



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU

HELSE  NORD

+

# INNKALLING

**Styret ved**

**Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Møtetid**

**Onsdag 27. mars 2019 kl 08.00**

**Møtested**

**Møterom på Scandic Bodø**



## MØTEINNKALLING

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

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 69122 eller til  
Hilde.Ann.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 22/2019 Godkjenning av innkalling og saksliste

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>ettesendes</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

### *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*

4. Pasienthistorie
5. Tomtekjøp i Breivika
6. Tidligere 3-3a-sak ved UNN Harstad
7. UNN-kantina har mottatt pris som *Årets lærebedrift*

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

Ansgar Gabrielsen (s.)  
styreleder

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
23/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	27.3.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

**Godkjenning av møteprotokoller fra styremøte 12.-13.2.2019 og ekstraordinære styremøter 26.2.2019 og 10.3.2019****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*).

Tromsø, 15.3.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Møteprotokoll fra styremøte 12.-13.2.2019
2. Møteprotokoll fra ekstraordinært styremøte 26.2.2019 (*ettersendes*)
3. Møteprotokoll fra ekstraordinært styremøte 10.3.2019 (*ettersendes*)


**MØTEPROTOKOLL**

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
 Møtested: Møterom Refleksjon ved Scandic Havet, Bodø  
 Dato: 12.-13.2.2019  
 Tid: kl 18.00-20.45 og 8.00-11.10

Navn	Funksjon	Merknader
Ansgar Gabrielsen	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	<i>Tilstede del 1, 12.2.2019</i>
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	
Marianne Johnsen	Medlem	
Paul Dahlø	Observatør	<i>Brukerutvalgets nestleder</i>

Forfall:
Fra administrasjonen møtte:

Marit Lind	konstituert administrerende direktør
Einar Bugge	konst. viseadministrerende direktør
Leif Hovden	administrasjonssjef, Stabssenteret ( <i>styrets sekretær</i> )
Kjell Ivar Lorentzen	konst. klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehab-klinikken
Trine Olsen	konst. klinikkssjef ved Operasjons- og intensivklinikken
Jon Mathisen	klinikkssjef ved Akuttmedisinsk klinikk
Kate Myreng	klinikkssjef ved Diagnostisk klinikk
Kristian Bartnes	klinikkssjef ved Hjerte- og lungeklinikken
Elin Gullhav	klinikkssjef ved Barne- og ungdomsklinikken
Rolv-Ole Lindsetmo	klinikkssjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Tordis Høifødt	klinikkssjef ved Psykisk helse- og rusklinikken
Einar Bugge	kvalitets- og utviklingssjef
Grethe Andersen	drifts- og eiendomssjef
Gøril Bertheussen	stabssjef
Lars Øverås	økonomisjef, Stabssenteret
Hilde Pettersen	kommunikasjonssjef, Stabssenteret
Åge Lien	rådgiver, Cirus Consulting, observatør ( <i>ref sak 13</i> )

## ST 1/2019 Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Styret godkjenner etterfølgende saksliste for styremøtet 12.-13.2.2019 med de endringer som fremkom under behandling av saken (endringer i *uthevet kursiv*):

Saksnr.	Innhold
ST 1/2019	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 2/2019	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøtet 12.12.2018
ST 3/2019	Kvalitets- og virksomhetsrapport
ST 4/2019	Tertialrapport byggeprosjekt – 3. tertial 2018
ST 5/2019	Tilsynsrapport 3. tertial 2018
ST 6/2019	Virksomhetsplan 2019 – oppfølging
ST 7/2019	Reduksjon av strykninger til operasjoner ved UNN
ST 8/2019	UNN Åsgård – Tilstandsvurdering av bygningsmassen
ST 9/2019	Status i prosessen vedrørende salg av Åsgårdmarka
ST 10/2019	Dialogavtale mellom styret og administrerende direktør
ST 11/2019	Justering av lønn til konst. administrerende direktør 2018
ST 12/2019	Oppsummering av styrets beslutningssaker 2018
ST 13/2019	Styrets evaluering av eget arbeid
ST 14/2019	Oppnevning av valgstyre
ST 15/2019	Orienteringssaker
	<i>Skriftlige orienteringer</i>
	1. 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra UNN
	2. Prioritering av investeringssaker i UNN
	3. Kontinuerlig forbedring
	4. Status i arbeidet med ambulansebåtstrukturen i Bjarkøy
	<i>Muntlige orienteringer</i>
	5. Pasienthistorie
	6. Suicidalitetsarbeidet ved UNN
	7. Videre oppfølging av PwC-rapporten fra 2018
ST 16/2019	Referatsaker
	1. Oppsummering etter regional samling for Ungdomsrådene i Helse Nord RHF, datert 19.-21.10.2018
	2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 20.11.2018
	3. Uttalelser fra Fagforbundet vedrørende ambulansebåt i Bjarkøy og inntektsfordelingsmodell til helseforetakene kveler sykehusøkonomien, datert 29.11.2018
	4. Uttalelser fra Kvæfjord formannskap vedrørende svekkelse av ambulansetjenesten i våre distrikter, datert 3.12.2018
	5. Brev fra Eldrerådet i Lavangen kommune til UNN vedrørende ambulansesituasjonen Lavangen-Salangen, datert 11.12.2018

6. Brev til styret UNN - Førjulsbrev fra øyriket, datert 12.12.2018
7. Brev fra UNN til Lavangen kommune vedrørende ambulansesituasjonen Lavangen-Salangen, datert 17.12.2018
8. Åpent brev til UNN med samarbeidspartnere fra Øyriket, datert 29.12.2018
9. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 28.1.2019
10. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 29.1.2019
11. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 30.1.2019
12. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 6.2.2019
13. Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord, datert 19.12.2018

ST 17/2019

Eventuelt

**ST 2/2019 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 12.12.2018  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

**ST 3/2019 Kvalitets- og virksomhetsrapport pr. 31.12.2018  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:



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

**ST 4/2019 Tertian rapport byggeprosjekter ved UNN for 3. tertial 2018  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.12.2018 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.12.2018 om byggeprosjekter i UNN til orientering.

**ST 5/2018 Tilsynsrapport 3. tertial 2018 – eksterne tilsyn  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

**ST 6/2019 Virksomhetsplan 2019 – oppfølging**

## Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019

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

1. Styret for Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) godkjenner de reviderte plantallene.
2. Styret godkjenner virksomhetsplan og tiltak for 2019 slik det fremkommer i denne saken, og ber om at den uløste omstillingsutfordringen løses snarest.
3. Styret ber videre om at tiltakene i alle klinikkene/sentrene ved UNN følges tett opp i 2019 og at risikodempende tiltak fortløpende utarbeides der det er nødvendig.
4. *Styret tar til etterretning omfordeling av midler internt i RHF og gjennom justering av inntektsfordelingsmodellen. Den omfordelte rammen som for UNN netto utgjør 18,7 mill kr vil for 2019 redusere risikoen i budsjett 2019.*
5. *Styret forventer at utfordringen med rekruttering og bemanning av kritisk viktig helsepersonell følges opp med oppgaveglidning i et systematisk arbeid i alle klinikker og sentre.*

Enstemmig vedtatt.

1. Styret for Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) godkjenner de reviderte plantallene.
2. Styret godkjenner virksomhetsplan og tiltak for 2019 slik det fremkommer i denne saken, og ber om at den uløste omstillingsutfordringen løses snarest.
3. Styret ber videre om at tiltakene i alle klinikkene/sentrene ved UNN følges tett opp i 2019 og at risikodempende tiltak fortløpende utarbeides der det er nødvendig.
4. Styret tar til etterretning omfordeling av midler internt i RHF og gjennom justering av inntektsfordelingsmodellen. Den omfordelte rammen som for UNN netto utgjør 18,7 mill kr vil for 2019 redusere risikoen i budsjett 2019.
5. Styret forventer at utfordringen med rekruttering og bemanning av kritisk viktig helsepersonell følges opp med oppgaveglidning i et systematisk arbeid i alle klinikker og sentre.

**ST 7/2019 Reduksjon av strykninger til operasjoner ved UNN**  
**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

**ST 8/2019 UNN Åsgård – Tilstandsvurdering av bygningsmassen  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

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

Direktøren la frem følgende endrete innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) tar rapporten om bygningsmessige tiltak for UNN Åsgård til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør om å vurdere investeringsbehovet i saken i UNNs innspill til rullering av regional investeringsplan.

Enstemmig vedtatt.

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) tar rapporten om bygningsmessige tiltak for UNN Åsgård til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør om å vurdere investeringsbehovet i saken i UNNs innspill til rullering av regional investeringsplan.

**ST 9/2019 Status i prosessen vedrørende salg av Åsgårdmarka  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

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

**ST 10/2019 Dialogavtale mellom styret og administrerende direktør  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

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

**ST 11/2019 Justering av lønn til konstituert administrerende direktør 2018  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF gir viseadministrerende direktør Marit Lind en engangsutbetaling på kr 24 232 (2,55 % av årslønn) knyttet til lønnsoppgjøret i 2018 som konstituert administrerende direktør, for perioden 1.6.-31.12.2018.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF gir viseadministrerende direktør Marit Lind en engangsutbetaling på kr 24 232 (2,55 % av årslønn) knyttet til lønnsoppgjøret i 2018 som konstituert administrerende direktør, for perioden 1.6.-31.12.2018.

**ST 12/2019 Oppsummering av styrets beslutningssaker 2018  
Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

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

**ST 13/2019 Styrets evaluering av eget arbeid**  
**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

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

Enstemmig vedtatt.

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

**ST 14/2019 Oppnevning av valgstyre**  
**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

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

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

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

**ST 15/2019 Orienteringssaker**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

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

*Skriftlige orienteringer*

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

*Muntlige orienteringer*

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

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

**ST 16/2019 Referatsaker**

**Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

Innstilling til vedtak:

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

1. Oppsummering etter regional samling for Ungdomsrådene i Helse Nord RHF, datert 19.-21.10.2018
2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 20.11.2018
3. Uttalelser fra Fagforbundet vedrørende ambulansébåt i Bjarkøy og inntektsfordelingsmodell til helseforetakene kveler sykehusøkonomien, datert 29.11.2018

4. Uttalelser fra Kvæfjord formannskap vedrørende svekkelse av ambulansetjenesten i våre distrikter, datert 3.12.2018
5. Brev fra Eldrerådet i Lavangen kommune til UNN vedrørende ambulansesituasjonen  
Lavangen-Salangen, datert 11.12.2018
6. Brev til styret UNN - Førjulsbrev fra øyriket, datert 12.12.2018
7. Svarbrev fra UNN til Lavangen kommune vedrørende ambulansesituasjonen  
Lavangen-Salangen, datert 17.12.2018
8. Åpent brev til UNN med samarbeidspartnere fra Øyriket, datert 29.12.2018
9. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 28.1.2019
10. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 29.1.2019
11. Protokoll fra Arbeidsmiljøutvalget, datert 30.1.2019
12. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 6.2.2019
13. Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord, datert 19.12.2018

Enstemmig vedtatt.

Vedtatt:

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

#### **ST 17/2018 Eventuelt**

#### **Saksprotokoll i Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12.-13.2.2019**

- 1) **Forslag om utredning av sammenslåing mellom UNN og Finnmarkssykehuset HF**  
Styret diskuterte kort status i saken etter helseministerens møte ved UNN 12.2.2019, og besluttet, etter hans oppfordring i møtet, å sende innspill til helseministeren. Innspillene følger som eget vedlegg.

Bodø, 13.2.2019

Ansgar Gabrielsen  
styreleder

Helga Marie Bjerke  
nestleder

Anne Sissel Faugstad

Erik Arne Hansen

Grete Kristoffersen

Jan Eivind Pettersen

Johan Ailo Kalstad

Marianne Johnsen

Per Erling Dahl



Sverre Håkon Evju

Thrina Loennechen

Vibeke Haukland

Vedlegg: Uttalelse fra styret til helseministeren

**Uttalelse fra styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedrørende utredning om eventuell sammenslåing mellom UNN og Finnmarkssykehuset HF**

*Det vises til helseministerens møte med ledelse og ansatte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) 12.2.2019. Styret ved UNN er tilfreds med at forslaget om sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset skal utredes og vurderes grundig før det eventuelt vedtas endelig. I tråd med helseministerens oppfordring oversender styret ved UNN med dette nedenstående innspill til et kommende oppdrag til Helse Nord RHF om en utredning av mulig sammenslåing av de to sykehusforetakene.*

*Et robust og kompetent regions- og universitetssykehus er av avgjørende betydning for å sikre den nordnorske befolkning et likeverdig tilbud med resten av landet. UNN er landets minste regions- og universitetssykehus, og har svært mange kompetente, men likevel små og sårbare, høyt spesialiserte fagmiljø. I likhet med det som fremkom fra ledelse og tillitsvalgte ved UNN i møtet med helseministeren 12.2.19 er UNN-styret derfor i særlig grad opptatt av at en eventuell sammenslåing av de to sykehusforetakene ikke svekker regions- og universitetssykehus-funksjonen.*

*UNN-styrets konkrete innspill til oppdraget er som følger:*

- *Utredningen må besvare hvordan en eventuell sammenslåing bidrar til å bevare og styrke regions- og universitetssykehusfunksjonen, i tråd med helseministerens uttalelser.*
- *UNN og Det helsevitenskapelige fakultetet ved Universitet i Tromsø (UiT) er tett integrerte institusjoner, og det nære samarbeidet rundt undervisning og forskning er av avgjørende betydning. UiT bør etter UNN-styrets syn få en aktiv rolle i utredningen, der et viktig premiss i utredningen er å sikre at samarbeidet mellom institusjonene ikke blir skadelidende.*
- *I oppdraget bør det inngå en utredning av alternative måter å styrke samarbeid mellom sykehusforetakene, for å oppnå en enda bedre pasientbehandling, også uten å slå dem sammen. Dette inkluderer også et styrket tilbud til den samiske befolkning.*
- *Gode og stabile lokalsykehus i hele Nord-Norge er avgjørende for at UNN skal kunne fylle rollen som regions- og universitetssykehus. Utredningen må også inkludere hvordan man kan sikre at lokalsykehusfunksjonene ikke svekkes. Herunder bør analyser av dagens pasientstrømmer, fremskriving og mulige endringer av disse (som følge av en sammenslåing) inngå.*
- *Kost- nytteanalyser og vurderinger opp mot gjeldende prioriteringskriterier samt øvrige økonomiske og organisatorisk konsekvenser bør inngå i utredningen.*



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
24/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	27.03.2019
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 Februar 2019* til orientering.

#### Bakgrunn

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

#### 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 februar 2019 som bakgrunn for etterfølgende vurdering.

#### Medvirkning

Det vises til egne referater fra Arbeidsmiljøutvalget og brukerutvalget.

#### Vurdering

##### Pasientsikkerhet, kvalitet, personal og økonomi

*Gjennomføring av kreftpakkeforløp* i UNN er nærmere måltallet 70 % innen anbefalt forløpstid i februar enn i januar, men fortsatt ikke god nok. Andel pasienter inkludert i pakkeforløp er lavere enn tidligere, men innenfor nasjonalt mål. Det er som tidligere lav måloppnåelse med lang forløpstid for pasienter med urinveiskreft og tykk- og endetarmskreft som er hovedutfordringen. MR-kapasiteten i UNN forventes å bli bedre i løpet av kort tid, når pågående oppgradering av en MR-maskin snart ferdigstilles. Operasjonskapasiteten er økt i UNN Tromsø fra 1. 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. Det pågår også en grundigere gjennomgang av blant annet håndtering av forløp for nyrekreftpasienter, som forventes å bedre gjennomføringen for denne pasientgruppen.

*Andel strykninger av planlagte operasjoner* er i februar fortsatt over måltallet på 5 %. 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 positiv utvikling snarlig.

*Andel epikriser sendt innen 1 og 7 dager* er ikke høy nok. Andel epikriser sendt innen 1 dag er nær måltallet på 50 %, mens det hittil i år ikke er noen bedring i andel sendt innen 7 dager. Direktøren forventer at klinikkene følger opp dette, og iverksetter tiltak med blant annet nødvendig endring i arbeidsvaner som medfører at alle epikriser fra UNN er sendt innen en uke etter utskrivelse.

*Sykefraværet* ved UNN ligger over måltallet på 7,5 % men er lavere enn tilsvarende periode i fjor. Det er gjort flere tiltak for å redusere sykefraværet. Pr. mars er vaksinasjonsgraden på influensavaksine ca. 50 %, mot 26 % i fjorårets sesong. Dette forventer vi vil kunne gi utslag på sykefraværstatistikken.

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 vises til egen orientering som vedlegg til denne saken.

Oppfølgingen av hyppig korttids-fravær og gjentakende langtidsfravær, er nå blitt 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.

*Aktiviteten* ved UNN vurderes som stabil pr februar, med unntak av en relativt stor reduksjon i poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern for voksne. Økningen i poliklinisk aktivitet i somatikk er mindre enn tidligere år, men aktiviteten er fortsatt noe høyere enn plantall. Økningen innen laboratorieanalyser og røntgenundersøkelser er ikke ønskelig da dette setter press på ressursene ved de ulike laboratoriene. Tiltak for å redusere antallet er å bevisstgjøre det kliniske miljøet vedrørende omfanget som bestilles mht. analyser.

*Den gylne regel* er ikke oppfylt på alle områdene og innenfor de ulike fagfeltene. Direktøren er ikke fornøyd med at aktiviteten i psykisk helsevern for voksne er redusert sammenlignet med 2018, og Psykisk helse og rusklinikken følges særskilt opp i forhold til aktivitet, fristbrudd, økonomisk resultat og forbruk av månedssverk. Den lavere aktiviteten tilskrives lav aktivitet ved de desentraliserte enhetene (utenom Tromsø), i stor grad som følge av rekrutteringsutfordringer. Høyt belegg på akuttsengestene i psykiatrien i Tromsø, med høyt forbruk av innleie og overtid som følge, er en viktig årsak til overforbruket i klinikken. Det iverksettes tiltak med blant annet kveldspoliklinikk og ansettelse av flere terapeuter (psykologer) i Tromsø for å unngå ytterligere fristbrudd. Et vedvarende økonomisk merforbruk og høyere vekst enn planlagt i

aktiviteten innen somatikken vanskeliggjør oppfyllingen av den gylne regel, og det er viktig å oppnå kontroll på både aktivitet og forbruk.

Etter nedgang over flere år, og stabil utvikling i 2018, er det hittil i år en liten økning i gjennomsnittlig *ventetid* i UNN. Dette er ikke tilfredsstillende. I tråd med krav i Oppdragsdokumentet vil UNN senest i løpet av 2. tertial utarbeide tiltaksplan for å redusere ventetidene ytterligere, for å sikre oppnåelse av nasjonalt krav på ventetid under 50 dager innen 2021. Tiltakene vil i stor grad fokusere på avvikling av alle langtidsventende over 6 måneder, og reduksjon i antall ventende med ventetid mellom 4 og 6 måneder.

Det *økonomiske* resultatet pr februar er dårligere enn forventet. ISF – inntekten var en av de områdene hvor en i 2018 hadde store underskudd, men disse er nå i tråd med budsjett. Variabel lønn og innleie fra firma var og er fortsatt de områdene som gjør at forbruket er høyere enn budsjett. Direktøren følger dette opp med egne økonomimøter med de klinikkene som har underskudd og med fokus på å snu trenden/identifisere ad – hoc tiltak som kan bidra til balanse i driften.

Tiltak klinikkene med størst negative budsjettavvik jobber med, og som gir kortsiktige effekter er:

I Akuttmedisinsk klinikk ser vi en økning i aktivitet for ambulanseavdelingen på 17%, noe som resulterer i høyere personalkostnader. I tillegg er personalkostnadene i akuttmottak og obspost høye. De to viktigste tiltakene som skal bremse denne utviklingen er å endre nattevaks mønster for sykepleierne i akuttmottaket og observasjonsposten Tromsø, samt å gjeninnføre «hvit ambulanse» for å håndtere aktivitetsøkningen. Dette tiltaket regnes det på.

Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken har fremdeles utfordringer med variabel lønn og innleie. Endringen for øyeblikkelig hjelp (30% reduksjon i øhj innleggelser) er ikke effektivt. Ny motivasjons/informasjons-kampanje startes umiddelbart med spesielt fokus på legene.

Negativt budsjettavvik i Barne- og ungdomsklinikken er i hovedsak drevet av personalkostnadene i klinikken. Av større ting er det flere tilfeller av prematurfødsler (barn under 1 000 gram). Disse er meget arbeidskrevende og inntekten blir godskrevet ved utskrivelse, som betyr i mai/juni. Daglig gjennomgang av sengepostene, forbedring av kodekvalitet og etablering av nye innkjøpsavtaler nyfødtdisin er tiltakene som skal gi kortsiktige resultater i klinikken.

Operasjons- og intensivklinikken er den klinikken som har størst negativt budsjettavvik pr februar. For å bremse denne utviklingen har de fokus på følgende tiltak: Bedre planleggingsverktøy Traumebehandling, jobbglidning, endringsledelse og lederadferd, aktivitetsstyrt bemanning og effektive pasientforløp.

Psykisk helse- og rusklinikken har etter et godt økonomisk 2018 startet det nye året med et negativt budsjettavvik. Klinikken jobber med å intensivere arbeidet med utskrivningsklare pasienter, aktivt arbeid med stormottakersatsingen og intensivering av pasientforløpsarbeid for å snu trenden fra de to første månedene.

For Diagnostisk klinikk har en økt aktivitet fra andre klinikker resultert i høyere varekostnader. Det viktigste kortsiktige tiltaket for klinikken er å redusere rekvirering av blodprøver fra andre klinikker.

## Konklusjon

Kvalitets- og virksomhetsrapporten viser at UNN innenfor en rekke områder jobber godt. Det økonomiske resultatet pr februar er dårligere enn forventet, og direktøren følger dette tett opp mot de klinikkene som pr februar har et dårligere resultat enn balanse.

Prognosen for 2019 er at UNN vil klare RHF sitt overskuddskrav på 40 mill kr.

Tromsø, 21.03.2019

Anita Schumacher (s.)  
Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2019
2. Orientering om styrket innsats mot sykefravær i UNN HF



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.....	26
AML-brudd .....	27
Kommunikasjon .....	28
Sykehuset i media.....	28
Økonomi.....	29
Resultat .....	29
Prognose.....	29

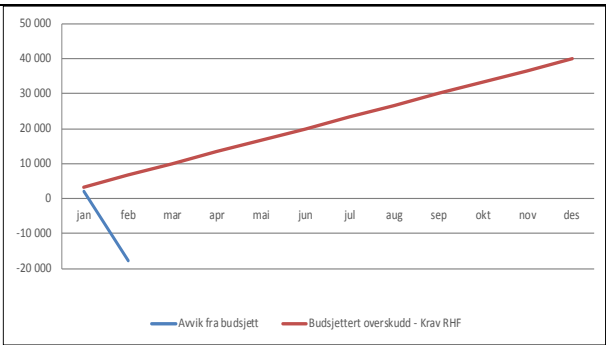
## Hovedindikatorer

<p><b>Gjennomføring av kreftpakkeforløp innenfor normert tid, februar</b></p> <p>Måltall: 70 %</p> <p>Andel i pakkeforløp: <b>70,3 %</b></p> <p>Andel innenfor frist: <b>66,2 %</b></p>	<p>Andel i pakkeforløp viser nye kreftpasienter som utredes i pakkeforløp hittil i år.</p> <p>Andel innenfor frist gjelder tiden fra henvisning mottatt til start behandling hittil i år.</p>
<p><b>Strykninger av planlagte operasjoner</b></p> <p>Måltall: &lt; 5 %</p> <p>Februar: <b>8,4 %</b></p>	<p>Utvikling strykninger samme dag</p>
<p><b>Sykefravær, februar</b></p> <p>Måltall: 7,5 %</p> <p><b>8,8 %</b></p>	<p>Utvikling sykefravær</p>
<p><b>Andel epikriser sendt innen 1 dag og innen 7 dager</b></p> <p>Måltall: 50 % innen 1 dag 100 % innen 7 dager</p> <p>Februar 1 dag: <b>49,4 %</b> Februar 7 dager: <b>80,2 %</b></p>	<p>Utvikling epikriser sendt innen en og syv dager</p>



**Budsjettavvik akkumulert pr  
februar**

**-17,7 mill kr**



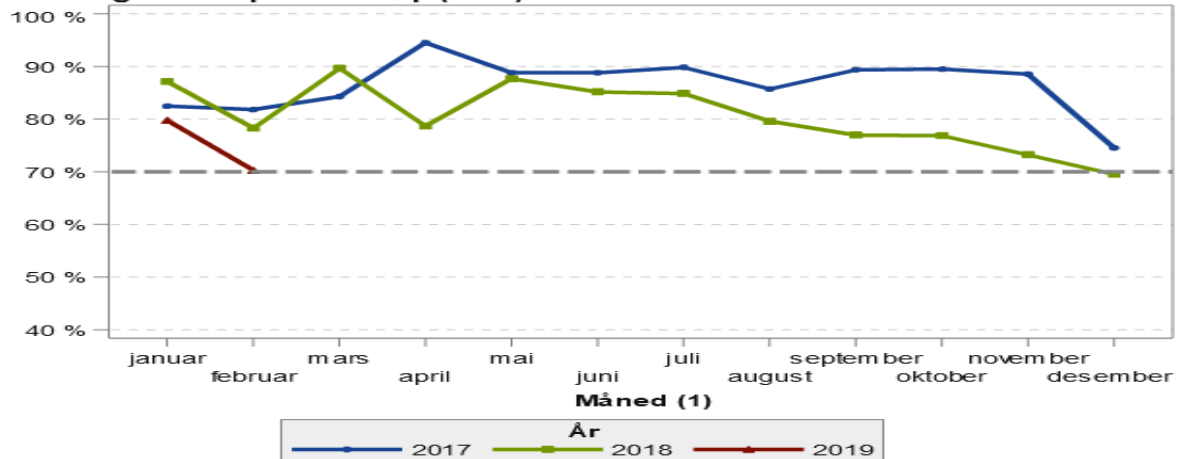
## Kvalitet

### Pakkeforløp – kreftbehandling

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

**Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp**

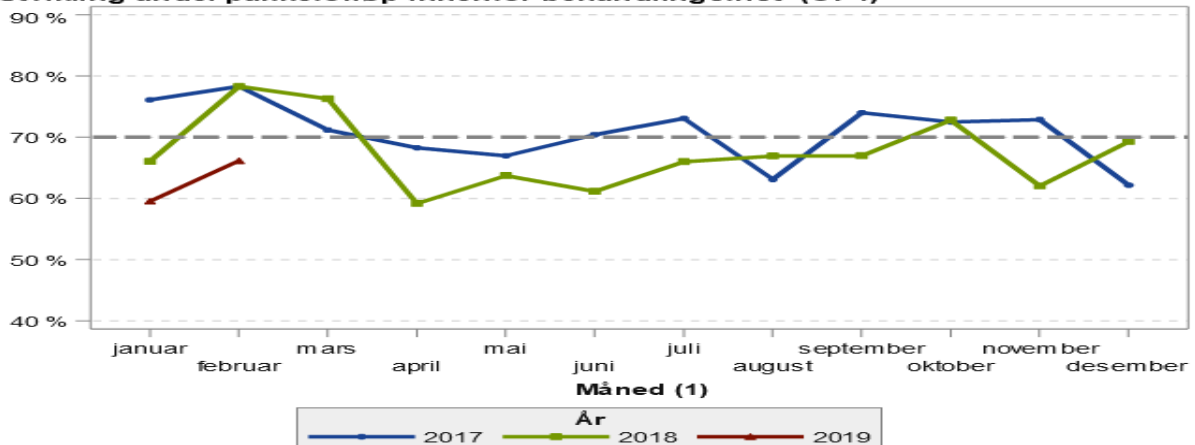
**Utvikling andel i pakkeforløp (OA1)**



Eventuelle justeringer siste måned rettes opp påfølgende måned

**Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist**

**Utvikling andel pakkeforløp innenfor behandlingsfrist (OF4)**



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

Pakkeforløp	Behandlingstype	Antall innen std forløpstid	Totalt antall gjennomførte	Andel innen frist
<b>Total</b>		<b>89</b>	<b>147</b>	<b>60,5%</b>
Akutt leukemi og høyrisiko myelodyspl	Medikamentell behandlin	1	1	100,0%
Blærekreft	Kirurgi	7	10	70,0%
Blærekreft	Medikamentell behandlin	1	1	100,0%
Brystkreft	Kirurgi	14	25	56,0%
Brystkreft	Medikamentell behandlin	5	6	83,3%
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgi	1	1	100,0%
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgi	5	5	100,0%
Føflekkreft	Kirurgi	5	7	71,4%
Hjernekreft	Kirurgi	1	1	100,0%
Hode- halskreft	Kirurgi	2	3	66,7%
Hode- halskreft	Strålebehandling	2	3	66,7%
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgi	1	1	100,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Medikamentell behandlin	1	1	100,0%
Kreft i spiserør og magesekk	Strålebehandling	0	1	0,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgi	1	1	100,0%
Livmorhalskreft (cervix)	Strålebehandling	1	1	100,0%
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgi	6	7	85,7%
Lungekreft	Kirurgi	1	2	50,0%
Lungekreft	Medikamentell behandlin	3	4	75,0%
Lungekreft	Strålebehandling	7	8	87,5%
Lymfomer	Medikamentell behandlin	5	6	83,3%
Lymfomer	Strålebehandling	0	3	0,0%
Myelomatose	Medikamentell behandlin	1	1	100,0%
Nyrekreft	Kirurgi	2	7	28,6%
Peniskreft	Kirurgi	0	1	0,0%
Prostatakreft	Kirurgi	2	6	33,3%
Prostatakreft	Medikamentell behandlin	1	4	25,0%
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgi	5	6	83,3%
Testikkelkreft	Medikamentell behandlin	0	1	0,0%
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgi	3	13	23,1%
Tykk- og endetarmskreft	Medikamentell behandlin	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	8 253	8 563	9 066	503	6
Gjennomsnittlig ventetid dager	58	59	58	-1	-2
Ikke møtt til planlagt avtale	1 788	1 715	1 347	-368	-21

## 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	60	60	62	2	3
Median ventetid i dager	42	42	46	4	10

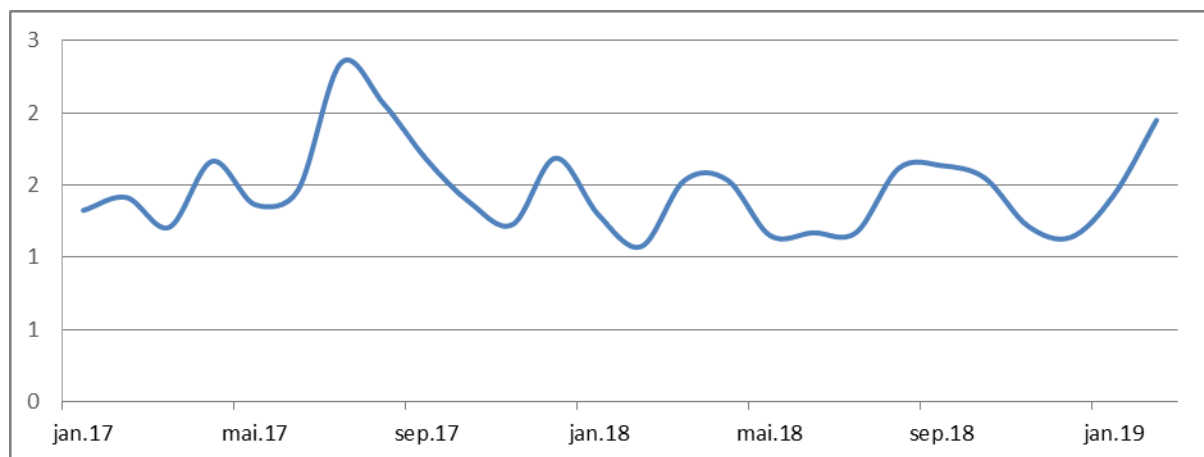
## Fristbrudd

Tabell 4 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av februar 2019

Klinikk	Antall fristbrudd	Antall pasienter i egen klinikk	Andel fristbrudd (%)
Psykisk helse- og rusklinikken	19	424	4,5 %
Barne- og ungdomsklinikken	3	541	0,6 %
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	15	1 806	0,8 %
Medisinsk klinikk	2	784	0,3 %
Hjerte- og lungeklinikken	3	630	0,5 %
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	14	4 800	0,3 %
UNN	56	8 985	0,6 %

Tabellen viser kun klinikker med fristbrudd.

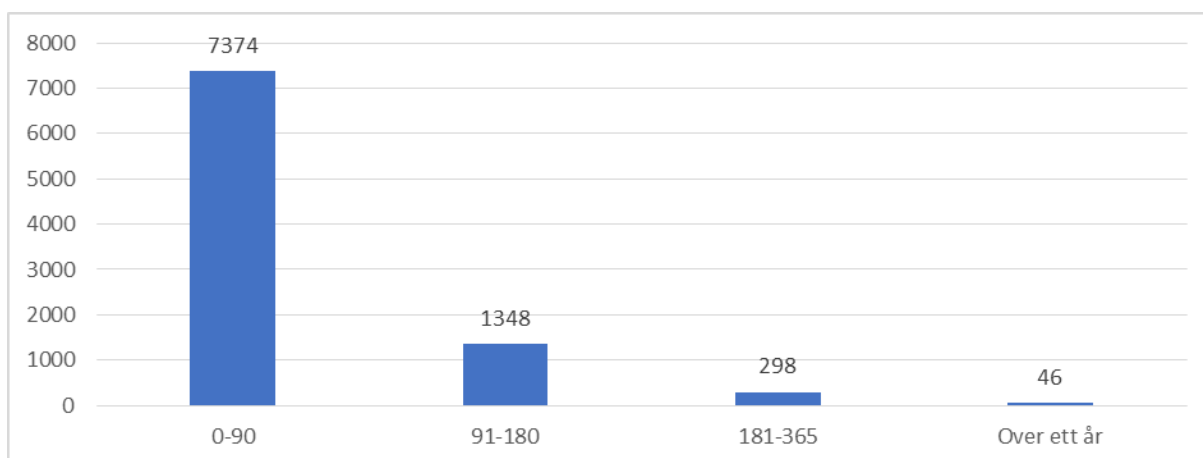
Figur 3 Prosent avvirket fristbrudd



Tabell 5 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

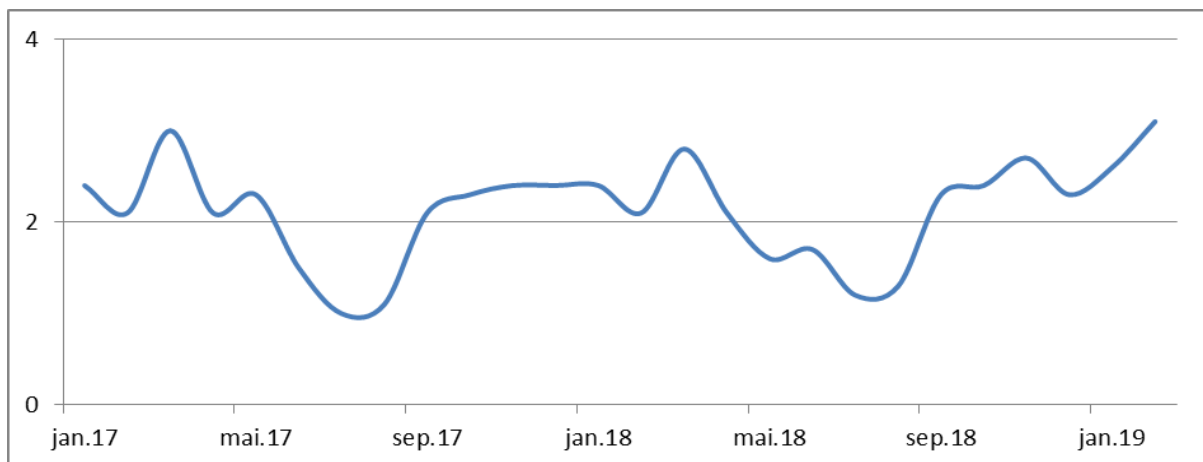
Klinikk	jan.19	feb.19
Barne- og ungdomsklinikken	0	1
Hjerte- og lungeklinikken	5	10
Medisinsk klinikk	7	1
Psykisk helse- og rusklinikken	13	25
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	18	24
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	17	17
<b>UNN</b>	<b>60</b>	<b>78</b>

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



## Korridorpasienter

Figur 5 Korridorpasienter andel per måned - somatikk

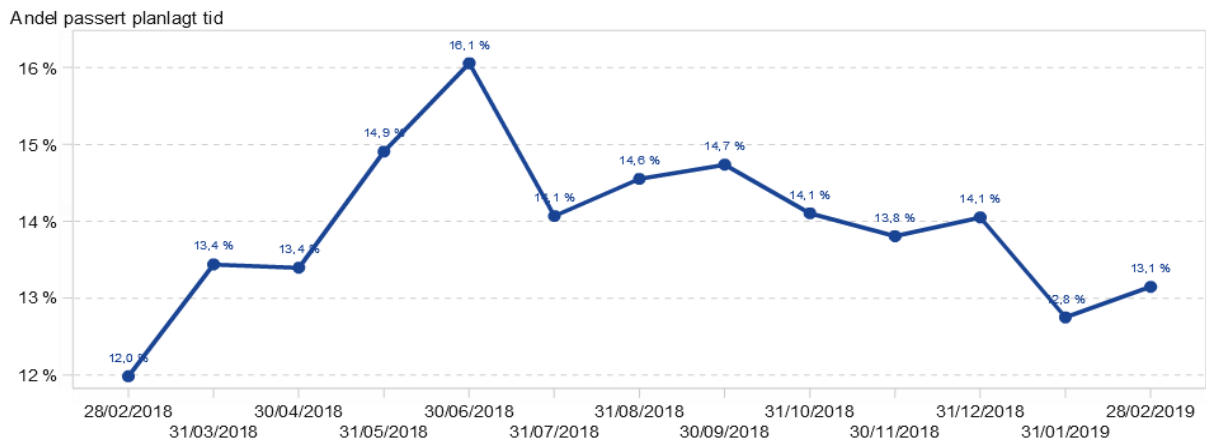


Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Sengepost	Inneliggende	Korridor	Andel
Ortopedisk post Harstad	401	78	19,5
Hjertemed. post Tromsø	910	62	6,8
Medisinsk post A Harstad	539	30	5,6
Med-kir. post Narvik	1013	46	4,5
Fordøyelse-nyre post Tromsø	395	16	4,1
Nevro-hud-revmapost Tromsø	617	18	2,9
Kirurgisk post Harstad	398	11	2,8
Gastrokirurgisk post Tromsø	724	17	2,3
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	713	14	2,0
Geriatrisk post Tromsø	353	4	1,1
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	677	3	0,4
HLL kir. post Tromsø	647	1	0,2

## Intern venteliste

Figur 6 Andel passert planlagt tid

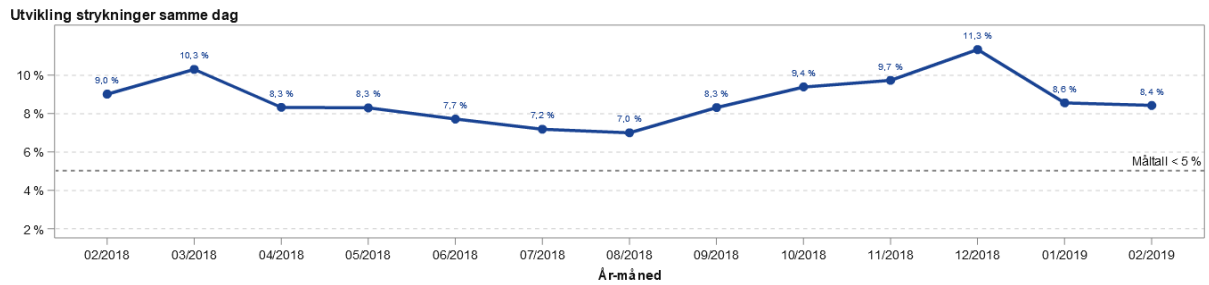


Tabell 7 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på fagområde (10 største)

Fagområde	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter	Andel passert planlagt tid
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	5 206	1 655	31,8%
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	6 738	1 293	19,2%
Hjertesykdommer	6 351	1 049	16,5%
Øre-nese-hals sykdommer	5 789	933	16,1%
Øyesykdommer	5 334	852	16,0%
Lungesykdommer	2 895	753	26,0%
Nevrologi	2 817	720	25,6%
Psykisk helsevern voksne	3 505	539	15,4%
Gastroenterologisk kirurgi	3 143	432	13,7%
Fordøyelsesykdommer	3 830	361	9,4%

## Strykninger

Figur 7 Strykninger samme dag av planlagte operasjoner (prosent)



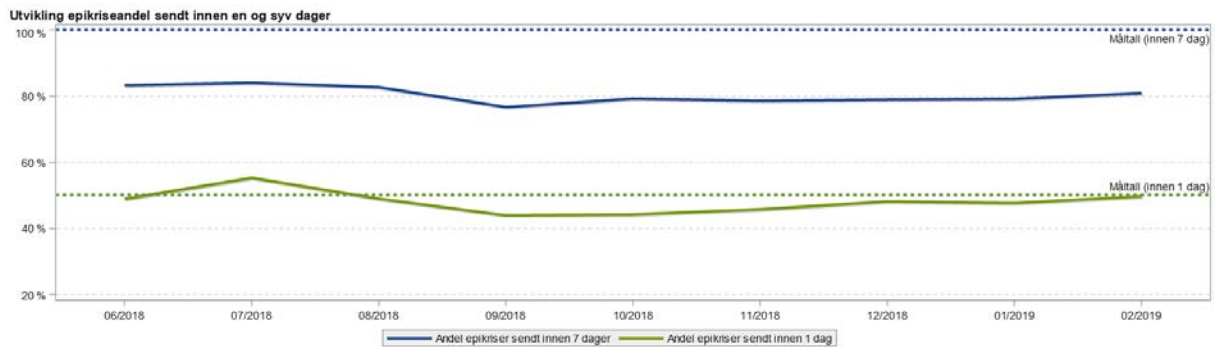
Tabell 8 Årsak til strykninger av planlagte operasjoner siste måned

Avsluttkode - UNN	Sum strykninger	Strøket samme dag	Andel strykninger samme dag
Ikke indikasjon for operasjon	71	42	59,2%
Overbooking/skiftetid/forsinkelse annen ele	42	26	61,9%
Utsatt grunnet ø-hjelp (annen pasient)	85	26	30,6%
Pasient syk	73	16	21,9%
Manglende utredning	26	6	23,1%
Pasient ikke møtt og ingen beskjed	7	6	85,7%
Administrativ feil	44	5	11,4%
Ikke kapasitet kirurg	73	5	6,8%
Dårlig vær/transportproblemer	13	4	30,8%
Pasienter ønsker ikke kirurgi	64	4	6,3%
Ikke kapasitet operasjonssykepleier	9	3	33,3%
Pasient har hatt operasjon på annet sykehus	13	3	23,1%
Preoperative retningslinjer ikke fulgt	5	2	40,0%
Ikke kapasitet anestesisykepleier	12	1	8,3%
Ikke kapasitet sengepost	2	1	50,0%
Tidspunkt passer ikke	152	1	0,7%
Utstyr - teknisk feil eller utilgjengelig	7	1	14,3%
Ikke kapasitet anestesilege	8	0	0,0%
Ikke kapasitet intensiv/oppvåkning	2	0	0,0%



## Epikrisetid

Figur 8 Epikriser - andel sendt innen syv dager

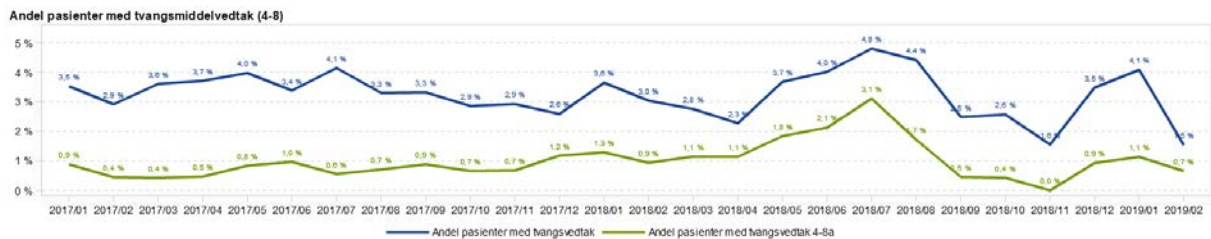


Tabell 9 Andel epikriser sendt innen 1 og 7 dager siste måned

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
<b>Sum</b>	<b>3240</b>	<b>1 601</b>	<b>2 599</b>	<b>49,4%</b>	<b>80,2%</b>
10 - Akuttmedisinsk klinikk	9	3	3	33,3%	33,3%
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	767	363	552	47,3%	72,0%
13 - Hjerte- og lungeklinikken	573	319	485	55,7%	84,6%
15 - Medisinsk klinikk	693	441	591	63,6%	85,3%
17 - Barne- og ungdomsklinikken	106	44	85	41,5%	80,2%
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikk	816	345	652	42,3%	79,9%
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	276	86	231	31,2%	83,7%

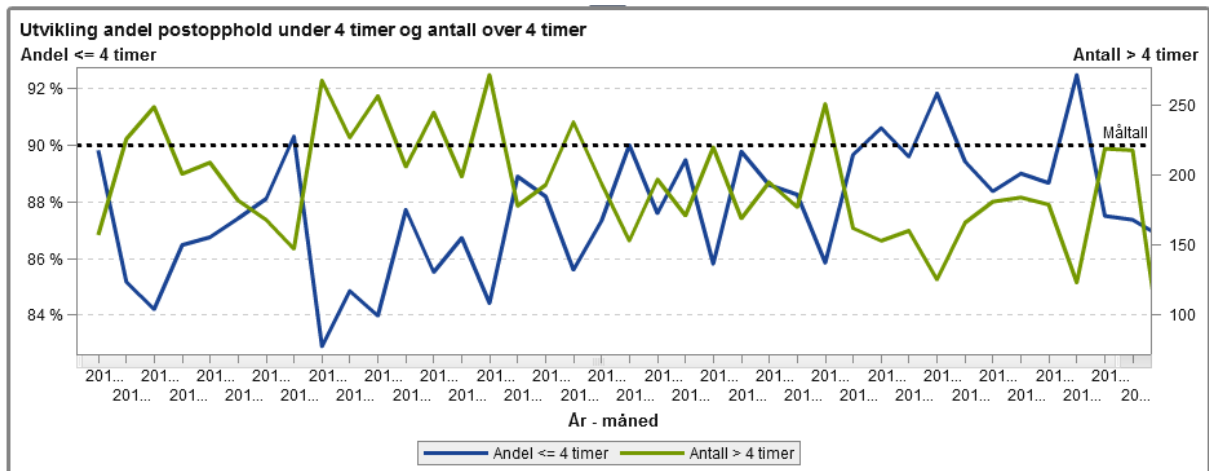
## Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

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		22	9	2 498
Annet	0-15 minutter	6	6	408
	Over 15 minutter	53	28	230
Blå	0-15 minutter	8	8	4
	Over 15 minutter	48	45	13
Grønt	0-15 minutter	7	6	81
	Over 15 minutter	53	30	65
Gult	0-15 minutter	7	6	551
	Over 15 minutter	52	26	303
Orange	0-15 minutter	6	6	490
	Over 15 minutter	59	24	213
Rødt	0-15 minutter	5	5	119
	Over 15 minutter	25	20	21

## Aktivitet

Tabell 11 Aktivitet UNN

Aktivitet UNN HF		2018	2019	Plantall 2019	Avvik fra 2018		Avvik fra plan 2019	
					Antall	%	Antall	%
<b>Somatikk</b>								
Liggedager i perioden	Somatikk	28 974	28 270	32 763	-704	-2,4	-4 493	-13,7
Polikliniske konsultasjoner	Somatikk	49 601	50 001	47 070	400	0,8	2 931	6,2
DRG-poeng	Somatikk	12 418	12 985	13 334	567	4,6	-349	-2,6
Laboratorieanalyser	Somatikk	1 206 619	1 316 687	1 192 886	110 068	9,1	123 801	10,4
Røntgenundersøkelser	Somatikk	25 680	27 303	29 049	1 623	6,3	-1 746	-6,0
PET undersøkelser	Somatikk	134	194	160	60	44,8	34	21,3
<b>PHV</b>								
Liggedager i perioden	PHV	6 836	7 524	7 763	688	10,1	-239	-3,1
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	PHV	12 027	10 797	12 343	-1 230	-10,2	-1 546	-12,5
<b>BUP</b>								
Liggedager i perioden	BUP	486	489	566	3	0,6	-77	-13,6
Polikliniske konsultasjoner	BUP	5 843	6 209	5 511	366	6,3	698	12,7
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>								
Liggedager i perioden	TSB	3 438	3 271	3 586	-167	-4,9	-315	-8,8
Polikliniske konsultasjoner inkl indirekte	TSB	2 326	2 328	2 169	2	0,1	159	7,4

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

## Somatisk virksomhet

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

Klinikk	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	373	358	15
Barne- og ungdomsklinikken	613	597	16
Hjerte- og lungeklinikken	2 179	2 150	29
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	3 440	3 388	52
Medisinsk klinikk	2 301	2 263	38
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	3 363	3 325	37
Operasjons- og intensivklinikken	10	13	-3
<b>Totalt</b>	<b>12 280</b>	<b>12 095</b>	<b>185</b>

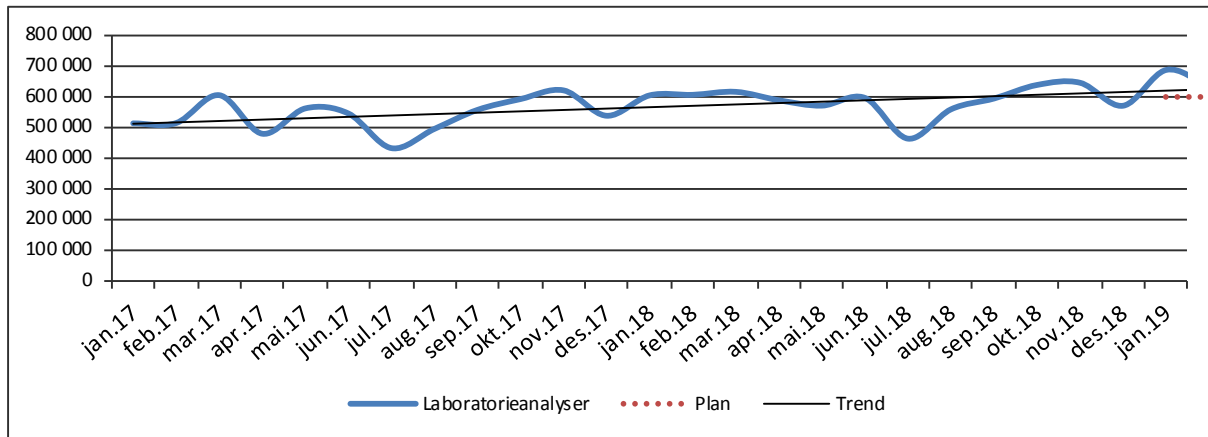
Tabell 13 DRG-indeks og avdelingsopphold per klinikk - somatikk - alle omsorgsnivå

DRG indeks og avdelingsopphold pr klinikk - somatikk - alle omsorgsnivå						
Klinikk	Indeks			avdelingsopphold inkl. 470		
	2018	2019	Endring	2018	2019	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	0,155	0,162	0,007	2 216	2 260	44
Barne- og ungdomsklinikken	0,321	0,302	-0,020	1 872	2 007	135
Hjerte-lungeklinikken	0,645	0,628	-0,018	3 437	3 491	54
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,221	0,227	0,007	14 466	14 754	288
Medisinsk klinikk	0,272	0,267	-0,006	8 221	8 573	352
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,136	0,136	0,000	24 728	24 470	-258
OPIN	0,062	0,056	-0,006	263	186	-77
<b>SUM</b>				<b>55 203</b>	<b>55 741</b>	<b>538</b>

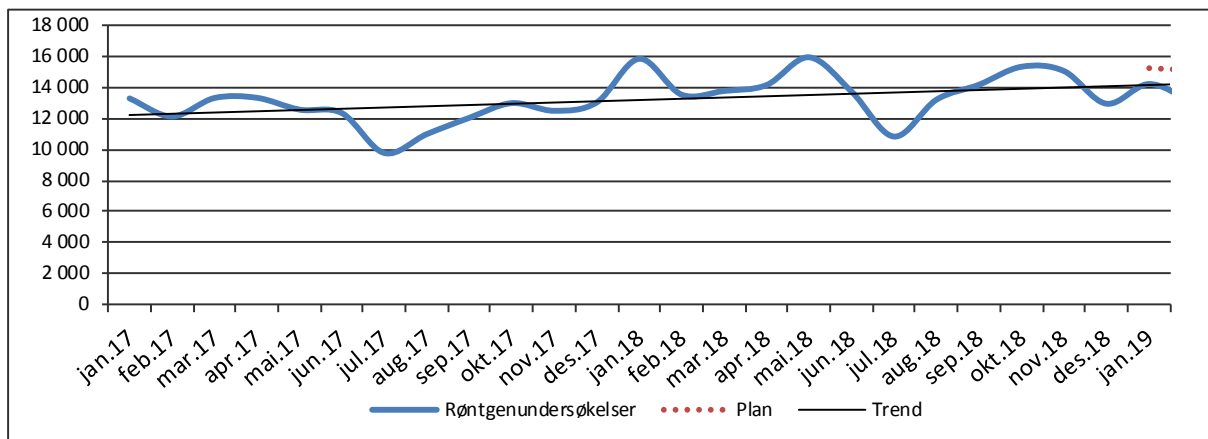
Figur 11 Polikliniske konsultasjoner - somatisk virksomhet



**Figur 12 Laboratorieanalyser**

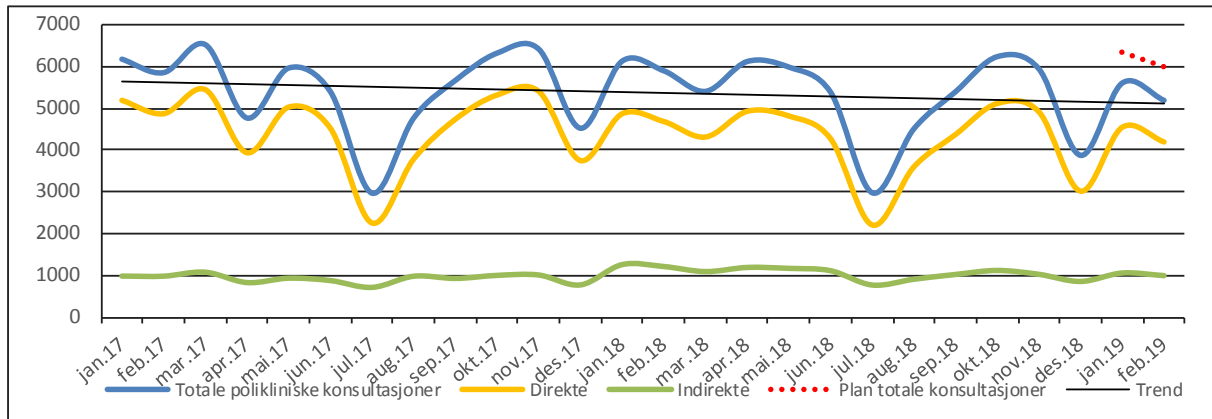


**Figur 13 Røntgenundersøkelser**



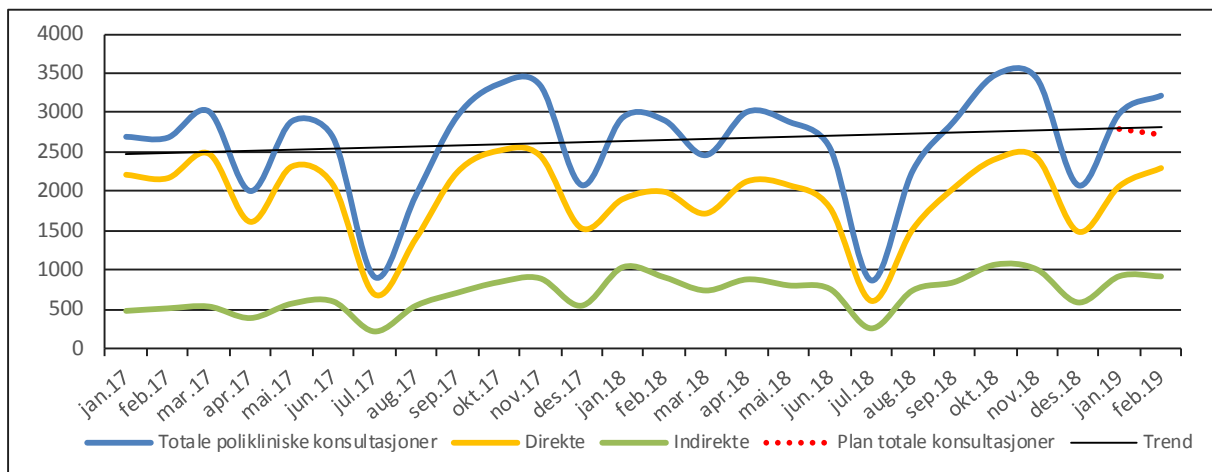
## Psykisk helsevern voksne

Figur 14 Polikliniske konsultasjoner – PHV



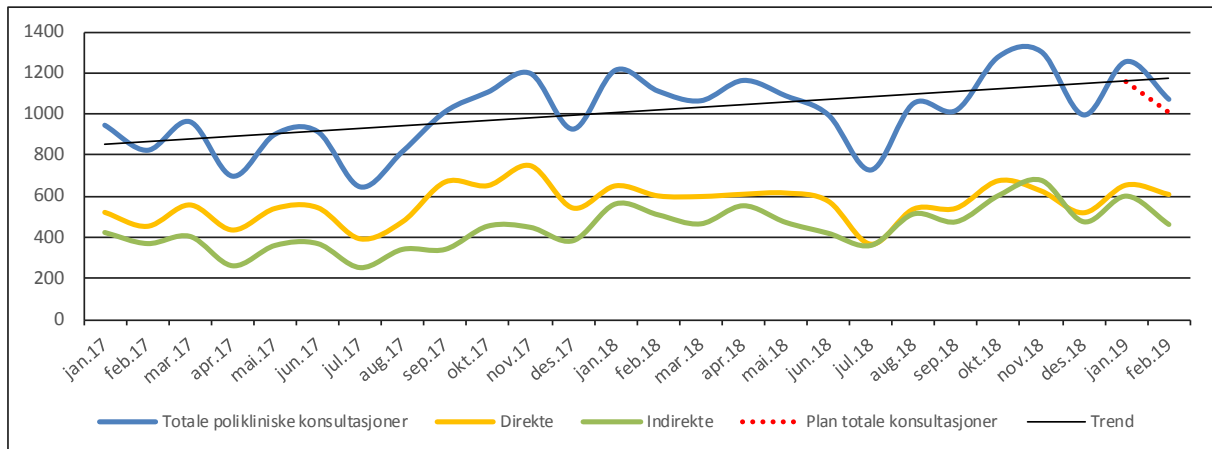
## Psykisk helsevern barn og unge

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	751 411	808 040	7,5 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	116 072	127 560	9,9 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	27 511	29 588	7,5 %
TSB**	Økonomi	30 239	31 284	3,5 %
Somatikk	Konsultasjoner	49 595	50 001	0,8 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	12 034	10 818	-10,1 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	5 843	6 228	6,6 %
TSB	Konsultasjoner	2 326	2 332	0,3 %
Somatikk	Ventetid	60,2	59,9	-1,0 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	42,5	43,8	-0,2 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	50,6	51,4	0,7 %
TSB	Ventetid	32,7	32,2	-1,5 %

\* Somatikk inkl. lab/rtg og rehabilitering . Konsultasjoner: inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB. Et lite avvik i antall konsultasjoner ifht. Tabell 11 som skyldes forskjellig uttaksdato av tall til de to tabellene.

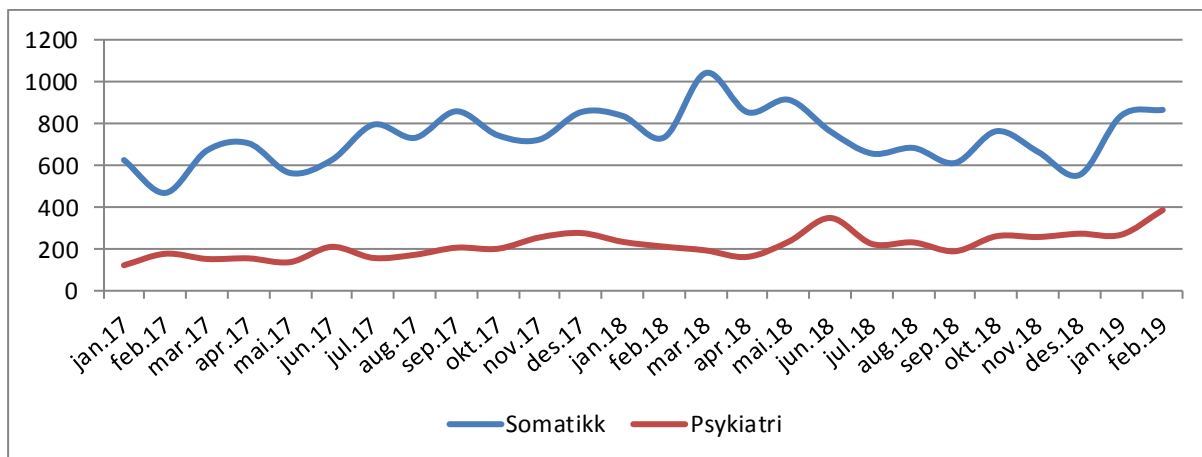
Tabell 15 Den gylne regel

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

## 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 fakturing	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	Februar	Februar	Februar	Februar
GRATANGEN	37	36	2	33
TROMSØ	457	449	23	6
BARDU	18	17	2	5
SALANGEN	6	5	1	3
STORFJORD	3	3	1	2
HARSTAD	17	13	4	1
SKJERVØY	2	1	1	1
NORDREISA	1	0	1	0
LENVIK	1	0	1	0
NARVIK	1	0	1	0
IBESTAD	0	0	1	0
<b>Sum</b>	<b>543</b>	<b>524</b>	<b>38</b>	<b>3</b>

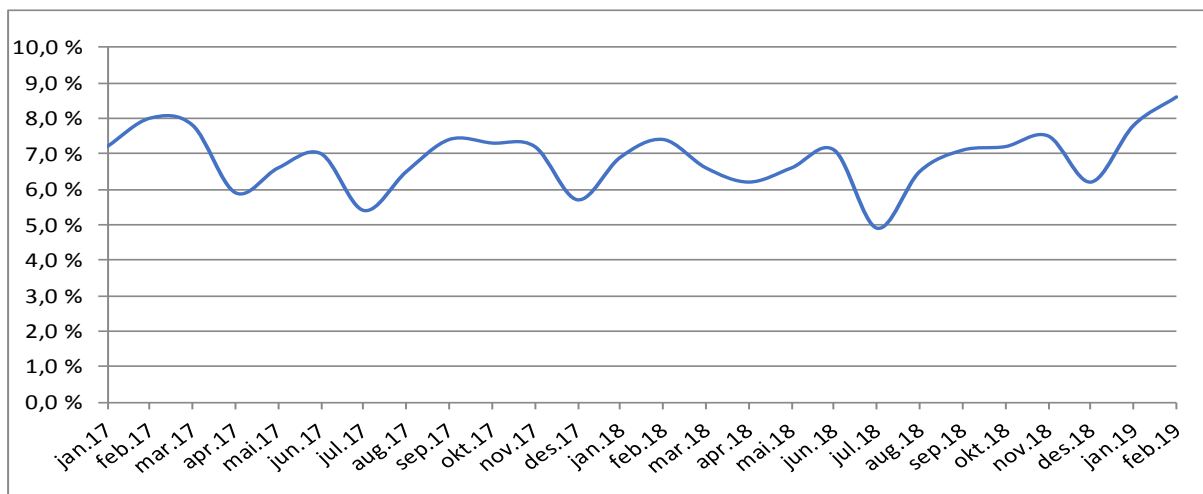


Tabell 17 Utskrivningsklare pasienter fordelt på kommune – somatikk

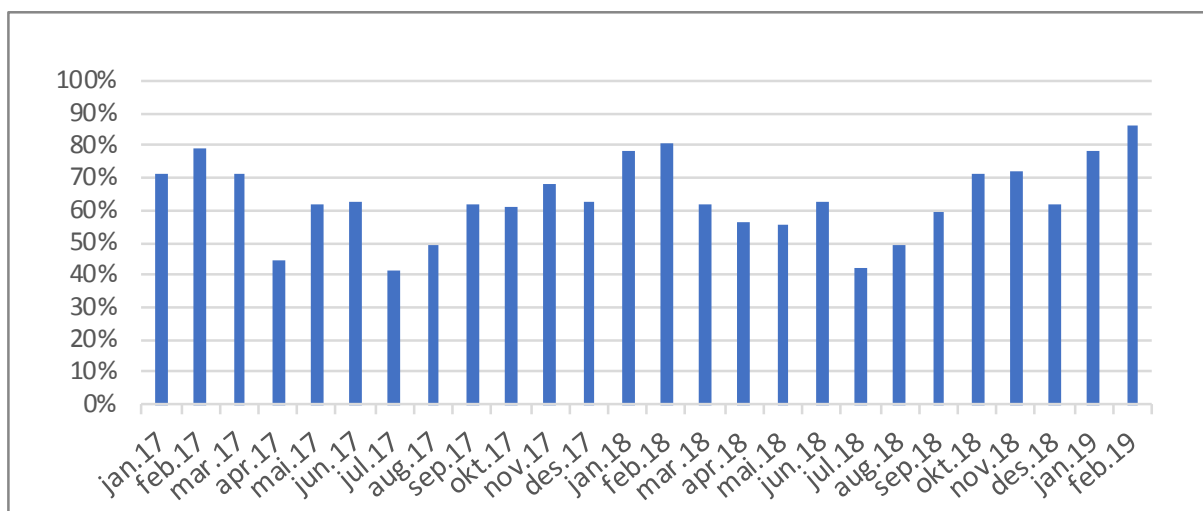
Kommune	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn, grunnlag fakturering	Antall opphold	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
per	Februar	Februar	Februar	Februar
BALSFJORD	142	127	18	25
TRANØY	37	30	8	24
MÅLSELV	131	110	26	19
TJELDSUND	21	3	18	17
HARSTAD	395	232	168	16
BARDU	62	55	8	16
SKÅNLAND	44	13	33	15
SALANGEN	25	10	15	11
EVENES	13	0	14	9
BALLANGEN	22	12	10	9
LØDINGEN	17	3	14	8
GRATANGEN	8	4	4	7
NARVIK	133	64	69	7
KVÆFJORD	19	0	19	6
TROMSØ	476	365	120	6
DYRØY	7	2	6	6
SKJERVØY	15	10	5	5
IBESTAD	7	1	7	5
NORDREISA	25	18	8	5
LYNGEN	10	2	8	3
KVÆNANGEN	3	0	3	2
BERG	2	1	2	2
TORSKEN	2	0	2	2
LAVANGEN	2	0	2	2
KÅFJORD	4	2	2	2
KARLSØY	3	1	2	1
LENVIK	15	5	10	1
SØRREISA	4	2	2	1
STORFJORD	1	0	1	1
TYSFJORD	1	0	1	1
<b>Sum</b>	<b>1 646</b>	<b>1 072</b>	<b>605</b>	<b>8</b>

## Bruk av pasienthotell

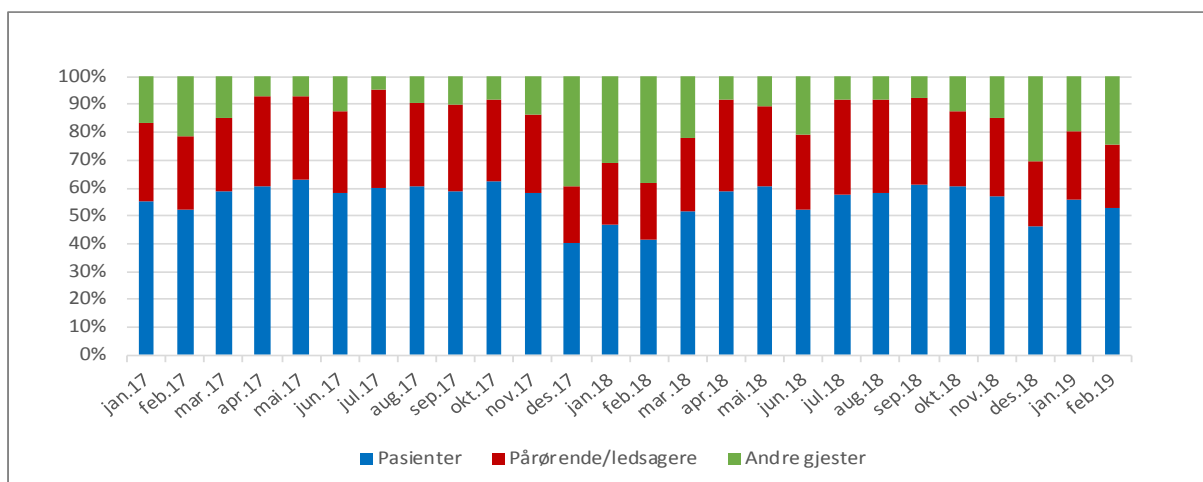
**Figur 18** Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



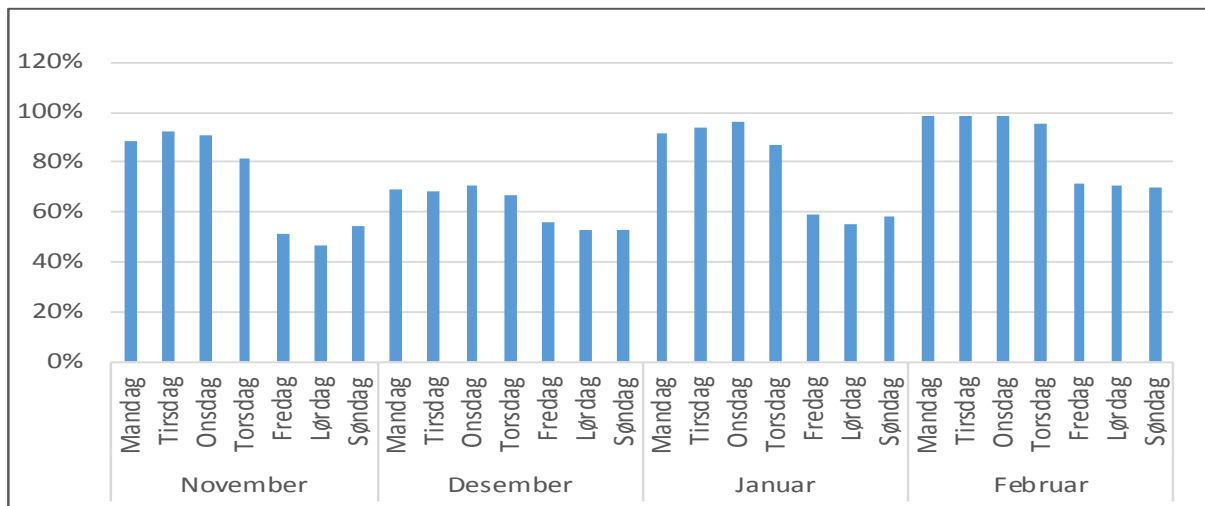
**Figur 19** Beleggsprosent på Pingvinhotellet



**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	6 496	6 357	139
Februar	6 618	6 357	261
Mars	-	6 362	-6 362
April	-	6 361	-6 361
Mai	-	6 369	-6 369
Juni	-	6 540	-6 540
Juli	-	7 210	-7 210
August	-	6 675	-6 675
September	-	6 385	-6 385
Oktober	-	6 356	-6 356
November	-	6 368	-6 368
Desember	-	6 373	-6 373
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 557</b>	<b>6 357</b>	<b>200</b>

Tabell 19 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på profesjon

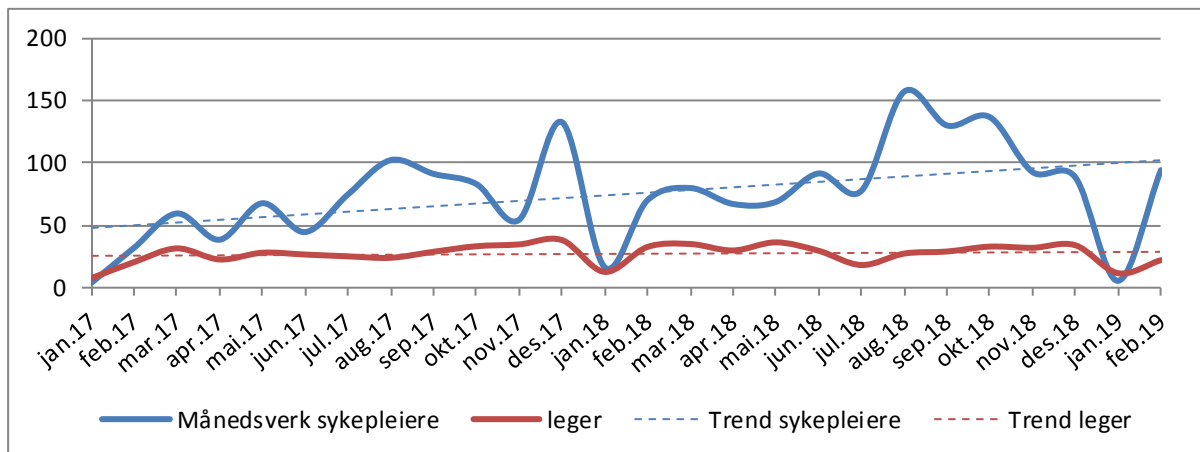
Profesjon	2018	2019	Avvik fra 2018
Adm og ledelse	1 015	1 061	46
Ambulanspersonell	357	366	10
Diagnostisk personell	371	383	12
Drifts/teknisk personell	529	547	18
Forskning	49	50	2
Helsefagarbeider/hjelpepleier	222	202	-20
Leger	923	927	4
Pasientrettede stillinger	867	920	52
Psykologer	172	177	5
Sykepleiere	1 917	1 923	7
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 421</b>	<b>6 557</b>	<b>136</b>

Tabell 20 Gjennomsnittlig brutto månedsverk fordelt på klinikk

Klinikk	2018	2019	Avvik fra 2018
10 - Akuttmedisinsk klinikk	534	599	64
12- Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	685	724	39
13 - Hjerter- og lungeklinikken	365	314	-51
15 - Medisinsk klinikk	627	647	20
17 - Barne- og ungdomsklinikken	387	389	1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	676	661	-15
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	758	774	16
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	961	1 004	42
30 - Diagnostisk klinikk	602	604	3
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	52	56	4
45 - Drifts- og eiendomssenteret	396	414	18
48 - Kvalitets- og utviklingscenteret	176	170	-6
50 - Direktøren	6	12	5
52 - Stabscenteret	168	169	0
Annet	28	23	-5
<b>Snitt hittil i år</b>	<b>6 421</b>	<b>6 557</b>	<b>136</b>

Omorganisering av MIHO og Akuttmottakene påvirker avviket på akuttmedisinsk klinikk, Hjerter- og lungeklinikken og operasjonsklinikken.

Figur 22 Innleide månedsverk sykepleiere og leger



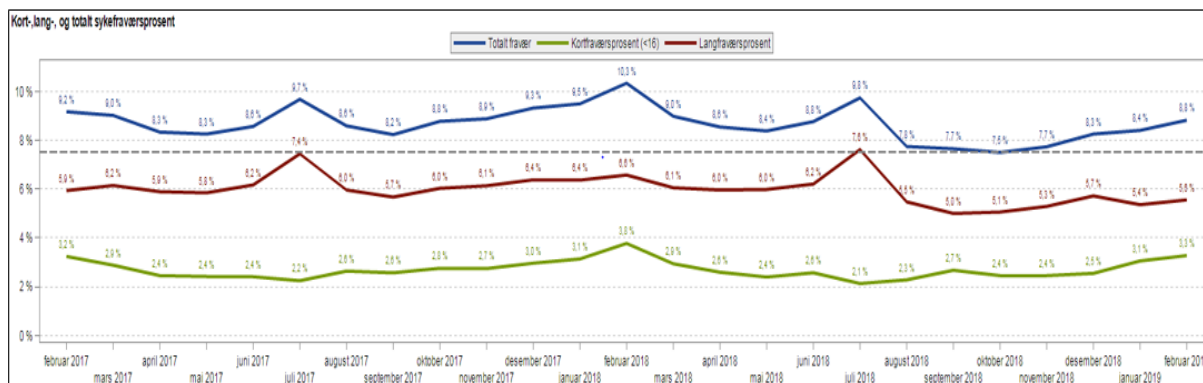
Beregning basert på omregningsfaktor fra nasjonalt indikatorprosjekt. Leger er inkludert innleie leger fra lønssystem.

Tabell 21 Innleide månedsverk per klinikk

Klinikknavn - UNN	År ▲	2018		2019	
	▲	Innleie sykepleier	Innleie leger totalt	Innleie sykepleier	Innleie leger totalt
Sum		86,4	45,3	99,5	33,6
10 - Akuttmedisinsk klinikk		5,2	0,0	-0,1	0,0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		4,1	10,4	13,5	1,2
13 - Hjerte- og lungeklinikken		34,3	0,0	0,0	0,0
15 - Medisinsk klinikk		4,9	2,6	2,2	7,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken		3,2	0,2	-1,6	0,4
18 - Operasjons- og intensivklinikken		29,7	12,7	72,4	8,3
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken		5,0	2,4	13,1	2,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken		0,0	5,9	0,0	6,0
30 - Diagnostisk klinikk		0,0	11,1	0,0	8,8

## Sykefravær

Figur 23 Sykefravær



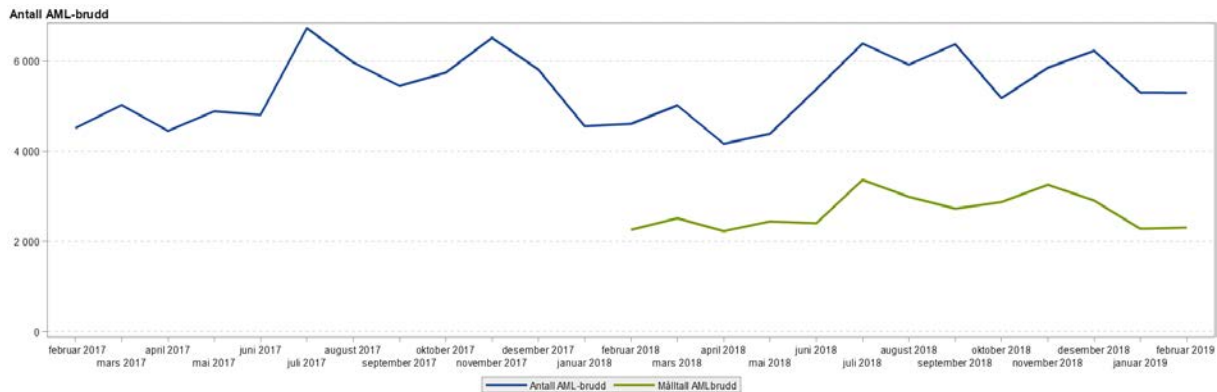
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 22 Sykefravær fordelt på klinikk

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

## AML-brudd

Figur 24 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 23 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	589	1 004	70,5 %	710
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	773	755	-2,3 %	369
13 - Hjerte- og lungeklinikken	407	288	-29,2 %	85
15 - Medisinsk klinikk	351	368	4,8 %	193
17 - Barne- og ungdomsklinikken	114	230	101,8 %	173
18 - Operasjons- og intensivklinikken	451	833	84,7 %	608
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	683	598	-12,4 %	257
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	804	747	-7,1 %	345
30 - Diagnostisk klinikk	221	187	-15,4 %	77
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	.	2	.	.
45 - Drifts- og eiendomssenteret	187	256	36,9 %	163
48 - Kvalitets- og utviklingscenteret	10	7	-30,0 %	2
50 - Direktøren	.	.	.	.
52 - Stabssenteret	23	12	-47,8 %	1
Annet	.	16	.	.
<b>Sum</b>	<b>4 613</b>	<b>5 303</b>	<b>15,0 %</b>	<b>2 997</b>

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



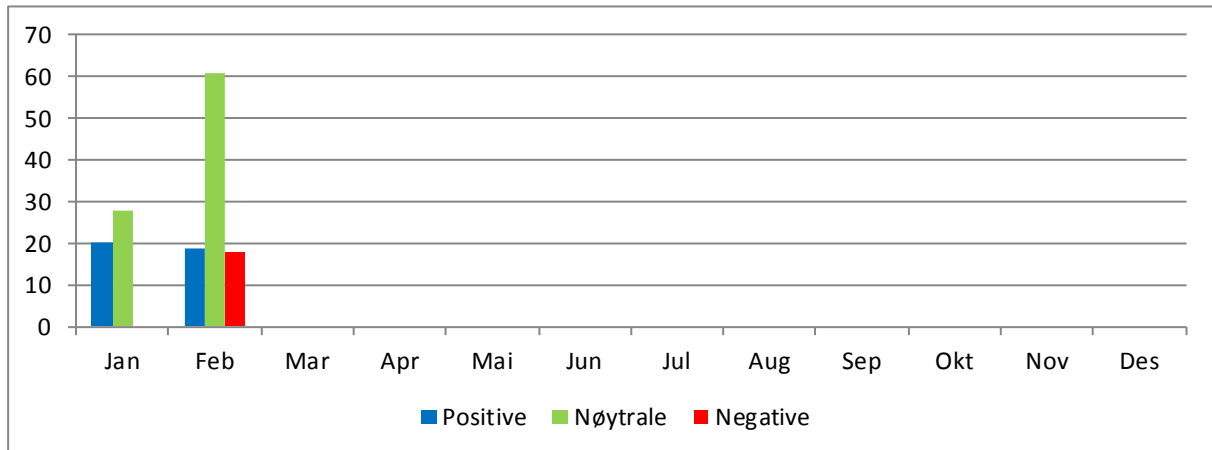
## Kommunikasjon

### Sykehuset i media

Årsaken til de mange nøytrale medieklipp i februar, er den private innsamlingsaksjonen for brystkompresjonsmaskiner til ambulansestasjonene i UNN.

Dette har fått stor oppmerksomhet i media.

**Figur 25 Mediestatistikk 2019**

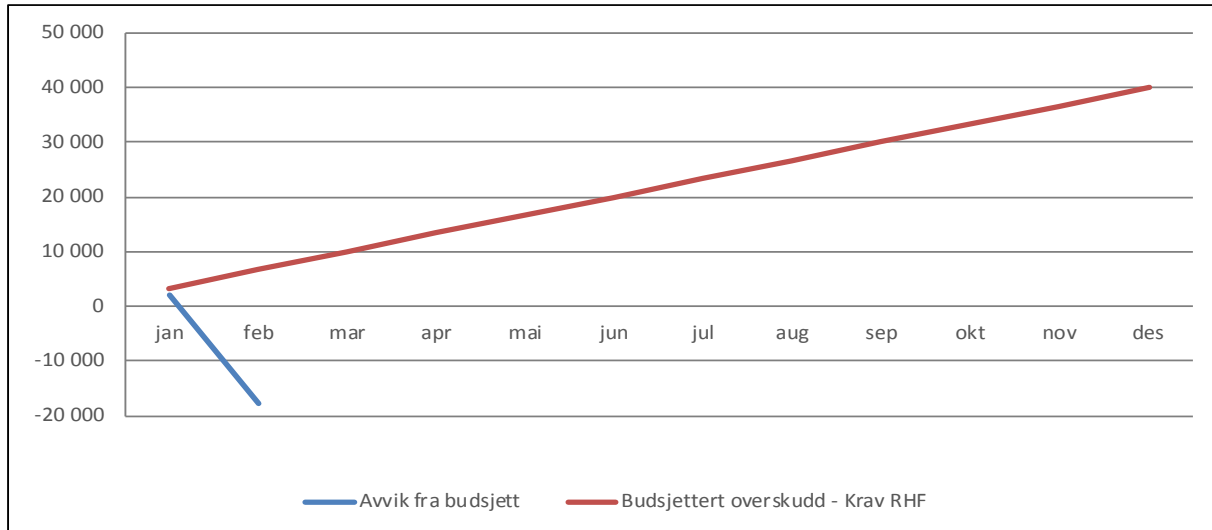


Mediestatistikken omfatter fem papiraviser. Fremover, Harstad Tidende, Hålogalands Avis, iTromsø, Nordlys samt oppslag publisert i; Aftenposten.no, Tv2.no, Nrk.no, Dagbladet.no, Vg.no, Dagensmedisin.no Framtidinord.no, Folkebladet.no.

## Økonomi

### Resultat

Figur 26 Akkumulert regnskap og budsjett 2019



Tabell 24 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk per februar - tall i mill kr	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	36,9	34,8	-2,0	73,9	69,7	-4,2
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	19,3	14,7	-4,6	36,1	34,0	-2,1
13 - Hjerter- lungeklinikken	8,6	9,9	1,3	17,4	20,3	2,9
15 - Medisinsk klinikk	28,7	28,1	-0,7	53,6	54,4	0,8
17 - Barne- og ungdomsklinikken	20,8	18,1	-2,7	41,0	37,8	-3,2
18 - Operasjons- og intensivklinikken	69,9	61,5	-8,4	132,3	120,3	-11,9
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	22,9	25,3	2,4	47,8	49,5	1,7
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	61,4	57,8	-3,6	122,1	116,7	-5,4
30 - Diagnostisk klinikk	53,7	49,7	-4,1	99,6	95,7	-3,8
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,4	0,4	0,0	0,8	0,7	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	44,9	44,5	-0,4	92,7	92,8	0,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	10,0	11,7	1,7	20,0	23,8	3,8
52 - Stabssenteret	13,7	14,6	0,8	27,6	29,2	1,6
62 - Felles	-374,8	-374,3	0,5	-753,8	-751,6	2,2
<b>Totalt</b>	<b>16,5</b>	<b>-3,3</b>	<b>-19,8</b>	<b>11,1</b>	<b>-6,7</b>	<b>-17,7</b>

### Prognose

Prognosen for 2019 tilsier budsjettbalanse. Dette innebærer et overskudd på 40,0 mill kr.


**Vedlegg til KVR: Orientering om styrket innsats mot sykefravær i UNN HF.**

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

Fra: Gøril Bertheussen/Mai-Liss Larsen

Møtedato: 27.03.2019

**Bakgrunn og konklusjon**

Som et ledd i å ivareta kvalitet og arbeidsmiljø har UNN HF et overordnet mål om et sykefraværnivå på 7,5%. Sykefraværnivået i foretaket har over tid ligget høyere enn dette.

Med utgangspunkt i kunnskapsgrunnlag om faktorer som påvirker sykefraværet, skal arbeidet med styrket innsats bestå av ulike målrettede tiltak. Ledere skal gis støtte til tettere oppfølging av sykmeldte. I tillegg skal det, med utgangspunkt i kartleggingsarbeid som allerede er gjort, for eksempel gjennom ForBedring, vernerunder, utviklingssamtaler el. jobbes med sykefraværsfaktorer som påvirker hele arbeidsmiljøet, både i et forebyggende og reagerende perspektiv.

Det vi kan rapportere om når det gjelder måloppnåelse på dette stadiet er:

- **Sykefravær på 7,5% i de utvalgte enhetene ved planperiodens slutt.**
  - Måloppnåelse: Det er for tidlig å si noe om dette resultat, men vi registrerer at fraværet er noe lavere enn tidligere år.
- **Målsetning: Styrke ledere i det reagerende og forebyggende sykefraværsarbeidet.**
  - Måloppnåelse: Gjennom arbeid med kartlegging, tiltak og oppfølging av sykmeldte med støtte fra LoU og BHT har lederne fått økt kunnskap og erfaring om reagerende og forebyggende arbeid.
- **Avklare arbeidsforhold der helsetilstand til den enkelte er uforenelig med jobbsituasjon, og legge til rette for bærekraftige løsninger.**
  - Måloppnåelse: Det er for tidlig å si noe om dette resultat da oppfølgingsarbeidet står i en startfase.
- **Satsning på helsefremmende arbeidsmiljø.**
  - Måloppnåelse: Handlingsplan til Akuttpost Tromsø har flere helsefremmende tiltak, deriblant kompetansehevende tiltak.
- **Sikre at arbeidet med IA handlingsplan integreres i virksomhetens systematiske HMS-arbeid**
  - Måloppnåelse: IA-handlingsplan har ikke vært brukt i dette arbeidet, men det er flere mål og tiltak fra IA-handlingsplan som inngår i dette arbeidet. Eksempelvis håndtering av trusler og vold, bruk av ForBedring, kartlegging av arbeidsmiljøfaktorer og sykefravær i enheter som har sykefravær over 7,5%
- **Øke kjennskap til IA- og HMS-arbeidet blant medarbeiderne**
  - Måloppnåelse: Det er gitt informasjon til personalgruppen i K3K operasjon om oppfølging av sykmeldte. I Akuttpost Tromsø er hele personalgruppen involvert både



i en kartleggingsfase av arbeidsmiljø og når handlingsplan ble lagt frem for personalgruppen. Dette skal øke kunnskap om IA- og HMS-arbeid blant medarbeiderne.

Tiltaket styrket innsats er iverksatt i to enheter, En enhet i Operasjon- og intensivklinikken, heretter kalt «182011 K3K-operasjon» og en enhet i Psykiske helse og rusklinikken, heretter kalt «Akuttpost Tromsø». Akuttpost Tromsø har kartlagt arbeidsmiljøfaktorer og utarbeidet handlingsplan som nå er i en iverksettelsesfase. Fremdrift er som forventet. 182011 K3K-operasjon har satt fokus på tettere oppfølging av sykefravær der leder med tett lederstøtte skal følge opp gjentakende fravær. Fremdriften er noe redusert som blant annet skyldes behov for omprioriteringer for å ivareta daglig drift.

Da tiltaksarbeidet er i en startfase er det for tidlig å si noe om resultatene fra tiltaket. Handlingsplanene vil bli fulgt opp videre fra lederne i de utvalgte enhetene, med støtte fra rådgivere i Stabssenteret og NAV. Tiltaket vil evalueres januar 2020, og følges opp med ny orientering til styret. Evalueringen vil ta utgangspunkt i måloppnåelse på de valgte kriteriene slik som presentert ovenfor, men også inneholde en vurdering av ressursbruken opp mot resultatet.

### Saksutredning

Per i dag er det valgt ut to enheter der *Styrket innsats* er iverksatt. Disse to er enhet K3K operasjon (kost. Sted 182011) i Anestesi og operasjonsavdelingen (AnOp), og Akuttpost Tromsø som er en enhet i Psykiatrisk avdeling i Psykisk helse- og rusklinikken.

Utarbeiding av planskissen for *Styrket innsats* samt planlegging og fortløpende evaluering i arbeidet er gjort og gjøres i en sentral arbeidsgruppe sammensatt av tre rådgivere fra Lederstøtte og organisasjonsutvikling (LoU), leder og rådgiver fra BHT, samt rådgiver fra NAV Arbeidslivssenter. Arbeidet ble iverksatt med initiativ og forankring fra stabssjef.

### Akuttpost Tromsø

Akuttpost Tromsø har over lengre tid hatt høyt sykefravær og har flere arbeidsmiljøfaktorer vi ut fra kunnskapsgrunlaget vet gir økt risiko for høyt sykefravær. Deriblant trusler om vold og vold. Dette danner grunlaget for at denne enheten er prioritert i tiltaket. Målsetningen med tiltaket er å forbedre de utfordringer arbeidsmiljøet står ovenfor med påfølgende reduksjon i sykefraværet. De som har vært mest sentral i dette arbeidet og som blir benevnt som arbeidsgruppen i tabellen under er:

Grethe Karlstad, enhetsleder  
Siren Hoven, avdelings/seksjonsleder  
Åshild Vangen, fag rådgiver  
Nina Holte, seksjonsoverlege  
Karin Kaasa, miljøterapeut  
Tone Ellen Opdahl, vernepleier  
Marja Eldfrid, sykepleier Klinikk verneombud  
Paul Martin Hansen, BHT  
Njål Bjørhovde, spesial konsulent  
Lars Mestad, sosionom



I startfasen ble det avholdt møter der avdelingsleder/seksjonsleder, enhetsleder, vernetjenesten og BHT deltok. Det var enighet om at den mest målrettede tilnærming var å iverksette en kartlegging som i hovedsak skulle rette seg mot arbeidsmiljøforbedringer. Vurderingen ble gjort ut fra enhetens behov.

I det videre arbeidet ble det avholdt flere personalmøter med medarbeiderne i enheten. Alle medarbeiderne ble gjennom disse møtene gitt mulighet til å få informasjon og mulighet til å gi informasjon om utfordringer i enheten. De var også mulig å komme med innspill via vernetjenesten, BHT eller direkte til leder i etterkant av møtene. Det har vært god aktivitet i personalmøtene og denne arenaen har vært et viktig ledd i kartlegging av enhetens forbedringsområder. I etterkant av møtene har en gruppe med ledere, vernetjenesten, koordinatorene/ansvarsvakt og fagutvikler med bistand fra BHT jobbet med å sortere og kategorisere informasjon som kom frem under og etter personalmøtene.

Det er i alt identifisert 3 hovedkategorier for arbeidsmiljøforbedring og 14 underkategorier. De tre hovedkategoriene er Strukturelle, kulturelle og faglige forbedringsområder.

Ut fra disse kategoriene har tre forskjellige grupper bestående av ledere, medarbeidere og BHT jobbet med å identifisere konkrete tiltak til forbedringsområdene. Utarbeidelse av en målrettet plan med konkrete tiltak er et tidkrevende arbeid, det var derfor nødvendig å avholdt flere møter for å lande planen. Resultatet av gruppearbeidet var et utkast til handlingsplan som ble sendt ut til høring til alle ansatte i enheten, med høringsfrist 30.11.18.

Etter høring ble det gjennomført tre personalmøter der handlingsplanen ble gjennomgått. Dette som et ledd i å implementere tiltak og skape eierskap til handlingsplanen. Det jobbes nå med å iverksette tiltakene i planen og fremdrift i handlingsplanen følges opp ukentlig av et utvalg fra arbeidsgruppen. BHT deltar på møtene hver 14 dag. Det skal i tillegg gjennomføres evaluering av planen i medio mars, september og desember der hele arbeidsgruppen møter til evaluering. Handlingsplan er lagt ved. Tabellen under viser oversikt over gjennomførte og planlagte møter.

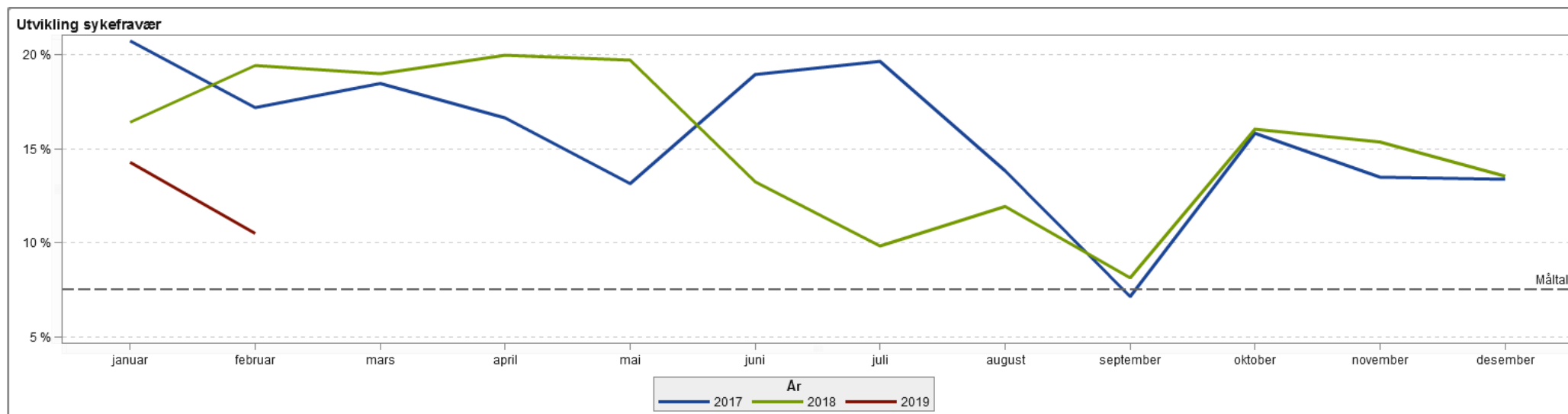
Møte	Dato	Deltakere
Innledende møte for å avklare tilnærming. Kartlegging av faktorer som har betydning for arbeidsmiljø og kvalitet prioriteres.	27.09.18	Grethe Karlstad, enhetsleder Siren Hoven, avdelings/seksjonsleder Åshild Vangen, fag rådgiver Paul Martin Hansen, BHT Tove Cathrine Mack FVO
Forberedende møte for å forberede informasjon og kartleggingsmøter med personalgruppen	28.10.18	Arbeidsgruppen
Informasjon og kartleggingsmøte med personalgruppen. Det avholdt to møter denne dagen	01.10.18	Fastansatte/fastvakter. Det avholdes to møter for å nå alle i denne gruppen av personalet.
Informasjon og kartleggingsmøte med personalgruppen	03.10.18	Ekstravakter



Informasjon og kartleggingsmøte med personalgruppen	10.10.18	Nattevakter
Oppsummering og kategorisering av informasjon fra personalmøter	12.10.18	Arbeidsgruppen
Kategorisering av ulike forbedringsområdet og identifisering av målrettede tiltak	17.10.18	Arbeidsgruppen
Arbeid med å identifisere målrettede tiltak	19.10.18	Tre ulike arbeidsgrupper med utvidet utvalg av representanter fra personalgruppen
Arbeid med å identifisere målrettede tiltak fortsetter	01.11.18	Tre ulike arbeidsgrupper med utvidet utvalg av representanter fra personalgruppen
Arbeid med å identifisere målrettede tiltak fortsetter	09.11.18	Tre ulike arbeidsgrupper med utvidet utvalg av representanter fra personalgruppen
Arbeid med å identifisere målrettede tiltak fortsetter	20.11.18	Arbeidsgruppen
Ferdigstilling av handlingsplan	10.12.18	Arbeidsgruppen
Forberede fremlegg av handlingsplan i personalgruppen	10.01.19	Enhetsleder, avdelings/seksjonsleder og BHT
Presentasjon av handlingsplan i personalgruppen. Enhetsleder og BHT legger frem planen.	14.01.19 og 15.01.19	Hele personalgruppen fordelt over to møter
Oppfølging av fremdrift og evaluering av tiltak	31.01.19	Utvalg av arbeidsgruppen
Oppfølging av fremdrift og evaluering av tiltak	13.02.19	Utvalg av arbeidsgruppen
Oppfølging av fremdrift og evaluering av tiltak	Medio mars 2019	Hele arbeidsgruppen
Oppfølging av fremdrift og evaluering av tiltak	Medio sept. 2019	Hele arbeidsgruppen
Oppfølging av fremdrift og evaluering av tiltak	Medio des. 2019	Hele arbeidsgruppen



## Utvikling av sykefravær i Akuttpost Tromsø fra oppstart av tiltak i september 2018



◀ Ar Periode ▶

### Fraværsmelding - År

År	Mulige dagsverk	Totale sykedager	Aktive tilsatte	Antall tilfeller	Egenmeldte dager - EM	Syk mindre enn 17 dager uten EM	Syk 17-56 dager	Syk over 56 dager	Kortfraværs prosent (<16)	Langfraværs prosent	Egenmeldings prosent	Totalt fravær
Sum	16 943	2 483	906	519	442	379	492	1 171	4,8 %	9,8 %	2,6 %	14,7 %
2019	2 102	173	101	46	41	34	41	57	3,6 %	4,6 %	2,0 %	8,2 %
2018	7 545	1 167	401	242	197	163	301	506	4,8 %	10,7 %	2,6 %	15,5 %
2017	7 295	1 142	404	231	203	182	150	608	5,3 %	10,4 %	2,8 %	15,7 %

Utklipp HN-LIS mars 2019



### AnOp – enhet 182011 K3K Operasjon

Denne enheten ble valgt ut av avdelingsleder i møte med rådgiver fra BHT og LoU. Enheten er valgt ut da den har et av de høyeste sykefraværene i ANOP, i tillegg til at det er behov for stabilitet og forutsigbarhet i bemanningen i denne viktige faggruppen av operasjonssykepleiere. Sykefraværet har også vært stabilt høyt de siste tre årene.

Under følger en oversikt over aktiviteter som er gjort i forbindelse med Styrket innsats i AnOp – enhet 182011 K3K operasjon. Her inngår ikke arbeid som er gjort i sentral arbeidsgruppe (bestående av LOU og BHT) eller andre administrative oppgaver.

Møte/hendelse	Dato	Beskrivelse
Startmøte med avdelingsleder Vigdis Moe. Enhet 182011 velges ut som kandidat for Styrket innsats.	09.11.18	Avd. leder, rådgiver LoU, rådgiver BHT.  Avd. leder kontaktet 30.10 og 02.11, innkalling sendt avd. leder 05.11.
Avdelingsledermøte. Informasjon om Styrket innsats. Kartlegging av hvilke faktorer lederne opplever som utfordrende i sykefraværarbeidet. Enhetsleder ble informert om at enhet 182 011 (K3K Operasjon) er utvalgt.	27. 11.18	Avdelingsleder, enhets- og seksjonsledere (ca. 9-10 enhets- og seksjonsledere) AnOp Tromsø, rådgiver LoU.  Opprinnelig planlagt 19.11. og 21.11, begge avlyst av avd. leder.
Oversending av visuell fraværsoversikt til avd. leder	07.12.18	Utarbeidet av rådgiver LOU. I tillegg til fraværstatistikk inneholder denne oversikten også resultater fra ForBedring, AML-brudd for enheten.
Oppstartsmøte. Kartlegging av faktorer som kan påvirke fraværet i utvalgt enhet. Gjennomgang av fravær på individnivå.	10.12.18	Seksjonsleder, enhetsleder, rådgiver BHT, rådgiver LOU.
Utvidet seksjonsledermøte (ledermøte hvor også TV og VO deltar)	08.01.19	Informasjon om plikter og rettigheter ved sykefravær («minikurs»), og info om Styrket innsats v/ rådgiver BHT.
Allmøte for personalet ved enhet 182 011 (K3K Operasjon)	09.01.19	Informasjon om konkrete tiltak i Styrket innsats i enheten v/rådgiver BHT.
Bestilling til BHT om kartlegging av fysisk arbeidsmiljø	15.01.19	Seksjonsleder sender bestilling til BHT. Ergonomirådgiver kontakter seksjonsleder 21.01 og 13.02 for avklaringsmøte. Leder informerer at hun vil ta kontakt senere grunnet fravær.
Planleggingsmøte vedr. veien videre.	16.01.19	Avd. leder, seksjonsleder, enhetsleder, rådgiver LoU, rådgiver BHT. Individuelle oppfølgingsmøter tematiseres, og det å involvere TV/VO, samt å arbeide med eventuelle andre risikoforhold i arbeidsmiljøet.





E-post til enhetsleder	28.01.19	Sendt av rådgiver BHT. Inneholder forslag til informasjonsmail til ansatte om Styrket innsats, forslag til innkalling til oppfølgingsmøter, forslag til samtalemål for oppfølgingsmøtene. Enhetsleder bes kalle inn til oppfølgingsmøter, og inviteres til å kalle inn til et formøte, dersom det er behov for «prepping» før oppfølgingsmøtene. Oppstart foreslås i uke 7.
E-postkorrespondanse	04.02.19- 20.02.19	Forespørsel til enhetsleder om fremdrift, enh. leder informerer om at fremdrift ikke er mulig grunnet sykefravær i ledelsen.
Mail til avdelingsleder vedr. rapportering til styret	19.02.19	Rådgiver BHT ber avd. leder om tilbakemelding om forhold som er viktig å få med i styresak.
Planlegging/datofesting av individuelle oppfølgingsmøter	20.02.19- 25.02.19	Korrespondanse mellom enhetsleder og rådgiver BHT om å finne mulige datoer/tidspunkt for oppfølging.
Møte	25.02.19	Enhetsleder og rådgiver BHT. Gjennomgang av mulige møtetidspunkter. Enh. leder kaller inn i etterkant av møtet.
Oversending av oppdatert visuell fraværsoversikt til enhetsleder	26.02.19	Rådgiver LoU sender oppdatert oversikt til bruk i forbindelse med oppfølgingsmøtene
Individuelle oppfølgingsmøter	Uke 10 og 12	Fem individuelle oppfølgingssamtaler. Rådgiver BHT deltar, rådgiver fra NAV arbeidslivssenter deltar på tre.

Som et ledd i å få til god lederforankring ble det i ultimo november orientert om tiltaket i avdelingsledermøte, til alle enhets- og seksjonsledere i AnOp. Da dette møtet ble utsatt to ganger ble tiltaket noe forsinket i startfasen. I desember ble det i møte med konstituert enhetsleder og konstituert seksjonsleder lagt en plan for arbeidet i enheten. Det ble besluttet å i første omgang satse på individoppfølging av de ansatte i enheten med høyest fravær, samt opplæring i enheten om sykefraværarbeidet. Lederne melder om at de opplever at langtidssykemeldte som kommer tilbake i arbeid etter sykefravær krever mye tilrettelegging. I forbindelse med dette har det individuelle sykefraværet, AML-brudd samt resultatene fra ForBedring for enheten blitt kartlagt. Dette er i tråd med det som er skissert i plandokumentet for Styrket innsats.

Primo januar ble det i et utvidet seksjonsledermøte hvor tillitsvalgte og verneombud også deltok, informert om arbeidet, samt avholdt et minikurs om plikter og rettigheter i sykefraværarbeidet. I etterkant av dette ble også personalgruppa i den utvalgte enheten informert om Styrket innsats og hvordan dette er tenkt å legges opp i deres enhet.

En stor andel sykefravær skyldes muskel-/skjelettplager der en av de mulige årsakene er stående arbeid over lengre tid, med flere tilfeller av plantar fasciitt. ForBedring 2018 fanget også opp lave score på fysisk arbeidsmiljø. Ergonomirådgivere i BHT er derfor involvert for å vurdere muligheten for å kartlegge det fysiske arbeidsmiljøet, for om mulig forebygge (reduere, fjerne) belastninger som øker risiko for muskel-/skjelettplager. Planleggingen av dette arbeidet gjenstår ennå.

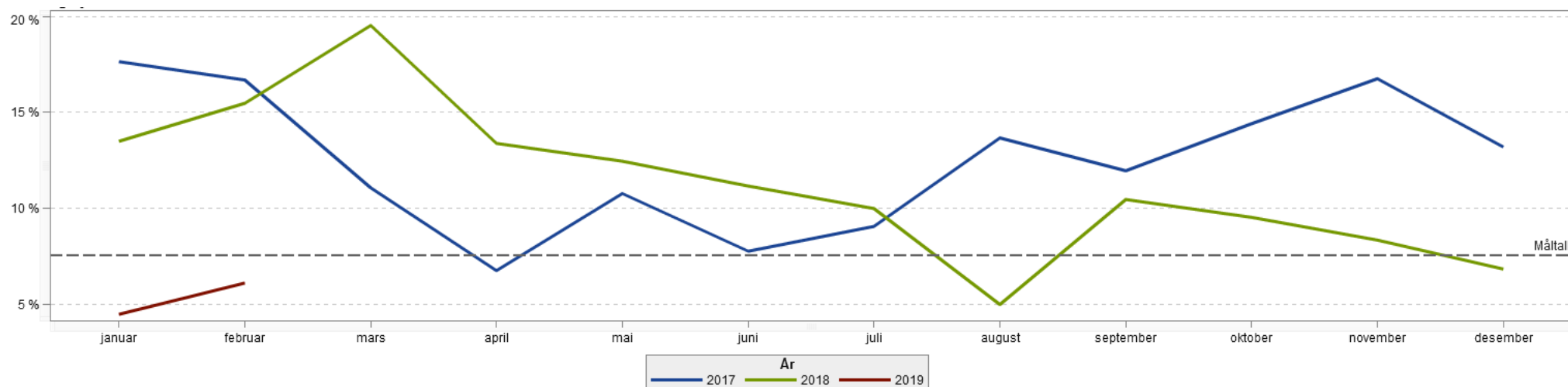


Seksjonen har også ytret behov for andre tiltak. Disse er foreløpig ikke planlagt. Tiltakene som er foreslått av seksjonen er:

- Opplæring ledere – IA-kurs med praktisk tilnærming. Lederne ønsker kunnskap om hvor mye initiativ de kan ta ovenfor NAV og leger, da særlig når det gjelder restarbeidsevne.
- Møte i personalgruppen for å snakke om sykefraværsoppfølging, arbeidstakeres ansvar m.m.
- Søke om fritak fra arbeidsgiverperioden for kronisk syke. Dette vil kunne ha noe økonomisk effekt.
- Kunnskap om bruk av digitalt verktøy ved sykemeldingsoppfølging i Personalportalen.



## Utvikling av sykefravær Enhet for K3K-operasjon fra oppstart av tiltak oktober 2018



◀ År Periode ▶

### Fraværsinformasjon - År

År	Mulige dagsverk	Totale sykedager	Aktive tilsatte	Antall tilfeller	Egenmeldte dager - EM	Syk mindre enn 17 dager uten EM	Syk 17-56 dager	Syk over 56 dager	Kortfraværs prosent (<16)	Langfraværs prosent	Egenmeldings prosent	Totalt fravær
Sum	12 261	1 366	669	298	308	174	188	695	3,9 %	7,2 %	2,5 %	11,1 %
2019	1 456	51	76	24	29	13	0	10	2,8 %	0,7 %	2,0 %	3,5 %
2018	5 683	662	321	143	146	90	89	336	4,2 %	7,5 %	2,6 %	11,6 %
2017	5 122	653	272	131	133	71	99	349	4,0 %	8,8 %	2,6 %	12,7 %

Utklipp HN-LIS mars 2019



## Vurdering

Innledningsvis ble de to enhetene behandlet likt, men innfallsvinkelen til enhetene ble noe ulik, grunnet ulike behov. Akuttpost Tromsø har hittil i denne prosessen hatt initiativ og forankring fra ledelsen, noe som har vært avgjørende. Det har ikke vært avlysning av møter, man har forholdt seg til planen og jobbet systematisk og målrettet. Leder har også vist med ord og handling at dette er et arbeid som enheten skal ha fokus på. Dette gir forutsetninger for at enheten skal kunne lykkes med arbeidet som nå er satt i gang. Dette på tross av at enheten har flere samtidighetskonflikter som er blitt håndtert, blant annet flytting av enheten til andre lokaler.

Det har vært utfordrende å få til en effektiv progresjon i dette arbeidet i AnOp 132011 - K3K operasjon. Innledningsvis har det vært avlysninger i ledermøter fra avdelingens side. Underveis i planleggingsfasen ble det, blant annet grunnet nettopp sykefravær og dermed økt arbeidsmengde i enheten, utfordrende for enhetsleder å prioritere de individuelle oppfølgingsmøtene som rådgiver fra BHT skal bistå i. Imidlertid er det nå planlagt oppstart av oppfølgingsmøter til uke 10 og 12.

Sykefraværstatistikken, som vises i tabell og graf ovenfor, viser noe reduksjon i den totale fraværsprosenten for begge enhetene i perioden arbeidet har pågått. Til tross for dette er det fortsatt for tidlig å konkludere hvilke effekt tiltakene har på sykefraværet. Dette kan forklares med at det tar lang tid å implementere endringer og at arbeidet i 2018 hovedsakelig bestod av forberedelser, kartlegging og utarbeidelse av handlingsplan. Tiltaksarbeidet har først startet ved inngangen til 2019, og tydelige resultater kan ikke forventes før tiltakene har vært i drift over en periode og fortrinnsvis blitt en del av daglig drift.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
25/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	27.3.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Stig Arne Bakken

### Årsregnskap 2018 med styrets beretning

#### Innstilling til vedtak

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

*Det framlagte årsoppgjøret med resultatregnskapet og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, 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.

#### Saksutredning og konklusjon

Formålet med denne saken er å behandle årsberetning og årsregnskap for Universitetssykehuset Nord-Norge HF for 2018. Regnskapet viser et underskudd på 48 053 959 kr. Eiers opprinnelige resultatkrav for 2018 var pluss 40 mill kr.

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

Saksdokumenter er tilsendt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter. Protokoller/referater fra disse møtene behandles som referatsaker i styremøtet.

Tromsø, 15.3.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Årsregnskap 2018
2. Styrets årsrapport 2018

# Årsregnskap

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

2018

## Resultatregnskap

NOTE	DRIFTSINTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2018	2017
3	Basisramme	4 805 599 000	4 634 827 000
3	Aktivitetsbasert inntekt	2 098 502 426	2 055 389 356
3	Annen driftsinntekt	491 951 519	511 845 914
2	<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>7 396 052 945</b>	<b>7 202 062 270</b>
4	Kjøp av helsetjenester	419 279 065	423 490 615
5	Varekostnad	784 593 715	736 691 379
6/7	Lønn og annen personalkostnad	4 873 521 872	4 712 148 758
10	Ordinære avskrivninger	232 807 090	206 124 757
10	Nedskrivninger	-	-
8	Annen driftskostnad	1 137 528 901	1 078 701 547
2	<b>Sum driftskostnader</b>	<b>7 447 730 643</b>	<b>7 157 157 056</b>
	<b>Driftsresultat</b>	<b>-51 677 698</b>	<b>44 905 214</b>
<b>FINANSINTEKTER OG FINANSKOSTNADER</b>			
9	Finansinntekt	11 958 935	9 997 294
12	Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	-	-
9	Annen finanskostnad	8 335 196	898 276
	<b>Netto finansresultat</b>	<b>3 623 739</b>	<b>9 099 018</b>
	 <b>ÅRSRESULTAT</b>	 <b>-48 053 959</b>	 <b>54 004 232</b>
<b>OVERFØRINGER</b>			
15	Overført til/fra annen egenkapital	-48 053 959	54 004 231
	<b>Sum overføringer</b>	<b>-48 053 959</b>	<b>54 004 231</b>

## Balanse pr. 31. desember

NOTE	EIENDELER	2018	2017
	<b>Anleggsmidler</b>		
	<b>Immaterielle driftsmidler</b>		
10	Immaterielle eiendeler	<u>377 967</u>	<u>10 803 203</u>
	<b>Sum immaterielle eiendeler</b>	<u>377 967</u>	<u>10 803 203</u>
	<b>Varige driftsmidler</b>		
10	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	2 738 527 172	2 531 672 850
10	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	501 537 568	506 863 336
10	Anlegg under utførelse	<u>2 370 709 270</u>	<u>2 097 979 079</u>
	<b>Sum varige driftsmidler</b>	<u>5 610 774 010</u>	<u>5 136 515 265</u>
	<b>Finansielle anleggsmidler</b>		
12	Investering i andre aksjer og andeler	297 008 699	267 025 584
7	Pensjonsmidler	<u>184 317 633</u>	<u>199 424 756</u>
	<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>	<u>481 326 332</u>	<u>466 450 340</u>
	<b>Sum anleggsmidler</b>	<u>6 092 478 309</u>	<u>5 613 768 808</u>
	<b>Omløpsmidler</b>		
5	Varer	<u>82 419 777</u>	<u>76 800 964</u>
	<b>Fordringer</b>		
18	Fordringer på selskap i samme konsern	538 981 668	1 038 428 003
13	Øvrige fordringer	<u>248 353 737</u>	<u>241 972 672</u>
	<b>Sum fordringer</b>	<u>787 335 405</u>	<u>1 280 400 675</u>
14	<b>Bankinnskudd, kontanter o.l.</b>	<u>178 620 944</u>	<u>171 411 015</u>
	<b>Sum omløpsmidler</b>	<u>1 048 376 126</u>	<u>1 528 612 655</u>
	<b>SUM EIENDELER</b>	<u>7 140 854 435</u>	<u>7 142 381 463</u>



## Balanse pr. 31. desember

NOTE	EGENKAPITAL OG GJELD	2018	2017
	<b>Egenkapital</b>		
	<b>Innskutt egenkapital</b>		
15	Foretakskapital	100 000	100 000
15	Annen innskutt egenkapital	4 531 253 844	4 531 253 844
	<b>Sum innskutt egenkapital</b>	<b>4 531 353 844</b>	<b>4 531 353 844</b>
	<b>Opptjent egenkapital</b>		
15	Udekket tap	-207 337 044	-159 283 085
	<b>Sum opptjent egenkapital</b>	<b>-207 337 044</b>	<b>-159 283 085</b>
	<b>Sum egenkapital</b>	<b>4 324 016 800</b>	<b>4 372 070 759</b>
	<b>Gjeld</b>		
	<b>Avsetning for forpliktelser</b>		
7	Pensjonsforpliktelser	67 178 887	126 473 400
16	Andre avsetninger og forpliktelser	215 858 982	201 281 054
	<b>Sum avsetninger for forpliktelser</b>	<b>283 037 869</b>	<b>327 754 454</b>
	<b>Annen langsiktig gjeld</b>		
17	Gjeld til Helse Nord RHF	945 000 000	945 000 000,00
17	Øvrig langsiktig gjeld	98 788 010	-
	<b>Sum annen langsiktig gjeld</b>	<b>1 043 788 010</b>	<b>945 000 000</b>
	<b>Sum langs. forpliktelser og annen lang. gjeld</b>	<b>1 326 825 879</b>	<b>1 272 754 454</b>
	<b>Kortsiktig gjeld</b>		
	Skyldige offentlige avgifter	216 978 389	194 008 362
18	Kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	155 290 137	127 616 817
17	Annen kortsiktig gjeld	1 117 743 230	1 175 931 070
	<b>Sum kortsiktig gjeld</b>	<b>1 490 011 756</b>	<b>1 497 556 249</b>
	<b>Sum gjeld</b>	<b>2 816 837 635</b>	<b>2 770 310 704</b>
	<b>SUM EGENKAPITAL OG GJELD</b>	<b>7 140 854 435</b>	<b>7 142 381 463</b>

Regnskapet for Universitetssykehuset Nord-Norge HF pr. 31. desember 2018 er godkjent og signert 27. mars 2019.

Ansgar Gabrielsen  
Styreleder

Helga Marie Bjerke  
Nestleder

Anne Sissel Faugstad  
Styremedlem

Erik Arne Hansen  
Styremedlem

Grete Kristoffersen  
Styremedlem

Jan Eivind Pettersen  
Styremedlem

Johan Ailo Kalstad  
Styremedlem

Marianne Johnsen  
Styremedlem

Per Erling Dahl  
Styremedlem

Sverre Håkon Evju  
Styremedlem

Thrina Loennechen  
Styremedlem

Vibeke Haukland  
Styremedlem

Anita Schumacher  
Administrerende direktør

## Kontantstrømpstilling

	2018	2017
<b>KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:</b>		
15	-48 053 959	54 004 231
	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	-307 147
10	232 807 090	206 124 757
10	-	-
22	487 446 457	-302 347 598
22	-9 580 300	40 925 924
7	-44 187 389	361 678 835
	Inntektsført investeringstilskudd	2 035 806
	<b>637 521 955</b>	<b>362 114 808</b>
<b>Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter</b>		
<b>KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:</b>		
	6 274 769	1 048 552
	Innbetalinger ved salg av driftsmidler	-919 578 608
10	-719 969 617	-28 129 215
12	-29 983 115	-
	<b>-743 677 963</b>	<b>-946 659 271</b>
<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>		
<b>KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:</b>		
17	-	605 000 000
17	-418 615	-
16/17	113 784 553	-13 216 827
	<b>113 365 938</b>	<b>591 783 173</b>
<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>		
1	7 209 930	7 238 710
1	171 411 015	164 172 305
1/14/18	<b>178 620 945</b>	<b>171 411 015</b>
	Banksaldo ført opp som fordring/gjeld på RHF	931 388 673
	Sum bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12.	1 102 799 688
	-	-
	Ubenyttet trekkramme i konsernkontoordningen	-
	<b>434 906 577</b>	<b>931 675 754</b>
<b>Likviditetsreserve pr 31.12*</b>		
	-	-
Innvilget trekkramme i konsernkontoordningen pr 31.12		

\* Likviditetsreserve består av ubenyttet driftskreditramme, og bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet.

## Note 1 Regnskapsprinsipper

### Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering

Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger, og er avlagt i samsvar med regnskapslov og god regnskapsskikk i Norge gjeldende pr. 31. desember 2018. Notene er følgelig en integrert del av årsregnskapet.

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

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

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

### Andre generelle forhold

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

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

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

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

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

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

## Regnskapsprinsipper for vesentlige regnskapsposter

### Inntektsføringstidspunkt

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

### Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

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

### Andre driftsinntekter (-kostnader)

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

### Immaterielle eiendeler

Utgifter forbundet med forskning og utvikling kostnadsføres løpende som følge av at sammenhengen mellom utgifter til forskning og eventuelle framtidige inntekter er uklar. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter aktiveres. Avskrivninger beregnes lineært over eiendelenes økonomiske levetid.

### Varige driftsmidler

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

Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført.

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

### Leieavtaler

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

### Avskrivninger

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

## Finansielle eiendeler

### Valuta

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

## Finansplasseringer

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

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

## Varelager og varekostnad

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

## Fordringer

Fordringer er oppført til pålydende med fradrag for forventede tap.

## Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnad

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

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

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

## Skatt

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

## Kontantstrømoppstilling

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

## Omarbeidelse av sammenligningstall

Tall for pensjonsmidler og pensjonsforpliktelse i balanseoppstillingen og note 7 er korrigert for 2017. Pensjonsmidlene er korrigert med 126 473 400 kroner fra 72 951 356 kroner til 199 424 756 kroner og pensjonsforpliktelsen er økt med 126 473 400 kroner fra 0 kroner til 126 473 400 kroner sammenlignet med avlagt regnskap for 2017.

Aktivitetstall for 2017 er korrigert i note 3. Antall polikliniske opphold og DRG poeng er endret.

## Konsernregnskap

Regnskapet til Universitetssykehuset Nord-Norge HF inngår i konsernregnskapet til Helse Nord. Regnskapet til Universitetssykehuset Nord-Norge HF kan lastes ned fra [www.unn.no](http://www.unn.no), konsernregnskapet til Helse Nord kan lastes ned fra [www.helse-nord.no](http://www.helse-nord.no).

## Note 2 Virksomhetsinformasjon

### Driftsinntekter per virksomhetsområde (tabell 1)

	2018	2017
Somatiske tjenester	5 481 902 210	5 353 175 013
Psykisk helsevern Voksne	899 287 345	865 176 783
Psykisk helsevern Barn og unge	177 561 136	171 273 397
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	226 884 033	215 432 262
Annet	610 418 222	597 004 815
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>7 396 052 945</b>	<b>7 202 062 270</b>

### Driftskostnader per virksomhetsområde (tabell 2)

	2018	2017
Somatiske tjenester	5 591 115 720	5 339 592 861
Psykisk helsevern Voksne	802 649 464	757 902 669
Psykisk helsevern Barn og unge	190 563 466	192 658 495
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	205 729 339	232 812 524
Annet	657 672 654	634 190 508
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>7 447 730 643</b>	<b>7 157 157 057</b>

### Driftsinntekter fordelt på geografi (tabell 3)

	2018	2017
UNN HF sitt opptaksområde	7 333 908 613	7 146 475 418
Resten av landet	40 277 234	38 656 807
Utlandet	21 867 098	16 930 045
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>7 396 052 945</b>	<b>7 202 062 270</b>

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

## Note 3 Inntekter

	2018	2017
<b>Basisramme</b>		
<b>Basisramme</b>	<b>4 805 599 000</b>	<b>4 634 827 000</b>
<b>Aktivitetsbasert inntekt</b>		
Behandling av egne pasienter i egen region	1 620 281 364	1 520 270 525
Behandling av egne pasienter i andre regioner	62 392 529	71 527 049
Behandling av andre sine pasienter i egen region	40 277 234	38 656 807
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	305 810 824	357 984 319
Utskrivningsklare pasienter	24 112 443	23 075 684
Andre aktivitetsbaserte inntekter	45 628 032	43 874 972
<b>Sum aktivitetsbasert inntekt</b>	<b>2 098 502 426</b>	<b>2 055 389 356</b>
<b>Annen driftsinntekt</b>		
Kvalitetsbasert finansiering	25 859 000	27 693 000
Øremerket tilskudd raskere tilbake	500 000	30 709 572
Øremerkede tilskudd til andre formål	246 517 985	159 020 502
Inntektsførte investeringstilskudd	2 035 806	2 035 806
Andre driftsinntekter	217 038 728	292 387 034
<b>Sum annen driftsinntekt</b>	<b>491 951 519</b>	<b>511 845 914</b>
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>7 396 052 945</b>	<b>7 202 062 270</b>

## Aktivitetstall

	2018	2017
<b>Aktivitetstall somatikk</b>		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	73 831	70 941
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	70 902	68 443
Antall polikliniske konsultasjoner	221 966	215 388
<b>Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge</b>		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	202	220
Antall polikliniske opphold	25 027	22 582
DRG-poeng iht. eieransvaret	9 543	9 420
<b>Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne</b>		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	3 241	3 447
Antall polikliniske opphold	60 597	59 198
DRG-poeng iht. eieransvaret	7 926	7 954
<b>Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere</b>		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	705	1 123
Antall polikliniske opphold	10 239	8 410
DRG-poeng iht. eieransvaret	1 254	-

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

Aktivitetstall for 2017 er korrigert. Antall polikliniske opphold og DRG-poeng er endret.

## Note 4 Kjøp av helsetjenester

	2018	2017
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	218 057 366	225 243 161
Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	15 334 255	14 338 654
Kjøp fra utlandet somatikk	698	548
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	20 135 785	18 377 773
Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	18 222 932	13 350 049
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	150 932	4 591 820
Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	1 225 287	24 316 321
<b>Sum gjestepasientkostnader</b>	<b>273 127 255</b>	<b>300 218 326</b>
Innleie av vikarer	125 023 362	101 710 122
Kjøp av ambulansetjenester	20 724 885	21 036 028
Andre kjøp av helsetjenester	403 563	526 139
<b>Sum kjøp av helsetjenester</b>	<b>419 279 065</b>	<b>423 490 615</b>

## Note 5 Varer

Varelager	31.12.2018	31.12.2017
Sum lager til videresalg	-	-
Varelager til eget bruk	82 419 777	76 800 964
<b>Sum varebeholdning</b>	<b>82 419 777</b>	<b>76 800 964</b>
Kostpris	82 419 777	76 800 964
Nedskrivning for verdifall		
<b>Bokført verdi 31.12</b>	<b>82 419 777</b>	<b>76 800 964</b>

Varekostnad	2018	2017
Legemidler	318 040 866	290 514 643
Medisinske forbruksvarer	393 309 257	363 944 032
Andre varekostnader til eget forbruk	52 334 377	65 213 405
Innkjøpte varer for videresalg	20 909 215	17 019 300
Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer		
<b>Sum varekostnad</b>	<b>784 593 715</b>	<b>736 691 380</b>



## Note 6 Lønn og andre godtgjørelser

	2018	2017
Lønninger	3 918 899 768	3 688 585 518
Arbeidsgiveravgift	268 324 152	274 201 102
Pensjonskostnader inkl arb avgift	636 186 673	699 758 500
Andre ytelser	50 708 217	56 427 469
Balanseført lønn egne ansatte	-596 939	-6 823 830
<b>Sum lønn- og personalkostnader</b>	<b>4 873 521 872</b>	<b>4 712 148 758</b>

Gjennomsnittlig antall ansatte	8 374	8 260
Gjennomsnittlig antall årsverk	6 648	6 575

## Lønn til administrerende direktør (i 1 000 kroner)

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
								Lønn	Pensjon og andre godtgj.
Ingebrigtsen, Tor	Adm. direktør	1 948	184	5	2 137	01.01-08.02	01.01-31.12		
Lind, Marit	Kst. adm. direktør	1 908	299	5	2 212	09.02-31.12	01.01-31.12		

Redegjøres i tekst om andre avtaler (sluttavtaler, pensjon bistillinger)

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

## Lønn til ledende personell (i 1 000 kroner)

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
								Lønn	Pensjon og andre godtgj.
Lind, Marit	Viseadm. direktør	se ovenfor				01.01-08.02	01.01-31.12		
Bugge, Einar	Kst. viseadm. direktør	1 775	197	5	1 977	19.02-31.12	01.01-31.12		
Bugge, Einar	Senterleder	se ovenfor				01.01-18.02	01.01-31.12		
Mathisen, Jon Henrik	Klinikkssjef	1 268	199	5	1 472	01.01-31.12	01.01-31.12		
Gullhav, Elin	Kst.senterleder	1 502	219	3	1 724	19.02-31.12	01.01-31.12		
Gullhav, Elin	Klinikkssjef	se ovenfor				01.01-18.02	01.01-31.12		
Myreng, Kate	Klinikkssjef	984	146	1	1 131	01.07-31.12	01.01-31.12		
Bartnes, Kristian	Klinikkssjef	1 747	194	5	1 947	01.01-31.12	01.01-31.12		
Rumpsfeld, Markus	Klinikkssjef	1 670	203	5	1 878	01.01-31.12	01.01-31.12		
Nordvåg, Bjørn-Yngvar	Klinikkssjef	1 628	301	5	1 935	01.01-31.12	01.01-31.12		
Hansen, Eva-Hanne	Klinikkssjef	1 564	315	1	1 880	01.01-31.12	01.01-31.12		
Nerskogen, Birgith J.	Klinikkssjef	820	144	1	965	01.01-21.01	01.01-31.12		
Hald, Magnus	Klinikkssjef	1 552	196	5	1 753	01.01-31.08	01.01-31.12		
Lindsetmo, Rolv-Ole	Klinikkssjef	1 720	211	5	1 936	01.01-31.12	01.01-31.12		
Høifødt, Tordis	Klinikkssjef	1 271	231	5	1 508	01.09-31.12	01.01-31.12		
Kaaresen, Per Ivar	Kst. klinikkssjef	2 041	241	5	2 288	19.02-31.12	01.01-31.12		
Johansen, Gina	Driftsleder	1 321	293	5	1 619	01.01-31.12	01.01-31.12		
Andersen, Gry	Driftsleder	1 540	221	1	1 761	01.01-31.12	01.01-31.12		
Andersen, Grethe	Senterleder	1 305	249	5	1 558	01.01-31.12	01.01-31.12		
Bertheussen, Gøril	Senterleder	1 352	197	5	1 554	01.01-31.12	01.01-31.12		
Skrøvseth, Stein Olav	Leder	1 067	207	5	1 279	01.01-31.12	01.01-31.12		

## Styrehonorar

Samlet honorar til styrets medlemmer  
Honorar til styreleder

2018	2017
1 392 334	1 422 000
178 000	172 200

## Godtgjørelse til styrets medlemmer (i 1000 kroner)

Navn	Tittel	Styrehonorar	Lønn	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
							Honorar/ lønn	Andre godtgj.
Andreassen, Jorhild	Styreleder	19			19	01.01-09.02		
Gabrielsen, Ansgar	Styreleder	143			143	16.03-31.12		
Espeland Erling	Nestleder	13			13	01.01-09.02		
Bjerke Helga Marie	Nestleder	127			127	09.02-31.12		
Markusson Kjersti	Styremedlem	22			22	01.01-15.03		
Mikalsen Eivind	Styremedlem	77			77	01.01-09.02		
Mikalsen Eivind	Kst. styreleder					10.02-15.03		
Mikalsen Eivind	Styremedlem					16.03-31.08		
Nedrejord Jan Terje	Styremedlem	22			22	01.01-15.03		
Skjelvik Tove	Styremedlem	22			22	01.01-15.03	915	
Utgård Rolf Øivind	Styremedlem	22			22	01.01-15.03		
Faugstad, Anne Sissel	Styremedlem	87			87	16.03-31.12		
Hansen, Erik Arne	Styremedlem	47			47	29.08-31.12	1 135	
Kristoffersen, Grete	Styremedlem	87			87	16.03-31.12		
Kalstad, Johan Ailo	Styremedlem	87			87	16.03-31.12		
Evju, Sverre Håkon	Styremedlem	87		7	95	16.03-31.12		
Lonnechen, Thrina	Styremedlem	87			87	16.03-31.12		
<b>Ansatterep. Styre</b>								
Dahl Per Erling	Styremedlem	110	1 650		1 760	01.01-31.12		
Johnsen Marianne	Styremedlem	110	479		589	01.01-31.12		
Pettersen Jan E.	Styremedlem	110	517		627	01.01-31.12		
Haukland Vibeke	Styremedlem	110	599		709	01.01-31.12		
<b>Varam. Ansatterep.</b>								
Martinsen Mai Britt	Varamedlem	4	609		613	01.01-31.12		
<b>Sum</b>		<b>1 392</b>	<b>3 862</b>		<b>5 255</b>		<b>2 051</b>	

## Revisjonshonorar

	2018	2017
Lovpålagt revisjon	240 000	240 000
Utvidet revisjon	40 000	105 475
Andre attestasjonstjenester	139 665	116 075
Skatte- og avgiftsrådgivning	-	-
Andre tjenester utenfor revisjon	-	-
<b>Sum honorarer</b>	<b>419 665</b>	<b>461 550</b>
Honorar til revisor i henhold til inngått avtale	220 000	240 000

## Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

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

### Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2018

Konst. adm. direktør Marit Lind fra 09.02.18 fikk lønn vedtatt i styresak 43/2017 for lønnsoppgjøret 2017. I styresak 11/19 ble det vedtatt en lønnsøkning på 2,55 % for perioden 01.06.18 – 31.12.18. Denne lønnsjusteringen er effektivert i 2019.

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

### Lønnsutvikling for ledergruppen

Lønn for konstituert administrerende direktør ble justert for 2018 og effektivert i 2019. Lønningene til ledergruppens medlemmer ble justert i 2018 og effektivert i 2018.

Klinikk/stab	Stilling	Arslønn 01.01.18	Arslønn 31.12.18	%-vis endring	Merknad
Kst. administrerende direktør, Marit Lind	Dir./adm. sjef	1 900 544	1 949 008	2,55 %	Kst. direktør fra 09.02.18
Kst. viseadministrerende direktør, Einar Bugge	Viseadm. dir.	1 750 000	1 794 625	2,55 %	Kst. viseadm. direktør fra 19.02.18
Driftsledelse Harstad, Gina M. Johansen	Driftsleder	1 266 827	1 307 131	3,18 %	
Driftsledelse Narvik, Gry Andersen	Driftsleder	1 482 866	1 520 649	2,55 %	
Drifts- og eiendomssenteret, Grethe Andersen	Driftssjef	1 275 000	1 314 638	3,11 %	
Diagnostisk klinikk, Kate Myreng	Klinikksjef	1 150 000	1 150 000	0,00 %	Klinikksjef fra 01.07.18
Operasjons- og intensivklinikken, Eva-Hanne Hansen	Klinikksjef	1 505 216	1 547 271	2,79 %	
Operasjons- og intensivklinikken, Birgit J. Nerskogen	Klinikksjef	1 000 000	1 000 000	0,00 %	Kst. klinikksjef OPIN 01.01-21.01-18
Psykisk helse- og rusklinikken, Magnus Hald	Klinikksjef	1 620 000	1 661 310	2,55 %	Klinikksjef 01.01. - 31.08.18
Psykisk helse- og rusklinikken, Tordis Høifødt	Klinikksjef	1 500 000	1 500 000	0,00 %	Klinikksjef fra 01.09.18
Barne- og ungdomsklinikken, Per Ivar Kaaresen	Klinikksjef	1 000 000	1 000 000	0,00 %	Kst. klinikksjef BUK fra 19.02.18
Barne- og ungdomsklinikken, Elin Gullhav	Klinikksjef	1 386 166	1 426 971	2,94 %	Kst. klinikksjef Kvalut fra 19.02.18
Hjerte- og lungeklinikken, Kristian Bartnes	Klinikksjef	1 693 616	1 736 803	2,55 %	
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Rolv-Ole Lindsetmo	Klinikksjef	1 668 200	1 710 739	2,55 %	
Medisinsk klinikk, Markus Rumpsfeld	Klinikksjef	1 620 739	1 662 068	2,55 %	
NOR-klinikken, Bjørn-Yngvar Nordvåg	Klinikksjef	1 600 000	1 643 050	2,69 %	
Akuttmedisinsk klinikk, Jon Henrik Mathisen	Klinikksjef	1 214 599	1 253 602	3,21 %	
Stabssenteret, Gøril Bertheussen	Leder	1 300 000	1 339 900	3,07 %	
Fag- og forskningscenteret, Einar Bugge	Leder	1 695 000	1 738 223	2,55 %	Kst. viseadm. dir. fra 19.02.18
Nasj. senter for E-helseforskning, Stein Olav Skrøvseth	Leder	1 024 000	1 050 112	2,55 %	

Lønnsjusteringen til ledergruppens medlemmer ble justert fra 01.06.2018.

## Retningslinjer for 2019

Til grunn for Universitetssykehuset Nord-Norge HF's retningslinjer ligger blant annet generelle retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.02.2015) hvor hovedprinsippet er at lederlønningene i foretaket skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

### Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

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

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

### Naturalytelser

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

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

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

### Pensjonsordning

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

### Sluttvederlag

Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

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

## Note 7 Pensjon

Pensjonsforpliktelse	31.12.2018	31.12.2017
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	13 489 295 248	12 683 427 069
Pensjonsmidler	11 168 563 426	10 622 943 704
Netto pensjonsforpliktelse	<b>2 320 731 822</b>	<b>2 060 483 365</b>
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	164 771 959	146 294 320
Ikke resultatført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-2 602 642 526	-2 279 729 041
<b>Netto balanseført forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift</b>	<b>-117 138 745</b>	<b>-72 951 356</b>
herav balanseført netto pensjonsforpliktelse inkl aga	67 178 887	126 473 400
herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	-184 317 632	-199 424 756

Spesifikasjon av pensjonskostnad	2018	2017
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	605 258 686	557 562 888
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	315 740 436	317 774 999
<b>Årets brutto pensjonskostnad</b>	<b>920 999 122</b>	<b>875 337 887</b>
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-442 342 645	-357 008 848
Administrasjonskostnad	36 825 089	35 514 317
Netto pensjonskostnad inkl. adm. kost	<b>515 481 566</b>	<b>553 843 356</b>
Aga netto pensjonskostnad inkl. adm.kost	36 599 191	39 322 879
Resultatført actuarielt tap (gevinst)	73 732 513	94 573 763
Resultatført aga av actuarielt tap (gevinst)	9 330 562	10 716 809
Resultatført planendring		
Resultatført andel actuarielt tap (gevinst) v/avk.		
Resultatført andel av nettoforpliktelse v/avk.		
Ekstraordinære kostnader		
<b>Årets netto pensjonskostnad</b>	<b>635 143 832</b>	<b>698 456 807</b>
Andre pensjonskostnader	1 042 841	1 301 692
<b>Sum pensjonskostnader</b>	<b>636 186 673</b>	<b>699 758 499</b>

Spesifikasjon av premiefond	2018	2017
Saldo pr 1.1	418 919 012	613 562 335
Tilført premiefond	102 630 732	145 356 687
Uttak fra premiefond	-168 000 000	-340 000 010
<b>Saldo pr 31.12</b>	<b>353 549 744</b>	<b>418 919 012</b>

Økonomiske forutsetninger	2018	2017
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,60 %	2,40 %
Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,30 %	4,10 %
Årlig lønsregulering	2,75 %	2,50 %
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,50 %	2,25 %
Pensjonsregulering	1,73 %	1,48 %
Antall aktive personer med i ordningen	7 072	6 765
Antall oppsatte personer med i ordningen	11 146	10 711
Antall pensjonere med i ordningen	4 848	4 685

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

## Ytelsesbaserte pensjonsordninger

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

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

Pensjonskostnaden for 2018 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2018 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt per 31.12.2018. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2018 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2018.

Demografiske forutsetninger	31.12.2018	31.12.2017
Anvendt dødelighetstabell	K 2013 BE	K 2013 BE
Forventet uttakshyppighet AFP	15-42,5 %	15-42,5 %

## Frivillig avgang i sykepleierordningen (i %)

Alder (i år)	< 20	20-25	26-30	31-40	41-49	50-55	>55
Avgang (i %)	25	15	10	6	4	3	0

## Frivillig avgang i legeordningen (i %)

Alder (i år)	< 24	24-28	29-31	32-35	36-39	40-49	50-55	>55
Avgang (i %)	40	30	20	15	10	6	4	0

## Frivillig avgang i fellesordningen (i %)

Alder (i år)	< 24	24-29	30-39	40-49	50-55	>55
Avgang (i %)	25	15	7,5	5	3	0

## AFP-førtidspensjoner

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

## Resultatførte estimatavvik

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

## Note 8 Andre driftskostnader

	2018	2017
Pasientreiser	187 147 460	186 301 175
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og brensel	144 794 014	144 011 214
Kjøp og leie av utstyr, maskiner mv.	75 684 446	72 105 042
Reparasjon, vedlikehold og service	137 779 408	122 029 826
Konsulenttjenester	22 762 768	27 076 257
Annen ekstern tjeneste	406 563 642	369 218 844
Kontor- og kommunikasjonskostnader	31 481 890	36 690 223
Kostnader forbundet med transportmidler	10 981 750	11 185 345
Reisekostnader	67 407 206	64 917 967
Forsikringskostnader	3 013 630	3 027 625
Pasientskadeerstatning	7 792 787	2 894 612
Øvrige driftskostnader	42 119 900	39 243 417
<b>Sum</b>	<b>1 137 528 901</b>	<b>1 078 701 547</b>

## Note 9 Finansposter

	2018	2017
Konserntinterne renteinntekter	11 959 403	9 997 013
Andre finansinntekter	-468	281
<b>Sum finansinntekter</b>	<b>11 958 935</b>	<b>9 997 294</b>

	2018	2017
Konserninterne rentekostnader	10 338 086	4 574 042
Andre rentekostnader	-10 338 086	-4 581 075
Andre finanskostnader	8 335 195	905 309
<b>Sum</b>	<b>8 335 195</b>	<b>898 276</b>

## Note 10 Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

## Immaterielle eiendeler

	Lisenser og programvare	Sum
Anskaffelseskost 1.1	42 305 075	42 305 075
Tilgang	-	-
Tilgang virksomhetsoverdragelse	-	-
Avgang	17 578 239	17 578 239
Fra anlegg under utførelse til....	-	-
Anskaffelseskost 31.12	24 726 836	24 726 836
Akk avskrivninger 31.12	24 348 869	24 348 869
Akk nedskrivninger 31.12	-	-
<b>Balansført verdi 31.12</b>	<b>377 967</b>	<b>377 967</b>
Årets ordinære avskrivninger	3 336 067	3 336 067
Årets nedskrivninger	-	-

Årets balansførte lånekostnader	-	-
---------------------------------	---	---

Levetid	5 år	
Avskrivningsplan	lineær	

## Varige driftsmidler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1	504 120 466	4 428 391 482	2 097 979 079	1 040 165 770	284 224 354	8 354 881 151
Tilgang	-	106 544 045	551 447 456	46 590 633	15 387 484	719 969 617
Tilgang virksomhetsoverdragelse	-	-	-	-	-	-
Avgang	2 638 323	-	-	84 820 430	14 513 194	101 971 947
Fra anlegg under utførelse til....	-	204 350 056	-259 209 741,77	24 537 646	30 322 040	-
Anskaffelseskost 31.12	501 482 143	4 739 285 583	2 390 216 793	1 026 473 619	315 420 684	8 972 878 822
Akk avskrivninger 31.12	46 988 868	2 439 887 981	19 507 523	638 147 934	202 208 801	3 346 741 107
Akk nedskrivninger 31.12	5 899 526	9 464 179	-	-	-	15 363 705
<b>Balansført verdi 31.12</b>	<b>448 593 749</b>	<b>2 289 933 423</b>	<b>2 370 709 270</b>	<b>388 325 685</b>	<b>113 211 883</b>	<b>5 610 774 010</b>
Årets ordinære avskrivninger	1 072 100	100 329 356	19 507 522	79 382 723	29 179 322	229 471 023
Årets nedskrivninger	-	-	-	-	-	-

Årets balansførte lånekostnader	-	-	10 338 086	-	-
---------------------------------	---	---	------------	---	---

Levetider		Dekomponert 10-60 år		3-15 år	3-15 år
Avskrivningsplan	lineær	lineær		lineær	lineær

## Finansielle leieavtaler som inngår i varige driftsmidler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr
Bokført verdi 31.12.18	-	98 788 010	-	-
Årlige avskrivninger	-	1 818 788	-	-
Estimert leiebeløp neste år	-	8 640 000	-	-
Estimert leiebeløp 2 til 5 år	-	34 560 000	-	-
Estimert leiebeløp utover 5 år	-	35 280 000	-	-
Varighet (år)		10		

## Operasjonelle leieavtaler

	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp	-	49 120 793	401 553	3 881 007
Varighet		Løpende	Løpende	Løpende

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

## Langsiktige byggeprosjekter

Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2018 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Akkumulert regnskap pr 31.12.18	Akkumulert regnskap pr 31.12.17	Total kostnadsramme	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt for ferdigstillelse
A-fløya	1 450,68 mill	1 270,97 mill	1594 mill	1529 mill	2018
PET-senter	544,92 mill	462,82 mill	567,9 mill	629,9 mill	2018
Nye UNN Narvik	107,76 mill	20,67 mill	2 270 mill		2023
<b>Sum</b>	<b>2 103,36 mill</b>	<b>1 754,46 mill</b>	<b>4 431,9 mill</b>	<b>2 158,9 mill</b>	

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

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

## Note 12 Investeringer i aksjer og andeler

	31.12.2018	31.12.2017
Norinnova AS	662 480	662 480
Egenkapitalinnskudd KLP	296 346 219	266 363 104
<b>Sum</b>	<b>297 008 699</b>	<b>267 025 584</b>

### Egenkapitalinnskudd KLP

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

## Note 13 Kundefordringer og andre fordringer

	31.12.2018	31.12.2017
Kundefordringer	66 371 010	170 235 209
Påløpne inntekter	4 965 355	4 629 807
Andre kortsiktige fordringer	177 017 372	67 107 656
<b>Sum</b>	<b>248 353 737</b>	<b>241 972 672</b>

### Aldersfordeling kundefordringer

	31.12.2018	31.12.2017
Ikke forfalte fordringer	54 443 238	154 797 502
Forfalte fordringer 1-30 dager	7 265 667	3 343 608
Forfalte fordringer 30-60 dager	2 329 259	1 703 519
Forfalte fordringer 60-90 dager	1 061 628	4 371 127
Forfalte fordringer over 90 dager	1 271 217	6 019 453
<b>Kundefordringer pålydende pr. 31.12.</b>	<b>66 371 010</b>	<b>170 235 209</b>

	31.12.2018	31.12.2017
Avsetning for tap på fordringer pr. 1.1.	8 370 000	6 070 000
Årets avsetning til tap på krav	298 710	3 946 534
Reverserte tidligere avsetninger	3 173 510	1 646 534
<b>Avsetning for tap på fordringer pr. 31.12.</b>	<b>5 495 200</b>	<b>8 370 000</b>

Årets konstaterte tap	7 033 635	8 357 097
-----------------------	-----------	-----------

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med kr 4 158 836 i 2018. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ingen fordringer med forfall senere enn ett år



## Note 14 Kontanter og bankinnskudd

	31.12.2018	31.12.2017
Skattetreksmidler	178 419 355	171 123 934
Andre bundne konti	-	-
<b>Sum bunde kontanter og bankinnskudd</b>	<b>178 419 355</b>	<b>171 123 934</b>
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	201 589	287 081
<b>Sum kontanter og bankinnskudd</b>	<b>178 620 944</b>	<b>171 411 015</b>

## Note 15 Egenkapital

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egen-kapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egen- kapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2017	100 000	4 531 253 844		-159 283 085	4 372 070 759
Årets resultat				-48 053 959	-48 053 959
<b>Egenkapital 31.12.2018</b>	<b>100 000</b>	<b>4 531 253 844</b>	<b>-</b>	<b>-207 337 044</b>	<b>4 324 016 800</b>

## Note 16 Avsetninger for forpliktelser

	31.12.2018	31.12.2017
Tariffestet utdanningspermisjon	192 408 289	176 839 000
Investeringsstilskudd	12 266 693	14 302 499
Avsetning til egenandeler vedrørende pasientskadeerstatning	10 684 000	5 500 000
Andre avsetninger for forpliktelser	500 000	4 639 555
<b>Sum avsetning for forpliktelser</b>	<b>215 858 982</b>	<b>201 281 054</b>
Antall ansatte som er omfattet av ordningen med tariffestet utdanningspermisjon	604	546
Uttakstilbøyelighet	100 %	100 %

## Note 17 Gjeld og obligasjoner

Annen kortsiktig gjeld består av:

	31.12.2018	31.12.2017
Leverandørgjeld	328 380 556	428 357 335
Påløpt lønn	127 186 988	123 059 150
Feriepenger	445 558 026	425 882 631
Påløpte kostnader	69 367 028	68 992 029
Annen kortsiktig gjeld	147 250 632	129 639 925
<b>Sum</b>	<b>1 117 743 230</b>	<b>1 175 931 070</b>

Annen langsiktig gjeld består av:

	31.12.2018	31.12.2017
Gjeld til Helse Nord RHF	945 000 000	945 000 000
Annen langsiktig gjeld	98 788 010	
<b>Sum langsiktig gjeld</b>	<b>1 043 788 010</b>	<b>945 000 000</b>
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	791 280 000	793 800 000

Annen langsiktig gjeld gjelder finansiell leasing. Det vises til note 10.

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

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har tatt opp lån til finansiering av investeringer hos Helse Nord RHF. Pr. 31.12.2018 er det tatt opp lån på kr. 945 000 000. Nedbetalingstiden er 25 år (til 31.12.2043).

Avdragsprofil gjeld til Helse Nord RHF:

Låneopptak	Pr. 31.12.18	2019	2020	2021	2022	2023	2024 -
<b>PET-senteret</b>	370 000 000	14 800 000	14 800 000	14 800 000	14 800 000	14 800 000	296 000 000
<b>A-fløy</b>	575 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	460 000 000
<b>Sum</b>	<b>945 000 000</b>	<b>37 800 000</b>	<b>37 800 000</b>	<b>37 800 000</b>	<b>37 800 000</b>	<b>37 800 000</b>	<b>756 000 000</b>

## Note 18 Mellomværende med selskap i samme foretaksgruppe

Kortsiktige fordringer	31.12.2018	31.12.2017
Helse Nord RHF	514 188 514	1 018 110 128
Finnmarkssykehuset HF	5 865 421	9 477 604
Nordlandssykehuset HF	13 478 874	6 687 477
Helgelandssykehuset HF	4 475 603	3 190 537
Sykehusapotek Nord HF	434 694	187 031
Helse Nord IKT HF	538 562	775 225
<b>Sum</b>	<b>538 981 668</b>	<b>1 038 428 002</b>

Kortsiktig gjeld	31.12.2018	31.12.2017
Helse Nord RHF	130 691 938	112 307 665
Finnmarkssykehuset HF	158 014	124 258
Nordlandssykehuset HF	765 930	922 528
Helgelandssykehuset HF	51 512	41 412
Sykehusapotek Nord HF	21 783 865	17 576 741
Helse Nord IKT HF	1 838 878	-3 355 787
<b>Sum</b>	<b>155 290 137</b>	<b>127 616 817</b>

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

## Note 19 Nærstående parter

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

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

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

Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Nord-Norge og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Nord-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Foretakets kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 273,1 mill kroner i 2018 mot 300,2 mill kroner i 2017, tilsvarende salg utgjorde 40,3 mill kroner i 2018 mot 38,7 mill kroner i 2017. Det vesentligste av gjestepasientoppjøret er basert av avtalte beregningsmåter for prising.

Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen Helse Nord er Helse Nord RHF's overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i 2018 kjøpt varer og tjenester for 43,7 mill. kr. hos Helse Nord RHF, 281,3 mill. kr. hos Helse Nord IKT HF og for 220,0 mill. kr. hos Sykehusapoteket. Fra Helse Nord IKT HF har UNN hovedsaklig kjøpt IKT-tjenester, fra Sykehusapoteket har UNN hovedsaklig kjøpt legemidler.

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

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

## Note 20 Universitetet og høyskolers rettigheter til arealer i helseforetak

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

## Note 21 Garantforpliktelser

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

## Note 22 Sammenslåtte poster i kontantstrømoppstillingen

	2018	2017
Endring i varelager	-5 618 813	19 274 125
Endring i fordring på selskap i samme konsern	499 446 335	-325 005 783
Endring i kundefordringer	103 864 199	7 501 725
Endring i øvrige fordringer	-110 245 264	-4 117 665
<b>Sum endring i omløpsmidler</b>	<b>487 446 457</b>	<b>-302 347 598</b>
Endring i leverandørgjeld	-99 976 779	77 705 019
Endring i skyldige offentlige avgifter	22 970 026	-39 831 984
Endring i kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	27 673 320	8 348 194
Endring i annen kortsiktig gjeld	39 753 132	-5 295 303
<b>Sum endring i kortsiktig gjeld</b>	<b>-9 580 301</b>	<b>40 925 926</b>

## Note 23 Forskning og utvikling

	2018	2017
Øremerkede tilskudd fra eier til forskning	40 740 824	46 927 168
Andre inntekter til forskning	25 582 727	24 827 965
Basisramme til forskning	157 379 115	149 914 451
<b>Sum inntekter til forskning</b>	<b>223 702 665</b>	<b>221 669 584</b>
Andre inntekter til utvikling		
Basisramme til utvikling	21 356 899	18 200 167
<b>Sum inntekter til utvikling</b>	<b>21 356 899</b>	<b>18 200 167</b>
<b>Sum inntekter til forskning og utvikling</b>	<b>245 059 564</b>	<b>239 869 751</b>

	2018	2017
Kostnader til forskning - somatikk	211 802 494	209 291 367
Kostnader til forskning - psykisk helsevern	10 435 791	10 855 012
Kostnader til forskning - TSB	1 464 379	1 523 205
<b>Sum kostnader til forskning</b>	<b>223 702 665</b>	<b>221 669 584</b>
Kostnader til utvikling - somatikk	17 390 030	14 067 943
Kostnader til utvikling - psykisk helsevern	2 866 736	2 987 897
Kostnader til utvikling - TSB	1 100 133	1 144 327
<b>Sum kostnader til utvikling</b>	<b>21 356 899</b>	<b>18 200 167</b>
<b>Sum kostnader til forskning og utvikling</b>	<b>245 059 564</b>	<b>239 869 751</b>

	2018	2017
Antall avlagte doktorgrader	30	16
Antall publiserte artikler	312	333
Antall årsverk forskning	192	194
Antall årsverk utvikling	20	16

## Note 24 Skatt

Helseforetaket driver ikke skattepliktig virksomhet.

## Note 25 Betingede utfall

Universitetssykehuset Nord-Norge HF er ikke kjent med andre forhold, herunder rettssaker, potensielle offentlige pålegg eller lignende som har vesentlig innvirkning på regnskapet for helseforetaket ut over de avsetninger som er foretatt i regnskapet per 31.12.2018.

## **STYRETS ÅRSRAPPORT 2018** **for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)**

### **1. Opplysninger om arten av virksomheten og hvor virksomheten drives**

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

UNN hadde i 2018 lokalsykehusfunksjon for 30 kommuner i Nordland, Troms og på Svalbard. Størstedelen av somatisk virksomhet og psykisk helsevern var i 2018 lokalisert til Tromsø, Harstad og Narvik. I tillegg er det etablert to distriktsmedisinske sentre (Nordreisa og Finnsnes) og sju distriktspsykiatriske sentre (Narvik, Harstad, Sjøvegan, Silsand, Tromsø, Storsteinnes og Storslett) i UNNs opptaksområde.

### **2. Redegjørelse for forutsetningen om fortsatt drift**

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

### **3. Virksomheten i 2018**

Styrets hovedstrategier for virksomheten i 2018 var å sikre en økonomisk utvikling som grunnlag for bedre pasientforløp, i tillegg til økt kvalitet, styrking av forskningens omfang og posisjon, samt helseforetakets fornyelse av medisinteknisk utstyr.

### **4. Pasientbehandling i helseforetaksgruppen**

I styrets beretning til RHF har vi med en kort kommentar til følgende

- Somatisk virksomhet

Antall pasientkontakter innen somatisk virksomhet var i 2018 noe høyere enn plan (+3,4 %). I alt hadde somatisk virksomhet 381.033 pasientkontakter. Høy poliklinisk aktivitet med 280.853 kontakter (5 % over plan) er årsaken til dette. Antall døgnopphold (-1,6 %) var noe lavere enn plan. DRG-aktiviteten er under plan for 2018 (-6,2%). Antall røntgenundersøkelser (-1,5 %) er omtrent i tråd med plan, mens laboratorieanalyser (- 3,6 %) er noe under plan, selv om det er en vesentlig økning fra 2017 (9,3 %).

Det er også i 2018 fokusert på omstillinger, pasientforløp, pasientsikkerhet og kvalitet i virksomheten. Det er ikke gjennomført store organisatoriske endringer i klinikkene. Standardiserte kreftpakkeforløp med krav til behandlingstider er implementert, men med noe varierende måloppnåelse. Arbeidet med å fullføre implementering av tiltakene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har hatt stort fokus.

- Rusbehandling

Tilbudet innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ivaretas av Psykisk helse- og rusklinikken (ved Rusavdelingen) gjennom virksomheter lokalisert til Tromsø og Narvik. Russeksjon Tromsø består av Ruspoliklinikken (også omfattende Legemiddelassistert rehabilitering, Forebyggende familieteam samt tjenesten spillsnakk.no - sistnevnte er en nasjonal funksjon), Avrusing, Rusbehandling restart og Rusbehandling ung. Russeksjon Narvik består av Avrusning og Døgn. Kapasiteten er regional for Helse Nord RHF.

Fra våren 2018 har det blitt gjennomført forsøksordning med akuttinnleggelser TSB ved

Avrusning, Tromsø – tilbudet vil, utfra regionale føringer, bli videreutviklet i 2019. Det er hertil etablert polikliniske rusteam ved Sentrene for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Tromsø og Nord-Troms.

- **Psykisk helse**

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

Psykisk helse- og rusklinikken ivaretar UNNs samlede tilbud innenfor psykisk helsevern for voksne. Virksomheten omfatter p.t. 6 poliklinikker, 6 ambulante team og 15 døgnbaserte enheter.

Sentre for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) ivaretar lokalsykehusfunksjoner (omfattende poliklinikk, døgntilbud og ambulansetjeneste) for Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Tromsø og Nord-Troms. Psykiatrisk avdeling ivaretar sentralsykehusfunksjoner for Troms, Finnmark og nordre Nordland (Ofoten). Hertil ivaretar Medikamentfritt behandlingstilbud ved SPHR Tromsø regional funksjon for Helse Nord. Ved SPHR Tromsø er det videre organisert et regionalt poliklinisk OCD-team for voksne.

Klinikken omfatter regionale kompetansesentra: RVTS –Nord (Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), KoRus-Nord (Kompetansesenter rus Nord-Norge) og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri (etablert 2018). VIVAT dekker nasjonal funksjon som et av Helsedirektoratets selvmordsforebyggende tiltak.

- **Ventetid**

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling i UNN i løpet av 2018 var 57 dager, som er en dag høyere enn i 2017, men noe under nasjonalt måltall. Antallet ventende er tilnærmet uendret sammenlignet med 2017. Median ventetid ved UNN var 45 dager for alle ventende. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fortsatt står på venteliste ved utgangen av 2018 er 60 dager.

- **Forskning og utvikling**

UNN bidrar i samarbeid med UiT Norges arktiske universitet og Helse Nord RHF, i hovedsak med klinisk forskning av høy internasjonal kvalitet, innenfor de fleste kliniske fagområder og for et bredt spekter av helsepersonell. Forskningen fremskaffer ny kunnskap for å bedre pasientbehandlingen, styrke forskningskompetansen og bidrar i utdanningen av helsepersonell.

Klinisk forskningsavdeling (KFA) bistår forskere i UNN og Helse Nord med støtte, veiledning og praktisk gjennomføring av forskningsprosjekter, ivaretar sekretariatet for Helse Nord's utlyste forskningsmidler, deltar i nasjonale arbeidsgrupper på vegne av UNN og Helse Nord, arbeider strategisk samt samarbeider med helseforetak og universitet i regionen.

For å bidra til å øke inkluderingen av pasienter i kliniske behandlingsstudier legges kliniske studier ut på Helse Norge.no. Det er ved årsskiftet 36 kliniske studier på denne nettsiden ved UNN. For å øke antallet industristudier er det gjennomført et forbedringsprosjekt for å bedre servicen til klinikere som ønsker å gjennomføre industristudier gjennom å ensrette og styrke håndteringen og støtte til disse i UNN.

I 2018 har Forskningsposten hatt økt fokus på å bidra i veiledning av forskere og studiesykepleiere i de kliniske avdelingene for å realisere flere kliniske studier i UNN enn posten har kapasitet til. Utvalgte tall viser at det ved forskningsposten i 2018 er

gjennomført 18 studier; inkludert 1072 studiedeltagere og gjennomført 2733 polikliniske studiebesøk hvorav 1490 telefonkontakter.

For å styrke forskning i alle helsefagene, også de med treårig og helseprofesjonsbakgrunn, er helsefaglig forskningsrådgiver i 50% stilling ansatt i 2018 i UNN. For å styrke brukermedvirkning i forskning er det tilbudt veiledning på hvordan dette kan gjennomføres i enkeltprosjekt og i klinikkenes forskningsutvalg. Kurs for forskere er under planlegging. UNN har tatt initiativ til og leder ny arbeidspakke innen brukermedvirkning i kliniske studier i NorCrim2, søkt NFR om finansiering i oktober 2018.

Hva gjelder forskningsaktiviteten i UNN viser resultatene at vitenskapelige publikasjoner ligger på et stabilt nivå, men en ser en økning i antall avlagte doktorgrader av UNN ansatte.

År	2018	2017	2016	2015	2014
Antall vitenskapelige artikler (kilde CRISTin)	323*	324	297	341	298

\*endelig tall er klare i mai 2019

De 30 ansatte i UNN HF som i 2018 avla doktorgrad hadde ulik fagbakgrunn. 24 var cand. med.

År	2018	2017	2016	2015	2014
Antall doktorgrader utført av ansatte i foretaket	30	23	13	23	23

I 2018 ble det rapportert særskilt til NIFU innen psykisk helse. I UNN ble 13 årsverk benyttet til forskning innen psykisk helse hvorav 25% med finansiering fra Helse Nord RHF og øvrige fra UNN.

## 5. Redegjørelse for årsregnskapet

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

### De mest sentrale risiko og usikkerhetsfaktorer som foretaket står overfor er:

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

UNN vurderer likviditeten i foretaket som god.

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

UNN har ubenyttet trekkramme i konsernkontoordningen med Helse Nord RHF.

Kontantstrømmen i 2018 var positiv, jfr kontantstrømsoppstillingen og utviklingen fra 2017 er en økning i likviditeten på 7,2 mill kr.



UNN har per 31.12.2018 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 13,5 milliarder kroner. Netto pensjonsmidler er 11,2 milliarder kroner. I tråd med regnskapsloven og Norsk Regnskapsstandard er det per 31.12.2018 2,6 milliarder kroner i negative estimat- og planendringer som ikke er resultatført.

## 6. Økonomisk drift

UNN hadde i 2018 et resultatkrav på 40 mill kr fra RHF'et. I tillegg var eget overskuddskrav 60 mill kr:

	Resultat 2018	Styringsmål 2018	Resultat 2017
Over-/ underkudd	-48 mill	100 mill	54 mill
Resultatkrav fra RHF	40 mill	40 mill	40 mill
<b>Avvik fra eiers resultat mål</b>	<b>-98 mill</b>	<b>+60 mill</b>	<b>+14 mill</b>

Avvik mot styringsmål fra Helse Nord RHF i 2018 var følgelig på -98 mill mill kr.

De viktigste årsakene til avviket er følgende:

- Driftsinntektene er 76,2 mill kr lavere enn budsjettet. Hovedårsaken til nedgangen er at ISF inntektene er 95,1 mill kr lavere enn antatt.
- Driftskostnadene er mnok 20,8 høyere enn budsjettet. Høy bruk av innleie av leger og sykepleiere ga et overforbruk av kostnader på 86,1 mill kr. Samtidig var det en nedgang i personalkostnadene uten innleie.

## 7. Investeringer

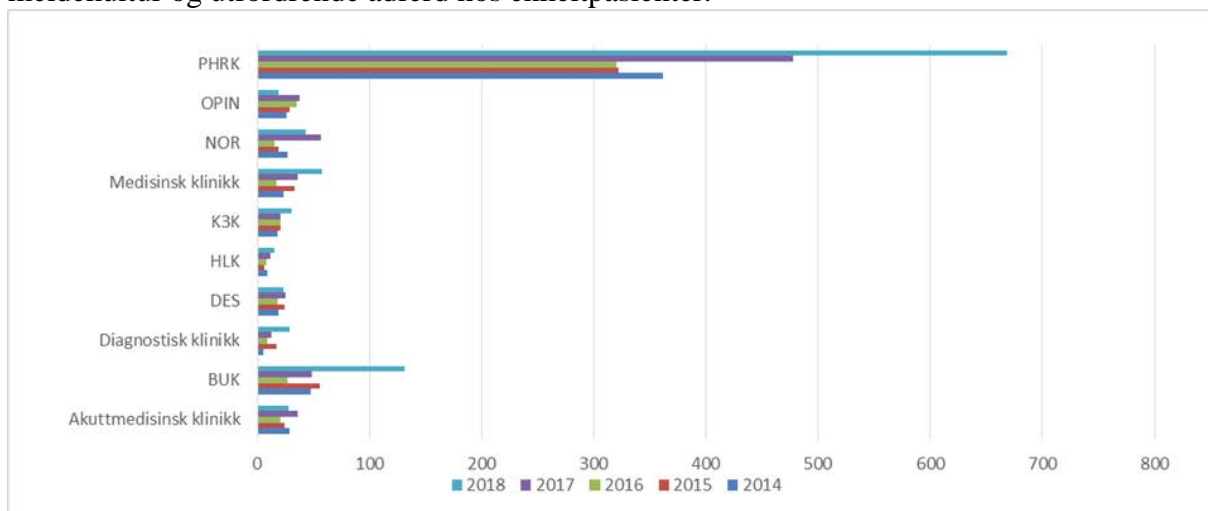
Viktige investeringer i 2018 har vært:

- A-fløy i Breivika
- PET senteret

## 8. Arbeidsmiljø mm (internt)

- Arbeidsmiljøet i foretaket anses tilfredsstillende. Det har vært 10 møter i arbeidsmiljøutvalget gjennom året. Det er iverksatt følgende tiltak for å bedre arbeidsmiljøet:
  - Resultatene fra *ForBedring 2017* ble fulgt opp i 2018 med lokalt forbedringsarbeid og etablering av lokale handlingsplaner. Oppfølgingen har vært behandlet i AMU. På foretaksnivå ble tiltaksarbeidet fulgt opp i dialogmøtene med klinikkene ved at lokale handlingsplaner ble etterspurt
  - Løpende oppfølging av avtale om *Inkluderende arbeidsliv* med tilhørende mål og handlingsplan.
  - Det er i alt arrangert 4 IA-kurs for ledere og tillitsvalgte i UNN i 2018. Kursene omhandler IA-avtalen, helsefremmende og forbyggende arbeid samt IA-arbeid med sykefraværsoppfølging som hovedtema.
  - Det er gjennomført risikovurdering av trusler og vold med påfølgende undervisning. Somatikken har økende fokus på denne faktoren da det er flere enheter i ulike klinikker som har bestilt bistand til risikovurdering.
  - Rådene fra prosjektgruppen «Tettere på» er videreført i IA-handlingsplan for 2018 der det blant annet er satt fokus på trusler og vold, oppfølging av gravide arbeidstakere og oppfølging av medarbeiderundersøkelsen. Det er også iverksatt et tiltak «Bli i jobb» for å få tettere og systematisk oppfølging av hyppige korttidsfravær. Dette vil være et langsiktig arbeid som videreføres i 2019.

- Kurs i arbeidstidsregler og årsaker til AML-brudd
  - Tilgjengelige seniorpolitiske virkemidler med sikte på å redusere tidligpensjon og beholde kompetanse
  - Videreføring av aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging
  - Gjennomføring av utviklingssamtaler
  - Flere andre kurs for ledere innen eksempelvis HMS, utviklingssamtaler og rekruttering
  - Månedlige møter mellom direktør, stabssjef og personalsjef og FTV/HTV/FHVO
- I 2018 utgjorde sykefraværet totalt på 8,6 %. I 2017 var gjennomsnittlig sykefravær 8,6 %.
  - Foretaket har etablert system for å aktivisere avviksrapportering på området helse- miljø og sikkerhet. Over de siste årene har det vært økning i antall rapporterte arbeidsrelaterte skader og ulykker, fra ca 500 årlig i årene 2013 – 2016, til over 1000 i 2018. Fordelingen på klinikkene fremkommer i figuren under. Økningen kan i hvert fall delvis ha sammenheng med økt fokus på HMS arbeid og rapportering av personalskader og vold og trusler i AMU og KVAM-systemet. I Psykisk helse- og rusklinikk skjer hendelsene i størst grad i de tre akuttpostene. Klinikken har en nedgang i antall meldte skader i løpet av 2018, fra 1. til 4. kvart er på 57 %. KVAM-utvalget følger opp enheter med markant endring. Økningen i Barne- og ungdomsklinikk forklares økningen med både bedre meldekultur og utfordrende adferd hos enkeltpasienter.



- Foretaket hadde i 2018 gjennomsnittlig 6647 årsverk mot 6591 årsverk i 2017 – en økning i underkant av 1%. Den viktigste årsaken til økningen er økt antall vikarer.

## 9. Likestilling

Styret i UNN består av 6 menn og 6 kvinner. Ledergruppen har i 2018 bestått av 6 menn og 9 kvinner. Av alle ansatte er 27,9 % menn, noe som er en reduksjon fra 2017 (29,3). I forhold til andel ansatte er kvinner underrepresentert i lederstillinger på mellom- og toppnivå i helseforetakene. Likestilling er ett av satsningsområdene i overordnet personalpolitikk. I ledelsesutviklingstiltakene som gjennomføres er det lagt særlig vekt på rekruttering av kvinnelige deltakere.

Det har ikke blitt gjennomført særskilte kartlegginger og tiltak knyttet til likeverd og likestilling. Ved rekruttering til utviklingstiltak har det imidlertid vært vektlagt å få balanse i

sammensetningen. Fremover vil det å øke andelen kvinnelige ledere i mellom- og topplederstillinger være sentralt å følge opp.

### 10. Diskriminering og tilgjengelighet

Alle nye byggeprosjekter og ombygginger følger myndighetenes krav til universell utforming for å sikre god tilgjengelighet. Tilpasninger og ombygginger gjennomføres også etter kravet om universell utforming.

### 11. Ytre miljø

UNN er miljøsertifisert etter ISO 14001:2015. Som miljøsykehus skal UNN utøve sitt samfunnsansvar på en best mulig bærekraftig og miljøvennlig måte.

I dette ligger også en forpliktelse til stadig forbedring av vår miljøstrategi og kontinuerlig arbeide for å redusere å redusere vår miljøpåvirkning.

Miljødata fra UNN sine sykehus sammenlignet med foregående år.				
Indikator	%	2018	2017	Kommentarer:
Utslipp av CO2 i tonn	-11 %	23071	25922	Data fra det nasjonale CO2 regnskapet. De høye tallene for 2017 skyldes blant annet økt varebeholdning av lystgass i forbindelse med utbygning av A-fløya.
KWh Pr m2 Brutto areal	-3 %	372	385	Gjennomsnitt av forbruk i sykehusene. Grunnet økt bygningsmasse har energiforbruket til UNN økt mens forbruket pr m2 er redusert. Målet er derfor nådd.
Forbruk av vann i m3	6%	251840	237713	Gjelder ikke ambulansestasjoner og alle DPS. Forbruk for UNN Narvik er stipulert
Pasientreiser, reiste km	-2 %	38356842	39236882	Pasientreiser er inkludert reisedata til legekantor i Troms grunnet at det ikke er mulig å få uttrekk av bare data fra reiser til og fra UNN HF
Ansattreiser, reiste km	10 %	17616146	15980665	Økningen er fordelt med 26 % i bruk av leiebil, 5 % på bruk av egen bil, 14 % i flyreiser innenlands og 8 % for flyreiser utenlands. UNN har mål på redusere reiseaktiviteten med 3 % pr år. Målet er derfor ikke nådd.
Kg avfall totalt	3 %	1814698	1769607	Mengden med sortert avfall har økt med 16 %. Målet på økt sorteringsgrad med 3 % er derfor nådd. Mindre lokasjoner er ikke tatt med her.

UNN sine miljøprestasjoner vil bli evaluert og korrigerende tiltak vil bli vurdert der UNN ikke har nådd sine mål.

### 12. Redegjørelse som gir grunnlag for å vurdere foretakets fremtidige utvikling

De mest sentrale utfordringene som foretaket står overfor er etter styrets vurdering evnen til videreføre driften innen de økonomiske rammene, samtidig som en sikrer et godt tilbud med god kvalitet og tilgjengelighet til befolkningen. Nye og mer kostbare behandlingsmetoder/medikamenter og mangel på personell innen enkelte fag utfordrer helseforetakets økonomiske rammer i stadig større grad. Evnen til å gjennomføre nødvendige økonomiske omstillings-tiltak for å sikre driften er sentral for å sikre et godt tilbud.

Hovedsatsningen framover for UNN vil være kontinuerlig forbedring, et skifte fra å ha hatt fokus på struktur- og organisatoriske endringer. Et gjennomgående og dyptgripende fokus på kontinuerlig forbedring vil gi UNN grunnlag for å møte de framtidige utfordringene. Dette forbedringsarbeidet forutsetter engasjement fra ledere og ansatte på alle nivå ved UNN. Målet med forbedringsarbeidet er økt kvalitet i pasientbehandlingen, bedre arbeidsmiljø og involvering og frigjøring av ressurser til prioriterte områder.

Samhandlingen med primærhelsetjenesten er god gjennom OSO og det arbeidet som har vært gjort med etablering og vedlikehold av avtaler inngått som følge av samhandlingsreformen.





## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
26/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	27.3.2019
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Hans Petter Bergseth

### Årlig melding 2018

#### Innstilling til vedtak

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

#### Bakgrunn

*Årlig melding 2018* rapporterer i hvilken grad Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har fulgt opp kravene i *Oppdragsdokument 2018 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*, og redegjør for planlagte tiltak på områder der målene ikke er nådd. Helseforetakenes rapportering danner grunnlaget for Helse Nord RHF's *Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet*.

#### Formål

Formålet med denne saken er styrets gjennomgang og godkjenning av *Årlig melding 2018 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF til Helse Nord RHF*.

#### Saksutredning

UNN har i 2018 særlig hatt fokus på å videreføre arbeidet med å utvikle gjennomgående system og kultur for kontinuerlig forbedringsarbeid, herunder læring av hendelser. Overordnet og i mange enheter har også innflytting i A-fløya og PET-senteret med endrede rutiner hatt et stort fokus.

UNN har hatt oppfølgingsaktiviteter på stort sett alle områder i oppdragsdokumentet for 2018, men samtlige oppfølgingspunkter er ikke fullt ut oppfylt. Noen av rapporteringspunktene er løpende aktiviteter som ikke ferdigstilles i 2018, og er gjenstand for langsiktig arbeid og kontinuerlig forbedring.

Det vises til vedlagte saksutredning og hoveddokumentet *Årlig melding* for nærmere omtale av spesifikke områder i meldingen.

#### Medvirkning

Saken forelegges ansattes organisasjoner og vernetjenesten, brukerutvalgets arbeidsutvalg samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter i uke 11. Protokoller fra disse møtene forelegges som referatsaker til styrets behandling 27.3.2019.

## Vurdering

Den overordnede vurderingen er at de fleste oppdragene i Oppdragsdokument 2018 er enten oppfylt eller påbegynt. Direktørens vurdering av status i UNNs arbeid med de ulike områdene i oppdragsdokumentet fremkommer i stor grad gjennom styresakene til de månedlige kvalitets- og virksomhetsrapportene, tertialrapporter og saker knyttet til enkeltforhold.

Etter direktørens vurdering er det også i 2018 fremgang i foretakets arbeid med internkontroll, og dette vil ytterligere bedres i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten når nytt system for ledelsens gjennomgang gradvis implementeres over de neste to år. Selv om direktøren er fornøyd med at arbeidet på en rekke områder knyttet til pasientens helsetjeneste og kvalitet, pasientsikkerhet og smittevern gir resultater, er resultatene ikke gode nok på flere områder. Det er ikke tilfredsstillende at det ikke er oppnådd ytterligere nedgang i antall fristbrudd og i ventetid og at måloppnåelsen i gjennomføring av kreftpakkeforløpene er noe redusert i 2018. Innen utdanning er det en god utvikling i foretaket, mens det fortsatt er behov for å styrke arbeidet med forskning og innovasjon.

Den økonomiske situasjonen med resultat langt under budsjett medfører at det vil kunne bli særdeles utfordrende å imøtekomme foretakets betydelige investeringsbehov i årene som kommer. Dette er urovekkende, og tiltaksarbeidet for å oppnå ønsket økonomisk resultat må ha høy prioritet i 2019. Dette omtales nærmere i de løpende kvalitets- og virksomhetsrapportene til styret og i egne økonomisaker.

Det aller viktigste for å utvikle UNN videre i tråd med føringene om å utvikle Pasientens helsetjeneste, nå målene i foretakets visjon og overordnede strategi er å utvikle UNN som en lærende organisasjon med fokus på kontinuerlig forbedring. Det forutsetter størst mulig grad av åpenhet og en gjennomgående kultur for å lære av avvik og uheldige hendelser, og systematisk gjennomgang av en rekke prosesser og forløp med tanke på forenkling og forbedring. Dette henger også tett sammen med behovet for systematisk tiltaksarbeid for å oppnå nødvendig økonomisk resultat, og vil være et hovedfokus for direktøren i 2019.

## Konklusjon

Direktøren anser at den årlige meldingen og redegjørelsen i denne styresaken gir en representativ oppsummering av hvordan oppdraget for 2018 er løst innenfor de gitte rammer, samtidig som det pekes på områder som skal utvikles videre i 2019.

Direktøren anbefaler styret å oversende årlig melding 2018 til Helse Nord RHF.

Tromsø, 15.3.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Saksfremlegg Årlig melding 2018
2. Årlig melding 2018 fra UNN til RHFet

## Årlig melding fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF til Helse Nord RHF 2018 – supplerende saksutredning

### Sammendrag

Årlig melding for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) foreligger som saksfremlegg til denne styresaken, etter mal gitt av Helse Nord RHF. Meldingen viser at de fleste krav i Oppdragsdokumentet er enten oppfylt eller påbegynt, selv om måloppnåelsen ikke er god nok på noen områder.

Direktøren anser at den årlige meldingen og redegjørelsen i denne styresaken gir en tilfredsstillende oppsummering av hvordan oppdraget for 2018 er løst innenfor de rammene som var gitt, og anbefaler at meldingen godkjennes for oversending til Helse Nord RHF.

### Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

Med noen få unntak har UNN igangsatt tiltakene i oppdragsdokumentet under dette kapitlet. Noen av disse punktene er kontinuerlige oppfølgingsoppgaver. UNN har i 2018 en tilnærmet flat tendens eller svak økning i ventetiden etter flere år med nedgang. Ventetid og fristbrudd vil fortsatt være fokusområder der det må utvikles ytterligere tiltak for å nå målet på 50 dager innen 2021. UNN overholder 86 % av pasientavtalene. Det er noe variasjon mellom fagområdene på indikatoren og det er påkrevet med et økt fokus på dette for å nå målet om 95 % innen 2021.

UNN inkluderer fortsatt en høy andel pasienter i kreftpakkeforløpene, men har ikke god nok måloppnåelse for gjennomføring innen anbefalt forløpstid. Det er fortsatt stor variasjon i måloppnåelse mellom ulike forløp.

Det har ikke vært arbeidet systematisk nok med de samiske spørsmålene om helse, språk og kulturforståelse. SANKS har i februar 2019 vært og presentert disse utfordringene i onsdagsmøtet.

Det pågår prosess regionalt for å endre organisering av regionale forvaltningssentre for kliniske IKT- systemer. UNN har aktiv deltakelse i utviklingen av digitale innbyggertjenester, deltar i arbeidet med å sikre rimeligere legemidler, har etablert videreføring av *raskere tilbake*, og viderefører arbeidet med å oppfylle krav til håndtering av barn som pårørende.

### Somatikk

UNN innførte pakkeforløp ved hjerneslag 1. februar 2018. 18,5 % av pasientene med hjerneslag får trombolyse (blodpropløsende behandling) ved UNN, og en meget høy andel av disse får dette innen 40 minutter.

I UNN får mellom 35 og 40 % av dialysepasienter hjemmedialyse. For kreftpasientene var 80,5% av pasientene registrert i et forløp og 67,2 % gjennomført innenfor anbefalt forløpstid. Det er som tidligere for kreftformer i urinveier og tykk- og endetarmskreft at måloppnåelsen er lavest. Arbeidet med å bedre behandling ved hjerteinfarkt med gjennomgang av pasientforløpene er godt i gang både med prehospital opplæring og trening og registreringer av kritiske tidsfaktorer. Barneavdelingen yter tjenester til Statens Barnehus. Det er etablert lokalsykehustilbud for pasienter med sykkelig overvekt

### Psykisk helsevern og rus.

Tvangsbruken er redusert ved at andelen tvangsinnleggelse er redusert fra 16,5 % til 14,9 % i 2018. Det er færre vedtak og færre individer som legges inn med tvang. Vedtak om bruk av tvangsmidler er redusert med 3,3 %.

Det har høsten 2018 vært arbeidet målrettet med planlegging av implementering av pakkeforløpene innenfor psykisk helsevern og TSB. Selve implementeringen vil bli utfordrende, og vil være gjenstand for dedikert oppfølging. Kommunal betalingsforpliktelse for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern og TSB innføres fra 01.01.19.

UNN har i all hovedsak fulgt opp punktene i oppdragsdokumentet innen somatikk, psykiatri og rusfeltet. Det er noen områder som har sen oppstart men disse følges vider opp i 2019. Måloppnåelsen er ikke god nok på enkelte områder.

### Samhandling med kommuner

UNN har opprettet et eget fastlegeråd og et klinisk samarbeidsutvalg med kommunene og fastlegene. Arbeidet med å utarbeide felles, reviderte prosedyrer for de viktigste akutte pasientforløpene er videreført og fullført for noen tilstander. Det er nedsatt partssammensatt arbeidsgruppe som skal bedre forløpene for multisyke og avdekke hindringer for økt egenmestring. Utvalget ser også på hvordan fordelingen av ansvar og oppgaver mellom UNN og kommunene skal foregå.

### Samhandling med leverandører av private helsetjenester

Det er avholdt møter med all private opptrenings og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtaler med Helse Nord. Samhandlingsavdelingen arbeider kontinuerlig sammen med fagmiljøene med å fullføre inngåelse av avtaler med avtalespesialistene.

### Kvalitet

UNN har utfordringer med å nå kravet om at det ikke skal være korridorpasienter. Regelmessig ligger det mellom 2 og 8 pasienter pr døgn på korridor. Dette rapporteres månedlig i kvalitets- og virksomhetsrapportene. Tendensen er svakt nedadgående og det er ved 6 sengeposter utfordringene ligger.

Andelen pasientskader målt med GTT er redusert i siste måling i forhold til tidligere, fra 18,5 % av innleggelsene i 2016 til 11,25% av innleggelsene i 1. tertial 2018. Dekningsgraden i de medisinske kvalitetsregistrene er varierende for UNN. Mange fagmiljø bruker registerdata



aktivt i forbedringsarbeid, men det er fortsatt forbedringspotensial i å øke dekningsgrad og ta i bruk resultater til eget forbedringsarbeid mer systematisk.

I hovedsak ligger UNN på eller over landsgjennomsnittet på de svært mange kvalitetsindikatorerne som publiseres nasjonalt. På viktige indikatorer der resultatene for UNN ligger under landsgjennomsnitt iverksettes tiltak, herunder vurderingsfristbrudd, epikrisetid, trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen og pasienttilfredshet ved kirurgisk behandling for urinlekkasje hos kvinner.

#### Pasientsikkerhet

De obligatoriske tiltakene i innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet er iverksatt ved alle sengepostene. Mange spesialavdelinger har iverksatt tilpassede tiltak. Et eksempel på dette er forebygging av trykksår i ambulanseavdelingen og ved operasjonsavdelingene. 28 av 41 enheter oppgir at de har pasientsikkerhetstavler. Tavlemøtene er et godt redskap for å holde oppmerksomhet på egne resultater innenfor pasientsikkerhetsarbeidet, og bidrar til kulturendring. Det er utviklet en rapport i Helse Nord Ledelsesinformasjonssystem (HN LIS) basert på registrerte tjenestekoder for legemiddelsamstemming ved innleggelse. For 2. tertial var andel registrert samstemt for hele UNN 17 % og for 3. tertial 23 %. På grunn av det som oppleves som en tungvint og arbeidskrevende registreringsprosedyre er den reelle gjennomføring av legemiddelsamstemming i UNN høyere, men dette er det ikke mulig å tallfeste.

Det er i 2018 iverksatt pilotering på to nye innsatsområder; sepsis på sengepost og trygg utskrivning. Pilotavdelinger er i gang med tiltakene og basert på piloterfaringer vil disse videreføres til andre avdelinger. UNN har lagt til tette for at pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder videreføres etter programperiodens slutt ved utløpet av 2018.

#### Smittevern

Andelen sykehusinfeksjoner målt ved prevalensmåling var på 2.7 % i UNN i 2018. Dette er en gledelig nedgang fra tidligere år og under måltallet på 3,5%. Det arbeides kontinuerlig med reduksjon i bruk av bredspektret antibiotika og antall definerte døgndoser pr 100 liggedøgn i 2.tertial var lavere enn i 2012, og også nesten 10 % lavere enn landsgjennomsnittet. Etter sepsistilsynet i 2017 har det vært et bevisst valg å være aggressiv med bredspektret antibiotikum i behandlingen av pasienter med sepsis/alvorlig infeksjon. Konsekvensen er at bruken av bredspektret antibiotikum har økt i Akuttmedisinsk klinikk.

Vaksinasjonsgraden for sesonginfluensa var på 52 % i UNN. Dette er en dobling fra 2017, men likevel lavere enn målsetningen på 75 %.

#### Forskning og innovasjon

Gjennom Klinisk forskningsavdeling bistår UNN med forskningsveiledning, forskningsadministrasjon og klinisk service gjennom klinisk forskningspost. Dette er viktige bidrag for å realisere Helse-Nords forskningsstrategi. UNN deltar i regionalt og nasjonalt samarbeid rundt blant annet forskningsinfrastruktur, og tilrettelegger for klinisk forskning gjennom disse kanalene. Aktivitetstallene for 2018 innen forskning er ikke klare ennå, men det var en økning i forskningsaktiviteten fra 2016 til 2017. Antall kliniske studier økte fra 45

til 59, og antall studier som rekrutterer mer enn 100 pasienter viser også en økning. Følgforskning på medikamentfritt behandlingstilbud i psykiatri starter våren 2019.

Induct er innført som verktøy for å måle og registrere innovasjon. Registreringene viser at det pågår mange innovasjonsaktiviteter i UNN, men det er flere problemstillinger rundt konfidensialitet, datasikkerhet og rutiner som må løses før Induct tas i bruk fullt ut.

### Klima og miljøtiltak

Miljømålene er oppdatert i tråd med de nasjonale miljømålene. UNN resertifiseres årlig, og foretaket er i gang med datainnsamling som legges inn i den nasjonale databasen for miljømål. Gjennom felles innkjøpsordning via Sykehusinnkjøp stilles det miljøkrav til anskaffelser. Alle dataarbeidsplasser og møterom er nå tilrettelagt for møtedeltakelse på telematikk og legger derved til rette for redusert behov for fysiske reiser.

Skype og videokonferanser er økende i den kliniske virksomheten og flere konsultasjoner skjer nå via tematikk. Også ambulering av fagpersoner reduserer pasientreiser.

### Personvern og Informasjonssikkerhet

Det gjennomføres et stort og omfattende arbeid gjennom tilpasningen til GDPR. En rekke aktiviteter er igangsatt og mye av arbeidet som er startet i 2018 vil implementeres i første halvår 2019. Status for informasjonssikkerhet rapporteres i Ledelsens gjennomgang.

Tiltak som fortsatt ikke er fullt ut gjennomført etter ROS analysen fra 2017 er sikker utskrift i alle klinikker, opplæring av alle ansatte i GDPR, systematisk tilgangskontroll, systematisk innsynskontroll i journal og internrevisjon av forskningsprosjekter.

Det arbeides fortsatt med lukking av avvik etter riksrevisjonens rapport i 2013. 67 % av alle ansatte har gjennomført og bestått e-læring i informasjonssikkerhet. Systematisk innsynskontroll i journal vil bli iverksatt i 1. halvår 2019. Ansvarsavklaring for informasjonssikkerhet for MTU er ikke avklart i påvente av resultater fra regionalt prosjekt.

Medisinsk teknisk utstyr er risikovurdert og samhandlingsavtaler er utarbeidet mellom foretakene og HN-IKT for å ivareta Informasjonssikkerheten på området medisinsk teknisk utstyr.

### Beredskap

Det er i 2018 gjort systematisk risikovurdering på en rekke scenarier i beredskapssammenheng, herunder brann, bortfall av kritisk infrastruktur som vann og elektrisitet, langvarig bortfall av kliniske IKT-systemer og massetilstrømmning. Behov for justering av eksisterende og utvikling av nye beredskapstiltak for å forebygge konsekvens er identifisert og under oppfølging. Dette vil være et langvarig og omfattende arbeid.

## Pasient og brukermedvirkning

Det pågår informasjonsarbeid gjennom blant annet Mine behandlingsvalg og nye internettsider med revidert innhold av behandlingsformer. Det samarbeides med Samvalgssenteret for utvikling og implementering av nye verktøy for samvalg. Samvalgssenteret fikk i 2018 oppdraget med nasjonal implementering av samvalg. I alt syv samvalgsverktøy er ved utgangen av 2018 publisert på Helsenorge.no og ytterligere seks verktøy er under utarbeiding, dels i samarbeid med andre helseforetak i Norge. UNN har publisert 100 nye, unike pasientbehandlinger/-undersøkelser på foretakets internettsider i 2018.

## Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig personell

Høsten 2018 igangsatte UNN en styrket innsats på sykefraværsområdet, i tett samarbeid med NAV. I en rekke enheter med fravær over 10 % jobbes det med å kartlegge årsaken til fravær og sette inn tiltak. Tiltakene varierer alt etter årsak til fravær.

UNN arbeider med å implementere tiltak fra Kompetanserapporten som er vedlagt tertialrapport 1. 2018; i en bred kartlegging av behovet for kompetanse og personell frem mot 2030 ble dagens personalressurser vurdert opp mot det anslåtte behovet, og en rekke områder med risiko for mangle på kompetanse ble identifisert. Herunder sykepleiere, spesialsykepleiere innen flere områder, bioingeniører og bioingeniører med spesialkompetanse, radiografer med spesialkompetanse, psykologspesialister, legespesialister innen enkelte spesialiteter og helsesekretærer med videreutdanninger. Resultater og tiltak beskrevet i rapporten brukes systematisk i arbeidet med å planlegge foretakets kompetanseutvikling og -planer samt kunnskap om hvilke formelle utdanningsløp og dimensjonering av disse som trengs i fremtiden.

UNN er godt i gang med å implementere ny utdanningsmodell for leger i spesialisering, med formål om også å sikre at vi utdanner de legespesialiteter som UNN og regionen har behov for. Søknader om godkjenning for de ulike spesialitetene sendes fortløpende og innen fristen 1.3.19.

## Helse, miljø og sikkerhet

UNN bidrar aktivt til å utvikle nye indikatorer på alle områder inkludert HMS i HN-LIS. Det er etablert et særskilt utviklingsmiljø for HN-LIS. I den grad datakilder er tilgjengelig i HN-LIS utarbeides det indikatorer, som sykefravær og AML-brudd.

Det er bred deltakelse i regionale fora og prosjekter fra UNN på området Helse, miljø og sikkerhet. UNN har hatt grundig gjennomgang og revisjon av prosedyrer og retningslinjer for varsling, oppfølging og rapportering av vold, trusler og trakassering. Arbeidet vil bli overlevert for behandling i AMU i mars 2019

## Innfri den økonomiske mål i perioden

UNN har jobbet med oppfølging av tiltaksplaner gjennom hele 2018 for å sikre økonomisk balanse. Selv med ekstraordinære tiltak lyktes det ikke foretaket å oppnå økonomisk balanse eller innfri kravene. Det er levert månedlige styrebehandlete rapporter og tiltaksplaner gjennom hele 2018 til Helse Nord RHF.

På områdene pasientreiser uten rekvisisjon, klinisk farmasi og nytt sak/arkivsystem er det for tidlig å si noe om nytteverdien av prosjektene. Kompetansemodule er i ferd med å bli det viktige redskap i foretakets planlegging og oversikter for kompetanse som foretaket har behov for, men det gjenstår fortsatt mye innføringsarbeid. Opplæringsbehovet har vist seg å være større enn først antatt. Plan for videre opplæring er utarbeidet og kurs gjennomføres kontinuerlig. Gevinster av modulen inkluderer mer systematisk og strategisk arbeid med kompetanseutvikling, mer strukturerte utviklingssamtaler og oppfølging av medarbeidere, lett tilgjengelig dokumentasjon av kompetanse og dermed enklere akkreditering og revisjoner. Kompetansemodule kan også bidra til enklere bemanningsplanlegging, bedre koordinering, administrering og oppfølging av utdanningsløp samt bidra til å sikre bærekraftige fagmiljø.

### Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

UNN arbeider med husleiemodell etter modell fra Helgelandssykehuset. Avtale med UiT om arealdeling av universitetsarealer er til godkjenning hos UiT. Det er bred deltakelse fra UNN i Eiendomsforum og i de regionale og nasjonale fora som har eiendomsforvaltning som felt. Evalueringen av PET og A-fløya er ikke påbegynt.

### Anskaffelsesområdet

I UNN arbeides det med å få på plass de nødvendige justeringer for full implementering av innkjøpssystem. Dette er et område der det er gjensidig avhengighet mellom partene i foretakene, Helse Nord, regional og nasjonal Sykehusinnkjøp. Innkjøpssystemene og avtalelojaliteten blir stadig bedre men det er komplekst med så mange aktører involvert.

### Risikostyring og internkontroll

UNN har i 2018 vedtatt nytt system for ledelsens gjennomgang (LGG), som et svært viktig ledd i foretakets internkontroll. Dette skal piloteres i to klinikker i 2019, der LGG gjøres på avdelings- og klinikknivå for gjennomgang av virksomhetsåret 2018.

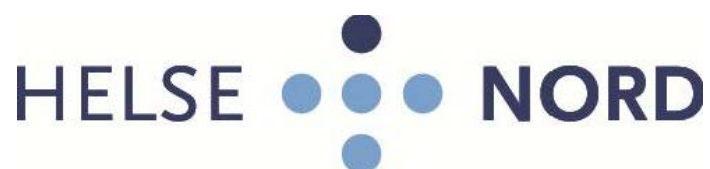
Det ble gjennomført risikovurdering på informasjonssikkerhet i hele foretaket i 2017. Risikovurderingen konkluderte med fire hovedområder for oppfølging: *Sikker utskrift, dokumentere opplæring i personvern- og informasjonssikkerhet, kontroll av ansattes tilganger og systematisk innsyns kontroll.* Det gjenstår fortsatt implementeringsarbeid på disse områdene.

UNN gjennomfører risikostyring etter mal fra HN RHF og tilsvarende retningslinjer. Det er gjennomført risikovurderinger på blant annet beredskap, informasjonssikkerhet, prosjekter, arbeidsmiljø, organisatoriske endringer, bygningsmessige endringer og overordnede mål. For fremtidige LGG vil risikostyring inngå som et av hovedområdene som gjennomgås

### Styringsparametere

UNN gjennomgår regelmessig alle styringsparametere når disse er tilgjengelig, herunder systematisk oppfølging av nasjonale kvalitetsindikatorer når disse publiseres tertialvis. Områder der måloppnåelse ikke er tilfredsstillende identifiseres og påpekes, og det utvikles og iverksettes tiltak. Der indikatorene kan følges kontinuerlig kan de bli tatt inn i tavlemøter

på ulike nivå for å sikre tett ledelsesmessig oppfølging. Tiltaksarbeidet medfører ikke alltid ønsket måloppnåelse, og må utvikles videre i tråd med kontinuerlig forbedring.



# Årlig melding

## 2018 for

### Universitetssykehuset

### Nord-Norge



## Innhold

1	Innledning.....	12
2.	(ingen kappittel 2 i mal fra Helse-Nord).....	12
3.	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	12
3. 1.	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....	12
3.1.1	<i>Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021.</i> .....	13
3.1.2	<i>Ikke ha fristbrudd.</i> .....	13
3.1.3	<i>Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017</i> .....	13
3.1.4	<i>Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.</i> .....	13
3.1.5	<i>Ha høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).</i> .....	14
3.1.6	<i>Følge opp anbefalingene i rapporten fra de regionale helseforetakene til HOD</i> .....	14
	<i>«Overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag», og redegjøre for denne oppfølgingen innen 1. mai. En viktig forutsetning for overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler er at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon om legemidler på forskrivningstidspunktet.</i> .....	14
3.1.7	<i>Registrere i pasientadministrative systemer at pasienter har vært vurdert og eventuelt fått tildelt kontaktlege. Det skal redegjøres for status i tertialrapport 1.</i> .....	15
3.1.8	<i>Utvikle rutiner for god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste ut fra best tilgjengelig kunnskap. Rutinene skal omfatte overføring internt i sykehuset og mellom sykehuset og primærhelsetjenesten. Rutinene utarbeides i samarbeid med ungdomsrådet i helseforetakene.</i> .....	15
3.1.9	<i>Stimulere og legge til rette for at ansatte kan få kompetanseheving i samisk språk og kulturforståelse.</i> .....	15
3.1.10	<i>Bidra til kompetanseutvikling som bygger opp under Helse Nord's ansvar for å sikre likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud til hele den samiske befolkningen i Norge.</i> .....	15
3.1.11	<i>Øke bruken av Mine pasientreiser (digitaliseringsgrad) til 55 % i Helse Nord.</i> .....	16
3.1.12	<i>Etablere mottaksprosjekt for å innføre ny funksjonalitet i tråd med forutsetningene som legges innenfor FRESK-programmet (FREmtidens Systemer i Klinikkene).</i> .....	16
3.1.13	<i>Beskrive status og lage videre plan for omleggingen av Raskere tilbake, innen 1. april 2018.</i> .....	16
3.1.14	<i>Ta i bruk digital kommunikasjon med pasienter og pårørende og andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no innenfor rammene av digitale innbyggertjenester.</i> .....	16
3.1.15	<i>Kvalitetssikre at alle prosjekt/program som benytter IKT er godkjent i tråd med arkitekturprinsipper, og at samhandlingsløsninger gjennomføres i tråd med nasjonal samhandlingsstruktur.</i> .....	17

3.1.16 Etablere system for å implementere lovendringene i helsepersonelloven § 10 som omhandler barn som pårørende. ....	17
<b>3. 2. Somatikk</b> .....	<b>17</b>
3.2.1 Ta i bruk pakkeforløp hjerneslag etter nasjonale retningslinjer. ....	17
3.2.2 Gi intravenøs trombolysebehandling til minst 20 % av pasienter med akutt hjerneinfarkt. ...	17
3.2.3 Gi minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som skal ha trombolysebehandling, denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. ....	18
3.2.4 Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.....	18
3.2.5 Ha minst 70 % av nye kreftpasienter i pakkeforløp. ....	18
3.2.6 Gjennomføre minst 70 % av pakkeforløp innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.....	19
3.2.7 Redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas. ....	19
3.2.8 Følge opp variasjon i liggetid, etterkontroller og rehabilitering for hofteprotese- og hoftebruddspasienter, samt variasjon i utnyttelse av operasjonsstuene, jf. Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse av effektivitet i sykehus.....	19
3.2.9 Forberede innføring av Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft fra 2019.....	19
3.2.10 Delta i informasjonskampanje for å øke antall organdonorer i 2018. Kampanjen skal også omfatte levende giver av nyre.....	20
3.2.11 Kartlegge om laboratorierekvisisjonene inkluderer den kliniske informasjon som er nødvendig for å vurdere om prøvene skal analyseres og for å tolke analysene. Det skal også foreslås tiltak som kan iverksettes dersom kartleggingen skulle konkludere med at informasjonsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig. Frist for rapportering 15. april. ....	20
3.2.12 Ta i bruk nasjonal traumeplan av 2016 og de krav som stilles til akuttsykehus med traumefunksjon og traumesenter, inkludert opplæring og trening jf. styrevedtak 26-2017. ....	20
3.2.13 Etablere system for å tilkalle og trene akutteam ved alvorlige tilstander som: traumer, alvorlig syke barn, andre alvorlig syke pasienter, syke nyfødte.....	20
3.2.14 Bidra til at pasienter under 80 år innlagt med NSTEMI, får koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. ....	20
3.2.15 Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulanspersonell for å øke andelen prehospital trombolyse ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI).....	21
3.2.16 Behandle mer enn 40 % av pasienter under 80 år med STEMI med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter. ....	21
3.2.17 Sikre lokalsykehusstilbud med nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til pasienter med sykelig overvekt. ....	21
3.2.18 Delta i en nasjonal ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine behandlingsmuligheter for enten etablert eller utprøvende behandling i Norge eller i utlandet, jf. utredning gjennomført i 2017. ..	21
3.2.19 Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Kirkenes. ....	21



3.2.20 Overta Flight Following av ambulanshelikoptrene i Helse Nord og koordinering av alle helikoptre som utfører ambulansetjeneste i regionen, innen 1. juni. UNN skal lede den regionale prosessen slik at endringen kan gjennomføres kostnadseffektivt og uten uheldige konsekvenser.	21
3.2.21 Reorganisere forvaltningssentrene for kliniske IKT-systemer i samarbeid med Helse Nord RHF.....	21
3.2.22 Utrede flere enn 80 % av pasientene under 80 år innlagt med NSTEMI med koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse. ....	22
3.2.23 Delta i å utrede etablering av trombektomitilbud ved hjerneslag ved Nordlandssykehuset Bodø, i samarbeid med Nordlandssykehuset. Utredningen ledes av Helse Nord RHF. ....	22
3.2.24 Overføre teknisk og merkantil forvaltning av LabCraft blodbanksystem og Medisinsk Genetikk (Jupiter) til Helse Nord IKT.....	22
<b>3. 3. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>	<b>22</b>
3.3.1 Ha færre tvangsinnleggelses i psykisk helsevern enn i 2017.....	22
3.3.2 Ha færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.....	22
3.3.3 Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	22
3.3.4 Implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus.....	23
3.3.5 Registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene, jf. innføring av betalingsplikt for kommunene fra 2019.....	23
3.3.6 Videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, herunder bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet. Bidra til at disse helsetilbudene videreutvikles slik at også samiske barns språklige og kulturelle bakgrunn er ivaretatt. ....	23
3.3.7 Iverksette tiltak for å øke tilgjengeligheten til psykisk helsevern for innsatte i fengsler, herunder språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud for samiske innsatte, og etablere forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kriminalomsorgen. ....	23
3.3.8 Styrke arbeidet med tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismespekterforstyrrelser (ASF), samt stimulere til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommuner. ....	24
3.3.9 Styrke kompetansen for behandling av psykiske lidelser blant personer med utviklingshemming.....	24
3.3.10 Tilby oppfølging med formål om tilbakeføring til ordinært arbeidsliv, utdanning eller annen aktivitet som et ledd i behandlingen. Oppfølgingen bør gjennomføres i samarbeid med brukeren selv, kommunene og NAV. ....	24
3.3.11 Etablere kommunepsykologtjeneste på Svalbard i samarbeid med Lokalstyret i Longyearbyen.....	25
3.3.12 Samarbeide med Finnmarkssykehuset om etablering av pasientforløp for akutt pasienter.	25
<b>3. 4. Samhandling med kommuner</b> .....	<b>25</b>

3.4.2 Etablere arenaer for dialog, gjensidig læring og erfaringsutveksling mv. (jf. etablering av fastlegeråd/møter) for å styrke samarbeidet med fastlegene. ....	25
3.4.3 Utarbeide en plan med konkrete tiltak for å understøtte fastleger og kommunehelsetjeneste på måter som gjør det mulig å gi behandlingstilbud i kommunene der dette er faglig forsvarlig, herunder: -Øke bruk av videobaserte konsultasjoner vis a vis pasienter og faglige samarbeidsparter (fastleger mv). Fremdrift i dette arbeidet rapporteres tertialvis. ....	26
<b>3. 5. Samhandling med leverandører av private helsetjenester</b> .....	<b>26</b>
<b>3. 6. Kvalitetsutvikling</b> .....	<b>27</b>
3.6.1 Stille nødvendige ressurser og kompetanse til det interregionale arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og forbruk. Helse Nord skal lede dette arbeidet. Oppdraget løses gjennom det interregionale prosjektet AIM(arbeidsgruppe for indikatorer og metode) og det regionale variasjonsteamet i nært samarbeid med helseforetakene i regionen. Forventet ressursbehov vil være omkring 50 % stilling fra hvert av foretakene i det faste arbeidet gjennom året foruten deltakelse i hurtigarbeidende grupper. Det trengs både kliniske ressurser og merkantile ressurser med god innsikt i foretakenes pasientadministrative rutiner og systemer. ..	27
3.6.2 Ikke ha korridorpasienter. ....	27
3.6.3 Redusere andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene med 25 %, målt ut fra undersøkelsen for 2012.....	28
3.6.4 Bruke elektronisk GTT-portal og bruke resultatene i lokalt forbedringsarbeid. ....	28
3.6.5 Registrere alle aktuelle pasienter i nasjonale kvalitetsregistre og bruke registrenes resultater i eget forbedringsarbeid. ....	28
3.6.6 Ta i bruk KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid. ....	29
3.6.7 Levere KPP-data etter nasjonal spesifikasjon. ....	29
3.6.8 Levere data inn i den nasjonale KPP-databasen. ....	29
3.6.9 Stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner. ....	29
3.6.10 Bruke Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer i eget forbedringsarbeid og rapportere i årlig melding hvilke tiltak som er satt inn. ....	29
3.6.11 Implementere nye regionale rutiner for legemiddelsamstemming og bruk av legemiddelmodul i DIPS. Rapportere andel legemiddellister som er samstemt ved innleggelse fra og med andre halvår 2018. Ved utgangen av 2019 skal mer enn 90 % av legemiddellistene være samstemt ved innleggelse. ....	29
<b>3. 7. Pasientsikkerhet</b> .....	<b>30</b>
3.7.1 Sende nødvendig informasjon med alle pasienter som skrives ut og som har behov for kommunal oppfølging. Dette for å sikre et godt og helhetlig behandlings- og pasientforløp. Informasjonen innebærer blant annet at foreløpig epikrise, samstemt legemiddelliste og medikamenter skal følge med pasienten ved utreise, jf. tjenesteavtale 5. Dersom opplysningene ikke er tilgjengelig ved utreise, for personell som skal ivareta pasienten, skal heller ikke pasienten reise ut fra sykehuset. ....	30
3.7.2 Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes aktivitet og at resultatene rapporteres i tertialrapport. ....	30
Status Pasientsikkerhetsprogrammet 3. tertial 2018.....	30

GTT .....	30
Tavler .....	30
Legemiddelsamstemming .....	31
Nye innsatsområder .....	32
3.7.3 Legge til rette for at arbeidet på pasientsikkerhetsområdet videreføres også etter 2018. ...	32
3.7.4 Ha skriftlige rutiner i Docmap som beskriver utskrivingsamtale og hvordan det sikres at pasient/pårørende får nødvendig informasjon om sin sykdom og medikamentene og at pasienten får med seg oppdatert medikamentliste. ....	33
<b>3. 8. Smittevern</b> .....	<b>33</b>
3.8.1 Ha færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, målt ved prevalensundersøkelsene. ....	33
3.8.2 Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012. ....	33
3.8.3 Utføre prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) minst to ganger årlig. HAI oppstått i eget sykehus rapporteres til Helse Nord RHF. ....	33
3.8.4 Utføre insidensundersøkelser av postoperative sårinfeksjoner i operasjonsområdet (NOIS-POSI) fortløpende, og rapportere tertialvis til Helse Nord RHF.....	33
3.8.5 Gjennomføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksette tiltak. ....	33
3.8.6 Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP).....	33
3.8.7 Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa. ....	34
3.8.8 Avklare og sikre levering av nødvendige data fra DIPS ASA. Arbeidet skal gjøres av Forvaltnings senter EPJ i samarbeid med KORSN. ....	34
<b>3. 9. Forskning og innovasjon</b> .....	<b>34</b>
3.9.1 Realisere forsknings- og innovasjonsstrategien i Helse Nord. ....	34
3.9.2 Tilrettelegge særlig for klinisk forskning og helsetjenesteforskning, også i samarbeid med andre helseforetak og universiteter i regionen .....	35
3.9.3 Øke antall kliniske behandlingsstudier sammenliknet med 2017. ....	35
3.9.4 Rekruttere flere pasienter inn i kliniske behandlingsstudier, som fyller inklusjonskriteriene, både regionale og større nasjonale forskningsstudier (bl.a. i KLINBEFORSK-prosjektene inkludert den nasjonale studien om bruk av autolog stamcelletransplantasjon ved multippel sklerose (MS)). .....	35
3.9.5 Gjennomføre en prøverapportering på antall pasienter som deltar i kliniske behandlingsstudier i helseforetakene, i tråd med anbefalinger i rapport fra arbeidsgruppe for utvikling av en indikator for kliniske behandlingsstudier. ....	35
3.9.6 Legge til rette for at gode forskningsmiljøer i eget helseforetak søker ekstern finansiering, spesielt fra Forskningsrådet og EU.....	35
3.9.7 Legge til rette for å innføre nasjonalt system for registrering og fremming av innovasjonsprosjekter. ....	36

3.9.8 Delta i prøverapportering av aktivitetsindikatoren for innovasjonsaktivitet i foretakene, jf. oppdrag til RHF-ene i oppdragsdokument 2016. ....	36
3.9.9 Tilrettelegge for forskning utover doktorgrad og slik sikre stabil forskningskompetanse i alle klinikker. ....	36
3.9.10 Delta i store søknadssamarbeid og forskningsprosjekt både i regionen og nasjonalt. ....	36
3.9.11 Delta i arbeidet med å utrede og pilotere en totalkostnadsmodell for eksternt finansierte forskningsprosjekter, sammen med RHF. ....	36
3.9.12 Etablere følgeforskning på etablert medikamentfritt behandlingstilbud ved psykoselidelser. ....	36
3.9.13 Bidra særskilt til å realisere innovasjonstiltak, sammen med øvrige HF og RHF. ....	37
3.9.14 Bidra til arbeidet med felles retningslinjer for avklaring av vertskapsrollen i eksternt finansierte forskningsprosjekter, sammen med Helse Nord RHF. ....	37
<b>4. Øvrige områder</b> .....	<b>37</b>
<b>4. 1. Klima- og miljøtiltak</b> .....	<b>37</b>
4.1.1 Sette egne mål for de nasjonale miljøindikatorene, måle og registrere disse i den nasjonale databasen som ligger hos Sykehusbygg. ....	37
4.1.2 Stille miljøkrav i alle anskaffelser. ....	37
4.1.3 Tilrettelegge flere møter for deltakelse via telematikk. ....	37
4.1.4 Redusere pasientreiser ved ambulering, bruk av telematikk, og universelt utformede kommunikasjons hjelpemidler. ....	37
<b>4. 2. Personvern og informasjonssikkerhet</b> .....	<b>38</b>
4.2.1 Rapportere, som et minimum, resultater fra helseforetakenes sikkerhetsrevisjoner, oppsummering fra avviksrapportering og trender fra gjennomførte risikovurderinger i «Ledelsens gjennomgang». Dette for å sikre etterlevelse av innholdet i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og handlingsplan for informasjonssikkerhet. ....	38
4.2.2 Rapportere avvik som ikke er lukket etter riksrevisjonsrapport <sup>12</sup> , innen 1. mars. Avvikene skal beskrives i en tiltaksplan, med ansvarlig og forventet tidspunkt for lukking. ....	38
4.2.3 Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni. ....	38
4.2.4 Revidere gjeldende driftsavtale (SLA) og databehandleravtaler mellom helseforetakene og Helse Nord IKT for å sikre at endringene innarbeides i avtalene, jf punkt 3 foretaksspesifikke krav Databehandleravtalen skal oppdateres innen 1. mars. ....	39
4.2.5 Levere oversikt over underleverandører og deres underleverandører (tredjeparter) som har tilgang (fysisk og digitalt) til infrastrukturen. Frist 1. mai. Oversikten skal minimum inneholde: Navn på leverandør. Land leverandøren opererer fra. Hvilke systemer de har tilgang til. Hvilke opplysninger de har tilgang til (personopplysninger, helseopplysninger eller andre sensitive opplysninger). Om det er inngått databehandleravtale med leverandør. ....	39
<b>4. 3. Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet</b> .....	<b>39</b>
4.3.1 Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 1. juni. ....	39

Store deler av det medisinske tekniske utstyret er risikovurdert i Medusa i forbindelse med periodisk vedlikehold. Dette har vært det internt høyst prioriterte prosjektet på MTA i 2018, og vil fortsette i 2019. ....	39
4.3.2 Delta i et felles prosjekt for å klargjøre og forbedre samhandlingen mellom helseforetakene og mellom helseforetak og Helse Nord IKT rundt MTU. ....	39
<b>4. 4. Beredskap</b> .....	<b>39</b>
4.4.1 Gjennomføre tiltak som gjør at helseforetaket er klar for å implementere ny sikkerhetslov når den trer i kraft.....	39
4.4.2 Sørge for medikamenter, utstyr og opplært og trent personell til Emergency Medical Team (EMT). ....	39
4.4.3 Gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan.....	40
4.4.4 Utarbeide planer for legemiddelberedskap, bl.a. basert på ROS-analyse av regional legemiddelkomite.....	40
4.4.5 Utarbeide planer for sivilt militært samarbeid, basert på nasjonale føringer i samarbeid med Helse Nord RHF. ....	40
4.4.6 Vurdere behov for nye tiltak for å sikre tilgang av vann og strøm for å kunne møte langvarig bortfall. ....	40
4.4.7 Vurdere behov for nye tiltak for å sikre drift uten tilgang til IKT, for å kunne møte langvarig bortfall. ....	40
4.4.8 Iverksette helsepersonellberedskap tilknyttet sysselmannens SAR-helikoptre i Longyearbyen etter plan godkjent av Helse Nord RHF. ....	40
<b>5. Sikre god pasient- og brukermedvirkning</b> .....	<b>41</b>
<b>5. 1. Pasient- og brukermedvirkning</b> .....	<b>41</b>
5.1.1 Sikre at pasienten får god nok kvalitet på informasjon for å kunne ta reelle valg for sin behandlingsmetode/behandlingssted. ....	41
5.1.2 Publisere minimum 200 flere unike pasientbehandlinger/-undersøkelser på foretakets internettsider. ....	41
5.1.3 Sikre reell brukermedvirkning i forskning, jf. retningslinjene for dette vedtatt i styresak 19-2015. ....	41
5.1.4 Legge til rette for god kommunikasjon også for pasienter med funksjonsnedsettelse. ....	41
5.1.5 Lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye samvalgsverktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk. ....	42
<b>6. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell</b> .....	<b>42</b>
<b>6. 1. Sikre gode arbeidsforhold</b> .....	<b>42</b>
6.1.1 Framlegge plan for å redusere deltidsarbeid for andel deltid over 24% i tertialrapport 1. I planen skal det framgå årlige mål for reduksjon av andelen deltid, og tilhørende tiltak for å oppnå reduksjon. Oppfølging av planen skal fremgå i fremtidig tertialrapportering. ....	42
6.1.3 Delta i regionalt nettverk for arbeid med reduksjon av sykefravær og økt nærvær. ....	43

6.1.4 Utarbeide plan for oppfølging av anbefalte tiltak i Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, datert 28.06.2017. Tiltak rapporteres i tertialrapport 1. ....	43
6.1.5 Publisere digital lederhåndbok i Compendia. ....	43
<b>6. 2. Tilstrekkelig kvalifisert personell</b> .....	<b>43</b>
6.2.1 Delta i utvikling av felles regionale kompetansestrategier, herunder også strategi for teknologistøttet læring. ....	43
6.2.2 Utarbeide årlige og langsiktige planer for foretakets bemanningsbehov og utdanningskapasitet. I tertialrapportene presenteres sammenligning mellom faktisk bemanning og utdanningskapasitet vs. plan. ....	43
6.2.3 Redegjøre, i tertialrapport 2, for foretakets handlingsplaner for arbeid med oppfølging av Helse Nords strategi for leder- og ledelsesutvikling. ....	44
6.2.4 Bidra i å utvikle felles kompetanseplan for ledere i Helse Nord. ....	44
6.2.5 Sikre drift av kompetansestyringssystemet etter endt prosjekt.....	44
6.2.6 Delta i utvikling og implementering av regional annonse- og rekrutteringsveileder. ....	45
6.2.7 Utvikle forvaltningen av kompetansestyringssystemet. ....	45
<b>6. 3. Utdanning av legespesialister</b> .....	<b>46</b>
6.3.1 Forberede og implementere del 2 og 3 av spesialistutdanning for leger i henhold til Forskrift 8. desember 2016 nr 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger. ....	46
6.3.2 Delta i regionalt implementeringsprosjekt for del 2 og 3 i spesialistutdanning for leger i henhold til styringsdokumentet.....	46
6.3.3 Forberede og iverksette søknadsprosess for godkjenning av helseforetaket som utdanningsvirksomhet innen aktuelle spesialiteter .....	46
6.3.4 Stille med to deltakere i regional kurskomite for veiledning og sørge for veilederkurs for leger i eget helseforetak .....	46
6.3.5 Lede det regionale implementeringsprosjektet for del 2 og 3 i spesialistutdanning for leger. ....	47
6.3.6 Initiere og lede arbeidet i regionen med å innfase den nye spesialiteten akutt- og mottaksmedisin. Dette omfatter å sørge for at det blir utarbeidet planer og læringsaktiviteter ved UNN og øvrige aktuelle foretak.....	47
<b>6. 4. Helse, miljø og sikkerhet (HMS)</b> .....	<b>47</b>
6.4.1 Bidra til utvikling av regional kompetanseplan for opplæring i HMS. ....	47
6.4.2 Bidra i arbeidet med strategi og kompetanseplan for vernetjenesten. ....	47
6.4.3 Bidra til å utvikle og ta i bruk indikatorer for HMS i Helse Nords ledelsesinformasjonssystem. ....	47
6.4.4 Delta i regionalt arbeid med utvikling, implementering, gjennomføring og oppfølging av ForBedring, som er den nye sammenslåtte HMS-, medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. ....	47

6.4.5 Gjennomgå og oppdatere prosedyrer for varsling, oppfølging og rapportering av vold, trusler og trakassering. ....	47
<b>7. Innfri økonomiske mål i perioden.....</b>	<b>48</b>
<b>7. 1. Resultatkrav .....</b>	<b>48</b>
7.1.1 Ha tiltaksplaner som sikrer at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2018–2021. Styrebehandlet status rapporteres til Helse Nord RHF innen 25. april. ....	48
7.1.2 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som: Innføring av felles kliniske system, jf. tidligere styrebehandling, herunder forutsetningen om kompetansebygging og funksjonell forvaltning .....	48
7.1.3 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som: Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon.....	49
7.1.4 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som: Satsing på klinisk farmasi .....	49
7.1.5 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som: Innkjøp .....	49
7.1.6 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som: Innføring av nytt sak-/arkivsystem .....	49
7.1.7 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som: Innføring av kompetansemoduleen i personalportalen .....	49
<b>7. 2. Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning .....</b>	<b>50</b>
7.2.1 Starte arbeidet med husleiemodell, basert på anbefalinger fra pilotprosjekt i Helgelandssykehuset og nasjonal rapport. ....	50
7.2.2 Følge opp en 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard, kvalitet og verdier over tid. Planen skal samordnes med fremtidige nybygg/ombygging. ....	50
7.2.3 Delta i prosjekt integrasjon av nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM) med innkjøpssystemet ClockWork. Status for arbeidet skal inngå i tertialrapport to. ....	50
7.2.4 Delta i oppdatering av Landsverneplanen, vurdere endringer i vernestatus og vernemetode. ....	50
7.2.5 Delta i arbeidsgruppe for evaluering av FDV-systemene og foreslå felles IKT- løsninger for FDV av bygg. ....	50
7.2.6 Ha avtaler for arealdeling av universitetsarealer. ....	50
7.2.7 Inngå skriftlig avtale for utleie av lokale datarom til Helse Nord IKT. Leieavtalen skal beskrive eiers (helseforetakets) ansvar for datarommens fysiske og tekniske tilstand iht. krav til lokale datarom i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Avvik fra kravene skal lukkes innen 31. desember. ....	50
7.2.8 Starte evaluering av PET-senteret, ferdigstilles 1. kvartal 2019. ....	51
7.2.9 Starte evaluering av A-fløy, ferdigstilles 1. kvartal 2019. ....	51
<b>7. 3. Anskaffelsesområdet .....</b>	<b>51</b>

8. Risikostyring og internkontroll .....	53
8. 1. Risikostyring og internkontroll.....	53
9. Særlige krav til regionale fellesfunksjoner .....	54
9.1.1 Sikre at de regionale funksjonene har en handlingsplan med milepæler for 2018/2019. Denne rapporteres i tertialrapport 1. Forvaltningssenter Radiologi (FSR).....	54
<b>10. Styringsparametere 2018 .....</b>	<b>58</b>
<b>10. 1. Styringsparametere .....</b>	<b>58</b>
10.1.1 Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016.....	58
10.1.2 Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016.....	59
10.1.3 Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017.....	59
10.1.4 30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2017 (uansett årsak til innleggelse).....	60
10.1.5 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2017.....	60
10.1.6 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2017 .....	60
10.1.7 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2017 .....	60
10.1.8 Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert. ....	60
10.1.9 Antall helseforetak som deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp i 2018. Det vises til Oppdragsdokument 2017: "Helse Nord RHF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i helseforetakenes opptaksområde deltar.".....	60
10.1.10 Andel episoder rapportert med korrekt behandlingssted til Norsk pasientregister .....	60



# 1 Innledning

Denne malen skal brukes til helseforetakenes tertialrapporter og årlige melding for 2018 til Helse Nord RHF. Nummereringen på overskriftene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

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

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

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

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

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

Oversikt over frister:

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

## 2. (ingen kappittel 2 i mal fra Helse-Nord)

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

#### 3. 1. Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

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

UNN har ved utgangen av 2018 en gjennomsnittlig ventetid på 57 dager for avviklede pasienter. For pasienter som fortsatt ikke er tatt til behandling er ventetiden 60 dager. Utviklingen har vært stabilt nedadgående gjennom flere år, men har i 2018 stabilisert seg på i underkant av 60 dager. Klinikkene rapporterer et kontinuerlig fokus på ventetiden og at målet på 50 dager er innen rekkevidde innen 2021. Ulike tiltak er innført for å redusere ventetiden for langtidsventende pasienter, blant annet innenfor ortopedi og håndkirurgi. Ved avvikling av langtidsventende pasienter vil rapportert ventetid gå noe opp for avviklede pasienter.

For psykisk helsevern er ventetiden noe kortere enn for enkelte fagområder i somatikken. Gjennomsnittlig ventetid avviklede i 2018 var 37 dager (35 dager i 2017) for psykisk helsevern voksne og 33 dager for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)(36 dager i 2017). For psykisk helsevern for barn og unge var ventetiden 50 dager i 2018.

UNN vil i 2019 sette et økt fokus på tiltak for å redusere ventetid, slik at den langsiktige målsettingen om under 50 dagers gjennomsnittlig ventetid innen 2021 kan nås. Blant annet vil flere pasientforløpsanalyser igangsettes i 2019, og det vil bli satt et økt fokus på å avvikle alle med ventetid over seks måneder. Den største utfordringen i 2019 blir sannsynligvis å sikre ventetid i psykisk helsevern for barn og unge under nytt nasjonalt krav på 40 dager.

*3.1.2 Ikke ha fristbrudd.*

UNN har mellom 20 og 40 fristbrudd pr måned, og har ikke lyktes å fjerne fristbruddene helt. Antall fristbrudd er imidlertid kraftig redusert de siste par årene. Temaet er på agenda i direktørens tavlemøter og på møter i klinikkene. Det arbeides kontinuerlig med årsakene for å unngå at fristbrudd forekommer. Årsakene er komplekse og tiltak inngår som ledd i satsingen på kontinuerlig forbedring. Det er iverksatt opplæringstiltak for å sikre rett datakvalitet og riktig årsakssammenheng for pasienter som ikke tar imot helsetilbud fra f.eks. Helfo innen frist, men det å sikre tilstrekkelig god opplæring til svært mange aktører som arbeider i et EPJ-system med mange muligheter for å gjøre feil er utfordrende. I forbindelse med innføring av DiPS Arena forventer foretaket at håndtering av henvisninger blir enklere og med mindre muligheter for å gjøre feil, samtidig som det legges opp til en omfattende og strukturert opplæring i bruk av systemet for alle relevante aktører.

*3.1.3 Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017*

Median tid til tjenestestart er pr 2.tertial 2018 på 62 dager. Dette er en reduksjon fra 1.tertial (68 dager) men en økning fra samme periode i 2017 (58 dager). Indikatoren varierer noe rundt et nokså fast intervall, men har en reduksjon over tid. Data for 3.tertial 2018 er ikke publisert. UNN er i ferd med å få indikatoren i HN-LIS, for å ha oppdaterte data og raskere rapportering tilgjengelig. Det vil fremover fokuseres særskilt på de fagspesifikke forløpene som har lengst tid til tjenestestart.

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

Ved utgangen av 2018 overholdes 86% av pasientavtalene i UNN. Det er særskilt innenfor kontakttypene *kontroller* og *behandling* at utfordringene er størst. Ny rapportfunksjon i HN-LIS gir en god oversikt over resultatene for hvert fagområde og avdeling, noe som er til stor hjelp i

forbedringsarbeidet. Indikatoren er forholdsvis ny og lite kjent. Dette vil bli fulgt opp i fagforummøter med klinikkene og på tavlemøter. Målet på 95 % innen 2021 synes å være innen rekkevidde, men vil kreve stor innsats både i forhold til opplæring, planlegging og oppfølging.

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

Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2017	2018	Endring 17 -18
Somatikk*	Månedssverk	50 205	50 681	0,9 %
Psykisk helse voksne	Månedssverk	9 420	9 506	0,9 %
Psykisk helse barn og unge	Månedssverk	2 172	2 202	1,4 %
TSB	Månedssverk	2 420	2 366	-2,2 %
Somatikk*	Økonomi	4 381 247	4 624 539	5,6 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	649 677	698 445	7,5 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	161 182	161 171	0,0 %
TSB**	Økonomi	198 070	173 659	-12,3 %
Somatikk	Konsultasjoner	265 544	280 927	5,8 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	65 360	63 894	-2,2 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	30 572	31 750	3,9 %
TSB	Konsultasjoner	10 957	13 011	18,7 %
Somatikk	Ventetid	59,9	59,3	-1,0 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	43,3	43,2	-0,2 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	50,4	50,7	-0,5 %
TSB	Ventetid	32,2	32	-0,5 %

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

Månedssverk: Oppfylt for alle, unntatt TSB.

Økonomi: Oppfylt for psykisk helsevern for voksne (PHV), men ikke for psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Nedgangen i økonomisk ressursbruk i TSB henger sammen med overføring av kostnader for gjestepasienter rus fra UNN til Helse Nord RHF fra 1.7.2018. Utviklingen i UNN kan derfor ikke ses isolert på dette området.

Konsultasjoner: Ikke oppfylt med unntak av TSB.

Ventetid: Ikke større nedgang i PHV/PHBU og TSB enn i somatikk, men fortsatt vesentlig kortere ventetid i psykiatri og rus enn i somatikk.

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

### 3.1.6 Følge opp anbefalingene i rapporten fra de regionale helseforetakene til HOD

*«Overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag», og redegjøre for denne oppfølgingen innen 1. mai. En viktig forutsetning for overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler er at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon om legemidler på forskrivningstidspunktet.*

Oppdaterte oversikter over LIS-anbud formidles fra medisinsk fagsjef til aktuelle avdelinger og klinikksjefer. Avdelingsleder følger opp overfor leger i egen avdeling. Dette har god effekt, og UNN ligger eksempelvis svært lavt nasjonalt på utgifter per DDD for TNF-hemmere. I umiddelbar fremtid er det størst potensiale for kostnadsreduksjon når Humira går ut av patent 1. januar 2019. RELIS og Klinisk farmakologi bidrar med faglige utredninger, eventuelt (intern)undervisning rettet mot relevante fagmiljøer, ved overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler (for eksempel biotilsvarende legemidler). UNN etablerer i 2019 også et system for å følge dette ytterligere tett opp med fagmiljøene, ved at linjeledelse får detaljert informasjon om praksis i egen enhet med krav om oppfølging og endring av praksis der dette er riktig.

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

Medisinsk fagsjef har avholdt klinikkvis opplæring for legene i UNN gjennom høsten 2018, både faglig om kontaktlegeordningen og hvordan dette registreres. Spesielt har vi hatt fokus på avdelinger der pasientene har ekstra behov for kontaktlege, f.eks. kreftavdelingen og barnehabilitering. Det er imidlertid fortsatt en utfordring at de ansatte opplever registreringsløsningen i DIPS som svært arbeidskrevende og unødvendig. Dette kan vanskelig løses i DIPS Classic, og UNN vil bidra til og forventer at dette blir enklere i DiPS Arena.

### *3.1.8 Utvikle rutiner for god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste ut fra best tilgjengelig kunnskap. Rutinene skal omfatte overføring internt i sykehuset og mellom sykehuset og primærhelsetjenesten. Rutinene utarbeides i samarbeid med ungdomsrådet i helseforetakene.*

Rutiner er etablert i de fleste av UNNs klinikker. Det er noe ulik grad av aktualitet og implementering mellom de ulike fagområdene. Eksempel på tiltak fra fagområdene er:

- Ivaretas gjennom dialog mellom barnehjertemedisinerne og hjertemedisinere i Hjertemed. avd. med spesiell kompetanse på GUCH-pasienter (pasienter med korrigerede medfødte hjertefeil). Et ledd i dette arbeidet er planlagt etablering av funksjon som GUCH-sykepleier (inngår i satsing for 2019 - 2020).
- Barnehabiliteringen har hatt dette som forbedringsområde over år. I tillegg ivaretas muskelsyke barn på rehabilitering etter fylte 18 år. Det har vært gjennomført felles fagdager voksen habilitering /barnehabilitering vår 2018 med gjennomgang av rutiner for inntak og henvisning.
- Det er etablert lokale ordninger som sikrer gode overganger for pasienter som går fra tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge til tilbud innenfor psykisk helsevern for voksne.

### *3.1.9 Stimulere og legge til rette for at ansatte kan få kompetanseheving i samisk språk og kulturforståelse.*

UNN har ikke jobbet systematisk med dette i 2018. SANKS er invitert til onsdagsmøte på UNN 6. februar 2019.

### *3.1.10 Bidra til kompetanseutvikling som bygger opp under Helse Nords ansvar for å sikre likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud til hele den samiske befolkningen i Norge.*

UNN har ikke jobbet systematisk med dette i 2018. SANKS er invitert til onsdagsmøte på UNN 6. februar 2019.

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

Digitaliseringsgraden for UNN var tredje tertial på 69 %, 72,5 % ved utgangen av 2018 (desember) og 62 % for året 2018 som helhet.

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

UNN arbeider tett sammen med FRESK på elektronisk kurve, Arena og andre prosjekter. Vi er pr 15. januar 2019 i rute i forhold til FRESKs forventninger. UNN har på plass lokale prosjektledere på kurve/Metavision og EPJ/ARENA. Felles styringsgruppe for begge mottaksprosjektene er etablert.

### *3.1.13 Beskrive status og lage videre plan for omleggingen av Raskere tilbake, innen 1. april 2018.*

Saken *Helse i arbeid-senteret ved UNN –videreføring etter Raskere tilbake* ble behandlet i UNNs ledermøte 18.12.18. Direktørens ledergruppe har sluttet seg til den anbefalte løsningen for organisering av Helse i arbeid-senter ved UNN. Beslutningen innebærer at tidligere ansatte i «Raskere Tilbake» organiseres i et HelseIArbeid-senter, med unntak av to legestillinger og to terapeutstillinger som organiseres i sine respektive fagavdelinger. Helse i arbeid-senteret organiseres direkte under avdelingsleder, Rehabiliteringsavdelingen, Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR-klinikken). NOR-klinikken skal sørge for omstilling i tråd med besluttet handlingsplan innen 1.mars 2019.

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

E-helse og IKT bidrar med 100 % ressurs i det regionale prosjektet som utvikler digital kommunikasjon med pasienter. I dette vil UNN være tidlig ute med å ta i bruk timebok og dialogmeldinger i 2019.

I tillegg har UNN en rekke prosjekter der digitalisering av kommunikasjon mellom fagfolk og pasienter står sentralt.

UNN bruker VAKe (videobasert akuttmedisinsk konferanse) i samarbeid med lokalsykehus og noen legevakter. Samarbeid med eHelse og IKT om digitalisering ved hjertemedisinsk poliklinikk pågår. I løpet av 2019 planlegges systematisk veiledning av indremedisinere ved UNN Harstad per distanse i regi av lungespesialister ved UNN Tromsø. Hjerte- og lungeklinikken er i gang med "mine behandlingsvalg".

Det er under utarbeidelse en plan for desentralisert utredning av hjerterytmeforstyrrelser (Holter-registrering), som bygger på samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten på digital plattform. Dette er et samarbeid med eHelse og IKT vedrørende pasienter på cardiologisk poliklinikk.

Det er opprettet videokonferanse over Ipad som kommunikasjon med pårørende og pasienter som har hjemmemodialyse. Pasientsentrert helsetjenestetsteam har tatt i bruk samme løsning.

Psykisk-helse og rusklinikken har vedtatt egen plan for videre satsing på e-helse. Klinikken har tatt i bruk CheckWare til innhenting av informasjon mellom pasient og sykehus. Løsningen ønskes tilgjengeliggjort på helsenorge.no. I Barne- og ungdomspsykiatrien er Skype-konsultasjoner etablert.

---

*3.1.15 Kvalitetssikre at alle prosjekt/program som benytter IKT er godkjent i tråd med arkitekturprinsipper, og at samhandlingsløsninger gjennomføres i tråd med nasjonal samhandlingsstruktur.*

Avdelingsleder for eHelse og IKT deltar i regionalt arkitekturutvalg. Regionale prosjekter behandles i denne gruppen. Lokale IKT-prosjekter forsøkes avstemt med arkitekturprinsippene, men her er det ytterligere potensiale for å sikre bedre oversikt og bedret oppfølging.

*3.1.16 Etablere system for å implementere lovendringene i helsepersonelloven § 10 som omhandler barn som pårørende.*

Barn som pårørende er etablert med barneansvarlige på klinikk og avdelingsnivå. Nasjonale fagprosedyrer er implementert. UNN har ingen koordinator i 50 % stilling og vi har etablert et klinisk samarbeidsutvalg. Samhandlingsprosedyrer som omhandler barn som pårørende er etablert i samarbeid med kommunene. Igangsatte tiltak følges opp med evaluering, rapportering til direktørens ledergruppe og eventuelt nye/forsterkede tiltak.

## **3. 2. Somatikk**

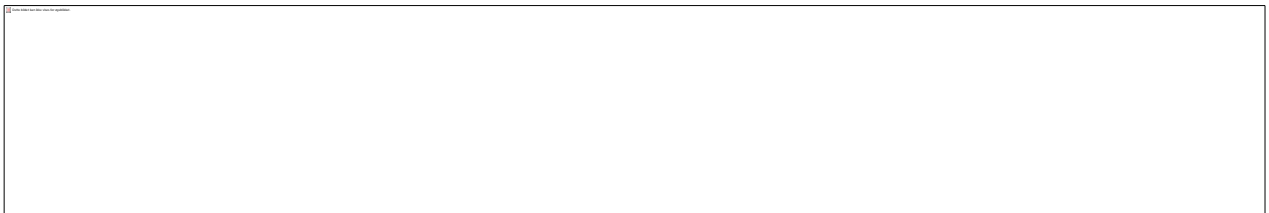
*3.2.1 Ta i bruk pakkeforløp hjerneslag etter nasjonale retningslinjer.*

UNN har etablert Pakkeforløp hjerneslag etter nasjonale retningslinjer.

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

Lokale databaser viser at andel trombolys ved hjerneinfarkt var på 18,5 %.

Ved UNN har andelen pasienter med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolys økt fra 4,5% i 2011 til 15,4% i 2017. Det eksisterer noen forskjeller mellom Harstad, Narvik og Tromsø. Disse forskjellene er i stor grad forårsaket av forskjeller i sammensetningen av pasienter, samt at pasientene fra Narvik og Harstad utgjør en liten andel av det totale antallet pasienter med hjerneslag i UNN. Å oppnå en andel på 20% er krevende på grunn av lange reiseavstander i UNN, men det pågår et arbeid for å sikre at flere kommer tidlig til sykehus, at andelen som får trombolys økes og at retningslinjer ved sykehusene i UNN etterlevs likt. Professor ved Nevro,- hud og revmatologisk avdeling i UNN leder et kombinert KLINBEFORSK og internasjonalt hjerneslagstudie der målet er å finne en bedre standardbehandling for pasienter som får hjerneslag mens de sover.



Tall fra Helsenorge.no for 2. tertial 2018.

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

Samlet for januar og februar 2018 fikk 75% av pasientene trombolysebehandling innen 40 min etter innleggelse. Akuttmedisinsk klinikk bidrar med logistikk rundt pasienttransport, registrering og mottak av pasienter ved ankomst UNN Tromsø, for å få gitt behandling innen angitte tidsfrister. For 2.tertial 2018 fikk 71,4 % av pasientene trombolyse innen 40 minutter. Dette nivået opprettholdes med en andel over 50 % også i 3. tertial.

*3.2.4 Gi hjemmedialyse til minst 30 % av dialysepasientene.*

Totalt for UNN, inkludert satellitter, var det ved utgangen av 2018 20 av 56 pasienter som fikk hjemme- dialyse. Det gir en andel på 35,7% i hjemmebehandling. Dette er et øyeblikksbilde og inkluderer ikke pasientene fra Finnmarksykehuset. Nasjonalt måles denne indikatoren på siste dag i tertialet.

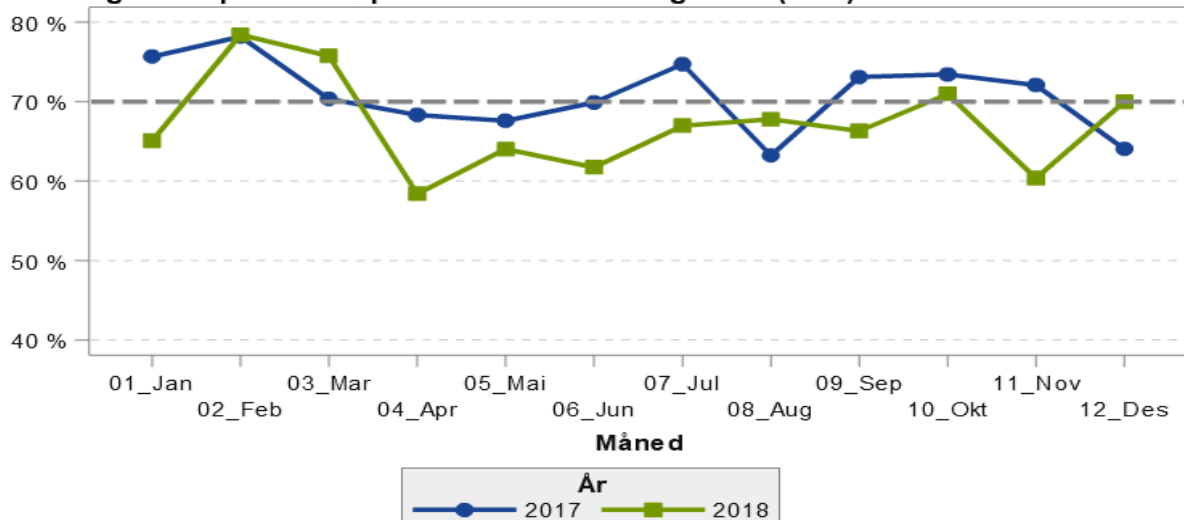
*3.2.5 Ha minst 70 % av nye kreftpasienter i pakkeforløp.*

I 2018 var 80,5 % av kreftpasientene i pakkeforløp. Forløpsandelen og tiden overvåkes nøye månedlig og følges opp på direktørens tavlemøter. Andelen har i siste halvår hatt en nedadgående trend. Sterkere lederfokus på resultatene i iverksettes for å øke andelen.

*3.2.6 Gjennomføre minst 70 % av pakkeforløp innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.*

I 2018 var 67,2 % av kreftpasientene innenfor standard forløpstid. Forløpstiden overvåkes nøye månedlig og på tavlemøter. Sterkere lederfokus på resultatene iverksettes for å øke andelen pasienter innenfor standard forløpstid. UNN har i 2018 i liten grad lyktes i å redusere variasjon i måloppnåelse mellom ulike pakkeforløp.

**Utvikling andel pakkeforløp innenfor behandlingsfrist (OF4)**



*3.2.7 Redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas.*

UNN har i 2018 intensivert arbeidet med å øke dekningsgraden på våre registreringer i KOLS-registeret. Hovedtiltaket er å systematisk gjennomføre **inventering** på våre poliklinikker. Samarbeidet med indremedisinsk poliklinikk ved UNN Harstad utvides i løpet av 2019. Dette vil bidra til en harmonisering av tjenestetilbudet.

*3.2.8 Følge opp variasjon i liggetid, etterkontroller og rehabilitering for hofteprotese- og hoftebruddspasienter, samt variasjon i utnyttelse av operasjonsstuene, jf. Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse av effektivitet i sykehus.*

I 2018 har UNN restartet prosjekt for å få operert 3-4 proteser pr operasjonsstue ved UNN Tromsø. Det er sterkere fokus på liggetiden ved alle tre lokalisasjoner og dette er fast tema på møtene til lederteamene. Det lages nå plan for utskrivelse ved innleggelse. Kontroller av protesepasienter gjennomføres nå av fysioterapeuter. Ved sengeposten i Tromsø er det laget egen kvalitetsdatabase for blant annet registrering av tidlig mobilisering og generell helsestatus. I 2019 er det igangsatt utarbeidelse av en kvalitetsdatabase for lege- og fysioterapeuttenesten ved 3 måneders kontroller. Dette gjøres i tillegg til som registreres i det nasjonale hofte- og kneregisteret.

*3.2.9 Forberede innføring av Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft fra 2019.*



UNN har i 2018 startet arbeidet med innføring av screeningprogrammet for tarmkreft. Ansvaret er lagt til Medisinsk klinikk.

*3.2.10 Delta i informasjonskampanje for å øke antall organdonorer i 2018. Kampanjen skal også omfatte levende giver av nyre.*

Det er ikke gjennomført donorkampanje i UNN i 2018.

*3.2.11 Kartlegge om laboratorierekvisisjonene inkluderer den kliniske informasjon som er nødvendig for å vurdere om prøvene skal analyseres og for å tolke analysene. Det skal også foreslås tiltak som kan iverksettes dersom kartleggingen skulle konkludere med at informasjonsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig. Frist for rapportering 15. april.*

Det ble avholdt et møte med ressurser fra laboratoriemiljøene i regionen 2.mars. Arbeidet ble ledet av Helse Nord RHF. Det ble laget et notat datert 2.5.18, hvor utfordringer og forslag til tiltak ble skissert. Notatet er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

*3.2.12 Ta i bruk nasjonal traumeplan av 2016 og de krav som stilles til akuttsykehus med traumefunksjon og traumesenter, inkludert opplæring og trening jf. styrevedtak 26-2017.*

Traumekomiteen UNN Tromsø har delegert arbeidet med å utarbeide planforslag til ei tverrfaglig arbeidsgruppe. Mandatet er å foreslå hvordan UNN Tromsø best kan tilpasse seg traumeplanens krav. Arbeidsgruppas forslag behandles av Traumekomiteen 15. januar 2019. En serie vedtak om tiltak vil følge i de kommende måneder. Kompetanseplan for traumeledere er utarbeidet i samsvar med kravene i nasjonal traumeplan.

*3.2.13 Etablere system for å tilkalle og trene akutteam ved alvorlige tilstander som: traumer, alvorlig syke barn, andre alvorlig syke pasienter, syke nyfødte*

UNN har system og rutiner for å tilkalle interne team med gruppealarm for de aktuelle temaene ved alle tre sykehus. AMK-sentralen utløser alarm via Alarm Agent eller UMS. Dette gjennomføres i henhold til plan for 1) Traumeteam, 2) Hjertestansteam og 3) ECMO-assistert resuscitering. Hjerter-lungeklinikken personell deltar også i medisinske mottaksteam, som også øver etter et fastlagt mønster. Alle tre sykehus gjennomfører regelmessig øvelser for teamene, både i forhold til selve alarmeringen, men også reell samtrening etter BEST modellen. Det gjenstår å tilpasse kompetansemodulet til å gi oversikt for hvem som har deltatt.

Det pågår regelmessig trening i Barne – og ungdomsavdelingen i håndtering av alvorlig syke barn og syke nyfødte. I tillegg deltar avdelingen i treninger sammen med fødeavdelingen og akuttmottaket (barne-BEST). Nyfødtoverlege fra UNN gjennomfører regelmessige treninger i gjenoppliving og håndtering av syke nyfødte ved fødestuene i Alta, Nordreisa, Finnsnes samt fødeavdelingene i Harstad og Narvik. Det er etablert barne-BEST i Harstad og Narvik av lokale anestesileger hvor overleger bara BUA på UNN har bidratt.

Det er opprettet en egen kompetanseplan for Laboratoriemedisin som er godkjent av traumekomitéen. Planen er tildelt ansatte og opplæring er dokumentert. Radiologisk avdelingen og PET-senter deltar ved alle Best-øvelser, både med lege og radiograf. Det er obligatorisk deltakelse på FAST-kursene for alle LIS-leger.

*3.2.14 Bidra til at pasienter under 80 år innlagt med NSTEMI, får koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse.*

Hjerte- og lungeklinikken bidrar i arbeidet med å forbedre dette pasientforløpet i regionen. Arbeidet er i regi av regionalt fagråd i hjertemedisin. UNN har dedikert personell til deltakelse i fagrådet.

*3.2.15 Gjennomføre regelmessig opplæring av ambulanspersonell for å øke andelen prehospital trombolyse ved indikasjon på ST-elevasjonsinfarkt (STEMI).*

Det gjennomføres regelmessig opplæring på ambulanspersonell med fokus på tidlig intervensjon og trombolysebehandling i UNN

*3.2.16 Behandle mer enn 40 % av pasienter under 80 år med STEMI med mindre enn 12 timer fra symptomdebut til første medisinske kontakt, med trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter.*

Hjerte-lungeklinikken er i gang med et forbedringsprosjekt for akutt koronarsyndrom-forløpet som involverer systematisk registrering av kritiske tidsintervaller. Dette gjennomføres i samarbeid med Akuttmedisinsk klinikk. I 2018 er arbeidet med nye prosedyrer for prehospital håndtering av et utvalg av de viktigste akuttmedisinske tilstandene i samarbeid mellom UNN og primærhelsetjenesten/fastlegene videreført, og prosedyrer for blant annet håndtering av STEMI er fullført og under implementering. Hjereteinfarktregisteret viser at for 2017 ble 98 % av pasientene < 80 år med STEMI innlagt i UNN Tromsø revaskularisert. Tall for 2018 foreligger ikke.

---

*3.2.17 Sikre lokalsykehusstilbud med nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet til pasienter med sykkelig overvekt.*

Dette er etablert i UNN Tromsø og UNN Harstad. Harstad ivaretar også UNN Narvik.

*3.2.18 Delta i en nasjonal ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine behandlingsmuligheter for enten etablert eller utprøvende behandling i Norge eller i utlandet, jf. utredning gjennomført i 2017.*

UNN har oppnevnt representant til denne oppgaven.

*3.2.19 Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Kirkenes.*

Barneavdelingen ved UNN har siden våren 2018 bidratt både i faglig rådgivning / innkjøp av relevant utstyr og utforming av legekontor ved Statens Barnehus. Vi har levert legetjenester etter avtale med Statens Barnehus i Tromsø.

*3.2.20 Overta Flight Following av ambulanshelikoptrene i Helse Nord og koordinering av alle helikoptre som utfører ambulansetjeneste i regionen, innen 1. juni. UNN skal lede den regionale prosessen slik at endringen kan gjennomføres kostnadseffektivt og uten uheldige konsekvenser.*

Dette er iverksatt fra 17.09.2018

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

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

*3.2.22 Utrede flere enn 80 % av pasientene under 80 år innlagt med NSTEMI med koronar angiografi innen 72 timer etter innleggelse.*

Andelen var i 2017 på 85% for UNN Tromsø, og 80 % for UNN samlet. Oppdaterte data for 2018 er ikke tilgjengelig i Norsk hjerteinfarktregister.

*3.2.23 Delta i å utrede etablering av trombektomtilbud ved hjerneslag ved Nordlandssykehuset Bodø, i samarbeid med Nordlandssykehuset. Utredningen ledes av Helse Nord RHF.*

En av UNNs nevro-intervensjonsradiologer deltar i arbeidsgruppen for dette. Per i dag er det utfordrende for avdelingen å opprettholde en 24/7 beredskap i egen virksomhet.

*3.2.24 Overføre teknisk og merkantil forvaltning av LabCraft blodbanksystem og Medisinsk Genetikk (Jupiter) til Helse Nord IKT.*

Det har vært gjennomført flere møter mellom funksjonell forvaltning LabCraft (FSL) og HN-IKT, der fokus har vært å klargjøre skillet mellom teknisk og funksjonell forvaltning. I møte 8.1.19 ble det avtalt at HN-IKT og FSL gjennomfører felles møter og samarbeider enda tettere ved neste oppgraderingsløp, slik at man får en mer detaljert oversikt over hvilke oppgaver som utføres av hvem. Det er i tillegg avtalt faste samarbeids- og møtearenaer for å ivareta både teknisk, merkantil og funksjonell forvaltning på en tilfredsstillende måte. Det er videre avtalt at HN-IKT innkaller til et virksomhetsmøte med FSL i februar for planlegging av oppgraderinger og halvårsplaner.

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

*3.3.1 Ha færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern enn i 2017.*

Antall vedtak om tvangsinnleggelse er redusert fra 587 i 2017 til 506 i 2018. Antall individer tvangsinnlagt er redusert fra 306 i 2017 til 279 i 2018. Andel vedtak om tvangsinnleggelse (av alle innleggelse) er redusert fra 16,5 % i 2017 til 14,9 % i 2018. Andel individer innlagt med vedtak om tvunget psykisk helsevern er også redusert fra 23,4 % i 2017 til 21,4 % i 2018. Flere langsgående tiltak kan tenkes å være av betydning: Jevnlige møter for psykiatere/ psykologspesialister med arbeid som faglig ansvarlige for kvalitetssikring og kvalitetsutvikling av vedtakene, herunder oppfølging av endringer i psykisk helsevernloven fra 2017. Daglig oppmerksomhet omkring grunnlag for mottak av nye pasienter hvor frivillighet tilstrebes.

*3.3.2 Ha færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.*

Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak er redusert med 3,3 % fra 2017.

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

I Rusavdelingens enheter har man jobbet strukturert gjennom flere år for å implementere tiltak fra det nasjonale drop-outprosjektet. Rutiner for tettere kontakt med pasienten og hjelpeapparatet før innleggelse, innføring og utprøving av feedbackverktøy, samt økt bruk av kartlegging av kognitiv fungering er noen av tiltakene for å redusere manglende oppmøte og avbrudd i behandlingen. Det planlegges å bruke feedbackverktøy i tråd med pakkeforløpene. Implementeringen av nasjonale faglige retningslinjer er fullført, men feedbackverktøy er ikke implementert ved alle enheter.

#### *3.3.4 Implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus.*

Det har gjennom høsten 2018 vært arbeidet målrettet med implementering av pakkeforløpene innenfor psykisk helsevern og TSB. Arbeidet i klinikken har vært organisert gjennom en implementeringsgruppe, en referansegruppe og en arbeidsgruppe for valg av feedbackverktøy. Klinikledelsen har også stått sentralt i arbeidet gjennom fast sak på lederteammøter. Sentrale problemstillinger i arbeidet har vært: Statuskartlegging, spesialistinvolvering, forløpskoordinatorer, feedbackverktøy, nødvendige verktøy i DIPS, opplæringstiltak for ledere og behandlere, samhandling med kommunene og fastlegene mv. Arbeidet vil gå over i en ny fase i 2019 og vil være gjenstand for dedikert oppfølging og oppmerksomhet.

#### *3.3.5 Registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene, jf. innføring av betalingsplikt for kommunene fra 2019.*

Kommunal betalingsforpliktelse for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern og TSB innføres fra 01.01.19. Det har i 2018 vært arbeidet på flere nivå rundt dette: En har tematisert problematikk knyttet til utskrivningsklare pasienter mer systematisk, hatt drøftinger med utvalgte kommuner og også drøftet føringene i klinikledelsen. Samhandlingsavdelingen er gitt i oppdrag å utarbeide en spesielt utformet informasjon om innføringen av kommunal betalingsforpliktelse for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern og TSB. Informasjonen vil bli distribuert bredt i virksomhetene.

#### *3.3.6 Videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, herunder bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet. Bidra til at disse helsetilbudene videreutvikles slik at også samiske barns språklige og kulturelle bakgrunn er ivaretatt.*

Avtale inngått med samtlige aktuelle barnevernsinstitusjoner. Arbeidet med å følge opp innholdet i disse avtalene er pågående.

#### *3.3.7 Iverksette tiltak for å øke tilgjengeligheten til psykisk helsevern for innsatte i fengsler, herunder språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud for samiske innsatte, og etablere forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kriminalomsorgen.*

Gjeldende samarbeidsavtale mellom UNN, Tromsø kommune og Kriminalomsorgen "Om Helse- og omsorgstjenester til innsatte i Tromsø fengsel» ble inngått i 2015. Videre ble samarbeidsavtale mellom UNN og Kriminalomsorgen ved gjennomføring av narkotikaprogram med domstolskontroll, utarbeidet og underskrevet av begge parter i 2017. Samarbeidsavtalene skal bidra til at de innsattes behov for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling blir ivaretatt og at de

ansattes behov i tjenesten får tilgang til veiledning. Tiltak for økt tilgjengelighet, herunder språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud for samiske innsatte er tematisert gjennom samarbeidsmøte 2018.

*3.3.8 Styrke arbeidet med tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismspekterforstyrrelser (ASF), samt stimulere til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommuner.*

I perioden fra 2014 til 2018 har det vært en betydelig økning i antall barn og unge henvist med spørsmål om utredning og behandling for autismspekterforstyrrelser. Fra 2014 til 2018 har autismeteamet ved Barnehabiliteringen opplevd en dobling i antall henviste barn og ungdom med vurdering og behandling for autismspekterforstyrrelser som primære henvisningsårsak. I 2017 ble autismeteamet ved barnehabiliteringen styrket med 2 stillinger, en økning fra 5 til 7 fagstillinger, for å imøtekomme etterslep med intern ventetid for behandling av barn med autismspekterforstyrrelser på over 12 måneder. Fortsatt er det betydelige utfordringer med ventetid for kunnskapsbasert behandling for pasientgruppen, og fullt ut implementering av anbefalt behandling for pasientgruppen. I 2018 ble det diagnostisert 17 barn i førskolealder med diagnose barneautisme, noe som er svært positivt da tidlig innsats er avgjørende for pasientgruppen. En erfaren behandler vil ha kapasitet til oppfølging av rundt 10 barn med behandlingsformen EIBI, og varighet for behandling er 2-3 år.

Det er gjennomført workshop i autismeteamet med brukerrepresentanter desember 2018. Tilbudet om oppfølging/veiledning av pasientgruppen og foresatte/familien er fortsatt mangelfullt i UNN.

Det er iverksatt tiltak med forpliktende samarbeidsavtaler mellom UNN og kommunene i de saker vi følger med EIBI/tidligintervensjonsbehandling.

*3.3.9 Styrke kompetansen for behandling av psykiske lidelser blant personer med utviklingshemming.*

Styret i Helse Nord besluttet i 2016 å anbefale etablering av et døgntilbud for pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse i Helse Nord. Helse Nord har gjennom henvendelse bedt om en redegjørelse «for om UNN ser behov for etablering av flere enn de to plassene som er etablert i regionen». Saken er utredet og behandlet i Psykisk helse- og rusklinikken samt NOR-klinikken. Direktørens ledergruppe besluttet i juni 2018: «Under forutsetning av fullfinansiering fra Helse Nord RHF slutter direktørens ledergruppe seg til den anbefalte løsningen om å etablere et klinisk kompetanseteam i UNN for pasienter med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser og samtidig psykisk-/rusavhengighetslidelse. Direktøren fremmer søknaden til Helse Nord RHF om finansiering til etablering av klinisk kompetanseteam, jfr forslaget i saksvedlegget.» Saken ble oversendt for videre behandling i Helse Nord RHF september 2018.

I tillegg arbeider UNN med å utrede rutiner og ansvar ved innleggelse av pasienter med særlige koordineringsbehov. Klinikken har meldt sak til direktørens ledergruppe og bedt om at det nedsettes en arbeidsgruppe som utreder rutiner spesielt for dette. Dette gjelder pasienter med psykisk utviklingshemming og somatisk sykdom, med behov for god koordinering rundt innleggelse og utredning.

*3.3.10 Tilby oppfølging med formål om tilbakeføring til ordinært arbeidsliv, utdanning eller annen aktivitet som et ledd i behandlingen. Oppfølgingen bør gjennomføres i samarbeid med brukeren selv, kommunene og NAV.*

UNN har startet utviklingen av Helse i Arbeid senteret, der tidligere Raskere tilbake og IPS (Individuell jobbstøtte - individual placement and support) inngår. ACT teamet har jobbtilrettelegger. Fokuset på arbeid og aktiv innsats for å få flere inn i ordinært arbeidsliv kan fortsatt styrkes.

### *3.3.11 Etablere kommunepsykologtjeneste på Svalbard i samarbeid med Lokalstyret i Longyearbyen.*

Det er gjennomført møte med Lokalstyret for å avklare forventninger/behov sammen med klinikkens psykisk helse- og rusklinikken. Her er det enighet om at behovet først og fremst er rettet mot oppvekst og barn, ungdom. Det er enighet om at kommunepsykolog bør være tilsatt ved UNN Longyearbyen, men gjerne ha faglig forankring i Barne- og ungdomsklinikken.

PHRK kan bidra med evt. faglig miljø (psykologen har også kontakt med klinikken i Tromsø) og støtte. Det gjenstår å gjøre nærmere avklaringer med Barne- og ungdomsklinikken før utlysning.

### *3.3.12 Samarbeide med Finnmarkssykehuset om etablering av pasientforløp for akuttpasienter.*

Tematisert på samarbeidsmøte med Finnmarkssykehuset senest 28.11.18. I møtet ble blant annet pasientforløp for akuttpasienter fra Finnmark, konkrete utviklings-/forbedringsområder, ivaretagelse av TUD-pasienter, ivaretagelse av samiske pasienter/samarbeid med SANKS, transport, ambulerer innenfor alderspsykiatri og samarbeid om spesialistutdanning drøftet. Dette med innspill fra både Finnmarkssykehuset og UNN. Pasientforløp i forhold til Finnmarkssykehuset vil også bli tematisert gjennom kommende OU-prosess for nybygg for psykisk helse og TSB i Tromsø. Det er avtalt halvårlige samarbeidsmøter med Finnmarkssykehuset.

## **3. 4. Samhandling med kommuner**

### *3.4.1 Etablere en ordning for opplæring og bruk av akuttgjeldere i samarbeid med kommunene, jf. akuttmedisinforskriften § 5.*

Akuttmedisinsk klinikk har samarbeidet med kommuner der det har vært aktuelt. Selve opplæringen har vært gjennomført i samarbeid med Stiftelsen Norsk Luftambulans.

I 2018 har klinikken hatt sentrale medarbeidere med i nasjonalt arbeid for etablering av Akuttgjeldere i frivillige organisasjoner. Ordningen ble høytidelig åpnet januar 2019.

### *3.4.2 Etablere arenaer for dialog, gjensidig læring og erfaringsutveksling mv. (jf. etablering av fastlegeråd/møter) for å styrke samarbeidet med fastlegene.*

UNN har opprettet et eget fastlegeråd som møtes jevnlig. Fagrådet skal behandle alle saker hvor UNN ønsker å flytte oppgaver fra sykehuset til fastlegene eller hvor UNN ønsker å implementere nye rutiner, samt saker hvor fastlegene har innvendinger mot eller forslag til rutiner og tilbud i UNN. Dersom det er uenighet mellom fagrådet og UNN, bringes saken inn for OSO.

En nærmere beskrivelse av Fastlegerådet, møteplan, referatet etc. finnes her: <https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling/fastlegeradet>

I tillegg har OSO nylig nedsatt et eget Klinisk samarbeidsutvalg (KSU) som skal lage forslag til samarbeidsrutiner mellom fastleger og UNN. Vedtaket lyder:

1. OSO oppretter et klinisk samarbeidsutvalg, KSU 2-2018, som lager forslag til en lokal veileder og normgivende samarbeidsrutiner mellom fastleger og UNN-leger i UNN-området.
2. KSU-et legger fram forslag til normgivende samarbeidsrutine for OSO i løpet av våren 2019.

3. Til KSU 2-2018 oppnevnes
  - a. 3 medlemmer fra kommunene, primært fastleger og/eller kommuneleger
  - b. 3 medlemmer fra UNN, en fra h.h.v. UNN Tromsø, UNN Harstad og UNN Narvik.
  - c. Forslag på kandidater sendes Samhandlingsavdelingen innen 26. oktober.
4. Samhandlingsavdelingen er sekretariat for KSU-et.

Det har vist seg utfordrende å få inn navn på deltakere fra kommunene, og arbeidet er noe forsinket ved årsskiftet. Det er derfor sannsynlig at forslaget først vil foreligge i annet tertial 2019.

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

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

Samarbeidsutvalg mellom Tromsø kommune og UNN har gitt mandat til en partssammensatt arbeidsgruppe bestående av foretak, kommune og fastleger. Arbeidsgruppen skal teste ut og samtidig kartlegge om man gjennom tettere samarbeid og støtte fra ledelsen klarer å optimalisere pasientforløpene for multisyke brukere med stort helsetjenestebehov. Arbeidsgruppen skal avdekke eventuelle hindringer, svikt i pasientforløpene og komme med forslag på konkrete forbedringsområder som kan bidra til en mer pasientsentrert tjeneste med økt egenmestring.

I regi av OSO er det etablert et Klinisk samarbeidsutvalg (KSU) som skal utrede hvordan fordelingen av ansvar og oppgaver mellom UNN og kommuner skal foregå. Arbeidsgruppen er i gang og har startet kartlegging av pasientforløpet til de første pasientene.

Det vises også til ovenstående punkt om igangsatt arbeid med å utarbeide lokale samarbeidsavtaler som regulerer samarbeidet mellom fastleger og UNN.

*3.4.4 Ta i bruk dialogmeldinger m/vedlegg og henvisning (2.0) m/vedlegg i samhandlingen med fastleger og om mulig, kommunene.*

Det er ikke mulig å sende vedlegg i dialogmeldinger fra DIPS. Vi avventer evt ny funksjonalitet i DiPS Arena.

## **3. 5. Samhandling med leverandører av private helsetjenester**

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

Møte med alle private opptrenings-/ rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med Helse Nord ble gjennomført i Tromsø, 18. og 19. april.

Arbeidet med å lage driftsavtaler med avtalespesialistene pågår.

*3.5.2 Sikre at vurderingsenheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilstrekkelig kjent med pasientrettighetene, inkludert retten til fritt behandlingsvalg.*

Vurderingsinstans rus ved i Rusavdelingen er tverrfaglig sammensatt av erfarne og høyt kompetente fagpersoner og administrasjon som kjenner pasientrettighetene inngående, inkludert retten til fritt behandlingsvalg. Vurderingsinstans rus har 2 møter i uka og ivaretar også snarlige beslutninger etter behov. Sikring av kunnskap ivaretas gjennom det enkelte medlems kompetanse i kraft av sin stilling, daglig behandlingsarbeid ved kliniske enheter i avdelingen, og tematisering og oppdatering av arbeidet i Vurderingsinstans rus.

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

Utarbeiding av samarbeidsavtaler med avtalespesialistene er igangsatt. Arbeidet er noe mer omfattende enn først antatt. Det skal utarbeides samarbeidsavtaler med 39 unike spesialister, fordelt på åtte fagområder og seks ulike steder i Troms og Ofoten. Utkast / forslag til samarbeidsavtaler er sendt til alle avtalespesialister, og de avtaler som ikke er signert følges opp med avtalespesialistene.

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

Utarbeiding av samarbeidsavtaler og plan for videre samarbeid med avtalespesialistene er igangsatt og videreføres der dette ikke er ferdigstilt. Samhandlingsenheten arbeider kontinuerlig med avtalene.

## 3. 6. Kvalitetsutvikling

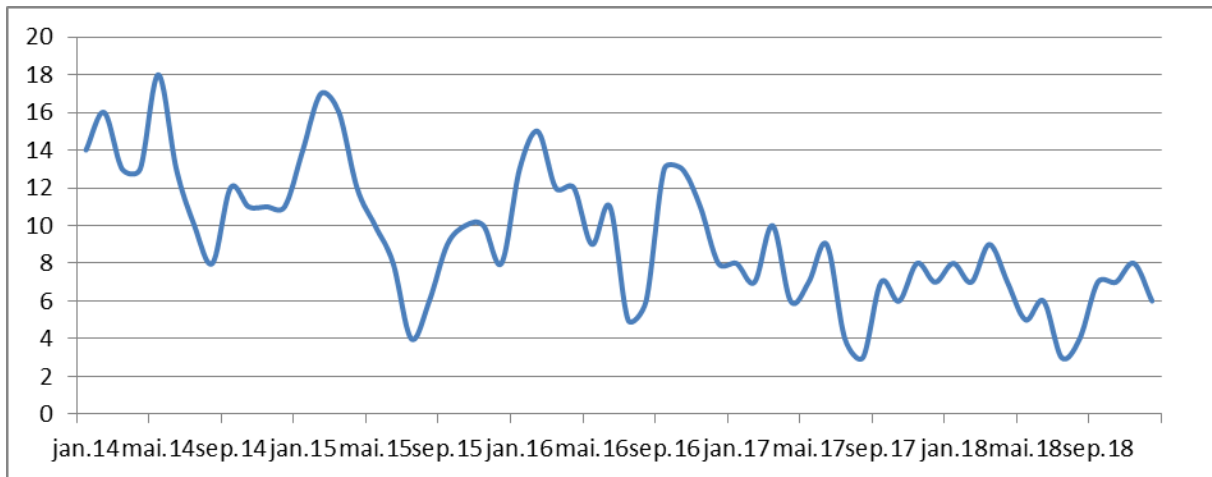
*3.6.1 Stille nødvendige ressurser og kompetanse til det interregionale arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og forbruk. Helse Nord skal lede dette arbeidet. Oppdraget løses gjennom det interregionale prosjektet AIM(arbeidsgruppe for indikatorer og metode) og det regionale variasjonsteamet i nært samarbeid med helseforetakene i regionen. Forventet ressursbehov vil være omkring 50 % stilling fra hvert av foretakene i det faste arbeidet gjennom året foruten deltakelse i hurtigarbeidende grupper. Det trengs både kliniske ressurser og merkantile ressurser med god innsikt i foretakenes pasientadministrative rutiner og systemer.*

UNN deltar og bidrar i arbeidet. Det er avsatt 50 % stillingsressurs til variasjonsteamet.

*3.6.2 Ikke ha korridorpasienter.*

UNN har fremdeles utfordringer med korridorpasienter på enkelte sengeposter. De rokader som planlegges etter at A-fløya er tatt i bruk forventes å gi bedret kapasitet, og dermed reduksjon i korridorpasienter. Justering av prosedyrer for sengekoordinering ventes også å bidra til å redusere antallet korridorpasienter. UNN har en andel på 1,7 % av pasientdøgn på korridor i 1.tertial. Det registreres en nedgang i 2. tertial som sannsynligvis dels skyldes en sommereffekt men dels sannsynligvis også en nedgang i antall utskrivningsklare pasienter i soamtikken fra Tromsø kommune. Andelen korridor døgn i 3. tertial er 1,6%, det vil si at UNN har i gjennomsnitt 6-8 pasienter på korridor pr døgn. Tendensen er nedadgående fra 2,9 % i 2014. I 1.tertial 2019 undersøkes registreringspraksis og relasjon mellom moderpost og tekniske poster for å sikrer datakvalitet på indikatoren, og det planlegges økt kapasitet for enkelte tungt belastede sengeposter.





### *3.6.3 Redusere andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene med 25 %, målt ut fra undersøkelsen for 2012.*

For 2011 var andel sykehusopphold med skade 15 %. Det kan se ut til at det er en nedgang i antall skader ved UNN. For 2016 fant man en eller flere skader ved 18,5 % av innleggelsene. For 2017 var tallet 13,3 % og for 1. tertial 2018 var andel innleggelser hvor man fant skader 11,25 %.

### *3.6.4 Bruke elektronisk GTT-portal og bruke resultatene i lokalt forbedringsarbeid.*

GTT-teamet v/ UNN benytter elektronisk GTT-portal. Resultatene på UNN-nivå er lite egnet til lokalt forbedringsarbeid, men det foreligger en plan om å teste ut GTT ved en avdeling i 2019.

### *3.6.5 Registrere alle aktuelle pasienter i nasjonale kvalitetsregistre og bruke registrenes resultater i eget forbedringsarbeid.*

Dekningsgraden i de ulike nasjonale kvalitetsregistrene er varierende for UNN. Det er erkjent at det i en del fagområder er et forbedringspotensiale i å øke dekningsgrad og deretter ta i bruk egne resultater i forbedringsarbeid. En rekke fagmiljø bruker registerdata aktivt i forbedringsarbeid, herunder i forhold til hjerneslagbehandling, hjerte- og karsykdommersykdommer, barnediabetes, flere kreftregistre med fler. Det foreligger gode eksempler fra blant annet ryggregisteret, som genererer ny kunnskap og bidrar til bedre pasientbehandling. Det er ønskelig å få til mer forskning basert på kvalitetsregistrene.

Det er foreløpig ikke etablert nasjonale kvalitetsregistre innenfor psykisk helsevern. Det er gitt tilskudd fra Helsedirektoratet til et forarbeid som kan bidra til et bedre beslutningsgrunnlag om et evt. framtidig kvalitetsregister for bruk av tvang. Dette i samarbeid med Helse Bergen. Arbeidet er i gang.

*3.6.6 Ta i bruk KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid.*

KPP er i bruk i planarbeidet og i virksomhetsarbeid ved UNN.

*3.6.7 Levere KPP-data etter nasjonal spesifikasjon.*

UNN har levert i tre år på dette, og levert to år pilot innen psykiatri som et av få foretak i landet.

*3.6.8 Levere data inn i den nasjonale KPP-databasen.*

UNN har levert prøvedata her og etter justeringer fra NPR er modellen ved UNN justert i tråd med bestilling. Den nasjonale basen er for øvrig ikke i drift, men UNN er klar til å levere til NPR.

*3.6.9 Stille med fagrevisorer til kliniske fagrevisjoner.*

Klinikkene i UNN stiller med fagrevisorer på forespørsel fra Kvalitets- og Utviklingssenteret og Internrevisjon Helse Nord RHF.

*3.6.10 Bruke Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer i eget forbedringsarbeid og rapportere i årlig melding hvilke tiltak som er satt inn.*

UNN bruker mange av disse 180 indikatorene aktivt. Når oppdaterte kvalitetsindikatorer publiseres gjennomgås disse av medisinsk fagsjef og presenteres for Kvalitetsutvalget, for ledergruppen og en gang årlig også utvalgte indikatorer for styret. I hovedsak ligger UNN på eller over landsgjennomsnittet, her er noen unntak vi har igangsatt tiltak på:

- Vurderingsfristbrudd. Dette er tatt opp i linjen og innført som kontinuerlig indikator inntil videre på direktørens tavlemøte.
- Epikrisetid innen 7 dager.
- Trombolysbehandling ved blodpropp i hjernen. Gjennomgått tallene og finner at disse i stor grad er uttrykk for variasjon på grunn av små tall, men det er igangsatt et arbeid for å sikre at trombolyssevirkosomhet foregår like godt i Harstad og Narvik.
- Pasienttilfredshet etter TVT-kirurgi. Stor variasjon mellom sykehusene i UNN. Undersøkt internt og handler trolig om kommunikasjon. Pågår prosess for å bedre dette.

Data brukes også i pasientflytarbeid, redusere svartider på laboratorietjenester, sengepostanalyse, postindikatorer, legeaktivitet, samt indikatorer for Akutt- og mottaksmedisin, tvangsmiddelbruk og tvangsinnleggelser i psykisk helsevern, fristbrudd, utsendelse av epikrise, oppfølging av fastlegers vurdering av DPS, brudd på vurderingsgaranti, oppdaterte ventetider, avbrudd i TSB. Følges opp i lederlinjene og i forkant av planlegging av drift og turnus.

Flere av indikatorene er i bruk på avdelingenes tavlemøter.

*3.6.11 Implementere nye regionale rutiner for legemiddelsamstemming og bruk av legemiddelmodul i DIPS. Rapportere andel legemiddellister som er samstemt ved innleggelse fra og med andre halvår 2018. Ved utgangen av 2019 skal mer enn 90 % av legemiddellistene være samstemt ved innleggelse.*

Implementeringsplan for legemiddelsamstemming er utarbeidet og presentert på intranett som prioritert informasjon på forsiden. Det er også utviklet et kort e-læringskurs som beskriver hvordan samstemmingen skal utføres. For 2. tertial var andel registrert samstemt for hele UNN 17 % og for 3. tertial 23 %. Det er imidlertid stor variasjon mellom enhetene. Det understrekes at disse tallene med sikkerhet gir et for negativt bilde, da mange enheter følger rutinene for samstemming uten å ha fått på plass system for registrering av tjenestekodene, som av mange kliniske miljø oppfattes som en tungvint, arbeidskrevende byråkratisk registrering.

## 3. 7. Pasientsikkerhet

*3.7.1 Sende nødvendig informasjon med alle pasienter som skrives ut og som har behov for kommunal oppfølging. Dette for å sikre et godt og helhetlig behandlings- og pasientforløp. Informasjonen innebærer blant annet at foreløpig epikrise, samstemt legemiddelliste og medikamenter skal følge med pasienten ved utreise, jf. tjenesteavtale 5. Dersom opplysningene ikke er tilgjengelig ved utreise, for personell som skal ivareta pasienten, skal heller ikke pasienten reise ut fra sykehuset.*

Klinikkvise utskrivingsprosedyrer er etablert, enkelte klinikker har eget elektronisk kvalitetssystem og samarbeidsavtaler for kommunal oppfølging. Det er etablert egne utskrivingskoordinatorer på sengeposter. I tillegg jobber avdelingene i samarbeid med kliniske farmasøyter for å få opp andelen legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Det er gjort kjent at epikriser må være forhåndsgodkjent før utreise. Avvik pga manglende epikriser tas opp for å hindre slike hendelser. UNN mottar imidlertid ukentlig flere avvik fra samhandlingsprosedyrene på dette området, og vil i 2019 følge dette opp ukentlig i ledergruppens tavlemøte.

Deltagelse i Samarbeidsforum Somatikk for å få til bedre samarbeid med kommunene.

*3.7.2 Sikre at pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes aktivitet og at resultatene rapporteres i tertialrapport.*

### **Status Pasientsikkerhetsprogrammet 3. tertial 2018**

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

### **GTT**

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

### **Tavler**

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

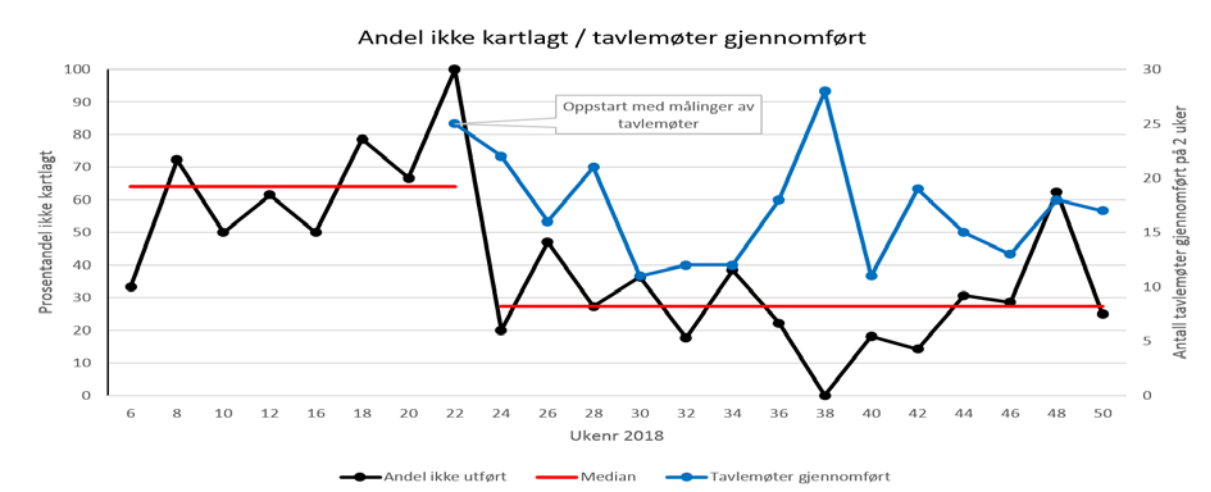
Stadig flere enheter tar i bruk risikotavler. Her fokuseres den enkelte pasients risikoområder og oppfølgingen av disse.

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



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

### Andel ikke kartlagt/tavlemøter gjennomført



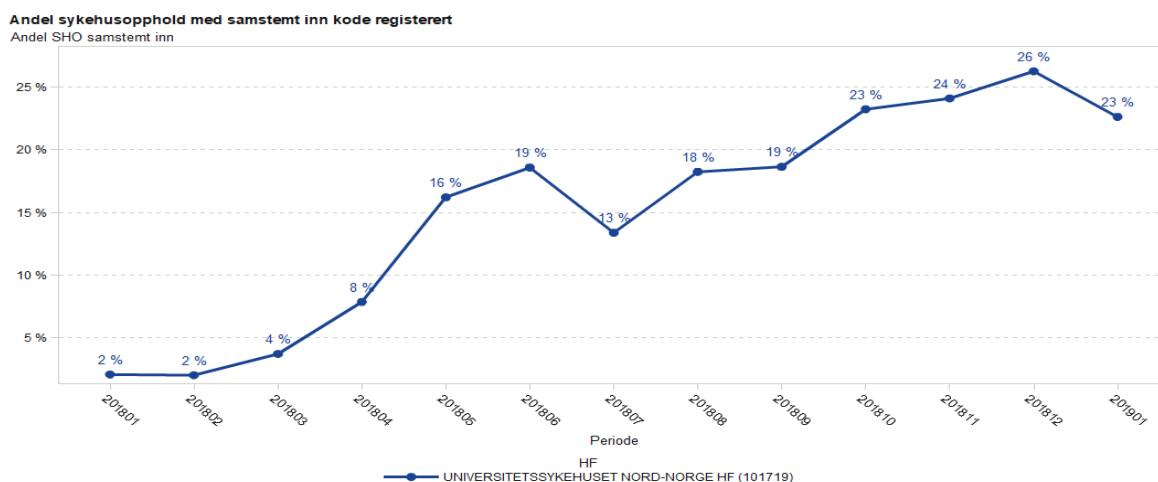
### Legemiddelsamstemming

Dette området beskrives spesielt, da det i løpet av 2018 er utarbeidet felles regionale rutiner for hvordan samstemming av legemiddellister skal gjennomføres. De nye prosedyrene inkluderer oppdatering av DIPS medikasjon og registrering av tjenestekode for rapportering.

Implementeringsplan for legemiddelsamstemming er utarbeidet og presentert på intranett som prioritert informasjon på forsiden. Det er også utviklet et kort e-læringskurs som beskriver hvordan samstemmingen skal utføres.

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

**Figur 1 Andel sykehusopphold med samstemt inn-kode registrert**



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

## Nye innsatsområder

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

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

### 3.7.3 Legge til rette for at arbeidet på pasientsikkerhetsområdet videreføres også etter 2018.

Det vil i forbindelse med fremlegg av resultater for 3. tertial 2018 for Kvalitetsutvalget, inviteres til diskusjon om hvordan arbeidet skal videreføres i 2019. Møtet avholdes i februar 2019.

*3.7.4 Ha skriftlige rutiner i Docmap som beskriver utskrivingsamtale og hvordan det sikres at pasient/pårørende får nødvendig informasjon om sin sykdom og medikamentene og at pasienten får med seg oppdatert medikamentliste.*

Det er i 2018 laget et UNN-overgripende flytskjema som beskriver samhandlingsprosessen for pasienter som mottar kommunale tjenester (PB0655 i DocMap), herunder også utskrivelse. UNN-teamet som er pilot i innsatsområdet "Trygg utskrivning" har ikke slutført sitt arbeid, og dette er et område det vil bli satset videre på i 2019.

## 3. 8. Smittevern

*3.8.1 Ha færre enn 3,5 % sykehuspåførte infeksjoner, målt ved prevalensundersøkelsene.*

Det vil alltid pågå kontinuerlig arbeid på området. Rapport levert fra Smittevernsenteret viser sammenlagt prevalens for UNN på 2,7% i 2018

*3.8.2 Redusere bredspektret antibiotikabruk med 20 % sammenliknet med 2012.*

Avdeling for mikrobiologi og smittevern (AMS) har ansvar for etablering av styringssystemer (infeksjonskontrollprogram, antibiotikastyringsprogram), rådgivning og overvåkning. AMS har levert både på overordnet nivå og med tilbakemelding til hver enkelt avdeling. Det er lederne i den kliniske virksomheten (alle klinikker) som har ansvar for resultatmålene.

I UNN er antall definerte døgndoser pr 100 liggedøgn i 2.tertial på 13,4 mot et landsgjennomsnitt på 16,4. Dette er en nedgang fra tidligere (15,1 i 2012). Etter sepsistilsynet i januar 2017 har det vært et bevisst valg å være aggressiv med bredspektret antibiotikum i behandlingen av pasienter med sepsis/alvorlig infeksjon. Konsekvensen er at bruken av bredspektret antibiotikum har økt i akuttmedisinsk klinikk.

*3.8.3 Utføre prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) minst to ganger årlig. HAI oppstått i eget sykehus rapporteres til Helse Nord RHF.*

Det ble gjennomført fire prevalensundersøkelser i 2018.

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

UNN registrerer insidens for postoperative sårinfeksjoner for NOIS-inngrepene aortakoronarebypass, total- og hemiprotoser hofte, keisersnitt, kolecystektomi og koloninngrep. Dette rapporteres av smittevernoverlegen tertialvis til Helse-Nord.

*3.8.5 Gjennomføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksette tiltak.*

Dette er satt i system i UNN. Smittevernsenteret deltar i arbeidet og det gjennomføres systematiske tverrfaglige gjennomganger ved dyp sårinfeksjon. Rapportering til Kvalitetsutvalg og på systemnivå til ledelsens gjennomgang.

*3.8.6 Ha minst ett punkt i årsplanen for internrevisjon tilknyttet infeksjonskontrollprogrammet (IKP).*

Det ble gjennomført intern revisjon på «Smittevern - rengjøring av fleksible skop». I tillegg var IKP del av revisjonsgrunnlaget i gjennomføring av intern revisjon på «Kompetansestyling - systematisk opplæring». Det ble særlig fokusert på systematisk opplæring i IKP og dokumentasjon av opplæringen.

### *3.8.7 Vaksinere 75 % av helsepersonell med direkte pasientkontakt for sesonginfluensa.*

Tiltak rettet mot målsetning om 75 % vaksinasjonsdekning var følgende:

Markedsføring av influensavaksinen gjennom blant annet kampanjer på intranett, Pingvinavisen, undervisning på onsdagsmøte, fast informasjon om vaksine og vaksinetilbud på hvert onsdagsmøte høst 2018, samt ledersamling høst 2018.

14 dagers vaksinasjonskampanje i kantinen ved UNN Breivika, administrert av bedriftshelsetjenesten. Vaksinasjon administrert av bedriftshelsetjenesten gjennomført ved UNN Breivika, UNN Åsgård, UNN Harstad og UNN Narvik. Vaksinasjon i distrikt på ambulansestasjoner og DPS har foregått i henhold til egen prosedyre omhandlende vaksinasjon i distriktet.

Kvalitetssikring, organisering og gjennomføring av kollegavaksinering ute i enhetene på alle UNNs lokasjoner. Det har vært lagt ned betydelig innsats fra Bedriftshelsetjenesten og Smittevernssenteret i arbeidet med å organisere og gjennomføre influensavaksinering i UNN, der målsetningen med innsatsen har vært 75 % vaksinasjonsgrad.

Ved utgangen av 2018 var vaksinasjonsgraden i UNN på rundt 52 %. Vaksinasjonsgraden kan øke noe da vaksinasjon fortsatt pågår, men etterspørselen på vaksinen er lavere enn tidligere i sesongen. Det er derfor mindre sannsynlig at UNN samlet når målet om 75 % vaksinedekning. Denne sesongens resultat er i midlertid en betydelig forbedring fra 2017 med en vaksinasjonsgrad på 26 % og 2016 med en vaksinasjonsgrad på 13 %. Fortsetter trenden bør det være sannsynlig å nå målet om 75 % dekning i 2019. Dette avhenger imidlertid i stor grad av at det er tilstrekkelig oppslutning fra helsepersonell som vil la seg vaksinere.

### *3.8.8 Avklare og sikre levering av nødvendige data fra DIPS ASA. Arbeidet skal gjøres av Forvaltnings senter EPJ i samarbeid med KORSN.*

KORSN har i samarbeid med FRESK og DIPS, utarbeidet en bedre løsning for Arena. Dette er en løsning som tas i bruk sammen med operasjonsplanlegging. Siste demo var 18 april. FRESK vil teste sammen med KORSN når de har fått opp sitt testmiljø med denne funksjonaliteten.

## **3. 9. Forskning og innovasjon**

### *3.9.1 Realisere forsknings- og innovasjonsstrategien i Helse Nord.*

Klinisk forskningsavdeling (KFA) med seksjon for forskningsveiledning, seksjon for forskningsadministrasjon og forskningsposten har som oppgaver å bistå forskere i UNN og Helse Nord med veiledning og i gjennomføring av forskningsprosjekter. KFA bidrar til å sette forskning på dagsordenen i UNN. Dette gjøres gjennom markedsføring internt på intranett og direkte til forskningsgruppene. Det publiseres jevnlig nyhets saker angående forskning, kurs som tilbys og om veiledning til forskere. Internt i UNN bistår KFA også forskningsgruppene med slikt som rådgivning, veiledning og støtte i forhold til arrangering av lokale klinikkinterne forskningsdager. Videre bidrar KFA inn i vurderingskomiteer for utdeling av klinikkinterne forskningsmidler, er i møter med forskere

og ledelse i klinikkene for å kartlegge barrierer for forskning samt bistår i å legge til rette for å fremme klinisk forskning. For å øke antallet industristudier er det i løpet av 2018 gjennomført et forbedringsprosjekt for å bedre servicen til klinikere som ønsker å gjennomføre industristudier gjennom å ensrette og styrke håndteringen og støtte til disse i UNN. For å bidra til å styrke forskning i alle helsefagene, også de med treårig og helseprofesjonsbakgrunn er det ansatt egen helsefaglig forskningsrådgiver i 50% stilling fra og med 2018 i UNN i tillegg til 50% funksjonen i Hesle Nord. I forbindelse med Forskningsdagene 2018 arrangerte KFA forskningsdag ved UNN.

### *3.9.2 Tilrettelegge særlig for klinisk forskning og helsetjenesteforskning, også i samarbeid med andre helseforetak og universiteter i regionen*

Gjennom aktiv deltagelse i NorCRIN nettverket, USAM, Regionalt forskningslederforum arbeider KFA aktivt med strategier for tilrettelegging for økt klinisk forskning og helsetjenesteforskning i regionen.

### *3.9.3 Øke antall kliniske behandlingsstudier sammenliknet med 2017.*

Fra 2016 til 2017 økte antallet kliniske intervensjonsstudier med finansiering fra Helse Nord RHF, hvor 58% av prosjektene gjennomføres ved UNN, fra 45 til 59 basert på forskernes rapportering. Basert på tall fra UNNs Forsknings og melderegister ble det i 2017 registrert 9 nye eksperimentelle studier hvorav 5 som inkluderte legemiddelutprøving. I 2018 er tilsvarende tall på nye registrerte studier med eksperimentelt design (i hovedsak RCTer) 18 studier hvorav 7 inkluderer legemiddelutprøvinger.

### *3.9.4 Rekruttere flere pasienter inn i kliniske behandlingsstudier, som fyller inklusjonskriteriene, både regionale og større nasjonale forskningsstudier (bl.a. i KLINBEFORSK-prosjektene inkludert den nasjonale studien om bruk av autolog stamcelletransplantasjon ved multipel sklerose (MS)).*

For å bidra til å øke inkluderingen av pasienter i kliniske behandlingsstudier påminnes forskere flere ganger i året å legge kliniske studier ut på Helse Norge.no. Ved årsskiftet 2018/19 er det registrert 36 kliniske studier på denne nettsiden ved UNN. I 2018 er det i forbindelse med revisjon av mandat vitenskapelig råd for Forskningsposten gitt prioritet til KLINBEFORSK studier. Fire KLINBEFORSK studier (ASAC, BackToBASIC, NAPIC og TWIST) har i 2018 motatt forskningsstøtte fra KFA som omfatter praktisk og administrativ støtte samt monitorering. Ansatte ved KFA bistår også forskere i rekrutteringen av pasienter, spesielt for kliniske behandlingsstudier gjennomført ved forskningsposten. Per januar 2019 har UNN ikke ett system som identifiserer faktisk antall inkluderte pasienter i kliniske studier.

### *3.9.5 Gjennomføre en prøverapportering på antall pasienter som deltar i kliniske behandlingsstudier i helseforetakene, i tråd med anbefalinger i rapport fra arbeidsgruppe for utvikling av en indikator for kliniske behandlingsstudier.*

KFA har deltatt i nasjonal arbeidsgruppe og gjennomført prøverapportering på antall pasienter som deltar i kliniske behandlingsstudier i helseforetakene basert på sammenslåtte tall fra SPREK/Cristin. Resultat fra arbeidet foreligger ikke på rapporteringstidspunktet.

### *3.9.6 Legge til rette for at gode forskningsmiljøer i eget helseforetak søker ekstern finansiering, spesielt fra Forskningsrådet og EU.*

UNN har sammen med UiT og Helse Nord finansiert stilling for EU-rådgiver som bistår forskere som søker ekstern finansiering. Fra 2018 inngår UNN som node i EATRIS samarbeidet. Det er ikke innført insentivordninger i UNN for forskere som lykkes i å få ekstern finansiering.



*3.9.7 Legge til rette for å innføre nasjonalt system for registrering og fremming av innovasjonsprosjekter.*

UNN har innført induct systemet for å registrere og måle innovasjon.

- Løsningen er tilgjengelig fra <https://unn.no/om-oss/innovasjon-i-unn> og fra <https://unn.induct.no>
- Innovasjonsrådgiver har deltatt i regionale møter knyttet til vurderinger rundt innføring av induct.
- UNN har sagt seg villig til å bistå andre HF i regionen med eksempelvis rutiner og erfaringer med organisering og bruk, maler, prosedyrer etc.

*3.9.8 Delta i prøverapportering av aktivitetsindikatoren for innovasjonsaktivitet i foretakene, jf. oppdrag til RHF-ene i oppdragsdokument 2016.*

UNN har deltatt i prøverapportering på aktivitetsindikatoren for innovasjonsaktivitet i 2018. Resultatene finnes i egen rapport fra Induct.

UNN er fornøyd med tallene, selv om de kunne vært høyere. Årsaken er at vi har ventet på ROS analyse av løsningen samt databehandleravtale og avklaringer rundt beslutningsstruktur. UNN har derfor kun hatt en «stille lansering» samtidig som vi har hatt fokus på å registrere prosjekter vi visste var i gang. Vi har brukt dette året på intern opplæring og kompetansebygging, samt å bli trygg på bruk, og sikre konfidensialitet (bedriftshemmeligheter, patenter og informasjon som ikke skal offentliggjøres).

*3.9.9 Tilrettelegge for forskning utover doktorgrad og slik sikre stabil forskningskompetanse i alle klinikker.*

Det er fortsatt flere klinikker i UNN som ikke har egne forskningsutvalg. Kurs for å oppnå kompetanse innen forskningsveiledning og forskningsledelse er under planlegging. Kurs for å søke om eksterne forskningsmidler for forskere på postdokornivå gjennomføres i februar 2019.

*3.9.10 Delta i store søknadssamarbeid og forskningsprosjekt både i regionen og nasjonalt.*

KFA bistår med forskningsveiledning og forskningsstøtte til forskere som samarbeider regionalt og nasjonalt. Forskningspostens praktiske bistand muliggjør blant annet store studier som NoFrakt og Renis 3, og UNN rekrutterer pasienter til flere KLINBEFORSK studier, hvorav en studie (TWIST) ledes fra UNN Tromsø. KFA deltar aktivt i Norwegian Clinical Research Infrastructure Network (NorCRIN) og leder en av arbeidspakkene her. KFA har bidratt aktivt i søknad om utvidet støtte til NorCRIN fra NFR ut 2025 (NorCRIN 2) sendt oktober 2018.

*3.9.11 Delta i arbeidet med å utrede og pilotere en totalkostnadsmodell for eksternt finansierte forskningsprosjekter, sammen med RHF.*

Det regionale prosjektet startet ikke opp i 2018 fordi den nasjonale piloten i Helse Sør-Øst, som en skulle se til, var forsinket. En nasjonal arbeidsgruppe skal arbeide videre på basis av piloten. UNN deltar med representant for Helse Nord i den nasjonale arbeidsgruppen. Første oppstartsmøte i dette arbeidet ble avholdt i januar 2019.

*3.9.12 Etablere følgeforskning på etablert medikamentfritt behandlingstilbud ved psykoselidelser.*

UNN har i 2018 utarbeidet reviderte protokoller for både et kvantitativt og et kvalitativt forskningsprosjekt tilknyttet medikamentfritt tilbud. Protokollene er i januar 2019 oversendt Helse Nord RHF sammen med bekreftelse på forankring i Psykisk helse- og rusklinikken, veileder og prosjektleder samt at det søkes opptak på PhD-studiet for stipendiat. Noe datainnsamling mm er startet opp, og innsatsen vil økes når bekreftelse på finansiering fra Helse Nord RHF foreligger.

*3.9.13 Bidra særskilt til å realisere innovasjonstiltak, sammen med øvrige HF og RHF.*

Etablert (frigjort) 100% ressurs som innovasjonsrådgiver i E-helse og IKT. Gjennomført "soft" lansering av INDUCT som verktøy for samling av innovasjons-ideer. Mottatt oppdrag om forprosjekt for strategisk innovasjon fra Helse Nord RHF.

*3.9.14 Bidra til arbeidet med felles retningslinjer for avklaring av vertskapsrollen i eksternt finansierte forskningsprosjekter, sammen med Helse Nord RHF.*

Nytt arbeid er ikke påstartet, men UNN og UiTs eksisterende retningslinjer for vertskapsrollen bør revideres. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med USAM. Felles retningslinjer i Helse Nord bør vurderes.

## 4. Øvrige områder

### 4. 1. Klima- og miljøtiltak

*4.1.1 Sette egne mål for de nasjonale miljøindikatorene, måle og registrere disse i den nasjonale databasen som ligger hos Sykehusbygg.*

UNN har egne miljømål som i stor grad sammenfaller med miljøindikatorene som er listet opp i den nasjonale databasen. Nødvendige data er samlet inn og vil bli lagt inn i databasen.

*4.1.2 Stille miljøkrav i alle anskaffelser.*

I dag gjennomføres anskaffelser i regi av Sykehusinnkjøp, krav til blant annet miljø ivaretas gjennom standardiserte maler. UNN melder eventuelle innspill til spesielle miljøkrav til Sykehusinnkjøp.

*4.1.3 Tilrettelegge flere møter for deltakelse via telematikk.*

Alle dataarbeidsplasser i UNN har ferdig installert skype og kan tilrettelegges for møtedeltakelse via skype, ved anskaffelse av kamera og hodetelefon. I tillegg tilrettelegges det kontinuerlig ved at nye og gamle møterom får videoutstyr.

*4.1.4 Redusere pasientreiser ved ambulering, bruk av telematikk, og universelt utformede kommunikasjons hjelpemidler.*

UNN har ambulering på mange fagområder og viderefører og videreutvikler dette arbeidet. Skype og videokonferanser er tatt i bruk på flere områder, og stadig flere fagområder i klinikken tar i bruk kommunikasjons hjelpemidler i behandlingen. Vi ser en særlig positiv utvikling ved bruk av skype i

polikliniske konsultasjoner. Det arbeides nå med blant annet desentralisert arytmiutredningstilbud, hodepinekonsultasjoner via Skype, psykiatrikonsultasjoner via Skype og VK for å gi noen eksempler.

## 4. 2. Personvern og informasjonssikkerhet

*4.2.1 Rapportere, som et minimum, resultater fra helseforetakenes sikkerhetsrevisjoner, oppsummering fra avviksrapportering og trender fra gjennomførte risikovurderinger i «Ledelsens gjennomgang». Dette for å sikre etterlevelse av innholdet i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet og handlingsplan for informasjonssikkerhet.*

Status informasjonssikkerhet rapporteres gjennom ledelsens gjennomgang. Styringssystem for informasjonssikkerhet har gjennomgått en total revisjon sett opp mot GDPR. Implementering og informasjon om styringssystemet og GDPR vil bli gjennomført for klinikkene i løpet av første halvår 2019 i 2 faser; fase 1 med klinikkledelse og fase 2 øvrige ansatte.

Risikoreducerende tiltak som ikke er fullført:

- Ta i bruk sikker utskrift - Sikker utskrift er ikke implementert fullt ut i alle klinikker.
- Bevisstgjøring av alle ansatte i informasjonssikkerhet - Dette er en kontinuerlig oppgave og i første omgang vil dette bli ivaretatt gjennom implementering og informasjon av GDPR første halvår 2019, samt i ledelsesmessig oppfølging av at alle medarbeidere gjennomfører e-læringskurs i informasjonssikkerhet.
- Systematisk tilgangskontroll – Avdelingene i UNN gjennomfører det som en del av prosedyren PR04628.
- Systematisk innsynskontroll i journal – Det gjennomføres rundt 100 kontroller av innsyn i pasientjournal i året. Det er foreløpig ikke iverksatt systematisk kontroll etter prosedyren PR1573. Dette vil bli igangsatt i løpet av 2019 når endelig prosedyre er revidert.
- Internrevisjon av forskningsprosjekter er ikke gjennomført i 2018. Dette vil bli gjennomført i løpet av første halvår 2019. I tillegg vil revisjon av 2 prosjekter bli gjennomført i løpet av høsten 2019.

*4.2.2 Rapportere avvik som ikke er lukket etter riksrevisjonsrapport12, innen 1. mars. Avvikene skal beskrives i en tiltaksplan, med ansvarlig og forventet tidspunkt for lukking.*

Følgende avvik er ikke lukket etter Riksrevisjonsrapport av 2013:

1. E-læringskurset i informasjonssikkerhet er ikke i tilstrekkelig grad gjennomført i UNN. 67 % av ansatte har gjennomført og bestått kurset. Dette følges opp direkte mot den enkeltes leder første kvartal 2019.
2. Systematisk kontroll av innsyn i journal er ikke iverksatt. Iverksettes i løpet av 2019.
3. Ansvarsavklaring for informasjonssikkerhet for MTU internt i foretaket, mellom foretakene i regionen og mot Helse Nord IKT er ikke tilstrekkelig avklart. UNN avventer resultatet av pågående regionalt prosjekt.

*4.2.3 Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni.*

Styret i UNN behandlet status på informasjonssikkerhet, inkludert status på risiko- og sårbarhetsanalyser, i styremøte 15.2.2018 sak ST 13/18.

*4.2.4 Revidere gjeldende driftsavtale (SLA) og databehandleravtaler mellom helseforetakene og Helse Nord IKT for å sikre at endringene innarbeides i avtalene, jf punkt 3 foretaksspesifikke krav  
Databehandleravtalen skal oppdateres innen 1. mars.*

Direktøren ga i desember 2018 et mandat til en forhandlingsgruppe i E-helse og IKT for å inngå ny driftsavtale med HN IKT. Arbeidet pågår.

*4.2.5 Levere oversikt over underleverandører og deres underleverandører (tredjeparter) som har tilgang (fysisk og digitalt) til infrastrukturen. Frist 1. mai. Oversikten skal minimum inneholde: Navn på leverandør. Land leverandøren opererer fra. Hvilke systemer de har tilgang til. Hvilke opplysninger de har tilgang til (personopplysninger, helseopplysninger eller andre sensitive opplysninger). Om det er inngått databehandleravtale med leverandør.*

Komplett oversikt over underleverandører og deres tilgang til UNNs informasjonssystemer er ikke ferdigstilt. Dette vil bli ivarettatt gjennom ferdigstilling av GDPR krav om protokoll over behandlinger og systemer. Ferdigstilles første halvår 2019.

## 4. 3. Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet

*4.3.1 Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 1. juni.*

Store deler av det medisinske tekniske utstyret er risikovurdert i Medusa i forbindelse med periodisk vedlikehold. Dette har vært det internt høyst prioriterte prosjektet på MTA i 2018, og vil fortsette i 2019.

*4.3.2 Delta i et felles prosjekt for å klargjøre og forbedre samhandlingen mellom helseforetakene og mellom helseforetak og Helse Nord IKT rundt MTU.*

Samhandlingsavtale er utarbeidet og mandat for fagråd er opprettet. Pilot for avtalen vil bli gjennomført i UNN 1. halvår 2019 før den rulles ut videre. MTA i UNN vil være fast representert med leder i fagrådet, og i tillegg fagressurser ved behov.

## 4. 4. Beredskap

*4.4.1 Gjennomføre tiltak som gjør at helseforetaket er klar for å implementere ny sikkerhetslov når den trer i kraft.*

UNN har etablert sikkerhetsorganisasjon. Ny gjennomgang av sikkerhetsloven for UNN vil bli gjennomført så snart ny forskrift til Sikkerhetsloven trer i kraft.

*4.4.2 Sørge for medikamenter, utstyr og opplært og trent personell til Emergency Medical Team (EMT).*

Kontinuerlig arbeid. Større revisjoner og ROS gjennomført i 2018.

*4.4.3 Gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan.*

Kontinuerlig arbeid. Større revisjoner og ROS er gjennomført i Tromsø, Brevika og Åsgård, Harstad, Narvik og Longyearbyen i 2018.

*4.4.4 Utarbeide planer for legemiddelberedskap, bl.a. basert på ROS-analyse av regional legemiddelkomite.*

UNN har i desember 2018 gjennomført ROS analyse for legemiddelberedskap. Tiltak er identifisert. Arbeidet med å utarbeide planer ligger i kø for oppstart våren 2019.

*4.4.5 Utarbeide planer for sivilt militært samarbeid, basert på nasjonale føringer i samarbeid med Helse Nord RHF.*

UNN venter på initiativ og føringer fra Helse Nord RHF.

Fra UNN sin gjennomgang av ROS med tema Totalforsvar og Sivil militært samarbeid:

*«Det er stor usikkerhet om hva som vil være forsvarets behov. Forsvaret har over år bygd ned sin helseberedskap. Samtidig har sykehuset også bygd ned sin beredskap, ved at det stadig skal spares. Dette går ut over trening og øvelser, samt lagre for bruk i krigstid. På den annen side skal sykehuset også dekke siviles behov ved sykdom og skader. På grunn av at dette området er så lite utredet, lite øvd, samt lite klarlagt er det vanskelig å si noe sikkert om hvor grensen for sykehusets bistand går ut over behovene til sivile, sett opp mot forsvarets behov. Selv etter tiltak for å redusere konsekvensene av hendelser under dette området, vil det likevel være svært liten sannsynlighet knyttet til dette området. Konsekvensene vil imidlertid bli alvorlige.»*

*4.4.6 Vurdere behov for nye tiltak for å sikre tilgang av vann og strøm for å kunne møte langvarig bortfall.*

Det er gjort risikovurdering på bortfall av kritisk infrastruktur, herunder bortfall av vann, og beredskapstiltak for å forebygge konsekvens ved bortfall. Løsninger for vanninntak er redundant; ringleddning til kommunalt vann og to vanninntak til sykehusene. Løsning for strøm; nødstrøm til prioriterte områder, samt UPS til prioritert medisinteknisk utstyr, i tillegg hjemmevakt elektro med krav om å være på plass etter 30 minutter.

*4.4.7 Vurdere behov for nye tiltak for å sikre drift uten tilgang til IKT, for å kunne møte langvarig bortfall.*

ROS analyse er gjennomført. Klinikkene deltar i arbeidet med å utvikle planer for å sikre drift ved langvarig bortfall av IKT.

*4.4.8 Iverksette helsepersonellberedskap tilknyttet sysselmannens SAR-helikoptre i Longyearbyen etter plan godkjent av Helse Nord RHF.*

Anestesilegebemannning etablert 26.02.18. Alt går etter planen.

# 5. Sikre god pasient- og brukermidvirkning

## 5. 1. Pasient- og brukermidvirkning

*5.1.1 Sikre at pasienten får god nok kvalitet på informasjon for å kunne ta reelle valg for sin behandlingsmetode/behandlingssted.*

Det arbeides kontinuerlig med informasjonsarbeidet gjennom Mine behandlingsvalg, nye internettsider med revidert innhold av behandlingsformer. Det samarbeides med Samvalgsenteret for utvikling og implementering av nye verktøy for samvalg.

I tillegg har kommunikasjon og kommunikasjonsteknikker vært tema for UNNs KVAM-dager i 2018. Dette vil være et kontinuerlig pågående arbeid i foretaket. UNN bruker medlemmene av brukerutvalget og ungdomsrådet i arbeidet med å sikre medvirkning aktivt.

*5.1.2 Publisere minimum 200 flere unike pasientbehandlinger/-undersøkelser på foretakets internettsider.*

En rekke behandlinger innenfor psykisk helsevern og TSB er publisert på UNNs internettside: <https://unn.no/behandlinger>. Publisering av pasientbehandlinger følges opp av en egen redaksjonsgruppe som er tildelt ansvar i å utarbeide og godkjenne behandlingstekster til internett fortløpende. Psykisk helse- og rusklinikken har hittil publisert 33 pasientbehandlinger/ -undersøkelser.

UNN har publisert 100 nye, unike pasientbehandlinger/-undersøkelser på foretakets internettsider i 2018. Måltallet på 200 er ikke nådd, og arbeidet med dette har ikke blitt tilstrekkelig prioritert opp mot andre pålagte oppgaver og begrensede ressurser. UNN vil fortsette å publisere unike pasientbehandlinger/-undersøkelser i 2019.

*5.1.3 Sikre reell brukermidvirkning i forskning, jf. retningslinjene for dette vedtatt i styresak 19-2015.*

Antall forskningsprosjekt med HN finansiering som rapporterer brukermidvirkning økte fra 32.9% i 2016 til 49.3% i 2017. UNN står for 58% av prosjektene her men vi har ikke antallet for UNN alene. For å bidra med brukermidvirkning i forskningsprosjekt er det tilbydd veiledning til forskere angående hvordan dette kan gjennomføres i enkeltprosjekt og i klinikkenes forskningsutvalg. Det er informert ut til forskerne om ny nasjonal veileder for medvirkning i forskningsprosjekt som ble publisert i mai 2018 og det planlegges kurs for forskere for hvordan få til brukermidvirkning i forskningsprosjekt basert på denne veilederen i løpet av våren 2019. For å kunne vurdere en mulig lokal eller regional modell for å fremme god brukermidvirkning i forskning er det arrangert studietur for forskningsledelse og forskere i UNN, UiT, Helse Finnmark og Helse Nord til Storbritania i november 2018. UNN har tatt initiativ til og står som leder av ny arbeidspakke innen brukermidvirkning i kliniske studier i NorCrim2, søkt NRF i oktober 2018.

#### *5.1.4 Legge til rette for god kommunikasjon også for pasienter med funksjonsnedsettelse.*

Ved UNN har klinikkene kommet ulikt langt i dette arbeidet. Det har ikke vært gjort en strukturert felles tilnærming til oppdraget. Flere klinikker/ avdelinger har lagt dette inn i interne opplæringsplaner. Som regel planlegges dette ved at det avsettes ekstra god tid til pasienter med funksjonsnedsettelse. Det er også slik at kommunikasjon og behandling tilpasses individuelt ut fra pasientens kognitive og/eller fysiske funksjonsnedsettelse.

#### *5.1.5 Lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye samvalgsverktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk.*

Samvalgssenteret fikk i 2018 oppdraget med nasjonal implementering av samvalg. Prosjektleder for dette arbeidet ble tilsatt, i tillegg ytterligere to medarbeidere. I alt 7 samvalgsverktøy er pr 31/12-18 publisert på Helsenorge.no og ytterligere 6 verktøy er under utarbeiding, også i fellesskap med andre helseforetak i Norge. Samvalgssenteret har etablert samarbeid med universitetsklinikken i Kiel og målsettingen er å utveksle samvalgsverktøy samt metoder for utbredelse av samvalg.

Tiltak for implementering av samvalg i helseforetakene i Norge er påbegynt og vil ha fokus fremover.

## **6. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell**

### **6. 1. Sikre gode arbeidsforhold**

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

UNN har dessverre ikke hatt kapasitet til å prioritere dette arbeidet. UNN vil utarbeide en plan innen 1. april 2019.

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

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

- Utarbeide, implementere og bistand til oppfølging av IA-handlingsplan i UNN HF
- IA-kurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud. Kursene har et særskilt fokus på øke deltakernes kompetanse innen forebygging og oppfølging av sykefravær
- Prosesstøtte i oppfølging av systematisk HMS-tiltak for å forebygge sykefravær.
- Gjennomføring og oppfølging av ForBedring. Stabscenteret gir prosesstøtte i oppfølgingsfasen
- Månedlig rapportering på sykefravær i KVR-rapporten.
- Bistår klinikker som har mange medarbeidere med gjentakende fravær med tett og systematisk oppfølging. Denne satsning kalt "Bli i jobb" er i startfasen i 2018.

- Diagnostisk og Medisinsk klinikk har fått bistand til å opprette ressursgrupper for håndtering av sykefravær. Hensikten med gruppene er å styrke lederne til å håndtere sykefravær. Det er aktuelt å etablere slike grupper i andre klinikker.
- Stabscenteret bistår kontinuerlig i arbeidsmiljø- og HMS-prosesser som vil kunne ha innvirkning på sykefravær.
- Klinikkdedikerte personalrådgivere og BHT representanter fra stabscenteret bistår også i oppfølging av enkeltsaker.
- Tett og godt samarbeid med NAV.

Høsten 2018 startet UNN med en styrket innsats på sykefraværsområdet. I en rekke enheter med fravær over 10 % jobbes det med å kartlegge årsaken til fravær og sette inn tiltak. Tiltakene varierer alt etter årsak til fravær. Klinikkdedikerte rådgivere i Stabscenteret skal ta kontakt med enheter med over 10 % fravær og tilby hjelp.

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

UNN deltar i et regionalt HMS-nettverk som blant annet arbeider med reduksjon av sykefravær og økt nærvær.

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

UNN deltar i et regionalt arbeid knyttet til bierverv og har sett på dette som oppfølging av de anbefalte tiltakene. UNN anser også at den etablerte påminnelsene i Personalportalen vil være med på å understøtte oppfyllelse av kravene fra Riksrevisjonen.

#### *6.1.5 Publisere digital lederhåndbok i Compendia.*

Vi er nær ferdigstilling av den digitale lederhåndboken, som vil bli publisert ca. 1.6.2019.

## **6. 2. Tilstrekkelig kvalifisert personell**

#### *6.2.1 Delta i utvikling av felles regionale kompetansestrategier, herunder også strategi for teknologistøttet læring.*

Det er lagt frem forslag om formalisert obligatorisk opplæring i kliniske systemer. Fremlagt for ledermøtet og det er en utfordring å skaffe tilstrekkelige ressurser for igangsetting av et slikt tiltak. Omfanget justeres og justert plan der opplæringen ses i sammenheng med innføringsprosjekt for DiPS Arena og Elektronisk kurve utarbeides.

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

UNN arbeider med å implementere tiltak fra Kompetanserapporten som er vedlagt tertialrapport 1. 2018; Klinisk utdanningsavdeling i UNN gjennomførte i 2017-18 en bred kartlegging av behovet for kompetanse og personell frem mot 2030. Denne kartla dagens personalressurser opp mot det anslåtte behovet. I tillegg ble informanter i ulike fagfelt intervjuet. Basert på dette arbeidet er det sannsynliggjort at UNN i 2030 vil ha størst mangel på sykepleiere, spesialsykepleiere (anestesi-, barn-,



intensiv-, operasjon-, akutt-, geriatri/demens-, psykisk helse-, øye-, kreft- og palliasjon), bioingeniører og bioingeniører med spesialkompetanse, radiografer med spesialkompetanse, psykologspesialister, legespesialister (onkologi, øyesykdommer, radiologi, hjertesykdommer, anesthesiologi) og helsesekretærer med videreutdanninger. Resultater og tiltak beskrevet i rapporten brukes systematisk i arbeidet med å planlegge foretakets kompetanseutvikling og -planer samt kunnskap om hvilke formelle utdanningsløp som trengs i fremtiden.

UNN er godt i gang med å implementere ny utdanningsmodell for leger i spesialisering, og med formål om også å sikre at vi utdanner de legespesialiteter som UNN og regionen har behov for. Det er også et sterkt ønske om å utdanne flere sykepleiere. Manglende finansiering av studieplasser er én hindring for å øke kapasiteten. En annen hindring er rigide krav til praksis i utdanningen. Særlig vanskelig er det å imøtekomme krav til lang sammenhengende praksisperiode på kirurgisk sengepost. Dette kravet vil endres når nye nasjonale retningslinjer for de rammeplanstyrte utdanningene trer i kraft fra 2020. For å være i forkant av prosesser knyttet til nye nasjonale retningslinjer for de helse- og sosialfaglige utdanningene (RETHOS-programmet) er det blant annet igangsatt arbeid for å øke kapasitet og sikre kvalitet for lege- og sykepleierutdanningen i samarbeid med Norges arktiske universitet, UiT Helsefak. Det er behov for å gjøre endringer i hvor og hvordan praksis kan gjennomføres for alle de helse- og sosialfaglige utdanningene (pågående nasjonal prosess gjennom RETHOS-programmet).

#### *6.2.3 Redegjøre, i tertialrapport 2, for foretakets handlingsplaner for arbeid med oppfølging av Helse Nord's strategi for leder- og ledelsesutvikling.*

##### **Strategisk**

- UNN arbeider langsiktig med leder- og ledelsesutvikling i tråd med foretakets strategiske utviklingsplan. Herunder også sett opp mot HNs overordnede strategi.
- I tillegg arbeides det med en ny modell som skal gjøres gjeldende fra sent 2019, for å imøtekomme målene i UNNs strategiske utviklingsplan.

Det arbeides også i regionalt rekrutteringsnettverk med å se på rekrutteringen og innfasingen av nye ledere. Arbeidet pågår.

##### **Operativt**

- UNN har ulike tilbud til ledere. Et eksempel er prosessorientert kurs for ledere som har jobbet i foretaket 2 år eller mer. Fokus er praktisk ledelse.
- Ledelse gjennom kontinuerlig forbedring – innføringskurs for nye ledere (høsten 2018).
- Rekrutteringskurs for ledere.
- Kurs i Arbeidsgiverstøtte.

##### **Administrativt**

- Kurs i administrative systemer for ledere.
- Opplæring og veiledning i bruk av kompetansemodulen.

Utover dette pågår det et arbeid med å revidere UNN sitt lederutviklingsprogram.

#### *6.2.4 Bidra i å utvikle felles kompetanseplan for ledere i Helse Nord.*

Arbeidet med å utvikle felles kompetanseplan for ledere i Helse Nord har ikke startet.

#### *6.2.5 Sikre drift av kompetansestyringssystemet etter endt prosjekt.*

UNN sørger for videre forvaltning av kompetansestyringssystemet.

*6.2.6 Delta i utvikling og implementering av regional annonse- og rekrutteringsveileder.*

UNN deltar med en representant i dette arbeidet.

*6.2.7 Utvikle forvaltningen av kompetansestyringssystemet.*

UNN har til nå hatt mest fokus på å implementere kompetansestyringssystemet i foretaket, samt utarbeide sentrale kompetanseplaner. Arbeidet med å utvikle forvaltningen av kompetansestyringssystemet vil bli prioritert når vi er i driftsfase.

## 6. 3. Utdanning av legespesialister

*6.3.1 Forberede og implementere del 2 og 3 av spesialistutdanning for leger i henhold til Forskrift 8. desember 2016 nr 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger.*

UNN er godt i gang med å implementere ny utdanningsmodell for leger i spesialisering, og med formål om også å sikre at vi utdanner de legespesialiteter som UNN og regionen har behov for. Søknader om godkjenning for de ulike spesialitetene sendes fortløpende og innen fristen 1.3.19.

*6.3.2 Delta i regionalt implementeringsprosjekt for del 2 og 3 i spesialistutdanning for leger i henhold til styringsdokumentet.*

UNN deltar i Implementeringsprosjekt for del 2-3 med prosjektleder (ansatt i 100 % stilling). Prosjektet er nå slutfasen, og ytterligere personer fra Klinisk utdanningsavdeling og Personal- og organisasjonsutvikling er involvert.

Det er etablert Overordnet utdanningsutvalg i UNN og som er delegert det overordnede ansvar for legers spesialistutdanning i UNN HF. Utvalgets oppgaver er:

- Besvare overordnede spørsmål knyttet til innholdet og gjennomføringen av spesialistutdanningen, samt utlysning av og ansettelse i LIS-stillinger.
- Ansvar for felles introkurs/opplæringsprogram for nyansatte leger i spesialisering
- Bidra til samordning av involverte klinikk- og avdelingsledere i saker som omhandler enkeltkandidaters egnethet.
- Avklare og samordne problemstillinger knyttet til lønn, ferieavvikling, permisjoner og godkjenning av tellende tjeneste når disse krever samordning på tvers av avdelinger og klinikker
- Følge opp ledelsen ved avdelinger/klinikker med spesialiteter der UNN står i fare for å miste godkjenning som utdanningsinstitusjon
- Organisere evaluering av LIS-tjenesten i UNN.
- Organisere de felles kompetansemodulene / felles læringsmålene
- Vurdere og vedta omfang og gjennomføring av veiledning

*6.3.3 Forberede og iverksette søknadsprosess for godkjenning av helseforetaket som utdanningsvirksomhet innen aktuelle spesialiteter*

UNN er godt i gang med å implementere ny utdanningsmodell for leger i spesialisering, og med formål om også å sikre at vi utdanner de legespesialiteter som UNN og regionen har behov for. Søknader om å bli godkjent som utdanningsinstitusjon for de ulike spesialitetene sendes fortløpende, og innen fristen 1.3.19.

*6.3.4 Stille med to deltakere i regional kurskomite for veiledning og sørge for veilederkurs for leger i eget helseforetak*

Det pågår et arbeid med å sikre tilbud for veilederutdanning:

1. 10 studiepoeng i regi av UiT, Helsefakultetet.
2. stille med representant til kurs i regi av Regut.

Pkt 1 er på plass i løpet av høst 2019 i et samarbeid med Helsepedagogisk enhet UiT Helsefak. Pkt.2 oppfylles i løpet av første tertial 2019.

#### *6.3.5 Lede det regionale implementeringsprosjektet for del 2 og 3 i spesialistutdanning for leger.*

UNN har gjennom RegUt ledet arbeidet med implementeringen. Fagmiljøene i UNN har svært tidlig definert læringsaktiviteter for de ulike spesialitetene og felles kompetansemodul. Dette arbeidet er delt med andre foretak både i regionen og i andre helseregioner. UNN har ledet eller bidratt i de regionale utdanningsutvalgene for å sikre at spesialistutdanningen kan gjennomføres i Nord-Norge.

#### *6.3.6 Initiere og lede arbeidet i regionen med å innfase den nye spesialiteten akutt- og mottaksmedisin. Dette omfatter å sørge for at det blir utarbeidet planer og læringsaktiviteter ved UNN og øvrige aktuelle foretak.*

Arbeidet med å initiere og lede arbeidet innen akutt- og mottaksmedisin er lagt til Mottaksmedisinsk avdeling, Medisinsk klinikk. Arbeidet er pågående og ikke ferdigstilt.

## **6. 4. Helse, miljø og sikkerhet (HMS)**

#### *6.4.1 Bidra til utvikling av regional kompetanseplan for opplæring i HMS.*

Kvalitetsavdelingen og Personal- og organisasjonsavdelingen, samt vernetjenesten i UNN er deltakere i et regionalt nettverk ledet av Helse-Nord RHF. Det ble gjennomført 2 møter i 2018.

#### *6.4.2 Bidra i arbeidet med strategi og kompetanseplan for vernetjenesten.*

Kvalitetsavdelingen og Personal- og organisasjonsavdelingen, samt vernetjenesten i UNN er deltakere i et regionalt nettverk ledet av Helse Nord RHF. Første oppdrag er å få et felles opplegg for opplæringen av vernetjenesten i Helse Nord.

#### *6.4.3 Bidra til å utvikle og ta i bruk indikatorer for HMS i Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem.*

UNN bidrar aktivt til å utvikle nye indikatorer på alle områder inkludert HMS i HN-LIS. Det er etablert et særskilt utviklingsmiljø for HN-LIS. I den grad datakilder er tilgjengelig i HN-LIS utarbeides det indikatorer, som sykefravær og AML-brudd.

#### *6.4.4 Delta i regionalt arbeid med utvikling, implementering, gjennomføring og oppfølging av ForBedring, som er den nye sammenslåtte HMS-, medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.*

UNN deltar fast med gjennomføringsansvarlig i Regionalt forvaltingsforum for ForBedring og med personalsjef i Regional styringsgruppe for ForBedring. Felles regional plan, som skal sikre utvikling, implementering, gjennomføring og oppfølging av ForBedring, er forankret i AMU/KU og i Direktørens ledermøte. Lokal plan er implementert i UNN. Planen følges opp med jevnlig rapportering til AMU/KU samt i Direktørens ledermøte. Status for oppfølgingsarbeidet etter ForBedring rapporteres særskilt til HN RHF i henhold til regional plan.

#### *6.4.5 Gjennomgå og oppdatere prosedyrer for varsling, oppfølging og rapportering av vold, trusler og trakassering.*

1. Prosedyrer for vold: En arbeidsgruppe i UNN er i gang med å oppdatere prosedyrer for forebygging, håndtering og oppfølging av vold og trusselhendelser. Arbeidet overleveres for behandling i AMU i mars 2019. Dette innebærer prosedyrer for risikovurdering, opplæring og kvalitetssikring av oppfølgingen av berørt personell på arbeidsplasser der det er fare for at ansatte kan bli utsatt for vold. Administrative rutiner tilknyttet hendelser, herunder melding til arbeidstilsyn og politi ved alvorlig hendelser vil også være forbedret. Håndtering av vold og trusler inngår også i HMS-kurset. Manglende hjemmel for bagasjegenomgang og kroppsvisitasjon, ved begrunnet mistanke om medikamenter, rusmidler, farlige gjenstander eller våpen er eller vil bli forsøkt innført i sykehuset ved somatisk behandling, er en vesentlig utfordring i å forebygge vold og verne ansatte og pasienter. Problemstillingen vil bli løftet til AMU med anbefaling om at saken bringes videre til Helsedirektoratet for å få en avklaring på denne juridiske utfordringen.

2. Varsling av vold: Det er nødvendig å endre meldeskjema for personalskader i Docmap for å bedre ivareta varsling av vold og trusselsituasjoner og alvorlighetsgraden av disse. UNN har valgt å utsette endringen til ny versjon av Docmap er innført. Psykisk helse og rusklinikken har gode rutiner vedrørende melding av voldshendelser. De melder også flere alvorlige hendelser til Arbeidstilsynet. Arbeidstilsynet har fulgt opp flere hendelser med postalt tilsyn og påpekt mangler i arbeidet. Innenfor somatikken er det ikke etablert gode rutiner for varsling av vold og trusler, noe som også kom frem etter tilsyn i ambulansetjenesten.

3. Oppfølging og rapportering: Vi har i årlig melding levert oversikt over personalskader, herunder voldshendelser, i UNN som behandles i AMU. Psykisk helse- og rusklinikken har regelmessig uttak av avviksstatistikk, herunder vold- og trusselhendelser, som brukes i KVAM-strukturen til læring og forbedring.

4. Trakassering: Prosedyrer for mobbing og trakassering ble revidert i 2018. Prosedyren avklarer håndtering av slike saker og de ulike parters rolle i saksbehandlingen av mobbing- og trakasseringssaker. Trakassering vil også kunne omfattes av varslingsrutinene i foretaket.

## 7. Innfri økonomiske mål i perioden

### 7. 1. Resultatkrav

*7.1.1 Ha tiltaksplaner som sikrer at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2018–2021. Styrebehandlet status rapporteres til Helse Nord RHF innen 25. april.*

UNN har jobbet med oppfølging av tiltaksplaner gjennom hele 2018 for å sikre økonomisk balanse. Selv med ekstraordinære tiltak lyktes det ikke foretaket å oppnå økonomisk balanse eller innfri kravene. Det er levert månedlige styrehandlede rapporter og tiltaksplaner gjennom hele 2018 til Helse Nord.

*7.1.2 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som: Innføring av felles kliniske system, jf. tidligere styrebehandling, herunder forutsetningen om kompetansebygging og funksjonell forvaltning*

Forvaltningssenter Lab, Radiologi og EPJ har bidratt til utarbeidelse av en felles mal i Helse Nord til bruk for rapportering på gevinstrealisering ved innføringen av felles kliniske system i regionen. Malen

tas opp i en workshop i Forvaltningsrådet for klinisk IKT medio september 18. Forvaltningssenter LAB, RAD og EPJ har bidratt i utarbeidelse av felles mal i Helse Nord for rapportering på nytteverdien av innføring av felles kliniske system i regionen.

*7.1.3 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som: Virksomhetsoverdragelse av pasientreiser uten rekvisisjon*

Det er for tidlig å kunne vurdere en realisering av nytteverdien av dette.

*7.1.4 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som: Satsing på klinisk farmasi*

UNN samarbeider nært med Sykehusapoteket Nord HF (SANO) om satsingen på klinisk farmasi. SANO er prosess med å tilsette flere personer i stillingene som er øremerket klinisk farmasi. Det er for tidlig å kunne vurdere en realisering av nytteverdien av dette.

*7.1.5 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som: Innkjøp*

Det er for tidlig å kunne vurdere en realisering av nytteverdien av dette.

*7.1.6 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som: Innføring av nytt sak-/arkivsystem*

Det er for tidlig å kunne vurdere en realisering av nytteverdien av dette.

*7.1.7 Redegjøre, i tertialrapport 2, for realisering av nytteverdien av regionale/nasjonale prosjekt som: Innføring av kompetansemodulen i personalportalen*

**Bakgrunn:**

Implementering av kompetansemodulen (KM) startet i mars 2017. Opplæringsbehovet har vist seg å være større enn først antatt og vil forskyve den opprinnelige tidsrammen for prosjektet. Dette ble meldt til AD-møtet i Helse Nord og i april ble prosjektet utvidet fram til 28. februar 2019. Helse Nord finansierer to stillinger ut prosjektperioden.

**Status:**

Så langt i prosjektperioden har 463 ledere og fagansvarlige fått opplæring. Blant disse er ca. 270 ledere. Det gjenstår opplæring av ca 300 personer. Plan for videre opplæring er utarbeidet og kurs gjennomføres kontinuerlig.

UNN har utarbeidet flere sentrale kompetanseplaner som gjelder for store grupper ansatte (Barn som pårørende, legemiddelhåndtering, blodtransfusjoner, plan for nye ledere, osv.), i tillegg til de sentrale kompetanseplanene UNN-Alle ansatte. Det er også utarbeidet en rekke lokale planer for enkeltenheter og klinikker.

Prosjektet tilbyr tilpasset opplæring, samt oppfølging og veiledning i utvikling av kompetanseplaner.

**Gvinster:**

- Mer systematisk og strategisk arbeid med kompetanseutvikling
- Mer strukturerte utviklingssamtaler og oppfølging av medarbeidere

- Gir digital dokumentasjon av kompetanse
- Enklere akkreditering og revisjoner
- Enklere bemanningsplanlegging
- Bedre koordinering, administrering og oppfølging av utdanningsløp
- Bidra til å sikre bærekraftige fagmiljø

## 7. 2. Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

*7.2.1 Starte arbeidet med husleiemodell, basert på anbefalinger fra pilotprosjekt i Helgelandssykehuset og nasjonal rapport.*

Det jobbes med dette opp mot Helse Nord RHF. Dette har også vært tema i 2018 gjennom Eiendomsforum hvor flere sykehus er representert, også Helgelandssykehuset.

*7.2.2 Følge opp en 4-årig vedlikeholdsplan som sikrer opprettholdelse av bygningsmessig standard, kvalitet og verdier over tid. Planen skal samordnes med fremtidige nybygg/ombygging.*

UNN har en 4 -årig vedlikeholdsplan med Risikovurdering av tiltak for tiltak i nærmeste driftsår. Planen er drøftet og en del av budsjett/dialogavtale. Planen koordineres med nybygg og ombygging.

*7.2.3 Delta i prosjekt integrasjon av nasjonalt system for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler (BHM) med innkjøpssystemet ClockWork. Status for arbeidet skal inngå i tertialrapport to.*

UNN deltar i regionalt/ nasjonalt prosjekt som pågår, og som er beregnet ferdigstilt 4. kvartal 2019.

*7.2.4 Delta i oppdatering av Landsverneplanen, vurdere endringer i vernestatus og vernemetode. Deltar i arbeidet sammen med Helse Nord RHF.*

*7.2.5 Delta i arbeidsgruppe for evaluering av FDV-systemene og foreslå felles IKT- løsninger for FDV av bygg.*

UNN har, gjennom Eiendomsforum i Helse Nord, foretatt en evaluering av FDV systemene og fremlagt den for Eiendomsforum. Rapporteres Årlig melding (7.januar 2019)

*7.2.6 Ha avtaler for arealdeling av universitetsarealer.*

Det har gjennom 2018 og 2019 lagt ned et stort stykke arbeid for å få på plass et avtaleutkast. Dette er nå til høring hos UIT for godkjenning. Det forventes at signert avtale er på plass iløpet av første halvdel av 2019.

*7.2.7 Inngå skriftlig avtale for utleie av lokale datarom til Helse Nord IKT. Leieavtalen skal beskrive eiers (helseforetakets) ansvar for datarommene fysiske og tekniske tilstand iht. krav til lokale datarom i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Avvik fra kravene skal lukkes innen 31. desember.*

Avtale inngått

*7.2.8 Starte evaluering av PET-senteret, ferdigstilles 1. kvartal 2019.*

Ikke påbegynt

*7.2.9 Starte evaluering av A-fløy, ferdigstilles 1. kvartal 2019.*

Ikke påbegynt

## 7. 3. Anskaffelsesområdet

*Krav for 2018:*

*7.3.1.Samordning*

- *Innen 1.juli oversende anskaffelsesplan for 2019.*
- *Innen 1.juli oversende oversikt over planlagte investeringsanskaffelser i 2018*
- *Innen 31.desember oversende fireårige handlingsplan, denne skal deretter rulleres kvartalsvis.*

Anskaffelsesplanen for 2019 og oversikt over planlagte investeringsanskaffelser for 2018 er oversendt Helse Nord. Fireårig handlingsplan blir koordinert og samordnet i det regionale innkjøpsprosjektet Innkjøp 2021.

*7.3.2.Systembruk*

*Innen 1.juli oversende plan for full implementering av innkjøpssystem innen 31.desember 2019. Foretaksspesifikke krav for utgangen av 2018 følger nedenfor.*

*Planen må synliggjøre behov for ressurser for å sikre full utrulling og for å håndtere foretakets andel av felles forvaltning av system og innhold*

Direktørens ledergruppe vedtok i møte 5. september 2017 full implementering av innkjøps- og logistikksystemet Clockwork (CWL), jfr sak 86/17. Til ledermøtesaken fulgte 1) utrullingsplan, 2) prosess- og prosedyrebeskrivelser knyttet til bruk og vedlikehold av data i CWL og 3) risikovurdering ved utrulling av CWL.

Skriftlige arbeidsprosesser og -prosedyrer for bruk av CWL samt for vedlikehold av data i CWL oppdateres og vedlikeholdes i Docmap. Opplæring av personell i klinikkene, i bruk av e-procurement/CWL, ble gjennomført høsten 2017 i tråd med utrullingsplanen.

UNN har høsten 2018 jobbet for å gjøre flere avtaler og avtaleprodukter tilgjengelig i Clockwork. I tillegg har vi jobbet målrettet for å øke bruken av CWL i klinikkene. dette arbeidet fortsetter for fullt i 2019. Innkjøp er et prioritert satningsområde for UNN i 2019. UNN har utarbeidet innkjøpsindikator i HN-LIS, som viser status og utvikling i bruk av CWL. Bruken av CWL skal kunne brytes ned på hvert enkelt kostnadssted i hver enkelt klinikk. Indikatoren ansees som et viktig verktøy for klinikkene selv, men også for innkjøpsseksjonen, spesielt med hensyn til hvilke enheter innkjøpsseksjonen skal prioritere oppfølgingen av.

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

Det er mulig å måle hvor mye som kjøpes i tråd med avtaler gjennom CWL. I utgangspunktet vil alt kjøp i CWL av forhåndregistrerte artikler være avtalebasert, for 2018 utgjør dette 62 % av totale



varekjøp. Problemet er å måle det som kjøpes utenom CWL. Det vil kreve et betydelig og manuelt arbeid å skaffe slik oversikt.

#### **Tertialvis rapportere på avtalelojalitet.**

Alt som kjøpes gjennom CWL er i tråd med avtaler. Problemet er kjøp utenom CWL. Det krever et betydelig og manuelt arbeid å undersøke om disse innkjøpene er gjort i tråd med avtaler.

#### **Foretaksspesifikke krav for 2018**

**Mål ved utgangen av 2018 for implementering av Clockwork, andel kjøp av varer og tjenester av definert scope gjennom Clockwork:**

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge**

**Varekjøp 80 % av scope 62%**

**Tjenestekjøp 30 % av scope**

#### *Varekjøp gjennom CWL*

Andelen av varekjøp i CWL var 1. og 2. tertial på 63,3%.

#### *Tjenestekjøp gjennom CWL*

UNN er i gang med å implementere tjenestekjøp i CWL.

#### *7.3.3 Samhandling internt*

Det vises til pkt 2 Systembruk.

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

Forespørslene som mottas om prosjektdeltakere blir videreformidlet gjeldende klinikker/enheter ved UNN. UNN stiller i all hovedsak med fagkompetanse i forespurte anskaffelsesprosjekter.

**Innen 31. desember utarbeide plan for forvaltning av leveransene fra Sykehusinnkjøp. Planen må synliggjøre behov for ressurser samt grad av fellesregional forvaltning.**

UNN arbeider for å kunne bestille og motta anskaffelser fra Sykehusinnkjøp på en mest mulig effektiv og kvalitativt god måte. UNN har definert 3 ulike arbeidsprosesser knyttet til leveranser fra Sykehusinnkjøp. UNN bestiller og mottar enkeltanskaffelser (i hovedsak utstyrsanskaffelser) og planlagte rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp divisjon nord, samt mottar nasjonale rammeavtaler fra Sykehusinnkjøp divisjon nasjonale tjenester. Dette innebærer tre ulike arbeidsprosesser som vi forsøker å optimalisere gjennom kontinuerlig forbedring. Dette blir også vurdert i det regionale innkjøpsprosjektet Innkjøp 2021.

#### *7.3.4 Samhandling eksternt*

**Innen 1.juli revidere midlertidig samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.**

Midlertidig samarbeidsavtale er ikke revidert. Sykehusinnkjøp har ansvaret for prosessen. UNN bidrar når arbeidet igangsettes.

**Innen 31. desember etablere permanent samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.**

Arbeidet er ikke påbegynt. Vi antar dette arbeidet mye kan koordineres gjennom prosjekt Innkjøp 2021.

**Innen 1. juli etablere en strategisk samhandlingsarena med Sykehusinnkjøp.**

Helse Nord RHF følger dette opp overfor helseforetakene i forbindelse med prosjekt innkjøp 2021. Her deltar UNN.

*7.3.5. Samfunnsansvar*

Dette blir ivaretatt i prosjekt Innkjøp 2021.

## 8. Risikostyring og internkontroll

### *8. 1. Risikostyring og internkontroll*

*8.1.1 Helseforetakene skal innen andre tertial systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.*

UNN har på bakgrunn av tidligere organisering og erfaring med ledelsens gjennomgang (LGG) besluttet en ny modell for LGG. I den nye modellen skal gjennomgangen gjøres både på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå. Dette er også i tråd med kravene i Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Erfaringer fra tidligere viste at LGG ikke ga en tilstrekkelig gjennomgang av virksomhetens styringssystem når den bare ble gjennomført på foretaksnivå.

I LGG for virksomhetsåret 2017 (utført i første halvdel av 2018) hadde vi et særlig fokus på å avdekke i hvilken grad styringssystemet er på plass ved de ulike hovedområdene som skal gjennomgås (Avvikssystem, dokumentstyring, intern revisjon, kompetansestyring, systematisk HMS-arbeid, Pasientsikkerhets-programmet, Smittevern, Personvern- og informasjonssikkerhet og Miljøledelse – Grønt sykehus).

LGG ble ikke gjort på avdelings- og klinikknivå i UNN i 2018. Selv om LGG derfor ikke ga en fullstendig gjennomgang av styringsdata, har vi likevel system for løpende gjennomgang og vurdering av styringsdata i månedlig Kvalitets- og virksomhetsrapport, Dialogavtalen og direktørens dialogmøter, HN-LIS med indikatorer og målekort for klinikk- og avdelingsnivået.

Implementering av nye LGG i UNN startet for fullt i 2018. Høsten 2018 ble to pilotklinikker utnevnt. Pilotklinikkene, Barne- og ungdomsklinikken og Hjerte- og lungeklinikken, skal i første del av 2019 gjennomføre LGG på avdelings- og klinikknivå for gjennomgang av virksomhetsåret 2018.

### **Informasjonssikkerhet:**

Det ble gjennomført risikovurdering på informasjonssikkerhet i hele foretaket i 2017.

Risikovurderingen konkluderte med fire hovedområder for oppfølging: *Sikker utskrift, dokumentere opplæring i personvern- og informasjonssikkerhet, kontroll av ansattes tilganger og systematisk*

innsyns kontroll. Tiltakslista etter risikovurderingen inngikk i LGG2017. Dette har vært fulgt opp med status på tiltaksgjennomføring inkludert rapportering til UNNs styre i 2018.

### **Klima og miljø**

UNN er ISO-sertifisert etter ISO 14001:2015. Det stiller krav til risikobasert styring og kontinuerlig forbedring. Første oppfølgingsrevisjon ble gjennomført i mai 2018 og funnene er lukket. Det er også blitt gjennomført 3 internrevisjoner i 2018 med ytre miljø som tema i samarbeid med KVALUT. UNN tar ut styringsdata på miljøaspektene hvert tertial, og gjennomførte 1 prestasjonsevalueringer i 2018.

### **Beredskap**

Beredskap har ikke tidligere vært del av LGG i UNN. Det ble i 2018 besluttet å ta med beredskap i fremtidige LGG. UNN har for dårlige styringsdata på beredskapsområdet. Det er høsten 2018 gjennomført ny risikovurdering som dekker blant annet medisinsk beredskap, infrastrukturberedskap, forsyningssikkerhet og intern katastrofeberedskap. Forrige risikovurdering på beredskap ble gjennomført i 2013. Ny risikovurdering ble ferdigstilt i desember 2018.

### **Risikostyring:**

Risikostyring som system ble ikke vurdert i LGG 2018. UNN gjennomfører risikostyring etter mal fra HN RHF og tilsvarende retningslinjer. Det gjennomføres risikovurderinger på blant annet beredskap, informasjonssikkerhet, prosjekter, arbeidsmiljø, organisatoriske endringer, bygningsmessige endringer og overordnede mål. Risikovurderingene gjennomføres på bestillinger fra avdelinger, kliniksjefer, direktør og på bestilling i Oppdragsdokument fra HN RHF. UNN har fordelt kompetanse og ansvar for risikostyring på flere enheter i foretaket, etter hvilke områder som skal risikovurderes. For fremtidige LGG vil risikostyring inngå som et av hovedområdene som gjennomgås.

## **9. Særlige krav til regionale fellesfunksjoner**

### *9.1. Særlige krav til regionale fellesfunksjoner*

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

### **Forvaltningssenter Radiologi (FSR)**

#### **Handlingsplan 2018-2019**

#### **Satsningsområder for FSR**

- **Ferdigstille det som mangler av avtaler i samarbeid med foretakene. Dette inkluderer ny versjon (utforming) av de avtalene man har i dag mot de enkelte foretakene. (Superbrukeransvaret og annet må tydeliggjøres.)**
- Utvikling av e-læringsverktøy
- Optimalisering av arbeidsflyt og arbeidsprosesser i Sectra (Overgang til PACS basert arbeidsflyt)
- Bidra inn i arbeidet initiert av RHF rundt styrings- og forvaltningsmodell for funksjonell forvaltning i HN.

- Få på plass endringskoordinator ref. eget punkt.
- Arbeid med Forbedring 2018.

#### Gjennomførte aktiviteter inneværende år

- Endringsønsker publiseres på intranett (FSR hjemmeside).
- Referat fra superbrukermøter publiseres nå på intranett (FSR hjemmeside).
- Innført bedre fordelingsstruktur i FSR for innmeldte saker (oppnår kortere responstid for innmeldte saker).
- FSR kategoriserer saker og løfter ut beslektede saker. Disse følges i egne møteserier. FSR involverer ulike aktører ved behov og sørger for fremdrift.

#### Utviklingsarbeid, planlegging og oppfølging

- **Fortsette med utviklingen av samarbeidet med HN-IKT, FSE og FSL**
- Planlegge fremtidige oppgraderinger av Sectra RIS og PACS på en slik måte slik at dette blir «rutine». Gjøres i samarbeid med HN-IKT og Sectra.
- Være med å videreutvikle gode driftsrutiner i samarbeid med alle røntgenavdelingene i HN.
- Planlegge drift, oppgraderinger og annet som påvirker avdelingene, på en god måte. Spesielt med tanke på flyttinger som skal foregå internt i sykehusene.
- FSR ønsker å starte opp arbeid med å utvikle e-læringsverktøy for Sectra brukere. Dette vil kunne avstedkomme noe behov for økonomiske midler og ressurser av personell, men dette er ikke klart i skrivende stund.
- Utvikling av HPE SM som verktøy – Bedre og flere templates enn i dag for raskere og mer korrekt registrering av saker.
  
- Få utviklet og tatt i bruk kompetansemoduleten slik at opplæring og obligatoriske kurs kan dokumenteres.
- Tilrettelegge for videreutdanninger dersom det er ønsket.
- Delaktig (konsulteres) i ulike prosjekter (eks: VNA/DMA, BT-Tjeneste, SMS-varslings)
- FSR har startet å tenke på behovet for en «endringskoordinator» for å samkjøre funksjonalitet som skal produksjonssettes (gjennomgå testing i testmiljø og QA miljø).

#### Kontinuerlige driftsoppgaver

- Vedlikehold av kodeverk og takster
- Forvalte brukertilganger
- Utarbeide og revidere prosedyrer og arbeidsbeskrivelser
- Dialog med systemleverandør (Sectra) og driftsleverandør (HN-IKT) (ulike møteserier)
- Saksutredning
- Veiledning og støtte for brukere
- Oppgradering av Sectra
- Validerer nye versjoner og funksjonsendringer
- Oppfølging, evaluering og utvikling i funksjonaliteten for
- Applikasjonene på regionalt nivå.
- Kontaktflate mot foretakene i bestillingsløp
- Informerer foretakene/avdelingene om endringer og oppgraderinger

Forvaltningssenter LAB (FSL)  
HANDLINGSPPLAN 2018-2019

Aktiviteter 2018-2019

- Konsolidere organisasjonen
- Etablere avtaler med de enkelte helseforetakene i regionen
- Etablere avtaler for ERL (forvaltning, etiketteskrivere, førstelinjetjeneste og oppfølging og opplæring av legekantor)
- Etablere kontaktpunkt for brukere: Telefon med innvalg, mailadresse og kontaktpunkt førstelinje brukerstøtte
- Etablere intranettside for FSL og internettsider for ERL
- Etablere faste møtepunkt med superbrukere
- Etablering/breeding av DIPS Arena Lab QA-modul i samarbeid med laboratoriene i regionen og HN-IKT
- Prosjektdeltagelse FRESK
  - DIPS Arena
  - Arena Lab; mottaksregistrering
  - Multidisiplinær rekvirering
  
- Bidra i videre breeding av løsning for elektronisk rekvirering (sykehjem, legevakt, bedriftshelsetjenester etc.) – organiseres som prosjekt
- EUs personvernforordning
- Utarbeide regionale prosedyrer
- Superbrukeropplæring (kartlegging av behov/reopplæring innenfor de ulike fagsystemene)
- Følge opp arbeidet med ny refusjonsordning for polikliniske laboratorieprøver
- Bidra i Helse Nord RHF sitt arbeid med kartlegging av behov for rapportering av data fra Lab i HN LIS
- Elektronisk ID- kontroll og transfusjonskvittering - «Bedside» - ved alle blodbanker i regionen
- Bidra i arbeidet med elektronisk blodbestilling fra kliniske avdelinger
- Prosjektdeltakelse transfusjoner og Elektronisk kurve
  - Selvinnsjekk- og betaling (Prosess- og køhåndtering)
- Felles meldingsformat mellom Dips og LabCraft, bidra i innføringen av MessageBroker (LabCraft-DIPS)
- Interface av Hettige sentrifuge
- Tilrettelegge for løsning for å ta bilde av blodgivere som lagres i LabCraft og i elektronisk blodgiverskjema
- Oppstart med og oppfølging av applikasjonskvittering for LabCraft og Analytix
- Følge opp i forhold til Legemiddel forfalskningsdirektivet (EU sitt Forfalskningsdirektiv (FMD) skal være iverksatt februar 2019)
- Bidra med nødvendig kompetanse for å ivareta labtjenestene (oppsett og funksjonalitet i laboratoriesystemene) ved flytting til nytt sykehus i Kirkenes og ny A-fløy i UNN
- Analytix Tromsø: Innføre automatisk generering av laboratoriemelding ved anonym melding til MSIS
- Analytix Tromsø: Omkonfigurering av preparattabell slik at verdier fra sensitivitet og MIC angis på samme preparat. Krever i tillegg fullstendig omkonfigurering av Brytningspunkter, Resistenskorrigeringer og Dyrkningsbeskjed.
- ERL mikrobiologi Tromsø: Konfigurere NLK-koder for alle mikrobiologiske analyser. Krever endringer i analysekodeverket i Analytix og omlegginger i lab.

- AD pålogging for Analytix
- Bidra i planfasen for delprosjektet som omhandler «vise prøvesvar» via helsenorger.no
- Digital patologi (nasjonalt og regionalt prosjekt)
- Ny refusjonsordning for patologi (prosedyrekodeverk for patologi)
- Testing av labsvar i elektronisk kurve

#### Gjennomførte aktiviteter 2018

- Bidratt i test av oppgradering av DIPS versjon 7.4. Test utført av både regional forvaltning og lokale ressurser.
- Samarbeid med HN-IKT vedr. avtaler og bestillingsrutiner for LIB
- Øvrige samarbeidsfora:
  - o Faste møteserier med FSE og FSL
  - o Deltagelse i et nasjonalt arbeid (e-helse) vedr. visning av laboratoriesvar i ulike mottakersystem i primærhelsetjenesten
- Opplæring i DIPS Arena Lab QA og påbegynt innføring av modulen i samarbeid med laboratoriene i regionen og HN-IKT
- Testet automatisk mapping av NLK-koder i EPJ-systemer i primærhelsetjenesten
- Testet sending av laboratoriesvar med NLK-koder
- Oppstart av «Bedside» - elektronisk ID- kontroll og transfusjonskittering ved UNN Tromsø
- Nye versjoner av LabCraft og tilhørende moduler
- Bidratt i forbindelse med oppfølging av avvik på UNN fra Helsetilsynet
- LabCraft brukerforum- innlegg
- Uttrekk av Transfusjonsdata for diverse prosjekt i Helse Nord.
- Svarmeldinger fra mikrobiologen til LabCraft i Kirkenes og Hammerfest utenom EDI.
- Mikrobiologimeldinger til Dips (Narvik)
- Bidratt i innføringen av MessageBroker (Analytix-DIPS i UNN)
- Testing av labsvar i elektronisk kurve

#### Kontinuerlige driftsoppgaver

- Brukerstøtte
- Feilsøking
- Vedlikehold av kodeverk
- Ivareta vedtatte regionale standarder
- Utarbeide og revidere regionale prosedyrer og arbeidsbeskrivelser
- Utarbeide opplæringsmateriell
- Opplæring av superbrukere
- Versjonsoppgraderinger av de ulike laboratoriesystemene (DIPS Lab, ERL, Analytix, SymPathy og LabCraft)
- Validering/test nye versjoner og funksjonsendringer
  - Informere foretakene/avdelingene/legekontorene om endringer og oppgraderinger
  - Forvalte brukertilganger (ikke DIPS)
  - Vedlikehold og utvikling av nye rapporter
  - Rapportering
  - Følge opp regionale og nasjonale standarder og myndighetskrav
  - Oppfølging av legekontor som bruker ERL-løsningen
  - Re-opplæring i ERL-løsningen ved behov
  - Endring og vedlikehold av tjenestetilbud ERL
  - Publisering av tjenestetilbud ERL

- Samarbeid med tekniske ressurser
- Bredding av ERL til nye legekantor (installasjon programvare og skrivere, opplæring)
- Bytte og supplere etiketteskrivere ved behov (ERL)
- Oppfølging blodbestilling og elektronisk ID- kontroll og transfusjonskittering «bedside» på kliniske avdelinger
- Oppfølging av svarutsending internt og ekstern fra LabCraft
- Vedlikehold av rekvirentregister i LabCraft, Analytix og SymPathy

#### Momenter langtidsplan

- Deltagelse i prosjekt i FRESK, samt i selve implementeringsprosessen
  - o DIPS Arena Lab
  - o Arena Order Management
  - o Elektronisk kurve
  - o Pasientforløpsprosjektet
- Videreutvikling av ERL-løsningen
- Arketyper
- E-læring
- Digital patologi (nasjonalt og regionale prosjekt)
- Web-løsning til blodgivere for timebestilling (egen booking)
- Bidra i delprosjektet som omhandler «vise prøvesvar» via helsenorge.no

Handlingsplan for 2018 ble godkjent i Forvaltningsråd klinisk IKT i september 2017. Virksomhetsplan for 2019 er utarbeidet, og handlingsplanen som er tuftet på denne forventes å bli behandlet i Forvaltningsrådet høsten 2018. Det er ikke laget egen milepælsplan da en stor del av forvaltningen er kontinuerlige driftsoppgaver

Handlingsplan for 2018/2019 er laget. Planen for 2019 vil tas opp som sak i Forvaltningsrådet for klinisk IKT høst 2018. Det er ikke laget egen milepælsplan da en stor del av forvaltningen er kontinuerlige driftsoppgaver, samt at dette ivaretas i Dialogavtalen.

Handlingsplan 2019 for Forvaltningssenter EPJ ble behandlet i Forvaltningsråd høst 2018. Det er ikke laget egen milepælsplan da en stor del av forvaltningen er kontinuerlige driftsoppgaver. Det pågår revisjon av regional forvaltning og utfallet kan påvirke handlingsplan for 2019.

## 10. Styringsparametere 2018

### 10. 1. Styringsparametere

#### *10.1.1 Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016*

Rapportene viser resultatene av en undersøkelse som Folkehelseinstituttet gjennomførte i 2016 for å måle pasienterfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Resultatene fra undersøkelsen er tematisert i virksomheten for lokalt forbedringsarbeid.

#### 10.1.2 Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016

Gjennom nasjonale PasOpp-undersøkelser har man innhentet kunnskap om brukererfaring med svangerskap- fødsel og barselomsorg. Vi er kjent med rapportene publisert 2013, 2017 og 2018, også med hvor vårt fødebarseltilbud ligger i forhold til landsgjennomsnittet, samt eget tilbud og de endringer som er rapportert gjennom disse årene fra egen avdeling. Som landet for øvrig er vår brukergruppe godt fornøyd med tilbudet samlet sett. Rapportene viser også at det som i landet for øvrig er barselomsorgen som har et forbedringspotensiale i seg. Fødebarselavdelingen i Tromsø er sertifisert som et «Mor-barn-vennlig sykehus» (fra 1996 og til dd) og mottok «Ammehjelpen forbedringspris 2018». Jfr. *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* jobber avdelingen etter kravet til kontinuerlig forbedringsarbeid. Rapporter og statistikkverktøy hjelper avdelingen i å holde et kritisk blikk på vårt tilbud og veien videre i en kontinuerlige prosess i et forbedringsperspektiv.

Avdelingen har gjennom årene etter 2013 hatt fokus på barseltiden av flere årsaker enn PassOpprapportene, og har bla jobbet med:

- klare rammer for avdelingens tilbud med kriterier for hvem som kan være på et barselhotell versus barselavdeling.
- kvalitetstavle med tavleundervisning hvor barselområder har vært i fokus.
- fleksibelt barseltilbud med mulighet for at friske kvinner kan styre sitt ønske om hjemreisetid selv (ikke styrt av låste rutiner).
- en oppdatert prosedyrepark for minimalisering av individuelle variasjoner i det faglige tilbudet i barselavdelingen.
- regelmessige internundervisninger i barselstell mor og barn blant jordmødre og barnepleiere.
- pasientinformasjon - Informasjonshefte «Velkommen til verden» som basis til mor ved ankomst barsel - Informasjonsmapper til alle rom med informasjon om mors helse, barnets helse, om amming mv - Plakater om 10 trinn for vellykket amming oppslått på alle rom.
- tilbud om daglig barselgruppe-informasjon som legger vekt på informasjon på det samme. Fysioterapiundervisning 3 x/uke.
- Kommunikasjon har vært/er et gjennomgående fokus i vår avdeling for samstemming av informasjon og for bevisstgjøring av relasjon og dialog. Som samtaletema i det daglige. Som faglig fokus på fagdager, som simuleringsøvelser.
- Prosjekt om elektronisk meldeoverføring til helsestasjoner er vi pilotprosjekt på (for å kvalitetssikre informasjon og overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten).
- Vår avdeling har deltatt aktivt i arbeidet mot kommunene om deres implementering av barselretningslinjene fra 2014 med bla «jordmor hjem» fra helsestasjonene. I dette inngår også «Ammeskole» som tidligere vi, nå de, har arrangert i flere år i forkant av fødsel som forberedelse til barseltiden.

#### 10.1.3 Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017

Rusavdelingen deltok på den nasjonale undersøkelsen om pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017 (PasOpp rapporten). Rusavdelingen har



gjennomgått resultatene i alle enheter i avdelingen. I tillegg benyttes ulike feedbackverktøy i forskjellig grad i avdelingen.

*10.1.4 30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2017 (uansett årsak til innleggelse)*

Tall for 2016 er på 95,2%. Resultatene for 2017 er ikke publisert på helsenorge.no.

*10.1.5 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2017*

Tall for 2016 er på 87,3 %. Resultatene for 2017 er ikke publisert på helsenorge.no.

*10.1.6 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2017*

Tall for 2016 er på 91,3 %. «Fasttrack FCF» skal bidra til at pasienter med lårhalsbrudd får kortere ventetid før operasjon og redusert liggetid. Planlegges implementering vår 2019, forutsatt at ombygging i sengepost blir gjort. Resultatene for 2017 er ikke publisert på helsenorge.no.

*10.1.7 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2017*

Systematisk gjennomgang av behandlingssløyfer og beslutningsprosesser, pågående arbeid med pasientforløps forbedringer. 93,5% i 2016. Resultatene for 2017 er ikke publisert på helsenorge.no.

*10.1.8 Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.*

UNN har implementert tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet, se egen rapportering over. Programmet videreføres og det er avsatt egne ressurser for å fortsette arbeidet.

*10.1.9 Antall helseforetak som deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp i 2018. Det vises til Oppdragsdokument 2017: "Helse Nord RHF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i helseforetakenes opptaksområde deltar."*

UNN deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp med to team, ett i Tromsø og ett i Harstad. Brukerrepresentanter inngår i teamene.

*10.1.10 Andel episoder rapportert med korrekt behandlingssted til Norsk pasientregister*

UNN følger opp rapportene fra Norsk pasientregister og korrigerer eventuelle feil for å øke datakvaliteten. Andelen feil er varierende men svært liten i forhold til datamengden som registreres. Vi har ikke eksakte tall på dette.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
27/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	27.3.2019
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Einar Bugge

### Oppdragsdokument 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.

#### Bakgrunn

Oppdragsdokumentet ble overlevert i foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) den 7.2.2017, og uttrykker prioriteringer ut fra nasjonale krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og styret i Helse Nord RHF. Dokumentet gir også en oversikt over bestillinger rettet direkte mot UNN.

#### Formål

Styresakens formål er å orientere styret om UNNs oppdragsdokument for 2018, herunder en oversikt over viktige styringssignaler for 2018.

#### Saksutredning

Oppdragsdokumentet er Helse Nord RHF sin bestilling til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Til grunn for prioriteringene ligger tidligere års oppdragsdokumenter samt oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2019. I tillegg kommer protokoller fra foretaksmøter, føringer i statsbudsjett for 2019 og styresaker som omhandler budsjett og investeringer.

Helse Nord RHF overfører i Oppdragsdokumentet 2019 aktuelle pålagte oppgaver og styringskrav til helseforetakene. De pålagte oppgavene skal gjennomføres innenfor de rammer og ressurser som er stilt til rådighet. I henhold Oppdragsdokumentet for 2019 skal helseforetakene innrette sin virksomhet for tre overordnede felles nasjonale styringsmål:

### **Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen**

Herunder:

- Pasientene skal slippe unødvendig ventetid, og pasientforløpene skal være gode og effektive.
- Oppgavene skal løses ved de offentlige sykehusene. Bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer.
- Det er innført pakkeforløp for kreft, hjerneslag, psykisk helse og rus og disse er målsatt i 2019.

### **Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

Herunder:

- Fortsette å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) slik at tjenestetilbudene skal komme på nivå med de øvrige spesialisthelsetjenestene
- Styrke arbeidet med henvisningsrutiner i samarbeid med fastleger og andre med rett til å henvise, samt med kommunale helsetjenester og andre relevante aktører.
- Sikre system og rutiner for å ivareta brukernes innflytelse og medvirkning både på system og individnivå
- Psykisk helsevern og TSB skal, avhengig av pasientens behov, tilby sine tjenester i samhandling med kommunen
- Det må legges til rette for å forebygge kriser, akuttinnleggelser og bruk av tvang.
- Pakkeforløp for psykisk helse og rus innføres fra 1. januar 2019. Helse Nord RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. Målet er å sikre økt brukerinnflytelse, sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødige ventetid. Pakkeforløpene er også et redskap for styrket faglig ledelse og styring av virksomheten

### **Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

Herunder:

- Kontinuerlig forbedring skal være målet for virksomhetenes arbeid på alle områder, og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal implementeres på alle nivåer.
- Kvalitets- og pasientsikkerhetsmålinger, kvalitetsregistre, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer må brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid.
- Innbyggere og pasienter skal ha tillit til at personopplysninger håndteres på en trygg og sikker måte. Det er virksomhetens ledelse som har ansvar for å etablere og opprettholde tilfredsstillende informasjonssikkerhet.
- Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.
- Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene, skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene, og skal gi brukerne et kontinuerlig og like godt tilbud som tidligere.

### **UNNs særlige oppgaver i 2019**

UNN er regions- og universitetssykehus i Helse Nord. UNNs regionssykehusfunksjon innebærer ansvar for å utvikle og tilby høyspesialiserte funksjoner knyttet til pasientbehandling og diagnostikk. Som regionsykehus skal UNN stimulere og understøtte solide fagmiljøer i hele

regionen slik at kvaliteten på tjenestetilbudet er likeverdig. UNN har også et særskilt ansvar for å drive utdanning og forskning i nært samarbeid med UiT.

Helse Nords ambisjon er å være i front når det gjelder medisinsk avstandsoppfølging. Dette gjøres ved å ta i bruk teknologi som kan kompensere for våre store avstander og bedre samhandlingen mellom helsetjeneste og pasient og mellom ulike nivå i helsetjenesten.

Særlige oppgaver for UNN i 2019 inkluderer blant annet:

- Etablere regionalt kompetansesenter for senvirkninger av kreftbehandling.
- Etablere metode for peptid reseptor radionukleotid behandling av maligne lidelser.
- Ivareta sekretariatsfunksjonen for lokal perinataalkomite for Troms og Finnmark.
- Etablere fire akuttplaner som beskrevet i fagplan TSB.
- Utvikle en veileder for samarbeid med fastleger, som kan tas i bruk av øvrige helseforetak i regionen.

## Medvirkning

Saken er forelagt ansattes organisasjoner og vernetjeneste, brukerutvalgets arbeidsutvalg samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter i uke 11. Referater og protokoller fra disse møtene oversendes styret til behandling som egne referatsaker i styremøtet 27.3.2019.

## Vurdering

Oppdragsdokumentet ivaretar krav som stilles og oppgaver som pålegges fra overordnede myndigheter. Oppdragsdokumentet inneholder flere nye krav til UNN samtidig som bestillinger i tidligere oppdragsdokument opprettholdes og videreføres. Selv om oppdragsdokumentet kommer sent i forhold til virksomhetsplanleggingen i foretaket, er de fleste endringer og nye krav kjent fra tidligere. Den fortsatt sterke vektlegging av pasientens helsetjeneste med stort fokus på kvalitet og pasientsikkerhet er godt i tråd med UNNs gjeldende strategier og strategiske utviklingsplan. Det samme gjelder oppdragsdokumentets fokus på gode pasientforløp, brukerorientering og brukermedvirkning. Det tydelige fokuset på risikostyring og internkontroll er likeledes i tråd med pågående utviklingsarbeid i UNNs og da særlig godt sammenfallende med UNNs omfattende og langsiktige satsing på kontinuerlig forbedring.

For å skaffe rom til videreutvikling av helsetjenestene, inkludert nødvendige investeringer, er det sentralt å fokusere på riktige prioriteringer. Aktivitet som ikke er nødvendig, eller som kan utføres like bra eller bedre i primærhelsetjenesten, skal ikke utføres i spesialisthelsetjenesten. Videre utvikling av samhandling, oppfølging av tilgjengelige data for å oppnå et likeverdig tilbud til befolkningen uavhengig av bosted, samt utvikling av UNNs arbeid med å sikre et godt koordinert tilbud til stormottakere av helsetjenester er viktige områder å fokusere på for å skaffe rom til å utvikle UNN videre som et godt universitetssykehus, i likhet med fortsatt satsing på systematisk arbeid med kontinuerlig forbedring og implementering av systematiske pasientforløp. Oppdragsdokumentets tydelige krav om tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og kapasitetsutnyttelse samt fokus på bruk av resultater fra ulike kilder i systematisk forbedringsarbeid er godt i tråd med UNNs måldokumenter.

Oppdragsdokumentet blir gjennomgått og fordeling av oppgavene diskutert i direktørens ledergruppe. Oppdragene vil bli lagt inn som en del av klinikkenes og senternes dialogavtaler, for å sikre fokus på gjennomføring og lette rapporteringen. Rapporteringen til styret vil i stor grad inngå i den ordinære virksomhetsrapporteringen.

## **Konklusjon**

Summen av kravene i oppdragsdokumentet vil kreve et meget tydelig lederfokus i organisasjonen, og god dialog og medvirkning og innsats fra alle vil være sentralt for å oppnå både de mål som er satt i oppdragsdokumentet og foretakets egne mål for 2019. Kravene i oppdragsdokumentet er totalt sett i god overensstemmelse med UNNs strategier, og godt i tråd med UNNs sterke fokus på å utvikle en organisasjon preget av kontinuerlig forbedring.

Tromsø, 15.3.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg: Oppdragsdokument 2019



# Oppdragsdokument 2019

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



Vedtatt av styret i Helse Nord RHF 7. februar 2019

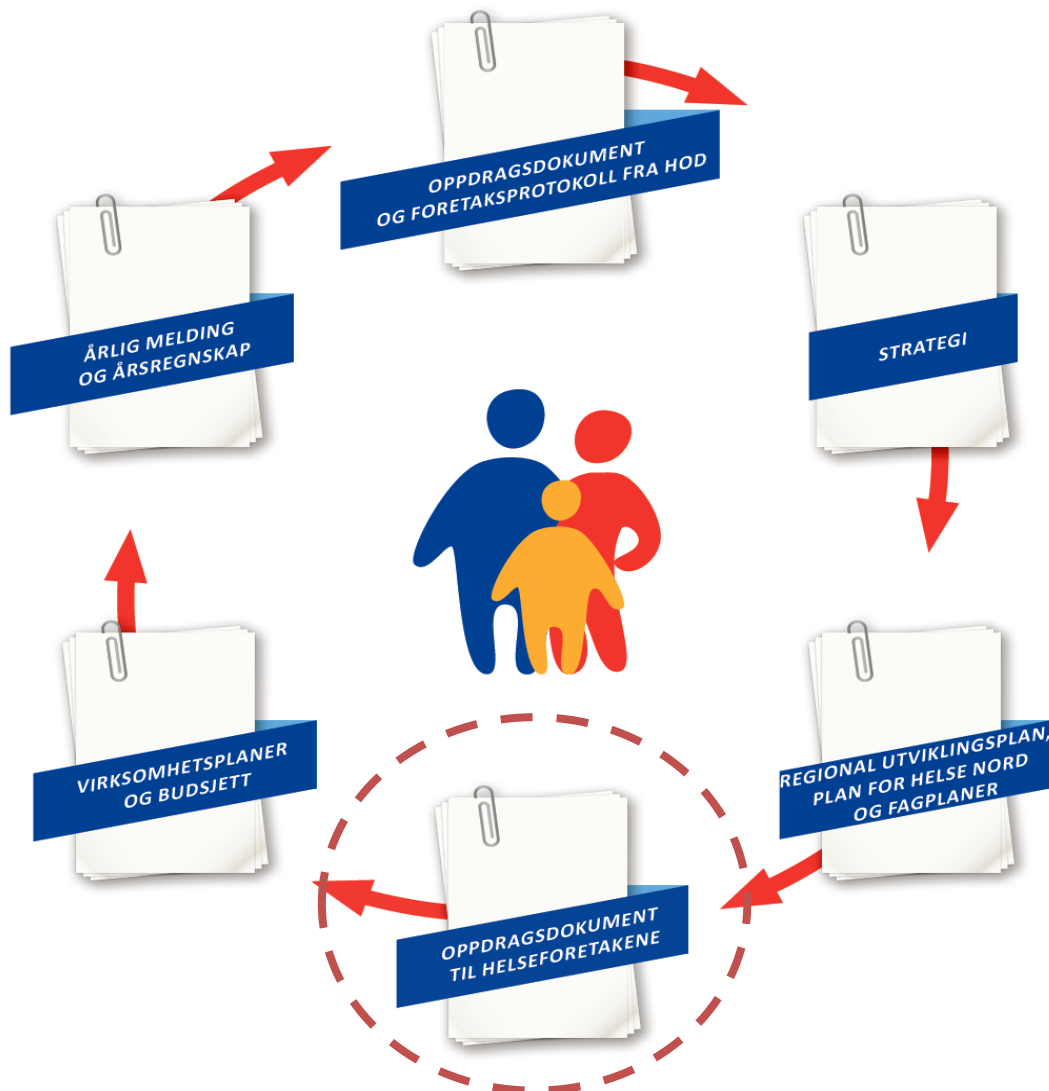
## Innhold

1	Innledning.....	3
2	Mål og føringer .....	4
3	Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.....	6
3.1	Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder .....	6
3.2	Somatikk.....	7
3.3	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	8
3.4	Samhandling med leverandører av private helsetjenester .....	9
3.5	Kvalitetsutvikling.....	9
3.6	Pasientsikkerhet .....	10
3.7	Smittevern .....	10
3.8	Forskning og innovasjon.....	10
4	Øvrige områder .....	11
4.1	Klima- og miljøtiltak.....	11
4.2	Personvern og informasjonssikkerhet.....	11
4.3	Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet .....	12
4.4	Beredskap .....	12
5	Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp.....	13
6	Sikre god pasient- og brukermedvirkning.....	14
7	Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell .....	14
7.1	Sikre gode arbeidsforhold.....	14
7.2	Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	15
7.3	Utdanning av legespesialister.....	15
7.4	Helse, miljø og sikkerhet (HMS) .....	15
8	Innfri økonomiske mål i perioden .....	16
8.1	Resultatkrav.....	16
8.2	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	16
8.3	Anskaffelsesområdet.....	16
9	Styringsparametere 2019 .....	17
10	Oppfølging og rapportering.....	19
11	Vedlegg.....	20
11.1	Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering .....	20

# 1 Innledning

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2019 og er viktig for å utvikle helsetjenesten til befolkningen.

Helse Nord RHF sin virksomhetsstyring skal være sammenhengende, forutsigbar og tydelig på kort og lang sikt. Våre planer skal oppfylle de lovpålagte hovedoppgaver: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, forskning, og utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling.



Figur 1 Helse Nord planlegger og styrer helhetlig og forutsigbart. Sammenhengende virksomhetsstyring



## 2 Mål og føringer

Oppdragsdokumentet skal bidra til å nå Helse Nord's regionale styringsmål:

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

Oppdragsdokumentet er bygd opp rundt disse målene.

Vår eier, Helse- og omsorgsdepartementet, har prioritert og krever at vi oppfyller følgende nasjonale styringsmål:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Andre overordnede føringer er Helse Nord's regionale utviklingsplan, økonomisk langtidsplan og investeringsplan (Plan for Helse Nord), jf. figur 1. Disse planene beskriver utfordringene på lang sikt og hvordan målene skal nås.

Dagens struktur på spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, som kombinerer desentrale tilbud med høyspesialiserte tilbud i hovedsak ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og et bredt tilbud ved Nordlandssykehuset, er tjenlig for landsdel og befolkning. En slik strategi forutsetter at foretaksgruppen evner å utvikle seg, styrke samarbeidet i forpliktende faglige nettverk mellom enheter og fagmiljø og endre seg for å sikre kvaliteten på tilbudet.

Det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt. Med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring har ledere fått et verktøy som skal ligge til grunn for lederes og styrenes oppfølging av arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det skjer endringer i måten helsetjenestene kan ytes på. Det gir store muligheter i nord og Helse Nord's ambisjon er å være i front når det gjelder medisinsk avstandsoppfølging. Dette gjøres ved å ta i bruk teknologi som kan kompensere for våre store avstander og bedre samhandlingen mellom helsetjeneste og pasient og mellom ulike nivå i helsetjenesten.

For å utvikle gode helhetlige pasientforløp til pasientene, styrke kvaliteten og bruke ressursene på en god måte må samhandlingen med den kommunale helsetjenesten forbedres.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette betyr bruk av tolketjenester ved behov. Samiske pasienters rett til og behov for

## Oppdragsdokument 2019

tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.

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

Prinsippene for prioritering<sup>1</sup> skal ligge til grunn for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder nye legemidler, teknologi og endring i arbeidsprosesser. Der beslutningssituasjonens tema/karakter tilsier det, skal prioriteringskriteriene inngå i grunnlaget for beslutninger sammen med andre relevante hensyn.

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

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

- Nasjonal kreftstrategi (2018–2022) «Leve med kreft»
- Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre»
- Nasjonal strategi mot hepatitter 2018–2023
- Meld. St. 11 (2018–2019) «Kvalitet og pasientsikkerhet 2017»
- Lov om nasjonal sikkerhet (sikkerhetsloven). Endret fra 01.01.2019 med utvidet anvendelsesområde.
- NOU 2018:14 «IKT sikkerhet i alle ledd - Organisering og regulering av nasjonal IKT sikkerhet»

Det kan komme supplerende eller nye krav fra HOD. Disse vil bli gitt i foretaksmøter eller i form av egne brev, men vil ikke medføre at dette dokumentet blir revidert.

Krav gitt i tidligere oppdragsdokument gjelder fortsatt selv om de ikke gjentas årlig.

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

Det legges til grunn at foretakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetaket.

Alle helseforetakene får samme oppdragsdokument, og det er spesifisert hvilke foretak kravene gjelder for.

---

<sup>1</sup> Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

### **3 Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen**

#### **3.1 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder**

##### Krav til alle helseforetak:

1. Redegjøre for hvorvidt IKT prosjekter/program er kvalitetssikret i tråd med regional arkitekturstyring samt er i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen/nasjonale standarder og prinsipper.

##### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid), og rapportere på hvilke tiltak som er iverksatt for å nå målsetningen om å overholde minst 95 pst. av avtalene innen 2021.
3. Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenlignet med 2018.
4. Gjennomføre tiltakene fra prosjekt Transport psykisk syke i samarbeid mellom psykisk helsevern og prehospitale tjenester. Finnmarkssykehuset skal samarbeide med UNN og Helgelandssykehuset skal samarbeide med Nordlandssykehuset.
5. Sette egne mål for vesentlig økt antall e-helsekonsultasjoner.
6. Håndtere prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. Det må sørges for tilstrekkelig kommunikasjon og opplæring for de ansatte dette gjelder.
7. Sikre god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste.
8. Tilrettelegge for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som også innebærer bruk av tolketjenester når det er behov for det, er en forutsetning for å ivareta reell medvirkning. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.

##### Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

9. Øke bruken av digital kommunikasjon med allmennleger, avtalespesialister, pasienter og pårørende og ta i bruk andre ferdigutviklede tjenester på helsenorge.no. Innføringen gjennomføres i Helse Nords prosjekt Digitale Innbyggertjenester.
10. Delta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og dele erfaringer med bruk av digitale pasientrettede tjenester (selvtester, o.l.) mellom helseregionene.

##### Foretaksspesifikke krav:

###### **Finnmarkssykehuset:**

11. Utvide samisk tolketjeneste til hele Helse Nord i løpet av 2019 og i samarbeid med de andre helseforetakene styrke informasjonen om ordningen. Det skal rapporteres på antall henvendelser og hvilket helseforetaksområde som etterspør tolketjeneste.

###### **Sykehusapotek Nord:**

12. Legge til grunn prinsipper for håndtering av prisinformasjon på legemidler slik de er vedtatt av de regionale helseforetakene. I samarbeid med de regionale

## Oppdragsdokument 2019

helseforetakene og Sykehusinnkjøp HF følge opp tiltaksplanen for rapport om enhetspriser. Vurdere om webløsningen Sykehusapotekenes legemiddelkostnader (SLMK) kan være elektronisk informasjonskanal for å gi alle helseforetak den samme nødvendige prisinformasjon på legemidler.

## 3.2 Somatikk

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2018 og være under 50 dager innen 2021. Tiltaksplan skal utarbeides innen utgangen av 2. tertial 2019.
2. Utarbeide forslag til sjekklister for prosedyrer, kvalitetsmål og utstyr i akuttmottak for mottak av akutt syke pasienter. Helgelandssykehuset skal lede arbeidet.
3. Ha kompetanse for utredning og diagnostikk av kronisk utmattelsessyndrom.
4. Med utgangspunkt i egne resultater i dagkirurgiatlaset, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon innen skulderoperasjoner, meniskoperasjoner for pasienter over 50 år og fjerning av mandler.
5. Med utgangspunkt i egne resultater i gynekologiatlaset, iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon. Avtalespesialistene skal involveres i arbeidet.
6. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst.
7. Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt, som er trombolysbehandlet, skal ha fått denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.
8. Ikke ha korridorpasienter.
9. Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
10. Rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, og hvordan anbefalingen om utreisevurdering er fulgt opp.
11. Ha det økonomiske ansvaret for hormonpreparater når kvinner i fertil alder får tilbud om å ta ut egg hvis behandling av alvorlig sykdom kan gå utover fertiliteten.
12. Det skal innføres måltall for registrering av skadedata i Norsk pasientregister fra 2020. Helseforetakene skal arbeide målrettet for å øke registreringsandelen.

### Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

13. Planlegge å ta i bruk ny melding om dødsfall og dødsårsak i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e- Helse.

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge:**

14. Etablere regionalt kompetansesenter for senvirkninger av kreftbehandling.
15. Etablere metode for peptid reseptor radionukleotid behandling av maligne lidelser.
16. Ivareta sekretariatsfunksjonen for lokal perinatalkomite for Troms og Finnmark.

#### **Nordlandssykehuset:**

17. Ivareta sekretariatsfunksjonen for lokal perinatalkomite for Nordland.

### 3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).
2. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 30 dager for psykisk helsevern barn og unge og TSB.
3. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.
4. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 pst.
5. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.
6. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.
7. Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for TSB skal være minst 80 pst.
8. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 pst.
9. Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.
10. Redusere antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling).
11. Oppnevne forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter innenfor psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og TSB.

#### Foretaksspesifikke krav:

##### **Universitetssykehuset Nord-Norge:**

12. Etablere fire akutt plasser som beskrevet i fagplan TSB.

##### **Helgelandssykehuset:**

13. Innen 1. juni 2019 etablere døgnkontinuerlige akuttjenester.

### 3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Delta i gjennomgang av samarbeidsrutinene med rehabiliteringsinstitusjoner.
2. Delta med relevant kompetanse i pilotprosjekter knyttet til avtalespesialistordningen, jf. at det tas sikte på å gi avtalespesialistene rett og plikt til tildeling av pasientrettigheter.

### 3.5 Kvalitetsutvikling

#### Krav til alle helseforetak:

1. Informerer styre om ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
2. Sørge for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring.

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

3. Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.
4. Basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifiserer minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeider en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.
5. Delta i de nasjonale brukerundersøkelsene i regi av Folkehelseinstituttet, og bruke resultatene i forbedringsarbeid. Dette omfatter også løpende brukererfaringsundersøkelser innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vil bli utviklet og implementert i løpet av 2019.
6. I en samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer, identifiserer minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.
7. Med utgangspunkt i analyser av samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer, identifiserer minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeider en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. Det skal eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.

Foretaksspesifikke krav:

**Helse Nord IKT:**

8. Planlegge nødvendige tiltak for å ta bruk modernisert folkeregister innen 31.12.2021.

### 3.6 Pasientsikkerhet

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Andel legemiddellister som er samstemt inn etter ny prosedyre (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 pst.
2. Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med 2017.

Krav til sykehusforetakene og SANO:

3. Videreføre arbeidet med innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet.

Foretaksspesifikke krav:

**Nordlandssykehuset:**

4. Iverksette tiltak i handlingsplanen for regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet.

**Helse Nord IKT:**

5. Innføre tjenestebasert adressering del tre så raskt som mulig og senest innen utgangen av 2019, for å sikre korrekt adressering av meldinger<sup>2</sup>.

### 3.7 Smittevern

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Utføre tverrfaglig og systematisk gjennomgang av pasientforløpet ved dyp postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI), og eventuelt iverksette tiltak. Dette skal rapporteres sammen med den ordinære NOIS-POSI rapporteringen.
2. 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enymhemmer og kinoloner).

### 3.8 Forskning og innovasjon

Krav til alle helseforetak:

1. Risikovurdere alle verktøy som brukes til å registrere og oppbevare forskningsdata, i samarbeid med personvernombud (PVO).
2. Utarbeide datahåndteringsplaner for lagring og deling av forskningsdata.

---

<sup>2</sup> Denne standarden er begrenset til å dekke forhold som er direkte knyttet til adressering av elektroniske meldinger som sendes over Helsenettet. Dette omfatter bruk av identifikatorer, hvilke tjenestetyper som skal benyttes til adressering og hvor opplysninger om avsender og mottakere vedlikeholdes (Dokumentreferanse: HIS 1153-3:2017).

Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

3. Øke antall nye kliniske behandlingsstudier med 5 pst. sammenliknet med 2017. UNN skal ha en pådriverrolle i regionen.
4. Helseforetakene skal rapportere på kliniske behandlingsstudier i helseforetakene for 2017, 2018 og 2019, i tråd med anbefalinger i rapport fra arbeidsgruppe for utvikling av en indikator for kliniske behandlingsstudier.

Krav til sykehusforetakene og SANO:

5. Organisere foretakets redelighetsutvalg på en hensiktsmessig måte, og utarbeide retningslinjer for behandling av saker om mulige brudd på anerkjente forskningsetiske normer.
6. I samarbeid med Helse Nord RHF legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskning i de regionale helseforetakene skal være åpent tilgjengelige etter 1. januar 2020, jf. veileder fra Norges forskningsråd.
7. Foretakene skal sikre at de rettmessig adresseres ved publikasjoner som utgår fra eller finansieres av foretaksgruppen.

Foretaksspesifikke krav:

**Universitetssykehuset Nord-Norge:**

8. Rapportere på indikatorer for innovasjonsaktivitet og -nytte i helseforetakene for 2018.

## 4 Øvrige områder

### 4.1 Klima- og miljøtiltak

Helse Nord's miljøpolitikk er førende for miljøarbeidet i foretakene som skal være i fremste rekke i arbeidet med klima- og miljøtiltak, bl.a. gjennom ledelsessystemet for miljø.

Krav til alle helseforetak:

1. Sette mål og lage handlingsplaner for de nasjonale miljøindikatorerne og registrere disse i den nasjonale databasen innen 1. mars 2019.

### 4.2 Personvern og informasjonssikkerhet

I helseforetakene skal det være tilfredsstillende informasjonssikkerhet basert på vurdering av risiko og sårbarhet, og oppfølging gjennom internkontroll. Helseforetakene skal gjennom systematiske tiltak sørge for at nasjonale krav til informasjonssikkerhet blir ivaretatt.

Krav til alle helseforetak:

1. Sikre at HN LIS har tilfredsstillende informasjonssikkerhet. Prosessen gjennomføres i samarbeid med lokal forvaltningsansvarlig for HN LIS, forankres i eget foretak og involverer relevante ressurser (for eksempel personvernombud og jurist).



## Oppdragsdokument 2019

2. Styrebehandle status på risiko- og sårbarhetsanalyser om informasjonssikkerhet innen 1. juni.
3. Rapportere avvik som ikke er lukket etter riksrevisjonsrapport, innen 1. mars. Avvikene skal beskrives i en tiltaksplan, med ansvarlig og forventet tidspunkt for lukking.
4. Revidere driftsavtale (SLA) og databehandleravtaler mellom helseforetakene og Helse Nord IKT for å sikre at endringene innarbeides i avtalene. Databehandleravtalen skal oppdateres innen 1. mars.
5. Implementere revidert felles styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Nord.
6. I samarbeid med Helse Nord IKT utarbeide analyse av å heve sikkerhetsnivået for pålogging til Helse Nord sine systemer og infrastruktur. Analysen skal beskrive:
  - a. Alternative løsninger, og anbefaling av hvilken løsning som bør innføres
  - b. Økonomiske konsekvenser
  - c. Konkret beskrivelse av gjennomføring

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

7. Starte innlevering av fysisk pasientarkivmateriale innen april 2019. Helseforetakene skal utarbeide plan for ressurser og volum for avleveringsprosessen, jf. tilsendt mal, innen 1. mars. 2019.

## 4.3 Medisinteknisk utstyr og informasjonssikkerhet

### Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

1. I samarbeid med Norsk Helsenett SF iverksette tiltak for redusere feil bruk av standardiserte meldingsformater.

### Krav til sykehusforetakene og SANO:

2. Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser for MTU med tilhørende handlingsplaner innen 2. tertial.

## 4.4 Beredskap

### Krav til alle helseforetak:

1. Samordne sine beredskapsplaner med HN IKT for å sikre likeartet håndtering, kompetanse, oversikt, og interne rutiner for informasjon, varsling og håndtering av kritiske hendelser.

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Ha oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enerom med eget bad/WC og kontakt- og luftsmitteisolater.

## 5 Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp

### Krav til alle helseforetak:

1. Delta i oppfølgingen av Helsedirektoratets felles plan for nasjonal tilrettelegging og bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter.

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Ved utskrivning skal alle pasienter som har behov for kommunal oppfølging ha med seg nødvendig og forståelig informasjon og medikamenter (epikrise ved utskrivelse og legemiddelliste, jf. tjenesteavtale 5).
3. Følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om praksis for utskrivning av pasienter, og ha interne systemer og kontroller som sikrer at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskrivning av pasienter.
4. Delta i utvikling av egnede prosess- og resultatmål for samhandlingsfeltet i samarbeid med Helse Nord RHF.
5. Utvikle en tiltaksplan i tråd med regional utviklingsplan i samarbeid med OSO, innen 15. september.
6. Etablere samarbeid med kommuner om tjenestetilbudet til kronikere og stormottakere av helsetjenester og forbedre samordningen av tjenestene til disse pasientene. Bruke erfaringene fra Pasientsentrert helseteam.
7. Etablere lavterskeltilbud for diagnostikk og behandling av Hepatitt C i samarbeid med kommunene.
8. Registrere antall samhandlingsavvik meldt fra kommunene og fra helseforetakene.

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge:**

9. Utvikle en veileder for samarbeid med fastleger, som kan tas i bruk av øvrige helseforetak.

#### **Sykehusapotek Nord:**

10. Sette egne mål og øke antall gjennomførte utskrivningssamtaler med farmasøyt.

## 6 Sikre god pasient- og brukervedvirkning

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Minimum 150 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på foretakets nettside.
2. Legge til rette for samarbeid mellom ungdomsrådene i regionen.

### Krav til sykehusforetakene og SANO:

3. Ta i bruk RHFenes felles veileder for brukervedvirkning i forskning, publisert juni 2018.

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge:**

4. Videreføre arbeidet med utvikling og bruk av samvalg og samvalgsverktøy for å involvere pasienter i valg av behandlingsform.

## 7 Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell

Medarbeiderne er vår viktigste ressurs. Vi må gi muligheter for kompetanseutvikling, og legge forholdene til rette for trivsel og et inkluderende arbeidsmiljø. Vi må jobbe langsiktig og i lag for å dekke fremtidig kompetansebehov. Nye krav til opplæring innenfor IKT-system, sammen med et strammere marked for vikarer, gjør at foretakene i større grad enn tidligere må basere sin virksomhet på egne ressurser.

### 7.1 Sikre gode arbeidsforhold

#### Krav til alle helseforetak:

1. Innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter "all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l."

#### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

2. Plan for reduksjon av innleie av personell skal styrebehandles innen 1. juli.
3. Følge opp Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressursene.

#### Foretaksspesifikke krav:

#### **Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset:**

4. På bakgrunn av erfaringer bl.a. fra Helgelandssykehuset utarbeide handlingsplan for å redusere sykefravær til under 7,5 pst. innen 2021.

## 7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Følge opp regional handlingsplan for rekruttering, med særskilt fokus på tiltak for økt kapasitet for utdanning og rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere. Planen skal også vise prognose for endring i antall helsefagarbeidere.
2. Øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.
3. Andel helsefagarbeidere skal innen 2021 være over 5 pst.

### Krav til sykehusforetakene og SANO:

4. Gjennomføre tiltak for å forbedre praksisundervisning for de som utdannes i helseyrkene innenfor rammene av helseforetakenes ansvar for praksisundervisning og opplæring.

## 7.3 Utdanning av legespesialister

### Krav til sykehusforetakene (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

1. Iverksette ny ordning for legenes spesialistutdanning i henhold til kravene i spesialistforskriften. Det skal påses at leger i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført Helsedirektoratets anbefalte minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyrelistene.
2. Stille med nødvendige leger til kursporteføljen i legespesialistutdanningen. Det gjelder kurskomiteer og lærerkrefter på kursene som i ny ordning koordineres av de regionale utdanningssettene. Veilederkurs er omfattet av kravet.
3. I søknad om godkjenning som utdanningsvirksomhet skal det for alle spesialiteter utarbeides minst én utdanningsplan hvor alle læringsmål oppnås i eget foretak eller ved hjelp av avtaler inngått mellom foretakene i regionen. Dette gjelder ikke de for spesialiteter der læringsmålene ikke tilbys i regionen.
4. Etablere rutiner som sikrer at LIS i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin sikres nødvendig tjeneste i helseforetaket for å gjennomføre sin utdanning.

### Foretaksspesifikke krav:

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset:**

5. Etablere rutiner som sikrer at LIS fra andre helseforetak i Helse Nord gis likeverdig og forutsigbar tilgang på nødvendig tjeneste for å oppnå læringsmål som foretaket LIS er ansatt ved, selv ikke kan tilby.

## 7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

### Krav til alle helseforetak:

1. Arbeidet med HMS og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Andel "enheter med modent sikkerhetsklima" (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 pst.

## 8 Innfri økonomiske mål i perioden

### 8.1 Resultatkrav

Helseforetakene skal i 2019 basere sin virksomhet på de tildelte midler med følgende resultatkrav:

Finnmarkssykehuset	Overskudd 24 mill
UNN	Overskudd 40 mill
Nordlandssykehuset	Overskudd 0 mill
Helgelandssykehuset	Overskudd 20 mill
Sykehusapotek Nord	Overskudd 4 mill <sup>3</sup>
Helse Nord IKT	Overskudd 10 mill

### 8.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Foretaksspesifikke krav:

#### **Finnmarkssykehuset:**

1. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Alta Nærsykehus og Samisk helsepark i tråd med brev av 10.7.18.

#### **Universitetssykehuset Nord-Norge:**

2. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Nye Narvik sykehus i tråd med brev av 10.7.18.

#### **Nordlandssykehuset:**

3. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Ny-, på- og ombygging Bodø i tråd med brev av 10.7.18.

#### **Helgelandssykehuset:**

4. Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til ombygging operasjonsstuer Mo i Rana i tråd med brev av 10.7.18.

### 8.3 Anskaffelsesområdet

Krav til alle helseforetak:

1. I alle lokale anskaffelser skal Sykehusinnkjøp HF være involvert, og anskaffelsene skal være koordinert mellom helseforetakene og med Sykehusinnkjøp HF i forkant. Brukermedvirkning skal gjennomføres der det er relevant.
2. Gjennomføre kontraktsoppfølgingsmøter med leverandører i henhold til inngåtte kontrakter. Oppfølgingsmøtene skal ta utgangspunkt i kravspesifikasjon, kontrakt og faktiske leveranser.
3. Legge økt vekt på klima og miljø ved innkjøp og ved bygge- og vedlikeholdsprosjekter.
4. I alle anskaffelser skal inngåtte rammeavtaler følges.

Krav til sykehusforetakene og HN IKT:

5. Redusere antall ad-hoc anskaffelser.

---

<sup>3</sup> Overskudd i publikumsavdelingen

## 9 Styringsparametere 2019

Helse Nord RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetakene følge opp de valgte styringsparametere samt andre kvalitetsindikatorer ved behov.

Styret og ledelsen i foretakene har et ansvar for oppfølging av kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

Indikatorerne i tabellen under rapporteres som beskrevet i tabellen og i mal for tertialrapport og årlig melding.

Tabell 1 Mål 2019. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2019	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
<b>1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen</b>			
Gjennomsnittlig ventetid.	Redusert i regionen sammenliknet med 2018. Skal være under 50 dager i regionen innen 2021. Måles som årlig gjennomsnitt.	Helsedirektoratet	Månedlig
Median tid til tjenestestart. Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR.	Redusert i regionen sammenliknet med 2018.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.	Redusert i regionen sammenliknet med 2018. Skal overholde minst 95 % av avtalene innen 2021.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid <sup>4</sup> .	Minst 70 % Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå skal reduseres.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Minst 60 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.	Minst 60 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
<b>2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).	Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap	

<sup>4</sup> Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

## Oppdragsdokument 2019

Mål 2019	Mål	Datakilde	Publiserings frekvens
	for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB. Gjennomsnittlig ventetid måles som årlig gjennomsnitt. Prosentvis større økning i kostnader og aktivitet.	Polikliniske opphold: Helsedirektoratet (ISF)	
Forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern barn og unge	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, psykisk helsevern voksne	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid for evaluering av TSB i poliklinikk	Minst 80 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt TSB i døgnenhet	Minst 60 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne. Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	Minst 50 %.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak	Redusert sammenliknet med 2018.	Helsedirektoratet	Årlig
<b>3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet</b>			
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med 2017.	Redusert i 2019 sammenliknet med 2017.	GTT-undersøkelsene Helsedirektoratet	Årlig
Andel "enheter med modent sikkerhetsklime" (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 pst.	Minst 60 % av medarbeiderne i enheten skårer 75 eller høyere. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.	ForBedring	Årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzyminhibitorer og kinoloner).	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012.	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Tertialvis
Andel korridorpatienter på sykehus.	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall nye kliniske behandlingsstudier er økt.	Økt med 5 % i 2019 sammenliknet med 2017.	CRIStin	Årlig

## 10 Oppfølging og rapportering

Alle krav for 2019 skal rapporteres i tråd med egen mal for tertialrapport og årlig melding. Styringsparametere rapporteres som beskrevet i tabell 1.

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2019, foretaksspesifikke mål 2019 og styringsparametere 2019.

Der det er mulig skal data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nord's risikostyring. Disse kravene skal følge metodikk og oppfølging i risikostyringen. Det blir sendt ut egen informasjon til helseforetakene om dette.

Viser til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren, og det forutsettes at «Ledelsens gjennomgang» følger som en del av tertialrapportering nr. 2-2019.

**Tabell 2 Oversikt over rapporteringsrutiner og frister:**

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Månedrapport i tråd med mal.	Månedregnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertialrapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes.	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 6. juni 2019 8. oktober 2019  Administrativt utarbeidet tertialrapport: 16. mai 2019 27. september 2019 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes.  Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.	<b>Administrativt</b> behandlet årlig melding: Februar 2019.  <b>Styrebehandlet</b> årlig melding (styrevedtak): Mars 2019.
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2018: Mars 2019.



## 11 Vedlegg

### 11.1 Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

**Grunnutdanning** omfatter studier ved videregående skoler, høgskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene. Fylkenes opplæringskontor skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

**Videreutdanning** omfatter bl.a. ulike studier ved fagskoler, høgskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskoler og universiteter som tilbyr videreutdanning skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet. Spesialistutdanning for leger skal ivaretas i samsvar med den nye spesialistforskriften.

Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2019 som er hentet fra Kunnskapsdepartementets foreløpige tildelingsbrev for 2019 til utdanningsinstitusjonene. Endelige tall kan også formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene. Kandidatmåltallet er et minstekrav for den enkelte institusjons kandidatproduksjon. På de ulike utdanningene vil derfor opptakstallene være noe høyere.

**Tabell 3 Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2019:**

Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jordmor
	Syke- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
Univ. i Tromsø	261	24	20	33	20	64	50	20
Nord universitet	352					30	26	

**Tabell 4 Kandidatmåltall fastsatt for medisin, psykologi og farmasi MA ved universitetene:**

	Medisin	Psykologi profesjonsutd.	Farmasi MA
Universitet i Tromsø	84	39	25

#### Turnustjeneste

Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret og fastsetter hvor mange turnusplasser fysioterapeuter det skal legges til rette for. Regionansvarlige fylkesmenn er delegert myndighet til å skaffe turnusplasser for fysioterapeutkandidater, de informerer de regionale helseforetakene om forventet behov kommende år. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

## Oppdragsdokument 2019

**LIS1-stillinger for leger**

Turnustjenesten for leger opphørte høsten 2017 og er erstattet av LIS1-stillinger som også utgjør første del av legers spesialistutdanning. LIS1-stillingene har læringsmål og består av 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Antallet LIS1-stillinger videreføres i 2019 på samme nivå som i 2018. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å gjøre fornyet vurdering av om dimensjoneringen av antallet stillinger er i tråd med behovene i tjenesten.

**Fordeling av nye legestillinger**

Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene i henhold til de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for de regionale helseforetakenes fordeling av leger til helseforetakene og mellom spesialiteter. De regionale helseforetakene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helsetjenesten.

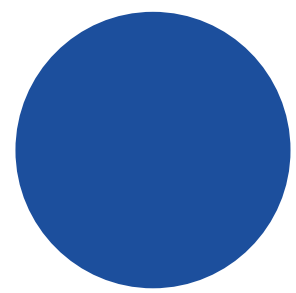
De regionale helseforetakene skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.

**Inntakstall til oppdragsdokumentet (OD)**

Foretakenes inntak av helsefagarbeiderlæringer skal for 2019 være i samsvar med tabell 5. Foretakene skal i tillegg gjøre egne kartlegginger av behov for helsefagarbeidere og helsefaglæringer og hvis nødvendig øke inntaket av læringer på lengre sikt tilpasset dette.

**Tabell 5 Helseforetakenes inntak av helsefagarbeiderlæringer:**

Foretak	Kull 2018-2020	Kull 2019-2021
Finnmarkssykehuset HF	6	8
Nordlandssykehuset HF	11	12
UNN HF	6	8
Helgelandssykehuset HF	6	8
Sum	29	36





## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
28/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	27.3.2018

Saksansvarlig: Grethe Andersen/ Saksbehandlere: Tor-Arne Hanssen/ Gina Johansen

### Arealplan UNN Harstad

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar Sykehusbygg HF's 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.

#### Bakgrunn

*Arealplan UNN, Harstad* er utarbeidet med bakgrunn i styresak 30/2018 *Strategisk Utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2040* og ledermøtesak 20.3.2018 *Styringsdokument Arealplan UNN Harstad*. Arbeidet har vært prosjektbasert og ledet av Sykehusbygg HF (Sykehusbygg). Hensikten er å skaffe en oversikt over muligheter for bedre arealutnyttelse og -utvikling innenfor eksisterende areal, rocade av funksjoner innenfor eksisterende bygg, samt avdekke behov for eventuelt påbygg/ nybygg.

Det har vært en grunnleggende forutsetning for arealplanarbeidet å søke løsninger som legger til rette for gode pasientforløp og utdannings- og samhandlingsarenaer. I tillegg legges det til rette for økt sambruk av bemannings- og arealressurser, kostnads- og arealeffektiv bruk, samtidig som økt fleksibilitet i bygget kan tilpasses helsetjenestens endringsbehov.

#### Formål

Formålet med saken er å redegjøre for arealplanarbeidet ved UNN Harstad, og saken inviterer styret til å godkjenne planen, samt vedta videreføring av et innrammingsprosjekt for *Arealplan UNN Harstad* i tråd med *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. I henhold til fullmaktsstrukturen for byggeprosjekter skal oppstart av prosjektinnramming besluttes av styret ved UNN, og meldes administrativt til Helse Nord RHF.

## Saksutredning

UNN Harstads bygningsmasse er i hovedsak fra 1977 og har et dokumentert behov for renovering og utvikling for å kunne møte pasientens helsetjeneste i fremtiden. Ut fra framskrivning av kapasitetsbehov til 2035 har UNN Harstad tilstrekkelig areal basert på antall m<sup>2</sup>. Analysen av funksjonell egnethet og mulighetsstudien viser imidlertid at det vil være utfordrende å få utnyttet dagens bygningskropp på en hensiktsmessig måte for å oppnå målsettinger om fremtidens helsetjeneste. Følgende alternativer er foreløpig vurdert:

- 0-alternativet: oppgradering av dagens bygningsmasse til bygg/teknisk og funksjonell egnethet mot 2035
- Alternativ 1: oppgradering av eksisterende bygningsmasse tilsvarende 0-alternativet, med nybygg (en fløy)
- Alternativ 2: nybygg

Det er i hovedsak arbeidet med mulighetsstudier innenfor eksisterende bygningsmasse (0-alternativet). Mulighetsstudiene er utarbeidet i samarbeid med Arkitema. Mulighetene dagens bygningsmasse gir er vurdert opp mot om denne kan tilpasses tidsriktige, funksjonelle, strategiske og økonomiske rammer for virksomheten. Å legge til rette for nye behandlingsmetoder, tilby miljøvennlige materialer og lavt energiforbruk i eksisterende bygningsmasse (0-alternativet), er vanskelig, og det er nødvendig med avlastningsarealer i form av nybygg i tilknytning til eksisterende bygg (alternativ 1).

Sykehusbygg sin ROS-analyse konkluderer med at det er størst usikkerhet knyttet til kostnadsestimatet ved renovering av eksisterende areal (alternativ 0). Den samme usikkerheten vil gjelde for alternativ 1 for de arealene i eksisterende bygg som uansett må rehabiliteres. Påvirkning av klinisk drift vil være betydelig i hele fasen med pågående renovering og rokader for alternativ 0 og 1. Investeringskostnaden vil være høyest for alternativ 2 med et helt nytt bygg, lavest for 0-alternativet før rokadekostnader og driftsstans på om lag 6 måneder er innberegnet.

For alle tre alternativ må UNN følge *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, noe som innebærer at investeringsprosjektet må inn i Helse Nords investeringsplan og lånefinansieres ved en videreføring inn i Konseptfase.

Det er gjort en forenklet tomteanalyse som viser muligheter for en eventuell fremtidig utbygging eller nybygg. I prosjektinnrammingsfasen er det nødvendig å gjennomføre en fullverdig tomteanalyse. UNN Harstad har tilgang på tomteareal for fremtidige utvidelser/nybygg på egen eiendom. Tomten ligger sentrumsnært og sentralt i et område som har stort potensiale.

### **Samarbeid med Harstad kommune og etablering av et helsehus på UNNs tomt**

En samlokalisering av helsehus- og sykehustjenester vil kunne gi mange synergier, i tråd med intensjonen bak samhandlingsreformen. En samlokalisering på sykehusomtten skaper nye muligheter for samarbeid.

Harstad kommune har gjennom flere år arbeidet med etablering av nytt helsehus i kommunen. Representanter fra UNN og UiT har deltatt i styringsgruppen for helsehusprosjektet siden i 2012. UiT har gjennom arbeidet i styringsgruppen også gitt uttrykk for ønske om å samlokalisere deler av sin utdanningskapasitet til et samlokalisert helsehus/sykehus.

I juni 2014 stilte UNN seg positiv til å utrede muligheter og konsekvenser av å etablere et kommunalt helsehus på sykehusomtten i Harstad kommune. Under den interne behandlingen av

kommunens skisseprosjektet ble det klart at fremlagte planer kan begrense og/eller fordyre en fremtidig utvikling av UNN Harstad i tråd med *Strategisk Utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2040*. Administrerende direktør besluttet på denne bakgrunn å ikke inngå intensjonsavtale om kjøp av deler av sykehustomten før *Arealplan UNN Harstad* var gjennomført i 2018.

Foreløpige mulighetsstudier viser at en utvidelse og/eller sambruk med Harstad kommune og UiT mot øst vil medføre en betydelig endring av pasient-, personal og varelogistikken i sykehuset. En nærmere tomte-, trafikk- og behovsanalyse bør legges til grunn i den videre utredningen.

Harstad kommune har gitt uttrykk for at de ønsker å bygge helsehuset innen 1-2 år, mens *Arealplan UNN Harstad* viser at det er behov for ytterligere utredninger før et evt tomtosalg kan gjennomføres. Sykehusbygg anbefaler UNN å ikke båndlegge eller fradele tomten før en prosjektinnramming inkludert fullverdig tomteanalyse er utført.

Prosjektgruppen for *Arealplan UNN Harstad* anbefaler at UiT, Harstad kommune og en representant for øvrige kommuner inviteres inn i det videre planleggingsarbeidet med tanke på langsiktig utvikling og samlokalisering av fremtidens helsetjeneste i Harstad og regionen. Helse Nord RHF's nåværende investeringsplan tillater ikke oppstart før tidligst i 2026, imidlertid vil en videre utredning kunne vise om det er mulig å få til en utbygging i flere trinn der Harstad kommunes helsehus kan starte tidligere. Dette kan medføre fremskyvning av planene om etablering av et helsehus på UNNs tomt til våren 2020.

### **Økonomi**

Gjennomføring av prosjektinnramming i tråd med veilederen bør gjennomføres i 2019. Det er satt av en ramme på 1,5 mill kr til dette arbeidet.

Foreløpige kostnadsoverslag for de tre alternativene som er skissert er:

0-alternativet inkl avlastningsbygg:	1,5 mrd	Risiko: +++
Alternativ 1 (ny-fløy):	1,3 mrd	Risiko: ++
Alternativ 2 (nybygg):	2,6 mrd	

Oppsummert er risikoen for 0-alternativet størst når det gjelder overskridelse av kostnadsestimatet og påvirkning på drift i renoveringsperioden. Alternativ 1 er generelt vurdert som å ha lavere risiko enn 0-alternativet både for overskridelser for nybyggdelen, forsinkelser og påvirkning av drift. Alternativ 2 vil ha høyest kostnad, og dermed risiko for manglende bærekraft. Alternativet vil i midlertid gi den minste risikoen med hensyn til drift og det best tilpassede funksjonsarealet for pasientbehandling og drift.

### **Medvirkning**

Arealplanarbeidet er gjennomført som et prosjekt med en bred faglig sammensatt internt prosjektgruppe inklusive verneombud og brukerrepresentant, samt seks arbeidsgrupper innenfor ulike funksjonsområder der lokal ledelse, fagutviklingsmedarbeidere, tillitsvalgte og vernetjeneste har deltatt. Prosjektledelsen er innleid fra Sykehusbygg. I tillegg har det vært avholdt to orienteringsmøter med Harstad kommune og ett med UiT underveis.

Arealplanen ble sendt ut til UNN Harstad sine opptakskommuner og UiT. Harstad kommune og Kvæfjord kommune har avgitt hørings svar innen fristens utløp 15.2. (vedlegg 2). Begge hørings svar peker på betydningen av endringsfaktorene i helsetjenesten, god samhandling

mellom nivåene og ber om at det arbeides aktivt for å legge til rette for at det kan bygges helsehus ved UNN Harstad, samtidig som framtidig utvikling av UNN Harstad kan ivaretas. Begge høringssvar ber også om at tomtespørsmålet avklares snarest mulig.

Saken er forelagt ansattes organisasjoner og vernetjeneste, brukerutvalgets arbeidsutvalg samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter i uke 11. Referater og protokoller fra disse møtene oversendes styret for behandling som egne referatsaker 27.3.2019.

## Vurdering

Der er administrerende direktørs vurdering at *Arealplan UNN Harstad* danner et godt utgangspunkt for å vurdere fremtidige areal- og utviklingsprosjekter i et helhetsperspektiv for UNN Harstad.

Mulighetsstudiene viser at eksisterende bygg gir flere begrensinger til optimal sambruk og logistikk sett i forhold til et nybygg. Usikkerhet rundt renoverings- og rokadekostnader, full driftsstans i 6 måneder og generell risiko i forhold til måloppnåelse gjør at administrerende direktør anbefaler at 0-alternativet blir en referansealternativ i det videre arbeidet, mens alternativ 1 og alternativ 2 utredes videre i et innrammingsprosjekt i tråd med *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* og vedlagte styringsdokument.

Sykehusbygg anbefaler UNN å ikke båndlegge eller fradele tomten før en prosjektinnramming inkludert fullverdig tomte-, trafikk- og behovsanalyse er utført. Administrerende direktør støtter dette.

Det er av avgjørende betydning å sikre økt grad av strategisk samspill mellom arealplanen, det medisinskfaglige miljøet, utdanningsinstitusjonene og primærhelsetjenesten. Administrerende direktør vil derfor invitere inn UiT, Harstad kommune og en representant for øvrige kommuner i opptaksområdet i det videre planleggingsarbeidet med tanke på framtidig samhandling på eiendommen i tråd med alternativ 1 og alternativ 2. UNNs utviklings- og økonomiplaner skal legges til grunn for all arealplanlegging og -utvikling.

## Konklusjon

Styret inviteres til å godkjenne *Arealplan UNN Harstad* samt videreføring av denne til en prosjektinnrammingsfase. Direktøren understreker intensjonen om et godt samarbeid med kommunene og UiT i det videre arbeidet, og at ulike modeller for en samlokalisering på tomten synliggjøres i prosjektinnrammingsfasen. Sykehusbygg anbefaler UNN å ikke båndlegge eller fradele tomten før en prosjektinnramming inkludert fullverdig tomte-, trafikk-, behovs- og mulighetsstudier er utført. Administrerende direktør støtter dette. Dette innebærer at Harstad kommune ikke vil få endelig tomteavklaring før etter utgangen av februar 2020.

Tromsø, 15.3.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg

1. Oppsummering av *Arealplan UNN Harstad*<sup>1</sup>.
2. Høringsbrev (2a-2d) med svar fra Harstad kommune og Kvæfjord kommune
3. Styringsdokument – Konseptfase for UNN Harstad
4. Situasjonsskart Helsehus Harstad kommune på sykehustomten, pr. 24.1.2018

---

<sup>1</sup> Hoveddokument – Rapport Sykehusbygg HF, Arealplan UNN Harstad vedlegges ikke, men kan hentes ut ved henvendelse til administrasjonen og legges til nettbrettene for eventuell nedlasting.



## **Vedlegg 1 - KORT OPPSUMMERING - AREALPLAN UNN HARSTAD**

### Generelt

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Harstad sitt somatikkbygg ble åpnet i 1977, mens psykiatribygget sto ferdig i 2000. Bygningsmassen er på 33 320 m<sup>2</sup> og har ikke gjennomgått noen gjennomgripende renovering eller arealutvikling utover nødvendige utskiftninger for å sikre driften. Bygningsmassen har et samlet teknisk estimert oppgraderingsbehov på ca 450 mill kr<sup>1</sup>. Dette omfatter ikke behov for utvidelser eller ombygging av arealer som ikke er hensiktsmessige for brukerne.

Funksjonell tilstandsgrad og potensial for framtidige sykehusfunksjoner for UNN Harstad er utført av Sykehusbygg HF (SB) og er gjort gjennom studie av tegninger, befaring av eksisterende bygg, medvirkning fra ansatte og brukerrepresentanter. Resultatet viser at det er betydelige driftsutfordringer ved UNN Harstad. Oppsummert er store deler av arealene uhensiktsmessig utformet og har til dels vesentlige mangler mht universell utforming, skjerming av pasienter og taushetsbelagt informasjon. Det er mangel på isolater, traumerom, oppvåkningskapasitet, wc og bad. Teknisk kapasitet i sjakter og utfordringer med hensyn til ventilasjon og eksisterende bunnledningsnett setter betydelige begrensninger for byggets fleksibilitet.

### Aktivitets- og kapasitetsfremskrivning

*Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2040* fastsetter SB sin framskrivningsmodell for aktivitet og kapasitet<sup>2</sup> og *Arealplan UNN Harstad* har fulgt disse.

#### *Framskrivning somatikk*

Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov for somatikk fra 2015 (kontrollregnet mot 2017 for somatikk) til 2035 viser at det er en liten økning i behovet for samlet sengetall, mens kapasitetsbehovet for poliklinikk og dagbehandlingsplasser øker med henholdsvis 36 % og 43 % frem mot 2035.

#### *Framskrivning PHV, TSB og BUP*

Antall oppholdsdøgn for psykisk helsevern (PHV) viser en reduksjon fram til 2035 med 7 %. Omregnet til behov for døgnplasser/senger gir det ingen endring i sengebehovet. Poliklinisk aktivitet PHV og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fremskrives med en økning på 30 %. For barn og ungdomspsykiatrien (BUP) fremskrives poliklinisk aktivitet med en økning på 28 % mot 2035.

#### *Framskrivning av kapasitet og dimensjonering av areal*

Beregningene for arealkapasitet i poliklinikk forutsetter bruk av generelle samtalerom, og at behandlerens kontorarbeidsplass er lokalisert i andre/tilstøtende arealer. Dersom poliklinikken organiseres med behandling i behandlerkontor (som innenfor PHV i dag) vil antall «hoder» behandlere være bestemmende for romkapasiteten.

<sup>1</sup> Se vedlegg 1 til *Arealplan UNN Harstad*, Tilstandsanalyse utført av Multiconsult 12. januar 2016

<sup>2</sup> Se vedlegg 3 og 4 til *Arealplan UNN Harstad*, Framskrivningsresultater som forklarer modellen og forutsetningene.





For alle poliklinikkene er det framskrevet et behov for poliklinikkrom som ligger godt under den kapasiteten som UNN har i dag. Overkapasiteten kan skyldes at man har spredte og fagspesifikke poliklinikker som ikke lar seg bruke på tvers av fagområder. For å kunne nå en målsetting om 8 timers åpningstid og 230 dager/år for alle somatiske poliklinikker forutsettes det en god ressursstyring og betydelig organisasjonsutvikling. Det er en fordel både med hensyn til fleksibilitet og styring, samt faglig samarbeid at man får samlet poliklinikkene i størst mulig grad.

UNN Harstad har i dag 91 somatiske døgnenger (inkl 7 intensiv og 3 palliasjon) og 12 døgnenger på psykiatrisk døgnenhet. I tillegg kommer 11 hotellsenger. Bygget var opprinnelig bygget for langt flere senger, men flere sengerom er bygget om til kontorer, poliklinikk og andre funksjoner. Det er vist i mulighetsstudier at dagens bygg kan utvikles til sengeområder med ensengsrom og samle poliklinikker når en forutsetter en fleksibel bruk av rom, der den totale kapasiteten utnyttes optimalt på tvers av fagområder. Det forutsettes at sengeområder rendyrkes, og at poliklinikk og dagbehandling samles og lokaliseres utenfor sengeområdene.

#### Mulighetsstudier og utviklingspotensial for UNN Harstad

Det er i hovedsak arbeidet med mulighetsstudier innenfor eksisterende bygningsmasse og sett på de mulighetene som finnes uten påbygging. Dette kalles 0-alternativet.

Mulighetsstudiene<sup>3</sup> er utarbeidet i samarbeid med arkitektfirmaet Arkitema og viser ett av mange mulige alternativ på et overordnet nivå. Mulighetene dagens bygningsmasse gir er så vurdert opp mot om denne kan tilpasses tidsriktige, funksjonelle, strategiske og økonomiske rammer for virksomheten.

Følgende alternativer er vurdert:

- 0-alternativet: oppgradering av dagens bygningsmasse til bygg/teknisk og funksjonell egnethet mot 2035
- Alternativ 1: oppgradering av eksisterende bygningsmasse tilsvarende 0-alternativet, med nybygg (en fløy)
- Alternativ 2: nybygg

#### *Utfordringer i 0- og 1-alternativet*

For å oppnå gode funksjonelle lokaliteter for fremtidens pasientbehandling har eksisterende bygningsmasse fem hovedutfordringer.

1. Fasaden må utbedres og arealene må generelt oppgraderes. Teknisk infrastruktur må gis tilstrekkelig og hensiktsmessig areal slik at fremtidige krav til person- og elsikkerhet, balansert ventilasjon, kjøling og energiøkonomisering kan møtes.
2. Sengeområder – etablere ensengsrom med bad og vurdere hensiktsmessig organisering av sengeområdene (sengetun, generelle sengeområder).
3. Samling av dagbehandling og poliklinikker for enkel tilgang for pasienter og for effektiv bruk av arealer og personell - gjennom felles bruk av poliklinikkrom, støtterom og personell.
4. Gjennomgang av akuttforløpet, med adkomst, traumebehandling, tilgang bildediagnostikk – nærhet til operasjon og intensiv.

<sup>3</sup> Se vedlegg 5 til Sykehusbygg HF sin rapport *Arealplan UNN Harstad*



5. Operasjon, forløp for dag- og innleggende kirurgi, kapasitet postoperativt.

### Vurdering

UNN Harstad har et klart behov for renovering og utvikling av eksisterende bygningsmasse for å kunne møte pasientens helsetjeneste i fremtiden. Dette vil gjelde for alle alternativene i ulikt omfang. Alle alternativene må ha et levetidsperspektiv på 50 år. Framtidens sykehus vil se annerledes ut enn i dag fordi digitalisering og automatisering gir potensialer til å endre dagens driftsmodell. Nye UNN Harstad må planlegges for fremtidens helsetjeneste der et nærmere samarbeid med primærhelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene må stå sentralt.

Ut fra framskrivning av kapasitetsbehov til 2035 har UNN Harstad areal nok om man bare ser på antall m<sup>2</sup>. Analysen av funksjonell egnethet og mulighetsstudien viser imidlertid at det vil være utfordrende å få utnyttet dagens bygningskropp på en hensiktsmessig måte for å oppnå fremtidens helsetjeneste med gode fremtidsrettede pasient- og behandlingsarealer, god samhandling og logistikk, både internt i sykehuset og mot primærhelsetjenesten og utdanningsinstitusjoner. Det å legge til rette for nye behandlingsmetoder, tilby miljøvennlige materialer og lavt energiforbruk i eksisterende bygningsmasse (0-alternativet), er vanskelig. Arbeid med ulike mulighetsstudier viser at det er nødvendig med avlastningsarealer i form av nybygg i tilknytning til eksisterende bygg (alternativ 1).

Sykehusbygg sin ROS-analyse konkluderer med at det er størst usikkerhet knyttet til kostnadsestimatet ved renovering av eksisterende areal. Det er en stor utfordring forbundet med eksisterende bunnledningsnett og å få renovert ventilasjonsanlegget til en fremtidig god og energiokonomisk standard. Den samme usikkerheten vil gjelde for alternativ 1 for de arealene i eksisterende bygg som uansett må rehabiliteres.

Påvirkning av klinisk drift vil være betydelig i hele fasen med pågående renovering og rokader for alternativ 0 og 1. Hvor utfordrende den vil være er avhengig av varigheten, og av muligheten til å frigjøre areal for rokader mens oppussing pågår. Bygging av ny fløy i et relativt trangt område mellom tre eksisterende bygg er vurdert som mulig, men det blir en trang og utfordrende byggeplass med et sykehus i full drift. Et nybygg må bygges frittstående fra eksisterende bygg for å ta hensyn til høydeforskjeller med overganger, noe som også gir mulighet til å beholde dagslys til hovedhusets funksjoner.

Investeringskostnaden vil være høyest for alternativ 2 med et helt nytt bygg, lavest for 0-alternativet før rokadekostnader er innberegnet. UNNs bærekraft viser at investeringspådraget for alle alternativ tidligst kan starte i 2026.

For alle tre alternativ må UNN følge *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*<sup>4</sup>, noe som innebærer at investeringsprosjektet må inn i Helse Nord's investeringsplan og lånefinansieres. Både bærekraftsanalysen og tidsrammen for planlegging av sykehus tilsier at alle tre alternativ ligger så langt fram i tid at det uansett vil være nødvendig å iverksette målrettet oppgradering av kritisk infrastruktur og enkelte utvalgte arealer pga teknisk tilstand og utviklingsbehov. Arbeidet med Arealplan UNN Harstad har ikke gjort en nærmere analyse av hva som er kritisk nødvendig renovering i påvente av at et nybygg eventuelt kan

---

<sup>4</sup> Sykehusbygg HF, *Veileder for tidligfasen for sykehusbyggprosjekter*, sept./okt. 2017



stå ferdig, ut over Multimap, samt dialog med teknisk driftspersonell. Dette må utredes videre i de neste fasene.

Det er gjort en forenklet tomteanalyse som viser en eventuell fremtidig utbygging eller nybygg. Ved neste fase er det viktig at det gjennomføres en fullverdig tomteanalyse. UNN Harstad har tilgang på tomteareal for fremtidige utvidelser/nybygg på egen eiendom. Tomten ligger sentrumsnært og sentralt i et område som har stort potensiale.

En utvidelse av sykehuset kan enten skje som en ny fløy på parkeringsplassen, eller for PHV – ved forlengelse av eksisterende bygningskropp. Ubebygde tomteareal er tilstrekkelig til å realisere et helt nytt sykehus. En omdisponering og fradeling av tomten, vil medføre endret parkering og kjøremønster til sykehuset. En etablering av et p-hus vil i så fall være nødvendig. Driftsforutsetninger, byggekostnad og hvem som kan eie/ drifte et p-hus er ikke vurdert. En nærmere tomte-, trafikk- og behovsanalyse bør legges til grunn i den videre utredningen.

SB anbefaler ikke UNN å båndlegge eller fradele tomten før en prosjektinnramming inkludert fullverdig tomteanalyse er utført. Prosjektgruppen støtter dette.

### Økonomi

*Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2040* presiserer at det ikke kan forventes realvekst i de økonomiske rammene i årene fremover. Fremtidige investeringer i bygg må derfor forventes å skje gjennom betydelig omstilling i driften. Dette skal gjøres gjennom forbedret resultat kvalitet og redusert ressursbruk per behandlet pasient.

Foreløpig bærekraftsanalyse viser at UNN vil kunne ha likviditet til å betjene en investering på 1-3 mrd ved å frigjøre driftsmidler i størrelsesorden 38-114 mill kr for betjening av lån, renter og avskrivninger. Det er da ikke tatt med evt økte FDV-kostnader ved alternativ 1 eller 2, og heller ingen forventede besparelser i driftsbudsjettet.

Helse Nord RHF sin langtidsplan viser at en slik investering og byggestart ikke vil kunne komme inn før tidligst i 2026-28.

Gjennomføring av Prosjektinnramming i tråd med veilederen bør gjennomføres i 2019. Det må settes av en ramme på 1,5 mill kr til dette arbeidet. Prosjektgruppen anbefaler at dette tas av UNNs overordnet arealkomite sine driftsmidler for 2019.

### Interessenter

Arealplanen er utarbeidet i tråd med styringsdokumentet. Arbeidet er gjennomført som et prosjekt med en bred faglig sammensatt internt prosjektgruppe inklusive verneombud og brukerrepresentant, samt seks arbeidsgrupper innenfor ulike funksjonsområder der lokal ledelse, fagutviklingsmedarbeidere, tillitsvalgte og vernetjeneste har deltatt.

Prosjektledelsen var innleid fra SB. I tillegg har det vært avholdt to møter med styringsgruppen for etablering av nytt helsehus i Harstad kommune underveis, der også UiT deltok.



Ledergruppen har besluttet at arealplanen skal sendes ut til interne og eksterne interessenter før den legges frem for direktørens ledergruppe i februar og UNN styret 27. mars 2019.

### Oppsummering

*Arealplan UNN Harstad* danner et godt utgangspunkt for å vurdere fremtidige areal- og utviklingsprosjekter i et helhetsperspektiv for UNN Harstad.

Det har vært en grunnleggende forutsetning for arealplanarbeidet å søke løsninger som legger til rette for gode helhetlige pasientforløp, økt sambruk av bemannings- og arealressurser, er kostnads- og arealeffektive og samtidig øker fleksibiliteten i bygget slik at det kan tilpasses fremtidens helsetjeneste som forutsetter økt bruk av helseteknologi og et tettere samarbeid med undervisningsinstitusjoner og primærhelsetjenesten.

Eksisterende bygg gir imidlertid flere begrensinger til optimal sambruk og logistikk sett i forhold til et nybygg. Usikkerhet rundt renoverings- og rokadekostnader, full driftsstans i minst 6 måneder og generell risiko i forhold til måloppnåelse gjør at prosjektgruppen anbefaler at 0-alternativet forkastes og forblir en referansealternativ i det videre arbeidet. Prosjektgruppen anbefaler at alternativ 1 og alternativ 2 utredes videre i et innrammingsprosjekt i tråd med tidligfaseveileder for sykehusbygg i samarbeid med SB innenfor en kostnadsramme på 1,5 mill kr i 2019.

Sykehusbygg HF anbefaler UNN å ikke båndlegge eller fradele tomten før en prosjektinnramming inkludert fullverdig tomteanalyse er utført. Direktørens ledergruppe støtter dette.

Det er av avgjørende betydning å sikre økt grad av strategisk samspill mellom arealplanen, det medisinskfaglige miljøet, utdanningsinstitusjonene og primærhelsetjenesten. UNN vil derfor invitere inn Norges Arktiske Universitet, UiT, Harstad kommune og en representant for øvrige kommuner i opptaksområdet i det videre planleggingsarbeidet med tanke på et helintegret samhandlingssykehus i tråd med alternativ 1 og alternativ 2.

### Vedlegg

1. Hoveddokument – Rapport Sykehusbygg HF, *Arealplan UNN Harstad* m/8 vedlegg.



Mottakere - se liste

Deres ref.:

Vår ref.:  
2018/2318-3

Saksbehandler/dir.tff.:  
Gina Marie Johansen,

Dato:  
08.01.2019

## Innspill til Arealplan UNN Harstad – videre prosess

### Bakgrunn

*Arealplan UNN, Harstad* (vedlegg 2) er utarbeidet med bakgrunn i *Strategisk Utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2040* og *Styringsdokument Arealplan UNN Harstad*. Hensikten var å skaffe en oversikt over muligheter for bedre arealutnyttelse innenfor eget areal, rokade av funksjoner innenfor eksisterende bygg, samt avdekke behov for eventuelt påbygg/nybygg. Det var en grunnleggende forutsetning for arealplanarbeidet å søke løsninger som legger til rette for gode helhetlige pasientforløp, økt sambruk av bemannings- og arealressurser, kostnads- og arealeffektive løsninger som samtidig øker fleksibiliteten i bygget slik at det kan tilpasses helsetjenestens stadig endrede behov.

Arbeidet ble gjennomført som et prosjekt med en bred faglig sammensatt intern prosjektgruppe som også har inkludert representant fra brukerorganisasjonene. Prosjektledelsen var innleid fra Sykehusbygg HF.

Det er i vedlegg 1 gitt en kort oppsummering av hovedtrekkene i arealplanen slik den ble fremlagt for direktørens ledergruppe i UNN (styringsgruppen) i november 2018.

Ledergruppen gjorde følgende vedtak i møtet:

1. Styringsgruppen tar Sykehusbygg HF sin rapport til foreløpig orientering og ber drifts- og eiendomssjefen sende *Arealplan UNN Harstad* på en innspillsrunde til berørte interessenter.
2. Styringsgruppen slutter seg til prosjektgruppens anbefaling om å videreføre arealplanen etter bearbeiding av innspillene til en prosjektinnrammingsfase i tråd med *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* i 2019.
3. Inntil en endelig prosjektinnramming før konseptfase er gjort, beslutter styringsgruppen ikke å båndlegge eller fradele tomten til andre formål.
4. Styringsgruppen ber drifts- og eiendomssjefen utarbeide et mandat for Prosjektinnrammingsfasen som sammen med *Arealplan UNN Harstad* bes lagt frem for styret i mars 2019.
5. Styringsgruppen ber drifts- og eiendomssjefen invitere inn Norges Arktiske Universitet, UiT, Harstad kommune og en representant for øvrige kommuner i

det videre planleggings-arbeidet med tanke på et helintegrert samhandlingsbygg for fremtidens helsetjeneste i Harstad.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Harstad inviterer med dette Norges Arktiske universitet UiT (UiT) og samarbeidende kommuner tilhørende UNN Harstad til å gi innspill på eventuelle områder der UiT og kommunene mener arealplanen bør ha større oppmerksomhet fremover og på den videre prosess.

Innspillsfrist: 15. februar 2019

Innspill sendes til elektronisk til: [postmottak@unn.no](mailto:postmottak@unn.no) eller

Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Harstad  
v/Gina M Johansen  
9480 Harstad

—  
Med vennlig hilsen

Gina M Johansen (s.)  
Driftsleder UNN Harstad

Vedlegg:

1. Oppsummering Arealplan UNN Harstad
2. Hoveddokument – Rapport Sykehusbygg HF, *Arealplan UNN Harstad m/8 vedlegg*
3. Mottakerliste

**Mottakerliste – Innspill til Arealplan UNN Harstad – videre prosess:**

Harstad kommune	<a href="mailto:postmottak@harstad.kommune.no">postmottak@harstad.kommune.no</a>
Tjeldsund kommune	<a href="mailto:post@tjeldsund.kommune.no">post@tjeldsund.kommune.no</a>
Skånland kommune	<a href="mailto:Post@skanland.kommune.no">Post@skanland.kommune.no</a>
Evenes kommune	<a href="mailto:postmottak@evenes.kommune.no">postmottak@evenes.kommune.no</a>
Kvæfjord kommune	<a href="mailto:postmottak@kvafjord.kommune.no">postmottak@kvafjord.kommune.no</a>
Lødingen kommune	<a href="mailto:postmottak@lodingen.kommune.no">postmottak@lodingen.kommune.no</a>
Gratangen kommune	<a href="mailto:postmottak@gratangen.kommune.no">postmottak@gratangen.kommune.no</a>
Ibestad kommune	<a href="mailto:postmottak@ibestad.kommune.no">postmottak@ibestad.kommune.no</a>
Lavangen kommune	<a href="mailto:post@lavangen.kommune.no">post@lavangen.kommune.no</a>
Salangen kommune	<a href="mailto:postmottak@salangen.kommune.no">postmottak@salangen.kommune.no</a>
Norges Arktiske universitet UiT Harstad	<a href="mailto:postmottak@uit.no">postmottak@uit.no</a>

Deres ref.: 2018/2318-3  
Deres dato: 08.01.2019  
Saksbehandler: Rita JohnsenTelefon: 77026020  
Vår dato: 08.02.2019  
Vår ref.: 2019/266 / L10UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE Postboks 100 9038 TROMSØ 2018/2318-3  
HF**HØRING - AREALPLAN UNN HARSTAD - VIDERE PROSESS**

Vi viser til deres invitasjon om å gi innspill til videre prosess med UNN Harstads arealplan. Vi ønsker med dette å presentere områder der vi mener arealplanen bør ha større oppmerksomhet fremover og videre prosess.

Harstad kommune ønsker å innlede med å si seg fornøyd med fokuset på framtidig drift av UNN Harstad, og at det vurderes hvordan arealet i et bygg som er nå er over 40 år gammelt må tilpasses til framtidens helsetjenester. Et faglig sterkt UNN Harstad er viktig for Harstad kommunes innbyggere, og vi ønsker å bidra der vi kan i å legge til rette for dette.

Harstad kommunestyre behandlet 30.01.19 sak «Innspill til arealplan UNN Harstad» med følgende vedtak:

- «Kommunestyret i Harstad gir innspill til Arealplan UNN Harstad, og ber om at det arbeides aktivt for å legge til rette for at det kan bygges nytt helsehus ved UNN Harstad, samtidig som framtidig utvikling av UNN Harstad ivaretas. Kommunestyret vil påpeke viktigheten av god samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at grensesnittet mellom disse er i konstant endring
- Harstad kommunestyre forventer en avklaring fra UNNs styre innen utgangen av 1. kvartal 2019.

Et fokusområde for framtidens helsetjenester er samhandling og gode pasientforløp. Pasienter opplever seg ikke som enten førstelinjesyk eller andrelinjesyk, men syk og i behov av helsetjenester av god kvalitet som er godt koordinert. Dersom vi skal lykkes i å utvikle pasientens helsetjeneste, må vi i fellesskap utvikle nødvendig kvalitet og samhandling.

Harstad kommune vil oppleve en dobling av antall innbyggere som er 80 år eller eldre, fram mot 2040. det blir også en betydelig økning i antall seniorer mellom 67 og 79 år. Se figur 1. I tillegg ser vi en økning i antallet yngre med behov for omfattende helse og omsorgstjenester.

		<b>2018</b>	<b>2020</b>	<b>2025</b>	<b>2030</b>	<b>2035</b>	<b>2040</b>
Barnehage	0-5 år	1566	1495	1570	1644	1659	1644
Grunnskole	6-15 år	2890	2912	2794	2690	2810	2901
VGS	16-19 år	1226	1142	1163	1192	1073	1127
Voksne	20-66 år	14960	14936	14858	14962	14989	14884
Senior	<b>67-79 år</b>	<b>3033</b>	<b>3178</b>	<b>3532</b>	<b>3531</b>	<b>3670</b>	<b>3805</b>
Eldre	<b>80 år eller eldre</b>	<b>1145</b>	<b>1180</b>	<b>1430</b>	<b>1900</b>	<b>2190</b>	<b>2452</b>
<b>Totalt</b>		<b>24820</b>	<b>24843</b>	<b>25347</b>	<b>25919</b>	<b>26391</b>	<b>26813</b>

Besøksadresse:  
Asbjørn Selsbanesgt. 9Postadresse:  
c/o Postmottak,  
Postboks 1000  
9479 HarstadTelefon:  
77 02 60 00E-post:  
postmottak@harstad.kommune.no  
Hjemmeside:  
www.harstad.kommune.noOrganisasjonsnr: 972 417 971  
Bankkonto:  
DnB  
EHF til 9908: 1503 88 00008  
972 417 971



Harstad kommune ønsker å være i forkant av denne utviklingen og vi arbeider med planlegging av hvordan våre tjenester skal kunne utvikles og dimensjoneres for å kunne gi nødvendige helsetjenester til et potensielt større antall mennesker.

Samtidig ser vi at spesialisthelsetjenestens planlegging for økning i antall potensielle brukere, planlegges løst uten utvidelse av sengekapasitet. Helse Nord har i sin rapport «**Regional utviklingsplan 2035**» blant annet sagt at 45.000 liggedøgn i Helse nord området, som i dag ville vært naturlig å løse i spesialisthelsetjenesten, skal løses i kommunene. I tillegg legges det opp til økt grad av dagbehandling, og kortere liggetid i sykehusene, noe som også vil påvirke kommunenes behov for kapasitet på sengeplasser.

En viktig del av Harstad kommunes plan for håndtering av det økte behovet, er helsehuset. Harstad kommune var tidlig ute med å etablere helsehus med funksjoner som kan ivareta mer spesialisert behandling, rehabilitering og akutte tilstander. Dette konseptet må utvides og utvikles dersom vi skal klare å ivareta både demografiske endringer og ytterligere overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Vi har etablert en klinisk avdeling med viktige støttefunksjoner med intermedieære senger, rehabiliteringssenger og interkommunale KAD senger. Kapasiteten her er allerede utfordret, samtidig som vi drifter i et gammelt bygg som ikke er hensiktsmessig. Vi har arbeidet med planene for nytt helsehus i mange år, og er nå i en situasjon hvor vi ikke kan utsette bygging av nytt helsehus vesentlig lenger.

Vi har over år vært i dialog med UNNs ledelse om muligheten for å koble et framtidig helsehus fysisk sammen med UNN Harstad. Et konkret arbeid med en intensjonsavtale om kjøp av tomt, var helt i slutfasen tidlig i 2018. Denne ble satt på pause med bakgrunn i utredning av UNNs eget arealbehov. Harstad kommune har som sagt stor forståelse for at UNN Harstads framtidige behov må ivaretas, men mener å kunne vise til at begge deler vil være mulig på UNNS tomt.

Bakgrunnen for at Harstad kommune mener at et kommunalt helsehus «koblet på» UNN Harstad er en god løsning, er at vi mener at det ville fremme mulighetene for å gi innbyggerne i regionen gode helsetjenester samlet sett.

I forbindelse med arbeidet med nytt helsehus, ble det i 2017 gjennomført «Workshops» med ansatte fra sykehus og kommune for å synliggjøre synergieffekter en slik sammenkobling ville kunne gi. Dette arbeidet ble gjort på direkte oppfordring fra daværende direktør i UNN, Tor Ingebrigtsen. Arbeidet ble ledet av ekstern prosessveileder fra KUPA. Sluttrapporten ligger vedlagt.

Viktige områder som pekes på er forbedring av pasientforløp, etablere felles kultur, etablere felles læringsarena for dagens og morgendagens helsepersonell, felles arena for brukerorganisasjoner, felles lærings og mestringsarena, utnyttelse av felles beredskapsressurser, bidra med reservekapasitet ved større hendelser og rasjonalisering av drift gjennom redusert behov for å frakte pasienter i ambulanse mellom nivåene. En av de viktigste effektene slik Harstad kommune ser det, er gevinsten for pasientene som i kortere eller lengre perioder får tjenester fra begge aktører.

Hvordan vi løser utdanning og rekruttering av nødvendig helsepersonell i framtiden vil være avgjørende for hvordan vi klarer å ivareta kvalitet i tjenestene. Harstad kommune er av den oppfatning at et sykehus og helsehus sammen vil kunne være en unik utdannings arena for framtidens helsepersonell. Et konkret tiltak er å få 5. og 6 års medisinerstudenter til Harstad. Vi tror også at et faglig sterkt miljø på tvers av nivåene vil kunne bidra til at helsepersonell søker seg til våre respektive organisasjoner. I styringsgruppa for nytt helsehus i Harstad, oppleves det at dette har vært en felles holdning fra representantene fra UNN, UIT og Harstad kommune.

Harstad kommune ønsker med dette å be om at UNN i den videre prosessen har stort fokus på å legge til rette for et kommunalt (med interkommunale KAD senger) helsehus sammenkoblet med UNN Harstad. Vi ser at dette er en løsning som velges i mange andre kommuner, også i UNN området og mener at det vil gagne både innbyggerne, UNN og kommunene. Vi ga innspill til Helse Nord's rapport «**Regional utviklingsplan 2035**» om viktigheten at helseforetakene og kommunene planlegger sammen for de nye og større behovene som ligger foran oss. Dette mener vi også er viktig lokalt.

Oppsummert er Harstad kommune positiv til at det arbeides med å utvikle arealet ved UNN Harstad. Dette er positivt for utvikling av sykehustjenestene til innbyggere i regionen.

Med bakgrunn i kommunestyrets vedtak og innspillene for øvrig, ber vi om at UNN i den videre prosess, legger til rette for bygging av helsehus i tilknytning til UNN Harstad. Vi ber også om at endelig avklaring på om hvorvidt det vil være mulig for Harstad kommune å bygge på UNN tomte, blir gitt kommunen innen utløpet av 1. kvartal 2019.

Uansett beslutning i tomtespørsmålet, vil det være ønskelig for Harstad kommune å være involvert i det videre arbeidet med utvikling av UNN Harstad slik at felles planlegging kan ivaretas til beste for innbyggerne i kommunen og regionen.

Med hilsen

Hugo Thode Hansen  
Rådmann

Rita Johnsen  
kommunalsjef

*Dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.*



# Kvæfjord kommune

Helse- og omsorgssjefen

Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Avd Harstad  
9480 HARSTAD

Att. Gina Johnsen

Vår dato: 15.02.2019  
Vår ref: 2018/71

Deres dato:  
Deres ref:

Saksbeh: Marit Blekastad  
Saksbeh. tlf: 77023336

## Innspill til arealplan UNN Harstad- videre prosess

Vi viser til invitasjon om å gi innspill til videre prosess rundt UNN Harstads arealplan ([mail fra Anne-Jorun.Smaback@unn.no](mailto:Anne-Jorun.Smaback@unn.no) 9. januar 2019 15:18). Vi ønsker å presentere områder vi mener bør ha større oppmerksomhet fremover i den videre prosessen.

Kvæfjord kommune ønsker å innlede med å si at vi ser positivt på at det vurderes hvordan det fremtidige helsetilbudet fra UNN Harstad skal være. Et faglig sterkt helsetilbud i Harstad er viktig også for innbyggerne i Kvæfjord.

Etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft er det langt mer fokus på samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, hvor målet er gode pasientforløp. I et godt utviklet pasientforløp må man se på kvaliteten i alle ledd og samhandlingen mellom de ulike instanser.

Harstad kommune har i flere år planlagt nytt helsehus i tilknytning til UNN Harstad. Dette angår også oss i Kvæfjord kommune. Det er lovhjemlet i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-5 at kommunene skal ha et tilbud om Kommunale akutte døgnplasser (KAD-tilbud). Kvæfjord har (sammen med andre nabokommuner) inngått et samarbeid med Harstad kommune om etablering og drift av KAD-plasser ved Helsehuset i Harstad. Kvæfjord har en avtale om 161 liggedøgn på KAD pr år. Plassene benyttes også etter avtale for utskrivningsklare pasienter fra sykehus som har behov for tett oppfølging.

Harstad helsehus holder til i et nedlagt sykehjem, som ikke tilfredsstillende tidsmessige krav for pasienter eller ansatte. KAD-plassene er en del av helsehuset i Harstad. Dette er et alternativ til sykehusinnleggelse for personer som har avklart helsetilstand, men behov for tett tilsyn og hjelp. Pasientene vil få behandling og har tilgang til sykepleier og lege hele døgnet. Det planlegges at det skal bli færre sykehussenger og liggetiden på sykehus blir også kortere, - da er KAD-plasser et tilbud til pasienter som har behov for ekstra hjelp og tilsyn ut over det sykehusene eller kommunene hver for seg kan gi.

For å kunne møte befolkningens behov for helsetjenester, må både Harstad helsehus og UNN Harstad være dimensjonert for dette. Disse institusjonene må utfylle hverandre slik at man får best mulig samhandling rundt og sammen med pasienter og ansatte. Også samfunnsøkonomisk er dette viktig. Ved å plassere helsehuset nær sykehuset vil samarbeidet forenkles både med tanke på utredning og undersøkelser på sykehuset og oppfølgingen på KAD. God samhandling og enkel transport mellom sykehus og helsehuset vil forenkle fremtidens helsetilbud, og gi tilpassede tjenester for pasienten.

Kvæfjord kommune ønsker at UNN i den videre prosessen har fokus på at helsehuset med sine KAD-plasser og UNN Harstad bygges i tilknytning til hverandre slik at pasienter slipper slitsom og kostnadskrevenende ambulansetransport samt at mye tid går bort til venting både for pasienter og følgepersoner når pasienter skal forflyttes mellom de to institusjonene. En geografisk nærhet mellom helsehuset og UNN Harstad vil også legge til rette for et sterkere fagmiljø på tvers av nivåer. Dette er også en løsning som velges i andre kommuner.

#### Konklusjon:

Kvæfjord kommune ber om at UNN legger til rette for bygging av helsehus i Harstad i direkte tilknytning til UNN Harstad. Vi ber om en rask avklaring da det haster ned nytt helsehus i Harstad også for oss i Kvæfjord.

Med hilsen

Torbjørn Larsen  
Ordfører

Merete Hessen  
administrasjonssjef



## Prosjektinnramming UNN Harstad

# Styringsdokument

UNN Harstad 27.02.19

Revisjon	Revisjonen gjelder		Godkjent	Dato	
	Utkast			04.02.19	
<b>1.0</b>	Prosjektinnramming UNN Harstad			<b>27.02.19</b>	
<b>Prosjekt- Nummer:</b>	<b>Arkiv:</b>		<b>Saksbehandler:</b>	<b>Kontroll:</b>	<b>Dato:</b>
<b>Dokumenttittel:</b> Styringsdokument -					



## Innhold

Prosjektinnramming UNN Harstad.....	1
1 Sammen drag.....	3
2 Bakgrunn.....	3
3 Sykehusets utvikling og dimensjon.....	4
4 Overordnede rammer.....	4
4.1 Formål med styringsdokument.....	4
4.2 Strategisk utviklingsplan for bygg.....	4
4.3 Mandat.....	6
4.4 Målsetninger UNN.....	7
4.5 Styrende dokumenter og tidligere vedtak.....	8
4.6 Rammer og forutsetninger.....	8
4.7 Tidligfaseveilederen.....	9
4.8 Mål med prosjektinnrammingen.....	10
5 Organisering og ansvarliggjøring.....	11
5.1 Organisasjonskart prosjektinnramming i konseptfasen.....	11
6 Gjennomføring og framdrift.....	13
6.1 Tiltaksplan/hovedaktiviteter.....	13
6.2 Leveranser til konseptfasen.....	13
6.3 Kritiske suksessfaktorer.....	14
6.4 Framdriftsplan med milepæler.....	14
6.5 Interessentanalyse og Kommunikasjonsplan.....	15
6.6 Foreløpig budsjett for prosjektinnramming.....	15
6.7 Bruk av personell.....	15
7 Kvalitetssikring.....	15
7.1 Risikostyring og vurdering av usikkerhet.....	15
7.2 Rapporterings- og styringsrutiner.....	15
7.3 Dokumenthåndtering og arkiv.....	16
7.4 Ekstern kvalitetssikring.....	16



## 1 Sammendrag

Med bakgrunn i styresak 30/2018 *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2040* og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) sin ledermøtesak den 20.3.2018 *Styringsdokument Arealplan UNN Harstad 2018*, har foretaket iverksatt arbeid med arealplan for UNN Harstad.

Arealplan UNN Harstad legges frem for UNN styret i møte den 27.3.2019 der styret inviteres til å videreføre arealplanen til en prosjektinnrammingsfase i tråd med *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* og styringsdokumentet *Prosjektinnramming UNN Harstad* i løpet av 2019.

Formålet med prosjektinnrammingen er å utarbeide et styringsdokument for prosjektet og et mandat for konseptfasen. Styringsdokumentet skal på et overordnet nivå beskrive hvordan tidligfasen skal gjennomføres. Det skal gjøres innledende avklaringer som skal avgrense og definere innhold, rammer og leveranser i prosjektet. I henhold til fullmactsstrukturen for byggeprosjekter skal oppstart av prosjektinnramming beslutes av styret for UNN og meldes administrativt til Helse Nord RHF. Oppstart av en eventuell konseptfase skal, etter forutgående behandling i UNN styret, beslutes av styret i Helse Nord RHF.

Styringsdokumentet *Prosjektinnramming UNN Harstad* gir oversikt over sentrale forhold i forbindelse med prosjektinnrammingen før beslutningspunkt om oppstart konseptfase og er styrende for alle aktører i prosjektet. Styringsdokumentet skal sikre at leveransen til konseptfasen er av en slik kvalitet og innhold som kreves iht tidligfaseveilederen i sykehusplanlegging.

Målsetningen med prosjektinnrammingen er å presisere behovet og identifisere mulige, prinsipielle løsningsalternativer for UNN Harstad. I prosjektinnrammingen skal tiltaket presiseres og avgrenses i forhold til andre tiltak både når det gjelder økonomisk bæreevne og tid for gjennomføring. Mandatet skal vise hvilke alternative, prinsipielle løsninger (konsepter) som skal utredes, samt rammene for konseptfasen.

Investeringsplanen til Helse Nord RHF viser at oppstart av byggeprosjekt for UNN Harstad tidligst kan starte i 2026. Dersom UNN Harstad skal komme i gang med planlegging av Nye UNN Harstad må forutsetningene legges inn i Helse Nord sin økonomiske langtidsplan. Innrammingen av konseptfasen for Nye UNN Harstad legger grunnlaget for dette. Erfaring fra tidligere utbygginger viser at det tar inntil 3-5 år å gjennomføre forutgående prosesser som skal føre fram til byggestart. Konseptfasen kan gjennomføres i perioden etter beslutningspunkt, dvs tidligst medio 2020, men oppstart må vurderes i sammenheng med øvrige prosjekter for UNN og investeringsrammer gitt av Helse Nord RHF.

## 2 Bakgrunn

Med bakgrunn i vedtatte *Strategisk utviklingsplan bygningsmassen UNN 2040* og *Arealplan UNN Harstad* og styringssignaler fra Helse Nord RHF, om renovering eller



nybygg i UNN Harstad, vil foretaket iverksette arbeid med prosjektinnramming av en konseptfase for UNN Harstad. Prosjektinnrammingen skal igangsettes og organiseres i tråd med *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Det videre arbeidet vil skje i nært samarbeid med Helse Nord RHF og Sykehusbygg HF. Det forutsettes at prosjektinnrammingen av konseptet for UNN Harstad tilfredsstiller krav om økonomisk bærekraft i UNN.

Styringsdokumentet er utarbeidet med bakgrunn i de nevnte forutsetninger.

### 3 Sykehusets utvikling og dimensjon

Dagens bygningsmasse tilhørende UNN i Harstad er fra 1977 med unntak av bygget for psykiatrisk senter som ble tatt i bruk i 2002. Byggestart av ny ambulansestasjon 2018.

UNN Harstad er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Troms, som inkluderer kommunene Harstad, Kvæfjord, Skånland, Lødingen, Ibestad og Tjeldsund. Totalt antall innbyggere i opptaksområdet er ca 35.300. Sykehuset er på 33 320 m<sup>2</sup> brutto og tilbudet ved sykehuset omfatter psykisk helsevern og rusbehandling, poliklinikker, generell kirurgi, indremedisin, Intensiv, akuttmottak, bildediagnostikk, gynekologi og fødeavdeling, anestesi, laboratoriemedisin, operasjon, dagkirurgi, fysikalsk medisin og rehabilitering.

Sykehuset har 105 senger og 11 hotellsenger. Sykehuset er et lokalsykehus med høyt kvalifisert personell, og har i dag 697 årsverk.

For en fremtidsrettet pasientbehandling er det lagt vekt på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og UiT. Harstad kommune har utarbeidet et tegningsgrunnlag for et Helsehus på dagens parkeringsplass på UNN Harstad. Inntil prosjektinnrammingen er avklart, anbefaler Sykehusbygg at tomten ikke båndlegges av annen virksomhet.

### 4 Overordnede rammer

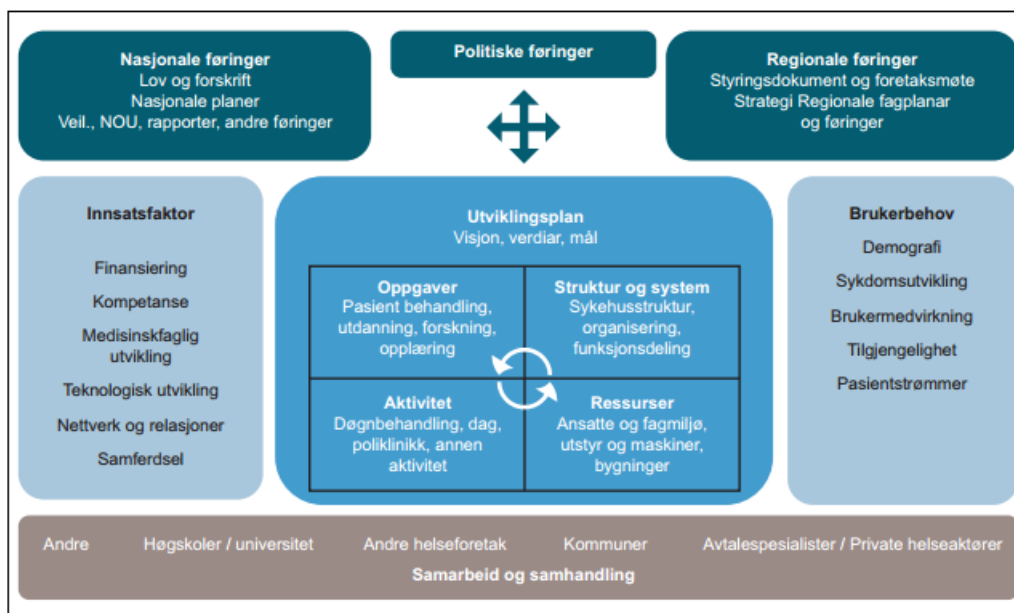
#### 4.1 Formål med styringsdokument

Dokumentet skal gi oversikt over sentrale forhold i arbeidet på en måte som virker retningsgivende og avklarende for alle aktører i prosjektet. Styringsdokumentet skal videre sikre at leveransen til prosjektinnrammingen er av en slik kvalitet og innhold som kreves iht tidligfaseveilederen.

#### 4.2 Strategisk utviklingsplan for bygg

UNN har vedtatt i sak 30/2018 *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2040*. Denne planen gir et fremtidsbilde av helseforetakets planer for virksomhets- og bygningsmessig utvikling i et 20-30 års perspektiv og er premissgivende for arbeidet med alle byggeprosjekter i foretaket.





Arbeidet med *Arealplan UNN Harstad* har vært prosjektbasert og har vært ledet av Sykehusbygg. Hensikten har vært å skaffe en oversikt over muligheter for bedre arealutnyttelse og -utvikling innenfor eksisterende areal, rokade av funksjoner innenfor eksisterende bygg, samt avdekke behov for eventuelt påbygg/nybygg. Arealplanen legges frem for styret i UNN 27. mars 2019 med tanke på å videreføre denne i tråd med dette styringsdokument til en prosjektinnrammingsfase i 2019.

Det er gjort vurderinger og overordnet mulighetsstudie av den eksisterende bygningsmassen for en eventuell oppgradering, nybygg for akutfunksjoner og/eller et avlastningsbygg i den forbindelse. Alternativet vil være et helt nytt sykehus. Det er skissert omrokking av funksjoner i alle etasjer samt vurdert en eventuell flytt og/eller oppgradering av dagens tekniske infrastruktur i bygget. En overordnet tomteanalyse er gjort i forbindelse med UNN Harstad Arealplan samt ROS analyse av eksisterende bygg. Arealplanen legger føringer for å avvente en tomteavståelse inntil prosjektinnramming og/eller konseptfaserapport er endelig behandlet.

Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov for somatikk fra 2015 til 2035 viser at det er en liten økning i behovet for samlet sengetall, mens kapasitetsbehovet for poliklinikk og dagbehandlingsplasser øker med henholdsvis 36 % og 43 % frem mot 2035. Antall oppholdsdøgn for psykisk helsevern (PHV) viser en reduksjon fram til 2035 med 7 %. Omregnet til behov for døgnplasser/senger gir det ingen endring i sengebehovet. Poliklinisk aktivitet PHV og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fremskrives med en økning på 30 %. For barn og ungdomspsykiatrien (BUP) fremskrives poliklinisk aktivitet med en økning på 28 % mot 2035.

Sykehuset har ikke observasjonssenger i dag, men det vil planlegges for dette i nytt sykehus. Hensikten med observasjonsplasser er å unngå unødvendige innleggelses og redusere liggetiden. Det forutsettes at sykehusets akutfunksjoner videreføres og at de tilbudene som i dag finnes ved sykehuset utvikles videre. Det er i strategisk



utviklingsplan beregnet et behov for ca. 30.000 kvm til et nytt bygg. Dette inkluderer lokaler for voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).

Det foreligger en kartlegging av bygningsmassen (Multimap) pr 12.01.16 for UNN Harstad, gjennomført av konsulentfirmaet Multiconsult i. En ny vurdering av tilstandsrapporten, er oppdatert i 2017. Multimap analysen for UNN Harstad viste en gjennomsnittlig tilstandsgrad på 1,7 hvor 0 er tilsvarende nybygg og 3 er dårligst. UNNs målsetting for bygningsmassen er å ha bygg med tilstand minimum 1,0 i gjennomsnitt. Dette vil si at tilstandsgraden, hovedsakelig på teknisk infrastruktur har en dårligere tilstand enn hva som er målsettingen. Dette kan både skyldes vedlikeholdsetterslep, skjerpede krav og bedre kjennskap til kartleggingsverktøyet.

### 4.3 Mandat

1. Prosjektinnrammingen skal redegjøre for følgende hovedalternativer, slik det skisseres i Arealplan UNN Harstad:
  - Alternativ 0 Teknisk oppgradering/ombygging
  - Alternativ 1 A teknisk oppgradering og avlastningsbygg for kontorfunksjoner
  - Alternativ 1 B Gradvis ombygging og nybygg for akutfunksjoner på eksisterende tomt
  - Andre varianter som kan tenkes på eksisterende tomt
  - Alternativ 2 A Nybygg på ledige arealer på tomten (Bærekraft avklares tidlig i fasen.)
  - Alternativ 2 B Utbygging på ledig areal på tomt optimert for 50 % utvidelse (Bærekraft avklares tidlig i fasen.)
  - Alternativ 3 Annen tomt (kan være flere alternativer). Bærekraft avklares tidlig i fasen.
2. Utredning av alternativene skal følge gjeldende utviklingsplan. UNN Harstad består av somatisk virksomhet, døgn og akutt, poliklinisk psykiatri og døgnettenhet. Tjenester og funksjoner rundt dette må videreutvikles. Sykehuset skal opprettholde beredskap og akutfunksjoner i forhold til større ulykker. Sykehuset skal planlegge for observasjonssenger i nytt sykehus for å unngå unødvendige innleggelse og redusere liggetiden. Lokaler for voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) ligger i dag i et eget bygg bak somatiske sykehuset. Ved et nytt fremtidig sykehus skal planlegging og gjennomføring sikre at psykisk helsevern, (BUP og VOP), integreres på en måte som sikrer tverrfaglig pasientbehandling. Det skal også planlegges og tas høyde for forskningsaktivitet samt at sykehuset skal kunne ta imot 5. og 6.års medisinerstudenter.
3. 0-alternativet skal videreutvikles på en måte som gjør det mulig for UNN Harstad å drive eksisterende anlegg frem til ett av alternativene med ombygging eller nybygg er ferdig. I Arealplanen fremstår 0-alternativet kun som et referansealternativ.
4. Utredningen skal i neste fase koordineres med utvikling av UNNs øvrige spesialisthelsetjenestetilbud inkludert arbeidet som er satt i gang med Nye UNN Narvik (NUN).
5. Prosjektinnrammingen skal inneholde konkrete beskrivelser av hvilke konsekvenser ny struktur for spesialisthelsetjenesten har for samhandlingen med kommunenes

- tjenestetilbud, og en vurdering av evt. tiltak som må iverksettes.  
Prosjektinnrammingen skal spesielt bidra til å avklare mulige samhandlings- og samarbeidsløsninger med Harstad kommune og omkringliggende kommuner.
6. Prosjektinnrammingen skal inkludere UNNs krav til å tilrettelegge for høyere utdanning.
  7. Prosjektinnrammingen skal ta hensyn til UNNs miljømålsetting
  8. Arbeidet med tomtevalg skal inngå i prosjektinnrammingen i den grad det blir aktuelt å gå videre med nybygg på annet sted enn eksisterende tomt. Samfunnsmessige, og miljømessige konsekvenser skal analyseres og transportkostnader skal beregnes for de alternativer som er aktuelle å føre videre fra prosjektinnrammingen.
  9. Prosjektinnrammingen skal inneholde en ny bærekraftsanalyse basert på nåværende inntektsfordelingsmodell og alle kjente forhold som påvirker den økonomiske situasjonen. Bærekraftsanalysen skal både vurdere Harstad og alle foretakets tilbud under ett. Det vil være behov for å vurdere innovative og fremtidsrettede løsninger som kan bidra til reduserte investerings- og driftskostnader.
  10. Aktivitetstallene for UNN Harstad fremskrives til 2035 med basis fra 2017.

#### 4.4 Målsetninger UNN

Målet for UNN Harstad er å være førstevalget blant helsepersonell og pasienter i regionen. For å være førstevalget skal foretaket jobbe for en økonomisk bærekraftig virksomhet, og jobbe med pasientfokus, samhandling, oppgavedeling og rekruttering for å løse dagens og framtidige utfordringer.

Føringer ved nybygg eller renovering av eksisterende bygg:

##### **Robuste bygg som ivaretar:**

- Sambruk og samhandling av areal rom og utstyr
- Behandling, utdanning og forskning
- Generalitet, bygg planlegges med mulighet for å endre funksjoner i rom og områder
- Fleksibilitet, sikre mulighet for enkle og kostnadseffektive endringer Elastisitet, mulighet for påbygging (forlengelse, flere etasjer osv.)
- Dimensjonering og framskrivning
- UNNs miljømålsetting og levetidsvurderinger med hensyn til materialvalg og bygningsmetodikk



Figur 1 - Strategiske målsettinger

#### 4.5 Styrende dokumenter og tidligere vedtak

- Utviklingsplan 2035, Helse Nord RHF
- Styresak 30/2018 *Strategisk utviklingsplan for bygningsmassen UNN 2040*
- Strategisk Utviklingsplan for UNN 2015-2025 (ST 109/2014)
- Arealplan UNN Harstad 2018 (styrebehandles 27.3.19)
- Multimapp analyse av tilstand på bygningsmasse, Multiconsult 2017
- Kapasitetsberegninger og framskrivninger, Sykehusbygg 2018
- Investeringsplan for Helse Nord RHF, rullerende juni 2018

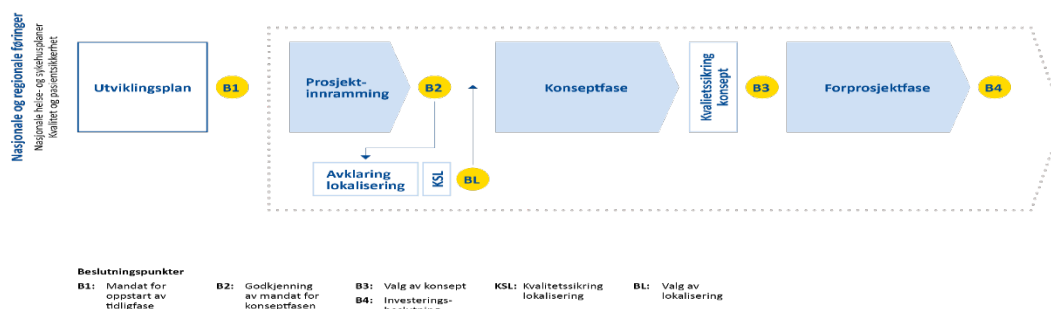
#### 4.6 Rammer og forutsetninger

- Oppdragsdokument fra HOD
- Tidligfaseveileder for sykehusbygg
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Lov om helseforetak



## 4.7 Tidligfaseveilederen

Prosjektet er sekvensielt oppbygget og resultatet fra én fase gir grunnlaget for den neste. I hver fase gjennomføres delutredninger. Hovedelementene i de ulike planfasene og sammenhenger mellom dem er vist i figuren under.



Figur 2 - faser og beslutningspunkt sykehusbygg prosjekt

Beslutningspunkter	Beskrivelse
B1	Mandat for oppstart av tidligfase
B2	Godkjenning av mandat for konseptfase
B3	Valg av konsept
B4	Investeringsbeslutning
KSL	Kvalitetssikring lokalisering
BL	Valg av lokalisering

Grunnlaget for prosjektinnrammingen er en utviklingsplan ref styresak 30/2018 *Utviklingsplan for byggingmassen i UNN 2040* (B2). Utviklingsplanen viser prioritet for tiltak som kan gjennomføres innenfor det finansielle handlingsrommet. I prosjektinnrammingen skal tiltaket presiseres og avgrenses i forhold til andre tiltak både når det gjelder økonomisk bæreevne og tid for gjennomføring. I prosjektinnrammingen skal det utarbeides et mandat for utredningsarbeidet i konseptfasen. Dette mandatet skal vise hvilke alternative, prinsipielle løsninger (konsepter) som skal utredes, samt rammene for tiltaket. Målet for prosjektinnramming er, på grunnlag av en vedtatt utviklingsplan for helseforetaket, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på et behov.

### Innhold i prosjektinnrammingen

Prosjektinnrammingen skal presisere behovet og identifisere mulige, prinsipielle løsningsalternativer. Det omfatter både virksomhetsløsninger, og fysiske bygg-løsninger

(investeringsprosjekt). Første aktivitet i prosjektinnrammingen blir å presisere og avgrense det valgte prosjektet i forhold til andre tiltak.

Prosjektinnrammingen omfatter følgende aktiviteter:

- Gjennomgå utviklingsplanen og eventuelt underlaget for denne.
- Nødvendige oppdateringer og suppleringer av nåsituasjonen, datagrunnlaget og det aktuelle prosjektet.
- Avgrense prosjektet fra andre prosjekt i utviklingsplanen. Dette kan omfatte kapasitet, arealer, investeringer og tid.
- Gjennomføre et idésøk som viser bredden i mulige, alternative løsninger. Presisere hvilke alternative løsninger som skal utredes videre i konseptfasen. Alternativene skal være reelle og kunne skilles klart fra hverandre.
- Utarbeide mandat for konseptfasen.
- Utarbeide følsomhetsanalyser på et overordnet nivå.

### **Beslutninger ved enden av prosjektinnrammingen**

Behandling av prosjektinnramming UNN Harstad skjer iht det regionale helseforetakets styringssystem. Det skal besluttes:

- Hvilke alternative løsninger som kan videreføres fra prosjektinnrammingen
- Mandat og rammer for prosjekteringsfasen
- Plan for gjennomføring av konseptfasen

Det skal utredes 3-4 alternativer inklusiv nullalternativet. Alternativene skal være reelle. Hvis utviklingsplanen gir entydige avklaringer på hvilket alternativ som det er aktuelt å gjennomføre, kan antallet som utredes reduseres. Nullalternativet skal utredes. Nullalternativet skal vise krav til kostnadsoptimal utvikling av bygget for å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten over byggets resterende levetid. Dette er den aktuelle og relevante løsningen hvis investeringsprosjektet ikke kan gjennomføres.

### **Oppbygging av rapporten fra prosjektinnramming til konseptfasen**

Prosjektinnramming avsluttes med en prosjektinnrammingsrapport. Den vil omfatte bearbeidet informasjon fra utviklingsplanen om det aktuelle prosjektet, og oppsummering og presisering av utredninger og analyser i prosjektinnrammingen. Rapporten skal omfatte et mandat for konseptfasen som bl.a. presiserer hvilke alternativer som skal utredes videre. Prosjektinnrammingen skal inneholde en plan for konseptfasen.

### **4.8 Mål med prosjektinnrammingen**

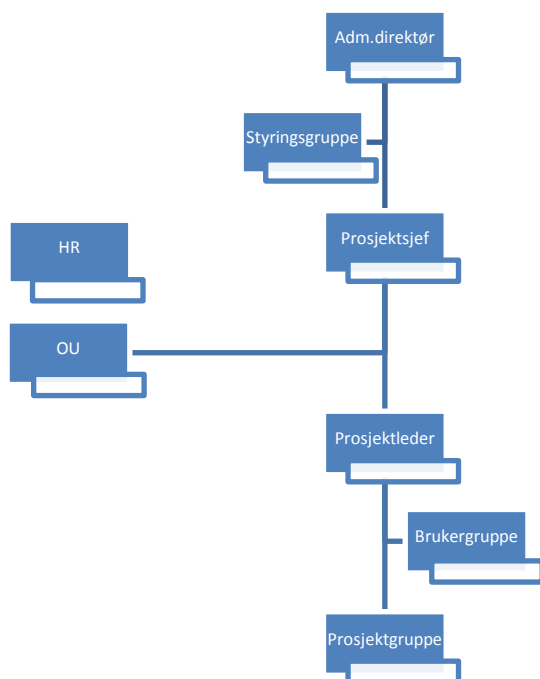
Alternativ 0, 1, 2 og 3 i *Mulighetsstudie for prosjektinnrammingen* med tilhørende varianter utredes videre med tanke på å beslutte fremtidig organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet i UNN Harstad.

Mål med prosjektinnrammingen er å komme frem til hvilke alternativ en ønsker å ta med seg videre i konseptfasen. Prosjektinnrammingen starter med å klargjøre hvilke alternativer fra mulighetsstudien, samt eventuelt andre varianter som skal utredes fullt ut i prosjektinnrammingen. Dette arbeidet må ta hensyn til de foreløpige føringer i utkast til ny nasjonal helse- og sykehusplan.



## 5 Organisering og ansvarliggjøring

### 5.1 Organisasjonskart prosjektinnramming i konseptfasen



#### Prosjekteier

Administrerende direktør i UNN er prosjekteier.

Prosjekteiers ansvar er:

- Overordnet ansvarlig for prosjektet og dets resultater.
- Godkjenner foreliggende styringsdokument.
- Leder styringsgruppen

#### Styringsgruppe

Det etableres en styringsgruppe for alle utviklingsprosjekt (organisasjonsutvikling og prosjektutvikling), i UNN Harstad. Styringsgruppen er rådgiver for administrerende direktør, og utpekes av administrerende direktør. Styringsgruppen utpekes før oppstart av prosjektinnrammingen.

Leder	UNN Administrerende direktør
Medlem	UNN Harstad ledere utpekes av direktør
Medlem	RHF Direktør forretningsutvikling
Medlem	1 foretakstillitsvalgt utpekes av fagforeningene
Medlem	1 bruker velges av brukerutvalget
Medlem	1 bruker med samisk forankring, velges av UNN Harstad brukerråd
Medlem	Foretakshovedverneombud



Medlem	2 representanter fra kommune
Medlem	1 representant fra UiT
Sekretariat	UNN Harstad Prosjektleder
Observatør	kommunikasjonsavdelingen

### **Prosjektsjef**

Prosjektsjef er ansvarlig for overordnet ledelse, styring og koordinering av UNN Harstad utviklingsprosjekter, relatert til prosjektutviklingen. Prosjektsjef er ansvarlig for foretakets prosjektportefølje, herunder ansvaret for å påse at prosjekter gjennomføres innen tildelte rammer.

Prosjektsjefens ansvar er:

- Oppfølging av fremdrift og gjennomføring av prosjektet.
- Ansvarlig for å utpeke prosjektansvarlig og påse at prosjektet etableres, påse at forutsetninger er tilstede, og overordnet overvåke framgangen gjennom prosjektgruppene, påse at det iverksettes tiltak om nødvendig.
- Påse at prosjektets strategi og foretakets strategi ikke er motstridende.
- Påse at prosjektets mål er i henhold til foretakets behov.
- Være bestiller til prosjektansvarlig
- Tertialrapportering iht. Konsernbestemmelser for alle prosjekter.

Normalt er UNNs utbyggingssjef prosjektsjef med mindre annet avtales.

### **Prosjektansvarlig/ Prosjektleder - UNN Harstad**

Det utpekes en prosjektansvarlig for prosjektet. Prosjektansvarlig utpekes av prosjekteier. Prosjektansvarliges ansvar er:

- Ansvarlig for å etablere prosjektet, sørge for at forutsetninger er tilstede, overordnet overvåke framgangen gjennom prosjektgruppen, iverksette tiltak om nødvendig.
- Ansvarlig for at prosjektets mål er i henhold til foretakets behov og i henhold til strategisk utviklingsplan.
- Prosjektrapportering til prosjektsjef hver måned i henhold til plan.
- Oppfølging av prosjektleder og prosjektgruppen

### **Prosjektgruppe**

Prosjektgruppen utpekes av prosjekteier. Prosjektgruppen er ansvarlig for å levere i henhold til prosjektplan og utarbeide saksgrunnlag for saker som skal behandles av styringsgruppen. Prosjektgruppen er støtte til prosjektleder.

Prosjektgruppens sammensetning besluttes etter oppstartsmøte med sykehusbygg HF. Tillitsvalgte, verneombud og bruker involveres. Det må vurderes hvordan kommunene og UiT skal involveres i prosjektgruppen.



Prosjektleder er sekretariat.

### **Delprosjektgrupper/medvirkningsgrupper**

Medvirkningsgrupper opprettes. Det gjennomføres 2-3 workshop med medvirkningsgruppene. Tillitsvalgte og verneombud skal inviteres til å delta i delprosjektgrupper.

### **Organisasjonsutvikling (OU)**

For å lykkes med en omstilling av arbeidsprosesser og nye drifts- og organisasjonsformer i nytt bygg, vil det være nødvendig å planlegge og å gjennomføre gode endringsprosesser i et samspill mellom pasienter, andre brukere (eks kommunen, UiT og brukerorg), ledelse, ansatte, vernetjeneste og tillitsvalgte. Følgende føringer vil være viktig for organisasjonsutviklingen:

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

## **6 Gjennomføring og framdrift**

### **6.1 Tiltaksplan/hovedaktiviteter**

Sentrale oppgaver i prosjektinnrammingen vil være å gjennomgå arbeidet som er utført i Arealplan UNN Harstad og mulighetsstudien for UNN Harstad. Fokus skal være rettet mot tilpasninger i forhold til vedtatt strategisk utviklingsplan bygg, og arbeid med oppdaterte data på nåsituasjon, framskrivninger og kapasitetsbehov. En sentral oppgave vil være å identifisere prinsipielle utbyggingsløsninger (Konsepter) og utrede konsekvenser og muligheter ved gjennomføring av disse. Løsningene vil danne grunnlag for prosjektinnrammingen.

### **6.2 Leveranser til konseptfasen**

Tidligfaseveilederen er tydelig på hvilke leveranser som forventes fra prosjektinnrammingen til konseptfasen. Konseptfasen skal inneholde følgende fokusområder:

- Mål og rammer for konseptfasen
- Mandat for konseptfasen
- Styringsdokument for konseptfasen
- Alternative løsninger/idéer (konsepter)
- Rammer for valg av konsept
- Plan for gjennomføring av konseptfasen

- Følsomhetsanalyser

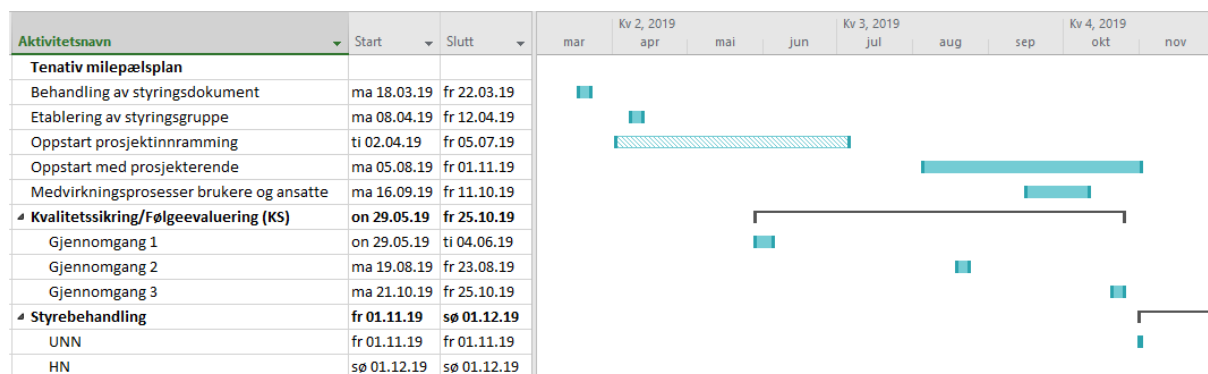
### 6.3 Kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer som har innvirkning på måloppnåelsen i prosjektinnrammingen:

- Rammebetingelsene for prosjekteringsfasen er avklarte og entydige
- God planleggings- og beslutningsprosess.
- Klare og rettidige beslutninger, samt tydelig rollefordeling (mellom eier, prosjektet, brukerne).
- Organisering, rett kompetanse på rett plass til rett tid, klare ansvarsroller og tydelig mandat.
- Åpen og transparent planprosess.
- Tilstrekkelige økonomiske rammer og god kostnadsstyring.
- Avsette tilstrekkelig tid og ressurser til nøkkelpersoner for å arbeide med prosjektet.
- Solid forankring av prosjektet i organisasjonen.
- Brukermedvirkning.
- Avklaring av interessentbildet, oppfølging av kritiske aktører og miljøer, bl.a. samhandling med kommunene om funksjoner og funksjonsfordeling.
- God kommunikasjon, internt i prosjektorganisasjonen og eksternt mot interessenter.
- Unngå omkamper.
- Lojalitet i forhold til de styrende dokumenter.
- Samarbeid med Harstad kommune og UIT, som aktuelle interessenter i fremtidens helsetjeneste.
- God brukermedvirkning fra pasientorganisasjoner, tillitsvalgte og vernetjenesten.
- Prosjektdeltagerne har felles målforståelse.

### 6.4 Framdriftsplan med milepæler

Det skal utarbeides en detaljert framdriftsplan for prosjektet som kan resultere i justeringer av milepælene under. Prosjektinnrammingen har følgende tidsmessige milepæler:



*Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, stiller ikke krav til kvalitetssikring av prosjektinnrammingen. I fremdriftsplanen er det likevel satt av tid til kvalitetssikring /følgeevaluering (KSI).*

## 6.5 Interessentanalyse og Kommunikasjonsplan

Det er i forbindelse med utarbeiding av styringsdokumentet også utarbeidet et utkast til interessentanalyse, med tilhørende kommunikasjonsplan. Denne skal bidra til at hovedmålsettingene med prosjektinnrammingen oppnås. Kommunikasjonsplanen skal også bidra til riktig informasjon til alle parter til rett tid og med rett kvalitet. Dette skal bidra til åpenhet i prosess og redusert risiko for konflikt med tilhørende fare for omdømme. Budsjett for prosjektinnramming og ressursbruk.

## 6.6 Foreløpig budsjett for prosjektinnramming

Kostnadene for gjennomføring av prosjektinnrammingen er relatert til innleie av eksterne konsulenter, herunder inngås en avtale med Sykehusbygg. Kostnader knyttet til gjennomføring av prosjektinnrammingen er beregnet til kr 1,5 mill inkl. mva. Det er tatt høyde for usikkerhet, reisekostnader og innleie av konsulenter og arkitekt. I tillegg kommer frikjøp av interne ressurser.

Budsjettet er tentativt, og vil justeres når den detaljerte prosjektplanen er på plass.

## 6.7 Bruk av personell

Konseptfasen vil kreve personellressurser både fra administrativt og klinisk personell. Det skal etableres styringsgruppe og prosjektgruppe som skal ha jevnlige møter. Alt arbeidet skal ledes av prosjektleder som også vil ha behov for å knytte til seg prosjektmedarbeidere og leie inn eksterne ressurser.

# 7 Kvalitetssikring

## 7.1 Risikostyring og vurdering av usikkerhet

Det benyttes i prosjektinnramming flere virkemidler til å styre usikkerhet:

- Sykehusbygg HF medvirker i arbeidet
- Detaljert prosjektplan med fokus på kvalitet, tid, ansvar og medvirkning for alle aktiviteter utarbeides i samarbeid med Sykehusbygg HF
- Månedlig rapportering mot plan til prosjektsjef. Tertialrapportering til styret.
- ROS-analyser både på enkeltområder og for den samlede idéfasen
- Tredjepartskontroll knyttet til enkeltområder vurderes etter behov
- Styring av kostnader etter budsjett

## 7.2 Rapporterings- og styringsrutiner

Styringen av prosjektinnramming gjennomføres i samsvar med veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter som definerer hvilke aktiviteter fasen bør

inneholde og hvilken dokumentasjon som skal framkomme ved utløpet av fasen og legge grunnlaget for beslutningspunkt knyttet til neste fase som er konseptfasen (B2).

Til hvert møte i styringsgruppen skal det rapporteres om:

- Status i forhold til bestillingens mandat, kvaliteten på arbeidet, tidsperspektiv og kostnader.
- Status framdrift og kvalitet i forhold til plan
- Status budsjett, regnskap, ressursbruk
- Avvik og korrigerende tiltak inklusiv læring
- Plan neste periode

Avvik fra gjeldende premisser som ligger til grunn for styresak om igangsetting av prosjektinnramming skal legges frem for styringsgruppen og følges opp i form av korrigerende tiltak. Ledelsen i UNN og HN RHF skal holdes løpende orientert om prosjektets fremdrift. Månedsrapportering med prosedyre for behandling av denne utgjør prosjektets viktigste styringsverktøy i forprosjektfasen.

### 7.3 Dokumenthåndtering og arkiv

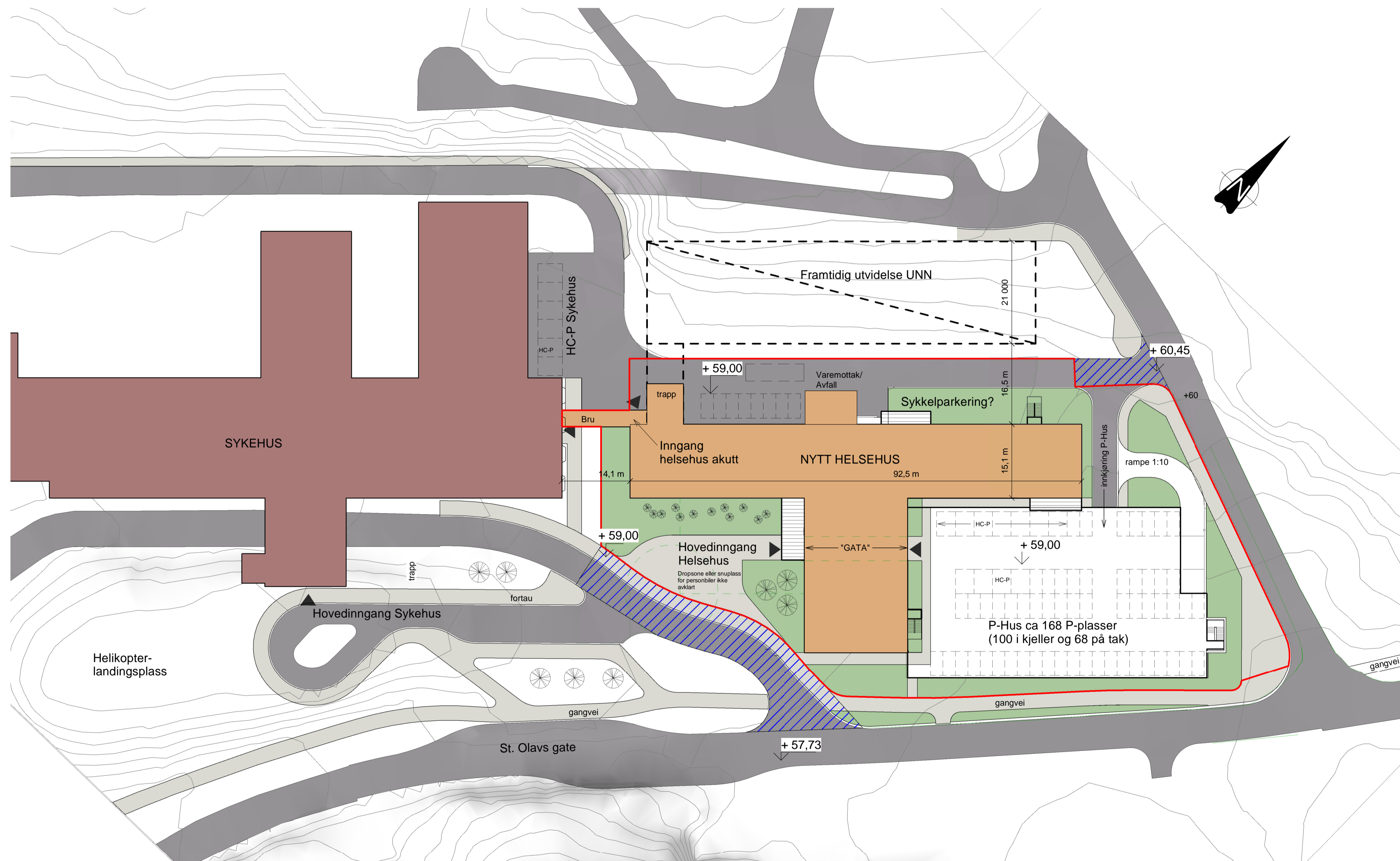
Alle møter skal ha skriftlige referater. Prosjektdokumentasjon skal arkiveres i tråd med UNN sitt kvalitetssystem for prosjektdokumentasjon i byggeprosjekter.

### 7.4 Ekstern kvalitetssikring

Det leies inn ekstern bistand ved behov for ekstern kvalitetssikring av vurderinger og konklusjoner som framkommer i prosessen. Sykehusbygg har kvalitetssikret styringsdokumentet for prosjektinnramming for UNN Harstad.

**Vedlegg** (som kan oversendes elektronisk ved henvendelse til administrasjonen UNN v/Leif Hovden)

1. Multimap analyse 2016
2. Strategisk utviklingsplan UNN 2015-2025
3. Strategisk utviklingsplan bygningsmassen UNN 2040.
4. Arealplan UNN Harstad



Tegningsnummer	Revisjon
A-10-00-01	

Foreløpig 2018-01-24 (Kostnader)

Rød heltrukket linje markerer avgrensning kostnader som dekkes av Harstad kommune  
 Blå skravur markerer felleskostnader UNN/ Harstad kommune

Rev.	Dato	Beskrivelse	Utarbeidet	Fagkontroll	Godkjent
Dette dokumentet er utarbeidet av Norconsult AS som del av det oppdraget som fremgår nedenfor. Opphavsretten tilhører Norconsult AS. Dokumentet må bare benyttes til det formål som oppdragsavtalen beskriver, og må ikke kopieres eller gjøres tilgjengelig på annen måte eller i større utstrekning enn formålet tilsier.					
Harstad Kommune					Målestokk (gjelder A1)
Helsehus i Harstad					1 : 500
SITUASJONSPLAN					
Norconsult		Oppdragsnummer	Tegningsnummer	Revisjon	
		5152033	A-10-00-01		



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
29/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	27.3.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

### Orienteringssaker

#### 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*

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

Tromsø, 21.3.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



**Sak:** Orientering om status i pågående prosesser i ambulanseavdelingen  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Fra:** Jon H. Mathisen  
**Møtedato:** 27.03.2019

## Bakgrunn og formål

Etter siste styremøte har det vært ulike oppslag i media som berører ambulansetjenesten. Denne styresaken er en samslesak som har til formål å orientere styret om oppfølgingen av tidligere vedtak i styret og andre pågående prosesser i Ambulanseavdelingen i Akuttmedisinsk klinikk.

### Ambulansebåter

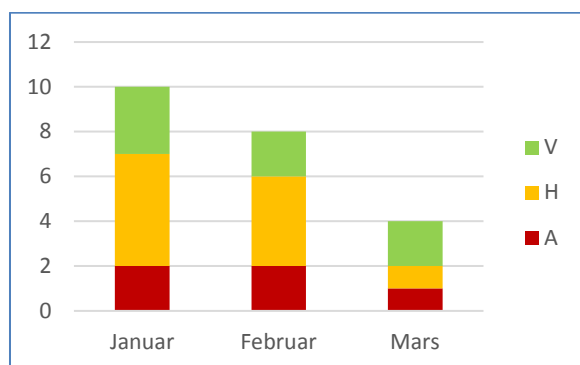
#### Bjarkøy

Aktiviteten følges fortløpende og er i tråd med våre beregninger.

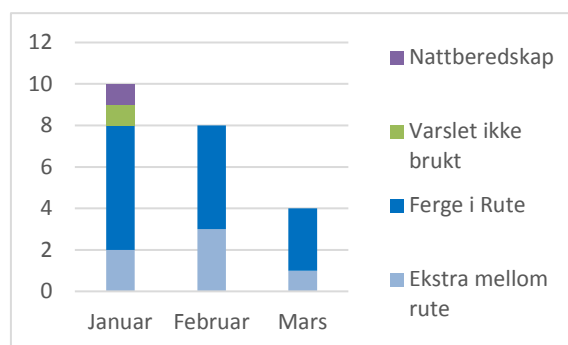
UNN har avtale med Redningsselskapet om å kunne bruke deres båt som er stasjonert i Harstad og på Andøya som backupløsning dersom ferge og ambulanshelikopter ikke kan benyttes. Hittil har denne ressursen ikke vært brukt. Vi skal evaluere med Redningsselskapet innen 6 måneder.

Ett rederi som leverte inn tilbud på båtberedskap i Harstad-området har klaget UNN inn for KOFA og hevder at Redningsselskapets båt ikke kan levere tjenester slik vi har bestilt. Vår foretaksjurist og sykehusinnkjøp mener UNN har en god sak. Det kan ta lang tid før KOFA kommer med en avgjørelse i saken.

Klinikken har avtale med Harstad kommune om å evaluere tiltakene i løpet av våren og høsten 2019. Klinikken var fra Troms Fylkestrafikk forelagt beredskapskostnader på ca 1 mill. I ettertid har det tilkommet kostnader for å flytte fergen hver natt, og fergerederiet har sluttforhandlet arbeidstidsordning for beredskap. Dette har medført at beregnet innsparing er redusert fra 6,5 mill til 4,9 mill. Vi vil fortsette dialogen med Troms Fylkestrafikk om kostnadsreduksjon ved eventuell ruteendring og stasjoneringssted. Kostnadene er fortsatt betydelig lavere enn om vi skulle gått ut på nytt tilbud på ambulanserbåt.



Figur 1 - Antall oppdrag fordelt på hastegrad



Figur 2 - Antall oppdrag fordelt på brukt ressurs

### Tysfjord

Det er inngått avtale med Tysfjord kommune om prolongering av felles båtavtale ut 2019. Tysfjord kommune reduserer sin aktivitet til et absolutt minimum. Dette medfører at UNN sin relative andel av beredskapskostnader øker med 0,5 mill i 2019 slik at de totale kostnadene blir 2 mill. Klinikken vil ta kontakt med Nordlandssykehuset for å avklare hva som skal skje etter januar 2020. Ett alternativ er at Helse Nord og Nordlandssykehuset krever at UNN opprettholder tilbudet til tross for at det ikke berører våre pasienter.



### **Karlsøy**

Sykehusinnkjøp startet anbudsarbeidet 18. mars med deltakere fra UNN og Karlsøy kommune. Ny kontrakt må være gjeldende fra mars 2020. Klinikken går inn i arbeidet med en forhåpning om å komme til enighet om en «fellesløsning» med kommunen. UNN ønsker å tilby båttjeneste som kan dekke ulike transportbehov for kommunen. Dette kan være legevakt, hjemmetjeneste, brannberedskap etc.

### **Nord-Troms**

UNN har avtale med Troms Fylkestrafikk om forlengelse av samfunnsbåt i 10 år fra april 2019 innenfor samme betingelser og kostnadsramme som forrige avtale.

### **Ambulansebil**

Klinikken har hatt møte med «Senja kommune» sin prosjektledelse og avtalt at vi skal gjennomføre felles ROS analyse 10. mai 2019. Målsettingen er å ha analysen klar for politisk behandling i juni.

Ambulanseavdelingen utvider åpningstiden på dagbilen i Salangen fra april 2019. I et felles møte med Salangen og Lavangen kommune 19.12.2018, avtalte vi at det skal gjøres en felles ROS analyse før eventuell beslutning om å flytte dagbilen til Setermoen. Det blir snarlig utlyst tilbud på ny stasjon på Setermoen, og denne kan tidligst være klar for innflytting første kvartal 2020. Klinikken er gjort kjent med at det vurderes ulike legevaktløsninger i området (Målselv, Bardu, Salangen, Lavangen og lbestad), men vi har ikke blitt invitert til dialog eller å gi innspill. Disse forholdene blir viktig når klinikken skal vurdere hvor det er mest hensiktsmessig å etablere omlastingssted. Så snart vi mottar mer informasjon, vil det tas med i vurderingen og ROS analysen som vi skal gjøre sammen med berørte kommuner. Vi planlegger derfor å gjennomføre ROS analysen tidligst til høsten.

Klinikken vil også ta ny kontakt med Lødingen kommune for å avtale og gjennomføre ROS analyse før eventuell beslutning om å flytte dagbilen til Evenskjer. ROS analyse vil skje tidligst til høsten 2019.

### **Arbeidstilsynets rapport fra ambulansetjenesten**

Klinikken har gjennomført ROS analyser på de tre hovedområdene for pålegg

- Vold og trusler
- Biologisk smitte
- Manuelt arbeid

Arbeidet med tiltak og plan for opplæring ferdigstilles uke 13 slik at UNN vil svare Arbeidstilsynet innen fristen 1. april. 2019. Egen rapportering kommer i tilsynsrapportering til styret i neste møte.

### **Avlønning av sykepleiere i ambulansetjenesten**

Media har hatt flere oppslag om avlønning av sykepleiere som arbeider i ambulansetjenesten knyttet til 113-serien.

Arbeidstakere som søker jobb som ambulansarbeider, ansettes som ambulansarbeidere og avlønnes i tråd med overenskomst som ambulansarbeider. Ut over dette har vi enkelte særskilte ordninger og godtgjøringer regulert i særavtale og administrative avtaler.

Arbeidsgiver har hatt drøftingsmøte med NSF om tillegg for ambulansarbeidere med autorisasjon som sykepleier. Arbeidsgiver vil med bakgrunn i drøftingen, invitere Delta, Fagforbundet og NSF til drøftinger for å vurdere de aktuelle særavtaler, administrative ordninger og stillingskoder i løpet av våren 2019. Arbeidsgiver ønsker å få utarbeidet en ny felles særavtale for ambulansarbeiderne uavhengig av organisasjonstilhørighet.

### **Innsamling til hjertekompresjonsmaskiner**





Et privat initiativ har opprettet en stiftelse for å gjennomføre en innsamlingsaksjon med formål å kjøpe inn hjertekompresjonsmaskiner til alle ambulansestasjoner i UNN. Klinikken hadde møte med styret i stiftelsen 1. mars der de informerte om status i saken. Stiftelsen har som målsetting å gå til innkjøp av maskinene og gi disse, samt opplæringspakke i gave til UNN. Klinikken har gitt tilbakemelding om at vi ønsker å ta imot gaven, men vil sjekke formalitetene før endelig bekreftelse. Her viser vi til egen sak i styremøte fra stabssjefen.

Vedlegg:           Referat fra møte mellom Salangen Lavangen og UNN 19.12.2018  
                      Referat fra møte mellom Senja kommune og UNN 20.02.2019



Deres ref.:

Vår ref.:

2018/3279-54

Saksbehandler/dir.tlf.:

Hanne Grete Heggelund Hansen, 77 62 82 10

Dato:

19.12.2018

## 2018 12 19 Referat fra møte mellom, Salangen, Lavangen og UNN vedrørende ambulansetjenesten

### Til stede:

Sigrun Wiggen Prestbakmo, ordfører Salangen kommune  
Frode Skuggedal, administrasjonssjef Salangen kommune.  
Bernhard Halvorsen, ordfører Lavangen kommune  
Erling Hanssen, rådmann Lavangen kommune.  
Marit Lind, kst. adm.direktør UNN HF  
Jon Mathisen, klinikkssjef akuttmedisinsk klinikk  
Per Øivind Sørgård, avdelingsleder ambulanseavdelingen  
Lars Jøran Andersson, avdelingsoverlege ambulanseavdelingen  
Joakim Sjøbeck, rådgiver for direktøren  
Hanne Grete H. Hansen, klinikkrådgiver akuttmedisinsk klinikk (referent)

Marit innleder.

### Bakgrunn

UNN presenterer overordnede føringer, dagens situasjon og tenkte endringer for ambulansetjenesten i området.

Styresak 25/2017 handler om langsiktig utvikling av ambulansetjenesten. Kort fortalt ber styret akuttmedisinsk klinikk om å se de nye samferdselsløsningene opp mot stasjonsmønsteret, samt innenfor rammene legge til rette for at ambulansetjenesten ivaretar lovkrav ift kompetanse- og arbeidstidsordninger.

Endringer siste 5 år:

- Det er etablert ny helikopterbase på Evenes, noe som medfører økt kapasitet og tilgjengelighet på helikopter
- Akuttforskriften har gitt strengere krav til bemanning og kompetanse i tjenesten.
- Funksjonsfordeling mellom sykehusene i regionen gir endret pasientflyt, noe ambulansetjenesten må ta hensyn til

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) har ansvar for all koordinering av ambulanser, slik at man i størst mulig grad får utnyttet kapasiteten til hver enkelt bil. Ingen ambulanser tilhører spesifikke kommuner/tettsteder, men de har sin vertskommune med ambulansestasjon. Bilene brukes på tvers av kommunegrensene. En dagbil skal utføre mest mulig oppdrag i sin beredskapstid, for på den måten å avlaste døgnbil. Hvis en døgnbil må ta mange transportturer på dagtid, så vil man risikere at denne er utmeldt når kvelden kommer og dagbilen er parkert.

Responstid for ambulansetjenesten er ikke lovfestet, men anbefalt som en kvalitetsindikator (Hesledirektoratet). Responstiden måles på første tilgjengelige ressurs (helikopter/ambulansebil). I 2017 hadde Salangen snitt responstid 15 minutter, og 84% innenfor 25 minutter.

Postadresse:  
UNN HF

Avdeling: Akuttmedisinsk klinikk  
Besøksadr.:  
Fakturaadr.: UNN HF, c/o Fakturamottak, Postboks 3232, 7439 Trondheim

Telefon: 07766  
Internett: www.unn.no  
E-post: post@unn.no

Tilsvarende for Lavangen er snitt responstid 25 minutter, og 68% innenfor 25 minutter.

Antall gjennomførte oppdrag totalt i 2017:

- Salangen 178 akutt, 279 haster og 97 vanlig
- Lavangen 87 akutt, 114 haster og 22 vanlig

Totalt til begge kommuner i 2017: 44 helikopteroppdrag (inkludert i tallene over).

Kommunene Salangen og Lavangen dekkes av ambulanser fra flere stasjoner i området rundt:

- Salangen, dagbil og døgnbil
- Gratangen, døgnbil og dagbil (fra januar 2019)
- Bardu, døgnbil
- Målselv, døgnbil
- Ibestad, døgnbil

Dagbilen som i dag er stasjonert i Salangen har mange oppdrag til/fra sykehusene, og er dermed lite til stede på stasjonen. På generelt grunnlag har ikke dagbilene så mye å si for responstiden fordi det finnes en døgnbil samme sted. Døgnbilene utgjør basisen i beredskapen og responstiden.

#### Hva planlegges endret:

- Dagbilen i Salangen får utvidet åpningstid fra dagens 08-16 til 08-20, samt styrket bemanning med inntil 2 ansatte.
- Dagbilen flyttes til Setermoen fra høsten 2019, når ny ambulansestasjon står klar der.
- Døgnbilen på Ibestad får fra 2019 tilstedevakt istedenfor dagens hjemmevakt. Dette reduserer responstiden.
- Dagbilen i Bjerkvik flyttes midlertidig til Gratangen, begrunnet i stengt stasjon i Bjerkvik og ikke kapasitet i Narvik.

Bakgrunnen for UNNs plan om å flytte dagbilen fra Salangen til Setermoen er at man ønsker å utnytte restkapasiteten bedre. Dette vil medføre bedre tilpasning til åpningstidene ved de store interkommunale legevaktene og tidspunkt for pasientflyt til/fra sykehusene.

For å opprettholde beredskap i ambulansens «hjemkommune» planlegger UNN to faste steder for pasientbytte mellom ambulansene (Nordkjosbotn og Setermoen). Da kommer lokal ambulanseresurs seg fortere hjem. Det planlegges ny stasjon på Setermoen med plass for slik omlastning, og ved å flytte dagbilen dit vil man utnytte kapasiteten på denne bedre – sett i forhold til hovedaksen mellom sykehusene, befolkningstetthet, historiske aktivitetstall og redusert «tomkjøring» til fra Salangen. Hver ambulansestasjon fører månedlig driftsdata over all aktivitet, så UNN har gode driftsdata som understøtter endringen.

En slik endring vil ikke i vesentlig grad påvirke responstiden, all den tid døgnambulansen og helikopteret ivaretar i de fleste akutte tilfeller (dagbilen er ofte ute av kommunen også i dag).

Muligheten for samtidighetskonflikt kan øke, men antall oppdrag og øvrig beredskap tilsier likevel at dette er forsvarlig å gjøre. I tillegg vil økt åpningstid på dagbilen gi økt beredskap for hele området. Som kommentar til endringen på Ibestad til tilstedevakt er dette en endring i tråd med nasjonale føringer og en ønsket endring. Dette koster imidlertid penger, og denne endringen er mulig da stillinger flyttes fra Bjarkøy i forbindelse med nedleggelsen av ambulansebåten der.

#### Fra kommunens perspektiv

Sigrun presenterer saken fra kommunenes side.

Det var 12. mars i år et møte mellom UNN og kommunene, der styrevedtak fra mars 2017 var grunnlag for arbeidet. Det finnes dessverre ikke referat fra nevnte møte.

Kommunens oppfatning av UNNs budskap var at ingenting skulle endres som berørte ambulansetjenesten i Salangen. Når de så leste om dette i media 2. juni ble de overrasket. Det var i møtet også diskutert at husleiekostnadene for stasjonen i Salangen er utfordrende for UNN, så det skulle kommunen og UNN gå i dialog om etter hvert. Kommunen konkluderte etter møtet med at det ikke var noen risiko for endring utfra den informasjonen som var gitt fra UNN.

Kommunen sendte sommeren/høsten 2018 flere henvendelser til styret i UNN, dette uten å få svar fra styret. Akuttmedisinsk klinikk svarte imidlertid kommunene i brev datert 22.06.18 (UNNs ref. 2018/3279-11). Konst. administrerende direktør svarte i brev datert 01.10.18 (UNNs ref. 2018/3279-17). Kommunen ytret ønske om møte med styret, men takket senere ja til møte med direktøren.

Kommunens og lokalbefolkningens argumentasjon for å beholde dagbilen er at responstiden vil forverres uten denne. I tillegg utgjør det «frivillige» brannvesenet i praksis all beredskap. Befolkningen i kommunen er svært mangfoldig og med flere institusjoner. Det er bekymring knyttet til akutte hendelser i næringer som landbruk, havbruk, bygg og anlegg. Det oppleves at lokalsamfunnet blir frarøvet en tjeneste som er en naturlig del av den lokale beredskapen.

Ordføreren orienterte i dagens møte om at Målselv vurderer å trekke seg fra legevaktssamarbeidet på Setermoen. Salangen og Lavangen fikk vite om dette for ca 2 uker siden. Beslutning skal angivelig tas i løpet av første halvår 2019. Pga dette har lbestad vært i dialog med Salangen og Lavangen om mulighet for ny felles legevakt lokalisert på Sjøvegan.

Kommunene er svært kritisk til prosess og saksbehandling fra UNNs side i saken om endringer for dagambulansetjenesten i Salangen. Beslutninger som skal vare krever gode utredninger, og det etterlyses en ROS-analyse som synliggjør konsekvensene av de endringene som foreslås.

### Diskusjon

Kommunen har ønsket å møte UNNs styre, men dette er ikke forenlig med praksisen i UNN. Styreleder Ansgar Gabrielsen stiller seg likevel til rådighet for et møte, som da må skje i Oslo, og kommunene er velkommen til å kontakte han vedrørende dette.

UNNs endringer i ambulansetjenesten og kommunenes endringer i legevaktstrukturen har begge påvirkning på hverandre. Når legevaktene slår seg sammen påvirker det kjøremønsteret og pasientflyten mellom kommunene og mellom sykehusene. Det er også slik at UNNs 3 sykehus her på fastlandet sees i én sammenheng, så hvorvidt pasientstrømmen fra Midt-Troms styres mot Harstad, Narvik eller Tromsø kan variere fra uke til uke avhengig av kapasiteten de ulike stedene.

En felles situasjonsforståelse må være målet for framtidig samarbeid og drift av de statlige og de kommunale helsetjenestene.

Kommunene stiller spørsmål ved om ikke det å utvidet åpningstid på dagbilen i Salangen og la den bli i Salangen også vil imøtekomme UNNs argumenter for endring. UNN svarer at dagbilen i Salangen må sees i en større sammenheng sammen med de andre prehospital ressursene, og den flyttes av logistikkmessige hensyn tatt i betraktning befolkningstetthet og hovedferdselsakse for pasientflyt mellom sykehusene. Endringen vil også sikre at døgnbilen i Salangen i mindre grad vil måtte forlate kommunen for lengre oppdrag på dagtid.

Målet for UNN er god akuttmedisinsk beredskap med kort responstid, for hele regionen sett under ett.

I dagens møte er det uenighet om hva konsekvensene av å flytte dagbilen fra Salangen til Setermoen vil bli. Partene har forskjellig ansvar, men det er viktig å forstå hverandres perspektiver.

For lokalbefolkningen er tilgang på gode helsetjenester svært viktig, og enhver endring kan gi utrygghet. Kommunene opplever å ha et forklaringsproblem overfor befolkningen.

UNN mener at den negative konsekvensen av flytting av dagbilen er overdrevet.

Ambulanshelikoptrene er også en ressurs for området. Fra 01.06.18 kom det ny operatør på helibasen i Tromsø, men den eneste endringen i helikopterstørrelse er at reservehelikopteret i Tromsø er av en mindre type (kategori 2), mot normalt kategori 3. På Evenes er det ingen endringer da de har hatt kategori-2-helikopter hele tiden. Ellers pågår det prosess rundt relokalisering av helibasen på Evenes, da den må ut av flyplassområdet våren 2019. Denne prosessen styres av Helse Nord RHF og Luftambulansetjenesten HF.

Det må, uavhengig av flytting av dagbil, ut anbud på ny ambulansestasjon på Setermoen. Dette blir å skje like over nyttår. Anbudet blir på en 2-bilstasjon som vil ivareta mulighet for pasientbytte mellom ambulanserbiler på en verdig måte.

Videre framover er det viktig, fra begge parter, at man etterstreber god dialog og informasjon til hverandre.

Referat fra møter skal godkjennes av både kommunene og UNN før det ferdigstilles slik at misforståelser/uenighet om hva som er tatt opp, unngås.

#### **Vedlegg**

- Presentasjon fra UNN v/ Jon Mathisen
- Presentasjon fra Salangen og Lavangen kommune v/ Sigrun Wiggen Prestbakmo



Deres ref.:

Vår ref.:

2018/3279-61

Saksbehandler/dir.tlf.:

Hanne Grete Heggelund Hansen, 77 62 82 10

Dato:

22.02.2019

## 2019 02 20 Referat fra møte om ambulansestruktur Senja kommune

### Til stede:

Hogne Eidissen, prosjektleder Senja kommune (fra 01.01.20 rådmann i Senja kommune)

Jan Fredrik Jansen, ordfører i Tranøy og leder av Fellesnemnda

Jon Mathisen, klinikkssjef akuttmedisinsk klinikk

Per Øivind Sørsgård, avdelingsleder ambulanseavdelingen

Knut Sæbbe, seksjonsleder ambulansetjenesten

Lars-Jøran Andersson, avdelingsoverlege ambulanseavdelingen

Gunn Schultz, klinikkrådgiver (beredskap) akuttmedisinsk klinikk

Hanne Grete H. Hansen, klinikkrådgiver akuttmedisinsk klinikk (ref)

### Bakgrunn

UNN hadde i 2015 en høringsprosess for ambulansestrukturen på Senja. I den forbindelse laget Sintef en analyse. Siden er det besluttet at Berg, Torsken, Tranøy og Lenvik fra 01.01.20 blir Senja kommune. Det var avholdt et VK-møte mellom partene høsten 2018.

Status pr i dag er at det er en ny og flott stasjon i Berg (Ersfjord). Stasjonen på Stonglandseidet og i Gryllefjord er i dårlig stand, og tilfredsstillende ikke arbeidsplasskravene. Samtlige ambulansarbeidere som bemanner Gryllefjord-bilen bor på Finnsnes. For Stonglandseidet er det kun 1 ambulansarbeider som bor lokalt.

En arbeidsgruppe ifm nye Senja kommune har fått i oppdrag å utvikle en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse for uønskede hendelser so kan inntreffe. 26.02.19 er det invitert til et møte for å gi en kort orientering om arbeidet med en overordnet ROS-analyse for Senja kommune, samt for å gi mulighet til å komme med innspill til utviklingen av ROS-analysen for Senja kommune. UNN deltar med representant på møtet.

UNNs hovedutfordringer med dagens ambulansestruktur på Senja er rekruttering og faglighet. Det er umulig å få lokal forankring/bostad for ambulansarbeiderne i Gryllefjord og på Stonglandseidet, og oppdragsmengden er så liten at man ikke klarer å oppnå den fagligheten man ønsker. Økonomi som er altså ikke hoveddriveren for å se på ambulansestrukturen på Senja.

Ved sammenslåing av 2 stasjoner til 1 større stasjon, mer sentralt på Sør-Senja er økt responstid bekymringen for befolkningen og kommunene. For noen blir det økt responstid, mens det for andre blir kortere. Dog er alltid slike endringer såre for de som evt. mister et tilbud.

Kommunens planer er at det kommunale helsevesenet skal være slik det er pr i dag også i nye Senja kommune (sykehjem, legetjeneste, skoler etc.). Det har vært prosesser rundt disse tingene i kommunene allerede. Hva som evt. skjer på lengre sikt er uvisst, slik det er i alle kommuner.

God nok samlet beredskap for befolkningen med spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester er det som må sees i sammenheng.

### ROS-analyse

Det er enighet om at det, i tillegg til nevnte overordnede ROS, også skal gjøres en isolert ROS-analyse knyttet til ambulansestructur. ROS-analysen tenktes basert på noen alternative lokalisasjoner/løsninger. Kompetanse, responstid, rekruttering m.m. er faktorer som må vurderes.

Det er også enighet om at nye Senja kommune og UNN sammen må sikre en god prosess og god forankring. Det besluttes å lage et felles infobrev til berørte parter.  
Per Øivind lager utkast til brev.

Det diskuteres også i dag hvem som bør inviteres med i en slik ROS-analyse.

- Jorid Meyer, ny kommunalsjef for helse, pleie og omsorg i Senja kommune
- Hogne Eidissen, ny rådmann i Senja kommune
- Fred Flakstad, nåværende ordfører i Torsken (nestleder i Fellesnemnda)
- Jan Fredrik Jenssen, nåværende ordfører i Tranøy (leder i Fellesnemnda)
- Daglig leder i Senjalegen
- Representant fra UNNs brukerutvalg – Terje Olsen?
- Representanter fra akuttmedisinsk klinikk UNN
- Gunn Schultz og Torleif Josefsen kjører ROS-analysen.

ROS-analysen + beslutning bør være avklart før utgangen av mai.

Fellesnemnda har møte 19/6, og det er kommunestyremøter 20/6 + 18/6.



## Retningslinjer for besøk av politiske partier eller enkeltpolitikere i UNN

Med jevne mellomrom får Universitetssykehuset Nord-Norge spørsmål fra politiske partier og enkeltrepresentanter om å besøke sykehusene i UNN. Det er behov for å ha en noenlunde lik behandling av ulike partier og enkeltpolitikere. Punktene under er ment som støtte for hvordan slike besøk skal gjennomføres i UNN.

- UNN skal være åpen og ta i mot og legge til rette for politiske partier og enkeltrepresentanter som ønsker å besøke sykehusene.
- UNN skal ikke selv ta initiativ til møter der hensikten er politisk reklame. Det er det aktuelle politiske partiet som initierer slike besøk.
- UNN skal ikke være kulisser for politisk reklame i forbindelse med kampanjer eller valgkamp. Dersom partipolitikere ønsker å besøke foretaket må dette skje på en måte som ikke gir preg av å dreie seg om en ren partipolitisk kampanje eller et valgkamputspill.
- Avdeling, leder, driftsråd eller andre i UNN som mottar forespørsel fra politisk parti eller enkeltpolitiker om å få komme på besøk, skal melde dette til kommunikasjonssjefen som har ansvar for planlegging og koordinering av slike besøk.
- Kommunikasjonssjefen i UNN skal informere foretakets styreleder samt det regionale foretaket om besøk fra politiske partier og enkeltrepresentanter i forkant av besøket slik at styreleder og det regionale foretaket kan vurdere å være representert. Kommunikasjonssjefen skal også informere administrerende direktør.
- UNN bør generelt være forsiktig med å gå inn i en politisk debatt der det er risiko for at det blir utydlig for pasienter, pårørende og ansatte hva som er den faktiske situasjonen for virksomheten, og hva som er et politisk budskap.
- Eventuell pressemelding som skal sendes ut i forbindelse med et besøk, skal komme fra det aktuelle partiet – ikke fra UNN. Dette for å unngå misforståelser om hvem som setter premissene for diskusjonen.
- Besøkende politikere må ta hensyn til pasientens personvern og ansattes integritet. Vi må forutsette at politikerbesøk også involverer medier som er med på besøket. For disse gjelder generelle retningslinje for mediehandtering
- Partiene ønsker ofte å ha pressen med på slike møter, for å få fram sine budskap. UNN bør i forkant av aktuelle besøk forberede seg på å håndtere aktuelle temaer og spørsmål fra pressen i forbindelse med besøket utfra den aktuelle politiske situasjonen. UNN må være foreberedt på eventuelle spørsmål, men ikke selv invitere/legge opp til pressebrifing etter møtet.

*Retningslinjene er utarbeidet av Kommunikasjonsavdelingen og godkjent av direktøren i UNN, 05.01.2017.*





**Sak:** Retningslinjer for mottak av gaver som følge av innsamlingsaksjoner i UNN  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Saksansvarlig:** Gøril Bertheussen/ Lars Øverås  
**Møtedato:** 27.03.2019

---

## Bakgrunn

UNN har i en periode hatt hjertekompresjonsmaskiner i en ambulanse i Tromsø og en i Narvik. Disse maskinene har UNN hatt på lån fra leverandøren og de er nå levert tilbake. Hver maskin koster mellom 125 og 170 tusen kroner. I UNN er det per tiden ikke midler til å prioritere innkjøp av slike maskiner. På bakgrunn av dette har ambulansesarbeidere på privat initiativ satt i gang en innsamlingsaksjon for innkjøp av hjertekompresjonsmaskiner til ambulanser i UNN.

Basert på innsamlingsaksjonen som er igangsatt fra ambulansesarbeiderne har det vært stilt spørsmål ved hvilke retningslinjer som gjelder for slike aksjoner. Det finnes i dag ikke retningslinjer knyttet til innsamlingsaksjoner spesielt, men retningslinjer for mottak av gaver ivaretar også gaver som følger i etterkant av en innsamlingsaksjon. Det er utarbeidet retningslinjer for mottak av gaver på regionalt nivå. Disse retningslinjene er vedlagt denne sak og blir fulgt av UNN.

## Saksutredning

I Docmap ligger rutinen for «konsernbestemmelser for helseforetakenes håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond». Denne hensyntar ikke innsamlingsaksjoner spesielt, men dette vurderes på lik linje som andre gaver. Rutinen er utarbeidet av Helse Nord og gjelder alle helseforetakene i regionen. Det er ikke erfaringer med andre større med innsamlingsaksjoner i regionen og RHF'et har ikke gitt uttrykk for at det bør utarbeides egne retningslinjer for innsamlingsaksjoner.

I rutinen har gave følgende definisjon:

*Med gave forstås enhver vederlagsfri overføring av en formuesverdi eller formuesposisjon, f.eks. fast eiendom, løsøre, verdipapirer, penger, gjenstander eller liknende, uavhengig om overføringen er øremerket til et eller flere bestemte formål eller ikke. Overføring på grunnlag av testamente (arv) likestilles med gave, likeså overføring av formuesverdier til underpris.*

Da innsamlingsaksjoner behandles på lik linje med andre gaver, skal det alltid tas en beslutning om hvorvidt UNN skal ta imot denne gaven. Vurderingen vil belage seg på hvorvidt de etiske regler er fulgt, at foretakets formål og strategier ikke endres, samt en vurdering av endring i inntekter og kostnader som følger av gaven. Direktøren i UNN kan beslutte hvorvidt gaver med en verdi inntil 5 millioner kroner skal mottas. For gaver med beløp over 5 millioner kroner skal beslutningen tas i styret.

Rutinen legger vekt på at etiske retningslinjer skal bli overholdt og at definerte vurderinger skal være gjort. Den sier også noe om behandling internt i helseforetaket av gaver.

Gaver skal tas inn i regnskapet, men dokumenteres og holdes adskilt fra helseforetakets øvrige midler. Gaver som investering skal inn som driftsmidler og behandles på linje med andre driftsmidler. Ved økte driftskostnader som følger av gaver må dette vurderes før mottak av



gaven. Om gaven tas mottas vil økte driftskostnader måtte dekkes på lik måte som øvrige kostnadsøkninger.

### Vurdering

Det er etablert gode rutiner på regionalt nivå for håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond. Innsamlingsaksjoner er ikke spesifisert i denne rutinen, men behandles på samme måte som andre gaver til helseforetakene. Bakgrunnen for bruken av rutinen ved innsamlingsaksjonen er at UNN vurderer at denne ivaretar en god og hensiktsmessig behandling også av innsamlingsaksjoner. UNN må godkjenne gaven for mottak, slik at det er sikret at gaven ikke endrer UNN's strategier og følger våre etiske retningslinjer. Den aktuelle gaven med hjertekompresjonsmaskiner vil bidra som et godt hjelpemiddel i ambulansetjenesten. Maskinen gjør at pasienter med hjertestans kan få hjertekompresjon på veien til sykehuset ombord i ambulansen. Om hjertekompresjon skal gis i dag, vil ambulansemedarbeideren måtte ta av setebeltet for å kunne gi denne behandlingen. Innsamlingen er gjort uten andre forutsetninger enn at pengene skal brukes til hjertekompresjonsmaskiner. Det har vært reaksjoner i media på at UNN bør sørge for å investere i livsviktig utstyr på egenhånd. Svaret på dette har vært at en hjertekompresjonsmaskin i en ambulanse ikke er livsviktig. Gaven er derfor innenfor de gjeldende etiske retningslinjer.

Som følger av gaven, vil det påløpe noen kostnader som opplæringskostnader og vedlikeholdskostnader. Disse kostnadene må omdisponeres for i Akuttmedisinsk klinikk slik at de kan gjennomføre dette innenfor allerede gjeldende budsjett.

Gaven vil ikke endre pasientgrunnet i UNN. Dette er dermed ikke pasienter som hentes fra andre helseforetak i regionen.

### Vedlegg 1:

Konsernbestemmelser for helseforetakenes håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond

## KONSERNBESTEMMELSER FOR HELSEFORETAKENES HÅNDTERING AV FORHOLDET TIL GAVER, STIFTELSE, LEGATER OG FOND

### I. GENERELL DEL

#### 1. 1 Bakgrunn

Foretaksmøtet ba 24. februar 2008 de regionale helseforetakene om å utarbeide retningslinjer vedr helseforetakenes forhold til stiftelser, gaver mv i felleskap.

#### 1. 2 Formål

Retningslinjene skal bidra til å sikre foretakets autonomi og være et hjelpemiddel for å ivareta foretakets aktsomhets- og undersøkelsesplikt som følger av regelverk og foretakets rolle som offentlig tjenesteyter. Det er viktig å sikre at helseforetakene har et profesjonelt og ryddig forhold til tilgrensede stiftelser og legater, at gaver blir benyttet til sitt formål og at mottak av gaver blir gjenstand for en forsvarlig vurdering i forhold til etiske problemstillinger, foretakets formål og strategier og virksomheten for øvrig.

#### 1. 3 Retningslinjenes virkeområde

Retningslinjene gjelder for samtlige av helseregionens foretak, og skal legges til grunn for etablering og videreføring av samarbeid med stiftelser og legater, mottak av gaver og donasjoner til foretaket fra stiftelser og legater, samt andre utenfor spesialisthelsetjenesten, herunder privatpersoner og kommersielle virksomheter. Rutinen gjelder ikke ved mottak av tilskudd eller midler fra offentlige organer med lovpålagt finansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten. Gaver og lignende til helsepersonell faller også utenfor virkeområdet, da dette er regulert i egen forskrift, Forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse av 29. august 2005 nr. 941, til helsepersonellovens § 9.

#### 1. 4 Forholdet til offentligrettslig regelverk

Retningslinjene kommer i tillegg til det regelverk som helseforetak er omfattet av, jf særlig helseforetaksloven og forvaltningsloven, forskrifter og eierfaste krav. Ved eventuell motstrid går regelverk og fastsatte eierkrav foran disse retningslinjene.

#### 1. 5 Definisjoner

Med gave forstås enhver vederlagsfri overføring av en formuesverdi eller formuesposisjon, f eks fast eiendom, løsøre, verdipapirer, penger, gjenstander eller liknende, uavhengig om overføringen er øremerket til et eller flere bestemte formål eller ikke. Overføring på grunnlag av testament (arv) likestilles med gave, likeså overføring av formuesverdier til underpris.

Med stiftelse forstås en formuesverdi som ved testament, gave eller annen rettslig disposisjon selvstendig er stilt til rådighet for et bestemt formål av ideell, humanitær, kulturell, sosial, utdanningsmessig, økonomisk eller annen art, jf stiftelsesloven § 2. Såfremt en formuesverdi selvstendig er stilt til rådighet som beskrevet, er den en stiftelse selv om den er betegnet som legat, institusjon, fond eller annet.

## 1. 6 Vedtakelse

Retningslinjene er vedtatt i styret for Helse Nord RHF, den 23. september 2008.

## II. FORHOLDET TIL GAVER

### 2. 1 Rutiner for aksept og mottak

Foretaket skal etablere interne rutiner med fullmaktstruktur for mottak av gaver. Som hovedregel bør den være sammenfallende med foretakets øvrige fullmaktsrammer.

Det forutsettes at gaver av uvanlig art eller størrelse, eller gaver som kan ha innvirkning på foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer, forelegges foretakets styre før gaven aksepteres. Likeså forutsettes at gaver som kan påvirke funksjonsfordelingen mellom helseforetak, eller som har konsekvens for investeringsplan skal behandles i styret i RHF før de aksepteres.

Før foretaket aksepterer en tilbudt gave skal følgende være vurdert;

- habilitet, jf forvaltningsloven §§ 6 flg. Både forholdet mellom stiftelsen/giver og foretaket, samt forholdet til den som beslutter mottak, må vurderes. Det er særlig viktig å iakttatte relasjoner som kan være egnet til å svekke tilliten til foretaket, eller dets omdømme. Habilitet må også vurderes ift biervervreglene.
- hvorvidt mottak vil være forenlig med det til enhver tid gjeldende regelverk, jf bla helsepersonelloven § 9, samt eventuelle eierfastsatte krav.
- etiske problemstillinger knyttet til giver og eventuelt mottak av gaven, jf foretakets etiske retningslinjer og samarbeidsavtalen med legemiddelindustriforeningen.
- omdømmemessige problemstillinger, f eks om giver er involvert i virksomhet eller utøver virksomhet som foretaket ikke ønsker å bli identifisert med
- hvorvidt relasjonen til helseforetaket kan utnyttes i kommersiell, eksempelvis reklamemessig sammenheng, og i så fall konsekvensene av dette
- hvorvidt mottak kan påvirke foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer
- hvorvidt mottak av gave kan medføre konkurransevridning i forhold til andre aktører i markedet
- eventuelle andre konsekvenser for foretaket og dets virksomhet, eksempelvis omprioriteringer, endrede driftsutgifter, langsiktige kostnader
- foretaket bør undersøke stiftelsesregisteret der gaven ønskes gitt av en stiftelse, fond mv og for øvrig andre tilgjengelige offentlige registre der giver vil kunne være registrert.

Gaver med begrenset verdi, båregaver mv, som åpenbart ikke er egnet til å påvirke foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer, kan mottas umiddelbart, så fremt det for øvrig fremstår som kurant.

Foretaket bør gjennom kommunikasjon og samhandling med giver tilstrebe størst mulig handlingsrom for foretaket ved anvendelse av gaven, eventuelt innenfor et overordnet fastsatt formål.

Er gaven en bruksrett eller delvis overføring av eiendomsrett, eller eiendom med påhvilende heftelser, skal det før mottak av gaven skriftlig avtales hvorledes kostnader ved gaven, eventuell inkorporering i foretakets eiendom, påkostninger eller investeringer i gaven, samt eiendomsrett i forhold til slike investeringer, skal fordeles.

Når mottak av gaven er vurdert i henhold til ovenstående, skal giver underrettes skriftlig om foretakets beslutning. Blir gaven akseptert, skal giver om mulig også på hensiktsmessig måte, informeres om hvorledes gaven vil bli anvendt.

Foretaket bør i samarbeid med giver vurdere om, og eventuelt hvordan gaven skal kommuniseres ut til offentligheten.

## **2. 2 Forvaltning av gaver**

Foretaket skal etablere interne rutiner som sikrer at;

- Gaver som mottas, forvaltes og anvendes i samsvar med det fastsatte eller avtalte formål.
- Gaver skal, i regnskapsmessig sammenheng dokumenteres og holdes atskilt fra foretakets øvrige midler. Foretakets regnskapsrutiner må utformes slik at dette sikres, samt legge til rette for oppfølging, herunder ettersporbarhet i forhold til kontroll og revisjon
- Pengegaver som ikke er anvendt plasseres slik at foretaket oppnår en akseptabel avkastning og risiko sett i forhold til givers ønske og foretakets behov.
- Renter av større gaver tilfaller det påtenkte formål bare dersom dette er særskilt vurdert, under særlig hensyn til foretakets autonomi. Renter av gaver for øvrig tilskrives formålet dersom det er et krav om dette fra giver på avgivertidspunktet
- Midler som av ulike årsaker forblir ubrukte, skal foretaket vurdere å benytte til andre formål, i samarbeid med giver.
- Ansvar for oversiktighet og rapportering ivaretas, jfr. pkt. VI.

## **III. FORHOLDET TIL STIFTELSER OG LEGATER**

### **3. 1 Rutiner og saksbehandling ved opprettelse av stiftelser**

Det skal utvises en restriktiv praksis mht opprettelse av stiftelser som ikke utelukkende er opprettet for å ivareta forvaltning av gaver til foretaket. Det må særlig vurderes hvorvidt foretakets autonomi fullt ut er ivaretatt ved opprettelse av stiftelser.

Ved opprettelse av nye stiftelser må foretaket dessuten nøye vurdere hvorvidt stiftelsens formål er forenlig med foretakets formål og vedtatte strategier, og hvordan foretakets interesser best kan ivaretas, herunder foretakets interesse i at forvaltningen skjer i samsvar med stiftelseslovens bestemmelser. Tilstrekkelig fleksibilitet i mulig anvendelse av stiftelsens midler må sikres, slik at den også over tid kan tilpasses foretakets virksomhet.

Opprettelser av nye stiftelser skal besluttes av styret i Helse Nord RHF.

Overføring av midler til stiftelser (ikke kjøp av tjenester) skal besluttes av styret i helseforetaket.

### **3. 2 Deltakelse i stiftelsers styrende organer**

Er helseforetaket gitt rett til oppnevning av styremedlemmer eller medlemmer til andre organer i en stiftelse, må foretaket nøye vurdere om slik deltakelse er forenlig med helseforetakets virksomhet, herunder dets formål, vedtatte strategier og fullmaktsrutiner. Deltakelse i stiftelsens styrende organer må ikke påvirke helseforetakets autonomi, eller reise etiske eller omdømmemessige spørsmål ved deltakelsen i styret. Det samme gjelder i forhold til bierversreglene.

Foretaket må ved vurdering av spørsmålet om foretaket skal akseptere slik oppnevningsrett og ved den konkrete oppnevningen se til at forvaltningslovens habilitetsregler ivaretas.

## **IV. ADMINISTRASJON OG FORVALTNING**

### **4. 1 Administrasjon og forvaltning av stiftelser**

Foretaket skal som hovedregel ikke påta seg administrasjon eller forvaltning av / fra stiftelser, men kan likevel vurdere å ivareta regnskapsoppgaver når stiftelsen er opprettet av foretaket selv, eller opprettet som direkte følge av gaver / donasjoner til foretaket. Det er en forutsetning at slike oppgaver håndteres av enheter som er uavhengige av og / eller ikke underlagt instruksjonsmyndighet fra enheter, som kan defineres som potensielle mottakere av eller interessenter i stiftelsen. Samtykke til slik forvaltning eller administrasjon av stiftelser må gis av foretakets styre, og det er en forutsetning at stiftelsens midler holdes klart atskilt fra foretakets egne midler. Oppdraget må nedfelles i skriftlig avtale mellom foretaket og stiftelsen, som omtaler budsjett, personalforhold, regnskapsmessig oppfølging og rapportering.

## **V. FORHOLDET TIL NÆRINGSDRIVENDE STIFTELSE**

Foretaket skal som hovedregel ikke delta i eller ha roller inn i næringsdrivende stiftelser, slik dette er definert i stiftelsesloven § 4. Særlig gjelder dette i forhold til stiftelser som har eller kan tenkes å ha en forretningsmessig forbindelse til spesialisthelsetjenesten eller tilhørende virksomhetsområder.

## **VI. OVERSIKT OG RAPPORTERING**

Foretaket skal iverksette tiltak for å holde oversikt over samtlige stiftelser som man er involvert i, for eksempel gjennom deltakelse i eller opprettelse av disse. Dette kan hensiktsmessig gjøres gjennom føring av et sentralt register i foretaket.

Foretaket skal også føre en årlig fortegnelse over gaver, donasjoner m.v. som mottas over en viss verdi fastsatt av foretaket.

Rapport om foretakets involvering i stiftelser og om gaver, donasjoner m.v. skal følge som vedlegg til årlig melding.



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
30/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	27.3.2019
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

## Referatsaker

### Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 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**

Tromsø, 25.3.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

**Tid:** Tirsdag 21.1.2019 12.30-14.30

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

<b>Tilstede</b>	Viseadministrerende direktør Konst. KVALUT-sjef Leder Brukerutvalget Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken  Seksjonsleder laboratoriemedisin Narvik Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Seksjonsleder Ortopedisk avdeling Klinikksjef K3K Foretaksverneombud Smittevernoverlege Konst. Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken	Marit Lind Elin Gullhav Kirsti Baardsen Tonje Astrid Mortensen Drecker Lene Finsveen Tordis Sørensen Høifødt May-Liss Johansen Rolv-Ole Lindsetmo Einar Rebni Tornir Myrbakk Per Ivar Kaaresen
<b>Forfall</b>	Rådgiver Kvalitetsavdelingen	Lena Oprand Heggelund
<b>Øvrige</b>	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Medisinsk fagsjef KVALUT Pasientsikkerhetskoordinator Kvalitetsavdelingen Leder Kontinuerlig forbedring Rådgiver Kvalitetsavdelingen	Grete Åsvang Haakon Lindekleiv Mette Fredheim Hege Andersen Hege Signete Fredheim-Kildahl
<b>Referent</b>	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
1/19	<b>Godkjenning av innkalling, saksliste og referat fra KU-møtet 20.11.2018</b> <i>(ephorte 2018/100)</i>	
	Referat vedlagt	Marit Lind <b>12.30-12.35</b>
	Referatet ble godkjent uten endringer.	
2/19	<b>Arbeidet med «Kontinuerlig forbedring»</b>	
	<u>Orienteringssak</u>  <i>Fremlegg i møtet.</i>	Hege Andersen <b>12.35-12.55</b>



	<p>Leder Kontinuerlig forbedring Hege Andersen orienterte om kjernen i arbeidet med kontinuerlig forbedring i UNN.</p> <p>Lenke til internett: <a href="https://unn.no/kontinuerlig-forbedring">https://unn.no/kontinuerlig-forbedring</a>          Lenkte til intranett: <a href="https://unn.no/kontinuerlig-forbedring">https://unn.no/kontinuerlig-forbedring</a></p> <p>Kvalitetsavdelingen takker for orienteringen.</p>	
3/19	<b>Internrevisjon kompetansestyring</b>	
	<p><u>Orienteringssak</u></p> <p><i>Fremlegg i møtet.</i></p>	<p>Hege Signete Fredheim-Kildal</p> <p>Lena Oprand Heggelund</p> <p>12.55-13.20</p>
	<p>Rådgiver Kvalitetsavdelingen Hege Fredheim Kildahl presenterte revisjonsfunn i rapporten «Internrevisjon kompetansestyring».</p> <p>Kvalitetsutvalget takker for godt levert presentasjon og rapport, og mener rapporten gir en struktur for systematisk forbedring når «Ledelsens gjennomgang» (LGG) skal gjennomføres i alle klinikker i UNN.</p> <p>Kvalitetsutvalget ber om å bli orientert for kommende revisjoner.</p> <p><i>PP-presentasjon vedlagt          (Siste versjon av «Handlingsplan Internrevisjon/kompetansestyring» vedlegges referatet når denne er godkjent)</i></p>	<p>KA/KU          Frist tidlig høst 2019?</p>
4/19	<b>Utfordringer i akuttmottaket</b>	
	<p><u>Orienteringssak</u></p> <p><i>Fremlegg i møtet.</i></p>	<p>Haakon Lindekleiv</p> <p>13.20-13.50</p>
	<p>Medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv orienterte om tilsynssak fra Helse Bergen (Vest), og viste til paralleller i § 3-3 meldinger angående utfordringer, mottak og vurderinger i akuttmottaket UNN Tromsø.</p>	

	<i>PP-presentasjon vedlagt</i>	
5/19	<b>Oppfølging av tilsynssaker med pliktbrudd</b>	
	<u>Diskusjonssak</u>  <i>Saksfremlegg og vedlegg vedlagt.</i>	Haakon Lindekleiv  13.50-14.00
	Medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv orienterte om nåværende oppfølging av pliktbruddsaker etter behandlet i Pasientsikkerhetsutvalget UNN. Kvalitetsutvalget mener ledergruppen i dag har i begrenset grad oversikt over tilsynssaker for UNN.  Medisinsk fagsjef viste til OUSs tilnærming i oppfølging av pliktbruddsaker.  Kvalitetsutvalget støtter innføringen av en lignende prosedyre i UNN.  <i>Kvalitetsutvalget ber om at prosedyren justeres jfr. ny sammensetningen av Kvalitetsutvalget (se Eventuelt).</i>	KVALUT/KU Frist ...
6/19	<b>Oppfølging av utvalgte tilsynssaker fra andre foretak</b>	
	<u>Diskusjonssak</u>  <i>Saksfremlegg og vedlegg (3) vedlagt.</i>	Haakon Lindekleiv  14.00-14.10
	Medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv orienterte om forslag til system for hvordan UNN på en strukturert måte kan spre tilsynsrapporter fra Helsetilsynet for læring på tvers.  Kvalitetsutvalget godkjenner prosedyren etter justeringer som fremkom i møtet.  KVALUT følger opp effekten av innføring av prosedyren og justerer denne fortløpende!!	KVALUT/DIR
7/19	<b>Meldekultur i UNN</b>	
	<u>Diskusjonssak</u>  Ref. KU-sak 26/17.  <i>Saksfremlegg vedlagt.</i>	Haakon Lindekleiv  14.10-14.25

	<p>Medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv orienterte om tendenser fra gjennomgang for interne avviksmeldinger i medholdssaker fra NPE.</p> <p>Kvalitetsavdelingen anbefaler at Ortopedisk avdeling gjennomgår rutiner for melding av pasienthendelser etter §3-3. Viseadministrerende direktør ber KVALUT bistå Ortopedisk avdeling i arbeidet på forespørsel.</p> <p>Medisinsk fagsjef følger opp på vegne av administrerende direktør. Avtalt møte med Ortopedisk avdeling 6.9.2019.</p>	KVALUT/DIR
<b>Eventuelt</b>		
<p>Det tilkom 2 saker under eventuelt.</p> <p><b>1: Orienteringssak</b> Viseadministrerende direktør informerte om at direktørens ledermøte 22.1.2019 vedtok å endre sammensetning i Kvalitetsutvalget, jfr. ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren.</p> <p>Kvalitetsutvalget skal bestå av direktørene, klinikkjefene, senterlederne, medisinsk fagsjef, foretakshovedverneombudet, leder for brukerutvalget og driftslederne i Harstad og Narvik. Kvalitetsavdelingen er sekretariat. Eventuelle andre kalles inn på sak. Dette er gjeldende fra 1. mars 2019. Utfyllende informasjon vil komme fra KVALUT snarest.</p> <p><b>2: Agenda</b> Tonje Astrid Mortensen Drecker ba om at Kvalitetsutvalget i kommende møte setter «Videreføring av pasientsikkerhetsprogrammet» på agendaen.</p> <p><b>3. Agenda</b> Tonje Astrid Mortensen Drecker meldte informasjon om status/plan for UNN's satsning på «Kommunikasjon» som sak til neste møte.</p>		


**Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN**
**Tid:** Tirsdag 26.02.2019 12.30-14.30

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

<b>Tilstede</b>	Viseadministrerende direktør KVALUT-sjef Klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken Kvalitetsrådgiver Operasjons- og intensivklinikken  Rådgiver Kvalitetsavdelingen Klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken Klinikkssjef K3K Smittevernoverlege Brukerutvalgsmedlem Rådgiver Hjerte-/lungeklinikken	Marit Lind Einar Bugge Elin Gullhav Tonje Astrid Mortensen Drecker Lena Oprand Heggelund Tordis Sørensen Høifødt Rolv-Ole Lindsetmo Torni Myrbakk Laila Edvardsen ( <i>vara</i> ) Hege Beate Jenssen ( <i>vara</i> )
<b>Forfall</b>	Leder Brukerutvalget Konst. Klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken Seksjonsleder laboratoriemedisin Narvik Foretaksverneombud Seksjonsleder Ortopedisk avdeling	Kirsti Baardsen Per Ivar Kaaresen Lene Finsveen Einar Rebni May-Liss Johansen
<b>Øvrige</b>	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Medisinsk fagsjef KVALUT	Grete Åsvang Haakon Lindekleiv
<b>Referent</b>	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
8/19	<b>Godkjenning av sakliste og referat fra KU-møtet 22.01.2019</b> ( <i>ephorte 2019/45</i> )	
	Referat vedlagt	Marit Lind 12.30-12.40
	Hvorvidt PP-presentasjoner fremvist i møtene skal legges ved referater i fremtiden tas opp med nyoppnevnt Kvalitetsutvalg.	
9/19	<b>Oppfølging av nytt læringsnotat fra Meldeordningen</b>	
	<u>Orienteringssak</u>  <i>Saksfremlegg og læringsnotat vedlagt.</i>	Grete Åsvang 12.40-13.00
	Det refereres til tidligere KU-sak 55/17.	

	<p>Læringsnotat om dobbeltkontroll er fulgt opp i tråd med <i>PR45263 Oppfølging av læringsnotater fra Meldeordningen</i>. Ei arbeidsgruppe bestående av representanter fra Sykehusapotek Nord, Kvalitetsavdelingen og Medisinsk klinikk har gjennomgått læringsnotatet og UNNs prosedyrer, for å finne om våre beskrevne rutiner ivaretar dobbeltkontroll godt nok. Arbeidsgruppen har funnet at våre beskrevne rutiner er tilstrekkelig. Det betyr ikke at vi vet om vi alltid lykkes med å gjennomføre dobbeltkontroll på rett måte. Intern revisjon vil kunne bidra til å avdekke praksis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsutvalget tar saken til orientering.</li> <li>• Kvalitetsutvalget ber sekretariatet melde inn saken om dobbeltkontroll på nytt etter at elektronisk kurve er tatt i bruk.</li> <li>• KU ber om at Sykehusapoteket inviteres til å presentere funn når intern revisjon på legemiddelhåndtering er gjennomført.</li> </ul>	KA
<b>10/19</b>	<b>Ny modell LGG, status</b>	
	<p><u>Orienteringssak</u></p> <p><i>Presentasjon i møtet</i></p>	<p>Lena Oprand Heggelund</p> <p>13.00-13.30</p>
	<p>Lena Oprand Heggelund presenterte status i første pilot på innføring av ny modell for ledelsens gjennomgang i UNN. HLK og BUK er pilotklinikker. LGG skal gjennomføres i begge pilotklinikker innen utgangen av første tertial 2019.</p> <p>Kvalitetsutvalget takker for en god presentasjon og tar status i saken til orientering.</p> <p><i>PP-presentasjon vedlagt.</i></p>	KA
<b>11/19</b>	<b>Hendelsesgjennomgang, presentasjon for Helsetilsynet</b>	
	<p><u>Orienteringssak</u></p>	<p>Haakon Lindekleiv</p> <p>13.30-14.00</p>
	<p>Medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv og rådgiver Hege Signete Fredheim-Kildal var i februar 2019 invitert av Helsetilsynet for å informere om UNNs arbeide med hendelsesgjennomganger i etterkant av varslede pasienthendelser etter § 3-3a.</p>	

	<p><i>Helsetilsynet ga svært positive tilbakemeldinger. De opplever at UNN tar hendelsene på alvor og jobber systematisk med å lære og forbedre for å unngå gjentakelser.</i></p> <p><i>Lindekleiv og Fredheim-Kildal ble også invitert til å skrive en artikkel om arbeidet til Helsetilsynets årsrapport for 2018.</i></p>	
<b>12/19</b>	<b>Hvordan skal vi følge opp kloke valg i UNN</b>	
	<p><u>Diskusjonssak</u></p> <p><i>Muntlig fremlegg i møtet</i></p>	<p>Haakon Lindekleiv</p> <p>14.00-14.20</p>
	<p>Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge og Medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv orientert om pågående prosess med å sette i system hvordan vi gjør de gode valg og prioriteringer.</p> <p>Helsedirektoratet har på oppdrag fra HOD utarbeidet en rapport på hvor godt forankret de nasjonale prioriteringskriteriene er i spesialisthelsetjenesten. Konklusjonen er at disse er godt forankret og brukes i stor grad på overordnet nivå, men kunnskapen om kriteriene er mindre på grunnplanet. I rapporten anbefales noen tiltak for å sikre at prioriteringskriteriene er kjent og brukes i tjenesten.</p> <p>UNNs ledergruppe og inviterte ressurspersoner skal i slutten av april gjennomføre en workshop for å diskutere hvordan diskusjoner om gode og riktige prioriteringer i henhold til nasjonalt lovverk skal levendegjøres i UNNs fagmiljø. Den nasjonale «kloke valg» kampanjen vil også bli fulgt opp i dette arbeidet.</p> <p>Kvalitetsutvalget tok saken til orientering og ga innspill til Medisinsk fagsjef i det videre arbeidet.</p>	<p>KVALUT/ Dir. ledergruppe April 2019</p>
<b>13/19</b>	<b>Læringsnotat etter hendelsesanalyser i UNN</b>	
	<p><u>Orienteringssak</u></p> <p><i>Saksfremlegg og læringsnotat vedlagt</i></p>	<p>Haakon Lindekleiv</p> <p>13.30- 14.00</p>
	<p>Medisinsk fagsjef Haakon Lindekleiv og rådgiver Hege Signete Fredheim-Kildal har utarbeidet et utkast til læringsnotater etter gjennomførte hendelsesanalyser. Et første utkast ble lagt frem for Kvalitetsutvalget.</p>	

	Kvalitetsutvalget tok saken til orientering og ga innspill til Medisinsk fagsjef til det videre arbeidet.	
<b>Eventuelt</b>		
Ingen saker tilkommet under eventuelt		

Fra: Bendiks Arnesen[bendiks.arnesen@hotmail.no]

Dato: 27.02.2019 12:57:49

Til: Marianne Bremnes. AP; Torbjørn Larsen; 'Troms Arbeiderparti'; postmottak@helsenord.no; Postmottak UNN (post@unn.no); redaksjonen@ht.no

Kopi: lizmari\_8@msn.com

Tittel: ÅRSMØTEUTTALELSE FRA KVÆFJORD ARBEIDERPARTI

---

Vedlagt oversendes årsmøteuttalelse fra Kvæfjord Arbeiderparti, 26. februar 2019.

Med hilsen

Kvæfjord Arbeiderparti

Bendiks H. Arnesen

sekretær

Sendt fra [E-post](#) for Windows 10



**ÅRSMØTEUTTALELSE FRA KVÆFJORD ARBEIDERPARTI:**

## **NYTT HELSEHUS I HARSTAD**

**Kvæfjord Arbeiderparti har på sitt årsmøte 26. februar 2019 behandlet spørsmålet om nytt Helsehus i Harstad. Årsmøtet vil uttale følgende:**

Nytt helsehus i Harstad angår også Kvæfjord kommune. Harstad helsehus holder til i et nedlagt sykehjem, som ikke tilfredsstiller tidsmessige krav for pasienter eller ansatte. Kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser) er en del av helsehuset. Dette er et supplement til sykehusinnleggelser for personer som har avklart helsetilstand og behov for tilsyn og hjelp. Kvæfjord kommune kjøper KAD-plasser av Harstad kommune. Pasientene vil få behandling og har tilgang til sykepleier og lege hele døgnet. I dag blir det færre og færre sykehussenger og liggetiden på sykehus blir også kortere, da er KAD-plasser et tilbud til pasienter som har behov for ekstra hjelp og tilsyn ut over det sykehusene kan gi.

For å kunne møte befolkningens behov for helsetjenester, må både Harstad helsehus og UNN Harstad være dimensjonert for dette. Disse institusjonene må utfylle hverandre slik at man får best samvirkning for pasienter, ansatte og samfunnsøkonomisk. Ved å plassere helsehuset nær sykehuset vil samarbeidet forenkles både med tanke på utredning og undersøkelser på sykehuset og oppfølgingen på KAD. God samhandling og enkel transport mellom sykehus og helsehuset vil forenkle fremtidens helsetilbud, og gi tilpassede tjenester for pasienten.

Det nåværende helsehuset er gammelt og nedslitt. For å kunne utnytte de fordeler som nærhet mellom sykehuset og helsehuset vil gi for pasienter, ansatte og samfunnsøkonomisk må helsehuset bygges i nærhet av sykehuset. Det haster med å bygge nytt helsehus i Harstad.

### **Enstemmig**

Uttalelsen sendes: Helse Nord v/styret, UNN v/styret, Harstad kommune, Kvæfjord kommune, Troms Arbeiderparti og og Pressen.

### **Kvæfjord Arbeiderparti**

Liz-Mari Vangsvik

leder

Styreledere og adm. direktører i HF-ene  
Styresekretærer i HF-ene

Deres ref.:

Vår ref.:  
2019/451-3

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/dato:  
Bodø, 4.3.2019

## **Styrearbeid i helseforetak, veileder for Helse Nord, oppdatert i styremøte**

### **27.02.2019 - oversendelse**

Styret i Helse Nord RHF behandlet *styresak 19-2019 Styrearbeid i helseforetak, veileder for Helse Nord - oppdatering* i styremøte 27. februar 2019. Styret fattet følgende vedtak:

1. *Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om gjennomgangen og oppdateringen av veilederen for styrearbeid i helseforetak i Helse Nord til orientering.*
2. *Styret viser til styresak 125-2011 Styrearbeid i helseforetak - veileder Helse Nord (styremøte i Helse Nord RHF 26. oktober 2011), og presiserer at den oppdaterte utgaven nå er gjeldende for helseforetakene i Helse Nord.*
3. *Styret ber adm. direktør om å oversende oppdatert utgave av veilederen til helseforetakene.*

Vedlagt oversendes veileder for styrearbeid i helseforetak, oppdatert etter styrets behandling 27. februar 2019.

Vi gjør særskilt oppmerksom på at denne oppdaterte utgaven nå er gjeldende for helseforetakene i Helse Nord, jf. vedtakets punkt 2 ovenfor.

Veilederen vil også bli publisert på Helse Nord RHF's nettsted.

Med vennlig hilsen

Lars Vorland  
adm. direktør

Vedlegg:

1. Styrearbeid i helseforetak - veileder for Helse Nord, oppdatert 27FEB2019
2. Styresak 19-2019 Styrearbeid i helseforetak, veileder for Helse Nord - oppdatering (med vedlegg)

*Vedlegg nr. 2 er publisert på Helse Nord RHF's nettsted - se her:*

[Styremøte i Helse Nord RHF 27. februar 2019](#)

# Styrearbeid i helseforetak

## God rolleforståelse og god rolleutøvelse

Veilederen gir en kort orientering om styrearbeid i helseforetak, og den er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler og gitte styringskrav, samt inneholder en omtale av styrearbeid som er av mer veiledende karakter. Veilederen er oppdatert pr. juli 2011, og den vil revideres ved behov. Veilederen er tilgjengelig i elektronisk versjon på [Helse Nord RHF's nettsted](#).

## Innholdsfortegnelse

<b>Velkommen til styrearbeid i helseforetak</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Introduksjon</b> .....	<b>5</b>
1.1 Helseforetaksmodellen .....	5
1.2 Samfunnsoppdraget .....	5
1.3 Samfunnsansvaret .....	6
1.3.1 Etsiske retningslinjer .....	6
<b>2. Rammer for statens eierskap</b> .....	<b>7</b>
2.1 Konstitusjonelle rammer – politisk og konstitusjonelt ansvar .....	7
2.2 Kontakt mellom Stortinget og helseforetak .....	7
2.3 Riksrevisjonens kontroll .....	7
2.4 Helseforetaksloven - rettslige rammer for Helse Nord RHF's eierstyring.....	8
2.4.1 Fastsetting av vedtekter og oppnevning av styremedlemmer .....	8
2.4.2 Foretaksmøtet – foretakets øverste organ.....	8
2.4.3 Oppdragsdokumentet – den helhetlige overordnede bestillingen .....	9
2.4.4 Oppfølgingsmøter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene	9
2.5 Regjeringens eierskapspolitikk (www.eierpolitikk.no) .....	10
<b>3. Styret – og god virksomhetsstyring</b> .....	<b>11</b>
3.1 Styret som kollegium.....	11
3.2 Styrets sammensetning (§§ 21-25) .....	11
3.2.1 Eieroppnevnte styremedlemmer .....	12
3.2.2 Ansattevalgte styremedlemmer.....	12
3.2.3 Opplæring og støtte til nye styremedlemmer .....	12
3.2.4 Tjenestetid, tidligere avgang m. m. ....	13
3.2.5 Fastsettelse av styregodtgjørelse.....	13
3.3 Styrene – rammer og viktige oppgaver for styrene .....	13
3.3.1 Styrets forvaltningsansvar og tilsynsansvar .....	13
3.3.2 Bruk av styrekomiteer/styreutvalg .....	14
3.3.3 Internkontroll og risikostyring .....	14
3.3.4 Tilsetting og avlønning av daglig leder og andre ledende ansatte .....	15
3.3.5 Rapportering til eier - årlig melding, årsregnskap og årsberetning .....	16
3.3.6 Begrensinger i styrets kompetanse .....	16
3.3.7 Representasjon og styreansvar .....	17
<b>4. Praktisk styrearbeid</b> .....	<b>17</b>
4.1 Styreleders særlige oppgaver .....	17
4.2 Styresekretær.....	18

4.3	Strategi-, kontroll-, organiserings- og egenoppgaver .....	18
4.4	Mer om styrets egenoppgaver .....	19
4.4.1	Årsplan .....	19
4.4.2	Instruks for styret og instruks for administrerende direktør .....	19
4.4.3	Styremøter og styrets arbeidsform.....	20
4.4.4	Styredokumentene – styrets beslutningsgrunnlag .....	20
4.4.5	Styreprotokoll og protokollasjon (Helseforetaksloven § 26 fjerde ledd).....	20
4.4.6	Styrets evaluering av egen virksomhet .....	20
4.5	Forholdet til annen lovgivning .....	21
4.5.1	Regnskapsloven, krav til revisor .....	21
4.5.2	Forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven .....	21
<b>5.</b>	<b>Styrelitteratur (et utdrag fra BIBSYS <a href="http://www.bibsys.no">www.bibsys.no</a>) .....</b>	<b>23</b>
<b>6.</b>	<b>Sentrale dokumenter (<a href="http://www.regjeringen.no">www.regjeringen.no</a>).....</b>	<b>23</b>
<b>7.</b>	<b>Sentrale lover og forskrifter (<a href="http://www.lovdata.no">www.lovdata.no</a>) .....</b>	<b>23</b>
<b>8.</b>	<b>Avtaler og reglement.....</b>	<b>23</b>
<b>9.</b>	<b>Annen informasjon .....</b>	<b>24</b>

## **Velkommen til styrearbeid i helseforetak v/styreleder i Helse Nord RHF**

Kjære styremedlem!

Takk for at du har tatt på deg vervet som medlem av styret i et helseforetak. Å delta i ledelse og styring av spesialisthelsetjenesten er et stort samfunnsansvar og samtidig et privilegium. Det innebærer ansvar for helsetjenestene til befolkningen i Nord-Norge og arbeidsgiverfunksjon for kompetente og engasjerte medarbeidere i landsdelen. Vervet innebærer også at du vil ha god kontakt med kommunene og helseforetakets omgivelser, og ansvar for forvaltning av store offentlige ressurser. Spesialisthelsetjenesten er viktig for hele befolkningen, både som pasient, pårørende eller bare som en trygghet hvis noe skulle med en selv eller ens kjære.

Oppdraget til Helse Nord er å gi alle i Nord-Norge den beste helsetjenesten i den landsdelen der de bor. Dette i en langstrakt geografi hvor det mange steder er langt mellom husene. Oppdraget er utfordrende, men vi klarer det fordi vi står sammen og kjenner landsdelen vår. Helhetlig tenking og en samlet styring av sykehusene i Nord-Norge gir oss bedre rammebetingelser som for eksempel sterkere kompetanse, bedre IKT-systemer, bedre bygg og mer avansert utstyr. Et godt samarbeid gir bedre og sikrere pasientbehandling.

Styrene i helseforetakene står ansvarlig for helseforetakets samlede virksomhet overfor Helse Nord RHF. Helse Nord RHF eier samtlige helseforetak i Helse Nord på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Nord RHF har det såkalte «sørge for»-ansvaret. Det betyr å sikre at befolkningen får nødvendige helsetjenester. Helseforetaket har, innenfor nærmere angitte rammer, ansvaret for å gi tjenestene til befolkningen.

Styrene har medlemmer med ulike bakgrunn. Sammen skal styremedlemmene gjennom konstruktiv bruk av den samlede kompetansen, og i et samspill med helseforetakets administrasjon og Helse Nord RHF, oppfylle vårt oppdrag – til beste for pasientene. Verdien trygghet, kvalitet og respekt er et godt fundament for det arbeidet som skal gjøres, også i helseforetakets styre. Helse Nord's strategi er «forbedring gjennom samarbeid». Står det enkelte foretak alene blir vi fort små. Sammen får vi til mer. Dette perspektivet er det viktig at styrene har med seg i sitt arbeid.

Helse Nord RHF vil oppfordre styremedlemmene til aktivt engasjement i arbeidet til beste for en tjeneste samfunnet er avhengig og opptatt av. Denne veilederen skal være et grunnlag for rolleforståelse, og ikke minst intern diskusjon i styret for stadig å utvikle bevisstheten rundt oppdraget.

Lykke til – dere gjør en forskjell!

Beste hilsen  
Renate Larsen  
styreleder Helse Nord RHF

## 1. Introduksjon

### 1.1 Helseforetaksmodellen

Grunnpilaren i helsepolitikken er en offentlig styrt helsetjeneste som skal gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helsetjenester – uansett sosial og økonomisk status eller bosted.

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier de fire regionale helseforetakene. De fire regionale helseforetakene eier sine respektive underliggende helseforetak. Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for organiseringen av foretakene.

Helseforetaksmodellen ble innført da helseforetaksloven trådte i kraft 1. januar 2002. Eierskapet til sykehusene ble overført til staten, etter 30 år med fylkeskommunalt eierskap. Sykehusene ble organisert som selvstendige rettssubjekter i form av helseforetak med egne styrever.

Det statlige eierskapet styrker statens mulighet til å styre spesialisthelsetjenesten ved at eierrollen kommer i tillegg til statens øvrige roller, som politikkkutformer, finansør (bestiller), myndighetsutøver og tilsynsmyndighet.

De regionale helseforetakene har to viktige lovpålagte oppgaver; de eier helseforetakene i helseregionen (eieransvar) og skal sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvar). Spesialisthelsetjenestene skal enten tilbys av egne helseforetak eller kjøpes fra private aktører.

Helse Nord er den offentlige spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og på Svalbard. Foretaksgruppen Helse Nord består av et regionalt helseforetak og seks helseforetak – som følger: Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Sykehusapotek Nord HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Helse Nord IKT HF.

Helse Nord RHF eier flere nasjonale helseforetak sammen med de øvrige regionale helseforetakene (Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) HF, Nasjonal IKT HF, Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF).

Helse Nord RHF inngår også avtaler om kjøp av spesialisthelsetjenester fra private leverandører og inngår avtaler med private lege- og psykologspesialister.

Pasientgrunnet i regionen er ca. 465 000, og foretaksgruppen har ca. 19 000 medarbeidere.

### 1.2 Samfunnsoppdraget

Formålet med statens sektorpolitiske eierskap er å ha et sektorpolitisk virkemiddel, for å oppnå sektorpolitiske mål på oppdrag spesifisert fra eier og samtidig drive kostnadseffektivt.

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier de fire regionale helseforetakene. De fire regionale helseforetakene eier sine respektive underliggende helseforetak. Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for organiseringen av de regionale

vedtatt i styremøte i Helse Nord RHF, den 26. oktober 2011  
oppdatert i styremøte i Helse Nord RHF, den 27. februar 2018

helseforetakene og helseforetakene (§§ 1-4). Statens eierskap til de regionale helseforetakene er et sektorpolitisk eierskap.

En sentral og ofte uttrykt målsetting er at det statlige eierskapet skal sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursbruk for å ivareta og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen, samt legge til rette for forskning, undervisning og innovasjon. Dette er helseforetaksmodellens spesifikke samfunnsoppdrag.

### **1.3 Samfunnsansvaret**

I tillegg til det spesifikke samfunnsoppdraget har helseforetakene et mer generelt samfunnsansvar.

Regjeringen har i sin eierskapspolitikk uttrykt klare forventninger til at statlig eide virksomheter skal være ledende i arbeidet med samfunnsansvar (Corporate Social Responsibility (CSR)). Kravet til samfunnsansvar følger også av Statens prinsipper for godt eierskap. Å vise samfunnsansvar innebærer å forholde seg åpent til alle som har legitime interesser til virksomheten, og være en pådriver for utvikling (f. eks. innenfor klima og miljø).

I eierskapspolitikken er det formulert forventninger om samfunnsansvar til fire hovedområder knyttet til menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, arbeid mot korrupsjon, samt miljø og klima. De regionale helseforetakene og helseforetakenes samfunnsansvar innebærer et ansvar for hvordan virksomheten virker inn på disse områdene enten det gjelder kjøp av tjenester eller effekter av egen virksomhet.

Styret har et overordnet ansvar i forhold til helseforetakets samfunnsansvar, mens den praktiske utøvelsen tilligger daglig leder. Styret må sørge for at det etableres gode rutiner eller retningslinjer for å ivareta samfunnsansvaret. I foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 26. januar 2011 er det stilt krav til at styret og daglig leder er kjent med kravene til samfunnsansvar, og at virksomheten håndterer dette på en fremtidsrettet måte, som del av sin operasjonelle og strategiske virksomhetsstyring.

#### *1.3.1 Etiske retningslinjer*

Helseforetakene skal ha etiske retningslinjer, som er kjente og tilgjengelige på foretakets hjemmeside på internett. De etiske retningslinjene skal gjelde for alle medarbeidere, styremedlemmer og andre som representerer helseforetaket.



## 2. Rammer for statens eierskap

Helseforetaksmodellen innebærer at de regionale helseforetakene og helseforetakene er egne rettssubjekter. Dette stiller krav til hvordan politiske føringer og øvrige styringskrav kommuniseres, og hvordan og i hvilken grad det bør gripes inn i virksomhetenes drift.

### 2.1 Konstitusjonelle rammer – politisk og konstitusjonelt ansvar

Det statlige eierskapet reguleres av Grunnloven § 19, der det fremgår at det er regjeringen som forvalter statens aksjer og eierskap i statsforetak og andre selskap, som f. eks. de regionale helseforetakene.

I henhold til Grunnloven § 12 tredje ledd er forvaltningen av eierskapet delegert til det departementet virksomheten hører inn under. For de regionale helseforetakene er dette Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsministerens forvaltning av eierskapet til de regionale helseforetakene utøves under politisk (parlamentarisk) og konstitusjonelt ansvar<sup>1</sup>.

### 2.2 Kontakt mellom Stortinget og helseforetak

En konsekvens av Grunnlovens § 12 er at Stortinget ikke står i noe direkte forhold til selskapene. Det skal imidlertid legges til rette for at Stortinget og stortingsrepresentantene får den informasjon de etterspør. Som følge av at de regionale helseforetakene eier helseforetakene, skal kontakten mot helseforetakene alltid kanaliseres gjennom det regionale helseforetaket. Som følge av statsrådets politiske og konstitusjonelle ansvar, skal Helse- og omsorgsdepartementet være informert om slik kontakt, og informeres i forkant om avtalte møter.

### 2.3 Riksrevisjonens kontroll

Riksrevisjonen fører kontroll med statsrådets (Helse- og omsorgsdepartementets) forvaltning av det statlige eierskapet. Riksrevisjonen kan foreta undersøkelser i regionale helseforetak, helseforetak og heleide datterselskap etter riksrevisjonsloven og instruks fastsatt av Stortinget (§ 45). Riksrevisjonen har rett til å kreve de opplysninger den finner påkrevd for sin kontroll, både fra foretaket selv og fra revisor, eventuelt selv foreta undersøkelser (Riksrevisjonsloven § 12).

Formålet med Riksrevisjonens kontroll er å undersøke om statsrådets forvaltning av eierskapet og statens interesser er i overensstemmelse med Stortingets vedtak og forutsetninger. Riksrevisjonen skal på den måten bidra til at fellesskapets midler og verdier blir forvaltet og brukt slik Stortinget har bestemt.

Riksrevisjonen foretar årlige selskapskontroller og forvaltningsrevisjoner i foretakene. Resultatet av den årlige selskapskontrollen og resultatet av forvaltningsrevisjoner rapporteres til Stortinget i henholdsvis Dokument 3:2 og Dokument 3-serien.

---

<sup>1</sup> Det parlamentariske ansvaret er statsrådets politiske ansvar overfor Stortinget for eget departementsområde. Det parlamentariske ansvar kan gjøres gjeldende overfor den enkelte statsråd eller for regjeringen som kollegium (mistillitsvotum). Det konstitusjonelle ansvaret er statsrådets strafferettslige ansvar for brudd på grunnlov og lov (ansvar for riksretten). Det konstitusjonelle ansvar er et individuelt ansvar for den enkelte statsråd.

Riksrevisjonen skal varsles om og har rett til å være til stede og tale på foretaksmøtene (Riksrevisjonsloven § 13).

I saker som Riksrevisjonen vurderer å legge fram for Stortinget er dokumentene underlagt utsatt offentlighet. Dette betyr at dokumentene først kan offentliggjøres, når saken er mottatt i Stortinget (offentleglova § 5, riksrevisjonsloven § 18 andre ledd).

## **2.4 Helseforetaksloven - rettslige rammer for Helse Nord RHF's eierstyring**

Helse Nord RHF vil i sin eierstyring av helseforetakene forholde seg til de rammer og mål som er fastsatt av Stortinget og videreført av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Oppdragsdokument og protokoller fra foretaksmøtene. Disse rammer og mål blir videreutviklet av Helse Nord RHF gjennom for eksempel fastsetting av strategier, planer, budsjetter mv. og danner grunnlaget for den eierstyring som utøves i forhold til helseforetakene.

Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for eiers, styrets og administrerende direktørs myndighet. Helse Nord RHF's eierstyring skal skje gjennom

- fastsetting av vedtekter
- oppnevning av styremedlemmer
- oppdragsdokument som overleveres hvert år til helseforetakene
- og gjennom enkeltstående vedtak i foretaksmøter

Eierstyringen skal skje i henhold til disse formalkravene:

### *2.4.1 Fastsetting av vedtekter og oppnevning av styremedlemmer*

Den regionale eierstyringen skjer ved at overordnede og langsiktige styringskrav gis i helseforetakenes vedtekter. Vedtektene for helseforetakene ble fastsatt i stiftelsesvedtaket (§§ 10, 11). Endringer i vedtektene fastsettes av foretaksmøtet (§ 12).

I tillegg skjer den regionale eierstyringen ved oppnevning av styremedlemmer i styrene for helseforetakene (§ 21). Nærmere orientering om rammer og prosess i forbindelse med oppnevning av styremedlemmer omtales under punkt 3.2 nedenfor.

### *2.4.2 Foretaksmøtet – foretakets øverste organ*

Foretaksmøtet er omtalt i helseforetaksloven kapittel 5 og vedtektene. Foretaksmøtet er helseforetakets øverste organ. Eier kan ikke utøve eierstyring utenom foretaksmøtet (§ 16, første ledd).

I foretaksmøtet i helseforetakene er det *Helse Nord RHF* som er eier.

For helseforetakene (vedtektenes § 10):

- skal det avholdes foretaksmøte i begynnelsen av februar hvert år, der Helse Nord RHF stiller organisatoriske og økonomiske styringskrav
- skal det avholdes foretaksmøte innen utgangen av juni måned hvert år for fastsettelse av årsregnskap, årsberetning (§ 43) og behandling av årlig melding (§ 34).
- skal foretaksmøtet videre håndtere saker som i følge lov, forskrift eller vedtekter hører under foretaksmøtet.

- Ytterligere foretaksmøter besluttes av Helse Nord RHF og kan avholdes ved behov.

#### *Innkalling (§ 17)*

Det er eier som innkaller til foretaksmøte, etter bestemmelsene i § 18. I foretaksmøtet innkalles og deltar styret og daglig leder. Revisor innkalles, dersom sakene som behandles tilsier det, eller dersom revisjonen krever det.

Riksrevisjonen skal varsles og har rett til å være til stede i foretaksmøtet i helseforetakene jf. helseforetaksloven § 45. Styreleder og daglig leder plikter å være til stede i foretaksmøte.

Dersom styreleder eller daglig leder har gyldig forfall, skal det utpekes stedfortreder<sup>2</sup> fra henholdsvis styret eller administrasjonen (§ 17).

#### *Møteledelse og protokoll (§ 19)*

##### *Individuelle foretaksmøter*

I foretaksmøte i helseforetakene er det styreleder for det regionale helseforetaket eller den hun/han gir fullmakt som åpner foretaksmøtet – for deretter å overlate møteledelsen til styreleder i helseforetaket.

##### *Felles foretaksmøter*

I tråd med etablert praksis er det styreleder for det regionale helseforetaket (eller den hun/han gir fullmakt) som åpner og leder felles foretaksmøte.

Det skal føres protokoll fra foretaksmøtet, som gjengir eiers vedtak. Er styremedlem eller daglig leder uenig i eiers vedtak, skal dette føres inn i protokollen. I etterkant av foretaksmøtene slutfører eier protokollen og oversender den til styret i helseforetaket, daglig leder og revisor. Protokollen legges også ut på det regionale helseforetakets hjemmesider.

#### *2.4.3 Oppdragsdokumentet – den helhetlige overordnede bestillingen*

Den tjenesteleveransen som helseforetakene skal gi, er kompleks og omfatter forventninger til både leveransen (omfang, og kvalitet) og krav til de rammer tjenesten leveres innenfor.

Helse Nord RHF har valgt å samle disse komplekse krav og forventninger i et eget dokument, oppdragsdokumentet, som sammen med protokollen fra foretaksmøtet i februar danner den helhetlige ”bestillingen” til helseforetaket.

Oppdragsdokumentet sendes ut, så snart det regionale helseforetaket har mottatt oppdragsdokumentet fra Staten, og det stadfestes i foretaksmøtet.

#### *2.4.4 Oppfølgingsmøter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene*

Helse Nord RHF's formelle styring og eventuelle instruering av helseforetak skjer gjennom foretaksmøte. Dette er likevel ikke til hinder for kontakt og styringsdialog mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene utenom foretaksmøtet. Ved

---

<sup>2</sup> Etter gjeldende praksis er det krav til utstedelser av fullmakt ved bruk av stedfortreder. Det er ikke krav til utstedelse av fullmakt dersom nestleder er stedfortreder for styreleder.

vurdering av arten og omfanget av slik kontakt, må det legges vekt på å etablere hensiktsmessige kommunikasjonsformer.

Det regionale helseforetaket skal følge opp helseforetakets evne til å levere de resultater som er forutsatt og utviklingen for øvrig. Som ledd i dette holder det regionale helseforetaket regelmessige oppfølgingsmøter med ledelsen (styret og daglig ledelse) i helseforetakene.

Dette skjer gjennom oppfølgings-/dialogmøter mellom adm. direktør i Helse Nord RHF og adm. direktør i helseforetaket samt gjennom møter mellom RHF-styret og HF-styrene, herunder styreledermøte.

Helseforetakene vil i slike møter kunne bli bedt om å redegjøre for resultatutvikling, planavvik og tiltak for å nå krav som er satt i oppdragsdokument og foretaksmøter med hensyn til pasienttilbud (aktivitet og kvalitet) og økonomisk resultatutvikling. Videre informerer RHF-et helseforetakene om ulike forhold. Dette kan dreie seg om gjennomgang av den samlede resultatutviklingen i foretaksgruppen eller en orientering om strategiske spørsmål. Videre har helseforetakene mulighet til å ta opp saker de ønsker å drøfte med Helse Nord RHF. Rammene for eierstyring er ikke til hinder for at eier kan ta opp forhold helseforetakene bør vurdere i tilknytning til sin virksomhet og utvikling. De synspunkter eier gir uttrykk for i slike møter er å betrakte som "innspill" til ledelsen i helseforetakene.

## 2.5 Regjeringens eierskapspolitikk ([www.eierpolitikk.no](http://www.eierpolitikk.no))

Staten er en stor eier, og har både forretningsmessige og sektorpolitiske eierskap. Som eier forvalter staten betydelige verdier på vegne av fellesskapet. Dette stiller krav til at virksomhetene drives profesjonelt og ansvarlig.

Dokumentet *Regjeringens eierpolitikk*<sup>3</sup> klargjør hvilke forventninger og krav regjeringen stiller til eier, styrer og ledelse i statlig eide virksomheter. Denne politikken er forankret i Stortinget gjennom behandlingen av eierskapsmeldingen (St.meld. nr. 13 (2006-2007) Et aktivt og langsiktig eierskap). Ny eierskapsmelding ble sist lagt frem i juni 2014 (jf. Meld. St. 27 (2013-2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap<sup>4</sup>).

Staten har videre utformet Statens prinsipper for godt eierskap, som er i tråd med allment aksepterte eierstyringsprinsipper. Prinsippene er først og fremst utformet for forretningsmessige eierskap, men har også relevans for sektorpolitiske eierskap.

I foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 26. januar 2011 ble det lagt til grunn at styrene og ledelsen i helseforetakene er kjent med forventninger og krav som følger av regjeringens eierskapspolitikk. Informasjon om regjeringens eierpolitikk m. m. ble oversendt styreleder og adm. direktør i helseforetakene i Helse Nord i brev av 23. mars 2011.

---

3

[https://www.regjeringen.no/contentassets/459cfd3bfaad4f6abe4437d91c0f890a/regjeringenseierpolitikk\\_2015.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/459cfd3bfaad4f6abe4437d91c0f890a/regjeringenseierpolitikk_2015.pdf)

<sup>4</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-27-20132014/id763968/>

### **3. Styret – og god virksomhetsstyring**

Styret i helseforetakene er for Helse Nord et av de viktigste virkemidlene for god virksomhetsstyring. Det finnes mange ulike definisjoner på hva god virksomhetsstyring eller corporate governance er. En definisjon er at corporate governance er interaksjonen mellom ulike aktører i styringen av en virksomhet mot måloppnåelse og verdiskapning.

Ofte betraktes eier, styret og daglig leder som de viktigste aktørene. I tillegg kommer virksomhetens interessenter som f.eks. ansatte og brukere og deres organisasjoner, samarbeidsparter, leverandører, lokalt/regionalt nærmiljø, andre sektorer og øvrige omgivelser. God virksomhetsstyring omhandler rollefordelingen og samspillet mellom eier, styret og daglig leder. God virksomhetsstyring omhandler også samspillet mellom virksomheten og dens interessenter.

Helse Nord RHF ønsker som eier å legge til rette for god virksomhetsstyring. Helseforetaksmodellen bygger på en klar rollefordeling mellom eier, styre og daglig leder. Det er viktig at rettsregler, vedtekter, instruksjoner (for styret, for daglig leder), styringskrav m. m. som regulerer rollefordelingen er kjent og følges.

Det er også stilt krav til helseforetakenes samarbeid med sine interessenter, bl.a. i helseforetaksloven (§§ 35, 41), i vedtektene, foretaksmøtene og i kravene til samfunnsansvar.

#### **3.1 Styret som kollegium**

Styret er et kollegialt organ som treffer beslutninger i styremøter. Et kollegialt organ kjennetegnes ved at styrelederen ikke har instruksjonsmyndighet over styremedlemmene, og at det enkelte styremedlem ikke skal representere bestemte interesser eller grupper.

Styremedlemmer kan utsettes for sterke forventninger om å engasjere seg i enkeltsaker og enkelthensyn. Det kan være en krevende balansegang for styremedlemmet og også utfordre styret ved at oppmerksomhet rettes inn mot detaljer heller enn en strategisk og overordnet tilnærming.

Forutsetningen for at styret skal kunne opptre som et kollegium er at styremedlemmene har god forståelse av styrets rolle og formålet og rammene for virksomheten.

#### **3.2 Styrets sammensetning (§§ 21-25)**

Helseforetakene forvalter viktige samfunnsoppgaver og store ressurser på vegne av fellesskapet. Styret skal sørge for at virksomheten oppnår mål på oppdrag fra eier og samtidig driver kostnadseffektivt.

Styret må settes sammen slik at det samlet sett har en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har, og de utfordringene helseforetaket står overfor. Styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drifte og utvikle spesialisthelsetjenesten og samtidig sikre at dette skjer i tråd med nasjonal helsepolitikk.

Det forventes videre at styrene legger opp sitt arbeid slik at de gjennom gode prosesser sørger for både å bringe inn nødvendig kunnskap fra og formidle informasjon til relevante interessenter/miljøer. Styrene for helseforetakene består av både eieroppnevnte styremedlemmer og ansattevalgte styremedlemmer.

### *3.2.1 Eieroppnevnte styremedlemmer*

Eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetakene, herunder styreleder og nestleder, velges av (eier) foretaksmøtet (§ 21).

I forkant av oppnevningen tilskriver eier (Helse Nord RHF) kommuner, fylkeskommuner og Sametinget og ber om forslag til kompetente folkevalgte kandidater til styrene.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

I forbindelse med oppnevningen legges det vekt på at styrene samlet sett har en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har, og de utfordringene helseforetakene står overfor. I tillegg til kompetansekravene legges det vekt på at styret samlet sett har en bredde både geografisk og aldersmessig, samt ivaretar kravet til kjønnsmessig balanse (Likestillingsloven § 21). Det er videre praksis for å balansere hensynet til kontinuitet og fornyelse i styret.

### *3.2.2 Ansattevalgte styremedlemmer*

Ansattevalgte styremedlemmer bidrar ofte med kunnskap om foretaksinterne forhold som kan være vesentlig for styrets vurderinger.

Inntil en tredel av styremedlemmene skal velges av og blant de ansatte (Helseforetaksloven §§ 22, 23). De ansatte har en ubetinget rett til å være representert i styret i Helse Nord RHF og en betinget rett til å være representert i styret for helseforetaket (dersom det har mer enn 30 ansatte).

Til styret i Helse Nord RHF velges ansattevalgte blant de ansatte i Helse Nord RHF/underliggende helseforetak. Til styret i helseforetaket velges ansattevalgte blant de ansatte i helseforetaket. Forskrift om ansattes rett til representasjon gir nærmere bestemmelser knyttet til valg av representanter for de ansatte.

Ansattevalgte styremedlemmer er likeverdige styremedlemmer på linje med eieroppnevnte, med samme ansvar og rettigheter. Det følger imidlertid av vedtektene § 6 at ansattevalgte styremedlemmer i helseforetakene, med utgangspunkt i de partsforhold som foreligger, ikke deltar i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

### *3.2.3 Opplæring og støtte til nye styremedlemmer*

Det er viktig at nye styremedlemmer får god opplæring og støtte til å forstå og utøve styrearbeidet på en god måte. Dette er et særlig ansvar for styreleder, enten ved at styreleder selv sørger for opplæring og støtte til nye styremedlemmer, eller delegerer dette til andre. Styret kan også gjennomføre styreseminarer for å styrke styret som kollegium.

Nye styremedlemmer i helseforetakene får i etterkant av oppnevningen nødvendig informasjon fra eget helseforetak og/eller Helse Nord RHF. I regi av Helse Nord RHF avholdes det styreseminar for styrene i helseforetakene. Dette er også et ledd i å bidra til kompetansebygging for nye styremedlemmer og i styrene som kollegium.

#### *3.2.4 Tjenestetid, tidligere avgang m. m.*

Styremedlemmene oppnevnes for to år. Et styremedlem blir stående inntil ett nytt styremedlem er valgt, selv om tjenestetiden er utløpt (§ 24). Et styremedlem kan gjenoppnevnes for flere perioder.

Når særlige grunner foreligger, kan styremedlemmet tre tilbake før tjenestetiden er utløpt (Helseforetaksloven § 25). Hvilke særlig grunner som omfattes, vurderes konkret i den enkelte sak. Dette kan være f. eks. familiære eller helsemessige forhold, eventuelt at rollen som styremedlem er uforenlig med andre forhold eller posisjoner styremedlemmet innehar. Helse Nord RHF kan i foretaksmøte også avsette eller bytte ut ett eller flere eieroppnevnte styremedlemmer. Det kreves ingen bestemt grunn for en slik beslutning i foretaksmøtet. Foretaksmøtet kan ikke avsette eller bytte ut ansattevalgte styremedlemmer.

Ved suppleringsvalg kan det fastsettes kortere tjenestetid (Helseforetaksloven § 24 første ledd siste setning). I situasjoner der eieroppnevnte styremedlemmer har fratrudd som styremedlem før tjenestetiden er ute, er etablert praksis at nye styremedlemmer blir valgt med kortere tjenestetid enn to år, dvs. med en tjeneste tid fra valg og frem til nye styremedlemmer ordinært skal velges.

#### *3.2.5 Fastsettelse av styregodtgjørelse*

Foretaksmøtet fastsetter styrehonorar for styremedlemmene. Styrehonorar for styremedlemmene i helseforetakene har blitt fastsatt i forbindelse med oppnevning av nye styremedlemmer annet hvert år. Ved fastsettelsen har de regionale helseforetakene valgt å følge den utviklingen som foretas av Helse- og omsorgsdepartementet i forhold til styret i Helse Nord RHF.

Det utbetales ikke honorar til styremedlemmer utover fastsatt styregodtgjørelse. Styremedlemmer som utfører arbeidsoppgaver for helseforetaket som ikke kan sies å inngå i en ordinær styrerolle, kan tilgodeses særskilt kompensasjon. Slik kompensasjon må godkjennes av styreleder i Helse Nord RHF med etterfølgende rapportering i styret.

### **3.3 Styrene – rammer og viktige oppgaver for styrene**

Styret er virksomhetens øverste styringsorgan. De rettslige rammene for styrenes oppgaver og plikter fremgår av helseforetaksloven og da særlig kapittel 6 og 7 og vedtektene. Det er viktig for styret å ha kunnskap om disse bestemmelsene og ta hensyn til dette i utøvelsen av sitt arbeid.

#### *3.3.1 Styrets forvaltningsansvar og tilsynsansvar*

Styrets hovedoppgaver omtales ofte som forvaltningsansvaret (Helseforetaksloven § 28) og tilsynsansvaret (Helseforetaksloven §§ 28, 29).

Med styrets forvaltningsansvar menes at styret har det overordnede ansvaret og den overordnede myndigheten for forvaltningen av helseforetaket. Foretaksmøtet er helseforetakets øverste organ, men deltar ikke i forvaltningen av foretaket. Styret må rette seg etter gitte styringskrav (foretaksmøte, oppdragsdokument m. m.).

Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt **forvaltningsansvar** må

- sørge for forsvarlig organisering av foretaket
- fastsette planer og budsjetter for foretakets virksomhet
- holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling

Styret skal også sørge for at betryggende kontroll av bokføring og formuesforvaltning.

Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt **tilsynsansvar** må

- føre tilsyn med den daglige ledelse
- føre tilsyn med helseforetakets virksomhet, og at den drives i samsvar med målene, vedtektene, styringskrav og vedtatte planer og budsjetter.

Den daglige driften av helseforetaket er et ansvar for helseforetakets daglig leder (Helseforetaksloven § 38). Styret kan tydeliggjøre sine krav og forventninger til daglig leder gjennom fastsetting av instruks for administrerende direktør (Helseforetaksloven § 29 andre ledd). Mange av helseforetakene har fastsatt slik instruks (se nærmere om fastsetting av instruks for administrerende direktør under punkt 4.4.2).

Daglig leder må følge retningslinjer og pålegg styret har gitt, dvs. daglig leder er underlagt styrets instruksjonsmyndighet (Helseforetaksloven § 28 første ledd). Styrets retningslinjer og pålegg utformes normalt på overordnet nivå, slik at daglig leder har handlingsrom til å lede virksomheten.

Helseforetaksloven stiller krav til at daglig ledelse hver fjerde måned skal gi styret skriftlig rapport om helseforetakets økonomiske stilling og virksomhet. Gjeldende praksis er imidlertid månedlige rapporteringer. Dette skal sikre at styret regelmessig får den informasjon det trenger for å ivareta sitt forvaltnings- og tilsynsansvar. Det er i tillegg viktig at styret og daglig ledelse i fellesskap blir enige om hvordan rapporteringen skal struktureres (form/innhold).

### *3.3.2 Bruk av styrekomiteer/styreutvalg*

Enkelte styrer har valgt å opprette flere styrekomiteer/styreutvalg til saksforberedende arbeid. Fordelen med bruk av komiteer/utvalg er at dette kan bidra til grundig saksforberedelser på komplekse felt og frigjøre tid i styremøtene. Ulempen er at bruk av komiteer/utvalg kan pulverisere styrets ansvar.

Bruken av komiteer/utvalg bør derfor begrenses og kun benyttes, der sakenes kompleksitet og omfang krever det. Bruk av styrekomiteer/styreutvalg endrer ikke på styrets ansvar for å treffe beslutningene i styremøtet

### *3.3.3 Internkontroll og risikostyring*

Internkontroll er et ledelsesverktøy for intern styring og kontroll av virksomheten for å forebygge, forhindre og avdekke svikt.



Forskrift om internkontroll ble f.o.m. 1. januar 2017 avløst av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten definerer *styringssystem* som den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Begrepet styringssystem er i stor grad sammenfallende med kravene til internkontroll.

Forskriften stiller krav til at ledelsen minst én gang årlig, systematisk gjennomgår og vurderer hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Dette omtales formelt som «ledelsens gjennomgang», og skal behandles i styret.

Et bærende prinsipp er at intern styring og kontroll må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring).

Daglig leder har ansvar for å etablere et forsvarlig styringssystem og holde styret tilstrekkelig orientert. Styret har ansvar for å påse at styringssystemet etterleveres.

#### *Revisjonsutvalg og internrevisjon*

I foretaksmøtene i de regionale helseforetakene i januar 2005/januar 2006 ble det stilt krav til etablering av revisjonsutvalg og internrevisjon i de regionale helseforetakene og foretaksgruppene.

Revisjonsutvalget i Helse Nord RHF består av fire medlemmer valgt av og blant styrets medlemmer. Minst ett av komiteens medlemmer skal ha regnskaps- eller revisjonsfaglig kompetanse, og minst ett medlem velges blant ansattevalgte styremedlemmer.

Revisjonsutvalgets formål er å styrke styrets fokus på virksomhetsstyring, tilsyn og kontroll i foretaksgruppen. I henhold til styrevedtatt instruks skal komiteen bl.a. føre tilsyn med at det er etablert risikostyring og internkontroll tilpasset risikoen i foretaksgruppen, se etter at Helse Nord har en uavhengig og effektiv intern revisjon og følge opp ekstern revisjons arbeid. Revisjonsutvalget utfører normalt sine oppgaver ved å benytte Helse Nord RHF's internrevisjon, men kan også innhente ekstern bistand.

Internrevisjonens ansvar, myndighet og oppgaver, samt krav til planlegging, kommunikasjon og rapportering, fremgår av egen instruks, vedtatt av styret. Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Nord RHF overvåke og bidra til forbedringer i det regionale helseforetakets og foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll. Internrevisjonen er underlagt styret i Helse Nord RHF, men administrativt underlagt administrerende direktør, og er i sitt arbeid faglig uavhengig av alle som kan revideres av internrevisjonen.

#### *3.3.4 Tilsetting og avlønning av daglig leder og andre ledende ansatte*

En av styrets viktigste oppgaver er å tilsette og sørge for at helseforetaket har en kompetent daglig leder (§ 36). Styret treffer også vedtak om å si opp eller avskjedige

daglig leder. Styret fastsetter og justerer daglig ledelses lønn. Evaluering av daglig leder gjennomføres ofte i forbindelse med lønnsjusteringer.

Styret har en utfordring i å håndtere lønnsfastsettelsen til daglig leder og andre ledende ansatte i en balanse mellom å kunne tilby vilkår som er tilstrekkelig attraktive og som samtidig vinner forståelse og aksept i samfunnet.

Nærings- og handelsdepartementet har fastsatt *Retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper*<sup>5</sup>. Gjennom disse retningslinjene klargjør staten relevante prinsipper for ansvarlig og god lederlønnspolitikk, både i forbindelse med fastsetting og justering av lønn for daglig leder og andre ledende ansatte. Retningslinjene slår fast at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. I foretaksmøtene i januar 2011 forutsettes at styrene er kjent med og forholder seg til retningslinjene.

Lønnsforholdene for daglig leder i helseforetaket skal framgå av årsregnskapet. Departementet redegjør for samtlige daglige lederes lønnsforhold i Prop. 1 S.

Det vises her til helseforetakenes vedtekter, jf. § 6a *Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår*.

### 3.3.5 Rapportering til eier - årlig melding, årsregnskap og årsberetning

Som eier skal departementet/de regionale helseforetakene, på lik linje med andre eiere, ha korrekt og relevant rapportering om virksomheten i foretakene. Ved behov kan skriftlig informasjon innhentes. Rapportering skjer i oppfølgingsmøtene nevnt under punkt 2.4.4, samt gjennom årlig melding og gjennom årsregnskap og årsberetning.

Styret i helseforetaket skal hvert år sende årlig melding til Helse Nord RHF (Helseforetaksloven § 34, vedtektene §§ 13-15), og denne skal være administrativt behandlet av Helse Nord RHF innen 21. februar. I årlig melding skal det redegjøres for virksomheten i helseforetaket foregående år og for gjennomføringen av de styringskrav Helse Nord RHF har stilt i foretaksmøter og oppdragsdokument. Denne rapporteringen utgjør et viktig grunnlag for Helse Nord RHF's resultatoppfølging. Meldingen skal også inneholde en plan for virksomhetene i de kommende år. Planen utgjør et viktig grunnlag for utarbeidelse av de årlige rullerende langtidsplaner/langtidsbudsjett.

Helseforetakene skal føre regnskap etter regnskapslovens prinsipper, og årsregnskap og årsberetning skal godkjennes av foretaksmøtet (§ 43).

### 3.3.6 Begrensinger i styrets kompetanse

Helseforetaksloven § 30-32 begrenser styrets kompetanse (myndighet).

Det er foretaksmøtet i Helse Nord RHF som gjør vedtak i saker av vesentlig betydning (§ 30). Det er gitt nærmere regulering av hvilke saker dette gjelder i vedtektene. Hvilke saker som er av vesentlig betydning må vurderes konkret i den enkelte sak. I

---

<sup>5</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retningslinjer-for-lonn-og-annen-godtgjorelse/id2401045/>

helseforetakene skal slike saker forelegges departementet av styret i Helse Nord RHF som eier helseforetaket.

Det er videre foretaksmøtet som treffer vedtak om pantsettelse eller salg av fast eiendom etter forslag fra styret (§ 31). Det er gitt nærmere regulering av hvilke saker dette gjelder i vedtektene.

Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke (§ 32). Formålet med bestemmelsen er å sikre betryggende demokratisk behandling og å unngå utilsiktet privatisering av sykehusvirksomhet.

### *3.3.7 Representasjon og styreansvar*

#### *Representasjon (§§ 39, 40)*

Det er styret som representerer det respektive foretaket utad. Styret kan binde helseforetaket ved å inngå avtaler med tredje part. Daglig leder representerer helseforetaket utad i saker som hører inn under helseforetakets daglige ledelse.

#### *Styrets ansvar (§ 49)*

Det fremgår av helseforetaksloven § 49 at styremedlemmer og daglig leder har en plikt til å erstatte tap som vedkommende forsettlig eller uaktsomt har voldt foretaket, helseforetakets eier eller andre under utførelsen av sin oppgave. Beslutning om at helseforetaket skal gjøre ansvaret gjeldende treffes av foretaksmøtet. Erstatningsansvaret kan lempes etter skadeerstatningsloven § 5-2.

Det vises til *styresak 72-2012 Styreansvarsforsikring* (styremøte 21./22. juni 2012). Det er ikke behov for, eller tjenlig å tegne styreansvarsforsikring. Det er i praksis liten risiko for at det enkelte styremedlemmet/daglig leder vil bli holdt personlig ansvarlig i en erstatningssituasjon, og der det eventuelt skjer, foreligger handlingsalternativ som kan gi samme dekningsomfang. Styreansvarsforsikring anses derfor ikke å gi ytterligere fordeler.

## **4. Praktisk styrearbeid**

Styret er gitt definerte oppgaver som det skal ivareta gjennom å treffe selvstendige beslutninger. Hvert enkelt styremedlem må gjennom bruk av egen kompetanse, erfaringer, vurderingsevne og tid ta ansvar for helseforetakets beste, sett i den sammenheng virksomheten inngår i og innenfor de rammer som foreligger.

### **4.1 Styreleders særlige oppgaver**

Styrelederen leder styret. Styret er et kollegium, og styreleder har ingen instruksjonsmyndighet over styremedlemmene. Styrelederens oppgave er bl.a. å bidra til at styremedlemmenes samlede kompetanse brukes for å oppnå mål og ivareta oppdraget gitt av eier i oppdragsdokument og andre styrende dokumenter. Selv om styret er et kollegium, vil styrets arbeidsform og fungeringsmåte påvirkes sterkt av hvordan styreleder utøver sin rolle.

Det er styreleder som sørger for at det avholdes styremøter, når det er behov for det. Styremedlemmer og daglig leder kan også kreve at styremøte blir avholdt (Helseforetaksloven § 26). Det er videre styreleder som sørger for at saker som hører

inn under styrets ansvar blir behandlet av styret. Dette betyr at styreleder har et stort ansvar for at det drives forsvarlig styrearbeid i foretaket (*innhold*).

Styreleder planlegger styremøtet i samråd med daglig leder og må sørge for at daglig leder oppfyller sin plikt til å forberede saker, og at styret får god informasjon og et godt beslutningsgrunnlag (*form*).

Styreleder skal sørge for at styret arbeider målrettet og godt sammen, og at det er åpenhet og trygghet i styret, slik at ulike synspunkter kan bringes frem. Styreleder leder styremøtene og påser at protokollen gjengir styrebehandlingen korrekt (Helseforetaksloven § 26).

Styrelederen er en viktig støttespiller (*støtte*) og sparringspartner (*utfordre*) for daglig leder.

Styreleder må ha forståelse for den politiske konteksten som helseforetakene opererer innenfor. Styreleder må for eksempel kunne bedømme, når det er nødvendig å informere Helse Nord RHF i saker som har eller kan få politiske konsekvenser. Styreleder må også vise rolleforståelse i samspillet mellom styre og Helse Nord RHF, og mellom styre og daglig ledelse. Styrelederrollen blir med dette både mer krevende og ansvarsfull enn rollen til de øvrige styremedlemmene.

## 4.2 Styresekretær

Styresekretær avlaster daglig leder gjennom utarbeiding av dagsorden, koordinering av saksdokumenter og innkalling til styremøte. Styresekretær skal videre holde oversikt over styremedlemmenes personalia og kontaktinformasjon. Styresekretær skriver protokoll fra styremøtene.

Nærmere bestemmelser om styresekretærs rolle og oppgaver kan reguleres i instruks for styret.

## 4.3 Strategi-, kontroll-, organiserings- og egenoppgaver

Med utgangspunkt i styrets forvaltningsoppgaver (Helseforetaksloven § 28) og tilsynsoppgaver (Helseforetaksloven § 29) kan styrets hovedoppgaver organiseres som følger:

**Forvaltningsansvaret** (§ 28) består i strategioppgaver og organiseringsoppgaver:

- Strategioppgaven innebærer å etablere mål og sette kurs for å nå disse gjennom fastsetting av strategiske planer og rammer for operative planer, samt budsjetter.
- Organiseringsoppgaven innebærer å sørge for at helseforetaket er riktig organisert, har de nødvendige ressurser og ansvarsfordeling samt adekvate kommunikasjons- og rapporteringslinjer.

**Tilsynsansvaret** (§ 29) består i kontrolloppgaver:

- Kontrolloppgaven innebærer å forvise seg om at helseforetaket er på målsatt kurs innenfor rammebetingelser, samt sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for at korrigerende tiltak treffes.

- I tillegg til oppgaver som følger av forvaltningsansvaret og tilsynsansvaret kommer styrets egenoppgaver som innebærer å fastsette mål og plan for eget arbeid, etablere gode arbeidsformer og evaluere eget arbeid.

Styret må i sitt praktiske arbeid ta utgangspunkt i hva styret selv definerer som sine hovedoppgaver. Styrets hovedoppgaver skal fremgå av instruks for styret. Styret må finne en hensiktsmessig fordeling og tidsbruk mellom hovedoppgavene, gitt helseforetakets situasjon og utfordringer.

#### **4.4 Mer om styrets egenoppgaver**

Styret møtes i forbindelse med styremøter og styreseminarer og har ofte tidsbegrensninger i sitt arbeid. Dette gjør styret spesielt utsatt for «kommunikasjonstap» og setter store krav til styrets arbeidsform. Mange av styrene har innledende diskusjoner om styrets oppgaver og arbeidsform. Dette for å bidra til at styret arbeider med de riktige oppgavene og arbeider på en god måte før, under og etter styremøtene.

Det følger av statens ti prinsipper for godt eierskap at styret bør ha en plan for eget arbeid. Nedenfor følger omtale av årsplaner og styringsinstruks som mer konkrete hjelpemidler for å planlegge eget arbeid.

##### *4.4.1 Årsplan*

Mange av styrene i helseforetakene har fastsatt årsplaner for styrets arbeid, som konkretiserer hvordan styrets hovedoppgaver skal dekkes gjennom året. Årsplanen tidfester styremøtene og gir oversikt over hvilke styresaker som skal behandles i hvert av styremøtene. Antall styremøter og lengden på styremøtene må tilpasses helseforetakets situasjon. Årsplanen angir gjerne også hvem som skal forberede saken for styret.

Årsplanen består ofte av to deler: En fast del, der sakslisten er lik fra møte til møte (ordinære saker) og en variabel del, der sakene varierer fra møte til møte (tema). Årsplanen er et redskap for å skape oversikt, strukturere styrearbeidet og for å prioritere tiden, slik at de riktige og viktige sakene får bredest plass.

##### *4.4.2 Instruks for styret og instruks for administrerende direktør*

###### *Instruks for styret*

Styrene i helseforetakene skal ha fastsatt instruks for styret. Instruks for styret angir nærmere regler om styrets arbeid og saksbehandling. Styreinstruksen kan inneholde regler om struktur på styrearbeidet, krav til styredokumentasjon, styrets saksbehandling, styremedlemmenes plikter og rettigheter og styresekretærens rolle og oppgaver. Instruks for styret kan også foreta en overordnet rolleavklaring mellom styret og daglig leder.

###### *Instruks for administrerende direktør*

Styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal ha fastsatt instruks for daglig leder (Helseforetaksloven § 29). Adgangen til å fastsette instruks for daglig leder må ses i sammenheng med styrets tilsynsoppgaver. Instruks for daglig leder kan for eksempel fastsette regler for daglig leders oppgaver, plikter og rettigheter. Instruks for daglig leder kan også foreta en overordnet rolleavklaring mellom styret og daglig leder.

#### 4.4.3 Styremøter og styrets arbeidsform

Styreleder skal sørge for at styremøtene holdes så ofte som nødvendig. Både styremedlemmer og daglig leder kan kreve at styret sammenkalles. Daglig leder har rett og plikt til å delta og uttale seg i styremøtene (Helseforetaksloven § 26).

God gjennomføring av styremøtene krever godt forberedte deltakere og en god struktur på styremøtene. Her bør det enkelte styre finne den formen de mener fungerer best i sin situasjon. Det er gitt regler om vedtaksførhet og flertallskrav (Helseforetaksloven § 27). Øvrige regler om styrets arbeid og saksbehandling kan fastsettes i instruks for styret.

#### 4.4.4 Styredokumentene – styrets beslutningsgrunnlag

Styremedlemmene bør varsles om hvilke saker som skal behandles i styremøtet og få mulighet til å sette seg inn i sakene på forhånd. Det er viktig med god kvalitet på styredokumentene. Det er daglig leder som har ansvar for utarbeidelse av styredokumentene.

Det er ønskelig at Helse Nord RHF's rutine for utsending av styresaker også følges i helseforetakene, med utsendelse 12-14 dager før styremøte og helst ikke mindre enn én uke. Unntaket er styresaker som av spesielle årsaker krever kortere frister.

Styret må på sin side sette krav til utformingen av styredokumentene, både når det gjelder form og innhold. Det er viktig at dokumentene er utformet og tilpasset styrets behov for beslutningsgrunnlag i den enkelte sak. Saken skal fremstilles konsist, informasjonen skal være sortert, og det vesentligste skal trekkes ut.

Dokumentene skal inneholde en klar konklusjon eller anbefaling fra daglig leder. En godt utformet styredokumentasjon bidrar til at styremedlemmene kan sette seg inn i saken på forhånd, forstå hva saken gjelder og stille relevante spørsmål, før styret gjør vedtak.

#### 4.4.5 Styreprotokoll og protokollasjon (Helseforetaksloven § 26 fjerde ledd)

Det skal føres protokoll fra styremøtene som skal underskrives av samtlige tilstedeværende styremedlemmer. Det er styret som beslutter hvilken form protokollen skal ha. Protokollen skal minst angi tid, sted, deltakere, hva den enkelte sak gjelder og styrets beslutning. Ved uenighet kan styremedlemmer eller daglig leder kreve uenighet protokollført.

#### 4.4.6 Styrets evaluering av egen virksomhet

Det følger av statens ti prinsipper for eierstyring at styret skal gjennomføre evaluering av egen virksomhet. I foretaksmøtene i januar 2011 ble det stilt krav til at styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal gjennomføre slik evaluering.

Evalueringen skal gjennomføres en gang pr. år, gjerne mot slutten av året. Hele styret, både eieroppnevnte og ansattevalgte styremedlemmer skal delta i evalueringen. Daglig leder bør være med i deler av evalueringen. Evalueringen skal ta utgangspunkt i hva som er styrets viktigste oppgaver og helseforetakets utfordringer, og vurdere om styrets sammensetning, arbeidsform og fungeringsmåte bidrar positivt til styrets håndtering av disse oppgavene.

Evalueringen kan avdekke områder, der nåværende praksis må klargjøres eller endres. Resultatet av evalueringen skal presenteres og behandles/diskuteres i et påfølgende styremøte.

Evalueringen kan gjennomføres ved bruk av samtaler, intervjuer eller eget evalueringsskjema. Styret kan velge å gjennomføre evalueringen selv eller ved å engasjere ekstern bistand. Det er imidlertid sentralt at styret klargjør hva som er styrets viktige oppgaver og helseforetakets utfordringer, slik at evalueringen gjøres i forhold til dette.

#### *Formidling av resultatene av evalueringen til Helse Nord RHF*

I teorien om styrearbeid/styreledelse skilles mellom ulike typer evalueringer, f. eks.:

- Utviklingsevaluering: Rettet mot styret selv, for å tydeliggjøre hva som fungerer bra og hva som er forbedringsområder i styrets eget arbeid.
- Rekrutteringsevaluering: Rettet mot Helse Nord RHF, for å gi eier kunnskap om styrets sammensetning (f. eks. som grunnlag for valg av nye styremedlemmer).

Styrets evaluering av eget arbeid i helseforetakene er først og fremst et verktøy for internt forbedringsarbeid i styret (utviklingsevaluering). Styret skal imidlertid oppsummere og formidle deler av resultatene av evalueringen til eier i årlig melding og på forespørsel. Formidling skal skje slik at eier får nødvendige opplysninger, men uten at evalueringen forringer sin verdi som internt forbedringsarbeid i styret. Hensikten er at eier skal få et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere styrets fungeringsmåte, særlig når det gjelder styrets sammensetning i forhold til de oppgaver styret har og de utfordringene foretaket står overfor (rekrutteringsevaluering).

## **4.5 Forholdet til annen lovgivning**

### *4.5.1 Regnskapsloven, krav til revisor*

Av helseforetaksloven § 43 følger at regnskapsloven gjelder i sin helhet for helseforetakene. Dette betyr at både de regionale helseforetakene og helseforetakene skal føre regnskap etter regnskapslovens regler og prinsipper.

Det innebærer bl. a at inntekter og kostnader skal periodiseres, og at årlige avskrivninger skal framgå av driftsregnskapet. Investeringer føres som tilgang i balansen. Helse Nord RHF avlegger konsolidert regnskap. Konkurs og gjeldsforhandlinger etter konkursloven kan ikke åpnes i helseforetak (Helseforetaksloven § 5 fjerde ledd).

Helseforetakene skal ha revisor som velges av Helse Nord RHF i foretaksmøtet (§ 45). Årsregnskapet skal revideres av registrert revisor eller statsautorisert revisor. Revisor skal innkalles til foretaksmøtet, dersom sakene som behandles tilsier det, eller dersom Riksrevisjonen krever det (§ 18 første ledd).

### *4.5.2 Forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven*

Det følger av helseforetaksloven § 5 at forvaltningsloven (med visse begrensninger), offentleglova og arkivloven gjelder for helseforetakene. Helseforetakene regnes som offentligrettslige organer.

### *Dokumentoffentlighet*

vedtatt i styremøte i Helse Nord RHF, den 26. oktober 2011  
oppdatert i styremøte i Helse Nord RHF, den 27. februar 2018

Helseforetakene er omfattet av rettsregler om dokumentoffentlighet. Det skal derfor gis innsyn i styredokumenter, styreprotokoller og foretaksprotokoller (offentleglova §§ 2, 14, offentlegforskrifta).

#### *Møteoffentlighet*

Helseforetakene er ikke omfattet av rettsregler om møteoffentlighet. Det er imidlertid krav til åpne styremøter (jf. styringskrav gitt i styringsdokumentet for 2004).

Åpne styremøter er begrunnet i at hensynet bak offentlighetsprinsippet må veie tungt på arenaer, der det treffes beslutninger knyttet til forvaltningen av samfunnets ressurser og fellesgoder. En eventuell lukking av styremøtene krever kvalifisert begrunnelse.

Dette betyr at styremøtet kun kan lukkes, dersom det foreligger et reelt og saklig behov for å lukke møtet, og at en lukking av møtet er forenlig med prinsippene i unntaksbestemmelsene i offentliglova.

Det er ikke krav til åpne foretaksmøter. Offentlighetens interesse ivaretas gjennom retten til innsyn i foretaksprotokollene.

#### *Taushetsplikt*

Det enkelte styremedlems taushetsplikt er regulert i forvaltningsloven §§ 13-13f. Taushetsplikten gjelder f. eks. personlige forhold og driftsforhold som det av konkurransemessig hensyn er av betydning å hemmeligholde. Eventuell taushetsplikt må også vurderes ut fra generelle prinsipper om å opptre forsvarlig overfor virksomheten. En eventuell nærmere omtale av styremedlemmers taushetsplikt kan tas inn i instruksene for styret.

#### *Inhabilitet*

Styret som et kollegialt organ og styremedlemmene er bundet av reglene om inhabilitet (forvaltningsloven § 6 flg). Styremedlemmer som antar at de kan være inhabile skal gjøre styret oppmerksom på dette. Avgjørelsen treffes av styret uten at det aktuelle styremedlemmet selv deltar i avgjørelsen (forvaltningsloven § 8 andre ledd).



## 5. Styrelitteratur (et utdrag fra BIBSYS [www.bibsys.no](http://www.bibsys.no))

Levorsen, Stein O, 2010, Styrearbeid i praksis: innføring i styrets hovedoppgaver og arbeidsform

Huse, Morten, Søland Arild, 2009, Styreledelse: styret som team og prosessorientert styrearbeid

Husaas, Trine, Kilaas, Bodil, 2009, Styrets arbeid og ansvar

Granden, Gro 2009, Styrearbeid: en håndbok for ansatte i selskap og konsern

Selvik, Arne 2009, Styreverden

Gulli, Ole Chr 2007, Styrehåndboken

Den norske Revisorforening 2006, Styrets arbeid og ansvar

## 6. Sentrale dokumenter ([www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no))

- [Ot. prp. nr. 66 \(2000-2001\) Om lov om helseforetak m. m.](#)
- [Innst. O. nr. 118 \(2000-2001\) Om lov om helseforetak m. m.](#)
- [Prop 1 S \(2018-2019\) Proposisjon til Stortinget \(for budsjettåret 2019\)](#)
- [Regjeringens nettsted: Meld. St. 11 \(2015-2016\) Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016-2019\)](#)
- [Regjeringens nettsted: Statlig eierskap](#)
- [Styrearbeid i regionale helseforetak - veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet](#)

## 7. Sentrale lover og forskrifter ([www.lovdato.no](http://www.lovdato.no))

Helseforetaksloven

Spesialisthelsetjenesteloven

Helsepersonelloven

Pasientrettighetsloven

Arbeidsmiljøloven

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Riksrevisjonsloven

Offentleglova

Forvaltningsloven

Lov om offentlig innkjøp

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Folkehelseloven

Helse- og omsorgstjenesteloven

## 8. Avtaler og reglement

- [EØS-avtalen \(for eksempel forbud mot offentlig støtte \(EØS avtalens 61 \(1\), offentlige anskaffelser og konkurransereglene\)](#)
- [Statens økonomireglement \(Reglement for økonomistyring i staten, fastsatt av Finansdepartementet\) \(f eks § 10\)](#)

## 9. Annen informasjon

Styrene i helseforetakene i regionen:

- [Finnmarkssykehuset HF](#)
- [Universitetssykehuset Nord-Norge HF](#)
- [Sykehusapotek Nord HF](#)
- [Nordlandssykehuset HF](#)
- [Helgelandssykehuset HF](#)
- [Helse Nord IKT HF](#)

Pasient- og brukerombudene i regionen:

- [Pasient- og brukerombud i Nordland](#)
- [Pasient- og brukerombud i Troms](#)
- [Pasient- og brukerombud i Finnmark](#)

Andre hjemmesider:

- [Helse- og omsorgsdepartementet](#)
- [Folkehelseinstituttet](#)
- [Helsebiblioteket](#)



## MØTEREFERAT

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

---

**Dato:** Mandag 11.3.2019 kl 13.00-14.35  
**Sted:** Møterom G-914 Styrerom, PET-senter  
**Tilstede:** Kirsti Baardsen, Hans-Johan Dahl  
**Forfall:** Paul Dahlø  
**Fra adm:** Leif Hovden (adm.sjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

---

#### **BAU 10/19 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 27.3.2019**

Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU torsdag 7.3.2019.

##### Kvalitets- og virksomhetsrapport

Økonomisjef Lars Øverås orienterte om status og svarte ut spørsmål i saken. Som tidligere er innleie av personale for høyt, selv om sykefraværet har gått litt ned. Det er også litt overforbruk på implantater, blod og medikamenter.

##### Årsregnskap 2018

Økonomisjef Lars Øverås orienterte om status og svarte ut spørsmål i saken.

##### Årlig melding 2018

##### Oppdragsdokument 2019

##### Arealplan UNN Harstad

##### Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 27.3.2019.

#### **BAU 11/19 (tidl BU 3/19 og BU 72/18-3) Senter for psykisk helse Nord i Nordreisa – beplanting i vinter/sansehage**

Leder Kirsti Baardsen orienterte og viste til svar fra Drifts- og eiendomssjef Grethe Andersen.

##### Beslutning

---

BU retter en henvendelse til Drifts- og eiendomssenteret v/Grethe Andersen med anmodning om at man ut fra et brukerperspektiv ber om at beplanting blir vurdert på nytt med tanke på etablering av sansehage.

#### **BAU 12/19 (tidl BAU 78/18 av 29.1.2018) Forespørsel om undervisning i brukermedvirkning både i klinisk praksis og på systemnivå**

Leder Kirsti Baardsen orienterte om saken og viste til henvendelse fra prosjektleder ved Klinisk utdanningsavdeling Heidi S Høifødt og fagsjef Haakon Lindekleiv.

Beslutning

BU besitter ikke nødvendig pedagogisk kompetanse for brukermedvirkning på systemnivå, og foreslår at det tas kontakt med Kvalitets- og utviklingscenteret som bør ha kompetanse på dette området.

**BAU 13/19 Planlegging av dialogmøte med Styret UNN**

Forslag til tema til dialogmøte med Styret UNN den 24.4.2019:

- Pasientsikkerhet
- Status i arbeidet på mottaksmedisin
- Organisering i akuttmottak (oppfølging av befaringsområde som ble gjort tidligere)

Beslutning

Foreslåtte tema tas til dialogmøtet, og det tas sikte på at konst. klinikkssjef i OPIN Trine Olsen kan redegjøre for status i saken. Derfor inviteres hun til dialogmøtet.

**BAU 14/19 Samvalgskonferansen 2019**

Samvalgssenteret, UNN har som mål å utvikle samvalgsverktøy og bidra til at disse tas i bruk av pasienter og helsepersonell i hele landet. I juni 2019 arrangerer de Samvalgskonferansen. BU har mottatt tilbakemelding fra flere i Brukerutvalget som ønsker å delta.

Beslutning

BAU mener at brukerrepresentant Marit Stemland blir invitert til konferansen som deltaker i arbeidsgruppe på Samvalgssenteret. BU melder Terje Olsen og Siv Elin Reitan (vara som før). Dersom disse blir forhindret står Mildrid Pedersen som vararepresentant.

**BAU 15/19 Kreativt verksted – «Mitt UNN»**

Brukerutvalget har mottatt program for Workshop den 24.4.2019 på Åsgård fra leder Hege Andersen.

Beslutning

---

BAU slutter seg til arbeidsplanen, der BU deltar på kreativt verksted etter dialogmøtet med Styret UNN.

**BAU 16/19 (tidl BU 12/19 nr 3)Høring – Samarbeidsrutine ved luftambulansetransport av pasienter med psykiatrisk diagnose**

Leder Kirsti Baardsen orienterte om saken.

Beslutning

---

BAU har ingen innspill til saken, utover viktigheten av at politiet om mulig opptrer i sivil bil og i sivil antrekk.

**BAU 17/19 (tidl BAU 76/18) Nedleggelse av regional koordinatorfunksjon, pasient- og pårørendeopplæring**

Regional fagrådgiver for pasient- og pårørendeopplæring fratrådte sin stilling 1. januar 2019 etter å ha blitt sagt opp i forbindelse med at Nordlandssykehusets på egen initiativ valgte å gjøre endringer i regionale funksjoner på grunn av sin uheldige økonomisk situasjon. Dette var ikke initiert av Helse Nord RHF. Helse Nord RHF skal nå gå i gang med å evaluere regionale funksjoner.

Beslutning

BAU avventer evaluering av regional funksjon.

**BAU 18/19 Evaluering av Pasienthotellet**

Brukerutvalget har mottatt henvendelse fra senior rådgiver Arthur Revhaug ved K3K i forbindelse med etablering av arbeidsgruppe for evaluering av Pasienthotellet.

Beslutning

Brukerrepresentant Paul Dahlø vil representere BU i arbeidsgruppen, og sekretariatet sender kontaktinformasjon til Arthur Revhaug.

**BAU 19/19 Forslag til dagsorden for BU-møte 23.4.2019 – Oppstart kl 12.00**

SAKER		
1. Godkjenning av innkalling og saksliste		Kl 12.00
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 6.2.2019		
3. Planlegging av dialogmøte med Styret UNN 24.4. kl 09.00		
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 14.20-14.40 Claus Albretsen/Einar Bugge
7. Presentasjon – Endringer i diabetesplanen i Helse Nord RHF		Kl 14.40-15.00
<b>8. Orienteringssaker</b> -Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper		Rapporteres kun ved vesentlige endringer
<b>12. Referatsaker:</b> - Referat fra Finnmark BU, 12.12.2018 - 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 BAU 11.3. og 8.4.2019 -Referat fra møte i Sykehusapotek Nord 18.3.2019		

**20/19****Eventuelt**

## PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 27.3.2019.**

Dato: 11.3.2019  
Tidspunkt: 10.00-11.00  
Sted: G 914 Styrerommet

### Fra arbeidsgiver

Gøril Bertheussen, stabssjef (*sak 1*)  
Gina Johansen, lokal driftsleder (*Skype*)  
Lars Øverås, økonomisjef  
Hans Petter Bergset, KvalUt-rådgiver  
Leif Hovden (adm.sjef/ referent)  
Anne Simonsen-Sagerup, adm.kons.  
Hilde Johannessen, adm.kons.

### Fra arbeidstakerne

Einar Rebni, FHVO  
Rigmor Frøyum, Fagforbundet  
Tove Mack, FHVO  
Mai-Britt Martinsen, NSF  
Rita Vang, FHVO (*Skype*)  
Heid Solheim, Fellesorg. FO (*Skype*)

### Protokollsignering:

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

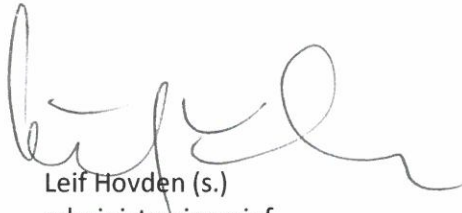
Arbeidstittel	Ansv	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport	GB	<p><i>Selve KVR-rapporten var ikke ferdigstilt og oversendt, men sykefraværnotat med utkast til handlingsplan var vedlagt saken og gjort til gjenstand for behandling. Stabssjefen innledet til saken, og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Det ble ikke bedt om eget drøftingsmøte av KVR, etter at økonomisjefen hadde redegjort for status i saken, men det ble uttrykt sterk bekymring knyttet til det overforbruket som ble referert.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</i></p>
2. Årsregnskap 2018	GB	<p><i>Økonomisjefen innledet, og svarte ut spørsmål til saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</i></p>
3. Årlig melding 2018	EB	<p><i>Hans Petter Bergset innledet kort til saken, og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av at det systematiske HMS-arbeidet ikke er knyttet tilstrekkelig opp mot kvalitet i pasientsikkerhetsarbeidet i Årlig melding.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</i></p>

4. Oppdragsdokument 2019	EB	<p><i>Hans Petter Bergset innledet kort til saken, og svarte ut spørsmål til den.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var spesielt opptatt av at det systematiske HMS-arbeidet ikke er nevnt i kapittel 3, og mener at kvalitet og HMS må ses i sammenheng på overordnet nivå, som forutsetning for pasientsikkerhetsarbeidet.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</i></p>
5. Arealplan UNN Harstad	GA/ GMJ	<p><i>Gina M. Johansen innledet og svarte ut spørsmål til saken.</i></p> <p><i>Ansattes organisasjoner og vernetjenesten sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</i></p>

Tromsø, 11.3.2019

  
Rigmor Frøyum (s.)  
FTV Fagforbundet

  
Mai-Britt Martinsen (s.)  
FTV NSF

  
Leif Hovden (s.)  
administrasjonssjef



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

Tid: Tirsdag 12.03.19 kl. 12.30-15.30

Sted: Styreverrommet G-914 i PET-senteret, UNN Narvik (skype), UNN 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 <b>(Karl-Ivar Lorentzen)</b>	X
Jon Mathisen, klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk	X	Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerne- og lungeklinikken	
Gry Andersen, driftsleder UNN Narvik		Gina Johansen, driftsleder UNN Harstad	X
Einar Rebni, FHVO	X	Rita Vang, FHVO	
Rigmor Frøyum, Fagforbundet		Camilla Pettersen, KTV Samfunnsviterne	
Monica Fyhn Sørensen, HTV UNN	X	Hilde Eva Haakonsen, HTV Fagforbundet	
Rita Vestgård, HTV Fagforbundet UNN Harstad	X		
Geir Magne Lindrupsen, FTV Nito	X	Geir Magne Johnsen, HTV NSF UNN Harstad	
Kathrine Berggrav, Dnlf Harstad			

\*Til stede (x)

Møteleder: Anita Schumacher

Sekretær: Linda Rossvoll

Forøvrig deltok BHT-leder Paul-Martin Hansen.

I sak 20/19: Fellesmøte Forbedring 2019 deltok Kvalitetsutvalget og Ole-Martin Andersen



Sak:

**15/19 Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Vedtak:**

Saker som skal behandles i AMU må komprimeres.  
Innkalling og saksliste godkjennes.

**16/19 Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 30.01.19**

Protokoll fra 30.01.19 var vedlagt saksdokumentene.

Orienteringssak 30.01.19 - BHT påpeker at mailen ikke er sendt, men legges fram i dagens AMU.

**Vedtak:**

Protokollen godkjennes.

**17/19**

**BESLUTNINGSSAKER**

**Tildeling av midler**

Fire søknader:

Juletreffesten kr 12.041,10

ARCTIC VOICES UNN HF kr 110.000,-

UNN- qulele Tromsø kr 61.758,-

UNN-q-lele Narvik kr 3000,-

**Vedtak:**

Arbeidsmiljøutvalget UNN HF innvilger søknadene, da søknadene er innenfor AMUs gjeldende retningslinjer og tidligere praksis.

**18/19**

**DRØFTINGS- OG DISKUSJONSSAKER**

**HMS K3K**

**Vedtak:**

Saken utsettes til AMU 10.04.19

**19/19**

**Oppfølging Medisinsklinikk**

**Vedtak:**

Saken utsettes til AMU 10.04.19

20/19

**Fellesmøte, ForBedring 2019**  
**Deltagelse, oppfølging og resultater**

Hovedrapport,

Lokalerapporter er forsinket, Helse Nord og Helse Nord IKT vil komme med en orientering på intranett.

Totalt 73,7 % besvarelse i UNN, nådde målet på 70%.

Svarprosenten varierer på klinikknivå og i enda større grad på enhetsnivå. Ved svarprosent under 60 % er det, det første man bør dykke ned i, hvorfor er det slik?

Resultatet viser en marginal forbedring på stort sett samtlige områder  
Sikkerhetsklima og fysisk miljø kan i noen grad sies å ha en signifikant forbedring.

*Engasjement* - lite variasjon fra tidligere år.

*Teamarbeidsklima*- Marginalt noe bedre fra 2018 -2019

*Arbeidsforhold* - Må ikke sammenligne med 2018 rapporten, det er spørsmålsstillingen som gir det forbedrede resultatet. Høyt arbeidstempo i UNN.

*Sikkerhetsklima* - Skårer 2,5 punkter bedre enn fra 2018. Dette bør man ta med seg, hva er gjort og er det noe man bør fortsette med for ytterligere forbedring?

*Psykososialt arbeidsmiljø* – Spørsmålene er endret og kan ikke sammenlignes med 2018.

Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler. Er en av indikatorene som anbefales å jobbe videre med.

Konfliktene oppleves ikke håndtert på en god måte. Er dette noe vi tenker at vi skal bli bedre på?

*Opplevd lederatferd*

Kun marginale endringer fra 2018, med unntak av «Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når..» Hvor det er en forbedring på 1,8 punkt.

*Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet*

Tre direktører i kartlegningsperioden. Her ligger vi 5,2 punkter under HN-snitt. Her er det forbedringsområde.

*Fysisk miljø*

Gjennomgående positiv tendens. Forbedring siden 2018. Nybygg og bufre i overgangsfaser som kan ha vært positivt.

Foretaket skårer jevnt over høyere enn i fjor. Forbedringen er marginal, men viser en god tendens.

Hovedrapporten dekker over stor lokal variasjon. Oppfølgingen av undersøkelsen må derfor skje lokalt i enhetene.

**Vedtak:**

AMU tar orienteringen til etterretning. Og er takker for en fin gjennomgang og er spent på resultatene på enhetsnivå.

21/19

**Tilsynsrapport Arbeidstilsynet**

Rapportene var vedlagt saksdokumentene

Stort tilsyn på kort varsel.

Intervju av 4-8 i hvert tilsyn, ledelse og ansatte ble intervjuet hver for seg.

Ambulansen hadde tilsyn samtidig, er ikke med i disse rapportene.

Tema for tilsynet var systematisk HMS arbeid.

*Overordnede funn*

- Ikke registrert mangler i selve systemet
- Ledelse og ansatte har jevnt over oversikt over de vesentligste arbeidsmiljøutfordringene ved sine seksjoner
- Avdekket variasjon i kunnskap og hvordan man arbeider med HMS ute i seksjonene

*Gjennomgående utfordringer*

- Arbeidsutfordringer
- Høy arbeidsbelastning og stress (ubalanse mellom ressurser og oppgaver)
- Fysiske utfordringer som støy, ventilasjon, «trangboddhet» knyttet til bygningsmessige sider både i Tromsø og Harstad
- Smitterisiko
- Psykososiale utfordringer
- Noe eksponering av kjemikalier (medisin)
- Vold og trusler
- Ergonomi
- Mangelfull opplæring
- Ulikt språk og kultur blant ansatte

**Roller, ansvar og myndighet i HMS arbeidet**

- Lite klarhet omkring roller, ansvar og myndighet i HMS-arbeidet på seksjonene
- Utfordringen er involveringen av legergruppen

Samarbeidet med verneombudene sies å være gjennomgående bra i UNN.

Det ble reist spørsmål vedrørende funn som danner grunnlag for pålegg.

UNN har gode beskrivelser, rutiner, prosedyrer. Det handler om opplæring, oppfølging, bevisstgjøring, og forventninger til leder.

Mange signaler på at det forebyggende arbeidet på vold og trusler ikke er tilstrekkelig. BHT erfarer at det jobbes ulikt i de enkelte enheter med HMS arbeidet, noen er kjempegod andre har forbedringspotensial.

**Vedtak:**

AMU tar Arbeidstilsynets tilsynsrapporter til orientering og ber om at KVALUT kommer tilbake med en plan for oppfølging.

BHT vil orientere AMU vedrørende det forebyggende arbeid som gjøres i fht. vold og trusler

**ORIENTERINGSSAKER**

22/19

**Oppfølging av evt. sak 73/18 Intensivkapasiteten**

Orientering fra Intensivmedisinskavdeling viser en nedgang i antall avvik som ikke er behandlet av nærmeste leder innen frist.

**Vedtak:**

AMU er tilfreds med at det jobbes godt med avvik og tiltak knyttet til ressurser og arbeidsmengde, og at avvik som ikke er behandlet av nærmeste leder innen fristen minker.

I håndteringen av denne saken i AMU var det et ønske om å få en bredere orientering om arbeidsmiljøet i intensivmedisinskavdeling. Direktøren kontakter Trine for om mulig å få til en orientering om arbeidsmiljøet i et fremtidig AMU.

23/19

**Årsrapport BHT 2019**

Årsrapporten var lagt ved sakspapirene

Nytt av året at det rapporteres klinikk vis.

Rapporten er delt i fire ulike arbeidsmiljøfaktorer (hovedfaktorer):

1. Fysisk arbeidsmiljø
2. Kjemisk arbeidsmiljø
3. Biologisk arbeidsmiljø
4. Psykososialt arbeidsmiljø

**Vedtak**

1. Arbeidsmiljøutvalget tar årsrapportene fra BHT for 2018 til orientering.
2. Arbeidsmiljøutvalget ber KVAM-utvalgene å sette av KVAM-møte for å utarbeide handlingsplan innen august 2019. KVAM-utvalgene bes om å invitere BHT inn til planmøte og at planene utarbeides i henhold til retningslinjene RL7071.

3. BHT rapporterer til AMU i september om disse møtene er avholdt.

24/19

#### **Orientering fra Hovedverneombudet**

Muntlig orientering

Gjennomføringskraft – ulik gjennomføringskraft hvorfor?

Snakker mye ulike språk, de lederne som har brutt isen med språket har større gjennomslagskraft. Kontrasten kan tidvis være veldig stor. Kulturen vi er i til daglig. Hvordan bli bedre? Behov for å kunne reflektere over dette, men det er ikke tid til det. KVAM utvalg - kvalitet blir ikke knyttet opp til arbeidsmiljø i samme grad.

IA-arbeid.

Sammenslåing er en formidabelprosess – hvordan skal det brees ut?

Håper på en snarlig konkretisering av hvordan arbeidet skal foregå.

#### **Vedtak:**

AMU tar orienteringen til orientering.

25/19

#### **Orientering fra Bedriftshelsetjenesten**

#### **Vedtak:**

Saken utgår da den er tatt inn i sak 23/19

26/19

#### **STYRESAKER**

#### **Styresaksdokumenter**

Det ble stilt et generelt spørsmål til styresakene - den økonomiske situasjon - Bekymring for arbeidsmiljøet, vil det bli kutt?

Det må jobbes bedre med de tiltakene som er satt, og det må fortløpende vurderes om det må iverksettes flere tiltak. Situasjonen er selvfølgelig bekymringsfull.

#### **Vedtak:**

Styresakene vurderes ikke aktuell for AMU.

#### **EVENTUELT**

Ingen saker meldt.

Fra: Sigrun Wiggen Prestbakmo[SigrunWiggen.Prestbakmo@salangen.kommune.no]

Dato: 20.03.2019 09:32:23

Til: Postmottak UNN (post@unn.no); Styreleder UNN Ansgar Gabrielsen

Kopi: Lind Marit; Frode Skuggedal; Postmottak Salangen; Erling Hanssen; Bernhardt Halvorsen; geir.inge.sivertsen@lenvik.kommune.no; Ordfører Måselv; Postmottak Lavangen

Tittel: Til styret UNN HF

---

Ber om at denne henvendelsen oversendes til direktør ved UNN, samt styremedlemmene i UNN HF snarest:

I etterkant av møtet mellom Kommunene Salangen og Lavangen 19.12.18 og i forkant av styrets møte 27.03.19 oppfordret kommunene UNN om å gjøre en vurdering av bygging av omlastingsstasjon i området Buktamoen. Dette på bakgrunn av at å kjøre Senjapasienter fra Finnsnesområdet og til Setermoen for omlasting fremstår som lite effektivt og lite geografisk gunstig.

Daværende konstituert direktør Marit Lind bad om en vurdering fra sine fagfolk, det fremgår av e-post datert 04.01.18.

I tillegg er det potensielt og sannsynligvis store bevegelser i vente i legevaktsamarbeidet der Bardu nå er vertskommune og legevaktssted. Dette har Måselv kommune løftet, de vurderer å gå ut til en annen samarbeidskommune. I etterkant av dette har lbestad varslet at de vil ve om vurdering av ny lokalisering, til Sjøvegan, dersom Måselv trekker seg ut.

Legevakten plassering var fremhevet som sentralt argument for flytting av dagbil fra Sjøvegan, så det vil være svært hensiktsmessig å avvente fremtidig plassering av legevakt før man flytter biler mellom stasjoner. Denne endringen vil bli avklart, og dette er ikke langt fram i tid da Måselv har politiske beslutninger om utredning gjort for flere måneder siden.

I tillegg vil vi etterspørre om det er gjort ROS-analyse av diskuterte løsninger for ambulansestasjonen i Salangen. Et slikt arbeid bør også omfatte ledelse og deltakere i lokalt beredskapsråd, for å få et grunnfag fundament for beslutningen.

Undertegnede har forsøkt å få kontakt med styreleder både pr telefon og e-post for møte, men har ikke mottatt svar.

Forutsetter at styret i sitt møte 27.03.19 forelegges all dokumentasjon på dialog mellom kommunene Salangen og Lavangen, samt vurdering av alternativ plassering for omlasting på samferdselsknutepunktet Buktamoen.

Forutsetter at ingen endringer gjennomføres før ROS-analyse er gjort i samarbeid med lokale myndigheter, samt omlasting på Buktamoen er vurdert.

Mvh

Sigrun W Prestbakmo

Ordfører Salangen kommune

## Uttalelse fra årsmøtet i Troms og Finnmark KrF 23.02.19:

### **Finnmarkssykehuset som en del av UNN HF må konsekvens-utredes**

I regjeringserklæringen fra 18. Januar 2019, «Granavolden-plattformen», skriver Solbergregjeringen: «I forbindelse med vurderingen av den nye regionreformens konsekvenser for inndelingen av helseforetaket, foreslå at Finnmarkssykehuset blir en del av UNN.»

Årsmøtet konstaterer at forslaget ikke er utredet og heller ikke drøftet med de administrative ledelsene ved Finnmarkssykehuset eller UNN HF. Heller ikke politisk nivå på regionalt og lokalt plan er rådspurt.

Dersom UNN HF skal ha ansvar for all spesialisthelsetjeneste og akuttberedskap fra Narvik til Kirkenes og Longyearbyen og samtidig opprettholde universitetssykehusfunksjonene, er det etter KrF's oppfatning svært sannsynlig at det vil kreve en styrking både økonomisk og administrativt.

Årsmøtet i Troms og Finnmark KrF forutsetter at regjeringen utreder alle sider av saken, herunder dets konsekvenser for pasientsikkerhet, pasientbehandling og pasientstrømmer. Det må sikres bred medvirkning fra aktører som representerer fag, ansatte, administrasjon og brukerorganisasjonene. Også erfaringene med å innlemme lokalsykehusene i Narvik og Harstad i UNN HF må evalueres som en del av utredningen.

En slik utredning må danne faktagrunnlaget før regjeringen fatter en endelig beslutning i saken etter høring.

En utvidet utredning kan med fordel også omfatte konsekvenser av regionreformen for organiseringen av spesialisthelsetjenesten i andre fylker enn kun Troms og Finnmark.



Fra: Lillian Karlsen[lillian38@hotmail.no]  
Dato: 05.03.2019 20:04:21  
Til: Postmottak UNN (post@unn.no); postmottak@harstadkommune.no  
Tittel: Uttalelse vedr. bygging av Helsehus i Harstad.

---

Medlemsmøtet i Harstad Pensjonistforening 4.mars 2019 gir følgende uttalelse/ opprop!

Harstad trenger et helsehus snarest !

Det bør bygges i tilknytning til sykehuset!

Skissen av et helsehus som er utarbeidet mener vi ser ut som et godt forslag til           fint  
samarbeidsprosjekt mellom sykehus og helsehus.

Ingen må legge kjepper i hjulene for en snarlig bygging!

Harstad Pensjonistforening som teller 615 medlemmer/pensjonister mener oss berettiget til å  
være et viktig talerør i sakens anledning.

Dette er en enstemmig uttalelse fra et godt besøkt medlemsmøte.

Med hilsen for Styret

Lillian Karlsen (leder )



Finnmarkssykehuset HF  
UNN, Tromsø  
Fylkesmannen i Troms og Finnmark

**OVERFØRING AV DEN STYRENDE OG ADMINISTRATIVE MAKTA FRA  
FINNMARKSSYKEHUSENE TIL UNN.**

Årsmøte i Pensjonistforbundet Finnmark i Lakselv 5. – 7. mars 2019 har gitt uttalelse om overføring av den styrende og administrative makta fra Finnmarkssykehusene til UNN.

Viser til innsendt forslag fra Kirkenes Pensjonistforening om saken.

Årsmøte registrerer at Regjeringsplattformen fra Granavollen ønsker å sentralisere den styrende og administrative makta fra Finnmarkssykehusene til UNN i Tromsø.

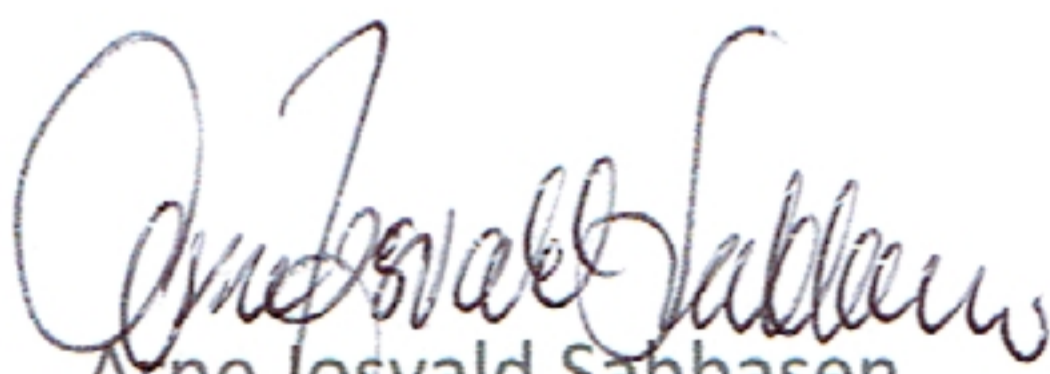
Ingen parter, arbeidstakergrupper eller pasientgrupper ble i forkant involvert i en slik prosess.

Nå har helseministeren invitert alle aktuelle parter inn i det videre arbeidet, men samtidig understreker han at vedtaket i Regjeringsplattformen ligger fast.

Pensjonistforbundet Finnmark er skeptisk til en slik endring av styringsmodellen for Finnmarkssykehusene. Den desentraliserte modellen som vi i dag har for helsetjenestene i fylket, vil stå for fall.

Årsmøtet til Pensjonistforbundet Finnmark krever at Finnmarkssykehusene opprettholdes som egen administrativ enhet i Helse Nord.

Tana, 14.3.2019



Arne Josvald Sabbasen  
Sekretær

Vedlegg: Forslag fra Kirkenes pensjonistforening



## **Forslag til Pensjonistforbundet Finnmark sitt årsmøte den 5.-7. mars 2019**

### **DETTE AKSEPTERER VI IKKE – OVERFØRING AV DEN STYRENDE OG ADMINISTRATIVE MAKTA FRA FINNMARKSSYKEHUSENE TIL UNN**

Forbauselsen var stor da vi ble kjent med at Regjeringsplattformen hadde med et punkt om at Finnmarkssykehusene skulle legges administrativt og styringsmessig under UNN i Tromsø. Dette hadde de 4 nye regjeringspartiene kokt sammen på Granavollen.

Dette oppfatter vi pensjonister som en hån mot oss finnmarkinger.

Ingen parter/arbeidstakere/pasientgrupper blir involvert i forkant av et slikt vedtak med unntak av styreleder i UNN som til media uttalte at han i en viss grad ventet et slikt utspill.

Vi pensjonister oppfatter dette igjen som Regjeringens arroganse overfor oss finnmarkinger. Dette føyer seg inn i rekken av saker som viser at vi i Finnmark betyr lite eller ingenting – regionsammenslåingen og politireformen er to gode eksempler!

Dette er utvilsomt en tvilsom hestehandel i den nye Regjeringen som Finnmark vil komme tapende ut av. Finnmarkssykehuset har gjennom mange år, vært opptatt av desentraliserte tjenester. Et godt utbygd ambulansetilbud. En har i tillegg til de to somatiske sykehusene etablert funksjoner både i Tana, Karasjok og Alta. Dette er det motsatte av den sentraliseringspolitikken dagens regjering forfekter.

Det blir vanskelig å snu noe når det er prestisje og ikke fornuft som styrer. En kan allikevel håpe at noen tar til fornuften, og hører på fagmiljøene i Finnmark og UNN. Hvis ikke, vil pasientene bli den store taperen!

Årsmøtet til Pensjonistforbundet Finnmark krever at Finnmarkssykehuset opprettholdes som en egen administrativ enhet i Helse Nord med et eget Styre.

Deres ref.: Deres dato: Saksbehandler:  
Hugo Thode HansenTelefon: Vår dato: Vår ref.:  
22.03.2019 2019/2167 / 614

UNN Postboks 100 9038 TROMSØ

Styret UNN  
Styreleder UNN

## HELSEHUS I HARSTAD

Harstad kommune vil på det sterkeste henstille til styret for UNN om å gjøre vedtak som gir mulighet for en rask realisering av Helsehus i Harstad i direkte tilknytning til UNN Harstad.

Dette med bakgrunn i følgende begrunnelser:

- **Den strategiske begrunnelsen**

### Pasientgrunnlag

Demografisk utvikling i Harstad og i hele UNN og helse Nord området tilsier en stor økning i to grupper av pasienter, eldre med sammensatte og kompliserte problemstillinger og mennesker med kroniske sykdommer. De to gruppene vil potensielt doble seg, samtidig som gruppen i yrkesaktiv alder ikke øker. Dette er en felles utfordring for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og fordrer slik Harstad kommune ser det, en felles strategi.

### Samhandling

Innbyggerne er ikke opptatt av om de er førstelinje eller andrelinje syk. Når de er syke, er de opptatt av å få en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste. Dette betyr at samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste blir helt avgjørende for å gi helsetjenester av god kvalitet for innbyggeren i fremtiden. Dagens helsetjenester framstår som fragmenterte, både mellom nivåer og innad i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Et grep som kan bidra til å løse dette, er å samlokalisere sykehus og kommunalt helsehus slik at vi i større grad samhandler og har dialog med hverandre i stedet for om hverandre.

### Kompetanse og rekruttering

Harstad kommune har et klart mål om å styrke UNN Harstad som et godt lokalsykehus, samt styrke begge organisasjoners muligheter for å utdanne og rekruttere tilstrekkelig helsepersonell for fremtiden. Et sterkt kompetansemiljø vil slik Harstad kommune ser det, kunne bidra til at vi tiltrekker oss kompetent personell og studenter til de helsefaglige utdanningene. Et eksempel er muligheten for å få 5. og 6. års legestudenter til Harstad, samt å utdanne og rekruttere sykepleiere ved å tilby gode felles praksisarenaer hvor studentene kan følge pasienten gjennom hele pasientforløpet.

- **At tomten gjør det mulig å etablere et helsehus uten at UNNs utviklingsmuligheter blir forringet.**

### Mulighet for videre utvikling av UNN Harstad

Det er utarbeidet skisser som viser at det er mulig å bygge helsehus uten å forringe mulighetene for å bygge et tilbygg til UNN Harstad i tråd med alternativ 1 i

Besøksadresse:  
Asbjørn Selsbanesgt. 9Postadresse:  
c/o Postmottak,  
Postboks 1000  
9479 HarstadTelefon:  
77 02 60 00E-post:  
postmottak@harstad.kommune.no  
Hjemmeside:  
www.harstad.kommune.noOrganisasjonsnr:  
972 417 971  
EHF til 9908:  
972 417 971Bankkonto:  
DnB  
1503 88 00008

Sykehusbygg sin rapport. Tomta muliggjør realisering av både kommunalt helsehus og alternativ 0 og 1 i Sykehusbygg sin utredning. Slik Harstad kommune forstår det, ligger realiseringen av et nytt sykehusbygg langt fram i tid, ref Helse nord sin investeringsplan. I en fase fram til dette blir en realitet, vil et samlokalisert helsehus kunne bidra positivt til den totale pasientbehandlingen for innbyggerne i området.

- **Nylig vedtak i kommunestyret**

Kommunestyret i Harstad har fattet følgende vedtak:

1. Kommunestyret i Harstad gir innspill til «Arealplan UNN Harstad», og ber om at det arbeides aktivt for å bygge nytt helsehus ved UNN Harstad, samtidig som framtidig utvikling av UNN Harstad ivaretas. Kommunestyret vil påpeke viktigheten av god samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, og at grensesnittet mellom disse er i konstant endring.
2. Harstad kommunestyre forventer en avklaring fra UNNs styre innen utgangen av første kvartal 2019.

- **Møtet med styrelederen**

Ordførere inviterte styreleder til møte med kommunens politiske og administrative ledelse 21. januar 2019.

Vedlagt følger presentasjonen som blant annet viser at nytt helsehus vil gi økt kapasitet, bidra til bedre samhandling, gi positive synergier for drift og utvikling av både sykehus og kommunehelsetjeneste, og kunne legge til rette for rekruttering og kompetanseutvikling for begge partnere.

Harstad kommune tillater seg å foreslå at det legges til en ny setning i administrasjonen sitt forslag til vedtak punkt 2:

*«Det skal legges til rette for å bygge et kommunalt helsehus i direkte tilknytning til sykehuset.»*

Videre mener vi at en naturlig følge av dette er at punkt 3 strykes.

Med vennlig hilsen

  
Marianne Bremnes  
Ordfører

  
Hugo Thode Hansen  
Rådmann



# Møte med Ansgar Gabrielsen Styreleder UNN

Harstad 21.01.2019

Frode Risdal, kommuneoverlege/enhetsleder



## Gode pasientforløp

Helsetjenesten må tilby:  
Kompetanse Kvalitet Kontinuitet





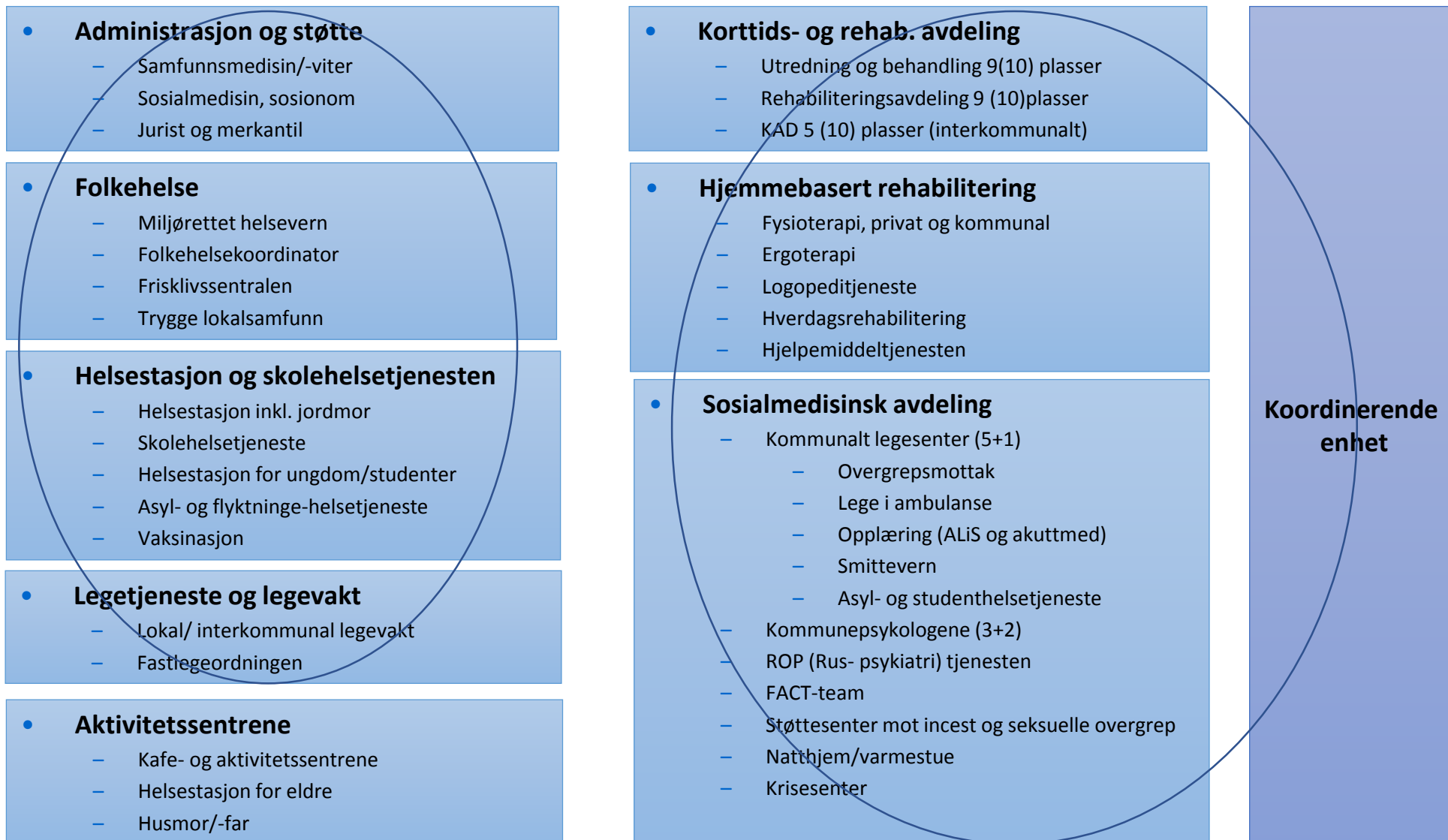
## Nytt Helsehus i Harstad

**Et organisatorisk grep for å møte morgendagens utfordringer uten å måtte øke ressursen vesentlig.**

- Fokus på forebygging, diagnose/behandling og rehabilitering. Gode pasientforløp.
- Tverrfaglig struktur.
- Opplæringsansvarlig på kommunenivå.
- Etablering av et nytt Helsehus øker kapasiteten med 2550 liggedøgn (Helse Nord – demografiske utviklingstrekk, utviklingsplan 2019-2035).
  - Total kapasitet nytt Helsehus:
    - 3650 KAD-døgn
    - 3650 ReHab-døgn
    - 3650 intermediær-døgn (etter/før/i stedet for behandling)



# Nytt Helsehus i Harstad



## Gode pasientforløp

- **Fokus:** Kompetanse, kvalitet, kontinuitet og respekt.
- **Sykehuset** er best på diagnostikk og oppstart av behandling.
- **Kommunen** tar imot, behandler og rehabiliterer.
- **Fagfolk** snakker med hverandre og med pasienten/pårørende.

## Etablere felles kultur

- Spise matpakken sammen. Uformelle møteplasser
- Snakke med hverandre, ikke om hverandre

## Læringsarena for dagens og fremtidens helsearbeidere

- Følge pasient: sykehus (2-3 dager), helsehus (1-2 uker) og hjem
- Mulighet for 5. og 6. års medisinstudiet
- Økt rekruttering for UNN og kommunene (lakseeffekt)

# Gevinster ved samlokalisering

### Arena for brukerorganisasjoner – Hverdagsmestring

- Det å være syk eller pårørende er en spisskompetanse som må komplettere helsetjenesten og være et tilbud til Ola og Kari.
- Resepsjon, møteplass og kontor
- Lærings og mestringssenter - Frisklivssentralen

### Helsemessig beredskap

- UNN kan disponere 30 senger ekstra ved traumeberedskap.
- Felles beredskapsressurser

### Reservekapasitet i forbindelse med ombygging av UNN

- UNN kan disponere en avdeling med 10 senger

### Rasjonell drift

- Over 400 ambulansetransporter blir overflødige

# Gevinster ved samlokalisering

### Felles bruk av ressurser

- Kantine, matproduksjon og distribusjon av mat
- Felles drift av støttefunksjoner
- Kapellet med tilhørende rom (UNN)
- Gymsaler og basseng
- Avfallshåndtering
- Forsyning og varemottak

### Felles bruk av ressurser

- Renhold, vaskeritjeneste og arbeidstøy
- Sengevaskemaskin
- Undervisningsarealer (HK)
- Møterom (HK)
- Bibliotek (HK)
- Lærings- og mestringscenter (HK)

### Felles bruk av ressurser

- Akutten, LV-sentral/responscenter/callsenter (HK)
- Jordmortjeneste (UNN)
- Overgrepsmottak (UNN/HK)
- Legebemannet ambulanse (HK/UNN)

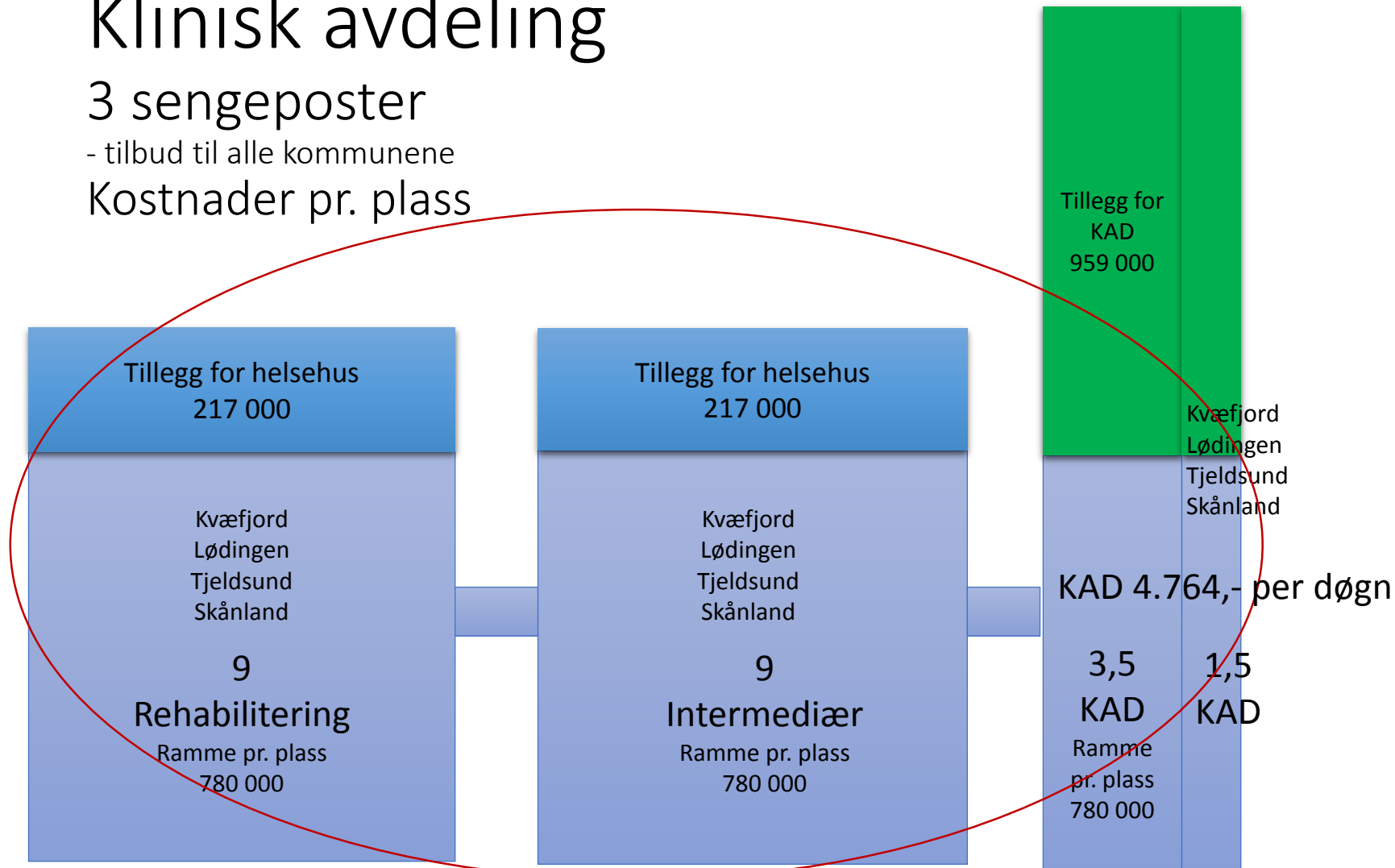
# Gevinster ved samlokalisering

# Klinisk avdeling

3 sengeposter

- tilbud til alle kommunene

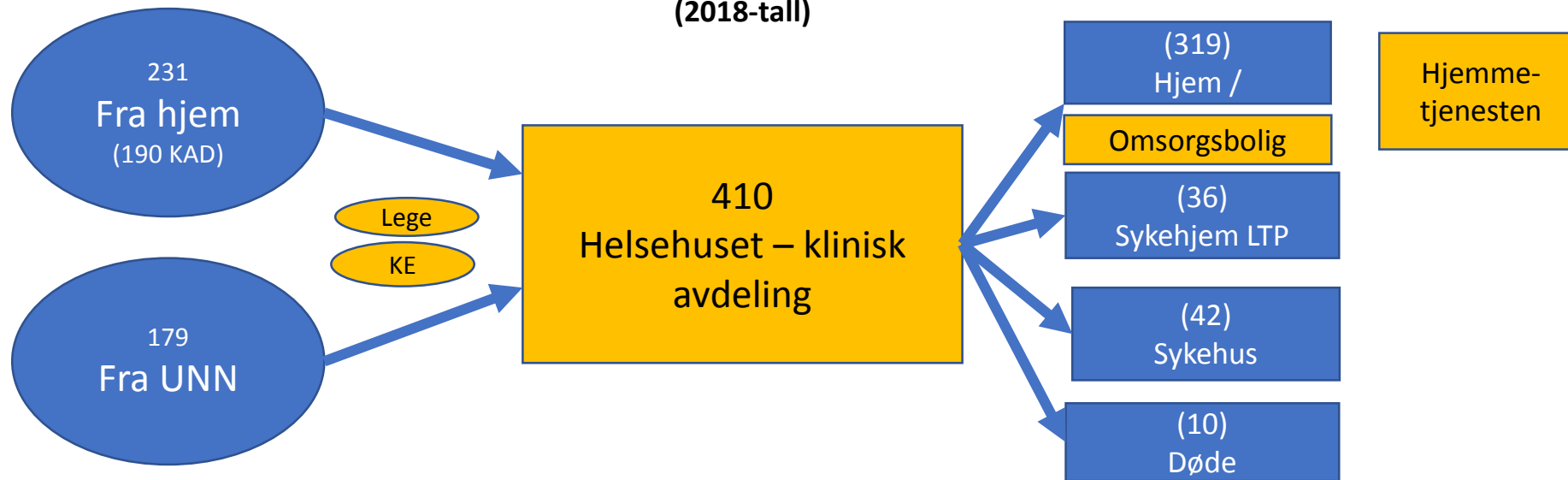
Kostnader pr. plass



**3 leger, 4 fysioterapeuter, 3 ergoterapeuter, sosionom, spesialsykepleiere, sykepleiere, hjelpepleiere, psykolog, kokk og assistent og leger i vakt**

# Fra Omsorg til behandling og rehabilitering

Bra for Ola og Kari  
 Bra for Harstad kommune  
 Bra for UNN  
 (2018-tall)



Rehabilitering 15,0 d  
 Utredning 14,6 d  
 KAD 7,3 d

Potensialet i nytt helsehus

Rehabilitering 10(9) plasser  
 Utredning 10(9) plasser  
 KAD 10(5) plasser  
 Totalt 2555 nye liggedøgn

# Bra for helseforetaket

- Sykehuset diagnostiserer og starter behandling.
- Kommunen tar imot, behandler og rehabiliterer.
- HT 06.10.14:  
*«Fra å være blant landsdelens dyreste sykehus er Harstad nå blant de billigste og mest effektive.»*

Grunnlagt 1887  
Uke 41 - Nr. 229 - 126. årgang

FØLG DAGEN PÅ [ht.no](http://ht.no)

MANDAG

# Harstad Tidende

6. oktober 2014

Tips oss på telefon 77 01 80 01

Løssalg kr 30,-

## Helt på topp i Nord-Norge



**Mange store og små glimt av humor**

Les vår anmeldelse av revyen.  
Kultur Side 28-29



**Anmeldt for underslag i bandykretsen**

Sport Side 16



**Kraftavtale bedrift?**  
Kontakt Astrid:  
Tlf: 77 04 26 50 - marked@hik.no  
Hålogaland Kraft | Marked



**Prat om lån? Kontakt meg**  
Turid Fenes  
turid\_fenes@sn.no  
90 36 59 38

SpareBank  
NORD-NORGE

FOTO: Odd Leif Andreassen



Fra å være blant landsdelens dyreste sykehus er Harstad nå blant de

billigste og mest effektive. Ikke rart de smiler bredt, avdelingslederne

Per Chr. Valle (medisinsk avdeling) og Anders Nordgård (kirurgisk

avdeling). Les om snuoperasjonen.  
Nyheter Side 2-3



# Helsehus ved UNN Harstad

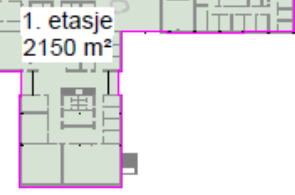








- Avd. Forebyggende for barn
- Helsecenter
- Avd. forebyggende for eldre
- Felles
- Lager/Medisin/Drift
- Kommunikasjon
- Koordinerende enhet
- Rehabilitering
- Ressurssenter
- Våtrom
- Øvrig Helsestasjon
- Øvrig Legesenter







### Fra døgn til dag:

- Større areal til poliklinikker
- Flere liggedøgn i kommunene

### Fra flersengsrom til ensengsrom:

- Bevare verdighet
- Redusere infeksjonsrisiko

### Ny røntgen og operasjonsavdeling:



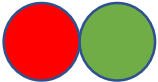
- Nye krav til teknisk utstyr

### Ny akuttmedisinsk kjede:

- Tidskritisk linje

## Utfordringer for UNN Harstad

# UNNs utbyggingsalternativer – mulighetsrom for helsehus

- Alternativ 0 – Rehabilitering innenfor dagens sykehuskropp 
- Alternativ 1 – Rehabilitering og tilbygg 
- Alternativ 2 - Nybygg 

## Til slutt...

Sykehusene skal være best på diagnostikk og oppstart av behandling.  
(UNN Harstad medisinsk avdeling: 3.5 døgn pr mai 2018)

Kommunehelsetjenesten må komplettere sykehusene i behandling og rehabilitering av skrøpelige eldre og kronikere.

Kommunene må flytte ressurser fra omsorg til forebygging/ behandling og rehabilitering.

UNN Harstad og Harstad kommune har en tradisjon for samarbeid, tverrfaglighet og kompetanseoppbygging. Sammen med UiT må dette videreutvikle og benyttes som en læringsarena for fremtidige helsearbeidere.

**Helsetjenesten må ha fokus på  
forebygging, gode pasientforløp, mestring og læring.  
Studentene må få det inn med morsmelka!**

Fra: Aud Jorun Pedersen[Aud.Pedersen@harstad.kommune.no]

Dato: 22.03.2019 14:27:37

Til: Postmottak UNN (post@unn.no); Styreleder UNN Ansgar Gabrielsen; Bjerke Helga Marie; Anne Sissel Faugstad; Hansen Erik Arne; Grete Kristoffersen; Pettersen Jan Eivind; Johan Ailo Mattias Kalstad; Johnsen Marianne; Dahl Per Erling; Evju Sverre Håkon; Loennechen Thrina; Haukland Vibeke

Kopi: Hugo Thode Hansen; Marianne K Bremnes

Tittel: Brev til Styret UNN, styreleder UNN - Helsehus i Harstad

---

Vedlagt oversendes brev, datert 20.03.2019 fra Ordføreren i Harstad og Rådmannen i Harstad.

Hilsen

**Aud Jorun Pedersen**

Konsulent

Service- og dokumenttjenesten

Harstad kommune Hársttáid suohkan

Tlf 91690811

[aud.jorun.pedersen@harstad.kommune.no](mailto:aud.jorun.pedersen@harstad.kommune.no)

[www.harstad.kommune.no](http://www.harstad.kommune.no)

Følg oss på sosiale medier:

[www.facebook.com/harstadkommune](https://www.facebook.com/harstadkommune)

[www.twitter.com/harstadkommune](https://www.twitter.com/harstadkommune)





## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
31/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	27.3.2019
Saksansvarlig: Leif Hovden		Saksbehandler: Leif Hovden

### Eventuelt

Tromsø, 15.3.2019

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør