



# MØTEINNKALLING

## **Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Dato: 16. desember 2021**

**Kl.: 08.30**

**Sted: Digitalt møte**



## MØTEINNKALLING

<b>UTVALG:</b>	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
<b>MØTESTED:</b>	Digitalt møte - Teams
<b>DATO:</b>	16.12.2021 kl 08.30

Forfall meldes til Administrasjonen, telefon 776 69122/776 27654 eller [Hilde.Anne.Johannessen@unn.no](mailto:Hilde.Anne.Johannessen@unn.no)

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Roald Linaker	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Eirik Kjus Aahlin	Medlem	
Sverre Håkon Evju	Medlem	
Anne Sissel Faugstad	Medlem	
Erik Arne Hansen	Medlem	
Marianne Starup	Medlem	
Grete Kristoffersen	Medlem	
Thrina Loennechen	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Monica Fyhn Sørensen	Medlem	
Kirsti Baardsen	Observatør	Leder Brukerutvalget



## ST 89-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 89-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 90-2021	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 10.11.2021
ST 91-2021	Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2021
ST 92-2021	Kvalitets- og virksomhetsrapport november 2021
ST 93-2021	Virksomhetsplan 2022
ST 94-2021	Kjøp av medisinteknisk utstyr barn
ST 95-2021	Konseptrapport for Nyfødt intensiv i Tromsø
ST 96-2021	Revisjonsprogram for 2022-2024, foretaksnivå Universitetssykehuset Nord-Norge HF
ST 97-2021	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – <i>mundlig</i></li><li>2. Samvalg - <i>mundlig</i></li><li>3. Orientering om framtidig utvikling av UNN Breivika og kommunal legevakt – <i>mundlig</i></li><li>4. Nye hovedindikatorer 2022 - <i>mundlig</i></li><li>5. Statusrapport oppfølging av handlingsplan for informasjonssikkerhet (<i>unntatt offentlighet</i>) - <i>skriftlig</i></li><li>6. Orientering om internrevisjon fra Helse Nord RHF fra 2020 – behandling av personopplysninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF - <i>skriftlig</i></li></ol>
ST 98-2021	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 29.11.2021</li><li>2. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 30.11.2021</li><li>3. Referat fra felles møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 01.12.2021</li><li>4. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 08.12.2021</li><li>5. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 13.12.2021</li></ol>
ST 99-2021	Eventuelt

Roald Linaker (s.)  
styreleder

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Styresak:	90/2021
Møtedato:	16.12.2021
Arkivsak:	2021/3-8
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 10.11.2021

### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 10.11.2021.

Tromsø, 03.12.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

### Vedlegg:

- Møteprotokoll fra styremøte UNN 10.11.2021



## MØTEPROTOKOLL

<b>Møtetype:</b>	Styremøte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
<b>Møtedato:</b>	10.11.2021 - kl. 10.00- 14.17
<b>Møtested:</b>	Digitalt møte via Teams

### Tilstede

Roald Linaker	styreleder	
Helga Marie Bjerke	styrets nestleder	
Eirik Kjus Aahlin	styremedlem	
Sverre Håkon Evju	styremedlem	
Anne Sissel Faugstad	styremedlem	
Erik Arne Hansen	styremedlem	
Marianne Starup	styremedlem	
Grete Kristoffersen	styremedlem	
Thrina Loennechen	styremedlem	
Jan Eivind Pettersen	styremedlem	
Monica Fyhn Sørensen	styremedlem	
Kirsti Baardsen	observatør	Brukerutvalget

### Fra administrasjonen

Anita Schumacher	administrerende direktør
Ingrid Lernes Mathiassen	administrasjonssjef ( <i>styrets sekretær</i> )
Einar Bugge	kst. viseadministrerende direktør/ forsknings- og utdanningssjef
Elin Gullhav	kst. viseadministrerende direktør
Lars Øverås	økonomisjef
Fredrik Sund	kst. klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Kristian Bartnes	klinikkssjef Hjerte- og lungeklinikken
Tor-Arne Hanssen	utbyggingssjef
Eirik Stellander	klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken
Marianne Nordhov	kst. klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Kate Myräng	klinikkssjef Diagnostisk klinikk
Grethe Andersen	senterleder Drifts- og eiendomssenteret
Gina Johansen	driftsleder UNN Harstad
Vibeke Haukland	driftsleder Narvik sykehus
Karl Ivar Lorentzen	kst. klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Gøril Bertheussen	personal- og organisasjonssjef

Eva Hanne Hanssen	klinikk sjef Operasjon- og intensivklinikken
David Johansen	klinikk sjef Medisinsk klinikk

Ved styremøtets start orienterte styreleder om følgende:

Styret ser utfordringen som sykehuset står i nå i forhold til pandemien og er imponert over måten dette blir håndtert på ved UNN.

## ST 83-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

ST 83-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 84-2021	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 13.10.2021
ST 85-2021	Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2021
ST 86-2021	<p>Orienteringssaker</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – <i>mundlig</i></li><li>2. Klinikkpresentasjon – Medisinsk klinikk</li><li>3. Kvalitet- og pasientsikkerhet – pasienthistorie</li><li>4. Nye hovedindikatorer 2022 – <i>mundlig. Saken utgår.</i></li><li>5. Løypemelding fra Kontinuerlig forbedring – <i>skriftlig</i></li><li>6. Orientering om ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse for psykisk helsevern voksne fra Internrevisjonen i Helse Nord RHF – <i>skriftlig og muntlig. Muntlig presentasjon utgår.</i></li><li>7. Resultater fra Kreftregisterets nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2020- <i>skriftlig og muntlig. Muntlig presentasjon utgår.</i></li><li>8. Status i arbeidet med Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging – <i>skriftlig</i></li><li>9. Hvordan jobber UNN med pasientsikkerhet og arbeidsmiljø – <i>skriftlig</i></li><li>10. Status ombygginger i UNN – <i>skriftlig. Saken var ettersendt.</i></li></ol>
ST 87-2021	<p>Referatsaker</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Referat fra Ungdomsrådet, datert 09.09. og 27.09.2021</li><li>2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 19.10.2021</li><li>3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 25.10.2021</li><li>4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 26.10.2021</li><li>5. Referat fra møte med Arbeidsmiljøutvalget, datert 27.10.2021</li><li>6. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 02.11.2021</li></ol>
ST 88-2021	Eventuelt

Roald Linaker (s.)  
styreleder

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med de endringer som fremkom under behandling av saken (*endringer i uthevet kursiv*).

**ST 84-2021 Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 13.10.2021**

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 13.10.2021.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 13.10.2021.

**ST 85-2021 Kvalitets- og virksomhetsrapport for september 2021**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for september 2021* til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for september 2021* til orientering.

**ST 86-2021 Orienteringssaker**

Innstilling til vedtak:

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

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – muntlig
2. Klinikkpresentasjon – Medisinsk klinikk
3. Kvalitet- og pasientsikkerhet – pasienthistorie
4. Nye hovedindikatorer 2022. *Saken utgikk.*
5. Løypemelding fra Kontinuerlig forbedring - skriftlig
6. Orientering om ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse for psykisk helsevern voksne fra Internrevisjonen i Helse Nord RHF – skriftlig.
7. Resultater fra Kreftregisterets nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2020 – skriftlig.
8. Status i arbeidet med Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging – skriftlig
9. Hvordan jobber UNN med pasientsikkerhet og arbeidsmiljø – skriftlig
10. Status ombygginger i UNN – skriftlig. *Saken var ettersendt.*

Enstemmig vedtatt.

#### Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar fremlagte saker til orientering.

#### **ST 87-2021 Referatsaker**

Innstilling til vedtak:

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

1. Referat fra Ungdomsrådet, datert 09.09. og 27.09.2021
2. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 19.10.2021
3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 25.10.2021
4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 26.10.2021
5. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 27.10.2021
6. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 02.11.2021. *Saken var ettersendt.*

Enstemmig vedtatt.

#### Styrets vedtak:

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



## ST 88-2021 Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Tromsø, 10.11.2021

Roald Linaker  
styreleder

Helga Marie Bjerke  
nestleder

Anne Sissel Faugstad

Erik Arne Hansen

Grete Kristoffersen

Jan Eivind Pettersen

Marianne Starup

Eirik Kjus Aahlin

Sverre Håkon Evju

Thrina Loennechen

Monica Fyhn Sørensen



## STYRESAK

Styresak:	91/2021
Møtedato:	16.12.2021
Arkivsak:	2021/7-16
Saksbehandler:	Lars Øverås/Haakon Lindekleiv

## Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2021

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for oktober 2021* til orientering.

### Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten viser resultater ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for oktober 2021.

### Formål

Informere styret om UNNs virksomhet og resultatutvikling.

### Saksutredning

Det vises til vedlagt *Kvalitets- og virksomhetsrapport for oktober 2021*.

### Medvirkning

Saken er oversendt Brukerutvalgets arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting og innspill i egne møter i uke 48. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet 16.12.2021.

## Vurdering

Styret har bedt om at UNN skal fokusere på økt tilgjengelighet og bedre økonomisk handlingsrom i 2021. Direktøren har følgende vurderinger til disse to hovedutfordringene:

### *Tilgjengelighet*

I løpet av oktober økte smittetrykket betydelig blant befolkningen i Nord-Norge. Dette medførte en jevn økning av innleggelser. UNN hadde i oktober det høyeste antallet samtidige innlegger for Covid-19 hittil i pandemien. Videre har det vært mange utskrivningsklare pasienter og disse hadde, dersom de var blitt samlet, fylt opp to sengeposter i UNN. Samlet har disse faktorene påvirket driften, og UNN gikk derfor 17.10.2021 fra grønn til gul beredskap. Dette har medført høy belastning på medarbeidere og ledere.

Samtidig har UNN hatt et sterkt fokus på å opprettholde normal drift for å unngå at pasientavtaler avlyses. Dette gjør at ventetidene ikke har økt. UNN vil imidlertid ikke oppfylle kravene for tilgjengelighet i oppdragsdokumentet innen årsskiftet.

Ventetidene var i oktober 2021 foretaket sett under ett om lag på nivå med ventetidene for oktober 2020:

- Gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende var i oktober 2021 på 79 dager mot 78 dager i oktober 2020
- Litt færre pasienter ventet på behandling i UNN i oktober 2021 (11664) sammenlignet med oktober 2020 (12214 pasienter).

Det har i oktober og november vært gjennomført et bredt arbeid med besøk i mange poliklinikker, nye analyser og kontakt med andre helseforetak. Gjennomgangen har vist flere forbedringspunkter som det vil bli redegjort muntlig for til styret. Basert på funnene konkretiseres det nå tiltak på kort sikt, samt et mer langsiktig program for å styrke virksomhetsstyringen og planlegging i poliklinikkene.

Andel kreftpakkeforløp innen standardisert forløpstid er for lav (64 % i oktober), og i hovedsak relatert til lang tid fra beslutning om kirurgi til kirurgi utføres for brystkreft, prostatakreft, lungekreft og tykk- og endetarmskreft. Høyt sykefravær og omdisponeringer av personell som jobber med anestesi og operasjon til pandemioppgaver bidrar til å forsterke utfordringene med å avvikle operasjonsvirksomheten. Det vises for øvrig til styresak 2021/80-7 om anestesi- og operasjonsvirksomheten i UNN.

### *Økonomisk resultat*

Oktober ga et negativt budsjettavvik med 24 mill. kroner. Dette til tross for at det er tatt inn en positiv effekt på 10 mill. kroner på ikt kostnader i forbindelse med prognose fra Helse Nord IKT. Det økonomiske resultatet er derfor dårligere enn hva resultatet tilsier.

På inntektssiden svikter ISF-inntektene mot budsjett på 14 mill. kroner. Det er tre hovedårsaker til inntektssvikten, koronasituasjonen, opplæring i Dips Arena og mangel på anestesileger. Nedgangen i inntektene har ikke resultert i tilsvarende lavere kostnader. Utfordringer med tilgang på anestesileger i september og starten av oktober resulterte i et

nedtrekk av 26 stuedager på operasjon. Tilsvarende har innføringen og opplæringen av DIPS Arena resultert i et nedtrekk av 47 stuedager.

Månedsverkene øker som tidligere i forhold til tidligere år, noe som resulterer i økte personalkostnadene inklusive innleie med 2 mill. kroner høyere enn budsjett. Innleie isolert har et overforbruk på 11,2 mill. kroner. Aktiviteten på laboratorieanalyser øker med 6,5 % mot tidligere år. Dette resulterer dermed i en høyere kostnad for laboratorierekvisita, som har et overforbruk på 9,6 mill. kroner i oktober.

Det er i oktober kjøpt inn utstyr for 3,8 mill. kroner høyere enn budsjettet. Hovedårsaken til overforbruket er innkjøp av teknisk og elektrisk utstyr, samt ikt utstyr. Samtidig er det fremdeles overforbruk på insulinpumper inklusive forbruksutstyr.

Farten i økonomien har økt i negativ retning i oktober og vil fortsette i november. Opplæring og innføring i nytt journalsystem DIPS Arena har vært tidkrevende og medførte at aktiviteten ble mer bremset enn forutsatt. Til slutt har aktiviteten rundt innlagte Covid-19 pasienter vært høy siste måneden. Situasjoner rundt pandemien er uavklart for tiden fremover, hvor resultatet kan være nedtrekk av aktivitet sammen med økte kostnader.

Tromsø, 03.12.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg

- 1 Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2021

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Kvalitets- og virksomhetsrapport

---

Oktober 2021



KVALITET

TRYGGHET

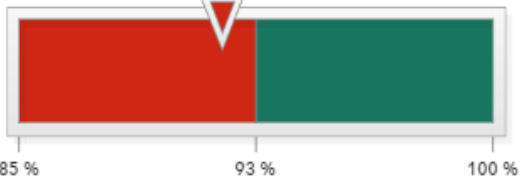

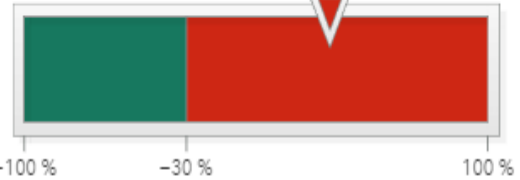
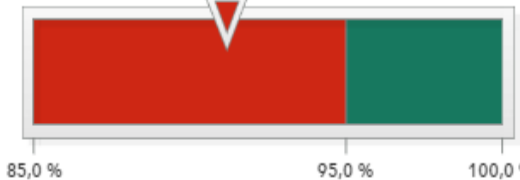
RESPEKT




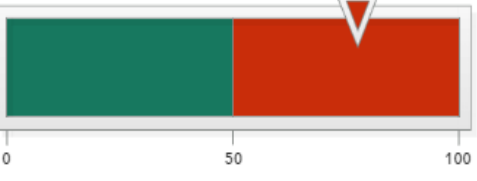
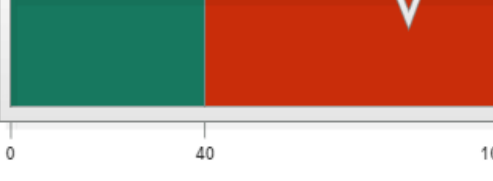
OMSORG

## **Innholdsfortegnelse**

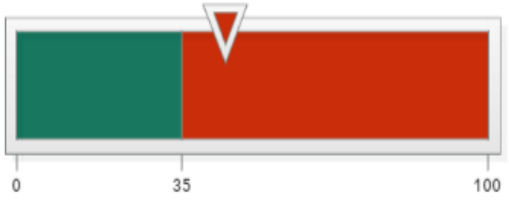
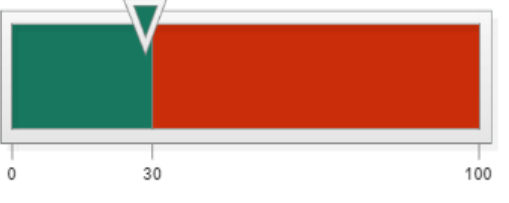
<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>2</b>
<b>Hovedindikatorer .....</b>	<b>3</b>
<b>Kvalitet .....</b>	<b>6</b>
<b>Pakkeforløp – kreftbehandling.....</b>	<b>6</b>
<b>Ventetid fortsatt ventende og avviklede.....</b>	<b>8</b>
<b>Fristbrudd.....</b>	<b>10</b>
<b>Korridorpasienter .....</b>	<b>11</b>
<b>Andel kontakter avviklet innen planlagt tid.....</b>	<b>12</b>
<b>Planleggingshorisont.....</b>	<b>13</b>
<b>Strykninger .....</b>	<b>14</b>
<b>Epikrisetid .....</b>	<b>15</b>
<b>Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern .....</b>	<b>16</b>
<b>Oppholdstid i akuttmottaket.....</b>	<b>16</b>
<b>Aktivitet.....</b>	<b>17</b>
<b>DRG.....</b>	<b>17</b>
<b>Liggetid på sykehusopphold - somatikk .....</b>	<b>18</b>
<b>Telemedisinsk aktivitet.....</b>	<b>18</b>
<b>Den gylne regel .....</b>	<b>19</b>
<b>Samhandling .....</b>	<b>20</b>
<b>Utskrivningsklare pasienter .....</b>	<b>20</b>
<b>Bruk av pasienthotell .....</b>	<b>21</b>
<b>Personal .....</b>	<b>22</b>
<b>Bemanning .....</b>	<b>22</b>
<b>Sykefravær.....</b>	<b>24</b>
<b>AML-brudd .....</b>	<b>25</b>
<b>Økonomi.....</b>	<b>26</b>
<b>Resultat .....</b>	<b>26</b>
<b>Prognose.....</b>	<b>27</b>

## Hovedindikatorer

<p><b>Nærvær (sykefravær)</b></p> <p>Måltall: &gt; 92,5 %</p> <p><b>Oktober: 91,0 %</b></p>	<p>Nærværsandel (Siste avsl mnd)</p> <p><b>91 %</b></p>  <p>85 % 93 % 100 %</p>
<p><b>Budsjettavvik akkumulert per oktober</b></p> <p><b>-43,7 mill kr</b></p>	<p>Budsjettavvik i hele 1000</p> <p><b>-43 719</b></p>  <p>-100 000 0 100 000</p>
<p><b>Innleie hittil i år mot hittil i 2019</b></p> <p>Måltall: redusere innleie med 30 % innen utgang 2023</p> <p><b>Oktober: 32 %</b></p>	<p>Endring i innleie hittil i år mot 2019</p> <p><b>32 %</b></p>  <p>-100 % -30 % 100 %</p>
<p><b>Operasjoner avvirket som planlagt</b></p> <p>Måltall: &gt; 95 %</p> <p><b>Oktober: 91,2 %</b></p>	<p>Operasjoner avvirket som planlagt (Siste avsl mnd)</p> <p><b>91,2 %</b></p>  <p>85,0 % 95,0 % 100,0 %</p>

<p><b>Kontakter avviklet innen planlagt tid</b></p> <p>Måltall: &gt; 95 %</p> <p><b>Oktober: 84 %</b></p>	<p>Kontakter avviklet innen planlagt tid (Siste avsl mnd)</p> <p><b>84 %</b></p> 
<p><b>Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste 6 månedene</b></p> <p>Måltall: &gt; 90 %</p> <p><b>Oktober: 56 %</b></p>	<p>Planlagte kontakter med oppsatt dato 6 mnd fram</p> <p><b>56 %</b></p> 
<p><b>Andel aktive fristbrudd per oktober</b></p> <p>Måltall: 0 %</p> <p><b>Oktober: 9,6 %</b></p>	<p>Andel fristbrudd sist avsl måned</p> <p><b>9,6 %</b></p> 
<p><b>Ventetid somatikk</b></p> <p>Måltall: &lt; 50</p> <p><b>Oktober: 78</b></p>	<p>Snitt ventetid somatikk (siste avslutta måned)</p> <p><b>78</b></p>  <p>Snitt ventetid PHV (siste avslutta måned)</p>
<p><b>Ventetid PHV</b></p> <p>Måltall: &lt; 40</p> <p><b>Oktober: 82</b></p>	<p>Snitt ventetid PHV (siste avslutta måned)</p> <p><b>82</b></p> 



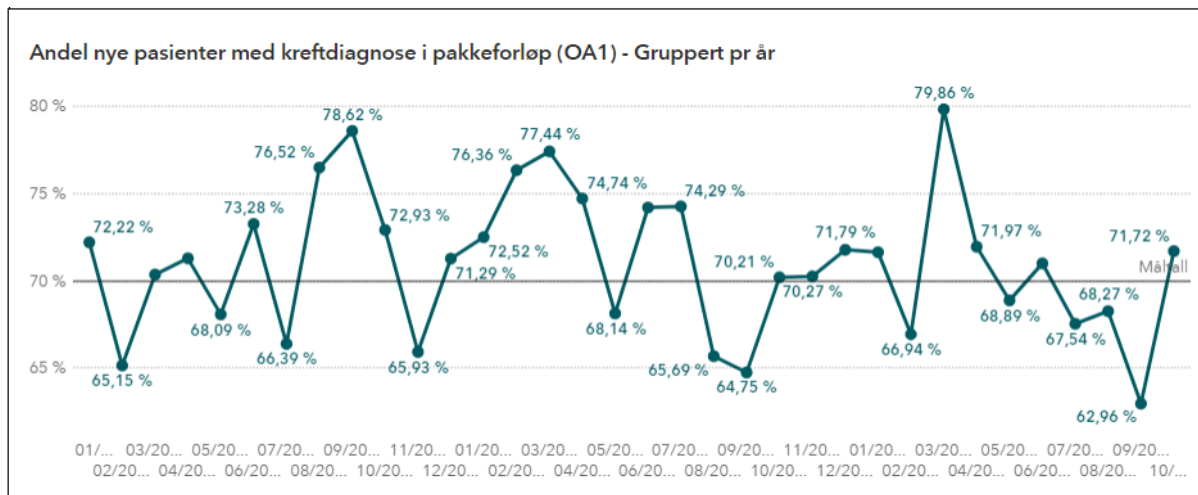
<p><b>Ventetid PHBU</b></p> <p>Måltall: &lt; 35</p> <p><b>Oktober: 44</b></p>	<p>Snitt ventetid PHBU (siste avslutta måned)</p> <p>44</p>  <p>A horizontal bar chart for PHBU. The x-axis is labeled from 0 to 100, with a tick mark at 35. A green bar segment extends from 0 to 35. A red bar segment extends from 35 to 100. A white downward-pointing triangle is positioned above the red segment at the value 44, with the number '44' written above it.</p>
<p><b>Ventetid TSB</b></p> <p>Måltall: &lt; 30</p> <p><b>Oktober: 28</b></p>	<p>Snitt ventetid TSB (siste avslutta måned)</p> <p>28</p>  <p>A horizontal bar chart for TSB. The x-axis is labeled from 0 to 100, with a tick mark at 30. A green bar segment extends from 0 to 30. A red bar segment extends from 30 to 100. A white downward-pointing triangle is positioned above the green segment at the value 28, with the number '28' written above it.</p>

## Kvalitet

### Pakkeforløp – kreftbehandling

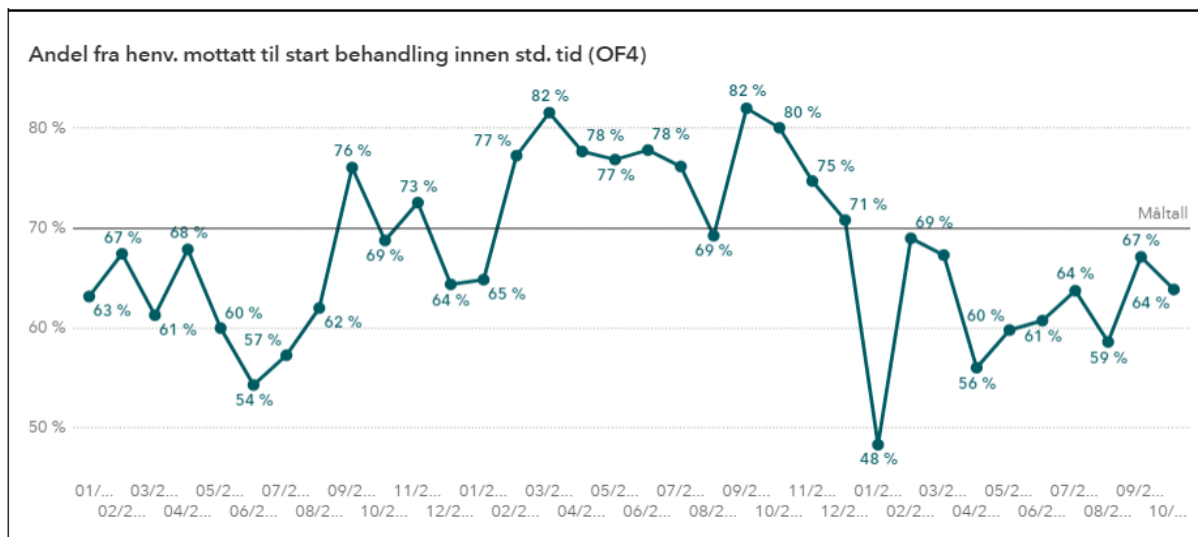
UNN har fokus på to kreftpakkeforløpsindikatorer. Det er andel i pakkeforløp og andel innenfor frist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

**Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp**



Andel som har startet pakkeforløp (OA1) av alle kreftpasienter. Eventuelle justeringer siste måned rettes opp påfølgende måned

**Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist**



Andel pasienter som har startet kreftbehandling innenfor standard forløpstid (OF4)

**Tabell 1 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (4 største)**

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
<b>Total</b>		<b>61%</b>	<b>549</b>	<b>893</b>
Brystkreft	Medikamentell behandling	82%	37	45
	Kirurgisk behandling	32%	50	155
Lungekreft	Strålebehandling	77%	36	47
	Medikamentell behandling	77%	20	26
	Kirurgisk behandling	48%	14	29
Prostatakreft	Overvåking uten behandling	54%	13	24
	Medikamentell behandling	27%	7	26
	Kirurgisk behandling	26%	9	34
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	50%	5	10
	Medikamentell behandling	33%	2	6
	Kirurgisk behandling	45%	34	75
Alle andre	Strålebehandling	41%	12	29
	Overvåking uten behandling	100%	8	8
	Medikamentell behandling	80%	53	66
	Kirurgisk behandling	80%	249	313

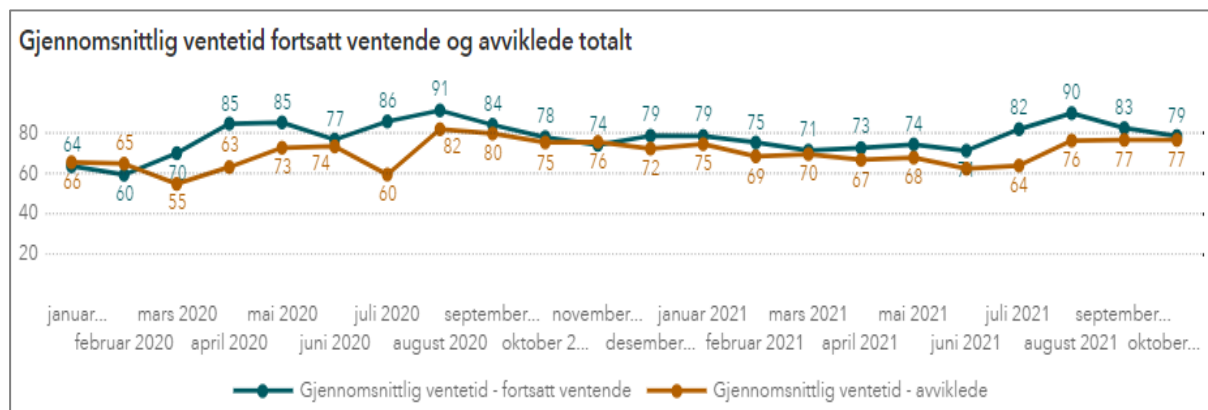
**Tabell 2 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (øvrige forløp)**

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
<b>Total</b>		<b>61%</b>	<b>549</b>	<b>893</b>
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	100%	1	1
Blærekreft	Kirurgisk behandling	86%	42	49
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgisk behandling	80%	4	5
	Medikamentell behandling	83%	5	6
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgisk behandling	89%	25	28
	Strålebehandling	0%	0	1
Galleveiskreft	Kirurgisk behandling	0%	0	1
Hjernekreft	Kirurgisk behandling	94%	16	17
	Strålebehandling	33%	1	3
Hode- halskreft	Kirurgisk behandling	82%	9	11
	Strålebehandling	25%	2	8
Kreft hos barn	Kirurgisk behandling	67%	4	6
	Medikamentell behandling	100%	5	5
	Strålebehandling	0%	0	1
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgisk behandling	0%	0	3
	Medikamentell behandling	100%	4	4
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgisk behandling	57%	4	7
	Medikamentell behandling	0%	0	1
	Strålebehandling	60%	3	5
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgisk behandling	67%	20	30
Malignt melanom	Kirurgisk behandling	100%	1	1
Myelomatose	Medikamentell behandling	100%	7	7
Neuroendokrine svulster	Kirurgisk behandling	33%	1	3
	Medikamentell behandling	0%	0	1
Nyrekreft	Kirurgisk behandling	40%	12	30
	Medikamentell behandling	100%	1	1
	Strålebehandling	100%	1	1
Peniskreft	Kirurgisk behandling	100%	6	6
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgisk behandling	50%	1	2
Sarkom	Kirurgisk behandling	100%	2	2
	Strålebehandling	100%	2	2
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgisk behandling	71%	24	34
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	33%	1	3
	Overvåking uten behandling	100%	8	8
Alle andre	Kirurgisk behandling	50%	185	371
	Medikamentell behandling	68%	95	140
	Overvåking uten behandling	54%	13	24
	Strålebehandling	68%	44	65

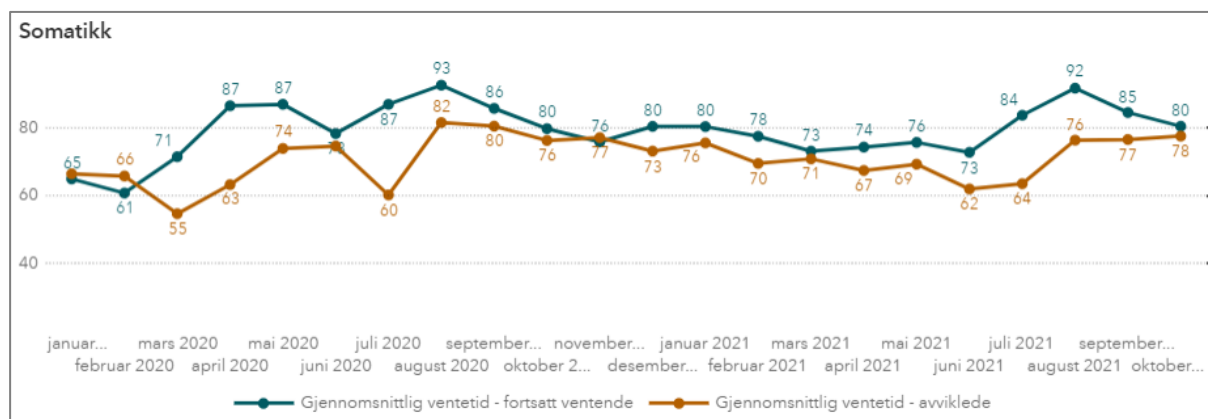
\*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standardforløpstid. Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

## Ventetid fortsatt ventende og avviklede

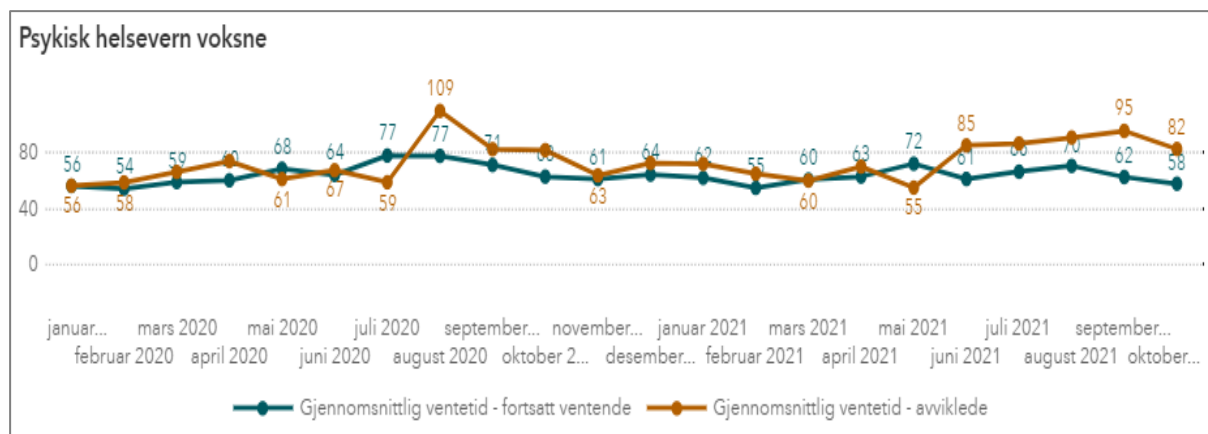
Figur 3 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede totalt



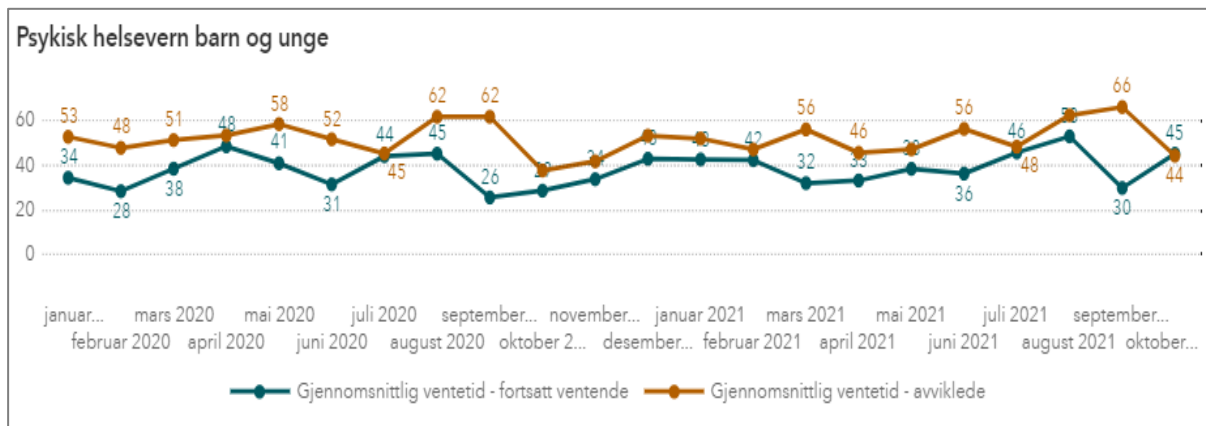
Figur 4 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – somatikk



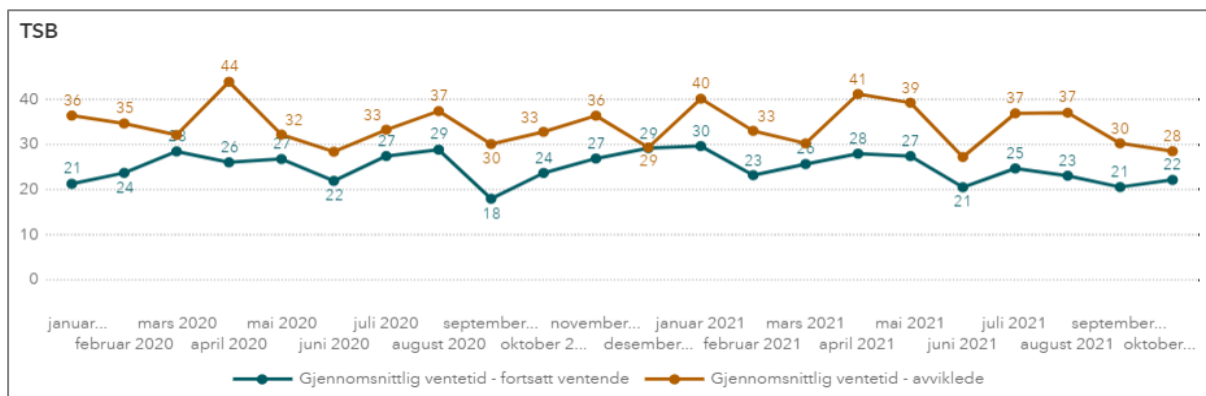
Figur 5 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - psykisk helsevern voksne



**Figur 6 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - psykisk helsevern barn og unge**



**Figur 7 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – TSB**

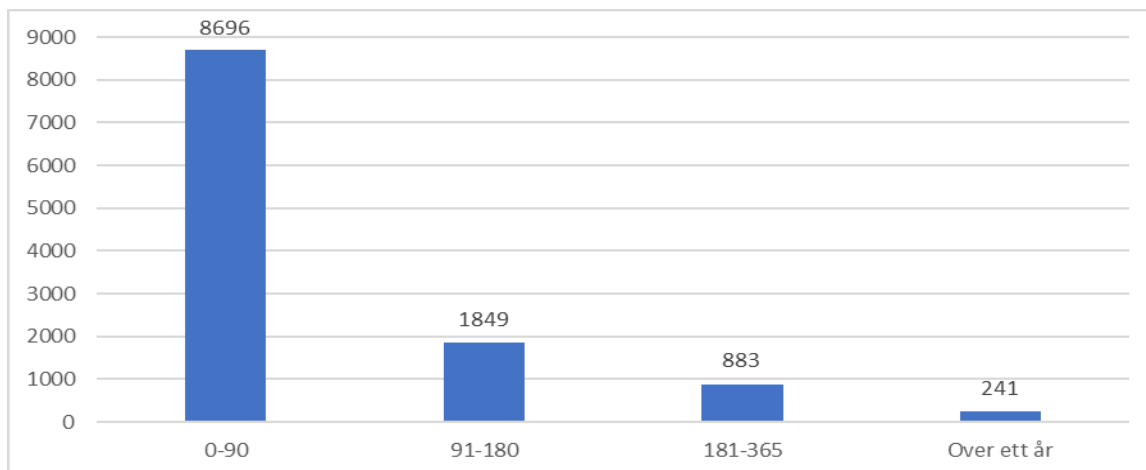


**Tabell 3 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - fordelt på hovedfagområde**

Hovedfagområde	Gjennomsnittlig ventetid - avviklede	Gjennomsnittlig ventetid - fortsatt ventende
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>78</b>
Somatisk virksomhet	71	80
Psykisk helsevern voksne	76	63
Psykisk helsevern barn og unge	52	39
TSB	34	25

*Gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende og avviklede pasienter hittil i år.*

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

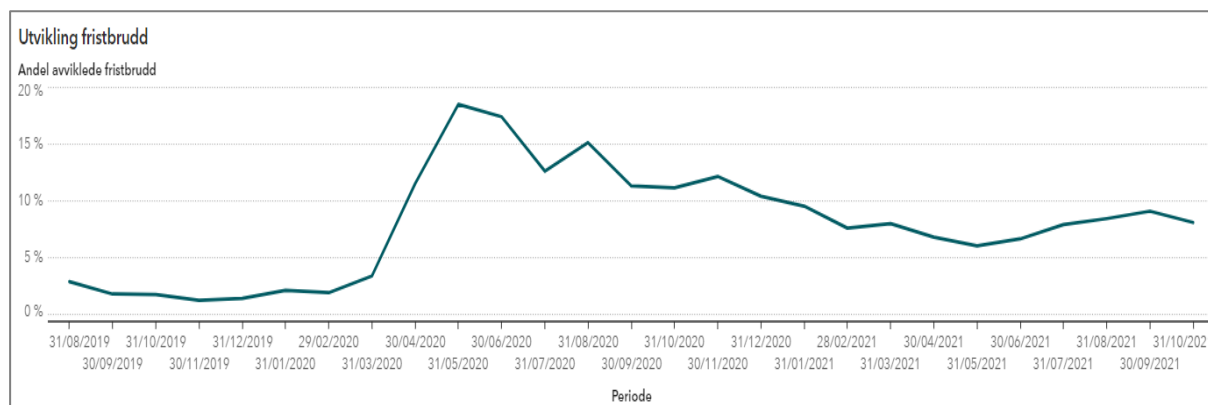


## Fristbrudd

**Tabell 4 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av måneden**

Måned ▼	oktober	
	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	Andel Fristbrudd Perioder
Klinikknavn - UNN ▲		
Total	1121	9,6 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	61	2,7 %
13 - Hjerne- og lungeklinikken	26	4,8 %
15 - Medisinsk klinikk	229	18,6 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	16	2,6 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	.
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	690	10,8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	99	16,7 %

**Figur 9 Prosent avviklede fristbrudd**

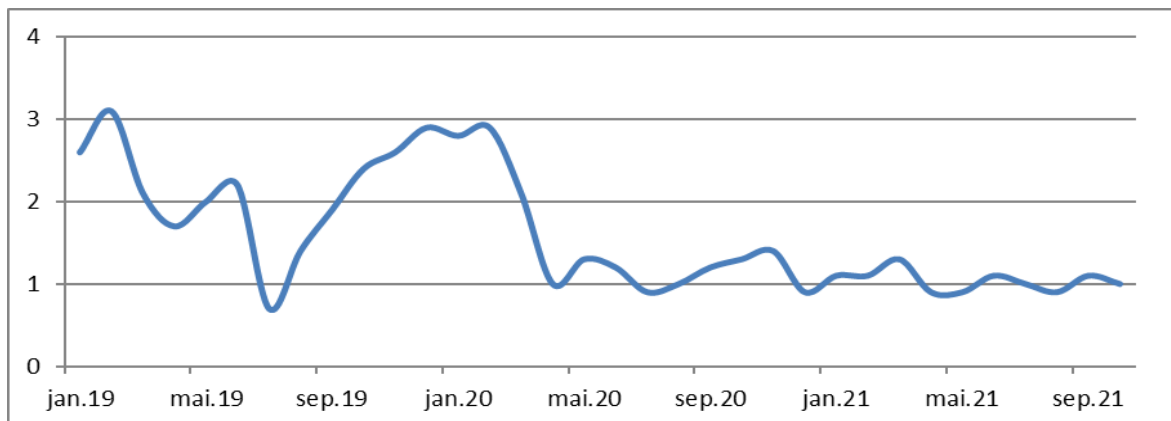


*Andel avviklet etter frist per måned*

**Tabell 5 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk**

Måned ▲	september	oktober
Klinikknavn - UNN ▲	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall
Total	535	446
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	54	64
13 - Hjerter- og lungeklinikken	20	17
15 - Medisinsk klinikk	139	76
17 - Barne- og ungdomsklinikken	12	11
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	0
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	238	221
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	72	57

## Korridorpasienter

**Figur 10 Korridorpasienter andel per måned – somatikk**

Månedlig aggregering av antall innlagt i korridorseng kl. 07.00 daglig i andel av alle inneliggende kl 07.00.

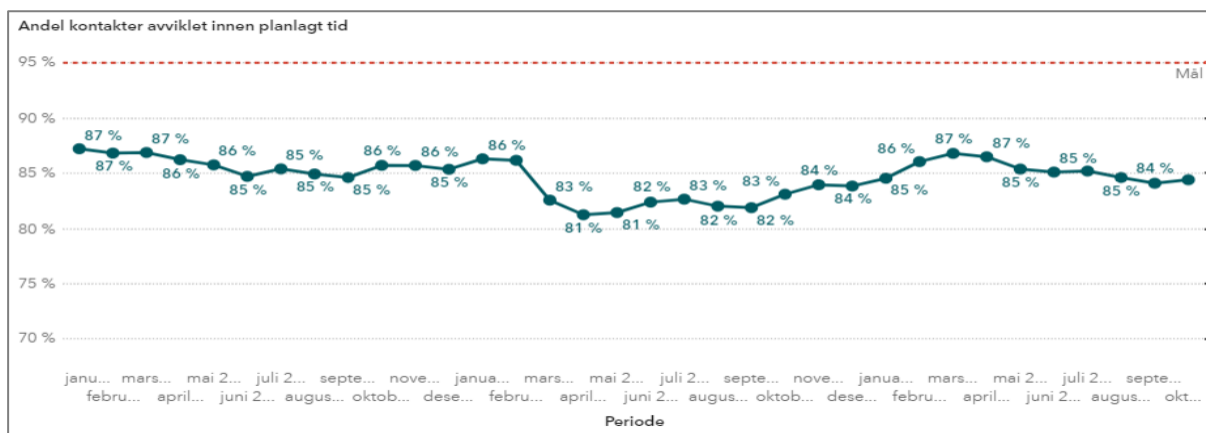
**Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned**

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Fordøyelse-nyre post Tromsø	418	26	6,2 %
Lungemedisinsk post Tromsø	524	21	4,0 %
Ort-kir. post Narvik	439	17	3,9 %
Hjertemed. post Tromsø	811	16	2,0 %
Geriatrisk post Tromsø	376	10	2,7 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	714	7	1,0 %
Ortopedisk post Harstad	350	5	1,4 %
Kreftpost Tromsø	586	5	0,9 %
Kirurgisk post Harstad	361	3	0,8 %
Medisinsk post B Harstad	463	3	0,6 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	813	2	0,2 %
Medisinsk post A Harstad	532	1	0,2 %

Målepunkt: kl. 07:00 pr dag.

## Andel kontakter avvirket innen planlagt tid

Figur 11 Andel kontakter avvirket innen planlagt tid



Andel kontakter passert planlagt tid av alle planlagte kontakter med tentativ måned eller planlagt dato.

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

Fagområde	Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total	84 %	91 772	14 279
Øyesykdommer	81 %	6 277	1 170
Øre-nese-hals sykdommer	77 %	6 990	1 575
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	75 %	6 347	1 600
Ortopedisk kirurgi (inklusive revmakirurgi)	80 %	7 039	1 405
Nevrologi	80 %	2 931	579
Lungesykdommer	71 %	2 637	773
Hjertesykdommer	91 %	6 644	601
Gastroenterologisk kirurgi	83 %	3 211	540
Fordøyelsesykdommer	77 %	4 815	1 088
Endokrinologi	78 %	3 218	696
Alle andre	90 %	41 663	4 252

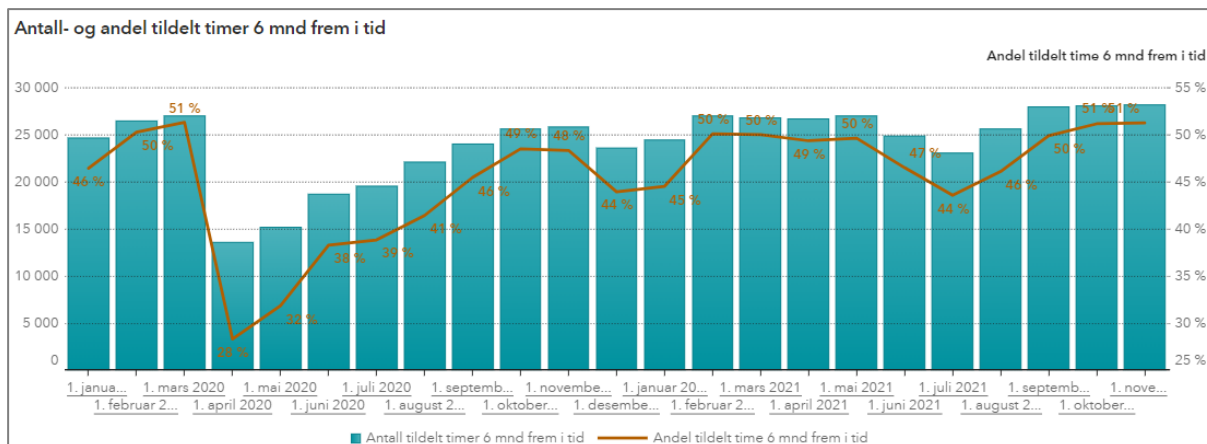
Tabell 8 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på klinikk

Klinikk	Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total	84 %	91 730	14 268
Operasjon- og intensivklinikk - UNN	82 %	362	64
Børne- og ungdomsklinikk - UNN	88 %	7 134	859
Psykisk helse og rusklinikk - UNN	93 %	7 459	496
Hjerte- og lungeklinikk - UNN	83 %	11 059	1 882
Medisinsk klinikk - UNN	79 %	11 987	2 497
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN	92 %	15 247	1 249
Nevro-, orto- og rehabklinikk - UNN	81 %	38 482	7 221



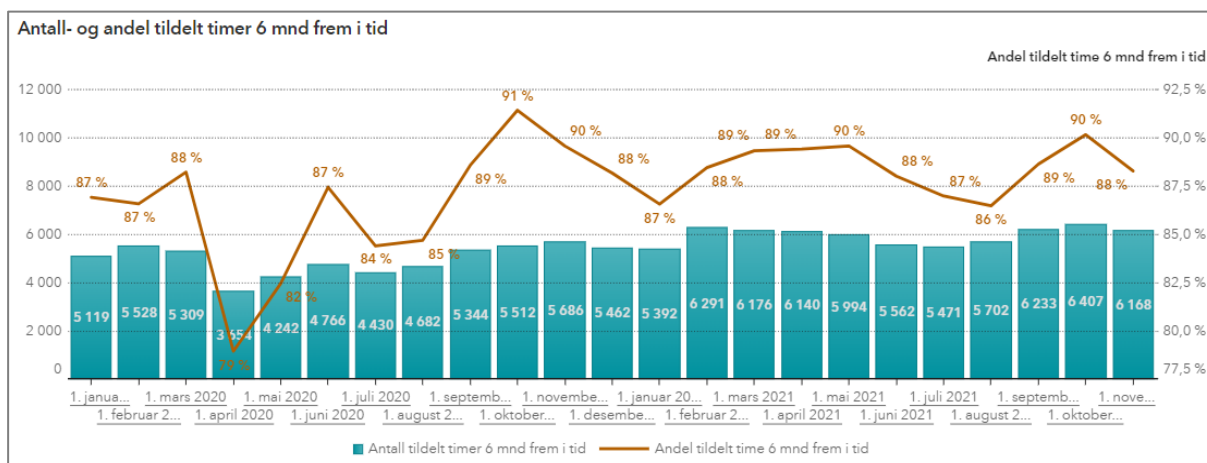
## Planleggingshorisont

**Figur 12** Utvikling i antall og andel tildelte timer med fastsatt tidspunkt de neste 6 mnd – somatikk



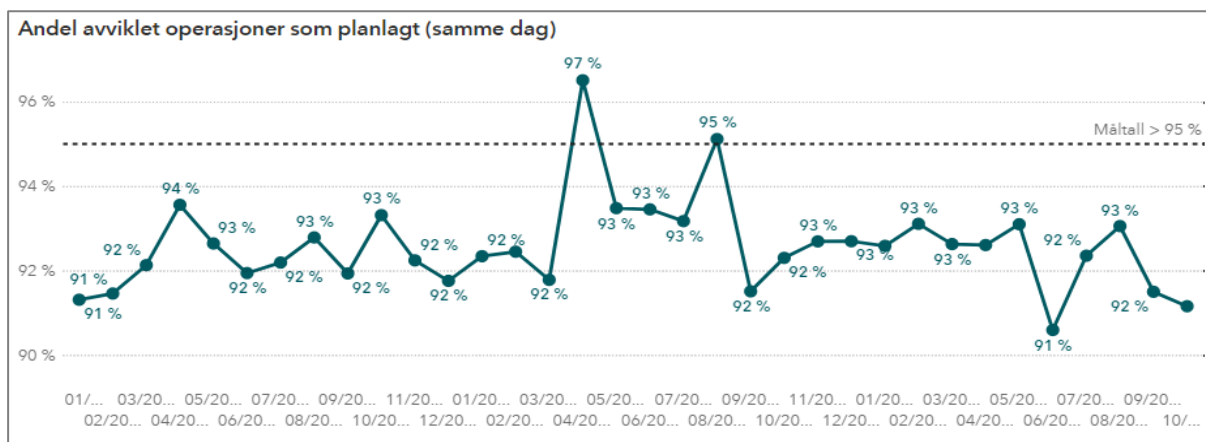
Antall planlagte kontakter som er satt rett på time. Andel planlagte kontakter som er satt rett på time av totalt antall kontakter.

**Figur 13** Utvikling i antall og andel tildelte timer med fastsatt tidspunkt de neste 6 mnd– psykisk helsevern og TSB



## Strykninger

Figur 14 Andel operasjoner avvirket som planlagt



Tabell 9 Årsaker til strykninger av planlagte operasjoner siste måned (sammedagsstrykning)

Strykningskategorier UNN ▲	Strykninger	Strøket samme dag	Andel strykninger samme dag
Total	604	117	19 %
Sykehus - ikke klinisk årsak	261	66	25 %
Sykehus - kliniske årsaker	81	27	33 %
Årsaker hos pasient	262	24	9 %

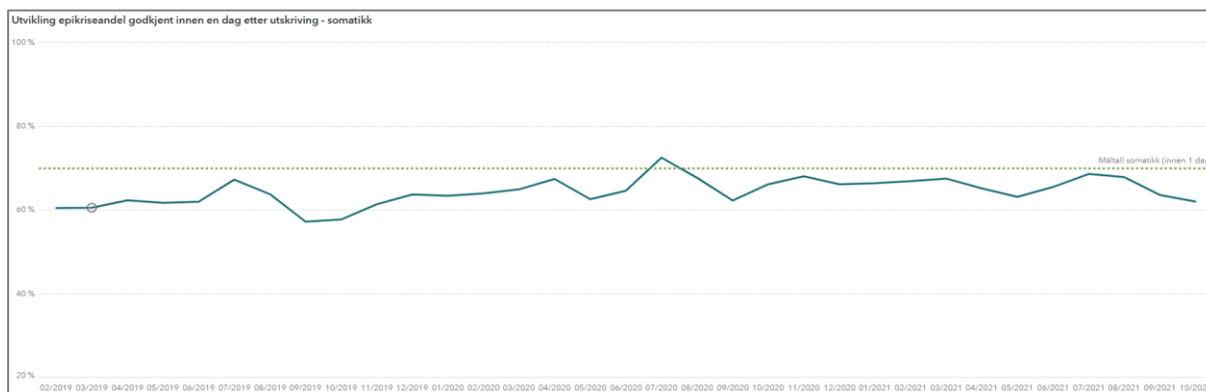
Tabell 10 Operasjoner strøket etter kl 14.00 dagen før operasjon

Måned ▲	Antall operasjoner	2021		
		Antall operasjoner gjennomført (Strykningskode ordinært avsluttet)	Antall operasjoner strøket (ikke ordinært avsluttet)	Andel operasjonsstryk
Total	12 832	11 627	1 205	9,4 %
Januar	1 481	1 354	127	8,6 %
Februar	1 383	1 267	116	8,4 %
Mars	1 541	1 404	137	8,9 %
April	1 425	1 299	126	8,8 %
Mai	1 319	1 206	113	8,6 %
Juni	1 286	1 135	151	11,7 %
Juli	622	570	52	8,4 %
August	1 062	969	93	8,8 %
September	1 510	1 351	159	10,5 %
Oktober	1 203	1 072	131	10,9 %

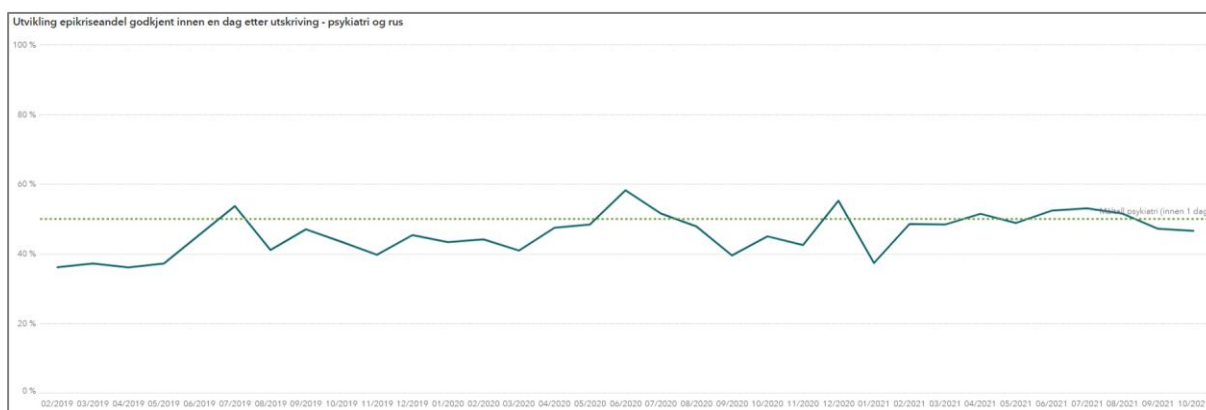
Denne er ny per september. Fagsjefene i Helse Nord HF har bedt om at den tas inn

## Epikrisetid

**Figur 15 Epikriser - andel godkjent innen en dag- somatikk**



**Figur 16 Epikriser - andel godkjent innen en dag- psykiatri og rus**

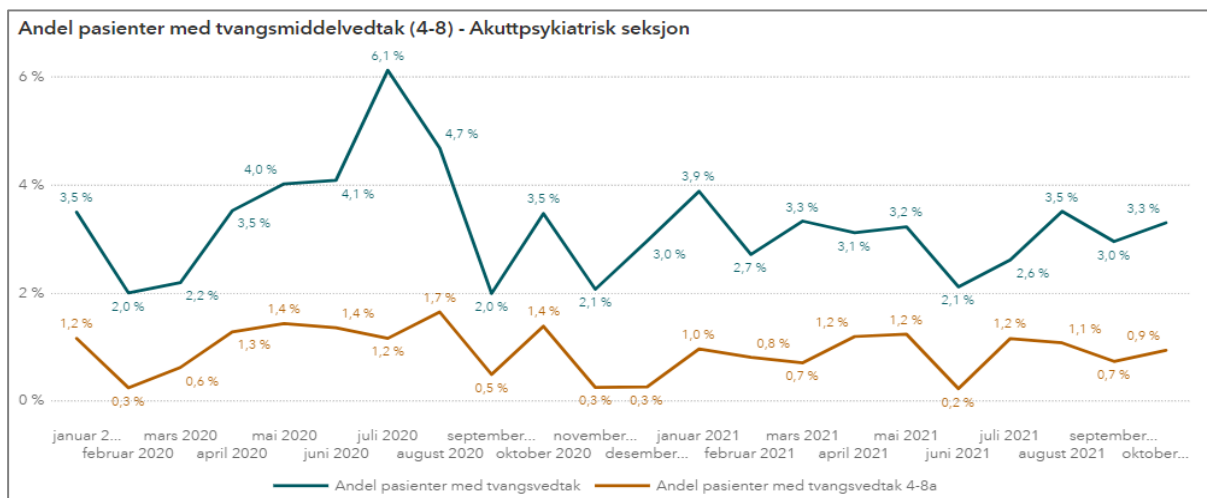


**Tabell 11 Antall og andel epikriser godkjent innen 1 dag siste måned per hovedfagområde og klinikk**

Hovedfagområde (1) ▲	Klinikk UNN ▲	2021	
		Antall epikriser godkjent innen 1 dag	Andel epikriser godkjent innen 1 dag
Total		19 105	64 %
Somatikk	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	4 608	65 %
	13 - Hjerte- og lungeklinikken	3 024	59 %
	15 - Medisinsk klinikk	4 442	73 %
	17 - Barne- og ungdomsklinikken	587	78 %
	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	4 945	65 %
Psykisk helsevern, voksne	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	1 079	47 %
Psykisk helsevern, barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	121	71 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	299	50 %

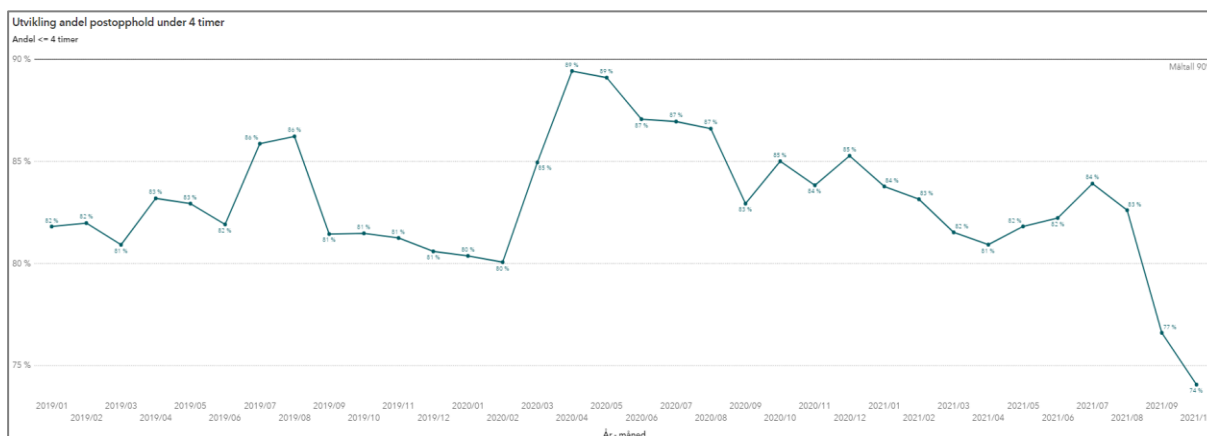
## Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

Figur 17 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



## Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 18 Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer)



## Aktivitet

Tabell 12 Aktivitet UNN hittil i år

Type	Næring	Aktivitet 2019	Aktivitet 2020	Aktivitet 2021	Plan 2021	Avvik fra aktivitet 2019	Avvik fra plan 2021	Endring i % fra aktivitet 2019	Endring i % fra plan 2021	
Liggetid	Somatikk	153 921	132 096	137 128	131 356	-16 793	5 772	-11 %	4 %	
	Psykisk helsevern, voksne	36 424	33 839	37 345	36 341	921	1 004	3 %	3 %	
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	16 428	14 561	14 852	16 467	-1 576	-1 615	-10 %	-10 %	
	Psykisk helsevern, barn og unge	1 793	2 163	2 181	2 990	388	-809	22 %	-27 %	
Konsultasjoner	Somatikk	220 596	227 911	236 501	224 807	15 905	11 694	7 %	5 %	
	Psykisk helsevern, voksne	49 832	49 287	51 969	52 469	2 137	-500	4 %	-1 %	
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	11 074	11 514	12 432	11 415	1 358	1 017	12 %	9 %	
	Psykisk helsevern, barn og unge	26 535	29 221	31 673	25 848	5 138	5 825	19 %	23 %	
<b>Aktivitet UNN HF</b>			<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Plantall 2021</b>	<b>Endring fra 2019</b>		<b>Avvik fra plan 2021</b>	
							<b>Antall</b>	<b>%</b>	<b>Antall</b>	<b>%</b>
Laboratorieanalyser		Somatikk	6 229 662	6 113 488	6 628 840	6 223 118	399 178	6,4	405 722	6,5
Røntgenhenvisninger		Somatikk	129 005	112 089	115 108	121 515	-13 897	-10,8	-6 407	-5,3
PET undersøkelser		Somatikk	918	1 176	1 219	1 080	301	32,8	139	12,9

## DRG

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

DRG indeks pr klinikk - Somatikk				DRG Avdelingsopphold		
Klinikk	Indeks			Dag, døgn og poliklinikk inkl. 470 (ISF)		
	2020	2021	Endring	2020	2021	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	0,706	0,654	-0,053	9 078	11 250	2 172
Barne- og ungdomsklinikken	1,883	1,818	-0,065	9 417	10 189	772
Hjerte-lungeklinikken	1,800	1,837	0,037	14 237	15 023	786
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	1,330	1,284	-0,046	68 331	75 630	7 299
Medisinsk klinikk	1,147	1,155	0,008	38 819	38 861	42
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	1,641	1,605	-0,036	102 948	119 890	16 942
OPIN	0,852	0,887	0,035	1 076	1 419	343
DRG indeks pr klinikk - PHV/TSB				Poliklinikk (ISF)		
Klinikk	Indeks			Poliklinikk (ISF)		
	2020	2021	Endring	2020	2021	Endring
Psykisk helse og rusklinikken	0,137	0,152	0,016	52 506	55 535	3 029
Barne- og ungdomsklinikken	0,312	0,327	0,015	27 768	30 594	2 826

Indeks: gjennomsnittstygde per avdelingsopphold målt i DRG - poeng. Tallene er akkumulert både for indeks og avdelingsopphold.

Tabell 14 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

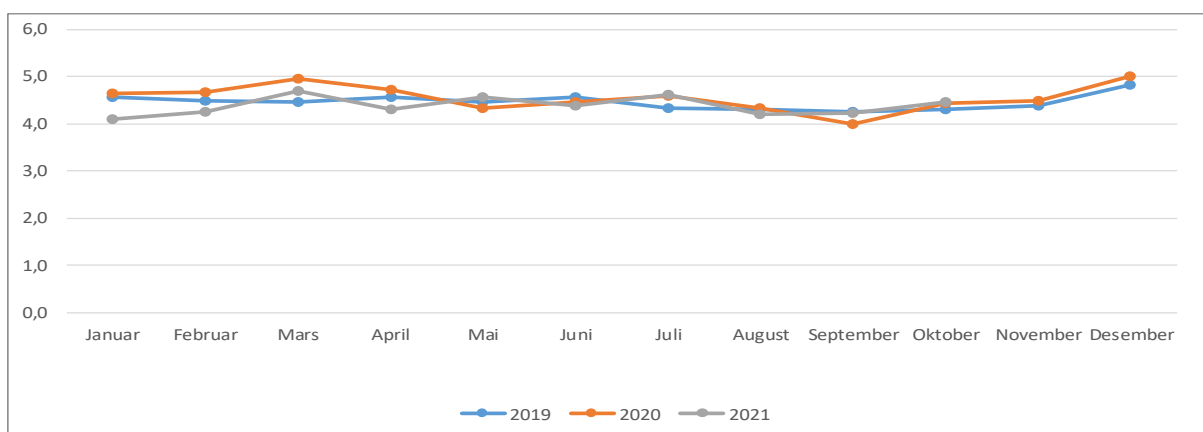
Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	1 885	1 923	-39
Barne- og ungdomsklinikken	2 596	2 855	-259
Hjerte- og lungeklinikken	9 246	9 700	-454
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	17 089	17 901	-812
Medisinsk klinikk	9 179	10 226	-1 047
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	17 861	18 376	-516
Operasjons- og intensivklinikken	76	66	10
<b>Totalt Somatikk</b>	<b>57 931</b>	<b>61 047</b>	<b>-3 117</b>
Klinikk (Psykiatri/rus)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	10 020	8 242	1 778
Psykisk helse og rusklinikken	8 468	10 519	-2 051
<b>Totalt Psykiatri/rus</b>	<b>18 488</b>	<b>18 761</b>	<b>-273</b>

## Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 15 Liggetid på sykehusopphold fordelt på klinikk

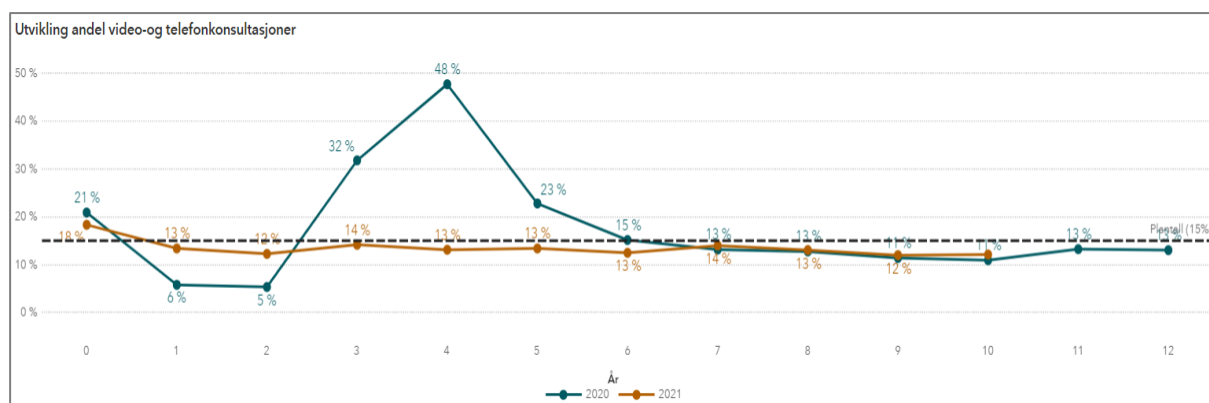
Klinikk	2019	2020	2021
K3K	4,0	3,9	3,7
Hjerte- og lungeklinikken	4,0	4,0	4,3
Medisinsk klinikk	5,2	5,0	5,3
BUK	5,8	5,6	5,9
NOR	4,8	4,6	4,7

Figur 19 Liggetid på sykehusopphold



## Telemedisinsk aktivitet

Figur 20 Andel telemedisinsk aktivitet



**Tabell 16 Antall og andel konsultasjoner fordelt per klinikk**

	2020			2021		
	Andel VK + telefon	Antall video og telefonkonsultasjon	Antall konsultasjoner (inkl tel og video)	Andel VK + telefon	Antall video og telefonkonsultasjon	Antall konsultasjoner (inkl tel og video)
Total	15 %	40 877	284 500	12 %	36 552	332 389
10 - Akuttmedisinsk klinikk	.	0	14 471	.	0	18 958
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	4 %	2 172	48 612	6 %	3 582	56 981
13 - Hjerter- og lungeklinikken	5 %	469	8 469	7 %	641	9 733
15 - Medisinsk klinikk	9 %	2 232	22 365	9 %	2 298	25 825
17 - Barne- og ungdomsklinikken	34 %	11 478	36 860	24 %	8 923	41 382
18 - Operasjons- og intensivklinikken	30 %	326	917	25 %	389	1 533
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	6 %	6 026	91 876	7 %	8 008	113 121
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	33 %	18 174	60 824	22 %	12 711	64 706
48 - Forsknings- og utdanningscenteret	0 %	0	106	0 %	0	150

## Den gylne regel

**Tabell 17 Den gylne regel (hittil i år)**

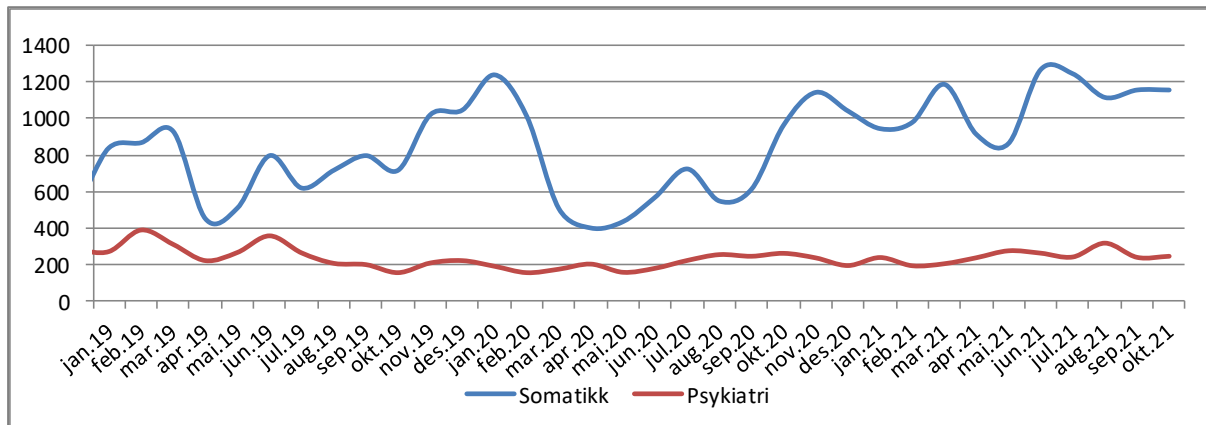
Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2019	2021	Endring 19-21
Somatikk*	Økonomi	3 965 525	4 356 818	9,9 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	598 597	667 087	11,4 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	136 869	154 790	13,1 %
TSB	Økonomi	153 099	171 677	12,1 %
Somatikk	Konsultasjoner	220 596	236 501	7,2 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	49 832	51 969	4,3 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	26 535	31 673	19,4 %
TSB	Konsultasjoner	11 074	12 432	12,3 %
Somatikk	Ventetid	63,4	71,7	13,1 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	49,4	74,5	50,8 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	51,8	51,6	-0,4 %
TSB	Ventetid	29,3	33,8	15,4 %

\* Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB. Konsultasjoner utført av «Legespesialisten» (fristbrudd HELFO i Voksenpsykiatri) telles ikke med her siden de ikke oppfyller rapporteringsplikten til NPR.

## Samhandling

### Utskrivningsklare pasienter

Figur 21 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern



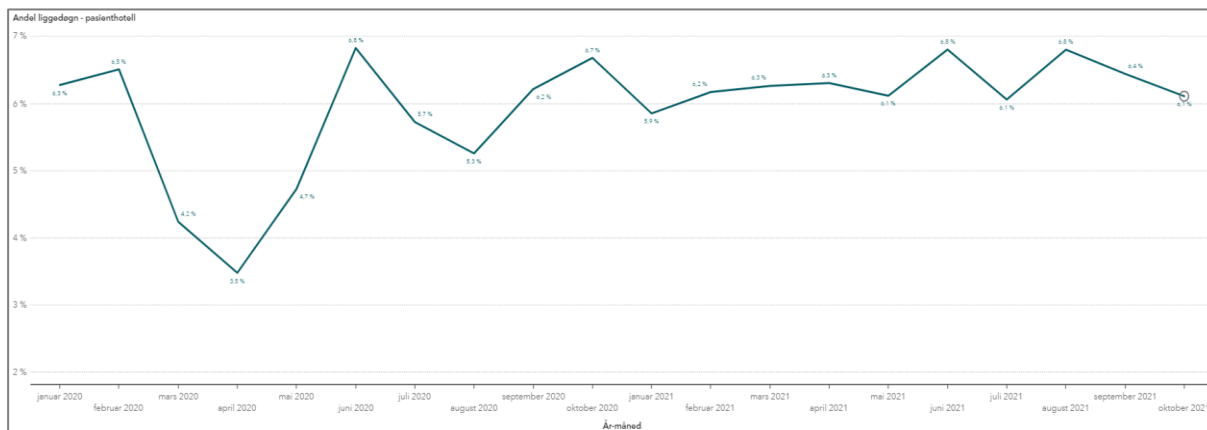
Tabell 18 Utskrivningsklare pasienter hittil i år fordelt på kommune

Kommune	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Harstad	3 113	126	860	35	3 973	161
Evenes	196	148			196	148
Salangen	205	98	5	2	210	101
Tromsø	5 163	67	935	12	6 098	79
Ibestad	80	61	1	1	81	61
Nordreisa	285	59	5	1	290	60
Lavangen	52	51			52	51
Tjeldsund	163	39	8	2	171	41
Lødingen	70	35	8	4	78	39
Kvæfjord	95	34	9	3	104	37
Narvik	696	32	36	2	732	34
Lyngen	47	17	20	7	67	24
Bardu	76	19	18	5	94	24
Karlsøy	25	12	18	8	43	20
Senja	167	11	98	7	265	18
Balsfjord	72	13	28	5	100	18
Gáivuotna Kåfjord	32	15	4	2	36	17
Gratangen	18	16			18	16
Storfjord	22	12	1	1	23	13
Dyrøy	9	8	1	1	10	9
Skjervøy	23	8	3	1	26	9
Kvæningen	8	7	1	1	9	8
Målselv	33	5	4	1	37	6
Sørreisa	16	5			16	5
<b>SUM</b>	<b>10 666</b>	<b>55</b>	<b>2 063</b>	<b>11</b>	<b>12 729</b>	<b>66</b>

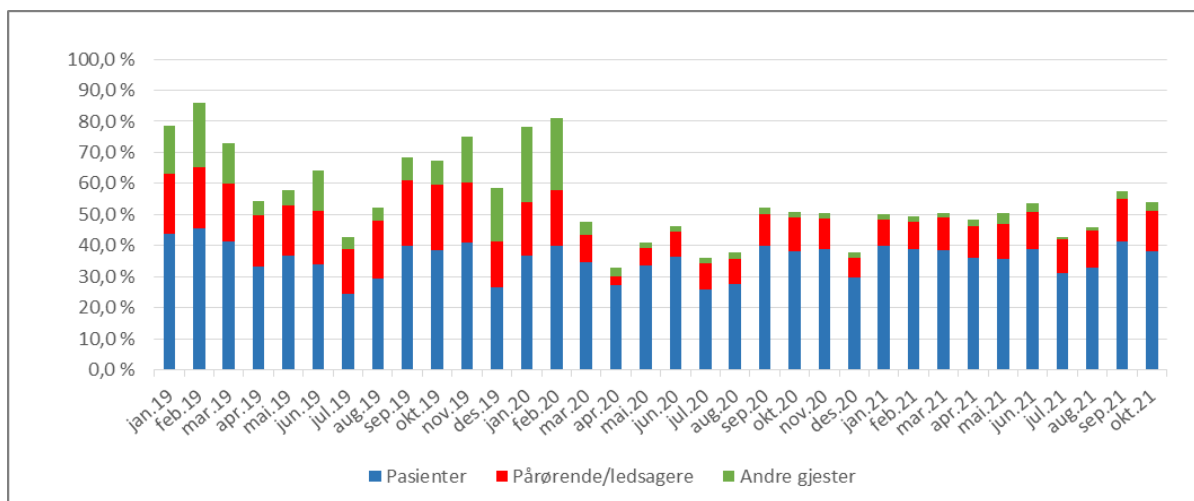


## Bruk av pasienthotell

**Figur 22 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)**



**Figur 23 Beleggsprosent på Pingvinhotellet fordelt etter oppholdstype**



## Personal

### Bemanning

#### Månedsværk

Tabell 19 Gjennomsnittlig utbetalte månedsværk

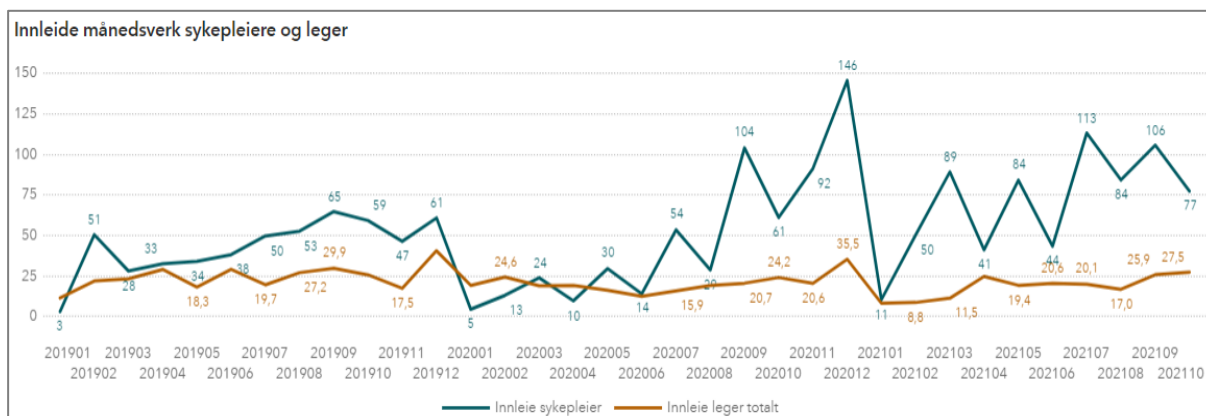
Loennselement ▲	Gj.snitt månedsværk 2019	Gj.snitt månedsværk 2020 ▼	Gj.snitt månedsværk 2021	Gj.snitt endring 2019-2021	Gj.snitt endring 2020-2021
Total	6 599	6 801	6 914	315,1	113,4
Grunnlønn/basis	5 851	6 008	6 105	253,7	96,2
Mertid / timelønn	416	426	447	31,0	20,5
Overtid	184	211	213	28,2	1,6
UTA	75	79	79	4,5	0,4
Etterregulering	37	41	36	-1,4	-4,9
Utrykning på vakt	36	35	35	-0,9	-0,4

Gjennomsnittlige månedsværk hittil i 2019, 2020 og 2021.

Tabell 20 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på klinikk og profesjon

Klinikk	Sum endring 2019-2021	01. Adm. og ledere	02. Pasientrettede stillinger	03. Leger	04. Psykologer	05. Sykepleiere	06. Helsefagarbeider/hjelpepleier	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstillinger	09. Drifts/teknisk personell	10. Ambulanspersonell	11. Forskning
	315,1	41,4	65,7	27,0	31,1	78,5	1,9	5,7	0,0	37,4	14,7	9,4
10 - Akuttmedisinsk klinikk	51,3	3,7	20,4	2,0	-	11,3	0,1	-	-	-1,1	14,7	-
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	17,9	3,2	4,9	4,5	-	3,6	0,1	-0,1	-	0,2	-	1,5
13 - Hjerter- og lungeklinikken	82,4	2,7	8,0	1,8	-0,8	70,1	2,5	1,0	-	-1,4	-	-1,6
15 - Medisinsk klinikk	15,7	-2,4	0,7	3,7	-0,9	5,1	-0,9	10,0	0,0	0,7	-0,0	-0,3
17 - Barne- og ungdomsklinikken	21,6	1,4	6,8	0,3	11,3	2,7	-1,3	-0,3	-	-0,5	-	1,2
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-44,2	-1,8	-10,2	7,4	0,2	-48,0	-4,3	-	-	12,5	-0,0	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	54,9	1,3	11,1	6,9	6,3	25,0	6,5	-1,0	-	-1,0	-	-0,2
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	42,6	5,7	22,4	-4,0	15,5	3,0	-1,3	-	-	1,3	0,1	0,0
30 - Diagnostisk klinikk	23,1	9,6	3,4	4,5	-	-0,5	0,5	-4,7	-0,0	9,3	-	0,9
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	15,6	9,5	0,1	-	-	-	-	-	-	-0,1	-	6,1
45 - Drifts- og eiendomssenteret	24,8	4,8	1,9	-	-	-0,0	-	0,7	-	17,5	-	-
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	20,9	7,6	3,7	1,2	-	6,7	-	-	-	-	-	1,8
50 - Direktøren	6,8	5,8	-	-	1,0	-	-	-	-	-	-	-
52 - Stabssenteret	-10,5	-8,5	-0,6	-0,7	-	-0,6	-	-	-	-	-	-
62 - Fellesinntekter/kostnader	-10,1	-1,5	-6,8	-0,4	-1,3	0,1	0,0	-	-	-	-0,1	-

Tabellen viser gjennomsnittlig endring i månedsværk 2019-2021 fordelt på profesjon.

**Figur 24 Innleide månedsverk sykepleiere og leger**

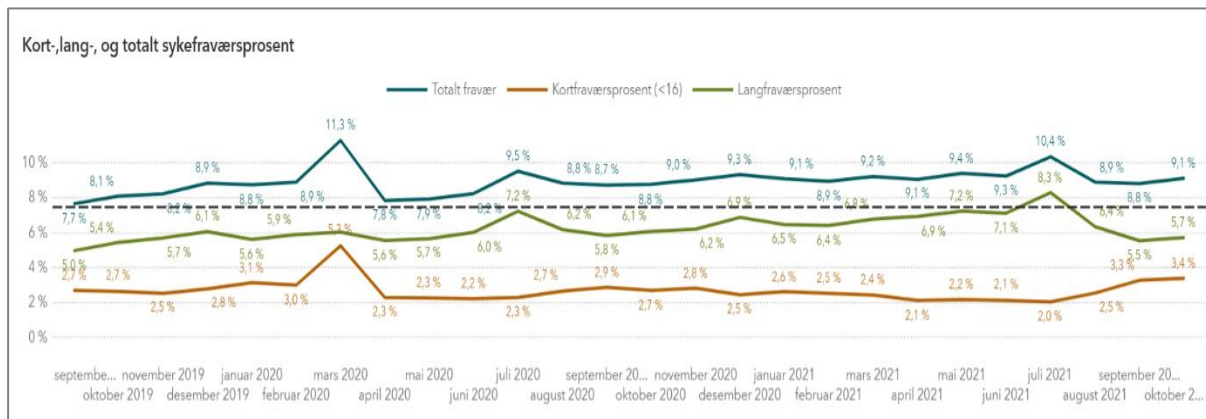
Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønssystem.

**Tabell 21 Innleide månedsverk per klinikk**

År ▲	2019		2021	
	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie sykepleier månedsverk (gjennomsnitt)	Innleie leger månedsverk (gjennomsnitt)
Total	41,4	23,6	70,1	18,4
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1,6	0,1	13,8	0,7
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	3,5	2,2	5,1	2,8
13 - Hjerne- og lungeklinikken	0,4	0,4	23,2	0,3
15 - Medisinsk klinikk	1,0	4,4	1,5	3,2
17 - Barne- og ungdomsklinikken	2,2	0,3	0,5	1,1
18 - Operasjons- og intensivklinikken	30,5	6,0	25,6	3,6
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	2,8	1,3	0,4	2,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	0,0	4,2	0,0	1,4
30 - Diagnostisk klinikk	0,0	4,7	0,0	3,3

## Sykefravær

Figur 25 Sykefravær



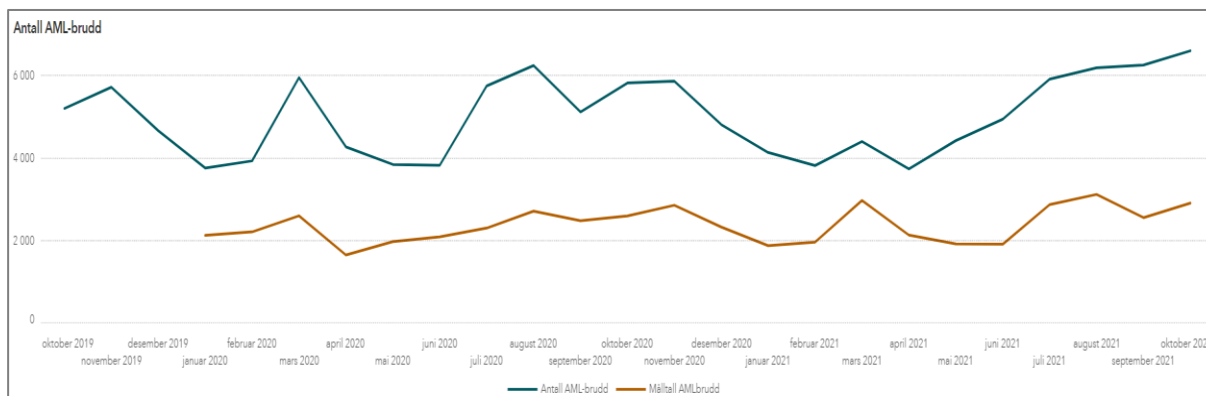
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp på følgende måned. Sykefravær inkluderer koronafravær.

Tabell 22 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	Totalt sykefravær forrige måned	Endring fravær forrige mnd mot samme mnd 2019	Korttidsfravær forrige måned	Endring korttidsfravær forrige mnd mot samme mnd 2019	Langtidsfravær forrige måned	Endring langtidsfravær forrige mnd mot 2019
Total	9,1 %	1,0 %	3,4 %	0,7 %	5,7 %	0,3 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	9,3 %	1,2 %	3,0 %	1,1 %	6,3 %	0,1 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	8,7 %	1,2 %	2,9 %	0,7 %	5,8 %	0,4 %
13 - Hjerter- og lungeklinikken	5,9 %	0,3 %	2,0 %	-0,1 %	3,9 %	0,4 %
15 - Medisinsk klinikk	7,8 %	0,9 %	3,6 %	1,3 %	4,2 %	-0,4 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	8,8 %	2,4 %	3,5 %	1,5 %	5,4 %	0,8 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	10,1 %	0,8 %	3,0 %	0,6 %	7,1 %	0,2 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9,8 %	1,7 %	3,9 %	1,2 %	5,9 %	0,5 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	11,0 %	0,5 %	4,5 %	0,8 %	6,5 %	-0,3 %
30 - Diagnostisk klinikk	8,9 %	2,1 %	3,3 %	0,2 %	5,5 %	1,9 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	7,7 %	3,4 %	2,2 %	-0,3 %	5,5 %	3,7 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	10,1 %	0,4 %	3,3 %	0,2 %	6,8 %	0,2 %
46 - Fag- og kvalitetscenteret	6,8 %	.	1,1 %	.	5,7 %	.
48 - Forsknings- og utdanningscenteret	9,8 %	0,5 %	4,6 %	1,1 %	5,2 %	-0,6 %
49 - Senter for E-helse, samhandling og innovasjon	5,7 %	.	2,7 %	.	3,0 %	.
50 - Direktøren	5,6 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %	5,6 %	1,5 %
52 - Stabscenteret	7,8 %	0,4 %	2,9 %	0,7 %	4,9 %	-0,3 %

## AML-brudd

Figur 26 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 23 AML-brudd per klinikk

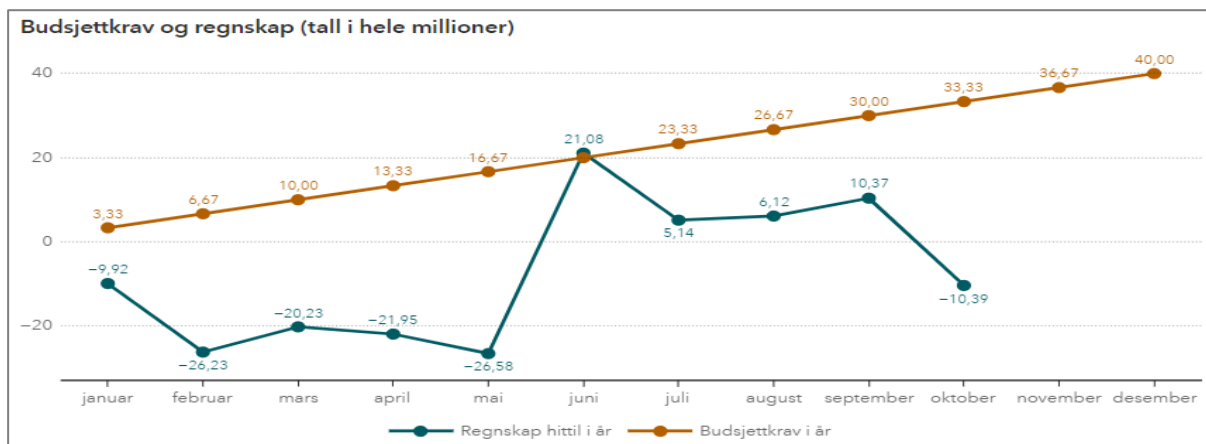
Klinikk - UNN	Antall brudd forrige mnd	Brudd forrige mnd i 2019	Endring i % forrige mnd mot samme mnd 2019
Total	6 005	5 183	15,9 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1 295	1 013	27,8 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	1 153	554	108,1 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	758	654	15,9 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	680	1 035	-34,3 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	633	431	46,9 %
15 - Medisinsk klinikk	437	270	61,9 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	403	571	-29,4 %
30 - Diagnostisk klinikk	278	213	30,5 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	190	122	55,7 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	137	306	-55,2 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	19	7	171,4 %
52 - Stabssenteret	18	5	260,0 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	3	2	50,0 %

Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2019 til 2021

## Økonomi

### Resultat

Figur 27 Akkumulert regnskap og budsjett 2021



Tabell 24 Resultatregnskap 2021

Regnskap per klinikk - tall i mill kr	Oktober			Akkumulert per oktober		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	43,5	38,1	-5,4	417,1	389,7	-27,4
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	22,9	18,0	-4,9	188,7	143,3	-45,4
13 - Hjerte- lungeklinikken	22,5	17,4	-5,1	198,2	174,2	-24,0
15 - Medisinsk klinikk	39,2	36,6	-2,6	321,4	301,5	-20,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	26,0	24,5	-1,5	202,2	199,6	-2,6
18 - Operasjons- og intensivklinikken	71,0	65,7	-5,4	645,6	621,4	-24,2
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	29,6	23,7	-5,9	239,1	221,8	-17,3
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	69,0	65,2	-3,8	608,9	608,4	-0,5
30 - Diagnostisk klinikk	67,5	55,8	-11,7	566,5	523,4	-43,1
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,2	0,2	0,0	2,9	2,9	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	60,4	58,1	-2,3	517,6	506,6	-11,1
46 - Fag- Og Kvalitetssenteret	2,0	2,0	0,0	15,4	17,5	2,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	5,7	6,6	0,9	48,2	60,1	11,9
49 - Senter For E-Helse, Samhandling Og Innovasjon	9,7	10,0	0,3	54,1	53,7	-0,3
52 - Stabssenteret	16,0	15,2	-0,8	123,2	135,0	11,8
62 - Felles	-464,6	-440,3	24,2	-4 139,0	-3 992,4	146,6
<b>Totalt</b>	<b>-20,8</b>	<b>3,3</b>	<b>-24,1</b>	<b>-10,4</b>	<b>33,3</b>	<b>-43,7</b>

Tabell 25 Resultatregnskap 2021, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Oktober ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Oktober ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	480,0	480,0	0,0	4 516,1	4 516,1	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	26,4	26,4	0,0
ISF egne pasienter	149,9	165,4	-15,4	1 446,8	1 528,2	-81,4
ISF av legemidler utenfor sykehus	7,1	4,4	2,7	70,3	71,0	-0,6
Gjestepasientinntekter	4,5	3,5	1,0	38,9	35,0	3,9
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	18,8	18,4	0,4	183,9	165,6	18,2
Utskrivningsklare pasienter	3,6	2,6	1,0	33,5	25,8	7,7
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	34,0	37,8	-3,8	334,4	361,0	-26,6
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>700,6</b>	<b>714,7</b>	<b>-14,1</b>	<b>6 650,3</b>	<b>6 729,1</b>	<b>-78,8</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	20,6	18,5	2,2	191,0	184,8	6,2
Kjøp av private helsetjenester	7,3	4,5	2,8	68,6	40,9	27,7
Varekostnader knyttet til aktivitet	81,2	77,3	3,9	798,1	772,3	25,8
Innleid arbeidskraft	12,9	3,4	9,5	106,3	37,4	68,9
Lønn til fast ansatte	373,1	381,4	-8,4	3 432,2	3 462,6	-30,4
Overtid og ekstrahjelp	30,2	22,6	7,5	272,8	223,7	49,1
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	55,3	55,8	-0,5	565,6	577,9	-12,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-26,4	-13,7	-12,7	-284,8	-125,2	-159,7
Annen lønnskostnad	34,9	31,6	3,3	277,4	267,8	9,7
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>424,6</b>	<b>425,3</b>	<b>-0,8</b>	<b>3 803,9</b>	<b>3 866,3</b>	<b>-62,4</b>
Avskrivninger	26,6	27,2	-0,6	274,2	278,5	-4,2
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	105,0	101,0	3,9	950,6	958,0	-7,4
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>720,6</b>	<b>709,7</b>	<b>10,9</b>	<b>6 652,0</b>	<b>6 678,6</b>	<b>-26,6</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-19,9</b>	<b>5,0</b>	<b>-25,0</b>	<b>-1,7</b>	<b>50,5</b>	<b>-52,2</b>
Finansinntekter	0,4	0,5	-0,1	2,7	5,0	-2,3
Finanskostnader	1,2	2,2	-1,0	11,4	22,1	-10,7
Finansresultat	-0,8	-1,7	0,9	-8,6	-17,1	8,5
<b>Ordinært resultat</b>	<b>-20,8</b>	<b>3,3</b>	<b>-24,1</b>	<b>-10,4</b>	<b>33,3</b>	<b>-43,7</b>

Tabell 26 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk - tall i mill kr	Oktober			Akkumulert per oktober		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	43,5	38,1	-5,4	417,1	389,7	-27,4
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	22,9	18,0	-4,9	188,7	143,3	-45,4
13 - Hjerter- lungeklinikken	22,5	17,4	-5,1	198,2	174,2	-24,0
15 - Medisinsk klinikk	39,2	36,6	-2,6	321,4	301,5	-20,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken	26,0	24,5	-1,5	202,2	199,6	-2,6
18 - Operasjons- og intensivklinikken	71,0	65,7	-5,4	645,6	621,4	-24,2
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	29,6	23,7	-5,9	239,1	221,8	-17,3
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	69,0	65,2	-3,8	608,9	608,4	-0,5
30 - Diagnostisk klinikk	67,5	55,8	-11,7	566,5	523,4	-43,1
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,2	0,2	0,0	2,9	2,9	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	60,4	58,1	-2,3	517,6	506,6	-11,1
46 - Fag- Og Kvalitetssenteret	2,0	2,0	0,0	15,4	17,5	2,0
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	5,7	6,6	0,9	48,2	60,1	11,9
49 - Senter For E-Helse, Samhandling Og Innovasjon	9,7	10,0	0,3	54,1	53,7	-0,3
52 - Stabssenteret	16,0	15,2	-0,8	123,2	135,0	11,8
62 - Felles	-464,6	-440,3	24,2	-4 139,0	-3 992,4	146,6
<b>Totalt</b>	<b>-20,8</b>	<b>3,3</b>	<b>-24,1</b>	<b>-10,4</b>	<b>33,3</b>	<b>-43,7</b>

## Prognose

UNN har en prognose som tilsier at vi går i regnskapsmessig balanse i 2021, det vil si at UNN ikke oppnår Helse Nord RHF sitt overskuddskrav.



## STYRESAK

Styresak:	92/2021
Møtedato:	16.12.2021
Arkivsak:	2021/7-18
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv og Lars Øverås

## Kvalitets- og virksomhetsrapport november 2021

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for november 2021* til orientering.

### Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten viser resultater ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for november 2021.

### Formål

Informere styret om UNNs virksomhet og resultatutvikling.

### Saksutredning

Det vises til vedlagt *Kvalitets- og virksomhetsrapport for november 2021*.

### Medvirkning

Saken er oversendt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting og innspill i møte 13.12.2021. Protokoll fra møtet vil bli presentert for styret som referatsak til styremøtet 16.12.2021.



## Vurdering

### *Tilgjengelighet*

I løpet av oktober økte smittetrykket betydelig blant befolkningen i Nord-Norge. Dette medførte en jevn økning av innleggelser som stabiliserte seg i november. I disse to månedene hadde UNN det høyeste antallet samtidige innlegger for Covid-19 hittil i pandemien. Videre har det vært mange utskrivningsklare pasienter og disse hadde, dersom de var blitt samlet, fylt opp to sengeposter i UNN. Samlet har disse faktorene påvirket driften, og UNN var i november i gul beredskap. Dette har medført høy belastning på medarbeidere og ledere.

UNN har samtidig hatt et sterkt fokus på å opprettholde normal drift for å unngå at pasientavtaler avlyses. Dette gjør at ventetidene ikke har økt, men UNN klarer ikke å oppfylle kravene for tilgjengelighet i oppdragsdokumentet innen årsskiftet.

Ventetidene var i november 2021 foretaket sett under ett om lag på nivå med ventetidene for november 2020.

Det har i oktober og november vært gjennomført et bredt arbeid med besøk i mange poliklinikker, nye analyser og kontakt med andre helseforetak. Gjennomgangen har vist flere forbedringspunkter som det vil bli redegjort muntlig for til styret. Basert på funnene konkretiseres det nå tiltak på kort sikt, samt et mer langsiktig program for å styrke virksomhetsstyringen og planlegging i poliklinikkene.

Andel kreftpakkeforløp innen standardisert forløpstid er for lav, og i hovedsak relatert til lang tid fra beslutning om kirurgi til kirurgi utføres. Dette gjelder for kreftformene brystkreft, prostatakreft, lungekreft og tykk- og endetarmskreft. Høyt sykefravær og omdisponeringer av personell som jobber med anestesi og operasjon til pandemioppgaver bidrar til å forsterke utfordringene med å avvikle operasjonsvirksomheten. Det vises for øvrig til styresak 2021/80-7 om anestesi- og operasjonsvirksomheten i UNN.

### *Økonomisk resultat*

Inntektene har et positivt budsjettavvik på 6,9 mill. kroner. Dette til tross for at ISF-inntektene svikter med 10,5 mill. kroner. Andel sammedags strykninger er økende i november og ender på 10 %. Aktiviteten for somatikk og psykisk helse barn og ungdom er noe høyere enn budsjettet, mens DRG-indeksen er negativ. For psykisk helse og rus voksne er det nedgang i aktiviteten i forhold til budsjett. Liggetiden i årets første måneder var noe lavere enn de to foregående år. Siden mai har nivået på liggetiden økt og kommet tilbake på gammelt nivå.

Som tidligere måneder er det et overforbruk av laboratorierekvisita. Økningen på laboratorieanalyser er 7,2 % i år. Netto effekt av økning i laboratorieinntekter og laboratorierekvisita er et negativt budsjettavvik på 5,9 mill. kroner i november. Kjøp av helsetjenester fra private helseinstitusjoner ga i november et overforbruk på 3,8 mill. kroner.

Personalkostnadene preges av dyre løsninger. 40 % av overtiden hittil i år stammer fra september, oktober og november. Til tross for økt antall egne månedsverk øker også innleide månedsverk. Innleiekostnadene er stabilt høye grunnet mangel av personell. Det er forbrukt ekstra personalkostnader i november grunnet koronautbrudd og innføring av Dips Arena.

Koronakostnadene har økt i november mot de seneste måneder. Kostnaden i november endte på 17,7 mill. kroner som er i overkant av 7 mill. kroner høyere enn de to foregående måneder. Personalkostnadene inklusive innleie utgjør 11,7 mill. kroner av koronakostnadene, mens laboratorierekvisita utgjør 5,1 mill. kroner.

Prognosen for 2021 endres til et negativt resultat på 60 mill. kroner. Det betyr et negativt budsjettavvik på 100 mill. kroner.

Tromsø, 14.12.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Kvalitets og virksomhetsrapport november 2021

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Kvalitets- og virksomhetsrapport

---

November 2021



KVALITET

TRYGGHET

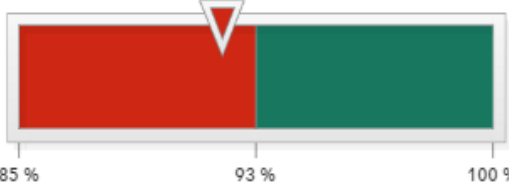
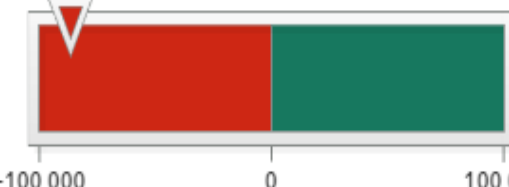
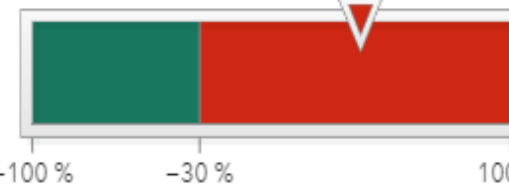
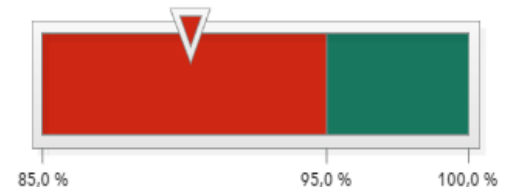
RESPEKT



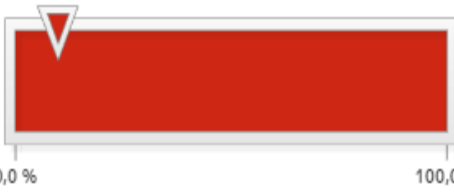
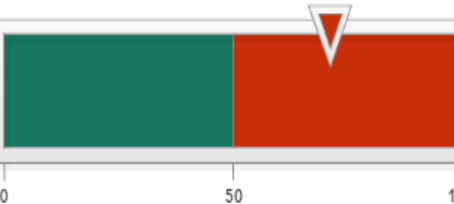
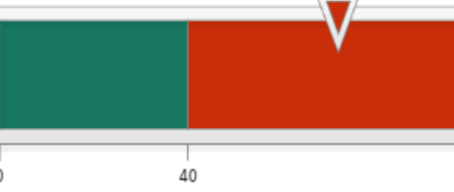
OMSORG

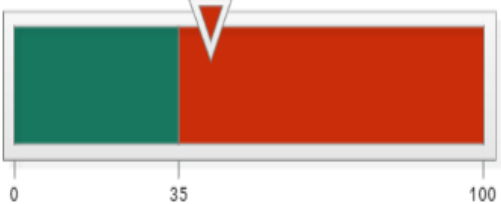

## **Innholdsfortegnelse**

<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>2</b>
<b>Hovedindikatorer .....</b>	<b>3</b>
<b>Kvalitet .....</b>	<b>6</b>
<b>Pakkeforløp – kreftbehandling .....</b>	<b>6</b>
<b>Pakkeforløp – psykisk helse og rus.....</b>	<b>8</b>
<b>Ventetid fortsatt ventende og avviklede.....</b>	<b>9</b>
<b>Fristbrudd.....</b>	<b>12</b>
<b>Korridorpasienter .....</b>	<b>13</b>
<b>Andel kontakter avviklet innen planlagt tid.....</b>	<b>14</b>
<b>Planleggingshorisont.....</b>	<b>15</b>
<b>Strykninger .....</b>	<b>16</b>
<b>Epikrisetid .....</b>	<b>17</b>
<b>Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern .....</b>	<b>18</b>
<b>Oppholdstid i akuttmottaket.....</b>	<b>18</b>
<b>Aktivitet.....</b>	<b>19</b>
<b>DRG.....</b>	<b>19</b>
<b>Liggetid på sykehusopphold - somatikk .....</b>	<b>20</b>
<b>Telemedisinsk aktivitet.....</b>	<b>20</b>
<b>Den gylne regel .....</b>	<b>21</b>
<b>Samhandling .....</b>	<b>22</b>
<b>Utskrivningsklare pasienter .....</b>	<b>22</b>
<b>Bruk av pasienthotell .....</b>	<b>23</b>
<b>Personal.....</b>	<b>24</b>
<b>Bemanning .....</b>	<b>24</b>
<b>Sykefravær.....</b>	<b>26</b>
<b>AML-brudd .....</b>	<b>27</b>
<b>Økonomi.....</b>	<b>28</b>
<b>Resultat .....</b>	<b>28</b>
<b>Prognose.....</b>	<b>29</b>

## Hovedindikatorer

<p><b>Nærvær (sykefravær)</b></p> <p>Måltall: &gt; 92,5 %</p> <p><b>November: 91,0 %</b></p>	<p>Nærværsandel (Siste avsl mnd)</p> <p><b>91 %</b></p> 
<p><b>Budsjettavvik akkumulert per november</b></p> <p><b>-86,7 mill kr</b></p>	<p>Budsjettavvik i hele 1000</p> <p><b>-86 700</b></p> 
<p><b>Innleie hittil i år mot hittil i 2019</b></p> <p>Måltall: redusere innleie med 30 % innen utgang 2023</p> <p><b>November: 37 %</b></p>	<p>Endring i innleie hittil i år mot 2019</p> <p><b>37 %</b></p> 
<p><b>Operasjoner avvirket som planlagt</b></p> <p>Måltall: &gt; 95 %</p> <p><b>November: 90,2 %</b></p>	<p>Operasjoner avvirket som planlagt (Siste avsl mnd)</p> <p><b>90,2 %</b></p> 

<p><b>Kontakter avviklet innen planlagt tid</b></p> <p>Måltall: &gt; 95 %</p> <p><b>November: 83 %</b></p>	<p>Kontakter avviklet innen planlagt tid (Siste avsl mnd)</p> <p><b>83 %</b></p> 
<p><b>Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste 6 månedene</b></p> <p>Måltall: &gt; 90 %</p> <p><b>November: 52 %</b></p>	<p>Planlagte kontakter med oppsatt dato 6 mnd fram</p> <p><b>52 %</b></p> 
<p><b>Andel aktive fristbrudd per november</b></p> <p>Måltall: 0 %</p> <p><b>November: 9,8 %</b></p>	<p>Andel fristbrudd sist avsl måned</p> <p><b>9,8 %</b></p> 
<p><b>Ventetid somatikk</b></p> <p>Måltall: &lt; 50</p> <p><b>November: 71</b></p>	<p>Snitt ventetid somatikk (siste avslutta måned)</p> <p><b>71</b></p> 
<p><b>Ventetid PHV</b></p> <p>Måltall: &lt; 40</p> <p><b>November: 72</b></p>	<p>Snitt ventetid PHV (siste avslutta måned)</p> <p><b>72</b></p> 

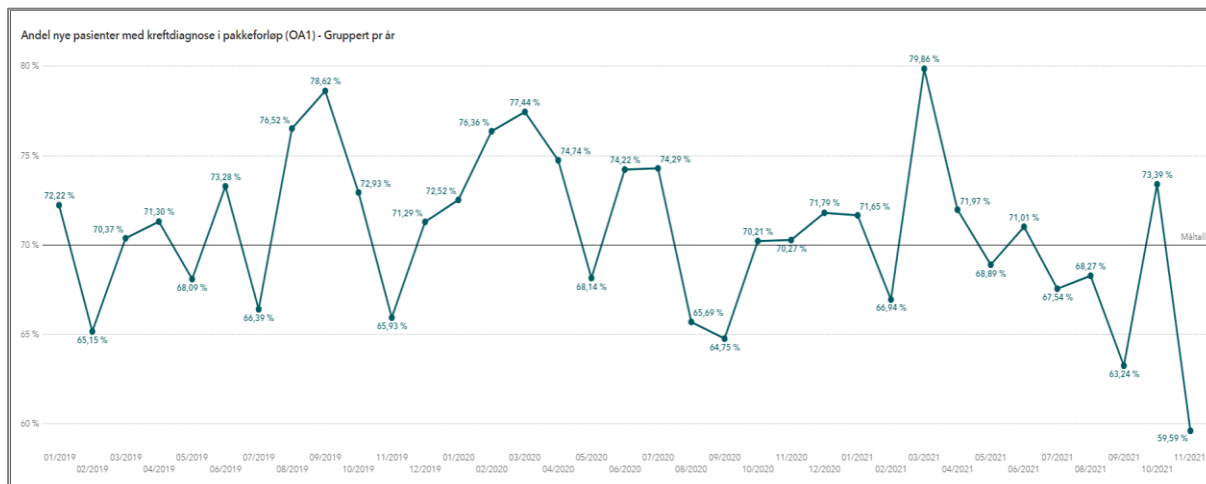
<p><b>Ventetid PHBU</b></p> <p>Måltall: &lt; 35</p> <p><b>November: 42</b></p>	<p>Snitt ventetid PHBU (siste avslutta måned)</p> <p>42</p>  <p>0 35 100</p>
<p><b>Ventetid TSB</b></p> <p>Måltall: &lt; 30</p> <p><b>November: 26</b></p>	<p>Snitt ventetid TSB (siste avslutta måned)</p> <p>26</p>  <p>0 30 100</p>

## Kvalitet

### Pakkeforløp – kreftbehandling

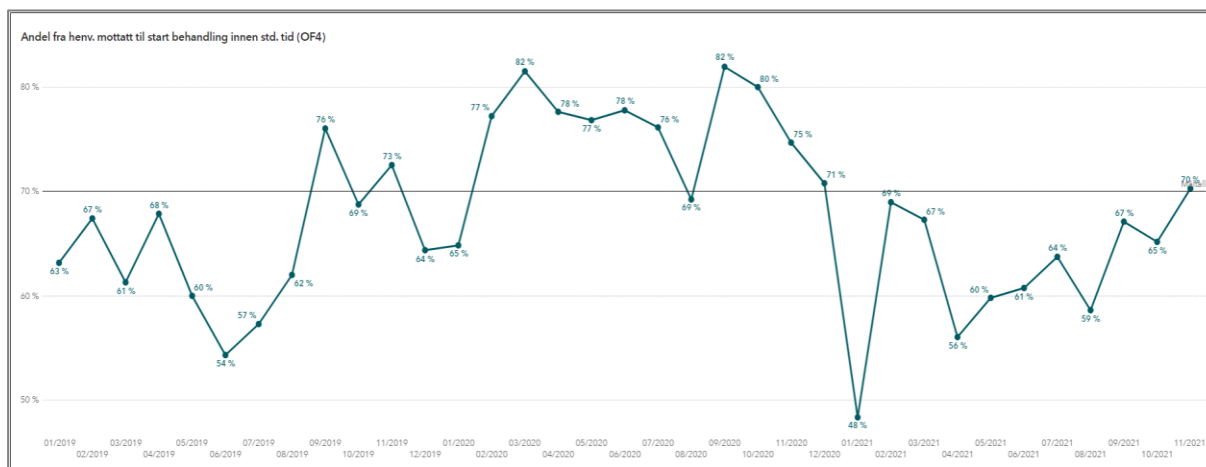
UNN har fokus på to pakkeforløpsindikatorer. Det er andel i pakkeforløp og andel innenfor frist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

**Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp**



Andel som har startet pakkeforløp (OA1) av alle kreftpasienter. Eventuelle justeringer siste måned rettes opp påfølgende måned

**Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist**



Andel pasienter som har startet kreftbehandling innenfor standard forløpstid (OF4)



**Tabell 1 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (4 største)**

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
<b>Total</b>		<b>62%</b>	<b>606</b>	<b>973</b>
Brystkreft	Medikamentell behandling	83%	39	47
	Kirurgisk behandling	33%	55	168
Lungekreft	Strålebehandling	74%	37	50
	Medikamentell behandling	79%	22	28
	Kirurgisk behandling	48%	16	33
Prostatakreft	Overvåking uten behandling	52%	13	25
	Medikamentell behandling	30%	8	27
	Kirurgisk behandling	26%	9	35
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	55%	6	11
	Medikamentell behandling	43%	3	7
	Kirurgisk behandling	46%	39	85
Alle andre	Strålebehandling	41%	12	29
	Overvåking uten behandling	100%	8	8
	Medikamentell behandling	81%	56	69
	Kirurgisk behandling	81%	283	351

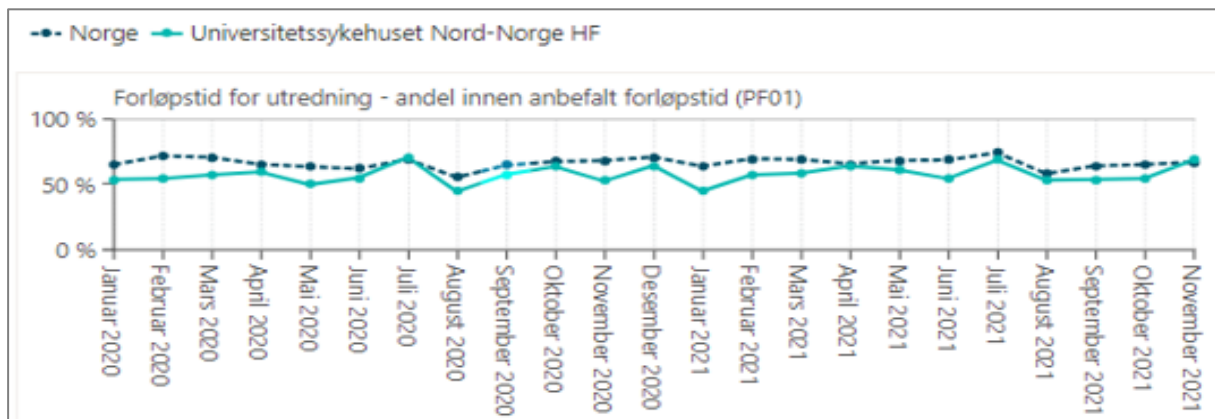
**Tabell 2 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (øvrige forløp)**

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
<b>Total</b>		<b>62%</b>	<b>606</b>	<b>973</b>
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	Medikamentell behandling	100%	1	1
Blærekreft	Kirurgisk behandling	86%	42	49
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgisk behandling	67%	4	6
	Medikamentell behandling	83%	5	6
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgisk behandling	87%	27	31
	Strålebehandling	0%	0	1
Gallegeiskreft	Kirurgisk behandling	0%	0	1
	Kirurgisk behandling	94%	16	17
Hjernekreft	Strålebehandling	33%	1	3
	Kirurgisk behandling	82%	9	11
Hode- halskreft	Strålebehandling	25%	2	8
	Kirurgisk behandling	67%	4	6
Kreft hos barn	Medikamentell behandling	100%	5	5
	Strålebehandling	0%	0	1
	Kirurgisk behandling	0%	0	3
Kreft i spiserør og magesekk	Medikamentell behandling	100%	4	4
	Kirurgisk behandling	67%	6	9
	Strålebehandling	0%	0	1
Livmorkreft (cervix)	Medikamentell behandling	0%	0	1
	Strålebehandling	60%	3	5
	Kirurgisk behandling	71%	25	35
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgisk behandling	71%	25	35
Malignt melanom	Kirurgisk behandling	100%	25	25
Myelomatose	Medikamentell behandling	100%	7	7
Nevroendokrine svulster	Kirurgisk behandling	33%	1	3
	Medikamentell behandling	0%	0	1
Nyrekreft	Kirurgisk behandling	42%	13	31
	Medikamentell behandling	100%	1	1
	Strålebehandling	100%	1	1
Peniskreft	Kirurgisk behandling	100%	6	6
Primær leverkreft (HCC)	Kirurgisk behandling	33%	1	3
Sarkom	Kirurgisk behandling	100%	2	2
	Strålebehandling	100%	2	2
Skjoldbruskjertelkreft	Kirurgisk behandling	69%	24	35
	Medikamentell behandling	50%	2	4
Testikkelkreft	Overvåking uten behandling	100%	8	8
	Kirurgisk behandling	49%	197	399
Alle andre	Medikamentell behandling	70%	103	148
	Overvåking uten behandling	52%	13	25
	Strålebehandling	67%	46	69

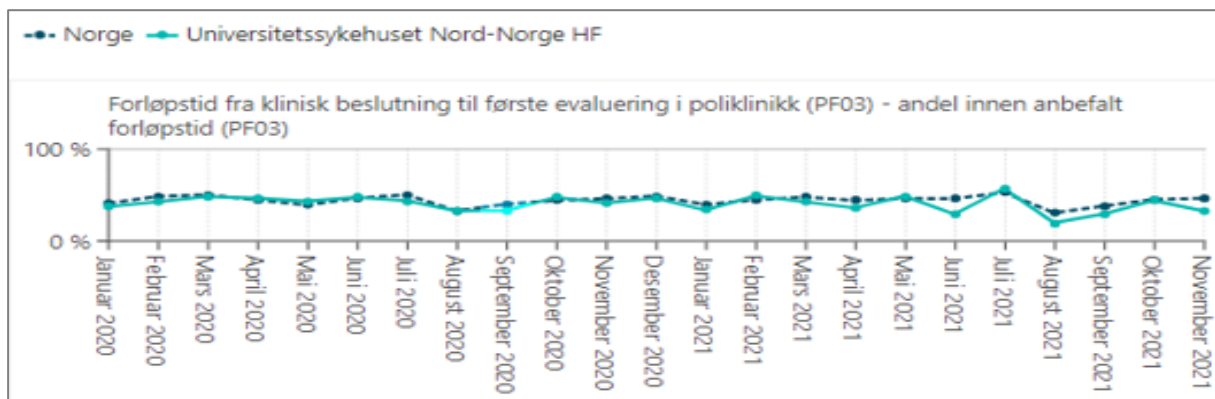
\*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standardforløpstid. Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

## Pakkeforløp – psykisk helse og rus

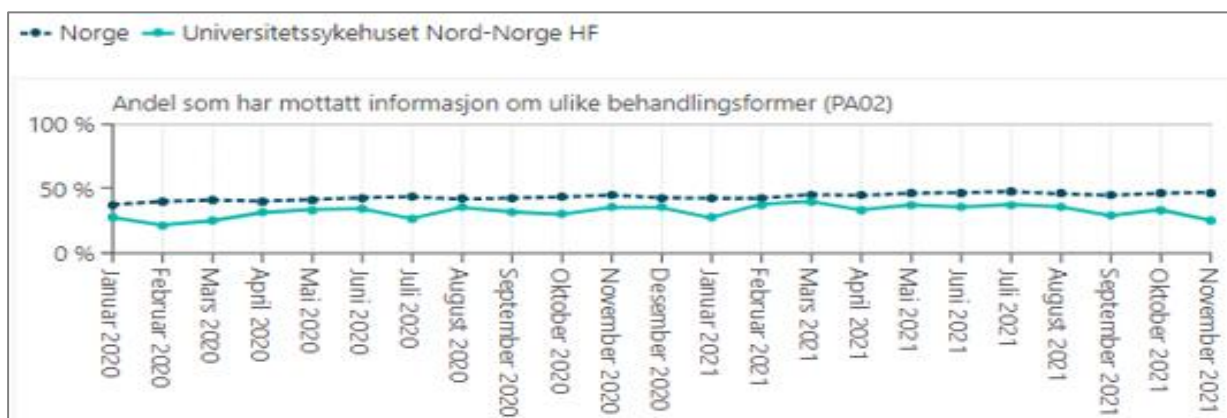
Figur 3 Forløpstid for utredning – andel innen anbefalt forløpstid



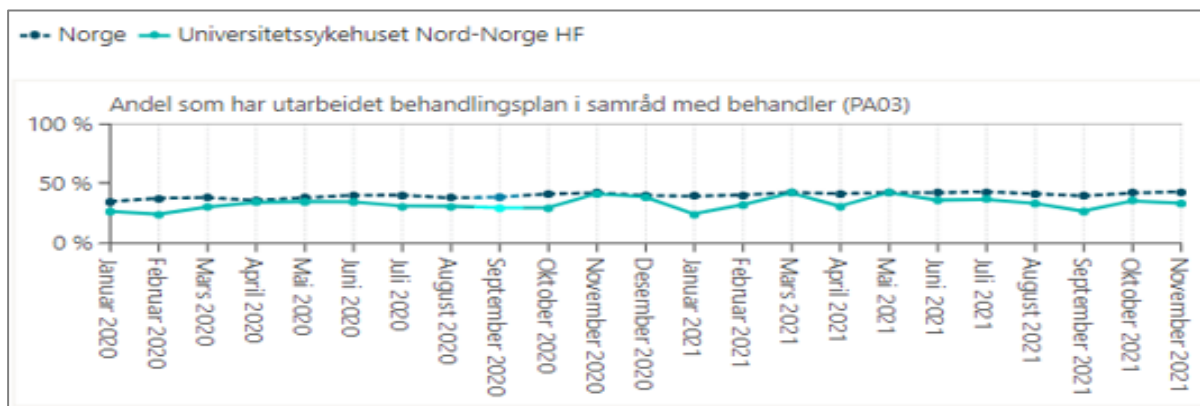
Figur 4 Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk – andel innen anbefalt forløpstid



Figur 5 Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer

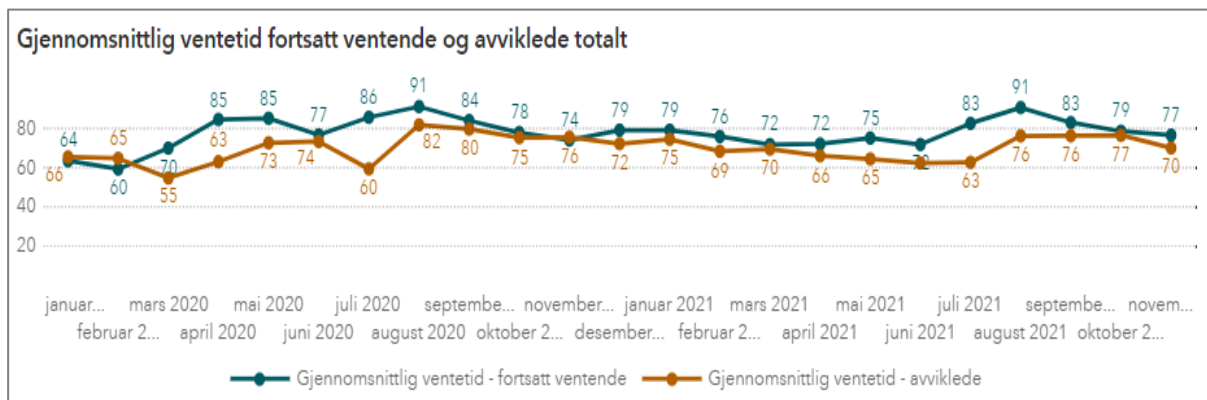


**Figur 6 Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler**

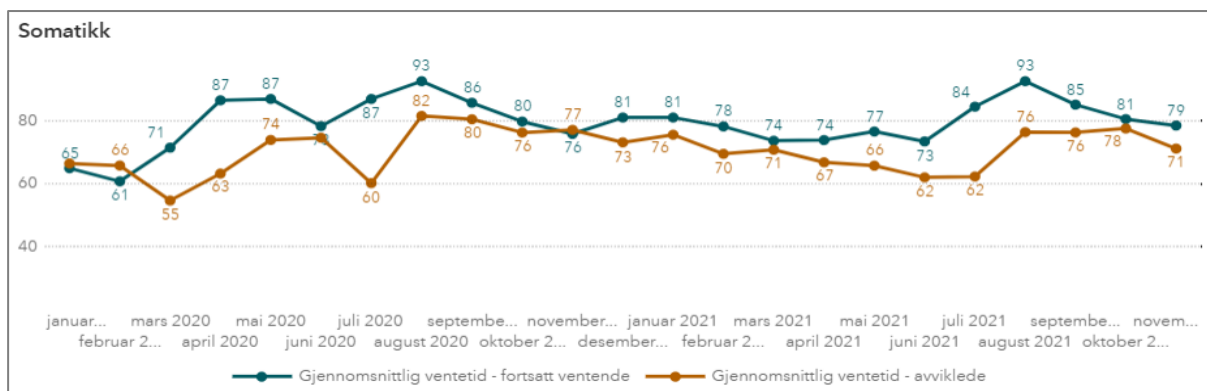


**Ventetid fortsatt ventende og avviklede**

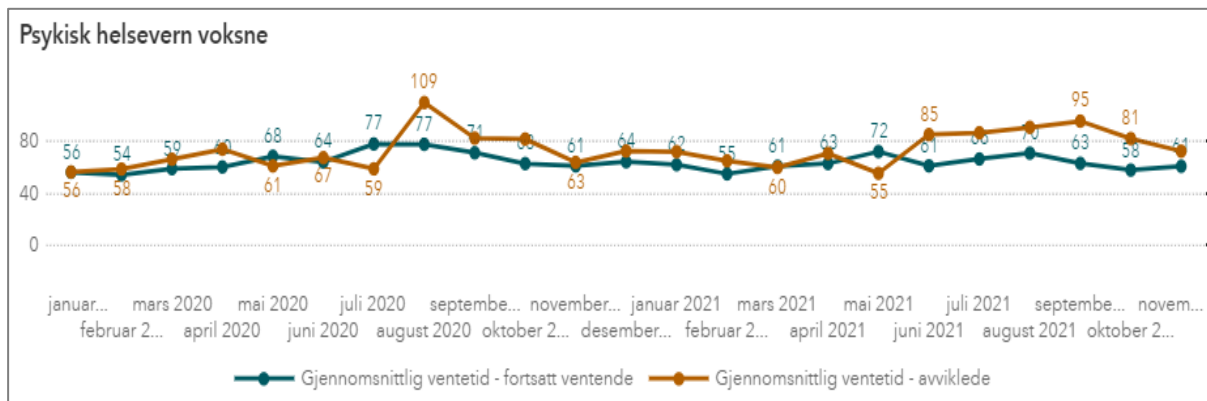
**Figur 7 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede totalt**



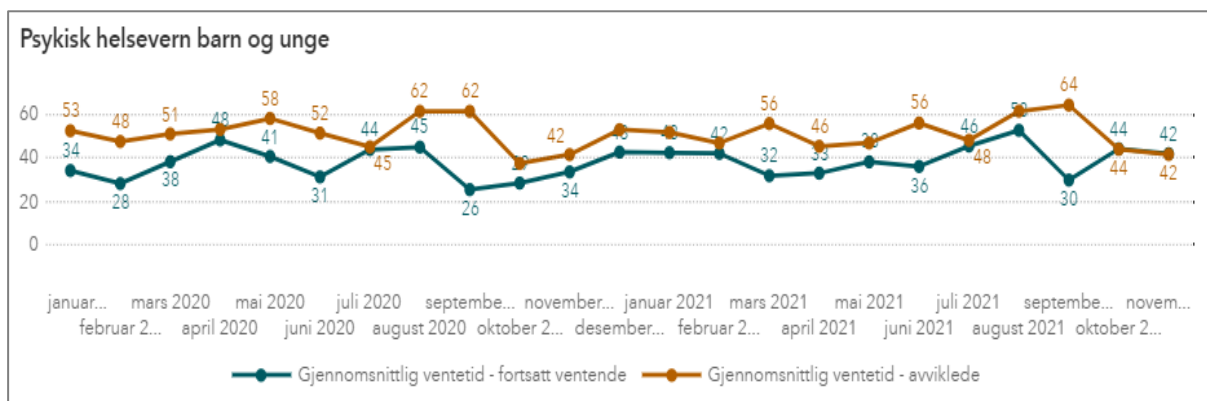
**Figur 8 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – somatikk**



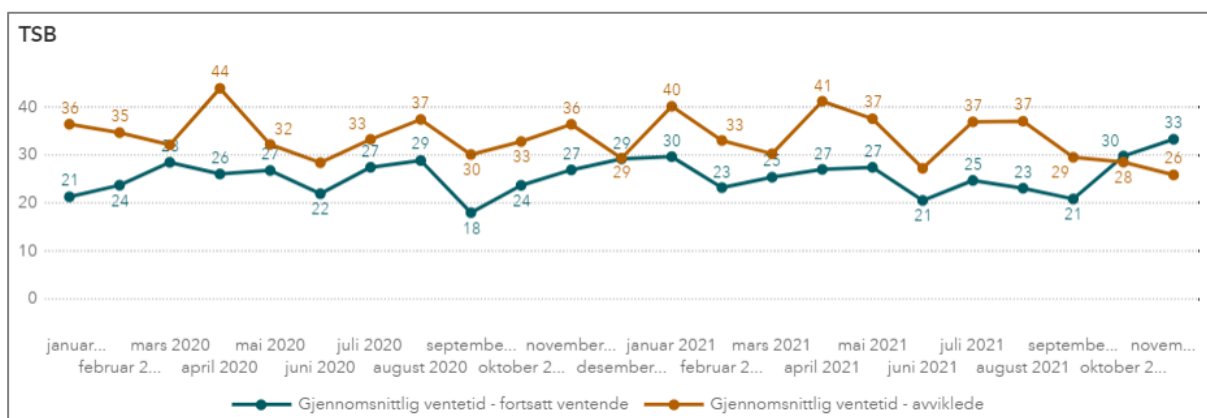
**Figur 9 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - psykisk helsevern voksne**



**Figur 10 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - psykisk helsevern barn og unge**



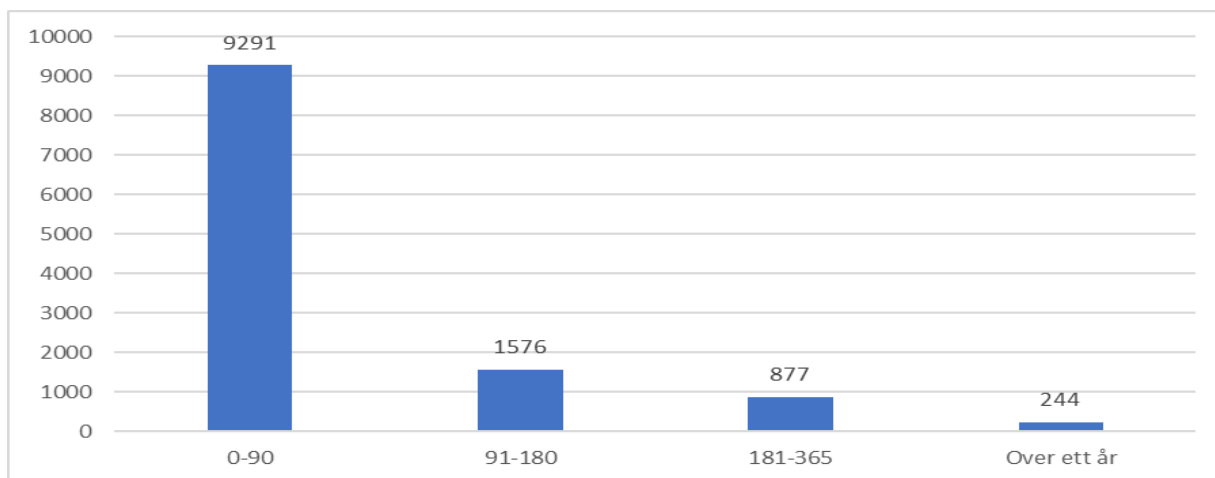
**Figur 11 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – TSB**



**Tabell 3 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - fordelt på hovedfagområde**

Hovedfagområde	Gjennomsnittlig ventetid - avviklede	Gjennomsnittlig ventetid - Fortsatt ventende
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>78</b>
Somatisk virksomhet	71	80
Psykisk helsevern voksne	76	63
Psykisk helsevern barn og unge	51	40
TSB	33	26

*Gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende og avviklede pasienter hittil i år.*

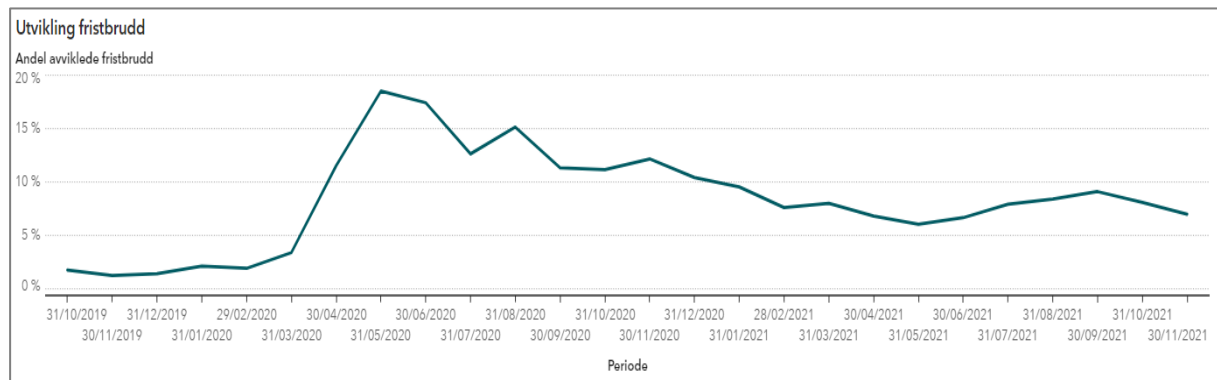
**Figur 12 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)**

## Fristbrudd

**Tabell 4 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av måneden**

Måned ▲	oktober		november	
Klinikknavn - UNN ▲	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	AndelFristbrudd Perioder	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	AndelFristbrudd Perioder
Total	1129	9,7 %	1167	9,8 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	73	3,1 %	51	2,2 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	27	5,3 %	33	6,4 %
15 - Medisinsk klinikk	231	18,8 %	225	17,5 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	14	2,3 %	20	3,1 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	.	0	.
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	685	10,7 %	712	11,0 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	99	16,7 %	126	18,6 %

**Figur 13 Prosent avvilede fristbrudd**



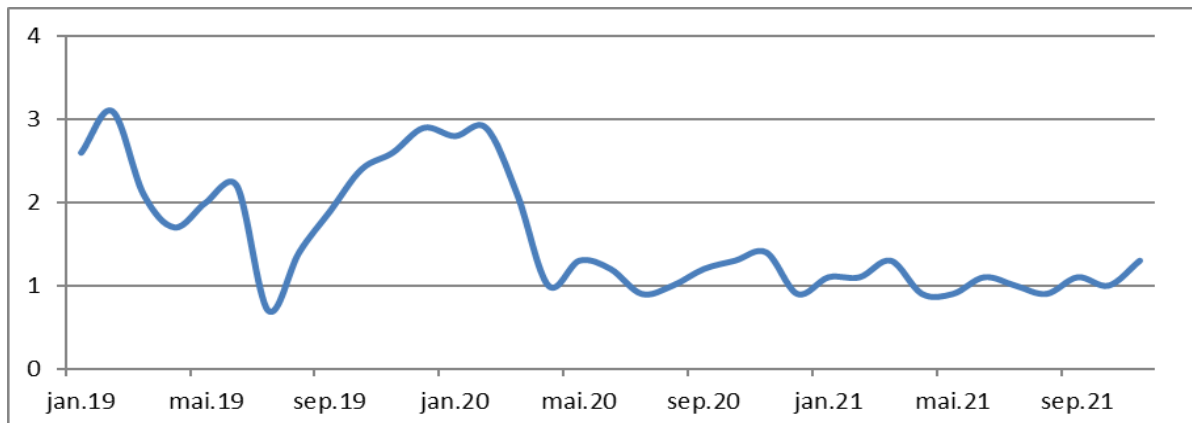
*Andel avvilet etter frist per måned*

**Tabell 5 Antall avvilede fristbrudd fordelt på klinikk**

Måned ▲	oktober	november
Klinikknavn - UNN ▼	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall
Total	449	379
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	223	154
15 - Medisinsk klinikk	76	83
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	65	73
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	57	46
13 - Hjerte- og lungeklinikken	17	19
17 - Barne- og ungdomsklinikken	11	4
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	0

## Korridorpasienter

Figur 14 Korridorpasienter andel per måned – somatikk



Månedlig aggregering av antall innlagt i korridorseng kl. 07.00 daglig i andel av alle inneliggende kl 07.00.

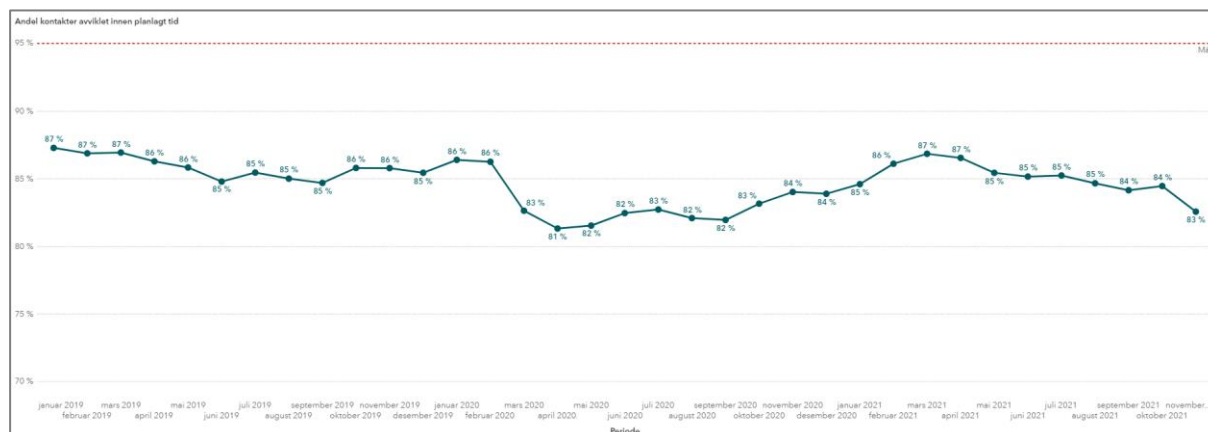
Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Fordøyelse-nyre post Tromsø	426	31	7,3 %
Geriatrisk post Tromsø	424	29	6,8 %
Hjertermed. post Tromsø	761	22	2,9 %
Lungemedisinsk post Tromsø	479	15	3,1 %
Ort-kir. post Narvik	402	10	2,5 %
Medisinsk post A Harstad	554	5	0,9 %
Ortopedisk post Tromsø	591	5	0,8 %
HLK kir. post Tromsø	476	5	1,1 %
Kreftpost Tromsø	474	5	1,1 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	635	4	0,6 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	718	3	0,4 %
Kirurgisk post Harstad	376	3	0,8 %
Medisinsk post B Harstad	473	2	0,4 %
Ortopedisk post Harstad	357	1	0,3 %
Nevro-hud-revmapost Tromsø	348	1	0,3 %
Barne- og ungdomspost Tromsø	359	1	0,3 %

Målepunkt: kl. 07:00 pr dag.

## Andel kontakter avvirket innen planlagt tid

Figur 15 Andel kontakter avvirket innen planlagt tid



Andel kontakter passert planlagt tid av alle planlagte kontakter med tentativ måned eller planlagt dato.

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

Fagområde	Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total	82 %	96 735	17 251
Øyesykdommer	79 %	6 406	1 332
Øre-nese-hals sykdommer	76 %	7 099	1 734
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	72 %	6 500	1 844
Psykisk helsevern voksne	87 %	7 092	953
Psykisk helsevern barn og unge	78 %	3 422	766
Ortopedisk kirurgi (inklusive revmakirurgi)	80 %	7 039	1 407
Nevrologi	77 %	3 028	698
Lungesykdommer	68 %	2 699	857
Fordøyelsesykdommer	73 %	4 932	1 332
Endokrinologi	76 %	3 261	776
Alle andre	88 %	45 257	5 552

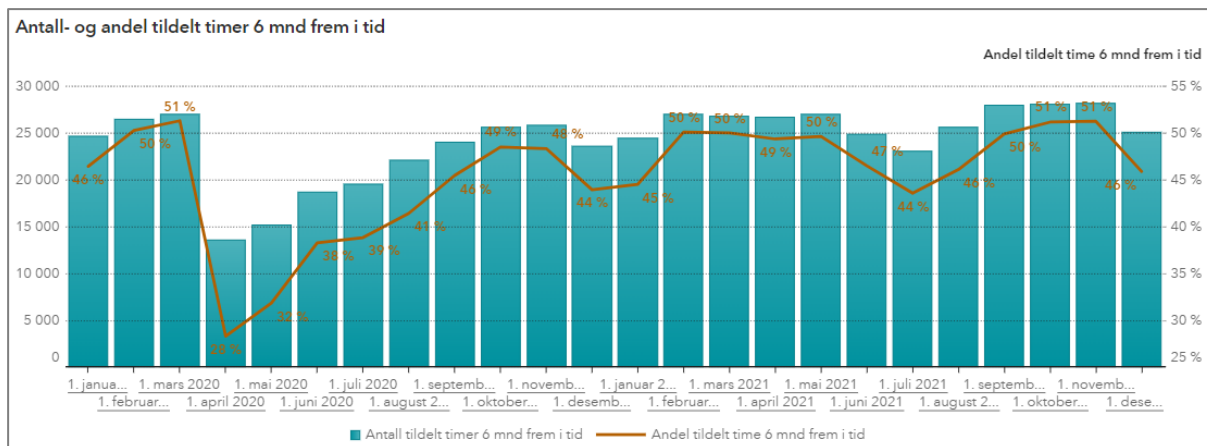
Tabell 8 Antall og andel passert planlagt tid fordelt på klinikk

Klinikk	Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total	82 %	96 698	17 238
Operasjon- og intensivklinikk - UNN	92 %	356	28
Barne- og ungdomsklinikk - UNN	82 %	7 371	1 345
Psykisk helse og rusklinikk - UNN	88 %	10 267	1 219
Hjerte- og lungeklinikk - UNN	82 %	11 361	2 038
Medisinsk klinikk - UNN	75 %	12 256	3 085
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN	90 %	15 899	1 639
Nevro-, orto- og rehabklinikk - UNN	80 %	39 188	7 884



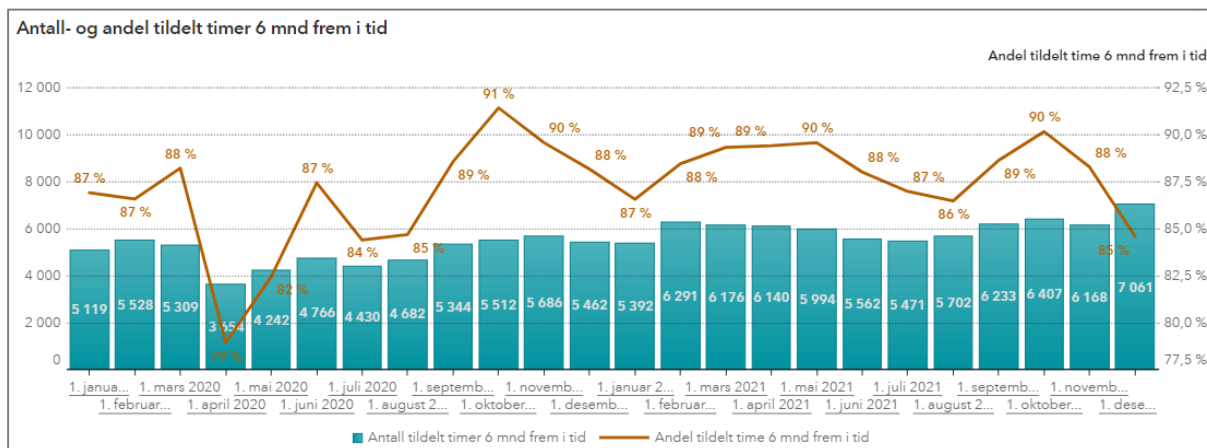
## Planleggingshorisont

Figur 16 Utvikling i antall og andel tildelte timer med fastsatt tidspunkt de neste 6 mnd – somatikk



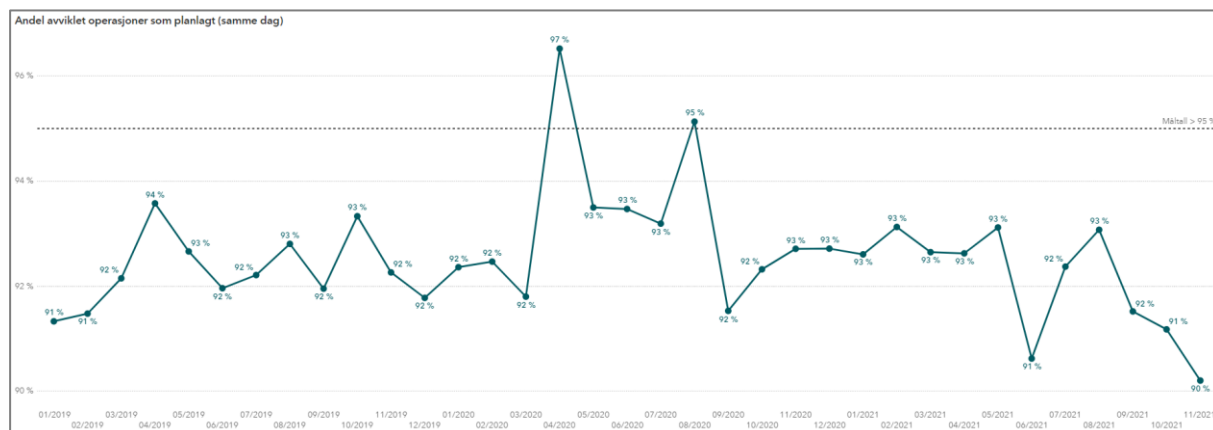
Antall planlagte kontakter som er satt rett på time. Andel planlagte kontakter som er satt rett på time av totalt antall kontakter.

Figur 17 Utvikling i antall og andel tildelte timer med fastsatt tidspunkt de neste 6 mnd– psykisk helsevern og TSB



## Strykninger

Figur 18 Andel operasjoner avvirket som planlagt



Tabell 9 Årsaker til strykninger av planlagte operasjoner siste måned (sammedagsstrykning)

Strykningskategorier UNN ▲	Strykninger	Strøket samme dag	Andel strykninger samme dag
Total	721	143	20 %
Sykehus - ikke klinisk årsak	307	73	24 %
Sykehus - kliniske årsaker	92	33	36 %
Årsaker hos pasient	322	37	11 %

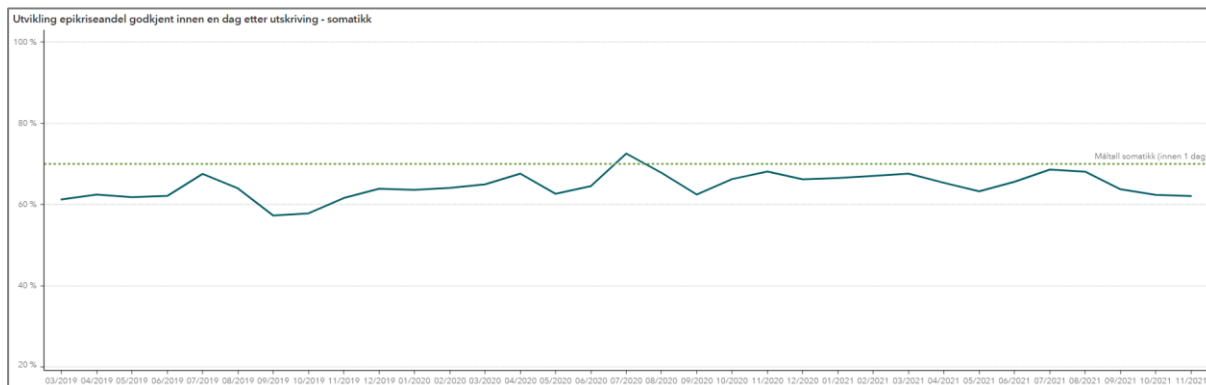
Tabell 10 Operasjoner strøket etter kl 14.00 dagen før operasjon

Måned ▲	År ▲	2021			
		Antall operasjoner	Antall operasjoner gjennomført (Strykningskode ordinært avsluttet)	Antall operasjoner strøket (ikke ordinært avsluttet)	Andel operasjonsstryk
Total		14 173	12 801	1 372	9,7 %
Januar		1 481	1 354	127	8,6 %
Februar		1 383	1 267	116	8,4 %
Mars		1 541	1 404	137	8,9 %
April		1 425	1 299	126	8,8 %
Mai		1 319	1 206	113	8,6 %
Juni		1 287	1 136	151	11,7 %
Juli		622	570	52	8,4 %
August		1 062	969	93	8,8 %
September		1 510	1 351	159	10,5 %
Oktober		1 203	1 072	131	10,9 %
November		1 340	1 173	167	12,5 %

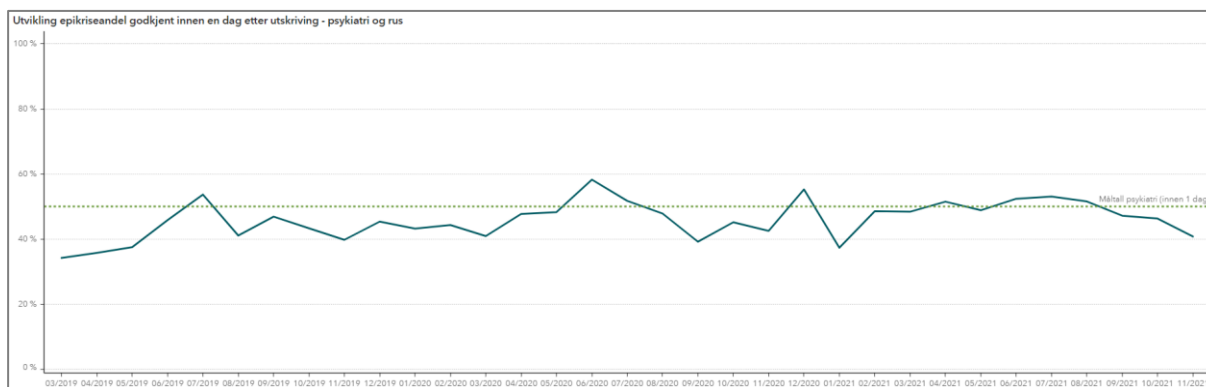
Denne er ny per september. Fagsjefene i Helse Nord HF har bedt om at den tas inn

## Epikrisetid

Figur 19 Epikriser - andel godkjent innen en dag- somatikk



Figur 20 Epikriser - andel godkjent innen en dag- psykiatri og rus

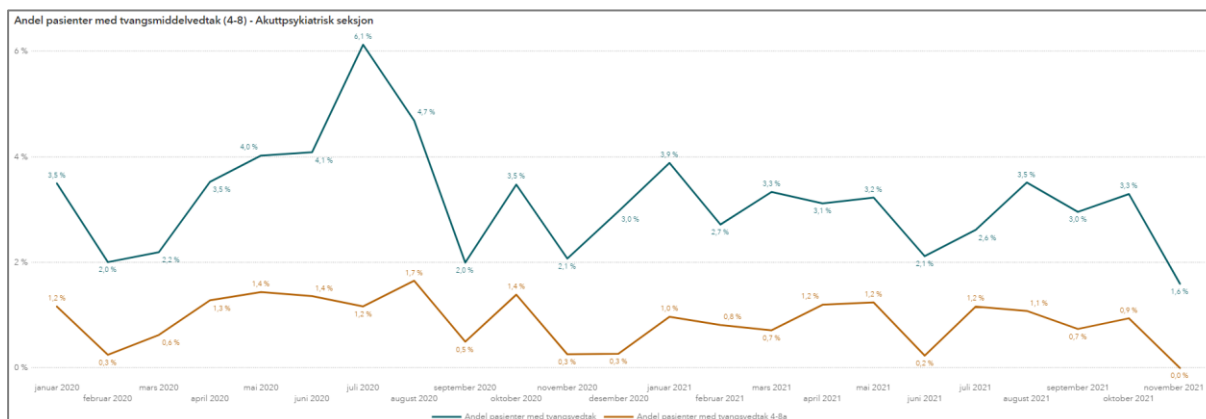


Tabell 11 Antall og andel epikriser godkjent innen 1 dag siste måned per hovedfagområde og klinikk

Hovedfagområde	Klinikk UNN	Antall epikriser godkjent innen 1 dag	Andel epikriser godkjent innen 1 dag
Total		61 421	63 %
Somatikk	10 - Akuttmedisinsk klinikk	0	0 %
	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	13 951	62 %
	13 - Hjerter- og lungeklinikken	11 149	62 %
	15 - Medisinsk klinikk	14 857	72 %
	17 - Barne- og ungdomsklinikken	1 812	71 %
	18 - Operasjons- og intensivklinikken	1	100 %
	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	15 018	61 %
Psykisk helsevern, voksne	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	3 545	47 %
Psykisk helsevern, barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	242	48 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	846	43 %

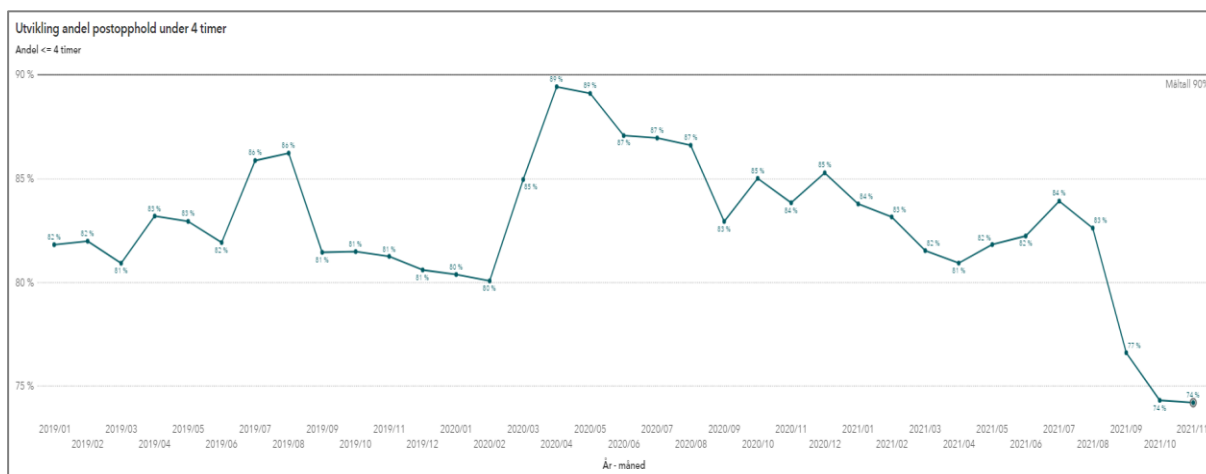
## Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

**Figur 21** Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



## Oppholdstid i akuttmottaket

**Figur 22** Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer)



## Aktivitet

Tabell 12 Aktivitet UNN hittil i år

Type	Hovedfagområde	Aktivitet 2019	Aktivitet 2021	Plan 2021	Avvik fra aktivitet 2019	Avvik fra plan 2021	Endring i % fra aktivitet 2019	Endring i % fra plan 2021
Liggetid	Somatikk	187 792	151 237	145 174	-36 555	6 063	-19 %	4 %
	Psykisk helsevern, voksne	40 395	41 317	40 164	923	1 153	2 %	3 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	18 199	16 399	18 200	-1 800	-1 801	-10 %	-10 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	2 041	2 438	3 305	397	-867	19 %	-26 %
Konsultasjoner	Somatikk	245 051	261 781	249 799	16 730	11 982	7 %	5 %
	Psykisk helsevern, voksne	55 197	57 806	58 624	2 609	-818	5 %	-1 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	12 273	13 394	12 933	1 121	461	9 %	4 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	29 553	34 901	28 722	5 348	6 179	18 %	22 %

Aktivitet UNN HF		2019	2021	Plantall 2021	Endring fra 2019		Avvik fra plan 2021	
					Antall	%	Antall	%
Laboratorieanalyser	Somatikk	6 882 204	7 368 370	6 874 975	486 166	7,1	493 395	7,2
Røntgenhenvisninger	Somatikk	141 694	127 079	133 467	-14 615	-10,3	-6 388	-4,8
PET undersøkelser	Somatikk	1 040	1 349	1 223	309	29,7	126	10,3

## DRG

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

DRG indeks pr klinikk - Somatikk				DRG Avdelingsopphold		
Klinikk	Indeks			Dag, døgn og poliklinikk inkl. 470 (ISF)		
	2020	2021	Endring	2020	2021	Endring
Akuttmedisinsk klinikk	0,136	0,165	0,030	10 051	12 488	2 437
Barne- og ungdomsklinikken	0,255	0,253	-0,002	10 426	11 306	880
Hjerte- lungeklinikken	0,648	0,607	-0,041	15 846	16 548	702
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,250	0,224	-0,026	75 938	83 467	7 529
Medisinsk klinikk	0,250	0,239	-0,011	43 004	42 891	-113
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,155	0,150	-0,005	116 037	132 846	16 809
OPIN	0,054	0,053	-0,001	1 221	1 595	374

DRG indeks pr klinikk - PHV/TSB				Poliklinikk (ISF)		
Klinikk	Indeks			Poliklinikk (ISF)		
	2020	2021	Endring	2020	2021	Endring
Psykisk helse og rusklinikken	0,137	0,153	0,016	58 647	61 570	2 923
Barne- og ungdomsklinikken	0,325	0,328	0,003	31 314	33 697	2 383

Indeks: gjennomsnittstygde per avdelingsopphold målt i DRG - poeng. Tallene er akkumulert både for indeks og avdelingsopphold.

Tabell 14 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

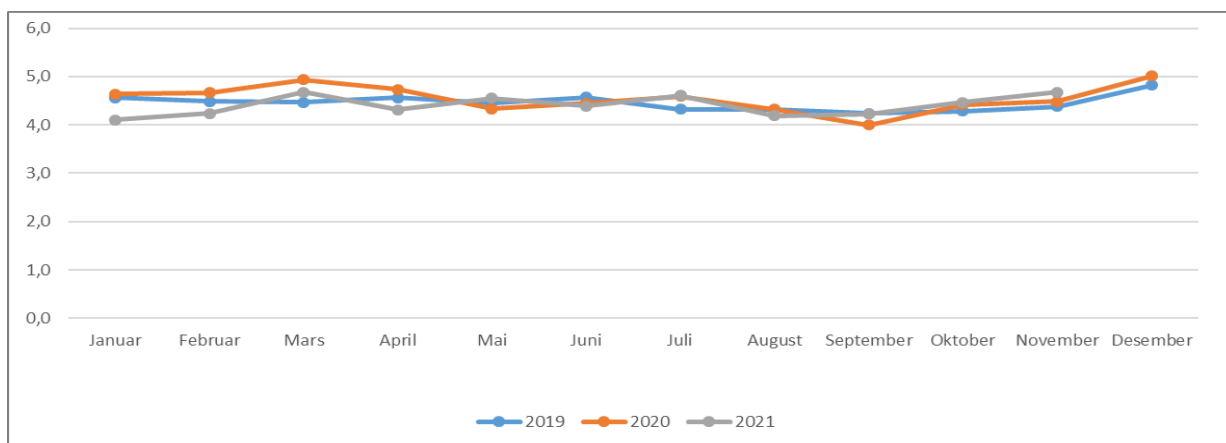
Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	2 075	2 118	-43
Barne- og ungdomsklinikken	2 887	3 151	-264
Hjerte- og lungeklinikken	10 032	10 752	-720
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	18 791	19 764	-974
Medisinsk klinikk	10 209	11 323	-1 114
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	19 650	20 534	-884
Operasjons- og intensivklinikken	84	73	11
<b>Totalt Somatikk</b>	<b>63 728</b>	<b>67 714</b>	<b>-3 986</b>
Klinikk (Psykiatri/rus)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	11 065	9 138	1 927
Psykisk helse og rusklinikken	9 424	11 753	-2 328
<b>Totalt Psykiatri/rus</b>	<b>20 489</b>	<b>20 891</b>	<b>-402</b>

## Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 15 Liggetid på sykehusopphold fordelt på klinikk

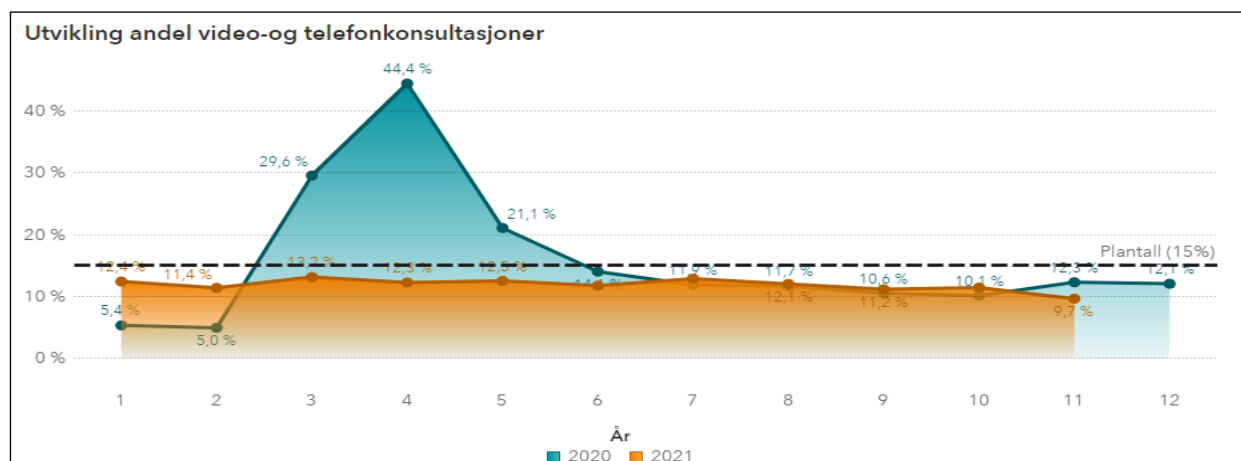
Klinikk	2019	2020	2021
K3K	4,0	3,9	3,8
Hjerte- og lungeklinikken	4,0	4,0	4,3
Medisinsk klinikk	5,3	5,1	5,3
BUK	5,7	5,4	5,8
NOR	4,8	4,6	4,8

Figur 23 Liggetid på sykehusopphold



## Telemedisinsk aktivitet

Figur 24 Andel telemedisinsk aktivitet



Tabell 16 Antall og andel konsultasjoner fordelt per klinikk

	2021				2020			
	Aktiviteter	Konsultasjoner	Andel VK + telefon	Video + telefon	Aktiviteter	Konsultasjoner	Andel VK + telefon	Video + telefon
Total	362 612	321 641	12,1 %	36 661	325 520	286 316	15,0 %	40 871
10 - Akuttmedisinsk klinikk	19 064	18 929	.	0	14 511	14 472	.	0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	64 518	56 930	6,3 %	3 584	58 295	50 640	4,3 %	2 172
13 - Hjerter- og lungeklinikken	12 565	9 726	6,7 %	650	11 546	8 931	5,2 %	467
15 - Medisinsk klinikk	35 385	25 844	8,9 %	2 303	33 970	24 519	9,1 %	2 230
17 - Barne- og ungdomsklinikken	42 453	36 788	24,3 %	8 926	39 657	34 117	33,6 %	11 477
18 - Operasjons- og intensivklinikken	1 639	1 533	29,7 %	455	1 207	1 091	29,9 %	326
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	121 871	113 155	7,1 %	8 018	105 383	97 563	6,2 %	6 026
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	64 846	58 589	21,7 %	12 725	60 806	54 878	33,1 %	18 173
48 - Forsknings- og utdanningssenteret	271	147	0,0 %	0	145	105	0,0 %	0

## Den gylne regel

Tabell 17 Den gylne regel (hittil i år)

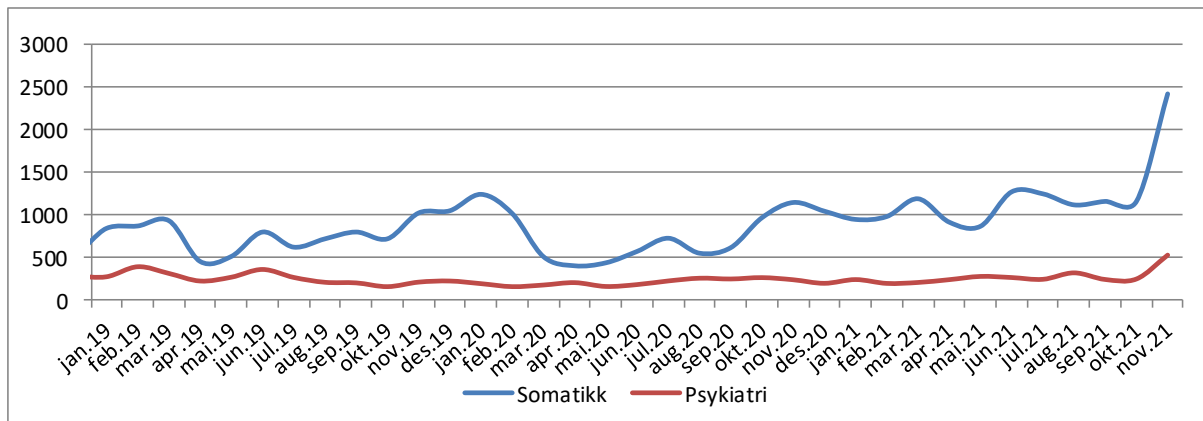
Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2019	2021	Endring 19-21
Somatikk*	Økonomi	4 409 787	4 851 951	10,0 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	662 744	740 248	11,7 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	151 394	172 565	14,0 %
TSB	Økonomi	170 749	190 228	11,4 %
Somatikk	Konsultasjoner	245 051	261 781	6,8 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	55 197	57 806	4,7 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	29 553	34 901	18,1 %
TSB	Konsultasjoner	12 273	13 394	9,1 %
Somatikk	Ventetid	64,2	70,3	9,5 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	49,4	75,3	52,4 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	50,6	52,5	3,8 %
TSB	Ventetid	29,8	32,9	10,4 %

\* Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB. Konsultasjoner utført av «Legespesialisten» (fristbrudd HELFO i Voksenpsykiatri) telles ikke med her siden de ikke oppfyller rapporteringsplikten til NPR.

## Samhandling

### Utskrivningsklare pasienter

Figur 25 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern



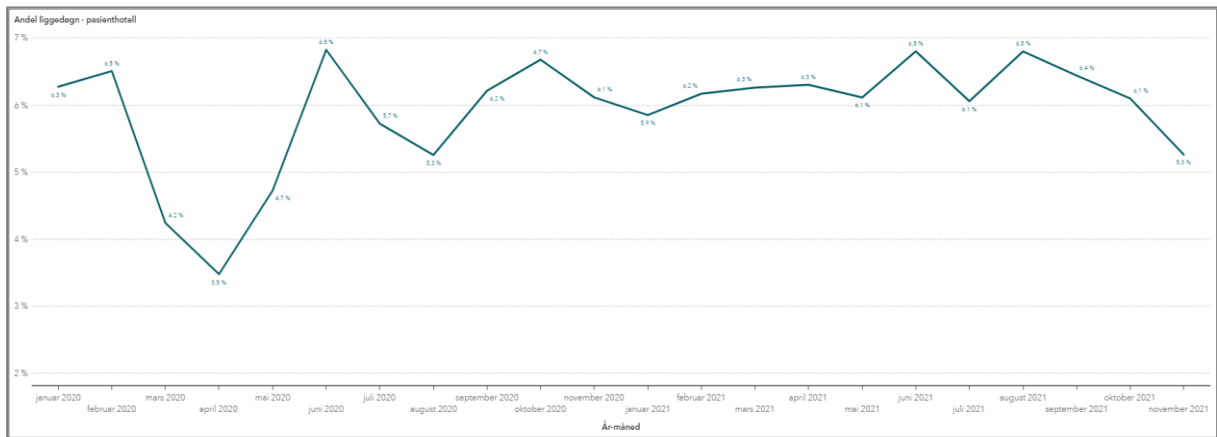
Tabell 18 Utskrivningsklare pasienter hittil i år fordelt på kommune

Kommune	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Evenes	270	204			270	204
Harstad	3 858	156	923	37	4 781	193
Salangen	265	127	7	3	272	130
Tromsø	6 099	79	1 207	16	7 306	95
Ibestad	104	79	1	1	105	80
Lavangen	70	69	1	1	71	70
Nordreisa	312	65	8	2	320	67
Lødingen	88	44	9	4	97	48
Tjeldsund	190	45	11	3	201	48
Narvik	915	42	111	5	1 026	47
Kvæfjord	111	39	12	4	123	44
Karlsøy	53	24	18	8	71	33
Lyngen	68	25	20	7	88	32
Senja	239	16	184	12	423	29
Bardu	84	21	18	5	102	26
Balsfjord	115	21	28	5	143	26
Gáivuotna Kåfjord	41	20	4	2	45	22
Gratangen	19	17			19	17
Storfjord	25	14	1	1	26	14
Dyrøy	10	9	3	3	13	12
Skjervøy	30	10	4	1	34	12
Målselv	53	8	4	1	57	9
Kvænangen	8	7	2	2	10	9
Sørreisa	23	7			23	7
<b>SUM</b>	<b>13 050</b>	<b>68</b>	<b>2 576</b>	<b>13</b>	<b>15 626</b>	<b>81</b>

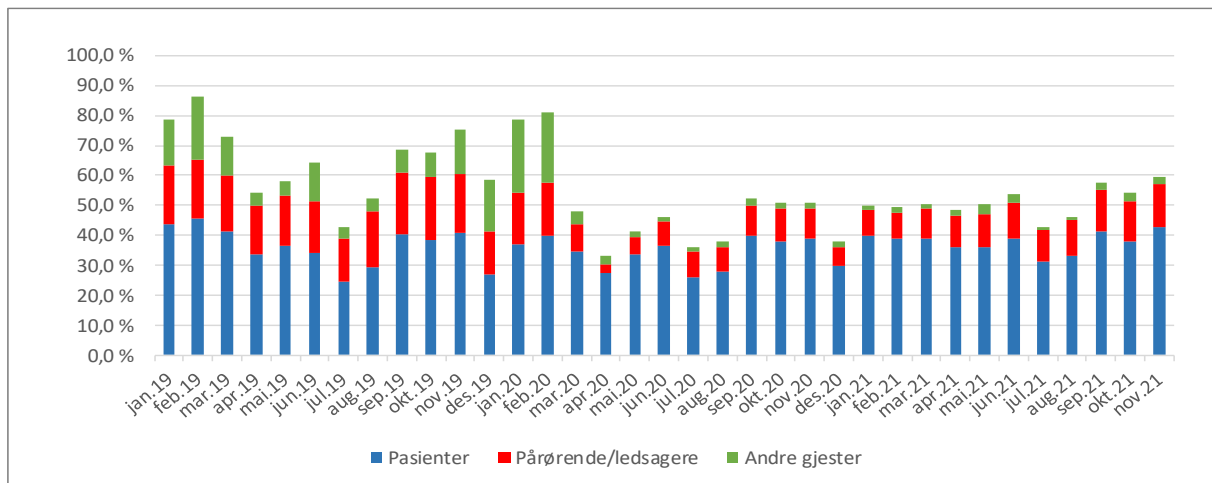


## Bruk av pasienthotell

**Figur 26 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)**



**Figur 27 Beleggsprosent på Pingvinhotellet fordelt etter oppholdstype**



## Personal

### Bemanning

#### Månedsværk

Tabell 19 Gjennomsnittlig utbetalte månedsværk

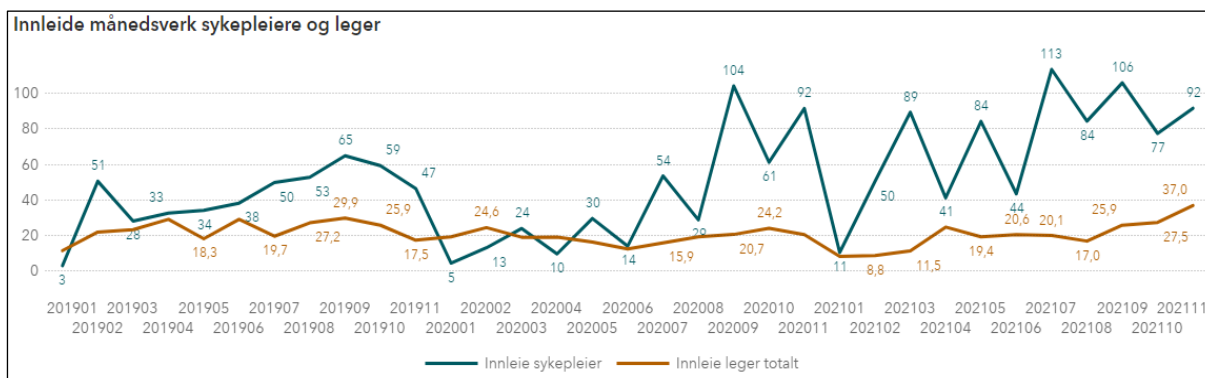
Loennselement ▲	Gj.snitt månedsværk 2019	Gj.snitt månedsværk 2020 ▼	Gj.snitt månedsværk 2021	Gj.snitt endring 2019-2021	Gj.snitt endring 2020-2021
Total	6 599	6 801	6 914	315,1	113,4
Grunnlønn/basis	5 851	6 008	6 105	253,7	96,2
Mertid / timelønn	416	426	447	31,0	20,5
Overtid	184	211	213	28,2	1,6
UTA	75	79	79	4,5	0,4
Etterregulering	37	41	36	-1,4	-4,9
Utrykning på vakt	36	35	35	-0,9	-0,4

Gjennomsnittlige månedsværk hittil i 2019, 2020 og 2021.

Tabell 20 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på klinikk og profesjon

Klinikk	Sum endring 2019-2021	01. Adm. og ledere	02. Pasientrettede stillinger	03. Leger	04. Psykologer	05. Sykepleiere	06. Helsefagarbeider/hjelpepleier	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstillinger	09. Drifts/teknisk personell	10. Ambulansepersonell	11. Forskning
	315,1	41,4	65,7	27,0	31,1	78,5	1,9	5,7	0,0	37,4	14,7	9,4
10 - Akuttmedisinsk klinikk	51,3	3,7	20,4	2,0	-	11,3	0,1	-	-	-1,1	14,7	-
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	17,9	3,2	4,9	4,5	-	3,6	0,1	-0,1	-	0,2	-	1,5
13 - Hjerte- og lungeklinikken	82,4	2,7	8,0	1,8	-0,8	70,1	2,5	1,0	-	-1,4	-	-1,6
15 - Medisinsk klinikk	15,7	-2,4	0,7	3,7	-0,9	5,1	-0,9	10,0	0,0	0,7	-0,0	-0,3
17 - Barne- og ungdomsklinikken	21,6	1,4	6,8	0,3	11,3	2,7	-1,3	-0,3	-	-0,5	-	1,2
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-44,2	-1,8	-10,2	7,4	0,2	-48,0	-4,3	-	-	12,5	-0,0	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	54,9	1,3	11,1	6,9	6,3	25,0	6,5	-1,0	-	-1,0	-	-0,2
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	42,6	5,7	22,4	-4,0	15,5	3,0	-1,3	-	-	1,3	0,1	0,0
30 - Diagnostisk klinikk	23,1	9,6	3,4	4,5	-	-0,5	0,5	-4,7	-0,0	9,3	-	0,9
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	15,6	9,5	0,1	-	-	-	-	-	-	-0,1	-	6,1
45 - Drifts- og eiendomssenteret	24,8	4,8	1,9	-	-	-0,0	-	0,7	-	17,5	-	-
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	20,9	7,6	3,7	1,2	-	6,7	-	-	-	-	-	1,8
50 - Direktøren	6,8	5,8	-	-	1,0	-	-	-	-	-	-	-
52 - Stabssenteret	-10,5	-8,5	-0,6	-0,7	-	-0,6	-	-	-	-	-	-
62 - Fellesinntekter/kostnader	-10,1	-1,5	-6,8	-0,4	-1,3	0,1	0,0	-	-	-	-0,1	-

Tabellen viser gjennomsnittlig endring i månedsværk 2019-2021 fordelt på profesjon.

**Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger**

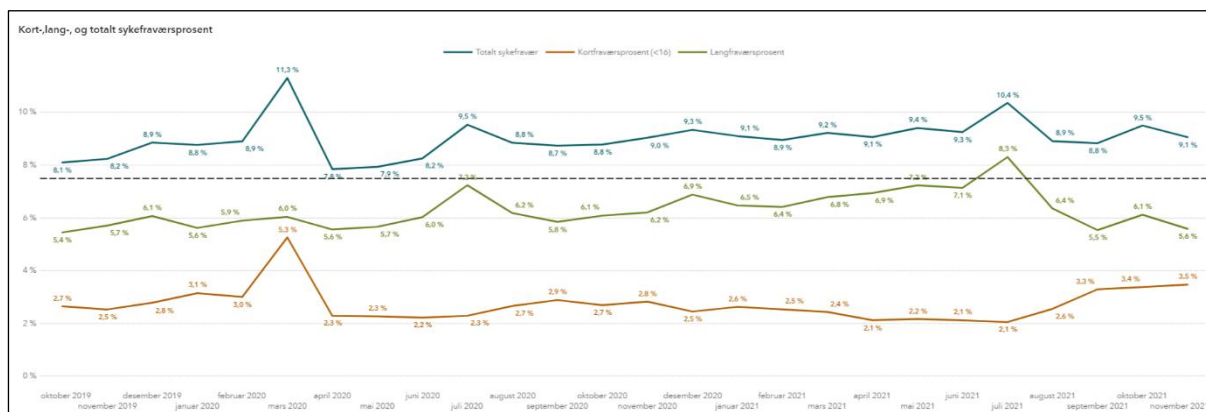
Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønssystem.

**Tabell 21 Innleide månedsverk per klinikk**

Klinikknavn - UNN	År	2021		2020		2019	
		Innleie sykepleier (snitt)	Innleie leger totalt (snitt)	Innleie sykepleier (snitt)	Innleie leger totalt (snitt)	Innleie sykepleier (snitt)	Innleie leger totalt (snitt)
Total		72,0	20,1	39,5	19,3	41,9	23,1
10 - Akuttmedisinsk klinikk		13,8	0,7	5,5	0,8	1,6	0,2
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		6,5	3,0	1,3	3,0	3,2	2,1
13 - Hjerter- og lungeklinikken		24,1	0,4	10,4	0,5	0,5	0,4
15 - Medisinsk klinikk		1,4	3,5	0,4	0,7	0,9	4,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken		0,4	1,2	0,4	0,3	2,1	0,3
18 - Operasjons- og intensivklinikken		25,4	3,7	20,0	4,5	31,5	6,1
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken		0,5	2,1	1,6	1,3	2,5	1,3
22 - Psykisk helse- og rusklinikken		0,0	1,7	0,0	4,2	0,0	3,9
30 - Diagnostisk klinikk		0,0	3,9	0,0	4,1	0,0	4,8

## Sykefravær

Figur 29 Sykefravær



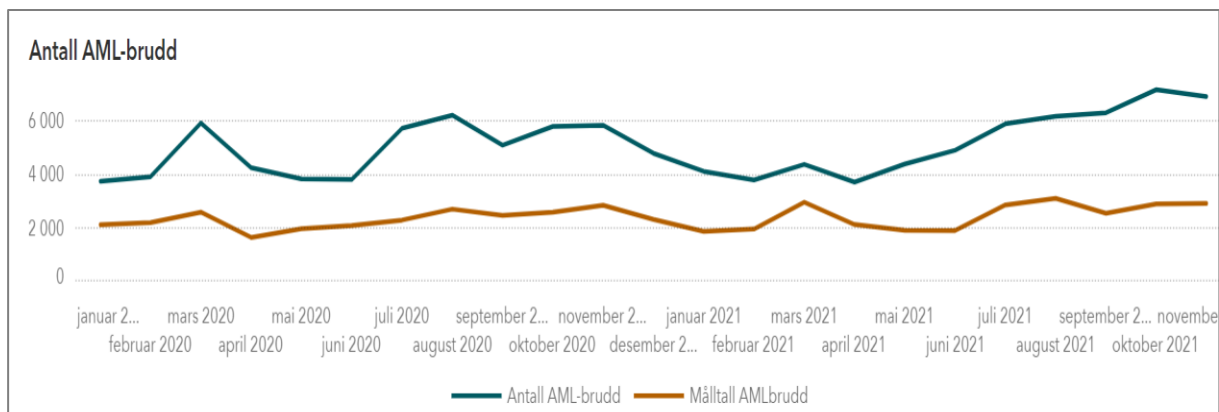
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned. Sykefravær inkluderer koronafravær.

Tabell 22 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	Totalt sykefravær forrige måned	Endring fravær forrige mnd mot samme mnd 2019	Korttidsfravær forrige måned	Endring korttidsfravær forrige mnd mot samme mnd 2019	Langtidsfravær forrige måned	Endring langtidsfravær forrige mnd mot 2019
Total	9,1 %	0,8 %	3,5 %	0,9 %	5,6 %	-0,1 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	9,6 %	1,2 %	2,8 %	1,3 %	6,9 %	-0,1 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	8,5 %	0,6 %	3,6 %	1,6 %	4,8 %	-1,0 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	7,5 %	-0,2 %	3,1 %	0,3 %	4,4 %	-0,5 %
15 - Medisinsk klinikk	6,8 %	-0,7 %	3,0 %	0,5 %	3,7 %	-1,2 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	9,8 %	2,8 %	4,2 %	1,8 %	5,7 %	0,9 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	9,4 %	-0,4 %	3,6 %	1,0 %	5,8 %	-1,4 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9,3 %	1,4 %	3,8 %	1,0 %	5,5 %	0,4 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	11,4 %	1,0 %	4,0 %	0,4 %	7,4 %	0,5 %
30 - Diagnostisk klinikk	8,3 %	1,6 %	3,6 %	1,1 %	4,7 %	0,5 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	7,5 %	5,0 %	1,8 %	1,0 %	5,7 %	4,0 %
45 - Drifts- og eiendomscenteret	9,7 %	1,2 %	3,2 %	0,4 %	6,5 %	0,9 %
46 - Fag- og kvalitetssenteret	2,0 %	.	1,0 %	.	1,0 %	.
48 - Forsknings- og utdanningscenteret	9,7 %	0,7 %	4,2 %	2,2 %	5,5 %	-1,5 %
49 - Senter for E-helse, samhandling og innovasjon	6,5 %	.	2,7 %	.	3,7 %	.
50 - Direktøren	5,8 %	1,1 %	0,0 %	-1,1 %	5,8 %	2,2 %
52 - Stabscenteret	9,2 %	2,7 %	2,5 %	0,7 %	6,7 %	2,0 %

## AML-brudd

Figur 30 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Tabell 23 AML-brudd per klinikk

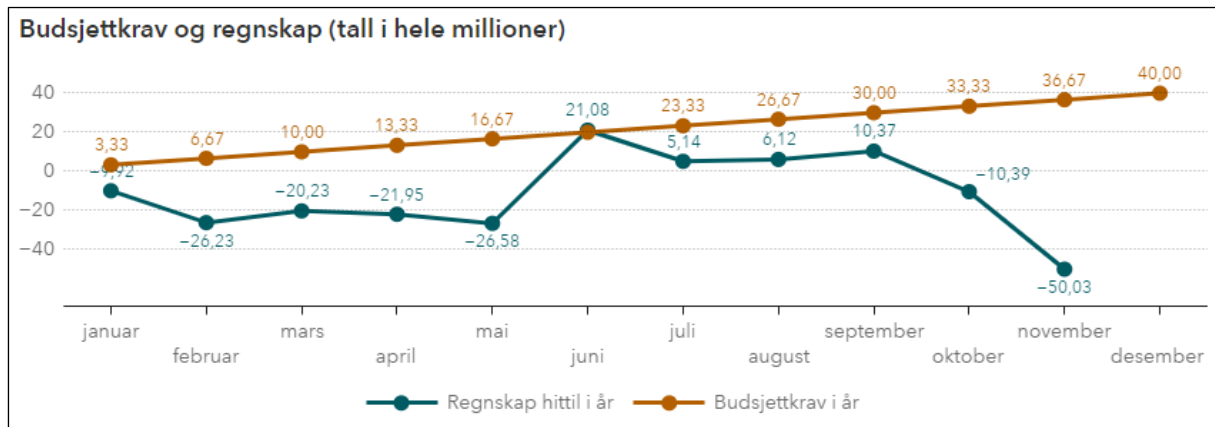
Klinikk - UNN	▲ Antall brudd forrige mnd ▼	Brudd forrige mnd i 2019	Endring i % forrige mnd mot samme mnd 2019
Total	6 911	5 700	21,2 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	1 513	774	95,5 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1 407	1 080	30,3 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	922	1 120	-17,7 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	758	467	62,3 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	723	805	-10,2 %
15 - Medisinsk klinikk	476	255	86,7 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	357	572	-37,6 %
30 - Diagnostisk klinikk	281	260	8,1 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	240	221	8,6 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	199	125	59,2 %
52 - Stabssenteret	31	11	181,8 %
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	4	10	-60,0 %

Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2019 til 2021

## Økonomi

### Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2021



Tabell 24 Resultatregnskap 2021

Resultatrapportering (tall i mill kr)	November				Akkumulert per November			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	486,0	486,0	0,0	0 %	5 002,1	5 002,1	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	29,0	29,0	0,0	0 %
ISF egne pasienter	143,7	155,9	-12,2	-8 %	1 590,5	1 684,0	-93,6	-6 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,3	3,6	1,7	47 %	75,6	74,6	1,1	1 %
Gjestepasientinntekter	2,9	3,5	-0,6	-18 %	41,8	38,5	3,3	9 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	21,5	16,6	4,9	30 %	205,3	182,2	23,1	13 %
Utskrivningsklare pasienter	11,0	2,6	8,4	325 %	44,5	28,4	16,1	57 %
Andre øremerkede tilskudd	39,3	34,2	5,1	15 %	517,5	412,8	104,7	25 %
Andre driftsinntekter	36,8	37,3	-0,4	-1 %	371,3	398,3	-27,1	-7 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>749,1</b>	<b>742,2</b>	<b>6,9</b>	<b>1 %</b>	<b>7 877,6</b>	<b>7 849,9</b>	<b>27,7</b>	<b>0 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	21,4	18,9	2,5	13 %	212,4	203,7	8,7	4 %
Kjøp av private helsetjenester	9,1	3,8	5,3	141 %	78,1	45,0	33,1	74 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	93,9	75,6	18,3	24 %	910,5	862,5	48,0	6 %
Innleid arbeidskraft	15,8	3,2	12,6	400 %	122,1	40,6	81,5	201 %
Lønn til fast ansatte	389,2	386,0	3,1	1 %	4 068,7	4 044,4	24,3	1 %
Overtid og ekstrahjelp	42,9	24,6	18,3	74 %	371,2	292,2	78,9	27 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	62,5	62,9	-0,4	-1 %	688,9	688,9	0,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-25,0	-6,5	-18,5	287 %	-327,1	-145,3	-181,8	125 %
Annen lønnskostnad	39,1	34,3	4,8	14 %	349,1	327,8	21,3	6 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>461,9</b>	<b>441,6</b>	<b>20,3</b>	<b>5 %</b>	<b>4 583,9</b>	<b>4 559,8</b>	<b>24,1</b>	<b>1 %</b>
Avskrivninger	28,6	28,2	0,4	1 %	302,8	306,6	-3,9	-1 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	110,4	106,3	4,2	4 %	1 141,4	1 127,9	13,5	1 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>787,8</b>	<b>737,1</b>	<b>50,6</b>	<b>7 %</b>	<b>7 918,0</b>	<b>7 794,4</b>	<b>123,6</b>	<b>2 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-38,7</b>	<b>5,0</b>	<b>-43,7</b>	<b>-867 %</b>	<b>-40,4</b>	<b>55,5</b>	<b>-95,9</b>	<b>-173 %</b>
Finansinntekter	0,2	0,5	-0,3		2,9	5,5	-2,6	
Finanskostnader	1,2	2,2	-1,1		12,5	24,3	-11,8	
Finansresultat	-1,0	-1,7	0,8		-9,6	-18,8	9,2	
<b>Ordinært resultat</b>	<b>-39,6</b>	<b>3,3</b>	<b>-43,0</b>	<b>-1289 %</b>	<b>-50,0</b>	<b>36,7</b>	<b>-86,7</b>	<b>-236 %</b>

Tabell 25 Resultatregnskap 2021, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	November ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per November ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	486,0	486,0	0,0	5 002,1	5 002,1	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	29,0	29,0	0,0
ISF egne pasienter	143,7	155,9	-12,2	1 590,5	1 684,0	-93,6
ISF av legemidler utenfor sykehus	5,3	3,6	1,7	75,6	74,6	1,1
Gjestepasientinntekter	2,9	3,5	-0,6	41,8	38,5	3,3
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	21,5	16,6	4,9	205,3	182,2	23,1
Utskrivningsklare pasienter	11,0	2,6	8,4	44,5	28,4	16,1
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	36,8	37,3	-0,4	371,3	398,3	-27,1
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>709,8</b>	<b>708,0</b>	<b>1,8</b>	<b>7 360,1</b>	<b>7 437,1</b>	<b>-77,0</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	21,4	18,9	2,5	212,4	203,7	8,7
Kjøp av private helsetjenester	9,0	3,7	5,3	77,6	44,6	33,0
Varekostnader knyttet til aktivitet	92,4	74,2	18,1	890,4	846,5	43,9
Innleid arbeidskraft	15,8	3,2	12,6	122,1	40,6	81,5
Lønn til fast ansatte	368,9	368,4	0,5	3 801,1	3 831,0	-29,9
Overtid og ekstrahjelp	38,3	20,6	17,7	311,1	244,3	66,8
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	57,5	58,5	-1,0	623,1	636,4	-13,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-23,6	-5,2	-18,4	-308,4	-130,4	-178,0
Annen lønnskostnad	36,4	31,9	4,5	313,9	299,7	14,2
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>435,8</b>	<b>418,9</b>	<b>16,9</b>	<b>4 239,7</b>	<b>4 285,2</b>	<b>-45,5</b>
Avskrivninger	28,6	28,2	0,4	302,8	306,6	-3,9
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	103,9	100,5	3,3	1 054,5	1 058,5	-4,1
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>748,5</b>	<b>703,0</b>	<b>45,5</b>	<b>7 400,5</b>	<b>7 381,6</b>	<b>18,9</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-38,7</b>	<b>5,0</b>	<b>-43,7</b>	<b>-40,4</b>	<b>55,5</b>	<b>-95,9</b>
Finansinntekter	0,2	0,5	-0,3	2,9	5,5	-2,6
Finanskostnader	1,2	2,2	-1,1	12,5	24,3	-11,8
Finansresultat	-1,0	-1,7	0,8	-9,6	-18,8	9,2
<b>Ordinært resultat</b>	<b>-39,6</b>	<b>3,3</b>	<b>-43,0</b>	<b>-50,0</b>	<b>36,7</b>	<b>-86,7</b>

Tabell 26 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Regnskap per klinikk - tall i mill kr	November			Akkumulert per november		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	47,1	43,2	-3,9	464,1	432,9	-31,3
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	34,4	19,2	-15,3	223,1	162,4	-60,7
13 - Hjerte- lungeklinikken	33,1	27,2	-5,9	231,3	201,4	-29,9
15 - Medisinsk klinikk	42,4	36,6	-5,9	363,9	338,1	-25,8
17 - Barne- og ungdomsklinikken	28,2	25,0	-3,2	230,4	224,6	-5,8
18 - Operasjons- og intensivklinikken	79,4	70,6	-8,8	725,0	692,0	-33,0
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	35,1	29,9	-5,2	274,2	251,7	-22,4
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	72,5	67,7	-4,7	681,4	676,2	-5,2
30 - Diagnostisk klinikk	65,1	57,6	-7,5	631,6	581,0	-50,6
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,1	0,1	0,0	2,9	2,9	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	50,0	57,3	7,3	567,6	563,9	-3,8
46 - Fag- Og Kvalitetscenteret	1,8	1,9	0,1	17,3	19,4	2,1
48 - Kvalitets- Og Utviklingssenteret	5,7	6,9	1,2	53,9	67,0	13,1
49 - Senter For E-Helse, Samhandling Og Innovasjon	8,9	8,4	-0,5	63,0	62,1	-0,9
52 - Stabssenteret	15,8	14,9	-0,9	139,0	149,9	10,9
62 - Felles	-479,8	-469,7	10,1	-4 618,8	-4 462,1	156,7
<b>Totalt</b>	<b>-39,6</b>	<b>3,3</b>	<b>-43,0</b>	<b>-50,0</b>	<b>36,7</b>	<b>-86,7</b>

## Prognose

Prognosen for 2021 endres til et negativt resultat på 60 mill. kroner. Det betyr et negativt budsjettavvik på 100 mill. kroner.



## STYRESAK

Styresak:	93/2021
Møtedato:	16.12.2021
Arkivsak:	2021/9478-1
Saksbehandler:	Lars Øverås

## Virksomhetsplan 2022

### Innstilling til vedtak

1. Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til saksutredningen, og vedtar framlagte virksomhetsplan for 2022 med tilhørende budsjett.
2. Styret vedtar investeringsplanen for 2022 slik den foreligger i saksutredningen.
3. Styret ser med bekymring på situasjonen rundt pandemien og påvirkningene dette har på økonomien og tilgjengeligheten for pasientene ved UNN. Styret ber Helse Nord RHF følge opp mot nasjonale myndigheter at merkostnad og tapte inntekter som følge av pandemien i 2022 finansieres.
4. Styret forutsetter at nye regionale oppgaver blir fullfinansiert og ser det vanskelig å gjennomføre nye oppgaver uten finansiering, noe som er utfordrende for universitetsfunksjonen.
5. Direktøren gis fullmakt til å gjøre mindre justeringer i budsjettet.

### Formål

Formålet med saken er å invitere styret til å vedta virksomhetsplan for 2022 med tilhørende investeringsplan, plantall og driftsbudsjett.



## Saksutredning

### Forutsetninger

Med bakgrunn i Helse Nord RHF sine styresaker 74-2021 *Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkl. rullering av investeringsplan 2022-2029*, og 130-2021 *Budsjett 2022 foretaksgruppen, rammer og føringer*, samt budsjettbrev 1, 2 og 3 gir Helse Nord RHF bestillinger og føringer til UNNs virksomhetsplanlegging for 2022. Detaljerte krav til helseforetakene stilles i oppdragsdokumentet for 2022 som forventes mottatt i desember 2021.

Helse Nord's viktigste mål for planperioden blir fulgt opp i oppdragsdokumentet til helseforetakene og er en videreføring av tidligere års mål:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Teknologi og digitalisering
- Ressursutnyttelse og samordning

### Statsbudsjett 2022

I styresak 130-2021 *Budsjett 2022 foretaksgruppen, rammer og føringer* fra Helse Nord RHF, redegjøres det for innholdet i forslaget for statsbudsjett 2022. Statsbudsjettet medfører totalt rammebetingelser som er 125 mill.kr lavere enn hva som er lagt til grunn i styresak 74-2021, *Plan 2022-2025, inkl. rullering av investeringsplanen 2022-2029*.

I forslag til statsbudsjett legges det til rette for en samlet vekst i pasientbehandlingen på 1,4 % på nasjonalt nivå. Kravet om den gyldne regel, at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikken, videreføres.

### Resultatkrav

Helse Nord RHF sin strategi for å sikre tilstrekkelig likviditet til investeringer videreføres. Det følger av strategien at helseforetakene enkeltvis og foretaksgruppen samlet, må planlegge med og realisere overskudd i driften. I sum er det vedtatt et budsjettert overskudd på 216 mill. kr for foretaksgruppen i 2022. For UNN er resultatkravet for årene 2022-2024 + 40 mill. kr per år, for deretter å reduseres til 10 mill. kr fra 2025-2029.

### Basisramme 2022

Basisrammen for UNN økes med 168,6 mill. kr i forhold til vedtatt budsjett 2021. Lønns- og prisvekst utgjør +117,7 mill. kr, oppdatering av inntektsmodeller -13,2 mill. kr, og nye oppgaver +10,8 mill. kr. Realveksten er beregnet til 5,8 mill. kr. Tekniske forhold vedrørende pensjon øker rammen med 47,4 mill. kr.

### Strategier for økonomisk bærekraftig utvikling

UNN har iverksatt strategier på overordnet nivå for å oppnå budsjettkravet. Særlige fokusområder i 2022 er poliklinikkene, operasjonskapasiteten og aktivitetsbasert

bemanningsplanlegging. Inngangshastigheten i 2022 er høy og det blir krevende å oppnå de økonomiske resultatene som ønsket.

For å løse omstillingsutfordringen ble det i vedlegg 3 i 2020 beskrevet hvilke områder UNN skal jobbe med for å oppnå en bærekraftig utvikling. I 2022 videreføres arbeidet med disse tiltakene gjennom at de er en del av hovedstrategien for 2022.

#### *Redusere varekostnader*

Det er satt av en egen ressurs til å følge opp klinikkene på satsingen med å redusere varekostnadene. Potensialet for innsparing er i å benytte gjeldene avtaler og tilknytte avtaler på de områder dette ikke foreligger. Opplæring og oppfølging i driften vil prioriteres hyppigere i 2022.

#### *Redusere personalkostnader/reducere bruk av dyre løsninger*

Gjennom satsing på å redusere personalkostnadene vil UNN bli i stand til å løse de oppgaver som ligger til oss, med mindre overtid og innleie, samt et lavere arbeidspress på medarbeiderne. En av fokusområdene for 2022 er oppfølgingen av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging. Tiltaket skal resultere i en mer standardisert bemanningsplanlegging enn i dag.

#### *Videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet*

I hovedsak er det tre områder i 2022 under videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet, stormottakere, kloke valg og tele-videokonsultasjoner.

#### *Pasientforløp – stormottakere*

Alle enheter i UNN jobber med å identifisere grupper av pasienter som egner seg for stormottakersatsingen. Satsingen vil resultere i færre kontakter og døgnopphold i sykehuset, noe som imøtekommer forventet økning i forbruk av spesialisthelsetjenester i årene framover basert på demografi og befolkningsendring.

#### *Kloke valg og samvalg*

Overbehandling og overdiagnostikk skal reduseres ved UNN. Målsettingen er at UNNs helsepersonell, sammen med pasienten, skal komme fram til riktig behandling/diagnostiseres eller om det skal behandles/diagnostiseres.

#### *Tele- og videokonsultasjoner*

En viktig strategi for 2022 og årene framover for å sikre en effektiv og økonomisk drift både for UNN og pasienten. Pasienter bruker i dag forholdsmessig mye tid for relativt korte konsultasjoner ved sykehuset. Ved tele- og videokonsultasjoner vil reisetid falle bort og pasienten kan utnytte dagen bedre. I hele UNNs satsing ligger det til grunn at en ønsker å utvikle pasientens helsetjeneste. Muligheter for økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner, at det er innført lik betaling for telefonkonsultasjoner og videokonsultasjoner, og økt fokus på pasientforløpsfinansiering er med på å kunne gi flere pasienter behandling i hjemmet.

#### *Aktivitetsforutsetninger og plantall aktivitet 2022*

Statsbudsjett for 2021 legger til rette for en vekst på nasjonalt nivå på 1,4 %. Krav om at psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling (TSB) skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikken videreføres. Som tidligere år videreføres avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, og laboratorietakster underfinansieres for å stimulere til lavere forbruk av disse tjenestene.

Plantall for 2022 er basert på klinikkens innleverte tall for 2022.

## **Omstillingsutfordring og tiltak 2022**

### *Omstillingsutfordring 2022*

Omstillingsutfordringen er samlet resultat av inngangshastighet, endrede inntektsforutsetninger, og nye interne og eksterne oppgaver. Underskudd i klinikkene og sentrene må løses internt i klinikkene/sentrene. Gjeninnføring av eget overskuddskrav på 20 mill. kr, egen pott for behov på 50 mill. kr, samt eksterne forhold på inntektssiden/kostnadssiden gjør at det er definert en ny omstilling på 90,7 mill. kr i 2022. Det er laget tiltak for den nye omstillingen som er risikovurdert som lav. Det har ikke lyktes å lage tiltak for hele inngangshastigheten. På bakgrunn av dette vil det være tre områder med ekstra fokus fremover; poliklinikk, operasjonskapasitet og aktivitetsbasert bemanningsplanlegging. Fokusområdene skal sikre oppnåelse av manglende effekter for inngangshastigheten. I påvente av dette vil det ikke deles ut midler til egne behov som gir en besparelse på 50 mill. kr.

### **Tabell 1 - Driftsbudsjett 2022**

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2020	Justert budsjett 2021 (JB)	regnskap pr okt 2021	Vedtatt budsjett 2022 (VB)	Endring VB 2022 - JB 2021
Basisramme	-5 236,4	-5 515,5	-4 516,1	-5 597,4	-81,9
Kvalitetsbasert finansiering	-34,7	-31,6	-26,4	-30,9	0,8
ISF egne pasienter	-1 630,2	-1 850,5	-1 446,8	-1 856,8	-6,3
Isf av biologiske legemidler utenfor sykehus	-88,8	-80,7	-70,3	-79,0	1,7
Gjestepasientinntekter	-42,6	-42,0	-38,9	-42,0	0,0
Polikliniske inntekter	-178,6	-195,5	-183,9	-179,2	16,3
Utskrivningsklare pasienter	-28,4	-31,0	-33,5	-31,0	0,0
Raskere tilbake	-0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre øremerkede tilskudd	-381,9	-421,9	-458,5	-206,3	215,6
Andre inntekter	-414,5	-447,7	-354,1	-458,9	-11,3
<b>SUM driftsinntekter</b>	<b>-8 036,7</b>	<b>-8 616,4</b>	<b>-7 128,5</b>	<b>-8 481,5</b>	<b>134,9</b>
Kjøp av offentlige helsetjenster	222,5	221,7	191,0	228,4	6,7
Kjøp av private helsetjenester	59,6	48,9	69,1	62,4	13,6
Varekostnader knyttet til aktivitet	917,1	925,0	816,6	880,2	-44,8
Innleid arbeidskraft (fra firma/private)	99,2	43,7	106,3	39,9	-3,7
Lønn til fast ansatte	3 947,9	4 279,2	3 373,1	4 373,6	94,4
Vikarer	343,8	182,8	306,4	178,5	-4,3
Overtid og ekstrahjelp	380,3	338,2	328,3	265,8	-72,4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	505,2	752,1	626,4	745,4	-6,7
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-331,3	-181,7	-302,1	-299,7	-118,0
Annen lønn	327,2	361,2	310,0	340,0	-21,2
Avskrivninger	314,3	338,2	274,2	343,5	5,4
Andre driftskostnader	1 171,2	1 246,6	1 030,9	1 267,2	20,6
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>7 956,9</b>	<b>8 555,9</b>	<b>7 130,3</b>	<b>8 425,3</b>	<b>-130,5</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-79,9</b>	<b>-60,6</b>	<b>1,7</b>	<b>-56,2</b>	<b>4,4</b>
Finansinntekter	-5,5	-6,0	-2,7	-3,0	3,0
Finanskostnader	19,3	26,6	11,4	19,2	-7,4
<b>Finansresultat</b>	<b>13,7</b>	<b>20,6</b>	<b>8,6</b>	<b>16,2</b>	<b>-4,4</b>
<b>Ordinært resultat</b>	<b>-66,1</b>	<b>-40,0</b>	<b>10,4</b>	<b>-40,0</b>	<b>0,0</b>

## Investeringsplan

Investeringene skal understøtte valgte strategier, samt bygge på foretakets verdigrunnlag. Planen søkes avstemt mot langtidsbudsjett og strategiarbeid for øvrig. Målsetningen er å fordele ressursene mellom drift og investeringer for å sikre god pasientbehandling i et langsiktig perspektiv.

UNN har et stort behov for investeringer, både i bygg, areal for øvrig, og medisinskteknisk utstyr. Rammen til investering fra Helse Nord RHF er ikke tilstrekkelig til å dekke behovet. UNN har derfor over flere år hatt som mål å oppnå eget overskudd ut over RHFets sitt resultatkrav. På grunn av den krevende økonomiske situasjonen har UNN funnet rom for å sette ett overskuddskrav på 20 mill. kr, en reduksjon fra opprinnelig mål på 40 mill. kr. Det ligger 200 mill. kr i vedtatt budsjett for medisinskteknisk utstyr med mer. Prognosen til UNN for 2021 er at en ikke når resultatmålet satt av Helse Nord RHF på 40 mill. kr, noe som tilsier en investeringsramme uten store bygg på 200 mill. kr i 2022.

Tabell 2 - Plan for investeringer i utstyr med mer 2022-2029

	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024	Plan 2025	Plan 2026	Plan 2027	Plan 2028	Plan 2029
<b>Investeringer , tall i mill kr</b>								
Medisinteknisk utstyr:	96	142	175	161	184	174	154	154
Teknisk utstyr:	12	12	12	12	12	12	12	12
Diverse:	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombygginger:	48	62	69	72	80	90	90	90
Ambulanser	14	14	14	14	14	14	14	14
Egenkapital KLP	30	30	30	30	30	30	30	30
<b>Sum investeringsplan MTU med mer</b>	<b>200</b>	<b>260</b>	<b>300</b>	<b>290</b>	<b>320</b>	<b>320</b>	<b>300</b>	<b>300</b>
Investeringsramme vedtatt plan fra RHF	200	200	200	200	200	200	180	180
Investeringsramme overskudd ihht styringskrav	0	40	40	10	10	10	10	10
Investeringsramme internt overskudd	0	20	60	80	110	110	110	110
<b>Sum investeringsramme MTU med mer</b>	<b>200</b>	<b>260</b>	<b>300</b>	<b>290</b>	<b>320</b>	<b>320</b>	<b>300</b>	<b>300</b>
<b>Sum investert inkludert forpliktelser</b>	<b>200</b>	<b>260</b>	<b>300</b>	<b>290</b>	<b>320</b>	<b>320</b>	<b>300</b>	<b>300</b>
<b>Avvik investeringsplan- ramme</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

## Bærekraft og likviditet

Bærekraftsanalysen viser ny omstillingsutfordring i 2022 på 90,7 mill. kr, men denne vil gradvis øke til akkumulert 657 mill. kr i 2029. Utviklingen gjenspeiler innføring av eget overskuddskrav samt egen pott for satsningsområder.

I perioden 2022–2029 har UNN en positiv likviditet med unntak av 2024. Likviditetsanalysen forutsetter drift i balanse.

## Medvirkning

Saken er oversendt brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting og innspill i egne møter i uke 48. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet 16.12.2021.

## Vurdering

Driftsåret 2021 har, som foregående år vært preget av pandemien. Høstens utbrudd i Tromsø har medført mer press på UNN gjennom flere innlagte Covid-19 pasienter og utstrakt testing med påfølgende analyser. Direktøren berømmer de ansatte som sammen har håndtert utfordringene.

UNN er bedre rustet beredskapsmessig med hensyn til om pandemien vedvarer inn i 2022, noe som er sannsynlig. Økonomisk vil en ikke være rustet for en fortsettelse, både direkte merkostnader som følge av pandemi, men også bortfall av inntekter som følge av utsettelse

i ordinær pasientbehandling. For UNN vil det ha direkte påvirkning på mulighetene for å drive i balanse og dermed påvirke investeringsevnen, og vår evne til å finansiere viktige satsninger.

Førstelinjetjenesten er også preget av pandemien, noe som for UNN vises gjennom økning i utskrivningsklare pasienter. Disse opptar vesentlig sengekapasitet, noe som igjen kan føre til utsettelse i behandling av andre pasienter som venter. Dette innebærer også tapte inntekter og i tillegg en forhøyet kostnad i form av overtid, behov for fastvakter mm.

UNNs overordnede strategi ligger fast, og strategisk utviklingsplan gir retninger og føringer til den årlige virksomhetsplanleggingen. Den viktigste strategiske satsningen er å videreføre arbeidet i 2022 med de satsningsområdene fra vedlegg 3, redusere varekostnader, redusere personalkostnader/ redusere dyre løsninger, samt videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet. For sistnevnte er stormottakere, tele- og videokonsultasjoner som erstatning for fysiske konsultasjoner, samt kloke valg de største tiltakene. Flere nye prosjekter innen kloke valg er med på å bidra til en reduksjon i analyser og øker kvaliteten på pasientbehandlingen. Målet for arbeidet er å understøtte god virksomhetsstyring, og realisering av de planlagte investeringene i IKT, bygg og medisinskteknisk utstyr.

Direktøren er, som Helse Nord RHF, bekymret for de endringene ny nasjonal inntektsmodell medfører av redusert ramme i regionen. UNNs budsjett for 2022 har en realvekst på 0,1 %. Dette innebærer at Statsbudsjettets innretning om at det legges til grunn en ramme som gir økt pasientbehandling på 1,4 % ikke tilflyter UNN eller regionen. UNN får i 2022 nye oppgaver som driver høye kostnader, men som ikke er fullfinansiert.

Direktørens vurdering er at det er høy risiko forbundet med pandemien inn i 2022. Pandemien har resultert i flere innleggelse høsten 2021, noe som har gått ut over planlagt aktivitet. Det er usikkerhet i hva den nye normalen vil innebære, og tilgjengeligheten av ressurser til enkelte fagområder er begrenset. Risikoen er dermed høy både økonomisk og personalmessig. Direktøren mener budsjettoppnåelsen for 2022 blir krevende, og at det er stor usikkerhet rundt hvor lenge pandemien vedvarer. Om pandemien vedvarer og det ikke kommer mer finansiering vil budsjettoppnåelse bli vanskelig.

Sakens innretning er bygget på premissene i den avgatte regjeringens budsjettforslag. Ny regjering har fremmet nytt budsjettforslag, men det har ennå ikke kommet signaler på hvordan dette vil påvirke de økonomiske rammene til helseforetakene.

UNN har ikke lyktes med å øke tilgjengeligheten i stor nok grad i 2021. Resultatet av dette er for lange ventetider og mange fristbrudd.

Økonomisk prognose for 2021 vil ikke gi UNN ekstra investeringsramme for 2022 gjennom oppnådd resultatmål på 40 mill. kr. UNNs etterslep innen medisinskteknisk utstyr og byggetekniske investeringer gjør at investeringsrammen som er tilgjengelig må prioriteres til kassasjoner og kun de mest prekære ombyggingene. Et stadig høyere etterslep og alder på eksisterende utstyr vil i mange tilfeller gi økte driftskostnader gjennom vedlikehold på bygg og utstyr.

Investeringer i bygg vil for 2022 være knyttet til Nye UNN Narvik, samt videre arbeid med hybridstuen og ombygging av kjøkkenet i Breivika. Forprosjektet for nytt bygg for psykisk helsevern voksne i Tromsø og utsettelse av valg av tomt forskyver prosessen med ett år, og direktøren vurderer det som usikkert om det er mulig å ta inn noe av denne tiden før selve investeringen begynner å løpe. Selve investeringsrammen for dette bygget ligger i Helse Nord RHF's plan med oppstart i 2023. Arealplan Breivika fase 2 og 3 vurderes fortsatt som svært viktig for å gi hensiktsmessig bruk av areal i pasientbehandlingen, men er ikke prioritert i Helse Nord RHF's planer fram mot 2029. Spesielt viktig vurderes nytt bygg/arealer til Nyfødt intensiv å være, men dersom dette må gjøres innenfor egen likviditet vil det føre til at byggingen av denne utsettes.

Kostnadsnivået som Helse Nord IKT legger opp til i 2022 er til drøfting mellom UNN og Helse Nord IKT, der nytten/prioritering av de ulike prosjektene og involvering i forkant av beslutninger er viktig å enes om. Helse Nord RHF ga føringer i budsjettbrev 3 for 2021 om en mer involverende prosess. UNN er av den oppfatning at prosessen ikke har vært så god som ønsket, og mottok første budsjettutkast fra Helse Nord IKT 7. oktober, med ett oppdatert budsjettforslag 19. november. I budsjettbrev 3 for driftsåret 2022 legger Helse Nord RHF føringer om at enighet om nivået må være avklart før styrebehandling av virksomhetsplanen for 2022. Direktøren vurderer dette som noe en ikke vil bli enig med Helse Nord IKT om før styrets behandling av virksomhetsplan 2022, og ber Helse Nord RHF i sterkere grad være en pådriver i prosessen mellom helseforetakene og Helse Nord IKT. Økning av rammen til Helse Nord IKT, hvor en ikke kan ta ut økonomiske gevinster, flytter penger fra klinisk drift og mulighetene for å videreutvikle tjenestetilbudet i UNN.

## Konklusjon

Direktøren anbefaler at styret vedtar virksomhetsplan 2022 i tråd med redegjørelser og vurderinger i saken. Risikoen vurderes å være høyere enn ønsket som følge av usikkerhet rundt utviklingen av pandemien inn i 2022. UNN har gjennom halvannet år med pandemi gjort seg verdifulle erfaringer og står bedre rustet beredskapsmessig dersom pandemien fortsetter, men økonomisk påvirker dette helseforetaket gjennom økte kostnader og tapte inntekter.

Pandemien har også påvirket førstelinjetjenesten slik at UNN har svært mange utskrivningsklare pasienter som legger begrensninger økonomisk og driftsmessig da disse opptar plasser som skulle vært brukt til pasienter som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten. Hvis nivået på utskrivningsklare vedvarer vil risikoen for at en ikke oppnår de mål en har satt seg for driftsåret 2022 øke.

Manglende muligheter for å investere i bygg og utstyr er uheldig og medfører økte driftskostnader.

Tromsø, 03.12.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg

- 1 Vedlegg- saksfremlegg virksomhetsplanlegging 2022





**Sak:** Virksomhetsplanlegging 2022  
**Til:** Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
**Fra:** Lars Øverås  
**Møtedato:** 16.12.2021

---

Saksfremlegget redegjør for:

1. Føringer fra Helse Nord RHF
2. Prosess og medvirkning
3. UNNs satsningsområder 2022
4. Strategier for økonomisk bærekraftig utvikling
5. Aktivitetsforutsetninger og plantall
6. Omstillingsutfordring og tiltak 2022
7. Budsjett 2022
8. Investeringsplan 2022
9. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse

### 1. Føringer fra Helse Nord RHF

Styret i Helse Nord RHF behandlet i møtet 27. oktober 2021 *styresak 130-2021 Budsjett 2022 foretaksgruppen, rammer og føringer*. Styresak og endelig vedtak følger vedlagt. Sammen med *styresak 74-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkl. rullering av investeringsplan 2022-2029* legger disse sakene føringer og premisser for 2022.

Administrerende direktør foreslår å videreføre krav til helseforetakene innenfor de særskilte satsningsområdene i statsbudsjettet, herunder reduksjon av unødvendig venting, prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, bedre kvalitet og pasientsikkerhet, teknologi og digitalisering, samt ressursutnyttelse og samordning. Dette vil inkluderes i oppdragsdokument 2022.

I styrebehandlingen la styret til Helse Nord RHF til følgende vedtakspunkt:

Styret er bekymret for de effektene den nasjonale modellen i *NOU 2019:24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak* gir for rammen til Helse Nord. Dersom trenden fortsetter vil dette gi konsekvenser for spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen i nord.

Vedrørende IKT kostnader for 2022 overtar Helse Nord RHF prosjektkostnader fra Helse Nord IKT. Dette trekkes så inn i rammen fra HF – ene tilsvarende 29, 5 mill. kr. Helse Nord RHF sier « *Endringen i finansieringsmodellen gjør at det foreslås at 29,5 mill. kroner trekkes inn som skal motsvares av lavere kostnader enn tidligere forutsatt for helseforetakene* ».

Videre sies det at «Budsjettet skal baseres på avstemte tall for internt kjøp og salg med andre helseforetak.

Betaling til Helse Nord IKT for tjenester i 2022 skal være innarbeidet i helseforetakets budsjett og avtaler med Helse Nord IKT skal være inngått og signert før budsjettet vedtas i helseforetaket.».

### 1.1 Kapitalkompensasjon

Tabell 1- Kapitalkompensasjon<sup>1</sup>

Kapitalkompensasjon (beløp i 1000 kr)	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Helgelandssykehuset	-	-	-	-	-	-	50 000	50 000
UNN Narvik	-	-	-	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
Finnmarkssykehuset Hammerfest	-	-	-	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
<b>Sum</b>	-	-	-	<b>100 000</b>	<b>100 000</b>	<b>100 000</b>	<b>150 000</b>	<b>150 000</b>

### 1.2 Resultatkrav

Gjennom å ha resultatkrav i de ulike foretakene er Helse Nord RHF's strategi å sikre mulighetene til å investere i regionen. Resultatkrav innebærer at det skal planlegges med overskudd i driften. I sum er resultatkravet 216 mill. kr for driftsåret 2022. Resultatkravet på Helse Nord RHF er tatt ned i 2022 som følge av saldering av budsjetttrammene, og den negative virkningen på ny nasjonal inntektsfordelingsmodell.

Tabell 2- Resultatkrav

Resultatkrav i planperioden (i 1000 kr)	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Helse Nord RHF	121 000	196 000	216 000	126 000	136 000	136 000	86 000	86 000
Finnmarkssykehuset	24 000	24 000	24 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
UNN	40 000	40 000	40 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Nordlandssykehuset	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Helgelandssykehuset	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	5 000	5 000
Sykehusapotek Nord	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Helse nord IKT	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Sum</b>	<b>216 000</b>	<b>291 000</b>	<b>311 000</b>	<b>172 000</b>	<b>182 000</b>	<b>182 000</b>	<b>112 000</b>	<b>112 000</b>

For UNN ligger resultatkravet lik tidligere år på 40 mill. kr i 2021 og videreføres fram til 2025 hvor det settes ned til 10 mill. kr.

### 1.3 Basisramme 2022

Basisrammen for UNN øker med 168,56 mill. kr (+3,1 %) sammenlignet med vedtatt budsjett 2021. Realveksten er på 5,7 mill. kr (0,1 %) ut fra budsjettbrev 3. Endringene i basisrammen er oppsummert i tabell 3.

Tabell 3 - Endringer i basisramme 2022 etter budsjettbrev 3

<sup>1</sup> Kapitalkompensasjon er økt budsjetttramme for å kunne sette helseforetakene i stand til å betjene nye avskrivninger når nye, større, bygg er ferdigstilt og settes til avskrivning

<b>Basisramme 2022</b>	<b>(beløp i 1 000 kr)</b>
<b>Vedtatt ramme 2021</b>	<b>5 428 828</b>
Inntektsmodeller	-13 244
Oppgaveendringer	10 880
Lønns- og prisvekst	117 705
Realvekst	5 798
Tekniske forhold	47 428
<b>Vedtatt ramme 2022</b>	<b>5 597 395</b>
<b>Endring basisramme</b>	<b>168 567</b>
<b>Endring basisramme %</b>	<b>3,1 %</b>
<b>Realvekst basisramme</b>	<b>0,1 %</b>

Detaljert oversikt over alle endringer framkommer i tabell 4.

Tabell 4– Basisramme 2022

<b>Basisramme 2022 UNN</b>	
<b>Basisramme 2022 (beløp i 1000kr)</b>	<b>UNN</b>
<b>Sum basisramme vedtatt budsjett 2021</b>	<b>5 428 828</b>
Prisomregning 2,7 % pst. (eksl. Ramme til pensjon)	117 705
Pensjonskostnader	59 669
Etablering PCI Bodø	14 000
Styrking kapitalkostnader	5 798
RegSIM	5 000
Styrke HF/Utdanning spesialsykepleiere	5 000
Barn og unge med erhvervet hjerneskade	5 000
RescEU flysykepleiere	3 340
Kompensasjon egenandeler og ABE - trekk residual post 70	2 585
Helsetjenester i fengsel i psykisk helse og tsb	1 915
Fagplan TSB fase 2	1 500
Farmasøyt PET - senter	1 025
Oppdatering modell for psykisk helse	495
Helårseffekt overføring av legemidler 1. februar 2021	274
Engangstilskudd aHF avsluttes, prosjekt utviklingsplan	-1 000
Pensjonskostnader overgangsordning	-2 900
IKT- kostnader, forvaltning Helse - Norge	-3 929
Oppdatering modell for TSB	-8 192
IKT- kostnader regionale prosjekter	-8 271
Engangstilskudd HF avsluttes, innføring kurve	-10 900
Oppdatering/innfasing modell for somatikk	-19 547
<b>Basisramme 2022</b>	<b>5 597 395</b>

Endringene for 2022 er:

#### *Lønns- og prisvekst*

Lønns- og prisvekst på 117,7 mill. kr. Det er da lagt til grunn en samlet vekst på 2,7 % hvorav lønnsvekst 3,2 % og prisstigning på varer og tjenester 1,5 %. Basisrammen justeres imidlertid kun med om lag 2,3 %. Dette skyldes at pensjonsgrunnlaget er trukket ut av beregningen.

#### *Pensjonskostnader*

Rammen øker med 59,7 mill. kr som følge av at pensjonskostnadene er økt siden vedtatt budsjett 2021. Kompensasjonen er ca. 4 millioner lavere enn reell pensjonskostnad, se for øvrig punkt om overgangsordning pensjon 2022 lenger ned.

#### *Etablering PCI Bodø*

I forbindelse med etablering av PCI-tilbudet i Bodø ble det i Helse Nord RHF's styresak i 2017 sagt at UNN ikke skulle miste ramme når inntektsmodellen for pasientflyt hadde innslag. Opprinnelig var det satt av 17,8 mill som kompensasjon for dette i Helse Nord RHF's styresak om oppretting av PCI-tilbud i Bodø, men Helse Nord RHF har redusert dette til 14 mill. kr i budsjettbrev 1-2021.

#### *Styrkning av inntekter kapitalkostnader*

Basisrammen som finansierer kapitalkostnader prisjusteres og gir en styrkning av kapitaltilskuddet for UNN på 5,8 mill. kr. Tilskuddet er lavere justert enn pris- og lønnsvekst som følge av Helse Nord RHF's budsjettsaldering.

#### *RegSIM<sup>2</sup>*

I forbindelse med simuleringsaktivitet ved Forskning- og utdanningscenteret på UNN var det avglemt en finansiering på 5 mill. kr for denne driften. RHF har korrigert dette i sine budsjettsaker i 2021.

#### *Styrke HF/Utdanning spesialsykepleiere*

UNN er tilført 5 mill. kr for å styrke ABIKO- utdanningen<sup>3</sup>.

#### *Barn og unge med ervervet hjerneskade*

UNN har fått i oppdrag å ha tilbud for denne pasientgruppen og er tilført 5 mill. kr for å løse oppdraget.

#### *RescEU flysykepleiere*

UNN har fått i oppdrag å bemanne ambulansely med flysykepleiere og får kompensert 3,3 mill. kr for å løse oppdraget.

#### *Kompensasjon egenandeler*

Egenandelene underreguleres og dette kompenseres med økt basisramme fordelt på inntektsmodellene. For UNN innebærer dette en kompensasjon på 2,6 mill. kr.

---

<sup>2</sup> Koordinerende enhet for helsefaglig simulering.

<sup>3</sup> Anestesi-, barne-, intensiv-, kreft- og operasjonssykepleiere

*Helsetjenester i fengsel i psykisk helse og TSB (tverrfaglig rusbehandling)*

Helse Nord RHF har i sin styresak 50-2021 Plan for styrkning av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon) avsatt 5 millioner for dette. UNN får 1,9 mill. kr av beløpet som er avsatt.

*Fagplan TSB fase 2*

Finansiering av fagplan fase 2 øker basisrammen med 1,5 mill. kr.

*Farmasøyt PET-senteret*

Det er avsatt 1 mill. kr for å finansiere en farmasøyt i PET – senteret

*Helårseffekt overføring av legemidler 1. feb 2021*

UNN tilføres 0,27 mill. kr som helårseffekt for legemidler overført 1. februar 2021.

*Tilskudd prosjekt utviklingsplan*

Det trekkes inn 1 mill. kr som har vært gitt som prosjektmidler i 2020/2021 til ESI (Samvalg).

*Pensjonskostnader overgangsordning 2022*

Det trekkes inn 2,9 mill. kr som en overgangsordning. Dette for å dempe effekten på hhv. Nordlandssykehuset og Finnmark som får størst omstilling som følge av underfinansieringen av ny pensjonskostnad. UNN vil bli tilbakeført disse pengene i 2023. Denne overgangsordningen samt underkompensasjonen på pensjon nevnt over gir en omstilling for UNN.

*IKT-kostnader, forvaltning Helse – Norge*

Rammen trekkes for IKT – kostnader tilsvarende 3,9 mill. kr. Dette skal ha en lavere kostnad gjennom at Helse Nord IKT HF skal fakturere tilsvarende lavere og medfører således ikke ny omstilling.

*Oppdatert modell for TSB*

Inntektsmodellen for pasientflyt i regionen reduserer rammen til TSB med 8,1 mill. kr.

*IKT-kostnader regionale prosjekter*

Rammen trekkes for IKT – kostnader tilsvarende 8,3 mill. kr. Dette skal ha en lavere kostnader da Helse Nord IKT HF skal fakturere UNN tilsvarende lavere. Årsaken til trekk er at Helse Nord RHF tar over finansieringen av prosjektporteføljen til Helse Nord IKT.

*Engangstilskudd HF avsluttes, innføring kurve*

Engangsbevilgning i 2021 trekkes inn og tilsvarer en rammereduksjon på 10,9 mill. kr

*Oppdatert modell for somatikk*

Inntektsmodellen for pasientflyt i regionen reduserer rammen til somatikk med -19,5 mill. kr. Dette må ses dels i sammenheng med kompensasjonen på 14 mill. kr for oppstart av PCI Bodø.

Tabell 5– Øvrig ramme 2022

Øvrig ramme (i 1000 kr)	UNN
Nasjonalt senter for e-helseforskning	41 100
Medisinsk undersøkelse barnehus	2 291
Landsdekkende modell for rettspsyk	500
Nettverk for forskning tvang	3 300
LIS1-stillinger	19 747
Tilskudd til turnustjeneste   estimat, fordeles oppdragsdokum	2 176
Redningshelikopter Tromsø	4 900
<b>SUM øvrig ramme 2022</b>	<b>74 014</b>
Kvalitetsbasert finansiering (3310)	UNN
Justert ramme 2020	31 642
Foreløpig tilpasning til bevilgning 2022	-759
<b>SUM kvalitetsbasert finansiering 2022</b>	<b>30 883</b>
Øremerket tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340)	UNN
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens	7 711
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.	2 597
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde	3 144
Døvblindesentre	8 525
<b>SUM Nasjonale tjenester 2022</b>	<b>21 977</b>

*Nasjonalt senter for e-helseforskning*

Videreføring av tidligere års tilskudd, prisjustert.

*Medisinsk undersøkelse barnehus*

Videreføring av tidligere års tilskudd, prisjustert.

*Landsdekkende modell for rettspsyk.*

Videreføring av tidligere års tilskudd, prisjustert.

*Nettverk for forskning tvang*

Videreføring av tidligere års tilskudd, prisjustert.

*LIS1-stillinger*

UNN tildeltes 19,3 mill. kr til nye LIS 1 stillinger i 2020. Beløpet er justert til 19,7 mill som følge av helårsvirkning på stillinger i 2021.

*Tilskudd turnustjeneste*

Videreføring av tidligere års tilskudd, prisjustert.

*Redningshelikopter Tromsø*

Det gis 4,9 mill. kr i tilskudd for å kunne ha døgnkontinuerlig tilstedevakt for personell fra UNN i den nye helikopterbasen. Beløpet er halvårseffekt.

*Kvalitetsbasert finansiering*

I 2022 vil ordningen med kvalitetsbasert finansiering erstattes av «resultatbasert finansiering». Regionen kommer dårligere ut som følge av dette og får 1,6 mill. kr mindre, av dette reduseres

rammen med 0,76 mill for UNN. Dette er en foreløpig tilpasning fra Helse Nord RHF sin side da en også taper gjennom ny inntektsfordelingsmodell (nasjonal) og totalt reduseres Helse Nord RHF's ramme med 7 mill. kr. Modellen for fordeling internt i regionen er ikke klar.

#### *Øremerkede tilskudd Nasjonale tjenester*

UNNs fire nasjonale tjenester videreføres med prisvekst.

## **2. Planlagt prosess for virksomhetsplanleggingen 2022**

Virksomhetsplanprosessen for 2022 startet med en dags konferanse 18. februar 2021 hvor deltakerne var direktørens ledergruppe, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud. Det ble gjennomført virksomhetsplankonferanser 11. juni hvor kun ledelsen deltok pga. pandemien og 26. august med samme deltakergruppe som 18. februar. Andre dag av ledersamlingen (30. september) ble brukt til virksomhetsplanlegging på klinikk-/senternivå. Plantall for 2022 ble levert mai 2021, og med mulighet for revidering innen 1. oktober. Virksomhetsplanlegging 2022 har også vært på agendaen i møtene i sykehusledelsen.

Forberedende virksomhetsplanlegging 2022 har vært behandlet i UNNs styre i løpet av 2021: Sak 34/2020: «RHF's plan for 2022-2025 har vært førende i virksomhetsplanlegging for 2022. I tillegg har virksomhetsplanlegging vært tema i styreseminar 9. november 2021.

Foreløpige dialogavtaler med tilhørende budsjett og tiltak skal drøftes og godkjennes av direktøren. Endelig fastsetting av klinikkens og sentrenes rammer skjer i dialogmøtene i oktober-desember 2021.

## **3. UNNs satsningsområder for 2022**

UNN vil i 2022 jobbe videre med gjennomføring og oppfølging av vedlegg 3 for å oppnå økonomiske effekter på kort sikt; redusere varekostnader, redusere personalkostnader/ redusere bruk av dyre løsninger, samt videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet.

UNNs viktigste fokus for å oppfylle vår visjon og strategi vil i 2022 være å forsterke satsingen på å utvikle pasientens helsetjeneste, der kontinuerlig forbedring er måten vi skal jobbe på. UNN vil i 2022 operasjonalisere strategien som er utarbeidet der pasientenes beste skal stå i fokus for alt vi gjør.

Et viktig element i denne strategien er lederutvikling og fokus på ledereffekt. I ledersamlingen i september var det fokus på effektiv ledelse. Dette har også vært fokus i flere «lunsj- til lunsj» samlinger i sykehusledelsen i løpet av 2021.

Strategien innebærer tydeliggjøring på strategien rundt kontinuerlig forbedring, hvor pasienten settes først i utvelgelse og definering av de områder en skal satse på og hvor det settes tydelige mål. Viktige områder er å se på pasientforløp, pasientsikkerhet, gjøre de riktige prioriteringer med «kloke valg», ha god kvalitet og en bærekraftig utvikling økonomisk.

#### 4. Strategier for økonomisk bærekraftig utvikling

UNN viderefører satsningene fra vedlegg 3 som omhandler å redusere varekostnader, redusere personalkostnader/ redusere bruk av dyre løsninger, samt videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet.

##### *Redusere varekostnader*

Det er lagt et godt grunnlag i arbeidet med å redusere varekostnadene i UNN. Andelen innkjøp via innkjøpssystemet Clockwork er steget fra 57 % til 72 %, noe som fremdeles er bak målet på 90 %. Antallet innkjøpsavtaler i Clockwork er økt med 70 % siden 2018. Statistikk viser at innkjøp via konkurransebaserte avtaler gir en besparelse på 15 % i forhold til avtaler som ikke er konkurransebaserte. For å oppnå gevinst av grunnlaget som er lagt, blir det i 2022 ansatt en ressurs til å følge opp klinikkene rundt innkjøps-satsingen. Formålet er måling og opplæring rundt innkjøpsområdet. I tillegg vil en viktig del av oppgavene være å hjelpe med å optimalisere avtaleområdene i UNN. Et av områdene som skal gi besparelse på varekjøp er å ha riktige avtaler på riktige områder. Enkelte områder har for mange avtaler, mens det for andre områder mangler avtaler.

Fullmaktstrukturen i UNN er under revisjon og vil bli ferdigstilt i løpet av første tertial av 2022. Denne må videre følges opp løpende.

For høykostmedisin er det ansatt en ressurs for å følge opp reseptene som skrives ut mot LIS anbud. Ordningen har gitt gode besparelser og det forventes fremtidige besparelse på området. Ved nye LIS anbud er det viktig å endre medikamenter tidlig for å unngå prispåslag på de gamle avtalene.

##### *Redusere personalkostnader/ redusere bruk av dyre løsninger*

Videreføring av bransjeprogrammet IA i sykehus også i 2022. Innsatsområdene er forebyggende arbeidsmiljøarbeid, lange/hyppige/gjentagende fravær og prosjekter/tiltak som gjøres i sykehusene i dag som kan videreutvikles. Førstnevnte innsatsområde har resultert i prosjektet «Der skoen trykker»: et arbeidsmiljø- og forbedringsarbeid som skal sette leder i stand til å jobbe med de riktige tingene over tid – systematisk, målrettet og langvarig arbeid med et fokus på sammenhengen mellom sykefravær, arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og ledelse.

Det er foreslått å opprette en kollegastøtteordning med siktemål at ansatte som opplever vanskelig situasjoner skal få støtte og veiledning. For å sette ledere og potensielle kollegastøtter i stand til å ivareta dette tilbys grunnkurskurs med opplæring i hva kollegastøtte er, og hvordan man kan arbeide med kollegastøtte lokalt i eget arbeidsmiljø.

Bemanningsmodellen, som er et verktøy for å vurdere utvikling av behov for bemanning i fremtiden, er kommet i ny versjon og oppdaterte scenarier skal utarbeides i 2022.

Det er etablert en arbeidsgruppe fra POS i samarbeid med NSF for å følge opp protokoll fra tariffoppgjøret hvor rekruttering og stabilisering av sykepleiere er tema. Arbeidet er stoppet opp på grunn av pandemisituasjonen, men vil fullføres i forkant av lønnsforhandlingene for 2022.

Markedsføringskampanjer rettet mot rekruttering av særskilte grupper iverksettes mot slutten av 2021, og vil videreføres i 2022 dersom effekten av tiltaket er positivt.



Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging utføres i varierende grad i UNN. Det settes i gang et arbeid for å standardisere bemanningsplanleggingen slik at bemanningen tilpasses den aktuelle aktivitet.

#### *Videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet*

##### *Pasientforløp - stormottakere*

Satsningen på pasientsentrerte helseteam og stormottakersatsning er vesentlig også i 2022. Fra september 2021 er teamene fullbemannet og har gjennomgått opplæring. Ved full drift vil de ha potensiale for å ha 1 700 pasienter i sin portefølje.

##### *Kloke valg*

Siktemålet er å redusere overbehandling og overdiagnostikk ved UNN. Målsettingen er at UNNs helsepersonell, sammen med pasienten, skal komme fram til riktig behandling/ diagnostiseres eller om det skal behandles/diagnostiseres. Overbehandling og -diagnostikk kan også være skadelig for pasienten og ønskes unngått. UNN har startet jobben og et eksempel er kampanjen «Ikke stikk meg uten grunn». Dette prosjektet har redusert blodprøvetakingen på inneliggende pasienter i Tromsø og skal fra årsskiftet utvides til UNN Narvik og fra 1. kvartal 2022 også UNN Harstad. Ett annet eksempel er Kirurgi,- kreft og Kvinnehelseklinikken som på føden i Harstad ser på hvordan en skal redusere andelen keisersnitt.

##### *Tele- og videokonsultasjoner*

Ett gjennomsnittlig mål for UNN er at 15 % av de polikliniske konsultasjonene skal kunne løses ved hjelp av tele- og videokonsultasjoner. Noen fagområder har høyere potensiale (og oppnåelse) enn dette, mens det for andre vil ha lavere reell effekt. Flere pasienter over på disse plattformene vil være med på å bidra til en økonomisk bærekraftig utvikling. I 2021 har en fått på plass infrastruktur for videokonsultasjoner (Teams, Whereby). Pasientorganisasjoner som brukerrådet og ungdomsrådet har deltatt i styremøter og fremhevet ønsket om mer konsultasjoner på disse plattformene. En benchmarking mot de andre universitetssykehusene viser at det er potensiale på enkelte fagområder til økning av andelen tele- og videokonsultasjoner.

Det er i ledermøtet 22. november rettet fokus på ni områder som skal bidra til en bedre økonomi i UNN. Av disse skal det være *spesielt* høyt fokus på følgende tre områdene:

- Poliklinikk
- Operasjonskapasitet
- Bemanningsplanlegging

Områdene er nærmere forklart under punkt 6 om inngangshastigheten.

Øvrige 6 områder er jobbglidning og da spesielt helsefagarbeidere, vaktordninger leger, pasientforløp på tvers, bruk av pasienthotell, innkjøp (allerede stort fokus på), digitale konsultasjoner (allerede stort fokus på).

##### *Egne behov/prioriteringer*

I budsjettprosessen er de treårige behovslistene fra klinikkene og sentrene oppdatert både for drift og investeringer. Dette er treårige planer som viser behov prioritert internt i den enkelte klinikk/senter. Ved direktørens ledermøte 22. november 2021 ble det besluttet at prioriteringen på driftsbehov overordnet i UNN blir utsatt grunnet manglende tiltak på inngangshastigheten. Oppsummert ble det meldt inn behov på drift for 125,8 mill. kroner i

2022. Totalt for perioden 2022-2024 er innmeldt driftsbehov 366,7 mill. kroner. Tilsvarende tall for investeringer viser at innmeldte behov for 2022 er 77,4 mill. kroner, mens totalt for perioden 2022-2024 er innmeldt behov for investeringer 236,2 mill. kroner.

## 5. Aktivitetsforutsetninger og plantall

### 5.1 Føringer i statsbudsjettet og fra Helse Nord RHF

Statsbudsjettet<sup>4</sup> legger opp til en vekst i pasientbehandlingen på 1,4 % på nasjonalt nivå når midlertidige tilskudd 2021 (koronatilskudd) ses bort fra.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform/styrking av rammen angir et effektiviseringskrav på 0,5 % av driftsutgiftene.

Basisrammen til Helse Nord RHF styrkes med 81 mill. kr for å øke aktiviteten. ISF-prisen og polikliniske refusjonstakster reduseres også med 0,5 %. Dette innebærer et effektiviseringskrav på om lag 25 mill. kr for helseforetakene samlet. Administrerende direktør i Helse Nord RHF legger til grunn at nødvendig effektivisering i foretaksgruppen realiseres med bakgrunn i økonomiske resultatkrav og årlige omstillingsbehov.

### 5.2 Plantall aktivitet og budsjett 2022

Plantallene er basert på innleverte tall fra mai 2021 og reviderte tall oktober 2021

Pandemien har gitt usikre sammenligningstall for planprosessen ved at reell aktivitet har vært påvirket i 2020/2021. Det er derfor lagt opp til å sammenligne med «normalåret» 2019 i tabellene under.

Tabell 6 - Polikliniske konsultasjoner<sup>5</sup>

Antall polikliniske konsultasjoner						
hovedfagområde UNN	Klinikk UNN	Pol. konsultasjoner 2019	Dagkirurgi 2019	Pol. konsultasjoner plan 2022	Dagkirurgi plan 2022	Video- og telefon plan 2022
<b>Somatikk</b>	10 - Akuttmedisinsk klinikk	19 872		19 861	-	-
	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	60 061	3 340	62 216	4 185	2 410
	13 - Hjerte- og lungeklinikken	12 241		11 830	-	1 215
	15 - Medisinsk klinikk	32 376	47	31 190		4 563
	17 - Barne- og ungdomsklinikken	10 571	78	8 995		3 130
	18 - Operasjons- og intensivklinikken	1 105		1 245		
	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	123 152	9 135	121 583	9 125	11 191
<b>Somatikk Totalt</b>	<b>Totalsum somatikk</b>	<b>259 378</b>	<b>12 600</b>	<b>256 920</b>	<b>13 310</b>	<b>22 509</b>
<b>Psykisk helsevern, barn og unge</b>	17 - Barne- og ungdomsklinikken	22 211	-	17 671	-	4 563
<b>Psykisk helsevern, voksne</b>	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	59 035	-	47 230		15 670
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	13 163	-	9 960		4 140
<b>Totalsum</b>		<b>353 787</b>	<b>12 600</b>	<b>331 781</b>	<b>13 310</b>	<b>46 882</b>

<sup>4</sup> På skrivende tidspunkt er det statsbudsjettet for avgått regjering som er lagt til grunn, UNN har ikke fått oppdaterte tall på eventuelle endringer som ny regjering har gjort.

<sup>5</sup> I 2019 var telefon og videokonsultasjoner indirekte konsultasjoner. Dette innebærer at tallene ikke er sammenlignbare da UNN i fra 1. juli 2020 får de som tellende konsultasjoner. Tabellen skal leses som Pol. konsultasjoner + dagkirurgi + video og telefon.

(For psykisk helsevern voksne og tverrfaglig rusbehandling er indirekte konsultasjoner inkludert for aktiviteten 2019 og i plantallene for 2022.)

Tabell 7 - Liggetid (belegg)

Faktisk liggedøgn (belegg)			
hovedfagområde UNN	Klinikk UNN	Liggetid 2019	Liggetid plan 2022
Somatikk	10 - Akuttmedisinsk klinikk	6 929	6 924
	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	45 097	45 425
	13 - Hjerte- og lungeklinikken	26 045	27 140
	15 - Medisinsk klinikk	40 143	36 236
	17 - Barne- og ungdomsklinikken	6 785	6 800
	18 - Operasjons- og intensivklinikken	9 873	7 580
	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	40 033	43 141
	<b>Somatikk Totalt</b>	<b>Totalsum somatikk</b>	<b>174 905</b>
Psykisk helsevern, barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	2 172	3 203
Psykisk helsevern, voksne	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	43 688	43 076
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	19 701	19 857
<b>Totalsum</b>		<b>240 466</b>	<b>239 382</b>

Tabell 8 – laboratorieanalyser og røntgen

Plantall 2022 - totalt				
Klinikk	type	enhet	Faktisk aktivitet 2020	plantall 2022
Medisinsk klinikk	laboratorie	Mikrobiologen	1 062 705	1 200 000
Medisinsk klinikk	laboratorie	gastrolab	16 952	19 200
Barne- og ungdomsklinikken	laboratorie	Medisinsk genetikk	6 354	6 000
Diagnostisk klinikk	laboratorie	Patologi	200 979	208 850
Diagnostisk klinikk	laboratorie	laboratoriemedisin	6 229 217	6 483 670
Diagnostisk klinikk	Røntgen	PET	4 031	2 782
Diagnostisk klinikk	Røntgen	BDS	12 200	12 200
Diagnostisk klinikk	Røntgen	Røntgen	129 686	127 650

Nedgangen i PET skyldes annen måte å telle på enn i 2020. Medisinsk genetikk har også «slått sammen» tre typer analyser til en, men får inn NIPT<sup>6</sup>-analyser som ikke fantes i 2020. Sistnevnte er imidlertid vanskelig å gi omfang på og er et estimat.

## 6. Omstillingsutfordring og tiltak 2022

### Inngangshastighet

Resultatet for 2021 har ikke vært som ønsket, og prognosen tilsier at budsjett for 2021 ikke blir oppnådd. Året har vært preget av mange engangseffekter i forbindelse med pandemien. Likevel er det en underliggende drift som gir en negativ inngangshastighet. Inngangshastigheten for 2022 er beregnet til 227,3 mill. kroner, men det er stor usikkerhet knyttet til inngangshastigheten. Dette grunnet usikkerhet i hva som er den nye normalen, samt hvordan pandemien vil påvirke 2022. I gjennom hele budsjettprosessen er det signalisert at alle klinikker

<sup>6</sup> Non invasiv prenatal test (NIPT) som skal tilbys gravide over en viss alder. Endring som følge av endringer i bioteknologiloven.

og senter må omstille for sin egen inngangshastighet og at det ikke er midler å hente andre steder. Enkelte klinikker har store inngangshastigheter og ikke klart å omstille for hele beløpet. Totale tiltak for å dekke inngangshastigheten er på 169,6 mill. kroner. Det mangler dermed tiltak for 57,7 mill. kroner for å dekke hele omstillingshastigheten. Tabellen under viser fordelingen av inngangshastighet og tiltak fordelt på klinikkene.

Tabell 9- inngangshastighet og tiltak pr klinikk

Klinikk (tall i hele tusen)	Inngangshastighet	Tiltak	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk			
K3K klinikken	-31 000	23 229	-7 771
Hjerte- og lungeklinikken	-39 000	24 188	-14 812
Medisinsk klinikk	-30 000	30 000	0
Barne- og ungdomsklinikken	-13 900	3 095	-10 805
OPIN klinikken	-29 500	29 502	2
NOR klinikken	-20 300	20 304	4
Psykisk helse- og rusklinikken	-3 897	0	-3 897
Diagnostisk klinikk	-42 000	21 625	-20 375
Drifts- og eiendomssenteret	-17 700	17 700	0
<b>SUM</b>	<b>-227 297</b>	<b>169 643</b>	<b>-57 654</b>

Tiltakene er risikovurdert og er vedlagt saken pr klinikk. Tabellen under viser hvordan tiltakene er fordelt på kategori og risiko.

Tabell 10- Tiltak inngangshastighet

Type tiltak	1	2	3	4	5	Sum
ISF-økning pga. kodeforbedring	4 000	10 000	1 000	3 000	0	18 000
ISF-økning pga. økt aktivitet	7 213	8 381	1 375	0	0	16 969
Øvrig inntektøkning	10 605	2 349	255	0	0	13 209
Nedbemannings	3 200	560	2 150	0	0	5 910
reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	20 750	17 700	3 750	0	0	42 200
Reduserte driftskostnader	38 300	29 408	5 648	0	0	73 355
<b>Total</b>	<b>84 068</b>	<b>68 398</b>	<b>14 178</b>	<b>3 000</b>	<b>0</b>	<b>169 643</b>

For å dekke opp for manglende tiltak på inngangshastigheten er det besluttet at det ikke gjennomføres noen egne prioriteringer 1. halvår 2022. Det er satt av 50 mill. kroner til egne prioriteringer i 2022. Om driften er i balanse ved 1. halvår kan egne prioriteringer fordeles etter en prioriteringsrunde i direktørens ledergruppe. Om ikke det er balanse blir det ikke egne prioriteringer i 2022. For å frigi disse midlene fra 1. juli er det besluttet å fokusere ekstra på tre områder fremover, poliklinikk, operasjonskapasitet og aktivitetsbasert bemanningsplanlegging. For å oppnå resultater av fokusområdene er det forventet å bruke noen pukkelkostnader for å komme i gang. Arbeidet igangsettes med innsatsgrupper som vil styres sentralt.

Poliklinikkvirksomheten er i dag driftet ganske forskjellig fra poliklinikk til poliklinikk. En bedre utnyttelse av åpningstidene og eventuell økning av åpningstidene vil kunne gi positive økonomiske effekter. En bedre planlegging av poliklinikkvirksomheten vil gi bedre økonomi, bedre opplevelser for pasienten og en bedre hverdag for de ansatte ved poliklinikkene.

For operasjonskapasiteten vil det være viktig å fylle alle tomrom som i dag er åpne innenfor gjeldende åpningstid. Helse Nord kjøper kapasitet hos eksterne helseforetak hvor noe av denne kapasiteten står ubrukt. Viktig at kapasiteten som er betalt blir utnyttet fullt ut.

Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging ble innført i UNN i 2014. En gjennomgang ved helseforetakets poster viser at det er ulik grad av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging ved ulike enheter. Det jobbes derfor med en reinnføring av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging.

#### *Ny omstillingsutfordring*

Omstillingsutfordringen er et resultat av endrede eksterne forhold, interne prioriteringer og endrede kostnader og inntekter. Ny omstillingsutfordring pr november 2021 er på 90,7 mill. kr etter korrigeringer gjennom budsjettbrev 3.

Tabell 11- Omstillingsutfordring for 2022

OMSTILLINGSUTFORDRING 2022 (mill kr)	Minus = inntekter/reduerte kostnader Pluss = økte kostnader	2022
Inngangshastighet		0,0
Engangskostnader		-6,3
		<b>-6,3</b>
Oppdatering inntektsmodell somatikk		5,6
Innfasing og oppdatering modell psykisk helse		-0,5
Oppdatering inntektsmodell TSB		8,2
Kvalitetsbasert finansiering		0,8
Overgangsordning Pensjon		2,9
Reduksjon ramme (stormottakersatsning)		1,0
Styrking kapitaltilskudd/egenandeltilskudd		-8,4
Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (0,7 %):		0,0
Herav reduserte takster/ISF		15,0
<b>Sum endrede eksterne inntektsforutsetninger</b>		<b>24,5</b>
Endring IKT kostnader		7,0
Endring avskrivninger og rentekostnader		-4,5
Egne prioriteringer		50,0
Internt overskuddskrav		20,0
<b>Sum endrede internt påførte økte utfordringer</b>		<b>72,5</b>
<b>Omstillingsutfordring UNN</b>		<b>90,7</b>

#### *Inngangshastighet*

Det forutsettes et resultat i henhold til internt resultatmål slik at en negativ inngangshastighet ved starten av 2022 er i balanse ved utgangen av 2022. Tiltak for inngangshastigheten er forklart i avsnittet over.

#### *Engangskostnader 2021*

Engangskostnader i 2021 gjelder avslutning av midler gitt tidligere år og som skal tilbake til «fellesskapet» .

#### *Innfasing/oppdatering inntektsmodell somatikk*

Inntektsmodellen for somatikk er oppdatert, og vil i 2022 gi UNN 5,6 mill. kr mindre. I hovedsak er dette oppstart av PCI i Bodø som utgjør virkningen. Helse Nord RHF kompenserer 14 mill.kr av totalt 19, 6 mill. kr (består av all pasientflyt, ikke bare PCI).

#### *Innfasing oppdatert inntektsmodell psykisk helsevern og TSB*

Inntektsmodellen for psykisk helsevern og TSB er oppdatert For UNN utgjør dette 7,7 mill. kr i reduserte rammer i 2021.

#### *Kvalitetsbasert finansiering*

Den nasjonale modellen endres og vil bli resultatbasert og ikke kvalitetsbasert. Foreløpig innfasing av denne som følge av at regionen får mindre penger ved ny modell gir UNN 0,759 mill. kr i mindre ramme.

#### *Overgangsordning pensjon*

Endring i pensjon gir størst utslag for Nordlandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF. For å gi de mer tid for å ta inn endring er det laget en overgangsordning som for UNNs del gir en omstilling for 2022 på 2,9 mill. kr. Tilbakeføres i 2023.

#### *Rammereduksjon Stormottakersastningen*

De to siste år har Stormottakersastningen ved UNN fått ett tilskudd på 1 mill. kr. Dette trekkes inn i 2022.

#### *Styrkning kapitaltilskudd/tilskudd egenandeler*

Avskrivninger prisjusteres med 5,8 mill. kr. I tillegg ligger det kompensasjon for effekter på legemidler, egenandeler og kostnadsarter som UNN har i ABE-reformen slik at dette utgjør samlet 8,4 mill. kr.

#### *Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform*

Det legges til grunn at avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen vedvarer og medfører samlet sett en reduksjon i rammene for UNN på 15,0 mill. kr for 2022.

#### *Økte IKT-kostnader*

Oversikt fra Helse Nord IKT pr 2019 viser at IKT- kostnadene øker til 7 mill. kr i 2022. Dette gjelder renter og avskrivninger av prosjekter, igangsatte prosjekter, og driftskostnader hvor den største økningen er «uforutsette kostnader». Det foreligger nytt budsjettkrav fra Helse Nord IKT som tilsier en økt kostnad på i overkant av 69 mill. kr (korrigerer for at Helse Nord RHF tar over betalingen for noen prosjekter) for regionen og hvor UNNs kostnad øker med 9,7 % i forhold til 2021. Det er uenighet mellom Helse Nord IKT og UNN angående økningen, og det er etablert en dialog mellom foretakene. Reelle kostnader fra Helse Nord IKT de siste to driftsår er langt lavere enn budsjettet.

#### *Avskrivninger*

Forsinket ferdigstilling av hybridstue reduserer avskrivningen i 2022 med 4,5 mill. kr.

#### *Egne prioriteringer*

Det settes av 50 mill. kr til egne prioriteringer. Denne økningen skal gå til satsningsområder UNN prioriterer, men vil bare deles ut om hele organisasjonen går i balanse samlet. I ledermøte 22. november er det besluttet å ikke dele ut midler utover det som fremkommer av inngåtte

kontrakter samt at en skal vurdere hva som vil måtte komme som pukkelkostnad for å satse ekstra på tre områder som skal gi økonomisk handlerom. I tillegg skal det gjøres en vurdering av hva en videreføring av nødvendige koronatiltak innebærer. Ramme utover dette frigjøres ikke før tidligst andre halvår 2022, og da hvis UNN har ett økonomisk handlingsrom til dette.

#### *Eget overskuddskrav*

UNN ønsker å skaffe seg handlingsrom for å investere i ombygginger/medisinskteknisk utstyr ved å innføre eget overskuddskrav utover Helse Nord RHF sitt krav. Det anses som mulig å sette dette til 20 mill. kr i 2022.

#### **Løsning av ny omstillingsutfordring**

Satsningsområdene for UNN skal være med å løse inngangshastigheten for klinikkene. I dialogmøtene for 2022 mellom klinikk- ; senter sjef og direktøren har det vært fokus på prosessene som foregår i klinikkene rundt dette og hvorvidt de løser inngangshastigheten

#### **Tiltak 2022**

Som følge av inngangshastigheten ved klinikkene har en ikke ønsket å fordele ut ny omstilling, men la klinikkene jobbe videre med tiltak for inngangshastighet. Det er derfor gjort en gjennomgang av muligheter på fellesområdet, og resultert i de tiltakene som framkommer av tabellen under. Den nye omstillingen løses med dels midlertidige og dels permanente tiltak. De midlertidige løsningene vil komme inn i bærekraften og generere ny omstilling etter 2022.

*Tabell 12- Tiltak 2022*

Inndekning ny omstilling 2022		
Hva	beløp	varighet
Rentenivå	7 400 000	Midlertidig
ABIKO	25 800 000	Midlertidig
H - resepter	10 000 000	permanent
Pott for "kvalitetsprosjekter"	5 000 000	permanent
Sen oppstart "økt utdanning LIS og akutt og mottakmed"	15 000 000	Midlertidig
Effekt vk/telefon?	12 000 000	permanent
Reduksjon i "tungpasientpott og svangerskapspott"	10 000 000	permanent
<b>Sum felles</b>	<b>85 200 000</b>	
Reduksjon i senter / klinikk omstilling for 2022		
Trekk i ramme stormottakersatsning	1 000 000	Permanent
Ny innsparing stab	4 500 000	Permanent
<b>Sum senter/klinikk</b>	<b>5 500 000</b>	
<b>Totalsum</b>	<b>90 700 000</b>	

### *Rentenivå*

UNN har i sin ramme ett rentebudsjett tilsvarende en rente på 3 %. Som følge av renteendringer er realrenten lavere slik at en for 2022 ser at det er mulig å midlertidig ta ned dette budsjettet med 7,4 mill. kr. Risikoen for dette vurderes lav for 2022.

### *ABIKO*

UNN har gjennom tidligere omstillinger omstilt for å ha mulighet til å utdanne sine egne spesialsykepleiere. Utdanningen går over 18 måneder, slik at annet hvert år er det hhv. full eller halv virkning. I 2022 er det ett mellomår med oppstart av nye kull i august 2022. Det frigjør deler av rammen, tilsvarende 25,8 mill. kr. Risikoen for dette tiltaket vurderes lav for 2022, men beløpet kommer inn i bærekraften og genererer ny omstilling i 2023.

### *H- resepter*

UNNs strategi for å få redusert innkjøpskostnader gir effekt på budsjettet for H- resepter. Det er ansatt eget personell som går gjennom forskrivelsene og råder klinisk personell til å forskrive likeverdige, men billigere medikamenter. Dette har gitt effekt slik at budsjettet kan tas ned med 10 mill. kr. Risikoen for dette tiltaket vurderes som lav.

### *Kvalitetsprosjekter*

I omstilling fra 2020 ble det satt av 5 millioner til «kvalitetsprosjekter» uten at det ble definert mer hva dette skulle innebære. Denne potten trekkes inn for å redusere ny omstilling. Risikoen for dette vurderes å være null.

### *Økt utdanning LIS/satsning på akutt- og mottaksmedisin*

I omstilling for 2020 ble det satt av hhv. 10 mill. kr til å utdanne flere LIS 2- 3 leger samt 10 mill. kr til å satse på spesialitet innen mottaksmedisin. UNNs økonomiske situasjon tilsier at en trekker inn 15 mill. kr midlertidig i 2022 for å løse ny omstilling. Det settes av 5 mill. kr for halvt års effekt til akutt- og mottaksmedisin. Risikoen for dette tiltaket vurderes moderat, og vil først og fremst ikke gi de forventede resultatene en ville kunne hatt og satse på utdanning av flere LIS 2-3 leger innenfor de fag der en sliter med rekruttering når overleger går av.

### *Effekt ved økt bruk av video- og telefonkonsultasjoner*

Satsningen på video- og telefonkonsultasjoner skal ha effekt blant annet på lavere pasientreisekostnader. Ett estimat tilsier at en kan spare ca. 12 mill. kr på dette i 2022 og en tar ned budsjettet tilsvarende. Risikoen ved dette vurderes som lav da dette er et satsningsområde for UNN. Manglende måloppnåelse vil medføre at en for senere år må omstille for dette.

### *Potter for tungepasienter / svangerskap for leger*

UNN har tilbake i tid omstilt for å kunne dele ut ekstra budsjettmidler for særs krevende pasienter og differansen på legelønn som refunderes mht. svangerskap og reell lønn i svangerskapsperioden. Totalt har UNN 25 mill. kr i budsjett for disse to områdene. Disse er ikke blitt brukt opp slik at en tar ned tilsvarende 10 mill. kr. Risikoen ved tiltaket er at ved en eventuell økning av behov ikke vil kunne dekke mer enn det en har satt av og dermed gi underskudd i klinikkene. Risikoen vurderes som lav.

### *Prosjektmidler stormottakersatsningen*

I ramme for 2022 trekkes det inn 1 mill. kr som har vært prosjektfinansiert ved Senter for e-helse, innovasjon og ikt. Midlene reduseres på senteret. Risikoen vurderes som lav da dette var prosjektmidler.



*Reduksjon i stabsenheter*

Det er vedtatt å nedbemanne stabssenterene tilsvarende 4,5 mill. kr for å løse ny omstilling. Risikoen ved dette er at det kan medføre lengre svartid på henvendelser og at noen oppgaver må gjøres ute i klinikkene. De 4,5 mill. kr er fordelt slik:

- Økonomi- og analysesenteret 1,15 mill. kr
- Personal og organisasjonssenteret 0,75 mill. kr
- Direktøren 0,4 mill. kr
- Senter for e- helse, innovasjon og ikt 1,0 mill. kr
- Fag- og kvalitetssenteret 0,2 mill. kr
- Forskning og utdanningsenteret 1,0 mill. kr

**7. Budsjett 2022**

Tabell 13 - Budsjett 2022

UNN HF, beløp i mill kr	Regnskap 2020	Justert budsjett 2021 (JB)	regnskap pr okt 2021	Vedtatt budsjett 2022 (VB)	Endring VB 2022 - JB 2021
Basisramme	-5 236,4	-5 515,5	-4 516,1	-5 597,4	-81,9
Kvalitetsbasert finansiering	-34,7	-31,6	-26,4	-30,9	0,8
ISF egne pasienter	-1 630,2	-1 850,5	-1 446,8	-1 856,8	-6,3
Isf av biologiske legemidler utenfor sykehus	-88,8	-80,7	-70,3	-79,0	1,7
Gjestepasientinntekter	-42,6	-42,0	-38,9	-42,0	0,0
Polikliniske inntekter	-178,6	-195,5	-183,9	-179,2	16,3
Utskrivningsklare pasienter	-28,4	-31,0	-33,5	-31,0	0,0
Raskere tilbake	-0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre øremerkede tilskudd	-381,9	-421,9	-458,5	-206,3	215,6
Andre inntekter	-414,5	-447,7	-354,1	-458,9	-11,3
<b>SUM driftsinntekter</b>	<b>-8 036,7</b>	<b>-8 616,4</b>	<b>-7 128,5</b>	<b>-8 481,5</b>	<b>134,9</b>
Kjøp av offentlige helsetjenster	222,5	221,7	191,0	228,4	6,7
Kjøp av private helsetjenester	59,6	48,9	69,1	62,4	13,6
Varekostnader knyttet til aktivitet	917,1	925,0	816,6	880,2	-44,8
Innleid arbeidskraft (fra firma/private)	99,2	43,7	106,3	39,9	-3,7
Lønn til fast ansatte	3 947,9	4 279,2	3 373,1	4 373,6	94,4
Vikarer	343,8	182,8	306,4	178,5	-4,3
Overtid og ekstrahjelp	380,3	338,2	328,3	265,8	-72,4
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	505,2	752,1	626,4	745,4	-6,7
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-331,3	-181,7	-302,1	-299,7	-118,0
Annen lønn	327,2	361,2	310,0	340,0	-21,2
Avskrivninger	314,3	338,2	274,2	343,5	5,4
Andre driftskostnader	1 171,2	1 246,6	1 030,9	1 267,2	20,6
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>7 956,9</b>	<b>8 555,9</b>	<b>7 130,3</b>	<b>8 425,3</b>	<b>-130,5</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-79,9</b>	<b>-60,6</b>	<b>1,7</b>	<b>-56,2</b>	<b>4,4</b>
Finansinntekter	-5,5	-6,0	-2,7	-3,0	3,0
Finanskostnader	19,3	26,6	11,4	19,2	-7,4
<b>Finansresultat</b>	<b>13,7</b>	<b>20,6</b>	<b>8,6</b>	<b>16,2</b>	<b>-4,4</b>
<b>Ordinært resultat</b>	<b>-66,1</b>	<b>-40,0</b>	<b>10,4</b>	<b>-40,0</b>	<b>0,0</b>

## 8. Investeringsplan 2022

Behovet for investeringer er stort, og ordinære investeringsrammer fra Helse Nord RHF er ikke tilstrekkelig i forhold til behovet for reanskaffelser, ny teknologi, ombygginger med mer. Det har av den grunn vært planlagt med egne overskuddskrav internt i UNN for å kunne ta etterslep. For 2022 er det funnet økonomisk rom for å ha eget overskuddskrav tilsvarende 20 mill. kr

En anstrengt økonomi over mange år har medført ett stort etterslep som illustreres gjennom de tre tabellene under:

Tabell 14 – Økonomisk levetid utstyr/byggeteknisk utstyr – i kroner

Summer av Oppr. kost	År nedskrevet						
Anleggsgruppe(T)	Nedskrevet	2021	2022	2023	2024	2025	2026 og senere
Alarmsentral	944 990						1 016 663
Analyseapp. / lab.utstyr	54 611 684	17 432 198	15 065 029	7 646 743	21 865 828	17 987 366	100 991 798
Andre adm.system	1 253 001		482 700		480 938	475 000	
Annet MTU	68 982 290	6 070 705	13 805 104	6 780 263	19 763 312	19 421 692	397 093 780
Annet teknisk og elektrisk utstyr	24 247 247	6 630 467	4 888 723	9 518 300	3 443 517	1 058 875	23 753 554
Bygningmessige anlegg	2 743 453		1 071 460			11 010 817	228 061 510
Kirurgiske instrumenter	2 282 104		202 714	2 538 323		130 200	1 240 089
Kjøkken- og vaskerimaskiner	5 051 453	289 578	1 311 409		4 724 883		8 994 477
Kjøkkeninnredning	5 041 009		348 200				205 407
Kommunikasjonsutstyr / tele	32 097 484	1 229 167	1 663 149	3 976 135		1 449 554	1 132 533
Laboratorieinnredning	285 137		110 443				
Overvåkningsanlegg	24 101 865	441 513	175 446	217 975	3 991 850	20 919 143	23 951 367
Personbiler (inkl. ambulanser)	46 951 321	10 705 804	19 289 371	5 575 377	8 996 895	1 753 490	2 388 971
Røntgenutstyr	85 555 269	13 008 175	35 382 344	84 684 696	16 284 237	460 000	111 585 268
Scopiutstyr	44 579 555	3 912 948	4 654 225	8 125 179	15 215 750	5 708 625	323 258
Skylleromsutstyr	193 016						
Stråleterapi- og skylleromsutstyr	2 430 431	2 913 282	3 852 280	6 071 952	32 230 312	31 436 176	20 759 279
Ultralydutstyr	43 304 262	7 875 660	4 172 000	20 757 249	7 900 429	7 741 500	26 518 400
VVS/El-installasjon/Klimaanlegg	179 310 389		3 654 358	12 066 196		99 344	55 010 964
<b>Totalsum</b>	<b>623 965 960</b>	<b>70 509 497</b>	<b>110 128 955</b>	<b>167 958 388</b>	<b>134 897 950</b>	<b>119 651 783</b>	<b>1 003 027 317</b>

Tabellen<sup>7</sup> viser at UNN har utstyr som er nedskrevet økonomisk (den økonomiske levetiden er gått ut) tilsvarende 623 mill. kr. I tillegg vil en i løpet av 2021 ha fått ytterligere 70 mill. kr i ferdig avskrevet utstyr. Alt dette utstyret/anlegget er i drift slik at det foreligger en stor risiko for kassasjoner. En annen risiko er at beløpene som framgår er av opprinnelig anskaffelseskostnad slik at prisstigning ikke ivaretas i tabellen og underkommunerer dermed behovet.

<sup>7</sup> Tabellen er ikke utfyllende, noen anleggsgrupper som sykehusbygninger, personalboliger m. fl er holdt utenfor

Tabell 15 – Økonomisk levetid utstyr/byggeteknisk utstyr – i antall

Antall av Oppr. kost	År nedskrevet						
Anleggsgruppe(T)	Nedskrevet	2021	2022	2023	2024	2025	2026 og senere
Alarmsentral	2						4
Analyseapp. / lab.utstyr	77	13	25	10	17	16	64
Andre adm.system	1		1		1	1	
Annet MTU	115	16	31	14	31	22	238
Annet teknisk og elektrisk utstyr	31	10	9	8	6	2	32
Bygningmessige anlegg	2		1			1	12
Kirurgiske instrumenter	14		1	4		1	7
Kjøkken- og vaskerimaskiner	22	1	3		11		10
Kjøkkeninnredning	8		1				1
Kommunikasjonsutstyr / tele	31	2	4	3		4	1
Laboratorieinnredning	3		1				
Overvåkningsanlegg	20	2	1	1	4	5	2
Personbiler (inkl. ambulanser)	54	7	12	4	5	1	2
Røntgenutstyr	30	5	7	10	3	1	27
Scopiutstyr	97	13	12	17	26	6	2
Skylleromsutstyr	2						
Stråleterapi- og skylleromsutstyr	7	10	14	16	14	9	22
Ultralydutstyr	45	12	6	20	11	8	28
VVS/El-installasjon/Klimaanlegg	13		1	5		2	33
<b>Totalsum</b>	<b>574</b>	<b>91</b>	<b>130</b>	<b>112</b>	<b>129</b>	<b>79</b>	<b>485</b>

Totalt er det 574 utstyr som er økonomisk nedskrevet

Tabell 16 – gjennomsnittlig alder utover økonomisk levetid

Gjennomsnitt av År_overtid	År nedskrevet
Anleggsgruppe(T)	Nedskrevet
Alarmsentral	5,5
Analyseapp. / lab.utstyr	3,1
Andre adm.system	10,0
Annet MTU	3,6
Annet teknisk og elektrisk utstyr	5,4
Bygningmessige anlegg	7,5
Kirurgiske instrumenter	2,6
Kjøkken- og vaskerimaskiner	4,9
Kjøkkeninnredning	5,0
Kommunikasjonsutstyr / tele	5,5
Laboratorieinnredning	3,7
Overvåkningsanlegg	4,8
Personbiler (inkl. ambulanser)	5,4
Røntgenutstyr	4,1
Scopiutstyr	3,7
Skylleromsutstyr	4,3
Stråleterapi- og skylleromsutstyr	3,1
Ultralydutstyr	3,7
VVS/El-installasjon/Klimaanlegg	4,6
<b>Totalsum</b>	<b>4,1</b>

Utstyret som er økonomisk nedskrevet er gjennomsnittlig 4,1 år eldre enn økonomisk levetid.

Tabell 17 - fordeling av investeringsplan MTU med mer

	Plan 2022	Plan 2023	Plan 2024	Plan 2025	Plan 2026	Plan 2027	Plan 2028	Plan 2029
<b>Investeringer, tall i mill kr</b>								
<b>Medisinteknisk utstyr:</b>	96	142	175	161	184	174	154	154
<b>Teknisk utstyr:</b>	12	12	12	12	12	12	12	12
<b>Diverse:</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Ombygginger:</b>	48	62	69	72	80	90	90	90
<b>Ambulanser</b>	14	14	14	14	14	14	14	14
<b>Egenkapital KLP</b>	30	30	30	30	30	30	30	30
<b>Sum investeringsplan MTU med mer</b>	<b>200</b>	<b>260</b>	<b>300</b>	<b>290</b>	<b>320</b>	<b>320</b>	<b>300</b>	<b>300</b>
Investeringsramme vedtatt plan fra RHF	200	200	200	200	200	200	180	180
Investeringsramme overskudd ihht styringskrav	0	40	40	10	10	10	10	10
Investeringsramme internt overskudd	0	20	60	80	110	110	110	110
<b>Sum investeringsramme MTU med mer</b>	<b>200</b>	<b>260</b>	<b>300</b>	<b>290</b>	<b>320</b>	<b>320</b>	<b>300</b>	<b>300</b>
<b>Sum investert inkludert forpliktelser</b>	<b>200</b>	<b>260</b>	<b>300</b>	<b>290</b>	<b>320</b>	<b>320</b>	<b>300</b>	<b>300</b>
<b>Avvik investeringsplan- ramme</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

Investeringsrammen til UNN vil bestå av investeringsmidler til medisinskteknisk utstyr (MTU) for 2022 er 200 mill. kr. Prognosen for 2021 er slik at en ikke klarer RHFets resultatkrav i 2021. UNN har definert noen områder hvor rammen skal fordeles: KLP 30 mill. kr, ambulanser 14,3 mill. kr, ombygginger og teknisk utstyr på 48 mill. kr. Restmidlene som kan investeres i MTU er da på 96 mill. kr.

UNN har mulighet for å trekke på senere års investeringsrammer forutsatt positiv likviditet. Det er likevel viktig å realisere Helse Nord RHF sitt overskuddskrav og etter hvert egne overskuddskrav for å kunne fornye maskinparken og gjøre nødvendige og hensiktsmessige ombygginger. Per oktober 2021 har en brukt 4,5 mill. kr til MTU av rammen for 2022. I stor grad bruker en investeringsmidler vedrørende MTU til å erstatte kassasjoner pga. en aldrende utstyrspark. I 2021 har en likevel kunne satse på noe nytt utstyr, og i eget investeringsmøte i juni 2021 ble det prioritert i klinikkens behovsliste for investeringer i nytt utstyr for totalt 15,7 mill. kr. I 2024 og 2025 skal de to neste strålemaskinene i utgangspunktet skiftes ut og disse har en kostnad på 70 mill. kr samlet.

Tabell 18 – investeringsmidler ombygging

Prosjekter	Estimert kostnad	Investeringsramme tidligere år	Investeringsramme 2021	Investeringsramme 2022	Investeringsramme 2023	Investeringsramme 2024	Kommentar
Card lab 2021 (Hjertelab B3-9)	11 500 000		3 000 000		8 500 000		Ikke påbegynt bygging
Etablering av dagenhet til kreftavdelingen	2 000 000		2 000 000		0		
Pusterom 2021	5 000 000		5 000 000		0		
Gastrokir sengepost 2021	2 000 000		2 000 000		0		
Ombygging A1.8 patologi 2021	5 000 000		3 000 000		2 000 000		Prosjektet deles i 2 faser
Akuttmottak U1 Harstad etappe 1	3 700 000	3 700 000	3 700 000		0		
Akuttmottak U1 Harstad - etappe 2	6 300 000		6 300 000		0		
Kreft poliklinikk 2021*	18 000 000		8 000 000		10 000 000		Løsninger under utredning
Kjøkken	87 000 000	30 000 000	35 000 000	22 000 000	0		
IVF-enhet og NIPT-utstyr	40 000 000			18 700 000	21 300 000		
Koloskopi	25 000 000			0	3 200 000	21 800 000	
Sykkelparkering	3 000 000			3 000 000	0		
Hybridstue (utover ramme fra Helse Nord)					17 000 000		
<b>Sum</b>	<b>208 500 000</b>	<b>33 700 000</b>	<b>68 000 000</b>	<b>43 700 000</b>	<b>62 000 000</b>	<b>21 800 000</b>	
<b>Investeringsramme ombygginger</b>			<b>63 700 000</b>	<b>48 000 000</b>	<b>62 000 000</b>	<b>69 000 000</b>	
<b>Rest</b>		<b>0</b>	<b>-4 300 000</b>	<b>4 300 000</b>	<b>0</b>	<b>47 200 000</b>	

Investeringsrammen for ombygginger er i sin helhet disponert til og med 2023. Prioritering er tråd med tidligere vedtak. Endelig disponering av investeringsrammen for 2024 gjøres i senere prosesser.

#### *Vedlikehold*

Tilstanden på sykehusene i Norge ble første gang kartlagt i 2012, og i tråd med oppdraget gjøres dette nå hvert fjerde år. Helseforetakene gjennomfører kartleggingen ved hjelp av verktøyet Multimap fra Multiconsult. Ved kartlegging av bygningenes tekniske tilstand legges prinsippene nedfelt i Norsk Standard 3424 «Tilstandsanalyse av byggverk» til grunn. Det opereres med fire tilstandsgrader (TG) fra 0 til 3 på komponent-nivå, hvor 0 er best, tilsvarende nybygg og 3 er dårligst med alvorlige symptomer på svikt.

UNN har en stor bygningsportefølje, og utviklingen har vært negativ med tilstandsgrad 1,53 i 2016 og 1,66 i 2020. Samlet tilstandsgrad bygningsporteføljen i Helse Nord er på 1,31.

Beregnet oppgraderingsbehov (vedlikeholdsetterslep) for UNN er, basert på kartleggingen fra 2020, på 3 mrd kr, en økning på ca. 600 mill. kr fra 2016. Det tekniske oppgraderingsbehovet omfatter samtidig ikke utvikling/-ombyggingsbehov for å bedre egnethet for bruk. Sett opp mot økte krav og forventninger til nye løsninger innenfor helsesektoren, er det samlede investeringsbehovet knyttet til ombyggingsbehov og nye arealer derfor mye større enn det tallfestede oppgraderingsbehovet.

For å stoppe ytterligere forverring av tilstandsgrad og økning i vedlikeholdsetterslepet fremover må finansiering til vedlikehold styrkes med minimum 30-35 mill. kr årlig, dels ved økte investeringsmidler til utskifting av f.eks. teknisk anlegg, og dels til økt driftsbudsjett for generelt vedlikehold. Helse Nord RHF har påbegynt arbeidet med en eiendomsstrategi for regionen som omhandler strategi for utvikling i bygningsmassen, samt hvordan dette skal finansieres for å samtidig sikre at verdiene ikke forringes. Uavhengig av målsetninger og innretning i denne strategien må UNN lage en plan for å sikre finansiering til verdibevarende vedlikehold. Det er ikke rom for egne prioriteringer (hverken til vedlikehold eller øvrige behov) for 2022, men vil bli en del av prioriteringsdiskusjonene i fremtidige virksomhetsplaner.

#### *Investering i større bygg*

I 2022 ligger det inne 723 mill. kr til «Nye UNN Narvik» sykehus i investeringsrammen. Dette er i tråd med framdriftsplanen.

### **9. Bærekraftanalyse og likviditetsanalyse**

#### *Bærekraftanalyse*

Bærekraftanalysen i henhold til vedtatt investeringsplan viser en omstillingsutfordring på 90,7 mill. kr i 2022, og gradvis økende til 657 mill. kr i 2029. Omstillingsutfordringen er basert på foreløpige kjente endringer i inntekter og kostnader, og økonomiske konsekvenser av vedtatte investeringer i bygg og utstyr.

Som følge av den økonomiske situasjonen, valgte UNN å ta ned eget overskuddskrav til null for 2021. Dette gjeninnføres i bærekraften med 20 mill i 2022, ytterligere 40 i 2023 og opp til 80 i 2024. Når Helse Nord RHF tar ned sitt resultatkrav ovenfor UNN til 10 mill. kr vil UNN øke til 110 mill. kr slik at en totalt sett fortsetter å ha 120 mill. kr i overskuddskrav. Avbyråkratiserings- og

effektiviseringsreformen videreføres og utgjør 15 mill. kr. I tillegg er det satt av 50 mill. kr til egne prioriteringer i 2022.

Det er forutsatt at økonomisk resultat i 2021 løses i 2022, også Helse Nords resultatkrav på 40 mill. kr. Bærekraften inkluderer ikke et økt budsjett signalisert fra Helse Nord IKT og ligger i bærekraften inne med framskrivningstall fra 2019. Forprosjektfasen nytt bygg psykisk helsevern ligger i bærekraften med 15 mill. kr, dette er en forlengelse fra 2021 da forprosjektfasen skulle være avsluttet dette året. Som følge av utsettelse av saken påfører dette UNN videre omstilling og hele forprosjektfasen er nå beregnet til 27 mill. kr.

Øvrige forutsetning lagt til grunn i bærekraftanalysen:

- Vedtatt investeringsplan fra Helse Nord RHF
- Økte investeringsrammer av internt overskudd benyttes til investeringer påfølgende år
- Oppnåelse av Helse Nord RHF's overskuddskrav forutsettes brukt til investeringer påfølgende år
- Investeringsramme P85 nye Narvik sykehus
- 70 % lånefinansiering nye Narvik sykehus<sup>8</sup>
- Det er beregnet 2,0 % rente på gamle lån, 3,0 % på nye lån og 1,3 % på egen likviditet i tråd med forutsetningene i budsjettbrev 2 – 2021.
- Analysen er gjennomført i 2021 kroner
- 26,4 år avskrivningstid på nye bygg
- Nytt bygg psykisk helsevern Tromsø ligger inne i investeringsrammen på RHF – nivå fra 2023 med 2,6 mrd i totalramme (2023-2026) og er dermed ikke en del av bærekraften.
- De midlertidige løsningene på ny omstilling for 2022 tas inn i bærekraften for 2023

Tabell 19- Bærekraftanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

Bærekraftanalyse UNN HF (tall i mill kr)	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Sum inntekter	7 897	7 932	7 931	7 982	7 970	7 955	7 940	7 932
Sum driftskostnader ekskl. avskrivninger	7 590	7 653	7 724	7 679	7 750	7 824	7 888	7 957
Sum avskrivninger	322	324	317	427	422	412	413	409
Netto rentekostnader	16	17	17	72	67	62	58	51
Totalt kostnader	7 927	8 045	8 110	8 230	8 290	8 351	8 411	8 469
<b>Regnskapsmessige resultat (før tiltak)</b>	<b>-30</b>	<b>-113</b>	<b>-179</b>	<b>-248</b>	<b>-321</b>	<b>-396</b>	<b>-471</b>	<b>-537</b>
Vedtatt resultatkrav fra RHF	40	40	40	10	10	10	10	10
Internt overskuddskrav UNN	20	60	80	110	110	110	110	110
<b>Sum resultatkrav</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>120</b>	<b>120</b>	<b>120</b>	<b>120</b>	<b>120</b>
<b>Avvik fra resultatkrav (før tiltak)</b>	<b>-90</b>	<b>-213</b>	<b>-299</b>	<b>-368</b>	<b>-441</b>	<b>-516</b>	<b>-591</b>	<b>-657</b>
<b>Årlig endring omstillingsutfordring</b>	<b>90</b>	<b>123</b>	<b>86</b>	<b>69</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>65</b>

#### Likviditetsanalyse

Oppdatert likviditetsanalyse viser en negativ likviditet i 2024, men er innenfor kassakreditrammen. I forbindelse med en større premiebetaling på pensjon sommer 2021 ble kassakreditrammen til UNN satt til 400 mill. kr.

<sup>8</sup> Se likviditet

Tabell 20- Likviditetsanalyse i henhold til vedtatt investeringsplan

Likviditetsberegning (tall i mill kr)	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
<b>Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>								
Budsjettert resultat	40	40	40	10	10	10	10	10
Eget overskuddskrav	20	60	80	110	110	110	110	110
Avskrivninger/nedskrivninger	322	324	317	427	422	412	413	409
<b>Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>	<b>382</b>	<b>424</b>	<b>437</b>	<b>547</b>	<b>542</b>	<b>532</b>	<b>533</b>	<b>529</b>
<b>Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>								
Investeringer av overskudd (RHF og eget)	0	-60	-100	-120	-120	-120	-120	-120
Investeringsbudsjett investeringsplan iht fremdriftsplan	-998	-839	-513	-200	-200	-200	-180	-180
<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	<b>-998</b>	<b>-899</b>	<b>-613</b>	<b>-320</b>	<b>-320</b>	<b>-320</b>	<b>-300</b>	<b>-300</b>
<b>Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>								
Innbet ved opptak av lån Narvik sykehus	506	505	166	0	0	0	0	0
Avdrag lån	-46	-46	-121	-121	-121	-121	-121	-121
<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	<b>460</b>	<b>460</b>	<b>45</b>	<b>-121</b>	<b>-121</b>	<b>-121</b>	<b>-121</b>	<b>-121</b>
<b>Netto endring i kontanter</b>	<b>-156</b>	<b>-16</b>	<b>-131</b>	<b>106</b>	<b>101</b>	<b>91</b>	<b>112</b>	<b>109</b>
<b>IB 01.01</b>	<b>228</b>	<b>72</b>	<b>56</b>	<b>-75</b>	<b>32</b>	<b>133</b>	<b>224</b>	<b>336</b>
<b>UB 31.12</b>	<b>72</b>	<b>56</b>	<b>-75</b>	<b>32</b>	<b>133</b>	<b>224</b>	<b>336</b>	<b>445</b>
<b>Ramme for kassakreditt</b>	<b>-400</b>	<b>-400</b>	<b>-400</b>	<b>-400</b>	<b>-400</b>	<b>-400</b>	<b>-400</b>	<b>-400</b>



## STYRESAK

Styresak:	94/2021
Møtedato:	16.12.2021
Arkivsak:	2021/7-17
Saksbehandler:	Lars Øverås

## Kjøp av medisinteknisk utstyr barn

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner investering av scoopsentral og scoop til 6,25 mill. kroner.

### Bakgrunn

Investeringer over 5 mill. kroner skal godkjennes av styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

### Formål

Formålet med saken er å få styrets godkjenning til å investere i nytt utstyr til Barne- og ungdomsklinikken.

### Saksutredning

Det medisinske overvåkningsutstyret inkludert server ved Barne- og ungdomsavdelingen (nyfødt intensiv, poliklinikk, barne- og ungdomsseksjonen) er gammelt og kan ikke oppdateres eller repareres videre. Dagens utstyr er kassert og betegnes som kritisk utstyr. Server og digitalt overvåkningsutstyr må fornyes samtidig. Det er i tillegg behov for å knytte annet teknisk utstyr til sentralen (Metavision).



## **Medvirkning**

Saken er oversendt brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting og innspill i egne møter i uke 48. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet 16.12.2021.

## **Vurdering**

Investeringen av nytt medisinsk overvåkningsutstyr inkludert server kommer som følge av utdatert utstyr. Investeringen er på 6,25 mill. kroner. Utstyret er nødvendig for normal drift og investeringen anbefales.

Tromsø, 03.12.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Styresak:	95/2021
Møtedato:	16.12.2021
Arkivsak:	2021/4148-1
Saksbehandler:	Tor-Arne Hanssen

## Konseptrapport for Nyfødt intensiv ved UNN Tromsø

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Konseptrapport for Nyfødt intensiv UNN Tromsø Breivika* inkludert hovedprogram for enheten, men tar ikke stilling til hovedalternativ for løsning.
2. Styret ber om å få saken tilbake til endelig behandling etter at det er gjort videre utredning og vurdering av konsekvenser omkring helikopterlandingsplass for nye redningshelikoptre, Tromsø kommunale legevakt og langsiktig utviklingsbehov for bygningsmassen ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Breivika.

### Bakgrunn

Nyfødt intensiv er en seksjon i Barne- og ungdomsavdelingen, klassifisert som høyintensiv enhet (3C-avdeling) med regionsfunksjon for behandling av barn født før uke 26. Enheten tar i tillegg imot barn som behøver overvåkning eller behandling rett etter fødsel. Gjennom 2021 har det vært etablert et prosjekt for å utrede konseptuelle løsninger for de arealmessige utfordringer som dagens Nyfødt intensiv har i bygningsmassen i UNN Breivika. Dagens arealer er trange og ivaretar ikke etablerte standarder for pasientforløp, pasientverdighet, taushetsplikt eller arbeidsmiljø. Manglende fasiliteter med foreldrerom gjør at foretaket bryter *Lov om pasient- og brukerrettigheter §6-2* som gir barnet rett til samvær med minst en av sine foreldre når barnet får behandling. Forholdene kan også tolkes å være i strid med FNs barnekonvensjon.

### Formål

Denne saken inviterer styret til å godkjenne framlagt konseptfaserapport for Nyfødt intensiv UNN Tromsø Breivika.

## Saksutredning

På oppdrag fra administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ble det etablert et prosjekt med hensikt å utrede mulige konseptuelle løsninger på arealutfordringene som eksisterer ved Nyfødt intensiv i UNN.

Det ble benyttet intern prosjektleder ansatt i Drifts- og eiendomssenteret, og arkitekt fra Asplan Viak. Prosjektgruppen har bestått av engasjerte deltakere fra Nyfødt intensiv, vernetjenesten og klinisk rådgiver ved UNN. Prosjektgruppen har fokusert på å lage et hovedprogram for virksomheten for deretter å utrede hvilke bygningsmessige grep som best kan ivareta funksjonaliteten. Det har i tillegg vært vektlagt å utarbeide kostnadsestimater for de ulike alternativene.

På grunn av en begrenset økonomisk ramme på 500.000 kroner for prosjektgjennomføringen, har det ikke blitt vektlagt å lage grundige bygningsmessige vurderinger. Det er heller ikke laget et fullverdig skisseprosjekt. Således kan denne rapporten sammenliknes med nivå for en B3a beslutning i veileder for tidligfaseutredning (hovedprogram og lokalisering, se figur 1).

Dagens Nyfødt intensiv ligger i B2 fløya på plan 5. B-fløya er sykehusets dypeste bygning og arealene er preget av lite dagslys og svært trangbodde forhold. I omliggende arealer på samme plan ligger kritiske funksjoner som observasjonspost, akuttmottak, AMK og flykoordineringssentral. Medisinsk teknisk avdeling er også lokalisert i området. Lokalisasjonen er sentral i forhold til sykehusets akuttakse. I B-fløya ligger i tillegg andre funksjoner med presset arealsituasjon som røntgen (plan 6), innsluset operasjon (plan 7), og hjertelaboratorium (plan 9).

### *Hovedprogram*

Dagens areal er 396m<sup>2</sup>. Hovedprogrammet konkluderer med et netto arealbehov på 984m<sup>2</sup> som grovt regnet medfører et bruttoareal på 1900m<sup>2</sup>. Grunnlagsdata for beregning av fremtidig behov er hentet fra NPR, UNNs egne systemer og Norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister, og er relativt like fra alle kildene. Hovedprogrammet er basert på fremskriving av behov til år 2040 utført av Sykehusbygg HF. Behov for antall intensivplasser er beregnet til 12-15, avhengig av hvilken beleggsprosent som legges til grunn. Det er benyttet beleggsprosent på 65-75 % som er normalt for denne type virksomhet. Dagens avdeling har 8 intensivplasser, og 7 plasser for barn med mindre overvåkningsbehov. Konseptrapporten har som utgangspunkt at alle pasientrom skal organiseres som familieenheter med fokus på familiesentrert behandling. Barnets behov ivaretas godt, og foreldre får nødvendige fasiliteter for å oppholde seg sammen med barnet i innleggelsesperioden. Derigjennom vil foreldre få nødvendig støtte og opplæring til å delta i behandlingen og ivaretagelse av barnet.

Det er planlagt 9 normal intensivenheter, 2 intensivenheter for flerlinger (noe større plass for flerlinger), og 2 intensivenheter som isolat. Totalt 13 rom med mulighet for inntil 15 barn. Romprogram er oppsummert i tabell 1. Avdelingen har størst nærhetsbehov til føde- og barselavdelingen som ligger på samme plan i C-fløya.

### *Alternativsvurderinger*

Inkludert 0-alternativet er det vurdert 8 alternativer. 0-alternativet forutsetter ombygging innenfor dagens alternativ. Alternativene 1, 2, 4 og 6 forutsetter utvidelse eller rokader av Nyfødt intensiv til andre arealer i UNN, og forutsetter implisitt flytting av annen virksomhet. Alternativene inkluderer ikke utredet løsning for berørt virksomhet. Dette vil i hovedsak bety erstatningsbygg for virksomhet som må flytte, da disse ikke vil kunne omrokes til dagens arealer for Nyfødt intensiv. Alternativ 3A, 3B og 5 er nybygg med forskjellige grensesnitt mot annen virksomhet.

Utvalgte kriterier for løsningene er vurdert. Nybyggalternativene 3A og 3B kommer best ut sammen med nybygg 5. Alternativ 3A og 3B er utbygging av fløy C over mammografiavdelingen og vinklet opp til fløy B. Alternativ A er i ett plan, B alternativet i 2 plan. Totalt kommer alternativ 3B best ut i evalueringen. Løsningen gir den mest optimale plasseringen av pasientrommene med tanke på nærhet til fødeavdelingen, dagslys og utsyn og tilkomst for både langtidsboende pårørende og medisinsk personell. Etablering av avdelingen over to plan vil kreve god intern vertikalforbindelse. Løsningen vil være noe utsatt for støy fra helikoptre, og dette må løses i videre prosjektering.

Alternativ 5 forutsetter utvidelse av fløy B til dagens legevakt og helikopterbase. Denne løsningen kan inngå som et råbygg med ny helikopterlandingsplass for AW101 (nye redningshelikopter) på elevert plattform. Dette vil eliminere støy og vibrasjonspåvirkning fra helikoptre for enheten. Alternativ 5 scorer noe dårligere enn alternativ 3 på grunn av bygningsform som ikke vil gi like mye dagslys inn til pasientrom. Alternativ 5 berører også observasjonsposten knyttet til akuttmottaket.

Alternativ 3 vil kreve midlertidig flytting av mammografi til annet bygg. Det er forutsatt at dagens mammografisenter rives og bygges opp på ny sammen med Nyfødt intensiv. Dette gir en bedre bygningsløsning som ivaretar eksisterende funksjoner, Nyfødt intensiv og gir mulighet for videre påbygg i framtiden. Alternativ 3 har grensesnitt inn mot virksomhet i B-fløya, og vil påvirke drift i disse arealene. I byggefasen vil også sentralforsyningen til UNN berøres. En utbygging av 2 plan i fløy C kan legge til rette for framtidig utvidelse i flere plan inkludert gastrokirurgisk sengepost i plan 7. Sengeposten har store utfordringer med flersengsrom og trange forhold i dag, og framskrivning har vist behov for flere sengeplasser. Ideelt sett bør plan 7 bygges ut samtidig med Nyfødt intensiv for å unngå støyende arbeid ved en eventuell framtidig utvidelse. Nyfødt intensivavdelingen vil sannsynligvis ikke kunne drifte som normalt ved en framtidig utbygging.

Alternativ 5 kan inkludere en utbygging av B-fløya i alle plan, og vil således påvirke drift i alle etasjer i B-fløya. Utbygging vil også påvirke eksisterende landingsplass for helikoptre som sannsynligvis må flyttes fram til ny elevert plattform kan tas i bruk. Alternativet vil også ha grensesnitt mot legevakt og helikopterbase.

Både utbygging av B- og C-fløy vil med stor sannsynlighet påvirke innflyvningstrasé for legehelikopter i byggefase.

Alternativ 4 tilfredsstillere arealkravet til nyfødt intensiv, men har så store følgekonskvenser i B-fløya plan 5 at det er ikke vurdert som hensiktsmessig.

### *Kostnader og bærekraft*

Kostnadsvurderinger i prosjektet er på dette nivået basert på erfaringstall og kvadratmeter beregninger. Det er ikke gjennomført prosjektering med kalkyler og usikkerhetsanalyse som normalt følger i kommende faser av prosjektgjennomføringen. For nybygg er det satt av en relativt lav usikkerhetsavsetning på 10 % av byggekostnad.

I alternativ 3A og 3B må det medtas et anslag for rivning og gjenoppbygging av mammografisenter med garasje på 81,4 mill. kroner. I alternativ 5 er det medtatt kostnader for rocadeareal for observasjonsposten. Gitt disse forutsetningene er det estimert en kostnad for disse tre alternativene på henholdsvis 317,7 mill. kroner (alt 3A), 313,4 mill. kroner (alt 3B) og 394,4 mill. kroner (alt 5). Investeringer under 500 mill. kroner dekkes normalt av foretakets egen investeringsramme.

Bærekraftsberegning er utført med forutsetning om investeringskostnad på 371 mill. kroner samt 4 mill. kroner til midlertidige lokaler for mammografi. Det er lagt inn kostnader tilsvarende en økt bemanning på 5 sykepleierstillinger og forvaltning, drift og vedlikeholdskostnader på 1,29 mill. kroner /år. Gitt disse forutsetningene vil utbyggingen medføre en årlig omstillingsutfordring på 24 mill. kroner.

### *Mulighetsrom*

Alle de 3 skisserte alternativene gir et mulighetsrom for utbygginger utover behov for ny Nyfødt intensiv. Utbygging av C-fløy i en eller to etasjer gir mulighet for minimum 3 ekstra etasjer i C-fløya. Utvidelse i B-fløya kan gi inntil 7 etasjer på B-fløya. De to forskjellige alternativene i C-fløya kan gi totalt areal på 4660m<sup>2</sup> eller 4053m<sup>2</sup>. Alternativ 5 i B-fløya kan potensielt gi mulighet for inntil 9700m<sup>2</sup>. Med disse mulighetene vil estimert kostnad være henholdsvis 501 mill. kroner (alt 3A), 446 mill. kroner (alt 3B) og 873 mill. kroner (alt 5). Byggeprosjekter over 500 mill. kroner må godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet, og kan utløse 80 % lånefinansiering.

### *Videre framdrift*

Neste fase av et byggeprosjekt er utdyping av anbefalt alternativ med et fullstendig skisseprosjekt og kalkyle. Deretter forprosjekt etterfulgt av beslutning om gjennomføring (Figur 2).

Før det er hensiktsmessig å gå videre med å utdype alternativet må prosjektet settes inn i en prioriteringsrekkefølge med forventet tidspunkt for finansiering.

For prosjekter under 500 mill. kroner står foretaket friere i forhold til prosess enn om prosjektet er forventet å søke lånefinansiering. Sistnevnte krever kvalitetssikring av konseptfase og prosjektledelse og deltakelse fra Sykehusbygg HF.

### *Organisasjonsutvikling*

I sammenheng med prosjektet har Nyfødt intensiv startet en utviklingsprosess og planlegging til overgang til nye arbeidsmåter. Enheten har i den utstrekning som det er mulig i eksisterende arealer basert virksomheten på familiesentrert arbeidsmetodikk, og planlegger en gradvis utvikling i retning til arbeidsmetode i nye arealer. Overgang til større

arealer med enerom vil også kreve noe økt bemanning. Dette er det tatt høyde for i bærekraftsanalysen.

## Medvirkning

Prosjektdeltakere fra Nyfødt intensiv og lokal vernetjeneste. I kommende faser av prosjektet skal medvirkning utvides til også å inkludere brukerorganisasjoner og pårørende.

Saken er oversendt Brukerutvalgets arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting og innspill i egne møter i uke 48/50. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet 16.12.2021.

## Vurdering

I denne orienteringssaken legges det frem en grundig vurdering av ulike alternativer for å løse arealutfordringene for Nyfødt intensiv i UNN. Utredningen viser at utbygging av fløy C er det beste alternativet for enheten (alternativ 3). Det er også vist at arealbehovet kan realiseres med en ombygging av fløy B (alternativ 4), fortrinnsvis i kombinasjon med utbygging av fløy B (alternativ 5). Alle alternativene har grensesnitt til annen virksomhet og gir forskjellige mulighetsrom. Styringsgruppen for prosjektet har i sin behandling vurdert alternativ 3B som best, og har kommentert at alternativ 5 ikke er vist å løse alle forhold som Nyfødt intensiv trenger og derfor må videreutvikles hvis det skal vurderes videre. Videre framdrift i prosjektet er avhengig av beslutning om plassering og økonomisk handlingsrom. Direktøren vurderer arealsituasjonen som kritisk, og støtter styringsgruppens vurdering om at det isolert sett er viktig med raskest mulig gjennomføring for å sikre framtidig drift av ny Nyfødt intensiv.

Økonomisk er alle alternativene av en slik størrelse at det må vurderes om det er hensiktsmessig å kun gjennomføre prosjektet isolert, eller om det bør inngå i en sammenheng der foretaket samtidig kan løse andre arealutfordringer. Utbyggingen vil skje i arealer som er svært viktig for UNN Breivika sin evne til å ivareta framtidige behov innenfor somatiske helsetjenester. *Styresak 31-2018 Arealplan UNN Breivika* pekte på en rekke behov for fornyelse og arealer for å ivareta foretakets framtidige leveranser av helsetjenester, der noen kan inngå som eventuelle utvidelser av Nyfødt intensiv prosjektet.





I tillegg til konseptfase for Nyfødt intensiv er det startet utredninger omkring løsning av helikopterlandingsplass for nytt redningshelikopter, samt ny kommunal legevakt for Tromsø kommune. Begge disse prosjektene har grensesnitt som berører arealene som er aktuelle for Nyfødt intensiv.

Vurderinger omkring arealplan og nye prosjekter har ikke inngått i mandatet til prosjektet og er derfor ikke utredet i rapporten. Administrerende direktør ser at disse vurderingene er strategisk viktige for foretaket, og ønsker å gå videre med utredninger som setter Nyfødt intensiv prosjektet inn i denne sammenheng før beslutning om plassering legges fram for behandling i styret.

Tromsø, 03.12.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Tabell 1: Areal Program Nyfødt intensiv

FUNKSJON	ROM	ANTALL	Arealbehov			Kommentar til arealbehov 2017 anslo man netto arealbehov 650 m <sup>2</sup> , brutto rundt 1300-1500m <sup>2</sup>	
			AREAL per rom	AREAL samlet	SUM		
 Pasientrettede	Pasientrom					15 plasser, 8 intensiv, 7 mindre behov for overvåkning	
	Familieenhet åpen / kombinert	6	30	180			
	Familieenhet intensiv	5	35	175			30/ 35 m2 inkl. toalett (5 m2+, noen 3-4 m2?) og foreldredel, 2 rom intensiv litt større
	Familieenhet intensiv	2	40	80			35m2 +8m2
	Isolat (med forrom/sluse)	2	43	86			Inne på pasientrom, 6m <sup>2</sup> /ansatt, knyttet til personal
	Pasientnære arbeidsstasjoner	15	2	30			
	Mottaksfunksjon/ undersøkelsesrom	1	16	16			Knyttet til personal og intern inngang
	Samtalerom	1	12	12			Knyttet til personal
					579		
 Familierttede	Felles-/ oppholdsrom	1	25	25		ett rom?	
	Spiserom med kjøkkenkrok	1	25	25			
	Lekerom	1	10	10			
	Vaskerom for familier	1	10	10			Vask og tørk
	Undervisning familie	1	15	15			Kombineres med møterom
	Venteområde	1	10	10			Ved resepsjon, del av korridor, sittemuligheter
					95		
 Personalrettede	Vaktrom	1	20	20		Knyttet til pasientrom	
	Arbeidsrom sykepleiere	2	12	24			6 m <sup>2</sup> / person
	Trenings-/ Simuleringsrom	1	15	15			kobles til MTU
	Kliniske kontorer	2	9	18			9 m <sup>2</sup> / kontor
	Arbeidsrom leger	1	10	10			6 m2/ person, gjennomgang til andre rom
	Overnatting vaktpersonale	1	10	10			
	Pause-/ hvilerom	1	20	20			5-12 personer
	Garderobe/ rom for kувpsetemet	1	10	10			Knyttet til intern inngang
	Personaltoalett	2	5	10			
	Møterom konferanse	1	20	20			Knyttet til intern inngang, 20m <sup>2</sup> = 12- 14 p., 40 m <sup>2</sup> = 25 p.
	Grupperom						Kombinasjon arbeidsrom
	Kopierom/ rekvisita	1	6	6			I resepsjonsområde
	Stillerom	1	5	5			
					168		
 Logistikk/ støttende Inngang: publikum og intern	Resepsjon	1	10	10		1 fast arbeidsplass, knyttet til publikumsinngang til avdeling	
	Adm. Kontorer					Vurdere om kontor til seksjonsleder, fagsykepleier, evt. også arbeidsstasjoner for lege i området ved resepsjon, knyttet til publikumsinngang	
	Garderobe for besøkende + HCWC+ WC	1	14	14		låsbar oppbevaringskap, knyttet til publikumsinngang	
	Melkerom	1	20	20		Innlevering, vaskerom, melkelager (frys), knyttet til intern inngang	
	Rom for røntgenmaskin					står i korridor utenfor avdelingen i dag	
	Medisinerom	1	12	12			
	MTU	1	15	15			Medisinteknisk utstyr
	Medisinsk gass	1	5	5			
	Utstyr- og forbrukslager	3	10	30			Knyttet til pasientrom/ intern inngang, sterilt lager, rent lager, hjelpemidler til pasienter/barna
	Tøylager	2	5	10			Knyttet til pasientrom/ intern inngang
	Lager for kuvdser	1	10	10			Knyttet til pasientrom/ intern inngang
	Vaskerom for kuvdser	1	10	10			Knyttet til intern inngang
	Avfallsrom/ skyllerom	1	6	6			Knyttet til pasientrom/ intern inngang
					142		
			NETTOAREAL	984			
Annet:	Tek. Rom, EL-skap, sjakter, del av bruttoareal		BRUTTOAREAL	1869,6			
			B/N faktor	1,9			



Figur 1. Konseptfase detalj



Figur 2. Tidligfase oversikt



## Vedlegg

- 1 Vedlegg - Nyfødt intensiv - Konseptprogram - Endelig rapportversjon



# KONSEPTPROGRAM

NYFØDT INTENSIV

UNN – TROMSØ - Breivika



Prosjektnummer	
Prosjekt	Type rapport/ dokument
	Konseptfaserapport

UTARBEIDET AV		
Navn	Organisasjon	e-postadresse
Birgitte Ryvoll	DES UNN	Birgitte.ryvoll@unn.no

DOKUMENTSTATUS					
Dato	Versjonsnr		Godkjenner	Utarbeidet	
03.11.2021	0.2	Til Styringsgruppe	TAH		
24.11.2021	1.0	Til UNN-styret	TAH		

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling



## Innhold

1 SAMMENDRAG .....	5
2 BAKGRUNN .....	6
2.1 Mandat for prosjektet .....	6
2.2 Prosjektutløsende faktorer .....	8
2.3 Mål, strategier og rammer nedfelt i utviklingsplanen.....	9
2.4 Rammer og organisering av arbeidet med konseptfasen .....	13
2.5 Metode og datagrunnlag .....	14
2.6 Status dagens virksomhet og bygg .....	15
2.7 Framskrevet dimensjoneringsgrunnlag .....	17
3 HOVEDPROGRAM .....	20
3.1 Innledning .....	20
Bakgrunn, hensikt og prosess .....	20
3.2 Funksjon .....	21
Dagens virksomhet (virksomhetsmodell og dimensjonering) .....	21
Framtidig virksomhet .....	21
Prinsipper for person- og vareflyt .....	22
Smittevern .....	23
Krav til nærhet mellom funksjoner .....	23
Funksjonsområder og driftsprinsipper .....	24
3.3 Teknikk.....	25
3.4 Utstyr.....	26
Overordnede føringer og forutsetninger .....	26
Hvordan påvirkes utstyr kan påvirkes av de funksjonelle målsettingene for avdelingen, og hvordan utstyr kan påvirke målsettingene .....	28
Teknologiutvikling og hvilke muligheter og utfordringer (konsekvenser) dette innebærer .....	28
Kalkyle .....	29
Strategi for hvordan sykehuset og byggeprosjektet kan samordne anskaffelse fram til innflytting .....	29
3.5 IKT Konsept .....	30
Nasjonale, regionale og strategiske føringer samt mål for IKT i prosjektet .....	30
Overordnede teknologiføringer samt overordnede leveranser og løsninger .....	32
Organisering og styring av gjennomføring av IKT med sentrale aktører, interessenter og avhengigheter .....	32
Kostnadskalkyler .....	33
3.6 Rom og areal .....	33
Arealstandarder og utnyttelsesgrader .....	33



Foreløpig rom- og funksjonsprogram .....	35
3.7 Publikumsinngang.....	35
3.8 Familierettede funksjoner.....	35
3.9 Pasientrettede funksjoner .....	35
3.10 Personalrettede funksjoner .....	36
3.11 Intern inngang.....	36
Arealtabell.....	37
4 ALTERNATIVSVURDERING.....	38
4.1 Spesielle dimensjonerende forutsetninger for det enkelte alternativet .....	38
Arealbehov .....	38
Ombygging .....	39
4.2 Alternative virksomhetsmodeller .....	39
4.3 Nullalternativet .....	39
4.4 Alternativ 01 .....	40
4.5 Alternativ 02 .....	42
4.6 Alternativ 03 .....	43
4.7 Alternativ 04 .....	47
4.8 Alternativ 05 .....	48
4.9 Alternativ 06 .....	49
4.10 Programkrav .....	51
4.11 Løsninger, illustrasjoner, modeller fra evt. Mulighetsstudier.....	51
4.12 Prosjektkostnad (mindre omfattende beregninger) .....	51
4.13 LCC-analyser (mindre omfattende beregninger) .....	51
4.14 Driftsøkonomiske analyser (mindre omfattende beregninger) .....	51
4.15 Kriterier for valg av alternativ .....	51
4.16 Rangering og vurdering av alternativene, anbefaling .....	53
5 ANBEFALT HOVEDALTERNATIV .....	54
5.1 Skisseprosjekt.....	54
5.2 Prosjektkostnad (Kalkyle) .....	60
5.3 Usikkerhetsanalyse.....	63
5.4 LCC-analyse .....	63
5.5 Økonomisk bæreevne (komplett ØLP-beregning) .....	63
5.6 Oppdatert finansieringsplan .....	64
5.7 Driftsøkonomiske analyser.....	65
5.8 Gevinstoversikt (klinikknivå).....	65
5.9 Konklusjon .....	65
6 PLAN FOR VIDERE ARBEID .....	68



## 1 SAMMENDRAG

Nyfødt intensiv ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) har over tid hatt behov for å få oppgradert sin virksomhet for å holde tritt med den medisinske faglige utviklingen. Avdelingen er en av 2 universitetsklinikker i Norge som i dag ikke tilbyr lokaler tilpasset nasjonal veileder for faget. Avdelingen er lokalisert i UNN Breivika B2.5. Dagens lokaler er for små og ikke tilrettelagt for dagens behandlingskrav, mål om familierom, god logistikk, arbeidsmiljøkrav og smittevern hensyn.

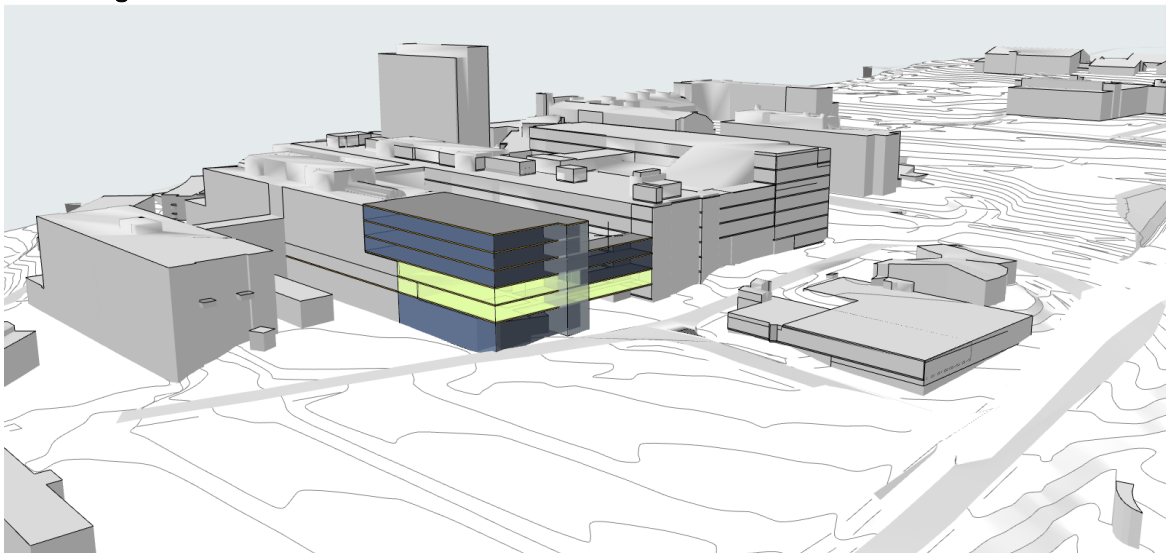
Formålet med konseptfasen er å få utredet mulighetene innenfor eksisterende lokaler i UNN (0-alternativ), alternativt i nye utvidede lokaler. Målet er å finne en god løsning for avdelingen, som gir tilstrekkelig areal for å ivareta nødvendige romfunksjoner og logistikk, og som også er fremtidsrettet.

Sykehusbygg har utarbeidet en rapport om framskriving av aktivitet og kapasitetsbehov innen nyfødtintensiv ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF til år 2035.

Det er videre valgt å følge overordnet konseptprogram for nyfødt intensivavdelinger generelt i landet med hensyn til romfunksjoner, med noen unntak for funksjoner som er tilgjengelig andre steder i UNN.

Konseptfaserapporten konkluderer med at flere bygningsmessige alternativer kan løse behovet, men den beste løsningen for nyfødt intensivavdeling er et nytt tilbygg i forlengelsen av C-fløya. En plassering av ei ny avdeling i området, vil gi avdelingen tilstrekkelig areal og romfunksjoner som er viktig for å sikre god logistikk og effektiv drift i tråd med overordnede føringer og krav.

### Anbefaling: Alternativ 03B:



Konseptrapporten dokumenterer valg av hovedalternativ og inkluderer økonomiske rammer for prosjektet.

Det er behov for et bygg på mellom 1700 og 2000 m<sup>2</sup> brutto.

Kostnadsrammen er beregnet til kroner ~ 329 500 000 inkl. usikkerhetsavsetning.

Foretakets omstillingsbehov er beregnet til 24 mill. kr årlig.



## 2 BAKGRUNN

### 2.1 Mandat for prosjektet

Nyfødt intensiv konseptfase

<b>Prosjekteier</b>	Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen
<b>Elements saksnummer</b>	
<b>Kostnadssted</b>	455080
<b>Prosjektnummer</b>	45666

### Dokumentstatus

Versjon	Dato	Utarbeidet av	Kommentarer
0.1	17.11.20	Birgitte Ryvoll	Første utkast

### Godkjenning

Versjon	Dato	Godkjent av	Kommentarer

PROSJEKTMANDAT	
<b>Prosjektnavn</b>	Nyfødt intensiv - konseptfase UNN
<b>Bestiller</b>	Administrerende direktør Anita Schumacher
<b>Prosjekteier</b>	Tor-Arne Hanssen Utbyggingssjef UNN
<b>Prosjektleder bygg</b>	Birgitte Ryvoll
<b>Prosjektleder OU</b>	
<b>Rapporterer til</b>	Styringsgruppe for prosjektet: Utbyggingssjef Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Klinikksjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken Drifts- og eiendomssjef Økonomisjef



<b>Budsjett</b>	500.000 kr
<b>Budsjett fullmakt</b>	PL B Ryvoll
<b>Bakgrunn</b>	<p>Prosjektet er forankret i vedtatt Arealplan – Breivika og løftet av administrerende direktør som et prioritert prosjekt.</p> <p>Nyfødt intensiv ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) har over tid hatt behov for å få oppgradert sin virksomhet for å holde tritt med den medisinske faglige utviklingen. Avdelingen er en av 2 universitetsklinikker i Norge som i dag ikke tilbyr lokaler tilpasset nasjonal veileder for faget.</p> <p>Avdelingen er lokalisert i UNN Breivika B2.5. Dagens lokaler er for små og ikke tilrettelagt for dagens behandlingskrav, mål om familierom, god logistikk, arbeidsmiljøkrav og smittevernhensyn.</p>
<b>Formål</b>	<p>Formålet med konseptfasen er å få utredet mulighetene innenfor eksisterende lokaler i UNN (0-alternativ), alternativt i nye utvidede lokaler (alternativ 1), eller i et nybygg (alternativ 2). Målet er å finne en god løsning for avdelingen, som gir tilstrekkelig areal for å ivareta nødvendige romfunksjoner og logistikk, og som også er fremtidsrettet. Løsningene som foreslås for avdelingen, skal være godt forankret i avdelingen og også opp mot brukere.</p> <p>Arbeidet skal resultere i en konseptfaserapport som redegjør for de 3 alternativene. I denne rapporten skal det også inkluderes skisser og kostnadsestimat på alternative løsninger. Rapporten skal videre ende opp med et hovedalternativ – som er det anbefales å gå videre med.</p> <p>I konseptfasen er det også viktig å få gjennomført et organisasjonsutviklingsprosjekt (OU) som avklarer driftsmodell, programareal og avhengigheter til andre funksjoner med nærhet til virksomheten. Organisasjonsutviklingsprosessen vil gå parallelt med konseptfasen og de videre fasene.</p> <p>Konseptrapporten skal legges frem for styret i Helse Nord, som grunnlag for søknad om bevilgning, og som grunnlag for videre arbeider med skisseprosjekt, forprosjekt og til slutt gjennomføring i de neste fasene, dersom konseptet og løsningen aksepteres videreført.</p>
<b>Prosjektets leveranser</b>	<p>Styringsdokument for prosjektet</p> <p>Prosjektplan for gjennomføring</p> <p>Utarbeidet hovedprogram for virksomheten</p> <p>Alternativsvurderinger for mulige løsninger</p> <p>Anbefaling av løsning med økonomisk konsekvens og bærekraftsanalyse</p> <p>Mandat for forprosjektfase</p>





<b>Tidsfrist</b>	Fristen for å konseptfasen og endelig konseptrapport settes til 15. april 2021. Målsettingen er å nå tiden for å få saken opp til behandling i Helse Nord's behandling av økonomisk langtidsplan i styremøtet i juni 2021.
<b>Forventede gevinster</b>	Sikre riktig kapasitet i forhold til regionale behov. Forbedret mulighet for å ivareta barn og familier i tråd med nasjonale retningslinjer. Effektivisere arbeidsprosesser Forbedret arbeidsmiljø
<b>Rapportering</b>	Prosjektleder skal utarbeide en prosjektlederrapport til styringsgruppa for prosjektet hver måned, om status i prosjektet. Rapporten oversendes styringsgruppen senest 2 dager etter månedsslutt. Det avholdes jevnlig møter i styringsgruppen for prosjektet, minimum annen hver måned, for å kunne gjøre viktige overordnede avklaringer og beslutninger.
<b>Avgrensning:</b>	Prosjektet skal isolert sett ivareta behovene til nyfødt intensiv. Prosjektet kan ha relasjon til utredning omkring helikopterlandingsplass, som vil pågå i samme periode i regi av Sykehusbygg HF på bestilling av det nasjonale NAW SAR prosjektet. Prosjektet kan ha relasjon til pågående prosjekt som ser på løsning for flykoordineringssentralen og AMK lokalisert i B5. Prosjektet skal ikke ivareta løsning for andre enheter i omkringliggende arealer i B5.
<b>Referanser</b>	Konseptprogram nyfødt intensiv (under utarbeiding av Sykehusbygg HF). Framskrivning av virksomheten i UNN HF.
<b>Partnere/ interessenter</b>	Diagnostisk klinikk, Akuttmedisinsk klinikk, Operasjon og intensivklinikken, brukerorganisasjoner, Drifts- og eiendomssenteret, Helse Nord IKT, Sykehusapoteket Nord, Luftambulansetjenesten HF

## 2.2 Prosjektutløsende faktorer

De prosjektutløsende faktorene er i hovedsak knyttet til at dagens nyfødtintensiv har utdaterte lokaler, og tilfredsstillende ikke dagens krav eller nasjonale føringer for ei slik avdeling.

Nyfødt intensiv mangler i grove trekk:

- Tilstrekkelig areal og romfunksjoner for å utøve virksomheten, inkludert slik at foreldre i stor grad skal kunne delta i behandlingen av sine nyfødt intensive barn.
- Rom tilrettelagt for hvert enkelt barn/tvillinger med foreldredel – enerom m/separat familiedel. Nasjonale føringer angir at kritiske syke nyfødte har rett til å ha begge foreldre sammen med seg under sykehusoppholdet. Det må derfor legges til rette for det.



- Familierettede funksjoner
- Tilrettelagte lokaler for å drifte i tråd med dagens krav, inkludert å kunne ivareta smittevern og konfidensialitet.
- Tilgang til dagslys og utsyn
- Kontorfasiliteter
- Pauserom
- Rom for simulering og undervisning
- Mer og større støtterom
- Egnet logistikk for å ivareta person- og vareflyt på en god måte, med tanke på å sikre ro og unødig støy og skjerming i pasientrom.

### 2.3 Mål, strategier og rammer nedfelt i utviklingsplanen

Strategisk utviklingsplan for Barne- og ungdomsklinikken 2015-2025, og arealplan av 2017 ligger til grunn for prosjektet. De vurderingene som er gjort i grunnlagsdokumentene er lagt til grunn for videre arbeid.

Strategisk utviklingsplan for Barne- og ungdomsklinikken 2015-2025, her sitert:

*«Barne- og ungdomsklinikken ønsker en kontinuerlig forbedring av våre tjenester til det beste for våre pasienter, deres familier og våre samarbeidspartnere. Klinikken skal være en attraktiv og utviklende arbeidsplass og læringsarena for medarbeidere og studenter. Vi skal tilstrebe forskning på et internasjonalt nivå. I dette inngår også nyfødt medisin.*

*Nyfødtmedisin har i økende grad utviklet seg til å bli mer familieorientert, og det er behov for flere enerom slik at foreldre kan bo sammen med sine barn, i takt med fagets utvikling.*

*Klinikken skal systematisk ta i bruk pasienter og pårørendes kompetanse og erfaring for å øke kvaliteten på tjenestene. Pasient og pårørende skal være aktive deltakere i behandlingen og UNN v/nyfødtavdelingen skal bidra til å sette dem i stand til det.*

*Det er behov for bedre teknologiske løsninger for samarbeid med kommunene og behandling av pasienter i form av tilpassede lokaler og utstyr.*

*Klinikkens prioriteringer skal basere seg på nasjonale retningslinjer som gjelder for prioritering i spesialisthelsetjenesten og analyser av forbruksrater i barne- og ungdomspopulasjonen.*

*Ny teknologi åpner muligheten for nye behandlingsmetoder og opplæring av personell internt i foretaket og mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Økt bruk av teknologi kan føre til bedre og tryggere behandling for våre pasienter til en redusert kostnad.*

*Det skal tas i bruk telemedisin mellom foretak, ulike behandlingsnivåer og mellom behandlere og pasient/foreldre i felles konsultasjoner, veiledning under prosedyrer, felles undervisning og kunnskapsutveksling. De skal delta i utviklingen av og forskning på ulike teknologiske løsninger i samarbeid med NST, samt implementering av nye metoder ved god opplæring.*



*I forhold til den enkelte pasient vil det tas i bruk ulike teknologiske hjelpemidler – inklusiv bruk av ulike “apper” og annen datateknologi i oppfølging og “overvåkning” av ulike kronikergrupper.*

*Videreutvikle samarbeid i Norsk Nyfødt medisinsk kvalitetsregister, både innen forskning og kvalitetssikring.*

*Prioritere arbeid med familiesentrert nyfødtmedisin.*

*Være tilgjengelig med legetjenester i akuttmottak for barn og unge.*

*Videreutvikle og legge til rette for en familieorientert nyfødtmedisin i tråd med moderne forskning og nasjonale føringer.»*

**Gjeldende arealplan av 2017, vurderinger rundt nyfødtintensiv – 3 alternativer, her sitert:**

*«Mulighetsstudier viser at det er mulig å utvide observasjonsposten i B3-5, men det forutsetter flytting av andre funksjoner for nyfødtintensiv og/ medisinteknisk.*

*Det er enighet om at Nyfødt intensiv har behov for nye, tidsriktige arealer. Dette er vist mulig på samme plan, men vil kreve påbygg. Flytting av nyfødt intensiv vil gi rom for etablering av korttidspost på sikt sammen med Observasjonsposten, og derved tilrettelegge for et bedre forløp for lokalsykehuspasienten. Det er nødvendig med en helhetlig vurdering av dette området.*

*I arealplanen er det også vist til at i overordnet utviklingsplan har UNN en strategi, der sykehusene gradvis skal bygges om i retning 100% ensengsrom. Dette i tråd med nasjonale og internasjonale anbefalinger spesielt med tanke på smittevern, konfidensialitet, fleksibilitet, kapasitetsutnyttelse og pasienthensyn.*

*Utvidelse og endret modell for nyfødtintensiv er en prioritert funksjon i fase 2 i arealplanen. Dvs. i 2019-2022, og planlegging bør startes i fase 1, dvs. i 2018 – vår 2019.*

Videre står det:

*Utvidelse av Nyfødtintensiv – endring i virksomhetsmodell*

*Dagens situasjon for de aller minste og kritisk syke er verken framtidsrettet eller i henhold til smittevern. Kuvøser står så tett, at det er stor fare for kryss-smitte, og god ivaretagelse av foreldre barn kontakt er krevende.*

*Det er nødvendig med et utviklingsprosjekt hvor avdeling Nyfødtintensiv får mulighet til å utvikle ny virksomhetsmodell. Endret driftsmodell skal ende opp i et romprogram, som vil være dimensjonerende for en ny avdeling. Erfaringstall fra andre, moderne nyfødtintensivheter estimerer et arealbehov på 600-1000 m2 netto. Nyfødtintensiv har uttrykt størst nærhetsbehov til Føden og akuttaksen.*

*Arkitekt har vist til flere alternative utvidelsesmuligheter for nyfødtintensiv.*

### **Alternativ 1: Utvidelse inn i B2-5**

*Grønt – eksisterende*

*Rødt – utvidelse*



Alt.1 viser utvidelse inn i B2-5, dvs. inn i eksisterende akuttmottak.

Dette vurderes som lite realistisk, da Akuttmottakets beliggenhet er førende for akuttaksen og andre funksjoner med tilknytning til akuttaksen. Dessuten har det blitt investert i nye traumerom og CT m.m. for akuttmottaket i fbm A-fløya prosjektet.

### Vurdering:

Prosjekteringsgruppen vurderer dette alternativet som lite realistisk. Akuttaksen med sine funksjoner er lagt iht. akuttmottaket. Investeringer i oppgradering av akuttmottaket med to traumerom og en traume CT gjør at dette alternativet **ikke anbefales**.

### Alternativ 2: Flytting til C2-5

Rødt viser flytting av alt areal til C2-5.



Alternativ 2 innebærer flytting av hele funksjonen til C2-5.

Konsekvens: Barsel og Føde poliklinikk må flyttes. Fødestuer består. Ny nyfødtintensiv vil utgjøre ca 660 m<sup>2</sup>.

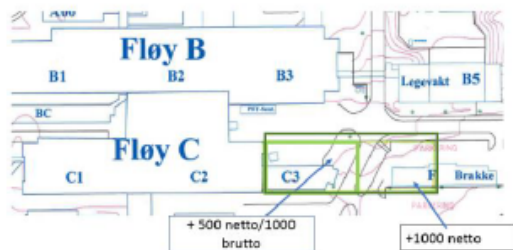
### Vurdering:

Alternativet vurderes som godt under forutsetning av at man finner nærliggende areal til Barsel og Føde poliklinikk.

### Alternativ 3: Påbygg C3



### Påbygg på C3



Alternativ 3 kreve ytterligere utredning. Det må vurderes konsekvenser for

- fløy C3-4 brystdiagnostisk senter i etasjen under
- fundamentering
- eksisterende vei og brakke
- andre funksjoner i etasjene over/under tilbygget
- logistikk/ mulighet for "nøytral" adkomst i en så lang fløy
- behov for nye tverrforbindelser?

For å kunne vurdere realismen i dette, må det skisses mer.

### Vurdering:

Arealbehovet til en ny driftsmodell for nyfødtintensiv tilsier at det er behov for påbygg. Svaret på programareal vil en ikke få før etter at utviklingsprosjekt er ferdig. Det anbefales at Utviklingsprosjekt for nyfødtintensiv starter høsten 2017. Det er viktig å få avklart driftsmodell, programareal og avhengigheter til andre funksjoner med nærhet til Føden.

Dersom alternativ 3 velges er det mulig å bygge ut over Brystsenteret, men da i byggets fulle bredde.

Dersom dette alternativet velges, er det mulig å bygge over Brystsenteret, men da i byggets fulle bredde. Utvidelse ut over 700 m<sup>2</sup> brutto (ca. 400 netto) vil medføre konflikt med helikopterlandingsplass. Dette vil kunne gi ca. 400 m<sup>2</sup> netto areal påbygg. Det burde være mulig å innplassere en ny nyfødtintensiv i tillegg til å beholde fødestuer og noen barselsenger.

Dette alternativet krever grundigere utredning.

Prosjektgruppen anbefaler at det igangsettes et Utviklingsprosjekt med kartlegging av pasientforløp og arbeidsprosesser som grunnlag for en ny nyfødt intensiv fra høsten 2017. Det er viktig å få avklart driftsmodell, programareal og avhengigheter til andre funksjoner med nærhet til Føden før plassering kan besluttes.

Høring: Ingen innsigelser»

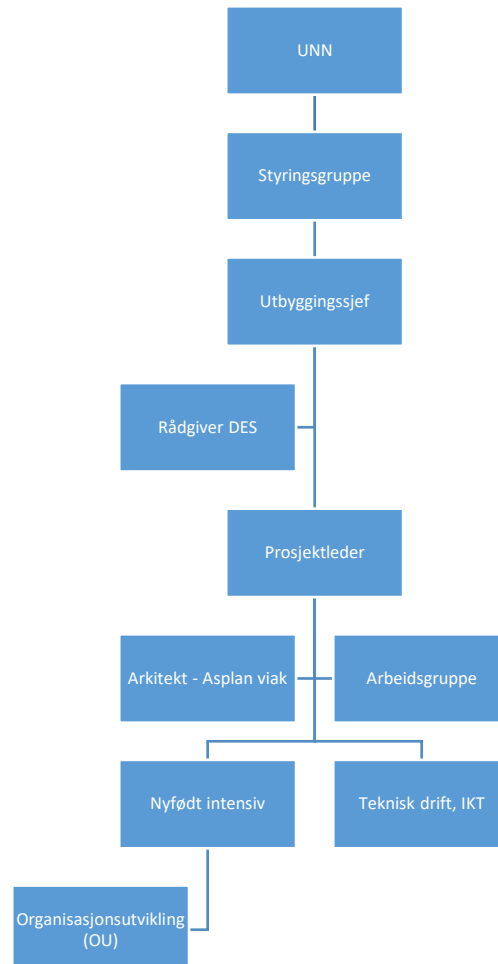
Sitat slutt.

Konklusjonen fra denne fasen peker på alternativ 3 – påbygg på C3 som det foretrukne alternativet.



## 2.4 Rammer og organisering av arbeidet med konseptfasen

Prosjektet har vært organisert som følger:



Det har vært etablert ei Arbeidsgruppe, hvor avdelingen, prosjektledelse, arkitekt og klinisk rådgiver har vært representert, som har fulgt arbeidet, og hatt jevnlige arbeidsmøter. Det er innleid ekstern arkitekt som har bidratt i konseptfasen og til konseptrapporten. Teknisk drift og IKT har bidratt inn ved behov ift. tekniske drøftinger.

Parallelt med konseptfasen har nyfødt intensiv startet arbeidet med **organisasjonsutviklingsprosessen, OU**, i avdelingen. Tilbakemeldingen fra avdelingen er følgende:

*«I forbindelse med Konseptfase Nyfødt Intensiv er det startet et OU-arbeid. Dette ble initiert av kliniksjeff Elin Gullhav, og videreført i samarbeid med avdelingsledelsen på Nyfødt Intensiv. Fra høsten 2021 vil kliniksjeff Marianne Nordhov holde i dette. Man har hatt grundige diskusjoner i personalgruppen om driftsmodellen. Vi har hatt medarbeidere/sykepleiere som har hospitert/besøkt to ulike norske nyfødtavdelinger som har familierom for sine pasienter (Drammen og St. Olavs hospital). Det vil være sykepleierne sin arbeidshverdag som blir mest «berørt» i overgangen fra arbeid i «utdaterte» store åpne arealer og til moderne «familie-enerom». En slik endret driftsmodell vil*



*imidlertid være fullstendig i tråd med det som gjennomføres på alle norske nyfødtavdelinger som i dag bygger nye avdelinger med familierom. Å bygge på en annen måte er ikke i tråd med anbefalinger nasjonalt/internasjonalt. I personalmøte er hele arbeidsgruppen orientert om planer for ny avdeling inkl. at det vil medføre nye måter å arbeide på. Familiesentrert arbeidsmetodikk er vi allerede godt kjent med i avdelingen da dette er vår «arbeidsfilosofi», men våre nåværende lokaler er ikke godt egnet for å jobbe slik vi ønsker med denne metoden. Vi har også flere sykepleiere som har startet forbedringsutdanning der arbeid i en familiesentrert avdeling med enerom er fokus for arbeidet.»*

*Avdelingen er i startfasen på en organisasjonsutviklingsprosess. Man skal gradvis over i en annen driftsmodell som krever at personalet samhandler og organiserer sin arbeidshverdag sammenlignet med hvordan man arbeider i dagens lokaliteter.*

*Det er startet et forbedringsprosjekt som skal involvere foreldrene mer i pleien av barnet sitt som om de var sammen med barnet kontinuerlig gjennom hele oppholdet. For å kunne måle dagens tilstedeværelse og ønsket tilstedeværelse har man satt i gang en undersøkelse som skal kunne måle tilstedeværelse. Dette vil man gjøre før man setter i gang tiltak og etter en tid etter at tiltak er satt i gang.*

*Personalet ved avdelingen arbeider på tvers av faggruppene for å forbedre hvordan vi utfører visitt i avdelingen. Det har vært gjennomført arbeidsdager der det har kommet konkrete forslag til hvordan man ønsker å gjennomføre visitt for at den skal kunne involvere visitt i fremtiden.*

*I dagens lokaler er vi forhindret på grunn av taushetsplikt fra å gjøre dette på samme måte som om hver pasient hadde enerom. Tverrfaglig skal man finne en modell som gjør at foreldrene er naturlig involvert i visitt rundt sitt barn.*

OU-prosessen, som gjøres i regi av avdelingen, skal sikre medvirkning og at det planlegges i forhold til det faglige, for å drifte avdelingen og vurdere konsekvensene, når det blir overgang til enefamilierom og større avdeling. OU-prosessen vil blant annet avklare driftsmodell. Her kjenner man virksomheten godt, og det er en godt etablert modell det jobbes etter. Det forefinnes også en nasjonal veileder for en slik virksomhet, og en av avdelingens leger har sittet som UNN-representant i Sykehusbygg sitt konseptprogram for nyfødtintensivavdelinger. I tillegg foreligger det en byggveileder, utgitt av Sykehusbygg, som er førende. Avdelingen jobber videre med OU-prosessen, og vil gå dypere inn i denne prosessen når plasseringen er konkretisert og videre under forprosjekt og gjennomføringsfasen.

## 2.5 Metode og datagrunnlag

I konseptfasen har vi støttet oss til tidligfaseveilederen for sykehusbygg, og til den overordnede konseptfaserapporten for nye nyfødt intensivavdelinger generelt i landet, begge utarbeidet og utgitt av Sykehusbygg HF. Nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet har vært førende. I tillegg har Sykehusbygg utarbeidet en rapport om framskriving for nyfødt intensiv, som har vært førende for dimensjonering.

Overordnet mandat for prosjektet har vært styrende, og understøttet av rapporter som Arealplan Breivika av 2017 og Barne- og ungdomsklinikken sin utviklingsplan for 2015-2025.



## 2.6 Status dagens virksomhet og bygg

### Funksjon:

Nyfødt intensiv utfører både tung intensivmedisinsk behandling av livstruende syke nyfødte, og behandling eller utredning av mindre alvorlige syke nyfødte. Funksjonsområdet er omtalt nærmere under punkt 3.2 Funksjon.

### Bemanning:

Nyfødt intensiv har 44 ansatte totalt, med en samtidighet som varierer fra 9-10-5 ansatte i løpet av døgnet (dag-kveld- og nattevakter), og noe mindre i helger (6-5-5).

### Kapasitet:

Avdelingen har kapasitet til innleggelse av 15 barn i alder 0-2 måneder. Kapasiteten for intensivbehandling av de aller sykeste nyfødte/premature er avhengig av nok kvalifisert personell.

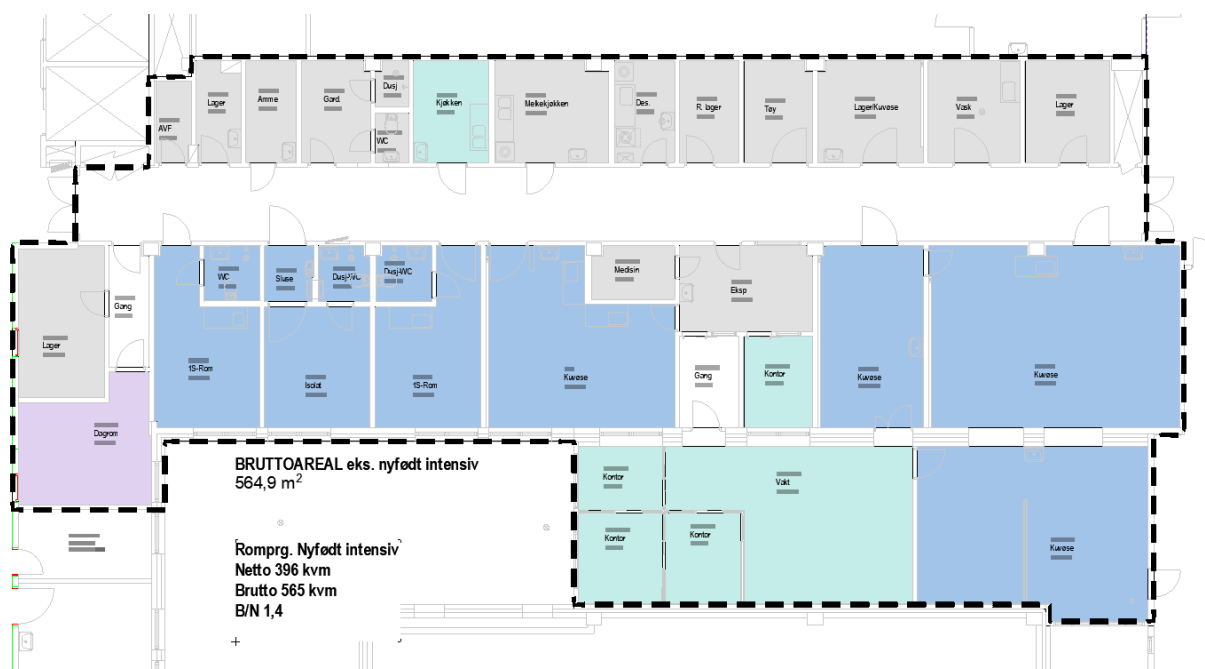
### Lokaler:

Avdelingen er plassert midt i B-fløya og har et areal på 396 m<sup>2</sup>.

Eksisterende lokaler er ikke tilpasset dagens krav, og avdelingen har et **prekært behov** for mer areal og flere og mer funksjonelle romfunksjoner, for å drifte avdelingen på en god måte. Lokalisering midt i bygget, gjør at avdelingen har begrenset tilgang til dagslys og utsyn.

Avdelingen har 2 ensengsrom, 1 isolat og tre kuvøserom med plass fra 2-5 barn (54, 56 og 58). For øvrig er det ekspedisjon, tre åpne kontorer delt av med glassvegger, et vaktrom som også fungerer som pause-/spiserom og kontorarbeidsplasser. I tillegg har avdelingen støtterom som medisinrom, diverse lager, kjøkken, melkekjøkken, garderobe, personaltoalett, vaskerom, dagrom osv. Pga. for lite lagerkapasitet må utstyr lagres i gangen. Avdelingen mangler møterom, stillerom, samtalerom og rom for trening/simulering, samt toalett for pårørende. Se tegning under, for nærmere info om romfunksjoner, fordeling og areal.





### Driftsform:

Avdelingen har i rundt 20 år arbeidet etter en **familiesentrert modell**. Dette på bakgrunn av viktig forskning som har utgått fra nyfødt intensivavdelingen i Tromsø. Dette betyr at man tilstreber at foreldre/foresatte skal være tilstede og delta i omsorg og pleie av sine barn i store deler av - /hele døgnet. Dette er svært krevende pga. trange romforhold der foreldrene ikke kan bo sammen med barnet sitt.

### Status pr dato:

Samlet sett gjelder følgende for nåværende nyfødt intensivavdelingen i Tromsø:

- **Familiesentrert omsorg** kan ikke tilbys fordi det mangler egnede familierom. Dette bryter med forventningene til nyfødt intensivbehandling i 2021.
- **Barns rettigheter til å ha foreldre hos seg** i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven og FNs barnekonvensjon kan ikke ivaretas.
- **Hygiene og smittevern** er utfordrende å ivareta på en forsvarlig måte, spesielt ved et smitteutbrudd eller pandemi.
- **Personvern / konfidensialitet** svekkes pga. trange forhold som betyr at under visitt og pleie kan uvedkommende foreldre høre hva som blir sagt om andre barn.

### Tidligere vurderinger:

I UNN sin arealplan for Breivika fra 2017 ble alle disse punktene kommentert. Det ble i denne arealplanen fra 2017 påpekt at:



«Nyfødtintensiv trenger tidsriktige funksjonelle arealer som tar vare på hele familien og som tilfredsstiller krav til smittevern» (side 4).

Videre ble det i samme arealplan (side 51-52) konkludert med at det var «behov for påbygg». I senere dialog med sykehusledelsen er det konkludert med at flytting innen eksisterende, men lite funksjonelle, arealer ikke vil være en god løsning.

**Konklusjonen var at å bygge en helt ny og moderne avdeling vil være den beste løsningen.**

## 2.7 Framskrevet dimensjoneringsgrunnlag

Sykehusbygg har bistått prosjektet med å utarbeide en rapport om framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov innen nyfødtintensiv ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF til år 2035. Utdrag fra rapporten siteres under:

*«Følgende tre datakilder for framskrivning av aktivitet innen nyfødt intensiv er benyttet:*

*Lokale data levert fra Helse Nord RHF for UNN HF Tromsø for årene 2018-2020*

*Data fra NPR for året 2019*

*Data fra NNK sin årsrapport for året 2019*

*Sykehusbygg HF har brukt aktivitetsdata mottatt fra Helse Nord RHF som det primære datagrunnlaget, som utgangspunkt for framskrivning av aktivitet og beregning av framtidig kapasitetsbehov. De to andre datakildene er brukt som supplerende kilder for beregning av aktivitet og framtidig kapasitetsbehov. Data fra NNK er beregnet på overordnet nivå, hvor den demografiske endringen i prosent er lagt til den registrerte aktiviteten for året 2019 i årsrapporten fra NNK. Data fra NPR eller lokale data levert av Helse Nord RHF for UNN HF Tromsø, er bearbeidet og beregnet på individnivå.*

*Modellen for fremskrivninger av aktivitet og kapasitetsbehov bygger på en modell som ble utviklet av Kompetansenettverket for sykehusbygging, et samarbeid mellom de regionale helseforetakene (RHF-ene), Helsedirektoratet og SINTEF.*

*Resultater fra beregninger basert på data fra årsrapporten i NNK i 2019, viser at det er behov for mellom 26 og 31 plasser for nyfødtintensiv og overvåking, for UNN HF Tromsø, NHLS HF Bodø og Hammerfest sykehus samlet, avhengig av beleggprosent og framskrivningsår, se tabell 1.*



Tabell 1 Beregnet antall nyfødt intensiv og overvåkningsplasser basert på data fra NNK rapporten fra 2019. Kapasitetstall er avrundet oppover

Beregning av antall plasser basert på data fra NNK rapport fra 2019					
Belleggsprosent	År	2025	2030	2035	2040
	Lokasjon				
75 %	UNN	12	13	13	13
	Bodø	11	12	12	12
	Hammerfest	3	3	3	3
	<b>Sum antall plasser</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>
70 %	UNN	13	14	14	14
	Bodø	12	12	13	12
	Hammerfest	3	3	3	3
	<b>Sum antall plasser</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>29</b>
65 %	UNN	14	15	15	15
	Bodø	13	13	14	13
	Hammerfest	3	3	3	3
	<b>Sum antall plasser</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>31</b>

Resultatene i tabellen over baseres på beregninger utarbeidet på et overordnet nivå, hvor de demografiske endringene i regionen i form av prosent, ble lagt til aktiviteten som var registrert i NNK sin årsrapport fra 2019. Framskrivningen og kapasitetsberegningen i dette tilfellet er ikke basert på individnivå, og resultatene kan avvike noe fra framskrivinger basert på lokale sykehusdata fra UNNH Tromsø og de som er registrert i data fra NPR.

Framskrivning basert på data fra NPR i 2019, viser at det er behov for mellom 23 til 28 plasser for nyfødtintensiv og overvåking, avhengig av belleggsprosent og framskrivningsår, se tabell 2.

Tabell 2 Beregnet antall nyfødt intensiv og overvåkningsplasser basert på data fra NPR, år 2019. Kapasitetstall er avrundet oppover

Beregning av antall plasser basert på data fra NPR år 2019					
Belleggsprosent	År	2025	2030	2035	2040
	Lokasjon				
75 %	UNN	12	13	13	13
	Bodø	8	8	8	8
	Hammerfest	3	3	3	3
	<b>Sum antall plasser</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>
70 %	UNN	13	13	14	14
	Bodø	9	9	9	9
	Hammerfest	3	3	3	3
	<b>Sum antall plasser</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>26</b>
65 %	UNN	14	14	15	15
	Bodø	9	9	10	10
	Hammerfest	3	3	3	3
	<b>Sum antall plasser</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>28</b>

I framskrivningen basert på data i 2019 fra NPR, ble følgende seleksjonskriterier benyttet:



Alder: fra 0 til 62 dager

Hoveddiagnosegruppe 15: Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden

Ekskludert DRG 391 (friske nyfødte);

Inkludert DRG 385A, 385B, 385C, 386N, 387N, 388A, 388B, 388C, 389A, 389B, 389C og opphold under DRG 390 hvis den var registrert under fagenhet nyfødt/nyfødtintensiv (Se oversikt tabell, under)

Oversikt over DRG inkludert i aktivitet fra NPR.

HDG	DRG	DRG-navn
15	385A	Nyfødt, døde 0-2 d. gml eller overf. til annen inst. 0-5 d. etter fødsel
15	385B	Oppfølging av neonatalproblemer eller forsinket neonatalproblem, fødselsvekt over 1000 g
15	385C	Oppfølging av nyfødte med fødselsvekt under 1000 g
15	386N	Nyfødt, fødselsvekt under 1000 g
15	387N	Nyfødt, fødselsvekt 1000-1499 g
15	388A	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499g eller annen immaturitet, med multiple problemer
15	388B	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499g eller annen immaturitet, uten multiple problemer
15	388C	Alvorlig respirasjonsproblem hos nyfødt med lav fødselsvekt (<2500g)
15	389A	Nyfødt, fødselsvekt 1500 g eller mer, med større operasjon
15	389B	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med multiple problemer
15	389C	Alvorlig respirasjonsproblem hos nyfødt uten lav fødselsvekt (>2499g)
15	390	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem

Behandlingssted: Tromsø somatikk, Hammerfest somatikk, Bodø somatikk.

Beregninger basert på lokale data Sykehusbygg HF har mottatt fra Helse Nord RHF fra 2019, viser at UNN HF Tromsø har et behov for mellom 12 og 14 plasser for nyfødtintensiv og overvåking, avhengig av beleggsprosent og framskrivingsår, se tabell 3.

Tabell 3 Beregnet antall nyfødt intensiv og overvåkningsplasser basert på data fra UNN HF, Tromsø, år 2019. Kapasitetstall er avrundet oppover

Beregning av antall plasser basert på data fra sykehus fra 2019					
Belleggsprosent	År	2025	2030	2035	2040
		<b>Lokasjon</b>			
75 %	UNN	12	12	13	12
	Bodø				
	Hammerfest				
	<b>Sum antall plasser</b>				
70 %	UNN	12	13	13	13
	Bodø				
	Hammerfest				
	<b>Sum antall plasser</b>				
65 %	UNN	13	14	14	14
	Bodø				
	Hammerfest				
	<b>Sum antall plasser</b>				

Resultatene som er vist i tabellene over er ikke korrigert med tanke på forbruk, samt gjennomsnittsraten for andelen innleggelses på nyfødtintensiv eller overvåking fra egen føde- eller



barselavdelingen. I kapasitetsberegningen er det kun lagt til grunn de demografiske endringer i perioden fra 2025 til 2040, samt ulike beleggsprosjenter,

Lokale data fra nyfødt intensiv på UNN HF Tromsø viser at beleggsprosjenten i gjennomsnitt er lavere enn i tabellene over og er på omtrent 53% (beregnet beleggsprosjent i løpet av uke) Legger man dette til grunn for beregning av kapasitetsbehovet for nyfødtintensiv, vil behovet øke til 16 plasser i 2025 og 17 plasser for årene 2030 til 2040.

Sykehusbygg HF har ikke lokale data over aktivitetstall for de øvrige lokasjonene, og er grunnen til at det er manglende tall i tabell 3.

Vurderingene fra spesialister innen nyfødtmedisin viser at beregningene basert på data fra NPR er mer realistiske, og det vil være behov for omtrent 13 til 14 plasser ved nyfødtintensiv ved UNN HF i Tromsø i 2035» Sitat slutt.

## 3 HOVEDPROGRAM

### 3.1 Innledning

#### Bakgrunn, hensikt og prosess

Bakgrunnen for prosjektet er at Nyfødt intensiv over tid har hatt et behov å få oppgradert sin virksomhet for å holde tritt med den medisinske faglige utviklingen. Avdelingen er en av 2 universitetsklinikker i Norge som i dag ikke tilbyr lokaler tilpasset nasjonal veileder for faget. Eksisterende lokaler er for små og ikke tilrettelagt for dagens behandlingskrav med mål om enefamilierom, god logistikk, arbeidsmiljøkrav og smittevernhensyn.

Avdelingen og behovet er omtalt både i avdelingens strategiske utviklingsplan for Barne- og ungdomsklinikken 2015-2025, og arealplan av 2017. I sist nevnte ble det anbefalt å starte planlegging av ny nyfødt intensiv allerede i 2018 – vår 2019.

Konseptfasen startet opp i 2020. På grunn av kapasitetsutfordringer og koronarestriksjoner, har arbeidet med konseptfasen og prosessen tatt lenger tid enn opprinnelig planlagt.

Hensikten med konseptfasen har vært å se på ulike muligheter for ny avdeling innenfor eksisterende bygningsmasse, utvidede arealer eller som nybygg. Denne konseptrapporten redegjør nærmere for ulike alternativene og vurderingene som er gjort. Hvilke vurderingskriterier som er lagt til grunn osv.

Underveis i prosessen, har man også sett til andre nyfødt intensiv avdelinger i landet. Arbeidsgruppa i prosjektet har vært studietur til tilsvarende avdelinger i Trondheim og Bodø, for å se på deres avdelinger og høste deres erfaringer, både positive og negative. I tillegg har vi hatt tegningsgrunnlag fra andre avdelinger, for å se på planløsninger og hvordan de ulike stedene har løst arealbruk, romfunksjoner osv.



## 3.2 Funksjon

### Dagens virksomhet (virksomhetsmodell og dimensjonering)

Nyfødt intensiv er en spesialavdeling for barn som er født for tidlig og barn som av ulike årsaker trenger overvåking eller behandling rett etter fødselen.

Nyfødt intensiv tar imot barn fra hele Nord-Norge, men hovedsakelig fra Troms og Finnmark. Nyfødt intensiv har regionsfunksjon for premature født før svangerskapsuke 26 i hele Nord Norge. Den er klassifisert som en **høyintensivavdeling (3c-avdeling)** som innebærer at man behandler kritisk syke nyfødte til termin og alle premature født ned til uke 23. Kategori 3c-avdelinger er bemannet med høykompetent personell og skal ha medisinteknisk utstyr til enhver høyintensiv behandling av nyfødte barn til termin og alle grupper premature barn. Unntak er behandling som kun gjøres ved flerregionale/nasjonale behandlingssentre (barnekirurgi og kirurgisk behandling av medfødte hjertefeil). Barn som hører hjemme i Finnmark og Nordland tilbakeføres til sykehuset i Hammerfest og Nordlandssykehuset, først når det er medisins forsvarlig.

I dag er det plass til 15 barn – 8 intensivplasser og 7 for barn med mindre behov for overvåking. Fordelingen av pasienter varierer litt over ukene og året.

Avdelingen ved UNN har generelt gode resultater og var tidlig ute med å involvere foreldre i behandling av deres egne barn. På det siste området ligger man nå etter i utviklingen på grunn av trange og umoderne lokaler. Avdelingen ligger i dag midt i B-fløya, B2- plan 5, og disponerer i underkant av 400 m<sup>2</sup>. Lokalene er små og lite hensiktsmessig utformet, i forhold til reelt behov. Barna ligger hovedsakelig i flersengsrom («stuer»), som ikke er tilrettelagt for foreldre. Manglende enerom gjør at man ikke kan tilby foreldre å bo sammen med barna sine, noe de har krav på etter pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2, og etter FNs barnekonvensjon.

Det er dårlige dagslys- og utsiktsforhold i avdelingen. Dette er uheldig spesielt i forbindelse med langvarige innleggelse.

### Framtidig virksomhet

Framtidig virksomhet og planleggingen av denne skal ivareta nasjonale føringer og krav, og svare på avdelingens og regionens utviklingsplaner. Det er utarbeidet et utkast til konseptprogram for Nyfødt Intensiv avdelinger i Norge i et arbeid gjort av Sykehusbygg, og en viser til detaljer i dette.

Avdelingen skal ivareta moderne behandlingsprinsipper med **organisering av pasientrom som familieenheter med fokus på familiesentrert behandling**. Barnets behov må prioriteres og foreldre er en viktig del av behandlingsteamet. Et godt resultat betinger at foreldrene får nødvendig støtte, opplæring og oppfølging gjennom sykehusoppholdet.

#### Pasientrom nyfødt intensiv:

Det er en målsetting at alle nye nyfødtavdelinger i Norge skal ha enefamilierom. Disse deles opp i 2 soner der foreldrene kan bo og sove i en «foreldresone» som omfatter soverom og bad (WC og dusj), mens behandling av barnet foregår i en «pasientsone», der det naturligvis også er plass til foreldre. Foreldre kan være sammen med barnet og følge opp barnet under behandlingen gjennom hele



døgnet. Premature og syke nyfødte er en særlig sårbar gruppe. God behandlingskvalitet er avhengig av sammensatt, høykompetent arbeid ovenfor barnet og foreldre. Med enerom (også betegnet senere som familierom) vil det bli lettere for ansatte å gi individuell oppfølging av hvert enkelt barn og foreldre/foresatt på en god måte. Individuell oppfølging er i dag er svært utfordrende når mange barn og foreldre er samlet på samme rom/stue. Enerom gir mulighet for ro og stabilitet rundt barnet. Det er viktig at foreldre og barn får være sammen mest mulig uforstyrret. Barnet har behov for å kunne ha foreldrene rundt seg til enhver tid. Også foreldre har behov for å være nært barna, av hensyn til å ha omsorg og å kunne føle trygghet, ha kontroll, delta i behandling osv.

Det legges til rette for at barnet i størst mulig grad får ha kroppskontakt med foreldre. Dette gir mulighet for familiesentrert omsorg som anbefales av norske helsemyndigheter. Smittevern og konfidensialitet kan også ivaretas på en god måte.

Kunnskapscenteret har gjort en mini-metodevurdering og finner at nyfødtafdelinger med familierom/enerom har redusert liggetid for pasientene, barna kommer raskere opp i full ernæring, de har færre pustepauser og færre infeksjoner. Andre studier har vist at nyfødte som behandles i avdelinger med familierom har mindre lungesykdom og foreldre som kan være nær barnet sitt i avdelinger med familierom har mindre depresjon, stress og bekymring enn foreldre som er innlagt på avdelinger der mange barn ligger på store «stuer».

#### **Øvrige rombehov:**

Avdelingen må suppleres med undervisningsrom, møterom og lager.

Avdelingen har som en regional avdeling, mye møtevirksomhet, undervisning, simuleringsvirksomhet og utstrakt videokontakt både i oppfølging av pårørende og i akutte situasjoner ved andre avdelinger i regionen med behov for kuvøsetransport.

#### **Organisering og utforming av avdelingen:**

I ny avdeling må rom og funksjoner organiseres på en måte som ivaretar nødvendige behov hos pasienter, foreldre og ansatte. Der er svært viktig at man tar hensyn til lys og lydforhold da nyfødte er særlig sensitive i forhold til dette.

Lyd- og lysmiljø må ivaretas både gjennom riktig material- og utstyrsvalg og i måten avdelingen driftes på, slik at barna får optimale utviklings- og vekstvilkår. Lysforhold er også av stor betydning for de ansattes arbeidshverdag.

## **Prinsipper for person- og vareflyt**

Det kreves god logistikk for person- og vareflyt i avdelingen, foreløpig forutsettes følgende prinsipp:

- 2 innganger:** intern inngang for personal og intern vareflyt + inngang familie/besøkende
- 2 korridorsoner** med felles knutepunkt midt i avdelingen, for å sikre god flyt og korte avstander

**Pasientrommene** legges mot utsiden langs den ene korridorsiden, skjermet for person- og vareflyt  
**Varelogistikken** løses via intern inngang og i korridorsonene lengst unna pasientrom.



## Smittevern

Smittevern må vektlegges spesielt i planlagt nyfødtintensivavdeling. Dette griper også noe inn i prinsippet for person- og vareflyt.

Strategi for smittevern:

Logistikk: Tiltak for å unngå smittebærende trafikk lenger inn i avdelingen enn nødvendig:

- Skille mellom intern inngang og ekstern inngang.
- Garderobe for besøkende nært inngang besøkende
- Lagerrom mot utkanten av avdelingen
- Det skal ikke skje lagring i korridorer

Romstruktur: for å unngå smitte - blanding/spredning av bakterier og virus.

- Enefamilierom fremfor flersengsrom («pasientstuer»)
- Etablere 2 isolatrom, adskilt fra øvrige pasientrom sone
- Klare skiller mellom rene og urene soner
- Melkekjøkken kun for personale, adgangskontrollert område
- Kjøkken/spisesone må ha klare prosedyrer rettet mot foreldre/foresatte
- Utstrakt bruk av håndvasker og desinfeksjonsdispenser i sengerom og fellessoner

Hygiene og renhold:

- Generelt må det benyttes materialer og utstyr som er renholdsvennlige i alle rom.
- Alt utstyr må tåle desinfeksjon, varmedesinfeksjon eller overflatedesinfeksjon.

## Krav til nærhet mellom funksjoner

Nyfødte barn legges i all hovedsak inn i nyfødtintensivavdelinger fra fødeavdelingen direkte etter fødsel, eller fra barselavdelingen. Det er få planlagte innleggelser i en nyfødtintensivavdeling.

For nyfødt intensivavdelingen er det overordnet behov for nærhet til **Føde- og barselavdelingen, samt sectiostuer og operasjonsavdeling.**

Responstid ved akutte hendelser og transportavstand for kritisk syke barn er kritiske faktorer.

Det er fordelaktig med nærhet til resten av **Barne- og ungdomsavdelingen**, dvs. Barne- og ungdomsseksjonen (BUS) som behandler barn etter nyfødtperioden. Dette har blant annet betydning for:

- tilgang til sykepleiere, bemanning, samarbeid
- nærhet for legene som dekker vaktfunksjoner
- for generelt å kunne utnytte ressursene på tvers best mulig





## Funksjonsområder og driftsprinsipper <sup>1</sup>

Nyfødt intensiv er ei avdeling som skal ivareta fagområdet nyfødtmedisin. Nyfødtmedisin er en fagdisiplin som både inkluderer tung intensiv medisinsk behandling av livstruende syke barn, støttende behandling, eller utredning av mindre intensiv karakter hos mindre alvorlige syke barn.

Eksempler på mindre intensiv behandling er antibiotikabehandling, pustehjelp med en luftstrøm blåst inn i nesen (CPAP), hjelp til ernæring og behandling av gulsott. Moderat premature barn kan trenge tid for modning av reflekser som gir stabilitet i pust og blodsirkulasjon samtidig som de trenger adekvat og hyppig ernæring for å oppnå fullgod vekst og utvikling.

Avdelingen skal innredes og bemannes for å ivareta dette fagområdet, hvor omsorg for syke nyfødte og deres familier skal stå i fokus.

Syke nyfødte omfatter nyfødte:

- Som har sykdomstegn som krever utredning, kontinuerlig observasjon og eventuell behandling.
- Som på grunn av mors tilstand krever kontinuerlig døgnovervåking da risiko for forstyrrelser av overgangen fra fosterlivet til nyfødt barn foreligger.

Årsaker til innleggelse omfatter blant annet:

- prematuritet,
- gulsott,
- infeksjon,
- respirasjonsproblemer,
- ulike former for organsvikt,
- cerebrale (hjerne relaterte) avvik og skader,
- medfødte misdannelser inklusive medfødte hjertefeil, fødselsasfyksi (oksygenmangel ved fødsel som påvirker hjernens funksjon),
- metabolske (kjemiske) sykdommer og
- sjeldne syndromer

Avdelingen bør inndeles i kategorier basert på sykdomsgrad og behandlingsbehov:

Nyfødt intensivavdelinger generelt inndeles i følgende kategorier, avhengig av størrelse og behandlingstilbud på avdelinger i landet:

Kategori 1:

Barselavdelinger der friske nyfødte får nyfødtomsorg og enkle kontroller som overvåking av gulsott og blodsukker kan utføres.

Kategori 2:

Behandler syke nyfødte født til termin og premature født i uke 32 + 0 eller eldre (vanligvis > 1800 gram)

---

<sup>1</sup> Ref. Helsedirektoratet – Nasjonal faglig retningslinje



Kategori 3 a:

Behandler syke nyfødte født til termin og premature født i uke 28 + 0 eller eldre (vanligvis > 1200 gram)

Kategori 3 b:

Behandler syke nyfødte født til termin og premature født i uke 26 + 0 eller eldre (vanligvis > 900 gram. Denne kategori er tidsbegrenset og utgår 01.01.2020. Var planlagt å utgå da, men er vel fortsatt i praksis aktuell?

Kategori 3 c:

Behandler syke nyfødte født til termin og alle premature født i uke 23 til uke 37.

Et nyfødt barn regnes som fullbårent dersom det fødes mellom svangerskapsuke 37 og 41 og er prematurt dersom det fødes før uke 37. Prematuritet deles videre inn i meget prematur (født før uke 32) og ekstremt prematur (født før uke 28)

**Nyfødt intensivavdelingen ved UNN er en kategori 3c - avdeling.**

Liggetid varierer i spenn fra korte innleggelse til 3-4 måneder eller lengre ved ekstremt for tidlig fødsel (i uke 23-24). Gjennomsnittlig liggetid i ei slik avdeling ligger på rundt 11 til 13 dager.

Avdelingen må ta hensyn til variasjon i behandlingsbehov, både for ulike barn, men også gjennom fasene ved langvarige innleggelse.

Arbeidskrevende intensivmedisin – med kontinuerlig tilpasning av behandling

Aktuelle funksjoner i ei nyfødt intensivavdeling:

- Pasientareal
- Familie – arealer
- Personalområder
- Undersøkelse/behandlingsrom
- Støtterom
- Kommunikasjonssoner (møte- samtale og formidling)
- Logistikkfunksjoner

### 3.3 Teknikk

Dette punktet definerer ambisjonsnivået for tekniske løsninger og bygningsdesign på et helt overordnet nivå.

Det er ikke utarbeidet noe overordnet teknisk program som viser overordnede krav til bygningsutforming, teknisk infrastruktur, energieffektivitet, miljøbelastning, sikkerhet, transportløsninger og tekniske systemer i denne fasen. Dette overføres til forprosjektfasen, da en overordnet i denne konseptfasen er bedt om å ha hovedfokus på mulige alternative plasseringer for



nyfødtintensiv og avklare det helt, før man går videre og mer i detalj med prosjektet. Det vil da også bli avklart om det er noen delområder som skal risikovurderes (ROS), kostnadsvurderes og livssyklusvurderes (LCC). Overordnede krav vil da også ivaretas av en prosjektspesifikk kravliste som inkluderer ansvar og rollefordeling. Hensikten med dette oppsettet er at føringer som har betydning for kostnader og design blir fanget opp før det utarbeides skisser, kostnadskalkyler og usikkerhetsanalyser.

Nyfødtintensivavdelingen er avhengig av at tekniske løsninger og infrastruktur rundt dette kommer på plass. Det vil bli etablert alt av nødvendige tekniske anlegg, som ventilasjonsanlegg, lys- og el-anlegg, brann- og nødlysanlegg, sanitæranlegg, tele og data, sykesignalanlegg, antenneanlegg, varmeanlegg, sprinkleranlegg, gassanlegg osv. I tillegg vil det legges frem føringer og nødvendig uttak/stikk til løst og fast utstyr avdelingen er avhengig av.

Vi vet at det er kapasitetsutfordringer på eksisterende anlegg i UNN i dag, slik at det vil være behov for blant annet nytt ventilasjonsanlegg, aggregat og strømforsyning til ny avdeling. De tekniske anleggene må imidlertid tilpasses og være kompatible/«snakke» med eksisterende tekniske anlegg i UNN.

Bygningsdesign vil ivareta tekniske anlegg, slik at de tekniske anleggene blir tilpasset og integrert på en naturlig og god måte. I bygningsutformingen skal også hensynet til renhold ivaretas.

I forprosjektfasen vil en gå nærmere inn i romfunksjonsprogram og etablere konkrete romfunksjonsprogram for hvert enkelt rom, der detaljene rundt tekniske forhold blir avklart og spesifisert nærmere.

I forprosjektfasen vil en også gå nærmere inn på hvordan tekniske løsninger og utstyrs påvirkning på lys- og støyforhold, da dette er viktig av hensyn til de nyfødte barna. Dette gjelder også med hensyn til materialvalg

Tekniske løsninger – infrastruktur – kabel- og rørføringer, oppkobling, trådløst osv. Påvirkning på lys- og støyforhold må vurderes ift. alternativer for struktur, materialvalg, kledning, VVS, dørmiljø, heismiljø, vindu- og solskjerming, lysanlegg, medisinteknisk utstyr og byggutstyr.

### 3.4 Utstyr

#### Overordnede føringer og forutsetninger

UNN i Tromsø er en kategori 3c- avdeling og er bemannet med høykompetent personell og skal ha medisinteknisk utstyr til enhver høyintensiv behandling av nyfødte barn til termin og til alle grupper premature barn. Unntak er behandling som kun gjøres ved flerregionale/nasjonale behandlingssentre (barnekirurgi og kirurgisk behandling av medfødte hjertefeil).

Avdelingen skal tilby hele spekteret av nyfødtmedisin: konvensjonell og høyfrekvent respiratorbehandling, NO-behandling og aktiv kjølebehandling av barn med hjernepåvirkning etter surstoffmangel.



Avdelingen skal ha tilstrekkelig antall moderne respiratorer og CPAP-maskiner samt avansert overvåkningsutstyr til intensivplasser. Døgntilgang til røntgen- anestesi- og laboratorieservice. Avdelingen skal ha medisinteknisk utstyr (MTU) med årlige sertifiseringer av leger og sykepleiere i MTU (Forskrift om håndtering av medisinteknisk utstyr JD2013).  
Mobilt røntgen/ultralydapparat.

Sykehusbygg har utarbeidet en standardromskatalog som viser utstyrsbehov i ulike rom i sykehus. Der fremgår også utstyrsbehov for rom i nyfødtintensivavdelinger. Nedenfor er utstyrsbehov i nyfødtintensivrom (pasientrom), jfr. Standardromskatalogen SR.084.00, oppsummert:

- Fukter, respirasjonsluft
- Infusjonspumpe, sprøyte
- Infusjonsrack
- Respirator, barn
- Kuvøse, intensiv
- Varmelampe
- Flowmeter O2
- Gassblander O2/medisinsk luft
- Personvekt, spebarn med lengdemål
- Sug, ejektor
- Apne-alarm
- Pasientovervåking, avansert, nyfødt
- Kjøleskap, husholdning, ca. 50 l til morsmelk
- Trillebord, rustfritt stål
- Avfallsmodul for kildesortering
- Sekkestativ
- Skuffevogn
- PC, medisinsk godkjent
- Stellebenk, fastmontert med kum høydereregulerbar
- Arbeidsbenk
- Overskap, kasse-bakke B655
- Høyskap, generelt B600 integrert verdiskap
- Høyskap, kasse-bakke
- Speil veggfast
- Stativ, hansker
- Knagg
- Arbeidsstol
- Lenestol
- Sykeromskanal
- Servant
- Servantgarnityr
- Lese- og pleielampe

Det komplette utstyrsbehovet vil bli gjennomgått og konkretisert nærmere i forprosjektfasen. Det vil da bli utarbeidet romfunksjonsprogram/skjema som både ivaretar løst utstyr og også generelle



tekniske installasjonsbehov som, elektro-, ventilasjon-, varme-, rør- og sanitær, som må på plass i hvert enkelt rom i avdelingen.

## **Hvordan påvirkes utstyr kan påvirkes av de funksjonelle målsettingene for avdelingen, og hvordan utstyr kan påvirke målsettingene**

Den funksjonelle målsettingen for avdelingen er primært å ivareta barnets behov. Ved valg av utstyr, må en derfor ta hensyn til at nyfødt intensiv-barna er sensitive for støy, vibrasjoner og lys. En må også unngå stråling i nærheten av kuvøser. Ved å hensynta slike forhold, bidrar det også til å skape et godt miljø for foreldre/foresatte og arbeidsmiljø for ansatte, som også er målsettinger.

Det må velges utstyr som ikke avgir støy eller sjenerende lys. Dersom dette ikke er mulig, må utstyret plasseres i et område, som ikke påvirker barna.

Stråling fra f.eks. mobilbruk og pc-er må unngås. Det er gitt innspill til konseptfasen at PCer må minimum plasseres 2 m fra kuvøse. Det er viktig å velge medisinsk godkjente pc-er, nettbrett, telefoner osv. for å unngå stråling.

Det må også være anretninger som gjør det mulig å skjerme barna lokalt for ytre påvirkninger fra utstyr.

Valg av riktig utstyr gjør at målsettingene nås.

## **Teknologiutvikling og hvilke muligheter og utfordringer (konsekvenser) dette innebærer**

Teknologisk utvikling påvirker pasientforløp og arbeidsprosesser. Det er viktig at nyfødtintensivavdelingen som planlegges etablert også er fremtidsrettet. Det skal derfor gis rom for teknologiutvikling, selv om det kan være litt vanskelig å se langt frem i tid når det gjelder dette. I konseptfasen er Teknologinotatet fra Sykehusbygg førende på dette området.

Det er spesielt to områder som man vil tro er høyst aktuelt for nyfødtintensiv:

- Virtuelle møter
- Moderne pasientovervåking.

Virtuelle møter benyttes i økende grad. Dette er også et satsningsområde med solid forankring i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Ved å ha lagt til rette med nødvendig utstyr og rom, vil man kunne:

- Følge opp barn og foreldre i hjemmesituasjon og i overgangsfase mellom inneliggende opphold og utskrivelse.
- Konferering med nyfødtavdelingens spesialister fra eksterne leger, hvor samtalen kan suppleres med videostrøm og kliniske parametre, eksempelvis overføring av bilder fra ultralydundersøkelser/ekkokardiografi samt videooverføring av bilder/film av pasient.



Med overgang til enefamilierom er det også sannsynlig at tett oppfølging/overvåking aktualiseres i større grad. Det vil være utfordringer med ivaretagelse av personvernet, i og med at foreldre er til stede store deler av døgnet.

Personvern ved overvåking må avklares nærmere i den videre planleggingen.

I utgangspunktet er det anbefalt å velge robuste, sikkert og velprøvd utstyr. Utfordring med å ta i bruk uprøvd teknologi vil være krav til sikkerhet, krav til personvern og krav til stabilitet og samvirke mellom eksisterende løsninger osv. Slike forhold må avklares nærmere.

I konseptfasen er det lagt inn enefamilierom, møterom, undervisningsrom, gruppe og samtalerom og vaktrom, hvor det skal legges opp med nødvendig teknisk utstyr for å ivareta overnevnte. En vil gå nærmere i detalj rundt dette i en videre forprosjektfase.

## Kalkyle

Kostnader til inventar- og utstyr ligger erfaringsmessig på mellom 13 - 20 % av entreprisestrukturen. I konseptfasen for dette prosjektet er det lagt inn et budsjettbehov på ~ 15 000 000,- kroner for dette. Detaljene rundt inventar- og utstyrebehov vil bli gjennomgått nærmere i forprosjektfasen, og kostnadene vil da også bli angitt mer presist.

## Strategi for hvordan sykehuset og byggeprosjektet kan samordne anskaffelse fram til innflytting

Nyfødtintensiv vil være et eget investeringsprosjekt, og må overordnet forholde seg til lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Å bygge et nytt på-/og tilbygg til eksisterende bygg, fordrer imidlertid tilpasninger til eksisterende, både bygningsmessig og også med hensyn til tekniske anlegg. Når det gjelder ventilasjon vet vi at kapasiteten på eksisterende anlegg i UNN er presset, slik at det må legges opp til nytt ventilasjonsanlegg og tekniske rom i nytt bygg. Det samme gjelder for fremføring av strøm, etablering av el-tavler og underfordelere. Der det er naturlig vil det bli beskrevet at anlegg må være tilpasset/kompatibelt med eksisterende anlegg.

Det vil være tett dialog med Teknisk drift og rådgivere, slik at man stiller riktige krav til tekniske anlegg i de tekniske beskrivelsene/kravspesifikasjonene.

Når det gjelder brukerutstyr, vil det bli vurdert nærmere hvorvidt det er aktuelt å benytte seg av rammeavtaler, eller om det må lyses ut egne konkurranser for anskaffelsene. Dette avhenger av type utstyr og omfang. Dette vil bli gjennomgått og vurdert nærmere i forprosjektfasen. Til å definere riktig utstyr, vil det være tett dialog med nyfødt intensiv-avdelingen, medisinteknisk avdeling, rådgivere og teknisk drift, slik at vi kommer frem til riktig utstyr tilpasset avdelingens behov og tekniske innretninger.



### 3.5 IKT Konsept

## Nasjonale, regionale og strategiske føringer samt mål for IKT i prosjektet

Teknologinotatet utgitt av Sykehusbygg er førende i dette prosjektet. Teknolognotatet er ikke styrende for valg av teknologi, men er gitt ut som et inspirasjonsverktøy for å drøfte mulig påvirkning av teknologiutvikling på lang sikt. Valg av IKT løsninger skal følge nasjonale, regionale og lokale IKT-strategier.

I Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT 2017-2025 er det referert til noen av disse, og siteres som følger:

#### *Nasjonale føringer*

*Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger gjennom hele behandlingsforløpet, uavhengig hvor i landet brukeren blir syk eller får behandling. Beslutningsstøtte skal inngå i journalsystemet.*

*Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester*

*Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning*

*Gjennom Nasjonal IKT har de regionale helseforetakene (RHF-ene) utarbeidet en felles IKT strategi (Strategi for 2016 – 2019). Målene i strategien har stort fokus på samhandling og samarbeid i helsesektoren og gjenspeiler myndighetenes tydelige satsning på IKT på tvers av tradisjonelle grenser i sektoren:*

- *Tilrettelegge for økt samordning av felles tjenester og løsninger i fremtiden.*
- *Tilrettelegge for koordinerte IKT-porteføljer på tvers av regionene*
- *Tilrettelegge for flere felles IKT-anskaffelser*
- *Tilrettelegge for økt samordning og standardisering innen IKT-arkitektur*
- *Tilrettelegge for økt kompetansedeling og læring innen IKT mellom Nasjonal IKT HF og helseregionene*
- *Etablere IKT-styringsprinsipper som tilrettelegger for helhetlig prioritering, styring og gjennomføring*
- *Etablere finansieringsprinsipper som bidrar til flere felles prosjekter/tiltak*

#### *Regionale føringer*

*Prinsippene i IKT-strategi i Helse Nord (2002) skal fortsatt ligge til grunn for arbeidet med IKT i regionen. Dette innebærer at behov for nye tjenester/prosjekter skal forankres mot Helse Nord RHF på et tidlig tidspunkt, samt at helseforetakene ikke skal gjennomføre separate anskaffelser eller iverksette andre tiltak som ikke er forankret i Helse Nord RHF. Eventuelle innovasjonsprosjekter og resultatet av slike skal kunne benyttes av hele foretaksgruppen (Oppdragsdokument 2016).*

*Helse Nord's Kvalitetsstrategi (2016 – 2020) samt Forsknings- og innovasjonsstrategi for Helse Nord skal være retningsgivende for UNNs IKT-strategi.*

#### *Lokale føringer*

*Satsningsområde omfatter IKT-løsninger som automatiserer og effektiviserer for å sikre sammenheng i både administrative og kliniske arbeidsprosesser.*



*UNN har behov for å modernisere og konsolidere sine IKT-systemer. Det er fortsatt stort forbedringspotensial med hensyn til integrasjoner og til utnyttelse av funksjonalitet i dagens systemer. UNN må følge planlagte regionale investeringer og implementeringer som eksempelvis DIPS arena og elektronisk kurve- og medikasjon. Det er også behov for støttesystemer for drift og logistikk, samt løsninger for effektiv digital samhandling, kommunikasjon med ansatte, pasienter og pårørende.*

*UNN har ambisjon om å bli fulldigitalisert og ta i bruk tidsbesparende teknologier. Med dette menes at UNN i størst mulig grad skal digitalisere arbeidsprosesser på områder hvor det er hensiktsmessig. Det betyr gode digitale løsninger som blant annet legger til rette for effektiv samhandling og pasientkommunikasjon, bedre kvalitet og pasientsikkerhet, og tidsbesparelser og god ressursutnyttelse. UNN skal:*

- *Ta i bruk regionale og nasjonale løsninger og realisere gevinster av DIPS Arena, elektronisk kurve- og medikasjon, nødnett, kjernejournal, E-resept mfl.*
- *Ha effektive IKT-løsninger for administrative støttefunksjoner knyttet til drift, logistikk og styringsinformasjon*
- *Sikre at arbeidsprosesser har sammenhengende IKT-støtte for effektiv planlegging og gjennomføring av behandling, effektive verktøy for prosess- og beslutningsstøtte*
- *Benytt digital samhandlingsarena for digital dialog med innbyggere, samarbeidspartnere og ansatte. Både med hensyn til servicetjenester, kompetansebyggingstjenester og knyttet til utredning, behandling og oppfølging*
- *Ta i bruk prehospital EPJ og neste generasjons AMK-system*
- *Benytt elektroniske verktøy for informasjon, opplæring, veiledning og kompetanseutvikling (telementoring, nettbaserte kurs, fagnettverk etc). Både internt i UNN, i hele regionen, samt for primærhelsetjenesten og andre aktører utenfor spesialisthelsetjenesten*
- *Bidra nasjonalt og i regionale oppgaver knyttet til realisering av En innbygger – en journal*
- *Ta i bruk robotteknologi og benytt multimedia som bilder, lydfiler og video for dokumentasjon*
- *Ta i bruk verktøy innenfor psykisk helsevern og rus som kan gi tilgang til kvalitative virksomhetsdata, behandlings- og kvalitetsregister og gi sterkere brukermedvirkning (tjenesteinnovasjon)*

*Plan for bygninger og plan for IKT og e-helse skal sees i sammenheng. IKT er en viktig faktor i drift av sykehus, både for den kliniske virksomheten og for en velfungerende bygningsmasse.» Sitat slutt.*

Det er ikke alt dette som er relevant for nyfødtintensiv, da det er mer rettet mot sykehusbygging generelt.

Prosjektet følger også veileder for IKT planlegging i sykehusprosjekter på overordnet nivå, men avventer forprosjektfase for nærmere detaljering.

Det legges opp til at basis informasjons- og kommunikasjonsteknologi og infrastruktur prioriteres først i planleggingen. Sentrale virksomhets- og livskritiske løsninger med tilhørende integrasjoner og nødvendig funksjonalitet har hovedfokus.

Det er viktig at IKT og teknologi som planlegges er robuste, sikre og velprøvde. Avdelingen bør også gå gjennom en prosess med organisasjonsutvikling, kompetanseutvikling og virksomhetsutvikling, før man lander hvilke systemer som er riktig for avdelingen. Det er viktig å føre en strukturert prosess for





å beskrive informasjonsflyt og arbeidsprosesser, med henblikk på hvordan IKT infrastruktur og løsninger skal understøtte dette.

Sentrale elementer som påvirker dimensjonering og valg av IKT-løsninger:

- Klinisk arbeidsflyt, ressursstyring og dokumentasjonsarbeid
- Bildediagnostikk og multimedia-overføring

Målet er å ivareta de nasjonale, regionale og lokale føringer for IKT som vil gjelde for nyfødtintensivavdelingen.

## **Overordnede teknologiføringer samt overordnede leveranser og løsninger**

Teknologi vil gi nye muligheter innenfor forebygging, diagnostikk og behandling, som kan effektivisere ressursbruken.

For avdelingen vil det være behov for en stabil, sikker, heldekkende og sømløs teknologi. Den teknologiske trenden er heldekkende trådløse nettverk i form av WiFi/LTE/4G/5G/etc. Mobilt utstyr som tablets/ipads, telefoner, laptops, hybride enheter og andre mobile dataenheter blir naturlige bruksenheter i sykehus, og det er naturlig at dette også vil være behovet i nyfødtintensivavdelingen. Fremvekst av apps og kliniske støttesystemer på mobile enheter, understøtter dette. Dermed skal det legges til rette for digitale løsninger rundt pasientpleie og pasientsignal, digitale smarte informasjonsskjermer, og digital overvåking og varsling. Det må også sikres at det er samspill mellom applikasjoner og teknologi/infrastruktur.

Overnevnte gir muligheter til å arbeide raskere og mer fleksibelt. Mobile gode løsninger gir ansatte muligheter til å benytte IT-løsninger uansett sted og tid. Databehandling og pasientbehandling kan utføres lettere direkte på pasientrom.

Høyere grad av integrasjon, automatisk datafangst og informasjonsutveksling – gir økt kvalitet og redusert tidsbruk i dokumentasjon av pasientinformasjon. Det må legges til rette for små arbeidsplasser, smarte skjermer på sengerom og oppholdsrom. Utforming av møterom og samtalerom må også tilpasses smarte teknologiske løsninger.

Det kan også tenkes at fjernovervåking/sporing av med. tekn. utstyr er aktuelt for å forenkle arbeidshverdagen og sikre rask tilgang til nødvendig utstyr.

Overordnede leveranser må avklares og ivaretas i anskaffelsesprosessen.

## **Organisering og styring av gjennomføring av IKT med sentrale aktører, interessenter og avhengigheter**



Ved planlegging, anskaffelse av systemer og videreutvikling av eksisterende skal det benyttes tverrfaglig kompetanse for å utarbeide av funksjonelle og tekniske krav.

Aktuelle nasjonale, regionale og lokale føringer er bestemmende for organisering og styring av gjennomføring av IKT med sentrale aktører, interessenter og avhengigheter. Dette må gjennomgås og avklares nærmere før anskaffelser innenfor IKT-fagfeltet.

## **Kostnadskalkyler**

Det vil bli utarbeidet nærmere kostnadskalkyle når det er avklart mer konkret hva som vil inngå innenfor rammene av IKT-løsninger for avdelingen. Det vil jobbes videre med dette i neste fase.

### **3.6 Rom og areal**

#### **Arealstandarder og utnyttelsesgrader**

Funksjonelle behov avklares endelig i funksjonsprosjektet. På neste side skisseres overordnet prinsipp for logistikk og flyt i avdelingen og i arbeidsprosessene.





## Foreløpig rom- og funksjonsprogram

Det er valgt å følge overordnet konseptprogram for nyfødt intensivavdelinger generelt i landet med hensyn til romfunksjoner, med noen unntak for funksjoner som er tilgjengelig andre steder i UNN. Det er i hovedsak anbefalt å dele inn avdelingen i pasientrettede, familierettede og personalrettede funksjoner med støtterom. Det er også anbefalt å skille på publikumsinngang og intern inngang. Nedenfor er romfunksjonene som naturlig hører sammen listet opp.

### 3.7 Publikumsinngang

- Hovedinngang/sykehus – eksisterende
- Publikumsinngang til avdelingen
- Resepsjon
- Administrerende kontorer
- Garderobe for besøkende med låsbare skap
- HC-wc og toalett

### 3.8 Familierettede funksjoner

- Felles-/oppholdsrom
- Lekerom (for søsken)
- Kjøkken for familier
- Spiseområde
- De fire øverste punktene kan eventuelt slås sammen
- Vaskerom for familier – vask og tørk + utslagsvask
- Ammestøtte – Melkerom innlevering, vaskerom, melkelager/melkebank
- Undervisning for familie Kombinere med møterom.
- Venteområde - for pasienter og pårørende. Kan løses med mindre sone rundt resepsjonsområdet og/evt. i egne nisjer i korridor

### 3.9 Pasientrettede funksjoner

- Publikumsinngang
- Enrom/familierom, inkl. en «pasientsone» og en «familiesone med bad/WC»
  - Familieenheter intensiv – standard (9 rom)
  - Familieenheter intensiv – litt større rom mtp. tvillinger/trillinger (2 rom)
  - Familieenheter intensiv – med sluse (isolat) mtp. smitte (2 rom)
- Medisinrom
- Rom for medisinteknisk utstyr (MTU)
- Medisinsk gass
- Undersøkelses-/behandlingsrom
- Rom for røntgenmaskin
- HC-Wc, toalett
- Pasientnære arbeidsstasjoner – knyttet til personal - Inne på hvert pasientrom
- Samtalerom – knyttet til personal
- Vaktrom – knyttet til personal
- Mottaksrom
- Utstys- og forbrukslager – knyttet til intern inngang – Det må skilles mellom sterilt lager, rent lager og lager for medisinteknisk utstyr, hjelpemidler til pasienter/barna



- Tøylager – knyttet til intern inngang
- Kuvøser – knyttet til intern inngang – kuvøselager og vaskerom for disse.
- Avfallsrom, skyllerom – knyttet til intern inngang – dekontaminering.

### 3.10 Personalrettede funksjoner

- Vaktrom – knyttet til pasientrom
- Samtalerom – knyttet til pasientrom
- Pasientnære arbeidsstasjoner – knyttet til pasientrom
- Arbeidsrom sykepleiere
- Simuleringsrom med lavterskeltilbud – øving på dukker, bruk av utstyr osv. Må kobles opp mot MTU.
- Kliniske kontorer
- Arbeidsrom leger/sykepleiere. Gjennomgang til andre rom – grupperom f.eks.
- Overnatting vaktpersonale
- Pause-/hvilerom – Inkl. minikjøkken
- Garderobe/rom for kuvøseteamet – slik at de kan lagre utstyret som de tar med seg ut.
- Møterom konferanse – knyttet til intern inngang. Sambruk med andre avdelinger.
- Grupperom/Kombinasjon arbeidsrom – grupperom
- Mottaksfunksjon/undersøkelsesrom – knyttet til pasientrom og intern inngang
- Kopirom – rekvisitalager – knyttet til resepsjonsområdet.
- Stillerom

### 3.11 Intern inngang

- Fødeavdeling
- Sectiostuer
- Melkebank – samme som ammestøtte
- Garderobe/rom for kuvøseteamet – slik at de kan lagre utstyret som de tar med seg ut.
- Møterom, konferanse – knyttet til personal
- Mottaksfunksjon/Undersøkelsesrom – knyttet til intern inngang og pasientrom
- Utstys- og forbrukslager – knyttet til intern inngang – Det må skilles mellom sterilt lager, rent lager og lager for medisinteknisk utstyr, hjelpemidler til pasienter/barna
- Tøylager – knyttet til pasientrom
- Kuvøser – knyttet til pasientrom – kuvøselager og vaskerom for disse.
- Avfallsrom, skyllerom – knyttet til pasientrom – dekontaminering
- Renholdsrom (Renholdspersonell har normalt med seg utstyr når de kommer inn på avdelingen – UNN)
- Annet: Tekniske rom, el-fordelinger, sjakter (VVS – El) etc.



## Arealtabell

FUNKSJON	ROM	ANTALL	Arealbehov			Kommentar til arealbehov 2017 anslo man netto arealbehov 650 m <sup>2</sup> , brutto rundt 1300-1500m <sup>2</sup>
			AREAL per rom	AREAL samlet	SUM	
 Pasientrettede	Pasientrom					15 plasser, 8 intensiv, 7 mindre behov for overvåkning
	Familieenhet åpen / kombinert	6	30	180		30/ 35 m2 inkl. toalett (5 m2+, noen 3-4 m2?) og foreldredel, 2 rom intensiv litt større
	Familieenhet intensiv	5	35	175		
	Isolat (med forrom/sluse)	2	40	80		35m2 +8m2
	Pasientnære arbeidsstasjoner	15	2	30		Inne på pasientrom, 6m <sup>2</sup> /ansatt, knyttet til personal
	Mottaksfunksjon/ undersøkelsesrom	1	16	16		Knyttet til personal og intern inngang
	Samtalerom	1	12	12		Knyttet til personal
					579	
	 Familiereuede	Felles-/ oppholdsrom	1	25	25	
Spiserom med kjøkkenkrok		1	25	25		
Lekerom		1	10	10		
Vaskerom for familier		1	10	10		Vask og tørk
Undervisning familie		1	15	15		Kombineres med møterom
Venteområde		1	10	10		Ved resepsjon, del av korridor, sittemuligheter
					95	
 Personalrettede	Vaktrom	1	20	20		Knyttet til pasientrom
	Arbeidsrom sykepleiere	2	12	24		6 m <sup>2</sup> / person
	Trenings-/ Simuleringsrom	1	15	15		kobles til MTU
	Kliniske kontorer	2	9	18		9 m <sup>2</sup> / kontor
	Arbeidsrom leger	1	10	10		6 m2/ person, gjennomgang til andre rom
	Overnatting vaktpersonale	1	10	10		
	Pause-/ hvilerom	1	20	20		5-12 personer
	Garderobe/ rom for kувdseteamet	1	10	10		Knyttet til intern inngang
	Personaltoalett	2	5	10		
	Møterom konferanse	1	20	20		Knyttet til intern inngang, 20m <sup>2</sup> = 12- 14 p., 40 m <sup>2</sup> = 25 p.
	Grupperom					Kombinasjon arbeidsrom
	Kopierom/ rekvisita	1	6	6		I resepsjonsområde
	Stillerom	1	5	5		
				168		
 Logistikk/ støttende Inngang: publikum og intern	Resepsjon	1	10	10		1 fast arbeidsplass, knyttet til publikumsinngang til avdeling
	Adm. Kontorer					Vurdere om kontor til seksjonsleder, fagsykepleier, evt. også arbeidsstasjoner for lege i området ved resepsjon, knyttet til publikumsinngang
	Garderobe for besøkende + HCWC+ WC	1	14	14		låsbar oppbevaringskapp, knyttet til publikumsinngang
	Melkerom	1	20	20		Innlevering, vaskerom, melkelager (frys), knyttet til intern inngang
	Rom for røntgenmaskin					står i korridor utenfor avdelingen i dag
	Medisinrom	1	12	12		
	MTU	1	15	15		Medisinteknisk utstyr
	Medisinsk gass	1	5	5		
	Utstys- og forbrukslager	3	10	30		Knyttet til pasientrom/ intern inngang, sterilt lager, rent lager, hjelpemidler til pasienter/barna
	Tøylager	2	5	10		Knyttet til pasientrom/ intern inngang
	Lager for kuvdser	1	10	10		Knyttet til pasientrom/ intern inngang
	Vaskerom for kuvdser	1	10	10		Knyttet til intern inngang
	Avfallsrom/ skyllerom	1	6	6		Knyttet til pasientrom/ intern inngang
				142		
			NETTOAREAL	984		
Annet:	Tek. Rom, EL-skap, sjakter, del av bruttoareal		BRUTTOAREAL	1869,6		
			B/N faktor	1,9		

Tabell Romprogram 01, tabellen er en sammenstilling av ønskete arealer fra UNN (Rom og areal) og er gjennomgått i arbeidsgruppemøte UNN Konseptfase Nyfødt intensiv



## 4 ALTERNATIVSVURDERING

### 4.1 *Spesielle dimensjonerende forutsetninger for det enkelte alternativet*

I konseptfasen er det gjort vurderinger av 6 ulike plasseringer for en ny nyfødt intensivavdeling. To av alternativene peker seg ut som de mest aktuelle.

00: Ombygging innenfor avdelingen

01: B2-5

02: C2-5

03: C3-5 / C3-5+6

04: B3-5

05: B3-5

06: C1-5

Alternativene er redegjort for nærmere for i det følgende under.

Det er ikke utarbeidet arkitekttegninger, men skisser som viser konseptuelle planløsninger for nyfødt intensiv.

Det er ikke tegnet ut løsninger for de tekniske fagområdene. Det utføres i en mer detaljert fase.

I vurderingene er det sett på ulike kriterier for valg av lokalisering:

- Nærhetsbehov / logistikk
- Arealtilgang
- Erstatningsareal
- Miljø og helse
- Arkitektur
- Gjennomføring/byggefase
- Utviklingspotensiale UNN Breivika

#### **Arealbehov**

Arealberegning iht. tabell Romprogram 01 tilsier et behov for ca. 984 m<sup>2</sup> nettoareal / 1870 m<sup>2</sup> brutto. Brutto/nettofaktoren er oppgitt 1,9, noe som forutsetter en rasjonell plan. Ved ombygging av eksisterende arealer eller tilpasse avdelingen til tilgjengelig areal over 2 plan vil B/N-faktoren øke noe.

Dagens nyfødtintensivavdeling omfatter 396 m<sup>2</sup> nettoareal / 565 m<sup>2</sup> brutto.

**Differansen gir et behov for 588 m<sup>2</sup> nettoareal og 1305 m<sup>2</sup> brutto areal som må dekkes ved omdisponering av eksisterende areal eller nybygg i form av tilbygg / påbygg.**

Omdisponering av areal innenfor eksisterende bygningsmasse vil medføre at eksisterende virksomhet i arealet må flyttes. Det finnes ikke ledig disponibelt areal. Nybygg vil være eneste mulighet for relokalisering av eksisterende virksomhet.

**Konklusjonen er at behovet for nybygg vil oppstå uansett hvilken løsning som velges.**



Ved ombygging i eksisterende lokaler vil både arealer som er direkte berørt og tiliggende lokaler bli uegnet for drift. En ombygging vil medføre støy, støv og transport av bygningsavfall, byggevarer og materiell samt personell. Dessuten vil byggearbeidene utløse behov for å koble fra teknisk infrastruktur i området for en midlertidig periode.

Konsekvensene av en omfattende ombygging i direkte tilknytning til føde/barsel vil berøre både selve fødeavdelingen og arealer i etasjene over – og under denne.

## Ombygging

UNN Brevika har ikke arealreserver innenfor eksisterende bygningsmasse.

Oppsummering i tabellarisk format følger i kapittel 4.16.

### 4.2 Alternative virksomhetsmodeller

### 4.3 Nullalternativet

Alternativ 00: Vurderer mulighetene for oppgradering innenfor eksisterende areal for nyfødt intensiv. Avdelingen er i dag på i underkant av 400 m<sup>2</sup>.

Eksisterende lokaler er ikke tilpasset dagens krav, og avdelingen har et **prekært behov** for mer areal og flere og mer funksjonelle romfunksjoner, for å drifte avdelingen på en god måte. Avdelingen ligger midt i bygget og har derfor begrenset tilgang til dagslys og utsikt.

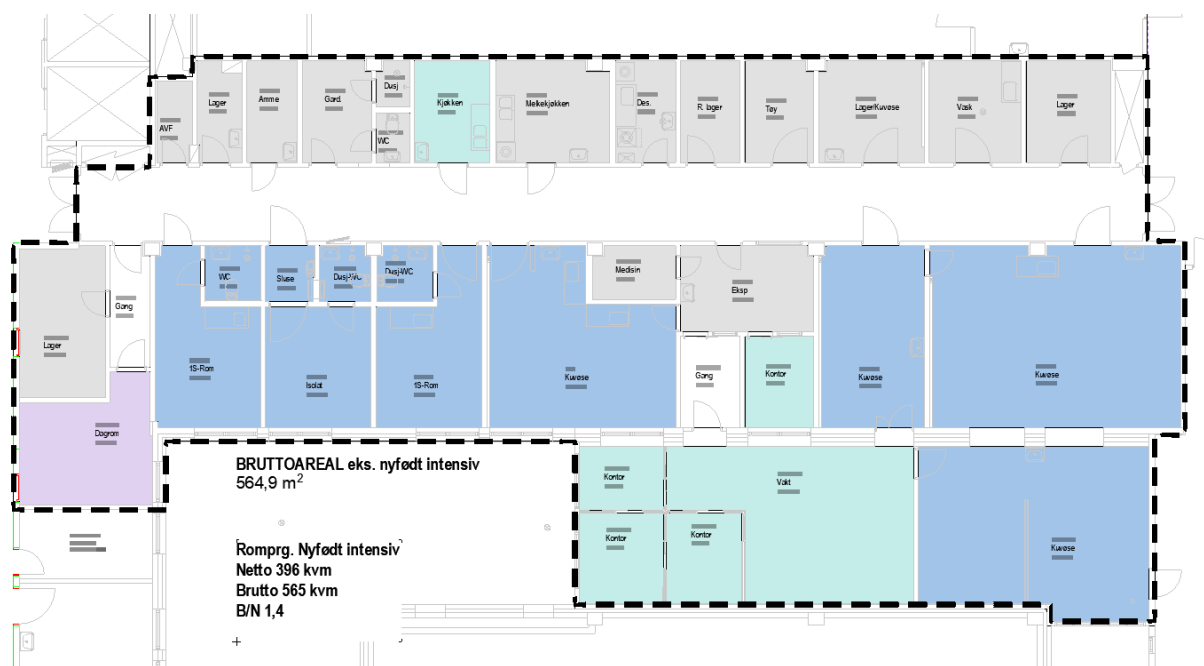
Avdelingen har 2 ensengsrom, 1 isolat og tre kuvøserom med plass fra 2-5 barn. I tillegg er det ekspedisjon, tre åpne kontorer avskilt med glassvegger, et vaktrom som også fungerer som pause-/spiserom og kontorarbeidsplasser, samt støtterom som medisinrom, diverse lager, kjøkken, melkekjøkken, garderobe, personaltoalett, vaskerom, dagrom osv.

Det er ingen møterom, stillerom, samtalerom eller rom for trening/simulering. Avdelingen har ikke eget toalett til pårørende. Pga. for lite lagerkapasitet lagres utstyr i gangen.

En oppgradering av eksisterende lokaler innenfor dagens areal vil ikke tilfredsstille arealbehovet i henhold til romprogram og kapasitetsbehov eller gi bedre dagslysforhold. I en evt. ombyggingsfase ville nyfødt intensiv måtte lokaliseres et annet sted.

**En slik løsning (Nullalternativet) frarådes og vil ikke kunne møte noen av dagens behov.**





Alt 00 – ombygging av eksisterende lokaler nyfødt intensiv

#### 4.4 Alternativ 01

Alternativ 01: Utvidelse av B2-5 – eksisterende avdeling og inn mot akuttmottaket.

Alternativ 01 baserer seg på å beholde dagens lokasjon for nyfødt intensiv og utvide den inn mot akuttmottaket, på bekostning av arealet der. Dette fordrer erstatningsareal til akuttmottaket. Det er prekært arealbehov på UNN per i dag, og erstatningsarealer er ikke er tilgjengelig per nå. Akuttmottaket er godt etablert i området der de er lokalisert, og det er lagt til rette med ny akuttinngang og ny ambulansegarasje og akuttheis direkte opp, alt gjennomtenkt og strategisk plassert. Endre eksisterende løsning er ikke ønskelig.

Nyfødt intensiv har begrenset areal (396 m<sup>2</sup>) og lite tilgang til dagslys og der de er i dag. En utvidelse vil gi 430 m<sup>2</sup> ekstra, og ca. 800 m<sup>2</sup> totalt. Arealbehovet er beregnet til 980 m<sup>2</sup>. Manglende arealtilgang taler mot dette alternativet.

B2 er en bred fløy, noe som vil gi en dypere avdeling, med mørke partier i midtsonen. Dette vil være uheldig i denne avdelingen. Mange nyfødtintensivpasienter og foreldre har lange innleggelsesperioder, ofte over flere uker, slik at tilgang til dagslys og utsyn er svært viktig å ivareta. Det at avdelingen ikke vil få forbedret tilgangen til lys og utsikt, tilsier at alternativet er uaktuelt. Lokalene/rommene er i dette området er små og mangler fleksibilitet, slik at en total ombygging ville vært nødvendig.



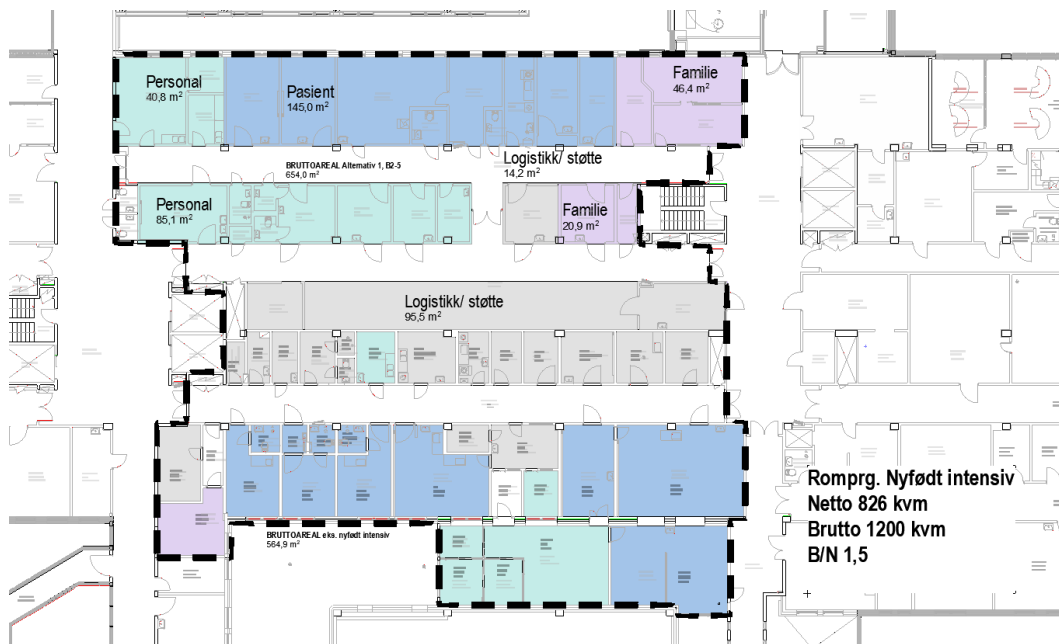
Fordelene ville være fortsatt nærhet til føde-/barsel-avdelingen, som forenkler samarbeid og ressursbruk på tvers. Videre ligger disse arealene godt skjermet for helikopterstøy.

Utvidelsen av avdelingen rundt eksisterende heis- og trappekjerne og langs byggets hovedakser vil gi større fleksibilitet ift. utforming og plassering av hovedinngang til avdelingen. Samtidig som gang, heis og trapp på nordsiden vil gi direkte tilgang til akuttmottak, føde- /barselavdelingene og operasjonsstuene i 7. etasje.

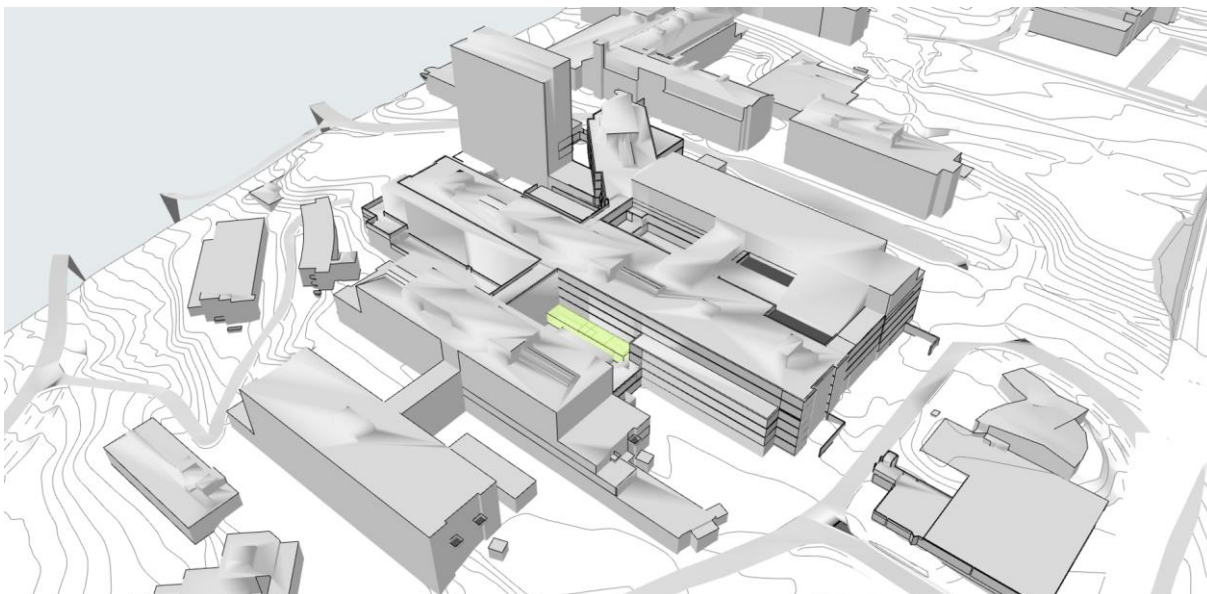
Stor bredde i eksisterende bygg fører til utfordringer i planløsningen. En 3-korridorløsning gir mindre fleksibilitet på rom- og funksjonsinndeling. Nesten 25% av nettoareal til utvidet avdeling er kommunikasjonsareal.

De samlede ulempene ved dette alternativet anses å være langt flere og større enn fordelene. **Dette alternativet kan ikke tilrådes.**

Planskisse som viser hvordan utvidelsen er tenkt er vist under.



Alt 01: Utvidelse av B2-5 – eksisterende avdeling ut mot akuttavdelingen



Alt 01: Utvidelse av B2-5 – plassering vist i modell

## 4.5 Alternativ 02

Alternativ 02: Overta areal i C2-5 fra Barsel- og deler av fødeavdelingen

Alternativ 02 er å ta i bruk arealet til barselavdelingen og deler av fødeavdelingen. Dette fordrer erstatningsareal for barselavdelingen, noe en per i dag ikke har i UNN.

Barselavdelingen må erstattes. Det har tidligere (for noen år siden), vært vurdert slik at innlagte ved barselavdelingen kunne ha tilhold i pasienthotellet. Det har vist seg at pasienthotellet i den sammenheng ligger for langt unna. Tilstanden til pasientene (mor/barn) og ulike behov/årsaker gjør også at mange av disse pasientene har større behov for nærhet til avdelingen. Pasienthotellet er heller ikke tilpasset ei barselavdeling, eller tilrettelagt med nødvendige funksjoner for å kunne ivareta disse pasientene.

Det er for ressurskrevende å ha barselavdelingen så spredt. Nyfødt intensivavdelingen er klar på at man ikke kan opprette ei egen barselavdeling på pasienthotellet, og har påpekt viktigheten av nærhet mellom lokasjonene, både av hensyn til pasientbehandling og ressursbruk.

Fordelene for nyfødt intensivavdelingen isolert sett med denne beliggenheten, er selvfølgelig nærheten til fødeavdelingen, som er det aller viktigste. Området ligger også godt skjermet i forhold til helikopterstøy.

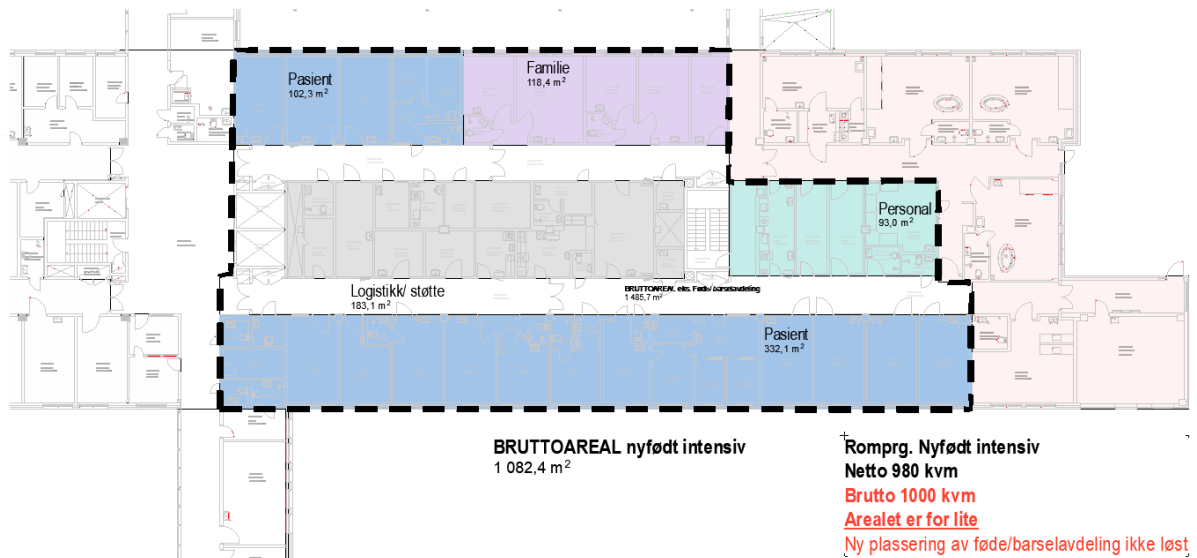
Lys og utsiktsforholdene vil bedres noe i forhold til dagens situasjon, men vil fortsatt være begrenset av C-fløya.

Eksisterende lokaler må renoveres og bygges om for å ivareta behovet til ei nyfødt intensivavdeling. Byggeprosessen vil påvirke omkringliggende areal og avdelinger i større grad enn ved nybygg.

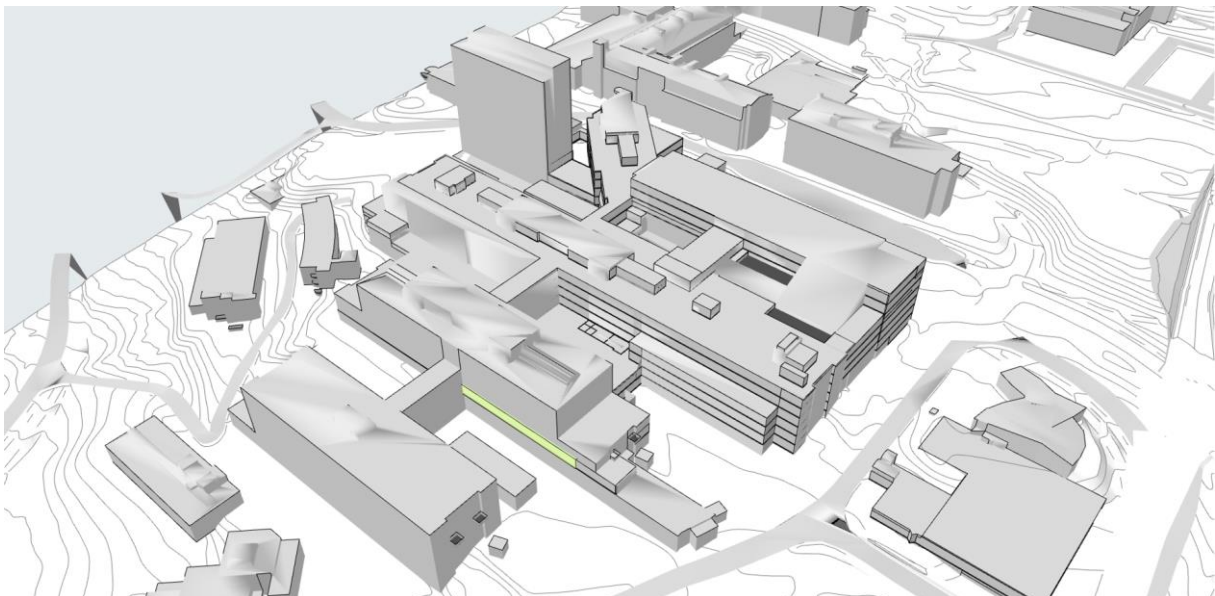


En så omfattende ombygging (vibrasjoner ved rivning og støv og støy i anleggsperioden) vil kreve midlertidige erstatningsarealer for tilstøtende avdelinger, som for eksempel fødeavdeling.

De samlede ulempene ved dette alternativet anses å være langt flere og større enn fordelene. Dette alternativet kan ikke tilrådes.



Alternativ 02: C2-5 utvidelse i barselavdelingen



Alternativ 02: C2-5 – plassering vist i modell

## 4.6 Alternativ 03



Alternativ 03: Nybygg C3-5 – i forlengelsen av fødeavdelingen.

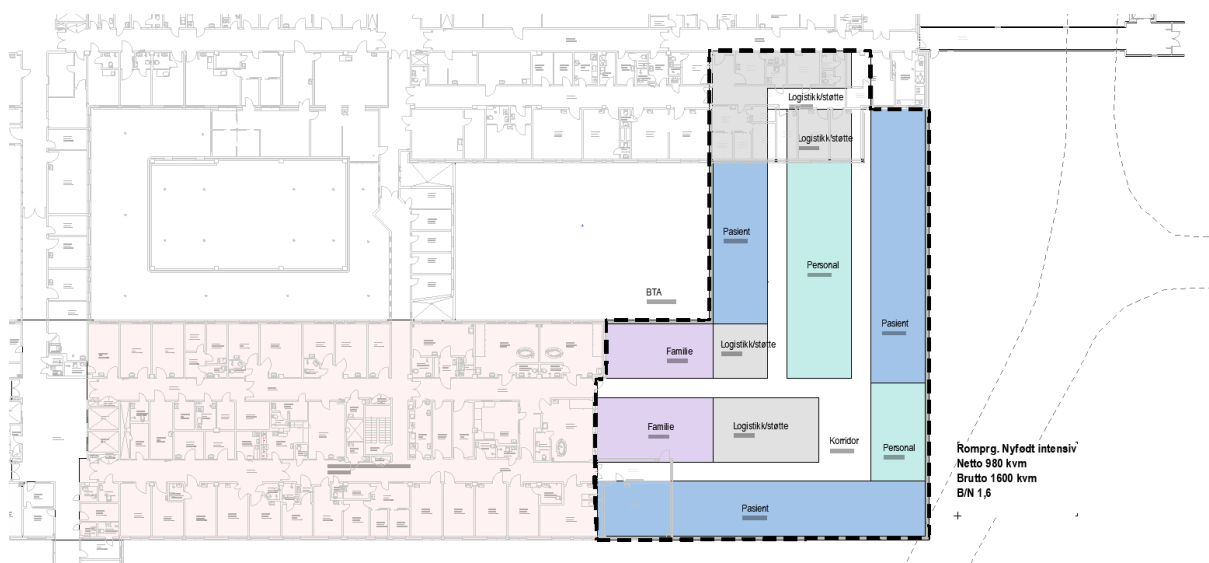
Alternativ 03 er å forlenge C-fløya med et nytt tilbygg ut fra fødeavdelingen, over mammografisenteret. Ulempen ved dette alternativet vil være støytfordringene fra helikopterlandingsplassen like ved. Dette må kompenseres med tilstrekkelige bygningsmessige tiltak i fasaden for å ivareta støy og vibrasjoner. Slike tiltak vil blant annet bety at det ikke kan være åpningsvinduer / lufteluker i fasaden mot helikopterlandingsplassen. Det er også verd å merke seg at de nye ambulanshelikoptrene støyer vesentlig mer enn de helikoptrene som har vært i bruk fram til nå. På sikt forventes det at en løser helikoptersituasjonen med en ny landingsplass i høyden.

Nyfødte intensivpasienter er særlig sensitive pasienter. Det har derfor vært vurdert å flytte om på nyfødt intensivavdelingen og fødeavdelingen, slik at intensivavdelingen blir mer skjermet mot støy. Det er ikke ønskelig fra avdelingen sin side.

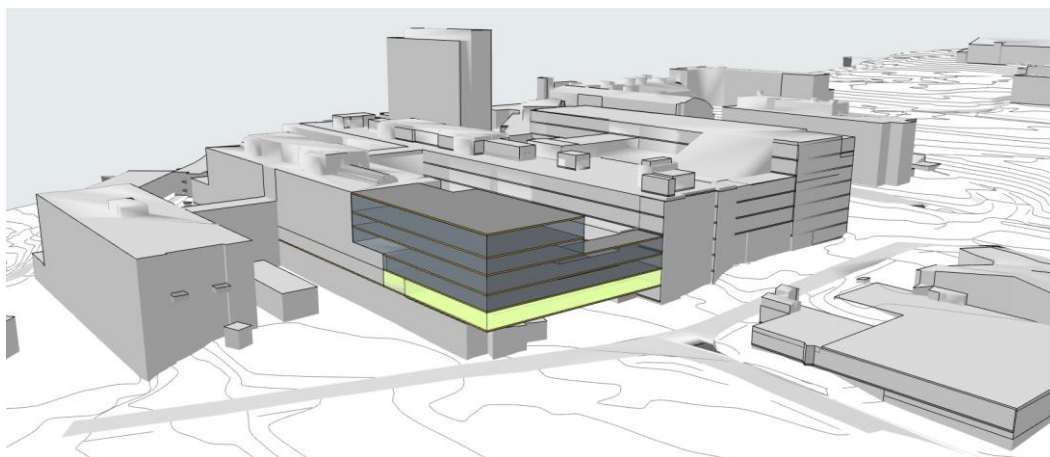
Innenfor alternativ 03 har 3 muligheter vært vurdert:

- **Alternativ 03A:** Forlenge C-fløya og vinkle ny fløy opp mot B-fløya:  
Vinkelen er det alternativet som vil gi avdelingen best forhold for dagslys og utsikt. Tilgjengelig areal vil i en slik løsning åpne for av nyfødt intensivavdelingen kan ligge samlet på ett plan.
- **Alternativ 03B:** Forlenge C-fløya med nyfødt intensivavdeling i to etasjer:  
Å bygge slik at avdelingen går over to plan vil kreve god intern vertikalforbindelse. Dette må vurderes i samråd med avdelingen med tanke på logistikk og drift.
- **Alternativ 03C:** Forlenge C-fløya med nyfødt intensivavdeling i en etasje:  
Dette vil gjøre at tilbygget for å ivareta arealbehovet til avdelingen, vil komme i konflikt med innflygingssonen til dagens helikopterlandingsplass. Dette er per i dag en uaktuell løsning.

For alternativ 03 (A-C) gjelder at pasientområder mot helikopterbasen vil måtte skjermes med fasadetiltak. Avstand til hovedinngang og tidligere omtalte behov knyttet til logistikk og smittevern tilsier at det må etableres ny atkomst og vertikalforbindelse i forlengelsen av utvidet C-fløy.



Alternativ 03A: C3-5 – Nyfødt intensivavdeling i plan 5



Alternativ 03A: C3-5 – plassering vist i modell samt en utvidelse av etasjene over

Ulempen med en slik løsning (Alternativ 03A) antas å være støy fra helikopterbasen mot intensivrommene.

En mulig løsning for å unngå dette kan være å fordele pasientrommene over 2 etasjer med intern vertikal forbindelse (Alternativ 03B). Ytterligere skjerming av (noen) intensivrom kan oppnås ved at det bygges en tverrfløy med mindre støymfintlige funksjoner opp mot B-fløya, se illustrasjoner neste side.

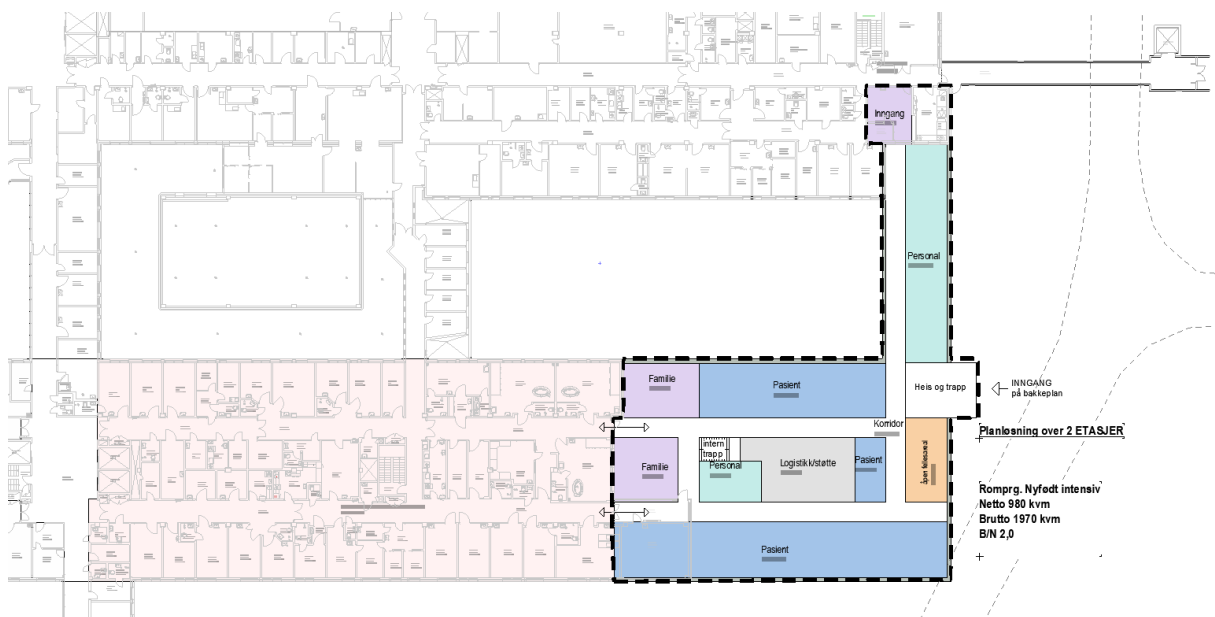


Alternativ 03B: Nybygg C3-5/6– i forlengelsen av fødeavdelingen, men planløsning over 2 etasjer

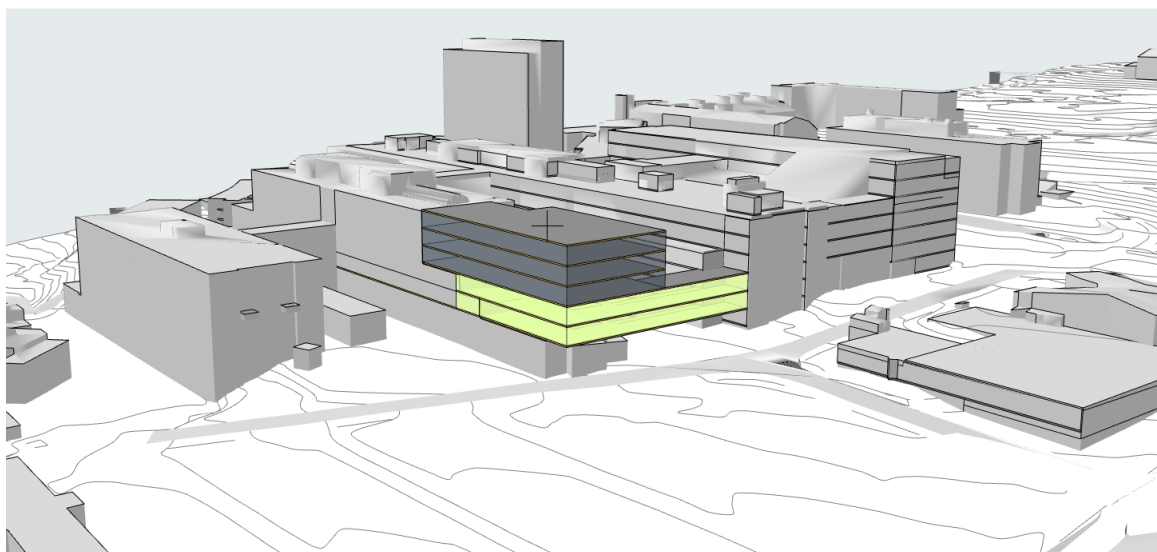
Forlenge C-fløya med nyfødt intensivavdeling i to etasjer:

Løsningen gir den mest optimale plasseringen av pasientrommene med tanke på nærhet til fødeavdelingen, dagslys og utsyn og tilkomst for både langtidsboende pårørende og medisinsk personell. Etablering av avdelingen over to plan vil kreve god intern vertikalforbindelse. Dette må vurderes i samråd med avdelingen med tanke på logistikk og drift.

Ulike medisinske behov og ulike innleggelsesforløp/varigheter kan tilsi at en delt løsning kan ha fordeler. Forbindelsen til B-fløya vil ikke gripe vesentlig inn i eksisterende arealer der. Broen mellom B- og C-fløya vil gi tilleggsarealer for B-fløya i plan 6. Utbyggingsmodellen gir et potensiale for tilleggsareal til C-fløya i etasje 7 – 9.



Alternativ 03B: C3-5+6 - Nyfødt intensivavdeling i plan 5 + 6



Alternativ 03B: C3-5+6 – plassering vist i modell samt en utvidelse av etasjene over

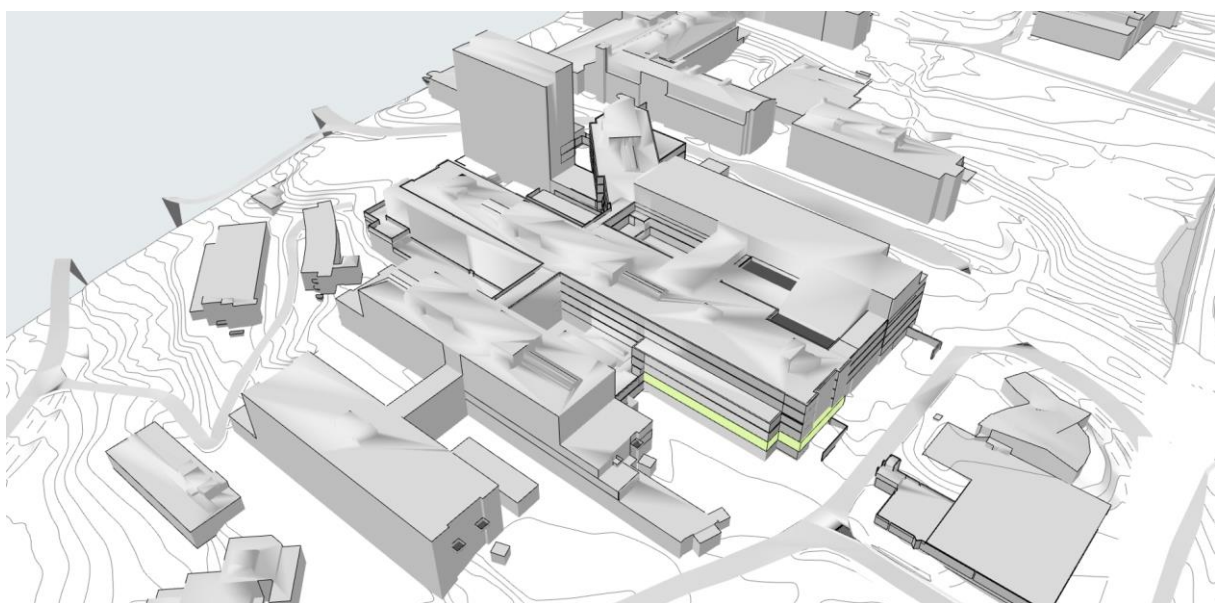


## 4.7 Alternativ 04

Alternativ 04: Ombygging av B3-5 (AMK, OBS-posten, medisinteknisk osv.)

Et alternativ er å flytte nyfødt intensiv til området B3 – plan 5, hvor AMK, medisinsk teknisk avdeling og Obs-posten er dag. AMK er planlagt flyttet ut på sikt. Arealene ligger nært føde- og barselavdelingen. Arealet vil være stort nok for nyfødt intensivavdeling, men beliggenheten i terrenget gir begrenset med dagslys og utsikt på begge sider, spesielt på oversiden av bygget. Lokalene har fasader mot helikopterbasen og mot ambulansegarasjen og vil følgelig være utsatt for støy. Alternativ 04 oppfattes ikke som en god løsning.

Ombygningsareal på ca. 1700kvm vil kreve tilsvarende erstatningsarealer for AMK, OBS-posten og medisintekniske avdeling. Det foreligger ikke erstatningslokaler i UNN som kan ivareta disse funksjoner. **Dette alternativet kan ikke tilrådes.**



Alternativ 04: B3-5 – plassering vist i modell





## 4.8 Alternativ 05

Alternativ 05: Ombygging av deler av B3-5 og utvidelse av B-fløya (nytt bygg)

Alternativ 05 går ut på å utvide B-fløya med et nytt tilbygg. På grunn av begrenset mulighet for utvidelse mot legevakt og dagens helikopterlandingsplass, vil det ikke være nok areal i den nye delen til hele nyfødt intensivavdelingen. Deler av avdelingen løses derfor ved ombygging innenfor eksisterende bygg – B3-plan 5, og da i hovedsak mot nedsiden hvor Obs-posten og deler av medisinteknisk avdeling holder til. Det krever da erstatningsarealer til de sist nevnte avdelingene.

Det er prekært arealbehov i UNN. Ved å utvide B-fløya vil en i tillegg til å løse arealutfordringene for nyfødt intensivavdelingen også løse arealbehov i avdelingene i etasjene over: Røntgenavdeling, hjerteavdeling osv.

En utvidelse i form av nytt bygg her vil muligens kunne ivareta ny landingsplass for de nye og større helikoptrene, på taket (33 m opp). Helikopterbase på taket vil ha stor betydning for utforming av bygningsvolumet og tilhørende fasadeløsninger.

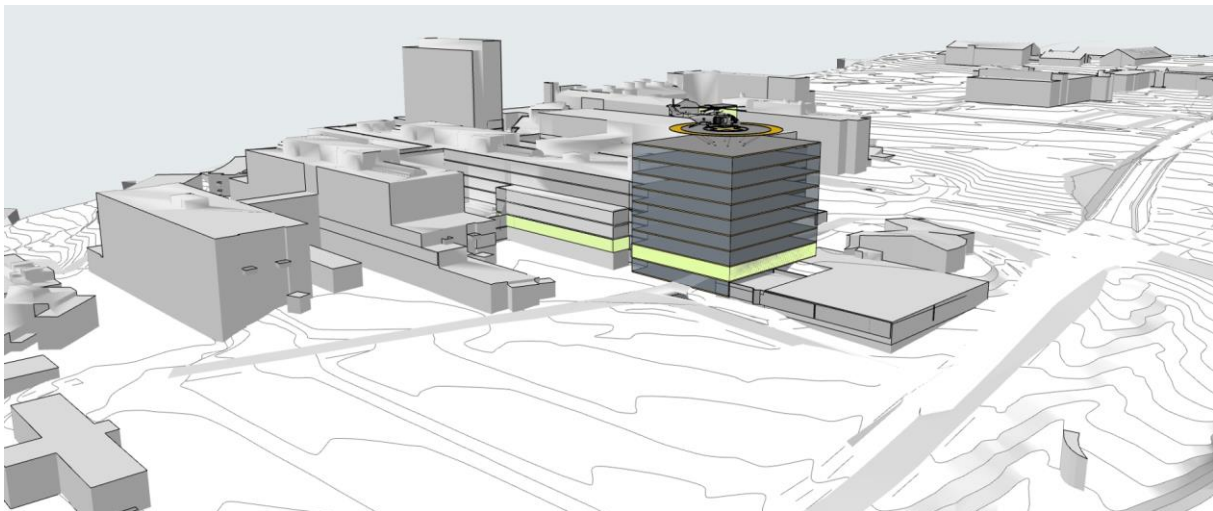
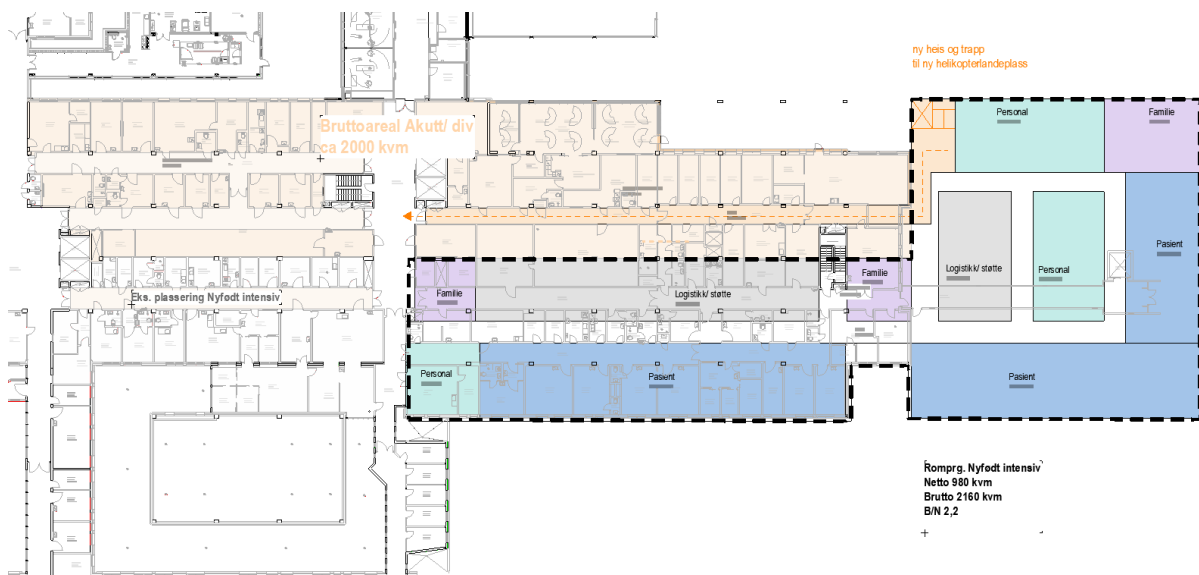
Slik bygningsvolumet er skissert gir dette store arealer uten dagslys midt i bygget. Dette gir en lite fleksibel planløsning. For nyfødt intensivavdelingen betyr det at pasientrommene må legges etter hverandre, noe som gir relativt lange avstander innenfor avdelingen og et uheldig forhold mellom arealer med dagslystilgang og støttearealer som kan legges i mørke soner.

En forlengelse av B-fløya på denne måten vil være sterkt førende for videre utvikling av sykehusområdet, ikke minst med tanke på trafikk-løsninger og videre utbyggingsmønster.

Atkomst til eksisterende helikopterlandingsplassen må løses via heis- og trappehus i nybygget. Pasientrommene mot nord vil spesielt være utsatt for støy siden dagens landeplattform ligger på samme høydenivå som plan 5 i C-fløya. Hvorvidt den eksisterende helikopterlandingsplassen med tilhørende hangar for UNN-helikopteret også skal beholdes må avklares. Det antas at den skal bort på sikt.

Alternativ 05 oppfattes samlet sett som en mulig, men ikke ideell løsning.

**Dette alternativet kan ikke tilrådes med tanke på de spesifikke behov en nyfødt intensiv avdeling har.**



Alt 05- B3-5 – plassering vist i modell samt ny helikopterplass

## 4.9 Alternativ 06

Alternativ 06: Ombygging av C1 – plan 5 (Gynekologisk, endokrinologisk og plastikkirurgisk sengepost)

Det har vært foreslått at arealet til gynekologisk, urologisk, endokrinologisk og plastikkirurgisk sengepost på C1 – Plan 5 teoretisk kan være egnet for ombygging til en moderne nyfødtavdeling, hvis forutsetningen var en ny nyfødtavdeling måtte plasseres innen eksisterende arealer på UNN.

Alternativ 06 begrunnes med:

- Nærhet til føde-/barsel
- Tilstrekkelig areal
- Lenger unna helikopterstøy
- God tilgang til dagslys



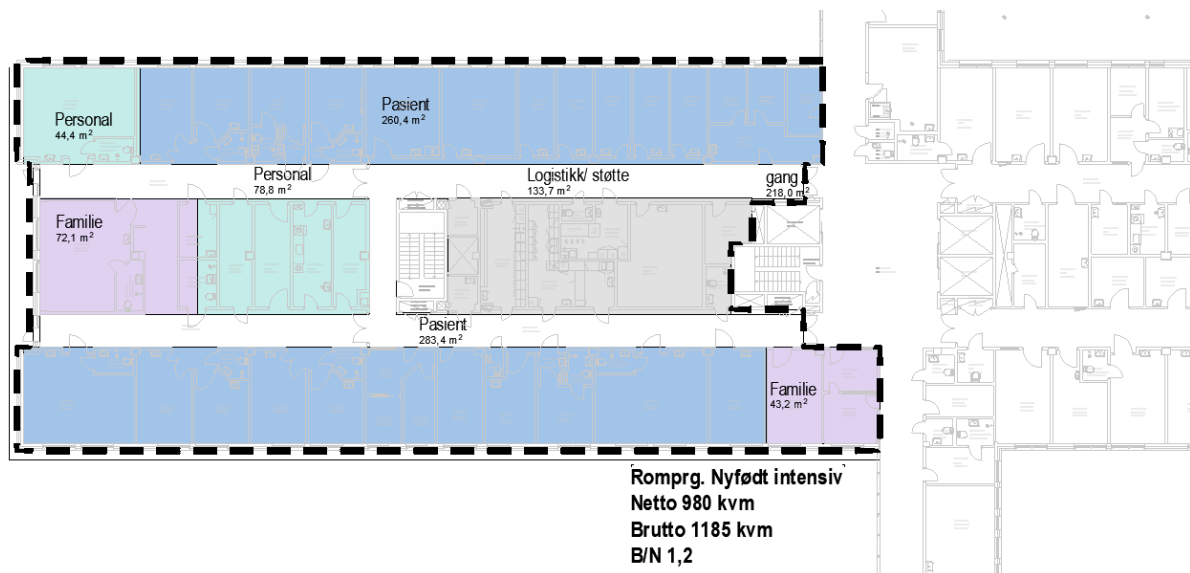
Området ville vært stort nok i areal, men krever full ombygging for nye funksjoner. Eksisterende avdeling i området er en stor, tung avdeling, som er veletablert i området og som lokalene er tilpasset for.

Det foreligger ikke erstatningslokaler i UNN som kan ivareta denne funksjonen.

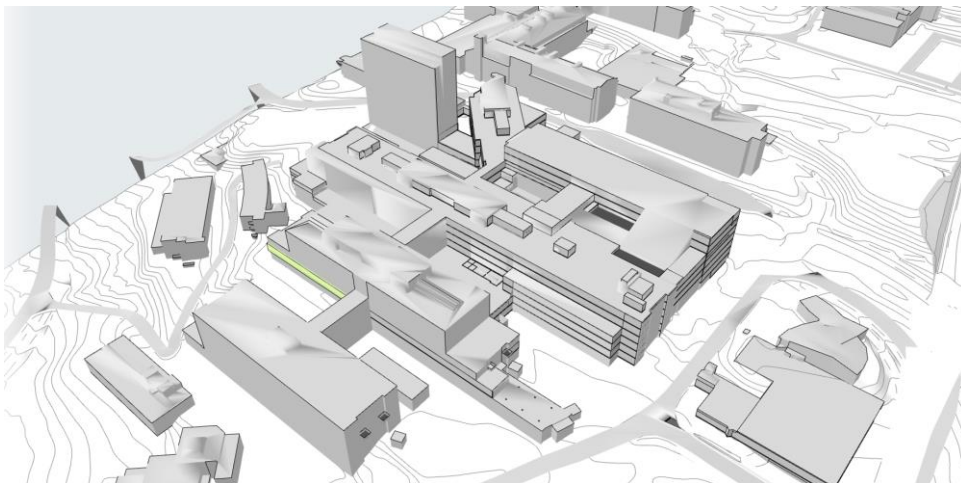
Området ligger i forlengelsen av føde- barselavdelingen, men på motsatt side av hovedkorridoren i UNN. Dette er en stor og viktig ferdselsåre med tidvis stor persontetthet.

Det er ikke forsvarlig å krysse hovedkorridoren med nyfødte intensivpasienter på vei fra fødeavdeling til nyfødt intensivavdeling. Dette frarådes både av smittevernhensyn og av hensyn til ytre stimuli i form av støy og lys for pasient, samt av hensyn til barnets pårørende. Nyfødt intensiv pasienter er svært sensitive, både ovenfor støy og direkte lys.

Det anses derfor som uaktuelt å flytte denne avdelingen for å ivareta nyfødt intensiv i dette området.



Alt 06: C1-5



Alt 06: C1-5 – plassering vist i modell



#### **4.10 Programkrav**

Se føringene i pkt. 3 om hovedprogram.

#### **4.11 Løsninger, illustrasjoner, modeller fra evt. Mulighetsstudier**

Viser til pkt. 4.3 til 4.9 og 5.1 for nærmere tegninger, illustrasjoner og beskrivelser av de ulike alternativene.

#### **4.12 Prosjektkostnad (mindre omfattende beregninger)**

Kostnadskalkyler fremgår oppsummert i kapittel 5.2.

#### **4.13 LCC-analyser (mindre omfattende beregninger)**

Det er ikke gjennomført LCC-analyser i konseptfasen. Det vil bli redegjort nærmere for slike analyser i forprosjektfasen.

#### **4.14 Driftsøkonomiske analyser (mindre omfattende beregninger)**

Det er ikke gjennomført Driftsøkonomiske analyser i konseptfasen for alle alternativene, kun for anbefalt alternativ. Viser til kapittel 5.7.

#### **4.15 Kriterier for valg av alternativ**

Det er valgt følgende kriterier for valg av alternativ:

Nærhet til viktige avdelinger

Føde- og barselavdelingen

Operasjonsavdeling

Akuttmottak (adkomst)

Logistikk og pasientflyt

Alt på samme plan

Erstatningsareal for annen avdeling

Miljø

Pasientmiljø

Miljø for familie

Arbeidsmiljø

Arkitektur

Støy (eksisterende helikopterbase)

Daglys

Utsikt til pasientrom

Ligger godt til rette for utvikling

Flexibilitet



PROSJEKT OG UTBYGGING

Driftseffektiv

Rehabilitering/fornyning eksisterende bygg

Utvidelse/ekstra areal/flere etg. Mulig

Byggefase

Støy byggeplass

Rokade – Midlertidige erstatningsareal

Areal

Bruttoareal

Nettoareal etter romprogram

B/N-faktor

Nybygg/ombygging



## 4.16 Rangering og vurdering av alternativene, anbefaling

Under er det satt opp en evalueringmatrise, der det er tatt hensyn til det man mener er de viktigste evalueringskriteriene.

Tabellen vektet ulike kriterier for valg av lokalisering:

- Nærhetsbehov / logistikk
- Arealtilgang
- Erstatningsareal
- Miljø og helse
- Arkitektur
- Gjennomføring/byggefase
- Utviklingspotensiale UNN Breivika

	Vekt	Alt 00	Alt01	Alt2	Alt03A	Alt 03B	Alt04	Alt05	Alt06	
		B2-5	C2-5	C3-5	C3-5 /6	B3-5	B3-5	C1-5		
<b>Kriterier</b>										
Stikkord		Eksist	Akutt	Barsel	Mammo	Mammo	OBS,MT	Heli, OBS	Sengepost	
Nærhet til viktige avdelinger										
Føde- og barselavd.	3	60m	70m	X	50m	50m	70 m	100m	80m	
Operasjonsavdeling Fløy B- plan 7	1	80 m	70m	120 m	170m	170m	130m	130m	120m	
Akuttmottak (adkomst)	1	80 m	130 m	140m	210 m	210m	170m	160m	150m	
Logistikk og pasientflyt										
Alt på samme plan	2									
Erstatningsareal for annen avdeling	3		Akuttavd.	Barsel	OBS		OBS, MT	OBS	Sengp	
Miljø										
Pasientmiljø	3									
Miljø for familie	2									
Arbeidsmiljø	2									
Arkitektur										
Støy (eksist. helikopterbase)	2									
Dagslys pasient- og personalrommene	3									
Utsikt pasientrom	2									
Ligger godt til rette for utvikling	2									
Flexibilitet	2									
Driftseffektiv	2									
Utvidelse/ekstra areal/flere etg mulig	2				4660m2	4053m2		9700m2		
Byggefase										
Støy anleggsperioden	1									
<b>SUM Samlagt vurdering</b>			-18	-23	21	25	-2	12	-3	
		Oppfyller ikke arealkrav							Oppfyller ikke arealkrav	
<b>AREAL</b>										
Bruttoareal m2		570	1200	1100	1640	1970	1740	2160	1185	
Nettoareal etter romprogram		400	980	980	980	980	980	980	980	
B/N-faktor			1,2	1,1	1,7	2	1,8	2,2	1,2	
Areal som må flyttes ved Nybygg/ombygging			680	1085	250	32	1740	1290	1210	
Tekn. areal som må flyttes ved Nybygg/ombygging			0	0	80	80	25	25	0	
Rokade - Midlertidige erstatningsareal			Nyfødt	Føden	Mammo	Mammo				
Nybygge/ ombygging			OM	OM	NY	NY	OM	OM/NY	OM	
Investeringskostnader NOK		73,4 mill	127,8 mill.	119,2mill.	169,6 mill	232 mill	174,5 mill	252,3 mill	126,5 mill	
<b>SUM inkl. tilegskostnad ifbm. alternativene</b>		<b>77.5 mill</b>	205,2mill	240,4 mill	236,3 mill	248.1 mill	365,1 mill	394,4 mill	257.2 mill	

Tegnforklaring





## 5 ANBEFALT HOVEDALTERNATIV

### 5.1 Skisseprosjekt

**Anbefaling: Alternativ 03B:**

**Nybygg C3-5 – i forlengelsen av fødeavdelingen, med nyfødt intensivavdeling over 2 etasjer**

Etter en samlet vurdering av alternativene, er alternativ 03B, utvidelse av C-fløya med nyfødt intensivavdeling over 2 plan, det alternativet som anses gunstigst for nyfødt intensiv.

Løsningen gir den mest optimale plasseringen av pasienttrommene med tanke på nærhet til fødeavdelingen, dagslys og utsyn og tilkomst for både langtidsboende pårørende og medisinsk personell. Etablering av avdelingen over to plan vil kreve god intern vertikalforbindelse. Dette må vurderes i samråd med avdelingen med tanke på logistikk og drift.

Ulike medisinske behov og ulike innleggingsforløp/varigheter kan tilsi at en delt løsning kan ha fordeler.

Forbindelsen til B-fløya vil ikke gripe vesentlig inn i eksisterende arealer der. Broen mellom B- og C-fløya vil gi tilleggsarealer for B-fløya i plan 6. Utbyggingsmodellen gir et potensiale for tilleggsareal til C-fløya i etasje 7 – 9. Alternativ 03B anbefales videreført i skisseprosjekt.

Som tidligere nevnt medfører omlegging til ny driftsmodell for nyfødt intensivavdelingen et netto arealbehov på 984 m<sup>2</sup>, tilsvarende ca. 1870 m<sup>2</sup> brutto. Dette må dekkes ved nybygg i form av tilbygg / påbygg. Kostnader knyttet til nybygg vil derfor påløpe uavhengig av alternativ.

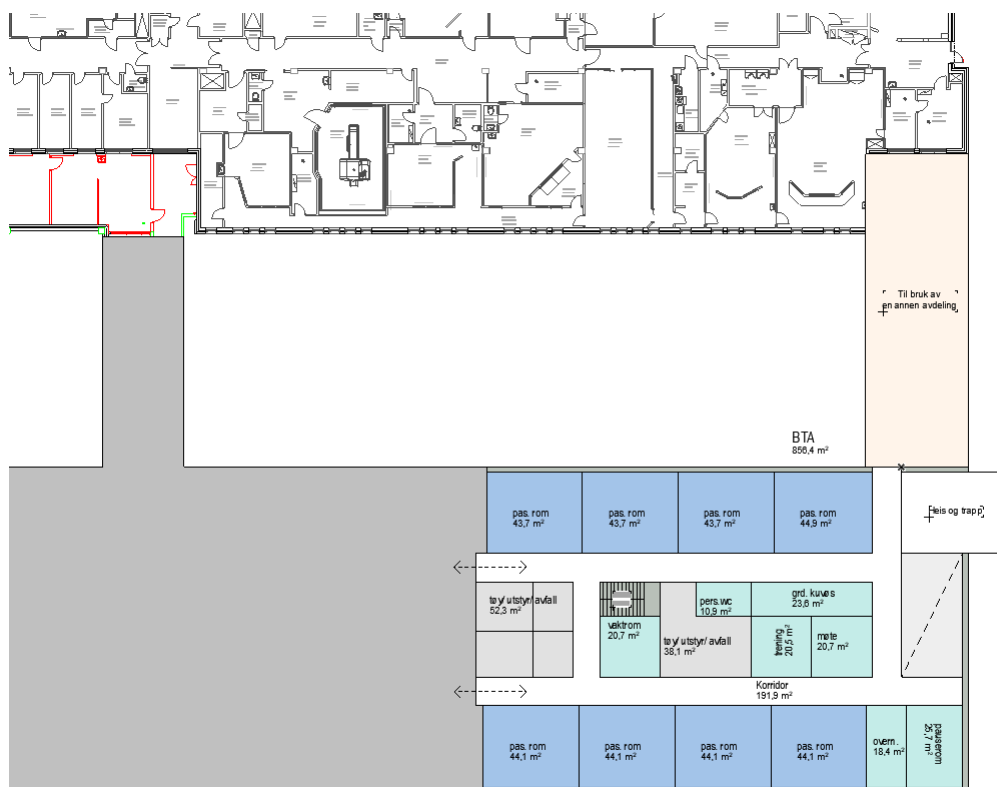
Videre er det en fordel å berøre eksisterende lokaler i minst mulig grad. Ombygging i eksisterende lokaler medfører store ulemper for daglig drift og behov for flytting av virksomhet, permanent eller midlertidig.

Driftsmessig gir nærheten til fødeavdelingen noe mulighet for sambruk av personell og lokaler.

Konseptuell løsning er presentert her.

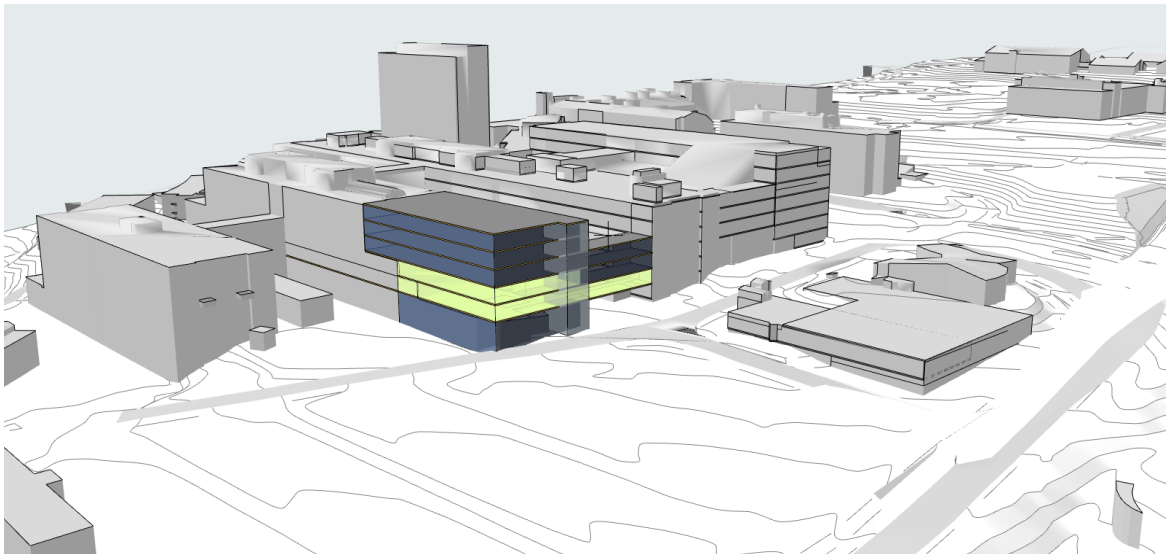


Alternativ 03B: Nyfødt intensivavdeling i tilbygg C5+6, plan 5. etasje



Alternativ 03B Nyfødt intensivavdeling i tilbygg C5+6, plan 6. etasje





*Alternativ 03B: C3-5+6 – plassering vist i modell samt en utvidelse av etasjene over*

#### *Beliggenhet, tomt*

Alternativ plassering ligger på nordsiden av bebyggelsen til UNN - Breivika, og da i forlengelsen av C-fløya, og er planlagt delvis over eksisterende mammografisenter. Utvidelsen/bygget vinkles opp mot B-fløya, noe som sikrer godt med lys og utsikt både mot øst, nord og sør. Mot sør er utsikten mot gårdsrom, og derfor begrenset. Det sikrer imidlertid dagslys inn, bedre enn tidligere.

#### *Regulering*

Eiendommen er i gjeldende reguleringsplan 1196 vist regulert til offentlig bebyggelse, feltbetegnelse OB. Reguleringsplanen trådte i kraft 21.04.1993. Plannavn: Helikopterlandingsplass H1 med base RITØ (Universitetssykehuset). Planen viser restriksjonsområde flyplass.

For øvrig gjelder plan 0900, med plannavn UITØ og RITØ – Breivika, med ikrafttredelsesdato: 21.08.1985. Formålet i denne planen er også offentlig bebyggelse, OB.

#### *Klimatiske forhold*

Området ligger forholdsvis skjermet til for vindretninger fra sørlig retning, men noe mer utsatt til i forhold til de øvrige vindretningene, og spesielt fra nord.

Tromsø er kjent for store snømengder vinterstid, og gjelder også lokalt i Breivika.

#### *Adkomstforhold, parkering*

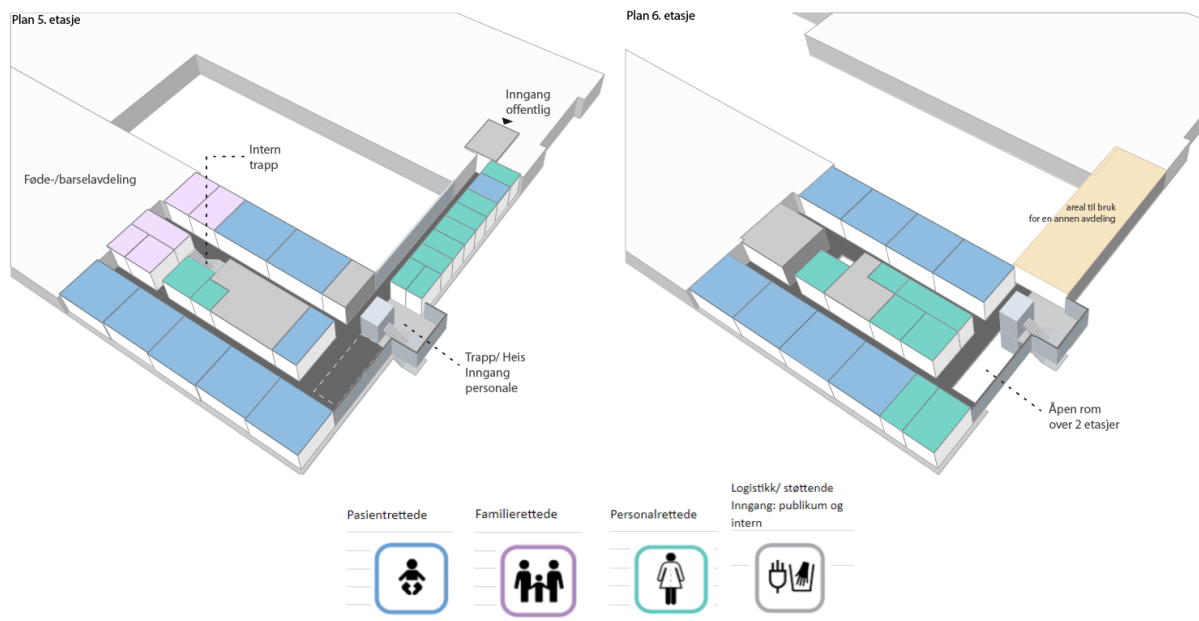
Adkomst til frem til nyfødt intensivavdelingen er i hovedsak planlagt via hovedinngang, og via akuttinngang i B-fløya og over til C-fløya.

Foreldre/foresatte/besøkende må benytte besøksparkering i området ovenfor Hansine Hansens veg. Det vil i forprosjektfasen bli vurdert om det er mer formålstjenlig at nyfødt intensiv har en egen adkomst

#### *Dimensjonering av bygget*



Nyfødt intensivavdeling er vist med et areal på omtrent 980 m<sup>2</sup> netto og 1970 m<sup>2</sup> brutto, som gir en brutto/nettofaktor (B/N) på 2,0.



Mulig planløsning alt 03B, C3-5 over 2 etasjer vist i 3D

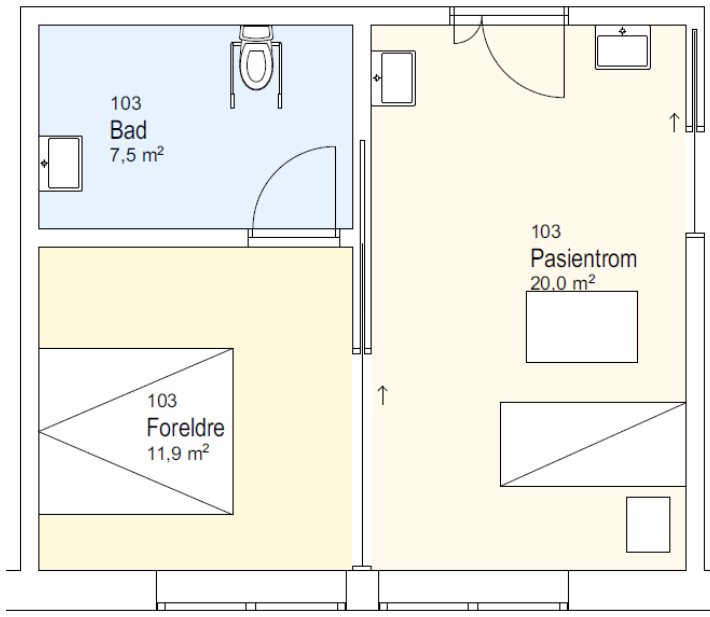
### Beskrivelse av planløsning

Bygget skal planlegges med fokus på sammenhenger mellom funksjoner som hører naturlig sammen innenfor pasientrettede-, familierettede- og personalrettede funksjoner mm.

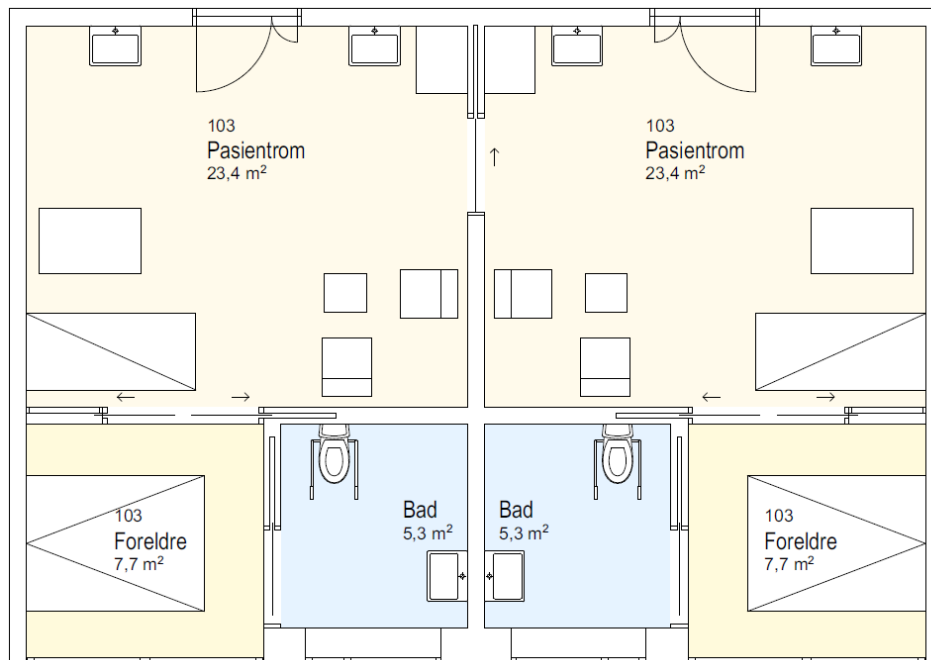
Pasient-/enefamilierommene er lagt mot atriet (skjermet) og nordøst fordelt over to etasjer noe som sikrer rikelig tilgang til lys og utsyn. Avstandene i avdelingen bør reduseres mest mulig av hensyn til driften. Vaktrom midt i, sikrer god oversikt over pasientrommene og nærhet til disse. Isolatrom er foreslått plassert inn mot gårdsrommet.

Pasientrom er prioritert foran kontorene med hensyn til utsikt. Alle dagslyskrav oppfylles. I tillegg har ansatte tilgang til lys og utsyn når de er inne på pasientrom, noe de vil være store deler av arbeidshverdagen.

Enefamilierom: Pasientrommene planlegges todelt med separat barn- og familiedel. I tillegg skal det være bad knyttet til hvert familierom.



*Prinsippforslag 01: utforming av pasientrom*



*Prinsippforslag 02: speilvendt løsning med forbindelse mellom pasientrom*

Mer underordnede rom/støtterom som, lager, vaskerom, melkerom, medisinrom osv., hvor det ikke er krav til lystilgang, er planlagt i midtsonen.

#### *Person- og vareflyt*

2 korridorsoner med forbindelse midt i bygget, sikrer god logistikk



#### *Arkitektonisk konsept – bygg og utomhus*

Foreslått tilbygg er delvis påbygg over Mammografiseret med en bro/ vinkel opp mot B-fløya. Denne forbindelsen må løftes slik at man ikke hindrer adkomst og transport til rampene ved forsyningen.

Den overordnede bygningsstrukturen består av parallelle fløyer lagt langs terrenget og som trapper seg oppover i skråningen. Fløyene bindes sammen av en hovedkorridor direkte inn fra hovedinngangen. Fløyene har tilnærmet lik bredde, ca. 21 meter, med enkelte variasjoner.

Et påbygg og tilbygg på C-fløya føyer seg naturlig inn i eksisterende struktur og kompletterer denne. Vi ser muligheten for at sykehuset vil fremstå som mer harmonisk utformet fra nord.

Prinsippet med å knytte sammen fløyene over bakkeplan er allerede kjent fra A-fløya. Tilsvarende løsning er førende prinsipp for kommunikasjon mellom byggene ved St Olavs Hospital i Trondheim, og har bevist å være et godt funksjonelt grep.

Beliggenheten er eksponert for utvendig støy både fra helikoptertrafikk og veg/transporttrafikk både under og ved siden av. Bygget må bygges med doble fasader og støydempende dekke for å holde støy og vibrasjoner ute.

#### *Universell utforming*

Offentlige bygg har krav om universell utforming.

#### *Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA)*

Fleksibilitet, generalitet og elastisitet.

#### *Brannkonsept*

I tillegg til kobling mot eksisterende rømningsveier foreslås det eget rømningstrappehus og brannheis ned til bakkenivå i enden av det framtidige til- /påbygget.

#### *Bygningsmessig*

Utvidelse av C- Fløya med Nyfødt intensiv i plan 5 og 6 gir mulighet til et påbygg på inntil 3 ekstra etasjer til og dermed kunne tilfredsstille store etterspørsel på areal også for andre avdelinger i bygget. Det bør vurderes rivning av Mammografibygg og erstatning med nybygg (kostnad, bærekonstruksjon og fundamentering)

#### *Bygningsfysikk*

Det vil kreves store vinduer /glassarealer for å oppfylle krav om dagslys og utsikt, både for oppholdsrom (pasient/familierommene) og arbeidsplassene.

Dette kan komme i konflikt med målet om å spare energi, minske varmetap og unngå for mye solvarme.

#### *Energi og miljø – Energibehov - Energiforsyning*



## 5.2 Prosjektkostnad (Kalkyle)

Kostnadskalkylen som er gjort er et estimat som bygger på erfaringstall pr. kvadratmeter (m<sup>2</sup>), basert på Sykehusbygg HF sin notat (18.06.21) om byggekostnader for nye Helgelandssykehuset.

Microsoft Word - 2021-06-14 Notat byggekostnader HSYK (helgelandssykehuset.no)

Kostnadskalkylen vil bli revidert i forbindelse med forprosjektfasen, som er mer detaljert, og vil da gi en høyere presisjon enn denne for tidlig fase.

Hensikten med kostnadskalkylen eller estimatet i konseptfasen, er imidlertid å få frem et mest mulig dekkende kostnadsbilde inkludert usikkerhet for prosjektet.

Følgende kostnadsberegning er et grovestimat basert på erfaringer fra lignende prosjekter. Tallene som fremgår har en høy usikkerhet, men egner seg som tilstrekkelig grunnlag for å kunne avgjøre om prosjektet skal gå videre til forprosjektfasen, hvor detaljeringsgraden blir høyere og det utarbeides mer presis kostnadskalkyle.

Prosjektet befinner seg i en tidlig fase hvor detaljeringsgraden er svært lav. Vi må derfor estimere fra et overordnet nivå med «store tall», da vi ikke har mulighet til å gå i detaljnivå. Det er stor usikkerhet knyttet til arealer og priser i dette notat og derfor må notatet ansees som en grovestimering under gitte forutsetninger. Det er ikke gjort grundige vurderinger verken på realiseringen av nybygg eller omfanget av rehabilitering, spesielt når det kommer til eksisterende bygningers egnethet og tilstandsgrader. Dette arbeidet må gjennomføres når detaljeringsgraden økes videre i prosjektet.

Kostnadene er bygget opp etter NS 3453. Nedenfor presenteres bygningsdelstabellen på ettsiffernivå. På nåværende tidspunkt er det ikke relevant å spesifisere kostnadene ytterlig.

Kontonivå 1	Tekst
01	Felleskostnader
02	Bygging
03	VVS-installasjoner
04	Elkraft
05	Tele og automatisering
06	Andre installasjoner
	<b>Huskostnad (sum 01 til 06)</b>
07	Utendørs
	<b>Entreprisekostnad (sum 01 til 07)</b>
08	Generelle kostnader
	<b>Byggkostnad (sum 01 til 08)</b>
09	Spesielle kostnader
10	Merverdiavgift (for konto 01 til 09)
	<b>Basiskostnad (sum 01 til 10)</b>
11	Forventede tillegg (inklusive merverdiavgift)
	<b>Prosjektkostnad (sum 01 til 11)</b>
12	Usikkerhetsavsetning (inklusive merverdiavgift)
	<b>Kostnadsramme (sum 01 til 12)</b>

Nybygg



Matrisen nedenfor viser kostnadsfordelingen på erfaringstallet for nybygg. Erfaringstallene for ombygging kommer fra Sykehusbygg sine erfaringstall på nybygg. Det er lagt inn 10% i forventet tillegg og 10% i usikkerhetsavsetning. I utregningen er det lagt til grunn en kostnad pr m2 BTA på 108 000. Dette er i øvre sikte av andre sykehusprosjekt, men grunnet høy usikkerhet er det valgt å sette en høy Kr/m2 BTA.

Konto	Kr/m2 BTA	% av kost.ramme
Huskostnader (1-6)	41 994 Kr/m2 BTA eks mva	39%
07 Utendørs	2 497 Kr/m2 BTA eks mva	2%
08 Generelle kostnader	9 987 Kr/m2 BTA eks mva	9%
09 Spesielle kostnader	16 977 Kr/m2 BTA eks mva	16%
10 Mva. (25%)	17 851 Kr/m2 BTA	17%
11 Forventet tillegg (10%)	8 925 Kr/m2 BTA	8%
Prosjektkostnad / styringsramme	98 181 Kr/m2 BTA	
13 Usikkerhetsavsetning (10%)	9 818 Kr/m2 BTA	9%
Kostnadsramme	108 000 Kr/m2 BTA	

*Kostnadsramme nybygg*

#### Ombygg

Erfaringstallene for ombygging kommer fra Sykehusbygg sine erfaringstall på rehabilitering. Usikkerheten rundt disse tallene er store, men danner grunnlaget for vurdering av kostnadskonsekvenser ifm ombygging. Kostnadene er indeksregulert til 2021 og lagt på 10% usikkerhetsavsetning. Usikkerhetsavsetning er ikke inkludert i matrisen, men er fordelt utover kontoene. Vi har til grunn en høy ombyggingskostnad – 82 000 Kr/m2 BTA.

Konto	Kr/m2 BTA	% av kost.ramme
Huskostnader (1-6)	37 410 Kr/m2 BTA eks mva	46%
07 Utendørs	1 776 Kr/m2 BTA eks mva	2%
08 Generelle kostnader	10 972 Kr/m2 BTA eks mva	13%
09 Spesielle kostnader	9 476 Kr/m2 BTA eks mva	12%
10 Mva. (25%)	14 909 Kr/m2 BTA	18%
11 Forventet tillegg (10%)	7 454 Kr/m2 BTA	9%
Prosjektkostnad / styringsramme	82 000 Kr/m2 BTA	
13 Usikkerhetsavsetning (10%)	Inkludert 10%	
Kostnadsramme	82 000 Kr/m2 BTA	

*Kostnadsramme ombygg*



### Vurdering av alternativ

I kostnadsberegningen til alternativ 00, 01, 2, 04, og 06 ligger det til grunn en kostnadsramme på 82.000 Kr/m<sup>2</sup> BTA. For alternativ 03A, 03B og 05 er det forutsatt en nybyggkostnadsramme på 108.000 Kr/m<sup>2</sup> BTA, selv om deler av arealet inneholder ombygging. Dette er gjort grunnet usikkerhet rundt egnethet av eksisterende areal, samt kompleksiteten som ombygg med tilbygg medfører.

I kostnadsberegningen er det ikke tatt høyde for «rokaidekostnader». Dette er kostnader knyttet til at avdelinger må flytte grunnet rehabilitering. Dette er kostnader som må beregnes senere hvis det skulle bli aktuelt. Dette gjelder i hovedsak alternativ 00, 01, 2, 04, og 06.

Konto	Oppfyller ikke arealkrav						Oppfyller ikke arealkrav	
	Alt 00	Alt01	Alt2	Alt03A	Alt 03B	Alt04	Alt05	Alt06
		B2-5	C2-5	C3-5	C3-5 2etg	B3-5	B3-5	C1-5
Huskostnader (1-6)	kr 19 191 401	kr 40 402 949	kr 37 036 037	kr 68 788 441	kr 82 630 018	kr 58 584 276	kr 90 599 411	kr 39 897 912
07 Utendørs	kr 911 532	kr 1 919 015	kr 1 759 097	kr 4 094 550	kr 4 918 453	kr 2 782 572	kr 5 392 822	kr 1 895 028
08 Generelle kostnader	kr 5 629 016	kr 11 850 559	kr 10 863 013	kr 16 378 200	kr 19 673 814	kr 17 183 311	kr 21 571 288	kr 11 702 428
09 Spesielle kostnader	kr 4 861 506	kr 10 234 749	kr 9 381 853	kr 27 842 941	kr 33 445 483	kr 14 840 385	kr 36 671 190	kr 10 106 814
Inventar og utstyr	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000
10 Mva. (25%)	kr 11 398 364	kr 19 851 818	kr 18 510 000	kr 33 026 033	kr 38 916 942	kr 27 097 636	kr 42 308 678	kr 19 650 545
11 Forventet tillegg ombygg (15%)	kr 6 839 018	kr 11 911 091	kr 11 106 000			kr 16 258 582		kr 11 790 327
11 Forventet tillegg nybygg (10%)				kr 15 013 017	kr 17 958 471		kr 19 654 339	
Prosjektkostnad / styringsramme	kr 63 830 836	kr 111 170 182	kr 103 656 000	kr 180 143 182	kr 212 543 182	kr 151 746 764	kr 231 197 727	kr 110 043 055
13 Usikkerhetsavsetning ombygg (15%)	kr 9 574 625	kr 16 675 527	kr 15 548 400			kr 22 762 015		kr 16 506 458
13 Usikkerhetsavsetning nybygg(10%)				kr 16 513 017	kr 19 458 471		kr 21 154 339	
<b>Kostnadsramme (nyfødt intensiv)</b>	<b>kr 73 405 462</b>	<b>kr 127 845 709</b>	<b>kr 119 204 400</b>	<b>kr 196 656 198</b>	<b>kr 232 001 653</b>	<b>kr 174 508 778</b>	<b>kr 252 352 066</b>	<b>kr 126 549 513</b>
<b>Tilleggs kostnader ifm alternativene</b>								
<i>Erstatningsareal for annen avdeling</i>		<i>Akuttavd.</i>	<i>Barsel</i>	<i>OBS</i>	<i>OBS</i>	<i>AMK,OBS, MT</i>	<i>OBS</i>	<i>Sengepost</i>
Areal som må flyttes ved Nybygg/ombygging		kr 73 440 000	kr 117 180 000	kr 35 640 000	kr 12 096 000	kr 190 620 000	kr 142 020 000	kr 130 680 000
<i>Rokade- Midlertidige erstatningsareal for:</i>	<i>Nyfødt</i>	<i>Nyfødt</i>	<i>Føden</i>	<i>Mammo</i>	<i>Mammo</i>			
Midlertidige lokaler/rokaidekostnader	kr 4 000 000	kr 4 000 000	kr 4 000 000	kr 4 000 000	kr 4 000 000			
<b>SUM</b>	<b>kr 77 405 462</b>	<b>kr 205 285 709</b>	<b>kr 240 384 400</b>	<b>kr 236 296 198</b>	<b>kr 248 097 653</b>	<b>kr 365 128 778</b>	<b>kr 394 372 066</b>	<b>kr 257 229 513</b>
<b>Utvidelse/ekstra areal/flere etg mulig</b>								
				<b>Alt03A</b>	<b>Alt 03B</b>		<b>Alt05</b>	
Bruttoareal (BTA)				4660	4053		9700	
kr pr m2 BTA				kr 90 000,00	kr 90 000,00		kr 90 000,00	
Kostnad for riving og nytt bygg Mamografi+garasje				kr 81 400 000	kr 81 400 000			
<b>Investeringskostnader (inkl mva)</b>				<b>kr 500 800 000</b>	<b>kr 446 170 000</b>		<b>kr 873 000 000</b>	



### 5.3 Usikkerhetsanalyse

Kostnadskalkylen er gjort i en tidlig fase der detaljeringsgraden er lav. Det er flere forhold som kan påvirke kostnadene, og som er usikkert i en så tidlig fase.

- Generell prisstigning
- Endringer i markedet. Erfaringsvis har Covid-19 situasjonen gjort at prisen råvare- og materialpriser her steget. Vil nytt prisnivå holde seg i det videre, eller vil det normalisere seg om situasjonen roer seg?
- Grunnforhold – er ikke undersøkt nærmere enda.
- Tilpasninger til eksisterende bygg og tekniske anlegg kan være mer krevende
- Påvirkning på tiliggende avdelinger – støy i byggeperioden, behov for midlertidige lokaler (F.eks. for Obs-posten, Mammografi og føden) underveis. Det bør også utredes nærmere om det er mer hensiktsmessig å rive mammografisenteret og bygge nytt, enn å bygge på eksisterende mammografisenter.
- Lav detaljeringsgrad i prosjektet i denne fasen gjør at ikke alt er kartlagt og avklart
- Helikoptersituasjonen er pr. nå usikker. Dagens helikopterlandingsplass og innflygningszone ligger nært planlagt utvidelse, og nært bakkenivå. Det pågår avklaringer rundt hvor nytt og større helikopter skal lande.
- Fremtidig utbygging av UNN. Muligheter for fremtidig utvidelse av UNN, må tas høyde for i prosjektet. Dette er ikke avklart pr. nå.
- Påvirkning på veg og parkeringsplasser. Det må gjøres ei vurdering av behov for omlegging av veg og parkeringsplasser i nærheten av bygget, under byggeperioden. Særlig kjøreadkomst til forsyningen vil bli berørt.

### 5.4 LCC-analyse

Det er ikke gjennomført LCC-analyser i konseptfasen. Det vil bli redegjort nærmere for slike analyser i forprosjektfasen.

### 5.5 Økonomisk bæreevne (komplett ØLP-beregning)

Økonomiavdelingen har gjort en bærekraftanalyse for nyfødt intensiv, som fremgår av tabellen under. Det er gjort noen korrigeringer i areal og kostnader i ettertid, som har gitt utslag i reduserte kostnader på rundt 50 millioner, noe som vil påvirke bærekraftsanalysen noe – og da i positiv retning.





## PROSJEKT OG UTBYGGING

	2024	2025	2026	2027
Prosjektkostnad	40	160	150	21
Herav:				
Byggekostnad		251		
Tilpasning mammografi/garasje/fristille bygg		100		
midlertidig drift mammo		4		
Ustyr, inventar, midlertidig drift mammo		16		

## beregning okt 2021 - til Tor Arne

Byggetrinn	Type kostnad /	år	Bærekraft Nyfødt intensiv																	Senere år (pr år)		
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040			
Prosjektkostnad	Renter egen likviditet		0,5	2,6	4,6	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
FDV	Drift		0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Sykepleierstillinger (fr. BUK)	Drift		0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3
Gevinstrealisering	Drift		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
40 Byggekostnad	Avskrivning		0,0	0,0	0,0	0,0	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3
25 Tilpasning mammografi/garasje/fristille bygg	Avskrivning		0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Midlertidig drift mammografi	Drift				2,0	2,0																
10 Utstyr/inventar	Avskrivning		0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	0,0	0,0	0,0
<b>SUM (akkumulert omstilling)</b>			<b>0,5</b>	<b>2,6</b>	<b>6,6</b>	<b>6,8</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>	<b>22,4</b>	<b>22,4</b>	<b>22,4</b>	<b>22,4</b>
Endring (årlig omstillingsutfordring)			0,5	2,1	4,0	0,3	17,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-1,6	0,0	0,0	0,0

Presisering		
Type	Beløp	Kommentar (Stig)
midlertidig drift mammo	4	2 mill i to år
Konseptfase	0,6	Denne er innvilget kun for 2021 slik at det ikke er tatt med som en videre kostnad.
FDV	1 287,6	pr kvm (3 mill er satt tall av TA og kvm på NI er 2 330 m2)

**Forutsetninger:**

Prosjektkostnad dekkes av egen likviditet.

Med unntak av renter på egen likviditet og midlertidig drift av Mammografi er alle kostnader satt året etter bygget er ferdig. I realiteten vil nok det åpne (hypotetisk) i 2027 slik at noe omstilling kommer tidligere enn modellen legger opp til her.

Skilt mellom avskrivningstyper: byggekostnad over 40 år. Tilpasning bygg 25 år og utstyr/inventar og midlertidig drift 10 år.

Rente på egen likviditet og drift/lån etter føringer fra RHF (HHV 1,3% og 3,0%). Her er det kun brukt førstnevnte siden det ikke lånefinansieres. Merk at satsen er den gjeldende føringen og vil kunne endres hvis rentenivået går opp.

FDV (forvaltning, drift og vedlikehold) utgjør 1287 kr pr kvm.

Gevinstrealisering oppgis som «ord» og ikke reelt gevinstberegnet, satt til null her.

Sykepleierstillinger er behov satt av BUK (fem stykk). Grunnlag er lønn for en spesialsykepleier FØR lønnsoppgjør 2021.

## 5.6 Oppdatert finansieringsplan

Helse nord RHF har et overordnet ansvar for investeringer i regionen. Helse Nord bes om å vurdere regional likviditet og gi beslutning om gjennomføring basert på foretaksgruppens totale likviditet. UNN



må i hovedsak ha egen likviditet til å gjennomføre prosjektet, kanskje noe tilført likviditet fra Helse Nord. Dette og eventuell fordeling må avklares nærmere.

### 5.7 Driftsøkonomiske analyser

En ny avdeling vil kreve noe endring i arbeidsmetode da helsepersonell må være mere alene inne hos pasientene og familiene.

Vi antar at en ny avdeling med enrom vil kunne medføre behov for inntil 5 nye sykepleier stillinger. Dette fordi behandling på enerom vil kreve mere tilstedeværelse av sykepleier på enkeltrom og gir noen utfordringer og mindre fleksibilitet i forhold til behandling på store stuer. Dette vil imidlertid også kunne bidra til å redusere infeksjoner og øke kvaliteten på behandlingen. Bemanningen vil bli gjennomført etter norm fra Norsk Nyfødtsmedisinsk kvalitetsregister.

Framskrivingsrapporten har konkludert med at man kan klare seg med antagelig 13 familierom, med noe ulik størrelse i en ny avdeling. Noen av rommene i en ny avdeling må være store nok for flerlinger. Det er da en «reduksjon» fra 15 plasser i «gammel avdeling», men som nevnt må noen av rommene ha plass til flerlinger slik at inntil 15 barn kan ligge inne i avdelingen. Fleksible romløsninger inkl. skyvedører mellom rom er også viktig for å utnytte begrenset personale på natt, i hele etc.

Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)-kostnader er vanskelig å estimere i en konseptfase, men følgende momenter kan nevnes.

- Ved bygging av familierom vil vi unngå å måtte benytte pasienthotellet til foreldre og dette vil gi betydelige besparelser i året.
- Vedlikeholdskostnader og oppdatering av utstyr vil bli lavere i en ny nyfødtavdeling enn i nåværende der vi stadig må kjøpe nytt IKT utstyr, bestille nye nettkontaktpunkter etc. da vi befinner oss i et bygg planlagt på 1980-tallet og lite tilpasset moderne drift.
- Nærhet til fødeavdeling vil være en viktig faktor for å unngå økt transportavstander innad i sykehuset med behov for mere bemanning.

### 5.8 Gevinstoversikt (klinikknivå)

- Sikrer riktig og helt nødvendig kapasitet i forhold til regionale behov.
- Gir mulighet for å ivareta barn og familier i tråd med nasjonale retningslinjer.
- Effektivisere arbeidsprosesser
- Forbedret arbeidsmiljø

### 5.9 Konklusjon

Nyfødt intensiv ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF) har over lang tid hatt behov for å få oppgradert sin virksomhet for å holde tritt med den medisinskfaglige utviklingen. Avdelingen er en av 2 universitetsklinikker i Norge som ikke tilbyr lokaler tilpasset nasjonal veileder for faget. Dagens måte å drifte nyfødt intensiv på er ikke forenelig med lokalitetene de har i dag. Dagens lokaler er for små og



ikke tilrettelagt dagens behandlingskrav, mål om familierom, god logistikk, arbeidsmiljøkrav og smittevernhensyn.

Konseptfaseutredningen har dokumentert det er 2 hovedalternativer som kan løse behovet (alternativ 3 og 5) at etablering av ei ny nyfødt intensivavdeling i nytt bygg i forlengelsen av C-fløya, vil ha størst oppnåelse av de resultatmål som er ønsket for ei slik avdeling.

Hovedutfordring ved begge alternativene er påvirkning på annen del av virksomheten samt støy fra helikopterlandingsplassen.

Konseptrapporten dokumenterer valg av hovedalternativ og inkluderer økonomiske rammer for prosjektet. Kostnadsrammen er beregnet til kroner ~ 329 500 000 inkl. usikkerhetsavsetning. Kostnadsrammen må bearbeides ytterligere i forbindelse med forprosjektfasen og før oppstart av prosjektet, som er mer detaljert.

Med bakgrunn i konseptrapporten anbefales det at man viderefører prosjektet, slik at man kan gå i gang med forprosjektfasen høsten 2022 og med sikte på styrebehandling og oppstart bygging i løpet av vår/sommer 2023.

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har initiert oppstart av prosjektet Nyfødt intensiv – konseptfase UNN. Prosjektet baseres på Helsedirektoratets nasjonale føringer for nyfødt intensivbehandling og er løftet av administrerende direktør som et prioritert prosjekt. Mandat for prosjektet er å utrede mulighetene for etablering av en tidsmessig høyintensiv nyfødtavdeling (3c-avdeling) ved UNN Breivika.

Prosjektet er forankret i Arealplan Breivika og Strategisk utviklingsplan for Barne- og ungdomsklinikken 2015 - 2025.

Sykehusbygg HF har bidratt med et fremskrevet dimensjoneringsgrunnlag for aktivitet og kapasitet ved nyfødt intensivavdelingen ved UNN til år 2035. Disse tallene er sett opp imot lokale data fra Helse Nord HF tilsier at det vil være behov for 13 – 14 plasser ved nyfødtintensiv UNN i 2035.

Fremtidig drift vil avvike fra dagens driftsmodell, mye fordi man vil erstatte dagens flersengs pasientrom med enefamilierom der familien spiller en nøkkelrolle i behandling og omsorg. Parallelt med konseptfasen arbeides det med et OU-prosjekt ved UNN HF for å imøtekomme dette.

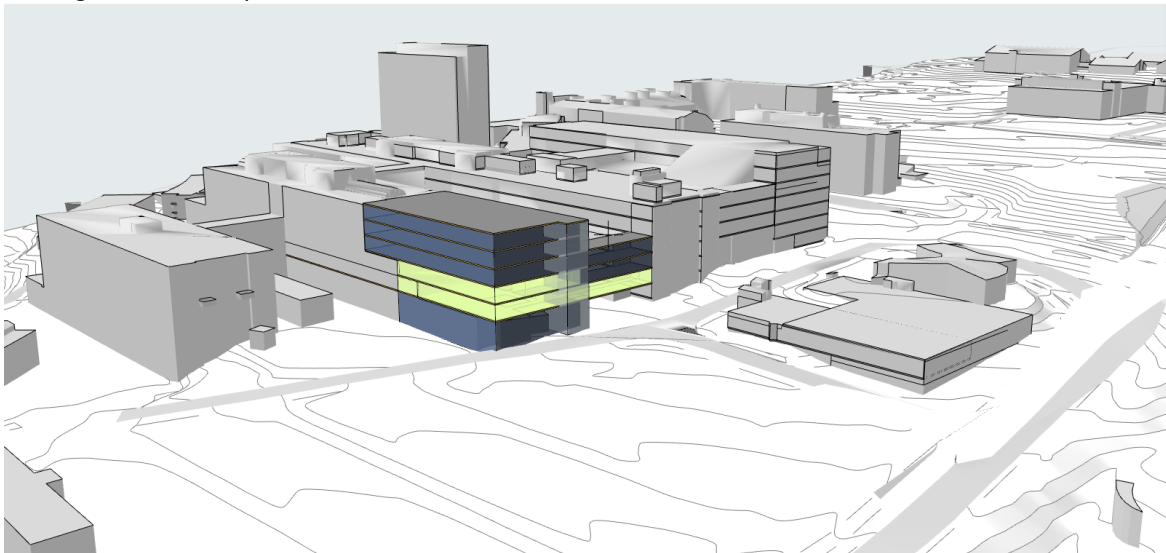
Det er utarbeidet et foreløpig romfunksjonsprogram (RFP) basert på overordnet konseptprogram fra Sykehusbygg HF. Arealbehovet for nyfødt intensivavdeling er beregnet til 980 m2 netto BRA. – Til sammenligning er dagens avdeling på totalt 396 m2.

Ny driftsmodell og lokaler vil sikre hvert enkelt barns lovpålagte rett til samvær med foreldre i behandlingssituasjonen, samt barnets behov for skjerming, ro og omsorg slik at de skal kunne utvikle seg optimalt. Enefamilierom gir videre mulighet for å ivareta smittevern og konfidensialitet i tråd med dagens krav. Gode dagslys- og utsiktsforhold vektlegges, spesielt med tanke på denne pasientgruppen som ofte har lange innleggelsesforløp.



Konseptfasen omfatter vurdering av 6 ulike alternativer til lokalisering av nyfødt intensivavdelingen. Prosjektet skal isolert sett ivareta behovene for nyfødt intensiv. Det er nødvendig å se dette opp imot eksisterende- og fremtidig helikopterlandingsplass ved UNN, og påvirkning på berørte virksomheter. Lokalisering er vurdert ut ifra en rekke kriterier der nærhetsbehov, logistikk og arealtilgang vektet høyt. De ulike alternativene er vist i plan og 3D, og kort beskrevet og vurdert.

**Rapporten konkluderer med at ny lokasjon for nyfødt intensivavdeling løses best i et nytt tilbygg i forlengelsen av C-fløya, her benevnt Alternativ 03B.**



Løsningen tilbyr avdelingen tilstrekkelig areal og romfunksjoner, nærhet til føde- og barselavdelingen og mulighet for tilknytning til B-fløya og operasjon. Lokalisering nær helikopterbasen kompenseres ved en bro mot B-fløya med sekundære rom som skjermer mot innflygingen. Etablering av ny vertikalforbindelse og ny inngang kan ivareta logistikk av personer og varer. Plasseringen gir også gode forhold for dagslys og utsyn.





Det er generelt et prekært arealbehov i UNN. Gjennom tilbygg berøres eksisterende virksomhet i minst mulig grad. Tilbygget skal kunne gi rom utvidelse over flere etasjer, slik at sykehuset kan vokse og utvikles videre i fremtiden.

Konseptfaserapporten skal behandles i prosjektets styringsgruppe, ledergruppen i UNN, styret i UNN og styret i Helse Nord, og gir grunnlag for søknad om bevilgning og videre arbeid med utvikling av skisse- og forprosjekt.

## 6 PLAN FOR VIDERE ARBEID

Dersom det fattes vedtak om videreføring av prosjektet fra konseptfasen, vil forprosjekt være neste steg. I det videre arbeidet da, skal det gjøres vurderinger og avklare om gjennomføringen skal skje gjennom samspill, delt entreprise, totalentreprise eller generalentreprise.

Mandat for forprosjektfasen.

PROSJEKTMANDAT	
<b>Prosjektnavn</b>	Nyfødt intensiv - forprosjektfase UNN
<b>Bestiller</b>	Administrerende direktør Anita Schumacher
<b>Prosjekteier</b>	Tor-Arne Hanssen Utbyggingssjef UNN
<b>Prosjektleder bygg</b>	Prosjektleder
<b>Prosjektleder OU</b>	
<b>Rapporterer til</b>	Styringsgruppe for prosjektet: Utbyggingssjef Klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken Klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken Drifts- og eiendomssjef Økonomisjef
<b>Budsjett</b>	? kr
<b>Budsjett fullmakt</b>	PL B Ryvoll
<b>Bakgrunn</b>	<p>Prosjektet er forankret i vedtatt Arealplan – Breivika og løftet av administrerende direktør som et prioritert prosjekt. Konseptprogrammet er godkjent og prosjektet videreføres til forprosjekt.</p> <p>Nyfødt intensiv ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) har over tid hatt behov for å få oppgradert sin virksomhet for å holde tritt med den medisinske faglige utviklingen. Avdelingen er en av 2 universitetsklinikker i Norge som i dag ikke tilbyr lokaler tilpasset nasjonal veileder for faget.</p> <p>Avdelingen er lokalisert i UNN Breivika B2.5. Dagens lokaler er for små og ikke tilrettelagt for dagens behandlingskrav, mål om familierom, god logistikk, arbeidsmiljøkrav og smittevern hensyn.</p>



<b>Formål</b>	<p>Formålet med forprosjektfasen er å gå videre med det valgte konseptet. Forprosjektrapporten skal gi grunnlag for videre beslutning og gjennomføring av investeringsprosjektet med nyfødt intensiv.</p> <p>Forprosjektfasen skal også følge Sykehusbygg sin tidligfaseveileder, da forprosjektfase. Konseptfasereportene ligger som grunnlag.</p> <p>I forprosjektfasen går en også videre med organisasjonsutviklingsprosjektet (OU) som avklarer driftsmodell, programareal og avhengigheter til andre funksjoner med nærhet til virksomheten. Organisasjonsutviklingsprosessen vil gå parallelt med forprosjektfasen og videre detaljprosjektering og gjennomføringsfase.</p> <p>Forprosjektet skal legges frem for styret i Helse Nord, som endelig grunnlag for søknad om bevilgning, og som grunnlag for videre arbeider med detaljprosjekt og til slutt gjennomføring i de neste fasene, dersom forprosjektet og løsningen aksepteres videreført.</p>
<b>Prosjektets leveranser</b>	<p>I forprosjektfasen forventes mer detaljert og gjennomarbeidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppdatert styringsdokument</li> <li>• Romfunksjonsprogram</li> <li>• Brutto- og netto utstyrprogram</li> <li>• Beskrivelser og modeller på romnivå</li> <li>• Detaljering av bygningsmessige løsninger</li> <li>• Detaljering av tekniske løsninger</li> <li>• Overordnet IKT-program</li> <li>• Anbefaling av løsning med økonomisk konsekvens og bærekraftsanalyse</li> <li>• Mer detaljert og modnere kostnadskalkyle med usikkerhetskalkyle.</li> <li>• Oppdatert investeringsanalyse og finansieringsplan</li> <li>• Plan for gjennomføring frem til ferdigstilling, overlevering og idriftsetting. Forprosjekt skal vise videre fremdrift, både for den fasen og overordnet fremdriftsplan for gjennomføringsfasen.</li> <li>• Mandat for detaljprosjektering og gjennomføringsfasen</li> </ul>
<b>Tidsfrist</b>	<p>Fristen for å forprosjektfasen og endelig forprosjektrapport settes til ????.</p>
<b>Forventede gevinster</b>	<p>Sikre riktig kapasitet i forhold til regionale behov.          Forbedret mulighet for å ivareta barn og familier i tråd med nasjonale retningslinjer.          Effektivisere arbeidsprosesser          Forbedret arbeidsmiljø</p>
<b>Rapportering</b>	<p>Prosjektleder skal utarbeide en prosjektlederrapport til styringsgruppa for prosjektet hver måned, om status i prosjektet. Rapporten oversendes styringsgruppen senest 2 dager etter månedsslutt.</p> <p>Det avholdes jevnlig møter i styringsgruppen for prosjektet, minimum annen hver måned, for å kunne gjøre viktige overordnede avklaringer og beslutninger.</p>



<b>Avgrensning:</b>	<p>Prosjektet skal isolert sett ivareta behovene til nyfødt intensiv.</p> <p>Prosjektet kan ha relasjon til utredning omkring helikopterlandingsplass, som vil pågå i samme periode i regi av Sykehusbygg HF på bestilling av det nasjonale NAW SAR prosjektet.</p> <p>Prosjektet kan ha relasjon til pågående prosjekt som ser på løsning for flykoordineringssentralen og AMK lokalisert i B5.</p> <p>Prosjektet skal ikke ivareta løsning for andre enheter i omkringliggende arealer i B5.</p>
<b>Referanser</b>	<p>Konseptprogram nyfødt intensiv (under utarbeiding av Sykehusbygg HF). Framskrivning av virksomheten i UNN HF.</p> <p>Grunnlag for forprosjektfase: Beslutning og vedtak fra UNN-styret om videreføring av prosjektet Konseptrapport fra konseptfase nyfødtintensiv Styringsdokument for forprosjektfasen Mål for forprosjektfasen Forutsetninger og rammer for prosjektet Predisering av prosjektet – prosjektorganisering – Overordnede rammer Finansieringsplan og godkjent budsjett/kostnadsramme for forprosjektfasen Aktiviteter og leveranser i forprosjektfasen Plan for gjennomføring av forprosjektfasen – fremdriftsplan</p>
<b>Partnere/ interessenter</b>	<p>Nyfødtintensiv, mammografisenteret, Føde- og barselavdelingen, Diagnostisk klinikk, Akuttmedisinsk klinikk, Operasjon og intensivklinikken, brukerorganisasjoner, Drifts- og eiendomssenteret, Helse Nord IKT, Sykehusapoteket Nord, Luftambulansetjenesten HF</p>

Tromsø, 24. November 2021



## STYRESAK

Styresak:	96/2021
Møtedato:	16.12.2021
Arkivsak:	2020/9723-2
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

## Revisjonsprogram for 2022-2024, foretaksnivå Universitetssykehuset Nord-Norge HF

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner revisjonsprogrammet for 2022-2024 og årsprogram for internrevisjoner 2022.

--- slutt på innstilling ---

### Bakgrunn

Internrevisjon er verktøy der Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vurderer egen virksomhet opp mot rutiner og lovkrav. Internrevisjonen utføres i henhold til et treårig revisjonsprogram som besluttes av styret.

### Formål

Vedta revisjonsprogram 2022-24 på foretaksnivå og årsprogram for internrevisjoner 2022.

### Saksutredning

#### Revisjonsprogram UNN 2022-2024

Den vedlagte treårsplanen for internrevisjon 2022-24 er basert på den foregående treårsplanen 2021-2023, og en bred innspillsrunde fra klinikkene på nye områder for revisjon.



## Årsprogram 2022

Årsprogrammet for internrevisjon 2022 detaljerer hvilke revisjoner som skal gjøres kommende år, samt navn på enhet som skal revideres, leder av revisjonsteam og tidspunkt for revisjon.

Revisjonsprogrammet blir normalt forelagt Kvalitetsutvalget i UNN, men dette lot seg ikke gjøre i år da møter i Kvalitetsutvalget ble avlyst for å frigjøre tid til arbeid med pandemien.

## Medvirkning

Saken er oversendt Brukerutvalgets arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting og innspill i egne møter i uke 48. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet 16.12.2021.

## Vurdering

Det anbefales ni revisjoner på foretaksnivå i 2022. Revisjonstema er valgt ut etter en helhetsvurdering, der det prioriteres å søke bekreftet på foretaksnivå at:

- UNNs medarbeidere har mottatt opplæring og tilgang på informasjon om kjemikalier som benyttes i egen arbeidssituasjon
- UNN har system for å sikre riktig tilberedning av antibiotika og antibiotikaproylakse
- UNN har et system og dokumentasjon for å løse teammottak i akuttmottaket
- UNN har et system for å sikre arbeidsflyt, rutiner og oppfølging av patologisvar
- UNN har et system for å sikre virksomhetsstyring for timeplanlegging og ventelister i poliklinikk
- UNN etterlever vedtatt system for pakkeforløp
- UNN etterlever korrekt koding som ligger til grunn for innsatsstyrt finansiering
- UNN har et system som sikrer korrekt dokumentasjon i pasientjournal.

UNN arbeider godt med kvalitetssikring av revisjon som metode for internkontroll både på foretaksnivå og på klinikknivå. Styret ble i sak 92/2020 orientert om at UNN i 2020 og 2021 har startet med internrevisjon også på klinikknivå. Dette har mottatt positive tilbakemeldinger, og direktøren vil berømme klinikkene for et godt arbeid med å etablere egne revisjonsprogram. For 2022 er det et mål å utvikle sjekklister til klinikkvise revisjoner for viktige områder innen HMS-feltet. Dette understøttes gjennom tett samarbeid med Personal og organisasjonssenteret og Fag- og kvalitetscenteret. Styret vil orienteres nærmere om erfaringene med revisjoner på klinikknivå i løpet av 2022.

Tromsø, 03.12.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg

- 1 Treårig temaoversikt 2022-2024
- 2 Årsprogram interne revisjoner UNN 2022

## Revisjonsprogram UNN temaoversikt for perioden 2022-2024, besluttet av UNN-styret i sak xx/xxx

	Tema	Ansvar revisjonsleder	Innhold	2022	2023	2024
1	HMS inkl ytre miljø	Personal- og organisasjons senteret	Bekreftede at UNN har system som ivaretar systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid Tema for revisjon besluttet i årsprogram	x	x	x
2	<i>Strålevern</i>	Diagnostisk klinikk	Bekreftede at UNN har et system internkontroll som svarer til krav i forskrift for klinisk revisjon innen området strålevern. (Gjennomføres oddetallsår)		x	
3	Legemiddelhåndtering	Fag- og kvalitetssenteret	Bekreftelse at UNN etterlever gjeldende prosedyrer og myndighetskrav. Tema for revisjon besluttet i årsprogram	x	x	x
4	<i>Smittevern</i>	Fag og kvalitetssenteret	Bekreftelse for at UNN sikrer tydelig myndighet, ansvar og oppgavefordeling (Gjennomføres oddetallsår)		x	
5	<i>Kompetanseledelse</i>	Fag- og kvalitetssenteret	Bekreftede etterlevelse av beskrevet system for kompetanseledelse i UNN. Tema for revisjon besluttet i årsprogram (Gjennomføres partallsår)	x		x
6	<i>Dokumentasjonsplikt i pasientjournaler</i>	Fag- og kvalitetssenteret	Revisjon søker å bekrefte at UNN har system som sikrer journaldokumentasjon i tråd med krav av forskrift og lov.	x		
7	<i>Oppfølging av patologisvar</i>	Fag- og kvalitetssenteret	Hensikt - sikrer systematisk arbeidsflyt, rutiner og oppfølging av patologisvar	x		
8	<i>Traumemottak</i>	Fag- og kvalitetssenteret	Oppfølgende revisjon etter tilsyn 2016 og intern revisjon 2019			x
9	<i>Transfusjon og id-sikring</i>	Fag- og kvalitetssenteret	Oppfølgende revisjon etter tilsyn 2016, interne revisjoner 2017, 2019 og 2020		x	

## Revisjonsprogram UNN temaoversikt for perioden 2022-2024, besluttet av UNN-styret i sak xx/xxx

	Tema		Beskrivelse	2022	2023	2024
10	<i>Rekvirentpraksis; bruk av lab og røntgentjenester</i>	<i>Fag- og kvalitetssenteret</i>	Bekreftede at UNN har sikret system gjennom beskrivelser i prosedyrer og rutiner som dokumenterer ansvar, myndighet og oppgaver, samt dokumentert opplæring	x		
11	<i>LIS 2-3: Veiledning og godkjenning av læringsmål</i>	<i>Fag- og kvalitetssenteret</i>	Ny spesialistordning startet opp i 2019. Revisjonen søker å bekrefte at system i UNN etterlever gjeldende prosedyrer og myndighetskrav.		x	
12	<i>Pakkeforløp</i>	<i>Fag- og kvalitetssenteret</i>	Bekreftede etterlevelse av pakkeforløp for psykisk helse og rus	x		x
13	<i>Pasientadministrativt arbeid i poliklinikk</i>	<i>Fag- og kvalitetssenteret</i>	Revisjon søker å bekrefte at UNN har et system for å sikre virksomhetsstyringen for timeplanlegging og kontroll på ventelister i poliklinikk	x		
14	<i>Koding</i>	<i>Fag- og kvalitetssenteret</i>	<i>Bekreftede at UNN har etablert system og sikrer etterlevelse av retningslinjene som ble besluttet i ISF-prosjektet.</i>	x		
<b>Fagrevisjon</b>						
15	<i>Fagrevisjon: Tverrfaglig behandling av hoftebrudd</i>	<i>Fag- og kvalitetssenteret</i>	<i>Bekreftede etterlevelse av norske retningslinjer for behandling av hoftebrudd ved alle tre sykehus i UNN</i>		x	
16	<i>Fagrevisjon: indikasjoner for skulder- og kneartroskopiske inngrep i UNN</i>	<i>Fag- og kvalitetssenteret</i>	Fagrevisjon har til hensikt å avklare om indikasjonene for skulder- og kneartroskopiske inngrep forværende år var i tråd med god praksis og etablerte kriterier. Samt om vi har gode systemer for å ivareta indikasjonsstillingen.		x	
17	<i>Fagrevisjon: Diagnostisering, oppstart behandling av sepsis i sengepost</i>	<i>Fag- og kvalitetssenteret</i>	Revisjon søker å bekrefte kjennskap til og etterlevelse av prosedyrer. Tverrfaglig samhandling og dokumentasjon i journal.			x

Revisjonsnr	Navn	Beskrivelse	Revidert part er UNN. Undersøkelser gjennomføres i:	Revisjonsleder	1. kvartal 2. kvartal 3. kvartal 4. kvartal
R01/22	<i>Helse, miljø og sikkerhet</i> Ecoonline- opplæring i bruk av systemet- og rutiner for vedlikehold	Revisjon søker bekrefte at UNN HF ansatte har opplæring og tilgang til lovpålagt informasjon om kjemikaliene som benyttes i egen arbeidssituasjon. (Dokumentgjennomgang og intervju)	OPIN K3K	Karina Fredheim	4
R02/22	<i>Legemiddelhåndtering</i>	Revisjon søker bekrefte at UNN har system som sikrer riktig tilberedning av antibiotika og riktig bruk av antioitikaproylakse	HLK	Anne Lise Reiersen	4
R03/22	<i>Legemiddelhåndtering</i>	Revisjon søker bekrefte at UNN har system som sikrer riktig tilberedning av antibiotika og riktig bruk av antioitikaproylakse	OPIN	Anne Lise Reiersen	2
R04/22	<i>Kompetansestyring</i>	Revisjon søker bekrefte system og dokumentasjon for kompetanse til å løse team-mottak i akuttmottak. (Dokumentgjennomgang og intervju)	NOR, MK, OPIN, DK og Akuttmedisinsk klinikk	Anja Kjærland	2
R05/22	<i>Oppfølging av patologisvar</i>	Revisjon søker bekrefte at UNN har etablert system som sikrer systematisk arbeidsflyt, rutiner og oppfølging av patologisvar (Dokumentgjennomgang)	MK K3K	Line Lura	4
R06/22	Pasientadministrativt arbeid i poliklinikk	Revisjon søker å bekrefte at UNN har et system for å sikre virksomhetsstyringen for timeplanlegging og kontroll på ventelister i poliklinikk (Dokumentgjennomgang og intervju)	DK NOR HLK	Line Lura	1
R07/22	<i>Pakkeforløp</i>	Revisjonen søker å bekrefte etterlevelse av system for pakkeforløp psykisk helse og rus (Dokumentgjennomgang og intervju)	BUK PHRK	Anja Kjærland	4

R08/22	<i>Koding</i>	Bekreftede at UNN har etablert og beskrevet system og sikrer etterlevelse av retningslinjene besluttet i ISF-prosjektet. (Dokumentgjennomgang)	MK K3K	Hege Signete Fredheim-Kildal	1
R08/22	<i>Dokumentasjon i pasientjournal</i>	Revisjon søker å bekrefte at UNN har system som sikrer journaldokumentasjon i tråd med krav av forskrift og lov. (Dokumentgjennomgang)	NOR HLK	Hege Signete Fredheim-Kildal	4



## STYRESAK

Styresak:	97/2021
Møtedato:	16.12.2021
Arkivsak:	2021/4-9
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Orienteringssaker til styremøte 16.12.2021

### Innstilling til vedtak

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

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
2. Samvalg - *mundlig*
3. Orientering om framtidig utvikling av UNN Breivika og kommunal legevakt – *mundlig*
4. Nye hovedindikatorer 2022 - *mundlig*
5. Statusrapport oppfølging av handlingsplan for informasjonssikkerhet – *skriftlig (unntatt offentlighet)*
6. Orientering om internrevisjon fra Helse Nord RHF fra 2020 - behandling av personopplysninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF – *skriftlig*

Tromsø, 03.12.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	16.12.2021
Arkivsak:	2020/4297-11
Saksbehandler:	Einar Bugge

## Orientering om internrevisjon fra Helse Nord RHF fra 2020 - Behandling av personopplysninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF

### Bakgrunn

Helse Nord RHF's internrevisjon har i perioden april-september 2020 utført en internrevisjon av de underliggende foretakenes behandling av personopplysninger. Formålet med revisjonen var å bekrefte at det enkelte sykehusforetak har en samlet oversikt over behandlinger av personopplysninger som blir utført under dets ansvar, i samsvar med kravene i personvernforordningen, og at nødvendige databehandleravtaler foreligger.

Revisjonen fant vesentlige avvik, og presenterte viktige anbefalinger for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i rapporten.

### Formål

Orientere styret om Helse Nord RHF's internrevisjonsrapport 07/20 *Behandling av personopplysninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF* og foretakets oppfølging av denne.

### Saksutredning

Revisjonen hadde fire fokusområder:

- Hvorvidt helseforetakets oversikt over behandlingsaktiviteter (protokoll) er utarbeidet og inneholder påkrevd informasjon.
- Om det foreligger oppdaterte databehandleravtaler med leverandører som behandler personopplysninger på vegne av foretaket.
- Personvernombudets rolle og oppgaver.
- Foretakets prosesser for å holde protokollen og databehandleravtalene oppdaterte.

Foretakets øvrige ansvar vedrørende informasjonssikkerhet og behandling av personopplysninger er ikke omfattet av revisjonen.





### *Revisjonens funn*

1. Revisjonens observasjon er at UNN ikke kan legge frem en protokoll som overholder kravene i personvernforordningen. En protokoll er under utarbeidelse gjennom applikasjonen «Sureway», men det er ikke laget en fremdriftsplan for arbeidet. Revisjonen anser det som usikkert når tilfredsstillende protokoll vil foreligge, og anser det som hensiktsmessig å styrke oppfølgingen av arbeidet.
2. Internrevisjonen vurderer at Universitetssykehuset Nord-Norge har en god oversikt over hvilke aktører som behandler personopplysninger på vegne av foretaket, og om det finnes en tilhørende databehandleravtale som regulerer dette.
3. Etter revisjonens vurdering framstår det som en mangel i henhold til den regionale retningslinjen RL6911 om organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet i Helse Nord, at Universitetssykehuset Nord-Norge ikke har opprettet en egen beskrivelse av sin sikkerhetsorganisering, herunder en beskrivelse av personvernombudet.
4. Revisjonen observerer at det i UNN ikke er avklart hvordan protokollen og tilhørende oversikt over databehandleravtaler skal holdes oppdatert, når man har etablert og tatt i bruk den nye protokollen i Sureway. Videre understreker revisjonen viktigheten av å fastsette en løpende prosess for å holde protokollen oppdatert, når den tas i bruk.

### *Revisjonens anbefalinger for UNN*

- a) Utarbeide en spesifisert framdriftsplan og oppgavefordeling for utarbeidelsen av en protokoll som tilfredsstillende gjeldende krav.
- b) Styrke oppfølgingen av framdriften i arbeidet med å innfri kravene til protokoll.
- c) Inkludere personvernombudet i beskrivelsen av foretakets organisering av informasjonssikkerhet
- d) Etablere en løpende prosess for å holde protokollen oppdatert.

## **Vurdering**

Revisjonens funn var alvorlige, og anbefalingene svært viktige å følge opp. Arbeidet med å utarbeide protokoll hadde pågått i lang tid også før revisjonen, men framdriften har ikke vært tilfredsstillende. Det ble kort tid etter at revisjonsrapporten ble mottatt i UNN utarbeidet handlingsplan for å følge opp anbefalingene fra internrevisjonen.

Rapporten fra internrevisjonen faller i tid sammen med rapport fra Riksrevisjonen som også påpeker en rekke forhold som er nødvendig å forbedre for å sikre tilfredsstillende IKT-sikkerhet og personvern, og etterlevelse av gjeldende regelverk, i UNN. I sum er arbeidet på disse områdene over de siste årene blitt betydelig mer ressurskrevende, og selv om ressursbruken på området er styrket har ressurstilgangen ikke holdt tritt med behovet. Det har også vært mangler ved systematikken i arbeidet. Organiseringen av arbeidet med ikt-sikkerhet og personvern i UNN er endret med oppdelingen av det tidligere Kvalitets- og utviklingscenteret, og feltet er styrket.

UNN har over 600 systemer som innebærer behandling av personopplysninger. Det er et meget omfattende og detaljert arbeid å samle og systematisere nødvendig informasjon om alle systemene. Mange av disse systemene håndteres i klinikkene og senterne i UNN, og arbeidet krever et nært samarbeid mellom de rette ressurser i klinikkene og ressurser i stabsenhetene.



Hver klinikk/hvert senter utpekte en kontaktperson som personvernombudet og ikt-sikkerhetsansvarlig har forholdt seg til i arbeidet. Handlingsplanen la opp til at protokollen skulle være ferdigstilt før sommeren 2021, i tråd med krav i oppdragsdokumentet for UNN. Status i oppfølging av handlingsplanen har vært fulgt opp regelmessig av e-helse, samhandlings- og innovasjonssjefen (ESI-sjefen) og fag- og forskningssjefen. Fremdriften har vært tilfredsstillende, og hovedelementene i protokoll ble etablert i tråd med handlingsplanen. Alle de større systemene for behandling av personopplysninger er inkludert i protokollen.

Imidlertid har det vist seg krevende å få samlet inn tilstrekkelig detaljerte og nøyaktige opplysninger om alle de over 600 systemene som håndterer personopplysninger i UNN, særlig for de mange mindre systemene som benyttes lokalt i enkeltenheter/enkeltavdelinger, og der eierskapet til systemet også ligger lokalt. Protokollen er derfor fortsatt ikke fullstendig. Det er nødvendig å ha dedikerte ressurser til dette detaljerte og omfattende arbeidet i større grad enn vi har klart å avsette til nå. ESI-sjefen arbeider nå konkret for å få denne ressursen på plass, og arbeidet med protokollen vil bli høyt prioritert så snart ressursen er på plass. Vi er dog pr nå ikke i stand til å angi en sikker dato for når protokollen vil være helt ferdigstilt.

Proessen med å utarbeide protokollen har tydeliggjort at det er en utfordring med at det er manglende tydelighet i hvilke enheter som eier de ulike systemer i UNN. Dette bidrar til å vanskeliggjøre arbeidet med å innhente opplysninger om, og få oversikt over behandlinger av personopplysninger i virksomheten. Denne utfordringen vil bli fulgt opp i det videre arbeidet med å informasjonssikkerhet i UNN, i samarbeid med Helse Nord IKT HF.

De tre øvrige anbefalingene fra internrevisjonen er fulgt opp; oppfølging av arbeidet med protokollen er styrket med regelmessig lederoppfølging, personvernombudets rolle er inkludert i beskrivelsen av foretakets organisering av informasjonssikkerhet og det er utarbeidet prosedyre med beskrivelse av løpende prosess for å holde protokollen oppdatert.

## Konklusjon

Internrevisjonen fra Helse Nord RHF fra 2020 avdekket vesentlige forbedringsbehov i forhold til UNNs behandling av personopplysninger, primært i form av mangel på oppdatert og fullstendig protokoll. Handlingsplan for å følge opp internrevisjonens anbefalinger til UNN er utarbeidet og fulgt opp. Viktige elementer i protokollen er på plass, men det mangler fortsatt en del detaljerte opplysninger på særlig mindre systemer som brukes lokalt i enkeltenheter i UNN. Arbeidet med å fullføre protokollen styrkes og prioriteres de kommende måneder. Revisjonens øvrige anbefalinger er fulgt opp. Styret vil bli orientert om fremdrift i arbeidet med protokollen i statusrapporter for det omfattende arbeidet med å styrke informasjonssikkerheten i UNN utover i 2022.

Tromsø, 03.12.2021

Anita Schumacher (s.)  
Administrerende direktør



Vedlegg

- Internrevisjonsrapport 07/2020 Behandling av personopplysninger i UNN

## **Internrevisjonsrapport 07/2020**

# **Behandling av personopplysninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 23.09.2020**

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn.....	4
1.2 Revisjonsgrunnlag.....	4
2 Formål og omfang .....	5
2.1 Formål med revisjonen .....	5
2.2 Omfang, fokusområder og avgrensninger .....	5
3 Metoder .....	5
4 Observasjoner og vurderinger .....	6
4.1 Helseforetakets protokoll over behandlingsaktiviteter .....	6
4.1.1 Observasjoner .....	6
4.1.2 Internrevisjonens vurderinger av protokollen .....	7
4.2 Databehandleravtaler .....	7
4.2.1 Observasjoner .....	7
4.2.2 Internrevisjonens vurderinger av databehandleravtaler .....	7
4.3 Personvernombudets rolle og oppgaver .....	8
4.3.1 Observasjoner .....	8
4.3.2 Internrevisjonens vurderinger av personvernombudets rolle og oppgaver .....	9
4.4 Foretakets prosesser for å holde protokollen og databehandler-avtalene oppdaterte .....	9
4.4.1 Observasjoner .....	9
4.4.2 Internrevisjonens vurderinger av prosesser for oppdateringer .....	10
5 Konklusjon og anbefalinger.....	10
5.1 Konklusjon .....	10
5.2 Anbefalinger .....	10

### Vedlegg:

1. Revisjonskriterier
2. Dokumentoversikt

## Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Universitetssykehuset Nord-Norge i perioden april - september 2020.

### Formål og omfang av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Universitetssykehuset Nord-Norge har en samlet oversikt over behandlinger av personopplysninger som blir utført under dets ansvar, i samsvar med kravene i personvernforordningen, og at nødvendige databehandleravtaler foreligger.

### Metoder

Internrevisjonen er gjennomført ved dokumentgjennomgang og intervjuer.

### Konklusjon

Universitetssykehuset Nord-Norge har ikke etablert en samlet oversikt over behandlinger av personopplysninger som blir utført under dets ansvar, slik de plikter i henhold til personvernforordningen. Det er usikkert når en tilfredsstillende protokoll kan legges fram. Foretaket har oversikt over inngåtte avtaler med aktører som behandler personopplysninger på dets vegne. Internrevisjonen vurderer at en rendyrking av personvernombudets rolle fra høsten 2020, i større grad vil sikre ombudets uavhengighet og redusere risikoen for interessekonflikter.

### Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Universitetssykehuset Nord-Norge å:

1. Utarbeide en spesifisert framdriftsplan og oppgavefordeling for utarbeidelsen av en protokoll som tilfredsstillende gjeldende krav.
2. Styrke oppfølgingen av framdriften i arbeidet med å innfri kravene til protokoll.
3. Beskrive organiseringen av foretakets informasjonssikkerhetsarbeid, herunder personvernombudets rolle, i eget dokument.
4. Etablere en løpende prosess for å holde protokollen oppdatert.

## 1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) i perioden april- september 2020. Internrevisor Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Janny Helene Aasen har hatt det overordnede ansvaret. Tilsvarende revisjon er gjennomført i alle regionens sykehusforetak.

Revisjonen har bestått av:

- Melding om internrevisjon sendt 24.04.2020
- Dokumentgjennomgang av interne dokumenter for UNN
- Intervjuer med sentrale nøkkelpersoner 08.06.-15.06.2020.
- Oppsummeringsmøte med UNN 27.08.2020.
- Rapportutkast sendt 27.08.2020, tilbakemelding mottatt 18.09.2020.

### 1.1 Bakgrunn

Den nye loven om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) trådte i kraft i juli 2018 og inkluderer EUs personvernforordning. Loven gjelder automatisert og ikke-automatisert behandling av personopplysninger. Det framgår av forordningen at den behandlingsansvarlige skal føre en protokoll over behandlingsaktivitetene som utføres under deres ansvar. Denne protokollen skal inneholde vesentlig informasjon om behandlingen. Behandlingsansvarlige som benytter seg av andre leverandører til å utføre behandlingsaktiviteter har plikt til å ha en databehandleravtale som regulerer dette. Forordningen stiller også krav om utpeking av personvernombud, og til personvernombudets stilling og oppgaver.

Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren, Normen, er en bransjenorm detaljerer og supplerer gjeldende regelverk, og alle som er tilknyttet Norsk Helsenett er forpliktet til å følge den.

Oppdragsdokumentene fra Helse Nord RHF til helseforetakene i perioden 2017-2020, viser til at helseforetakene gjennom systematiske tiltak skal sørge for at nasjonale krav til personvern og informasjonssikkerhet blir ivaretatt. Det har vært stilt spesifikke krav om etablering av personvernombud i 2017, og om oversikt over databehandlere og innholdet i «ledelsens gjennomgang» i 2018.

### 1.2 Revisjonsgrunnlag

Følgende regelverk og nasjonale føringer er særlig aktuelle i denne revisjonen:

- LOV-2018-06-15-38, Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven), inkludert EUs personvernforordning 2016/679
- Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen), v. 6.0

Regionale føringer:

- Oppdragsdokumentene fra Helse Nord RHF til HF-ene i årene 2017-2020
- DS6121, Felles styringssystem informasjonssikkerhet

## 2 Formål og omfang

### 2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Universitetssykehuset Nord-Norge har en samlet oversikt over behandlinger av personopplysninger som blir utført under dets ansvar, i samsvar med kravene i personvernforordningen, og at nødvendige databehandleravtaler foreligger.

### 2.2 Omfang, fokusområder og avgrensninger

Revisjonen har omfattet og vært konsentrert om følgende fire fokusområder:

- Hvorvidt helseforetakets oversikt over behandlingsaktiviteter (protokoll) er utarbeidet og inneholder påkrevd informasjon.
- Om det foreligger oppdaterte databehandleravtaler med leverandører som behandler personopplysninger på vegne av foretaket.
- Personvernombudets rolle og oppgaver.
- Foretakets prosesser for å holde protokollen og databehandleravtalene oppdaterte.

Innenfor hvert av fokusområdene er det definert revisjonskriterier basert på revisjonsgrunnlaget, jf. kap. 1.2. Disse er presentert samlet i *Vedlegg 1 – Revisjonskriterier*, samt innledningsvis i delkapitlene til kapittel 4. Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med.

Denne revisjonen har ikke omfattet foretakets øvrige plikter knyttet til informasjonssikkerhet og personvernforordningen.

## 3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonsoppdraget:

#### Dokumentgjennomgang:

Dokumenter mottatt fra Universitetssykehuset Nord-Norge, eller innhentet fra foretakets websider, er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til intervjuene. Se *Vedlegg 2 – Dokumentoversikt*.

#### Intervjuer:

Det er gjennomført intervjuer med fire nøkkelpersoner i foretakets stabsfunksjoner.



## 4 Observasjoner og vurderinger

### 4.1 Helseforetakets protokoll over behandlingsaktiviteter

I henhold til personvernforordningens artikkel 30, skal helseforetaket føre en protokoll over behandlingsaktiviteter som utføres under dets ansvar. Protokollen skal inneholde navnet på og kontaktopplysningene til den behandlingsansvarlige, til den felles behandlingsansvarlige dersom det er relevant, og til personvernombudet. Videre skal blant annet følgende informasjon om behandlingsaktivitetene være registrert: kategorier av registrerte, kategorier av personopplysninger, formål og planlagt tidsfrist for sletting. Datatilsynet anbefaler at protokollen suppleres med tilleggsinformasjon som kilde, behandlingsgrunnlag og navn på databehandlere.

#### 4.1.1 Observasjoner

Foretaket har lagt fram en protokoll med oversikt over IT-systemer med enkelte tilleggsopplysninger, som benyttes ved behandling av personopplysninger i UNN. Protokollen inneholder ikke opplysningene som personvernforordningen krever om den enkelte behandling, og heller ikke navn på behandlingsansvarlig og personvernombud.

I tillegg til framlagt protokoll har vi fått opplyst at det finnes en egen oversikt over det medisinsktekniske utstyret og dets behandling av personopplysninger, samt et separat register for meldinger om bruk av pasientinformasjon til forskning og kvalitetssikring. Internrevisjonen har ikke innhentet disse oversiktene.

Det pågår et arbeid med etablering av en behandlingsorientert protokoll ved hjelp av applikasjonen Sureway<sup>1</sup>. Her legges det opp til å inkludere alle påkrevde opplysninger, samt supplerende informasjon basert på Datatilsynets anbefalinger. Sykehusforetakene samarbeider om dette arbeidet, med bistand fra leverandøren av Sureway. Internrevisjonen er ikke kjent med at det foreligger formelle dokumenter som beskriver organiseringen av dette arbeidet (eksempelvis mandat). Det foreligger ikke en tidfestet framdriftsplan, og de vi intervjuet så ulikt på tidsperspektivet. Kvalitets- og utviklingssjefen som i dag er administrativt ansvarlig for sikkerhetssjef/personvernombud, ga uttrykk for at det er realistisk å få en protokoll ferdigstilt våren 2021, og at arbeidet er kritisk og må prioriteres.

Kvalitets- og utviklingssenteret er under omorganisering, med påfølgende endringer i roller og ansvarsdeling relatert til informasjonssikkerhet og personvern. Vi har fått opplyst at det etter omorganiseringen vil være ansvarlig for informasjonssikkerhet som skal sørge for å holde protokollen oppdatert. Organiseringen omtales nærmere i kap. 4.3.1.

---

<sup>1</sup> Sureway: personvernløsning (applikasjon) fra ekstern leverandør

#### **4.1.2 Internrevisjonens vurderinger av protokollen**

Internrevisjonen vurderer det som uheldig at foretaket ikke kan legge fram en behandlingsprotokoll i henhold til personvernforordningens krav, to år etter den nye personvernloven trådte i kraft. Vi anser den behandlingsorienterte protokollen som er under utvikling, som formålstjenlig, og legger til grunn at denne skal innfri forordningens krav når den er ferdigstilt. Vi vurderer imidlertid at det er usikkert når foretaket vil kunne legge fram en tilfredsstillende protokoll, ettersom det ikke er utarbeidet en framdriftsplan og det pågår omorganisering og utskifting av nøkkelpersoner. Det synes hensiktsmessig å styrke oppfølgingen av arbeidet med etablering av protokoll.

### **4.2 Databehandleravtaler**

Dersom en databehandler skal utføre behandling av personopplysninger på vegne av foretaket, skal behandlingen være underlagt en skriftlig avtale. Personvernforordningens artikkel 28 stiller krav til inngåelse og innhold i slike avtaler.

#### **4.2.1 Observasjoner**

Personvernombudet kvalitetssikrer og fører oversikt over leverandører som behandler personopplysninger på foretakets vegne, med saksnummer til tilhørende databehandleravtale i arkivsystemet, Elements. Internrevisjonen har mottatt denne oversikten, som omfatter 119 avtaler hvor UNN er behandlingsansvarlig, og den angir status for den enkelte avtale. Det er imidlertid ingen kobling mellom avtaleoversikten og behandlingsprotokollen. Vi konstaterer at over halvparten av avtalene i oversikten har en merknad om at de bør erstattes av ny avtale slik at de tilfredsstiller kravene i personvernforordningen. Det er ikke etablert en systematisk prosess for slike fornyelser, men dette gjøres ved anledning eller behov. Vi fikk også opplyst at det mangler enkelte avtaler. Den regionale malen, eventuelt med enkelte modifikasjoner, benyttes når nye avtaler inngås.

Helse IKT HF er en viktig databehandler av helse- og personopplysninger, i og med at de drifter de fleste av regionens IKT-systemer. Siden 2018 har det pågått et arbeid med oppdatering av databehandleravtalene mellom Helse Nord IKT og helseforetakene, etter klare krav i oppdragsdokumentene for 2018 og 2019. Internrevisjonen konstaterer at det foreligger oppdatert, signert databehandleravtale mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Helse Nord IKT HF, utstedt 24.01.2020. UNNs sikkerhetssjef er oppgitt som kontaktperson i avtalen.

Det legges opp til at ny protokoll i Sureway skal inneholde opplysninger om databehandlere og lenke til aktuelle databehandleravtaler.

#### **4.2.2 Internrevisjonens vurderinger av databehandleravtaler**

Internrevisjonen vurderer at UNN har en god oversikt over hvilke aktører som behandler personopplysninger på vegne av foretaket, og om det finnes en tilhørende

databehandleravtale som regulerer dette. Det ser ut til at protokollen som er under utvikling vil legge til rette for en god kobling av disse to oversiktene, når den er ferdigstilt. Vi viser videre til vurderingen i kap. 4.1.2.

### 4.3 Personvernombudets rolle og oppgaver

Personvernforordningen stiller i artikkel 37-39, en rekke krav relatert til personvernombudsrollen, blant annet at foretaket plikter å offentliggjøre aktuell kontaktinformasjon og at personvernombudet skal rapportere direkte til det høyeste ledelsesnivået i foretaket. Personvernombudet skal minst ha følgende oppgaver:

- informere og gi råd til den behandlingsansvarlige eller databehandleren og de ansatte som utfører behandlingen, om de forpliktelsene de har,
- kontrollere overholdelsen av personvernforordningen, annet regelverk og interne retningslinjer om personvern,
- på anmodning gi råd om vurderingen av personvernkonsekvenser og kontrollere gjennomføringen av den,
- samarbeide med tilsynsmyndigheten,
- fungere som kontaktpunkt for tilsynsmyndigheten ved spørsmål om behandlingen, og ved behov rådføre seg med tilsynsmyndigheten.

Foretaket plikter å sikre at eventuelle andre oppgaver som personvernombudet utfører, ikke medfører interessekonflikt.

#### 4.3.1 Observasjoner

UNN har etablert et team bestående av ansatte innenfor fagområdene personvern og informasjonssikkerhet, i tillegg til jurister, som omtales som «Personvern og informasjonssikkerhet i UNN» (PIU), men det finnes ikke et eget dokument som beskriver foretakets sikkerhetsorganisering, slik det er stilt krav om i Helse Nords regionale styringssystem for informasjonssikkerhet, RL6911.

Funksjonene personvernombud og sikkerhetssjef/informasjonssikkerhetsansvarlig ivaretas av samme person i en kombinert stilling. Personvernombudsrollen for Finnmarkssykehuset inngår også i denne stillingen (utleid i 30 % stilling). I stillingsinstruksen framkommer det at personvernombudet er administrativt og operativt underlagt kvalitets- og utviklingssjef, men rapporterer direkte til sikkerhetsledelsen v/administrerende direktør. Videre står det i stillingsinstruksen at personvernombudsrollen er avgrenset til forskning. Vi har imidlertid fått opplyst at funksjonen er definert i henhold til kravene i personvernforordningen, og at funksjonsbeskrivelsen burde vært oppdatert. Det ble gitt uttrykk for at personvernombudet har en uavhengig rolle og ikke opplever interessekonflikter som følge av den kombinerte stillingen. Vi konstaterer imidlertid at det er samme person som i rollen som informasjonssikkerhetsansvarlig skal sørge for at protokollen ajourføres, og som i rollen som personvernombud skal se til/kontrollere at den finnes og er oppdatert. Vi viser også til rolle- og oppgavebeskrivelser i kap. 4.2.1.

Internrevisjonen har sammenstilt mottatt informasjon om personvernombudets oppgaver, og konstaterer at forordningens oppgavekrav blir ivaretatt. På foretakets nettsider er det oppgitt navn og epostadresse til personvernombudet, og telefonnummer til sentralbordet.

Kvalitets- og utviklingssenteret skal deles i tre sidestilte sentre. I denne anledningen, og i forbindelse med at dagens personvernombud/sikkerhetssjef slutter 1. oktober 2020, vil personvernombudsrollen bli omgjort til en egen stilling, organisert i forsknings- og utdanningssenteret (ett av de nye senterne). Nytt personvernombud er ansatt og vil jobbe overlappende med dagens personvernombud en periode.

#### **4.3.2 Internrevisjonens vurderinger av personvernombudets rolle og oppgaver**

Internrevisjonen vurderer at det er etablert en personvernombudsordning i UNN i henhold til kravene i personvernforordningen, men at beskrivelsen av stillingen bør oppdateres. Vi anser det likevel som en svakhet at personvernombudsrollen kombineres med rolle som sikkerhetssjef/informasjonsikkerhetsansvarlig, da dette kan redusere personvernombudets uavhengighet. Pågående splitting av roller vurderes hensiktsmessig og vil styrke personvernarbeidet. Så snart organiseringen er avklart, bør dette beskrives i et eget dokument, slik det er stilt krav om i Helse Nords regionale styringssystem for informasjonssikkerhet, RL6911.

#### **4.4 Foretakets prosesser for å holde protokollen og databehandleravtalene oppdaterte**

En løpende prosess er nødvendig for å holde protokollen og oversikt over databehandleravtaler oppdaterte. Minst én gang årlig skal foretakets ledelse gjennomgå og vurdere om styringssystemet innen informasjonssikkerhet og personvern fungerer som forutsatt, slik foretaket har fått føringer om i oppdragsdokumentene. «Ledelsens gjennomgang» skal også styrebehandles.

##### **4.4.1 Observasjoner**

Det er ikke avklart hvordan protokollen og tilhørende oversikt over databehandleravtaler skal holdes oppdatert, når man har etablert og tatt i bruk den nye protokollen i Sureway. Vi har fått opplyst at dette har vært mye diskutert internt, og at oppdateringer ses på som utfordrende, særlig hvilken rolle klinikkene skal ha i dette arbeidet. Det vises også til informasjon i kap. 4.3.1 rundt framtidig oppgavefordeling.

Temaet informasjonssikkerhet og personvern inngikk i ledelsens gjennomgang for 2018, behandlet i styremøte september 2019 (sak 64-2019). Styret har behandlet egne styresaker om status i arbeidet med informasjonssikkerhet, herunder implementering av personvernforordningen i mai 2019 (sak 45-2019) og i mai 2020 (sak 45-2020).

I mai 2019 ble det formidlet til styret at man hadde et mål om å ha registrert behandlinger og fornyet gamle databehandleravtaler innen utgangen av 2019. I september 2019 ble det orientert om at prosessen pågikk, og i mai 2020 fikk styret informasjon om at arbeidet ikke var kommet så langt som planlagt. Utfordringer knyttet til organiseringen av fagområdene i PIU har også vært omtalt i de nevnte sakene, men i mai 2020 fikk styret informasjon om den pågående omorganiseringsprosessen og styrkingen av arbeidet med personvern og informasjonssikkerhet. Styret ba om ny statusinformasjon innen utgangen av mai 2021.

#### **4.4.2 Internrevisjonens vurderinger av prosesser for oppdateringer**

Internrevisjonen anser de separate statusorienteringene til styret som sidestilte med ledelsens gjennomgang i denne sammenhengen, og legger derfor til grunn at det har vært årlige gjennomganger innenfor temaet. Vi vurderer det imidlertid som en svakhet at styret ikke har fått oppdatert informasjon om når protokollen forventes ferdigstilt. Videre understreker vi viktigheten av å fastsette en løpende prosess for å holde protokollen oppdatert, når protokollen tas i bruk.

## **5 Konklusjon og anbefalinger**

### **5.1 Konklusjon**

Universitetssykehuset Nord-Norge har ikke etablert en samlet oversikt over behandlinger av personopplysninger som blir utført under dets ansvar, slik de plikter i henhold til personvernforordningen. Det er usikkert når en tilfredsstillende protokoll kan legges fram. Foretaket har oversikt over inngåtte avtaler med aktører som behandler personopplysninger på dets vegne. Internrevisjonen vurderer at en rendyrking av personvernombudets rolle fra høsten 2020, i større grad vil sikre ombudets uavhengighet og redusere risikoen for interessekonflikter.

### **5.2 Anbefalinger**

Internrevisjonen anbefaler Universitetssykehuset Nord-Norge å:

1. Utarbeide en spesifisert framdriftsplan og oppgavefordeling for utarbeidelsen av en protokoll som tilfredsstiller gjeldende krav.
2. Styrke oppfølgingen av framdriften i arbeidet med å innfri kravene til protokoll.
3. Beskrive organiseringen av foretakets informasjonssikkerhetsarbeid, herunder personvernombudets rolle, i eget dokument.
4. Etablere en løpende prosess for å holde protokollen oppdatert.

## Vedlegg 1 – Revisjonskriterier

Følgende fokusområder og kriterier er lagt til grunn for internrevisjonens arbeid og vurderinger:

1. Helseforetakets protokoll over behandlingsaktiviteter
  - a. Det foreligger en samlet oversikt (protokoll) over foretakets behandlingsaktiviteter.
  - b. Oversikten (protokollen) inneholder navnet på og kontaktopplysningene til:
    - den behandlingsansvarlige
    - den felles behandlingsansvarlige (dersom det er relevant)
    - personvernombudet.
  - c. Registrert informasjon om behandlingsaktivitetene omfatter blant annet: kategorier av registrerte (a), kategorier av personopplysninger (a), formål (a), kilde (b), behandlingsgrunnlag (b), navn på databehandlere (b) og planlagt tidsfrist for sletting (a)  
a: krav i personvernforordningen / b: anbefaling fra Datatilsynet
2. Databehandleravtaler
  - a. Det foreligger databehandleravtale med databehandlere som er identifisert i foretakets protokoll over behandlingsaktiviteter.
  - b. Avtalen er oppdatert i samsvar med kravene i personvernforordningen.
3. Personvernombudets rolle og oppgaver
  - a. Kontaktopplysninger til personvernombudet er offentliggjort på foretakets webside.
  - b. Personvernombudet rapporterer direkte til foretaksdirektør.
  - c. Personvernombudets oppgaver inkluderer de som er påkrevd gjennom forordningen.
  - d. Personvernombudet har ikke andre oppgaver som kan medføre interessekonflikt.
4. Foretakets prosesser for å holde protokollen og databehandleravtalene oppdaterte
  - a. Foretaket har etablert en løpende prosess for å holde behandlingsoversikten oppdatert.
  - b. «Ledelsens gjennomgang» innen informasjonssikkerhet og personvern gjennomføres minst en gang i året.

## Vedlegg 2 – Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

- Erklæring om behandling av personopplysninger ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), <https://unn.no/om-oss/om-nettstedet/personvern#sykehusets-personvernombud>, hentet 24.04.2020
- Oversendelsesbrev til Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 18.05.2020
- Protokoll over systemer som inneholder personopplysninger (excel-liste), per 18.05.2020
- Oversikt over databehandlere og databehandleravtaler, mottatt 25.08.2020
- Stillingsinstruks for sikkerhetssjef/personvernombud, versjon 6
- Styresak 45-2019, Oppfølging risikovurdering av informasjonssikkerhet, unntatt offentlighet
- Styresak 64-2019, Ledelsens gjennomgang 2018
- Status i arbeidet, grunnlagsnotat til regionalt direktørmøte 11.03.2020
- Presentasjon «Workshop – Informasjonssikkerhet, Hva er de viktigste sikkerhetsutfordringer for ledere i UNN», ledermøtesak 67.20, 28.04.2020
- Styresak 45-2020, Status i oppfølging av risikovurderinger av informasjonssikkerhet, unntatt offentlighet
- Referat fra møter i regionalt nettverk for personvernombud 15.04.2020 og 20.05.2020
- Avtale om behandling av personopplysninger, Databehandleravtale, mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Helse Nord IKT HF, utstedt 24.01.2020



## STYRESAK

<b>Styresak:</b>	<b>98/2021</b>
<b>Møtedato:</b>	<b>16.12.2021</b>
Arkivsak:	2021/5-9
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Referatsaker til styret 16.12.2021

### Innstilling til vedtak

1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 29.11.2021
2. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 30.11.2021
3. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 01.12.2021
4. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 08.12.2021
5. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 13.12.2021

Tromsø, 14.12.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør





## MØTEREFERAT

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

---

**Dato:** Mandag 29.11.2021 kl. 10.30 – 12.30  
**Sted:** Teamsmøte  
**Tilstede:** Kirsti Baardsen og Hans-Johan Dahl  
**Forfall:** Paul Dahlø  
**Fra adm:** Ingrid Lernes Mathiassen (administrasjonssjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

---

**BAU 67/21 Styresaker – behandling av drøftingsaker til styremøte 16.12.2021**  
Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU torsdag 25.11.2021.

#### Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober og november 2021

Økonomisjef Lars Øverås orienterte kort og svarte ut spørsmål i saken.

#### Kjøp av scoopsentral og scoop

#### Virksomhetsplan og budsjett for 2022

Økonomisjef Lars Øverås orienterte kort og svarte ut spørsmål i saken.

Det arbeides hele tiden med mindre ventetid og mindre fristbrudd.

#### Konseptrapport for Nyfødt intensiv i Tromsø

Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen orienterte kort og svarte ut spørsmål i saken.

En arbeidsgruppe har jobbet med dette prosjektet i hele 2021. Det har blitt evaluert 8 ulike plasseringer, hvorav 3 er basert på nybygg og øvrige 5 på ulike rokkeringer innen eksisterende del av sykehusbygget.

#### Revisjonsprogram for 2022-2024, foretaksnivå Universitetssykehuset Nord-Norge HF

#### Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 16.12.2021.

**BAU 68/21 Høring: Referansegruppe for behandlingshjelpemidler**

Tilbakemelding fra brukerrepresentant Martin Moe. Referansegruppen sliter med dårlig deltakelse fra enkelte klinikker. BAU ber om informasjon om dette i Direktørens time.

Beslutning/oppfølging:

Administrasjonen setter saken opp til Direktørens time i Brukerutvalgets møte 08.12.2021.

**BAU 69/21 Tilstedeværelse for partner på føde/barsel**

BAU har ikke mottatt nærmere redegjørelse i saken.

Beslutning/oppfølging:

BAU har ikke mottatt nærmere redegjørelse i saken. Administrasjonen følger opp.

**BAU 70/21 Direktørens time**

Forslag til innspill til direktørens time i BU-møte 08.12.2021.

- Referansegruppe behandlingshjelpemidler – hvor langt er dette arbeidet kommet og hva er status på referansegruppens arbeid
- Status på intensivkapasiteten
- Luft- og støy problematikk ved Kreft poliklinikk
- Arbeidet med overordnet strategi for pårørende – status?

Beslutning/oppfølging:

Administrasjonen formidler innspillene til viseadministrerende direktør i god tid før møtet.

**BAU 71/21 Innspill til BAU om saker til BU**

BAU har sett gjennom listen over innspill til fremtidige saker i BU.

Beslutning:

Administrasjonen benytter listen til saker i kommende møter i BU.

**BAU 72/21 Erfaringskonsulent Kontinuerlig forbedring 2021-2022 – orientering**

Orientering til BAU vedrørende vikariat av erfaringskonsulent ved Kontinuerlig forbedring frem til april 2022. Beslutningsnotat vedlagt.

Beslutning:

BAU tar saken til orientering.

**BAU 73/21 Retningslinje for håndtering av belastende adferd fra tredjepart i forbindelse med behandling av barn/ungdom/ pasient under vergemål**

AMU ønsker å orientere om ovennevnte sak til Brukerutvalget og lurer på hvordan saken ønskes presentert.

Beslutning/oppfølging:

BAU ønsker en muntlig orientering om saken i BU og administrasjonen setter opp saken i et passende BU-møte.

**BAU 74/21 Forslag til dagsorden for BU-møte 08.12.2021**

SAKER	Tid og beskrivelse
1. Godkjenning av innkalling og saksliste	Kl 09.00
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 02.11.2021	
3. Orientering om prioriteringskriterier kreftpakkeforløp sett i lys av Covid-19-situasjonen	Kl 09.05-09.30 Haakon Lindekleiv
4. Orientering om pakkeforløp hjem	Kl 09.30-10.00 Haakon Lindekleiv og Harald Roar Lind
5. Direktørens time	Kl 10.00-11.00
6. Orientering om prosessen ved oppnevning av nytt BU	Ingrid Lernes Mathiassen orienterer
Lunsj	Kl 11.00-11.30
7. IT opplæring iPad - installering av Boxer mm.	Kl 11.30 – 13.00 Jan Arvid Lorentsen og Kent-Ole Larsen
Pause	Kl 13.00-13.10
8. Handlingsplan 2020-2022	Kl 13.10-13.55
9. Pasientreiser	Kl 13.55-14.30 Stine Schouten(ny leder)
Pause	Kl 14.30-14.40
10. <b>Orienteringssaker</b> - Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper	Kl 14.40-15.10
11. <b>Referatsaker</b> - Referat fra møte i Sykehusapoteket Nord, 08.02.2021x -Referat fra møte i UR, 02.11.2021 - Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 10.-11.11.2021 -Referat fra møte i KU,26.10. og 30.11.2021 -Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset, 22.09.2021 -Referat fra møte i BU Nordlandssykehuset, 10.11.2021 -Referat fra møte i BAU, 29.11.2021	Kl 15.10-15.15
12. Eventuelt	

**BAU 75/21 Eventuelt**

## PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 16.12.2021**

Dato: 30.11.2021

Tidspunkt: 13.30 – 14.20

Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Mai- Britt Martinsen, NSF
Lars Øverås, økonomisjef	Rune Moe, Fagforbundet
Haakon Lindekleiv, fag- og kvalitetssjef	Jan Eivind Pettersen, Delta
Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	Einar Rebni, FVO

### Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai -Britt Martinsen og Rune Moe valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen signerte fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2021	Lars Øverås og Haakon Lindekleiv orienterte og svarte ut spørsmål til saken.  Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
2. Kjøp av scoopsentral og scoop. <i>Nytt navn: Kjøp av medisinteknisk utstyr til barn</i>	Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
3. Virksomhetsplan 2022	Lars Øverås orienterte og svarte ut spørsmål bl.a. på følgende punkter: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rekruttering og stabiliseringsutfordringen</li> <li>- Omstillingsutfordringen</li> </ul> <p><u>Protokolltilførsel fra ansattes organisasjoner:</u> <i>Organisasjonene ser en stor risiko i virksomhetsplanleggingen 2022 ut fra bestilling/ krav til pasientbehandling og økonomi som ikke samsvarer.</i></p> <p><i>Vi kan ønske å satse på å rekruttere/ beholde slik vi har planlagt i flere år, uten at det gir synlige resultater. Heller tvert imot, så blir mangelen på mange fagfolk verre. Vi opplever liten forståelse fra styrende politikere i form av budsjettbevilgninger som monner for å bedre på dette. Flere steder mister UNN kompetente fagfolk fordi vi har en så streng lønnspolicy. Så blir fast personell erstattet med enda dyrere innleie / avtaler med private firma.</i></p> <p><i>Det er vanskelig å drøfte saken mer konkret uten drøftingsprotokoller fra de ulike klinikker.</i></p> <p><i>Organisasjonene forventer at det må komme ekstra bevilgninger for å kompensere for utgifter som forårsakes av</i></p>

	<p><i>pandemien.</i></p> <p><u>Protokolltilførsel fra vernetjenesten</u> <i>Det er viktig at UNN i de pågående prosessene sikrer god medvirkning og informasjon lokalt for ansatte i hele organisasjonen.</i></p> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
4. Revisjonsprogram for 2022-2024, foretaksnivå Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling

Tromsø, 30.11.2021

Mai- Britt Martinsen (s.)  
NSF

Rune Moe (s.)  
Fagforbundet

Ingrid Lernes Mathiassen (s.)  
administrasjonssjef

*Dokumentet er signert elektronisk og kan derfor være uten signatur.*



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

Tid: Onsdag 1.12.2021 kl. 13.00-15.30

Sted: Digitalt via teams

Arkiv: 2021/423

Medlemmer		Varamedlemmer	
Anita Schumacher, administrerende direktør		Gøril Bertheussen, personal og organisasjonssjef	x
Gøril Bertheussen, personal og organisasjonssjef		Hanna Uleberg, avd.leder personal og organisasjonssenteret	x
Kate Myräng, klinikkssjef Diagnostisk klinikk	x	Eva-Hanne Hansen, klinikkssjef OpIn	
Grethe Andersen, drift- og eiendomssjef, DES		Fredrik Sund konst. klinikkssjef Kirurg, kreft- og kvinnehelseklinikken	
Jon Mathisen, klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk	x til 14.35	Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerter- og lungeklinikken	
Gina Johansen, driftsleder UNN Harstad	x til 15.19	Vibeke Haukland, driftsleder UNN Narvik	
Tove Mack, FVO (leder)	x	Rita Vang, FHVO	
Rune Moe, fagforbundet	x	Camilla Pettersen, KTV Samfunnsviterne	
Monica Fyhn Sørensen, HTV UNN		Hanne Sofie Ytervik, HTV NSF Harstad	
Karina Olsen, DNLF (FTV)		Solveig Nergård, DNLF (FTV)	
Rita Vestgård, HTV Fagforbundet UNN Harstad			
Geir Magne Lindrupsen, FTV Nito	x	Monica Sjøvoll, NSF	

Til stede (x)

Møteleder: Tove Mack

Saksforbereder: HMS-rådgiver Karina Fredheim

Referent: Anne Christina Simonsen-Sagerup

Fra BHT: Paul Martin Hansen til kl. 15.02.

På sak 68.21 møtte rådgiver Julia Johnsen, på sak 77.21 møtte Rådgiver Ole Martin Andersen og på sak 80.21 møtte økonomisjef Lars Øverås.

SAKSOVERSIKT		Frist	Ansvarlig
66.21	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b> Godkjent.		Tove Mack
67.21	<b>Protokoll fra AMU-møtet 27.10.2021 og 5.11.2021</b> Møteprotokollene var vedlagt innkallingen, protokollene er godkjent på e-post før møtet. Godkjent.		Tove Mack
<b>OPPFØLGINGSSAKER</b>			
68.21	Oppfølging sak 29.21 <b>Der skoen trykker</b> Rådgiver Julia Johnsen fra PO orienterte om status og fremgang i prosjektet. Hva er utfordringene og hvordan ser det ut så langt på de avdelinger hvor prosjektet er satt i gang.  <u>Konklusjon</u> Arbeidsmiljøutvalget tar til orientering status om <i>Der skoen trykker</i> .		Julia Johnsen
69.21	Oppfølging sak 5.20 og 35.20 <b>HMS opplæring</b> HMS-rådgiver Karina Fredheim gav orientering om det påbegynte arbeide med å revidere HMS-opplæringen. Saken kommer tilbake til AMU når den er klar.		Karina Fredheim
70.21	Oppfølging sak 35.21 <b>Eksponeringsregister i UNN</b> HMS-rådgiver Karina Fredheim gav orientering om status på innføring av eksponeringsregister i UNN. Det vil bli gjort innkjøp på nasjonalt plan. Det blir gitt status i AMU når innkjøpet er på plass.		Karina Fredheim
<b>BESLUTNING</b>			
71.21	<b>Søknad om velferdsmidler – Kanonballturnering Harstad.</b> Søknaden ble godkjent på sirkulasjon 28.10.2021 da søknaden er i tråd med gjeldende retningslinjer for velferdsmidler.		Karina Fredheim
72.21	<b>Søknad om velferdsmidler UNN-q-lele Narvik</b> Kulturavdelinga UNN Narvik hadde sendt inn søknad om velferdsmidler for å dekke utgifter i forbindelse med årets julekonsert i Tromsø.  <u>Vedtak</u>		Lars Inge Pedersen

	Arbeidsmiljøutvalget vedtar å støtte Kulturavdelingen UNN Narvik med beløp 23.800 kr slik at de kan dra til Tromsø og opptre på årets julekonsert 19. desember 2021.		
<b>73.21</b>	<p><b>Forbedringsarbeid i AMU</b></p> <p>Kort oppsummering fra AMU-seminaret som ble avholdt 27. oktober 2021 på Linken. Formålet med seminaret var å finne forbedringspunkter som kunne iverksettes umiddelbart.</p> <p><u>Vedtak</u></p> <p>Arbeidsmiljøutvalget beslutter at forslagene til ansvarlige for de ulike tiltak og tidsfrist for ferdigstilling og orienteringer vedtas.</p>		Tove Mack/ Karina Fredheim
<b>INFORMASJONS-, DISKUSJONS- OG DRØFTINGSSAKER</b>			
<b>74.21</b>	<p><b>Retningslinje for håndtering av belastende adferd fra tredjepart</b></p> <p>Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) meldte i mars inn sak til AMU vedrørende utfordringer med vold, trusler og trakassering mot ansatte fra tredjepart. Personal- og organisasjonssenteret og UPS har sammen utarbeidet utkast til en retningslinje for håndtering av utfordrende relasjoner til tredjepart.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Arbeidsmiljøutvalget slutter seg til den anbefalte retningslinjen.</p>		Gøril Bertheussen og Karina Fredheim
<b>75.21</b>	<p><b>Kollegastøtteordningen UNN HF</b></p> <p>Det ble i januar 2020 gitt mandat til opprettelse av en arbeidsgruppe som skulle arbeide frem et forslag til organisering av kollegastøtteordningen i UNN. AMU gav innspill til saken, og diskuterte for og imot de forskjellige tiltak.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>AMU slutter seg til det anbefalte forslag til organisering av kollegastøtteordningen i UNN HF:</p> <p>Tiltak 1: Opplæring av kollegastøtter iverksettes</p> <p>Tiltak 2: generell telefonordning iverksettes ikke</p> <p>Tiltak 3: tilbud om profesjonell hjelp/helsehjelp til ansatte som har vært utsatt for traume løftes i sak til direktørens ledergruppe for beslutning</p>		Gøril Bertheussen og Karina Fredheim
<b>76.21</b>	<p><b>Nye retningslinjer for varsling og opprettelse av ressursgruppe for varsling UNN HF</b></p> <p>Ny felles regional retningslinje for varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold i Helse Nord er</p>		Gøril Bertheussen/ Karina Fredheim



	<p>utarbeidet. Utkast til nye retningslinjer ble drøftet i AMU 6.4.21. Det bes om at AMU beslutter at de nye regionale retningslinjene erstatter de gjeldende retningslinjene i UNN.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>1. AMU beslutter at de nye regionale varslingsretningslinjene erstatter de gjeldende varslingsretningslinjene ved UNN HF - <a href="#">PR15962</a>.</p> <p>Punkt 2 i saken vedr. opprettelse av varslingsgruppe utsettes til neste AMU-møte. I forkant av dette drøftes saken med de tillitsvalgte.</p>		
77.21	<p><b>Status ForBedring 2021, og plan for 2022.</b></p> <p>Rådgiver Ole Martin Andersen møtte på sak og gav en muntlig orientering om status på ForBedringsundersøkelsen for i år, samt hvordan vi ligger an til neste år.</p> <p>Status for handlingsplaner ligger i år på 61 %, hvilket er lavere enn tidligere år.</p> <p>Gjennomføring av ForBedring til neste år blir fra 7.2.22 – 1.3.22, resultatene er dermed klar for AMU-møtet 1.juni 2022.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Arbeidsmiljøutvalget tar statusen til orientering.</p>		Ole Martin Andersen
78.21	<p><b>Orientering fra Hovedverneombudet</b></p> <p>Det ble gitt muntlig orientering om følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon fra klinikk- og senterverneombudsmøtet mandag 29. november.</li> <li>• Ivaretagelse av medarbeidere under høy arbeidsbelastning. BHT, HMS-rådgiver og vernetjenesten har laget et samlet skriv med forslag, lenker og tips til ivaretagelse av en selv og medarbeiderne. Skrivet publiseres på intranett snarest.</li> </ul>		Tove Mack
79.21	<p><b>Orientering fra Bedriftshelsetjenesten</b></p> <p>Det ble gitt muntlig orientering om følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BHT får henvendelser fra ledere som begynner å bli slitne etter å ha stått i pandemien over tid. De opplever ubalanse mellom krav og kontroll/ oppgaver og ressurser.</li> </ul>		Paul Martin Hansen

<b>STYRESAKER</b>			
<b>80.21</b>	<p><b>Styresaker til 16. desember 2021:</b> Følgende styresaker var på forhånd valgt ut av AU til gjennomgang i AMU:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober</li> <li>-Virksomhetsplan og budsjett for 2022</li> </ul> <p>Økonomisjef Lars Øverås møtte på sak og informerte om styresakene. Det ble blant annet informert om de 3 satsningsområder (poliklinikk, operasjonskapasitet og ABP) som skal gi økonomisk handlingsrom i første halvår av 2022.</p> <p><u>Konklusjon</u> Arbeidsmiljøutvalget tar styresakene til orientering.</p>		Lars Øverås
<b>EVENTUELT</b>			
<b>81.21</b>	<p><b>Orientering KVAM-prisen</b> Arbeidet i komiteen som skal vurdere årets KVAM-pris har begynt litt seint år, og det vil ikke være anledning for å ha saken i AMU før prisen skal utdeles på direktørens halvårslige møte. Arbeidsmiljøutvalget beslutter derfor at arbeidet delegeres ut til komiteen, slik at de kan ta avgjørelsen uten å ha saken inn i AMU.</p>		Karina Fredheim



## MØTEREFERAT

### Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

---

<b>Møtedato:</b>	<b>Onsdag 08.12.2021 kl 09.00-15.25</b>
<b>Møtested:</b>	<b>Møterom D1-707 og digitalt</b>
<b>Tilstede:</b>	<b>Medlemmer:</b> Kirsti Baardsen (leder), Hans-Johan Dahl, Nina Nedrejord, Terje Olsen, Merethe Saga Lønnum (digitalt), Ulf J Bergstrøm, Ingolf Kvandahl (digitalt), Mildrid Pedersen (digitalt), Merethe Krohn, Nina Benjaminsen
<b>Forfall:</b>	Paul Dahlø, Siv-Elin Reitan
<b>Fra adm.:</b>	Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen Administrasjonskonsulent Hilde A. Johannessen (referent)

---

#### Saksliste

**BU-60/21 Godkjenning av innkalling og saksliste**  
Innkalling og saksliste ble gjennomgått.

**Vedtak** Brukerutvalget godkjente innkalling og saksliste.

**BU-61/21 Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 02.11.2021**  
Referatet er gjennomgått.

**Vedtak** Referatet ble godkjent.

**BU-62/21 Prioriteringskriterier kreftpakkeforløp sett i lys av covid-19-situasjonen - orientering**  
Klinikkjef Fredrik Sund orienterte om kreftpakkeforløp i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K), og la frem en oversikt over tid fra pakkeforløp start til påbegynt utredning og behandlig for de ulike kreftpakkeforløpene. Sund redegjorde videre for faktorer og flaskehalsen innenfor de ulike pakkeforløpene som påvirker forløpstidene.

**Vedtak** Brukerutvalget vil berømme den innsats og de gode resultater K3K-klinikken har. Til tross for dette har klinikken store utfordringer på grunn av manglende kapasitet på operasjoner og diagnostikk. Brukerutvalget ser med bekymring på at denne situasjonen kan få negative konsekvenser for kreftpasienter og for det kirurgiske tilbudet for øvrig. Vi ber ledelsen i UNN ta opp saken for å finne løsninger på kort og lang sikt.

**BU-63/21 Orientering om pakkeforløp hjem**

Rådgiver Harald Roar Lind, Lean og pasientforløp ved Fag- og kvalitetssenteret orienterte kort. Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal bidra til økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring for personer som lever med kreft, eller etter endt kreftbehandling.

**Vedtak:** Brukerutvalget takker for informasjonen og tar saken til orientering.

**BU-64/21 Direktørens time**

Konst. viseadministrerende direktør Einar Bugge svarte ut følgende:

- **Referansegruppe behandlingshjelpemidler – hvor langt er dette arbeidet kommet og hva er status på referansegruppens arbeid**  
Lav oppslutning i møtene. Forbedringsforslag kan være å tydeliggjøre mandatet slik at gruppen blir opplevd som nyttig. Gruppen skal ikke være beslutningsdyktig, men brukes til å få frem synspunkter. Einar Bugge tar kontakt med ansvarlig Kate Myräng for status i arbeidet.
- **Status på intensivkapasiteten**  
Intensivavdelingen har vært meget presset de siste ukene. På grunn av mangelen på intensivsykepleiere på avdelingen er intensivsykepleiere fra andre avdelinger omplassert til intensivavdelingen. Operasjonskapasiteten er tatt ned ca 25 %.

**Vedtak:** Brukerutvalget ser med bekymring på det krysspresset ansatte på Operasjons- og intensivklinikken (OPIN) står i som en konsekvens av Covid-19. For UNN er «Medarbeideren vår viktigste ressurs» - og Brukerutvalget ber ledere og mellomledere nå se på hvilken måte de kan rette ekstra oppmerksomhet til ansatte, og på den måten bidra til å beholde kompetente medarbeidere.

Brukerutvalget vil også oppfordre ledelsen å ta runden rundt i klinikken og lytte til medarbeidere. Hva er utfordringene og hvordan kan man støtte dem på kort og lang sikt.

- **Luft- og støy problematikk ved Kreft poliklinikk**

Luft: Skyldes fuktavskiller på kjøkkenet som må tømmes innimellom og avgir vond lukt. Kjøkkenet skal bygges om og dette problemet vil da bli løst. Forventet oppstart i midten av februar.  
Støy: Sjakt for avfall ligger rett ved avdelingen, og innimellom sitter disse sekkene fast, og det oppstår en ubehagelig høy lyd. Dette kan løses av leverandøren ved omprogrammering av systemet, og det er purret på saken. I tillegg brukes avfallssystemet feil av enkelte ansatte, og det arbeides med bedre opplæring.

- **Arbeidet med overordnet strategi for pårørende – status?**

Saken har vært tatt opp i møte regionalt og det var enighet om en felles regional tilnærming.

**Vedtak:**

Sak vedrørende behovet for en overordnet strategi for pårørende er tidligere tatt opp i Brukerutvalgets møte 24.02.2021, sak BU 12/21 der følgende vedtak ble fattet:

***Pårørende – arbeidsgruppe (jf. BU sak 57/20)***

*Brukerutvalget ønsker en helhetlig strategi for pårørende ved UNN. De ønsker at alle pårørende skal føle seg nyttige, og bli møtt med anerkjennelse og respekt uavhengig av hvilken klinikk pasienten er knyttet til. De ønsker også at UNN ser på mulighetene for et pårønderom.*

***Vedtak:*** *BU oppfordrer UNN, med bakgrunn i regjeringens pårørendestrategi, å utarbeide og implementere en helhetlig plan for samhandling, støtte og veiledning av pårørende i UNN. Strategien bør være enhetlig og gjenkjennelig i hele UNN og være naturlig implementert i de ansattes hverdag. Gjennom «ei dør inn-prinsippet» skal veiledning og støtte være enkelt tilgjengelig for alle pårørende i UNN uavhengig av om man er pårørende i en akutfase eller i et langvarig forløp.*

*Som regionssykehus ser vi det også som viktig at UNN har et særlig fokus på barn og unge som pårørende, samt den samiske delen av befolkningen.*

Brukerutvalget ber Regionalt brukerutvalg om å ta opp denne saken og ber om at arbeidet med en overordnet pårørendestrategi prioriteres i Helse Nord.

**BU-65/21      Orientering om prosessen ved oppnevning av nytt BU**  
Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen orienterte.

**Vedtak:** Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

**BU-66/21      IT opplæring iPad - installering av Boxer mm**  
Jan Arvid Lorentzen og en kollega fra Helse Nord IKT installerte Boxer på iPadene til de tilstedeværende brukerrepresentantene. Oppdatert brukerveiledning på installeringen sendes til administrasjonen som videreformidler til de som ikke var tilstede.

**Vedtak:** Brukerutvalget takker for nødvendig bistand av installering av Boxer på iPadene.

**BU-67/21 Handlingsplan 2020-2022 for Brukerutvalget UNN**

Det kom flere innspill til endringer av Handlingsplan 2020-2022.

**Vedtak:** Innspillene tas inn i Handlingsplan 2020-2022, og oppdatert plan sendes Brukerutvalget.

**BU-68/21 Orienteringsaker****BU-68/21-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper**

	Aktivitet/Prosjekt	Ansvarlig 2020-2022	Status/ merknader
1	Styret ved UNN	Kirsti Baardsen Paul Dahlø vara	Hovedtema er økonomi.
2	Kvalitetsutvalget i UNN	Kirsti Baardsen Merethe S Lønnum vara	
3	Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl Ulf J Bergstrøm vara	Utvalget i dvale i koronatiden.
4	Strategisk Samarbeidsorgan - SSU ( Tidligere OSO - Overordnet Samarbeidsorgan)	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Godt organisert med planlagte møter fremover.
5	Sykehusapotekets brukerutvalg	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	Møte i uke 48: - Behandlet den nye strategien, ligger på www.SANO.no.
6	Parkeringsutvalget	Merete Krohn Mildrid Pedersen vara	Møte 15.12.21. Flere møter avlyst eller utsatt pga mangel på saker og møtekollisjon. Underskilt for HC parkering er fjernet.
7	Stormottakersatsingen  D. Pasientsentrert helsetjenesteteam	Ulf J Bergstrøm Merethe S Lønnum  Merethe Saga Lønnum Ulf J Bergstrøm Marit Stemland vara	Gro Berntsen. Ikke skjedd noe i det siste.
8	Nye UNN Narvik	<u>Styringsgruppe:</u> Siv Elin Reitan Esben Haldorsen vara <u>Prosjektgruppe:</u> Anita Fjellfoss, Narvik <u>Brukerrepresentanter:</u> Esben Haldorsen Cathrin Carlyle Marit Myklevoll	Opprettet en liten undergruppe av brukerrepresentanter. Ansatt koordineringskonsulent. Administrasjonen inviterer henne til neste møte i BU.
9	Kvam utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Nina Nedrejord Terje Olsen vara	Klinikkssjef Jon Mathisen Siste møte hadde Nina forfall pga sykdom. Mye avlysning av møter.
10	Kvam utvalg Diagnostisk klinikk	Nina Benjaminsen Kirsti Baardsen vara	Klinikkssjef Kate Myreng/ Bente Aune. Kirsti deltok som vara i et møte.

			Terje går ut av vervet, Nina Benjaminsen overtar. Adm.sender kontakinformasjon
11	Kvam utvalg Hjerte- og lungeklinikken	Hans- Johan Dahl Mildrid Pedersen vara	Klinikksjef Kristian Bartnes Nytt møte. God struktur. Sykefravær veldig lavt. Gj.gang av avvikssaker.
12	Kvam utvalg NOR klinikken	Merete Krohn Merethe S Lønnum vara	Fung.klinikksjef Karl Ivar Lorentzen (Klinikksjef Bjørn Yngvar Nordvåg i permisjon) Jevnlige møter med godt oppmøte. Fra møte 20.11.21: Kapasitetsutfordringer på klinikken. Fokus på avviksmeldinger i hele klinikken
13	Kvam utvalg Psykiatri- og rusklinikken	Nina Benjaminsen Merethe S Lønnum vara	Klinikksjef Eirik Stellander. Møte 09.12.21 utsatt.Det er satt opp møter fremover i 2022.
14	Kvam utvalg Operasjons- og intensivklinikken	Merethe Saga Lønnum Nina Nedrejord vara	Klinikksjef Eva- Hanne Hansen Veldig bra forbedringsarbeid på operasjonsavdelingen.
15	Kvam utvalg Barne- og ungdomsklinikken	Ungdomsrådet Nina Nedrejord	Kst. klinikksjef Marianne Nordhov
16	Kvam utvalg Kirurgi, - kreft og kvinnehelseklinikken	Terje Olsen Ulf Jack Bergstrøm vara	Kst. klinikksjef Fredrik Sund. Kontaktperson Merete Andreassen. Fikk ikke innkalling til siste møte. Utvalget arbeider med Samvalg, møte 14.12. Styret skal få orientering om Samvalg.
17	Kvam utvalg Medisinsk klinikk	Mildrid Pedersen Siv-Elin Reitan vara	Klinikksjef David Johansen Møte 29.11.21 Mildrid orienterte til KVAM om BUs arbeid, bla Pasientreiser. DJ foreslo at BU har faste møter med økonomi v/Lars Øverås. Ellers: - Orientering om pandemien -For mange ledere i utvalget?
18	Prosjekt arealplan UNN Harstad	Ulf Jack Bergstrøm <del>vara</del> Arvid-Eliseussen-sluttet	Ikke skjedd noe siden 7.3.2020. Kontakt med Eliseussen, som heller ikke har deltatt på noe. Helsehuset.
19	Pasient-app saken HN FRESK	Martin André Moe fortsetter	Martin finner ut om den er avsluttet eller ikke. Adm.purrer.
20	Ungdomsrådet	Kirsti Baardsen	
21	Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen	Nina Nedrejord Ulf J Bergstrøm vara	Møte 2.12.2021: Aktiviteten tatt seg opp. Plan om utnyttelse av korridordel som er satt av til pasient/pårørende. Ansatte trives godt. -Samisk pasient som pårørende
22	Helse I Arbeid	Mildrid Pedersen Terje Olsen vara	Dato for møte 21.02.2022.
23	Samhandlingsforum for somatikk i UNN Tromsø	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Skjer ikke noe der nå.

	UNN Harstad UNN Narvik (endres til Faglig Samarbeidsutvalg?)		
24	Etablering av robotassistert PCI	Nina Nedrejord	Fortsatt stopp pga korona.
25	Klinisk etisk komite	Terje Olsen Kirsti Baardsen vara	Innkalling mottatt for sent.
26	Ref.gruppe for behandlingshjelpemidler	Martin Moe	Se sak 64/21 Direktørens time.
27	Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K	Kirsti Baardsen Paul Dahlø vara Terje Olsen	Kirsti i arbeidsutvalget Terje i styringsgruppe NOR Paul i styringsgruppe K3K Manglende styring i styringsgruppene. Styringsmøte 15.12.2021
28	Styringsgruppe for Nybygg psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø – konseptfase – observatør til overordnet medvirkningsgruppe Samme som nr 35.  Nr 35: Observatør til overordnet medvirkningsgruppe OU prosjekt: Nye arealer psykisk helse og rus	Merethe Saga Lønnum	Tor-Arne Hanssen. Møte 08.12.2021. Utrede spesifikk utdyping som HN ønsker. Svare ut spørsmål fra dem. Inn i prosjekt alternativ Breivika, så alternativ Åsgård, og så alternativ Delt Breivika/Åsgård. Svakhet i brukermedvirkning for pasienter på sikring.
29	FSU Akuttmedisinsk (KSU - Fagråd for Akuttmedisinsk tjeneste)SSU	Hans-Johan Dahl Ulf J Bergstrøm vara	Møte avholdt i november. Finne ulike leger for deltakelse, samt sykepleiere og fagarb.
30	KSU 1/2020 – Helhetlig gjennomgang av tjenesteavtale 2	Merete Krohn	Utsatt til utpå nyåret.
31	Pingvin TV – kulturavdelingen	Merethe S Lønnum	Blir ikke tatt med på møtene.
32	Prehospitalt sepsisregister og forskningsprosjekt	Nina Nedrejord Ulf J Bergstrøm vara	Fått status vedr. prosjektet
343	Forskningsutvalg NOR		Det er gjennomført to møter. Nytt forskningsutvalg konstituert med Tor Ingebrigtsen som leder, vedtatt mandat, satt opp program for forskningsdagen for NOR 7.1.2022.
34	Rekruttering og stabilisering av helsepersonell	Terje Olsen	
35	Faglig samarbeidsutvalg (tidligere ssu) Stabiliserig og rekruttering av helsepersonell I unn-området	Terje Olsen	Gøril Bertheussen.
36	Forskningsprosjekt Kunstig intelligens	Ulf Bergstrøm	Går sin gang.
37	Referansegruppe til Prosjekt Brukerbanken	Nina nedrejord Kirsti Baardsen	Brukerbanken har fått navnet Engasjert. På tjenestenivå.
38	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe  Bemanning/kompetanse	Mildrid Pedersen	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021
39	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe	Thomas Engelskjøn	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021



	Akuttmottak		
40	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe  Utvikling av tilbud til skrøpelige eldre og pasienter m fl kroniske sykdommer	Målfrid Ovanger	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021
41	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe  Utvikling av tilbud til voksne med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer	Nina Benjaminsen	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021 (og Heidi Vik 09.12.21)

**Vedtak** Brukerutvalget vedtar endringer i representasjon og sekretariatet følger opp der det er aktuelt. De enkelte representantene følger opp sine prosjekt.

**BU-69/21 Referatsaker**  
Følgende vedlegg fremlegges:

1. Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset, 22.09.2021
2. Referat fra møter i BU Nordlandssykehuset, 10.11.2021
3. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 10.-11.11.2021
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, 29.11.2021

**Vedtak** Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.

**BU-70/21 Eventuelt**

Kirsti Baardsen (sign.)  
leder

Hilde A Johannessen(sign.)  
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 23.02.2022.

Kopi til:

- Helse Nord RHF ved Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Sissel Eidhammer, Nordlandssykehuset

- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø
- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Bård Forsdahl
- Lærings- og mestringssenteret, UNN v/ Marita Pedersen
- Kreftforeningen v/ Wenche P Kjølås
- Ungdomsrådet UNN v/ Elisabeth Warvik

UTKAST

---

**PROTOKOLL**


---

Tema: **Drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 16.12.2021**

Dato: 13.12.2021

Tidspunkt: 14.30 – 14.50

Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Mai- Britt Martinsen, NSF
Lars Øverås, økonomisjef	Einar Rebni, FVO
Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai -Britt Martinsen valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen signerte fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport november 2021	<p>Lars Øverås orienterte og svarte ut spørsmål til saken.</p> <p>Det kom tilbakemelding fra tillitsvalgte om at de forventer at UNN skal å få dekket merutgiftene til Covid-19, også for inneværende år.</p> <p>Videre kom det tilbakemeldinger fra vernetjenesten om at fokuset på AML brudd bør intensiveres. Dette støttes også av tillitsvalgte.</p> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
2. Konseptrapport for Nyfødt intensiv i Tromsø	<p>Tor- Arne Hanssen orienterte og svarte ut spørsmål til saken.</p> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>

Tromsø, 13.12.2021

Mai- Britt Martinsen (s.)  
NSF

Ingrid Lernes Mathiassen (s.)  
administrasjonssjef

*Dokumentet er signert elektronisk og kan derfor være uten signatur.*



## STYRESAK

<b>Styresak:</b>	<b>99/2021</b>
<b>Møtedato:</b>	<b>16.12.2021</b>
Arkivsak:	2021/222-9
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Eventuelt - til styremøte 16.12.2021

*Ingen saker til behandling.*

Tromsø, 03.12.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør