



INNKALLING

Styret ved

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

NB – Dialogmøte med Brukerutvalget kl 09.00 – 10.00

Møtetid

Onsdag 24. april 2019 kl 09.00

Møtested

UNN Åsgård – møterom Fyrhuset



MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Møterom Fyrhuset, Åsgård
Dato: 24.4.2019 kl 09.00

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

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Ansgar Gabrielsen	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Anne Sissel Faugstad	Medlem	
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 32/2019 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 32/2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 33/2019	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 27.3.2019
ST 34/2019	Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 35/2019	RHF's plan for 2020-2023
ST 36/2019	Internrevisjon Helse Nord RHF - Mislighetsrisiko
ST 37/2019	Orienteringssaker
	<i>Skriftlige orienteringer</i>
	1. Orientering om medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2. Orientering fra valgstyret om utfallet ved valg av ansattevalgte representanter til styret UNN
	<i>Muntlige orienteringer</i>
	3. Klinikkpresentasjon PHRK, samt omvisning
ST 38/2019	Referatsaker
	1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 19.3.2019 2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 8.4.2019 3. Brev fra Støtteforeningen for Harstad sykehus til UNN, datert 26.3.2019 med svarbrev fra UNN, datert 8.4.2019 4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 9.4.2019 5. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 10.4.2019
ST 39/2019	Eventuelt

Ansgar Gabrielsen (s.)
styreleder

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
33/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.4.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Gøril Bertheussen

Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 27.3.2019

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 27.3.2019.

Tromsø, 12.4.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Møteprotokoll fra styremøte 27.3.2019


MØTEPROTOKOLL

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Møtested: Møterom ved Scandic Bodø
 Dato: 27.3.2019
 Tid: kl 08.00-12.05

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

Kirsti Baardsen	Observatør	<i>Brukerutvalgets leder</i>
-----------------	------------	------------------------------

Forfall:

Ansgar Gabrielsen	Styreleder
Marianne Johnsen	Medlem

Fra administrasjonen møtte:

Anita Schumacher	administrerende direktør
Marit Lind	viseadministrerende direktør
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Hilde Anne Johannessen	administrasjonskonsulent, Stabssenteret(<i>styrets sekretær</i>)
Anne C Simonsen-Sagerup	administrasjonskonsulent, Stabssenteret(<i>styrets sekretær</i>)
Jon Mathisen	klinikkssjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Rolv-Ole Lindsetmo	klinikkssjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Grethe Andersen	drifts- og eiendomssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Gina M Johansen	driftsleder Harstad
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef, Stabssenteret

ST 22/2019 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 27.3.2019 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i ***uthevet kursiv***):

Saksnr.	Innhold
ST 22/2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 23/2019	Godkjenning av møteprotokoller fra styremøte 12.-13.2.2019 og ekstraordinære styremøter 21.2.2019 og 10.3.2019 (<i>ettersendes</i>)
ST 24/2019	Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 25/2019	Årsregnskap 2018 med styrets beretning
ST 26/2019	Årlig melding 2018
ST 27/2019	Oppdragsdokument 2019
ST 28/2019	Arealplan UNN Harstad
ST 29/2019	Orienteringssaker <i>Skriftlige orienteringer</i> 1. Orientering om status i diverse prosesser knyttet til ambulanseavdelingen v/ Akuttmedisinsk klinikk 2. Retningslinjer for besøk av politiske partier til UNN 3. Retningslinjer/policy for mottak av gaver ved UNN <i>Muntlige orienteringer</i> 4. Pasienthistorie 5. Tomtekjøp i Breivika 6. Tidligere 3-3a-sak ved UNN Harstad 7. UNN-kantina har mottatt pris som <i>Årets lærebedrift</i>
ST 30/2019	Referatsaker 1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 22.1.2019 2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 26.2.2019 3. Årsmøteuttalelse fra Kvæfjord Arbeiderparti, datert 26.2.2019 4. Styrearbeid i helseforetak – veileder Helse Nord RHF, oppdatert i styremøte 27.2.2019 5. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 11.3.2019 6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 11.3.2019 7. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 12.3.2019 8. Innspill til styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF fra ordføreren i Salangen, datert 20.3.2019 9. Uttalelse fra årsmøtet i Troms og Finnmark KrF, datert 23.02.19 10. Uttalelse fra Harstad Pensjonistforening vedrørende bygging av helsehus i Harstad, datert 5.3.2019 11. Brev fra Pensjonistforbundet i Finnmark vedrørende opprettholdelse av administrativ enhet for Finnmarkssykehusene, datert 14.3.2019

12. Brev fra Harstad kommune vedrørende helsehus i Harstad, datert 22.3.2019

ST 31/2019 Eventuelt

ST 23/2019 Godkjenning av møteprotokoller fra styremøte 12.-13.2.2019 og ekstraordinære styremøter 26.2.2019 og 10.3.2019

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 27.3.2019

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoller fra styremøte 12.-13.2.2019 og ekstraordinære styremøter 26.2.2019 (*unntatt offentlighet, jf Offl. § 13 jf tvl § 13 første ledd nr 2*) og 10.3.2019 (*unntatt offentlighet, jf Offl. § 13 jf tvl § 13 første ledd nr 2*).

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoller fra styremøte 12.-13.2.2019 og ekstraordinære styremøter 26.2.2019 (*unntatt offentlighet, jf Offl. § 13 jf tvl § 13 første ledd nr 2*) og 10.3.2019 (*unntatt offentlighet, jf Offl. § 13 jf tvl § 13 første ledd nr 2*).

ST 24/2019 Kvalitets- og virksomhetsrapport
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 27.3.2019

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for Februar 2019* til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for Februar 2019* til orientering.

ST 25/2019 Årsregnskap 2018 med styrets beretning
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 27.3.2019

Innstilling til vedtak:

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

Det framlagte årsoppgjøret med resultatregnskapet og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, fastsettes som UNNs regnskap for 2018.

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.
3. Årsberetning 2018 vedtas.

Direktøren la frem følgende tillegg i punkt 3 (tillegg i kursiv):

3. Årsberetning 2018 vedtas *med de endringer som fremkom i møtet.*

Forslaget ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

Det framlagte årsoppgjøret med resultatregnskapet og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, fastsettes som UNNs regnskap for 2018.

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse.
3. Årsberetning 2018 vedtas med de endringer som fremkom i møtet.

ST 26/2018 Årlig melding 2018
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 27.3.2019

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 27/2019 Oppdragsdokument 2019
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 27.3.2019

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF viser til foretaksmøtets vedtak i sak 4/2019 knyttet til oppdragsdokument 2019.
2. Styret gir administrerende direktør ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF viser til foretaksmøtets vedtak i sak 4/2019 knyttet til oppdragsdokument 2019.
2. Styret gir administrerende direktør ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet.

ST 28/2019 Arealplan UNN Harstad
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 27.3.2019

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Sykehusbygg HFs rapport *Arealplan UNN Harstad* til etterretning.

2. Styret beslutter å videreføre arealplanen for UNN Harstad i tråd med fremlagte styringsdokument og *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* til en prosjektinnrammingsfase i 2019.
3. Inntil en endelig prosjektinnramming er gjort, beslutter styret å ikke båndlegge eller fradele tomten til andre formål.
4. Styret ber administrerende direktør invitere inn UiT, Harstad kommune og en representant for øvrige kommuner i det videre planleggingsarbeidet med tanke på et fremtidig samarbeid for sykehuseiendommen i Harstad.

Direktøren la frem følgende endrete innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Sykehusbygg HF's rapport *Arealplan UNN Harstad* til etterretning.
2. *Styret mener at det er av avgjørende betydning å sikre økt grad av strategisk samspill mellom arealplanen, det medisinskfaglige miljøet, utdanningsinstitusjonene og primærhelsetjenesten.* Styret ber administrerende direktør invitere inn UiT, Harstad kommune og en representant for øvrige kommuner i det videre planleggingsarbeidet med tanke på et fremtidig samarbeid for sykehuseiendommen i Harstad.
3. Styret beslutter å videreføre arealplanen for UNN Harstad i tråd med fremlagte styringsdokument og *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* til en prosjektinnrammingsfase i 2019.
4. Inntil en endelig prosjektinnramming er gjort, beslutter styret å ikke båndlegge eller fradele tomten til andre formål.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Sykehusbygg HF's rapport *Arealplan UNN Harstad* til etterretning.
2. Styret mener at det er av avgjørende betydning å sikre økt grad av strategisk samspill mellom arealplanen, det medisinskfaglige miljøet, utdanningsinstitusjonene og primærhelsetjenesten. Styret ber administrerende direktør invitere inn UiT, Harstad kommune og en representant for øvrige kommuner i det videre planleggingsarbeidet med tanke på et fremtidig samarbeid for sykehuseiendommen i Harstad.
3. Styret beslutter å videreføre arealplanen for UNN Harstad i tråd med fremlagte styringsdokument og *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* til en prosjektinnrammingsfase i 2019.

4. Inntil en endelig prosjektinnramming er gjort, beslutter styret å ikke båndlegge eller fradele tomten til andre formål.

ST 29/2019 Orienteringssaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 27.3.2019

Innstilling til vedtak:

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

Skriftlige orienteringer

1. Orientering om status i diverse prosesser knyttet til ambulanseavdelingen v/ Akuttmedisinsk klinikk
2. Retningslinjer for besøk av politiske partier til UNN
3. Retningslinjer/policy for mottak av gaver ved UNN

Muntlige orienteringer

1. Pasienthistorie
2. Tomtekjøp i Breivika
3. Tidligere 3-3a-sak ved UNN Harstad
4. UNN-kantina har mottatt pris som Årets Lærebedrift

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 30/2019 Referatsaker

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 27.3.2019

Innstilling til vedtak:

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

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 20.11.2018
2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 26.2.2019

3. Årsmøteuttalelse fra Kvæfjord Arbeiderparti, datert 26.2.2019
4. Styrearbeid i helseforetak – veileder Helse Nord RHF, oppdatert i styremøte 27.2.2019
5. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 11.3.2019
6. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 11.3.2019
7. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 12.3.2019
8. Innspill til styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF fra ordføreren i Salangen, datert 20.3.2019
9. Uttalelse fra årsmøtet i Troms og Finnmark KrF, datert 23.02.19
10. Uttalelse fra Harstad Pensjonistforening vedrørende bygging av helsehus i Harstad, datert 5.3.2019
11. Brev fra Pensjonistforbundet i Finnmark vedrørende opprettholdelse av Administrativ enhet for Finnmarkssykehusene, datert 14.3.2019
12. Brev fra Harstad kommune vedrørende helsehus i Harstad, datert 22.3.2019

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

ST 31/2018 Eventuelt

Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 27.3.2019

1) Hva gjøres med henvendelser til styret – formalia

Det ble etterspurt hva praksisen er når det gjelder håndtering av henvendelser til styret. Alle henvendelser til styret som sendes til UNN refereres i styremøtene. Men noen ganger sendes henvendelsene direkte til styremedlemmene, og da fanges de ikke opp av administrasjonen.

Saken ble besluttet satt opp som sak til styreseminar i juni 2019.

Bodø, 27.3.2019

Ansgar Gabrielsen
styreleder nestleder

Helga Marie Bjerke

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
34/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.04.2019
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 mars 2019* til orientering.

Bakgrunn

Vedlagte kvalitets- og virksomhetsrapport for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for mars 2019 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.

Helse Nord RHF har i styresakene 28-2019 og 30 – 2019 bedt om at UNN i vedlegg til KVR for mars redegjør nærmere for identifiserte omstillingstiltak, risikovurdert og med status pr. utgangen av mars. I tillegg ber de om analyse av årsak til avvik (økonomisk), samt iverksatte tiltak for å sikre resultatoppnåelse i 2019.

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 mars 2019, samt vedlegg, som bakgrunn for etterfølgende vurdering.

Medvirkning

Det vises til egne referat fra drøftingsmøtene.

Vurdering

Pasientsikkerhet, kvalitet, personal og økonomi

Gjennomføring av kreftpakkeforløp i UNN er lavere i mars enn i februar, og fortsatt alt for lav. Andel pasienter inkludert i pakkeforløp er innenfor nasjonalt mål, men noe lavere enn tidligere år. Det er som tidligere lav måloppnåelse med lang forløpstid for pasienter med urinveiskreft og tykk- og endetarmskreft som er hovedutfordringen, i tillegg til at også antall pasienter med brystkreft som har fått behandling innen forventet tid er redusert i mars. Det siste skyldes sannsynligvis et noe høyere antall pasienter i mars. Operasjonskapasiteten for brystkreft vurderes totalt sett som tilstrekkelig, men det er utfordrende å klare å overholde anbefalt forløpstid når pasientantallet øker som i denne måneden. MR-kapasiteten i UNN er i slutten av mars tilbake på normalt nivå, i og med at oppgradering av en MR-maskin er ferdigstilt. Operasjonskapasiteten er økt i UNN Tromsø fra mars, og direktøren forventer at dette i løpet av de kommende måneder medfører bedring i gjennomføring av pakkeforløpene for de kreftformer der utfordringene i UNN er størst. Klinikksjefene forventes å ha en tettere oppfølging av forløpsledere og forløpskoordinatorene i sine enheter. Det har den senere tid også vært utfordringer med funksjonen for detaljerte pakkeforløpsrapporter i det elektroniske pasientjournalssystemet som det arbeides med å få løst. Her er vi avhengig av at Helse Nord IKT og leverandøren (DiPS) følger opp og løser problemene.

Andel strykninger av planlagte operasjoner er i februar fortsatt over måltallet på 5 %, men det er en positiv utvikling i mars. Det pågår implementering av tiltakene som er beskrevet tidligere, og nevnte økning i operasjonskapasitet med flere operasjonsstuer øremerket øyeblikkelig hjelp operasjoner forventes å bidra til en videre positiv utvikling.

Andel epikriser sendt innen 1 og 7 dager er ikke høy nok. Andel epikriser sendt innen 1 dag er i mars så vidt over måltallet på 50 %, mens det hittil i år ikke er noen stor bedring i andel sendt innen 7 dager. Oppfølging av epikriseindikatoren i ledergruppens tavlemøter endres fra ca. 1. mai, for å få en tettere oppfølging av tiltak som gjennomføres i klinikkene og for å legge grunnlag for mer læring på tvers av klinikkene i arbeidet med å bedre denne indikatoren.

Aktiviteten ved UNN vurderes som høy pr mars innen somatikk. Sammenlignet med 2018 er det flere konsultasjoner, analyser og røntgenhenvisninger. I 2018 var påsken i mars slik at det forsterker bildet av en høy aktivitet, som inntektssiden også viser. Det er en høyere aktivitet enn planlagt på ISF og da spesielt innen Hjerter- lungeklinikken og Nevro-, ortopedi, og rehabiliteringsklinikken. Høy aktivitet i de kliniske enhetene medfører større aktivitet i støtteklinikken og spesielt i Diagnostisk klinikk, noe som gir en negativ økonomisk utvikling i klinikken.

Innen psykisk helsevern og rusbehandling er det samlet sett en liten nedgang i aktivitet målt i konsultasjoner. Det er innen voksenpsykiatri det er nedgang, og ledige stillinger, spesielt i midt – Troms er en årsak. Dette gir også flere fristbrudd. Utviklingen er ikke ønsket og Psykisk helse og rusklinikken har fokus på å snu den.

Den gylne regel er ikke oppfylt på alle områdene og innenfor de ulike fagfeltene. Direktøren viser til KVR for februar hvor tiltak for å kunne oppfylle den gylne regel er beskrevet (ansettelse av flere psykologer for å unngå fristbrudd/øke aktiviteten, kveldspoliklinikk, fokus på

rekruttering i de desentraliserte enhetene og fokus på akuttpostene for å ta ned overforbruket i klinikken). Et vedvarende økonomisk merforbruk og høyere vekst enn planlagt i aktiviteten innen somatikken vanskeliggjør oppfyllingen av den gyldne regel, og det er viktig å oppnå kontroll på både aktivitet og forbruk.

Det økonomiske resultatet for mars viser et negativt budsjettavvik på 1,8 mill kr. ISF inntektene var i mars 6,4 mill kr høyere enn budsjett for klinikkene. Personalkostnadene har et negativt avvik mot budsjett i mars på 9,6 mill kr (om vi ser bort fra eksternfinansiering). Av dette utgjør 5,8 mill kr overforbruk på innleie. Videre genererer høy innleie reise- og oppholdskostnader vi ikke har budsjettert med. Det er benyttet 182 flere brutto månedsverk i perioden enn planlagt, dette skyldes merforbruk av variabel lønn.

Akkumulert er resultatet av 1. kvartal et negativt budsjettavvik på 19,6 mill kr. I forhold til 2018 er det en god utvikling på de pasientrettede inntektene som er 14,8 mill kr høyere enn budsjett i årets tre første måneder.

Utviklingen på personalkostnader er urovekkende og overforbruket inklusive innleie pr 1 kvartal er på 22,8 mill kr. Av dette utgjør overforbruk på innleie 15 mill kr. Innleie medfører også husleie og reisekostnader som beskrevet ovenfor. Som følger av økt aktivitet på laboratorie og røntgen har vi økte kostnader forbundet til dette på til sammen 4,1 mill kr. I forbindelse med at det fra 2019 er mulig å fakturere kommunene for utskrivningsklare pasienter også innen psykisk helse og rus, har ikke rutineene i starten av året vært gode nok. Det jobbes med å kvalitetssikre rutinen slik at fremtidige inntekter ikke skal gå tapt.

Til tross for dårligere resultat enn forventet i 1. kvartal vil UNN fremdeles holde på prognosen om et regnskapsmessig overskudd på 40 mill kr. Det jobbes godt med nye tiltak og noen av effektene fra tidligere tiltak vil komme på et senere tidspunkt enn antatt i budsjettprosessen. For nærmere beskrivelse av tiltaksarbeidet vises til vedlegg.

RHFet har bedt UNN ta inn hvor mye økt aktivitet ved PET bidrar til avviket. Pr mars er det et overforbruk på kjøp av radiofarmaka på 1,35 mill kr. Det er merinntekt på den økte produksjonen på 0,65 mill slik at netto avvik er 0,7 mill i overforbruk. Fra april vil dette øke ytterligere da en besetter de to teknikerstillingene, samt at UNNs omstilling for kjøp av radiofarmaka på 3 mill kr i perioden januar – mars er brukt opp. Dette er beregnet å gi UNN en merkostnad på 16 millioner i 2019.

Konklusjon

Kvalitets- og virksomhetsrapporten viser at UNN har utfordringer på flere områder, men også jobber godt for å oppnå resultatforbedring.

Det økonomiske resultatet pr mars er noe dårligere enn forventet, og direktøren følger dette tett opp mot de klinikkene som pr mars har et dårligere resultat enn balanse.

Den økonomiske prognosen tilsier fremdeles et overskudd på 40 mill kr, men risikoen er økende for at vi ikke når målet jo lenger ut i året vi kommer.

Tromsø, 12.4.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport mars
2. Vedlegg til virksomhetsrapport mars – tiltak og økonomi



KVALITET

TRYGGHET

RESPEKT

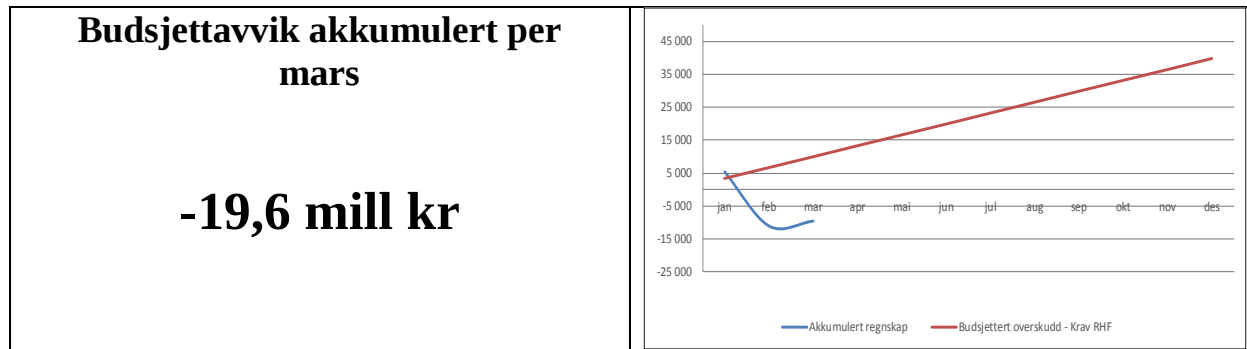
OMSORG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Kvalitet	5
Pakkeforløp – kreftbehandling.....	5
Ventelister	7
Ventetid	7
Fristbrudd.....	7
Korridorpasienter	9
Intern venteliste.....	10
Strykninger	11
Epikrisetid	12
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern	12
Oppholdstid i akuttmottaket.....	13
Aktivitet.....	14
Somatisk virksomhet	15
Psykisk helsevern voksne	17
Psykisk helsevern barn og unge.....	17
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	18
Den gylne regel	18
Samhandling	19
Utskrivningsklare pasienter	19
Bruk av pasienthotell	21
Personal.....	23
Bemanning	23
Sykefravær.....	25
AML-brudd	27
Kommunikasjon	28
Sykehuset i media.....	28
Økonomi	29
Resultat	29
Prognose.....	30

Hovedindikatorer

Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid, mars Måltall: 70 % Andel i pakkeforløp: 74,0 % Andel innenfor frist: 59,0 %	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.
Strykninger av planlagte operasjoner Måltall: < 5 % Mars: 7,6 %	Uthuling strykninger samme dag
Sykefravær, mars Måltall: 7,5 % 7,9 %	Samtidig oppfølging av pasienter
Andel epikriser sendt innen 1 dag og innen 7 dager Måltall: 50 % innen 1 dag 100 % innen 7 dager Mars 1 dag: 51,2 % Mars 7 dager: 82,2 %	Andel epikriser sendt innen 1 og 7 dager



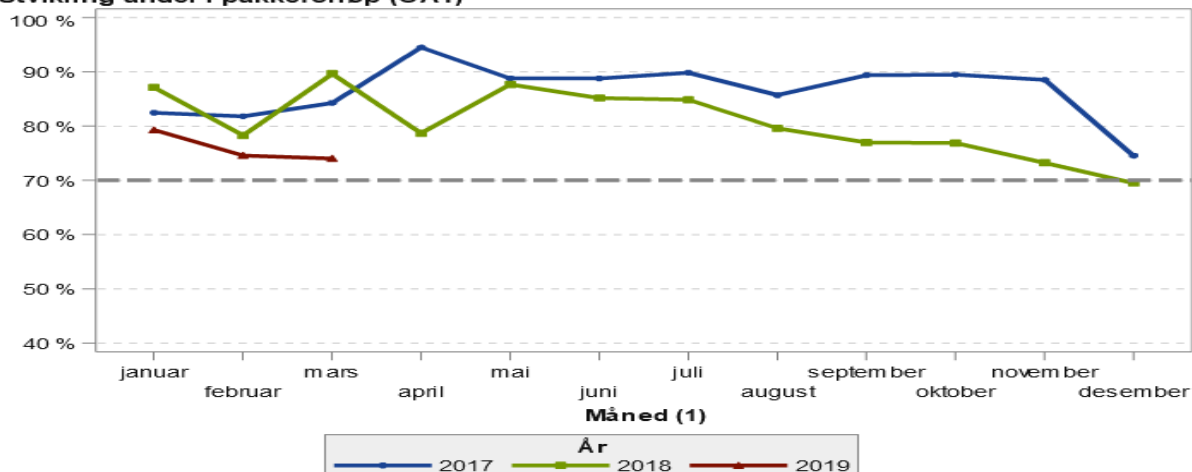
Kvalitet

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

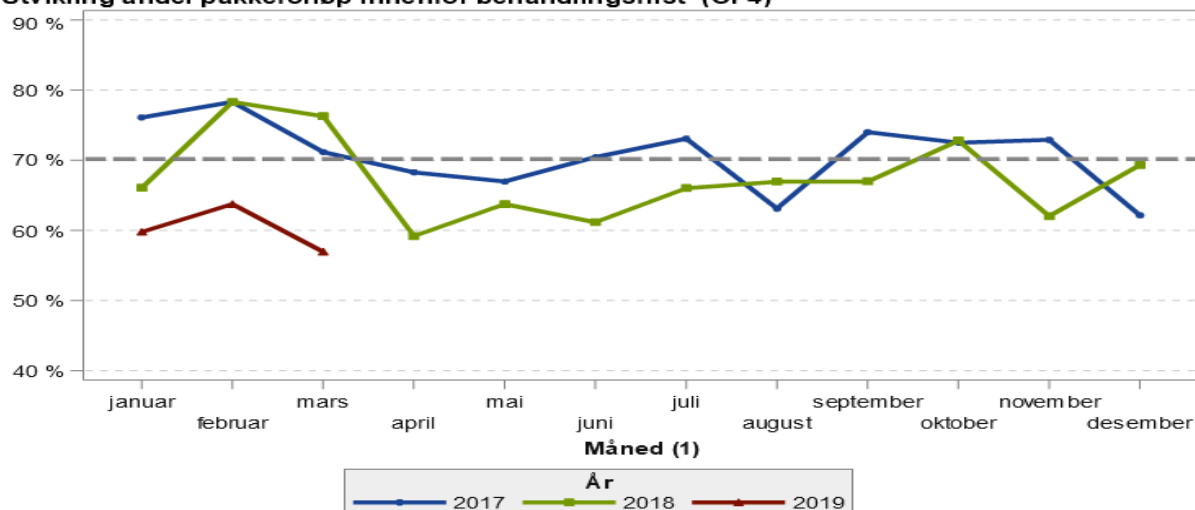
Utvikling andel i pakkeforløp (OA1)



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		134	227	59,0%
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Blærekreft	Kirurgi	9	15	60,0%
Blærekreft	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Brystkreft	Kirurgi	19	33	57,6%
Brystkreft	Medikamentell behandling	8	13	61,5%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	1	1	100,0%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	7	8	87,5%
Eggstokkreft (ovarial)	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Føflekkreft	Kirurgi	9	11	81,8%
Galleveiskreft	Kirurgi	1	1	100,0%
Galleveiskreft	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Hjernekreft	Kirurgi	4	4	100,0%
Hode- halskreft	Kirurgi	4	8	50,0%
Hode- halskreft	Strålebehandling	2	3	66,7%
Kreft hos barn	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	1	1	100,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Medikamentell behandling	2	2	100,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Strålebehandling	1	2	50,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	2	2	100,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Strålebehandling	1	1	100,0%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	9	10	90,0%
Livmorkreft (endometrie)	Strålebehandling	0	1	0,0%
Lungekreft	Kirurgi	3	6	50,0%
Lungekreft	Medikamentell behandling	4	5	80,0%
Lungekreft	Strålebehandling	9	10	90,0%
Lymfomer	Medikamentell behandling	9	11	81,8%
Lymfomer	Strålebehandling	0	3	0,0%
Myelomatose	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Nyrekreft	Kirurgi	2	9	22,2%
Peniskreft	Kirurgi	0	1	0,0%
Prostatakreft	Kirurgi	4	10	40,0%
Prostatakreft	Medikamentell behandling	2	5	40,0%
Sarkom	Medikamentell behandling	1	1	100,0%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	8	11	72,7%
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	4	22	18,2%
Tykk- og endetarmskreft	Medikamentell behandling	0	1	0,0%
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	5	9	55,6%

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

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

Ventelister

Tabell 2 Venteliste

	2017	2018	2019	Endring 2018-2019	Endring %
Pasienter på venteliste	7 693	8 698	9 255	557	6
Gjennomsnittlig ventetid dager	55	55	58	3	5
Ikke møtt til planlagt avtale	2 027	1 547	1 287	-260	-17

Ventetid

Tabell 3 Gjennomsnitt og median ventetid i dager hittil i år for avviklede pasienter

	2017	2018	2019	Endring 2018-2019	Endring %
Gjennomsnittlig ventetid i dager	56	55	58	3	5
Median ventetid i dager	41	40	42	2	5

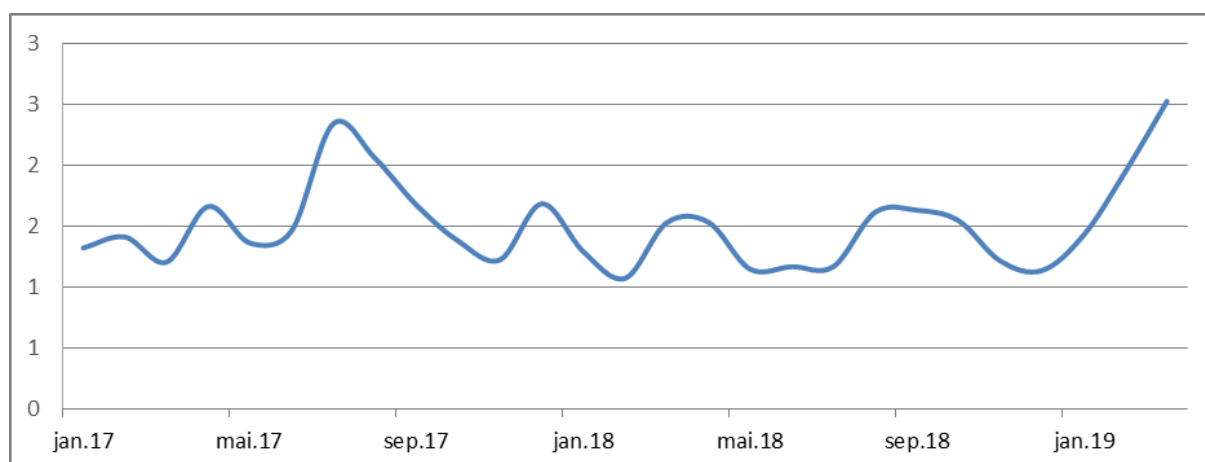
Fristbrudd

Tabell 4 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av mars 2019

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	19	428	4,4 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	9	1 792	0,5 %
Medisinsk klinikk	7	850	0,8 %
Hjerte- og lungeklinikken	3	606	0,5 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	34	4 955	0,7 %
UNN	72	8 631	0,8 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

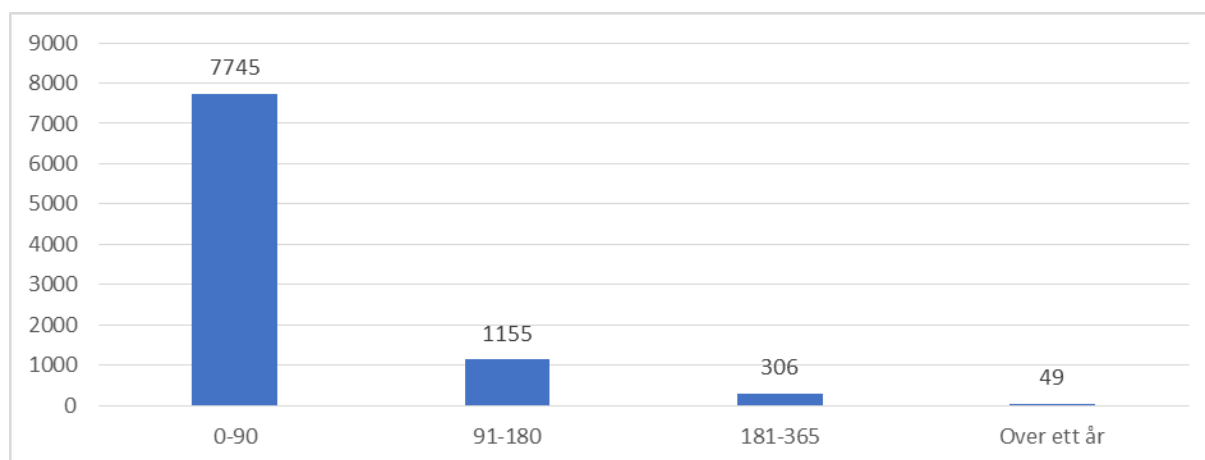
Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 5 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

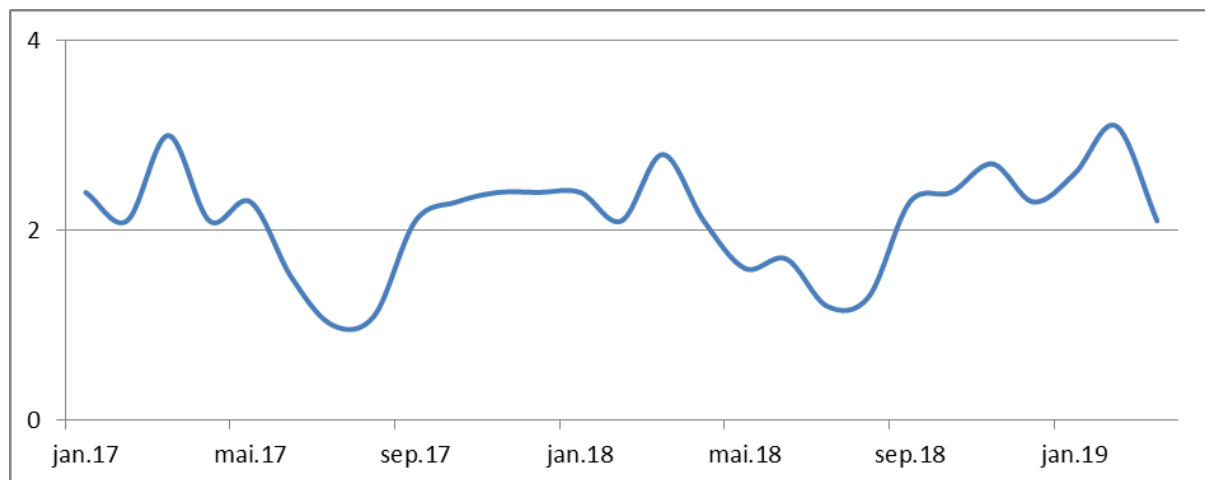
Klinikk	feb.19	mar.19
Barne- og ungdomsklinikken	1	0
Hjerte- og lungeklinikken	10	5
Medisinsk klinikk	1	10
Psykisk helse- og rusklinikken	25	21
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	24	39
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	17	22
UNN	78	97

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



Korridorpasienter

Figur 5 Korridorpasienter andel per måned - somatikk

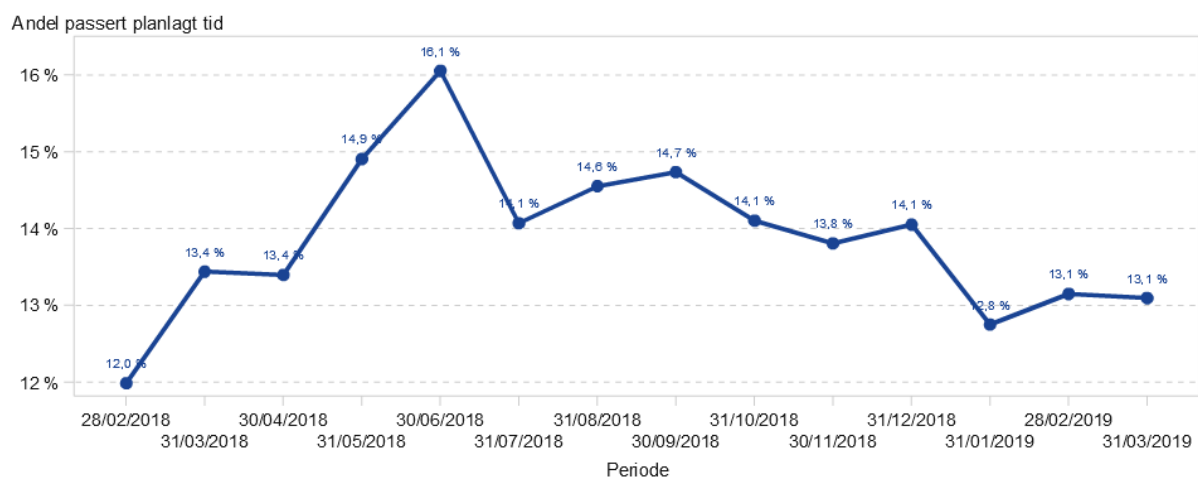


Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Sengepost	Inneliggende	Korridor	Andel
Ortopedisk post Harstad	479	39	8,1
Hjertermed. post Tromsø	942	35	3,7
Gastrokirurgisk post Tromsø	823	30	3,6
Fordøyelse-nyre post Tromsø	430	26	6,0
Nevro-hud-revmapost Tromsø	708	18	2,5
Med-kir. post Narvik	640	17	2,7
Kirurgisk post Harstad	453	13	2,9
Medisinsk post A Harstad	468	12	2,6
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	688	6	0,9
Geriatrisk post Tromsø	411	6	1,5
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	743	5	0,7

Intern venteliste

Figur 6 Andel passert planlagt tid



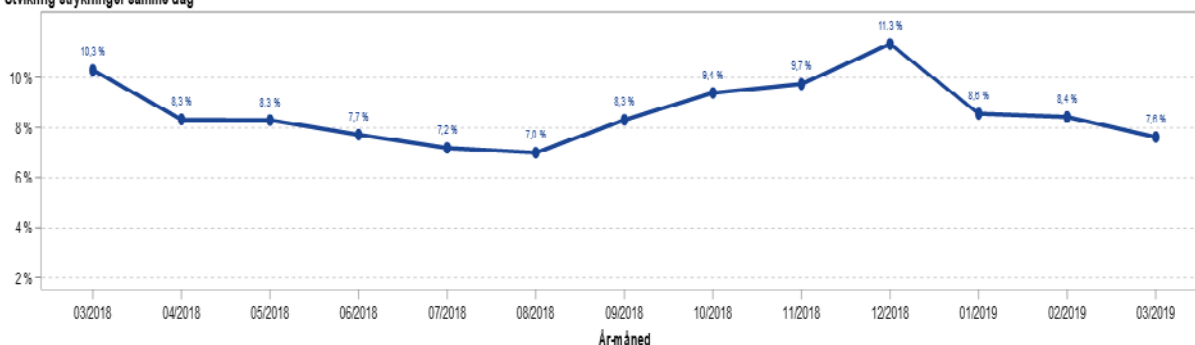
Tabell 7 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på fagområde (10 største)

Fagområde	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter	Andel passert planlagt tid
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	5 438	1 390	25,6%
Ortopedisk kirurgi (inklusive revmakirurgi)	6 341	1 128	17,8%
Øre-nese-hals sykdommer	6 171	1 025	16,6%
Nevrologi	2 869	824	28,7%
Lungesykdommer	2 774	780	28,1%
Øyesykdommer	5 501	756	13,7%
Hjertesykdommer	6 028	530	8,8%
Fordøyelsesykdommer	4 032	452	11,2%
Gastroenterologisk kirurgi	3 065	430	14,0%
Psykisk helsevern voksne	3 175	300	9,4%

Strykninger

Figur 7 Strykninger samme dag av planlagte operasjoner (prosent)

Utvikling strykninger samme dag

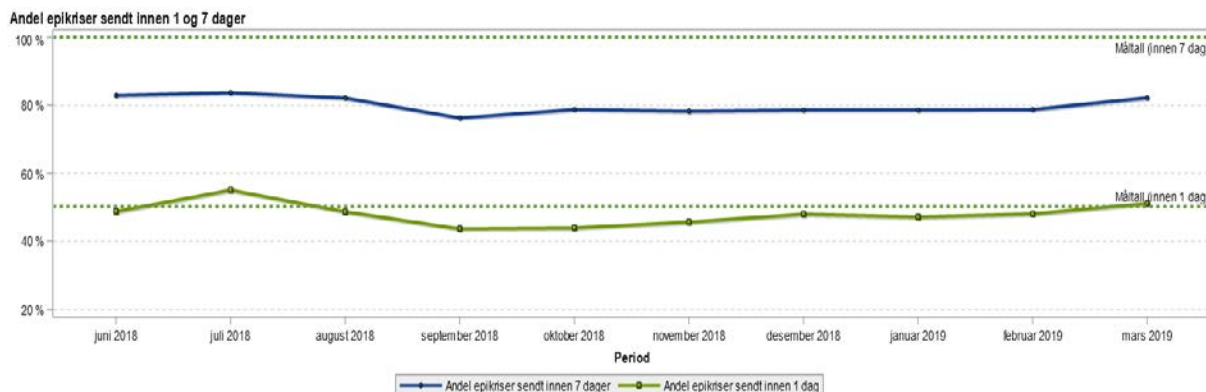


Tabell 8 Årsak til strykninger av planlagte operasjoner siste måned

Avsluttkode - UNN	Sum strykninger	Strøket samme dag	Andel strykninger samme dag
Overbooking/skiftetid/forsinkelse annen elektiv operasjon	39	28	71,8%
Ikke indikasjon for operasjon	67	23	34,3%
Utsatt grunnet ø-hjelp (annen pasient)	78	22	28,2%
Pasient syk	82	21	25,6%
Administrativ feil	79	15	19,0%
Manglende utredning	23	10	43,5%
Pasient ikke møtt og ingen beskjed	8	7	87,5%
Dårlig vær/transportproblemer	8	6	75,0%
Pasienter ønsker ikke kirurgi	90	5	5,6%
Ikke kapasitet kirurg	61	4	6,6%
Ikke kapasitet intensiv/oppvåkning	4	3	75,0%
Tidspunkt passer ikke	161	2	1,2%
Preoperative retningslinjer ikke fulgt	5	1	20,0%
Ikke kapasitet anestesilege	1	0	0,0%
Ikke kapasitet anestesisykepleier	2	0	0,0%
Ikke kapasitet operasjonssykepleier	5	0	0,0%
Ikke kapasitet sengepost	14	0	0,0%
Pasient har hatt operasjon på annet sykehus	12	0	0,0%
Utstyr - teknisk feil eller utilgjengelig	4	0	0,0%

Epikrisetid

Figur 8 Epikriser - andel sendt innen syv dager

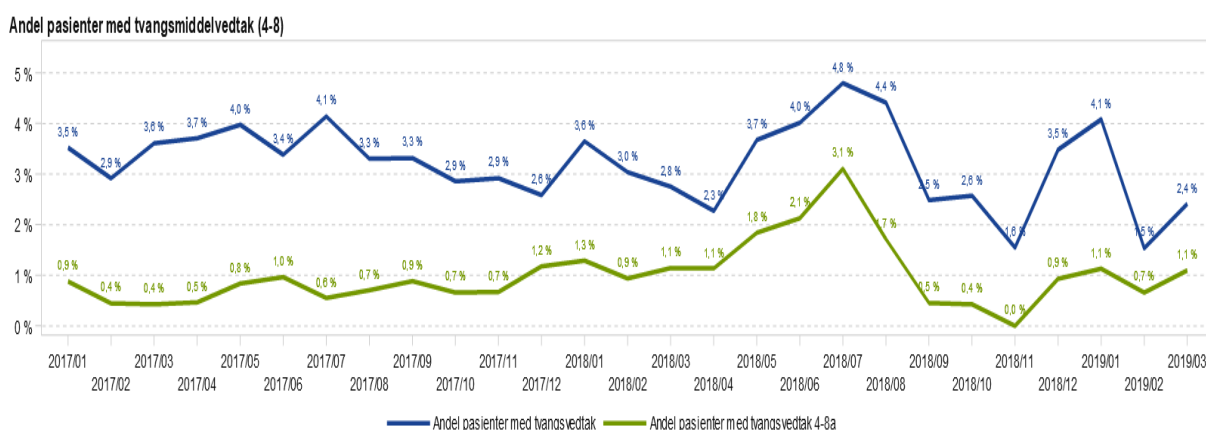


Tabell 9 Andel epikriser sendt innen 1 og 7 dager siste måned

Klinikk UNN	Antall epikriser som skal skrives	Antall epikriser sendt innen 1 dag	Antall epikriser sendt innen 7 dager	Andel epikriser sendt innen 1 dag	Andel epikriser sendt innen 7 dager
Sum	3467	1 776	2 850	51,2%	82,2%
10 - Akuttmedisinsk klinikk	13	3	3	23,1%	23,1%
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	760	381	582	50,1%	76,6%
13 - Hjerter- og lungeklinikken	617	316	534	51,2%	86,5%
15 - Medisinsk klinikk	749	493	670	65,8%	89,5%
17 - Barne- og ungdomsklinikken	109	45	85	41,3%	78,0%
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	915	425	725	46,4%	79,2%
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	304	113	251	37,2%	82,6%

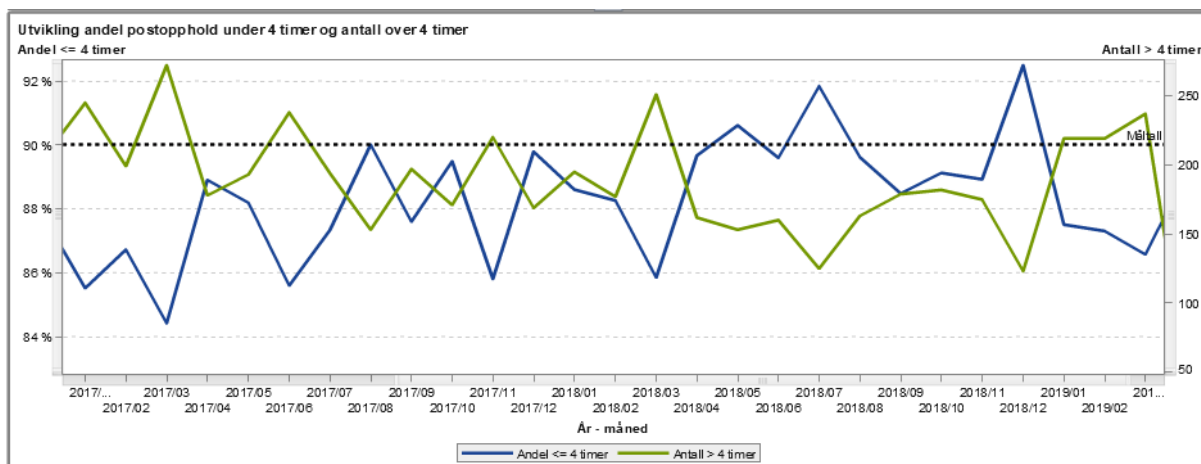
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

Figur 9 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



Oppholdstid i akuttmottaket

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



Tabell 10 Tid til triage

Team - UNN ▲	Tid til triage intervaller ▲	Tid til triage (gjennomsnitt)	Tid til triage (median)	Antall episoder
Sum		23	10	3 842
Annet	0-15 minutter	6	6	643
	Over 15 minutter	52	28	369
Blå	0-15 minutter	8	10	8
	Over 15 minutter	54	48	20
Grønt	0-15 minutter	7	6	117
	Over 15 minutter	52	30	89
Gult	0-15 minutter	7	6	829
	Over 15 minutter	52	26	460
Orange	0-15 minutter	6	6	775
	Over 15 minutter	67	25	313
Rødt	0-15 minutter	5	5	186
	Over 15 minutter	38	20	33

Aktivitet

Tabell 11 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF		2018	2019	Plantall 2019	Endring fra 2018		Avvik fra plan 2019	
					Antall	%	Antall	%
Somatikk								
Heldøgnsopphold	Somatikk	9 865	10 344		479	4,9		
Dagopphold	Somatikk	1 934	1 863		-71	-3,7		
Gjennomsnittlig liggetid	Somatikk	4,0	4,1		0,1	2,5		
Liggedager i perioden	Somatikk	42 446	45 986	50 208	3 540	8,3	-4 222	-8,4
Polikliniske konsultasjoner	Somatikk	71 910	74 587	72 131	2 677	3,7	2 456	3,4
- herav dagkirurgi	Somatikk	3 737	3 917		180	4,8		
DRG-poeng	Somatikk	18 708	20 585	20 479	1 877	10,0	106	0,5
Laboratorieanalyser	Somatikk	1 820 525	1 974 943	1 799 805	154 418	8,5	175 138	9,7
Røntgenhenvisninger	Somatikk	37 726	40 509	41 285	2 783	7,4	-776	-1,9
PET undersøkelser	Somatikk	197	280	240	83	42,1	40	16,7
PHV								
Heldøgnsopphold	PHV	750	686		-64	-8,5		
Gjennomsnittlig liggetid	PHV	13,3	11,8		-1,5	-11,3		
Liggedager i perioden	PHV	9 960	9 465	11 088	-495	-5,0	-1 623	-14,6
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	PHV	17 447	16 269	18 545	-1 178	-6,8	-2 276	-12,3
BUP								
Heldøgnsopphold	BUP	51	49		-2	-3,9		
Gjennomsnittlig liggetid	BUP	13,0	14,0		1,0	7,7		
Liggedager i perioden	BUP	697	648	867	-49	-7,0	-219	-25,3
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	BUP	8 302	9 162	8 446	860	10,4	716	8,5
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)								
Heldøgnsopphold	TSB	171	151		-20	-11,7		
Gjennomsnittlig liggetid	TSB	31,8	25,8		-6,0	-18,9		
Liggedager i perioden	TSB	5 109	4 829	5 501	-280	-5,5	-672	-12,2
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	TSB	3 391	3 444	3 287	53	1,6	157	4,8
Sum polikliniske konsultasjoner		101 050	103 462		2 412	2,4		
Sum heldøgnsopphold		10 837	11 230		393	3,6		

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

Fra mars 2019 er disse nye: Heldøgnsopphold, dagopphold, gjennomsnittlig liggetid (beregnet på avdelingsopphold med > 0 liggedøgn) og spesifisering av dagkirurgi under poliklinikk (uttrekk basert på lokasjon dagkirurgi). Det er ikke plantall i 2019 for disse.

Somatisk virksomhet

Tabell 12 DRG-poeng hittil i år 2019 fordelt på klinikk

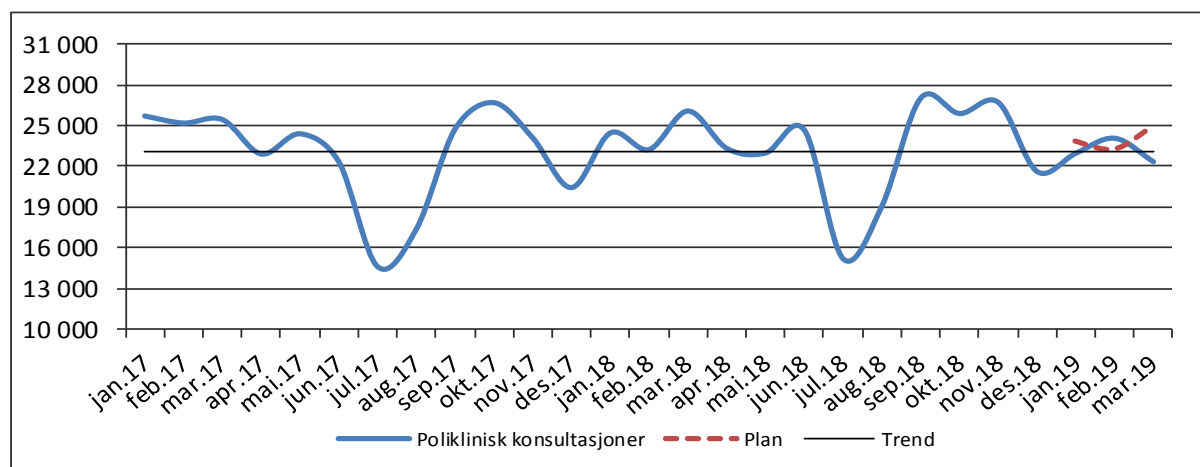
Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	579	533	46
Barne- og ungdomsklinikken	882	909	-27
Hjerte- og lungeklinikken	3 382	3 225	157
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	5 271	5 229	42
Medisinsk klinikk	3 564	3 575	-11
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	5 380	5 111	269
Operasjons- og intensivklinikken	17	20	-3
Totalt	19 075	18 603	473

Tabell 13 DRG-indeks og avdelingsopphold per klinikk - somatikk - alle omsorgsnivå

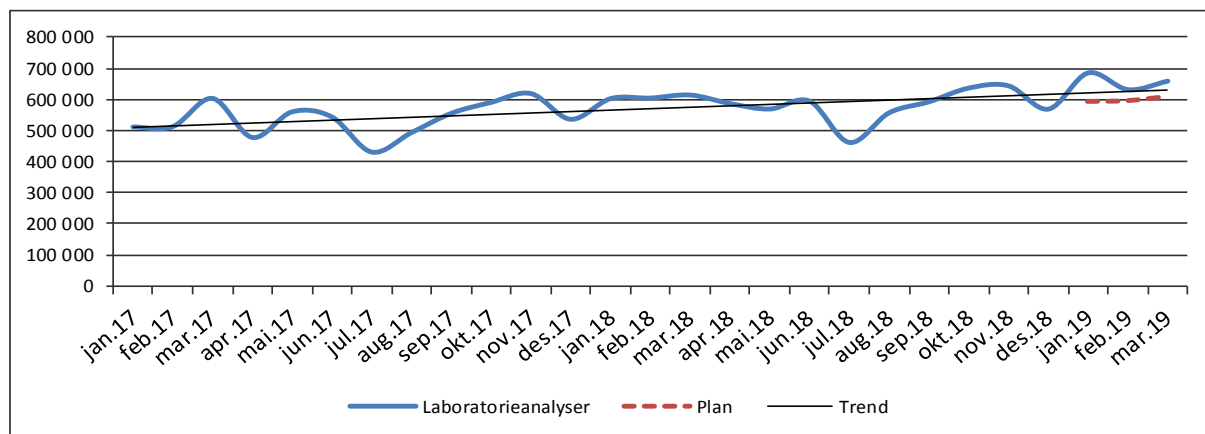
DRG indeks og avdelingsopphold pr klinikk - somatikk - alle omsorgsnivå						
Klinikk	Indeks			avdelingsopphold inkl. 470		
	2018	2019	Endring	2018	2019	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	0,157	0,159	0,002	3 435	3 535	100
Barne- og ungdomsklinikken	0,307	0,292	-0,015	2 757	2 998	241
Hjerte-lungeklinikken	0,680	0,665	-0,015	4 891	5 130	239
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,227	0,229	0,002	21 335	22 572	1 237
Medisinsk klinikk	0,286	0,277	-0,008	12 266	12 952	686
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,141	0,145	0,004	35 647	36 706	1 059
OPIN	0,064	0,063	-0,001	377	273	-104
SUM				80 708	84 166	3 458

Indeks: gjennomsnittstygnde per avdelingsopphold målt i DRG - poeng (eks: hvert av avdelingsoppholdene på Hjerte-lungeklinikken gir 0,665 poeng).

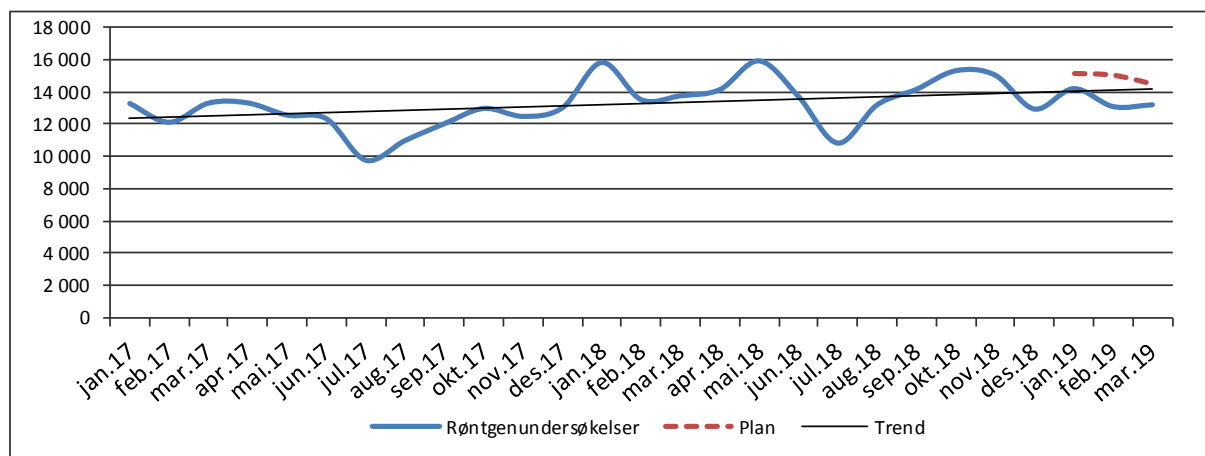
Figur 11 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



Figur 12 Laboratorieanalyser

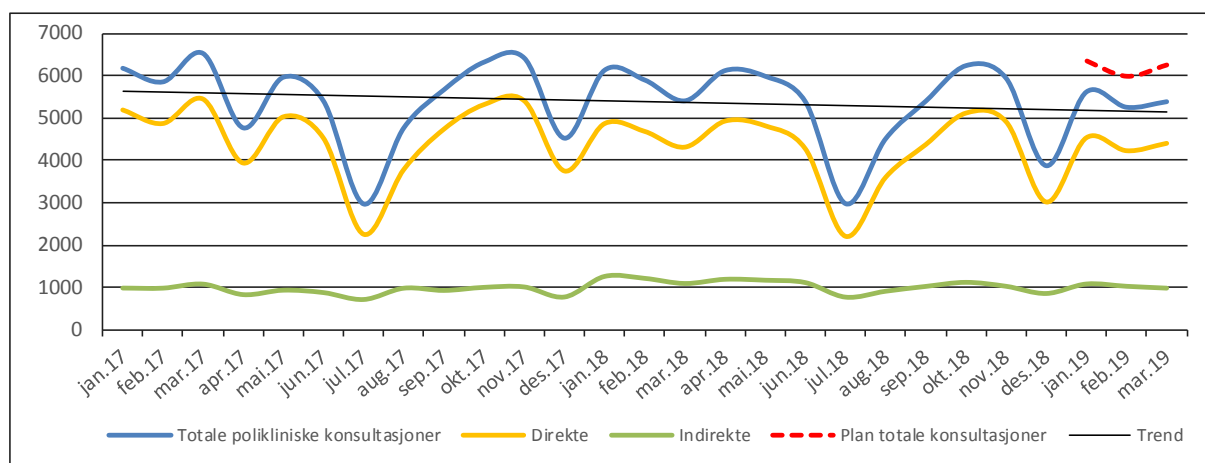


Figur 13 Røntgenundersøkelser



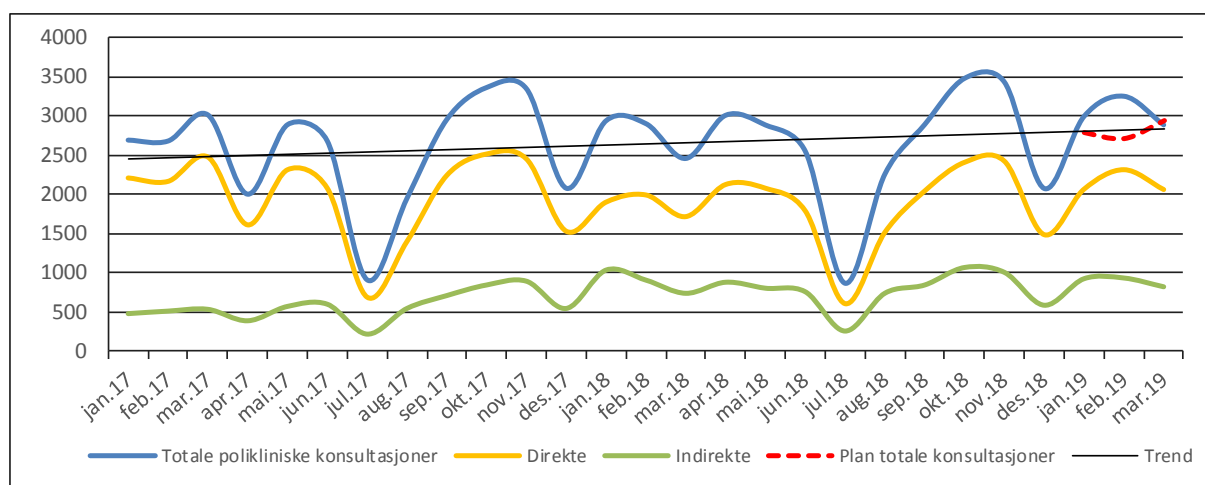
Psykisk helsevern voksne

Figur 14 Polikliniske konsultasjoner – PHV



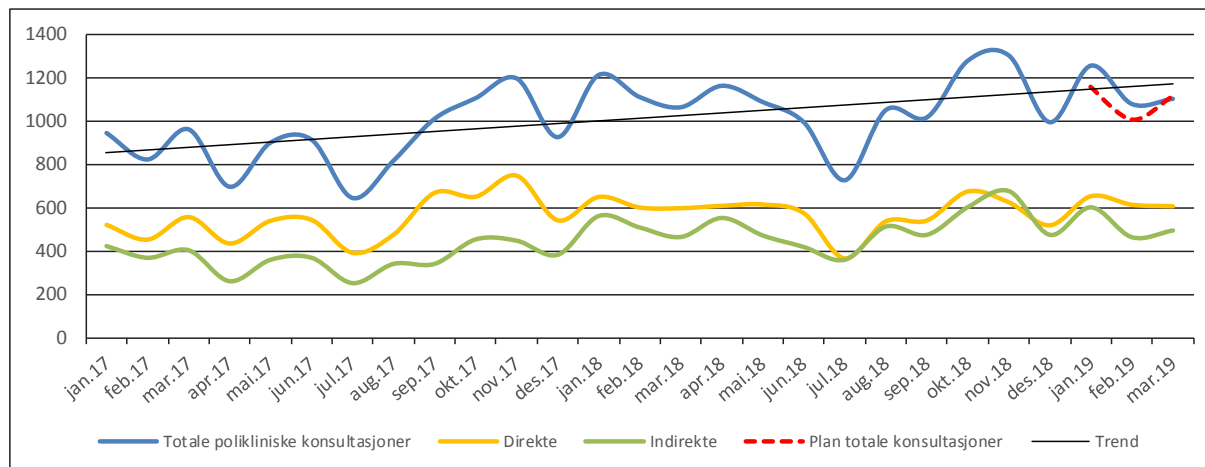
Psykisk helsevern barn og unge

Figur 15 Polikliniske konsultasjoner – BUP



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 16 Pasientkontakter- TSB



Den gylne regel

Tabell 14 Den gylne regel

Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2018	2019	Endring 18 -19
Somatikk*	Økonomi	1 145 125	1 217 165	6,3 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	175 686	189 067	7,6 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	41 916	44 000	5,0 %
TSB	Økonomi	47 659	47 567	-0,2 %
Somatikk	Konsultasjoner	71 910	74 587	3,7 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	17 447	16 269	-6,8 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	8 302	9 162	10,4 %
TSB	Konsultasjoner	3 391	3 444	1,6 %
Somatikk	Ventetid	60,2	59,8	-0,7 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	41,7	45,6	9,4 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	50,6	51,8	0,7 %
TSB	Ventetid	32,3	32,2	-0,5 %

* Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering . Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB.

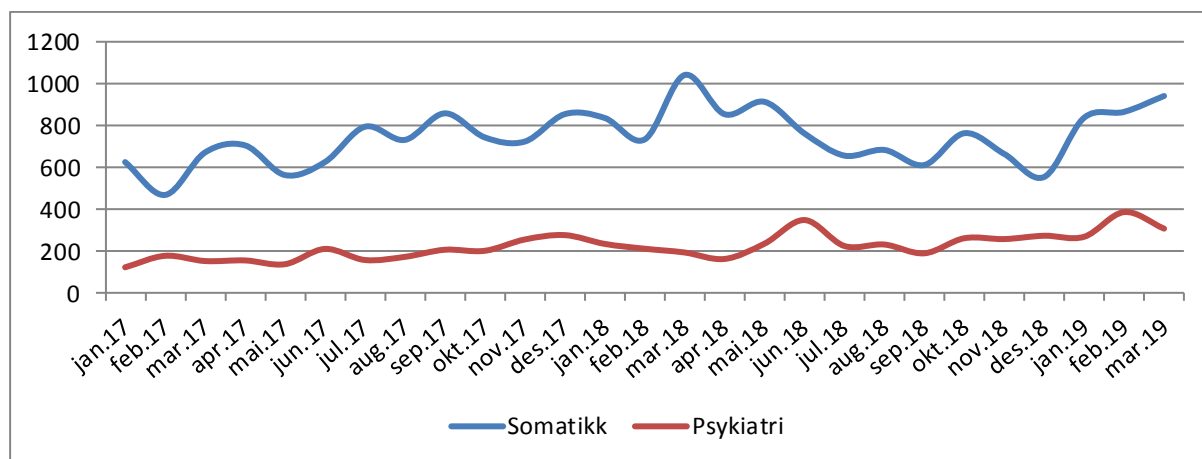
Tabell 15 Den gylne regel

	Økonomi	Konsultasjoner	Ventetid
Somatikk	6,3 %	3,7 %	-0,7 %
Psykisk helse - voksne	7,6 %	-6,8 %	9,4 %
Psykisk helse - barn og unge	5,0 %	10,4 %	0,7 %
TSB	-0,2 %	1,6 %	-0,5 %

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 17 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern



Tabell 16 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – psykiatri og rus

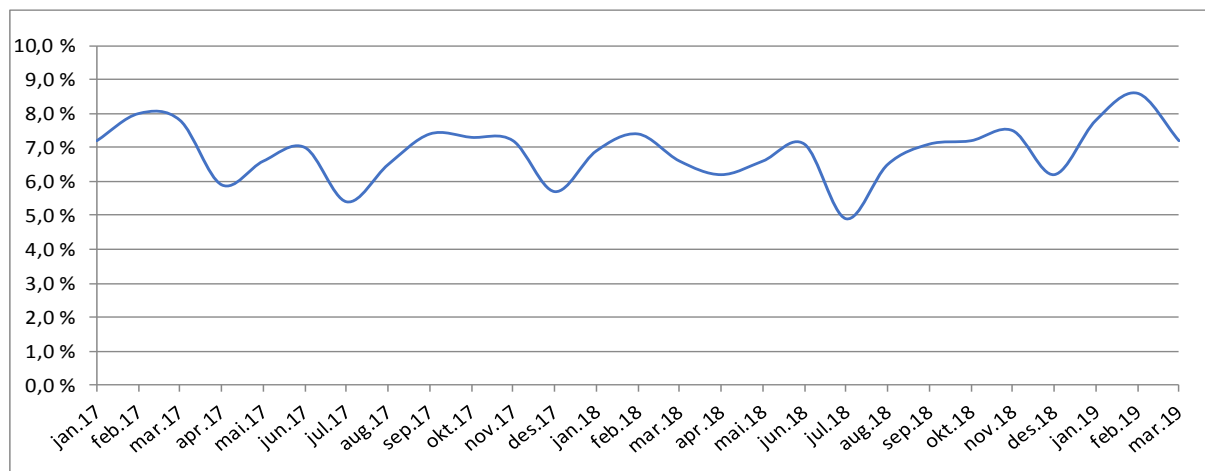
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	Mars	Mars	Mars	Mars
GRATANGEN	68	67	3	61
TROMSØ	658	641	40	9
BARDU	18	17	2	5
SALANGEN	6	5	1	3
STORFJORD	3	3	1	2
HARSTAD	38	32	6	2
SKJERVØY	3	1	2	1
LØDINGEN	1	0	1	0
NORDREISA	2	0	2	0
LENVIK	2	0	2	0
NARVIK	3	1	2	0
IBESTAD	0	0	1	0
Sum	802	767	63	4

Tabell 17 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

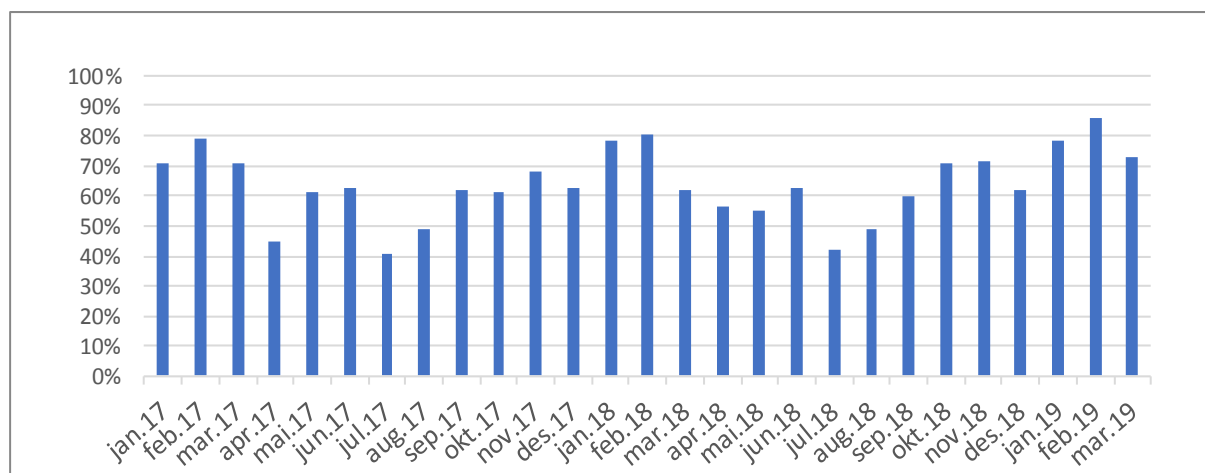
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	Mars	Mars	Mars	Mars
BALSFJORD	257	232	30	45
TRANØY	50	40	11	33
BARDU	112	97	17	28
SALANGEN	55	34	21	25
HARSTAD	576	318	267	23
SKÅNLAND	69	23	49	23
TJELDSUND	29	4	25	23
MÅLSELV	143	117	31	21
NARVIK	290	186	106	16
EVENES	20	0	21	14
LØDINGEN	27	7	20	13
BALLANGEN	29	16	13	11
IBESTAD	15	2	14	11
KVÆFJORD	29	0	29	10
TROMSØ	712	561	168	9
SKJERVØY	24	14	10	8
GRATANGEN	9	4	5	8
DYRØY	8	2	7	7
BERG	6	3	4	7
NORDREISA	32	23	10	6
LYNGEN	18	8	10	6
KÅFJORD	9	3	6	4
KVÆNANGEN	4	0	4	3
TORSKEN	3	0	3	3
LAVANGEN	3	0	3	3
LENVIK	32	11	21	3
KARLSØY	5	2	3	2
SØRREISA	6	2	4	2
STORFJORD	3	0	3	2
TYSFJORD	3	1	2	2
Sum	2 578	1 710	917	13

Bruk av pasienthotell

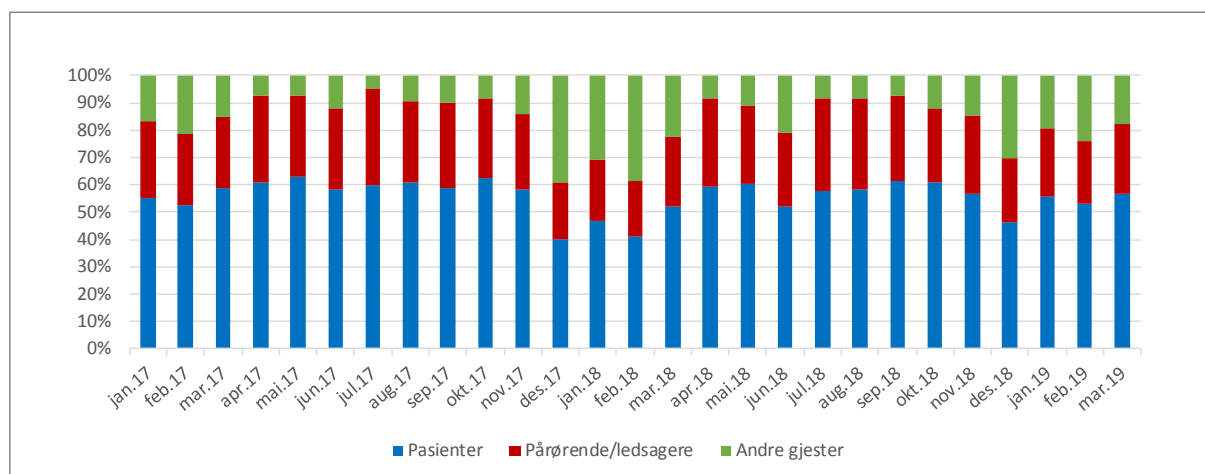
Figur 18 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)

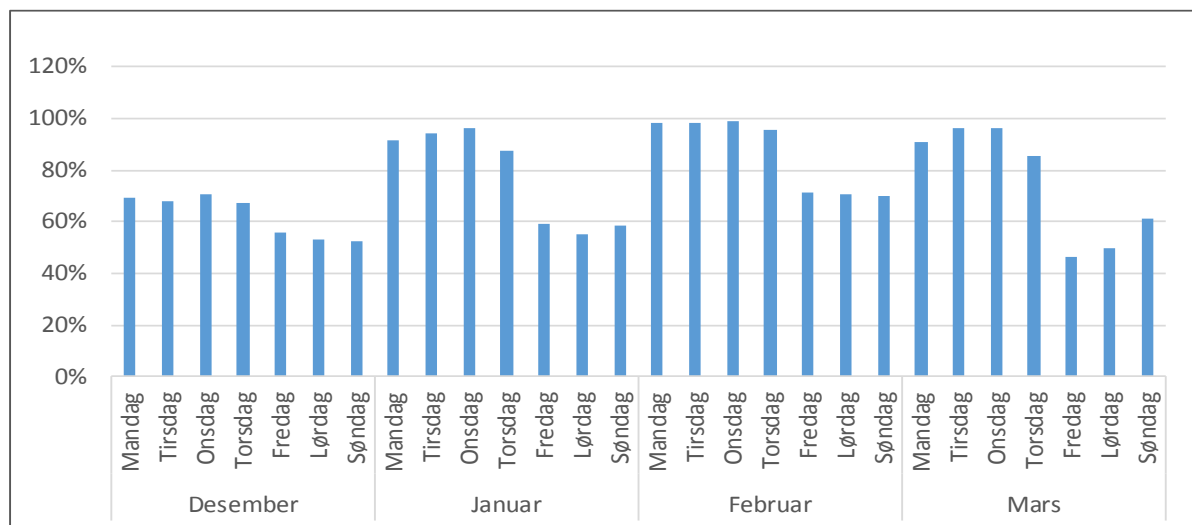


Figur 19 Beleggsprosent på Pingvinhotellet



Figur 20 Oppholdstype på Pingvinhotellet



Figur 21 Gjennomsnittlig beleggsprosent per ukedag på Pingvinhotellet

Personal

Bemanning

Tabell 18 Brutto utbetalte månedsverk

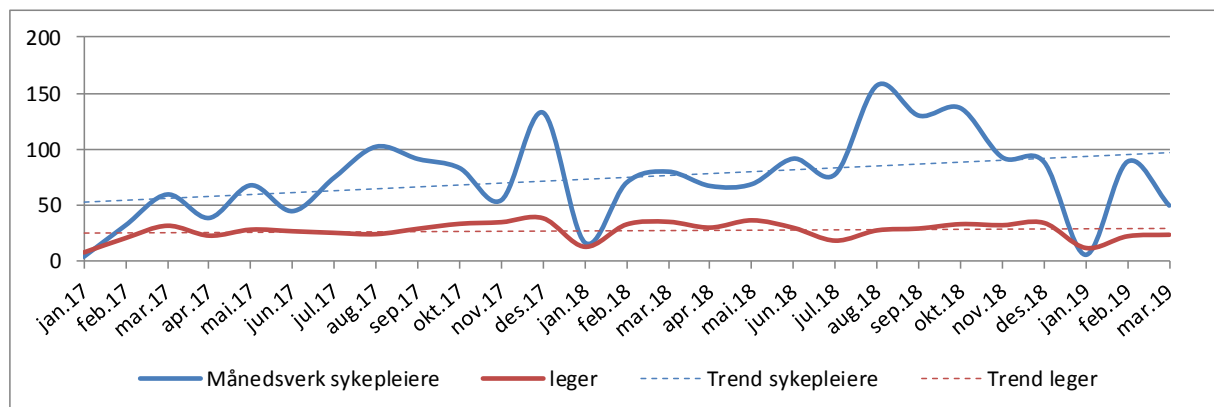
Måned	2019	Plantall 2019	Avvik mot plan
Januar	6 415	6 299	116
Februar	6 534	6 299	235
Mars	6 486	6 304	182
April	-	6 303	
Mai	-	6 311	
Juni	-	6 482	
Juli	-	7 152	
August	-	6 617	
September	-	6 327	
Oktober	-	6 298	
November	-	6 310	
Desember	-	6 315	
Snitt hittil i år	6 478	6 301	177

Tabell 19 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på klinikk og profesjon

Klinikk Nr og navn	Totalt 2018	Totalt 2019	01. Adm og ledere	02. Pasientrettede stillinger	03. Leger	04. Psykologer	05. Sykepleiere	06. Helsefagarbeider/hjelpepleier	07. Diagnostisk personell	09. Drift/teknisk personell	10. Ambulanspersonell	11. Forskning	Endring 2018-2019
10 - Akuttmedisinsk klinikk	586	600	1	3	6	-	-3	-1	-	2	7	-	14
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	660	686	2	-0	6	-	24	-5	1	-2	-	-1	25
13 - Hjerter- og lungeklinikken	298	313	8	2	5	-	1	-2	-	2	-	-1	15
15 - Medisinsk klinikk	598	603	2	1	-2	-	6	-4	-1	2	-	2	5
17 - Barne- og ungdomsklinikken	388	389	0	-5	1	4	1	-0	0	0	-	-0	1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	680	666	6	2	6	0	-30	-1	-	4	-	-	-13
19 - NOR klinikken	750	780	5	20	-1	2	-4	5	-	1	-	0	30
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	954	998	12	30	-2	-2	13	-7	-	-0	-	-0	44
30 - Diagnostisk klinikk	602	607	-1	-1	0	-	-1	-3	12	-0	-	0	6
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	52	55	2	-	-	-	-	-	-	0	-	1	4
45 - Drifts- og eiendomssenter	395	406	2	1	-	-	-	-	-	7	-	-	11
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	176	171	-2	-3	0	-	0	-	-	-	-	-0	-5
50 - Direktør og Administrasjonssenteret	7	12	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
52 - Stabsenteret	167	169	3	-1	-	-	-0	-	-	-	-	-	2
62 - Fellesinntekter/-kostnader	25	21	-1	-1	-1	-1	-	-	-	-	-	-	-4
Totalsum	6 338	6 478	44	46	17	4	7	-18	11	15	7	2	139

Tabell 19 er ny i mars 2019: Denne viser gj. månedsverk for perioden per klinikk i 2018/2019. I tillegg viser den endringen i månedsverk fordelt per profesjon. Tabellen er *normalisert* mht. to omorganiseringer: akuttmottakene som i juli i fjor ble flyttet fra OPIN til Akuttmed. ligger begge år på Akuttmed., samt MIHO som lå på HLK til mai 2018 og som da ble flyttet til OPIN, er begge år på OPIN.

Figur 22 Innleide månedsverk sykepleiere og leger



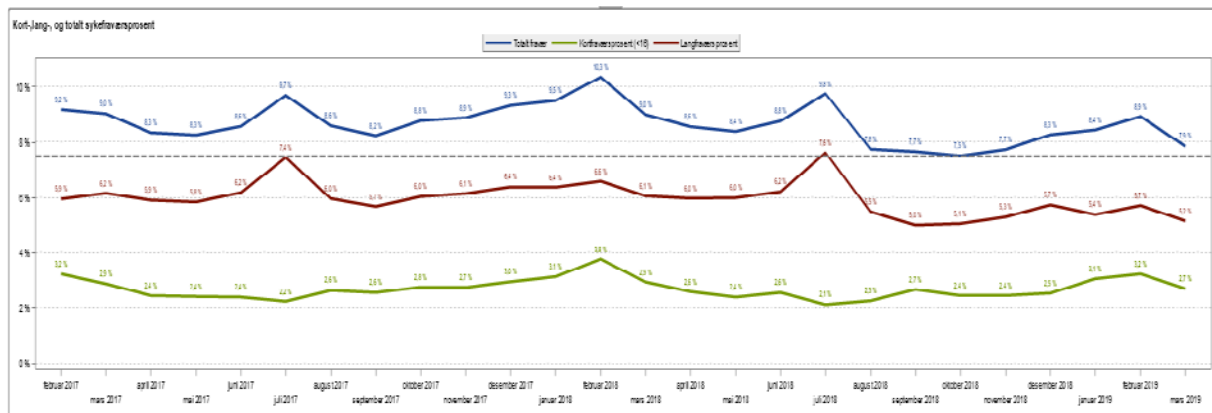
Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt. Leger er inkludert innleie leger fra lønssystemet.

Tabell 20 Innleide månedsverk per klinikk

År ▲	2018		2019	
Klinikknavn - UNN ▲	Innleide sykepleier	Innleide leger totalt	Innleide sykepleier	Innleide leger totalt
Sum	166,2	80,2	154,4	57,0
10 - Akuttmedisinsk klinikk	6,3	0,0	-0,1	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelsklinikken	4,1	13,6	15,7	2,8
13 - Hjerte- og lungelinikken	58,7	0,2	0,0	0,0
15 - Medisinsk klinikk	19,0	10,1	5,1	10,9
17 - Barne- og ungdomsklinikken	6,1	0,4	-0,4	0,6
18 - Operasjons- og intensivlinikken	56,1	25,3	112,0	14,6
19 - Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	15,8	3,7	22,0	3,0
22 - Psykisk helse- og ruslinikken	0,0	8,6	0,0	10,5
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	18,4	0,0	14,6

Sykefravær

Figur 23 Sykefravær



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Høsten 2018 ble styrket innsats mot sykefravær etablert. Det er p.t. valgt ut 2 enheter som er godt i gang med identifisering og iverksetting av tiltak, med mål om å redusere sykefraværet. Det er utarbeidet egen orienteringssak angående dette tiltaket.

Oppfølgingen av hyppig korttids-fravær og gjentakende langtidsfravær, er en satsning i flere enheter. Denne typene fravær følges opp tettere og mer systematisk enn tidligere, med forankring fra ledelse og tett lederstøtte fra stab.

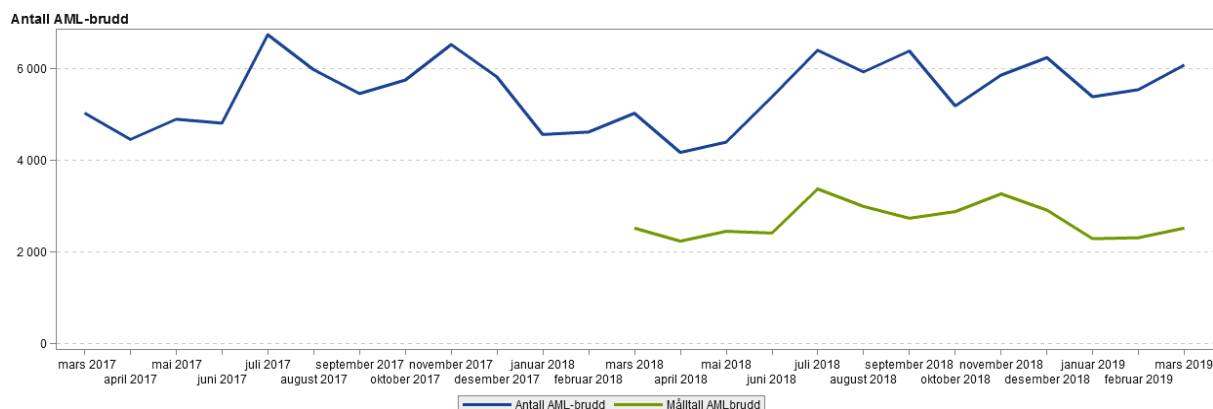
Det jobbes med å øke NAVs involvering i oppfølging av sykmeldte i UNN. Dette innebærer at NAV mer systematisk bistår i oppfølgingsmøter i en tidligere fase. Dvs. tidligere enn ved dagens ordning, der NAV kobles inn i dialogmøte 2 som avholdes innen 26 ukers sykefravær. Dette vil være med på å styrkende oppfølging av sykmeldte der hovedmålet er at sykmeldte kommer i full eller gradert arbeidsaktivitet.

Tabell 21 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN [▲]	Totalt sykefravær forrige måned	Endring totalt fravær forrige måned mot ifjor	Kortidsfravær forrige måned	Endring kortids fravær forrige måned mot ifjor	Långtidsfravær forrige måned	Endring langtids fravær forrige måned mot ifjor
Sum	7,9 %	-1,1 %	2,7 %	-0,2 %	5,2 %	-0,9 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	6,7 %	-1,2 %	2,0 %	-0,2 %	4,6 %	-1,0 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk	6,3 %	-2,5 %	2,4 %	-0,3 %	3,9 %	-2,2 %
13 - Hjerter- og lungelinikken	6,8 %	-1,1 %	1,8 %	-1,0 %	5,0 %	-0,2 %
15 - Medisinsk klinikk	7,6 %	-1,8 %	2,3 %	-0,8 %	5,3 %	-1,0 %
17 - Barne- og ungdomsklinikk	7,3 %	-0,4 %	3,0 %	0,2 %	4,2 %	-0,6 %
18 - Operasjons- og intensivlinikken	8,9 %	-1,5 %	3,0 %	0,0 %	5,9 %	-1,5 %
19 - Neuro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikk	8,6 %	0,2 %	2,9 %	-0,4 %	5,6 %	0,6 %
22 - Psykisk helse- og ruslinikken	9,7 %	-0,7 %	3,4 %	0,1 %	6,3 %	-0,8 %
30 - Diagnostisk klinikk	7,0 %	-2,3 %	3,0 %	-0,1 %	4,0 %	-2,2 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	8,1 %	5,5 %	4,0 %	2,9 %	4,1 %	2,6 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	8,2 %	-1,7 %	2,4 %	-0,5 %	5,8 %	-1,3 %
48 - Kvalitets- og utviklings senteret	6,5 %	-2,5 %	2,8 %	0,1 %	3,6 %	-2,7 %
50 - Direktøren	0,8 %	-1,4 %	0,8 %	-1,4 %	0,0 %	0,0 %
52 - Stabs senteret	9,0 %	2,4 %	1,7 %	-0,7 %	7,4 %	3,1 %
Annet	5,1 %	0,4 %	1,3 %	-1,0 %	3,8 %	1,4 %

AML-brudd

Figur 24 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 22 AML-brudd per klinikk

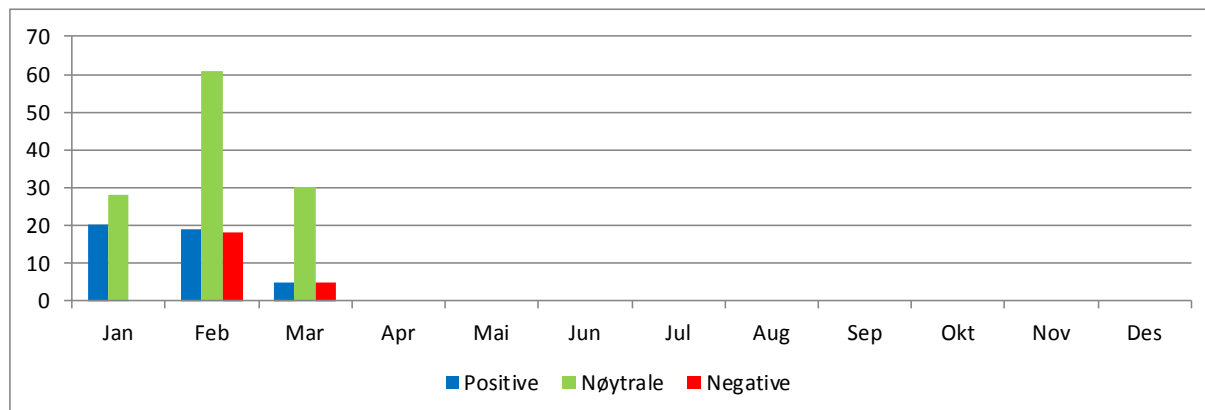
Klinikk - UNN ▲	Brudd siste måned ifjor	Brudd siste måned	Endring i % samme periode	Differanse mellom brudd siste måned og måltall
10 - Akuttmedisinsk klinikk	600	1 099	83,2 %	799
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	852	832	-2,3 %	406
13 - Hjerter- og lungeklinikken	557	301	-46,0 %	23
15 - Medisinsk klinikk	398	400	0,5 %	201
17 - Barne- og ungdomsklinikken	99	288	190,9 %	239
18 - Operasjons- og intensivklinikken	803	997	24,2 %	596
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	628	925	47,3 %	611
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	667	752	12,7 %	419
30 - Diagnostisk klinikk	225	199	-11,6 %	87
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	4	.	.	.
45 - Drifts- og eiendomssenteret	174	263	51,1 %	176
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	9	2	-77,8 %	-3
50 - Direktøren	.	.	.	.
52 - Stabssenteret	8	11	37,5 %	7
Annet	.	8	.	.
Sum	5 024	6 077	21,0 %	3 565

Målsettingen er å halverer antall AML-brudd fra 2018 til 2019

Kommunikasjon

Sykehuset i media

Figur 25 Mediestatistikk 2019

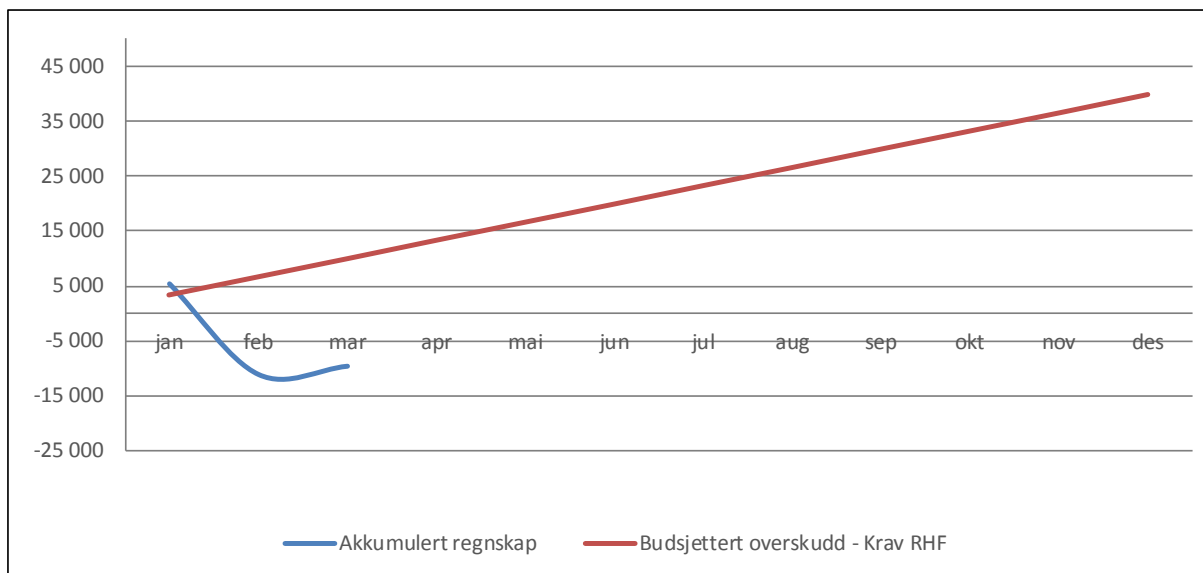


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser: *Fremover*, *Harstad Tidende*, *Hålogalands Avis*, *iTromsø*, *Nordlys* samt oppslag publisert i *Aftenposten.no*, *Tv2.no*, *Nrk.no*, *Dagbladet.no*, *Vg.no*, *Dagensmedisin.no*, *Framtidinord.no* og *Folkebladet.no*.

Økonomi

Resultat

Figur 26 Akkumulert regnskap og budsjett 2019



Tabell 23 Resultatregnskap 2019

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mars				Akkumulert per Mars			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	403,7	403,7	0,0	0 %	1 245,5	1 245,5	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,2	2,2	0,0	0 %	6,5	6,5	0,0	0 %
ISF egne pasienter	166,4	154,0	12,4	8 %	450,0	441,2	8,7	2 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	7,6	7,6	0,0	0 %	22,7	22,7	0,0	0 %
Gjestepasientinntekter	3,6	3,1	0,5	18 %	10,4	9,2	1,1	12 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	15,1	14,4	0,7	5 %	44,7	40,2	4,5	11 %
Utskrivningsklare pasienter	1,2	2,6	-1,4	-54 %	6,0	7,8	-1,7	-22 %
Andre øremerkede tilskudd	24,5	42,4	-17,9	-42 %	69,9	89,8	-19,9	-22 %
Andre driftsinntekter	33,3	35,3	-2,0	-6 %	104,4	105,5	-1,1	-1 %
Sum driftsinntekter	657,6	665,3	-7,7	-1 %	1 960,0	1 968,4	-8,4	0 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	21,5	20,8	0,6	3 %	53,7	51,3	2,4	5 %
Kjøp av private helsetjenester	2,2	2,2	0,0	1 %	7,4	9,0	-1,6	-17 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	68,0	69,8	-1,8	-3 %	216,5	216,5	0,0	0 %
Innleid arbeidskraft	6,8	1,5	5,3	347 %	17,7	4,5	13,2	293 %
Lønn til fast ansatte	347,5	344,5	3,0	1 %	1 052,3	1 044,9	7,4	1 %
Overtid og ekstrahjelp	28,2	39,7	-11,5	-29 %	84,5	81,2	3,3	4 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	53,1	53,0	0,0	0 %	164,2	164,1	0,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-25,2	-23,4	-1,7	7 %	-70,7	-66,7	-3,9	6 %
Annen lønnskostnad	32,5	29,7	2,7	9 %	95,0	91,8	3,2	3 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	389,8	392,1	-2,3	-1 %	1 178,7	1 155,6	23,1	2 %
Avskrivninger	21,6	21,6	0,0	0 %	65,1	65,1	0,0	0 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	99,1	102,5	-3,5	-3 %	281,2	297,4	-16,2	-5 %
Sum driftskostnader	655,3	662,1	-6,8	-1 %	1 966,8	1 958,9	7,8	0 %
Driftsresultat	2,3	3,2	-0,9	-28 %	-6,7	9,5	-16,2	-171 %
Finansinntekter	1,0	1,0	0,0		2,5	3,0	-0,5	
Finanskostnader	1,8	0,8	1,0		5,4	2,5	2,9	
Finansresultat	-0,8	0,2	-1,0		-2,9	0,5	-3,4	
Ordinært resultat	1,5	3,3	-1,8	-55 %	-9,6	10,0	-19,6	-196 %

Tabell 24 Resultatregnskap 2019, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mars ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Mars ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	403,7	403,7	0,0	1 245,5	1 245,5	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,2	2,2	0,0	6,5	6,5	0,0
ISF egne pasienter	166,4	154,0	12,4	450,0	441,2	8,7
ISF av legemidler utenfor sykehus	7,6	7,6	0,0	22,7	22,7	0,0
Gjestepasientinntekter	3,6	3,1	0,5	10,4	9,2	1,1
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	15,1	14,4	0,7	44,7	40,2	4,5
Utskrivningsklare pasienter	1,2	2,6	-1,4	6,0	7,8	-1,7
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	33,3	35,3	-2,0	104,4	105,5	-1,1
Sum driftsinntekter	633,1	622,9	10,2	1 890,1	1 878,6	11,5
Kjøp av offentlige helsetjenester	21,5	20,8	0,6	53,7	51,3	2,4
Kjøp av private helsetjenester	2,2	2,2	0,1	7,4	8,9	-1,5
Varekostnader knyttet til aktivitet	67,1	68,2	-1,1	213,8	213,0	0,8
Innleid arbeidskraft	6,8	1,5	5,3	17,7	4,5	13,2
Lønn til fast ansatte	334,8	322,6	12,2	1 016,1	998,4	17,7
Overtid og ekstrahjelp	25,3	34,8	-9,5	76,4	70,8	5,6
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	49,9	47,6	2,3	155,3	152,7	2,6
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-24,3	-21,9	-2,4	-68,1	-63,5	-4,6
Annen lønnskostnad	30,8	26,9	4,0	90,3	85,7	4,5
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	373,5	363,9	9,6	1 132,3	1 095,9	36,3
Avskrivninger	21,6	21,6	0,0	65,1	65,1	0,0
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	95,0	95,4	-0,5	269,5	282,3	-12,8
Sum driftskostnader	630,8	619,7	11,1	1 896,9	1 869,1	27,7
Driftsresultat	2,3	3,2	-0,9	-6,7	9,5	-16,2
Finansinntekter	1,0	1,0	0,0	2,5	3,0	-0,5
Finanskostnader	1,8	0,8	1,0	5,4	2,5	2,9
Finansresultat	-0,8	0,2	-1,0	-2,9	0,5	-3,4
Ordinært resultat	1,5	3,3	-1,8	-9,6	10,0	-19,6

Tabell 25 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk per mars - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	37,0	35,9	-1,2	110,9	105,5	-5,4
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	15,7	14,8	-0,9	51,8	48,8	-3,0
13 - Hjerter- lungeklinikken	6,9	10,0	3,1	24,3	30,3	6,1
15 - Medisinsk klinikk	22,2	20,2	-2,0	75,8	74,6	-1,2
17 - Barne- og ungdomsklinikken	20,7	18,9	-1,8	61,7	56,6	-5,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	70,0	62,6	-7,4	202,2	182,9	-19,3
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	18,5	22,7	4,2	66,3	72,2	5,9
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	58,9	57,8	-1,1	181,0	174,5	-6,5
30 - Diagnostisk klinikk	49,8	50,8	1,0	149,4	146,5	-2,9
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,3	0,4	0,0	1,1	1,1	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	53,0	53,0	0,0	145,7	145,8	0,1
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	9,9	10,1	0,1	29,9	33,9	3,9
52 - Stabssenteret	14,1	14,6	0,6	41,7	43,8	2,2
62 - Felles	-378,4	-375,0	3,5	-1 132,2	-1 126,6	5,6
Totalt	1,5	3,3	-1,8	-9,6	10,0	-19,6

Prognose

Prognosen for 2019 er 40 mill kr i overskudd.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Resultat pr mars UNN

10. april 2019



1. Økonomi per mars 2019

Resultatet for mars ble et negativt budsjettavvik på mnok 1,8, noe som resulterer i et negativt resultat akkumulert på mnok 19,6 per 1. kvartal. Tabell 1 viser resultatet for mars og akkumulert hittil i år fordelt per klinikk.

Tabell 1 (tall i 1 000 kr)

Budsjettavvik klinikker og sentre UNN (tall i 1000 kr)	Resultat mars	Akkumulert avvik hiå
10 - Akuttmedisinsk klinikk	-1 155	-5 371
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	-899	-2 999
13 - Hjerter- lungeklinikken	3 123	6 060
15 - Medisinsk klinikk	-2 006	-1 226
17 - Barne- og ungdomsklinikken	-1 806	-5 039
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-7 368	-19 314
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	4 168	5 875
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	-1 112	-6 518
30 - Diagnostisk klinikk	988	-2 860
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	36	-4
45 - Drifts- og eiendomssenter	1	50
48 - Kvalitet- og utviklingssenteret	143	3 931
52 - Stabssenteret inkl direktør	578	2 164
Budsjettavvik klinikker og sentre UNN	-5 309	-25 251
62 - Felles	3 475	5 657
SUM UNN inkludert felles	-1 834	-19 594

I 2018 var det to faktorer som var hovedårsaken til det dårlige resultat: ISF inntektene var for høyt budsjettet og det ble benyttet for mye innleie av personell. Hittil i år viser at det er bedre kontroll på den pasientrelaterte inntekten, som ligger mnok 14,8 over budsjett. En stor del av bidraget til det positive avviket ligger i at aktiviteten har økt i forhold til plan. Dette vises under i tabell 2.

Tabell 2 DRG pr klinikk

Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	579	533	46
Barne- og ungdomsklinikken	882	909	-27
Hjerter- og lungeklinikken	3 382	3 225	157
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	5 271	5 229	42
Medisinsk klinikk	3 564	3 575	-11
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	5 380	5 111	269
Operasjons- og intensivklinikken	17	20	-3
Totalt	19 075	18 603	473

Når det gjelder DRG indeks, i tabell 3, gir ikke denne store utslag på inntektssiden om vi legger til grunn samme forutsetninger som i 2018. Utslaget på de tre første måneder er en nedgang på 872.000,-.

Tabell 3 DRG indeks og avdelingsopphold pr klinikk – somatikk – alle omsorgsnivå

Klinikk	Indeks			avdelingsopphold inkl. 470		
	2018	2019	Endring	2018	2019	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	0,157	0,159	0,002	3 435	3 535	100
Barne- og ungdomsklinikken	0,307	0,292	-0,015	2 757	2 998	241
Hjerter-lungeklinikken	0,680	0,665	-0,015	4 891	5 130	239
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,227	0,229	0,002	21 335	22 572	1 237
Medisinsk klinikk	0,286	0,277	-0,008	12 266	12 952	686
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,141	0,145	0,004	35 647	36 706	1 059
OPIN	0,064	0,063	-0,001	377	273	-104
SUM				80 708	84 166	3 458

Varekjøpene har en økning i forhold til budsjett, som skyldes den økte aktiviteten, se tabell 2. Overforbruket er spesielt høyt på laboratorie- og røntgenrekvisita med hhv mnok 3,1 og mnok 1, samt utgifter i forbindelse med behandlingshjelpemidler mnok 2,1.

Personalkostnadene inklusive innleie fra firma utgjør størst overforbruk hittil i år. Forbruket er mnok 22,8 over budsjett, hvorav innleie fra firma og gjennom egne personalsystem genererer et merforbruk på mnok 15. Området variabel lønn var sterkt representert i tiltakene som ble laget i budsjettprosessen for 2019. Hele 134 av 250 tiltak går ut på å ta ned personalkostnadene. Om tiltaksarbeidet på disse hadde vært i rute, ville vi hatt en besparelse på mnok 19,4 hittil i år. Resultatet for 1. kvartal ville dermed vært i balanse.

Det er et positivt resultatavvik på andre driftskostnader per mars og jobben videre vil være å holde nede disse kostnadene også i tiden fremover.

Enkelte klinikker skiller seg ut resultatmessig. I Akuttmedisinsk klinikk er det utfordringer med tiltaksarbeidet for 2019. Personalkostnadene for 1. kvartal er mnok 6,3 over budsjett og klinikken som helhet endte på et negativt budsjettavvik på mnok 5,4. Store deler av overforbruket kommer av variabel lønn. Ambulanseavdelingen har et negativt avvik på mnok 4,1, mens Akuttmottak- og obspostavdelingen har et overforbruk på mnok 3,1 per mars.

Kirurgi-, kreft-, og kvinnehelseklinikken slet med å oppnå budsjetterte ISF inntekter i 2018. Hittil i år virker denne inntekten å være under bedre kontroll. Utfordringen for klinikken er personalkostnader som gir et overforbruk på mnok 4,4. Av dette er overforbruk av innleie på mnok 0,8.

For Hjerte- og lungeklinikken har 2019 så langt vist positivt budsjettavvik. Økt aktivitet som vist i tabell 2 har resultert i økte inntekter på totalt mnok 2,9 i forhold til budsjett i 1. kvartal i år. Vakante stillinger har i tillegg gitt en besparelse på mnok 3,9. Totalt sett har klinikken et positivt budsjettavvik pr mars på mnok 6,1. Beparelsen på de vakante stillingene tilsier at klinikken får et positivt budsjettavvik også ved årets slutt.

Medisinsk klinikk har et mindre negativt avvik mot budsjett per mars på mnok 1,2. Overforbruket er hovedsakelig grunnet økt forbruk av peritonealdialyse og øvrig dialyse i klinikken. Underforbruk på personalkostnader mnok 0,8, til tross for et overforbruk av innleie på mnok 2,2.

Også i Barne- og ungdomsklinikken er det negativt budsjettavvik per mars. Det har hittil i år vært 9 prematurfødsler ved UNN og 7 av disse har vi ikke mottatt inntektene på. Disse vil komme i løpet av april og mai. Kostnadene er derimot bokført løpende og vi vil derfor se en noe utjevning av dette resultatet de nærmeste månedene.

Operasjons- og intensivklinikken er den klinikken hvor det er størst negativt budsjettavvik per mars. Overforbruket er på hele mnok 19,3 og personalkostnadene utgjør mnok 13,2 av disse. Innleie alene er mnok 7,1 over budsjett. I tillegg til innleiekostnaden tilhører også overforbruket på mnok 1,6 av reisekostnadene og mnok 0,6 av husleie det innleide personellet. Størst overforbruk ligger på intensiv- og oppvåkningsavdelingen i klinikken.

Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken har positivt budsjettavvik per mars. Klinikken har et underforbruk på mnok 5,9 i forhold til budsjett, som hovedsakelig er drevet av inntektssiden. Som tabell 2 viser tidligere i notatet ser vi at DRG stiger med 269 poeng i

forhold til plan. Som et resultat av dette øker personalkostnadene med mnok 3,7 i forhold til budsjett. Av dette har innleie et overforbruk på mnok 2,1.

Psykisk helse- og rusklinikken har negativt budsjettavvik på 1,1 mnok per mars og akkumulert et negativt avvik på 6,5 mnok. Klinikken taper mnok 3,1 på ISF inntekter og personalkostnadene er mnok 5,2 over budsjett. Overforbruket på innleie på mnok 1,7 er inkludert i dette.

Høyere aktivitet enn planlagt i de øvrige klinikkene gir negative utslag på den økonomiske situasjonen i Diagnostisk klinikk. Klinikken har et negativt budsjettavvik på mnok 2,9 i 1. kvartal og avviket er hovedsakelig drevet av økt aktivitet fra andre klinikker. Kostnadene øker dermed på laboratorie- og røntgenrekvisita, samtidig som andre klinikker får økte inntekter ved økt aktivitet.

2. Tiltaksgjennomføring per mars 2019

Tiltaksgjennomføringen har ikke vært god nok i 1. kvartal. Det ble i budsjettprosessen laget 250 tiltak. Av disse omhandlet 134 av tiltakene reduksjon av personalkostnader. Per mars skulle reduksjonen som følger av reduserte personalkostnader resultert i en besparelse på mnok 29,2. Av disse er mnok 9,8 iverksatt. Til sammen er det mnok 25,3 av effektene som var planlagt effektuert i 1. kvartal som ikke har gitt resultater. Tabell 4 viser status på tiltakene per 1. kvartal.

Tabell 4: Andel gjennomførte tiltak pr mai 2018

Type tiltak	Regnskapseffekt	Budsjett	Avvik
ISF-økning pga. økt aktivitet	1 336	1 584	-248
Nedbemanning	2 396	4 634	-2 238
Reduserte driftskostnader	11 536	15 878	-4 343
Reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	7 385	24 606	-17 221
Øvrig inntektsøkning	3 499	4 700	-1 201
Totalt avvik fra plan	26 152	51 402	-25 251

3. Veien videre

På bakgrunn av resultatene redegjort for over er det igangsatt en runde med nye tiltak for hvordan vi skal nå overskuddskravet i 2019. Hver klinikk har gått gjennom sine prognoser og sett på hva vi kan endre i driften fremover. Dette arbeidet vil hovedsakelig gjelde de klinikker som går med negative budsjettavvik, men det er også viktig at klinikkene med positive avvik beholder disse til årets slutt. For eksempel vil et 1. kvartal med vakante stillinger være besparelser som ikke bør brukes på resten av året.

Det ble tirsdag 9. april avholdt et ledermøte hvor klinikkene fikk melde inn sine tiltak for å få bedret det økonomiske resultatet.

I akuttmedisinsk klinikk har de slitt med å komme i mål med tiltakene for 2019. I møtet ble det lagt frem flere tiltak på til sammen mnok 7,4. De store tiltakene går på å redusere personalkostnader, både ved reduksjon av sykefravær og ved å endre arbeidsmønstre. Trolig er estimatet på besparelser av reiser og kurs noe høyt. I tillegg til endret nattevaktsmønster for sykepleiere ved akuttmottaket i Tromsø, jobbes det med å få ned overtid og innleie ved akuttmottak i Harstad og Narvik samt ved ambulansestasjonen i Tromsø.

I Kirurgi-, kreft-, og kvinnehelseklinikken jobbes det med å forbedre kodearbeidet ytterligere. Tiltaket har hatt fokus i klinikken siste halve året og gitt gode resultater. Det er estimert at effekten for 2019 av tiltaket er på mnok 5. Et annet tiltak knyttet til hotelldriften er å utnytte den ledige kapasiteten. Hotellet har i dag perioder hvor det kan fylles opp med turister til gode priser og estimert effekt for 2019 er mnok 2. Dette skjer selvsagt ikke på bekostning av behov fra pasienter.

Hjerte- lungeklinikken har et akkumulert overskudd per mars. Resultatet kommer hovedsakelig av økt aktivitet som har gitt økte inntekter, samt reduserte personalkostnader som følger av vakante stillinger. Viktig at klinikken beholder besparelsen som er gjort per 1. kvartal på personalkostnader.

Medisinsk klinikk har gitt innspill til tiltak for mnok 8,2. For å oppnå balanse foreslås det utsettelse av oppbygging av indremedisinsk kompetanse til klinikken er bærekraftig. Videre fremmes tiltak for økte takster og aktivitet og økte ISF inntekter.

Barne- og ungdomsklinikken har hatt mange premature samtidig på Nyfødt Intensiv. Hver pasient genererer kr 640 000,-. Budsjettet er en "forstyrrende" faktor ved at det ligger flatt. Inntektene kommer når pasientene skrives ut, mens kostnadene påløper når pasientene ligger inne. Store deler av overforbruket skyldes det store antall pasienter samtidig, med overtid og innleie av eget personell. Det har ikke vært mulig med fleksibilitet (felles driftsmøte om morgenen hvor man styrer ledig kapasitet både for pasienter og personell mellom poliklinikk, dagenhet og 2 sengeposter) mellom seksjonene i Barne- og ungdomsavdelingen grunnet høyt sykefravær og stor aktivitet. Situasjonen har bedret seg.

Operasjons- og intensivklinikken er klinikken med størst negativt budsjettavvik. Hovedårsaken til budsjettavvik er overtid og innleie fra byrå. Klinikken har jobbet med å identifisere forbedringspotensialer som er beskrevet under. Bemanningsplanene i klinikken gjennomgås for å sikre at ressursene brukes på optimal måte. Det vil i den sammenhengen også bli vurdert om det er mulig å organisere arbeidet på en annen måte for å frigjøre ressurser til å fylle opp i vakante stillinger. Videre vurderes jobbgledning som et virkemiddel for å møte den vanskelige rekrutteringssituasjonen for spesialsykepleiere.

Intensivmedisinsk avdeling startet som ny avdeling 07.01.2019. I den nyetablerte avdelingen jobbes det kontinuerlig med å tydeliggjøre og forbedre strukturer omkring samhandling og koordinering. Både internt i egen avdeling og i overføring av pasienter mellom moderposter internt i UNN og andre sykehus. Aktivitetstillene viser en variasjon på antall pasienter fra 11-22 med et gjennomsnittlig pasientbelegg på 16 pasienter. Utfordringsbildet i avdelingen er i all hovedsak knyttet til tilstrekkelig kapasitet. Den største enkeltårsaken til kapasitetssvikt er mangel på intensivsykepleiere. Intensivmedisinsk avdeling har et avvik fra budsjett på 9,472 mill. kroner per mars 2019. Underskuddet gjelder i hovedsak vikarutgifter til byrå med tilhørende reise og oppholdskostnader.

På operasjonsseksjonen er den driftssituasjonen som har vært fra 2017 og fram til høsten 2018 hovedårsaken til høyt innleie fra byrå. Det er nå en positiv utvikling på dette og det forventes en avvikling av innleie fra 01.06.19. Videre forventes det at sommeravtale med NSF også vil slå gunstig inn i forhold til bruk av fastpersonale under ferieavvikling. Intensiv har ubesatte

stillinger som nå er dekket inn ved nyansettelser og vikarer utenom byrå. Anestesiseksjonen er for tiden stabil, men noe usikkert med hensyn til legene da en av de slutter i mai 2019. Rekruttering til stillingen pågår. Anestesilegene leier i stor grad inn egne vikarer som ikke er fra byrå.

Sommerferieplanleggingen er godt i gang og behovet for innleie fra byrå søkes minimert. Arbeidet med jobbglidning fortsetter. Forslag om flere flermannsrom utredes.

I Psykisk helse- og rusklinikken jobbes det med å holde personalkostnadene nede. Dette ved hjelp av reduksjon i innleie og vikarer, samt samordne i akuttpostene.

Diagnostisk klinikk øker kostnadene mye på grunn av økt aktivitet hvor andre klinikker får inntektene. Deres tiltak dreier seg om å stabilisere aktiviteten og unngå unødige aktiviteter. Samtidig er det også lagt planer for ferdigstilling av MR lab 9 og omlegging turnus for røntgen på CT. Disse tiltakene vil gi mindre overtid og lavere sykefravær. Det er sagt opp en serviceavtale på PET skanner som står i en container. Denne har en helårseffekt på mnok 0,7. Ellers vil det være en merkostnad som følger av økt aktivitet PET som det tidligere er søkt RHFet om dekning for.

Det er kommet inn mange gode tiltak fra klinikkene. Om vi bedrer oppnåelsen av tiltak, er det mye å hente de månedene vi har igjen av året. Per mars skulle tiltakene som omhandler variabel lønn gitt oss en besparelse på mnok 25. Om dette var fullt oppnådd ville resultatet vært balanse pr 1. kvartal 2019. Nytt av året er at utskrivningsklare pasienter på psykisk helse og rus kan faktureres til kommunene. Rutinene for dette har ikke vært gode nok i årets 3 første måneder og dette er nå tatt tak i for å sikre at UNN ikke går glipp av inntekter. Vi tror at inntektene fremover vil øke som følge av dette. En faktor som slår dårlig ut for prognosens del er den økte aktiviteten i PET senteret. Aktiviteten er en regional oppgave og det er søkt RHFet om midler for å dekke disse kostnadene. Så langt har vi ikke fått positivt svar fra RHFet. Merkostnaden for dette i 2019 er beregnet til mnok 14 for kjøp av radiofarmaka og to teknikerstillinger som utgjør mnok 2. Dette må vi komme tilbake til i neste KVR.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
35/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.04.2019
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Stig Arne Bakken

RHF's plan for 2020-2023

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord – Norge HF (UNN) tar redegjørelsen om økonomisk bærekraft, kontantstrøm og lånebehov perioden 2020 – 2026 til orientering.
2. Styret ber om at nytt sykehusbygg for psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling prioriteres i Helse Nord RHF sin investeringsplan, samtidig som en søker å finne løsning på bygging av hybridstue i UNN Breivika.
3. Styret erkjenner at investeringsbehovene til utstyr med mer er større en tildelt investeringsramme, og ber Helse Nord RHF gjennomgå den totale investeringsplanen for å imøtekomme behovet.
4. Styret tar redegjørelsen om innspill til prioritering av investeringer i perioden 2020 – 2026 til orientering og slutter seg til at denne saken oversendes Helse Nord RHF som tilbakemelding på Økonomisk langtidsplan 2020-2023, inkludert rullering av investeringsplan 2020 - 2026.
5. Styret forutsetter at regionale oppgaver og funksjoner som pålegges UNN fullfinansieres.

Bakgrunn

Helse Nord RHF's Økonomisk langtidsplan 2020-2023, inkludert rullering av investeringsplan 2020 - 2026 skal behandles i styremøtet i Helse Nord RHF 26.06. 2019. Vedtatt plan vil være førende for helseforetakenes langtidsplanlegging og budsjetter for perioden.

HF-styrene bes om å behandle:

- Oppdatert tiltaksplan, bærekraftsanalyse, kontantstrøm og lånebehov.
- Innspill til prioriteringer av tiltak i regional utviklingsplan, jf. vedlegg 4.
- Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan, herunder periodisering av vedtatte større prosjekter. Gjeldene investeringsplan er vedlagt.
- Vurdere nivå på og fremdrift av egen investeringsplan.
- Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling, skape økonomisk handlingsrom, eller bidra til bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

Formål

Målet med saken er å etterkomme eiers krav om å styrebehandle innspill til *Helse Nord RHF's Økonomisk langtidsplan 2020-2023, inkludert investeringsplan 2020 - 2026* innen 30.04.2019

Saksutredning

Årlig omstillingsutfordring for UNN i perioden 2020-2026 varierer mellom -6 mill kr og 290 mill kr. UNN har tre hovedsatsingsområder for å møte omstillingen; innkjøp, stabilisering og rekruttering samt stormottakere.

Justeringer i RHF's investeringsplan må inneholde nytt sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling. Et robust trombektomitilbud er avhengig av at UNN får anledning til å investere i bygging av hybridstue for å unngå samtidighetskonflikter med forsinkelse av hasteinngrep der tidsfaktoren er avgjørende for behandlingsresultat og prognose. I tillegg er investeringsrammen for medisinskteknisk utstyr for lav for å møte kassasjoner og behov for nytt utstyr. UNN har behov for å henge med i den teknologiske utviklingen som er på slikt utstyr og dette kan i liten grad nedprioriteres. Øvrige investeringer må ses opp mot dette. Regionale oppgaver som krever utstyr må ha en medfølgende investeringsramme og driftsmidler til slike oppgaver må fullfinansieres.

Medvirkning

Det vises til egne referat fra brukerutvalg, arbeidsmiljøutvalg og drøftingsmøte med tillitsvalgte.

Vurdering

Arbeidet med virksomhetsplanlegging 2020, gjennomgang av investeringsbehov og et krevende driftsår i 2019 viser at UNN vil ha store utfordringer i årene framover; både mht. drift og investeringer. Direktøren vurderer omstillingsbehovets størrelse som nødvendig for å kunne skaffe handlingsrom økonomisk og kunne gi et godt helsetilbud, men ser samtidig at dette er svært krevende.

Bærekraftsanalysen viser følgende omstillingsutfordringer i perioden:

Bærekraftsanalyse UNN HF (tall i mill kr)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Budsjetterte driftsinntekter	7 737	7 737	7 737	7 737	7 737	7 737	7 737
Herav forskning foreløpig tilbaketrukket	-30	-30	-30	-30	-30	-30	-30
Sum inntekter	7 673	7 667	7 662	7 647	7 672	7 667	7 652
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	7 518	7 626	7 674	7 615	7 648	7 690	7 688
Sum avskrivninger	305	310	338	453	441	452	453
Netto rentekostnader	19	22	28	100	98	86	76
Totale kostnader	7 842	7 958	8 041	8 169	8 188	8 228	8 217
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	-170	-291	-379	-522	-516	-561	-565
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	10	10	10
Internt overskuddskrav UNN	80	80	80	80	110	110	110
Sum resultatkrav	120	120	120	120	120	120	120
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	-290	-411	-499	-642	-636	-681	-685
Sum effekter tiltaksplan	0	0	0	0	0	0	0
Uløst omstilling etter tiltaksplan	-290	-411	-499	-642	-636	-681	-685
Årlig endring omstillingsutfordring	290	121	87	143	-6	45	3
Årlig omstillingsutfordring korrigert for regionale forskningsmidler	260	91	57	113	-36	15	-27

Økning i eksisterende behandlingsmetoder, nye behandlingsmetoder og spesialiserte behandlinger utgjør en stor del av UNNs årlige omstillingsutfordring. Vi ber om at regionfunksjonene fullfinansieres av Helse Nord RHF.

UNNs vurdering er at hovedstrategien i regionen bør være å styrke helseforetakenes drift slik at økonomisk handlingsrom bedres. Dette vil gi mulighet for å satse på egne investeringer i MTU. Evnen til å reanskaffe/kjøre nytt utstyr/henge med på den teknologiske utviklingen er grunnleggende og kan ikke nedprioriteres.

UNN vil i perioden framover ha store vedlikeholdskostnader ved Åsgård sykehus. Det er et etterslep på 445 mill kr samt en beregnet årlig kostnad utover dette på mellom 6 – 8 mill kr. UNN ber om at nytt bygg for psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling prioriteres først i investeringer for nye bygg. Dette for å unngå økte driftskostnader. Rammen for bygget bes også justeres opp til seneste anslag.

Investeringsplan - innspill til prioriteringer (beløp i mill kr)	Tidligere år	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Nytt Narvik sykehus	262	540	800	600	68			
Nytt bygg psykisk helsevern og rus		20	180	700	600	200		
Hybridstue		55						
Sum investeringsplan UNN	262	615	980	1 300	668	200	0	0

Tabellen under viser innspill til RHF sin plan for økt driftsbudsjett i 2020. Direktørens vurdering er at regionale og nasjonale oppgaver må fullfinansieres.

Innspill til rullering økonomisk langtidsplan plan 2020-2023 fra UNN HF			beløp i mill kr			
Prioritet	HN mål	Navn/beskrivelse tiltak	2020	2021	2022	2023
	1,2,3	Trombektomi	8,0			
	1,3,4	Flight - Following	4,4			
	1,2,3,4	Regionalt kompetansesenter for senfølger av kreftbehandling	2,0			
	1,2,3,4	Økt aktivitet ved regionalt senter for astma, allergi og overførlsomhet	1,4			
SUM UNNs prioriteringer nasjonale/regionale oppgaver			15,76	0,00	0,00	0,00
Helse Nord Mål: 1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i 2. Sikre god pasient- og brukarmedvirkning. 3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell. 4. Innfri de økonomiske mål i perioden. 5. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp						

Tromsø, 12.04.2018

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Tilbakemelding til RHF, Økonomisk langstidsplan 2020-2023, og rullering av investeringsplan 2020 - 2026
2. Tiltak i regional utviklingsplan 2035 fordelt på hovedområder i Helse Nord



Sak: Tilbakemelding til RHF, Økonomisk langstidsplan 2020-2023, og rullering av investeringsplan 2020 - 2026.
Til: Styret UNN HF
Fra: Gøril Bertheussen og Lars Øverås
Møtedato: 25. april 2019

Saksfremlegg

Helse Nord RHF's Økonomisk langstidsplan 2020-2023, inkludert investeringsplan 2020 - 2026 skal rulleres i styremøte i Helse Nord RHF 26.06. 2019. Vedtatt plan vil være førende for helseforetakenes langstidsplanlegging og budsjetter for perioden. I *Budsjettbrev 1 – Økonomisk langstidsplan 2020-2023, inkludert rullering av investeringsplan 2020 - 2026* gis følgende føringer:

For å kunne ta hensyn til innspill fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og de øvrige foretakene må de være styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 30.4.2019. Tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2019-2022 og bærekraftanalyse skal oppdateres og styrebehandles innen denne fristen.

Helse Nord mål:

For å innfri styringsmålene fra HOD innrettes oppdragsdokumentet i samsvar med de fem viktigste målene for Helse Nord.

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen.
2. Sikre god pasient- og brukarmedvirkning.
3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.
4. Innfri de økonomiske mål i perioden.
5. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

Mål for plan og budsjettprosessen

Dialogen mellom RHF og helseforetakene i planprosessen skal bidra til:

- å gi helseforetakene forutsigbarhet i planforutsetningene slik at det gir grunnlag for langsiktig planlegging
- å sikre at hvert helseforetak og Helse Nord samlet har en økonomisk bærekraftig plan.
- å gi helseforetakene mulighet for å komme med innspill til plan
- at foretaksgruppen samlet allokere sine ressurser til de tiltak som forventes å gi størst bidrag til at Helse Nord kan oppfylle sine mål
- å sikre en årlig og helhetlig prosess, hvor prioriteringer skjer ved rullering av planen i juni.

HF-styrene bes om å behandle:

- Oppdatert tiltaksplan, bærekraftsanalyse, kontantstrøm og lånebehov.
- Innspill til prioriteringer av tiltak i regional utviklingsplan, jf. vedlegg 4.
- Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan, herunder periodisering av vedtatte større prosjekter. Gjeldene investeringsplan er vedlagt.
- Vurdere nivå på og fremdrift av egen investeringsplan.
- Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling, skape økonomisk handlingsrom, eller bidra til bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

1.1 Vedtatt investeringsplan RHF

Tabell 1 Vedtatt investeringsplan RHF 2020-2026

Investeringsplan - Totale rammer inkl prisstigning til ferdigstillelse og byggelånsrenter (beløp i 1000 kr)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	SUM (total)
Finnmarkssykehuset								
Tiltak Hammerfest Kirkenes inntil nybygg er på plass	15 000							95 000
Nye Hammerfest sykehus P50	550 000	650 000	700 000	316 000				2 326 000
MTU, ambulanser, rehab med mer	40 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	
Sum Finnmarkssykehuset	605 000	700 000	750 000	366 000	50 000	50 000	50 000	
UNN								
Nye Narvik sykehus P50	138 000	566 000	731 000	571 000	80 000			2 270 000
MTU, ambulanser, rehab med mer	150 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	
Sum UNN	288 000	766 000	931 000	771 000	280 000	200 000	200 000	
Nordlandssykehuset								
Modernisering NLSH, Bodø fase 2-5	263 000							3 876 900
MTU, ambulanser, rehab med mer	70 000	80 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	
SUM NLSH	333 000	80 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	
Helgelandsykehuset								
Utvikling av Helgelandsykehuset P50	50 000	50 000	400 000	700 000	700 000	90 000		2 000 000
MTU, ambulanser, rehab med mer	45 000	50 000	50 000	60 000	50 000	50 000	50 000	
SUM Helgelandsykehuset	95 000	100 000	450 000	760 000	750 000	140 000	50 000	
Helse Nord IKT								
Programvare og IKT-utstyr	98 500	67 500	63 500	33 500	17 500	40 000	40 000	
SUM Helse Nord IKT	98 500	67 500	63 500	33 500	17 500	40 000	40 000	
IKT								
Utstyr/lokaler	6 500	3 000	3 000	5 000	5 000	2 000	2 000	
Sykehusapotek Nord	9 500	3 000	3 000	5 000	5 000	2 000	2 000	
FRESK								
Medikasjon og kurve/innsjekk	129 000	95 000	35 000	0	0			606 000
SUM FRESK	129 000	95 000	35 000	0	0	0	0	
Helse Nord RHF								
Felles regionale IKT-prosjekt	88 000	57 000	71 000	58 000	50 000	50 000	50 000	262 000
Finnmarkssykehuset Hammerfest P85	50 000	50 000	50 000	112 000				410 000
UNN Narvik P85		50 000	100 000	260 000				1 500 000
Helgelandsykehuset utvikling P85					500 000	500 000	500 000	1 500 000
UNN Åsgaard				100 000	200 000	300 000	600 000	1 200 000
NLSH Samlokalisering Bufetat	40 000							40 000
Sikkerhetspsykiatri		20 600						41 200
Sum Helse Nord RHF	178 000	177 600	221 000	530 000	750 000	850 000	1 150 000	
Sum investeringsplan	1 736 000	1 989 100	2 553 500	2 565 500	1 952 500	1 382 000	1 592 000	

Tabellen viser vedtatt investeringsramme fordelt pr HF. Beløp som ligger i RHF's plan innebærer at de er med i investeringsplanen, men at de ikke er lagt til det enkelte HF. For UNN vil det si at nytt bygg psykisk helsevern og rus ligger i RHF sin investeringsramme sammen med P85¹ rammen for nytt sykehus i Narvik.

¹ Forskjellen på en p50 og P85 ramme sier noe om risiko for overskridelser i prosjektene. P50 tilsier at det er 50 % sannsynlighet for at prosjektet kan gjennomføres til en kostnad lavere enn budsjett og 50 % sannsynlighet for overskridelser. P85 betyr at det er 85 % sannsynlighet for at prosjektet kan gjennomføres til en kostnad lik eller lavere enn budsjett og 15 % sannsynlighet for at kostnadene vil overskride rammen.

Investeringer i UNN skal understøtte valgte strategier og bygge på foretakets verdigrunnlag (kvalitet, trygghet, respekt og omsorg). Investeringsplanene søkes avstemt mot langtidsbudsjett og strategiarbeid for øvrig. Det er en målsetting å fordele ressursene mellom investeringer og drift på en slik måte at det er til beste for pasientbehandlingen i et langsiktig perspektiv.

Nytt sykehus Narvik

I vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF er samlet investeringssum for nytt sykehus Narvik 2,27 mrd kr og med byggestart i 2018. Dette tilsvarer P85 rammen, restramme for nybygget ligger på RHF sin plan. Planlagt ferdigstilling er i 2023.

1.2 Bærekraftanalyse

Helse Nord RHF har basert oppdatering av økonomisk langtidsplan for 2020-2023 på følgende premisser:

- Helse Nord legger til grunn en forventning om 1,2 % årlig realvekst i helsesektoren.
- Helse Nord tar høyde for effekt av nasjonal inntektsmodell.
- Helseforetakene har frem til og med 2019 i hovedsak vært skjermet for store deler av kravene i avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Helseforetakene bes innarbeide effekten som reformen medfører for aktivitetsbaserte inntekter, dvs. forventet effektiviseringskrav på 0,5 prosentpoeng.
- Det stilles krav til videre effektivisering for å øke handlingsrommet.
- Kjente driftsendringer knyttet til nye bygg, herunder midlertidige aktivitetsreduksjoner knyttet til innflytting.
- Oppdatering av kriterieverdiene i inntektsfordelingsmodellen gjennomføres juni 2019.
- Innfasing av rest vedtatt utdanningsmodell skjer i 2020.
- Innfasing av revidert modell somatikk skjer i 2020 og 2021
- Faglige premisser bygger på regional utviklingsplan 2035.
- Legge til grunn revidert bevilgning 2019 for kvalitetsbasert finansiering.
- Ta høyde for egne kostnader knyttet til innføring av FRESK.
- Det skal legges til grunn følgende renter:
- Lån innvilget til og med 2017: en lånerente på 2,5 % (ved flytende)
- Lån nye byggelån (Narvik og Hammerfest): en lånerente på 3,5 %
- Innskuddsrente: 1,5 %
- Driftskreditt: 1,7 %
- Føringer knyttet til fremtidige IKT-kostnader gis i etterkant av direktørmøte i mars.

I bærekraften for UNN er det tatt høyde for ABE – reformen (avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen) med 15 mill kr. Videre har en avsatt midler til eget overskuddskrav for å kunne øke investeringsevnen i bygg og utstyr. Interne prioriteringer som langtidsplan og andre områder er det avsatt for i bærekraftanalysen.

Bærekraftanalysen er videre basert på følgende forutsetninger:

- Vedtatt investeringsplan fra RHF
- Årlige overskuddskrav fra RHF på 40 mill kr og internt overskuddskrav brukes til investeringer i påfølgende år.
- Investeringsramme P85 nye bygg.
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus.
- Analysen er gjennomført i 2019-kroner.
- Avskrivningstidene 26,4 år for bygg.

Bærekraftanalysen viser at UNN står overfor varierende omstillingsbehov i perioden 2020-2026. I 2020 er omstillingsbehovet 290 mill kr, og øker gradvis opp til 677 mill kr i 2026. Årlig omstillingsbehov varierer fra -10 til 290 mill kr i perioden. Tallene inkluderer reduksjon i ramme for forskning som er trukket foreløpig tilbake. Usikkerheten øker etter hvert i planperioden. Endring i inntektsfordelingsmodellene er tatt inn og tildelingen for 2019 vedrørende risikoreduksjon er tatt ut i 2020. Økt overskuddskrav internt på UNN tilsvarende 80 mill kr samt langtidsplan og interne prioriteringer på 80 mill kr inngår også i bærekraften. Endringer i IKT kostnader for 2026 er satt lik 2025 da disse tallene ikke foreligger.

Tabell 2 Bærekraftanalyse 2020-2026

Bærekraftanalyse UNN HF (tall i mill kr)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Budsjetterte driftsinntekter	7 737	7 737	7 737	7 737	7 737	7 737	7 737
Herav forskning foreløpig tilbaketrasket	-30	-30	-30	-30	-30	-30	-30
Sum inntekter	7 673	7 667	7 662	7 647	7 672	7 667	7 652
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	7 518	7 626	7 674	7 615	7 648	7 690	7 688
Sum avskrivninger	305	310	338	453	441	452	453
Netto rentekostnader	19	22	28	100	98	86	76
Totale kostnader	7 842	7 958	8 041	8 169	8 188	8 228	8 217
Regnskapsmessige resultat (før tiltak)	-170	-291	-379	-522	-516	-561	-565
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	40	10	10	10
Internt overskuddskrav UNN	80	80	80	80	110	110	110
Sum resultatkrav	120	120	120	120	120	120	120
Avvik fra resultatkrav (før tiltak)	-290	-411	-499	-642	-636	-681	-685
Sum effekter tiltaksplan	0	0	0	0	0	0	0
Uløst omstilling etter tiltaksplan	-290	-411	-499	-642	-636	-681	-685
Årlig endring omstillingsutfordring	290	121	87	143	-6	45	3
Årlig omstillingsutfordring korrigert for regionale forskningsmidler	260	91	57	113	-36	15	-27

*Bærekraftanalysen er inklusive nytt sykehus psykisk helse og TSB, økt tilbud sikkerhetspsykiatri og avskrivninger på arealplan fase 2 og 3.

Bærekraften er oppdatert med siste premisser fra RHF (mottatt 22/3-2019). Det er flere større endringer; forskning er (foreløpig) trukket inn med 30 mill kr. Det er lagt til et effektiviseringskrav på Kurve på 6,3 mill. Kvalitetsbasert finansiering er redusert med 1,1 mill. Rammen er økt for medikamentell kreftbehandling med 4.2 mill (øker til 8,4 i 2021).

Bærekraften er uten ny framskrivning av IKT – kostnader. Dette innebærer at tallene er de samme som fra i fjor og at bærekraftanalysen ivaretar den økningen som ble meldt da, og at det ikke er gjort en vurdering av konsekvensene av eventuelle endringer som har skjedd i løpet av året. Ny framskrivning frem til og med 2026 vil bli utarbeidet av RHFet før saken legges frem til behandling i RHF-styret i juni.

1.3 Kontantstrøm/likviditetsanalyse

Oppdatert likviditetsberegning viser forventet utvikling i likviditeten i perioden 2020-2026. Likviditeten er positiv i hele planperioden.

Tabell 3 Likviditetsanalyse 2020-2026

Likviditetsberegning (tall i mill kr)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter							
Budsjettet resultat	40	40	40	40	10	10	10
Eget overskuddskrav	80	80	80	80	80	80	80
Avskrivninger/nedskrivninger	305	310	338	453	441	452	453
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	425	430	458	573	531	542	543
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter							
Investeringer av overskudd	-40	-120	-120	-120	-120	-120	-120
Investeringsbudsjett investeringsplan iht fremdriftsplan	-651	-1 202	-1 834	-1 180	-200	-200	-200
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-691	-1 322	-1 954	-1 300	-320	-320	-320
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter							
Innbet ved opptak av lån nytt bygg psykisk helsevern og rus	0	0	70	140	350	630	0
Innbet ved opptak av lån Narvik sykehus	281	562	794	56	0	0	0
Avdrag lån	-46	-46	-46	-121	-121	-121	-121
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	235	516	818	75	229	509	-121
Netto endring i kontanter	-31	-376	-678	-651	440	732	103
IB 01.01	467	436	60	-618	-1 269	-829	-97
UB 31.12	436	60	-618	-1 269	-829	-97	5
Ramme for kassakreditt	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100

Likviditetsanalysen er basert på følgende forutsetninger:

- Økonomisk resultat i henhold til styringsmål og internt overskuddskrav og at dette benyttes til økte investeringer påfølgende år.
- 70 % lånefinansiering av nye Narvik sykehus
- 70 % lånefinansiering nytt bygg psykisk helsevern og rus
- 70 % lånefinansiering Arealplan Breivika fase 2 og 3
- Øvrige forutsetninger ihht bærekraftanalysen

1.4 - lånebehov

Lånebehov for UNN vil avhenge av store bygg og når disse prioriteres i investeringsplanen. Pr nå er det behov for lån til nye Narvik sykehus som er prioritert, men nytt bygg innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling, arealplan Breivika og arealplan Harstad/nytt bygg Harstad vil generere større lånebehov. Ingen av disse siste ligger i RHF sin investeringsplan pr dato, men estimat (70 % lån på hhv nytt bygg psykisk helsevern og rus 1,7 mrd kr og arealplan 0,73 mrd kr) tilsier at økt behov uten Harstad vil være på 1,7 mrd kr målt i 2019 kroneverdi. Beregning av kostnaden knyttet til Arealplan UNN Harstad er ikke ferdig på nåværende tidspunkt.

Tabell 4 - lånebehov

Lånebehov UNN (mill kr)		
Objekt	Totalkostnad	Lånebehov (70 %)
Nye Narvik sykehus	2 600	1 820
Nytt bygg psykisk helsevern og rus	1 900	1 330
Arealplan Breivika fase 2	510	357
Arealplan Breivika fase 3	190	133
Arealplan Harstad sykehus		
SUM Lånebehov	5 200	3 640

2. Strategier og nødvendige tiltak for å realisere økonomiske mål med bakgrunn i den langsiktige økonomiske analysen inkludert eventuelle konsekvenser for ansatte og pasienttilbud.

Bærekraftanalysen viser at UNN står overfor varierende omstillingsbehov i perioden 2020-2026. I 2020 er omstillingsbehovet 290 mill kr, og øker gradvis opp til 677 mill kr i 2026. Årlig

omstillingsbehov varierer fra -10 til 290 mill kr i perioden. Usikkerheten øker etter hvert i planperioden.

UNNs første virksomhetsplankonferanse for 2020 avdekket behov for egne prioriteringer / langtidsplan på 80 mill kr, dette er inkludert i bærekraftsanalysen i årene fremover. ABE-reformen er også inkludert i analysen i årene fremover.

Virksomhetsplanlegging 2020

Virksomhetsplanlegging for 2020 startet allerede 1. mars med en halv dags budsjettkonferanse for direktørens ledergruppe, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud, med påfølgende diskusjoner i ordinære ledermøter i mars. Virksomhetsplanlegging var også tema på ledersamling 14. og 15. mars hvor dag to var satt av klinikkvis gjennomgang. Strategisk utviklingsplan ligger til grunn for arbeidet slik at det kortsiktige planarbeidet (2020) utarbeides i tråd med de strategiske langsiktige planene for UNN.

Foreløpig omstillingsutfordring for 2020 er på 290 mill kr inkludert endrede rentebetingelser, og arbeid med prioritering og tiltak er igangsatt. I omstillingsutfordringen ligger det et trekk for forskning på 30 mill kr som omtales som foreløpig i budsjettbrev 1. Det er vedtatt tre overordnede satsingsområder på tvers av klinikkene, og utviklingen av tiltak innenfor satsingsområdene er igangsatt. Disse er fokus på innkjøp og bruk av innkjøpsavtaler, stabilisering og rekruttering av personell og stormottakere av tjenester ved UNN. Disse satsingsområdene har som mål å sette UNN i stand til å møte omstillingsutfordringene i årene framover. Det er fokus på plantall hvor behov og forbruksrater skal brukes aktivt for å planlegge riktig aktivitetsnivå, og der målsetningen er å redusere variasjon og overforbruk av helsetjenester. Plantall for 2020 skal være levert innen 1. april 2019, med unntak av laboratorieanalyser, røntgenundersøkelser og operasjoner som har en frist 1. mai. Plantallene skal også revideres i høstens budsjettprosess.

3. Vurdere størrelse og fordeling av anbefalt investeringsramme for perioden med særlig fokus på analyse av driftsøkonomiske konsekvenser av denne, avveining mellom drift og investering

UNN gjeninnfører strategien om å skape overskudd i egen drift for å øke investeringsrammene påfølgende år. Overskuddskravet fra RHF er 40 mill kr i planperioden (til 2024 – går da ned til 10 mill kr). Det er i helt nødvendig for å avsette nok ressurser til investeringer i utstyr med mer og fra og med 2020 har UNN i bærekraftanalysen et overskuddskrav på 80 mill kr (øker til 110 mill kr i 2024 for å opprettholde investeringsevnen). Dette fordi tildelte midler til MTU med mer ikke er tilstrekkelig for å dekke behovet for nyinvesteringer og re anskaffelser.

4. Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan

I budsjettbrev 1 er nye Åsgård lagt inn i Helse Nord RHF sin investeringsplan med 1,2 mrd kr i perioden 2023-2026. UNN ber om at investeringsrammen flyttes til UNNs investeringsplan og at rammen korrigeres til gjeldende estimert investeringsramme på 1,7 mrd kr. På bakgrunn av utredning av behov for midlertidige tiltak som viser at bygningsmassen ved Åsgård krever investering på om lag 400 mill kroner for å opprettholde driften i 10 år bes det om å prioritere investeringen i nytt bygg for rus og psykiatri i Tromsø så raskt som mulig.

Tabell 5 Korrigert investeringsplan/-behov 2020-2026

Investeringsplan iht fremdriftsplan (beløp i mill kr)	Tidligere år	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	Totalsum Byggeprosjekt
Nytt Narvik sykehus	262	540	800	600	68												2 270
Nytt bygg psykisk helsevern og rus		20	180	700	600	200											1 700
Arealplan Breivika fase 1	42	43															85
Arealplan Breivika fase 2										115	170	170					455
Arealplan Breivika fase 2 - hybridstue		55															55
Arealplan Breivika fase 3												38	38	38	38	38	190
MTU, ambulanser, rehab med mer		107	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
Sum investeringsplan UNN	304	765	1180	1500	868	400	200	200	315	370	370	238	238	238	238	238	4 755

Nytt Narvik sykehus

Arbeidet med nytt Narvik sykehus er påbegynt. Estimert ferdigstillelse i år 2022 med plan om å ta det i bruk i 2023, noe som er noe tidligere enn i finansieringsplanene fra Helse Nord (fra 2018). Vår fremdriftsplan er i tråd med den tidligere investeringsplanen for Helse Nord (vedtatt i 2017) og den fremdriften som har vært kommunisert fra prosjektledelse, styringsgruppe og styret i UNN.

Nytt bygg psykisk helsevern og rus

Psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling har behov for nytt bygg. UNN står foran store vedlikeholdskostnader i tiden framover på Åsgård, gitt at en ikke kan fremskynde byggestart slik at en har nybygg tidligere. Beløpet som ligger til grunn i tabell 4 er oppdatert med de siste estimatene som tilsier 1, 7 mrd. Kr. Dette er høyere enn i RHF sin investeringsplan hvor det ligger 1,2 mrd kr. Forslaget innebærer også en forskyving av oppstart av nybygg for rus og psykisk helse i Tromsø til 2020 for å redusere behov for vedlikeholdskostnader.

Arealplan Breivika

I Arealplan Breivika fase 1 gjenstår investeringer for 43 mill kr, som er planlagt gjennomført i 2020. Fase 2 og 3 i arealplan Breivika er omfattende kostnadmessig og UNN ønsker denne inn i RHF sin investeringsplan. Fase 2 og 3 i arealplanen Breivika er kostnadsberegnet til om lag 700 mill kr.

Hybridstue

I A-fløya prosjektet skulle det bygges 3 konvensjonelle operasjonsstuer, 1 hybridstue og dialyse. Hybridstuer er avanserte operasjonsrom hvor intervensjoner basert på videoassistert skopi og/eller kateterbaserte teknikker utføres under sanntids bildeveiledning. Dette kan i stor grad erstatte åpen kirurgisk behandling av kreft i brysthule, buk og bekken og av hjerte- og karsykdom. Gevinsten for pasientene er lavere komplikasjonsrisiko, mindre behov for intensivbehandling og kortere sykehusopphold. Sykehusets ressursforbruk over tid reduseres idet man utover selve intervensjonen trenger mindre innsats av høyspesialisert helsepersonell.

På grunn av rekkefølgeavhengigheter mv skulle dette arbeidet igangsettes etter at A-fløya var ferdigstilt. På grunn av overforbruk i PET-senter og A-fløy fikk UNN ikke utløst reserven som lå hos RHF og UNN har ikke investeringsmidler til disse operasjonsstuer og hybridstue. Røntgenavdelingen har kun en intervensjonsstue som har bi-plan røntgen og anesthesiutstyr tilgjengelig. Med bakgrunn i flere samtidighetskonflikter og økning i aktiviteten er det nå et presserende behov for å fremskynde planlegging og iverksetting av etablering av ytterligere en intervensjons-/hybridstue. Ny hybridstue i UNN Breivika fremstår nå som en forutsetning for å kunne etablere et robust og kontinuerlig tilbud om trombektomi i regionen. UNN har beregnet kostnader til bygging av hybridstue i forbindelse med A-fløya prosjektet og arealplanen for Breivika for noen år siden. En oppdatering av disse beregningene til dagens priser tilsier at bygging av en hybridstue medfører et investeringsbehov beregnet til ca. 55 mill kr, fordelt på anslagsvis 20 mill kr i ombyggingskostnader og ca. 35 mill i utstyrsinvesteringer. UNN ikke har noen mulighet til å dekke dette innenfor tilgjengelig investeringsbudsjett inneværende eller neste

år, og ettersom trombektomi er et regionalt tilbud ber UNN om at dette finansieres særskilt fra RHFet.

Utstyr med mer

I investeringsplanen for UNN er det for 2020 avsatt 150 mill kr til utstyr med mer som skal dekke investeringer i medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ombygginger, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP og andre investeringer. Beløpet øker til 200 mill kr i perioden 2021-2026.

Årlige investeringsbehov vedrørende re anskaffelser av medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP med mer er beregnet til i > 300 mill kr. I tillegg kommer investeringer i nytt utstyr, ny teknologi, samt renovering av eksisterende bygningsmasse.

Arealplan Harstad

Ligger ikke i tabell 4 beløpsmessig. UNN har i styremøte 27/3-2019 behandlet sak 28/2019 «Arealplan UNN Harstad». I denne foreligger det tre ulike alternativer med en prislapp på 1.3 mrd kr – 2.6 mrd kr. I saken opplyses det at dette tidligst kan tas inn i RHF sin investeringsplan fra 2026. I og med at budsjettbrev 1 2020 kom før styresak 28/2019 har UNN ikke tatt dette med i tabell 4.

UNN mener at hovedstrategien i regionene må være å bruke eventuelle økonomiske handlingsrom dels til styrking av drift i foretakene, og dels til investeringer i utstyr. Foretakenes evne til å reanskaffe utstyr og henge med på den teknologiske utviklingen for utstyr er vesentlig og må prioriteres, og andre investeringer må vurderes opp mot dette behovet. Vedtatte investeringsrammer fra RHF er ikke tilstrekkelig for å dekke behovet for investeringer i utstyr, ombygginger med mer.

Eventuelle nye pålagte regionsoppgaver

På grunn av små investeringsrammer og svært stramme prioriteringer i UNN presiseres det at dersom UNN får nye regionale oppgaver som genererer behov for utstyrsinvesteringer og ombygginger må det medfølge økte investeringsmidler.

En slik oppgave er Digital patologi - regionalt og nasjonalt prosjekt – kostnadsramme utstyr 4 mill kr (UNNs andel). Det forutsettes i prosjektet at hvert HF skal bære sin investeringskostnad, noe det er vanskelig å finne rom for innen rammene som foreligger.

Oppsummering investeringsplan

Regionen har ikke økonomisk bærekraft for å igangsette alle behov på investeringssiden. Direktøren mener derfor det er viktig at vi prioriterer stramt og vil gi følgende innspill til prioritering:

Tabell 6 – UNNs innspill til prioriteringer av RHF's investeringsplan

Investeringsplan - innspill til prioriteringer (beløp i mill kr)	Tidligere år	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Nytt Narvik sykehus	262	540	800	600	68			
Nytt bygg psykisk helsevern og rus		20	180	700	600	200		
Hybridstue		55						
Sum investeringsplan UNN	262	615	980	1 300	668	200	0	0

5. En samlet oversikt over innspill til driftsbudsjettet og forventninger om økt finansiering til nye vedtatte tiltak, i prioritert rekkefølge

Tabell 7 – oversikt over innspill etter RHF's mal:

Innspill til rullering økonomisk langtidsplan plan 2020-2023 fra UNN HF			beløp i mill kr			
Prioritet	HN mål	Navn/beskrivelse tiltak	2020	2021	2022	2023
	1,2,3	Trombektomi	8,0			
	1,3,4	Flight - Following	4,4			
	1,2,3,4	Regionalt kompetansesenter for senvirkninger av kreftbehandling	2,0			
	1,2,3,4	Økt aktivitet ved regionalt senter for astma, allergi og overførlsomhet	1,4			
SUM UNNs prioriteringer nasjonale/regionale oppgaver			15,76	0,00	0,00	0,00
<u>Helse Nord Mål:</u> 1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i 2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning. 3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell. 4. Innfri de økonomiske mål i perioden. 5. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp						

Tallene for perioden 2021 – 2023 er ØKT behov

UNN skiller i våre innspill til økt driftsbudsjett i 2019 mellom det vi anser mer som UNNs egne finansieringsbehov, og de finansieringsbehov som følger av pålagte regionale og/eller nasjonale funksjoner.

UNNs finansieringsbehov

Trombektomi

Trombektomiaktiviteten ved UNN øker og det er behov for å styrke bemanningen og ressurser til utstyr og UNN. Dette er en regional funksjon der kostnadene langt overstiger de aktivitetsbaserte inntektene, og UNN forventer at dette finansieres felles i regionen. Det vises for øvrig til UNN styresak 34/2018. For 2019 ble UNN tildelt 6 mill kr, kostnadsøkningen for UNN i 2020 er foreløpig beregnet til 8-10 mill kr; det foregår en regional utredning der også økonomiske beregninger inngår hvor et mer eksakt regionalt tall vil framkomme. Innføring av trombektomi-tilbud ved UNN Tromsø medfører endringer i pasientstrømmen for slagpasienter i Helse Nord, fordi både pasienter som får denne avanserte behandlingen og pasienter som er mulige kandidater for slik behandling i økende grad transporteres til UNN Tromsø fra hele regionen. Dette medfører behov for økt kapasitet på UNNs slagenhet, og finansiering av nødvendig oppbygging av denne må inngå i de økonomiske beregninger som gjøres.

Økte finansieringsbehov som følge av pålagte regionale og/eller nasjonale oppgaver

Flight Following

I oppdragsdokumentet for 2018 er UNN pålagt å overta Flight Following for ambulanshelikoptrene. Dette er med på å øke kostnaden ved UNN og må finansieres særskilt av Helse Nord RHF. Kostnaden på 5,4 mill kr er vesentlig høyere enn den ene millionen som UNN har fått til dette.

Regionalt kompetansesenter for senvirkninger av kreftbehandling

I oppdragsdokumenter for 2019 fremkommer det at UNN bes opprette et regionalt senter for senvirkninger av kreftbehandling (pkt. 3.2.14). Dette er foreløpig ikke finansiert. I og med UNNs nåværende økonomiske situasjon og meget store omstillingsbehov for neste år vil det ikke være økonomisk hverken forsvarlig eller mulig å etablere et slikt tilbud uten særskilt finansiering. Det er også godt etablert praksis i henhold til regional inntektsfordelingsmodell at særskilte tilbud som ikke genererer aktivitetsbaserte inntekter får øremerket finansiering. UNN må således forutsette at et slikt oppdrag finansieres regionalt, i likhet med andre regionale kompetansetjenester. Med anslått behov for en legestilling og en sykepleierstilling vil finansieringsbehovet være i størrelsesorden 2-2,5 mill kr.

Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO)

Aktiviteten ved RAAO øker ut over det som var forventet. UNN ber derfor om at økningen finansieres fra RHF.

Nye oppgaver

Ved eventuelle nye oppdrag og oppgaver må det medfølge full finansiering.

Synliggjøring av områder som påfører UNN kostnader

Nasjonalt anbud insulinpumper, glukosemålere (CGM) og tilhørende forbruksmateriell

Etter nytt, nasjonalt anbud på denne type behandlingshjelpemidler gis diabetespasienter tilgang på nyeste teknologi, og utstyret vil i løpet av våren 2019 være tilgjengelig. Informasjon om valgt anbud tilsier en betydelig merkostnad for UNN og andre HF, og foreløpige tall viser at for UNN vil dette kunne komme opp i en økt kostnad på rundt 20 mill kr. UNN har, som de fleste HF, ikke økonomisk bærekraft for å kunne ta unna en slik kostnad og ønsker at det tas med i rullerende plan. Dette bør RHF'et søke dekning for nasjonalt, da det er en felles utfordring for alle helseforetakene.

Nye medikamenter/Lutatherabehandling

UNN har en underdekning på medikamenter vedtatt av beslutningsforum for nye metoder. UNN ber om at ny, dyr kreftbehandling må finansieres særskilt, og ber Helse Nord RHF om både økt finansiering til dette, samt at det settes av en sentral pott i RHFet for ny behandling som besluttes tatt i bruk i løpet av budsjettåret. Som en del av dette har UNN fått i oppdrag av Helse nord RHF for forestå Lutathera² – behandling. Dette er en avansert nukleærbehandling mot nevroendokrin tumor som forestås på PET – senter. I dag sendes disse pasientene til utlandet og RHF har utgiften for dette. Denne behandlingen er svært kostbar (som følge av hemmelige priser i medikamentinnkjøpene har vi ikke eksakt priser); ca kr 150 000 pr behandling og hver pasient skal ha 4 behandlinger; dvs en kostnad pr pasient på kr 600 000 (kun medikamentet/stoffet). Det vil være ca 10 pasienter pr år som vil få slik behandling og totalkostnaden vil ligge på 6 mill kr.

² Lutathera er et Litium lu 177 dotatate preparat som gis som en nukleær behandling (gamma). Gis mot svulster som er endokrine, i bukspyttkjertelen, for sjeldne kreftformer.

6. Vurdering av nivå og fremdrift av egen investeringsplan

Årlige investeringsbehov til anskaffelse av medisinteknisk utstyr, teknisk utstyr, ambulanser, egenkapitaltilskudd KLP med mer er beregnet til i > 300 mill kr i hele perioden. I beløpet inngår investeringer i nytt utstyr/ny teknologi.

I langtidsplanen som hittil er utledet fra strategisk utviklingsplan er det en kombinasjon av driftskostnader (lønn og varekostnader), investeringer i utstyr og arealkostnader (ombygging og behov for utvidet areal, og som er en kombinasjon av kostnader som skal belastes driftsregnskapet og investering). Langtidsplanarbeidet er ikke ferdigstilt, men investeringsbehovet er omfattende. Målsetningen er å lage en komplett investeringsplan både for reanskaffelser og for målsetninger i langtidsplanen. Det er gjort et forsiktig anslag på behovet for nyinvesteringer i årene fremover, tabell 7.

Kostnader til ombygging, Arealplan, nettverk etc. er ikke tatt inn i vedtatt investeringsramme. Dette er store utgifter som UNN vil ta inn i planarbeidet. Åsgård sykehus må, om ikke nybygg kan realiseres tidligere enn investeringsplanen til RHF legger opp til, renoveres for betydelige beløp. Det er konkludert med et årlig vedlikeholdsbehov på mellom 6,7 – 8,3 mill kr samt et etterslep i størrelsesorden 445 mill kr.

Kjøp av Tromsprodukttomt

UNN har i mars 2019 kjøpt Tromsprodukttomten for 39 mill kr.

Tabell 8 Investeringsplan MTU med mer UNN 2020-2026

Investeringsplan MTU med mer UNN 2019-2026 (tall i mill kr)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Vedtatt investeringsramme MTU med mer (fra RHF)	150	200	200	200	200	200	200
Overskudd i drift (40 fra RHF og interne overskuddskrav)	40	120	120	120	120	120	120
Investeringsramme inkl. eget overskudd	190	320	320	320	320	320	320

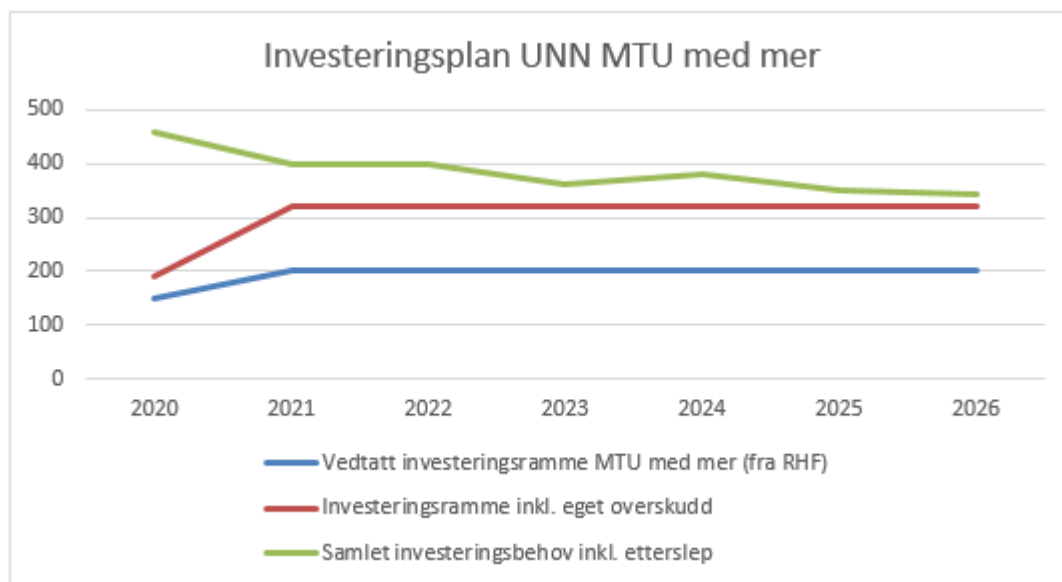
Tabell 8 Investeringsbehov MTU med mer UNN 2020-2026

Investeringsbehov MTU med mer UNN 2019-2026 (tall i mill kr)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Behov for reanskaffelse av eksisterende utstyr	100	114	120	133	145	154	143
Etterslep MTU	140	120	100	45	45		
Behov for teknisk utstyr, ambulanser, ombygginger med mer	174	115,6	125	125	125	125	125
Behov for nytt utstyr (mer, teknologisk utvikling etc)	45	50	55	60	65	70	75
Samlet investeringsbehov	319	279,6	300	318	335	349	343
Samlet investeringsbehov inkl. etterslep	459	399,6	400	363	380	349	343

Tabell 9 Oppsummering behov vs. rammer

Investeringsplan MTU med mer UNN 2019-2026 (tall i mill kr)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Samlet investeringsbehov inkl. etterslep	459	399,6	400	363	380	349	343
Investeringsramme inkl. eget overskudd	190	320	320	320	320	320	320
Differanse	-269	-79,6	-80	-43	-60	-29	-23
Akkumulert differanse	-414	-494	-574	-617	-677	-706	-729

Figur 1 Investeringsplan UNN 2020-2026



Figur 1 viser behovet ved UNN fram mot 2026. Ett dårlig regnskapsresultat for 2018 har medført at UNN har fått et større etterslep på investeringer på nytt/kassert medisinskteknisk utstyr som utgjør > 120 mill kr.

7. Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling, skape økonomisk handlingsrom, eller bidra til bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

UNN arbeider med å videreutvikle og gjennomføre langtidsplanen for virksomheten.

Satsningsområdene vil i 2020 fortsatt være innenfor:

1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
2. Psykisk helsevern og rusbehandlings
3. Prehospitale tjenester
4. Kroniske og sammensatte lidelser.

UNN har foreløpig prioritert to områder som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandlingen og som i tillegg vil være med å oppfylle den gylne regel. Disse er:

Pakkeforløp PHR

Pakkeforløpene har som mål å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer slik at mulig-heter for raskere symptomlette og bedre livskvalitet, økes. Det er utarbeidet fem mål for arbeidet, basert på dagens utfordringsbilde:

- 1) Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- 2) Sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- 3) Unngå unødig ventetid
- 4) Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- 5) Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Antall pasientforløp 2018 beregnet 8600.

Kan ikke møte pakkeforløp med dagens spesialistdekning. Kostnaden for økningen av spesialister er anslått til i overkant av 20 mill kr. Dette er en utfordring som gjelder alle hf og er ikke spesifikt for UNN.

Assertive Community Treatment –team (ACT- team), psykisk helse

ACT-team (Aktivt oppsøkende behandlingsteam) har som mål å møte behovene til pasienter/brukere med alvorlig psykisk lidelse med eller uten samtidig rusmiddelproblematikk og nedsatt funksjon på flere livsområder, der det etablerte behandlingsapparatet ikke har klart å etablere tilfredsstillende kontakt og behandling. Sentralt står arbeid rettet mot pasienter/brukere som ikke nyttiggjør seg det tradisjonelle behandlingstilbudet, eller der dette ikke har ønsket effekt. ACT-team vil medføre endring primært knyttet til terapeutiske løp, men det vil i noen tilfeller også være behov for diagnostisk/differensialdiagnostisk arbeid og avklaring. Arbeidsformen vil være utstrakt ambulant virksomhet. Effekter for pasienter/brukere knytter seg til økt daglig funksjonsnivå, bedre livskvalitet, mindre rus, mindre psykose og mindre kriminalitet. Effekter på systemnivå knytter seg til færre innleggelser, bedre kvalitet og pasienttilfredshet, økonomi samt færre liggedøgn. ACT-team bygger på en forpliktende samarbeidsmodell mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste der begge parter går inn med øremerkede ressurser. For UNN vil etableringen kreve tilførsel av 12-15 fagstillinger med tilsvarende ressursinnsats fra kommunene. Hertil kommer driftsmidler (husleie, biler for oppsøkende virksomhet mv.). I forhold til etablering på SPHR-nivå vil det måtte søkes lokale tilpasninger til opptaksområdene.

Ytterligere interne prioriteringer vil skje i det videre arbeidet ved UNN.

Virksomhetsplanprosessen 2020 for UNN startet 1. mars. Punktene over er de områdene som hittil er besluttet prioritert. Flere områder er diskutert og vil fremover bli løftet til en prioritering i 2020. Det er satt av 80 mill kr til egne prioriteringer i 2020. Langtidsplanen er inkludert i dette tallet.

For å skape handlingsrom for disse satsningene fremover har UNN identifisert tre overordnede satsingsområder på tvers av klinikkene, og utviklingen av tiltak innenfor satsingsområdene er igangsatt. Disse er fokus på innkjøp og bruk av innkjøpsavtaler, stabilisering og rekruttering av personell og stormottakere av tjenester ved UNN. Konkretisering av handlingsplanene for disse satsingene og plan for gevinstrealisering vil bli utarbeidet frem mot sommeren.

Vedlegg 4

Tiltak i regional utviklingsplan 2035 fordelt på hovedområdene i Helse Nord

Veien videre – grensesnitt mot plan for Helse Nord (4-årige planer og 8-årige investeringsplaner)

Viser til styresak 158-2018 *Regional utviklingsplan 2035*

Det er definert en rekke tiltak innenfor rammen av 10 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 (i regional utviklingsplan 2035). Det må prioriteres i årlige oppdragsdokument, i 4-årige plan og langsiktig investeringsplan

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 innen.

1. Pasientens helsetjeneste

Helse Nord skal:

1. Utvikle samvalgsløsninger på flere områder og ta det i bruk i hele regionen
2. Involvere brukerne oftere og tidligere i forbedringsarbeid og utviklings- og omstillingsprosjekter.
3. Ta i bruk ny teknologi for å sikre desentrale spesialisthelsetilbud, egendiagnostikk/egenbehandling og digital dialog mellom pasient og helsetjeneste
4. Organisere tjenestene slik at pasienter opplever samarbeidet sykehusene imellom og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som sømløst og forutsigbart
5. 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.

2. Kvalitet i pasientbehandling

Helse Nord skal:

1. Etablere nettverk mellom fagområder og virksomheter og styrke fagrådene
2. Gjennomføre kliniske fagrevisjoner
3. Bruke resultater fra kvalitetsregistre for å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen
4. Bruke regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet for å støtte og fremme arbeidet med pasientsikkerhet i helseforetakene
5. Bruke resultater fra helseatlas for å redusere uønsket variasjon, oppnå god kvalitet og prioritering og sikre likeverdig tilgjengelighet til helsetjenester for befolkningen
6. Utvikle kvalitetssystem og metodikk som sikrer:
 - a. Læring fra meldte avvik og alvorlige hendelser
 - b. Brukervennlige løsninger for melding og håndtering av avvik meldt fra kommune, pasient eller pårørende
 - c. Redusert variasjon ved flere felles regionale prosedyrer og retningslinjer
7. Ha systemer for spredning og rask implementering av ny kunnskap i fagmiljøene på alle sykehus.
8. I samarbeid med kommunene utvikle og systematisere tilbudet til pasientene som trenger og bruker helsetjenestene mest v.

9. Vurdere etablering av nye hjemler for avtalespesialister der dette gir et godt tilbud og effektiv ressursbruk
10. Organisere og koordinere samarbeidet mellom sykehus, private leverandører og avtalespesialister slik at ressursene brukes effektivt
11. Organisere prehospitale tjenester slik at den er tilpasset vårt desentrale bosettingsmønster. Endringer skal risikovurderes i samarbeid med berørte kommuner
12. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å skape kvalitetsmessig bedre og mer tilgjengelige tjenester
13. Sikre et godt faglig tilbud i psykisk helsevern gjennom:
 - a. Implementering av pakkeforløp,
 - b. System for pasientopplevd nytte og effekt av behandling
 - c. Satsning på forskning og felles faglige standarder.
14. 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
15. Etablere kvalitetsregister, kvalitetsindikatorer og pasientskaderegister i psykisk helsevern og TSB og anvende resultatene til utvikling av tjenestene lokalt og regionalt
16. Utvikle tilbudet til pasienter med senskader etter kreft i Helse Nord
17. Ha geriatriisk kompetanse eller tilsvarende tilgjengelig i alle helseforetak
18. Utarbeide en strategi for legemiddelforsyningen og bruk av farmasøytisk kompetanse i regionen.
19. Bruke sykehusapotekenes nettverk og kompetanse på legemiddellogistikk for å ivareta legemiddelberedskap og forsyning
20. Redusere bruken av bredspektrede antibiotika
21. 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
22. Sikre et tverrfaglig tilbud for personer med sansetap- og kommunikasjonsutfordringer gjennom etablerte nettverk
23. Delta i forebyggende folkehelsearbeid i samarbeid med fylkeskommunene i landsdelen
24. Videreutvikle bruken av Helse Nords datavarehus som en sentral kilde for datagrunnlag i beslutningsstøtte og forbedringsarbeid

3. Samhandling med primærhelsetjenesten

Helse Nord skal

1. Ha samhandling tydelig på dagsorden i alle deler av virksomheten
2. 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
3. Stimulere til at digital teknologi prøves ut og tas i bruk til medisinsk avstandsoppfølging ved etablering av e-helsepoliklinikker mv
4. Ta initiativ til etablering av felles arenaer for fastleger og sykehusleger for å utvikle omforent praksis bl.a. for henvisninger, epikriser, mv.
5. 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
6. Legge til rette for bedre integrerte og samhandlende journalsystemer
7. I samarbeid med kommunene dokumentere og analysere utviklingstrekkene i kommuner og helseforetak, blant annet gjennom løpende oppdatering, videreutvikling og bruk av samhandlingsbarometeret

4. Utvikling av helsetjenesten for den samiske befolkning

Helse Nord skal:

1. Utvikle tolketjenesten på nord, sør og lulesamisk språk for å gjøre tilbudet tilgjengelig i hele foretaksgruppen og gjøre skriftlig informasjon tilgjengelig
2. Ta initiativ overfor utdanningsinstitusjonene for å få samisk kulturforståelse inn i grunnutdanningen av alt helsepersonell i Nord-Norge
3. Ta initiativ overfor Samisk høgskole for å få utviklet et utdanningstilbud i samisk kulturforståelse bl.a. gjennom e-læring
4. Utrede strategier for å beholde og rekruttere medarbeidere med samisk språk og kulturkompetanse
5. Styrke tilbudet innen eldremedisin og utvikle kompetansesenterfunksjon for eldremedisin i Samisk helsepark
6. Utrede organisering av LMS-tilbud som er tilrettelagt for den samiske pasient og pårørende
7. Utrede tjenestetilbud som kan tilbys som konsultasjon via Skype/videoløsninger fra samisk helsepark/andre virksomheter
8. Utrede organisering av ressursgrupper, basert på egne medarbeidere, som helsepersonell kan få støtte hos

- Sikre samisk representasjon i helseforetakenes styrer og i brukerutvalgene

5. Bemanning og kompetanse

Helse Nord skal:

1. I samarbeid med kommunene og utdanningsinstitusjonene ta initiativ til at det utarbeides en mer enhetlig praksis for å analysere og beskrive framtidig bemanningsbehov.
2. Arbeide for økt utdanningskapasitet for sykepleiere og spesialsykepleiere i Helse Nord, også som desentraliserte utdanningstilbud
3. Ta initiativ til et forpliktende samarbeid med kommuner og utdanningsinstitusjoner om utvikling av etablerte og nye utdanningstilbud
4. Styrke rekrutteringsarbeidet og arbeide for å beholde helsepersonell over lengre tid. Hovedregelen ved ansettelse i Helse Nord skal være faste og hele stillinger.
5. Gjennomføre årlige forbedringsundersøkelser for å beholde kompetanse ved forbedring av arbeidsmiljø, HMS og pasientsikkerhet.
6. Etablere tverrfaglige regionale samhandlingsarenaer for økt kunnskap og samhandling innen arbeid HMS og sykefraværsoppfølging.
7. Utarbeide en regional handlingsplan for ledelse og lederutvikling og etablere et regionalt nettverk lederutviklere for å følge opp.
8. Ta initiativ til utprøving av tiltak som kan frigjøre mer tid til ledelse og pasientrettet arbeid. Økt bruk av kontorfaglig støttepersonell, oppgavedeling og automatisering er aktuelle tiltak.
9. 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.
10. Gjennom samarbeid i regionen tilby en fullverdig og fullstendig utdanning for langt de fleste legespesialiteter.
11. Arbeide for at IKT/teknologi får sin berettigede plass i utdanning av helsepersonell og utvikle kvalifiseringstiltak i egen organisasjon
12. Bygge opp Kompetansemodulen til å bli et komplett IKT-verktøy for ressursplanlegging som sikrer dokumentasjon, planlegging og oppfølging av kompetanse.

6. Forskning og innovasjon

Helse Nord skal:

1. 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.
2. Understøtte universitetssykehusets særskilte rolle innen forskning.
3. Legge til rette for at flere pasienter tilbys deltakelse i kliniske studier, blant annet gjennom deltakelse i nasjonalt og internasjonalt samarbeid.
4. 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.
5. 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.
6. Legge til rette for at brukerne er en viktig stemme i alle faser av forskningsprosessen, der dette er relevant. Dette gjelder også i prioritering av ulike forskningstema, og i utformingen av aktuelle forskningsspørsmål.
7. Videreføre det formaliserte samarbeidet mellom Helse Nord og universitetene. Selve forskningen skal skje i samarbeid med aktive akademiske miljøer.
8. Tillegge forskningskompetanse vekt ved tilsetting i ledende stillinger
9. 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.

7. Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

Helse Nord skal:

1. Ha en utvikling av virksomheten som er økonomisk bærekraftig
2. Iverksette tiltak for å sikre likviditet til planlagte prosjekter og gi handlingsrom for videre satsning innen teknologi og omstillings- og innovasjonsarbeid.
3. Bruke investeringsregimet for vurdering av effekt kontra kostnad som grunnlag for en endelig prioritering
4. Ha en felles tilnærming til gevinstrealisering og derved oppnå større effekter av vedtatte tiltak.
5. Videreutvikle partssamarbeidet med arbeidstakernes representanter ved god involvering i forbedrings- og omstillingsarbeid.
6. Etablere en samarbeidskultur som involverer medarbeiderne i arbeidet med forbedring og omstilling.

7. Ha kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon og -produksjon ved forvaltning og oppfølging av gjeldende innkjøpsavtaler
8. Øke andelen av faglig likeverdige og rimeligere legemidler i henhold til grossistavtaler og avtaler inngått gjennom legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS).
9. Intensivere innkjøpssamarbeidet og iverksette tiltak for å sikre lojalitet til inngåtte avtaler.
10. Vurdere en mer effektiv organisering av stabs- og støttefunksjoner
11. Redusere reisekostnadene ved bruk av alternative møte- og konsultasjonsformer
12. Ta i bruk teknologiske løsninger som bidrar til gode tjenester og reduserte kostnader.

8. Teknologi

Helse Nord skal:

1. Utarbeide en samlet strategi og handlingsplan for teknologi
2. Innføre stimulererstiltak slik at velprøvde og fungerende løsninger raskt kan tas i bruk
3. Bruk felles og utprøvd metodikk ved innføring av ny teknologi
4. Legge bruk av teknologi inn som styringsmål for helseforetakene
5. Etablere et teknologiråd som stimulerer tjenesteinnovasjon og bruk av teknologi
6. Ved pilotering av nye løsninger ha som forutsetning at nye løsninger skal kunne skaleres opp og brukes i hele regionen
7. Definere kompetansemål for teknologi, både ved nyansettelser og utvikling av ansatte
8. Sikre en samlet og godt koordinert utvikling av IKT, medisinsk teknisk utstyr (MTU), velferdsteknologi og teknologi i bygg og bygningsmassen,
9. Prioritere teknologi som reduserer manuelt rutinearbeid

9. Bygg og kapasitet

Helse Nord skal:

1. Utrede nærmere behovet for framtidig kapasitet i spesialisthelsetjenesten på basis av en avklart arbeidsdeling med kommunene

2. 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.
3. Samlokalisere psykisk helsevern med somatiske helsetjenester, universitets- og kommunale funksjoner ved nybyggprosjekter, der det ligger til rette for det
4. Planlegge og gjennomføre utbyggingsprosjekter i tråd med langsiktig plan
5. Sørge for at bygningsmassen vedlikeholdes tilfredsstillende
6. Legge til rette for at bygningsmassen på Åsgård kan utvikles/ erstattes med nye arealer på nåværende eller annet sted
7. Utrede framtidig behov for renovering av den eldste bygningsmassen ved NLSH psykiatri
8. Vurdere behov for renovering/nybygg av UNN Harstad

**STYRESAK**

Saksnr	Utvalg	Møtedato
36/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.04.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Lars Øverås

Internrevisjon fra Helse Nord RHF om risiko for mislighet**Innstilling til vedtak**

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar internrevisjonsrapporten fra Helse Nord RHF til orientering.
2. Styret ber om anbefalingene i rapporten følges opp gjennom relevante tiltak, slik som foreslått i vedlagte handlingsplan.

Bakgrunn

Helse Nord RHF har gjennomført internrevisjon som omhandler risiko for misligheter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Bakgrunnen for revisjonen er å kontrollere at Universitetssykehuset Nord-Norge HF har en effektiv internkontroll knyttet opp mot mislighetsrisiko.

Med mislighet forstås i denne rapporten «*en bevisst handling som innebærer uredelighet for å oppnå en urettmessig eller ulovlig fordel for seg selv eller andre*».

Formål

Formålet med saken er å informere styret om funnene i internrevisjonen og hvordan disse vil bli fulgt opp.

Saksutredning

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Universitetssykehuset Nord-Norge har etablert egnede og tilstrekkelige internkontrolltiltak for å forebygge, avdekke og håndtere interne misligheter. Det er ikke gjennomført revisjonshandlinger med sikte på å avdekke om misligheter faktisk har blitt utført.

Arbeidet med rapporten har pågått fra april til november 2018. Internrevisjonen er gjennomført ved bruk av dokumentgjennomgang, spørreundersøkelse, testing og intervjuer.

Blant dokumentene som er undersøkt i revisjonen er blant annet etiske retningslinjer, økonomihåndbok, prosedyrer for registrering av bierverv og varslingsrutiner. Fullstendig oversikt over dokumentene som er lagt til grunn for revisjonen finnes i vedlegg til saken.

En spørreundersøkelse ble sendt via epost til 54 linjeledere på nivå 2 og 3 i organisasjonen. Det var 31 som svarte, noe som gir en svarandel på 57%.

Det er gjennomført individuelle intervjuer med adm.direktør, økonomisjef, seksjonsleder økonomistyring, regnskapssjef, personalsjef, innkjøpssjef og hovedverneombud i UNN.

Revisjonen har gjort følgende test av at internkontrollrutiner etterleves: Andel ansatte som i juni 2018 og i oktober 2018 har bekreftet i Kompetansmodulen at etiske retningslinjer er gjennomgått.

Medvirkning

Det vises til egne referat fra brukerutvalg, arbeidsmiljøutvalg og drøftingsmøte.

Vurdering

Revisjonsrapporten konstaterer at UNN har iverksatt mange viktige rutiner og tiltak som bidrar til forebygging, avdekking og håndtering av interne misligheter. De svakheter som påpekes i rapporten bør utbedres.

Rapporten vil være et godt hjelpemiddel til å forbedre rutinene i UNN. Følgende anbefalinger ble gitt fra rapporten:

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 Universitetssykehuset Nord-Norge 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.

Ad 1

UNN har gode rutiner og spørreundersøkelsen som ble gjennomført som en del av revisjonen viser at et stort flertall av lederne opplever forventninger om at de skal ha fokus på risiko for misligheter. Revisjonen peker likevel på at manglende dokumentasjon av risiko for misligheter er en svakhet, for eksempel i investeringsprosjekter. Dette følges opp ved en gjennomgang av relevante rutiner for å inkludere risiko for mislighet i disse. Et annet tiltak vil være å legge varslingsrutinene våre, på samme måte som de etiske retningslinjene, som obligatorisk opplæring i kompetansemodulen. Videre vil plikten til å registrere bierverv legges inn i personalhåndboka. Per i dag sendes krav om slik registrering bare ut på epost. Arbeidet med tiltakene ferdigstilles innen utgangen av mai.

Ad 2

Kompetansemoduleen var i 2018 under implementering i UNN. Den gir god oversikt over kompetansekrav og innfrielse av disse, og vil bli tatt aktiv i bruk i oppfølgingsmøtene med klinikkene. Modulen gir også mulighet for å ta ut rapporter på gjennomføring, og det vil regelmessig bli fulgt opp gjennom rapportering i lederlinja.

Ad 3

Fullmaktsregisteret ble utarbeidet i samme periode som internrevisjonen ble gjennomført. Registeret er nå fullført og implementert som en rutine i UNN.

Ad 4

Vurdering av internkontroll knyttet til mislighetsrisiko legges inn som en del av ledelsens gjennomgang.

Konklusjon

Revisjonssynsrapporten gir god oversikt over arbeidet med mislighold i UNN. Rapporten vil være et godt hjelpemiddel til å forbedre rutinene, og anbefalingspunktene følges opp med relevante tiltak.

Tromsø, 12.4.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Internrevisjonsrapport fra Helse Nord RHF
2. Handlingsplan for oppfølging av internrevisjonsrapport fra Helse Nord om risiko for mislighet



Internrevisjonsrapport 08/2018

Mislighetsrisiko i Universitetssykehuset Nord- Norge HF

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 29.11.2018

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn.....	4
2 Formål og omfang.....	4
2.1 Formål med revisjonen.....	4
2.2 Omfang og avgrensninger.....	5
2.3 Regelverk og sentrale føringer.....	5
2.4 Komponenter og revisjonskriterier.....	5
3 Metoder.....	6
4 Observasjoner og vurderinger.....	7
4.1 Kontrollmiljø og risikovurdering.....	7
4.1.1 Observasjoner.....	7
4.1.2 Vurderinger.....	8
4.2 Forebyggende og avdekkende kontrolltiltak.....	8
4.2.1 Kjennskap til emner relatert til etikk og misligheter.....	8
4.2.2 Bierverv, verv, eierskap og nærståendeforhold.....	9
4.2.3 Budsjett disponering, anskaffelser og innkjøp.....	10
4.3 Håndtering av misligheter.....	11
4.3.1 Observasjoner.....	11
4.3.2 Vurderinger.....	11
4.4 Oppfølging av internkontroll.....	11
4.4.1 Observasjoner.....	11
4.4.2 Vurderinger.....	12
5 Konklusjon og anbefalinger.....	12
5.1 Konklusjon.....	12
5.2 Anbefalinger.....	12

Vedlegg:

1. Dokumentoversikt
2. Resultater fra spørreundersøkelse

Sammendrag

Denne revisjonsrapporten er utarbeidet etter revisjon i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, gjennomført i perioden april-november 2018.

Formål og avgrensning av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Universitetssykehuset Nord-Norge har etablert egnede og tilstrekkelige internkontrolltiltak for å forebygge, avdekke og håndtere interne misligheter. Det er ikke gjennomført revisjonshandlinger med sikte på å avdekke om misligheter faktisk har blitt utført.

Metoder

Internrevisjonen er gjennomført ved bruk av dokumentgjennomgang, spørreundersøkelse, testing og intervjuer.

Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at Universitetssykehuset Nord-Norge 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.

Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Universitetssykehuset Nord-Norge å:

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 Universitetssykehuset Nord-Norge 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.

1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF i perioden april-november 2018. Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvaret. Tilsvarende revisjon gjennomføres i alle regionens helseforetak.

Revisjonen har omfattet følgende aktiviteter:

- Melding om internrevisjon sendt 24.04.2018
- Gjennomgang av interne dokumenter for UNN
- Spørreundersøkelse gjennomført i juni 2018
- Intervjuer og tester i perioden juni-oktober 2018
- Rapportutkast sendt 29.10.2018, tilbakemelding mottatt 19.11.2018.

1.1 Bakgrunn

Misligheter og uetisk adferd forekommer i betydelig omfang i samfunnet, også innen helsesektoren. Helseforetak ivaretar viktige samfunnsinteresser og bør derfor sørge for en effektiv internkontroll knyttet opp mot mislighetsrisiko.

I *Bestemmelser om økonomistyring i staten, Kapittel 2, Virksomhetens interne styring*, pålegges statlige virksomheter å ha en internkontroll som blant annet «skal forhindre styringssvikt, feil og mangler slik at misligheter og økonomisk kriminalitet forebygges og avdekkes». Det presiseres videre at: «Internkontrollen skal også ha til hensikt å forebygge og avdekke tilsiktede handlinger utført i strid med gjeldende lover og regler, som eksempelvis manipulasjon, forfalskning eller endring av regnskapsdata eller annen resultatinformasjon».

I *Regnskapshåndbok for regionale helseforetak*, kapittel 3.2, slås det fast at «Reglement for økonomistyring i staten gjelder for de regionale helseforetakene så langt det passer». Internrevisjonen legger til grunn at kravene til internkontroll som er gjengitt ovenfor, gjelder for Helse Nord.

2 Formål og omfang

2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Universitetssykehuset Nord-Norge har etablert egnede og tilstrekkelige internkontrolltiltak for å forebygge, avdekke og håndtere interne misligheter.

2.2 Omfang og avgrensninger

En *mislighet* defineres i denne revisjonen som *en bevisst handling som innebærer uredelighet for å oppnå en urettmessig eller ulovlig fordel for seg selv eller andre*.

Definisjonen er hentet (og litt forkortet) fra *Internasjonal revisjonsstandard, ISA 240*¹.

Denne revisjonen omfatter interne misligheter som utroskap, underslag og korrupsjon, og er innrettet med sikte på å vurdere om foretakets internkontroll er egnet og tilstrekkelig til å forebygge, avdekke og håndtere slike misligheter. Internkontrolltiltak knyttet til rent eksterne misligheter som tyveri og bedrageri, omfattes ikke av denne revisjonen.

Det er ikke gjennomført revisjonshandlinger med sikte på å avdekke om misligheter faktisk har blitt utført.

2.3 Regelverk og sentrale føringer

I denne revisjonen er det lagt vekt på føringer i blant annet:

- Regnskapshåndbok for regionale helseforetak, versjon 1.0
- Bestemmelser om økonomistyring i staten, fastsatt av Finansdepartementet 12. desember 2003 med siste endringer av 5. november 2015. Særlig Kapittel 2, Virksomhetens interne styring
- Foretaksmøteprotokoll Helse Nord RHF 26.01.2011, Krav om rammer for 2011 m.v., pkt. 6.3 om etiske retningslinjer
- Lov om årsregnskap m.v. (regnskapsloven), LOV-1998-07-17-56
- Forskrift til utfylling og gjennomføring mv. av regnskapsloven, FOR-2006-09-07-1062
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven), LOV-2005-06-17-62, særlig Kapittel 2A Varsling
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, FOR-2016-10-28-2050

2.4 Komponenter og revisjonskriterier

Revisjonen har, med utgangspunkt i formålet, vært konsentrert om komponenter som bør inngå i et internkontrollopplegg knyttet til mislighetsrisiko. Disse er identifisert med grunnlag i regelverket omtalt i kap. 2.3, samt i følgende dokumenter som beskriver god praksis på området:

- Fraud Risk Management Guide, 2016, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)
- Gjennomgang av korrupsjonsregelverk, antikorrupsjonstiltak og eierstyring, Del III, Beste praksis antikorrupsjonsprogram, Rapport til Nærings- og fiskeridepartementet, 2016, PwC

¹ ISA 240, Revisors oppgaver med og plikter til å vurdere misligheter ved revisjon av regnskaper.

Følgende komponenter er benyttet:

- **Kontrollmiljø:**
Styrets og ledelsens forventninger om styring av mislighetsrisiko, og deres vektlegging av integritet og etiske verdier, er avklart og kommunisert.
- **Risikovurdering:**
Foretaket gjennomfører risikovurderinger for å identifisere spesifikke mislighetsrisikofaktorer, vurdere sannsynlighet for og konsekvens av disse, og beslutte hvordan uakseptabel risiko skal håndteres.
- **Forebyggende tiltak:**
Foretaket utvikler og iverksetter forebyggende kontrolltiltak for å redusere risikoen for at interne misligheter inntreffer.
- **Avdekkende kontroller:**
Foretaket utvikler og iverksetter kontroller som er egnet for å avdekke avvik og interne misligheter så raskt som mulig.
- **Håndtering av misligheter:**
Foretaket utvikler og iverksetter tiltak som er egnet for hensiktsmessig håndtering av mistenkte eller avdekkede misligheter.
- **Oppfølging:**
Foretaket utvikler og utfører løpende evalueringer for å fastslå om komponentene i internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er til stede og fungerer, og svakheter kommuniseres til rett tid til de med ansvar for å treffe korrigerende tiltak.

Det er definert revisjonskriterier for hver komponent, utledet fra de oppgitte dokumentene. Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med.

3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonsoppdraget:

Dokumentgjennomgang:

Dokumenter innhentet via foretakets websider og arkivsystemer, eller mottatt i forbindelse med intervjuer, er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til intervjuene. Se *Vedlegg 1 – Dokumentoversikt*.

Spørreundersøkelser:

En spørreundersøkelse ble sendt via e-post til 54 linjeledere på ledernivå to og tre i UNN. 31 av disse svarte, noe som gir en svarandel på 57 %. Undersøkelsen var åpen for svar i perioden 11.-23. juni 2018. Se *Vedlegg 2 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Universitetssykehuset Nord-Norge HF*.

Intervjuer:

Det er gjennomført individuelle intervjuer med adm. direktør, økonomisjef, seksjonsleder økonomistyring, regnskapssjef, utbyggingssjef, HR-sjef, innkjøpssjef og hovedverneombud i UNN.

Test:

Internrevisjonen har gjort følgende tester av at beskrevne internkontrollrutiner etterleves:

- Andel av ansatte ved UNN, som per 06.06.2018 og 10.10.2018 har bekreftet i Kompetansemodulet at etiske retningslinjer er gjennomgått (har «grønn» status). Grunnlag: data fra Regional systemenhet ved UNN. Alle som er registrert i Personalportalen er inkludert (fast ansatte, midlertidige ansatte, vikarer og evt. andre).

4 Observasjoner og vurderinger

4.1 Kontrollmiljø og risikovurdering

4.1.1 Observasjoner

Regionale etiske retningslinjer (RL0900) ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i 2007, og revidert versjon ble vedtatt i 2011. Her reguleres forhold som er sentrale for forebygging av misligheter, blant annet habilitet, bierverv, gaver og andre fordeler, og varsling av kritikkverdige forhold. På revisjonstidspunktet pågikk et regionalt arbeid med revidering av de etiske retningslinjene, med sikte på styrebehandling i februar 2019. Etiske regler er inkludert i foretakets arbeidsreglement i Personelhåndboka med en lenke til Etiske retningslinjer i Helse Nord. Økonomihåndboka i UNN (RL1444) har også en beskrivelse av etiske retningslinjer. 84 % av de som besvarte spørreundersøkelsen, var helt eller delvis enig i påstanden «I mitt foretak viser foretaksledelsen tydelig at de er opptatt av etterlevelse av gjeldende etiske retningslinjer».

Økonomihåndbok for Helse Nord (RL2270) inneholder krav om at foretakene skal ha etablert en fullmaktsbeskrivelse som skal være tilgjengelig i Docmap. «Fullmaktsmatrise i UNN» er under utarbeidelse og vil, sammen med «Fullmaktsstruktur i UNN» (RL3473), beskrive fullmaktsområdene som er regulert i RL2270.

UNN har rutine for varsling av kritikkverdige forhold (PR15962), som er tilgjengelig både i Docmap og i Personelhåndboka. Rutinen er i samsvar med arbeidsmiljølovens kapittel 2A. Varsling anbefales dokumentert på fastsatt skjema og sendt til varslingsmottak for videre saksbehandling. Dokumentasjon skal lagres i arkivsystemet, ePhorte. 87 % av de som besvarte spørreundersøkelsen var helt eller delvis enig i at det er trygt å varsle om kritikkverdige forhold i UNN.

84 % av lederne i UNN som besvarte spørreundersøkelsen, var helt eller delvis enig i påstanden «Foretaksledelsen forventer at jeg som leder har fokus på mislighetsrisiko i min enhet». Foretaket har imidlertid ikke inkludert risiko for misligheter i sitt opplegg for dokumenterte risikovurderinger, heller ikke i investeringsprosjekter. I spørreundersøkelsen ga likevel 35 % uttrykk for at det gjennomføres dokumenterte risikovurderinger som omfatter mislighetsrisiko på «enhetsnivå» i foretaket.

4.1.2 Vurderinger

Etter internrevisjonens vurdering inneholder de regionale etiske retningslinjene, som også brukes av UNN, temaer som er viktige for forebygging av misligheter. Det er uheldig at «Fullmaktsmatrise i UNN» ikke er ferdigstilt, men vi anser det foreliggende utkastet som et egnet grunnlag for forebygging og avdekking av misligheter. Etablert varslingsrutine tilfredsstiller arbeidsmiljølovens krav og kan benyttes ved mistanke om misligheter.

Vi oppfatter manglende dokumenterte vurderinger av risiko for misligheter som en klar kontrollmessig svakhet. Uten slike vurderinger er det vanskelig for foretaket å ta stilling til om iverksatte kontrolltiltak er tilstrekkelige. Det er likevel positivt at mange av lederne opplever en forventning om fokus på mislighetsrisiko.

4.2 Forebyggende og avdekkende kontrolltiltak

Beskrivelser av god praksis innenfor temaet, jf. kap. 2.4, identifiserer en rekke tiltak som vil bidra til effektiv forebygging og avdekking av misligheter. Vi har i denne revisjonen fokusert på de tiltakene vi anser som de mest vesentlige.

4.2.1 Kjennskap til emner relatert til etikk og misligheter

4.2.1.1 Observasjoner

Internrevisjonen har undersøkt hvordan ansatte gjøres kjent med emner relatert til etikk og misligheter, og hvordan de trenes i disse. Vi konstaterer følgende:

- De etiske retningslinjene inngår i sjekkliste for nye ledere.
- I intervjuene ble det opplyst at alle ansatte nå tildeles kompetanseplaner i Kompetansemodulen i Personalportalen, hvor krav til gjennomgang av etiske retningslinjer inngår. Hvert krav har statuskode rød, gul eller grønn, der grønn bekrefter at kravet er innfridd. Kompetansemodulen er imidlertid fortsatt under implementering i foretaket.
- Det framkommer i Personalthåndboka at den ansatte skal innfri tildelte kompetanseplaner og sørge for å holde egen kompetanse oppdatert, og at det er leders ansvar å følge opp at de ansatte gjennomfører planene.

- Per 06.06.2018 hadde bare 28 % av de ansatte i UNN status «grønn» for kompetansekravet om etiske retningslinjer. Gjennomføringsgraden var økt til 37 % per 10.10.2018.
- I spørreundersøkelsen var kun 45 % av lederne helt eller delvis enig i at «Det dokumenteres at den enkelte ansatte i min enhet er gjort kjent med foretaksgruppens etiske retningslinjer (RL0900)».
- 51 % av lederne svarte positivt på påstanden «Det gis opplæring og øving relatert til etikk og misligheter i min enhet».
- Varsling inngår ikke som tema i opplæringen av nye ansatte.

4.2.1.2 Vurderinger

De etiske retningslinjene utgjør et viktig grunnlag i internkontrollen. Internrevisjonen finner det derfor positivt at de er definert som obligatorisk kompetanse for alle ansatte i UNN, selv om gjennomføringsgraden fortsatt er lav. Opplæring/trening i emner relatert til etikk og misligheter, tilpasset den ansattes egne oppgaver, anses også som god praksis, og kunne med fordel vært satt i system ved foretaket.

Association of Certified Fraud Examiners (ACFE) viste i 2015, i sin årlige undersøkelse av misligheter og korrupsjon, at tips fra varslere er den klart mest framtreddende kilden (43 %) for den innledende oppdagelsen av misligheter og korrupsjon i organisasjoner, og at det kommer flest varsler om misligheter og korrupsjon fra virksomhetens egne ansatte. Dette viser at det er viktig for avdekking av misligheter at ansatte har kjennskap til varslingsrutinene, og at det aktivt oppfordres til å benytte disse. Derfor er det uheldig at varsling ikke inngår i et strukturert opplærings-/informasjonsopplegg for alle ansatte, for eksempel gjennom sjekkliste for nytilsatte og/eller i Kompetansemodulen.

4.2.2 Bierverv, verv, eierskap og nærståendeforhold

4.2.2.1 Observasjoner

Adgangen til å ha bierverv, verv og eierskap i annen virksomhet er beskrevet i foretakets «Arbeidsreglement» under avsnittet «Annet lønnet arbeid» i Personalhåndboka. Det er ingen lenke til regional prosedyre om bierverv, andre verv og eierinteresser (PR12039) som fastslår at det er helseforetakets øverste leder som beslutter om bierverv skal tillates, og at beslutningsmyndigheten kan delegeres til nivå 2, men ikke lengre. I intervjuene ble det opplyst at fullmakt til å godkjenne bierverv er delegert til den ansattes nærmeste leder, noe som også samsvarer med utkast til fullmaktsmatrise i UNN.

Foretaksgruppen, inkludert UNN, benytter Personalportalen til registrering av bierverv, verv og eierskap i annen virksomhet. Vi har fått opplyst at krav om slik registrering er distribuert via e-post til alle ansatte. Registreringsplikten beskrives imidlertid ikke i foretakets styrende dokumenter, verken i Docmap eller Personalhåndboka. Gjennom intervjuene har det framkommet at man anser registreringer i Personalportalen som forespørsler som skal sendes til nærmeste leder for godkjenning. I spørreundersøkelsen

har 83 % av lederne gitt uttrykk for at ansatte avklarer adgangen til å inneha bierverv etc., men kun 49 % føler trygghet for at disse blir registrert i Personalportalen.

Vi har fått opplyst at det ikke gjennomføres rutinemessige kontroller med utgangspunkt i data om bierverv etc. registrert i Personalportalen. I forbindelse med utarbeidelse av årsregnskapet foretas det kartlegging av bierverv og nærstående forhold, men bare for styremedlemmer og ledende ansatte.

Internrevisjonen har merket seg at det fra regionalt nivå er besluttet flere forbedrings tiltak knyttet til bierverv, blant annet å videreutvikle registreringsløsningen i Personalportalen, jf. Helse Nord RHF's styresak 89-2018.

4.2.2.2 Vurderinger

Internrevisjonen konstaterer at ordningen som er etablert, hvor nærmeste leder har fullmakt til å godkjenne bierverv, andre verv og eierinteresser, ikke samsvarer med føringer i den regionale prosedyren om bierverv etc. (PR12039). Internrevisjonen har for øvrig konstatert at uklare fullmaktsforhold er en regional utfordring og har gitt en anbefaling til Helse Nord RHF om å utbedre svakheter i styring og kontroll med bierverv etc. RHF-ets forbedringstiltak kan få betydning for UNNs fullmaktsmatrise og rutiner.

Vi anser det som en svakhet at registrerte data ikke benyttes til rutinemessige kontroller.

4.2.3 Budsjettdisponering, anskaffelser og innkjøp

4.2.3.1 Observasjoner

Økonomihåndbok for Helse Nord inneholder beskrivelser av hva budsjettdisponeringsfullmakt innebærer, samt av rollene ved attestasjon og godkjenning (anvisning). Rollebeskrivelser i UNNs fullmaktsstruktur (RL3473) samsvarer med disse kravene, men skiller seg i praktiseringen av anviserrettighetene, i og med at det gis anledning til å delegerer budsjettdisponeringsfullmakten fra adm. direktør til ledernivå 2, 3 eller 4 (seksjonsleder), og lederne kan bemyndige økonomirådgiver sin budsjettdisponeringsfullmakt. Det er rutinefestet krav om skriftlig fullmakt på signert skjema for bemyndigelsen av fullmakten. I intervjuer har vi fått opplyst at alle klinikker og staber har bemyndiget en økonomirådgiver fullmakt til å forestå anvisning av utbetalinger, men det er ikke foretatt noen egne kontroller av at det er samsvar mellom signerte skjemaer og tilgangsrettigheter.

Det er utarbeidet rutiner som gir klare og tydelige beskrivelser/ rammer for innkjøpsområdet. Det er videre gitt beløpsmessige fullmaktsgrenser for kjøp av varer og tjenester på forskjellige ledernivåer.

Vi har fått opplyst at det ikke gjøres regelmessige kontroller med fokus på om det har vært gjort innkjøp i strid med gjeldende avtaler. Det er igangsatt et arbeid, herunder

enkelte tilfeldige kontroller, for å følge opp avtalelojaliteten på de enkelte avdelinger i foretaket.

Videre har vi fått opplyst at det foretas sjekk mot offentlige registre ved godkjenning av nye leverandører i fakturasystemet, noe som har avdekket flere forsøk på svindel. Det er ikke utarbeidet skriftlige rutiner som beskriver kontrollen.

I intervjuene framkom at økonomirådgiverne har månedlige oppfølgingsmøter med klinikker og staber, hvor regnskap og uventede budsjettavvik blir diskutert. Dette samsvarer også med spørreundersøkelsen, hvor 97 % svarer at uforutsette budsjettoverskridelser blir fulgt opp og avklart.

4.2.3.2 Vurderinger

Det er etablert klare prosedyrer for hvordan budsjettdisponeringsfullmakten delegeres i klinikkene og stabene, og hvordan anvisningsrettigheten bemyndiges til økonomirådgiver. Det er videre etablert rutiner med gode beskrivelser av hvordan innkjøp skal foretas avhengig av beløp og type innkjøp. Det er positivt at det gjøres kontroller ved godkjenning av nye leverandører, men kontrollene kan med fordel formaliseres.

4.3 Håndtering av misligheter

4.3.1 Observasjoner

I intervjuer er det opplyst at dersom det foreligger mistanke om misligheter, vil HR-sjef bli kontaktet. Ved mistanke eller avdekking av misligheter benyttes enten varslingsrutinen (PR15962) eller rutiner for oppsigelse, suspensjon eller avskjed av den ansatte. HR-sjef er bemyndiget av adm. direktør til å forestå oppsigelse, suspensjon og avskjed, og saksgangen er beskrevet under «Disiplinære forhold» i Personalthåndboka. Eventuell politianmeldelse er ikke regulert verken i varslingsrutinen eller under «Disiplinære forhold». Dokumentasjon knyttet til varslings-/ personalsaker skal lagres i arkivsystemet, ePhorte. Adm. direktør informerer styret om avdekkede mislighetssaker i lukkede møter.

4.3.2 Vurderinger

Basert på observasjonen ovenfor vurderer internrevisjonen at mistanker om misligheter i UNN vil bli håndtert på en forsvarlig måte.

4.4 Oppfølging av internkontroll

4.4.1 Observasjoner

UNN gjennomfører ledelsens gjennomgang av internkontrollen årlig, men temaene som denne revisjonen omhandler har ikke inngått i gjennomgangen. Det er heller ikke gjennomført egne, systematiske gjennomganger/evalueringer av internkontroll relatert til mislighetsrisiko i foretaket.

4.4.2 Vurderinger

Fraværet av systematiske evalueringer av internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er uheldig da det kan innebære at svakheter ikke blir kjent og tiltak ikke iverksatt.

5 Konklusjon og anbefalinger

5.1 Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at Universitetssykehuset Nord-Norge 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.

5.2 Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Universitetssykehuset Nord-Norge å:

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 Universitetssykehuset Nord-Norge 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.

Vedlegg 1 – Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

Regionale dokumenter

- RL0900, Etiske retningslinjer for Helse Nord, versjon 3.3
- RL2270, Økonomihåndbok for Helse Nord, versjon 3.0
- PR12039, Bierverv, andre verv og eierinteresser i annen virksomhet, i Helse Nord, versjon 1.2
- PR40674, Veiledning for registrering av bierverv i Personalportalen, versjon 2
- PR34640, Roller og delegering av fullmakter - oversikt for Helse Nord, versjon 2
- AV0415, Samarbeidsavtale mellom Helse Nord RHF (helseregionen) og Legemiddelindustrien (LMI), oppdatert versjon i kraft fra 1.1.2014
- RL2092, Samarbeidsavtale mellom Helse Nord RHF og Leverandørforeningen for helsesektoren (LFH), i kraft fra 1.1.2011

Universitetssykehuset Nord-Norge HF – interne dokumenter

- DS0602, Økonomihåndbok for UNN, herunder:
 - RL1444, Økonomihåndbok kap. 1 – Generelle forhold, versjon 5
 - RL3473, Fullmaktsstruktur i UNN HF, versjon 4, med tilhørende skjemaer:
 - SJ5040, Budsjettdisponeringsfullmakt – direktør klinikksejef
 - SJ5041, Budsjettdisponeringsfullmakt – klinikksejef og avdelingsleder
 - SJ5042, Budsjettdisponeringsfullmakt – avdelingsleder og seksjonsleder
 - SJ5044, Bemyndigelse av budsjettdisponeringsfullmakt mellom økonomirådgiver og klinikkens ledere
 - SJ11567, Oversikt over fullmaktshavere UNN, per 27.04.2018
 - RL6720, Fullmaktsoversikt for innkjøp
 - Utkast oppdatert fullmaktsmatrise i UNN
- PR15962, Prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold, versjon 3.2
 - SJ2615 Skjema for varsling av kritikkverdige forhold i UNN HF, versjon 3.3
- PR45740, Prosedyre for håndtering av konflikter i UNN HF
- SJ11200, Habilitetsskjema Anskaffelser Byggeprosjekt, versjon 1
- PR43192, Rutine for opplæring av nye ledere, versjon 3
- RL4101, UNN-boka
- Compendia personalhåndbok, UNN HF, 15.05.2018 herunder:
 - Sjekkliste, Introduksjonsprogram for nye ledere
- Årsregnskap Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2017, Note 19 – Nærstående parter
- RL4312 Anskaffelser – Rutiner for anskaffelser ved UNN HF
- PR44140, Prosedyrer for å godkjenne skaffevarer i e-procurement
- PR44142, Prosedyrer for å rekvirere skaffevarer uten kontrakt i CWL
- PR44146, Prosedyrer for å bestille utstyr med verdi under kr 100.000

- PR45987, Bestille utstyr med verdi over kr 100.000
- Eksempel på vurdering av godkjenning av bierverv

Vedlegg 2 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Universitetssykehuset Nord-Norge

Om undersøkelsen

Undersøkelsen var åpen for svar i perioden 11.-23. juni 2018.

Undersøkelsen ble sendt til 54 linjeledere på ledernivå to og tre i foretaket, og 31 av disse svarte, noe som ga en svarandel på 57 % i UNN.

Samlet svarandel i Helse Nord (HN: alle HF-ene i regionen) var 63 % (127 av 203 mottakere).

Følgende svarskala er benyttet:

5 = Helt enig

4 = Delvis enig

3 = Nøytral

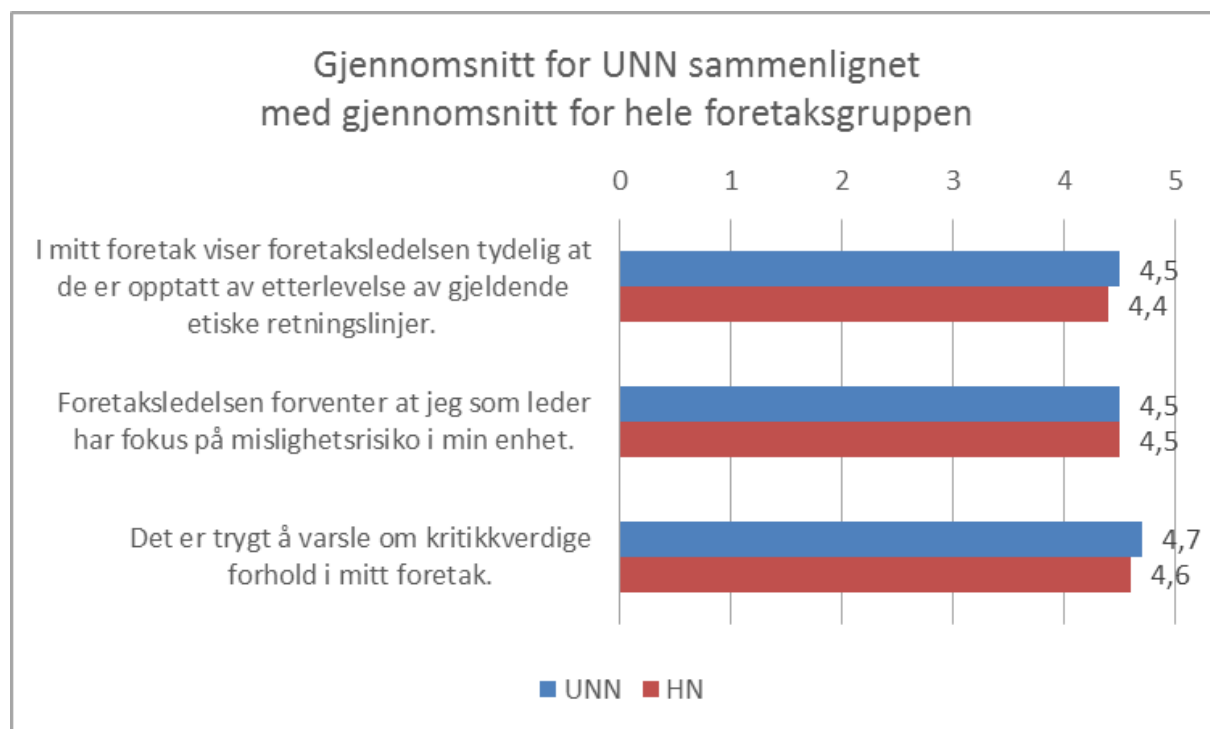
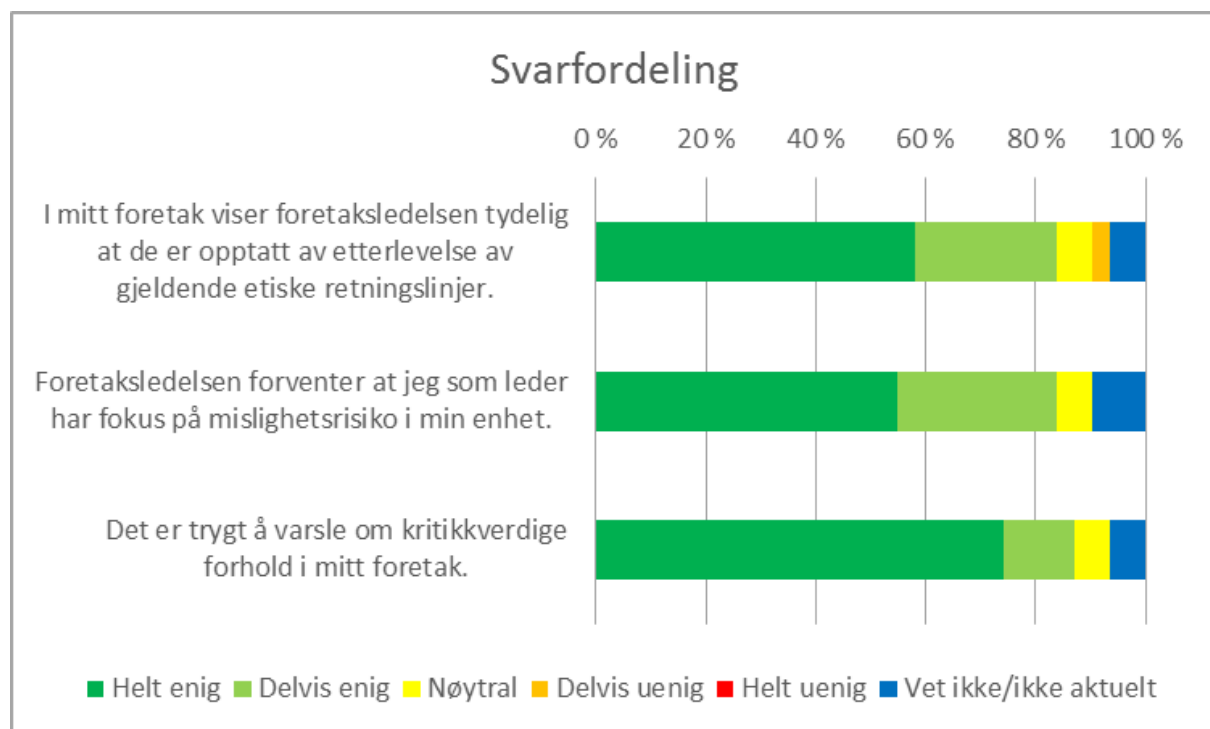
2 = Delvis uenig

1 = Helt uenig

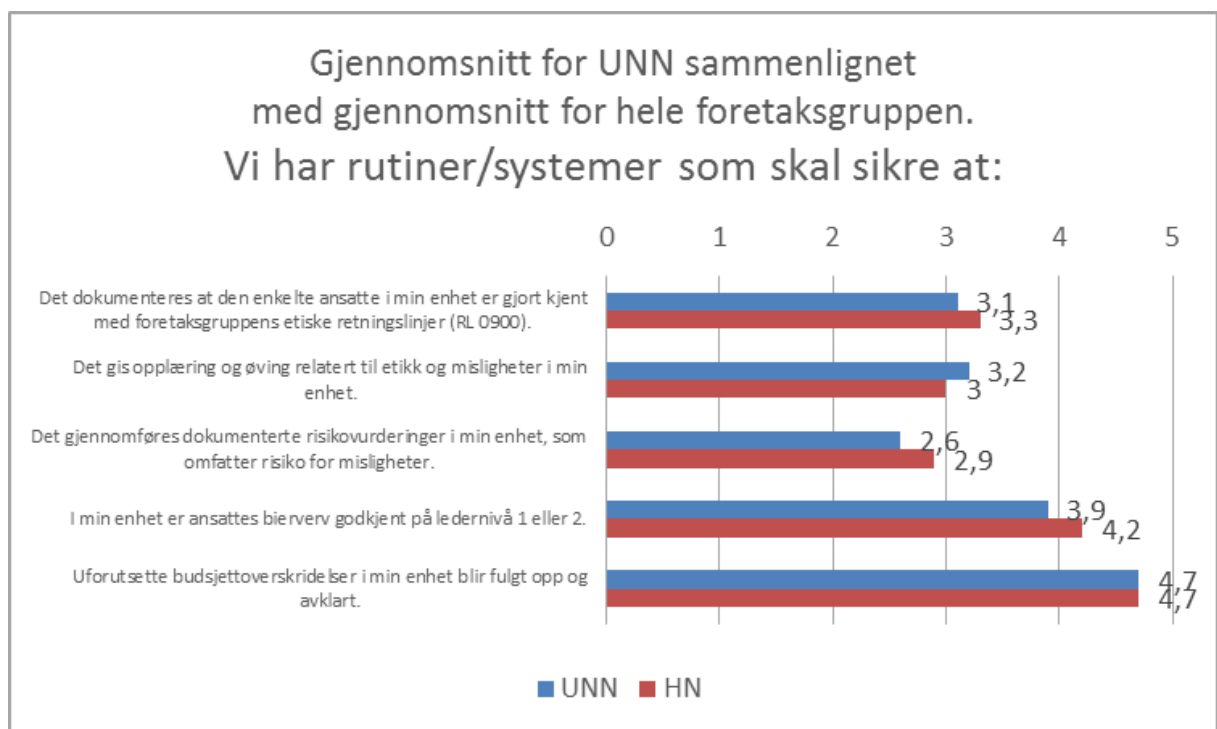
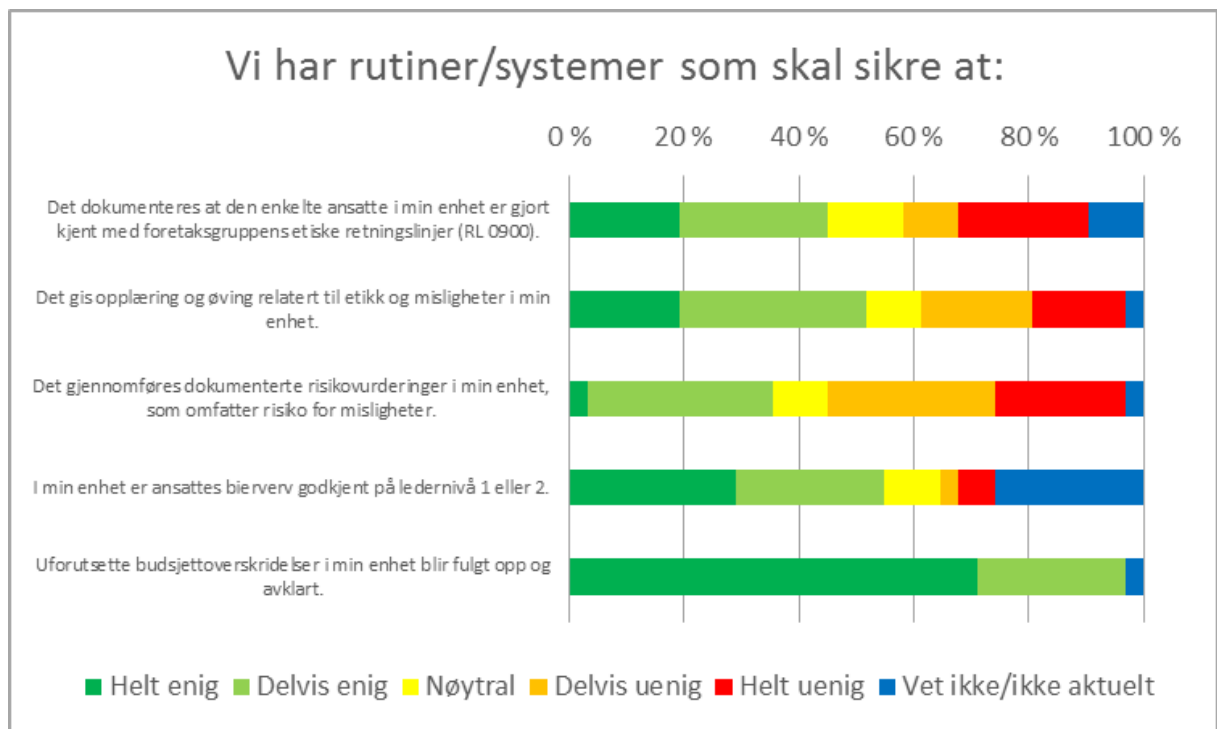
0 = Vet ikke/ikke aktuelt

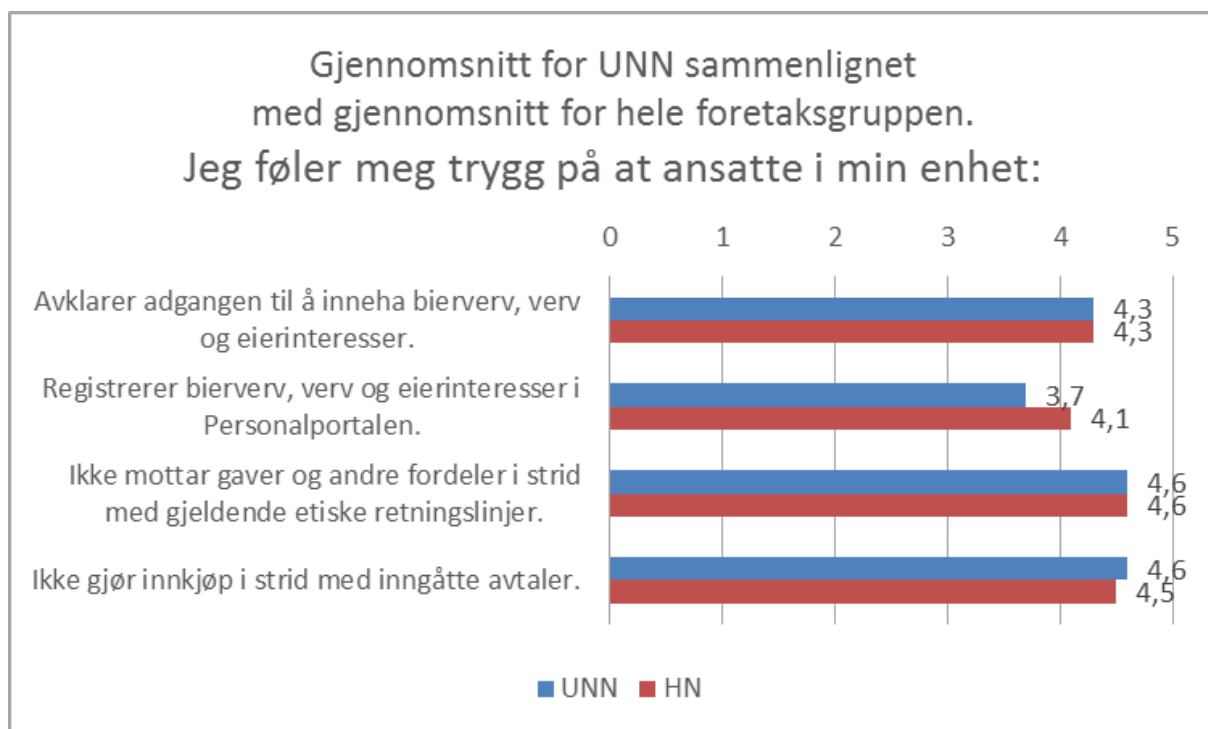
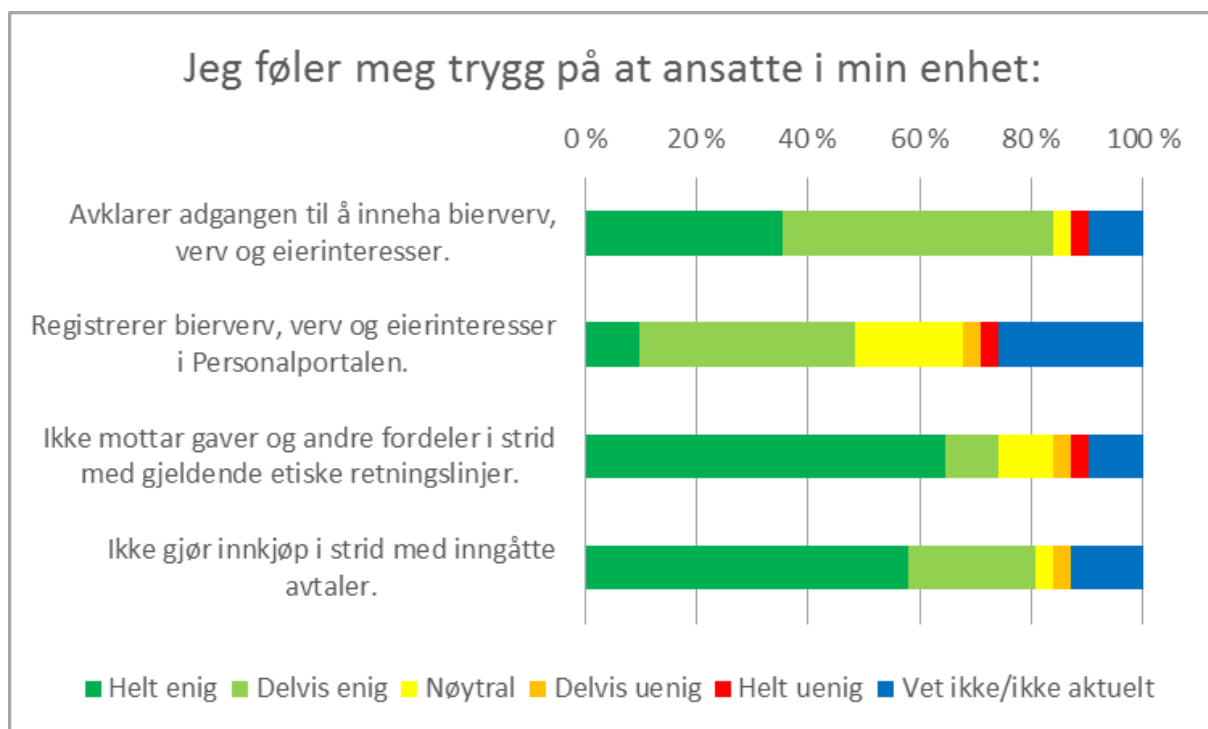
Det er innhentet svar vedrørende «foretaksnivå» og «min enhet» (nivå 2 og 3).

Foretaksnivå Universitetssykehuset Nord-Norge



Enhetsnivå – «min enhet» (nivå 2 og 3)





Vedlegg 2

Handlingsplan for oppfølging av internrevisjonsrapport fra Helse Nord om mislighetsrisiko

Tiltak	Frist
Gjennomgang av rutiner knyttet til investeringsprosjekt for å inkludere risiko for mislighet i rutinene	Mai 2019
Varslingsrutinene legges som obligatorisk opplæring i kompetansemodulen	Mai 2019
Plikten til å registere bierverv legges inn i personalhåndboka	Mai 2019
Tertialvis rapportering på gjennomføring av obligatoriske kurs i kompetansemodulen	Mai 2019
Fullmaktsregister utarbeides ihht økonomihåndbok	Utført
Vurdering av interkontroll knyttet til mislighet legges in i ledelsens gjennomgang	1 gang per år



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
37/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.4.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Gøril Bertheussen

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

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

Skriftlige orienteringer

1. Orientering om medarbeiderundersøkelsen ForBedring
2. Orientering fra valgstyret om utfallet ved valg av ansattevalgte representanter til styret

Muntlige orienteringer

3. Klinikkpresentasjon PHRK, samt omvisning

Tromsø, 12.4.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Resultater fra ForBedring 2019 i UNN

Bakgrunn

ForBedring er en felles nasjonal undersøkelse som kartlegger arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur med hovedformål om å forbedre dette. Undersøkelsen ble gjennomført første gang i 2018. ForBedring 2019 i UNN gjennomføres i henhold til overordnet plan i Helse Nord.

Deltakelse

Spørreundersøkelsen i ForBedring 2019 var tilgjengelig i perioden 4.2.2019 til og med 26.2.2019. Deltakelsen i UNN var svært god. Det ble sendt ut 6677 spørreskjema og vi fikk inn 4919 svar. En total svarprosent på 73,7 prosent som er en bedring på 0,5 prosentpoeng fra 2018. UNN når med det den nasjonale målsettingen om minimum 70 prosents deltakelse.

Resultater

Spørreskjemaet kartlegger i alt 9 hovedområder fordelt på 41 påstander. Resultatet per påstand vises som et gjennomsnitt av svarene langs en skala fra 0 til 100, der 0 alltid er minst ønskelig, og 100 alltid er mest ønskelig. Resultatene fra ForBedring 2019 sammenlignes med ForBedring 2018. Det er verdt å merke seg at en evaluering av ForBedring 2018 resulterte i noen endringer i spørreskjema. Der det er gjort endringer i spørreskjema sammenlignes ikke resultatene. Følgelig mangler disse påstandene resultatvisning fra 2018.

Resultatene for UNN totalt viser en god tendens ved at foretaket jevnt over skårer høyere enn i fjor. Endringene er imidlertid for små til at man entydig kan konkludere med en bedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur basert på tallene alene.

Oppfølging

Det viktige arbeidet med å følge opp resultatene gjennomføres nå på alle nivå i UNN. Alle enheter har tilgang til rapporter med egne resultater. Disse følges opp lokalt ved at resultatene skal presenteres og diskuteres slik at konkrete forbedringstiltak skal kunne etableres. Alle enheter i UNN skal ha utarbeidet handlingsplaner med forbedringstiltak innen 24.5.2019.

Vedlegg:

1. ForBedring 2019: Totalrapport for Universitetssykehuset i Nord Norge

Undersøkelse

ForBedring - Leder

ForBedring - Medarbeider

Undersøkelsenavn	Antall utsendte 2019 ▲	Antall svar 2019	Svarprosent 2019	Svarprosent 2018
ForBedring - Leder	413	365	88,4 %	85,1 %
ForBedring - Medarbeider	6264	4554	72,7 %	72,5 %
Sum:	6677	Sum: 4919	Sum: 73,7 %	Sum: 73,2 %

Valgt foretak

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE(TOP)

Valgt klinikk/område

AKUT...	BARN...	DIAG...	DIREK...	DRIFT...	FELLE...	HJER...	KIRUR...	KVALI...	MEDI...	NASJ...	NOR ...	OPER...	PSYKI...	STAB...
---------	---------	---------	----------	----------	----------	---------	----------	----------	---------	---------	---------	---------	----------	---------

Valgt avdeling/seksjon/enhet

(...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	B...	B...	B...	E...	E...	F...	F...	F...	F...	F...	F...	F...	F...	F...	F...	F...	F...	G...	G...	H...	H...	H...	H...	H...
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Valgt seksjon/enhet

(...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Valgt enhet

(...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	A...	D...	D...	E...	E...
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

ForBedring

Pasienter og medarbeidere skal være trygge og sikre i helsetjenesten. Formålet med undersøkelsen er forbedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Undersøkelsen har derfor fått navnet ForBedring. Det er et krav til ledere på alle nivå at resultater fra kartleggingen blir meldt tilbake til medarbeiderne, og det er et krav til alle medarbeiderne at de medvirker i å utarbeide og prioritere forbedringstiltak.

I menyen øverst velger man hvilken undersøkelse, hvilket år og hvilken organisatorisk enhet man ønsker å se resultater for.

I arkfanen "Forside" finner du oversikt over de (n) organisatoriske enheten (e) som inngår i din rapport og svarprosent.

I arkfanene "Gjennomsnitt per tema" og "Andel høy skår" finner du et overblikk over resultatene fra undersøkelsen.

I de påfølgende arkfanene finner du resultatene for hvert enkeltspørsmål.

Spørsmålene under temaene "Arbeidsforhold" og "Psykososialt arbeidsmiljø" er vesentlig endret fra 2018. Resultatene fra 2018 kan derfor ikke bli sammenlignet

med resultatene fra 2019. Det er kun 2019-resultatene som blir vist for disse 2 temaene.

Grafene viser resultatene fra spørreundersøkelsen som gjennomsnittsskår langs en skala fra 0-100 (omregnet fra svaralternativene 1-5).

0 skal alltid tolkes som minst ønskelig, og 100 mest ønskelig.

Resultater som inneholder høy spredning har **turkisfarget** spørsmålstekst i tabellen nederst på siden, og bør leses med økt varsomhet.

Av hensyn til konfidensialitet blir ikke spørsmål som er besvart av færre enn 5 per organisatorisk enhet vist i rapporten.

Referanseområdet (mellom start og slutt) forteller oss hva de fleste (70 %) har svart. Resultat utenfor dette området bør bli utforsket, før det blir vurdert om det er et prioritert oppfølgingspunkt.

HN viser gjennomsnittet for hele Helse Nord.

Rapportvisning og menyvalg tilgangsstyres av hvilke kostnadssteder du som leder har tilgang til å se.

For å navigere i rapporten må du først velge "Undersøkelse" øverst til venstre:

- **ForBedring 2018 - Medarbeider** : rapport med svar fra medarbeidere du leder i valgte koststeder

- **ForBedring 2018 - Leder** : rapport med svar fra ledere som du har et lederansvar for i valgte koststeder.

Dette er et eksempel fra 2018, for senere gjennomføringer velger man det aktuelle år.

Spørsmål knyttet til undersøkelsen kan rettes til gjennomføringsansvarlige for undersøkelsen i det respektive foretak.

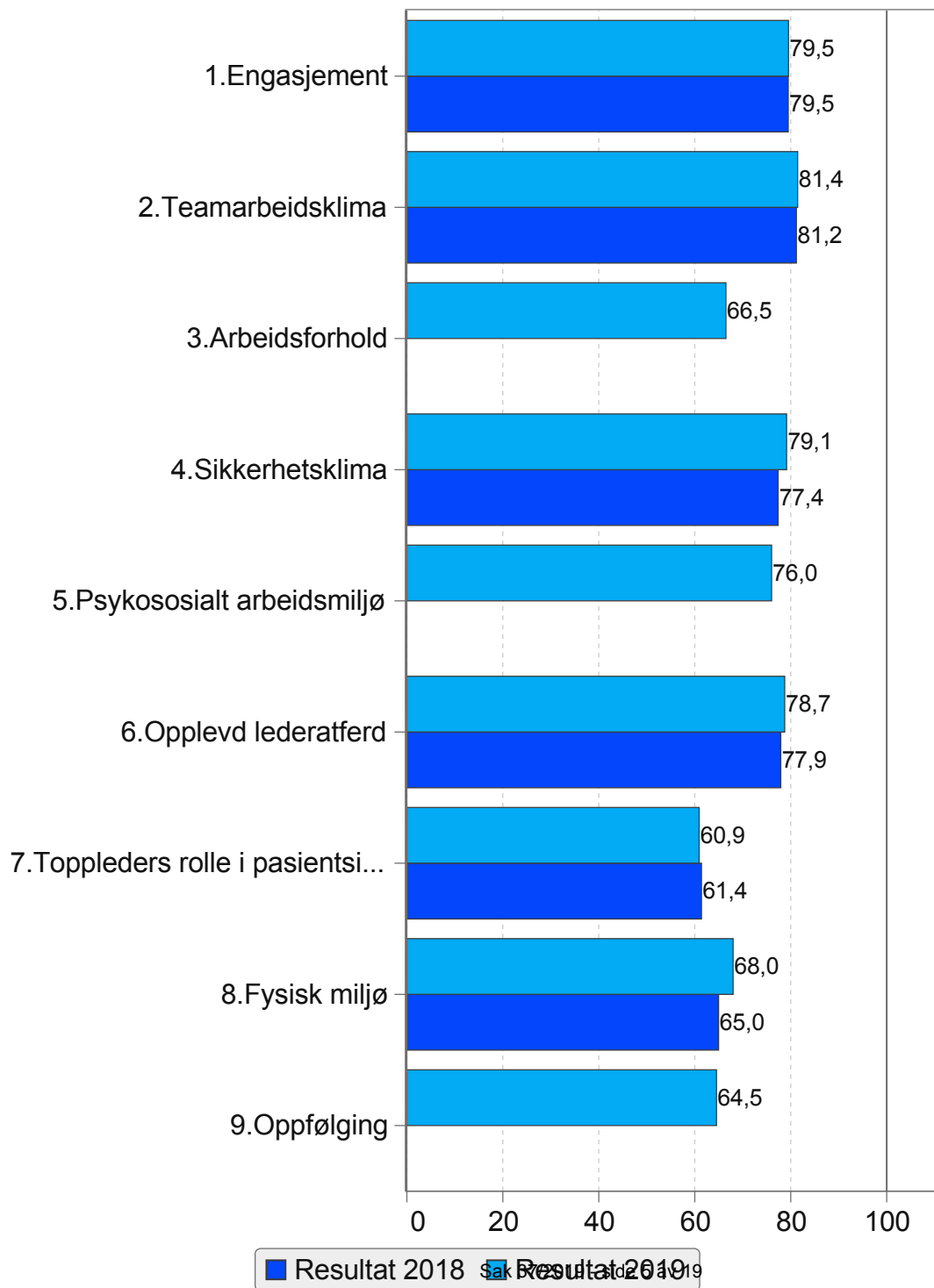
Gjennomsnitt per tema

Her finner du resultater fra undersøkelsen på overordnet nivå. For hvert tema ser du gjennomsnittet av hva de som ble spurt har svart.

Her ser du også om skåren har endret seg siden sist og hva som er skåren i foretaksgruppen.

100 er den beste skåren på alle tema og spørsmål.

Kommentar:
Spørsmålene i temaene "Arbeidsforhold" og "Psykososialt arbeidsmiljø" har blitt vesentlig endret siden 2018 og kan ikke bli sammenlignet med resultatene i 2019. Temaet "Oppfølging" har fått et nytt spørsmål i 2019. Det er kun resultatene for 2019 som blir vist for disse temaene.



Spørsmålsgruppe ▲	Resultat 2019	HN-grupp esnitt 2019
1.Engasjement	79,5	80,4
2.Teamarbeidsklima	81,4	82,5
3.Arbeidsforhold	66,5	69,1
4.Sikkerhetsklima	79,1	80,4
5.Psykososialt arbeidsmiljø	76,0	77,2
6.Opplevd lederatferd	78,7	80,0
7.Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet	60,9	66,1
8.Fysisk miljø	68,0	69,0
9.Oppfølging	64,5	65,1

Her finner du flere resultater fra undersøkelsen på overordnet nivå. For hvert tema ser du hvor mange av (stor andel av) de spurte som har svart 75 eller høyere.

En høy andel (60-80 %) forteller oss at de som har svart jobber godt innenfor det aktuelle tema.

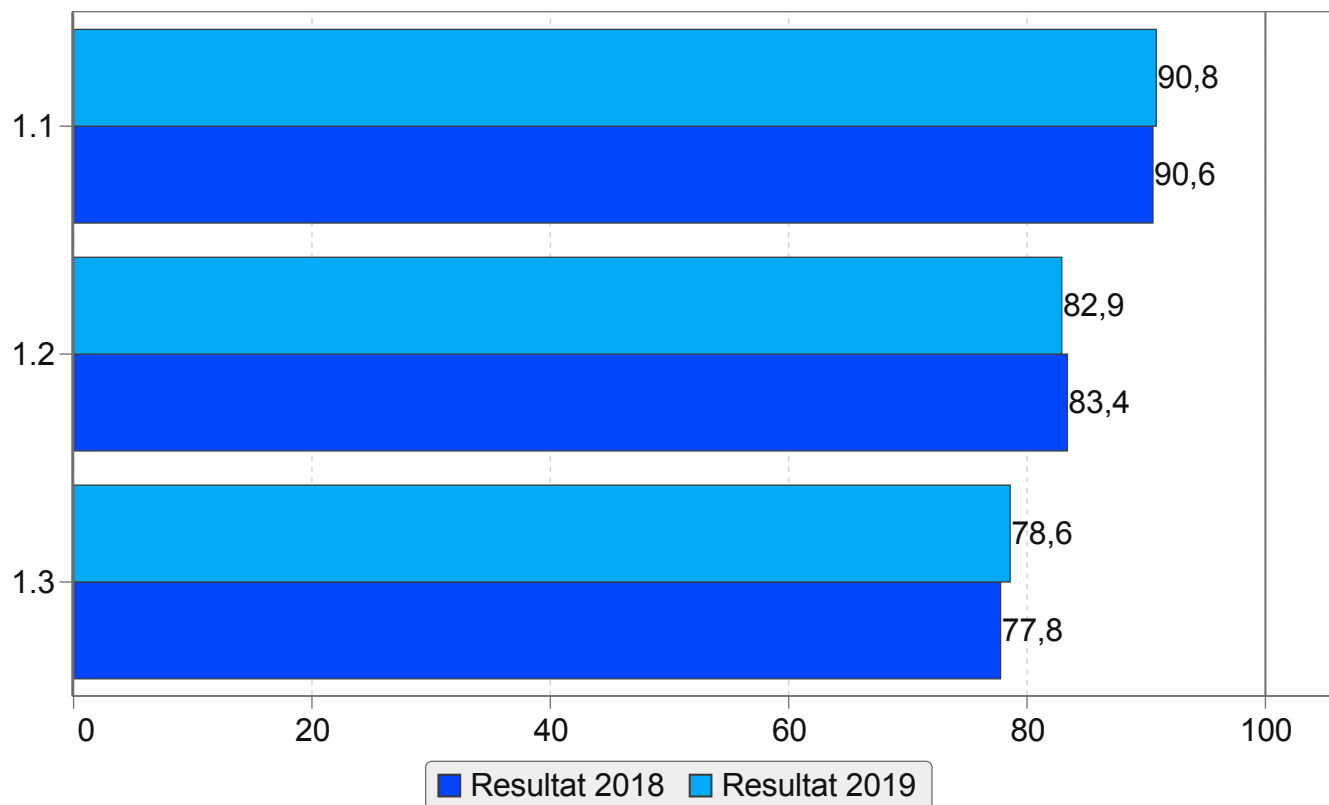
Kommentar:
Spørsmålene i temaene "Arbeidsforhold" og "Psykososialt arbeidsmiljø" har blitt vesentlig endret siden 2018 og kan ikke bli sammenlignet med resultatene i 2019. Temaet "Oppfølging" har fått et nytt spørsmål i 2019. Det er kun resultatene for 2019 som blir vist for disse temaene.

Andel høy skår



Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personligutvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner. Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet. Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil. Høy skår indikerer et høyt engasjement.

1.1 Arbeidsoppgave mine engasjerer meg

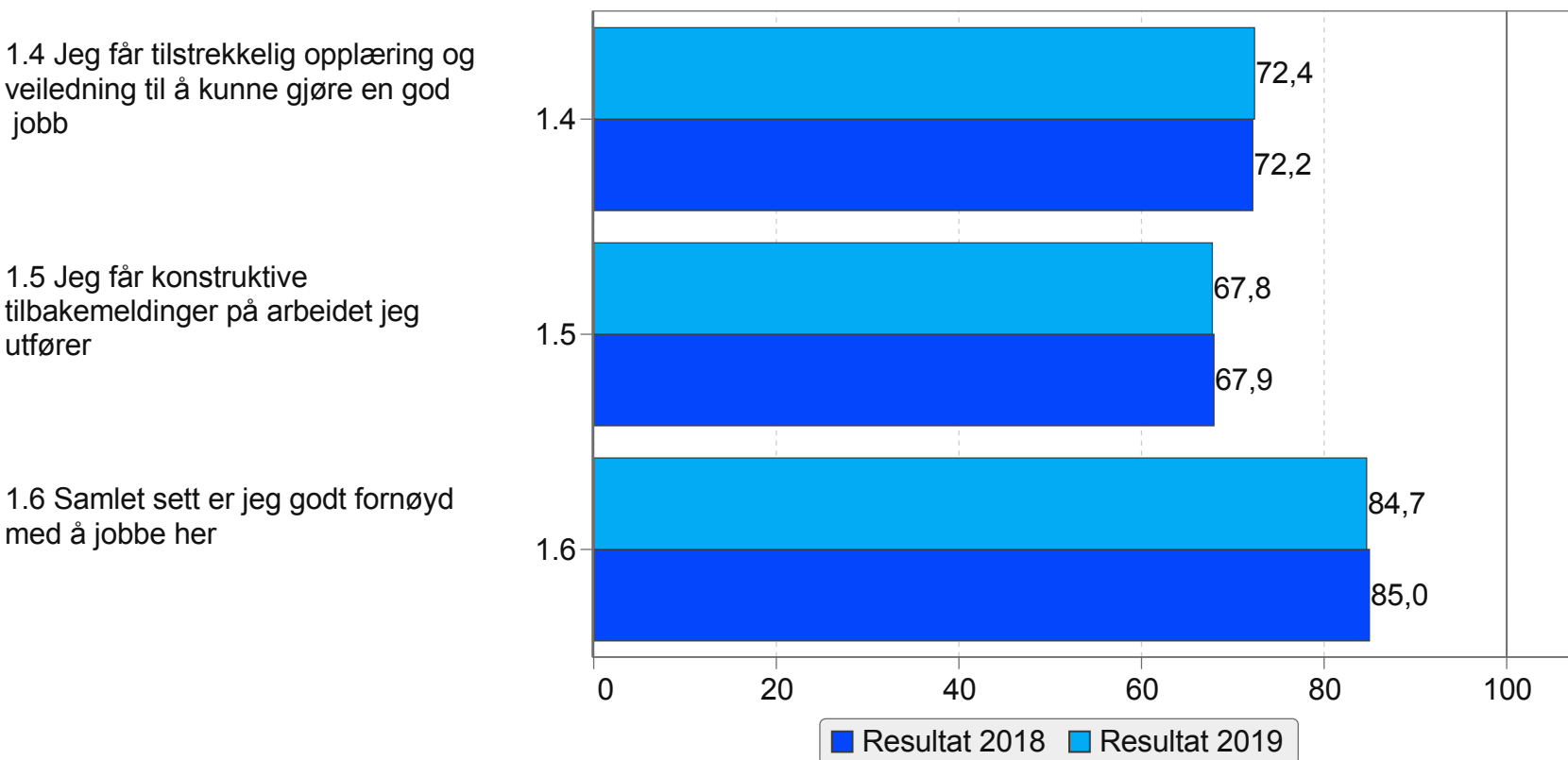


1.2 Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe

1.3 Jeg får utvikle meg gjennom jobben

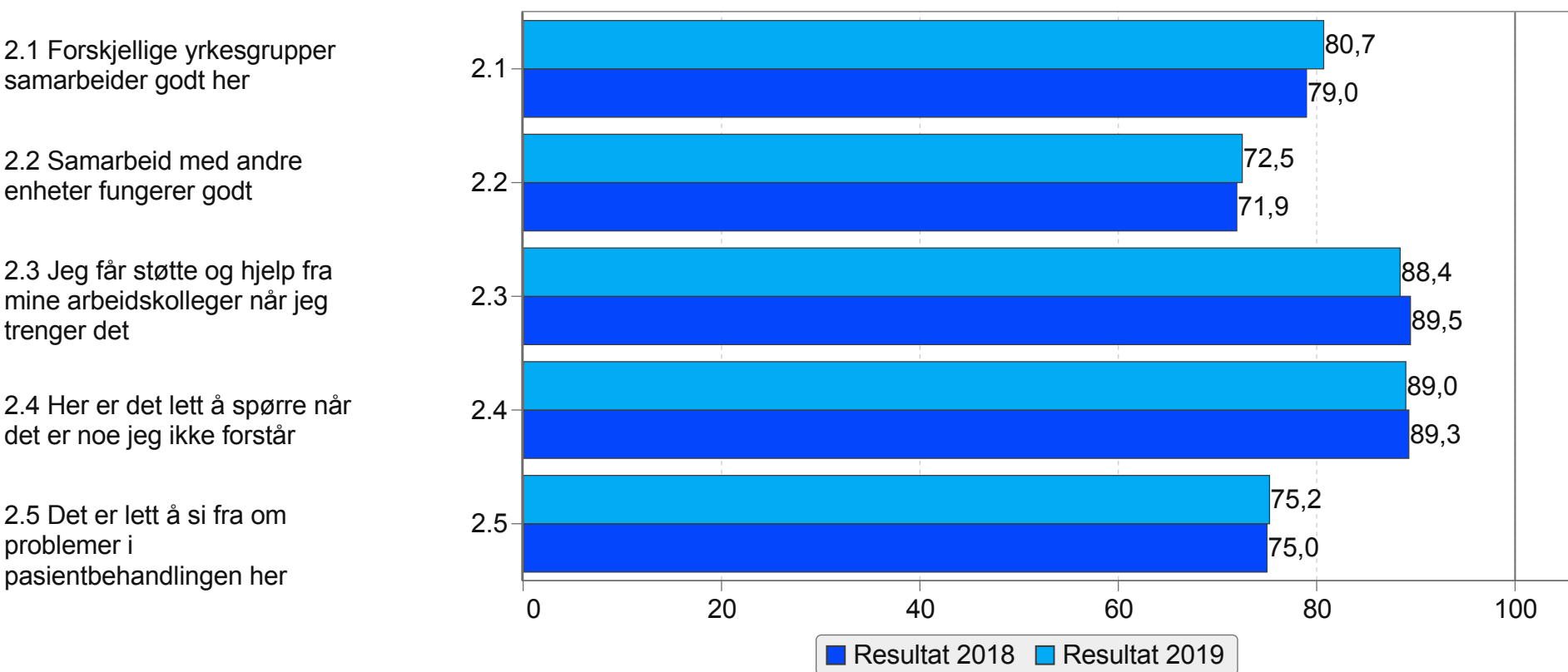
#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
1.1	Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	4896	9	90,8	86,0	96,0	91,0
1.2	Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	4877	28	82,9	79,6	89,6	84,6
1.3	Jeg får utvikle meg gjennom jobben	4888	21	78,6	73,7	83,7	78,7

Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personligutvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner. Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet. Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil. Høy skår indikerer et høyt engasjement.



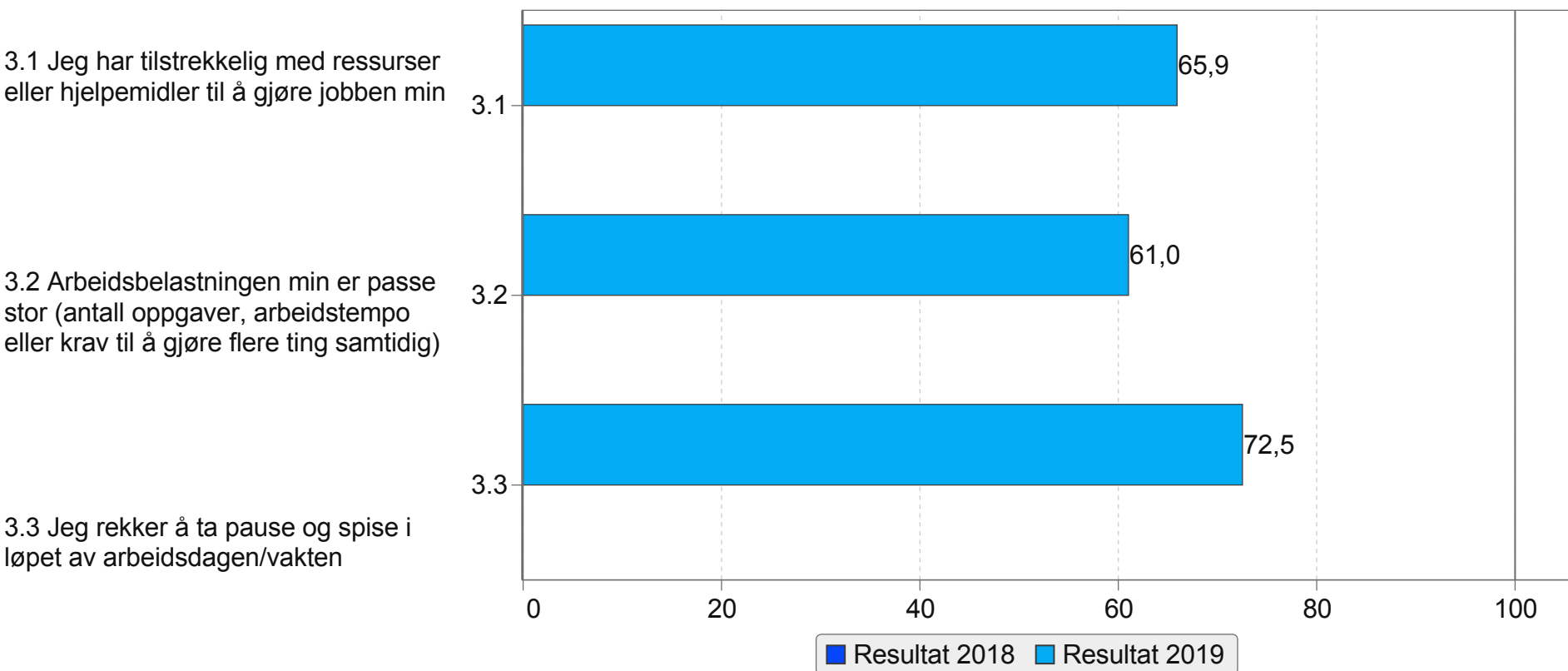
#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
1.4	Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	4883	36	72,4	67,8	77,8	72,8
1.5	Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	4890	28	67,8	64,2	74,2	69,2
1.6	Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her	4878	22	84,7	80,9	90,9	85,9

Teamarbeidsklima belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområdet innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Høy skår indikerer et høyt teamarbeidsklima.



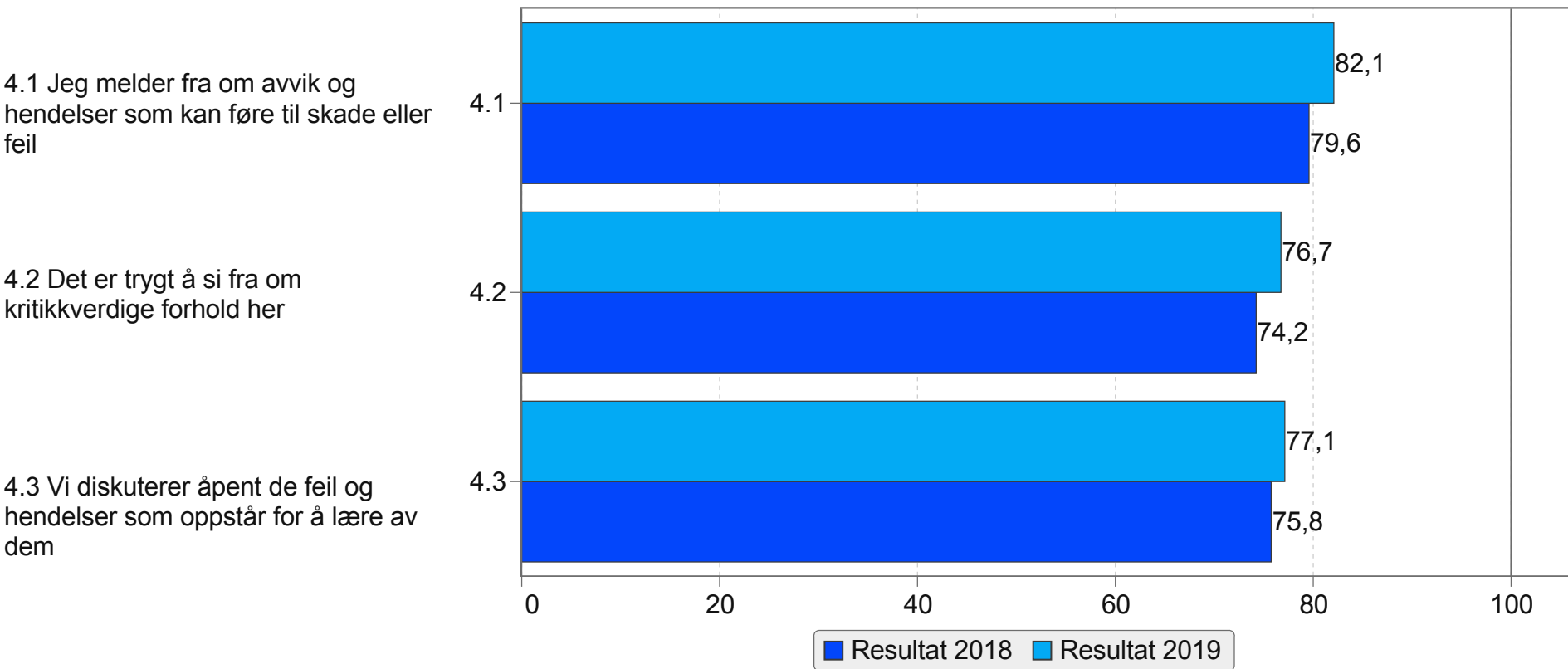
#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
2.1	Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	4852	103	80,7	76,9	86,9	81,9
2.2	Samarbeid med andre enheter fungerer godt	4841	167	72,5	68,8	78,8	73,8
2.3	Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	4851	23	88,4	84,2	94,2	89,2
2.4	Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	4849	20	89,0	84,4	94,4	89,4
2.5	Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	4763	753	75,2	71,8	81,8	76,8

Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler. Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse. Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsikt. Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelige med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende. **Resultat for foregående år vises ikke grunnet endring i spørsmålsformulering.**



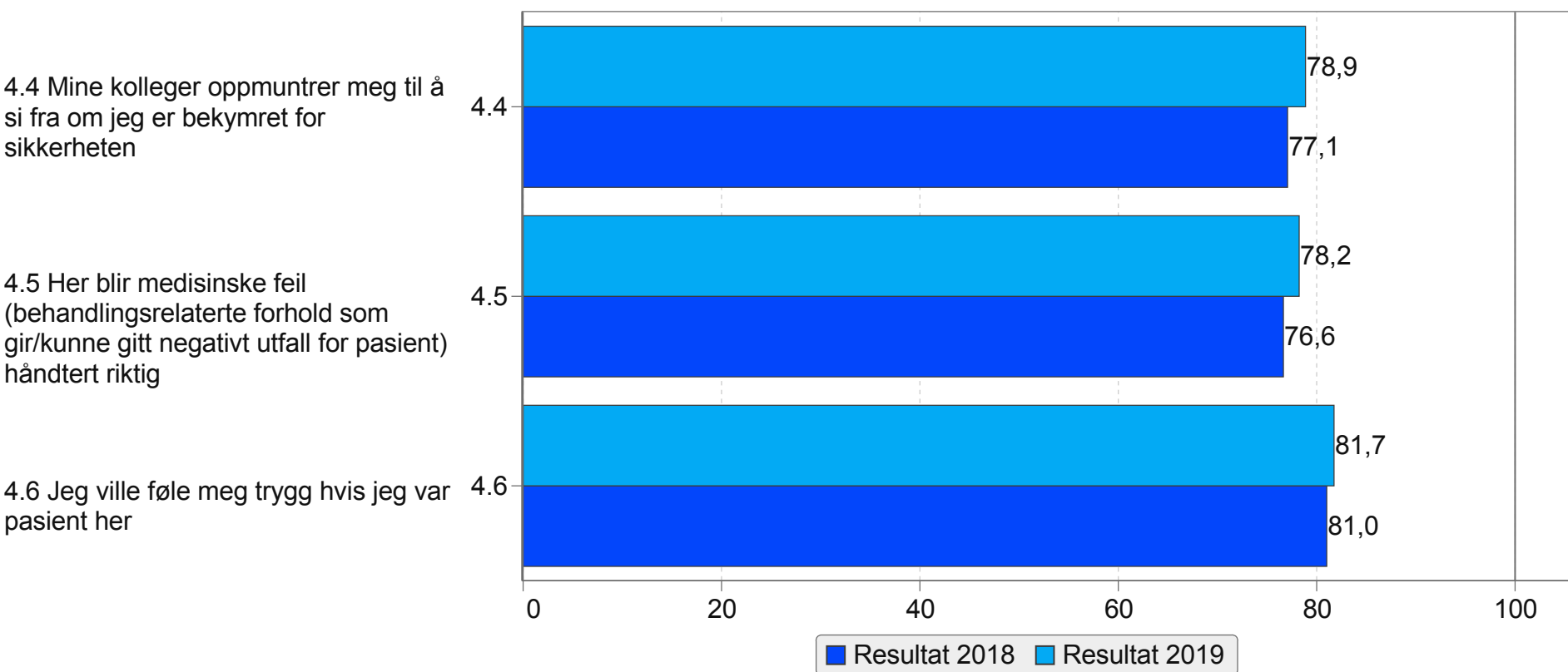
#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
3.1	Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	4821	26	65,9	64,3	74,3	69,3
3.2	Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	4818	19	61,0	58,3	68,3	63,3
3.3	Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	4825	13	72,5	69,5	79,5	74,5

Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.



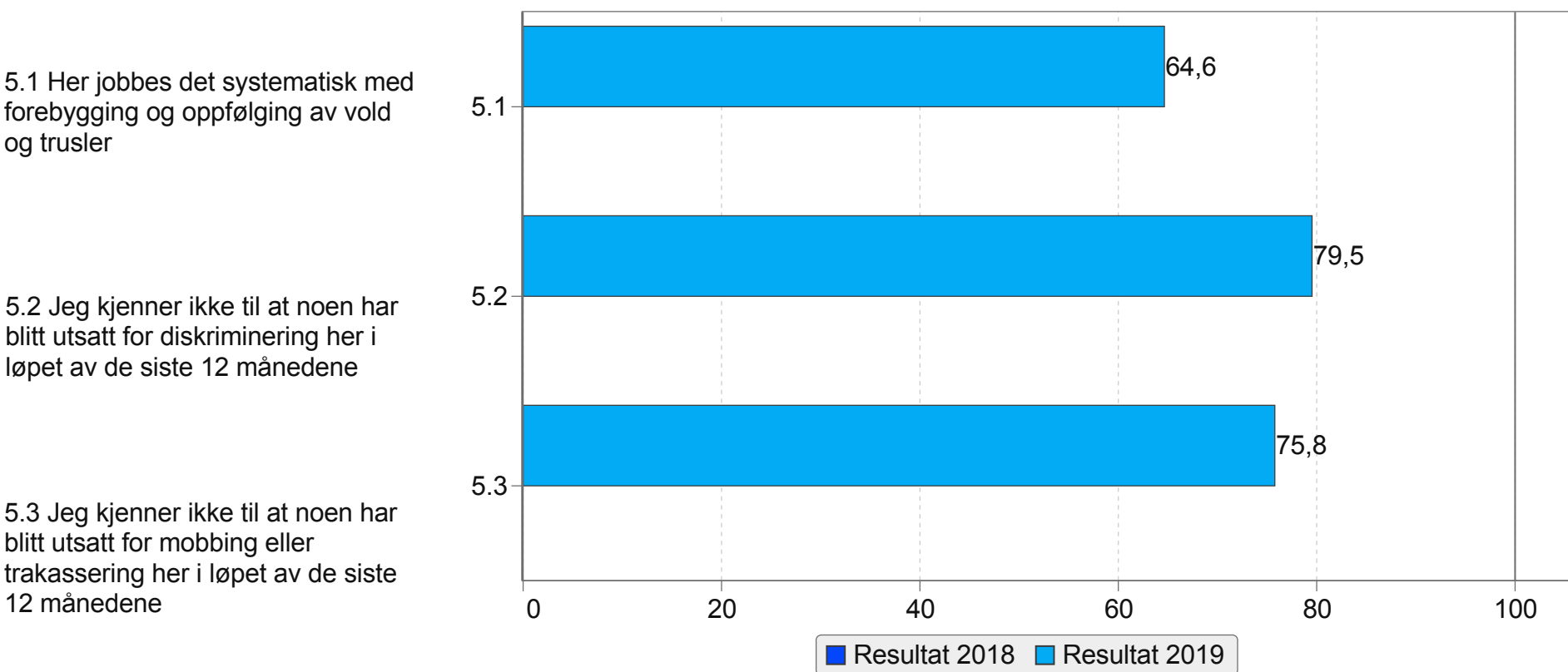
#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
4.1	Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	4867	188	82,1	77,5	87,5	82,5
4.2	Det er trygt å si fra om kritikkverdige forhold her	4872	168	76,7	72,7	82,7	77,7
4.3	Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	4870	122	77,1	74,0	84,0	79,0

Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.



#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
4.4	Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	4844	385	78,9	75,0	85,0	80,0
4.5	Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasienten) håndtert riktig	4767	1211	78,2	74,7	84,7	79,7
4.6	Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	4812	440	81,7	78,3	88,3	83,3

*Teamet psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter. **Resultat for foregående år vises ikke grunnet endring i spørsmålsformulering.***



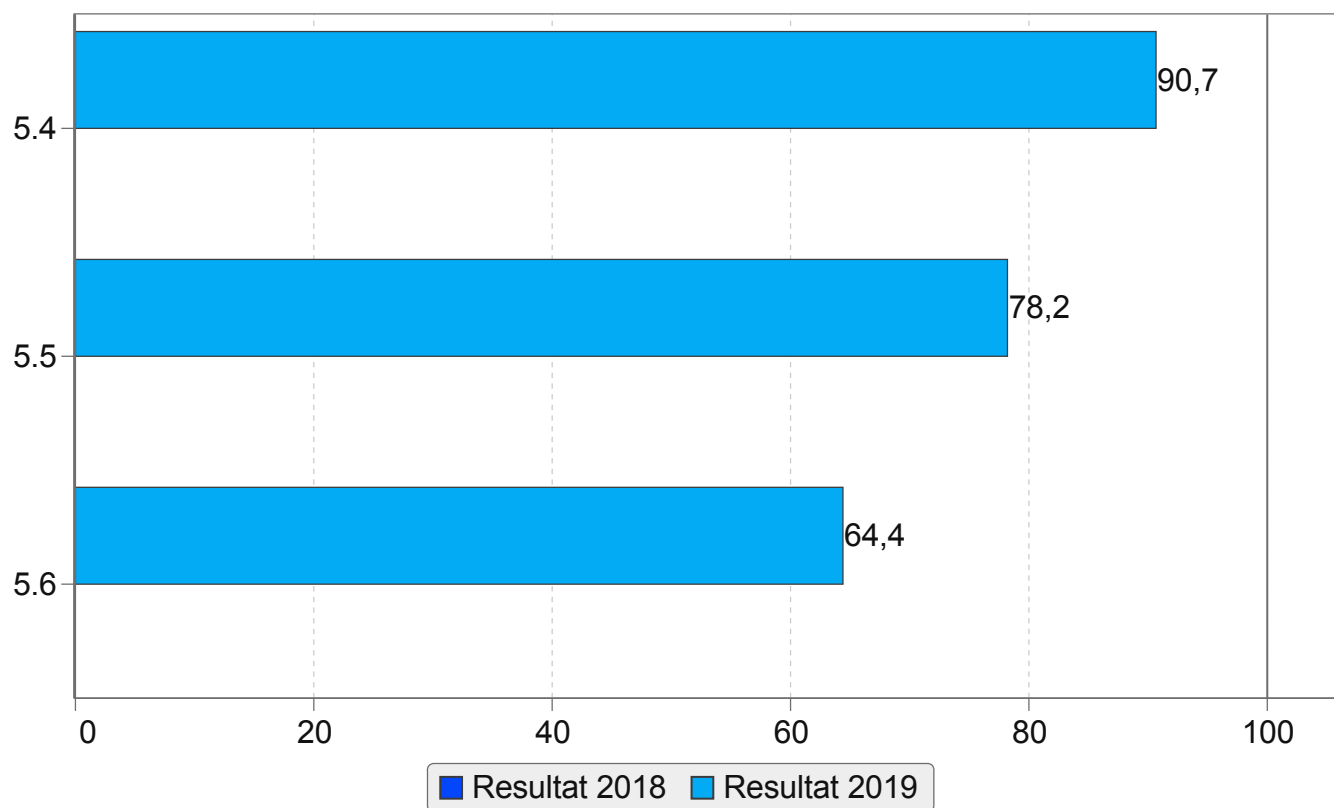
#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
5.1	Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	4851	1654	64,6	60,8	70,8	65,8
5.2	Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene	4851	635	79,5	75,3	85,3	80,3
5.3	Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	4857	570	75,8	71,4	81,4	76,4

Teamet psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter. **Resultat for foregående år vises ikke grunnet endring i spørsmålsformulering.**

5.4 Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene

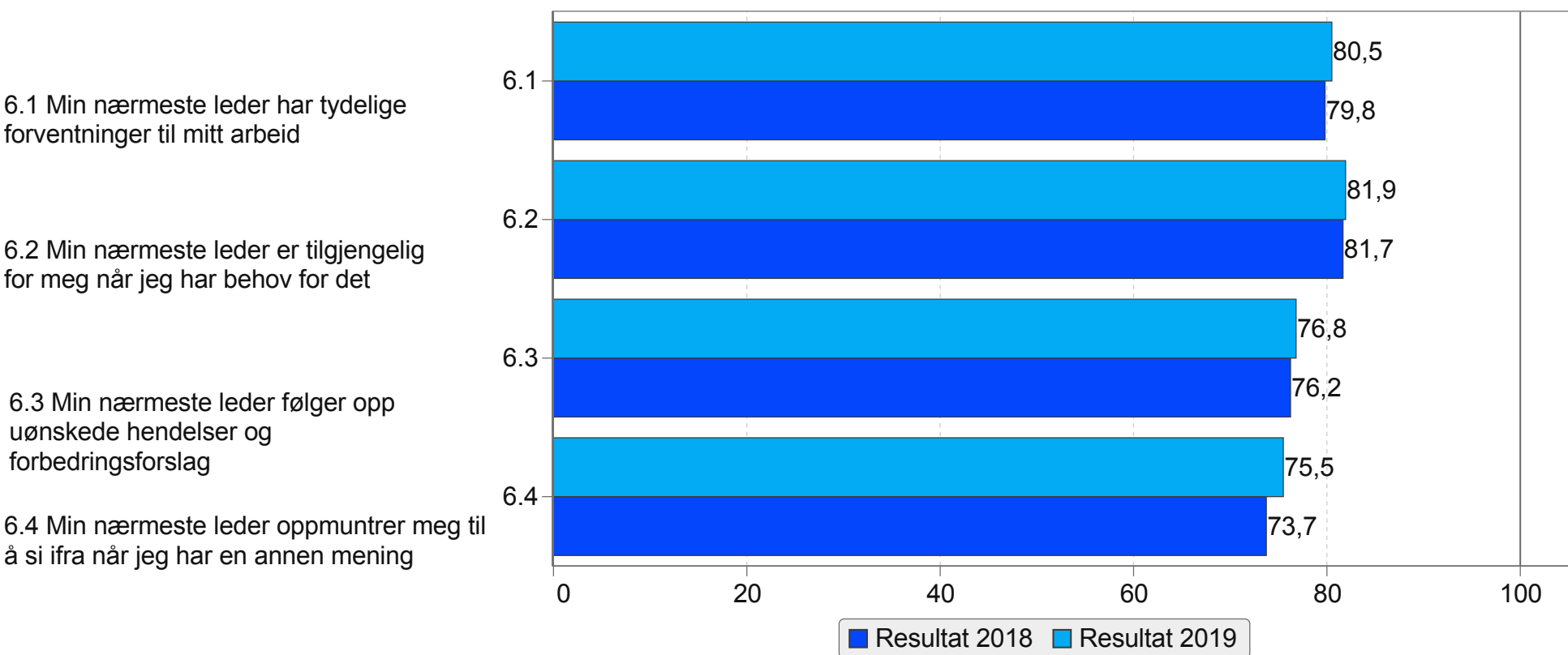
5.5 Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering

5.6 Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte



#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
5.4	Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	4857	689	90,7	86,7	96,7	91,7
5.5	Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering	4851	240	78,2	75,0	85,0	80,0
5.6	Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte	4844	654	64,4	61,0	71,0	66,0

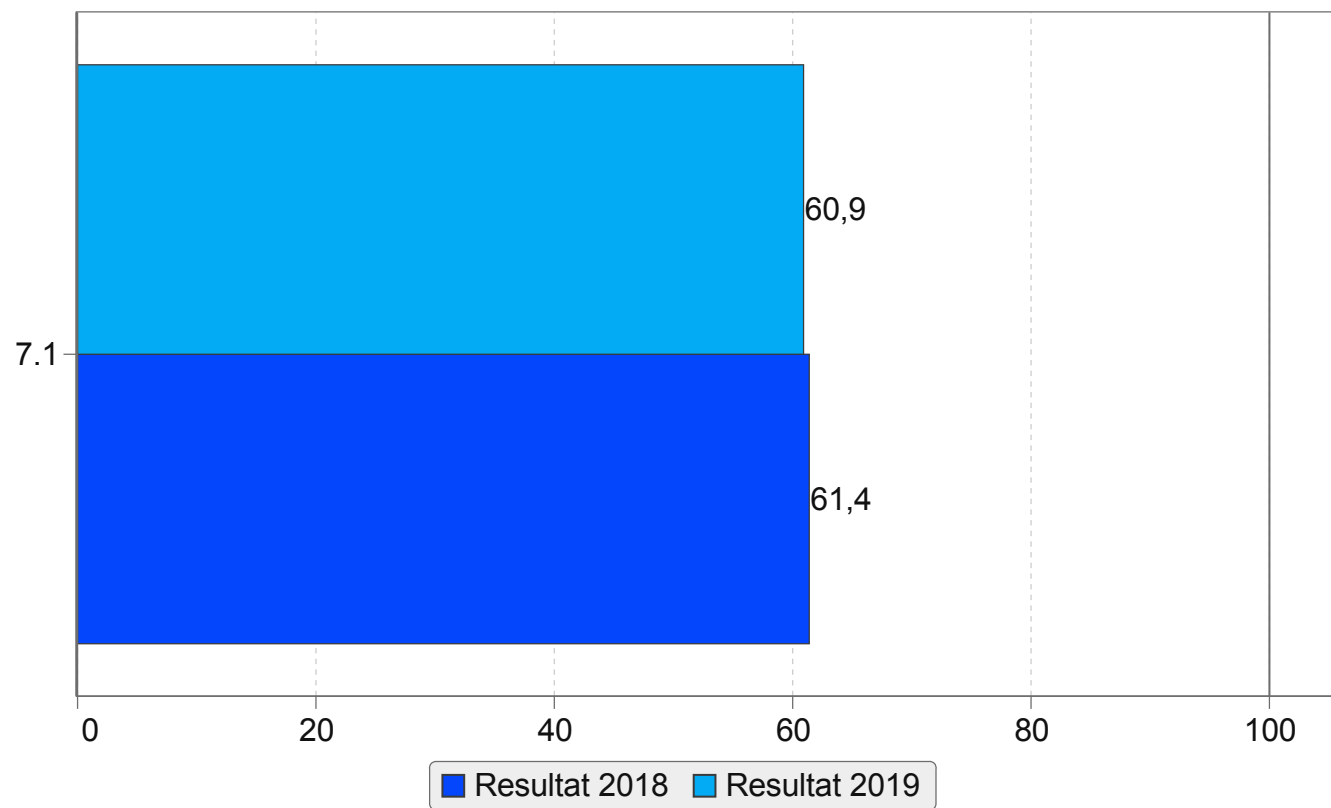
Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere. Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Høy skår indikerer god ledelse.



#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
6.1	Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	4850	108	80,5	77,1	87,1	82,1
6.2	Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	4856	35	81,9	77,7	87,7	82,7
6.3	Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	4839	310	76,8	73,3	83,3	78,3
6.4	Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si fra når jeg har en annen mening	4827	197	75,5	71,7	81,7	76,7

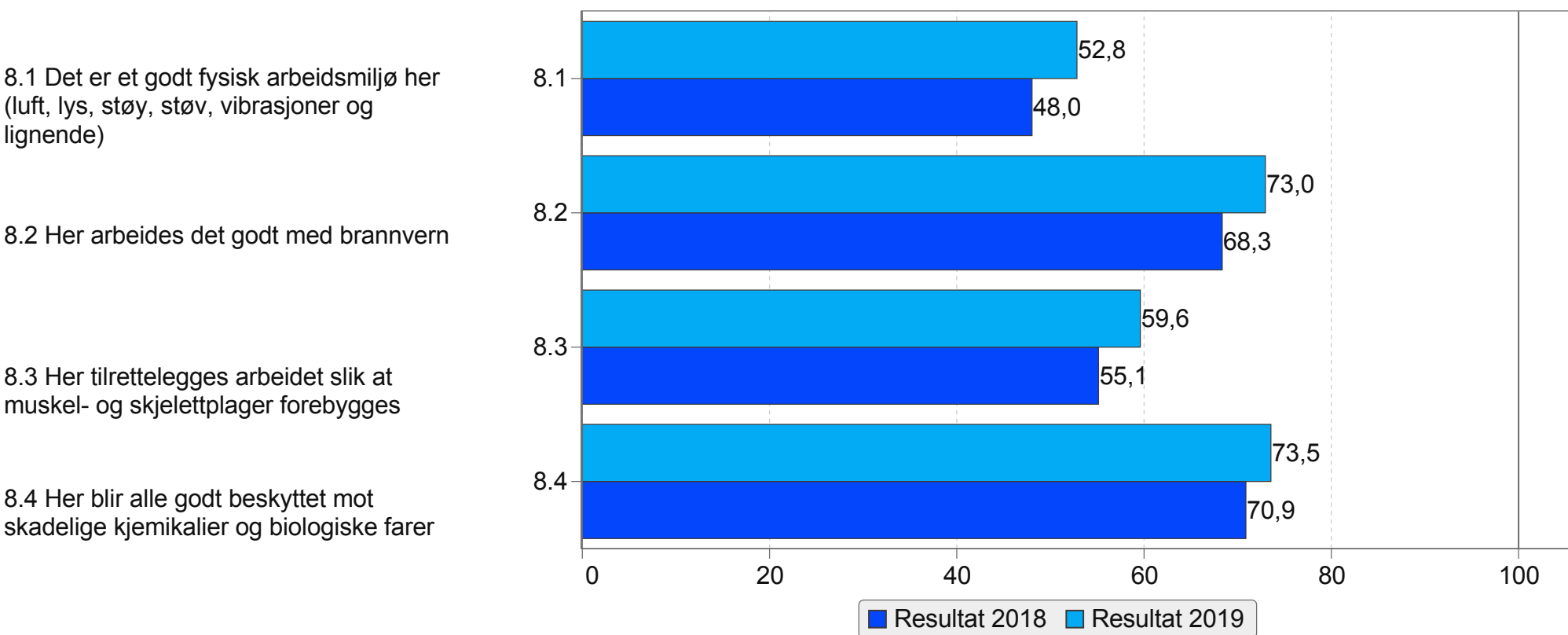
Enter text here

7.1 Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket



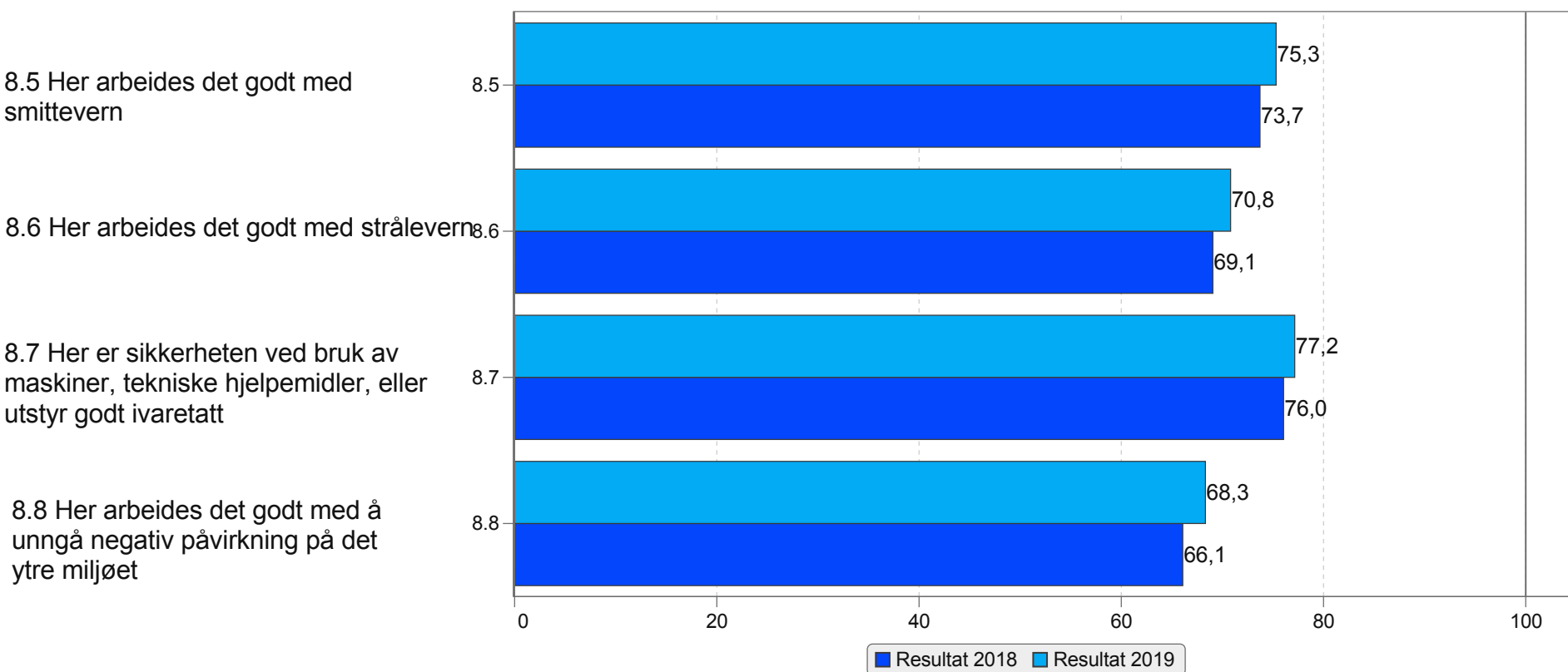
#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
7.1	Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket	4725	2189	60,9	61,1	71,1	66,1

Temaet kartlegger ulike forhold som medfører risiko for helseplager, og ivaretar arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Høy skår indikerer at det er gode arbeidsforhold og tilrettelegging for de ansatte.



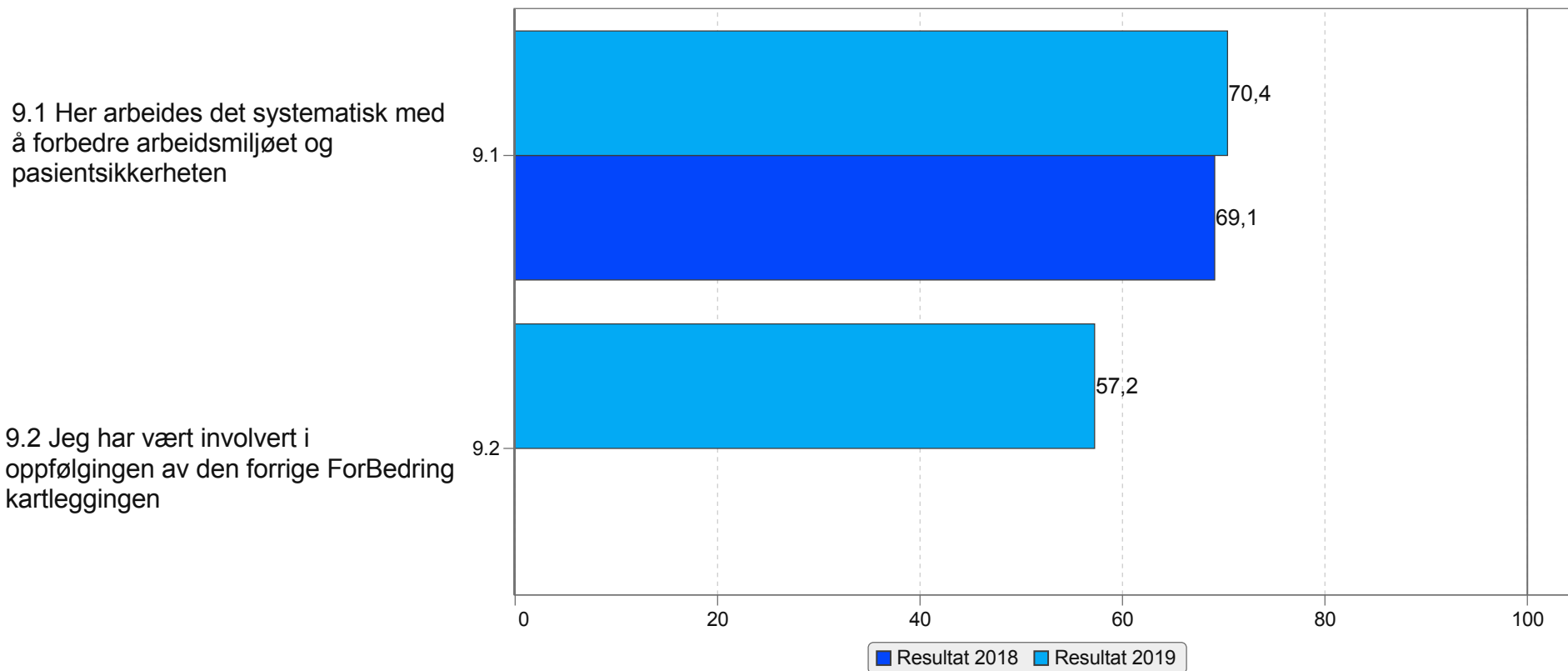
#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
8.1	Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner og lignende)	4898	19	52,8	48,7	58,7	53,7
8.2	Her arbeides det godt med brannvern	4891	431	73,0	68,7	78,7	73,7
8.3	Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	4882	334	59,6	56,6	66,6	61,6
8.4	Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	4857	1189	73,5	69,9	79,9	74,9

Temaet kartlegger ulike forhold som medfører risiko for helseplager, og ivaretar arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Høy skår indikerer at det er gode arbeidsforhold og tilrettelegging for de ansatte.



#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
8.5	Her arbeides det godt med smittevern	4867	729	75,3	70,1	80,1	75,1
8.6	Her arbeides det godt med strålevern	4811	2447	70,8	66,5	76,5	71,5
8.7	Her er sikkerheten med bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler eller utstyr godt ivaretatt	4844	1421	77,2	73,4	83,4	78,4
8.8	Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet	4821	1161	68,3	64,9	74,9	69,9

Oppfølging av undersøkelsen kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse. Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og en høy grad av involvering.



#	▲ Spørsmålstekst	Antall svar per spm. 2019	Antall vet-ikke-svar 2019	Resultat 2019	Referanse område start	Referanse område slutt	HN-snitt 2019
9.1	Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	4837	368	70,4	66,9	76,9	71,9
9.2	Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen	4716	1121	57,2	51,6	61,6	56,6



Valgprotokoll

- Valgstyret for valg av og blant representanter til styret for UNN 2019-2021

Tidspunkt: tirsdag 23. april 2019 kl. 12.00 – 12.30

Sted: Møterom G.856

Tilstede: Monica Fyhn Sørensen (leder), Hilde A. Pettersen (ref), Gøril Bertheussen og Jan Bakkevoll.

DAGSORDEN:

1. Referatsaker

- Valgstyret v/Monica Fyhn Sørensen mottok valgliste fra ansattes organisasjoner 1.april 2019.

2. Kvalitetssikring av valgforløpet

Valgstyret gjennomgikk hele valgforløpet, samt utsjekking mot forskriftens krav til frister og dokumentasjon:

- Kun ett forslag forelå ved fristens utløp, datert 29. mars 2019 og signert av sju valgbare ansatte, i tråd med forskriftens krav.
- Valgstyret godkjente innkommet, signerte listeforslag fra samarbeidende organisasjoner 3. april 2019, i tråd med kravene i valgforskriftens § 10 – og under forutsetning av at kandidatene aksepterer sitt kandidatur.
- Valgstyret kontaktet den enkelte kandidat, og innhentet nødvendig aksept fra samtlige innen 11.04.2019.
- Valgstyret publiserer listen 15.04.2019, i tråd med forskriftens krav til publisering/kunngjøring, herunder at selve valgdagen var lagt til 23. s.m. som tidligere kunngjort.

3. Godkjenning av valget

Valgstyret gjorde følgende vedtak:

Valgstyret godkjenner valg av og blant ansatte til representanter i styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), i tråd med mandatet gitt i forskriften.

4. Ansattevalgte representanter i styret:

Følgende faste representanter ble valgt:

Vibeke Haukland, Norsk sykepleierforbund (NSF), Narvik
 Marianne Johnsen, Fagforbundet, Tromsø
 Kay Müller, Den Norske Legeforening (DNLF), Tromsø
 Jan Eivind Pettersen, Delta, Tromsø

Følgende vararepresentanter ble valgt:

1. Mai-Britt Martinsen, NSF, Tromsø
2. Rigmor Frøyum, Fagforbundet, Tromsø
3. Ann Mari Elstad Dagenborg, DNLF, Tromsø
4. Rita Vestgård, Fagforbundet, Harstad
5. Rune Moe, Fagforbundet, Tromsø
6. Geir Magne Johnsen, NSF, Harstad

Tromsø, 23.04.2019

Monica F. Sørensen (s.) Hilde A. Pettersen (s.) Gøril Bertheussen (s.) Jan Bakkevoll (s.)

Monica F. Sørensen Hilde A. Pettersen Gøril Bertheussen Jan Bakkevoll

Til

Dato: 15.04.19

Valgstyret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge
V/ Monica Fyhn Sørensen
Breivika

Ansattes valgte representanter til helseforetaksstyret i UNN HF

Flere av de ansattes organisasjoner ved UNN HF har i fellesskap kommet fram til en felles liste med navn på ansattes valgte representanter til styret for UNN-HF:

Faste representanter

Vibeke Haukland, Norsk sykepleierforbund (NSF), Narvik
Marianne Johnsen, Fagforbundet, Tromsø
Kay Müller, Den norske legeforening (DNLF), Tromsø
Jan Eivind Pettersen, Delta, Tromsø

Vara-representanter

1. Mai-Britt Martinsen, NSF, Tromsø
2. Rigmor Frøyum, Fagforbundet, Tromsø
3. Ann Mari Elstad Dagenborg, DNLF, Tromsø
4. Rita Vestgård, Fagforbundet, Harstad
5. Rune Moe, Fagforbundet, Tromsø
6. Geir Magne Johnsen, NSF, Harstad

Med hilsen:



Rebecca Hansen, PTV NSF

Mai Britt Martinsen NSF FTV.

Jan Eivind Pettersen FTV Delta (sign)

Andreas D Rosenbørg FTV NSF (sign)

Ulla Dorte Mathisen DNLF (sign)

Rigmor Frøyum FTV Fagforbundet (sign)



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
38/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.4.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Gøril Bertheussen

Referatsaker

Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 19.3.2019
2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 8.4.2019
3. Brev fra Støtteforeningen for Harstad sykehus til UNN, datert 26.3.2019 med svarbrev fra UNN, datert 8.4.2019
4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 9.4.2019
5. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 10.4.2019

Tromsø, 12.4.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør


Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN
Tid: Tirsdag 19.3.2019 12.30-14.30

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

Tilstede	Administrerende direktør Viseadministrerende direktør KVALUT-sjef Drifts- og eiendomssjef Driftsleder Narvik Leder Brukerutvalget Klinikksjef Hjerte-/lungeklinikken Stabssjef Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Driftsleder Harstad Konst. Klinikksjef NOR-klinikken Klinikksjef Diagnostisk klinikk Konst. Klinikksjef OPIN-klinikken Foretaksverneombud Klinikksjef Medisinsk klinikk Avdelingsleder Barne- og ungdomsklinikken	Anita Schumacher Marit Lind Einar Bugge Grethe Andersen Gry Andersen Kirsti Baardsen Kristian Bartnes (<i>til 13.30</i>) Gøril Bertheussen Tordis Sørensen Høifødt Gina Marie Johansen Karl Ivar Lorentzen Kate Myreng Trine Olsen Einar Rebni Markus Rumpsfeld Per Ivar Kaaresen (vara)
Forfall	Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk Klinikksjef K3K	Elin Gullhav John Mathisen Rolv-Ole Lindsetmo
Øvrige	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Rådgiver E-helse og IKT (på sak) Rådgiver Kvalitetsavdelingen (på sak) Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen (på sak)	Grete Steinry Åsvang Janne Nilssen Hege Signete Fredheim-Kildal Mette Fredheim
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
14/19	Godkjenning av agenda, og referat fra KU-møtet 26.2.2019 (<i>ephorte 2019/45</i>)	
	Referat vedlagt	Anita Schumacher 12.30-12.35
	Referatet ble godkjent uten kommentarer.	
15/19	Konstituering; Velkommen til nytt Kvalitetsutvalg og gjennomgang av nytt mandat	

	<u>Orienteringssak</u> Direktøren innledet med å ønske velkommen og invitere til en diskusjon om hvordan det nye Kvalitetsutvalget skal bidra til å løfte kvalitetsarbeidet i UNN. Direktøren ønsker at Kvalitetsutvalget skal behandle de viktige tingene, ikke bare proforma, men slik at det oppleves som nyttig for organisasjonen. Skal vi tenke litt lengre enn å bare videreføre tidligere arbeidsformer? Hvordan kan vi sikre at vi jobber helhetlig med kvalitet og arbeidsmiljø, og samtidig unngå at sakene blir overlapp i ulike møter. Det er viktig at hele Kvalitetsutvalget er aktive i å spille inn tema til møtene. <i>Mandat vedlagt</i>	Anita Schumacher 12.35-12.45
	Kvalitetsutvalget tar nytt mandatet til orientering, med de innspill til videre utvikling som fremkom i møtet.	Evaluering KU-møte høst 2019.
16/19	Videreføring av pasientsikkerhetsarbeidet i UNN	
	<u>Beslutningssak</u> Videreføring av pasientsikkerhetsarbeidet i UNN etter avslutning av programperioden. Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Mette Fredheim orienterte om status og ba KU særlig om innspill til rapporteringsform. Satsningsområder som krever særskilt prioritering og oppfølging: • Fall og trykksår • Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NEWS2/ISBAR/Sepsis sengepost) • Legemiddelsamstemming • Trygg utskrivelse <i>Saksfremlegg og vedlegg (2) vedlagt</i>	Mette Fredheim Grete Åsvang 12.45-13.45
	Kvalitetsutvalget anbefalte at det videre arbeidet med pasientsikkerhet i UNN forgår etter foreslåtte plan og med de innspill som fremkom i møtet. Kvalitetsutvalget ønsker en fortsatt tertialvis rapportering,	KA/KU-møte Frist: Tertialvis

	inkludert de tidligere satsningsområdene som ikke kom frem av prioriteringspunktene. <i>PP-presentasjon og nasjonal handlingsplan vedlagt</i>	rapportering i KVR.
17/19	Intern revisjon Samhandling	
	<u>Orienteringssak</u> Etterlevelse av samarbeidsavtale og tjenesteavtale 3 og 5 med xx kommuner. Rådgiver Kvalitetsavdelingen Hege Signete Fredheim-Kildal og Rådgiver E-helse og IKT Janne Nilssen redegjorde for funn og trakk frem og begrunnet 5 anbefalinger. Tiltaksarbeidet er igangsatt. Ny revisjon er planlagt på foretaksnivå 1. kvartal 2020. Den gjennomførte internrevisjonen vil fungere som en baseline for den neste, som vil bli supplert med intervjuer. <i>Muntlig presentasjon i møtet</i>	Hege Signete Fredheim-Kildal Janne Nilssen 13.45-14.15
	Kvalitetsutvalget tok presentasjonen til orientering. <i>PP-presentasjon og internrevisjonsrapport vedlagt.</i>	
18/19	Årshjul for Kvalitetsutvalget 2019	
	<u>Beslutningssak</u> <i>Saksfremlegg og vedlegg vedlagt</i>	Grete Åsvang 14.15-14.30
	Kvalitetsutvalget gjennomfører workshop i kommende møte for optimalisering av utvalgets mandat og årshjul. Kvalitetsutvalget avventer innspill på tema til agenda i fremtidige møter til etter workshop 30.4.2019.	Workshop/ KU-møte 30.4.2019
Eventuelt		
Ingen saker tilkom under eventuelt.		



MØTEREFERAT

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

Dato: Mandag 8.4.2019 kl 13.00-15.00
Sted: Møterom G-914 Styrerom, PET-senter
Tilstede: Kirsti Baardsen, Paul Dahlø, Hans-Johan Dahl
Forfall:
Fra adm: Gøril Bertheussen (stabssjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./referent)

BAU 21/19 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 24.4.2019

Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU fredag 5.4.2019.

Kvalitets- og virksomhetsrapport

Stabssjef Gøril Bertheussen orienterte om status og svarte ut spørsmål i saken.
Personalkostnadene er fortsatt utfordringen, og da spesielt på OpIn og Medisinsk klinikk.

RHFs plan for 2020-2023

Stabssjef Gøril Bertheussen orienterte om status og svarte ut spørsmål i saken.
Styret UNN foreslår for Helse Nord RHF at finansiering av nytt bygg for helse/rus i Tromsø fremskyndes.

Rullerende plan IKT

Stabssjef Gøril Bertheussen orienterte om status og svarte ut spørsmål i saken.
Styret mener at på grunn av den pressede økonomiske situasjonen i regionen, bør investeringer på IKT utsettes.

Tilsynsrapport fra Helse Nord RHF

Stabssjef Gøril Bertheussen orienterte om status.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 24.4.2019.

BAU 22/19 Workshop – kontinuerlig forbedring

Leder Kirsti Baardsen orienterte. Brukerutvalget er ønsket både til workshop og klinikkpresentasjon med styret den 24.4.2019. Det ble foreslått at Brukerutvalget deler seg opp og stiller med 4 representanter til workshopen, og 4 representanter til klinikkpresentasjonen.

Beslutning/oppfølging

Det ble besluttet at Brukerutvalget deler seg opp slik at 4 representanter deltar i workshop og 4 representanter deltar på klinikkpresentasjon med styret.

Fordeling av representanter på de to gruppene blir foretatt på Brukerutvalgets møte den 23.4. Sekretariatet formidler informasjon til workshop og styret.

BAU 23/19 UNN Stormottakersatsing

Prosjektleder Monika Dalbakk kommer gjerne til Brukerutvalget for en orientering om UNNs stormottakersatsing.

Beslutning/oppfølging

Det er ønskelig med en presentasjon av temaet i Brukerutvalget. Sekretariatet tar kontakt med prosjektleder Monika Dalbakk for avtale av tidspunkt.

BAU 24/19 Prinsipper for person- og varelogistikk og funksjoners nærhets- og avhengighetsbehov – Nye UNN Narvik

Prosjektleder Lars Kristian Rye orienterte kort om saken. Målsettingen for Nye UNN Narvik er en integrert sykehusmodell med plass for rusbehandling, psykiatri og somatikk i samme bygg.

Prosjektet har fortsatt behov for brukermedvirkning på flere områder, blant annet ventearealer, fremkommelighet og skilting.

Beslutning

BAU tar informasjonen til orientering og formidler prosjektets behov for flere brukerrepresentanter til Brukerutvalget.

BAU 25/19 Seminar om brukermedvirkning i forskning

Elin Evensen fra Klinisk forskningsavdeling orienterte kort om saken. De planlegger et seminar om brukermedvirkning i forskning i løpet av våren og ønsker innspill til et mulig opplegg.

Informasjon om brukermedvirkning i forskning finnes på Helse Nord RHF sine sider.

BAU ønsker en presentasjon i Brukerutvalgets møte den 12. juni.

Beslutning/oppfølging

Sekretariatet tar kontakt med Klinisk forskningsavdeling for avtale av tidspunkt for presentasjon i Brukerutvalget den 12.6.2019.

BAU 26/19 Forslag til dagsorden for BU-møte 23.4.2019 – Oppstart kl 12.30 (lunsj 11.45)

SAKER		
1. Godkjenning av innkalling og saksliste		
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 6.2.2019		
3. Planlegging av dialogmøte med Styret UNN 24.4. samt workshop		
4. Presentasjon- Koordinerende utvalg - Tove Løvli		Kl 12.40-13.00
5. Direktørens time		Kl 13.00-14.00 (Marit Lind)
6. Presentasjon – Trombektomi		Kl 14.00-14.20 Claus Albretsen
7. Presentasjon – Endringer i diabetesplanen i Helse Nord RHF		Kl 14.40-15.00 Ragnar Joakimsen
8. Presentasjon – UNNs stormottakersatsing		Kl 15.00-15.20 Monika Dalbakk
9. Evaluering av driftslederfunksjonen i Harstad og Narvik		Leder i BU informerer kort
10. Orienteringssaker -Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper -Årsrapport 2018 Brukerutvalget UNN		Rapporteres kun ved vesentlige endringer
12. Referatsaker: - Referat fra møte i KU 22.1.2019 - Protokoll fra møte i Regionalt BU, 23.1.2019 - Referat fra møte i OSO 11.2.2019 - Referat fra møte i BU Finnmarks-sykehuset, 6.3.2019 - Referat fra møte i BAU 11.3. og 8.4.2019 -Referat fra møte i Sykehusapotek Nord 18.3.2019		

27/19

Eventuelt

Støtteforeningen for UNN Harstad
v/styrets leder Viktor Johnsen

9400 HARSTAD

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
v/adm.dir Anita Schumacher
postmottak@unn.no
9038 TROMSØ

Harstad, 26. mars 2019

INNSAMLINGSAKSJON FOR KJØP AV 3D RACK LAPRASKOPI TIL UNN HARSTAD

Støtteforeningen for UNN Harstad besluttet på sitt årsmøte 19. mars 2019 å starte en innsamlingsaksjon for kjøp av 3D lapraskopirack til UNN Harstad. Årsmøtet åpnet kronerulling og foreningen har bidratt med kr 75.000,- til formålet. Det er etablert konto i Sparebanken 68 grader nord kontonr 4730.18.63728.

Støtteforeningen er svært engasjert i det gode arbeidet som gjøres ved UNN Harstad. Sykehuset i Harstad er veldrevet med stor faglig bredde med høy kompetanse og god kapasitet. Sykehuset har spesialisert seg på flere områder. Blant annet er en del kreftbehandling innenfor gastro- og nyrekirurgi i tillegg til avansert bukveggskirurgi og kikkhullskirurgi på barn funksjonsfordelt i UNN og utføres med svært gode resultater på sykehuset i Harstad.

Kirurgisk avdeling ved UNN Harstad har de siste 2-3 år søkt internt i UNN om å få kjøpe inn 3D utstyr til operasjonsstuen for laparoskopisk kirurgi. Dette gir sikrere kirurgi, forbedret kvalitet og hurtigere innlæring av prosedyrer med dybdesyn. Tilbudsprisen på utstyret er 1,55 mill kr inkl mva og investeringen medfører ikke økte driftskostnader i fht dagens 2D utstyr. Vedlagt følger et notat fra overlege Bård Solthun og overlege Anders Nordgård ved Kirurgisk avdeling UNN Harstad som gir en beskrivelse av behov og funksjonsområde for et 3D lapraskopirack ved UNN Harstad (vedlegg 1).

Støtteforeningen henvender seg med dette til administrerende direktør i UNN for å informere om innsamlingsaksjonen og samtidig be om direktørens godkjenning av at utstyret kan tas imot som gave fra støtteforeningen og givere som har bidratt til formålet.

Med vennlig hilsen
for Støtteforeningen for UNN Harstad

Viktor Johnsen
Styreleder

Kopi: Gina M Johansen, driftsleder UNN Harstad, gina.johansen@unn.no
Rolv-Ole Lindsethmo, klinikkjef K3K UNN, rolv-ole.lindsethmo@unn.no

Vedlegg 1 – Notat av 25.3.2018 vedr 3D lapraskopirack ved UNN Harstad



Støtteforeningen for Harstad Sykehus
Styret

Att. Viktor Johnsen

Deres ref.:
Viktor Johnsen

Vår ref.:
2018/1426-5

Saksbehandler/dir.tlf.:
Anita Elisabeth Schumacher, 77 62 71 00

Dato:
08.04.2019

Støtteforeningen for UNN Harstad, innsamlingsaksjon

Viser til Deres brev av 25. mars 2019 der Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) v/administrerende direktør informeres om støtteforenings pågående innsamlingsaksjon.

Administrerende direktør takker støtteforeningen for engasjementet dere viser gjennom å bidra til anskaffelse av medisinskteknisk utstyr til UNN Harstad, til det beste for våre pasienter.

UNN vil kunne ta imot gaven i tråd med gjeldende retningslinjer for mottak av gaver i Helse Nord. Det gjøres i den forbindelse oppmerksom på forholdet til reglene om offentlig anskaffelse som UNN må følge. Det fremkommer ikke av brevet om gaven gis som pengebeløp eller om støtteforeningen vil kjøpe utstyret til UNN. Dersom gaven gis som et pengebeløp må formålet avklares med giver, hvorpå UNN vil gjennomføre en anskaffelse i tråd med reglene om offentlig anskaffelse. Dersom støtteforeningen selv kjøper utstyret og gir dette til UNN vil vi kunne ta imot gaven uten anbudsrunde.

Det er ønskelig at det ikke nå må besluttes hvilke type utstyr det er snakk om, men at det tas kontakt med Gina Johansen for å se nærmere på dette.

Med vennlig hilsen

Anita Elisabeth Schumacher
administrerende direktør

Gina Marie Johansen (s)
Driftsleder UNN Harstad

Kopi til:
Marit Lind
Hilde Anne Johannessen – styret v/UNN
Anita Elisabeth Schumacher
Rolv-Ole Lindsetmo

PROTOKOLL

Tema: Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 24.4.2019.

Dato: 9.4.2019

Tidspunkt: 13.00-13.50

Sted: G 914 Styrerommet

Fra arbeidsgiver

Gøril Bertheussen, stabssjef

Hans Petter Bergset, KvalUt-rådgiver

Anne Simonsen-Sagerup, adm.kons.(referent)

Hilde Johannessen, adm.kons.(referent)

Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, FHVO

Rune Moe (HTV), Fagforbundet

Tove Mack, FHVO

Jan Eivind Pettersen, Delta

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Rune Moe og Jan Eivind Pettersen valgt til signering av protokollen.

Stabssjef Gøril Bertheussen signerer fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport	GB	<i>Selve KVR-rapporten var ikke ferdigstilt og oversendt, men det ble orienterte muntlig om saken.</i> <i>Rådgiver ved Kvalitetsavdelingen og stabssjefen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den.</i> <i>Det ble ikke bedt om eget drøftingsmøte av KVR, etter at stabssjefen hadde redegjort for status i saken.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</i>
2. RHF's plan for 2020-2026	GB	<i>Stabssjefen innledet, og svarte ut spørsmål til saken.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</i>
3. Rullerende plan IKT	EB	<i>Stabssjefen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</i>
4. Internrevisjon Helse Nord RHF – Mislighetsrisiko (Tilsynsrapport fra Helse Nord RHF - Mislighetsrisiko ved UNN)	EB/	<i>Stabssjefen innledet kort til saken, og svarte ut spørsmål til den.</i> <i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</i>

Tromsø, 9.4.2019



Rune Moe (s.)
HTV Fagforbundet



Jan Eivind Pettersen (s.)
Delta



Gøril Bertheussen (s.)
stabssjef



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

Tid: Onsdag 10.04.19 kl. 12-15

Sted: Styrerrommet G-914 i PET-senteret, UNN Narvik og Harstad (skype).

Medlemmer		Varamedlemmer	
Anita Schumacher adm.dir	x	Marit Lind vise adm. dir	
Gøril Bertheussen, stabssjef	x	Mai-Liss Larsen, personalsjef	
Elin Gullhav, klinikkssjef Barne- og ungdomsutvalget	x	Einar Bugge, Kvalitets- og utviklingssjef	
Rolv-Ole Lindsetmo, klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		Bjørn-Yngvar Nordvåg, klinikkssjef Nevro-, og ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (Karl-Ivar Lorentzen)	
Jon Mathisen, klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk	x	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	x
Geir Magne Lindrupsen, FTV Nito		Geir Magne Johnsen, HTV NSF UNN Harstad	x
Kathrine Berggrav, Dnlf Harstad			

*Til stede (x)

Møteleder: Anita Schumacher

Referent: Silje Lægreid

Saksforbereder: Linda Rossvoll

Forøvrig deltok BHT-leder Paul-Martin Hansen.

På enkeltsaker møtte Markus Rumpsfeld og Elin Teigen

Sak:

27/19 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.

28/19 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 28.11.18

Protokoll fra 12.03.19 var vedlagt saksdokumentene.

Vedtak:

Protokollen godkjennes med følgende endring i saken om ForBedring 2019.
«Konfliktene oppleves ikke alltid håndtert på en god måte.»

29/19 Tildeling av midler fra AMU

To søknader:

- a) Kulturavdelinga UNN Harstad – miljøtur Anna Rogde, kr 13.200,-
- b) Team Rynkeby jobber for å skaffe penger til barnekreftforeningen og forskning på kreft hos barn. Team Rynkeby ønsker å arrangere et «sykkelritt» på UNN der ansatte/pårørende og eventuelt pasienter sykler på en «sykkelrulle». For hver syklede kilometer bidrar UNN med et pengebeløp som går til barnekreftforeningen.

Vedtak:

- a) Arbeidsmiljøutvalget innvilger søknaden.
- b) Arbeidsmiljøutvalget ønsker å bidra med kr 100,- per syklede kilometer og maks kr. 25 000,-

30/19 Fadderordning for KVAM-utvalgene

Formålet med fadderordningen er å fremme informasjonsflyten mellom AMU og KVAM-utvalgene og for å følge opp saker om arbeidsmiljøet som bør behandles i AMU. Den enkelte fadder avtaler med sitt utvalg hvordan dette best kan ivaretas.

Det er enighet om at det bør sendes ut informasjon til KVAM-utvalgene og legges ut informasjon på intranett om fadderordningen.

Det ble enighet om følgende fordeling av KVAM-utvalg mellom AMU medlemmene:

Klinikk/senter	«AMU-fadder»
Akuttmedisinsk klinikk	Einar Rebni
Barne- og ungdomsklinikken	Gøril Bertheussen
Diagnostisk klinikk	Jon Mathisen
Drifts – og eiendomssenteret	Geir Magne Lindrupsen
Hjerte – og lungeklinikken	Rolv-Ole Lindsetmo
Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken	Monica Fyhn Sørensen
Kvalitets – og utviklingssenteret	Rita Vestgård

Medisinsk klinikk	Gry Andersen
Nasjonalt senter for ehelseforskning	Gøril Bertheussen
Nevro-, ortopedi – og rehabiliteringsklinikken	Monica Fyhn Sørensen
Operasjon – og intensivklinikken	Rigmor Frøyum
Psykisk helse og rusklinikken	Rigmor Frøyum
Stabssenteret	Elin Gullhav

Vedtak:

AMU slutter til se til anbefaling om at den enkelte AMU representant er kontakt for et KVAM-utvalg ved en klinikk eller senter og skal se gjennom KVAM-utvalgets referat og løfte aktuelle saker til AMU.

Den enkelte AMU-fadder referere aktuelle saker til AU i forkant av AMU, slik at saken kan behandles før den legges frem i AMU.

31/19**Oppfølging Medisinsk klinikk**

Dette er en oppfølging av sak 10/19-4 Hovedverneombudets orientering. Orienteringen gjaldt en hendelse hvor flere ansatte ble skadet som følge av utagering fra pasienter.

Orienteringen i dag omhandlet klinikkens oppfølging av denne saken og videre arbeid for å forebygge og håndtere slike hendelser. Markus Rumpsfeld og Elin Tvedt orienterte AMU om pågående arbeid.

Vedtak:

AMU er tilfreds med orienteringen og ber om ny orientering når forbedringstiltak for å ivareta pasientgruppen «villet egenskade» er besluttet.

32/19**Ledermøtesak – Prosess for lukking av pålegg etter Arbeidstilsynets systemtilsyn i 2018**

Ledermøtesaken var vedlagt sakspapirene.

Vedtak:

AMU tar saken til orientering

33/19**Orientering fra Hovedverneombudet**

- En skade på ansatt aktualiserte behov for å revidere prosedyren om saksgang og ansvarsfordeling ved personalskader og ivaretagelse av arbeidsgivers plikter. Prosedyren nå forbedret og presisert og ligger i Docmap.
- Sykepleiere som jobber i poliklinikk har meldt at de opplever stress på grunn av at de i sommerperioden må jobbe på sengepost. Saken håndteres i klinikken.

- Klinikkverneombud i OPIN har meldt at tid satt til arbeid som verneombud ikke er god nok. Det blir presisert i AMU at det skal inngås avtale mellom verneombud og leder om hvordan rollen skal utøves.
- Et verneombud har meldt at det nok er underrapportering på vold og trusler i ForBedring 2019. Uavhengig av resultatene av ForBedring 2019 er det fokus på forebygging og håndtering av vold og trusler i organisasjonen og vil det også komme opp som sak i neste AMU møte.
- Hovedverneombudet har fått tilbakemelding fra seksjonsledere på at arbeidsgiverstøtten ikke er god nok ved langtidssykemeldte.

Vedtak:

AMU tar saken til orientering

34/19

Orientering fra Bedriftshelsetjenesten

- Bedriftshelsetjenesten i UNN har sendt e-post og invitert seg inn i klinikkens/sentrenes KVAM – utvalgsmøte for å utarbeide en plan for BHTs bistand i klinikkens/senterets HMS-arbeid. Dette er en oppfølging av pålegg fra Arbeidstilsynet. Planer skal være utarbeidet innen utgangen av november 2019. AMU vedtok i sak 23/19 at KVAM – utvalgene inviterer BHT inn til et KVAM – møte for å utarbeide plan for bistand innen utgangen av august 2019. BHT har fått rask respons fra klinikker og senter, men ser at fristen i utgangen av august er litt vanskelig gjennomførbar for alle. AMU gir godkjenning til at møtene blir etter august, dog slik at de er klare til fristen i november.
- Gladsak fra Harstad. Overgang til nye hansker på grunn av allergi. HMS -fokus også i innkjøpssaker.

Vedtak:

AMU tar saken til orientering

35/19

Styresaker

Styresakene er drøftet i forkant av AMU. Det er ikke behov for å ta opp noen av sakene her.

Vedtak:

Styresakene vurderes ikke aktuell for AMU

Eventuelt

36/19

Røyking ved hovedinngang

NSF ved Monica Fyhn Sørensen ble kontaktet av journalist for uttalelse om at pasienter trilles ut av ansatte og plasseres for å røyke under røyking forbudt skilt. Det ble en mediesak denne uka.

Røyking ved hovedinngang har vært et tema i mange år. Egnest plassering av et sted for å røyke har imidlertid ikke blitt løst. Det er samme problemstilling i Narvik og Harstad.

Gry Andersen sier at man må finne løsning på denne problemstillingen ved nye Narvik sykehus. Det er ekstra viktig når somatikk og psykiatri/rus skal samlokaliseres. Hun trenger hjelp og råd for hvordan dette skal løses og har allerede meldt sak til Sykehusbygg.

Vedtak:

AMU ber om orientering fra Drift - og eiendomssenteret om status knyttet til denne problemstillingen i neste AMU møte.

37/19

Ansatte som arbeider etter fylte 70 år og manglende krav på sykepenger

Ansatte som arbeider etter fylte 70 år har ikke krav på sykepenger. Det kan sette ansatte i en vanskelig situasjon, satt på spissen om de for eksempel pådrar seg skade i jobbsammenheng. Reglene for sykepenger er faste, men arbeidsgiver kan utøve skjønn for å avhjelpe situasjonen i den enkelte sak.

Vedtak:

Problemstillingen behandles i et nytt møte i AMU.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
39/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24.4.2019
Saksansvarlig:	Gøril Bertheussen	Saksbehandler: Gøril Bertheussen

Eventuelt

Tromsø, 12.4.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør