



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Møtetid

Tirsdag 12. februar 2019 kl 18.00

Onsdag 13. februar 2019 kl 08.00

Møtested

Bodø, møterom på Scandic Havet



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Møterom på Scandic Havet, Bodø
Dato: 12.2.2019 kl 18.00 og
13.2.2019 kl 08.00

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	
Erik Arne Hansen	Medlem	
Grete Kristoffersen	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Johan Ailo Kalstad	Medlem	
Marianne Johnsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Sverre Håkon Evju	Medlem	
Thrina Loennechen	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Kirsti Baardsen	Observatør	Leder Brukerutvalget

ST 1/2019 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 1/2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 2/2019	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 12.12.2018
ST 3/2019	Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 4/2019	Tertialrapport byggeprosjekt – 3. tertial 2018
ST 5/2019	Tilsynsrapport 3. tertial 2018
ST 6/2019	Virksomhetsplan 2019 – oppfølging
ST 7/2019	Reduksjon av strykninger til operasjoner ved UNN
ST 8/2019	UNN Åsgård – Tilstandsvurdering av bygningsmassen
ST 9/2019	Status i prosessen vedrørende salg av Åsgårdmarka
ST 10/2019	Dialogavtale mellom styret og administrerende direktør
ST 11/2019	Justering av lønn til konst.administrerende direktør 2018 (<i>ettersendes</i>)
ST 12/2019	Oppsummering av styrets beslutningssaker 2018
ST 13/2019	Styrets evaluering av eget arbeid
ST 14/2019	Oppnevning av valgstyre
ST 15/2019	Orienteringssaker

Skriftlige orienteringer

1. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra UNN
2. Prioritering av investeringssaker i UNN
3. Kontinuerlig forbedring
4. Status i arbeidet med ambulansebåtstrukturen i Bjarkøy

Muntlige orienteringer

5. Pasienthistorie
6. Suicidalitetsarbeidet ved UNN
7. Videre oppfølging av PwC-rapporten fra 2018

ST 16/2019	Referatsaker
	1. Oppsummering etter regional samling for Ungdomsrådene i Helse Nord RHF, datert 19.-21.10.2018 2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 20.11.2018 3. Uttalelser fra Fagforbundet vedrørende ambulansebåt i Bjarkøy og inntektsfordelingsmodell til helseforetakene kveler sykehusøkonomien, datert 29.11.2018 4. Uttalelser fra Kvæfjord formannskap vedrørende svekkelse av ambulansetjenesten i våre distrikter, datert 3.12.2018 5. Brev fra Eldrerådet i Lavangen kommune til UNN vedrørende ambulansesituasjonen Lavangen-Salangen, datert 11.12.2018 6. Brev til styret UNN - Førjulsbrev fra øyriket, datert 12.12.2018

7. Brev fra UNN til Lavangen kommune vedrørende ambulansesituasjonen Lavangen-Salangen, datert 17.12.2018
8. Åpent brev til UNN med samarbeidspartnere fra Øyriket, datert 29.12.2018
9. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 28.1.2019
10. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 29.1.2019
11. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 30.1.2019
12. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 6.2.2019
13. Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord, datert 19.12.2018

ST 17/2019

Eventuelt

Ansgar Gabrielsen (s.)
styreleder

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
2/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig:	Leif Hovden	Saksbehandler: Leif Hovden

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 12.12.2018

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 12.12.2018.

Tromsø, 1.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

Møteprotokoll fra styremøte 12.12.2018


MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: Styrerommet G 914
 Dato: 12.12.2018
 Tid: kl 9.00-14.35

Navn	Funksjon	Merknader
Ansgar Gabrielsen	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Anne Sissel Faugstad	Medlem	
Erik Arne Hansen	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Johan Ailo Kalstad	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Thrina Loennechen	Medlem	
Vibeke Haukland	Medlem	
Marianne Johnsen	Medlem	
Paul Dahlø	Observatør	<i>Brukerutvalgets nestleder</i>

Forfall:

Grete Kristoffersen	Medlem
Sverre Håkon Evju	Medlem

Fra administrasjonen møtte:

Marit Lind	konstituert administrerende direktør
Einar Bugge	konst. viseadministrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef, Stabssenteret (<i>styrets sekretær</i>)
Bjørn-Yngvar Nordvåg	klinikksjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Eva-Hanne Hansen	klinikksjef ved Operasjons- og intensivklinikken
Jon Mathisen	klinikksjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Kate Myreng	klinikksjef ved Diagnostisk klinikk
Kristian Bartnes	klinikksjef ved Hjerte- og lungeklinikken
Markus Rumpsfeld	klinikksjef ved Medisinsk klinikk
Per-Ivar Kaaresen	konst. klinikksjef ved Barne- og ungdomsklinikken
Rolv-Ole Lindsetmo	klinikksjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Siren Hoven	fung. klinikksjef ved Psykisk helse- og rusklinikken
Elin Gullhav	konst. kvalitets- og utviklingssjef
Grethe Andersen	drifts- og eiendomssjef (<i>Skype</i>)
Gry Andersen	driftsleder ved UNN Narvik
Gøril Bertheussen	stabssjef
Lars Øverås	økonomisjef, Stabssenteret
Stig Bakken	seksjonsleder Økonomistyring, Stabssenteret
Ruben Sletteng	avdelingsleder ved Psykisk helse- og rusklinikken

ST 94/2018 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 12.12.2018 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i **uthevet kursiv**):

Saksnr.	Innhold
ST 94/2018	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 95/2018	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 15.11.2018
ST 96/2018	Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2018
ST 97/2018	Nye hovedindikatorer for UNN (behandles etter sak 95)
ST 98/2018	Arealplan for UNN Breivika – utsettelse av gjennomføring
ST 99/2018	Mottak av gave
ST 100/2018	Virksomhetsplan 2019 (behandles etter sak 97)
ST 101/2018	Orienteringssaker
	<i>Skriftlige orienteringer</i>
	1. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra UNN
	<i>Muntlige orienteringer</i>
	1. Pakkeforløp psykisk helse for voksne og barn samt rusområdet
	2. Arealkonsekvenser for UNN (inngår i sak 98)
	3. Resultatkvalitet (presentasjon)
	4. Sentralt driftsstyringsanlegg ved PET-senteret
ST 102/2018	Referatsaker
	1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 23.10.2018
	2. Saksprotokoll fra Harstad kommunestyre vedrørende oppfølging av vedtak om nedleggelse av ambulansebåten, datert 22.11.2018
	3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 26.11.2018
	4. Brev fra UNN til Helse Nord RHF vedrørende søknad om forlenget finansiering til kjøp av radiofarmaka for PET-undersøkelser, datert 28.11.2018
	5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 27.11.2018
	6. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 28.11.2018
	7. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 5.12.2018
	8. Felles samarbeidsavtale mellom fire regionale helseforetak og organisasjonene Røde Kors og Norsk folkehjelp
	9. Brev til UNN og Fylkesmannen i Troms fra Fylkesstyret i KS Troms vedrørende uttalelse knyttet til akuttmedisinsk beredskap, datert 5.12.2018
	10. Protokoll fra drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende virksomhetsplanen for 2019, datert 6.12.2018
ST 103/2018	Eventuelt

I tråd med styrets ønske, presenterte Medisinsk klinikk v/ klinikkssjef Markus Rumpsfeld følgende faglige tema kl. 11-12:

- *Antibiotikastyring på UNN – kampen mot resistens v/ avd. leder Gunnar Skov Simonsen.*
- *Samvalgssenteret – nasjonal innføring av samvalg v/ nasjonal prosjektleder Steinar Pedersen samt konstituert leder Kirsti Rakkenes.*
- *Pasientsentrert helsetjenesteteteam v/ lege Marte Broks, sekr. Beate Solbakken m.fl.*
- *Simulering som kvalitetsverktøy i mottak v/ overlege/ PHD Trine Olsen.*

ST 95/2018 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 15.11.2018
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.12.2018

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 15.11.2018.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 15.11.2018.

ST 96/2018 Kvalitets- og virksomhetsrapport for oktober
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.12.2018

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for oktober 2018* til orientering.
2. Styret ser alvorlig på den økonomiske situasjonen i UNN og ber direktøren intensivere tiltaksarbeidet for å snu den økonomiske utviklingen.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for oktober 2018* til orientering.
2. Styret ser alvorlig på den økonomiske situasjonen i UNN og ber direktøren intensivere tiltaksarbeidet for å snu den økonomiske utviklingen.

ST 97/2018 Nye hovedindikatorer for UNN (ble behandlet etter sak 95)
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.12.2018

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende hovedindikatorer for virksomhetsstyringen i 2019:
 1. Epikriser sendt innen 1 døgn og innen 7 døgn etter utskrivelse fra døgnopphold (andeler)
 2. Gjennomføring av kreftpakkeforløp innen anbefalt forløpstid (andel)
 3. Pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet (andel)
 4. Sykefravær (andel)
 5. Regnskapsresultat
2. Styret forutsetter at indikatorene brukes til fortløpende virksomhetsstyring i tavlemøter på foretaks-, klinikk- og avdelingsnivå.
3. Styret ber om rapportering på indikatorene i de månedlige Kvalitets- og virksomhets-rapportene.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende hovedindikatorer for virksomhetsstyringen i 2019:
 1. Epikriser sendt innen 1 døgn og innen 7 døgn etter utskrivelse fra døgnopphold (andeler)
 2. Gjennomføring av kreftpakkeforløp innen anbefalt forløpstid (andel)
 3. Pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet (andel)
 4. Sykefravær (andel)

5. Regnskapsresultat

2. Styret forutsetter at indikatorene brukes til fortløpende virksomhetsstyring i tavlemøter på foretaks-, klinikk- og avdelingsnivå.
3. Styret ber om rapportering på indikatorene i de månedlige Kvalitets- og virksomhets-rapportene.

ST 98/2018 Arealplan UNN Breivika – utsettelse av tiltak **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.12.2018**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) utsetter arealplan fase 1 på grunn av manglende investeringsrammer.
2. Styret tar til etterretning RHF-styrets vedtak om å utløse reserven (*P85-rammen*) i A-fløya for å dekke det totale overforbruket i forhold til P50-rammen i A-fløya og PET-senteret, og at prosjektene i forlengelse av A-fløya dermed står uten finansiering.
3. Styret tar til etterretning RHF-styrets vedtak om at prosjektinnrammingen for arealplan Breivika fase 2 og 3 tidsmessig justeres slik at det rekkefølgemessig kommer etter nybyggprosjektene ved Nye UNN Narvik, Finnmarksykehuset HF Hammerfest, Psykisk helse- og rus Tromsø og Helgelandssykehuset HF.
4. Styret vurderer konsekvensene av de samlede utsettelsene av *Arealplan Breivika* som store. Styret ber om at det til neste styremøte legges frem en langsiktig plan for å øke egne investeringsrammer for å sikre egenfinansieringen i planen, og vurdere muligheter for å fremskynde deler av planen ved hjelp av egne investeringsrammer.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) utsetter arealplan fase 1 på grunn av manglende investeringsrammer.
2. Styret tar til etterretning RHF-styrets vedtak om å utløse reserven (*P85-rammen*) i A-fløya for å dekke det totale overforbruket i forhold til P50-rammen i A-fløya og PET-senteret, og at prosjektene i forlengelse av A-fløya dermed står uten finansiering.

3. Styret tar til etterretning RHF-styrets vedtak om at prosjektinnrammingen for arealplan Breivika fase 2 og 3 tidsmessig justeres slik at det rekkefølgemessig kommer etter nybyggprosjektene ved Nye UNN Narvik, Finnmarksykehuset HF Hammerfest, Psykisk helse- og rus Tromsø og Helgelandssykehuset HF.
4. Styret vurderer konsekvensene av de samlede utsettelsene av *Arealplan Breivika* som store. Styret ber om at det til neste styremøte legges frem en langsiktig plan for å øke egne investeringsrammer for å sikre egenfinansieringen i planen, og vurdere muligheter for å fremskynde deler av planen ved hjelp av egne investeringsrammer.

ST 99/2018 Gavebrev fra Trond Mohn vedrørende gave til ny computertomografi (CT)-skanner
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.12.2018

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar å akseptere en pengegave fra Trond Mohn til anskaffelse av computertomografi (CT)-skanner og oppgradering av eksisterende CT.
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 ber direktøren vurdere en hensiktsmessig prosess for utskifting og oppgradering av eksisterende CT, med sikte på gjenbruk av denne.

Enstemmig vedtatt.

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar å akseptere en pengegave fra Trond Mohn til anskaffelse av computertomografi (CT)-skanner og oppgradering av eksisterende CT.
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 ber direktøren vurdere en hensiktsmessig prosess for utskifting og oppgradering av eksisterende CT, med sikte på gjenbruk av denne.

ST 100/2018 Virksomhetsplan 2019

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.12.2018

Direktørens endrete innstilling til vedtak (endringer i kursiv og med gjennomstrekning):

1. Styret for Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den framlagte virksomhetsplanen for 2019 med tilhørende budsjett og omstillingstiltak, risikovurdert og vektet til 171 mill kr.

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2017	Justert budsjett 2018 (JB)	Prognose 2018	Vedtatt budsjett 2019 (VB)	Endring VB 2019 - JB 2018
Basisramme	4 631,1	4 804,5	4 804,5	4 959,0	154,5
Kvalitetsbasert finansiering	31,4	27,7	27,7	25,6	-2,1
ISF egne pasienter	1 537,7	1 695,0	1 595,0	1 680,3	-14,7
Isf av biologiske legemidler utenfor sykehus	54,1	84,0	69,0	91,0	7,0
Gjestepasientinntekter	38,7	37,5	40,2	37,0	-0,5
Polikliniske inntekter	199,9	171,7	150,7	152,8	-18,9
Utskrivningsklare pasienter	23,1	23,3	23,6	31,0	7,7
Raskere tilbake	30,7	0,0	5,2	0,0	0,0
Andre øremerkede tilskudd	258,1	366,9	366,9	240,5	-126,4
Andre inntekter	397,3	390,6	419,0	415,2	24,6
SUM driftsinntekter	7 202,1	7 601,3	7 501,9	7 632,4	31,1
Kjøp av offentlige helsetjenster	249,3	201,3	214,2	212,5	11,2
Kjøp av private helsetjenester	73,0	55,3	52,2	41,1	-14,2
Varekostnader knyttet til aktivitet	736,7	808,1	828,1	851,4	43,3
Innleid arbeidskraft (fra firma/private)	101,2	34,7	135,0	15,6	-19,0
Lønn til fast ansatte	3 336,6	3 750,2	3 563,6	3 896,3	146,1
Vikarer	320,3	184,0	285,9	188,8	4,8
Overtid og ekstrahjelp	304,2	373,1	358,0	272,2	-101,0
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	699,8	686,8	686,7	637,2	-49,6
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-279,4	-260,8	-269,2	-259,2	1,7
Annen lønn	330,6	336,9	335,6	331,6	-5,3
Avskrivninger	206,1	227,0	227,0	291,0	64,0
Andre driftskostnader	1 078,7	1 167,2	1 129,7	1 115,9	-51,3
Sum driftskostnader	7 157,2	7 563,8	7 546,6	7 594,4	30,6
Driftsresultat	44,9	37,5	-44,7	38,0	0,5
Finansinntekter	10,0	10,0	7,8	12,0	2,0
Finanskostnader	-0,9	-7,5	-13,0	-10,0	-2,5
Finansresultat	9,1	2,5	-5,2	2,0	-0,5
Ordinært resultat	54,0	40,0	-50,0	40,0	0,0

2. Styret er *opptatt* av sammenhengen mellom aktivitetsdata, aktivitetsstyring, bemanningsplan og budsjett gradvis blir bedre, men understreker behovet for kontinuerlig forbedring i denne delen av planarbeidet.
3. ~~Styret godkjenner en revidering av plantallene innen aktivitet.~~
4. Styret vedtar investeringsplanen for 2019 slik den foreligger i saksutredningen.
5. Styret ber direktøren om å utarbeide en sak som viser sammenhengen mellom arealplan, lav investeringsramme og omprioriteringer innenfor investeringsrammen til styremøtet i februar.

6. Styret aksepterer at det på grunn av manglende investeringsramme vil ligge en risiko i økte ventelister, og dermed økt antall pasienter som velger bort UNN. Styret ber direktøren iverksette tiltak for å unngå dette.
7. Styret ber direktøren sikre at det utarbeides fullstendige tiltakslistene inkludert justerte plantall i alle klinikker, og legge dette frem for styret i neste møte.
8. Direktøren bes jobbe systematisk med stabilisering av kritisk helsepersonell, kartlegge hvorfor ansatte slutter samt utvikle gode og forutsigbare stabiliserings og rekrutteringstiltak.

Styreleder tok saken opp til punktvis behandling.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret for Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den framlagte virksomhetsplanen for 2019 med tilhørende budsjett og omstillingstiltak, risikovurdert og vektet til 171 mill kr.

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2017	Justert budsjett 2018 (JB)	Prognose 2018	Vedtatt budsjett 2019 (VB)	Endring VB 2019 - JB 2018
Basisramme	4 631,1	4 804,5	4 804,5	4 959,0	154,5
Kvalitetsbasert finansiering	31,4	27,7	27,7	25,6	-2,1
ISF egne pasienter	1 537,7	1 695,0	1 595,0	1 680,3	-14,7
Isf av biologiske legemidler utenfor sykehus	54,1	84,0	69,0	91,0	7,0
Gjestepasientinntekter	38,7	37,5	40,2	37,0	-0,5
Polikliniske inntekter	199,9	171,7	150,7	152,8	-18,9
Utskrivningsklare pasienter	23,1	23,3	23,6	31,0	7,7
Raskere tilbake	30,7	0,0	5,2	0,0	0,0
Andre øremerkede tilskudd	258,1	366,9	366,9	240,5	-126,4
Andre inntekter	397,3	390,6	419,0	415,2	24,6
SUM driftsinntekter	7 202,1	7 601,3	7 501,9	7 632,4	31,1
Kjøp av offentlige helsetjenster	249,3	201,3	214,2	212,5	11,2
Kjøp av private helsetjenester	73,0	55,3	52,2	41,1	-14,2
Varekostnader knyttet til aktivitet	736,7	808,1	828,1	851,4	43,3
Innleid arbeidskraft (fra firma/private)	101,2	34,7	135,0	15,6	-19,0
Lønn til fast ansatte	3 336,6	3 750,2	3 563,6	3 896,3	146,1
Vikarer	320,3	184,0	285,9	188,8	4,8
Overtid og ekstrahjelp	304,2	373,1	358,0	272,2	-101,0
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	699,8	686,8	686,7	637,2	-49,6
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-279,4	-260,8	-269,2	-259,2	1,7
Annen lønn	330,6	336,9	335,6	331,6	-5,3
Avskrivninger	206,1	227,0	227,0	291,0	64,0
Andre driftskostnader	1 078,7	1 167,2	1 129,7	1 115,9	-51,3
Sum driftskostnader	7 157,2	7 563,8	7 546,6	7 594,4	30,6
Driftsresultat	44,9	37,5	-44,7	38,0	0,5
Finansinntekter	10,0	10,0	7,8	12,0	2,0
Finanskostnader	-0,9	-7,5	-13,0	-10,0	-2,5
Finansresultat	9,1	2,5	-5,2	2,0	-0,5
Ordinært resultat	54,0	40,0	-50,0	40,0	0,0

2. Styret er opptatt av at sammenhengen mellom aktivitetsdata, aktivitetsstyring, bemanningsplan og budsjett gradvis blir bedre, men understreker behovet for kontinuerlig forbedring i denne delen av planarbeidet.
3. Styret vedtar investeringsplanen for 2019 slik den foreligger i saksutredningen.
4. Styret ber direktøren om å utarbeide en sak som viser sammenhengen mellom arealplan, lav investeringsramme og omprioriteringer innenfor investeringsrammen til styremøtet i februar.
5. Styret aksepterer at det på grunn av manglende investeringsramme vil ligge en risiko i økte ventelister, og dermed økt antall pasienter som velger bort UNN. Styret ber direktøren iverksette tiltak for å unngå dette.
6. Styret ber direktøren sikre at det utarbeides fullstendige tiltakslistene inkludert justerte plantall i alle klinikker, og legge dette frem for styret i neste møte.
7. Styret ber direktøren jobbe systematisk med stabilisering av kritisk helsepersonell, kartlegge hvorfor ansatte slutter samt utvikle gode og forutsigbare stabiliserings og rekrutteringstiltak.

ST 101/2018 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.12.2018

Innstilling til vedtak:

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

Skriftlige orienteringer

1. 3-3a-varsler til Statens helsetilsyn fra UNN

Muntlige orienteringer

2. Pakkeforløp psykisk helse for voksne og barn samt rusområdet
3. Arealkonsekvenser for UNN (*inngikk i sak 98*)
4. Resultatkvalitet (presentasjon)
5. Sentralt driftsstyringsanlegg ved PET-senteret

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 102/2018 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.12.2018

Innstilling til vedtak:

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

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 23.10.2018
2. Saksprotokoll fra Harstad kommunestyre vedrørende oppfølging av vedtak om nedleggelse av ambulansebåten, datert 22.11.2018
3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 26.11.2018
4. Brev fra UNN til Helse Nord RHF vedrørende søknad om forlenget finansiering til kjøp av radiofarmaka for PET-undersøkelser, datert 28.11.2018
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 27.11.2018
6. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 28.11.2018
7. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 5.12.2018
8. Felles samarbeidsavtale mellom fire regionale helseforetak og organisasjonene Røde Kors og Norsk folkehjelp
9. Brev til UNN og Fylkesmannen i Troms fra Fylkesstyret i KS Troms vedrørende uttalelse knyttet til akuttmedisinsk beredskap, datert 5.12.2018
10. Protokoll fra drøftingsmøte 2 med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende virksomhetsplanen for 2019, datert 6.12.2018

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 103/2018 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.12.2018

Ingen saker ble meldt.

Tromsø, 12.12.2018

Ansgar Gabrielsen
styreleder

Helga Marie Bjerke
nestleder

Anne Sissel Faugstad

Erik Arne Hansen

Grete Kristoffersen

Jan Eivind Pettersen

Johan Ailo Kalstad

Marianne Johnsen

Per Erling Dahl

Sverre Håkon Evju

Thrina Loennechen

Vibeke Haukland



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
3/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Stig Arne Bakken

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord – Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for desember 2018* til orientering.

Bakgrunn

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

Formål

Kvalitets- og virksomhetsrapporten skal gi nødvendig ledelsesinformasjon om status i UNN sett opp mot eiers krav og interne satsningsområder.

Saksutredning

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

Medvirkning

Ettersom rapporten ikke var ferdigstilt til medvirknings- og drøftingsmøtene i uke 5, var det kun kvalitetsparametrene som ble gjenstand for gjennomgang. Det ble ikke bedt om egen drøfting knyttet til selve styresaken og resterende del av rapporten, men tilslutning til direkte oversendelse for styrets behandling.

Vurdering

I desember 2018 var det 6 631 varsel om *AML-brudd*. Dette er en økning på 14 % i forhold til desember 2017. Ingen av klinikkene klarte denne måneden å oppnå måltallet, som er en reduksjon på 50% fra samme måned i fjor. Det sendes ut detaljerte rapporter til alle klinikker

samt Drift- og eiendomssenteret hver måned, og det oppleves at det er stort fokus på å redusere antall varsel om AML-brudd i samtlige klinikker og sentre. Til tross for dette ha man for hele 2018 hatt en økning i varslede AML-brudd på ca. 10 % fra 2017. Dette er hele 38 000 brudd over måltall.

UNNs totale sykefravær i desember 2018 er på 8,3 % og ligger 0,8 prosentpoeng over plantall på 7,5 %. I desember 2017 var sykefraværet 9,3 %. Dette utgjør en reduksjon på 1,0 prosentpoeng.

I november 2018 lå sykefraværet på 7,7 %. Fraværet er dermed økt med 0,6 prosentpoeng fra forrige måned. Det registreres at det er det mellomlange fraværet som utgjør økningen. Økning i sykefraværspersent mellom november/desember, er en utvikling som samsvarer med trenden vi har sett de siste årene. Så langt vi kan se tilbake (2012), har det ikke vært registrert lavere sykefraværspersent i desember måned.

Årsaker til sykefravær er sammensatt, det er derfor usikkerhet knyttet til identifisering av faktorer som kan forårsake svingninger i sykefraværet. På aggregert UNN nivå vil usikkerheten være større enn på lokalt avdelings-/seksjonsnivå. Identifisering av årsaker og iverksetting av tiltak, bør derfor foregå på riktig nivå.

Oppholdstid akuttmottak – 92 % av pasientene hadde oppholdstid under 4 timer, noe som er innenfor måltallet. Det har vært gjort en grundig gjennomgang av et antall pasienter med lang oppholdstid, og det ble avdekket mange ulike årsaker til dette. Det er gjennomført møter hvor en rekke forbedringstiltak blir fulgt opp.

Antall fristbrudd var over måltallet ved årets utgang. Dette skyldes kapasitetsproblemer innen flere fagområdet. De har vært en økning av antall henvisninger til Psykisk helse og rusklinikken mot slutten av året, og det forventes flere fristbrudd i Tromsø i tiden som kommer. Klinikken har holdt stillinger vakante for å oppnå budsjettbalanse og kapasiteten er ikke tilstrekkelig for å håndtere økningen.

Flere av klinikkene har fortsatt ikke lyktes i å sanere feilregistreringer av henvisninger i pasientjournalene, til tross for fokus på opplæring. Det iverksettes nye tiltak.

Tvang psykisk helsevern voksne – andel pasienter hvor tvangsmiddelbruk er benyttet er innenfor måltallet.

Kreftpakkeforløp - andel i pakkeforløp var 80,5 % og andel innenfor frist 67,2%. Utfordringer med MR- og operasjonskapasitet er vedvarende. Kapasitetsutfordringer på undersøkelser og mangel på radiologer medfører lang vente- og svartid. MR er spesielt utfordrende på grunn av at det pågår oppgradering av en av våre maskiner. Prosessen tar sannsynligvis 4 uker lengre tid enn planlagt, og vil være ferdig rundt 18. mars. Det gjennomføres dobbelt skift med kveldspoliklinikk 4 dager pr. uke, ekstra poliklinikk i helger, bruk av PET MR (primært til prostata) 2 ganger pr uke for å redusere ventelisten samt kjøp fra private (Aleris). Det henstilles til klinikere om å bruke lokalsykehus i større grad. Forskningsprosjekter utsettes i første omgang, mens oppgradering av maskinen pågår. Det pågår et samarbeid med UiT om etablering av MR kjernefasilitet.

Når det gjelder operasjonskapasitet besluttet direktøren før jul en økning med tre innslusete operasjonsstuer i uken til ø-hjelp, hvilket vil frigi tre elektive stuer. Disse skal prioriteres til dels ortopedi, dels kreftkirurgi og iverksettes senest fra 1.3.19.

Som tidligere er det de urologiske krefttypene og tykk- og endetarmskreft som er hovedutfordringene i UNN. For prostata er det gjort grundig utredning og planlegging av MR-

behov, og der tas etterslepet nå gradvis inn over de neste ukene. Om operasjonskapasiteten blir tilstrekkelig gjenstår å se. Det arbeides også med en rekke tiltak for å redusere strykninger.

Pakkeforløp psykisk helsevern- Det pågår et stort og krevende arbeid med å få på plass organisering og rutiner for de første pakkeforløpene for psykisk helse og rus. Mye er fortsatt uklart og ikke på plass. DIPS har ikke laget registreringsverktøyet for forløpene, og det vil ikke bli gjennomført registreringer før langt ut på våraparten 2019. Dette gjelder for alle foretakene i Helse Nord.

Utskrivningsklare pasienter – Innenfor somatikken har det vært en svært positiv utvikling for Tromsø kommune med en betydelig reduksjon av utskrivningsklare liggedøgn.

Endelig *økonomisk* resultat for 2018 er ikke klart før ca. 20.2.2019. Det vil komme få endringer, og resultatet framstilt i tabellen i rapporten er tilnærmet lik prognosen gitt i oktober og november (regnskapsresultat = -48,4 mill kr og budsjettavvik -88,4 mill kr, prognosen var -50/-90 mill kr).

Aktiviteten målt i pasientkontakter øker innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) målt i forhold til samme periode i fjor og også målt i forhold til plantall for 2018. Dette er en ønsket utvikling da UNN ligger lavere enn landsgjennomsnittet innenfor dette tjenesteområdet. Også de øvrige tjenesteområdene øker i forhold til 2017 målt i pasientkontakter. Liggedager øker innen BUP og PHV, mens for TSB og somatikk er det en reduksjon i forhold til 2017. Røntgen og laboratoriene har en stor, uønsket økning i undersøkelser og analyser.

Den gylne regel tilsier en høyere vekst/lavere reduksjon innen psykisk helse og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn i somatikk. Dette måles på fire områder.

Månedsverk: Oppfylt for alle, unntatt TSB.

Økonomi: ikke klar, som følge av årsavslutning.

Konsultasjoner: Ikke oppfylt med unntak av TSB.

Ventetid: Oppfylt. UNN vil underregulere ISF innen TSB/ psykiatri for 2019 for å ytterligere stimulere til oppfyllelse av *den gylne regel*.

Konklusjon

Kvalitets- og virksomhetsrapporten viser at UNN innenfor en rekke områder jobber godt. Den gylne regel er ikke oppfylt på alle områder, noe som ikke er ønskelig.

Tromsø, 7.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Kvalitets – og virksomhetsrapport desember



KVALITET

TRYGGHET

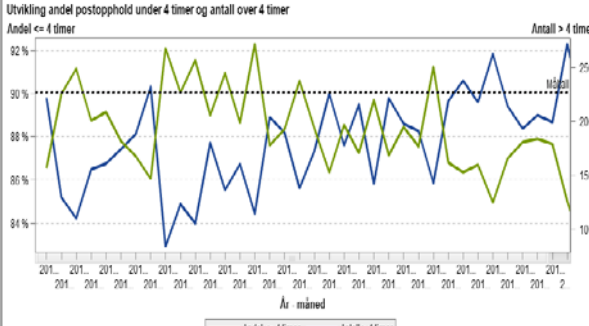
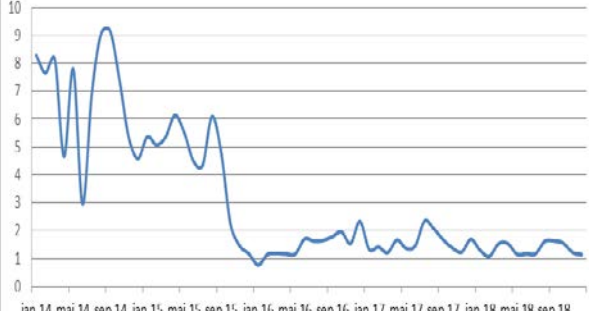
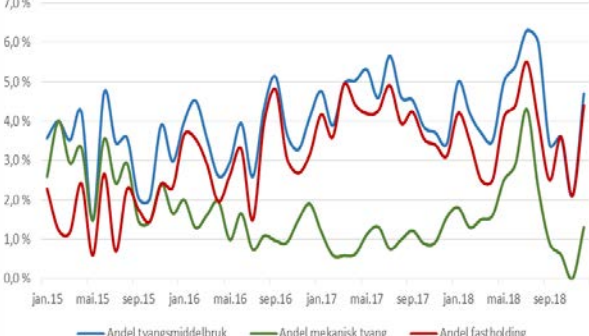
RESPEKT

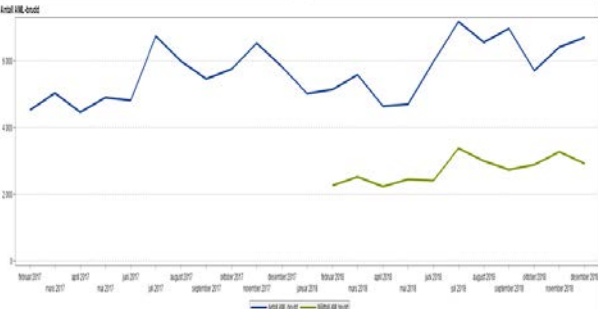
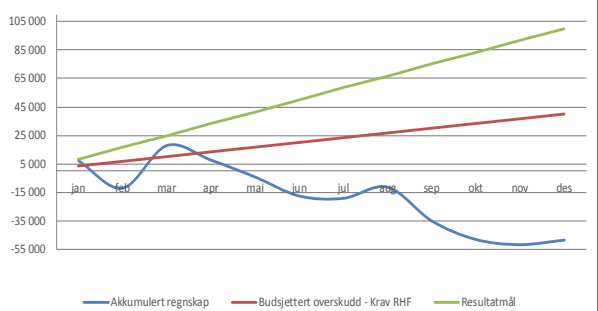
OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	5
Pakkeforløp – kreftbehandling	5
Pasientsikkerhetsprogrammet	7
Ventelister	10
Ventetid	10
Fristbrudd	11
Korridorpasienter	12
Strykninger	13
Epikrisetid	13
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern	14
Oppholdstid i akuttmottaket	14
Aktivitet	15
Somatisk virksomhet	16
Psykisk helsevern voksne	18
Psykisk helsevern barn og unge	18
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	19
Den gylne regel	19
Samhandling	20
Utskrivningsklare pasienter	20
Bruk av pasienthotell	22
Personal	24
Bemanning	24
Sykefravær	27
AML-brudd	27
Kommunikasjon	29
Sykehuset i media	29
Økonomi	30
Resultat	30
Likviditet	32
Investeringer	33
Byggeprosjekter	33

Hovedindikatorer

Oppholdstid i akuttmottak postopphold, desember Måltall: 90 % Andel under 4 timer: 92 % Antall over 4 timer: 126	Utvikling andel postopphold under 4 timer og antall over 4 timer 
Antall fristbrudd som står på venteliste ved utgangen av desember Måltall: 0 45	
Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid, desember Måltall: 70 % Andel i pakkeforløp: 80,5 % Andel innenfor frist: 67,2 %	Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp hittil i år. Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling hittil i år.
Tvang psykisk helsevern – voksne desember Måltall: 5 % Andel pasienter hvor tvangsmiddelbruk er benyttet totalt: 4,7 % Andel mekanisk tvang: 1,3 %	

Sykefravær, desember Måltall: 7,5 % 8,3 %	
AML brudd, desember Måltall: 2909 Antall AML-brudd: 6700	
Budsjettavvik, desember -88,3 mill kr	

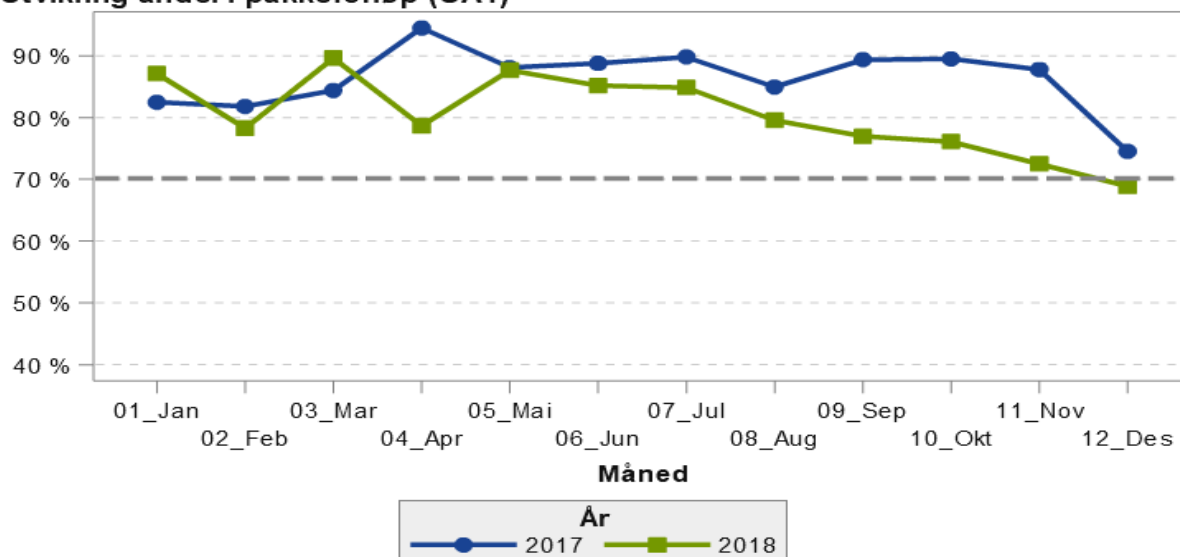
Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling

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

Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp

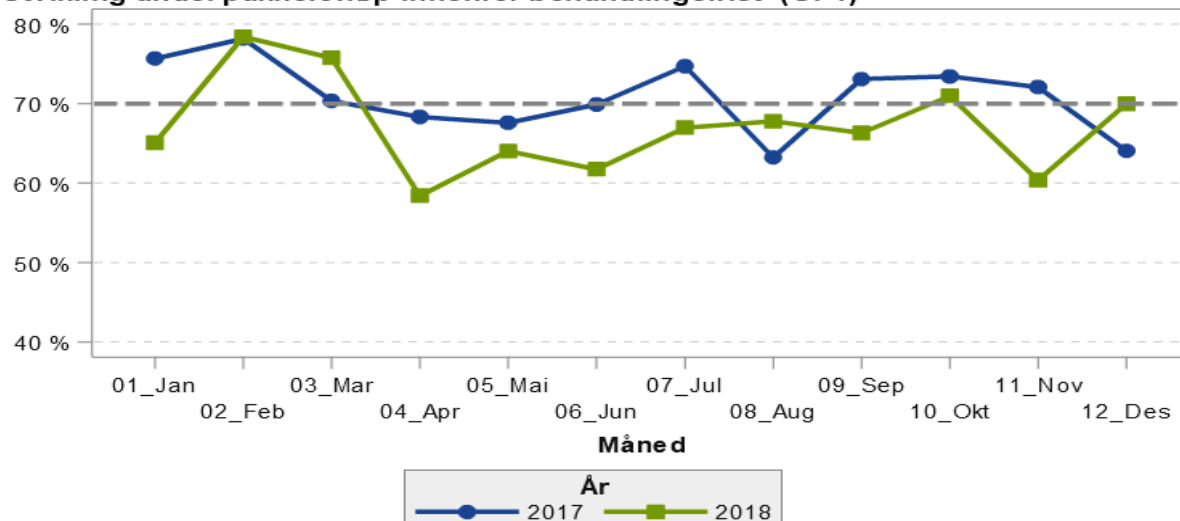
Utvikling andel i pakkeforløp (OA1)



Eventuelle justeringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist

Utvikling andel pakkeforløp innenfor behandlingsfrist (OF4)



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

Pakkeforløp	Behandlingstype	Antall innen std forløpstid	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	Andel innen frist
Total		786	1170	67,2%
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	13	14	92,9%
Blærekreft	Kirurgi	34	57	59,6%
Blærekreft	Medikamentell behandling	5	14	35,7%
Blærekreft	Strålebehandling	0	1	0,0%
Brystkreft	Kirurgi	82	133	61,7%
Brystkreft	Medikamentell behandling	34	42	81,0%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	7	11	63,6%
Bukspyttkjertelkreft	Medikamentell behandling	5	9	55,6%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	32	35	91,4%
Eggstokkreft (ovarial)	Medikamentell behandling	4	6	66,7%
Føflekkreft	Kirurgi	63	79	79,7%
Galleveiskreft	Kirurgi	3	4	75,0%
Galleveiskreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Hjernekreft	Kirurgi	23	23	100,0%
Hjernekreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Hjernekreft	Strålebehandling	1	2	50,0%
Hode- halskreft	Kirurgi	45	52	86,5%
Hode- halskreft	Medikamentell behandling	1	2	50,0%
Hode- halskreft	Strålebehandling	12	23	52,2%
Kreft hos barn	Kirurgi	3	3	100,0%
Kreft hos barn	Medikamentell behandling	7	8	87,5%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	4	12	33,3%
Kreft i spiserør og magesekk	Medikamentell behandling	14	16	87,5%
Kreft i spiserør og magesekk	Strålebehandling	4	6	66,7%
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	Medikamentell behandling	2	2	100,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	10	11	90,9%
Livmorhalskreft (cervix)	Medikamentell behandling	0	2	0,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Strålebehandling	4	5	80,0%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	32	34	94,1%
Livmorkreft (endometrie)	Medikamentell behandling	2	2	100,0%
Lungekreft	Kirurgi	21	38	55,3%
Lungekreft	Medikamentell behandling	34	43	79,1%
Lungekreft	Strålebehandling	54	66	81,8%
Lymfomer	Medikamentell behandling	39	59	66,1%
Lymfomer	Strålebehandling	6	10	60,0%
Myelomatose	Medikamentell behandling	8	9	88,9%
Nevroendokrine svulster	Kirurgi	1	1	100,0%
Nyrekreft	Kirurgi	13	35	37,1%
Nyrekreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Peniskreft	Kirurgi	3	6	50,0%
Peniskreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgi	0	4	0,0%
Prostatakreft	Kirurgi	27	51	52,9%
Prostatakreft	Medikamentell behandling	12	33	36,4%
Sarkom	Kirurgi	2	2	100,0%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	21	35	60,0%
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	2	4	50,0%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	72	134	53,7%
Tykk- og endetarmskreft	Medikamentell behandling	3	4	75,0%
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	18	24	75,0%

***Rødt** markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standardforløpstid.

Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Status Pasientsikkerhetsprogrammet 3. tertial 2018

De obligatoriske tiltakene i innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet rapporteres nå iverksatt ved alle sengepostene. Mange spesialavdelinger har iverksatt tilpassede tiltak. Et eksempel på dette er forebygging av trykksår i ambulanseavdelingen eller ved operasjonsavdelingene. Her vil ikke de generelle tiltakene gjelde, men man må allikevel være oppmerksom på trykksårfare og handle deretter.

GTT

UNN har målt andel pasientskader ved bruk av metoden Global trigger tool (GTT) siden 2011. Dette måles ved at et team gjennomgår 20 tilfeldig uttrukne journaler pr måned. Det kan se ut til at det er en nedgang i antall skader ved UNN. For 2016 fant man en eller flere skader ved 18,5 % av innleggelsene. For 2017 var tallet 13,3 % og for 1. tertial 2018 var andel skader 11,25 %.

Tavler

28 av 41 enheter oppgir at de har pasientsikkerhetstavler. Tavlemøtene er et godt redskap for å holde oppmerksomhet på egne resultater innenfor pasientsikkerhetsarbeidet, og bidrar til kulturendring.

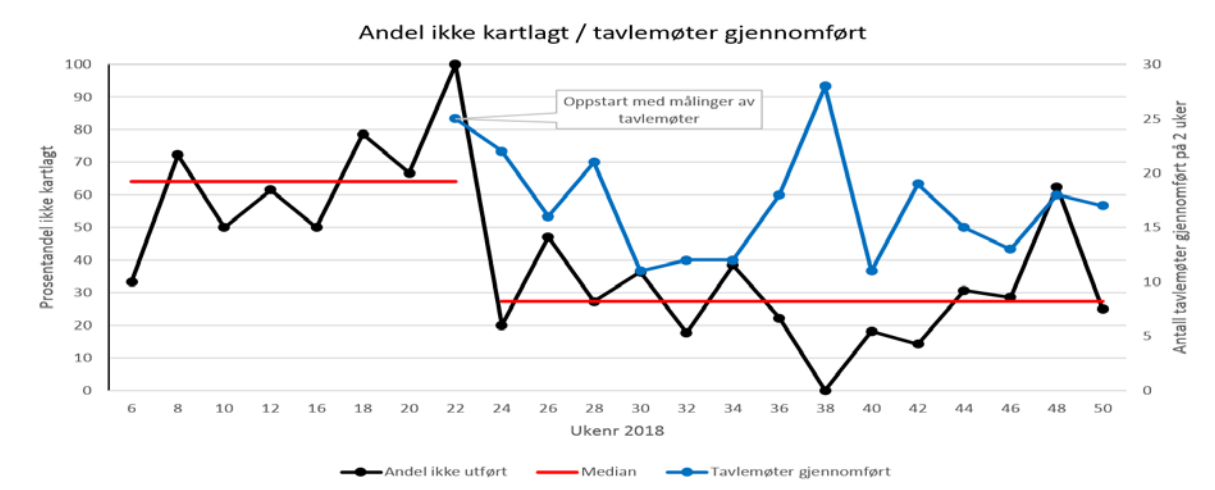
Stadig flere enheter tar i bruk risikotavler. Her fokuseres den enkelte pasients risikoområder og oppfølgingen av disse.

Bildet under viser Dr. Silje Lehne Michalsen, Spl. Kine Eilertsen og Dr. Henriette Pisani Sundhagen som gjennomfører tavlemøte på Medisin B, Harstad.



Medisin A, Harstad har målt effekten av risikotavlemøter på manglende ernæringscreening. Median for de som ikke var kartlagt sank fra 64 % til 27 %.

Figur 3 Andel ikke kartlagt/tavlemøter gjennomført

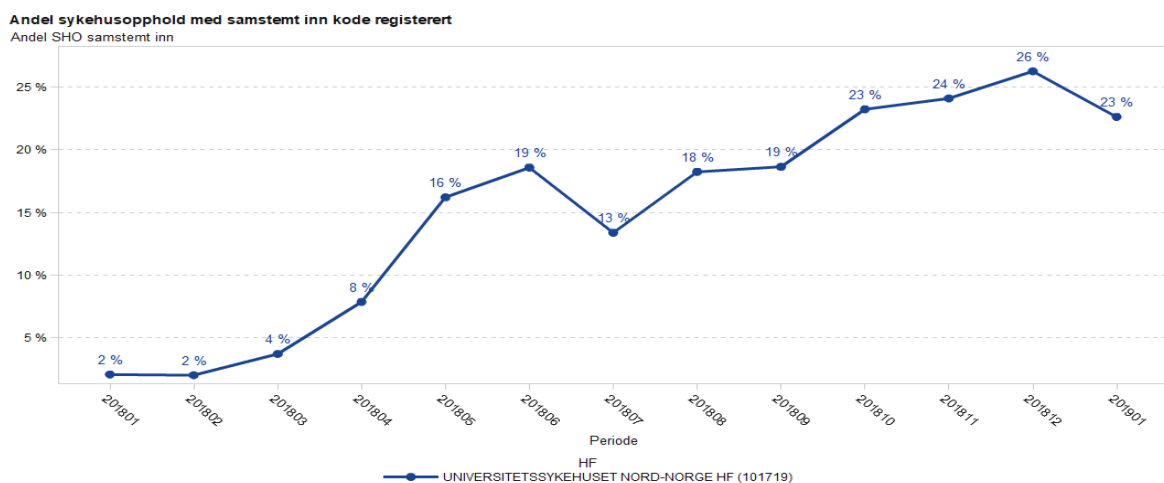


Legemiddelsamstemming

Dette området beskrives spesielt, da det i løpet av 2018 er utarbeidet felles regionale rutiner for hvordan samstemming av legemiddellister skal gjennomføres. De nye prosedyrene inkluderer oppdatering av DIPS medikasjon og registrering av tjenestekode for rapportering. Implementeringsplan for legemiddelsamstemming er utarbeidet og presentert på intranett som prioritert informasjon på forsiden. Det er også utviklet et kort e-læringskurs som beskriver hvordan samstemmingen skal utføres.

Det er utviklet en rapport i Helse Nord Ledelsesinformasjonssystem (HN LIS) basert på registrerte tjenestekoder for legemiddelsamstemming ved innleggelse. Her vises utviklingen ved UNN for 2018 (kilde: HN LIS, rapport LMS).

Figur 4 Andel sykehusopphold med samstemt inn-kode registrert



For 2. tertial var andel registrert samstemt for hele UNN 17 % og for 3. tertial 23 %. Det er imidlertid stor variasjon mellom enhetene. Det understrekes at disse tallene kan gi et for negativt bilde, da mange enheter følger rutinene uten å ha fått på plass et system for registrering av tjenestekodene. Det blir viktig å følge opp implementeringsplanen i 2019 for å få legemiddelsamstemming godt implementert i hele UNN.

Nye innsatsområder

Sepsis på sengepost: Nasjonalt læringsnettverk startet i desember 2018 og infeksjonsmedisinsk seksjon er UNN-pilot. Videre tiltak og spredning i UNN vil bli vurdert når læringsnettverket er avsluttet.

Trygg utskrivning: Sengepost for gynekologi, urologi, endokrin kirurgi og plastikkirurgi er pilot ved UNN. De har gjort et grundig forarbeid, men har enda ikke på plass den strukturerte utskrivningssamtalen. Som en forberedelse til videre spredning, er det kartlagt hvor mange enheter som benytter strukturerte utskrivningssamtaler. 8 somatiske enheter og 6 enheter i Psykisk helse og rusklinikken har oppgitt at de gjennomfører strukturerte utskrivningssamtaler. Dette er et område det bør satses videre på i 2019.

Ventelister

Tabell 2 Venteliste

	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Pasienter på venteliste	9 701	9 266	9 398	132	1
...herav med fristbrudd	100	29	45	16	55
...herav med ventetid over 365 dager	142	34	40	6	18
Gjennomsnittlig ventetid dager	66	57	57	0	0
Ikke møtt til planlagt avtale	1 644	1 621	1 159	-462	-29

Tabell 3 Avvikling av venteliste hittil i år

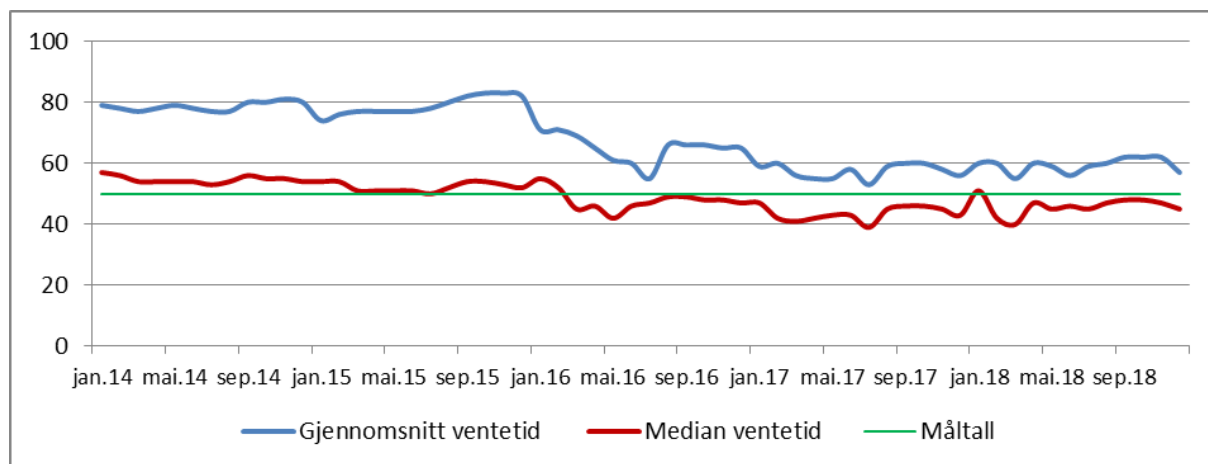
	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Pasienter som er tatt til behandling fra venteliste - hittil i år	48 424	46 746	44 932	-1 814	-4
...herav med fristbrudd	686	708	604	-104	-14,7
Andel - avviklet ordinært	96	100	100	0	0

Ventetid

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

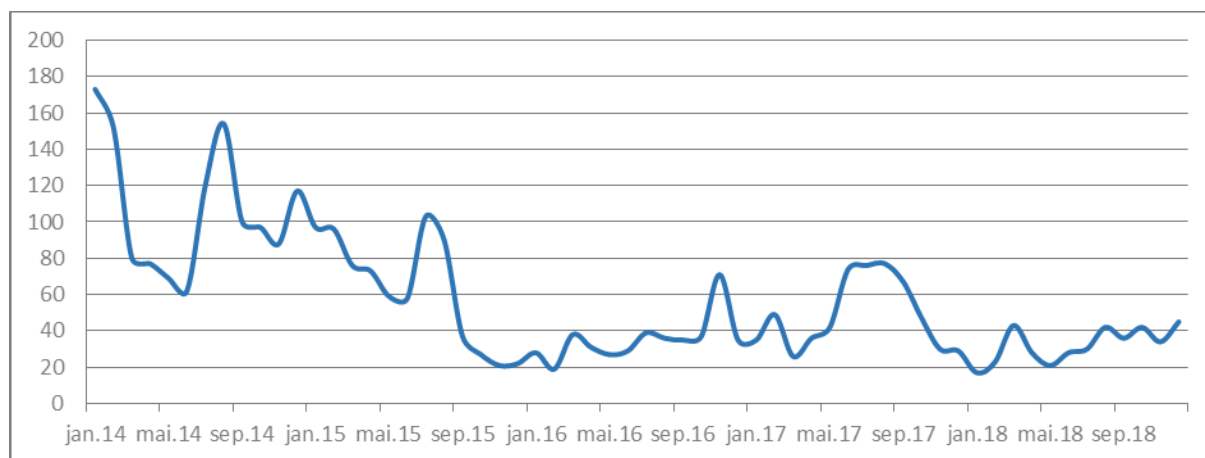
	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	65	56	57	1	2
Median ventetid i dager	47	43	45	2	5

Figur 5 Trend gjennomsnitt og median ventetid for alle pasienter



Fristbrudd

Figur 6 Antall fristbrudd målt ved utgangen av hver måned

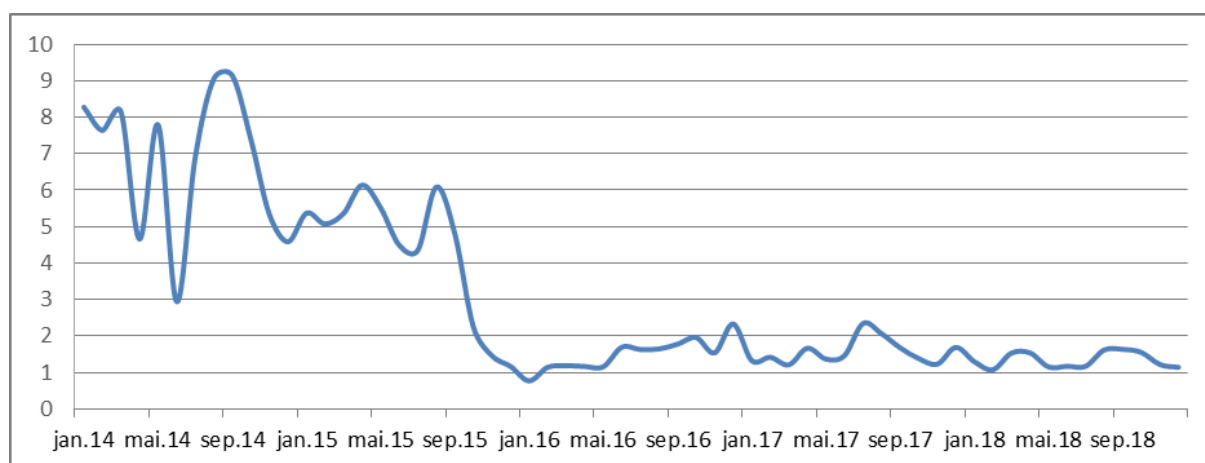


Tabell 5 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av desember 2018

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	7	420	1,7 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	10	1 957	0,5 %
Medisinsk klinikk	5	829	0,6 %
Hjerte- og lungeklinikken	2	569	0,4 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	21	3 986	0,5 %
UNN	45	7 761	0,6 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

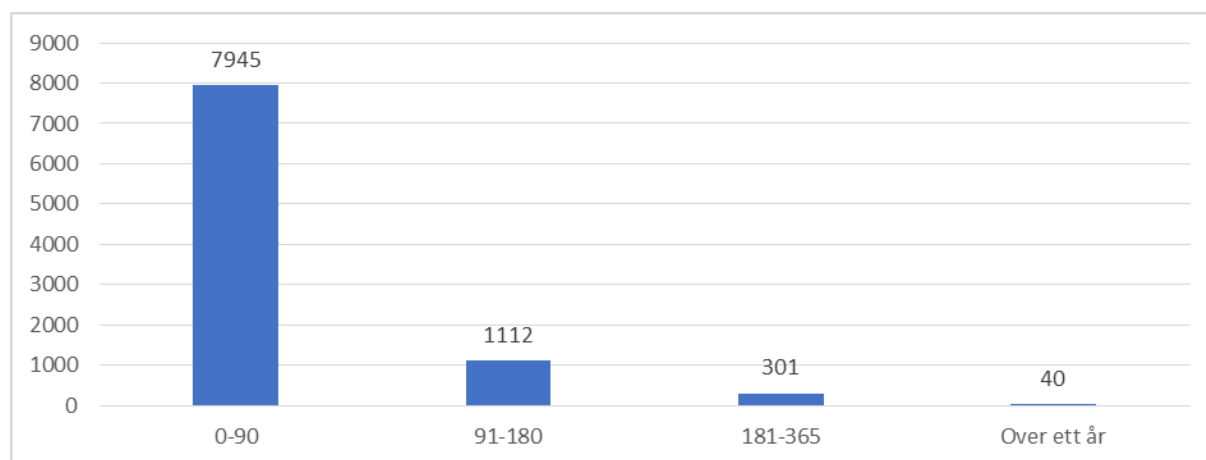
Figur 7 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 6 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

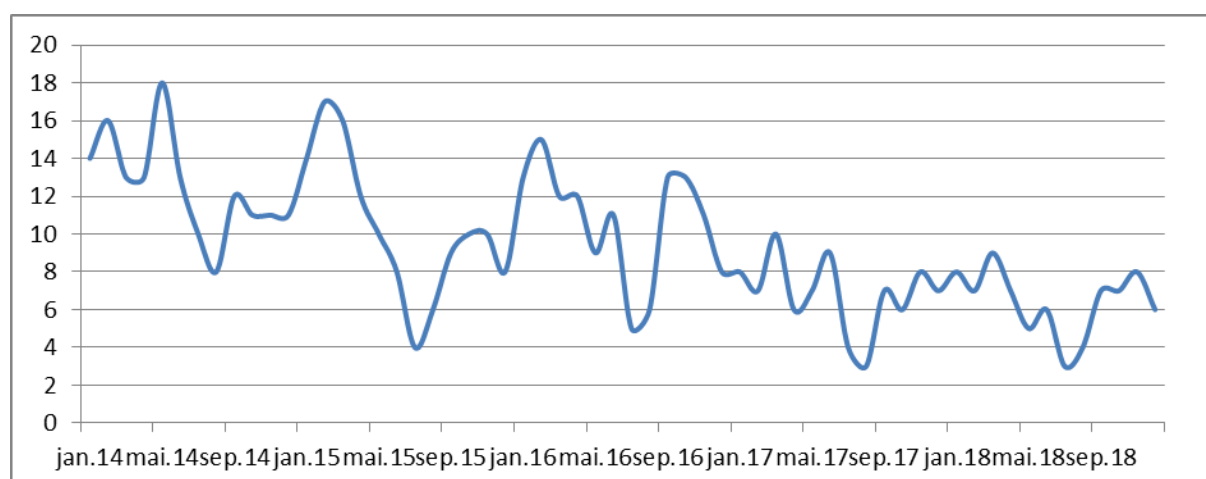
Klinikk	nov.18	des.18
Barne- og ungdomsklinikken	0	0
Hjerte- og lungeklinikken	2	2
Medisinsk klinikk	7	1
Psykisk helse- og rusklinikken	2	5
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	18	8
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18	17
UNN	47	33

Figur 8 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)



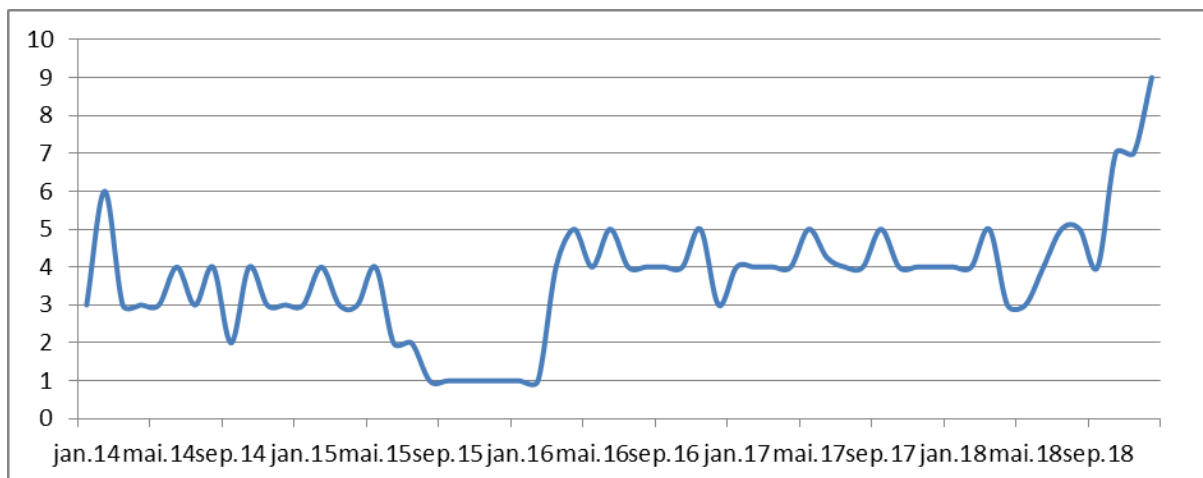
Korridorpasienter

Figur 9 Korridorpasienter – somatikk (gjennomsnitt per dag per måned)



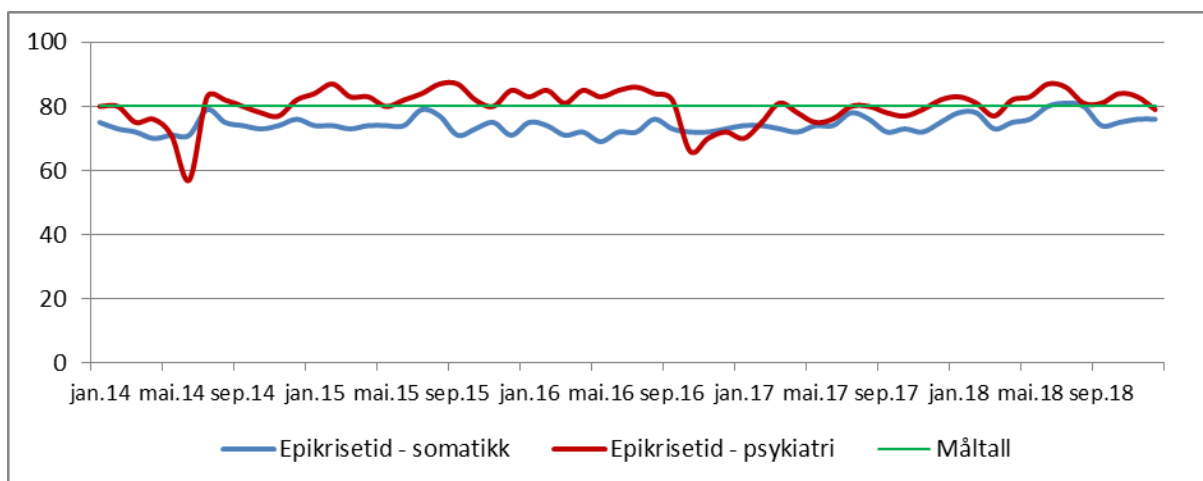
Strykninger

Figur 10 Strykninger samme dag av planlagte operasjoner (prosent)



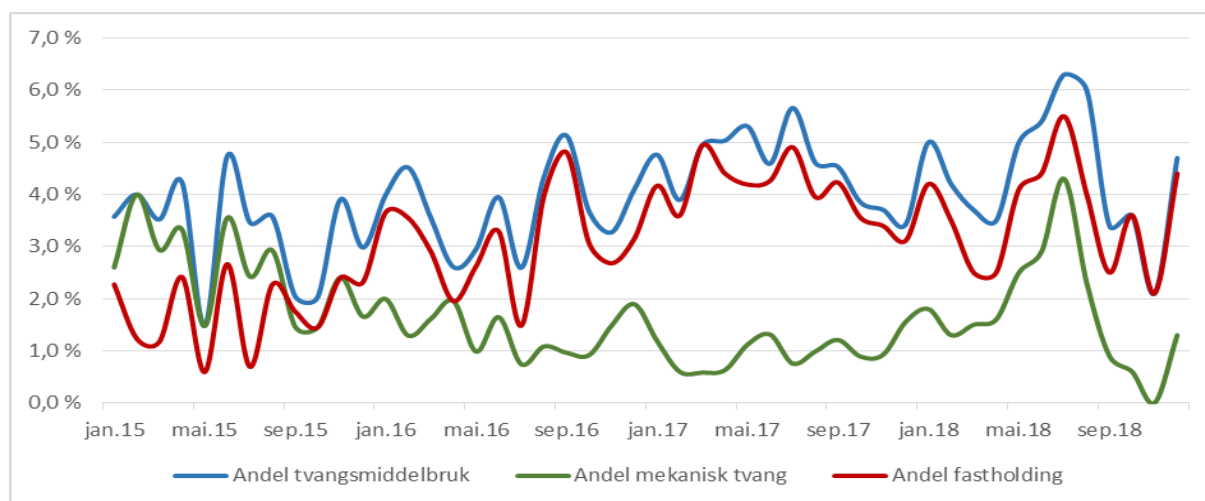
Epikrisetid

Figur 11 Epikriser - andel sendt innen syv dager



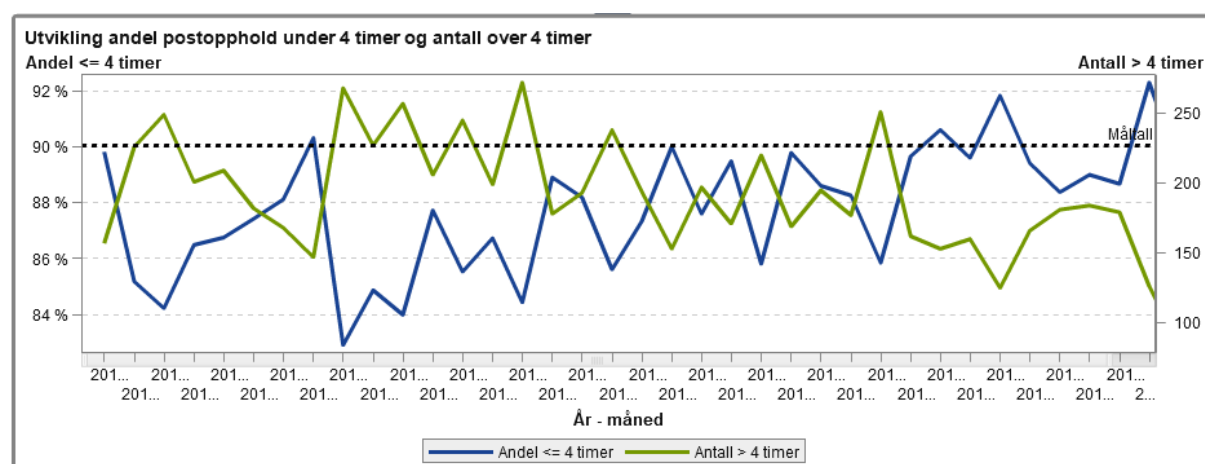
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

Figur 12 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern (nasjonal indikator)



Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 13 Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer og antall over 4 timer)



Aktivitet

Tabell 7 Aktivitet UNN

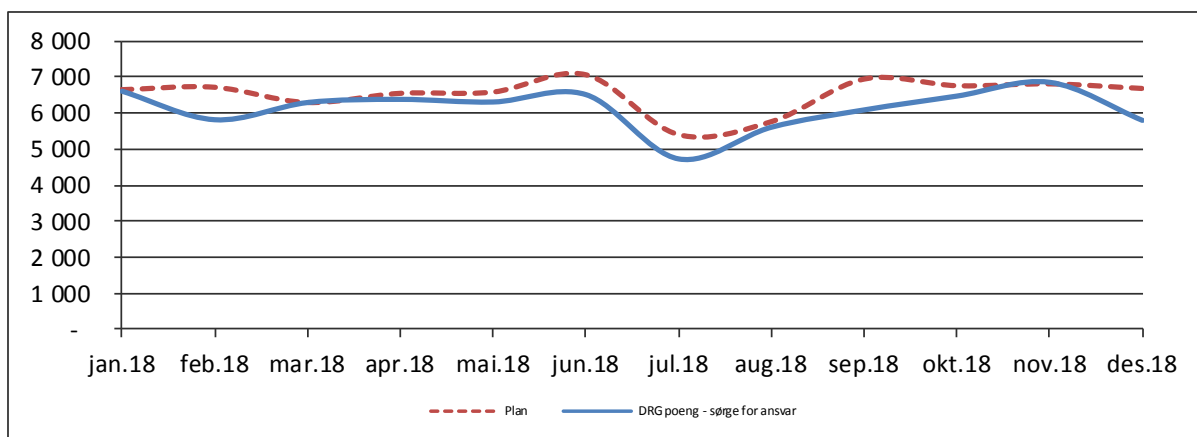
Aktivitet UNN HF		2017	2018	Plantall 2018	Avvik fra 2017		Avvik fra plan 2018	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Utskrivelser postopphold	Somatikk	97 205	100 180	101 852	2 975	3,1	-1 672	-1,6
Liggedager i perioden	Somatikk	175 656	175 510	178 059	-146	-0,1	-2 549	-1,4
Polikliniske konsultasjoner	Somatikk	265 541	280 853	266 731	15 312	5,8	14 122	5,3
DRG-poeng	Somatikk	71 304	73 432	78 283	2 128	3,0	-4 851	-6,2
Laboratorieanalyser	Somatikk	6 431 349	7 029 034	7 291 334	597 685	9,3	-262 300	-3,6
Røntgenundersøkelser	Somatikk	148 200	168 413	171 060	20 213	13,6	-2 647	-1,5
Fremmøte stråleterapi	Somatikk	12 096	12 248	16 815	152	1,3	-4 567	-27,2
Pasientkontakter	Somatikk	362 746	381 033	368 583	18 287	5,0	12 450	3,4
PHV								
Utskrivelser postopphold	PHV	3 447	3 388	3 502	-59	-1,7	-114	-3,3
Liggedager i perioden	PHV	39 678	42 392	44 350	2 714	6,8	-1 958	-4,4
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	PHV	62 632	63 709	66 400	1 077	1,7	-2 691	-4,1
Pasientkontakter	PHV	66 079	67 097	69 902	1 018	1,5	-2 805	-4,0
BUP								
Utskrivelser postopphold	BUP	219	200	183	-19	-8,7	17	9,3
Liggedager i perioden	BUP	2 341	2 629	3 154	288	12,3	-525	-16,6
Polikliniske konsultasjoner	BUP	30 932	31 710	25 991	778	2,5	5 719	22,0
Pasientkontakter	BUP	31 151	31 910	26 174	759	2,4	5 736	21,9
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)								
Utskrivelser postopphold	TSB	1 123	896	995	-227	-20,2	-99	-9,9
Liggedager i perioden	TSB	22 993	19 304	19 700	-3 689	-16,0	-396	-2,0
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	TSB	10 496	13 001	12 500	2 505	23,9	501	4,0
Pasientkontakter	TSB	11 619	13 897	13 495	2 278	19,6	402	3,0

DRG-poeng - sørge for ansvar (behandling av pasienter i UNNs opptaksområde). Frist for rapportering av 4. kvartal er 4. februar 2019.

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

Somatisk virksomhet

Figur 14 DRG-poeng UNN 2018

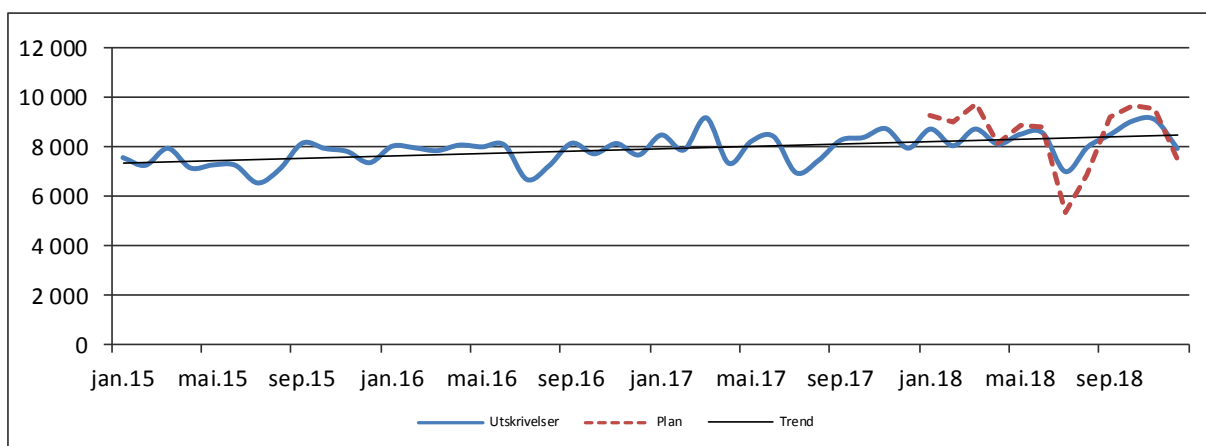


Tabell 8 DRG-poeng hittil i år 2018 fordelt på klinikk

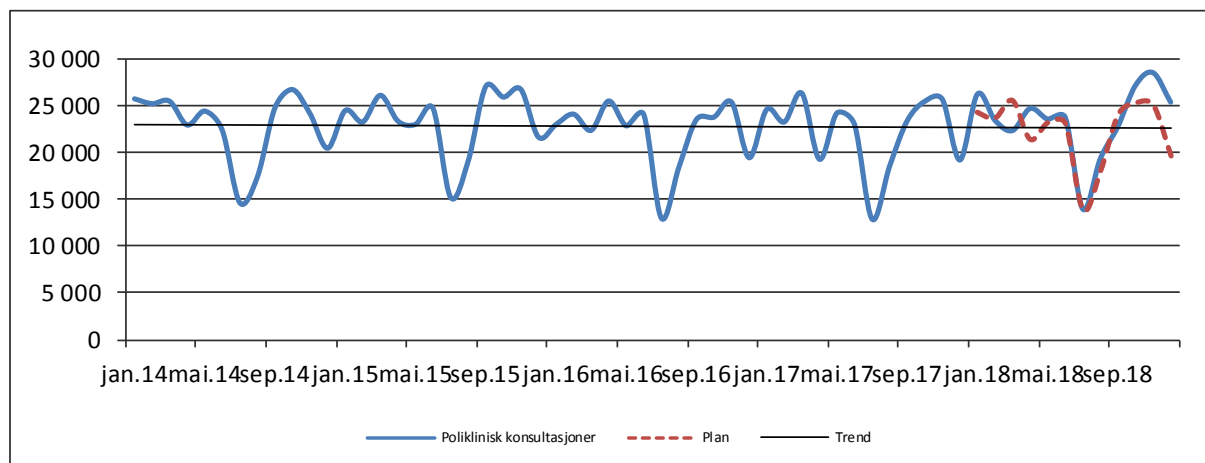
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	2 234	2 181	53
Barne- og ungdomsklinikken	3 210	3 383	-172
Hjerte- og lungeklinikken	12 348	12 398	-50
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	19 203	20 639	-1 436
Medisinsk klinikk	13 337	13 565	-228
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	18 101	18 804	-703
Operasjons- og intensivklinikken	75	113	-38
Totalt	68 508	71 081	-2 573

DRG-poeng – egen produksjon.

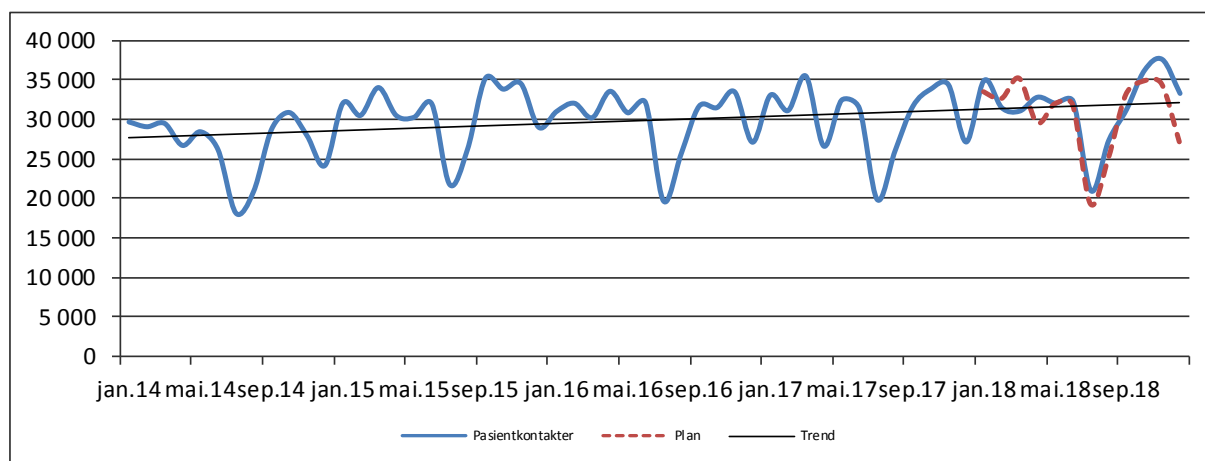
Figur 15 Utskrivelser postopphold - somatisk virksomhet



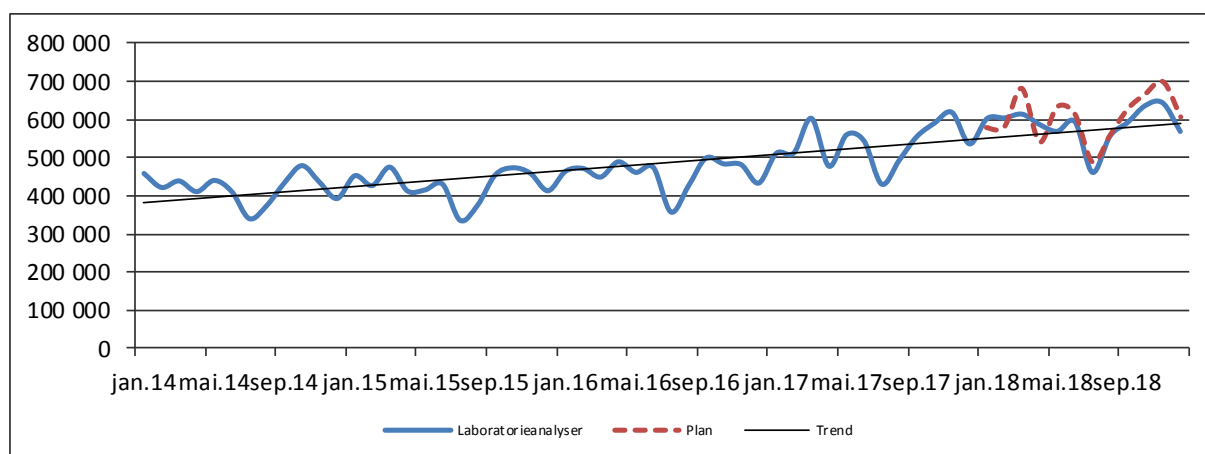
Figur 16 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



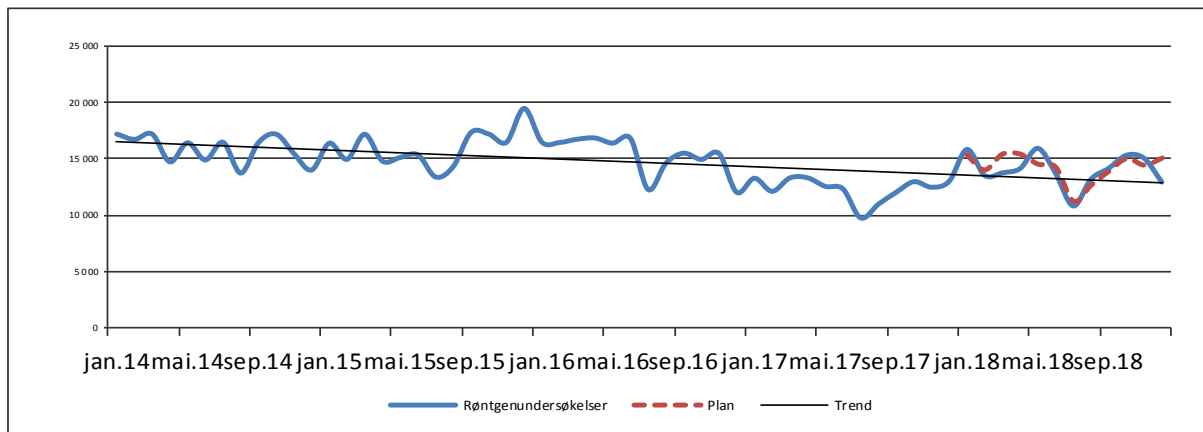
Figur 17 Pasientkontakter - somatisk virksomhet



Figur 18 Laboratorieanalyser

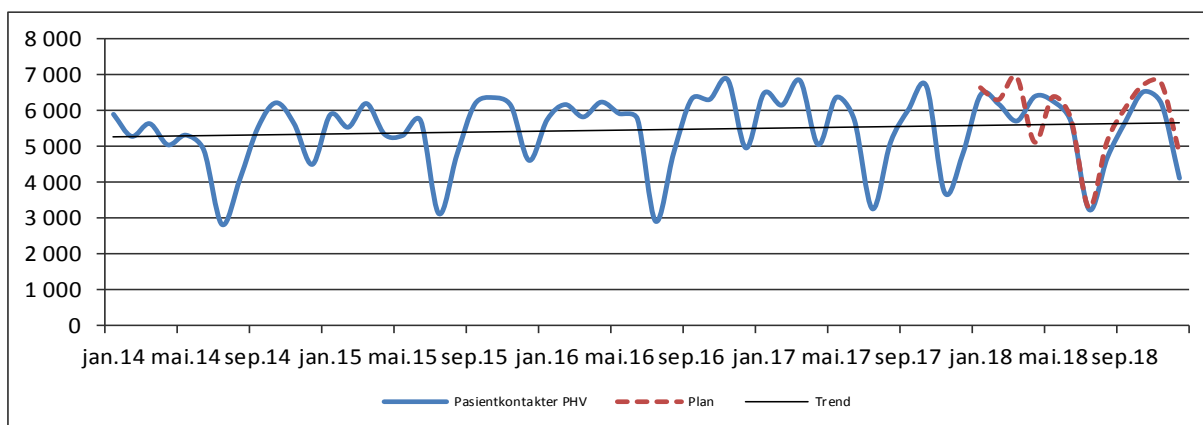


Figur 19 Røntgenundersøkelser



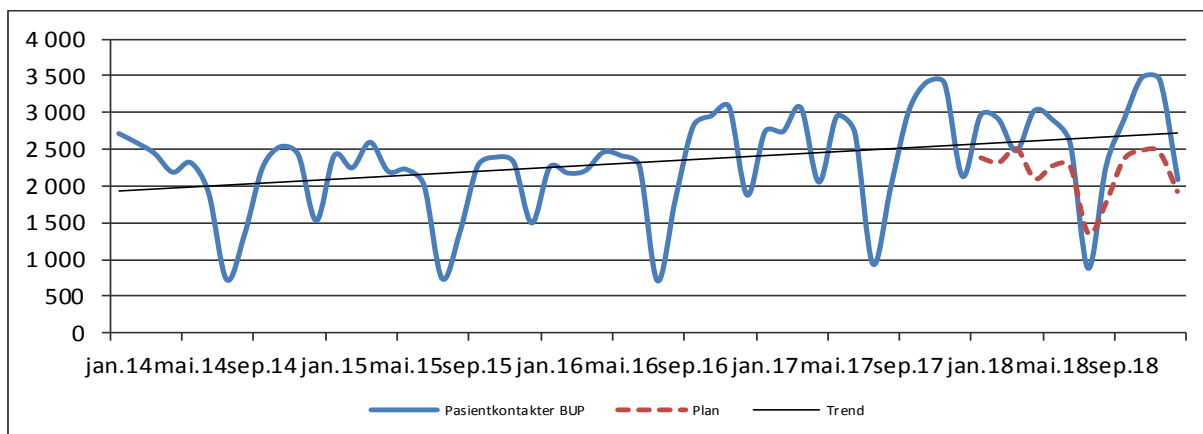
Psykisk helsevern voksne

Figur 20 Pasientkontakter – PHV



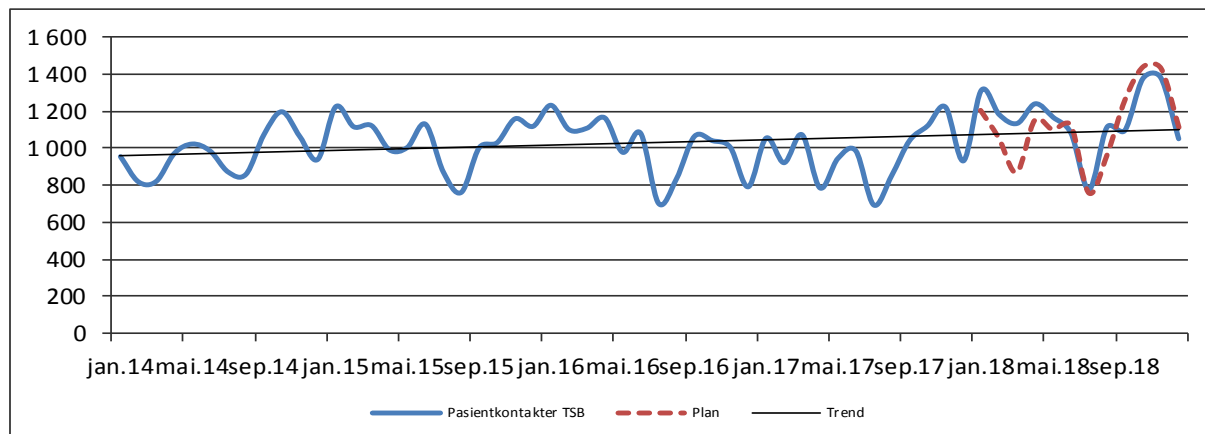
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 21 Pasientkontakter – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 22 Pasientkontakter- TSB



Den gylne regel

Tabell 9 Den gylne regel

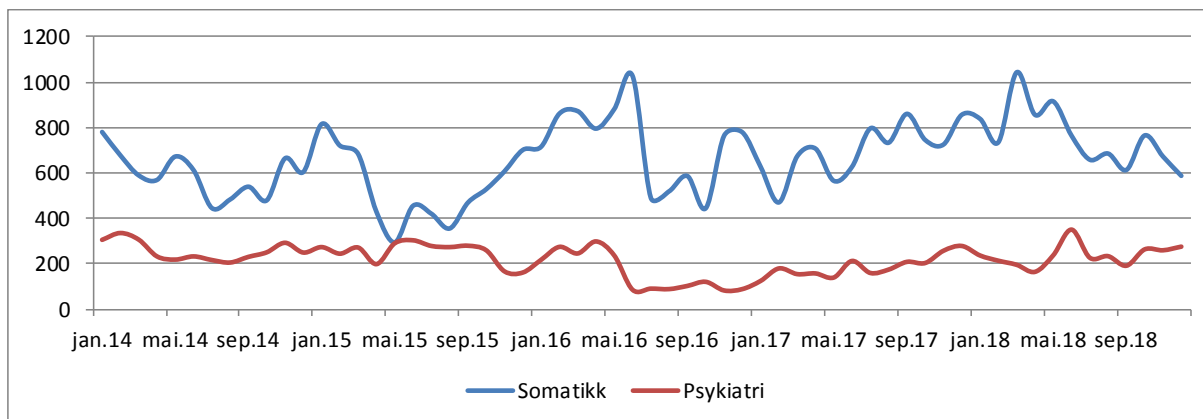
Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2017	2018	Endring 17 -18
Somatikk*	Månedssverk	50 205	50 681	0,9 %
Psykisk helse voksne	Månedssverk	9 420	9 506	0,9 %
Psykisk helse barn og unge	Månedssverk	2 172	2 202	1,4 %
TSB	Månedssverk	2 420	2 366	-2,2 %
Somatikk	Konsultasjoner	265 544	280 927	5,8 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	65 360	63 894	-2,2 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	30 572	31 750	3,9 %
TSB	Konsultasjoner	10 957	13 011	18,7 %
Somatikk	Ventetid	59,9	59,3	-1,0 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	43,3	43,2	-0,2 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	50,4	50,7	-0,5 %
TSB	Ventetid	32,2	32	-0,5 %

* Somatikk inkl. lab/rtg og rehabilitering

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 23 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern



Tabell 10 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – psykiatri og rus

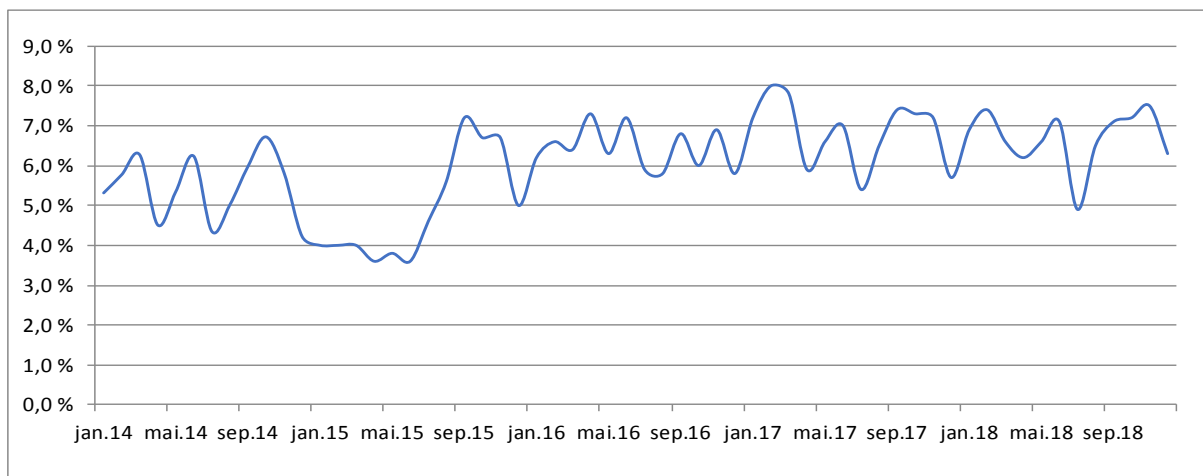
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	Desember	Desember	Desember	Desember
TRANØY	101		4	66
STORFJORD	88		3	47
TROMSØ	2 177		121	29
HARSTAD	235		34	9
SALANGEN	16		2	7
LØDINGEN	15		2	7
NORDREISA	15		3	3
IBESTAD	2		2	1
KVÆFJORD	4		3	1
NARVIK	13		3	1
LENVIK	4		1	0
SKÅNLAND	1		1	0
BALSFJORD	1		1	0
MÅLSELV	1		1	0
Sum	2 673	0	181	14

Tabell 11 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

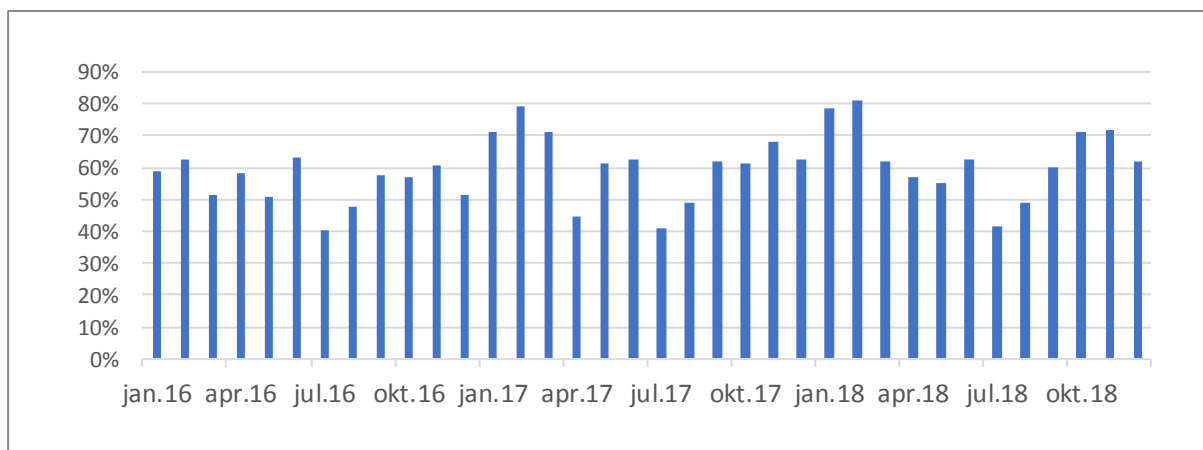
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturerings	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	Desember	Desember	Desember	Desember
BALSFJORD	438	374	76	77
LØDINGEN	148	36	115	70
TROMSØ	4 759	4 189	715	63
TJELDSUND	78	3	76	62
SKÅNLAND	182	21	169	61
EVENES	84	4	66	61
IBESTAD	78	9	71	57
HARSTAD	1 318	409	932	53
BALLANGEN	126	60	65	50
GRATANGEN	46	27	19	41
KVÆFJORD	108	1	109	37
BARDU	145	100	47	36
LYNGEN	101	72	33	35
STORFJORD	64	46	19	34
NORDREISA	155	114	43	31
TRANØY	46	21	21	30
MÅLSELV	202	147	59	30
BERG	26	16	10	29
NARVIK	530	184	350	28
KARLSØY	56	37	21	25
LAVANGEN	22	4	18	21
SKJERVØY	59	38	21	20
SALANGEN	35	12	23	16
DYRØY	12	2	10	10
TYSFJORD	17	7	10	9
LENVIK	91	29	67	8
TORSKEN	7	1	6	7
KÅFJORD	11	4	7	5
SØRREISA	16	1	15	5
KVÆNANGEN	2	1	1	2
Sum	8 962	5 969	3 194	46

Bruk av pasienthotell

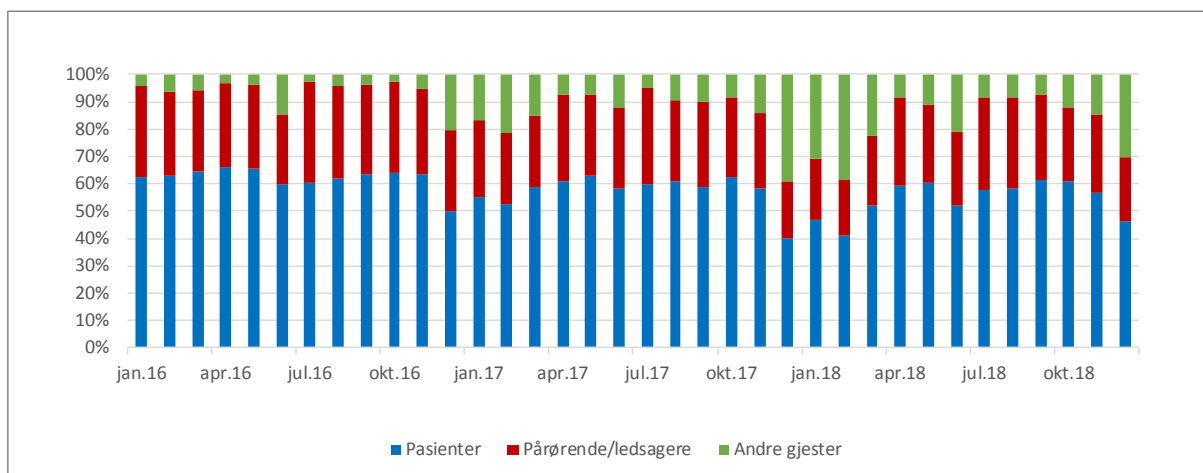
Figur 24 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)

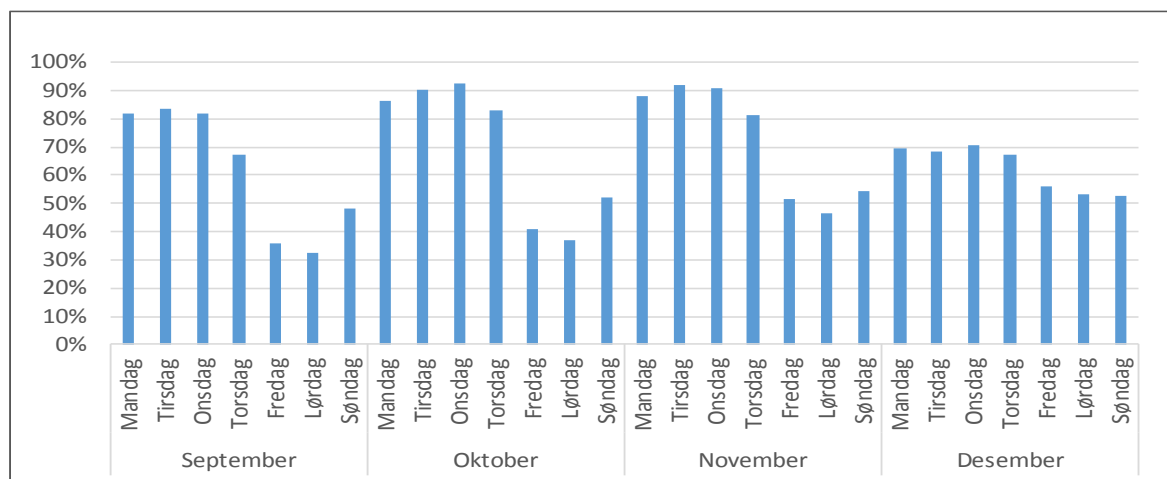


Figur 25 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Figur 26 Oppholdstype på Pingvinhotellet

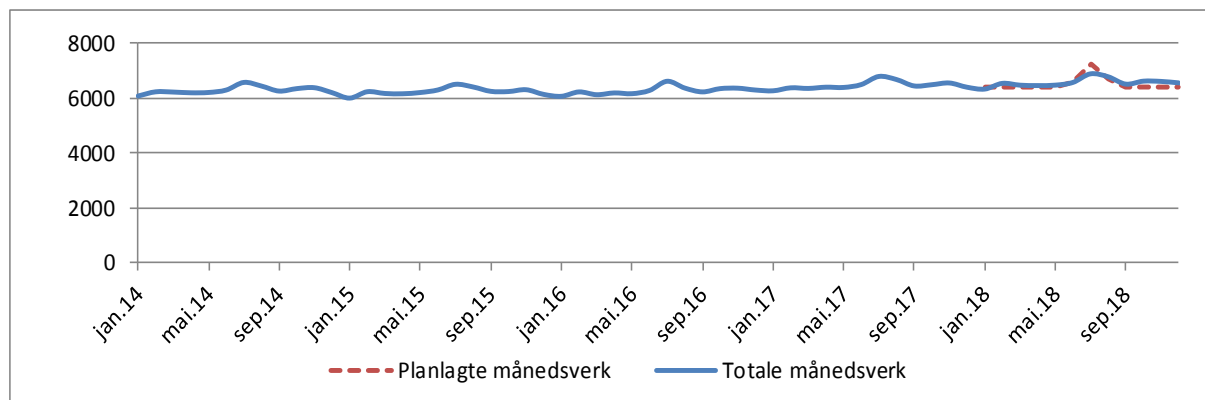


Figur 27 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet

Personal

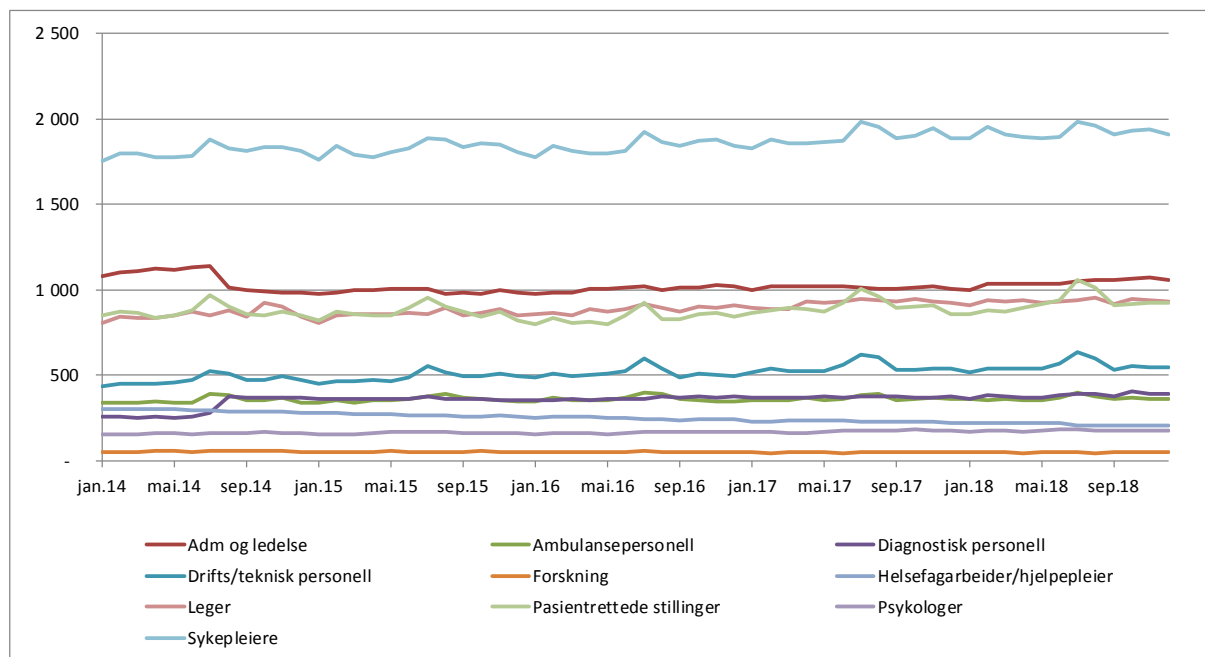
Bemanning

Figur 28 Brutto utbetalte månedssverk 2014-2018



Tabell 12 Brutto utbetalte månedssverk 2016-2018

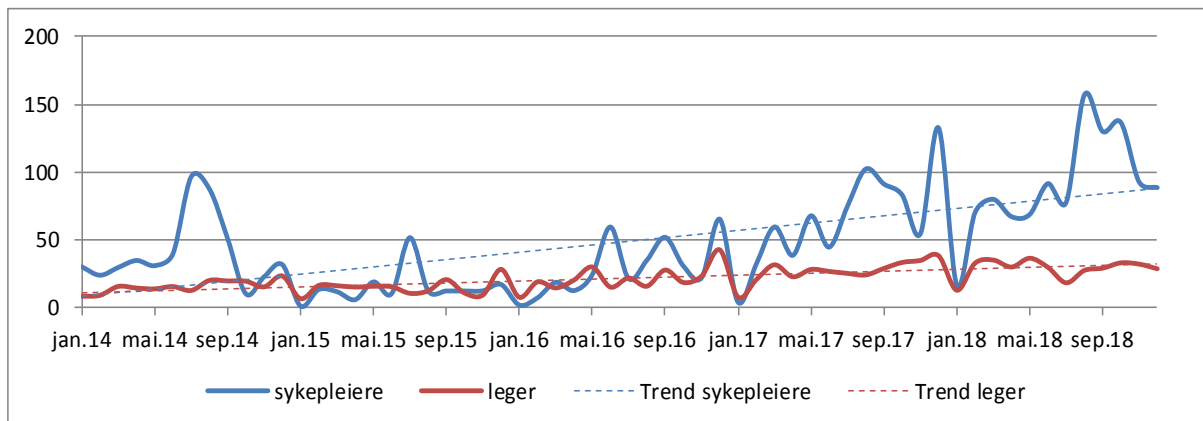
Måned	2016	2017	2018	Plantall 2018	Avvik mot plan
Januar	6 054	6 254	6 317	6 364	-47
Februar	6 213	6 362	6 525	6 364	161
Mars	6 112	6 341	6 459	6 369	90
April	6 176	6 386	6 444	6 368	77
Mai	6 149	6 376	6 460	6 375	85
Juni	6 266	6 480	6 558	6 550	8
Juli	6 601	6 777	6 872	7 231	-360
August	6 353	6 665	6 766	6 687	79
September	6 214	6 431	6 497	6 392	106
Oktober	6 333	6 475	6 605	6 363	242
November	6 349	6 539	6 596	6 375	221
Desember	6 282	6 384	6 543	6 380	163
Snitt hittil i år	6 259	6 456	6 553	6 485	69

Figur 29 Brutto utbetalte månedsverk fordelt på profesjon 2014-2018

Kategorien administrasjon og ledelse inkluderer fagstillinger.

Tabell 13 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon 2016-2018

Profesjon	2016	2017	2018	Avvik fra 2017
Adm og ledelse	1 004	1 013	1 043	30
Ambulansepersonell	360	363	365	2
Diagnostisk personell	364	371	381	11
Drifts/teknisk personell	514	547	554	8
Forskning	51	49	48	-1
Helsefagarbeider/hjelpepleier	246	229	213	-16
Leger	883	921	931	10
Pasientrettede stillinger	837	902	924	22
Psykologer	162	171	176	5
Sykepleiere	1 837	1 891	1 919	28
Snitt hittil i år	6 259	6 456	6 553	98

Figur 30 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt. Leger er inkludert innleide leger fra lønssystem.

Tabell 14 Innleide månedsverk per klinikk

År ▲	2017		2018	
Klinikknavn - UNN ▲	Innleide sykepleier	Innleide leger totalt	Innleide sykepleier	Innleide leger totalt
Sum	793,2	320,4	1 101,6	343,6
10 - Akuttmedisinsk klinikk	65,4	1,1	51,8	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	35,4	96,2	76,1	48,1
13 - Hjerte- og lungeklinikken	135,7	1,1	160,5	1,3
15 - Medisinsk klinikk	65,5	17,5	106,9	43,6
17 - Barne- og ungdomsklinikken	79,7	2,7	41,9	2,4
18 - Operasjons- og intensivklinikken	349,6	78,3	612,1	113,0
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	56,5	8,3	52,4	13,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	5,3	42,8	0,0	43,4
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	72,3	0,0	78,8

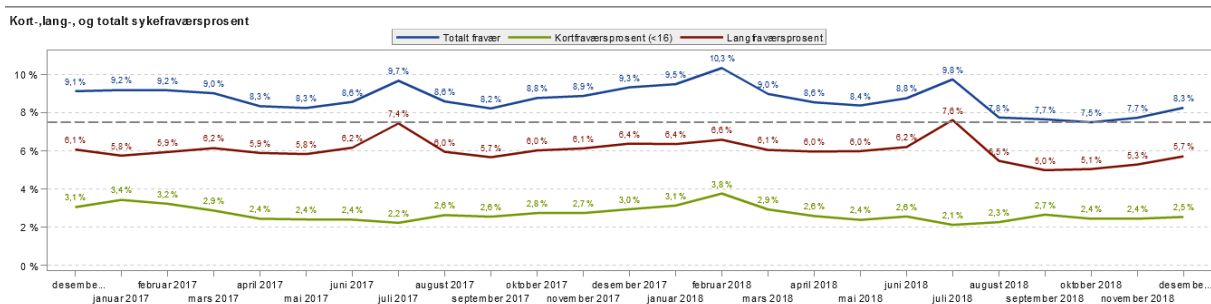
Sykefravær

UNNs totale sykefravær i desember 2018 er på 8,3 % og ligger 0,8 prosentpoeng over plantall på 7,5 %. I desember 2017 var sykefraværet 9,3 %. Dette utgjør en reduksjon på 1,0 prosentpoeng.

I november 2018 lå sykefraværet på 7,7 %. Fraværet er dermed økt med 0,6 prosentpoeng fra forrige måned. Det registreres at det er det mellomlange fraværet som utgjør økningen. Økning i sykefraværspersent mellom november/desember, er en utvikling som samsvarer med trenden vi har sett de siste årene. Så langt vi kan se tilbake (2012), har det ikke vært registrert lavere sykefraværspersent i desember måned.

Årsaker til sykefravær er sammensatt, det er derfor usikkerhet knyttet til identifisering av faktorer som kan forårsake svingninger i sykefraværet. På aggregert UNN nivå vil usikkerheten være større enn på lokalt avdelings-/seksjonsnivå. Identifisering av årsaker og iverksetting av tiltak, bør derfor foregå på riktig nivå.

Figur 31 Sykefravær 2017- 2018



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 15 Sykefravær fordelt på klinikk

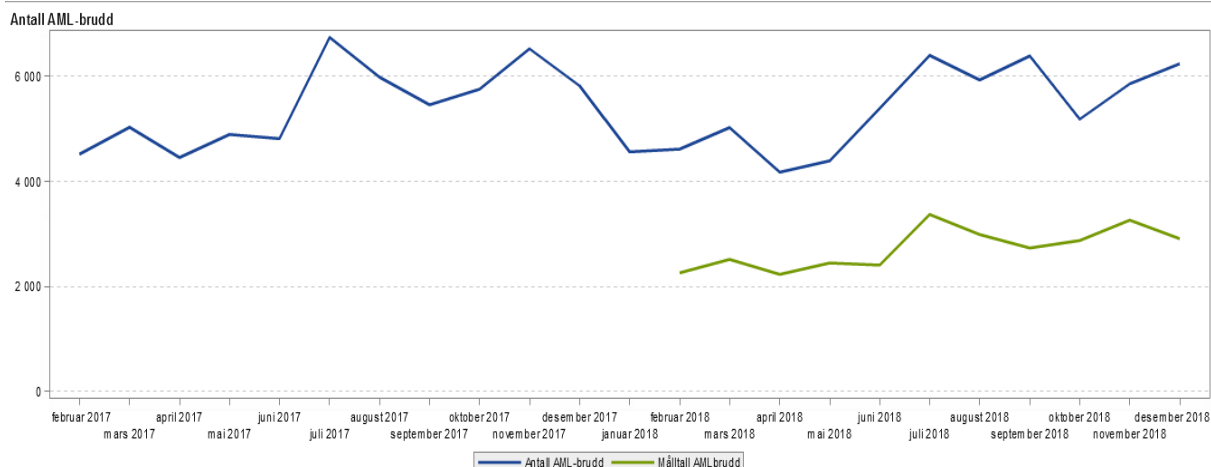
Klinikkvis sykefravær

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

Egenmeldt fravær og gradert fravær er tatt ut denne måneden da det jobbes med å tilpasse HN-LIS slik at vi kan hente ut korrekte tall på disse variablene. Dette er midlertidig og vil være klart til neste måneds rapportering.

AML-brudd

Figur 32 Antall AML-brudd 2017-2018



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 16 AML-brudd per klinikk

Klinikk - UNN ▲	Brudd siste måned ifjor	Brudd siste måned	Endring i % samme periode	Differanse mellom brudd siste måned og måltall
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1 077	1 074	-0,3 %	536
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	829	658	-20,6 %	244
13 - Hjerte- og lungeklinikken	815	381	-53,3 %	-27
15 - Medisinsk klinikk	293	373	27,3 %	227
17 - Barne- og ungdomsklinikken	122	246	101,6 %	185
18 - Operasjons- og intensivklinikken	585	1 146	95,9 %	854
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	749	773	3,2 %	399
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	818	1 445	76,7 %	1 036
30 - Diagnostisk klinikk	286	294	2,8 %	151
43 - Nasjonalt senter fore-helseforskning	-	-	-	-
45 - Drifts- og eiendomssenteret	233	220	-5,6 %	104
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	4	5	25,0 %	3
50 - Direktøren	-	-	-	-
52 - Stabssenteret	7	16	128,6 %	13
Annet	-	-	-	-
Sum	5 818	6 631	14,0 %	3 722

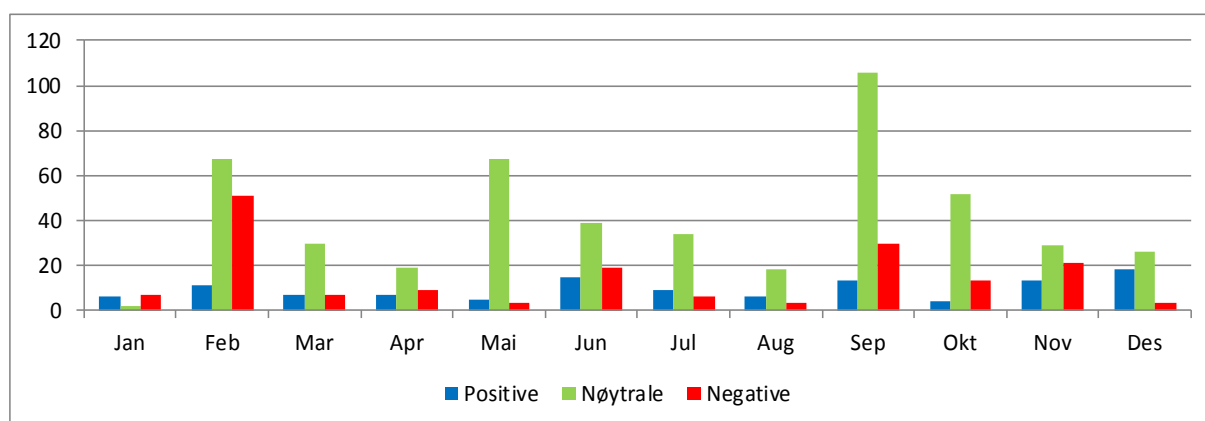
Målsettingen er å halverer antall AML-brudd fra 2017 til 2018

Kommunikasjon

Sykehuset i media

Oppkjøringen til NRK-serien «113» ga positive utslag i media i desember. Både lokalt og nasjonalt ble serien imøtesett med stor interesse og gode anmeldelser – som også er bekreftet etter premieren 1. januar. Dette ga Akuttmedisinsk klinikk og UNN hyggelig oppmerksomhet, og balanserte noe av kritikken mot endringene i ambulansestructuren som ble innført ved nyttår. Dette handlet i første rekke om nedleggelse av ambulansebåten for Bjarkøy og øyene utenfor Harstad, en sak som primært ble frontet gjennom Harstad Tidende. I tillegg ble det presentert to negative pasientopplevelser som rettet seg mot manglende operasjonskapasitet ved UNN Tromsø.

Figur 33 Mediestatistikk 2018

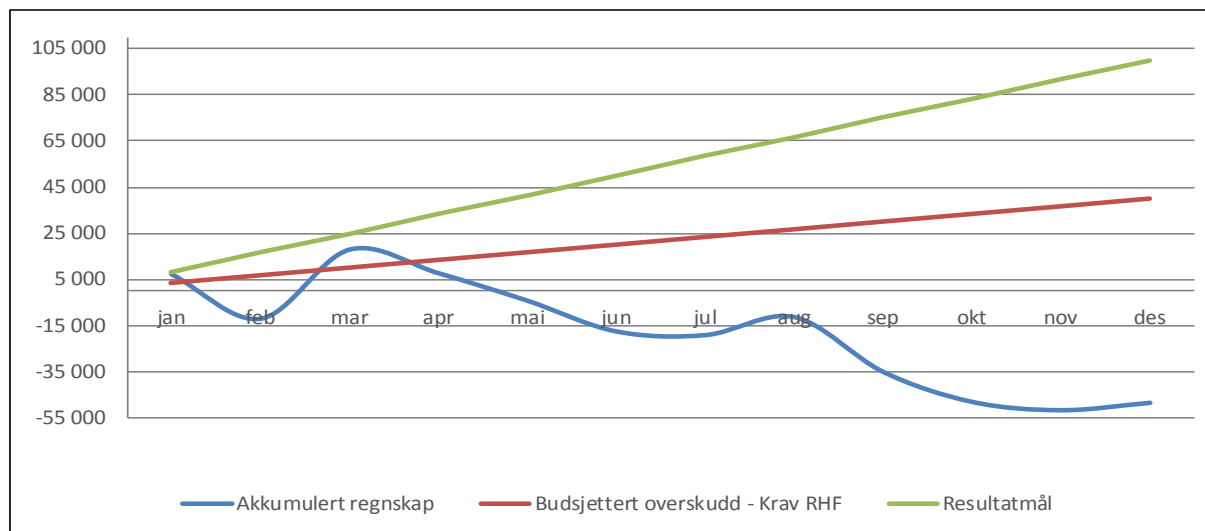


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

Økonomi

Resultat

Figur 34 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 desember viser et regnskapsmessig resultat på 3,2 mill kr. Det er 0,1 mill kr lavere enn budsjettert, og 5,1 mill kr lavere enn internt styringsmål. Akkumulert per desember viser regnskapet 48,3 mill kr i underskudd, det er 88,3 mill kr lavere enn budsjettert og 148,3 mill kr lavere enn internt resultatmål.

Tabell 17 Resultatregnskap 2018 (ikke endelig – pr 5/2-2019)

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Desember				Akumulert per Desember			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	410,3	410,8	-0,5	0 %	4 805,6	4 806,1	-0,5	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,2	2,2	-0,1	-3 %	25,9	26,1	-0,2	-1 %
ISF egne pasienter	143,6	144,2	-0,6	0 %	1 605,7	1 695,0	-89,4	-5 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,8	7,0	-4,2	-60 %	73,5	84,0	-10,5	-13 %
Gjestepasientinntekter	3,6	3,1	0,4	14 %	40,3	37,5	2,8	7 %
Polikliniske inntekter (psyisk helse og lab/rtg)	11,7	11,9	-0,2	-2 %	146,1	162,2	-16,1	-10 %
Utskrivningsklare pasienter	1,3	1,3	0,0	-2 %	24,1	23,3	0,8	4 %
Andre øremerkede tilskudd	33,1	37,1	-4,0	-11 %	249,3	366,4	-117,1	-32 %
Andre driftsinntekter	35,6	36,2	-0,6	-2 %	427,5	390,6	36,9	9 %
Sum driftsinntekter	644,0	653,8	-9,8	-1 %	7 397,9	7 591,2	-193,3	-3 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	35,1	17,0	18,1	106 %	238,6	206,9	31,8	15 %
Kjøp av private helsetjenester	7,3	5,3	2,0	38 %	55,2	56,1	-0,9	-2 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	58,2	51,9	6,3	12 %	790,5	804,3	-13,7	-2 %
Innleid arbeidskraft	14,6	2,9	11,7	397 %	124,3	37,9	86,5	228 %
Lønn til fast ansatte	345,5	387,7	-42,2	-11 %	3 860,8	3 975,8	-115,1	-3 %
Overtid og ekstrasjelp	29,5	40,5	-10,9	-27 %	316,6	368,9	-52,3	-14 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	9,6	8,5	1,1	13 %	636,2	635,1	1,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-29,3	-19,7	-9,6	49 %	-274,7	-260,4	-14,3	5 %
Annen lønnskostnad	18,6	42,0	-23,4	-56 %	330,2	338,8	-8,6	-3 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	379,0	453,5	-74,5	-16 %	4 357,2	4 461,0	-103,8	-2 %
Avskrivninger	28,4	16,9	11,5	68 %	232,8	227,0	5,8	3 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	123,8	97,6	26,2	27 %	1 146,9	1 163,3	-16,4	-1 %
Sum driftskostnader	641,5	650,7	-9,2	-1 %	7 457,4	7 553,7	-96,3	-1 %
Driftsresultat	2,6	3,1	-0,6	-18 %	-59,5	37,5	-97,0	-259 %
Finansinntekter	0,6	0,8	-0,2		12,0	10,0	2,0	
Finanskostnader	0,0	0,6	-0,6		0,8	7,5	-6,7	
Finansresultat	0,6	0,2	0,4		11,1	2,5	8,6	
Ordinært resultat	3,2	3,3	-0,2	-5 %	-48,4	40,0	-88,4	-221 %

Tabell 18 Resultatregnskap 2018, ekskl. eksterntfinansiering

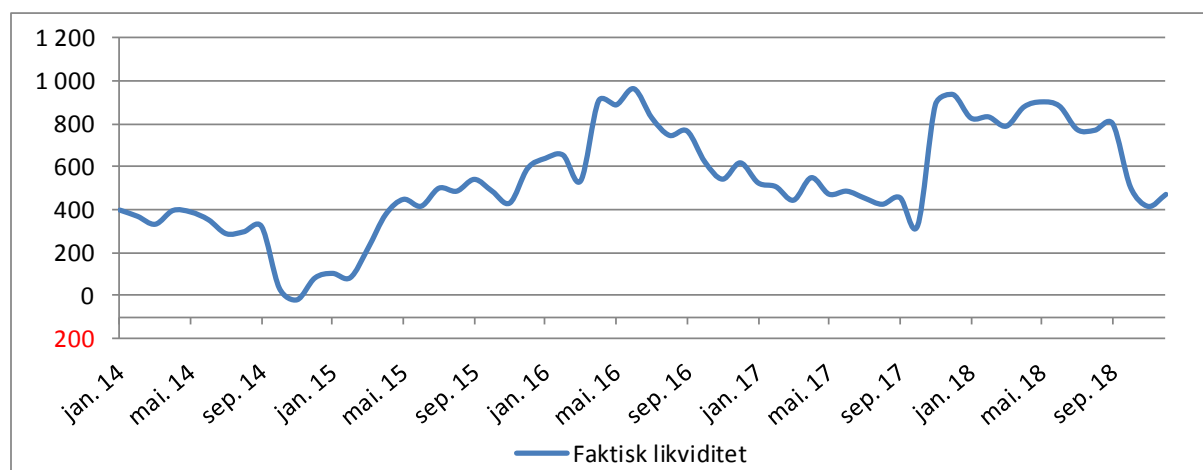
Resultatrapportering (tall i mill kr)	Desember ekskl eksterntfinansiering			Akumulert per Desember ekskl eksterntfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	410,3	410,8	-0,5	4 805,6	4 806,1	-0,5
Kvalitetsbasert finansiering	2,2	2,2	-0,1	25,9	26,1	-0,2
ISF egne pasienter	143,6	144,2	-0,6	1 605,7	1 695,0	-89,4
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,8	7,0	-4,2	73,5	84,0	-10,5
Gjestepasientinntekter	3,6	3,1	0,4	40,3	37,5	2,8
Polikliniske inntekter (psyisk helse og lab/rtg)	11,7	11,9	-0,2	146,1	162,2	-16,1
Utskrivningsklare pasienter	1,3	1,3	0,0	24,1	23,3	0,8
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	35,6	36,2	-0,6	427,5	390,6	36,9
Sum driftsinntekter	610,9	616,7	-5,8	7 148,6	7 224,8	-76,2
Kjøp av offentlige helsetjenester	35,1	17,0	18,1	238,6	206,9	31,8
Kjøp av private helsetjenester	7,3	5,2	2,0	54,9	55,8	-0,8
Varekostnader knyttet til aktivitet	57,0	50,5	6,5	780,9	790,0	-9,2
Innleid arbeidskraft	14,6	2,9	11,7	124,3	37,9	86,5
Lønn til fast ansatte	328,4	368,5	-40,1	3 731,8	3 786,4	-54,5
Overtid og ekstrasjelp	25,7	36,2	-10,5	287,6	326,4	-38,7
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	5,4	3,8	1,6	604,5	588,6	15,9
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-28,1	-18,4	-9,7	-265,7	-247,2	-18,5
Annen lønnskostnad	16,4	39,5	-23,1	313,2	313,9	-0,6
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	357,0	428,8	-71,8	4 191,4	4 217,3	-25,9
Avskrivninger	28,4	16,9	11,5	232,8	227,0	5,8
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	118,2	91,3	26,9	1 105,0	1 101,8	3,3
Sum driftskostnader	608,4	613,6	-5,2	7 208,1	7 187,3	20,8
Driftsresultat	2,6	3,1	-0,6	-59,5	37,5	-97,0
Finansinntekter	0,6	0,8	-0,2	12,0	10,0	2,0
Finanskostnader	0,0	0,6	-0,6	0,8	7,5	-6,7
Finansresultat	0,6	0,2	0,4	11,1	2,5	8,6
Ordinært resultat	3,2	3,3	-0,2	-48,4	40,0	-88,4

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

Regnskap per klinikk per desember - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Herav ISF (avvik)	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA	Herav ISF - (avvik HiA)
10 - Akuttmedisinsk klinikk	42,6	40,0	-2,6	0,3	421,4	409,0	-12,4	1,9
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	29,2	24,6	-4,6	-3,7	227,0	192,2	-34,8	-25,1
13 - Hjerter- lungeklinikken	9,9	9,1	-0,9	-2,2	120,7	119,0	-1,7	3,1
15 - Medisinsk klinikk	33,0	32,5	-0,5	0,6	323,1	305,5	-17,6	0,8
17 - Barne- og ungdomsklinikken	23,0	23,9	0,9	-1,8	228,4	219,7	-8,7	-2,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	83,7	64,8	-18,9	0,0	771,2	713,0	-58,2	-0,7
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	31,4	30,3	-1,1	1,5	316,4	286,8	-29,6	-9,6
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	64,9	62,7	-2,2	-0,6	671,9	674,4	2,5	-8,2
30 - Diagnostisk klinikk	54,6	56,3	1,7	0,0	587,9	567,4	-20,4	0,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,1	0,1	0,0	0,0	4,6	4,6	0,0	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	64,5	58,7	-5,9	0,0	552,4	551,8	-0,6	0,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	19,0	30,4	11,4	0,0	126,2	151,2	25,0	0,0
52 - Stabsenteret	10,2	11,4	1,2	0,0	157,4	162,0	4,6	0,0
62 - Felles	-469,2	-448,1	21,1	1,1	-4 460,3	-4 396,7	63,5	-60,1
Totalt	3,2	3,3	-0,2	-4,8	-48,3	40,0	-88,3	-99,9

Likviditet

Figur 35 Likviditet



Investeringer

Tabell 20 Investeringer

Investeringer , tall i mill kr	Forpliktelser tidligere år	Restramme overført fra 2017	Investerings ramme 2018	Samlet investerings ramme 2018	Investert oktober 2018	Investert november 2018	Sum investert 2018	Restforpliktelser (godkjent tidligere) november	Rest disponibel investerings ramme inkludert forpliktelser
Pasienthotell Breivika inkl alle underprosjekter*		2,2	0,0	2,2			0,0		2,2
A-fløy inkl alle underprosjekter		225,8	47,0	272,8	3,6	-22,0	143,5		129,3
PET-senter inkl alle underprosjekter.(Plan 5-7)		31,6	43,2	74,8	1,2	58,3	137,0		-62,2
Nytt sykehus Narvik		50,4	59,0	109,4	12,1	18,0	70,3		39,0
SUM Nybygg		310,0	149,2	459,2	16,9	54,3	350,8	0,0	108,4
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		0,0
Tromsundersøkelsen		5,0	5,0	10,0	0,0	0,0	0,0		10,0
MTU Svalbard		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
nCounter(FlexDX)analyseplattform		0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
Datarom-Unn-p85-D51-Pasienthotellet		26,2	0,0	26,2			0,0		26,2
ENØK		3,4		3,4	-0,5	0,0	0,4		3,0
SUM Prosjekter		34,6	5,0	39,6	-0,5	0,0	0,4	0,0	39,2
Medisinteknisk utstyr	89,9	72,4	89,6	162,0	17,3	39,3	115,8	-10,9	57,0
Annet utstyr disponert av MTU-midler			0,0	0,0	0,9	30,0	32,4		
Diverse	23,4	23,4	53,2	76,6	8,0	5,6	29,2		47,4
Ambulanser	1,8	1,8	12,0	13,8	0,0	0,0	8,3		5,5
Teknisk utstyr	2,8	3,2	12,0	15,2	0,4	1,6	9,2		6,0
Ombygginger		22,5		22,5	0,0	0,0	0,8		21,6
EK KLP			28,2	28,2			30,0		-1,8
SUM Utstyr med mer	117,9	123,2	195,0	318,2	26,5	76,6	225,8	-10,9	135,7
SUM total	117,9	468,6	349,2	817,8	43,0	130,9	577,0	-10,9	284,1

Byggeprosjekter

Tabell 21 Byggeprosjekter

Pr nov 2018	A-fløya	PET-senter
HMS	H=0	H=0
Klinisk drift	02.05.2018	10.04.2018
Ramme inneværende år, inkludert overført fra 2017	227,1 mill kr	74,8 mill kr
Sum investert hittil 2018	143,5 mill kr	79,7 mill kr
Sum investert tidligere år	1315,3 mill kr	457,6 mill kr
Sum investert totalt	1458,8 mill kr	537,3 mill kr
Investeringsramme	1 547 mill kr	567,9 mill kr
Prognose økonomiavvik	-18	+62



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
4/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Grethe Andersen/ Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen og Gry Andersen		

Tertialrapport pr 31.12.2018 for utbyggingsprosjekter ved UNN

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.12.2018 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	UNN NARVIK
OU status	Pågår	Pågår	Pågår
OU status mål	Avsluttet	Avsluttet	I hht. plan
HMS			2 hendelser H=33
Planlagt ferdigstillelse	18.04.2018	10.04.2018	2023
Fremdrift	Overtatt 18. april 2018	Overtatt 27. april 2018	Etter plan
Ramme inneværende år	276,0 mill kr	96,9 mill kr	130,0 mill kr
Sum investert hittil 2018	146,6 mill kr	82,9 mill kr	99 mill kr
Sum investert totalt	1474 mill kr	542,4 mill kr	99 mill kr
Investeringsramme	1547 mill kr	567,9 mill kr	Etter forprosjekt
Prognose økonomiavvik	-18 mill kr	+62 mill kr	

Tabell 1 – Nøkkeltall for byggeprosjektene ved UNN HF

Bakgrunn

I denne styresaken legges frem et sammendrag av tertialrapporten for 3. tertial 2018 for utbyggingsprosjektene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Styret ble sist orientert om byggeprosjektene i styresak 75-2018 Tertialrapport pr. 31.8.2018 for utbyggingsprosjekter ved UNN.

UNNs kjerneverdier er kvalitet, trygghet, respekt og omsorg. Tertialvis rapportering til styret bidrar til å gi styret *trygghet* for at prosjektet gjennomføres i tråd med vedtak. Rapporteringen

gir styret mulighet til å fatte vedtak om korrigerende tiltak i tilfeller hvor det er adekvat. Slik virksomhetsstyring skal bidra til økt *kvalitet* i gjennomføring av krevende prosjekt.

Saksutredning

Pågående tidligfaseprosjekter

Ingen aktiviteter

Pågående forprosjekter

Nye UNN Narvik

Prosjektet er nå over i en forberedende fase før forprosjekt, med vekt på organisasjonsutvikling i drifta. Konkurransen på gjennomføring av forprosjekt er utlyst i perioden og forprosjektet er estimert til å starte 18.3.2019. Arbeidet med vei og tunnel, samt forberedelser i byggetomta er godt i gang, og gjennomslaget i Furumotunnelen fant sted 5.12.2018.

Pågående utviklingsprosjekter (OU-prosjekter)

Styringsgruppen for Nye UNN Narvik vedtok i mai 2018 et mandat og en prosjektplan for prosjektet «Nye UNN Narvik: Organisasjonsutvikling (OU)». Prosjektets leveranser er:

- Utvikling av tverrfaglig samarbeid - somatikk, psykisk helse og rusbehandling
- Utvikling av framtidens helsetjeneste
- Design av framtidige pasientforløp
- Samarbeidsflaten mellom helsepersonell og helsepersonell og servicearbeidere
- Legemiddelkvalitet
- Lærings- og erfaringsnettverk for delprosjektledere

Viktige aktiviteter i OU-prosjektet:

- Oppstart av 11 delprosjekter innenfor pasient- og varelogistikk, legemiddelkvalitet, tverrfaglig samarbeid internt i sykehuset samt med primærhelsetjenestene i opptaksområdet og utvikling av framtidens helsetjeneste.
- Sammen med Helse Nord og Narvik kommune er det arrangert Helsefaglig og helsepolitisk konferanse i Narvik (september 2018). Her deltok blant annet Helseministeren og medlemmer av Helse- og sosialkomiteen.
- Inngått et samarbeid med Nasjonalt senter for eHelseforskning. Samarbeidet er knyttet til delprosjektet Framtidens helsetjeneste, som blant annet har fokus på storforbrukere, samhandling med primærhelsetjenestene og utvikling av IKT og e-Helseløsninger.
- Involvering av- og informasjon til sentrale interessenter. Herunder toppledelsen i UNN, Brukerutvalg, tillitsvalgte, vernetjenesten, ansatte i UNN Narvik, kommunene i UNN Narvik sitt opptaksområde, UiT, m.fl.
- Planlagt studietur til Oulu (kommune og universitetssykehus)

Pågående byggeprosjekter

Bygging av og innflytting i A-fløy og PET-senter er fullført. I A-fløya pågår noen mindre tilpasninger i akuttrom på plan 5 og i enkelte laboratorier i plan 10.

Det pågår også avklaringer med leverandør om overvåkningssystemet som opplever driftsforstyrrelser. Disse forstyrrelsene har pågått siden systemet ble tatt i bruk og har dels ført til behov for ekstra bemanning på den nye Intensivavdelingen i A9, for å kompensere for

mangler på utstyret som monitorerer hjerterytmen til pasientene. Leverandøren og produsenten har jobbet intenst med å korrigere systemet, men alle mangler er ennå ikke rettet opp.

Prosjektets budsjetterte inntekter ved Enova-tilskudd for passivhus og avhending av C00 bygget er avklart og fullføres i januar.

Forsinkelsene i PET-senteret er knyttet til problemer med sentralt drifts- og overvåkningsanlegg (SD-anlegget), leveranser fra Helse Nord IKT, noen mindre tekniske utfordringer og validering. Dette gir forsinkelser i oppstart av egenproduksjon av radioaktiv fluor 18 til PET-undersøkelsene (FDG). Tidligere meldte utfordringer med SD-anlegget har blitt identifisert til å være i tilknytning til valgt løsning for kabling mellom SD-anlegget og komponenter ute i anlegget. Utskifting av denne kablingen er akseptert som en reklamasjon av entreprenøren og pågår.

Utbedring av feil og mangler har høy prioritet og alle vesentlige mangler forventes ferdigstilt til ultimo februar.

Det er bestilt tjenester hos Helse Nord IKT for lagring av løpende bygghdata fra SD-anlegget. Dette er nødvendig for å dokumentasjon av produksjon, og dermed sentralt for valideringen. Prosjektet har ikke mottatt fremdriftsplan for denne leveransen.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 5. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering

Prosjektet Nye UNN Narvik er i gang med organisasjonsutviklingsprosessen, og gir et godt grunnlag for beslutninger som påvirker forprosjektet og fremtidig drift av det nye sykehuset. Fremdriften i prosjektet, både infrastruktur og planlegging av forprosjekt, er i henhold til plan.

De fullførte prosjektene A-fløya og PET-senteret har fortsatt noen pågående forbedringsarbeider, mest kritisk er disse for FDG-produksjon ved PET-senteret. Fullføring av kritiske aktiviteter for FDG-produksjon er høyt prioritert.

Konklusjon

Direktøren ber styret ta rapportene til orientering.

Tromsø, 1.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

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



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 3 – 2018 pr. 31.12.18



*Tilbakeblikk: Kontraktsignering juni 2015.
Foto: Universitetssykehuset Nord-Norge*

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

Innholdsfortegnelse

1 Innledning og sammendrag	1
2 Økonomihovedtall	2
2.1 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt.....	2
3 Følgkostnader uten egen investeringsramme	3
4 Organisasjonsutvikling.....	3
5 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger	3

1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Dette er siste regulære tertialrapport om A-fløy. Videre arbeider vil dekkles inn i sluttrapport som utarbeides ved neste tertial samt evaluering av prosjektgjennomføringen.

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

Det har vært utstrakt kontakt mellom utbygging og klinikkene i perioden, og det har vært etablert faste møter. Utbygging har i stor grad tatt hensyn til ønsker og spesialtilpasninger fra klinikkene for å sikre et best mulig resultat.

Plan 6, 7, 8, 9 og 10 er innflyttet og tatt i bruk. Gjenstående areal som ikke er tatt i bruk er ambulansegarasje og nytt akuttrom i plan 5. Garasje tas i bruk i januar 2019, akuttrom planlegges tatt bruk i april 2019.

Det pågår noen arbeider med ventilasjonsløsning på et laboratorie på plan 10 (MS-lab) samt omdisponering av planlagte celledlab til pcr lab. I plan 9 pågår fortsatt arbeider med avklaringer vedrørende drift av overvåkningssystem som har opplevd driftsforstyrrelser. Prosjektet, foretaksadvokat og medisinsk teknisk avdeling vurderer alle mulige opsjoner sammen med leverandør og klinisk personell.

Overføring av C00 bygg fra prosjekt til UNN drift er gjennomført, og prosjektet er tilført 30 mill kroner som inntekt.

Det er kommet tilsagn fra Enova om at inntekt for passivhus på om lag 6 mill kroner vil bli overført til prosjektet. Dette ligger ikke inne i prosjektreknenskap som inntekt per rapportdato.

Ny dialyseenhet i B 2.9 starter ferdigprosjektering og gjennomføring fra januar 2019.

2 ØKONOMIHOVEDTALL

Samlet investeringsrammen er 1 596 000 000. Gjenstående ubenyttet sikkerhetsmargin i prosjektet er 18,8 mill kroner.

PNS	PNS Navn	² Prognose	¹¹ Fakturert Akkumulert
A-fløy	UNN A-fløy	1 596 000 000	1 474 322 975
UNN	A-fløy totalt	1 596 000 000	1 474 322 975
01.	Totalentreprise	937 201 723	935 093 108
01.1	Ombygging B-fløy	47 000 000	0
01.2	Utstyr B-fløy	36 300 000	0
02.	Bygningsmessige arbeider	86 219 474	85 398 524
03.	VVS-installasjoner	462 500	462 500
04.	Elkraft	3 717 726	3 717 726
05.	Tele- og automatisering	2 218 466	2 297 108
08.	Generelle kostnader	221 308 014	218 482 119
09.	Spesielle kostnader	103 802 744	102 865 244
10.	Utstyr (MTU) - tidligere K209	87 465 115	79 578 538
11.1	Sikkerhetsmargin	30 177 111	0
11.2	Byggelånsrenter	12 500 000	11 661 768
11.3	Inntekt passivhus	-6 250 000	-50 000
11.4	Salg av C00	-30 000 000	-30 000 000
	Flytte- og rokadekostnader (andre		
12.	ombygginger)	63 877 127	63 877 127
X	Feilføringer/omposterings Agresso	0	1 000

Tabell per 10 januar 2019, inkl avgift

2.1 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt

Investeringer tall i mill kr	Investering ramme overført til 2018	Investering ramme 2018	Rest investering ramme	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2018	Rest-ramme 2018	Forbruk i år av disponibel ramme %
A-fløya	276	0	109,7	21,5	146,6	129,4	62 %

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

Prosjektet har brukt 1474 mill kr. og har 8 % igjen av totalrammen på prosjektet.

3 FØLGEKOSTNADER UTEN EGEN INVESTERINGSRAMME

Vestibyleprosjektet har fått tildelt prosjektleder og startet medvirkning. Tak og inngangsparti er ferdigstilt i perioden.

Midlertidige trafikk løsninger på forplass er etablert i forbindelse med åpning av poliklinikker i plan 6. Permanent løsning vil vurderes etablert sommeren 2019. Prosjektet er krevende økonomisk.

4 ORGANISASJONSUTVIKLING

Organisasjonsutviklings arbeidet er ferdigstilt i tråd med innflytting i arealene og arbeidet fortsetter i linjeledelsen i respektive enheter. Dette vil således følges opp i virksomhetsplaner og virksomhetsrapportering.

5 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE VURDERINGER

Avsluttende tilpasninger pågår sammen med ferdigstilling av siste areal i plan 5. Fokus i prosjektet vil i kommende periode dreie mot bygging av ny dialyseenhet. Hybridstue er vurdert sammen med arealplan for UNN Breivika og vedtatt utsatt.



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 3 – 2018 pr. 31.12.18



*Representanter fra prosjekt- og utbyggingsavdelingen i UNN.
Foto: Universitetssykehuset Nord-Norge*

UNN HF PET-senter - Prosjektnummer 71055

Innholdsfortegnelse

1 Innledning og sammendrag	1
2 Fremdrift.....	1
3 Økonomihovedtall	2
3.1 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt.....	2
3.2 Totalt forbruk	2
3.3 Investeringsplan (i løpende kroner).....	3
4 Risikovurderinger i prosjektet	3
5 Organisasjonsutvikling (OU)	3
6 Beslutninger i perioden og utbyggingssjefens overordnede vurderinger	3

1 INNLEDNING OG SAMMENDRAG

Tidligere meldte utfordringer med sentralt drifts- og overvåkningsanlegg (SD-anlegget) har blitt identifisert til å være i tilknytning med valgt løsning for kabling mellom SD-anlegget og komponenter ute i anlegget. Utskifting av denne kablingen er akseptert som en reklamasjon av entreprenøren og er under utskifting.

I forbindelse med utbedringene av SD-anlegget er det avdekket et behov for å kunne avlese romtrykk i produksjonsarealene. Denne funksjonen har ikke tidligere vært en del av kontrakten med entreprenør og er derfor blitt bestilt som tilleggsarbeid. Det gjenstår noen leveranser fra Helse Nord IKT i forhold til lagring av bygghdata fra SD. Dette er nødvendig for valideringsarbeidet.

Videre er det en del feil og mangler hovedsakelig i tilknytning til tekniske anlegg som utbedres fortløpende.

Det pågår en avklaring med entreprenøren om hvorvidt denne har et rettmessig økonomisk krav til UNN på 3 MNOK i forbindelse med sluttoppgjør.

2 FREMDRIFT

Utskifting av kabling for SD-anlegget gjennomføres i siste kvartal 2018 med påfølgende testperiode frem til slutten av januar. Dette gjennomføres i samarbeid med Diagnostisk klinikk, UiT og SANO. Det pågår tilpasninger i forhold til validering og godkjenninger i regi av Diagnostisk klinikk, UiT og SANO. Prosessvalideringen gjøres i regi av SANO, og er fortsatt en utfordring for ferdigstillingen av prosjektet. Valideringen er avhengig av flere eksterne parter, og krever koordinering, betydelig ressursbruk og prioritering av ressursbruken. Valideringsgruppen har i siste del av perioden fått noe støtte i denne prosessen fra Norsk medisinsk syklotronsenter AS i Oslo. Funksjonen for avlesning av romtrykk innarbeides i SD-anlegget i samråd med de berørte parter, og ferdigstilles medio februar. Valideringsarbeidet vil sannsynlig pågå frem til 3. tertial.

Evalueringsprosjektgjennomføring vil bli gjennomført i løpet av 2019.

3 ØKONOMIHOVEDTALL

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

PNS	PNS Navn	² Prognose	¹¹ Fakturert Akkumulert
PET	UNN PET-senter	637 255 804	542 431 836
0	UNN PET-senter	637 255 804	542 431 836
01	Felleskostnader	0	0
02	Bygning	0	0
02.1	Grunnentreprise	24 240 501	24 240 501
02.2	Totalentreprise	411 018 417	409 585 565
03	VVS-installasjoner	237 761	267 673
04	Elkraft	0	0
04.1	Høyspent Troms kraft	3 375 000	1 550 000
05	Tele og automatisering	0	0
05.1	Helse Nord IKT	1 000 000	932 057
06	Andre installasjoner	0	0
07	Utendørs	747 690	747 690
08	Generelt	94 308 941	92 703 666
09	Spesielle kostnader	99 827 494	8 274 172
10.1	Forventede tillegg	0	0
10.2	Sikkerhetsmargin	0	0
10.3	Byggelånsrenter	2 500 000	1 782 184
10.4	Prisindeks	0	0
	Sikkerhetsmargin P85 Helse Nord		
	RHF	0	0
X	Feilføringer Agresso	0	256 276

Tabell per 10 januar 2019, inkl avgift

3.1 Fordeling av godkjent investeringsramme hovedprosjekt med følgeprosjekt

Investeringer tall i mill kr	Investering s ramme overført til 2018	Investering s ramme 2018	Forbruk siste to mnd	Sum investert 2018	Restramme	Forbruk i år av disponibel ramme %
UNN PET-senter	-3,1	96,9	6,3	82,9	25,2	86 %

3.2 Totalt forbruk

Investeringer tall i mill kr	Investerings ramme	Sum investert	Restramme	Forbruk av disponibel ramme %
UNN PET-senter	567,9	542,4	25,5	96%

3.3 Investeringsplan (i løpende kroner)

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

4 RISIKOVURDERINGER I PROSJEKTET

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

Det er en uenighet med entreprenør i forbindelse med sluttoppgjøret om tolkning av to poster i kontraktens Rigg- og driftskapittel. Dette er til vurdering av UNNs foretaksjurist. Omtvistet beløp er 3 MNOK. Denne tvisten vil ikke ha negativ konsekvens for prognosen.

5 ORGANISASJONSUTVIKLING (OU)

Organisasjonsutviklings arbeidet er ferdigstilt i tråd med innflytting i arealene og arbeidet fortsetter i linjeledelsen i respektive enheter. Dette vil således følges opp i virksomhetsplaner og virksomhetsrapportering.

6 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

VURDERINGER

Utfordringer med SD-anlegget har blitt identifisert, og er under utbedring som en reklamasjon. I forbindelse med utbedringene av SD-anlegget er det avdekket et behov for å kunne avlese romtrykk i produksjonsarealene. Denne funksjonen er vurdert som en nødvendighet for gjennomføring av et systematisk valideringsarbeid og er blitt bestilt som tilleggsarbeid i samråd med valideringsleder, Diagnostisk klinikk, UiT og SANO.

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



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Utbyggingsprosjektene

Tertialrapport 3 – 2018 pr. 31.12.18



Arbeid med tunell og vei til nytt sykehus i Narvik. Hålogalandsbrua skimtes i bakgrunnen.

Nye UNN Narvik – Prosjekt 71003

Innholdsfortegnelse

1 Status/Sammendrag	1
1.1 Viktigste aktiviteter i perioden	1
1.2 Viktigste aktiviteter kommende periode.....	1
2 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA).....	1
3 Prosjektkontroll	1
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	3
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.....	4

1 STATUS/SAMMENDRAG

Tertialrapporten gjelder for perioden august-desember 2018. Prosjekt Nye UNN Narvik har hatt to ordinære styringsgruppemøter i perioden. Arbeidet med tunell er over i en kompletteringsfase etter gjennomslaget i desember.

Prosjektet har lagt vekt på organisasjonsutvikling i drifta og medvirkning skjer først og fremst i OU-prosjektet.

1.1 Viktigste aktiviteter i perioden

Prosjektet har fått endelig godkjenning for utforming av portal vest på tunnelen med tilknytning til rundkjøring. Det er gjennomført dialogkonferanse med potensielle leverandører og lyst ut anbudskonkurranse for gjennomføring av forprosjekt med opsjon på bygging av Nye UNN Narvik. Avtale er inngått med Sweco om detaljreguleringsplan. Oppdatert framskrivningsgrunnlag ble levert fra Sykehusbygg HF i desember 2018.

UNN har styrket sin organisasjon gjennom å ha inngått en avtale med Sykehusbygg HF om kapasitets- og kompetansebistand i forprosjektet.

Det vil fortsatt pågå samordning og avklaringer med Narvik kommune vedrørende samarbeid omkring framtidig helsehus. Narvik kommune har henvendt seg til UNN og anmodet at man vurderer et samarbeid om brann- og ambulansestasjon.

Det pågår også et omfattende og viktig arbeid med å utvikle organisasjonen og drifta på sykehuset i samarbeid med de kliniske og tekniske miljøene ved sykehuset i Narvik. Dette arbeidet har pågått siden sommeren 2018 og vil pågå fram til det nye sykehuset er tatt i bruk

1.2 Viktigste aktiviteter kommende periode

Det tas sikte på å ha avtale med en totalentreprenør med rådgiverteam medio mars 2019 med umiddelbar oppstart av forprosjekt.

2 SIKKERHET, HELSE OG ARBEIDSMILJØ (SHA)

En prosjektleder er tilknyttet prosjektet som før. Pågående byggearbeid er gjennomført med to mindre uhell med personskade (snublet i kabel og falt på kne, kutt med kniv i finger). Ett av disse medførte kort sykefravær. På grunn av relativt få arbeidstimer i tunnel arbeidet påvirkes H-verdi mye av hendelsene (H=33). Entreprenørens rutiner følges opp av byggherreombud.

3 PROSJEKTKONTROLL

Vanlig internkontroll. Det pågår arbeider med å forberede prosjektet til oppstart av forprosjekt og bygging. Foretakets revisor har holder på med gjennomgang av systemer.

4 ØKONOMI

Økonomitabell Nye UNN Narvik, inkl mva (1000 kr)

Beskrivelse	Fakturert
Tunell à konto i hht betalingsplan	68 500
Tomteforberedende arbeider (tillegg til tunnelkontrakt) inkl.prosjektering utført av totalentreprenørens underleverandør.	5 500
Rådgivningstjenester og oppfølgingsbistand	2 635
Oppgjør Statens vegvesen for arbeider i vestre tunnelportal	5 010
Tomtekjøp og averdragelseskostnader	10 000
Generelle og spesielle kostnader. Før endelig fordeling av påløpte interne timeverk i UNN-DES.	7 355
SUM prosjektkost k.st.710 210 pr 31.12.18	99 000

4.1 Plan og framdrift

Milepæler	Dato
Reguleringsplan med konsekvensutredning	3. kvartal 2018 – 2. kvartal 2019
Veg og tunell	2. kvartal 2018 – 2. kvartal 2019
Forprosjekt med medvirkning	1. kvartal 2019 – 3. kvartal 2019
Byggefase	Start andre halvår 2019
Prøvedrift	Fra 3. kvartal 2022

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

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

4.3 Risiko og tiltak

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

5 ORGANISASJONSUTVIKLING (OU)

5.1 Viktigste aktiviteter i perioden

- Oppstart av 11 delprosjekter innenfor pasient- og varelogistikk, legemiddelkvalitet, tverrfaglig samarbeid internt i sykehuset samt med primærhelsetjenestene i opptaksområdet og utvikling av framtidens helsetjeneste. Deltakere i de ulike prosjektene: Ansatte i UNN, tillitsvalgte, verneombud, brukerrepresentanter og ansatte i kommunene i UNN Narvik sitt opptaksområde.
- Sammen med Helse Nord og Narvik kommune arrangert Helsefaglig og helsepolitisk politisk konferanse i Narvik (sep. -18). Blant deltakerne var blant annet Helseministeren og medlemmer av Helse- og sosialkomiteen.
- Inngått et samarbeid med Nasjonalt senter for eHelseforskning. Samarbeidet er knyttet til delprosjektet Framtidens helsetjeneste, som blant annet har fokus på storforbrukere, samhandling med primærhelsetjenestene og utvikling av IKT og eHelseløsninger.
- Involvering av og informasjon til sentrale interessenter. Herunder toppledelsen i UNN, Brukerutvalg, tillitsvalgte, vernetjenesten, ansatte i UNN Narvik, kommunene i UNN Narvik sitt opptaksområde, UiT, m.fl.
- Frikjøp av verneombud i 50%.

5.2 Viktigste aktiviteter i kommende periode

- Drift av 11 delprosjekter.
- Etablering av en tverrgående OU-gruppe bestående av OU-prosjektet sine delprosjektledere. Den tverrgående OU-gruppen skal i et samspill med Byggeprosjektet og Sykehusbygg utvikle sykehusbygget.
- Studietur til Oulu Universitetssykehus og Oulu kommune (jan. -18). Hensikten er å innhente erfaringer om bruk og utvikling av IKT og eHelseløsninger.
- Videre føre arbeidet med involvering og informasjon til ulike interessenter.
- Besøke aktuelle sykehus/enheter i inn- og utland som vi kan lære av.
- Etablere samarbeidsarena med UiT (Campus Narvik) stikkord Living Lab, helsetjenesteteknologiklynge, utdanning, forskning
- Utvikle flere samarbeidsarenaer med brukere

6 GEVINSTREALISERING

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

7 BESLUTNINGER I PERIODEN OG UTBYGGINGSSJEFENS OVERORDNEDE

VURDERINGER

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



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
5/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Hege Signete Fredheim-Kildal

Tilsynsrapport - eksterne tilsyn og revisjoner

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn* fra 1.8.2018 til og med 31.12.2018 til etterretning.

Bakgrunn

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomføres det systematiske tilsyn fra statlige tilsynsmyndigheter. I tillegg gjennomfører Helse Nord RHF revisjoner på ulike virksomhetsområder. Statusrapportering for oppfølging av eksterne tilsyn og revisjoner i UNN forelegges styret etter avsluttet tertial.

Formål

Formålet med saken er å gi styret oversikt over gjennomførte eksterne tilsyn og revisjoner fra 1.8.18 til og med 31.12.18. I saken presenteres funn og oppfølging av tilsyn, samt oversikt over kommende tilsyn.

Saksutredning

Hensikten med tilsyn er å kontrollere om det er etablert et internkontrollsystem som sørger for at virksomhetens tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lovverk og gjeldende prosedyrer.

Oversikt over eksterne tilsyn

Det er gjennomført to nye tilsyn og en revisjon siden forrige rapportering:

1. Fylkesmannen har gjennomført tilsyn vedrørende avfallshåndtering ved UNN Narvik, UNN Harstad og UNN Tromsø 19.-20.9.2018.
2. Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført revisjonen Mislighetsrisiko i Helse Nord høsten 2018.
3. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har gjennomført tilsyn 10.-14.9.2018 vedrørende tilsyn for helse, miljø og sikkerhetsarbeid, elektrisk anlegg og elektrisk utstyr.

Det vises til vedlegg for oversikt og informasjon om funn og status for disse.

Det gjennomføres i tillegg jevnlig brann- og tekniske tilsyn, kontroller på detaljomsetning, produksjon og servering av mat og drikke.

Oversikt over avsluttede tilsyn

Det er avsluttet ett tilsyn siden forrige rapportering:

1. Fylkesmannens tilsyn vedrørende avfallshåndtering ved UNN Narvik, UNN Harstad og UNN Tromsø 19.-20.9.2018.

Det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging.

Oversikt over kommende tilsyn og revisjoner

1. Internrevisjonen i Helse Nord RHF har varslet revisjon for ventetid og svartid bildediagnostikk UNN. Innhenting av dokumentasjon høsten 2018. Gjennomføring av revisjon 29.1.2019.

Gjennomførte brann- og tekniske tilsyn

Det gjennomføres jevnlig brann- og tekniske tilsyn i foretaket. Det har i perioden vært gjennomført rutinemessige el- tilsyn og branntilsyn. Påviste mangler etter brann- og el-tilsyn følges opp av Drifts- og eiendomssenteret (DES). Dersom større avvik med økonomiske konsekvenser ut over normal drift, orienteres styret om dette i egen sak fra drifts- og eiendomssjefen.

Gjennomførte kontroller på detaljomsetning, produksjon og servering av mat og drikke

Det har i perioden vært gjennomført rutinemessige kontroller og tilsyn fra Mattilsynet i foretaket. Påviste mangler eller avvik følges opp av Drifts- og eiendomssenteret (DES). Dersom større avvik orienteres styret om dette ved presisering i gjeldende saksfremlegg og med oversikt i vedlegg statusrapport eksterne tilsyn og revisjoner.

Riksrevisjon

Det har i perioden 31.8.2018 tom 31.12.2018 vært levert dokumentasjon til Riksrevisjonen med tema «Bemanningsutfordringer for sykepleiere i sykehus».

Oppfølgende arbeid etter revisjon

Internrevisjonen i Helse Nord RHF gjennomførte revisjonene Misligholdsrisiko i UNN 2018. Internrevisjonen konstaterer at UNN har iverksatt mange viktige rutiner og tiltak som bidrar til forebygging, avdekking og håndtering av interne misligheter. Påpekte svakheter, blant annet fravær av dokumenterte vurderinger av risiko for misligheter, bør imidlertid utbedres for at internkontrollen samlet sett skal vurderes som tilstrekkelig. Revisjonen gav følgende anbefalinger:

1. Gjennomføre dokumenterte risikovurderinger som omfatter risiko for misligheter, og beslutte hvordan avdekkede risikoer skal håndteres.
2. Styrke oppfølgingen av at kompetansekrav innfris.
3. Vedta en fullmaktsbeskrivelse for UNN som tilfredsstiller kravene i Økonomihåndbok for Helse Nord.
4. Gjennomføre evalueringer for å fastslå om komponentene i internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er til stede og fungerer.

Stabssenteret ivaretar arbeidet med utarbeidelse av handlingsplan. Handlingsplanen vil bli vedlagt statusrapport 1. tertial 2019.

Arbeidstilsynets tilsyn i Ambulansetjenesten

Det er mottatt endelig rapport fra Arbeidstilsynet 13.12.2018, med frist for tilbakemelding 1.4.2019. ROS-analyser er gjennomført og tiltaksplan er under utarbeidelse for å imøtekomme kravene innen frist.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 5. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering

I tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten og sykehusets satsning på kontinuerlig forbedring, er det igangsatt systematisk forbedringsarbeid for å lukke avvikene etter tilsynene. Nye retningslinjer for eksterne tilsyn og revisjoner (RL6765) vedtatt i desember 2018 sikrer myndighet, oppgave og ansvarsfordeling for oversikt og oppfølging etter tilsyn.

I tillegg arbeides det med å forbedre metodikk for hendelsesanalyser med hensikt å avdekke rotårsaker som kan forbedres for å unngå gjentakelse av hendelser eller redusere risiko av disse. Hovedkategorier for funn samsvarer med hovedkategorier for funn i tilsyn. Samlet sett jobbes det godt med forbedringsarbeidet i organisasjonen. Intern revisjon som metodikk for kontroll av oppfølging etter tilsyn og andre analyser som viser forbedringsområder intensiveres i 2019.

Konklusjon

Samlet sett er direktørens vurdering at statusrapporten viser at UNNs oppfølging av de aktuelle tilsyn og revisjoner er tilfredsstillende. Direktøren anbefaler at styret tar statusrapporten og det beskrevne oppfølgingsarbeidet til etterretning.

Tromsø, 1.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:
Statusrapport eksterne tilsyn og revisjoner pr. 31.12.2018

Nr	Revisjonspart	Saksnr	Gjennomføring oppstartdato	Klinikk/senter (enhet)	Tema	Funn	Saksgang	Status
1	Arbeidstilsynet	16/4543	19.10.16	Psykisk helse- og rusklinikken (Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård)	Melding fra verneombud (VO) vedr omfattende bygningmessige mangler ved poliklinikken	Befaring 19.10.2016 konklusjon: Arbeidstilsynet sender nytt brev hvor de ber om dokumentasjon på arbeid med fysisk arbeidsforhold/vernerunder/ kartlegginger av luft og temperatur. Vedtak om to pålegg i brev av 25.8.17: 1. Arbeidsplasser og arbeidslokale, utforming og innredning 2. Arbeidsplasser og arbeidslokale, luftkvalitet	Redegjørelse for oppfølgende arbeid er gitt i brev av 21.12.17 fra UNN Teknisk drift. Der er ikke mottatt svar fra arbeidstilsyn etter dette Det opplyses at det er startet en intern prosess på flere nivåer for å belyse hvilke muligheter som kan bedre situasjonen for de ansatte. Arbeidstilsyn har bekreftet utsatt frist for lukking av pålegg	Frist 1.2.19
2	Fylkesmannen	17/6081	10.04.18	Psykisk helse- og rusklinikken (Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Harstad)	Stedlig tilsyn med spesialisthelsetjenestens arbeid med pasienter med psykiske lidelse og mulig samtidig ruslidelse.	Det ble gitt ett avvik: Helseforetaket sikrer ikke at pasienter som henvises til VOP Harstad for en psykisk lidelse, kartlegges og utredes for mulig samtidig ruslidelse og relevant somatikk.	Utarbeidet plan innen frist for hvordan tjenestene skal bringes innenfor rammen av spesialisthelsetjeneteloven etter tilsyn. Tilsyn avsluttes ikke. Rapport etter internrevisjon innen feb 2019 samt kopi av månedlig rapportering sendes fortløpende FM	venter tilbakemelding/ under oppfølging

3	Arbeidstilsynet	18/1977	19.04.18	UNN HF (Ambulansetjenesten) Gjennomføring av tilsyn ulike lokasjoner i perioden 19.4.18 - 14.6.18	Tilsyn vedrørende om virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade.	Det ble påvist avvik som omhandlet manglende informasjon og opplæring biologisk helsefare, manglende risikovurderinger for vold, trusler og sysisk arbeidsbelastning	Ferdig rapport mottatt 13.12.18. Følges opp i klinikken	Frist 1.4.19
4	Arbeidstilsynet	18/1994	03.05.18	UNN HF	Tilsyn vedrørende om virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade.	Samlet sett viser funn mangler i hvordan det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i UNN fungerer.	Forberedende møte 3.5.18. Gjennomføring av tilsyn ulike lokasjoner (kliniske og tekniske enheter, renhold) i perioden 13.6.18-20.6.18	Frist 21.06.19
5	Det norske veritas og Germanischer Lloyd AS	18/2742	10.09.18	UNN HF	periodisk miljørevisjon i hht ISO 14001:2015	sikkerhetsarbeidet i UNN fungerer.	Handlingsplan for lukking av avvik er utarbeidet og sendt innen frist 31.12.18	Venter tilbakemelding
6	Fylkesmann	18/4969	19.09.2018	UNN Narvik	Avfallshåndtering	Anmerkning vedrørende Internkontroll og farlig avfall	Svart ut med beskrivelse av tiltak.	Lukket 17.12.18
8	Fylkesmann	18/5054	20.09.2018	UNN Tromsø	Avfall fra sykehus og laboratorier	Virksomhetens internkontroll på tema Ytre miljø er ikke tilfredsstillende	Tilbakemeldingen er fulgt av dokumentasjon på at funn som underbygget avviket er lukket	Lukket 23.11.18
9	Intern revisjon HN	18/2546	24.04.2018	UNN HF	Mislighetsrisiko i UNN	Anbefalinger omhandler risikovurdering, oppfølging av infrielse av kompetansekrav, fullmaktsbeskrivelse og gjennomføring av evalueringer	Følges opp av Stabssenteret. Handlingsplan utarbeides, vedtas av dir. ledergruppe, deretter orienteres styret	Under behandling



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
6/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Stig Arne Bakken

Virksomhetsplan 2019 - oppfølging

Innstilling til vedtak

1. Styret for Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) godkjenner de reviderte plantallene.
2. Styret godkjenner virksomhetsplan og tiltak for 2019 slik det fremkommer i denne saken, og ber om at den uløste omstillingsutfordringen løses snarest.
3. Styret ber videre om at tiltakene i alle klinikkene/sentrene ved UNN følges tett opp i 2019 og at risikodempende tiltak fortløpende utarbeides der det er nødvendig.

Bakgrunn

Styret for Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) behandlet i styresak 100/2018 Virksomhetsplan 2019. I denne saken ba styret om oppfølging på tre punkter: Økonomiske tiltak 2019, revisjon plantall 2019 og status aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP).

Formål

Formålet for denne saken er å invitere styret til å vedta oppfølgingspunktene på tiltak, reviderte plantall og ABP i virksomhetsplan 2019.

Saksutredning

Revidering av plantall aktivitet 2019

Plantallene for 2019 som ble oppgitt i styresak 100/2018 var utarbeidet i mars 2018. Det var derfor nødvendig å korrigere plantallene. Seks klinikker har endret sine plantall basert på driftsdata for hele 2018 samt planer for 2019.

Det har i tillegg vært behov for helt nye plantall innen laboratorie- og røntgenundersøkelser som følge av at ny tellemåte (laboratorie) og ny kilde (røntgen) er innført etter mars 2018.

Det er ingen endringer i plantall for månedsverk. Det vil imidlertid bli en endring mellom klinikkene som følge av omstrukturering av sengepost i Narvik samt at *Helse i arbeid* (tidligere

raskere tilbake) i løpet av våren 2019 skal legges til Nevro-, ortopedi- og rehabiliterings-klinikken.

Økonomiske tiltak 2019

Ved behandling av styresak 100/2018 manglet det tiltak for inngangshastighet ved noen klinikker. I etterkant av styremøtet i desember 2018 har det vært jobbet aktivt i klinikkene/ opp mot klinikkene for å oppnå tilstrekkelige og realistiske tiltak for 2019.

Alle klinikkene / sentrene unntatt Akuttmedisinsk klinikk har funnet tilstrekkelige og realistiske tiltak for 2019. Økonomiavdelingen har sammen med klinikkene gjennomført egne møter for å kvalitetssikre alle tiltak som er utarbeidet. Prosessen med Akuttmedisinsk klinikk fortsetter for å løse omstillingsutfordringen.

Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP)

Det mangler ennå noe for at ABP skal være implementert som en gjennomgående metode i arbeidstidsplanleggingen ved alle klinikker/ sentre. Kompetanse om ABP som metode og verktøy til bruk i arbeidet varierer mellom klinikkene. Det pågår nå et prosjektarbeid ledet av Stabssenteret i samarbeid med klinikkene, med mål om å frigjøre tid for ledere. Et av delprosjektene i dette arbeidet er spesifikt rettet mot hvordan effektivisere og bedre kvaliteten på arbeidstidsplanleggingen i UNN.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 5. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering

Plantallene for klinikkene har vært revidert og vurderes av direktøren som realistiske. Disse vil kunne løses innenfor klinikkens rammer, både økonomiske og personellmessige.

Økonomien ved UNN er krevende og den reserven som vi har hatt er gradvis blitt mindre. Fokus har vært å utarbeide tilstrekkelige og realistiske tiltak det siste året. En av klinikkene er ikke kommet i mål, men direktøren har videreført prosessen i denne klinikken med mål om at også denne klinikken oppnår budsjettbalanse i 2019.

Det er totalt utarbeidet 285 tiltak som utgjør 214 mill kr. Noen av tiltakene bærer en vesentlig risiko både i forhold til full måloppnåelse og med hensyn til forventet tidspunkt for effekt. Risikoprofilen viser at 66 % (142 mill kr) er vurdert i risikogruppe 1, som tilsvarer 100 % effekt. 15 % (32,4 mill kr) er satt i risikogruppe 2, som tilsvarer 80 % effekt. 19 % (39,5 mill kr) er i risikogruppe 3 som tilsvarer 50 % effekt. Direktøren vurderer at det til tross for risiko, har vært jobbet godt, og at UNN vil styre mot budsjettbalanse med et overskuddskrav på 40 mill. Å nå dette målet vil imidlertid kreve tett oppfølging og et pågående arbeid med å identifisere alternative tiltak dersom styringsfarten tilsier det.

Det er allerede iverksatt arbeid med å identifisere ytterligere tiltak for å møte en situasjon hvor effekter av godkjente tiltak uteblir. Dette vil blant annet være å redusere ytterligere bruk av variabel lønn/ innleie, og lengre perioder med vakanser og innkjøpsstopp på enkelte områder. For å tidlig identifisere tiltak som ikke gir effekt er det etablert månedlige møter mellom klinikkene/ sentrene og økonomiavdelingen.

De langsiktige satsingsområdene (innkjøp, pasientforløp, rekruttering/ stabilisering) vil dersom de har effekt allerede mot slutten av 2019 gi en risikoreducerende effekt. En fortsatt restriktiv reise- og bemanningsgjennomføring i 2019 vil dempe risikoen ved tiltakene.

Inngangshastighet som ligger til grunn for styresaken er pr november da regnskapet for desember ikke er avsluttet. Det vil derfor hefte noe usikkerhet om nivået på inngangshastigheten.

Konklusjon

Direktøren anbefaler at styret vedtar oppfølgingen av virksomhetsplan 2019 i tråd med redegjørelser og vurderinger i saken.

Tromsø, 1.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Saksfremlegg til *Virksomhetsplan 2019 - oppfølging*



Sak: Saksfremlegg vedrørende *Virksomhetsplan 2019 –oppfølging*
- tiltak, plantall og ABP jfr. styrevedtak i sak 100/2018
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Gøril Bertheussen / Lars Øverås
Møtedato: 13.2.2019

Virksomhetsstyring ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) følges opp ved hjelp av dialogavtaler. Dialogavtaler er lederavtaler på de tre øverste ledernivåene i UNN. Dialogavtalene er transparente og ligger tilgjengelig for alle på UNNs intranettsider. Innholdet i dialogavtalene skal være i tråd med UNNs overordnede strategi og satsningsområder, og beskrive hvilke mål, tiltak og indikatorer (plantall) som skal gjennomføres for kommende år. Arbeidet med dialogavtalene og innholdet skal være i nært samarbeid med leder og ansatte for å sikre god forankring av mål. God medvirkning og involvering er avgjørende for å sikre nødvendig ivaretagelse av lokale utfordringer og behov. Dialogavtalene for de enkelte klinikker og sentre er godkjent av direktøren og vil være hovedverktøyet for oppfølging gjennom kommende driftsår.

I saksfremlegget redegjøres det for følgende:

1. Revisjon av plantall
2. Tiltak UNN 2019
3. Aktivitetsbasert planlegging – status

1. Revisjon plantall 2019

5.2 Plantall 2019

Plantallene er utarbeidet med utgangspunkt i gitte styringssignaler og estimerte effekter av planlagte endringer i driften. Plantallene for UNN er klinikkens plantall summert opp på foretaksnivå. Plantallene på foretaksnivå i 2017 hadde for første gang en direkte kobling til de klinkkvise planene som var av så god kvalitet at de kunne brukes. Metodeutviklingen har fortsatt i 2018 og kvaliteten på plantallene er bedre enn tidligere år. Plantallene for 2019 ble opprinnelig laget i mars 2018. I styresak 100/2018 besluttet styret at disse skal revideres og dette er gjort i januar 2019. Revisjonen har vært på antall liggedager, antall polikliniske konsultasjoner (også indirekte konsultasjoner), laboratorieanalyser og røntgenundersøkelser.

Seks av klinikkene har endret plantall basert på kjennskap til endelig 2018 samt endret måte å telle på / kilde (laboratorie og røntgen).



Tabell 1 – Plantall laboratorie- og røntgenundersøkelser 2019

Reviderte plantall 2019 lab- og røntgen		
Klinikk	Type	Antall
Medisinsk klinikk	Lab. Undersøkelser	767 461
Barne- og ungdomsklinikken	Lab. Undersøkelser	6 800
Diagnostisk klinikk	Lab. Undersøkelser	6 174 774
SUM lab:		6 949 035
Diagnostisk klinikk	Røntgenundersøkelser	168 413
SUM Røntgen		168 413
Total sum		7 117 448

Som følge av ny tellemåte innen laboratorieanalyser (meldt av mikrobiologen) samt at LIS nå er blitt kilde for å vise røntgenundersøkelser er ikke opprinnelige plantall fra mars 2018 sammenlignbare slik at en kun har med de reviderte tallene i tabellen over.

Tabell 2 – Plantall liggedøgn og konsultasjoner 2019

Klinikkvis oversikt over plantall 2019 fordelt på tjenesteområde - reviderte tall							
Klinikk	Tjenesteområde	Reviderte plantall 2019		Opprinnelige plantall 2019		Endring reviderte / opprinnelige	
		Konsultasjoner	Liggedøgn	Konsultasjoner	Liggedøgn	Konsultasjoner	Liggedøgn
Akuttmedisinsk klinikk	Somatikk	10 209	6 435	10 560	6 435	-351	0
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	Somatikk	66 600	46 707	66 600	46 707	0	0
Hjerte- lungeklinikken	Somatikk	12 830	25 060	11 840	23 848	990	1 212
Medisinsk klinikk	Somatikk	34 604	47 429	33 904	47 429	700	0
Barne- og ungdomsklinikken	helsevern, barn og unge *	30 721	3 154	26 211	3 154	4 510	0
Barne- og ungdomsklinikken	Somatikk	9 760	7 760	9 760	7 760	0	0
Operasjons- og intensivklinikken	Somatikk	1 565	11 165	1 565	11 165	0	0
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	Somatikk	127 500	37 369	130 875	37 869	-3 375	-500
Psykisk helse- og rusklinikken	helsevern, voksne *	66 400	45 580	66 400	44 350	0	1 230
Psykisk helse- og rusklinikken	spesialisert rusbehandling *	13 000	20 800	13 000	19 700	0	1 100
SUM		378 186	250 579	372 686	247 037	2 474	3 042

* inkludert indirekte tiltak

Kommentar pr klinikk:

Akuttmedisinsk klinikk: Har redusert plantallet på konsultasjoner noe.

Kirurgi-, kreft-, og kvinnehelseklinikken: Meldt tilbake at opprinnelige plantall består.

Hjerte- lungeklinikken: Justert plantallene noe opp. Økningen på konsultasjoner er knyttet opp mot lungepoliklinikk og er muliggjort gjennom flere ansatte leger. Økningen på liggedøgn er knyttet opp mot mer bruk av hotellet (alle fag) og en justering av liggedager gjennom retningslinjer om å inkludere alle avdelingsopphold dag, en teknisk justering.



Medisinsk klinikk: Justert konsultasjoner opp som følge av mer dialysebehandling. Plantall for liggedøgn vil endres når splitting av sengeposten i Narvik er gjennomført.

Barne- og ungdomsklinikken: Justert opp plantallene innen BUP, somatikken opprettholdes opprinnelige plantall.

Operasjons- og intensivklinikken: Meldt tilbake at opprinnelige plantall består.

Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken: Har justert plantallene noe ned for å tilpasse disse til driftssituasjon (overlegepermisjoner mm) og rammene. Plantall for liggedøgn vil endres når splitting av sengeposten i Narvik er gjennomført.

Psykisk helse- og rusklinikken: Har korrigert opp liggedøgn, vil fra august 2019 ha fire nye senger innen sikkerhetspsykiatri.

2. Omstillingsutfordring og tiltak 2019

Omstillingsutfordring 2019

Omstillingsutfordringen er et samlet resultat av inngangshastigheten til 2019, endrede inntektsforutsetninger og endrede interne og eksterne kostnadsforutsetninger. Prognosen for 2018 er -50,0 mill kr, 90,0 mill kr dårligere enn styringskravet fra Helse Nord RHF, I styresak 100/2018 var ikke alle klinikkene kommet i mål med tiltaksarbeidet. Underskudd i egen klinikk må håndteres i klinikken slik at tiltak består av både inngangshastighet (underskudd korrigert for 2018 spesifikke kostnader) og omstilling (rammereduksjon).

I perioden 9/1-2019 til 11/1 – 2019 er det gjennomført møter med alle klinikkene hvor tema har vært gjennomgang av tiltakene som er levert, med fokus på om de er tilstrekkelige, har god nok kvalitet og hvilken risiko som er knyttet til manglende måloppnåelse. Totalt har klinikkene / sentrene 285 tiltak for 2019 som alle er risikovurdert etter Helse Nord RHF sin risikomodell. Tiltak i risikogruppe 4 (20 % effekt) og 5 (0 % effekt) er tatt ut da disse vurderes å ha for høy risiko til å ikke kunne gjennomføres.

Status etter møtene er at alle unntatt Akuttmedisinsk klinikk har løst sine utfordringer jfr. Tabell 1 under. I etterkant av møtene har direktøren gjennomført eget møte med klinikkssjef for Akuttmedisinsk klinikk. Konklusjonen i dette møtet er at UNN ikke har ledige midler slik at klinikken må starte et arbeid med å optimalisere driften gjennom å systematisk se på arbeidsoppgaver, bemanning, ABP, jobbglidning etc. Bistand til dette gis fra stabssenteret.



Tabell 3 Omstillingsutfordring/tiltak 2019 pr klinikk

Tiltak UNN 2019 for inngangshastighet og omstillingsutfordring - pr klinikk								
Summer av Beløp vektet (i tusen kr)	Risikovurderte tiltak				Inngangshastighet (pr november)	Rammereduksjon (omstilling)	Sum inngangshastighet + rammereduksjon	Uløst
Klinikknr - navn	100 % effekt	80 % effekt	50 % effekt	Sum tiltak				
10 - Akuttmedisinsk klinikk	10 100		600	10 700	11 000	7 005	18 005	7 305
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	4 292	4 660	30 424	39 376	28 100	9 565	37 665	-
13 - Hjerter- lungeklinikken	8 360	2 560		10 920	5 200	5 291	10 491	-
15 - Medisinsk klinikk	15 165	7 325	2 890	25 380	12 700	8 032	20 732	-
17 - Barne- og ungdomsklinikken	11 080			11 080	3 600	4 191	7 791	-
18 - Operasjons- og intensivklinikken	31 793	4 053	1 445	37 291	23 500	9 271	32 771	-
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	27 496	8 470	4 178	40 144	29 828	10 316	40 144	-
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	6 400			6 400	-	6 361	6 361	-
30 - Diagnostisk klinikk	16 087	5 375		21 462	13 164	8 296	21 460	-
45 - Drifts- og eiendomssenter *	5 050			5 050	-	4 379	4 379	-
48 - Kvalitet- og utviklingssenteret *	3 030			3 030	-	2 317	2 317	-
52 - Stabssenteret *	3 150			3 150	-	2 440	2 440	-
Totalsum	142 003	32 443	39 537	213 983	127 092	81 000	204 557	7 305

* tiltak høyere enn omstilling som følge av finansiering av kontinuerlig forbedring



Vurdering pr klinikk:

Akuttmedisinsk klinikk: Ikke løst hele omstillingsutfordringen, videre prosess iverksatt.

Kirurgi-, kreft-, og kvinnehelseklinikken: Noe risiko som følge av høyt omstillingsbehov målt i kroner. Klinikken har jobbet godt med tiltaksarbeidet og jobber videre med gjennomføringen og konkretiseringen. For å minske risikoen som foreligger har klinikken identifisert områder som kan gi kortsiktige effekter; reise/ansettelsesstopp, holde stillinger vakante og ytterligere innstramminger i mulighetene for innleie/overtid utover de tiltak som allerede omhandler disse.

Hjerter- lungeklinikken: Tiltakene vurderes realistiske og gjennomførbare.

Medisinsk klinikk: Noe risiko i tiltakene som er knyttet mot variabel lønn, og da spesielt mot enhetene i Harstad. Krever nøye oppfølging og klinikken har iverksatt møtepunkter og verktøy for å følge disse spesielt opp.

Barne- og ungdomsklinikken: Tiltakene vurderes gjennomførbare og realistiske. ISF – inntektene på klinikken (somatikk) er svært avhengig av gruppen «for tidligfødte» som har høy refusjon, men som er vanskelig å forutsi når/om de kommer. Det ligger en risiko i inntektssiden utenom tiltakene som følge av dette.

Operasjons- og intensivklinikken: For en del tiltak er det høy risiko som følge av høy omstillingsutfordring, da spesielt innen legeavdelingen og medisinsk intensivavdelingen. Krever tett oppfølging av tiltak internt i klinikken og det er også risiko knyttet til når tiltak vil få effekt (tidsmessig).

Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken: Noe risiko som følge av høy omstillingsutfordring. I tillegg er det en del tiltak som gjelder bedre koding av pasientene som vurderes å inneha en risiko for oppnåelse.

Psykisk helse- og rusklinikken: Tiltakene vurderes som realistiske og gjennomførbare.



Diagnostisk klinikk: Noe risiko i tiltakene og da knyttet opp mot de tiltakene som gjelder radiologisk avdeling. Klinikken er avhengig av å få aktiviteten under kontroll og dette må øvrige klinikker bistå i ved å minimere behovet for undersøkelser og analyser. Klinikken har god fokus på utfordringene.

Sentrene: Tiltakene vurderes realistiske og gjennomførbare.

Tabell 4 Tiltak 2019 – fordelt på type

Type tiltak - tall i hele 1000 kr	100 % effekt	80 % effekt	50 % effekt	Sum tiltak
ISF-økning pga. økt aktivitet	4 474	1 206	656	6 336
Nedbemannning	14 608	3 114	595	18 317
Reduserte driftskostnader	47 068	9 422	7 023	63 513
reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	59 997	16 795	30 224	107 016
Øvrig inntektøkning	15 855	1 907	1 040	18 801
Totalsum	142 003	32 443	39 537	213 983

Økte ISF-inntekter av økt aktivitet

Det planlegges med økt aktivitet/kodeforbedring i flere klinikker som gir økte inntekter på 6,3 mill kr. Dette dekker først og fremst klinikkens underskudd.

Nedbemannning

Reduserte driftskostnader utgjør 18,3 mill kr. Dette er både kliniske og administrative stillinger.

Reduserte driftskostnader

Reduserte driftskostnader utgjør 63,5 mill kr. Reduksjon i medikamentbudsjetter og oppsigelser av avtaler er de største beløpene.

Reduserte lønnskostnader

Det planlegges med tiltak knyttet til reduserte variable lønnskostnader på til sammen 107,0 mill kr i 2019. Mye av dette er variabel lønn/innleie og er regnskapsreduserende tiltak.

Øvrig inntektsøkning

Øvrige inntekter skal økes med 18,8 mill kr. Parkeringsavgiftsøkning, mer kommersielt belegg på hotellet og annen pasientinntekt enn ISF er de store postene.

Øvrige risikoreduserende tiltak ved UNN:

Strategien for det videre omstillingsarbeidet på foretaksnivå er rettet mot følgende områder: Innkjøp, Rekruttering og stabilisering, samt pasientforløp storforbrukere. Først og fremst tar disse strategiene sikte på å møte fremtidige omstillingsutfordringer (etter 2019), men dersom vi kan se effekt av disse allerede mot slutten av året vil de kunne bidra til å løse klinikkens utfordringer i 2019. Det planlegges derfor at klinikkene allerede i mars 2019 skal starte planleggingen av tiltak innenfor egen virksomhet på disse områdene.

Reduksjon av sykefraværet vil ha positiv effekt på innleiebehovet, og dermed også redusere den økonomiske risikoen.

En fortsatt restriktiv reise- og ansettelseslinje vil være risikoreduserende.



3. Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging - status

Styret i UNN vedtok i sak 96/2012 at aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging (ABP) skulle være et sentralt tiltak i virksomhetsplanleggingen for 2013. ABP er en planmetodikk der aktivitet og bemanningsplanlegging vurderes opp mot hverandre med intensjon om å oppnå størst mulig samsvar mellom planlagt drift og faktisk drift. Systematisk ABP-arbeid følger PDSA-forbedringssirkelen der man kontinuerlig planlegger, gjennomfører, evaluerer og forbedrer/korrigerer plan og drift.

Til å begynne med startet ABP-arbeidet i UNN i enheter med døgndrift, der gjentagende statiske arbeidsplaner ble erstattet med aktivitetsbaserte kalenderplaner. Etter hvert ble ABP innført i andre enheter, samtidig som det også ble fokus på andre sider ved ABP som aktivitetsutjevning, ressursutjevning, oppgaveglidning og optimal bruk av rom og utstyr. I tillegg til det kontinuerlige arbeidet i enhetene har det vært flere prosjekter med fokus på ABP de siste årene. Det siste året er det blitt utviklet et verktøy i HN-LIS for sengepostene hvor bemanning og aktivitet synliggjøres i detalj (fra time til time). Dette verktøyet gjør det enklere for lederne på sengeposten å vurdere behovet for å korrigere bemanningsplanleggingen.

ABP for leger i UNN

Sist i 2018 ble et langvarig ABP arbeid om standardisert planmetodikk for etablering av legeplaner ferdigstilt. Dette arbeidet var forankret både i klinikkene, tillitsvalgtapparatet, vernetjenesten og Stabssenteret. Det samme ble et Lean-prosjekt om rutine og arbeidsdeling mellom legelønn, lederstøtte og klinikkene knyttet til legeplanlegging. Disse implementeres fortløpende ved utarbeidelse av alle nye legeplaner i UNN og sikrer planlegging og prosess etter ABP prinsipper i tråd med overenskomst. Målbart virkning forventes 2019/2020.

Tabell 5 - Oversikt over brukte typer arbeidsplaner i sengeposter i UNN¹

Klinikk	Kalenderplan	Arbeidsplan	Ønskeplan	Totalt
10 - Akuttmedisinsk klinikk	3		1	4
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken	7			7
13 - Hjerne- lungeklinikken	3			3
15 - Medisinsk klinikk	8			8
17 - Barne- og ungdomsklinikken	4			4
18 - Operasjons- og intensivklinikken	2		2	4
19 - NOR klinikken	6			6
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	17	3		20
Totalt	50	3	3	56

Oversikten viser hvilke typer arbeidsplaner (kalenderplan, rullerende arbeidsplan eller ønskeplan) sengepostene i UNN benytter seg av. I tillegg til hovedplanene som er gjengitt ovenfor i tabellen har 46 av sengepostene i tillegg rullerende arbeidsplaner for ledere, dagansatte, administrative ansatte o.l.

Vurdering pr klinikk:

Akuttmedisinsk klinikk:

¹ Med sengeposter menes de enheter som er definert som dette i UNN i DIPS. Se vedlegg for detaljert oversikt.



Et aktivt ABP prosjekt om årsplan på én stasjon med stort fokus på arbeidstakers medvirkning og planlegging etter aktivitet. Lokal enighet om ordinær årsplan ved en annen. Uttalt kontinuerlig arbeid med ABP-metodikk i Akuttmottaket og Obs posten, sist ved planlegging og gjennomføring av feriedrift og -avviklingen i 2018.

Av tre sjikt har helikopterlegene og sykehuslegene Longyearbyen fått nye planer etter ny rutine og planprosess. For sistnevnte har fokus på aktivitet gitt betydelig økt antall tilgjengelige legetimer for lokalbefolkningen.

Kirurgi-, kreft-, og kvinnehelseklinikken:

Klinikkssjef opplyser at ABP er innført på alle nivå i klinikken, også legegruppen.

Hjerte- lungeklinikken:

Alle enheter i klinikken praktiseres ABP, og alle sengeposter har kalenderplaner. Klinikken arbeider kontinuerlig med å forbedre planlegginga, og ser forbedringspotensiale særlig når det gjelder planhorisontens lengde og koordinering mellom de ulike yrkesgrupper.

Medisinsk klinikk:

Har evaluert kalenderplan i sengepostene 2017/2018. Videre har ØAS utviklet nye rapporter i HN-LIS for bl.a. postopphold og sengepostanalyse, som skal brukes i forkant av hver kalenderplan. Turnusgenerator i GAT ble forsøkt i Fordøyelse- og nyremedisinsk sengepost 2018 uten å lykkes. Infeksjonsmedisinsk sengepost skal være pilot i prosjekt knyttet til reduksjon av administrative oppgaver, effektivisering og forbedring av arbeidstidsplanlegging.

Alle leger er i GAT, men det har vært behov for lederstøtte for å komme i mål med planleggingen og følge opp endringer i GAT. Utfordringen i Tromsø er å koordinere alle vaksjikt i akuttmottaket med alle fagområder (sengepost/poliklinikker) i MK, samt rotasjoner mellom MK og HLK. I tillegg til god GAT-kompetanse, krever dette at noen har et *overordnet blikk for helheten over legeplanleggingen*. Dette passer ikke inn i dagens organisering og krever beslutninger på tvers av fag/seksjoner/avdelinger og klinikker. Bidrag av vaktgående leger i Akuttmottak og på nye Intensiven kompliserer bildet ytterligere. Det er besluttet i ledermøtesak 144.18 (18/5563), 09.10.18 å sette ned arbeidsgruppe som skal ha fokus på legeplanlegging. Medisinsk klinikk v/AMM skal være pilot. ØAA har også laget målekort i HN-LIS for leger i Medisinsk klinikk.

Barne- og ungdomsklinikken:

Alle sengeposter har kalenderplaner (5 aktive kalenderplaner). En arbeider aktivt med å utveksle sykepleiere mellom Nyfødt Intensiv og Barne- og ungdomsseksjonen (BUS) avhengig av pasientbelegg ved de to seksjonene. BUS + Dragen/poliklinikk var tidlig ut med samarbeid og personellflyt mellom seksjonene. Daglige driftsmøter mellom seksjonslederne for å tilpasse bemanning. Dagenheten har innført utvidet åpningstid tilpasset aktivitet og behov. Legene følger en rullerende vaktturnus (tariffbestemt) med unntak av overlegene ved BUA som tilpasser vaktene etter planlagt fravær. BUS har et pågående forbedringsprosjekt i sengeposten, med fokus på aktivitetsflyt, færre forstyrrelser i arbeidet og bedre utnyttelse av areal. Samarbeidende enhetene deltar i arbeidet.

Operasjons- og intensivklinikken:

Har i lengre tid brukt analyseverktøy for bemanningsplanlegging til operasjonsenhetene i Harstad, Narvik og Tromsø. Drift tidligere preget av «beredskapsbemanning», men god



bevegelse ved alle lokasjoner. Klinikken var tidlig ute med jobb- og oppgaveglidning knyttet til Operasjons Tromsø. Stort fokus på ABP-prosesser rundt nye A9 i Tromsø.

Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken:

Stort fokus på rett person og kompetanse på rett plass til rett tid, også i legers vaktstjikt. Rehabiliteringsavdelingen har gjort et større arbeid med aktivitetsbaserte behovs- og bemanningsplaner med fokus på ulikt pleiebehov i pasientgruppen. Nevrokirurgene var tidlig ute med å prøve ut verktøy fra planprosess for leger og erfaringer herfra var nyttig i videreutvikling av disse. Fokus her var på Nevrokirurgisk primær- og bakvaktstjikt uten at dette førte til varig endring av plan.

Psykisk helse- og rusklinikken:

Arbeidet med kalenderplan er primært organisert i nettverk/grupper, der enheter kan hjelpe og lære av hverandre. Etablert god lokal lederstøtte til utarbeidelser av kalenderplaner som er godt kjent med ABP-metodikken. Med utgangspunkt i bemanningsutfordringer jobbes det mye med oppgaveglidning mellom arbeidsgrupper. Fokus på aktivitet og ressursbruk, blant annet gjennom samarbeid på tvers mellom lokasjoner (bakvaktstjikt mellom Tromsø og Narvik).

Diagnostisk klinikk:

Klinikken har tatt i bruk aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og kalenderplan i avdelinger der det er hensiktsmessig. Arbeidsplaner for alle yrkesgrupper er implementert i Gat. Laboratoriemedisin har kalenderplan for alle yrkesgrupper på alle lokalisasjoner. På Røntgen er det kun Narvik som har tatt i bruk kalenderplan.

ABP i dag og fremover:

Så langt har hovedfokus i arbeidet med ABP i UNN vært knyttet til døgnenheter, men det er også gjort tiltak knyttet til dagenheter. Som hovedregel ansettes for eksempel ingen på poliklinikk uten at de samtidig arbeider noe helg på sengepost. Når det gjelder samarbeid, samkjøring og ressursbruk på tvers av både enheter og yrkesgrupper, åpningstider etter pasientstrøm, oppgaveglidning, arbeidsflyt og arealutnytting er noe gjort, men det er fremdeles et stort potensialet for forbedring.

Det har vært viktig å forankre arbeidet med ABP i UNN lokalt i den enkelte klinikk, og gjerne helt ned på enhetsnivå, for å få den beste effekten. Det er derfor vanskelig å vurdere effekt objektivt og overordnet. Skal eksempelvis kalenderplan gi forventet resultat, krever det at de essensielle delene av planmetodikken er implementert og at man har gjort godt grunnlagsarbeid i forhold til forventet aktivitet og behov. Utrulling av statisk plan, eller ukritisk gjenbruk av fjorårets plan, vil i liten grad gi forventet resultat. Dette er tegn på at håndverket er for dårlig fremfor at ABP «ikke fungerer».

Det pågår nå et prosjektarbeid ledet av Stabssenteret i samarbeid med klinikkene, med mål om å frigjøre tid for ledere. Et av delprosjektene i dette arbeidet er spesifikt rettet mot hvordan effektivisere og bedre kvaliteten på arbeidstidsplanleggingen i UNN.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
7/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Eva-Hanne Hansen		Saksbehandler: Trine Olsen

Reduksjon av strykninger til operasjoner ved UNN

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken *Reduksjon av strykninger fra planlagt operasjonsprogram ved UNN* til orientering.
2. Styret ber om status i oppfølging av arbeidet med rapportering til styret 2. tertial 2019

Bakgrunn

Strykning av planlagte operasjoner ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er en uønsket hendelse og en negativ opplevelse for pasienten. For virksomheten fører strykninger av planlagte operasjoner til at operasjonsressursene ikke utnyttes optimalt og til økte kostnader. Andelen strykninger fra planlagt operasjonsprogram har gjennom mange år vært over 10%. Strykninger på operasjonsdagen (samme dags-strykninger) er det som gir mest ulemper for pasientene, fører til mye plunder og heft samt betydelige kostnader. I 2018 var samme dags-strykning 9,3%. Dette inkluderer alle prosedyrer og kirurgiske inngrep som er planlagt og registrert i det elektroniske operasjonsprogrammet i DIPS.

Styret vedtok 12.12.2018 i sak 97/2018: «Operasjonskapasitet er flaskehals i UNN, og det pågår oppfølging med implementering av tiltak for reduksjon av strykninger som oppfølging etter ekstern og intern evaluering. Viktig forbedringsområde. Måltall < 5 % for 2019».

Formål

Formål med saken er å informere styret om hvilke tiltak som iverksettes for å forhindre strykninger av planlagte operasjoner (innlagt og dagkirurgi) i UNN i løpet av 2019.

Saksutredning

UNN har over år hatt en høy andel strykninger av planlagte operasjoner. Operasjonsplanlegging er komplekst og det er flere årsaker til at planlagte operasjoner strykes fra operasjonsprogrammet. Fordelingen av strykningsårsaker er også forskjellig mellom dagkirurgiske og innlagte pasienter.

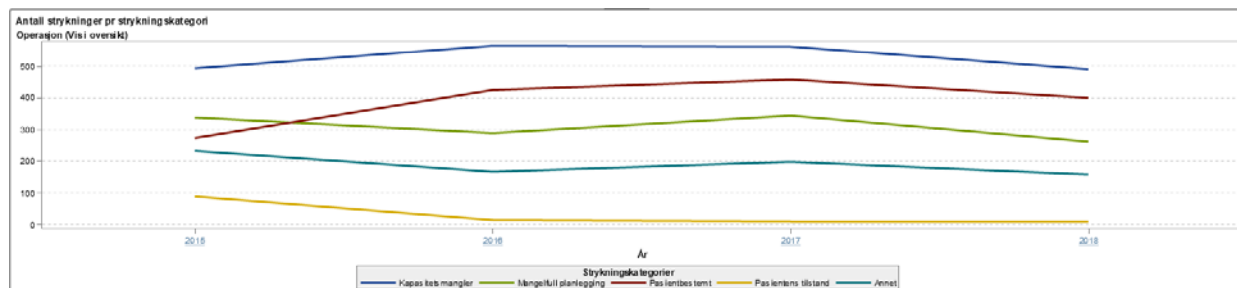
Strykninger registreres i det elektroniske operasjonsprogrammet (DIPS) i et regionalt kodeverk med strykingsårsaker. For 2018 er det registrert 1847 samme dagsstrykninger ved UNN Tromsø. Strykningsårsakene er gruppert innenfor kategorier og strykninger på operasjonsdagen, og fordelt seg slik i 2018:

Dagkirurgi:

- *Kapasitetsmangel* – 26,7%
- *Pasientbestemt* – 39,9%
- *Mangelfull planlegging* – 19,8%
- *Annet* – 12,3%

Innlagt:

- *Kapasitetsmangel* – 70,2%
- *Pasientbestemt* – 10,8%
- *Mangelfull planlegging* – 9,8%
- *Annet* – 5,7%



Figur 1 Viser utvikling av antall strykninger pr strykingsårsak siste 4 år (januar-oktober alle år)

For å bedre datakvaliteten i strykingsregistrering og -rapportering ble det høsten 2018 utarbeidet et forslag fra UNN til nye regionale rutiner for strykingsregistrering og forbedret kodeverk med strykingsårsaker i DIPS operasjonsprogram. Forslaget er behandlet og vedtatt av fagsjefene i Helse Nord. Disse er implementert fra 1.1.2019.

Gjennom et arbeid på tvers av klinikkene (HLK, NOR, K3K, OpIn) er det utarbeidet et excel-verktøy for å beregne lønnskostnader pr strykning (KPS) (Vedlegg 1).

Kostnadsberegningene via KPS-modellen viser at kostnadene øker betydelig jo nærmere planlagt operasjonsdag strykningene gjøres. Samme dags-strykninger er 9,3% i UNN, og har en beregnet kostnad pr strykning fra 3033 kr til 4222 kr. Reisekostnad, ekstra liggedøgn, forbruksmateriell med mer er ikke inkludert i beregningene. I tiltaksarbeidet for å redusere antall strykninger er hovedfokus i 2019 å redusere samme dags-strykninger til <5%.

Tiltak for å redusere strykninger i UNN

I 2017 gjennomførte Deloitte på oppdrag fra UNN en gjennomgang og analyse av operasjonsevne. I rapporten fra Deloitte påpekes blant annet at;

- Den årlige planleggingsprosessen er faktabasert og kommet langt sammenlignet med sammenlignbare sykehus.
- Stueutnyttelsen er høy, men det er stort forbedringspotensial i den kortsiktige operasjonsplanleggingen. En bedre ukeplanprosess vil kunne redusere plunder og heft vesentlig, redusere strykninger, øke forutsigbarhet og generell trivsel i avdelingen.

Det er igangsatt flere forbedringsprosjekt for å sikre reduksjon av strykninger samt effektiv gjennomføring av operasjonsprogrammet. Detaljert oversikt over forbedringsprosjekt med tilhørende tiltak vedlegges i et driverdiagram. Driverdiagrammet viser sammenheng mellom forbedringsprosjekt og tiltak, samt hvilke strykingsårsaker som påvirkes (Vedlegg 2 og 3). I saksutredningen beskrives noen av tiltakene.

Årsakene til strykninger varierer mellom fagområder og om pasientene er innlagt eller skal opereres dagkirurgisk.

Tiltak for å redusere strykninger relatert til kapasitetsmangel og mangelfull planlegging:

Den kortsiktige operasjonsplanleggingen ved UNN må forbedres. Dette vil bidra til økt forutsigbarhet og dermed redusere antall strykninger som igjen vil gi økt effektiviseringspotensial. Forbedringsprosjekt som er iverksatt for å oppnå forbedret korttidsplanlegging av operasjonsvirksomheten er:

- Flyt-prosjektet (Vedlegg 4) er et omfattende tverrfaglig prosjekt for å få til bedre og tidligere planlegging av kirurgi og operasjonsprogram gjennom implementering av nye rutiner. Implementeringen av prosedyrene har ikke gått raskt nok, og det er opprettet implementeringsansvarlige på de kirurgiske klinikkene for å sikre gjennomføring i alle enheter innenfor den kirurgiske virksomheten.
- Kartlegging og forbedring av møtestruktur og beslutningsmyndighet gjennom et klinikkovergripende fellesprosjekt. Formålet med arbeidet er å etablere og implementere et klinikkovergripende system for samarbeid, planlegging og gjennomføring av operasjonsprogrammet.

Kapasitet til øyeblikkelig hjelp-operasjoner er i dag for lav og medfører strykninger av elektiv kirurgi for innlagte pasienter. Ø-hjelps kapasiteten økes med 3 operasjonsstuer pr uke innen 01.03.19. Dette vil gi tilsvarende økt kapasitet for elektiv kirurgi og forventes å være et viktig bidrag for å redusere antall strykninger. Effekten av tiltaket vil overvåkes og følges tett opp i et samarbeid mellom involverte klinikker/sentre på ulike organisasjonsnivå.

Tiltak for å redusere strykninger relatert til pasientbestemte strykninger:

Det gjøres flere tiltak for å forbedre planleggingen rundt den enkelte pasient og redusere strykninger grunnet mangelfull utredning og avklaring mht. planlagt behandling.

Flytprosjektet omfatter blant annet at det skal foreligge beslutningsnotat om kirurgi for å sikre indikasjon for behandling og samtykke fra pasient om valgt behandlingsmetode.

Anestesipoliklinikk er etablert å sikre at anestesivurdering er ferdigstilt i rett tid og ikke medfører strykning av planlagt operasjon.

Andelen pasientbestemte strykninger er størst for dagkirurgi. Det å *ringe pasienter* i forkant av planlagt operasjon er et viktig tiltak for å redusere denne strykningsårsaken. Dette er spesielt viktig for pasienter som har stått lenge på venteliste og indikasjon for operasjon kan være forandret. Pr. i dag gjennomføres tiltaket i varierende grad. Rutiner for dette skal være utarbeidet og implementert innen 1. april 2019.

Tiltak for monitorering og kontinuerlig forbedring av gjennomføring av operasjonsprogram:

For å kunne følge opp strykningene, årsaker til strykning og redusere antallet gjennom kontinuerlig forbedring er monitorering viktig.

Presentasjon av strykninger og strykningsårsaker finnes i ledelsesinformasjonssystemet, Helse Nord LIS, (HN LIS). Dette er et avansert system med stort potensiale for analyser og presentasjon av aktivitet. Det er i tillegg utviklet to Excel-verktøy; ett for å overvåke behov for antall operasjoner og tilgjengelig operasjonskapasitet samt styre at aktiviteten er i henhold til vedtatt plan. Det andre verktøyet er utviklet for å analysere kostnader pr strykning (KPS) samt kartlegge besparelse ved å redusere strykningsprosenten. Verktøyene forvaltes i et samarbeid mellom de kirurgiske klinikkene og OpIn (Vedlegg 1).

Data fra de ulike informasjonssystemene presenteres og diskuteres i ulike fora. Bruk av forbedringstavle med ukentlige tverrfaglige tavlemøter hvor personell tilknyttet

operasjonsvirksomheten deltar, skal brukes til å gjennomgå strykninger, strykningsårsaker og aktuelle forbedringstiltak.

Medvirkning

Saken har vært behandlet i UNNs ledermøte samt Overordnet planleggings- og koordineringsgruppe (OPK) som består av klinikkjefer med ansvar for den kirurgiske virksomheten. OPK fungerer som styringsgruppe for klinikkovergripende prosjekter og tiltak. Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattorganisasjonene og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i medvirknings- og drøftingsmøter i uke 5. Protokoller og referater fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 12.-13.2.2019.

Vurdering

Tidligere arbeid for å redusere strykninger i UNN har vært enkelttiltak som ikke har ivaretatt helheten i planleggingen og gjennomføringen av planlagte operasjoner. Direktøren mener at man nå har utviklet tiltak som i større grad skal ivareta helhetsbildet, og som sammen vil bidra til reduksjon av strykninger. Det er etablert flere prosjekt, på tvers av klinikkene og organisasjonsnivå, som skal sikre at tiltakene blir gjennomført. Prosjektene rapporterer til OPK for å sikre beslutning og gjennomføring på tvers av klinikker. Detaljer for fremdriftsplan for de ulike forbedringsprosjektene vedlegges (vedlegg 5). Den vedtatte økning i operasjonskapasitet ved UNN Tromsø er også et viktig bidrag i arbeidet for å redusere antall strykninger.

Tromsø, 1.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kostnader pr. strykning (KPS)
2. Presentasjon
3. Driverdiagram, strykningsårsaker med tilhørende forbedringsprosjekter og tiltaksoversikt
4. Prosjektplan Flytprosjektet
5. Fremdriftsplan

Fase	
Dagen før	
Inntil 2 dager før	
Samme dag	

Behandlingssted	
Harstad	Narvik
Tromsø	

Klinikk - operas...	
Annet	BUK
HLK	K3K
MED	NOR
Opln	

Opererende av...	
Anestesiavdel...	
Barne- og ung...	
Gastrokirurgi...	
Hjerte-, lunge...	
Hudavdeling -...	
Kvinne- og fø...	
Medisinsk av...	
Nevrokirurgis...	
Ortopedisk av...	
Plastikkirurgis...	
Revmatologis...	
Urologisk avd...	
Øre-nese-hals...	
Øvrige	
Øveavdeling -...	

Kommunenavn		
ALSTAHA...	ALTA	ANDØY
ARENDAL	ASKER	ASKIM
ASKVOLL	ASKØY	AURE
AURSKO...	AUSTEV...	BALLAN...
BALSFJO...	BARDU	BEIARN
BERG	BERGEN	BERLEVÅG
BJERKREI...	BJUGN	BODØ
BREMAN...	BRØNNØY	BÆRUM
BØ	BÅTSFJO...	DEATNU ...
DRAMM...	DYRØY	DØNNA
EIDSBORG	EIDSKOG	EIDSVOLL
EIGERSU...	ELVERUM	ENEBAKK
EVENES	EVJE OG ...	FAUSKE
FET	FJELL	FLAKSTAD
FREDRIK...	GÅIVUO...	GAMVIK

År	
2015	2016
2017	2018

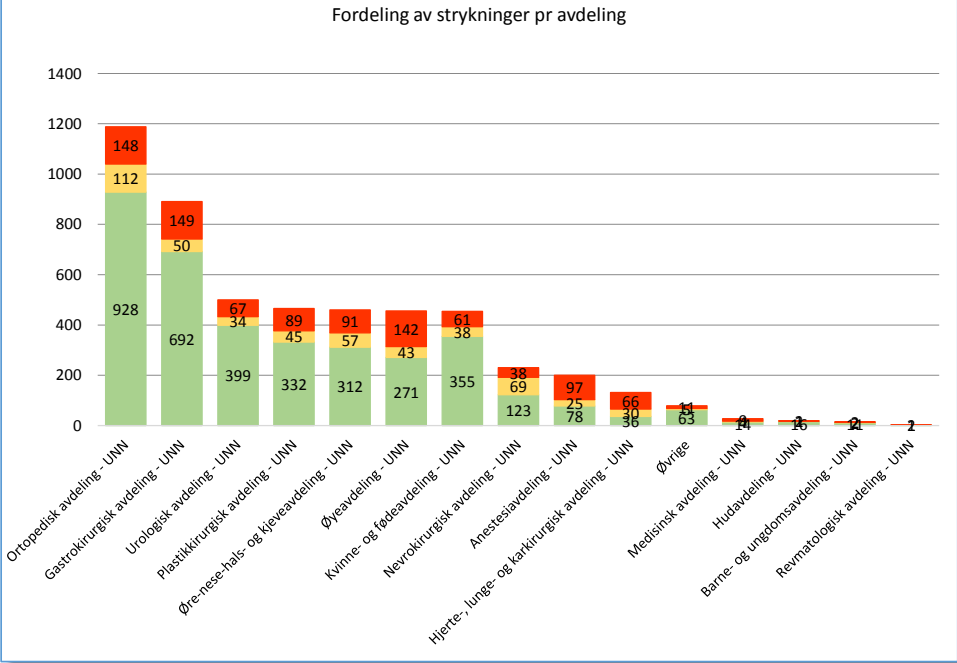
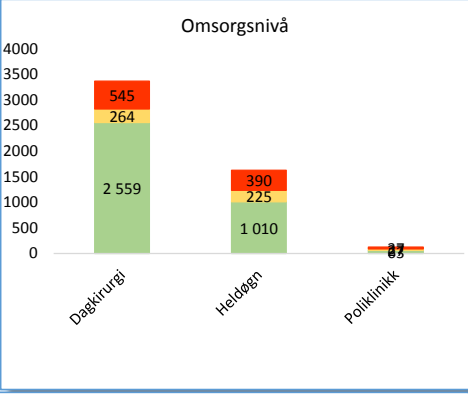
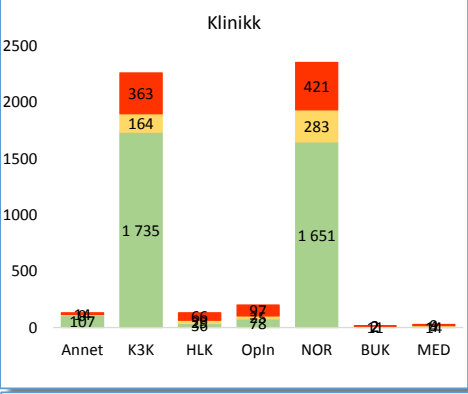
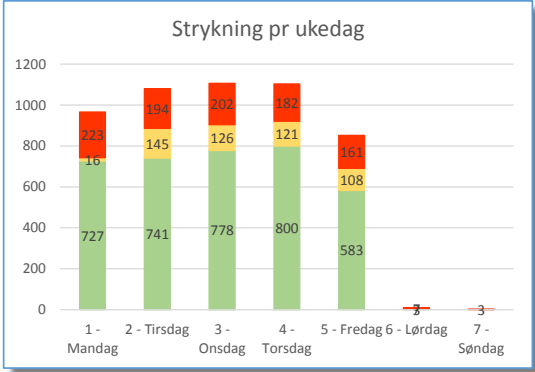
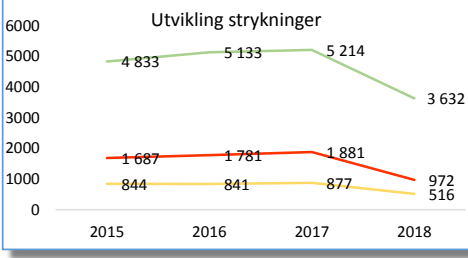
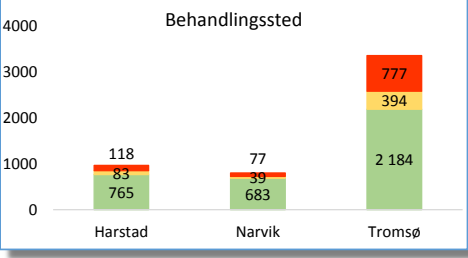
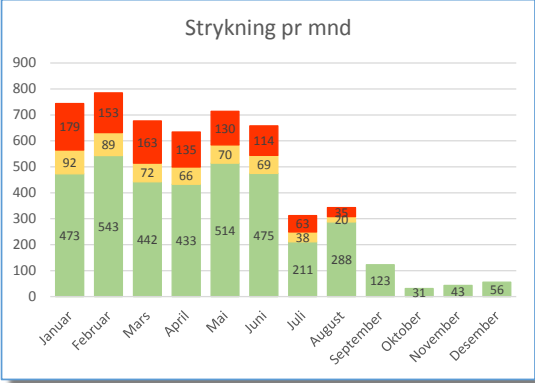
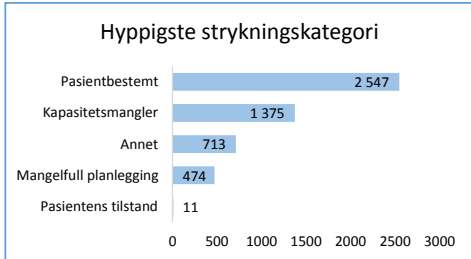
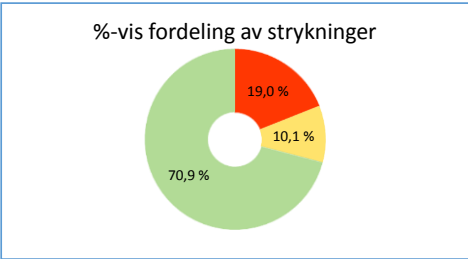
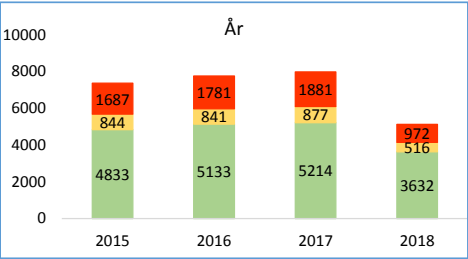
Måned	
Januar	Februar
Mars	April
Mai	Juni
Juli	August
Septe...	Okto...
Nove...	Dese...

Ukedager	
1 - M...	2 - Tir...
3 - On...	4 - To...
5 - Fr...	6 - Lø...
7 - Sø...	

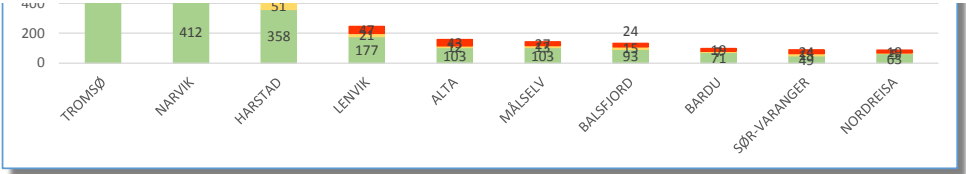
Omsorgsnivå	
Dagkirurgi	
Heldøgn	
Poliklinikk	

Strykningskate...	
Annet	
Kapasitetsma...	
Mangelfull pl...	
Pasientbestemt	
Pasientens til	

Analyse av strykninger - samme dag, dagen før og < 2 dager før



		Strykningspunkt		
Strykningskategorier	Avsluttkodetekst	Samme dag	Dagen før	< 2 dager før
Annet	Andre årsaker/ukjent	80	48	337
	Feilregistrert	34	14	106
	Overflyttet annet sykehus	1	2	8
	Mangler			83
Kapasitetsmangler	Anestesibegrunnet strykning/Kapsitetsproblem anest	8	6	7
	Annen opr tidsforskjøvet/Kapasitetsproblem	111	10	46
	Kapasitetsproblem	71	31	435
	Kapasitetsproblem intensiv/oppvåkning	27	2	1
	Kapasitetsproblem operatør	32	32	128
	Kapasitetsproblem opr.sykepleier	18	12	148
	Mangler anestesilege	3		
	Mangler anestesisykepleier	5		
	Mangler operasjonsstue			7
	Utsatt på grunn av ø.hjelp	81	51	103
Mangelfull planlegging	Ikke fastende	10		
	Mangelfull innkalling	5		2
	Manglende forberedelse	28	9	19
	Manglende indikasjon	123	68	99
	Manglende prøvesvar	1	5	5
	Manglende utredning	15	19	31
	Mangler utstyr	9	5	21
Pasientbestemt	Allerede behandlet	24	9	129
	Annet sykehusvalg			9
	Fritt sykehusvalg			10
	Ikke møtt - ingen beskjed	48	4	1
Pasientens tilstand	Pasientrelatert årsak	233	186	1 894
	For lav INR verdi	1		
	For lave blodverdier	4		3
Totalsum		972	516	3 632



Hvordan forhindre strykninger ved UNN?

TRINE OLSEN

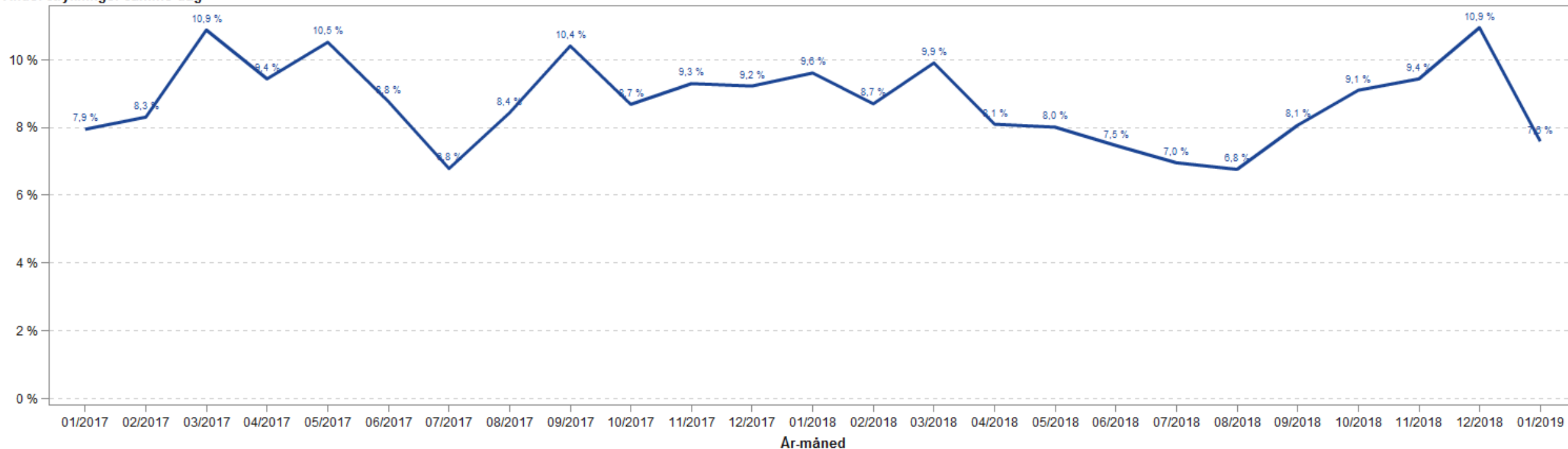
KONSTITUERT KLINIKKSJEF OPIN

Variasjon samme dags strykning UNN 2017-2018 og start 2019



Utvikling strykninger

Andel strykninger samme dag



Samme dags strykninger: 2264 i 2018

UNN har hatt en økning i strykningsandel fra 9-13% fra 2014 til 2017- ned til 9,4% i 2018

Høyt antall strykninger i forhold til andre tilsvarende sykehus (Ahus 2017: 7%, Haukland: 6-8%)



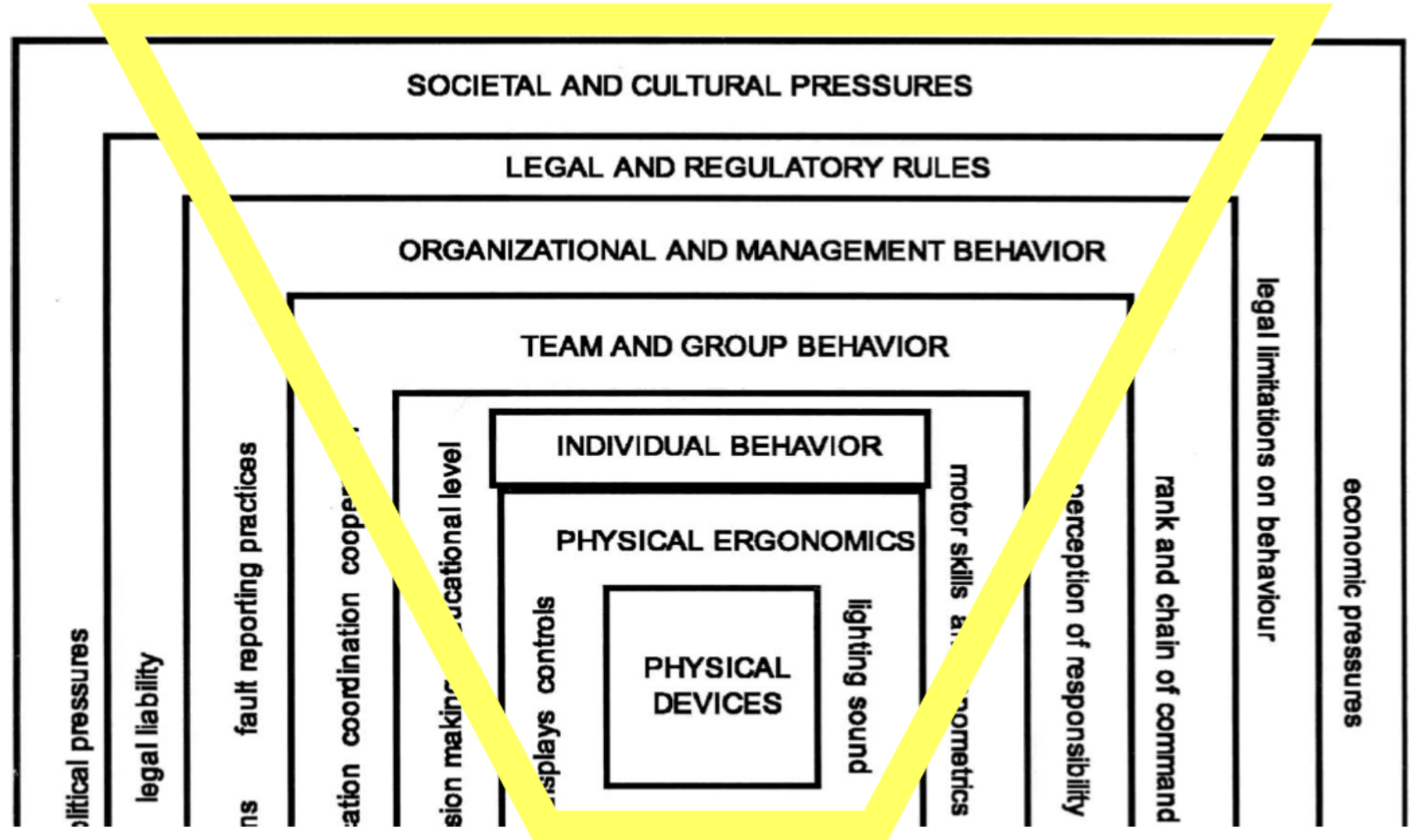
Uncontrolled variation is the enemy of quality.

W. Edwards Deming

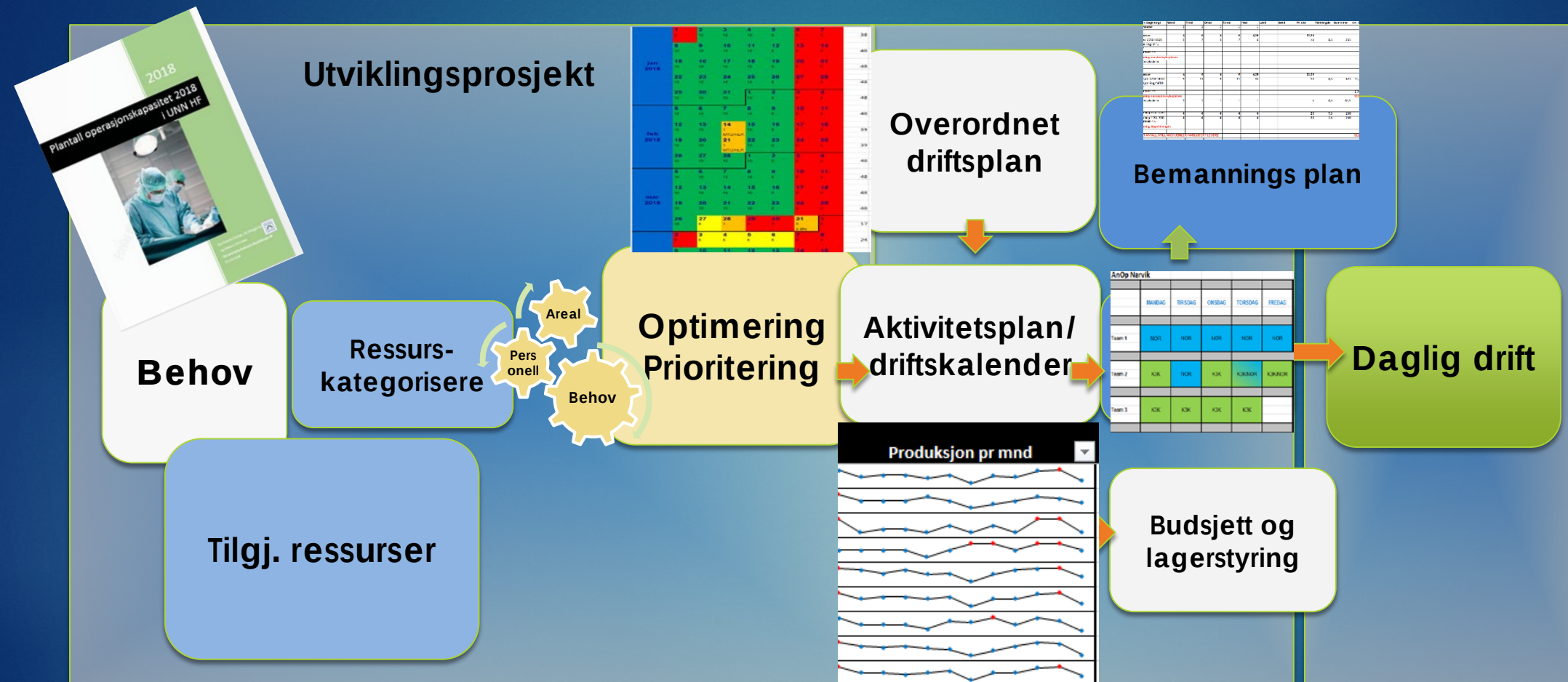
quote fancy

Ved Trine Olsen Avdelingsleder MK

The “system”...



Behovsbasert aktivitets- bemannings- og budsjettplanlegging med simulering- og optimeringsverktøy



Operasjonelt nivå

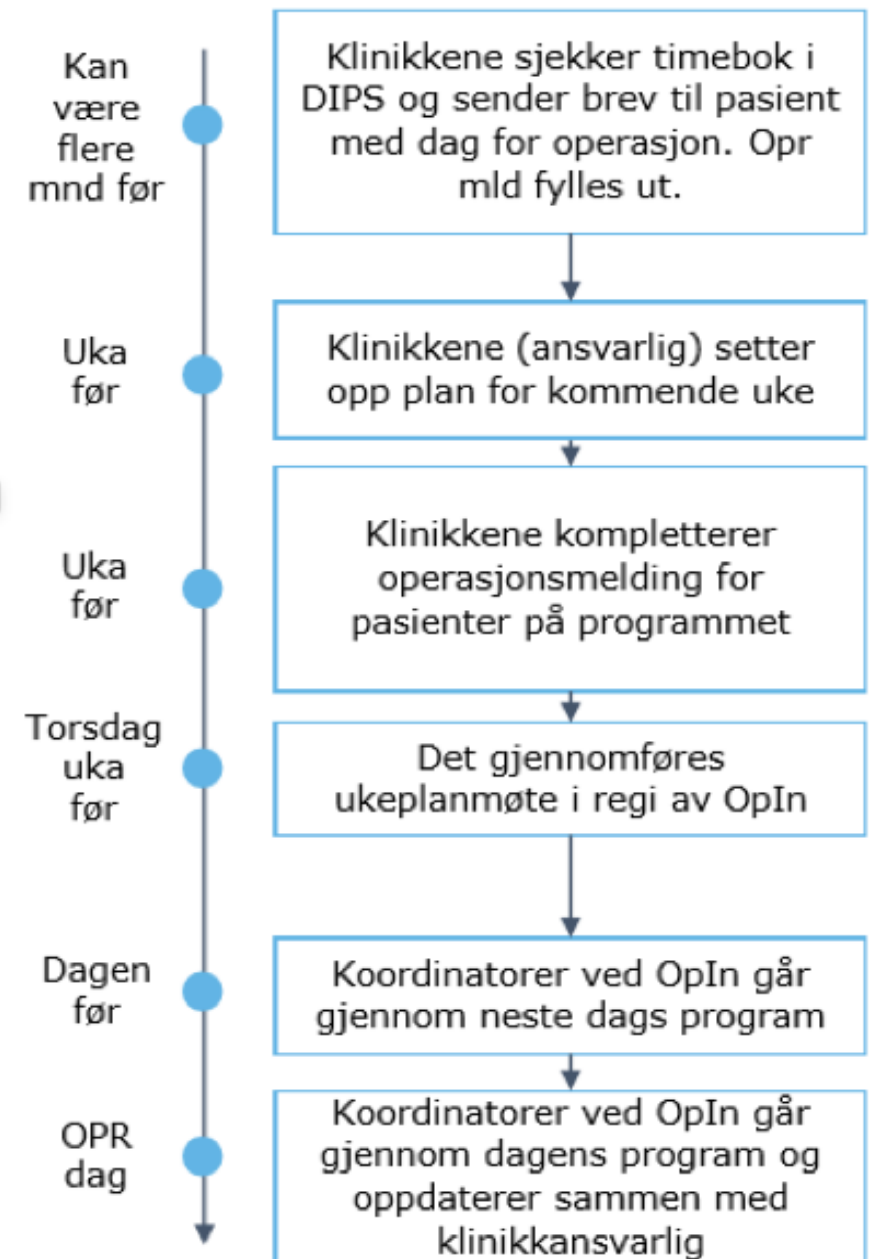
Bemannings plan

AnOp Narvik

	MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSdag	FRIDAG
Team 1	SDS	NOR	SDS	NOR	NOR
Team 2	KOK	NOR	KOK	KORNOY	KORNOY
Team 3	KOK	KOK	KOK	KOK	

Budsjett og
lagerstyring

Operasjonelt nivå
Daglig drift



Status Langsiktig planlegging

Det er innført en faktabasert prosess for årlig planlegging av klinikkens aktivitetsnivåer og behov for operasjonsstuekapasitet på hhv innsusa, dagkirurgi, Harstad og Narvik

Proessen er tydelig definert og implementert, og støttes av et godt planleggingsverktøy utarbeidet av OpIn klinikken i verktøyet Excel

Det er etablert et forum for jevnlig oppfølging av drift, kapasitetsutnyttelse og stuetildeling (OPK) der klinikkene og OpIn er involvert, og der direktøren deltar

Status Ukeplanlegging

Prosess for ukeplan er definert men fungerer ikke som tiltenkt. Generell oppfatning fra OpIn av at denne er mangelfull, noe som medfører mye plunder og heft og bidrar til en høy og stigende strykningsprosent (13%)

- Uklart hvem som eier ukeplanen og hvem som bør kunne endre den
- Stor grad av endringer og strykninger etter ukeplanmøtet, og tilsynelatende liten forståelse fra klinikkene på at siste liten endringer har konsekvenser for driften ved OpIn
- Mangelfull informasjon i operasjonsmeldingene skaper plunder og heft i gjennomføring

Vurdering

Det er innført en faktabasert prosess for årlig planlegging av klinikkens som meget god og langtkommen, ift hva vi ser ved andre sykehus av tilsvarende størrelse og kompleksitet

Proessen er faktabasert, og synes å være godt forstått, forankret og implementert

Fortsatt forbedringspotensiale ift kvalitet på aktivitetstallene – fortsatt for store avvik både mht årlige totaltall

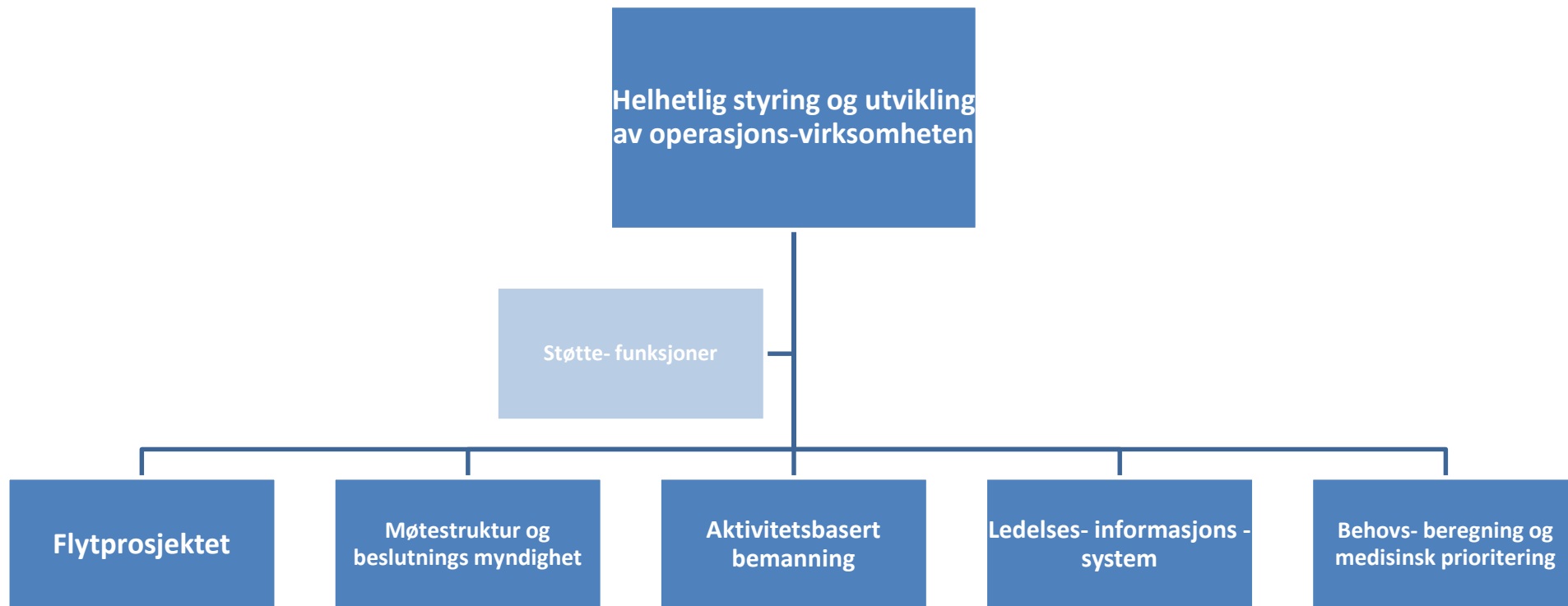
Enkelte av forutsetningene i modellen er fortsatt sårbare – eg stuefaktor. Modellogikk bør på sikt endres noe. Modellen bør på sikt inkludere ØH – pt holdt utenfor modellen, slik at den har et totalperspektiv

Det er vår oppfatning at det er et stort forbedringspotensiale i den kortsiktige operasjonsplanleggingen, og at en bedre planprosess vil redusere plunder og heft vesentlig, redusere strykninger, øke forutsigbarhet og generell trivsel i avdelingen.

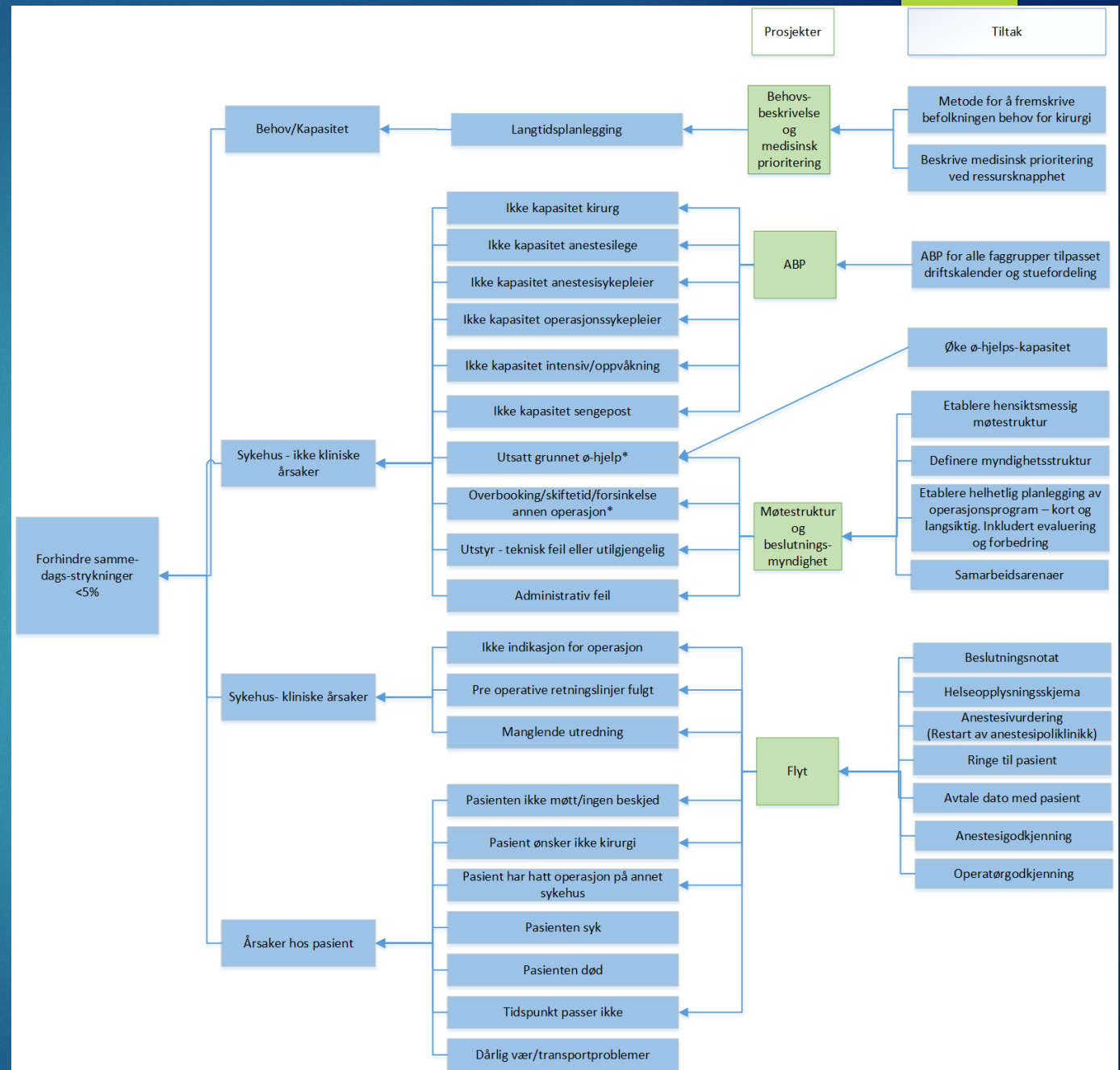
Forbedringspotensialet ligger i styrket samhandling mellom de ulike klinikkene – bedre forståelse av hverandres oppdrag – tettere og regelmessig dialog om programendringer

Det bør vurderes å innføre en overordnet programansvarlig som representerer samtlige klinikker og som prioriterer overordnet på medisinsk indikasjon

Forbedringsprosjekter



Driverdiagram



Prosjektprogram

"Helhetlig styring og utvikling av operasjonsvirksomheten"

Prosjektleder "FLYT": Stein Roald Bolle
 Prosjektleder Møtestruktur og beslutningsmyndighet: Vigdis Moe
 Prosjektleder Aktivitetsbasert bemanning: under etablering
 Prosjektleder Behovsbeskrivelse og medisinsk prioritering: under etablering
 Prosjektleder: Ledelsesinformasjonssystem i operasjonsvirksomheten: Tommy Hilmarsen

Programleder: Tommy Hilmarsen

2020

sep okt nov des jan feb mar apr mai jun jul aug sep okt nov des jan feb mar apr mai jun jul aug sep okt nov des jan

Status

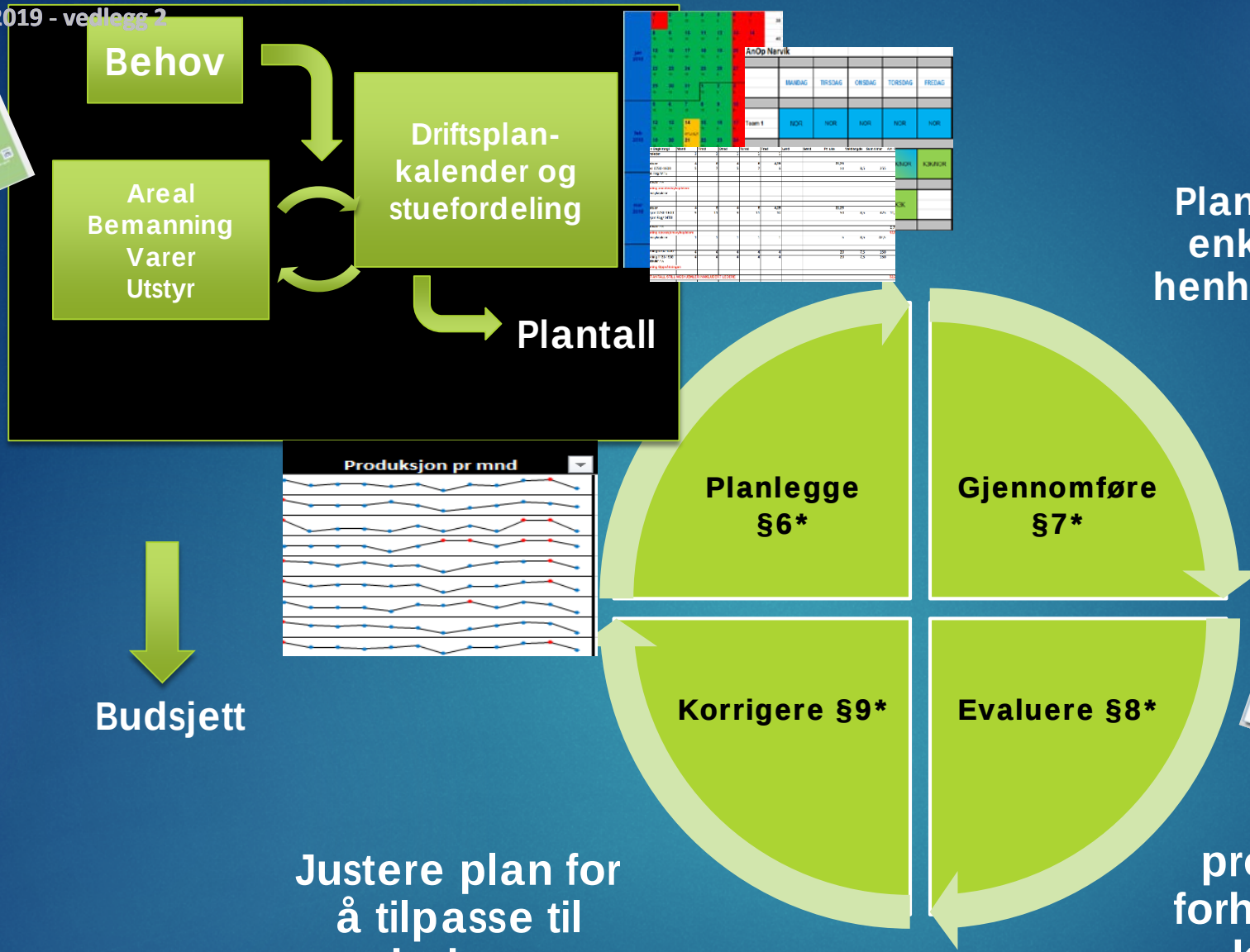
OPK 4/12, sak 27/18:Prosjektet overleverer til linjen i K3K og NOR. Klinikksjefene må melde konkret ressurs for fullføring av implementering før årsskiftet. OPINs ressursbruk reduseres til 5-10%.

OPK 4/9-18, sak 17-18. Prosjektet får sin tilslutning. Oppstart prosjekt uke 37. Første del - kartlegging gjennomført. Pga av ulike problemstillinger i de kirurgiske klinikkene fortsetter videre arbeid klinikkvis. Arbeid med NOR startet. Framdriftsplanen må justeres

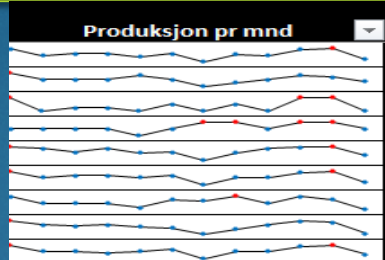
OPK 4/12-18. Sak 26/18: Mandat vedtas. Klinikksjefene utpeker en til to ressurser for deltagelse i prosjektet og melder til Martnes innen årsskiftet. Ingen tilbakemelding mottatt. OPIN har bedt HR om støtte i form av prosjektleder. Ikke avklart

OPK 4/12-18. Sak 25/18: Kliniksjeff HLK reviderer mandatutkast og sender det på høring til OPK-medlemmer





	MANNDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSdag	FRIDAG
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					



Planlegge for den enkelte pasient i henhold til driftsplan



Måle produksjon i forhold til utgitt kapasitet

Hvordan oppnå forbedring?



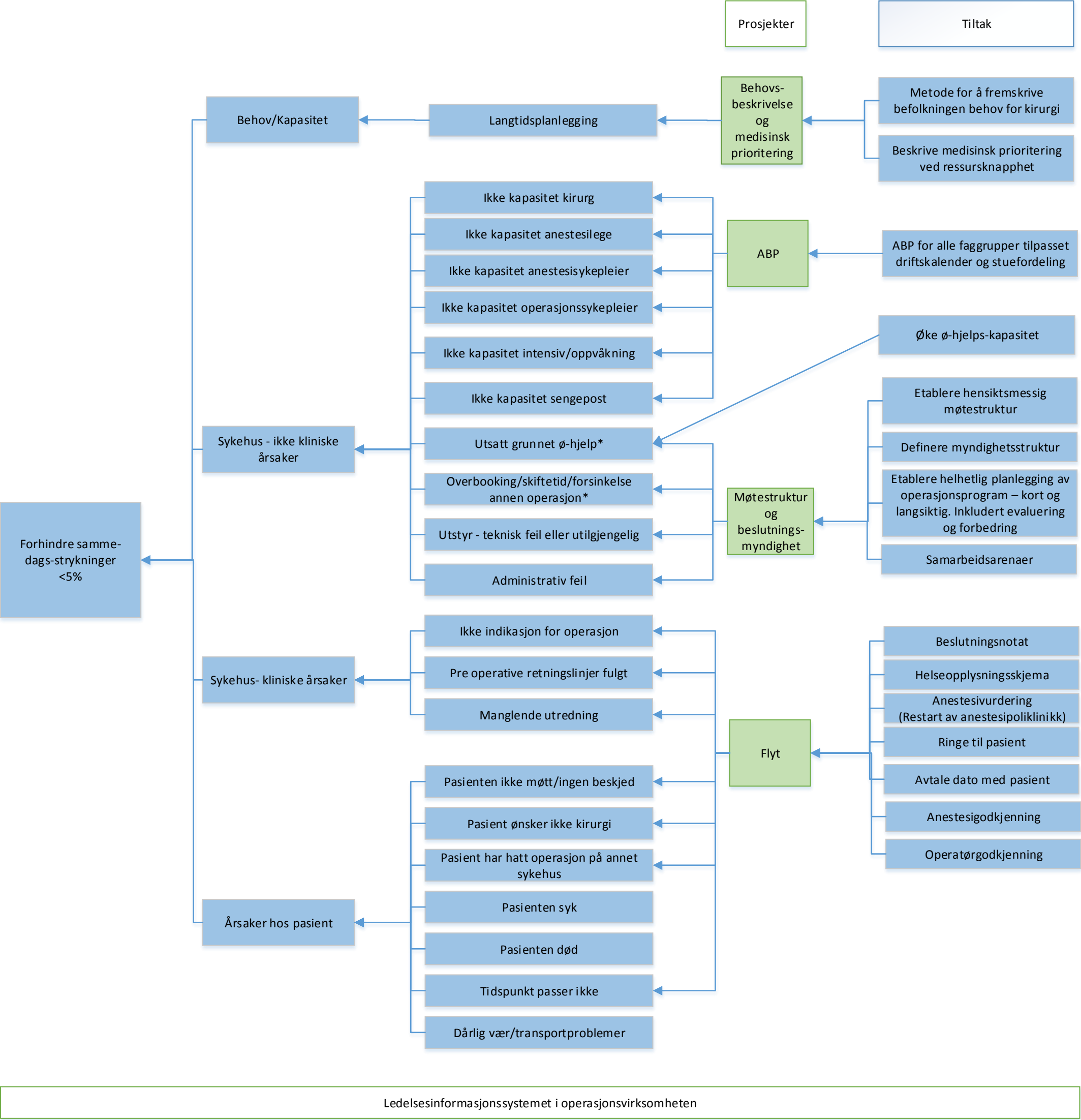
1. Forstå systemet, inkludert variasjonen i systemet
2. Se effekten av å implementere en endring i systemet
3. Monitorer progresjon og beskriv forbedringsreisen



The supposition is prevalent the world over that there would be no problems in production or service if only our production workers would do their jobs in the way that they we taught. Pleasant dreams. The workers are handicapped by the system, and the system belongs to the management.

(W. Edwards Deming)

izquotes.com



Prosjektplan

Implementering av ny planleggingsprosess for elektiv kirurgi ved UNN («Flytprosjektet»)

Snorre Sollid, Stein Roald Bolle og Tonje Drecker

Opprettet: 25. januar 2017

Justert: 16. mai 2017

Innhold

Bakgrunn	2
Mål og rammer	3
Prosjektets formål og mål.....	3
Leveranser fra prosjektet	3
Omfang og avgrensning.....	4
Organisering	5
Beslutningspunkter, oppfølging og milepæler	6
Beslutningspunkter for styringsgruppe	6
Oppfølging	6
Milepæler	7
Risikovurdering	8
Gjennomføring	9
Kommunikasjonsplan	9
Ressursbehov	10
Vedlegg	11
Aktuelle måleparametre	11

Bakgrunn

Riksrevisjonens undersøkelser (1, 2) påpeker at god planlegging er nødvendig for å utnytte kapasiteten på operasjonsstuene. Tidligere prosesser ved UNN, blant annet «Optimal ressursutnyttelse av operasjonskapasiteten i UNN», Lean-prosjektet «Elektive kirurgiske pasienter» og forskningsprosjektet «eTeam-Surgery» (3), har vist at planlegging av kirurgi ofte er mangelfull eller at oppgaver som løses på operasjonsdagen burde vært avklart på et tidligere tidspunkt. Dette resulterer i at personell bruker mye tid på å løse problemer på operasjonsdagen, som igjen bidrar til forsinkelser, kanselleringer og dårlig utnyttelse av operasjonsstuene. U hensiktsmessige rutiner bidrar også til unødig ekstraarbeid. Det er derfor behov for endringer i hvordan UNN planlegger og forbereder kirurgi.

For å sikre god forberedelse av pasienter til kirurgi og andre prosedyrer som krever anestesi ble anestesipoliklinikk etablert i 2014 i A-fløya. Poliklinikken måtte dessverre stenge på grunn av ombygging og nybygg og det har vært vanskelig å finne nye lokaler. Det betydelige arbeidet som er lagt ned i å etablere et slikt tilbud må snarest videreføres i egnede lokaler.

UNN har nedlagt en stor innsats for bedre arbeidsflyt i DIPS-Arena, men implementering av ny operasjonsplanleggingsmodul i DIPS har blitt forsinket. Forsinket implementering av DIPS-Arena forhindrer ikke innføring av nye rutiner, men krever større grad av manuelle oppgaver for å ivareta arbeidsflyten.

For bedre å ivareta planlegging av elektiv kirurgi i UNN er det utarbeidet prosedyrer som skal bidra til bedre flyt, forutsigbarhet og kvalitet i preoperative prosesser. Dette krever imidlertid at ledere og ansatte får en forståelse for hva prosedyrene innebærer og at det skjer endringer i organisasjonen.

(1) Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av operasjonskapasiteten i sykehus. Dokument nr. 3:4. 2004 – 2005.

(2) Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:3. 2013 – 2014.

(3) Moving pre-surgical planning from the hospital to the patient at home through electronic collaboration (eTeam-Surgery). Forskningsprosjekt finansiert av Helse Nord (HST1116-13).

Mål og rammer

Prosjektets formål og mål

Formål:

- Bedre pasientforløp for pasienter som skal til planlagt kirurgi
- Effektiv utnyttelse av ressurser og avvikling av operasjonsprogram
- Unngå kansellering av elektiv kirurgi

Mål:

- Bedre og tidligere planlegging av kirurgi og operasjonsprogram gjennom implementering av nye prosedyrer

Leveranser fra prosjektet

- Opplæring i administrative prosedyrer som avklarer ansvarsfordeling og arbeidsoppgaver i operasjonsplanleggingen
- Opplæring i veiledning/prosedyrer til arbeidsflyt og arbeidsoppgaver i EPJ DIPS
- Målemetode for grad av implementering

Prosessmål:

- Alle elektive operasjonspasienter skal ha beslutningsnotat
- Alle elektive operasjonspasienter skal ha gyldig helseopplysningsskjema
- Alle pasienter skal ha dokumentert anestesivurdering før elektiv kirurgi

Omfang og avgrensning

Prosjektet skal informere, undervise og støtte linjeorganisasjonen i arbeidet med å ta i bruk nye prosedyrer og arbeidsflyt for ny operasjonsplanlegging. Implementering av nye prosedyrer starter i avdelinger som allerede har erfaringer med ny operasjonsflyt gjennom pilotering av anestesipoliklinikk og DIPS-Arena (Gastrokirurgisk avdeling og Ortopedisk avdeling). Arbeidsflyt og prosedyrer testes i disse avdelingene før videre implementering i UNN.

Nye prosedyrer er plassert i Docmap (DS11231) og inkluderer:

- Operasjonsplanlegging av elektive prosedyrer ved UNN (PR43018)
- Helseopplysninger fra pasient (SJ10278)
- Håndtering av skjemaet «Helseopplysninger fra pasient» (PR43019)
- Beslutningsnotat kirurgi (PR37106)
- Operasjonsmelding – utfylling fra operatør EPJ DIPS (PR41754)
- Anestesivurdering UNN Tromsø (PR43007)
- ASA klassifikasjon for kirurger (tilgjengelig via DIPS og via intranett)

Prosjektet har ansvar for informasjon og opplæring i ny arbeidsflyt. Avdeling/klinikk har ansvar for å tilpasse arbeidsrutiner i egen enhet knyttet til ny arbeidsflyt.

Organisering

Prosjekteier	Tor Ingebrigtsen, Administrerende direktør
Prosjektansvarlig	Eva Hanne Hansen, Klinikksjef OpIn-klinikken
Styringsgruppe	Overordnet prioritering og koordineringsgruppe (OPK)
Prosjektleder	Stein Roald Bolle, Seksjonsoverlege AnOp Dagkirurgi

Styringsgruppe	Navn	Stilling
Leder	Eva Hanne Hansen	Klinikksjef OPIN
Medlem	Arthur Revhaug	Klinikksjef K3K
Medlem	Bjørn Yngvar Nordvåg	Klinikksjef NOR
Medlem	Kristian Bartnes	Klinikksjef HLK

Prosjektgruppe	Navn	Kompetanse/funksjon
Prosjektleder	Stein Roald Bolle	Seksjonsoverlege AnOp Dagkirurgi/Anestesilege
Prosjektmedlem		Anestesisykepleier/Prosjektstilling
Prosjektmedlem	Tonje Drecker	Kvalitetsrådgiver OpIn
Prosjektmedlem	Ann-Elisbeth Evenseth	

Hver avdeling skal avsette en **avdelingskontakt og arbeidsgruppe** som har ansvar for å sikre framdrift i egen enhet og kjennskap til avdelings arbeidsflyt og møtepunkter.

Beslutningspunkter, oppfølging og milepæler

Beslutningspunkter for styringsgruppe

Beslutningspunkt 1	Oppstart av prosjektet Dato: 7. februar 2017 Grunnlag: Implementeringsplan.
Beslutningspunkt 2	Fortsatt framdrift i henhold til implementeringsplan. Dato: 2. mai 2017 Grunnlag: Rapport fra test i Gastrokirurgisk- og Ortopedisk avdeling.
Beslutningspunkt 3	Avslutning av implementeringsprosjektet UNN Tromsø Dato: oktober 2017 Grunnlag: Statusrapport for UNN Tromsø
Beslutningspunkt 4	Godkjenne prosjektplan for UNN Harstad
Beslutningspunkt 5	Avslutning av implementeringsprosjektet UNN Harstad
Beslutningspunkt 6	Godkjenne prosjektplan for UNN Narvik
Beslutningspunkt 7	Avslutning av implementeringsprosjektet UNN Narvik

Oppfølging

Prosjektleder rapporterer på milepælsplan til prosjektansvarlig.

Statusmøter: Prosjektleder innkaller til statusmøter minst hver 14. dag. Prosjektleder og prosjektmedlemmer deltar på disse møtene. Representanter for den enkelte avdeling innkalles ved behov.

Det etableres i tillegg ukentlige oppfølgingsmøter mellom prosjektgruppe og aktuelle avdelinger der problemstillinger og spørsmål kan bringes inn og avklares eller tas videre. Behov for prosedyreendring meldes til prosjektleder via avdelingsledere.

Milepæler

Id	Dato	Milepæl
1		Kickoff er arrangert
2		Gastrokirurgisk avdeling Tromsø har implementert ny arbeidsflyt
3		Ortopedisk avdeling Tromsø har implementert ny arbeidsflyt
4		K3K-klinikken Tromsø har implementert ny arbeidsflyt
5		NOR-klinikken har implementert ny arbeidsflyt
6		HLK-klinikken har implementert ny arbeidsflyt
7		Øvrige klinikker UNN Tromsø har implementert ny arbeidsflyt
8		UNN Harstad har implementert ny arbeidsflyt
9		UNN Narvik har implementert ny arbeidsflyt
10		Prosjektet er avsluttet

Risikovurdering

Prosjektets suksess avhenger av i hvor stor grad organisasjonen har implementert ny flyt for operasjonsplanlegging. Dette betinger at flere personellgrupper jobber på en annen måte enn tidligere og at nye prosedyrer følges. Denne forenklete risikovurderingen fokuserer derfor på faktorer som medfører at prosedyrene ikke blir implementert eller at det blir forsinkelser i prosjektet.

Uønsket hendelse	Årsak	Konsekvens	Sannsynlighet	Forslag til tiltak
Arbeidsflyt i DIPS må gjøres manuelt.	DIPS Classic støtter ikke automatisk arbeidsflyt.	Rutiner følges ikke opp eller gjøres feil.	Svært stor	God opplæring i manuell arbeidsflyt i DIPS. Bruke superbrukere som ressurser i klinikkene.
Avdelingens rutiner tilpasses ikke ny arbeidsflyt.	Manglende forståelse for behov for endring.	Ingen realisering av gevinster. Mislykket prosjekt.	Middels/stor	Avdelingsledere må engasjeres. Kickoff, informasjon og undervisning.
Manglende gjennomføring i den enkelte avdeling.	Avdeling avsetter ikke nok ressurser til endring eller nye rutiner ikke godt nok kjent.	Ingen realisering av gevinster. Mislykket prosjekt.	Middels/stor	Ansvarliggjøre avdelingsledere. Etablere avdelingskontakt. Oppfølging av den enkelte avdeling.
Manglende framdrift av prosjektet.	Samtidighetskonflikt med arbeidsoppgaver i basisorganisasjonen og andre prosjekter.	Forlenget periode med dobbeltarbeid	Middels/stor	Tett oppfølging av tidsplan og framdrift
Manglende mulighet til å følge opp implementering/måloppnåelse.	HN-IKT prioriterer ikke å gjøre endringer i DIPS eller å lage rapporter.	Manglende eller manuelle, tidkrevende målinger.	Svært stor	Direktør ber om prioritet fra Helse-Nord. Nøkkelperson fra IKT tilknyttes prosjektet.
Ikke tildelt lokaler for anestesipoliklinikken Tromsø.	Utbygging og arealmangel UNN Tromsø.	Anestesipol ikke i drift. Systematisk oppfølging av alle henvendelser uteblir	Middels/stor	Effektuere direktørens vedtak om lokaler til anestesipoliklinikk.

Risikovurderingen illustrerer nødvendigheten av at både prosjektet og basisorganisasjonen avsetter tilstrekkelig med ressurser.

Gjennomføring

Kommunikasjonsplan

Hvem	Når	Hva	Hvordan	Ansvarlig
Klinikk og avdelingsledere	Oppstart av prosjektet	Prosjektet Informasjon om nye rutiner og klargjøring til implementering	Kickoff	Klinikkleder/ Prosjektleder
Mellomledere	Ved oppstart i egen avdeling	Informasjon om nye rutiner og leders ansvar for oppfølging	Epost/interne møter	Avdelingsleder aktuell avdeling
Anestesileger	Før oppstart på Gastro	Nye prosedyrer og arbeidsmåter	Internundervisning	Prosjektleder
Kirurger	Ved oppstart i egen avdeling	Nye prosedyrer og arbeidsmåter	Internundervisning	Prosjektleder
Sykepleiere (anestesi/ poliklinikker/ sengeposter)	Ved oppstart i egen avdeling	Nye prosedyrer og arbeidsmåter	Epost/ Internundervisning	Avdelingsleder (evt med støtte fra prosjektet)
Sekretærer (sengepost, poliklinikk)	Ved oppstart i egen avdeling	Nye prosedyrer og arbeidsmåter	Epost/ Internundervisning	Avdelingsleder (evt med støtte fra prosjektet)
Superbrukere EPJ/DIPS (alle aktuelle avdelinger)	Ved innføring og endringer i prosedyrer	DIPS-rutiner	Informasjon på superbrukermøte	Prosjektleder
Pasienter		Prosjektet. Helseopplysningsskjema.	Brev til pasienter. Brukerutvalget. Kommunikasjonsavd. Internett.	Prosjektleder
Ansatte i UNN		Prosjektet. Nye prosedyrer.	Onsdagsmøtet. Intranett.	Prosjektleder

Ressursbehov

Endring i arbeidsflyt og arbeidsprosesser er tidkrevende og krever innsats over tid for å gi varig effekt. Reorganisering av kirurgisk planlegging ved UNN krever derfor endringsvilje i organisasjonen, ledere og innsats fra den enkelte ansatte.

Prosjektleder: engasjeres i 50% stilling i prosjektperioden.

Prosjektmedarbeider: engasjeres i 50% stilling i prosjektperioden. Anestesisykepleier med erfaring fra OpIn-klinikken UNN Tromsø foretrekkes.

Øvrige deltakere i prosjektgruppen (se eget kapittel om organisering): deltar for informasjon, undervisning, oppfølging og rapportering.

Avdelingskontakt: kontaktpunkt inn i de kirurgiske avdelingene til hjelp med å planlegge oppstart og som pådriver/ansvarlig for implementering i den enkelte avdeling. Bør være en som har et definert ansvar i avdelingen som er knyttet opp mot planlegging av den kirurgiske virksomheten. Avdelingsoverlege, inntakskoordinator eller liknende.

Arbeid internt i hver klinikk/avdeling: klinikkene/avdelingene må avsette tid til informasjon, opplæring og reallokering av personell/ressurser.

Vedlegg

Aktuelle måleparametre

- Kanselleringer operasjonsdagen (DOS-cancellations)
- Akkumulert kansellasjonsrate (CCR) 1, 7 og 30 dager forut for planlagt prosedyre
- Årsaker til kanselleringer/CCR
- Tidspunkt for første pasient inn på stue
- Skiftetider
- Utnyttelse av operasjonsstuene (stuetid og/eller knivtid)
- Antall inngrep
- Andel pasienter med beslutningsnotat (ny DIPS-rapport)
- Andel pasienter med Helseskjema (ny DIPS-rapport)
- Andel pasienter med anestesi-vurdering (ny DIPS-rapport)
- ASA-klassifisering kirurg vs anestesi

FRAMDRIFTSPLAN	
Prosjektprogram "Helhetlig styring og utvikling av operasjonsvirksomheten"	
Prosjektorganisasjon Prosjekteier: Klinikksef OPIN Styringsgruppe: Overordnet prioritering og koordineringsgruppe (OPK) Programleder: Tommy Hilmarsen	Delprosjektledere: Prosjektleder "FLYT": Stein Roald Bolle Prosjektleder Måtestruktur og beslutningsmyndighet: Vigdis Moe Prosjektleder Aktivitetsbasert bemanning: under etablering Prosjektleder: Ledelsesinformasjonssystem i operasjonsvirksomheten: Tommy Hilmarsen
år 2018	2019 2020
måned	Status
Delprosjekt Implementering av ny planleggingsprosess for elektiv kirurgi ved UNN (Flytprosjektet)	OPK 4/12, sak 27/18: Prosjektet overleverer til linjen i K3K og NOR. Klinikksjefene må melde konkret ressurs for fullføring av implementering før årsskiftet. OPINs ressursbruk reduseres til 5-10%.
Delprosjekt Forbedring av planlegging og gjennomføring av operasjonsprogrammet «Måtestruktur og beslutningsmyndighet»	OPK 4/9-18, sak 17-18. Prosjektet får sin tilslutning. Oppstart prosjekt uke 37. Første del - kartlegging gjennomført. Pga av ulike problemstillinger i de kirurgiske klinikkene fortsetter videre arbeid klinikkviss. Arbeid med NOR startet. Framdriftsplanen må justeres
Delprosjekt Aktivitetsbasert bemanning tilpasset operasjonskapasiteten (ABP)	OPK 4/12-18. Sak 26/18: Mandat vedtas. Klinikksjefene utpeker en til to ressurser for deltagelse i prosjektet og melder til Martnes innen årsskiftet. Ingen tilbakemelding mottatt. OPIN har bedt HR om støtte i form av prosjektleder. Ikke avklart
Delprosjekt «Behovsbeskrivelse og medisinsk prioritering»	OPK 4/12-18. Sak 25/18: Klinikksjef HUK reviderer mandatutkast og sender det på høring til OPK-medlemmer
Delprosjekt Ledelsesinformasjonssystemet i operasjonsvirksomheten	OPK 2/10-10, sak 22-18: Mandat vedtatt. Klinikksjefene foreslår kandidater til prosjektet og prosjektleder lager fremdriftsplan for framvisning neste OPK. Gruppen er etablert.





STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
8/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

UNN Åsgård - Tilstandsvurdering av bygningsmassen

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) tar rapporten om bygningsmessige tiltak for UNN Åsgård til orientering.
2. Styret oversender rapporten til Helse Nord RHF og ber om at investeringsbehovet tas inn i revidert investeringsplan for regionen, og at økte avskrivningskostnader kompenseres i økte driftsrammer i perioden.
3. Styret vedtar foreslåtte tiltak med oppføring av modulbygg til investeringskostnad 54 mill kr, for å løse arbeidstilsynets pålegg for bygg 10, UNN Åsgård, og oversender saken til styret ved Helse Nord RHF for godkjenning og finansiering.

Bakgrunn

Idéfasen for psykiatri og rusbehandling i Tromsø har konkludert med at det må bygges nytt bygg. Dette er lagt inn i Helse Nord sin investeringsplan med oppstart forprosjekt i 2023. Ferdigstilling kan forventes i 2027. Kartlegging av bygningsmessig tilstand for UNN Åsgård er utført med bakgrunn i å sikre videre drift i perioden frem til nytt bygg er klart til bruk.

Formål

Hensikten med denne styresaken er å orientere styret om behov for vedlikehold og oppgradering for UNN Åsgård i perioden frem til nybygg er ferdig, og be styret om å oversende saken til Helse Nord RHF for godkjenning og finansiering av planen. Styret inviteres også til å vedta foreslått løsning for å løse arbeidstilsynets pålegg for bygg 10, UNN Åsgård og oversende saken til Helse Nord RHF for godkjenning og finansiering.

Saksutredning

Dagens bygningsmasse på Åsgård er i dårlig forfatning. Multiconsult konkluderte i 2011 med at Åsgårds bygningsmasse på 33 000 kvm hadde et årlig vedlikeholdsbehov på mellom 6,7-8,3 mill kr, samt et etterslep på vedlikeholdsbehov på 445 mill kr. Det er gjort tiltak på deler av

bygningssmassen, men i begrenset omfang, slik at vedlikeholdsetterslepet ikke er vesentlig redusert fra 2011.

I vedlegg til denne styresaken er nødvendige tiltak for å sikre arbeidsmiljø og verdige pasientforhold skissert bygg for bygg, og gjelder Bygg 1- 11. Byggene på oversiden av vegen (dvs. Åsgård-marka), og øvrige bygg sør for disse er ikke tatt med i oppsettet, men er delvis beskrevet i rapporten.

Det er kun tiltak som er kritisk og helt nødvendig å gjennomføre innenfor 10-årsperioden som er tatt med i rapporten. Det er derfor en stor risiko for at det kan oppstå uforutsette kostnader, da den fysiske og tekniske tilstanden i byggene er dårlig. Det er i tillegg utfordringer i forhold til drenering, vanninntrenging utenfra og innvendig fuktproblematikk. Det vil også kunne ligge skjulte elementer som asbest, PCB etc. i bygg og materialer, som eventuelt avdekkes først underveis i renoveringsarbeidet. Slike uforutsette forhold medfører høye sanerings- og deponeringskostnader, og ofte store merkostnader. Den totale innsatsen som vurderer å gi en rimelig risikoprofil for bygningssmassen i 10-års perioden er beregnet til 441 mill kr inkludert merverdiavgift og usikkerhet.

Distriktpsikiatrisk senter (DPS) har i underkant av 12 000 polikliniske undersøkelser årlig og er lokalisert i bygg 10. For Bygg 10 har Arbeidstilsynet i 2016 gitt pålegg om utbedringer. Avviket går i hovedsak på klima, ventilasjon og luftkvalitet. Rapporten konkluderer med behov for umiddelbare tiltak. Alternativer for utbedring er utredet og en samlet vurdering anbefaler investering i modulbygg som beste og mest kostnadseffektive løsning. Samlet kostnad er estimert til 54 mill kr (inkludert mva), og er inkludert i totalbeløpet på 441 mill kr.

Tilsvarende tilsynssaker vil imidlertid også kunne ramme den øvrige bygningssmassen, og vil være en av risikofaktorene knyttet til økonomi. Det er også fare for at tilstanden på bygg kan forverres raskere enn forutsatt, og av den grunn medføre merkostnader i 10-årsperioden.

Spennet for oppgraderingsbehov for virksomhetsbygg ved UNN Åsgård går fra 1,4 mrd kr som er skissert som nybyggsløsning i idéfase for rus og psykiatri i Tromsø til et absolutt minimum på 54 mill kr som er kostnaden ved å lukke arbeidstilsynets pålegg i bygg 10. I dette spennet finnes en stor variasjon i usikkerhet, der det må antas at bygningssmessig risiko er minimal med gjennomføring av idefasens anbefalte fremtidige løsning for rus og psykiatri i Tromsø, og at det er en betydelig restrisiko ved kun lukking av arbeidstilsynets avvik.

Ved gjennomføring av tiltak i henhold til Multiconsults tilstandsrapport, prisjustert til omlag 680 mill kr (2019) vil bygningssmassen ha tatt igjen vedlikeholdsetterslep og satt bygget i en tilstand lik standard ved nybyggstidspunkt i 1960. Det vil imidlertid være restrisiko med hensyn til oppgradering av ventilasjon og andre tekniske installasjoner til dagens krav.

Utredningen av bygningssstandard som ligger til grunn for denne rapporten konkluderer med at en investering på 441 mill kr oppgraderer bygningssmassen til et nivå som gir pasientene et verdig tilbud, ansatte en trygg arbeidsplass og rimelig gjenværende usikkerhet for å drifte trygt i en kommende 10-års periode. Dette innebærer en investering på 12 400 kr/kvm inkl mva. Til sammenlikning var tilsvarende tall for oppgradering av UNN Narvik 16 700kr /kvm (2019-kroner). Gjenværende risiko etter at dette er gjennomført vil være knyttet til takkonstruksjon, korrosjon i fasader, avløp, varme og elektriske anlegg. Risiko for kostnadskrevende funn ved tilsyn lik de som har vært gjennomført siste to år vil antas å være sterkt redusert.

Oppgraderingsarbeidet må påregne å ta tre år. En reduksjon av ambisjonsnivået vil øke usikkerhet vedrørende drift og gir uforutsigbarhet i forhold til økonomi for vedlikehold- og investeringsbehov. Ved redusert ambisjon for oppgraderingsarbeidet må det gjennomføres

revidert prioritering av tiltak og ny vurdering av risikoprofil for tiltak. Avskrivningskostnadene må fordeles på restlevetidsperioden for bygget, og vil bli svært kort. Ved sju års restlevetid etter ferdigstillelse av renoveringen vil gjennomsnittlig årlig avskrivningskostnad bli 63 mill kr.

Foretakets mulighetsrom oppsummeres i tabell 1

Total risiko over 10 år				
	Mindre avvik	Driftsavvik	Kritiske avvik	Driftstans
Svært sannsynlig				0
Meget sannsynlig	4		2	1
Sannsynlig		3		
Lite sannsynlig	5			

Tabell 1 Risikovurdering

Alternativ 0= Ingen tiltak, kun videreføre dagens vedlikeholdsnivå

Medfører relativt snarlig krav fra Arbeidstilsynet om stans i virksomhet i bygg 10, dvs voksenpoliklinisk aktivitet.

Alternativ 1= lukke arbeidstilsyn avvik (54 mill kr inkl mva)

Løser umiddelbar fare for driftsstans i bygg 10. Stor sannsynlighet for lignende tilsyn for øvrige bygg med fare for driftsstans i resten av virksomheten.

Alternativ 2= reduserte tiltak (200 mill kr inkl mva)

Alternativ 1 pluss en mindre grad av forsert vedlikehold/reinvestering i bygningsmassen. Gir forbedringer i bygningsmassen med hensyn til oppgradering av tekniske installasjoner som gir sikrere teknisk drift og arbeidsforhold. Det vil ikke være rom for noen oppgraderinger av pasientarealer og det vil være store mangler på tekniske anlegg. Alternativet er ikke fullt utredet og krever videre bearbeiding.

Alternativ 3 =rapportens anbefaling (411 mill kr inkl mva)

Anbefalt nivå av tiltak etter Drift- og eiendomssenterets analyse av bygningsmassen. Dette inkluderer kun tiltak som er kritiske og nødvendige for å benytte bygningsmassen i 10 år. Selv med dette tiltaksnivået foreligger det betydelig restrisiko, spesielt innenfor lekkasjer i tak og fasader, avløp, varme deler av ventilasjon- og elektroanlegg.

Alternativ 4 Multiconsult etterslep (680 mill kr inkl mva)

Multiconsults vurdering av vedlikeholdsetterslep. Dette er en teoretisk vurdering av hvor kostnadskrevende det vil være å sette bygningsmassen tilbake til status ved byggeår 0, dvs 1960 standard. Her vil det være usikkerhet mht standardheving i forhold til nye bygningskrav som er tilkommet etter byggeår 0.

Alternativ 5= idfasens anbefalte tiltak

Forsere gjennomføring av nybygg og unngå å bruke midler på levetid for den gamle bygningsmassen.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innsjutt i egne møter i uke 5. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at utredningen av den bygningsmessige tilstanden ved UNN Åsgård nå er ferdig. Rapporten konkluderer som forventet med at det er helt nødvendig å iverksette tiltak for å sikre videre drift frem til nybygg er ferdigstilt. Direktøren vurderer tiltakene som er beskrevet i rapporten som nøkterne og nødvendig for å sikre de mest kritiske bygningsmessige forhold inkludert brannvern, samt opprettholde et akseptabelt arbeidsmiljø og tilby pasientene en verdig behandling. Arbeidstilsynspålegget, samt den generelle bygningsmessige tilstanden, gjør at iverksettelse av tiltakene haster for å driftsstans. Direktøren ber derfor styret om å oversende saken til Helse Nord RHF for å få tiltaksplanen godkjent og finansiert. Avskrivningskostnadene blir svært høye fordelt på en relativt kort periode. Disse kostnadene er midlertidige og ekstraordinære, og svært krevende for UNN å håndtere gjennom ordinære driftsrammer.

Konklusjon

Styret inviteres til å godkjenne den beskrevne tiltaksrapporten, og oversende planen til Helse Nord RHF for godkjenning og finansiering for både investeringen og de økte avskrivningskostnadene i perioden.

Tromsø, 1.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Kart/ oversiktsbilde UNN Åsgård

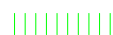
Opplysningskart for PARKERING på ÅSGÅRD



Plasser med spesiell tillatelse. Beboerparkering

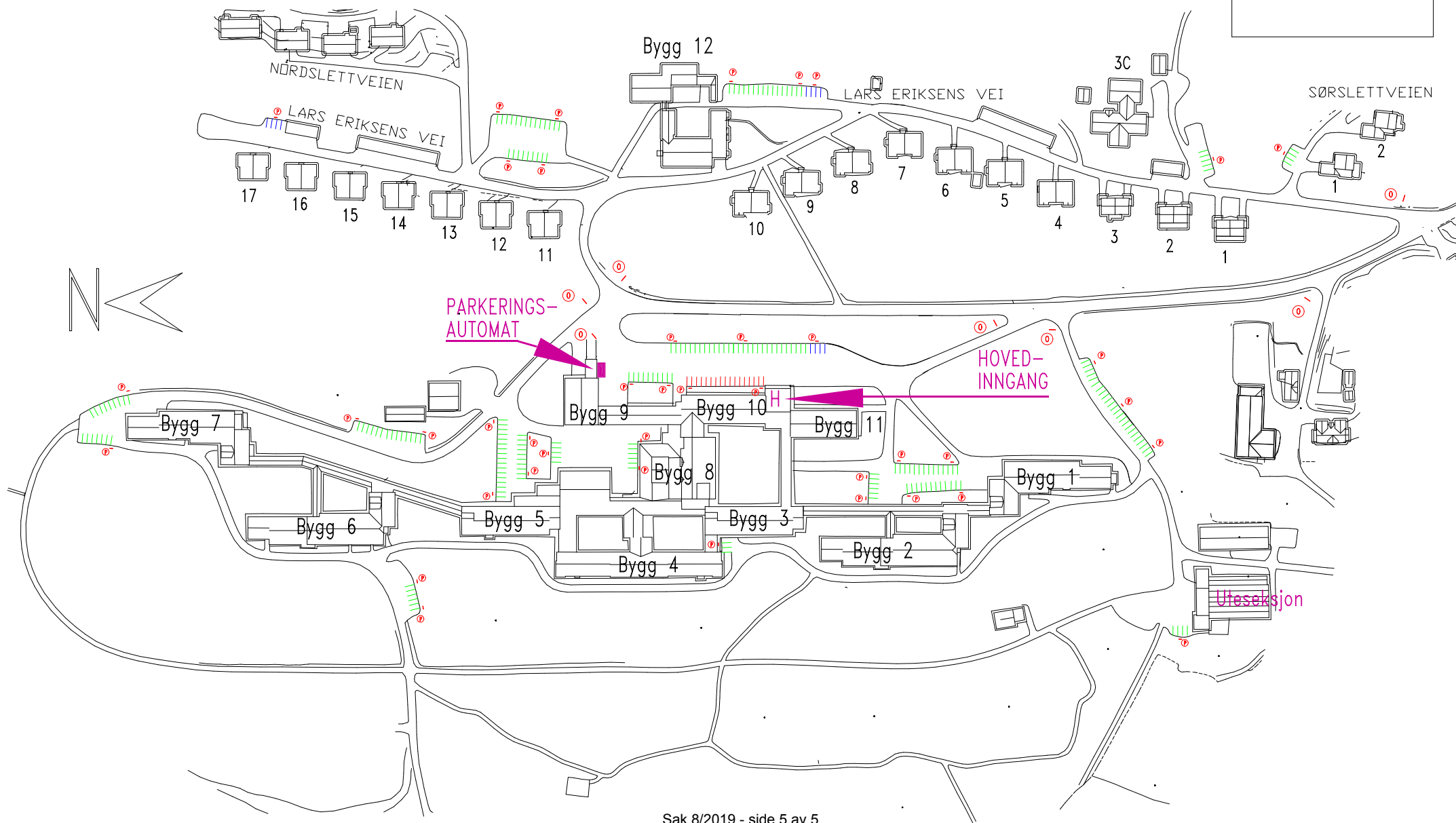


Gjesteparkering.



Parkering for ansatte ved UNN HF

@1102





STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
9/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Grethe Andersen		Saksbehandler: Grethe Andersen

Status i prosessen vedrørende salg av Åsgårdmarka

Innstilling til vedtak

- 1) Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) tar redegjørelsen om nye heftelser for Åsgårdmarka til orientering.
- 2) Styret ber om at arbeidet med å utrede salgsalternativer har høy prioritet og ber om at disse legges frem til styret for beslutning.

Bakgrunn

I styresak 58-2018 *Avhendingsstrategi Åsgårdmarka* vedtok styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) strategien om å selge Åsgårdmarka slik den foreligger, uten videre utredninger eller analyser. Kjente utfordringer på det tidspunktet var flytting av egen klinisk virksomhet som er på området til andre lokaler, samt at enkelte av byggene er fredet/ vernet. Arbeidet med å løse disse utfordringene ble startet før 2018. I forberedelsesarbeidet har det imidlertid fremkommet flere heftelser ved tomten enn det som var kjent tidligere. Formålet med saken er å orientere styret om utfordringen som er avdekket siden forrige styresak, og det videre arbeidet med saken.

Saksutredning

I arbeidet med å klargjøre Åsgårdmarka for salg er det i tillegg til kjente heftelser ved området fremkommet ytterligere to heftelser som gjelder festeavtaler med Tromsø kommune. Tromsø kommune fester seks tomter i Åsgårdmarka, fordelt på tre ulike plasseringer på området. Festeavtalen er inngått i 2005 og 2006, og har ingen utløpsdato. Avtalene kan ikke sies opp av UNN og tomtene kan ikke selges uten samtykke fra Tromsø kommune. Tromsø kommune har bygd og etablert 32 omsorgsboliger på tomtene i perioden 2005-2008, lånefinansiert gjennom Husbanken. I festeavtalen er det også spesifisert at festeavtalen ikke kan sies opp (av Tromsø kommune) før lånet i Husbanken er nedbetalt.

I 2009 startet arbeidet med å omregulere området fra helse- til boligformål. Forslag til reguleringsplan er behandlet flere ganger i kommunestyret, før den ble endelig vedtatt i november 2017. UNN har hatt Asplan Viak som innleid konsulentfirma i dette arbeidet. I planbeskrivelsen, vedlegg til reguleringsplanen, utarbeidet av Asplan Viak er privatrettslige bindinger kommentert kort:

«Eiendommene eies av Universitetssykehuset i Nord Norge og Troms fylkeskommune. Tromsø kommunale boligstiftelse fester fem eiendommer innenfor området.» Festeavtalene ble ikke videre undersøkt hverken av UNN eller konsulentfirmaet.

I forbindelse med Telenors arbeid med nedgraving av fiberkabel på området i slutten av 2018 ble festeavtalene avdekket i forbindelse med innhenting av detaljinformasjon i *Grunnboken* gjennom Tromsø kommunes kartportal. Videre undersøkelser om festeavtalene ble igangsatt umiddelbart. Det viser seg at det er opprettet to festeavtaler med kommunen. Den ene er fra 2005 og gjelder 5 tomter, den andre fra 2006 og gjelder ytterligere én tomt. Betingelsene er likelydende i begge avtalene. Alternative muligheter for å avslutte festeavtalen må utredes, kostnader beregnes og dialog med kommunen må opprettes.

Til sammen foreligger det nå følgende heftelser/ utfordringer med hensyn til salg av Åsgårdmarka:

1. Festetomter Tromsø kommune
2. Fredede/ vernede bygg
3. Flytting av egen klinisk virksomhet

I samarbeid med Psykisk helse- og rusklinikken ble arbeidet med å finne erstatningslokaler til egen virksomhet igangsatt før jul i 2018. Dette arbeidet er nå satt på vent på ubestemt tid etter at de nye heftelsene for området ble avdekket.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 5. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering og konklusjon

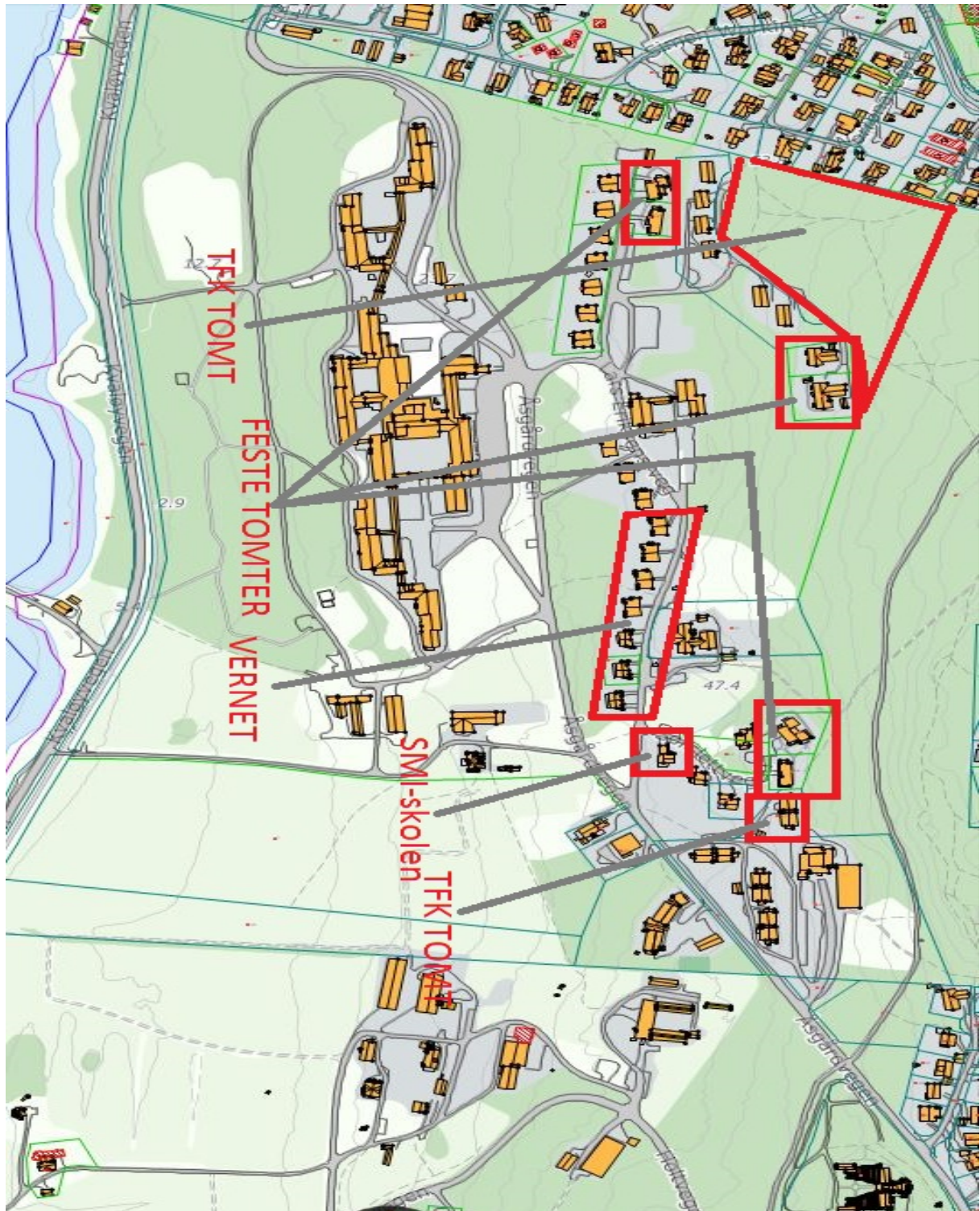
Summen av heftelser er av en slik art og kompleksitet at UNN har besluttet å innhente ekstern bistand. Oppdraget vil bli å utrede videre prosess, kartlegge muligheter og beskrive eventuelle alternativer, samt beregne mulig netto salgsgevinst og tidsperspektiv for ulike alternativer. Direktøren vurderer det som svært beklagelig at festeavtalene med Tromsø kommune ikke har blitt undersøkt tidligere, med det som følge at ulike alternativer for å håndtere de samlede heftelsene ikke er påbegynt. Anbudskonkurranse for ekstern bistand er under arbeid, og direktøren presiserer at arbeidet har høy prioritet. Styret vil bli holdt orientert om arbeidet, og inviteres til å beslutte valg av løsning når utredningene er klare.

Tromsø, 1.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Kart Åsgårdmarka

Vedlegg Kart Åsgårdmarka





STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
10/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Anita Schumacher		Saksbehandler: Roger Dahl

Dialogavtale mellom styret og administrerende direktør

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner direktørens dialogavtale for 2020.
2. Styret godkjenner justeringene i direktørens dialogavtale for 2019.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har som grunnlag for administrerende direktørs oppdrag vedtatt en egen direktørinstruks. Denne tar for seg direktørens plikter overfor styret, og den fastsetter formelle rammer rundt den daglige ledelse og utvikling av foretaket. Instruksen er i tråd med krav fra Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

Dialogavtaleverktøyet, slik det er beskrevet i denne saken, kommer som et tillegg til instruksen, og er å forstå som et dynamisk verktøy til bruk i kontinuerlig virksomhetsstyring. Metodikken ble etablert allerede i 2007 ved implementering av ny organisasjonsstruktur. De strategiske hovedretningene i dialogavtaleverktøyet er justert slik at de samsvarer med de strategiske hovedretningene i Strategisk utviklingsplan 2015–2025.

Den langsiktige satsingen på kontinuerlig forbedring som gjennomgående system og kultur er etablert som en overordnet målsetting, og er lagt inn i det elektroniske verktøyet. I tillegg er de prioriterte satsingsområdene for økonomi tatt inn som endringer i 2019-avtalen, og de videreføres som en del av 2020-avtalen.

Dialogavtalen mellom styret og administrerende direktør tar utgangspunkt i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF. Oppdragsdokumentet vedtas imidlertid ikke før i februar det året det gjelder, mens direktøren må starte virksomhetsplanlegging for neste driftsår om lag 10 måneder før årsskiftet for å overholde tidsfrister og fremskaffe en god virksomhetsplan.

Dialogavtalen vil bli presentert på den årlige ledersamlingen i mars, der ledere fra alle ledernivå i UNN deltar. Klinikk- og senterledere får som en del av ledersamlingen i oppdrag å starte

interne mål- og planprosesser med utgangspunkt i dialogavtalen som styret har inngått med direktøren.

Formål

Formålet med denne saken er å vedta direktørens forslag til dialogavtale for 2020, samt justeringer i direktørens dialogavtale for 2019.

Saksutredning

Dialogavtalen ivaretar strategisk og operasjonell virksomhetsstyring gjennom en balanse mellom helhetlig planlegging og praktisk iverksetting. Dialogavtalen har et ulikt fokus alt etter hvilket nivå i organisasjonen den anvendes. På overordnet nivå er dialogavtalen et strategisk verktøy og inneholder de kontinuerlige og komplekse målsettingene. På mellomledernivå benyttes dialogavtalene til mer operasjonell styring, og på lavere nivå i organisasjonen kan dialogavtalene bidra til å administrere utførelsen av konkrete mål og tiltak.

I dialogavtalene får hvert nivå mulighet til å definere hvordan de best kan løse lokale utfordringer, samtidig som organisasjonens strategi understøttes ved at målsettingene utarbeides i tråd med de overordnede strategier, satsinger og prioriteter som er vedtatt.

Direktørens dialogavtale med styret inneholder satsinger som presiserer de organisasjonsgjennomgående prioriteringene. Forslaget til avtale er avstemt mot Strategisk utviklingsplan 2015–2025, og vil justeres i tråd med styringssignaler i kommende oppdragsdokument. Tiltak etableres fra klinikknivå og videre nedover i organisasjonen.

Dynamikk er et bærende prinsipp i UNNs virksomhetsstyringssystem og skal gjenspeiles i dialogavtalene som styringsverktøy. Det som løftes fram i dialogavtalen er prioriterte satsinger som fordrer særskilt lederfokus i styringshjulet med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering. Dialogavtalene er dynamisk innrettet slik at det er mulig å gjøre justeringer dersom det er nødvendig.

Fokus er et annet bærende prinsipp for dialogavtalen som styringssystem. Det vil si at styringsverktøyet skal bidra til at økt oppmerksomhet, lederkraft og ressurser dreies mot det som er kritisk for at foretaket skal realisere prioriterte mål. Antallet satsinger i dialogavtalen må følgelig balanseres med hensyn til ivaretagelsen av tilstrekkelig fokus i virksomhetsstyringen. Omfanget av direktørens og underliggende nivåers dialogavtaler har gradvis økt siden innføringen av det nye verktøyet i 2013. Dagens omfang av satsinger er ikke i tråd med den bærende ideen om fokus i virksomhetsstyringen. For å imøtegå utviklingsretningen, ble direktørens dialogavtale fra 2019 redusert i omfang til å gjelde prioriterte satsinger.

Et forsterket fokus i lederlinjen fra direktør til seksjonsledere rundt et prioritert utvalg mål antas å fremme måloppnåelse, da det legger til rette for tiltaksoppfølging gjennom året og resultatmålinger, og resultatvurderinger mot slutten av året. Det forventes at et konsentrert utvalg mål i direktørens dialogavtale vil ha en kanaliserende effekt på arbeidet med dialogavtalene på underliggende nivå. Effekten vil være at mindre viktige mål fases ut av dialogavtalene på underliggende nivå, slik at de gjenværende målene gjenspeiler de utviklingsområdene som det er kritisk at UNN lykkes med.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 5. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering

Gjennom en årlig revidering av direktørens dialogavtale kommer dynamikk som styringsprinsipp til anvendelse. I tillegg har nå også *fokus som styringsprinsipp* kommet sterkere inn gjennom reduksjonen av antall satsinger i direktørens dialogavtale fra 2019. Dialogavtalene skal ha et klart formål og tenkt bidrag i at det klart kommuniseres og formaliseres hva virksomheten ønsker å oppnå. Selv om foretakets overordnede strategi ligger fast over tid, må det defineres hva som er virksomhetens viktigste prioriteter og satsinger på kort sikt gitt regulatoriske krav, vilkår for finansiering, eierstyring og planer. Dialogavtalene skal gjennomsyses av de til enhver tid relevante målsettingene for UNN, som det planlegges målrettede tiltak på grunnlag av, og som blir gjenstand for ledelsesfokus og dialog med hensyn til oppnådde resultater.

Styrets godkjenning av dialogavtalen til administrerende direktør utgjør et viktig utgangspunkt for planprosessene rundt virksomhetsstyringen hvert år.

Konklusjon

Direktøren ber om at styret godkjenner forslaget til dialogavtale mellom styret ved UNN og administrerende direktør for 2020, samt justeringer i direktørens dialogavtale for 2019.

Tromsø, 1.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Forslag til administrerende direktørs dialogavtale for 2020 med forslag til endringer i direktørens dialogavtale for 2019.

Dialogavtale mellom UNN-styret og administrerende direktør for 2020

*Ny satsing i 2020-avtalen.

**Ny satsing i 2019-avtalen og 2020-avtalen.

Overordnet satsing om kontinuerlig forbedring UNN skal videreutvikle og styrke en kultur for kontinuerlig forbedring av våre arbeidsprosesser, til beste for pasientene, medarbeiderne, studentene og samfunnet. Dette skal skje gjennom etablering av systemer for ledelse, kompetanseutvikling og trening, i team og i partnerskap med pasienter og brukere. Det er et langsiktig utviklingsarbeid som krever atferdsendring og fokus på daglige forbedringer, nærmest pasienten. Aktiv og gjennomgående bruk av kvalitetssirkelen skal sikre at endringer er forbedringer, og at tiltak som gjennomføres er virkningsfulle og varige.
KVALITET OG PASIENTSIKKERHET
UNN skal sikre at styringssystemet fungerer og bidrar til kontinuerlig forbedring i tråd med <i>forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)</i> .
UNN skal implementere gjennomgående systemer for ledelse av kontinuerlig forbedring (jf. 13-punkts gjennomføringsplan i styresak: 5/2017) for å underbygge en kultur for kontinuerlig forbedring som omfatter hele organisasjonen.
UTDANNING OG REKRUTTERING
UNN skal ha fokus på å utdanne, rekruttere, stabilisere og utvikle kompetanse for de områdene hvor udekket kompetansebehov gir vesentlig risiko for manglende måloppnåelse.
PASIENT- OG BRUKERMEDVIRKNING
UNN skal involvere pasienter og brukere i arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forskning.
*UNN skal være foregangssykehus for utvikling av samvalgsverktøy og implementering av samvalg jf. oppdraget gitt fra HOD.
ANNET
**Prioritert innsatsområde – Stormottakere
**Prioritert innsatsområde – Rekruttering og stabilisering
**Prioritert innsatsområde – Innkjøp



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
11/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig:	Ansgar Gabrielsen	Saksbehandler: Ansgar Gabrielsen

Justering av lønn til konst.administrerende direktør 2018

Saksdokumenter legges frem i møtet.

Tromsø, 1.2.2019

Ansgar Gabrielsen (s.)
styreleder



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
12/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Oppsummering av styresaker fra 2018

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar oppsummeringen av styrets vedtak i 2018 til etterretning, og vil bruke oppsummeringen som underlag for styrets videre evaluering av eget arbeid.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)s arbeid undergis en årlig evaluering. Dette gjøres på flere måter. I styreinstruksen stilles det krav om evaluering av styrets arbeid. Styrets arbeids- og fungeringsmåte blir derfor evaluert i egen styresak. I denne saken vektlegges kun en skjematisk oversikt over fattede vedtak, og formell oppfølging av disse.

Styreseminarene ble i årsplanen for 2018 lagt i forbindelse med de ordinære styremøtene i juni og november. Seminaret i juni ble gjennomført i Bodø, og hadde fokus på sykefraværarbeid, kontinuerlig forbedring, regional inntektsfordelingsmodell, investeringer og økonomisk status samt evaluering av styrets eget arbeid. Seminaret i november var lagt til Karasjok, og hadde fokus på samiske spesialisthelsetjenester, virksomhetsplanlegging, hovedindikatorer samt mulige synergier ved realisering av Nye UNN Narvik.

Saken gir også styret anledning til å vurdere om arbeids- og ansvarsdelingen mellom administrerende direktør og styret er i tråd med oppdrag og instruks, samt vurdering av administrasjonens oppfølging av vedtakene.

Formål

Formålet med saken er å gi en oversikt over styrevedtak som styret ved UNN fattet i 2018, og vurdere oppfølgingen av disse som grunnlag for prioriteringer av styrets arbeid i 2019.

Saksutredning

I eget vedlegg til saken følger utdrag av styreprotokollen over saker som er behandlet i 2018. Det ble avholdt til sammen 11 styremøter, hvorav tre var ekstraordinære, og det er behandlet til sammen 104 saker, herav 55 beslutningssaker, fordelt slik:

Type saker/ kategori	2016	2017	2018
S) Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	26	27	30
K) Kvalitets-, økonomi- og aktivitetssaker	21	18	14
F) Fagsaker	5	6	2
B) Bygg og eiendomssaker	8	5	9
Totalt	60	56	55

Tabell 1

De resterende 49 sakene var godkjenning av innkalling, saksliste, referatsaker, orienteringssaker og eventuelsaker.

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

Strategi-, rapport- og oppfølgingssaker	2016	2017	2018
Tilsynsrapporter	3	3	2
Ledelsens gjennomgang	3	1	1
Overordnede strategier	2	4	2
Lønssaker	1	1	0
Årlig melding	1	1	1
Møte- og styreseminarplan	2	2	1
Oppdragsdokument	1	1	1
Oppsummering av styrets vedtak	1	1	1
Styrets evaluering av eget arbeid	1	1	1
Oppnevning av valgstyre – ansattevalgte repr.	–	1	–
Brukerutvalget – valg, mandat m.v.	1	–	1
Strategisk utviklingsplan	1	1	1 ¹
Årsrapport for Brukerutvalget	1	– ²	– ²
Eventuelsaker (der det er truffet vedtak)	–	2	–
Informasjonssikkerhet	–	1	–
Inntektsfordelingsmodell for TSB og psykisk helse	1	–	–
Styrets dialogavtale med direktøren	2	1	1
Innspill fra UNN til RHFets plan til økonomisk bærekraft	1	–	1
Utviklingsplan for psykisk helse og TSB	1	–	–
Forberedende langtidsplan – strategi	1	–	–
Kontinuerlig forbedring	1	1	1
Høring – Nasjonalt sykehusapotekforetak	1	–	–
Nye hovedindikatorer for UNN	1	1	2
Orientering om sak på et forberedende stadium	–	1	–
Innsynskrav	–	1	–
Mediebilde – situasjonsbeskrivelse	–	1	–
Meldingssaker fra fylkesmannen	–	1	–
LUO-evalueringen del 2	–	–	1
Direktøravgang, konstituering og rekruttering	–	–	4
Sykestuesenger i Nord-Troms samt spesialisthelsetjenester	–	–	2
Beredskapsarbeidet ved UNN – prosessplan	–	–	1
Salg av Åsgårdmarka	–	–	1
Høring – Nasjonal inntektsfordelingsmodell	–	–	1
Høring – Regional utviklingsplan	–	–	1
Innspill til etiske retningslinjer for Helse Nord	–	–	1
Ambulansebåtsaken i Bjarkøy	–	–	1
Totalt	27	27	30

1) Bygg 2) Behandlet som referatsak

Tabell 2

Kvalitets- og økonomisaker	2016	2017	2018
Kvalitets-, økonomi- og aktivitetsrapporter inkl. tertialrapporter	11	10	8
Årsregnskap med styrets beretning	1	1	1
Investering	–	–	–
Budsjettsak, ny behandling/oppfølgingssak	–	–	–
Forberedende arbeid til Virksomhetsplan	1	3	2
Virksomhetsplan (budsjettsaken)	1	1	1
Tilbakemelding til Helse Nord RHF vedrørende langtidsplanen	1	1	–
Mottak av pengegave til PET-senteret	1	–	1
Virksomhetsplanlegging – årshjul	2	–	–
Langtidsplan	1	1	–
PET-senterøkonomien, gavetilsagn m.v.	1	–	1
Samarbeidsplan med kommunene	1	–	–
Analyse og tiltaksplan	–	1	–
Totalt	21	18	14

Tabell 3

Fagsaker	2016	2017	2018
Sivilombudsmannens rapport for PHRK	4	–	–
Regional smittevernplan	1	–	–
Høringssak Hjerteinfarkt og PCI	–	1	–
Høringssak Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten	–	1	–
Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap	–	1	–
Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgi og føde -presiseringer	–	1	–
Organisatoriske tilpasninger intensiv m.v. A9	–	1	–
Elektronisk medikasjon og kurve	–	1	–
Trombektomitjenester ved UNN	–	–	1
Strukturelle endringer i ambulansetjenesten	–	–	1
Totalt	5	6	2

Tabell 4

Bygg- og eiendomssaker	2016	2017	2018
Byggeprosjekter ved UNN – tertialrapporter	3	3	3
Regionalt PET-senter	1	–	1
Nye UNN Narvik	1	1	–
Lokalisering av Vardesenter og LMS	1	–	–
Ambulansestasjon ved UNN Harstad	2	–	–
UNN Narvik	–	1	1
Tomtesak ved SIVA-bygget	–	–	1
Salg av C00	–	–	1
Arealplan UNN Breivika	–	–	2
Totalt	8	5	9

Tabell 5

Oppfølging av tidligere vedtak

Gjennomgangen viser at samtlige saker er fulgt opp i tråd med styrets vedtak.

Medvirkning

Ettersom saken avviker fra en ordinær beslutningssak ved en skjematisk oppsummering av styrets vedtak fra 2018, er den ikke undergitt behandling eller drøfting i arbeidsmiljøutvalg, brukerutvalg eller med ansattes organisasjoner og vernetjenesten.

Vurdering

Oversikten som er vedlagt saken viser at det i 2018 ble avholdt 11 styremøter og behandlet til sammen 104 saker, herav 55 beslutningssaker. Antall og type saker vurderer direktøren å ha vært i overensstemmelse med vedtatt årsplan for faste styresaker 2018, samt de utfordringer helseforetaket har hatt i 2018. Den økonomiske utviklingen i foretaket har vært et av styrets prioriterte områder 2018, samtidig med en sterk vektlegging av kvalitet og pasientsikkerhet.

Direktøren oppfatter at vedlagte saksoversikt viser at styresakene som ble behandlet i 2018 er innenfor rammen av type saker som styreinstruksen anviser. Styret behandler kvalitets- og virksomhetsrapportene månedlig, med stadig sterkere fokus på kvalitetsparametere og pasientsikkerhet. Saker som ligger innenfor styrets ansvarsområde har vært fremmet fortløpende i 2018. Driften har i store deler av året vært preget av at utviklingen innenfor de ulike tjenesteområdene er søkt opprettholdt og forsterket med hensyn til kvalitet. Variasjonen knyttet til saksmengde over år, viser seg å ligge på inntil +/- 10.

De administrative rutinene knyttet til styresaksoppfølgingen vurderes å være tilfredsstillende ivarettatt, og det planlegges ikke endringer av disse i 2019. Arbeids- og ansvarsdelingen mellom direktøren og styret vurderes også som tilfredsstillende.

Måloppnåelse for sentrale kvalitetsparametre vil bli fulgt opp videre i forbindelse med behandling av de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene. Direktøren vil trekke frem de prioriterte utviklingsområdene fra den strategiske utviklingsplanen, samt satsingen på kontinuerlig forbedring, som anbefalte fokusområder for styrets arbeid også i 2019.

Tromsø, 1.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt over styrets vedtak i 2018

OVERSIKT OVER STYREVEDTAK I BESLUTNINGSSAKER 2018

S: Strategi-, rapport og oppfølgingssaker
K: Kvalitets- og økonomisaker
F: Fagsaker
B: Bygg- og eiendomssaker

K ST 3/2018 Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2017

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 4/2018 LUO-evalueringen – del 2

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak. Punkt 5 vil bli forelagt styret våren 2019.

S ST 6/2018 Oppdragsdokument 2018

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak. Status forelegges styret i årlig melding i mars 2019.

B ST 7/2018 Tomtesak ved SIVA-bygget i Breivika

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

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

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak. Anmodningen i punkt 3 avventes.

S ST 9/2018 Kontinuerlig forbedring ved UNN

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

4. Styret bes holdt løpende orientert om videre fremdriften i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

*Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.
Overlevering ref. punkt 3 ble gjort under styreseminaret i juni 2018.*

S ST 10/2018 Styrets dialogavtale med direktøren

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og ny avtale etableres i egen styresak februar 2019.

S ST 17/2018 Personalsak jf offl § 13 fvl § 13, 1.ledd nr 1

1. Styret godkjenner avtalen inngått mellom styreleder og administrerende direktør 5.2.2018.
2. Styret fristiller med øyeblikkelig virkning administrerende direktør fra alle sine arbeidsoppgaver i oppsigelsestiden.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 19/2018 Konstituering

1. Helse Nord RHF har inntil videre konstituert henholdsvis Eivind Mikalsen som styreleder og Helga Marie Bjerke som nestleder.
2. Styret konstituerer viseadministrerende direktør Marit Lind som administrerende direktør.
3. Styret opprettholder planlagt styremøte torsdag 15.2.2018. Styret avlyser møtet med Finnmarkssykehuset HF.

Saken ble fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 22/2018 Oppsummering av beslutningssaker fra 2017

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.

Saken ble fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 23/2018 Evaluering av styrets arbeid

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 24/2018 Årlig melding 2017

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 25/2018 Årsregnskap 2017 med styrets beretning

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.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 27/2018 Kvalitets- og virksomhetsrapport

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.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 28/2018 Tilsynsrapport

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 29/2018 Tilbakemelding til RHFet

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 trombektomitolbud, 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.

Saken er fulgt opp og det er avgitt fortløpende status i senere styresaker.

S ST 30/2018 Strategisk utviklingsplan Bygg

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.

Saken er fulgt opp gjennom senere styresaker i 2018.

B ST 31/2018 Arealplan UNN Breivika

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.

Saken er fulgt opp gjennom statusrapporteringer og senere styresaksbehandling i 2018.

B ST 32/2018 Salg av C00

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*.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 33/2018 Tertialrapport pr 31.12.2017 for utbyggingsprosjekter

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

Saken følges opp.

F ST 34/2018 Trombektomitjenester UNN

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.

Saken følges opp.

K ST 35/2018 Gave til UNN - Kirurgirobot

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.

Saken følges opp i tråd med vedtak.

S ST 36/2018 Finansiering og organisering av sykestuesenger Nord-Troms

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.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og arbeidet med punkt 4 pågår fortsatt.

S ST 37/2018 Drift av spesialisthelsetjenester ved Sonjatun

Saken utsettes.

Saken er fortsatt under utredning, og ny sak forelegges styret våren 2019.

S ST 38/2018 Oppnevning av nytt brukerutvalg ved UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppnevner følgende medlemmer og varamedlemmer til brukerutvalget for valgperioden 2018–2020:

Representanter (*alfabetisk rekkefølge*)

Navn	Fødselsår	Bosted	Brukerorganisasjon/ pasientf.
Kirsti Bårdsen*	1950	Tromsø	Kreftforeningen
Paul Dahlø*	1944	Finnsnes	FFO/ LHL
Siv Elin Reitan*	1983	Narvik	RIO Nord
Hans-Johan Dahl	1950	Tromsø	Troms fylkes eldreråd
Terje Olsen*	1951	Storslett	FFO/ Huntington
Nina Nedrejord*	1956	Karasjok	SAFO Nord
Laila Edvardsen	1963	Tromsø	SAFO Nord
Margrethe Larsen	1967	Harstad	Kreftforeningen
Marit Stemland*	1962	Valnesfjord	Nordland fylkes eldreråd
Obiajulu Odu	1959	Tromsø	FFO/ Autisme

* = nye representanter

Vararepresentanter (*rangert rekkefølge ihht mandat*)

Navn	Fødselsår:	Bosted:	Foreslått av:
1. Wibeke Årst*	1972	Tromsø	Marborg
2. Martin Moe	1969	Brønnøy	FFO/DF
3. Mildrid H. Pedersen	1950	Målselv	FFO/ NAAF
4. Klemet Anders Sara	1961	Kåfjord/ Alta	FFO/ NAAF

* = nye representanter

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og nyvalg av enkeltrepresentanter fremmes våren 2019 som følge av at én representant har trukket seg.

S ST 39/2018 Rekrutteringsutvalg – ny direktør

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.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

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

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.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 46/2018 Tertialrapport pr. 31.5.2018 for utbyggingsprosjekter

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

Saken er fulgt opp.

K ST 47/2018 Forberedende virksomhetsplan for 2019

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.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

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

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak

B ST 49/2018 Arealplan Breivika – prosjektinnramming

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*.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 55/2018 Kvalitets- og virksomhetsrapport

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 56/2018 Ledelsens gjennomgang

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 57/2018 Anskaffelsesstrategi 2018-2021

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

Saken følges opp i tråd med vedtak.

S ST 58/2018 Avhendingsstrategi Åsgårdmarka

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak, og ny sak forelegges styret 13.2.2019.

K ST 65/2018 Kvalitets- og virksomhetsrapport

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapport for juli 2018 til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør om å legge frem en nærmere vurdering av årsakene til avvik og forventet prognose for 2018 i neste virksomhetsrapport.

3. Styret ber administrerende direktør om å sørge for at driften snarest mulig bringes i balanse, og ber om en orientering om de klinikkvise tiltaksplaner i styremøtet 4.10.2018. Styret forutsetter at kort- og langsiktige omstillingstiltak utarbeides i nært samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten i helseforetakene.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 66/2018 Tilsynsrapport

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 67/2018 Prosessplan for beredskap ved UNN

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak

S ST 68/2018 Revisjon av hovedindikatorer for UNN

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 74/2018 Tertialrapport 2, med Kvalitets- og virksomhetsrapport

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak

B ST 75/2018 Tertiær rapport 2, 2018 – Større byggeprosjekter ved UNN

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

Saken er fulgt opp.

K ST 76/2018 Virksomhetsplanlegging for 2019

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak

S ST 77/2018 Høring – Revisjon av regional inntektsfordelingsmodell for somatikk

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak

S ST 78/2018 Høring – Regional utviklingsplan

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak

S ST 79/2018 Sykefraværsoppfølging ved UNN

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

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

F ST 80/2018 Strukturelle endringer i ambulansetjenesten ved UNN

1. Saken utsettes.
2. Direktøren bes snarest gjennomføre en fornyet prosess som gir relevante parter nødvendig medvirkning.
3. Berørte kommuner bes i tillegg uttale seg til det endelige forslaget fra direktøren.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 87/2018 Kvalitets- og virksomhetsrapport

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord – Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for september 2018* til orientering.
2. Styret ser alvorlig på den økonomiske situasjonen i UNN og ber direktøren intensivere tiltaksarbeidet for å snu den økonomiske utviklingen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak

S ST 88/2018 Innspill til etiske retningslinjer i Helse Nord

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til UNNs innspill til etiske retningslinjer i Helse Nord RHF, og at disse oversendes til Helse Nord RHF, med den endring som fremkom under behandling av saken.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

S ST 89/2018 Oppfølging av sak om ambulansébåttjeneste Bjarkøy

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar redegjørelsen om prosess og hvilke vurderinger som ligger til grunn for vedtaket om nedleggelse av ambulansebåten på Bjarkøy til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør iverksette beslutningen om nedleggelse av ambulansebåten på Bjarkøy fra 1.1.2019.
3. Styret forutsetter at de kompensierende tiltak beskrevet i saken, iverksettes.

Saken følges opp i tråd med vedtak.

S ST 90/2018 Justert møteplan for 2019

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner revidert møteplan for 2019:

Møter	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter	12.-13.2. Bodø	26.-27.3. Bodø	24.4. Tromsø	29.5. Tromsø	20.6. Harstad	11.9. Tromsø	2.10. Tromsø	14.11 Narvik	11.12. Tromsø
UNNs styreseminar	Oppfølg. PwC- rapport		25.4. m/Ui T		19.6			13.11	
Regionalt styreseminar		27.- 28.3.					30.- 31.10		
Pasientsikkerhetskonferansen	13.- 14.2.								
Dialogmøter		Helgel. + Finnm.	Bruker- utvalget				Nlsh ifb st.sem.?		

Saken følges opp i tråd med vedtak.

S ST 94/2018 Tilsetting av ny administrerende direktør ved UNN (u.off., jf. offl § 25)

1. Anita Schumacher tilsettes som administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
2. Styret slutter seg til arbeidsavtalen for ny direktør slik som den fremgår av vedlegg til saken.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 96/2018 Kvalitets- og virksomhetsrapport for oktober

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for oktober 2018* til orientering.
2. Styret ser alvorlig på den økonomiske situasjonen i UNN og ber direktøren intensivere tiltaksarbeidet for å snu den økonomiske utviklingen.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak

S ST 97/2018 Nye hovedindikatorer for UNN

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende hovedindikatorer for virksomhetsstyringen i 2019:
 1. Epikriser sendt innen 1 døgn og innen 7 døgn etter utskrivelse fra døgnopphold (andel)
 2. Gjennomføring av kreftpakkeforløp innen anbefalt forløpstid (andel)
 3. Pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet (andel)
 4. Sykefravær (andel)
 5. Regnskapsresultat
2. Styret forutsetter at indikatorene brukes til fortløpende virksomhetsstyring i tavlemøter på foretaks-, klinikk- og avdelingsnivå.
3. Styret ber om rapportering på indikatorene i de månedlige Kvalitets- og virksomhets-rapportene.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

B ST 98/2018 Arealplan UNN Breivika – utsettelse av tiltak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) utsetter arealplan fase 1 på grunn av manglende investeringsrammer.
2. Styret tar til etterretning RHF-styrets vedtak om å utløse reserven (*P85-rammen*) i A-fløya for å dekke det totale overforbruket i forhold til P50-rammen i A-fløya og PET-senteret, og at prosjektene i forlengelse av A-fløya dermed står uten finansiering.
3. Styret tar til etterretning RHF-styrets vedtak om at prosjektinnrammingen for arealplan Breivika fase 2 og 3 tidsmessig justeres slik at det rekkefølgemessig kommer etter nybyggprosjektene ved Nye UNN Narvik, Finnmarksykehuset HF Hammerfest, Psykisk helse- og rus Tromsø og Helgelandsykehuset HF.
4. Styret vurderer konsekvensene av de samlede utsettelsene av *Arealplan Breivika* som store. Styret ber om at det til neste styremøte legges frem en langsiktig plan for å øke egne investeringsrammer for å sikre egenfinansieringen i planen, og vurdere muligheter for å fremskynde deler av planen ved hjelp av egne investeringsrammer.

Saken er fulgt opp i tråd med vedtak.

K ST 99/2018 Gavebrev fra Trond Mohn vedrørende gave til ny computertomografi (CT)-skanner

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar å akseptere en pengegave fra Trond Mohn til anskaffelse av computertomografi (CT)-skanner og oppgradering av eksisterende CT.

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 ber direktøren vurdere en hensiktsmessig prosess for utskifting og oppgradering av eksisterende CT, med sikte på gjennbruk av denne.

Saken følges opp i tråd med vedtak

K ST 100/2018 Virksomhetsplan 2019

1. Styret for Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) viser til saksutredningen og vedtar den framlagte virksomhetsplanen for 2019 med tilhørende budsjett og omstillingstiltak, risikovurdert og vektet til 171 mill kr.

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2017	Justert budsjett 2018 (JB)	Prognose 2018	Vedtatt budsjett 2019 (VB)	Endring VB 2019 - JB 2018
Basisramme	4 631,1	4 804,5	4 804,5	4 959,0	154,5
Kvalitetsbasert finansiering	31,4	27,7	27,7	25,6	-2,1
ISF egne pasienter	1 537,7	1 695,0	1 595,0	1 680,3	-14,7
Isf av biologiske legemidler utenfor sykehus	54,1	84,0	69,0	91,0	7,0
Gjestepasientinntekter	38,7	37,5	40,2	37,0	-0,5
Polikliniske inntekter	199,9	171,7	150,7	152,8	-18,9
Utskrivningsklare pasienter	23,1	23,3	23,6	31,0	7,7
Raskere tilbake	30,7	0,0	5,2	0,0	0,0
Andre øremerkede tilskudd	258,1	366,9	366,9	240,5	-126,4
Andre inntekter	397,3	390,6	419,0	415,2	24,6
SUM driftsinntekter	7 202,1	7 601,3	7 501,9	7 632,4	31,1
Kjøp av offentlige helsetjenester	249,3	201,3	214,2	212,5	11,2
Kjøp av private helsetjenester	73,0	55,3	52,2	41,1	-14,2
Varekostnader knyttet til aktivitet	736,7	808,1	828,1	851,4	43,3
Innleid arbeidskraft (fra firma/private)	101,2	34,7	135,0	15,6	-19,0
Lønn til fast ansatte	3 336,6	3 750,2	3 563,6	3 896,3	146,1
Vikarer	320,3	184,0	285,9	188,8	4,8
Overtid og ekstrahjelp	304,2	373,1	358,0	272,2	-101,0
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	699,8	686,8	686,7	637,2	-49,6
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-279,4	-260,8	-269,2	-259,2	1,7
Annen lønn	330,6	336,9	335,6	331,6	-5,3
Avskrivninger	206,1	227,0	227,0	291,0	64,0
Andre driftskostnader	1 078,7	1 167,2	1 129,7	1 115,9	-51,3
Sum driftskostnader	7 157,2	7 563,8	7 546,6	7 594,4	30,6
Driftsresultat	44,9	37,5	-44,7	38,0	0,5
Finansinntekter	10,0	10,0	7,8	12,0	2,0
Finanskostnader	-0,9	-7,5	-13,0	-10,0	-2,5
Finansresultat	9,1	2,5	-5,2	2,0	-0,5
Ordinært resultat	54,0	40,0	-50,0	40,0	0,0

2. Styret er opptatt av at sammenhengen mellom aktivitetsdata, aktivitetsstyring, bemanningsplan og budsjett gradvis blir bedre, men understreker behovet for kontinuerlig forbedring i denne delen av planarbeidet.
3. Styret vedtar investeringsplanen for 2019 slik den foreligger i saksutredningen.
4. Styret ber direktøren om å utarbeide en sak som viser sammenhengen mellom arealplan, lav investeringsramme og omprioriteringer innenfor investeringsrammen til styremøtet i februar.
5. Styret aksepterer at det på grunn av manglende investeringsramme vil ligge en risiko i økte ventelister, og dermed økt antall pasienter som velger bort UNN. Styret ber direktøren iverksette tiltak for å unngå dette.

6. Styret ber direktøren sikre at det utarbeides fullstendige tiltakslistor inkludert justerte plantall i alle klinikker, og legge dette frem for styret i neste møte.
7. Styret ber direktøren jobbe systematisk med stabilisering av kritisk helsepersonell, kartlegge hvorfor ansatte slutter samt utvikle gode og forutsigbare stabiliserings og rekrutteringstiltak.

<i>Saken følges opp i tråd med vedtak</i>

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
13/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Evaluering av styrets arbeid**Innstilling til vedtak**

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar resultatene fra evalueringen av styrets arbeid til etterretning.

Bakgrunn

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

Formål

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

Saksutredning

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

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

Oppfølging etter evalueringen i 2018

Styret besluttet under evalueringen i april 2018 å følge opp prioriteringene for perioden til påfølgende styreseminar i juni samme år. Dette ble også gjennomført.

Evalueringsopplegget

Styreleder har også i år valgt å innhente ekstern bistand til evalueringen. Den metodiske tilnærmingen som rådgivningsselskapet Cirius Consulting bruker, er identisk med opplegget som arbeidsgiverforeningen Spekter tidligere brukte, og som UNN-styret benyttet seg av i 2012 og 2013. I 2014 gjennomførte styret egnevaluering i egen regi. Samme selskap har bistått i alle år etter dette.

Metode for evalueringen:

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

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

Vurdering

Styret har altså gjennomført evaluering av egen virksomhet hvert år de ni siste årene, sist i april 2018, etter utsettelse av saken i februarmøtet samme år. Denne saken viser til at evaluering av styrets egen virksomhet er forankret i oppdragsdokument og styreinstruks, og er regnet som *god skikk for eierutøvelse* ifølge statens prinsipper for eierstyring.

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

Dette er første egnevaluering av dette fulltallige styre, ettersom gjennomføring i april 2018 omfattet gjennomgang og oppfølging etter forrige styrets arbeid.

Tromsø, 1.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
14/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Oppnevning av valgstyre for valg av ansattevalgte representanter til styret for 2019-2021**Innstilling til vedtak**

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

- Gøril Bertheussen og Hilde Pettersen fra arbeidsgiversiden
- Monica Fyhn Sørensen og Jan Bekkevoll fra arbeidstakerorganisasjonene

Saksutredning

Helseforetaksloven § 23 omhandler ansattes styrerepresentasjon i helseforetak. Ansattevalgte representanter til styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) velges for to år av gangen.

Perioden for de sittende representanter utgår på valgtidspunktet for nye representanter i april/mai 2019. Valg av ansattevalgte representanter skal ledes av et valgstyre, jfr. § 8 i forskrift til helseforetakslovens bestemmelser om de ansattes rett til representasjon i helseforetakets styre. Forskriften gir nærmere regler om ansattes rett til styrerepresentasjon og om gjennomføring av valg for styremedlemmer valgt av og blant de ansatte. Valgstyret skal bestå av minst tre personer med stemmerett, hvorav én leder og én nestleder.

Valgstyret konstituerer seg selv. De ansatte og foretakets ledelse skal ha minst én representant hver, og valgstyret oppnevnes av foretakets styre. Direktøren foreslår arbeidsgiverrepresentantene, og arbeidstakerorganisasjonene har oppnevnt sine representantkandidater, i tråd med innstillingen.

Tromsø, 1.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
15/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra UNN
2. Prioritering av investeringssaker i UNN
3. Kontinuerlig forbedring
4. Status i arbeidet med ambulansebåtstrukturen i Bjarkøy

Muntlige orienteringer

5. Pasienthistorie
6. Suicidalitetsarbeidet ved UNN
7. Videre oppfølging av PwC-rapporten fra 2018

Tromsø, 7.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



Sak: Orientering om varsler til Statens helsetilsyn fra UNN i 2016

Til: Styret

Fra: Anita Schumacher

Møtedato: Februar 2019

Bakgrunn

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

Orientering om §3-3a varsler fra UNN fra 17.11.18-31.1.19

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

- 1 stedlig tilsyn fra Helsetilsynet
- 1 avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging.
- 1 Helsetilsynet vurderer om det skal opprettes tilsynssak

En kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt.

Vedlegg:

Kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt

Oversikt over §3-3a varsler ved UNN

§3-3a varsler i perioden 17.11.18-31.1.19

År	Hva skjedde	Klinikk	Konsekvens	Tiltak	Møte med pårørende	Status på tilsyn
2018	Pasient med alvorlig muskelsykdom og kirurgisk luftvei i halsen. Kollapset etter forstøverbhandling. Gjenopplivet, men døde av komplikasjoner.	HLK	Død	Under intern gjennomgang	Ja	Gjennomført stedlig tilsyn ved UNN.
2019	Selvmondsforsøk hos pasient som var frivillig innlagt i psykisk helsevern.	PHRK	Overlevde. Intensivbehandlet.	Under intern gjennomgang	Ja	Helsetilsynet vurderer om det skal opprettes tilsynssak
2019	Pasient fikk hjertestans etter operasjon. Mulig reaksjon på morfin.	Ortopedi	Overlevde. Intensivbehandlet og fikk forlenget sykehusopphold.	Under intern gjennomgang	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser



Sak: Prioritering av investeringsaker i UNN
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Adm. dir. Anita Schumacher\ Gøril Bertheussen Stabssjef
Møtedato: 13.02.2019

Bakgrunn

UNN mottar hvert år en investeringsramme fra Helse Nord på mnok 150. I tillegg til dette, vil et positivt resultat fra året før legges til som investeringsmidler. For UNN var resultatet i 2017 positivt med mnok 54 og investeringsrammen i 2018 ble dermed mnok 150 + mnok 54 = mnok 204. Et negativt resultat vil ikke gi trekk i rammen på mnok 150. Med prognosen som foreligger for 2018 vil investeringsrammen for 2019 kun være på mnok 150.

Investeringsrammen gjelder de bokføringer som blir registrert inneværende år. Det kan gjennomføres bestillinger i år som går på senere års investeringsrammer (med leveringstid senere år). Den negative prognosen for 2018 gir en negativ innvirkning på våre muligheter for investeringer i medisinteknisk utstyr. Store deler av investeringsrammen for 2019 er fordelt og det gjenstår mnok 1 til disposisjon. Resultatet er at vi ikke får erstattet kritisk utstyr som blir kassert. Dette kan påvirke pasientbehandlingen på sikt og påføre UNN ekstra kostnader gjennom fristbrudd og gjestepasientutgifter. De senere år har UNN brukt mnok 100-160 pr år på medisinteknisk utstyr. Situasjonen er kritisk når gjenstående investeringsramme for 2019 er kun mnok 1.

Det er derfor nødvendig å gjøre grep for å øke investeringsmidlene til medisinskteknisk utstyr.

Saken tar for seg de utfordringer som gjelder 2019. Det er ikke tatt med fremtidige investeringsbehov som vil gi større utfordringer de neste årene. Det er et stort etterslep på investeringer i UNN. For 2019 er det ikke satt et eget overskuddskrav fra UNN, men i 2020 er eget overskuddskrav tilbake i planene. Samtidig ser vi at omstillingsbehovet vil øke betydelig i 2020. Etterslepet på investeringer vil som følger av den økonomiske situasjonen vi er i, øke fremover. Dette til tross for at investeringsrammen fra Helse Nord RHF til medisinskteknisk utstyr med mer vil øke til mnok 200 fra år 2021.

Av større prosjekter fremover vil det komme investeringer på Åsgård. Investeringene dekkes i utgangspunktet av Helse Nord, men er ikke med på investeringsplanen til Helse Nord for 2019-2026. Det er derfor en viss risiko med finansieringen fra Helse Nord. Størrelsen på investeringen vil påvirkes av hva beslutningen for et eventuelt nybygg vil bli. I løpet av et år må det utbedres i bygg 10 som følger av tilsynsrapport. Løsningen på bygg 10 er et modulbygg og investeringen vil koste mnok 54 inkl mva. Til sammen ligger det investeringer for mnok 411 inkl mva på Åsgård om det ikke bygges nybygg før 2026.

Ved sykehuset i Harstad vil det være store investeringsbehov frem til Arealplan Harstad er iverksatt. Prosjektet er ikke utarbeidet og planlegging vil bli påstartet i løpet av våret 2019. Størrelsen på investeringsbehovet vil bli kjent i denne prosessen.

I den langsiktige investeringsplanen til Helse Nord er det ikke tatt inn midler til Arealplan Breivika, noe som betyr at dette ikke er prioritert før etter år 2026. I prosjektet gjenstår deler av fase 1, samt fase 2 og fase 3 som utgjør en total investering på mnok 700 for å ferdigstilles.



Saksutredning

Omdisponeringer 2019

Som følger av den kritiske økonomiske situasjonen i UNN med lite disponible investeringsmidler, er det nødvendig å vurdere mulighetene for omdisponering av allerede fordelte investeringsmidler.

Det er tilgjengelig nok 150 for investeringer i medisinskteknisk utstyr mm i 2019. Enkelte av midlene som inngår i denne budsjettposten, som for eksempel egenkapital Klp, kan ikke omdisponeres og er derfor ikke tatt med i vurderingen. Videre er det allerede satt i bestilling investeringer som ikke kan reverseres. Blant disse er MR lab, ambulanser, Tromsøundersøkelsen og diverse utstyr godkjent i investeringsgruppen og av direktør. I Harstad er avslutningen av ny ambulansestasjon en annen post som ikke kan skyves på. Disse er derfor ikke vurdert i omprioriteringsprosessen.

Det er vurdert omdisponering av investeringer for til sammen nok 87,7 i 2019, vist i tabell 1 under.

Investeringer , tall i mill kr	Plan 2019	Gjennomføres 2019	Omdisponeres
Teknisk utstyr (ikke spesifisert)	12,0	7,5	4,5
IKT, nettverk og kabling	15,0	15,0	0,0
Forplass PET-senter og A-fløy	7,0	0,0	7,0
Vestibyleprosjekt	20,0	0,0	20,0
Ombygging - ikke spesifisert	21,7	10,7	11,0
Ombygging medisinsk poliklinikk Harstad	0,0	0,0	0,0
Ambulanser	12,0	10,5	1,5
Sum disponeringer	87,7	43,7	44,0

Tabell 1 Investeringer 2019 til vurdering for omdisponering

- Teknisk utstyr, er en uspesifisert post hvor utskiftninger/oppgraderinger dekkes hvert år. Posten kan reduseres til nok 7,5 ved å utsette innkjøp av moppevaskemaskiner til nok 2,6, samt utsette kjøp av kokegryter og driftsbiler. Risikoen for utsettelse er satt som lav.
- IKT, nettverk og kabling er samme type post som over, hvor det er behov for en viss investeringsgrad gjennom året. Med mye utvikling på IKT-siden hvor nye DIPS arena skal ruller ut, tilrås det ikke å redusere denne posten.
- Avsatte midler til Forplass PET-senter og A-fløy er ikke påbegynt og kan i sin helhet utsettes. Det løper lav risiko med utsettelsen, da plassen fungerer slik den er i dag.
- I Vestibyleprosjektet er planlegging av arbeidet startet, mens selve jobben ikke er påbegynt. Prosjektet kan derfor utsettes i sin helhet med liten risiko.
- Under posten som inneholder generelle ombygginger/utbedringer er deler av beløpet disponert og kan ikke reverseres. Det gjenstående beløp på nok 11 er vurdert å kunne omdisponeres.
- I 2010 ble det tildelt midler til ombygging av Medisinsk poliklinikk i Harstad på nok 11,3. Ombyggingen har vært utsatt ved flere anledninger og av ulike årsaker. Etterhvert har posten falt ut av den planlagte investeringsplanen. Behovet for ombygging er der fremdeles og det må derfor vurderes hvorvidt arbeidet skal utføres i 2019. Dette vil i så fall slå negativt ut for summen av omdisponeringer som vil reduseres med nok 11,3, og det foreslås derfor ikke prioritert. Saken er med ny vurdering fra driftsleder Harstad og Medisinsk avdeling sendt investeringsgruppen for behandling og vil behandles på lik



linje med andre investeringssaker. Ved tildeling i 2019 reduseres den omdisponerte posten med tilsvarende beløp. Det er bedt om mnok 7 i 2019 og de resterende mnok 4,1 i 2020.

- Det gjenstår bestilling av en ambulanse i 2019, noe som gir en udisponert post på mnok 1,5. I følge klinikken vil risikoen ved å utsette investeringer av ambulanser være driftsstans og økte vedlikeholdskostnader.

Vurdering

Situasjonen for investeringer i 2019 er særdeles kritisk og omdisponeringer er nødvendig for å få erstattet kritisk utstyr som blir kassert. Postene som er vurdert utsatt vil gi et høyere investeringsetterslep og kan gi økte vedlikeholdskostnader. Likevel er postene til omdisponering vurdert som mindre kritiske enn behovet for erstatning av MTU. Tidligere år har investeringer til MTU vært på mellom mnok 100 og mnok 160. Ved å gjennomføre omdisponeringene i saken vil UNNs investeringsramme til MTU i 2019 være mnok 44.



Sak: Kontinuerlig forbedring - muntlig orientering om status for satsingen
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Hege Andersen, leder Kontinuerlig forbedring
Møtedato: 12. februar 2019

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge vedtok en ny og forsterket satsing på kontinuerlig forbedring i styresakene 61/16 og 5/17, for deretter å vedta etableringen av en egen enhet for å lede og koordinere dette arbeidet (jf sak 9/18). Enheten ble gitt i oppdrag å utarbeide en tiltaks-, milepæls- og evalueringsplan for det videre arbeidet. Styret ba også om å bli holdt løpende orientert om videre fremdriften i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Vedlegg i denne sak og muntlig orientering i styremøtet svarer på styret bestilling.

Saksutredning

Avdelingen Kontinuerlig forbedring ble etablert 1. oktober 2018 ved omdisponering av interne ressurser tilsvarende 4 stillinger. Vedlagt følger en oversikt over arbeidsoppgaver enheten har gjennomført, er i gang med og/eller planlegger. Oversikten utgjør UNNs handlingsplan på området, en implementeringsplan for enheten samt en kommunikasjonsplan for satsingen. Oversikten gir forhåpentligvis styremedlemmene et godt og dekkende bilde for aktiviteten enheten engasjerer seg i på de tre hovedområdene:

- Bidra til å bygge gjennomgående systemer og kultur for kontinuerlig forbedring i foretaket.
- Samle, koordinere og utvikle forbedringskompetansen ved UNN i tett samarbeid med kolleger i klinikk og i stab.
- Samarbeide med og hente kunnskap fra regionale, nasjonale og internasjonale miljøer som har lang, dokumentert og kunnskapsbasert erfaring med forbedringsarbeid.

Vurdering

Dette er et kontinuerlig forbedringsarbeid, så planen vil naturligvis endres fortløpende. Vi vektlegger jevnlig orientering av, og tett kontakt med styret. «*Forankringen til styret må være sterk, og vedvarende over tid. Dette fordrer at styret er kjent med, og stiller seg bak, gjennomføringsplanen, også progresjon over tid. Endringer i organisasjonen, med sterkere fokus på kontinuerlig forbedring, vil også få konsekvenser for styrets arbeid. Erfaringer fra andre sykehus tilsier at det må forventes en del motgang og motstand, pukkelkostnader og andre, midlertidige utfordringer. Tålmodighet og vedvarende støtte fra styret vil være avgjørende i slike perioder*» (jf styresak5/17).

Konklusjon

Vedlagt følger handlings- og kommunikasjonsplan for Kontinuerlig forbedring 2019. I styremøtet gis en kort statusorientering om arbeidet med utgangspunkt i den nyetablerte nettsiden unn.no/kontinuerlig_forbedring.

«Work in progress» Kontinuerlig forbedring 2019

Oppdatert: 28. januar 2019

Hovedoppgaver

Bygge systemer og kultur	Samle, koordinere og utvikle forbedringskompetanse	Samarbeide med og hente kunnskap fra regionale, nasjonale og internasjonale miljøer
Standarder for KF komm.budskap	Kompetansekartleggingsverktøy og plan	Mitt UNN Partnerskap med brukerne
Forenkling av prosess: Styresak UNN	LIS forbedringsutdanning	Lær av de beste lederseminar arbeidsglede
Radikal revisjon av Utviklingssamtalen	Kompetanseutvikling styret	Følgeforskning
Idegruppe miljøtiltak	Kompetanseutvikling Sykehusledelsen	
Plan for evaluering	Kompetanseutvikling Ledere nivå 3 og 4	
Prioriterte innsatsområder 2019	Kompetanseutvikling Allemannalle	
Kontinuerlig forbedring -Internettside	Kvalitetsnettverk	
	Forbedringsguide	

Oppgaveliste

Oppgave	Beskrivelse	Ansvarlig	Involverte	Frist	Kommunikasjon
LIS forbedringsutdanning	Leger i spesialisering skal kunne anvende forbedringsmetodikk i egne arbeidsprosesser som del av ny utdanning. UNNs tilbud: 2 x år, 8 t/o 4 uker. 2019: 21. 03, 4.,11. og 25. 04 og 3., 10., 17. og 24. 10. Klinikkrom A, UNN Breivika . Alle dager kl 1415-1600. 40 plasser/semester. Produsere undervisningsopplegg, gjennomføre og evaluere	HA fagl AD adm	Haakon Lindekleiv Heidi Høyfødte Direktørens ledergruppe Kommunikasjon Legeledere nivå 3 og 4 Ledige plasser tilbys andre Andre foretak i regionen	21/2	Nyhetssak om LIS og forbedring Kurs- og påmeldingsinfo legges på intranett + epost Samt KFs internettside Evalueres i 2020
Kompetanseutvikling styret	Grunnleggende forbedringskompetanse og overblikk nødvendig for styret, som støtter opp under den langsiktige valgte strategi. Regional konferanse om pasientsikkerhet i Bodø samt statusrapport i styremøte	HA	Direktørens ledergruppe Styret Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet Helse Nord	Feb 19	Den gode historie Nettsiden Systematisk rapportering og oppfølging Orientering
Kompetanseutvikling sykehusledelsen	Styrevedtatt satsning som tar utgangspunkt i kompetansekartlegging, individuell samtale, og skreddersydd utviklingsplan. Se forskning (under)	HA	Direktørens ledergruppe Forskningsgruppe Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet Ekstern kompetanse?	2019	Ledermøtesak inkl forankring i organisasjon Forskningsformidling m poster på internasjonal kongress (se under)
Kompetanseutvikling ledere nivå 3-4	Hovedgrep for KF er kompetanseheving av ansatte, da med fokus på ledere som gjennom øving skal kunne lede og veilede egne ansatte. Innledet	HA	Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet Helse Nord NLSH med.fagdirektør Pasientsikkerhetsprogrammet	Vår 19	Etter beslutning, bekjentgjøre og informere om program og opplegg Må evalueres fortløpende og systematisk følges opp

Oppgave	Beskrivelse	Ansvarlig	Involverte	Frist	Kommunikasjon
	samarbeid med NLSH for regional utdanning Jf LIS utdanning (over) – kan kjøres på ledernivå 3-4 lokalt		Ledere nivå 3-4 Sykehusledelsen		Utrulling i en klinikk?
Kompetanseutvikling «allmannalle»	Etablerer «forbedringspoliklinikken» der enheter kan melde seg på krasjkurs i basic forbedring på nettsiden KF. Bruk av forbedringsguide, film,... Testes vår 19	ARL/AD	UNN alle Ledere UNN	mars 19	Blest om tilbudet Blest om resultater De gode historier MÅ fortelles
Kvalitetsnettverk	3 t nettverk/mnd for kvalitetsrådgivere UNN. Skal utgjøre spydspiss, bidra m kontinuitet og spredning av kompetanse, samt være bindeledd for synkronisert innsats. Felles opplæring, erfaringsutveksling og kollegastøtte. Fokus: kompetanseutvikling Skal evalueres 2020 etter intern evaluering 2019	AD	Kvalitetsrådgiverne Direktørens ledergruppe Kvalitetsavdelingen Stabene	K	Rådgiverne er knyttet til KF nettside for kontaktinfo Må evalueres 2019/20 Sykehusledelsen må ta stilling til ressurskrav (100 pst pr klinikk) som pt ikke er fulgt opp i alle klinikker
Kompetanse-kartleggingsverktøy og plan	Utviklet og testet verktøy for kompetansekartlegging som utgangspunkt for kompetanseutviklingsplan ledere på ulikt nivå. Brukes også som evalueringsverktøy for undervisningsaktivitet LIS (over)	HA	Sykehusledelsen Forskningsgruppe Målgrupper for undervisning	jan	En-til-en oppfølging av sykehusledelsen Forskning (se under) På sikt kan verktøyet utgjøre en standard i UNN (og ellers)
Følgforskning	Se pkt kompetanseutvikling sykehusledelsen over	HA	Direktørens ledergruppe Forskningsgruppe UiT	feb	Ledermøtesak inkl forankring i organisasjon

Oppgave	Beskrivelse	Ansvarlig	Involverte	Frist	Kommunikasjon
	Søkt forskningsstøtte Region Nord NFR		Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet		Forskningsformidling m poster og film på International forum Publisering i internasjonalt fagfellelvurdert tidsskrift
Mitt UNN partnerskap med brukerne	Invitere brukere og ansatte som har befatning med «brukermedvirkning» til et kreativt verksted. MÅL: bidra til en <u>helhetlig, systematisk tilnærming</u> til brukermedvirkning. - vil bidra til pasientens helsetjeneste og KF.	HA fagl ARL adm	Brukerutvalg, Ungdomsråd Pasientorg, Vardesenter AMU/KU- KVAM- Erfaringskonsulenter, Frivilligheten, LMS, Medforsk./innovasjon Stabs- og senteransatte (eks sentralbord, resepsjon, PING, kom) Primærhelsetjenesten/samhandling	Vår 19	Forankret i Ledermøte 18, AMU jan 19, Brukerutv og Ungdråd feb 19 Workshop må dekkes som nyhetssak Oppfølging deretter mht tiltak høst 19
Lær av de beste lederseminar om arbeidsglede	Lære av de beste seminar for avdelingsledere UNN. 2-3 av de beste lederne fra Scottish fellowship innleder. Ambisjon: Å spre budskapet om god forbedringsledelse gjennom at våre ledere får budskapet direkte fra de som lykkes.	HA	Arrangør: KF/direktøren. Vertskap: Trine Olsen og Marianne Nordhov. Avdelingsledere, seksjonsledere (?) (og særlig lege-ledere).	Høst 19	Forankret i Ledermøte 18, AMU jan 19, og i vertskapet. Må skape blest om arrangementet Dekke selve arrangementet Streaming nødvendig
Radikal revisjon av Utviklingssamtalen	Radikal revisjon av utviklingssamtalen med utgangspunkt i IHI's «What matters»: Hva utgjør en god dag for deg? Hva gjør det stolt ved å jobbe her? Og Når vi er på vårt beste, hvordan ser det ut? Testes ut i småskala før implementering	HA	Adhoc gruppe: Kvalut, stab, Vernetjeneste Tillitsvalgte BHT? UNN alle Regional systemenhet Helse Nord	Vår 19	Teste og forankre i ledergruppe før ev implementering Blest om ny ordning Følge opp og måle, evaluere
Idegruppe miljøtiltak	Intern idegruppe med forankring i arbeidsgiver/takersiden: Ta initiativ til, og gjennomføre, miljøskapende tiltak ved	HA	Forankring og utspring fra AMU Vernetjeneste Kultur og kommunikasjon Bedriftsidrett?	K	Oppmerksomhet omkring alle tiltak både i forkant og underveis Må evalueres etter ett år

Oppgave	Beskrivelse	Ansvarlig	Involverte	Frist	Kommunikasjon
	foretaket igjennom året, og spre ideer på de ulike lokasjonene Ideene må komme nedenfra, være enkle, gjennomførbare og lite kostnadsdrivende.		UNN alle		
Prioriterte innsatsområder 2019	Innsatsområdene for 2019; innkjøp, rekruttering/stabilisering og pasientforløp. KF involv i arbeidet mht gjennomgang av mandat og prosjektorganisering med forslag til «smartere» arbeidsmåte	HA	Direktørens ledergruppe stabene	jan	Vurdere krasjkurs av typen 1-2-3-implementer mht å øke gjennomføringskrafta i UNN gjennom økt kompetanse om implementering og PDSA
Forenkling av prosess: Styresak UNN	Vedtatt (2017) at forenkling av større arbeidsprosesser omkring sykehusledelsen skal gjøres som del av KF for å frigjøre tid. KF forutsetter at ledere bruker mer tid på daglig drift, og leder, trener og støtter medarbeiderne i det daglige forbedringsarb. «Styresak» er en stor arbeidsprosess som berører hele beslutningssystemet i UNN inkl møtestruktur.	ARL	Sykehusledelse og styre Stabene Vernetjeneste tillitsvalgte	2019	Kartlegging av dagens prosess må ev følges av implementering av ny prosess- før dette er kun internkommunikasjon til styre og sykehusledelse/stab nødvendig (i form av statusoppdatering) Teste PDSA som mal?
Kontinuerlig forbedring – Internettside	Samle verktøy og gode eksempler, små undervisningssnutter og foredrag om forbedringsarbeid i UNN samt kontaktinfo mv. Utvikle og drifte siden	ARL	UNN alle Kommunikasjon Helsekompetanse Stabene (leverandør) Ledelsen Pasienter brukere Andre foretak	K	Lanseres 16/1 av direktør på onsdagsmøte. «Førpremiere» i ledergruppen 15/1, Kvalitetsutvalg uke 3, AMU uke 5. Kopling til intranett Krysspublisering

Oppgave	Beskrivelse	Ansvarlig	Involverte	Frist	Kommunikasjon
Forbedringsguide	«Lommeutgave» av forbedringsmetoder og oppskrifter som skal benyttes som standard i UNN. Trykket opp «I trygge hender» sin forbedringsguide for bruk lokalt	AD	UNN alle Pasientsikkerhetsprogrammet Kvalitetsavdelingen	Nov 18	KF nettside Opptrykk til systematisk bruk ved opplæring ledere og LIS Onsdagsmøtet 16/1 Ledermøte/nettverk Senterledelse Kvalut 250119
Standarder for KF – kommunikasjonsbudskap + maler	Utvikle og mangfoldiggjøre et ens budskap for hva KF er, hvorfor vi gjør dette og hva vi forventer å oppnå. Utvikle maler		Kommunikasjon Direktør Kvalitetsavdelingen	k	Tilgjengelig gjøre standarder og maler
Plan for evaluering	Vedtatt i sak 5/17 at det skal utvikles en evalueringsplan for satsingen	HA		?	Styremøte 130219 løypemelding
Kompetanseutvikling – plan	Ledermøtesak vår 19 m utgangspunkt i nettverket og andre foretaks «kompetansetrapp» der det framkommer hvem som skal ha hva mht forbedringskompetanse	HA	Nettverket Undersøkelse bl ansatte i UNN Ledergruppen Lederutvikling/Personalsjef	Vår 19	Når trapp er vedtatt bred kommunikasjon ut i UNN Påfølgende ledermøtesak høst 19 om hva dette betyr mht forventninger til/fra ledere på alle nivå. Lederutvikling koples til forbedringsutdanning i LUK



Sak: Status i arbeidet med ambulansebåtstrukturen i Bjarkøy-området
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Jon H. Mathisen, klinikkssjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Møtedato: 13.2.2019

Bakgrunn

Styret ba i styresak 89/2018 administrerende direktør om å iverksette beslutningen om nedleggelse av ambulansebåten på Bjarkøy fra 1.1.2019. Det har i etterkant av styrets vedtak kommet flere reaksjoner og tilbakemeldinger til UNN. I åpent brev fra «Aksjonskomiteen Øyriket»¹ blir det blant annet hevdet at det ikke er iverksatt kompenserende tiltak, slik UNN beskrev i styrevedtaket, og de ber med bakgrunn i dette UNN om å reversere vedtaket. Som følge av dette har direktøren gitt Akuttmedisinsk klinikk i oppdrag å svare ut dette samt gi styret en statusoppdatering.

Status og redegjørelse

Bjarkøyforbindelsen åpnet 15.12.2018. Samtidig har etablering av helikopterbase på Evenes i 2015 gitt en dobling av luftambulanskapasiteten. Dette har medført endret infrastruktur og redusert behov for ambulansebåt. I styresak 89/2018 ble det presentert kompenserende tiltak for å sikre beredskapen i området.

Disse var:

- Inngå avtale med Troms Fylkestrafikk om bruk av beredskapsferge.
- Inngå avtale med alternativ båttransport av ambulanspersonell m/utstyr som et supplement hvis ferge ikke er tilgjengelig, samt for ambulansetransport til de veiløse øyene.
- Lavere terskel for bruk av ambulanshelikopter.
- Bidra til opplæring av lokalt team i Bjarkøy-området.

I det etterfølgende redegjøres det for status og innspill i saken.

Beredskapsferge

UNN signerte 18.12.2018 avtale med Troms Fylkestrafikk om bruk av beredskapsferge.

«Aksjonskomiteen Øyriket» hevder i sitt brev 29.12.2018 blant annet at fergen ikke er i beredskap 24/7 da den er i rutetrafikk, samt at det mangler dispensasjon fra Sjøfartsdirektoratet for krav om hviletid.

Status pr 6.2.2019 er at fergereideriet Norled har søkt og fått innvilget dispensasjon om fravik fra hviletidsbestemmelsene. I størstedelen av døgnet/ uka vil ambulanseoppdrag gjennomføres innenfor ruteplan eller som ekstraturer i «åpningstiden». Beredskapsavtalen gir tilgjengelighet utenom rutetrafikk 24/7. UNN har god dialog med Troms Fylkestrafikk om operative prosedyrer for bruk av fergen. I tillegg er det utarbeidet tiltakskort for AMK-personellet. Aktivitetsnivået er beregnet ut fra antall akutt- og hasteoppdrag utført med ambulansebåt i området for 2017. UNN overvåker aktiviteten daglig de første månedene med tanke på justering av prosedyrer.

Status for ambulanseoppdrag i området for januar 2019

- Antall ambulanseoppdrag 10, hvorav 8 fra, og to til området
- Helikopter har vært brukt ved to tilfeller
- Ekstraferge har vært brukt ved tre tilfeller innenfor åpningstid
- Ingen bruk av ferge på natt (ett varsel, men ikke brukt)

¹ Se referatsak (8)



Redningsselskapet

UNN inngikk 17.12.2018, som en back-up løsning for beredskapsferge/ ambulanse og ambulansehelikopter, en avtale med Redningsselskapet med primæroppgave å transportere ambulansepersonell med utstyr frem til pasient. «Aksjonskomiteen Øyriket» hevder at Redningsselskapets båt ikke har bårekapasitet, samt mangler gyldige sertifikater til å påta seg oppdragene fra UNN.

UNN mener at Redningsselskapets båt er egnet for oppgaven beskrevet i anskaffelsen. Det vil være mulig å transportere pasienten sittende, eller på «backboard/ scoopbåre» til nærmeste kai ved veg. Dersom dette ikke er mulig vil andre redningsressurser vurderes, sammen med Hovedredningssentralen. UNN har i avtaleinngåelsen forholdt seg til Helsedirektoratets rundskriv IS-12/2015 som beskriver krav til båtambulanser:

«12.2 Redningsskøyter

Her menes Redningsselskapets fartøyer som ikke er en del av den ordinære båtambulansetjenesten.

Redningsskøytene er en god støtte til ambulansetjenesten.

Når redningsskøytene i enkelttilfeller brukes til akuttmedisinske oppdrag skal AMK-sentralen i hvert enkelt tilfelle vurdere hvilke bemanning og utstyr fra helsetjenesten som skal følge fartøyet eller om andre ressurser fra ambulansetjenesten skal sendes parallelt eller i møte for å sikre at forsvarlig helsetjeneste kan gis raskest mulig.»²

Ambulansehelikopter på Evenes

«Aksjonskomiteen Øyriket» peker på at det ikke er mulig å senke terskelen for å fly i dårlig vær, samt at terskelen for helikoptertransport ikke vil bli lavere grunnet nye innflygningstraseer. Som følge av at ambulansehelikopter vil være den raskeste ressurs til området har UNN senket terskelen for å velge ambulansehelikopter som primærressurs før ambulansebil. For å bedre regulariteten i luftambulansetjenesten generelt, er det introdusert faste innflygningstraseer til kjente og utvalgte landingssteder i Norge. Arbeidet med å etablere faste innflygningstraseer er et langsgående arbeid som vil ta tid og kreve samarbeid med flere aktører. UNN har introdusert at dette er ønskelig også for dette området, noe som vil kunne senke terskelen for å bruke ambulansehelikopter ytterligere. Inntil videre vil Bjarkøy og det øvrige øyriket kunne dekkes av luftambulanse under eksisterende flyoperative værbegrensinger, som for resten av vårt område.

Akutt-team Bjarkøy

«Aksjonskomiteen Øyriket» mener at UNN fraskriver seg fra sitt ansvar ved å gi opplæring til sykepleiere og brannmenn for å ivareta pre-hospitale tjenester. Man hevder videre at det ikke er utført tilstrekkelig opplæring. UNN vil i en overgangsperiode (01.01.19 – 28.02.19) beholde én ambulansarbeider i området inntil opplæring/ samtrening er gitt og beredskapen er etablert.

Ansvar for prehospital akuttmedisin er hjemlet i akuttmedisinforskriften³ der det er stilt krav til både kommune- og spesialisthelsetjeneste. Harstad kommune har et selvstendig ansvar for legevakt og akuttmedisinsk beredskap, jfr. §6 i forskriften.

Økonomi

Det har kommet tilbakemeldinger der man mener at UNNs besluttede løsning er dyrere enn å opprettholde ambulansestasjon og ambulansebåt. UNN er derimot trygg på at de tiltak som er iverksatt vil medføre at de estimerte innsparingene kan gjennomføres.

²https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1043/Rundskriv%20for%20krav%20til%20ambulanser%20IS%2012_2015.pdf

³<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q=akuttmedisinforskrift>



Konklusjon

UNN har gjennomført de planlagte kompenserende tiltak slik beskrevet i styresak 59/2018 og 89/2018.

- Det er inngått avtale om beredskapsferge og supplerende båttransport
- Terskelen for å velge ambulansehelikopter som primærressurs før ambulansebil er senket
- UNN deltar med opplæring/ samtrening til lokalt akuttmedisinsk team



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
16/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Oppsummering etter regional samling for Ungdomsrådene i Helse Nord RHF, datert 19.-21.10.2018
2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 20.11.2018
3. Uttalelser fra Fagforbundet vedrørende ambulansebåt i Bjarkøy og inntektsfordelingsmodell til helseforetakene kveler sykehusøkonomien, datert 29.11.2018
4. Uttalelser fra Kvæfjord formannskap vedrørende svekkelse av ambulansetjenesten i våre distrikter, datert 3.12.2018
5. Brev fra Eldrerådet i Lavangen kommune til UNN vedrørende ambulansesituasjonen Lavangen-Salangen, datert 11.12.2018
6. Brev til styret UNN - Førjulsbrev fra øyriket, datert 12.12.2018
7. Svarbrev fra UNN til Lavangen kommune vedrørende ambulansesituasjonen Lavangen-Salangen, datert 17.12.2018
8. Åpent brev til UNN med samarbeidspartnere fra Øyriket, datert 29.12.2018
9. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 28.1.2019
10. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 29.1.2019
11. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 30.1.2019
12. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 6.2.2019
13. Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord, datert 19.12.2018

Tromsø, 7.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



Til Helse Nord RHF

Oppsummering etter regional samling for Ungdomsrådene i Helse Nord

Vi vil først benytte sjansen til å takke for støtte til den første gjennomføringen av regional helgesamling for Ungdomsrådene i Helse Nord 19.-21. oktober 2018. Vi vil også takke et godt møte med dere 19/10.

På samlingen deltok fem ungdommer fra UNN, ti ungdommer fra Nordlandssykehuset, to ungdommer fra Finnmarkssykehuset og nestleder i Unge funksjonshemmede. I tillegg var det fem ledsagere og fem koordinatorene tilstede. Leder av RBU, Knut Georg Hartvigsen, deltok også hele helgen.

Støtten fra Helse Nord på kr. 80 000,- ble brukt til å finansiere reisekostnader, kveldsaktivitet og en felles festmiddag.

På samlingen ble det i hovedsak arbeidet med tre tema:

1. Prinsipper for gode overganger fra barn til voksen i sykehus
2. Innspill til oppdragsdokumentet for 2019
3. Ungdomsmedvirkning i Helse Nord: Forslag til hvordan dette kan gjøres?

Denne oppsummeringen består pkt. 2 og pkt. 3. Uttalelsen er i etterkant av samlingen drøftet i UR-møter hhv 7/12 i Tromsø og 17/12 i Bodø. Det er på denne måten sikret at også medlemmer av rådene som ikke var tilstede på samlingen har fått ta stilling til innholdet. Prinsipper for gode overganger skal behandles en ekstra gang i alle ungdomsrådene før endelig ferdigstillelse. Prinsippene blir da oversendt til Helse Nord RHF og til ledelsen i alle helseforetakene i regionen. Prinsippene kan danne utgangspunkt for helseforetakenes arbeid med å utvikle rutiner for gode overganger fra barne- til voksenorienterte tjenester.

Innspill til oppdragsdokumentet for 2019

Det viktigste for Ungdomsrådene er at oppdraget for 2018 «God overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste» videreføres i 2019 (pkt. 3.1.8, Oppdragsdokument 2018). Arbeidet i helseforetakene er bare så vidt kommet i gang, og bare påbegynt innenfor enkelte fagområder.

Andre innspill:

- Foretakene skal legge til rette for samarbeid mellom ungdomsrådene i regionen
- Foretakene skal legge til rette for at ungdom tar eierskap til egen sykdom, behandling og mestring av egen hverdag gjennom tilpasset informasjon og god opplæring. Opplæringen skal være tilpasset fasene i ungdomslivet, være gjentakende og gjerne bidra til at ungdom får anledning til å møte andre ungdommer i samme situasjon, for eksempel gjennom lærings- og mestringskurs rettet mot ungdom.
- Helseforetakene skal sørge for god tilgang til internett og tilstrekkelig antall ladestasjoner på alle døgnenheter.



- Helseforetakene skal utrede muligheten for fleksibel aldersgrense fra barn/ungdom- til voksenavdeling, med utgangspunkt i den enkelte ungdom sine behov. Det bør vurderes å utvikle flere ungdomspoliklinikker (opp til 23/25 år) innenfor alle fagområder som gir et tilbud til ungdom med langvarige og/eller tilbakevendende lidelser.
- Helseforetakene skal ha med temaet «kommunikasjon med ungdom» i alle lederprogram, program for nyansatte og LIS-utdanninger.

Ungdomsmedvirkning i Helse Nord: Forslag til hvordan dette kan gjøres?

I møte med Helse Nord RHF 19. oktober 2018 ble blant annet ungdomsmedvirkning på regionalt nivå diskutert. Ungdomsrådene har følgende forslag:

1. Det opprettes et eget ungdomsråd i Helse Nord – et Regionalt ungdomsråd (RUR), med representanter fra eksisterende ungdomsråd i regionen. Regionalt ungdomsråd skal være et rådgivende organ for styret og administrerende direktør og medvirke på overordnet og strategisk nivå, med tilsvarende rolle som Helse Nords brukerutvalg har, ikke underlagt Regionalt brukerutvalg. Det Regionale ungdomsrådet bør ha minst 3-4 møter i året. Ungdomsrådene bidrar gjerne med forslag til mandat for et Regionalt Ungdomsråd.
2. Det etableres et eget fagråd for ungdomshelse i Helse Nord, med tilhørende stillingsprosent for ungdom/erfaringskonsulent. Ansatt erfaringskonsulent/ungdom bistår driften av Regionalt ungdomsråd.
3. Ingen saker som angår ungdomshelse behandles i RBU uten at det er innhentet innspill fra ungdom.
4. Ungdomsrådene inviteres inn i programkomiteen på alle konferanser som angår ungdomshelse der Helse Nord er arrangør/medarrangør. Ungdomsrepresentantene benyttes som foredragsholdere der dette er aktuelt og inviteres spesielt som deltagere.
5. Ungdomsrepresentanter oppnevnes ved etablering av referansegrupper, fagutvalg og andre grupper som arbeider med ungdomshelse i Helse Nord.
6. Helse Nord arrangerer konferanse med og for helseforetakenes ungdomsråd annet hvert år.
7. Ungdomsmedvirkning skal vektlegges på regional brukerkonferanse og Ungdomsrådene får dekket deltakelse på lik linje med Brukerutvalgene.
8. Helse Nord presenterer sitt arbeid med ungdomshelse og ungdomsmedvirkning på sine nettsider og direktøren i helse Nord tar jevnlig opp saker som vedrører ungdomshelse og ungdomsmedvirkning i sine nyhetsbrev.
9. Helse Nord har ungdomshelse og ungdomsmedvirkning som tema på sine styreseminar regelmessig.



Ungdomsrådene deltar gjerne på diskusjoner om hvordan Helse Nord kan legge til rette for ungdomsmedvirkning på regionalt nivå.

Saken sendes i kopi til RBU ved Knut Georg Hartvigsen.

På vegne av ungdomsrådene ved
Finnmarkssykehuset, Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge

Med vennlig hilsen

Mariann H Sundström
Rådgiver/Sosiolog

Tlf: +47 77 75 5 75 3

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling

Mob: +47 41326354

Det er resultatene for pasienten som teller!
Vi gir den beste behandling



Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid: Tirsdag 20.11.2018 12.30-14.30

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

Tilstede	Konst. KVALUT-sjef Leder Brukerutvalget Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken Seksjonsleder laboratoriemedisin Narvik Klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken Seksjonsleder Ortopedisk avdeling Klinikkssjef K3K Foretaksverneombud Konst. viseadministrerende direktør Rådgiver NOR-klinikken Seksjonsleder Avdeling for mikrobiologi og smittevern	Elin Gullhav Kirsti Baardsen Tonje Drecker Lene Finsveen Tordis Sørensen Høifødt May-Liss Johansen Rolv-Ole Lindsetmo Einar Rebni Einar Bugge (<i>vara</i>) Torill Davida Nilsen (<i>vara</i>) Annelin Lyshoel (<i>vara</i>)
Forfall	Konst. administrerende direktør Rådgiver Kvalitetsavdelingen Smittevernoverlege Konst. Klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken	Marit Lind Lena Oprand Heggelund Torni Myrbakk Per Ivar Kaaresen
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Medisinsk fagsjef KVALUT 6. års medisinstudent Psykologspesialist Psykisk helse- og rusklinikken Rådgiver Kvalitetsavdelingen	Grete Åsvang Haakon Lindekleiv Ida Christine Lorentzen Elisabeth Klæbo Reitan Hege Signete Fredheim-Kildahl
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
29/18	Godkjenning av sakliste og referat fra KU-møtet 24.10.2018 (<i>ephorte 2018/100</i>)	
	Referat vedlagt	Elin Gullhav 12.30-12.35
30/18	Reinnleggelser på Hjertemedisinsk avdeling	
	<u>Orienteringssak</u> Masteroppgave v/6. års medisinstudent <i>Presentasjon i møtet</i>	Ida Christine Lorentzen 12.35-13.05

	Kvalitetsutvalget tar presentasjonen til orientering med påfølgende diskusjon. Kvalitetsutvalget mener gjennomgangen av epikriser ved reinnleggelser har vært et sært nyttig verktøy i å avdekke risikoområder. Utvalget anbefaler at det settes opp internrevisjon på gjennomgang av epikriser i 2019. Kvalitetsutvalget viser til pågående læringsnettverk Trygg utskrivelse, der Felles sengepost for urologi, gynekologiendokrin kirurgi og plastikkirurgi deltar. Et av tiltakene er å utarbeide rutiner for utskrivningssamtale. <i>PP-presentasjon vedlagt</i>	KA/KVALUT Frist 15.12.18
31/18	Erfaring med læringsnettverk i Psykisk helse- og rusklinikken	
	<u>Orienteringssak</u> <i>Presentasjon i møtet</i>	Tordis Høifødt Elisabeth Klæbo Reitan 13.05-13.35
	Kvalitetsutvalget takker for presentasjonen av det systematiske forbedringsarbeidet der læringsnettverket har blitt en sentral arena for læring på tvers i klinikken. Utvalget tar informasjonen til orientering. <i>PP-presentasjon vedlagt</i>	
32/18	Revisjonsprogram 2019-2021 UNN HF	
	<u>Orienteringssak</u> <i>Saksfremlegg og vedlegg (2) vedlagt</i>	Hege-Signete Fredheim-Kildal 13.35-14.00
	Kvalitetsutvalget tar presentasjonen til orientering med påfølgende diskusjon og innspill. Kvalitetsutvalget påpeker at revisjonene medfører arbeid for klinikkene både i forberedelse og gjennomføring av revisjonene	

	og i oppfølging av eventuelle funn. Det samme gjelder ved eksterne revisjoner og tilsyn, som kommer i tillegg. Det er viktig at revisjonene følges godt opp for å sikre læring. Kvalitetsavdelingen bes vurdere å redusere antallet revisjoner til revisjonsplanen 2019 – 2021. Følgende endring foreslås: • R04/19 Strålevern - Endres til årlig revisjon 2019 – 2021 • R08/19 Overføring mellom sykehus utsettes til 2020 - erstattes av internrevisjon for jevnlig gjennomgang av epikriser (se KU-sak 30/18)	KA/KU Frist 1.12.18
33/18	Global Trigger Tool (GTT) 2017 – resultater	
	<u>Orienteringssak</u> <i>Skriftlig orientering vedlagt</i>	Haakon Lindekleiv 14.00-14.15
	Kvalitetsutvalget ønsker å takke GGT-teamet for innsatsen. Utvalget tar presentasjonen til orientering med påfølgende diskusjon og innspill. • Kvalitetsutvalget anbefaler at det gjøres en test på GTT-kartlegging på klinikknivå i K3K. • Kvalitetsutvalget anbefaler at alle opererende enheter gjennomgår sine reoperasjoner i ukentlige komplikasjonsmøter.	Klinikkssjef K3K/frist 1.7.19
34/18	Reoppnevning Pasientsikkerhetsutvalget (PSU)	
	<i>Saksfremlegg vedlagt</i>	Haakon Lindekleiv 14.15-14.30
	Kvalitetsutvalget slutter seg til forslaget, gjeldende fra 1.1.2019. Fagsjef orienterte om at PSUs funksjon over tid har endret seg i forhold til mandatet (FB0651). En revisjon av mandatet vil forelegges Kvalitetsutvalget i starten av 2019.	Med. fagsjef/KU Frist 1.3.19
Eventuelt		
Ingen saker tilkommet under eventuelt		

Fra: Holsbøe, Line Arnesen[Line.Arnese.Holsboe@fagforbundet.no]
Dato: 29.11.2018 14:05:59
Til: Postmottak UNN (post@unn.no)
Tittel: Uttalelser fra Fagforbundet Troms

Fagforbundet Troms avholdt representantskapsmøte 21. – 22. november 2018 hvor følgende uttalelser ble vedtatt:

1. Beholdt ambulansebåten på Bjarkøy
2. Inntektsfordelingsmodellen til helseforetakene kveler sykehusøkonomien

Uttalelsene følger vedlagt.

Representantskapsmøtet vedtok at uttalelsene skulle sendes til styret ved UNN.

Med vennlig hilsen

 Fagforbundet_troms

Line Arnesen Holsbøe
Kontorleder
Tlf.: 900 55 704

e-mail: line.arnesen@fagforbundet.no

<http://troms.fagforbundet.no>

Inntektsfordelingsmodellen til helseforetakene kveler sykehusøkonomien

Fagforbundet Troms har over flere år sett at Universitetssykehuset Nord-Norge HF har slitt økonomisk. UNN HF har funksjon som lokalsykehus, regionsykehus og universitetssykehus med pålagte funksjoner på alle nivåer.

Sykehusene er underfinansiert med tanke på pålagte oppgaver og dette går nå utover de ansatte. I dag skal de fleste nye oppgaver, behandlingsmetoder, medisiner og pasientforløp tas inn i eksisterende rammer som allerede er marginale. Nye oppgaver og særlig regionsfunksjoner må være fullfinansiert ellers resulterer dette i skadelige innsparinger og omstillinger. Fagforbundet Troms mener at innsatsstyrt finansiering slik den fungerer i dag ikke er den beste løsningen. Ansatte er blitt pålagt effektivisering over flere år og Fagforbundet Troms mener at det nå ikke er mer å hente uten at dette vil gå ut over pasientene våre.

Sykehuset har etterkommet krav om å snu behandling fra døgn til dag i størst mulig grad. Dette gjør at de tyngste pasientene fortsatt ligger i sengeposter med reduserte sengeplasser, mens de enkleste tas på poliklinikker. Satsene for diagnoserelaterte grupper som man får ved poliklinisk behandling er lavere enn for sengepasienter og ved at man samtidig har gjort en formidabel innsats og fått ned komplikasjonene resulterer dette i lavere inntekter. Man har også dreid fra fysisk oppmøte til telefonkonsultasjoner for kontroller ved enkelte poliklinikker for å spare pasienter for lange reiser, og disse pasientene gir ingen inntekter, men man bruker både tid og ressurser på denne oppfølgingen.

Ved innføring av pasientforløp ved mange diagnoser har dette skapt flere administrative oppgaver som må løses. Når man ikke har finansiering til dette betyr det at man må ta personell ut av pasientbehandling for å fylle disse funksjonene. Antallet administrative stillinger har økt i de senere år og befolkningen reagerer på dette og kaller det dårlig styring. Sannheten er at for å møte krav om stadig nye rapporteringer og prosedyrer er dette blitt en nødvendighet.

Fagforbundet Troms ser at vi står foran en stor utfordring med mangel på helsepersonell i årene som kommer. Allerede i dag er det store utfordringer å få rekruttert den kompetansen man trenger. Vi må få på plass et system som gir de ansatte trygge og helsefremmede arbeidsplaner. De må få rom og tid for å ta seg av pasientene på en tilfredsstillende måte slik at de kan gå hjem etter endt vakt og føle at de har gjort en god jobb. Uten trygge og gode arbeidsforhold vil man aldri klare å rekruttere nye og engasjerte helsearbeidere.

Fagforbundet Troms krever derfor at man ser på finansieringen av helseforetakene og finner en måte å finansiere det på som gir det økonomiske handlingsrommet som er nødvendig for en god og trygg pasientbehandling og personalpolitikk.

Sendes til: UNN styret, Tromsbenken på Stortinget og be om å få tilbakemelding, Regjeringen, kopi til media.

Legges ut på hjemmesida til Fagforbundet Troms

Behold ambulansebåten på Bjarkøy

Ambulansebåttilbudet i øyriket rundt Harstad kuttes fra nyttår og skal erstattes med ei beredskapsferge, i tillegg nedlegges ambulansestasjonen på Bjarkøy når Bjarkøyforbindelsen er ferdigstilt.

Til tross for at styret i UNN er innforstått med at oppfyllelsen av veiledende normer medfører utfordringer med å nå måltallene for de nasjonale kvalitetsindikatorene for responstider, velger de å legge ned ambulansebåten.

Endringen gir en betydelig dårligere akuttberedskap og responstid for befolkningen i øyriket rundt Harstad. Konsekvensene kan være livstruende.

Fagforbundets representantskap Troms mener dette er en uansvarlig beslutning overfor befolkningen og krever at saken reverseres.



Kvæfjord kommune

Ordføreren

Stortingets helse- og omsorgskomite
Helse- og omsorgsdepartementet
Helse Nord RHF
Styret ved UNN – Universitetssykehuset Nord-Norge
Styret i Nordlandssykehuset
Regionalt brukerutvalget i Helse Nord

Vår dato: 03.12.2018
Vår ref: 2018/16

Deres dato:
Deres ref:

Saksbeh: Torbjørn Larsen
Saksbeh. tlf: 77023004

Uttalelse fra Kvæfjord formannskap: Stopp svekkelsen av ambulanseberedskapen i våre distrikter

Kvæfjord formannskap vedtok 26.11.2018 enstemmig følgende uttalelse:

Kvæfjord formannskap er rystet over vedtakene om å svekke ambulansetjenesten i distriktene i deler av Kvæfjord, Lødingen og Harstad.

Formannskapet kan på ingen måte akseptere at en så omfattende svekkelse av denne livsviktige beredskapen skal gjennomføres uten en grundig konsekvensanalyse og uten at det legges noen som helst vekt på innbyggernes godt begrunnede motargumenter. Her kan det virke som om at ivaretagelsen av liv og helse må vike plassen for målet om økonomiske innsparinger.

Formannskapet ser på denne alvorlige svekkelsen med stor bekymring, og ber derfor om at Storting og Regjering omgående griper inn for å sikre at responstiden for ambulansene også i hele Kvæfjord, Lødingen og Harstad blir slik Stortinget selv har lagt opp til.

Formannskapet gir ellers sin fulle støtte til uttalelsene i saken fra Regionrådet i Sør-Troms og fra ordføreren i Kvæfjord.

Uttalelsen sendes: Stortingets helsekomite, Helsedepartementet, Helse Nord, styret i UNN, styret i Nordlandssykehuset, brukerutvalget i Helse Nord og pressen.

Med hilsen

Torbjørn Larsen
Ordfører

Kopi: Harstad Tidende, Bladet Vesterålen, NRK Troms og Nordlys

**LAVANGEN KOMMUNE**
LOABÁGA SUOHKAN

Dato: 11.12.2018

Vår ref.: 08/717-3982/18

Deres ref.:

Arkivkode: H06

Saksbeh.: Evy Hansen, tlf.: 77176545

www.lavangen.kommune.no

Universitetssykehuset Nord Norge HF
Sykehusveien 38
9019 Tromsø**MELDING OM POLITISK VEDTAK - AMBULANSESITUASJONEN LAVANGEN -
SALANGEN**
PROTESTSKRIV VEDR. REDUKSJON AV AMBULANSETJENESTE I SØRTROMS

Eldrerådet behandlet saken i møte 06.12.2018 sak 20/18. Følgende vedtak ble fattet:

Vi protesterer på det sterkeste mot at det vi tidligere kalte vår ambulanse planlegges flyttet til Bardu. Ny legekunnskap viser at det er de første 10 min. Som er viktigst for å redde liv ved hjertestans eller hjerneslag, og for å overleve med minst mulig skader. Derfor er det viktig at ambulansepersonell eller andre med kunnskap om livreddende aktiviteter som også omfatter bruk av hjertestarter, befinner seg i området. Overlege Mats Gilbert uttaler at det i områdene langt unna sykehuset finnes færrest personer med kunnskap om livreddende aktivitet. Dette gjelder også bruk av hjertestarter. Når man nå på tross av en slik erkjennelse flytter ambulansene stadig lengre vekk fra distriktene, kan dette sees i sammenheng med regjeringens storstilte satsing på å få distriktene lagt øde. Ved sentralisering flytter de unge med sin fagutdanning, og vi gamle med de største sjansene for å få både hjertestans og hjerneslag, blir igjen. Vi ser nå den samme tenkningen som bak flyttingen av postkontorene. Det var stor glede i Salangen da Posten ble lagt ned i Lavangen og flyttet til Salangen, og det samme gjentok seg da Salangen måtte avgi Posten til Bardu. Når det samme nå skjer med ambulansene, forteller dette noe om holdninger fra kommunene Salangen og Bardu, som et dårlig tegn på viljen til godt samarbeid. Dette styrker ikke samarbeidet. Vi vil ellers si at vi støtter kravet fra de som bor på øyer i Troms og Finnmark om å få beholde de ambulansebåtene som er i drift. De som sitter med den politiske makten i dag evner ikke å se realiteten i disse sakene, og er ikke lenger verdig vår tillit.

Med hilsen

Evy Hansen
førstesekretær

Fra: geir@sandric.net[geir@sandric.net] Dato: 12.12.2018 18:41:16 Til: Styreleder UNN Ansgar Gabrielsen; Bjerke Helga Marie; Anne Sissel Faugstad; Hansen Erik Arne; Grete Kristoffersen; Pettersen Jan Eivind; Johan Ailo Mattias Kalstad; Johnsen Marianne; Dahl Per Erling; Evju Sverre Håkon; Loennechen Thrina; Haukland Vibeke; Postmottak UNN (post@unn.no) Tittel: Førjulsbrev fra øyriket

Styret i UNN valgte den 15.11 å snu ryggen til sunn fornuft og stå på sitt vedtak om å legge ned ambulansebåten i øyriket nord for Harstad og ambulansestasjonen på Bjarkøy.

Jeg tror ikke et sekund på at dette er gjort av økonomiske årsaker slik klinikksjef Mathisen sto foran oss på folkemøtet på Bjarkøy og fortalte. UNN klarte å oppnå et overskudd både i 2016 eller 2017. For 2017 krevde Helse Nord et overskudd på 40 mill. mens UNN klarte å få 54 mill. i pluss. For 2016 ble overskuddet 135 mill.

Hva er det som gjør at UNN ønsker å sitte igjen med overskudd samtidig som dere vet at den akuttjenesten dere leverer ikke holder mål?

Klinikksjefen, direktøren og styret i UNN vet meget godt at å legge ned ambulansebåten og ambulansestasjonen ikke vil gi den besparelsen de påstår det vil gi.

I følge UNN's mangelfulle utregning påstås det at nedleggingen vil spare dem for 6.400.000 kroner.

Deres enkle utregning for dette er følgende:

Totale kostnader for ambulansebåten: 13.600.000	
Fergeberedskap Toppsundet	1.000.000
Kapasitetskompensasjon ambulanse	6.000.000

Dette gir med enkel hoderegning et resultat på 6.600.000 så selv ikke her har UNN's administrasjon klart å regne rett. Men dette regnestykket forteller ikke sannheten!

Driftskostnadene til ambulansebåten er ikke 13.600.000 men 9.500.000 (tall hentet fra deres styresak 89/2018) . Resten er leiekostnader (150.000) og utgifter til ambulansepersonell.

Ambulansepersonellet er ansatt i UNN og vil bli omplassert til andre ambulansestasjoner slik at denne kostnaden ikke kan legges til grunn for å regne ut hva UNN sparer. Det er kun kostnadene til drift av ambulansebåten og leieutgiftene som kan legges til grunn. Da blir besparelsen plutselig mye mindre og gir et resultat på 2.650.000 før man legger inn ikke kalkulererte utgifter i regnestykket.

For å få regnestykket til å se bra ut har administrasjonen nemlig utelatt en del kostnader:

- Ekstra kostnader for bruk av ambulanshelikopter – I følge Luftambulansetjenestens avtale om kjøp av ambulanshelikoptertjenester for perioden 01.06.18 – 31.05.24 skal det etterfaktureres pr. oppdrag for nøyaktig flytid fløyet fra basen og forbrukt drivstoff.
- Kostnader for drift av ambulanse som skal plasseres på Lundenes. Herunder garasjeleie, tilsyn, snørydding m.v.
- Kostnader tilknyttet beredskapsordning for reserveløsning med båt i Harstad. Når denne båten også skal være reserveløsning for ambulanshelikopter betyr det at båten det inngås kontrakt med må være tilgjengelig og fullt bemannet alle dager, hele året. Og den må kunne transportere pasienter på bære på en forsvarlig måte.
- Ekstra kostnader for bruk av beredskapsferge på natt.
- Evt. kostnader knyttet til ekstra skift på beredskapsferge. Hvis disse kostnadene som i sin helhet må dekkes av UNN påløper vil det være snakk om flere millioner kroner.

I tillegg vil Harstad kommune som følge av vedtaket få økte kostnader relatert til akutteamet på Bjarkøy, noe som naturlig hører med i samme regnestykke. Samfunnet skal betale dette uansett hvem som sitter på pengesekkene.

Uten å tallfeste noen av de ekstra kostnadene kan en lett se at besparelsen fort kryper ned mot null og høyst sannsynlig vil det komme til å koste UNN penger å legge ned ambulansebåten. Dette er selvfølgelig dere som beslutningstakere fullstendig klar over.

Hva er det da som gjør at dere med fullt overlegg vedtar å fjerne den beste akuttberedskapen vi kan ha i øyriket og erstatte det med en beredskapsordning som blir uakseptabelt mye dårligere og i beste fall ikke vil føre til tap av liv?

En del av bakgrunnen finner jeg i rapporten Ambulansestrukturen i UNN HF utarbeidet av Sintef i 2015. I rapporten kalkuleres det med at en reduksjon i antall ambulansestasjoner fra dagens 31 til 25 gir veldig liten endring på gjennomsnittlig utrykningstid og hvor mange prosent av utrykningene hvor responstiden vil overstige veiledende krav. Selvfølgelig må man da fjerne de minste ambulansestasjonene ute i distriktene for å få statistikken til å se bra ut. At de som bor der hvor ambulansestasjonene fjernes får ei responstid som er uforsvarlig lang gir ikke utslag på statistikken og er selvfølgelig ikke verdt å ta hensyn til.

Sintef har også beregnet at for at responstiden skal oppfylle de veiledende kravene så kan ikke UNN fjerne en eneste ambulansestasjon men må etablere 15 nye rundt omkring i UNN's område. Hvorfor jobber ikke UNN heller mot et mål om å etablere flere ambulansestasjoner og få til en akuttberedskap hvor responstiden er så lav som mulig?

En annen side ved saken er at transport av pasienter fra Senja og Ibestad over Vågsfjorden bortfaller. All pasienttransport skal i framtiden skje med ambulansebil. Fra Senja vil det da være kortere til Tromsø og Narvik enn til Harstad. Følgene av vedtaket vil bli at pasientene som før ble fraktet med ambulansébåt til Harstad nå vil havne i Narvik eller Tromsø, og Harstad sykehus svekkes. Mulig det koster mindre å sende en pasient med ambulansebil i 4 timer enn å bruke ambulansébåten i 40 minutter, men er det bedre for pasienten? Er dette en villet konsekvens vedtatt av et styre hvor 2/3 av medlemmene kommer fra Tromsø og Narvik?

I forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste m.v. (Akuttforskriften) § 10 bokstav a heter det at de regionale helseforetakene har ansvar for å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr **raskt** frem til alvorlig syke eller skadde pasienter. UNN skyver dette ansvaret over på Harstad kommune gjennom at pasienter nå skal få rask hjelp fra akutteamet ved Bjarkøy Sykehjem og deltids brannmannskap uten opplæring. Selv forholder ikke UNN seg til at deres ansvar er å få hjelpen raskt fram, eller så har dere en definisjon på ordet raskt som ingen andre har. Når en ambulanse vil bruke over 1 time fra Harstad sentrum til Leirvåg på Bjarkøy så er det et klart brudd på akuttforskriften! Til sammenligning må ambulansestasjonen i Tromsø flyttes til Nordkjosbotn for å få like lang responstid.

UNN forholder seg heller ikke til sitt ansvar når de fjerner en vel fungerende akuttberedskap for alle øyene uten veiforbindelse. Her baserer UNN seg på 100 % bruk av ambulanshelikopter som akuttberedskap. Da har UNN tatt en kalkulert risiko om at ingen kommer til å få bruk for ambulanshelikopter de gangene det ikke kan fly eller lande p.g.a værforholdene. Å inngå en avtale med Redningsselskapet for at de skal gjøre samme jobben som ambulansébåten gjør i dag de gangene helikopteret ikke kan fly, kan umulig være lovlig. Luftambulansetjenesten har selv uttalt at akuttberedskap ikke kan baseres på bruk av ambulanshelikopter fordi det ikke kan benyttes alle dager i året. En løsning som er lite gjennomtenkt og så kynisk at det grenser til galskap.

Ambulanshelikopter er et flott og nødvendig supplement til en fungerende akuttberedskap men kan aldri erstatte den!

Dere som styremedlemmer i UNN må forstå at dette vedtaket ikke vil gi noen innsparing.

Dere som styremedlemmer i UNN må innse at våre liv er like mye verdt uansett hvor vi bor.

Dere som styremedlemmer i UNN må la oss få beholde ambulansébåten og ambulansestasjonen i øyriket slik at alle kan få den hjelpen de trenger og har rett til, uansett hvilken øy vi bor på.

Dersom dere har tatt dere bryet med å lese det dere har mottatt av opplysninger til saken og innspill fra bl.a. Harstad kommune og Troms fylkesting så vet dere at dere har gjort feil. Styret i UNN kan ikke si at det er fattet et vedtak basert på korrekte opplysninger gitt av administrasjonen. Dere vet derfor inderlig godt at det dere har vedtatt vil medføre at akuttberedskapen i øyriket blir så dårlig at liv kan gå tapt som følge av vedtaket.

Når det viser seg at vedtaket dere har gjort medfører at UNN taper penger i stedet for å spare, er dere da voksne nok til å ta det ansvaret som hviler på dere og snu om eller kommer dere bare til å legge ned en ny ambulansestasjon i et fortvilt forsøk på å få tallene til å se bedre ut?

Med hilsen

Geir Kåre Bendiksen
Øvergårdsveien 25
9426 Bjarkøy



Lavangen kommune
v/Eldrerådet
Nessveien 7
9357 TENNEVOLL

Deres ref.:
08/717-3982/18

Vår ref.:
2018/3279-52

Saksbehandler/dir.tlf.:
Marit Lind, 77626071

Dato:
17.12.2018

**Svar på brev om politisk vedtak - ambulansesituasjonen Lavangen-Salangen,
Protestskriv vedr reduksjon av ambulansetjeneste i SørTroms**

Det bekreftes med dette av brevet er mottatt, og forelagt ambulansetjenesten ved
Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

I tillegg vil brevet bli satt opp som referatsak til vårt neste styremøte, som er i februar 2019.

Med vennlig hilsen

Marit Lind
Konstituert adm.direktør

Kopi til:
Ambulanseavdeling
Referatsak til styret

Åpent brev til UNN med samarbeidspartnere

Øyriket 29.12.18

UNN's sak 89 - 2018 Nedleggelse av ambulansetjenesten Bjarkøy.

Styret i UNN vedtok 15.november å legge ned ambulansebåt på Bjarkøy med virking fra og med 1 januar 2019. Bakgrunn for vedtaket er økonomiske innsparinger.

Vedtaket skulle gjennomføres forutsatt at kompenserende tiltak var iverksatt.

UNN har fremmet følgende tiltak:

- Beredskapsferge på sambandet Stornes – Bjørnerå
- Ambulansehelikopter fra Evenes
- Reserveløsning med transportbåt fra Harstad eller Andenes ved dårlig vær.
- Akutt teamet ved Bjarkøy sykehjem

Øyriket kan bevise at disse kompenserende tiltak IKKE er på plass og ber UNN om å reversere vedtaket på følgende bakgrunn:

Beredskapsferge

- TFT/ Norled har ikke fått dispensasjon fra Sjøfartsdirektoratet. Søknad fra 04.12.18 er ikke behandlet og godkjent.
- Ny rutetabell med gjeldende bemanningsordning forutsetter at TFT/Norled får dispensasjon fra krav om hviletid.
- Ferge skal benyttes til å transportere ambulanse, - men transporten skal ikke gå ut over rutetilbudet.
- Krav om at UNN ikke kan benytte fergen etter behov, men må forholde seg til ruteavgangene. Fergen er derfor ikke i beredskap i store deler av døgnet. UNN kan derimot bestille ekstra turer i pauser jfr avtale underskrevet av Fylkesråd for samferdsel.
- Fergen kan ikke være i beredskap 24/7 når de ikke har dispensasjon slik det har blitt kommunisert ut.
- Avtalen går ut over terminologien LIV og HELSE, -, da dette er planlagt brudd på lovpålagt hviletid.
- ***«Dette vil med andre ord si at dersom det inngås en fast avtale der det legges opp til at arbeids- og hviletiden jevnlig brytes som en del av den planlagte arbeidstiden, er dette ikke i tråd med hverken lov eller forskrift. Liv og helse i denne sammenhengen er relatert til havsnød og andre nødsituasjoner.»*** Ref SD

- Antall oppgitte turer til Sjøfartsdirektoratet er satt til 12 turer i løpet av 1 år.
 - Statistikken som UNN benytter seg av er ikke den samme som de reelle turene ambulansebåten Alden har i løpet av 1 år.
 - UNN's egne betingelser i møtereferat 10.03.16 er ikke oppfylt. Fergen er uansett ikke disponibel slik som betinget.
 - Mail datert 10.03.2016 Prehospital tjenester i Harstad Nord etter åpning av Bjarkøyforbindelsen.
2. Beredskapsferge over Toppsundet vil være avgjørende for avvikling av UNN's ambulansebåt. En beredskapsferge må være i beredskap hele døgnet og kunne rykke ut ved behov den tid av døgnet som den ikke er i rutetrafikk. Ved vanlig rutetrafikk må trafikken avbrytes av akutte hendelser der det gjelder å få frem hjelp raskt.

Konklusjon på kompenserende tiltak beredskapsferge:

- Lovlighet på brudd på lovpålagt hviletid er ikke omsøkt eller godkjent av direktoratene eller forbundene.
- Beredskapsferge var hovedkriteriet for at vedtaket skulle bli gjennomført.
- Når beredskapsfergens funksjon enda ikke er klarlagt og fortsatt ikke er godkjent av Sjøfartsdirektoratet så kan ikke UNNs vedtak bli stående. Dette medfører fare for liv og helse.

Ambulansehelikopter fra Evenes.

Det er kommunisert ut at terskel for helikoptertransport i Øyriket blir senket grunnet nye innflygnings traseer. Dette vil medføre at helikopter oftere kan bli brukt ved akutte hendelser.

- I samtale med fartøysjef på et av LA's helikopter blir dette dementert.
- For å senke terskel i dårlig vær kreves det at radiofyr / beacons er plassert på de aktuelle innflygningmønstre/ landingssteder i øyriket. Dette er ikke blitt gjort, - og dermed kan ikke LA's fartøysjefer senke terskelen for flyging i dårlig vær. LA's krav er 2700 meter fri sikt.

Konklusjon på bruk av ambulansehelikopter

- Ikke innfridd for å ivareta sikkerhet til LA's helikopter og kan fortsatt ikke fly ved dårlig vær.
- Kompenserende tiltak er dermed ikke utført.

Redningsselskapet (RS)

UNN har inngått avtale med RS for transport av helsepersonell fra Harstad til de veiløse øyer samt til Lundenes ved fergeavbrudd. UNN har definert i søknad at båt blant annet skal oppfylle følgende kriterier:

Transport av pasient på bære.

I avtale med RS står det at RS Simrad Færder er båten Øyriket skal ha som hoved fartøy for å bringe helsepersonell og transport av pasient tilbake til sykehus.

RS Simrad Færder har IKKE bærekapasitet, - og pasient kan ikke på forskriftsmessig eller forsvarlig måte bli transportert til sykehus.

Det er ikke stilt nevneverdige krav til fartøy eller kompetanse til fører.

- Utlysningens mangel på krav til sertifisering og kompetanse, herunder helseattest og sikkerhetsopplæring, er også klart i strid med de kravene som Sjøfartsdirektoratet nå innfører for alle typer kommersielle fartøy fra lengde 8 meter og oppover.
- Den beskrevne tjenesten har begrenset omfang, men er forutsatt å benyttes når andre tjenester ikke kan operere på grunn av værforholdene. Tjenesten vil også omfatte bærepassasjerer som en må forutsette ikke kan hjelpe seg selv i en kritisk situasjon.
- RS tar også forbehold om kaiforhold, evt når de er på andre oppdrag som dykking, berging og los oppdrag. Da forbeholder de seg retten til å fraskrive seg oppdraget fra UNN, - og da måtte bruke RS Dagfinn Paust med liggested Andenes.
- Responstiden for RS Dagfinn Paust vil være minimum 2,5 timer og er dermed totalt uansvarlig.

Konklusjon reserveløsning transportbåt.

- UNN har basert utlysningen på 10 oppdrag i løpet av 1 år. RS sine båter innehar etter våre opplysninger ikke gyldige sertifikater til å påta seg slike formaliserte oppdrag som UNN binder dem til. Dette vil være med på å forverre en pasients tilstand da de ikke har bære plass eller plass for behandling av pasient under transport til sykehus.
- Kompenserende tiltak er dermed ikke på plass.

Akutt team Bjarkøy

Harstad kommune har 7 sykepleiere i Øyriket. Disse skal nå i løpet av januar og februar motta opplæring av ambulansepersonell for å utføre prehospitale tjenester.

Disse skal være førstesikansen før medisinsk personell /transport ankommer. Brannfolk ansatt i Harstad kommune skal også motta oppgradert opplæring.

- I ROS-analysen fra Harstad kommune skal 2 brannfolk rykke ut ved akuttoppdrag.
- 1 sykepleier skal rykke ut fra Bjarkøy Sykehjem, der 1 sykepleier er i bakvakt.
- Brannfolk skal erstatte ambulansepersonell.

Dette er ansvarsfraskrivelse av UNN.

Harstad kommunes ansatte, sykepleiere og brannfolk, skal ikke erstatte UNNs ansvar for prehospitale tjenester. Dette vil medføre en ekstra belastning på allerede få sykepleiere og vil gå ut over deres normale arbeidsforhold og også dagens arbeidsansvar.

Hvordan er denne uttrykkningen sett for seg?

Ambulanse er planlagt stasjonert på Lundenes, - og ikke ved Bjarkøy Sykehjem.

Skal sykepleiere som IKKE har utrykningskurs kjøre i kommunale tjenestebiler til pasient / ulykkessted?

Konklusjon akutt team

- Ingen opplæring er gitt før ambulansetjenesten er lagt ned. Ingenting er utprøvd eller testet i fullskala øvelse før beslutning om nedleggelse.
- Konklusjon blir dermed at kompenserende tiltak og tilstrekkelig opplæring ikke er utført.

Oppsummering

- Vedtaket til UNN baserer seg på både økonomi, overføring av personell, samt ansvarsforflytning.
- Det økonomiske aspektet krever vi at UNN synliggjør, da våre regnestykker viser at deres modell blir dyrere enn opprettholdelse av ambulansestasjon og ambulansebåt totalt sett.
- Kompenserende tiltak som skulle være på plass er ikke omsøkte, godkjente eller ferdigbehandlet innen fristen 01.januar 2019.
- Ferga er av Troms Fylkestrafikk beskrevet som beredskapsferge, men den innehar ikke gyldig dispensasjon fra Sjøfartsdirektoratet til å utføre drift som beredskapsferge.
- RS innehar ikke de korrekte sertifikater eller oppfyller UNNs eget krav for transport av pasient. Dette er sterkt kritikkverdig. RS Simrad Færder vil ikke kunne transportere pasient forsvarlig til sykehus.
- Ansatte i Harstad Kommune tilknyttet Bjarkøy har ikke mottatt opplæring innen fristen for nedleggelse av ambulansestasjon og ambulansebåt.
- Fjerning av ambulansebåt og mangel på lovlig omsøkte kompenserende tiltak vil medføre fare for liv og helse.

Øyriket ber UNN om å reversere vedtaket, - opprettholde beredskapen slik den er i dag. Vi hevder at deres kompenserende tiltak for å opprettholde forsvarlig og sikker beredskap ikke er på plass.

Vedtaket til UNN var å legge ned ambulansebåten Alden. Det står ingenting om å legge ned ambulansestasjon, - noe som vi stiller et stort spørsmålstegn til siden UNN fjerner ambulanser og ambulansarbeidere fra Øyriket.

Beredskapsferge er UNNs eneste kompenserende tiltak, - men har ikke fått nødvendig godkjenning av Sjøfartsdirektoratet.

Beboere i Øyriket vil samlet holde UNN og UNNs styre ansvarlig og om nødvendig gå til sivilrettslig søksmål for enhver hendelse som åpenbart skyldes manglende og uforsvarlig akuttberedskap dersom vedtaket blir opprettholdt.

Med vennlig hilsen

Aksjonskomiteen Øyriket

Merk: Hvis noe av overnevnte ikke stemmer eller ikke er korrekt ber vi UNN om å synliggjøre både underskrevde, godkjente og omsøkte avtaler. Derunder korrekt budsjett satt opp mot UNNs reelle tall knyttet til besparelse.



MØTEREFERAT

Brakerutvalgets arbeidsutvalg (BAU) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Dato: Mandag 28.1.2019 kl 13.00-15.35
Sted: Møterom G-914 Styrerom, PET-senter
Tilstede: Kirsti Baardsen, Hans-Johan Dahl, Paul Dahlø
Forfall:
Fra adm: Leif Hovden (adm.sjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

BAU 1/19 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 12.2.2019

Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU torsdag 25.1.2019.

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport
2. Tertialrapport byggeprosjekt - 3. tertial 2018
3. Tilsynsrapport 3. tertial 2018
4. Virksomhetsplan 2019 - oppfølging
5. Reduksjon av strykninger til operasjoner ved UNN
Konst.klinikkssjef v/OPIN Trine Olsen orienterte om status i saken. Strykningsprosent på operasjoner er høyt, 9,3 %. Det gjøres ulike tiltak for å forebygge strykninger, eksempelvis vil det fra 1 mars vil det bli åpnet tre Ø-hjelpsstuer.
6. UNN Åsgård – Tilstandsvurdering av bygningsmassen
Drifts- og eiendomssjef Grethe Andersen orienterte om status samt svarte ut spørsmål til saken.
Innspill: BAU er orientert om de helt nødvendige behov for revisjon ved Åsgård. Vurdert opp mot risiko for utstenging, et forsvarlig arbeidsliv og ikke minst verdighet for pasientene vil BU sterkt anbefale investering etter alternativ 3, med 441 millioner kroner, som et minimum. Alternativet til dette er en sterk fremskynding av nytt bygg.
7. Salg av Åsgårdmarka
8. Dialogavtale mellom styret og adm. dir.
9. Orienteringssak - Prioritering av investeringssaker i UNN

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 12.2.2019, med de innspill som fremkommer ovenfor.

BAU 2/19 Pasienter og hjemreise (tidl BU 66/18)

Etter møte i BU den 5.12.2018, tok Einar Holand i Pasientreiser kontakt med Troms fylkeskommune vedrørende pasientservicen som ble gitt til pasienter som reiste med rutegående tilbud. Tilbakemeldingen fra Troms fylkeskommune er at temaet blir tatt opp ved hyppige driftsmøter.

Beslutning

Saken tas til orientering.

BAU 3/19 Senter for psykisk helse Nord i Nordreisa – beplanting i vinter/ sansehage (tidl BU 72/18-3)

BU har ikke mottatt svar fra Drifts- og eiendomsavdelingen og saken utsettes til svar er mottatt.

BAU 4/19 Blindeforbundet - Utforming i vestibyle og A-fløy

Nestleder Paul Dahlø har vært på befaring i vestibyle og A-fløy sammen med representant fra Blindeforbundet.

Drift- og Eiendomssenteret har sett på de elementene som forelå fra Blindeforbundet, og vil om mulig imøtekomme enkelte krav der de ikke allerede er i tråd med retningslinjer og regler.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering og setter saken på dagsorden til BU sitt møte den 6.2.2019. Eventuelle innstillinger fra BU vil sendes til brukerorganisasjoner for videre oppfølging.

BAU 5/19 Oppsummering etter regional samling for Ungdomsrådene i Helse Nord, 19.-21.10.2018

Den 19.-21. oktober 2018 ble første regionale helgesamling for Ungdomsrådene i Helse Nord RHF gjennomført.

Beslutning

BAU vil påpeke Ungdomsrådenes rolle som svært viktig. Vi vil likevel advare mot en ny og vesentlig organisasjonsmessig endring. De enkelte foretakenes ungdomsråd bør være basis. Vi slutter derfor at samarbeidet med Ungdomsrådet skjer som foreslått i punkt 6 og 7 i utredningen.

BAU 6/19 Planlegging av onsdagsmøte 6.2.2019

Brukerutvalget har ansvar for innholdet på onsdagsmøtet 6. februar 2019. Forslag til agenda:

- Pasient og brukerombudets årsrapport (25 min)
- Samiske helsetjenester v/ SANKS (25 min)

BU-leder introduserer og avslutter.

I tillegg orienterte administrasjonssjefen om hva som skjer ellers på UNN i forbindelse med Samisk nasjonaldag. Blant annet kommer ordføreren samt en representant fra styret, og det blir flere kulturelle bidrag.

Beslutning/oppfølging

BAU setter opp onsdagsmøtet som foreslått, og sekretariatet tar kontakt med pasient- og brukerombudet samt SANKS for avtale av tidspunkt.

BAU 7/19 Brukerrepresentanter og Brukerpanel – Nye UNN Narvik

Prosjektet ønsker representanter fra Brukerpanelet invitert inn som ressurspersoner og likeverdige deltakere med øvrige medlemmer i delprosjektgruppene som jobber frem løsninger for ønsket drift (pasientflyt, arbeidsflyt og logistikk) i det nye sykehuset i Narvik.

Beslutning

BAU har samme forståelse av prosjektet når det gjelder Brukerpanelet. BAU vil prøve å fremskaffe flere representanter.

BAU 8/19 Forslag til dagsorden for BU-møte 6.2.2019

SAKER		
1. Oppfølging årsmelding 2018 – Pasient- og brukerombud		Kl 09.00-10.00
2. SANKS – Dialogmøte		
3. Direktørens time		Kl 10.00-11.00
LUNSI I KANTINA + lunsjkonsert		Kl 11.00-ca 12.45
4. Godkjenning av innkalling og saksliste		
5. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 5.12.2018		
6. Blindeforbundet –nestleder orienterer- legg ved de to dokumentene fra BAU		Kl 12.45-13.00
7. Presentasjon- Kontinuerlig forbedr. Hege Andersen		Kl 13.00-13.20
8. Presentasjon – Brukerundersøkelser – avtale med Hans-Petter Bergseth jf epost fra G.Åsvang 121218		Kl 13.20-13.40
9. Presentasjon – Samhandling – ledsager til pasienter ved hjemreise – Magne Nicolaisen		Kl 13.40-14.00
10. Presentasjon/orientering – Klinisk etisk komité KEK		Kl 14.00-14.20
11. Orienteringssaker - Oppsummering etter regional samling for Ungdomsrådene i Helse Nord 19-21.10.2018, se annen sak i BAU -Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper - kortfattet		
12. Referatsaker: - Referat fra møte i KU 21.11.2018 - Referat fra møte i OSO 22.11.2018 - Protokoll fra BU for Sykehusapoteket		

Nord,10.12.2018 - Referat fra Finnmark BU, 12.12.2018 - Informasjon fra NAV Tolketjenesten Tromsø og Finnmark, 4.1.2019 - Referat fra møte i BAU 28.1.2019		
--	--	--

9/19 Eventuelt

1. Klinisk samarbeidsorgan – brukerrepresentant

Samhandlingsavdelingen har besluttet oppnevnt et klinisk samarbeidsutvalg om ledsagertjenester, og har i den forbindelse behov for en brukerrepresentant.

Beslutning/oppfølging

BAU har tidligere opplyst Hans Johan Dahl til dette prosjektet og sekretariatet sender kontakt informasjon til prosjektet.

2. Evaluering av driftslederfunksjonen ved UNN Harstad og UNN Narvik – brukerrepresentant

Det skal nedsettes en arbeidsgruppe for ovenstående evaluering, og der ønskes også en brukerrepresentant. Evalueringsperioden vil være fra februar til april 2019.

Beslutning/oppfølging

Leder Kirsti Baardsen går inn som brukernes representant i dette, og kontaktinformasjon vil bli sendt arbeidsgruppen.

3. Oppfølging etter styrets omvisning ved Akuttmottaket i UNN

BAU er kjent med at styret UNN har vært på befaring på Akuttmottaket ved UNN.

Beslutning/oppfølging

BAU ønsker tilbakemelding på om styret tenker å følge opp befaringen på akuttmottaket, og da spesielt med tanke på etablering av ny spesialitet i akuttmedisin samt fremtidig organisering i akuttmottaket.

4. Samvalg

BAU avventer henvendelse fra Skjelbakken.

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 12.-13.2.2019.**

Dato: 29.1.2019

Tidspunkt: 14.00-15.05

Sted: G 914 Styrerommet

Fra arbeidsgiver

Gøril Bertheussen, stabssjef
Trine Olsen, klinikkssjef OpIn
Grethe Andersen, senterleder DES
Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef DES
Leif Hovden (adm.sjef/ referent)

Fra arbeidstakerne

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

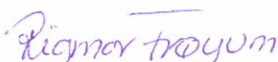
Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Rigmor Frøyum og Jan Eivind Pettersen valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Leif Hovden signerer fra arbeidsgiversiden.

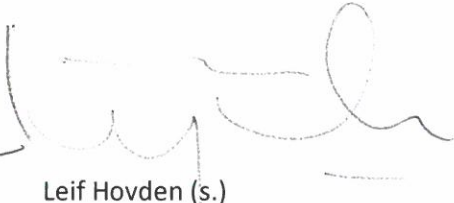
Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport	<i>Stabssjefen innledet og svarte ut spørsmål til saken.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten er spesielt interessert i forholdene knyttet til sykefraværsutviklingen og eventuell sammenheng med den store økningen i AML-brudd. De sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</i>
2. Tertialrapport byggeprosjekt - 3. tertial 2018	<i>Utbyggingssjefen innledet og svarte ut spørsmål til saken.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</i>
3. Tilsynsrapport 3. tertial 2018	<i>Stabssjefen innledet og svarte ut spørsmål til saken.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten er spesielt interessert i å delta i oppfølgingen av sak 4, og det vil bli etablert egne møter for dette. De sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</i>
4. Virksomhetsplan 2019 – oppfølging	<i>Stabssjefen innledet og svarte ut spørsmål til saken.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga innspill, og sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</i>
5. Reduksjon av strykninger til operasjoner ved UNN	<i>Konst. klinikkssjef Trine Olsen innledet og svarte ut spørsmål til saken.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga innspill, og sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig</i>

	<i>behandling.</i>
6. UNN Åsgård – Tilstands- vurdering av bygningssmassen	<i>Drifts- og eiendomssjefen innledet og svarte ut spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten ga innspill, og sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</i>
7. Salg av Åsgårdmarka	<i>Drifts- og eiendomssjefen innledet og svarte ut spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</i>
8. Dialogavtale mellom styret og adm. dir.	<i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</i>
9. Orienteringssak - Prioritering av investeringssaker i UNN	<i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</i>

Tromsø, 29.1.2019


Rigmor Frøyum (s.)
FTV Fagforbundet


Jan Eivind Pettersen (s.)
FTV Delta


Leif Hovden (s.)
administrasjonssjef



Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Tid: Onsdag 30.1.19 kl. 12-15

Sted: Styrerommet G-914 i PET-senteret, Gry Andersen sitt kontor UNN Narvik (skype), Geir Magne Johnsen sitt kontor Harstad (skype).

Medlemmer		Varamedlemmer	
Anita Schumacher adm.dir	x	Marit Lind vise adm. dir	
Gøril Bertheussen, stabssjef		Mai-Liss Larsen, personalsjef	x
Elin Gullhav, klinikkssjef Barne- og ungdomsutvalget	x	Einar Bugge, Kvalitets- og utviklingssjef	
Rolv-Ole Lindsetmo, klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	x	Bjørn-Yngvar Nordvåg, klinikkssjef Nevro-, og ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (Karl-Ivar Lorentzen)	
Jon Mathisen, klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk		Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerne- og lungeklinikken	
Gry Andersen, driftsleder UNN Narvik	x	Gina Johansen, driftsleder UNN Harstad	
Einar Rebni, FHVO	x	Rita Vang, FHVO	
Rigmor Frøyum, Fagforbundet	x	Camilla Pettersen, KTV Samfunnsviterne	
Monica Fyhn Sørensen, HTV UNN	x	Hilde Eva Haakonsen, HTV Fagforbundet	
Bjarte Landsem, NSF stedfr. HTV UNN Narvik		Rita Vestgård, HTV Fagforbundet UNN Harstad	
Geir Magne Lindrupsen, FTV Nito		Geir Magne Johnsen, HTV NSF UNN Harstad	x
Kathrine Berggrav, Dnlf Harstad			

Grunnet problemer med skype deltok Gry Andersen, Bjarte Landsem og Geir Magne Johnsen først fra kl. 13:05 på skype. Bjarte Landsem deltok bare i 10 minutter innen vi fant ut at hans vara Rita Vestgård bør delta for ham så lenge han er konstituert seksjonsleder. Elin Gullhav deltok fra kl. 13:30 og Paul Martin Hansen deltok fra kl. 12:39.

*Til stede (x)

Møteleder: Anita Schumacher

Sekretær: Anne Christina Simonsen-Sagerup

Saksforbereder: Linda Rossvoll

Forøvrig deltok BHT-leder Paul-Martin Hansen.

På enkeltsaker møtte avdelingsleder Hege Andersen fra Kontinuerlig forbedring (i sak 06/19) og tillitsvalgt og lege i spesialisering Per-Kristian Jensen (i sak 15/19).

På styresaker (sak 14/19) møtte konstituert klinikkssjef Trine Olsen, økonomisjef Lars Øverås og utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen.

Sak:

01/19 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

02/19 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 28.11.18

Protokoll fra 28.11.18 var vedlagt saksdokumentene.

Vedtak:

Protokollen godkjennes.

03/19 Presentasjon av nytte AMU og møteplan for 2019

Presentasjon av medlemmer samt møteplanen var vedlagt saksdokumentene.

Vedtak:

Arbeidsmiljøutvalget godkjenner møteplan for 2019.

04/19 Årsrapporten for AMU

Årsrapporten var vedlagt saksdokumentene.

Vedtak:

Arbeidsmiljøutvalget godkjenner den fremlagte Årsrapport.

05/19 AMU – Arbeidsmiljøutvalget ved UNN

Arbeidsdokument var vedlagt saksdokumentene.

Den ønskede hensikt med dette dokument er at alle skal kunne forstå AMU og hvordan dette utvalg fungerer. AMU hadde få endringer til dokumentet og disse rettes før dokumentet ferdigstilles. I forlengelse av denne sak blev der snakk om det årlige AMU-seminar og det er avtalt at en arbeidsgruppe skal jobbe med å planlegge denne dagen.

Under denne sak tok direktør og leder av AMU Anita Schumacher opp en diskusjon rundt bordet om hvilke ambisjoner AMU har for dette året, hvordan kan AMU sikre at vi behandler saker som skaper merverdi for organisasjonen og hva kan AMU gjøre fremadrettet for å sikre dette. Det var enighet om at AMU kan jobbe på å være mere synlig for hele UNN i alle ledd, slik at saker

som er viktige for arbeidsmiljøet lett finner veien til AMU. Dessuten må det jobbes med koblingen mellom KVAM og AMU. Tilslutt var det enighet om at AMU fremadrettet kan jobbe for en bedre læringsprosess rundt vedtak og oppfølging av disse.

Vedtak:

Dokumentet «AMU – Arbeidsmiljøutvalget UNN» godkjennes med de endringer som er fremkommet i møtet.

Arbeidsmiljøutvalget er svært tilfreds med at oppgaver og roller knyttet til AMU er samlet beskrevet i ett dokument. Det fremlagte dokumentet godkjennes som UNNs retningslinjer for arbeidsmiljøutvalgets arbeid, og legges frem i DocMap og på intranett.

06/19

Arbeidsglede 2019- «Mitt UNN»

Skriv om saken var vedlagt saksdokumentene.

Avdelingsleder Hege Andersen fra Kontinuerlig forbedring var på møtet og gav en muntlig orientering om tankene rundt *Mitt UNN* og hvordan de skal gjøre tiltak for å forbedre arbeidsgleden. Tiltaket evalueres ved utgangen av 2019.

Vedtak:

Arbeidsmiljøutvalget er positiv til ideen om en intern idegruppe for å utvikle *Mitt UNN*. AMU støtter at vernetjenesten bidrar inn i gruppen. *Mitt UNN*-arbeidsgruppen evaluerer tiltaket og evalueringsrapporten behandles i AMU. AMU ønsker at der er en representant fra hver lokasjon (Harstad, Narvik og Longyearbyen) som har en rolle i dette slik at dette prosjekt blir spredd ut i hele UNN.

07/19

Tildeling av midler fra AMU

Søknadene var vedlagt saksdokumentene. Det dreier seg om to søknader, en fra Bedriftsidrettslaget ved UNN og UNNs velferdshytter.

Vedtak:

Arbeidsmiljøutvalget innvilger søknadene, da søknadene er innenfor AMUs gjeldende retningslinjer og tidligere praksis.

08/19

Fadderordning for KVAM-utvalgene

Denne sak utsettes til neste møte 12.3.2019.

09-13/19 Orienteringssaker

09/19 Årsrapporten for vernetjenesten – tatt til orientering.

10/19 Orientering fra Hovedverneombud. Det kom opp 4 saker fra Hovedverneombudet:

- Den første sak omhandler den tid verneombudet får avsatt til å gjøre oppgaver knyttet til denne rollen og mulighetene for å få avsatt tiden i arbeidsplan. Det ble avtalt at denne saken følges opp av personalsjefen og hovedverneombudet utenom AMU.
- Sak 2 omhandler en tidligere sak om Intensivkapasiteten (77/18). Her avventer hovedverneombudet svar på oppfølging av dette og vender tilbake med svar til AMU når dette foreligger.
- Sak 3 omhandler stråling. Status på dette er at der utarbeides et infoskriv om dette.
- Sak 4: Gjelder bekymringsmelding fra klinikkverneombudet Kjerstine Solheim i medisinsk klinikk angående en svært alvorlig hendelse hvor tre av personalet ble skadet grunnet utagering fra pasienter. Solheim beskriver situasjonen på avdelingen som svært alvorlig og ber om hjelp. Direktør og leder av AMU Anita Schumacher tar saken opp med klinikkleder Markus Rumpsfeld og BHT går også inn i saken, siden de også tidligere har vært inne og gjøre en risikovurdering.

11/19 Orientering fra Bedriftshelsetjenesten. Det kom opp 2 saker fra Bedriftshelsetjenesten:

- Årsrapporten 2018 blir lagt frem i mars.
- Ved Arbeidstilsynets tilsyn i UNN HF 22.5.18 ble det blant annet avdekket brudd på arbeidsmiljølovens § 3-3 og § 13-3 (a) i forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Det er derfor varslet pålegg om at UNN må utarbeide planer for BHTs bistand med avdelinger, seksjoner og klinikker. BHT ber om draghjelp fra AMU og direktøren i dette arbeidet. Direktøren ønsker en mail om saken for å kunne løfte den videre BHT skriftliggjør dette og sender direktøren for videre prosess.

12/19 Prosedyrebeskrivelse – gjennomføring for ForBedring ved UNN – tatt til orientering.

13/19 Planlagt tiltak Åsgårdveien 40 – tatt til orientering

Vedtak

Arbeidsmiljøutvalget tar orienteringssakene til orientering.

14/19 Styresaker

Styresaker ble sendt ut av administrasjonssjef Leif Hovden i forkant av møtet.

Vedtak

Arbeidsmiljøutvalget slutter seg til at sakene fremmes for styret til behandling

**Eventuelt
15/19**

Sak om jobbkultur

Tillitsvalgt og lege i spesialisering Per-Kristian Jensen var og ga en muntlig orientering om opplevelser og bakgrunnen for en e-post han hadde sendt til overlegene, og som senere ble en mediesak.

Vedtak:

Arbeidsmiljøutvalget anser dette som en viktig sak som det skal jobbes videre med. Berømmelse til Per-Kristian Jensen som har tatt det opp. AMU har dette som en sak på neste møte 12.3.2019 og vil da konkretisere hva AMU kan gjøre i denne problemstilling.


MØTEREFERAT
Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato:	Onsdag 6.2.2019	kl 09.00-15.00
Møtested:	Møterom PET-senter – G9 Styrerom	
Tilstede:	Medlemmer: Kirsti Baardsen (leder), Paul Dahlø (nestleder), Hans-Johan Dahl, Terje Olsen, Nina Nedrejord, Siv Elin Reitan, Marit Stemland, , Obiajulu Odu, Laila Edvardsen (til kl 11.00)	
Fra adm.:	Adm.sjef Leif Hovden, adm.konsulent Hilde Anne Johannessen (referent)	
Forfall	Martin Andre Moe, Klemet Anders Sara, Wibecke Årst	

Saksliste
BU-1/19
SANKS Dialogmøte

Leder i SANKS, Gunn Hætta deltok i dialogmøte med Brukerutvalget. Pasient- og brukerombud i Troms Odd Arvid Ryan deltok også. Det ble et nyttig og lærerikt møte, der ulike problemstillinger knyttet til spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning ble diskutert.

- Utnytte kompetansen til samisktalende leger ved at de kan bruke en andel av sin stilling til samiske pasienter
- Viktig å se på somatikktilbudet, ikke bare psykisk helse og rus
- Formidling av LAR og særskilte problemstillinger der
- Psykologstillinger deles mellom enkelte kommuner i Finnmark. Dette fører til bedre utnyttelse av kompetansen samt bedre samarbeid mellom kommunene.

Pasientombudet opplyste at spørsmål om Samisk pasientombud ble tatt opp i møte med Helsedirektoratet i 2016. Det har vært jevnlig møter med Samtinget for å få dette til. Kulturforståelse og språkforståelse er viktig.

Vedtak

Brukerutvalget er tilfreds med dialogmøtet med SANKS og Pasient- og brukerombudet i Troms, og ser frem til et videre samarbeid mellom partene.

BU-2/19
Årsmelding 2018 – Pasient- og brukerombud

Pasient- og brukerombud i Troms Odd Arvid Ryan svarte ut eventuelle spørsmål i forbindelse med årsmelding 2018 for Brukerutvalget. Pakkeforløp starter og stopper i kommunen. Dette er en utfordring når kompetansen og kapasiteten ikke alltid er tilstede i kommunen.

Vedtak Brukerutvalget tok informasjonen til orientering, og følger opp de påpekte utfordringsområdene gjennom Bus ordinære aktiviteter.

BU-3/19 Direktørens time

Ettersom dette var første møte mellom direktøren og Brukerutvalget, ble timen brukt til presentasjon av hverandre, samt at direktøren orienterte om ulike saker som rører seg i UNN for tiden.

- Ny helse- og sykehusplan kommer høsten 2019
- Hvordan samhandle bedre rundt pasienten
- Kontinuerlig forbedring

Direktøren mener det vil være nyttig at en gjennomgang av styresaker gjøres av Brukerutvalget på et tidligere tidspunkt i prosessen enn i dag.

Brukerutvalget kom med ulike innspill, - blant annet hvordan man kan utnytte ressursen av samiske leger og viktigheten av de pårørende spesielt med tanke på informasjon.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-4/19 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innkalling og saksliste ble gjennomgått.

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og sakliste.

BU-5/19 Godkjenning av referat fra møte i Brukerutvalget

Referatet ble gjennomgått.

Vedtak Referatet ble godkjent med de endringer som fremkom under behandling av saken.

BU-6/19 Blindeforbundet – nestleder orienterer

Nestleder Paul Dahlø orienterte om saken, jf vedlegg i saken.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og sender svaret fra Drifts- og eiendomssenteret til Blindeforbundet som en orientering.

BU-7/19 Presentasjon: Kontinuerlig forbedring

Leder for kontinuerlig forbedring, Hege Andersen orienterte om saken. Det er satt i gang styrking og satsing i dette arbeidet. Det er ønskelig med en kreativt workshop mellom Kontinuerlig forbedring og andre grupper. Målet er å få til en mer systematisk tilnærming.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og imøteser forslag til tidspunkt for workshop ifbm BUs neste møte i april.

BU-8/19 Presentasjon: Brukerundersøkelser
Rådgiver Hans-Petter Bergseth fra Kvalitetsavdelingen orienterte om brukerundersøkelsen – nasjonalt og lokalt. Alle avdelinger kan få laget sin egen brukerundersøkelse slik at den er tilpasset avdelingen.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering

BU-9/19 Presentasjon: Pasienter og hjemreise
Rådgiver Audhild Høyem ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, orienterte vedrørende pasienter og hjemreise.
Prosjekt KSU 3 2019 (KSU=Klinisk samarbeidsutvalg): Samarbeid om ledsager ved innleggelse og polikliniske kontroll og for pasienter med komplekse og sammensatte problemstillinger. Målet er å oppnå trygghet for pasientene.

BU kom med innspill, deriblant samiske og innvandrers behov for ledsager.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-10/19 Presentasjon: Klinisk etikkomité (KEK)
Rådgiver for Kvalitets- og utviklingssenteret, Åge Wifstad, orienterte. Komiteen er lovpålagt og bredt sammensatt og skal bidra til økt bevisstgjøring om etiske utfordringer i den kliniske virksomheten ved UNN.

Vedtak Brukerutvalget tar informasjonen til orientering

BU-11/19 Orienteringssaker

BU-11/19-1 Oppsummering etter regional samling for Ungdomsrådene i Helse Nord RHF

Den 19.-21. oktober 2018 ble første regionale helgesamling for Ungdomsrådene i Helse Nord RHF gjennomført. BAU mente forslaget om et regionalt ungdomsråd ble litt for omstendig og byråkratisk, og har gitt tilbakemelding om at pkt 6 og 7 anses for å være den beste tilnærmingen.

Vedtak Brukerutvalget slutter seg til arbeidsutvalgets oppfatning.

BU-11/19 Orienteringssaker

BU-11/19-2 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper

Aktivitet	Ansvarlig 2018-2020	Status/merknader
1. Styret ved UNN	Kirsti Baardsen	Status ble referert. Det er fullt fokus på den dårlige økonomien.
2. Kvalitetsutvalget i UNN	Kirsti Baardsen	Status ble referert
3. Styringsgruppe A-fløya	Cathrin Carlyle	Leder refererte, ingenting spesielt.
4. Styringsgruppe for PET- senter	Cathrin Carlyle	Leder refererte, ingenting spesielt.
5. Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl	Status ble referert av urolog Tore Knutsen.
6. Koordinerende utvalg (Rehab. Avd. kompetanseseksjon)	Laila Edvardsen	Status ikke referert pga fravær. Sekretariatet har hatt dialog med Tove Løvli, de kan muligens komme i april 2019
8. Vestibyleprosjektet	Cathrin Carlyle Kirsti Baardsen vara	Prosjektet jobber med pasientarealer og frivillighetskoordinator. Nina Moe-Nilssen orienterer i egen sak.
9. OSO (Overordnet Samarbeidsorgan)	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Forutsigbart og trygt samarbeid mellom sykehus og kommunene. Samarbeid ved utskrivning av pasienter Rekruttering av personale.
10. Klinisk etikkomité (KEK)	Kirsti Baardsen Terje Olsen vara	Terje deltok i møte 5.12. og kom tilbake til BU og orienterte. En spesiell case ble behandlet. Viktig komité.
11. Sykehusapotekets brukerutvalg	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	Nytt møte 13.12.2018 i Bodø. Hvilken rolle har de mht tilsyn? Det er farmasøyter i den enkelte avdeling som har kontroll av medisinerrom, mm. Sykehusapoteket har tilsyn til apotekene, og avdelinger.
12. Parkeringsutvalget	Obiajulu Odu Laila Edvardsen vara	Har ikke vært møte. Parkeringen åpnet flere steder, slik at det er flere ledige plasser.
13. Pasientsentrert team	Obiajulu Odu Marit Stemland vara	Tromsø og Harstad var med i pilotprosjektet.
14. Samhandlingsbarometeret (referansegruppen)	Obiajulu Odu	Har ikke hatt møte.
15. Pasienterfaringer- Gastrokirurgisk avd. K3K	Britt Sofie Illguth	Leder har hørt med Illguth om status. Har ikke vært møte enda, men referat vil komme så snart det har vært møte.
16. Styringsgruppe for nye UNN Narvik	Siv Elin Reitan Esben Haldorsen vara	Har ikke hatt møte.
17. Ny sak Selvinnsjekk	Hans-Johan Dahl	Skal være møte 18.12.2018
18. KVAM-utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Terje Olsen Marit Stemland vara	Klinikkssjef Jon Mathisen Utrolig trange lokaliteter. Sekretariatet sendt e-post til alle KVAM-utvalg den 26.11.2018 vedrørende ovenstående.
19. KVAM-utvalg Diagnostisk klinikk	Klemet Sara Kirsti Baardsen vara	Klinikkssjef Kate Myreng Møte 6.12.2018, Kirsti møter som vara.
20. KVAM-utvalg Hjerne- og lungeklinikk	Hans-Johan Dahl Marit Stemland vara	Klinikkssjef Kristian Bartnes Innkalt til møte 1.12.2018 og i 2019

21.KVAM-utvalg Nevro,ortopedi- og rehab.klinikk	Laila Edvardsen Terje Olsen vara	Klinikkssjef Bjørn-Yngvar Nordvåg Innkalt til møte 6.12.2018
22.KVAM-utvalg Psykiatri- og rusklinikk	Wibecke Årst Siv Elin Reitan vara	Klinikkssjef Tordis Sørensen Høifødt Møte mandag 10.12.2018
23.KVAM-utvalg Operasjons- og intensivklin.	Nina Nedrejord Marit Stemland vara	Klinikkssjef Eva-Hanne Hansen Møte i dag 5.12.,men Nina og Marit er i BU-møte.
24. KVAM-utvalg Barne- og ungdomsklinikk	Ungdomsrådet Obiajulu Obi vara	Klinikkssjef Per-Ivar Kaaresen
25. KVAM-utvalg Kirurgi-,kreft-og kvinnehelseklinikk	Marit Stemland Britt-Sofie Illguth vara	Klinikkssjef Rolv-Ole Lindsetmo Møte 6.12. , skal kun innom ettersom Marit er i et annet prosjektmøte denne dagen.
26. KVAM-utvalg Medisinsk klinikk	Obiajulu Odu Mildrid Pedersen vara	Klinikkssjef Markus Rumpsfeld Vært møte, men kunne ikke delta på skype pga strøbrudd.
27. Utvikling av sykepleierstudentenes praksisstudier	BU ved Nina Nedrejord	BU er referansegruppe i dette prosjektet. Irene Foss og Marta Grongstad er fag- ansvarlige i arbeidsgruppen.Oppstart over jul.
28. Prosjekt Palliasjon ved UNN	Odu Obiajulu	De har hatt møte, men ikke med referansegruppen som han sitter i. Ikke fått innkalling.
29. Læringsnettverk Gode pasientforløp	Laila Edvardsen og Britt Eva Elvejord Jakobsen	Ikke oppdatert status pga fravær. Britt Eva E Jakobsen takket ja til å delta. Kontaktinfo sendt prosjektet 19.11.2018
30. Prosjekt Arealplan UNN Harstad	Arvid Eliseussen Mildrid Pedersen vara	Status fra Einar Bugge i annen sak i dette møtet. Sak i ledergruppen i neste uke.
33. OSO – KSU 4 Barsel	Laila Edvardsen	Laila opplyst at prosjektet avsluttes 11.2.
34. Pasient-app saken Helse Nord FRESK	Martin Moe står her inntil videre	Sekretariatet etterspør status til prosjektet. Svar fra Appelbom, prosjektet starter på nyåret og vil da ta kontakt med repr.
35. Ungdomsrådet	Kirsti Baardsen	
36. Prosjekt A-9 fase II Intensivmedisinsk avdeling	Marit Stemland	Møte den 6.12.2018
37. Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	Nina gitt beskjed om at vara skulle innkalles,men har ikke mottatt noe fra frivillighetsgruppen. Gi beskjed?
38. Fremtidens LMS	Nina Nedrejord Terje Olsen vara	Stor aktivitet og optimisme. 5 områder som det jobbes med. Nina gitt beskjed om at vara skulle innkalles,men har ikke mottatt noe fra frivillighetsgruppen. Gi beskjed?
39. RaskereIArbeid	Mildrid Pedersen Terje Olsen vara	Ikke vært møte.
40.OSO-satsing: Samhandlingsforum Somatikk i Tromsø, Harstad og Narvik	Paul Dahlø	Ikke vært møte, men fått møteplan for 2019

41. Klinisk samarbeids- utvalg (KSU) 1-18 - Fordeling av ansvar og oppgaver mellom UNN og kommunene	Terje Olsen	Ikke vært møte.
--	-------------	-----------------

42. KSU 2-18 – Samhandlingen mellom fastlegetjenesten og UNN	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Ikke vært møte.
43. KSU 3 – Ledsagere ved innleggelse og ut- skrivning av pasienter med sammensatte behov	Hans Johan Dahl Kirsti Baardsen vara	Ikke vært møte. Oppnevnt i BAU-møtet 26.11.2018.
44. Brukerrepresentanter til nye UNN Narvik	Aud Øksenberg og Gerd Harr Janson	Eva Opshaug døde 18.12.2018 og er tatt ut av listen.
45. KLIN-REG-Prosjekt: Likeverdige helsetjenester	Paul Dahlø	Møte den 14.1.2019.

UTKAST

Vedtak Gjennomgang av rapporter og prosjekter utsettes til neste møte i BU.

BU-11/19 Referatsaker

Det ble referert følgende referatsaker:

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, 20.11.2018
2. Referat fra møte i OSO, datert 22.11.2018
3. Referat fra BU-møte i Sykehusapoteket Nord, datert 10.12.2018
4. Referat fra møte i BU Finnmark HF, datert 12.12.2018
5. Informasjon fra NAV tolketjenesten Troms og Finnmark, datert 4.1.2019
6. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 26.11.2018

Vedtak Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.

BU-12/19 Eventuelt

1. PING-telefonen

Informasjon fra Kvalitetsavdelingen om endring av åpningstider på PING-telefonen.

Beslutning

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

2. Brukerrepresentant i prosjekt utvikling av samvalgsverktøy for livmorknuter

Prosjektleder Kirsti Rakkenes har tatt kontakt med Brukerutvalget for om mulig få en brukerrepresentant til ovennevnte prosjekt.

Beslutning/oppfølging

Brukerutvalget oppnevner Marit Stemland som representant. Sekretariatet sender kontaktinformasjon til prosjektet.

3. Høring – Samarbeidsrutine ved luftambulansetransport av pasienter med Psykiatrisk diagnose

I 2007 ble det utarbeidet en samarbeidsrutine ved luftambulansetransport av pasienter med psykiatrisk diagnose, gjeldende i Nord-Norge. Hensikten har vært å definere ansvar og oppgaver for alle aktører som er involvert i bestilling og gjennomføring av en slik transport. Denne saken handler om revisjon av samarbeidsrutinen. Rutinen ønskes implementert i hele landet.

Beslutning

Saken blir behandlet i Brukerutvalgets arbeidsutvalg.

4. Nye UNN Narvik – brukerrepresentanter

Brukerutvalget arbeider med å fremskaffe flere representanter.

Beslutning/oppfølging

Brukerutvalget oppnevner Marit Myklevoll, leder i Troms LHL.
Sekretariatet sender kontaktinformasjon til prosjektet.

5. Brukerrepresentant til Gastrokirurgisk avdeling

Brukerrepresentant Britt Sofie Illguth har måttet trekke seg fra dette prosjektet.

Beslutning/oppfølging

Brukerutvalget henvender seg til avdelingen og orienterer om dette, samt mulighet til å finne frem til en ny brukerrepresentant gjennom deres nettverk og kontakt med pasientorganisasjonene.

Kirsti Baardsen (sign.)
utvalgsleder

Hilde A Johannessen (sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 6.2.2019

Kopi til:

- Styret ved UNN
- Administrerende direktør ved UNN
- Helse Nord RHF ved Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø
- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Finn Sørensen
- Lærings- og mestringssenteret, UNN
- Kreftforeningen ved Elisabeth Sundkvist

Fra: Fanghol Kristian[Kristian.Fanghol@helse-nord.no]

Dato: 04.02.2019 14:10:02

Til:

Tittel: Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord - Helse Nord RHF styrets behandling

Styrene for helseforetakene

Kopi: Administrerende direktører i helseforetakene
Postmottak helseforetakene
Postmottak Helse Nord RHF

Styret i Helse Nord RHF behandlet i sak 158-2018, Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord, som følger som vedlegg. Styret i Helse Nord RHF fattet følgende vedtak:

- 1. Styret i Helse Nord RHF vedtar Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord med de endringer og innspill som kom frem under behandling av saken. Planen skal legges til grunn for prioriteringer og utviklingsarbeid i Helse Nord framover og konkretiseres i oppdragsdokument, handlings- og investeringsplaner.*
- 2. Styret vil understreke behovet for å utvikle samhandlingen med kommunene for å styrke sammenhengen i helsetilbudet, utvikle tjenestene til de som trenger og bruker helsetjenesten mye og sikre et økonomisk bærekraftig helsetilbud.*
- 3. Styret presiserer behovet for å styrke tilbudet til den samiske befolkningen. Dette krever at helseforetakene på ledelsesnivå viser bevissthet om de særlige utfordringer den samiske befolkningen har i møte med helsetjenesten.*
- 4. Arbeidet med å sikre et godt økonomisk fundament for utvikling av tjenestetilbudet, trygge og utviklende arbeidsplasser og gjennomføring av nødvendige investeringer forutsetter kontinuerlig forbedringsarbeid og omstilling av driften, i samarbeid med arbeidstakernes representanter.*
- 5. Styret vil understreke behovet for å utdanne og beholde helsepersonell. Arbeidsdelingen mellom helsepersonellgrupper må utvikles slik at vi bruker medarbeidernes kompetanse på best mulig måte. Det er nødvendig med et forpliktende samarbeid med utdanningsinstitusjonene om vurdering av kapasitet og gjennomføring av utdanning, også gjennom desentraliserte tilbud.*
- 6. Styret vil presisere viktigheten av et vel fungerende forskningsmiljø i foretaksgruppen. Ressursbruk og aktivitet innen forskning må løftes minimum opp på samme nivå som i de andre regionale helseforetakene.*
- 7. Styret vil understreke forventningen om og nødvendigheten av et godt samarbeid mellom helseforetak og fagmiljø for å styrke tilbudet til pasientene og bruke ressursene på en måte som gagnar foretaksgruppen samlet.*
- 8. Helse Nord skal ha som ambisjon å være ledende i å ta i bruk ny teknologi for å kompensere for avstander og drive medisinsk avstandsoppfølging i samarbeid med kommunehelsetjeneste og pasienter.*

9. *Det må legges stor vekt på samhandlingen med kommunene og fleksible løsninger i nybygg og renoveringsprosjekt. Styret ber adm. direktør om å sørge for at behovet for framtidig kapasitet utredes nærmere.*
10. *Styret vil understreke Helse Nord RHF's rolle og ansvar som regional samfunnsaktør og ber adm. direktør vurdere nærmere hvordan samarbeidet med andre regionale aktører kan styrkes.*
11. *Styret ber adm. direktør halvårlig presentere en sak om status for arbeidet med å følge opp Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord.*

Vedlagt følger også en lenke til dokumentet Regional utviklingsplan 2035 – bakgrunn og sammenheng.
<https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/Vedlegg%20Regional%20utviklingsplan%202035%20Helse%20Nord.pdf>

Beste hilsen for Lars Vorland, administrerende direktør i Helse Nord RHF

Kristian I. Fanghol | Direktør
Helse Nord RHF | Stab administrerende direktør

Tlf: +47 75 51 29 00 | Mob: +47 95 07 60 75

[web](#) | [twitter](#) | [facebook](#)

Regional utviklingsplan 2035

Vedtatt av styret i Helse Nord RHF 19. desember 2018

Innhold

Styrets vedtak.....	3
1. Helse Nord møter utfordringene.....	4
2. Pasientens helsetjeneste.....	5
3. Kvalitet i pasientbehandling.....	5
4. Samhandling med primærhelsetjenesten.....	7
5. Utvikling av helsetjenesten for den samiske befolkning.....	8
6. Bemanning og kompetanse.....	9
7. Forskning og innovasjon.....	10
8. Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling.....	11
9. Teknologi.....	12
10. Bygg og kapasitet.....	13
11. Veien videre og implementering av tiltak.....	14
11.1 Sammenhengende virksomhetsstyring.....	14
11.2 Implementering – type tiltak og betydning for arbeidet i Helse Nord.....	15
11.3 Forbedringsarbeid innenfor dagens driftsmodell.....	15
11.4 Tiltak knyttet til ressurser og infrastruktur.....	16
11.5 Tiltak knyttet til transformasjon av dagens modell for å levere helsetjenester.....	16

Styrets vedtak

Styret i Helse Nord RHF behandlet regional utviklingsplan i sak 158-2018, med følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord med de endringer og innspill som kom frem under behandling av saken. Planen skal legges til grunn for prioriteringer og utviklingsarbeid i Helse Nord framover og konkretiseres i oppdragsdokument, handlings- og investeringsplaner.
2. Styret vil understreke behovet for å utvikle samhandlingen med kommunene for å styrke sammenhengen i helsetilbudet, utvikle tjenestene til de som trenger og bruker helsetjenesten mye og sikre et økonomisk bærekraftig helsetilbud.
3. Styret presiserer behovet for å styrke tilbudet til den samiske befolkningen. Dette krever at helseforetakene på ledelsesnivå viser bevissthet om de særlige utfordringer den samiske befolkningen har i møte med helsetjenesten.
4. Arbeidet med å sikre et godt økonomisk fundament for utvikling av tjenestetilbudet, trygge og utviklende arbeidsplasser og gjennomføring av nødvendige investeringer forutsetter kontinuerlig forbedringsarbeid og omstilling av driften, i samarbeid med arbeidstakernes representanter.
5. Styret vil understreke behovet for å utdanne og beholde helsepersonell. Arbeidsdelingen mellom helsepersonellgrupper må utvikles slik at vi bruker medarbeidernes kompetanse på best mulig måte. Det er nødvendig med et forpliktende samarbeid med utdanningsinstitusjonene om vurdering av kapasitet og gjennomføring av utdanning, også gjennom desentraliserte tilbud.
6. Styret vil presisere viktigheten av et vel fungerende forskningsmiljø i foretaksgruppen. Ressursbruk og aktivitet innen forskning må løftes minimum opp på samme nivå som i de andre regionale helseforetakene.
7. Styret vil understreke forventningen om og nødvendigheten av et godt samarbeid mellom helseforetak og fagmiljø for å styrke tilbudet til pasientene og bruke ressursene på en måte som gagnar foretaksgruppen samlet.
8. Helse Nord skal ha som ambisjon å være ledende i å ta i bruk ny teknologi for å kompensere for avstander og drive medisinsk avstandsoppfølging i samarbeid med kommunehelsetjeneste og pasienter.
9. Det må legges stor vekt på samhandlingen med kommunene og fleksible løsninger i nybygg og renoveringsprosjekt. Styret ber adm. direktør om å sørge for at behovet for framtidig kapasitet utredes nærmere.
10. Styret vil understreke Helse Nord RHF's rolle og ansvar som regional samfunnsaktør og ber adm. direktør vurdere nærmere hvordan samarbeidet med andre regionale aktører kan styrkes.
11. Styret ber adm. direktør halvårlig presentere en sak om status for arbeidet med å følge opp Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord.

1. Helse Nord møter utfordringene

Helse Nord RHF skal sørge for gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. I Nord-Norge skal vi ha én spesialisthelsetjeneste. Styrken i den regionale organiseringen ligger i at vi kan organisere den samlede bruken av ressursene slik at det kommer fellesskapet til gode på en mest mulig bærekraftig måte.

Regional utviklingsplan 2035 setter retning i arbeidet framover for hvilke tema og problemstillinger som adresseres, og hvordan foretaksgruppen – Helse Nord – skal arbeide med disse. Konkretisering og prioritering skal skje som del av de åtteårige investeringsplaner, fireårige handlingsplaner og årlige oppdragsdokument. I Helse Nord skal kriteriene *nytte, alvorlighet* og *ressursbruk* brukes i prioriteringer i tråd med nasjonale bestemmelser. Der beslutningssituasjonens tema/karakter tilsier det, skal prioriteringskriteriene inngå i grunnlaget for beslutninger sammen med andre relevante hensyn.

I perioden fram til 2035 vil antallet innbyggere i Nord-Norge vokse svakt. Endringene vil preges av at det blir flere eldre, og mange flere i den eldste aldersgruppen over 80 år. Med lengre liv følger også økte og flere helseproblemer for den enkelte og tilhørende behov for tjenester. Dette skjer samtidig som det blir færre unge til å gå inn i arbeidslivet, antall yrkesaktive reduseres og andel av befolkningen utenfor arbeidslivet øker. Det vil også ha betydning for helsesektoren. Det blir enda mer utfordrende å ha en god helsetjeneste med tilstrekkelig bemanning med de ressursene – menneskelige og økonomiske – som er tilgjengelig. Framtidas behov kan ikke primært løses ved at vi bare gjør mer av det vi allerede gjør. Vi må også tenke, planlegge og arbeide på nye måter.

Regional utviklingsplan 2035 omhandler mange tema som Helse Nord må arbeide med både separat og i kombinasjon. Eksempler er samhandling, kvalitet i pasientbehandling, en helsetjeneste i nettverk, innovasjon og teknologi. Utdanning, kompetanse og rekruttering er områder hvor det må arbeides langsiktig for å oppnå resultater. Det må spesielt utdannes flere sykepleiere, vurderes om det trengs nye yrkesgrupper og endring av arbeidsdeling mellom yrkesgrupper må stå på dagsorden. Her må Helse Nord arbeide tett sammen med kommuner og utdanningsinstitusjonene. Forskning og innovasjon er et annet område, der resultatene av arbeidet først kommer lenger fram i tid.

Helseforetaksstrukturen er etablert for at Helse Nord RHF skal kunne sørge for at hele landsdelens befolkning, så langt som mulig, har mulighet for å få alle sine tjenester i nord. Våre fire helseforetak, som behandler pasienter, har alle lokalsykehusfunksjoner for sine respektive opptaksområder. Alle skal samarbeide med utdanningsinstitusjonene om utdanning av helsepersonell.

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) er regions- og universitetssykehus i Helse Nord. UNNs regionssykehusfunksjon innebærer ansvar for å utvikle og tilby høyspesialiserte funksjoner knyttet til pasientbehandling og diagnostikk. Som regionsykehus skal UNN stimulere og understøtte solide fagmiljøer i hele regionen slik at kvaliteten på tjenestetilbudet er likeverdig. UNN har også et særskilt ansvar for å drive utdanning og forskning i nært samarbeid med UiT.

Nordlandssykehuset Bodø skal ha et bredt tilbud, yte definerte spesialiserte tjenester til befolkningen i eget og Helgelandsykehusets område og ha regionale funksjoner på noen fagfelt.

2. Pasientens helsetjeneste

Helse Nord vil legge til rette for at beslutninger av betydning for pasientene skal skje i et nært samarbeid mellom helsepersonell, pasienter og pårørende. «Det skal ikke tas beslutninger om meg uten meg» skal gjelde for behandlingstilbud i Helse Nord. Brukernes kompetanse skal tas i bruk for å utvikle tjenestene. Organiseringen skal bedres slik at pasientene opplever én helsetjeneste.

Helse Nord skal:

- Utvikle samvalgsløsninger på flere områder og ta det i bruk i hele regionen.
- Involvere brukerne oftere og tidligere i forbedringsarbeid og utviklings- og omstillingsprosjekter.
- Ta i bruk ny teknologi for å sikre desentrale spesialisthelsetilbud, egendiagnostikk/egenbehandling og digital dialog mellom pasient og helsetjeneste.
- Organisere tjenestene slik at pasienter opplever samarbeidet sykehusene imellom og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som sømløst og forutsigbart.
- Organisere tjenestene slik at pasientene opplever kontinuitet i møtene med ansatte i løpet av sykehusoppholdet. Formaliserte pasientforløp («pakkeforløp») og kontaktlegeordningen er eksempler på tiltak som videreføres og videreutvikles.

3. Kvalitet i pasientbehandling

Helse Nord skal tilby befolkningen faglige gode helsetjenester, i tråd med visjonen *Helse i nord, der vi bor*.

Helse Nord har organisert helsetilbudet slik at det er nært der folk bor. For å sikre god kvalitet, felles praksis, deling av kompetanse og god ressursbruk kreves et utstrakt samarbeid i nettverk mellom enhetene. Behovsfremskrivninger viser at det blir utfordrende å skaffe tilstrekkelig antall kvalifisert personell. Faglige samarbeidsløsninger ved bruk av teknologi skal bidra til å bringe helsehjelpen ut der folk bor. Slike løsninger vil også i noen grad kunne kompensere for mangel på personell.

Regionale kriterier for funksjonsdeling, basert på bl.a. nasjonale anbefalinger, skal brukes for å sikre gode og forutsigbare prosesser i slike saker.

Arbeidet med å harmonisere begrunnelser for utredning og behandling (indikasjonsstilling) og behandlingspraksis skal videreføres for å bidra til god kvalitet, riktigere prioritering og bedre ressursbruk. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) helseatlas er en viktig kilde til arbeidet med å redusere uønsket variasjon og få oversikt over om det er likeverdig tilgang til helsetjenester i befolkningen. Resultater fra kvalitetsregistre må gjennomgående brukes for å øke kvaliteten og redusere variasjon.

Det er økt oppmerksomhet mot de av som trenger og bruker spesialisthelsetjenesten mest. Dette gjelder bl.a. skrøpelige eldre og pasienter med et livslangt/langvarig behov for helsehjelp. Utvikling av tilbudet for disse gruppene fordrer økt og systematisk innsats i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjeneste. UNNs pasientsentrerte helsetjenesteteam og Helse Sør-Østs satsing på integrerte helsetjenester er eksempler på måter å arbeide med slike pasientforløp.

Pasienter i rus og psykisk helsevern har som gruppe betydelig lavere forventet levealder enn andre mennesker, og ikke-erkjent eller ubehandlet somatisk lidelse bidrar til dette.

Antibiotikaresistens er et økende globalt problem, som blant annet utfordrer hele den moderne helsetjenesten. Reduksjon i antibiotikabruk er en overordnet målsetting for hele perioden. Feil knyttet til legemiddelbehandling er hyppige, ofte alvorlige og kan i stor grad unngås ved å etterleve gode prosedyrer og kontrolltiltak.

Helse Nord skal:

- Etablere nettverk mellom fagområder og virksomheter og styrke fagrådene.
- Gjennomføre kliniske fagrevisjoner.
- Bruke resultater fra kvalitetsregistre for å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen.
- Bruke regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet for å støtte og fremme arbeidet med pasientsikkerhet i helseforetakene.
- Bruke resultater fra helseatlas for å redusere uønsket variasjon, oppnå god kvalitet og prioritering og sikre likeverdig tilgjengelighet til helsetjenester for befolkningen.
- Utvikle kvalitetssystem og metodikk som sikrer:
 - Læring fra meldte avvik og alvorlige hendelser
 - Brukervennlige løsninger for melding og håndtering av avvik meldt fra kommune, pasient eller pårørende
 - Redusert variasjon ved flere felles regionale prosedyrer og retningslinjer
- Ha systemer for spredning og rask implementering av ny kunnskap i fagmiljøene på alle sykehus.
- I samarbeid med kommunene utvikle og systematisere tilbudet til pasientene som trenger og bruker helsetjenestene mest.
- Vurdere etablering av nye hjemler for avtalespesialister der dette gir et godt tilbud og effektiv ressursbruk.
- Organisere og koordinere samarbeidet mellom sykehus, private leverandører og avtalespesialister slik at ressursene brukes effektivt.

- Organisere prehospitale tjenester slik at den er tilpasset vårt desentrale bosettingsmønster. Endringer skal risikovurderes i samarbeid med berørte kommuner.
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å skape kvalitetsmessig bedre og mer tilgjengelige tjenester. Barne- og ungdomspsykiatri skal ha særlig oppmersomhet.
- Sikre et godt faglig tilbud i psykisk helsevern gjennom:
 - Implementering av pakkeforløp
 - System for pasientopplevd nytte og effekt av behandling
 - Satsning på forskning og felles faglige standarder
- Sikre at psykisk helsevern gir et riktig tilbud til personer med flere samtidige alvorlige og langvarige lidelser (5–10 % gruppen) og videreutvikle modeller for tidlig hjelp gjennom samarbeid og veiledning.
- Etablere kvalitetsregister, kvalitetsindikatorer og pasientskaderegister i psykisk helsevern og TSB og anvende resultatene til utvikling av tjenestene lokalt og regionalt.
- Utvikle tilbudet til pasienter med senskader etter kreft i Helse Nord.
- Ha geriatriisk kompetanse eller tilsvarende tilgjengelig i alle helseforetak.
- Utarbeide en strategi for legemiddelforsyningen og bruk av farmasøytisk kompetanse i regionen.
- Bruke sykehusapotekenes nettverk og kompetanse på legemiddellogistikk for å ivareta legemiddelberedskap og forsyning.
- Redusere bruken av bredspektrede antibiotika.
- Øke andelen spesialisert rehabilitering i sykehusene og harmonisere begrunnelser for utredning og behandling (indikasjonsstilling). Kompetanse må overføres til kommunene slik at disse kan ivareta *sitt* ansvar for rehabilitering.
- Sikre et tverrfaglig tilbud for personer med sansetap- og kommunikasjonsutfordringer gjennom etablerte nettverk.
- Delta i forebyggende folkehelsearbeid i samarbeid med fylkeskommunene i landsdelen.
- Videreutvikle bruken av Helse Nords datavarehus som en sentral kilde for datagrunnlag i beslutningsstøtte og forbedringsarbeid.

4. Samhandling med primærhelsetjenesten

God samhandling, med vekt på helhetlige pasientforløp, skal være en ledetråd i alt pasientrettet arbeid. Samhandlingstiltak må søke å kompensere for at tjenestene er organisert på forskjellig forvaltningsnivå. I en landsdel som er skapt for å ta i bruk slike løsninger vil nye digitale tjenester bli av de viktigste virkemidler for å styrke

samhandlingen, både mellom helsetjenesten og pasienten og mellom nivåene i helsetjenesten.

Kommunene får stadig mer komplekse oppgaver, og spesialisthelsetjenesten må ta sitt ansvar for å bygge opp kompetanse i kommunene og understøtter særlig de minste kommunene i å løse disse nye oppgavene.

Helse Nord skal:

- Ha samhandling tydelig på dagsorden i alle deler av virksomheten.
- Tilrettelegge for gode prehospitale tjenester i samarbeid med kommunene.
- Ta initiativ til at det i løpet av 2020 er etablert et systematisk samarbeid med alle kommuner om tjenestetilbudet til de pasientene som bruker og trenger helsetjenesten mest.
- Stimulere til at digital teknologi prøves ut og tas i bruk til medisinsk avstandsoppfølging ved etablering av e-helsepoliklinikker mv.
- Ta initiativ til etablering av felles arenaer for fastleger og sykehusleger for å utvikle omforent praksis bl.a. for henvisninger, epikriser, mv.
- Styrke den faglige dialogen med primærhelsetjenesten, både ved dialogmeldinger mellom fastleger og sykehusleger, og ved å sørge for at alle helseforetak har lett tilgjengelige fagkompetanse døgnet rundt for eksempel ved opprettelse av responscenter.
- Legge til rette for bedre integrerte og samhandlende journalsystemer
- I samarbeid med kommunene dokumentere og analysere utviklingstrekkene i kommuner og helseforetak, blant annet gjennom løpende oppdatering, videreutvikling og bruk av samhandlingsbarometeret.

5. Utvikling av helsetjenesten for den samiske befolkning

Den samiske befolkningen er mangfoldig i form av flere språk, næringsutøvelse og øvrige kulturmarkører. Samarbeidsavtalen med Sametinget danner basis for Helse Nords arbeid med helsetjenesten til den samiske befolkningen.

Helse Nord skal:

- Involvere ledelsesnivå i helseforetakene om de særlige utfordringer den samiske befolkning har i møte med helsetjenesten.
- Utvikle tolketjenesten på nord, sør og lulesamisk språk for å gjøre tilbudet tilgjengelig i hele foretaksgruppen og gjøre skriftlig informasjon tilgjengelig.
- Ta initiativ overfor utdanningsinstitusjonene for å få samisk kulturforståelse inn i grunnutdanningen av alt helsepersonell i Nord-Norge.
- Ta initiativ overfor Samisk høgskole for å få utviklet et utdanningstilbud i samisk kulturforståelse bl.a. gjennom e-læring.

- Utrede strategier for å beholde og rekruttere medarbeidere med samisk språk og kulturkompetanse.
- Styrke tilbudet innen eldremedisin og utvikle kompetansesenterfunksjon for eldremedisin i Samisk helsepark.
- Utrede organisering av LMS-tilbud som er tilrettelagt for den samiske pasient og pårørende.
- Utrede tjenestetilbud som kan tilbys som konsultasjon via Skype/videoløsninger fra samisk helsepark/andre virksomheter.
- Utrede organisering av ressursgrupper, basert på egne medarbeidere, som helsepersonell kan få støtte hos.
- Sikre samisk representasjon i helseforetakenes styrer og i brukerutvalgene.

6. Bemanning og kompetanse

Å beholde, rekruttere og utvikle kompetanse er avgjørende for å møte framtidens behov for helsetjenester. Felles regionale strategier, tiltak og samarbeid må til for å lykkes. Går det slik framskrivingene viser, vil det bli særlig mangel på sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere, samt enkelte legespesialiteter bl.a. der spesialistene i dag er få eller har høy alder.

For å få en samlet oversikt over behovet for kompetanse og unngå unødig konkurranse, bør vurderinger av framtidig behov for helsepersonell/nødvendig kompetanse, gjøres i et tett samarbeid med kommuner og utdanningsinstitusjoner. Det vises i denne sammenheng til Helse Nords egen regionale plan for rekruttering og stabilisering[1].

Helse Nord skal:

- I samarbeid med kommunene og utdanningsinstitusjonene ta initiativ til at det utarbeides en mer enhetlig praksis for å analysere og beskrive framtidig bemanningsbehov.
- Arbeide for økt utdanningskapasitet for sykepleiere og spesialsykepleiere i Helse Nord, også som desentraliserte utdanningstilbud.
- Sikre rekrutteringen av helsefagarbeidere og kontorfaglig personell gjennom blant annet å øke antall lærlingeplasser.
- Ta initiativ til et forpliktende samarbeid med kommuner og utdanningsinstitusjoner om utvikling av etablerte og nye utdanningstilbud
- Styrke rekrutteringsarbeidet og arbeide for å beholde helsepersonell over lengre tid. Hovedregelen ved ansettelse i Helse Nord skal være faste og hele stillinger.

[1] Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering (2016)

- Gjennomføre årlige forbedringsundersøkelser for helsefremmende arbeidsmiljø, HMS og pasientsikkerhet.
- Etablere tverrfaglige regionale samhandlingsarenaer for økt kunnskap og samhandling innen arbeid HMS og sykefraværsoppfølging.
- Utarbeide en regional handlingsplan for ledelse og lederutvikling og etablere et regionalt nettverk lederutviklere for å følge opp.
- Ta initiativ til utprøving av tiltak som kan frigjøre mer tid til ledelse og pasientrettet arbeid. Økt bruk av kontorlaglig støttepersonell, oppgavedeling og automatisering er aktuelle tiltak.
- Bidra til godt arbeidsmiljø og pasientsikkerhet ved å etterspørre og legge til rette for kontinuerlig forbedring, kvalitetsfremmende tiltak, faglig stimulerende oppgaver og muligheter for forskning og innovasjonsarbeid.
- Gjennom samarbeid i regionen tilby en fullverdig og fullstendig utdanning for langt de fleste legespesialiteter.
- Arbeide for at IKT/teknologi får sin berettigede plass i utdanning av helsepersonell og utvikle kvalifiseringstiltak i egen organisasjon.
- Bygge opp Kompetansemodulet til å bli et komplett IKT-verktøy for ressursplanlegging som sikrer dokumentasjon, planlegging og oppfølging av kompetanse.

7. Forskning og innovasjon

Forskning er et av spesialisthelsetjenestens fire ansvarsområder. Forskning er avgjørende for spesialisthelsetjenestens andre primære ansvarsområder: kvalitet i pasientbehandling, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Forskning er viktig ikke bare for å heve det kollektive kunnskapsnivået i helsesektoren, men virker motiverende på Helse Nords ansatte og er en faktor av stor betydning i rekrutteringsøymed. Forskning er nødvendig for å dokumentere og evaluere virkningen av kliniske og organisatoriske tiltak og utvikle tjenestene videre.

Helse Nord er avhengig av innovative løsninger for å møte de bemanningsmessige og økonomiske utfordringene regionen står ovenfor. Innovasjonsarbeidet må forseres, og resultater må etterspørres og formidles videre i regionen. Innovasjonsarbeid bidrar til økt trivsel blant de ansatte og vil også virke attraktivt i en rekrutteringssituasjon. Innovative løsninger må til for å sikre kvaliteten i det desentrale spesialisthelsetjenestetilbudet.

Helse Nord skal:

- Stimulere til økt forskning i de helseforetakene som har en forholdsmessig liten andel forskningsaktivitet. Universitetssykehuset skal være en pådriver for klinisk forskning i hele regionen.

- Understøtte universitetssykehusets særskilte rolle innen forskning og innovasjon.
- Legge til rette for at flere pasienter tilbys deltakelse i kliniske studier, blant annet gjennom deltakelse i nasjonalt og internasjonalt samarbeid.
- Sørge for muligheter for forskning og innovasjon for ansatte i helseforetakene ved tilrettelegging og prioritering av midler. Ressursbruk og aktivitet skal som et minimum opp på det samme nivå som i de andre regionale helseforetakene.
- Bidra til å utvikle toppforskningsmiljøer særlig innen klinisk forskning og translasjonsforskning. Disse skal være i stand til å nå opp i konkurransen om midler fra de store forskningsfinansiørene nasjonalt og internasjonalt.
- Legge til rette for at brukerne er en viktig stemme i alle faser av forskningsprosessene, der dette er relevant. Dette gjelder også i prioritering av ulike forskningstema, og i utformingen av aktuelle forskningsspørsmål.
- Videreføre det formaliserte samarbeidet mellom Helse Nord og universitetene. Selve forskningen skal skje i samarbeid med aktive akademiske miljøer.
- Tillegge forskningskompetanse vekt ved tilsetting i ledende stillinger.
- Drive tjenesteinnovasjon ved å sette ny teknologi inn i gode organisatoriske løsninger. Dette vil begrense unødvendig reisevirksomhet for pasienter og ansatte, forbedre pasientforløp og fremme bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

8. Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

Helse Nord har økonomisk drevet i tråd med budsjett og forutsetninger siden 2009. Det har gitt rom for utvikling av helsetjenestetilbudet og et høyt investeringsnivå. Siden 2012 har det vært en negativ produktivitetsutvikling i regionen og vi har et høyt kostnadsnivå. Utviklingen er svært bekymringsfull. Foretaksgruppen må iverksette tiltak, også av foretaksovergripende karakter, både på kort og lang sikt.

For å videreutvikle og forbedre helsetilbudet må også kravet til positive økonomiske resultat innfris. Produktiviteten må forbedres. Manglende oppnåelse av økonomiske mål og resultatkrav vil føre til at investeringer må skyves ut i tid og faglige satsninger må utsettes.

Involvering av medarbeiderne og bruk av partssamarbeidet er en forutsetning for å lykkes med forbedrings- og omstillingsarbeid.

Helse Nord skal:

- Ha en utvikling av virksomheten som er økonomisk bærekraftig.
- Iverksette tiltak for å sikre likviditet til planlagte prosjekter og gi handlingsrom for videre satsning innen teknologi og omstillings- og innovasjonsarbeid.

- Bruke investeringsregimet for vurdering av effekt kontra kostnad som grunnlag for en endelig prioritering.
- Ha en felles tilnærming til gevinstrealisering og derved oppnå større effekter av vedtatte tiltak.
- Videreutvikle partssamarbeidet med arbeidstakernes representanter ved god involvering i forbedrings- og omstillingsarbeid.
- Etablere en samarbeidskultur som involverer medarbeiderne i arbeidet med forbedring og omstilling.
- Ha kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon og -produksjon ved forvaltning og oppfølging av gjeldende innkjøpsavtaler.
- Øke andelen av faglig likeverdige og rimeligere legemidler i henhold til grossistavtaler og avtaler inngått gjennom legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS).
- Intensivere innkjøpssamarbeidet og iverksette tiltak for å sikre lojalitet til inngåtte avtaler.
- Vurdere en mer effektiv organisering av stabs- og støttefunksjoner.
- Redusere reisekostnadene ved bruk av alternative møte- og konsultasjonsformer.
- Ta i bruk teknologiske løsninger som bidrar til gode tjenester og reduserte kostnader.

9. Teknologi

Helse Nord har ambisjon om å være ledende på å bruke teknologi til medisinsk avstandsoppfølging. Digitalisering og automatisering skaper muligheter for andre måter å drive på. Utfordringen er å ta nye driftsmodeller systematisk i bruk i helsetjenesten. I Helse Nord er forutsetningene gode med våre felles IKT-løsninger.

Teknologi vil bli brukt til digitalisering og automatisering av tjenester, forenkling av administrative oppgaver og til samhandling mellom tjenester på ulike nivå. Teknologi skal understøtte det kliniske arbeidet og ikke gi unødvendig merarbeid. Innføring av ny teknologi forutsetter også utvikling av nye organisatoriske løsninger og andre måter å arbeide med oppgavene på (tjenestedesign) i samarbeid med pasientene.

I utviklingen av nye løsninger skal det også samarbeides med private leverandører.

Helse Nord skal:

- Utarbeide en samlet strategi og handlingsplan for teknologi
- Innføre stimulererstiltak slik at velprøvde og fungerende løsninger raskt kan tas i bruk
- Bruk felles og utprøvd metodikk ved innføring av ny teknologi

- Legge bruk av teknologi inn som styringsmål for helseforetakene.
- Etablere et teknologiråd som stimulerer tjenesteinnovasjon og bruk av teknologi.
- Ved pilotering av nye løsninger ha som forutsetning at nye løsninger skal kunne skaleres opp og brukes i hele regionen.
- Definere kompetansemål for teknologi, både ved nyansettelser og utvikling av ansatte.
- Sikre en samlet og godt koordinert utvikling av IKT, medisinsk teknisk utstyr (MTU), velferdsteknologi og teknologi i bygg.
- Prioritere teknologi som reduserer manuelt rutinearbeid.

10. Bygg og kapasitet

Helse Nord har investeringsplaner som gjør at vi midt i perioden vil være kommet langt med fornyelse av bygningsmassen. Fortsatt gjenstår noen prosjekter bl.a. innen psykisk helsevern.

Nasjonal framskrivingsmodell prognostiserer et økt behov for liggedøgn på ca. 37 %. Etter forutsetninger om effektivisering, omlegging i behandlingsformer og samhandling med kommunene reduseres dette til en antatt vekst på 13%. Det er usikkerhet ved tallene. Behovet for økt kapasitet varierer mellom geografiske områder i regionen. Areal til poliklinikk og dagbehandling kan løses enten med nye investeringer og/eller lengre åpningstider.

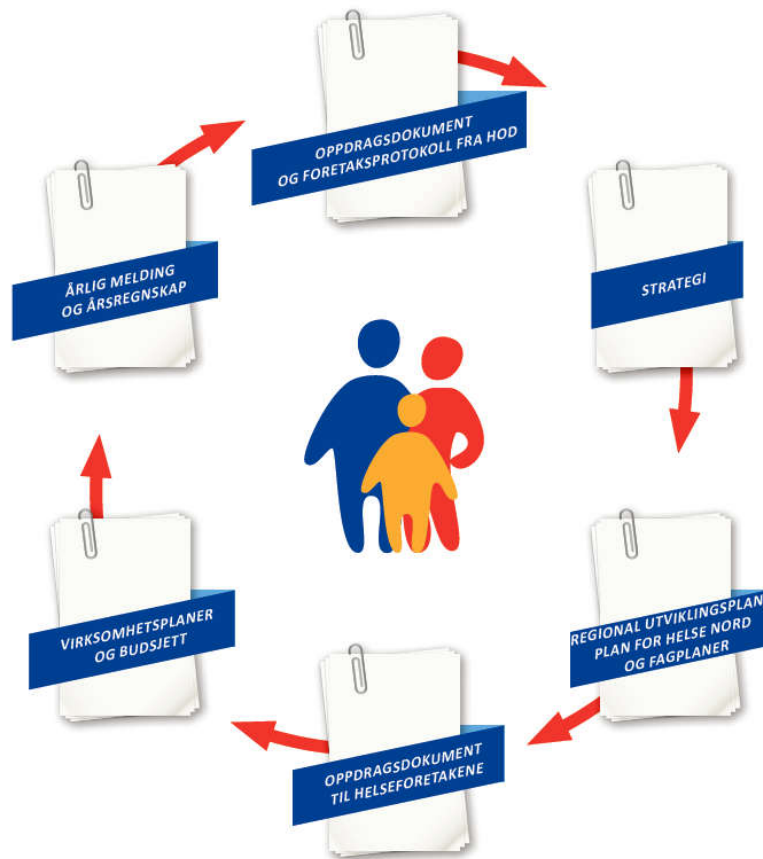
Helse Nord skal:

- Utrede nærmere behovet for framtidig kapasitet i spesialisthelsetjenesten på basis av en avklart arbeidsdeling med kommunene.
- Alltid velge fleksible bygningsmessige løsninger slik at byggene lett kan tilpasses ulike behov i fremtiden. Prinsippet om én-sengs-rom skal legges til grunn ved nybygg.
- Samlokalisere psykisk helsevern med somatiske helsetjenester, universitets- og kommunale funksjoner ved nybyggprosjekter, der det ligger til rette for det.
- Planlegge og gjennomføre utbyggingsprosjekter i tråd med langsiktig plan.
- Sørge for at bygningsmassen vedlikeholdes tilfredsstillende.
- Legge til rette for at bygningsmassen på Åsgård kan utvikles/ erstattes med nye arealer på nåværende eller annet sted.
- Utrede framtidig behov for renovering av den eldste bygningsmassen ved NLSH psykiatri.
- Vurdere behov for renovering/nybygg av UNN Harstad.

11. Veien videre og implementering av tiltak

11.1 Sammenhengende virksomhetsstyring

Regional utviklingsplan inngår som del av Helse Nords virksomhetsstyring, illustrert i denne figuren:



Figur 1 Helse Nord planlegger og styrer helhetlig og forutsigbart gjennom sin virksomhetsstyring

Det er definert en rekke tiltak innenfor rammen av ti hovedområder. Både innenfor og på tvers av disse områdene er det avhengighet mellom flere av tiltakene. Gjennomføringen må derfor skje samtidig eller i en viss rekkefølge. Behovet for å definere en rekkefølge kommer også av at implementering krever ressurser, fokus og samkjøring av ledelse og organisasjonen.

Rekkefølgen og hvilke tiltak som skal gjennomføres samtidig er ikke definert her. Det må prioriteres i årlige oppdragsdokument, i Plan for Helse Nord (4-årsperspektiv) og langsiktig investeringsplan (8-årsperspektiv).

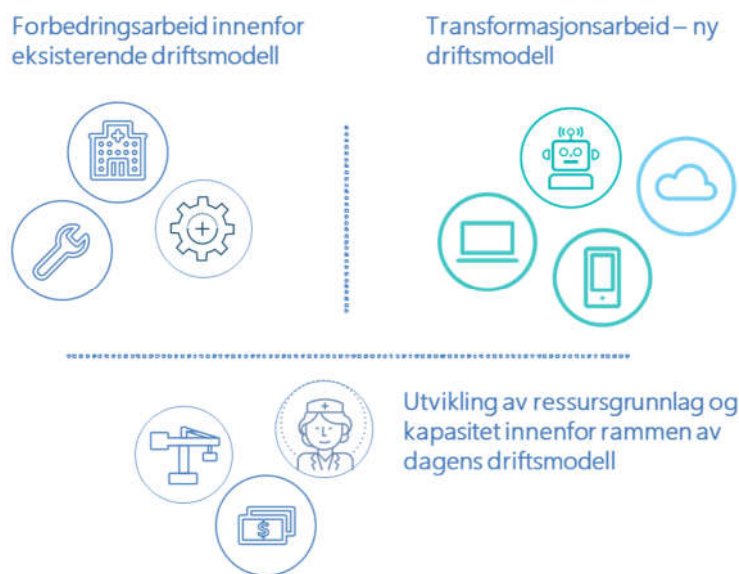
Tiltakene som prioriteres bør detaljeres i aktiviteter og prosesser som sikrer gjennomføring av tiltaket slik at det bidrar til å løse utfordringsbildet beskrevet i utviklingsplanen. Det skal presiseres hvilke krav det stiller til finansiering og kapasitet hos ledere og ansatte i organisasjonen. Det skal defineres tid for gjennomføring av hvert tiltak, med underliggende milepæler og delmål for arbeidet.

Gjennomføringen skal følge et tempo som til enhver tid sikrer tilstrekkelig ressursgrunnlag og ledelseskapasitet i Helse Nord for å realisere tiltakene som er bestemt iverksatt. Samtidig skal tempoet være høyt nok til at utviklingsplanen er gjennomført innen utgangen av 2035.

Helse Nord skal i perioden ha god oversikt over fullførte, pågående og ikke påbegynte tiltak fra utviklingsplanen. Det sikrer at Helse Nord ikke driver flere aktiviteter enn det har kapasitet til, samtidig som det bidrar til god styring mot gjennomføring av samtlige tiltak.

11.2 Implementering – type tiltak og betydning for arbeidet i Helse Nord

Tiltakene som er beskrevet i utviklingsplanen kan grovt karakteriseres i rammen av tre typer av tiltak: 1) Kontinuerlig forbedring og effektivisering, 2) tiltak knyttet til ressurser og infrastruktur, 3) tiltak knyttet til transformasjon av dagens modell for å levere helsetjenester.



Figur 2 Tre ulike typer tiltak

Noen tiltak vil ligge i grenseland mellom kategoriene. Det er ikke hensiktsmessig å strengt definere hvilke tiltak som er hvilken type. Det vil beskrives og presiseres at hvilke type tiltak det er snakk om, krever ulik tilnærming i planlegging, bruk av metodeverk, ressursdisponering og gjennomføring. Det er et perspektiv Helse Nord skal bruke når det defineres aktiviteter og prosesser for gjennomføring av tiltak, og hvilke krav det stiller til finansiering og kapasitet hos ledere og ansatte i organisasjonen.

11.3 Forbedringsarbeid innenfor dagens driftsmodell

Måten helsetjenester vil ytes på i framtida er i endring, slik det har vært alltid. Muligheter kommer og endringer skjer raskere enn før. Det er usikkert når endringer som radikalt forandrer måten å løse oppgaver på vil finne sted. Derfor må det drives kontinuerlig forbedrings- og effektiviseringsarbeid. Eksempler på dette er bedre

preoperative rutiner, bedre samarbeidsrutiner leger/sykepleiere på sengepost, fjerning av plunder og heft i de daglige gjøremål, robotisering av manuelle arbeidsoppgaver, automatisering av dokumentering for klinikker og enklere informasjonstilgang for alle som trenger beslutningsstøtte. Slike tiltak gjør arbeidsprosesser enklere, og reduserer ikke-verdiskapende tid. Arbeidsprosessene er fortsatt de samme, bare gjort mer effektivt.

Helseforetakene har god erfaring med dette arbeidet, og det er utarbeidet metode for hvordan arbeidet bør struktureres og gjennomføres¹ for at tiltakene skal oppnå ønsket effekt. Det inkluderer suksessfaktorer med grundig beskrivelse for hvordan faktorene skal iverksettes og etterleves i arbeidet.

Suksessfaktorene omfatter 1) Involvering og forankring gjennom hele linjen, 2) Påvist god grunn som utgangspunkt for endring, 3) Tydelig problemstilling og mål for prosjektet, 4) Tilgjengelige midler og tid, 5) Strukturert og systematisk arbeid med jevn framdrift, 6) Riktig håndtering av motstand, 7) Dedikerte deltagere med rett kompetanse, 8) Oppfølging under og etter innføring.

For tiltak som er av typen forbedringsarbeid innenfor dagens driftsmodell skal Helse Nord detaljere aktiviteter og prosesser i tråd med dette metodeverket.

11.4 Tiltak knyttet til ressurser og infrastruktur

Dette er tiltak som sikrer tilstrekkelig med penger, areal og bemanning til å levere helsetjenester innenfor rammen av dagens strukturer og prosesser. Dette handler primært ikke om effektivisering eller prosessforbedring, men opp- og nedskalering av kapasitet og økonomiske prioriteringer.

Dette krever en annen metodisk tilnærming enn forbedringsarbeid. Disse tiltakene vil det arbeides med i rammen av investeringsplan, utdanningsplaner og kortsiktige- og langsiktige budsjetter. Det mangler en metode som ser på arbeid med ressurser og infrastruktur samlet, og som sikrer effektiv gjennomføring av slike tiltak. Det bør utarbeides en slik metode for å følge opp tiltak av denne type.

11.5 Tiltak knyttet til transformasjon av dagens modell for å levere helsetjenester

Dette er tiltak som helt eller delvis endrer den underliggende driftsmodellen for å levere helsetjenester. Til forskjell fra å effektivisere prosesser, handler dette om å løse målsetningene til Helse Nord annerledes enn i dag. Det innebærer å fjerne eksisterende prosesser, etablere nye, og endre organisasjonen slik at den er rigget for å levere helsetjenester på en annen måte.

Et mulig eksempel i framtida er at pasienten får direkte time på poliklinikken uten henvisning fra fastlege: Pasienten har en helse-app. Basert på sensorbaserte målinger av puls, blodtrykk, oksygenmetning, temperatur, hydreringsgrad og enkelte biokjemiske målinger sammenhold med informasjon om pasientens genom, sykehistorie og medisiner, gir den kunstige intelligensen beskjed om at pasienten trenger poliklinisk

¹ Arbeidsgruppe for indikatorer- og metodeutvikling (AIM). Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten (2018)

konsultasjon, inkludert supplerende undersøkelser, hos en gitt spesialitet i løpet av morgendagen. App-en opplyser om tilgjengelig timer for røntgenfotografering og blodprøvetagning i umiddelbar tilslutning til en spesialistkonsultasjon. Pasienten booker den undersøkelsessekvensen som passer best.

Underliggende driftsmodell må endres når mulighetsrommet for hvordan organisasjoner kan løse sine oppgaver forandres. Det er slik endring som kreves for å dra nytte av teknologiske løsninger og beste praksis for hvilke prosesser som bør ligge til grunn for å levere helsetjenester.

Til forskjell fra forbedringsarbeid og skalering av ressurser og infrastruktur, så er en transformasjon av driftsmodellen en vesentlig mer kompleks oppgave, både hva gjelder arkitektur og gjennomføring. Det krever 1) flere initiativer på tvers av hele organisasjonen, 2) store strukturelle endringer og evne til å håndtere uforutsigbare konsekvenser av disse endringene, 3) flere typer kompetanse for å drive ulike initiativer, 4) at det er et klart startpunkt og en klar slutt-tilstand for organisasjonen.

I arbeid med denne type tiltak må det fokuseres på å: 1) Definere og utvikle evnene og ferdighetene som må være på plass for at ny driftsmodell skal fungere. 2) Tydeliggjøre verdien transformasjonsarbeidet skal gi, og monitorere, måle og følge utviklingen gjennom hele endringen, 3) Sørge for at hurtighet og fleksibilitet blir den nye normen i hele organisasjonen, ved å eksperimentere, lære og implementere. Grensen mellom deler av organisasjonen blir mer flytende, og teknologi-vokabularet skal bli innarbeidet og felles for hele organisasjonen, 4) Sørge for å bygge opp sterke transformasjonsledere med innflytelse og kredibilitet i organisasjonen. De riktige lederne og talentet vil skape slike transformative endringer.

Vedlegg

Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord – Bakgrunn og sammenheng



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
17/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig:	Leif Hovden	Saksbehandler: Leif Hovden

Eventuelt

Tromsø, 1.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør