



STYRESAK

| | |
|------------------|--------------------------|
| Styresak: | 80/2021 |
| Møtedato: | 13.10.2021 |
| Arkivsak: | 2021/4-7 |
| Saksbehandler: | Ingrid Lernes Mathiassen |

Orienteringssaker til styremøte 13.10.2021

Innstilling til vedtak

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

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
2. Kvalitet- og pasientsikkerhet – pasienthistorie
3. Presentasjon av kostnad per pasient (KPP) - *mundlig*
4. Plassering av bygg – PHRK fremdrifts- og milepælsplan - *skriftlig*
5. Utviklingsplan for Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2022 – 2038 – organisering av arbeidet– *skriftlig*
6. Delstrategi Klima og miljø Helse Nord RHF 2021 – 2030 – *skriftlig*
7. Anestesi og operasjonsvirksomheten ved UNN – *skriftlig og muntlig*
8. Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer – *skriftlig og muntlig*
(vedlegg til saken i egen forsendelse)

--- Slutt på innstilling. Ikke fjern denne linjen. ---

Tromsø, 06.10.2021

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

| | |
|----------------|---------------------------------------|
| Møtedato: | 13.10.2021 |
| Arkivsak: | 2020/10153-8 |
| Saksbehandler: | Tor- Arne Hanssen og Eirik Stellander |

Plassering av bygg Psykisk helse og rusbehandling- fremdrifts og milepælsplan

Bakgrunn

Helse Nord RHF (Helse Nord) behandlet den 30. juni 2021 styresak 91-2021, *Arealer til psykisk helse og rusbehandling – konseptfase og valg av tomt, Universitetssykehuset Nord-Norge – Tromsø*. Styresaken var en delbeslutning etter første fase av konseptfaseutredningen for prosjektet og omhandlet hovedprogram for prosjektet og tomteplassering av bygg. Styret gjorde et vedtak i 8 punkter og har bedt Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) om å følge opp 5 av punktene (2, 3, 4, 6 og 7) i videre utredning, samt å legge fram en oppdatert tidsplan for konseptfasen.

Formål

Denne saken skal informere styret i UNN om videre arbeid med konseptfasen, milepæler og budsjett.

Saksutredning

Prosjektledelsen i Sykehusbygg HF har satt opp en framdriftsplan med milepæler for arbeidet med konseptfasen. OU prosjektledelsen sammen med klinikkledelsen i Psykisk helse- og rusklinikken har samtidig utarbeidet en plan for organisering av arbeidsgruppe for videre arbeid. Disse planene er presentert for prosjektets styringsgruppe 22. september og noe justert for å tilpasses styrebehandling. Konseptfasearbeidet vil forlenges med 12 måneder fra opprinnelig plan og forventet kostnad øker med omlag 16 mill. kr til 31,5 mill. kr. Dette tallet er avhengig av detaljeringer av prosessen og vil kunne justeres noe i løpet av avklaringer i oktober måned. Den økte kostnaden legges inn i foretakets driftsbudsjett for 2022 og behandles i foretakets budsjettprosess.

Saksframleggene for styringsgruppens behandling er vedlagt denne saken. Hovedpunktene er presentert i tabeller under:



Milepælplan

| Tidslinje | Hoved leveranser | Milepælsdato |
|-----------|--|--|
| aug.21 | Avklare videre prosess og oppgaver | |
| sep.21 | Revidert Plan og budsjett | |
| | Innhente erfaring & faglige vurderinger | |
| okt.21 | Hovedprogram | |
| | Usikkerhet alternativer | |
| nov.21 | Usikkerhet alternativer | |
| | Økonomiske analyser | |
| des.21 | Utarbeide vedlegg til steg 1 | KSK rapport steg 1? |
| jan.22 | Leveranse: Vedlegg steg 1 | Behandling i styringsgruppen |
| feb.22 | Innspill og høringsrunde eksterne | Styrebehandling UNN? |
| mar.22 | Beslutningspunkt B3A Styrebehandling UNN | Styrebehandling UNN |
| apr.22 | Godkjenning B3A Styrebehandling HN RHF | Styremøte HN 27.04.22 |
| mai.22 | Skisseprosjekt | |
| jun.22 | Skisseprosjekt | |
| jul.22 | | |
| aug.22 | Konseptrapport, steg 2 rapport | Usikkerhetsanalyse |
| sep.22 | Leveranse Konseptrapport | KSK Rapport |
| okt.22 | Styrebehandling Konseptrapport | Behandling i styringsgruppen, 05.10.22 Styrebehandling UNN, dato? |
| nov.22 | Beslutningspunkt B3 konseptfase | Godkjenning |
| des.22 | Lånesøknad | Styrebehandling HN RHF, Styremøte 23.11 |

Budsjett

| | | |
|---|---------------------------------------|------------|
| 1 | Prosjektledelse og administrasjon | 5 200 000 |
| 2 | Funksjonsplanlegging og framskrivning | 7 600 000 |
| 3 | Teknikk | 2 000 000 |
| 4 | Prosjektstøtte | 800 000 |
| 5 | Arkitekt og BIM | 10 000 000 |
| 6 | Bygg kalkulasjon | 700 000 |
| 7 | 3 part, KSK | 1 000 000 |
| 9 | RI COWI | 3 500 000 |
| 8 | Reisekostnader | 700 000 |
| | Totalt | 31 500 000 |

Vurdering

Utredningsarbeidet med første fase av konseptfase for nybygg til psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø er gjenopptatt og tar sikte på å levere grunnlag til ny styrebehandling i tråd med Helse Nord styrets vedtak, i UNN-styret i mars 2022 og i Helse Nord-styret i april 2022. Endelig konseptrapport tilstrebes å bli behandlet høsten 2022, slik at lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet kan sendes innen desember 2022.



Vedlegg:

1 PHR sak 24

2 PHR sak 25



| | |
|--------------|---|
| Prosjekteier | Universitetssykehuset Nord-Norge HF |
| Prosjekt | PHR – Nye areal Psykisk helsevern og rusbehandling Tromsø, UNN HF |
| Dokumentnavn | Sak 24/2021 Revidert budsjett konseptfasen |

Konseptfase - Nybygg psykisk helse- og rusbehandling Tromsø

Styringsgruppen

Sak 24/2021 Revidert budsjett konseptfasen

Det vises til styresak 91-2021 i Helse Nord, hvor styret ber om ytterligere utredninger i konseptfasen for nye arealer psykisk helse og rus ved UNN Tromsø.

Prosjektets opprinnelige plan var å starte steg 2 av konseptfasen i juni 2021, med leveranse av konseptrapport i desember 2021. Styresak 91-2021 i Helse Nord medfører at oppgavene i prosjektet øker, og planen må forlenges. Det tas sikte på å rekke lånesøknad til statsbudsjettet i 2023, med ny dato for leveranse av konseptrapporten innen oktober 2022.

Dette betyr en dobling i tid av fasen, fra 1 til 2 år.

Styresak 91-2021 i Helse Nord

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar Hovedprogram Nye areal for psykisk helse og rusbehandling ved UNN Tromsø, konseptfase, til orientering.
2. Styret mener at det er usikkerheter knyttet til anbefalte løsninger, og ber om at prosjektet utredes ytterligere både for Åsgård, Breivika og delt løsning, som likeverdige løsninger, med bakgrunn i momenter som går frem av denne styresak.
3. Styret ber adm. direktør følge opp at en konkretisering av faglige vurderinger kommer tydeligere frem i det videre arbeidet.
4. Styret ber adm. direktør følge opp at innspill fra eksterne interessenter blir innarbeidet i den endelige konseptfaserapporten gjennom en høring- eller innspillsrunde.
5. Styret ber adm. direktør følge opp at regionens samlede behov for regionale funksjoner innarbeides i konseptfaserapporten.
6. Styret vektlegger at det videre arbeid skjer i nært samarbeid og drøftes med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerorganisasjoner i UNN og regionalt.
7. Styret ber adm. direktør legge frem en oppdatert tidsplan for UNNs arbeid med konseptfasen for nye arealer psykisk helse og rus ved UNN Tromsø.



Prosjekteier Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Prosjekt PHR – Nye areal Psykisk helsevern og rusbehandling Tromsø, UNN HF
Dokumentnavn Sak 24/2021 Revidert budsjett konseptfasen

8. Styret understreker at eventuell forsinkelse ikke skal åpne for at andre tiltak blir prioritert foran dette prosjektet

Omfang

15.september gjennomførte UNN et møte med Helse Nord for å avklare omfang og oppgaver knyttet til vedtakene i styresak 91-2021 i Helse Nord. Det ble i møtet presisert at ledelsen vektla *kvalitet* i beslutningsgrunnlaget. Det ble vist til sakens underlag, og punktene listet under «Til diskusjon.»

- Ambisjoner for faglig samhandling
- Tomt til sikkerhetspsykiatri
- Parkering
- Sammenheng med arealutviklingsplan for Breivika
- Trafikk/samferdsel
- Investeringsbehov
- Økonomisk bærekraft
- Muligheter

Prosjektet forstår oppgaven slik at det ikke skal gjøres nye utredninger, men at man skal bruke noe mer tid på å tydeliggjøre punktene over.

Oppgavene retter seg mot både bygg, OU, klinikken og UNN.

Ressurser

Prosjektet vil beholde ressurser i prosjektet, og er i dialog med ARK og RI i forhold til en forlenging av perioden.

Noen ressurser er planlagt over i andre prosjekt, og det kan bli noen overlappende perioder med utskiftning av ressurser.

Prosjektet legger vekt på kontinuitet i bemanning, og rollene vil derfor gli noe mellom personer for å legge aktivitet der behovet er størst. Det betyr at i en fase før nyttår, vil byggeprosjektet bidra i større grad med avklaringer knyttet til OU-prosessen og faglige vurderinger ved behov.



Prosjekteier Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Prosjekt PHR – Nye areal Psykisk helsevern og rusbehandling Tromsø, UNN HF
 Dokumentnavn Sak 24/2021 Revidert budsjett konseptfasen

Milepæler og leveranser

| Tidslinje | Hoved leveranser | Milepælsdato |
|-----------|--|---|
| aug.21 | Avklare videre prosess og oppgaver | |
| sep.21 | Revidert Plan og budsjett | |
| | Innhente erfaring & faglige vurderinger | |
| okt.21 | Hovedprogram | |
| | Usikkerhet alternativer | |
| nov.21 | Usikkerhet alternativer | |
| | Økonomiske analyser | |
| des.21 | Utarbeide vedlegg til steg 1 | KSK rapport steg 1? |
| jan.22 | Leveranse: Vedlegg steg 1 | Behandling i styringsgruppen, dato? Styrebehandling UNN, dato? |
| feb.22 | Innspill og høringsrunde eksterne Styres av UNN | |
| mar.22 | Beslutningspunkt B3A Styrebehandling HN RHF Godkjenning B3A | Styremøte HN 24.03.22 ? |
| apr.22 | Oppstart skisseprosjekt | Styremøte HN 27.04.22? |
| mai.22 | Skisseprosjekt | |
| jun.22 | Skisseprosjekt | |
| jul.22 | | |
| aug.22 | Konseptrapport, steg 2 rapport | Usikkerhetsanalyse |
| sep.22 | Leveranse Konseptrapport | KSK Rapport |
| okt.22 | Styrebehandling Konseptrapport | Behandling i styringsgruppen, dato? Styrebehandling UNN, dato? |
| nov.22 | Beslutningspunkt B3 konseptfase | Godkjenning Styrebehandling HN RHF, Styremøte 23.11 |
| des.22 | Lånesøknad | |

Styrende organ har ikke konkretisert i hvilke styringsmøter og ledermøter de ulike sakene skal behandles/beslutes. Planen justeres i forhold til beslutningsdatoer, behandlingstid av saker, og eventuelle endringer i omfang av aktiviteter.



Prosjekteier Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Prosjekt PHR – Nye areal Psykisk helsevern og rusbehandling Tromsø, UNN HF
Dokumentnavn Sak 24/2021 Revidert budsjett konseptfasen

Revidert budsjett

Dette er et forslag til diskusjon, basert på prosjektets forståelse av videre prosess og omfang.

| | | |
|---|---------------------------------------|------------|
| 1 | Prosjektledelse og administrasjon | 5 200 000 |
| 2 | Funksjonsplanlegging og framskrivning | 7 600 000 |
| 3 | Teknikk | 2 000 000 |
| 4 | Prosjektstøtte | 800 000 |
| 5 | Arkitekt og BIM | 10 000 000 |
| 6 | Bygg kalkulasjon | 700 000 |
| 7 | 3 part, KSK | 1 000 000 |
| 9 | RI COWI | 3 500 000 |
| 8 | Reisekostnader | 700 000 |
| | Totalt | 31 500 000 |

Det presiseres at endelig budsjett ikke kan settes, før det er en tydelig enighet om hva oppgaver og omfang er, også sett opp mot tidsplan.

Budsjett vil justeres i tråd med omfang og aktiviteter.

Trondheim, 15.09.2021

Aud Kamilla Sivertsen

Forslag til vedtak: Forslag til budsjett godkjennes.



Prosjekteier Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Prosjekt PHR – Nye areal Psykisk helsevern og rusbehandling Tromsø, UNN HF
Dokumentnavn Sak 25/2021. Fremdriftsplan og skissering av veien videre

Konseptfase - Nybygg psykisk helse- og rusbehandling Tromsø

Styringsgruppen

Sak 25/2021 Fremdriftsplan og skissering av veien videre

Det vises til styresak 91-2021 i Helse Nord, vedtakspunkt 7., hvor styret ber adm. direktør legge frem en oppdatert tidsplan for UNNs arbeid med konseptfasen for nye arealer psykisk helse og rus ved UNN Tromsø.

Prosjektets opprinnelige plan var å starte steg 2 av konseptfasen i juni 2021, med leveranse av konseptrapport i desember 2021. Styresak 91-2021 i Helse Nord medfører at oppgavene i prosjektet øker, og planen må forlenges. Det tas sikte på å rekke lånesøknad til statsbudsjettet i 2023, med ny dato for leveranse av konseptrapporten innen oktober 2022.

Styresak 91-2021 i Helse Nord

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar Hovedprogram Nye areal for psykisk helse og rusbehandling ved UNN Tromsø, konseptfase, til orientering.
2. Styret mener at det er usikkerheter knyttet til anbefalte løsninger, og ber om at prosjektet utredes ytterligere både for Åsgård, Breivika og delt løsning, som likeverdige løsninger, med bakgrunn i momenter som går frem av denne styresak.
3. Styret ber adm. direktør følge opp at en konkretisering av faglige vurderinger kommer tydeligere frem i det videre arbeidet.
4. Styret ber adm. direktør følge opp at innspill fra eksterne interessenter blir innarbeidet i den endelige konseptfaserapporten gjennom en høring- eller innspillsrunde.
5. Styret ber adm. direktør følge opp at regionens samlede behov for regionale funksjoner innarbeides i konseptfaserapporten.
6. Styret vektlegger at det videre arbeid skjer i nært samarbeid og drøftes med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerorganisasjoner i UNN og regionalt.



Prosjekteier Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Prosjekt PHR – Nye areal Psykisk helsevern og rusbehandling Tromsø, UNN HF
Dokumentnavn Sak 25/2021. Fremdriftsplan og skissering av veien videre

7. Styret ber adm. direktør legge frem en oppdatert tidsplan for UNNs arbeid med konseptfasen for nye arealer psykisk helse og rus ved UNN Tromsø.
8. Styret understreker at eventuell forsinkelse ikke skal åpne for at andre tiltak blir prioritert foran dette prosjektet

Prosjektarbeid og ytterligere utredninger er først og fremst knyttet til vedtaks punkt 2 og 3. Det legges stor vekt på faglige vurderinger, en balansert beskrivelse av alternativene samt vurdering av pasientforløp og den opplevde kvaliteten for pasienten. Helse Nord har utdypet aktuelle problemstillinger i saksfremleggets del benevnt «til diskusjon.»

Oppgaven

1. En økt aktivitet med OU arbeidet som skal legge føringene for økt kvalitet i behandlingen og hvordan bygget/ene skal legge til rette for organisasjon og forløp i fremtiden.
2. Besvare problemstillinger som Helse Nord i saksfremlegget har tematisert under «til diskusjon».
3. Leveransen er et vedlegg til steg 1 rapport, og skal styrebehandles i Helse Nord på møte 23. april 2022.

Vedtaks punkt 2: Alternativene utredes ytterligere, som likeverdige løsninger:

I vedtaket bes det om at alternativene utredes ytterligere, og som likeverdige løsninger.

Det kan i flere sammenhenger være vanskelig å beskrive hva som er likeverdig, når alternativene vil gi ulike fordeler og ulemper for ulike grupper pasienter, hvor verdi ikke lar seg vekte. En tolker begrepet likeverdig med at alternativene skal belyses ut fra et felles sett kriterier.

Prosjektet PHR omfatter en stor, differensiert og sammensatt pasientgruppe. Både behandlingsnivå og egenmestring hos pasienten varierer. Innenfor psykisk helse fra pasienter i behov av polikliniske tilbud, via pasienter i behov av døgnopphold på DPS-nivå, pasienter i behov av døgntilbud innenfor rammene av akuttposter til pasienter ved sikkerhetsposter på lokalt- og regionalt nivå. Innenfor TSB vil en tilsvarende ha en ha pasienter i behov av polikliniske tilbud, i behov av avrusning inkl. akutt avrusning til pasienter ved mer spesialiserte tilbud. Beskrivelse av ulike pasientgrupper og deres behov må beskrives. Fordeler og ulemper ved ulike løsninger må belyses differensiert for ulike pasientgrupper.

Videre arbeid med utredning krever et tett samarbeid mellom OU og bygg.



Prosjekteier Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Prosjekt PHR – Nye areal Psykisk helsevern og rusbehandling Tromsø, UNN HF
Dokumentnavn Sak 25/2021. Fremdriftsplan og skissering av veien videre

Vedtakupunkt 3: En konkretisering av faglige vurderinger:

Prosjektet vil se på tilsvarende prosjekt som er under bygging, og innhente erfaring fra prosjekt som er ferdigstilt.

Det er behov for å avklare hvilke faglige vurderinger man ønsker. En ser behov for å få belyst problemstillingene fra ulike faglige perspektiver innenfor virksomheten inkludert et pasient-brukerperspektiv. Et somatisk perspektiv vil også være viktig i de faglige vurderingene. En må vurdere hvordan en også ønsker å ta inn faglige vurderinger fra eksterne fagmiljøer.

Det vil i henhold til styresak UNN 72/2021, bli vektlagt å innhente og konkretisere faglige vurderinger fra ulike fagmiljøer lokalt og nasjonalt. Hensynet til å tilby god behandling for primærtilstandene psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser vil bli særlig vektlagt. Samtidig vil flere andre relevante hensyn som eksempel samhandling med somatikk, forskningsaktivitet og rekruttering bli drøftet og vurdert. Det er ønskelig å innhente og formidle konkrete erfaringer og faglige innspill fra ulike nybygg-prosjekter.

En viktig del av arbeidet med faglige vurderinger vil være å se på pasientforløp og særtrekk ved de ulike pasientgruppene. Her må vi differensiere og tilpasse der det er nødvendig, men også beholde en grad av generalitet og fleksibilitet som legger til rette for nye behandlingsmetoder, demografiske endringer og et økt fokus på å gi god og tilstrekkelig PHV og TSB behandling.

En viktig faglig vurdering vil også være en vurdering av hvordan vi kan sikre tilstrekkelig ressurser for å gi et godt tilbud.

Omfang

15.september gjennomførte UNN et møte med Helse Nord for å avklare omfang og oppgaver knyttet til vedtakene i styresak 91-2021 i Helse Nord. Det ble i møtet presisert at ledelsen vektla *kvalitet* i beslutningsgrunnlaget. Det ble vist til sakens underlag, og punktene listet under «Til diskusjon»:

- Ambisjoner for faglig samhandling
- Tomt til sikkerhetspsykiatri
- Parkering
- Sammenheng med arealutviklingsplan for Breivika
- Trafikk/samferdsel
- Investeringsbehov
- Økonomisk bærekraft



Prosjekteier Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Prosjekt PHR – Nye areal Psykisk helsevern og rusbehandling Tromsø, UNN HF
 Dokumentnavn Sak 25/2021. Fremdriftsplan og skissering av veien videre

- Muligheter

Prosjektet forstår oppgaven slik at det ikke skal gjøres nye utredninger, men at man skal bruke noe mer tid på å tydeliggjøre punktene over.

Oppgavene retter seg mot både bygg, OU, klinikken og UNN.

Milepæler

| Tidslinje | Hoved leveranser | Milepælsdato |
|-----------|---|--|
| aug.21 | Avklare videre prosess og oppgaver | |
| sep.21 | Revidert Plan og budsjett | |
| | Innhente erfaring & faglige vurderinger | |
| okt.21 | Hovedprogram | |
| | Usikkerhet alternativer | |
| nov.21 | Usikkerhet alternativer | |
| | Økonomiske analyser | |
| des.21 | Utarbeide vedlegg til steg 1 | KSK rapport steg 1? |
| jan.22 | Leveranse: Vedlegg steg 1 | Behandling i styringsgruppen |
| feb.22 | Innspill og høringsrunde eksterne | Styrebehandling UNN? |
| mar.22 | Beslutningspunkt B3A Styrebehandling UNN | Styrebehandling UNN |
| apr.22 | Godkjenning B3A Styrebehandling HN RHF | Styremøte HN 27.04.22 |
| mai.22 | Skisseprosjekt | |
| jun.22 | Skisseprosjekt | |
| jul.22 | | |
| aug.22 | Konseptrapport, steg 2 rapport | Usikkerhetsanalyse |
| sep.22 | Leveranse Konseptrapport | KSK Rapport |
| okt.22 | Styrebehandling Konseptrapport | Behandling i styringsgruppen, 05.10.22 Styrebehandling UNN, dato? |
| nov.22 | Beslutningspunkt B3 konseptfase | Godkjenning Styrebehandling HN RHF, Styremøte 23.11 |
| des.22 | Lånesøknad | |

Planen er tilpasset for å ivareta de krav som Helse Nord har gitt i styresak 91-2021 om å bruke lengre tid på OU prosesser i steg 1. Tiden som er satt av til skisse-prosjekt er svært kort. For tilstrekkelig tid til gjennomføring av skisseprosjekt, bør det settes av minimum 6 måneder. Dette er en avveining UNN må ta, i forhold til viktigheten av å sikre at det grunnleggende er avklart før valg av tomt og at der er en intern enighet og en føring om videre samhandling i foretaket. Videre må det tas hensyn til tidsperspektivet og dagens situasjon med en svært dårlig bygningsmasse på Åsgård. Om mulig, kan noen utredninger i skisseprosjekt flyttes til forprosjekt, dette må avklares.



Prosjekteier Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Prosjekt PHR – Nye areal Psykisk helsevern og rusbehandling Tromsø, UNN HF
Dokumentnavn Sak 25/2021. Fremdriftsplan og skissering av veien videre

Datoer og rekkefølge må avklares

Styrende organ har ikke konkretisert i hvilke styringsmøter og ledermøter de ulike sakene skal behandles/beslutes. Planen justeres i forhold til beslutningsdatoer, behandlingstid av saker, og eventuelle endringer i omfang av aktiviteter.

Det er ikke blitt diskutert om alternativene skal evalueres på nytt. I planen forutsettes det at vedlegget skal behandles i UNN styret med en eventuell ny avstemming, før saken går ut på høring. Endelig B3A besluttet i Helse Nord i april 2022, før prosjektet går videre til steg 2 i konseptfasen.

Trondheim, 15.09.2021

Aud Kamilla Sivertsen

Njål Bjørhovde

Forslag til vedtak: Revidert fremdriftsplan

VEDLEGG: Tentativ fremdriftsplan med illustrert forståelse av oppgaver og omfang

** Plan med innhold er tentativ. Datoer, omfang og oppgaver avklares nærmere med Helse Nord, UNN og Styringsgruppen.*



Prosjekteier Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Prosjekt PHR – Nye areal Psykisk helsevern og rusbehandling Tromsø, UNN HF
 Dokumentnavn Sak 25/2021. Fremdriftsplan og skissering av veien videre

| Forslag, overordnet oppgavefordeling | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|--|--|
| Tidslinje | Hoved leveranser | Prosjekt bygg | OU | ARK/RI/KSK | UNN |
| aug.21 | Avklare videre prosess og oppgaver | Avklare omfang prosjekt | Avklare omfang prosjekt | | Avklare omfang prosjekt |
| sep.21 | Revidert Plan | Plan, budsjett | Plan | Bearbeide Breivika alternativ | Tomter Breivika |
| | Irnhente erfaring & faglige vurderinger | Samlokalisering og samhandling somatisk; intensjon og erfaring fra andre prosjekt | Faglige vurderinger Planlegge OU prosess | Utfordre temaer | Parkerings strategi UNN |
| okt.21 | Hovedprogram | Kategorisere funksjoner i hovedprogrammet, volumer Prioritere kriterier Tydeliggjøre sterke og svake prinsippp ved løsningene | Prioritering Avklare prinsipp i hovedprogrammet med ledelse | Utfordre krav Hva er godt nok? | Arealplan Breivika inkl. eksterne (UIT, kommune, private) |
| | Alternativ Breivika | Evaluere usikkerheter og muligheter Breivika | Vurdere fordeler/ulempes organisasjon Breivika Funksjoner med nærhets- og samhandlingsbehov, gevinster | Presentere bearbejdet alternativ for prosjektet | Input- Arealplan, tomter, parkering Rokaide alternativ for somatikk? |
| | Alternativ Åsgård | Rokaide plan ROS? Sikkerhetsplan med utareal Alternativ vest-tomt (Møte kommune) - AVKLARING Evaluere usikkerheter og muligheter Åsgård | Vurdere fordeler/ulempes organisasjon Åsgård Funksjoner med nærhets- og samhandlingsbehov, gevinster | Reduksjon areal/egenbruk eksisterende bygg Rokaide | Ny tomtvurdering Åsgård |
| nov.21 | Delte løsninger | Evaluere ny delt løsning Kvalitativ evaluering viktig | Pasientforløp og organisering Medvirkning ledelse, virksomsmodelsmodeller Merverdidi for pasient | Illustrere volumer Bor ha visualisering | Effekt somatiske klinikker, UIT Innsjill kapasitet fra HN |
| | Økonomiske analyser | Analysar inkl. usikkerheter (min./maks) Endret areal | Drift, bemanning, gevinster | | Kostnader og inntekte tomter Stordriftsfordeler |
| des.21 | Utarbeide vedlegg til steg 1 | Inkl. tomt og utareal | Fremtidig PHV | Evaluere | Styremøte UNN 16. des |
| jan.22 | Leveranse. Vedlegg steg.1 | Presentere vedlegget for styringsgruppen | Evaluere?? | KSK Vurdere Steg 1 rapport? | Styrehandling UNN |
| feb.22 | Styrehandling UNN HF, HN RHF Forberede skisseprosjekt | Planlegge skisseprosjekt | Høring eksterne | Planlegge skisseprosjekt | Innsjill og høringsrunde eksterne Styres av UNN |
| mar.22 | Beslutningspunkt B3A | Oppstart skisseprosjekt | Kapasiteter | RI | Styrehandling UNN, B3A |
| apr.22 | Oppstart skisseprosjekt | Utdyping av hovedalternativ Hovedprogram | Ambisjoner | Rådgivere Bearbeide alternativ | Vurdere øk. bærevne, samlet, Helse Nord |
| mai.22 | Påske 11.-18.04 Skisseprosjekt | Utdyping av hovedalternativ Teknikk, logistikk | Pasient- og ansatte flyt Vareflyt | Rådgivere Bearbeide alternativ | |
| jun.22 | Skisseprosjekt | Utdyping av hovedalternativ, kalkyler | Gjavnplan | Rådgivere Bearbeide alternativ | KSK |
| jul.22 | sommerferie | | | | |
| aug.22 | Konseptrapport, steg 2 rapport | sender dok til 3 part, Usikkerhetsanalyse Kontraksstrategi | | Rådgivere Bearbeide alternativ | |
| sep.22 | Leveranse Konseptrapport | KSK Rapport | | Rådgivere Bearbeide alternativ | Styretsgruppen |
| okt.22 | Styrehandling Konseptrapport | Inkludere, evt. justering | | Rådgivere Bearbeide alternativ | Godkjenning Styrehandling UNN HF |
| nov.22 | Beslutningspunkt B3 konseptfase | Planlegge forprosjekt | | | Godkjenning Styrehandling HN RHF |
| des.22 | | | | | Laneskjnad |
| | | | | | Mottar underlag |
| | | | | | Styremøte 26.10 |
| | | | | | Styremøte 23.11 |



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

| | |
|----------------|-------------|
| Møtedato: | 13.10.2021 |
| Arkivsak: | 2021/2265-2 |
| Saksbehandler: | Einar Bugge |

Utviklingsplan for Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2022 – 2038 – organisering av arbeidet

Bakgrunn

I henhold til oppdragsdokumentet for 2021 skal Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppdatere foretakets utviklingsplan for perioden 2022 - 2038. Tilsvarende oppdrag er gitt til de andre sykehusforetakene i Helse Nord, og Helse Nord RHF skal deretter innen 31.12.2022 oppdatere den regionale utviklingsplanen. Den regionale planen skal baseres på de lokale utviklingsplanene.

Formål

Orienterer styret for UNN om overordnet organisering og gjennomføring av arbeidet med utviklingsplan 2022 – 2038 for UNN.

Saksutredning

Oppdraget om lokale og regionale utviklingsplaner ble første gang beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 – 2019. UNN utarbeidet allerede i 2015 en strategisk utviklingsplan, dvs. i forkant av det nasjonale oppdraget, og har ikke siden revidert denne planen. Føringer om å utarbeide utviklingsplaner ble videreført i gjeldende nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) (NHSP).

NHSP gir sentrale føringer for arbeidet med utviklingsplanene. Det er utviklet en interregional veileder for arbeidet med utviklingsplaner som angir at følgende områder særlig skal vurderes:

- Utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsevern
- Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, sammen med kommunene
- Organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene
- Flytting av spesialisthelsetjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi
- Sikre tilstrekkelig kompetanse, livslang læring og heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal ha prioritet i dette planarbeidet

I tillegg er det kommet til at erfaringer fra koronapandemien bør beskrives kort, med tiltak for å styrke beredskap for å håndtere større hendelser.

Veilederen for arbeidet med utviklingsplanene slår fast at dersom helseforetaket har egne strategier skal sammenhengen mellom strategidokumentet og utviklingsplanen



beskrives. I arbeidet skal det legges betydelig vekt på god og reel brukermedvirkning. Involvering av kommunene i UNNs opptaksområde skal sikres gjennom Helsefelleskapet.

UNNs fire oppgaver er pasientbehandling, forskning, utdanning og pasient- og pårørendeopplæring. Utviklingsplanen skal være UNNs førende strategi for å utvikle våre tjenester og sikre at vi løser våre oppgaver på en bærekraftig og best mulig måte.

Vurdering

I UNNs strategiske utviklingsplan fra 2015 beskrives syv strategiske hovedretninger og fire prioriterte utviklingsområder. Disse fire er:

- Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
- Psykisk helsevern og rusbehandling
- Prehospitaltjenester og mottaksmedisin
- Kroniske og sammensatte lidelser.

UNN-styret vedtok i juni 2021 UNNs nye strategi med visjon (Med pasienten, for pasienten), verdier (kvalitet, trygghet, respekt og lagspill) og fem satsingsområder:

- Pasientperspektiv i alt vi gjør
- Medarbeideren er vår viktigste ressurs
- Vi er universitets- og regionsykehuset for hele Nord-Norge
- Vi er åpne om prioriteringer
- Vi er en synlig og forberedt samfunnsaktør

Det vil være naturlig at utviklingsplanen i stor grad baseres på denne nylig vedtatte strategien, og arbeidet som lå til grunn for denne. Utviklingsplanen er likevel mer langsiktig, og skal i større grad enn strategien baseres på og beskrive fremskrivninger i behov, og inkludere flere områder enn strategien gjør. Sentrale grunnlagsdokumenter i arbeidet med UNNs utviklingsplan vil, i tillegg til UNNs strategi, være Nasjonal helse- og sykehusplan (2020 – 2023), Regional utviklingsplan 2018 – 2035, Strategi for Helse Nord RHF (2021 – 2024), UNNs strategiske utviklingsplan 2015 – 2025, og øvrige nasjonale, regionale og lokale planer og delstrategier, herunder «vedlegg 3» som omtaler gevinstrealisering Nye UNN Narvik og omstillingsarbeid i UNN-styrets beslutningssak om nye UNN Narvik fra mai 2020.

Utviklingsplanen skal i henhold til den nasjonale veilederen inneholde avsnitt om bakgrunn og historikk, utviklingstrekk med fremskrivninger av behov, overordnede strategier og føringer og analyse og veivalg. Hovedinnholdet vil dreie seg om hvordan UNN skal møte fremtidige behov på en bærekraftig måte, som sikrer et likeverdig, helhetlig og høyspesialisert tilbud til den nordnorske befolkning. Behovet for å endre måten vi leverer tjenester på i en fremtid med lav befolkningsvekst, stor økning i antall eldre og relativt færre yrkesaktive, store rekrutteringsutfordringer, mange som lever lenger med kroniske sykdommer, store forventninger fra befolkningen, og behovet for å sikre handlingsrom for nødvendig utvikling av bygningsmassen og medisinsk teknisk utstyr må være fremtredende i planen.

I henhold til oppdraget skal utviklingsplanen prioritere beskrivelse av utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette planarbeidet skal være tuftet på felles planlegging og utvikling i



helsefelleskapene. Barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet.

Det må kortfattet gjøres opp status for de fire prioriterte utviklingsområdene i UNN strategiske utviklingsplan fra 2015, og videreføring eller fornying av UNNs prioriterte utviklingsområder må utredes og besluttes. UNNs særskilte oppdrag i forhold til utdanning, forskning og innovasjon og vår rolle som regionsykehus skal også være en viktig del av utviklingsplanen.

Prosess

Regional koordinering

Helse NORD RHF har sammen med foretakene i regionen etablert en regional koordineringsgruppe for å sikre koordinerte utviklingsplaner i foretaksgruppen, og felles forståelse av utviklingstrekk og behov. RHF-et vil bistå med fremskrivninger av befolkningsutvikling og behov, mal for interessentanalyse mm. UNN deltar i denne regionale nettverksgruppen ved forsknings- og utdanningsjefen.

Organisering av arbeidet i UNN

Arbeidet i UNN ledes av forsknings- og utdanningsjefen/konstituert viseadministrerende direktør. Det etableres en overordnet arbeidsgruppe og flere underarbeidsgrupper. Det fristilles prosessleder i minimum 50 % stilling som jobber direkte under forsknings- og utdanningsjefen. Involvering av medarbeidere, brukere, kommuner og UNNs styre sikres som beskrevet under.

Overordnet arbeidsgruppe

Det etableres en overordnet arbeidsgruppe som koordinerer arbeidet, håndterer den overordnede strukturen i utviklingsplanen, utarbeider og følger opp interessentanalyse, og sikrer ivaretagelse av overordnede planer og føringer samt helheten i utviklingsplanen. Overordnet arbeidsgruppe står også for prosess med å definere UNNs prioriterte utviklingsområder. Den overordnede arbeidsgruppen ledes av prosessleder, og har representanter fra ESI, Kontinuerlig forbedring, klinikker, Kommunikasjonssenteret, foretaksverneombud og brukerrepresentant. Harstad og/eller Narvik må være representert.

Underordnede arbeidsgrupper

Det etableres fem underordnede arbeidsgrupper på følgende områder:

- Bemanning/kompetanse
- Akuttmottak
- Utvikling av tilbudet til skrøpelige eldre og pasienter med flere kroniske
- Utvikling av tilbudet til barn og unge
- Utvikling av tilbudet for voksne med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer

I alle arbeidsgruppene sikres deltakelse av brukere og relevante fagmiljø og lokalisasjoner i UNN, samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten.

Involvering av brukere

Brukerutvalget (BU) og ungdomsrådet (UR) inviteres til å oppnevne brukerrepresentanter til overordnet arbeidsgruppe og de underordnede arbeidsgruppene. BU og UR informeres i egne møter om prosessen med utviklingsplan i UNN, og involveres i tillegg i prosessen med å definere UNNs prioriterte utviklingsområder. BU og UR inviteres til å gi innspill på utviklingsplanen før høringen, og til å gi innspill i egne høringsmøter.



Involvering av medarbeidere

Prosessplanen presenteres i direktørens/personal og organisasjons-sjefens møte med de foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud. FTV og FVO oppnevner medlemmer til arbeidsgruppene som beskrevet over, og inviteres til å gi innspill i høringsprosess og i drøftingsmøte før utviklingsplanen vedtas. Overordnet arbeidsgruppe vurderer eventuell ytterligere involvering av ansattes organisasjoner og vernetjenesten.

Involvering av UNNs styre

UNNs styre er den overordnede premissleverandør og en svært viktig aktør i arbeidet med UNNs utviklingsplan, og vedtar også utviklingsplanen før den oversendes Helse Nord RHF. UNN-styret orienteres om prosessen med utviklingsplanen i styremøtet 13.10.2021, og det planlegges en seanse med styret på styreseminar i november for styrets innspill til hva som bør være UNNs prioriterte utviklingsområder. Styret forelegges utkast til utviklingsplan før høringsrunde i styremøtet i februar 2022, og skal vedta planen i styremøtet i april 2022. Ytterligere involvering på de øvrige styremøtene ved behov og etter styrets ønske.

Involvering av kommunene

Kommunene i UNNs opptaksområde involveres gjennom Helsefelleskapet. Utviklingsplanen skal bidra til å følge opp Ishavserklæringen, og Strategisk samhandlingsutvalg vil bli informert om prosessen og gis anledning til å spille inn til planen i SSU-møtene i perioden arbeidet med utviklingsplanen foregår; UNNs utviklingsplan vil i denne perioden være fast sak på møteagendaen. Kommunene inviteres til å gi innspill i høringsrunden.

Øvrig involvering/informasjon

Det etableres egen side på UNNs nettsted der informasjon om arbeidet med utviklingsplanen legges ut og det informeres om milepælsplan og mulighet for å spille inn til planen.

Foreløpig tidsplan/milepælsplan

Oktober 2021: Oppstart av prosess, vedtak i UNNs ledergruppe, informasjonssak til UNN-styret, presentasjon for FTV/FVO. Etablering av arbeidsgruppene.

November/desember 2021: Prosess i arbeidsgruppene. Involvering av UNN-styret og UNNs ledergruppe, BU/UR og FTV/FVO i prosess med å definere UNNs prioriterte utviklingsområder.

Januar 2022: Prosess i arbeidsgruppene, utarbeidelse av høringsutkast.

Februar 2022: Høringsutkast behandles i UNNs ledergruppe og i UNN-styret, involvering av BU/UR og FTV/FVO

Mars 2022: Høringsperiode. Høringsmøter med BU/UR, eventuelt også med kommunene.

April 2022: Ferdigstilling av utviklingsplanen etter høringsinnspill. Behandling i UNNs ledergruppe, drøfting og vedtak i UNNs styre 28.4.22 før oversending til Helse Nord RHF innen 01.05.2022.

Konklusjon

UNN skal innen 01.05.2022 oversende styrebehandlet utviklingsplan 2022 – 2038 til Helse Nord RHF. Prosessen med å utarbeide planen er beskrevet i saken. Det er kort tid til en omfattende prosess, og det er sentralt å beslutte prosessen og starte arbeidet i oktober 2021. Styret er den overordnede premissleverandør og en svært viktig aktør i arbeidet med UNNs utviklingsplan, og



vedtar også utviklingsplanen før den oversendes Helse Nord RHF. Styret involveres jevnlig i prosessen frem til planen skal vedtas.



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

| | |
|----------------|-------------------------------|
| Møtedato: | 13.10.2021 |
| Arkivsak: | 2021/8042-1 |
| Saksbehandler: | Grethe Andersen og Bengt Dahl |

Delstrategi klima og miljø Helse Nord RHF 2021-2030

Bakgrunn

I 2011 fikk Helse Nord sammen med øvrige regionale helseforetak krav om å være sertifisert i henhold til miljøstandarden NS-ISO 14001 innen 2014. ISO 14001 er den internasjonale standarden som angir anerkjente metoder for systematisk miljøledelse. UNN ble sertifisert i henhold til *ISO 14001:2004 Miljøstyringssystem* i 2014. I 2017 ble foretaket re sertifisert i henhold til ny versjon av standarden *ISO 14001:2015 Ledelsessystem for miljø*. I 2020 ble UNN re sertifisert for tredje gang og har gyldig sertifikat frem til neste resertifisering i 2023.

Helse Nord er en stor samfunnsaktør som må ha en bærekraftig drift og bruk av ressurser. Norsk helsevesen er estimert til å stå for ca. 4,3 % av Norges utslipp. Samtidig er klimaendringer en trussel mot folkehelsen. Helseforetakene skal bidra til en vesentlig reduksjon av klimagassutslipp. På grunn av betydningen og omfanget av Helse Nord's miljøsertifisering er det utarbeidet en delstrategi for klima og miljø som skal utdype og støtte den overordnede strategien til Helse Nord. Siden miljøstyringen er felles for foretaksgruppen vil delstrategien være førende for alt miljøarbeid i Helse Nord, også i hvert enkelt helseforetak.

I Oppdragsdokument 2021 fikk UNN HF i oppdrag å lede arbeidet med å utarbeide felles miljøstrategi og miljøstyringssystem som skal erstatte modellen med miljøsertifisering. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med regional faggruppe klima og miljø, hvor alle helseforetakene er representert. *Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten* skal ligge til grunn for miljøarbeidet i Helse Nord.

For å innhente informasjon og innspill vil utkast til delstrategi sendes til høring eksternt og internt høsten 2021.

Regional delstrategi klima og miljø skal vedtas i styret i Helse Nord RHF.

Formål

Styrene i regionen skal være orientert om arbeidet med klima og miljøstrategi. Innspill fra styrene tas med, sammen med høringsuttalelser, i det videre arbeidet med slutføring av strategien. *Regional delstrategi klima og miljø* skal vedtas i styret i Helse Nord RHF.



Saksutredning

I 2020 utarbeidet Samarbeidsutvalget for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten, i samarbeid med miljørådgivere i de fire helseregionene, et felles Rammeverk for miljø og bærekraft. Rammeverket skal bidra til å strukturere og samordne arbeidet med miljø- og bærekraft i helseforetakene, for å fremme god helse og redusere klimautslipp gjennom miljøvennlig drift.

Det er særlig syv bærekraftsmål som er vesentlige for spesialisthelsetjenesten, og disse danner grunnlaget for målene i Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten.

- Mål 3 God helse
- Mål 7 Ren energi for alle
- Mål 9 Innovasjon og infrastruktur
- Mål 12 Ansvarlig forbruk og produksjon
- Mål 13 Stoppe klimaendringene
- Mål 17 Samarbeid for å nå målene

Hovedmålet for strategien er å innen 2030 ha redusert Co2e utslipp med 40 %, samt legge grunnlag for foretakene i Helse Nord er lavutslippssykehus innen 2050. Strategiperioden går frem til 2030.

Parallelt med strategiarbeidet pågår også utarbeidelse av felles miljøstyringssystem som skal ferdigstilles og implementeres innen utgangen av 2021. Satsningsområder og mål i delstrategien er tilpasset og innrettet planlagt rammeverk for Felles nasjonale klima- og miljømål i spesialisthelsetjenesten. Varighet av mål og tiltak vil bli konkretisert når delstrategien operasjonaliseres. Delstrategien samsvarer med områdene som foretaket allerede har i sitt miljøarbeid.

Høringsprosess

For å innhente informasjon og innspill vil utkast til delstrategi sendes til høring eksternt og internt. Utkast sendes til høring (eksternt og internt) den 23. september med 4-6 ukers høringsfrist.

Det videre arbeidet med delstrategi

Delstrategi klima og miljø skal vedtas i styret i Helse Nord RHF. Når den er vedtatt, vil arbeidet med å utforme en plan for konkretisering av satsningsområder og implementering startet opp. Operasjonalisering av delstrategien gjennomføres som en del av implementering av felles miljøstyringssystem i Helse Nord slik at foretaksledelse, øvrig lederlinje og medarbeidere og får en konkret og operativ plan å forholde seg til.

Vurdering

Satsningsområder og mål er tilpasset Rammeverk for felles nasjonale klima- og miljømål i spesialisthelsetjenesten. Målene bygger på de av FN sine bærekraftsmål som er knyttet til klima og miljø. Direktøren er fornøyd med at strategien samsvarer med områdene som



foretaket allerede har i sitt miljøarbeid. Felles strategi vil være av betydning for foretakene sitt samarbeid med etablering av felles ledelsessystem. Strategien vil bidra til at foretakene «drar i samme retning» når mål og tiltak skal settes. Strategien er ambisiøs, og krevende å gjennomføre.

Konklusjon

Styret tar utkast til felles miljøstrategi og miljøstyringssystem til orientering. Innspill fra styret tas med i slutføringen av strategien før endelig styrebehandling i Helse Nord.

Vedlegg:

- Delstrategi klima og miljø Helse Nord RHF 2021-2030



Delstrategi klima og miljø Helse Nord RHF 2021–2030

Sammen om helse i nord

«Spesialisthelsetjenesten skal være ledende i sitt arbeid med miljø og bærekraft, og fremme god helse gjennom miljøvennlig drift.»

Innhold

| | |
|---|-----------|
| 1. FORMÅL | 3 |
| 2. VISJON, MÅLSETNINGER OG POLICY | 3 |
| 3. RAMMER, FØRINGER OG AVGRENSNING MOT ANDRE PLANER | 4 |
| 4. HELSE NORDS PRIORITERTE SATSINGSOMRÅDER OG MÅL | 4 |
| 4.1 God helse og livskvalitet | 5 |
| 4.1.1 Status i Helse Nord..... | 5 |
| 4.1.2 Hvor ønsker vi å være i 2030?..... | <u>5</u> |
| 4.1.3 Hvordan kommer vi dit? | 6 |
| 4.2 Ren energi for alle | 6 |
| 4.2.1 Status i Helse Nord..... | 6 |
| 4.2.2 Hvor ønsker vi å være i 2030?..... | 6 |
| 4.2.3 Hvordan kommer vi dit? | 6 |
| 4.3 Innovasjon og infrastruktur | 7 |
| 4.3.1 Status i Helse Nord..... | <u>7</u> |
| 4.3.2 Hvor ønsker vi å være i 2030?..... | 8 |
| 4.3.3 Hvordan kommer vi dit? | 9 |
| 4.4 Ansvarlig forbruk og produksjon | 9 |
| 4.4.1 Status i Helse Nord..... | 9 |
| 4.4.2 Hvor ønsker vi å være i 2030?..... | <u>10</u> |
| 4.4.3 Hvordan kommer vi dit? | 11 |
| 4.5 Stoppe klimaendringer | 12 |
| 4.5.1 Status i Helse Nord..... | <u>12</u> |
| 4.5.2 Hvor ønsker vi å være i 2030?..... | 15 |
| 4.5.3 Hvordan kommer vi dit? | <u>15</u> |
| 4.6 Samarbeid for å nå målene | 16 |
| 4.6.1 Status i Helse Nord..... | <u>17</u> |
| 4.6.2 Hvor ønsker vi å være i 2030?..... | <u>17</u> |
| 4.6.3 Hvordan kommer vi dit? | <u>17</u> |
| 5. KRITISKE SUKSESSFaktorER FOR MILJØARBEIDET I HELSE NORD | 18 |
| 6. EVALUERING OG REVISJON | 18 |
| 7. GRUNNLAGSDOKUMENTASJON SOM STRATEGIEN BYGGER PÅ | 19 |

1. Formål

Helse Nord er en stor samfunnsaktør som må ha en bærekraftig drift og bruk av ressurser. Norsk helsevesen er estimert til å stå for ca. 4,3% av Norges utslipp. Samtidig er klimaendringer en trussel mot folkehelsen. Helseforetakene skal bidra til en vesentlig reduksjon av klimagassutslipp. På grunn av betydningen og omfanget av Helse Nord sin miljöatsang er det utarbeidet en delstrategi for klima og miljø som skal utdype og støtte den overordnede strategien til Helse Nord. Siden miljøstyringen er felles for foretaksgruppen vil delstrategien være førende for alt miljøarbeid i Helse Nord, da også i hvert enkelt helseforetak.

2. Visjon, målsetninger og policy

Helse Nord RHF's visjon er:

Sammen om helse i nord

Samfunnsansvaret som følger av FNs bærekraftsmål angår i stor grad spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene skal etterleve lover og forskrifter og nasjonale føringer knyttet til miljø og bærekraft. Norges klimaforpliktelse ligger i Parisavtalen fra 2015. Norge har meldt inn at utslippene innen 2030 skal kuttes med minst 50 % i forhold til nivået for 1990. Dette betyr at Norges utslipp skal være maksimalt 26 millioner tonn Co2 ekvivalenter (Co2e) i 2030. Dette er det overordnede norske klimamålet¹. Krav fra staten som eier er konkretisert i Statens direkte eierskap i selskaper (Meld st.8)²

Staten forventer at:

- Selskapet er ledende i sitt arbeid med ansvarlig virksomhet.
- Selskapet arbeider for å ivareta menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter, redusere sitt klima- og miljøfotavtrykk og forebygge økonomisk kriminalitet som blant annet korrupsjon og hvitvasking av penger

Miljø og bærekraft er sentrale tema i styrende dokumenter og strategier på flere fagområder nasjonalt, regionalt og lokalt. Felles miljøpolicy for spesialisthelsetjenesten er også gjeldende for Helse Nord:

Spesialisthelsetjenesten skal være ledende i sitt arbeid med miljø og bærekraft, og fremme god helse gjennom miljøvennlig drift³

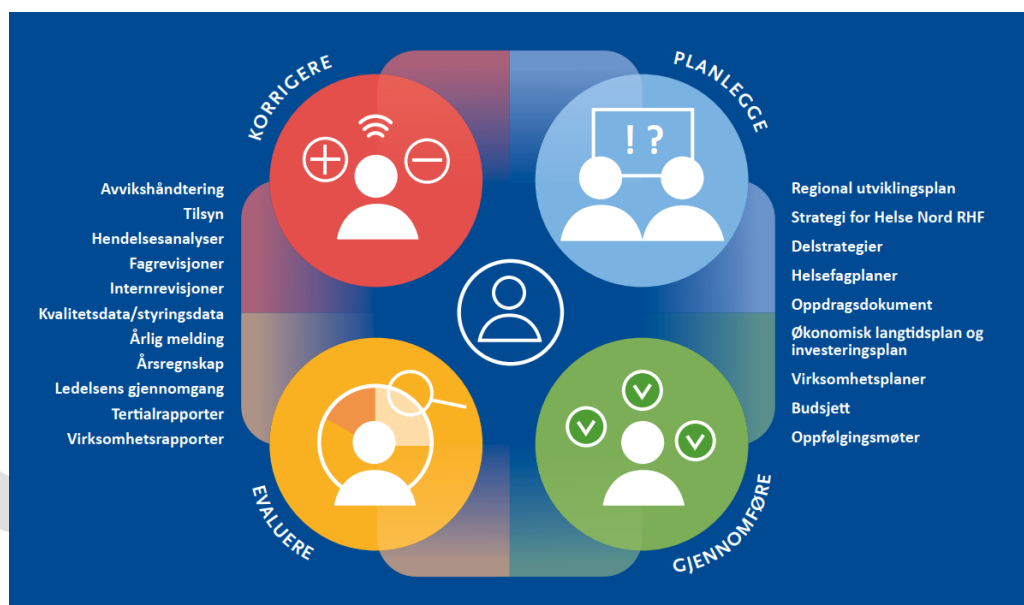
¹ [Klimaplan for 2021-2030 Meld. St. 13 \(2020-2021\)](#)

² [Statens direkte eierskap i selskaper — Bærekraftig verdiskaping Meld. St. 8](#)

³ [Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2020](#)

3. Rammer, føringer og avgrensning mot andre planer

Helse Nord har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i kontinuerlig forbedring. Det går en rød tråd gjennom vårt arbeid for å sikre at vi er i kontinuerlig forbedring og at vi bruker bærekraftige virkemidler for å utvikle oss. Arbeidet med klima og miljø skal derfor være en integrert del av alle prosesser i foretaksgruppen. Foretakene skal følge og etterleve ledelsesprinsipper og krav i forskrift om *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og *ISO 14001 Ledelsessystemer for miljø* for å regulere helseforetakenes innvirkning på ytre miljø.



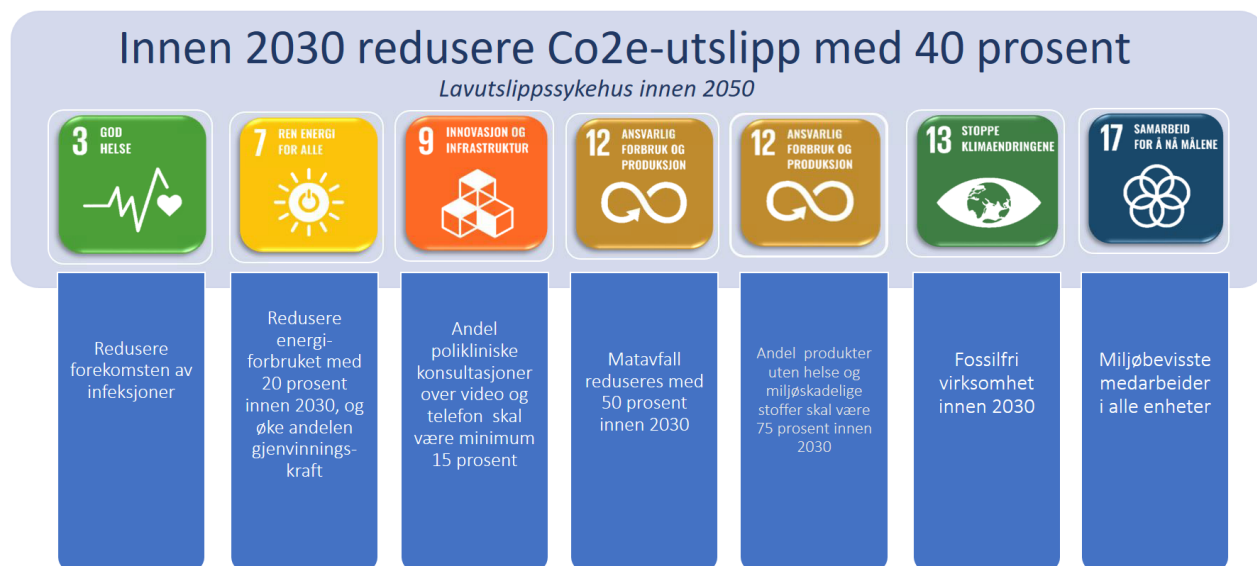
4. Helse Nord's prioriterte satsingsområder og mål

Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten gir føringer for Helse Nord's delstrategi for klima og miljø. Gjennom FN's bærekraftsmål og Paris-avtalen er det satt globale mål for en bærekraftig utvikling. Det er særlig syv bærekraftsmål som er vesentlige og disse danner grunnlaget for Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten.⁴ Helse Nord RHF eier sammen med de tre andre regionale helseforetakene i Norge fem nasjonale helseforetak⁵. Disse felleseide foretakene er en betydelig del av den samlede spesialisthelsetjenesten til befolkningen i hele landet. Strategier for disse selskapene besluttes av styrene i de fire regionale helseforetakene.

⁴ Under utarbeidelse

⁵ Pasientreiser, Luftambulansetjenesten, Sykehusinnkjøp, Sykehusbygg og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (Driften av sistnevnte mindre påvirkning på ytre miljø enn de øvrige).

De felleseide selskapene har på oppdrag fra helseforetakene utviklet miljøstrategier som dekker sine fagområder. Helse Nord skal støtte opp om tiltak og mål i strategiene som også er vedtatt i foretaksgruppen.



I tråd med FNs bærekraftsmål, Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten⁶ og kartlegging av miljøaspekt i Helse Nord er følgende områder og mål prioritert:



4.1 God helse og livskvalitet

Fremtidige klimaendringer, migrasjon og økt befolkningstetthet vil medføre økt forekomst av smittsomme sykdommer, og nye pandemier. I tillegg er antibiotikaresistens en av de største helsetruslene i verden, noe som fordrer større oppmerksomhet i helsetjenesten.

4.1.1 Status i Helse Nord

Helseforetakene har over tid jobbet med å få 30 % reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i 2020 sammenliknet med 2012. 2020 var siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden. «Kvalitetsindikatoren er basert på prevalensundersøkelsene av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus (NOIS-PIAH) som utføres på én bestemt dag to ganger i året, en gang om våren (mai) og en gang om høsten (november). Andelen helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus i Helse Nord var på 3,1 % i november 2020. På landsbasis var andelen i samme periode på 3,2 prosent»⁷

4.1.2 Hvor ønsker vi å være i 2030?

Helsetjenesteassosierte infeksjoner som kan forebygges skal være null.⁸

⁶ Vedtatt rammeverk Klima og miljø for spesialisthelsetjenesten

⁷ [Helsedirektoratets statistikk over forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus](#)

⁸ [Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord](#)

4.1.3 Hvordan kommer vi dit?

Vi må redusere forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner for å redusere pasientlidelse og bruk av antibiotika. Kunnskapen om håndhygiene må økes, og det må sørges for høy vaksinasjonsdekning av sesonginfluensavaksine blant helsepersonell (minst 75%)

Handlingsplan for et bedre smittevern beskriver nærmere tiltak og mål gjeldene 2019-2023⁹

Rapporten Antibiotikaresistens - Kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak. Status 2020¹⁰ beskriver ny kunnskap og eksisterende og kommende tiltak mot antibiotikaresistens.



4.2 Ren energi for alle

Spesialisthelsetjenestens klimaregnskap for 2019 viser at 68 % av utslippene fra helseforetakene er knyttet til energiforbruk. Helseforetakene må redusere sitt energiforbruk og øke andelen egenproduksjon av energi.

4.2.1 Status i Helse Nord

Helseforetakene har god kontroll over energiforbruket, og har strenge krav til alle nybygg om å bruke mindre energi enn bransjestandard. Samtidig har foretakene mange gamle bygg med stort vedlikeholdsetterslep.

Ved siste kartlegging av tilstand på bygg og anlegg i 2020 ble det samlede vedlikeholdsetterslepet estimert til 5,0 mrd. kroner inkl. mva. En del av etterslepet håndteres i pågående og kommende investeringer i nybygg og renoveringer, men det vil fortsatt gjenstå et betydelig etterslep som må håndteres med annen finansiering.

4.2.2 Hvor ønsker vi å være i 2030?

I 2030 skal energiforbruket i Helse Nord være redusert med minimum 20% utfra temperaturregulert forbruk i 2019.

4.2.3 Hvordan kommer vi dit?

Med å redusere vedlikeholdsetterslepet vil det også bli tilført forbedringer på byggmassen med løsninger som er mer energieffektive. Eksempelvis med bedre ventilasjonsanlegg, vinduer og overgang til automatisk styrt belysning i led. Når vi bygger nytt eller renoverer skal vi være innovative og egenproduksjon skal økes (varmepumpe, solenergi og bioenergisystem).

Foretakene i Helse Nord har gjennom Eiendomsforum iverksatt et prosjekt for ENØK og energiledelse. Målsettingen med dette er å etablere en bærekraftig og effektiv drift av våre eiendommer for å redusere energiforbruket og dermed redusere utslipp. Det er etablert en handlingsplan med seks hovedområder med fokus på:

⁹ [Handlingsplan for et bedre smittevern - med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023](#)

¹⁰ [Antibiotikaresistens - Kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak. Status 2020](#)

1. Etablering og vedlikehold av energiledelse (Organisering, kommunikasjonsveier og rapportering)
2. Energioppfølgingssystem (EOS)
3. Energiøkonomisering (ENØK)
4. Opplæring/informasjon (Kvalitet og muligheter)
5. Gjennomføre nettverkssamlinger (Relasjonsbygging og utvikling)
6. Rapporter (Forutsigbarhet)

Helse Nord har i tillegg gått inn som medlem av Grønn byggallianse, en medlemsforening for virksomheter fra hele bygg- og eiendomssektoren som jobber for at hensyn til miljø og bærekraft skal bli det selvfølgelige valget i bygg- og eiendomssektoren.



4.3 Innovasjon og infrastruktur

Det utadvendte sykehus og spesialisthelsetjenester i hjemmet er sentrale begreper i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. I pasientens helsetjeneste er det et mål at sykehuset skal komme nærmere pasientene. Vi må skape det utadvendte sykehus.

Spesialister på store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal jobbe sammen med kommunens helsepersonell på kommunale arenaer og sykehuset skal bistå pasienter i hjemmet eller ved hjelp av digitale løsninger.

En fjerdedel av spesialisthelsetjenestens klimagassutslipp i 2019 er knyttet til transport av pasienter. For Helse Nord utgjør pasienttransport 39 % av utslippet. Ny teknologi og bruk av digital konsultasjon i oppfølging av pasienter bidrar til redusert reisevirksomhet og forbruk av materiell i sykehus. Det er satt mål om at andel polikliniske konsultasjoner som gjennomføres digitalt skal være minimum 15 %. (mål for 2021)¹¹

4.3.1 Status i Helse Nord

Foretakene i Helse Nord leverer helsetjenester til en befolkning som er geografisk spredd. Median kjøretid langs vei til nærmeste sykehus med akutfunksjon varierer blant de ulike foretakene i regionen¹². Medianverdien for kjøretid er lengst for Finnmarksykehuset hvor kjøretid er beregnet til 2 timer og 18 minutter. Helgelandssykehuset har

¹¹ Oppdragsdokument 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF

¹² <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/lengst-kjoretid-til-akutt-mottak-i-finnmark>

kortest kjøretid på 18 minutter. Lang avstand for innbyggere i ytterkant av lokalsykehusene og lang reisevei til helsetjenester som ivaretas av regionale og nasjonale funksjoner medfører bruk av både bil, buss, båt og flyreiser som igjen bidrar til store utslippstall. I 2020 utgjorde CO₂-utslipp knyttet til pasient og ansatte transport henholdsvis 35033 og 2992 tonn. Dette er en nedgang fra 2019, noe som i hovedsak skyldes pandemien¹³.

| Foretak | Median |
|--|--------------|
| Helgelandssykehuset | 18 minutter |
| Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) | 23 minutter |
| Nordlandssykehuset | 35 minutter |
| Finmarkssykehuset | 138 minutter |

Tabell 1 Median kjøretid langs vei til nærmeste sykehus med akuttfunksjon (kilde SSB)

Foretakene i Helse Nord har tilgang til infrastruktur som gir muliggjør utstrakt bruk informasjons- og kommunikasjonsteknologi. I Helse Nord det et godt samarbeid rundt kliniske og administrative informasjonssystemer som bidrar til bruk av felles løsninger. Innbyggere i regionen har i hovedsak god tilgang til bredbånd og mobildekning som muliggjør bruk av ulike tilbud innen digitalkonsultasjon og hjemmebehandling.

Foretakene har lang tradisjon med innovasjon og ta i bruk ny teknologi. Samarbeid mellom foretakene legger til rette for spredning av gode teknologiske løsninger. I Helse Nord er det etablert flere felles tiltak som skal bidra til innovasjon blant annet *Såkornmidler*, *Fagråd og fagnettverk*, *Forbedringspris* med mer¹⁴. Helse Nord og foretakene i regionen har også etablert en idebank hvor alle ansatte kan registrere sine ideer.

4.3.2 Hvor ønsker vi å være i 2030?

Helse Nord har ambisjon om å være ledende på å bruke teknologi til medisinsk avstandsoppfølging¹⁵. Digitalisering og automatisering skaper muligheter for andre måter å drive på. Foretakene i Helse Nord tilbyr sine innbyggere digitale helsetjenester som bidrar til at pasienter i større grad kan motta behandling hjemme eller nærmere sitt hjemsted.

Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 15 %.

Arenaer som bidrar til innovasjon lokalt, regionalt og nasjonalt utvikles og videreføres. Eksempel på slike er:

¹³ Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2020

¹⁴ <https://intranett.helse-nord.no/felles-regionalt/category39535.html>

¹⁵ [Regional utviklingsplan 2035 \(Helse Nord RHF\)](#)

- Regional faggruppe klima og miljø
- Eiendomsforum
- Interregionalt samarbeidsutvalg

4.3.3 Hvordan kommer vi dit?

Foretakene i Helse Nord skal anvende teknologi og e-helse hensiktsmessig til kontinuerlig forbedring for å skape pasientens helsetjeneste.

Dette innebærer:

- Bruk av teknologi for å håndtere avstander (det digitale sykehus og digital hjemmeoppfølging)
- Samarbeid mellom helseforetakene og kommunene for å gjøre digitale spesialisthelsetjenester lettere tilgjengelig der det er hensiktsmessig for pasientene

Medisinske fremskritt, bruk av teknologi og godt samarbeid mellom helseforetak gjør at tjenester som tidligere har vært sentralisert kan bli mer desentralisert, også hjem til pasienten. Dette vil redusere behovet for transport og innleggelser.



4.4 Ansvarlig forbruk og produksjon

Bærekraftig forbruk og produksjon handler om mer miljøeffektivitet i driften. I sykehus er det er stort forbruk av materiell, og det er viktig å redusere unødig forbruk av ressurser, sikre gjenvinning og ombruk, og redusere avfallsmengdene i alle deler av produkters og tjenestenes livssyklus. Spesialisthelsetjenesten har stor innkjøpsmakt og skal være en pådriver for klima- og miljøvennlige innkjøp.

4.4.1 Status i Helse Nord

4.4.1.1 Forbruk varer og tjenester

Utslipp knyttet til tjeneste- og varekjøp skjer utenfor foretakene sine områder. Likevel kan foretakene påvirke disse utslippene gjennom sin anskaffelsespraksis. Helse Nord kjøpte i 2020 helsetjenester for 2 487 947 000 og varer til 1 881 793 000. Det er krav om at det skal stilles miljøkrav i alle anskaffelser. Likevel følges miljøkravene i anskaffelser opp i varierende grad, og det er potensiale for forbedring. I hovedsak skyldes dette at økonomien i foretakene er utfordrende, og det er sterkere føringer for å holde økonomiske rammer enn å investere i miljøvennlige løsninger når det finnes andre løsninger som dekker de primære behovene våre tilsvarende og rimeligere. Generelt i forhold til anskaffelsesprosesser så er det ikke gitt aksept for å stille krav som påvirker kostnadsbildet i særlig grad.

4.4.1.2 Matsvinn

Flere av foretakene har arbeidet aktivt over tid med å redusere matsvinn. En utfordring i sykehus er blant annet å produsere og organisere måltidene i tråd med pasienters behov for å unngå retur av

mat og som av smittehensyn ikke kan omfordeles. Tilgjengelig data omfatter hovedsakelig den totale mengden kjøkken- og matavfall (våtorganisk avfall) som inkluderer ikke spiselig avfall (kaffegrut, skrell, våtservietter etc.) og spiselig matsvinn.

Våtorganisk avfall i tonn levert fra helseforetakene i 2020 ¹⁶

| Foretak | Helgelands-sykehuset | Nordlands-sykehuset | Universitetssykehuset Nord-Norge | Finnmarks-sykehuset |
|---------|----------------------|---------------------|----------------------------------|---------------------|
| Tonn | 54 | 116 | 147 | 1,54 |

4.4.1.3 Redusere avfallsmengden

Foretakene har fokus på å velge utstyr av høy kvalitet og med lang holdbarhet. Dette gjelder både for teknisk og medisinteknisk utstyr. Intensjonene blir utfordret av å være på høyde med den teknologiske utviklingen og krav i pasientbehandlingen, som utløser behov for utskiftning av fungerende materiell.

Målsetningene om å redusere bruken av engangsutstyr kommer ofte i konflikt mot smitteverntiltak og tilgangen på tilgjengelige løsninger. Utviklingen peker i retning mot stadig mer bruk av engangsutstyr. Dette gjelder særlig for medisinsk forbruksmateriell. Avfallet som oppstår er ofte sammensatte produkter eller av en slik kvalitet at de vanskelig lar seg gjenvinne.

Det er også en betydelig ressursbruk knyttet opp til avfall etter medisinsk behandling og pleie. Et eksempel er forbruket av risikobokser til klinisk avfall hvor helseinstitusjonene kaster mye avfall fra pasientbehandling som smitteavfall i egne risikobokser. Dette er avfall som i samfunnet forøvrig kastes i restavfall. Dette utgjør et stort bidrag i bruken av plast og unødige ressurser i forhold til transport.

| Foretak | Helgelands-sykehuset | Nordlands-sykehuset | Universitetssykehuset Nord-Norge | Finnmarks-sykehuset |
|--------------------|----------------------|---------------------|----------------------------------|---------------------|
| Tonn smitte-avfall | 62 | 62, 13 | 86, 91 | 6, 36 |

4.4.2 Hvor ønsker vi å være i 2030?

4.4.2.1 Forbruk av varer og tjenester

I Helse Nord er vi bevisste på hvilket forbruk og aktiviteter som kan gi utslipp og arbeider aktivt for å redusere utslipp til et minimum. Miljøpolicyen til Sykehusinnkjøp HF følges i alle anskaffelser og det er god kunnskap blant fagpersonell på hvilke kriterier som kan stilles i anskaffelser.

¹⁶ Data fra klimaregnskapet til spesialisthelsetjenesten

Rammebetingelsene for å velge miljøvennlige produkter og tjenester er klarlagt og forankret i alle ledd. Et gjennomsnitt av følgende underkategorier skal tilsvare 75 % av avtaleprodukter:

1. Produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer i pasient-/ansattene-kategorier.
2. Produkter med anerkjente miljømerker i relevante kategorier.
3. Legemidler uten unødvendige utslipp.

4.4.2.2 Matsvinn

Matavfall reduseres med 50 prosent innen 2030, baseline 2019.

Bakgrunn: redusere matsvinn ved å redusere matavfall.

Indikator og verktøy er bedre utviklet.

4.4.2.3 Redusere avfallsmengden

Det er gjennomført livsløpsanalyser i alle relevante anskaffelser slik at det oppstår så lite avfall som mulig fra vårt virke. Vi har fokus på både reduksjon og styring av avfallsstrømmer, bl.a. ved vektlegging av sirkulære prinsipper i innkjøpet, som fører til miljøeffektive materialstrømmer.

Farlig avfall som oppstår etter må benyttes samles opp og sendes til godkjente deponeringsanlegg. Vi har god kontroll over beredskapslager og øvrig lagerhold slik at vi slipper å kaste produkter som går ut på dato. Vi har felles avfallsprosedyrer og opplæring og fokus på opplæring til nyansatte.

4.4.3 Hvordan kommer vi dit?

4.4.3.1 Forbruk av varer og tjenester

Det er nødvendig med tydeligere styringssignaler og rammer for å kunne gjennomføre det grønne skiftet. Praktisk oppfølging av miljøkriteriene krever bedre kunnskap og aksept for kostnadene som følger med strengere miljøkrav. Det forekommer at miljøkriterier blir nedprioritert foran pris og kvalitet av faggruppene.

Sykehusinnkjøp HF skal etablere et verktøy for beregning av utslipp fra innkjøp av varer og tjenester. Verktøyet skal bidra til å øke kunnskap om utslipp knyttet til ulike kategorier og vil på sikt gi grunnlag for å etablere mål om reduksjon av utslipp fra relevante kategorier i leverandørkjeden.

Det er også nødvendig med god lederforankring og etterspørsel etter innovative anskaffelser fra alle ledernivåer med klare mål og handlingsplaner som støtter opp om målene.

Vi stiller funksjonskrav i anskaffelsene når vi lyser ut anbud. Eksempelvis å kreve akkreditering fra anerkjente miljømerker og å

benytte produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer i innkjøp av kirurgiske produkter, laboratorieprodukter og -utstyr, medisinske forbruksvarer og medisinsk teknisk utstyr.

4.4.3.2 Matsvinn

Reduksjon av matavfall (Matsvinn) Det har over tid vært gjennomført flere prøveprosjekter med fokus på matsvinn. Resultatene fra de virksomhetene som har lyktes best må implementeres i alle foretak i Helse Nord.

4.4.3.3 Redusere avfallsmengden

Mengde av avfall som oppstår etter produksjon, og i hvilken grad restproduktene vil kunne gjenvinnes/gjenbrukes og hvor farlige de er vil i mange tilfeller være styrt av produktvalg og anbudskriterier i anskaffelsen av produktet. Med eksempel vil bruk av flergangscontainere til operasjonsbrikker kunne redusere behovet for engangsinnpakning med være kostbart i anskaffelsen. Livsløpsanalyser i anskaffelsesprosessen vil derfor kunne avdekke negative miljøeffekter og kostnader som oppstår under bruk og ved avhending av avfall som oppstår.

Som en del av innføringen av felles miljøstyringssystem vil det også bli utarbeidet felles avfallsrutiner og informasjon/kurs. Bedre informasjon vil kunne øke forståelsen og sorteringsgraden på avfall.



4.5 Stoppe klimaendringer

Klimaet i Norge har endret seg, med høyere temperaturer og mer ekstremt vær. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til å nå nasjonale målsetninger om å redusere utslipp for å stoppe klimaendringer.

For helseforetakene er det også viktig å identifisere klimarisiko og gjennomføre klimatilpasningstiltak. Klimaendringene kan føre til mer flom og skred som vil kunne gi flere dødsfall og skader. Oversikten over klimapåvirkningen måles i Spesialisthelsetjenestens klimaregnskap og presenteres i årlig i rapport for samfunnsansvar og miljø.

4.5.1 Status i Helse Nord

4.5.1.1 Klimaregnskap

Helseforetakene rapporterer årlig forbruk og miljøaspekter i spesialisthelsetjenestens klimaregnskap. Årlig rapportering gir positive gevinster ved bedre oversikt over forbruk og mulighet til å oppdage feil og lekkasjer. Klimaregnskapet publiseres årlig i Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar.

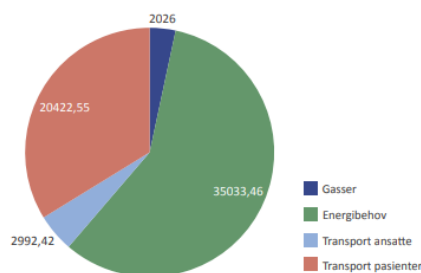
Klimaregnskapet omfatter utslipp knyttet til direkte drift; energiforbruk, forbruk av lystgass og kuldemedier (F-gasser), transport av ansatte i tjenestereise og transport av pasienter.

Klimafotavtrykk

Utslipp knyttet til tjeneste-, og varekjøp skjer utenfor foretakene sine områder, men foretakene kan likevel påvirke disse utslippene gjennom sin anskaffelsespraksis. Helse Nord kjøpte i 2020 helsetjenester for kr 2 487 947 000 og varer til kr 1 881 793 000,-. For å gi et bilde av hva vare og tjenestekjøp utløser av CO2 utslipp kan en ta utgangspunkt i data fra klimaavtrykkene som Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF utarbeider som del av sine medlemskap i Klimapartner Troms og Klimapartner Nordland. Disse klimaregnskapene er utarbeides i henhold til Greenhouse Gas Protokoll (GHG-protokollen) hvor en også rapporterer på andre indirekte utslipp. Her rapporteres indirekte utslipp knyttet til innkjøpte varer eller tjenester. CO2 utslipp fra kjøp av varer og tjenester for Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF henholdsvis 29864 tonn CO2e (UNN) og 16 328,6 tonn CO2e. For UNN utgjør dette 62 % av total utslipp på 47 902 tonn CO2e og for Nordlandssykehuset HF utgjør dette 58 % av totalutslipp på 27 856 CO2e. Helse Nord kan bidra til å redusere indirekte utslipp ved å redusere behov (dvs. benytte ressurser mer effektivt) og etterspørre produkter og tjenester med lavt klimautslipp. De indirekte utslippene står for over 70 prosent av de faktiske klimautslippene fra sykehusenes drift.

HELSE NORD

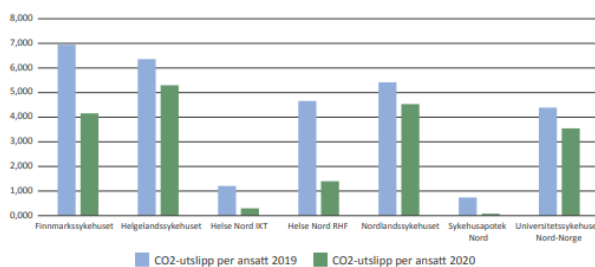
CO2-utslipp tonn 2020



Fra 2019 til 2020 har Helse Nord redusert det totale CO2-utslippet med hele 13 700 tonn. Energi er fortsatt den største kilden til CO2-utslipp, noe som samsvarer med de øvrige regionene. Fra 2019 til 2020 har energibruken gått ned, noe som i hovedsak kan skyldes generelt høyere temperaturer.

Når det gjelder pasienttransport er det fortsatt store utslippstall på grunn av store avstander i regionen. Likevel er det nedgang i 2020 sammenlignet med 2019, noe som i hovedsak skyldes pandemien. Denne nedgangen i reiseaktivitet vises også tydelig når det gjelder ansattreiser.

CO2-utslipp per ansatt



Fra 2019 til 2020 har alle foretakene i Helse Nord hatt lavere CO2-utslipp. Hovedårsakene til dette er redusert energibruk på grunn av høyere temperaturer, i tillegg til reduksjon i reiser både for pasienter og ansatte på grunn av pandemien.

4.5.1.2 Bruk av fossil energi

Helseforetakene i Helse Nord har ingen bygg som varmes opp ved bruk av oljefyr, men noen bygg har ennå slike løsninger operativt som en del

av beredskapen. Flere bygg i helseforetakene har også dieselaggregat til nødstrøm som en del av beredskapsløsningen.

Flere bygg i helseforetakene er tilknyttet fjernvarmeanlegg som benytter fornybar energi. Eksempelvis får Nordlandssykehuset HF fjernvarme produsert av naturflis og UNN Harstad fra skogsflis. UNN har flere bygg i Tromsø som mottar fjernvarme fra produsert av brennbart restavfall og returflis. Øvrige bygg varmes opp med elektrisitet.

Bygg som er satt i drift i de senere år er bygget etter lavenergi standard, men ingen bygg har blitt bygget som nullutslippsbygg eller plussbygg. Eksempelvis med solcellepanel.

4.5.1.3 Egen transport

Øvrige transportløsninger:

| Tjeneste | Finnmarks-sykehuset | UNN | Nordlands-sykehuset | Helse Nord RHF ¹⁷ | Helgelands-sykehuset | Helse Nord IKT |
|--------------------------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------------------|----------------------|----------------|
| Fossile kjøretøy | 87 ¹⁸ | 98 ¹⁹ | 119 | 0 | | 0 |
| Elbiler i tjeneste | 8 | 3 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| Ladestasjon til egen bruk | 10 | 3 | 1 | 0 | 4 | 1 |
| Ladestasjon til offentlig bruk | 7 | 12 | 0 | 0 | 6 | |
| Sykkelparkering med tak | 0 | 125 | - | 5 | 0 | 50 |

Sykehusapotek Nord HF benytter fasilitetene til helseforetakene.

4.5.1.4 Transport - pasientreiser

Det er gjort flere tiltak for å redusere utslippene fra pasienttransport, Det er blant annet implementert standard rammeverk, for evaluering av miljøkrav ved anskaffelser av anbud landeveistransport²⁰. Det er etablert et godt system for løpende evaluering og gevinstrealisering/-måling av effekter knyttet til miljø med dokumenterte og oppnådd gode effekter på miljøatsingen.

Det har naturlig nok ikke vært samkjøring i drosje under pandemien. Den største utslippskilden i kategorien transport (utgjør 39 % av totale utslipp i Helse Nord) er knyttet til refusjon av enkeltoppgjør (kjøring med egen bil).

¹⁷ Helse Nord RHF vil i løpet av januar 2022 flytte til andre lokaliteter med sykkelparkering med lademuligheter

¹⁸ 5 hybridkjøretøy

¹⁹ 5 hybridkjøretøy

²⁰ [Klimavennlig pasienttransport i Helse Nord \(2019\)](#)

4.5.2 Hvor ønsker vi å være i 2030?

4.5.2.1 Klimaregnskap

Spesialisthelsetjenesten har oversikt over sine klimautslipp, inkludert indirekte utslipp gjennom kjøp av varer og tjenester, og gjør målrettede kutt for å sikre karbonnøytralitet og en stabilisering av klimaendringene innen 2050.

Bruk av fossil energi

Alle nye bygg planlegges som energipositive bygg eller nullutslippsbygg. Der det er hensiktsmessig skal det være iverksatt tiltak for å modernisere eksisterende bygg til energieffektive, nullutslippsbygg eller plussbygg.

4.5.2.2 Transport – egne og leasede kjøretøy

Helseforetakenes transportbehov skal så langt som mulig dekkes av nullutslippskjøretøy.

4.5.2.3 Transport – tjenestereiser

Leiebil skal være fossilfri der dette er mulig. Bruk av fly skal reduseres til et minimum ved hjelp av videokonferanse og telemedisin. Det skal være godt tilrettelagt for alternativ transport for ansatte til og fra arbeidsplass.

4.5.2.4 Transport - pasientreiser

Klima og miljø er etablert som en obligatorisk del av den løpende avtaleoppfølging og dialogen med leverandørene.

Økningen i telemedisinsk behandling har medført en varig nedgang i transportbehovet i henhold til målsetningene.

Kjøringen av pasienter optimalisert (samkjøring) og med minimalt med tomkjøring og godt etablert samarbeid med fylkeskommunene, kommunene m. fl. for å sikre ei tett og god samhandling rundt offentlig betalt transport (OBT).

4.5.3 Hvordan kommer vi dit?

4.5.3.1 Klimaregnskap

Klimaregnskapet må videreutvikles med en ambisjon å tydeliggjøre forbruksbasert fotavtrykk. Med dette må det også legges opp til at man har et løpende regnskap med automatisk rapportering på flere kriterier, og på lavere ledernivåer. Regnskapet som UNN har laget i HN-LIS²¹ må videreutvikles og innføres i alle relevante foretak i Helse Nord.

4.5.3.2 Bruk av fossil energi

Ved renovering, bygg av nybygg og inngåelse av langtidsleie av bygg må Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter benyttes. Tiltak som gir energieffektive, nullutslippsbygg eller plussbygg vil også kunne redusere behovet for fossile energikilder til beredskap.

4.5.3.3 Transport – egne og leasede kjøretøy

Helseforetakenes kjøretøy skal etterhvert som de fases ut byttes i nullutslippskjøretøy. Her er det viktig å ta hensyn til bruk og ha en forståelse for sirkulær økonomi og veie opp levetiden til kjøretøyet mot behovet for å innføre ny miljøvennlig teknologi.

4.5.3.4 Transport – tjenestereiser

Det må stilles krav i leiebilavtalen om tilgang til nullutslippskjøretøy. Utfordringer med store avstander, manglende ladestruktur og værforhold som kan gi uventet stans og stengte veier gjør at utviklingen på dette området kan ta lengre tid i polare strøk.

Pandemien har hjulpet til med å endre gamle reisemønster. Vi opprettholder en kritisk holdning til tjenestereiser der det er mulig. I forhold til utslippene fra offentlige transportmidler er foretakene avhengig av samfunnsutviklingen, men kan påvirke ved å stille krav i tjenesteanskaffelser. Eksempelvis ved avtaler om pasienttransport.

4.5.3.5 Transport – Ansattreiser til og fra arbeidsplass

Helseforetakene må ta en mer aktiv rolle i mobilitetsplanleggingen til kommune og fylkeskommune. Foretakene må fortsette arbeidet med og tilrettelegge for alternativ transport.

4.5.3.6 Transport – pasientreiser

Helseforetakene må ha tett dialog og oppfølging om ambisjoner og miljømål med leverandørene om avtaleoppfølging.

Fokus og innsats rundt infrastruktur som vil være nødvendig for å oppnå målene, f.eks. legge til rette for lading av el-biler for gjester og besøkende.

Prioritere ressurser for å få på plass samarbeid med fylkeskommunene slik at bedre kan legge til rette for økt bruk av kollektivtransport og samkjøring av pasienter.



4.6 Samarbeid for å nå målene

Sykehusdrift påvirker miljø og klima gjennom forbruk av varer og utstyr, transport, byggeaktivitet, drift av bygg og håndtering av legemidler og kjemikalier. For å lykkes med bærekraftsmålene trengs det godt samarbeid på alle nivåer, både i spesialisthelsetjenesten og med andre aktører. Aktuelle aktører kan være:

- Sammenlignbare innkjøpere
- Ansatte i spesialisthelsetjenesten, som Legenes klimaaksjon
- Offentlig sektor, som DFØ
- Sekretariat til anerkjente miljømerker, som Svanemerket

²¹ Helse Nord sitt ledelseinformasjonssystem.

- NGOer og sivilt samfunn, som Health Care Without Harm
- Interesseorganisasjoner i spesialisthelsetjenesten, som CleanMed, Health Care Without Harm, Nordic Center for Sustainable Healthcare
- Grønn bygg allianse

Det interregionale samarbeidsutvalget for klima og miljø (Grønt sykehus) koordinerer aktivitet innenfor miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten. Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF er representert i samarbeidsutvalget. Det arrangeres årlig nasjonal *Miljø- og klimakonferanse* og det produseres årlig *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar*. Hver region koordinerer og leder regional miljøfaggruppe og det arrangeres *Miljø- og klimaforum* to ganger i året, som er en fellesarena for de fire regionale miljøfaggruppene. Innenfor spesifikke områder som kjemikalier og energi etableres det egne nettverk med representanter fra sykehusene.

4.6.1 Status i Helse Nord

Helse Nord har et godt samarbeid i Regional klima- og miljøfaggruppe. Helseforetakene i foretaksgruppen i Helse Nord er alle miljøsertifisert etter ISO-14001:2015. Til tross for relativt like miljøaspekter og drift, er det utarbeidet egne styringsdokument, mål og strategier for hvert helseforetak. Et resultat av dette er at det brukes mer ressurser enn nødvendig på administrering og oppfølging av styringssystem og rutiner. Det etableres felles miljøstyringssystem i 2021/2022. Klima og miljø er tema i arbeidsmiljøutvalg og andre samarbeidsfora i helseforetakene. Det er felles arenaer i Helse Nord, som Eiendomsforum, som bidrar til godt samarbeid på tvers.

4.6.2 Hvor ønsker vi å være i 2030?

Helse Nord skal ha en felles miljøstyring som støtter opp om egne strategier og rammeverket for miljø i spesialisthelsetjenesten selv om miljøpåvirkninger særegne for vår landsdel og utfordringer må ivaretas.

Arbeid med klima og miljø gjøres i samarbeid mellom ledelse, arbeidstakerrepresentanter, medarbeidere og andre samarbeidspartnere. Gode løsninger utarbeides i fellesskap, med eierforhold i organisasjonen, bidrar til måloppnåelse i miljøarbeidet.

Felles hjemmeside og e-læringskurs bidrar til informasjonsutveksling, kompetanseheving, som gir grunnlag for godt samarbeid.

4.6.3 Hvordan kommer vi dit?

Med felles miljøstyringssystem skal vi ha enklere og enhetlige prosesser i miljøarbeidet for helseforetakene, som er lett forståelig for alle og som

er overgripende i foretaksgruppen. Dette skal omfatte både strategi, system, rutiner og revisjonsregime.

Vernetjeneste, tillitsvalgte, medarbeidere og andre samarbeidspartnere skal involveres i arbeid med klima og miljø. Miljøarbeidet skal være et tema i aktuelle møtefora og treffpunkt mellom ledelse og arbeidstakere.

5. Kritiske suksessfaktorer for miljøarbeidet i Helse Nord

For i å ivareta endringene som gjøres mot det grønne skiftet er det avgjørende at hele organisasjonen får/oppnår:

- Tydeligere styringssignaler og rammer for å kunne gjennomføre det grønne skiftet. Krav om omlegging fra fossilt brensel til fornybar energi og til mer miljø- og klimavennlige materialer reflekteres i budsjett. Rapportering på besparelser inkluderer gevinstrealisering på klima og miljø.
- God lederforankring og etterspørsel etter innovative anskaffelser fra alle ledernivåer.
- Følger å etterleve ledelsesprinsipper og krav i forskrift om *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og *ISO 14001 Ledelsessystemer for miljø* for å regulere foretakene sin innvirkning på ytre miljø.
- Klare mål og handlingsplaner, som skal støtte opp om disse målene.
- Større kompetanse i miljø- og klimaarbeidet både på operativt og strategisk nivå.
- Gi tydelige bestilling til de felleseide helseforetakene på kutt av klimautslipp i leveranser av varer og tjenester.
- Nå målene med pasientenes helsetjeneste og oppnå optimal drift
- Bedre styringsverktøy og indikatorer for ledelse og ansatte
- Følge opp miljøstrategiene de felleseide selskapene har utviklet på oppdrag fra helseforetakene. Sikre forståelse og aksept for miljø- og klimakrav i anskaffelser, og gi tydelige rammer for deltakerne fra helseforetakene i prosjektgrupper. Langsiktige kostnader på klima- og miljø må inkluderes sammen med funksjonskravene til produkter. Samarbeide med leverandører om produktutvikling i avtaleperioden, og ikke kun i anskaffelsesperioden.

6. Evaluering og revisjon

Målet med Delstrategien for klima og miljø er å arbeide hensiktsmessig med miljøledelse. Den regionale klima og miljøgruppa for Helse Nord evaluerer årlig om ønsket effekt er oppnådd. Felles evaluering legges frem for direktørmøtet som en del av ledelsens gjennomgang?

Delstrategien for klima og miljø revideres etter tre år. Mindre justeringer og endringer gjøres årlig av dem regionale klima og miljøgruppen for Helse Nord eller ved:

- Revisjon av overordnet strategi for Helse Nord
- Revisjon av Rammeverket for miljø (for spesialisthelsetjenesten)
- Aktuelle endringer i regional utviklingsplan eller oppdragsdokument for Helse Nord.
- Endringer i aktuelle lover eller forskrifter.

7. Grunnlagsdokumentasjon som strategien bygger på

Sykehusbygg Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter (ikke vedtatt ennå)

[Helse Nords strategi 2021 -2024 Sammen om helse i nord](#)

[Regional utviklingsplan 2035 \(Helse Nord RHF\):](#)

[Helse Nord RHF's vedtekter](#)

[Sykehusinnkjøps miljøpolicy for anskaffelser, inkludert restriksjonsliste for helse- og miljøskadelige stoffer](#)

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

ISO 14001:2015

[FNs bærekraftsmål](#)

[Nasjonal helse- og sykehusplan 2016--2019](#)

[Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2024](#)

[Nasjonal e-Helsestrategi](#)

[Nasjonal handlingsplan for kliniske studier](#)

[Regjeringens klimaplan](#)

[Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2020](#)

[Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen](#)

[Oppdragsdokument 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF](#)

[Handlingsplan for et bedre smittevern - med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019–2023](#)

[Antibiotikaresistens - Kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak. Status 2020](#)

[Helsedirektoratets statistikk over forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus](#)

[Smittevernplan 2016-2020 Helse Nord](#)

[Klimaplan for 2021-2030 Meld. St. 13 \(2020–2021\)](#)

[Statens direkte eierskap i selskaper — Bærekraftig verdiskaping Meld. St. 8](#)

[Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2020](#)



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

| | |
|----------------|--|
| Møtedato: | 13.10.2021 |
| Arkivsak: | 2021/8048-1 |
| Saksbehandler: | Snorre Manskow Sollid, driftsleder for operasjonsvirksomheten i UNN HF |

Anestesi- og operasjonsvirksomheten i UNN HF

Bakgrunn

Anestesi- og operasjonsvirksomheten i UNN er en kjerneressurs innenfor den somatiske spesialisthelsetjenesten. Spesielt for de kirurgiske fagene er disse ressursene sentrale for å yte forsvarlig helsehjelp. For ikke-kirurgiske fag er ressursene sentrale for enkelte pasientgrupper som trenger anestesistøtte til invasive og plagsomme prosedyrer. Virksomheten er ressurskrevende både for personell, utstyr og areal. Myndighetskrav, medisinsk og teknisk utvikling er viktige drivere, og gir en vedvarende opplevelse av manglende kapasitet. Begrensende rammebetingelser (økonomi, personell og areal) krever helhetlig og overordnet prioritering og koordinering, samt fortløpende samhandling mellom de involverte klinikkene for en best mulig ressursutnyttelse.

Formål

Orienterer styret ved UNN om hovedtrekkene i hvordan anestesi- og operasjonsvirksomheten i UNN er organisert, hvordan ressursene er fordelt, og hvordan ressursene benyttes. Til sist beskrives de viktigste hovedutfordringene og tiltak knyttet til disse.

Saksutredning

Organisering

All anestesi- og operasjonskapasitet i UNN er organisert i Operasjons- og intensivklinikken (OpIn) Poliklinisk operasjonsaktivitet uten anestesistøtte gjennomføres på to operasjonsstuer i Nevro, - ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR), ved to operasjonsstuer ved Øye operasjon og ved kirurgiske poliklinikker i Harstad, Narvik og Tromsø.

OpIn-klinikken har anestesi- og operasjonsavdelinger ved sykehusene i Harstad, Narvik og Tromsø. I Tromsø er anestesilegene organisert i en egen avdeling, og bemanner Intensivavdelingen, Smerteavdelingen, trykkammer og all anestesi- og operasjonsaktivitet. I tillegg bemanner flere av anestesilegene i avdelingen luftambulansen (fly og helikoptre). Til sammen dekkes 5 (6) intrahospital vaktlinjer.

**Følgende anestesi- og operasjonskapasiteter foreligger:***Tromsø*

UNN Tromsø har 12 operasjonsstuer ved Innsluset seksjon (B₃7) og 8 operasjonsstuer ved Dagkirurgisk seksjon (A₃7). I tillegg benyttes eksterne stuer for tannbehandling (ØNH-poliklinikk), intervensjonsstue ved Radiologisk avdeling (lab 10). Anestesistøtte gis i tillegg i flere arealer, slik som ved strålebehandling, ved radiologiske prosedyrer mm.

Åpningstiden på dagkirurgiske stuer er frem til kl. 15.30. Åpningstiden på innslusede elektive stuer er enten kl. 15.30, 17.00 eller 19.00.

Av de 8 stuene i Dagkirurgisk seksjon, er to av stuene omdisponert til robotstuer. Totalt gir dette 6 stuer tilgjengelig for dagkirurgi, og 14 stuer for heldøgnskirurgi. Øyeblikkelig hjelp er organisert i Innsluset seksjon med 1 team mandag, og 2 team tirsdag til og med fredag på dagtid. På ettermiddag foreligger 2 Øhj team, natt og helg dekkes med 1 Øhj team.

Dagkirurgisk seksjon er bemannet til å dekke 23 anestesi- og operasjonsteam per uke. Seksjonen har eget mottak av pasienter og egen postoperativ oppvåkning.

Innsluset seksjon er bemannet til å dekke de stuekapasitetene som er fordelt til NOR-, K3K-, Hjerne og lungeklinikken (HLK) -(anestesi) og andre. All utestestasjonsvirksomhet og robotstuene er bemannet fra Innsluset seksjon. Totalt utgjør dette 66 anestesi- og operasjonsteam per uke (ukedager). Innsluset seksjon er på enhetsnivå organisert komplementært med de kirurgiske klinikkene.

Oppvåkingsseksjonen ble i 2020 organisatorisk flyttet fra Intensiv- og oppvåkingsavdelingen til Anestesi- og operasjonsavdelingen. Seksjonen har totalt 17 sengeplasser, og er bemannet for å dekke oppvåkingsbehovet for aktiviteten ved Innsluset seksjon og utestasjonene.

Harstad

Harstad har 8 operasjonsstuer til heldøgns- og dagkirurgiske inngrep. I tillegg benyttes eksterne stuer for anestesistøtte ved gastromedisinske og radiologiske prosedyrer.

Dagens bemanningsplaner dekker 23 anestesi- og operasjonsteam per uke. Åpningstiden på operasjonsstuene er frem til kl. 15.30 alle dager. Kapasitetene deles likt mellom Kirurgi, - kreft og kvinnehelseklinikken (K3K) og NOR. Øhj på dagtid dekkes av de elektive teamene. Det er ett team for Øhj med aktiv tid fra kl. 15.30 og frem til kl. 22.00 på ukedager. På natt i og i helger dekkes med 1 Øhj team.

Harstad har 6 senger for generell oppvåkning, og er organisatorisk en del av Intensiv-seksjonen. I tillegg er det 3 senger for ØNH-barn som er skjermet. På natt og helg tas oppvåkning på intensiv med bruk av kapasitet der. Dagkirurgisk mottak og postoperativ overvåking (med unntak av narkose) er organisert i K3K-klinikken.

Narvik

Narvik har 5 operasjonsstuer som benyttes til heldøgns- og dagkirurgiske inngrep. I tillegg benyttes eksterne stuer ved tannbehandling og radiologiske prosedyrer. I nye UNN Narvik er det planlagt økning fra 5 til 6 operasjonsstuer. Dagens bemanningsplaner dekker 12 anestesi- og operasjonsteam per uke. Åpningstiden på operasjonsstuene er frem til kl. 15.30.



Kapasitetene deles likt mellom K3K- og NOR-klinikken. Øhj på dagtid dekkes av de elektive teamene. Det er ett team for Øhj med aktiv tid fra kl. 15.30 og frem til kl. 22.00 på ukedager. På natt og i helger er det dekket med ett Øhj team.

Perioperativ enhet har preoperativt mottak, forberedelse, oppvåkning og utskrivelse av pasienter til dagkirurgi og oppvåkning av pasienter til heldøgnskirurgi. Åpningstiden er fra kl. 07.30 til 19.00 på hverdager. Oppvåkning utenfor denne åpningstiden (kveld, natt og helger) foregår ved Intensiv-seksjonen. Perioperativ enhet har kapasitet til 16 pasienter per dag i åpningstiden.

Sterilforsyning og spesialreinhold, forbruksmateriell og utstyr

Sterilforsyning og spesialreinhold i Harstad, Narvik og Tromsø er organisatorisk samlet i Avdeling for sterilforsyning og spesialreinhold. Avdelingen sørger både for spesialreinhold i operasjonsarealene og hele sterilforsyningskjeden ved alle tre sykehus. Sterilforsyningsfunksjonen er over de siste årene betydelig automatisert, digitalisert, sentralisert og modernisert. Etter ombygging av Sterilforsyningen ved UNN Tromsø i 2016-2017 har den sannsynligvis vært landes mest moderne.

I tillegg til spesialreinhold og sterilforsyning dekker avdelingen viktige oppgaver innen lager og logistikk av forbruksmateriell. Det er innført lagerstyringssystem og sporingssystem for operasjonsutstyr.

Anestesi- og operasjonsvirksomheten er svært utstyrstung. Avansert og kostbart utstyr krever opplæring av alt personell. Overgang fra åpen kirurgi til mer mini-invasive metoder er svært kostnadsdrivende både for investeringer, vedlikehold og opplæring.

Brukere av anestesi- og operasjonskapasitet

HLK-klinikken

Klinikken har totalt 9 anestesi- og operasjonsteam per uke. 2 av kapasitetene benyttes til hybride og angiografiske intervensjoner ved Radiologisk avdeling. Øvrig aktivitet foregår på 2 operasjonsstuer ved Innsluset seksjon. Operasjonssykepleierne er ansatt i HLK-klinikken, mens anestesiresurs, spesialreinhold og sterilforsyningsfunksjon dekkes fra OpIn-klinikken. Klinikken har eget aktivt Øhj team på aften, og hjemmevakt på natt. Klinikken har ingen dagkirurgisk kapasitet.

K3K-klinikken

Klinikken har i Tromsø 22 anestesi- og operasjonsteam per uke ved Innsluset seksjon, og 11 kapasiteter ved dagkirurgisk seksjon. I Harstad 11,5 kapasiteter og i Narvik 6 kapasiteter.

NOR-klinikken

Klinikken har i Tromsø 19,5 anestesi- og operasjonsteam per uke ved Innsluset seksjon, og 11,5 kapasiteter ved dagkirurgisk seksjon. I Harstad 11,5 kapasiteter og i Narvik 6 kapasiteter.

Andre klinikker (MK, BUK, PHRK)

I Tromsø benyttes 10 anestesikapasiteter per uke til prosedyrer med anestesistøtte for Barne- og ungdomsklinikken (BUK), Medisinsk klinikk (MK), Psykisk helse og rusklinikken (PHRK) samt sentralvenøse tilganger. I tillegg benyttes 1,5 anestesikapasitet per uke til tannbehandling i narkose.



I Harstad benyttes 1,25 anestesikapasiteter per uke til prosedyrer med anestesistøtte for MK. I tillegg benyttes 1 kapasitet til tannbehandling i narkose.

I Narvik benyttes 1 anestesikapasitet til tannbehandling i narkose, og 0,25 kapasitet til anestesistøtte ved skopier (hver 4. uke).

Øhj

I Tromsø er det avsatt til sammen 9 anesthesi- og operasjonsteam til Øhj på dagtid per uke. HLK har eget Øhj-team fra kl. 15.30. I Harstad og Narvik tas Øhj på dagtid på elektive team. Fra kl. 15.30 er det eget aktivt Øhj-team frem til kl. 22.00.

Overordnet planlegging, koordinering og prioritering

Anestesi-, operasjon-, spesialreinhold og steriltforsyningsressursene er i UNN sentralisert og organisert i OpIn- klinikken. Disse ressursene fordeles mellom mange brukere (klinikker). Overordnet planlegging, koordinering og fordeling av disse ressursene er organisert gjennom et eget overordnet organ – Overordnet planleggings- og koordineringsgruppe (OPK). Gruppen ledes av driftsleder for operasjonsvirksomheten i UNN. Driftsleder er rådgiver i stab til klinikk-sjef for OpIn- klinikken. Gruppen er sammensatt av klinikk-sjefer fra HLK-, K3K-, NOR- og OpIn-klinikken. Hver klinikk-sjef har med en avdelingsleder fra en av sine kirurgiske avdelinger. Fra OpIn klinikken er også avdelingslederne fra de tre AnOp-avdelingene og avdelingsleder for Anestesilegeavdelingen representert. Driftslederne i Harstad og Narvik inngår også i gruppen.

Gruppens formål er å:

1. Sørge for overordnede beslutninger knyttet til operasjonskapasitet
2. Sikre at beslutninger i OPK produseres på en effektiv, rasjonell og kvalitativt god måte
3. Sikre at beslutninger som tas har en god forankring i organisasjonen
4. Sikre en effektiv informasjonsutveksling på overordnet og klinikkovergripende nivå

OPK har 6 møter i året med definert agenda:

- a. Gjennomgang av relevante overordnede styringsindikatorer (HN-LIS)
- b. Gjennomgang av spesifikke styringsindikatorer for operasjonsvirksomheten (HN-LIS)
- c. Interne revisjoner knyttet til operasjonsvirksomheten
- d. Justering av driftsplan og -kalender
- e. Innmeldte saker
- f. Årshjultilpasset tema:
 - i. Januar: Årlig melding OPK - utkast
Overordnede føringer for operasjonsvirksomheten inneværende år
 - ii. Februar: Årlig melding OPK
Relevante forhold fra Oppdragsdokument
Styringsmål og -indikatorer inneværende år
 - iii. Mars: Status overordnet virksomhetsplan neste år
Innmeldte behovstall
Sommerplan
 - iv. Mai: Plantall neste år - utkast
 - v. September: Status overordnet virksomhetsplan neste år



- Status arealplaner (relevant for operasjonsvirksomheten)
- vi. November: Gjennomgang av neste års styringsparametere
- Overordnet
 - Spesifikke for operasjonsvirksomheten
 - Møteplan neste år
 - Gjennomgang av metode for behov og beregning av plantall
 - Plantall neste år – justert

Sakliste, sakspapirer og referat arkiveres i Elements (sak: 2021/60)

Strategisk og taktisk planlegging - Plantall for operasjonsvirksomheten i UNN

Utarbeidelse av plantall for kommende år starter med beskrivelse av behovet for anestesi og operasjoner for de enkelte fagområdene. Dette beregnes basert på uttrekk av aktivitetsdata fra det foregående året etter en predefineret metode. Til dette tallet legges til det antallet pasienter på venteliste som har passert planlagt dato for behandling ved årsskiftet. I tillegg gjøres det en kvalitativ vurdering knyttet til andre forhold som påvirker behovet. Dernest beregnes hvor stor andel av dette behovet som kan dekkes innenfor de tilgjengelige ressursene, eksisterende stuefordelingsplan og driftsplankalenderen.

Operasjonell planlegging – Planlegging på operativt nivå

I OPK besluttes driftsplankalender for hele kommende år med utgangspunkt i overordnet driftsplan (DS11630). I driftsplankalenderen defineres driftsnivå for samtlige dager hele året for alle tre sykehus. Sammen med fordeling av anestesi- og operasjonsteam danner dette grunnlaget for den operative planleggingen. Tilgjengelige ressurser gjøres kjent til de kirurgiske avdelingene og defineres i timebøkene i DIPS for hvert fagområde (PR56273). Dette gir mulighet for programmering av pasienter på tilgjengelige kapasiteter etter gitte kriterier i et langt tidsperspektiv.

Det gjennomføres ukentlige møter mellom AnOp-avdelingene og de kirurgiske klinikkene for kvalitetssikring av program som er satt opp for kommende uke. Arbeidsflyt og arbeidsprosesser knyttet til forberedelse av den enkelte pasient er definert i egne prosedyrer som skal sikre god pasientsikkerhet og optimal utnyttelse av ressursene (DS11231).

Dag til dag planlegging

Neste dags operasjonsprogram med ferdig utfylte operasjonsmeldinger skal være klart seinest kl. 14.00 dagen før operasjon. Dette danner utgangspunkt for detaljert planlegging av personell og klargjøring av utstyr.

Ved uforutsett stort fravær av personell enkeltdager, som påvirker tilgjengelig anestesi- og operasjonskapasitet prioriteres tilgjengelig kapasitet etter fastsatt prosedyre. Ved lengre varende nedtrekk av anestesi- og operasjonsteam etableres et eget arbeidsutvalg (AU) for ukentlig prioritering av tilgjengelig kapasitet (ex. pandemi, vedvarende personellmangel).



Styringsmål for anestesi- og operasjonsvirksomheten i UNN

OPK har for 2021 definert tydelige styringsmål innenfor hovedområdene; Tilgjengelighet, effektiv drift og pasientsikkerhet. For hver av disse hovedområdene er det definert egne indikatorer med styringsmål:

| Hovedområde | Indikator | Måltall | Beskrivelse av indikator |
|------------------------------|---|--|--|
| Tilgjengelighet | Planleggingshorisont | Bedre enn forrige år | Ratio av planlagte oppmøter til operasjon med dato/planlagte vs oppmøter operasjon med/uten |
| Tilgjengelighet | Ventetid til operasjon | < 50 dager | Ventetid på gjennomførte operasjoner, fra tid opprettet kontakt til operert |
| Tilgjengelighet | Behandlet innen planlagt dato | > 95% | Andel av alle pasienter som er operert innen planlagt dato |
| Tilgjengelighet | OF3k - pakkeforløp | > 70% | kun kirurgiske pakkeforløp |
| Effektiv drift | Utnyttelsesgrad av team | >85% | Andel av åpningstid på team med pasient på stuen. +20 min DK, +30 min HD |
| Effektiv drift | Gjennomføringsgrad | 100 % | Andel gjennomførte kapasiteter av planlagte kapasiteter |
| Effektiv drift | Stue inn første operasjon | < 08:00 man, tirs og tors, < 09:00 onsdag, <08:30 fre (forskjeller HA/NA/TØ) | Median klokkeslett, samt andel før oppgitte klokkeslett på første pasient på elektiv kapasitet. |
| Effektiv drift | Effektiv oppstart på stue | Oppfølgingparameter uten fast måltall | Tid fra stue inn til anestesisstart og knivstart. |
| Effektiv drift | Skiftetid | <20 min DK, <30 min H | Tid fra stue ut til stue inn neste pasient. |
| Effektiv drift | Strykninger | <5% totalt | Splitte på fagområde, og spesifikt måle definerte strykningskoder (ikke indikasjon, ikke tilstrekkelig utredet, overbokking) |
| Effektiv drift | Flyteeffektivitet | >85% | Definerte pasientforløp for HLK, K3K og NOR (må besluttes hvilke). Andel av åpningstid på team med pasient på stuen. +20 min DK, +30 |
| Kvalitet og pasientsikkerhet | Øyeblikkelig hjelp | >95% | Andel "rød" øhj behandlet innen 6 timer |
| Kvalitet og pasientsikkerhet | Øyeblikkelig hjelp | >80% | Andel "gul" øhj behandlet innen 24 timer |
| Kvalitet og pasientsikkerhet | Øyeblikkelig hjelp på elektive team | 50% reduksjon ift 2020 | Antall sammenliknet med 2020. Forskjell angis i prosent |
| Kvalitet og pasientsikkerhet | Hoftebrudd operert innen 24 timer | >60% | Andel hoftebrudd operert innen 24 timer etter ankomst sykehuset |
| Kvalitet og pasientsikkerhet | Hoftebrudd operert innen 48 timer | >90% | Andel hoftebrudd operert innen 48 timer etter ankomst sykehuset |
| Kvalitet og pasientsikkerhet | Bruk av sjekklister for "Trygg kirurgi" | >90% | Andel av operasjoner hvor alle tre deler av sjekklister for "Trygg kirurgi" er benyttet. |

Indikatorene besluttet av OPK er lagt inn i eget målekort i HN-LIS for kontinuerlig oppfølging av de involverte klinikkene:

<http://sasviya.hn.helsenord.no/links/resources/report?uri=%2Freports%2Freports%2F268f3452-4ee7-416c-b6f3-374a4f8c8b66&page=vi4884224>



Utfordringer for anestesi- og operasjonsvirksomheten i UNN

Det meldte behovet for anestesi og operasjonskapasitet dekkes ikke innenfor de rammebetingelsene som er avsatt totalt sett, men varierer mellom fagområdene. Behovet er dekket for HLK-klinikken, men for K3K-klinikken og NOR-klinikken er det en klar underdekning for flere av fagområdene. Totalt sett vurderes det behov for å styrke kapasiteten ved UNN Tromsø med 1 stuekapasitet til heldøgnskirurgi, med 2 stuekapasiteter til dagkirurgi og 1 stuekapasitet til «utsluset» kirurgi per uke. For lav kapasitet til elektiv kirurgi medfører økt belastning på Øhj-team ved UNN Tromsø. Et økende antall prosedyrer som kan behandles enten dagkirurgisk eller via «utsluset» kapasitet blir behandlet av Øhj-team, og gir for lav kapasitet spesielt for Øhj ortopedi.

I 2017 ble det i regi av Deloitte gjort en revisjon av organisering, bemanning og drift ved Innsluset seksjon ved UNN Tromsø. Funnene i rapporten har vært brukt aktivt siden, og er fortsatt et viktig grunnlag for videre forbedringsarbeid.

Areal

Ved UNN Tromsø er det behov for å bedre og utvide areal knyttet spesielt heldøgnskirurgi. Arealene som benyttes er stort sett uendret fra 1991, med små og upraktiske operasjonsstuer. Plan for renovering av disse er forskjøvet i tid, og skaper allerede i dag utfordringer spesielt knyttet til utstyrstung virksomhet. Mangel på areal har medført at 2 operasjonsstuer ved Dagkirurgisk seksjon er avsatt til Robotkirurgi (av total 8 operasjonsstuer). Dette begrenser muligheten til utvidelse av den dagkirurgiske virksomheten i Tromsø. Operasjonsstuer for «utsluset» kirurgi er svært begrenset, og belaster både Øhj-team og øvrig elektiv virksomhet. Ved UNN Tromsø er det i dag svært liten buffer til å øke kapasitet uten å øke antallet operasjonsstuer. Ved behov for oppjustering av operasjonskapasitet for blant annet å nå målene i pakkeforløpene for kreft og når behovet for Øhj i perioder øker, er dette i dag ikke mulig uten en omprioritering fra andre fagområder. Mangelen på areal tvinger med dette også frem en økt sammenblanding av Øhj og elektiv kirurgi.

Bemanning

| Harstad | Budsjett | Ansatt | Kommentar |
|-----------------------|-----------------|-----------------|----------------------------------|
| Anestesileger | 7,3 + vikarer | 11,65 | Endret vaktssystem |
| Anestesisykepleiere | 16,35 | 14,5 | Dekkes opp fra 2022 |
| Operasjonssykepleiere | 28,2 | 26,6 | Dekkes opp fra 2022 |
| | | | |
| Narvik | | | |
| Anestesileger | 3,6 | 3,0 + vikar | |
| Anestesisykepleiere | 8 | 8 | |
| Operasjonssykepleiere | 12,5 | 12,55 | |
| | | | |
| Tromsø | | | |
| Anestesileger | 37 OL, 14,8 LIS | 37 OL, 14,8 LIS | Underdekning på 4,4 OL ift behov |
| Anestesisykepleiere | 59,85 | 54,36 | Dekkes opp fra 2022* |
| Operasjonssykepleiere | 66,71 | 59,08 | Dekkes opp fra 2022* |
| Oppvåkning | 31,88 | 25,6 | |

*Usikkerhet pga avganger for pensjon.



Stor mangel på anestesileger har i 2021 preget driften negativt ved UNN Tromsø med redusert kapasitet i perioder, og er ikke et uttrykk for ubesatte stillinger. Dagens stillingstall er ikke tilstrekkelig til å dekke for alle arbeidsstasjoner og vaktlinjer gruppen skal dekke. Behovet for å øke utdanningstakten både på UNN og i hele regionen er presentert de siste 5-6 årene overfor HN RHF.

Utstyr

Begrenset utstyrsparke påvirker muligheten til effektiv drift ved alle tre lokalisasjoner.

Operasjonsplanlegging

Begrenset etterlevelse av besluttede planleggingsprosesser påvirker effektiv stueutnyttelse og er viktig medvirkende faktor til høye strykingstall.

Flyteffektivitet på operasjonsstuene

Det er for stor variasjon i flyteffektiviteten på operasjonsstuene. Inntid og skiftetid på operasjonsstuene er bedret over år, men man ser samtidig økt tid fra pasient ankommer stue til start av knivtid. Det er fortsatt mange endringer i neste dags operasjonsprogram etter avtalt tidspunkt kl. 14.00 dagen før operasjon, samt at for enkelte fagområder ser man fortsatt mangelfullt utfylte operasjonsmeldinger selv for den planlagte kirurgien.

Økt behov for anestesi uten kirurgi

Over år har behovet for anestesistøtte til ikke-kirurgiske prosedyrer økt. Det har så langt vært løst med bruk av overtid på eget personell. Behovet er stabilt økende. Det foreligger per nå ikke ressurser til dette innenfor de rammebetingelsene som foreligger.

Tiltak for anestesi- og operasjonsvirksomheten i UNN

Areal

Det gjennomføres i høst ROS-analyse i forhold til «restlevetid» på tekniske installasjoner og nødvendig vedlikehold ved Innsuset seksjon ved UNN Tromsø. I prosessen med revisjon av arealplan for UNN Breivika vil videre plan for Innsuset seksjon være sentral.

Øke antall LIS- og overlegestillinger for anesthesiologi

Opln har meldt behov for å øke antallet LIS-stillinger til HN RHF siden 2015. Tilførselen har ikke vært i tråd med våre anbefalinger. Det er vurdert et behov for å øke antallet overlegestillinger med 4,4 for å dekke dagens behov. Gjennomgang av tjenesteplaner for anestesileger gjennomføres i løpet av høsten. Mandat for prosessen er utarbeidet med formål å øke tilstedeværelse på dagtid.

Kjøp av ekstern operasjonskapasitet ved Volvat og Aleris og prosjektorganisert kirurgi på lørdager

Som en følge av Koronapandemien og slep/etterslep har UNN kjøpt operasjonsstuekapasitet for flere fagområder ved Volvat og Aleris i Tromsø. UNN er nå i sin 4. anbudsperiode siden våren 2020. Nåværende avtale utløper ved årsskiftet. I 2020 ble det gjennomført 500 operasjoner og i 2021 til dd i overkant av 400 operasjoner ved disse til privatsykehusene i regi av UNN. Kostnadene ved disse tilbudene er nært dekket av den DRG som tilfaller UNN. Det er foreløpig ikke avklart om ordningen videreføres i 2022, men vil bli vurdert i løpet av høsten 2021.



Våren 2021 ble det gjennomført prosjektorganisert dagkirurgi på lørdager for utvalgte fagområder. Prosjektet ble finansiert med interne «Koronamidler», og ble avsluttet før sommeren 2021. Det foreligger ikke midler til videreføring.

Funksjonsfordeling av mer kirurgi til Harstad og Narvik for utvalgte fagområder

For enkelte fagområder er det fortsatt et potensial i å flytte mer kirurgi fra Tromsø til Harstad og Narvik. K3K- og NOR-klinikken er i sluttfasen av en strategisk plan for funksjonsfordeling mellom Harstad, Narvik og Tromsø, og forventes å både medføre et bedre ventelistesamarbeid og en tydeligere funksjonsfordeling også for kirurgi.

Flytte mer kirurgi fra døgn til dag til poliklinikk

Analyser viser at det foreligger et potensial i å flytte mer kirurgi fra døgn til dag til poliklinikk. Kapasiteten på det polikliniske nivået kartlegges høsten 2021, med mål om å flytte inngrep til lavest mulige nivå. Mandat for prosessen er utarbeidet og planlegges slutført innen utgangen av november 2021.

Forbedre operasjonsplanlegging og samarbeid mellom AnOp og de kirurgiske fagområdene

Etterlevelsen av besluttet arbeidsflyt og arbeidsprosesser for operasjonsplanlegging er for lav. I forberedelsen til overgang til DIPS Arena er det iverksatt en egen prosess for å tilpasse arbeidsprosesser og arbeidsflyt til ny EPJ, og med dette også øke etterlevelsen av besluttede prosesser. Ny operasjonsmodul i DIPS Arena skal bidra til bedre preoperativ planlegging og perioperativ gjennomføring. UNN har i utviklingen av ny operasjonsmodul deltatt aktivt for å få en operasjonsmodul som kvalitetssikrer planlegging og forebygger ineffektiv drift.

Flyteeffektivitet på operasjonsstuen

For å bedre ressursutnyttelsen og bedre flyteeffektiviteten på operasjonsstuen er det utarbeidet forbedringsprosesser i form av en «verktøykasse» til bruk i forbedringsarbeidet. Denne skal høsten 2021 tas i bruk på utvalgte pasientforløp for å korte ned tiden fra pasienten ankommer operasjonsstuen til operasjonen starter. Dette er samarbeidsprosesser mellom AnOp-avdelingene og de kirurgiske fagområdene.

Vurdering

Opplevelsen av for lav operasjonskapasitet for å dekke det behovet som meldes fra klinikkene er reel. Forklaringene er flere:

1. For lav utnyttelsesgrad av tilgjengelig kapasitet forklarer deler av kapasitetsmangelen. For heldøgnskirurgi, spesielt ved UNN Tromsø er utnyttelsesgraden god. Det er liten grunn å til å forvente økt kapasitet ved bedret utnyttelsesgrad. Effekten vil først og fremst være lavere overtidsbruk og færre strykninger. Ved bedret utnyttelsesgrad for den dagkirurgiske aktiviteten, vil man kunne oppnå større produksjon. Kapasitetene i Harstad og Narvik kan utnyttes i større grad.
2. For lav bemanning og for lite tilgjengelig areal begrenser muligheten til effektivisering av drift.
 - a. Bemanningen har for liten buffer til å håndtere korttidsfravær i perioder, samt å bufre opp kapasitet når behovet for spesielt kreftkirurgi øker
 - b. Bemanningen gir for liten kapasitet i lavdriftsperioder. Dette medfører økte ventetider for spesielt kreftkirurgi
 - c. Arealene er «gamle», små og samlet sett lite funksjonelle for å oppnå effektiv drift. Det finnes ikke areal for preoperative prosedyrer utenfor



operasjonsstuene, samt at arealer for enklere kirurgi/prosedyrer på heldøgns pasienter (utsluset kirurgi) ikke er tilgjengelige utenfor de eksisterende arealene, spesielt i Tromsø.

3. Etterlevelsen av besluttet preoperativ planlegging er for lav. Operasjonsmeldinger er for enkelte fagområder for lite utfyllt, og det gjøres endringer på planlagt operasjonsprogram kort tid før gjennomføring. Begge forholdene reduserer effektivitet i gjennomføring og bidrar til strykninger.

Konklusjon

1. Operasjonsvirksomheten i UNN har et strukturert system for planlegging av anestesi- og operasjonsressursene som følger et definert årshjul.
2. Det er etablert indikatorer som måler tilgjengelighet, effektiv drift og pasientsikkerhet tilgjengelige i HN LIS for alle involverte interessenter.
3. Opplevelsen av for liten anestesi- og operasjonskapasitet er reell. Bedre ressursutnyttelse alene vurderes ikke å være tilstrekkelig for å dekke det behovet som meldes fra de kirurgiske klinikkene og for å få måloppnåelse på tilgjengelighet, effektiv drift og pasientsikkerhet.
4. Tiltak for å bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser er et kontinuerlig arbeid som nå har fokus på bedre flyteffektivitet på operasjonsstuene og bedre preoperativ planlegging
5. Det er behov for arealutvikling av anestesi- og operasjonsarealene, spesielt ved UNN Tromsø og Harstad og behov for å styrke personalressursene ved alle tre sykehus for å redusere sårbarhet ved korttidsfravær, øke kapasitet i lavdriftsperioder og håndtere svingninger i behovet for kreftkirurgi.



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

| | |
|----------------|-------------------|
| Møtedato: | 13.10.2021 |
| Arkivsak: | 2020/11231-4 |
| Saksbehandler: | Haakon Lindekleiv |

Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer

Bakgrunn

Nasjonale kvalitetsindikatorer sammenligner kvaliteten ved norske sykehus. Helsedirektoratet publiserte 16.09.2021 nye resultater for 79 av 187 nasjonale kvalitetsindikatorer. Indikatorene som ble publisert i denne omgang er i stor grad ulike prosessindikatorer for tilgjengelighet og i mindre grad faglige indikatorer. Indikatorene beskriver i hovedsak resultater fra første tertial 2021 eller hele 2020.

Saksutredning

De oppdaterte kvalitetsindikatorerne er vedlagt og vil presenteres muntlig for styret.

Det er resultater å være stolt av:

- UNN har lavt forbruk av bredspektret antibiotika.
- UNN har lav andel i bruk av tvang i psykisk helsevern

På flere områder ligger imidlertid UNN under landsgjennomsnittet:

- Flere indikatorer for tilgjengelighet, herunder utvalgte pakkeforløp (med unntak av blant annet lungekreft), fristbrudd og ventelister. Det vises til vurderinger i Kvalitets- og virksomhetsrapportene.
- I tallmaterialet som nå er publisert fremstår andelen hoftebrudd som er operert innen henholdsvis 24 timer og 48 timer i 2020 på 38 % og 58 %. Ved nærmere gjennomgang er det avdekket sannsynlig feil ved uttrekk fra DIPS til Norsk pasientregister og feilsøking pågår. UNN følger andelen som opereres innen tidsfristene fortløpende i Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem (HN-LIS). Feil i data oppstår ikke ved overføring fra DIPS til HN-LIS. De korrekte tallene for 2020 er 60 % for lårhalsbrudd operert innen 24 timer og 91 % for 48 timer. I første tertial 2021 ble 58 % av pasientene med lårhalsbrudd operert innen 24 timer og 96 % av pasientene innen 48 timer. Dette er på landsgjennomsnittet.
- Andelen pasienter som får trombolyse ved blodpropp i hjernen i første tertial 2021.
- Dype sårinfeksjoner etter hjertekirurgi i 2020.

For øvrige indikatorer ligger UNN stort sett på landsgjennomsnittet.

Vurdering

UNNs resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer var i 2020 dårligere enn landsgjennomsnittet



på indikatorer for tilgjengelighet, inkludert ventetid og fristbrudd. Det bemerkes at mange av utfordringene med tilgjengelighet ikke er unik for UNN, men gjelder Helse Nord som helhet. Styret ved UNN har gjennom dialogavtalen med direktøren og i hovedindikatorene pekt på økt tilgjengelighet som en viktig prioritet for UNN i 2021. De nasjonale kvalitetsindikatorene understreker viktigheten av å styrke tilgjengeligheten i UNN. Det pågår flere tiltak for å styrke tilgjengeligheten som beskrevet i Kvalitets- og virksomhetsrapportene.

Andel hoftebrudd som opereres innen nasjonale frister er på landsgjennomsnittet. Det er potensiale til å øke denne ytterligere, og det har siden januar 2021 vært innskjerpet tiltak for å sikre at andelen pasienter med lårhalsbrudd opereres innen nasjonale tidskrav. Utfordringene er nært knyttet til operasjonskapasiteten i UNN, og vil bli redegjort for i egen orienteringssak til styret. Det pågår et arbeid for å korrigere feil i rapporteringen til Norsk pasientregister.

Endringene i første tertial med færre pasienter som får trombolyse ved blodpropp i hjernen vurderes mest sannsynlig betinget i små tall og tilfeldig variasjon. Resultatene fra 2020 var som helhet gode, og det har ikke vært noen endring i praksis eller rutiner. Dette forventes å være bedre for året sett under ett, men følges tett fremover.

Selv om det er små tall, er det for mange pasienter som får dype sårinfeksjoner etter hjertekirurgi. Hver dyp sårinfeksjon følges opp med en tverrfaglig gjennomgang. Gjennomgangene har avdekket at rutinene for å unngå sårinfeksjoner ikke har vært tilstrekkelig implementert. Området følges opp av Hjerte- og lungeklinikken i samarbeid med Smittevernssenteret. Det bemerkes at UNN generelt har hatt et godt smittevernarbeid og lav forekomst av sykehusinfeksjoner.

Vedlegg:

- Resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsindikatorer