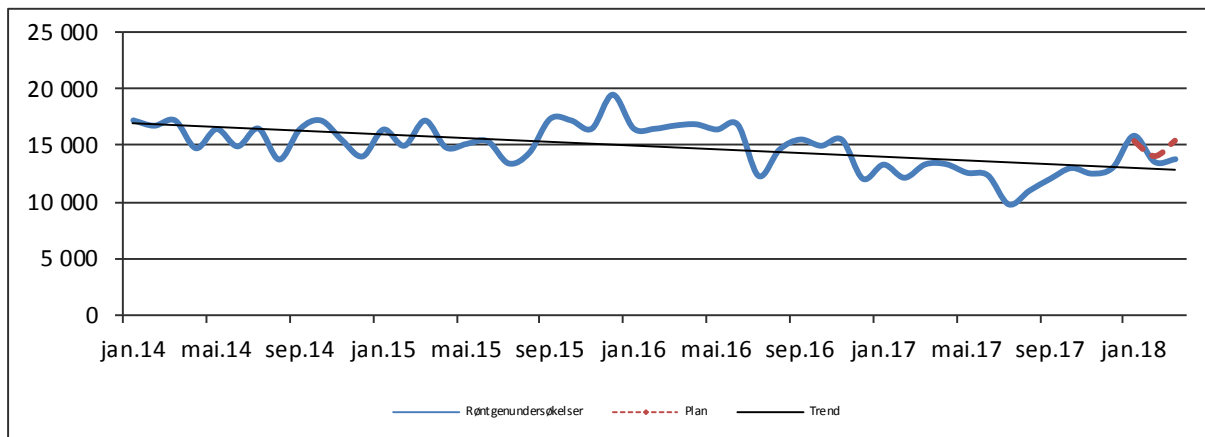
Figur 14 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 15 Laboratorieanalyser

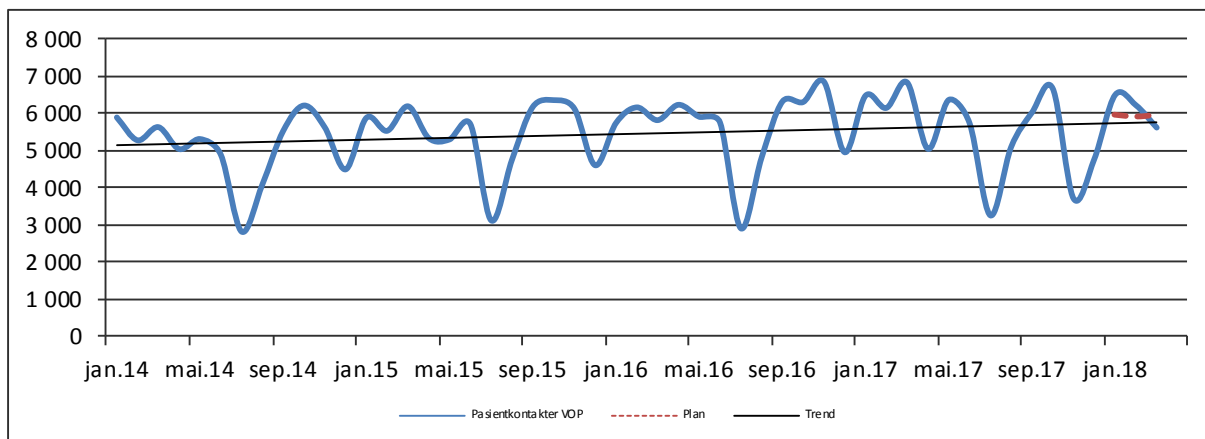


Figur 16 Røntgenundersøkelser



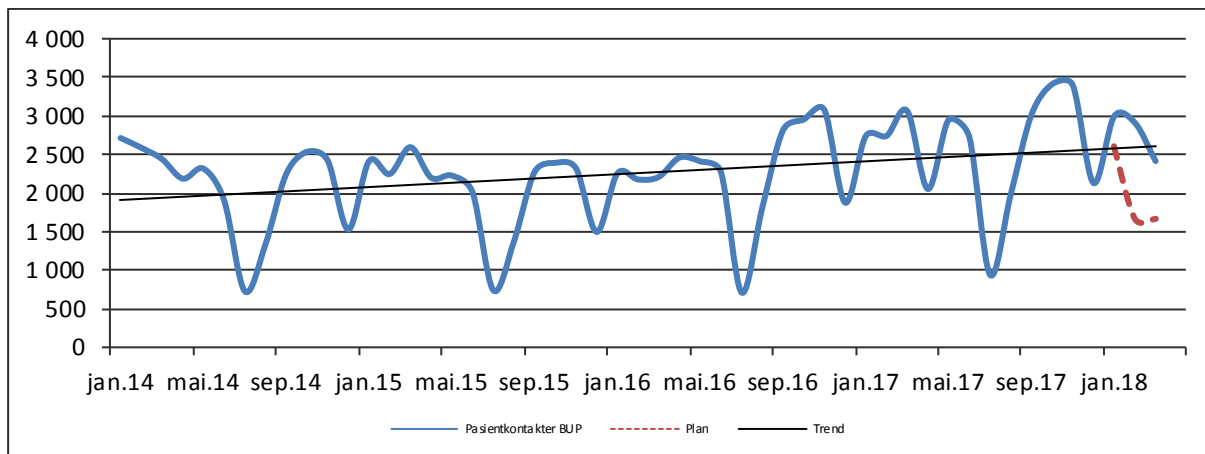
Psykisk helsevern voksne

Figur 17 Pasientkontakter – VOP



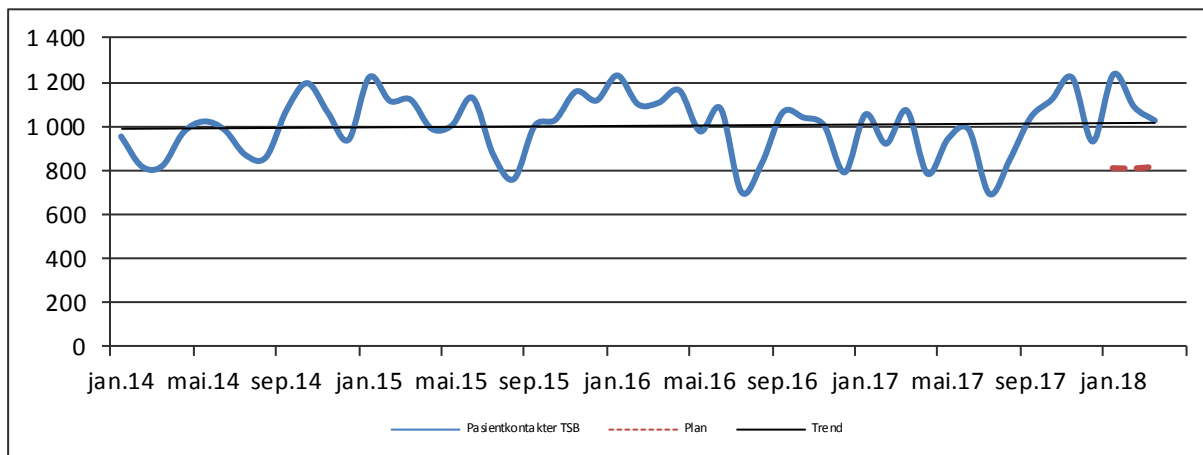
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 18 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 19 Pasientkontakter- TSB



Den gylne regel

Tabell 10 Den gylne regel

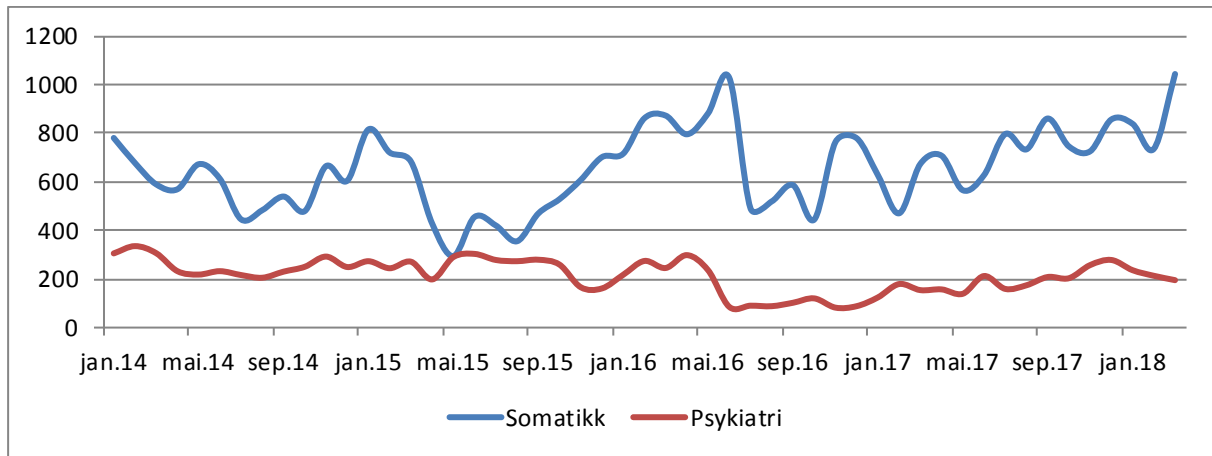
Den gylne regel		
Funksjon	Måleparameter	Endring 17 -18
Somatikk*	Månedsværk	-2,0 %
Psykisk helse og rus	Månedsværk	0,4 %
Somatikk*	Økonomi	5,0 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	4,7 %
Somatikk	Konsultasjoner	-2,9 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	-2,6 %
Somatikk	Ventetid	-4,4 %
Psykisk helse og rus	Ventetid	0,0 %

* Somatikk inkl. lab/rtg og rehabilitering

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 20 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

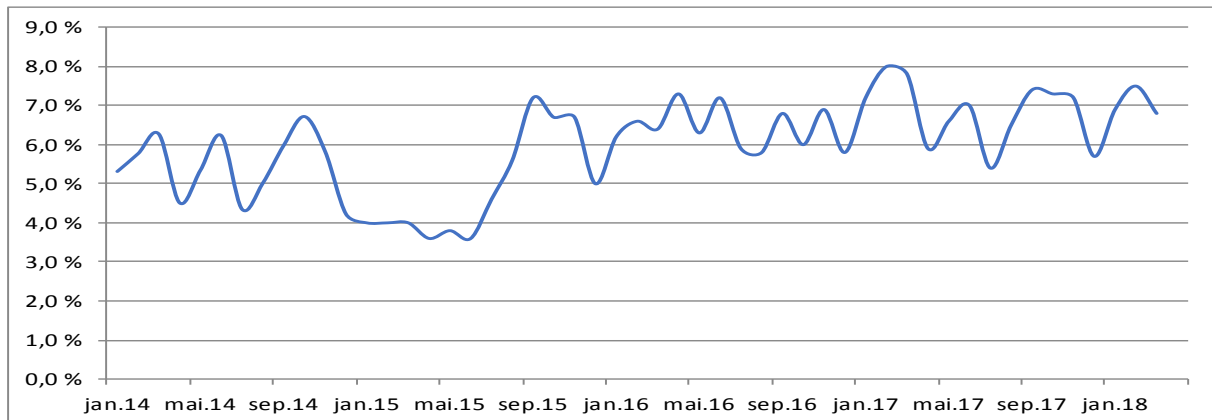


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

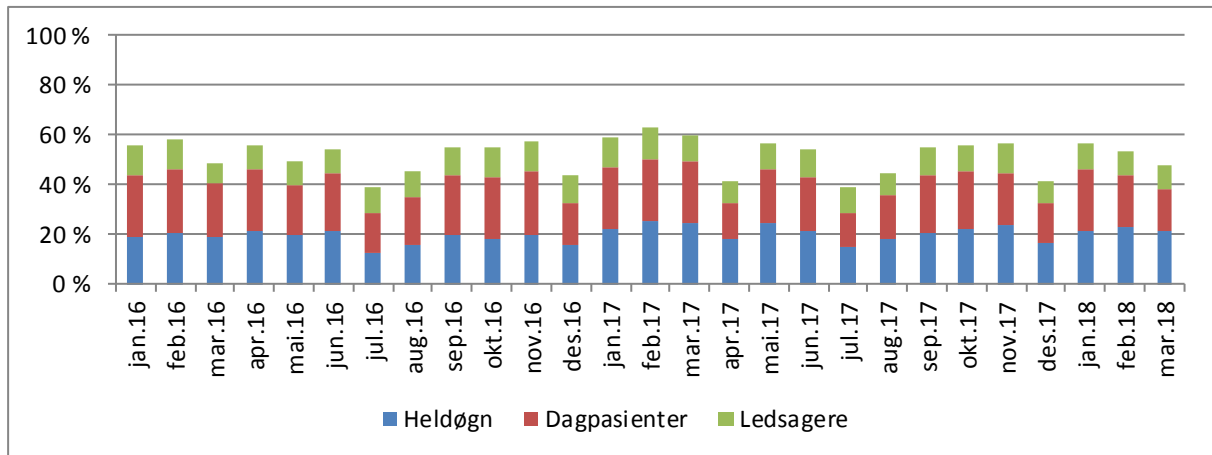
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	Mars	Mars	Mars	Mars
BALSFJORD	159	136	27	28
LØDINGEN	44	11	33	21
BALLANGEN	48	25	23	19
TROMSØ	1 375	1 215	197	18
GRATANGEN	20	13	7	18
IBESTAD	21	0	22	15
LYNGEN	43	33	13	15
HARSTAD	355	121	240	14
STORFJORD	26	21	5	14
SKÅNLAND	39	5	36	13
KVÆFJORD	38	0	38	13
TJELDSUND	16	0	17	13
KARLSØY	26	18	8	11
NARVIK	180	85	96	10
EVENES	13	2	11	9
NORDREISA	36	29	9	7
BERG	6	2	4	7
BARDU	22	11	11	6
SKJERVØY	16	10	6	5
SALANGEN	11	4	7	5
LAVANGEN	5	0	5	5
MÅLSELV	31	16	15	5
TYSFJORD	6	3	3	3
KVÆNANGEN	2	1	1	2
LENVIK	18	4	16	2
SØRREISA	4	1	3	1
TORSKEN	1	0	1	1
KÅFJORD	2	1	1	1
DYRØY	1	0	1	1
TRANØY	1	0	1	1
Sum	2 563	1 766	856	13

Bruk av pasienthotell

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



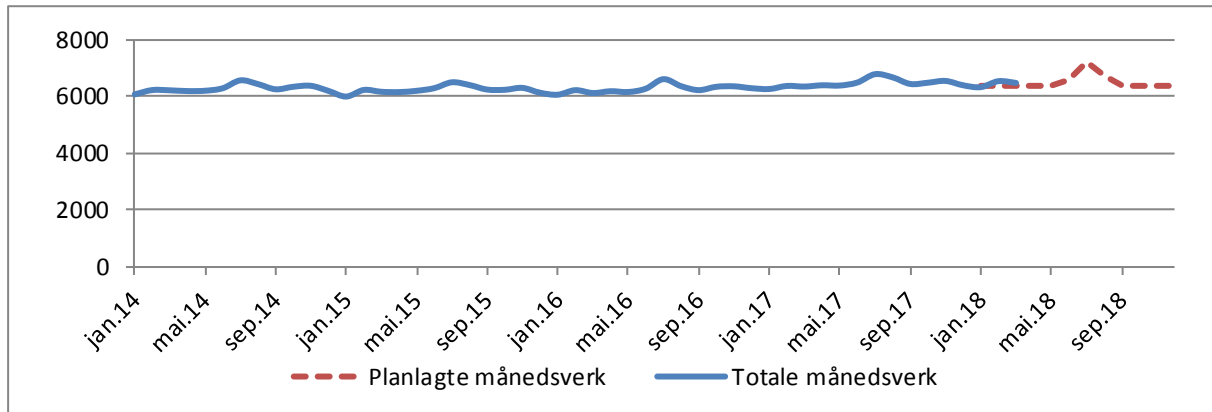
Figur 22 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Personal

Bemanning

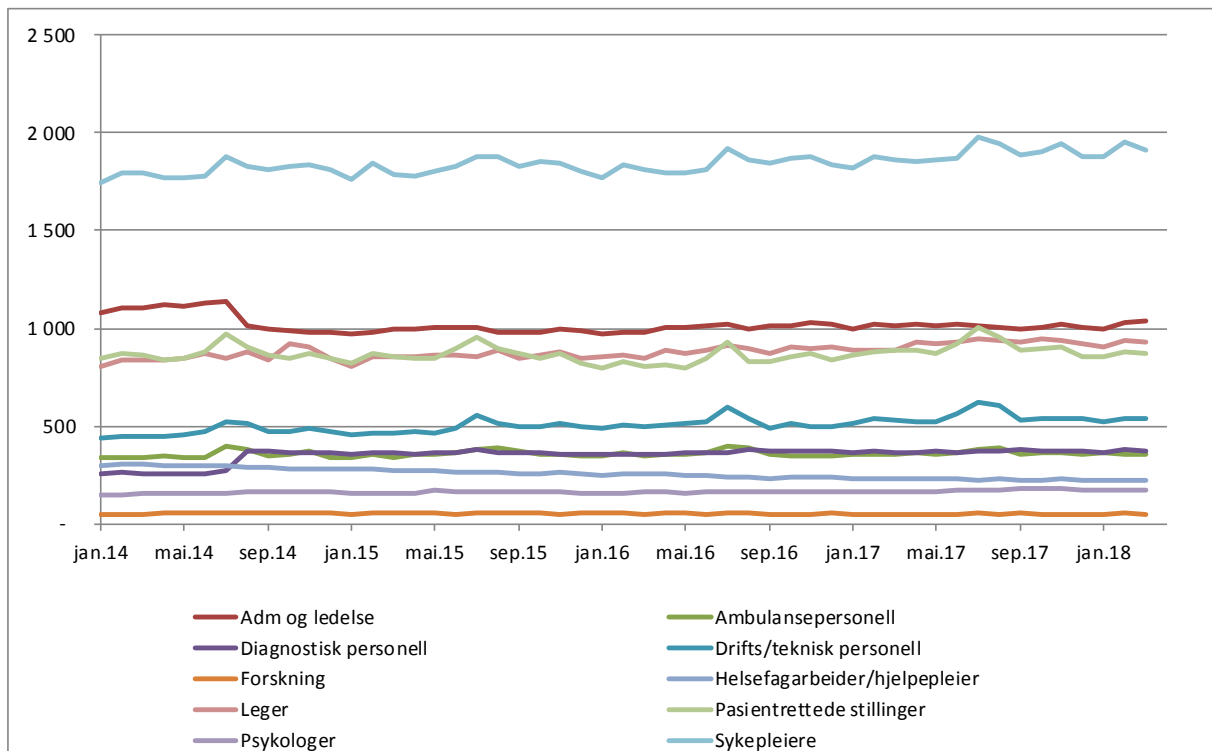
Figur 23 Brutto utbetalte månedssverk 2014-2018



Tabell 12 Brutto utbetalte månedssverk 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	6 530	6 364	166
Mars	6 112	6 341	6 468	6 369	99
April	6 176	6 386	-	6 368	-6 368
Mai	6 149	6 376	-	6 375	-6 375
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	6 126	6 319	6 439	6 365	74

Figur 24 Brutto utbetalte månedsværk fordelt på profesjon 2014-2018

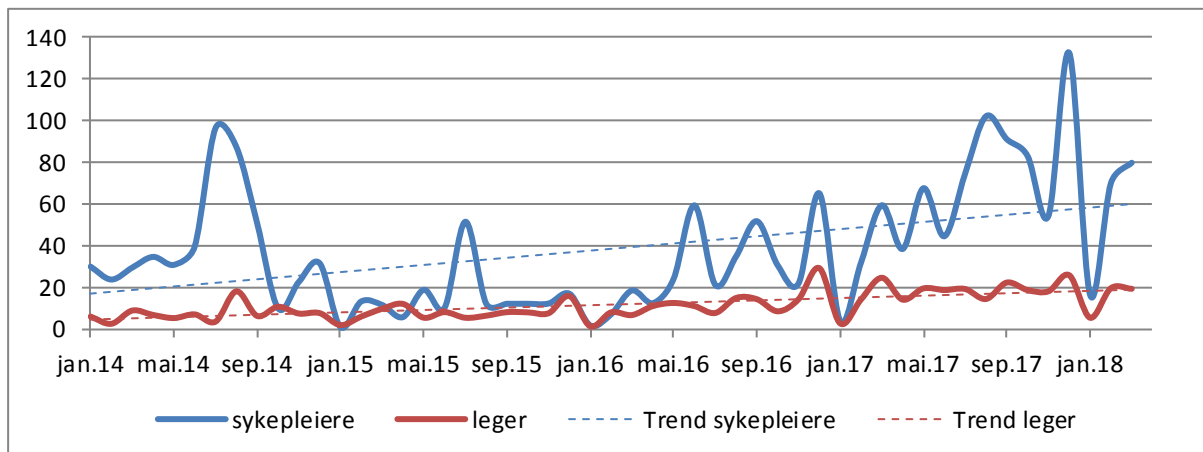


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på profesjon 2016-2018

Profesjon	2016	2017	2018	Avvik fra 2017
Adm og ledelse	979	1 010	1 022	11
Ambulansepersonell	354	354	358	3
Diagnostisk personell	356	367	372	5
Drifts/teknisk personell	497	526	533	7
Forskning	51	47	51	4
Helsefagarbeider/hjelpepleier	253	231	221	-10
Leger	857	887	926	39
Pasientrettede stillinger	814	879	869	-9
Psykologer	157	164	173	8
Sykepleiere	1 807	1 853	1 915	62
Snitt hittil i år	6 126	6 319	6 439	121

Figur 25 Innleide månedsverk sykepleiere og leger



Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

Tabell 14 Innleide månedsverk per klinikk

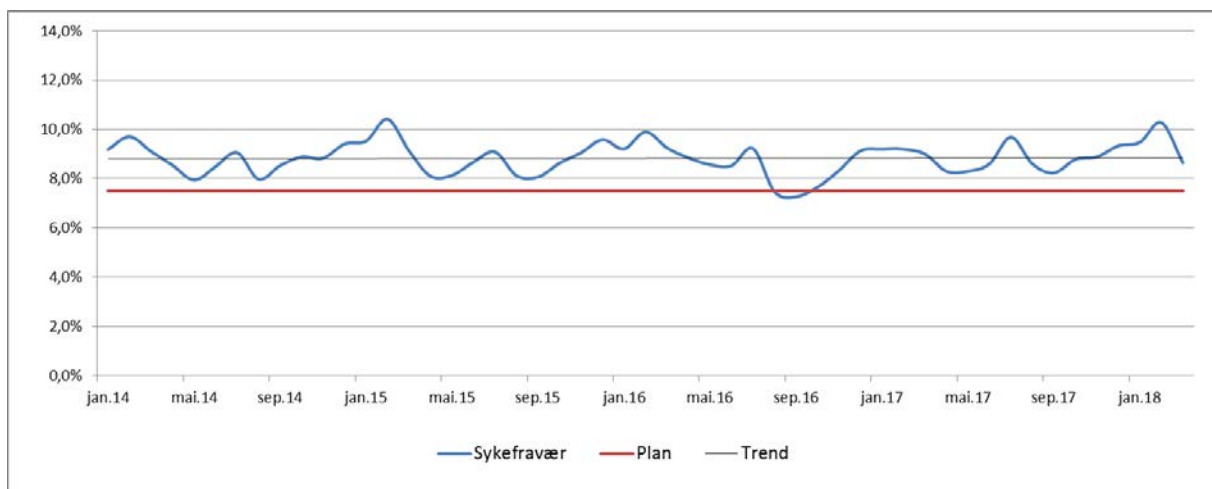
År ▲	2016		2017		2018	
	Innleie sykepleier	Innleie leger	Innleie sykepleier	Innleie leger	Innleie sykepleier	Innleie leger
10 - Akuttmedisinsk klinikk	0,6	0,0	2,2	0,1	6,3	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,0	1,5	5,5	9,9	4,1	5,0
13 - Hjerte- og lungeklinikken	3,6	0,0	11,4	0,0	58,7	0,0
15 - Medisinsk klinikk	0,0	0,0	16,5	0,4	19,0	3,2
17 - Barne- og ungdomsklinikken	7,5	0,0	8,9	0,0	6,1	0,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	15,7	0,8	32,3	6,8	56,1	14,2
19 - Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	6,0	0,4	13,1	0,5	15,8	0,4
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	3,8	5,3	7,6	0,0	8,6
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	9,5	0,0	16,1	0,0	12,9

Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i mars 2018 er på 8,6 %. Samme måned i 2017 var sykefraværet 9,0 %. Dette er en nedgang på 0,4 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 3,0 % som viser en økning på 0,1 prosentpoeng fra samme periode i fjor, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,1 % og viser en økning på 0,6 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 3,6 % som viser en reduksjon på 1,1 prosentpoeng.

I snitt var 375 ansatte borte hver dag fra jobb pga. sykdom i UNN HF.

Figur 26 Sykefravær 2014-2018



Tabell 15 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	Sykefraværsprosent forrige måned ifjor	Sykefraværsprosent forrige måned	Endringsprosent forrige måned mot samme periode ifjor
Sum	9,0 %	8,6 %	-4,2 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	8,6 %	8,1 %	-4,9 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7,1 %	8,6 %	20,2 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	7,5 %	7,4 %	-1,6 %
15 - Medisinsk klinikk	8,9 %	9,2 %	3,2 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	9,3 %	7,5 %	-19,9 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	9,2 %	9,9 %	7,5 %
19 - Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	8,9 %	7,9 %	-10,7 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	11,8 %	9,6 %	-18,6 %
30 - Diagnostisk klinikk	9,9 %	9,0 %	-9,3 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	2,9 %	2,4 %	-17,9 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	9,7 %	9,3 %	-4,2 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	9,8 %	9,5 %	-2,8 %
50 - Direktøren	20,0 %	2,2 %	-88,8 %
52 - Stabsenteret	6,6 %	6,2 %	-6,0 %
Annet	1,8 %	4,5 %	152,6 %

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i mars måned vært registrert 4 egenmeldinger i HN-LIS hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

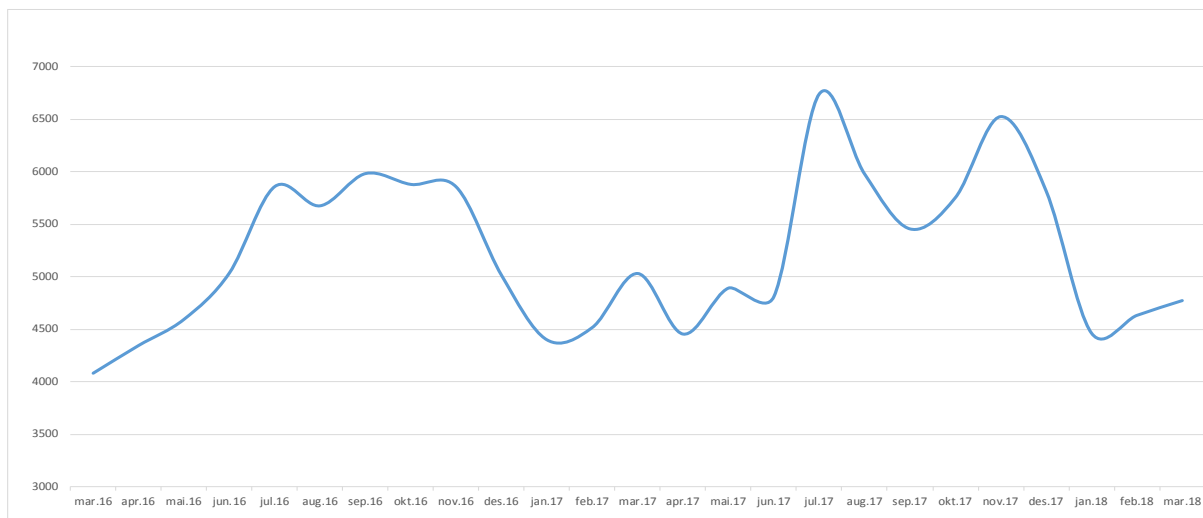
Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i mars 2018 vært registrert totalt 561 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 528 graderte. Det tilsvarer en andel på 94 % graderte sykemeldinger.

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

AML-brudd

Figur 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	5 031,00	4 773,00	-5,1 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1 002,00	739,00	-26,2 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	454,00	768,00	69,2 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	570,00	589,00	3,3 %
15 - Medisinsk klinikk	288,00	322,00	11,8 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	220,00	78,00	-64,5 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	752,00	727,00	-3,3 %
19 - Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	618,00	555,00	-10,2 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	562,00	528,00	-6,0 %
30 - Diagnostisk klinikk	327,00	231,00	-29,4 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	-	3,00	-
45 - Drifts- og eiendomssenteret	220,00	210,00	-4,5 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	6,00	9,00	50,0 %
50 - Direktøren	-	-	-
52 - Stabssenteret	12,00	13,00	8,3 %
Annet	-	1,00	-

Kommunikasjon

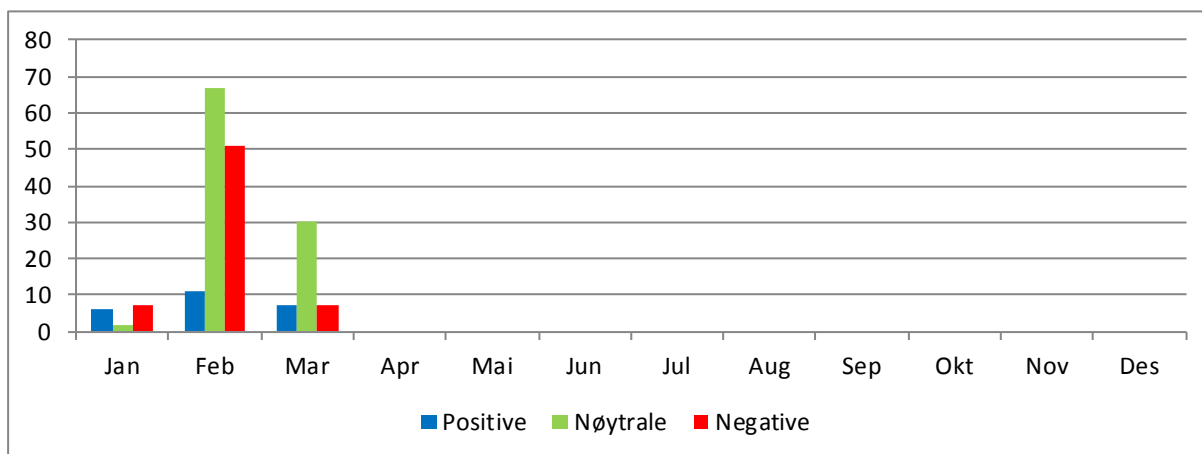
Sykehuset i media

I mars er det en stor andel nøytrale, informative medieoppslag om og fra UNN. De fleste artiklene handler om Helse Nord's oppnevning av nye styremedlemmer samt at Ansgar Gabrielsen blir ny styreleder i UNN. Det er sendt ut pressemelding fra UNN om at fødeavdelingene i Harstad og Narvik stenges vekselvis i 4 uker hver for å kunne opprettholde kvaliteten i fødetilbudet under ferieavviklingen til sommeren.

I Harstad Tidende fremkommer det bekymring fra ansatte og politikere for rehabiliteringstilbudet ved UNN Harstad etter at endringer som innebærer mer poliklinisk virksomhet og mindre døgndrift er blitt kjent.

Mest positiv omtale i mars fikk oppslag om at akuttmottaket i UNN har forbedret behandlingen av pasienter med blodforgiftning (sepsis). UNN er blant flere sykehus som har deltatt i læringsnettverk i regi av Pasientsikkerhetsprogrammet. Mer enn 20 sykehus deltok og har jobbet med tiltakspakken for tidlig oppdagelse av sepsis i akuttmottak.

Figur 28 Mediestatistikk 2018

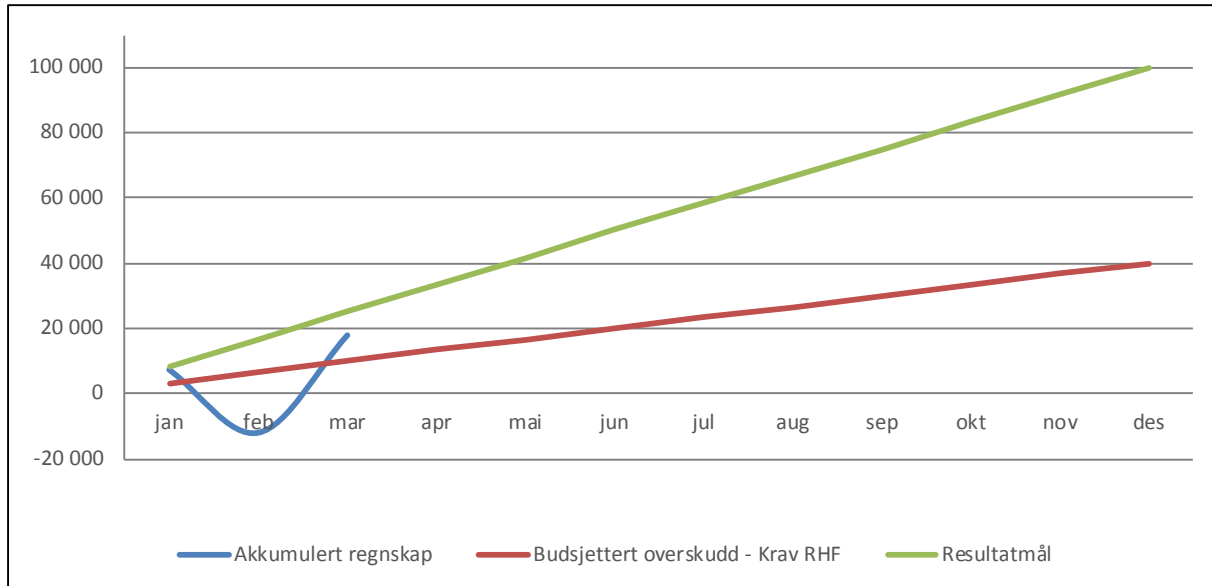


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nr.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 29 Akkumulert regnskap og budsjett 2018



For 2018 er det et overskuddskrav fra RHF på 40 mill kr. Det er budsjettert 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 budsjettert).

Regnskapet for mars viser et regnskapsmessig resultat på 29,9 mill kr. Det er 26,6 mill kr høyere enn budsjettert, og 21,6 mill kr høyere enn internt styringsmål. Akkumulert per mars viser regnskapet 18,0 mill kr i overskudd, det er 8,0 mill kr høyere enn budsjettert og 7,0 mill kr lavere enn internt resultatmål.

Tabell 17 Resultatregnskap 2018

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mars				Akkumulert per Mars			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	451,2	451,2	0,0	0 %	1 236,1	1 236,1	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,1	2,1	0,0	0 %	6,4	6,4	0,0	0 %
ISF egne pasienter	129,5	134,1	-4,6	-3 %	390,2	422,2	-31,9	-8 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	10,8	9,0	1,8	20 %	27,2	25,5	1,7	7 %
Gjestepasientinntekter	2,7	3,1	-0,5	-14 %	6,2	9,4	-3,2	-34 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,5	17,3	0,2	1 %	53,1	51,8	1,3	2 %
Utskrivningsklare pasienter	2,8	2,8	0,0	0 %	6,5	6,4	0,0	1 %
Andre øremerkede tilskudd	21,9	43,1	-21,3	-49 %	59,9	81,6	-21,6	-27 %
Andre driftsinntekter	37,9	31,7	6,2	19 %	111,1	101,2	9,8	10 %
Sum driftsinntekter	676,4	694,5	-18,1	-3 %	1 896,8	1 940,6	-43,9	-2 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	19,0	22,7	-3,7	-16 %	54,1	60,0	-5,9	-10 %
Kjøp av private helsetjenester	5,5	4,4	1,1	25 %	11,6	12,8	-1,1	-9 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	68,5	76,3	-7,8	-10 %	208,8	214,8	-6,0	-3 %
Innleid arbeidskraft	9,3	3,6	5,7	158 %	20,7	6,4	14,3	223 %
Lønn til fast ansatte	326,9	338,6	-11,7	-3 %	983,6	1 005,7	-22,1	-2 %
Overtid og ekstrahjelp	24,5	48,3	-23,8	-49 %	73,8	87,4	-13,6	-16 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	64,1	64,4	-0,2	0 %	191,4	191,6	-0,3	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-22,2	-22,8	0,6	-3 %	-63,2	-66,7	3,5	-5 %
Annen lønnskostnad	28,0	27,1	1,0	4 %	86,8	81,6	5,2	6 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	366,6	394,8	-28,2	-7 %	1 101,7	1 114,4	-12,7	-1 %
Avskrivninger	20,9	20,9	0,0	0 %	53,5	53,5	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	102,8	108,0	-5,2	-5 %	260,5	284,2	-23,8	-8 %
Sum driftskostnader	647,4	691,4	-44,0	-6 %	1 881,6	1 931,3	-49,7	-3 %
Driftsresultat	29,0	3,1	25,9	829 %	15,2	9,4	5,8	62 %
Finansinntekter	1,1	0,8	0,3		3,0	2,5	0,5	
Finanskostnader	0,2	0,6	-0,4		0,3	1,9	-1,6	
Finansresultat	0,9	0,2	0,7		2,8	0,6	2,1	
Ordinært resultat	29,9	3,3	26,6	797 %	18,0	10,0	8,0	80 %

Tabell 18 Resultatregnskap 2018, ekskl. eksterntfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mars ekskl eksterntfinansiering			Akkumulert per Mars ekskl eksterntfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	451,2	451,2	0,0	1 236,1	1 236,1	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,1	2,1	0,0	6,4	6,4	0,0
ISF egne pasienter	129,5	134,1	-4,6	390,2	422,2	-31,9
ISF av legemidler utenfor sykehus	10,8	9,0	1,8	27,2	25,5	1,7
Gjestepasientinntekter	2,7	3,1	-0,5	6,2	9,4	-3,2
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,5	17,3	0,2	53,1	51,8	1,3
Utskrivningsklare pasienter	2,8	2,8	0,0	6,5	6,4	0,0
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	37,9	31,7	6,2	111,1	101,2	9,8
Sum driftsinntekter	654,5	651,4	3,1	1 836,8	1 859,1	-22,2
Kjøp av offentlige helsetjenester	19,0	22,7	-3,7	54,1	60,0	-5,9
Kjøp av private helsetjenester	5,4	4,3	1,1	11,6	12,7	-1,1
Varekostnader knyttet til aktivitet	67,7	74,6	-6,9	206,5	211,6	-5,1
Innleid arbeidskraft	9,3	3,6	5,7	20,7	6,4	14,3
Lønn til fast ansatte	315,6	316,3	-0,7	952,6	963,5	-10,9
Overtid og ekstrahjelp	22,0	43,3	-21,3	66,9	78,0	-11,1
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	61,3	58,9	2,4	183,7	181,3	2,5
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-21,4	-21,2	-0,1	-61,0	-63,8	2,7
Annen lønnskostnad	26,6	24,2	2,4	82,7	76,0	6,7
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	352,0	366,1	-14,1	1 061,9	1 060,1	1,7
Avskrivninger	20,9	20,9	0,0	53,5	53,5	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	99,1	100,8	-1,7	250,4	270,5	-20,1
Sum driftskostnader	625,5	648,3	-22,8	1 821,6	1 849,7	-28,1
Driftsresultat	29,0	3,1	25,9	15,2	9,4	5,8
Finansinntekter	1,1	0,8	0,3	3,0	2,5	0,5
Finanskostnader	0,2	0,6	-0,4	0,3	1,9	-1,6
Finansresultat	0,9	0,2	0,7	2,8	0,6	2,1
Ordinært resultat	29,9	3,3	26,6	18,0	10,0	8,0

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

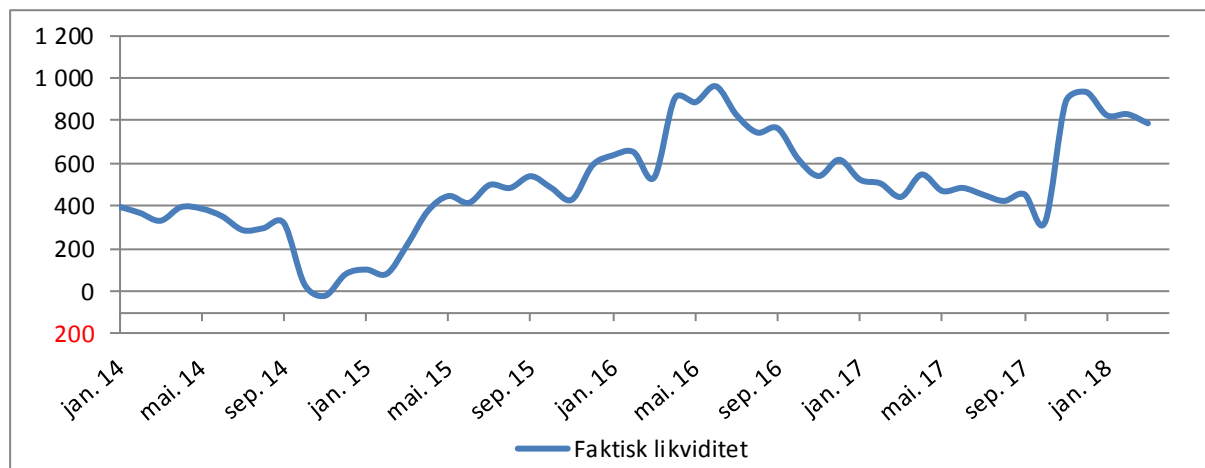
Regnskap per klinikk per mars - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	33,9	33,9	0,0	0,2	100,9	100,2	-0,6	0,0
11 - Longyearbyen sykehus	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	20,2	19,2	-1,0	-2,3	61,5	51,0	-10,4	-11,4
13 - Hjerter- lungeklinikken	13,1	16,6	3,5	3,2	43,6	43,7	0,0	1,3
15 - Medisinsk klinikk	19,9	21,2	1,3	0,9	74,0	68,7	-5,3	-0,5
17 - Barne- og ungdomsklinikken	21,1	19,6	-1,5	-1,4	58,2	57,2	-1,0	-1,1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	61,2	59,6	-1,7	-0,1	180,1	174,5	-5,6	0,0
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	25,7	28,6	2,9	3,6	79,6	77,7	-1,9	-0,9
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	61,4	62,5	1,1	-1,0	177,0	177,6	0,6	-2,8
30 - Diagnostisk klinikk	47,9	48,2	0,3	0,0	139,6	140,4	0,8	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	-0,5	-0,5	0,0	0,0	0,9	0,9	0,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	51,7	51,7	0,0	0,0	127,2	127,3	0,1	0,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	11,8	12,0	0,2	0,0	34,1	36,0	1,9	0,0
52 - Stabsenteret	14,7	13,6	-1,0	0,0	40,4	40,6	0,2	0,0
62 - Felles	-411,9	-389,6	22,4	-5,9	-1 135,0	-1 105,8	29,3	-14,7
Totalt	29,9	3,3	26,6	-2,8	18,0	10,0	8,0	-30,2

Prognose

Prognosen for 2018 er et resultat på + 40-60 mill kr. Dette er innenfor UNNs interne overskuddskrav på + 60 mill kr.

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 februar 2018	Investert mars 2018	Sum investert 2018	Rest-forpliktelser (godkjent tidligere) mars	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	52,2	3,7	62,1		163,7
PET-senter inkl alle underprosjekter		31,6	43,2	74,8	11,0	13,3	40,9		33,9
Nytt sykehus Narvik		50,4	59,0	109,4	0,4	0,0	0,6		108,7
SUM Nybygg		310,0	102,2	412,2	63,7	17,0	103,6	0,0	308,5
Åsgård Bygg 7		0,8		0,8	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
Tromsundersøkelsen		5,0	5,0	10,0	0,0	0,0	0,0		10,0
MTU Svalbard		0,0	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0		2,0
Datarom-Unn-p85-DS1-Pasienthotellet		77,2	0,0	77,2	0,0	0,0	0,0		77,2
ENØK		3,4		3,4	0,1	0,0	0,2		3,2
SUM Prosjekter		85,6	7,0	92,6	0,1	0,0	0,2	0,0	92,4
Medisinteknisk utstyr	89,9	72,3	89,6	161,9	8,5	14,6	25,5	83,7	52,8
Annet utstyr disponert av MTU-midler			0,0	0,0	0,0			0,5	
Teknisk utstyr	2,8	3,19	12,0	15,2	1,4	0,3	2,5	3,3	9,4
Diverse	23,4	23,4	53,2	76,6	0,1	0,9	5,2		71,4
Ambulanser	1,8	1,81	12,0	13,8	0,0	0,1	1,7		12,1
Ombygginger		22,5		22,5	0,0	0,0	0,1		22,4
EK KLP		-0,1	28,2	28,1			0,0		28,1
SUM Utstyr med mer	117,9	123,1	195,0	318,1	10,0	15,9	35,5	87,0	196,1
SUM total	117,9	519,5	304,2	823,7	73,8	32,9	139,3	87,0	597,8

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

Nr	Klinikk/ Avdeling	Nytt utstyr/ utskifting av gammelt utstyr	Type utstyr	Arsak til søknad	Nødvendig for opprettholdelse av normal drift	Nødvendig for opprettholdelse av liv og helse	Sparte drifts-kostnader	Konsekvenser	Stipulert kostnad (inkl mva) mill. kr
5	30-Diagnostisk klinikk - Røntgen-Na	Utskifting	Skjelett-/gjennomlysnings-apparat	Lab 1 i Narvik er gammelt og er ikke kvalitetsmessig hensiktsmessig eller forsvalig å bruke. Slik den er i dag har den et svært begrenset bruksområde. Se forøvrig statusrapport fra MTA når det gjelder både lab 1 og lab 2, (vedlagt).	Den eneste andre skjelettlabén begynner å bli gammel og slitt. Bli det en langvarig feil ved den vil ikke Narvik kunne gjøre lunge- eller skjelett-undersøkelser og disse pasientene må da sendes til Harstad eller Tromsø. Ved en utskifting av lab 1, til en kombinasjonslab vil denne kunne ivareta det meste av skjelettundersøkelser om/når lab 2 stanser helt og må byttes.	Man risikerer en lengere periode hvor Narvik vil måtte improvisere med andre modaliteter, (CT/MR) for de enklere undersøkelser med de ulemper og begrensninger det vil medføre.	Hvis man i en periode blir nødt til å sende pasienter til Harstad eller Tromsø blir dette et svært dyrt alternativ.	Som nevnt, dette er en dårlig gjennomlysningslab, med begrenset bruksområde, og kan heller ikke brukes som backup for den eneste andre konvensjonelle røntgenlabén.	7,00

Byggeprosjekter

Tabell 21 Byggeprosjekter

	A-fløya	PET-senter
HMS	H=4	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	62,1 mill kr	40,9 mill kr
Sum investert tidligere år	1315,3 mill kr	457,6 mill kr
Sum investert totalt	1377,3 mill kr	498,4 mill kr
Investeringsramme	1 547 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	-30	+39

KONSERNBESTEMMELSER INVESTERINGER I HELSE NORD

Vedtatt av styret i Helse Nord RHF 25. november 2015

1. Formål

Konsernbestemmelsene fastsetter fullmakter og krav til behandling og dokumentasjon av investeringsbeslutninger.

Bestemmelsene skal bidra til riktig og god prioritering av investeringsmidlene.

Bestemmelsene skal sikre et fullstendig beslutningsgrunnlag hvor kvalitet, økonomi, organisasjonsutvikling og andre konsekvenser er vurdert.

Konsernbestemmelsene omfatter alle former for investeringer, og beslutninger om leie som alternativ til egen investering.

2. Generelt

2.1 Investeringsrammer og kostnader

Styret i Helse Nord vedtar investeringsrammer for Helse Nord RHF og helseforetakene. Investeringsrammer innebærer ingen overføring av likviditet, men er kun en tillatelse til å gjennomføre investeringer opp til en gitt sum. Som hovedregel finansieres investeringer av helseforetakenes egen kontantstrøm. I tillegg kan Helse Nord RHF tilføre helseforetakene likviditet gjennom interne lån og kassakreditt.

Alle kostnader av investeringer belastes helseforetaket som gjennomfører investeringer. Helseforetaket må derfor vurdere kostnader til kapital på lik linje med andre innsatsfaktorer i sine prioriteringer.

Dersom helseforetak realiserer vedtatte resultatkrav, vil styret i Helse Nord RHF kunne øke helseforetakets investeringsramme.

2.2 Styring av større strategiske investeringer

Større investeringer i sykehusbygg øker driftskostnadene i helseforetaket. De økte kostnadene finansieres av tre forhold:

- Bortfall av kostnader ved eksisterende bygg
- Effektivisering som følge av nytt bygg/ny organisering
- Bidrag fra styret i Helse Nord RHF (kapitalkompensasjon)

For større investeringer skal styret i Helse Nord RHF fastsette P50¹- ramme og P85-ramme når forprosjektet godkjennes. Prosjektets styringsmål er P50 og denne

¹Prosjekter >50 mill. kroner skal styres etter en investeringsramme som tilsvarer P50 (50 % sannsynlighet for at prosjektet blir dyrere eller billigere), inkl. byggelånsrenter og forventet prisstigning i byggeperioden, samt innlagte mulige tilleggskostnader. Utover dette tar styret i Helse Nord RHF høyde for uforutsette kostnader i løpet av prosjektperioden (P85 – dvs. 85 % sannsynlighet for at prosjektet blir billigere og 15 % sannsynlighet for at det blir dyrere). Avsetning for usikkerhet(P85-P50) kan kun disponeres etter vedtak av styret i Helse Nord RHF.

investeringsrammen legges til helseforetaket. Normalt skal investeringer gjennomføres innenfor P50 rammen. P50-rammen skal inneholde alle kostnader, inklusive buffer for usikkerhet i prosjektet, byggelånsrenter og prisstigning i hele byggeperioden. Det skal utarbeides en «kuttliste» med aktuelle kostnadsreducerende tiltak i prosjektet, som kan iverksettes ved behov.

I tillegg setter styret i Helse Nord RHF av en avsetning for uforutsette kostnader (P85 minus P50). Denne disponeres av styret i Helse Nord RHF.

Det er to beslutningsnivå i disponering av eventuelle besparelser i større prosjekter: Besparelser innenfor P50-rammen disponeres av HF-styret. Besparelser innenfor P85 disponeres av styret i Helse Nord RHF.

I tilfeller hvor P85-rammen er stilt til helseforetakets disposisjon, skal overskridelser utover dette håndteres innenfor helseforetakets fastsatte ramme for investeringer (reduksjon av HF styrets disposisjonskonto eller andre planlagte investeringer i helseforetaket).

2.3 Dokumentasjonskrav

Uavhengig av investeringens størrelse og type, skal det alltid gjennomføres

- en økonomisk analyse
- anskaffelse i tråd med regelverk for offentlige anskaffelser
- nødvendige tiltak for å realisere økonomiske og andre gevinster av investeringen

Omfanget av vurderingene og dokumentasjonen vil variere avhengig av investeringens størrelse, og det er normalt et lavere krav til utredning ved nødvendige re-anskaffelser, jf. punkt 7. Dokumentasjonskravene skal sikre at beslutningen er tatt på et godt fundert grunnlag, og at investeringen er formålstjenlig.

Veileder for Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter skal legges til grunn for prosjekter hvor bygg og anlegg er en sentral del av prosjektet.

3. Investeringsvolum

3.1. Overordnet investeringsramme

Styret i Helse Nord RHF beslutter samlet investeringsvolum i foretaksgruppen, herunder:

- samlet investeringsramme for det enkelte helseforetak
- fordeling av investeringsramme i det enkelte helseforetak mellom større enkeltprosjekter og disponibel ramme for helseforetaket til inventar/utstyr og mindre bygningsmessige investeringer
- forutsetninger for disponering av investeringsrammen
- finansiering av investeringsvolumet
- investeringsramme for fellesprosjekter

Investeringsvolumet fastsettes på grunnlag av vurdering av foretaksgruppens økonomiske bæreevne, økonomiske resultater, status og fremskriving av disponible

likvide midler, samt tilgang på lånemidler.

3.2. Helseforetakets fullmakter

Helseforetakene kan planlegge og gjennomføre anskaffelser i en 4-årshorisont i tråd med vedtatt investeringsplan.

Investeringsrammen til det enkelte helseforetak er et øvre tak på bokførte investeringer det aktuelle året. Helseforetak har ikke fullmakt til å gjøre omfordeling av rammer vedtatt av styret i Helse Nord RHF.

Frigjøring av likviditet som følge av salg styrker foretaksgruppens samlede likviditet, og kan kun nyttes til økte investeringer etter vedtak i styret for Helse Nord RHF.

3.3 Finansiering

Som hovedregel finansieres investeringer av helseforetakenes egen kontantstrøm og salg av eiendom. I tillegg kan Helse Nord RHF tilføre helseforetakene likviditet gjennom interne lån og kassakreditt.

Lån gis normalt til store byggeprosjekter hvor HOD har gitt lånetilsagn til Helse Nord RHF. Helse Nord RHF kan gi ytterligere lån til disse prosjektene, opptil 80 % av investeringen.

I tillegg kan det for konkrete prosjekter større enn 100 mill. kroner gis interne lån (inntil 80 % lånefinansiering). mill.

Dersom aksjeselskap, eid av et helseforetak (hvor eierandel > 50 %), tar opp lån vil dette ses i sammenheng med helseforetakets låneramme.

Leie- og leasing, herunder Offentlig-privat-samarbeid (OPS), er alternative finansieringsmåter for egne investeringer. Alle anskaffelser av bygninger og inventar/utstyr skal vurderes på samme måte etter disse konsernbestemmelsene, uavhengig av finansieringsmåte. Dette innebærer at ulike finansieringsmåter skal vurderes opp mot egenfinansiering. Det skal foretas reelle vurderinger av hvilken finansieringsmåte som er driftsøkonomisk mest fordelaktig.

Alle finansielle leasingavtaler med kontraktsverdi over 100.000 kroner skal godkjennes av Helse Nord RHF.

4. Krav til styrebehandling i helseforetaket

Styret i helseforetaket skal behandle følgende:

- a) årlig investeringsplan, jf. punkt 5, inkl. evt. revideringer av planen
- b) enkeltprosjekter med samlet investeringssum 5 mill. kroner eller mer
- c) enkeltprosjekter som i stor grad påvirker pasienttilbudet
- d) enkeltprosjekter som påvirker oppgavefordelingen mellom geografiske enheter i helseforetaket

- e) enkeltprosjekter som påvirker oppgavefordelingen mellom helseforetak og/eller har driftsøkonomiske konsekvenser for andre deler av foretaksgruppen
- f) enkeltprosjekter som medfører økte kostnader til drift utover det som er forutsatt i investeringsplan og inkludert i driftsbudsjettet
- g) orientering om status fremdrift og investeringskostnad per investeringsprosjekt hvert tertial

Dette er minimumskrav til styrebehandling. Styret i det enkelte helseforetak kan beslutte strengere krav med hensyn til styrebehandling.

5. Nærmere om langtidsplan, inklusive neste års budsjett

Styrene i helseforetakene skal hvert år behandle langsiktig plan for investeringer, samt neste års investeringsbudsjett. Dette skal senest skje i forbindelse med behandling av det årlige driftsbudsjettet slik at driftsmessige konsekvenser av investeringsplanen innarbeides i neste års budsjett.

Følgende krav stilles til helseforetakets investeringsplan:

- Analyse av foretakets økonomiske bæreevne. Har helseforetaket driftsøkonomi til å dekke evt. merkostnader som følge av investeringene innenfor fastsatt resultatkrav? Har helseforetaket likviditet til å betale investeringene? P85-ramme skal legges til grunn for bærekraftsanalyser.
- Investeringsramme skal minimum fordeles mellom større enkeltprosjekt, og generell ramme til mindre utstyrsinvesteringer.
- Fastsetting av administrative fullmakter før iverksetting av investeringer innenfor de rammer som fremkommer av disse konsernbestemmelsene.

6. Krav til godkjenning av Helse Nord RHF

Helse Nord RHF skal godkjenne følgende investeringer i helseforetakene:

- enkeltprosjekter med samlet investeringssum 20 mill. kroner eller mer
- enkeltprosjekter som i stor grad påvirker pasienttilbudet (for eksempel flytting av tilbud eller nytt tilbud)
- enkeltprosjekter som påvirker oppgavefordelingen mellom helseforetak, og/eller har driftsøkonomiske konsekvenser for andre deler av foretaksgruppen
- enkeltprosjekter som medfører større endring i oppgavefordeling mellom geografiske enheter i samme helseforetak
- enkeltprosjekter som medfører avvik fra fastsatte standarder eller strategier i foretaksgruppen

Investeringer i helseforetak opp til 50 mill. kroner kan godkjennes av administrerende direktør. For prosjekter i RHF-regi gjelder de samme bestemmelser til styrebehandling som i HF. Prosjekter med samlet investeringssum på 50 mill. kroner eller mer skal godkjennes av styret i Helse Nord RHF. Helse- og omsorgsdepartementet skal godkjenne investeringer over 1 mrd. kroner, samt behandle investeringer over 500 mill. kroner med hensyn til finansiering.

7. Krav til beslutningsgrunnlag og dokumentasjon for den enkelte investering

Før en investering iverksettes og det inngås økonomisk forpliktende avtaler, skal helseforetaket fatte en konkret investeringsbeslutning for hvert enkelt prosjekt. Investeringsbeslutninger over 5 mill. kroner skal styrebehandles i helseforetaket.

Beslutningsgrunnlaget skal inneholde følgende vurderinger som skal dokumenteres og kunne etterprøves:

- a) Hensikt og mål med investeringen, herunder strategisk tilknytning. Er det fortsatt riktig å prioritere denne investeringen, er behovet fortsatt til stede, evt. har det skjedd noe som endrer prioriteringene.
- b) Vurdering av om styrebehandling og evt. godkjenning av Helse Nord RHF er nødvendig i henhold til disse konsernbestemmelsene
- c) Beskrivelse av investeringen/prosjektet, herunder:
 - Gjennomføringsplan inkludert fremdrift
 - Kompetanse/opplæringsbehov
 - Behov for personellressurser til gjennomføring og prosjektorganisering
- d) Konsekvenser av å gjennomføre investeringen/prosjektet
 - Kost/nyttevurderinger for pasienter, ansatte, miljø, driftsøkonomi, likviditet og lånebehov
 - Helsefaglige vurderinger
 - Konsekvenser for bemanningsbehov etter at investeringen er gjennomført
 - Konsekvenser for rutiner og arbeidsfordeling
 - Konsekvenser for oppgavefordeling mellom enheter og mellom helseforetak, og for andre helseforetaks driftsøkonomi
- e) Beskrivelse av nødvendig organisasjonsutvikling og tiltak for gevinstrealisering
 - Dersom gevinster og endringer som følge av investeringen skal realiseres av andre skal det gjennomføres en prosess/dialog med de som skal realisere gevinstene i forkant av investeringsbeslutningen. Det skal foreligge en bekreftelse fra den (de) som skal realisere gevinsten at nødvendige tiltak og endringer blir gjennomført.
- f) Beskrivelse av 0-alternativ og alternative løsninger
- g) Strategi for gjennomføring av anskaffelsen i tråd med lov og forskrift om offentlige anskaffelser og regional innkjøpsstrategi.
- h) Økonomisk analyse skal inneholde:
 - Investeringsanalyse og økonomisk lønnsomhetsanalyse, herunder konsekvenser for drift, transport av pasienter og finanskostnader

- Kritiske variabler og økonomiske konsekvenser av endring i disse
 - For prosjekter som går over mer enn 2 år og over 50 millioner kroner:
 - Styret i Helse Nord RHF skal vedta P50- ramme og P85-ramme. Prosjektets styringsmål er P50 og denne investeringsrammen legges til helseforetaket. Normalt skal investeringer gjennomføres innenfor P50 rammen. P50-rammen skal inneholde buffer for usikkerhet i prosjektet og byggelånsrenter og prisvekst i byggeperioden.
 - Risikovurderinger skal foretas
 - Har foretaket økonomisk bæreevne til å foreta investeringen? P85-ramme skal legges til grunn for bærekraftsanalyser.
 - Finansiering av investeringen.
 - Prinsipper for endringsordrer innenfor P50. Hvilke fullmakter skal ligge til styret, AD og prosjektleder.
 - For re-anskaffelse av utstyr mv som er utrangert og må erstattes, er kravene til omfang av vurdering og dokumentasjon tilsvarende mindre. Her kreves det en vurdering av om det er riktig og hensiktsmessig å foreta en re-anskaffelse, samt konsekvensen av ikke å foreta re-anskaffelse.
- i) Helse Nord IKT skal involveres i planlegging og gjennomføring av prosjekter som inkluderer IKT-anskaffelser Hvor stor del av investeringen som vedrører IKT skal spesifiseres, slik at denne rammen kan legges til Helse Nord IKT. Helseforetaket skal legge til grunn totalkostnad og totalinvesteringer i bærekraftsanalyser.

8. Hastefullmakt

I tilfelle havari på kritisk medisinteknisk utstyr har Administrerende direktør i helseforetakene fullmakt til å omgå saksgang og dokumentasjonskrav nevnt tidligere i dette dokument. Slik beslutning skal gjøres i tråd med de krav til godkjenning som fremgår av punkt 7 over. Kravene til overholdelse av regelverket for offentlige anskaffelser kan ikke fravikes. HF styret skal informeres om dette fortløpende.

9. Gjennomføring og oppfølging av investeringsprosjekter

Helseforetaket ansvarlig for gjennomføring av anskaffelse, planlegging, gjennomføring (byggherre) og oppfølging av investeringsprosjektet i etterkant.

I utredning, planlegging og gjennomføring av prosjektet skal foretaket forberede organisasjonen på de endringer som investeringen vil medføre (herunder endrede arbeidsmetoder, organisering av oppgaver etc.).

Helseforetaket skal sikre at planlagte gevinster realiseres gjennom oppfølging av konkrete tiltak.

For utbyggingsprosjekter større enn 50 mill. kroner skal det utarbeides tertialrapporter til helseforetakets styre og RHF fra og med gjennomføringsfasen. Helseforetakene må i tillegg vurdere om det er behov for særskilt rapportering for prosjekter under 50 mill.

kroner. Ved signaler om større avvik mill. skal dette varsles umiddelbart både til HF-ledelsen og til RHF.

Tertialrapporter skal inkludere:

a) Status i byggeprosjekt:

- Status og fremdrift i prosjektet
- Økonomisk status
- Status for HMS
- Status for miljø og avfallshåndtering
- Status for risikohåndtering

b) Status i arbeid for nødvendig organisasjonsutvikling

c) Status for gevinstrealisering



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
28/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Hege S Fredheim-Kildal

Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn* fra 10.11.2017 til og med 20.3.2018 til etterretning.

Bakgrunn

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomføres det systematiske tilsyn fra statlige tilsynsmyndigheter. Noen gjennomføres etter samordning mellom flere tilsynsmyndigheter. I tillegg gjennomfører Helse Nord RHF revisjoner på ulike virksomhetsområder i tråd med omforente planer for regionen, eller mellom det regionale foretaket og det enkelte helseforetak.

Formål

Formålet med saken er å gi styret oversikt over funn, oppfølging av disse, gjennomførte eksterne tilsyn og interne revisjoner i regi av Helse Nord RHF i helseforetaket fra 10.11.2017 til og med 20.3.2018.

Saksutredning

Hensikten med tilsyn er å kontrollere om det er etablert et internkontrollsystem som sørger for at virksomhetens tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lovverk og gjeldende prosedyrer. Tilsynsmyndighetene representerer en viktig ressurs for UNN i det løpende forbedringsarbeidet. De er opptatt av å undersøke om ledelsen planlegger, kontrollerer og korrigerer egen virksomhet slik at pasientene får forsvarlig og trygg helsehjelp, og at de ansatte har et forsvarlig arbeidsmiljø.

Tilsyn og revisjoner gir gode bidrag til å avdekke områder der helseforetaket har forbedringspotensial. De gir detaljerte beskrivelser av avvik, og begrunner dem, hva som er god praksis og hva som må til for at avvik skal kunne lukkes.

Oversikt over eksterne tilsyn

Det er gjennomført ett tilsyn og én revisjon siden forrige rapportering. Det vises til vedlegg for oversikt og mer informasjon om funn og status:

1. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har ved UNN gjennomført revisjon innen Helse, miljø og sikkerhet 22.-23.11.2017. Ingen avvik ble avdekket.
2. Helse Nord RHF gjennomførte internrevisjon ved UNN 8.-9.11.2017 med tittel *Antibiotikabruk i UNN*. Det er utarbeidet rapport med sju anbefalinger.

Oversikt over avsluttede tilsyn

Det er avsluttet ett tilsyn siden forrige rapportering. Det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging.

1. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har gjennomført revisjon innen Helse, miljø og sikkerhet 22.-23.11.2017. Det ble ikke avdekket avvik.

Oversikt kommende tilsyn

Det er varslet fire tilsyn:

1. Fylkesmannen har varslet oppfølgende tilsyn «sepsisbehandling i akuttmottak». Tilsynet gjennomføres 17. april 2018, med tilbakemeldingsmøte 8.5.2018.
2. Statens Helsetilsyn har varslet oppfølgende tilsyn etter tilsyn *Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev, samt aktivitet knyttet til organdonasjon*. Tilsynet vil omfatte stikkprøver for kontroll av etterlevelse av krav i forbindelse med blodtransfusjon. Nærmere dato gis i eget brev.
3. Fylkesmannen i Troms har varsle landsomfattende tilsyn med helseforetakenes styring og ledelse av de voksenpsykiatriske poliklinikker i 2017 og 2018. Tilsynet blir gjennomført ved UNN Harstad, Voksenpsykiatrisk poliklinikk 10.-12.4.2018.
4. Det norske Veritas og Germanischer Lloyd AS har varslet periodisk miljørevisjon i henhold til ISO14001, den 7.-9.5.2018.

Tilsynet har til formål å:

- 1) Bekrefte styringssystemets overensstemmelse med standardens krav
- 2) Evaluere styringssystemets virkningsgrad på å sikre at organisasjonen er i stand til å:
 - Tilfredsstillte relevante krav i lover og forskrifter og kontraktsmessige krav
 - Oppnå fastsatte mål

Gjennomførte brann og tekniske tilsyn

Det gjennomføres jevnlig brann og tekniske tilsyn i foretaket. Det har fra 1.august 2017 tom 10. november 2017 vært gjennomført rutinemessige el- tilsyn og branntilsyn. Det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging av branntilsyn.

Påviste mangler etter el-tilsyn følges opp av Drifts- og eiendomssenteret (DES). Seksjonsledere ved Teknisk avdeling ved henholdsvis Narvik, Harstad og Tromsø utarbeider handlingsplaner og følger opp tiltaksarbeidet. Samtlige tekniske tilsyn er svart ut med handlingsplan. Dersom

tilsyn tilsier økte økonomisk behov, fremmes sak til direktørens ledermøte av senterleder for DES. Dokumentasjon og saksbehandling for oppfølging etter el-tilsyn føres i PLANIA.

Riksrevisjon

Riksrevisjonen gjennomfører årlige tilsyn av forvaltningspraksis. I gjeldende periode har det ikke vært gjennomført revisjoner.

Oppfølgende arbeid etter tilsyn

På bakgrunn av tilbakemeldinger, blant annet etter eksterne tilsyn og revisjoner, har UNN valgt å forsterke det kontinuerlige forbedringsarbeidet ved blant annet å innføre nye modeller for interne revisjoner og Ledelsens gjennomgang. Ny modell for interne revisjoner ble vedtatt i oktober 2017. Retningslinjen danner grunnlag for utvidet bruk av metodene revisjon og egeninspeksjon. Hensikt er å gi ledere kunnskap til å identifisere forbedringsområder lokalt og dermed kunne prioritere de rette forbedringstiltakene. Ny modell for Ledelsens gjennomgang (LGG) ble vedtatt i direktørens ledermøte 9. januar 2018. Dedikert rådgiver med hovedansvar for implementering av ny modell er ansatt og tiltrer stillingen 16. mai 2018. Den nye modellen innebærer et system for gjennomføring av LGG både på foretaksnivå og avdelings- og klinikknivå.

Tilsyn: Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon

Helsetilsynet gjennomførte tilsyn med *håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon* ved UNN i perioden 9. august – 6. desember 2016.

I oppfølgingsarbeidet etter tilsynet ble det utarbeidet klinikkvise handlingsplaner i tillegg til på foretaksnivå. Foretaket har arbeidet kontinuerlig med oppfølging og forbedring på de risikoområder som ble påpekt av tilsynet. Handlingsplanene er fulgt opp med statusrapportering til Kvalitets- og utviklingssjefen.

Det er gjennomført interne revisjoner i aktuelle klinikker for å følge opp tilsynet. Det neste som planlegges er egeninspeksjon på gjennomføring av identitetskontroll i april 2018. Diagnostisk klinikk gjennomfører månedlige klinikkvise rapporteringer på transfusjonskvitteringer for å identifisere eventuelle avvik på identitetskontroll.

Det ble gjennomført et oppfølgende tilsynsmøte med Helsetilsynet 20. februar 2018.

Viseadministrerende direktør ved UNN presenterte «status for gjennomføring av korrigerende tiltak og overordnet oppfølging». Prosjektansvarlige ved Diagnostisk klinikk, laboratoriemedisin la frem status for innføring av elektronisk kontroll ved transfusjoner, «LabCraft Bedside Control». I etterkant av møtet har Helsetilsynet varslet at de vil gjennomføre nye stikkprøver av helseforetakets transfusjonspraksis våren 2018.

Medvirkning

Saken var forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter i uke 15. Protokoller og referat fra møtene vil forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 25.4.2018.

I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert i ovennevnte møter.

Vurdering

Forskriften om *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* stadfester at det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som er ansvarlig for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. I det systematiske forbedringsarbeidet ved UNN inngår avvik avdekket ved tilsyn og revisjoner som en viktig kilde til læring og forbedring. Resultater etter tilsyn og revisjoner følges opp blant annet i dialogavtaler, oppfølgingsmøter med enhetene og i kvalitetsutvalg, og ved behov også i egne møter.

Det er iverksatt oppfølgende forbedringsarbeid både på avdelings- og foretaksnivå etter tilsynet med *håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon*. Interne revisjoner på identitetskontroll i etterkant av tilsynet og månedlige kontroller på transfusjonskvitteringer viser bedring, men også at vi fortsatt har avvik. I april gjennomføres egeninspeksjon på identitetskontroll for å vurdere om forbedringstiltakene er tilstrekkelig iverksatt og om de virker.

Innføring av nye modeller for interne revisjoner og for Ledelsens gjennomgang vil bidra til en bedret oversikt og kontroll. Slik oversikt vil gi oss muligheten til å kontrollerer at identifiserte tiltak iverksettes og om de virker. Direktøren erkjenner at det vil ta tid å få på plass systematikken i dette arbeidet i hele organisasjonen.

Konklusjon

Samlet sett er direktørens vurdering at denne statusrapporten viser at UNNs oppfølging av de aktuelle tilsyn og revisjoner er tilfredsstillende. Direktøren anbefaler at styret tar statusrapporten og det beskrevne oppfølgingsarbeidet til etterretning.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Statusrapport eksterne tilsyn pr. 20.3.2018

Status pr 20. mars 2018								
Nr	Revisjonspart	Saksnr	Gjennomføring oppstartdato	Klinikk/senter (enhet)	Tema	Funn	Saksgang	Status
1	Fylkesmannen	16/4364	25.01.17	Akuttmedisinsk klinikk (Akuttmottak, Breivika)	Landsomfattende tilsyn: Sepsisbehandling i akuttmottak	Tre avvik som viser til følgende områder: 1. Tid til antibiotikaoppstart 2. Tilstrekkelig legekompentanse i akuttmottak 3. Ikke iverksatt tiltak fra sykehusets ledelse etter kjennskap om forsinket antibiotikabehandling	Endeling rapport ble mottatt 13.3.17. Det ble iverksatt strakstiltak og er igangsatt arbeid for detaljert tiltaksplan for korrigerende tiltak. Oppfølgende tilsyn i oktober. Tilbakemeldings møte 7.11.17. Tilsynet viser til gode resultater for pågående forbedringsarbeid. Oppfølgende tilsyn planlagt 17.4.18 med tilbakemelding 3.5.18	I prosess
2	Statens Helsetilsyn	16/3970	17.10.16	UNN HF Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken Operasjons- og intensivklinikken Medisinsk klinikk Diagnostisk klinikk	Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon	I den foreløpige rapport presenteres det fem avvik som viser at UNN må iverksette forbedringstiltak på følgende områder: 1. Import av sklera og amnionhinner 2. Samtykke for donasjon og oppbevaring av beinvev 3. Oppbevaring av egg, sæd og embryo 4. Luftkvalitet i rom der egg, sæd, embryo og stamceller blir håndtert 5. Identitetskontroll i forbindelse med transfusjon av blod	Tilbakemelding med handlingsplan for lukking av avvik er sendt innen frist. Tilsynet fant handlingsplanene utarbeidet ved de respektive klinikkene som god beskrivelse av planlagte tiltak for å rette opp forholdene som ble avdekket under tilsynet. Det er utarbeidet overordnet handlingsplan for korrigerende tiltak. Oppfølgingsmøte gjennomført 20. feb 2018. Varslet nye stikkprøver av helseforetakets transfusjonspraksis i løpet av vår 2018.	I prosess

3	Arbeidstilsynet	16/4543	19.10.16	Psykisk helse- og rusklinikken (Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård)	Melding fra verneombud (VO) vedr omfattende bygningsmessige mangler ved poliklinikken	Befaring 19.10.2016 konklusjon: Arbeidstilsynet sender nytt brev hvor de ber om dokumentasjon på arbeid med fysisk arbeidsforhold/vernerunder/kartlegginger av luft og temperatur. Vedtak om to pålegg i brev av 25.8.17: 1. Arbeidsplasser og arbeidslokale, utforming og innredning 2. Arbeidsplasser og arbeidslokale, luftkvalitet	Besvart av saksbehandler i brev pr 12.12.16. I epost av 3.1.17 ber poliklinisk seksjon (PSHR) om utstatt frist for dokumentasjon av HMS-kurs til 15.06.17 med bakgrunn nytt VO. Ikke dokumentert svar fra DES i ePhorte pr 17.1.17. Pågående arbeid for å lukke pålegg. I brev av 13.12.17 fra Arbeidstilsynet er pålegg opplæring verneombud oppfylt. Redegjørelse for oppfølgende arbeid er gitt i brev av 21.12.17 fra UNN Teknisk drift. Der er ikke mottatt svar fra arbeidstilsyn etter dette.	I prosess
4	Arbeidstilsynet	17/3109	16.06.17	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulansetjenesten Torsken)	Tilsyn juni 2017.	Tilsyn med befaring juni 2017. Gjennomført møte med utleier (Torsken kommune), UNN og AT.	Pålegg - arbeidsplasser og arbeidslokaler - utforming og innredning (utleier). UNN følger sak som kopient.	I prosess

5	Fylkesmannen i Troms	15/5116	27.10.15	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulanseavdelingen, seksjon 6)	Anmodning om opplysninger i tilsynssak vedrørende bemanningen i Ambulanse-avdelingen i seksjon 6 og at biler har vært satt ut av drift	Fylkesmannen i Troms finner at UNN har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven §2-2 og internkontrollforskriften §4. Det er ikke funnet grunnlag for å sende saken til Statens Helsetilsyn	Klinikken har redegjort for hendelsen og begrunner den med manglende bemanning og utfordringer med å skaffe vikarer ved sykefravær. I brev av 16. januar 2017 anmoder Fylkesmann ny tilbakemelding for status i arbeid med organisering og dimensjonering, samt ROS analyse av ambulansetjenesten etter at saken har vært oppe i UNN Styret.	Frist sommer 2018
6	Helse Nord	17/3922	08.11.17	UNN HF	Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Universitetssykehuset Nord-Norge har en intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at foretakets antibiotikabruk er rasjonell og i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus	Det fremkom 7 anbefalinger.	Rapport sendt februar 2018. Handlingsplan utarbeides og fremlegges direktørens ledergruppe før styret orienteres.	i prosess
7	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)	17/4754	21.11.17	UNN HF	Hensikt med tilsynet var å få inntrykk av virksomhetens forebyggende arbeid og etterlevelse av regelverk på utvalgte områder	Det ble ikke avdekket noen avvik eller notert noen anmerkninger under tilsynet		Lukket 15.12.17
BRANN								

8	Tromsø Brann og Redning	2017/284	09.12.2016	Åsgård Sykehus	Brannteknisk inspeksjon	<p>To avvik ble avdekket og omfattet:</p> <p>1. Det skal ovenfor tilsynsmyndigheten synliggjøres at sikkerhetsinnretningene fungerer hver for seg og sammen med hverandre.</p> <p>2. dokumentasjon som viser at byggverket den eier oppfylder kravene til brannsikkerhet, og at forebyggendeforskriften er oppfylt.</p> <p>Vedtak om retting av avvik, flere avvik er gjentakende</p>	<p>Lukking av avvik ikke innfridd innen juni 2017. Svarbrev sendt 20.10.17.</p> <p>Utfordringer vedrørende bestilling av eksterne tjenester, gjør at det blir tidsforskyvninger i utførelse.</p> <p>Avvik 1 og 2 ikke innfridd innen januar 2018. Møte med TBR gjennomført 20.01.18. Fremvist brannkonsept og tegninger, redigeres noe og sendes TBR. Sprinklerrapport mangler.</p>	Frist 1.4.18
9	Lenvik Kommune		01.02.2018	Senter for psykisk helse Midt- Troms (Silsand)	Branntilsyn	<p>To avvik ble avdekket:</p> <p>1. Manglende mål for systematisk sikkerhetsarbeid</p> <p>2. manglende øvelser og opplæring</p>	tilsvar gitt innen frist	i prosess
10	Tromsø Brann og Redning	99/04762	30.01.2017	Rusbehandling Ung (Færingen)	Brannteknisk inspeksjon	<p>Tre avvik ble avdekket:</p> <p>1. Manglende tilfredsstillende bygningsdokumentasjon.</p> <p>2. Manglende opplæring, øvelser og rutiner ved brann. Manglende risikoanalyse.</p> <p>3. Bruk av kiler/steinblokker for å holde branddører åpne.</p>	<p>Svarbrev sendt 14.03.17 med handlingsplan.</p> <p>Lukking av avvik nr. 1 ikke innfridd innen september 2017. Nytt svarbrev sendt 20.10.17.</p> <p>Svart ut og iverksatt tiltak innen frist</p>	Lukket



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
29/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.-25.04.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Stig Arne Bakken

Tilbakemelding til RHFet

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft og investeringer for perioden 2019-2026 til orientering, og slutter seg til at denne saken oversendes Helse Nord RHF som tilbakemelding og innspill til Plan 2019-2022, inkludert rullering av investeringsplanen.
2. Styret forutsetter at regionale og nasjonale oppgaver og funksjoner som er pålagt UNN i oppdragsdokumentet finansieres fullt ut.
3. Styret ber om finansiering av trombektomitilbud, økt utdanningskapasitet innen anesthesiologi, økning av oralkirurgi og kostnader til registerarbeid mv. som oppsummert i tabell 5 i denne saken.
4. Styret viser til at den økonomiske situasjonen er krevende, og presiserer at nye oppdrag og oppgaver ikke kan igangsettes uten tilsvarende økte rammer både til drift og investering.
5. Styret erkjenner at investeringsbehovene til utstyr med mer er større enn eksisterende rammer og ber Helse Nord RHF om å gjennomgå den totale investeringsplanen for å imøtekomme dette behovet.

Bakgrunn

Helse Nord RHF's Plan 2019-2022, inkludert investeringsplan skal rulleres i styremøte i Helse Nord RHF 20. juni 2018. Vedtatt plan vil være førende for helseforetakenes langtidsplanlegging og budsjetter for perioden. I *Budsjettbrev 1 - Plan 2019-2022, inkludert rullering av investeringsplan* gis følgende føringer:

For å kunne ta hensyn til innspill fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og de øvrige foretakene må de være styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 25.4.2018. Tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2019-2022 og bærekraftanalyse skal oppdateres og styrebehandles innen denne fristen.

Helse Nord RHF ber om tilbakemelding på strategier og tiltak for å utvikle helsetilbudet i regionen frem til 2026 gjennom følgende åtte punkter:

1. Økonomisk status og tilpasningsutfordringer neste åtte år som inkluderer en presentasjon av langsiktige økonomiske utfordringer, økonomisk bæreevne av fremtidige investeringer og iverksetting av andre planer og tiltak.
2. Strategier og nødvendige tiltak for å realisere økonomiske mål med bakgrunn i den langsiktige økonomiske analysen inkludert eventuelle konsekvenser for ansatte og pasienttilbud.
3. Innspill til regionens mål og faglige satsninger i planperioden.
4. Vurdere størrelse og fordeling av anbefalt investeringsramme for perioden med særlig fokus på analyse av driftsøkonomiske konsekvenser av denne, avveining mellom drift og investering
5. Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan.
6. En samlet oversikt over innspill til driftsbudsjettet og forventninger om økt finansiering til nye vedtatte tiltak, i prioritert rekkefølge.
7. Vurdering av nivå og fremdrift av egen investeringsplan.
8. Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling, skape økonomisk handlingsrom, eller bidra til gjennomføring av samhandlingstiltak med kommuner, jf. økt kommunalt ansvar for psykisk helse og TSB.

Formål

Målet med saken er å etterkomme eiers krav om å styrebehandle innspill til Helse Nord RHF's *Plan -2019-2022, inkludert rullering av investeringsplanen 2019-2026* innen 25.4.2018.

Saksutredning

Den årlige omstillingsutfordringen for UNN varierer i perioden 2019-2026 mellom 38 og 180 mill kr. UNNs hovedstrategi for å kunne møte omstillingsutfordringen er å ha fokus på kontinuerlig forbedring hvor organisasjonens fokus flyttes fra organisatoriske og strukturelle endringer til implementering av kontinuerlig forbedring som metode. Et verktøy i dette er arbeidet med langtidsplan for å oppnå økt kvalitet i pasientbehandlingen, skape økonomisk handlingsrom og bidra til gjennomføring av samhandlingstiltak mot kommunene. Satsningsområdene vil i henhold til UNNs strategiske utviklingsplan være innenfor følgende områder:

1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
2. Psykisk helsevern og rusbehandlings
3. Prehospitale tjenester
4. Kroniske og sammensatte lidelser.

Justeringer i investeringsplanen må inneholde nytt sykehus for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Investeringsrammen til medisinskteknisk utstyr (MTU) med mer er ikke tilstrekkelig. Den må ivareta behovet for nyanskaffelser og erstatning av kassert utstyr og foretakets evne til å reanskaffe utstyr. Det er i tillegg vesentlig at UNN er i stand til å henge med i den teknologiske utviklingen og dette kan i liten grad nedprioriteres. Andre investeringer må sees opp mot dette.

Dersom UNN får nye regionale oppgaver som generer behov for utstyrsinvesteringer og ombygginger må det medfølge økte investeringsmidler. Andre kostnader ved regionale oppgaver må også fullfinansieres fra Helse Nord RHF.

Det vises til vedlegg i saken som bakgrunn for etterfølgende vurdering.

Medvirkning

Saken forelegges ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt brukerutvalgets arbeidsutvalg til drøfting i eget møte 20.4.2018. Protokoll fra møtet behandles som egen referatsak i styret 25.4.2018.

Vurdering

Arbeidet med virksomhetsplanleggingen for 2019, langtidsplanen og oppdatert gjennomgang av investeringsbehovene viser at UNN står overfor store utfordringer i årene fremover. Direktøren vurderer omstillingsbehovets størrelse som nødvendig for å kunne gi et godt helsetilbud til befolkningen i fremtiden, men erkjenner samtidig at dette er svært krevende.

Bærekraftsanalysen viser følgende omstillingsutfordring:

Bærekraftsanalyse UNN HF inkl. oppdaterte kalkyler Nye Narvik sykehus	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Sum inntekter	7 719	7 718	7 726	7 714	7 702	7 711	7 699	7 689
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	7 424	7 532	7 579	7 616	7 561	7 633	7 682	7 741
Sum avskrivninger	288	301	314	338	452	440	451	452
Netto rentekostnader	15	13	13	15	77	71	65	63
Totale kostnader	7 727	7 847	7 907	7 969	8 091	8 145	8 198	8 256
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	-8	-128	-181	-254	-388	-433	-499	-567
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40	10
Internt overskuddskrav UNN	0	60	60	60	60	60	60	60
Sum resultatkrav	40	100	100	100	100	100	100	70
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	-48	-228	-281	-354	-488	-533	-599	-637
Sum effekter tiltaksplan	0	0	0	0	0	0	0	0
Uløst omstilling etter tiltaksplan	-48	-228	-281	-354	-488	-533	-599	-637
Årlig endring omstillingsutfordring	48	180	52	74	134	45	65	38

Nye behandlingsmetoder og økning i eksisterende, kostbare og spesialiserte behandlinger utgjør en stor del av UNNs årlige omstillingsutfordring. UNN ber Helse Nord RHF om å særfinansiere spesialisert behandling (regionsfunksjoner). Konsekvensen dersom dette ikke gjøres blir en økende forskjell i lokalsykehusstilbudet for befolkningen i regionen.

UNNs vurdering er at hovedstrategien i regionen må være å bruke eventuelle økonomiske handlingsrom til styrking av foretakenes drift. Dette vil dels gi UNN mulighet til å styrke en anstrengt drift, og dels øke foretakets mulighet til selv å prioritere investeringer i medisinskteknisk utstyr. Foretakets evne til å reanskaffe utstyr og henge med på den teknologiske utviklingen for utstyr er grunnleggende og kan ikke nedprioriteres, og andre investeringer må vurderes opp mot dette behovet. Vedtatte investeringsrammer fra RHFet er ikke tilstrekkelig for å dekke behovet for investeringer i utstyr, ombygginger med mer. Tabellen nedenfor viser beregnet etterslep for UNN:

Investeringsplan MTU med mer UNN 2019-2026 (tall i mill kr)	2019	2020	2021
Samlet investeringsbehov inkl. etterslep	295	296	334,6
Investeringsramme inkl. eget overskudd	190	250	300
Differanse	-105	-46	-34,6
Akkumulert differanse	-105	-151	-185,6

Det jobbes nå med idfase til nytt sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og UNN vurderer det som viktig at dette tas med i fremtidig investeringsplan og legges inn i UNNs investeringsplan. Nye Åsgård ligger foreløpig inne i Helse Nord RHF sin investeringsplan og UNN ber om at denne flyttes til UNNs investeringsplan samt justeres til gjeldende estimerte investeringsramme. En slik flytting av rammen vurderes viktig og forpliktende.

I oppdragsdokumentet for 2018 er UNN pålagt flere regionale og nasjonale funksjoner som direktøren ikke kan se er godt nok finansiert fra Helse Nord. Direktøren ser det som en selvfølge at slike funksjoner må finansieres fullt ut. Likeledes forventer direktøren at Helse Nord RHF bidrar med tilstrekkelig finansiering av et robust trombektomitilbud ved UNN, og til flere utdanningsstillinger i anesthesiologi som følge av det økte utdanningsbehovet etablering av helikopterbase på Evenes og vaktberedskap for anestesilege på Svalbard gir. Direktøren anser også behovet for økt finansiering av kostbar kreftbehandling, særlig nye medikamenter, til å være vesentlig. Tabellen under (tabell 5) viser UNNs innspill til økt driftsbudsjett for 2019.

Innspill til rullering plan 2019-2022 fra UNN HF			beløp i mill kr			
Prioritet	HN mål	Navn/beskrivelse tiltak	2019	2020	2021	2022
	1,2,3	Trombektomi	14,00			
	2,3	Opptapping LIS Anestesi *	2,55			
	3,1,3	Oralkirurgi	1,30			
	4,1	Registerarbeid	0,50			
SUM UNN's prioriteringer			18,35			
Nasjonalt prosjekt - må fullfinansieres	1,2,3,4	Mine behandlingsvalg	16,70	17,5	17,5	17,5
Må fullfinansieres	1,3,4	Flight - Following *	4,40			
Må fullfinansieres	1,2,3,4	PCI - opplæringskostnader *	5,20			
Må fullfinansieres	1,2,3,4	LIS - stillinger Nevrofysiologi	1,70			
SUM nasjonale - / regionale oppdrag			28,00	17,50	17,50	17,50
SUM UNNs prioriteringer og nasjonale/regionale oppgaver			46,35	17,50	17,50	17,50
* brev fra UNN til RHF 22. februar 2018. 2018 kostnad ikke tatt med i tabellen.						
Helse Nord Mål:						
1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.						
2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning.						
3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.						
4. Innfri de økonomiske mål i perioden.						

Den viktigste satsingen i UNN i 2018 er arbeidet med å utvikle et gjennomgående og dyptgripende system og en kultur for kontinuerlig forbedring. Direktøren mener det nå er god sammenheng mellom de vedtatte strategiene, de foreslåtte hovedindikatorne og Helse Nord RHF's krav til risikostyring.

Tromsø, 20.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg – Saksfremlegg for UNNs tilbakemelding på RHFets plan for 2019-2022



Sak: Tilbakemelding til RHF, Plan 2019-2022, inkludert rullering av investeringsplan.
Til: Styret UNN HF
Fra: Gøril Bertheussen og Stig Bakken
Møtedato: 24-25. april 2018

Saksfremlegg

Helse Nord RHF's Plan 2019-2022, inkludert investeringsplan skal rulleres i styremøte i Helse Nord RHF 20. juni 2018. Vedtatt plan vil være førende for helseforetakenes langtidspanlegging og budsjetter for perioden. I *Budsjettbrev 1 - Plan 2019-2022, inkludert rullering av investeringsplan* gis følgende føringer:

For å kunne ta hensyn til innspill fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og de øvrige foretakene må de være styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 25.4.2018. Tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2019-2022 og bærekraftanalyse skal oppdateres og styrebehandles innen denne fristen.

Helse Nord RHF ber om tilbakemelding på strategier og tiltak for å utvikle helsetilbudet i regionen frem til 2026 gjennom følgende åtte punkter:

1. Økonomisk status og tilpasningsutfordringer neste åtte år som inkluderer en presentasjon av langsiktige økonomiske utfordringer, økonomisk bæreevne av fremtidige investeringer og iverksetting av andre planer og tiltak.
2. Strategier og nødvendige tiltak for å realisere økonomiske mål med bakgrunn i den langsiktige økonomiske analysen inkludert eventuelle konsekvenser for ansatte og pasienttilbud.
3. Innspill til regionens mål og faglige satsninger i planperioden.
4. Vurdere størrelse og fordeling av anbefalt investeringsramme for perioden med særlig fokus på analyse av driftsøkonomiske konsekvenser av denne, avveining mellom drift og investering
5. Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan.
6. En samlet oversikt over innspill til driftsbudsjettet og forventninger om økt finansiering til nye vedtatte tiltak, i prioritert rekkefølge.
7. Vurdering av nivå og fremdrift av egen investeringsplan.
8. Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling, skape økonomisk handlingsrom, eller bidra til gjennomføring av samhandlingstiltak med kommuner, jf. økt kommunalt ansvar for psykisk helse og TSB.

1. **Økonomisk status og tilpasningsutfordringer neste åtte år som inkluderer en presentasjon av langsiktige økonomiske utfordringer, økonomisk bæreevne av fremtidige investeringer og iverksetting av andre planer og tiltak.**

1.1 Vedtatt investeringsplan UNN HF 2019-2026

Tabell 1 Vedtatt investeringsplan 2019-2026

Investeringsplan - Totale rammer inkl prisstigning til ferdigstillelse og byggelånsrenter (tall i mill kr)	Sum tidligere år	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	SUM
Nytt sykehus Narvik/ Økt ramme jfr sak 35/2011	130	60	250	500	730				1 670
Tromsundersøkelsen	25	5							30
MTU, ambulanser, rehab med mer		150	150	200	200	200	200	200	
Sum UNN		215	400	700	930	200	200	200	

Tabell 1 viser vedtatt investeringsplan fra RHF.

Investeringer i UNN skal understøtte valgte strategier og bygge på foretakets verdigrunnlag (kvalitet, trygghet, respekt og omsorg). Investeringsplanene søkes avstemt mot langtidsbudsjett og strategiarbeid for øvrig. Det er en målsetting å fordele ressursene mellom investeringer og drift på en slik måte at det er til beste for pasientbehandlingen i et langsiktig perspektiv.

Nytt sykehus Narvik

I vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF er samlet investeringssum for nytt sykehus Narvik 1,67 mrd kr og med planlagt byggestart i 2019. Prosjektet går over i en forprosjektfase ved årsskiftet 2017/2018. Planlagt ferdigstillelse er i 2022.

Tromsundersøkelsen

Det er bevilget 5 mill kr årlig fra Helse Nord's forskningsbudsjett frem til 2019 for Tromsundersøkelsen

Utstyr med mer

I investeringsplanen til UNN er det i 2019-2022 avsatt 150 mill kr til utstyr med mer som skal dekke investeringer i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP og andre investeringer. Beløpet øker til 200 mill kr i perioden 2021-2026.

Årlige investeringsbehov vedrørende reanskaffelse av medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP med mer er beregnet til omtrent 300 mill kr. I tillegg kommer investeringer i nytt utstyr, ny teknologi, samt renovering av eksisterende bygningsmasse.

Vedtatte investeringsrammer fra RHF'et er ikke tilstrekkelig for å dekke behovet. For å møte investeringsbehovene fremover har UNN budsjettet med overskudd i driften for å håndtere årlige behov for reanskaffelser, etterslep og utstyr som følge av medisinsk og teknologisk utvikling. Strategien videreføres også perioden 2020-2026 hvor det planlegges med et overskudd (utover resultatkravet fra RHF på 40 mill kr) på 60 mill kr, som øker investeringsrammene fra 2020 med tilsvarende beløp. Dette er svært krevende å gjennomføre for foretaket.

1.2 Bærekraftanalyse

Helse Nord RHF har basert oppdatering av plan for 2019-2022 på følgende premisser:

- Helse Nord legger til grunn en forventning om 1,2 % årlig realvekst i helsesektoren.
- Helse Nord tar høyde for effekt av nasjonal inntektsmodell.
- Helseforetakene har frem til og med 2018 i all hovedsak vært skjermet for store deler av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dersom spesialisthelsetjenesten fremover blir håndtert på samme måte som øvrig statlig virksomhet må vi legge til grunn en årlig inntektsreduksjon på ca. 60 mill. kroner. Dette er ikke innarbeidet i økonomisk handlingsrom og helseforetakene bes innarbeid effekten som reformen medfører for aktivitetsbaserte inntekter.
- Det vil stilles krav til videre effektivisering for å øke handlingsrommet.
- Det pågår et arbeid med kvalitetssikring av inntektsfordelingsmodell somatikk, med styrebehandling juni 2018 med sikte med innfasing fra 2019.
 - Oppdatering av kriterieverdiene i inntektsfordelingsmodellen gjennomføres i juni 2018.
 - Videre innfasing av vedtatt utdanningsmodell skjer i 2019.
- Resterende innfasing av revidert inntektsmodell for TSB og psykisk helsevern skjer i 2019.
- Faglige premisser bygger på rullering og oppdatering av vedtatt plan 2018-2021.
- Det skal legges til grunn følgende renter:
 - Lån innvilget til og med 2017: en lånerente på 2.5 % (ved flytende)
 - Lån nye byggelån (Narvik og Hammerfest): en lånerente på 3.5 %
 - Innskuddsrente: 1.5 %
 - Driftskreditt: 1.7 %

I tillegg til premissene fra Helse Nord RHF har UNN lagt til grunn 0,5 % redusert basisramme i årene fremover for å ta høyde for avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen fullt ut. Det er videre lagt inn 51 mill kr i årlige økte kostnader til interne omprioriteringer for 2019 og 60 mill kr årlig i årene fremover. Fra 2020 ligger det 30 millioner til langtidsplan.

Bærekraftanalysen er videre basert på følgende forutsetninger:

- Vedtatt investeringsplan fra RHF
- Årlige overskuddskrav fra RHF på 40 mill kr og internt overskuddskrav brukes til investeringer i påfølgende år.

- Investeringsramme P85 nye bygg.
- 50 % lånefinansiering A-fløy.
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus.
- 70 % lånefinansiering PET-senteret.
- 70 % lånefinansiering Nye Åsgård.
- Analysen er gjennomført i 2018-kroner.
- Avskrivningstidene er satt til 30 år for Pasienthotellet og 26,4 år for øvrige bygg.
- 51 mill kr i årlige økte kostnader til interne omprioriteringer (90 mill kr i 2019)
- Hensyntatt avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen

Bærekraftanalysen viser at UNN står overfor varierende omstillingsbehov i perioden 2019-2026. I 2019 er omstillingsbehovet 48 mill kr, og øker gradvis opp til 637 mill kr i 2026. Årlig omstillingsbehov varierer fra 38-180 mill kr i perioden. Usikkerheten øker etter hvert i planperioden. En eventuell endring som følge av revideringen av inntektsfordelingsmodellen somatikk er ikke tatt inn i bærekraftsanalysen.

Tabell 2 Bærekraftanalyse 2019-2026

Bærekraftanalyse UNN HF inkl. oppdaterte kalkyler Nye Narvik sykehus	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Sum inntekter	7 719	7 718	7 726	7 714	7 702	7 711	7 699	7 689
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	7 424	7 532	7 579	7 616	7 561	7 633	7 682	7 741
Sum avskrivninger	288	301	314	338	452	440	451	452
Netto rentekostnader	15	13	13	15	77	71	65	63
Totale kostnader	7 727	7 847	7 907	7 969	8 091	8 145	8 198	8 256
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	-8	-128	-181	-254	-388	-433	-499	-567
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40	10
Internt overskuddskrav UNN	0	60	60	60	60	60	60	60
Sum resultatkrav	40	100	100	100	100	100	100	70
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	-48	-228	-281	-354	-488	-533	-599	-637
Sum effekter tiltaksplan	0	0	0	0	0	0	0	0
Uløst omstilling etter tiltaksplan	-48	-228	-281	-354	-488	-533	-599	-637
Årlig endring omstillingsutfordring	48	180	52	74	134	45	65	38

*Bærekraftanalysen er inklusive nytt sykehus psykisk helse og TSB.

1.3 Kontantstrøm/likviditetsanalyse

Oppdatert likviditetsberegning viser forventet utvikling i likviditeten i perioden 2019-2026. Likviditeten er positiv i hele planperioden.

Tabell 3 Likviditetsanalyse 2019-2026

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

Likviditetsanalysen er basert på følgende forutsetninger:

- Økonomisk resultat i henhold til styringsmål og internt overskuddskrav og at dette benyttes til økte investeringer påfølgende år.
- 70 % lånefinansiering av nye Narvik sykehus
- 70 % lånefinansiering nye Åsgård
- Øvrige forutsetninger ihht bærekraftanalysen

2. Strategier og nødvendige tiltak for å realisere økonomiske mål med bakgrunn i den langsiktige økonomiske analysen inkludert eventuelle konsekvenser for ansatte og pasienttilbud.

Bærekraftanalysen viser at UNN står overfor varierende omstillingsbehov i perioden 2019-2026. I 2019 er omstillingsbehovet 48 mill kr, og øker gradvis opp til 637 mill kr i 2026. Årlig omstillingsbehov varierer fra 38-180 mill kr i perioden. Usikkerheten øker etter hvert i planperioden.

Erfaringsmessig identifiserer og prioriterer UNN ulike satsingsområder hvert år for gjennomsnittlig 60 mill kr, og dette er inkludert i bærekraftsanalysen i årene fremover. Fra og med 2020 er det avsatt midler til langtidsplanen tilsvarende 30 mill kr årlig. Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen er inkludert i analysen i årene fremover.

Virksomhetsplanlegging 2019

Virksomhetsplanlegging for 2019 startet allerede 24. januar med en heldags budsjettkonferanse for direktørens ledergruppe, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud, med påfølgende diskusjoner i ordinære ledermøter i februar og mars. Virksomhetsplanlegging var også tema på ledersamling 15. og 16. mars. Strategisk utviklingsplan ligger til grunn for arbeidet slik at det kortsiktige planarbeidet (2019) utarbeides i tråd med de strategiske langsiktige planene for UNN.

Som følge av de endrede rentebetingelser som er beskrevet i budsjettbrev 1 fra RHF øker omstillingsutfordringen med 8 mill kr årlig fra og med 2019.

Foreløpig omstillingsutfordring for 2019 er på 48 mill kr inkludert endrede rentebetingelser, og arbeid med prioritering og tiltak er igangsatt. Det er vedtatt fem ulike overordnede tiltak på tvers av klinikker som er i prosess. Disse tiltakene har som mål å redusere bruk av innleie og overtid, samtidig som kjente utfordringer for personellet i den daglige kliniske drift reduseres. Det er også for 2019 økt fokus på plantall hvor behov og forbruksrater skal brukes aktivt for å planlegge riktig aktivitetsnivå, der målsetningen er å redusere variasjon og overforbruk av helsetjenester. Den økte omstillingsutfordringen på 8 mill kr som følge av endrede rentebetingelser i 2019 er ikke tatt inn i arbeidet så langt.

Kontinuerlig forbedring

Som en videreføring og konkretisering av strategiarbeidet som har vært drevet gjennom mange år er hovedsatsningen fremover kontinuerlig forbedring. Organisasjonens fokus flyttes fra organisatoriske og strukturelle endringer til implementering av kontinuerlig som metode. Ved å utvikle et gjennomgående og dyptgripende system for kontinuerlig forbedring skal UNN danne grunnlaget for å møte de fremtidige utfordringene.

Forbedringsarbeidet forutsetter stort engasjement fra ledere og ansatte på alle nivå i organisasjonen. Målet med forbedringsarbeidet er økt kvalitet i pasientbehandlingen, bedre arbeidsmiljø og involvering samt frigjøre ressurser til prioriterte områder.

3. Innspill til regionens mål og faglige satsninger i planperioden

UNN er fornøyd med at regionens mål er stabile og holder en stø kurs i forhold til tidligere år. Dette gir oss forutsigbare rammevilkår i forhold til intern planlegging. UNNs strategiske utviklingsplan er i tråd med regionens mål, og vi anbefaler at mål og satsningsområder blir videreført. Konsekvensene av regionens planer og satsninger må variere mellom foretakene i regionen, og vi ber igjen om at dette kommer tydelig frem i det videre arbeidet.

UNNs overordnede strategi ligger fast, og Strategisk utviklingsplan gir nå tydelig retning til den årlige virksomhetsplanleggingen. Den viktigste satsingen i UNN i 2019 er arbeidet med å utvikle gjennomgående og dyptgripende system og kultur for kontinuerlig forbedring. Direktøren mener at det nå er god sammenheng mellom de vedtatte strategiene, de foreslåtte hovedindikatorene og Helse Nord RHF's krav til risikostyring.

Regionalt arbeid med å definere innhold til lokalsykehusene

UNN anser det fortsatt som svært viktig at det pågående arbeidet som skal definere basis lokalsykehusfunksjoner og grunnleggende funksjonsfordeling mellom foretakene i regionen videreføres og konkluderes så snart som mulig. Som anført i fjorårets tilbakemelding på regional plan 2018 - 2021 får beslutningene i dette arbeidet betydning for UNNs faglige satsinger fremover. Det viktigste elementet i dette er at når andre HF ikke klarer å opprettholde tilbud til egne lokalsykehuspasienter enten permanent eller for deler av året må UNN ha en bufferkapasitet for å håndtere disse pasientene. Dette medfører en betydelig merkostnad utover betaling for hvert produserte DRG-poeng gjennom mobilitetskomponenten.

4. Vurdere størrelse og fordeling av anbefalt investeringsramme for perioden med særlig fokus på analyse av driftsøkonomiske konsekvenser av denne, avveining mellom drift og investering

UNN ønsker å viderefører strategien om å skape overskudd i egen drift for å øke investeringsrammene påfølgende år. Overskuddskravet fra RHF er 40 mill kr i hele planperioden. For 2019 har ikke UNN kunnet opprettholde ambisjonen om et internt overskuddskrav i tillegg til RHF-kravet som følge av en stadig mer utfordrende økonomisk situasjon. Dette er imidlertid på sikt helt nødvendig for å avsette nok ressurser til investeringer i utstyr med mer og fra og med 2020 har UNN i bærekraftanalysen et overskuddskrav på 60 mill kr. Dette fordi tildelte midler til MTU med mer ikke er tilstrekkelig for å dekke behovet for nyinvesteringer og reanskaffelser.

5. Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan

I budsjettbrev 1 er nye Åsgård lagt inn i Helse Nord RHF sin investeringsplan med 1,2 mrd kr i perioden 2023-2026. UNN ber om at investeringsrammen flyttes til UNNs investeringsplan og at rammen korrigeres til gjeldende estimert investeringsramme på 1,7 mrd kr. Det bes også at investeringsplanen oppdateres i forhold til prisjustert nivå for Nye UNN Narvik på 2,68 mrd kr.

Tabell 4 Korrigert investeringsplan 2019-2026 – tall i mill kr

Investeringsplan iht fremdriftsplan	Tidligere år	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Totalsum byggeprosjekter
Nytt Narvik sykehus	165,7	96,3	401,2	802,4	1214,4					2680,0
Nye Åsgård						100,0	200,0	300,0	600,0	1200,0
Tromsø undersøkelsen	25,0	5,0								30,0
MTU, ambulanser, rehab med mer		150,0	150,0	200,0	200,0	200,0	200,0	200,0	200,0	
Sum investeringsplan UNN		251,3	551,2	1 002,4	1 414,4	300,0	400,0	500,0	800,0	

UNN mener at hovedstrategien i regionene må være å bruke eventuelle økonomiske handlingsrom dels til styrking av drift i foretakene, og dels til investeringer i utstyr. Foretakenes evne til å reanskaffe utstyr og henge med på den teknologiske utviklingen for utstyr er vesentlig og må prioriteres, og andre investeringer må vurderes opp mot dette behovet. Vedtatte investeringsrammer fra RHF'et er ikke tilstrekkelig for å dekke behovet for investeringer i utstyr, ombygginger med mer.

Arealplan Breivika

Prosjektet Arealplan UNN Breivika er gjennomført vår og høst 2017. Arealplanen planlegges gjennomført i tre faser. For fase 2 og 3 jobbes det med å utarbeide et investeringsprosjekt i tråd med tidligfaseveileder for Sykehusplanlegging. Prosjektinnramming for investeringsprosjektet legges fram for UNN-styret i løpet av våren 2018, og vil deretter oversendes RHF-styret for videre behandling. Fase 2 og 3 i arealplanen Breivika er kostnadsberegnet til om lag 730 mill kr, og UNN ber om tilsvarende investeringsrammer legges inn i investeringsplanen i perioden høst 2019-2028.

Eventuelle nye pålagte regionsoppgaver

På grunn av små investeringsrammer og svært stramme prioriteringer i UNN presiseres det at dersom UNN får nye regionale oppgaver som genererer behov for utstyrsinvesteringer og ombygginger må det medfølge økte investeringsmidler.

6. En samlet oversikt over innspill til driftsbudsjettet og forventninger om økt finansiering til nye vedtatte tiltak, i prioritert rekkefølge

Tabell 5 – oversikt over innspill etter RHF's mal:

Innspill til rullering plan 2019-2022 fra UNN HF			beløp i mill kr			
Prioritet	HN mål	Navn/beskrivelse tiltak	2019	2020	2021	2022
	1,2,3	Trombektomi	14,00			
	2,3	Opptopping LIS Anestesi *	2,55			
	3,1,3	Oralkirurgi	1,30			
	4,1	Registerarbeid	0,50			
SUM UNN`s prioriteringer			18,35			
Nasjonalt prosjekt - må fullfinansieres	1,2,3,4	Mine behandlingsvalg	16,70	17,5	17,5	17,5
Må fullfinansieres	1,3,4	Flight - Following *	4,40			
Må fullfinansieres	1,2,3,4	PCI - opplæringskostnader *	5,20			
Må fullfinansieres	1,2,3,4	LIS - stillinger Nevrofysiologi	1,70			
SUM nasjonale - / regionale oppdrag			28,00	17,50	17,50	17,50
SUM UNNs prioriteringer og nasjonale/regionale oppgaver			46,35	17,50	17,50	17,50
* brev fra UNN til RHF 22. februar 2018. 2018 kostnad ikke tatt med i tabellen.						
<u>Helse Nord Mål:</u>						
1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.						
2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning.						
3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.						
4. Innfri de økonomiske mål i perioden.						

UNN skiller i våre innspill til økt driftsbudsjett i 2019 mellom det vi anser mer som UNNs egne finansieringsbehov, og de finansieringsbehov som følger av pålagte regionale og/eller nasjonale funksjoner.

UNNs finansieringsbehov

Trombektomi

Trombektomi – tjenester ved UNN øker og det er behov for å styrke bemanningen og ressurser til utstyr og UNN ber om at dette finansieres av Helse Nord RHF. Det vises for øvrig til UNN styresak 34/2018. Kostnadsøkningen for UNN i 2019 er beregnet til 14 mill kr.

LIS – leger anestesi som følge av økt behov for spesialister på Svalbard og ved Evenesbasen

Etablering av helikopterbasen på Evenes og innføring av beredskapsordning for anestesilege på Svalbard medfører behov for langt flere spesialister i anesthesiologi. Disse regionale vedtakene medfører dermed et stort behov for å styrke utdanningskapasiteten i denne spesialiteten, og derfor behov for å øke antall LIS - leger i anestesi i UNN med 3 stillinger. Dette fremkommer også i brev til Helse Nord RHF av 22.02.2018. De økte kostnadene for 2019 tilsvarer 2,55 mill kr.

Oralkirurgi

I regional fagplan for Øre, Nese og Halsfaget ble det beskrevet en underkapasitet med hensyn til oralkirurgi ved UNN. Underkapasiteten tilsvarer 0,8 % stilling som en søker finansiert av Helse Nord RHF. Kostnad 1,2 mill kr.

Arbeidet med nasjonale kliniske kvalitetsregistre

Ny finansieringsordning for medisinske kvalitetsregistre forventes å være klar og gjeldende fra 2020. Flere av kvalitetsregistrene i UNN ønsker og er klar for å utvikle seg til et høyere modenhetsnivå. Det vil kreve forsterket innsats og økt budsjett fra 2019. En slik økning må fullfinansieres fra Helse Nord RHF. I denne saken tas inn en beskjeden økning til UNNs drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre som følge av flere fagrådsmedlemmer, flere innregistrerende sykehus samt økt reiseaktivitet til sykehus for å øke datakvalitet.

Kreftbehandling

UNN ber om at ny, dyr kreftbehandling må finansieres særskilt, og ber Helse Nord RHF om både økt finansiering til dette (20 mill kr), samt at det settes av en sentral pott i RHFet for ny behandling som besluttes tatt i bruk i løpet av budsjettåret.

Økte finansieringsbehov som følge av pålagte regionale og/eller nasjonale oppgaver

Mine behandlingsvalg – nasjonal oppgave i henhold til oppdragsdokument.

UNN er i oppdragsdokumentet pålagt å videreføre arbeidet med «Mine behandlingsvalg», der vi innehar en viktig nasjonal rolle. Helse Nord RHF har i perioden 2016 – 2018 finansiert dette prosjektets utvikling. Prosjektperioden utløper desember 2018 og UNN søker om midler fram til 2021 for å kunne implementere dette i tråd med oppdraget

fra Helse- og omsorgsdepartementet. UNN vil stille opp med våre kliniske fagmiljøer som vil utvikle samvalgsverktøy sammen med Mine Behandlingsvalg og implementere disse i pasientforløpene. Gjennom dette bidrag vil UNN være nasjonal og internasjonal modellsykehus og sikrer dermed faglig mergevinst i form av nettverk, utdanning av helsepersonell og pasienter samt utvikling av implementeringsstrategier i alle relevante pasientforløp i Norge. Det anbefales en regional finansieringsmodell eventuelt med deltagelse fra de andre RHFene. Mine behandlingsvalg forutsettes finansiert.

PCI

Det foregår et arbeid i regi av Helse Nord RHF med gjennomføre vedtatt oppstart av satellitt for PCI-virksomhet ved Nordlandssykehuset i Bodø. Arbeidet med å beregne finansieringsbehovet for dette pågår i samarbeid med NLSH og RHF. UNN legger til grunn at dette fullfinansieres. I brev av 22. februar 2018 har UNN bedt om finansiering av opplæringen som er i gang og dette tas inn i denne saken for det foreløpige beløpet for 2019.

Flight Following

I oppdragsdokumentet for 2018 er UNN pålagt å overta Flight Following for ambulanshelikoptrene. Dette er med på å øke kostnaden ved UNN og må finansieres særskilt av Helse Nord RHF. Kostanden er vesentlig høyere enn den ene mill kr som UNN foreløpig har fått tilsagn om til dette.

Behov for å sikre rekruttering og utdanning av kliniske nevrofysiologer

Klinisk nevrofysiologi er et svært lite og sårbart fagområde, som har viktige oppgaver og der UNN har LIS-utdanningsfunksjon for hele Helse Nord. Rekrutteringen kan være vanskelig. Behovet for å utdanne nye spesialister er tydelig definert og svært viktig for å ivareta oppgavene til fagområdet i hele Helse Nord i fremtiden. Dette anser UNN som en regional oppgave, og ber om midler til 2 LIS-stillinger innen dette fagområdet.

Nye oppgaver

Ved eventuelle nye oppdrag og oppgaver må det medfølge full finansiering.

7. Vurdering av nivå og fremdrift av egen investeringsplan

Vedtatt investeringsramme til MTU, teknisk utstyr, ombygginger, egenkapital KLP med mer er etter UNNs vurdering ikke tilstrekkelige i forhold til anslått behov. UNN anser det derfor som påkrevet å videreføre strategien med å skape overskudd i driften til økt investeringsramme påfølgende år, men har ikke funnet det økonomisk forsvarlig i 2019. Internt overskuddskrav på 60 mill kr i 2018 og 60 mill kr årlig fra og med 2020 vil bidra til økte investeringsrammer slik at forventet behov for reanskaffelse og nytt utstyr i større grad kan imøtekommes.

Det er foreløpig beregnet et etterslep på MTU på omtrent 300 mill kr. Dette er forutsatt å hentet inn i løpet av en fireårs periode (2018-2021) med 75 mill kr per år. I oversikten i tabell 7 og figur 1 vises anslått behov for utstyr med mer i planperioden.

I langtidsplanen som hittil er utledet fra strategisk utviklingsplan er det en kombinasjon av driftskostnader (lønn og varekostnader), investeringer i utstyr og arealkostnader (ombygging og behov for utvidet areal, og som er en kombinasjon av kostnader som skal belastes driftsregnskapet og investering). Langtidsplanarbeidet er ikke ferdigstilt, men investeringsbehovet er omfattende. Målsetningen er å lage en komplett investeringsplan både for reanskaffelser og for målsetninger i langtidsplanen. Det er gjort et svært forsiktig anslag på behovet for nyinvesteringer i årene fremover, tabell 7. Kostnader til ombygging, Arealplan, nettverk etc. er ikke tatt inn i vedtatt investeringsramme. Dette er store utgifter som UNN vil ta inn i planarbeidet.

Tabell 6 Investeringsplan MTU med mer UNN 2019-2026

Investeringsplan MTU med mer UNN 2019-2026 (tall i mill kr)	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Vedtatt investeringsramme MTU med mer (fra RHF)	150	150	200	200	200	200	200	200
Overskudd i drift (40 fra RHF og interne overskuddskrav)	40	100	100	100	100	100	100	100
Investeringsramme inkl. eget overskudd	190	250	300	300	300	300	300	300

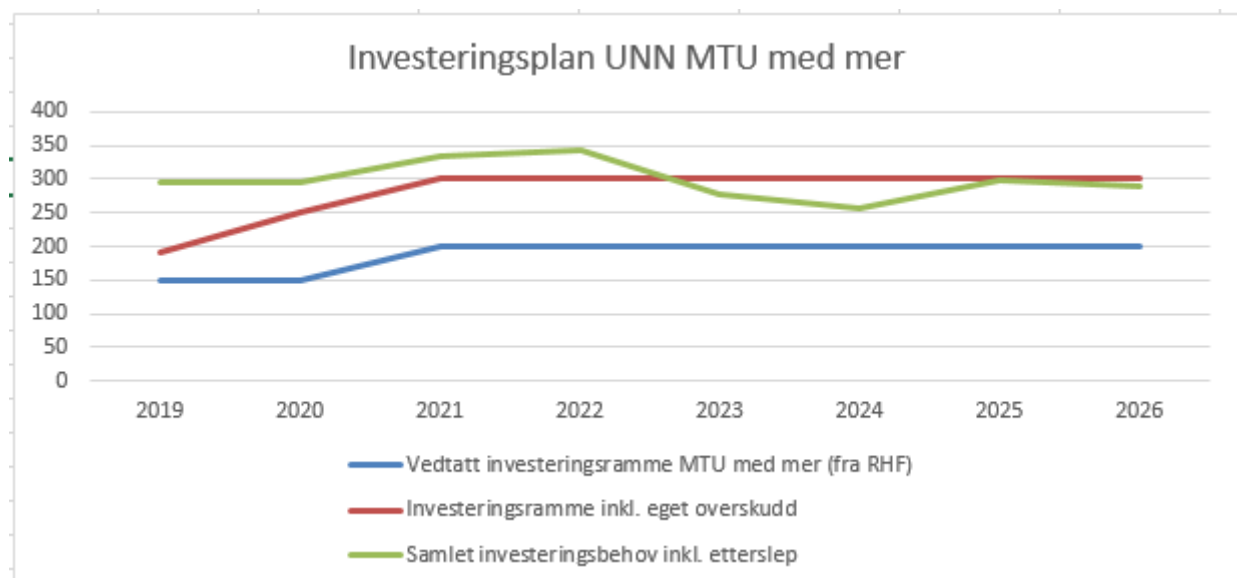
Tabell 7 Investeringsbehov MTU med mer UNN 2019-2026

Investeringsbehov MTU med mer UNN 2019-2026 (tall i mill kr)	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Behov for reanskaffelse av eksisterende utstyr	28	60	114	198	133	110	154	143
Etterslep MTU	75	75	75					
Behov for teknisk utstyr, ambulanser, ombygginger med mer	162	131	115,6	115,6	115,6	115,6	115,6	115,6
Behov for nytt utstyr (mer teknologisk utvikling etc)	30	30	30	30	30	30	30	30
Samlet investeringsbehov	220	221	259,6	343,6	278,6	255,6	299,6	288,6
Samlet investeringsbehov inkl. etterslep	295	296	334,6	343,6	278,6	255,6	299,6	288,6

Tabell 8 Oppsummering behov vs. rammer

Investeringsplan MTU med mer UNN 2019-2026 (tall i mill kr)	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Samlet investeringsbehov inkl. etterslep	295	296	334,6	343,6	278,6	255,6	299,6	288,6
Investeringsramme inkl. eget overskudd	190	250	300	300	300	300	300	300
Differanse	-105	-46	-34,6	-43,6	21,4	44,4	0,4	11,4
Akkumulert differanse	-105	-151	-185,6	-229,2	-207,8	-163,4	-163	-151,6

Figur 1 Investeringsplan UNN 2019-2026



8. Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling, skape økonomisk handlingsrom, eller bidra til gjennomføring av samhandlingstiltak med kommuner, jf. økt kommunalt ansvar for psykisk helse og TSB

UNN arbeider med å videreutvikle og gjennomføre langtidspan for virksomheten. Som følge av usikkerhet i forhold til gjennomføring av økonomiske tiltak for 2018 har vi forskjøvet virkningspunktet for de tiltakene i langtidspanen som var vedtatt startet opp i 2018 til september 2018. For 2019 har UNN funnet det riktig å ta ned den interne omstillingsutfordringen som eget overskuddskrav og interne prioriteringer innebærer som følge av en presset økonomisk situasjon. Dette innebærer at driftstiltak som vi anser vil øke kvalitet, og på sikt gi handlingsrom økonomisk sett med mer har måtte utsettes til 2020. Gjennomføringstempoet i planen avhenger av foretakets og regionens vilje og evne til å omprioritere. Strategien vil være knyttet opp mot UNNs satsing på kontinuerlig forbedring og gevinstrealisering av planene.

Satsningsområdene vil fra 2020 fortsatt være innenfor:

1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
2. Psykisk helsevern og rusbehandlings
3. Prehospitaltjenester
4. Kroniske og sammensatte lidelser.

Viktige tiltak som inngår i UNNs langtidspan, og som vi mener vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling og/eller bidra til bedre samhandling med kommunene er fylldig omtalt i UNNs tilbakemelding til Helse Nord RHF på plan 2018 – 2021. Enkelte av disse punktene gjentas her:

Etablering av hybridstuer

Hybridstuer er avanserte operasjonsrom hvor intervensjoner basert på videoassistert skopi og/eller kateterbaserte teknikker utføres under sanntids bildeveiledning. Dette kan i stor grad erstatte åpen kirurgisk behandling av kreft i brysthule, buk og bekken og av hjerte- og karsykdom. Gevinsten for pasientene er lavere komplikasjonsrisiko, mindre behov for intensivbehandling og kortere sykehusopphold. Sykehusets ressursforbruk over tid reduseres idet man utover selve intervensjonen trenger mindre innsats av høyspesialisert helsepersonell.

Etablering av flere hybridstuer inngår i det pågående arbeidet med arealplan for UNN Breivika.

Infeksjon og smittevern

Behandling av komplekse infeksjoner og infeksjoner forårsaket av multiresistente bakterier vil føre til et større behov for å kunne isolere pasienter med multiresistente bakterier. Målet innebærer å tilrettelegge for å forebygge sykehusinfeksjoner og resistensutvikling. Etablering av nye isolater og flere enerom med bad/WC er nøkkelstrategier for å forebygge infeksjoner og spredning av infeksjoner.

På bakgrunn av økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier tilrår regional smittevernplan 2016-2020 at det prioriteres bygging av flere enerom med eget bad/wc og kontaktsmitteisolater fremfor flere luftsmitteisolater i aktuelle planperiode, og at det ved nybygg og ombygging kun bygges enerom med eget bad og toalett. I eksisterende bygg må muligheten for å få flere enerom vurderes.

Disse føringer ønsker UNN å ivareta i forbindelse med det pågående arbeidet med arealplan for UNN Breivika, der vi planlegger for at alle sengeposter i Breivika bygges om til å kun inneholde enerom.

Kreft – ombygging til behandlingssenheter for ikke- kirurgisk kreftbehandling

Ikke-kirurgisk kreftbehandling, inklusive palliativ kreftbehandling krever nytt utstyr og kunnskap innen moderne kreftbehandling, herunder utvikling av kreftavdelingens sengepost og infusjonssenheter.

Dreining fra døgn til dag

Dreining fra døgn til dag vil medføre endringer i logistikkplanleggingen rundt pasientforløpene. Dette krever at vi forbedrer pasientforløpene og tidslinjene i behandlingen i tråd med pasientens beste. Vi skal ha god langsiktig planlegging og effektiv dag-til-dag styring ved hjelp av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP). Flere av pasientene som kommer til kontroll eller fornyet vurdering vil kunne tilbys opphold på pasienthotell fremfor sengepost. Økt kapasitet og tilgjengelighet har ført til økt bruk av hotellsenger. Potensialet for ytterligere økning ligger særlig innenfor pasientgrupper som har lettere infeksjonssykdommer. Dette avhenger imidlertid av bedre tilrettelegging for smitteverntiltak på hotellet. Dag- og poliklinisk behandling skal foregå i egnede arealer.

Lungekreft

Diagnostikk og behandling av lungekreft gjennomgår en drastisk forbedring. Dette gjelder helbredelse så vel som livskvalitet for pasienter med utelukkende lindrende siktemål. Blant annet vil immunterapi medføre at lungekreft i mange tilfeller kan bringes under langvarig kronisk kontroll hos mange av dem som ikke kan helbredes. Det er behov for større arealer for dagbehandling i og med flere pasienter som skal ha immunterapi. Fagområdet er opptatt av at dette bør gis i en utvidet lungemedisinsk avdeling for å beholde ubrutte pasientforløp for lungekreftpasientene.

Assertive Community Treatment –team (ACT- team), psykisk helse.

ACT-team (Aktivt oppsøkende behandlingsteam) har som mål å møte behovene til pasienter/brukere med alvorlig psykisk lidelse med eller uten samtidig rusmiddelproblematikk og nedsatt funksjon på flere livsområder, der det etablerte behandlingsapparatet ikke har klart å etablere tilfredsstillende kontakt og behandling. Sentralt står arbeid rettet mot pasienter/brukere som ikke nyttiggjør seg det tradisjonelle behandlingstilbudet, eller der dette ikke har ønsket effekt. ACT-team vil medføre endring primært knyttet til terapeutiske løp, men det vil i noen tilfeller også være behov for diagnostisk/differensialdiagnostisk arbeid og avklaring. Arbeidsformen vil være utstrakt ambulant virksomhet. Effekter for pasienter/brukere knytter seg til økt daglig funksjonsnivå, bedre livskvalitet, mindre rus, mindre psykose og mindre kriminalitet. Effekter på systemnivå knytter seg til færre innleggelser, bedre kvalitet og pasienttilfredshet, økonomi samt færre liggedøgn. ACT-team bygger på en forpliktende samarbeidsmodell mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste der begge parter går inn med øremerkede ressurser. For UNN vil etableringen kreve tilførsel av 12-15 fagstillinger med tilsvarende ressursinnsats fra kommunene. Hertil kommer driftsmidler (husleie, biler for oppsøkende virksomhet mv.). I forhold til etablering på SPHR-nivå vil det måtte søkes lokale tilpasninger til opptaksområdene.

Barne- og ungdomspsykiatri – døgnplasser barn og unge

UNN mangler et spisset tilbud til barn og unge som har behov for behandling i sengepost. Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) har i dag en akuttfunksjon ovenfor UNN og Finnmarkssykehuset. På et begrenset areal må UPS ivareta barn og ungdom med svært forskjellig behov hvor det i liten grad er tilrettelagt for familieinnleggelser. Pasientene som legges inn ved UPS har svært ulike behov for helsehjelp. Det gjør at akuttinnleggelser hvor det ofte er snakk om selvmordsfare, psykoser og pasienter med utageringsproblematikk vil måtte prioriteres foran planlagt utredning og behandling. For barn og pasienter som har behov for planlagt utredning og behandling kan vanskelige som akuttinnlagte pasienter har oppleves som skremmende. Bygget bak BRUS-bygget har tidligere vært en sengepost. Det leies nå ut til Universitetet. Når MH-2 er ferdig opphører leiekontrakten med Universitetet. Det foreligger planer om å etablere en sengepost for spissete spesialiserte døgnbaserte sykehustilbudet for barn og ungdom med alvorlige psykiske lidelser når universitetet flytter ut av bygget. Tilbudet vil gi bedre helsehjelp til barn og unge med alvorlige psykiske lidelser, bedre psykisk helse og økt livskvalitet. Tilbudet er kostnadsberegnet til ca. 10 mill kr årlig, pluss ombyggingskostnader for å tilbakestille lokalene til sengepost.

Fremskyndet diagnostikk, CT i akuttmottak

Moderne traumebehandling medfører at vi må tilpasse våre akuttrom til mer fremskutt radiologi og invasive teknikker (AMKM). Ved mottak av pasienter med hjerneslag er en effektiv håndtering gjennom akuttmottaket nødvendig. Slagalarmen innebærer bla at CT av hodet må gjøres umiddelbart etter ankomst for å klargjøre det videre behandlingsforløp. For å hindre mulige samtidighetskonflikter omkring bruk av CT, vil pasientforløpet sikres høyere effektivt dersom undersøkelsen kunne skje i akuttmottaket.

Det skal utvikles en strategi i fellesskap med Akuttmedisinsk klinikk og traumekomiteen i UNN for diagnostisk utstyr (røntgentilbud og PNA/POCT) i ambulanser, fly og helikopter og akuttmottak. Strategien må også avklare om intervensjon skal være en del av tjenestene som skal kunne utføres i akuttmottaket. I forslag til prioriteringer av dette målet i første langtidsplan gjelder investering av en CT.

Pasientsentrerte helsetjenesteteam

Pasientsentrert helseteam (PSHT) er i dag etablert mellom UNN Tromsø/Tromsø kommune og UNN Harstad/Harstad kommune. Teamet, som er tverrfaglig sammensatt av ansatte fra både UNN og kommunene, følger opp pasienten gjennom hele pasientforløp (fra hjemmet til sykehus og hjem igjen). Målgruppe er pasienter med kroniske og sammensatte lidelser som er nærmere beskrevet i rapport ”storforbrukere av somatisk spesialisthelsetjeneste i HN”. Pasienter fra UNN rekrutteres fra Medisinsk klinikk, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Hjerte- og lungeklinikken og Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken.

PSHT har fått god innsikt i hvor i pasientforløpet samhandlingen ofte svikter. Man ser at det er stort behov for styrking av helsetjenesten spesielt i overgangene mellom sykehus og kommune for denne pasientgruppen. Tjenestene må koordineres bedre på individnivå, også over enhets- og organisasjonsgrenser. Velferdsteknologi skal tas i bruk i kommunikasjon til pasienter og mellomorganisasjonene.

Ved full utrulling vil teamet har en kapasitet på ca. 1200 henvisninger per år. Preliminære forskningsresultater fra teamet tilsier reduksjon av ø-hjelpsdøgn og reduksjon i dødelighet. Opptrapping av teamet er kostnadsberegnet til 12 mill kr år 1, deretter 17 mill kr årlig.

UNNs Langtidsplan 2018 (-2021)

Styret ved UNN behandlet forslaget til prioritering i 2018 i mars 2017, og vedtok da at følgende områder prioriteres for gjennomføring:

- Etablering av døgnplasser for barn og unge.
- ACT-team i psykisk helse voksne.
- Pasientsentrerte helsetjenesteteam – gradvis opptrapping
- CT i akuttmottaket
- Midler til utredninger ifm arealplanen.

Selv om oppstart av disse tiltakene som beskrevet over er utsatt til høsten 2018, ligger prioriteringen fast.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
30/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig:	Grethe Andersen	Saksbehandler: Viggo Søderblom

Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN 2040

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN 2040*.
2. Styret ber om at arbeidet med arealplaner og tiltak for gjennomføring av strategien iverksettes.
3. Styret vedtar at strategien skal rulleres i takt med den økonomiske langtidsplanen for UNN hvert fjerde år.

Bakgrunn

Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN 2040 er forankret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) sin *Strategisk utviklingsplan for virksomheten 2025* (UNN, 2014) og de klinikkvise strategiske utviklingsplanen (UNN, 2016). De strategiske fagutviklingsplanene danner, sammen med *Strategisk utviklingsplan for IKT og e-helse*, plattformen for de vurderingene som fremgår av *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen 2040*.



Figur 1 - Strategiske utviklingsplaner i UNN

Alle de strategiske utviklingsplanene skal være samordnet slik at de ulike enhetenes utvikling bidrar tverrfaglig til at UNN skal nå sin overordnede strategi, visjon og sine kjerneverdier. Det forutsettes at de overordnede strategiske utviklingsplanene gjennomgår en hovedrevisjon hvert fjerde år, slik at plansyklusen passer med oppdateringene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Formål

Formålet med saken er at styret godkjenner fremlagte «*Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN 2040*», slik at strategien kan følges opp med utvikling av handlingsplaner (arealplaner, tidligfaseutredninger mm) og tiltak for gjennomføring av planen.

Saksutredning

Drifts- og eiendomssenteret har fått i oppdrag å utarbeide *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN 2040*. Arbeidet har vært prosjektorganisert og utført i samspill mellom Drifts- og eiendomssenteret, klinikkrepresentanter og representasjon fra UiT Norges arktiske universitet og medvirkningsorganisasjonene. Prosessen er i tillegg godt forankret gjennom to temadager og flere enkeltmøter med klinikkene og sentrene. Det er benyttet ekstern kompetanse i forbindelse med demografisk- og kvalitativ framskrivning av UNNs aktivitets- og kapasitetsbehov mot 2030 (Sykehusbygg HF, 2017)¹ og tilstandsanalyse av bygningsmassen (Multiconsult AS, 2016)².

Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov fra 2014 til 2040 viser at det er behov for færre døgnenger totalt ved UNN, sammenlignet med dagens beregnede behov, mens kapasitetsbehovet for poliklinikk og dagbehandlingss plasser øker med henholdsvis 35,5 % og 46,2 % frem mot 2030.

Strategisk utviklingsplan for virksomheten UNN 2015-2025 peker på fire prioriterte utviklingsområder i tillegg til flere utfordringer og drivere for endring i spesialisthelsetjenesten fremover. Det fremheves utfordringer som knapphet på kvalifisert helsepersonell samt en betydelig dreining av aktivitet fra døgn- til dagbehandling. I tillegg fremheves krav om økt pasientsikkerhet i form av etablering av énsengsrom og overføring av helsetjenester til kommunene. Samtidig vektlegges også krav om at kjernefunksjoner som avansert diagnostikk, intervensjon, kreftbehandling og operasjonskapasitet skal dimensjoneres slik at det er minimal risiko for kapasitetssvikt. Disse forholdene påvirker direkte byggenes krav til arealutvikling -og utnyttelse.

Eksterne kartleggingsrapporter og intern erfaringsinnhenting viser at UNN har et betydelig etterslep på vedlikehold og utvikling av bygningsmassen. Det er store variasjoner i kvaliteten på bygningsmassen, og en av hovedstrategiene som beskrives i utviklingsplanen, er å gjennomføre

¹ Aktivitets- og kapasitetsframskrivning UNN 2014-2040 4. utgave, Sykehusbygg HF 1.12.2017

² Oppdatert kartlegging av bygningsmassen, Teknisk tilstand og felles infrastruktur og områdeforhold, Multiconsult 12.1.2016

behovsstyrt vedlikehold. Dette i kombinasjon med innhenting av etterslep på vedlikehold i forbindelse med nybygg, ombygging og rehabilitering.

Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2040 bygger på UNNs strategiske utviklingsplan. Konkrete målsetninger i planen er:

- *Utvikle bygningsmassen i samsvar med Strategisk utviklingsplan for UNN 2015-2025 (UNN, 2014) og framtidige aktivitets- og kapasitetsbehov.*
- *Bygg investeringer skal prioriteres der de gir størst resultat kvalitet og redusert ressursbruk per behandlet pasient.*
- *Sikre strategisk og systematisk samspill mellom eiendomsvirksomheten og medisinsk faglig side gjennom gode tverrfaglige planleggingsprosesser.*
- *Arbeide for at UNN skal ha et avklart forhold til nasjonale arealstandarder.*
- *Drift og vedlikehold av sykehusbyggene skal bidra til sikkerhet for pasienter og pårørende, og sikre godt undervisnings- og arbeidsmiljø for studenter og ansatte.*
- *Verdibevarende vedlikehold benyttes som hovedprinsipp for alt vedlikehold og etterslep innhentes i forbindelse med nybygg, ombygg og rehabilitering.*
- *Areal skal disponeres og prioriteres ut fra UNNs samlede behov og beste utnyttelse.*
- *Tilrettelegge for en robust, skalerbar og dynamisk infrastruktur for IKT og andre tekniske anlegg som understøtter virksomheten.*
- *Arbeide aktivt med å prioritere tiltak som bidrar til et minimalisert miljømessig fotavtrykk for hele virksomheten.*

Medvirkning

Vernetjenesten og tillitsvalgte har deltatt i prosjektarbeidet samt en av temadagene. I tillegg er strategien forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjeneste samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter 9.-11.4.2018. Protokoller og referater fra disse møtene følger som egne referatsaker til styremøtet 25.4.2018. Samtlige møter sluttet seg til at saken forelegges styret til endelig behandling.

Vurdering

Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN 2040 beskriver betydelige utfordringer innen forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av egen bygningsmasse i planperioden. Vedlikeholdsetterlepet gir, sammen med driftsutfordringene i flere av byggene, UNN store økonomiske driftsutfordringer i årene fremover. Utfordringene må møtes med en nøktern og bevisst vurdering av hvordan bygningsmassen innvirker på UNNs evne til å løse sitt oppdrag.

Sykehusbyggene skal understøtte den kliniske virksomheten, legge til rette for nye behandlingsmetoder, ny medisinsk teknologi og samtidig være et godt sted å være for pasienter, pårørende og ansatte. Den tekniske og medisintekniske utviklingen krever et vedvarende og klinikkovergripende samarbeid på alle nivåer i organisasjonen for å sikre at de tilgjengelige ressursene settes inn der de gir det beste resultatet for foretaket som helhet. Denne utviklingen påvirker eiendomsforvaltningen, og legger føringer for valg og prioriteringer.

Endringer i pasientforløpene, nye behandlingsmetoder, fordeling av fag og funksjoner og samarbeid med kommuner påvirker hvordan byggene benyttes og utvikles. Utdanningene og samarbeidet med UiT Norges arktiske universitet er i stadig utvikling og utgjør en viktig del av

virksomheten i Tromsø, Harstad og Narvik noe som må tas hensyn til i areal- og utviklingsplanarbeidet fremover.

Der er direktørens vurdering at *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN 2040* danner et godt utgangspunkt for å vurdere areal- og utviklingsprosjekter i et helhetsperspektiv for UNN.

For å understøtte måloppnåelse er det av avgjørende betydning å sikre økt grad av strategisk samspill mellom eiendomsvirksomheten og medisinskfaglig side, med gode tverrfaglige planleggingsprosesser. UNNs utviklings- og økonomiplaner skal legges til grunn for all arealplanlegging og -utvikling. Det skal arbeides systematisk med utviklingsplaner i samarbeid med det medisinskfaglige miljøet, Helse Nord RHF og Sykehusbygg HF, og det skal legges til grunn normbaserte arealfunksjoner og utnyttelsesgrader i arealbruk. Fremtidige areal- og utviklingsplaner skal baseres på disse.

Konklusjon

Den foreliggende strategiske utviklingsplanen for bygningsmassen UNN 2040 understøtter etter direktørens vurdering UNNs overordnede strategiske utviklingsplan på en god måte, og danner et godt grunnlag for det videre arbeidet med arealplaner og tiltak og for gjennomføring av strategien. Direktøren anbefaler styret å godkjenne planen, som skal rulleres i takt med den økonomiske langtidsplanen for UNN, hvert fjerde år.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:
Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen UNN HF 2040



Strategisk utviklingsplan for bygningmassen

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
2018-2040

*Det er resultatene for pasientene som teller!
Vi gir den beste behandling!*

Versjon	Dato	Navn	Forfatter	Godkjent dato	Godkjent av
1.0	2018	Rapport - Strategisk utviklingsplan for bygningmassen, Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)	Viggo Søderblom	23.3.18	
			Gina M Johansen	11.2.18	
			Grethe Andersen	23.3.18	

Innhold

1.0	Innledning.....	3
1.1	Strategiens formål.....	3
1.2	Beskrivelse av prosessen	3
2.0	Føringer og rammebetingelser	3
2.1	Nasjonale, regionale og lokale rammebetingelser	4
2.2	Særskilte rammebetingelser som påvirker arealutvikling i sykehus	4
3.0	Overordnet strategi for utvikling av bygningsmassen for UNN	5
3.1	Målbilde.....	5
3.2	Utfordringer og drivere for endring.....	6
4.0	Strategiske satsningsområder for bygningsmassen	6
4.1	Utvikling og dimensjonering av bygningsmassen.	6
4.2	Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV).....	7
4.3	Teknologi, Miljøhensyn og energikrav	8
5.0	Eiendomsmassen, prioriterte utviklingsområder og utviklingsprosjekter.....	9
5.1	UNN Narvik inkl byggene i Håkvik.	10
	Teknisk tilstandsvurdering	10
	Utvikling og dimensjonering.....	10
5.2	UNN Harstad.....	10
	Utvikling og dimensjonering.....	10
5.3	UNN Breivika	11
	Utvikling og dimensjonering.....	11
5.4	UNN Åsgård.....	11
	Utvikling og dimensjonering.....	11
5.4	Boliger og andre	11
	Utvikling og dimensjonering.....	11
6.0	Investeringsplan og bærekraft	12

1.0 Innledning

Den bygningsmessige utviklingsplanen er en plan for utvikling av de bygningsmessige ressursene i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) frem mot 2040. Dagens bygg representerer både muligheter og begrensninger for fremtidig utvikling av virksomheten.

Det er et selvsagt krav at lover og forskrifter etterleves og det er en særskilt målsetting at tilgangen til byggene er lik for alle. Universell utforming skal være en prioritert del av planleggingen ved nybygg så vel som ved ombygging av eldre bygg.

Arbeidet med strategisk utviklingsplan for bygninger er forankret i *Strategisk utviklingsplan 2025* (UNN 2014) og de enkelte klinikkens strategiske utviklingsplaner (UNN, oktober 2016). De strategiske avklaringene i virksomhetens utviklingsplaner danner plattformen for de vurderingene som fremgår av *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen 2040*.

1.1 Strategiens formål

Formålet med en bygningsmessig utviklingsplan er å:

- Dokumentere status for dagens bygg med hensyn til teknisk tilstand, egnethet og muligheter/begrensninger i dagens og fremtidig bruk, samt kostnader for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU).
- Vise hvordan byggene kan utvikles for å kunne bidra til en effektiv drift av primærvirksomheten, samt ivareta krav til miljø og andre samfunnskrav.
- Vise krav til dimensjonering av funksjoner og bygg, mulige løsninger og hvilke tiltak som kreves og investeringsbehovet.

Det skal utarbeides arealplaner som revideres i sammenheng med oppdragsdokument, budsjettprosess og langtidsplan.

1.2 Beskrivelse av prosessen

Strategien er utarbeidet på oppdrag fra administrerende direktør. Arbeidet er gjennomført som et prosjekt med en bredt faglig sammensatt intern referansegruppe, representant fra Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet (UiT), samt innleid konsulentbistand fra Sykehusbygg HF og Multiconsult AS. Det er gjennomført heldagsseminar med direktørens ledergruppe og foretakstillitsvalgte, samt møter med klinikkene og UiT for de strategiske utviklingsområdene. Arbeidet er koordinert med utarbeidelse av strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT.

2.0 Føringer og rammebetingelser

UNN ivaretar rollen som eier av bygg og eiendommer i egenskap av å være hjemmelshaver til eiendommene. Det er det regionale helseforetaket som ifølge gjeldende vedtekter og strategi har gitt helseforetakene denne rollen for å benytte eiendommene som en innsatsfaktor (ressurs) for å levere gode helsetjenester.

2.1 Nasjonale, regionale og lokale rammebetingelser

Som eier av helseforetakene i Nord-Norge, gir Helse Nord RHF premisser og rammebetingelser for UNNs virksomhet gjennom oppdragsdokument og bestillinger fra foretaksmøtene samt regionale prioriteringer og føringer basert på de nasjonale helse- og sykehusstrategier og –planer. Det samme gjelder for faglige utviklingsretninger og regionale kapasitetsberegninger. Helse Nord RHF legger også forutsetningene for pasientstrømmer, opptaksområder, kvantifisering av endringsfaktorer (effektivisering, forventet endring i oppgaveoverføring mm), og oppdrag til det enkelte foretak. Disse føringene og rammebetingelsene er nærmere beskrevet i UNNs virksomhetsmessige utviklingsplan *Strategiske utviklingsplan 2025* (2014) med grunnlagsdokumenter og ligger til grunn for arbeidet med *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN 2018-2040*.

Nasjonale veiledere og regionale fagplaner argumenterer for at lokalsykehusenes fagmiljø skal styrkes og arbeidet med *Nasjonal helse og sykehusplan* (2016) gir klare rammebetingelser for sykehusstrukturen fremover. I arbeidet med *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN 2018-2040* er det derfor lagt til grunn at dagens sykehusstruktur opprettholdes og at lokalsykehusstrukturen ligger fast.

2.2 Særskilte rammebetingelser som påvirker arealutvikling i sykehus

I tillegg til de premisser og rammebetingelser som er nevnt ovenfor, er det i dette dokumentet særskilt lagt vekt på rammebetingelser og føringer som direkte påvirker utviklingen og utforming av areal i sykehus. Herunder nevnes styresaker, tidligfaserapporter og utredninger/rapporter i forbindelse med bygging av Pingvinhotellet, ny A-fløy, Pet-senter og Nye UNN Narvik. Parallelt med utviklingen av *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen 2040* er det også gjennomført en idéfaseutredning for nytt bygg til psykisk helse og rusbehandling for voksne i Tromsø som er tatt inn i dette arbeidet.

De klinikkvise strategiske utviklingsplanene (oktober 2016) og *Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT 2015-2025* (april 2017) viser, sammen med rapporten *Aktivitets- og kapasitetsfremskrivning UNN 2030 og 2040* (Sykehusbygg, mai 2017) klare utviklingstrekk som det er nødvendig å ta hensyn til når det planlegges for vedlikehold, ombygging og nybygg i UNN frem mot 2040.

En oppdatert kartlegging av bygningsmassen, teknisk tilstand, tilpasningsdyktighet og tekniske oppgraderingsbehov er utarbeidet og danner et korrekt bilde av de muligheter og begrensninger bygningsmassen i UNN står overfor (Multiconsult, 2015 og 2016).

Samhandlingsreformens intensjoner og føringer legger, sammen med våre fylkes- og vertskommuner og Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet, mange av premissene for utvikling av fremtidens helsetjenester, både på lokalt og regionalt nivå. Arbeidet har derfor lagt til grunn gjeldende samarbeidsavtaler på helsetjeneste- og forskningsnivå, kommunale arealplaner, reguleringsplaner, utviklingsplaner for transportsystem, trafikkavvikling og samarbeidsavtaler om etablering av helsehus,

simuleringscentre og undervisningsarealer i tilknytning til sykehusbyggene.

3.0 Overordnet strategi for utvikling av bygningsmassen for UNN

Det fremkommer av *Strategiske utviklingsplan 2025* at spesialisthelsetjenestene står overfor betydelige utfordringer og drivere for endring i planperioden. Medisinen og medisinsk teknologi er i kontinuerlig utvikling, og behov, krav og forventninger endrer seg raskere enn tidligere. Det kan ikke forventes realvekst i de økonomiske rammene utover inntekter som følger av økt aktivitet og den demografiske utviklingen medfører begrenset tilgang på kompetent personell. Fremtidige investeringer i bygg må derfor forventes å skje gjennom betydelig omstilling i driften. Dette skal gjøres gjennom forbedret resultat kvalitet og redusert ressursbruk per behandlet pasient. Det er derfor viktig at bygningsmassen har god endringskapasitet og kan tilpasses helsetjenestens endrede behov, samtidig som nasjonale krav innenfor miljø og energi, universell utforming og teknisk standard ivaretas på en tilfredsstillende måte.

3.1 Målbilde

For å møte fremtidens utfordringer har UNN i *Strategiske utviklingsplan 2025* definert syv strategiske hovedretninger og fire prioriterte utviklingsområder.

Strategiske hovedretninger:

1. Pasientforløp
2. Pasient- og brukervedvirkning
3. Samhandling og funksjonsfordeling
4. Kvalitet og pasientsikkerhet
5. Utdanning og rekruttering
6. Forskning
7. Teknologi og e-helse

Prioriterte utviklingsområder som også er utdypet i klinikkvise planer:

1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
2. Psykisk helsevern og rusbehandling
3. Prehospitaltjenester og mottaksmedisin
4. Kroniske og sammensatte lidelser

Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen 2040 forholder seg til de strategiske hovedretningene og prioriterte utviklingsområdene gjennom å fremme forslag til langsiktig og målrettet drift, forvaltning og utvikling av UNNs eiendomsportefølje. Formålet er å

understøtte den kliniske aktiviteten til beste for både pasienter og ansatte samtidig som byggene skal driftes innenfor gitte økonomiske rammer.

3.2 utfordringer og drivere for endring

Strategisk utviklingsplan UNN 2015-2025 peker i kapittel 3 på utfordringer og drivere for endring i spesialisthelsetjenesten. Flere av disse påvirker arealutnyttelse og -utvikling i sykehus. Det pekes på utfordringer som knapphet på kvalifisert helsepersonell, en forventet betydelig overgang fra døgn til dagbehandling, overføring av helsetjenester til kommunene og krav om at kjernefunksjoner som diagnostikk, operasjonskapasitet og tunge overvåknings- og intensivsenger skal dimensjoneres slik at det er minimal risiko for kapasitetssvikt. Klinikene har med utgangspunkt i virksomhetens overordnede strategi og teknologiske og faglige drivere innenfor medisinske fagområder utarbeidet klinikkvise planer som beskriver hovedretningene i den kliniske utviklingen.

Denne strategien for bygningsmassen redegjør for hvilke hovedstrategier UNN skal følge for at de bygningsmessige ressursene i helseforetaket kan imøtekomme de areal- og kvalitetsmessige behov og fremtidige utfordringer som beskrives i utviklingsplanene.

Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT (2017) møter disse utfordringene ved å peke (kapittel 4) på fire strategiske satsningsområder. Dette er:

- Digitalisering av arbeidsprosesser
- Sammenheng i pasientforløp
- Bedre utnyttelse av kliniske og administrative data
- Infrastruktur

Den gjensidige avhengigheten mellom den kliniske virksomheten og IKT/e-helse øker i takt med at nye hjelpemidler og behandlingsmetoder utvikles i grensesnittet mellom tradisjonell medisin og IKT/e-helse. For å imøtekomme de nye og vesentlige utfordringene knyttet til en omfattende bruk av IKT og e-helse-metoder skal det etableres planer og rutiner for å sikre optimal samhandling mellom utbyggingsorganisasjonen, IKT/e-helse og den kliniske virksomheten.

4.0 Strategiske satsningsområder for bygningsmassen

I arbeidet med strategisk utviklingsplan for bygningsmassen 2040 er det utformet fire strategiske satsningsområder som skal underbygge *Strategisk Utviklingsplan 2025*.

4.1 Utvikling og dimensjonering av bygningsmassen.

Hovedstrategier for utvikling og dimensjonering av bygningsmassen:

1. Utvikle bygningsmassen i samsvar med Strategisk utviklingsplan for UNN 2015-2025 (UNN, 2014) og den framtidige aktivitet og kapasitet som fremkommer

gjennom aktivitets- og kapasitetsframskriving.

2. Sikre strategisk og systematisk samspill mellom eiendomsvirksomheten og medisinskfaglig side gjennom gode tverrfaglige planleggingsprosesser der også utdanning, forskning og trening/simulering blir ivaretatt.
3. Arbeide for at UNN skal ha et avklart forhold til nasjonale arealstandarder og hvilke lokale og virksomhetsmessige forhold som skal legges til grunn ved avvik fra disse.

Hovedstrategiene skal oppnås ved at:

- Sykehusbyggene skal være funksjonelle for pasientbehandlingen og driftes og vedlikeholdes på en slik måte at nye behandlingsmetoder og ny medisinsk teknologi kan etableres på en sikker, hensiktsmessig og kostnadseffektiv måte.
- Gevinstrealiseringspotensiale og dokumentasjon av oppnådd gevinstrealisering skal vektlegges i all planlegging, utvikling og drift av bygningsmassen.
- Moderne samspillmodeller skal legges til grunn for eiendomsutviklingen og skal sikre at utviklingen skjer i tråd med beste praksis fra nasjonal og internasjonal eiendomsvirksomhet. Samarbeidet med Sykehusbygg HF, Helse Nord eiendomsforum og andre nasjonale eiendomsnettverk skal videreutvikles og styrkes for å sikre dette.
- Ompakking, utvikling og tilpasning innenfor eksisterende bygningsmasse skal alltid vurderes før planlegging av nye arealer
- Arealer som ikke kan utnyttes gjennom ompakking, utvikling eller tilpasning, eller av andre grunner ikke oppfyller minimumskravene som kjernevirksomheten setter til funksjonalitet, skal som hovedregel avhendes.
- Det skal arbeides systematisk med utviklingsplaner i samarbeid med det medisinskfaglige miljøet, UiT Norges arktiske universitet, Helse Nord RHF og Sykehusbygg HF. Arealplaner skal utarbeides med tydelig forankring i normbaserte arealfunksjoner og utnyttelsesgrader for arealbruk.
- UNNs utviklings- og økonomiplaner skal alltid legges til grunn for arealplanlegging og -utvikling.

4.2 Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)

Hovedstrategiene for FDV er:

1. Drift og vedlikehold av sykehusbyggene skal bidra til sikkerhet for pasienter og pårørende, og sikre godt undervisnings- og arbeidsmiljø for studenter og ansatte.

2. Å benytte «verdibevarende vedlikehold»¹ som hovedprinsipp for alt vedlikehold.
3. Å innhente etterslep på vedlikehold i forbindelse med nybygg, ombygging og rehabilitering.
4. Tydeliggjøring av at alle arealene skal disponeres og prioriteres ut fra UNNs samlede behov og beste utnyttelse.

Hovedstrategiene skal oppnås ved at:

- I arbeidet med økonomisk langtidsplan, årlig budsjettprosess og i løpende økonomiske disposisjoner skal det etableres et regime for behovsvurdering og prioritering som sikrer helseforetakenes helhetlige vurderinger av behov i egen virksomhet. Grunnlag for prioritering av større vedlikeholdsarbeider skal inneholde vurderinger knyttet til bygningenes alder, tilstand og funksjonalitet.
- Gevinstrealiseringspotensiale og dokumentasjon av oppnådd gevinstrealisering skal vektlegges i all forvaltning, utvikling og drift av bygningsmassen.
- Et mål om en forbedring av tilstandsklassen skal etableres innenfor definerte bygningsenheter. Målsettingen om tilstandsforbedring for de enkelte bygningsenhetene skal være i tråd med de krav som er gitt i foretakets oppdragsdokument.
- Det skal etableres langsiktige drifts- og vedlikeholdsplaner basert på tilstandsovervåkning og livssyklus kostnader per bygg, samt krav og styringsparametere knyttet til teknisk minimumstilstand.
- Etablere forståelse for at foretakets samlede arealressurs må fordeles og tilpasses etter en helhetsvurdering av foretakets oppdrag og arealbehov.

4.3 Teknologi, Miljøhensyn og energikrav

Hovedstrategiene for teknologi og miljøhensyn er:

1. Tilrettelegge for en robust, skalerbar og dynamisk infrastruktur for IKT og andre tekniske anlegg som understøtter virksomheten.
2. Arbeide aktivt med å prioritere tiltak som bidrar til et minimalisert miljømessig fotavtrykk for hele virksomheten.
3. Gjennom bygningsmessig utforming, tekniske løsninger og holdningsskapende arbeid skal energiforbruket i UNN minimaliseres.

Hovedstrategiene skal oppnås ved at:

- Det skal etableres samarbeid og felles metodikk mellom enheter med ansvar for IKT, e-helse, bygningsforvaltning og utbygging.
- Både trådløse og faste nettverk skal til enhver tid understøtte utviklingen innen IKT og e-helse med tilstrekkelig kapasitet og hensiktsmessige løsninger.

¹⁾ Verdibevarende vedlikehold innebærer en tilstandsvurdert vedlikeholdsinnsats på detaljnivå. Eksempelvis skal ikke rehabilitering av en råteskadet fasade avstedkomme rehabilitering av de øvrige fasadene med mindre tilstanden på disse er tilsvarende dårlig.

- Det skal arbeides aktivt for å redusere negative påvirkninger på klima og miljø. Helse Nord RHF og UNN HF setter krav til at byggene og virksomheten i disse ikke skal forårsake unødvendig klimabelastning. CO2-utslipp skal holdes på lavest mulig nivå og minimum oppfylle myndighetskravene.
- De miljøkrav og ambisjoner som beskrives i UNNs egen miljøhandbok skal ligge til grunn for alle beslutninger og handlinger som berører foretakets miljømessige fotavtrykk.
- UNN skal oppnå dokumenterte reduksjoner i energiforbruk, og oppnå et energiforbruk som samlet er mindre enn 2014- nivået. Nye bygg skal planlegges med balanse mellom tilført og produsert energi med lavest mulig tilført energi (passivhus). Dette skal oppnås ved byggemetoder, gjenvinning og energikrav til utstyr. Ved rehabilitering skal det også tilrettelegges for best mulig energieffektivisering.

5.0 Eiendomsmassen, prioriterte utviklingsområder og utviklingsprosjekter

Sykehusbyggene skal understøtte den kliniske virksomheten, og ha slik kvalitet at den enkelte klinikk kan ta i bruk nye behandlingsmetoder og ny medisinsk teknologi. Utvikling av behandlingstilbudet til kreftpasienter, infeksjonsforbyggende tiltak i form av flere ensengsrom, etablering av tungt medisinteknisk utstyr er områder som får betydning og berører bygg og teknisk infrastruktur.

Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov viser at det er behov for færre normalsenger enn i dag, men økende behov for observasjonssenger og pasienthotellsenger. For alle tre sykehusene vil kapasitetsbehovet for poliklinikk og dagbehandlingsplasser øke frem mot 2030 og 2040 sammenlignet med beregningene for 2014 ².

Det er i 2010 og i 2016 gjennomført en omfattende kartlegging av bygningsmassen i UNN inkl utenomhusarealer og boliger. Resultatene fra denne kartleggingen viser UNNs samlede oppgraderingsbehov.

Areal er en betydelig ressurs i sykehuset, og ledig areal er dårlig utnyttelse av kostbare ressurser. Samspillet mellom bygg og klinikk må derfor gjenspeiles i strategiene for UNN. Arealutvikling kan sees på i tre perspektiv, 1) nybygg, 2) delvis bygge om eller bygge nytt samtidig med endringer i organisering av pasienttilbudet, eller 3) endringer i organisering av pasienttilbudet uten å bygge om.

Systematisk kartlegging av alle arealer i sykehuset, også utenomhusarealer, og utvikling av gode prosedyrer og retningslinjer for bruk av arealer, gir et godt grunnlag for effektiv styring

² Aktivitets- og kapasitetsfremskrivning UNN 2014-2040 4. utgave, Sykehusbygg HF 1.12.2017

i forbindelse med endringer eller omdisponering av areal. En slik kartlegging må gjennomføres for alle eksisterende arealer og når nye arealer planlegges eller gamle arealer bygges om. Alle endringer i utomhusarealer og infrastruktur betinger at det gjennomføres helhetsvurderinger og mulighetsanalyser i forhold til mulige fellesinteresser med universitet og primærhelsetjeneste så vel som egne, offentlige og private tjenesteleverandører og infrastrukturleverandører.

5.1 UNN Narvik inkl byggene i Håvik.

Sykehusbyggene i Narvik sentrum er i hovedsak fra årene 1938, 1963, 1970 og 1977. Det er et nyere mindre påbygg fra 2002 (akuttmottak og legevakt). I Håvik er byggene fra 1982 og 1983, samt et mindre påbygg fra 2014.

Teknisk tilstandsvurdering

Det ble i perioden 2007-2010 gjennomført et omfattende arbeid med å kartlegge teknisk tilstand og byggenes tilpasningsdyktighet. Byggene ble vurdert å være svært dårlig og Helse Nord RHF styret besluttet i 2010 at nybyggalternativet skulle utredes videre med tanke på oppstart byggefase i 2019. For å kunne ivareta personsikkerheten i sentrumsbyggene ble det i perioden 2011-2014 brukt betydelige økonomiske midler på å ruste opp de elektriske og branntekniske anleggene. Tilstanden er i dag tilfredsstillende for de elektriske anleggene i sentrum, men for selve bygningen, VVS, Tele, andre installasjoner og utendørsområder er tilstanden ytterligere forverret.

Utvikling og dimensjonering

Det planlegges for et helt nytt sykehus i Narvik, som skal stå klart til bruk fra 2023. Det vil i planleggingen av dette sykehuset tilstrebes en utforming som både gir et moderne sykehus i tråd med foretakets intensjoner og aktuelle nasjonale føringer som dessuten skal ha potensiale for utvikling og tilpasning i henhold til kliniske og demografiske endringer i byggets levetid. Dimensjoneringen av sykehuset skal gjenspeile endringer i infrastruktur og oppgavefordeling som ligger til grunn ved etableringen og skal i tillegg utgjøre en viss reservekapasitet innen lokalsykehusoppgaver i hele UNN –området.

5.2 UNN Harstad

Hovedbygningmassen er fra ca 1973 og har ikke gjennomgått noen gjennomgripende renovering eller arealutvikling. Det er stort behov for å utrede potensielle gevinster ved ompakking og systematisk utbedring av bygg og tekniske anlegg. Spesielt peker spesialromsfløyen (R-fløyen) seg ut som uhensiktsmessig og vurderes å ha minimal kapasitet for tilpasning.

Psykisk helse og rusbehandling holder til i eget bygg vest for hovedbygningen. Bygget er fra år 2000, har god teknisk kvalitet og er vurdert som egnet til formålet.

Utvikling og dimensjonering

Det planlegges iverksatt en egen arealplan for Harstad allerede høsten 2018. Denne planen vil ta for seg de eksisterende arealene i hovedbygning, psykiatribygg og tilknyttede bygninger og utearealer. Arealplanen vil dessuten belyse muligheter og utfordringer i forbindelse med samarbeidspotensialet mot primærhelsetjenesten. Dimensjonering av sykehuset skal i

arealplanen vurderes i forhold til den demografiske utviklingen i regionen og den vedtatte oppgavefordelingen i UNN.

5.3 UNN Breivika

Hovedstrukturen i Breivika er fra 1991, men er senere supplert med en rekke midlertidige bygg, påbygg og nybygg. I tillegg er fløy A revet og erstattet. Den bygningsmessige fleksibilitet tilsier at det somatiske bygget i Breivika har evnen til å møte vekslende funksjonelle krav gjennom ompakking og bruksendringer.

Høsten 2017 ble det utarbeidet en arealplan for Breivika der det konkluderes med en rekke ompakkings- og ombyggingstiltak for å oppnå forventet gevinstrealisering i forbindelse med at ny A-fløy tas i bruk. Arealplanen skal realiseres i tre trinn over en periode på om lag 18 år.

Utvikling og dimensjonering

Arealplan Breivika beskriver en utvikling og dimensjonering som skal svare på det utfordringsbildet som ventes i perioden. UNN og UIT har dessuten et felles ansvar for at infrastruktur, friområder, logistikksystemer og generell brukervennlighet i Breivika blir hensyntatt i alle større og mindre prosjekter.

5.4 UNN Åsgård

Bygningsmassen ved Åsgård er fra perioden 1955-1965 og er til dels svært nedslitt. Behandlingsmetoder og organisering av psykiatrien har endret seg vesentlig uten at det har vært mulig å støtte disse endringene gjennom tilpasninger i bygningsmassen. Det ble i 2017 utarbeidet en mulighetsstudie / idefaseutredning som skal danne grunnlag for videre arbeid med å finne tilfredsstillende løsninger for funksjonene som i dag holder til i bygningsmassen på Åsgård.

Utvikling og dimensjonering

Bygningsmassen på Åsgård må vedlikeholdes og tilpasses innenfor de stramme fysiske og økonomiske rammene som denne lokasjonen medfører inntil det er mulig å etablere et permanent og oppdatert tilbud.

5.4 Boliger og andre

UNN har over flere år arbeidet systematisk med å tilpasse omfanget av boliger til det antall gjennomgangsboliger som er nødvendig for å sikre tilstrekkelig kompetent arbeidskraft. De boligene som pr.2017 tilhører UNN har med noen unntak tilfredsstillende standard. Ambulansestasjonene i Tromsø, Harstad og Narvik er eid av UNN, mens øvrige i all hovedsak opererer fra leide lokaler.

De mindre kliniske enhetene har gjennomgående brukbar bygningsteknisk standard og relativt god fleksibilitet.

Utvikling og dimensjonering

Boligmassen gjennomgår oppgradering og modernisering etter en langsiktig plan og

tilbudets omfang vurderes fortløpende.

Ambulansestasjonene som eies av UNN utvikles i samsvar med krav-, kapasitet- og utstyrsendringer. For de øvrige stasjonene legges tilsvarende kriterier til grunn ved leiekontrakter.

De mindre kliniske enhetene følges opp og utvikles fortløpende gjennom prioriterte drifts- og vedlikeholdsprosjekter.

6.0 Investeringsplan og bærekraft

Avskrivingskostnader samt finansielle kostnader for Nye Narvik sykehus er innarbeidet i bærekraftanalysen og likviditetsanalysen for UNN. De årlige omstillingsutfordringene håndteres i foretakets ordinære virksomhetsplanprosesser. UNN har positiv likviditet i hele perioden.

Bærekraftanalyse UNN HF inkl. oppdaterte kalkyler Nye Narvik sykehus	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Sum inntekter	7 233	7 239	7 230	7 259	7 247	7 235	7 223	7 211
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	7 015	7 099	7 159	7 219	7 279	7 339	7 400	7 461
Avskrivninger åpningsbalansen	0	0	0	0	0	0	0	0
Avskrivninger A-fløy	30	60	60	60	60	60	60	60
Avskrivninger Pasienthotell	11	11	11	11	11	11	11	11
Avskrivninger PET senter	11	22	22	22	22	22	22	22
Avskrivninger risikored tiltak Narvik	14	14	14	14	14	14	0	0
Avskrivninger Nytt sykehus Narvik	0	0	0	0	0	102	102	102
Øvrige avskrivninger	160	174	187	200	223	236	238	249
Sum avskrivninger	226	281	294	307	330	445	432	444
Netto rentekostnader	9	7	5	7	12	68	63	60
Totalt kostnader	7 252	7 387	7 458	7 533	7 621	7 852	7 896	7 965
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	-19	-148	-228	-273	-374	-616	-673	-754
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	40	40	40	40
Internt overskuddskrav UNN	60	0	60	60	60	60	60	60
Sum resultatkrav	100	40	100	100	100	100	100	100
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	-119	-188	-328	-373	-474	-716	-773	-854
Sum effekter tiltaksplan	137	40	137	137	137	137	137	137
Uløst omstilling etter tiltaksplan	18	-148	-191	-236	-337	-579	-636	-717
Årlig endring omstillingsutfordring	-18	166	43	45	101	242	56	81

Likviditetsberegning	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter									
Budsjettert resultat	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Eget overskuddskrav	25	60	60	60	60	60	60	60	61
Avskrivninger/nedskrivninger	218	226	280	293	306	329	444	432	443
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	283	326	380	393	406	429	544	532	544
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter									
Endringer i forhold til vedtatt investeringsplan	150								
Investeringer av overskudd	-90	-54	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100
Investeringsbudsjett investeringsplan iht fremdriftsplan	-1 488	-340	-251	-551	-1 002	-1 514	-400	-500	-800
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-1 428	-394	-351	-651	-1 102	-1 614	-500	-600	-900
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter									
Innbet ved opptak av lån A-fløy	457	0	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Åsgård		0	0	0	0	70	140	210	420
Innbet ved opptak av lån PET senter	315	30	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Pasienthotell	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Innbet ved opptak av lån Narvik sykehus	50	66	67	281	562	850	0	0	0
Avdrag lån	0	-46	-46	-46	-46	-46	-121	-121	-121
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	821	51	22	235	516	874	19	89	299
Netto endring i kontanter	-323	-17	50	-23	-180	-311	63	21	-57
IB 01.01	385	900	883	934	911	730	420	483	503
UB 31.12	900	883	934	911	730	420	483	503	447
Ramme for kassakreditt	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
31/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Arealplan UNN Breivika

Innstilling til vedtak

1. Styret vedtar gjennomføring av *Arealplan UNN Breivika fase 1* med kostnadsramme 85 mill kr og tidsramme juni 2018 til desember 2019.
2. Styret tar til orientering at fase 2 og 3 av *Arealplan UNN Breivika* utarbeides som eget investeringsprosjekt og imøteser styresak for innramming av investeringsprosjektet i kommende styremøte.

Bakgrunn

Prosjektet *Arealplan UNN Breivika* ble etablert i februar 2017 med bakgrunn i behovet for en overordnet plan for fraflyttet og midlertidige areal som følge av flytting av funksjoner til nye A-fløya og PET-senteret i 2018. I tillegg har det vært nødvendig å se disse rokadene opp mot en langsiktig arealutvikling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Breivika, som er i tråd med foretakets strategiske satsningsområder og utviklingsplaner mot 2030 og 2040. Planen baseres på, og ivaretar, målsettinger i *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2040*.

Formål

Saken skal bidra til at UNN har en plan for god og hensiktsmessig arealutnyttelse av bygningsmassen i Breivika på kort sikt og skisserer videre forløp for arealutvikling og finansiering på lang sikt.

Saksutredning

UNN står overfor betydelige utfordringer og drivere for endring i planperioden 2018-2040. Medisinsk behandling og teknologi er i kontinuerlig utvikling, og behov, krav og forventninger endrer seg raskere enn tidligere. De konkrete målsetningene i *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2040* er førende for Arealplan UNN Breivika.

- Kapasiteter skal utnyttes fleksibelt på tvers av fagområder.
- Den totale kapasiteten i UNN skal utnyttes optimalt.
- Helseforetaket skal utvikle sine sykehus til å ha 100 % ensengsrom i

- planperioden.
- Fjerne midlertidige brakkebygg i Breivika.
- Kontorplasser skal utnyttes fleksibelt og i henhold til vedtatte strategier og retningslinjer for bruk av kontorer.
- Bygginvesteringer skal prioriteres der de gir størst resultatkvalitet og redusert ressursbruk per behandlet pasient.
- Bygg for somatikk, psykisk helse og rusbehandling skal samlokaliseres om mulig.
- Avtaler med UiT Norges arktiske universitet, skal videreføres.
- Leieavtaler hos eksterne utleiere skal avvikles dersom det er økonomisk og driftsmessig fordelaktig.

Styringsdokumentet for prosjekt *Arealplan UNN Breivika* forutsetter at fremlagte alternativer skal være relevante (oppfylle de overordnede målene som gjelder for UNN) og gjennomførbare (kan gjennomføres innenfor UNN sitt finansielle handlingsrom). Helhetlige pasientforløp og helhetlig pasientbehandling skal være førende prinsipper for valg av løsninger. Det har derfor vært en grunnleggende forutsetning for arealplanarbeidet å søke løsninger som legger til rette for gode pasientforløp, økt sambruk av bemannings- og arealressurser, er kostnads- og arealeffektive og samtidig øker fleksibiliteten i bygget slik at det kan tilpasses helsetjenestens stadig endrede behov.

Aktivitets- og kapasitetsfremskrivning

I forbindelse med *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2040* er det gjennomført en framskriving av aktivitet og kapasitetsbehov fra 2014 til 2030 og 2040. Framskrivning til 2030 viser at det er behov for færre døgnsenger totalt ved UNN sammenlignet med dagens beregnede behov. For UNN Tromsø er det i samme periode en liten økning i sengebehov, mens kapasitetsbehovet for poliklinikk og dagbehandlingsplasser øker med henholdsvis 35,5 % og 46,2 % frem mot 2030.

Mulighetsstudier og utviklingspotensial for UNN Breivika

Senger

Det er vist i mulighetsstudier at dagens bygg kan utvikles til sengeområder med ensengsrom. Dersom alle sengefløyer bygges om med ensengsrom vil det totale kapasitetsbehovet i 2030 nesten være dekket. Dette forutsetter en fleksibel bruk av senger, der den totale kapasiteten utnyttes på tvers av fagområder og på en optimal måte. Det forutsettes videre at sengeområder rendyrkes, og at poliklinikk og dagbehandling samles og lokaliseres utenfor sengeområdene. Å bygge om eksisterende sengefløyer samtidig som det pågår pasientbehandling vil erfaringsmessig medføre lengre byggetid med økte bygg- og driftskostnader og risiko for redusert behandlingsskapasitet. I tillegg risikerer en økt belastning på arbeidsmiljøet for ansatte og risiko for redusert pasient-sikkerhet og -tilfredshet. Det etableres derfor et fast rokadereale for sengeposter under ombygging allerede i fase 1 (2018-2019).

Poliklinikk

Framskrevet kapasitetsbehov forutsetter en driftsmodell der man utnytter den samlede kapasiteten på tvers av fagområder. Dette innebærer at sykehuset innen 2030 bør ha samlet flertallet av poliklinikker i større enheter utover hva som vil skje ved A-fløya utbyggingen.

Operasjonskapasitet

Mulighetsstudier viser at det er mulig å bygge om enkelte eksisterende operasjonsstuer til hybridstuer. For å opprettholde total kapasitet på operasjonsstuer, må det bygges

nye, ordinære operasjonsstuer. I tillegg samles all intervensjonsvirksomhet ett sted, og sikrer tilstrekkelig areal for framtidig utvidelse av bildediagnostikk.

Kontor

I forbindelse med bygging av ny A-fløy og PET-senter får UNN Breivika 213 nye kontorarbeidsplasser tilgjengelig. Dette vurderes som tilstrekkelig.

Fremdriftsplan

Direktøren besluttet i august 2017 at arealplan med tiltak deles i tre faser. Fase 1 gjennomføres i perioden høst 2018- desember 2019 og har fokus på tiltak som må prioriteres gjennomført på kort sikt. Fase 2 er en mellom periode frem til 2022, og fase 3 er en langsiktig arealplan frem mot 2030.

Økonomi

Kostnadsoverslag viser at fase 1 vil koste om lag 85 mill kr. Dette er avsatt i UNNs drifts- og investeringsplan for 2018 og 2019. Fase 2 og 3 har et kostnadsestimat på om lag 700 mill kr. Rammebetingelser for prioriteringer i fase 2 og fase 3 er at det er kvalitetsforbedrende og arealeffektiviserende tiltak. Direktøren anbefaler at fase 2 og 3 innarbeides som et helhetlig investeringsprosjekt hvor det utarbeides planer for gjennomføring i henhold til Veileder for sykehusplanlegging og søker finansiering for prosjektet gjennom lån. Sykehusbygg HF har fått i oppdrag fra Drifts- og eiendomssjef å utarbeide prosjektinnramming av dette investeringsprosjektet. Dette vil bli ferdigstilt i løpet av våren 2018 og blir fremlagt styret som egen sak. På bakgrunn av høringsprosessen har prosjektgruppen gjort endringer i forslag til prioriteringer. Kjøp av C00 er prioritert opp i fase 1, og det er gjort justeringer av budsjettposter for å sikre finansiering. Det ligger fortsatt muligheter for ytterligere justeringer i fase 1. Kjøp av C00 blir tatt opp i styret som egen investeringssak. Utover dette vil investeringer følge foretakets fullmaktstruktur og nødvendige beslutninger løftes til riktig nivå.

Verdi for pasienten

Fremlagte arealplan vil bidra til å bedre muligheter for etablering av gode pasientforløp og økt pasientsikkerhet.

Medvirkning

Arealplanen for UNN Breivika har vært grundig behandlet i arbeidsmiljøutvalg, brukerutvalg og drøftingsmøte med tillitsvalgte. Saken har også vært ute på en bred høringsprosess. Styresaken ble forelagt ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerutvalgets arbeidsutvalg i egne drøftings- og medvirkningsmøter i uke 15. Protokoller og referater fra møtene vil følge som egne referatsaker i styremøtet 25.4.2018. Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.

Vurdering

Arealplanarbeidet for UNN Breivika er forankret i Strategisk utviklingsplan for foretaket og er utarbeidet for å sikre bedre pasientbehandling, økt pasientsikkerhet, for å gi rom for faglig utvikling og for å ivareta mulighet for nødvendig omstilling av drift.

Arealplan, fase 1 ivaretar umiddelbare hensyn og behov for endringer som følge av innflytting i nybygg i A-fløya og PET-senteret. Denne fasen er finansiert innenfor foretakets eget investering- og driftsbudsjett. Styret blir bedt å vedta gjennomføringen av denne fasen til en ramme på 85 mill kroner.

Fase 2 og 3 er mer langsiktige tiltak som er kostnadskrevenende og hvor foretaket behøver tilskudd av likviditet for å gjennomføre. Sykehusbygg HF utarbeider innramming av prosjektet i tråd med *Tidligfaseveileder for sykehusplanlegging*, og dette blir forelagt styret i løpet av kommende styremøter i 2018.

Konklusjon

Styret inviteres til å vedta arealplan Breivika fase 1 slik den er beskrevet i saken og imøteser en egen styresak om prosjektinnramming for fase 2 og 3.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg: 1. Arealplan Fase 1, Fase 2 og Fase 3.
 2. Styringsdokument arealplan UNN Breivika

Arealplan for UNN Brevika – faseplan

Fase 1 – Arealplan høst 2018-vår 2019

FASEPLAN MED ANSLÅTTE KOSTNADER		Planlegging															
Forklaring kategorier kostnadsberegning		Gjennomføring															
Kategori A-tungeareal 100 000kr/m ²																	
Kategori B-lette arealer 50 000kr/m ²																	
Kategori C-kontorarealer 20 000kr/m ²																	
Klinikk	Prioritet	Aktivitet	NÅ plassering	NY plassering	Kategori	Areal	Anslag kostnad	2018				2019					
								1 kv	2 kv	3 kv	4 kv	1 kv	2 kv	3 kv	4 kv		
NOR	1	Flytte LMS, tilpassing av areal	Under helipad	E1	C	400	kr 1 500 000										
NOR	1	Flytte voksen rehabilitering, tilpassing av areal	Under helipad	C1-4	B		kr 500 000										
AKM	1	Kontor for klinikkjef med stab og ambulansetjenesten	A00, B3-8, BC-5	U helipad	C												
AKM	2	Etablering av en Korttidspost			B		kr 10 000 000										
Diagnostisk	2	Planlegge ombygging av A1-7 og A1-8			A	1407	kr 500 000										
UiT	2	Planlegge tilbakeføring av areal til UiT i A1-8	C00	A1-8	A												
UiT	2	Planlegge tilbakeføring av areal til UiT i A1-8	A00	A1-8	A	280	kr 1 000 000										
Diagnostisk	1	Flytting av behandlingsrom for HMAS i A1-8	A1-8	A2-8?	B	50	kr 50 000										
Diagnostisk	2	Tilpassing av areal blodtapping	Nerstranda	C00	C, Drift	150 - 20	kr 4 000 000										
Diagnostisk	2	Planlegge bruk av ledig areal etter Nukleærmedisin på kort og lang	B3-6		C	218											
Diagnostisk	2	Gjennomgang, planlegging av optimal logistikk for bildediagnostikk	B3-6	B3-6	A		kr 250 000										
K3K og NOR	1	Fråflytting av areal B2-6 til A2-6 og A3-6 (K3K pol og Ort. Pol)		A2-6 og A3-6			kr -										
HLK	3	Tilpassing av areal til ny virksomhet poliklinikk for hjertemed. (og karkir)	C00	B2-6	C	400	kr 8 000 000										
NOR	1	Fråflytting sengepost og poliklinikk C1-8 for Rehabilitering	C1-8	A2-8 og A3-8	B		kr -										
DES	6	Tilpasse ledig areal i C1-8 til rokadeareal sengepost		C1-8	C	893	kr 10 000 000										
HLK	2	Ombygging av kjøkken og oppholdsrom, ventearal for pasienter sengepost	B1-9	B1-9	C		kr 1 000 000										
Alle	2	Helhetlig planlegging av ombygging til nye operasjonsstuer B2-7 og B3-7		B2-7, B3-7	A		kr 500 000										
BUK	2	Planlegge utvidelse av Nyfødtintensiv	B2-5	Påbygg?	A	1000	kr 500 000										
Med.kl.	1	Bygge om ledig areal B2-9 til dialyse - finansiert	B3-9	B2-9	B	463	kr -										
HLK	2	Tilpasse ledig areal B3-9 til Hjerteutredning	B1-8	B3-9	C	288	kr 4 000 000										
DES	2	Planlegging av ombygging av areal i C2-4 til tøyforsyning og renhold	C2-4	C2-4	C	161	kr 200 000										
Sykehusapoteket		Sykehusapoteket, tilpassing	A1-6	A1-6	B	71	kr -										
NOR og BUK	6	Ombygging av ledig areal C2-6	C2-6	C2-6	C	284	kr 2 500 000										
NOR	5	Ombygging av areal til ny operasjonsstue Øye C2-6	NY	C2.681	B	30	kr 1 500 000										
NOR	3	Tilpassing av deler av fråflyttet areal C1-4	??	C1-4	B	200	kr 2 500 000										
OPIN	3	Tilpassing deler av fråflyttet areal C1-4 til utvidet US og samtalerom Smert	C1-4	C1-4	C	120	kr 1 500 000										
DES	1	Vare- og Logistikkprosjekt (inkludert arkiv)					kr 500 000										
	1	Kjøp av C00					kr 30 000 000										
Alle	4	Kontorkabal, uvisst omfang, inkludert møblering			C	350	kr 5 250 000										
		Sum investeringer					kr 85 750 000										
		Disponible investerings- og prosjektmidler 2018 + halve 2019					kr 60 000 000										
		Mangler					kr 25 750 000										

Fase 2 – Arealplan høst 2019-vår 2022

FASEPLAN MED ANSLÅTTE KOSTNADER		Planlegging																				
Forklaring kategorier kostnadsberegning		Gjennomføring																				
Kategori A-tungeareal 100 000kr/m ²																						
Kategori B-lette arealer 50 000kr/m ²																						
Kategori C-kontorarealer 20 000kr/m ²																						
Klinikk	Aktivitet	NÅ plassering	NY plassering	Kategori	Areal	Anslag kostnad	2019				2020				2021				2022			
							3 kv	4 kv	1 kv	2 kv	3 kv	4 kv	1 kv	2 kv	3 kv	4 kv	1 kv	2 kv	3 kv	4 kv		
Diagnostisk	Ombygging av A1-7 og A1-8	A1-7 A1-8	A1-7, A1-8	A	1127	kr 39 445 000																
UiT	Tilbakeføring av areal til UiT i A1-8	C00	A1-8	A	280	kr 5 600 000																
Diagnostisk	Tilpasse ledig areal Nukleærmedisin	B3-6		C	218	kr 4 360 000																
Diagnostisk	Tilpassing logistikk og utvidelse av MR/CT kapasitet	B3-6		A																		
Diagnostisk	Flytting av Angiografi x 2 til B3-7	B3-6	B3-7	A		kr 100 000																
Diagnostisk	Tilpassing av areal PET-CT til innplassering ny CT	B3-6	B3-6	A																		
HLK	Ombygging av sengepost for Lungemedisin og poliklinikk	B1-9	B1-9	A	1000	kr 50 000 000																
Alle	Ombygging av noen flersengsrom til ensengsrom sengefløyer					kr 20 000 000																
OPIN	Ledig areal i B2-7 bygges om til operasjonsstuer	B2-7		A	510	kr 61 200 000																
OPIN og alle	2 x 2 operasjonsstuer i B3-7 bygges om til Hybridstuer	B3-7		A	600	kr 60 000 000																
OPIN	Ombygging av deler og oppussing av MIA	B2-7		C																		
K3K	Ombygging til ny IVF	C2-4	A1-8? C1-4? C00?	A	200	kr 20 000 000																
K3K	Nystrålebunkers			A		kr 50 000 000																
AKM	Planlegge utvidelse av Obs.post fra 14 - 25 eller 32 senger		B2-5 og B3-5	B	400	kr 500 000																
AKM	Utvidelse av Obs.post fra 14 - 25 eller 32 senger		B3-5	B	500	kr 25 000 000																
BUK	Utvidelse av Nyfødtintensiv	B2-5	Påbygg?	A	1000	kr 100 000 000																
Alle	Kontorkabal, uvisst omfang, inkludert møblering			C	400	kr 6 000 000																
DES	Utvidelse og ombygging av tøyforsyning og Renholdssentral		C2-4	C	300	kr 7 500 000																
DES	Ombygging av varemottak	C2-4	Påbygg?	C	300	kr 7 500 000																
		Sum investeringer				kr 449 705 000																
		Disponible investerings- og prosjektmidler høst 2019 til 2023				kr -																
		Mangler				kr 449 705 000																

Fase 3 – Arealplan høst 2022-høst 2028

FASEPLAN MED ANSLÅTTE KOSTNADER		Planlegging																					
Forklaring kategorier kostnadsberegning		Gjennomføring																					
Kategori A-tungeareal 100 000kr/m ²																							
Kategori B-lette arealer 50 000kr/m ²																							
Kategori C-kontorarealer 20 000kr/m ²																							
Klinikk	Aktivitet	NÅ plassering	NY plassering	Kategori	Areal	Anslag kostnad	2023				2024				2025				2026				2027
							1 kv	2 kv	3 kv	4 kv	1 kv	2 kv	3 kv	4 kv	1 kv	2 kv	3 kv	4 kv	1 kv	2 kv	3 kv	4 kv	
Diagnostisk kl	Tilpassing av angiogram til MR + innplassering av MR i fram	B3-6		A	400	kr 40 000 000																	
Diagnostisk kl	Tilpassing av areal PET-CT til innplassering ny CT	B3-6	B3-6	A																			
Alle	Ombygging av sengeposter til ensengsrom			A		kr 100 000 000																	
Alle	Tilpassing arealer med tanke på større grad av samling av poliklinikk			A		kr 20 000 000																	
BUK	Habilitering, vurdere utvidelse av eksisterende bygg		Gimleveien 78	C	200	kr 7 000 000																	
Alle	Kontorkabal, uvisst omfang, inkludert møblering			C	200	kr 3 000 000																	
AKM	Nyambulansesasjon		Nybygg	B	1000	kr 40 000 000																	
		Sum investeringer				kr 210 000 000																	
		Sum investeringer 2018 - 2030				kr 659 705 000																	



Universitetssykehuset i Nord-Norge Helseforetak (UNN)

Styringsdokument

Arealplan UNN HF, Breivika

Versjon 1 31.1.2017



Innhold

1. BAKGRUNN.....	3
2. PROSJEKTGRUNNLAG.....	3
2.1 HENSIKT	3
2.2 MÅL FOR PROSJEKTET.....	3
2.3 EFFEKTMÅL	4
2.4 RESULTATMÅL.....	4
2.5 PROSJEKTETS RAMMER OG FORUTSETNINGER.....	4
2.6 AVGRENSING	5
3. GJENNOMFØRINGSPLAN MED VIKTIGE BESLUTNINGSPUNKTER	5
3.1 GJENNOMGANG AV FORUTSETNINGER, RESULTATER FRA FRAMSKRIVNINGEN, AREALUTNYTTELSE	5
3.2 AVKLARE RAMMEBETINGELSER FOR HVORDAN AREAL SKAL DISPONERES	5
3.3 BEHOVSANALYSE MED BEARBEIDING AV RESULTATER FRA FRAMSKRIVNING 2015 - 2030 TIL AVDELINGSNIVÅ.....	5
3.4 GJENNOMGANG AV KARTLEGGING AV BYGNINGSMASSEN I BREIVIKA, TEGNINGSGRUNNLAG OG VURDERING AV EGNETHET FOR FRAMTIDIGE FUNKSJONER.....	6
3.5 DRØFTING AV EVENTUELLE GAP MELLOM BEHOV OG TILGJENGELIG KAPASITET OG AREAL I BREIVIKA	6
3.6 MULIGHETSSTUDIER MED VISUALISERING (UTFØRES AV ARKITEKT)	6
3.7 BESKRIVELSE AV TILTAK PÅ KORT OG LANG SIKT	6
4. PROSJEKTETS KRITISKE SUKSESSFÅKTORER.....	6
5. ARBEIDSFORM OG ORGANISERING	7
6. INTERESSEENTER OG GRENSESNIITT	9
7. KOSTNADER/ BUDSJETTOVERSLAG.....	9
8. FRAMDRIFT OG MILEPÆLER FOR PROSJEKTET.....	10
8.1 FRAMDRIFT	10
8.2 MILEPÆLER	11
9. GRUNNLAGSDOKUMENTER:	12



1. Bakgrunn

Det meste av bygningsmassen tilhørende UNN i Breivika er fra 1991. Det har vært gjort endringer, ombygginger og rokader, og det er satt opp flere nybygg: BRUS (2009), Nytt pasienthotell (2015), A-fløya og PET-senteret (2018). I tillegg er det satt opp flere midlertidige brakkebygg i gårdsrom til hovedbygget og to kontorbygg C0 (1996) og E4 (2014). Fra det kliniske miljø er det meldt inn behov for mer areal eller at areal ikke tilfredsstillers dagens virksomhet. I forbindelse med ibruktakelse av A-fløya og PET-senteret fra januar 2018, er det behov for å kartlegge og analysere arealutnyttelse og bruk av areal i resterende bygninger i Breivika. Det skal også vurderes om eksisterende bygningsmasse tilfredsstillers krav til framtidig pasientbehandling og nye driftsmodeller, som for eksempel ensengsrom m.m.

Oppdraget bygger på en overordnet kartlegging av eksisterende bygningsmasse i Breivika i Strategisk utviklingsplan for bygg, samt framskrivning av aktivitets- og kapasitetsbehov for somatisk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), gjennomført for UNN HF i 2016. Resultatene fra framskrivningen benyttes i vurdering av arealutnyttelse i eksisterende og planlagte bygg, og tilpasses behovet i dette prosjektet.

2. Prosjektgrunnlag

2.1 Hensikt

Hensikten med prosjektet er todelt.

1. Den kortsiktige er å skaffe en oversikt over muligheter for bedre arealutnyttelse innenfor eget areal, rokade av funksjoner innenfor eksisterende bygg, samt avdekke behov for påbygg/nybygg.
2. Den langsiktige er å vurdere om eksisterende bygningsmasse kan tilpasses tidsriktige, funksjonelle, strategiske og økonomiske rammer for virksomheten.

2.2 Mål for prosjektet

Målet for prosjektet *Arealplan Breivika, UNN HF*, er å identifisere en mer optimal fordeling av areal i somatiske bygg på bakgrunn av ibruktakelse av nybygget A-fløya og PET-senteret fra 2018.

Dette styringsdokumentet gir en oversikt over alle sentrale forhold i prosjektet, og er retningsgivende og avklarende for alle aktører. I tillegg skal det fungere som prosjektets mandat.



Effekt mål:

Beskriver en ønsket fremtidig situasjon (gjerne for helseforetaket) som skal oppnås når prosjektet er gjennomført.

Resultatmål:

Beskriver hva dette prosjektet med aktiviteter skal oppnå, og er knyttet til prosjektets leveranser.



2.3 Effektmål

- Alle areal på sykehusområdet i Breivika er kartlagt på eierskap, arealutnyttelse og egnethet
- Alle areal er kartlagt og vurdert med hensyn på arealutnyttelse nå og i framtiden
- Tomteanalyse av Breivika med omkringliggende areal gir oversikt over utnyttelsesmuligheter
- Framskaffe kunnskap om byggenes evne til tilpasning av framtidig pasientbehandling og virksomhetsmodeller

2.4 Resultatmål

- Sikre at dagens bygninger utnyttes på en effektiv og hensiktsmessig måte
- Sikre at det foreligger en rocadeplan som ivaretar klinikkenes og helseforetakets behov i størst mulig grad fra 2018
- Sikre at det foreligger en kostnadsoversikt knyttet til kortsiktige og langsiktige tiltak
- Sikre at det er tilstrekkelig grunnlag for planlegging av oppstart ombygging og rocade januar 2018
- Sikre rett dimensjonering av evt. nye bygg i forhold til eksisterende bygningsmasse og i forhold til faglig utvikling og nye behandlingstilbud.

2.5 Prosjektets rammer og forutsetninger

Grunnleggsdokumenter (se kapittel 9) og eventuelle underlag for disse skal gjennomgås. Framskrivning (fra 2015 – 2030) levert i 2016 skal legges til grunn for det videre arbeid.

Strategisk Utviklingsplan UNN 2015-2025 - virksomhet, Tilstandsanalyse – UNNs eiendommer 2015 og Strategisk Utviklingsplan UNN 2015-2025 for bygningsmassen (er under utarbeidelse), gir rammebetingelser for prosjektet.

Følgende oppgaver inngår i oppdraget:

1. Avklare rammebetingelser for hvordan areal skal disponeres (eksempel utnyttelsesgrad, åpningstider, organisering av kontor m.m.)
2. Behovsanalyse med bearbeiding av resultater fra framskrivningen 2015 – 2030 med en framskrivning av aktivitets- og kapasitetsbehov på avdelingsnivå. Beregning av arealbehov for andre funksjoner; kontorer, støttefunksjoner m.m.
3. Gjennomgang og kartlegging av bygningsmassen i Breivika (inkludert boliger og andre eksterne lokaler tilknyttet Breivika), tegningsunderlag og vurdering av egnethet for omrokking av areal, samt tilpasning til framtidige behov
4. Gjennomgang og kartlegging av klinikkenes behov. Drøfting av gap mellom behov og tilgjengelig kapasitet og areal i Breivika
5. Mulighetsstudier og visualisering av alternative løsninger, inkludert beregninger av kostnader (utføres av arkitekt)
6. Beskrivelse av tiltak på kort og lang sikt

I arbeidet med utarbeidelse av arealplan for Breivika, vil data fra framskrivningen bli vist på avdelingsnivå. Underlaget for A-fløya vil bli gjennomgått med hensyn på tilgjengelig kapasitet. Tilsvarende gjelder tilgjengelig kontorkapasitet i PET-senteret. I tillegg må annet areal på området som midlertidig bygg for operasjonsområdet, brakkerigger og tidligere Pasienthotell m.m. gjennomgås.



Det vil bli gjennomført en ny analyse av rehabiliteringsområdet for UNN HF med bakgrunn i beregning av A-fløya. I tillegg vil enkelte prosedyrer bli vurdert ved behov.

Tomteanalyser utført i Idéfase PHV UNN HF vil bli brukt som underlag.

Med bakgrunn i disse data vil det bli presentert et forslag til arealutnyttelse basert på aktivitet, behov, utnyttelsesgrad og åpningstider, samt tilgjengelig areal. Dialog med oppdragsgiver er viktig for å ha en omforent forståelse av hvilke premisser som er gjeldende og hvilke funksjonsområder og lokasjoner som inngår.

Alternativene skal være

- Relevante – oppfylle de overordnede målene som gjelder for UNN HF
- Gjennomførbare – kan gjennomføres innenfor UNN HF sitt finansielle handlingsrom

Prosjektet skal utføres innenfor en tidsramme på 5 mnd., med oppstart 07.02.2017 og avslutning 29.06.2017.

2.6 Avgrensning

Prosjektet omfatter ikke

- arealer for UNN HF utenfor Tromsø/ Breivika
- Psykisk helse og rus med tilhørende boenheter, med unntak av arealene for BUP i BRUS.

3. Gjennomføringsplan med viktige beslutningspunkter

3.1 Gjennomgang av forutsetninger, resultater fra framskrivningen, arealutnyttelse

Sykehusbygg har i 2016 gjennomført framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov fram mot år 2030 for UNN HF. Resultatet ble presentert for ledergruppen i UNN 18. januar 2017 og det kom ingen innvendinger mot metoden. I arbeidet med utarbeidelse av arealplan for Breivika, vil data fra framskrivningen i tillegg til diagnosegrupper, bli vist på avdelingsnivå. Underlaget for A-fløya vil bli gjennomgått med hensyn på tilgjengelig kapasitet. Tilsvarende gjelder tilgjengelig kontorkapasitet i PET-senteret. I tillegg må annet areal på området som midlertidig bygg for operasjonsområdet, brakkerigger og tidligere Pasienthotell m.m. gjennomgås.

Det vil bli gjennomført en ny analyse av rehabiliteringsområder for UNN HF med bakgrunn i beregning av areal i A-fløya. I tillegg vil enkelte prosedyrer bli vurdert ved behov.

Med bakgrunn i disse data vil det bli presentert et forslag til arealutnyttelse basert på aktivitet, behov, utnyttelsesgrad og åpningstider. Dialog med oppdragsgiver er viktig for å ha en omforent forståelse av hvilke premisser som er gjeldende og hvilke funksjonsområder og lokasjoner som inngår.

3.2 Avklare rammebetingelser for hvordan areal skal disponeres

Det er en forutsetning for vellykket gjennomføring av prosjektet at foretaket avklarer prinsipielle spørsmål som åpningstid, utnyttelsesgrad, organisering av kontor, hvilken virksomhet som skal prioriteres i somatikkbygg, og hva som kan flyttes ut m.m.

3.3 Behovsanalyse med bearbeiding av resultater fra framskrivning 2015 - 2030 til avdelingsnivå

Det vil bli utført en behovsanalyse basert på en bearbeiding av resultater fra framskrivningen 2015 – 2030 med en framskrivning av aktivitets- og kapasitetsbehov på avdelingsnivå. Dette forutsetter at det har



vært registrering av aktivitet på geografisk avdelingsnivå. Arealbehov for andre funksjoner som kontorer, støttefunksjoner mm. vil bli beregnet.

3.4 Gjennomgang av kartlegging av bygningsmassen i Breivika, tegningsgrunnlag og vurdering av egnethet for framtidige funksjoner

Det ble utført en overordnet kartlegging av areal på alle lokasjoner tilhørende UNN HF i prosjektet *Strategisk utviklingsplan bygg UNN HF* i 2016. Denne oppgaven knyttes til kartleggingen som ble foretatt i 2014-2015 (Multimap febr 2015, oppdatert 2016). Tegninger av dagens bygg, ny A-fløy og PET-senter vil bli gjennomgått. Muligheter for annen utnyttelse av eide tomter, samt tomteutvidelser skal vurderes. I tillegg er det behov for å vurdere om dagens bygg er egnet for de funksjoner man forventer å ha i framtiden. Dette gjelder både kapasitets- og arealbehov og kvalitet, samt generalitet, fleksibilitet og elastisitet. Med *generalitet* menes standard romstørrelser som dekker flere funksjoner. *Fleksibilitet* defineres som at en sikrer ombyggingsmuligheter uten unødvendige store kostnader. *Elastisitet* innebærer at en sikrer at byggets utforming og plassering på tomta gir mulig utvidelse. Begrepet *elastisitet* kan også ses i lys av mulighet for tilvekst (økning av bruksareal) eller underoppdeling av arealene i en bygning (reduksjon av bruksareal).

3.5 Drøfting av eventuelle gap mellom behov og tilgjengelig kapasitet og areal i Breivika

Her vil beregnet kapasitetsbehov settes opp mot tilgjengelig kapasitet og eventuelle gap beskrives. Det vil bli innhentet informasjon fra klinikkene på funksjoner og arealbehov som ikke er dekket. Her vil alternative utviklingsretninger og scenarier drøftes i samarbeid med klinikkene.

3.6 Mulighetsstudier med visualisering (utføres av arkitekt)

Dersom man ser gap mellom framtidig behov, tilgjengelig kapasitet og bygningsmessige løsninger vil det kunne være behov for å gjennomføre enkle mulighetsstudier. Det skal være på et overordnet nivå, og peke på områder der det kan være behov for å gjøre bygningsmessige tiltak. Tomteanalyse utført av Asplan Viak i forbindelse med Idéfase PHV UNN HF vil bli benyttet som underlag, og det vil bli vurdert om det er nødvendig med ytterligere tomteutredning.

3.7 Beskrivelse av tiltak på kort og lang sikt

Tiltakene på kort og lang sikt knyttet til arealutnyttelse av bygg beskrives her. Det kan være omrokking av funksjoner som ikke krever tilpasninger, større eller mindre ombygginger, utvidelser, nybygg osv. Detaljerte planer for tiltakene skal beskrives. Tiltakene skal kostnadsberegnes og knyttes til foretakets bærekraft. En prioritering av tiltak vil bli foretatt på foretaksnivå. I forbindelse med dette arbeidet vil det bli gjennomført en ROS analyse av rocadeplan(ene).

For aktiviteter og milepæler henvises det til foreslåtte framdriftsplan for prosjektet, kapittel 8.

4. Prosjektets kritiske suksessfaktorer

- Prosjektdeltagerne, prosjekteier og interessenter for øvrig har felles målforståelse og eierskap til prosjektet
- Det er en forutsetning at de interne ressursene som deltar i arbeidsgruppene har nødvendig mandat og kompetanse for å kunne bidra til en rasjonell prosess. Videre forutsettes det at disse er engasjert og har avsatt tid til å jobbe med de oppgaver deltakelse i arbeidsgruppene medfører
- God organisering, møtestruktur, ledelse og styring av arbeidet
- Gode beslutningsunderlag og god dokumentasjon som leveres tidsnok i forhold til framdriftsplan

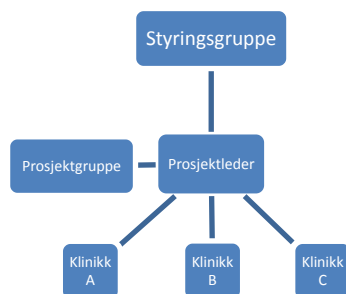


- God dialog mellom medvirkningsgruppe, styringsgruppe og prosjektleder underveis i prosjektet, samt at de som er med i medvirkningsgruppene også har dialog med og sørger for forankring i egen organisasjon
- Prosjektet må være preget av åpne og transparente prosesser

5. Organisering og arbeidsform

Ledergruppen for UNN vil fungere som prosjektets styringsgruppe. Prosjektleder er leid inn fra Sykehusbygg HF, og har bistand fra en prosjektgruppe med relevant kompetanse og mandat for å utføre sitt arbeid.

Den første del av oppgaven (1-4) kan gjennomføres med medvirkning fra UNN's prosjektgruppe. Punkt 4-7 gjennomføres med medvirkning fra klinikkene og Drifts- og eiendom. Resultatet blir alternative løsninger for omrokking av funksjoner i eksisterende areal, samt evt. behov for ombygging/påbygg på kort sikt, og framtidig utvikling med en drøfting av tiltak.



Figur 1: Organisering Arealplan Breivika, UNN HF

Prosjektets **styringsgruppe** er ledergruppen i UNN HF.

Prosjekteier

Drifts- og eiendomssjef Gina Johansen, UNN HF

Prosjektleder

Gunn Håberget, Sykehusbygg HF

Prosjektgruppe

Består av oppnevnte ressurspersoner fra UNN HF samt kompetanse fra Sykehusbygg HF. Rådgivere og relevante fagpersoner innenfor teknikk, bygg og med sykehusfaglig kompetanse innhentes når det anses nødvendig.

Navn	Rolle	Organisasjon
Gunn Håberget	Prosjektleder	Sykehusbygg HF
Gina M. Johansen	Prosjekteier	UNN HF
Marte Lauvsnes	Ressursperson	Sykehusbygg HF
Helge Havåg	Ressursperson	Sykehusbygg HF
Guri Albrigtsen	Klinisk rådgiver	UNN HF
Tor-Arne Hanssen	Avdelingsleder/Utbyggingssjef	UNN HF
Rosi Floer	Klinisk rådgiver	UNN HF
Berit Evenstad	Smittevernseter	UNN HF
Tove Mack	Hovedverneombud	Vernetjenesten



Helga Jentoft	Ressursperson	UNN HF
Eva Knudtsen	Rådgiver Eiendom og sekretariat	UNN HF
Pasientforløpsrådgiver(e) *	Kvalitets- og utviklingsavd	UNN HF
OU-bygg rådgiver(e) *	Stabscenteret	UNN HF

*navn avklares i løpet av uke 6

Det foreslås at Arealgruppen for Breivika oppnevnes som ressursgruppe i arbeidet;

Navn	Rolle	Organisasjon
Skjalg Trældal	Leder arealgruppe Breivika	UNN HF
Elin Gullhav	Foretaksledelse	UNN HF
Eva-Hanne Hansen	Foretaksledelse	UNN HF
Roar Kloster	Avdelingsledelse	UNN HF, Breivika
Cristoph Schäfer	Avdelingsledelse	UNN HF, Breivika
Eddie-André Elde	Foretakstillitsvalgt	Norsk Radiografforbund
Kristina Bratrein	Avdelingsleder Eiendom	UNN HF
Tove Mack	Hovedverneombud	Vernetjenesten
Svein Harald Hansen	Seksjonsleder teknisk drift	UNN HF
Marit Einejord	Kommunikasjonsrådgiver	UNN HF

Sykehusbygg/ utredningsstøtte

I dette inngår de innleide personer som bistår prosjektleder med ulike utredninger, sammenstilling og redigering av sluttrapporten. Sykehusbygg benytter sine rammeavtaler for kontrahering av arkitekt (kontraheres i februar). I tillegg vil Sykehusbygg stille med 3 ressurspersoner til å bistå i prosjektet etter behov.

Bygningsteknisk rådgiver

Kompetanse tilbys fra Sykehusbygg, alternativt benyttes lokale rammeavtaler.

Arkitekt

Kontraheres i februar.

Medvirkningsgrupper

Alle berørte klinikker oppnevner et visst antall fag- og ressurspersoner med kompetanse relevant for oppgaven. Avklares før oppstart i februar 2017.

Aktuelle klinikker og enheter i UNN skal på forespørsel levere underlag knyttet til nåværende virksomhet og arealutnyttelse, delta i kartleggingsmøter og møter som omhandler arealutnyttelse, pasientflyt og rokade av areal, samt vurderinger knyttet til fremtidig (2030) virksomhet og arealutnyttelse/-behov. Drifts- og eiendomsavdelingen skal bistå med nødvendig underlag og rapporter, ressurser til kartlegging og vurdering av behov og kostnad i en rokadeplan, samt ved evt. ombygging. Andre stabsfunksjoner stiller med underlag og utredninger der det er etterspurt.

Det vil bli avholdt 3 møteserier med klinikkene i Tromsø, samt tilleggs møter på Skype ved behov.

Framdriftsplan og medvirkningsmøter er beskrevet nærmere i kapittel 8.1.



Rapportering

Prosjektledelsen rapporterer til prosjekteier.

6. Interessenter og grensesnitt

Eksterne og interne interessenter kartlegges mht forhold som påvirker grensesnittet mellom disse og gjennomføring av rokadeplaner for Breivika.

Eksterne:

Forholdet til andre eiere innenfor og i umiddelbar nærhet til sykehusområdet i Breivika som universitetet i Tromsø (UiT), utleiere som UNN HF har inngått avtale med, samt eiere av nærliggende og relevante tomter med tanke på tomteervervelse.

Interne:

Grensesnitt mellom ulike fagområder og eventuell omstilling mellom disse, for eksempel hvilke funksjoner som kan samlokaliseres for å optimalisere pasientforløp /-flyt, samt andre synergieffekter. Eksempler kan være: Hvem har oppgaver nærmest pasienten? Hvor i pasientforløpet plasserer de ulike faggruppene seg? Hvem kan flytte ut av kjerneområdet?

7. Kostnader/ budsjettoverslag

Nedenfor gis en foreløpig skisse for time-estimat for arbeidet med tilhørende kostnad.

Time-estimat for Arealplan UNN HF, Breivika	
Aktiviteter	Antall timer
Gjennomgang av forutsetninger, resultater fra framskrivningen, eksisterende arealutnyttelse. Framskrivning på avdelingsnivå, analyse av enkelte prosedyrer. Ny analyse av behov rehabiliteringspasienter.	100
Gjennomgang av kartlegging av bygningsmassen i Breivika, tegningsgrunnlag og vurdering av egnethet for framtidige funksjoner	120
Drøfting av gap mellom behov og tilgjengelig kapasitet	40
Mulighetsstudier og visualisering (utføres av arkitekt)	120
Beskrivelse av tiltak på kort og lang sikt, rokadeplan	100
Befaringer og møter med klinikkene	150
Rapportskriving og kvalitetssikring	100
Styringsgruppemøter, prosjektgruppemøter, før og etterarbeid, admin	200
ROS analyse	40
Totalt	970

Med en timepris på kr 1 070 gir dette en samlet kostnad på kr 1 037 900 eks MVA. Reiseutgifter kommer i tillegg.

Timeestimatet er foreløpig, og avhenger av hvor mye UNN selv ønsker å gjøre, og om det evt. innleies rådgivere for noen av oppgavene.

Det forutsettes at fysiske møter begrenses ut fra nødvendighetsprinsippet og at møter kan gjennomføres på Skype for business (tidligere Lync) eller lignende. Det vil være behov for god tid for befaringer og møter med klinikkene.



8. Framdrift og milepæler for prosjektet

Nedenfor presenteres en framdriftsplan for de ulike oppgavene. Framdriftsplanen er tentativ og møtetidspunkter avtales ved oppstart av prosjektet. Det presenteres også et forslag til detaljert framdriftsplan for møtene med det kliniske miljø.

8.1 Framdrift

Det tas sikte på å få utkast til rapport ferdig i mai, og sluttrapport i juni 2017. Det legges opp til et oppstartsmøte med styringsgruppen i februar 2017.

Framdrift for prosjekt Arealplan Breivika UNN HF						
Aktiviteter	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni
Gjennomgang av forutsetninger, resultater fra framskrivningen, arealutnyttelse. Framskrivning på avdelingsnivå. Analyse av enkelte prosedyrer. Ny analyse av rehabiliteringsområde UNN.						
Gjennomgang av kartlegging av bygningsmassen i Breivika, vurdering av egnethet for omrokking, behov for ombygging og påbygg, evt. Nybygg.						
Drøfting av gap mellom behov og tilgjengelig kapasitet						
Mulighetsstudier (utføres av arkitekt)						
Beskrivelse av tiltak på kort og lang sikt - forslag til rocadeplan						
Befaringer og møter med klinikkene						
Rapportskriving						
Styringsgruppemøter, prosjektgruppemøter, admin		x	x	x	x	x



Forslag til detaljert framdriftsplan for medvirkningsmøter

Dato	Tirsdag 14. februar	Onsdag 15. februar	Torsdag 16. februar
	Tirsdag 14. mars	Onsdag 15. mars	Torsdag 16. mars
	Tirsdag 9. mai	Onsdag 10. mai	Torsdag 11. mai
Tid	Dag 1	Dag 2	Dag 3
08:00		Planlegging med miniPG	Planlegging med miniPG
09:00	Møte med Prosjektgruppen - Prosjektramme og framdriftsplan - Metode og gjennomføring - Gjennomgå eksisterende arealplaner med eierskap og utfordringer - Oppsummering og videre plan	Klinikk 3	Klinikk 6
10:00			
11:00		Klinikk 4	Klinikk 7
12:00		Klinikk 1	
13:00		Klinikk 5	Klinikk 8
14:00	Klinikk 2		
15:00		Oppsummering 1/2 time med	Oppsummering med PG
16:00			

8.2 Milepæler

Under milepæler beskrives også avhengigheter til andre prosjekter med behandlingstidspunkt.

Milepæl	Beskrivelse	Frist
1	Prosjektavtalen er godkjent og underskrevet	07.02.2017
2	Styringsdokument er godkjent av styringsgruppen	07.02.2017
3	Oppstartsmøte med Prosjektgruppen	14.02.2017
4	Oppstart befarings og kartlegging med kliniske miljøer	14.02.2017
5	Behandling av Strategisk Utviklingsplan for bygningsmassen UNN HF i styret UNN HF	29.03.2017
6	Behandling av Idéfase psykisk helse og rus UNN HF i styret UNN	29.03.2017
7	Utkast til rapport Arealplan Breivika, UNN HF	31.05.2017
8	Budsjettkonferanse UNN HF	02.06.2017
9	Behandling i AMU	07.06.2017
9	Behandling i Brukerutvalget og FTV	14.06.2017
10	Orientering til styret UNN HF (utsendelse 9.06)	20.06.2017
11	Behandling i styringsgruppen	27.06.2017
11	Prosjektet avsluttes med godkjent sluttrapport	27.06.2017



Styringsgruppen vil bli holdt løpende orientert gjennom at prosjektet står som fast orienteringssak i alle ledergruppemøter.

9. Grunnlagsdokumenter:

1. *Strategisk utviklingsplan for UNN 2015-2025, virksomhet* vedtatt i UNNs styre 10.12.14 (ST 109/2014) med tilhørende strategidokumenter.
2. *Strategisk utviklingsplan for UNN 2015-2015, bygningsmassen* under utarbeidelse – sluttbehandles 29.03.2017
3. *Virksomhetsplan 2015*, vedtatt i UNNs styre 10.12.14 (ST 108/2014).
4. *Kartlegging av bygningsmassen ved Universitetssykehuset i Nord- Norge HF*”, rapport Multiconsult AS, 11. mars 2011, oppdatert versjon februar 2015 og 2016.
5. Forskrift om fredning av statens kulturhistoriske eiendommer- Kapittel 2 Fredete eiendommer i Helse og omsorgsdepartementet landsverneplan- vedtatt 16.02.2012.
6. Arealplan A-fløya og PET-senteret
- 7.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
32/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Salg av C00-bygget

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner å erverve C00-bygget fra A-fløyprosjektet for 30 mill kr slik at dette kan benyttes til ordinær drift etter at byggeprosjektet er avsluttet.
2. Finansiering av erverv er dekket gjennom *Arealplan Breivika fase 1 i 2019*.
3. Styret forutsetter at bygget brukes i tråd med anbefalinger vedtatt i *Arealplan Breivika*.

Bakgrunn

C00-bygget ble oppført ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i Breivika i 2014-2015 som del av midlertidige tiltak for å gjennomføre A-fløyutbyggingen i en byggefase. Gjennomføringsplanen ble vedtatt i sak 64-2014 *Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy – endret utbyggingsstrategi*. Det var forutsatt i saken at bygget skulle avhendes etter at A-fløyprosjektet var gjennomført. I arbeidet med *Arealplan Breivika* høsten 2017 ble det avdekket at C00-bygget kan vise seg å være en smidig og kostnadseffektiv måte å sikre drift av kritiske funksjoner i en periode der øvrige deler av UNN i Breivika moderniseres i tråd med arealplanens vedtak.

Formål

Denne saken redegjør for forhold knyttet til salg og erverv av C00-bygget og anbefaler at UNN beholder bygget selv etter gjennomført A-fløyprosjekt.

Saksutredning

C00-bygget er et modulbygg satt opp av Malthus AS på oppdrag fra UNN. Bygget er ervervet gjennom utlyst konkurranse og hadde opprinnelig en kostnad på 90 mill kr. Investeringen var en del av A-fløyprosjektet og løste en midlertidig arealmangel ved rivning av A2-fløya i forbindelse med utbyggingen. Bygget har midlertidig brukstillatelse og huser i dag deler av

virksomheten ved Laboratoriemedisin, forskningslaboratorium for UiT Norges Arktiske universitet, hjertepoliklinikk, gynekologisk poliklinikk, utredningspoliklinikk samt dagkirurgi. Bygget har et areal på om lag 3000 kvm.

A-fløyprosjektet har hatt et konservativt anslag på salgsverdi i budsjett på netto 30 mill kr. Denne inntekten er forutsatt tilført prosjektet for å gjennomføre dette i henhold til budsjett. Prosjektet har fått utført juridiske avklaringer omkring salgsprosess. Ved eventuell avhending til privat aktør, er det viktig å ta hensyn til EØS-reglene som regulerer forhold knyttet til offentlig støtte til privat virksomhet. Slike begrensninger finnes ikke ved internt kjøp, eller ved salg til annet offentlig foretak.

Da det ble klart at arealplanen også forutsatte bruk av C00-bygget, har videre salgsprosess blitt satt på vent. A-fløya avsluttes ikke før alle ombygginger er ferdig i 2019. Regnskapet for prosjektet vil dermed heller ikke avsluttes før i 2019. Salg av C00-bygget kan derfor gjennomføres samme år.

Arealplan og forankring av behov

Prosjektet *Arealplan UNN Breivika* ble etablert i februar 2017 med bakgrunn i behovet for en overordnet plan for fraflyttet og midlertidige areal som følge av flytting av funksjoner til nye A-fløya og PET-senteret i 2018. I tillegg har det vært nødvendig å se disse rokadene opp mot en langsiktig arealutvikling ved UNN Breivika som er i tråd med foretakets strategiske satsningsområder og utviklingsplaner mot 2030 og 2040. Tiltak foreslått i denne planen baseres på Strategisk utviklingsplan bygg som er ferdigstilt og legges frem for styrebehandling i april 2018. Alle tiltak skal være relevante, gjennomførbare og sikre helhetlige pasientforløp og helhetlig pasientbehandling.

Arealplan Breivika er delt i 3 faser, og første fase går fra høst 2018 ut 2019.

Fase 1 skal ha fokus på hvilke tiltak som må gjennomføres, og hvilke som bør gjennomføres. Tiltak skal søkes løst innenfor fastsatt økonomisk handlingsramme i budsjettarbeidet for 2018 og 2019. Det skal etableres en sengepost for lokalsykehusfunksjonen, heretter kalt *Kortidspost*, i fase 1. Kortidsposten størrelse og innhold skal i størst mulig grad baseres på rapporten *Lokalsykehusfunksjonen UNN Tromsø (2015/2016)*. Kortidspost må etableres i midlertidige areal i påvente av ferdig utredning, plassering og bygging av ny Nyfødttintensiv.

Kjøp av C00 vil skape større mulighetsrom for UNN i en periode med behov for rokaideareal i forbindelse med ombygginger. Flere av funksjonene på plan 6 kan flyttes ut i C00 slik at det blir større mulighet for samling av areal for poliklinikker og dagbehandling. C00 kan bli et senter for kompetanseheving, forskning, undervisning og simulering.

Funksjoner som IVF kan flyttes ut av hovedbygget og til C00, og dermed bidra til raskere realisering av utvidelse av tøyforsyning og renhold. Flytting av Forskningsposten til C00 kan bidra til raskere etablering av en Kortidspost. Blodtapping for Blodbanken ved UNN flytter fra Nerstranda senter til C00, og gir redusert leiekostnad på eksterne arealer. Årskostnaden er om lag 600.000 kr.

Alternativer og økonomi

Disponering av C00-bygget til virksomhet muliggjør også frigjøring av rokaideareal inne i sykehuset når nødvendig ombygging av sengeposter til énsengsrom starter opp. Alternativt vil det måtte etableres nye arealer utenfor sykehuskroppen til rokaideareal. Dette vil være kostbart og dessuten gi u hensiktsmessig og dyrere drift enn om arealene er tilgjengelig innomhus. Midlertidig etablering av sengepost er estimert til 40 mill kr.

Driftskostnader (FDV) på C00 er omlag 20% høyere per kvadratmeter enn standard norm på 1000 kr per kvadratmeter. Det må spesielt påregnes noe mer vedlikehold. Årlige FDV-kostnader ved fortsatt drift av C00 bør derfor beregnes til 3,6 mill kr. Ved senere etablering av midlertidig sengepost må det påregnes økte FDV-kostnader på minimum 2 mill kr for dette. Arealplanen for UNN Breivika forholder seg til 2030, det vil derfor være rimelig å legge inn 10 års varighet for et midlertidig rokadearreal. Totalkostnad ved rokadearreal over 10 år drift vil være 60 mill kr. Potensialet for reduserte kostnader frem til 2030 vil ligge på 70 mill kr, hvis en kun vurderer etablering av IVF og midlertidig rokadepost. I tillegg vil det være andre og mindre innsparinger som ikke er synliggjort i dette regnestykket.

Levetiden for modulbygget C00 vil være noe redusert i forhold til forventet levetid på annen bygningsmasse. Det vil være usikkerhet vedrørende dette, men konservativt vurdert har bygget en restlevetid på minimum 20 år.

Løsning	Investering	Drift (FDV)	Total
Kjøp av C00			
Kjøp av C00	30.000.000	(20 år) 72.000.000	102.000.000
Etablering IVF i C00	10.000.000	Inkludert	10.000.000
Total	40.000.000	72.000.000	112.000.000
Eksternt salg av C00			
Etablering IVF annet areal	20.000.000	Inkludert	20.000.000
Etablering eksternt rokadepost	40.000.000	(10 år) 20.000.000	60.000.000
Leie Blodbank	0	(20 år) 12.000.000	12.000.000
Total	60.000.000	32.000.000	92.000.000

Denne oppstillingen tar ikke hensyn til driftsøkonomiske hensyn eksempelvis ved rask etablering av korttidspost

Prosjektgruppen anbefaler kjøp av C00 og framdriftsplan for ibruktakelse. Arbeidet med arealplanen viser også at flere etableringer kan gjøres billigere i C00 enn i annet areal. IVF er et slikt eksempel. Dagens lokalisering er suboptimal. Flytting av IVF har vært forutsatt siden virksomheten flyttet inn i disse arealene. IVF er avhengig av kostbare lab-arealer og undersøkelsesrom. Dette finnes alt i C00-bygget og det er beregnet en innsparing på om lag 10 mill kr ved å etablere enheten i C00 istedenfor å etablere i andre tilgjengelige lokaler. Varig bruk av C00 forutsetter omregulering i kommunens reguleringsplan. Ved positiv beslutning i styret, vil det startes arbeid med reguleringsplan.

Medvirkning

Arealplanen har vært et grundig arbeid med medvirkning fra alle klinikker og en bred høringsrunde blant ansatte. Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter i uke 15. Referater og protokoller foreligger som egne referatsaker i styremøtet 25.4.2018.

Samtlige møter sluttet seg til at saken forelegges styret for sluttbehandling.

Vurdering

Kjøp og videreføring av C00-bygget som klinisk bygg ved UNN Breivika fremstår som en umiddelbar, fleksibel og rimelig løsning på flere arealutfordringer. Spesielt på investeringssiden er det gunstig med erverv av C00 sett opp mot alternativer der dette inkludert etablering av IVF kommer på 40 mill kr mot alternativt 60 mill kr. På driftssiden vil et såpass stort bygg over 20 år medføre vesentlig FDV kostnad. Dette er imidlertid ikke større enn 3,6 mill kr per år, et beløp som er mulig å sikre gjennom foretakets regulære budsjettprosesser.

Permanent erverv av bygget gir også større sikkerhet for at UNN Breivika vil klare seg uten uforutsette behov for ekstra arealer i perioden frem til 2030. Det eneste som ligger inne i arealplan utover dette vil være et behov for nybygg til nyfødt intensiv som ikke lar seg løse innenfor eksisterende arealer.

C00 gir rom for et utvidet simuleringssenter, en viktig funksjon i opplæring av fremtidig helsepersonell som er vedtatt prioritert i foretakets utviklingsplan. Bygget gir også rom for rask etablering av korttidspost, en svært viktig funksjon som er krevende å ivareta med dagens organisering. Flytting av lokalsykehuspasienter til en korttidspost gir også nødvendig rom for dagbehandling som i dag foregår på en svært uhensiktsmessig måte på ordinære sengeposter.

Pasientsikkerhet

C00-bygget er et godt og fungerende bygg som ivaretar pasientsikkerheten til alle som behandles i arealene. Permanent erverv av dette bygget gir mulighet for rask etablering av en korttidspost som styrker lokalsykehusfunksjonen ved UNN Breivika, og dermed gir bedre pasientbehandling.

Konklusjon

Erverv av C00-bygget er økonomisk forsvarlig innenfor foretakets investeringsbudsjett og driftsbudsjett. Bygget sikrer oppfølging av strategisk utviklingsplan på flere punkter, og gir rom for korttidspost og nødvendige rokaideareal for fremtidig ombygging til ensengsrom på sengepostene. Innenfor disse forutsetningene anbefaler direktøren at UNN erverver bygget på permanent basis, utløser det fra A-fløyprosjektet og tar det i bruk i henhold til godkjente planer i Arealplan for UNN Breivika.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
33/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Tertialrapport pr 31.12.2017 for utbyggingsprosjekter ved UNN

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.12.2017 vedrørende byggeprosjekter i UNN til orientering.

Sammendrag

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

	A-fløy	PET
OU status	Pågår	Pågår
OU status mål		
HMS	H=4	H=5
Planlagt ferdigstillelse	01.11.2017	02.12.2017
Fremdrift	0 uker avvik	7 uker avvik
Ramme inneværende år	612,1 mill. kr	296,2 mill. kr
Sum investert hittil 2017	385,5 mill. kr	264,6 mill. kr
Sum investert totalt	1315,3 mill. kr	457,6 mill. kr
Investeringsramme P50	1547 mill. kr	567,9 mill. kr
Prognose økonomiavvik	-30 mill. kr	+39 mill. kr

Tabell 1 – Nøkkeltall for byggeprosjektene ved UNN HF

Bakgrunn

I denne styresaken legges frem et sammendrag av tertialrapporten for 3. tertial 2017 for utbyggingsprosjektene ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN). Styret ble sist orientert om byggeprosjektene i styresak 54-2017 *Byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord Norge HF: Tertialrapport pr. 31. august 2017*.

UNNs kjerneverdier er kvalitet, trygghet, respekt og omsorg. Tertialvis rapportering til styret bidrar til å gi styret *trygghet* for at prosjektet gjennomføres i tråd med vedtak. Rapporteringen gir styret mulighet til å fatte vedtak om korrigerende tiltak i tilfeller hvor det er adekvat. Slik virksomhetsstyring skal bidra til økt *kvalitet* i gjennomføring av krevende prosjekt.

Saksutredning

Pågående tidligfaseprosjekter

Idèfase psykisk helse og rusbehandling

Idèfase psykisk helse og rusbehandling, UNN Tromsø ble avsluttet med styrebehandling i UNN (26-2017) og Helse Nord RHF (45-2017). Siden dette har det ikke vært noen aktivitet i prosjektet.

Nye UNN Narvik sykehus

Prosjekt Nye UNN Narvik ble gjenopptatt med styringsgruppemøte i januar 2017. Det er inngått kjøpsavtale med LKAB om tomt og oppmåling og avslutning av tomteforretning ble fullført i perioden. Kvalitetssikring av konseptfase (KSK) ble gjennomført i denne perioden, og rapport er lagt frem for styringsgruppe og styrene i UNN og Helse Nord RHF. Helse Nord RHF har på bakgrunn av KSK-rapporten sendt lånesøknad til Helse og omsorgsdepartementet for prosjektet. Det pågår arbeid med utarbeiding av nødvendig tillegg til konseptrapporten for å svare ut KSK-rapportens kommentarer. Konkurransen for vei og tunnel til byggetomten er lagt ut.

Pågående utviklingsprosjekter (OU-prosjekter)

PET-senter

Det er etablert eget senter for PET og nukleærmedisin i Diagnostisk klinikk som ivaretar organisasjonsutvikling. Drifts- og eiendomssenteret er i gang med å tilpasse teknisk drift og forsyning til nytt bygg. Gjennomgang av bemanning, drift, inntektsgrunnlag og bærekraft er under revidering.

A-fløy

Organisasjonsutvikling er knyttet til følgende aktiviteter:

Viktigste aktiviteter i perioden

- Organisasjonsutvikling er knyttet til følgende aktiviteter:
 - Utvikling av samarbeidet mellom den kliniske driften og støttefunksjoner (levering av forsyningstjenester, renhold og avfallshandtering).
 - Planlegging av implementeringen av det elektroniske systemet for innsjekk/ utsjekk, kø-administrasjon og betaling (poliklinikkene på plan 6).
 - Prosjektstøtte/ fasilitering av ulike klinikkinterne prosesser.
 - Informasjonsarbeid relatert til organisasjonsutvikling.

Viktigste aktiviteter i kommende periode

- Etter innflytting, støtte opp under det utviklingsarbeidet som er gjennomført, og som skal videreføres.

Nye UNN Narvik

Viktigste aktiviteter i perioden

- Gjennomført pasientforløpskartlegginger.
- Planlagt workshop med ansatte og pasienter for blant annet å evaluere dagens skisseprosjekt.

- Revidert målstrukturen.
- Utarbeidet et grunnlag for en gevinstrealiseringsplan.

Viktigste aktiviteter i kommende periode

- Gjennomføre en workshop i februar -18 med pasienter, ansatte, Narvik kommune, m.fl., jfr. pkt. 5.1. ovenfor.
- Beslutte den organisatoriske plasseringen av organisasjonsutviklingen i prosjektet Nye UNN Narvik.
- Avklare hvilke delprosjektet innenfor organisasjonsutviklingen som skal etableres.
- Skape forståelse og engasjement for byggeprosjektet.
- Initiere arbeidet med evaluering av prosjektet Nye UNN Narvik.

Gevinstrealisering

Involvere klinikkene i videreutviklingen av gevinstrealiseringsplanen.

Pågående byggeprosjekter

Status A-fløy

- Investeringsrammen for A-fløya er gitt i styrevedtak 54-2015 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013 og er 1 594 mill kr
- Styringsrammen for UNN er 1547 mill kr
- Prosjektet har på det nærmeste fullført alle arbeider, og entreprenøren driver utstrakt testing av anlegg og oppretting av mangelliste.
- Ferdigdato bygg er 1.11.2017. teknisk prøvedrift startet ikke før 15 november på grunn av mindre forsinkelser hos entreprenør.
- Utstyranskaffelser og inventaranskaffelser pågår og alle kontrakter er inngått med leverandører. Utstyr skal være ferdig levert til utgangen av januar 2018. Siste større anskaffelse er telemetrisentral.
- Byggherrens testfase og innflytting er under planlegging sammen med egen organisasjon. Opplæring av teknisk personell er startet opp.
- Arealplanarbeidet for UNN Breivika har anbefalt at UNN selv kjøper C00-bygget. Prosjektet har derfor ikke gått videre med ordinær salgsprosess. Det vil bli utarbeidet styresak i UNN om arealplan og kjøp av C00.
- Økonomisk har prosjektet en god økonomi med en stor urørt reserve. Prosjektets usikkerhet ligger i organisering, kontrahering og gjennomføring av resterende arbeider i B fløya knyttet til dialyse og operasjonsstuer. Planlegging av dette starter i siste tertial 2017. Anslått prognose er underforbruk på om lag 40 mill kroner. Finansiering av siste del av prosjektet ligger i Helse Nord og må utløses til UNN før videre gjennomføring.
- Forplassprosjektet pågår i regi av entreprenør for A-fløya. Overflater fra A-fløy og ut til vei er ferdigstilt. Vindfang og takoverbygg blir ferdigstilt våren 2018.
- Vestibyleprosjektet vil starte opp videre planlegging i kommende tertial.
- Det er ikke rapportert alvorlige HMS hendelser i perioden

Status PET-senter

- Prosjektets rammer er vedtatt utvidet i Helse Nord RHF i styresak 135-2016, ny økonomisk ramme er 567,9 mill kr
- Prosjektets styringsramme er identisk med økonomisk ramme, 567,9 mill kr.
- Entreprenør har den 28 november oppdaget betydelig gjenstående arbeider på toppstyringssystemet. Dette har vært gjenstand for stor oppmerksomhet fra byggherre i gjennom siste del av prosjektet, men interne rapporteringsrutiner hos entreprenør og underentreprenør har ikke fanget opp denne svikten. Den 15 januar ble prøvedrift startet

opp, 6 uker senere enn planlagt. I prøvedriftsperioden ble det avdekket at det fortsatt var mangler i leveransen, og entreprenør har nå frist til 28 februar med å få fullført arbeider.

- Siste tertial har vært preget av intenst arbeid fra byggherresida med detaljkontroll av funksjonalitet og løsninger i bygg og tekniske anlegg. Dette har avdekket svakheter i funksjonsbeskrivelse, bygg og tekniske løsninger som har medført ekstrakostnader for både byggherre, entreprenør og underentreprenører. De løsninger som er implementert sikrer at validering av bygget skal gjennomføres uten vesentlige endringsbehov.
- Det har vært gjennomført flere risikoanalyser av prosjektet i perioden uten å avdekke betydningsfulle forhold.
- PET CT og PET MR er levert og montert.
- Utløst konkurranse på laboratorieinnredning ble mislykket uten tilbydere. Fremdrift er ivarettatt gjennom ekstrabestilling gjennom entreprenør. Merkostnad utover budsjett er på 2 mill kr eks mva.
- Tildeling i konkurranse på laboratorieutstyr er klaget inn til KOFA. For å unngå forsinkelser er det inngått kontrakt med konkurransens vinner.
- Det har vært gjennomført tiltak med forsterkning av valideringsgruppen for bygget. Norconsult er leid inn for å øke kompetansen. Dette følges opp i styringsgruppen. Merkostnad for denne posten er per dato 3 mill kr, men er anslått å ende på 4 mill kr eks mva.
- Planlegging av UiTs utvidelse av Avdeling for komparativ medisin har påført prosjektet økte kostnader som ikke er avklart.
- Prosjektledelsen har ansvar for oppfølging av valideringsprosessen frem til godkjent bygg, deretter overtar Sykehusapoteket Nord HF ansvaret for oppfølging av prosessvalideringen frem til godkjent legemiddeltilvirkning foreligger. Dette forventes å ta 6-9 måneder utover godkjenning av bygg. Endelig godkjenning forventes i beste fall å foreligge medio desember 2018, sannsynligvis ikke før mars 2019.
- Økonomi utfordres av uforutsette endringer som beskrevet samt fortsatt uforutsette kostnader. Det pågår arbeid med avklaring av totaløkonomi sett opp mot endringer. Prosjektet vurderer at det er en stor risiko for overskridelse av budsjett i størrelsesorden 40 mill kr inkludert mva.

Det har ikke vært rapportert alvorlige HMS-hendelser i perioden.

Medvirkning

Saken er forelagt for UNN-ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerutvalgets arbeidsutvalg i ordinære drøftingsmøter 5. og 6.3.2018. Protokollene fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet i UNN 25.4.2018. Samtlige møter tok saken til orientering og ga sin tilslutning til at saken fremmes til styrets behandling.

Vurdering

A-fløy følger budsjett og fremdrift på bygg, testing av anlegg er startet opp samtidig som arbeid med organisasjonsutvikling, flytteplaner og overtakelse er iverksatt. I PET-senterprosjektet har byggherrens initierte endringer, herunder endringer i sammenheng med gave, gitt prosjektet sju ukers forsinkelse. I tillegg har entreprenør rett før jul avdekket svikt i interne rapporteringsrutiner, og avdekket gjenstående arbeid. Frist for ferdigstilling ble satt til 28.2.2018.

Økonomi er under press på bakgrunn av flere forhold, og utbyggingssjefen estimerer at prosjektkostnad går 40 mill kr utover rammen.

For tidligfaseprosjektet Nye UNN Narvik er kvalitetssikring av konseptfasen gjennomført og styrebehandlet. Helse Nord RHF har sendt lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet. Tunnelarbeid og reguleringsplan er igangsatt.

Konklusjon

Det pågår hektisk innspurt på PET-senteret og A-fløya. Begge prosjektet skal overtas i løpet av første tertial 2018. Innflytting er planlagt og testing og opplæring pågår. Uforutsett forsinkelse på PET-senteret gir behov for lengre periode der UNN må kjøpe radiofarmaka til en kostnad på 1,2 mill kroner per måned. Med dagens estimerte fremdrift vil kjøp pågå til og med mars 2019. Testing på A-fløya har vist avvik som entreprenør utbedrer. Hittil har dette ikke vært vurdert som kritisk for innflytting, men innebærer en viss risiko så lenge det ikke er fullstendig ferdigstilt.

Økonomisk prognose for byggeprosjektene samlet, styrer mot å gå i balanse. Et merforbruk på PET-senteret utliknes av underforbruk på A-fløya.

Direktørens samlede vurdering er at det er viktig å se begge prosjekter under ett, og at det styres mot budsjettbalanse. Det er også viktig at prosjektene vurderer risikoen ved innflytting, slik at pasientsikkerheten ivaretas på en god måte.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tertialrapport 3 2017 A-fløy
2. Tertialrapport 3 2017 PET senter
3. Tertialrapport 3 2017 Nye UNN Narvik



Siste frist for levering til Tor-Arne er 29/1

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 3 – 2017 pr. 31.12.17



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

Innholdsfortegnelse

1 Innledning og sammendrag	1
2 Fremdrift.....	2
3 Økonomihovedtall	3
3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF.....	4
3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt.....	4
3.3 Forbruk inkl finansieringskostnad fordelt over år (Prisnivå løpende kroner).....	4
3.4 Investeringsplan (i løpende kroner).....	4
3.5 Oppsummering hovedtall	4
4 Vedrørende de enkelte delkapitler.....	4
4.1 Kap A - Generelle og spesielle kostnader	4
4.2 Kap F - Utstyr.....	5
4.3 Kap G1 - Følgekostnader uten egen investeringsramme	5
4.4 Kap G3 - Marginer	5
5 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø	5
5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold	5
5.2 Vernerunde	5
5.3 Hendelser.....	6
5.4 Støy.....	6
5.5 Ytre miljø (oversikt over evt utslipp og avfallsmengder)	6
6 Risikovurderinger i prosjektet.....	9
6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)	9
6.2 Kostnader	9
6.3 Fremdrift.....	9
6.4 Mulige konflikter i forhold til drift og eksterne interessenter	9
6.5 Forplassen.....	9
6.6 Vestibylene.....	9
7 Organisasjonsutvikling.....	10
7.1 Viktigste aktiviteter i perioden	10
7.2 Viktigste aktiviteter i kommende periode	10
8 Gevinstrealisering.....	10
9 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger	10

1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Etter endt forhandling ble det 17.06.15 signert kontrakt med totalentreprenør på bygging av A- fløy. Dette skjedde med forankring i styresak 54-2015 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, A-fløy - ny økonomisk ramme, oppfølging av styresak 59-2013 og 74-2013 ble prosjektrammen økt til 1594 mill. kr. Av dette er 1547 mill. kr. lagt i rammen til UNN mens de siste 47 mill. kr legges til Helse Nord's ramme. Det er på bakgrunn av godkjenningen av revidert budsjett og forhandlingsresultat signert en totalentreprisekontrakt mellom UNN og Consto as.

Prosjektets milepæler til dato er oppnådd iht. plan og kontrakt – med mindre tilpasninger undervegs. Bygget milepæl delovertagelsen «dødt bygg» er gjennomført, og vi er i teknisk prøvedrift. Det er mange forhold som bearbeides som tekniske avklaringer og utbedringer i denne fasen, og det er på det rene at den tekniske entreprenøren ikke har vært på høyde med oppgaven i alle ledd. Prosjektet mener at dette bringes under kontroll som del av prøvedriftsfasen.

Salgsprosess av C00 er ikke gjennomført, og dette ligger som et økonomisk grunnlag i prosjektets økonomi. Dette har endret seg undervegs, da C00 er behandlet i UNN`s arealplan. En intern overføring skal styrebehandles, og med forutsetning at dette lykkes vil C00 beholdes til andre formål og inntektsføres ut av prosjektet. I motsatt fall er dette en risiko for prosjektet. Prosjektet avventer styrets konklusjon.

Det er pr. dato 13 BIE - byggherre initierte endringer. Disse bearbeides i parallell med prosjektet. Prosjektet er i innspurtsfasen nå, og har av disse årsaker tonet dette arbeidet noe ned. BIE `ene behandles, konkluderes og evt. gjennomføres i første halvår 18.

2 FREMDRIFT

Fremdriftsplan er ikke endret siden siste rapportering.

Kontraktens milepæler	Dato
Kontrakt signering	17.06.15
Opplæringsplan	01.10.17
Oppstart prøvedrift	01.11.17
Prøveperiode	20.11.17 - 18.04.18 (endret med 20 dager)
Klinisk drift	24.01.18
Siste delovertagelse	18.04.18
Ferdigattest	18.04.18

Perioden siden siste rapport er medgått til oppfølging av fremdrift og forberedelser til testing og opplæring. Prosjektet har startet omkoblingen fra prosjekt til drift gjennom aktivering av UNN drift som en gradvis mer aktiv part i testing og opplæring.

1.11.17 var planlagt startet prøvedriftperiode. Dette ble grunnet manglende ferdigstilling fra entreprenør nektet oppstart fra UNN sin side. Dette ble utsatt i 20 dager. I hovedsak skal perioden brukes til å teste byggets ytelser i forhold til krav og forventning. Fasen skal iht kontrakt gjennomføres i tett samarbeid med entreprenør. Vi gjennomfører prøvedriftsperioden som planlagt, kontraktuelt står vi ganske fritt til å utsette denne fasen dersom det er nødvendig.

Prosjektet handler inn møbler på gjeldene rammeavtale. Møbelleveransen er i hovedsak gjennomført.

MTU leveransen startet også i desember, og vil vare til tidlig i februar. Hoveddelen av innkjøpene er gjort og kontrakter er inngått.

Det er ikke meldt vesentlige avvik fra revidert fremdriftsplan. Det er mindre interne avvik i planen, men dette er forhold som ikke påvirker viktige milepæler. Det kan bli mindre, praktiske endringer som prosjektet gjør av hensyn til nødvendig helhet.

3 ØKONOMIHOVEDTALL

Prosjektets økonomi er innenfor gitte rammer.

PNS	PNS Navn	Budsjett	Påløpt
A-fløy	UNN A-fløy	1 596 000 000	1 320 488 214
UNN	A-fløy totalt	1 596 000 000	1 320 488 214
01.	Totalentreprise	922 815 748	844 695 541
01.1	Ombygging B-fløy	47 000 000	0
02.	Bygningsmessige arbeider	84 191 081	68 173 441
03.	VVS-installasjoner	1 250 000	462 500
04.	Elkraft	6 412 500	3 349 851
05.	Tele- og automatisering	7 762 500	252 280
08.	Generelle kostnader	226 185 165	208 187 394
80	Påløpt forprosjekt	38 916 310	38 916 310
81	Programmering	1 733 179	1 733 179
82	Prosjektering	108 616 997	102 434 919
83	Administrasjon	64 418 679	56 446 063
84	Bikostnader	9 000 000	6 326 142
85	Forsikringer og gebyrer	1 625 000	1 090 928
89	Andre generelle kostnader	1 875 000	1 239 853
09.	Spesielle kostnader	103 802 744	102 865 244
91	Midlertidige bygg	103 802 744	102 865 244
10.	Utstyr (MTU) - tidligere K209	113 500 251	22 389 514
11.1	Sikkerhetsmargin	36 450 000	0
11.1A	Reserve	4 130 012	0
11.2	Byggelånsrenter	12 500 000	6 355 020
11.3	Inntekt passivhus	-6 250 000	-50 000
11.4	Salg av C00	-30 000 000	0
12.	Flytte- og rokadekostnader (andre ombygginger)	66 250 000	63 811 784
X	Feilføringer/omposteringer Agresso	0	-4 355

3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF

Samlet investeringsrammen er 1 596 000 001. Prosjektet gjennomføres innenfor denne rammen. 47 mill kr av rammen er budsjettert for gjennomføring av ombygginger i B-fløya, og ligger til disposisjon i Helse Nord som prosjektereserve.

3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt

Investeringer tall i mill kr	Investering ramme overført til 2017	Investering ramme 2017	Rest investering ramme	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2017	Restramme 2018	Forbruk i år av disponibel ramme %
A-fløya	-25,5	637,6	612,1	63,9	234,3	276	38,2%

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

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

Tabell ovenfor viser forbruk pr. 31. desember 2017. Prosjektet har brukt 1320,5 mill. kr. og har 17% igjen av totalrammen på prosjektet.

3.4 Investeringsplan (i løpende kroner)

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

3.5 Oppsummering hovedtall

Dette er oppsummert i tabellen ovenfor.

4 VEDRØRENDE DE ENKELTE DELKAPITLER

4.1 Kap A - Generelle og spesielle kostnader

Generelle og spesielle kostnader er vist i tabell ovenfor.

4.2 Kap F - Utstyr

Arbeidet med innkjøp av medisinsk teknisk utstyr er i gang. Det er vært gjennomført oppdatering av DROFUS.

Det er samlet bestilt utstyr for 9,3 mill kr til midlertidige bygg. Deler av dette skal overflyttes til det ferdige A-fløyprosjektet.

Prosjektet med leveranse av integrerte operasjonsstuer er pågående og i rute. Det er inngått kontrakt med leverandøren Olympus as om prosjektering og leveranse iht NS 8407. Dette er ferdig og det foregår overtagelse av stuen. Det gjennomføres også opplæring. Leveransen inneholder ny programvare – Endobase – det er ikke avklart hvordan der er å få denne implementert i UNNs systemer.

De øvrige MTU-pakkene (medisinteknisk utstyr) ligger ute med kontrakter. Leveransene leveres inn i bygget i desember 17/januar og februar 2018. Dette gjøres i samarbeid om mottakskontroll gjennom UNNs egen MTU-organisasjon.

Prosjektet har gjennomført et møbelinnkjøp gjennom gjeldene rammeavtale. Dette er en endring av opprinnelig plan, og alle møbler er nye.

4.3 Kap G1 - Følgkostnader uten egen investeringsramme

Forplass og vestibyle er egne prosjekter som vil kreve fullføring som del av gjennomføringen av A-fløy prosjektet. Det er i høst gjennomført opparbeidelse i grunnen for forplassen, og det planlegges videre arbeider med oppstart ca. mars 18 for bygging av tak og inngangsparti. Arbeidene er ikke detaljplanlagt. Prosjektet administreres av A-fløy teamet, og har vært en noe ugrei reise.

4.4 Kap G3 - Marginer

Prosjektets marginer benyttes, men er ikke truet slik prosjektets status er pr i dag.

5 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ

5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold

Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold er beskrevet som et krav og oppfølgingspunkt i prosjektets retningslinjer. Det er ikke rapportert om avvik i forhold til gjeldene krav.

5.2 Vernerunde

Prosjektets HMS og SHA krav planer setter krav til periodiske vernerunder. Dette gjennomføres hver 14. dag, og protokollføres. Vernerundene samkjøres med prosjektet for forplassen, og PET senteret.

Det er gjennomført 54 vernerundemøter for A- fløya. Dette er avsluttet, men HMS følges opp med rapporter frem til entreprenørens kontrakt er avsluttet.

5.3 Hendelser

Det er 370 registrerte uønskede hendelser (RUH) pr. dato i byggeperioden. Vi har av dette hatt 6 spesifikke skader, og dette gir en H verdi= 4 pr dato. (H-verdi (Hyppighetsverdi) = (antall personskader med fravær som følge av arbeidsulykker på byggeplassen/antall utførte timer) x 1.000.000). Relativt sett er det ingen endring forhold til forrige rapport. Det gjennomføres sikker jobb analyser (SJA) i godt samarbeid mellom entreprenør og UNN. SJA analyser gjennomføres løpende og etter behov.

Arbeidstilsynet har tidligere vært på plassen, og er har ingen kommentarer.

5.4 Støy

I inneværende periode har det ikke vært særskilte støyproblemer.

5.5 Ytre miljø (oversikt over evt utslipp og avfallsmengder)

Dette gjennomføres som del av prosjektets avfallsplan og tilhørende myndighetshåndtering i form av midlertidig brukstillatelse og ferdigattest.

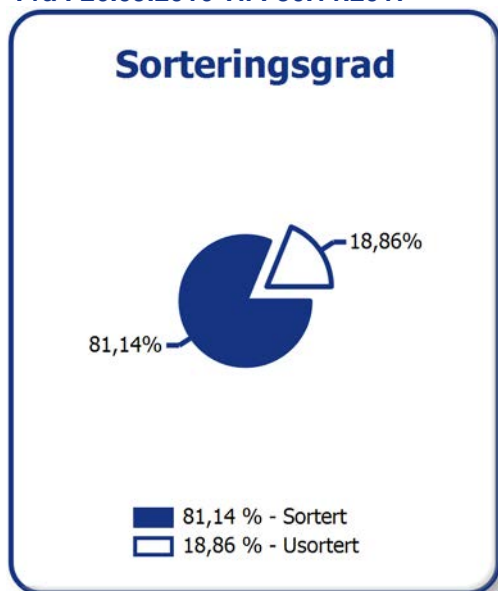
Prosjektet har krav til kildesortering og minimalt med emballasje. Dette skal videreføres i utstysprosjekt.

Avfallsrapport akkumulert pr. dato:

Perpetuum

Rapport - Fakturerte mengder

Fra : 26.09.2016 Til : 30.11.2017



Art.nr.	Fraksjonsnavn	Mengde		i %
117311	Forurenset isopor	30	Kg	0,01%
113990	Blandet glass	400	Kg	0,09%
116180	Keramikk og porselen	940	Kg	0,21%
117310	Isopor	1170	Kg	0,27%
115990	Blandet EE-avfall	1500	Kg	0,34%
114521	Aluminium	1560	Kg	0,35%
117230	PVC	2280	kg	0,52%
111491	Blandede gulvbelegg av organisk materiale	2460	Kg	0,56%
116170	Mineralull	2560	Kg	0,58%
116120	Betong med armeringsjern	3500	Kg	0,80%
117110	Folieplast, emballasje	6660	Kg	1,51%
111420	Behandlet trevirke	7260	Kg	1,65%
116110	Betong uten armeringsjern	7840	Kg	1,78%
117220	Hardplast, annen	11640	Kg	2,65%
115040	Kabler og ledninger	11720	Kg	2,67%
116991	Blandet gips og mineralull	15400	Kg	3,50%
112310	Papp	20300	Kg	4,62%
199130	Brennbart avfall sortert	36460	Kg	8,29%
199120	Blandet avfall usortert	46460	Kg	10,57%
116150	Gips	54580	Kg	12,42%
114520	Blandede metaller	59400	Kg	13,51%
111410	Rent trevirke	145500	Kg	33,10%
Totalt		439 620	Kg	100,00%

Sortering	Denne Periode	
Sortert	356 700	Kg
Usortert	82 920	Kg
Totalt	439 620	Kg

Kunde: Consto AS Anlegg: 10379 UNN AFL

6 RISIKOVURDERINGER I PROSJEKTET

Prosjektet har gjennomført jevnlig risikovurderinger og analyser. Dette er gjort i nært samarbeid med entreprenør under samhandlingsprinsippet. Kvantifisering av mulige kostnadseffekter er derfor en akademisk tilnærming, og tas ikke ut som linjere effekter.

Pr. dato er det en risiko at teknisk leverandør har forhold å rette opp. Dette kan forstyrre oppstart klinisk drift, men vi mener at manglende skal kunne rettes opp innen gitt tidsfrister og at dette bør gå bra.

6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)

Prosjektets organisering er uendret i forhold til tidligere rapportering. Vi har styrket oss med ressurser for kontroll og overtagelse.

6.2 Kostnader

Se kapittel om økonomi. Det er ingen kjent usikkerhet økonomisk i prosjektet nå.

6.3 Fremdrift

Se kapittel om fremdrift. Fremdriften er som kontraktuelt avtalt. Vi gjør løpende vurderinger av dette.

6.4 Mulige konflikter i forhold til drift og eksterne interessenter

Det er et godt samarbeid mellom prosjektet og UNN teknisk drift så vel som klinikkene. Det har vært en del misfornøydheter fra klinikkene på brukergruppe arbeid i forhold til anskaffelser av utstyr. Prosjektet mener dette nå er forbedret og avklart. Vi gjør løpende vurdering av dette.

6.5 Forplassen

Forplass prosjektet er i prosjektering og gjennomføringsfase. Det har vært avholdt møter i styringskomiteen og innspillene her sorteres løpende. Prosjektet er krevende fremdriftsmessig og økonomisk. Viser også til beskrivelse i fremdrifts kapittel

6.6 Vestibylene

UNN HF-styret ble sist orientert om arbeidet i vestibylene i sak ST 13/2015. Det har ikke skjedd endringer i perioden annet enn at Post- og dokumentsenteret er flyttet ut som planlagt og arealet benyttes som midlertidig hovedinngang i byggeperioden.

7 ORGANISASJONSUTVIKLING

7.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Organisasjonsutvikling er knyttet til følgende aktiviteter:

- Utvikling av samarbeidet mellom den kliniske driften og støttefunksjoner (til levering av forsyningstjenester, renhold og avfallshandtering).
- Planlegging av implementeringen av et nytt elektronisk system for innsjekk/ utsjekk, kø-administrasjon og betaling for poliklinikkene på plan 6. Dette arbeidet er avhengig av avklaring i regional innkjøpsprosess og er forsinket.
- Prosjektstøtte/ fasilitering av flere klinikkinterne prosesser, som f.eks. lagerstyring, endring/ tilpassing av pasientforløp, utvikling av nye HMS-rutiner, kommunikasjon og informasjon.
- Informasjonsarbeid relatert til organisasjonsutvikling, dvs. flere klinikker, Norsk sykepleierforbund, Brukerutvalget, arealgruppa UNN Breivika.
- Plan for den overordnede flytteprosessen.

7.2 Viktigste aktiviteter i kommende periode

Det viktigste som skjer i neste periode er innflytting og ibrugstagelse av A-fløya.

8 GEVINSTREALISERING

Det er ikke rapportert konkret utsvar på dette punkt til byggeprosjektet. Dette vil bli behandlet i løpet av kommende tertial.

9 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

VURDERINGER

Det har ikke vært gjort noen overordnede beslutninger i tertialet. Økonomien i prosjektet er under god kontroll og har prognose til å gå i balanse. Prosjektet har forutsatt at utvendig vask av bygg i drift foregår med mobil kurv og heis.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 3 – 2017 pr. 31.12.17



UNN HF PET-senter - Prosjektnummer 71055

Innholdsfortegnelse

1 Innledning og sammendrag	1
2 Fremdrift.....	1
3 Økonomihovedtall	1
3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF.....	1
3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt.....	1
3.3 Totalt forbruk	1
3.4 Investeringsplan (i løpende kroner).....	1
3.5 Oppsummering hovedtall	1
4 Vedrørende de enkelte delkapitler.....	2
4.1 Kap A - Generelle og spesielle kostnader	2
4.2 Kap F - Utstyr.....	2
4.3 Kap G1 - Følgkostnader uten egen investeringsramme	2
4.4 Kap G3 - Marginer	2
4.5 Kap H1 - Følgeprosjekter med egen investeringsramme.....	2
5 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA).....	2
5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold	2
5.2 Vernerunde	2
5.3 Hendelser.....	2
5.4 Støy.....	2
5.5 Ytre miljø (oversikt over evt. utslipp og avfallsmengder)	3
6 Risikovurderinger i prosjektet.....	3
6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)	4
6.2 Kostnader	4
6.3 Fremdrift.....	4
6.4 Mulige konflikter i forhold til drift og eksterne interessenter	4
6.5 Annet	4
7 Organisasjonsutvikling (OU)	4
8 Gevinstrealisering.....	4
9 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger.....	5

1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Økonomisk ramme for PET-senteret er vedtatt utvidet i Helse Nord RHF i styresak 135-2016.

Prosjektet rapporterer ved årsskiftet prognose på overforbruk på om lag 42 mill kroner i forhold til denne rammen.

Fremdrift rapporteres også forsinket. Underentreprenør rapporterte 28 november at deres anlegg var betydelig forsinket og at teknisk prøvedrift ikke kunne starte som planlagt 1. desember. Per 31. desember er det ennå uavklart når tekniske anlegg er ferdigstilt, men det arbeides intenst frem mot kontrakt frist som er 10. januar 2018.

2 FREMDRIFT

Byggestart: 01.11.2015

Planlagt oppstart teknisk prøvedrift: 20.11.2017. Endret til 01.12.2017. Entreprenør er forsinket men jobber mot kontraktsdato 10. januar 2018.

Planlagt oppstart klinisk prøvedrift: 20.02.2018 Endret til 02.03.2018. Sannsynligvis forsinket på grunn av entreprenør. Kontraktsfestet dato for ferdigstilling er 10. april 2018.

3 ØKONOMIHOVEDTALL

3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF
567,9 mill. kroner.

3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt

Investeringer tall i mill. kr	Investerings ramme overført til 2017	Investerings ramme 2017	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2017	Restramme	Forbruk i år av disponibel ramme %
UNN PET-senter	-156,5	261,5	47,7	264,6	0	101%

3.3 Totalt forbruk

Investeringer tall i mill. kr	Investering s ramme	Sum investert	Restramme	Forbruk av disponibel ramme %
UNN PET-senter	567,9	457,6	110,2	80%

3.4 Investeringsplan (i løpende kroner)

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

3.5 Oppsummering hovedtall

Prosjektets ramme er økt til 567,9 mill. kr. Det er forbrukt 410 mill. kr i prosjektet og det gjenstår således 110,2 mill. kr til forbruk i 2018.

4 VEDRØRENDE DE ENKELTE DELKAPITLER

4.1 Kap A - Generelle og spesielle kostnader

Konto	Beskrivelse	Budsjett	Påløpt	Gjenstående
1-7	Bygging	335 379	280 732	54 647
8	Generelle kostnader	78 029	77 845	184
9	Spesielle kostnader	82 250	0	82 250
10	Andre spesielle kostnader	73 867	0	73 867
	Sum kr inkl mva	567 375	358 577	210 948

4.2 Kap F - Utstyr

Utstyr er i hovedsak bestilt og leveransene er på vei. Det har vært betydelig komplikasjon med konkurranse på QC utstyr, en laboratorieleveranse til verdi ca 10 mill kr. Denne er klaget inn til KOFA, men prosjektet har vurdert risikoen med klagen opp mot fremdrift og funnet det hensiktsmessig å inngå kontrakt med den som er innstilt som nummer 1. Beslutningen om dette har vært diskutert med administrerende direktør.

4.3 Kap G1 - Følgkostnader uten egen investeringsramme

Ikke aktuelt.

4.4 Kap G3 - Marginer

Prosjektet har budsjettpost på sikkerhetsmargin på 5 mill. kr. Denne er urørt.

4.5 Kap H1 - Følgeprosjekter med egen investeringsramme.

Kontoretasjer kr. 99 mill.

5 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ (SHA)

5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold

Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold er beskrevet som et krav og oppfølgingspunkt i prosjektets retningslinjer. Det er ikke påvist uønskete forhold i prosjektet.

5.2 Vernerunde

Det er etablert rutiner for HMS arbeidet og gjennomføres vernerunder hver 14 dag på byggeplass.

Det er registrert 195.415 timeverk pr 09.11.2017

Det er registrert 1 stk ulykke med skade eller sykefravær relatert til arbeidsmiljø. H verdi =5.

5.3 Hendelser

Det er utarbeidet 263 stk RUH pr 09.11.2017.

5.4 Støy

Ikke aktuelt.

5.5 Ytre miljø (oversikt over evt. utslipp og avfallsmengder)

Dette gjennomføres som del av prosjektets avfallsplan og tilhørende myndighetshåndtering i form av midlertidig brukstillatelse og ferdigattest.

Prosjektet har krav til kildesortering og minimalt med emballasje. Dette skal videreføres i utstyrsprosjekt.

Rapport - Fakturerte mengder

Fra : 01.01.2017 Til : 09.11.2017

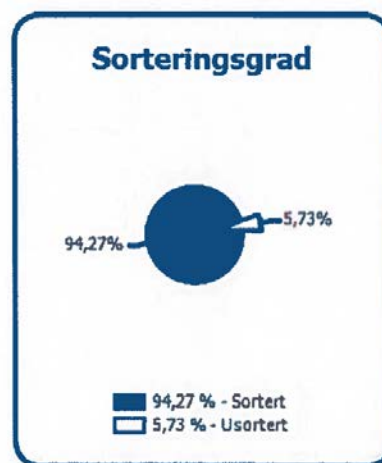
Kunde: Consto AS

Anlegg: 10382 PET-senteret

Perpetuum

Art.nr.	Fraksjonsnavn	Mengde	I %
117310	Isopor	250 Kg	0,08%
117230	PVC	2560 kg	0,84%
116150	Gips	3400 Kg	1,11%
113990	Blandet glass	3440 Kg	1,13%
116180	Keramikk og porselen	5300 Kg	1,74%
117110	Folieplast, emballasje	6180 Kg	2,03%
199120	Blandet avfall usortert	8220 Kg	2,69%
115040	Kabler og ledninger	8470 Kg	2,78%
117220	Hardplast, annen	8600 Kg	2,82%
199130	Brennbart avfall sortert	9270 Kg	3,04%
111420	Behandlet trevirke	11080 Kg	3,63%
112310	Papp	13590 Kg	4,45%
114520	Blandede metaller	38010 Kg	12,46%
116991	Blandet gips og mineralull	80160 Kg	26,27%
111410	Rent trevirke	106620 Kg	34,94%
Totalt		305 150 Kg	100,00%

Sortering	Denne Periode
Sortert	287 660 Kg
Usortert	17 490 Kg
Totalt	305 150 Kg



Side 1 av 1

Rapporten er generert: 09.11.2017 10:01:55

6 RISIKOVURDERINGER I PROSJEKTET

Det er gjennomført risikoanalyser i flere omganger i løpet av høsten. Ventilasjonsanlegg, funksjon av renrom og sluser samt toppstyringssystem har vært identifisert som anlegg som innebærer risiko helt fram til tester er gjennomført. Både entreprenør, underentreprenører, prosjektledelse og valideringsledelse har deltatt i analysene. Det har ikke vært pekt på risiko for manglende ferdigstilling i disse analysene. Det kom derfor svært overraskende på prosjektledelsen at underentreprenør den 28 november informerte om etterslep på gjennomføringsgrad. Dette betyr utsettelse av ferdigstilling, men det er ikke tegn på feil eller mangel som setter prosjektet i fare.

Totalt sett oppfattes det som liten risiko for at det skal forekomme større avvik som setter ferdigstilling av bygg i fare.

Universitetet i Tromsø (UIT) sin utvidelse planlagte utvidelse av Avdeling for komparativ medisin (AKM3) ser ikke ut til å bli realisert. På bakgrunn av dette planleggingsarbeidet er det gjort endringer av utenomhus arealer, terrengbearbeiding og omlegging av høyspent og VA-anlegg for å tilpasse for utvidelsen.

Valideringsarbeidet i prosjektet vurderes fortsatt som en risikofaktor. Det er gjort grep fra prosjektledelsen for å redusere risiko, bla ved å engasjere Norconsult som spesialrådgiver for validering. Effekten av dette tiltaket vurderes fortløpende da dette er et kostnadskrevenende tiltak. Valideringsleder rapporterer fremgang med validering av bygg og er positiv til Norconsults bidrag. Valideringsplan for bygg og prosessvalidering er ikke ferdigstilt.

6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)

Prosjektets organisering er uendret i forhold til tidligere rapportering.

6.2 Kostnader

Se kapittel om økonomi.

6.3 Fremdrift

Entreprenør har 29 mars 2017 levert en revidert endringsmelding nummer 88 der de påberoper seg krav om forlenget byggetid, endret dagmulksbelagte datoer for ferdigstillelse og kostnader for forlenget rigg og drift. Varslet innebærer 7 ukers forsinkelse og estimerte kostnader på 2,6 mill kr + mva, totalt ca 3,3 mill kr (se vedlegg). Overtakelse for klinisk prøvedrift vil med denne fremdriften starte 2 mars 2018. Varslets krav om forlenget byggetid på 7 uker er akseptert, og det forhandles pt om størrelsen på vederlaget for forlenget rigg og drift.

Like før jul varslet entreprenør om krav om ytterligere forlengelse av byggetid. Varslet ble avvist fra prosjektledelsen.

6.4 Mulige konflikter i forhold til drift og eksterne interessenter

Ingen konflikter.

6.5 Annet

Ikke noe.

7 ORGANISASJONSUTVIKLING (OU)

Det er etablert nytt senter for PET og nukleærmedisin i Diagnostisk klinikk som ivaretar organisasjonsutvikling. Drifts- og eiendomssenteret er i gang med å tilpasse teknisk drift og forsyning til nytt bygg. Det er ennå ikke tatt stilling til hvem som skal flytte inn i kontoretasjene i bygget, og det er derfor ikke iverksatt noen aktiviteter for å forberede organisasjonen.

8 GEVINSTREALISERING

Det pågår arbeid i regi av klinikk og senterledelsen i samarbeid med økonomi og utbygging for å kartlegge oppdaterte driftskostnader, inntektsgrunnlag, bærekraft med mer. Dette vil bli behandlet i løpet av kommende tertial.

9 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

VURDERINGER

Prosjektets hovedfremdrift er ihht fremdiftsplan forsinket med 7 uker slik at ny oppstartdato for teknisk prøvedrift er 01.12.2017. Rett før denne dato varslet entreprenør og underentreprenør om forsinkelser. Prosjektet jobber mot ferdigstilling for teknisk prøvedrift den 10. Januar 2018. Utbyggingssjef vurderer at det er usikkerhet om anlegg vil være ferdig til denne dato.

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



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 3 – 2017 pr. 31.12.17



Nye UNN Narvik – Prosjekt 71003

Innholdsfortegnelse

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

1 STATUS/SAMMENDRAG

Tertialrapporten gjelder for perioden september-desember 2017. Prosjekt Nye UNN Narvik har hatt et styringsgruppemøte i oktober. Kvalitetssikring av konseptfasen (KSK) er fullført og lånesøknad er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet. Kartlegging av pasientforløp og planlegging av organisasjonsutvikling er igangsatt.

1.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Tomten er tinglyst og alle formaliteter rundt tomtespørsmålet er avklart.

Anbudskonkurranse om veg- og tunellarbeid til nytt sykehus er lyst ut med anbudsfrist 2. mars 2018.

Lånesøknaden er utformet i et samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge og Helse Nord, og sendt til Helse- og omsorgsdepartementet november 2017.

I tillegg til lånesøknaden har det vært arbeidet med å svare på de svakheter som påpektes i Kvalitetssikring av konseptfasen (KSK).

Roller og ansvarsfordeling i forprosjektfasen er avklart med Sykehusbygg HF.

Dialog med OU-rådgivere om generell og spesiell rigging av organisasjonsutviklings-arbeidet (OU-arbeidet) ved UNN Narvik pågår og kartlegging av pasientforløp er igangsatt.

Fast månedlig informasjon i driftsrådsmøte ved UNN Narvik.

Webside etablert <https://unn.no/om-oss/nytt-sykehus-i-narvik>

1.2 Viktigste aktiviteter kommende periode

Addendum til lånesøknad utarbeides som svar på svakhetene i konseptrapporten som påpekes i KSK, vedtas/godkjennes og ettersendes til Helse- og omsorgsdept.

Reguleringsplanarbeid igangsettes med konsekvensutredning.

Kontraktsinngåelse vedrørende bygging av tunell og veg.

Gjennomføre rådgiverkonkurranse (avrop rammeavtaler) for oppgavene byggherreombud og bistand i forbindelse med gjennomføring av tunell- og veiprojektet. Tilstandskontroll av bygninger i tunelltraseen. Utslippssøknad for tunellarbeider.

Rapport fra pasientforløpskartleggingen og workshop.

Etablere informasjonspunkt ved sykehusomta.

2 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ (SHA)

En prosjektleder tilknyttet prosjektet.

3 PROSJEKTKONTROLL

Vanlig internkontroll.

4 ØKONOMI

En oversikt over kostnadssted 710210 og prosjekt 71003 viser en total kostnad på kr. 1 566 759,20 for 2017

4.1 Plan og framdrift

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

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

Ikke aktuelt å rapportere i denne fasen.

4.3 Risiko og tiltak

UNNs generelle rutiner for Helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) og miljøstyring gjennomgås for samordning med eksterne rådgivere og framtidige entreprenører.

5 ORGANISASJONSUTVIKLING (OU)

5.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Arbeidet med å organisere og få en vedtatt struktur på organisasjonsutviklings-arbeidet (OU) pågår fortsatt og forventes avklart før oppstart forprosjekt.

5.1 Viktigste aktiviteter i kommende periode

Aktiviteter knyttet til organisasjonsutvikling skal bidra til å definere mål på følgende områder:

- Skape forståelse for hva et nytt byggeprosjekt innebærer.
- Videreutvikle pasientforløp og ny design av arbeidsprosesser, bl.a. utvikle og avklare grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.
- Sette mål for utviklingen av pasientforløp, kvalitet, ansatte og arbeidsmiljø.

6 GEVINSTREALISERING

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

7 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

VURDERINGER

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



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
34/2028	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig: Gry Andersen		Saksbehandler: Gry Andersen

Trombektomi-tjenester ved UNN

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar *Strateginotat fra fagmiljøene ved Nevrologisk avdeling, NOR-klinikken og Nevroradiologisk gruppe ved Røntgenavdelingen, Diagnostisk klinikk om trombektomi i UNN*, til orientering.
2. Styret tar også informasjon om status for arbeidet med trombektomi som Helse Nord RHF skal iverksette regionalt, til orientering.

Bakgrunn

Hvert år er det omtrent 10 000 personer i Norge som behandles for akutt hjerneslag. En stor andel av pasientene som får hjerneslag dør, og mange av de som overlever får omfattende funksjonstap. Tilgjengelig dokumentasjon viser sannsynlighet for mindre funksjonstap hvis bruk av trombektomi i tillegg til standardbehandling (trombolyse) sammenlignet med kun bruk av standardbehandling. Trombektomi innebærer fysisk fjerning av blodpropper ved bruk av spesialutviklet utstyr, og kan benyttes dersom standardbehandling ikke er tilstrekkelig eller mulig (kilde: Folkehelseinstituttet).

I strategisk utviklingsplan for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling prioriterte utviklingsområder. I forbindelse med seminar for UNNs styre høsten 2015 ble behandlingstilbudet trombektomi ved UNN presentert. I den forbindelse ble det bestilt en oppfølgingssak med beskrivelse av hvordan man forventet tilbudet skulle utvikle seg, hvilke ressurser som måtte tilføres og hvilken organisering som ble anbefalt. Strateginotatet som er vedlagt, er en del av oppfølgingssaken.

Helse Nord RHF har i oppdragsdokumentet for 2018 gitt Nordlandssykehuset HF (Nordlandssykehuset) og UNN i oppdrag å bidra i arbeidet med utredning av hvordan behandling av pasienter med hjerneslag med mekanisk trombektomi skal organiseres og etableres i Helse Nord.

Saksutredning

Økningen i aktivitet innen trombektomi i 2017 har medført betydelig økt ressursbruk for NOR-klinikken og Diagnostisk klinikk. Det er behov for å styrke bemanning og ressurser til utstyr innen Røntgenavdelingen og Nevrologi-, hud- og revmatologisk avdeling (NEHR) ved UNN for å kunne ivareta trombektomi. Styrking av pre-hospitale tjenester og andre fagmiljø kommer i tillegg. Intra-arteriell slagbehandling forventes implementert som standard behandling ved de større sykehusene, og volumet vil øke.

Strateginotatet som er utarbeidet har fokus på intra-arteriell (inne i arterien) slagbehandling. Notatet har utgangspunkt i bidrag fra fagmiljøene ved nevroradiologisk faggruppe ved Røntgenavdelingen ved overlege Torgrim Vorren, samt NEHR-avdelingen i UNN (vedlegg 1). I det videre arbeidet lokalt og regionalt, skal fagmiljøer fra Akuttmedisinsk klinikk, Operasjons- og intensivklinikken samt Hjerter- og lungeklinikken involveres.

Strateginotatet viser til anbefaling fra Norwegian Stroke Organisation om faglige og organisatoriske forutsetninger for etablering av endovaskulær (inne i blodåre) intervensjon ved akutt hjerneinfarkt (vedlegg 2).

Det er utarbeidet en felles uttalelse fra Regionalt fagråd for Hjerneslag i Helse Nord vedrørende trombektomi ved akutt hjerneinfarkt (vedlegg 3).

I det videre utredningsarbeidet må det tas hensyn til at det er små og sårbare miljøer, og ambulerer fra UNN til Nordlandssykehuset vil ikke være mulig. Pasientgrunnet i regionen er lavt, og det vil derfor ta tid å få gjennomført nok prosedyrer for fagfolkene som skal utføre intervensjonene. UNN har testet muligheten for å hospitere ved annet sykehus (Karolinska), og erfaringene er at det er vanskelig å få praktisk øvelse. Opplæringen bør derfor gjennomføres ved det sykehuset operatøren jobber i, hvis man skal ha mulighet til å få praktisk erfaring.

Det må etableres opplæring/simulering for alle personellgrupper som inngår i hele pasientforløpet, ettersom det er svært tidskrittisk behandling. Pre-hospitale tjenester i regionen må mest sannsynlig forbedres for å redusere forsinkelser fra hendelse til behandling. UNN har hatt mulighet for å gi tilbud om trombektomi ved at det har vært dedikerte fagfolk som har stått på over lang tid, og bemannet og ivaretatt tjenesten. Dette gjelder spesielt nevro-radiologer og nevrologer. Det har samtidig vært jobbet for å øke bemanningen av radiologer som kan inngå i beredskapen. Dette har vært vanskelig, men det foreligger konkrete planer for å styrke bemanningen fra to til fire radiologer som inngår i behandlingstilbudet *trombektomi* ved UNN.

Høsten 2016 ble det arrangert en regional konferanse i Sandnessjøen. Hensikten var å implementere trombektomi for akutt hjerneinfarkter i Helse Nord. Etter konferansen utarbeidet UNN felles prosedyre for regionen for hvordan CT-undersøkelser skulle gjennomføres for den aktuelle pasientgruppen. I felles uttalelse fra det regionale fagrådet står det at det foreligger ønske om å bygge opp trombektomitilbud ved Nordlandssykehuset. Det er geografi og de store avstandene som er utgangspunkt for dette.

Beslutningsforum behandlet 24.4.2017, sak 31-2017 - Mekanisk trombektomi til behandling av akutt hjerneinfarkt. Følgende beslutning ble protokollført:

1. *Mekanisk trombektomi kan videreføres til behandling ved truende eller manifest hjerneslag.*

2. Hver helseregion skal som følge av dette utrede organiseringen av hjerneslagsbehandlingene og den pre-hospitale tjenesten for å ivareta sitt «sørge-for» - ansvar.
3. Helseregionene skal etter en slik gjennomgang, som er anbefalt i punkt 2, samordne føringer for tilbud om mekanisk trombektomi slik at det er felles førende prinsipper på tvers av regionene.

I Helse Nord diskuterte man i 2017, i direktørmøte, oppfølging av vedtaket gjort av *Beslutningsforum* om etablering og utvikling av trombektomi. Det ble besluttet å nedsette en regional arbeidsgruppe med Helse Nord RHF som ansvarlig for arbeidet. Prosjektgruppen skal gå i gang med arbeidet i 2018, og helseforetakene har fått det som en del av sitt oppdragsdokument å bidra. I utkastet til mandat skriver Helse Nord RHF:

På landsbasis er det anslått at 500–700 pasienter kan være aktuelle for trombektomi per år. Det er et stort gap mellom andelen som er aktuell for behandling og de som faktisk får det, noe som gjør det nødvendig med tiltak for å bedre tilgangen til behandlingen. I fagrådets uttalelse er det anslått 30–50 pasienter årlig i Helse Nord, og det er ønske om å bygge opp et tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø i tillegg til å styrke tilbudet som allerede er etablert ved UNN Tromsø. UNN Tromsø har siden 2010 hatt et tilbud til utvalgte pasienter, og det er utarbeidet regionale prosedyrer for seleksjon og mottak.

Epidemiologi – hvor mange pasienter snakker vi om?

I følge rapport fra Norsk hjerneslagsregister mottok slagenhetene i Helse-Nord i 2013 (med en gjennomsnittlig dekningsprosent på 71) omlag 1000 hjerneslagpasienter.

Fordelingen var som følger:

Tromsø 312, Harstad 99, Bodø 161, Mo 77, Lofoten 65, Sandnessjøen 58, Vesterålen 66, Narvik 51, Hammerfest 50, Kirkenes 55 og Mosjøen 22 pasienter.

Med en dekningsprosent på 100 vil det reelle tall være omlag 1300 nye slagpasienter pr år. Av disse vil 85 prosent ha hjerneinfarkt, det vil si 1100 pasienter. Hvis 20 prosent av disse er aktuelle for trombolytisk behandling innen 4,5 timer, utgjør det omlag 200 pasienter. Av disse 200, kan en anta at omlag 30-40 prosent vil kunne være aktuelle for trombektomi, det vil si omlag 60-80 pasienter per år, hvis vi får tak i alle.

Aktivitet trombektomi og geografisk fordeling, UNN 2017

Trombektomier	Nordland	Troms	Finnmark	Utlandet	Totalt
2017	7	16	5	2	30
Per 27.02.2018	2	2	1	0	5

UNN er det eneste helseforetaket i regionen som har fagfolk som kan utføre trombektomi. Det er en betydelig økning i antall pasienter som fikk trombektomitilbud i UNN i 2017, sammenlignet med tidligere år; 30 i 2017 og mellom tre til syv per år i perioden 2014 til og med 2016. Årsakene til hvorfor det har blitt en så rask økning i antallet, er ikke kjent. Noe av økningen kan tilskrives økt kunnskap og bevissthet rundt tilbudet, etter det felles regionale fagmøtet høsten 2016. Videre, at det nå er to radiologer som utfører behandlingen, og at man har opparbeidet seg mer erfaring og kompetanse.

Formål

Formålet med saken er å informere styret om status i arbeidet med å videreutvikle og etablere trombektomitilbud ved UNN og i regionen.

Medvirkning

Saken var forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i ordinære drøftings- og medvirkningsmøter henholdsvis 5., 6. og 7.3.2018. Protokollene fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 25.4.2018. Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.

Vurdering

UNN kom allerede i 2017 opp i et relativt høyt antall pasienter som får behandling ved hjelp av trombektomi. Utviklingen, til og med midten av mars 2018, er at åtte pasienter har fått behandling så langt i år. Det er for tidlig å si om det vil komme likt ut i 2018 som i 2017. Det er forventet en fortsatt økning av denne behandlingsformen. Det har underveis vært vurdert om andre spesialiteter og avdelinger enn radiologer og røntgenavdelinger skal ivareta trombektomitilbudet ved UNN. Utfra diskusjonene med ulike fagmiljø ved UNN samt erfaringene som har vært så langt, virker det ikke hensiktsmessig å flytte ansvaret for tilbudet ut av Røntgenavdelingen.

Regionen er stor, transport- og værmessig kompleks, og har et lite pasientgrunnlag sammenlignet med andre helseregioner. Dette må man ta hensyn til i det videre arbeidet med utvikling av eksisterende tilbud samt eventuelt utvikling av nye. Fagmiljøene ved de ulike sykehusene som bidrar i pasientforløpet til denne gruppen, er avhengig av å jobbe tett sammen. Den felles uttalelsen fra det regionale fagrådet viser ønske og vilje til samarbeid.

Det er ulike signaler fra fagmiljøene om riktigheten av å ha ett versus to sykehus som ivaretar trombektomi i regionen. De som argumenterer for ett sykehus, gjør det med bakgrunn i at det er lavt volum, og at man bør ha ett samlet fagmiljø som utfører disse for å kunne ivareta kvalitet og sikkerhet, samt redusere sårbarheten i tilbudet. Andre argumenterer for at det må være lik tilgang, at det blir for sårbart med kun ett miljø, og ettersom tidsfaktoren er så viktig, vil det være riktig å planlegge med to sykehus i Helse Nord som kan beherske trombektomi. Av den grunn hevdes det å være viktig å gradvis bygge opp tilbud i Nordlandssykehuset. Resultater fra studier publisert i senere tid viser effekt av trombektomi inntil 24 timer etter symptomdebut.

Utredningsarbeidet som Helse Nord har ansvaret for må ha en arbeidsform som ivaretar og utvikler samarbeidet i regionen. Tilbudet er en spesialisert tjeneste som det tar tid å bygge opp kompetanse og erfaring innen, og det er svært få personer i regionen som innehar den kompetansen i dag. Det vil derfor ikke være riktig eller mulig å bruke ambulering fra UNN til Nordlandssykehuset for å lære opp personell.

Økonomi og ressurser

Tilbakemeldingene fra fagmiljøene ved Røntgenavdelingen og NEHR-avdelingen, er at det er behov for å øke ressurser. NEHR-avdelingen har vurdert det til arealbehov knyttet til etablering av to observasjonssenger og personellressurser: tre sykepleiere, tre leger i spesialisering og én overlege.

Røntgenavdelingen har beskrevet at ved enkle trombektomibehandlinger går det med utstyr tilsvarende kr. 55 000 per behandling. Dette utgjør merkostnaden utover det som inngår av standardutstyr. Ved mer kompliserte tilfeller går det med ytterligere kr. 50 000 per behandling. Av de 30 som ble gjennomført i fjor var det fem som var kompliserte. Ekstrakostnaden for trombektomi i utstyr utgjør dermed fra kr. 55 000 til kr. 105 000 per pasient. Aktivitetsøkningen innen nevronintervensjon har medført at to av dagens nevreradiologer har mindre tid til generell nevreradiologi, og det er behov for å styrke grunnbemanningen. Krav til økte personellressurser er en MR-radiograf (beredskap og økt aktivitet), en overlege nevreradiologi og en radiolog, primært nevro-radiolog, denne personen skal inngå i intervensjonsgruppa.

Merkostnaden for disse to avdelingene utgjør over 14 mill kr for å ivareta trombektomi med det antall pasienter som vi allerede har i dag.

Det er økt behov for én angiografi-lab i tillegg, for å kunne ivareta øyeblikkelig hjelp. Dette må det tas hensyn til i det videre arbeidet, etter at strategisk utviklingsplan er vedtatt samt i prosessen med etablering av hybridstuer. Endringer i pre-hospitale tjenester vil omfatte mer enn UNN, og må følges opp i det regionale arbeidet.

I 2017 og 2018 har vi ikke økte budsjetter for å ivareta merkostnaden, og midlene til dette må komme som en del av satsningen Helse Nord har lagt opp til, ettersom det av mandatet fremgår at UNN skal styrkes for å kunne ivareta trombektomi.

Konklusjon

UNN gir et godt tilbud til pasienter med hjerneslag, og har etablert kompetanse innen trombektomi som gjelder for hele regionen. Det er utarbeidet regionale prosedyrer, og fagmiljøet er høyspesialisert og sårbart. Det er derfor vesentlig at opplæringsplanen med to nye radiologer gjennomføres. Organiseringen som er etablert ved UNN, anbefales videreført. UNN må styrkes økonomisk fra Helse Nord RHF, slik at tilbudet kan ivaretas og videreutvikles. UNN vil også bidra med fagpersoner i det regionale prosjektet *Avansert behandling av pasienter med hjerneslag (mekanisk trombektomi)*.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Strategidokumentet *Nevrointervensjon i UNN*.
2. Anbefaling fra *Norwegian Stroke Organisation* om faglige og organisatoriske forutsetninger for etablering av endovaskulær (inne i blodåre) intervensjon ved akutt hjerneinfarkt.
3. Uttalelse fra *Regionalt fagråd for Hjerneslag i Helse Nord* vedrørende trombektomi ved akutt hjerneinfarkt.

STRATEGIDOKUMENT, NEVROINTERVENSJON I UNN

Strategisk utviklingsplan ble vedtatt av UNN-styret desember 2014. Punkt 5 omhandler prioriterte utviklingsområder, hvorav punkt 5.1 omhandler avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling.

Direktøren ønsker at nevrointervensjonsradiologi skal løftes frem som et av satsingsområdene i strategisk utviklingsplan.

Intraarteriell slagbehandling forventes å implementeres som standard behandling ved de større sykehus og volumet av denne behandlingsformen vil øke. Dette vil forutsette et formalisert vaktsjikt for hele eller deler av nevrointervensjonen.

Dokumentet er skrevet med fokus på intraarteriell slagbehandling. Det er kun bidrag fra fagpersoner fra Nevrologisk avdeling og Nevroradiologisk gruppe ved Røntgenavdelingen. Nevrokirurgiske pasienter vil ennå i lang tid forbli den største gruppen innenfor dette fagområdet. Det nevrokirurgiske fagmiljøet må derfor involveres i prosessen. De andre intervensjonsradiologiske fagmiljøene (generell og hjerte) vil også kunne være relevante bidragsytere i prosessen.

2: NEVROINTERVENSJON I UNN

2.1: Kort historikk:

Coiling av cerebrale aneurysmer ved UNN ble startet opp ca 2000 av Eva Jacobsen og videreført av Radoslav Bajic. I en periode ble det i samarbeid med ekstern spesialist gjort endovaskulær behandling av arteriovenøse malformasjoner. Slik behandling er senere sentralisert. Siden 2009 har det vært gjort aneurysmebehandling med stent, hovedsakelig elektivt. Før 2010 ble det gjort enkelte intraarterielle actilysebehandlinger på slagpasienter med basillaristrombose, men slagbehandling ble implementert høsten 2009 og første trombektomi ble gjort i januar 2010. De senere år er det behandlet en del pasienter med akutte blødninger på hals, hovedsakelig kreftpasienter med strålenekrose. Våren 2017 ble første pasient med sinusvenetrombose behandlet endovaskulært og høst 2017 ble første slagpasient med carotisstenose behandlet med stent i tillegg til trombektomi.

2.2: Aktivitet:

Følgende diagnostiske- og behandlingsprosedyrer inngår pr i dag i nevrointervensjonistenes ansvarsområde ved UNN:

- Diagnostiske angiografier
- Agonale angiografier (påvisning av opphevet intrakraniell sirkulasjon / donorutredning). Har fra jan 17 stort sett blitt erstattet med CT.
- Behandling av aneurysmer med coil eller stent
- Intraarteriell slagbehandling
- Billeddiagnostisk utredning av aneurysmer og hjerneslag
- Andre terapeutiske prosedyrer, for eksempel intrarteriell spasmebehandling, embolisering ved ØNH-blødninger, behandling av intracerebrale iatrogene karskader, sinusvenetrombose.

Oversikt over aktivitet 2011 – 2017

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Diagnostisk angiografi	45	48	54	56	42	41	60
Agonal angiografi	12	9	11	4	10	10	2
Spasmolytisk behandling	1	2	7	0	5	0	0
Coiling av aneurysme ØH	22	11	15	9	13	11	17
Coiling / stenting av aneurysme elektivt	8	7	14	10	11	8	8
Annen intervensjon *	0	3	1	3	1	0	3
Slagpasienter	6	3	9	3	7	7	28
Sum	84	83	111	85	84	77	118

*ØNH-blødning 6, iatrogen karskade 3, sinusvenetrombose 2.

Rundt 90% av diagnostiske angiografier og 30-40% av aneurysmebehandlingene er elektive. Øvrige prosedyrer er Ø-hjelp. Drøyt 80% av Ø-hjelpsprosedyrer kommer utenfor vanlig arbeidstid.

Av slagpasienter i 2017 var overføringer fra annet fylke:

-Finnmark 2

-Nordland 8

Resterende 15 pasienter var primært hospitalisert ved UNN Tromsø, av disse 3 sykehusinterne (et lite forbehold om disse tallene, da de baseres på en enkelt gjennomgang).

2.3: Organisasjon pr i dag:

Legene tilhører Generell seksjon ved Røntgenavdelingen, fortrinnsvis Nevroradiologisk gruppe. Lab og støttepersonell er tilknyttet Angioseksjonen ved samme avdeling.

2.4: Legebemanning:

Pr i dag har avdelingen to leger med selvstendige ferdigheter i nevrintervensjon (Totland og Vorren). Inngår begge i en delt beredskapsordning, med pr i dag 4 timer tilkallingstid. Det bemerkes at det i år ikke har forekommet at pasienter ikke er blitt behandlet pga ikke tilgjengelig lege. Det kan derfor være riktig å si at ordningen i praksis har et visst preg av vakt.

En lege er under opplæring (Al-Ani). Al-Ani er generell intervensjonist i bunn og jobber 50-50 ved hhv UNN og Nordlandssykehuset. Ytterligere en lege (Arvola) har så vidt begynt å delta på prosedyrer, når forholdene ligger til rette for det, men foreløpig er det ikke igangsatt mer formalisert opplæring. Arvola er generell intervensjonsradiolog.

3: FORVENTET UTVIKLING:

3.1: Aneurysmebehandling:

Det har vært postulert at en høyere andel av intrakranielle aneurysmer skal kunne behandles endovaskulært, på bekostning av kirurgisk behandling. Det har først og fremst vært utviklingen av intrakranielle stenter som har initiert dette synet. Nåværende trend er imidlertid mer nøktern i forhold til bruk av stent, spesielt ved akuttbehandling av rumperte aneurysmer. Nye behandlingsprinsipper (for eksempel WEB) kan igjen legge grunnlag for at en større andel kan behandles endovaskulært. Volumet av behandlingstrengende aneurysmer varierer fra år til år, men det er per i dag ikke utsikter til at det vil bli vesentlige endringer i anbefalingene om behandling vs konservativ tilnærming. Den største enkeltfaktor for behandlingsgrad ved UNN, er etter min mening den kompetanse og ferdigheter som til en

hver tid er i vårt fagmiljø. I fordelingsnøkkelen kirurgi vs endovaskulær behandling er også nødvendigheten av å opprettholde kirurgisk kompetanse et moment.

3.2: Agonal angiografi / påvisning av hjernedød:

Agonale angiografier er nå i det alt vesentlige erstattet av CT. Undersøkelsen gjøres derfor bare unntaksvis.

3.3: Diagnostiske angiografier:

Det skjer stadig forbedringer av ikke-invasive metoder for å fremstille hjernens sirkulasjon. Den vesentlige reduksjonen av behov for denne undersøkelsen har allerede skjedd og volumet forventes å forbli stabilt. Siste år har det imidlertid vært en klar økning av diagnostiske angiografier.

3.4: Intraarteriell hjerneslagbehandling:

Det har vært- og forventes fortsatt en økning av denne behandlingsformen.

Intraarteriell hjerneslagbehandling / trombectomi har siden tidlig 2015 vært vel dokumentert som effektiv behandlingsmetode for akutte hjerneslag (1-5). Seneste studie i denne sammenheng, som vesentlig endrer forutsetningene er Dawn trial (10), mai -17 som påviser effekt av trombectomi inntil 24 timer etter symptomdebut. I vår helseregion er det estimert at potensielt 60-80 pasienter kan fylle kriterier for slik behandling årlig. Pr november 2017 har vi behandlet 25 pasienter inneværende år, noe som er på linje med øvrige slagsentra i Norge, justert for folketall. Økningen kan forklares dels med bedret diagnostikk, både ved UNN og ved lokalsykehus, økt fokus på behandlingen ved lokalsykehus og at økt erfaring gjør at vi tør å behandle med komplekse situasjoner.

Av nasjonale og regionale dokumenter som danner føring for virksomheten nevnes spesielt:

1: Norsk Hjerneslagforening, nasjonalt møte om hjerneslag og endovaskulær intervensjonsbehandling Oslo 29. oktober 2015. Arbeidsdokument: "Faglige og organisatoriske forutsetninger for etablering av endovaskulær intervensjon ved akutt hjerneinfarkt". Omhandler føringer for institusjoner som skal drive slik behandling, samt forslag til tilpasninger til norske forhold. Vedlagt.

Våren 2017:

2: Trombectomi anbefales implementert som standard behandling i Norge av Beslutningsforum (9)

3: Reviderte nasjonale retningslinjer for hjerneslag (høringsutkast). Vedlagt

4: Trombectomi behandlet i styret i Helse Nord.

Den neste store endringen som forventes er at et økende antall slagpasienter transporteres direkte til regionalt slagsenter. Det forventes å komme prehospitale diagnostiske verktøy som kan åpne for prehospital actilysebehandling, likt den for hjerteinfarkt, slik at pasienter dermed kan omgå lokalsykehus og fraktes direkte til vurdering for trombectomi. Videre forventes det å komme studier som tilsier netto nytte av slik transport uansett, fordi behandlingsgraden av intravenøs trombolyse er relativt lav (20-30%) og fordi stopp på lokalsykehus medfører en betydelig tidsforsinkelse. Slike studier vil i første omgang komme fra tett befolkede landområder og overføring til norske forhold vil naturligvis være diskutabelt. Endring av praksis vil trolig først skje etter en nasjonal konsensus, men uansett vil vi måtte regne med en økende grad av direkte overføringer og dermed flere primærinnleggelse i UNN.

Siden nye Nasjonale retningslinjer ble presentert har det kommet 2 nye studier (Dawn og DEFUSE 3) som viser at dette er aktuell behandling opp til hhv 24 og 16 t etter ictus. UNN har allerede endret sin praksis i hht disse studiene.

4: ORGANISATORISKE ENDRINGER FREMOVER:

4.1: ALTERNATIVE ORGANISASJONSMODELLER:

Fagmiljøer i UNN som kan være aktuelle for nevrointervensjon:

- Nevroradiologer
- Generelle intervensjonsradiologer
- Intervensjonskardiologer
- Nevrokirurger

4.1.1: Nevroradiologisk fagmiljø:

Nevrointervensjon i UNN ivaretas i dag av det nevreradiologiske fagmiljøet. I Norge og Skandinavia er også de ledende fagmiljøene innen nevrointervensjon nevreradiologiske. De studier som danner evidensgrunnlaget for hjerneslagbehandling er gjort innenfor disse fagmiljøene.

Pluss: UNN har to nevreradiologer med intervensjonskompetanse. Godt samarbeid med det ledende nevrointervensjons-miljøet i Norge (RH). Vil inneha den beste kompetanse for diagnostikk relatert til hjerneslag og aneurysmer.

Minus: Lite og sårbart fagmiljø. Pr i dag ikke i stand til å dekke vaktstjikt. Lite rekrutteringsgrunnlag internt. Angio / intervensjon er «bigesjeft» og lider pga underbemanning og dermed for mange andre pålagte arbeidsoppgaver. Dette gjør det vanskelig å gjennomføre ekstern opplæring og fagutvikling internt. Angiovirksomheten betraktes som stor utgiftspost, siden refusjon går til de kliniske avdelinger pasientene tilhører.

4.1.2: Angioseksjonen ved Røntgenavdelingen / generelle intervensjonsradiologer:

Mer enn 50% av legene som gjør endovaskulær slagbehandling i Norge i dag er generelle intervensjonsradiologer. Ved UNN har en av fem generelle intervensjonsradiologer sagt seg villig til å delta i behandlingen.

Pluss: Allerede etablert 5-delt vaktstjikt. Legene er radiologer i bunn og har god kunnskap om billeddiagnostikk.

Minus: Fagmiljøet som helhet har intet ønske om å overta noen del av nevrointervensjonen.

4.1.3: Hjertemedisinsk avdeling:

Det er mange eksempler, spesielt i USA, på at intervensjonskardiologer gjør endovaskulær slagbehandling. Det er pr i dag ikke institusjoner i Norden, der kardiologer gjør slik behandling. Det foreligger foreløpig ingen dokumentasjon på at kardiologer kan reprodusere evidensgrunnlaget for hjerneslagbehandlingen.

Pluss: Fagmiljø med legeoverskudd og høy gjennomføringsevne. Etablert 7-delt vaktstjikt. Motivert for å involvere seg i slagbehandling. Behandlingskjeden for slagpasienter vil i framtiden, høyst sannsynlig være identisk med den for hjerteinfarkt. Det er i Helse Nord en ikke avsluttet sak om mulig etablering av PCI i Bodø. Dersom kardiologer fra UNN skulle drifte PCI i Bodø, kunne det tenkes aktuelt at de også gjorde trombectomier.

Minus: Lite kompetanse på billeddiagnostikk. Forutsetter oppsplitting av virksomheten.

4.1.4: Nevrokirurgisk avdeling:

Det kan tenkes en situasjon der nevrokirurgene overtar angiovirksomheten for sine egne pasienter, dvs diagnostiske angiografier og aneurysmebehandling. Situasjoner som kunne initiere dette er 1: at neuroangiografien splittes opp, 2: at Røntgenavdelingen ikke lengre er i stand til å yte denne tjenesten.

4.1.5: Organisering ved andre slagsentra i Norge:

- Helse SØ: Sentralisert virksomhet til Rikshospitalet. 6-7 nevrointervensjonsradiologer som stort sett driver neuroangio/intervensjon på fulltid.
- St.Olav: 3(4)? generelle intervensjonsradiologer gjør all neuroangio / -intervensjon.
- Haukeland: Delt løsning, der generelle intervensjonsradiologer gjør slagbehandling og diagnostiske angiografier/aneurysmebehandling er gjøres av gjenværende nevrointervensjonsradiologer og en nevrokirurg.
- SUS: Stavangermodellen. Kun slagbehandling, som gjøres av generelle intervensjonsradiologer.
- Kristiansand og Bodø: Ønsker å starte opp endovaskulær slagbehandling, etter Stavangermodellen.

4.1.6: Krav til virksomheten:

Den Europeiske Union for medisinske spesialiteter har utarbeidet standarder for institusjoner med nevrointervensjonsvirksomhet (6). UNN tilfredsstillende disse kravene. Det er imidlertid verdt å kommentere minimumskrav til volum. Art. 5 angir 80 prosedyrer/ år som minimum for institusjonen og 50 prosedyrer/ år/ lege. Jfr. Pkt 2.2 over, ligger altså UNN pr i dag helt nede på minimumsgrensen når det gjelder volum. Andre institusjoner kompenserer / omgår dette ved å ha ordninger der man alltid er to leger på hver prosedyre. Dette praktiseres også i dag ved UNN. En slik praksis fordrer imidlertid enten kostbar vaktordning eller «dugnadsinnstilling».

Det foreligger også preliminare forslag om krav til institusjon og individuelle ferdigheter ved endovaskulær slagbehandling. Bla bør praktiserende intervensjonist kunne beherske akuttbehandling av disseksjon, stenting av stenoser i halskar, trombektomi ved samtidig disseksjon i halskar med mer. Dette er prosedyrer vi har gjort for første gang på UNN inneværende år, men spesielt i slike mer komplekse situasjoner er det vanskelig å opparbeide erfaringsgrunnlag lokalt og noen grad av regelmessig hospitering ved større slagsentra vil være påkrevet. Europeisk sertifiseringsprogram er forventet å komme for slagbehandling.

4.1.6: Kommentarer:

Det relativt lave volumet av angiografiske prosedyrer tilsier at virksomheten bør forbli samlet i et fagmiljø.

Det er ikke obligat at virksomheten må drives bare i ett fagmiljø. Tvert imot kan det være sannsynlig at virksomheten i fremtiden drives som et samarbeid mellom minst to av de overnevnte fagmiljøene. Det bør imidlertid understrekes at kardiologisk intervensjon og radiologisk intervensjon har utviklet seg ulikt og det vil være vanskelig for en radiolog å jobbe på et kardiologisk laboratorium og vice versa.

4.2: RADIOGRAFRESSURSER:

4.2.1: Angio-radiografer:

Radiografer på angiolab har tilkallingstid på 30 minutter. Ved arbeid etter kl 0100 har de krav på hviletid påfølgende dag, noe som kan virke inn på elektive prosedyrer. En volumøking av slabehandlingen vil medføre noe økt aktivitet. Høyst sannsynlig vil det bli en merkbar økning av utrykninger, uavhengig av hvor stor økningen i antall prosedyrer vil bli. En må være forberedt på at det kan bli behov for å styrke denne gruppen.

Det skal etter planen startes opp med simuleringstrening for mottak av slagpasienter (etter modell fra SUS), hele kjeden til trombectomi. Det er viktig at radiografene på angiolab får systematisk deltakelse i slike øvelser.

4.2.2: MR-radiografer:

MR vil få økt aktualitet for vurdering og seleksjon av slagpasienter. I dag er det drift på MR fra kl 08-19 på hverdager og 09-12 på lørdager. MR-radiografer har en vaktordning med tilkallingstid på 1 time. Denne tiden må ned til maksimalt 30 min og antall utrykninger vil øke. Det er i dag underskudd på MR-radiografer ved vår avdeling. Denne radiografgruppen må følgelig styrkes.

4.3: ANGIOLAB:

Det er en allment erkjent underkapasitet på angiografiske laboratorier ved UNN. Spesielt dagtid tirs-tors er biplanlab (lab 10) i regelen låst av større endovaskulære prosedyrer (stentgraft og TAVI). Dette medfører hyppige samtidighetskonflikter. Spesielt coilinger av cerebrale aneurysmer må ofte gjøres på kveldstid. En stor del av slagbehandlingen må gjøres på monoplanlab (lab 11), noe som ikke er ideelt. Prosedyrene tar lengre tid og det er praktiske problemer ift anestesi pga plassforhold-

En tredje angiografilab må ha høy prioritet og dagsprogram på de ulike laboratorier må samkjøres slik at det vil være rom for å komme til med ØH prosedyrer på en biplanlab.

4.4: CARD-LAB:

Dersom intervensjonskardiologer overtar deler av virksomheten, vil disse prosedyrene trolig gjøres på Card-lab. Undertegnede har ikke satt seg inn i organiseringen av denne enheten. Generell- og kardiologisk intervensjonsradiologi har i mange år utviklet seg uavhengig av hverandre og utstyr, maskinpark og rutiner er per i dag ganske ulike.

4.5: NEVROLOGISK SEKSJON / SLAGENHETEN:

Slagenheten ved UNN er en del av Nevrologisk-Hud-Revmatologisk (NEHR) avdeling som til sammen disponerer 25 senger. Slagenheten disponerer i dag 10 senger av totalt 17 nevrologiske senger, og Hud-Revma disponerer 8 senger. Slagenheten hadde ved oppstart i 2009 15 senger men ble skalert ned i forbindelse med sammenslåingen med Hud og Revmatologisk sengepost. Inkludert i de 17 nevrologiske sengene er 4 observasjonssenger i en egen observasjonsstue. Disse sengene belegges i dag av de dårligste nevrologiske pasientene som ikke trenger intensivplass, inkludert akutte slagpasienter. Også Hud og Revma har tilgang på disse sengene ved behov.

Arealbehov

Full implementering av trombektomi vil medføre en økning i antall slagpasienter overført fra lokalsykehus i Helse Nord. Vi har estimert at det dreier seg om opptil 60 nye pasienter i året. Pasientene blir vanligvis inneliggende i Slagenheten i minimum 3 dager før de tilbakeføres til lokalsykehus. Samlet sett vil dette medføre et økt press på en allerede trang sengepost. For å kunne møte den økte pasienttilgangen vil det være behov for en økning i kapasitet på 2 nye observasjonssenger med tilknyttet telemetriovervåking.

Personell

Mottak av slagpasienter ved UNN skjer via nevrologisk vaktteam. Nevrologene har i dag godt innarbeidede rutiner for mottak av slagpasienter. Enhet for nevrologi har i dag 9 stillinger for leger i spesialisering (1 fordypningsstilling som deltar i vakt) og 9 stillinger for overleger fordelt på 7,5 årsverk tilknyttet avdelingen og 1,5 årsverk tilknyttet NMK/muskelregister.

Behov for 3 nye LIS

Nevrologene har p.t LISer i 9-delt tilstedevakt. Siste endring av LIS-legebemanningen i nevrologi var i 2009 i forbindelse med innføring av trombolyse ved hjerneslag og kravet om tilstedevakt. Endringen medførte flere LIS-leger i i vakt, men mindre tilstedeværelse på dagtid. Siden 2009 har vi fått økt befolkningsgrunnlag (nordre Nordland) og ansvar for utvidede lokalsykehusfunksjoner (akutte hjerneslag, akutte nakke- og ryggproblemstillinger), regionfunksjoner (trombektomi, hemikraniektomi) og nasjonale funksjoner (NMK, Helse Nord-representant i spesialist-, styrings- og referansegrupper). Fra årsskiftet 2015-2016 fikk nevrologisk forvakt også ansvar for lokalpasienter med akutte ikke-traumatiske nakke- og ryggproblemstillinger. Dette skjedde i forbindelse med omlegging av nevrokirurgisk vakttilbud. I snitt har dette medført en økt belastning på forvakt i form av 1 innleggelse og 2-3 polikliniske vurderinger per vakt døgn. I tillegg involveres leger i vakt daglig i funksjoner ved andre klinikker (f. eks. i medisinsk mottaksteam). Nylig tilsyn av spesialitetskomiteen i nevrologi konkluderte med at antall LIS ved avdelingen er for lavt i forhold til arbeidsoppgaver, og lavt sammenlignet med tilsvarende avdelinger. Lav tilstedeværelse på dagtid medfører utilstrekkelig omfang av tjeneste ved poliklinikk, faglig fordypning og dårlig kontinuitet på sengepost. Forvaktordningen slik den i dag er organisert som tilstedevakt med rullerende 9-delt tjenesteplan bryter med AMLs vernebestemmelser på flere punkter. For vaktene på 19 timer overskrides grensen for lovpålagt hviletid. For å få en forsvarlig drift må bemanningen derfor økes med 3 nye LIS.

Behov for 1 ny overlege

Overleger i nevrologi går i dag i 7/8-delt bakvakt (avhengig av overlegepermisjoner). Bakvakt har tilstedevakt til kl. 20.00 på hverdager og til kl. 15.00 i helgene. Fra januar 2018 overtok nevrologisk bakvakt det hele og fulle akuttansvaret for geriatrike slagpasienter. Bakvakt har i dag godtgjørelse for 2 t utrykning per vakt. Full implementering av trombektomi forventes å gi tilførsel av nye eksterne akutt pasienter som krever økt vakt deltakelse utenom ordinær arbeidstid (60 % av slagpasientene innlegges utenom ordinær arbeidstid). Det er en økende utfordring med samtidighetskonflikter for LIS i akutt motak der bakvakt må tilkalles for å hjelpe til. I dag har bakvakt nevrologi en rekke andre arbeidsoppgaver på dagtid tilknyttet

sengepostarbeid, poliklinikk og tilsyn ved andre avdelinger. Innføring av trombektomi krever at det innføres en egen slagtelefon som betjenes av overlege eller erfaren LIS 24/7. Nye studier, bl. a Dawn trial åpner opp for at trombektomi kan være nyttig på utvalgte pasienter inntil 24 timer etter hjerneslag. Dette medfører at det blir flere henvendelser til bakvakt fra hele regionen hele døgnet for å ta stilling til transportmåte og destinasjon. For å kunne opprettholde dagens drift av sengepost og poliklinikk vil det være behov for en økning med 1 overlegestilling som kan benyttes til rent vaktarbeid og for å støtte og avlaste primærvakt.

Behov for 3 nye sykepleiere

Med en utvidelse av Slagenheten med 2 senger og en pleiefaktor på 1.6 på slagsenger tilsier det et behov på rett i overkant av 3 nye sykepleierstillinger.

Utstyr

Slagnheten mangler i dag telemetriutstyr for hjerteovervåking og er avhengig av å låne ledig kapasitet på MIA. Dette medfører underdiagnostisering av hjerterytmeforstyrrelser, spesielt paroksysytisk atrieflimmer, noe som får direkte negative behandlingmessige konsekvenser. I de nye nasjonale retningslinjer anbefales minimum 24 t telemteriovervåking på alle akutte slagpasienter. Vi har i dag utfordringer med å få telemetri på trombolysese pasientene. For å møte de nye nasjonale kravene for adekvat utredning vil Slagenheten ha behov for en egen telemetrienheter med 5 telemetriapparat. Vi har også behov for et eget INR apparat for hurtigtesting da vi erfaringsmessig taper mye tid på å vente på INR svar fra laboratoriet.

Behov for langsgående opplæring-simulerte forløp

Trombolys og trombektomi som er svært tidskritiske behandlinger. For å kunne opprettholde tilstrekkelig kvalitet på trombektomibehandlingen i sentra med lave pasientvolum er det nødvendig med en kontinuerlig drill med simulerte pasientforløp. Ledelsen ved UNN har inngått en intensjonsavtale med Stavanger Universitetssykehus (SUS) om etablering av langsgående simulering av trombektomiforløp. Dette vil sikre at alt pre- og intrahospitalt personell som inngår i den akutte slagbehandlingskjeden får en kontinuerlig trening på samhandling for å minimere all tidsbruk. For at dette skal fungere i praksis må det avsettes tid i den ordinære driftsplanen ved de ulike avdelinger som deltar, slik at alt personell får den nødvendige trening og vedlikeholder sin kompetanse over tid. Ut fra tilbakemeldinger fra SUS vil det måtte avsettes 2t/uke.

4.5: ANESTESIRESSURSER:

Dårlig anestesikapasitet er i dag en faktor som gjør det vanskelig å planlegge / gjennomføre elektive aneurysmebehandlinger. Disse pasientene hører inn under nevrokirurgisk avdeling og anestesiresurser søkes fra denne avdelingen.

Det skal rutinemessig være anestesisykepleier tilstede ved slagbehandling. Dette rekvireres fra øh-ressursene og fungerer stort sett godt.

Det skal etter planen startes opp med simuleringstrening for mottak av slagpasienter (etter modell fra SUS), hele kjeden til trombectomi. Det er viktig at aktuelle anestesisykepleiere får systematisk deltakelse i slike øvelser.

4.6: PREHOSPITALE RESSURSER:

Det er allerede et pågående samarbeid mellom Nevrologisk avdeling og Akuttmedisinsk klinikk om optimalisering av transportkjeden for slagpasienter tilhørende UNN.

Transport av slagpasienter fra lokalsykehus til UNN, vil fra de fleste sykehus i vår region skje med ambulansefly og ikke helikopter. Dette er en vesentlig forsinkende faktor pga transport mellom sykehus og flyplass som to ekstra ledd. I Norge for øvrig skjer nesten all distansetransport av slagpasienter med helikopter, direkte fra sykehus til sykehus.

Det er i UNN og Helse Nord god kompetanse ang. transport av pasienter med hjerteinfarkt. Man må dra veksler på disse erfaringene i oppbygging av rutiner for overføring av pasienter fra utenfor vårt lokalsykehusområde.

Mange av problemstillingene rundt prehospitaler tjenester, for eksempel valg av helikoptertyper mm, ligger på regionalt beslutningsnivå.

4.7: LOKALSYKEHUS / REGIONALE FORHOLD:

Det ble i september 2016 avholdt Regional slagmøte i Sandessjøen. Samtlige sykehus i Helse Nord, eksklusiv Hammerfest var representert med slagdedikert kliniker og radiolog. Også ledere fra prehospitaler tjenester var representert.

Møtet resulterte bla i en felles standardisert protokoll for utredning av akutte hjerneslag i lokalsykehus (multifaseangiografi). Det har også vært en merkbar økning i bevissthet rundt seleksjon til trombectomi ved lokalsykehus.

Det er fortsatt betydelig potensiale for forbedringer og viktig å holde fagmiljøene ved lokalsykehusene «varme». Regional slagkonferanse hvert annet år vil være et viktig forum. Vi kunne i tillegg ønske å besøke enkelte av lokalsykehusene, for å optimalisere CT-protokoller og gjennomføre internundervisning om temaet.

Det foreligger nå en avtale om at slagpasienter fra Helgeland kan sendes til St Olav når logistiske forhold tilsier det. Dette avhenger av om pasienten skal transporteres med fly eller helikopter. I de tilfeller der pasienter må transporteres med fly, sendes de fortsatt til UNN. Således har vi hatt slagpasienter fra Helgeland også i år.

Midtre og nordlige Sverige er pr i dag uten et tilbud om endovaskulær slagbehandling. Det kunne være aktuelt at slagpasienter fra nordvestlige Sverige kunne tilbys slik behandling hos oss, for eksempel ved et formalisert samarbeid med sykehuset i Kiruna. Vi har på forespørsel fra nevrologisk avdeling i Rovaniemi sagt ja til å motta pasienter fra nordligste Finland, men så langt ikke mottatt pasienter herfra.

5: REGISTRERING AV VIRKSOMHETEN:

Iskemiske slagpasienter som gjennomgår intraarteriell behandling bør inkluderes i nasjonale eller internasjonale registre. Det sentrale norske nevroradiologiske miljøet anbefaler EVAS. Alternativt norsk hjerneslagregister, SITS.

6: FORSLAG TIL TILTAK I RØNTGENAVDELINGEN:

Behov i Nevrologisk avdeling er skissert i pkt 4.5.

6.1: Legebemanning: Pr i dag er det kritisk underbemanning i Røntgenavdelingens Nevrogruppe og Muskel-skjelettgruppe, der de 3 leger som foreløpig er involvert i nevrointervensjon arbeider. I praksis er det nå 3,5-4 overleger på nevro og 1,5 på muskel skjelett. Det er ikke utsikter til bedring av personellsituasjonen på kort sikt. Dette medfører at det ikke er tilstrekkelig med leger til å gjøre den daglige produksjonen. Alle typer fagutvikling og kvalitetssikring går på bekostning av produksjon. Slik er det følgelig med intervensjonsvirksomheten. Det har vært flere personelldisponeringer de siste år, der andre overleger har gått over til forskning eller administrasjon, som har resultert i økt press på billediagnostikken og dermed i disfavør av fagutvikling på intervensjonssiden.

Nevroangio må løftes opp som prioritert satsningsområde og legene som driver med dette må avlastes i forhold til de mange andre arbeidsoppgaver som er pålagt. Nevrogruppen må ha en reell bemanning på 6 overleger. Muskel skjelettgruppen må styrkes, slik at Zeiad Al-Ani kan overføres til Nevrogruppen.

Videre må det gjennom insentiver rekrutteres ytterligere en lege, enten fra Generell angioseksjon, fra LIS på Røntgenavdelingen eller fra annen spesialitet. Vi har selv ikke lyktes med rekruttering så langt.

6.2: Radiografressurser:

Opplæring av flere radiografer på MR, med formål å styrke vaktberedskap på denne modaliteten.

Angioradiografer: Det er vanskelig å vurdere om det er behov for økt bemanning, trolig er det pr i dag tilstrekkelig bemanning. Det er imidlertid stort behov for fagutvikling i denne gruppen. Dette må formaliseres og det må frigjøres tid til dette.

6.3: Fysiske lokaler:

Det har vært luftet behov for en overvåkningsstue på røntgenavdelingen i fysisk nærhet til angiolab, der pasienter får actilyse i påvente av intervensjon. I de fleste tilfeller er det imidlertid ikke behov for et slikt lokale. Det er imidlertid noe en kan ha i mente ved planlegging av nye lokaler på plan 7.

Det er som sagt skrikende behov for ytterligere biplanlab. I fremtidig organisering er det viktig at Røntgenavdelingen har eierskap i laboratoriene.

7: VEDLEGG:

7.1: Faglige og organisatoriske forutsetninger for etablering av endovaskulær intervensjon ved akutt hjerneinfarkt. Norwegian Stroke Organisation.

7.2: Høringsutkast Hjerneslag nasjonal faglig retningslinje.

8: REFERANSER:

1. Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *The New England journal of medicine* 2015;372:11-20
2. Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. *The New England journal of medicine* 2015;372:1019-1030
3. Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. *The New England journal of medicine* 2015;372:1009-1018
4. Saver JL, Goyal M, Bonafe A, et al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke. *The New England journal of medicine* 2015;372:2285-2295
5. Jovin TG, Chamorro A, Cobo E, et al. Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. *The New England journal of medicine* 2015;372:2296-2306
6. http://www.esmint.eu/sites/default/files/uploads/user/6/UEMS_StandardsOfPractice_INR.pdf
7. <http://legeforeningen.no/PageFiles/215967/Endovascular%20stroke%20treatment%20at%20SUS%20pdf.pdf>
8. <http://legeforeningen.no/PageFiles/215967/art%201.pdf>
9. [https://nyemetoder.no/Documents/Beslutninger/Beslutningsforum%20\(24042017\)%20-%20protokoll,%20signert.pdf](https://nyemetoder.no/Documents/Beslutninger/Beslutningsforum%20(24042017)%20-%20protokoll,%20signert.pdf)
10. <http://evtoday.com/2017/05/dawn-trial-results-presented-for-strykers-trevo-retriever>
- 11.

Tromsø 9. november 2017 (erstatte tidligere versjoner fra 2. februar 2016 og 1. oktober 2015)

Torgrim Vorren

Bidrag fra Jon Andre Totland og Stein Harald Johnsen

Vedlegg 2

Anbefaling fra Norwegian Stroke Organisation om faglige og organisatoriske forutsetninger for etablering av endovaskulær (inne i blodåre) intervensjon ved akutt hjerneinfarkt.

(Vedlegg jmf punkt 7.1 Strateginotat (fra Norwegian Stroke Organisation))

Endovaskulær intervensjon som behandling ved akutt hjerneinfarkt

- Intravenøs trombolyse virker dårlig på store tromber.
- Endovaskulær intervensjon er effektiv behandling for pasienter som har fått intravenøs trombolyse, og sannsynligvis også for dem som ikke har fått trombolyse, ved at store tromber mekanisk kan hentes ut.
- Effekten av endovaskulær intervensjon er sterkt avhengig av tid.
- Alle hjerneslagpasienter bør vurderes for endovaskulær intervensjon.
- Kompetanse og utstyrsnivå ved norske intervensjonssentere må ligge opp mot internasjonale anbefalinger.

Konklusjon:

- Endovaskulær intervensjon er god akutt behandling av alvorlig hjerneinfarkt gitt korrekt indikasjon.
- I forhold til dagens situasjon trengs reorganisering, større fokus på prehospital triagering, med bedret logistikk og kommunikasjon i og mellom sykehus, for raskere og korrekt håndtering i akutfasen.

Faglige og organisatoriske forutsetninger for etablering av endovaskulær intervensjon ved akutt hjerneinfarkt.

Bakgrunn:

Det er i 2015 publisert sju randomiserte kontrollerte studier om endovaskulær intervensjon av akutt hjerneinfarkt. De dokumenterer bedre klinisk resultat av endovaskulær behandling sammenlignet med bare intravenøs (i.v.) trombolyse og/eller annen konservativ behandling.1-7 Disse resultatene gjelder for akutte hjerneinfarkt i fremre kretsløp og når pasienten har fått i.v. trombolyse først. Studiene er forskjellige med ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier, og det var flere typer slagsentra som deltok. Studiene viste at god logistikk og kommunikasjon med rask vurdering er viktig for gode resultat. Med hensyn til overlevelse var resultatene ikke entydige.8-9

Følgende sentra kan være aktuelle for å drive endovaskulær intervensjon: Primære slagsentre (Primary stroke center), da primært i.v. trombolyse. Regionale slagsentre som er referansesykehus for de primære (Comprehensive stroke center).10-11 I dag er det regionale slagsentre som utfører endovaskulær intervensjon. Lokal logistikk og infrastruktur, kommunikasjon regionalt og geografiske forhold vil ha betydning for hvilke sykehus som skal utføre endovaskulær intervensjon.

Viktige faktorer for etablering av tilbud om endovaskulær intervensjon:

- 1) Kvalifikasjoner og ressurser (radiologisk avdeling og slagavdeling)
- 2) Område som sogner til avdelingen

- a. Befolkningsgrunnlag
 - b. Infrastruktur, transport, vær
 - c. Teleradiologi/IKT
 - d. Organisering
- 3) Indikasjoner
 - 4) Oppsummering

1) Kvalifikasjoner og motivasjon

A. Tekniske forutsetninger

- a. Angiografilaboratorium: Tekniske spesifikasjoner som detektor system beregnet for hode, helst biplan, roadmap må foreligge. Mål om å oppnå 24/7 vaktberedskap (radiolog/radiograf) med tilkallingstid < 1 time.
- b. CT: CT caput, CT angiografi (CTA) med mulighet til å granske både kildebilder og rekonstruksjoner. CT perfusjon (hvis mulig).
MR: MR diffusjon, T2/FLAIR (indikerer alder på infarkt), SWI/T2*, MR angiografi (MRA), MR perfusjon (alternativt til CT perfusjon): Daglig inkludert helg (24/7 hvis mulig). Beredskap < 15 min på dagtid, < 1 time helg/helligdager.
- c. Nye sentre med lavt volum anbefales radiologisk seleksjon med bruk av perfusjon (CT eller MR), hvis mulig.
- d. IKT: Velfungerende teleradiologi, helst felles for området som sogner til sekundært slagsenter (eks. felles RIS/PACS som i Helse Midt-Norge og Helse Nord). Rask bildetolkning av nevreradiolog, nevrointervensjonsradiolog/intervensjonsradiolog på vakt er nødvendig for rask beslutning om pasienttransport til regionalt senter. Hjemmearbeidsstasjoner/webløsning til smarttelefon kan være nødvendig for optimal seleksjon av pasienter.

B. Ledelse av slagpost på det regionale slagsenter

- Kvalifiserte overleger som har cerebrovaskulære sykdommer som sitt hovedarbeidsområde. Disse må kunne bistå de primære slagsentra i akutte behandlingsavgjørelser. Avdelingen må ha hjerneovervåkning, med tett klinisk evaluering av vitale funksjoner (puls/blodtrykk (BT)/ O2 metning) og nevrologisk status (NIHSS/GCS).
- Slagsykepleiere.
- Dedikerte slagsenger – kvalifisert personell i akutt fase.

C. Samarbeid med anesthesiavdeling og nevrokirurgisk avdeling

- Døgntilbud (24/7) med mulighet for aktivering på kort varsel.
- Sedasjon/smertelindring under prosedyren foretrekkes, men narkose kan bli nødvendig og da med behov for nevroanestesi kompetanse og innledning uten fall i BT.
- Tilstedeværelse av anesthesisykepleier/-lege under hele prosedyren.
- Nært samarbeid med nevrokirurgisk avdeling for umiddelbar trykkavlastning med ventrikkeldrenasje (EVD) og akutt hemikraniektomi. På sentre som ikke har nevrokirurgisk avdeling under samme tak, må det foreligge særdeles god kommunikasjon (etablerte varslingsrutiner) med nærmeste avdeling.

D. Team som vurderer indikasjon for endovaskulær intervensjon

Radiolog: Nevroradiolog (tilgjengelig for bildetolkning akutt og indikasjonsstilling).

Intervensjonsnevreradiolog eller intervensjonsradiolog med kompetanse på akutt intervensjonsnevreradiologi (INR); både teoretisk og praktisk skolering. Den som skal utføre prosedyren må ha kunnskap om hjernens karanatomi og cerebrale perfusjonsprinsipper,

beherske mikrokaterisering i hjernekar etter INR-standard, kunne håndtere akutte situasjoner som egne komplikasjoner og uforutsette hendelser i hjernens blodkar. Bemanning tilgjengelig på angiografi-lab: Minst tre (en radiolog og to radiografer – to sterilt kledde). Beredskapstid for hele teamet må være <1 time (maks. 30 minutter ønskelig) – med mål om 24/7 beredskap.

Slaglege: Kvalifisert slaglege må være tilgjengelig for tolking av klinikk og vurdering av indikasjon 24/7. Klinisk vurdering må gjøres av slaglege som også må ha tilstrekkelig kunnskap om støttebehandling under og etter prosedyren (for eksempel BT-regulering, reversering av warfarin, behandling mot karspasmer).

Kvalifikasjoner:

Nevroradiolog og intervensjonsradiolog/intervensjonsnevreradiolog: Teoretisk kurs (slagdiagnostikk) og faglig oppdatering samt praktisk skolering i ferdigheter (for eksempel etter modell fra Karolinska sykehus) bør foreligge. Hospitering på aktive sentra anbefales. Sertifiseringsprogram finnes foreløpig ikke i EU (INR), men vil komme. *Nevrokirurgisk beredskap* for akutt avlastning. Ved blødninger og komplikasjoner kan det være behov for akutt EVD og hemikraniectomi. Avtale med nevrokirurgisk senter dersom dette ikke kan oppfylles lokalt.

Etterbehandling første døgn: Hjerneovervåkning, vurdere intraarteriell BT-monitorering og regulere gjennomsnittlig arterietrykk (MAP) tilsvarende forordning av intervensjonsnevreradiolog/dedikert slaglege. Tett klinisk oppfølging og vurdering av hemodynamikk med Doppler er ønskelig.

Motivasjon og kompetanse: Dette er teamarbeid som forutsetter høy kompetanse og innsats i hele behandlingsskjeden, helt fra klargjøring av pasient for transport ettersom tiden til intervensjon er avgjørende for behandlingsresultatet. Dersom pasienter skal transporteres fra primært til regionalt slagsenter for endovaskulær intervensjon, må det være kapasitet til å ta i mot flere pasienter enn de som faktisk blir behandlet. Dette påvirkes imidlertid av god kommunikasjon og teleradiologi før overflytting. Det bør også jobbes videre med om det er hensiktsmessig å triagere pasienter som kan være aktuelle for endovaskulær intervensjon prehospitalt. Det behandelende teamet må drive kontinuerlig kvalitetssikring. Pasientene må registreres i egen database og følges opp etter en protokoll, både i akuttfasen (bildediagnostikk) og i subakutt fase (funksjonsvurdering etter 3 måneder). NSO-styret har foreslått nasjonal registrering i kvalitetsregister.

2) Område som sogner til avdelingen - nedslagsfelt

Organisering i HF må ikke bli en begrensning for at pasienten skal kunne komme raskt til regionalt slagsenter (f.eks. Flekkefjord og Tynset: Raskere transport til henholdsvis SUS og St. Olavs Hospital enn OUS/RH).

På sikt: Transportveier må utbedres. 10% av Norges befolkning har ikke tilbud om luftambulans innen 45 min (jfr. NRKs undersøkelse av dekningsgrad). Prehospital tjeneste er ikke rustet for økningen i antall akutte hjerneslag som forventes de neste år, der diagnostikk og behandling bør initieres innen 90 minutter etter sykdomsdebut (internasjonale retningslinjer). Akutt hjerneslag er den sykdommen i samfunnet som det haster mest med i akuttfasen for å begrense morbiditet og mortalitet, men dette gjenspeiles ikke i prioriteringer i prehospital tjeneste og ved samtidighetskonflikter. Oppgradering av prehospital tjeneste med luftambulans er nødvendig (jfr. Rapport fra HODs akuttutvalg).

Norge er et land med spredt befolkning. Det er lange avstander til/ mellom sykehus. Vanskelig flyvær byr på ekstra problemer og 10% av planlagte utrykninger med luftambulans kan ikke gjennomføres på grunn av dårlig vær, enkelte steder er tallet 15% (jfr. Norsk luftambulans). Det finnes i dag luftambulansbasener, redningshelikopter og ambulansflybasener. Luftambulansbasener er for spredt for å kunne tilby likeverdig transport tjeneste og derved behandling til befolkningen. Eksempler på geografiske områder som ikke er dekket og der avstandene blir for lange til at endovaskulær intervensjon kan tilbys, er Svalbard, Finnmark, Nordland og nord i HSØ. I tillegg må samtidighetskonflikter forventes, slik at noen pasienter blir liggende for lenge og vente på transport til primært/regionalt slagsenter. Det kan ikke aksepteres at transport forsinkes grunnet manglende ledig personell til å følge i ambulansen når det gis iv trombolys.

Følgende sentra er "regionale slagsentre" per i dag:

- OUS: RH de regionale funksjoner, UUS de primære
- SUS
- HUS
- St. Olavs Hospital
- UNN

Følgende større sykehus har særdeles lang avstand til sekundære slagsentra:

- Kristiansand (89 min til OUS/RH, og 74 min til SUS)
- Skien/Porsgrunn (71 min til OUS/RH)
- Innlandet/Lillehammer/Elverum (60/77 min til OUS/RH)
- Lærdal (72 min til HUS)
- Molde (69 min til St. Olav)
- Ålesund (71 min til St. Olav)
- Namsos (88 min til St. Olav)
- Nordlandssykehuset (til St. Olav 124 min, og 104 min til UNN)
- Helgelandsykehusene (ca 70 minutter St. Olav)
- Finnmarksykehusene (UNN): 120 min (Kirkenes)
- Svalbard (flere timer til UNN)

Flytider (helikopter fra base + optimal innlasting + optimalt vær): Fra AMK legger inn en bestilling til pasienten er fraktet inn på målsykehuset. Dette er ca.-tall gitt fra Norsk Luftambulans. Tidene utelukker ikke at det kan gå betydelig mer tid dersom vær, klargjøring av pasienten og andre forhold ikke er optimale. I motsatt fall vil et helikopter tilfeldigvis kunne være nærmere enn basen og transporttiden vil da forkortes. I tillegg kan kombinasjon av bil og luftambulans korte ned transporttiden noe.

Volum:

Studiene som dokumenterer endovaskulær intervensjon er utført hovedsakelig på pasienter som har fått IV trombolys, og kun i fremre kretsløp. Primære slagsentre med lav IV trombolys-rate er mindre egnet til selv å utføre endovaskulær intervensjon.

Internasjonalt har det kommet anbefaling for endovaskulær intervensjon: Nedslagsfelt 1 mill, minimum 500 slagpasienter per år og minimum 60 intervensjoner i året (ESMINT). Dette er ikke gjennomførbart i Norge i andre områder enn i Oslo. I andre regioner er det behov for lokale tilpasninger. Dersom behandlingen gjøres ved sentre med lavere volum, vil en måtte forvente lavere helsegevinst av behandlingen. Dette må veies opp mot bedre tilgjengelighet og alternative kostnader i bedret slagomsorg.

Eksempler:

OUS/RH: 2015 >100 intervensjoner, befolkningsgrunnlag 2,5 mill.

SUS: 3-5% av totalt ca 550 akutte slagpasienter får endovaskulær intervensjon årlig, befolkningsgrunnlag ca 350 000, hvilket tilsvarer 20 pasienter per år (Fjetland et al 2014). Fra studiene publisert i N Eng J Med 2015 er det forskjell i mortalitet mellom MR CLEAN (21%) som inkluderte sentre med lave antall prosedyrer per år) og EXTEND IA (9%) og ESCAPE (10%), som begge hadde høye krav til deltagende sentre. Andre årsaker til forskjellen i mortalitet kan ha vært ulike seleksjonskriterier.

3) Indikasjoner for endovaskulær intervensjon^{12, 13}

Etablerte indikasjoner:

- Billedokumentasjon på fersk trombe/okklusjon: Proximalt i M1-M2-segmenter (mediagrener), og / eller arteria carotis interna som kan forklare pasientens akutte symptomer og kliniske funn.
- Penumbravurdering er ønskelig. Radiologisk: Område med redusert cerebralt blodflow (CBF) som er større enn området med redusert cerebralt blodvolum (CBV). $T_{max} < 6s/TimeToPeak$ større enn CBV (20% større ofte brukt i studier, men noe avhengig av blant annet området som er affisert og software program for analysen). Klinikk fra hjerneområder som ikke viser etablert infarkt. Perfusjon ble benyttet som seleksjon i noen av de randomiserte studier.
- Rettesnor: Lyskepunksjon innen 6 timer i fremre kretsløp.
- Wake-up stroke/"Last seen normal." Foreløpig ikke dokumentert behandlingseffekt, men individuell vurdering. Det anbefales at behandlingen gjøres i RCT (randomisert kontrollerte studier) og/eller nasjonalt/internasjonalt register. Før behandling anbefales MR diffusjon, T2/FLAIR avvik og perfusjon for penumbravurdering.
- Rettledende anbefaling NIHSS 6-25 (Karolinska sykehus), men individuell vurdering
- Endovaskulær behandling av akutte okklusjoner i bakre kretsløp er ikke dokumentert i randomiserte studier, men bør vurderes. Behandlingen bør fortrinnsvis gjøres innen RCT og/eller nasjonale/internasjonale registre.

Etablerte kontraindikasjoner:

- Stort etablert infarkt ($>1/3$ av MCA forsyningsområde, eller $<70cc$, ASPECT score <6), komplett hjernestammeinfarkt med thalamus affeksjon.
- Funksjonsreduksjon og/eller forventet levetid <12 mnd (fra RCT). Individuell vurdering.
- Manglende tilgang arterielt.
- Ikke mulig å nå frem til regionalt slagsenter innen 5,5 time fra symptomdebut (ikke dokumentert i RCT, men en praktisk tilnærming), unntak kan forekomme.

4) Oppsummering:

Utfordring:

Det er stor variasjon i behandling av akutt hjerneslag i Norge i dag. Mange steder er det for få pasienter som får tilbud om i.v. og endovaskulær intervensjon ved akutt hjerneinfarkt (NHRs årsrapport 2014). Ut fra foreliggende dokumentasjon bør en større andel av slagpasientene tilbys endovaskulær intervensjon. Det er flere mangler ved dagens infrastruktur mellom og innad i norske sykehus. Der sykehusene ligger tett kan samling av slagbehandling på færre sykehus bidra til at kvaliteten på behandlingen heves (jfr. omorganisering i europeiske land som Storbritannia og Danmark).

Det er behov for betydelig forbedring av både IKT, logistikk og kommunikasjon mellom primære og sekundære slagsentra i flere deler av landet. Satsning på kompetanseheving og bedret logistikk i hele slagkjeden vil kunne føre til at større andel av befolkningen får IV og endovaskulær reperfusjonsbehandling. Det kan være behov for å etablere endovaskulær

intervensjon ved noen flere sykehus ut ifra dagens geografiske organisering. Befolkningsgrunnlaget er en viktig forutsetning for at disse skal ha nok prosedyrer i året til at kvaliteten på behandlingen blir god nok. Kriteriene nevnt før i dokumentet vil kunne være en ramme. Avstanden til primært slagsenter og infrastruktur vil sammen med befolkningsgrunnlag være avgjørende for om det er tilrådelig å starte med å bygge ut tilbudet for endovaskulær intervensjon.

Referanser.

1. Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, van den Berg LA, Lingsma HF, Yoo AJ, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2015;372:11–20. (MR-CLEAN)
2. Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, Eesa M, Rempel JL, Thornton J, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. *N Engl J Med* 2015;372:1019–1030. (ESCAPE)
3. Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, Dewey HM, Churilov L, Yassi N, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. *N Engl J Med* 2015;372:1009–1018. (EXTEND-IA)
4. Saver JL, Goyal M, Bonafe A, Diener HC, Levy EI, Pereira VM, et al. Stent-Retrievers Thrombectomy after Intravenous t-PA vs. t-PA Alone in Stroke. *N Engl J Med* 2015;372:2285–2295. (SWIFT-PRIME)
5. Jovin TG, Chamorro A, Cobo E, de Miquel MA, Molina CA, Rovira A, et al. Thrombectomy within 8 Hours after Symptom Onset in Ischemic Stroke. *N Engl J Med* 2015;372:2296–2306. (REVASCAT)
6. Mocco J, Khatri P, Zaidat O. The THERAPY trial: the randomized, concurrent controlled trial to assess the Penumbra System's safety and effectiveness in the treatment of acute stroke; *European Stroke Organization Conference*; Glasgow, UK. 2015.
7. Bracard S, Investigators T. The contribution of intra-arterial thrombectomy in acute ischemic stroke in patients treated with intravenous thrombolysis; (THRACE) *European Stroke Organization Conference*; Glasgow, UK. 2015.
8. Ding D. Endovascular Mechanical Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke: A New Standard of Care. *J Stroke*. 2015 May;17(2):123-6.
9. Campbell BC, Donnan GA, Lees KR, Hacke W, Khatri P, Hill MD, Goyal M, Mitchell PJ, Saver JL, Diener HC, Davis SM. Endovascular stent thrombectomy: the new standard of care for large vessel ischaemic stroke. *Lancet Neurol*. 2015 Aug;14(8):846-54.
10. Alberts MJ, Latchaw RE, Selman WR, Shephard T, Hadley MN, Brass LM, Koroshetz W, Marler JR, Booss J, Zorowitz RD, Croft JB, Magnis E, Mulligan D, Jagoda A, O'Connor R, Cawley CM, Connors JJ, Rose-DeRenzy JA, Emr M, Warren M, Walker MD, Brain Attack Coalition. Recommendations for comprehensive stroke centers: a consensus statement from the Brain Attack Coalition. *Stroke*. 2005 Jul;36(7):1597-616.
11. E. Bernd Ringelstein BE, Chamorro A, Kaste M, Langhorne P, Leys D, Lyrer P, Thijs V, Thomassen L, Danilo T, ESO Stroke Unit Certification Committee. European Stroke Organisation recommendations to establish a stroke unit and stroke center. *Stroke*. 2013;44:828-840

12. http://www.eso-stroke.org/fileadmin/files/2015/eso2015/pdf/Thrombectomy_Consensus_ESO_Karolinska_ESMINT_ESNR.pdf
13. Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC, Johnston KC, Johnston SC, Khalessi AA, Kidwell CS, Meschia JF, Ovbiagele B, Yavagal DR; American Heart Association Stroke Council.
2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2015 Oct;46(10):3020-35.

Vedlegg 3

Uttalelse fra Regionalt fagråd for Hjerneslag i Helse Nord vedrørende trombektomi ved akutt hjerneinfarkt

Bakgrunn

Fagrådet arrangerte 22.-23.09.16 en regional konferanse i Sandnessjøen med hensikt å implementere trombektomi for akutte hjerneinfarkter i Helse Nord. Tilstede på konferansen var deltakere fra slagenhetene og radiologiske avdelinger ved 10 av landsdelens 11 sykehus (primære slagsentra). I tillegg deltok to klinikkjefer fra UNN (kliniske serviceavdelinger og NOR klinikken), overlege ved luftambulanseavdelingen ved UNN og enhetsdirektør for prehospitaltjenester samt Fagdirektøren ved Helgelandssykehuset.

En rekke studier publisert i løpet av de to siste årene har dokumentert at trombektomi (fisking av blodpropp) påbegynt innen 6 timer etter symptomstart gir helsegevinst ved akutte storarterie okklusjoner (grad 1, level A). For at denne behandlingen skal bli et likeverdig tilbud til hele landets befolkning vil hvert regionale HF måtte bygge opp et tilbud som er tilpasset lokale geografiske og demografiske forhold. I og med at behandlingen er så tidskritisk (må være påbegynt innen 6 timer som hovedregel) vil dette stille store krav til den prehospitaltjenesten, men også til lokalsykehus og senter som skal utføre selve intervensjonen.

Basert på epidemiologiske hjerneslagdata samt erfaringer fra Stavanger Universitetssykehus har vi anslått at det årlige behovet for trombektomi i Helse Nord potensielt kan bli 30 pasienter i året. Andelen som må overføres intervensjonssenter for vurdering med tanke på slik behandling vil være høyere, anslagsvis 50 per år. Kunnskapssenteret ved FHI har beregnet merkostnadene (prosedyrekostnader, bildediagnostikk og transport) ved å tilby trombektomi som tilleggsbehandling til trombolyse til 84 331 kroner (spenn fra 51 631 til 192 631 kroner).¹

Status presens

UNN-Tromsø har siden 2010 kunnet tilby trombektomi til utvalgte pasienter med akutt hjerneinfarkt. Sykehuset er det eneste senter i helseregionen som kan tilby slik behandling. Trombektomilbudet ved UNN er i dag ikke et komplett 24/7 tilbud grunnet mangel på intervensjonsradiologer. Per i dag har Tromsø én nevrintervensjonist som kan utføre denne behandlingen, forhåpentligvis to fra januar. Vi har på sikt som mål at fem leger skal dele vaktberedskap.

UNN-Tromsø utarbeidet i 2011 regionale prosedyrer for seleksjon og mottak av trombektomipasienter. Disse prosedyrene er nå under revisjon og vil bli publisert innen årsskiftet (se vedlegg 1).

Det foreligger ønske om å bygge opp trombektomilbud ved Nordlandssykehuset-Bodø. Inntil dette tilbudet evt. er på plass har St. Olav tilbudt muligheten for å dekke Helgelandsregionen. Ved en så tidskritisk tilstand som akutt hjerneslag må transporttid til nærmeste senter med behandlingstid være styrende, uavhengig av regionstilørighet, men transporttiden også til St. Olavs Hospital vil ofte være for lang for denne pasientgruppen. ²

Forutsetninger for en vellykket implementering av trombektomi

1. Prehospitaltjenester

Fordi tiden er den viktigste begrensende faktor må alle slagpasienter ha tilbud om luftambulanse innen 45 minutter etter at diagnosen er stillet. Dette innebærer også at helikopter må velges framfor fly der dette gir klar tidsgevinst. En må derfor påregne økt bruk

av hurtiggående helikopter for denne pasientgruppen. For Helgeland vil transport til Bodø være det klart raskeste alternativet når tilbudet der er tilstrekkelig utbygd. Inntil dette eventuelt foreligger vil helikoptertransport til St. Olavs være det beste alternativet. Flytransport mellom Helgeland og Tromsø vil innebære minst 1 t tidsforsinkelse. Det vil være behov for 3 hurtiggående helikoptre, hhv. i Brønnøysund (dekker Helgelandsregionen), Evenes (dekker Lofoten, Ofoten og Vesterålen) og Tromsø (dekker Troms og indre deler av Finnmark). Kysten av Finnmark dekkes av ambulansefly på eksisterende kortbanenett. Basert på erfaringer fra Midt Jylland (Aarhus) vil det for noen pasienter være aktuelt med transport direkte (direct ship) til intervensjonssenter utfra kliniske kriterier (PASS kriterier, se vedlegg 2)

2. Dette er aktuelt der transporttid til nærmeste lokalsykehus og muligheten for å få gitt i.v trombolysen er > 1 time.

2. Primære slagsentra (lokalsykehus)

Primære slagsentra som skal behandle akutte hjerneslagpasienter må kunne tilby akutt og adekvat radiologisk diagnostikk hele døgnet samt ha velfungerende prosedyrer for intravenøs trombolysen. Som en felles minstestandard kan samtlige sykehus i dag tilby CT caput og CT angiografi. Fagrådet foreslår en spesifikk angiografiprotokoll (CT multifaseangiografi, egen link)³ som kan implementeres uten ekstra kostnader eller spesifikk opplæring.

Når pasienter kommer inn med trombolyselarm skal det umiddelbart utføres en CT caput for å utelukke blødning. Når kontraindikasjoner for trombolysen er utelukket gis i.v trombolysen (bolusdose og oppstart infusjon) mens pasient ligger på CT bord og det kjøres deretter en CT angiografi etter spesifikk protokoll. Hvis angiografi viser storarterieokklusjon (egne spesifikasjoner) kontaktes umiddelbart nevrologisk primærvakt ved UNN-Tromsø/St. Olav. Nevrologisk primærvakt kontakter deretter intervensjonsradiolog som vil se på bildene. Etter innføring av Sectra foreligger røntgenbilder i samtid og kan vurderes umiddelbart av nevrologisk radiolog i Tromsø og Trondheim. Dersom angiografikriterier er oppfylt blir det besluttet overføring til intervensjonssenter. Pasient må da overflyttes raskest mulig. Hvis det besluttes at trombektomi ikke er aktuelt å utføre vil pasienten behandles videre ved det primære slagsenter.

3. Intervensjonssenter

Det følgende er generelle nasjonale retningslinjer gitt av NSO (Norwegian Stroke Organization).

A. Tekniske forutsetninger

a. Angiografilaboratorium: helst biplan, roadmap må foreligge. Mål om å oppnå 24/7 vaktberedskap (radiolog/radiograf) med tilkallingstid < 1 time.

b. CT: CT caput, CT angiografi (CTA) med mulighet til å granske både kildebilder og rekonstruksjoner. CT perfusjon (hvis mulig). MR: MR diffusjon, T2/FLAIR (indikerer alder på infarkt), SWI/T2*, MR angiografi (MRA), MR perfusjon (alternativt til CT perfusjon): Daglig inkludert helg (24/7 hvis mulig). Beredskap < 15 min på dagtid, < 1 time helg/helligdager.

c. Nye sentre med lavt volum anbefales radiologisk seleksjon med bruk av perfusjon (CT eller MR), hvis mulig.

d. IKT: Velfungerende teleradiologi, helst felles for området som sogner til sekundært slagsenter (eks. felles RIS/PACS som i Helse Midt-Norge og Helse Nord). Rask bildetolkning av nevrologisk radiolog, nevrointervensjonsradiolog/intervensjonsradiolog på vakt er nødvendig for rask beslutning om pasienttransport til regionalt senter. Hjemmearbeidsstasjoner/webløsning til smarttelefon kan være nødvendig for optimal seleksjon av pasienter.

B. Slagpost på det regionale slagsenter

- Dedikerte overleger som har cerebrovaskulære sykdommer som sitt hovedarbeidsområde. Disse må kunne bistå de primære slagsentra i akutte behandlingsavgjørelser. Avdelingen må ha hjerneovervåking, med tett klinisk evaluering av vitale funksjoner (puls/blodtrykk (BT)/telemetri/O2 metning) og nevrologisk status (NIHSS/GCS).
- Slagsykepleiere.
- Dedikerte slagsenger – dedikert personell i akutt fase.

C. Samarbeid med anestesivdeling

- Døgntilbud (24/7) med mulighet for aktivering på kort varsel.
- Sedasjon/smertelindring under prosedyren foretrekkes, men narkose kan bli nødvendig og da med behov for nevroanestesi kompetanse og innledning uten fall i BT.
- Tilstedeværelse av anestesisykepleier under hele prosedyren.

D. Team som vurderer indikasjon for endovaskulær intervensjon

Radiolog: Nevroradiolog (tilgjengelig for bildetolkning akutt og indikasjonsstilling).

Intervensjonsnevrordiolog eller intervensjonsradiolog med kompetanse på akutt intervensjonsnevrordiologi (INR); både teoretisk og praktisk skoling. Den som skal utføre prosedyren må ha kunnskap om hjernens karanatomi og cerebrale perfusjonsprinsipper, beherske mikrokaterisering i hjernekar etter INR-standard, kunne håndtere akutte situasjoner som egne komplikasjoner og uforutsette hendelser i hjernens blodkar. Bemanning tilgjengelig på angiografi-lab: Minst tre (en radiolog og to radiografer – to sterilt kledde). Beredskapstid for hele teamet må være <1 time (maks. 30 minutter ønskelig) – med mål om 24/7 beredskap.

Slaglege: Kvalifisert slaglege må være tilgjengelig for tolking av klinikk og vurdering av indikasjon 24/7. Klinisk vurdering må gjøres av slaglege som også må ha tilstrekkelig kunnskap om støttebehandling under og etter prosedyren (for eksempel BT-regulering, reversering av warfarin, behandling mot karspasmer).

E. Kvalifikasjoner: Nevroradiolog og

intervensjonsradiolog/intervensjonsnevrordiolog: Teoretisk kurs (slagdiagnostikk) og faglig oppdatering samt praktisk skoling i ferdigheter (for eksempel etter modell fra Karolinska sykehus) bør foreligge. Hospitering på aktive sentra anbefales. Sertifiseringsprogram finnes foreløpig ikke i EU (INR), men vil komme.

F. Etterbehandling første døgn: Hjerneovervåking, BT-monitorering og regulere gjennomsnittlig arterietrykk (MAP) tilsvarende forordning av intervensjonsnevrordiolog/dedikert slaglege. Tett klinisk oppfølging og vurdering av hemodynamikk med Doppler er ønskelig.

Motivasjon og kompetanse: Dette er teamarbeid som forutsetter dedikasjon og kontinuerlig arbeid i hele behandlingkjeden. Dette er ressurskrevende teamarbeid som forutsetter høy kompetanse og innsats, der alle ledd må samarbeide og drilles i sine respektive arbeidsoppgaver for at pasientgruppen skal profittere på behandlingen. Dette gjelder også klargjøring av pasient for transport. Her tapes ofte mye tid. Dersom pasienter skal transporteres fra primært til regionalt slagsenter for endovaskulær intervensjon, må det være kapasitet til å ta imot flere pasienter enn de som faktisk blir behandlet. Dette er nødvendig fordi klinikken og følgelig indikasjonen endres raskt. Også når det ikke gjøres endovaskulær intervensjon, er det behov for stabilisering og hjerneovervåking det første døgnet.

Referanser

1. Mekanisk trombektomi ved akutt hjerneinfarkt. Fullstendig metodevurdering. Folkehelseinstituttet 2016.
2. Hastrup S, Damgaard D, Paaske Johnsen S, Grethe Andersen G. Prehospital Acute Stroke Severity Scale to Predict Large Artery Occlusion. Design and Comparison With Other Scales. Stroke. 2016;47:1772-1776.
3. Menon BK, d'Esterre CD, Qazi EM, Almekhlafi M, Hahn L, Demchuk AM, Goyal M. Multiphase CT Angiography: A New Tool for the Imaging Triage of Patients with Acute Ischemic Stroke. Radiology.2015;275: 510-520.

Vedlegg 1

Regional prosedyre for endovaskulær intervensjon ved akutt hjerneinfarkt – Helse Nord

Hensikt

Sikre effektiv kommunikasjon og felles forståelse av respons, ansvar og oppgaver blant personell involvert i mottak av pasient med verifisert hjerneinfarkt og som er kandidat for endovaskulær intervensjon.

Målgruppe

Pasienter med akutt hjerneischemi som ved CT-angio har fått påvist storarterieokklusjon i form av M1, M2, carotis T, vertebralis (V4) eller basilarisokklusjon og der endovaskulær behandling fortrinnsvis kan påbegynnes innen 6 t i carotiskretsløpet eller 8 timer i basilaris kretsløpet.

Mål

Målet er å få diagnostisert alle pasienter i Helse Nord som rammes av akutt hjerneinfarkt med tanke på indikasjon for endovaskulær behandling, og videre få de transportert til nærmeste intervensjonsenter, som per i dag er UNN-Tromsø eller St Olavs Hospital (Helgelandsykehusene), gjennom akuttmottak og til angiografi-laboratoriet for endovaskulær intervensjon.

Behandlingsteamet

Teamet består av vakthavende personell ved lokalsykehus, lufttransport, neurologisk primærvakt (koordinator), neurologisk bakvakt, radiologisk primærvakt, nevrologisk intervensjonsvakt og anestesipersonell ved intervensjonsenteret.

Indikasjoner for endovaskulær behandling

- Billeddokumentasjon på fersk trombe/okklusjon
 - o Proksimalt i M1-M2 segmenter (mediagrener), carotis T, V4 eller basilarisokklusjon verifisert med CT-angio
- NIHSS 6-25 (anbefalt av Karolinska)
- Bevart kollateral sirkulasjon påvist ved multifase CT angio
- Klinikk fra hjerneområder som ikke viser etablert infarkt
- Intra-arteriell prosedyre bør helst påbegynnes innen 6 timer (men kan overskride 8 timer ut i fra individuelle vurderinger) i carotiskretsløpet, og fortrinnsvis innen 8 timer i basilariskretsløpet

Wake-up stroke

- Dersom < 4.5 timer siden oppvåkning tas multifase CT angio hodet og hals, aktuelle avdelinger vurderer inklusjon i TWIST studien dersom ingen proksimal stenose
- Dersom proksimal stenose, vurdere mulighet for endovaskulær behandling individuelt

Etablerte kontraindikasjoner

- Stort etablert infarkt (> 1/3 av MCA forsyningsområde, eller >70 cc, ASPECT score <6)

- Manglende tilgang arterielt
- Ikke mulig å nå fram til regionalt slagsenter innen 5,5 time etter symptomdebut, unntak kan forekomme
- Forventet levetid < 6 mnd
- Alvorlig demens
- Pasienter med stort pleiebehov

Ansvar og oppgaver ved primært slagsenter

- Alle akutt slagpasienter som er aktuell for trombolyse transporteres så raskt som mulig til sitt primære slagsenter
- Ved PASS- kriterier kan det være aktuelt å transportere pasienten direkte til nærmeste intervensjonssenter
 1. Foreligger blikkdeviasjon?
 2. Er pasienten våken?
 3. Foreligger parese i arm eller ben og ekstremitet faller mot underlaget?
 4. Foreligger noen form for taleproblemer?

Dersom kriterium 1+2 eller 2+3+4 er oppfylt transporteres pasienten direkte til intervensjonssenter uten å gå veien om primært slagsenter

- Alle skal gjennomføre multifase CT-angio hals og hode
- Ved påvist storarterieokklusjon tar vaktavende ved primært slagsenter raskt kontakt med neurologisk primærvakt ved nærmeste intervensjonssenter, og er ansvarlig for å koordinere raskest mulig transport ved behov for evt. overflytting
- Hvis pasienten oppfylder inklusjonskriterier og det ikke foreligger kontraindikasjoner og pasient er innenfor 4.5 t tidsvindu startes intravenøs trombolyse på vanlig måte så raskt som mulig.
- Hvis pasienten ikke kan få intravenøs trombolyse på grunn av overskredet tidsvindu (4.5 t), Wake up stroke og/eller andre kontraindikasjoner, men oppfylder indikasjoner, skal pasienten også meldes til nærmeste intervensjonssenter

Prosedyre ved regionalt intervensjonssenter Helse Nord, UNN Tromsø (St. Olavs hospital har egne prosedyrer)

Før prosedyren

- Neurologisk vaktteam UNN Tromsø tar i samråd med intervensjonsradiolog stilling til om pasient er kandidat til intra-arteriell prosedyre, og om pasienten skal overflyttes
- Alle akutte slagpasienter, sykehusinterne, innkomne og overførte skal utløse slagalarm med mottak på CT-lab
- Neurologisk primærvakt UNN-Tromsø møter i akuttmottak når pasienten ankommer, gjør NHISS, vurderer vekt og øvrig nødvendig medisinsk status.
- Det legges inn blærekateter

- Følg deretter pasient til angiografilab på røntgen avdelingen, alternativt til slagenhet i påvente av at angiolog klargjøres
- Blodprøvepakke rekvireres (*Hb, tr.cytter, INR, glukose*), BT, puls og SaO₂.

Selve angiografiprosedyren

- Nevrologisk primærvakt skriver røntgenrekvisisjon, operasjonsmelding og kontakter anestesien med tanke på narkose-standby under prosedyren
- Angiografistart snarest mulig, også under pågående i.v. lyse. (OBS: selektiv venflon for trombolyse!)
- Dersom aktuelt å gi i.v trombolyse like før i.a trombolyse reduseres dosen Actilyse® i.v til 0.6 mg/kg kroppsvekt (maks 60 mg) mot 0.9 mg/kg kroppsvekt (maks 90mg) som er standard dose
- Etter konvensjonell angiografi vurderer intervensjonsradiolog indikasjon for mekanisk eller kjemisk lyse intraarterielt
- Ved kjemisk lyse gis Actilyse® sekvensielt over 1 time til max dose 20 mg. Trombolysen avsluttes når det er oppnådd rekanalisering eller maks-dosering
- Pasient som i forløpet har fått trombolyse skal ikke ha antikoagulasjon eller platehemmer i de påfølgende 24 timer
- Overvåking etter standard prosedyrer ved i.v trombolyse. I tilfelle narkose er benyttet overføres pasienten til et kort opphold på Oppvåkningen før overflytting til slagenhet

Vedlegg 2

PASS kriterier

1. Foreligger blikkdeviasjon?
2. Er pasienten våken?
3. Foreligger det parese i arm eller ben og underextremitet faller mot underlaget?
4. Foreligger noen form for taleproblem?

Hvis kriterium 1+2 er eller 2+3+4 er oppfylt (ja) transporteres pasient direkte til intervensjonssenter uten å gå veien om lokalsykehus.

^[1] Høringsutkast *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Helsedirektoratet.

^[2] UNN Tromsø behandlet fem pasienter med trombektomi i 2015. Kilde: [Norsk hjerneslagsregister, årsrapport 2015](#)

^[3] Dokmap, PR43695



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
35/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig: Marit Lind		Saksbehandler: Stig Arne Bakken

Gave til UNN - Kirurgirobot

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar å akseptere en pengegave fra forretningsmannen Trond Mohn til anskaffelse av kirurgirobot.
2. Styret retter stor takk til giveren for den sjenerøse gaven, som gjør det mulig å fremskynde utviklingen av UNN som regions- og universitetssykehus for Nord-Norge.
3. Styret godkjenner at gaven mottas, og at tilbudene etableres slik saksfremlegget beskriver.
4. Styret ber direktøren vurdere en hensiktsmessig prosess for utskifting av eksisterende kirurgirobot, med sikte på nødvendig standardisering av opplæring, bruk og innkjøp av driftsmateriell.

Bakgrunn

Realiseringen av regionens nye PET-senter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er nå i sin slutfase, og vil åpne for pasientbehandling våren 2018. Styret er tidligere orientert om at forretningsmannen Trond Mohn i Bergen har gitt betydelige midler tilsvarende 47,5 mill kr inkludert merverdiavgift til anskaffelse av syklotron med tilhørende legemiddelproduksjonsutstyr til PET-senteret. I tillegg er styret orientert om en gave bestående av to skannere (PET/CT og PET/MR) til en estimert total kostnad på om lag 50 mill kr til UNN og UiT Norges arktiske universitet. Mohn har i prosessen formidlet ønske om å bidra til ytterligere faglig utvikling av UNN gjennom å finansiere innkjøpet av en kirurgirobot, og det foreligger et formelt tilsagnsbrev.

Formål

Formålet med saken er å få styrets godkjenning på mottak av pengegaven, i tråd med de gjeldende konsernbestemmelsene i Helse Nord RHF.

Saksutredning

Denne gaven gir mulighet til å prioritere videre utvikling innen et av UNNs vedtatte hovedsatsningsområder. Stabscenteret har gjort nødvendige vurderinger og avklaringer omkring mottak av gaven, blant annet gjennom dialog med Helse Nord RHF's administrasjon.

Konsernbestemmelser for mottak av gaver og for investeringer i Helse Nord.

Ved tilbud om gaver må UNN sikre at mottaket er i henhold til *Konsernbestemmelser for helseforetakenes håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond* (2008) i Helse Nord. Bestemmelsene forutsetter at gaver som er av uvanlig art eller størrelse og som kan påvirke foretakets prioriteringer skal behandles i UNNs styre.

I forbindelse med styrebehandlingen skal følgende vurderes:

- Habilitetsforhold
- Ethiske problemstillinger
- Omdømmemessige problemstillinger
- Om gaven kan påvirke foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer
- Om gaven kan medføre konkurransevridning i forhold til andre aktører
- Om gaven kan medføre endrede driftsutgifter eller økte langsiktige kostnader

Konsernbestemmelser investeringer i Helse Nord (2015) krever at styret i UNN behandler enkeltinvesteringer der samlet investeringssum er 5 mill. kr eller mer. Videre kreves det at dersom investeringen blir større enn 20 mill. kr, men mindre enn 50 mill. kr skal Helse Nord RHF godkjenne investeringen administrativt. Ettersom investeringsmidlene er en gave fra Trond Mohn påvirkes i utgangspunktet ikke investeringsrammene for foretaksgruppen, men i formålsparagrafen heter det at bestemmelsene «omfatter alle former for investering». Gaven må derfor vurderes mot konsernbestemmelsene for investering fordi det blant annet skal vurderes om investeringen påvirker oppgavefordelingen i regionen. Det siste er ikke tilfelle, og styrevedtaket fra UNN vil oversendes Helse Nord RHF.

Mottak av gaven fra Trond Mohn reduserer den totale investeringskostnaden for UNN og Helse Nord, og muliggjør realisering av en ny kirurgirobot tidligere enn om dette skulle vært en del av UNNs ordinære investeringsramme.

UiT har anledning til å søke gaveforsterkningsmidler fra staten, og håndterer dette etter gjeldende regelverk og prosedyrer. Giver ber om at det avklares mellom UiT og UNN hvorvidt kirurgiroboten skal/ kan kunne brukes til forskningsformål. Hvis denne kan brukes til forskningsformål, kan UiT søke om gaveforsterkningsmidler som giver forutsetter brukes til forskningsrelatert bruk av roboten. Det er avklart at kirurgiroboten også skal brukes til forskningsformål.

UNN har allerede en kirurgirobot som er i drift. Isolert sett ville det vært ideelt å ha to like roboter for å standardisere opplæring, unngå dobbelt lagerhold/ få like innkjøpspriser på materiell, få lik kniv- og skiftetid og derigjennom spare personell samt øvrige innsatsfaktorer til operasjonene. Det vil derfor være fornuftig å starte en utredning for å på sikt å erstatte den gamle roboten som nå er fem år, og har økende vedlikeholdskostnader.

Mottak av gaven er vurdert opp mot konsernbestemmelsene, og er funnet å ligge innenfor disse. Når det gjelder inngåelse av fremtidige serviceavtaler, må UNN sikre at anskaffelsesreglementet følges, her som ved annen anskaffelse. Økning i driftskostnader må løses innen UNNs totale ramme, og må avklares innad i UNN. Gaven fremskynder for øvrig realisering av allerede vedtatte strategier og satsinger i Helse Nord, ved UNN.

Medvirkning

Saken forelegges til felles drøftings- og medvirkningsmøte med ansattes organisasjoner og brukerutvalg i uke 16. Protokoll fra møtet vil ettersendes og forelegges styret til endelig behandling, som egen referatsak 25.4.2018.

Vurdering

Direktøren mener at det generøse gavetilsagnet er av stor betydning for den faglige utviklingen i UNN, og i utviklingen av samarbeidet mellom UNN og Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT Norges arktiske universitet, innenfor klinisk behandling, forskning, legespesialisering og øvrig undervisning. Det er også direktørens vurdering at gaven kan mottas innenfor rammen av gjeldende konsernbestemmelser.

Mottak av gaven fremskynder den planlagte utviklingen, men medfører ikke endringer i vedtatte prioriteringer. Mottak av gaven vil etter alt å dømme styrke sykehusets totale omdømme, ved at den nordnorske befolkningen nå får et bedre behandlingstilbud langt tidligere enn det ellers ville vært mulig å få til.

Mottak av gaven fra Mohn innebærer ikke endret funksjonsfordeling i regionen. Det vurderes derfor ikke som nødvendig å legge saken fram for styrebehandling i Helse Nord RHF. Helse Nord RHF skal *administrativt* godkjenne investeringer som er mellom 20 og 50 mill kr, slik at saken oversendes RHFet etter styrets behandling.

Konklusjon

Direktøren anbefaler at styret godkjenner mottak av gaven.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Konsernbestemmelser for helseforetakenes håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond
2. Konsernbestemmelser investeringer i Helse Nord
3. Gavebrev fra Trond Mohn, datert 5.4.2018

KONSERNBESTEMMELSER FOR HELSEFORETAKENES HÅNDTERING AV FORHOLDET TIL GAVER, STIFTELSE, LEGATER OG FOND

I. GENERELL DEL

1.1 Bakgrunn

Foretaksmøtet ba 24. februar 2008 de regionale helseforetakene om å utarbeide retningslinjer vedr helseforetakenes forhold til stiftelser, gaver mv i felleskap.

1.2 Formål

Retningslinjene skal bidra til å sikre foretakets autonomi og være et hjelpemiddel for å ivareta foretakets aktsomhets- og undersøkelsesplikt som følger av regelverk og foretakets rolle som offentlig tjenesteyter. Det er viktig å sikre at helseforetakene har et profesjonelt og ryddig forhold til tilgrensede stiftelser og legater, at gaver blir benyttet til sitt formål og at mottak av gaver blir gjenstand for en forsvarlig vurdering i forhold til etiske problemstillinger, foretakets formål og strategier og virksomheten for øvrig.

1.3 Retningslinjenes virkeområde

Retningslinjene gjelder for samtlige av helseregionens foretak, og skal legges til grunn for etablering og videreføring av samarbeid med stiftelser og legater, mottak av gaver og donasjoner til foretaket fra stiftelser og legater, samt andre utenfor spesialisthelsetjenesten, herunder privatpersoner og kommersielle virksomheter. Rutinen gjelder ikke ved mottak av tilskudd eller midler fra offentlige organer med lovpålagt finansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten. Gaver og lignende til helsepersonell faller også utenfor virkeområdet, da dette er regulert i egen forskrift, Forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse av 29. august 2005 nr. 941, til helsepersonellovens § 9.

1.4 Forholdet til offentligrettslig regelverk

Retningslinjene kommer i tillegg til det regelverk som helseforetak er omfattet av, jf særlig helseforetaksloven og forvaltningsloven, forskrifter og eierfaste krav. Ved eventuell motstrid går regelverk og fastsatte eierkrav foran disse retningslinjene.

1.5 Definisjoner

Med *gave* forstås enhver vederlagsfri overføring av en formuesverdi eller formuesposisjon, f eks fast eiendom, løsøre, verdipapirer, penger, gjenstander eller liknende, uavhengig om overføringen er øremerket til et eller flere bestemte formål eller ikke. Overføring på grunnlag av testamente (arv) likestilles med gave, likeså overføring av formuesverdier til underpris.

Med *stiftelse* forstås en formuesverdi som ved testament, gave eller annen rettslig disposisjon selvstendig er stilt til rådighet for et bestemt formål av ideell, humanitær, kulturell, sosial, utdanningsmessig, økonomisk eller annen art, jf stiftelsesloven § 2. Såfremt en formuesverdi selvstendig er stilt til rådighet som beskrevet, er den en stiftelse selv om den er betegnet som legat, institusjon, fond eller annet.

1.6 Vedtakelse

Retningslinjene er vedtatt i styret for Helse Nord RHF, den 23. september 2008.

II. FORHOLDET TIL GAVER

2.1 Rutiner for aksept og mottak

Det forutsettes at gaver av uvanlig art eller størrelse, eller gaver som kan ha innvirkning på foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer, forelegges foretakets styre før gaven aksepteres. Likeså forutsettes at gaver som kan påvirke funksjonsfordelingen mellom helseforetak, eller som har konsekvens for investeringsplan skal behandles i styret i RHF før de aksepteres.

Før foretaket aksepterer en tilbudt gave skal følgende være vurdert;

- habilitet, jf forvaltningsloven §§ 6 flg. Både forholdet mellom stiftelsen/giver og foretaket, samt forholdet til den som beslutter mottak, må vurderes. Det er særlig viktig å iakttatte relasjoner som kan være egnet til å svekke tilliten til foretaket, eller dets omdømme. Habilitet må også vurderes ift biervervsreglene.
- hvorvidt mottak vil være forenlig med det til enhver tid gjeldende regelverk, jf bla helsepersonelloven § 9, samt eventuelle eierfastsatte krav.
- etiske problemstillinger knyttet til giver og eventuelt mottak av gaven, jf foretakets etiske retningslinjer og samarbeidsavtalen med legemiddelindustriforeningen.
- omdømmemessige problemstillinger, f eks om giver er involvert i virksomhet eller utøver virksomhet som foretaket ikke ønsker å bli identifisert med
- hvorvidt relasjonen til helseforetaket kan utnyttes i kommersiell, eksempelvis reklamemessig sammenheng, og i så fall konsekvensene av dette
- hvorvidt mottak kan påvirke foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer
- hvorvidt mottak av gave kan medføre konkurransevridning i forhold til andre aktører i markedet
- eventuelle andre konsekvenser for foretaket og dets virksomhet, eksempelvis omprioriteringer, endrede driftsutgifter, langsiktige kostnader
- foretaket bør undersøke stiftelsesregisteret der gaven ønskes gitt av en stiftelse, fond mv og for øvrig andre tilgjengelige offentlige registre der giver vil kunne være registrert.

Gaver med begrenset verdi, båregaver mv, som åpenbart ikke er egnet til å påvirke foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer, kan mottas umiddelbart, så fremt det for øvrig fremstår som kurant.

Foretaket bør gjennom kommunikasjon og samhandling med giver tilstrebe størst mulig handlingsrom for foretaket ved anvendelse av gaven, eventuelt innenfor et overordnet fastsatt formål.

Er gaven en bruksrett eller delvis overføring av eiendomsrett, eller eiendom med påhvilende heftelser, skal det før mottak av gaven skriftlig avtales hvorledes kostnader ved gaven, eventuell inkorporering i foretakets eiendom, påkostninger eller investeringer i gaven, samt eiendomsrett i forhold til slike investeringer, skal fordeles.

Når mottak av gaven er vurdert i henhold til ovenstående, skal giver underrettes skriftlig om foretakets beslutning. Blir gaven akseptert, skal giver om mulig også på hensiktsmessig måte, informeres om hvorledes gaven vil bli anvendt.

Foretaket bør i samarbeid med giver vurdere om, og eventuelt hvordan gaven skal kommuniseres ut til offentligheten.

2.2 Forvaltning av gaver

Foretaket skal etablere interne rutiner som sikrer at;

- Gaver som mottas, forvaltes og anvendes i samsvar med det fastsatte eller avtalte formål.
- Gaver skal, i regnskapsmessig sammenheng dokumenteres og holdes atskilt fra foretakets øvrige midler. Foretakets regnskapsrutiner må utformes slik at dette sikres, samt legges til rette for oppfølging og rapportering i forhold til kontroll og revisjon

- Pengegaver som ikke er anvendt plasseres slik at foretaket oppnår en akseptabel avkastning og risiko sett i forhold til givers ønske og foretakets behov.
- Renter av større gaver tilfaller det påtenkte formål bare dersom dette er særskilt vurdert, under særlig hensyn til foretakets autonomi. Renter av gaver for øvrig tilskrives formålet dersom det er et krav om dette fra giver på avgivertidspunktet
- Midler som av ulike årsaker forblir ubrukte, skal foretaket vurdere å benytte til andre formål, i samarbeid med giver.
- Ansvar for oversiktighet og rapportering ivaretas, jfr. pkt. VI.

III. FORHOLDET TIL STIFTELSE OG LEGATER

3.1 Rutiner og saksbehandling ved opprettelse av stiftelser

Det skal utvises en restriktiv praksis mht opprettelse av stiftelser som ikke utelukkende er opprettet for å ivareta forvaltning av gaver til foretaket. Det må særlig vurderes hvorvidt foretakets autonomi fullt ut er ivaretatt ved opprettelse av stiftelser.

Ved opprettelse av nye stiftelser må foretaket dessuten nøye vurdere hvorvidt stiftelsens formål er forenlig med foretakets formål og vedtatte strategier, og hvordan foretakets interesser best kan ivaretas, herunder foretakets interesse i at forvaltningen skjer i samsvar med stiftelseslovens bestemmelser. Tilstrekkelig fleksibilitet i mulig anvendelse av stiftelsens midler må sikres, slik at den også over tid kan tilpasses foretakets virksomhet.

Opprettelser av nye stiftelser skal besluttes av styret i Helse Nord RHF.

Overføring av midler til stiftelser (ikke kjøp av tjenester) skal besluttes av styret i helseforetaket.

3.2 Deltakelse i stiftelsers styrende organer

Er helseforetaket gitt rett til oppnevning av styremedlemmer eller medlemmer til andre organer i en stiftelse, må foretaket nøye vurdere om slik deltakelse er forenlig med helseforetakets virksomhet, herunder dets formål, vedtatte strategier og fullmaktsrutiner. Deltakelse i stiftelsens styrende organer må ikke påvirke helseforetakets autonomi, eller reise etiske eller omdømmemessige spørsmål ved deltakelsen i styret. Det samme gjelder i forhold til bierversreglene.

Foretaket må ved vurdering av spørsmålet om foretaket skal akseptere slik oppnevningsrett og ved den konkrete oppnevningen se til at forvaltningslovens habilitetsregler ivaretas.

IV. ADMINISTRASJON OG FORVALTNING

4.1 Administrasjon og forvaltning av stiftelser

Foretaket skal som hovedregel ikke påta seg administrasjon eller forvaltning av / fra stiftelser, men kan likevel vurdere å ivareta regnskapsoppgaver når stiftelsen er opprettet av foretaket selv, eller opprettet som direkte følge av gaver / donasjoner til foretaket. Det er en forutsetning at slike oppgaver håndteres av enheter som er uavhengige av og / eller ikke underlagt instruksjonsmyndighet fra enheter, som kan defineres som potensielle mottakere av eller interessenter i stiftelsen. Samtykke til slik forvaltning eller administrasjon av stiftelser må gis av foretakets styre, og det er en forutsetning at stiftelsens midler holdes klart atskilt fra foretakets egne midler. Oppdraget må nedfelles i skriftlig avtale mellom foretaket og stiftelsen, som omtaler budsjett, personalforhold, regnskapsmessig oppfølging og rapportering.

V. FORHOLDET TIL NÆRINGSDRIVENDE STIFTELSE

Foretaket skal som hovedregel ikke delta i eller ha roller inn i næringsdrivende stiftelser, slik dette er definert i stiftelsesloven § 4. Særlig gjelder dette i forhold til stiftelser som har eller kan tenkes å ha en forretningsmessig forbindelse til spesialisthelsetjenesten eller tilhørende virksomhetsområder.

VI. OVERSIKT OG RAPPORTERING

Foretaket skal iverksette tiltak for å holde oversikt over samtlige stiftelser som man er involvert i, for eksempel gjennom deltakelse i eller opprettelse av disse. Dette kan hensiktsmessig gjøres gjennom føring av et sentralt register i foretaket.

Foretaket skal også føre en årlig fortegnelse over gaver, donasjoner m.v. som mottas over en viss verdi fastsatt av foretaket.

Rapport om foretakets involvering i stiftelser og om gaver, donasjoner m.v. skal følge som vedlegg til årlig melding.

KONSERNBESTEMMELSER INVESTERINGER I HELSE NORD

Vedtatt av styret i Helse Nord RHF 25. november 2015

1. Formål

Konsernbestemmelsene fastsetter fullmakter og krav til behandling og dokumentasjon av investeringsbeslutninger.

Bestemmelsene skal bidra til riktig og god prioritering av investeringsmidlene.

Bestemmelsene skal sikre et fullstendig beslutningsgrunnlag hvor kvalitet, økonomi, organisasjonsutvikling og andre konsekvenser er vurdert.

Konsernbestemmelsene omfatter alle former for investeringer, og beslutninger om leie som alternativ til egen investering.

2. Generelt

2.1 Investeringsrammer og kostnader

Styret i Helse Nord vedtar investeringsrammer for Helse Nord RHF og helseforetakene. Investeringsrammer innebærer ingen overføring av likviditet, men er kun en tillatelse til å gjennomføre investeringer opp til en gitt sum. Som hovedregel finansieres investeringer av helseforetakenes egen kontantstrøm. I tillegg kan Helse Nord RHF tilføre helseforetakene likviditet gjennom interne lån og kassakreditt.

Alle kostnader av investeringer belastes helseforetaket som gjennomfører investeringer. Helseforetaket må derfor vurdere kostnader til kapital på lik linje med andre innsatsfaktorer i sine prioriteringer.

Dersom helseforetak realiserer vedtatte resultatkrav, vil styret i Helse Nord RHF kunne øke helseforetakets investeringsramme.

2.2 Styring av større strategiske investeringer

Større investeringer i sykehusbygg øker driftskostnadene i helseforetaket. De økte kostnadene finansieres av tre forhold:

- Bortfall av kostnader ved eksisterende bygg
- Effektivisering som følge av nytt bygg/ny organisering
- Bidrag fra styret i Helse Nord RHF (kapitalkompensasjon)

For større investeringer skal styret i Helse Nord RHF fastsette P50¹- ramme og P85-ramme når forprosjektet godkjennes. Prosjektets styringsmål er P50 og denne

¹Prosjekter >50 mill. kroner skal styres etter en investeringsramme som tilsvarer P50 (50 % sannsynlighet for at prosjektet blir dyrere eller billigere), inkl. byggelånsrenter og forventet prisstigning i byggeperioden, samt innlagte mulige tilleggskostnader. Utover dette tar styret i Helse Nord RHF høyde for uforutsette kostnader i løpet av prosjektperioden (P85 – dvs. 85 % sannsynlighet for at prosjektet blir billigere og 15 % sannsynlighet for at det blir dyrere). Avsetning for usikkerhet(P85-P50) kan kun disponeres etter vedtak av styret i Helse Nord RHF.

investeringsrammen legges til helseforetaket. Normalt skal investeringer gjennomføres innenfor P50 rammen. P50-rammen skal inneholde alle kostnader, inklusive buffer for usikkerhet i prosjektet, byggelånsrenter og prisstigning i hele byggeperioden. Det skal utarbeides en «kuttliste» med aktuelle kostnadsreducerende tiltak i prosjektet, som kan iverksettes ved behov.

I tillegg setter styret i Helse Nord RHF av en avsetning for uforutsette kostnader (P85 minus P50). Denne disponeres av styret i Helse Nord RHF.

Det er to beslutningsnivå i disponering av eventuelle besparelser i større prosjekter: Besparelser innenfor P50-rammen disponeres av HF-styret. Besparelser innenfor P85 disponeres av styret i Helse Nord RHF.

I tilfeller hvor P85-rammen er stilt til helseforetakets disposisjon, skal overskridelser utover dette håndteres innenfor helseforetakets fastsatte ramme for investeringer (reduksjon av HF styrets disposisjonskonto eller andre planlagte investeringer i helseforetaket).

2.3 Dokumentasjonskrav

Uavhengig av investeringens størrelse og type, skal det alltid gjennomføres

- en økonomisk analyse
- anskaffelse i tråd med regelverk for offentlige anskaffelser
- nødvendige tiltak for å realisere økonomiske og andre gevinster av investeringen

Omfanget av vurderingene og dokumentasjonen vil variere avhengig av investeringens størrelse, og det er normalt et lavere krav til utredning ved nødvendige re-anskaffelser, jf. punkt 7. Dokumentasjonskravene skal sikre at beslutningen er tatt på et godt fundert grunnlag, og at investeringen er formålstjenlig.

Veileder for Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter skal legges til grunn for prosjekter hvor bygg og anlegg er en sentral del av prosjektet.

3. Investeringsvolum

3.1. Overordnet investeringsramme

Styret i Helse Nord RHF beslutter samlet investeringsvolum i foretaksgruppen, herunder:

- samlet investeringsramme for det enkelte helseforetak
- fordeling av investeringsramme i det enkelte helseforetak mellom større enkeltprosjekter og disponibel ramme for helseforetaket til inventar/utstyr og mindre bygningsmessige investeringer
- forutsetninger for disponering av investeringsrammen
- finansiering av investeringsvolumet
- investeringsramme for fellesprosjekter

Investeringsvolumet fastsettes på grunnlag av vurdering av foretaksgruppens økonomiske bæreevne, økonomiske resultater, status og fremskriving av disponible

likvide midler, samt tilgang på lånemidler.

3.2. Helseforetakets fullmakter

Helseforetakene kan planlegge og gjennomføre anskaffelser i en 4-årshorisont i tråd med vedtatt investeringsplan.

Investeringsrammen til det enkelte helseforetak er et øvre tak på bokførte investeringer det aktuelle året. Helseforetak har ikke fullmakt til å gjøre omfordeling av rammer vedtatt av styret i Helse Nord RHF.

Frigjøring av likviditet som følge av salg styrker foretaksgruppens samlede likviditet, og kan kun nyttes til økte investeringer etter vedtak i styret for Helse Nord RHF.

3.3 Finansiering

Som hovedregel finansieres investeringer av helseforetakenes egen kontantstrøm og salg av eiendom. I tillegg kan Helse Nord RHF tilføre helseforetakene likviditet gjennom interne lån og kassakreditt.

Lån gis normalt til store byggeprosjekter hvor HOD har gitt lånetilsagn til Helse Nord RHF. Helse Nord RHF kan gi ytterligere lån til disse prosjektene, opptil 80 % av investeringen.

I tillegg kan det for konkrete prosjekter større enn 100 mill. kroner gis interne lån (inntil 80 % lånefinansiering). mill.

Dersom aksjeselskap, eid av et helseforetak (hvor eierandel > 50 %), tar opp lån vil dette ses i sammenheng med helseforetakets låneramme.

Leie- og leasing, herunder Offentlig-privat-samarbeid (OPS), er alternative finansieringsmåter for egne investeringer. Alle anskaffelser av bygninger og inventar/utstyr skal vurderes på samme måte etter disse konsernbestemmelsene, uavhengig av finansieringsmåte. Dette innebærer at ulike finansieringsmåter skal vurderes opp mot egenfinansiering. Det skal foretas reelle vurderinger av hvilken finansieringsmåte som er driftsøkonomisk mest fordelaktig.

Alle finansielle leasingavtaler med kontraktsverdi over 100.000 kroner skal godkjennes av Helse Nord RHF.

4. Krav til styrebehandling i helseforetaket

Styret i helseforetaket skal behandle følgende:

- a) årlig investeringsplan, jf. punkt 5, inkl. evt. revideringer av planen
- b) enkeltprosjekter med samlet investeringssum 5 mill. kroner eller mer
- c) enkeltprosjekter som i stor grad påvirker pasienttilbudet
- d) enkeltprosjekter som påvirker oppgavefordelingen mellom geografiske enheter i helseforetaket

- e) enkeltprosjekter som påvirker oppgavefordelingen mellom helseforetak og/eller har driftsøkonomiske konsekvenser for andre deler av foretaksgruppen
- f) enkeltprosjekter som medfører økte kostnader til drift utover det som er forutsatt i investeringsplan og inkludert i driftsbudsjettet
- g) orientering om status fremdrift og investeringskostnad per investeringsprosjekt hvert tertial

Dette er minimumskrav til styrebehandling. Styret i det enkelte helseforetak kan beslutte strengere krav med hensyn til styrebehandling.

5. Nærmere om langtidsplan, inklusive neste års budsjett

Styrene i helseforetakene skal hvert år behandle langsiktig plan for investeringer, samt neste års investeringsbudsjett. Dette skal senest skje i forbindelse med behandling av det årlige driftsbudsjettet slik at driftsmessige konsekvenser av investeringsplanen innarbeides i neste års budsjett.

Følgende krav stilles til helseforetakets investeringsplan:

- Analyse av foretakets økonomiske bæreevne. Har helseforetaket driftsøkonomi til å dekke evt. merkostnader som følge av investeringene innenfor fastsatt resultatkrav? Har helseforetaket likviditet til å betale investeringene? P85-ramme skal legges til grunn for bærekraftsanalyser.
- Investeringsramme skal minimum fordeles mellom større enkeltprosjekt, og generell ramme til mindre utstyrsinvesteringer.
- Fastsetting av administrative fullmakter før iverksetting av investeringer innenfor de rammer som fremkommer av disse konsernbestemmelsene.

6. Krav til godkjenning av Helse Nord RHF

Helse Nord RHF skal godkjenne følgende investeringer i helseforetakene:

- enkeltprosjekter med samlet investeringssum 20 mill. kroner eller mer
- enkeltprosjekter som i stor grad påvirker pasienttilbudet (for eksempel flytting av tilbud eller nytt tilbud)
- enkeltprosjekter som påvirker oppgavefordelingen mellom helseforetak, og/eller har driftsøkonomiske konsekvenser for andre deler av foretaksgruppen
- enkeltprosjekter som medfører større endring i oppgavefordeling mellom geografiske enheter i samme helseforetak
- enkeltprosjekter som medfører avvik fra fastsatte standarder eller strategier i foretaksgruppen

Investeringer i helseforetak opp til 50 mill. kroner kan godkjennes av administrerende direktør. For prosjekter i RHF-regi gjelder de samme bestemmelser til styrebehandling som i HF. Prosjekter med samlet investeringssum på 50 mill. kroner eller mer skal godkjennes av styret i Helse Nord RHF. Helse- og omsorgsdepartementet skal godkjenne investeringer over 1 mrd. kroner, samt behandle investeringer over 500 mill. kroner med hensyn til finansiering.

7. Krav til beslutningsgrunnlag og dokumentasjon for den enkelte investering

Før en investering iverksettes og det inngås økonomisk forpliktende avtaler, skal helseforetaket fatte en konkret investeringsbeslutning for hvert enkelt prosjekt. Investeringsbeslutninger over 5 mill. kroner skal styrebehandles i helseforetaket.

Beslutningsgrunnlaget skal inneholde følgende vurderinger som skal dokumenteres og kunne etterprøves:

- a) Hensikt og mål med investeringen, herunder strategisk tilknytning. Er det fortsatt riktig å prioritere denne investeringen, er behovet fortsatt til stede, evt. har det skjedd noe som endrer prioriteringene.
- b) Vurdering av om styrebehandling og evt. godkjenning av Helse Nord RHF er nødvendig i henhold til disse konsernbestemmelsene
- c) Beskrivelse av investeringen/prosjektet, herunder:
 - Gjennomføringsplan inkludert fremdrift
 - Kompetanse/opplæringsbehov
 - Behov for personellressurser til gjennomføring og prosjektorganisering
- d) Konsekvenser av å gjennomføre investeringen/prosjektet
 - Kost/nyttevurderinger for pasienter, ansatte, miljø, driftsøkonomi, likviditet og lånebehov
 - Helsefaglige vurderinger
 - Konsekvenser for bemanningsbehov etter at investeringen er gjennomført
 - Konsekvenser for rutiner og arbeidsfordeling
 - Konsekvenser for oppgavefordeling mellom enheter og mellom helseforetak, og for andre helseforetaks driftsøkonomi
- e) Beskrivelse av nødvendig organisasjonsutvikling og tiltak for gevinstrealisering
 - Dersom gevinster og endringer som følge av investeringen skal realiseres av andre skal det gjennomføres en prosess/dialog med de som skal realisere gevinstene i forkant av investeringsbeslutningen. Det skal foreligge en bekreftelse fra den (de) som skal realisere gevinsten at nødvendige tiltak og endringer blir gjennomført.
- f) Beskrivelse av 0-alternativ og alternative løsninger
- g) Strategi for gjennomføring av anskaffelsen i tråd med lov og forskrift om offentlige anskaffelser og regional innkjøpsstrategi.
- h) Økonomisk analyse skal inneholde:
 - Investeringsanalyse og økonomisk lønnsomhetsanalyse, herunder konsekvenser for drift, transport av pasienter og finanskostnader

- Kritiske variabler og økonomiske konsekvenser av endring i disse
 - For prosjekter som går over mer enn 2 år og over 50 millioner kroner:
 - Styret i Helse Nord RHF skal vedta P50- ramme og P85-ramme. Prosjektets styringsmål er P50 og denne investeringsrammen legges til helseforetaket. Normalt skal investeringer gjennomføres innenfor P50 rammen. P50-rammen skal inneholde buffer for usikkerhet i prosjektet og byggelånsrenter og prisvekst i byggeperioden.
 - Risikovurderinger skal foretas
 - Har foretaket økonomisk bæreevne til å foreta investeringen? P85-ramme skal legges til grunn for bærekraftsanalyser.
 - Finansiering av investeringen.
 - Prinsipper for endringsordrer innenfor P50. Hvilke fullmakter skal ligge til styret, AD og prosjektleder.
 - For re-anskaffelse av utstyr mv som er utrangert og må erstattes, er kravene til omfang av vurdering og dokumentasjon tilsvarende mindre. Her kreves det en vurdering av om det er riktig og hensiktsmessig å foreta en re-anskaffelse, samt konsekvensen av ikke å foreta re-anskaffelse.
- i) Helse Nord IKT skal involveres i planlegging og gjennomføring av prosjekter som inkluderer IKT-anskaffelser Hvor stor del av investeringen som vedrører IKT skal spesifiseres, slik at denne rammen kan legges til Helse Nord IKT. Helseforetaket skal legge til grunn totalkostnad og totalinvesteringer i bærekraftsanalyser.

8. Hastefullmakt

I tilfelle havari på kritisk medisinteknisk utstyr har Administrerende direktør i helseforetakene fullmakt til å omgå saksgang og dokumentasjonskrav nevnt tidligere i dette dokument. Slik beslutning skal gjøres i tråd med de krav til godkjenning som fremgår av punkt 7 over. Kravene til overholdelse av regelverket for offentlige anskaffelser kan ikke fravikes. HF styret skal informeres om dette fortløpende.

9. Gjennomføring og oppfølging av investeringsprosjekter

Helseforetaket ansvarlig for gjennomføring av anskaffelse, planlegging, gjennomføring (byggherre) og oppfølging av investeringsprosjektet i etterkant.

I utredning, planlegging og gjennomføring av prosjektet skal foretaket forberede organisasjonen på de endringer som investeringen vil medføre (herunder endrede arbeidsmetoder, organisering av oppgaver etc.).

Helseforetaket skal sikre at planlagte gevinster realiseres gjennom oppfølging av konkrete tiltak.

For utbyggingsprosjekter større enn 50 mill. kroner skal det utarbeides tertialrapporter til helseforetakets styre og RHF fra og med gjennomføringsfasen. Helseforetakene må i tillegg vurdere om det er behov for særskilt rapportering for prosjekter under 50 mill.

kroner. Ved signaler om større avvik mill. skal dette varsles umiddelbart både til HF-ledelsen og til RHF.

Tertialrapporter skal inkludere:

a) Status i byggeprosjekt:

- Status og fremdrift i prosjektet
- Økonomisk status
- Status for HMS
- Status for miljø og avfallshåndtering
- Status for risikohåndtering

b) Status i arbeid for nødvendig organisasjonsutvikling

c) Status for gevinstrealisering

Universitetssykehuset i Nord-Norge

v/adm.dir. Marit Lind

Pb. 100

9038 Tromsø

GAVEBREV

Jeg har med dette gleden av å gi UNN/ UiT – Norges arktiske universitet en gave som omfatter midler til innkjøp av kirurgirobot.

1. UNN utarbeider kravspesifikasjoner samt videre oppfølging av innkjøp med utlysning, vurdering av tilbud og kontraktsinngåelser.
2. Tidspunktene for gjennomføring av prosessen frem til installasjon avklares og giver holdes fortløpende informert.
3. Mulig bruk av roboten til forskningsformål må avklares og avtales mellom universitet/sykehus. Dette har betydning for hvilken institusjon som skal stå som formell mottaker av gave (evt. andel av gave) for at deler av gaven skal kunne gi grunnlag for søknad om gaveforsterkningstilskudd. Gaveforsterkningsordningen omfatter som kjent tildelinger bare til universitetene.
4. Giver vil ved inngåelse av avtale om gave ta opp spørsmål om bruk av gaveforsterkningstilskuddet med mottaker, slik at også disse midlene går til tiltak knyttet opp mot forskningsmessig bruk av roboten.

05.04.2018

Med hilsen



Trond Mohn



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
36/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Magne Nicolaisen

Finansiering og organisering av sykestuesenger i Nord-Troms

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til forslag om delfinansiering av seks Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/ sykestuesenger i Nord-Troms.
2. Styret forutsetter at driften av ØHD-/ sykestuesengene sikrer og viderefører de effekter som er vist i rapporten «*Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*».
3. Styret forutsetter at alle senger må tilfredsstille de krav som er beskrevet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 samt Tjenesteavtale 4 mellom kommunene og UNN.
4. Styret ber om at det utarbeides egen driftsavtale mellom UNN og de aktuelle kommunene, som beskriver drift og samarbeid om tilbudet.

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har finansiert drift av til sammen ni sykestuesenger i fire av Nord-Troms-kommunene. Tabellen nedenfor viser finansiering av sykestuesenger samt ØHD-tilskudd.

Kommune	Antall senger	Fra UNN	Fra Staten ØHD-tilskudd i rammeoverføringen	Samlet tilskudd	Snittpris pr. seng
Nordreisa	4	3 099 500	548 500	3 648 000	912 000
Skjervøy	3	2 414 000	322 000	2 736 000	912 000
Kåfjord	1	637 500	274 500	912 000	912 000
Kvænangen	1	746 000	166 000	912 000	912 000
Totalt	9	6 897 000	1 311 000	8 208 000	912 000

Som en del av Samhandlingsreformen ble det gjort endringer i blant annet finansiering av helse- og omsorgstjenestene. Kommunene ble gitt et større ansvar for helsetilbud både før, istedenfor og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. I denne sammenheng ble kommunene pålagt å

opprette et kommunalt Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD-senger), hvor kommunenes budsjett ble styrket og spesialisthelsetjenestens budsjetter redusert tilsvarende.

Disse endringer i oppgaver og finansiering medførte at avtalene mellom UNN og kommunene i Nord-Troms om drift av sykestueplasser ble sagt opp allerede i 2012. Tilbudet er imidlertid videreført i påvente av en grundigere gjennomgang/ evaluering. Denne evalueringen er nå gjennomført.

Formål

Formålet med saken er å avklare UNNs forpliktelser knyttet til framtidig drift av sykestuer i Nord-Troms. Dette må sees i sammenheng med anbefalingene i rapporten «*Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*» (vedlegg 1).

Saksutredning

Helse Nord RHF har i samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og kommunene i Nord-Troms (Kvænangen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy) gjennomført en evaluering knyttet til bruk og drift av sykestuene. Prosjektgruppen avleverte i juni 2017 rapporten «*Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*». Rapporten viser at det ikke har vært mulig å definere et klart skille på pasienten som ligger i sykestuesengen og ØHD-sengen. På denne bakgrunn er det enighet om at det i prinsippet er de samme pasientgruppene.

Oppsummert i rapporten framkommer følgende funn:

- *Den kommunale aktiviteten på ØHD/sykestuenivå i kommunene i Nord-Troms er betydelig høyere enn for landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner.*
- *Kommunene har et vesentlig lavere forbruk av ambulansetjenester både sammenlignet med nabokommuner og Nord-Norge generelt.*
- *Forbruket av pasientreiser er lavere.*
- *Det totale sykehusforbruket (antall liggedøgn pr. 1000 innbygger) er lavere enn nabokommuner og resten av Troms.*
- *Gjennomsnittstall for antall akuttinnleggelser er 18 % lavere enn for sammenlignbare nabokommuner og 20 % lavere enn i Nord-Norge.*
- *Antall utskrivningsklare pasienter er ca. 30 % lavere i disse kommunene enn i sammenlignbare nabokommuner og andre kommuner i UNN sitt opptaksområde.*

Rapporten utreder fire alternativer for framtidig organisering av ØHD/sykestuene i Nord-Troms;

1. Null-alternativet - UNN viderefører finansiering av dagens organisering.
2. Ingen finansiering fra UNN av ØHD/ sykestuene.
3. Sentralisering av ØHD/ sykestuene til Sonjatun med delfinansiering fra UNN.
4. Videreføre dagens organisering, men med delfinansiering fra UNN av færre senger.

Rapporten anbefaler alternativ 4 hvor et desentralisert tilbud med ØHD/sykestueseng i hver kommune videreføres, men med et redusert antall UNN-finansierte senger. Dette alternativet mener prosjektgruppen vil ivareta den desentraliserte pasientbehandlingen i kommunene.

Samtidig antar prosjektgruppen at dette vil bidra til å ivareta rekrutteringsgevinsten ØHD/ sykestuesengene har hatt. En slik videreføring forutsetter at de reduserte reisekostnadene UNN har grunnet aktiviteten i disse sengene fortsetter. Dette fordrer et tett samarbeid mellom UNN og kommunene om dimensjonering og bruk av tilbudet i kommunene.

På styremøte i Helse Nord RHF ble rapporten behandlet, og i vedtaket heter det at «*Rapporten Evaluering av sykestuene i Nord-Troms overleveres til Universitetssykehuset Nord-Norge HF som rette vedkommende*».

Økonomi

I dagens finansieringsmodell er kommunenes tilskudd i den statlige rammeoverføringen drøyt 1,3 millioner pr. år. Dette tilskuddet beregnes ut fra antall innbyggere og alderssammensetning, og påvirkes ikke selv om UNN gjør endring i sine tilskudd. Totalt finansieres hver sykestueseng med 912 000 kr per år. Dagens finansiering av 9 senger utgjør 8,2 mill kr, hvorav 6,9 mill kr kommer fra UNN og 1,3 mill kr fra Staten (rammeoverføring).

En videreføring med finansiering av seks senger vil gi UNN en årlig reduksjon på kr. 2 736 mill.

Den anbefalte videreføringen av seks senger kan framstilles slik:

Kommune	Antall senger	Fra UNN	Fra Staten ØHD-tilskudd i rammeoverføringen	Samlet tilskudd	Snittpris pr. seng
Nordreisa	2	1 275 500	548 500	1 824 000	912 000
Skjervøy	2	1 502 000	322 000	1 824 000	912 000
Kåfjord	1	637 500	274 500	912 000	912 000
Kvænangen	1	746 000	166 000	912 000	912 000
Totalt	6	4 161 000	1 311 000	5 472 000	912 000

Medvirkning

Gjennom arbeidet med evalueringsrapporten er pasient- og brukerperspektivet ivaretatt, blant annet gjennom innspill fra elderråd og ungdomsråd. Disse er vedlagt rapporten. I tillegg er saken forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner med vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget ved UNN i egne medvirkningsmøter og drøftinger i uke 15. Protokollene fra disse møtene behandles som egne referatsaker i UNN-styrets møte 25.4.2018. Samtlige møter sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.

Vurdering

I rapporten «*Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*» konkluderes det med at en videreføring av ØHD-/ sykestuesenger i hver av kommunene er viktig for å videreføre de positive effektene ØHD/ sykestuesengene har for pasientbehandling og rekruttering av personell i disse kommunene.

Direktøren foreslår derfor at UNN viderefører en finansiering som sikrer drift av til sammen seks ØHD-/ sykestuesenger i kommunene Kvænangen, Skjervøy, Nordreisa og Kåfjord. Det forutsettes at driften av ØHD-/ sykestuesengene viderefører de effekter som er vist i rapporten «*Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*».

Alle senger må tilfredsstillende krav som er beskrevet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 samt Tjenesteaftale 4 mellom kommunene og UNN. Det foreslås at det utarbeides egen driftsavtale mellom UNN og de aktuelle kommunene som beskriver drift og samarbeid om tilbudet.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg: Rapporten *Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*, datert 1.6.2017.

Evaluering av sykestuene i Nord-Troms

Nærhet til helsetjenester gjennom samhandling

Dato: 1. juni 2017

1. Forord

Vi lever lengre og økningen i antall eldre gi økt behov for sykehustjenester og pleie- og omsorgstjenester frem mot 2030.

Sentraliseringstrenden fører til at andelen eldre i distriktene vil øke framover.

En forutsetning for bærekraft i spesialisthelsetjenesten er også at primærhelsetjenesten lykkes i sitt omstillings- og utviklingsarbeid, jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, og at samhandlingen mellom kommunene og sykehusene videreutvikles.

Forord fra Ekspertgruppen av brukere, pasienter og pårørende til Nasjonal helse- og sykehusplan, sitat:

«Helsetjenesten er til for pasientene. Å skape pasientens helsetjeneste innebærer at vi må tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes. Det skal være pasientenes helsetjeneste og ikke helsetjenestens pasienter. I pasientens helsetjeneste blir alle sett, hørt og møtt som den man er. Trygghet, forutsigbarhet, respekt og høflighet er bærende elementer.»

Innhold

1.	Forord	2
2.	Forkortelser	4
3.	Sammendrag	5
4.	Innledning og bakgrunn	7
4.1	Mandat	7
4.2	Historisk bakgrunn for sykestuene	8
4.3	Hva er en sykestue?	8
4.4	Hva er en ØHD-seng?	9
5.	Pasient- og brukerperspektivet	10
6.	Kompetanse i de fire Nord-Troms-kommunene	11
6.1	Rekruttering og stabilisering	11
6.2	Samfunnsutvikling og fremtidige behov	13
6.3	Helsetjenester til etniske minoriteter	15
6.4	Tiltakssonen	16
7.	Aktivitetsdata	17
7.1	Forbruk av prehospitale tjenester	17
7.2	Forbruk av pasienttransport	19
7.3	Forbruk av sykehustjenester	20
7.4	Forbruk av sykestuer/ ØHD-senger	23
8.	Analyse av de ulike alternativene	25
8.1	0-alterativet, dagens organisering og finansiering	25
8.2	Alternativ 1: Ingen særskilt finansiering av sykestuene/ØHD	26
8.3	Alternativ 2: Sentralisering av sykestuene	26
8.4	Alternativ 3: Videreføring av dagens organisering med færre senger	27
9.	Prosjektgruppens anbefaling om videre organisering av sykestuene	27
10.	Vedlegg	28
11.	Referanser	33

2. Forkortelser

DMS	distriktsmedisinsk senter
HF	helseforetak
KAD	kommunalt akutte døgnplasser
OSO	overordnet samarbeidsorgan (mellom HF og kommuner)
SSB	Statistisk Sentralbyrå
RHF	regionalt helseforetak
UIT	Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
ØHD	øyeblikkelig Hjelp Døgnopphold

3. Sammendrag

Helse Nord RHF har i samarbeid med UNN og kommunene i Nord-Troms (Kvæningen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy) evaluert bruk og drift av sykestuene. Prosjektgruppen har ikke klart å definere et klart skille på pasienten som ligger i sykestuesengen og ØHD-sengen. På denne bakgrunn er det enighet om at det i prinsippet er de samme pasientgruppene.

I 2009 beskrev Samhandlingsreformen Øyeblikkelig Hjelp Døgnopphold (ØHD-senger) som et viktig virkemiddel for å løse fremtidens helseutfordringer. Helsedirektoratet har estimert et behov på ca.1 seng pr. 7000 innbygger for ØHD-tilbudet. Dette utgjør et behov for ca. 2 slike senger i kommunene i Nord-Troms.

Dagens løsning har totalt ni øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/sykestuesenger som er fordelt slik:

- Kåfjord: en seng
- Nordreisa: fire senger
- Skjervøy: tre senger
- Kvæningen: en seng

Kommunene har hatt et ønske om å videreføre dagens dimensjonering.

Oppsummert fremkommer følgende funn:

- Den kommunale aktiviteten på ØHD/sykestuenivå i kommunene i Nord-Troms er betydelig høyere enn for landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner.
- Kommunene har et vesentlig lavere forbruk av ambulansetjenester både sammenlignet med nabokommuner og Nord-Norge generelt.
- Forbruket av pasientreiser er lavere.
- Det totale sykehusforbruket (antall liggedøgn pr. 1000 innbygger) er lavere enn nabokommuner og resten av Troms.
- Gjennomsnittstall for antall akuttinnleggelser er 18 % lavere enn for sammenlignbare nabokommuner og 20 % lavere enn i Nord-Norge.
- Antall utskrivningsklare pasienter er ca. 30 % lavere i disse kommunene enn i sammenlignbare nabokommuner og andre kommuner i UNN sitt opptaksområde.

Medisinske motiver dominerer beslutningen om å henvise til sykehus, mens pleiebehov, lange avstander til sykehus og tilgang på sykestue med medisinsk behandling er tilleggsmotiver som reduserer antall henvisninger til sykehus.

Samhandlingsreformen medførte en overføring av ansvar og oppgaver fra sykehusene til kommunene. Gjennomgangen av innholdet i det kombinerte ØHD/sykestuetilbudet viser at det tilbudet som gis her i all hovedsak er tilbud som faller innenfor det kommunale tilbudet ØHD. Prosjektgruppen har funnet at dette tilbudet er større i disse fire kommunene enn i landet for øvrig og i forhold til sammenlignbare kommuner. Det synes også klart at dette utvidede tilbudet har positiv effekt på bruken av UNN sine ressurser. UNN har sannsynligvis årlige kostnadsbesparelser på mer enn 5 millioner kroner. Dette er imidlertid noe lavere enn de årlige tilskuddene fra UNN i dag.

Prosjektgruppen mener å ha påvist positive effekter av det utvidede ØHD-tilbudet i disse kommunene og anbefaler at det fortsetter, men med færre senger enn i dag. For å avstemme konkret kapasitet i de enkelte kommunene og bruk av dette utvidede tilbudet må samarbeidet og samhandlingen med UNN styrkes og formaliseres.

For å sikre innspill fra brukerne har prosjektgruppen innhentet uttalelse fra eldrerådene i hver av de fire kommunene.

4. Innledning og bakgrunn

Evalueringen av sykestuene i Nord-Troms ble besluttet gjennomført etter en rekke møter mellom representanter fra Nord-Troms-kommunene, UNN og Helse Nord RHF.

Representanter fra Helse Nord RHF og UNN v/samhandlingsleder gjennomførte høsten 2016 besøk på alle sykestuene samt et fellesmøte med representasjon fra alle kommuner. Etter dette møtet ble det foreløpige mandatet korrigert med innspill fra kommunene. Prosjektet har innhentet tilgjengelige data fra ulike kilder og forsøkt å kvalitetssikre disse på best mulig måte. Prosjektgruppen er kommet frem til følgende resultat i utredningen:

Kommunene har det medisinskfaglige ansvaret for diagnostikk og behandling av den enkelte sykestue/ØHD pasient¹.

Forutsetningen for at UNN eventuelt skal delfinansiere drift av sengene, er at tilbudet har en så god kvalitet at pasienter som normalt ville blitt innlagt på UNN, får sitt tilbud lokalt. En slik vurdering baserer seg på en utredning av punktene under. Det er denne delen av tjenesten som ligger til grunn for eventuell finansiering fra UNN.

4.1 Mandat

Prosjektet skal utrede fremtidig organisering av sykestuene i Nord-Troms.

Følgende alternativer skal utredes:

1. 0- alternativet, dagens organisering og finansiering.
2. Ingen særskilt finansiering av sykestuene/ØHD.
3. Sentralisering av sykestuene/ØHD med delfinansiering.
4. Videreføre dagens organisering med delfinansiering av færre senger.

I arbeidet med prosjektet skal en beskrive følgende aspekter knyttet til disse alternativene:

- Historisk bakgrunn for sykestuene.
- Definisjon av begrepene sykestuer/ØHD senger.
- Pasientperspektivet.
- Beskrive dagens kompetanse, herunder rekruttering og stabilisering.
- Samfunnsutvikling og fremtidige behov.
- Beskrive de prehospitale tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvar for i tilknytning til Nord-Troms-kommunene inkludert en redegjørelse for kjøreavstander.
- Økonomiske/samfunnsøkonomisk perspektiv.

¹ Det har ikke vært mulig å skille «sykestueaktivitet» og «ØHD-aktivitet» i de innrapporterte tall. Derfor benyttes «Sykestue/ØHD-pasient» begrep for aktiviteten.

4.2 Historisk bakgrunn for sykestuene

Historisk har leger, forskere og ulike rapporter sagt dette om sykestuer:

«Sykestuene er en halvannenlinjetjeneste med fokus på samhandling om pasientene og faglig utvikling, som gir god samfunnsøkonomi. Sykestuene er særskilt opprustet med personell og utstyr. Det gis blant annet livreddende behandling for kritisk syke pasienter som befinner seg langt unna sykehus». (1)

Den mest gyldige definisjonen av en sykestuepasient er: pasient innlagt til diagnostisering, observasjon og behandling, som alternativ til sykehusinnleggelse. (2)

Sykestuedrift er hjemlet i sykehusloven fra 19. juni 1969 (3). Der står det at sykestuene er en institusjon mellom hjem og sykehus der primærlegen kan observere, gi enkle behandlinger, avklare behov for sykehusbehandling og unngå unødige sykehusinnleggelser.

Sykestuer fantes i hele Distrikts-Norge fram til 1970-tallet. I 1972 var det til sammen 64 sykestuer med i alt 1005 senger i 15 av Norges fylker. Etter 1970 har myndighetene prioritert utviklingen av sykehus, og dermed er antall sykestuer redusert. Sykestuene har vært en vesentlig del av den desentraliserte helsetjenesten i Nord-Norge.

I 1988 førte en politisk reform til at ansvaret for sykehjemmene ble overført fra fylkene til kommunene. Etter dette har mange sykestuer blitt nedlagt av økonomiske grunner. Til tross for en gradvis reduksjon av sengeantallet representerer Nord-Troms fremdeles et unntak, hvor kommunene har valgt å opprettholde dette tilbudet til sin lokalbefolkning.

Gjennom flere tiår har driften på alle sykestuene vært et kommunalt øyeblikkelig-hjelp-tilbud, lenge før både samhandlingsreformen og plikten til å etablere et kommunalt akuttdøgntilbud trådte i kraft. Sykestuene har fungert som en mellomting mellom en sengepost på sykehus og en sengepost i et kommunalt sykehjem.

Sykestuene i Nord-Troms har årelange tradisjoner med sykestuedrift helt tilbake til midten av 1900-tallet, der kompetanse og erfaring om drift, kvalitetsutvikling og pasientforløp er godt utviklet.

4.3 Hva er en sykestue?

Ifølge sykehusloven fra 19. juni 1969 (3) beskrives sykestuer slik:

«Medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke kan foretas i den sykes hjem, men som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig.»

En sykestue i dag består vanligvis av et akuttrom og en liten sengepost samlokalisert med et sykehjem og/eller et helsesenter.

Hovedgrupper av pasienter som legges inn i sykestuene er:

Kreft, hjerneslag, brudd og luftveissykdommer, synkope (besvimelser), sepsis (blodforgiftning), blodtransfusjoner, cellegiftbehandling, hjertesvikt, akutte magesmerter, forvirring/delir, angst/depresjon/selvmoordsfare, avrusning for alkohol og narkotika, og behandling og pleie i livets slutfase.

4.4 Hva er en ØHD-seng?

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5 pålegger kommunene et ansvar for øyeblikkelig hjelp. Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp innebærer å vurdere hva slags tilbud pasienten trenger, og sørge for at slikt tilbud blir gitt i kommunen, eller henvise pasienten videre til spesialisthelsetjenesten for nødvendig behandling og oppfølging. Rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første ledd.

Følgende hovedgrupper av pasienter inngår i dagens tilbud:

- Stabile pasienter med avklart diagnose.
- Stabile pasienter med uavklart diagnose, som trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syk.

ØHD-sengene skulle innføres gradvis over fire år fra 2012. Etablering av sengene var søknadsbasert, og det var krav om at søknaden skulle inkludere signert samarbeidsavtale mellom kommunen og det aktuelle helseforetaket før tilskudd ble utbetalt. Omfanget av tiltaket var definert av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), og skulle, når alle kommunene hadde dette på plass, gi 242 032 liggedøgn pr. år. Det skjedde en ansvarsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Pengene ble flyttet fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger og lagt inn i rammen til kommunene.

Totalt var det 1 048 millioner kroner (2012-kroner) som ble tatt fra sykehusbudsjettet og tildelt kommunene etter mal av beregningsgrunnlaget til HOD (4).

Fra og med 1.1.2016 hadde kommunene plikt til å ha tilbudet på plass. Tiltaket er ikke lenger søknadsbasert og pengene kommer direkte i rammeoverføringen til den enkelte kommune.

I veiledningsmateriell for etablering av ØHD-tilbudet (4) heter det blant annet at kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud skal gis der pasienten kan få et like godt eller bedre tilbud enn ved sykehusinnleggelse. Tilbudet skal på den måten redusere antall sykehusinnleggelser.

Som en følge av finansieringsmodellen har helseforetakene redusert sin kapasitet (antall senger) tilsvarende etableringen av de nye kommunale sengene. Hvis denne endringen skal gi et like godt eller bedre tilbud til befolkningen, er det avgjørende at ØHD-sengene blir benyttet i tråd med intensjonene. Funn, både lokalt og nasjonalt, viser imidlertid at kapasitetsutnyttelsen i ØHD-sengene er lav. Det stilles også spørsmål om det er de riktige pasientene som ligger i disse sengene, eller om ØHD-tilbudet benyttes til pasientgrupper som kommunen allerede har ansvar for, som utskrivningsklare pasienter og sykehjemspasienter.

For kommunene i Nord-Troms og omkringliggende kommuner gav denne beregningen følgende utslag:

Tabell 1 Helsedirektoratets tilskuddsbeløp i 2015. Antall liggedøgn er stipulert av Helsedirektoratet.

Kommune	Årlig tilskuddsbeløp til ØHD-seng(er)	Stipulert antall liggedøgn i ØHD-sengen(e)
Kåfjord	Kr 603 994,-	127 liggedøgn/år.
Skjervøy	Kr 708 510,-	149 liggedøgn/år.
Nordreisa	Kr 1 206 886,-	253 liggedøgn/år.
Kvænangen	Kr 366 356,-	77 liggedøgn/år.
Storfjord	Kr 464 272,-	97 liggedøgn/år.
Balsfjord	Kr 1 505 032,-	316 liggedøgn/år.
Lyngen	Kr 843 830,-	177 liggedøgn/år.
Karlsøy	Kr 664 502,-	139 liggedøgn/år.

5. Pasient- og brukerperspektivet

For å utøve pasientens helsetjeneste er det viktig å høre hva brukerne sier. Prosjektgruppen har hentet innspill fra ungdoms- og elderåd i kommunene (se vedlegg 1–4) for detaljerte møteprotokoller. Felles for disse er at de mener kommunene må få beholde sykestuene. Dette begrunnes i lange avstander til UNN Tromsø, og at pasientene kan få behandling nært der de bor. Trygghet og nærhet til tilbudet har stor betydning når de har behov for helsetjenester. De kjenner helsepersonellet, og de pårørende har kort vei for å besøke dem ved innleggelser. På denne bakgrunn ønsker de ikke en sentralisering av sykestuene til

Nordreisa. Blant annet er Kvænangsfjellet ofte stengt om vinteren. En sykestue i kommunen bidrar også til rekruttering av helsepersonell. Dette begrunnes i at arbeidsoppgavene blir mer interessante, og de kan arbeide sammen i team som gir trygghet. En god faglig kompetanse lokalt i kommunene bidrar til å redusere antall innleggelser ved UNN Tromsø.

Sykestuene gir en merverdi fordi de skaper trygghet og befolkningen har tillit til at de får gode helsetjenester. Pasientene ønsker å bli lagt inn på sykestuen fremfor å bli fraktet inn til sykehus. I praksis vil det være uinteressant for en pasient om sykestuen er kommune- eller spesialisthelsetjeneste. Det viktigste er at en ser dette som en totalhelsetjeneste hvor pasienten får startet med behandling så snart som mulig. Pasienten er ikke opptatt av organisering, men av resultat og opplevelse.

6. Kompetanse i de fire Nord-Troms-kommunene

For å sikre tilstrekkelig personell i framtiden, må helsetjenesten arbeide målrettet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere. En egen plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – Kompetanseløft 2020 – er lagt fram i forslag til Prop. 1 S (2015–2016). I stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten har regjeringen lansert ytterligere tiltak for å styrke kompetansen hos framtidens helsepersonell Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*).

6.1 Rekruttering og stabilisering

Sykestuefunksjonen har avgjørende betydning for rekrutteringen av helsepersonell til kommunene i Nord-Troms. Til sammenligning hadde Senjakommunene i mange år utfordringer knyttet til rekruttering i lege- og helsetjenesten. Stabiliteten i Nord-Troms skyldes i hovedsak sykestuefunksjonen i den enkelte kommune. Sykestuene representerer en faglig stimulans og utfordring. Samtlige kommuneleger sier at uten sykestuene hadde de ikke søkt seg til Nord-Troms. Historikken og tilliten til sykestuene i Nord-Troms er grunnfestet i befolkningen og blant helsepersonellet, som er stolte av arbeidet som utføres der.

Rekrutteringen til Nord-Troms-kommunene har over mange år medført et stabilt og faglig solid miljø blant helsepersonellet. Dette har i seg selv vært stabiliserende og generert enda mer rekruttering (positiv dominoeffekt). Sykestuene i de enkelte kommuner er hovedårsaken til stabiliteten. Geografisk plassering i utkantstrøk skulle ellers tilsi stort gjennomtrekk av helsepersonell. Fire kommuneoverleger med til sammen 93 års virke i de fire kommunene tyder på trivsel og stabilitet. Om sykestuefunksjonen blir borte i de enkelte kommunene, vurderer flere av legene å flytte til mer sentrale strøk. Mangel på stabilitet på legesiden vil gi dårligere stabilitet blant øvrig helsepersonell (negativ dominoeffekt). En

flytting av alle sykestuesenger til Nordreisa vil kunne gi en negativ effekt i de tre øvrige kommunene. Det faglige miljøet vil forringes, og stabiliteten svekkes. Nærheten til sykestuene blir borte, og tryggheten/tilliten i befolkningen til gode helsetjenester/eldreomsorg kan svekkes.

Kåfjord

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Lege	3 og en turnuslege	Lang fartstid for to av legene i kommunen, en med 34 år.
Sykepleier	12	Videreutdanning: 2 kreft, 2 diabetes, 1 distriktsykepleie og 1 geriatri
Helsefagarbeider	4	Videreutdanning: 2 med aktiv omsorg og 2 med utfordrende atferd

Nordreisa

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Lege	5 og en turnuslege	Tre av legene er spesialister i allmennmedisin, og den fjerde er snart ferdig. 40 % legeressurs er avsatt til å betjene selve sykestuen blant annet med daglig visitt. To av disse legene har lang fartstid i kommunen den ene 8 år og den andre som nylig er pensjonert har 40 år.
Sykepleier	9 personer fordelt på 7,2 årsverk	Videreutdanning: 1 administrasjon og folkehelse, 2 kreft, 1 diabetes og lindrende behandling, 1 distriktsykepleie, 1 akuttisykepleier og 1 geriatrisk sykepleier
Helsefagarbeider	6, til sammen 3,8 årsverk	Kompetanse: 1 psykiatri, 2 geriatri og 1 barselomsorg.

Skjervøy

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Lege	3 og en turnuslege	En er spesialist i allmennmedisin og en er snart ferdig. Den ene har lang fartstid i kommunen, 26 år.
Sykepleier	12 personer fordelt på 8 stillinger i 100 % inkludert avd. sykepleier, 1 i 80 %, 1 i 70 %, og 100 % sykepleier som leder av sykestuen og sykehjemmet.	2 av sykepleierne har videreutdanning innen kreft, 3 innen psykiatri og 1 innen geriatri.
Helsefagarbeider	10	Av helsefagarbeidere er det 4 med videreutdanning innen kreft, 3 innen eldreomsorg og 3 innen psykiatri/rus.

Kvæningen

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Lege	3 og en turnuslege	En av legene er spesialist i allmenntidisin (25 års fartstid i kommunen), en er spesialist i generell indremedisin med sub- spesialitet innen akuttmedisin og kreft.
Sykepleier	9	Videreutdanning: 1 i distrikts sykepleie og 1 innen demens
Helsefagarbeider	4	Videreutdanning: 1 innen demens, 5 med demensomsorgens ABC, og 1 med videreutdanning i akuttmedisin.

6.2 Samfunnsutvikling og fremtidige behov

I 2015 og 2016 gjennomførte Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UIT) en studie om kompetansebeholdningen i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms-kommunene. Resultatene ble fremlagt i rapporten «Levende Studie – og levende læringsentra? Varsel om en mulig krise» (5). Kartleggingen var forholdsvis enkel, men den gir et bilde av kompetansebeholdningen i Nord-Troms.

Sett i et rekrutterings- og kompetanseperspektiv gir tallene grunnlag for å identifisere utfordringer som helse- og omsorgssektoren i regionen vil stå overfor i årene som kommer. Å sikre fremtidig kompetent arbeidskraft vil være avgjørende for å kunne levere gode helsetjenester.

Med en gjennomsnittsalder på 48 år blant de som jobber i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms, så står man overfor en utvikling hvor mange i løpet av få år enten går av med pensjon eller reduserer sin stilling. Nesten 40 prosent av de ansatte er i dag over 50 år. Særlig merkbart blir dette for helsefagarbeiderne som er den største yrkesgruppen. 44.4 prosent av disse er i dag over 50 år. For en kommune som Kåfjord er nesten 30 prosent av helsefagarbeiderne (13 personer) over 60 år. Også for de tre «ufaglærtgruppene» er gjennomsnittsalderen høy. I gruppen spesialsykepleierne er 35 prosent i dag over 50 år, det samme er tilfelle for lederne.

KS sin arbeidsgivermonitor for 2014 viser at 53 prosent av samtlige ansatte i kommunene jobber deltid, mens det innenfor helse- og omsorgssektoren er nærmere 70 prosent. Slik sett kommer ikke Nord-Troms spesielt dårlig ut med sine 65.7 prosent i deltidsstillinger. Kvæningen ligger klart under med sine 56 prosent i deltidsstillinger. Det ble gjennom kartleggingen dessuten påvist en negativ sammenheng mellom stillingsandel og videreutdanning, dvs. jo mindre stillingsandel man har, jo større er sannsynligheten for at man ikke har noen form for videreutdanning. Om lag 20 prosent av de som arbeider i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms har lav formell utdanning og/eller en

utdanning som ikke direkte er relevant for jobbutøvelsen. Kartleggingen viser at dette er en særlig utfordring for Kåfjord, Kvænangen og Lyngen.

Samhandlingsreformen har en forventning om at kommunene skal løse stadig flere oppgaver på lokalt førstelinjenivå, samtidig som at antallet brukere/pasienter i årene fremover vil øke fordi vi lever lengre.

Konkret trekkes det frem mer spissede kompetanseområder, som ulike former for kreftbehandling (for eksempel cellegiftbehandling), lungelidelser, rehabilitering og mer spesifikke geriatriske problemstillinger knyttet til aldring og demens. Videre nevnes spesifikke sykdommer som kols og diabetes. Rus og psykiatri trekkes også frem som et problemområde. Slike utfordringer gjør at det må gjøres en vurdering av hvorvidt dagens antall og sammensetning av stillinger er optimale for å løse både dagens og morgendagens utfordringer (6).

Framskrivninger viser at den yrkesaktive delen av befolkningen frem mot 2040 vil halveres i flere av kommunene. Det blir derfor en stor kamp om den lokale og regionale arbeidskraften. I Kvænangen vil det (basert på folkeframskrivning fra SSB) i 2040 kun være 3,8 yrkesaktive (mellom 20 og 67 år) i arbeid per person over 80 år i kommunen, omtrent en halvering fra dagens nivå. Parallelt vil andelen eldre øke tilsvarende og dette vil gi et økt pleiebehov.

Demografisk utvikling

Alle kommunene i Nord-Troms er små, men har relativt ulike størrelser ut i fra innbyggertall. Nordreisa er den største kommunen med 4 892 innbyggere, Kvænangen minst med 1 235, mens Kåfjord og Skjervøy er relativt jevnstore med hhv 2 178 og 2 911 innbyggere. Kåfjord og spesielt Kvænangen har hatt en betydelig nedgang i folketallet de siste 15 årene. Mens prognosene for Nord-Troms tilsier en befolkningsvekst på 7 prosent frem mot 2040, forventes folketallet i Kvænangen å synke med ytterligere 17 prosent.

Befolkningssammensetning og infrastruktur

I forbindelse med kommunereformen ble det gjennomført en utredning (6) for de fire kommunene Kvænangen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy som blant annet omfattet befolkningssammensetning og infrastruktur.

I Kvænangen har en betydelig andel av befolkningen samisk eller kvensk opprinnelse. 84 % av de sysselsatte årsverkene i kommunen er innenfor tertiær sektor (2015), som i hovedsak utgjør service- og tjenesteytende næringer. Europaveg 6 går gjennom hele kommunen og utgjør en viktig kommunikasjons- og samferdselslinje i kommunen. I tillegg er Kvænangen knyttet sammen med flere av stedene i og rundt kommunen med hurtigbåtanløp.

I Kåfjord har flertallet av befolkningen i kommunen kystsameopprinnelse, og i 2005 ble norsk og samisk navneform likestilt. Sammen med samisk har også det kvenske språket en viktig forankring i Kåfjord.

75 prosent og 16 prosent av nærings sammensetningen er innen tertiær og primær sektor, og består hovedsakelig av fiske og landbruk. Europaveg 6 går langs hele kommunen og gir god tilknytning til resten av fylket. I tillegg har Kåfjord fergeanløp som går over Lyngenfjorden til Lyngseidet.

I Skjervøy arbeider 65 prosent og 25 prosent av de sysselsatte i kommunen innenfor tertiær og sekundær sektor, hovedsakelig i fiske og fiskeforedlingsindustri. Skjervøy har tunnelforbindelse til Nordreisa, hurtigrute til Tromsø og ferge mellom de største øyene Arnøy og Laukøy. 80 prosent av befolkningen bor på Skjervøy tettsted.

I Nordreisa er befolkningen et resultat av «de tre stammers møte», kvensk, samisk og norsk. 81 prosent av de sysselsatte i kommunen jobber i tertiærnæringen, som i hovedsak består av fiske og landbruk. Av arbeidstakerne som bor i kommunen arbeider de fleste innen kommunens grenser og i offentlig tjenesteyting. Begge tettstedene Nordreisa og Sørkjosen ligger ved Europaveg 6, og det er tunnel ut til Skjervøy. Sørkjosen har også kortbaneflyplass som er viktig for infrastrukturen i regionen.

6.3 Helsetjenester til etniske minoriteter

Nord-Troms har en rik kultur ved at både samisk-, kvensk- og norsktalende innbyggere bor i kommunene. Sykestuene bidrar til at en stor andel av pasientene behandles lokalt, noe som gjør at helsetjenesten har en god forutsetning for å kjenne sine pasienter.

Senter for omsorgsforskning har gjort en kunnskapsoppsummering av helse og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. En av tingene som løftes frem er:

«Det er av stor betydning at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om sosiale, historiske og kulturelle faktorer som kan ha betydning for møter mellom samer og helse- og omsorgstjenestene.» (7)

Nærhet i tilbud kan bidra til å styrke kunnskapen på de områder som er skissert ovenfor.

Kåfjord kommune tilhører, som eneste kommune i Nord-Troms, forvaltningsområdet for samisk språk, hvor norsk og samisk er likestilt. Dette innebærer at informasjon, annonsering og lokale skjema skal være både på norsk og samisk. Samisk språk skal synliggjøres gjennom skilting på to språk. Dette medfører også at alle innbyggere i kommunen har en lovfestet rett til å bruke, og bli møtt på, samisk for å ivareta sine interesser innenfor helse- og omsorgsområdet.

Kunnskapscenteret.no skriver i rapporten «Effekt av tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenester til etniske minoriteter» (8) at:

«Språkproblemer, ulike referanserammer, manglende kunnskap og forståelse hos helsepersonell om kultur og særegne sykdommer for den etniske gruppa pasienten tilhører, kan gjøre at en helsetjeneste som i utgangspunktet tilbys likt til alle får en dårligere kvalitet i praksis. Ulikheter i kulturell bakgrunn for behandler og pasient kan bety at de har ulik forståelse av sykdom og fortolkning av alvorlighetsgrad.»

I dialog med helsepersonell som arbeider ved de ulike sykestuene i Nord-Troms ble tilbudet til de etniske minoritetsgruppene diskutert. I Kåfjord tilbys samisk språkkurs til helsepersonell som ikke er samisktalende. Det er krevende å vedlikeholde kunnskapen fordi språket praktiseres for lite til at de behersker det fullgodt. Det er særskilt den eldste samiske befolkningen som profiterer på å snakke sitt eget språk når de blir syke. Kåfjord kommune prioriterer da at samisktalende helsepersonell har ansvar for denne pasientgruppen for å sikre best mulig kvalitet i behandling og omsorg.

I Kvæningen er det i perioder med reinflytting ofte behov for helsetjenester til reindriftssamene. Tjenestetilbudet tilpasses i størst mulig grad, slik at de får rask og effektiv hjelp ved behov.

6.4 Tiltakssonen

Finnmark og de sju nordligste Tromskommunene utgjør det geografiske området for Tiltakssonen. Den ble etablert i 1990 som et svar på de mange krisene, særlig i fiskeri og fiskeindustrien, og for å avhjelpe høy arbeidsledighet og generelt dårlige levekår for befolkningen. Tiltakssonen var også en kompensasjon for klima- og avstandsulemper. (9)

Virkemidlene skulle forbedre *rammebetingelsene* og slik sett bidra til høyere sysselsetting og bedre bostedsattraktivitet. Dagens målsetting er å gjøre Finnmark og Nord-Troms mer attraktivt for bosetting, næringsvirksomhet og arbeid. Virkemidlene skal stimulere til positive og motvirke negative utviklingstrekk i nærings- og arbeidsliv. Dagens virkemidler er: fritak fra arbeidsgiveravgift, redusert personskatt, fritak for elavgift, og ettergivelse av studielån. Altså en miks av næringsrettede og individrettede virkemidler.

Med unntak av de store vekstsentrene (Alta, Hammerfest) og kommunene med nærhet til Tromsø (Lyngen, Storfjord, Karlsøy) kan man med bakgrunn i evalueringen fra Norut si at Nord-Troms-kommunene Kvæningen, Skjervøy, Nordreisa og Kåfjord har mer til felles med Finnmark enn til Troms for øvrig når det gjelder demografisk utvikling, utdanning, sysselsetting og næringsliv. Det samme kan sies om avstander og klimatiske utfordringer. Samlet sett utgjør dette viktige faktorer som påvirker risiko og sårbarhet knyttet til liv og helse som er en av årsakene til at man har valgt å ha drift av sykestuer i regionen.

7. Aktivitetsdata

Det er vanskelig å måle de direkte økonomiske effektene av det kommunale tilbudet. Det legges opp til en indirekte analyse for å se om aktiviteten i ØHD/sykestue sengene medfører lavere forbruk av spesialisthelsetjeneste i disse kommunene. Vi vil videre se nærmere på forbruk av prehospitale tjenester, pasienttransport og forbruk av sykehustjenester.

7.1 Forbruk av prehospitale tjenester

Det benyttes ambulanser i hovedsak når det haster eller medisinske behov tilser det, men det er også tilfeller der ambulanser benyttes selv om pasienten kunne ha vært fraktet med taxi eller andre fremkomstmidler.

I tabellen nedenfor ser vi antall reiser pr 1 000 innbygger sammenlignet med referansekommunene. Det er stor variasjon mellom kommunene, men snittet mellom de to kommunegruppene tyder på et lavere antall fra Nord Troms.

Tabell 2 – Forbruk av ambulansetjeneste totalt, i snitt og pr 1000 innbygger

	Folketall 01.01.2016	Ambulanseturer totalt			Turer pr 1000 inb
		2014	2015	Snitt	
1940 Gáivuotna - Kåfjor	2150	568	521	544,5	253
1941 Skjervøy	2920	515	431	473	162
1942 Nordreisa	4895	770	729	749,5	153
1943 Kvænangen	1231	292	246	269	219
TOTAL	11196	2145	1927	2036	182
1933 Balsfjord	5701	1383	1415	1399	245
1936 Karlsøy	2282	459	472	465,5	204
1938 Lyngen	2861	498	434	466	163
1939 Storfjord - Omasv	1865	409	352	380,5	204
TOTAL	12709	2749	2673	2711	213

Ser vi på bruk av ambulanse til UNN er det betydelig forskjell.

Tabell 3 – Forbruk av ambulansetjeneste til UNN

	Folketall 01.01.2016	Ambulanseturer til sykehus (UNN)			Turer pr 1000 inb
		2014	2015	Snitt	
1940 Gáivuotna - Kåfjord	2150	190	193	191,5	89
1941 Skjervøy	2920	51	34	42,5	15
1942 Nordreisa	4895	129	113	121	25
1943 Kvænangen	1231	1	6	3,5	3
TOTAL	11196	371	346	358,5	32
1933 Balsfjord	5701	783	763	773	136
1936 Karlsøy	2282	189	168	178,5	78
1938 Lyngen	2861	188	171	179,5	63
1939 Storfjord - Omasvuotna - Omasv	1865	188	156	172	92
TOTAL	12709	1348	1258	1303	103

I tabellen ser vi at kommunene i Nord-Troms har 71 færre turer pr 1 000 innbygger sammenlignet med referansekommunene Balsfjord, Karlsøy, Lyngen og Storfjord. Dersom befolkningen i Nord-Troms hadde hatt samme behov for turer pr 1 000 innbygger (103) som referansekommunene, ville forbruket ha vært 1 153 ambulanseturer til UNN. Det vil si at

besparelsen tilsvarer 794 turer. Årsaken til det lavere forbruket kan skyldes bruk av DMS-et og effekt av sykestuene. Når vi korrigerer for innleggelser på DMS-et (81) kan 713 av det reduserte forbruket være et resultat av det kommunale tilbudet ØHD/sykestuer.

Tabell 3 er inklusive omlastninger av pasienter og gir ikke et helt korrekt bilde av fordelingen mellom kommunene. Vi har derfor laget en korrigert oversikt som gir et bedre bilde av hvor kostnadsbesparelsene fremkommer.

Tabell 4 – Korrigert forbruk av ambulansetjeneste til UNN

	Folketall 01.01.2016	Snitt	Turer pr 1000 inb
1940 Gáivuotna - Kåfjor	2150	111,5	52
1941 Skjervøy	2920	82,5	28
1942 Nordreisa	4895	151,0	31
1943 Kvæningen	1231	13,5	11
TOTAL	11196	358,5	32
1933 Balsfjord	5701	773,0	136
1936 Karlsøy	2282	178,5	78
1938 Lyngen	2861	179,5	63
1939 Storfjord - Omasv	1865	172,0	92
TOTAL	12709	1303,0	103

Totalt antall oppdrag inkluderer kategoriene leveringssted for UNN Tromsø, legevakt, båt, luftambulanse, andre helseinstitusjoner og omlasting til annen ambulanse. Innenfor kategoriene legevakt og andre helseinstitusjoner vil transporter som går til sykestuene være inkludert.

Tabell 5 – Kostnader ambulanseoppdrag fordelt på internt i kommunen og til UNN Tromsø

	Internt i kommunen			Til UNN Tromsø snitt			Kostnader internt		Kostnader til UNN Tromsø		Totale kostnader
	Kostnad aktiv tid	Kostnad passiv tid	Antall turer	Kostnad aktiv tid	Kostnad passiv tid	Antall turer	60 % aktiv, 40 % passiv	Gjennomsnitt pr tur	60 % aktiv, 40 % passiv	Gjennomsnitt pr tur	
Kåfjord	800	1 200	353	4 928	7 328	111,5	338 880	960	656 512	5 888	995 392
Skjervøy	680	1 080	431	6 048	8 848	82,5	361 620	840	591 360	7 168	952 980
Nordreisa	800	1 200	629	6 208	9 008	151	603 360	960	1 106 528	7 328	1 709 888
Kvæningen	760	1 160	266	7 224	10 424	13,5	244 260	920	114 804	8 504	359 064
Totalt			1 678			358,5	1 548 120	923	2 469 204	6 888	4 017 324

I tabell 5 har vi sett på kostnader knyttet til ambulanseoppdrag. Det er satt en pris ved oppdrag internt i kommunen og til UNN Tromsø. Videre er oppdragene fordelt med 60 prosent på aktiv arbeidstid og 40 prosent passiv arbeidstid.

Kostnadene for en lokal tur i området er i gjennomsnitt kr 800 ved aktiv tid og kr 1 200 ved passiv tid. Kostnadene for en tur til Tromsø er i gjennomsnitt kr 4 928 ved aktiv tid og kr 7 328 ved passiv tid.

Dersom vi antar at vi har en besparelse på 713 ambulanseoppdrag til UNN Tromsø med en gjennomsnittspris på kr 6 888, har vi en besparelse på kr 4 910 000.

Legene i kommunene prioriterer strengt hva de velger å rekvirere ambulanse til. Ambulansetjenesten er en ressurs de ønsker å beholde i kommunen så mye som mulig for å opprettholde den akutte beredskapen. Ved transport til UNN Tromsø vil denne ressursen være borte fra de ulike kommunene i 3–10 timer.

7.2 Forbruk av pasienttransport

Ved behandling som er planlagt og ikke er øyeblikkelig hjelp, benyttes pasientreiser. I tabellen nedenfor vises turer pr 1 000 innbygger for å sammenligne forbruket med referansekommunene. Antall pasientreiser pr 1 000 innbygger varierer mye mellom kommunene, men gjennomsnittet til kommunegruppene tyder på et lavere antall reiser fra Nord Troms.

Tabell 6 – Antall pasientreiser pr 1 000 innbygger

	Folketall 01.01.2016	Pasientreiser til sykehus			Turer pr 1000 inb
		2014	2015	Snitt	
1940 Gáivuotna - Kåfjord	2150	409	452	430,5	200
1941 Skjervøy	2920	233	256	244,5	84
1942 Nordreisa	4895	370	435	402,5	82
1943 Kvænangen	1231	108	149	128,5	104
TOTAL	11196	1120	1292	1206	108
1933 Balsfjord	5701	1490	1413	1451,5	255
1936 Karlsøy	2282	484	477	480,5	211
1938 Lyngen	2861	464	478	471	165
1939 Storfjord - Omasvuotna - Omas	1865	230	149	189,5	102
TOTAL	12709	2668	2517	2592,5	204

I tabellen ovenfor ser vi at kommunene i Nord-Troms har ett lavere forbruk av pasientreiser til sykehus. Kommunene i Nord-Troms har i snitt ett forbruk på 1 206 turer som tilsvarer 108 turer per 1 000 innbygger, mens referansekommunene har ett forbruk på 2 592 som tilsvarer 204 turer pr 1 000 innbygger.

Ved DMS Nord-Troms hadde befolkningen i Nord-Troms i snitt 1 267 polikliniske konsultasjoner pr år i perioden 2014–2015. Dersom de ikke hadde hatt tilbudet ved DMS-et, måtte de polikliniske konsultasjonene vært gjennomført ved UNN, og antall pasientreiser ville dermed ha økt. Ved pasientreiser er det 1,2 pasienter i snitt pr tur noe som gjør at antall pasientreiser ville ha økt med 1 055 turer. Samlet ville det da ha vært gjennomført 2 261 reiser som tilsvarer 202 reiser per 1 000 innbygger.

Det ser dermed ut til at reduksjonen i pasientreiser i all hovedsak kan sees som er resultat av tilbudet ved DMS Nord-Troms. Vi kan derfor ikke legge til grunn at sykestuetilbudet i Nord-Troms påvirker pasienttransporten.

7.3 Forbruk av sykehustjenester

Ved bruk av ØHD- og sykestuesenger kan det være fornuftig å se nærmere på om kommunens bruk av sykehustjenester er lavere enn kommuner uten disse sengene. Tall på forbruk av medisinske akuttinnleggelser i UNN vil derfor være en mulig indikator². Som referanseområde for sammenligning har man valgt kommunene Storfjord, Lyngen, Karlsøy og Balsfjord (St-Ly-Ka-Ba), som er noenlunde lik i demografi, topografi og utstrekning. For å få et riktig bilde på eventuelle forskjeller har man valgt å beregne gjennomsnitt over de syv årene 2010–2016.

Tabell 7 - Medisinske akuttinnleggelser pr 1 000 innbygger

Periode	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gjennomsnitt
Kommune								
Balsfjord	79,2	82,9	79,3	91,4	74,7	76,7	80	80,6
Karlsøy	93,8	96,8	95,4	101,1	93,5	98,2	95,3	96,3
Lyngen	105	81,9	92,6	101,3	73,9	66,1	79,7	85,8
Storfjord	100,8	98,5	81,9	87,1	65,9	72,4	87,7	84,9
Gáivuotna								
Kåfjord	87,4	88,2	91	98,6	80,2	75,8	75,3	85,2
Skjervøy	92,2	66,7	67,5	74,6	80,5	83,9	82,7	78,3
Nordreisa	70,8	62,8	60,8	60,8	59,6	55,4	65,6	62,3
Kvænangen	51,8	65,4	79,5	81,8	69,3	61,7	74,3	69,1
Troms Ofoten	88,3	83,1	83,9	86,1	74,6	74,6	74,9	80,8
Nord-Norge	99,5	96,5	96,3	97,1	88,5	86,3	85,2	92,8
Nord-Troms	75,54	70,79	74,71	78,96	72,41	69,2	74,49	73,7
St-Ly-Ka-Ba	94,7	90,02	87,29	95,2	76,98	78,31	85,66	86,9
Redusert antall akuttinnleggelser i Nord-Troms (i %)								
Sammenlignet med St-Ly-Ka-Ba								-17,8
Sammenlignet med Nord-Norge								-20,5

Tabellen over viser at Nord-Troms har nesten 18prosent lavere antall akuttinnleggelser sammenlignet med referansekommunene. Sammenlignet med Nord-Norge ligger antall akuttinnleggelser i Nord-Troms nesten 20 prosent lavere. Vi ser at disse fire kommunene i snitt ligger lavere enn UNN området samlet og lavere enn sammenlignbare kommuner. Men

² Tallmaterialet og informasjon om indikatoren Medisinske akuttinnleggelser er hentet fra Helsedirektoratets nettside som inneholder styringsdata for somatisk sykehusaktivitet. I framstillingen på Samhandlingsbarometeret inngår beregnede rater for kommunene i Troms og Ofoten, gjennomsnitt for disse kommunene, tilsvarende for Helse Nord og for hele landet. Datakilden er Norsk Pasientregister (NPR), og tall er hentet for alle helseforetak, private sykehus og klinikker som rapporterer inn til NPR.

det er forskjeller mellom kommunene som gjør at det grunn til å se nærmere på for å avklare årsaker og sette inn tiltak.

Liggedøgn

En annen indikator som kan være relevant å se på, er hvorvidt kommuner med sykestuer har et lavere forbruk av sykehussenger samlet sett. Indikatoren³ viser antall liggedøgn på sykehus pr. 1 000 innbygger/år.

Tabell 8 Antall liggedøgn pr. 1000 innbyggere/år

Periode	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gjennomsnitt
Kommune								
Balsfjord	870,6	823,3	885,8	816,9	755,1	794,1	799,6	820,8
Karlsøy	864,2	969,9	939,1	991,4	924	766,4	798,6	893,4
Lyngen	924,8	940,6	759	935,5	820,7	775,3	802,7	851,2
Storfjord	863,3	706,1	679,2	744,5	778,7	654,7	1009,4	776,6
Gáivuotna								
Kåfjord	886,5	881,4	838,3	845,1	883,6	998,6	822,6	879,4
Skjervøy	810,7	828,1	695,4	824,4	824,2	767,8	722,3	781,8
Nordreisa	820,6	755,4	728,2	692,6	782,9	660,1	695	733,5
Kvænen	764,3	741,4	767,1	635,3	754,5	855,4	751,8	752,8
Troms Ofoten	812,3	772,8	734,3	715,7	701,6	699,2	696,4	733,2
Nord-Norge	874,4	857,9	803,5	780,4	766,7	763,3	751,4	799,7
Norge	780,7	762,4	724,5	702,7	684	678,2	657	712,8
Nord-Troms	820,54	801,59	757,25	749,36	811,28	820,47	747,91	786,9
St-Ly-Ka-Ba	880,72	859,97	815,8	872,08	819,61	747,61	852,58	835,5
Akuttinnleggelser i Nord-Troms								
Liggedager i Nord-Troms sammenlignet med Nord-Norge								-12,7
Liggedager i Nord-Troms sammenlignet med St-Ly-Ka-Ba								-48,6

³ Antall pasienter vil i dataene her være det antall pasienter med en innleggelse og/eller en poliklinisk konsultasjon som inngår i den aktuelle kategorien. Dette betyr at en pasient (les person) vil telles som to eller flere pasienter dersom denne personen har hatt to eller flere opphold i ulike kategorier. En person som i samme tertial har hatt to opphold, ett for behandling av kreftsykdom og ett for behandling av en lungebetennelse, vil i statistikken her telles som 1 kreftpasient og 1 pasient med lungebetennelse. Tilsvarende dersom en person har ett opphold i 1. tertial og ett opphold i 2. tertial, dersom man summerer antall pasienter i de to tertialene vil denne personen telles som 2 pasienter. Antall pasienter kan derfor kun brukes opp mot den kategorien de er opptelt for, og kan ikke uten videre summeres for flere kategorier (tertialet, pasientgrupper, osv.). Innleggelser - Hovedregelen er at innleggelser omfatter episoder (sykehusopphold) som er registrert ved sykehusavdelinger (i det pasient-administrative systemet for innlagte pasienter). Innleggelser omfatter her både akutt- og planlagte innleggelser.

Tabellen viser signifikant lavere gjennomsnittlig antall liggedøgn både sammenlignet med Nord-Norge og St-Ly-Ka-Ba. Med en døgnkostnad pr. sykehusedøgn i UNN på kr. 10 600 vil dette innebære at sykestuene i Nord-Troms utgjør en besparelse på kr. 514 736 pr. 1000 innbyggere sammenlignet med referansekommunene.

Utskrivningsklare pasienter

Har sykestuene betydning for antallet utskrivningsklare pasienter i UNN? Definisjonen på denne indikatoren er⁴:

Tabell 9. Antall utskrivningsklare liggedøgn - somatikk pr. 1 000 innbygger / år

Periode	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gjennomsnitt
Kommune							
Troms							
Ofoten	39,97	22,4	24,34	36,85	33,31	46,66	33,92
Balsfjord	38,35	6,65	1,07	8,57	5,26	11,23	11,86
Karlsøy	57,32	32,37	40,7	31,89	20,16	24,54	34,50
Lyngen	23,12	4,31	14,37	51,68	18,87	16,78	21,52
Storfjord		1,03	9,27	10,54	9,65	20,73	10,24
St-Ly-Ka-Ba	29,70	11,09	16,35	25,67	13,49	18,32	19,10
Kåfjord	24,89	0,91	17,56	11,46	9,77	10,54	12,52
Skjervøy	2,78	0,69	8,33	4,49	5,48	2,28	4,01
Nordreisa	14,15	3,3	4,53	32,98	29,01	6,26	15,04
Kvænangen				8,97		3,25	6,11
Nordtroms	10,5	1,2	7,6	14,5	11,1	5,6	8,4
Reduksjon liggedøgn utskrivningsklare pasienter (pr. 1000 innbygger i %)							
Sammenlignet med St-Ly-Ka-Ba							-56,0
Sammenlignet med Troms-Ofoten							-91,60

Tabellen viser at kommunene i Nord-Troms i gjennomsnitt har over 50 prosent lavere antall liggedøgn pr. 1000 innbyggere sammenlignet med referansekommunene, og ligger mer enn 90 prosent lavere enn kommunene i Troms og Ofoten. Det kan se ut til at kommunene i Nord-Troms har ca. 50 færre liggedøgn enn referansekommunene.

Ifølge UNN koster det kr 10 600 å ha en pasient liggende ett døgn. UNN fakturerer kommunene kr 4 622 pr døgn. Det betyr at UNN har en netto kostnad på kr 5 700 pr døgn. Samlet ser det ut til at det lave antallet utskrivningsklare pasienter, sparer primærkommunene for ca.kr 230 000 pr år og UNN ca. kr 300 000 pr år.

⁴ Statistikken viser antall liggedøgn for pasienter som har vært utskrivningsklare og som har ventet på et kommunalt tjenestetilbud. Pasienten regnes som utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering.

Tabell 10.– Antall reinnleggelser pr 1 000 innbygger pr år

Periode	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Snitt
Kommune								
Troms								
Ofoten	15,9	14,7	15,5	16,1	16	12,9	13,7	2,1
Nord-Norge	16,8	16,7	17,3	17,8	18	14,5	14,8	2,4
Norge	16,3	16,1	16,7	16,5	16,7	14,1	13,9	2,3
Nord-Troms	10,1	10,2	12,8	11,7	11,2	9	13,6	1,5
St-Ly-Ka-Ba	14,2	15	14,1	15,9	15,8	11,4	14,8	2,1
Reinnleggelser Nord-Troms (pr. 1000 innbyggere, innen 30 dager)								
Sammenlignet med Nord-Norge								-32
Sammenlignet med St-Ly-Ka-BA								-32

Tabellen viser at det gjennomsnittlige antall reinnleggelser for Nord-Troms ligger ca. 30 prosent lavere enn referansekommunene og Nord-Norge.

7.4 Forbruk av sykestuer/ ØHD-senger

Det foreligger ikke data eller beskrivelser av innhold i og aktivitet i sykestuesenger versus ØHD-senger som kan dokumentere at aktivitetene i de to tilbudene er forskjellige. Praksisen i kommunene er at disse tilbudene drives som en felles enhet med felles bemanning og aktivitet. Samhandlingsreformen la premisser for en aktivitet i kommunene (ØHD-senger) basert på størrelsen i befolkningen.

Tabell 11. Forbruk ØHD senger pr 1000 innbygger

	Nordreisa	Skjervøy	Kåfjord	Kvænanen	TOTAL
Liggedøgn KAD senger forutsetning	253	149	127	77	606
Liggedøgn ut over forutsetning	986	1914	16	154	3070
					3676
Antall innbyggere	4895	2920	2150	1231	11196
Forbruk pr 1000 innbygger	253	707	67	188	328

Det er rapportert en aktivitet i KAD/sykestuesengene som er 3070 døgn ut over forutsetningene i samhandlingsreformen. Det ser ut til at spesielt Skjervøy har rapportert aktivitet på en annen måte enn de øvrige kommunene. Det er en svakhet ved rapporten at registreringspraksis har vært noe forskjellig.

Tabell 12. Aktivitet, kapasitet og forutsetninger

Aktivitet, kapasitet og forutsetninger	Nordreisa	Skjervøy	Kåfjord	Kvæningen	Totalt
	Sykestue/ØH D-senger	Sykestue/ØH D-senger	Sykestue/ØH D-senger	Sykestue/ØH D-senger	
Antall senger	4	3	1	1	9
Antall døgnopphold	1 239	2 063	296	231	3 829
ØHD-senger forutsetning	253	149	127	77	606
Liggedøgn ut over forutsetning	986	1 914	169	154	3 223
Rapporterte ØHD døgn	227	516	90	75	908
Aktivitet ut over ØHD i 2015	1 012	1 547	206	156	2 921

Vi har mottatt data på antall liggedøgn fra Helsedirektoratet for perioden september 2014– august 2015. Tallene viser at antall liggedøgn ligger langt over forutsetningene for alle kommunene.

Tabell 13. Estimerte liggedøgn, kapasitet og beleggsprosent i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter kommune perioden september 2014 – august 2015 (Kilde: Helsedirektoratet)

Kommunenr	Kommune	Liggedøgn	Antall innleggelseser	Antall plasse	Kapasitet	Beleggsprosent
1940	Kåfjord	188	90	0,37	135,05	139 %
1941	Skjervøy	815	516	0,44	160,6	507 %
1942	Nordreisa	654	207	0,75	273,75	239 %
1943	Kvæningen	184	59	0,23	83,95	219 %

Tabell 14. Estimerte liggedøgn, kapasitet og beleggsprosent i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter region perioden september 2014 – august 2015 (Kilde: Helsedirektoratet)

	Estimerte liggdøgn		Estimert kapasitet		Estimert beleggsprosent	
	Totalt	Komm.med minst 1 års drift	Totalt	Komm.med minst 1 års drift	Totalt	Komm.med minst 1 års drift
Sør-Øst	35 341	33 445	102 628	95 378	34	35
Vest	9 117	8 481	26 057	23 298	35	36
Midt-Norge	7 784	7 433	24 874	23 214	31	32
Nord	8 226	7 996	18 031	17 155	46	47
Totalt	60 468	57 354	171 589	159 045	35	36

Vi ser at beleggsprosenten er svært høy i alle kommunene i Nord-Troms.

8. Analyse av de ulike alternativene

Analysene avgrenses til å gjelde konsekvenser for:

- Universitetssykehuset Nord-Norge
- Kommunene:
 - Nordreisa
 - Skjervøy
 - Kåfjord
 - Kvæningen
- Pasientene
- Pårørende og ledsagere

De analysene som er gjennomført viser at tilbudet i sykestuekommunene høyst sannsynlig medfører lavere forbruk av sykehustjenester. Korrigert for effekten av DMS-et kan det argumenteres for at sykestuetilbudet medfører reduserte ambulanseskostnader på 4,9 mill kroner og færre utskrivningsklare pasienter 0,3 mill. I tillegg kommer effekten av færre reinnleggelser og færre liggedøgn.

Det er forskjeller mellom kommunene når det gjelder effekt i form av redusert bruk av UNN sine ressurser.

Det utvidede tilbudet i kommunene har positiv effekt på bruk av UNN sine ressurser. For å sikre god effekt på ressursbruk og pasienttilbud bør samarbeidet mellom UNN og kommunene utvikles.

8.1 0-alterativet, dagens organisering og finansiering

Fordelene for UNN er lavere andel utskrivningsklare pasienter (50 prosent), lavere andel reinnleggelser (30 prosent lavere), færre antall akuttinnleggelser (18 prosent lavere) og lavere transportkostnader (4,9 mill).

Fordelene for kommunene med sykestuer i hver enkelt kommune er nærhet til gode helsetjenester, rekruttering/stabilisering av helsepersonell inklusiv lege-/sykepleietjenester og god beredskap.

Fordelene for pasienter og pårørende er trygghet, tillit og nærhet til gode helsetjenester og unngåelse av lange transporter på opptil 640 km t/r. Eldrerådene i kommunene støtter dagens ordning.

8.2 Alternativ 1: Ingen særskilt finansiering av sykestuene/ØHD.

Økonomisk vil UNN spare 7,3 millioner kroner i tilskudd til kommunene, men må regne med økte kostnader til transport og utskrivningsklare pasienter på over 5 millioner kroner.

Alternativet om ingen særskilt finansiering av sykestue/ØHD vil gjøre at hele finansieringen vil falle på kommunene om tilbudet skal opprettholdes slik det er i dag. Hvis man ser på kommunenes økonomiske situasjon vil dette ikke være realistisk. Kommunene vil da sannsynligvis legge seg på hva som er krav på ifølge forskrift om drift av ØHD. Dette vil da bety en betydelig reduksjon i tilbudet. Dette vil igjen si slutten på en lang tradisjon i Nord-Troms om drift av sykestue.

Dersom tilbudet på sykestuesengene blir avvirket vil dette ha en negativ effekt for driften av DMS-et i Nordreisa.

8.3 Alternativ 2: Sentralisering av sykestuene.

De enkle analysene som er gjort, viser at et utvidet kommunalt tilbud i kommunene har positive effekter for pasientbehandling og forvaltning av pasientenes penger ved at tilbudet også har noen positive effekter på UNN sine kostnader.

Overordnet samarbeidsorgan ved UNN (OSO) og UNN har framsatt et ønske om å styrke DMS Nord-Troms ved Sonjatun i Nordreisa. En mulig styrkning kan skje ved å sentralisere sykestue/ØHD sengene i regionen til Sonjatun med henvisning til mer robust fagmiljø og rekruttering av helsepersonell dit. Det er viktig å påpeke at DMS Nord-Troms faglig sett er adskilt fra sykestuevirksomheten i Nordreisa kommune.

Situasjonen i Nord-Troms har gått seg til gjennom mange tiår, hvor sykestuene har representert stabilisering og rekruttering av helsepersonell i hver enkelt kommune i lang tid. En sentralisering til Sonjatun vil destabilisere helsetjenesten i de øvrige Nord-Troms kommunene og gjøre situasjonen utrygg for befolkningen som sokner naturlig til disse kommunene. Samtlige leger i Nord-Troms er sterkt imot en slik sentralisering.

Samtlige leger i Nord-Troms er enige om at et desentralisert sykestuetilbud i regionen er det klart beste alternativet. UNN finansierer delvis 9 sykestuesenger i Nord-Troms. Av tabell 9 framgår det at rapporterte ØHD døgn og aktivitet utover ØHD i 2015 var på ca. 3 600 liggedøgn, som gir et belegg i disse 9 sengene på noe over 100 prosent i gjennomsnitt. Etter folketallet skal Nord-Troms ha knapt 2 ØHD-senger. Beleggsprosenten i landet for øvrig i ØHD seng ligger på ca. 30 prosent. Nord-Troms ville i så fall ha hatt 220 liggedøgn i sykestue/ØHD seng. Vi har i virkeligheten 3 600 liggedøgn, omlag 16 ganger så mye. Noe av årsaken kan forklares med at ØHD er noe nytt i landets kommuner for øvrig, mens det i Nord-Troms er en tradisjon i over 50 år. De aller fleste av disse pasientene måtte ellers har

blitt innlagt på UNN. Legene i Nord-Troms behandler altså langt flere typer og antall pasienter enn hva ØHD er stipulert til.

8.4 Alternativ 3: Videreføring av dagens organisering med færre senger

En videreføring av dagens organisering med ØHD/sykestuesenger i alle fire kommune vil:

- Oppfylle kommunenes ønske om en desentralisert ordning
- Bidra til å opprettholde et større fagmiljø i kommunehelsetjenesten i de fire kommunene og sannsynligvis styrke rekruttering av helsepersonell.
- Sikre helsetjenester til befolkningen som kompenseres for lange avstander til sykehus og klimatiske utfordringer (stengte veier etc.)
- Realisere en stor del av de økonomiske gevinstene som er beskrevet.
- Redusere kostnadene for UNN.

9. Prosjektgruppens anbefaling om videre organisering av sykestuene

Prosjektgruppen anbefaler alternativ 3, hvor et desentralisert tilbud med ØHD/sykestueseng i hver kommune videreføres - men med et redusert antall UNN-finansierte senger.

Dette alternativet mener prosjektgruppen vil ivareta den desentraliserte pasientbehandlingen i kommunene. Samtidig antar prosjektgruppen at dette vil bidra til å ivareta rekrutteringsgevinsten ØHD/sykestuesengene har hatt. En slik videreføring forutsetter at de reduserte reisekostnadene UNN har grunnet aktiviteten i disse sengene fortsetter. Dette fordrer et tett samarbeid mellom UNN og kommunene om innhold i sengene samt dimensjonering og bruk av tilbudet i kommunene.

Prosjektgruppen antar at en videreføring av ØHD-senger i hver av kommunene er tilstrekkelig til å videreføre gevinstene, og at kommunene fordeler merfinansieringen av ØHD/sykestuesengene på bakgrunn av folketall.

Prosjektgruppen mener pasient og brukerperspektivet i rapporten er godt ivaretatt, bl.a. gjennom vedlagte innspill fra eldreråd og ungdomsråd.

10. Vedlegg

Vedlegg 1:

Innspill fra Eldrerådet i Kvæningen, Sykestuefunksjonen 2015/196

Saksprotokoll fra Eldrerådet i Kvæningen, 04.10.2016.

Behandling: Forslag fra eldrerådet:

Vi har kommet fram til følgende gode grunner til at kommunen må få beholde sykestuefunksjonen.

1. Vi har en stor andel eldre i kommunen som ofte må få behandling på sykestua i.v. behandling av antibiotika, diabeteskontroller, cytostatika- behandling i.v., blodoverføring, ekg, osv. osv.
2. Lange avstander både mot nord og sør for å komme til sykehus, - og verst mot sør pga Kvæningsfjellet som ofte er stengt om vinteren. Spesielt vanskelig for pasienter fra Ytre Kvæningen som er avhengig av båt.
3. For rekruttering av helsepersonell, både leger og sykepleiere. Det blir mer interessant å jobbe og gir god praksis for turnusleger.
4. Avlaster UNN med «ferdigbehandla» pasienter.
5. Eldrerådet er sterkt imot at sykestuefunksjonen flyttes til Nordreisa. Mener at det blir for lange avstander og for problematisk for pårørende å besøke de syke. Sykestue i heimkommunen vil også føre til behandling totalt sett. (Trygghet, nærhet og helsepersonellet kjenner pasientene bedre og det blir bedre kommunikasjon.)

Forslaget fra eldrerådet ble enstemmig vedtatt.

Vedlegg 2:

Innspill fra Eldrerådet i Nordreisa

Nordreisa Eldreråd er i slutfasen av denne prosessen bedt om å komme med innspill i forhold til hvordan de eldre som brukergruppe vurderer disse tjenestene.

På grunn av kort frist, har Eldrerådet ikke hatt mulighet til å gå grundig inn i denne problemstillingen, men velger å komme med noen generelle betraktninger vedrørende denne problemstillingen.

Nordreisa Eldreråd har ingen forutsetning til å vurdere det kvalitative innhold i tjenesten på sykestuene i Nordreisa, men har det absolutte inntrykk av at kvaliteten er betryggende. Når det gjelder det kvantitative så er vi av den oppfatning av at det her er ulike utfordringer avhengig av hvilke tjenester vi snakker om. På generelt grunnlag mener vi at tjenesten i de fleste tilfeller tilfredsstiller innbyggernes krav og forventninger til dette. Selvsagt så vil det alltid være rom for forbedringer, her som i all annen tjenesteyting. Her mener vi at denne forbedringen kanskje kan skje ved å se på både organisering og arbeidsrutiner.

Sykestuene er en trygghet for lokalsamfunnet, så hvorfor gjøre endringer i noe som fungerer? La oss beholde sykestuene, og arbeide aktivt for at disse fortsatt skal gi oss den tryggheten også i framtiden.

Når det spesifikt angår finansiering av tjenesten, så er det, etter vår oppfatning, uinteressant for brukerne av tjenesten hvem som betaler og hvordan det foregår. Det viktigste er at tjenesten er tilgjengelig når pasienten har behov for den.

Det er med en viss undring vi ser at det er budsjettet som skal legge føringer for hvilket volum og hvilken kvalitet skal ha, og ikke behov. Ut fra denne tenkningen, vil det aldri være mulig å oppnå balanse i driften. Dersom den framtidige blir uforutsigbart, og kortsiktig, vil dette være med på å redusere tilliten til mulighet til en kvalitativt høy tjenesteyting både blant befolkningen og blant fagpersonellet.

Storslett 31. oktober 2016.

Med vennlig hilsen

Knut M. Pedersen

Leder i Nordreisa Eldreråd

Vedlegg 3:

Notat, Referanse 2015/1603-58

Uttalelse fra Kåfjord eldreråd: Evaluering av sykestuene i Nord-Troms

Leder i eldrerådet Reidar Breivik har fått henvendelse om å lage uttalelse om evaluering av sykestuene i Nord-Troms. Medlemmene i rådet er informert om uttalelsen.

Uttalelse: Med en økende eldre befolkning er behovet for behandling på den lokale sykestua det beste, både helsemessig og økonomisk. Dagens ordning med finansiering og organisering

–

6.1 – alternativet anbefales. Dette har vært en praksis i Kåfjord helt fra omkring 1950 – fra man fikk fast ordning med «sentralsykehuset.» Syke i stor grad ble ivaretatt lokalt, både før sykehus innleggelse og etter utskrivning fra behandling.

Sykehussengene har medvirket til større stabilitet og faglig utvikling blant leger, turnuser og annet helsepersonell.

Kåfjord kommune får nå nytt helse- og omsorgssenter, der alle tjenester får plass med sine funksjoner i bygget. Her blir det videreutviklet møteplasser – «ett NAV» for hele befolkningens behov hvor også samisk/kvensk kultur blir ivaretatt.

Kåfjord eldreråd har ellers sammenfallende synspunkter med eldrerådet i Kvæningen. Vi ønsker å beholde sykehussengene i vår kommune. Sentralisering til en av kommunene i Nord-Troms anbefales ikke! Nærhet til pasientene i sitt nærmiljø er beste ordning.

Kopi: Refereres i Kåfjord eldreråd

Med hilsen

For Kåfjord eldreråd

Ina Engvoll
Sekretær

Vedlegg 4:

Innspill fra brukerne av sykestua i Skjervøy

Skjervøy Pensjonistforening v/ Jan Larsen
Skjervøy Røde kors v/ Ronny Laberg
Skjervøy Demensforening v/ Birgit Paulsen
Mental Helse, Skjervøy v/ Anita Larsen

Skjervøy 28.10.16

Skjervøy sykestue v/ Åshild Hansen

Uttalelse fra brukerne av sykestua i Skjervøy kommune: Betydningen av sykestuer på Skjervøy

Tilstede: Jan ~~Larsen~~ Ronny Laberg, Birgit Paulsen, Anita Larsen
Sekretær: Leder for helsekomiteen i Skjervøy Ingrid Lønhaug

Skjervøy kommune har hatt sykestue i over hundre år og har derfor lang tradisjon og mye kunnskap og erfaring med å drive sykestue. Det er utenkelig for befolkningen at sykestuene skal legges ned. Å ha en lokal sykestue gir trygghet for at en får tidlig hjelp hvis en blir syk og at en kan være i nærheten av familien ved lange sykeleier. En kan også bedre få til et tilbud for de som ønsker å være i lag med familie ved livets slutt.

I uværperioder kan veier være stengt og kommunikasjon med omverdenen være svært dårlig. I tillegg er det avstandene som virker skremmende. En bruker lang tid på å komme seg fram til behandling. Helikoptre kan ikke lande og en er helt avhengig av den lokale sykestua. Den lokale beredskapen gir da trygghet for at en får hjelp ved sykdom.

Vi har erfaring for at det er lettere å få leger og sykepleiere hit ved at vi har sykestue her. Fagfolkene liker å få den allsidige praksisen det gir å jobbe både på sykestue og sykehjem. Rekruttering av fagkompetanse blir lettere.

Vi mener også at det samfunnsøkonomisk lønner seg å ha sykestueplasser lokalt. Vi sparer UNN for innleggelse og kan lettere ta imot de som skal ut fra sykehuset. Vi ser at andre kommuner ikke greier å ta imot sine pasienter så lett.

Sykestuedrift i vår kommune er godt innarbeidet, folk er vant til å få denne tjenesten og profesjonell hjelp og pleie gis i trygge og vante omgivelser.

En utfordring videre blir et stadig økende antall eldre i kommunen som kan gi et økt behov for sykestue.

Brukerorganisasjonene er ikke i tvil om at sykestua har veldig stor betydning for trygghet, kvalitet og beredskap i forbindelse med sykdom i Skjervøy kommune.

For brukerorganisasjonene/eldrerådet

Leder av helsekomiteen

Ingrid Lønhaug

Ingrid Lønhaug

Sekretær

Anita Larsen

Anita Larsen

Mental Helse

Jan Larsen

Jan Larsen

Pensjonistforeninga

Ronny Laberg

Ronny Laberg

Røde Kors

Birgit Paulsen

Birgit Paulsen

Skjervøy Demensforening

May-Britt Klevstad

May Britt Klevstad

Eldrerådet

Arnfinn Hansen

Arnfinn Hansen

LHL

Vedlegg 5



SKJERVØY UNGDOMSRÅD

Skjervøy 23.11.16

Skjervøy sykestue v/ Åshild Hansen

Uttalelse fra Skjervøy Ungdomsråd vedrørende betydningen av sykestuedrift i tilknytning til Skjervøy helsesenter.

Skjervøy kommune har mye kunnskap og erfaring med å drive sykestue. Å ha en lokal sykestue gir trygghet for at befolkningen får tidlig hjelp når man blir syk og at man kan være i nærheten av familien ved langvarig sykdom.

I uværsperioder kan veier være stengt og kommunikasjon være svært dårlig. Det hender da ofte at helikopter ikke kan lande. Det er lange avstander og å komme seg fram til behandling kan ta lang tid. Da er vi avhengige av å ha en lokal sykestue. Den lokale beredskapen er helt nødvendig. Det kan i noen situasjoner handle om død og liv.

Å ha sykestue har også betydning i forhold til å rekruttere og beholde fagkompetanse, spesielt når det gjelder sykepleier- og legetjenesten. For fagpersoner er det mer attraktivt å få den allsidige praksisen det gir å jobbe både på sykestue og sykehjem.

Vi mener også at det er en samfunnsøkonomisk gevinst i å ha sykestueplasser lokalt. Vi sparer UNN for innleggelses og liggedøgn. Det er også i tråd med samhandlingsreformens intensjon å gi tilbud lokalt.

For oss som er unge og opptatt av at kommunen vår skal være et godt sted å være, mener vi at arbeidsplasser og fagkompetanse er kjempeviktig! Vi vil at det skal være attraktivt å bosette seg på Skjervøy.

Det er vi som er fremtiden!

Samtidig vet vi at det blir flere og flere eldre, sannsynligvis vil behovet for behandling, pleie og omsorg øke i forhold til dette. Den tryggheten det gir å ha lokal sykestuedrift er av aller største betydning både her og nå, og med tanke på framtida.

Hilsen Skjervøy Ungdomsråd

Ved

Hannah Larsen (leder)

Vilde Karlsen (nestleder)

11. Referanser

1. Henviser til foredrag av Knut Ivar Berglund, 2012.
2. Sykestueutvalgets rapport, 2013.
3. Sykehusloven av 19. juni 1969
4. Helsedirektoratet 2016: Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold – veiledningsmateriell.
5. Gunnar Grepperud, Ådne Danielsen & Gunilla Roos , Varsel om en mulig krise, Septentrio Reports, number 2, 2016, ISSN: 2387-4597, DOI: <http://dx.doi.org/7.3741>
6. Kommunereformen Kvænangen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy, Utredning av kommunesammenslåing, (PricewaterhouseCoopers AS, 30. mars 2016)
7. Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge – En oppsummering av kunnskap Blix, Bodil Hansen (Peer reviewed, 2016-10-13).
8. Effekt av tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenester til etniske minoriteter, Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 24 –2010
9. Tiltakssonen for Finnmark og Nord-Troms *Utviklingstrekk og gjennomgang av virkemidlene*, Norut Alta rapport 2012.2



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
38/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Oppnevning av nytt Brukerutvalg ved UNN 2018-2020

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer og varamedlemmer til brukerutvalget for valgperioden 2018–2020:

Representanter (*alfabetisk rekkefølge*)

Navn	Fødselsår	Bosted	Brukerorganisasjon/ pasientf.
Kirsti Bårdsen*	1950	Tromsø	Kreftforeningen
Paul Dahlø*	1944	Finnsnes	FFO/ LHL
Siv Elin Reitan*	1983	Narvik	RIO Nord
Hans-Johan Dahl	1950	Tromsø	Troms fylkes eldreråd
Terje Olsen*	1951	Storslett	FFO/ Huntington
Nina Nedrejord*	1956	Karasjok	SAFO Nord
Laila Edvardsen	1963	Tromsø	SAFO Nord
Margrethe Larsen	1967	Harstad	Kreftforeningen
Marit Stemland*	1962	Valnesfjord	Nordland fylkes eldreråd
Obiajulu Odu	1959	Tromsø	FFO/ Autisme

* = nye representanter

Vararepresentanter (*rangert rekkefølge ihht mandat*)

Navn	Fødselsår:	Bosted:	Foreslått av:
1. Wibeke Årst*	1972	Tromsø	Marborg
2. Martin Moe	1969	Brønnøy	FFO/DF
3. Mildrid H. Pedersen	1950	Målselv	FFO/ NAAF
4. Klemet Anders Sara	1961	Kåfjord/ Alta	FFO/ NAAF

* = nye representanter

2. Som leder oppnevnes Kirsti Bårdsen og som nestleder oppnevnes Paul Dahlø. Brukerutvalget oppnevner selv arbeidsutvalget.

Bakgrunn

I tråd med § 8 i vedtektene til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal styret påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivarettatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner:

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og driften av virksomhetene (...) Styret må også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene.

I forbindelse med fusjonen mellom UNN, Harstad sykehus og Narvik sykehus, vedtok styret i sak 74/2007 at det skulle være *ett felles brukerutvalg* for hele foretaket, og nytt mandat ble vedtatt. Styret valgte å utvide utvalget fra ni til 10 medlemmer senere samme år jf. sak 86/2007. Mandatet ble korrigert og vedtatt på nytt i sak 33/2010, deretter i sak 61/2013.

Brukerutvalget har 10 medlemmer og fire varamedlemmer, og gjennomfører seks møter i året. Brukerutvalgets arbeidsutvalg velges av og blant utvalget selv, og har i inneværende periode bestått av leder, nestleder og sekretariat. Arbeidsutvalget har egne møter i forkant av hvert styremøte, der blant annet utkast til styresaker blir gjennomgått, og innspill eller merknader gitt. Til arbeidsutvalget er det oppnevnt ett varamedlem.

Formål

Formålet med saken er å oppnevne nytt brukerutvalg for en periode på to år, inntil neste valg gjennomføres våren 2020. Funksjonstiden til brukerutvalget følger styrets funksjonstid.

Saksutredning

Alle kjente brukerorganisasjoner og sammenslutninger er tilskrevet og invitert til å foreslå medlemmer til UNNs brukerutvalg, i tråd med bestemmelsene i mandatet for utvalget. Følgende organisasjoner har svart på henvendelsen (i alfabetisk rekkefølge):

- Blindeforbundet
- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) Finnmark
- FFO Nordland
- FFO Troms
- Fylkeseldrerådet i Finnmark
- Fylkeseldrerådet i Nordland
- Fylkeseldrerådet i Troms
- Kreftforeningen
- Pensjonistforbundet i Troms og Finnmark
- Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO) og MARBORG
- Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) Nord

Brukerutvalget arbeider i tråd med mandatet, og utarbeider årlige handlingsplaner. Utvalgets medlemmer, varamedlemmer og andre aktuelle brukere deltar på vegne av utvalget i en lang rekke styrings-, prosjekt- og arbeidsgrupper, i tillegg til utvalgets egne møter. Deltakelsen fra brukerrepresentanter fra utvalget har i siste periode fordelt seg på etterfølgende områder:

- Styret i UNN (utvalgsleder har fast observatørstatus med tale- og forslagsrett)
- Kvalitetsutvalget (utvalgsleder møter fast)
- Ungdomsrådet ved UNN (utvalgsleder konsulteres)
- Styringsgruppe for A-fløya
- Styringsgruppe for PET-senter
- Vestibyleprosjektet
- OSO (Overordnet samarbeidsorgan)
- Prosjekt Palliasjon ved UNN
- Nye UNN Narvik
- Nasjonalt utvalg/ topplederforum i regi av HOD vedr. helse- og omsorgsstrategi
- Ekspertgruppe for Nasjonal helse- og sykehusplan
- Sykehusapotekets brukerutvalg
- Prostatasenteret ved UNN
- Klinisk etikkomité (KEK)
- Fagnettverk for lærings- og mestringstjenester i UNN og kommunene
- Kliniske samarbeidsutvalg (KSU)
- Prosjekt Pasientsentrert team
- Idéfase for psykiatri og rus
- Parkeringsutvalget
- Innsjekk-/ utsjekksystem ved UNN
- Samhandlingsbarometeret
- Samarbeidsforum somatikk UNN Tromsø og lokalsykeshuskommuner
- Klinikkvise KVAM-utvalg

Ifølge mandatet skal Brukerutvalget ikke behandle saker som omhandler enkeltpasienter, men ivareta brukerperspektiv og medbestemmelse på individnivå, tjenestenivå, systemnivå og politisk nivå, med hovedvekt på tjeneste- og systemnivå.

For å sikre kontinuitet i utvalgets arbeid er det, i tråd med mandatet, ønskelig at ikke flere enn fire medlemmer skiftes ut ved valgperiodens utløp. Dessuten skal utvalgets sammensetning være basert på alder, kjønn, organisasjonstilhørighet, geografi, etnisitet og øvrig bakgrunn.

Medvirkning

Ettersom saken bygger på innstilte kandidater fra brukerorganisasjonene, i tråd med bestemmelsene fra Helse Nord RHF, er ikke saken forelagt andre interessenter.

Vurdering

Oppnevning av nye brukerrepresentanter ved UNN følger samme periode som nytt styre. Med bakgrunn i forslag fra brukerorganisasjonene foreslås en sammensetning av nytt brukerutvalg slik det fremgår av innstillingen. Fem nye medlemmer er foreslått inn i utvalget.

Blant de fire varamedlemmene ved UNNs brukerutvalg er det foreslått ett nytt medlem, samt to som har vært fast medlem i utvalget i siste periode. Varamedlemmer oppnevnes i rekkefølge som første, andre, tredje og fjerde varamedlem, og møter etter innkalling, ved varslet forfall.

Med bakgrunn i mandatet, er brukerorganisasjonene tilskrevet for å få inn forslag til kandidater til UNNs brukerutvalg. Brukerperspektivet står sentralt i UNNs planlegging og gjennomføring av tiltak som har betydning for den enkelte pasient, pårørende og øvrige brukere. Det er derfor med tilfredshet at det her foreslås en utvalgssammensetning som både ivaretar det flerkulturelle

perspektivet og en bred geografisk spredning, ettersom UNN plikter å la brukerrepresentanter alle lag av befolkningen samt fra hele regionen inngå i utvalget. Dette bidrar til å styrke UNNs regionale rolle.

Foreslåtte representanter er forespurt og har bekreftet sitt kandidatur. Forslag til sammensetning av nytt brukerutvalg er utarbeidet på bakgrunn av forslag fra brukerorganisasjonene, og avstemt mot kriterier i mandatet.

Direktøren anbefaler at styret gjør oppnevningen i tråd med innstillingen i saken.

Tromsø, 20.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kandidatoversikt fra brukerorganisasjonene
2. Mandat for UNNs brukerutvalg

KANDIDATER TIL BRUKERUTVALGET UNN – 2018-2020

- Eva Marie Johansen FFO Finnmark Diabetesforbundet
- Alf Bjørn FFO Finnmark HLF Finnmark
- Hege M Aronsen Andersen FFO Finnmark Revmatiker forbund
- Grete Kongsbak FFO Troms Blindeforbundet Troms
- Terje Olsen FFO Troms Huntingtonforeningen
- Paul Dahlø FFO Troms LHL Troms
- Marit Barbo FFO Troms NAAF Troms (også foreslått til Reg.BU Helse Nord)
- Mildrid Pedersen FFO Troms NAAF Troms (også foreslått til Reg.BU Helse Nord)
- Klemet A Sara FFO Troms NAAF Troms
- Tor Magne Olsen Finnmark fylkes eldreråd
- Bård Jahr Finnmark pensjonistforbund
- Kirsti Bårdsen Kreftforeningen
- Merethe Stiberg Kreftforeningen
- Solveig Worum Kreftforeningen
- Tove Olsen Kreftforeningen
- Beate Kiil Karlsen Kreftforeningen
- Anne Annsdatter Skavhaug Kreftforeningen
- Wibecke Årst Marborg
- Dagfinn Pettersen Nordland fylkes eldreråd
- Randi Myrvang Ness Nordland fylkes eldreråd
- Marit Stemland Nordland fylkes eldreråd
- Sigurd Sparr Pensjonistforbundet Troms
- Siv-Elin Reitan Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
- Roger Martin Pedersen Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
- Frode Heggelund SAFO Nord Norges handikapforbund
- Merete Krohn SAFO Nord Norges handikapforbund
- Nina Nedrejord SAFO Nord Norsk forbund for utviklingshemmede
- Hans-Johan Dahl Troms fylkes eldreråd
- Alvhild Yttergård Troms fylkes eldreråd
- Asbjørn Hessen Troms fylkes eldreråd
- Britt Sofie Illguth Troms fylkes eldreråd

SUM 31

Sist oppdatert 19.4.2018

Mandat for brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

1. Visjon, formål og mål

Visjon: UNN gir den beste behandling! Det er resultatene for pasienten som teller!

Formål: Å utvikle UNNs tjenestetilbud gjennom samarbeid, rådgiving, aktiv medvirkning og systematiske tilbakemeldinger.

Mål: Brukerutvalget skal bidra til å gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt. Brukerutvalgets bidrag skal underbygge UNNs overordnede mål gjennom å gi innspill til å:

- Definere mål for kvalitet i pasientbehandlingen
- Måle og dokumentere resultater i kvalitetsregistre
- Formidle resultatene slik at pasienten kan delta i beslutninger på egne premisser
- Drive kontinuerlig forbedring av pasientforløpene
- Være pådriver for brukermedvirkning, likemannsarbeid og pasientopplæring

2. Oppnevning, valg og kriterier

Brukerorganisasjonene og fylkeseldrerådene inviteres til å sende inn forslag på kandidater ved oppnevning av nytt brukerutvalg. Styret oppnevner utvalget etter innstilling fra administrerende direktør på bakgrunn av disse forslagene. Styret oppnevner leder og nestleder. For å sikre kontinuitet bør om nødvendig maks fire medlemmer skiftes ut ved valgperiodens utløp. Funksjonstiden følger styret i UNN.

Brukerutvalget skal være bredt sammensatt, og representere organisasjoner og brukere, samt ta hensyn til alder, kjønn, geografi, etnisitet, bakgrunn, store pasientgrupper og satsningsområder.

Det stilles krav til brukerrepresentantene: De må ha erfaring fra UNN, evne og vilje til aktiv medbestemmelse, kunne arbeide på tvers av -og utover egen gruppes interesser.

3. Sammensetning og arbeidsmåte

Brukerutvalget har 10 medlemmer samt 4 vara. Arbeidsutvalget består av leder, nestleder og Brukerutvalgets sekretariat - med 1 vara fra Brukerutvalget.

Brukerutvalget skal utarbeide strategi og 2-årig handlingsplan. Det skrives referat fra møtene. Utvalgets årsrapport innarbeides i årlig melding for helseforetaket. Tett samarbeid med UNNs ledelse og direktøren sikres gjennom at utvalget har en fast representant for direktøren i

utvalgets møter til koordinering av saker til styret m.v. samt en fast sekretærfunksjon i tilknytning til løpende utvalgsarbeid. Andre ressurspersoner innkalles ved behov.

UNN påtar seg ansvaret for og eventuelle utgifter forbundet med nødvendig skolering av brukerutvalgets medlemmer, jfr strategi – og handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Nord. Nye medlemmer mottar en brukerutvalgshåndbok med relevant informasjon.

For å sikre en god og tett dialog mellom brukerutvalg og styre, skal leder av Brukerutvalget (med nestleder som vara) ha møte- og talerett i styret til UNN. Utvalget arbeider uavhengig av helseforetakets daglige drift, og er selvstendig i forhold til brukernes interesser.

Møtестruktur/hyppighet: Minimum 6 ganger pr år. Arbeidsutvalget møtes minimum 6 ganger pr år, gjerne i forkant av styremøtene.

4. Avgrensninger og handlingsrom

Brukerutvalget skal vareta brukerperspektivet og medbestemmelse på individnivå, tjenestenivå, systemnivå og politisk nivå, med hovedvekt på tjeneste- og systemnivå. Brukerutvalget skal ikke behandle saker som omhandler enkeltpasienter.

Utvalget skal blant annet:

- Delta i høringer (som obligatorisk høringsinstans)
- Gi innspill til budsjett, årlig plan og melding (fast)
- Delta i styrings- og eller arbeidsgrupper ved store omstillinger, ombygginger og arealmessige omdisponeringer, endringer i tjenestetilbudet og andre store prosjekter (fast)
- Bidra til systematisk innsamling og bruk av pasienter og pårørende sine erfaringer: Kjenne til undersøkelser som skal gjennomføres, bidra til å initiere undersøkelser og til at resultatene bekjentgjøres innad og utad og at disse tas med som en del av beslutningsgrunnlaget når avgjørelser tas.
- Gjensidig møterett mellom brukerutvalg, kvalitetsutvalg og andre relevante utvalg.
- Foreslå konkrete tiltak som kan bedre tilbudet og forholdene for pasienter og pårørende ved UNN.

Både pasienter pårørende og ansatte, styret og pressen må på en enkel måte kunne nå Brukerutvalget, på e-post, telefon og gjennom internettsider.

5. Godtgjøring/honorar

Utvalgsmedlemmene mottar møtegodtgjørelse etter fastsatt sats pr møte som de deltar på. Leder og nestleder mottar i tillegg et årlig honorar. Satsene tilsvarer det som til enhver tid gjelder for Regionalt brukerutvalg. Justeringstidspunktet følger justeringen av satsene i foretakets styre.

I tillegg dekkes reise- og oppholdsutgifter etter statens satser samt at det gis kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste dokumentert fra arbeidsgiver.

Brukermedvirkning i klinikkinterne prosjekter, utvalg med mer godtgjøres i tråd med gjeldende satser og belastes klinikkens eget budsjett.

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
39/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig: Ansgar Gabrielsen		Saksbehandler: Gøril Bertheussen

Rekrutteringsprosess ny administrerende direktør**Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) starter prosessen med å rekruttere administrerende direktør.
2. Styret oppnevner et eget ansettelsesutvalg for prosessen.
3. Ansettelsesutvalget består av styreleder Ansgar Gabrielsen, nestleder Helge Marie Bjerke, og en ansattrepresentant blant styremedlemmene.
4. Saken forelegges et samlet styre for endelig behandling av saken.

Bakgrunn

Som kjent, fratrådte Tor Ingebrigtsen som administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i januar 2018. Styret vil starte prosessen med å rekruttere ny administrerende direktør.

Formål

Formålet med saken er å avklare prosessen med tilsetting av ny administrerende direktør.

Saksutredning

Styret har etter § 36 i Lov om helseforetak ansvar for å tilsette en administrerende direktør som ansvarlig for den daglige ledelsen av foretaket.

For å ivareta styrets ansvar for tilsetting av ny administrerende direktør foreslås det å etablere et eget ansettelsesutvalg som gis fullmakt til å gjennomføre rekrutteringsprosessen. Endelig beslutning om ansettelse av administrerende direktør vedtas i egen sak i styret. Det foreslås at ansettelsesutvalget består av styreleder, nestleder og et styremedlem valgt av og blant ansattrepresentantene i styret.

Det er vanlig praksis i helseforetakene at eksterne konsulenter bistår i rekrutteringen av topplederne. Det er sendt ut forespørsel om slik bistand til de som har rammeavtaler med Helse Nord RHF innenfor dette området, og det vil bli informert om valg av leverandør i styremøtet.

Konsulenten vil bistå i hele prosessen, og første oppgave vil være å utarbeide profil som grunnlag for stillingsannonse og ansettelse. Ledergruppa og tillitsvalgte vil bli invitert til å komme med innspill til profilen. Stabssjef vil bistå med støtte i samråd med ansettelsesutvalget.

Medvirkning

Saken er forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten i forkant av styremøtet, og de sluttet seg til at saken legges frem for styret til endelig behandling 25.4.2018.

Vurdering

Styreleder vurderer at etableringen av et eget ansettelsesutvalg og organisering av rekrutteringsprosessen slik som skissert i denne saken, sikrer en god og forsvarlig prosess for tilsetting av ny administrerende direktør.

Konklusjon

Styret oppretter et ansettelsesutvalg og starter prosessen med å rekruttere administrerende direktør slik som skissert i saken.

Tromsø, 13.4.2018

Ansgar Gabrielsen (s.)
styreleder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
40/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. 3-3a-varsler
2. Fødetilbudet ved UNN Narvik
3. Bekymringsmelding - manglende personellkontinuitet ved våre luftambulansesaser

Muntlig orienteringer

4. Pasienthistorie
5. Oppfølging fra RHFet om alvorlig hendelse
6. Prosessen med vurdering av hendelsesforløpet ved lederskiftet i Universitetssykehuset Nord-Norge HF
7. Ansettelse av ny klinikk sjef Diagnostisk klinikk
8. Møte hos Fylkesmannen i Troms om utfordringen med svært mange utskrivningsklare pasienter fra Tromsø kommune
9. Pågående regional prosess med revidering av regional inntektsfordelingsmodell
10. Regionale kliniske ikt-systemer. Ansvarsforhold og avtaler.
11. Møte mellom UNN ledergruppe og ledergruppen på Nordlandssykehuset HF
12. Møte med RHF-ledelsen 17.4.2018
13. Første pasient i PET-senteret

Tromsø, 20.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør



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

Til: Styret UNN HF

Fra: Marit Lind, kst. adm.dir.

Møtedato: 25. april 2018

Bakgrunn

UNN HF 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 1.1.18-28.2.18

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

- 1 oversendt Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging
- 2 avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging

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

§3-3a varsler i perioden 1.1.18 -28.2.18

År	Hva skjedde	Klinikk	Konsekvens	Oppfølging internt	Møte med pårørende	Status på tilsyn
2018	Pasient som fikk hjerneslag. Etter hvert påvist infeksjon i hjerteklaff som sannsynlig årsak. Forsinket diagnose.	MK	Hjerneslag	Hendelsesgjennomgang	Ja	Tilsynsmessig oppfølging hos Fylkesmannen.
2018	Pasient gitt for stor dose aciclovir. Fikk alvorlige bivirkninger og akuttbehandlet.	MK	Ingen alvorlig skade	Hendelsesgjennomgang	Ja	Ingen tilsynsmessig oppfølging. Vurdert av Helsetilsynet som ikke varslingspliktig.
2018	Tre uker gammelt barn fikk sirkulasjonsstans hjemme som følge av ikke erkjent medfødt hjertefeil ved annet helseforetak.	BUK	Død	Gjennomgått internt	Ja	Ingen tilsynsmessig oppfølging.



Sak: Fødetilbudet ved UNN Narvik
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Kliniksjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken, Rolv-Ole Lindsetmo

Bakgrunn

Som bakgrunn for denne skriftlige orienteringssaken til UNN-styret er styrets eget vedtak (ST 34/2017) om oppfølging og evaluering av fødetilbudet ved UNN Narvik.

I det etterfølgende fremkommer vedtak og grunnlagsinformasjon i tilknytning til saken ref. ST 29/2017, ST 34/2017 samt styresak ved Helse Nord RHF 40/2017.

ST 29/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik

8. Styret viser til prosjektrapporten, og konstaterer at Helse Nord RHF og Helsedirektoratet sine kvalitetskrav for fødeavdelinger ikke er oppfylt, hovedsakelig fordi det ikke har lyktes å rekruttere tilstrekkelig mange faste spesialister.

9. Styret ber om at direktøren umiddelbart iverksetter rekruttering av flere gynekologer.

10. Styret er innforstått med at avvik fra kvalitetskravene har vedvart over tid, og at det vil bli utfordrende å rekruttere tilstrekkelig mange gynekologer på kort tid. Styret er med bakgrunn i dette i tvil om hvorvidt bemanningssituasjonen er forsvarlig, og ber om at Helse Nord RHF vurderer dette nærmere.

11. Styret anbefaler at gynekologi videreføres som enn hovedsakelig dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet uavhengig av fremtidig status for fødetilbudet.

ST 34/2017 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgi og føde-presiseringer vedrørende fødeavdelingen – oppfølging av sak 29/2017

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til punkt 10 i vedtaket i sak 29/2017 Oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik.
2. Styret presiserer at ansvaret for fortløpende vurdering av forsvarlighet i driften av fødeavdelingen ved UNN Narvik tilligger UNN.
3. Styret har pekt på at det over lang tid har vært avvik fra Helsedirektoratet og Helse Nord's kvalitetskrav for bemanning, og ber om veiledning fra Helse Nord RHF i vurderingen av om slikt avvik over tid er uforsvarlig.

Styresak 40-2017 (HN RHF). 18.04.2017

Etterfølgende informasjon fra Nasjonal Helse og Sykehusplan om UNN Narvik foreligger:

Antall fødsler ved UNN Narvik var i gjennomsnitt 234 pr. år i perioden 2010-2015. Antall keisersnitt var 38 pr. år, hvorav om lag 2/3 (25 pr. år) var akutte. Det betyr at keisersnitt utføres sjeldnere enn én gang pr. uke, og at det gjøres omtrent to akutte keisersnitt pr. måned.

Når det gjelder fødetilbudet, var det enighet om at dagens situasjon ikke kunne fortsette, og at en måtte skaffe et mer stabilt gynekologtilbud, dersom fødeavdelingen skulle opprettholdes. Flertallet i gruppen satte ikke noen klar tidshorison for rekrutteringsarbeidet. Dersom forsvarlig bemanning ikke kunne skaffes, måtte saken tas opp til ny vurdering med drøfting av de tre gjenstående alternativene

(jordmorstyrt fødestue, «god start» enhet eller avvikling av fødetilbudet). Mindretallet mente at dersom gynekologer ikke var rekruttert i løpet av ett år, måtte avdelingen omgjøres til jordmorstyrt fødestue.

Ekstern kvalitetssikrers (EKS) vurdering og anbefaling om videre oppfølging

I rapporten fra Deloitte framkommer:

- *Det foreligger en omfattende utredning med et godt og omforent faktagrunnlag til hjelp i disse vurderingene.*
- *Fødeavdelingen innfrir i dag ikke de nasjonale kravene til fødselsomsorgen og Helse Nord's egne krav til fødevirksomhet. EKS mener derfor det haster med å iverksette tiltak for å komme ut av denne situasjonen.*

Det bør snarlig avklares hva som skal skje med fødetilbudet videre. Enten må kraftfulle og realistiske tiltak iverksettes for å endre rekrutteringssituasjonen, eller dersom dette ikke er mulig, må det planlegges for alternative fødetilbud.

I adm. direktørs vurdering av de anbefalte løsninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF legges det til grunn at de vakt- og beredskapsordninger som etableres ikke skal være personavhengige og variere over tid, men være stabile og forutsigbare og at sykehusets akutfunksjon må være den samme til enhver tid. Adm. direktørs tilrådning er at styret i Helse Nord RHF slutter seg til de anbefalinger som styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF har gjort.

Adm. direktør vurderer at det er størst usikkerhet ved den foreslåtte løsningen for fødeavdelingen. UNN Narvik er i det daglige innenfor de krav som kvalitetsindikatorerne setter, men mangelen på faste gynekologer er ikke i tråd med de retningslinjer nasjonale helsemyndigheter og Helse Nord RHF har satt for et trygt fødetilbud.

Adm. direktør er tilfreds med at denne vurderingen også deles av prosjektgruppen. Adm. direktør tilrår at styret i Helse Nord RHF stiller seg bak anbefalingen fra styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF om at det må satses på rekruttering av flere faste gynekologer. Et alternativ er å sette et tidspunkt for når rekrutteringen skal være på plass. Sjansen for at en slik «dead-line» blir en hemske i rekrutteringsarbeidet, og slik en «selvoppfyllende profeti», er til stede. Derfor anbefales dette ikke.

Helse Nord RHF vil følge opp UNN styrets vedtak om en vurdering av forsvarligheten i at det avvikes fra bemanningskravene over tid. Universitetssykehuset Nord-Norge HF må kontinuerlig vurdere, slik de har plikt til å gjøre på alle områder, om daglig drift og systemmessige forhold ivaretas på en forsvarlig måte.

Saksutredning

Informasjon om status ved fødeavdelingen i Narvik er innhentet fra seksjonsleder Kari Fiske og er oppdatert pr 9.4.2018.

Vurdering

Det er nå ansatt fire overleger i gynekologi ved Gyn/ fødeseksjonen ved UNN Narvik. Den femte overlegestillingen er på nytt utlyst, med frist 1.5.2018. Det er hittil 8 søkere. Inntil videre dekkes enkeltuker opp med vikarinneleie.

Bemannings situasjonen betraktes som tilfredsstillende og det anses realistisk å få ansatt en femte overlege innen høsten 2018.

Konklusjon

Det anses å ha vært en vellykket rekruttering av gynekologiske overleger til Gyn/ fødeseksjonen i Narvik.



Sak: Bekymringsmelding – Manglende personellkontinuitet ved luftambulansebasene
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Marit Lind, kst. adm. dir.

Møtedato: 25.4.2018

Bakgrunn

UNN har mottatt en bekymringsmelding fra våre medisinske ansvarlige knyttet til luftambulansetjenesten, datert 23.3.2018. Bakgrunn for bekymringsmeldingen fremgår av vedlagte brev til adm. dir., klinikkchef og klinikkoverlege ved Akuttmedisinsk klinikk. Adm. dir. formidler med dette denne bekymringen til styret, ettersom konsekvensbeskrivelsen oppfattes som alvorlig.

Vedlegg:

Brev til UNN v/ adm. dir. vedr. manglende personellkontinuitet, datert 23.3.2018.



Direktøren, UNN HF
Klinikk sjef Jon Mathisen, akuttmedisinsk klinikk
Klinikkoverlege Mads Gilbert, akuttmedisinsk klinikk

Deres ref.:

Vår ref.:
2018/1820-1

Saksbehandler/dir.tlf.:
Frode Sørensen, 77 62 69 81

Dato:
23.03.2018

Bekymringsmelding - manglende personell-kontinuitet ved våre luftambulanserbaser

Ambulansehelikopter-kontrakten for perioden 2018-2024 ble tildelt sommeren 2016. I Nord-Norge medførte resultatet et bytte av privat operatør (flyveselskap) på to av tre helikopterbaser. Basene i Tromsø og i Brønnøysund bytter operatør fra Lufttransport Rotor Wing AS (LT RW AS) til Norsk Luftambulans AS (NLA AS), og NLA AS videreføres på Evenes-basen. Dette private selskapet skal levere crew-medlemmene pilot og redningsmann i kontrakten.

Ambulansefly-kontrakten for perioden 2019-2025 ble tildelt sommeren 2017. I Nord-Norge medførte resultatet et bytte av privat operatør (flyveselskap) på samtlige fem ambulansfly-baser (Kirkenes, Alta, Tromsø, Bodø og Brønnøysund) fra Lufttransport Fixed Wing AS (LT FW AS) til Scandinavian Air Ambulance AB (SAA AB). SAA AB skal levere crew-medlemmene fartøysjef og styrmann i kontrakten.

Ser man de to tildelingene under ett, skal hele landsdelens luftambulansmiljø gjennomføre omfattende og krevende operatørbytter på sju av åtte luftambulanserbaser. Skiftet skal gjennomføres over en periode på rundt ett år, som for alle praktiske formål betyr samtidig.

Konsekvenser personell-kontinuitet ambulans-helikoptertjenesten

Som følge av det kommende operatørskiftet på ambulanshelikopterbasen i Tromsø, har to av dagens fire faste piloter valgt å avslutte sine arbeidsforhold i luftambulansetjenesten. Til sammen har disse flyverne 34 års erfaring fra ambulanshelikoptertjeneste, og 33 års lokal erfaring med operasjoner ut ifra Tromsø-basen. De alene har nærmere 7000 flytimer på fartøytypen som skal videreføres som basens primære helikopter i neste kontraktsperiode. Disse to pilotene har også over 2/3 av lokalkunnskapen knyttet til oppdrag fra Tromsø - som har et utfordrende operasjonsområde med mye vær og mørke. Piloter og redningsmenn er like integrerte i UNN HF som våre aller mest erfarne leger. I tiden de har tjenestegjort for Statens luftambulansetjeneste (Luftambulansetjenesten HF) har samfunnet investert store summer i kompetansen deres. Relasjonene de har bygget opp mot vårt helseforetak og vår region er uerstattelig. Med ny kontrakt vil i tillegg antall faste piloter ved basen økes fra fire til rundt åtte, og i en overgangsperiode på opp mot seks måneder fra 1.juni 2018 skal ingen av dagens helikopterpiloter fly ved basen. Tilsvarende vil antall redningsmenn som betjener basen fast økes fra fem til rundt åtte, og i samme overgangsperiode vil to av dagens fem faste redningsmenn fly ved basen. Helikopterlegene våre er bekymret for tapet av svært erfarne og godt kjente kolleger. Et fremtidig høyt antall operative kolleger (piloter og redningsmenn) kan true en god lokal integrering.

Konsekvenser personell-kontinuitet ambulans-flytjenesten

Vi registrerer stor uro og usikkerhet blant luftambulanspiloter knyttet til det kommende operatørbyttet for ambulansflybasene i landsdelen. Per mars 2018 skal minst ti piloter i landsdelen ha sagt opp sine

stillinger i luftambulansetjenesten, og være på veg over i andre virksomheter. Dette er erfarne piloter med viktig erfaring på et krevende nord-norsk kortbanenett. Dette persontapet opptrer mens det enda er over 15 måneder igjen av kontrakten med inneværende operatør. Tallet på antall piloter som fratrer sine stillinger kan øke i tiden fremover. Våre flysykepleiere og flyleger er bekymret for tap av erfarent personell og kompetanse. AMK legene ved regionalt AMK ved UNN erfarer også per mars 2018 at ambulansefly i økende grad blir stående på bakken som følge av personell-mangel. Driften av ambulanseflytjenesten frem mot operatørbyttet i 2019 er etter vår mening svært bekymringsfull, og en direkte konsekvens av anbudsutsetting.

Tap av personell-kontinuitet truer tjenesten

Vi har over mange år vært sikret svært god kontinuitet på landsdelens luftambulansebaser, men fra 2018 endrer dette seg radikalt. Personellet er det aller viktigste fundamentet for sterke medisinske team, god samhandling og trygge, solide prestasjoner. Vi vet fra pre- og intrahospital medisinisk virksomhet at kontinuitet, lokalt forankret kunnskap og erfaring er avgjørende for sikkerhet og kvalitet.

Luftambulansetjeneste har i tillegg utfordrende flyoperative, redningstekniske og sikkerhetsmessige aspekter med de samme behovene.

Luftambulansелеger og flysykepleiere er, i motsetning til fartøysjefer, styrmenn og redningsmenn, ansatt i Staten - i de ulike lokale helseforetakene. Deres ansettelsesforhold, kontinuitet og lokale forankring påvirkes ikke av anbudsprosessene. Luftambulansелеgene ved helikopterbasen i Tromsø har i snitt jobbet i 15 år som helikopterleger, og det ville vært et dramatisk scenario hvis vi skulle miste 2/3 av denne ervervede kompetansen og erfaringen ved et «foretaksbytte». Tilsvarende gjelder for flysykepleiere og flyleger på landsdelens ambulanseflybaser.

Vi jobber i en spesialisthelsetjeneste som er godt vant til anbud og offentlige anskaffelser. Vi er derimot helt uvant med at personell som jobber i de utøvende medisinske teamene er anbudsutsatt. Når et sykehus bytter strålemaskiner, byttes ikke spesialpersonell som fysikere eller stråleterapeuter. Når helseforetak bytter CT- og MR-røntgenmaskiner, byttes ikke radiografer og røntgenleger ut. Det samme gjelder yrkesgruppen perfusjonister (ingeniører) når universitetssykehus bytter kostbare hjerte-lunge maskiner. Når kompliserte medisinske løsninger byttes etter en anbudsprosess fokuseres det derimot spesielt sterkt på *kontinuitet i personellstaben som et særlig viktig risikoreduserende tiltak*.

Anbudsutsettingen av den operative delen av Statens luftambulansetjeneste er etter vår mening problematisk. Våre nye erfaringer i landsdelen viser at vi faktisk mister erfarne, velfungerende og godt integrerte kolleger ved operatørbytter. Operatørbytter bidrar til stor usikkerhet, og omfattende, opprivende systemendringer hos operatører og samarbeidende helseforetak. De private flyveselskapene flytter fokuset mot den kommende anbudskonkurransen minst to-tre år før tildeling. Etter tildelingen går det flere år før samhandlingen mellom helseforetak og ny operatør blir velintegrert og stabil - og like etter kommer en ny anbudsprosess. Dette er prosesser vi kjenner igjen fra bilambulansetjenesten, da den var anbudsutsatt.

Oppsummering

Det er en stor utfordring at landsdelens medisinske luftambulansefagmiljø skal gjennom operatørbytter på hele sju av åtte baser på ett år. Vi er, i likhet med helsepersonellet vi leder, svært bekymret for tapet av erfarent personell og avgjørende kontinuitet som følge av operatørbyttene på våre baser. Dette er en uønsket situasjon med helt uønsket tap av kompetanse og lokalt forankret personell. Det medfører tap av fokus på våre primæroppgaver og vårt medisinske systemarbeid over lengre tidsperioder. Det gir også en betydelig administrativ belastning. Vi frykter at dette samlet sett kan true kvalitet og sikkerhet på våre tjenester.

Vi mener dagens modell for anbudsutsetting av den operative delen av Statens luftambulansetjeneste ikke er den beste for vår del av spesialisthelsetjenesten. Anbudsløsninger som ivaretar personell-

kontinuitet, men hvor materiellet kan fortsette å være anbudsutsatt, kan være en alternativ løsning. Vi støtter også 'Akuttmeldingen' (NOU 2015-17) sitt forslag om at 'in-sourcing' eller 'inn-kontraktering' av luftambulansetjenestene må utredes.

Med utgangspunkt i de erfaringene vi gjør oss nå med anbud og operatørbytter, ber vi våre linjeledere utrede fremtidige løsninger som gjør at vi kan unngå tilsvarende tap av personell, erfaring og lokalt forankret kompetanse før neste anbudsprosess.

Med vennlig hilsen

Overlege Frode Sørensen
Avdelingsleder/-overlege
Medisinsk leder ambulanseflybase Tromsø (TOS/FW)
Luftambulansseavdelingen, akuttmedisinsk klinikk, UNN HF

Spesialsykepleier Heidi Hansen
Seksjonsleder/-sykepleier, seksjon ambulansefly
Luftambulansseavdelingen, akuttmedisinsk klinikk, UNN HF

Overlege Bård Rannestad
Seksjonsoverlege/-leder seksjon ambulanshelikopter
Medisinsk leder ambulanshelikopterbase Evenes (EVE/RW) og Tromsø (TOS/RW)
Luftambulansseavdelingen, akuttmedisinsk klinikk, UNN HF

Kopi til:
Luftambulansetjenesten HF



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
41/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
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 27.2.2018
2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 5.3.2018
3. Saksprotokoll fra møte i Harstad kommunestyre, datert 22.3.2018
4. Brev til styreleder vedrørende utskrivningsklare pasienter, datert 22.3.2018
5. Kopi til direktør av brev til ordfører Tromsø kommune, datert 22.3.2018
6. Uttalelse fra Sør-Troms regionråd om rehabilitering ved UNN Harstad, datert 4.4.2018
7. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 9.4.2018
8. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 10.4.2018.
9. Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 11.4.2018
10. Uttalelse vedrørende Helsesenteret Sonjatun, datert 14.4.2018
11. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 18.4.2018
12. Protokoll fra drøftingsmøte nr 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 20.4.2018
13. Vedlegg til sak 30 – Strategisk utviklingsplan Bygg – Tilleggsnotat
14. Vedlegg til sak 31 – Arealplan UNN Breivika – Tilleggsnotat

Tromsø, 20.4.2018

Marit Lind (s.)
 konst.administrerende direktør



Referat fra Møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 27.2.2018 10.30 – 12.30

Sted: Administrasjonens møterom D1.707

Tilstede	Klinikksjef BUK og konstituert KVALUT-sjef Administrerende direktør Leder Brukerutvalget Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Seksjonsleder Ortopedisk avdeling Smittevernoverlege Foretaksverneombud Avdelingsleder Akuttmottak og Observasjonspost Rådgiver Stabsenhet NOR-klinikken Avdelingsleder BUPA	Elin Gullhav Marit Lind Cathrin Carlyle Tonje Drecker May-Liss Johansen Torni Myrbakk Einar Rebni Lars Røslie (<i>vara</i>) Torill Davida Nilsen (<i>vara</i>) Børge Mathiassen (<i>vara</i>)
Forfall	Seksjonsleder laboratoriemedisin Narvik <i>(erstatte Ove Laupstad fra 22.2. 2018)</i> Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Kvalitetsleder klinisk patologi Viseadministrerende direktør Avd. overlege avd. for Gastroenterologisk kirurgi	Lene Finsveen Magnus P. Hald Lena Oprand Heggelund Einar Bugge Rolv-Ole Lindsetmo
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Avdelingssykepleier Kreftavdelingen <i>Ernæringsgruppa Pasientsikkerhetsprogrammet</i> Fagrådgiver Klinisk utdanningsavdeling	Grete Åsvang Mette Fredheim Berit Sletten Bjørn Nilsen Barge
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen
Saksnr.	Sakstittel	Ansvar/ frist
07/18	Godkjenning av sakliste og referat fra KU-møtet 16.1.2018 (ephorte 2018/100)	
	Referatet var godkjent under tidligere utsendelse.	
	Oppfølging Sakliste og referatet ble godkjent i møtet, men påfølgende merknad: «Kvalitetsutvalget ber» endres til «Kvalitetsutvalget anbefaler» i sakene 02/18 og 05/18.	

08/18	Læringsnettverk ernæring	
	<p>Avdelingssykepleier Kreftavdelingen Berit Sletten orienterte sammen med Kreftavdelingens ernæringsgruppe om arbeidet med Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområde «<i>Forebygging og behandling av underernæring i Kreftavdelingens sengepost</i>».</p> <p>Det ble orientert om resultater etter det grunnleggende arbeidet før oppstart av implementeringsfasen, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Ernæringsplan for pasienter – ernæringscreening for elektive og ø-hjelps pasienter</i> ✓ <i>Mottaksteam</i> ✓ <i>Plan for utskrivningsteam</i> ✓ <i>Ønske om standardisert behandlingsplan i DIPS</i> ✓ <i>Bruk av risikotavler - daglige tavlemøter</i> ✓ <i>Screening og koding - punktundervisning</i> ✓ <i>Samarbeid med kommuner</i> ✓ <i>Samarbeid med ernæringsfysiolog</i> ✓ <i>Internundervisning og punktundervisning undervisning av leger</i> ✓ <i>Samarbeid med sykehuskjøkkenet – utarbeiding av meny-app</i> ✓ <i>Standardisert pasienttilbud på avdelingens tekjøkkenet</i> ✓ <i>Elektronisk kostregistreringsskjema</i> ✓ <i>Tverrfaglig samarbeid</i> ✓ <i>Registrering</i> 	
	<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kvalitetsutvalget takker for presentasjonen, berømmer det gode arbeidet med prosjektet, og viktigheten av å spre det i organisasjonen. 2. Kvalitetsutvalget påpeker viktigheten av at pasienter og pårørende får opplæring i ernæring for oppfølging etter utskrivelse. 3. Kvalitetsutvalget støtter forslag om tilknytning av IKT-ressurser til fremtidige forbedringsteam for å gjøre dokumentasjon i DIPS enklere. 4. Kvalitetsutvalget imøteser forslag på hvordan «<i>Forebygging og behandling av underernæring</i>» kan spres til andre relevante enheter i UNN. <p><i>Poster.pdf vedlagt</i></p>	KVALUT

09/18	Mangel på intensivkapasitet	
<p>Et økende antall pasienthendelser er mottatt av Pasientsikkerhetsutvalget (PSU) siste år relatert til mangel på intensiv- og overvåkningskapasitet i UNN. PSU er bekymret for risiko på sikt grunnet fall i antall sykepleiere som tar videreutdanning i intensivsykepleie, og ba Kvalitetsutvalget diskutere problemstillingen.</p> <p>Fagrådgiver Klinisk utdanningsavdeling Bjørg Nilsen Barge redegjorde for status for søknader til videreutdanningen generelt. Det vites ikke ennå hvor mange av disse som er søknad til videreutdanning i intensivsykepleie.</p> <p>Utdanningsavdelingen ønsker komme bak årsakene til at enkelte fagområder velges bort.</p> <p>Få praksisplasser er en flaskehals – intensivheten i UNN begrenser hvor mange som kan tas inn i utdanningen.</p>		
<p>Oppfølging/konklusjon</p> <p>Kvalitetsutvalget diskuterte saken og tok redegjørelsene til orientering.</p>		
10/18	Status Pasientsikkerhetsprogrammet	
<p>Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Mette Fredheim redegjorde for Pasientsikkerhetsprogrammets status for 3. tertial 2017.</p>		
<p>Oppfølging/konklusjon</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kvalitetsutvalget tar rapporten til orientering og er tilfreds med fremdriften på de fleste innsatsområdene. 2. Legemiddelsamstemming krever fortsatt oppmerksomhet, og innføring av de nye regionale prosedyrene (DS 10461) vil kreve en ekstra innsats. 3. Psykisk helse- og ruslinikken inviteres til å presentere sitt arbeid med læringsnettverk innenfor pasientsikkerhet. <p>Kvalitetsutvalget ønsker å gjøre oppmerksom på e-læringskurset «Open School», som er gratis og tilgjengelig på Pasientsikkerhetsprogrammets nettsider:</p> <p>http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/effektivt-og-l%C3%A6rerikt-nettkurs</p> <p>Kurset anbefales til ansatte i UNN som ønsker å lære mer om pasientsikkerhets- og forbedringsarbeid.</p>		KVALUT

11/18	Protaminavvik	
Saken utgikk grunnet forfall.		
Eventuelt		
Det tilkom en sak under eventuelt. 1. Kvalitetsavdelingen ved Pasientsikkerhetskoordinator Mette Fredheim ba om innspill til en eventuell markering av den internasjonale « <i>Hva er viktig for deg?</i> » - dagen 6. juni 2018. Kvalitetsutvalgets medlemmer tar saken til diskusjon i egne avdelinger, for å undersøke om noen er interessert i å være en pilot.		KU



MØTEREFERAT

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

Dato: Mandag 5.3.2018 kl 13.30-15.30
Sted: Møterom D1.704 Biblioteket
Tilstede: Cathrin Carlyle, Laila Edvardsen, Hans-Johan Dahl
Forfall: Esben Haldorsen
Fra adm: Leif Hovden (adm.sjef) og Hilde Anne Johannessen (styrekonsulent/ referent)

BAU 15/18 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 25.4.2018

Ettersom styremøtet den 21.3.2018 utgår, vil gjennomgang av styresakene bli utsatt til neste BAU-møte den 9. april 2018.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering.

BAU 16/18 Skjerming PET-senter

Brakerrepresentant Laila Edvardsen orienterte fra omvisning i PET-senteret den 8.2.2018. Skjermingen er ikke tilfredsstillende verken for barn som leker på gulvet, sittende personer eller ved inngangen.

Oppfølging

BAU ber sekretariatet om å rette spørsmål til utbyggingssjefen om hvordan venterommet er tenkt benyttet, og av hvilke målgrupper/ pasientgrupper. BAU vil følge opp hvordan skjermingen blir ivaretatt i forhold til bruken av heis samt røyking ved inngangspartiet.

BAU ønsker også enklest mulig adkomst for besøkende til administrasjonen (eksempelvis brukerutvalgets medlemmer, styrerepresentanter m.v.) ved bruk av inngangen i sørenden av bygget.

BAU 17/18 Bedre rutiner for oppfølging av pasienter etter alvorlige hendelser (tidl.BU-10/18+12/18)

Utsatt sak fra tidligere BU-møte. BAU er fornøyd med rutinen og særlig med at det blir en individuell vurdering av hvor lenge pasienten skal følges opp etter hendelsen. Utkastet til skriftlig informasjon vurderes også som tilfredsstillende.

Beslutning/oppfølging

BAU er fornøyd med rutinen, og ønsker tilbakemelding på slutten av året på hvordan ordningen har fungert.

BAU 18/18 Prosjekt hendelsesregistrering (tidl. BAU 77/17 og 3/18)

Saken er avsluttet og BAU ser ikke behov for å ha en ny presentasjon.

Beslutning

Sekretariatet undersøker om prosjektet har behov for å presentere resultatet for BU.

BAU 19/18 Organisasjonsprosjekt A9 (tidl. BAU 4/18)

Prosjektet handler om organisering av ressurser på intensivavdelingen.

Beslutning/oppfølging

BAU følger opp saken gjennom KVAM-utvalget til Opln.

BAU 20/2018 Mattilbud for matoverfølsomme ved UNN (tidl. BAU 12/18)

BAU har mottatt tilbakemelding fra kjøkkenet ved UNN. Sekretariatet utarbeider et formelt svar til Astma- og allergiforbundet med opplysning om at saken er formelt behandlet to ganger i BAU og en gang i BU.

Beslutning/oppfølging

Sekretariatet utarbeider et formelt svar på grunnlag av behandlingen som er gitt i BAU og BU.

BAU 21/2018 Parkeringsstrategi for UNN Breivika 2018

Drifts- og eiendomssjef Grethe Andersen har sendt forslag til løsning på parkeringsstrategien ved UNN Breivika.

Beslutning/oppfølging

BAU stiller spørsmål til hvorfor saken ikke er behandlet i Parkeringsutvalget der BU har en representant. BAU mener det bør sies noe om handikapparkering, eksempelvis om det er vurdert handikapparkering ved inngangen i plan 3 C.

BAU 22/2018 Høring – Nasjonal veileder for brukermedvirkning i Helseforskning

RHF-enes strategigruppe for forskning har en arbeidsgruppe som utarbeider nasjonal veileder for brukermedvirkning i helseforskning. Når veilederen blir godkjent vil den være gjeldende ved utlysning av forskningsmidler i Helse Nord. Veilederen vil gjelde for brukere og forskere.

Beslutning/oppfølging

BAU har følgende merknader:

- Hvorfor skal forskere håndplukke brukerne?
- BAU mener prosessen bør gå gjennom organisasjonene eller brukerutvalgene.
- Brukerrepresentantene bør bli valgt ut fra de ulike behov og prosjekt/oppdrag.
- I stedet for å spørre bredt, bør de aktuelle organisasjonene oppsøkes.
- Ordlyden «Nasjonal veileder for brukermedvirkning i Helseforskning» bør endres til «Veileder for brukermedvirkning i Helseforskning».

BAU 23/18 Status i arbeidet med nye brukerrepresentanter

Administrasjonssjefen orienterte.

Beslutning/oppfølging

BAU er fornøyd med responsen fra organisasjonene.

BAU 24/18 Helse- og kvalitetsregisterkonferansen 20.-21.mars 2018

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre avholder den nasjonale helse- og kvalitetsregisterkonferansen i Tromsø den 20.-21.mars 2018. Brukerutvalgets representanter har ikke mottatt invitasjon til konferansen.

Beslutning/oppfølging

Sekretariatet undersøker hvorfor ikke Brukerutvalgets representanter har mottatt denne henvendelsen.

BAU 25/18 Forslag til dagsorden for BU-møte 18.4.2018

Utkast til dagsorden ble gjennomgått.

Beslutning

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

BAU 26/18 Eventuelt

1. Brukermedvirkning under palliasjon

BU-leder orienterte. Det er ønskelig med en brukerrepresentant til styringsgruppen som skal vurdere palliasjon i UNN. De ønsker gjerne noen med pårøndererfaring.

Beslutning/oppfølging

Sekretariatet gjør en vurdering med bakgrunn i BAUs behandling, og formidler nødvendige henvendelser.

2. A-fløya vestibyleprosjektet

BAU vurderte A-fløya-prosjektet versus vestibyleprosjektet, og understrekte viktigheten av å ha adgang mellom poliklinikkene og den gamle vestibylen da den gamle vestibylen også er tenkt som et venteareal.

3. Pasientverter under innflytting i A-fløya

BAU har innspill vedrørende behovet for pasientverter under innflytting i A-fløya.

UNN burde engasjere frivillige til hjelp i arbeidet som pasientverter, slik at det er flere pasientverter/frivillige i innkjøringsfasen ved flytting til A-fløya. Tidligere ansatte (pensjonister) kan være et godt forslag. Ordningen kan eksempelvis gjelde fra april til alt er på plass i løpet av sommeren.

Ordningen med pasientverter må videreføres til høsten og bør ikke avsluttes.

Beslutning/oppfølging:

Sekretariatet formidler forslagene fra BAU til frivillighetskoordinatoren for videre behandling ved Drifts- og eiendomssenteret.

4. Markering for nåværende brukerutvalg i forbindelse med neste BU-møte

Sekretariatet undersøker muligheten for tid og sted for middag for Brukerutvalget på kvelden 17.4.2018, i anledning av avsluttet to-års virkeperiode.

Saksprotokoll

Saksmappenr: 2017/1335
 Saksbehandler: Aud Jorun Pedersen
 Arkivkode: F04/&13

Behandles av:

Utvalg	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Kommunestyret	22.03.2018	18/56

UTTALELSE - REHABILITERING VED UNN HARSTAD

Behandling Kommunestyret - 22.03.2018:

Kommunestyret vedtok enstemmig følgende uttalelse:

Vedtak Kommunestyret - 22.03.2018:

Stortinget har vedtatt at rehabilitering skal styrkes, og være det neste store satsningsområdet. Dette gav seg utslag i en ny helhetlig strategisk plan for rehabilitering i Helse Nord for perioden 2014-2017. Imidlertid har man i denne perioden gått på tvers av egen strategi, og redusert tilbudet. Mens det i 2004 var 20 plasser på rehabiliteringsavdelingen i Tromsø og 11 på geriatrisk rehabilitering; er det førstnevnte redusert til 14 og det sistnevnte nedlagt. Ikke overraskende viser det seg at det fortsatt er et rehabiliteringsbehov også i Tromsø. Den vedtatte løsningen er derfor å nedlegge fire plasser i Harstad, for så å opprette dem i Tromsø.

Det politiske miljøet i Harstadregionen har sett med bekymring på storsatsingen på A-fløya i Tromsø, og hvilke utslag dette kunne få for helsetjenestene i Hålogaland. Vi setter nå dette i sammenheng.

Et estimert rehabiliteringsbehov i Harstadregionen kan ikke baseres på å sammenligne dagens antall rehabiliteringssenger for lokalsykehusfunksjonen i Tromsø med gjeldende antall i Harstad, all den tid man ved UNN Tromsø allerede har nedlagt plasser de åpenbart hadde behov for. Et estimat kan heller ikke basere seg på innbyggertall uten og hensynta aldersfordeling, som er vesentlig forskjell mellom Hålogaland og Tromsø by.

Rehabiliteringsavdelingen ved UNN Harstad ivaretar befolkningen både i Sør-Troms, Nordre Nordland – men også ned til Bodøområdet. Tilstedeværelse av alternative rehabiliteringstilbud har og betydning for hvordan tilbudet må være dimensjonert. Et økt fokus på rehabilitering i primærhelsetjenesten er strategisk viktig som et supplement til kompleks rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, men kan ikke erstatte et slikt tilbud.

Kommunestyret i Harstad er kjent med at Rehabiliteringsavdelingen ved UNN Harstad drifter svært effektivt både hva kommer til personellressurser og økonomi, har svært høy pasienttilfredshet og også høy beleggsprosent.

Vi betviler ikke at Tromsø trenger rehabiliteringsplasser, men det gjør også vårt distrikt. Vårt lokalsykehus må ikke være en salderingspost for driften av UNN Tromsø. Det må være de regionale behovene og de helsemessige argumentene som må legges til grunn for antall senger. Harstad sykehus er det største sykehuset i den mest befolkningstette regionen i landsdelen. Fagmiljøet her må styrkes, ikke svekkes.

Harstad kommunestyre krever å beholde de 13 sengene for rehabilitering ved UNN Harstad»

- Uttalelsen oversendes Styret ved UNN, Direktør ved UNN og media.

UTSKRIFT:
Styret UNN
Direktør UNN
Media

Rett utskrift:

Aud Jorun Pedersen
Sekretær

Dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur



**Fylkesmannen i Troms
Romssa Fylkkamánni**

Saksbehandler
Snorre Manskow Sollid

Telefon

Vår dato
22.03.2018
Deres dato

Vår ref.
2017/406
Deres ref.

Arkivkode
734.0

Styreleder i UNN HF, Ansgar Gabrielsen
Postboks 100
9038 TROMSØ

Unntatt etter Offl 13
taushetsplikt, jf fvl § 13 1.ledd nr
2

Forespørsel om møte vedrørende utskrivningsklare pasienter ved Universitetssykehuset Nord Norge HF

Fylkesmannen i Troms har mottatt brev fra Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN HF), datert 20. mars 2018 (vedlagt). I brevet viser UNN HF til tidligere henvendelser omkring høyt antall utskrivningsklare pasienter ved UNN HF med bostedsadresse i Tromsø kommune. Fylkesmannen har hatt flere møter med både Tromsø kommune og UNN HF omkring denne problemstillingen både i 2016 og 2017. Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet har også tidligere vært informert.

UNN HF gjør nå Fylkesmannen i Troms oppmerksom på at situasjonen nå er forverret ved at antallet utskrivningsklare pasienter har stabilisert seg på et høyt nivå, og at de ikke er kjent med at det er planlagt tiltak som vil bedre problemet. UNN HF beskriver at situasjonen med mange utskrivningsklare pasienter skaper betydelige driftsproblemer ved UNN HF, og at dette truer pasientenes rettigheter og sikkerhet.

Fylkesmannen i Troms ser alvorlig UNN HF's bekymring med mange utskrivningsklare pasienter. Med bakgrunn i dette ønsker Fylkesmannen i Troms et snarlig møte med UNN HF og Tromsø kommune. Fylkesmannen i Troms ønsker at Styreleder og konstituert Direktør stiller fra UNN HF, og at Ordfører, Administrasjonssjef og Helse- og omsorgssjef stiller fra Tromsø kommune. Fra Fylkesmannen i Troms vil Fylkesmann, Fylkeslege og lederteamet i Helse- og omsorgsavdelingen stille.

Fylkesmannen foreslår et møte på Fylkeshuset, møterom 1814, 4. etasje, **fredag 6. april klokken 10:00-12:00.**

Følgende dagsorden foreslås for møtet:

Fylkesmannen foreslår at UNN HF redegjør for:

1. Omfang og utvikling av antallet utskrivningsklare pasienter til alle kommuner i sitt opptaksområde fra og med 2013 til og med 2016 på årsbasis. For perioden fra og med 2017 til dd. Bes det om månedlige tall
2. Eksempler på hvordan situasjonen truer forsvarligheten i pasientbehandlingen
3. Hvilke tiltak UNN HF har gjennomført for å redusere risikoen for at pasientenes rettigheter og sikkerhet i denne situasjonen er ivaretatt
4. Forslag til tiltak i samarbeid med Tromsø kommune.



Fylkesmannen foreslår at Tromsø kommune redegjøre for:

1. Kommunens vurdering av situasjonen
2. Tiltak som er iverksatt på kort og lang sikt for å avhjelpe situasjonen
3. Forslag til tiltak i samarbeid med UNN HF og andre kommuner.

Vi ber om at UNN HF og Tromsø kommune gir snarlig tilbakemelding om tidspunktet passer, og hvem som stiller i møtet. Tilbakemelding gis til fmtrsms@fylkesmannen.no

Med vennlig hilsen

Bård M. Pedersen e.f.
fungerende fylkesmann

Svein Steinert
fylkeslege

Vedlegg:

1. Brev fra UNN HF, datert 20.03.18

Kopi til:

Administrasjonssjef i Tromsø kommune, Britt Elin Steinveg	Rådhuset, Postboks 6900	9299	TROMSØ
Administrerende Direktør Marit Lind, UNN HF	Postboks 100	9038	TROMSØ

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ikke håndskrevne signaturer.



**Fylkesmannen i Troms
Romssa Fylkkamánni**

Saksbehandler
Snorre Manskow Sollid

Telefon

Vår dato
22.03.2018
Deres dato

Vår ref.
2017/406
Deres ref.

Arkivkode
734.0

Ordfører Kristin Røymo
Rådhuset, Postboks 6900
9299 TROMSØ

Unntatt etter Offl 13
taushetsplikt, jf fvl § 13 1.ledd nr
2

Forespørsel om møte vedrørende utskrivningsklare pasienter ved Universitetssykehuset Nord Norge HF

Fylkesmannen i Troms har mottatt brev fra Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN HF), datert 20. mars 2018 (vedlagt). I brevet viser UNN HF til tidligere henvendelser omkring høyt antall utskrivningsklare pasienter ved UNN HF med bostedsadresse i Tromsø kommune. Fylkesmannen har hatt flere møter med både Tromsø kommune og UNN HF omkring denne problemstillingen både i 2016 og 2017. Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet har også tidligere vært informert.

UNN HF gjør nå Fylkesmannen i Troms oppmerksom på at situasjonen nå er forverret ved at antallet utskrivningsklare pasienter har stabilisert seg på et høyt nivå, og at de ikke er kjent med at det er planlagt tiltak som vil bedre problemet. UNN HF beskriver at situasjonen med mange utskrivningsklare pasienter skaper betydelige driftsproblemer ved UNN HF, og at dette truer pasientenes rettigheter og sikkerhet.

Fylkesmannen i Troms ser alvorlig UNN HF's bekymring med mange utskrivningsklare pasienter. Med bakgrunn i dette ønsker Fylkesmannen i Troms et snarlig møte med UNN HF og Tromsø kommune. Fylkesmannen i Troms ønsker at Styreleder og konstituert Direktør stiller fra UNN HF, og at Ordfører, Administrasjonssjef og Helse- og omsorgssjef stiller fra Tromsø kommune. Fra Fylkesmannen i Troms vil Fylkesmann, Fylkeslege og lederteamet i Helse- og omsorgsavdelingen stille.

Fylkesmannen foreslår et møte på Fylkeshuset, møterom 1814, 4. etasje, **fredag 6. april klokken 10:00-12:00.**

Følgende dagsorden foreslås for møtet:

Fylkesmannen foreslår at UNN HF redegjør for:

1. Omfang og utvikling av antallet utskrivningsklare pasienter til alle kommuner i sitt opptaksområde fra og med 2013 til og med 2016 på årsbasis. For perioden fra og med 2017 til dd. Bes det om månedlige tall
2. Eksempler på hvordan situasjonen truer forsvarligheten i pasientbehandlingen
3. Hvilke tiltak UNN HF har gjennomført for å redusere risikoen for at pasientenes rettigheter og sikkerhet i denne situasjonen er ivaretatt
4. Forslag til tiltak i samarbeid med Tromsø kommune.



Fylkesmannen foreslår at Tromsø kommune redegjøre for:

1. Kommunens vurdering av situasjonen
2. Tiltak som er iverksatt på kort og lang sikt for å avhjelpe situasjonen
3. Forslag til tiltak i samarbeid med UNN HF og andre kommuner.

Vi ber om at UNN HF og Tromsø kommune gir snarlig tilbakemelding om tidspunktet passer, og hvem som stiller i møtet. Tilbakemelding gis til fmtrsms@fylkesmannen.no

Med vennlig hilsen

Bård M. Pedersen e.f.
fungerende fylkesmann

Svein Steinert
fylkeslege

Vedlegg:

1. Brev fra UNN HF, datert 20.03.18

Kopi til:

Administrasjonssjef i Tromsø kommune, Rådhuset, Postboks 6900 9299 TROMSØ
Britt Elin Steinveg

Administrerende Direktør Marit Lind, UNN Postboks 100 9038 TROMSØ
HF

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ikke håndskrevne signaturer.



Gratangen



Harstad



Ibestad



Kvæfjord



Lavangen



Salangen



Skånland

Sør-Troms regionråd

Deres ref.: Deres dato: Saksbehandler: Telefon: 770 26008 Vår dato: Vår ref. 2018/3376 /
STURLA BANGSTAD **04.04.2018**

Styret ved Universitetssykehuset Universitetssykehuset Nord- 9038 TROMSØ
 Nord-Norge HF Norge HF, pb 100
 Styret i Helse Nord Postboks 1445 8038 BODØ

UTTALELSE OM REHABILITERING VED UNN HARSTAD

Sør-Troms regionråd viser til uttalelse fra Harstad kommune, samt til ny helhetlig strategisk plan for rehabilitering i Helse Nord for perioden 2014-2017.

Regionrådet støtter Harstad kommunes sitt syn på at man i denne saken har gått på tvers av egen strategi ved å redusere rehabiliteringstilbudet. Reduksjonen følger heller ikke Stortingets vedtak om at rehabilitering skal være det neste store satsningsområdet.

Sør-Troms regionråd finner det svært betenkelig at underdekningen på rehabiliteringsplasser i Tromsø skal løses ved å hente fire plasser fra UNN Harstad. Å flytte på problemene løser på ingen måte regionens samlede behov, og vi stiller oss kritisk til fremtidige behovsberegninger. Vi ønsker her å anmerke at rehabiliteringsavdelingen ved UNN Harstad gir tjenester til hele Midtre-Hålogaland (den mest folkerike regionen i Nord-Norge).

Sør-Troms regionråd betviler ikke at Tromsø har et stort behov for rehabiliteringsplasser, men det har man i høyeste grad også i vår region. UNN Harstad må derfor ikke bli en salderingspost for driften av UNN Tromsø. De regionale behovene må her være styrende.

Vi mener at Helse Nord må sørge for at rehabiliteringstilbudet blir styrket i henhold til egen strategi og Stortingets vedtak, og at den planlagte flyttingen av rehabiliteringsplasser fra UNN Harstad til UNN Tromsø må omgjøres.

Med hilsen

Helene Berg Nilsen
 Leder

Sturla Bangstad
 Daglig leder

Dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.

Kopi til:

Skånland kommune	Postboks 240	9439	Evenskjer
Gratangen kommune		9470	GRATANGEN
Lavangen kommune		9357	TENNEVOLL
Kvæfjord kommune	Bygdevegen 26	9475	Borkenes
Tjeldsund kommune			
Salangen kommune		9350	SJØVEGAN
Ibestad kommune		9450	HAMNVIK



MØTEREFERAT

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

Dato: Mandag 9.4.2018 kl 13.30-15.30
Sted: Møterom PET-senter, G-921
Tilstede: Cathrin Carlyle, Laila Edvardsen, Hans-Johan Dahl
Forfall: Esben Haldorsen
Fra adm: Leif Hovden (adm.sjef) og Hilde Anne Johannessen (styrekonsulent/ referent)

BAU 27/18 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 25.4.2018

Drøftingsdokument med utkast til styresaker var samlet oversendt BAU torsdag 5.4.2018.

Årlig melding 2017

Konstituert kvalitets- og utviklingssjef Elin Gullhav orienterte og svarte ut spørsmål i saken, og vil undersøke hvorfor tiltaket i punkt 3.3.11 ikke er gjennomført. BU er opptatt av at dette blir gjort innen fristen. KvalUt kommer tilbake til Brukerutvalget med et forslag til hvordan BU kan komme med innspill til KvalUt på et tidligere tidspunkt.

Årsregnskap 2017

Seksjonsleder Stig Arne Bakken orienterte og svarte ut spørsmål til disse.

Addendum til konseptfase for Nye UNN Narvik

BU har ingen kommentarer.

Tilsynsrapport

Konstituert kvalitets- og utviklingssjef Elin Gullhav orienterte og svarte ut spørsmål i saken. Tallene for fristbrudd er fortsatt for høye.

Strategisk utviklingsplan Bygg

Prosjektleder ved Drifts- og eiendomssenteret Tor-Arne Hanssen orienterte og svarte ut spørsmål i saken. BU mener pasientperspektivet mangler i saken og viser til de førende prinsipper i Strategisk utviklingsplan for UNN for 2015-2025. Prosjektlederen imøtekommer innspillet og vil tydeliggjøre dette i styresaken.

Han vil også gi en nærmere orientering om dette i BU-møtet den 18.4.2018.

Arealplan UNN Breivika

Prosjektleder ved Drifts- og eiendomssenteret Tor-Arne Hanssen orienterte og svarte ut spørsmål i saken.

BU registrerer at det er lite fokus på pasientperspektivet i arealplanen og etterspør hvordan man ser for seg at «møteplassen» eller frivillighetstorget skal plasseres. Dette samme gjelder Vardesenteret, Pusterommet og ungdomscocpiten/areal for barn og ungdom i UNN. Prosjektlederen imøtekommer innspillet og vil tydeliggjøre dette i styresaken. Han vil også gi en nærmere orientering om dette i BU-møtet den 18.april 2018.

Salg av C0-0

BU har ingen kommentarer.

Tertialrapport pr. 31.12.2017 for utbyggingsprosjekter

Prosjektleder ved Drifts- og eiendomssenteret Tor-Arne Hanssen orienterte og svarte ut spørsmål i saken.

Trombektomitjenester UNN

BU har ingen kommentarer.

Finansiering og organisering av sykehussenger Nord-Troms

Avdelingsleder for Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Magne Nicolaisen, orienterte og svarte ut spørsmål i saken.

Drift av spesialisthelsetjenester ved Sonjatun

Avdelingsleder for Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Magne Nicolaisen, orienterte og svarte ut spørsmål i saken. Saken har oppmerksomhet i Brukerutvalget.

Tilbakemelding til RHF

BU har ingen kommentarer.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret med de innspill som fremkom.

- BAU 28/18**
- **Taushetsbelagt informasjon til pasienter på flersengsrom**
 - **Hjertepasienter trenger lenger rekonvalesens**
 - **Psykiske pasienter på sykehus for somatiske lidelser – blir den psykiske delen ivaretatt?**

BU-leder gjennomgikk problemstillingene og det ble besluttet å kontakte medisinsk fagsjef ved KvalUT Haakon Lindekleiv til neste BU-møte for å få en orientering.

Oppfølging

Sekretariatet retter en forespørsel til medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv for møtetidspunkt til orienteringen.

BAU 29/18 Prosjekt hendelsesregistrering (tidl. 77/17 og18/18)

Sekretariatet har sendt forespørsel til Stine Bottenvann om prosjektet har behov for å komme til Bu for en presentasjon, men har ikke mottatt tilbakemelding.

Beslutning

BAU ser ikke behov for å ha en ny presentasjon og saken avsluttes.

BAU 30/18 Status i arbeidet med nye brukerutvalgsrepresentanter

Administrasjonssjefen orienterte.

Beslutning/oppfølging

BAU tar informasjonen til orientering.

BAU 31/18 Forslag til dagsorden for BU-møte 18.4.2018

Utkast til dagsorden ble gjennomgått. Følgende settes opp på dagsplanen til neste møte:

-Presentasjon av avdelingsleder Magne Nicolaisen vedrørende utskrivningsklare pasienter, finansiering og organisering av sykehussenger Nord-Troms og drift av spesialisttjenester ved Sonjatun

-Presentasjon av utbyggings sjef Tor-Arne Hanssen med orientering om skiltingen i UNN, teleslynge i de ny møterommene i G-fløya og hvordan man sikrer at ledelinjer og universalutforming blir fulgt opp i de nye byggeprosjektene. BU ønsker også en tilbakemelding på hvordan man tenker å få frem pasientperspektivet i arealplanen og den strategiske utviklingsplanen.

-Konstituert administrerende direktør Marit Lind kommer til Direktørens time kl 12.00-13.00.

Beslutning

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

BAU 32/18 Eventuelt

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 24.-25.4.2018.**

Dato: 10.4.2018

Tidspunkt: 14.00-15.30

Sted: Adm møterom D1 707

Fra arbeidsgiver

Gøril Bertheussen (stabssjef)

Lars Øverås, økonomisjef

Stig Bakken, seksjonsleder Økonomistyring

Tor-Arne Hanssen (utbyggingssjef)

Hans Petter Bergset, rådgiver KvalUt

Leif Hovden (adm.sjef/ referent)

Fra arbeidstakerne

Tove Mack, FHVO

Rigmor Frøyum, Fagforbundet

Jan Eivind Pettersen, Delta

Protokollsignering:

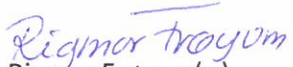
Fra arbeidstakersiden ble Rigmor Frøyum og Jan Eivind Pettersen valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
1. Årlig melding 2017	EG	<p>Rådgiver Hans Petter Bergseth svarte ut spørsmål til saken.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten hadde følgende merknader til saken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drøfting i sak om deltidsstillinger er ikke gjennomført ref. pkt. 5.1.1. - Det bør settes av dato for fullføring av rapport vedr. reduksjon i risiko for vold ref. pkt 5.2.1. - Vold og trusler har stor økning, og ansattes representanter uttrykker bekymring med utviklingen. <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</p>
2. Årsregnskap 2017	GB	<p>Seksjonsleder Stig Bakken innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</p>
3. Addendum til konseptfase for Nye UNN Narvik	GA/TAH	<p>Utbyggingssjefen innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</p> <p>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</p>

4. Kvalitets- og virksomhetsrapp.	GB	<i>Saken drøftes i eget drøftingsmøte uke 16.</i>
5. Tilsynsrapport	EG	<i>Rådgiver Hans Petter Bergseth svarte ut spørsmål til saken.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i>
6. Tilbakemelding til RHFet	GB	<i>Saken drøftes i eget drøftingsmøte uke 16.</i>
7. Strategisk utviklingsplan Bygg	GA	<i>Utbyggingssjefen innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i>
8. Arealplan UNN Breivika	GA	<i>Utbyggingssjefen innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i>
9. Salg av C0-0	GA/TAH	<i>Utbyggingssjefen innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i>
10. Tertialrapport 31.12.2017 for utbyggingsprosjekter	TAH	<i>Utbyggingssjefen innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i>
11. Trombektomitjenester UNN	GryA	<i>Klinikksjef ved Diagnostisk klinikk Gry Andersen innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i>
12. Gave til UNN - Kirurgirobot	GA	<i>Saken drøftes i eget drøftingsmøte uke 16.</i>
13. Finansiering og organisering av sykehussenger Nord-Troms	EG/MN	<i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i>
14. Drift av spesialisthelsetjenester ved Sonjatun	EG/MN	<i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i>
15. Oppnevning av nytt brukerutvalg ved UNN	GB/LH	<i>Saken klargjøres til styremøtet.</i>
16. Rekrutteringsutvalg for tilsetting av adm. dir.	GB	<i>Stabsjefen redegjorde for saken.</i>

		<p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten anbefalte nytt pkt 4 vedr. saksgang og endelig godkjenning i styret.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i></p>
--	--	--

Tromsø, 10.4.2018


Rigmor Frøyum(s.)
FTV Fagforbundet


Jan Eivind Pettersen (s.)
FTV Delta

Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef



Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget

Tid: Onsdag 11.04.18 kl. 12.00-15.00

Sted: D1 707 UNN Tromsø, 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		Wenche Olsen, PTV NSF, Medisinsk avdeling UNN Harstad	
Ingebjørg Santi, Fagforbundet UNN Narvik		Jon Børre Joakimsen, Fagforbundet UNN Harstad	x
Kristine Amundsen, Dnlf		Ulla Dorte Mathisen, Dnlf	
Geir Magne Lindrupsen, NITO		Geir Magne Johnsen, HTV NSF UNN	
Marit Lind, kst. adm. direktør	x	Einar Bugge, kst. viseadm. direktør	
Gøril Bertheussen, stabssjef		Mai-Liss Larsen, HR-sjef	x
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	x	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 Ole Martin Andersen på sak 28/18, samt Elin Gullhav, Magne Nicolaisen og Gry Andersen på sak 25/18, samt Grethe Andersen på 25/18, 26/18 og 29/18 a.

Sak 22/18 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Innkalling og saksliste.

Sak 23/18 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 7.3.18

Protokoll fra møtet 7.3.18 var vedlagt saksdokumentene.

Vedtak:

Protokollen godkjennes.

Sak 24/18 Tildeling av midler fra AMU

I møtet den 7.3.18 ble det behandlet 4 søknader. Resterende midler ble annonsert på intranett med utsatt frist 3.4.18. Det var kommet inn 8 nye søknader til dette møtet. Av disse anbefales 3 avslått da det interne tiltak i klinikk/senter eller ikke kan gjennomføres i dette regnskapsåret.

Vedtak:

Med bakgrunn i mottatte søknader, gjeldende retningslinjer, tildeler AMU midler til følgende tiltak:

Pingvinrevyen	kr. 80.000
Kulturavdelingen UNN	kr. 200.000
UNN-koret Arctic Voices	kr. 90.000
Verneombudssamling	kr. 10.000
Skjærgårdstur med Anna Rogde	kr. 12.700

Sak 25/18 Styresaker

Disse sakene ble forelagt AMU:

- Årlig melding 2017
- Årsregnskap 2017
- Addendum til konseptfase for Nye UNN Narvik
- Tilsynsrapport
- Strategisk utviklingsplan Bygg
- Arealplan UNN Breivika
- Salg av C0-0
- Tertialrapport 31.12.2017 for utbyggingsprosjekter
- Trombektomitjenester UNN
- Finansiering og organisering av sykehussenger Nord-Troms
- Drift av spesialisthelse-tjenester ved Sonjatun

Vedtak:

a) AMU slutter seg til at sakene fremmes for styret til behandling.

- b) Når det gjelder Årlig melding registrerer AMU at antallet skademeldinger knyttet til trusler om vold og vold er økende. AMU er derfor opptatt av at enheter som har potensiell risiko for vold og trusler om vold gjennomfører risikovurdering for å ivareta en systematisk tilnærming i forebygging og håndtering av denne type hendelser.

Sak 26/18 Oppfølging av HMS-avvik. Ambulansestasjonen i Tromsø.

Saken gjelder forhold som avdekkes under lokalt vernearbeid og som berører bygningstekniske forhold og oppfølging av disse. Vernetjenesten etterspør i saken hvordan HMS-relaterte innmeldte avvik følges opp i prioriteringsrekkefølgen fra Drifts- og Eiendomssenteret (DES). Drift- og eiendomssjefen redegjorde for prioriteringskriterier og omfanget av vedlikeholdsetterslepet (rødlista).

Vedtak:

AMU tar informasjon fra drifts- og eiendomssjefen til orientering og er tilfreds med at HMS-tiltak gis prioritet i vedlikeholdsplan.

Sak 27/18 Møteplan for AMU 2018

I forrige møtet ble det etterlyst et årshjul for AMU sitt arbeid. Arbeidsutvalget for AMU har diskutert hvilke saker som bør gå inn årshjul for AMU og hadde utarbeidet et forslag. AMU ba om at møter i Arbeidsutvalget og AMU-seminar høsten 2018 ble satt inn i planen.

Vedtak:

AMU slutter seg til forslaget med de innspill som blir fremført i møtet.

Sak 28/18 Spesialrapport etter ForBedring 2018.

AMU hadde fått tilsendt spesialrapporten på epost. Rapporten er bestilt av direktøren i AMU/KU- møte den 7.3.2018. Rådgiver Ole Martin Andersen fra Stabscenteret orienterte om grunnlaget for denne rapporten og hvilke kriterier som er brukt. Samlet ser det ut som at antallet enheter som skårer lavt på flere tema er omtrent på samme nivå som MU 2016 når man justerer for at vi denne gang har tatt med alle 9 tema i rapporten.

Vedtak:

AMU ber om at Stabscenteret legger frem en egen sak om dette i til møtet 16.mai 2018.

Sak 29/18 Orienteringssaker

- a. **Røyking ved hovedinngangen Breivika.**
Muntlig orientering ved drift og eiendomssjefen.
- b. **Presentasjon KVAM-gruppe Akuttpsykiatrisk seksjon.**
Muntlig orientering ved seksjonsleder Margit Måsø, enhetsleder Siv Hege Fagerheim og verneombud Mariell Hansen. Momenter som var fremme i diskusjonen:
 - Kompetanseheving

- Rekruttere og beholde fagkompetanse for å redusere lekkasje av kompetanse til andre
- Bedre tid og rom for å gjøre det gode arbeidet
- Behov for forbedre meldingsrutiner og – skjema for personalskader
- Behov for monitorering av alvorlige voldshendelse til bruk på tavler

c. **Etiske retningslinjer for veiledning i UNN.**

Personalsjef Mai-Liss Larsen orienterte om arbeidet og vil komme tilbake til AMU med en sak om status i dette arbeidet.

Vedtak:

Sakene tas til orientering.

Sak 30/18 Eventuelt

Kommunikasjonsplan – kommunikasjonssjef Hilde Pettersen om prosessen og videre arbeid. AMU bes om å gi innspill innen 2. mai.

Fra: Terje Olsen[terje.nordreisa@gmail.com] Dato: 14.04.2018 22:38:07 Til: Postmottak UNN (post@unn.no) Tittel: Helsesenteret Sonjatun
Kjære styremedlemmer i UNN HF

Det nye styret ved UNN HF skal behandle to saker på styremøtet 25.april som omhandler rehabiliteringstilbudet og sykestuesengene ved Helsesenteret Sonjatun i Nordreisa. Sakene har vekket stor oppmerksomhet i Nord-Troms og bekymrer befolkningen. Skal det enda en gang forsøkes å skjære ned på et tilbud som gir befolkningen en følelse av at en behandles noenlunde likeverdig med befolkningen som har sykehus nær der en bor. Dette kan ikke godtas uten skikkelig dialog og kommunikasjon. Det forventes at desentraliserte spesialisthelsetjenester i Nord-Troms utvikles slik det gjøres i andre områder med lang veg til sykehus, ikke nedbygges. Nordreisa Høyre har på sitt årsmøte 12.april vedtatt vedlagte uttalelse og ber om at sakene utsettes og at en kommer i bedre dialog med lokalsamfunnet.

Med vennlig hilsen

Terje Olsen
leder i Nordreisa Høyre

Utsettelse av styrebehandling av sak om Drift av Spesialisthelsetjenester på Sonjatun og Finansiering og organisering av ØHD-/sykestuesenger i Nord-Troms.

Nordreisa Høyre er kjent med at UNN HF har lagt fram nevnte saker til behandling i sitt styre 25.april 2018 og ber om at sakene utsettes.

Målet med helsetilbudet i Norge er at det skal være likeverdig tilgang til tjenester uansett hvor du bor i landet. I så måte er avstandsulempen et viktig element for å kunne oppnå det.

Nord-Troms er et av de distrikt i Norge med lengst avstand til lokalsykehus, ca 300 km fra Burfjord i Kvænangen og 235 km fra Storslett i Nordreisa hvor Helsesenteret Sonjatun ligger. I tillegg er kommunikasjonsforholdene utfordrende med rasutsatte områder, og i perioder kan værforholdene hindre bruk av fly og helikopter.

For å kompensere for disse ulempene har det vært drevet sykestuer og fødetilbud i Nord-Troms kommunene i mange tiår, først av frivillige organisasjoner, så fylkeskommunen og senere helseforetaket.

Ved Helsesenteret Sonjatun er det i tillegg etablert et rehabiliteringstilbud innen geriatri for Nord-Troms kommunene som har hatt spesiell kompetanse innen afasibehandling. Afasitilbudet har også gitt tjenester til hele landsdelen med kompetanse innen samisk språk. Og de seneste år er det utviklet tilbud innenfor hudbehandling, røntgen, dialyse, øre- nese og hals og teleortopedi. Denne utviklingen har skjedd i nært og positivt samarbeid med Helse Nord RHF og UNN HF.

Samtidig har det med jevne mellomrom kommet utsagt om at både fødetilbudet, rehabiliteringen og sykestuesengene ikke har sin berettigelse, både med økonomisk og faglig begrunnelse. Dette til tross for at det flere ganger har vært dokumentert at sykestuer og fødetilbud har sin berettigelse. Det gir nærhet til helsetjenester, det er økonomisk besparende og har god og sikker kvalitet. Senest sies dette i rapporten «Evaluering av sykestuene i Nord-Troms». Det å ha sykestuesenger og et rehabiliteringstilbud har i tillegg virket rekrutterende og stabiliserende på helsepersonell med høy kompetanse på alle områder. Det frykter vi kan bli vanskeligere om det fattes vedtak slik det legges opp til.

I de nevnte sakene mener Nordreisa Høyre at den betydning OGT og sykestuen har for befolkningen i Nord-Troms og hvordan en ved nedleggelse og reduksjon reduserer helsetjenestetilbudet og beredskapen i vår kommune, ikke belyses tilstrekkelig. Det betyr lengre avstand til sykehus og dårligere beredskap og gir ikke likeverdige tjenester.

De forskjellige tilbudene som Nordreisa Kommune drifter på vegne av UNN HF er hver for seg en pilar i helheten. Forsvinner eller reduseres en pilar vil hele tilbudet svekkes.

Nordreisa Høyre er innforstått med at det er behov for nytenking også i helsevesenet, men vi mener at disse sakene er for dårlig utredet med tanke på konsekvenser for lokalsamfunnet og ber derfor om at sakene blir utsatt. Vi mener at det er behov for at det nye styret først blir orientert både om historien til og betydningen disse tjenestene har for befolkningen i Nord-Troms, før en går til vedtak i så viktige saker for de 4 kommunene. Og at dialogen med lokalsamfunnet bedres.

Vennlig hilsen

Terje Olsen

Leder Nordreisa Høyre



MØTEREFERAT

Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Onsdag 18.4.2018

KL 09.10-14.15

Møtested: Møterom PET-senter – G9 Styrerom

Tilstede: **Medlemmer:** Cathrin Carlyle (leder), Esben Haldorsen (nestleder), Laila Edvardsen, Hans-Johan Dahl, Britt-Sofie Illguth, Mildrid Pedersen, Johanne Sundmann, Obiajulu Odu, Margrethe Larsen, Martin Moe, Britt-Eva Elvejord Jakobsen

Fra adm.: Adm.sjef Leif Hovden, styreassistent Hilde Anne Johannessen (referent)

Forfall

Saksliste

BU-14/18 **Godkjenning av innkalling og sakliste**
Innkalling og sakliste ble gjennomgått.

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og sakliste med de innspill som fremkom.

BU-15/18 **Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 7.2.2018**
Referatet ble gjennomgått.

Vedtak Brukerutvalget godkjente referatet.

BU 16/18 **Orienteringssak: Rapportering fra prosjekter og arbeidsoppdrag**

Aktivitiet	Ansvarlig 2016-2018	Status/merknader
1. Styret ved UNN	Cathrin Carlyle	Status ble referert.
2. Kvalitetsutvalget i UNN	Cathrin Carlyle	Status ble referert.
3. Styringsgruppe A-fløya	Cathrin Carlyle	Status ble referert.
4. Styringsgruppe for PET-senter	Cathrin Carlyle	Status ble referert.
5. HelseOmsorg21	Cathrin Carlyle	Status ble referert.
6. Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl	Status ble referert.
7. Koordinerende utvalg (Rehab.avdelingens kompetanseseksjon)	Laila Edvardsen	Status ble referert.
8. Vestibyleprosjektet	Britt Sofie Illguth	Status ble referert.
9. OSO (Overordnet Samarbeidsorgan)	Britt Sofie Illguth og Esben Haldorsen	Status ble referert.
10. Klinisk etikkomité (KEK)	Margrethe Larsen	Status ble referert.
11. Sykehusapotekets brukerutvalg	Martin A. Moe	Status ble referert.
12. Parkeringsutvalget	Obiajulu Odu Laila Edvardsen vara	Status ble referert.
13. Pasientsentrert team	Obiajulu Odu	Status ble referert.
14. Samhandlingsbarometeret (referansegruppen)	Obiajulu Odu	Status ble referert.
15. Pasienterfaringer-Gastrokirurgisk avd. K3K	Solbritt Karlsson Sigrid Berntsen	Status ble referert.
16. Styringsgruppe for nye UNN Narvik		Status ble referert.
17. OU på A-fløya – klinikk Glidd over i ny sak Selvinnsjekk	Hans-Johan Dahl	Status ble referert.
21. KSU 1/2017 – Retningslinjer for inn- og utskrivning av pasienter	Hans-Johan Dahl	Status ble referert.
18. KVAM-utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Johanne Sundmann	Klinikksjef Jon Mathisen.
19. KVAM-utvalg Diagnostisk klinikk	Klemet Sara	Klinikksjef Kate Myreng
20. KVAM-utvalg Hjerte- og lungelinikk	Hans-Johan Dahl	Klinikksjef Kristian Bartnes
21. KVAM-utvalg Nevro, ortopedi- og rehab-klinikk	Laila Edvardsen	Klinikksjef Bjørn-Yngvar Nordvåg
22. KVAM-utvalg Psykiatri- og ruslinikk	Esben Haldorsen	Klinikksjef Magnus Hald
23. KVAM-utvalg Operasjons- og intensivklin.	Martin Moe	Klinikksjef Eva-Hanne Hansen
24. KVAM-utvalg Barne- og ungdomsklinikk	Obiajulu Obi	Klinikksjef Per-Ivar Kaaresen
25. KVAM-utvalg Kirurgi-, kreft- og kvinne-Helseklinikk	Britt-Sofie Illguth	Klinikksjef Rolv-Ole Lindsetmo
26. Utvikling av sykepleier-	BU	BU er referansegruppe i dette prosjektet

studentenes praksisstudier		Irene Foss, Marta Grongstad leder av arb.gruppen
27. Workshop m/pasienter Pårørende og ansatte fra UNN Narvik og Narvik kommune	Mildrid Pedersen	Status ble referert.
28. Prosjekt Palliasjon ved UNN	Odu Obiajulu	Status ble referert.
29. Læringsnettverk Gode pasientforløp	Laila Edvardsen Britt-Eva E Jakobsen	Status ble referert.
30. Prosjekt Arealplan UNN Harstad	Margrethe Larsen	Status ble referert.
31. Palliasjon	Obi Obiajulu	Status ble referert.
32. KSU-	Mildrid Pedersen	Status ble referert.
33. OSO – KSU 4 Barseel	Laila Edvardsen	Status ble referert.
34. Pasient-app saken Helse Nord Fresk	Martin Moe	Status ble referert.
35. Ungdomsrådet	Cahtrin Carlyle	Status ble referert.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og sekretariatet følger opp der det er aktuelt.

Når det gjelder vararepresentanter til KVAM-utvalg, tas dette opp på siste møte i Brukerutvalget før sommeren. Da vil deltakelse og eventuelt behov for vararepresentanter i utvalgene evalueres. Referater sendes ikke ut når det gjelder KVAM-utvalg.

BU 17/18 Presentasjon: Utskrivningsklare pasienter

Avdelingsleder for Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin i KvalUT, Magne Nicolaisen, informerte om utskrivningsklare pasienter ved UNN. Situasjonen truer pasientenes rettigheter og sikkerhet, og det er utført flere tiltak for å forbedre situasjonen. Blant annet er det utarbeidet prosedyrer for overflytting av pasienter ved avdelingene, og det er ansatt pasientflytkoordinatorer.

Nicolaisen viste til en presentasjon KvalUt har gjort til Fylkesmannen i Troms den 6.4.2018. Presentasjonen ligger vedlagt dette referatet.

Drift av spesialisthelsetjenesten på Sonjatun

Nicolaisen orienterte kort om status og viste til styresaken der forslaget går ut på å omstille driften ved Områdegeriatrisk team på Sonjatun fra døgnseger til dag/poliklinisk virksomhet. Dette følges opp gjennom etablering av Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT) for Nord-Troms.

Endringen vil ha stor innvirkning på driften på Sonjatun.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU 18/18 Presentasjon: Skilting og teleslynge i hele UNN

Prosjektleder Tor-Arne Hanssen ved Drifts- og eiendomssenteret orienterte om skiltingen i

UNN. Det er blant annet planlagt en informasjonssøyle på forplassen til UNN, og et orienteringskart inne i hovedinngangen. Det blir nytt elektronisk/automatisk innsjekksystem. Teleslynge vil bli lagt inn i de nye møterommene i G9.

Prosjektlederen kunne ikke svare på hvorfor Brukerutvalgets tidligere innspill i saken, både når det gjelder skilting og merking for øvrig, ikke har blitt hensyntatt.

Brukerutvalget kom med nye innspill til skilting og merking, blant annet bedre ledelinje til/fra venterom, oversiktsplan i hver avdeling, ulike farger på de ulike avdelinger/plan og merking av etasje på gulv utenfor heisene med farger.

Innspillene vil også være aktuelle ved nytt bygg i Narvik og Harstad

Brukerutvalget vil bli invitert med til blant annet poliklinikk og fellesarealer for å se om skilting og merking i er tilfredsstillende.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og imøteser invitasjon til omvisning i nybyggene og at innspillene blir ivaretatt.

BU-19/18 Direktørens time

Brukerutvalget problematiserte prosessforløpet i sakene om Strategisk utviklingsplan UNN og Arealplan for UNN Breivika. Brukerutvalget kunne ikke gjenfinne innspillene i sakene vedrørende følgende forhold:

- Vardesenteret – plassering og areal
- Reetablering av Møteplassen/pasient- og pårørendetorg
- Stillerom (venterom) Venterom med hvilestoler
- Plass for frivillighetskoordinator
- Pusterommet
- Areal tilpasset barn og ungdom i UNN

Brukerutvalget ber om å bli tatt med i de prosessene som ikke er avsluttet, slik at pasient- og pårørendeperspektivet blir tatt med i Fase 2.

Skilting ved UNN

Det er to forhold BU er opptatt av. Det ene er de innspillene BU hadde til Utbyggingsavdelingen i tilknytning til skiltplanen ved UNN og hvordan de er blitt videreført. Dette gjelder både grafisk og elektronisk utforming samt plassering av fysiske skilt.

Det andre er at det også under ombygging og innflytting må være skilting og god informasjon til pasientene, gjerne i form av pasientverter.

Direktøren orienterte om prosjektene frivillighetskoordinatoren i UNN har iverksatt.

Direktøren foreslår at Brukerutvalget får komme med innspill til Årlig melding på et tidligere tidspunkt enn hittil.

Brukerutvalget hadde ellers ingen innspill til styresakene. Noen av styresakene ble svart ut under presentasjonen til prosjektleder Tor Arne Hanssen og avdelingsleder Magne Nicolaisen.

Konstituert viseadministrerende direktør Marit Lind orienterte om møte mellom ledergruppen UNN og ledergruppen i Helse Nord RHF. Det ble besluttet en gjennomgang av alle fagråd ved UNN for å sjekke om de er aktive. Brukerutvalgets leder opplever at planen som ble laget for kreftkirurgi ikke fungerer. Saken er meldt inn til RHFet og Lind regner med at RHFet vil bli ta tak i dette.

Informasjon til pasienter i flersengsrom

Brukerutvalget kom med innspill til bruk av øretelefoner til bruk for pasienter i flersengsrom. Brukerutvalget oppfordrer til at pasientene får dette før de ansatte som plassert i landskap.

Konstituert administrerende direktør tar forslaget om øretelefoner til pasienter i flersengsrom med videre i prosessen.

RHFet skal evaluere hendelsesforløpet vedrørende lederskiftet i februar. Oppdraget er sendt ut til tilbydere, og resultatet legges frem tidlig i juni 2018.

Når det gjelder ambulansefly som står på bakken pga manglende bemanning/cru, er saken sendt videre for oppfølging.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og imøteser tilbakemelding på innspillene.

BU-20/18 **Presentasjon: Standard for kortfattet pasientrettet legemiddelinformasjon**
Brukerrepresentant Martin Moe informerte om prosjektet samstemming av legemiddellister i Helse Nord. Etter innføringen skal alle leger og enheter bruke legemiddelmodulen i DIPS, registrere CAVE/legemiddelreaksjoner riktig og registrere om samstemming er utført.
Presentasjonen ligger vedlagt dette referatet.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU 21/18 **Presentasjon: Taushetsbelagt informasjon til pasienter på flersengsrom mm.**
Saken er utsatt.

Vedtak Saken tas opp i neste møte i Brukerutvalget.

BU-22/18 **Presentasjon: Kommunikasjonsplan for UNN**
Saken er utsatt. Cathrin orienterte kort.

Vedtak Saken tas opp i neste møte i Brukerutvalget.

BU-23/18 **Referatsaker**

Det ble referert følgende referatsaker:

1. Referat fra Ungdomsrådet, datert 25.1.2018
2. Referat fra møte i OSO, datert 22.2.2018 – saken gjelder også Rus Merknad til Oso-sak. Tar det med videre.
3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget datert 27.2.2018
4. Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg 5.3.2018
5. Brev til NAAF vedrørende Matoverfølsomme ved UNN 13.3.2018
6. E-post til medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv vedrørende bedre rutiner for oppfølging av pasienter etter alvorlige hendelser 13.3.2018
7. Referat fra møte i BAU 9.4.2018.

Vedtak Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.

BU-24/18 **Eventuelt**

1. Valg av nye representanter til Brukerutvalget og Regionalt Brukerutvalg

Administrasjonssjefen orienterte om status i saken.

Cathrin Carlyle (sign.)
utvalgsleder

Hilde A Johannessen (sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 18.4.2018

Kopi til:

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

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 25.4.2018.**

Dato: 20.4.2018

Tidspunkt: 8.30-9.10

Sted: Styrerommet G9

Fra arbeidsgiver

Lars Øverås, økonomisjef
Stig Bakken, seksjonsleder Økonomistyring
Leif Hovden (adm.sjef/ referent)

Fra arbeidstakerne


Einar Rebni, FHVO
Rune Moe, Fagforbundet
Jan Eivind Pettersen, Delta
Vibeke Haukland, NSF

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Rune Moe og Jan Eivind Pettersen valgt til signering av protokollen.
Administrasjonssjef Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport	GB	<i>Seksjonsleder Stig Bakken innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i>
2. Tilbakemelding til RHFet	GB	<i>Seksjonsleder Stig Bakken innledet til saken og svarte ut spørsmål til den.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at styresaken forelegges styret til endelig behandling.</i>

Tromsø, 20.4.2018


Rune Moe (s.)
HTV Fagforbundet


Jan Eivind Pettersen (s.)
FTV Delta


Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef



Sak: Notat vedrørende manglende behandling av innspill fra Brukerutvalget i saken
Strategisk utviklingsplan bygningsmassen

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

Fra: Drifts- og eiendomssjef Grethe Andersen

Møtedato: 25.4.2018

Bakgrunn

I direktørens møte med Brukerutvalget (BU) 18.4.2018 tok BU opp prosessforløpet i saken Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen i UNN. BU kunne ikke gjenfinne innspillene i saken vedrørende følgende forhold:

Skilting ved UNN

Innspillene BU hadde til Drifts- og eiendomssenteret dreier seg om permanent og midlertidig skilting ved UNN og hvordan dette vil bli videreført. Dette gjelder både grafisk og elektronisk utforming samt plassering av fysiske skilt. Det er også presisert at det også under ombygging og innflytting må være skilting og god informasjon til pasientene, gjerne i form av pasientverter.

Saksutredning

Vernetjenesten og tillitsvalgte har deltatt i prosjektarbeidet samt en av temadagene. Strategien er også forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg. Strategien har vært på høring i hele organisasjonen. Innspill har blitt behandlet underveis, og innarbeidet i strategien der dette har vært mulig, og omforent med overordnet strategi og mandat. Drifts- og eiendomssjefen beklager at prosessen for å håndtere forholdene som Brukerutvalget har tatt opp ikke er beskrevet i planen.

Midlertidig skilting i byggeprosesser vurderes fortløpende. Brukerutvalget har kommet med innspill på utbedringer i forbindelse med befaringer og i samarbeidsmøter. Drifts- og eiendomssjefen beklager at innspillene så langt ikke har ført til korrigeringer i midlertidig skilting. Midlertidig skilting vil fremdeles håndteres som en del av prosjektene, dette gjelder både arealplaner, ombygginger og nybygg. Midlertidig skilting må koordineres mellom prosjektene slik at det gjøres så likt som mulig i hele organisasjonen. Utbyggingsavdelingen har ansvar for denne koordineringen og innspill fra BU vil implementeres i det videre arbeidet.

Det er foreløpig ikke planlagt en omfattende endring i permanent skilting i UNN. I forbindelse med Vestibyleprosjektet og Forplass Breivika, samt elektronisk selvinnsjekk for pasienter er det imidlertid naturlig å også diskutere skilting i disse områdene i sammenheng med øvrig skilting i UNN Breivika og eventuelt resten av foretaket. Problemstillingen inkluderes i første omgang i Vestibyleprosjektet der styringsgruppen må vurdere og eventuelt anbefale at skilting organiseres i et eget prosjekt.

Pasientvertordningen i Breivika er besluttet videreført.

Vurdering og konklusjon

Drifts- og eiendomssjefen beklager at prosessen for å håndtere innspillene fra BU ikke er beskrevet i Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen. God midlertidig og permanent skilting er viktig for pasientenes totale opplevelse av UNN, og innspill fra BU i disse sakene er av stor betydning. Utbyggingsavdelingen inkluderer skilting i utbyggingsprosjektene for å ivareta pasienthensynet på best mulig måte innenfor rammen av praktiske mulige løsninger. Dialogen med BU ivaretas gjennom ordinære strukturer i prosjektorganiseringen.



Sak: Notat vedrørende manglende behandling av innspill fra Brukerutvalget i saken
Arealplan Breivika

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

Fra: Drifts- og eiendomssjef Grethe Andersen

Møtedato: 25.4.2018

Bakgrunn

I direktørens møte med Brukerutvalget 18. april 2018 tok Brukerutvalget opp prosessforløpet i saken Arealplan UNN Breivika. Brukerutvalget kunne ikke gjenfinne innspillene i saken vedrørende følgende forhold:

- *Vardesenteret – plassering og areal*
- *Reetablering av Møteplassen/pasient- og pårørendetorg*
- *Stillerom (venterom) Venterom med hvilestoler*
- *Plass for frivillighetskoordinator*
- *Pusterommet*
- *Areal tilpasset barn og ungdom i UNN*

Saksutredning

I arbeidet med Arealplan Breivika har det vært bred involvering og medvirkning. Innspill og høringer har blitt behandlet underveis, og innarbeidet i arealplanen der det har vært mulig. Av prosessgjennomføringsmessige hensyn er ikke alle forhold vært mulig å beskrive i planen så langt, men må utredes og ferdigstilles i gjennomføringsprosessen. Drifts- og eiendomssjefen beklager at prosessen for å håndtere forholdene som Brukerutvalget har tatt opp ikke er ferdigutredet i planen.

Drifts- og eiendomssjefen og kliniksjeff Kirurgi,- kreft –og kvinnehelseklinikken (K3K) har fått i oppdrag å utarbeide mandat for samordning, lokalisering og organisering av frivillighetsarbeidet i UNN, pasient- og pårørendesenter, Vardesenteret, brukerrådet, ungdomsrådet mm. Vi vil involvere Brukerutvalget både i å utforme mandat samt foreslå deltakelse i arbeidsgruppen. Dette arbeidet sammen med de øvrige innspillene fra Brukerutvalget må også ses i sammenheng med Vestibyleprosjektet og Innsjekkprosjektet.

Vurdering og konklusjon

Drifts- og eiendomssjefen beklager at prosessen for å håndtere innspillene fra Brukerutvalget ikke er beskrevet i arealplanen. Plan for videre prosess er under utarbeidelse, og Brukerutvalget vil bli invitert med i disse.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
42/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.-25.2018
Saksansvarlig:	Leif Hovden	Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør