



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Onsdag 30. mai 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: 30.5.2018
Tid: Kl 09.00

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

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Ansgar Gabrielsen	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Anne Sissel Faugstad	Medlem	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Grete Kristoffersen	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Johan Ailo Kalstad	Medlem	
Marianne Johnsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Sverre Håkon Evju	Medlem	
Thrina Loennechen	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Kirsti Baardsen	Observatør	Leder Brukerutvalget
Eirik Arne Hansen	Observatør	Helse Nord RHF, Bodø

ST 43/2018 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 43/2018	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 44/2018	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 24.-25.4.2018
ST 45/2018	Tertialrapport 1, 2018 med Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 46/2018	Tertialrapport pr. 31.5.2018 for utbyggingsprosjekter
ST 47/2018	Forberedende virksomhetsplan for 2019
ST 48/2018	Utsatt sak: Addendum til konseptfase for Nye UNN Narvik
ST 49/2018	Arealplan Breivika – prosjektinnramming
ST 50/2018	Orienteringssaker
	<i>Skriftlige orienteringer</i>
	1. Nasjonale kvalitetsindikatorer
	<i>Muntlige orienteringer</i>
	2. Pasienthistorie
	3. Oppnevning av representant til ansettelsesutvalget for ny administrerende direktør
ST 51/2018	Referatsaker
	1. Årsrapport 2017 for Ungdomsrådet UNN
	2. Referat fra møte i Ungdomsrådet UNN, datert 18.4.2018
	3. Vedtak fra Kvæfjord kommune vedrørende fødselsomsorg, datert 7.5.2018
	4. Uttalelse fra Nord-Troms Regionråd vedrørende Distriktsmedisinsk senter Nord-Troms, datert 8.5.2018
	5. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 14.5.2018
ST 52/2018	Eventuelt



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
44/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.5.2018
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 24.-25.4.2018

Innstilling til vedtak

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

Tromsø, 18.5.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Møteprotokoll fra styremøte 24.-25.4.2018


MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: UNN Tromsø, PET-senter G9 Styrerom
 Dato: 24.4.2018 Tid: kl 17.30-18.00 (sak 20-25 og 29)
 25.4.2018 Tid: kl 09.00-14:45

Navn	Funksjon	Merknader
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	
Thrine Loennechen	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Brukerutvalgets leder
Erik Arne Hansen	Observatør	Helse Nord RHF, Bodø

Forfall:

Ingen forfall.

Fra administrasjonen møtte:

Marit Lind	konstituert administrerende direktør
Einar Bugge	konst. viseadministrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef, Stabssenteret (<i>styrets sekretær</i>)
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klunikksjef, Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Eva-Hanne Hansen	klunikksjef ved Operasjons- og intensivklinikken
Gry Andersen	klunikksjef Diagnostisk klinikk/ driftsleder UNN Narvik
Jon Mathisen	klunikksjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klunikksjef ved Hjerte- og lungeklinikken
Magnus Hald	klunikksjef ved Psykisk helse- og rusklinikken
Markus Rumpsfeld	klunikksjef ved Medisinsk klinikk
Per Ivar Kåresen	konst. klinikkssjef ved Barne- og ungdomsklinikken
Rolv Ole Lindsetmo	klunikksjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Elin Gullhav	kvalitets- og utviklingssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Grethe Andersen	drifts- og eiendomssjef
Gina M. Johansen	driftsleder UNN Narvik
Per Christian Johansen	fung. kommunikasjonssjef
Magne Nicolaisen	avdelingsleder, Samhandlingsavdelingen (<i>sak 36</i>)
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef, Drifts- og eiendomssenteret (<i>sak 36</i>)
Lars Øverås	økonomisjef, Stabssenteret

Stig Bakken
Haakon Lindekleiv
Jon Andre Totland

seksjonsleder, Stabsenteret
medisinsk fagsjef, Kvalitets- og utviklings. (*sak 40-1*)
overlege/ radiolog, Diagnostisk klinikk (*sak 34*)

ST 20/2018 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 24.-25.4.2018 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i *uthevet kursiv*).

ST 20/2018	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 21/2018	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 15.2.2018
ST 22/2018	Oppsummering av beslutningsaker fra 2017
ST 23/2018	Evalueringsrapport 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 C0-0
ST 33/2018	Tertialrapport pr 31.12.2017 for utbyggingsprosjekter
ST 34/2018	Trombektomijtenester ved UNN
ST 35/2018	Gave til UNN - Kirurgirobot
ST 36/2018	Finansiering og organisering av sykestuesenger 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 luftambulansesetjer

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 klinikksef 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
- 14. Rehabiliteringssenger UNN Harstad**

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
- 15. Referat fra møte mellom UNN, Fylkesmannen og Tromsø kommune, datert 6.4.2018**
- 16. Brev fra Nordreisa kommune vedr. styresak 36, datert 24.4.2018**

ST 42/2018

Eventuelt

**ST 21/2018 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 15.2.2018
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018**

Innstilling til vedtak

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 22/2018 Oppsummering av beslutningssaker fra 2017
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

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.

Enstemmig vedtatt.

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.

ST 23/2018 Evaluering av styrets arbeid
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 24/2018 Årlig melding 2017
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 25/2018 Årsregnskap 2017 med styrets beretning
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

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.

Enstemmig vedtatt.

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 lederlønsfastsettelse.
3. Styret ber Helse Nord RHF om å få disponere overskuddet til investeringer av utstyr med mer i 2018.
4. Årsberetning 2017 vedtas.

**ST 26/2018 Addendum til konseptfase for Nye UNN Narvik
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018**

Saken ble utsatt.

**ST 27/2018 Kvalitets- og virksomhetsrapport
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018**

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.

Enstemmig vedtatt.

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.

ST 28/2018 Tilsynsrapport
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

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.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn* fra 10.11.2017 til og med 20.3.2018 til etterretning.

ST 29/2018 Tilbakemelding til RHFet
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

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.

Direktøren la frem følgende justerte innstilling til vedtakspunkt 5:

Investeringsbehovene til utstyr med mer i UNN er større enn eksisterende rammer, og styret ber Helse Nord RHF om å gjennomgå den totale investeringsplanen for å imøtekomme dette behovet.

Enstemmig vedtatt.

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. Investeringsbehovene til utstyr med mer i UNN er større enn eksisterende rammer, og styret ber Helse Nord RHF om å gjennomgå den totale investeringsplanen for å imøtekomme dette behovet.

ST 30/2018 Strategisk utviklingsplan Bygg
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

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.

Enstemmig vedtatt.

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.

ST 31/2018 Arealplan UNN Breivika
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

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.

Enstemmig vedtatt.

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.

ST 32/2018 Salg av C00
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

Endret innstilling til vedtak (endinger i uthevet *kursiv*):

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *at* C00-bygget *beholdes, og at* A-fløyprosjektet *tilføres* 30 mill kr *fra UNNs investeringsbudsjett*, slik at dette kan benyttes til ordinær drift etter at byggeprosjektet er avsluttet.
2. Finansiering*en* er dekket gjennom Arealplan Breivika, fase 1 i 2019.
3. Styret forutsetter at bygget brukes i tråd med anbefalinger vedtatt i *Arealplan Breivika*.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner at C00-bygget beholdes, og at A-fløyprosjektet tilføres 30 mill kr fra UNNs investeringsbudsjett, slik at dette kan benyttes til ordinær drift etter at byggeprosjektet er avsluttet.
2. Finansieringen er dekket gjennom *Arealplan Breivika*, fase 1 i 2019.
3. Styret forutsetter at bygget brukes i tråd med anbefalinger vedtatt i *Arealplan Breivika*.

**ST 33/2018 Tertialrapport pr 31.12.2017 for utbyggingsprosjekter
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.12.2017 vedrørende byggeprosjekter i UNN til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.12.2017 vedrørende byggeprosjekter i UNN til orientering.

ST 34/2018 Trombektomitjenester UNN
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

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.

Enstemmig vedtatt.

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.

ST 35/2018 Gave til UNN - Kirurgirobot
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

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.

Enstemmig vedtatt.

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.

**ST 36/2018 Finansiering og organisering av sykestuesenger Nord-Troms
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til forslag om del-finansiering 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.

Representant Per Erling Dahl fremsatte følgende forslag til nytt vedtak i saken:

Finansiering av sykestuesengene i Nord-Troms opprettholdes som i dag.

Styrelederen satte forslaget opp mot innstillingen i saken.

Innstillingen ble vedtatt mot én stemme.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til forslag om del-finansiering 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.

**ST 37/2018 Drift av spesialisthelsetjenester ved Sonjatun
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018**

Saken utsettes.

**ST 38/2018 Oppnevning av nytt brukerutvalg ved UNN
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018**

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

- Som leder oppnevnes Kirsti Bårdsen og som nestleder oppnevnes Paul Dahlø. Brukerutvalget oppnevner selv arbeidsutvalget.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

- 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:
5. Wibeke Årst*	1972	Tromsø	Marborg
6. Martin Moe	1969	Brønnøy	FFO/DF
7. Mildrid H. Pedersen	1950	Målselv	FFO/ NAAF
8. Klemet Anders Sara	1961	Kåfjord/ Alta	FFO/ NAAF

* = nye representanter

- Som leder oppnevnes Kirsti Bårdsen og som nestleder oppnevnes Paul Dahlø. Brukerutvalget oppnevner selv arbeidsutvalget.

ST 39/2018 Rekrutteringsutvalg – ny direktør
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

Endret innstilling til vedtak (endringer i uthevet *kursiv*):

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 Helga Marie Bjerke, og *to* ansattrepresentant blant styremedlemmene.
4. Saken forelegges et samlet styre for endelig behandling av saken.

Enstemmig vedtatt.

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 Helga Marie Bjerke, og *to* ansattrepresentant blant styremedlemmene.
4. Saken forelegges et samlet styre for endelig behandling av saken.

ST 40/2018 Orienteringssaker
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

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 luftambulansebaser

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 klinikkchef 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
14. Rehabiliteringssenger UNN Harstad

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 41/2018 Referatsaker
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

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 av brev til ordfører i 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
15. Referat fra møte mellom UNN, Fylkesmannen og Tromsø kommune, datert 6.4.2018
16. Brev fra Nordreisa kommune vedr. styresak 36, datert 24.4.2018

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 42/2018 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 24.-25.4.2018

1. Avtroppende leder av brukerutvalget, Cathrin Carlyle, foreslo for styret at styreleder og styrets arbeidsutvalg for Kontinuerlig forbedring kommer sammen og planlegger hvordan man best mulig kan sikre læring og erfaringsoverføring med hensyn til metode samt gjennomføring av styremøter –og seminar.
2. Representant Sverre Håkon Evju gjorde styret oppmerksom på at det er under planlegging en helsepolitisk konferanse i Narvik i september (uke 38). I den anledning legges det også opp til å invitere UNN-styret.

Tromsø, 25.4.2018

Ansgar Gabrielsen
styreleder

Helga Marie Bjerke
nestleder

Anne Sissel Faugstad

Eivind Mikalsen

Grete Kristoffersen

Jan Eivind Pettersen

Johan Ailo Kalstad

Marianne Johnsen

Per Erling Dahl

Sverre Håkon Evju

Thrina Loennechen

Vibeke Haukland



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
45/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.5.2018
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Hans-Petter Bergset

Tertialrapport 1. tertial 2018 med Kvalitets- og virksomhetsrapport

Innstilling til vedtak

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

Bakgrunn

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

Formål

Formålet med å legge frem Tertialrapport 1 til styrets behandling, er å presentere framdrift på bestillinger i oppdragsdokumentet, og gjennom KVR gi styret nødvendig ledelsesinformasjon om status ved UNN i forhold til RHFets krav, samt interne satsningsområder.

Saksutredning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har hatt aktiviteter på alle områder i oppdragsdokumentet for 1.tertial, men alle oppfølgingspunkter er ikke fullt ut oppfylt. Noen av oppdragene er løpende aktiviteter som ikke ferdigstilles tidlig i 2018, men er gjenstand for langsiktig arbeid og kontinuerlig forbedring.

Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

Ved utgangen av 1. tertial 2018 er gjennomsnittlig ventetid 61 dager for avviklede pasienter. UNN har ikke klart å innfri kravet om null fristbrudd, og det forekommer fortsatt mellom 20 og 40 fristbrudd pr måned. 87 % av pasientavtalene overholdes og målet om 95 % innen 2021 er

innen rekkevidde. Den gylne regel er delvis innfridd ved at det er høyere vekst i månedsverk og pasientkontakter innen psykisk helsevern enn somatikk. Innen økonomi og ventetider er resultatene ikke tilfredsstillende. Bruken av Mine pasientreiser vil nå målet på 55% digitaliseringsgrad innen utgangen av året. Det er satt i gang aktiviteter innen registrering av kontaktlege, forberedelser til oppstart av innføring av FRESK-programmet med Kurve og Innsjekk i tråd med oppdragene. Andelen korridorpasienter viser en langsomt nedadgående trend.

Somatikk

Andelen pasienter med akutt hjerneinfarkt som får trombolysebehandling øker jevnt, og ligger på rundt 15 %. En høy andel av pasientene gis trombolysebehandling innen 40 minutter. Det er igangsatt en studie for å finne standard behandlingsformer for pasienter som blir rammet av hjerneinfarkt mens de sover. Studien forventes å øke andelen trombolysebehandlinger ytterligere. Andelen pasienter som får hjemmedialyse har ligget stabilt høyt de siste 2 årene, og andelen kreftpasienter i pakkeforløp er innenfor kravet.

Psykisk helsevern og rus

Andelen tvangsinnleggelse er redusert fra 193 i 1. tertial 2017 til 164 i 2018. Antall personer som ble tvangsinnlagt er redusert fra 130 til 111 i samme periode. Arbeidet med å redusere dropout innen rusbehandling videreføres ved å implementere tiltak fra det nasjonale dropout-prosjektet. Tettere kontakt med pasient og hjelpeapparat er igangsatte tiltak for å hindre avbrudd i døgntilgangen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Samhandling med kommuner

Det pågår flere prosesser for å understøtte kommunehelsetjenestene og gi pasientene et forsvarlig behandlingsopplegg i hjemkommunen. Det er pågående prosesser rundt etablering av forpliktene samarbeidsarenaer for overføring av kompetanse mellom tjenestenivåene. Som eksempel kan nevnes etablering/utvikling av hjemmerespiratorteam i Tromsø kommune ved hjelp av kompetanse fra UNN. Etablering av samarbeidsavtaler med 39 unike avtalespesialister, innen åtte fagområder og stor geografisk spredning, er igangsatt. Arbeidet er mer omfattende enn først antatt og forventes ferdigstilt innen utgangen av september.

Smittevern

Bruken av bredspektret antibiotika er redusert med 15 % siden 2012. Bruk av antibiotikateam (A-team) er et viktig virkemiddel i å nå kravet om 20% reduksjon innen 2020. Ytterligere reduksjon kan være utfordrende da man har måtte være mer aggressiv i bruk av bredspektret antibiotikum ved sepsis/ alvorlig infeksjon.

Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig personell

UNN har startet arbeidet med å redusere deltid. Plan for gjennomføringen er ikke klart for fremlegg i tertialrapporten. For å redusere sykefraværet er det igangsatt en rekke tiltak som skal støtte avdelingene der sykefraværet er særskilt høyt. Det er utarbeidet langsiktig plan for UNNs behov for kompetanse og personell frem mot 2030.

Anskaffelsesområdet

UNN tar i bruk innkjøpssystemene QlikView og Clockwork for å måle andelen varer og tjenester som kjøpes i henhold til avtaler og dermed kunne sikre og rapportere avtalelejalitet. UNN stiller fagressurser til rådighet for Sykehusinnkjøp HF i nasjonale og regionale anskaffelsesprosjekter.

Medvirkning

Saken blir av tidsmessige årsaker forelagt for UNN sine ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerutvalgets arbeidsutvalg i felles medvirknings- og drøftingsmøte 24.5.2018. Protokoll(-er) fra dette møtet behandles som egen referatsak i styremøtet i UNN 30.5.2018.

Vurdering

Oppholdstid i akuttmottakene har ukentlig fokus i direktørens tavlemøte. Måltallet på 90% er oppnådd for april. Forbedring av pasientforløpene i Akuttmottakene og identifisering av hvilke pasienter som skal gå rett til sengepost skal ha økt fokus i tiden som kommer og skal være tema på driftsmøtene.

Det har over tid vært en positiv utvikling mot målet om 0 *fristbrudd*, men direktøren er fortsatt ikke fornøyd med manglende måloppnåelse. Forbedringsarbeidet som ble gjennomført i NOR-klinikken innen håndkirurgi har gitt positive resultater. Det er K3K og NOR-klinikken som har flest fristbrudd. For å nå målet er fristbrudd fortsatt ukentlig tema i direktørens tavlemøte. Det er blant annet fokus på læring på tvers av enheter, korrekt registrering i DIPS, overholdelse av vurderingsfrist og jevnlig og hyppig bruk av rapporter i Helse Nord LIS.

Det er grunn til å merke seg at når det gjelder status for *Pasientsikkerhetsprogrammet* er dette første måned hvor alle innsatsområder er påbegynt eller implementert i alle relevante enheter. Det høye antall *utskrivningsklare pasienter* over tid har lenge vært en utfordring innen somatikk. Dette er nå også et økende problem innen psykisk helsevern på grunn av at det ikke finnes bolig til utskrivningsklare pasienter. For begge fagfeltene gjelder det spesielt pasienter fra Tromsø kommune. Det er etablert jevnlig kontakt på operativt ledernivå mellom UNN og Tromsø kommune for å bedre samarbeidet, og det er økt fokus i UNN på *orden i eget hus*.

Til tross for at det rapporteres om kontinuerlig arbeid med å få ned *sykefraværet*, holder det seg på et stabilt høyt nivå og har ikke vært under 8% inneværende år. Det ble registrert 8 egenmeldinger med arbeidsrelatert årsak i april og utviklingen må følges. For å redusere sykefraværet er det igangsatt en rekke tiltak fra Stabscenteret som skal støtte avdelingene der sykefraværet er særskilt høyt. Det er positivt at antall *AML-brudd* på foretaksnivåer redusert med 17%, men det er grunn til å merke seg at K3K og Medisinsk klinikk har utviklet seg i uønsket retning med en økning på henholdsvis 23,5 og 19,3 %.

Økonomisk status per april

Prognosen for 2018 er at UNN klarer Helse Nord RHF sitt overskuddskrav på 40 mill kr. UNNs eget overskuddskrav forutsetter budsjettbalanse på klinikkene / sentrene samt at fellestiltakene får full effekt. Dette ser krevende ut pr april.

Av fellestiltakene ligger 29 mill kr ennå uforløst. Samordnet lønnspolicy og vurdering av det desentrale OGT tilbudet i Nordreisa vil ikke gi oss noen økonomisk effekt i 2018, men har potensiale for fremtidige år. Utviklingen på pasientreiser viser et overforbruk i forhold til budsjett hittil i år selv om tiltaket rundt samkjøring o.l. utføres i enkelte klinikker. Tiltaket vil ha minimal økonomisk effekt i 2018. Tiltaket som angår strykninger har hittil ikke resultert i noen iverksettelse og resultatet av tiltaket for 2018 er dermed usikkert.

Den økonomiske situasjonen etter årets fire første måneder er anstrengt. ISF inntektene er lavere enn budsjettet, samtidig som det er et overforbruk på lønnskostnader. Tiltakene har i varierende grad blitt gjennomført på klinikkene og sentrene. De økonomiske effektene av tiltakene er dermed lavere enn ønsket hittil i år. Resultatet er at enkelte av klinikkene ligger bak budsjett pr april. Det forutsettes at disse klinikkene henter inn det negative budsjettavviket i løpet av året,

slik at alle klinikker og sentre havner i balanse ved årets slutt. Likevel vil det på grunn av effekten fra fellestiltakene være usikkerhet på graden av oppnåelse av UNNs eget overskuddskrav.

Resultatkravet fra RHF på 40 mill kr vil fremdeles oppnås i 2018. Risikoen for det økonomiske resultatet for 2018 er en avkorting av eget overskuddskrav. Et tiltak for å redusere risikoen er å kutte langtidsplan. Det er satt en forutsetning om balanse pr 1. halvår for å innvilge langtidsplan, og direktøren vil følge dette ved neste rapportering.

Konklusjon

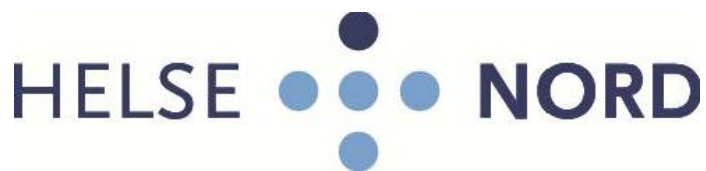
Tertialrapporten og Kvalitets- og virksomhetsrapporten gir samlet en god oversikt over status på flere områder i UNN, og peker på viktige områder som vil ha fokus i det videre forbedringsarbeid. Direktøren anbefaler at styret tar Kvalitets- og virksomhetsrapporten til orientering og vedtar Tertialrapport 1 2018 for oversending til Helse Nord RHF.

Tromsø, 18.5.2018

Marit Lind (s.)
konst. administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tertialrapport for 1. kvartal 2018
2. Kvalitets- og virksomhetsrapport



1. Tertialrapport

2018 for

Universitetssykehuset

Nord-Norge



Innhold

Innhold

Innhold.....	2
1 Innledning.....	3
2. Mål og føringer	4
3. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen	5
3. 2. Somatikk	7
3. 3. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	8
3. 4. Samhandling med kommuner	8
3. 8. Smittevern.....	9
6. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell.....	9
7. 3. Anskaffelsesområdet	11
9. Særlige krav til regionale fellesfunksjoner.....	12

Tertialrapport og Årlig melding 2018

1 Innledning

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2018 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet. Derfor foreligger det ikke rapportering kronologisk på alle punkter, kun de det stilles krav om i Oppdragsdokumentet.

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

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

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

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

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

Oversikt over frister:

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

Tertialrapport og Årlig melding 2018

2. Mål og føringer

Helse Nord's viktigste mål er:

1. *Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.*
2. *Sikre god pasient- og brukervedvirkning.*
3. *Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.*
4. *Innfri de økonomiske mål i perioden.*

Det vises til Plan for Helse Nord 2018–2021 for nærmere beskrivelse av hvordan målene skal nås på lang sikt. Kravene for det kommende året gis i kapittel 3–9.

For 2018 er det fem felles områder som vil være kritiske for måloppnåelse, jf. kapittel 8.

- a) Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter skal være under 50 dager innen 2021.
- b) Det skal ikke være fristbrudd.
- c) Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
- d) Gjennomsnittlig sykefravær skal være mindre enn 7,5 % og korttids sykefravær skal være under 2 %.
- e) Økonomisk resultat skal være i tråd med plan.

Helseforetakene skal bidra med faglige ressurser i regionale og nasjonale prosjekter og arbeidsgrupper. Utgiftene til dette skal dekkes av det enkelte helseforetak.

Helseforetakene er store samfunnsaktører som det forventes tar samfunnsansvar. Det gjelder fire kjerneområder: klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon.

Helse Nord RHF og helseforetak har samarbeidsavtaler med regioner i Nordvest- Russland, Finland og Sverige. Helseforetakene skal bidra til å følge opp regjeringens mål for utviklingen i nordområdene og legge til rette for god beredskap, øvelser og helsesamarbeid mellom helseforetak i regionen og samarbeidspartnere i Barentsregionen.

Foretaksspesifikke og generelle mål innenfor sykehusfarmasi/legemidler gis til de fire sykehusforetakene, som aktivt skal samhandle med Sykehusapotek Nord (SANO). SANOs oppdrag er å bistå de andre helseforetakene til å nå disse målene.

Følgende nye dokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)
- Sammen redder vi liv – en nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander. Helsedirektoratet 2017
- Meld. St. 6 (2017–2018) Kvalitet og pasientsikkerhet 2016
- Nasjonal strategi for tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata
- Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024)
- Nasjonal diabetesplan (2017–2021)

Tertialrapport og Årlig melding 2018

- Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgstjenesten. (Rapportnummer IE-1012, utgitt av Direktoratet for e-helse, desember 2017)
- I 2016 vedtok EU-parlamentet en ny personvernforordning, General Data Protection Regulation (GDPR) som vil være gjeldende fra 25. mai 2018 i hele EU og erstatte EUs personverndirektiv fra 1995. Dette betyr at i Norge vil forordningen erstatte personopplysningsloven og tilhørende forskrifter.
- Nasjonal e-helsestrategi med tilhørende handlingsplan¹.

Det vises også til styresak 142-2016-4 Åpen og god dialog i sykehusene i Helse Nord – felles verktøykasse. Helse Nord forventer styrket oppmerksomhet og systematikk for å fremme åpenhet om uønskede hendelser og organisasjonens evne til læring og forbedring.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette betyr bruk av tolketjenester ved behov. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.

Prinsippene for prioritering² skal ligge til grunn for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder nye legemidler, teknologi og endring i arbeidsprosesser.

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

3. 6. Kvalitetsutvikling

3. 1. Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

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

UNN har en gjennomsnittlig ventetid på 61 dager for avviklede pasienter ved utgangen av 1.tertial 2018. For pasienter som fortsatt ikke er tatt til behandling er ventetiden 54 dager. Utviklingen har vært stabilt nedadgående. Klinikkene rapporterer et kontinuerlig fokus på ventetiden og at målet på 50 dager er innen rekkevidde innen 2021. Ulike tiltak er innført for å redusere ventetiden for langtidsventende pasienter, blant annet innenfor ortopedi og håndkirurgi.

3.1.2 Ikke ha fristbrudd.

UNN har mellom 20 og 40 fristbrudd pr måned. Antall fristbrudd er kraftig redusert og for de fleste klinikker er fristbruddene unntaksvis, men UNN har ikke lyktes å fjerne fristbruddene helt. Temaet er på dagsorden og på tavlemøter i klinikkene og i direktørens ledermøter. Det arbeides kontinuerlig med årsakene for å sikre at fristbrudd ikke forekommer. Årsakene er komplekse og inngår som et ledd i satsningen på kontinuerlig forbedring.

Tertialrapport og Årlig melding 2018

3.1.3 Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017

Median tid til tjenestart er redusert fra 71 dager (2016) til 62 dager (2017) pr 3.tertial. Helsedirektoratets nettsider har ikke oppdatert data for 1.tertial 2018.

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

Ved utgangen av mars 2018 overholdes 87% av pasientavtalene i UNN. Det er særskilt innenfor kontakttypene *kontroller* og *behandling* at utfordringene er størst. Ny rapportfunksjon i HN-LIS gir en god oversikt over resultatene for hvert fagområde og avdeling, noe som er til stor hjelp i forbedringsarbeidet.

3.1.5 Ha høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).

Den gylne regel måles på fire parameter. Per mars er det høyere vekst i månedsverk og pasientkontakter innen psykisk helse og rus enn i somatikk og regelen er således oppfylt. Innen økonomi og ventelister er ikke den gylne regel oppfylt per mars.

3.1.7 Registrere i pasientadministrative systemer at pasienter har vært vurdert og eventuelt fått tildelt kontaktlege. Det skal redegjøres for status i tertialrapport 1.

Prosedyren for tildelt kontaktlege var ferdig utarbeidet og publisert 27.04 2018. UNN har utarbeidet en ledermøtesak for implementering av prosedyren. Denne er behandlet i direktørens stab og er klar for beslutning i ledermøte snarlig. Medisinsk fagsjef har utarbeidet plan for implementering og dette vil bli iverksatt i klinikkene så snart endelig beslutning foreligger.

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

Bruken av Mine pasientreiser er på 47 % ved utgangen av 1. tertial. Målet på 55 % i løpet av 2018 er innen rekkevidde.

3.1.12 Etablere mottaksprosjekt for å innføre ny funksjonalitet i tråd med forutsetningene som legges innenfor FRESK-programmet (FREmtidens Systemer i Klinikkene).

UNN har igangsatt følgende innføringsprosjektene Innsjekk og Kurveprosjektet. Innsjekk-prosjektet er igangsatt og de første avdelinger tar løsningen i bruk før sommerferien. Kurve-prosjektet bemannes i løpet av mai med oppstart etter ferien.

3.1.14 Ta i bruk digital kommunikasjon med pasienter og pårørende og andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no innenfor rammene av digitale innbyggertjenester.

UNN tar i bruk og innfaser digital kommunikasjon med pasientene der disse er ferdigstilt. Det er en økning i bruken av Min helse som omfatter egenandeler, kjernejournal, timeavtaler, pasientjournal og pasientreiser. Flere av tjenestene er ennå ikke klare for bruk og avvents derfor.

Tertialrapport og Årlig melding 2018

Ellers har UNN tatt i bruk flere digitale kommunikasjonsformer, som VAKe i akuttmedisin, videokonferanser på iPad med dialysepasienter og bruk av ulike elektroniske skjema (som Chechware) og elektronisk løsning for pasienttilbakemeldinger.

3. 2. Somatikk

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

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

3.2.21 Reorganisere forvaltningssentrene for kliniske IKT-systemer i samarbeid med Helse Nord RHF.

UNN har gjennomført risikostyring og sett på alternative organiseringsformer for de kliniske IKT-systemer. Det videre arbeid med plasseringen av forvaltningssentrene videreføres nå i regi av Helse Nord RHF.

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

Samlet for januar og februar 2018 fikk 75% av pasientene trombolysebehandling innen 40 min etter innleggelse. Akuttmedisinsk klinikk bidrar med logistikk rundt pasienttransport, registrering og mottak av pasienter ved ankomst UNN Tromsø, for å få gitt behandling innen angitte tidsfrister. Professor ved Nevro,- hud og revmatologisk avdeling leder et internasjonalt hjerneslag studie. Målet er å finne en bedre standardbehandling for pasienter som får hjerneslag mens de sover.

3.2.4 Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.

Andelen pasienter med hjemmedialyse er for 3. tertial 2017 32,1 %. Andelen har ligget i intervallet 32-35 % de siste to år.

3.2.5 Ha minst 70 % av nye kreftpasienter i pakkeforløp.

UNN har i perioden januar til mars 2018 en andel på nye kreftpasienter i pakkeforløp på 70 %. Det arbeides i flere klinikker med forbedring og reorganisering av forløpene. Mulighetene til å følge den enkelte pasient gjennom forløpet i HN-LIS er ikke lenger tilstede. Årsaken er overgangen til Dips Arena. Nye rapportfunksjoner må bygges opp for dag-til-dag-oppfølgingen av pakkeforløp.

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

3.3.1 Ha færre tvangsinnleggelses i psykisk helsevern enn i 2017.

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

3.3.3 Registrere avslutningstype 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-outprosjektet. Rutiner for tettere kontakt med pasienten og hjelpeapparatet før innleggelse, innføring og utprøving av feedbackverktøy (OQ-45, KOR, Helsedirektoratets brukerundersøkelse PasOpp), samt økt bruk av kartlegging av kognitiv fungering er noen av tiltakene for å redusere manglende oppmøte og avbrudd i behandling. Det gjennomføres nå også en intern gjennomgang av implementeringen av nasjonale faglige retningslinjer, deriblant bruk av feedbackverktøy.

3. 4. Samhandling med kommuner

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

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

3.5.1 Rapportere på oppfølging av tiltak knyttet til samhandling med private avtaleparter, jf. rapport fra juni 2017, innen 1. mai.

UNN har gjennomført møte med alle private opptrenings-/ rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med Helse Nord RHF. Møtene ble gjennomført i Tromsø 18. og 19. april.

Utarbeiding av driftsavtaler med avtalespesialistene er påbegynt.

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

Utarbeiding av samarbeidsavtaler med avtalespesialistene er igangsatt. Arbeidet er noe mer omfattende enn først antatt. Det skal utarbeides samarbeidsavtaler med 39 unike spesialister, fordelt på åtte fagområder og seks ulike steder i Troms og Ofoten. Avtalen med øyespesialister ferdigstilles først og brukes som mal for de resterende. Arbeidet antas ferdigstilt innen september.

Tertialrapport og Årlig melding 2018

3.5.4 For fagområder hvor samarbeidsavtaler er inngått, skal plan for videre samarbeid rapporteres i tertialrapport 1.

Utarbeiding av samarbeidsavtaler og plan for videre samarbeid med avtalespesialistene er igangsatt.

3.6.2 Ikke ha korridorpasienter.

UNN har fremdeles utfordringer knyttet til korridorpasienter på enkelte sengeposter. Åpningen av A-fløy og påfølgende rocade forventes å gi bedret kapasitet og dermed reduksjon i korridorpasienter. Innføring av sengepostkoordinatorer ventes også å bidra til å redusere antallet korridorpasienter. UNN har en andel på 1,7 % av pasientdøgn på korridor. Tendensen er nedadgående fra 2,9 % i 2014.

3. 8. Smittevern

3.8.2 Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012.

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

Etter sepsistilsynet i januar 2017 har det vært et bevisst valg å være aggressiv med bredspektret antibiotikum i behandlingen av pasienter med sepsis/alvorlig infeksjon. Konsekvensen er at bruken av bredspektret antibiotikum har økt i Akuttmedisinsk klinikk.

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

UNN registrerer insidens for postoperative sårinfeksjoner for NOIS-inngrepene aortakoronarebypass, total- og hemiprotoser hofter, keisersnitt, kolecystektomi og koloninngrep. Dette rapporteres av smittevernoverlegen tertialvis til Helse Nord RHF. UNN gjennomfører kontinuerlig oppfølging av postoperative sårinfeksjoner i NOIS-POSI. Helse Nord RHF mottar tertialvise rapporter fra smittevernlege i UNN. Ved dype sårinfeksjoner gjennomføres forenet hendelsesanalyse med gjennomgang av pasientens forløp for å avdekke forbedringsområder.

Rapportering til kvalitetsutvalg og på systemnivå til ledelsens gjennomgang.

6. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

6. 1. Sikre gode arbeidsforhold

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

Tertialrapport og Årlig melding 2018

Arbeidet er i startgropen og vi kan derfor ikke legge frem en plan etter 1. tertial på hvordan vi skal redusere deltidsarbeidet for andel deltid over 24 %.

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

UNN ved Stabscenteret gir følgende støtte i foretakets arbeid med å redusere sykefraværet:

- Utarbeide, implementere og bistand til oppfølging av IA-handlingsplan i UNN.
- IA-kurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud. Kursene har et særskilt fokus på å øke deltakernes kompetanse innen forebygging og oppfølging av sykefravær.
- Prosesstøtte i oppfølging av sykemeldte, som et systematisk HMS-tiltak for å forebygge sykefravær.
- Gjennomføring og oppfølging av ForBedring. Stabscenteret gir prosessstøtte i oppfølgingsfasen.
- 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 til å håndtere sykefravær. Det er aktuelt å etablere slike grupper i andre klinikker.
- Stabscenteret bistår kontinuerlig i arbeidsmiljø- og HMS-prosesser som vil kunne ha innvirkning på sykefravær.
- Klinikkdedikerte personalrådgivere og BHT representanter fra stabscenteret bistår også i oppfølging av enkeltsaker.
- Tett og godt samarbeid med NAV.

6.1.3 Delta i regionalt nettverk for arbeid med reduksjon av sykefravær og økt nærvær.

Helse Nord RHF har ikke startet opp dette arbeidet.

6.1.4 Utarbeide plan for oppfølging av anbefalte tiltak i Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, datert 28.06.2017. Tiltak rapporteres i tertialrapport 1.

UNN har ikke utarbeidet plan for håndtering av bierverv. Det er økt fokus på registrering av bierverv gjennom blant annet informasjon i Personalportalen. UNN vil utarbeide plan snarest.

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

Tertialrapport og Årlig melding 2018

UNN har i 2017-18 utarbeidet rapporten *UNNs behov for kompetanse og personell frem mot 2030*. Formålet med utredningen har vært å få et samlet fremtidsbilde av kompetansebehovet, herunder utdanningskapasitet for grunnutdanninger, videreutdanninger med fokus på sykepleierspesialisering innen ABIKO, og 22 utvalgte legespesialiteter. Rapporten er behandlet i UNNs ledermøte 20.2.2018 og skal være et grunnlagsarbeid for en mer styrt planlegging av foretakets kompetanseutvikling- og planer samt kunnskap om hvilke formelle utdanningsløp som trengs i fremtiden.

Tiltakene som er anbefalt i rapporten skal inn i ny handlingsplan for undervisning og læring 2019-2021. Rapporten er oversendt Helse Nord RHF ved HR-sjefen.

7. 3. Anskaffelsesområdet

7.3.1 Samordning - Innen 1.juli oversende anskaffelsesplan for 2019. Planen må synliggjøre behov for ressurser samt grad av fellesregional forvaltning

Samhandling eksternt - Innen 1.juli revidere midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp. Innen 31.desember etablere permanent samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp. Innen 1.juli etablere et strategisk samhandlingsarena med Sykehusinnkjøp. Samfunnsansvar Innen 31.desember etablere/revidere strategi for samfunnsansvar som ivaretar fokus på: Miljø, Sosial, Ansvar, Innovasjon, Leverandørutvikling

Samordning - Innen 1.juli oversende oversikt over planlagte investeringsanskaffelser i 2018.

Samordning - Innen 31.desember oversende fireårig handlingsplan, denne skal deretter rulleres kvartalsvis.

Systembruk - Innen 1.juli oversende plan for full implementering av innkjøpssystem innen 31.desember 2019. Foretaksspesifikke krav for utgangen av 2018 følger nedenfor: -Planen må synliggjøre behov for ressurser for å sikre full utrulling og for å håndtere foretakets andel av felles forvaltning av system og innhold.

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

7.3.2 Systembruk - Tertialvis rapportere på avtalelojalitet.

UNN vil benytte informasjon fra QlikView og Clockwork (CWL) til å måle hvor stor andel som kjøpes over avtaler og hvor stor andel som ikke kjøpes i henhold til avtaler. Tertialvis rapportering skal gjennomføres.

7.3.3 Mål ved utgangen av 2018 for implementering av Clockwork, andel kjøp av varer og tjenester av definert scope gjennom Clockwork: 1.Varekjøp 80 % av scope 2.Tjenestekjøp 30 % av scope 3.Samhandling internt

UNN holder på å implementere CWL fullt ut i alle enheter. Høsten 2017 ble det gitt opplæring i bruk av e-procurement til alle klinikkene.

Tertialrapport og Årlig melding 2018

Klinikkene har likevel bare i begrenset grad begynt å bruke e-procurement. Innkjøpsseksjonen ved Økonomi- og analyseavdelingen har på grunn av vakante stillinger ikke kunnet sette av tilstrekkelige ressurser til oppfølging av klinikkene. ØAA/Innkjøpsseksjonen har arbeidet og arbeider fortsatt intensivt med å etablere effektive system, prosesser, prosedyrer og verktøy for å oppdatere informasjon i CWL samt å kunne måle status og utvikling i bruk av CWL.

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

Forespørsler fra Sykehusinnkjøp HF om fagressurser til nasjonale og regionale anskaffelsesprosjekter blir videreformidlet til aktuelle klinikker.

I forbindelse med lokale investeringsanskaffelser som bestilles fra Sykehusinnkjøp HF divisjon nord oppgis kontaktpersoner ved UNN. Disse skal prosjektledere hos Sykehusinnkjøp kontakte for utnevning av prosjektdeltakere.

Det har vært vanskelig for klinikkene i UNN å planlegge med deltakelse i anskaffelsesprosjekter for lengre perioder. Årsaken er manglende informasjon fra Sykehusinnkjøp HF/Helse Nord RHF om planlagte kommende nasjonale anskaffelser på et tidlig nok tidspunkt.

9. Særlige krav til regionale fellesfunksjoner

9. 1. Særlige krav til regionale fellesfunksjoner

9.1.1 Sikre at de regionale funksjonene har en handlingsplan med milepæler for 2018/2019. Denne rapporteres i tertialrapport 1.

Det har ikke kommet inn komplett tilbakemelding på disse punktene innen tidsfristen, men planene vil foreligge når rapporten oversendes til Helse Nord.



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	5
Pakkeforløp – kreftbehandling	5
Pasientsikkerhetsprogrammet	8
Ventelister	11
Ventetid	11
Fristbrudd	12
Korridorpasienter	13
Strykninger	14
Epikrisetid	14
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern	15
Oppholdstid i akuttmottaket	15
Aktivitet	16
Somatisk virksomhet	17
Psykisk helsevern voksne	19
Psykisk helsevern barn og unge	19
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	20
Den gylne regel	20
Samhandling	21
Utskrivningsklare pasienter	21
Bruk av pasienthotell	23
Personal	24
Bemanning	24
Sykefravær	27
AML-brudd	28
Kommunikasjon	29
Sykehuset i media	29
Økonomi	30
Resultat	30
Prognose	32
Likviditet	32
Investeringer	33
Byggeprosjekter	33

Hovedindikatorer

<p>Oppholdstid i akuttmottak postopphold, april</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 90 %</p> <p>Antall over 4 timer: 161</p>	<p>Utvikling andel postopphold under 4 timer og antall over 4 timer</p> <p>Andel <= 4 timer</p> <p>Antall > 4 timer</p> <p>År - måned</p>
<p>Oppholdstid i akuttmottak poliklinikk, april</p> <p>Måltall: 90 %</p> <p>Andel under 4 timer: 86 %</p> <p>Antall over 4 timer: 106</p>	<p>Utvikling andel polikliniske besøk under 4 timer og antall over 4 timer</p> <p>Andel <= 4 timer</p> <p>Antall > 4 timer</p> <p>År - måned</p>
<p>Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av april</p> <p>28</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: 3,2 %</p> <p>Andel mekanisk tvang: 1,6 %</p>	<p>Line chart showing the percentage of patients using compulsory medication (blue), mechanical restraint (green), and compulsory admission (red) from January 2014 to January 2018. The y-axis ranges from 0.0% to 6.0%.</p>
<p>Sykefravær, april</p> <p>8,0 %</p>	<p>Line chart showing the percentage of patient absence (blue) compared to the plan (red) and trend (grey) from January 2014 to January 2018. The y-axis ranges from 0.0% to 14.0%.</p>
<p>AML brudd, april</p> <p>Antall AML-brudd: 3696</p>	<p>Line chart showing the number of AML breaches (blue) from April 2016 to April 2018. The y-axis ranges from 3000 to 7000.</p>
<p>Budsjettavvik tom april</p> <p>-5,6 mill kr</p>	<p>Line chart showing the cumulative financial result (blue), budget surplus (red), and result target (green) from January to December. 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 april 2018

Pakkeforløp	Nye kreftpas. I UNN. Antall	Antall i pakkeforløp	Andel i pakkeforløp %	Måltall, %
Brystkreft	454	428	94	70
Hode- halskreft	118	108	91	70
Kronisk lymfatisk leukemi	23	17	73	70
Myelomatose	37	29	78	70
Akutt leukemi	36	31	86	70
Lymfomer	148	137	92	70
Bukspyttkjertelkreft	129	105	81	70
Tykk og endetarmskreft	384	356	92	70
Blærekreft	190	155	81	70
Nyrekreft	128	110	85	70
Prostatakreft	465	375	80	70
Peniskreft	8	7	87	70
Testikkelkreft	41	40	97	70
Livmorkreft	126	107	84	70
Eggstokkreft	80	69	86	70
Livmorhalskreft	67	61	91	70
Hjernekreft	83	60	72	70
Lungekreft	382	365	95	70
Kreft hos barn	33	26	78	70
Kreft i spiserør og magesekk	122	118	96	70
Primær leverkreft	30	24	80	70
Skjoldbruskkjertelkreft	72	70	97	70
Føflekkreft	218	182	83	70
Galleveiskreft	41	31	75	70
Totalt	3415	3011	88	

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

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per april 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.	369	247	66	25	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	100	89	89	14	24
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	3			12	
HODE- OG HALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	118	98	83	17	28
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	10	7	70	12	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	54	36	66	23	30
KRONISK LYMFATISK LEUKEMI MYELOMATOSE	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	2	100	0	32
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1			4	
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	17	17	100	7	30
AKUTT LEUKEMI	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	4			3	
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	33	30	90	3	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	120	79	65	14	28
LYMFOM	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	16	8	50	28	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	39	25	64	32	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	20	15	75	24	36
BUKSPYTTKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1			20	
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	296	191	64	30	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	12	9	75	18	39
TYKK- OG ENDETARMSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	49	35	71	32	46
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	167	120	71	34	46
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	25	16	64	42	46
BLÆREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	7	6	85	23	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	101	36	35	57	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	27	43
NYREKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	1	100	6	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	154	72	46	70	66
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	140	66	47	39	37
PROSTATAKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	15	8	53	51	66
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	5	3	60	35	37
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	72	31
PENISKREFT	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	11	6	54	34	38
	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	97	83	85	25	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	36	36
LIVMORKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	3	2	66	22	36
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	119	103	86	24	36
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	19	11	57	28	30
EGGSTOKKREFT	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
LIVMORHALSKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.					
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.					
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.					

Tabell 2 Tilbakemelding fra NPR på forløpstidene for pakkeforløp per april 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.	42	39	92	9	21
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	41	28
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	8	5	62	16	28
LUNGEKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	83	50	60	38	42
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	80	61	76	21	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	150	121	80	27	42
KREFT HOS BARN	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	7	6	85	4	27
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	22	18	81	3	16
SPISERØR OG MAGESEKK	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	21	14	66	37	43
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	37	35	94	26	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	20	17	85	28	43
PRIMÆR LEVERKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	15	3	20	47	39
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	1	0	0	33	32
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			20	
SARKOM	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	4	2	50	29	43
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2	2	100	2	43
SKJOLDBRUSKJERTELKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	72	48	66	31	41
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	4			3	
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	2			19	
FØFLEKKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	217	185	85	14	35
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	2	1	50	24	35
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	0	0	45	35
NEVROENDOKRINE SVULSTER	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	1	0	0	102	55
GALLEVEISKREFT	Fra henvisning mottatt til start kirurgisk behandling.	17	15	88	34	48
	Fra henvisning mottatt til start medikamentell behandling.	6	4	66	26	41
	Fra henvisning mottatt til start strålebehandling.	1	1	100	1	48
DIAGNOSTISK PAKKEFORLØP	Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	211	156	73	15	22
		3217	2250	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

Status Pasientsikkerhetsprogrammet 1. tertial 2018

Enheter i kursiv har ikke levert tertialrapport tross purring, status står fra forrige rapportering. Enheter med markert med rødt har ikke rapportert de to siste rapportene. Dette er første rapportering hvor alle innsatsområder er påbegynt eller implementert ved alle relevante enheter.

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 SPREDNINGSPLAN UNN 1. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
BUK										
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 SPREDNINGSPLAN UNN 1. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Hjerte- og lungeklinikken										
Hjertemed sengepost										
MIHO		Tilpasset								PS-tavle
Lab										
Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling sengepost										PS-tavle, r-tavle, ernæring, utskrivessamtale
Lungemed										PS-tavle

Medisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 1. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstem-ming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhets-proseker
Medisinsk klinikk										
Hematologisk										
Inf med										PS-tavle, risikotavle
Fordøyelse/Nyre										Tavler, ernæring
Geriatrisk										PS-tavle, ernæring
Medkir Narvik	Tilpasset			PVK				TILT + PedSafe		PS-tavle
Med A Harstad										Risikotavle, simuleringstrening, ernæring
Med B Harstad										Risikotavle, simuleringstrening, ernæring

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.

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstemming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhetsprosjekter
Diagnostisk klinikk										
Radiologisk avdeling, invasiv seksjon										

Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstemming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhetsprosjekter
K3K										
Føde/Barsel Tromsø	Tilpasset									Tavle, mange pas.sikkerhetsprosjekter
Føde/gyn Harstad	Tilpasset	Tilpasset								Tavle, mange pas.sikkerhetsprosjekter
Føde/gyn Narvik	Tilpasset	Tilpasset						Starter m TILT 2. tert		PS-tavle, flere prosjekter
Kreft										Risikotavle, Pilot ernæring
Gastro kir	Tilpasset									PS-tavle
Gyn,uro,endo,plast	Tilpasset							Tilpasset		PS-tavle, pilot trygg utskrivning
Kir. Harstad	Tilpasset									PS-tavle

Neuro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstemming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhetsprosjekter
Neuro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken										
Neuro-, hud- og revmatologiskavdeling										PS-tavle, risikotavle
Neurokirurgi, øre-nese-hals- og øyeavdelingen	Tilpasset									PS-Tavle
Ortopeden Tø	Tilpasset									Tavle, ernæring, utskrivningskoordinator ++
Ort. Harstad	Tilpasset									R-tavle
FRMA Tromsø (døgn)		Tilpasset								PS-tavle
FRMA Harstad(døgn)										PS-tavle, risikotavle, ernæring

Operasjons- og intensivklinikken:

STATUS OG SPREDNINGSPPLAN UNN 1. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstemming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttinntak	Egne pas.sikkerhetsprosjekter
Operasjons- og intensivklinikken										
INOPV Oppvåkning Tromsø	Tilpasset		Tilpasset			Tilpasset, intermed.terpas		Tilpasset - ved utskrivning		Forebygging av overfylt urinblære, tavle, opplæring i forbedr. - 2 prosjekter
INOPV Intensiv Tromsø		Tilpasset	Tilpasset							Tavle, deltar i MMT v infeksjon
ANOP Innslusa Tromsø			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset				PS-tavle
ANOP Dagkirurgi Tromsø					Tilpasset			Planlegger ISBAR		PS-tavle
ANOP Intensiv Harstad	Tilpasset		Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset - slagsalarm			slagsalarm, PS-tavle, pårørendeprojekt
ANOP Akuttinntak Harstad		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset - slagsalarm	REITS	Mangler måling	Tavle, skjema for vurdering v innl., Oppholdstid i akuttinntak
ANOP An/op Harstad			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Deltar i Medisinsk mottaksteam	Tilpasset, opplæring TILT, ISBAR, ABCDE		Fokus på overfylt blære, PS-tavle
ANOP Akuttinntak Narvik			Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			PS-tavle, en hel rekke prosjekter
ANOP Intensiv/peri Narvik		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset				visittsjekliste, tavle
ANOP Ane/opr Narvik			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset				Tavle
Diagnostisk klinikk										
Radiologisk avdeling, invasiv seksjon										

Akuttmedisinsk klinikk:

STATUS OG SPREDNINGSPLAN UNN 1. tertial 2018	Trygg Kirurgi	Legemiddel-samstemming	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis akuttmottak	Egne pas.sikkerhetsprosjekter
Akuttmedisinsk klinikk										
Ambulansetjenesten		Tilpasset, innhentes info hvis tilgjengelig				Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset, AKUDE og RETTS	Sepsis skåring i amb.	
Akuttmottaket		Tilpasset	Tilpasset			Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset, vurderer TILT, bruker AKUDE		PS-Tavle
Obspost	Tilpasset		Tilpasset		Tilpasset	Tilpasset	Tilpasset			PS-tavle

Psykisk helse og rusklinikken:

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

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

Fargekoder (bestemt av Pasientsikkerhetsprogrammets sekretariat):

Innsatsområdet er ikke aktuelt for enheten
Tiltakspakken er iversatt og målinger registreres
Tiltakspakken påbegynt
Tiltakspakke ikke innført

Ventelister

Tabell 3 Venteliste

	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Pasienter på venteliste	8 959	8 077	8 477	400	5
...herav med fristbrudd	25	36	28	-8	-22
...herav med ventetid over 365 dager	106	67	26	-41	-61
Gjennomsnittlig ventetid dager	68	58	54	-4	-7
Ikke møtt til planlagt avtale	1 379	1 492	1 632	140	9

Tabell 4 Avvikling av venteliste hittil i år

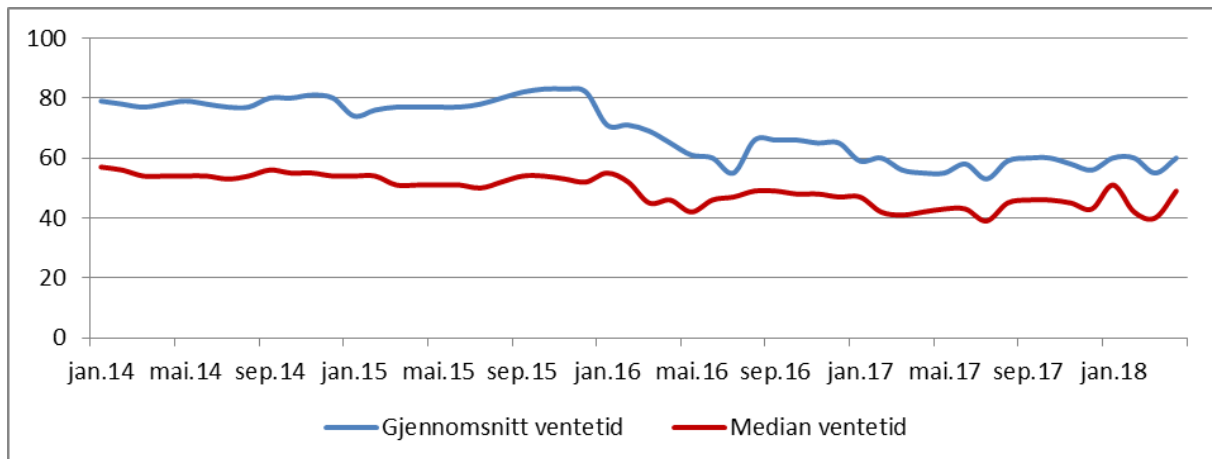
	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	17 957	16 594	15 970	-624	-4
...herav med fristbrudd	171	229	216	-13	-5,7
Andel - avviklet ordinært	89	100	100	0	0

Ventetid

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

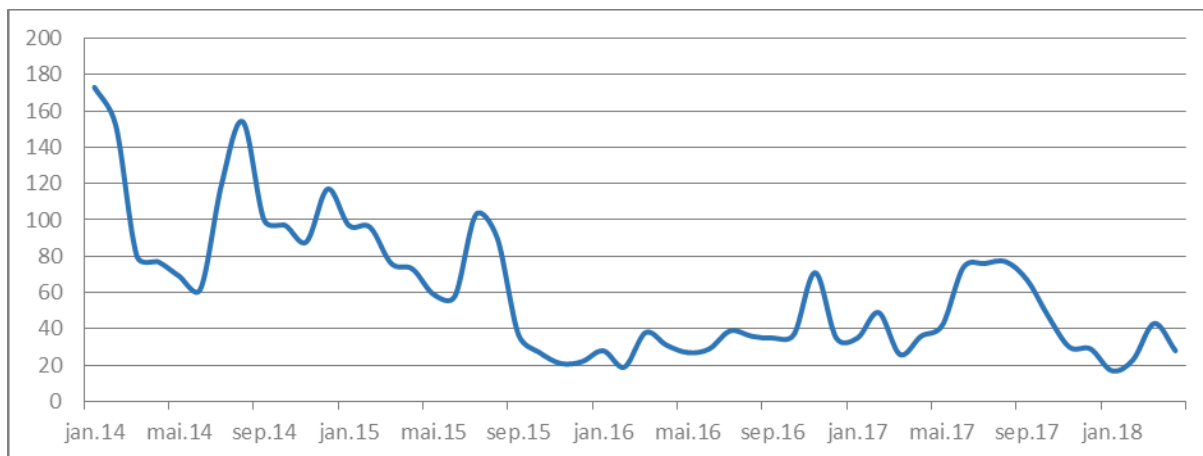
	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	65	55	60	5	9
Median ventetid i dager	46	42	49	7	17

Figur 1 Trend gjennomsnitt og median ventetid for alle pasienter



Fristbrudd

Figur 2 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

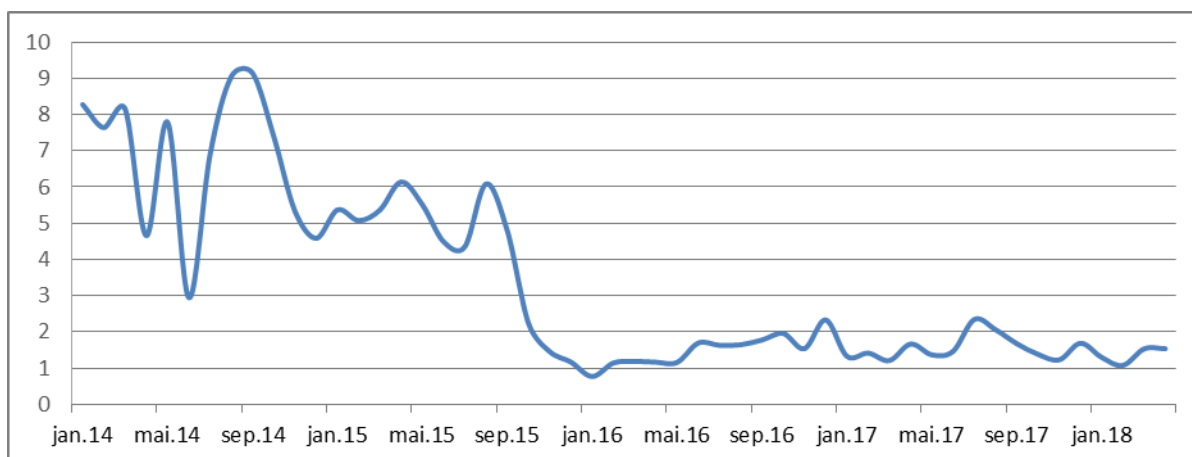


Tabell 6 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av april 2018

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	1	362	0,3 %
Barne- og ungdomsklinikken	3	553	0,5 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	10	1 796	0,6 %
Medisinsk klinikk	1	711	0,1 %
Hjerte- og lungeklinikken	5	526	1,0 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	8	4 528	0,2 %
UNN	28	8 476	0,3 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

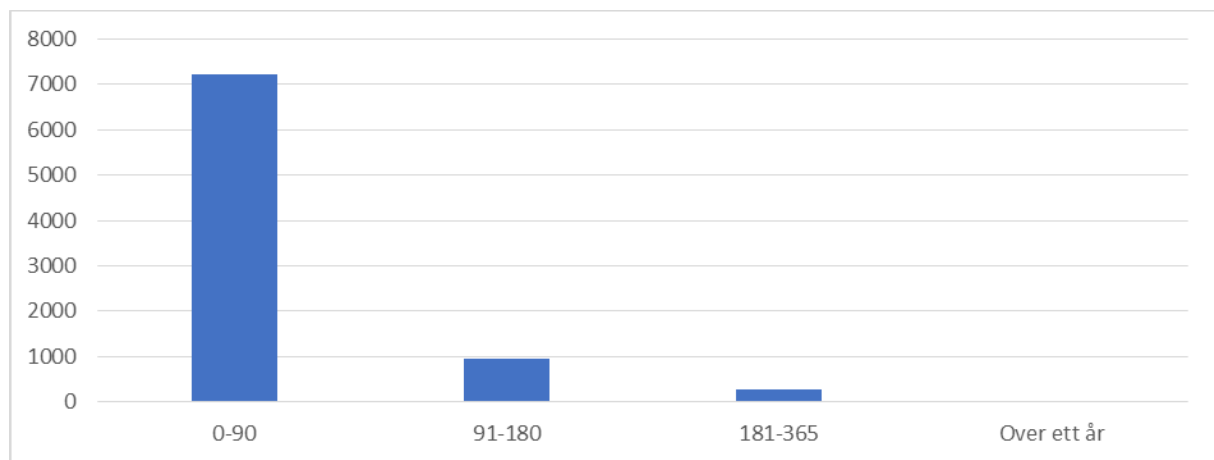
Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 7 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

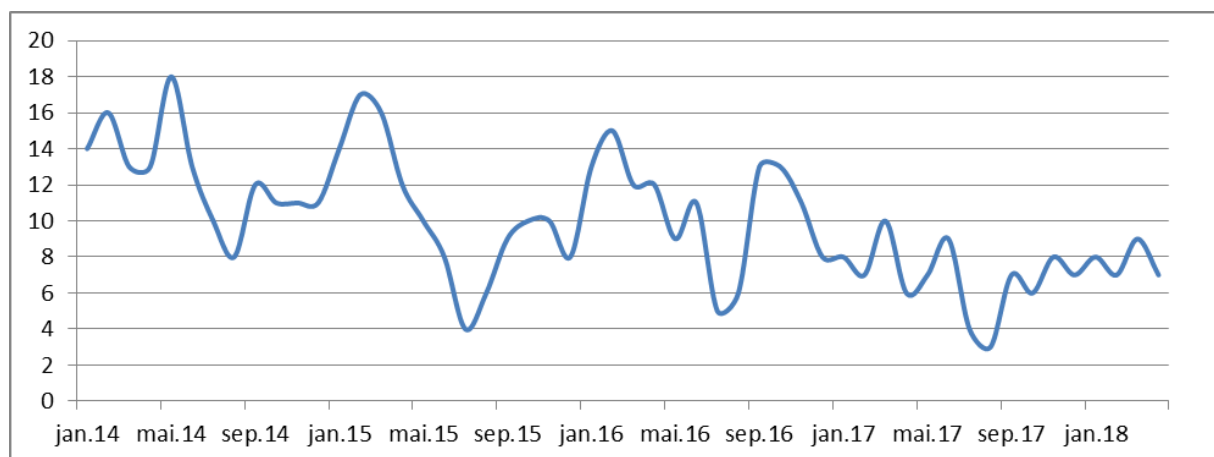
Klinikk	mar.18	apr.18
Barne- og ungdomsklinikken	0	1
Hjerte- og lungeklinikken	13	9
Medisinsk klinikk	2	8
Psykisk helse- og rusklinikken	3	5
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	16	32
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	16	18
UNN	50	73

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



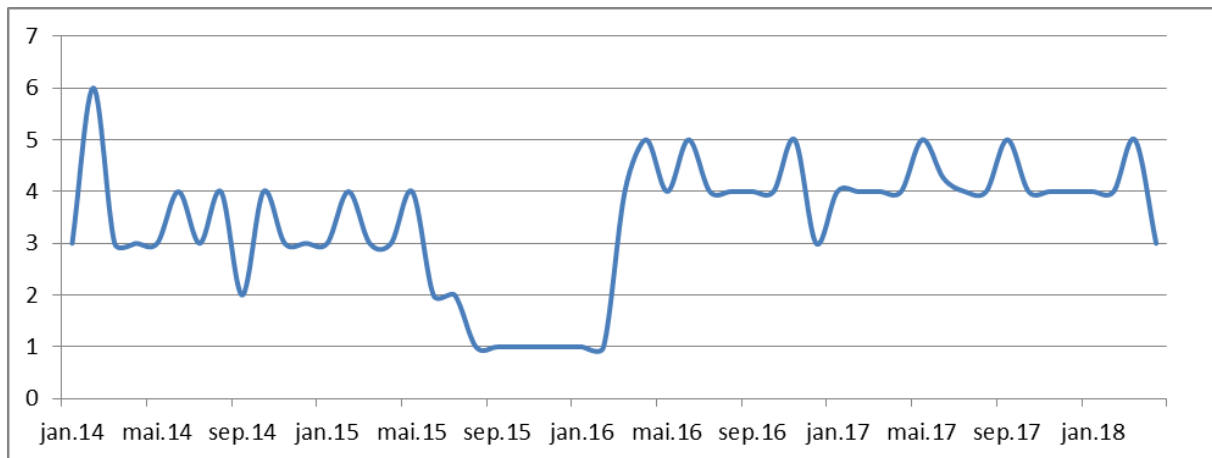
Korridorpasienter

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



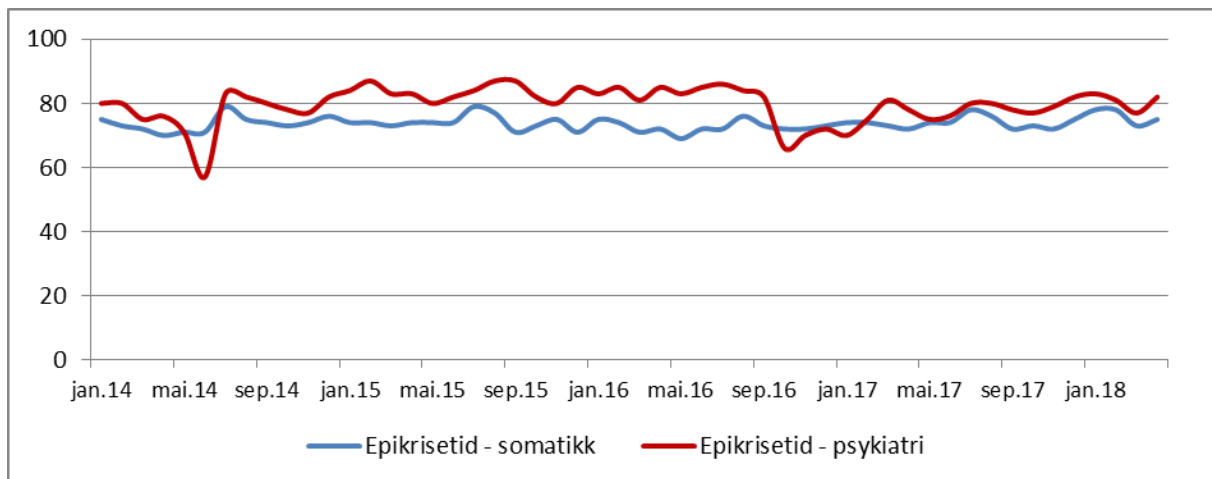
Strykninger

Figur 6 Strykninger av planlagte operasjoner (prosent)



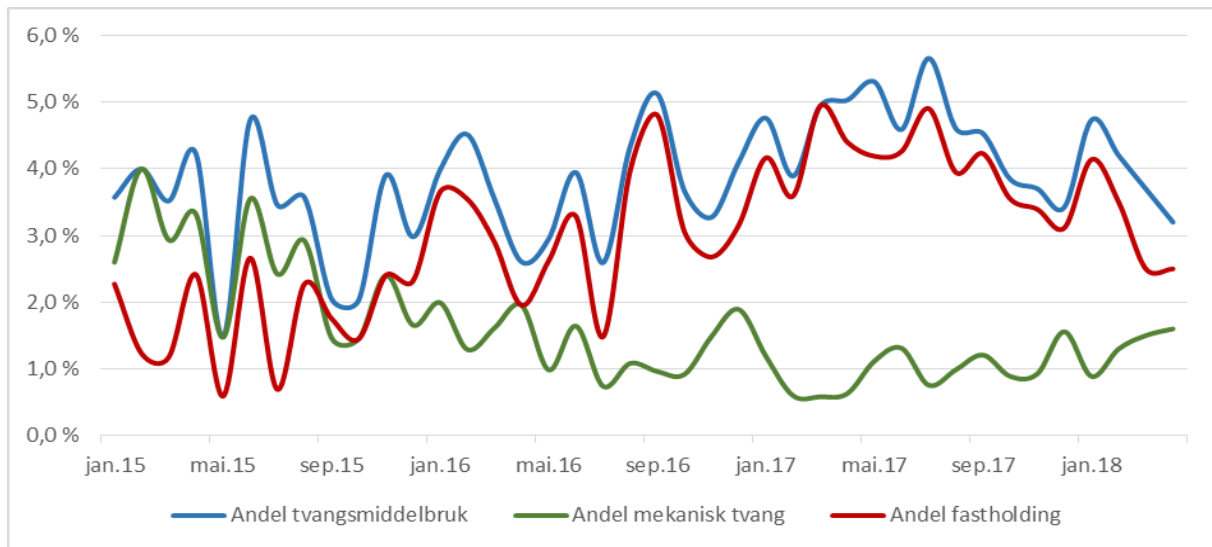
Epikrisetid

Figur 7 Epikriser - andel sendt innen syv dager



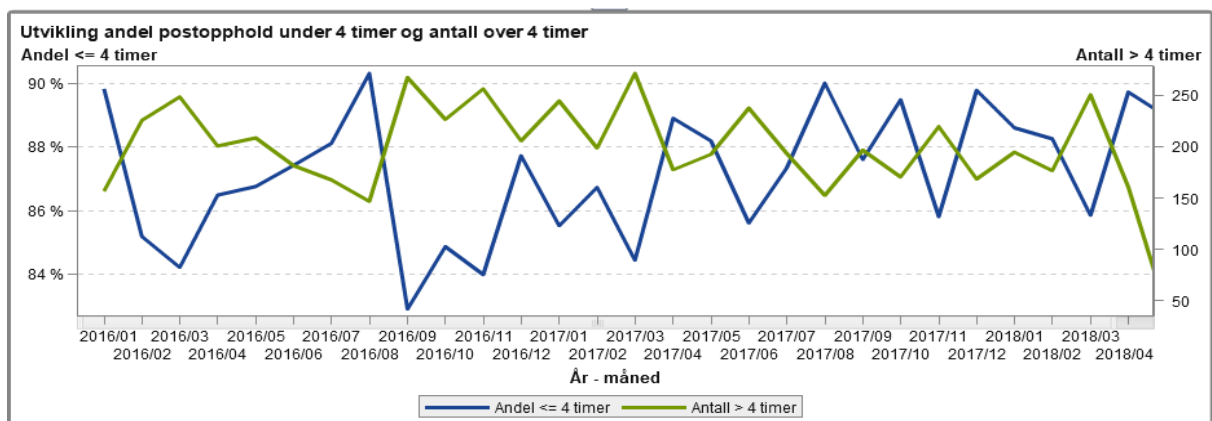
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

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

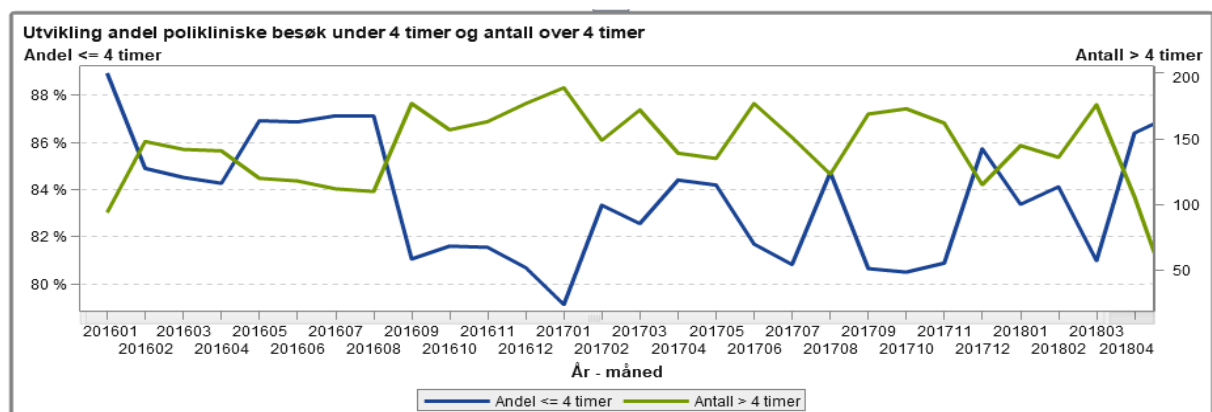


Oppholdstid i akuttmottaket

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

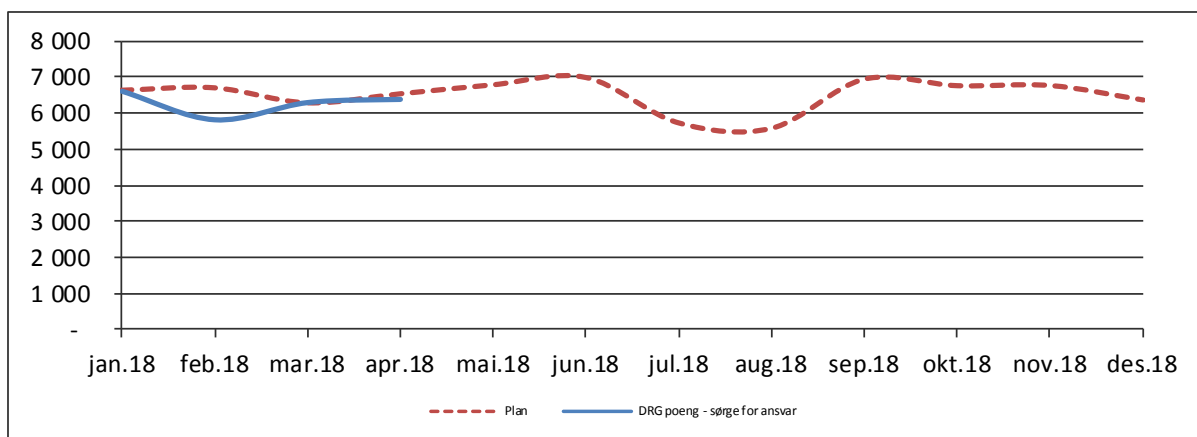
Aktivitet UNN HF		2017	2018	Plantall 2018	Avvik fra 2017		Avvik fra plan 2018	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser postopphold	Somatikk	32 851	34 263	36 166	1 412	4,3	-1 903	-5,3
Liggedager i perioden	Somatikk	60 658	59 612	63 226	-1 046	-1,7	-3 614	-5,7
Polikliniske konsultasjoner	Somatikk	102 788	96 607	94 712	-6 181	-6,0	1 895	2,0
DRG-poeng	Somatikk	24 744	25 086	26 041	342	1,4	-955	-3,7
Laboratorieanalyser	Somatikk	2 104 064	2 405 408	1 766 585	301 344	14,3	638 823	36,2
Røntgenundersøkelser	Somatikk	52 033	57 259	60 059	5 226	10,0	-2 800	-4,7
Fremmøte stråleterapi	Somatikk	3 798	3 850	5 529	52	1,4	-1 679	-30,4
Pasientkontakter	Somatikk	135 639	130 870	130 878	-4 769	-3,5	-8	0,0
VOP								
Utskrivelser postopphold	VOP	1 153	1 135	1 174	-18	-1,6	-39	-3,3
Liggedager i perioden	VOP	13 718	13 952	14 870	234	1,7	-918	-6,2
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	VOP	23 327	23 610	23 815	283	1,2	-205	-0,9
Pasientkontakter	VOP	24 480	24 745	24 989	265	1,1	-244	-1,0
BUP								
Utskrivelser postopphold	BUP	84	62	65	-22	-26,2	-3	-4,6
Liggedager i perioden	BUP	897	982	1 120	85	9,5	-138	-12,3
Polikliniske konsultasjoner	BUP	10 513	11 392	9 229	879	8,4	2 163	23,4
Pasientkontakter	BUP	10 597	11 454	9 294	857	8,1	2 160	23,2
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)								
Utskrivelser postopphold	Rusomsorg	400	312	358	-88	-22,0	-46	-12,8
Liggedager i perioden	Rusomsorg	7 934	6 921	7 082	-1 013	-12,8	-161	-2,3
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	Rusomsorg	3 432	4 136	3 935	704	20,5	201	5,1
Pasientkontakter	Rusomsorg	3 832	4 448	4 293	616	16,1	155	3,6

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

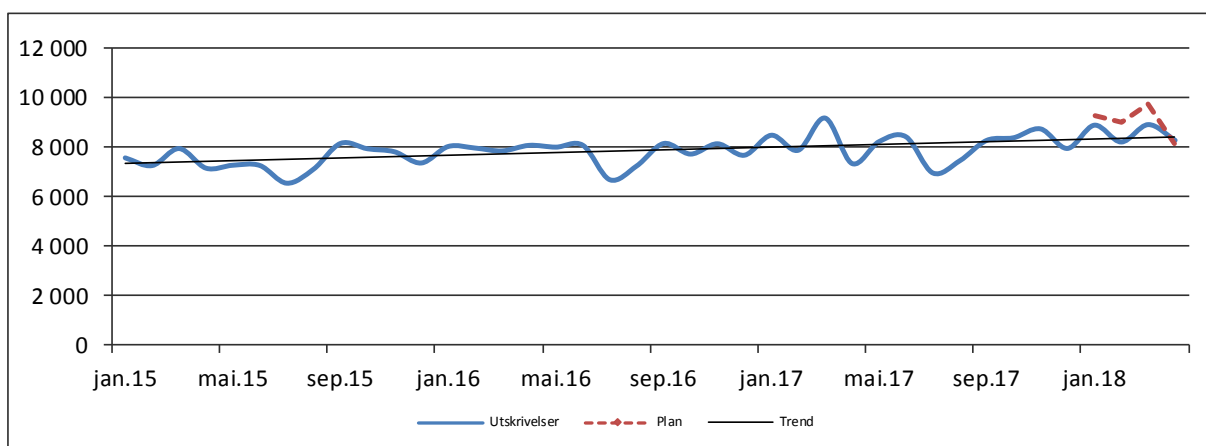


Tabell 9 DRG-poeng hittil i år 2018 fordelt på klinikk

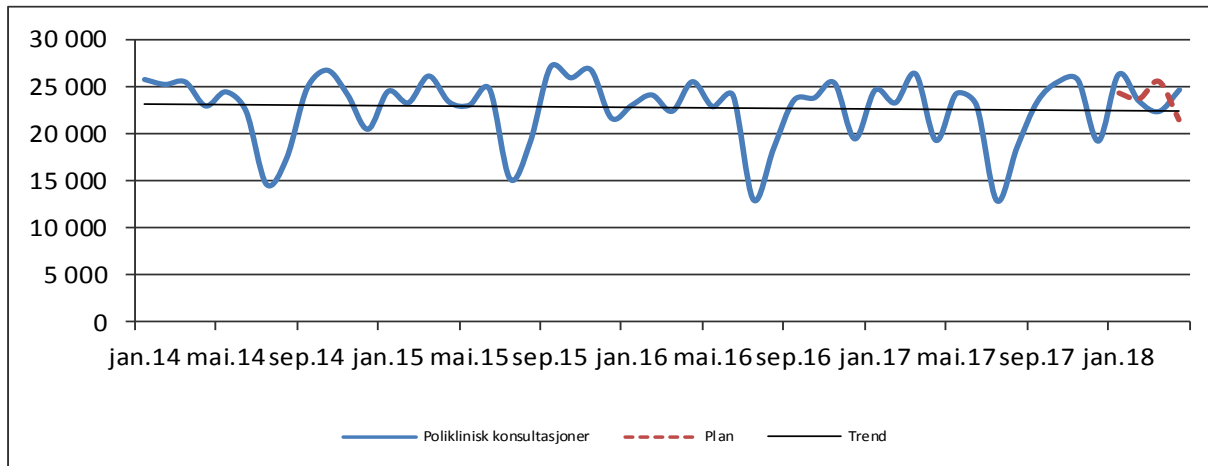
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	584	572	12
Barne- og ungdomsklinikken	1 046	1 130	-84
Hjerte- og lungeklinikken	4 221	4 116	105
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	6 111	6 957	-847
Medisinsk klinikk	4 526	4 617	-91
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	6 194	6 381	-187
Operasjons- og intensivklinikken	182	166	16
Totalt	22 864	23 939	-1 075

DRG-poeng – egen produksjon.

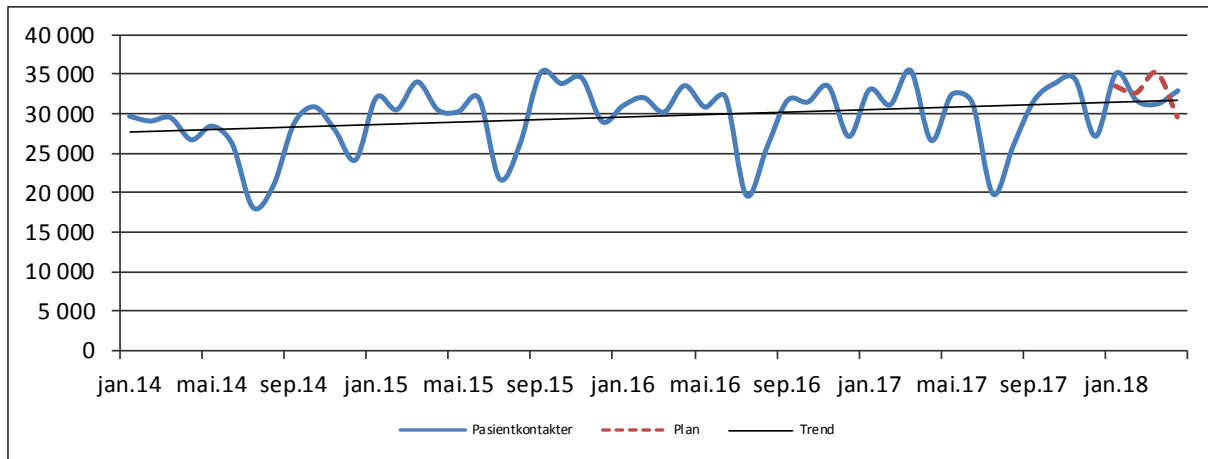
Figur 12 Utskrivelser postopphold - somatisk virksomhet



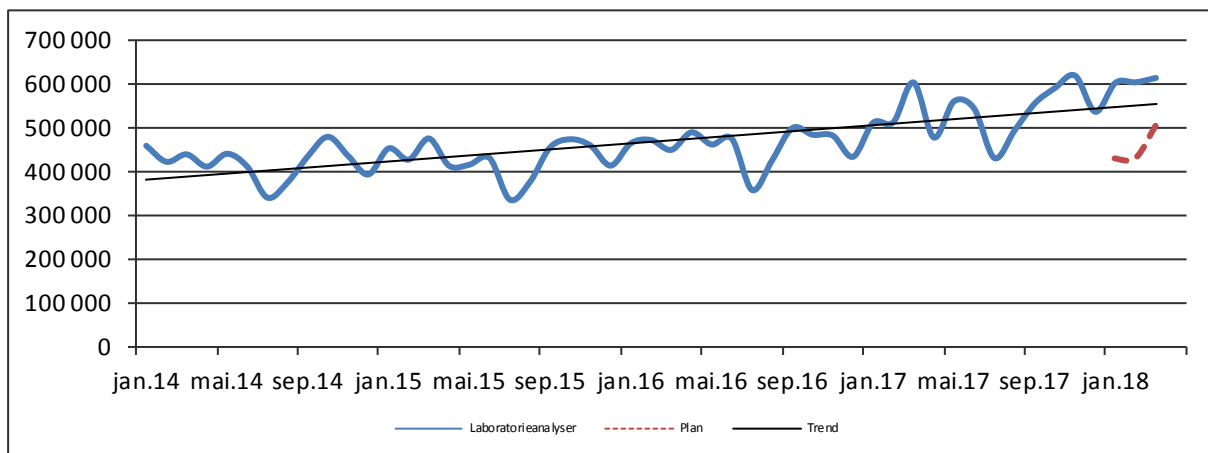
Figur 13 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



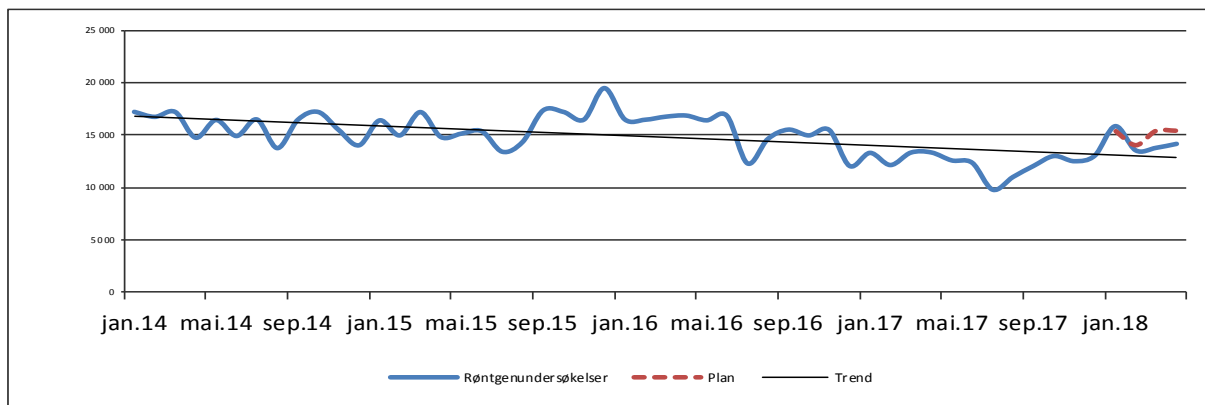
Figur 14 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 15 Laboratorieanalyser

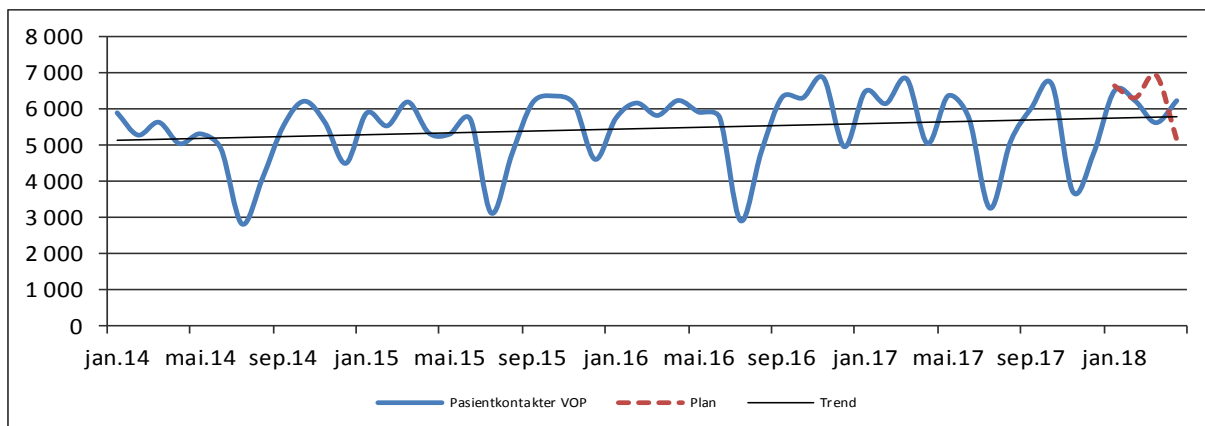


Figur 16 Røntgenundersøkelser



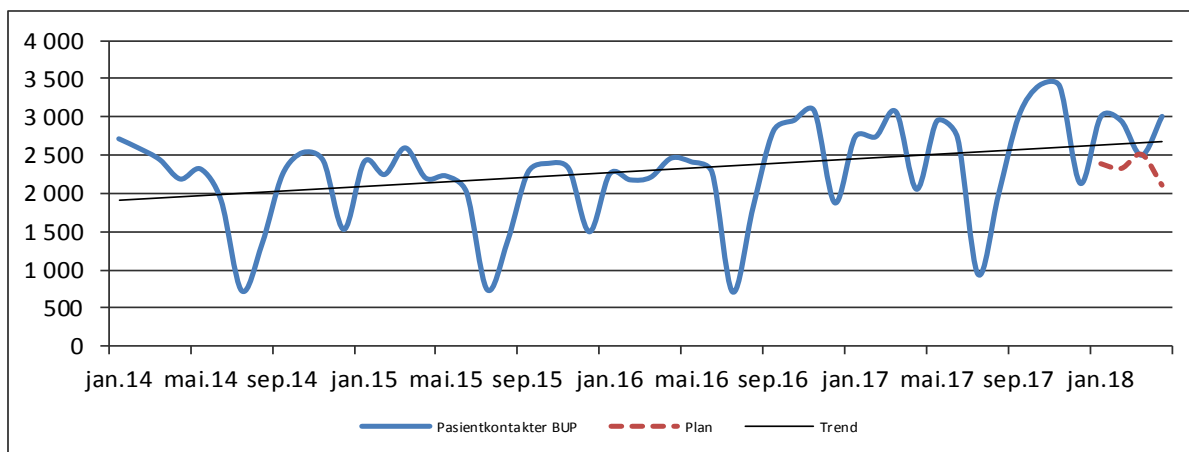
Psykisk helsevern voksne

Figur 17 Pasientkontakter – VOP



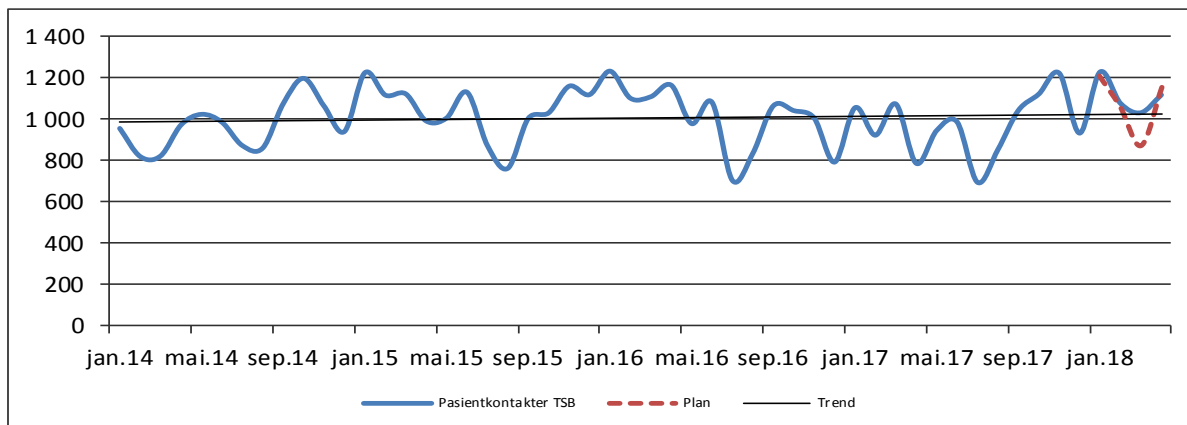
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 18 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 19 Pasientkontakter- TSB



Den gylne regel

Tabell 10 Den gylne regel

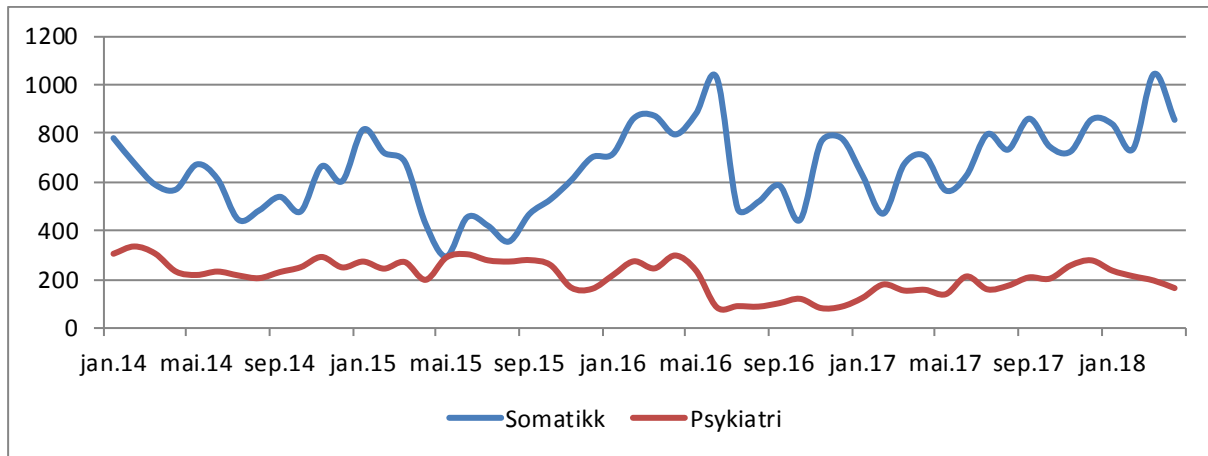
Den gylne regel		
Funksjon	Måleparameter	Endring 17 -18
Somatikk*	Månedsverk	-2,6 %
Psykisk helse og rus	Månedsverk	0,2 %
Somatikk*	Økonomi	5,7 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	5,4 %
Somatikk	Konsultasjoner	3,5 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	5,5 %
Somatikk	Ventetid	-3,8 %
Psykisk helse og rus	Ventetid	-0,9 %

* Somatikk inkl. lab/rtg og rehabilitering

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 20 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

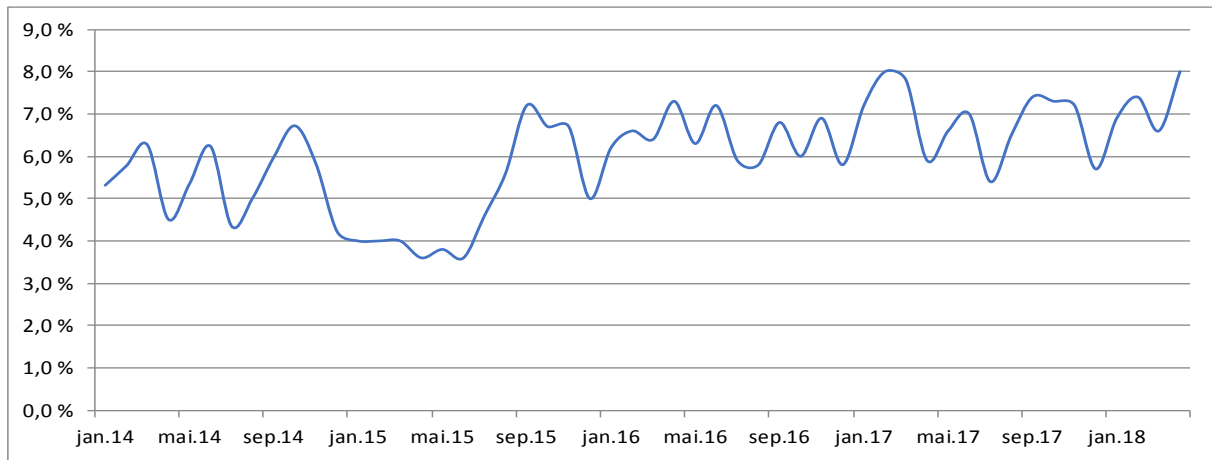


Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

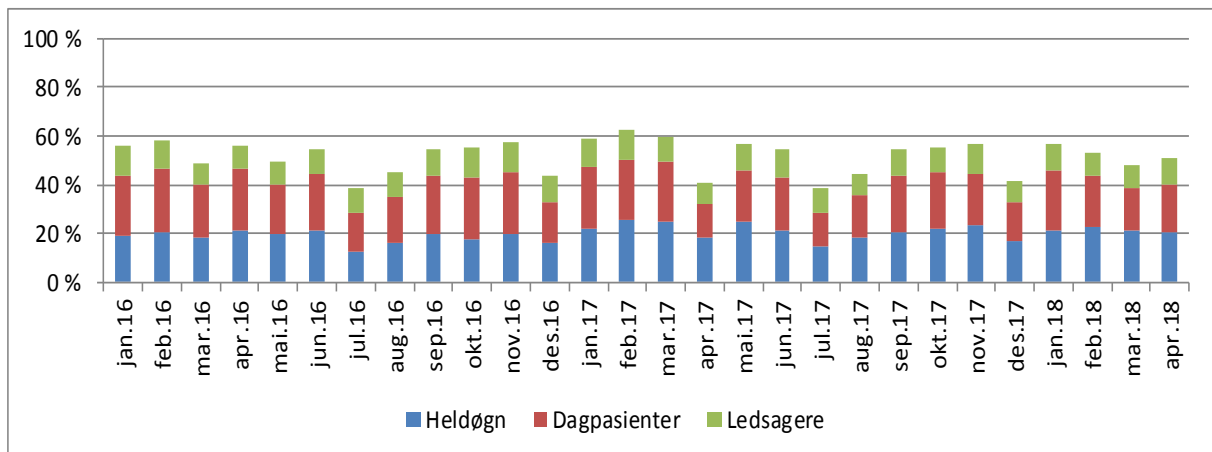
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	April	April	April	April
BALSFJORD	190	163	34	34
LØDINGEN	64	15	50	30
TROMSØ	1 921	1 705	273	25
TJELDSUND	27	0	28	21
BALLANGEN	53	26	27	21
GRATANGEN	21	13	8	19
SKÅNLAND	54	5	51	18
STORFJORD	33	25	8	18
HARSTAD	440	138	312	18
IBESTAD	24	0	25	17
KVÆFJORD	48	0	49	16
LYNGEN	45	33	15	16
EVENES	18	2	16	13
NARVIK	239	111	130	13
KARLSØY	28	19	9	12
TRANØY	16	6	4	10
NORDREISA	43	32	13	9
BERG	6	2	4	7
BARDU	25	12	13	6
SKJERVØY	17	10	7	6
LAVANGEN	6	0	6	6
SALANGEN	12	4	8	5
MÅLSELV	33	16	17	5
TYSFJORD	6	3	3	3
LENVIK	28	10	21	2
KÅFJORD	4	2	2	2
KVÆNANGEN	2	1	1	2
SØRREISA	5	1	4	1
TORSKEN	1	0	1	1
DYRØY	1	0	1	1
Sum	3 410	2 354	1 140	18

Bruk av pasienthotell

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



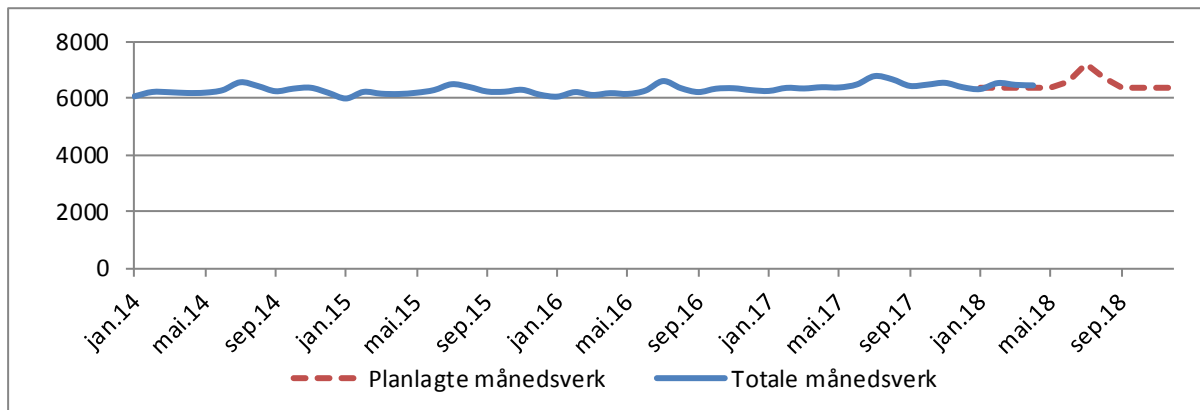
Figur 22 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Personal

Bemanning

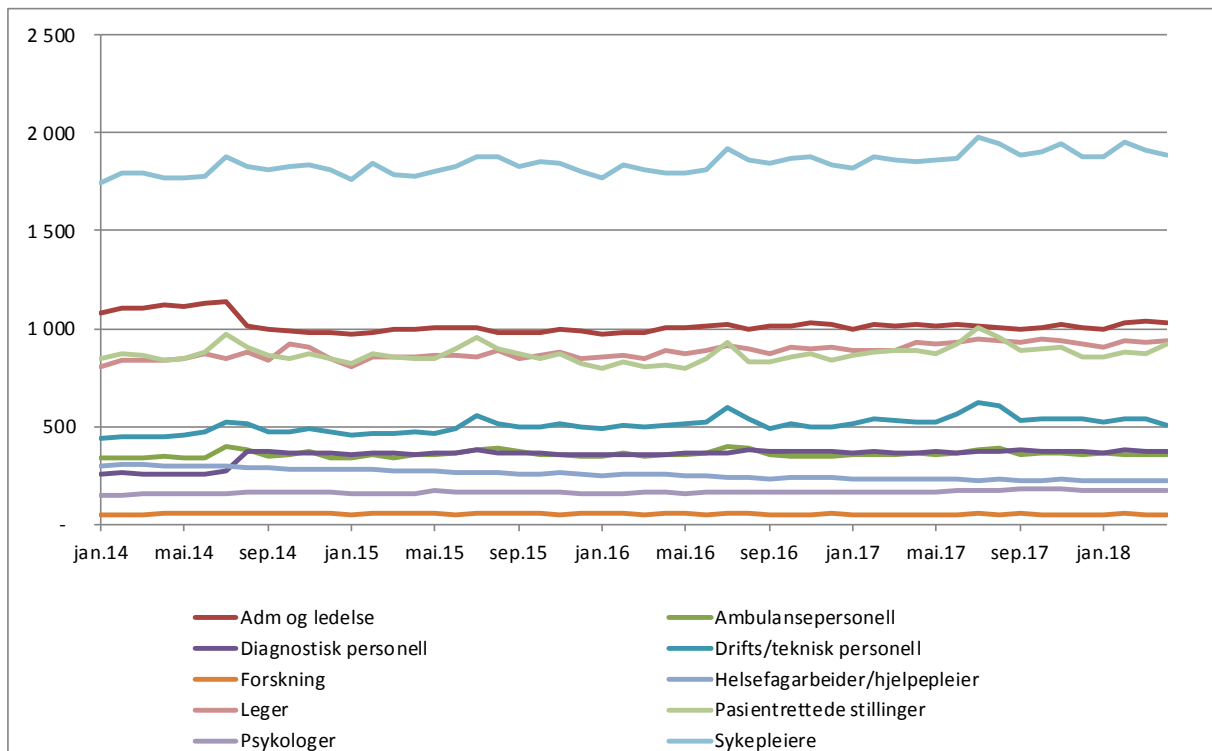
Figur 23 Brutto utbetalte månedssverk 2014-2018



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	6 531	6 364	167
Mars	6 112	6 341	6 468	6 369	99
April	6 176	6 386	6 450	6 368	82
Mai	6 149	6 376	-	6 375	-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	6 139	6 335	6 442	6 366	76

Figur 24 Brutto utbetalte månedsværk fordelt på profesjon 2014-2018

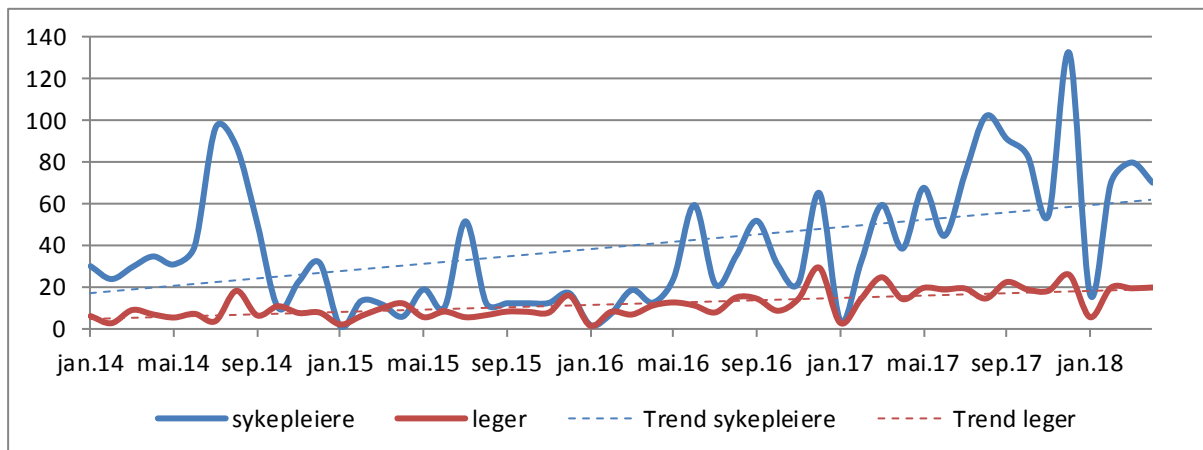


Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på profesjon 2016-2018

Profesjon	2016	2017	2018	Avvik fra 2017
Adm og ledelse	985	1 013	1 024	11
Ambulansepersonell	354	357	357	-0
Diagnostisk personell	355	366	372	5
Drifts/teknisk personell	498	526	526	1
Forskning	51	47	50	3
Helsefagarbeider/hjelpepleier	254	231	221	-10
Leger	864	897	929	32
Pasientrettede stillinger	814	881	884	3
Psykologer	158	163	172	8
Sykepleiere	1 805	1 853	1 908	55
Snitt hittil i år	6 139	6 335	6 442	107

Figur 25 Innleide månedsverk sykepleiere og leger



Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt.

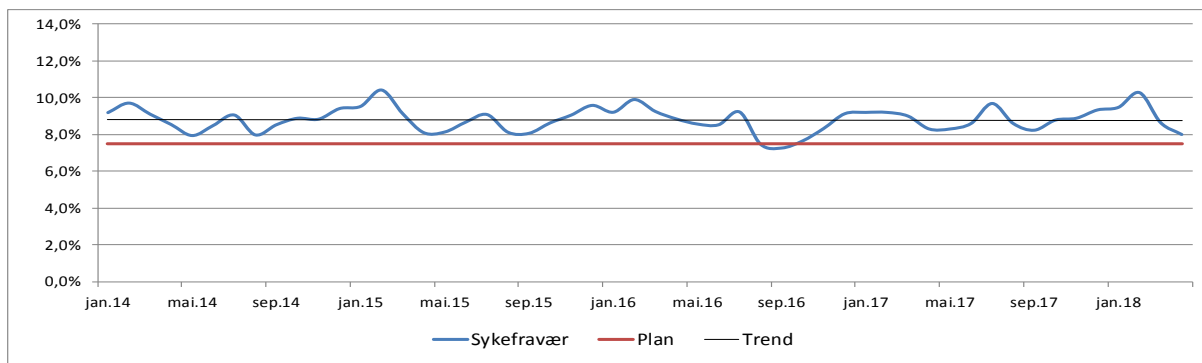
Tabell 14 Innleide månedsverk per klinikk

Klinikknavn - UNN ▲	2016		2017		2018	
	Innleie sykepleier	Innleie leger	Innleie sykepleier	Innleie leger	Innleie sykepleier	Innleie leger
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1,1	0,0	6,6	0,2	6,5	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,0	2,9	14,2	14,3	13,9	12,2
13 - Hjerter- og lungeklinikken	8,1	0,0	12,0	0,0	85,3	0,0
15 - Medisinsk klinikk	0,3	0,0	17,1	0,4	24,0	4,2
17 - Barne- og ungdomsklinikken	10,5	0,0	13,8	0,0	6,6	0,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	23,0	2,4	49,3	9,3	78,8	19,5
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	7,1	0,6	15,3	0,8	18,2	0,6
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	4,9	5,3	8,7	0,0	10,8
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	16,2	0,0	21,8	0,0	16,8

Sykefravær

UNN HF's totale sykefravær i april 2018 er på 8,0 %. Samme måned i 2017 var sykefraværet 8,3 %. Dette er en reduksjon på 0,3 prosentpoeng. Det korte sykefraværet (1-16 dgr) ligger på 2,6 % og viser en økning på 0,2 prosentpoeng, mens det mellomlange (17-56 dgr) sykefraværet ligger på 2,2 % og viser en økning på 0,7 prosentpoeng. Langtidsfraværet (> 56 dager) ligger på 3,2 % og viser en reduksjon på 1,2 prosentpoeng. I snitt var det hver dag i april 196 ansatte borte fra jobb pga. sykdom i UNN HF.

Figur 26 Sykefravær 2014-2018



Tabell 15 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	Sykefraværprosent siste mnd	Sykefraværprosent siste mnd ifjor	Endring i sykefravær forrige måned mot ifjor	Endringsprosent siste mnd vs. samme mnd ifjor
Sum	8,0 %	8,3 %	-0,3 %	-4,1 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	8,1 %	7,9 %	0,2 %	2,8 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	8,4 %	6,9 %	1,4 %	20,5 %
13 - Hjerter- og lungeklinikken	6,6 %	7,0 %	-0,4 %	-5,6 %
15 - Medisinsk klinikk	8,0 %	8,1 %	-0,1 %	-1,3 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	6,9 %	8,0 %	-1,0 %	-13,0 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	8,8 %	8,2 %	0,6 %	7,6 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	7,0 %	8,4 %	-1,4 %	-17,0 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	9,8 %	11,5 %	-1,7 %	-14,5 %
30 - Diagnostisk klinikk	8,2 %	8,6 %	-0,5 %	-5,4 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	2,8 %	4,1 %	-1,3 %	-31,9 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	7,5 %	9,2 %	-1,7 %	-18,2 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	8,3 %	8,3 %	0,0 %	0,4 %
50 - Direktøren	0,5 %	22,0 %	-21,5 %	-97,7 %
52 - Stabssenteret	6,3 %	5,8 %	0,5 %	9,2 %
Annet	3,3 %	1,3 %	2,0 %	147,4 %

Arbeidsrelatert fravær på egenmelding

Det har i april måned vært registrert 8 egenmeldinger i HN-LIS hvor ansatte har meldt at årsaken til fraværet er arbeidsrelatert.

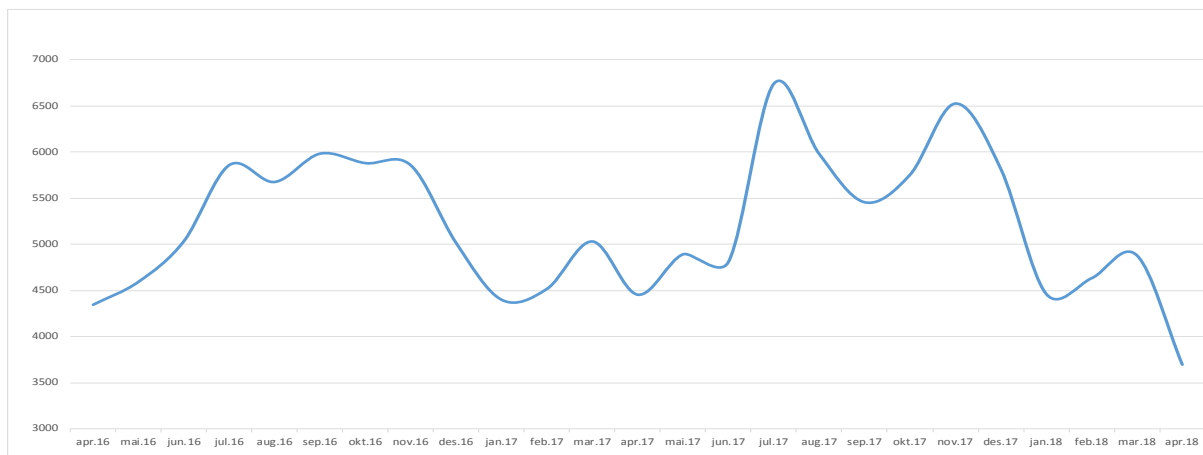
Andel ansatte med fravær utover 16 dager som bruker gradert sykmelding

Det har i april 2018 vært registrert totalt 552 ansatte med sykmelding utover 16 dager. Av disse var 508 graderte. Det tilsvarer en andel på 92,0% graderte sykemeldinger. Andelen er 2 prosentpoeng lavere enn i forrige måned (94,0%).

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

AML-brudd

Figur 27 Antall AML-brudd 2016-2018



Tabell 16 AML-brudd per klinikk

Klinikk - UNN ▲	Brudd siste måned i fjor	Brudd siste måned	Endring i % samme periode
Sum	4 454,00	3 696,00	-17,0 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	819,00	552,00	-32,6 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	447,00	552,00	23,5 %
13 - Hjerter- og lungeklinikken	497,00	428,00	-13,9 %
15 - Medisinsk klinikk	249,00	297,00	19,3 %
17 - Bame- og ungdomsklinikken	179,00	103,00	-42,5 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	600,00	462,00	-23,0 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	503,00	507,00	0,8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	673,00	517,00	-23,2 %
30 - Diagnostisk klinikk	279,00	109,00	-60,9 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	2,00	-	-
45 - Drifts- og eiendomssenteret	185,00	156,00	-15,7 %
48 - Kvalitets- og utviklingsenteret	9,00	6,00	-33,3 %
50 - Direktøren	-	-	-
52 - Stabssenteret	12,00	6,00	-50,0 %
Annet	-	1,00	-

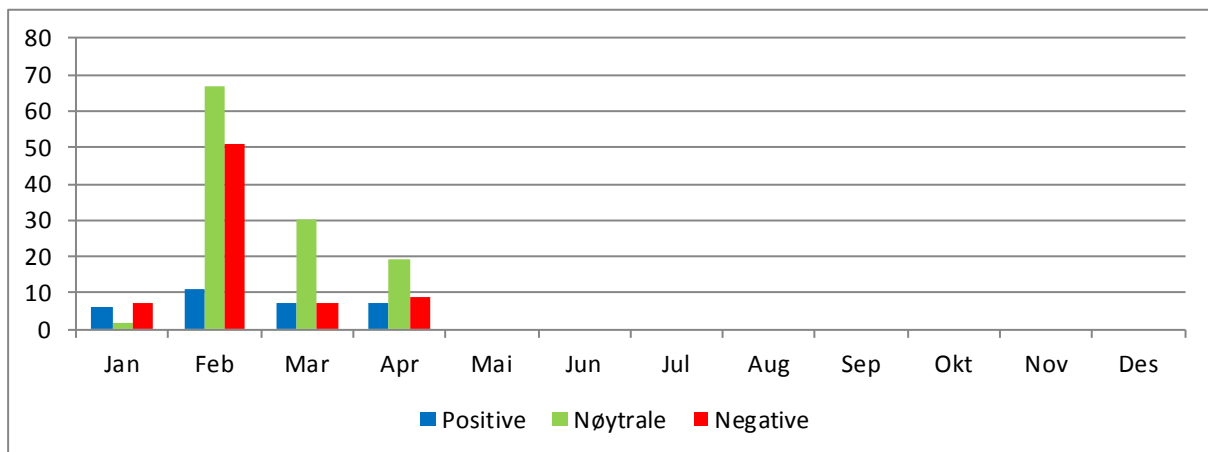
Kommunikasjon

Sykehuset i media

I april er det stor bredde og variasjon i medieomtalen av UNN. Det er mange positive oppslag som at rekrutteringen av gynekologer til fødeavdelingen i Narvik har vært vellykket, ny ambulansestasjon er snart innflyttingsklar i Ersfjord på Senja, den første pasienten har fått testet ut den nye PET CT-maskinen i det nye PET-senteret i Tromsø og UNN Harstad har fått midler til et nytt behandlingstilbud innen klinisk helsepsykologi.

Av saker med negativt fortegn, er det fortsatt bekymring fra politikere og ansatte for rehabiliteringstilbudet ved UNN Harstad etter at endringer som innebærer mer poliklinisk virksomhet og mindre døgn drift har fått mye medieomtale i Harstad Tidende. Det samme gjelder UNNs forslag om å gjøre endringer i finansieringen av sykestuesenger i Nordreisa. Saken er omtalt i flere medier som en bekymring for lokale politikere og ansatte i Nord-Troms. Disse mener at endringen vil forringe dagens gode tilbud til pasientene.

Figur 28 Mediestatistikk 2018

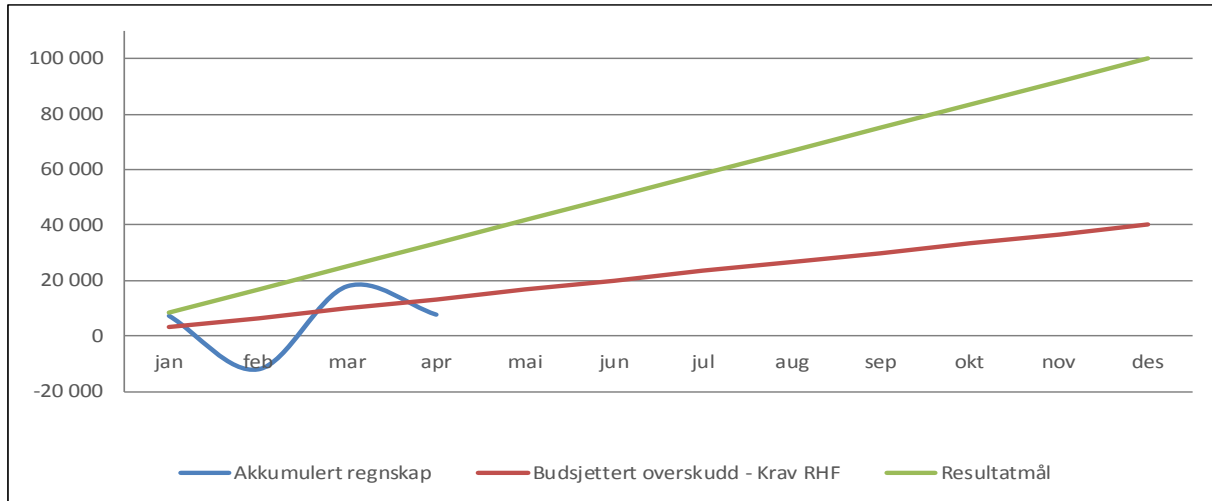


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nr.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

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 april viser et regnskapsmessig resultat på -10,2 mill kr. Det er 13,5 mill kr lavere enn budsjettert, og 18,5 mill kr lavere enn internt styringsmål. Akkumulert per april viser regnskapet 7,8 mill kr i overskudd, det er 5,6 mill kr lavere enn budsjettert og 25,6 mill kr lavere enn internt resultatmål.

Tabell 17 Resultatregnskap 2018

Resultatrapportering (tall i mill kr)	April				Akkumulert per April			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	434,1	434,1	0,0	0 %	1 670,2	1 670,2	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,1	2,1	0,0	0 %	8,5	8,5	0,0	0 %
ISF egne pasienter	133,3	138,1	-4,8	-3 %	523,5	560,2	-36,7	-7 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	9,5	9,5	0,0	0 %	36,7	35,0	1,7	5 %
Gjestepasientinntekter	3,1	3,1	0,0	-1 %	9,3	12,5	-3,2	-26 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	16,7	16,2	0,5	3 %	69,8	68,0	1,8	3 %
Utskrivningsklare pasienter	2,6	2,6	0,0	0 %	9,1	9,1	0,0	0 %
Andre øremerkede tilskudd	22,3	29,4	-7,1	-24 %	82,2	111,0	-28,8	-26 %
Andre driftsinntekter	35,1	33,4	1,7	5 %	146,2	134,6	11,6	9 %
Sum driftsinntekter	658,8	668,5	-9,7	-1 %	2 555,5	2 609,1	-53,6	-2 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	23,9	19,7	4,3	22 %	78,0	79,6	-1,6	-2 %
Kjøp av private helsetjenester	4,5	4,9	-0,4	-9 %	16,1	17,7	-1,6	-9 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	63,0	71,6	-8,6	-12 %	271,8	286,3	-14,5	-5 %
Innleid arbeidskraft	8,5	3,5	5,0	145 %	29,2	9,9	19,3	196 %
Lønn til fast ansatte	349,8	350,9	-1,1	0 %	1 333,4	1 356,6	-23,2	-2 %
Overtid og ekstrahjelp	25,4	28,1	-2,8	-10 %	99,2	115,6	-16,4	-14 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	63,5	64,3	-0,7	-1 %	254,9	255,9	-1,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-23,3	-23,2	-0,1	1 %	-86,5	-89,9	3,4	-4 %
Annen lønnskostnad	31,5	27,5	4,0	15 %	118,3	109,0	9,2	8 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	391,8	386,8	5,0	1 %	1 493,5	1 501,2	-7,6	-1 %
Avskrivninger	16,8	16,8	0,0	0 %	70,3	70,3	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	106,6	101,4	5,2	5 %	367,0	385,6	-18,6	-5 %
Sum driftskostnader	670,1	665,4	4,7	1 %	2 551,7	2 596,6	-45,0	-2 %
Driftsresultat	-11,3	3,1	-14,4	-462 %	3,9	12,5	-8,6	-69 %
Finansinntekter	1,1	0,8	0,3		4,2	3,3	0,8	
Finanskostnader	0,0	0,6	-0,6		0,3	2,5	-2,2	
Finansresultat	1,1	0,2	0,9		3,9	0,8	3,0	
Ordinært resultat	-10,2	3,3	-13,5	-406 %	7,8	13,3	-5,6	-42 %

Tabell 18 Resultatregnskap 2018, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	April ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per April ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	434,1	434,1	0,0	1 670,2	1 670,2	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,1	2,1	0,0	8,5	8,5	0,0
ISF egne pasienter	133,3	138,1	-4,8	523,5	560,2	-36,7
ISF av legemidler utenfor sykehus	9,5	9,5	0,0	36,7	35,0	1,7
Gjestepasientinntekter	3,1	3,1	0,0	9,3	12,5	-3,2
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	16,7	16,2	0,5	69,8	68,0	1,8
Utskrivningsklare pasienter	2,6	2,6	0,0	9,1	9,1	0,0
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	35,1	33,4	1,7	146,2	134,6	11,6
Sum driftsinntekter	636,5	639,1	-2,6	2 473,3	2 498,1	-24,8
Kjøp av offentlige helsetjenester	23,9	19,7	4,3	78,0	79,6	-1,6
Kjøp av private helsetjenester	4,5	4,9	-0,4	16,0	17,6	-1,5
Varekostnader knyttet til aktivitet	62,1	70,4	-8,3	268,6	282,0	-13,4
Innleid arbeidskraft	8,5	3,5	5,0	29,2	9,9	19,3
Lønn til fast ansatte	338,2	335,7	2,5	1 290,9	1 299,2	-8,3
Overtid og ekstrahjelp	22,8	24,7	-1,9	89,6	102,7	-13,0
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	60,7	60,5	0,2	244,4	241,8	2,6
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-22,5	-22,1	-0,4	-83,5	-85,9	2,4
Annen lønnskostnad	30,0	25,5	4,5	112,7	101,5	11,2
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	377,0	367,2	9,8	1 438,9	1 427,3	11,5
Avskrivninger	16,8	16,8	0,0	70,3	70,3	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	102,8	96,4	6,4	353,2	367,0	-13,7
Sum driftskostnader	647,8	636,0	11,8	2 469,5	2 485,6	-16,2
Driftsresultat	-11,3	3,1	-14,4	3,9	12,5	-8,6
Finansinntekter	1,1	0,8	0,3	4,2	3,3	0,8
Finanskostnader	0,0	0,6	-0,6	0,3	2,5	-2,2
Finansresultat	1,1	0,2	0,9	3,9	0,8	3,0
Ordinært resultat	-10,2	3,3	-13,5	7,8	13,3	-5,6

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

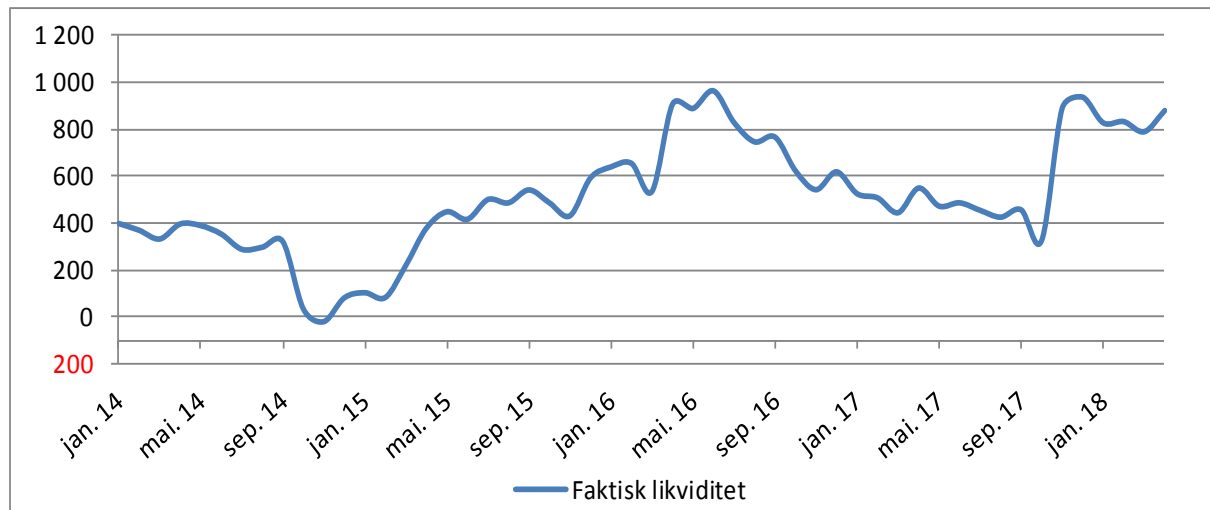
Regnskap per klinikk per april - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	38,1	36,0	-2,1	0,0	139,0	136,3	-2,7	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	24,8	22,9	-1,9	-2,7	86,3	73,9	-12,4	-14,1
13 - Hjerter- lungeklinikken	15,2	14,5	-0,7	1,7	58,8	58,2	-0,6	2,9
15 - Medisinsk klinikk	29,8	29,6	-0,1	-0,6	103,8	98,3	-5,5	-1,1
17 - Barne- og ungdomsklinikken	20,7	19,5	-1,2	-0,4	78,9	76,7	-2,2	-1,5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	63,3	62,6	-0,6	0,4	243,4	237,2	-6,2	0,4
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	30,1	27,7	-2,3	-1,4	109,7	105,5	-4,2	-2,3
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	61,5	62,4	0,9	-0,1	238,5	240,0	1,5	-2,9
30 - Diagnostisk klinikk	53,6	51,4	-2,3	0,0	193,2	191,7	-1,5	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,8	0,8	0,0	0,0	1,7	1,7	0,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	47,5	47,5	0,0	0,0	174,7	174,8	0,1	0,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	10,4	11,5	1,1	0,0	44,5	47,5	3,0	0,0
52 - Stabsenteret	14,5	14,1	-0,4	0,0	55,0	54,7	-0,3	0,0
62 - Felles	-400,3	-404,1	-3,8	-1,7	-1 535,3	-1 509,9	25,4	-16,4
Totalt	-10,2	3,3	-13,5	-4,8	7,8	13,3	-5,6	-35,0

Prognose

Prognosen for 2018 er at UNN klarer Helse Nord RHF sitt overskuddskrav på 40 mill kr. UNNs eget overskuddskrav forutsetter budsjettbalanse på klinikkene / sentrene samt at fellestiltakene får full effekt. Dette ser krevende ut pr april.

Likviditet

Figur 30 Likviditet



Investeringer

Tabell 20 Investeringer

Investeringer , tall i mill kr	Forpliktelse tidligere år	Restramme overført fra 2017	Investerings ramme 2018	Samlet investerings ramme 2018	Investert mars 2018	Investert april 2018	Sum investert 2018	Rest- forpliktelse (godkjent tidligere) april	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*		2,2	0,0	2,2	0,0		0,0		2,2
A-fløy inkl alle underprosjekter		225,8	0,0	225,8	3,7	36,8	98,9		126,9
PET-senter inkl alle underprosjekter		31,6	43,2	74,8	13,3	17,2	58,1		16,7
Nytt sykehus Narvik		50,4	59,0	109,4	0,0	0,5	1,1		108,3
SUM Nybygg		310,0	102,2	412,2	17,0	54,5	158,1	0,0	254,1
Åsgård Bygg 7		0,8		0,8			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
Tromsundersøkelsen		5,0	5,0	10,0	0,0		0,0		10,0
MTU Svalbard		0,0	2,0	2,0	0,0		0,0		2,0
Datarom-Unn-p85-DS1-Pasienthotellet		77,2	0,0	77,2	0,0		0,0		77,2
ENØK		3,4		3,4	0,0	0,4	0,6		2,8
SUM Prosjekter		85,6	7,0	92,6	0,0	0,4	0,6	0,0	92,0
Medisinteknisk utstyr	89,9	72,3	89,6	161,9	14,6	10,0	35,4	74,2	42,8
Annet utstyr disponert av MTU-midler			0,0	0,0			0,5		
Teknisk utstyr	2,8	3,19	12,0	15,2	0,3	1,0	3,5	3,3	8,4
Diverse	23,4	23,4	53,2	76,6	0,9	2,0	7,2		69,4
Ambulanser	1,8	1,81	12,0	13,8	0,1		1,7		12,1
Ombygginger		22,5		22,5	0,0	0,1	0,2		22,2
EK KLP		-0,1	28,2	28,1			0,0		28,1
SUM Utstyr med mer	117,9	123,1	195,0	318,1	15,9	13,1	48,5	77,5	183,0
SUM total	117,9	519,5	304,2	823,7	32,9	67,9	207,2	77,5	530,0

Byggeprosjekter

Tabell 21 Byggeprosjekter

	A-fløy	PET
OU status	Pågå	Pågå
OU status mål		
HMS	H=4	H=5
Planlagt ferdigstillelse	18.04.2018	10.04.2018
Fremdrift	Overtatt 18 april 2018	Overtatt 27 april 2018
Ramme inneværende år	276,0 mill. kr	96,9 mill. kr
Sum investert hittil 2017	98,8 mill. kr	58,1 mill. kr
Sum investert totalt	1421,3 mill. kr	515,7 mill. kr
Investeringsramme	1547 mill. kr	567,9 mill. kr
Prognose økonomiavvik*	-18 mill. kr	+62 mill. kr

Tall per april



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
46/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.5.2018
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Tertialrapport pr 30.4.2018 for utbyggingsprosjekter ved UNN

Innstilling til vedtak

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

Sammendrag

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

	A-fløy	PET
OU status	Pågår	Pågår
OU status mål		
HMS	H=4	H=5
Planlagt ferdigstillelse	18.04.2018	10.04.2018
Fremdrift	Overtatt 18 april 2018	Overtatt 27 april 2018
Ramme inneværende år	276,0 mill. kr	96,9 mill. kr
Sum investert hittil 2017	98,8 mill. kr	58,1 mill. kr
Sum investert totalt	1421,3 mill. kr	515,7 mill. kr
Investeringsramme	1547 mill. kr	567,9 mill. kr
Prognose økonomiavvik*	-18 mill. kr	+62 mill. kr

Tabell 1 – Nøkkeltall for byggeprosjektene ved UNN HF

*Negative tall= mindreforbruk, positive tall= merforbruk

Bakgrunn

I denne styresaken legges frem et sammendrag av tertialrapporten for 1. tertial 2018 for utbyggingsprosjektene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Styret ble sist orientert om byggeprosjektene i styresak 33-2018 *Byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF: Tertialrapport pr. 31. desember 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 prosjekter.

Saksutredning

Pågående tidligfaseprosjekter

Idèfase psykisk helse og rusbehandling

Idèfase psykisk helse og rusbehandling, UNN Tromsø ble avsluttet med styrebehandling i UNN (styresak 26-2017) og Helse Nord (styresak 45-2017). Siden dette har det ikke vært noen aktivitet i prosjektet.

Nye UNN Narvik sykehus

Prosjekt Nye UNN Narvik har gjennomført arbeid med Addendum til KSK rapport og revidert skisseprosjektet. Dette sluttbehandles i styringsgruppe og styret i UNN i mai 2018.

Konkurransen for vei og tunnel til byggetomten er ferdigstilt og fysisk arbeid starter opp i mai.

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.

A-fløy

Organisasjonsutvikling er knyttet til følgende aktiviteter:

- Konkret drift i forbindelse med innflytting.
- Planlegging av implementeringen av det elektroniske systemet for innsjekk/ utsjekk, kø-administrasjon og betaling (poliklinikkene på plan 6).

Nye UNN Narvik

Viktigste aktiviteter i perioden:

- Gjennomført pasientforløpskartlegginger.
- Gjennomført workshop med ansatte og pasienter for blant annet å evaluere dagens skisseprosjekt.
- Revidert målstrukturen.
- Utarbeidet et grunnlag for en gevinstrealiseringsplan.
- Beslutte den organisatoriske plasseringen av organisasjonsutviklingen i 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 1 547 mill kr
- Prosjektet har fullført alle arbeider, og bygg er overtatt av UNN.
- Byggherrens innflytting er under oppstart.

- Økonomisk har prosjektet en god økonomi med en stor reserve på 18 mill kroner (usikkerhetsintervall fra 16 til 22 mill kroner).
- Prosjektet har gjennomgått og avsatt midler til gjennomføring av prosjektets videre innhold, dialyse i B9 og operasjonsstuer i B7. Ved denne gjennomgangen ble det oppdaget at det var behov for større avsetning til medisinskteknisk utstyr enn tidligere rapportert. Prosjektets margin måtte derfor reduseres tilsvarende.
- Forplass-prosjektet pågår i regi av entreprenør for A-fløya. Overflater fra A-fløy og ut til vei er ferdigstilt. Vindfang og takoverbygg blir ferdigstilt til den offisielle åpningen.
- Vestibyleprosjektet er noe forsinket, men det vil bli startet 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.
- Prosjektets økonomiske prognose er forverret i perioden og anslås til 62 mill kr i merforbruk (usikkerhetsintervall fra 52 til 65 mill kroner).
- Bygget er overtatt av UNN 27.4.2018.
- Ny Spect-CT er montert i perioden.
- Utstyr til pre-klinisk forskningsdel er ankommet og montert.
- Planlegging av Universitetet i Tromsø sin 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.
- I forbindelse med økonomigjennomgang er det blitt oppdaget feil i tidligere rapportering med hensyn til tillegg i kontrakt med totalentreprenør. Endringer i størrelsesorden 15 mill kr har blitt feiltolket som del av endringsmelding etter samspillsfase, og er derfor underrapportert. I perioden er det under behandling endringer i prosjektet på om lag 15,3 mill kr, som har vært vurdert som nødvendige for å sikre drift i bygg etter oppstart.
- Det har ikke vært rapportert alvorlige HMS-hendelser i perioden.

Medvirkning

Saken blir av tidsmessige årsaker forelagt for UNN sine ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerutvalgets arbeidsutvalg i felles medvirknings- og drøftingsmøte 24.5.2018. Protokoll(-er) fra dette møtet behandles som egen referatsak i styremøtet i UNN 30.5.2018.

Vurdering

Tidligfaseplanlegging for Nye UNN Narvik følger plan, og fysiske arbeider med vei og tunnel starter i kommende tertial.

Det har vært et tertial med hektisk innspurt i ferdigstilling av PET-senteret og A-fløya. Begge prosjekter er i henhold til fremdriftsplan overtatt av UNN i løpet av perioden, og har dessuten vært nødvendig å gjøre endringer i byggherreorganisasjonen i den hektiske innspurten. Begge prosjekter har noen mindre mangler som entreprenør utbedrer, men det er kun en etasje i A-fløyen som har besluttet å utsette innflytting som følge av usikkerhet knyttet til bygningsmessige forhold.

Det viser seg nå ikke mulig for prosjektene å levere økonomiske resultater i tråd med forventninger om budsjettmessig balanse totalt. Dette har årsak i flere forhold. Ved oppstart av planlegging for avsluttende arbeider utenfor totalentreprisekontrakt i A-fløya ble det avdekket manglende avsetning til medisinsk teknisk utstyr på omlag 10 mill kr. I PET-prosjektet er det avdekket sviktende avklaring omkring oppfølging av endringsmelding etter samspillsfase ved oppstart av totalentreprisekontrakten. Dette har medført en underrapportering av endringer på omlag 15 mill kr. I tillegg har gjennomføring av nødvendige utbedringer i slutfasen både for A-fløy og PET-senteret medført store ekstra kostnader.

En oppdatert økonomisk prognose på disse to byggeprosjektene viser nå et sannsynlig samlet merforbruk på 44 mill kr. Dette tilsvarer 2,0% av den samlede rammen på 2 162 mill kr.

Direktørens vurdering er at det er viktig for UNNs regionale funksjoner at begge prosjektene er ferdigstilt innenfor tidsrammen slik at driftsmessig konsekvenser av forsinkelser ikke oppstår. Det har vært kjent at PET-senteret har vært et risikoprojekt, der gjennomføring har vært prioritert samtidig som flere forhold har bidratt til usikkerhet.

Konklusjon

Økonomisk prognose for byggeprosjektene samlet styrer mot et merforbruk på 44 mill kroner. Dette er sterkt beklagelig, og vil ha konsekvenser for regionens øvrige investeringer. Direktøren ber styret ta rapportene til orientering og vil komme tilbake til styret med hvordan den sannsynlige økonomiske overskridelsen vil bli håndtert. Det er viktig for foretaket at dette ikke påvirker oppstarten av Nye UNN Narvik.

Tromsø, 18.5.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

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



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 1 – 2018 pr. 30.04.18



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.....	4
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.....	5
5.4 Støy.....	5
5.5 Ytre miljø (oversikt over evt utslipp og avfallsmengder)	6
6 Risikovurderinger i prosjektet.....	7
6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)	7
6.2 Kostnader	7
6.3 Fremdrift.....	7
6.4 Mulige konflikter i forhold til drift og eksterne interessenter	7
6.5 Forplassen.....	7
6.6 Vestibylene.....	7
7 Organisasjonsutvikling.....	8
7.1 Viktigste aktiviteter i perioden	8
7.2 Viktigste aktiviteter i kommende periode	8
8 Gevinstrealisering.....	8
9 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger	8

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 Nords ramme. Det er på bakgrunn av godkjennelsen 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. Teknisk og klinisk prøvedrift er gjennomført. Bygget viktigste milepæl, overtakelse av bygg er gjennomført 18. april. Det pågår noen mindre arbeider på mindre detaljer samt byggherre initierte endringer. Entreprenør vil være tilstede på byggeplass frem mot sommeren. De første kliniske avdelinger flytter inn på plan 8 og 9 i bygget og tar det i bruk i uke18 og 19.

Salgsprosess av C00 er ikke gjennomført, og styret i UNN har i henhold til anbefaling i Arealplan UNN Breivika besluttet å beholde bygget til egen drift. Prosjektet vil bli overført 30 mill kroner fra foretakets investeringsbudsjett for å dekke opp tapt salgsinntekt.

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, 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. Prosjektets siste milepæl ble gjennomført i henhold til plan og bygget ble overlevert fra entreprenør til UNN den 18 april 2018.

Møbler- og MTU leveranse er ferdigstilt i perioden.

3 ØKONOMIHOVEDTALL

Prosjektets økonomi er innenfor gitte rammer. I perioden har det vært utført nøyaktig gjennomgang av prosjektøkonomi og prognoser for sluttarbeider og sluttoppgjør med entreprenør. Det har vært gjennomført revisjon av budsjett for medisinsk teknisk utstyr med hensyn til overføring av budsjett til prosjektets slutfase i B-fløya. Total avsetning til dialyse og operasjonsstuer i B-fløya er 83,3 mill kroner.

Gjenstående ubenyttet sikkerhetsmargin i prosjektet er 18,8 mill kroner. Dette er en reduksjon på antatt prognose ved forrige tertial på 11,2 mill kroner. I hovedsak skyldes denne reduksjonen feil i avsetningen til B-fløya der det ikke var tatt nødvendig høyde for medisinsk teknisk utstyr.

Arbeider i B-fløya er avhengig av gjennomføring av totalentreprisen i A-fløya og utflytting av aktivitet fra B-fløya og inn i nye A-fløya. Ved oppstart planlegging av det gjenstående arbeidet ble denne feilen avdekket. Gjenstående arbeider i B-fløya er ikke oppstartet, det er heller ikke inngått kontrakt om gjennomføring.

PNS	PNS Navn	Prognose	Fakturert Akkumulert
A-fløy	UNN A-fløy	1 595 999 999	1 421 318 171
	UNN A-fløy totalt	1 595 999 999	1 421 318 171
	01. Totalentreprise	945 315 748	906 494 142
	01.1 Ombygging B-fløy	47 000 000	0
	01.2 Utstyr B-fløy	36 300 000	0
	02. Bygningsmessige arbeider	84 191 081	74 577 758
	03. VVS-installasjoner	1 250 000	462 500
	04. Elkraft	3 717 726	3 717 726
	05. Tele- og automatisering	5 262 500	1 328 308
	08. Generelle kostnader	221 550 682	212 840 857
	09. Spesielle kostnader	103 802 744	102 865 244
	10. Utstyr (MTU) - tidligere K209	86 284 569	48 840 660
	11.1 Sikkerhetsmargin	18 824 950	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 ombygging)	66 250 000	63 873 208
	X Feilføringer/omposterings Agresso	0	-1 451

3.1 Investeringsramme fra Helse Nord RHF

Samlet investeringsrammen er 1 596 000 000. 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 prosjektreserve.

3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt

Investeringer tall i mill kr	Investering ramme overført til 2018	Investering ramme 2018	Rest investering ramme	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2018	Restramme 2018	Forbruk i år av disponibel ramme %
A-fløya	276	0	276	40,3	98,8	177,2	35,5%

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

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

Prosjektet har brukt 1419 mill. kr. og har 11% 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.

Leveransene er levert 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 - Følgekostnader 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. 1 mai 2018 for bygging av tak og inngangsparti. 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.

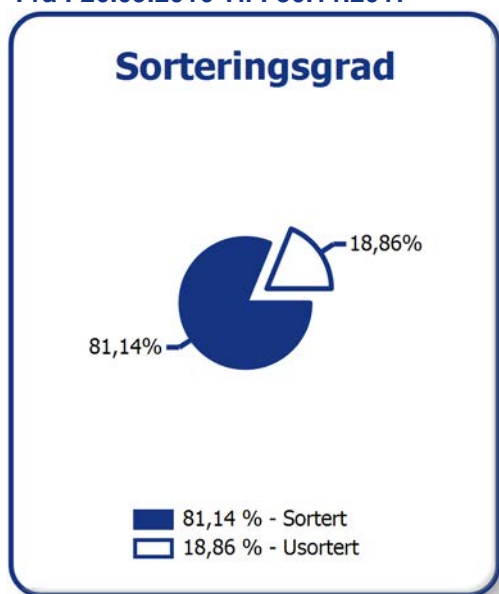
Prosjektet har krav til kildesortering og minimalt med emballasje. Dette skal videreføres i utstyrprosjekt.

Avfallsrapport akkumulert pr. dato:

Perpetuum

Rapport - Fakturerte mengder

Fra : 26.09.2016 Til : 30.11.2017



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

Pr. dato er det en risiko at teknisk leverandør har forhold å rette opp. Dette kan forstyrre oppstart klinisk drift. Kokret har det blitt besluttet å avvente oppstart på dagkirurgi på bakgrunn av usikkerhet omkring nødvendig overtrykk på operasjonsstuer. Trykkforhold er utbedret fra entreprenør, men beslutning om utsatt innflytting opprettholdes på grunn av forhold med sommerferieavvikling.

6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)

Prosjektets hoved prosjektleder har i perioden gått over i ny jobb i Sykehusbygg HF og har blitt pålagt betydelige arbeidsmengder med protonsender og Radiumhospitalet. Dette på tross av muntlig avtale med Sykehusbygg om å opprettholde kontinuitet i vårt prosjekt. Prosjektet har derfor vært nødt til å benytte våre ressurser på en omprioritert måte, der arealplan har blitt nedprioritert.

6.2 Kostnader

Se kapittel om økonomi. Det er ingen kjent usikkerhet økonomisk i prosjektet nå.

6.3 Fremdrift

Byggeprosjektet er formelt avsluttet med totalentreprenør og foretakets egen innflytting gjenstår i kommende periode. Når innflytting er gjennomført vil resterende arbeider i B-fløya iverksettes.

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 Vestibylen

Prosjekt Vestibyle er gjenopptatt og har vært behandlet i styringsgruppen.

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.

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.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 1 – 2018 pr. 30.04.18



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.....	3
3.2 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt.....	3
3.3 Totalt forbruk	3
3.4 Investeringsplan (i løpende kroner).....	3
3.5 Oppsummering hovedtall	3
4 Vedrørende de enkelte delkapitler.....	3
4.1 Kap A - Generelle og spesielle kostnader	3
4.2 Kap F - Utstyr.....	3
4.3 Kap G1 - Følgekostnader uten egen investeringsramme	3
4.4 Kap G3 - Marginer	4
4.5 Kap H1 - Følgeprosjekter med egen investeringsramme.....	4
5 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA).....	4
5.1 Sosial dumping og ulovlige skatte- og avgiftsforhold	4
5.2 Vernerunde	4
5.3 Hendelser.....	4
5.4 Støy.....	4
5.5 Ytre miljø (oversikt over evt. utslipp og avfallsmengder)	4
6 Risikovurderinger i prosjektet.....	4
6.1 Organisering (i prosjektet og mot interessenter)	5
6.2 Kostnader	5
6.3 Fremdrift.....	5
6.4 Mulige konflikter i forhold til drift og eksterne interessenter	5
6.5 Annet	6
7 Organisasjonsutvikling (OU)	6
8 Gevinstrealisering.....	6
9 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger.....	6

1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Økonomisk ramme for PET-senteret er vedtatt utvidet i Helse Nord RHF i styresak 135-2016.

Prosjektet rapporterer nå en prognose på overforbruk på om lag 62 mill kroner i forhold til denne rammen.

Fremdrift har vært forsinket. Underentreprenør rapporterte 28 november at deres anlegg var betydelig forsinket og at teknisk prøvedrift ikke kunne starte som planlagt 1. desember. Dette ble iverksatt 15 januar. Byggherre valgte å stoppe teknisk prøvedrift 29 januar på bakgrunn av mangler i tekniske anlegg. Etter avtale mellom byggherre og entreprenør den 14 februar ble teknisk prøvedrift gjenopptatt 1 mars, og oppstart klinisk prøvedrift ble satt til 12 april for plan 6 og 2.mai for plan 5 og 7. Denne fremdriftsplanen ble gjennomført og byggherre overtok bygget 27 april 2018.

Kontorbygget i plan 8, 9 og 10 ble overtatt i henhold til leieavtale med COBA AS den 1. februar 2018. Det gjenstår avslutning av tinglysning av tomteforhold. Dette er forsinket på grunn av Norges arktiske universitet UIT sin manglende oppfølging av avtaler med UNN. Formelt er det inngått avtale med COBA AS som dekker opp for midlertidige forhold, inkludert forsikring og utleiers økte kostnader med byggelån, inntil tomteforhold er tinglyst.

2 FREMDRIFT

Byggestart: 01.11.2015

Planlagt oppstart teknisk prøvedrift: 20.11.2017. Kontraktsdato 10. januar 2018. Faktisk oppstart 15 januar 2018.

Planlagt oppstart klinisk prøvedrift: 02.03.2018. Kontraktsfestet dato for ferdigstilling er 10. april 2018. Faktisk oppstart plan 6: 12 april, Plan 5 og 7: 27 april 2018.

3 ØKONOMIHOVEDTALL

Prosjektet økonomi har vært anstrengt og har blitt forverret siden siste tertialrapportering der anslått merforbruk var 42 mill kroner. I perioden har det vært utført nøyaktig gjennomgang av prosjektøkonomi og prognoser for sluttarbeider og sluttoppgjør med entreprenør. Medisinsk teknisk utstyr og gavemidler er gjennomgått av utstyrsrådgiver fra Sykehusbygg HF som har rapportert en margin i prosjektets favør på denne posten på om lag 10 mill kroner. Denne marginen er ikke tatt inn i vedlagte tabell for prognose i byggeprosjektet men er tatt hensyn til i rapporterte samlede vurdering av prognosen. Det foreligger en klage til KOFA på utstyrsinnkjøp på en utstyrspakke til verdi på ca 10 mill kroner av gavemiddelbudsjettet. Juridisk vurdering av klagens innhold fra Arntzen de Besche sannsynliggjør at klager ikke vil vinne frem, men dette er alltid beheftet med usikkerhet. Etter diskusjon med adm dir ble dette innkjøpet gjennomført på grunn av fremdriftsmessige forhold. Antatt økonomisk risiko ved å tape klage ble vurdert som mindre enn risikoen ved mulig 3-6 mnd forsinkelse i prosjektets validering av FDG produksjon. Klagen forventes ferdigbehandlet tidlig høst 2018.

Det er også noe usikkerhet omkring anleggsbidrag til Troms kraft vedrørende omlegging av høyspenttrase og installasjon (04.1), samt sluttkostnad fra Helse Nord IKT (05.1).

I forbindelse med økonomigjennomgang er det blitt oppdaget feil i tidligere rapportering med hensyn til tillegg i kontrakt med totalentreprenør. Endringer i størrelsesorden 15 mill kroner har blitt feiltolket som del av endringsmelding etter samspillsfase og er derfor underrapportert. I perioden er det godkjent endringer i prosjektet på om lag 12,1 mill kroner som har vært vurdert som nødvendige for å sikre drift i bygg etter oppstart. Dette dreier seg om økt branntetting i forhold til kontrakt, endringer i forbindelse med leveranse av utstyr inkludert gammakamera, preklinisk forskningsområde, endringer i dører og slusefunksjonalitet fra prosjektert løsning som viste seg å være mindre funksjonell med mer. I tillegg er det antatt økte endringer for 3,2 mill kroner. Prosjektet har også merforbruk i perioden på poster som juridisk bistand, spesialrådgivere renrom og validering, utstyrsrådgiver. Ny oppdatert prognose for prosjektet er derfor 62 mill kroner i overforbruk utover gjeldende ramme på 567,9 mill kroner. I følge tabell under vises prognose på 642,6 mill kroner, her inngår en sikkerhetsmargin på 5 mill kroner, hvorav prosjektet antar at prosjektet blir å benytte 2 mill kroner. Antatt sluttprognose er dermed 629,6 mill kroner.

Usikkerheten ved prognosen på 62 mill kr er vurdert til intervall mellom 52-65 mill kr

PNS	PNS Navn	Prognose	Fakturert Akkumulert
PET	UNN PET-senter	642 643 434	515 636 559
0	UNN PET-senter	642 643 434	515 636 559
01	Felleskostnader	0	0
02	Bygning	0	0
02.1	Grunntreprise	28 750 000	24 032 250
02.2	Totalentreprise	408 256 006	398 012 585
03	VVS-installasjoner	237 761	237 761
04	Elkraft	0	0
04.1	Høyspent Troms kraft	4 375 000	1 250 000
05	Tele og automatisering	0	0
05.1	Helse Nord IKT	4 000 000	682 872
06	Andre installasjoner	0	0
07	Utendørs	1 125 000	743 572
08	Generelt	91 531 586	86 611 317
09	Spesielle kostnader	99 368 081	2 904 891
10.1	Forventede tillegg	0	0
10.2	Sikkerhetsmargin	5 000 000	0
10.3	Byggelånsrenter	0	0
10.4	Prisindeks	0	0
	Sikkerhetsmargin P85 Helse Nord		
11	RHF	0	0
X	Feilføringer Agresso	0	-3 116

Noter til tabell:

- I konto 09 inngår gavemidler til utstyr på totalt 84 mill kroner og øvrig MTU på 15 mill kr.
- 10.3 Det er ikke tatt opp byggelån på PET prosjektet.
- 10.4 prisindeks er fordelt på entreprisekostnad

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 2018	Investerings ramme 2018	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2018	Restramme	Forbruk i år av disponibel ramme %
UNN PET-senter	-3,1	96,9	30,5	58,1	38,8	60%

3.3 Totalt forbruk

Investeringer tall i mill. kr	Investering s ramme	Sum investert	Restramme	Forbruk av disponibel ramme %
UNN PET-senter	567,9	515,7	52,2	91%

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 515,7 mill. kr i prosjektet og det gjenstår således 52,2 mill. kr til forbruk i 2018.

4 VEDRØRENDE DE ENKELTE DELKAPITLER

4.1 Kap A - Generelle og spesielle kostnader

Viser til hovedtabell over.

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 - Følgekostnader 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. Entreprenør har ikke levert oppdatert HMS rapport i prosjektet siden november 2017, dette er nå purret på i forbindelse med tertialrapportering. Det har ikke vært rapportert skader i perioden fra november og frem til overtakelse av bygget.

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 utstyrprosjekt.

Rapport - Fakturerte mengder

Fra : 01.01.2017 Til : 09.11.2017

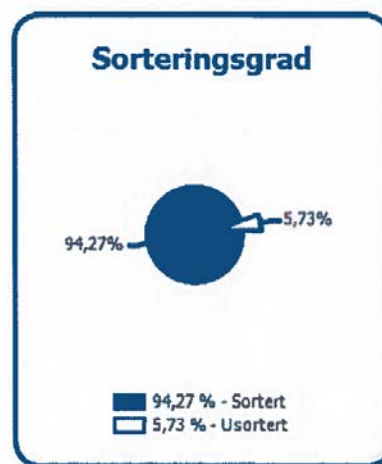
Kunde: Consto AS

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 har ikke vært gjennomført formelle risikovurderinger i perioden. Det har vært en risiko i prosjektet at hovedprosjektleder har blitt sykemeldt i perioden. Dette har vært løst med at ass PL har overtatt rollen og det har vært leid inn ytterligere ressurser i ferdigstillellesprosessen. Dette gir utfordringer på kontinuitet.

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, men med sykefravær, se over.

6.2 Kostnader

Se kapittel om økonomi.

6.3 Fremdrift

Fremdrift har vært forsinket. Underentreprenør rapporterte 28 november at deres anlegg var betydelig forsinket og at teknisk prøvedrift ikke kunne starte som planlagt 1. desember. Dette

ble iverksatt 15 januar. Byggherre valgte å stoppe teknisk prøvedrift 29 januar på bakgrunn av mangler i tekniske anlegg. Etter avtale mellom byggherre og entreprenør den 14 februar ble teknisk prøvedrift gjenopptatt 1 mars, og oppstart klinisk prøvedrift ble satt til 12 april for plan 6 og 2.mai for plan 5 og 7. Denne fremdriftsplanen ble gjennomført og byggherre overtok bygget 27 april 2018.

Kontorbygget i plan 8, 9 og 10 ble overtatt i henhold til leieavtale med COBA AS den 1. februar 2018. Det gjenstår avslutning av tinglysning av tomteforhold. Dette er forsinket på grunn av Norges arktiske universitet UIT sin manglende oppfølging av avtaler med UNN. Formelt er det inngått avtale med COBA AS som dekker opp for midlertidige forhold, inkludert forsikring og utleiers økte kostnader med byggelån, inntil tomteforhold er tinglyst.

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.

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.

9 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

VURDERINGER

Bygg er overtatt fra entreprenør og klinisk prøvedrift pågår for fullt. Noen mindre leveranser av labutstyr er forsinket, men påvirker ikke driftsmessig fremdrift.

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 1 – 2018 pr. 30.04.18



Nye UNN Narvik – Prosjekt 71003

Innholdsfortegnelse

1 Status/Sammendrag	1
1.1 Viktigste aktiviteter i perioden	1
1.2 Viktigste aktiviteter kommende periode.....	1
2 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA).....	2
3 Prosjektkontroll	2
4 Økonomi.....	2
4.1 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)	3
5.1 Viktigste aktiviteter i perioden	3
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 januar-april 2018. Prosjekt Nye UNN Narvik har hatt to ordinære styringsgruppemøter og et ekstraordinært møte for å behandle addendum til lånesøknad. Addendumet er sendt til Helse Nord RHF for videresending Helse- og omsorgsdepartementet. Det har vært avholdt workshop med ansatte og brukere for i felleskap se på flyt og logistikk i konseptet.

1.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Addendum til lånesøknad er utarbeidet som svar på forbedringspunktene i konseptrapporten som ble påpekt i kvalitetssikring av konseptfasen (KSK) er vedtatt/godkjent og ettersendt til Helse Nord RHF for oversending til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Mandat for evaluering av nærhetsanalyser og logistikk i skisseprosjektet er behandlet i addendumet. Resultatmål og gevinstrealisering er tydeliggjort i addendumet.

Det er laget en helhetlig nytt målhierarki, som ivaretar UNN sine målsetninger og strategier. Dette har vært behandlet i styringsgruppen uten kommentar.

Nytt framskrivningsgrunnlag er ferdigstilt og levert i mars 2018. Sykehusbygg HF fikk i oppdrag å se på befolkningsgrunnlag.

Styringsdokument med avklart organisasjon og justert tidsplan har vært behandlet i styringsgruppen. Det er avklart med OU-rådgivere om hvordan vi skal rigge organisasjonsutviklings-arbeidet (OU-arbeidet) ved UNN Narvik. Kartlegging av pasientforløp er gjennomført.

Rapport fra pasientforløpskartleggingen og workshopen ferdigstilt.

Konkurranse på bygging av tunell og vei er gjennomført. Arbeidene tar til i mai.

1.2 Viktigste aktiviteter kommende periode

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 er under utarbeiding.

Organisering og passering av helikopterlandingsplass i forhold til akuttlinjen utredes i samarbeid med Norges arktiske universitet – Campus Narvik.

Reguleringsplanarbeid igangsettes med konsekvensutredning.

Mandatet og prosjektbeskrivelse for organisasjonsprosjektet (OU-prosjektet) utarbeides og vedtas i styringsgruppen.

Igangsetting av forprosjekt vedtas i Styret UNN HF.

Informasjonspunkt etableres ved sykehustomta.

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. 2,5 mill kr.

4.1 Plan og framdrift

Milepæler	Dato
Reguleringsplan med konsekvensutredning	4. kvartal 2017 – 3. kvartal 2018 3. kvartal 2018 – 2. kvartal 2019
Revidering av konseptfasen med KSK (kvalitetssikring av konseptfasen)	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)

For tunellanbudet ivaretas disse forhold gjennom kontraktsbestemmelsene.

4.3 Risiko og tiltak

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

5 ORGANISASJONSUTVIKLING (OU)

5.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Kartlegging av pasientforløp er gjennomført.

Det har vært avholdt workshop med ansatte og brukere for i felleskap se på flyt og logistikk i konseptet. Rapport fra pasientforløpskartleggingen og workshopen skrevet.

Det er avklart med OU-rådgivere om hvordan vi skal rigge organisasjonsutviklings-arbeidet (OU-arbeidet) ved UNN Narvik.

5.1 Viktigste aktiviteter i kommende periode

Mandatet og prosjektbeskrivelse for organisasjonsprosjektet (OU-prosjektet) utarbeides og vedtas i styringsgruppen i mai 2018.

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
47/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.5.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Stig Arne Bakken

Forberedende virksomhetsplan 2019

Innstilling til vedtak

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

Bakgrunn

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

Formål

Formålet med saken er å orientere styret om virksomhetsplanleggingen for 2019, og å be om styrets tilslutning til valg av strategi for planleggingen.

Saksutredning

Virksomhetsplanlegging 2019 – prosess ble vedtatt i direktørens ledergruppe 20.12.2016. Virksomhetsplanleggingen gjøres i hovedsak på våren, og startet med aktivitetsplanlegging. Frister for ferdigstillelse av aktivitetsplaner, tiltaksplaner, indikatorark og dialogavtaler er overholdt. Foreløpige dialogavtaler med tilhørende budsjett, plantall og tiltak skal drøftes og godkjennes av direktøren. Oppfølgende dialogmøter holdes i mai. Direktøren vil komme tilbake til styret med status i arbeidet med virksomhetsplanlegging 2018 i junimøtet etter at dialogmøtene er gjennomført.

Plantall aktivitet

Det er utarbeidet felles mal for plantall, og plantall er levert fra klinikkene etter denne. Aktiviteten skal planlegges basert på behov, inkludert utvikling i befolkning, medisinsk og teknologisk utvikling og forbruksrater.

Mulighet for aktivitetsreduksjon skal vurderes basert på de samme kriteriene. De ferdige aktivitetsplanene er diskutert i ledergruppen. Plantall for 2019 er andre år det er gjort på samme modell.

Foreløpig identifisert omstillingsutfordring

Årlige omstillingsutfordringer varierer, og er et resultat av endrede eksterne forutsetninger, interne prioriteringer samt endrede kostnader og inntekter. Økte kostnader som gjelder IKT, A-fløy og PET-senter, interne prioriteringer, endring i inntektsfordelingsmodell for utdanning utgjør størstedelen av omstillingsutfordringen som foreløpig er på 61,7 mill kr, og inkluderer:

- 31 mill kr som helårsvirkning av vedtak i 2018
- 47,5 mill kr i økte avskrivningskostnader for A – fløya/Pet – sentret med flere.
- 20 mill kr til interne prioriteringer
- 8 mill kr som følge av endrede rentebetingelser

Det er foreløpig ikke tatt høyde for økt vedlikehold og ombygging.

Fordeling omstillingsutfordring

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

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Krav om å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling opprettholdes i 2019, og måles etter de samme parameterne som tidligere; aktivitet, ventetid, månedsverk og økonomi. Konkrete tiltak innenfor psykisk helse- og rusområdet skal prioriteres når potten på 20 mill kr til interne prioriteringer skal fordeles. For 2019 er dette ivarettatt da 10 mill gjelder gjestepasienter innen rusfeltet.

Tiltak

Arbeidet med å utarbeide tiltak startet i første budsjettkonferanse i januar. Utarbeidelse av tiltaksliste følges opp fortløpende, og blir igjen vurdert i forbindelse med dialogmøtene i mai. Hovedstrategien med kontinuerlig forbedring i alle ledd av virksomheten fortsetter. Til dialogmøtene var fordelingen av 39,7 av de 61,7 mill kr avklart og utarbeidet tiltak for. Den økte omstillingsutfordringen identifisert nå i mai på 22 mill kr må det utarbeides ytterligere tiltak for. Direktøren kommer tilbake til dette i styremøtet i juni.

Investeringer

Behovet for investeringer er stort og ordinære investeringsrammer fra Helse Nord RHF er ikke tilstrekkelig i forhold til behovet for reanskaffelser, ny teknologi, ombygginger med mer. Det internt overskuddskrav på 60 mill kr i 2018 (i tillegg til 40 mill i krav fra RHFet) for å øke investeringsrammene påfølgende år har som følge av krevende økonomi i 2018 måtte fravikes i 2019.

Bærekraftanalyse og likviditet

Bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser en omstillingsutfordring på 48 mill kr i 2019, og gradvis økende til 637 mill kr i 2025. Omstillingsutfordringen er basert på kjente endringer i inntekter og kostnader pr mars og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr. Det er også tatt høyde for nye interne prioriteringer og satsninger på 50 mill kr fra og med 2020, samt årlig videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. I tillegg er det satt av 10 mill kr årlig til uforutsette forhold samt 30 mill kr til langtidsplan i 2020. Det er også forutsatt

at økonomisk resultat i 2018 blir i henhold til plan. Oppdatert likviditetsanalyse viser en positiv likviditet i hele perioden 2019-2025, og det vil ikke være behov for å trekke av kredittrammen.

Medvirkning

Saken blir av tidsmessige årsaker forelagt for UNN sine ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerutvalgets arbeidsutvalg i felles medvirknings- og drøftingsmøte 24.5.2018. Protokoll(-er) fra dette møtet behandles som egen referatsak i styremøtet i UNN 30.5.2018.

Vurdering

UNN foretok et taktskifte i årshjulet for virksomhetsplanlegging i fjor, med årlig planlegging på våren, og langtidsplanarbeid på høsten. Taktskiftet har vært krevende rent kapasitetsmessig. Langtidsplanen, som legger grunnlag for årlig virksomhetsplanlegging har ikke vært mulig å prioritere i 2019. Pott til interne prioriteringer har vært utfordrende å finne rom for. For 2019 er denne potten bare 20 mill kr og fordelt slik; 10 mill kr til gjestepasienter innen rusfeltet og 10 mill kr til interne prioriteringer.

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

Identifisering av tiltak for 2019 er gjennomført for 39,7 mill kr av omstillingsutfordringen. Den økte omstillingsutfordringen på 22 mill kr vil bli diskutert i mai og direktøren vil komme tilbake til styret med tiltak for dette beløpet i junimøtet. Samtidig jobber klinikkene med å identifisere ytterligere tiltak for 2018 for å ivareta forutsetningen om budsjettbalanse i 2018.

Hovedstrategien med kontinuerlig forbedring i alle ledd av virksomheten fortsetter, samtidig som enkelte klinikkovergripende tiltak vil utredes nærmere. Hovedargumentet for å starte planleggingen tidligere på året er å øke kvaliteten i planarbeidet, med tilstrekkelig tid til prosessene som kreves for utredning, planlegging og iverksetting av prioriteringer og tiltak. Investeringsbehovet i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger med mer, er større enn de tildelte investeringsrammene fra Helse Nord RHF. Direktøren mener at selv om det er behov for et internt overskuddskrav for å ivareta etterslepet innen investeringer har den krevende situasjonen med å konsolidere økonomien i 2018 gjort det nødvendig å fravike dette overskuddskravet i 2019. Direktøren anbefaler at styret slutter seg til den foreslåtte prosess og strategi for virksomhetsplanleggingen for 2019.

Tromsø, 18.5.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg 1: Saksfremlegg forberedende virksomhetsplanlegging 2019



Sak: Forberedende Virksomhetsplanlegging 2019
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen / Lars Øverås
Møtedato: 30.5.2018

Saksfremlegget redegjør for:

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

1. Planlagt prosess for virksomhetsplanleggingen 2019

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

I februar og mars har det vært to møter hvor hovedtemaet har vært klinikkens plantall som grunnlag for en felles prioriteringsdiskusjon med tilhørende beslutning om fordeling av omstillingsutfordring per klinikk. Ledersamlingens dag 2, 16. mars, skulle brukes til virksomhetsplanlegging i klinikkene og sentrene, og endelige tiltakspakker skulle ferdigstilles og besluttes. Tiltaksarbeidet ble forlenget til 25. april 2018 hvor alle da skulle levere risikoreviderte tiltak. Detaljering av tiltakene og iverksettelsesplanlegging fortsetter frem til dialogmøtene i mai.

Det skal være en halvdags virksomhetsplankonferanse 13. juni 2018 med hovedfokus på oppsummering av virksomhetsprosessen for 2019 og dialogmøtene.

Foreløpige dialogavtaler med tilhørende budsjett, plantall og tiltak skal drøftes og godkjennes av direktøren. Dialogmøtene holdes i mai.

2. Plantall aktivitet

Det er utarbeidet felles mal for plantall, og klinikkene har levert plantall for 2019 innen aktivitetsdata. Aktiviteten skal planlegges basert på behov, inkludert utvikling i befolkning, medisinsk og teknologisk utvikling og forbruksrater. Mulighet for aktivitetsreduksjon skal vurderes basert på de samme kriteriene. Klinikkene skal levere plantall for heldøgnsopphold, dagopphold, polikliniske konsultasjoner/aktiviteter, liggedøgn, operasjonsaktivitet, laboratorieanalyser og røntgenundersøkelser. Frist for å levere plantallene ble satt til 2. mars 2018 (23. mars for laboratorieanalyser (Diagnostisk klinikk, medisinsk klinikk og Barne- og



ungdomsklinikken), røntgenundersøkelser (diagnostisk klinikk) og Operasjons- og intensivklinikken).

3. Identifisert omstillingsutfordring 2019

Omstillingsutfordringen er et resultat av endrede eksterne forhold, interne prioriteringer og endrede kostnader og inntekter. Omstillingsutfordring pr mai 2018 var 61,7 mill kr, tabell 1.

Tabell 1 omstillingsutfordring for 2019

OMSTILLINGSUTFORDRING 2019	2019
Inngangshastighet	0,0
Engangskostnader 2018	-4,3
Sum korreksjon for engangseffekter	-4,3
Kapitalkompensasjon UNN Tromsø (A-fløya)	-20,0
Innfasing inntektsmodell utdanning	8,0
Innfasing og oppdatering modell psykisk helse	-4,0
Styrking HF	-6,8
Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (0,7 %):	
Herav basisramme	0,0
Herav reduserte takster/ISF	15,0
Effektiviseringskrav (pasientreiser og klinisk farmasi)	3,3
Endring labtakster	0,0
Sum endrede eksterne inntektsforutsetninger	-5
Økte IKT kostnader	7,0
Økte kostnader PET-senteret (produksjon radiofarmaka)	3,0
Endring avskrivninger og rentekostnader (årseffekt A-fløy og PET+ øvrige)	47,5
Prioriteringer 2019	20,0
Langtidsplan	0,0
Omstillingsutfordring identifisert mai 2019	22,0
Helårvirkning av vedtak 2018	31,0
Endring investeringsbudsjett	-60,0
Sum endrede internt påførte økte utfordringer	70,5
Omstillingsutfordring UNN	61,7
Omstillingsutfordring i %	0,8 %
Årlig endring omstillingsutfordring	0

Inngangshastighet

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

Engangskostnader 2018

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



Kapitalkompensasjon PET-senter

Rammene til UNN øker med 10 mill kr gjennom kapitalkompensasjon for A-Fløya.

Innfasing oppdatert inntektsmodell psykisk helsevern og TSB

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

Revidering inntektsmodell utdanning

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

Styrking HF

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

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform

Det legges til grunn at avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen vedvarer og medfører samlet sett en reduksjon i rammene for UNN på 15,00 mill kr for 2019.

Effektiviseringskrav

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

Økte IKT-kostnader

Oppdatert oversikt fra Helse Nord IKT viser at IKT-kostnadene øker med 7 mill kr i 2019. Dette gjelder renter og avskrivninger av prosjekter, igangsatte prosjekter og driftskostnader.

Økte kostnader PET-senter

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

Endring i renter og avskrivninger

Renter og avskrivninger øker med 47,5 mill kr i 2019.

Egne prioriteringer

Erfaringstall viser at det årlig omprioriteres for ca. 50 mill kr. Når omstillingsutfordringen ble satt i mars ble beløpet satt ned til 20 mill kr. Beløpet som er satt av for er 10 mill til direktørens disponeringer og 10 mill kr for å finansiere gjestepasienter innen rusomsorgen.

Helårsvirkning av vedtak 2018

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

Langtidsplan

Det settes ikke av for langtidsplan i 2019.

Økt overskuddskrav 2019

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



Vedlikehold og ombygginger

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

Det er pr mai identifisert ytterligere 22 mill kr som omstillingsutfordring for 2019 som vil påvirke den videre prosessen. 14. mai skal dette diskuteres i sykehusledelsen og det er derfor ikke tatt med i tabell 1.

Tabell 2 økt omstillingsutfordring for 2019

Økt omstillingsutfordring 2019 - pr mai 2018	
	2019
Endring rentebetingelser - budsjettbrev 1 RHF	8,0
Driftskostnader operasjonsrobot	6,0
Leiekostnader kontorbygg PET	4,3
Avskrivninger PET bygg	3,8
SUM endring om stillingsutfordring	22,0

Endring rentebetingelser

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

Driftskostnader operasjonsrobot

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

Leiekostnader PET

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

Avskrivning PET bygg

Disse lå ikke inne i bærekraften som lå til grunn for opprinnelig omstillingsutfordring og utgjør 3,8 mill kr.

4. Fordeling av omstillingsutfordring

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

Den gylne regel

Krav om å oppfylle den gylne regel opprettholdes i 2019, og måles etter de samme parametrene som tidligere; aktivitet, ventetid, månedsverk og økonomi. Av prioriteringer for 2019 er 10 mill kr satt av til fagfelt som inngår i den gylne regel.

Omstillingsutfordring som framkommer i tabell 2 er ikke fordelt enda.



5. Tiltak

Omstillingsutfordringen som ble satt i mars og fordelt pr klinikk / senter utgjorde 39,7 mill kr som ble fordelt pr klinikk. Fristen for tiltaksinnlevering ble satt til 25. april, mens Opin har fått en frist til 15. mai som følge av en krevende driftsituasjon og krevende tiltaksarbeid.

Tiltakene risiko vurderes etter Helse Nord RHF sin modell.

Tabell 3 tiltak 2019 levert pr 25. april

Tiltak for 2019 fordelt pr klinikk, tall i hele 1000				
Klinikk navn	Risikovurdering			Totalsum
	1	2	3	
Akutt	3 300			3 300
K3K	3 047	1 328	150	4 525
HLK	1 780	720		2 500
MK	3 335	365		3 700
BUK	2 000			2 000
NOR	223	5 640	150	6 013
PHRK	3 000			3 000
DK	3 775	80	45	3 900
DES	850	1 150		2 000
KVALUT	1 040			1 040
Stabsenter	1 100			1 100
	23 450	9 283	345	33 078

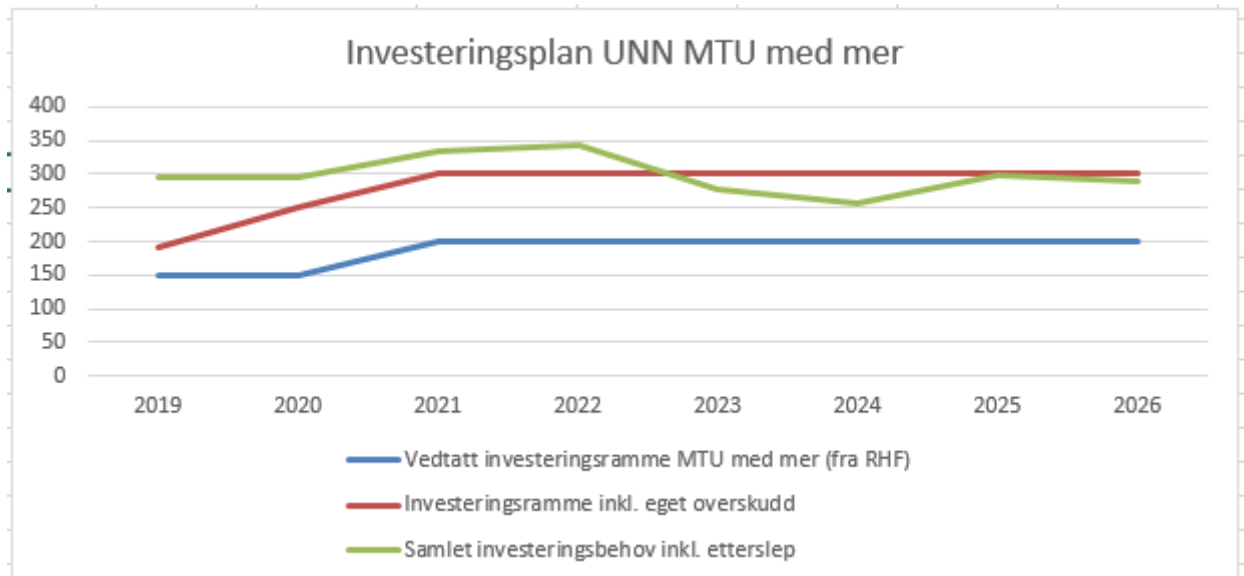
* Opin mangler

Det må identifiseres tiltak for ytterligere 22 mill kr i det videre arbeidet jfr. tabell 2.

6. Investeringer

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

Figur 1 Investeringsrammer MTU med mer



7. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse

Bærekraftanalyse

Bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser en omstillingsutfordring på 48 mill kr i 2019 og gradvis økende til 637 mill kr i 2025. Omstillingsutfordringen er basert på foreløpige kjente endringer i inntekter og kostnader og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr. Det er også tatt høyde for nye interne prioriteringer og satsninger på 50 mill kr årlig med unntak av 2019 hvor dette er 20 mill kr, samt årlig videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. I tillegg er det satt av 30 mill kr til langtidsplan i 2020, samt gjeninnføring av eget overskuddskrav for 2020. Det er også forutsatt at økonomisk resultat i 2018 blir i henhold til plan. I tabell 3 er det ikke tatt høyde for ytterligere omstillingsutfordring utover renteendringer som utgjør 8 mill kr.



Øvrige forutsetning lagt til grunn i bærekraftanalysen:

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

Tabell 4 Bærekraftanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

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	7 438	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	7 741	7 847	7 907	7 969	8 091	8 145	8 198	8 256
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	-22	-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)	-62	-228	-281	-354	-488	-533	-599	-637
Sum effekter tiltaksplan	0	0	0	0	0	0	0	0
Uløst omstilling etter tiltaksplan	-62	-228	-281	-354	-488	-533	-599	-637
Årlig endring omstillingsutfordring	62	166	52	74	134	45	65	38

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



Likviditetsanalyse

Oppdatert likviditetsanalyse viser en positiv likviditet i hele perioden 2019-2025 og det vil ikke være behov for å trekke av kassakreditrammen.

Tabell 5 Likviditetsanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

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

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
48/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.5.2018
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Addendum til konseptfase for Nye UNN Narvik**Innstilling til vedtak**

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

Bakgrunn

Konseptfaserapport for Nye UNN Narvik ble utarbeidet av Sintef Helse på oppdrag fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i perioden 2009-2010. Skisseprosjektet ble utarbeidet av Arkitema Architects, Borealis Arkitekter AS og Moe Norge AS. Rapporten ble styrebehandlet i UNN-styret og Helse Nord-styret i 2010 og 2011, med fastsatt oppstart i 2018. Dette ble senere revidert til byggestart i 2019.

Forut før byggestart må det i tråd med *Tidligfaseveileder for sykehusplanlegging (2012 og 2017 versjon)* gjennomføres kvalitetssikring av konseptrapport (KSK) samt påfølgende forprosjekt. Konseptrapporten og den eksterne kvalitetssikringen (KSK) skal også være grunnlag for lånesøknad til departementet, og eventuell godkjenning etter Spesialisthelsetjenesteloven.

Kvalitetssikring av konseptfasen for Nye UNN Narvik er utarbeidet av Holte Consulting og har konkludert med at konseptet er godt, gyldig og tilfredsstillende for å planlegge videre

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

forprosjekt. Den anbefaler imidlertid at det utarbeides et addendum til konseptrapporten som forbedrer og oppdaterer noen punkter.

Formål

Addendum til konseptrapporten er utarbeidet og legges frem til behandling i denne saken.

Saksutredning

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

Følgende aktiviteter er gjennomført som tilsvar på anbefalingen:

- Oppdatert målhierarki
- Oppdatert framskrivning og dimensjoneringsgrunnlag
- Kartlegging av alle pasientforløp og nærhetsanalyser for driften i sykehuset i samarbeid med Narvik kommune, UiT Norges arktiske universitet, pasienter, pårørende og helsepersonell
- Analyse av alle organisatoriske endringer som er vedtatt lokalt, regionalt og nasjonalt i perioden fra konseptfasen ble vedtatt frem til dagens dato.
- Revisjon av skisseprosjekt på bakgrunn av overnevnte punkter.
- Sammenlikning av arealrammen i prosjektet med aktuelle sykehusbyggprosjekter.
- Oppdatert økonomiske kalkyler og bærekraft og likviditetsanalyse. Denne viser at ved 70% låneopptak vil UNN ha likviditet til å gjennomføre prosjektet og nybygget vil gi en omstillingsutfordring på 67 mill kroner. Omstillingsutfordringen vil bli innarbeidet og ivaretatt i foretakets regulære økonomiarbeid.
- Det er utarbeidet en gevinstrealiseringsplan med metode og ansvar for gjennomføring.
- Mandat for forprosjektfasen er utarbeidet i form av styringsdokument for forprosjektet.

Medvirkning

Saken er forelagt ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerutvalgets arbeidsutvalg i egne drøftings- og medvirkningsmøter i uke 15. Protokoll og referat fra møtet følger som egne referatsaker til styremøtet 25.4.2018. Samtlige møter sluttet seg til at saken forelegges styret til endelig behandling.

Endringene som ble tilført saken er forelagt et samlet medvirknings- og drøftingsmøte 23.5.2018. Protokoll(-er) fra dette møtet vil bli behandlet i styremøtet 30.5. som egne referatsaker.

Vurdering

Det har vært gjennomført en rekke aktiviteter for å svare ut de spørsmål som KSK rapporten har reist. Dette legges frem i form av et addendum som delvis referer til et oppdatert styringsdokument for forprosjektet. Denne metoden for å svare ut spørsmålene sikrer at de punktene som krever oppfølging i forprosjektet tas med i styrende dokument i prosjektet.

Arbeidet med addendumet viser også at foretaket har den nødvendige bærekraft og likviditet til å gjennomføre byggeprosjektet etter at den økonomiske rammen er justert for prisstigning frem til 2022 samt for økte kostnader til veg og tunnel. Det er avklart i hvilket omfang skisseprosjektet må revideres for å fange opp endrede forutsetninger og dette er innarbeidet i revidert skisseprosjekt innenfor det opprinnelige areal- og dermed den oppdaterte økonomiske rammen i prosjektet.

Pasientsikkerhet

Kvalitetssikring av konseptfase av et sykehusbyggprosjekt gir en sikkerhet for at foretaket planlegger og bygger et sykehus som er i tråd med retningslinjer og behov. Dette tillegget som er utarbeidet svarer på forbedringspunkter som KSK-rapporten peker på, og sikrer dermed ytterligere at konseptet ivaretar pasienthensyn på en trygg måte.

Konklusjon

Addendum og oppdatert styringsdokument sikrer gjennomføring av byggeprosjektet på en god måte. Det viser at det er økonomisk trygghet for å gjennomføre prosjektet og styringsdokumentet sikrer at byggeprosjektet er i tråd med foretakets overordnede målsetninger og strategier.

Tromsø, 18.5.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapport – Addendum til konseptfase for Nye UNN Narvik
2. Styringsdokument til forprosjekt Nye UNN Narvik
3. Gevinstabell Nye UNN Narvik



Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF)

Addendum konseptfase Nye UNN Narvik

Revisjon:	Revisjonen gjelder:			Godkjent:	Dato:
Utkast 0.3	Justert etter SG møte, til styrebehandling				01.03.2018
Utkast 02	Til SG behandling				23.02.2018
Utkast 01	Utkast				17.01.2018
Prosjektnr: 710210	Arkivnr:	Løpenr:	Saksbeh: VBS/TAH	Kontroll:	Dato:
Dokumenttittel: Addendum Konseptfase «Nye UNN Narvik»					

Sammendrag

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

Følgende aktiviteter er gjennomført som tilsvar på anbefalingen:

1.
 - Oppdatert målhierarki
 - Oppdatert framskrivning og dimensjoneringsgrunnlag som hensyntar samfunnsmessige endringer, infrastruktur, nye nasjonale arealstandarder og foretakets strategiske utviklingsplan.
2.
 - Kartlegging av alle pasientforløp og nærhetsanalyser for driften i sykehuset i samarbeid med Narvik kommune, Norges arktiske universitet, pasienter, pårørende og helsepersonell
 - Analyse av alle organisatoriske endringer som er vedtatt lokalt, regionalt og nasjonalt i perioden fra konseptfasen ble vedtatt frem til dagens dato.
 - Sammenlikning av arealrammen i prosjektet med aktuelle sykehusbyggprosjekter.
 - Revisjon av skisseprosjekt som hensyntar oppdaterte forutsetninger.
3.
 - Oppdatert økonomiske kalkyler og bærekraft og likviditetsanalyse. Denne viser at ved 70% låneopptak vil UNN ha likviditet til å gjennomføre prosjektet og nybygget vil gi en omstillingsutfordring på 67 mill kroner. Omstillingsutfordringen vil bli innarbeidet og ivaretatt i foretakets regulære økonomiarbeid.
4.
 - Det er utarbeidet en gevinstrealiseringsplan med metode og ansvar for gjennomføring.
5.
 - Mandat for forprosjektfasen er utarbeidet i form av styringsdokument for forprosjektet.

Addendum og oppdatert styringsdokument sikrer gjennomføring av byggeprosjektet på en god måte. Det viser at det er økonomisk trygghet for å gjennomføre prosjektet og styringsdokumentet sikrer at byggeprosjektet er i tråd med foretakets overordnede målsetninger og strategier.

Bakgrunn

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



Det har vært inngått avtale med Holte consulting om kvalitetssikring av konseptfaserapport (KSK) og denne rapporten ble behandlet i prosjektets styringsgruppe, styret i UNN HF og Helse Nord styret høsten 2017.

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

Følgende aktiviteter anbefales gjennomført:

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

Gjennomføring

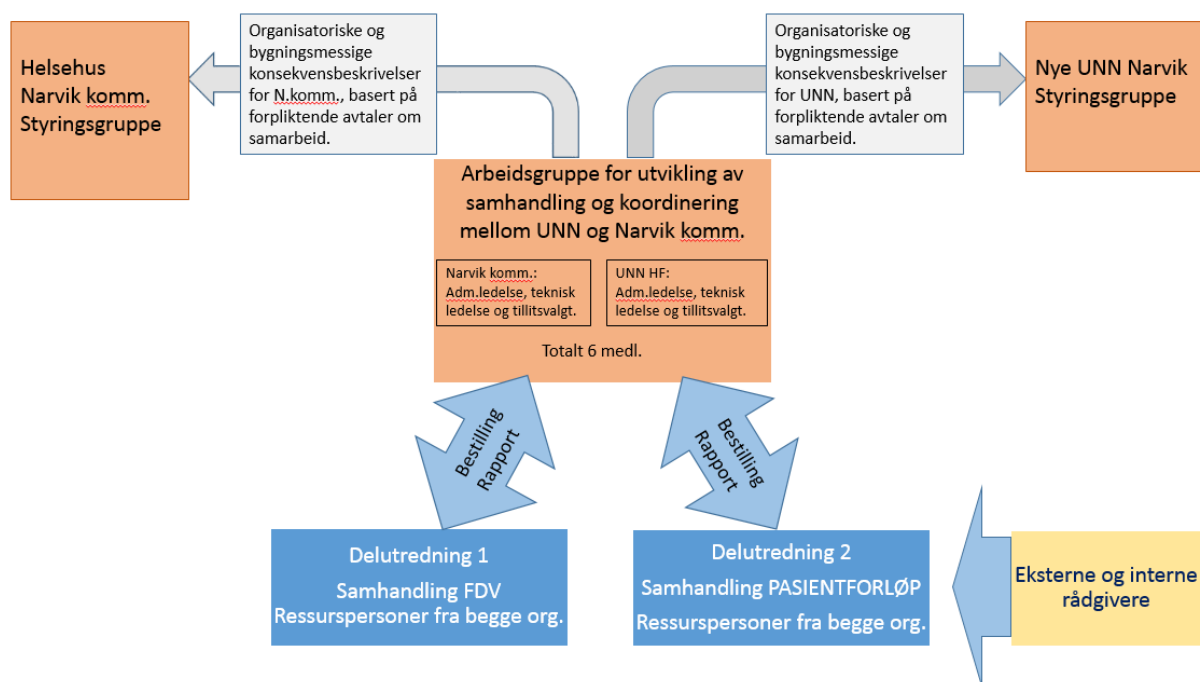
Dette addendumet til konseptfasen svarer ut de aktivitetene som KSK rapporten peker på. Alle deler av arbeidet er fullført, dette inkluderer også revisjon av hovedtrekk i skisseprosjektet men siste finpuss vedrørende revidert skisseprosjekt vil pågå ut mai måned. Dette gir dermed rikelig tid til planlegging av oppstart forprosjektet høsten 2108.

Flere av punktene KSK rapporten henviser til er valgt beskrevet direkte inn i forprosjektets styringsdokument, dette gjelder spesielt målhierarki, gevinstrealisering, indre- og ytre miljø og mandat for forprosjektet. Dette sikrer direkte oppfølging av punktene i prosjektets neste fase.

Arbeidene er gjennomført av Sykehusbygg HF (oppdatert framskrivning og dimensjoneringsgrunnlag), pasientforløpskoordinatorer ved UNN (pasientforløpskartlegging) organisasjonsutvikling bygg ved UNN (oppdatert gevinstrealisering, målhierarki), Arkitema arkitekter (analyse av endringsbehov) og prosjektorganisasjon ved UNN (sammenstilling og utarbeiding av styringsdokument).

Resultater

1.
 - a. Målhierarki er oppdatert i henhold til gjeldende strategier i UNN der målene er tydelig og operasjonelle og er satt inn i sammenheng med foretakets overordnede målsetninger definert i utviklingsplan. Nytt målhierarki er tatt med i revidert styringsdokument for forprosjektfasen, vedlegg 1.
 - b. Sykehusbygg HF har utarbeidet ny framskrivningsrapport av aktivitet for virksomheten i Narvik på basis av dokumentert virksomhet i 2016. Materialet fremskrives i henhold til Sykehusbyggs metoder frem til 2040 og legges frem som egen rapport. Resultatet gir grunnlag for justering av dimensjonering av bygget.
2.
 - a. Kvalitets- og utviklingscenteret ved UNN har i samarbeid med fagmiljøene gjennomført kartlegging av alle pasientforløp i somatikk, rus og psykiatri ved UNN Narvik. I tillegg er det etablert brukerpanel som deltar i kartleggingsarbeidet og det er gjennomført en workshop med bred deltagelse for å analysere nærhetsbehov i det nye sykehuset med deltagelse fra Narvik kommune, UiT Norges arktiske universitet, pasienter, pårørende, ansatte og ledere ved UNN. Formålet med denne workshopen er å gi arkitekt og prosjektledelse innspill i forhold til å vurdere endringsbehov i vedtatt skisseprosjekt. Det er også utarbeidet en samarbeidsmodell med Narvik kommune og nedsatt tverrfaglig gruppe for å vurdere samarbeidsflatene mellom primær og spesialisthelsetjenestetilbudet. Dette arbeidet vil pågå våren og høsten 2018 med tanke på realisering av kommunalt helsehus.



- b. Alle organisatoriske endringer som er vedtatt i foretaket, region eller på nasjonalt nivå er kartlagt og grovvurdert uten at det fremkommer behov for økte arealer. Det er imidlertid pekt på endringer fra døgn til dag som vil kunne gi forskyvninger i arealbruk og mulig røkeringer av innbyrdes plassering av funksjoner innenfor det godkjente skisseprosjektet. Denne grovvurderingen er behandlet i styringsgruppen for prosjektet i sak 16/2017. Pågående nasjonale arbeider med spesialistutdanning for legespesialiteter, spesielt innenfor kirurgiske fag, vil kunne påvirke det faglige innholdet i Nye UNN Narvik. Dette er ikke ferdigstilt, men vil bli vektlagt og vurdert når det er endelig vedtatt.
- c. Arealrammen i prosjektet er sammenliknet med pasientgrunnlag for tilsvarende nybygg i Finnmark. Justert for rusbehandling og døgn tilbud innenfor psykiatri er arealramme per innbygger sammenliknbar og kun marginalt over siste gjennomførte prosjekt i regionen. Det er ikke uventet at prosjektet har en margin på areal, dette står i sammenheng til vedtatt prosjektstrategi der Nye UNN Narvik skal fungere som bufferkapasitet for lokalsykehusfunksjon i opptaksområdet for UNN. Arealrammen har også vært gjenstand for justeringer i revisjon av skisseprosjektet der nye nasjonale arealstandarder fra Sykehusbygg HF er benyttet. Samlet arealramme i prosjektet er kun helt marginalt endret etter justering for de kjente forhold.

3.

- a. I KSK rapporten er det utarbeidet en ny kostnads kalkyle som ivaretar prisstigning, tomtekjøp og nytt estimat for vei og tunnel kostnad. Dette konkluderer med en kostnadsøkning fra 2010 på 647 mill kr, og innebærer en S-kurve der P50 kostnaden ender på 2270 mill kroner og P85 på 2680 mill kroner inkludert prisstigning frem til ferdigstilling i 2022. Holte consulting har lagt inn en stor reserve på 410 mill kroner mellom P50 og P85. Dette avspeiler i deres modell den grad av usikkerhet som ligger ved et 7 år gammelt konsept. Det vil være rimelig å anta at denne margin vil kunne reduseres betydelig gjennom pågående arbeider frem til oppstart av forprosjekt, samt gjennom selve forprosjektfasen. En normal avsetning på omkring 13 % vil til sammenlikning utgjøre 295 mill kroner. Foretaket har oppdatert bærekraft- og finansieringsanalyse for denne kalkylen. Oppdatert bærekraftanalyse viser at nytt sykehus i Narvik medfører høyere kostnader enn tidligere beregnet. Bærekraften baserer seg på P85 med en total kostnadsramme på 2680 mill kr.
- a. Finanskostnadene, både økte rentekostnader og reduserte renteinntekter av egen likviditet, utgjør 28,8 mill kr. Avskrivningskostnadene øker med 38,2 mill kr årlig. Samlet sett betyr dette 67 mill kr i økte årlige kostnader. Omstillingsutfordringen vil bli innarbeidet og ivaretatt i foretakets regulære økonomiarbeid. Ny bærekraftsanalyse vil inngå som del av forprosjektarbeidet.

Foreløpige beregninger viser at med 70 % lånefinansiering har UNN likviditet til å bære investeringen.

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

Endringer	Beløp (mill kr)
Reduserte renteinntekter egen likviditet	8,5
Økte rentekostnader	20,3
Avskrivningskostnader	38,2
Økte kostnader Nye Narvik sykehus	67,0

- b. Det har vært gjennomført oppdatering av kalkylen av Bygganalyse AS på basis av NS3450, bygningstabell. Denne kalkylen avdekket behov for mindre

justeringer på bakgrunn av endringer i standarden fra 2010. Oppdatert kalkyle ender opp på tilnærmet identisk tall som Holte consulting med P50 prisnivå på 2250 mill kr.

4. Det er laget en foreløpig gevinstrealiseringsplan på et overordnet nivå, som består av fire faser (se vedlegg 1). Formålet med gevinstrealiseringsplanen er å gi linjeorganisasjonen et best mulig utgangspunkt for å realisere gevinster ved ibruktakingen av Nye UNN Narvik. Første fase identifiserer aktuelle gevinstområder som er beskrevet i vedlegg 1. De øvrige tre fasene er gjennomgående i hele prosjektgjennomføringstiden og avsluttes etter innflytting i det nye sykehuset. Mal for arbeidet med eksempel på metode er presentert i vedlegg 2.
5. Mandat for forprosjektfasen er i prosjektet definert som styringsdokument for forprosjektfasen. Dette er utarbeidet av prosjektet og forankres i prosjektets styringsgruppe. Vedlegg 1.

Vurdering

Det har vært gjennomført en rekke aktiviteter for å svare ut de spørsmål som KSK rapporten har reist. Dette legges frem i form av et addendum som delvis referer til et oppdatert styringsdokument for forprosjektet. Denne metoden for å svare ut spørsmålene sikrer at de punktene som krever oppfølging i forprosjektet tas med i styrende dokument i prosjektet.

Evaluering av pasientfremskrivning, innhold, arealstandarder og pasientforløp har ligget til grunn for revisjon av skisseprosjektet. Denne revisjonen viser noe behov for omdisponering av arealer, men kun helt marginalt behov for arealendring og ansees som rimelig å justere i forprosjektet.

Arbeidet med addendumet viser også at foretaket har den nødvendige bærekraft og likviditet til å gjennomføre byggeprosjektet etter at den økonomiske rammen er justert for prisstigning frem til 2022 og for økte kostnader ved vei og tunnel. Det er viktig at prosjektet kan gjennomføres innenfor den totale arealrammen og prosjektets økonomiske ramme.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF)

Styringsdokument

Forprosjekt «Nye UNN Narvik»

Revisjon:	Revisjonen gjelder:			Godkjent:	Dato:
Utkast 0.3	Revidert etter SG møte, til godkjenning				01.03.2018
Utkast 0.2	Utkast til SG behandling				23.02.2018
Utkast 0.1	Utkast				17.01.2018
Prosjektnr: 710210	Arkivnr:	Løpenr:	Saksbeh: VBS/TAH	Kontroll:	Dato:
Dokumenttittel: Styringsdokument Forprosjekt «Nye UNN Narvik»					

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Formålet med styringsdokumentet.....	3
2	Overordnet definisjon av prosjektet.....	3
3	Overordnede mål og rammer	4
3.1	Prosjektets omfang i tall	4
3.2	Styrende dokumenter	4
3.3	Bakgrunn for prosjektet	4
3.4	Prosjektets hensikt og hovedmål.....	4
3.5	Prosjekt mål	4
3.6	Samfunns mål	5
3.7	Effekt mål	5
3.8	Resultat mål	5
3.9	Overordnede krav	5
3.10	Suksesskriterier	6
3.11	Kritiske suksessfaktorer	6
3.12	Gevinstrealisering	7
4	Prosjektinnhold og metode	7
4.1	Innramming av forprosjektet	7
4.2	Hovedaktiviteter forprosjektfasen.....	8
4.3	Innholdet i forprosjektrapporten	8
5	Prosjektorganisering	9
5.1	Organisasjonskart.....	9
5.2	Byggherre.....	9
5.3	Styringsgruppen	9
5.4	Prosjektansvarlig	10
5.5	Prosjektleder bygg	10
5.6	Prosjektleder OU-prosjekt	10
5.7	Medvirkningsprosess	10
5.8	Klinisk rådgiver	11
5.9	Teknisk rådgiver	11
5.10	OU-bygg rådgiver	12
5.11	Prosjekteringsgruppen	12
5.12	Oppsummering ressurser	12
6	Prosjektstyring	13
6.1	Tidsplan	13
6.2	Prosjektøkonomi	13
6.3	Månedrapporing	13
6.4	Tertialrapporter	13
6.5	Kommunikasjon.....	13
6.6	Dokumenthåndtering	14
6.7	Fullmakter	14
7	Organisasjonsutvikling	14

1 Formålet med styringsdokumentet

Styringsdokumentet skal gi oversikt over de sentrale forhold i prosjektet på en måte som virker retningsgivende og avklarende for alle aktører i *Forprosjekt Nye UNN Narvik*. Formålet med forprosjektfasen er å bearbeide det valgte konseptet til et nivå slik at endelig beslutning om iverksettelse kan tas på et riktig grunnlag

I forprosjektet vektlegges de forhold som er relevant for denne fasen, samt forberedelse til neste fase - detaljprosjektfasen. For de neste faser utarbeides nytt – eller revidert – styringsdokument som avklarer de overordnede styringsspørsmål for kommende faser.

Styringsdokumentet fastlegger mål og rammer for prosjektarbeidet og skal være retningsgivende for det videre arbeid fram til oppstart detaljprosjekt. Styringsdokumentet er således denne prosjektfasens *prosjektmandat*, og dokumentet er utarbeidet med utgangspunkt i Finansdepartementets veileder for styringsdokument i statlige investeringer.

Dokumentet definerer også bemanning og organisering av prosjektet samt planer for aktiviteter og milepæler på et overordnet nivå. Dokumentet er referanse for alle av prosjektets aktører; beslutningstakere, involverte i UNN HF, innleide rådgivere og andre eksterne aktører.

Når det foreligger nye forutsetninger som påvirker prosjektets innhold, gjennomføring og kostnadsramme vil styringsdokumentet bli revidert. Styringsdokumentet sammen med prosjektplaner for delaktiviteter gir grunnlag for måling og rapportering av eventuelle avvik.

Dokumentet skal godkjennes av prosjektets styringsgruppe og vil foreligge i endelig versjon når det er godkjent.

2 Overordnet definisjon av prosjektet

Prosjektet benevnes til daglig *Forprosjekt Nye UNN Narvik*. Det er dog slik at flere institusjoner enn UNN HF har interesse i og vil være involvert i prosjektarbeidet, særlig Universitetet i Tromsø (UIT) og Sykehusapotek Nord men også øvrige helseforetak i regionen.

Prosjekteier og etter hvert byggherre er UNN HF representert ved administrerende direktør.

Prosjektet omfatter planlegging og bygging av et nytt sykehus for UNN HF på furumoen i Narvik og inkluderer nødvendig utstyr i den forbindelse. Prosjektet omfatter følgende hoveddeler:

- Arealer og utstyr for diagnose og behandling slik det fremgår av konseptrapport vedtatt i 2011 og med de endringer og tilpasninger som følger av endrede forutsetninger. Herunder demografi, klinisk/teknisk utvikling og endrede offentlige bestemmelser og føringer.
- Nødvendige endringer som fremkommer gjennom arbeidet med addendum til konseptrapport forutsettes innarbeidet før oppstart av-, eller gjennom forprosjektet.

Et eget organisasjonsprosjekt vil pågå i parallell med byggeprosjektet, overordnet koordinert av driftsleder UNN Narvik, ledet av egen prosjektleder med prosjektstøtte fra OU-bygg i stabssenteret. OU-prosjektet blir en leveranse sammen med leveransen fra byggeprosjektet som er nødvendig å samordne og koordinere for å oppnå ønsket effekt.

3 Overordnede mål og rammer

3.1 Prosjektets omfang i tall

Prosjektet har følgende omfang:

- Kostnadsrammen for prosjektet ble i styresak 35/2011 (HN RHF) fastsatt til 1 690 mill kroner inkludert byggelånsrenter og med et kostnadsnivå pr. 1. april 2010, inkludert utstyr. Kostnadsrammen baseres på 85% sannsynlighet for at kostnadsrammen overholdes, og den skal ferdig utredes i forprosjektet.
- Arealramme ca 27 700m² nybygg (HN-RHF styresak 35/2011 og styresak 48-2011)

3.2 Styrende dokumenter

Følgende sentrale utredninger, rapporter og vedtak gir rammer og forutsetninger for arbeidet:

- Dette styringsdokumentet
- Vedtak i styret ved Helse Nord RHF sak 35-2011, datert 20.06.2011
- Vedtak i styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF sak 48/2011, datert 24.03.2011,
- Konseptfaserapport UNN Narvik, datert 20.10.2010.
- Kvalitetssikring av konseptfasen (KSK), oktober 2017.

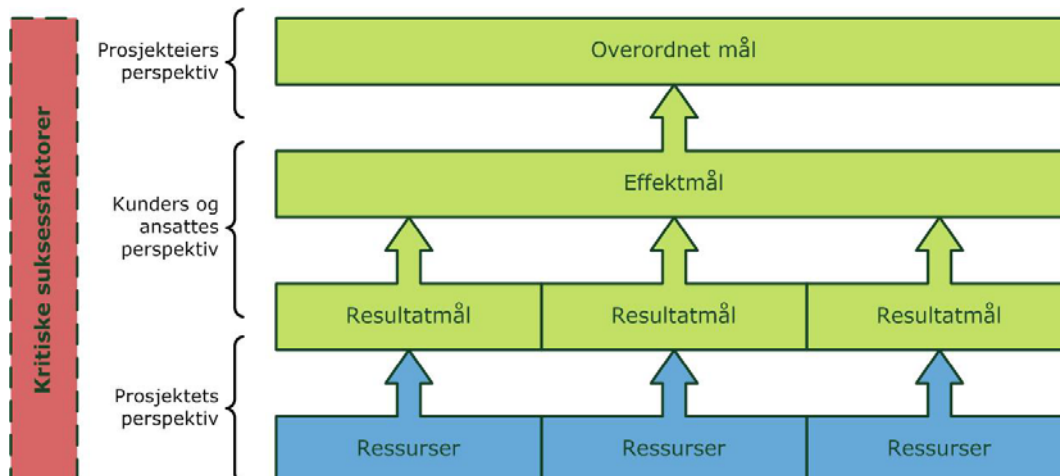
3.3 Bakgrunn for prosjektet

Bakgrunnen for forprosjektet er redegjort for i konseptrapporten.

Eksisterende sykehus er av svært varierende bygningsmessig standard. Behandlingstilbudene er spredt på flere lokasjoner og det er små muligheter for å tilpasse eksisterende bygninger til en moderne driftsform og gode pasientforløp. Det er videre et uttalt ønske å få samlet all virksomheten på et sted og knytte denne tettere på den kommunale helsetjenesten.

3.4 Prosjektets hensikt og hovedmål

3.5 Prosjekt mål



3.6 Samfunns mål

Nye UNN Narvik skal sørge for en lik tilgang til likeverdige spesialisthelsetjenester for befolkningen i:

- sitt lokalsykehusområde.
- regionen ved å styrke UNN HF sine universitets- og regionsfunksjoner.

3.7 Effektmål

Disse fire målene svarer til UNN sine fire overordnede målsettinger.

1. Nye UNN Narvik skal gi den beste utredning, behandling og pleie innen sykehuset til enhver tid definerte funksjonsområder slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt.
2. Nye UNN Narvik skal understøtte UNN som det norske universitetssykehuset for nordområdene.
3. Nye UNN Narvik skal ha kompetente medarbeidere som trives.
4. Nye UNN Narvik skal i samarbeid med universitetene, høyskolene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere.

3.8 Resultatmål

1. Pasientene i nye UNN Narvik skal oppleve helhetlige og gode pasientforløp.
2. Innen innflyttingen skal det være utarbeidet gode hygienerutiner og smitteverntiltak.
3. Nye UNN Narvik skal stimulere til økt pasientmedvirkning og pasientaktivitet.
4. Utstyr og arbeidsprosesser skal være standardisert for optimalisering av pasientsikkerheten.
5. Innen innflyttingen skal det være utviklet nødvendig tverrfaglig samarbeidskompetanse og prosedyrer for pasienter som er avhengig av sammensatte tjenester fra somatikk og psykisk helsevern/ spesialisert rusbehandling.
6. Innen innflyttingen skal det være utviklet nødvendig tverrfaglig samarbeidskompetanse og prosedyrer for pasienter som er avhengig av et sammensatt tilbud fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.
7. Undervisnings- og forskningsfasilitetene skal være moderne og tilpasset behovene både internt i sykehuset og behovene utdannings- og forskningsinstitusjonenes behov.

3.9 Overordnede krav

Overordnede krav til prosjektet (prioritert rekkefølge):

1. Tjenestetilbudet innen somatikk, psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling skal fysisk samlokaliseres. Herunder en felles hovedinngang for alle pasientkategorier.
2. Pasientrommene skal være ensengsrom.
3. Nye UNN Narvik skal legge til rette for en dreiningen i pasientforløpene fra døgn til dag og poliklinikk.
4. Nye UNN Narvik sin funksjon skal sees i sammenheng med UNN HF sine øvrige funksjoner samt primærhelsetjenesten sine funksjoner i lokalsykehusområdet.
5. Pasient- og brukermidvirkning skal være et viktig fundament for kontinuerlig å forbedre kvaliteten på eksisterende tjenester samt utvikle nye tjenester i Nye UNN Narvik.
6. Smittevern, Bedriftshelsetjenesten, vernetjenesten og tillitsvalgte skal ha en reell medvirkning i planlegging, gjennomføring og ibruktakingen av Nye UNN Narvik.
7. Ivareta overordnede nasjonale og regionale føringer for organisering og drift av lokalsykehus.

8. IKT og e-helseløsninger benyttes til å effektivisere og modernisere både den daglige kliniske driften, støttefunksjoner samt til fasilitering av undervisning.
9. Bygget skal være tilstrekkelig fleksibelt til at endringer i funksjonsdelingen mellom UNN sin ulike lokasjoner kan ivaretas.
10. Løsningene skal ivareta moderne krav til miljøvennlig byggeprosess og drift. / Nye UNN Narvik skal i byggefasen og i driften av det ferdig sykehusbygget være miljøvennlig og bærekraftig.
11. Nye UNN Narvik skal ha et forsvarlig fysisk, kjemisk, biologisk, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø.

Hvis det oppstår konflikt mellom de ulike delmål underveis i prosjektet settes følgende prioriteringsrekkefølge på delmålene kost, tid og kvalitet:

1. Kostnad
2. Kvalitet
3. Tid

3.10 Suksesskriterier

Når forprosjektrapporten er ferdig skal situasjonen være som følger:

- Rapporten gir grunnlag for beslutning om å gå videre med detaljprosjektering.
- Entrepriseform skal være valgt.
- Det er fastlagt hensiktsmessige rammer for det videre arbeid, herunder finansiering av arbeidet videre.
- Prosjektet er gjennomført innenfor fastsatt kostnadsramme og er ferdigstilt i henhold til tidsplan.
- Ansattmedvirkning tilgodeses med nok tid og gjennomføres til riktig tid.
- Nye UNN Narvik er planlagt i samsvar med organisasjonsutviklingsprosess for enheten, slik at bygget bidrar til måloppnåelse med hensyn til kvalitetsforbedring og effektivisering av driften.

3.11 Kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer som virker inn på måloppnåelsen i prosjektet i denne fasen er:

- Rammebetingelsene for forprosjektfasen er avklart og entydige, herunder interne funksjoner, koordinering mot eksterne samarbeidsparter.
- God planleggings- og beslutningsprosess
- Tydelig organisering med rett kompetanse, klare ansvarsroller og tydelige mandater
- Åpen og transparent planprosess; entydig og tilgjengelig informasjon til alle aktører på ulike nivåer i prosjektet
- God prosjektstyring (ressurser, kostnader, tid)
- Avsette tilstrekkelig tid og ressurser til nøkkelpersoner for å arbeide med prosjektet
- Solid forankring av prosjektet i organisasjonen
- Avklart interessentbilde, oppfølging av kritiske aktører og miljøer
- Godt samarbeid med Helse Nord RHF, særlig om en effektiv planleggings- og beslutningsprosess
- Det utvises lojalitet til rammene og de beslutninger som er tatt og tas i prosjektet
- Et gjennomarbeidet og godt forankret skisseprosjekt og konseptrapport
- Prosjektorganisasjonen er effektiv og beslutningsdyktig

- «Omkamper» og endringer unngås
- Klare og rettidige beslutninger
- Åpenhet omkring fremdrift og prioriteringer
- Brukermedvirkning på rett nivå i forhold til oppgaven og kompetansebehovet
- Kommunikasjonsplan følges
- Positive holdninger til prosjektet fra media og alle relevante interessenter
- Samordning av delaktiviteter, oppfølging og avklaring av grensesnittproblemer

3.12 Gevinstrealisering

Formålet med gevinstrealiseringsplanen er å gi linjeorganisasjonen et best mulig utgangspunkt for å realisere gevinster med ibruktakingen av Nye UNN Narvik.

En gevinst defineres som en effekt som blir sett på som positiv av minst en interessent.

Gevinstrealiseringsplanen skal være en operativ handlingsplan. Den skal motvirke ansvarsapulverisering, forplikte og motivere linjeorganisasjonen i arbeidet med realiseringen av gevinster.

Følgende sentrale forhold må derfor være avklart:

- Ansvar og eierskap knyttet til gevinstrealisering.
- Forholdet mellom linje- og prosjektorganisasjon.
- Oversikt og konkretisering av mål / gevinster.
- Oppfølging av mål / gevinster.

Gevinstrealiseringen skal skje gjennom fire faser:



Aktuelle gevinstområder:

1. Mer helhetlige og gode pasientforløp.
2. Bedre hygiene og smittevern
3. Økt pasientmedvirkning og pasientaktivitet
4. Optimalisert pasientsikkerhet
5. Bedre samhandling mellom somatikk, psykisk helse og spesialisert rusbehandling
6. Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (pasientsentrert helseteam, felles kjøkken,)
7. Mer kompetent og engasjert personell

4 Prosjektinnhold og metode

4.1 Innramming av forprosjektet

Kvalitetssikring av konseptfasen (KSK) påpeker noen konkrete forbedringspunkter i konseptrapporten og påviser noe usikkerhet omkring endringer i premisser som har oppstått i perioden fra 2011 til 2018. For å sikre at forprosjektet igangsettes med bakgrunn i et tidsmessig

oppdatert skisseprosjekt/konsept og med minimalisert økonomisk usikkerhet skal følgende aktiviteter gjennomføres:

- Oppdatere styrende dokument (dette), spesielt med hensyn til målhierarki og dimensjoneringsgrunnlag
- Analysere om konsekvenser av endrede forutsetninger kan ivaretas innenfor rammene av eksisterende skisseprosjekt, inkludert endringer i samhandling med kommunehelsetjenesten.
- Oppdatere økonomiske kalkyler og bærekraft.
- Presisere gevinstoversikt.
- Definere mandat for forprosjektfase.

4.2 Hovedaktiviteter forprosjektfasen

I forprosjektfasen er følgende aktiviteter sentrale:

- Organisasjonsutvikling
- Romfunksjonsprogrammering (RFP)
- Identifisere og planlegge gevinstrealisering
- Nærhetsanalyser
- Tegninger på romnivå med lokalisering
- Brutto (BUP) og netto utstyrprogram (NUP)
- Detaljering av bygningsmessige og tekniske løsninger
- Detaljering av prosjektkostnader og driftskostnader for bygget (årskostnader)
- Kostnadsramme og finansieringsplaner
- Usikkerhetsanalyse
- Valg av entreprisemodell, gjennomføringsmodell
- Plan for gjennomføring frem til ferdigstilling, overlevering og idriftsetting

4.3 Innholdet i forprosjektrapporten

Forprosjektet skal gjennomføres i henhold til «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» og skal sammenfattes i en forprosjektrapport som beskriver de premissene gjennomføringsfasen skal bygge på. Forprosjektet skal dessuten vise en kostnadskalkyle med tilhørende usikkerhetsanalyser for prosjektet.

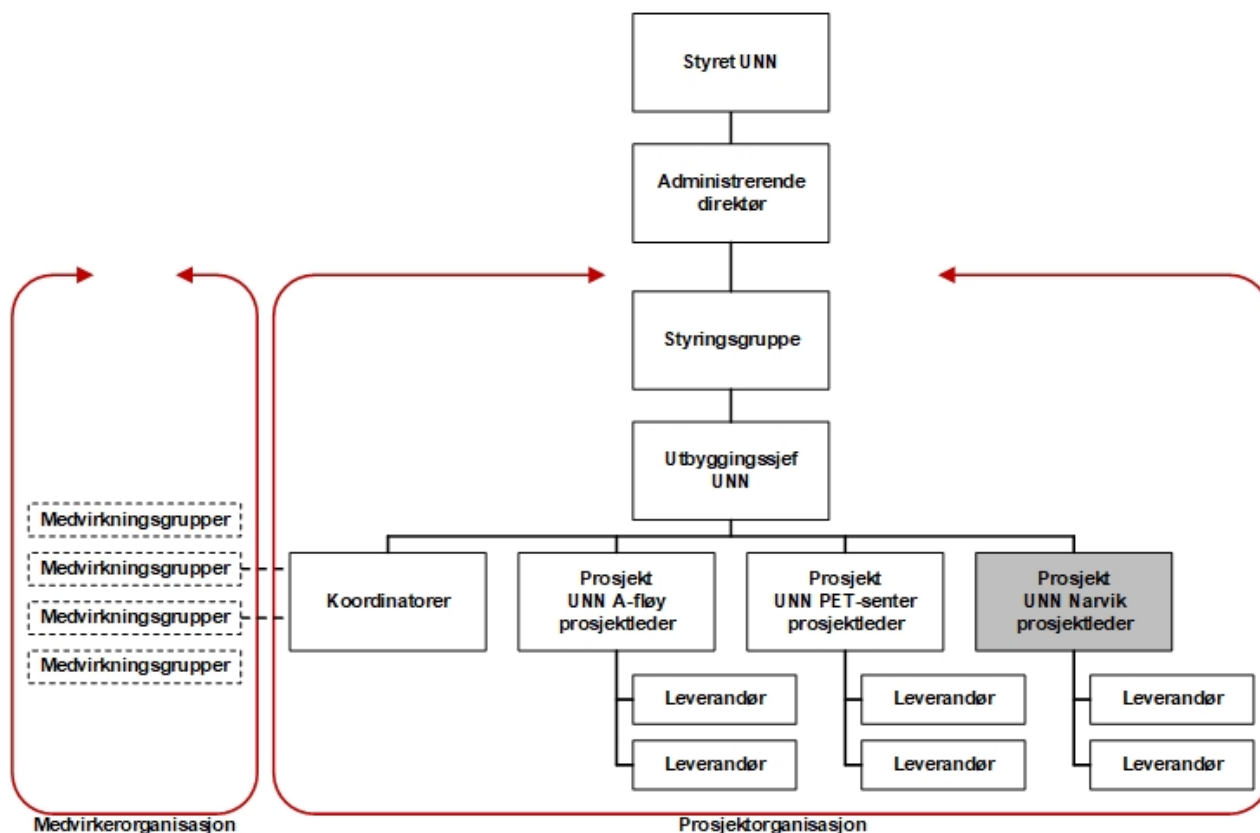
Forprosjektrapporten skal minst ha følgende vedlegg:

- Romfunksjonsprogram
- Brutto- og netto utstyrprogram
- Beskrivelser og modellering på romnivå
- Detaljering av bygningsmessige og tekniske løsninger
- Fremdriftsplan for gjennomføring, overlevering og idriftsetting av sykehuset
- Mandat for neste fase

5 Prosjektorganisering

5.1 Organisasjonskart

Den overordnede organisering av prosjektet sett i sammenheng med UNN HF's øvrige byggeprosjekter er vist i organisasjonskartet under.



Det er utbyggingssjef og prosjektleders ansvar å etablere prosjektorganisasjonen. Prosjektorganisasjonen omfatter de enheter som er beskrevet nedenfor og vist i organisasjonskartet. I henhold til oppdragsdokumentet skal helseforetakene benytte Sykehusbygg HF ved prosjekter over 500 millioner kroner. Dette innebærer at det må etableres en form for SLA avtale med Sykehusbygg som definerer oppdraget og mandatet deres. Organisasjonskart og kapitlet om prosjektorganisering vil deretter revideres i henhold til avtalen og legges frem for styringsgruppen på ny.

5.2 Byggherre

UNN HF ved administrerende direktør er byggherre og er prosjektets øverste besluttsende organ. Administrerende direktør har ansvar for prosjektets faglige, økonomiske og administrative framdrift og rapporterer til styret for UNN HF og Helse Nord RHF.

5.3 Styringsgruppen

Styringsgruppen er byggherrens rådgivende gruppe for prosjektet og gir administrerende direktør råd innenfor fastsatte retningslinjer og rammer, tilgjengelige ressurser og midler. Styringsgruppen

er ansvarlig for å påse at prosjektet gjennomføres i tråd med samfunnsinteresser, brukerkrav og foretakets strategiske planverk.

Styringsgruppen skal bidra til at prosjektet får administrativ avklaring og forankring av prosjektet på riktig administrativt nivå i helseforetaket og i det regionale helseforetaket.

Styringsgruppens medlemmer er oppnevnt av administrerende direktør.

Andre helseforetak i Helse Nord regionen er representert med et medlem i styringsgruppen. Brukerutvalget er representert med ett medlem i styringsgruppen. Tillitsvalgte og verneombud er representerte både i medvirkningsgrupper og styringsgruppen.

Styringsgruppen har regelmessige møter ca 5-6 ganger pr.år (eller ved behov) gjennom hele prosjektperioden.

5.4 Prosjektansvarlig

Utbyggingssjef er prosjektansvarlig, og er byggherrens representant. Vedkommende har ansvar på vegne av UNN HF for at forprosjektet blir gjennomført i henhold til avtalte planer og at prosjektorganisasjonen har tilstrekkelig bemanning og kompetanse.

Prosjektansvarlig er ansvarlig for en forsvarlig og sporbar kommunikasjon mellom byggherre og prosjektorganisasjon.

Prosjektansvarlig deltar og legger frem saker i møtene i styringsgruppen, gjerne ved hjelp av prosjektleder og øvrige fra prosjektorganisasjonen. Prosjektansvarlig er sekretariat for styringsgruppen.

Prosjektansvarlig rapporterer til administrerende direktør.

5.5 Prosjektleder bygg

Prosjektleder har det operative ansvaret for å organisere, styre og lede prosjektarbeidet.

Prosjektleder skal sørge for nødvendig og riktig beslutningsunderlag for investeringsprosjektets behandling. Ansvarlig for samordning medvirkerorganisasjonen, byggherren og prosjekteringsorganisasjonen som ledes av prosjekteringsleder.

Ansvar for SHA-arbeidet i hh.t.byggherreforskriften. Prosjektleder bygg skal sikre at OU-prosjektet og byggeprosjektet samordnes og ivaretar felles interesser.

Prosjektleder rapporterer til utbyggingssjef.

5.6 Prosjektleder OU-prosjekt

Prosjektleder har det operative ansvaret for å organisere, styre og lede prosjektarbeidet for organisasjonsprosjektet som foregår i linjeorganisasjonen, samt koordinere med primærhelsetjenesten i regionen. Prosjektleder OU skal sikre at OU-prosjektet og byggeprosjektet samordnes og ivaretar felles interesser.

Prosjektleder OU rapporterer til driftsleder UNN Narvik.

5.7 Medvirkningsprosess

Medvirkningsprosess involverer ansatte ved UNN HF og brukergrupper. Medvirkning gjennomføres i medvirkergrupper der deltagerne foreslås av ansvarlig leder og besluttes i direktørens ledergruppe. Det skal oppnevnes en leder for hver medvirkergruppe. I forprosjektet vil det i hovedsak være en gruppe som bistår i utformingen av prosjektet, men mindre grupper og ad-hoc arbeidsmøter kan bidra ved behov for detaljering eller særskilt rådgivning. Målet for arbeidet er å bidra til utforming av driftseffektive lokaler som ivaretar hensyn til arbeidsmiljø, arealeffektivitet, generalitet, fleksibilitet og sambruk.

Det anbefales at Helse Nord RHF, ved kvalitets- og forskningsdirektør, deltar i medvirkergruppen for å ivareta koordinering mot forskningsmiljøene på UIT, involverte helseforetak og Helse Nord RHF.

Det overordnede mandatet for medvirkergruppene i forbindelse med programmering er:

- Medvirkning og rådgivning ved programmering i ulike stadier, derunder ved utarbeiding av romfunksjonsprogram.
- Medvirkning og rådgivning ved utstyrsplanlegging.
- Ansvar for forankring av valg ved løpende informasjon til og fra ledelsen ved de berørte klinikker og avdelinger om alle forhold av betydning for klinikk/avdeling, derunder distribusjon av aktuelle dokumenter til enhetenes ledelse.
- Løpende dialog mellom deltagere i medvirkningsgruppene og ansatte, tillitsvalgte og verneombud i de klinikkene de representerer.
- Behandling av saker som blir forelagt medvirkergruppene til uttalelse fra prosjektet.
- For medvirkergruppen oppnevnes en gruppeleder. Gruppelederens oppgave er å lede gruppenes arbeid og å være bindeledd med prosjektledelsen mellom møtene. Gruppeleder vil også delta i medvirkergruppen for tverrgående spørsmål.

5.8 Klinisk rådgiver

Medvirkningskoordinator klinikk vil ha praktiske oppgaver knyttet til prosjektet. Dette kan omfatte bistand ved etablering av ressursgrupper, organisering av møter, dokumentflyt, informasjon til sykehusorganisasjonen, oa.

Medvirkningskoordinator klinikk har ansvar for:

- Å koordinere og administrere spørsmålsstillinger og synspunkt slik at disse kan fremlegges og behandles mest mulig effektivt i UNN HF, i prosjektorganisasjonen og de som må til avklaring hos prosjektleder
- Delta i arbeidsgruppemøter.
- Bistå i distribusjon av informasjon til ansatte og andre interessenter.
- Koordinere mellom byggprosjektet og OU-prosjektet.

Medvirkerkoordinator klinikk rapporterer til prosjektleder i spørsmål og aktiviteter som ligger innenfor prosjektleders ansvarsområde. For øvrig rapporterer medvirkerkoordinator til utbyggingssjef.

5.9 Teknisk rådgiver

Medvirkningskoordinator teknikk vil ha praktiske oppgaver knyttet til prosjektet. Dette kan omfatte bistand ved etablering og koordinering av tekniske ressursgrupper, utarbeidelse av tekniske dokumenter, koordinering med tekniske rådgiver, oa.

Medvirkningskoordinator teknikk har ansvar for:

- Å koordinere og administrere spørsmålsstillinger og synspunkt av teknisk/driftsteknisk art slik at disse kan fremlegges og behandles mest mulig effektivt i UNN HF, i prosjektorganisasjonen og de som må til avklaring hos prosjektleder.
- Delta i arbeidsgruppemøter.
- Bistå i distribusjon av informasjon til ansatte og andre interessenter.

Medvirkningskoordinator teknikk rapporterer til prosjektleder i spørsmål og aktiviteter som ligger innenfor prosjektleders ansvarsområde. For øvrig rapporterer medvirkningskoordinator utbyggingssjef.

5.10 OU-bygg rådgiver

OU-bygg rådgiver vil ha praktiske oppgaver knyttet til OU prosjektet. Dette kan omfatte bistand ved etablering av ressursgrupper, organisering av møter, dokumentflyt, informasjon til sykehusorganisasjonen, oa.

OU-bygg rådgiver har ansvar for:

- Å koordinere og administrere spørsmålsstillinger og synspunkt slik at disse kan fremlegges og behandles mest mulig effektivt i UNN HF, i prosjektorganisasjonen og de som må til avklaring hos prosjektleder
- Delta i arbeidsgruppemøter.
- Bistå i distribusjon av informasjon til ansatte og andre interessenter.
- Koordinere mellom OU-prosjektet og byggprosjektet.

OU-bygg rådgiver rapporterer til prosjektleder i spørsmål og aktiviteter som ligger innenfor prosjektleders ansvarsområde. For øvrig rapporterer funksjonen til driftssjef UNN Narvik.

5.11 Prosjekteringsgruppen

Prosjekteringsgruppen (arkitekt og rådgivende ingeniører) skal etter anbudskonkurranse og kontrakt med UNN HF levere tjenester som er nødvendig for at riktig beslutningsunderlag skal foreligge til riktig tid.

5.12 Oppsummering ressurser

Følgende interne ressurser vil bli brukt i prosjektet:

- Prosjektleder
- Klinisk rådgiver
- Teknisk rådgiver
- OU-rådgiver
- Pasientforløpskoordinatorer
- Kommunikasjonsrådgiver
- Prosjektsekretær Marita Sørensen
- UNN-ansatte i arbeidsgruppene

Følgende eksterne ressurser vil bli brukt i prosjektet:

- Sykehusbygg HF
- Rådgivende ingeniører
- Arkitekter
- Tekniske rådgivere
- Medvirkere fra UiT
- Tredjeparts fasilitator og støtte ved gjennomføring av KSK og usikkerhetsanalyse

- Eventuelt andre støttefunksjoner

6 Prosjektstyring

6.1 Tidsplan

Overordnet tidsplan er grunnlaget for prosjektleders rapportering til utbyggingssjef, og for utbyggingssjefen sin rapportering til styringsgruppen.

Sentrale milepæler i planen er følgende:

- | | |
|--|-------------------------|
| • Intern kvalitetssikring av konsept | 23.01.2017 - 01.06.2017 |
| • Kvalitetssikring konseptvalg | 01.07.2017 - 01.10.2017 |
| • Prosjektering forprosjekt | 01.09.2018 - 15.02.2019 |
| • Styrebehandling forprosjekt UNN HF | 15.03.2019 |
| • Styrebehandling forprosjekt HN RHF | 15.04.2019 |
| • Prosjektering detaljprosjekt/kontrahering entr. | Fra 15.04.2019 |
| • Styrebehandling detaljprosjekt/oppstart utførelse UNN HF | 01.09.2019 |
| • Styrebehandling detaljprosjekt/oppstart utførelse HN RHF | 01.10.2019 |
| • Utførelse | Fra 01.10.2019 |
| • Igangsetting prøvedrift | 01.10.2022 |

6.2 Prosjektøkonomi

Det etableres eget system for å følge opp timeforbruk i prosjektet.

Prosjektarbeidets omfang er ikke entydig avklart. Videre budsjettering av ressursbehov (timeomfang) vil rapporteres i månedsrapportene.

6.3 Månedsrapportering

Prosjektleder skal utarbeide en kortfattet månedsrapport med følgende hovedpunkter:

- Fremdrift
- Økonomi
- Kvalitet
- Særskilte fokus- og risikoområder
- Hovedaktiviteter i perioden
- Hovedaktiviteter i neste periode

Månedsrapportene blir forelagt utbyggingssjef og vil presenteres for administrerende direktør i styringsgruppemøter fra og med forprosjektfasen.

6.4 Tertialrapporter

I henhold til konsernbestemmelsene vil det utarbeides tertialrapport til Helse Nord RHF

6.5 Kommunikasjon

Det utarbeides egen kommunikasjonsplan som ivaretar intern og eksternt kommunikasjon.

6.6 Dokumenthåndtering

Prosjekthotell brukes som dokumenthåndteringssystem. Alle sentrale aktører i prosjektet skal bruke dette. All dokumentasjon skal lagres i denne løsningen. Det etableres en egen rutine for bruken av dette.

UNN sine prosedyrer for arkivering og offentlig protokoll etterfølges.

6.7 Fullmakter

Myndighet til å disponere innenfor kostnadsrammen for forprosjektet skal være:

- Prosjektleder setter opp forslag til budsjett for forprosjektfasen som legges fram for styringsgruppen for godkjenning. Budsjettet skal inneholde en reserve for kostnader som ikke kan defineres og kvantifiseres på forhånd.
- Prosjektleder gis fullmakt til å bestille i samsvar med godkjent budsjett og i samsvar med inngåtte rammeavtaler, eventuelt. iht. *Forskrift om offentlige anskaffelser*.
- Prosjektleder attesterer og utbyggingssjef anviser i samsvar med godkjent budsjett og foreliggende bestillinger.

Det skal ikke belastes kostnader i prosjektet uten at disse er bestilt og attestert av prosjektleder og anvist av utbyggingssjef.

7 Organisasjonsutvikling

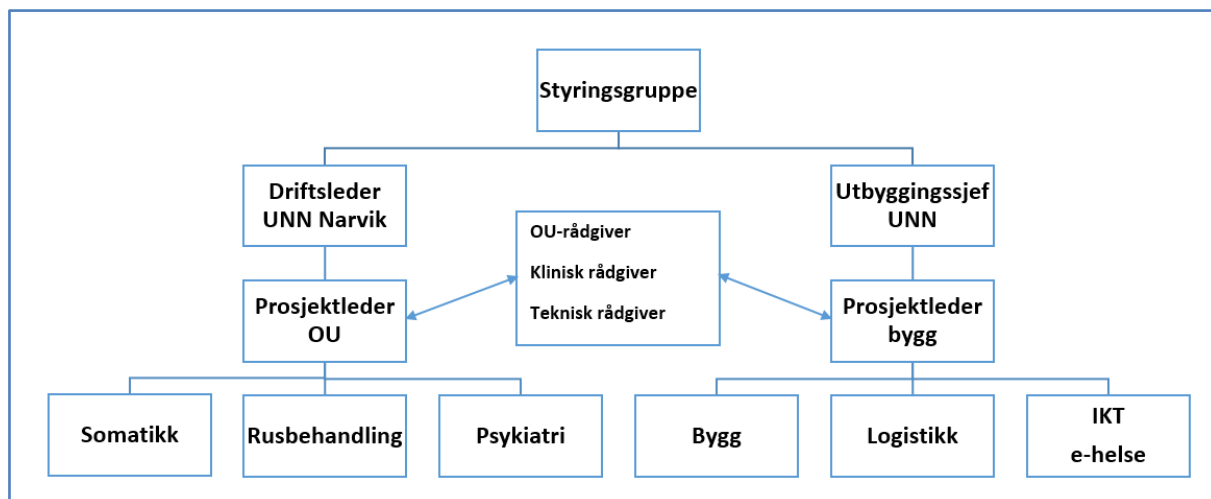
Det nye sykehusbygget skal understøtte den ønskede utviklingsretningen som er beskrevet i UNN sin utviklingsplan. Til å oppnå dette skal det etableres et organisasjonsutviklingsprosjekt som får ansvaret for å forberede driftsorganisasjonen på å ta det nye bygget i bruk.

For å lykkes med en omstilling av arbeidsprosesser og nye drifts- og organisasjonsformer i nytt bygg, vil det være nødvendig å planlegge og å gjennomføre gode endringsprosesser i et samspill mellom pasienter, andre brukere, ledelse, ansatte, vernetjeneste og tillitsvalgte.

Følgende føringer vil være viktig for organisasjonsutviklingen:

- Det skal utarbeides en plan for prosessen fram til 1 år etter bygget er tatt i bruk.
- Prosessen må organiseres i linjestrukturen med klinikkledelsen som ansvarlig for måloppnåelsen.
- Prosessene knyttet utviklingen av til Nye UNN Narvik må integreres med den daglige virksomhetsutvikling i klinikkene.
- Evolusjonære endringsprosesser skal tilstrebes fremfor radikale endringsprosesser der dette er mulig og hensiktsmessig.

OU-prosjektet ledes av driftsleder UNN Narvik som rapporterer til prosjektets styringsgruppe. Prosjektet er organisert sammen med byggeprosjektet etter følgende modell:



Vedlegg 2 Gevinsttabell Nye UNN Narvik

Gevinst	Resultatindikator	Gevinstrråde	Gevinstansvarlig	Tidspunkt	Datafangst			Tiltak/kostnader ved å realisere gevinsten	Frist/ansvar	Risikofaktorer	Evt. konsekvens	Evt. risikoreducerende tiltak
					Datakilde	Måling	Rapportering					
<Beskrivelse av forventet gevinst / mål / nytteeffekt for prosjekt>	<Angi parameter for måling>	<Hvor gevinsten oppstår>	<Spesifiser overordnet ansvar for gevinstrealisering så langt som mulig>	<Tidsangivelse for når gevinsten oppstår>	<Oppgi datakilde for måling>	<Tidspunkt og ansvar for måling>	<Tidspunkt og ansvar for rapportering/innhenting av rapporter>	<Identifiserte tiltak som må gjennomføres for å realisere gevinsten>	<Angi frist for å iverksette det aktuelle tiltaket og ansvarlig for å gjennomføre>	<Identifiserte risikofaktorer som kan hindre at gevinsten oppnås>	<Konsekvensvurdering av aktuell risiko, som kan gi behov for risikoreducerende tiltak>	<Angi ev. vurderte tiltak og ev. ansvarlig for tiltak>
Eksempel Gevinst 1 Mer helhetlige og gode pasientforløp.	Redusert kostnad pr. pas. (KPP). Liggetid. Korridorpasienter Pasienttilfredshet	HF Klinikker	Dir.	Etter innflytting	Driftsdata Pasienttilfredshetsundersøkelser			Bygningsmessig tilrettelegging Organisatoriske tiltak. Bruk av IKT og e-helseløsninger	Snarest	Bygningsmassen ikke tilstrekkelig tilpasset Organisering og arbeidsprosesser er ikke tilfredsstillende. IKT-løsninger er ikke tilpasset pasientforløpene	Mindre helhetlige og gode pasientforløp «Silo»-problematikk IKT og e-helseløsninger er ikke tilfredsstillende.	Medvirkning fra ansatte og pasienter Involvere fagfolk og pasienter på et tidligst mulig tidspunkt Involvere fagfolk på et tidligst mulig tidspunkt. Se IKT-løsninger, organisering og bygningsmessige løsninger i et helhetlig perspektiv



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
49/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.5.2018
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Arealplan UNN Breivika -prosjektinnramming

Innstilling til vedtak

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

Bakgrunn

Prosjektet *Arealplan UNN Breivika* baseres på, og i varetar, Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s strategiske satsningsområder og utviklingsplaner mot 2030 og 2040. I styresak 31/2018 *Arealplan UNN Breivika* vedtok styret gjennomføring av fase 1 i Arealplanen. Styret tok samtidig til orientering at fase 2 og 3 utarbeides som et eget helhetlig investeringsprosjekt hvor det utarbeides planer for gjennomføring i henhold til *Veileder for sykehusplanlegging*. Prosjektinnrammingen muliggjør lånefinansiering av investeringen. Styret ba seg forelagt en egen styresak om prosjektinnrammingen i dette møtet.

Formål

Styret inviteres til å vedta innramming av investeringsprosjektet for *Arealplan UNN Breivika fase 2 og 3*.

Saksutredning

Arealplanen for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i Breivika strekker seg til 2030. Rammebetingelser for prioriteringer i fase 2 og fase 3 er at det er kvalitetsforbedrende og arealeffektiverende tiltak, og har et kostnadsestimat på om lag 700 mill kr.

Prosjektinnramming av *Arealplan UNN Breivika fase 2 og 3* som et eget helhetlig investeringsprosjekt i henhold til *Veileder for sykehusplanlegging* muliggjør søknad om lånefinansiering.

Sykehusbygg HF har, på oppdrag fra UNN, utarbeidet prosjektinnrammingen. Formål med prosjektinnrammingen er å utarbeide et styringsdokument for prosjektet og et mandat for konseptfasen. Prosjektinnrammingen er i tråd med den nye veilederen for tidligfasen i sykehusprosjekter (sept/okt 2017), og basert på foretakets *Strategisk utviklingsplan 2015-2025*. Tidligfasen i sykehusprosjekter består av:

1. Prosjektinnramming
2. Konseptfase (kan to-deles)
3. Forprosjektfase (før investeringsbeslutning)

De innledende avklaringene skal avgrense og definere innhold, rammer og leveranser direkte knyttet opp mot de mål og strategier som er beskrevet i Arealplan UNN Breivika.

Medvirkning

Saken blir av tidsmessige årsaker forelagt for UNN sine ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerutvalgets arbeidsutvalg i felles medvirknings- og drøftingsmøte 24.5.2018. Protokoll(-er) fra dette møtet behandles som egen referatsak i styremøtet i UNN 30.5.2018.

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. Direktøren vurderer gjennomføring av de tre fasene i arealplanen som en forutsetning for å nå styringsmålene for UNN som et universitetssykehus med region- og lokalsykehusfunksjon gitt av nasjonale og regionale rammer. Arealplanen kartlegger eksisterende arealer og lokalisasjon opp mot det overordnede målet som er å forme et sykehus bedre i stand til å ivareta fremtidige pasienter i vår nordligste helseregion. Det planlegges et eget organisasjonsutviklingsprosjekt for *Arealplan UNN Breivika*.

Fase 2 og 3 er langsiktige tiltak som er kostnadskrevenne. Direktøren vurderer det som svært krevende å gjennomføre arealplanen uten tilførsel av likviditet. Prosjektinnramming av *Arealplan UNN Breivika* som et eget helhetlig investeringsprosjekt i tråd med *Tidligfaseveileder for sykehusplanlegging* gir mulighet for søknad om 70 % lånefinansiering. Dersom lån innvilges vil det resterende likviditetsbehovet være omtrent 20 mill kr pr år i prosjektperioden. *Arealplan UNN Breivika* er et kompleks prosjekt med store rekkefølgeavhengigheter. Direktøren vurderer sannsynligheten for å sikre planlagt fremdrift og god kvalitet som stor, ved å innramme prosjektet helhetlig.

Styret inviteres til å vedta prosjektinnramming for arealplan UNN Breivika fase 2 og 3 slik det er beskrevet i saken.

Tromsø, 18.5.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg: 1. Modernisering UNN Breivika – Prosjektinnramming
 2. Styringsdokument
 3. Mandat

Prosjektinnramming

Modernisering UNN Breivika Bygningsmessig realisering av *Pasientens helsevesen* Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2018

Versjon	Dato	Navn	Forfatter	Godkjent dato	Godkjent av
1.0	16.05.18	Prosjektinnramming Breivika, UNN	Frode V. Karlsen	16.05.18	TAH

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	GENERELT	3
2	FORMÅL	4
3	GRUNNLAG FOR PROSJEKTINNRAMMINGEN	4
3.1	NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
3.2	REGIONAL PLAN	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
3.3	UTVIKLINGSPLAN 2035 FOR SØRLANDET SYKEHUS HF (SSHF)	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
3.4	KVALITETSSIKRING AV UTVIKLINGSPLANEN (KSU) OG MERKNADER	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
3.5	MILJØ- OG KLIMAKRAV	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
3.6	ANDRE KRAV OG FØRINGER	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

1 Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen på Svalbard, Troms og nordre Nordlands befolkning på ca. 187 000 innbyggere. I tillegg er UNN universitets- og regionsykehus for Nordland, Troms, Finnmark og Svalbard med en befolkning på ca. 477 000 innbyggere. UNN har en sentral rolle i utdanning av helsepersonell, og er nært knyttet til Universitetet i Tromsø. UNN består av sykehusene i Tromsø (Breivika og Åsgård), Harstad, Narvik og på Svalbard. I tillegg består UNN av 5 distrikts psykiatriske sentre (DPS), 2 distrikts- medisinske sentre (DMS) og et betydelig omfang av prehospitalt ressurser, hvorav 31 ambulansestasjoner utgjør den største bygningsmassen.

Nasjonale og regionale rammer gir styringsmål for UNN som et universitetssykehus med region- og lokalsykehusfunksjon. *Strategisk utviklingsplan 2015-2025* beskriver overordnet virksomhetsstrategi og som viser mulige veivalg for *Strategisk utviklingsplan Bygg*. De *strategiske klinikkvise utviklingsplanene* beskriver hvilken retning den enkelte klinikk ser for seg at virksomheten skal utvikle seg og angir interne prioriteringer. I tillegg eksisterer *Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT 2017-2025* som underbygger overordnet strategisk plan.

Strategisk Utviklingsplan Bygg ble vedtatt av styret i UNN april 2018.

Det meste av bygningsmassen tilhørende UNN Breivika er fra 1991. Det har vært gjort endringer, ombygginger og rokader, og det er satt opp flere nybygg: BRUS (2009), Nytt pasienthotell (2015), C00-fløy 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).

Politiske føringer ber helseforetakene ha fokus på Pasientens helsevesen. Brukerutvalget ved UNN har sett behov for betydelige endringer i bygningsmassen for å tilpasse driften til pasientenes ønsker. Fremtidige utfordringer ved smittevern krever at det satses på ensengsrom i virksomheten og fra det kliniske miljø er det meldt inn behov for mer areal eller at areal ikke tilfredsstillende dagens virksomhet.

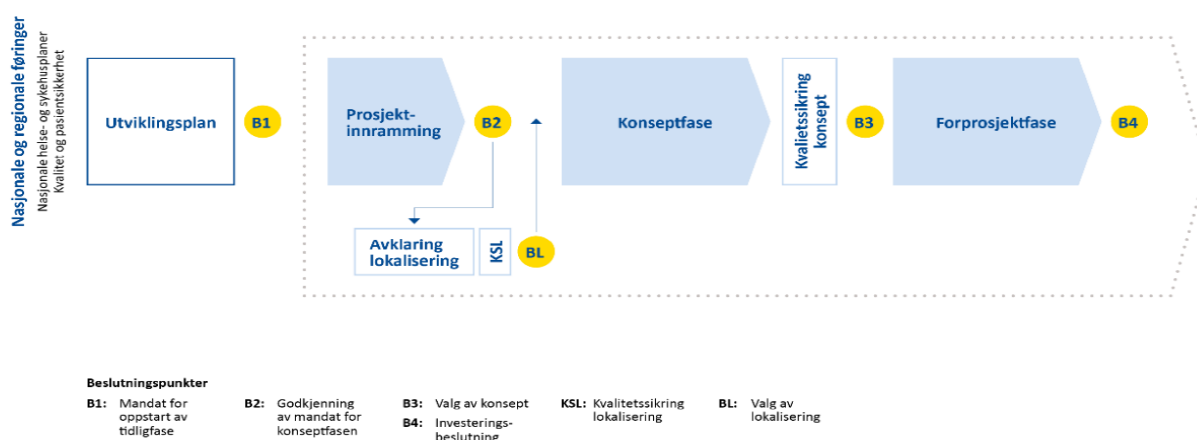
Med bakgrunn i disse endringene og beregnet framtidig behov i utviklingsplanarbeidet, har UNN i 2017 etablert *Arealplan UNN Breivika*. Arealplanen kartlegger eksisterende arealer og lokalisasjon opp mot det overordnede målet som er å forme et sykehus bedre i stand til å ivareta fremtidige pasienter i vår nordligste helseregion.

2 Generelt

Prosjektinnramming for UNN Breivika er i tråd med den nye veilederen for tidligfasen i sykehusprosjekter (sept/okt 2017), og basert på foretakets *Strategisk utviklingsplan 2015-2025*

Hovedfasene I tidligfasen i sykehusprosjekter av

- Prosjektinnramming
- Konseptfase (kan to-deles)
- Forprosjektfase (før investeringsbeslutning)



3 Formål

Formål med prosjektinnrammingen er å utarbeide et styringsdokument for prosjektet og et mandat for konseptfasen, se vedlegg 1 og 2.

De innledende avklaringene skal avgrense og definere innhold, rammer og leveranser direkte knyttet opp mot de mål og strategier som er beskrevet i Arealplanen med utgangspunkt i utviklingsplanen.

4 Grunnlag for prosjektinnrammingen

De sentrale grunnlagsdokumentene for prosjektinnrammingen er vedtatt utviklingsplan og Arealplan for UNN Breivika.

UNN har i sin utviklingsplan presisert noen hovedprinsipper:

- 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.
- Leieavtaler hos eksterne utleiere skal avvikles dersom det er økonomisk og driftsmessig fordelaktig.
- Bygg for somatikk, psykisk helse og rus vurderes samlokalisert om mulig.
- Kontorplasser skal utnyttes godt og i henhold til vedtatte strategier og retningslinjer for bruk av kontorer.
- Fjerne midlertidige bygg i Breivika
- Investeringer skal prioriteres der de har størst nytte

Prosjektet skal bidra til at UNN når målsetting om å

- skape pasientens helsetjenester; at helsetilbudet oppleves effektivt, trygt og helsefremmende
- ha forutsetninger for å drive spesialisthelsetjeneste med god behandling, utdanning, forskning og pasient- og pårørende opplæring
- få løsninger som fremmer god logistikk, hensiktsmessig pasientflyt og effektiv bemanning
- være attraktiv som arbeidsplass og et stabilt fagmiljø
- være en god samhandlingsarena mellom spesialisthelsetjeneste, kommunale helsetjenester og utdannings- og forskningsinstitusjoner
- være fleksibel i forhold til framtidig behov

Arealplanen har anbefalt å dele utviklingsprosjekt inn i tre faser:

Fase 1: høst 2018 – sommer 2019

Stipulert projektkostnad 85, 75 millioner kroner. Fasen er finansiert ved investerings- og driftsmidler.

Fase 2: Høst 2019 – 2022

Stipulert projektkostnad 462,455 millioner kroner. Fasen er delvis finansiert, men må i hovedsak lånefinansieres.

Fase 3: 2023 – 2030

Stipulert projektkostnad 265 millioner kroner. Fasen er delvis finansiert, men må i hovedsak lånefinansieres.

Prosjektinnrammingen gjelder for fase 2 og 3, da fase 1 er finansiert og vil pågå som et eget delprosjekt i forkant, eventuelt parallelt med utarbeidelse konseptfasen for fase 2 og 3.

Vedlegg

- 1 Styringsdokument sist signert 16.05.2018
- 2 Mandat datert 16.05.2018

Styringsdokument

Modernisering UNN Breivika Bygningsmessig realisering av *Pasientens helsevesen* Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2018

Versjon	Dato	Navn	Forfatter	Godkjent dato	Godkjent av
0.1	12.04.18	Styringsdokument Breivika, UNN, utkast	Frode V. Karlsen		
1.0	13.5.18	Styringsdokument Breivika, UNN	FK	16.5.18	TAH

INNHALDSFORTEGNELSE

DEL I OVERORDNEDE RAMMER	4
1 INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN	4
1.2 FORMÅL MED STYRINGSdokUMENTET	4
2 RAMMEBETINGELSER	5
2.1 OVERORDNEDE RAMMER	5
2.2 FINANSIERING- OG KOSTNADSRAMME	6
2.3 TIDSPLAN	6
3 BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	7
4 MÅLSETTING	7
4.1 SAMFUNNSMÅL	7
4.2 EFFEKT MÅL	7
4.3 RESULTAT MÅL	7
5 GRENSESNIITT	8
DEL II PROSJEKTSTRATEGI	8
6 STRATEGI FOR STYRING AV USIKKERHET	8
6.1 KRITISKE SUKSESSFaktorER	8
6.2 USIKKERHETSANALYSER	8
7 GJENNOMFØRINGSSTRATEGI	9
8 PROSJEKT BESKRIVELSE MED AKTIVITETER OG MILEPÆLER	9
8.1 KONSEPTFASEN	10
8.1.1 Hovedprogram	10
8.1.2 Skisseprosjekt	12
8.1.3 Medvirkning	12
8.1.4 Organisasjonsutvikling	12
8.2 FORPROSJEKT	12
9 ORGANISERING OG ANSVARSDDELING	13
9.1 ORGANISASJONSKART	13
9.2 BYGGHERRE	13
9.3 STYRINGSGRUPPEN	13
9.4 PROSJEKTANSVARLIG	14
9.5 PROSJEKTLEDER BYGG	14
9.6 PROSJEKTLEDER OU-PROSJEKT	14
9.7 KLINISK RÅDGIVER	14
9.8 TEKNISK RÅDGIVER	15
9.9 SAMHANDLING MED ANDRE HELSEFORETAK	15
9.9.1 Helse Nord IKT HF	15
9.9.2 Sykehusbygg HF	15
9.9.3 Sykehusinnkjøp HF	15
9.9.4 Sykehusapoteket Nord HF	15
9.10 PROSJEKTERINGSGRUPPEN	16

9.11	OPPSUMMERING RESSURSER	16
DEL III	PROSJEKTSTYRINGSBASIS.....	16
10	STYRINGSBASIS.....	16
10.1	PROSJEKTNEDBRYTNINGSSTRUKTUR (PNS)	16
10.2	STYRINGSVERKTØY	17
10.3	KOMMUNIKASJONSPLAN	17
11	EKSTERN KVALITETSSIKRING (KSK).....	17
12	GEVINSTREALISERING	18
13	EVALUERING.....	18

Del I Overordnede Rammer

1 Innledning

1.1 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), C00 (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 tilfredsstillende dagens virksomhet.

Med bakgrunn i disse endringene og beregnet framtidig behov i utviklingsplanarbeidet, har UNN gjennomført prosjekt *Arealplan 2017 for UNN, Breivika*. Sykehusbygg har vært engasjert som prosjektleder.

Oppdraget bygger på en overordnet kartlegging av eksisterende bygningsmasse i Breivika, samt framskriving av aktivitets- og kapasitetsbehov for somatikk. I tillegg er det gjort en avdelingsvis framskriving på behov for senger per fagområde UNN Tromsø, basert på 2015 tall.

For å møte kravene og ambisjonene i utviklingsplanen, samt utførte kartlegginger gjennom vedtatt arealplan 2017, er det besluttet å gå videre med en foreløpig prioritering i en 3-delt faseplan for UNN Breivika som vil danne grunnlag for følgende foreløpige prosjektoppdeling.

Fase 1 (2018 – 2019) – prioritert og finansiert.

Fase 2 (2019 – 2022) – prioriteringer må utvikles og drøftes.

Fase 3 (2023 – 2030) – prioriteringer må utvikles og drøftes.

Dette styringsdokumentet vil omhandle Fase 2 og Fase 3. Det er en avhengighet til fase 1 ved at utredning av mange av tiltakene i fase 2 og 3 starter i fase 1. Tidsplan og gjennomføring av fasene vil avhenge av anbefalingene gitt i fase 1. Fasene må innledningsvis sees i sammenheng for å fange helheten på en god og robust måte.

Kostnadsomfanget for Fase 2 og Fase 3 overstiger en investeringsramme på 500 MNOK og skal derfor prosessuelt gjennomføres som et tradisjonelt Sykehusprosjekt i tråd med *Tidligfaseveilederen for Sykehusprosjekter* tilpasset prosjektets egenart med stor grad om ombygging og tilpasninger i eksisterende bygningsmasser.

1.2 Formål med styringsdokumentet

Formål med styringsdokumentet er å beskrive på et overordnet nivå hvordan prosjektet til enhver tid skal gjennomføres med sine rammebetingelser. Styringsdokumentet skal tilpasses de ulike fasene, hvor styrende premisser, og endringer skal dokumenteres og forankres løpende mot prosjekteier, og danne basis for prosjektleder sitt mandat og ansvarsområder.

Konseptfasen vil i dette styringsdokumentet vektlegge de overordnede forhold omkring struktur, funksjoner og økonomi og konsept.

Grunnlagsdokumenter:

- Strategisk utviklingsplan 2015-2025 UNN, virksomhet med vedtak i styret for UNN i møte 10.12.2014 (ST 109/2014) med tilhørende strategidokumenter
- Strategisk utviklingsplan for UNN bygningsmassen 2040, behandlet i styret
- Arealplan Breivika, UNN 1.2.2018 med vedtak om konseptvalg og fase 1 (22.11.2017) Investeringsbeslutninger (Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) og Helse Nord RHF)
- Oppdatert finansieringsplan
- Prosjektinnramming datert 16.05. 2018 med styrets vedtak i møte 30.05.2018
- Styringsdokument (foreliggende dokument) datert 16.05.2018
- Mandat for konseptfasen datert 16.05.2018
- *Kartlegging av bygningsmassen ved Universitetssykehuset i Nord- Norge HF*, rapport Multiconsult AS, 11. mars 2011, oppdatert versjon februar 2015 og 2016.
- Veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter fra sept/okt 2017

2 Rammebetingelser

2.1 Overordnede rammer

I utviklingsplan for UNN og Arealplan for UNN Breivika er følgende lagt til grunn:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen i Troms og nordre Nordland. UNN er universitets- og regionsykehus for Nordland, Troms, Finnmark og Svalbard, og har lokalsykehusfunksjon for Tromsø og nærliggende kommuner.

UNN har i sin utviklingsplan presisert noen hovedprinsipper som får betydning for arealplan 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.
- Leieavtaler hos eksterne utleiery skal avvikles dersom det er økonomisk og driftsmessig fordelaktig.
- Bygg for somatikk, psykisk helse og rus vurderes samlokalisert om mulig.
- Kontorplasser skal utnyttes godt og i henhold til vedtatte strategier og retningslinjer for bruk av kontorer.
- Fjerne midlertidige bygg i Breivika
- Investeringer skal prioriteres der de har størst nytte

Det er gjennomført framskriving av aktivitet og kapasitetsbehov fra 2015 til 2030. Framskrivning til 2030 viser at det er behov for noen flere døgnenger totalt ved UNN. De overordnede rammer for prosjektet er ikke endelige da innhold i hovedprogrammet som virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag, organisatoriske konsekvenser og overordnede funksjonelle og tekniske krav, utearealer og infrastruktur,

ikke er kjent på nåværende tidspunkt. En viktig del av konseptfasen er å etablere et Hovedprogram som basis for videre prosjektutvikling.

Styringsgruppen vedtok i møte den 4.4. 2017 følgende kriterier for vurdering ved valg av løsninger:

- Helhetlig pasientforløp, helhetlig pasientbehandling skal være førende prinsipper for valg av løsning
- Logistikk og flyt av personell og kapasiteter, utstyr
- Fagkompetanse og fagutvikling, rekruttering
- Bemanning og driftskostnader
- Flexibilitet for fremtidig utvikling

2.2 Finansiering- og Kostnadsramme

Beregnet investeringskostnad er i arealplanen stipulert til ca 850 MNOK i 2017 kroner ekskl finanskostnader, LPS, reserve og margin, og må betraktes som veiledende. Konseptfasen skal kvalitetssikre det arbeidet som er gjort, definere grensesnitt og skal gjennom kalkyle og usikkerhetsanalyse danne grunnlag anbefaling for en investeringsbeslutning.

Særlig i ombyggingsprosjekter vil det i løpet av konseptfasen bli identifisert avhengigheter og endrede forutsetninger som krever flexibilitet til å omrokere prosjekter mellom Fase 2 og Fase 3. Økonomisk mandat for konseptfasen må gi tilstrekkelig flexibilitet til å kunne håndtere dette.

Under konseptfasen skal det gjennomføres investerings-, finansierings- og driftsøkonomiske analyser for prosjektet.

Bærekraftsanalysen skal inneholde følgende forutsetninger:

- Organisatoriske tilpasninger og gevinstrealisering
- Finansieringsbehov
- Investeringsbehov
- Driftsøkonomiske konsekvenser / gevinster
- Forutsetninger for finansiering

2.3 Tidsplan

Tentative milepæler fase 2	Dato	Kommentar
Konseptfase 1		
• Vedtak oppstart konseptfase	Mai 2018	Styrebehandling Helse Nord RHF
• Konseptfaserapport	Høst 2018	Styrebehandling Helse Nord RHF
Konseptfase 2		
•	Vår 2019	
•	Vår 2019	Styrebehandling Helse Nord RHF
Forprosjekt med investeringsbeslutning	2019	
Gjennomføringsfase	2020-2022	
Milepæler fase 3	2023- 2030	Fastsettes senere

3 Beskrivelse av prosjektet

Prosjektet tar utgangspunktet i Arealplan UNN, Breivika hvor Fase 2 og Fase 3. I konseptfasen vil faseplanene kvalitetssikres både med klinikk og teknikk. Grensesnitt og avhengigheter vil verifiseres. Med bakgrunn i dette vil det vurderes om fasene skal splittes opp i hensiktsmessige delprosjekt som en del av konseptfasen.

Flere av tiltakene i Fase 2 og 3 er avhengige av utredninger i Fase 1. Fase 2 og fase 3 bør sees i sammenheng i konseptfasen. Kanskje noen delprosjekter tenkt i fase 3 har teknisk/infrastruktursammenheng med fase 2 og at man må ha fleksibilitet til å omrokkere.

4 Målsetting

4.1 Samfunns mål

UNNs overordnede strategi og mål er hentet fra Utviklingsplanen

- UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt
- UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene
- UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives
- UNN skal i samarbeid med universitetene, høyskolene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere.

4.2 Effektmål

Prosjektet skal gi et sykehus som:

- skaper pasientens helsetjenester; oppleves effektivt, trygt og være helsefremmende
- har forutsetninger for å drive universitetssykehustjenester med god behandling, utdanning, forskning og pasient- og pårørende opplæring
- får løsninger som fremmer god logistikk, hensiktsmessig pasientflyt og effektiv bemanning
- blir attraktiv som arbeidsplass med kompetente medarbeidere som trives
- er en god samhandlingsarena mellom spesialisthelsetjeneste, kommunale helsetjenester og utdannings- og forskningsinstitusjoner
- er fleksibelt i forhold til framtidig behov

4.3 Resultatmål

For konseptfasen:

1. kvalitet på rapportene skal gi tilstrekkelig grunnlag for å avgjøre videreføring av Fase 2 og Fase 3 av prosjektet gjennom tydelig konseptvalg med anbefaling om oppstart av forprosjektet og utbyggingsvedtak
2. en rapport som viser at prosjektet kan gjennomføres innenfor helseforetakets økonomiske bæreevne
3. rapport levert innen tidsfrist og innenfor avsatt budsjett for planlegging

4. rapporten skal følge revidert tidligfase veilederen for sykehusbyggprosjekter, som er et styringsdokument fra Sykehusbygg HF

5 Grensesnitt

Fase 1, fase 2 og fase 3 har grensesnitt som må verifiseres i konseptfasen. Her må grensesnitt til andre prosjekter kartlegges, samt organisatoriske og tekniske grensesnitt.

Del II Prosjektstrategi

6 Strategi for styring av usikkerhet

6.1 Kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer som har innvirkning på måloppnåelsen i prosjektets konseptfase:

- God samhandling mellom prosjektet, pasientorganisasjoner, sykehuset og avdelingene
- Effektiv og tydelig prosjektorganisering
- Nødvendig og tilstrekkelig medvirkning for å skape forståelse og eierskap til prosjektet
- Effektive beslutningsprosesser hvor avgjørelser tas til rett tid
- God kompetanse hos rådgivere og entreprenører
- Gjennomføringsmodell tilpasset prosjektets størrelse og markedet
- God endringshåndtering
- Alle involverte har felles målforståelse
- Åpen og transparent planprosess
- Tilstrekkelige økonomiske rammer og god kostnadsstyring
- Tilrettelagt for fleksibilitet og standardisering
- Solid forankring av prosjektet i organisasjonen og hos regionale helseforetak
- Avklaring av interessentbildet, oppfølging av kritiske aktører og miljøer

6.2 Usikkerhetsanalyser

Som en del av konseptfasen skal det gjennomføres en usikkerhetsanalyse, identifisere potensielle drivere som kan påvirke prosjektkostnader.

De største usikkerhetsdrivere som er identifisert og som må særskilt behandles i konseptfasen er:

Rokadeareal: En helt essensiell forutsetning for at arealplanen skal kunne gjennomføre er at det etableres et rokadeareal («buffer-areal») som avdelinger flyttes midlertidig til når det er mest hensiktsmessig. Det følger også av dette at rokadene har avhengigheter.

Finansiering/Bærekraft og planleggingskapasitet: Den andre vesentlige risikoen som er identifisert er knyttet til usikkerhet knyttet til finansiering/bærekraft. Risikoen identifisert er:

Helhetlige pasientforløp: Endringene skal bidra til at prinsippet om helhetlig pasientforløp styrkes/blir oppfylt, blant annet samling og mer fleksibel bruk av sengeområder, ombygging til ensengsrom, samling av poliklinikker og dagbehandling på plan 6.

Driftsutfordringer: Selve ombyggingsaktivitetene vil forårsake betydelige ulemper og periodevis påvirke helsetjenesteproduksjonen mvh til støy, støv og vibrasjoner, avbrudd i kritisk infrastruktur etc
Pasientbehandling, Logistikk renhold og Arbeidsmiljøutfordringer, støy, støv og vibrasjoner, avbrudd i kritisk infrastruktur etc

7 Gjennomføringsstrategi

Ombyggingsprosjekter skiller seg ut i forhold til nybygg prosjekter. Det er viktig å etablere en prosjektgjennomføringsmodell som håndterer denne kompleksiteten på en god måte.

Basert på en generell helhetsvurdering av kompleksiteten og utfordringene i prosjektet er det å anbefale om å gjennomføre prosjektet med stor grad av samspill mellom byggherre, brukere og leverandør. Derfor bør det legges til rett for å kunne er ønskelig å trekke inn entreprenører og leverandører som bidragsytere tidlig.

Samspillkontrakter er blitt vanligere de siste årene. Kontraktsformen forekommer under ulike betegnelser, for eksempel åpen bok-, (tidlig)partnering- og samhandlingskontrakt, alternativt alliansekontrakt. Dette kan være særlig aktuelt i ombyggingsprosjekter hvor risiko og uforutsett er stor.

Samspill er basert på en grunnleggende holdning til at byggherren oppnår størst verdi ved å utvikle og gjennomføre prosjektet i tett samarbeid med flest mulig av aktørene i prosjektet. Samspillmodellen er derfor en integrasjonsbasert modell i stedet for en separasjonsbasert, hvor byggherren først utvikler prosjektet, og entreprenøren deretter utfører jobben basert på tegninger og beskrivelser. Samspillmodellen hviler på grunntanken om at tidlig involvering av de sentrale aktørene i utviklingsfasen av prosjektet gir større muligheter for besparelser, verdiskaping og optimalisering. Modellen legger med andre ord godt til rette for god og aktiv brukermedvirkning.

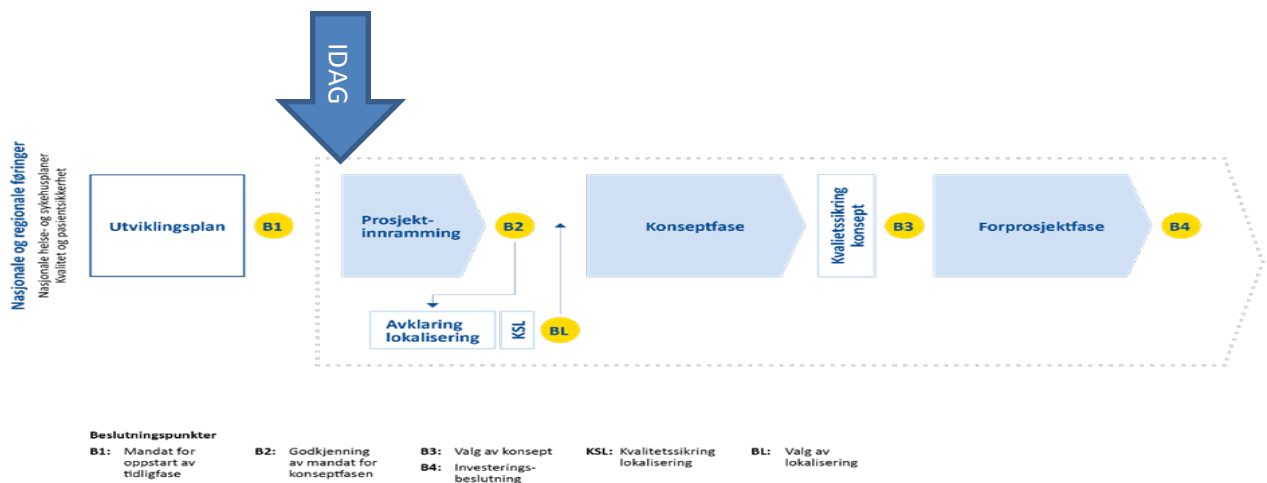
Et av formålene med samspill- / alliansekontrakt er å dra nytte av begge parters kompetanse. Byggherren vil som oftest ha god kompetanse på drift, mens entreprenøren presumptivt har best kompetanse på å finne gode og kostnadseffektive byggbare løsninger. Samlet kan dette gi et bedre produkt til en lavere kostnad enn andre kontraktsformer

Et annet formål er at man gjennom tett samarbeid skal oppleve færre og mindre konflikter mellom byggherre og entreprenør enn hva som er vanlig i tradisjonelle entreprisformer.

Gjennomføringsstrategien skal som prinsipp vurderes som del av forprosjekteringen og vedtas sammen med forprosjektet. Dette kan imidlertid være for sent dersom man skal ha fleksibilitet til å velge den beste gjennomføringsstrategien basert på utfordringene med store ombyggingsprosjekter.

8 Prosjektbeskrivelse med aktiviteter og milepæler

Figuren nedenfor beskriver forløpet fra Utviklingsplan til beslutning B4 om igangsetting av et byggeprosjekt etter revidert Veileder for tidligfaseplanlegging. I dette prosjektet må veilederen tilpasses slik at det passer med et ombyggingsprosjekt, men tidligfaseveilederen brukes i så stor utstrekning som mulig.



Prosjektet har gjennomført en arealplan som foreligger som et godt grunnlag i forhold til prosjektets egenart og befinner seg ved prosjektinnramming og oppstart konseptfase. Konseptfasen vil omhandle både Fase 2 og Fase 3, slik at helheten blir ivarettatt.

8.1 [Konseptfasen](#)

8.1.1 [Hovedprogram](#)

Arealplan for Breivika har lagt til grunn at arealtiltak skal være i tråd med strategiske hovedretninger, samt prioriterte utviklingsområder jf Strategisk utviklingsplan for UNN:

1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
2. Psykisk helsevern og rusbehandling - (ikke en del av mandatet, unntatt BUPA)
3. Prehospitaltjenester og mottaksmedisin
4. Kroniske og sammensatte lidelser

Føringer fra Strategisk utviklingsplan for UNN legger til grunn:

- Helhetlig plan for samlet bruk av sengeområder, poliklinikk og dagområder, med sambruk av støtterom og personell.
- Det skal tilrettelegges for gode pasientforløp med hovedfokus på de store pasientgruppene og på pasienter som er hyppige brukere av spesialisthelsetjenesten
- God logistikk og forsyning, mht. driftsøkonomi, herunder forsyningsprinsipper, lagerkapasitet
- Utvikling i retning av ensensrom for alle sengeområder

Videre er det vedtatt at helhetlig pasientforløp og helhetlig pasientbehandling skal være førende prinsipper for valg av løsning, og for forvaltning og utvikling av bygningsmassen.

I konseptfasen skal arealplanen 2017 kvalitetssikres og arealberegningene verifiseres/ oppdateres. Det skal også vurderes om det er totalt sett er en hensiktsmessig fordeling av prosjekter i definert i de to fasene, eller om det avdekkes avhengigheter som gjør at man bør omprioritere.

Hovedprogrammet vil omhandle fem deler:

- 1 Funksjon
- 2 Teknikk
- 3 Utstyr
- 4 IKT konsept
- 5 Rom og Areal

Utarbeidelsen av hovedprogrammet skal følge nasjonale standarder og retningslinjer, men må tilpasses eksisterende bygningsmasse. Standardromkatalogen som er utarbeidet fra Sykehusbygg HF vil gi grunnlag for programmet.

I funksjonsdelen av hovedprogrammet kvalitetssikres de forskjellige områder av virksomheten med aktivitet, kapasitet, nærhetsbehov og logistikk for pasient-, personal- og vareflyt.

For teknikk delen, som i ombyggingsprosjekter blir en viktig premissgiver, må man særlig vurdere:

- Er tiltakene byggbare
- Har tekniske anlegg tilstrekkelig kapasitet når bruk av rom endres
- Må tekniske anlegg prioriteres før tiltak i klinikken
- Vil tiltak i Fase 3 kreve tekniske forberedelser i Fase 2, og visa versa

Når program med nærhetsbehov og logistikk-krav er kvalitetssikret og utarbeidet, må det utvikles skisser til alternative konsepter som grunnlag for vurdering av hvilket konsept som er best egnet for Fase 2 og Fase 3.



Anbefalt konsept utdypes videre i et skisseprosjekt

8.1.2 Skisseprosjekt

På bakgrunn av valgt konsept utarbeides skisseprosjekt fram til grunnlag for B3-beslutning om oppstart av Forprosjekt. Parallelt med Konseptfasen skal det gjennomføres en kvalitetssikring av konseptet (KSK) som sammen med Konseptrapporten danner grunnlaget for B3.

Skisseprosjektets tegninger skal visualisere hovedprogrammets innhold, hovedstruktur og modell på prinsipielt nivå.

8.1.3 Medvirkning

For å kunne realisere pasientens helsevesen er det nødvendig med involvering av pasienter og pårørende for å lære av deres erfaringer. Godt samarbeid med brukerutvalg er en nødvendig forutsetning for å få dette til.

I ombyggingsprosjekter vil det stilles store krav til rokadearealer som følge av inngrep i form av byggearbeider i hus i drift. Driftskompetanse, både mht til klinikk og teknikk er av avgjørende betydning for å få til gode og effektive byggeprosesser, hvor hensynet til pasientbehandling og pasientsikkerhet ivaretas.

Ansattes kompetanse innenfor klinisk drift og teknisk drift av bygget er av stor vekt for å planlegge prosjektet for å tilfredsstille funksjonelle krav til god pasientbehandling.

Brukermedvirkning skal ta del i konseptutviklingen og vil skje gjennom medvirkningsgrupper. Hovedmålene med medvirkningen er på den ene siden om å få innsikt i virksomheten og innhente råd. På den andre siden om forankring og oppstart av OU prosesser knyttet til nye konsepter.

8.1.4 Organisasjonsutvikling

For å lykkes med en omstilling av arbeidsprosesser og nye drifts- og organisasjonsformer i nytt bygg, vil det være nødvendig å planlegge og å gjennomføre gode endringsprosesser i et samspill mellom pasienter, andre brukere, ledelse, ansatte, vernetjeneste og tillitsvalgte.

Følgende føringer vil være viktig for organisasjonsutviklingen:

- Det skal utarbeides en plan for prosessen fram til 1 år etter bygget er tatt i bruk.
- Prosessen må organiseres i linjestrukturen med klinikkledelsen som ansvarlig for måloppnåelsen.
- Prosessene knyttet utviklingen må integreres med den daglige virksomhetsutvikling i klinikkene.
- Evolusjonære endringsprosesser skal tilstrebes fremfor radikale endringsprosesser der dette er mulig og hensiktsmessig.

8.2 Forprosjekt

Neste fase, forprosjekt, vil utvikle prosjektet ytterligere og danne grunnlag for utbyggingsvedtak. Hovedaktiviteter er utarbeidelse av Forprosjektrapport med følgende vedlegg:

Romfunksjonsprogram (RFP)

Brutto- og netto utstyrprogram

Beskrivelser og modeller på romnivå, og detaljering av bygningsmessige og tekniske løsninger

Overordnet IKT program

Utstyr

Mandat for neste fase

9 Organisering og ansvarsdeling

9.1 Organisasjonskart

Den overordnede organisering av prosjektet sett i sammenheng med UNN HF's øvrige byggeprosjekter er vist i organisasjonskartet under.

Det er utbyggingssjef og prosjektleders ansvar å etablere prosjektorganisasjonen. Prosjektorganisasjonen omfatter de enheter som er beskrevet nedenfor og vist i organisasjonskartet. I henhold til oppdragsdokumentet skal helseforetakene benytte Sykehusbygg HF ved prosjekter over 500 millioner kroner. Dette innebærer at det må etableres en form for SLA avtale med Sykehusbygg som definerer oppdraget og mandatet deres. Organisasjonskart og kapitlet om prosjektorganisering vil deretter revideres i henhold til avtalen og legges frem for styringsgruppen på ny.

9.2 Byggherre

UNN HF ved administrerende direktør er byggherre og er prosjektets øverste besluttede organ. Administrerende direktør har ansvar for prosjektets faglige, økonomiske og administrative framdrift og rapporterer til styret for UNN HF og Helse Nord RHF.

9.3 Styringsgruppen

Styringsgruppen er byggherrens rådgivende gruppe for prosjektet og gir administrerende direktør råd innenfor fastsatte retningslinjer og rammer, tilgjengelige ressurser og midler. Styringsgruppen er ansvarlig for å påse at prosjektet gjennomføres i tråd med samfunnsinteresser, brukerkrav og foretakets strategiske planverk.

Styringsgruppen skal bidra til at prosjektet får administrativ avklaring og forankring av prosjektet på riktig administrativt nivå i helseforetaket og i det regionale helseforetaket.

Styringsgruppens medlemmer er oppnevnt av administrerende direktør.

Andre helseforetak i Helse Nord regionen er representert med et medlem i styringsgruppen. Brukerutvalget er representert med ett medlem i styringsgruppen. Tillitsvalgte og verneombud er representerte både i medvirkningsgrupper og styringsgruppen.

Styringsgruppen har regelmessige møter ca 5-6 ganger pr.år (eller ved behov) gjennom hele prosjektperioden.

9.4 [Prosjektansvarlig](#)

Utbyggingssjef er prosjektansvarlig, og er byggherrens representant. Vedkommende har ansvar på vegne av UNN HF for at konseptfasen blir gjennomført i henhold til avtalte planer og at prosjektorganisasjonen har tilstrekkelig bemanning og kompetanse.

Prosjektansvarlig er ansvarlig for en forsvarlig og sporbar kommunikasjon mellom byggherre og prosjektorganisasjon.

Prosjektansvarlig deltar og legger frem saker i møtene i styringsgruppen, gjerne ved hjelp av prosjektleder og øvrige fra prosjektorganisasjonen. Prosjektansvarlig er sekretariat for styringsgruppen. Prosjektansvarlig rapporterer til administrerende direktør.

9.5 [Prosjektleder bygg](#)

Prosjektleder har det operative ansvaret for å organisere, styre og lede prosjektarbeidet. Prosjektleder skal sørge for nødvendig og riktig beslutningsunderlag for investeringsprosjektets behandling. Ansvarlig for samordning medvirkerorganisasjonen, byggherren og prosjekteringsorganisasjonen som ledes av prosjekteringsleder.

Prosjektleder rapporterer til utbyggingssjef.

9.6 [Prosjektleder OU-prosjekt](#)

Prosjektleder har det operative ansvaret for å organisere, styre og lede prosjektarbeidet for organisasjonsprosjektet som foregår i linjeorganisasjonen, samt koordinere med primærhelsetjenesten i regionen. Prosjektleder OU skal sikre at OU-prosjektet og byggeprosjektet samordnes og ivaretar felles interesser.

Prosjektleder skal se til at det defineres mål for organisasjonsutviklingen. Herunder skal videreutvikling av pasientforløp og design av nye arbeidsprosesser inngå. Målene skal minimum knyttes til områdene:

- Pasienter/pasientforløp
- Kvalitet
- Ansatte
- Arbeidsmiljø

Arbeidet skal skje i nært samarbeid med de berørte klinikkene. Klinikkene eier målene.

- Prosjektleder skal bidra med kompetanse inn i prosessene, og være drivkraft for at det utarbeides tiltaksplaner (på overordnet nivå) for å nå målene. Dette innebærer også å sørge for at den nødvendige kompetansen stilles til rådighet for klinikkene og driftsleder (pasientforløp, kommunikasjon, omstilling, ressursstyring, IKT med mer), og at gevinster av tiltaket og forutsetningene som må legges til grunn for at gevinstene skal bli realisert identifiseres (utarbeide gevinstrealiseringsplan)

Bidra til å få frem nye organisatoriske løsninger og involvere aktuelle aktører i dette.

Bidra til at driften legges om, og videreføres i endret form i henhold til målene.

Sikre at det gjennomføres prosessevalueringer og vurderer om målene for organisasjonsutviklingen er nådd.

9.7 [Klinisk rådgiver](#)

Klinisk rådgiver vil ha praktiske oppgaver knyttet til prosjektet. Dette kan omfatte bistand ved etablering av ressursgrupper, organisering av møter, dokumentflyt, informasjon til sykehusorganisasjonen, oa.

Klinisk rådgiver har ansvar for:

- Å koordinere og administrere spørsmålsstillinger og synspunkt slik at disse kan fremlegges og behandles mest mulig effektivt i UNN HF, i prosjektorganisasjonen og de som må til avklaring hos prosjektleder
- Delta i arbeidsgruppemøter.
- Bistå i distribusjon av informasjon til ansatte og andre interessenter.
- Koordinere mellom byggprosjektet og OU-prosjektet.

Klinisk rådgiver rapporterer til prosjektleder i spørsmål og aktiviteter som ligger innenfor prosjektleders ansvarsområde. For øvrig rapporterer medvirkerkoordinator til utbyggingssjef.

9.8 [Teknisk rådgiver](#)

Teknisk rådgiver vil ha praktiske oppgaver knyttet til prosjektet. Dette kan omfatte bistand ved etablering og koordinering av tekniske ressursgrupper, utarbeidelse av tekniske dokumenter, koordinering med tekniske rådgiver, oa.

Teknisk rådgiver har ansvar for:

- Å koordinere og administrere spørsmålsstillinger og synspunkt av teknisk/driftsteknisk art slik at disse kan fremlegges og behandles mest mulig effektivt i UNN HF, i prosjektorganisasjonen og de som må til avklaring hos prosjektleder.
- Delta i arbeidsgruppemøter.
- Bistå i distribusjon av informasjon til ansatte og andre interessenter.

Teknisk rådgiver rapporterer til prosjektleder i spørsmål og aktiviteter som ligger innenfor prosjektleders ansvarsområde. For øvrig rapporterer medvirkningskoordinator utbyggingssjef.

9.9 [Samhandling med andre helseforetak](#)

9.9.1 [Helse Nord IKT HF](#)

Helse Nord IKT HF (HN-IKT) vil bli invitert i prosjektet til å utarbeide overordnet ikt program samt bidra på prosjekteringsmøter for teknisk infrastruktur.

9.9.2 [Sykehusbygg HF](#)

I forprosjektet av Nye UNN Narvik har UNN inngått rådgiveravtale med Sykehusbygg. De vil bidra med spesialkompetanse, prosjekteringsledelse og andre funksjoner ved behov.

9.9.3 [Sykehusinnkjøp HF](#)

Det er ikke inngått formell avtale om bruk av Sykehusinnkjøp i konseptfasen. Samhandling med Sykehusinnkjøp vil være mer aktuelt i gjennomføringsfase der det er betydelig med innkjøp av varer og tjenester.

9.9.4 [Sykehusapoteket Nord HF](#)

Sykehusapoteket Nord HF er en premissleverandør i forhold til legemiddeldistribusjon. Arealplan berører i utgangspunkt ikke Sykehusapoteket, men dette må til en hver tid være avklart i gjennomføringen..

9.10 [Prosjekteringsgruppen](#)

Prosjekteringsgruppen (arkitekt og rådgivende ingeniører) skal etter anbudskonkurranse og kontrakt med UNN HF levere tjenester som er nødvendig for at riktig beslutningsunderlag skal foreligge til riktig tid.

9.11 [Oppsummering ressurser](#)

Følgende interne ressurser vil bli brukt i prosjektet:

- Prosjektleder
- Klinisk rådgiver
- Teknisk rådgiver
- OU-rådgiver
- Pasientforløpskoordinatorer
- Kommunikasjonsrådgiver
- Prosjektsekretær Marita Sørensen
- UNN-ansatte i arbeidsgruppene

Følgende eksterne ressurser vil bli brukt i prosjektet:

- Sykehusbygg HF
- Sykehusinnkjøp HF
- Helse Nord IKT HF
- Rådgivende ingeniører
- Arkitekter
- Tekniske rådgivere
- Medvirkere fra UiT
- Tredjeparts fasilitator og støtte ved gjennomføring av KSK og usikkerhetsanalyse
- Eventuelt andre støttefunksjoner

Del III [Prosjektstyringsbasis](#)

10 [Styringsbasis](#)

Arbeidsomfanget vil fremgå av det hovedprogram som skal utarbeides og vedtas som første del av konseptfasen.

For å sikre en god kostnadsstyring er det viktig å styre forslag til endringer på en systematisk måte. Både på grunn av den tid som går med til å utvikle et prosjekt, den teknologiske utvikling og nye krav og behov som dukker opp er det nødvendig å systematisere styring av endringer. Endringene kan være pålegg, politiske beslutninger eller pålagte krav fra myndigheter, forslag til endring som er hensiktsmessige eller nødvendige for å innfri mål, eller utvikling og/eller feil i beregningsgrunnlaget.

10.1 [Prosjektnedbrytningsstruktur \(PNS\)](#)

Det etableres en foreløpig Prosjektnedbrytningsstruktur (PNS) for første del av konseptfasen, på basis av arbeidsinndeling, organisasjonsplan og kontraktsinndeling.

PNS reflekterer hvordan prosjektet er brutt ned i kostnads- og fremdriftselementer som hver for seg egner seg for planlegging, oppfølging og rapportering av kostnader og fremdrift.

PNS viser hvordan kostnads- og fremdriftselementene er knyttet opp mot et ansvarsområde. Videre ivaretar denne strukturen behovet for en hierarkisk nedbryting av prosjektet for å sikre oversikt over status så vel på overordnet som detaljert nivå. PNS muliggjør også styring av prosjektet mot delmål.

I forprosjektfasen vil PNS ha følgende inndeling og nivåer:

- A. Det totale prosjekt.
Ansvaret er hos prosjektsjef.
- B. Område/kontrakt
Ansvaret for hvert område ligger hos den enkelte prosjektleder (ref. organisasjonskart)
- C. Kontrakt
Dette definerer den enkelte kontrakt/avtale. Ansvaret ligger hos dedikert person for hver kontrakt, som betegnes som Oppdragsgivers Representant (OR).

NS3453 samt system- og bygningsdeltabellen (NS3451) er et ledd i utarbeiding av prosjektets prosjektstruktur. Prosjektet deles inn i naturlige fysiske deler etter hvert som prosjektet utvikles.

For økonomisk styring deles total kalkylen og rapportering i følgende faser:

- Konseptfase
- Forprosjektfase
- Gjennomføring
- Ibruktaking

10.2 [Styringsverktøy](#)

Oppfølging, rapportering og dokumentasjon vil skje iht. UNNs styringssystemer og Helse Nord's konsernbestemmelser.

Optimalisering og evt. avvik på framdrift eller kostnader vil bli behandlet særskilt.

Daglig oppfølging og endringshåndtering vil bli behandlet innenfor gitte mandat og rammer.

10.3 [Kommunikasjonsplan](#)

Det vil bli utviklet en informasjon- og kommunikasjonsplan for prosjektet.

11 **Ekstern kvalitetssikring (KSK)**

KSK er inkludert i konseptfasen. Denne skal utføres av eksternt valgte konsulenter. Formålet med KSK er beskrevet i veileder for tidligfaseplanlegging og er primært en kvalitetssikring for at utredningene er fullstendige og objektive og at anbefalingene er riktige og godt begrunnet.

Konseptfasen er ikke ferdig før KSK er utført. KSK anbefales gjennomført som en følgeevaluering. Dette kan bidra til økt kvalitet og mindre tidsbruk på innhold av Konseptrapport. Styrebehandling av konseptfasen er basert på at rapport for KSK foreligger.

12 Gevinstrealisering

Formålet med gevinstrealiseringsplanen er å gi linjeorganisasjonen et best mulig utgangspunkt for å realisere gevinster med ibruktakingen av nybygg.

En gevinst defineres som en effekt som blir sett på som positiv av minst en interessent.

Gevinstrealiseringsplanen skal være en operativ handlingsplan. Den skal motvirke ansvarspulverisering, forplikte og motivere linjeorganisasjonen i arbeidet med realiseringen av gevinster.

Følgende sentrale forhold må derfor være avklart:

- Ansvar og eierskap knyttet til gevinstrealisering.
- Forholdet mellom linje- og prosjektorganisasjon.
- Oversikt og konkretisering av mål / gevinster.
- Oppfølging av mål / gevinster.

Gevinstrealiseringen skal skje gjennom fire faser:



Aktuelle gevinstområder:

1. Mer helhetlige og gode pasientforløp.
2. Bedre hygiene og smittevern
3. Økt pasientmedvirkning og pasientaktivitet
4. Optimalisert pasientsikkerhet
5. Bedre samhandling mellom somatikk, psykisk helse og spesialisert rusbehandling
6. Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (pasientsentrert helseteam, felles kjøkken,)
7. Mer kompetent og engasjert personell

Det vil være fokus på å:

- Ta med de identifiserte interessenter fra konseptfasen
- Etablere eierskap til gevinstene i form av ansvarliggjøring
- Dokumentere oppnådde gevinster, i den grad de er oppnådd

13 Evaluering

UNN skal bidra til kunnskapsbasert og framtidsrettet utvikling av sykehusprosjekter og for sykehusbygging generelt vil det være nødvendig at prosjektet evalueres, både når det gjelder prosess og produkt (resultat og effekt). Det vil bli gjennomført både før- og etter evaluering¹ av byggeprosjektet. Fokus og nivå på evalueringen vil bli avklart i første del av konseptfasen.

Evaluering kan skje på flere måter og på flere nivåer:

- Gjennomføring av de ulike fasene i tidligfasen
- Gjennomføringsmodell
- Konsepter (virksomhetsalternativer og bygg alternativer)
- Dimensjonering
- Effektivisering

Mandat for Konseptfasen

Modernisering UNN Breivika Bygningsmessig realisering av *Pasientens helsevesen* Universitetssykehuset Nord-Norge HF

UNN, Breivika Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2018

Versjon	Dato	Navn	Forfatter	Godkjent dato	Godkjent av
1.0	16.5.18	Styringsdokument Breivika, UNN	FK	16.5.18	TAH

INNHOLDSFORTEGNELSE

OVERORDNET MÅLSETNING MED KONSEPTFASEN	3
LØSNING OG OMFANG	3
KLIMA OG MILJØ	3
TEMAER SOM SKAL BEHANDLES I FORPROSJEKTFASEN	3
KRAV TIL KONSEPTFASEN	4
ORGANISERING	4
STYRINGSGRUPENS ANSVAR	5
FULLMAKTER	5
BUDSJETTRAMMER/ØKONOMISK STYRING	6
SAMARBEID MED SYKEHUSET UNN	6
RAPPORTERING	6

Overordnet målsetning med konseptfasen

Den overordnede målsettingen med konseptfasen er å utvikle et best mulig beslutningsgrunnlag for oppstart av forprosjekt innenfor de rammer som følger av behandlingen av konseptfasen med konseptrapport og underliggende dokumenter. Konseptrapporten skal gi en oppdatert prosjektkostnad og ellers vise konsekvenser av nødvendige revisjoner av plangrunnlaget.

Løsning og omfang

Dette mandatet omfatter Fase 2 og Fase 3 med bakgrunn i Arealplanen for UNN Breivika 2017, slik det er vedtatt

Det skal utarbeides en konseptrapportkonseptrapport i henhold til de rammer og forutsetninger som er satt av Helse Nord RHF.

Dersom prosjektet videreføres etter godkjent konseptfase, vil nytt mandat gis av administrerende direktør i Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) etter behandling av konseptrapportkonseptrapporten i styrene i UNN og Helse Nord RHF.

Prosjektet kan ikke engasjere seg i, eller disponere midler til, andre formål enn det som er knyttet til oppgaver gitt i herværende mandat.

Klima og miljø

Det skal utarbeides en miljøplan ved oppstart av prosjektet som omfatter miljørelevante forhold.

Prosjektet skal så langt som mulig gjennomføres innenfor UNNs miljøstrategi og ivareta nasjonale og regionale strategiske føringer, herunder foretaksgruppens klima- og miljømål, som tilsier energiklasse A og passivhusstandard. Kravene i styringsdokumentet «Miljø- og klimatiltak innen bygg og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten», oppdatert 12/2-2014, med tilhørende handlingsplaner, skal innarbeides i prosjektets overordnede teknisk plan (OTP) og miljøplan.

Temaer som skal behandles i forprosjektfasen

Det skal gjennomføres en rekke aktiviteter i forprosjektfasen. Følgende temaer skal som minimum behandles i forprosjektfasen:

- Etablering av prosjektorganisasjon
- Kvalitetssikring/optimalisering og eventuell oppdatering av grunnlaget fra konseptfasen (bygg og utstyr)
- Digitale arbeidsprosesser og digital byggeplass
- Etablering av tiltaksplan for usikkerhetshåndtering
- Programmering og prosjektering av bygningsmessige og tekniske løsninger
- Anskaffelses- og kontraktstrategi
- Verifisering av investeringsramme
- Verifisering av finansiell bæreevne og driftsøkonomi
- Gjennomføringsstrategi for prosjektet, basert på mulighetsstudie som inkluderer

byggeteknikk.

Krav til Konseptfasen

Føringer fra Strategisk utviklingsplan for UNN legger til grunn:

- Helhetlig plan for samlet bruk av sengeområder, poliklinikk og dagområder, med sambruk av støtterom og personell.
- Det skal tilrettelegges for gode pasientforløp med hovedfokus på de store pasientgruppene og på pasienter som er hyppige brukere av spesialisthelsetjenesten
- God logistikk og forsyning, mht. driftsøkonomi, herunder forsyningsprinsipper, lagerkapasitet
- Utvikling i retning av ensensrom for alle sengeområder

Videre er det vedtatt at helhetlig pasientforløp og helhetlig pasientbehandling skal være førende prinsipper for valg av løsning, og for forvaltning og utvikling av bygningsmassen.

I konseptfasen skal arealplanen 2017 kvalitetssikres og arealberegningene verifiseres/ oppdateres. Det skal også vurderes om det er totalt sett er en hensiktsmessig fordeling av prosjekter i definert i de to fasene, eller om det avdekkes avhengigheter som gjør at man bør omprioritere.

Hovedprogrammet vil omhandle fem deler:

- 1 Funksjon
- 2 Teknikk
- 3 Utstyr
- 4 IKT konsept
- 5 Rom og Areal

Utarbeidelsen av hovedprogrammet skal følge nasjonale standarder og retningslinjer, men må tilpasses eksisterende bygningsmasse. Standardromskatalogen som er utarbeidet fra Sykehusbygg HF vil gi grunnlag for programmet, der det er gjennomførbart innenfor eksisterende bygningsmasse.

I funksjonsdelen av hovedprogrammet kvalitetssikres de forskjellige områder av virksomheten med aktivitet, kapasitet, nærhetsbehov og logistikk for pasient-, personal- og vareflyt.

For teknikk delen, som i ombyggingsprosjekter blir en viktig premissgiver må man særlig vurdere:

- Er tiltakene byggbare
- Har tekniske anlegg tilstrekkelig kapasitet når bruk av rom endres
- Må tekniske anlegg prioriteres før tiltak i klinikken
- Vil tiltak i Fase 3 kreve tekniske forberedelser i Fase 2, og visa versa

Organisering

Forprosjektarbeidet organiseres som eget prosjekt.

Prosjekteier er administrerende direktør UNN

Prosjektansvarlig er utbyggingssjef UNN

Navn Mandat for Konseptfasen

For gjennomføring av prosjektet har administrerende direktør UNN oppnevnt en styringsgruppe bestående av følgende personer:

-
-
-

Styringsgruppen er rådgivende til administrerende direktør i UNN.

Det engasjeres en prosjektleder fra UNN som skal lede prosjektet og rapportere til prosjektansvarlig.

Behov for ressurspersoner med spesialkompetanse vurderes fortløpende og deltar i prosjektet i lengre eller kortere perioder.

Bruker- og ansattperspektivet ivaretas av UNN HF, og prosjektet skal tilrettelegge for samhandling på en slik måte at innspill og synspunkter blir ivaretatt innenfor rammene gitt i konseptet.

Styringsgruppens ansvar

Styringsgruppen er rådgivende til administrerende direktør som har ansvar for å sikre gjennomføring av all planlegging og prosjektering slik at det fremlegges en kvalitativ god konseptrapport i henhold til de forutsetninger og rammer som er gitt av styret i UNN.

Styringsgruppen skal bidra til at driftsorganisasjon trekkes inn i arbeidet på en hensiktsmessig måte.

Styringsgruppen skal sikre at det etableres en hensiktsmessig struktur for samhandling mellom prosjekt- og driftsorganisasjon.

Styringsgruppen skal sikre at de løsninger som etableres understøtter de overordnede mål for konseptfasen.

Styringsgruppen skal ta stilling til gjennomføringsmodell for prosjektet.

Styringsgruppen har ansvaret for at prosjektet gjennomføres i henhold til lover og forskrifter og innenfor de rammer som er fastsatt i Helse Nord RHF.

Fullmakter

I konseptfasen har Styringsgruppen fullmakt til å gjennomføre prosjekteringen innenfor de budsjettammer og føringer som styret i Nord RHF har gitt. I utgangspunktet innebærer dette å videreutvikle Arealplanen til en konseptrapport som skal danne et godt beslutningsunderlag slik at styrene i UNN og Helse Nord RHF kan fatte beslutning om endelig godkjenning av prosjektet, samt grunnlag for forprosjekt dersom videreføring besluttes.

Styringsgruppen har fullmakt til å allokere og styre ressursene til prosjektet i denne fasen, herunder kontraktsinngåelse med de prosjekterende rådgivere og øvrig nødvendig personell.

Styringsgruppen har fullmakt til å treffe beslutninger vedrørende detaljering av prosjektets innhold og utforming, samt forankre og avklare dette med Helse Nord RHF og UNN innenfor de rammene som er gitt av styret i Helse Nord RHF, slik at et best mulig beslutningsunderlag fremskaffes.

Styringsgruppen skal fortløpende gjøre avklaringer med prosjekteier i forhold til:

- Eventuelle endringer i forhold til de premisser som er lagt til grunn.
- Overordnet fremdriftsplan for forprosjektet.

Styringsgruppen kan delegerer fullmakt til prosjektledelsen.

Budsjettrammer/økonomisk styring

Styringsgruppen skal utarbeide et budsjett for konseptfasen som presenteres for prosjekteier. På basis av Styringsgruppen skal prosjektstyret anbefale en budsjettramme for gjennomføringen av hele prosjektet som skal settes til det som ut fra forprosjektkalkylen representerer en 85 % sannsynlighet (P85) for å være tilstrekkelig for gjennomføring av prosjektet. Styringsgruppen skal imidlertid legge det estimatet som representerer 50 % sannsynlighet for å være tilstrekkelig (P50) til grunn som økonomisk styringsmål i sin anbefaling til Helse Nord RHF.

Styringsgruppen skal sørge for at prosjekteringen er kostnadsstyrt og at prosjektet ligger innenfor totalrammen som til enhver tid er godkjent av Helse Nord RHF.

Samarbeid med driftsorganisasjon UNN HF

Styringsgruppen skal sikre at det etableres et strukturert opplegg for samhandling og samarbeid med driftsorganisasjonen (UNN), slik at de løsninger som presenteres i forprosjektet er godt forankret på ulike nivå i driftsorganisasjonen.

Utbyggings- og driftsdelen av prosjektet skal sees i sammenheng, med sikte på å oppnå de mål som er satt for både drifts- og investeringsdelen av prosjektet.

Rapportering

Det skal utarbeides månedlige statusrapporter for utviklingen i prosjektet. Prosjekteier vil motta kopi av månedsrapportene som prosjektledelsen utarbeider ovenfor Styringsgruppen. Prosjektet skal avgi skriftlig tertialrapport som styrebehandles i UNN og Helse Nord RHF. Kvartalsrapportene skal minimum angi følgende:

- Status for arbeidet.
- Hovedaktiviteter i perioden.
- Status for økonomi, fremdrift og kvalitet.
- Ved eventuelle avvik i forhold til budsjett, fremdriftsplaner eller kvalitet skal avviket og korrigerende tiltak beskrives.
- Spesielle problemområder og tiltak.
- Hovedaktiviteter neste periode.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
50/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.5.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. Nasjonale kvalitetsindikatorer

Muntlig orienteringer

1. Pasienthistorie
2. Oppnevning av representant til ansettelsesutvalget for ny administrerende direktør

Tromsø, 18.5.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør



Sak: Oppdaterte nasjonale kvalitetsindikatorer
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: adm. dir. Marit Lind\ Haakon Lindekleiv, med. fagsjef

Møtedato: 30.5.2018

Bakgrunn

Helsedirektoratet publiserte 26.4 oppdaterte nasjonale kvalitetsindikatorer. Det er tre nye indikatorer (to indikatorer på postoperative infeksjoner etter tykktarmskirurgi og en indikator på andelen brystkrefteropererte som opereres med brystsparende kirurgi). Det totale antall indikatorer er nå på 174. Grunnlagsdataene er stort sett fra siste del av 2017.

De oppdaterte indikatorene viser at UNN i stor grad ligger på eller over landsgjennomsnittet.

Vi har valgt ut tre områder der vi gjør det bra sammenlignet med andre sykehus og tre områder der vi ligger blant de sykehusene som er lavest i forhold til landsgjennomsnittet.

Tre områder der vi gjør det bra sammenlignet med andre sykehus:

Høy andel pasienter som inngår i pakkeforløp for kreft (85% ved UNN vs 76% nasjonalt). Vi lå også innenfor fristen på at 70 % av kreftforløpene skal være innenfor normert forløpstid, men ikke for alle kreftformer.

Lav andel planlagte operasjoner som strykes (4,1 ved UNN vs 5,7% nasjonalt)

Lav andel tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne (5,3% ved UNN vs 6,3% nasjonalt).

Tre områder der vi ligger blant sykehusene som er dårligst i forhold til landsgjennomsnittet:

Forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner (5,4% ved UNN vs 3,5% nasjonalt).

- Datagrunnlaget er prevalensundersøkelsen i november 2017 og det var et lite antall pasienter som ble undersøkt.
- Samlet for 2017 var forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner i UNN uendret sammenlignet med 2016 (4,7% i 2016 vs 4,6% i 2017)
- Prevalensundersøkelsen er vanskelig å vurdere mellom sykehus på grunn av ulike registreringspraksis. Den kan brukes til å vurdere utviklingen i eget sykehus.

Postoperative infeksjoner 30 dager etter bypasskirurgi (7,7% ved UNN vs 5,6% nasjonalt)

- Det jobbes med å redusere dette. Samtidig kan et lite antall pasienter og ulike registreringspraksis ha bidratt til forskjellene.
- UNN lå på landsgjennomsnittet for dype infeksjoner etter bypasskirurgi (1,9% vs 2,0%)

Andel pasienter som fikk trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen (11% ved UNN vs 19% nasjonalt)

- Tallgrunnlaget var fra siste tre måneder av 2017 og det var kun 11 pasienter.
- For hele året 2017 var UNN på landsgjennomsnittet (18% ved UNN og 18% nasjonalt)

- Det jobbes kontinuerlig med å få flere pasienter innen tidsvinduet for trombolyse.

Vurdering

Direktøren viser til at UNN i stor grad ligger på eller over landsgjennomsnittet i de nasjonale kvalitetsindikatorene. Det pågår arbeid for å forbedre områder der UNN ligger både over og under landsgjennomsnittet.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
51/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.5.2018
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Årsrapport 2017 for Ungdomsrådet UNN
2. Referat fra møte i Ungdomsrådet UNN, datert 18.4.2018
3. Vedtak fra Kvæfjord kommune vedrørende fødselsomsorg, datert 7.5.2018
4. Uttalelse fra Nord-Troms Regionråd vedrørende Distriktsmedisinsk senter Nord-Troms, datert 8.5.2018
5. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 14.5.2018

Tromsø, 18.5.2018

Marit Lind (s.)
konst.administrerende direktør



Årsrapport for Ungdomsrådet 2017





Innledning

Ungdomsrådet på UNN ble etablert i mars 2015, og flere av medlemmene er inne i sin andre periode som medlem. Rådet er ennå i en implementeringsfase i forhold til rolle i organisasjonen UNN, og med hensyn til opplæring av medlemmene. Rådet er likevel kommet godt i gang med enkeltoppgaver og oppdrag gitt av ulike aktører både innad i sykehuset og andre som ønsker brukermedvirkning og brukerperspektiv fra rådet.

Organisering og administrasjon

Ungdomsrådet er et foretaksovergrepene organ for brukermedvirkning, med organisatorisk plassering som et underutvalg under UNN's Brukerutvalg. Rådet har administrativ forankring i Barne- og ungdomsklinikken (BUK), klinikkjefens stab, med støttefunksjoner hentet fra BUPA og BUA. Budsjett og driftsansvar ligger under BUK, klinikkjefens stab. Tildeling av midler tilføres fra Direktørens stab?

Det er to koordinatorene knyttet til drift av ungdomsrådet, samt en sekretær. De ansatte har sitt arbeid i BUK, men ved ulike avdelinger. Til sammen utgjør jobben for disse en stillingsprosent på om lag 40%.

Koordinator Martha Bergum er ansatt i BUA, koordinator Mariann H Sundström er ansatt i BUPA og klinikkrådgiver Elisabeth Warvik fungerer som sekretær mm for rådet. I året 2017 har den ene koordinatoren hatt andre oppdrag, og drift av ungdomsrådet har i større grad vært lagt på de øvrige to. Ved at det er flere ansatte i administrasjon av ungdomsrådet, muliggjøres jevn drift av rådet uavhengig av innsatsen fra den enkelte ansatte.

Det er i løpet av året foretatt evaluering og justeringer av mandatet ihht de valgte organisatoriske og administrative strukturer. Rådets mandat gir et oppdatert bilde av beslutningene om organisering og administrasjon av rådet.

Mandat

Ungdomsrådet representerer ungdom i alderen 12-23 år i UNN. Det skal være et rådgivende organ for UNN og en høringsinstans for sykehusets arbeid med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom.

Ungdomsrådet skal arbeide for å:

- Fremme brukerperspektivet for ungdom i sykehuset, med spesielt fokus på ungdom med langvarige helseplager og de utfordringer denne gruppen har overfor helsepersonell, sykehusledelse og helsemyndigheter.
- Gi konkrete råd til forbedring av tjenester til ungdom på UNN.
- Dele sin erfaring som brukere til nytte for annen ungdom.
- Kommunisere med alle klinikker i sykehuset som behandler ungdom.
- Fremme kontakt med brukerorganisasjoner
- Fremme generelle problemstillinger for ungdom i sykehus, på nasjonalt nivå, i samråd med andre ungdomsråd i Norge.

Se for øvrig vedlagt mandat.



Sammensetning av Ungdomsrådet

Magnhild Hjelme	Leder
Helene Westgaard	Nestleder
Oda Kjærvik	Medlem
Regine Elvevold	Medlem
Maria Bendiksen	Medlem
Mathias Halvorsen	Medlem
Einar Engstad	Medlem
Cecilie Thomsen	Medlem
Vegard Adriansen	Medlem
August Sæther	Varamedlem

Et medlem valgte å trekke seg i løpet av året og rådet har ved utgangen av året en ledig plass for vara.

Møter og aktiviteter i 2017

Det har vært gjennomført 6 møter i rådet. Et av møtene var en helgesamling som besto av to møter. I 2017 valgte rådet å reise til Oslo på helgesamling. Der var vi så heldige at vi fikk ha møter på OUS, og rådene fra OUS og A-hus var invitert til å delta på program som vi utarbeidet i fellesskap. Det ble også tid til sosiale aktiviteter mellom rådene samt en liten omvisning på OUS. Det ble en flott og lærerik erfaring. Ellers er møtene avholdt på UNN, Bupa-bygget. Referater fra møtene lagres i arkivsystemet ephorte og legger ut på internettsiden til UNN, Ungdomsrådet.

Ungdomsrådets innsatsområder 2017

Hovedmål for 2017:

Implementering/etablering av ungdomsrådet som rådgivende organ innad i organisasjonen med organisatorisk plassering som underutvalg under Brukerutvalget.

Metode: Revisjon/justering av mandat i samråd med klinikkledelse, Brukerutvalget og sykehusets øvrige ledelse. Etablere samarbeidslinjer med brukerutvalg, samt rutiner for saksbehandling, lagring og oppbevaring av dokumentasjon vedr UR.



Delmål:

- a) Videreføring av rådet gjennom nyvalg januar 2017, samt etablere faste rutiner for valg til Ungdomsrådet.
- b) Bedre rådets interne fungering.
- c) Å gjøre Ungdomsrådet kjent blant ansatte, brukerutvalget, styret og ledelsen i UNN.
- d) Opplæring og inspirasjon av medlemmer i forhold til sykehusets oppgaver og funksjon, samt rollen som brukerrepresentant.
- e) Inspirasjon og opplæring av koordinatorene.
- f) Nasjonalt engasjement. Etablering av flere ungdomsråd, nasjonalt samarbeid om felles saker, og erfaringsutveksling mellom rådene.

Målene korresponderer med kommunikasjonsplan utarbeidet i samarbeid med Kommunikasjonsavdelingen i UNN.

Delmål – Gjennomføring

a) Videreføring av rådet gjennom nyvalg januar 2017, samt etablering av rutiner for valg til ungdomsrådet

Metode: Orientering om nyvalg via brukerorganisasjoner, ansatte og media. Gjennomføring av intervjuer og utarbeidelse av innstilling ved koordinatorene/sekretær. Innstilling forelagt klinikkledelse. Nytt råd er godkjent av brukerutvalget.

Gjennomgang av og etablering av rutiner ved valg. Dette er oppsummert i en egen strategi for valg til ungdomsrådet ved UNN.

b) Bedre rådets interne fungering. Etablere gode rutiner for kontakt, ansvar, samarbeid og gjennomføring av oppgaver

Metode: Gjennomgang og justering av mandat mht. medlemstall, etablering og bruk av gruppe på facebook. Ansvarliggjøring av leder og nestleder i forhold til gjennomføring av møter, i denne forbindelse utvikle AU-møter i forkant av møter i rådet. Fordeling av oppgaver ved ulike presentasjoner av rådet. Saker som tas opp i UR presenteres ved sykehusets ekspertise innen det aktuelle fagfeltet.

Mottak og behandling av saker innkommet til UR. Registrering av mottatte saker og forespørsler i eget «arkiv». UR har mottatt en rekke saker i løpet av 2017. Sakene dreier seg om alt fra høringer, vurdering av ulike tiltak i UNN, deltagelse i referansegrupper og ansvarsgrupper i prosjekter, forskning osv. Rådet har lagt vekt på behandling av saker innen frist og i god kommunikasjon med oppdragsgiver. På grunn av oppdragstilstrømmingen har det vært vanskelig å imøtekomme alle forespørsler, og dette er en utfordring vi regner med vil vokse seg betydelig større.



Personalteamet har i den anledning drøftet mulighetene for å opprette en pool av ungdommer med en viss tilknytning til rådet, og som kan bidra som representanter for UR UNN ved noen av de forespørsler og oppdrag UR får.

c) Å gjøre ungdomsrådet kjent blant ansatte i UNN

Metode: Første steg: Utarbeidelse av Kommunikasjonsplan for Ungdomsrådet i tett samarbeid med kommunikasjonsavdelingen ved UNN. Første steg i kommunikasjonsplanen har bidratt til utforming av plakat/roll-up og presentasjoner i ulike forum i og utenfor UNN. Det har vært arbeidet med metodikk for presentasjoner av rådet. Presentasjon av Ungdomsrådet ved ledersamlingen UNN i mars 2017 var en milepæl i dette.

Ungdomsrådet fortsetter dette arbeidet i møte med de enkelte klinikkene, hvor deling av erfaring og kunnskap, samt analyse av behov for videre samarbeid tas opp. Det er i første omgang avtalt møte med K3K.

d) Opplæring av medlemmer i forhold til sykehusets oppgaver og funksjon, samt rollen som brukerrepresentant

Metode: Ungdomsrådet har blitt gitt en første innføring i brukerrepresentasjon ved UNN ved Administrasjonssjef Leif Hovden. Opplegget følges opp i løpet av 2018. Ved Ungdomsrådets helgesamling som i år var reise til Oslo og møte med ungdomsrådene ved A-hus og OUS, ble det lagt opp til læring og inspirasjon med bidrag fra eksterne aktører, men også gjennom erfaringsutveksling ungdommene imellom. Også samarbeidet med sykehusets klinikker vil bidra til utvidet erfaring og opplæring av medlemmene i rådet. For øvrig har det gjennom forberedelser til de ulike oppdrag ungdomsrådet har gjennomført, vært arbeidet systematisk for å gi medlemmene innsikt i fagområdet ungdomsmedisin, som et grunnlag for deres meningsdannelse og innspill.

e) Inspirasjon og opplæring av koordinatorene i deres rolle og funksjon

Metode: Felles samling med Ungdomsråd og koordinatorene ved A-Hus og OUS: Også koordinatorene for de ulike rådene hadde nytte av samlingen, hvor erfaringsutveksling omkring blant annet etablering og drift av ungdomsråd, og rollen som koordinatorene sto på dagsorden. Ved samlingen kom både Ungdomsrådene og koordinatorene til enighet om at det er viktig å få til en felles arena for Helseforetakenes Ungdomsråd og deres støtteapparat.

Ut over dette har en av koordinatorene vært på en lokal inspirasjonssamling av koordinatorene som arbeider med ungdomsråd (Kommuner og fylkeskommuner). For øvrig tilbys lite opplæring og kompetansetiltak på dette spesifikke området, både lokalt og nasjonalt.



f) Nasjonalt engasjement. Etablering av flere ungdomsråd, nasjonalt samarbeid om felles saker, og koordinering mellom rådene

Metode: Ved samlingen av Ungdomsrådene ved OUS, A-Hus og UNN kom vi til enighet om å gjøre en kartlegging av alle landets helseforetak og hvor langt man har kommet med etablering av ungdomsråd. Deretter er det ønskelig å bidra til å gi ungdomsrådene en felles arena for samarbeid og koordinering. I dette arbeidet ser vi for oss at Nasjonalt kompetansesenter for Læring og Mestring innen Helse (NKLMH) kan bidra. I første omgang er det snakk om å samle koordinatorene, eventuelt med UR-ledere. På sikt kan det bli snakk om landskonferanse for ungdomsråd. Ungdomsrådet ved UNN har sagt seg villig til å bidra i arbeidet for å «samle» fagområdet. Vårt bidrag i dette arbeidet har så langt vært å samle inn kontaktinformasjon og andre data fra helseforetakene i vår region, samt Helse Nord-Trøndelag. Vi har også bidratt i arbeidet med å etablere en felles base for kontaktinformasjon om ungdomsråd for hele landet, og det er planer om å følge opp arbeidet blant annet gjennom kontakt med NKLMH, men også andre sentrale instanser som har et ansvar for å løfte fagkompetansen innen ungdomsmedisin.



Hilsen fra leder Magnhild Hjelme

Det er nå gått nesten ett år siden jeg ble leder for Ungdomsrådet til UNN.

Det har vært mange spennende saker og arenaer for rådet så langt. Spesielt artig var det at vi reise på helgesamling til Oslo hvor vi møtte flere av ungdommene i rådene til OUS og Ahus.

Ungdomsmedisin er fått betydelig større oppmerksomhet de siste årene. Det er viktig å gi ungdommene en egen stemme i ulike behandlinger, saker, forskningsprosjekter, utredninger, høringer og lignende. På vår plakat som er hengt opp på UNN står det så sant:

Ungdom vet mest om ungdom!

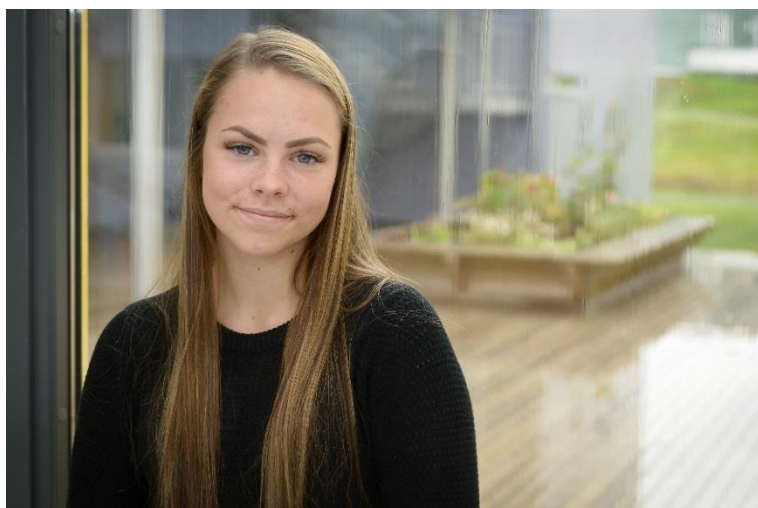
Det står videre at vi har et felles mål:

Å gjøre sykehuset best mulig, også for ungdom.

Jeg vil rette en spesiell takk til de andre ungdommene som er med i rådet. Det er fint å være en godt sammensatt gjeng som nå kjenner hverandre godt. Det er varierte og viktige erfaringer i rådet vårt. Takk til Barne- og ungdomsklinikkens medarbeidere som støtter oss med det praktiske og administrative.

Jeg ser fram til videre samarbeid og oppgaver i året som nå ligger foran oss.

Magnhild Elise Hjelme





Avslutning og planer for 2018

I 2018 vil Ungdomsrådet på UNN jobbe videre med synliggjøring både internt og eksternt. I denne sammenheng er det planlagt blant annet opprettelse av egen facebook-side.

Samarbeid med andre råd i regionen og landet for øvrig vil også stå på dagsorden. For 2018 ønsker vi spesielt å bidra til oppstart av råd innen alle helseforetak i Nord-Norge, og samarbeid disse imellom.

Rådet vil også ta sikte på å imøtekomme en stadig økende etterspørsel etter ungdomsdeltagelse i ulike saker, prosjekter og forskning. Vi anser den økende etterspørselen etter ungdomsmedvirkning som svært positiv, og vil imøtekomme dette behovet blant annet med etablering av gode samarbeidsrelasjoner med brukerorganisasjoner og deres ungdomsrepresentanter.

For støtte under oppstart og drift av Ungdomsrådet ved UNN, ønsker Ungdomsrådet å rette en spesiell takk til Kommunikasjonsavdelingen på UNN, leder for Brukerrådet på UNN Cathrin Carlyle, Ungdomsrådene ved OUS og A-hus samt administrasjonssjef Leif Hovden.

Vedlegg

Vedlegg nr 1: Mandat for Ungdomsrådet ved UNN

Vedlegg nr 2: Oversikt over UR arrangement og oppdrag 2017



Vedlegg nr 1

Mandat for Ungdomsrådet ved UNN

Grunnlag

Ungdomsrådets oppgaver bygger på prinsippet om at det er pasientens behov som skal være førende for struktur og innhold i tjenestene, og at brukermedvirkning skal brukes som en kunnskapskilde til forbedring av praksis. Ungdoms brukererfaringer og forslag til tiltak skal systematisk brukes for å forbedre sykehusets tilbud til ungdom.

Overordnede føringer

- Barnekonvensjonens artikkel 12 sier at ungdom har rett til å si sin mening og bli hørt. Barnekomiteen i Genève har videre slått ettertrykkelig fast at det er voksne som har ansvar for å legge til rette for at de blir hørt.
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 (st.11(2015-2016)) Planen vedtar opprettelse av ungdomsråd ved alle sykehus i Norge.
- Brukermedvirkning i helseforetak - Lov om helseforetak § 35.
- Visjon for brukermedvirkning i Helse Nord:
Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.
- Definisjon på brukermedvirkning: "De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud" (Stortingsmelding nr. 34-1996-97).

Formål

Ungdomsrådet representerer brukergruppen ungdom i alderen 12-23 år i UNN. Det skal være et rådgivende organ for UNN og en høringsinstans for sykehusets arbeid med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom. Ungdomsrådet skal også være et rådgivende organ for Brukerutvalget ved UNN.

Ungdomsrådet skal arbeide for å:

- Fremme brukerperspektivet for ungdom i sykehuset, med spesielt fokus på ungdom med langvarige helseplager og de utfordringer denne gruppen har overfor helsepersonell, sykehusledelse og helsemyndigheter.
- Gi konkrete råd til forbedring av tjenester til ungdom på UNN.
- Dele sin erfaring som brukere til nytte for annen ungdom.
- Kommunisere med alle klinikker i sykehuset som behandler ungdom.
- Fremme kontakt med brukerorganisasjoner
- Fremme generelle problemstillinger for ungdom i sykehus, på nasjonalt nivå, i samråd med andre ungdomsråd i Norge.

Organisering og administrasjon

Ungdomsrådet arbeider for ungdoms brukermedvirkning på tvers av klinikker i UNN. For at denne pasientgruppen skal kunne bidra med reell brukermedvirkning, foreligger det særlige behov for tilrettelegging av metode og arbeidsform. Ungdomsrådet skal derfor ha administrativ forankring i BUK gjennom *to koordinatorer* som representerer henholdsvis somatisk og psykisk helsevern. Det skal etableres et arbeidsutvalg som i tillegg til de to koordinatorene skal bestå av en klinikkrådgiver samt leder og nestleder i ungdomsrådet.



Koordinator/klinikkrådgivers rolle og oppgaver:

- Være ambassadører for ungdomsrådet og ivareta et formidlingsansvar for Ungdomsrådets virke og arbeid.
- Være prosessledere og sørge for egnet metodikk tilpasset aldersgruppen.
- Bistå ungdomsrådets leder/ nestleder i deres funksjoner.
- Bidra til effektiv linje for saksbehandling.
- Sørge for møteplan, møteinnkalling samt skrive referat.
- Være et bindeledd mellom ungdomsrådet, brukerutvalget og øvrig ledelse i BUK og på UNN.
- Administrere møte- og reisegodtgjørelser for ungdomsrådets representanter.
- Sende ut referat fra møter til Brukerutvalget på UNN samt BUK lederteam.

Arbeidsutvalg

- Bistå ved utarbeidelse av møteplan, sakliste og forberedelse av saker.
- Bistå ved arrangementer og større saker/prosesser hvor det er behov for en bredere saksforberedelse eller utredning.

Sammensetning

Ungdomsrådet skal være bredt sammensatt. Det skal gjenspeile den demografiske sammensetningen i opptaksområdet, bredden i de aktuelle pasientgrupper og mangfoldet i diagnoser og erfaring med sykehuset.

Rådet skal bestå av 9 medlemmer mellom 12-23 år, fordelt etter alder, kjønn, etnisk bakgrunn og bosted som avspeiler helseforetakets nedslagsfelt. Ungdomsrådet skal ha minst en representant med samisk bakgrunn. Det er ønskelig at ungdomsrådet også inkluderer barn som pårørende.

Ungdomsrådet skal ha minst 2 representanter fra hvert av områdene somatikk, habilitering og psykiatri. Det er et krav at ungdommene skal ha personlige erfaringer fra møte med sykehus og helsetjenester på sykehuset, at de er villige til å dele disse, og har et ønske om å bidra til bedre helsetjenester for ungdom.

Rekruttering og konstituering

Utlysning etter nye rådsmedlemmer formidles allment, i BUK og ved henvendelse til brukerorganisasjoner. Brukerorganisasjonene foreslår aktuelle kandidater blant sine medlemmer. Ungdommer som ønsker å være med i rådet kan selv ta kontakt med UNN. For å sjekke ut grad av motivasjon og samtidig klargjøre forventninger og forpliktelser som følger vervet, vil kandidater bli innkalt på intervju ved BUK. BUK innstiller og velger ut rådets medlemmer.

Rådsmedlemmer sitter i 2 år, med mulighet for reoppnevning. Det er ønskelig at ikke hele rådet skiftes ut på samme tid. Oppnevning av leder og nestleder skjer ved valg av rådet selv hvert andre år. Ungdomsrådet konstituerer seg selv hvert år.

Det inngås en skriftlig avtale med rådsmedlemmene. Rådsmedlemmer under 18 år må ha samtykke fra foresatt til å sitte i rådet.



Godtgjøring

Møtegodtgjøring skjer etter egne satser. Timesats for møter er for 2015/16 satt til kr 120 for medlemmer og kr 150 for leder/nestleder. Reisegodtgjøring skjer etter statens reiseregulativ.

Ungdomsrådet har 5/6 faste møter i året. Et møte i året erstattes av en helgesamling. Om et ordinært møte erstattes av helgesamling, honoreres dette som to møter a 4 timer. I tillegg kan ungdomsrådet inviteres til frivillig deltakelse ved andre forespørsler (møter med ledelse, foredrag etc.) inntil 15 timer pr år. Honorar for oppdrag utenfor ungdomsrådets faste møteagenda, avtales i det enkelte tilfelle.

Leder og nestleder møter i ungdomsrådets arbeidsutvalg. Leder og nestleder møter i Brukerutvalget UNN og i klinikkledermøter i BUK ved behov. Representasjon av ungdomsrådet i ulike fora og eventuelt annet kan også bli aktuelt. Til sammen inntil 30 timer ekstra årlig.

Korrigert mandat etter møte med klinikkleder 11.01.16. Mariann H Sundström

Korrigert mandat etter ungdomsrådets møte 07.12.15. Mariann H Sundström

Mariann Sundström og Marianne Nordhov, mai 2014

Referanser

Brukermedvirkning i helseforetak – med hjemmel i Lov om helseforetak:

http://www.lovdatabasen.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7

Stortingsmelding nr. 34-1996-97:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-34_1996-97

FN's Barnekonvensjon:

<http://barneombudet.no/for-voksne/barnekonvensjonen/hele-barnekonvensjonen/#12>

Norsk Forening Unges Helse (NFUH)

<http://www.ungeshelse.no/>

Unge Funksjonshemmede:

<http://www.ungefunksjonshemmede.no/>



Vedlegg nr 2

Arrangement 2017	Hvem deltar	Hvor	Dato/periode	Merknad	Betalt oppdrag?
Etterutdannings uke anesthesi/intensiv/ Operasjons-sykepleiere	Helene, Regine, Mathias		261017 kl 10.45-11.15	Ungdom vet mest om ungdom	
Fagdag i Narvik	Magnhild, Oda og Elisabeth	Narvik, Scandic	290817 – hel dag	Oda meldte frafall	?
Lansering SKYPE i behandling	Oda	BUPA	8.november		Ja
Verdensdagen for psykisk helse Tromsø	Hele rådet	Åsgård	12.oktober	Satt opp som møte i UR	Nei
Ledersamling UNN	Hele rådet	The Edge, Tromsø	15.03.17	Tema: Presentasjon av UR. Avholdt møte i UR samme dag.	Nei
Møte med brukerutvalget i UNN	Hele rådet	Adm. UNN	14.06.2017	Presentasjon av rådet.	Nei. Møtet avholdt samme dag som møte i UR.



MØTEREFERAT

Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Fredag 200418

Møtested: Bupa Tromsø rom T-113

Tilstede: Medlemmer: Helene Westgaard (nestleder), Mathias Halvorsen, Maria Bendiksen, Vegar Adriansen Sjøfjell, August Sæther, Regine Elvevold

Koordinator/rådgiver: Mariann Sundström og Elisabeth Warvik (referent)

Forfall: Einar Engstad, Magnhild Hjelme, Cecilie Kristiin Øien Thompsen (permisjon), Oda Kjærvik og koordinator Martha Bergum

Saksliste

UR-9/18 Godkjenning av referat fra møtet i januar

Referat godkjent.

UR-10/18 Årsmelding Ungdomsråd UNN 2017

Bakgrunn for saken: Årsmeldingen er nå klar.

Konklusjon: Årsmeldingen vil bli sendt ut til Brukerutvalg og administrasjonen på UNN.

UR-11/18 Årsplan/opplæringsplan 2018

Bakgrunn for saken: Ungdomsrådet mottar mange innspill og oppgaver, og for å kunne prioritere mellom disse, samt utvikle og styrke rådets arbeid er det viktig at rådet setter klare mål for sin framtidige satsing. For året 2018 forslo møtet å styrke samarbeid med andre råd i Helse Nord, gjøre Ungdomsrådet UNN bedre kjent i UNN, lære av andre råd som har fått til noe bra, opplæring videre i det å være brukerrepresentant, og bedre samarbeid med brukerorganisasjonene.

Konklusjon: Det er foreslått og bestemt at planen går over en to-års periode, altså 2018 og 2019. Som hovedmålsetting peker følgende oppgaver seg ut:

- «å gjøre ungdomsrådet bedre kjent i UNN
- «samarbeid med andre ungdomsråd»

De andre forslagene vil også bli tatt med.

UR-12/18 CAPA, prosjekt i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Bakgrunn for saken: Ungdomsrådet er forespurt om å delta i et forbedringsprosjekt i BUP/ BUPA. Mariann har på vegne av rådet deltatt på 2-dagers seminar på Sommarøya i slutten av mars. Ideen bak CAPA (The Choice and Partnership Approach) er at alle som henvises skal ha en første time. Ingen skal avvises. I første time blir veien videre bestemt. Det viser seg at de alvorlige sakene vises bedre, ventelister går ned og færre pasienter trenger behandling over tid i BUP. Pasienter som skal til et annet nivå/annen enhet får raskere og mer korrekt behandling. Det ble vist en video som forklarer ordningen rundt det å få en avklaringstime. Dette er en ny organisering av BUP-tilbudet. Det er viktig å fokusere på ungdommens historie og ikke tenke på diagnose så tidlig og i første time.

Konklusjon: CAPA er internasjonalt og tas nå i bruk i mange land. Tilpasning til denne metodikken i BUP/BUPA vil bli vurdert og evaluert underveis. Ungdomsrådet stiller seg til rådighet i det videre arbeidet ved BUP/BUPA ved ungdomsrepresentant Oda Kjærvik. Saken er tatt til orientering.

UR-13/18 Ny folkehelsemelding 2019, referat fra innspillmøte med statsråd Åse Michaelsen

Bakgrunn for saken: Rådet var invitert til innspillmøte med Eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen 5. april. Tema var innspill til ny folkehelsemelding som legges fram våren 2019. Mariann og Elisabeth representerte rådet da ingen av ungdommene kunne stille på så kort varsel som vi fikk. Mariann holdt innlegg med følgende hovedmoment: Ungdomshelse er viktig for den enkelte ungdom, men også for samfunnet sett i et forebyggingsperspektiv. For å styrke ungdomshelse trengs oppbygging av et nasjonalt fagmiljø innen ungdomshelse.

Konklusjon: Det kan fremdeles gis innspill til ny folkehelsemelding via siden til regjeringen.no <http://folkehelsemelding.regjeringen.no/>

UR-14/18 Rekruttering

Bakgrunn for saken: Rekruttering står på rådets agenda framover siden det er nyvalg i 2019 og at rådet for tiden har en ledig varaplass. Dersom medlemmene i rådet hører at noen har lyst å stille enten til de ledige plassene vi har pr dags dato, eller er interessert i å søke ved valg av nytt råd i årsskiftet er det bare å be dem om å ta kontakt. Kontaktinformasjon ligger på hjemmesiden til Ungdomsrådet på UNN.no.

Konklusjon: Ny rekrutteringsprosess starter utpå høsten. Det vil bli tatt kontakt med brukerorganisasjoner i den anledning. Planen er å ha nytt råd klart rett over nyåret.

UR-15/18 Helgesamling til høsten

Bakgrunn for saken: Ungdomsrådet har en årlig helgesamling. Samlingen må planlegges så snart som mulig, og det ønskes et samarbeid med ungdomsrådet i Bodø. Det planlegges å invitere med koordinatorene for rådene i Finnmark og Helgeland. Svalbard, Finnmark/Hammerfest eller Alta, Svolvær/Borg leirsted, Narvik og Sommarøy er kommet opp som foreløpige forslag. Følgende helger er foreslått: første helg i september, siste helg i september og første helg i oktober.

Konklusjon: Den første helga i september foretrekkes av de fleste som var tilstede på møtet. Muligheter vil bli undersøkt nærmere i samarbeid med ungdomsrådet i Bodø. Mariann og Elisabeth jobber videre med saken.

UR-16/18 Facebook opprettelse og vurdering av løsningen

Bakgrunn for saken: Siden er opprettet men må utvikles videre. Blant annet er det behov for flere «likes». Mathias deler en lenke til siden på den lukka gruppa vi har på Facebook. Det må også lages en beskrivelse som kort presenterer ungdomsrådet.

Konklusjon: Det vil bli jobbet med siden framover og nye bilder og saker vil bli lagt ut. Det vil bli lagt lenker til andre ungdomsråd. Andre saker på facebooksiden til UNN kan være aktuelt å dele på rådets side. Alle oppfordres til å like og gjøre andre oppmerksomme på siden.

UR-17/18 Frivillighet i UNN v/Nina Moe-Nilssen

Bakgrunn for saken: Nina er i en helt ny stilling som Frivillighetskoordinator på UNN. Hun startet i stillingen i oktober og har siden da jobbet med Frivillighet i UNN– «det lille ekstra» for pasienten.

Ideologien i dette arbeidet er at de frivillige ikke er opptatt av hva som feiler pasienten og opptrer ikke som helsepersonell. Frivilligheten har et overordnet mål: «Samarbeid med organisasjoner, foreninger, bedrifter og enkeltpersoner skal bidra til at pasientene opplever en bedre sykehushverdag». Frivillige som ønsker og kan delta som frivillig, skal gjennom rekruttering og utvelgelse, og de vil få opplæring og oppfølging underveis. Frivillige kan gjøre mye i sykehus: gå tur, følge mellom behandlinger, gi trygghet i mottak, servering, skape hygge, aktiviteter for barn og ungdommer, gjøre sosiale aktiviteter sammen som for eksempel gå på fotballkamp.

Konklusjon: Ungdom som ligger på sykehus har ofte ikke kontakt med andre ungdommer som er innlagt. Vi tror at unge gjerne vil være sammen med unge, og ungdommer er derfor også ønsket som frivillige. Det er ønskelig at Ungdomsrådet melder inn hvilke behov pasienter og pårørende kan ha, og som kan imøtekommes av frivillige.

Ungdomsrådet kan også dele info på facebook om rekruttering til frivilligheten som pågår i disse dager.

UR-18/18 Eventuelt

Verdensdagen for psykisk helse: Tema for dagen er «Å være raus». Ungdomsrådet er spurt om rådet v/Regine Elvevold har anledning til å komme for å holde innlegg. Regine er positiv til forespørselen. Dagene går av stabelen 11. og 12. oktober.

Neste møte i Ungdomsråd UNN er helgesamling mest sannsynlig første helga i september.

Fra: Birger Bjørnstad[Birger.Bjornstad@kvafjord.kommune.no]
Dato: 07.05.2018 11:25:14
Til: postmottak@tromsfylke.no; Postmottak UNN (post@unn.no)
Kopi: Sør-Troms regionråd; Karin Eriksen; Merete Hessen; Torbjørn Larsen
Tittel: 2018/507/Kvæfjord kommune - melding om vedtak: Fødselsomsorg

Til:

Styret i Helse Nord, Nord-Norge HF, Postboks 1445, 8038 Bodø
Styret ved UNN, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Postboks 100, 9038 Tromsø

Kopi:

Sør-Troms regionråd, c/o Harstad kommune, Postboks 1000, 9479 Harstad

Kvæfjord kommunestyre har under K-sak 18/18 *Interpellasjon fra Karin Eriksen (SP): Fødselsomsorg* fattet slikt

VEDTAK:

Kvæfjord kommunestyre krever et trygt og likeverdig fødetilbud over hele landet og en bedre omsorg for mor og barn både før, under og etter fødsel.

Gravide kvinner og kvinner i fødsel har fått stadig lengre vei til fødetilbud fordi helseforetakene med skiftende regjeringers godkjenning har lagt ned fødeavdelinger og fødestuer på lokalsykehus. Det praktiseres også sommerstenging av fødeavdelinger flere steder i Norge. Sommerstemning har over flere år vært praktisert ved UNN Harstad og UNN Narvik.

Som et resultat av nedbygging av fødetilbudet har avstandene økt, og antall fødsler som skjer utenfor sykehus er nesten doblet de siste tretti årene. Samtidig er kapasiteten på de store sykehusene sprengt, og mange fødende blir sendt hjem uten overnatting etter fødsel. Nå planlegger nåværende regjering at mødre og nyfødte skal sendes hjem ned mot 6 timer etter fødsel. Dette i kombinasjon med nedprioritering av helsesøstertilbudet i mange kommuner. Situasjonen gjør at ikke alle kvinner får det tilbudet de har behov for.

Kvæfjord kommunestyre krever et godt utbygd og desentralisert tilbud til fødende kvinner, som er åpent hele året. Trygg og tilgjengelig fødselsomsorg i hele Norge er avgjørende for god helse og et godt familieliv, kvinners rettigheter, reduserte klasseforskjeller og grunnlag for bosetting over hele landet.

Antall fødsler som skjer utenfor sykehus er nesten doblet de siste tretti årene. Mens ansvarlige politikere for noen få år siden insisterte på at sentralisering var tryggere og bedre, viser det seg nå at risikoen for at barnet skal dø i forbindelse med fødsel er dobbelt så stor dersom fødselen skjer utenfor sykehus. Å føde i privatbiler og taxi er altså på ingen måte bedre enn ved små føde- avdelinger på lokalsykehus. Det er et paradoks at dyr i Norge har bedre vern mot fødsel under transport enn norske kvinner.

Fødeavdelingene ved de store sykehusene har for liten kapasitet. Dette fører til at selve fødesituasjonen blir dårligere. Alt for ofte har jordmødrene ansvar for mere enn én kvinne i aktiv fødsel samtidig. Mor og barn får heller ikke det barseltilbudet de trenger. På Haukeland planlegger de for eksempel å sende 40 % av kvinnene hjem uten overnatting etter fødsel. Nedprioritering av helsesøstertjenesten i kommunene gjør at man flere steder ikke oppfyller kravene om hjemmebesøk i barselperioden.

Fysisk og psykisk restitusjon etter fødsel og hjelp til amming er viktige forutsetninger for kvinners og barns helse, både på kort og på lang sikt. Forebygging og oppfølging må skje både på fødeavdeling og via helsestasjoner. Kvinner som har født, har for eksempel mer enn dobbel så høy risiko for å trenge psykisk helsehjelp de tre første månedene etter fødselen enn senere. De siste ti årene har andelen spedbarn i

Norge som ammes gått nedover. Norske undersøkelser viser også sosial ulikhet i amming. Det legges dermed et grunnlag for sosial ulikhet i helse allerede i spedbarnsalder.

Et godt utbygd og desentralisert tilbud til fødende kvinner, som er åpent hele året, er avgjørende for god helse og et godt familieliv, kvinners rettigheter, reduserte klasseforskjeller og grunnlag for bosetting over hele landet.

--

Melding om kommunens vedtak sendes kun i form av denne epost

mvh
Birger Bjørnstad
Rådgiver
Kvæfjord kommune

Nord-Troms Regionråd DA



Til
UNN HF
Helse Nord
Helse- og omsorgsdepartementet

UTTALELSE VEDRØRENDE DISTRIKTSMEDISINSK SENTER NORD-TROMS

Igjen opplever befolkningen i Nord-Troms usikkerhet rundt vårt tilbud om spesialisthelsetjenester. Først kommer styrevedtaket om kutt i sykestuesenger til regionen. Så legges det opp et forslag overfor styret i UNN HF om og dreie driften av områdegeriatrik tjeneste (OGT) ved DMS Nord-Troms fra døgn til dag. Dette vanskeliggjør drift av andre tjenester ved DMS Nord-Troms som f.eks fødestuetilbudet. OGT er ryggraden i DMS Nord-Troms og et bortfall av denne tjenesten vil true hele driften ved DMS.

Nord-Troms Regionråd viser til stortingsvedtak i 2015 der en ber regjeringen sikre at befolkningen i Nord-Troms, i kommunene Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord og Kvænangen, får likeverdige spesialisthelsetjenester, og at det blir lagt til rette for helsetjenester utenfor sykehus i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Stortinget ber regjeringen i nasjonal helse- og sykehusplan beskrive former for og utvikling i samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om spesialisthelsetjenestetilbud.

Nord-Troms regionråd krever at UNN HF tar hensyn til stortingsvedtaket i 2015 og sikrer videre døgnkontinuerlig drift av spesialisthelsetjenester for befolkningen ved distrikt medisinsk senter Nord-Troms.

Nord-Troms 8. mai 2018

Svein O. Leiros
ordfører Kåfjord kommune

Ørjan Albrigtsen
ordfører Skjervøy kommune

Adr.: Hovedveien 2, 9151 Storslett
Tlf. 77 58 82 79, Org. nr. 979 470 452
E-post: regionrad@ntroms.no
www.nordtromsportalen.no



Knut Jentoft
ordfører Storfjord kommune

Dan-Håvard Johnsen
ordfører Lyngen kommune

Øyvind Evanger
ordfører Nordreisa kommune

Eirik L. Mevik
ordfører Kvænangen kommune

Kontaktperson:
Øyvind Evanger mobil: 91 789548

Kopi:

- Tromsbenken
- Media



MØTEREFERAT

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

Dato: Mandag 14.5.2018 kl 13.30-15.20
Sted: Møterom PET-senter, G-921
Tilstede: Kirsti Baardsen, Paul Dahlø, Laila Edvardsen og Cathrin Carlyle
Forfall:
Fra adm: Leif Hovden (adm.sjef) og Hilde Anne Johannessen (administrasjonskonsulent/referent)

BAU 33/18 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 30.5.2018

Det var kun utkast til én styresak som var oversendt BAU fredag 11.5.2018. Administrasjonssjefen gjorde BAU oppmerksom på at det vil bli innkalt til og gjennomført et samlet drøftings- og medvirkningsmøte for de øvrige sakene onsdag 23.5.2018 kl 14.00- 15.30, altså etter utsending av styresakene.

Utbyggingssjef Tor-Arne Hansen, drifts- og eiendomssjef Grethe Andersen og konstituert kvalitets- og utviklingssjef Elin Gullhav møtte.

Addendum til konseptfase for Nye UNN Narvik:

Utbyggingssjef Tor-Arne Hansen orienterte. De ønsker god brukermedvirkning i prosjektet, og vil ta dette med også i neste fase. BUs leder kom med innspill om deltakelse også av representanter fra Ungdomsrådet. Organisasjonsutviklingsperspektivet som har vært vektlagt i større utbyggings- og rokadeprosjekter må heller ikke bli glemt når det gjelder brukermedvirkning.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at saken fremmes for behandling i styret, med de innspill som fremkom.

Øvrig om brukermedvirkning i prosesser

Arbeidsutvalget inviterte til en dialog om brukermedvirkning generelt.

Drifts- og eiendomssjef Grethe Andersen orienterte om arealplanarbeidet ved UNN Breivika som tar utgangspunkt i strategisk utviklingsplan. Prosjektet er i sin første fase. BU savner brukermedvirkning i fase 2 og fase 3, og første del i prosessen kan være at Drifts- og eiendomsavdelingen gir Brukerutvalget en grundig gjennomgang av Arealplanen slik at de har innsikt i forløpet.

Kst. kvalitets- og utviklingssjef Elin Gullhav mener at Virksomhetsplanlegging 2019 og Oppdragsdokumentet kan være nyttige å gjennomgå for Brukerutvalget. Kvalitetsutvalget ønsker om mulig inntil to brukerrepresentanter med i slikt arbeid, for å sikre kontinuitet i arbeid som går over tid.

BAU 34/18 Opplæring av nytt Brukerutvalg

Administrasjonssjefen redegjorde for at det ikke er lagt opp til felles opplæring fra RHFets side. Derfor må hvert HF ha sin brukervedvirkningsopplæring. Det ble orientert om hvordan opplæring tidligere har blitt gjennomført, og hva som er viktig for Brukerutvalget å ha kunnskap om:

- Brukervedvirkningshåndboken er utgangspunktet for opplæringen, der både mandat og arbeidsmåte er beskrevet.
- Saksflyten i UNN og hvordan BU kan påvirke en sak før beslutning tas, er viktige prosesser å få fram.
- Kvalitets- og virksomhetsplanen må presenteres bredt, ettersom den vil være utgangspunkt for mye av det BU vil etterspørre.
- Kontinuerlig forbedring som metode må presenteres kort.
- Tidligere leder i Brukerutvalget kan bidra under opplæringsdelen.

For at det ikke skal bli for mye å fordøye for det nye Brukerutvalget, ble det foreslått å legge presentasjon av kommunikasjonsplanen, arealplan for UNN Breivika samt orientering om frivillighetsplanen til første møte etter sommerferien.

BAU vurderer å dele opp møte den 13. juni 2018 slik at oppstart blir på ettermiddagen den 12.juni 2018 et par timer, og resterende den 13. juni 2018 ref etterfølgende sak.

BAU 35/18 Forslag til dagsorden for BU-møte 13.6.2018 samt opplæring 12.6.2018

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

Oppstart 12.6.2018 kl 17.00-19.30	Ansvar	
<u>Opplæring, del 1 - brukervedvirkning</u>		
- Presentasjonsrunde av medlemmene i brukervedvirkning	BU-leder	Motivasjon for vervet
- Kontinuerlig forbedring	Direktør/ rådgiver	Foretrukket metodisk arbeidsmåte i UNN
- Gjennomgang av tema fra brukervedvirkningshåndboken		
- årshjul	Adm. sjef	Hvordan oppstår en sak i UNN?
- mandat		Hva er BUs rolle?
- saksflyt		Hvordan medvirke til god saks kvalitet?
- Hvordan ønsker BU at medvirkningsoppdraget skal løses?	BU-leder m/ tidl. BU- leder	Om formell og reell brukervedvirkning i enkeltsaker og på systemnivå
- Har BU en foretrukket arbeidsmåte?		
Middag i Pingvinhotelllets restaurant kl. 19.30	Adm. konsulent	

Oppstart 13.6.2018 kl 09.00	Ansvarlig	
1. Godkjenning av innkalling og sakliste		
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 18.4.18		Vedlegg
3. Brukermedvirkning – opplæring del 2	BU-leder	
<u>Direktørens time</u> - presentasjon av UNN - oppdragsdokument - dialogavtale - kommende styresaker	Direktøren	Kl. 9.30-10.30
-Kvalitets- og virksomhetsplanen	Stabssjef + KvalUt-sjef	Kl. 10.30-11.15
Lunsj		Kl. 11.15-12.00
Opplæring (forts.) - Prosjektoppnevninger	BU-leder	
4. Oppnevning av brukerrepresentant i Sykehusapotekets BU		
5. Referatsaker: -Referat fra BAU 9.4.2018 -Årsrapport 2017 for Ungdomsrådet -Referat fra møte i Ungdomsrådet 18.4.2018 -Referat fra BAU 14.5.2018 -Referat fra møte i BAU 4.6.2018		

Beslutning

Foreløpig dagsorden til neste BU-møte besluttet endelig i BAU-møtet 4.6.2018.

BAU 36/18 Eventuelt

Ingen saker



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
52/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	30.5.2018
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 18.5.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør