



# MØTEINNKALLING

## Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

**Dato:** 21. juni 2022

**Kl.:** 08.30

**Sted:** Narvik sykehus



## MØTEINNKALLING

<b>UTVALG:</b>	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
<b>MØTESTED:</b>	Narvik sykehus, store møterom 5. etasje
<b>DATO:</b>	21.06.2022 kl. 08.30-15.30

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	
Sverre Håkon Evju	Medlem	
Marta Hofsføy	Medlem	
Siv Helen Karlstad	Medlem	
Torkil Nersund	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Beate Rahka-Knutsen	Medlem	
Marianne Starup	Medlem	
Gunbjørg Svineng	Medlem	
Monica Fyhn Sørensen	Medlem	
Eirik Kjus Aahlin	Medlem	
Terje Olsen	Observatør	Leder Brukerutvalget



## ST 54-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 54-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 55-2022	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 23.05.2022
ST 56-2022	Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2022
ST 57-2022	Tertialrapport nr. 1 - 2022
ST 58-2022	Parkeringsstrategi UNN
ST 59-2022	Tertialrapport nr. 1 - 2022 for byggeprosjekt ved UNN
ST 60-2022	Parkeringsløsning UNN Narvik
ST 61-2022	Salg eiendommer Narvik
ST 62-2022	Møteplan 2023 for styret ved UNN
ST 63-2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klinikkpresentasjon – <i>mundlig</i></li><li>2. Orientering ved administrerende direktør – <i>mundlig</i></li><li>3. Kvalitet- og pasientsikkerhet - pasienthistorie</li><li>4. Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer - <i>skriftlig og muntlig</i></li></ol>
ST 64-2022	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 24.05.2022</li><li>2. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 25.05.2022</li><li>3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 30.05.2022</li><li>4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 30.05.2022</li><li>5. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 01.06.2022</li><li>6. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 15.06.2022</li></ol>
ST 65-2022	Eventuelt

Roald Linaker (s.)  
styreleder

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

Styresak:	55/2022
Møtedato:	21.06.2022
Arkivsak:	2022/32-5
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 23.05.2022

### Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 23.05.2022.

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 03.06.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

### Vedlegg:

- 1 Vedlegg - Møteprotokoll fra styremøte UNN 23.05.2022





## MØTEPROTOKOLL

<b>Møtetype:</b>	Styremøte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
<b>Møtedato:</b>	23.05.2022 kl. 08.30- 14.15
<b>Møtested:</b>	Digitalt møte

### Tilstede

Navn		
Roald Linaker	styreleder	
Helga Marie Bjerke	styrets nestleder	
Eirik Kjus Aahlin	styremedlem	
Sverre Håkon Evju	styremedlem	
Marta Hofsføy	styremedlem	<i>Forfall</i>
Torkil Nersund	styremedlem	
Siv Helen Karlstad	styremedlem	
Jan Eivind Pettersen	styremedlem	
Beate Rahka-Knutsen	styremedlem	<i>Forfall</i>
Marianne Starup	styremedlem	
Gunbjørg Svineng	styremedlem	<i>Forfall</i>
Monica Fyhn Sørensen	styremedlem	
Terje Olsen	observatør, Brukerutvalget	

### Fra administrasjonen

Anita Schumacher	Administrerende direktør
Ingrid Lernes Mathiassen	administrasjonssjef ( <i>styrets sekretær</i> )
Einar Bugge	kst. viseadministrerende direktør
Elin Gullhav	kst. viseadministrerende direktør
Lars Øverås	økonomisjef
Grethe Andersen	senterleder Drifts- og eiendomssenteret
Hilde Annie P. Kvalvik	kommunikasjonssjef
Bjørn Yngvar Nordvåg	klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Marianne Nordhov	kst. klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Fredrik Sund	kst. klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Eirik Stellander	klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken
Kate Myräng	klinikkssjef Diagnostisk klinikk
Gøril Bertheussen	personal- og organisasjonssjef
Kristian Bartnes	klinikkssjef Hjerte- og lungeavdelingen
David Johansen	klinikkssjef Medisinsk klinikk

## ST 44-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

ST 44-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 45-2022	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 28.04.2022
ST 46-2022	Mottak av gave - Pusterom
ST 47-2022	Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2022 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
ST 48-2022	Investering over 5 mill. kroner undersøkelsesunitere øye
ST 49-2022	Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 1. tertial 2022
ST 50-2022	Ledelsens gjennomgang 2021
ST 51-2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pusterom for kreft – <i>mundlig</i></li><li>2. Orientering om UNNs oppfølging av bestilling i foretaksmøtet 6. april 2022 - <i>skriftlig</i></li><li>3. Klinikkpresentasjon Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken – <i>mundlig</i></li><li>4. Informasjon fra administrerende direktør til styret – <i>mundlig</i></li><li>5. Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF - <i>skriftlig</i></li><li>6. Orientering om rehabiliteringstilbudet ved UNN - <i>skriftlig</i></li></ol>
ST 52-2022	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Referat fra felles møte i Kvalitetsutvalget, datert 03.05.2022</li><li>2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 09.05.2022</li><li>3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 09.05.2022</li><li>4. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 11.05.2022</li><li>5. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 18.05.2022</li></ol> <i>Saksdokumentet var ettersendt.</i>
ST 53-2022	Eventuelt
Roald Linaker (s.) styreleder	Anita Schumacher (s.) administrerende direktør

### Styrets vedtak:

1. Innkallingen og sakslisten godkjennes med de endringer som fremkom under behandling av saken.

## **ST 45-2022 Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 28.04.2022**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 28.04.2022.

Det ble fremmet forslag om justering i protokollen på sak 41-2022 punkt 2 med følgende tekst: Saken utgikk *og vil settes opp på et senere tidspunkt.*

Enstemmig vedtatt.

### Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 28.04.2022 justert for endring av tekst i styresak 41-2022 punkt 2.

## **ST 46-2022 Mottak av gave - Pusterom**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar å akseptere mottak av Pusterom inkludert utstyr fra Aktiv mot kreft.
2. Styret retter stor takk til stiftelsen Aktiv mot kreft for den sjenerøse gaven.
3. Styret godkjenner at tilbudet etableres slik saksfremlegget beskriver.

Enstemmig vedtatt.

### Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtar å akseptere mottak av Pusterom inkludert utstyr fra Aktiv mot kreft.
2. Styret retter stor takk til stiftelsen Aktiv mot kreft for den sjenerøse gaven.
3. Styret godkjenner at tilbudet etableres slik saksfremlegget beskriver.

## **ST 47-2022 Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2022**

*Saksdokumentene var ettersendt.*

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for april 2022* til orientering.

Det ble fremmet forslag til punkt 2 i vedtaket:

2. *Styret ber om at klinikkenes omstillingsplaner og felles månedlig oppfølging tas med i kvalitets- og virksomhetsrapportene ut 2022.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for april 2022* til orientering.
2. Styret ber om at klinikkenes omstillingsplaner og felles månedlig oppfølging tas med i kvalitets- og virksomhetsrapportene ut 2022.

## **ST 48-2022 Investering over 5 mill. kroner undersøkelsesuniten øye**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner investering på nye undersøkelses enheter innen øyefaget til en samlet investeringssum på 15 mill. kroner.

Det ble fremmet forslag til justert punkt 1:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner investering på nye undersøkelses enheter innen øyefaget til en samlet investeringssum på 15 mill. kroner *fordelt over 3-4 år.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner investering på nye undersøkelses enheter innen øyefaget til en samlet investeringssum på 15 mill. kroner fordelt over 3-4 år.

**ST 49-2022 Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 1. tertial 2022**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Statusrapport - eksterne tilsyn og revisjoner fra 01.01.2022 til og med 30.04.2022* til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Statusrapport - eksterne tilsyn og revisjoner fra 01.01.2022 til og med 30.04.2022* til orientering.

**ST 50-2022 Ledelsens gjennomgang 2021**

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar redegjørelsen for *Ledelsens gjennomgang 2021* til etterretning.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF tar redegjørelsen for *Ledelsens gjennomgang 2021* til etterretning.

## ST 51-2022 Orienteringssaker

Innstilling til vedtak:

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

1. Pusterom for kreft ved UNN – *mundlig*
  - *Helle Aanesen fra Aktiv mot kreft la frem en presentasjon av Pusterom.*
2. Orientering om UNNs oppfølging av bestilling i foretaksmøte 6. april 2022 - *skriftlig*
3. Klinikkpresentasjon Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken - *mundlig*
4. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
  - *Administrerende direktør orienterte om besøket fra Sametinget.*
5. Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF - *skriftlig*
6. Orientering om rehabiliteringstilbudet ved UNN - *skriftlig*

Enstemmig vedtatt.

### Styrets vedtak:

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

## ST 52-2022 Referatsaker

Innstilling til vedtak:

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

1. Referat fra felles møte i Kvalitetsutvalget, datert 03.05.2022
2. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 09.05.2022
3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 09.05.2022
4. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 11.05.2022
5. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 18.05.2022

Enstemmig vedtatt.

### Styrets vedtak:

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

## ST 53-2022 Eventuelt

*Styreleder minnet om at det er regionalt styreseminar 1. juni 2022, samt at neste styreseminar og styremøte ved UNN er lagt til Narvik 20.-21. juni 2022.*

Tromsø, 23.05.2022

Roald Linaker  
styreleder

Helga Marie Bjerke  
nestleder

Sverre Håkon Evju

Marta Hofsøy

Siv Helen Karlstad

Toril Nersund

Jan Eivind Pettersen

Beate Rahka-Knutsen

Marianne Starup

Gunbjørg Svineng

Monica Fyhn Sørensen

Eirik Kjus Aahlin



## STYRESAK

Styresak:	56/2022
Møtedato:	21.06.2022
Arkivsak:	2022/37-10
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv og Lars Øverås

## Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2022

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2022, Rapport innsatsområder pasientsikkerhet første tertial 2022 og Rapportering Helse Nord 14.06.2022* til orientering.

--- slutt på innstillingen ---

### Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten viser resultatene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). UNN rapporterer tertialvis på oppfølgingen av innsatsområdene i det tidligere nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

### Formål

Informere styret om UNNs virksomhet og resultatutvikling.

### Saksutredning

Det vises til vedlagt kvalitets- og virksomhetsrapport for mai 2022, rapport på innsatsområder for pasientsikkerhet første tertial 2022, samt rapportering til Helse Nord.

### Medvirkning

Saken er drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 15.06.2022. Protokoll fra møtet legges frem som referatsak i styremøtet 21.06.2022.



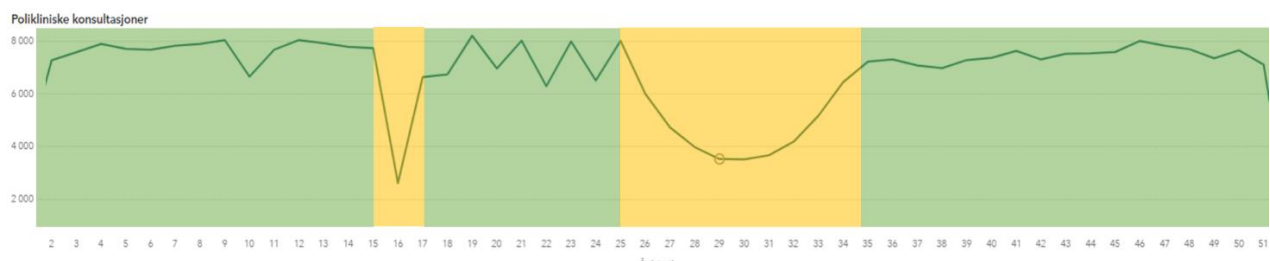
## Vurdering

### Tilgjengelighet

Ventetidene for somatikk og psykisk helsevern voksne er lett fallende, men vesentlig høyere enn måltallet og relativt uendret fra mai 2021. Ventetiden for fortsatt ventende pasienter i psykisk helsevern for barn og unge øker noe, og kan kanskje tilskrives at antall henvisninger i fagområdet har økt betydelig etter pandemien. Det er positivt at ventetid for fortsatt ventende innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er nær nasjonalt måltall.

Vi må regne med at ventetidene vil øke de neste fire månedene. Årsaken til dette er at aktiviteten på poliklinikkene halveres gjennom sommeren som følge av ferieavviklingen. Dette er kjent fra før pandemien og illustrert i *Figur 1*. For å redusere omfanget av etterslep som følge av redusert poliklinisk aktivitet i sommerferien jobbes det i klinikkene med å raskere ta opp igjen poliklinisk virksomhet til full drift når sommerferien avsluttes.

*Figur 1. Oversikt over antall polikliniske konsultasjoner per uke i 2019.*



*Uker med normaldrift er farget grønt. Uker med lavdrift (påske og sommerferie) er gult*

Tiltakene for å styrke tilgjengeligheten er forsterket, som redegjort for i tidligere kvalitets- og virksomhetsrapporter. Vi har fokus på å avvikle pasientene som har ventet lengst. Det er positivt at antall pasienter som har ventet over 12 måneder er redusert fra 242 i mars til 144 i mai. Det pågår arbeid med å avvikle de gjenværende 144 pasientene som har ventet over 12 måneder. Dersom disse var avviklet ville det redusert gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende pasienter fra 74 til 67 dager.

Det igangsettes et eget program for å styrke planlegging og styring av poliklinikkene i UNN fra august 2022. Direktøren forventer at dette arbeidet følges godt opp i alle klinikkene og fra stabsenhetene, og at dette vil ha en positiv effekt på ventetidene gjennom høsten 2022.

Andelen kreftpasienter i pakkeforløp som ble behandlet innen standardisert forløpstid var for lav i mai og under målet for 2022 som helhet. Som redegjort for i tidligere kvalitets- og virksomhetsrapporter, ble det i april innført en mer dynamisk tildeling av operasjonskapasitet til kreftpasienter, og dette er under implementering. Det forventes at UNN gjennom dette vil nå målet om 70 % pasienter innen standardisert forløpstid i 2022.

### Pasientsikkerhet

Den strukturerte gjennomgangen av utvalgte pasientjournaler med metoden *global trigger tool*, antyder færre pasientskader ved UNN i 2017-2021 sammenlignet med 2013-2016. Dette gjelder blant annet legemiddelrelaterte skader og infeksjoner. Fallet sammenfaller tidsmessig med UNNs satsning på legemiddelsamstemming og smittevernvisitter. Det tas

forbehold om at det er et lite antall journaler som undersøkes, og at det har vært hyppige utskiftninger i teamet som vurderer journalene. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.

Innsatsområdene i det tidligere nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er godt innført i UNN. Som beskrevet i *Ledelsens gjennomgang* (styresak 50/2022) planlegger UNN til høsten å risikovurdere driverne for pasientsikkerhet i UNN og vurdere nye tiltak for å styrke pasientsikkerheten.

#### *Sykefravær og AML-brudd*

Sykefraværet er stabilt, og det samme gjelder AML-brudd.

#### *Økonomisk resultat*

Normalisert budsjettavvik for mai endte med et negativt resultat på 44,7 mill. kroner. Dette gir et akkumulert budsjettavvik på 198,6 mill. kroner. To store engangseffekter påvirker resultatet i mai og er trukket ut av det normaliserte resultatet. Salget av Åsgårdmarka ble realisert i mai med en salgssum på 405 mill. kroner. Resultateffekten av salget var på 335,5 mill. kroner. I tillegg var det en negativ engangseffekt på 15 mill. kroner som følge av medisinerings av «Zolgensma» som er et dyrt medikament. Behandlingen ble utført av Oslo Universitetssykehus, men pasienten tilhører UNNs pasientområde og UNN må dermed betale denne kostnaden. Som følge av disse engangseffektene var budsjettavviket for mai positivt med 275,8 mill. kroner. Overskuddet av salget for Åsgårdmarka er forbeholdt nytt psykiatribygg Tromsø og holdes dermed utenfor vår rapportering.

Totalt er ISF-inntekten for måneden på budsjett, men det er variasjoner mellom klinikkene.

Varekostnader for mai er 38,5 mill. kroner høyere enn budsjett. Hovedårsakene er høye medisinske forbruksvarer -6,47 mill. kroner, høyere laboratorierekvisita enn budsjettet -4 mill. kroner og innleie fra firma, hvorav leger -4 mill. kroner og sykepleiere -8,4 mill. kroner. I tillegg er det økning i kjøp av tjenester.

På lønssiden er det for mange og dyre månedsværk i forhold til budsjett. Månedsværkene er 427 over 2019 nivå og 242 over ønsket nivå. Dette tilsvarer en økning på henholdsvis 6,6 % og 3,7 %. Kostnad pr månedsværk har hatt en økning siden 2019 på 9,4 % som er over tilført lønnsvekst i perioden.

Driftskostnadene har et overforbruk i forhold til budsjett i mai på 3,3 mill. kroner. For første måned siden pandemien inntraff er det et overforbruk på reisekostnader på 1,0 mill. kroner. Reparasjons- og vedlikeholdskostnadene i mai har et overforbruk på 1,3 mill. kroner.

Direktøren vurderer den økonomiske situasjonen som fremdeles krevende, og viser til rapporteringen til Helse Nord (vedlegg 3).

Tromsø, 15.06.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

Vedlegg 1- Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2022

Vedlegg 2- Pasientsikkerhet til Kvalitets- og virksomhetsrapport 1. tertial 2022

Vedlegg 3- Rapportering Helse Nord 14.06.2022

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

# Kvalitets- og virksomhetsrapport

---

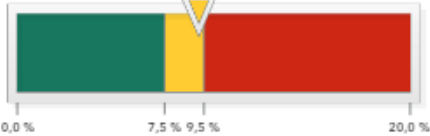



Mai 2022


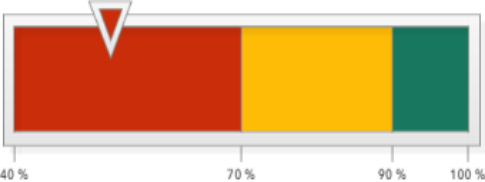

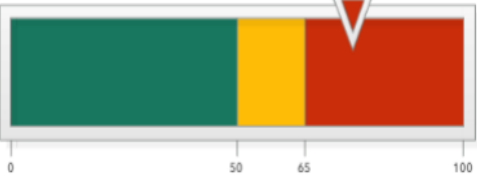



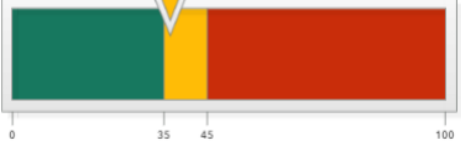
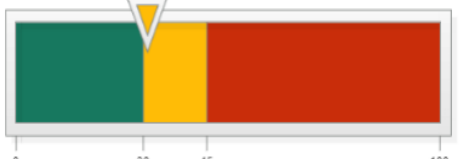
## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	2
Hovedindikatorer .....	3
Pasientflyt.....	6
Kvalitet .....	7
Pakkeforløp – kreftbehandling.....	7
Pakkeforløp – psykisk helse og rus.....	9
Ventetid fortsatt ventende og avviklede.....	10
Fristbrudd.....	13
Korridorpasienter .....	14
Andel kontakter avvirket innen planlagt tid.....	15
Planleggingshorisont.....	16
Strykninger .....	17
Epikrisetid .....	18
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern .....	19
Oppholdstid i akuttmottaket.....	19
Aktivitet.....	20
DRG.....	20
Liggetid på sykehusopphold - somatikk .....	21
Telemedisinsk aktivitet.....	21
Den gylne regel .....	22
Samhandling .....	23
Utskrivningsklare pasienter .....	23
Bruk av pasienthotell .....	24
Personal.....	25
Bemannings.....	25
Sykefravær.....	27
AML-brudd .....	28
Økonomi.....	29
Resultat .....	29
Prognose.....	30

## Hovedindikatorer

<p><b>Sykefravær</b></p> <p>Måltall: &lt; 7,5 %</p> <p>Forrige måned: 9,2 %</p> <p><b>Mai: 9,2 %</b></p>	<p>Sykefravær (siste avslutta måned)</p> <p>9,2 %</p> 
<p><b>Budsjettavvik akkumulert</b></p> <p>Forrige måned: -153,9 mill kr</p> <p><b>Mai: 121,9 mill kr</b></p>	<p>Budsjettavvik i hele 1000</p> <p>121 930</p> 
<p><b>Gjennomsnittlig endring månedsværk 2022 mot 2019</b></p> <p>Måltall: 0</p> <p>Forrige måned: 435</p> <p><b>Mai: 426</b></p>	<p>Gj.snitt endring månedsværk 2022 mot 2019</p> <p>426</p> 
<p><b>Andel operasjoner strøket etter kl 14 dagen før</b></p> <p>Måltall: &lt; 5 %</p> <p>Forrige måned: 7,6 %</p> <p><b>Mai: 7,1 %</b></p>	<p>Andel operasjoner strøket etter kl 14 dagen før</p> <p>7,1 %</p> 

<p><b>Kontakter avviklet innen planlagt tid</b></p> <p>Måltall: &gt; 95 %</p> <p>Forrige måned: 82 %</p> <p><b>Mai: 81 %</b></p>	<p>Kontakter avviklet innen planlagt tid</p> <p>81 %</p> 
<p><b>Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste 6 månedene</b></p> <p>Måltall: &gt; 90 %</p> <p>Forrige måned: 56 %</p> <p><b>Mai: 53 %</b></p>	<p>Kontakter med tildelt dato (neste 6 mnd)</p> <p>53 %</p> 
<p><b>Andel aktive fristbrudd</b></p> <p>Måltall: 2 %</p> <p>Forrige måned: 10,2 %</p> <p><b>Mai: 10,4 %</b></p>	<p>Andel fristbrudd (siste avslutta måned)</p> <p>10,4 %</p> 
<p><b>Ventetid somatikk</b></p> <p>Måltall: &lt; 50</p> <p>Forrige måned: 76</p> <p><b>Mai: 75</b></p>	<p>Snitt ventetid somatikk (siste avslutta måned)</p> <p>75</p> 


<p><b>Ventetid PHV</b></p> <p><b>Måltall: &lt; 40</b></p> <p><b>Forrige måned: 69</b> <b>Mai: 74</b></p>	<p>Snitt ventetid PHV (siste avslutta måned)</p> <p><b>74</b></p>  <p>0 40 55 100</p>
<p><b>Ventetid PHBU</b></p> <p><b>Måltall: &lt; 35</b></p> <p><b>Forrige måned: 34</b> <b>Mai: 36</b></p>	<p>Snitt ventetid PHBU (siste avslutta måned)</p> <p><b>36</b></p>  <p>0 35 45 100</p>
<p><b>Ventetid TSB</b></p> <p><b>Måltall: &lt; 30</b></p> <p><b>Forrige måned: 32</b> <b>Mai: 31</b></p>	<p>Snitt ventetid TSB (siste avslutta måned)</p> <p><b>31</b></p>  <p>0 30 45 100</p>



## Pasientflyt

## PASIENTFLYT

Per siste avslutta måned og samme periode foregående år

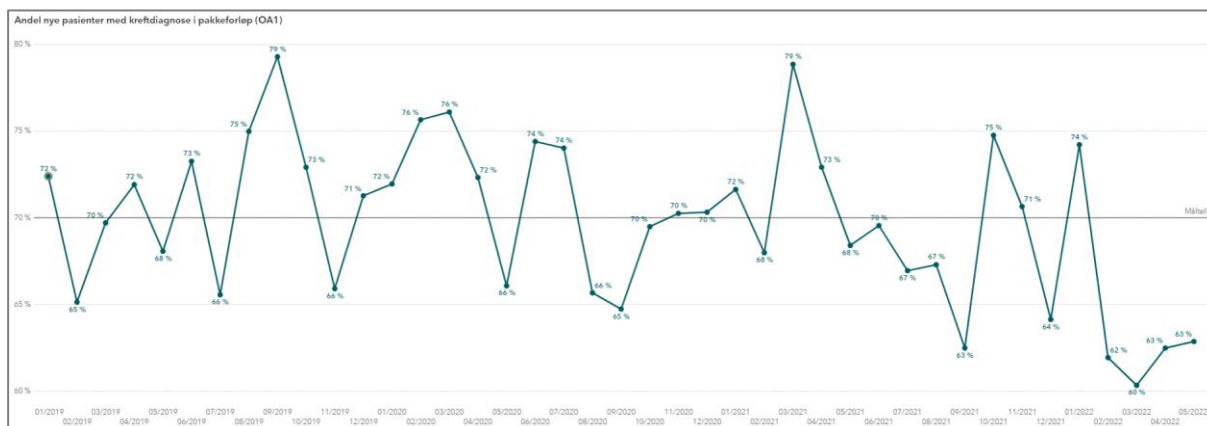
HENVISNINGER		Ø-HJELP		INNLEGGELSER		OPERASJONER		UTSKRIVELSER																	
Heldøgn og dagbehandling		Ø-Hjelp		Elektive		Antall operert iht plan		Antall ut av post																	
År ▲	Nye henvisninger	År ▲	Antall inn øhjelp	År ▲	Inn på post	År ▲	Antall operert iht plan	År ▲	Antall ut av post																
2019	3 046	2019	27 151	2019	14 909	2019	6 410	2019	46 463																
2020	2 415	2020	23 861	2020	13 326	2020	5 206	2020	40 831																
2021	2 501	2021	24 905	2021	14 844	2021	6 407	2021	43 849																
2022	2 498	2022	26 012	2022	13 998	2022	5 711	2022	42 100																
Poliklinikk				Totalt inkl hotell, og hastegrad udefinert				POLIKLINISKE KONSULTASJONER																	
År ▲	Nye henvisninger			År ▲	Inn på post																				
2019	40 047			2019	46 567			<table border="1"> <thead> <tr> <th>År ▲</th> <th>Ordinære</th> <th>Telefon</th> <th>Video</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td>139 078</td> <td>19 558</td> <td>5 467</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>165 102</td> <td>15 403</td> <td>4 577</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>166 122</td> <td>14 084</td> <td>4 859</td> </tr> </tbody> </table>		År ▲	Ordinære	Telefon	Video	2020	139 078	19 558	5 467	2021	165 102	15 403	4 577	2022	166 122	14 084	4 859
År ▲	Ordinære	Telefon	Video																						
2020	139 078	19 558	5 467																						
2021	165 102	15 403	4 577																						
2022	166 122	14 084	4 859																						
2020	34 780			2020	40 847																				
2021	39 891			2021	44 116																				
2022	38 794			2022	42 743																				
AVVISTE HENVISNINGER				Ø-Hjelp																					
År ▲	Avviste henvisninger			År ▲	Inn på post																				
2019	7 434			2019	25 695																				
2020	6 058			2020	22 830																				
2021	6 468			2021	23 512																				
2022	6 203			2022	24 712																				

## Kvalitet

### Pakkeforløp – kreftbehandling

For pakkeforløp kreft fokuserer UNN på to indikatorer, andel nye pasienter i pakkeforløp og andel pakkeforløp innenfor behandlingsfrist. 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>63%</b>	<b>267</b>	<b>427</b>
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	75%	3	4
	Medikamentell behandling	80%	4	5
	Kirurgisk behandling	37%	11	30
Lymfomer	Strålebehandling	25%	1	4
	Medikamentell behandling	71%	12	17
Lungekreft	Strålebehandling	58%	19	33
	Medikamentell behandling	77%	10	13
	Kirurgisk behandling	57%	8	14
Brystkreft	Medikamentell behandling	89%	24	27
	Kirurgisk behandling	50%	44	88
Alle andre	Strålebehandling	29%	2	7
	Overvåking uten behandling	57%	4	7
	Medikamentell behandling	64%	18	28
	Kirurgisk behandling	71%	107	150

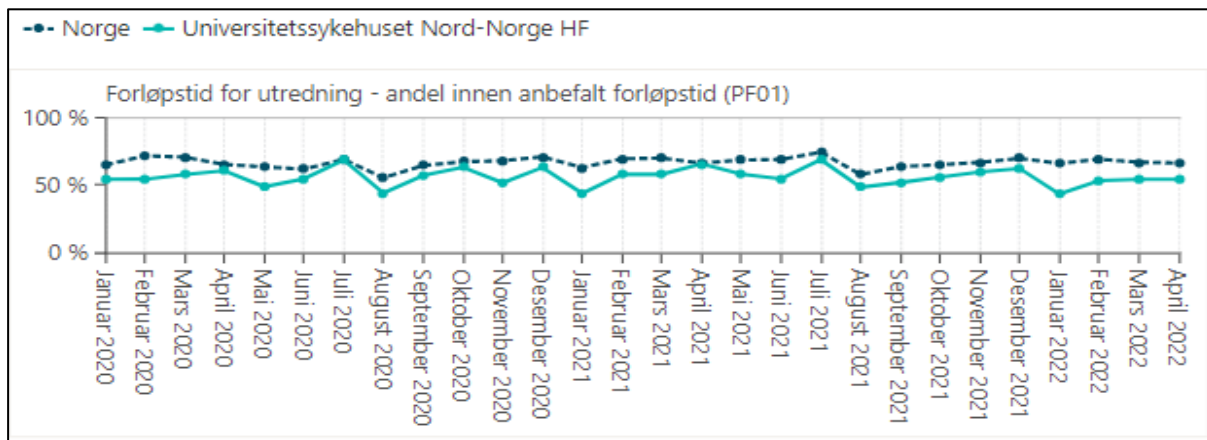
**Tabell 2 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (alle forløp)**

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>63%</b>	<b>267</b>	<b>427</b>
Blærekreft	Kirurgisk behandling	75%	15	20
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgisk behandling	67%	4	6
	Medikamentell behandling	0%	0	1
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgisk behandling	81%	17	21
Galleveiskreft	Kirurgisk behandling	100%	1	1
Hjernerkeft	Kirurgisk behandling	100%	3	3
	Strålebehandling	0%	0	2
Kreft hos barn	Kirurgisk behandling	67%	2	3
	Medikamentell behandling	100%	3	3
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgisk behandling	0%	0	2
	Medikamentell behandling	67%	2	3
	Strålebehandling	0%	0	1
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgisk behandling	67%	2	3
	Medikamentell behandling	0%	0	1
	Strålebehandling	50%	2	4
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgisk behandling	79%	15	19
	Medikamentell behandling	0%	0	1
Lymfomer	Medikamentell behandling	71%	12	17
	Strålebehandling	25%	1	4
Malignt melanom	Kirurgisk behandling	97%	34	35
Myelomatose	Medikamentell behandling	100%	5	5
Nyrekreft	Kirurgisk behandling	36%	5	14
Peniskreft	Kirurgisk behandling	100%	1	1
Prostatakreft	Kirurgisk behandling	0%	0	10
	Medikamentell behandling	56%	5	9
	Overvåking uten behandling	25%	1	4
Sarkom	Kirurgisk behandling	100%	1	1
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgisk behandling	64%	7	11
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	60%	3	5
	Overvåking uten behandling	100%	3	3
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgisk behandling	37%	11	30
	Medikamentell behandling	80%	4	5
	Strålebehandling	75%	3	4
Alle andre	Kirurgisk behandling	51%	52	102
	Medikamentell behandling	85%	34	40
	Strålebehandling	58%	19	33

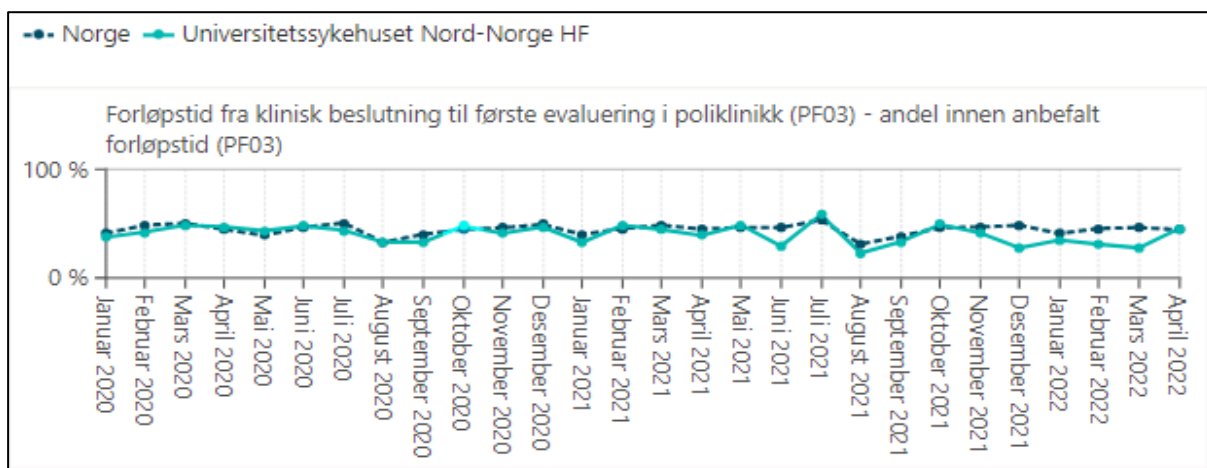
\*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standard forløpstid. Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

## Pakkeforløp – psykisk helse og rus

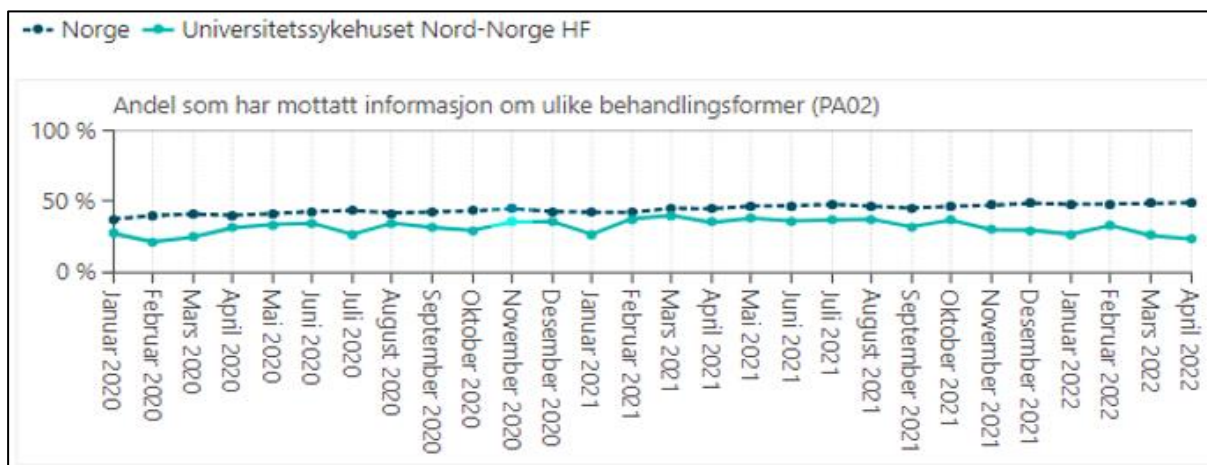
Figur 3 Forløpstid for utredning – andel innen anbefalt forløpstid



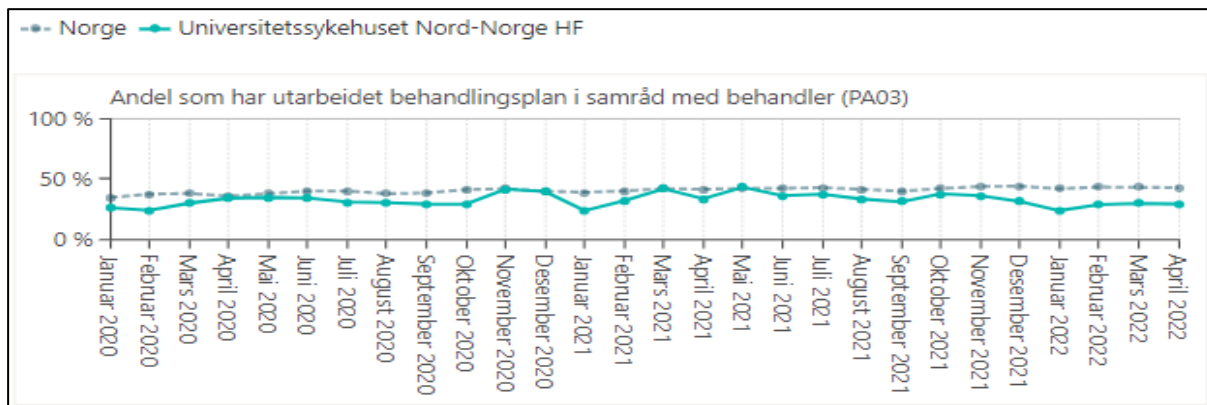
Figur 4 Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk – andel innen anbefalt forløpstid



Figur 5 Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer

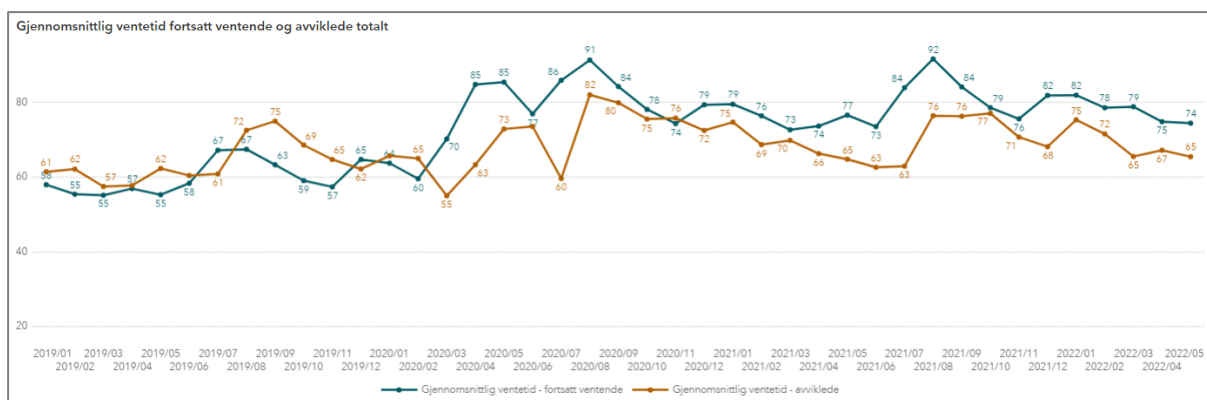


**Figur 6 Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler**

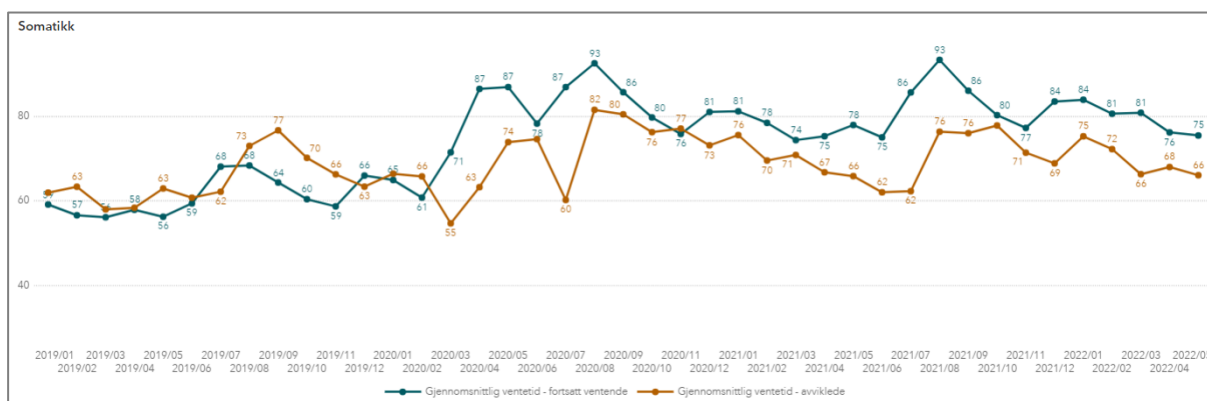


## Ventetid fortsatt ventende og avviklede

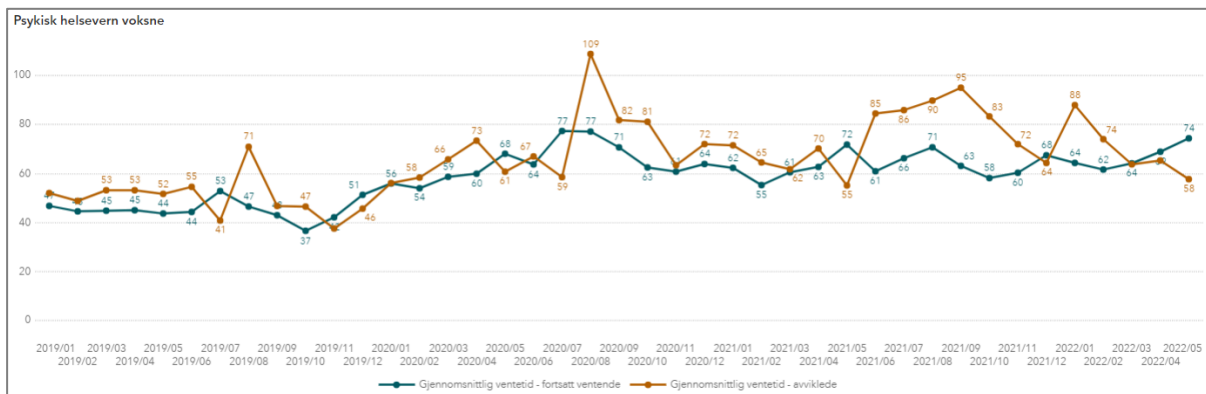
**Figur 7 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede totalt**



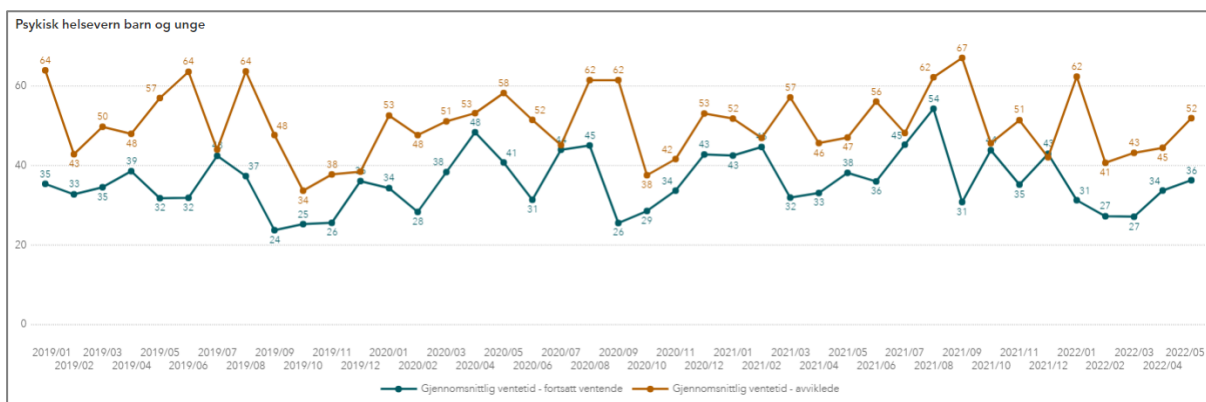
**Figur 8 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – somatikk**



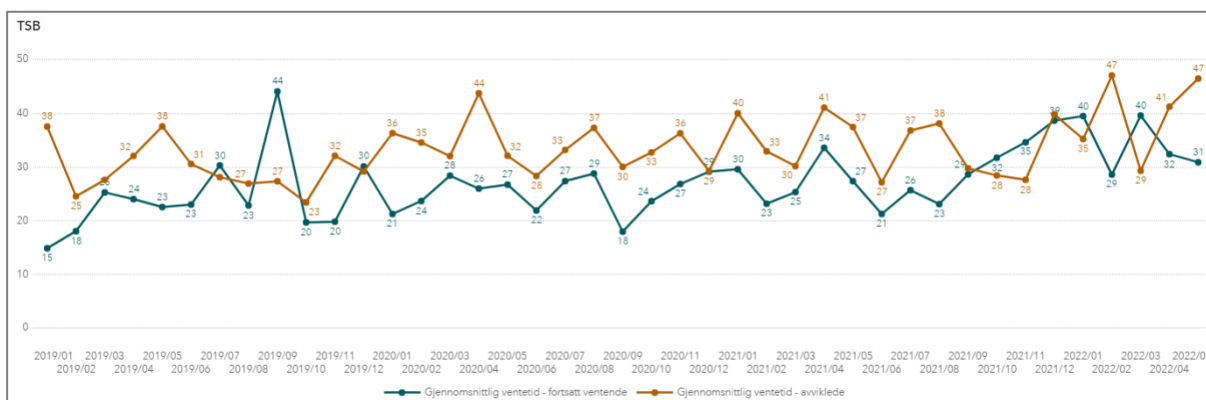
**Figur 9 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - psykisk helsevern voksne**



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



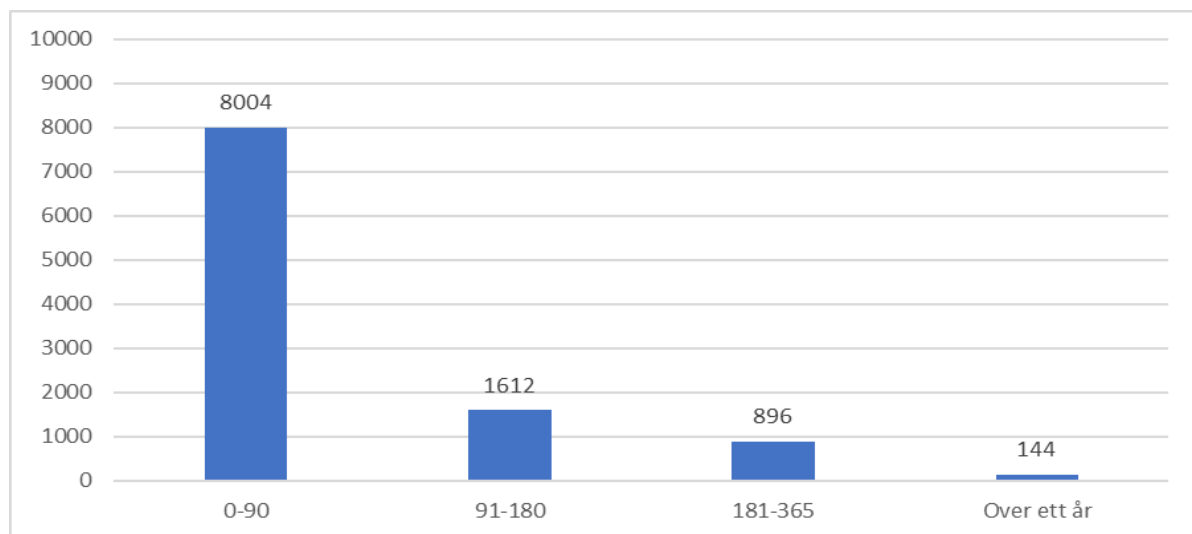
**Figur 11 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – TSB**



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

Hovedfagområde	Gjennomsnittlig ventetid - avviklede	Gjennomsnittlig ventetid - fortsatt ventende
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>78</b>
Psykisk helsevern barn og unge	49	32
Psykisk helsevern voksne	71	67
Somatisk virksomhet	70	79
TSB	39	34

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

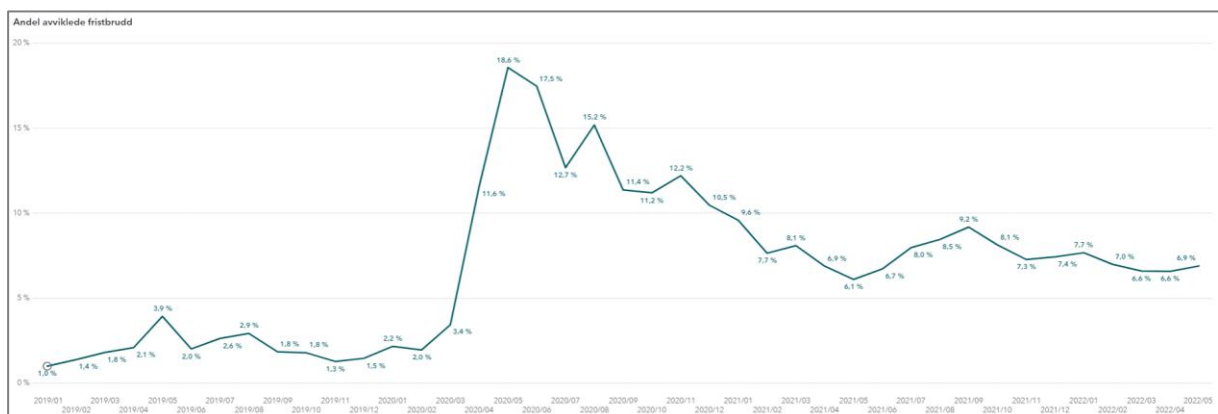
**Figur 12 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)**

## Fristbrudd

Tabell 4 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av måneden

Klinikk	april		mai	
	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	Andel fristbrudd fortsatt ventende	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	Andel fristbrudd fortsatt ventende
Total	1046	10,2 %	1104	10,4 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	66	3,5 %	57	3,0 %
13 - Hjerter- og lungeklinikken	42	7,0 %	62	11,0 %
15 - Medisinsk klinikk	83	10,1 %	79	8,7 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	1	0,2 %	7	1,1 %
18 - Operasjons- og Intensivklinikken	0	-	0	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	639	11,4 %	659	11,2 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	214	29,6 %	238	31,7 %
48 - Forsknings- og utdanningsenteret	1	33,3 %	2	28,6 %

Figur 13 Prosent avviklede fristbrudd



Andel avviket etter frist per måned

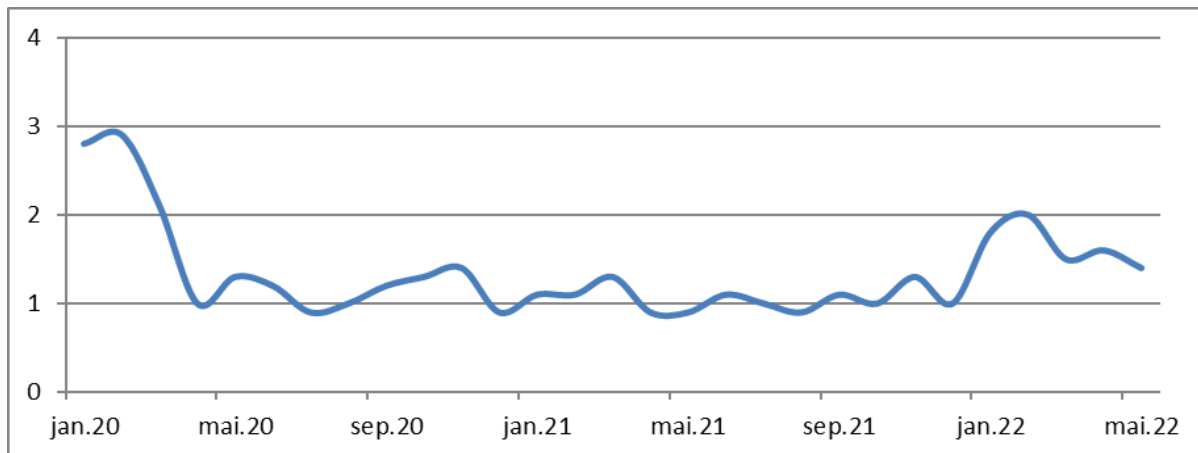
Tabell 5 Antall avviklede fristbrudd fordelt på klinikk

Klinikknavn - UNN	Måned	
	april	mai
	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall
Total	302	357
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	47	58
13 - Hjerter- og lungeklinikken	10	21
15 - Medisinsk klinikk	38	57
17 - Barne- og ungdomsklinikken	1	5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	0
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	172	188
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	34	28



## 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.

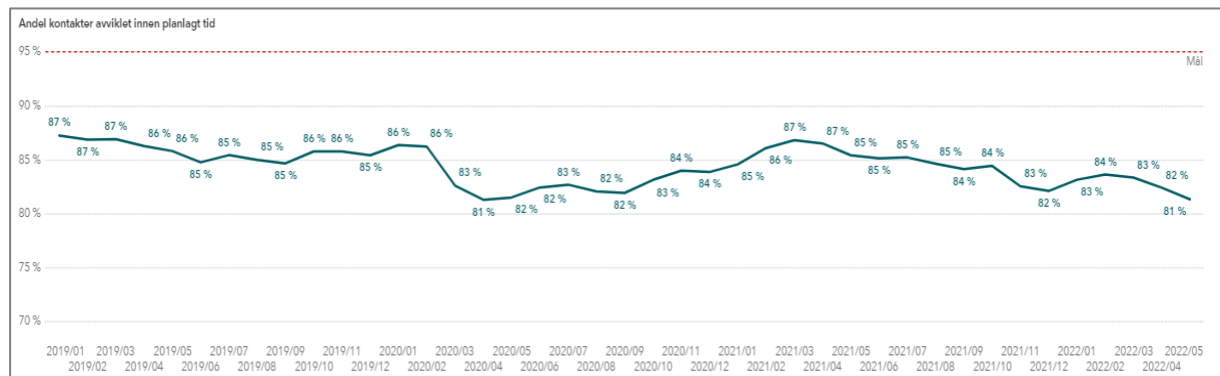
Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Fordøyelse-nyre post Tromsø	421	24	5,7 %
Lungemedisinsk post Tromsø	504	23	4,6 %
Geriatrisk post Tromsø	373	15	4,0 %
Ort-kir. post Narvik	387	14	3,6 %
Ortopedisk post Harstad	323	13	4,0 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	683	13	1,9 %
Kreftpost Tromsø	481	13	2,7 %
Kirurgisk post Harstad	392	9	2,3 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	818	6	0,7 %
Ortopedisk post Tromsø	716	6	0,8 %
Hjertermed. post Tromsø	768	6	0,8 %
Nevro-hud-revmapost Tromsø	303	5	1,7 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	754	4	0,5 %
Medisinsk post A Harstad	423	2	0,5 %
HLK kir. post Tromsø	540	1	0,2 %
Medisinsk post B Harstad	410	1	0,2 %

Målepunkt: kl. 07:00 pr dag.

## Andel kontakter avvirket innen planlagt tid

Figur 15 Andel kontakter avvirket innen planlagt tid



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

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

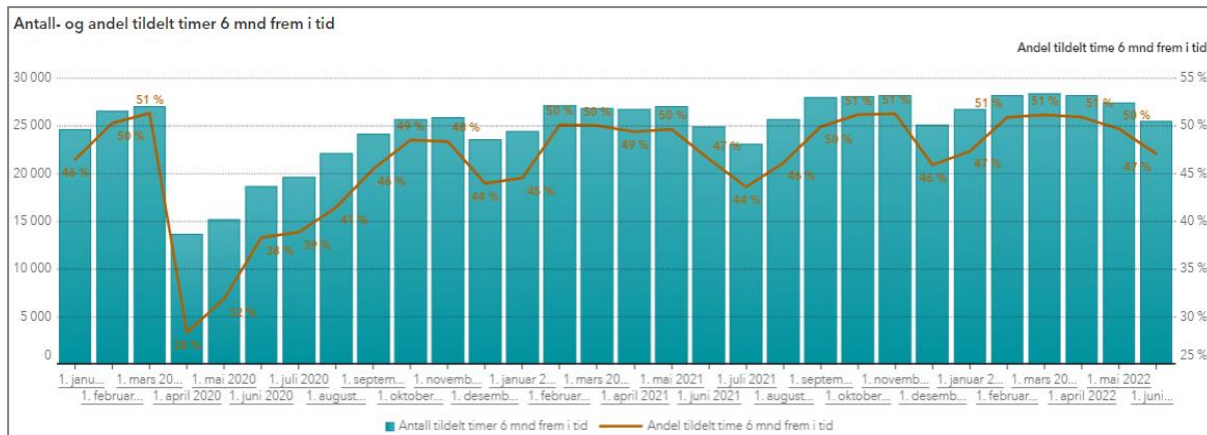
Måned ▲	mai			
	Fagområde ▼	Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
	Total	81 %	96 489	17 972
	Lungesykdommer	64 %	2 562	924
	Øre-nese-hals sykdommer	73 %	7 077	1 911
	Revmatiske sykdommer (revmatologi)	73 %	6 775	1 820
	Endokrinologi	75 %	3 241	812
	Øyesykdommer	75 %	6 258	1 559
	Fordøyelsesykdommer	77 %	5 104	1 190
	Gastroenterologisk kirurgi	77 %	3 413	777
	Psykisk helsevern barn og unge	78 %	3 450	764
	Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	78 %	6 779	1 471
	Psykisk helsevern voksne	87 %	7 429	962
	Alle andre	87 %	44 401	5 782

Tabell 8 Antall og andel avvirket innen planlagt tid fordelt på klinikk

Måned ▲	mai			
	Klinikk ▲	Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
	Total	81 %	96 348	17 945
	Medisinsk klinikk - UNN	76 %	12 360	2 970
	Nevro-, orto- og rehabklinik - UNN	78 %	39 266	8 567
	Hjerte- og lungeklinikk - UNN	82 %	11 115	1 987
	Psykisk helse og rusklinikk - UNN	85 %	10 234	1 561
	Barne- og ungdomsklinikk - UNN	87 %	7 284	971
	Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN	88 %	15 608	1 847
	Operasjon- og intensivklinikk - UNN	91 %	481	42

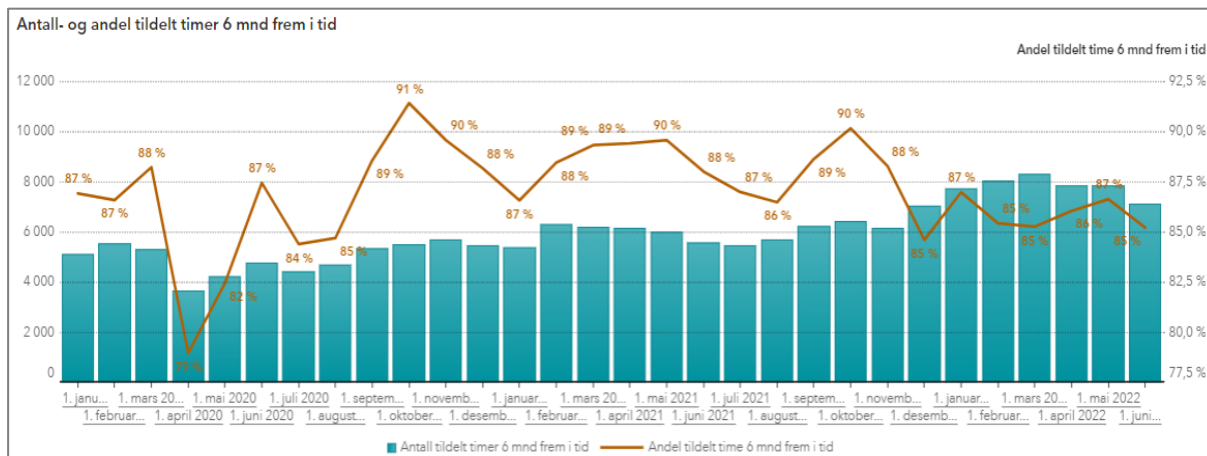
## Planleggingshorisont

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



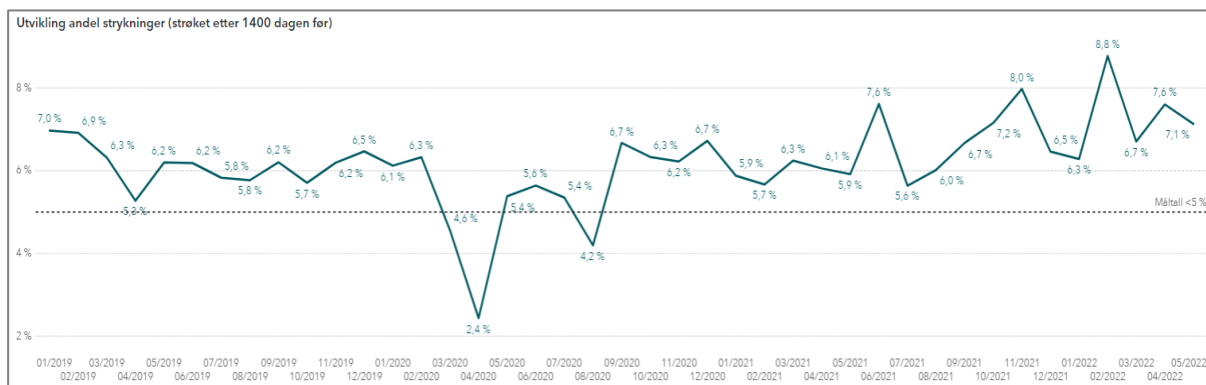
Antall planlagte kontakter som er tildelt time. Andel planlagte kontakter som er satt opp på time av totalt antall kontakter.

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 strøket etter kl 14.00 dagen før operasjon

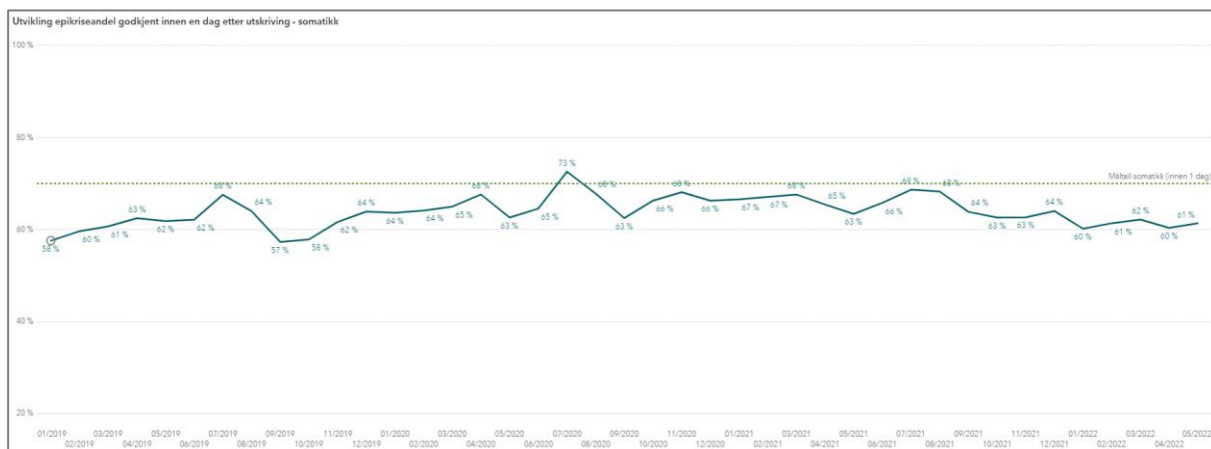


Tabell 9 Årsaker til strykninger av planlagte operasjoner siste måned

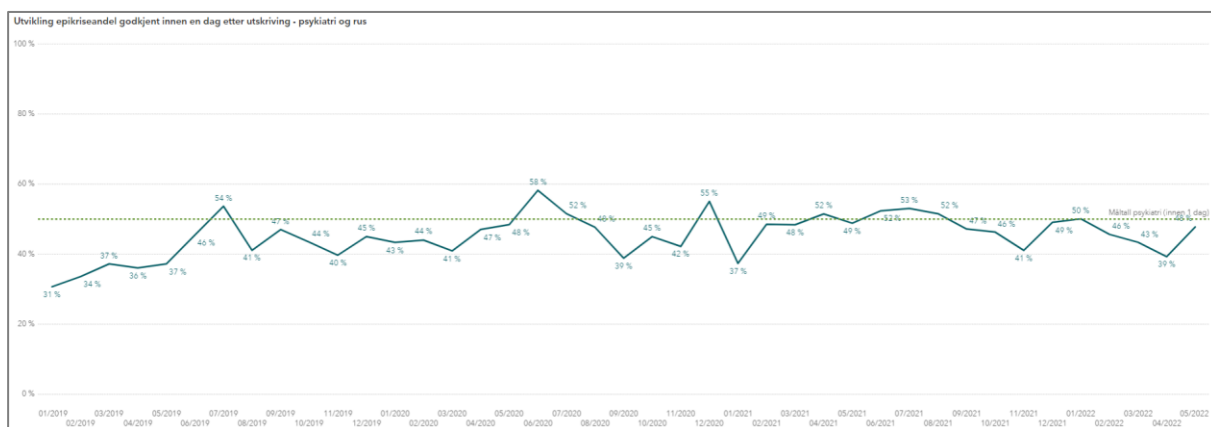
Måned ▲	mai
Strykningskategorier UNN ▲	Strøket 1400 dagen før
Total	141
Sykehus - ikke klinisk årsak	91
Sykehus - kliniske årsaker	29
Årsaker hos pasient	21

## Epikrisetid

Figur 19 Epikriser - andel godkjent innen 1 dag- somatikk



Figur 20 Epikriser - andel godkjent innen 1 dag- psykiatri og rus

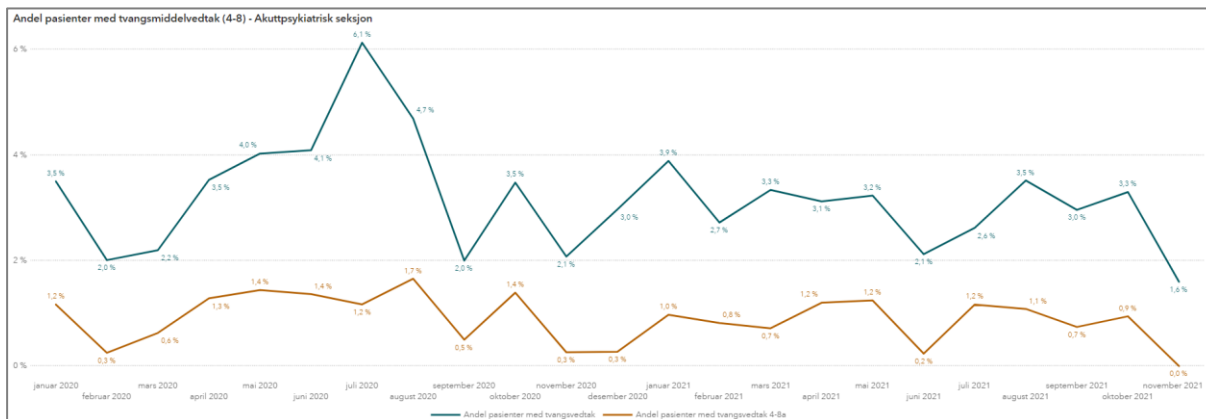


Tabell 10 Antall og andel epikriser godkjent innen 1 dag siste måned per hovedfagområde og klinikk

Hovedfagområde	Klinikk UNN	Antall epikriser godkjent innen 1 dag	Andel epikriser godkjent innen 1 dag
Total		1 584	60 %
Psykisk helsevern, barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	14	74 %
Psykisk helsevern, voksne	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	92	54 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22 - Psykisk helse- og rusklinikken	11	28 %
Somatikk	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	425	59 %
	13 - Hjerter- og lungeklinikken	224	53 %
	15 - Medisinsk klinikk	333	65 %
	17 - Barne- og ungdomsklinikken	71	72 %
	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	414	63 %

## Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

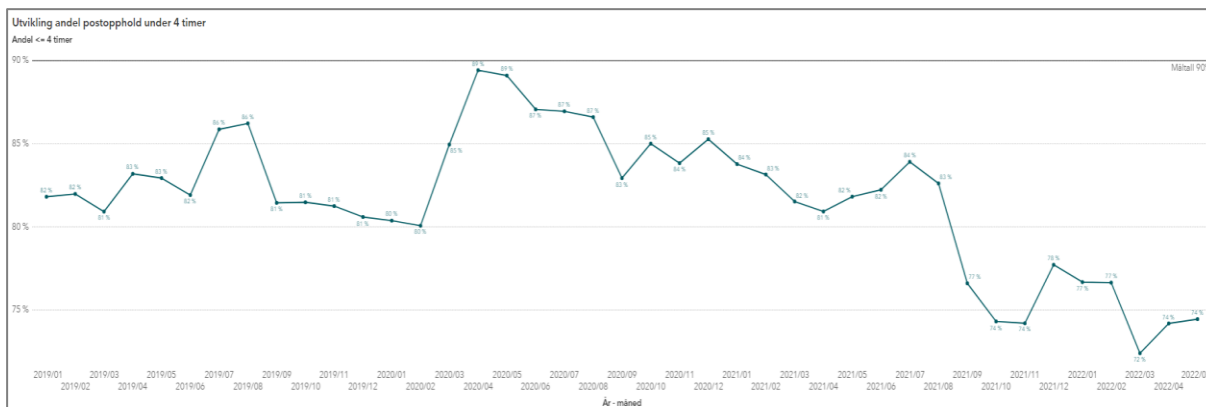
**Figur 21** Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



Tall per november 2021.

## Oppholdstid i akuttmottaket

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



## Aktivitet

Tabell 11 Aktivitet UNN hittil i år

Type	Hovedfagområde	Aktivitet 2019	Aktivitet 2022	Plan 2022	Avvik fra aktivitet 2019	Avvik fra plan 2022	Endring i % fra aktivitet 2019	Endring i % fra plan 2022
Delsum: Liggedøgn		113 335	100 035	103 619	-13 300	-3 584	-12 %	-3 %
Liggedøgn	Psykisk helsevern, barn og unge	1 088	1 052	1 386	-35	-334	-3 %	-24 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	8 477	7 700	8 595	-777	-895	-9 %	-10 %
	Psykisk helsevern, voksne	18 516	20 014	18 646	1 498	1 368	8 %	7 %
	Somatikk	85 255	71 268	74 991	-13 986	-3 723	-16 %	-5 %
Delsum: Konsultasjoner		164 965	174 507	174 625	9 542	-118	6 %	-0 %
Konsultasjoner	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 741	5 641	5 572	-100	69	-2 %	1 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	14 953	15 810	9 973	857	5 837	6 %	59 %
	Psykisk helsevern, voksne	26 852	28 913	28 289	2 061	624	8 %	2 %
	Somatikk	117 419	124 143	130 791	6 724	-6 648	6 %	-5 %

Aktivitet UNN HF		2019	2020	2021	2022	Plantall 2022	Endring fra 2019 Antall	%	Avvik fra plan 2022 Antall	%
Laboratorieanalyser	Somatikk	3 242 075	2 954 467	3 395 187	3 406 585	3 324 036	164 510	5,1	82 549	2,5
Røntgenhenvisninger	Somatikk	66 157	54 821	57 708	60 492	59 127	-5 665	-8,6	1 365	2,3
PET-undersøkelser	Somatikk	430	548	612	723	557	293	68,1	166	29,8

## DRG

Tabell 12 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	1 023	1 085	-62
Hjerte- og lungeklinikken	5 053	5 544	-491
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	9 211	9 574	-363
Medisinsk klinikk	4 778	5 327	-549
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	9 590	10 196	-606
Operasjons- og intensivklinikken	38	29	9
Senter for e-helse, samhandling og innovasjon	18	18	0
<b>Totalt Somatikk</b>	<b>29 711</b>	<b>31 772</b>	<b>-2 061</b>
Klinikk (Psykatri/rus)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	4 213	3 914	299
Psykisk helse og rusklinikken	5 438	5 907	-469
<b>Totalt Psykiatri/rus</b>	<b>9 651</b>	<b>9 821</b>	<b>-170</b>

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

DRG indeks pr klinikk - Somatikk				DRG sykehusopphold		
Klinikk	Indeks			Dag, døgn og poliklinikk inkl. 470 (ISF)		
	2021	2022	Endring	2021	2022	Endring
Barne- og ungdomsklinikken	0,191	0,193	0,002	5 394	5 262	- 132
Hjerte-lungeklinikken	0,672	0,599	-0,073	7 780	8 413	633
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,285	0,277	-0,008	31 516	31 564	48
Medisinsk klinikk	0,196	0,213	0,017	19 753	20 498	745
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,147	0,143	-0,004	64 669	61 864	- 2 805
OPIN	0,051	0,051	0,000	704	754	50
ESI	0,000	0,071	0,071	-	273	273
DRG indeks pr klinikk - PHV/TSB				Poliklinikk (ISF)		
Klinikk	Indeks			Poliklinikk (ISF)		
	2021	2022	Endring	2021	2022	Endring
Psykisk helse og rusklinikken	0,168	0,159	-0,009	29 640	30 709	1 069
Barne- og ungdomsklinikken	0,277	0,283	0,006	16 605	14 978	- 1 627

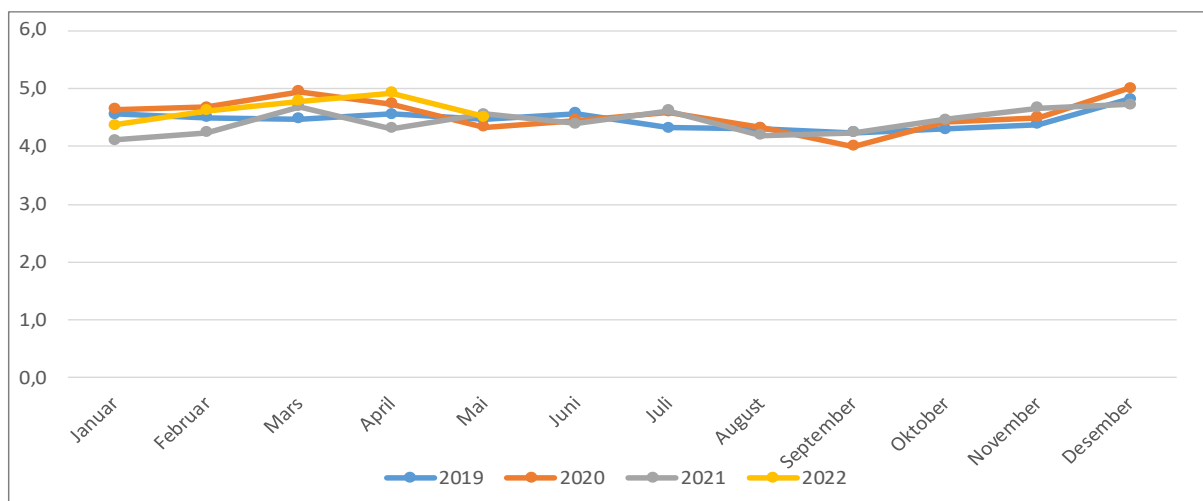
PSHT-aktivitet flyttet fra Medisinsk klinikk til ESI fra april 2022

## Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 14 Liggetid sykehusopphold fordelt på klinikk

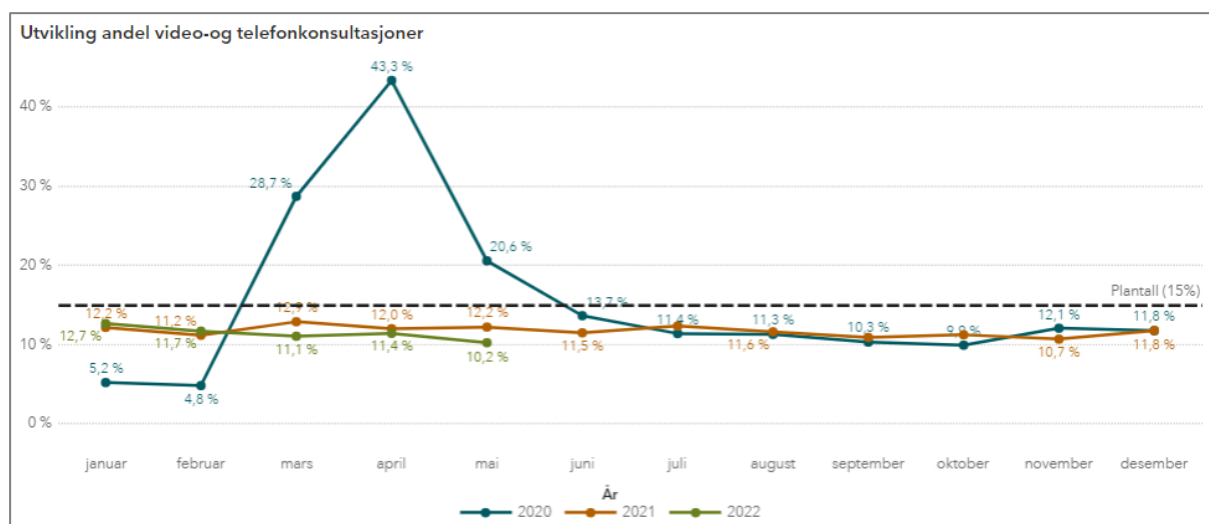
Klinikk	2019	2020	2021	2022
K3K	4,1	4,1	3,6	3,9
Hjerte- og lungeklinikken	4,0	4,2	4,4	4,4
Medisinsk klinikk	5,3	5,8	5,5	5,9
BUK	5,9	7,1	6,4	4,7
NOR	5,0	5,0	4,7	5,0

Figur 23 Liggetid sykehusopphold



## Telemedisinsk aktivitet

Figur 24 Andel telemedisinsk aktivitet





**Tabell 15 Antall og andel konsultasjoner per klinikk hittil i år**

	Aktiviteter	Konsultasjoner	Andel video + telefon	Video + telefon
Total	184 003	165 870	11,4 %	18 893
10 - Akuttmedisinsk klinikk	37	37	-	0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	31 291	27 964	7,3 %	2 031
13 - Hjerter- og lungeklinikken	7 462	6 097	7,8 %	473
15 - Medisinsk klinikk	20 471	16 650	4,4 %	738
17 - Barne- og ungdomsklinikken	21 769	19 052	23,9 %	4 551
18 - Operasjons- og intensivklinikken	1 067	871	35,4 %	308
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	66 929	62 999	6,6 %	4 147
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	34 559	31 939	20,7 %	6 621
48 - Forsknings- og utdanningssektoret	418	261	-	24

## Den gylne regel

**Tabell 16 Den gylne regel (hittil i år)**

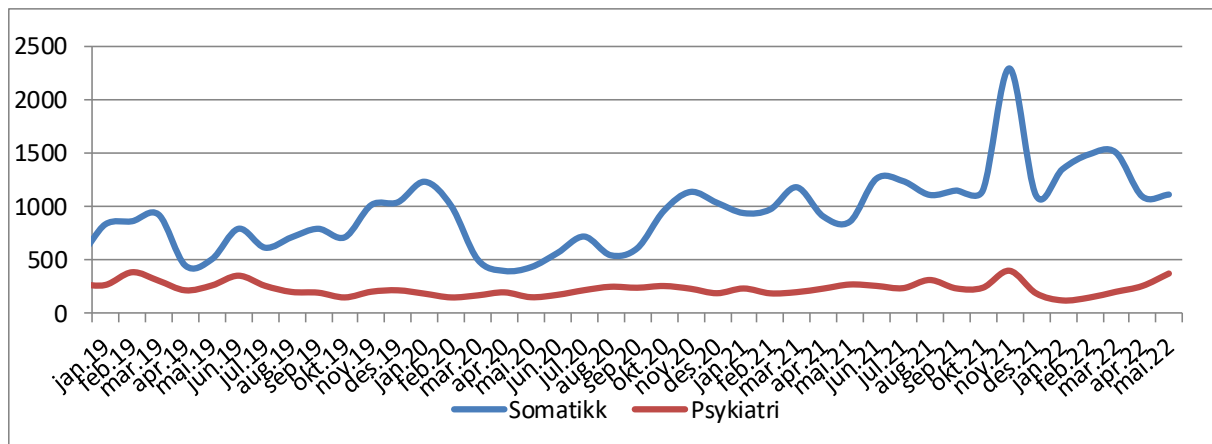
Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2019	2022	Endring 19-22
Somatikk*	Økonomi	2 046 584	2 402 543	17,4 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	315 513	391 186	24,0 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	73 622	86 487	17,5 %
TSB	Økonomi	81 184	90 994	12,1 %
Somatikk	Konsultasjoner	117 419	124 143	5,7 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	26 852	28 913	7,7 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	14 953	15 810	5,7 %
TSB	Konsultasjoner	5 741	5 641	-1,7 %
Somatikk	Ventetid	65,8	69,3	5,3 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	54,3	77,3	42,4 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	49,8	51,1	2,6 %
TSB	Ventetid	31,5	35,3	12,1 %

\* 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

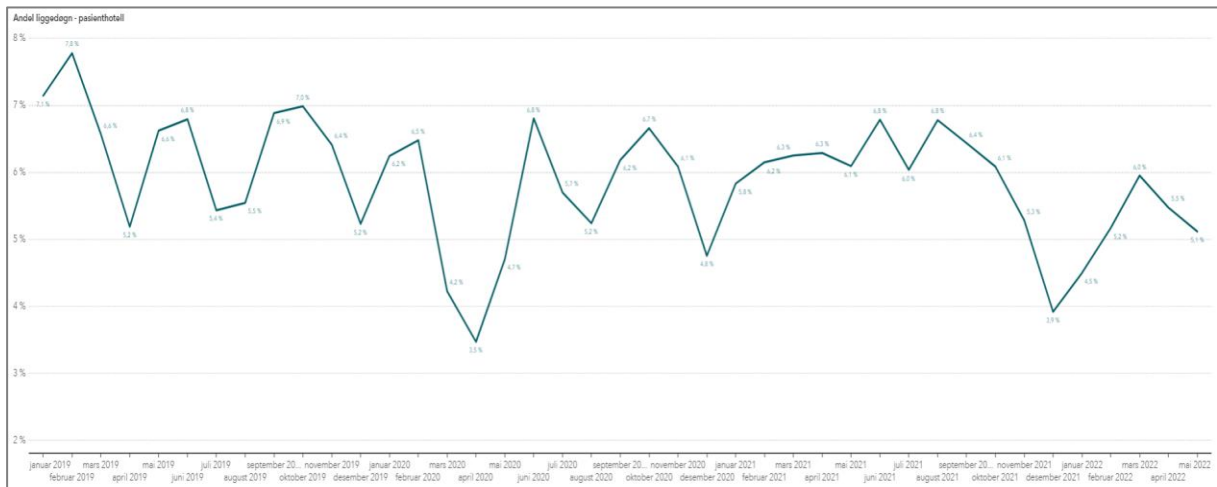


Tabell 17 Utskrivningsklare døgn hittil i år fordelt på kommune

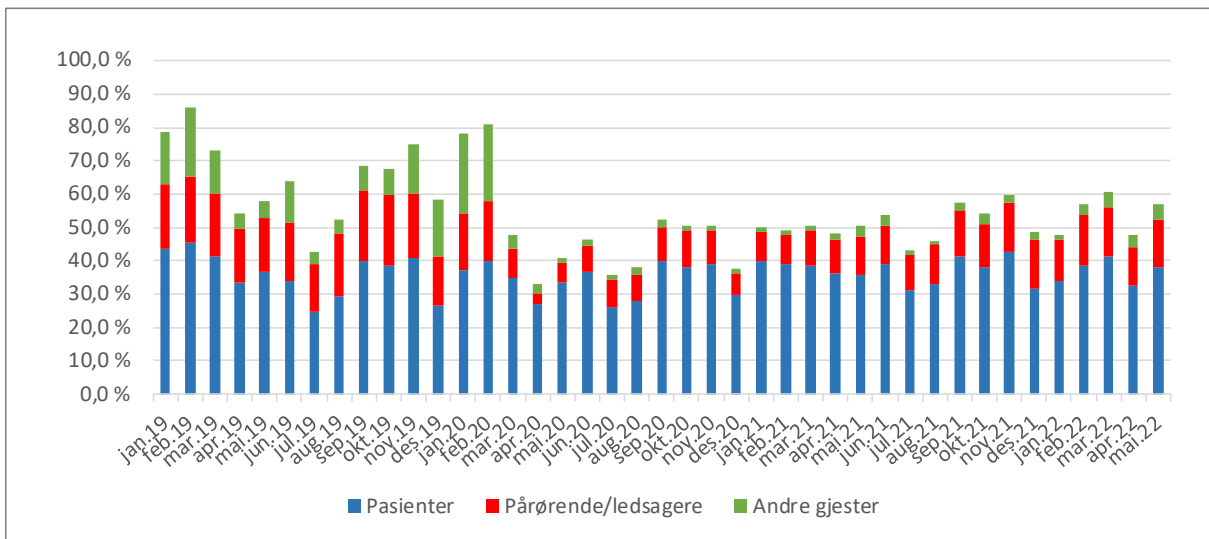
Kommune	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Ibestad	94	73	1	1	95	74
Harstad	1 206	49	292	12	1 498	60
Tromsø	3 537	46	543	7	4 080	53
Lavangen	30	31	13	13	43	44
Gáivuotna Kåfjord	65	32	17	8	82	41
Nordreisa	183	39	5	1	188	40
Narvik	588	27	65	3	653	30
Lødingen	52	26	4	2	56	28
Kvæfjord	64	23	8	3	72	26
Lyngen	60	22	9	3	69	25
Salangen	48	23	2	1	50	24
Tjeldsund	91	22	9	2	100	24
Bardu	82	21	2	1	84	21
Evenes	24	18	0	0	24	18
Gratangen	17	16			17	16
Balsfjord	75	13			75	13
Målselv	79	12	6	1	85	13
Senja	149	10	23	2	172	12
Skjervøy	27	10	4	1	31	11
Dyrøy	10	9			10	9
Karlsøy	8	4	11	5	19	9
Storfjord	14	8			14	8
Kvænangen	4	3	4	3	8	7
Sørreisa	14	4	5	1	19	6
<b>SUM</b>	<b>6 521</b>	<b>34</b>	<b>1 023</b>	<b>5</b>	<b>7 544</b>	<b>39</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 18 Gjennomsnittlig utbetalte månedsværk

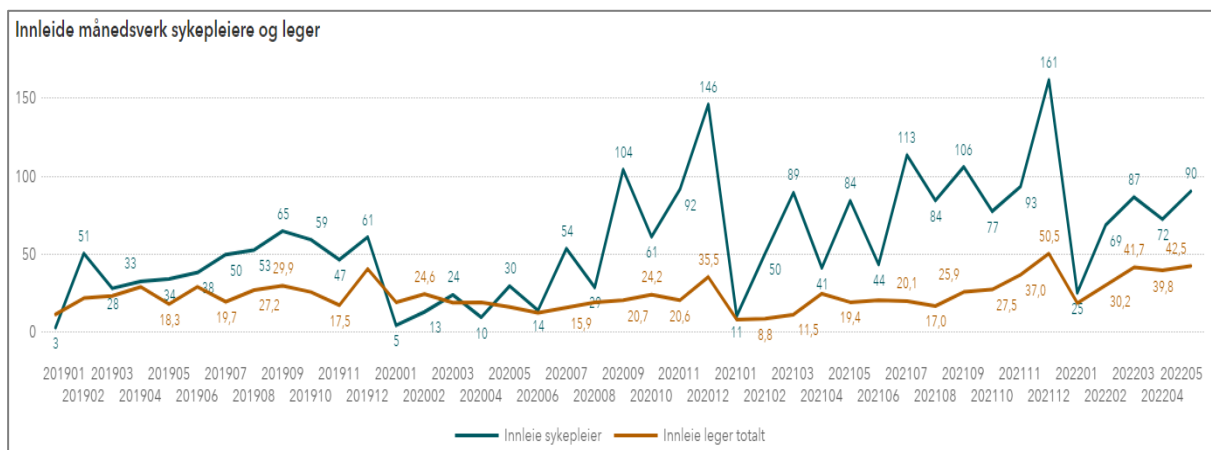
Loennselement ▲	Gj.snitt månedsværk 2019	Gj.snitt månedsværk 2021	Gj.snitt månedsværk 2022	Gj.snitt endring 2019 - 2022	Gj.snitt endring 2021 - 2022
Total	6 475	6 754	6 902	426	147
Etterregulering	32	33	28	-4	-5
Grunnlønn/basis	5 802	6 055	6 180	378	124
Mertid / timelønn	357	375	358	2	-16
Overtid	174	177	225	51	48
UTA	74	79	78	4	-1
Utrykning påvakt	37	36	33	-5	-3

Gjennomsnittlige månedsværk hittil i 2019, 2021 og 2022.

Tabell 19 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på klinikk og profesjon

Klinikk	Sum endring 2019-2022	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
10 - Akuttmedisinsk klinikk	426,0	73,4	72,9	33,9	36,0	114,6	1,7	15,1	3,0	27,5	30,0	15,9
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	56,3	3,5	10,7	1,8	-	13,4	0,0	-	0,0	-3,0	29,8	-
13 - Hjerte- og lungeklinikken	39,7	12,3	8,8	10,0	-	2,7	3,0	0,6	-	0,1	-	2,2
15 - Medisinsk klinikk	91,0	-0,3	9,1	4,2	-0,8	76,6	4,2	1,1	-	-2,0	0,0	-1,2
17 - Barne- og ungdomsklinikken	19,9	0,6	3,6	2,3	-0,9	4,9	-3,2	11,1	0,0	1,2	-	0,3
18 - Barne- og ungdomsklinikken	25,4	1,4	8,4	-2,7	7,7	10,9	-3,0	2,1	-	-0,6	-	1,2
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-23,6	1,4	-10,8	10,7	0,1	-32,8	-5,8	-	-	13,6	0,0	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	-23,6	1,4	-10,8	10,7	0,1	-32,8	-5,8	-	-	13,6	0,0	-
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	76,8	6,7	18,3	9,6	10,3	25,8	7,6	-1,0	-	-0,1	-	-0,2
30 - Diagnostisk klinikk	47,2	5,1	27,4	-5,6	21,3	-0,4	-2,8	-	-	2,0	-	0,2
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	6,3	7,7	2,0	1,3	-	4,3	1,6	-18,0	3,0	5,1	-	-0,6
45 - Drifts- og eiendomssenteret	21,5	9,9	0,0	-	-	-	-	-	-	-0,2	-	11,9
46 - Fag- og kvalitetssenteret	27,9	15,3	0,2	-	-	-	-	-	-	12,5	-	-
48 - Kvalitets- og utviklingscenteret	0,8	0,9	-1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8
49 - Senter for E-Helse, Samhandling og Innovasjon	0,9	2,5	0,0	0,2	-	-0,4	-	-0,2	-	-1,0	-	-0,3
50 - Direktøren	56,7	15,6	8,6	2,7	-	8,7	-	19,4	-	-	-	1,7
51 - Personal- og organisasjonssenteret	9,6	7,5	-	-	1,0	1,0	-	-	-	-	0,0	-
53 - Kommunikasjons- og kultursenteret	-7,2	-6,2	-1,0	0,1	-	-0,1	-	-	-	-	-	-
55 - Økonomi- og analysesenteret	-0,3	-0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
62 - Fellesinntekter/-kostnader	-7,3	-7,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-17,5	-2,7	-11,3	-0,7	-2,7	-0,0	0,0	-	-	-	0,1	-

Tabellen viser gjennomsnittlig endring i månedsværk 2019-2022 fordelt på profesjon.

**Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger**

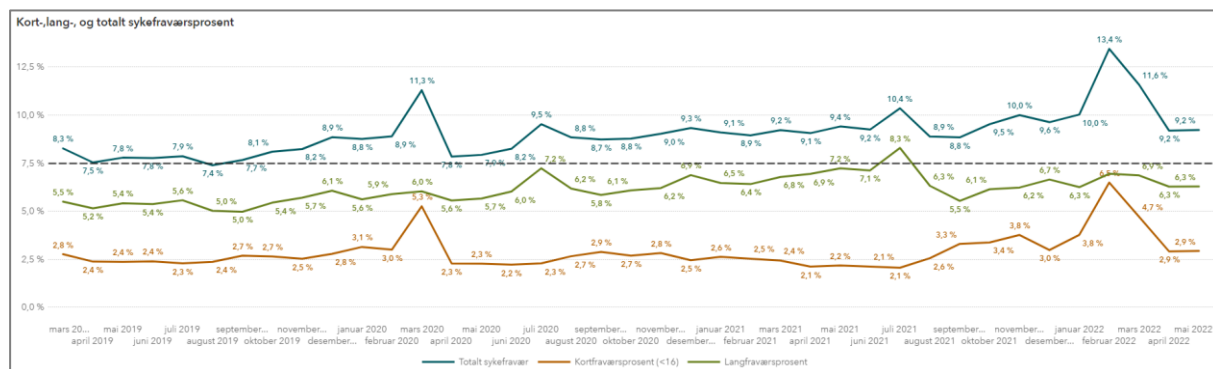
Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønnsystem.

**Tabell 20 Innleide månedsverk per klinikk**

Klinikknavn - UNN	År ▲	2019		2022	
		Innleie sykepleier (snitt)	Innleie leger totalt (snitt)	Innleie sykepleier (snitt)	Innleie leger totalt (snitt)
Total		29,8	20,9	68,7	34,6
10 - Akuttmedisinsk klinikk		-0,0	0,0	5,5	0,5
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		2,7	1,4	9,5	3,3
13 - Hjerte- og lungeklinikken		0,0	0,0	21,4	0,1
15 - Medisinsk klinikk		1,1	4,9	0,9	4,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken		1,0	0,3	0,0	1,1
18 - Operasjons- og intensivklinikken		22,9	5,3	31,2	6,0
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken		3,3	1,0	0,2	3,2
22 - Psykisk helse- og rusklinikken		0,0	3,5	0,0	5,4
30 - Diagnostisk klinikk		0,0	4,5	0,0	11,0

## Sykefravær

### Figur 29 Sykefravær



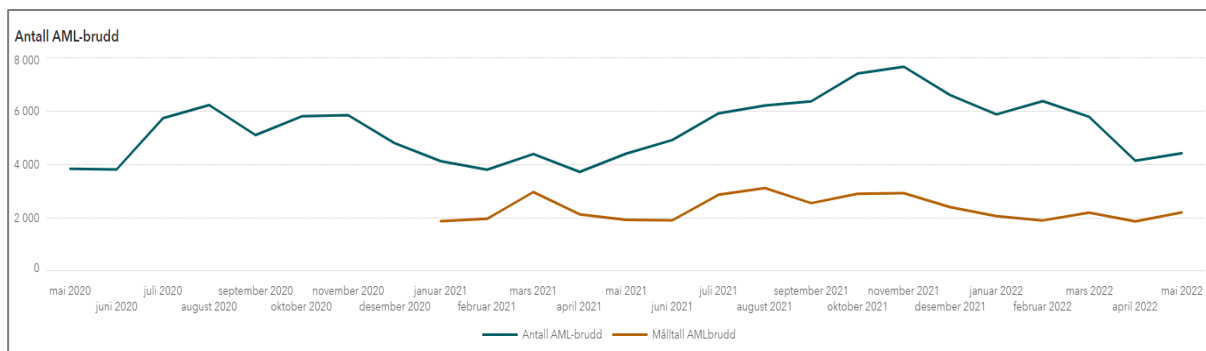
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned. Sykefravær inkluderer koronafravær.

### Tabell 21 Sykefravær fordelt på klinikk

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

## AML-brudd

Figur 30 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned.

Tabell 22 AML-brudd per klinikk

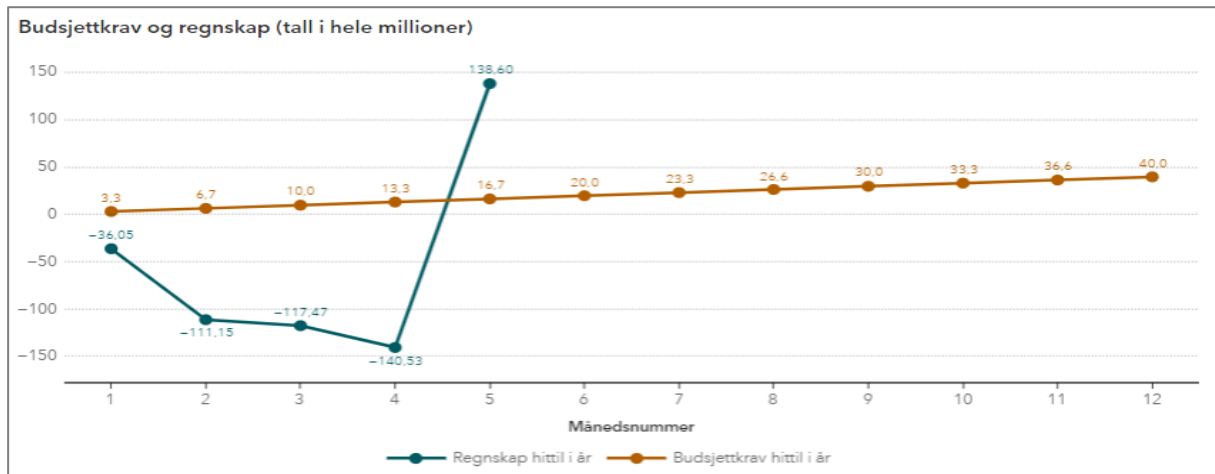
Klinikk - UNN	Brudd forrige mnd i 2021	Antall brudd forrige mnd	Endring i % forrige mnd mot samme mnd 2021
Total	4 413	4 499	1,9 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	865	936	8,2 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	451	486	7,8 %
13 - Hjerter- og lungeklinikken	616	560	-9,1 %
15 - Medisinsk klinikk	298	305	2,3 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	147	87	-40,8 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	511	595	16,4 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	568	496	-12,7 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	578	711	23,0 %
30 - Diagnostisk klinikk	235	187	-20,4 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	92	109	18,5 %
49 - Senter for E-helse, Samhandling og Innovasjon	11	-	-
Annet	41	27	-34,1 %

Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2021 til 2022.

## Økonomi

### Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2022



Tabell 23 Resultatregnskap 2022

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mai				Akkumulert per Mai			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	473,3	473,3	0,0	0 %	2 358,1	2 358,1	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	12,9	12,9	0,0	0 %
ISF egne pasienter	159,4	157,7	1,7	1 %	767,3	805,8	-38,5	-5 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,2	3,0	-0,8	-26 %	35,0	39,0	-4,0	-10 %
Gjestepasientinntekter	2,8	3,5	-0,7	-20 %	16,8	17,5	-0,7	-4 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,1	15,4	1,7	11 %	86,4	80,5	5,9	7 %
Utskrivningsklare pasienter	4,3	2,6	1,7	65 %	27,5	12,9	14,6	113 %
Andre øremerkede tilskudd	39,9	38,5	1,5	4 %	201,0	187,5	13,6	7 %
Andre driftsinntekter	371,5	37,2	334,3	900 %	517,3	187,5	329,8	176 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>1 073,0</b>	<b>733,7</b>	<b>339,3</b>	<b>46 %</b>	<b>4 022,2</b>	<b>3 701,5</b>	<b>320,7</b>	<b>9 %</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	37,9	19,1	18,7	98 %	123,3	97,8	25,4	26 %
Kjøp av private helsetjenester	15,1	5,3	9,8	184 %	40,2	26,9	13,2	49 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	86,9	77,0	9,9	13 %	445,8	394,2	51,6	13 %
Innleid arbeidskraft	16,3	3,9	12,4	316 %	61,8	24,8	37,0	149 %
Lønn til fast ansatte	405,5	400,7	4,8	1 %	2 040,2	1 990,5	49,7	2 %
Overtid og ekstrahjelp	33,0	27,2	5,8	22 %	176,6	137,3	39,3	29 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	62,6	61,0	1,6	3 %	307,5	307,9	-0,4	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-31,2	-23,7	-7,5	32 %	-155,9	-112,7	-43,2	38 %
Annen lønnskostnad	37,5	32,9	4,6	14 %	179,8	169,1	10,7	6 %
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>461,2</b>	<b>441,1</b>	<b>20,1</b>	<b>5 %</b>	<b>2 302,4</b>	<b>2 208,9</b>	<b>93,5</b>	<b>4 %</b>
Avskrivninger	27,7	28,0	-0,2	-1 %	139,1	137,6	1,5	1 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	101,6	97,5	4,1	4 %	520,6	504,7	15,9	3 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>793,0</b>	<b>729,0</b>	<b>64,0</b>	<b>9 %</b>	<b>3 878,8</b>	<b>3 678,1</b>	<b>200,7</b>	<b>5 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>280,0</b>	<b>4,7</b>	<b>275,3</b>	<b>5869 %</b>	<b>143,4</b>	<b>23,5</b>	<b>120,0</b>	<b>511 %</b>
Finansinntekter	0,7	0,3	0,4		2,4	1,3	1,1	
Finanskostnader	1,5	1,6	-0,1		7,2	8,0	-0,8	
Finansresultat	-0,9	-1,4	0,5		-4,8	-6,8	2,0	
<b>Ordinært resultat</b>	<b>279,1</b>	<b>3,3</b>	<b>275,8</b>	<b>8274 %</b>	<b>138,6</b>	<b>16,7</b>	<b>121,9</b>	<b>732 %</b>



Tabell 24 Resultatregnskap 2022, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Mai ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Mai ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	473,3	473,3	0,0	2 358,1	2 358,1	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	12,9	12,9	0,0
ISF egne pasienter	159,4	157,7	1,7	767,3	805,8	-38,5
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,2	3,0	-0,8	35,0	39,0	-4,0
Gjestepasientinntekter	2,8	3,5	-0,7	16,8	17,5	-0,7
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	17,1	15,4	1,7	86,4	80,5	5,9
Utskrivningsklare pasienter	4,3	2,6	1,7	27,5	12,9	14,6
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	371,5	37,2	334,3	517,3	187,5	329,8
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>1 033,1</b>	<b>695,3</b>	<b>337,8</b>	<b>3 821,2</b>	<b>3 514,1</b>	<b>307,1</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	37,9	19,1	18,7	123,3	97,8	25,4
Kjøp av private helsetjenester	15,1	5,3	9,8	40,0	26,7	13,2
Varekostnader knyttet til aktivitet	85,4	75,5	9,9	438,0	386,9	51,1
Innleid arbeidskraft	16,3	3,9	12,4	61,8	24,8	37,0
Lønn til fast ansatte	384,9	380,8	4,1	1 936,2	1 893,5	42,7
Overtid og ekstrahjelp	28,4	22,7	5,7	153,3	115,5	37,8
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	57,6	56,2	1,4	281,9	284,1	-2,2
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-29,8	-22,3	-7,5	-148,7	-105,9	-42,8
Annen lønnskostnad	34,8	30,3	4,5	166,1	156,3	9,8
<b>Sum lønn og innleie ekskl pensjon</b>	<b>434,6</b>	<b>415,5</b>	<b>19,1</b>	<b>2 168,7</b>	<b>2 084,2</b>	<b>84,5</b>
Avskrivninger	27,7	28,0	-0,2	139,1	137,6	1,5
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	94,9	91,1	3,8	486,8	473,2	13,6
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>753,1</b>	<b>690,6</b>	<b>62,5</b>	<b>3 677,8</b>	<b>3 490,6</b>	<b>187,2</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>280,0</b>	<b>4,7</b>	<b>275,3</b>	<b>143,4</b>	<b>23,5</b>	<b>120,0</b>
Finansinntekter	0,7	0,3	0,4	2,4	1,3	1,1
Finanskostnader	1,5	1,6	-0,1	7,2	8,0	-0,8
Finansresultat	-0,9	-1,4	0,5	-4,8	-6,8	2,0
<b>Ordinært resultat</b>	<b>279,1</b>	<b>3,3</b>	<b>275,8</b>	<b>138,6</b>	<b>16,7</b>	<b>121,9</b>

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

Regnskap per klinikk - tall i mill kr	Mai			Akkumulert per mai		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	54,4	50,9	-3,5	257,0	233,3	-23,8
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	23,1	17,2	-5,9	120,6	85,1	-35,5
13 - Hjerter- lungeklinikken	25,3	17,3	-8,0	112,7	89,9	-22,8
15 - Medisinsk klinikk	37,5	35,9	-1,6	196,8	171,3	-25,5
17 - Barne- og ungdomsklinikken	22,1	23,3	1,2	130,7	118,2	-12,5
18 - Operasjons- og intensivklinikken	73,5	66,7	-6,8	367,6	332,7	-34,9
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	24,8	23,9	-1,0	134,9	121,7	-13,2
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	69,2	67,0	-2,2	348,2	336,8	-11,4
30 - Diagnostisk klinikk	65,1	54,9	-10,2	309,7	275,5	-34,2
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,1	0,1	0,0	0,9	0,9	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	50,5	50,2	-0,2	262,1	258,0	-4,0
46 - Fag- og kvalitetssenteret	1,6	1,9	0,3	8,4	9,7	1,2
48 - Forsknings- og utdanningssenteret	2,7	4,3	1,7	17,4	21,6	4,3
49 - Senter For E-helse, samhandling og innovasjon	11,1	11,0	-0,1	49,8	51,3	1,5
50 - Direktøren	2,8	2,9	0,0	14,8	14,9	0,1
51 - Personal- og organisasjonssenteret	5,0	5,0	0,1	25,9	25,4	-0,5
53 - Kommunikasjons- og kultursenteret	0,8	1,0	0,1	4,3	4,8	0,5
55 - Økonomi- og analysesenteret	5,4	5,9	0,5	27,7	29,9	2,1
62 - Felles	-754,2	-442,7	311,5	-2 527,9	-2 197,5	330,5
<b>Totalt</b>	<b>279,1</b>	<b>3,3</b>	<b>275,8</b>	<b>138,6</b>	<b>16,7</b>	<b>121,9</b>

## Prognose

Som følge av usikkerhet rund lønns- og prisvekst inneværende år, står prognosen uendret på 120 mill kr i negativt budsjettavvik ved utgangen av 2022. Prosessen internt i UNN skal bringe inngangshastigheten mot null i løpet av året.

## Rapportering innsatsområder pasientsikkerhet 1. tertial 2022 til KVR

**Pasientsikkerhetsvisitter:** Høsten 2020 startet adm.direktør med pasientvisitter. Dette er en strukturert samtale om pasientsikkerheten ved enheten mellom administrerende direktør eller viseadministrerende direktør og en tverrfaglig gruppe på 3-5 medarbeidere som arbeider pasientnært. 1. tertial 2022 er det gått 12 visitter innenfor somatikk og psykisk helsevern i Tromsø, Harstad og Narvik. Identifiserte bevarings- og forbedringsområder arbeides videre med innenfor Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper og -utvalg. Klinikksjefene presenterer oppfølgingsarbeid i egen klinikk for Kvalitetsutvalget.

Somatisk virksomhet:

### Måling av nivå av pasientskader (GTT):

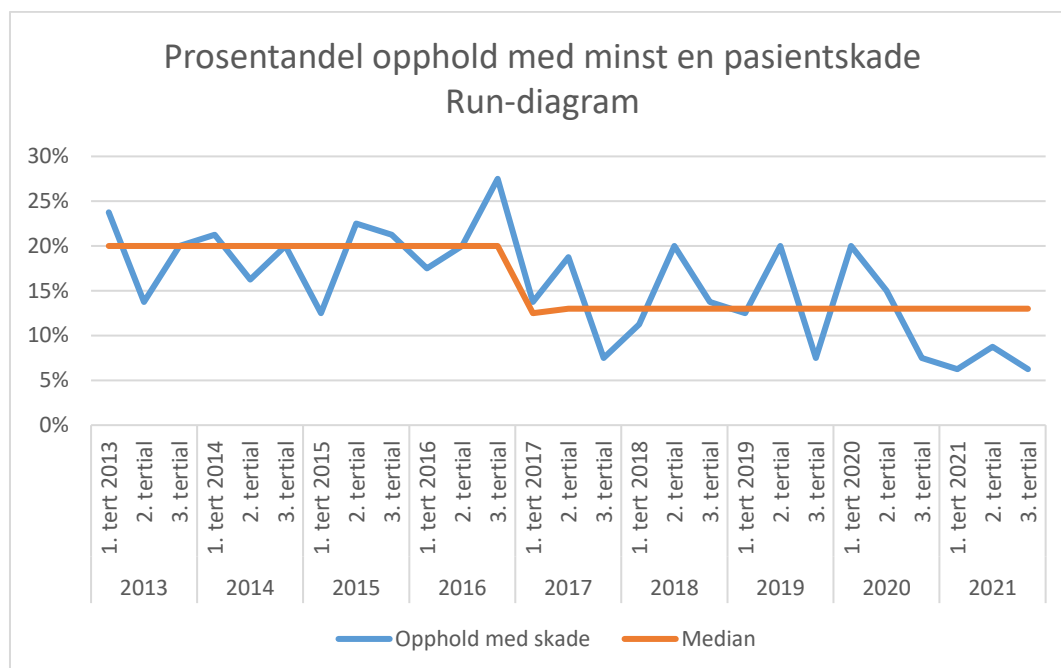
Grafen viser utvikling i pasientopphold med skade fra 2013 - 2021.

For 2021 er det fra 26733 opphold trukket 240 tilfeldige journaler.

Det ble funnet 24 skader ved 17 pasientinnleggelser (7,1 % av innleggelsene).

Median andel innleggelser med pasientskader var 20% i perioden 2013-2016 og 13% i perioden 2017-2021.

Figur 1. Andelen opphold med minst en pasientskade ved UNN fra 2013 til 2021.



GTT antyder færre pasientskader per opphold ved UNN i 2017-2021 sammenlignet med 2013-2016. Det observeres færre legemiddelrelaterte skader og infeksjoner. Dette sammenfaller tidsmessig med UNNs satsning på legemiddelsamstemming og smittevernvisitter.

Fjorten av skadene var forbigående som krevde behandling. Ni av skadene medførte forlenget sykehusopphold. En av skadene medførte varig men. Ingen av skadene medførte at pasienten døde.

De to viktigste årsakene til pasientskader i dag er infeksjoner og postoperative komplikasjoner.

**Rapportering:** Det er mottatt rapporter fra de aller fleste enheter innenfor somatisk virksomhet. De obligatoriske tiltakene i innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet rapporteres nå iverksatt ved alle sengepostene, men det er noen enkeltelementer som mangler ved enkelte enheter.

#### Psykisk helse og rusklubben:

Psykisk helse- og rusklubben avholder to årlige læringsnettverkssamlinger, hvor enheter fokuserer på det de opplever er deres viktigste forbedringsområder innen pasientsikkerhet. Dette systematiske arbeidet ledes av fagutviklingsenheten ved klubben og gjelder også poliklinikkene. Disse har vært avholdt digitalt under pandemien. Det avholdes telematikk-møter mellom samlingene hvor fremdrift følges opp og diskuteres. Klubben har testet ut et nytt utkast til rapporteringsskjema, og 17 enheter har rapportert på innsatsområdene og egne forbedringsprosjekter.

# Rapportering mai UNN

---

14. juni 2022



## 1. Innledning

I foretaksmøtet 6. april ble følgende bestilling gitt til helseforetakene i region nord:

*For å oppnå resultatkravet i 2022 skal Universitetssykehuset Nord-Norge HF:*

*a) Innen 10. mai 2022 utarbeide en forpliktende fremdriftsplan for omstillingsarbeidet i 2022. Planen skal ha månedlig prognose for bemanning, innleie av personell og kapasitetsutnyttelse pr. klinikk. Planen skal være konkret på hvilke tiltak som skal gjennomføres hvor ansvar, tidsfrister og milepeler fremkommer. Planen skal være drøftet med foretakstillitsvalgt og foretaksverneombud.*

*b) Rapportere månedlig status for fremdriftsplanen i virksomhetsrapportene f.o.m. periode 4-2022.*

*c) Rette full oppmerksomhet mot konsolidering og stabilisering av ordinær drift for å oppnå økonomisk kontroll, i tråd med forpliktelser i bærekraftanalysene, så raskt som mulig.*

*d) Sikre at forslag til tiltak og aktiviteter knyttet til omstillingsarbeidet, utarbeides og gjennomføres i nært samarbeid med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerne.*

*e) Sikre at omstillingsarbeidet ikke går på bekostning av de overordnede målsetningene.*

Det var kort tidsfrist på bestillingen. Muligheter for enkelte endringer i fremtidige måneder da rapporteringen heretter blir månedlig.

## 2. Liggedøgn og konsultasjoner pr mai

Tabell 1 viser at det er nedgang i liggedøgn i forhold til 2019 og plantall 2022. Nedgangen i forhold til 2019 er naturlig da et av målene i perioden mellom har vært å få en dreining av aktivitet fra døgn til dag. I tillegg til dette er det også gått noen liggedøgn i forbindelse med nedtaket av PCI i Tromsø. Det jobbes med å holde aktiviteten oppe, samtidig som liggetiden pr pasient skal ned.

Tabell 1: Liggedøgn

Klinikk UNN	Liggedøgn	Plantall	2019	Avvik vs plan	Avvik vs 2019
10 - Akuttmedisinsk klinikk	0	2 997	2 883	-2 997	-2 882
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	21 007	19 663	19 630	1 344	1 376
13 - Hjerter- og lungeklinikken	13 712	11 748	11 189	1 964	2 523
15 - Medisinsk klinikk	14 635	15 685	17 754	-1 050	-3 119
17 - Barne- og ungdomsklinikken	3 339	4 330	4 102	-991	-764
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	3 281	13 521	-3 281	-13 521
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	19 477	18 674	17 263	803	2 214
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	27 865	27 241	26 993	624	872
<b>Total</b>	<b>100 035</b>	<b>103 619</b>	<b>113 335</b>	<b>-3 584</b>	<b>-13 300</b>

Antall gjennomførte konsultasjoner pr mai ligger på nivå med plantallene. I forhold til 2019 er det en økning som kommer av at det telles konsultasjoner som gir DRG-poeng i 2022 som ikke ga DRG-poeng i 2019. Et eksempel på dette er samarbeidsmøter. Tabell 2 viser utviklingen av konsultasjoner mot plan og 2019.

Tabell 2: Konsultasjoner

Klinikk UNN	Konsultasjoner	Plantall	2019	Avvik vs plan	Avvik vs 2019
10 - Akuttmedisinsk klinikk	4 269	8 908	4 454	-4 639	-185
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	27 962	30 865	27 169	-2 903	793
13 - Hjerter- og lungeklinikken	6 107	5 851	5 361	256	746
15 - Medisinsk klinikk	16 649	15 522	14 930	1 127	1 719
17 - Barne- og ungdomsklinikken	21 243	15 411	19 579	5 832	1 664
18 - Operasjons- og intensivklinikken	871	558	530	313	341
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	62 997	63 648	60 228	-651	2 769
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	34 554	33 861	32 464	693	2 090
<b>Total</b>	<b>174 652</b>	<b>174 625</b>	<b>164 715</b>	<b>27</b>	<b>9 937</b>

Det er lagt opp til å fortsatt ha en aktivitet på linje med plantallene i 2022. Det jobbes med å øke kontakter samtidig som liggetiden reduseres.

### 3. Bemanning og poliklinikkdrift

Det er gjennomført en rapportering hvor alle klinikker har gått gjennom punkter for bemanning og poliklinikkdrift. Punktene som er gjennomgått vises i tabell 3. Tabellen er en gjennomgang på avdelingsnivå (evt andre nivå der dette gir et bedre bilde) og akkumuleres så opp i hver klinikk. I de klinikkvise tabellene har hvert punkt en tidsfrist som viser når klinikken skal være grønn på alle enheter om de ikke er det pr nå. Rapporten skal gi en hjelp til å øke fokuset på riktig bemanning og økt tilgjengelighet.

Tabell 3: Bemanning og Poliklinikkdrift

	Antall aktuelle enheter	Antall enheter fullført med oppfølging	Antall enheter påbegynt ikke fullført	Ant enheter ikke påbegynt	Differanse
<b>Bemanning</b>					
Her enheten gjennomgått egne bemanningsplaner?	216	207	4	0	-5
Er det etablert lokale rutiner for bemanningsplanlegging?	214	188	11	9	-6
Har leder kontroll og ansvar for bemanningsplanleggingen?	217	215	2	0	0
Er det samsvar mellom bemanningsplanene og arbeidsplanene?	216	188	18	10	0
Er planlagt og faktisk arbeidstid for alle ansatte lagt inn i GAT?	199	215	6	1	23
Er det etablert bruk av trafikklys for prioriteringsliste ved stor belastning?	97	45	37	22	7
Er antall månedsverk tatt ned til 2019 nivå med unntak av nye stillinger som har særskilt finansiering?	209	155	26	17	-11
Brukes stillingsarkene til å bemanne i henhold til budsjett?	229	209	10	7	-3
<b>Minimalisere bruk av innleie og overtid</b>					
Er sjekkliste før innleie tatt i bruk?	108	94	18	9	13
Er det inngått formaliserte samarbeidsavtaler mellom seksjoner i egen klinikk og på tvers med andre klinikker for å bistå hverandre i situasjoner med fravær og/eller øktbelastning?	100	56	20	24	0
Er det sikret lederstyring av overtidsbruk i henhold til UNNs rutiner?	223	220	1	2	0
Vurderes det fortløpende om pasienthotellet brukes optimalt	80	72	4	8	4
Er ferieplanene ferdigstilt innen 1.4.22	193	155	23	15	0
Følges det opp systematisk at det er budsjettdekning for utlysning og ansettelser?	224	220	3	1	0
Er det kontroll med at kun leder kan godkjenne innkjøp?	228	220	7	0	-1
<b>Poliklinikkdrift</b>					
Er det iverksatt ukentlig rydding av ventelister, jf. RL7233?	74	47	19	4	-4
Er alle pasienter med ventetid >365 dager avviklet?	57	33	17	7	0
Hvis nei på spørsmålet over, er det laget milepælsplan for å avvikle de langtidsventende?	33	10	15	8	0
Er det etablert rutiner for opplæring og oppfølging av leger som vurderer henvisninger, for å sikre enhetlig praksis?	78	52	18	3	-5

Tabell 3 rapporteres månedlig, hvor fremgangen på klinikkene blir fulgt opp. Målene som er satt for tidspunkt å havne på grønn skal oppnås.

#### 4. Månedsværk

Pr mai er antall månedsværk i klinikkene 400 flere enn i 2019. I perioden er det tilført 221 stillinger, mens 48 stillinger er avgitt. Målet er derfor å redusere differansen mellom avvik og tilførte/avgitte stillinger. Nedgangen skal derfor være 226 stillinger. Beregningen er uten innleie fra byrå som er et eget punkt. Det er ikke beregnet oppsigelser for å oppnå nedtaket av stillinger. Variabel lønn skal reduseres tilsvarende stillingene som er i overforbruk. Det er høyt forbruk av vikarer og overtid hittil i år. Alle klinikkene har rapportert inn hvor mange månedsværk de skal redusere i månedene frem til nyttår. Når dette nedtaket er gjort er det fremdeles et overforbruk på 61 månedsværk. Også denne vil rapporteres månedlig.

Tabell 4: Månedsværk

Månedsværk	Aktuell mnd 2022	Aktuell mnd 2019	Tilførte stillinger (budsjett)	avgitte stillinger (omorg)	SUM Avvik 22-19 minus tilførte+avgitte	Plan 1. mai	Plan 1. juni	Plan 1. juli	Plan 1. august	Plan 1. september	Plan 1. oktober	Plan 1. november	Plan 1. desember
Akutt	652	599	26	25	52	636	633	638	638	638	638	638	638
K3K	669	634	19	12	28	659	650	650	650	650	650	650	650
HLK	405	312	60	4	37	-	-	393	393	389	389	389	389
MK	602	572	-	-	30	-	-	582	582	572	572	572	572
BUK	405	389	16	1	2	405	405	405	405	405	403	403	403
OPIN	625	608	-	-	17	-	623	623	623	623	623	623	623
NOR	867	784	58	6	31	863	860	854	846	838	823	808	792
PHRK	990	948	43	-	1	991	991	991	983	983	983	983	983
DK	609	579	-	-	31	-	-	609	609	609	609	609	609
<b>Totalt</b>	<b>5 825</b>	<b>5 425</b>	<b>221</b>	<b>48</b>	<b>226</b>	<b>3 554</b>	<b>4 162</b>	<b>5 746</b>	<b>5 730</b>	<b>5 707</b>	<b>5 689</b>	<b>5 674</b>	<b>5 659</b>

På samme måte som månedsværkene, rapporteres det på bruken av innleie. Hittil i år er det forbrukt 15,0 mill. kroner i innleie gjennomsnittlig hver måned. Rapporteringen viser at innleie skal reduseres til 8,4 mill. kroner pr måned fra juni, videre til 7,2 mill. kroner fra august og 6,5 mill. kroner fra oktober.

#### 5. Tiltak

Alle har gått gjennom de tiltak som ble laget i budsjettprosessen høsten 2021. Det er lagt på noen kolonner i tabellen som viser om tiltaket vil ha effekt. Om vi fremdeles mener tiltaket gir effekt skal innslagsmåned oppgis med årets effekt fordelt på måneder. Om tiltaket ikke vil gi effekt skal det erstattes av nytt tiltak. Den negative styringsfarten er høyere enn den var i budsjettprosessen og nye tiltak må lages for å dekke inn denne farten. Til sammen er det beholdt effekter fra høstens tiltak på 80,8 mill. kroner. I tillegg er det laget nye tiltak for 73,8 mill. kroner. Tabell 5 viser en oppsummering av tiltakene fordelt på klinikk.

Tabell 5: Oppsummering tiltak

Klinikk (tall i hele 1 000)	Tidl tiltak	Nye tiltak	Sum tiltak
Akuttmedisinsk klinikk	3 090	9 390	12 480
Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken	11 591	13 111	24 703
Hjerte- og lungeklinikken	7 431	11 426	18 857
Medisinsk klinikk	22 716	0	22 716
Barne- og ungdomsklinikken	2 155	1 788	3 943
Operasjons- og intensivklinikken	Laget alle på nytt	16 449	16 449
Nevro-, ortopedi og rehabiliterings klinikken	16 743	11 506	28 249
Psykisk helse- og rusklinikken	0	8 865	8 865
Diagnostisk klinikk	17 101	1 249	18 350
Drifts- og eiendomsenteret	9 850	7 850	17 700
<b>Totalt</b>	<b>80 827</b>	<b>73 784</b>	<b>154 612</b>



## STYRESAK

Styresak:	57/2022
Møtedato:	21.06.2022
Arkivsak:	2021/9847-6
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

## Tertialrapport nr.1 - 2022

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner *Tertialrapport nr.1 - 2022* for oversendelse til Helse Nord RHF.

--- slutt på innstillingen ---

### Bakgrunn

*Tertialrapport nr.1 - 2022* redegjør for hvordan Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har fulgt opp kravene i Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF.

### Formål

Informere styret om fremdrift på oppdragsdokument fra Helse Nord RHF.

### Saksutredning

Viser til vedlegg. De viktigste punktene er kort oppsummert:

#### *Vår felles helsetjeneste*

Kravene om å igangsette forbedringstiltak innen området pasientreiser er under planlegging eller gjennomføring. UNN har i første tertial startet arbeidet med å vurdere hvilke tilbud som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.

#### *Somatikk*

UNN skal lede et regionalt forbedringsarbeid som skal sikre korrekt samarbeid for pasienter med akutt hjerteinfarkt. Prosjektplan er under utarbeidelse og vil forelegges de andre helseforetakene i andre tertial.



### *Tilstrekkelig kvalifisert personell*

De fleste enheter i UNN buker det elektroniske ressursstyringsverktøyet Gat. Ved de øvrige enhetene er dette under innføring. Det pågår arbeid i klinikkene med oppgavedeling mellom faggrupper slik at kravet om blant annet 5 % helsefagarbeidere kan nås i løpet av 2023. Avansert oppgaveplanlegging er under planlegging.

### *Anskaffelsesområdet*

UNN følger opp planene for regional samordning av leverandøravtaler og registrering i innkjøps- og logistikksystemet Clockwork. UNN bistår foretaksgruppen med kompetanse og kapasitet ved anskaffelser i tråd med vedtatt regional styringsmodell. Behov for ressurser er meldt inn til virksomhetsplanleggingen.

### *Teknologi*

UNN benytter Helse Nord IKT ved anskaffelser, innføringer og endringer på systemer i tråd med kravene fra Helse Nord RHF. Tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler vurderes og oppdateres jevnlig. Teknisk forvaltning innen IKT er fullført. Merkantil forvaltning er under arbeid i tråd med prinsippene beskrevet i oppdragsdokumentet for 2021. I tillegg deltar UNN i arbeidet med å avklare drift og forvaltningsmodeller for Medisinsk utstyr og i arbeidet med utarbeidelse av ny driftsavtale (SLA). UNN har gitt innspill på utkast til IT-strategi, regional handlingsplan for informasjonssikkerhet og deltatt i utarbeidelse av nye prosedyrer og rutiner for informasjonssikkerhet.

## **Medvirkning**

Saken er forelagt brukernes arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten og arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings og drøftingsmøter i uke 22. Protokoll og referat fra møtene legges frem som referatsaker i styremøtet 21.06.2022.

## **Vurdering**

*Tertialrapport nr.1 - 2022* beskriver status på oppfølgingen av de seksten kravene Helse Nord RHF har bedt om rapport på i første tertial. Alle kravene i Oppdragsdokumentet er under oppfølging.

*Tertialrapport nr.1 - 2022* anbefales godkjent for oversendelse til Helse Nord RHF.

Tromsø, 03.06.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg

- Første tertialrapport Helse Nord RHF



# Tertialrapport 1- 2022 for Universitetssykehuset Nord-Norge



## Innhold

3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder .....	3
3.2 Somatikk.....	4
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	4
9.2 Anskaffelsesområdet.....	4
10.0 Teknologi.....	5
13.0 Oppfølging og rapportering .....	7

### 3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder

<b>Krav nr</b>	<b>Krav tekst</b>	<b>Gjelder foretak</b>	<b>Rapporterings-frekvens</b>
3	Rapportere gevinstrealisering av implementerte forbedringstiltak for pasientreiser med rekvisisjon.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><b>Rapporteringstekst:</b> Det er igangsatt flere forbedringstiltak, for eksempel etablering av rekvirentveileder der pasient selv kan endre rekvisisjonene og dermed spare pasientreiser og klinikk for arbeid med reiseendringer. Vi har foreløpig ikke registrert målbare gevinster av tiltakene.</p>			
7	I samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet som følger av «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon». Dette innebærer utvikling og implementering, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av effekter. Status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon skal inngå som en del av helseforetakets tertialvise rapportering.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><b>Rapporteringstekst:</b> Arbeidet er under planlegging og startes høsten 2022.</p>			
9	Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p>Den elektive aktiviteten er under gjennomgang i alle klinikker. Foreløpig er det identifisert områder som muligvis kan overflyttes helt eller delvis fra større til mindre sykehus. Dette er under vurdering og vil rapporteres i senere tertialrapporter.</p>			

### 3.2 Somatikk

26	Lede et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospitalet trombolysed ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Hvert HF skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølgning i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefellesskapene. Fagråd for Hjertemedisin skal være referansegruppe og fagsjefmøtet skal være styringsgruppe for prosjektet. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.	UNN	Tertialrapporter og Årlig melding
Prosjektplan er under utarbeidelse og vil forelegges de andre helseforetakene for godkjenning i løpet av 2. tertial.			

### 7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

63	Innen utgangen av 2022 skal GAT gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Med unntak av noen få unntak er GAT innført i alle enheter ved utgangen av 1.tertial. Ved øvrige enheter er det under innføring.			

64	Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for blant annet å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2023.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Det pågår forbedringsprosjekter i klinikkene for å lykkes med oppdraget.			

67	Delta inn i prosjektet «avansert oppgaveplanlegging» (AOP) med aktuelle enheter etter avklaring med prosjekteier. For disse skal det som et minimum innføres 9 måneders planleggingshorisont.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
UNN har deltatt på forbedringsmøter arrangert av prosjekteier. Vi vil delta videre når programmet er startet.			

### 9.2 Anskaffelsesområdet

84	<i>Sørge for at gjennomføring av tiltak knyttet til samordning av leverandøravtaler og registre i Clockwork gis prioritet og utføres i henhold til omforente planer.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
UNN følger opp omforente planer og tiltak for regional samordning av leverandøravtaler og registre i Clockwork.			

85	<i>I tråd regional vedtatt styringsmodell for anskaffelser sine forutsetninger samt fordeling av kategorier gjort i regionalt Innkjøpsforum, må vært enkelt foretak sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å ivareta foretaksgruppens interesser innenfor den enkelte kategori</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig mlding
UNN bistår foretaksgruppen innenfor våre tilgjengelige ressurser. Behovet for økte ressurser er meldt inn i virksomhetsplanleggingen og vil prioriteres opp mot andre behov.			

## 10.0 Teknologi

87	<i>Benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Helse Nord IKT benyttes ved anskaffelser, innføringer og endringer på systemer. Saker registreres gjennom prosessen Felles innboks.			
88	<i>Innen 1.10.2022 fullføre arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteaftaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Avtaler på enkeltsystemer oppdateres fortløpende.			

89	<i>Fortsette arbeidet med å overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT. Foretakene skal innen 1.12.2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Etablering av en merkantil forvaltning er under arbeid.			

90	<i>Videreføre arbeidet med å avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer oppfyller krav i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF, og skal gjennomføres i samarbeid med HN RHF og sykehusforetakene.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
UNN deltar i arbeidet med å avklare drift og forvaltningsmodeller for Medisinsk utstyr med resursser fra Medisinsk teknisk avdeling			

91	<i>Fullføre oppgaven med å overføre ansvar og oppgaven for leveranse av IKT infrastruktur tjenester fra helseforetakene i tråd med styresak 120-2021 Styringsstruktur IKT infrastruktur - ansvar, roller og oppgaver, samt styresak 135-2021 Styringssystem for informasjonssikkerhet - strategiske sikkerhetsmål og strategi for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 32-2021.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
UNN har deltatt i arbeidet med utarbeidelse av ny driftsavtale (SLA), gitt innspill på utkast til IT-strategi, regional handlingsplan for informasjonssikkerhet og deltatt i utarbeidelse av nye prosedyrer og rutiner hvor dette har vært aktuelt.			
92	<i>Sikre at samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene er registrert i "Asset Management". Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iV.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Arbeidet vil startet når Asset Management er tilgjengelig for UNN.			
93	<i>Innen 1.9 oversende til Helse Nord RHF oversikt over eventuelle applikasjoner der det ikke er identifisert gjeldende avtaler med leverandør.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Oppgaven ses i sammenheng med karleggingen av applikasjoner i foretaket.			



### **13.0 Oppfølging og rapportering**

I [Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til helseforetakene](#) fremgår det at «Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nord's risikostyring. Disse kravene skal følge metodikk og oppfølging i risikostyringen.»

Helse Nord RHF ber helseforetakene ved rapportering til 1. og 2. tertial 2022 legge ved en oversikt over gjennomførte risikovurderinger med tiltak som er fremlagt for egne styrer.

Helse Nord RHF ber spesielt sykehusforetakene om å vedlegge oversikt over risikovurderinger tilknyttet hovedmålene angitt i Oppdragsdokumentet 2022.

Risikovurderinger og tiltak bes oversendt som vedlegg til tertialrapport.

#### **Risikovurderinger – rapporteringstekst.**

UNN har ikke gjennomført risikovurderinger på strategiske målsetninger i oppdragsdokumentet for 2022 i 1.tertial.



## STYRESAK

Styresak:	58/2022
Møtedato:	21.06.2022
Arkivsak:	2022/4186-1
Saksbehandler:	Grethe Andersen

## Parkeringsstrategi Universitetssykehuset Nord-Norge HF

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til ny parkeringsstrategi for Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

--- slutt på innstillingen ---

### Bakgrunn

Det er gjennomført og er under planlegging ombygginger og nybyggprosjekt ved de ulike lokasjoner i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Disse medfører endringer som samlet sett nødvendiggjør en ny parkeringsstrategi i UNN. Formålet med strategien er både å løse UNNs behov for parkering og legge til rette for arealbruk som fremmer ønsket utvikling i foretaket, samt ta tydelig standpunkt til hvilken rolle UNN skal ha i de lokalsamfunn vi opererer i, hensett til klimamål, trafikkavvikling og byutvikling.

### Formål

Styret inviteres til å vedta ny parkeringsstrategi ved UNN.

### Saksutredning

Det som setter de ytre rammer for hvor mange parkeringsplasser vi kan og må etablere i tilknytning til våre bygg, er reguleringsplaner, kommuneplanens arealdel i de ulike kommunene, totalt tilgjengelig ubebygget areal, samt eventuelle ytterligere begrensninger og retningslinjer fra lokale myndigheter. Innenfor disse rammene må UNN gjøre sine

prioriteringer og strategiske valg.

Ny parkeringsstrategi ligger vedlagt saken (vedlegg 1). Hovedpunktene i strategien er:

- Det åpnes for parkering i anlegg som driftes av eksterne i tillegg til overflateparkering.
- Parkering skal være selvfinansierende, og det åpnes for ulik pris på parkering på de ulike lokasjoner.
- En andel parkeringsplasser øremerkes prioriterte brukere basert på behovsvurdering.
- Det skal utvikles tilbud for ansatte for å gjøre det gunstig å velge alternativer til bil.

I samarbeid mellom de regionale helseforetakene ble det i 2021 vedtatt en nasjonal veileder for parkering, som gir noen føringer som er bindende for UNN (vedlegg 2). Veilederen gir føringer om at helseforetak i større grad skal vektlegge pasienthensyn og støtte opp om nasjonal klimapolitikk i trafikkplanlegging. Det er understreket i veilederen at lokale hensyn skal vektlegges.

## Medvirkning

Det er gjennomført følgende møter i forbindelse med utarbeidelse av ny parkeringsstrategi:

- Innspillmøte med tillitsvalgte og foretaksverneombud 27.01.2022 i forkant av at utkast til strategi ble skrevet.
- Møte med tillitsvalgte og foretaksverneombud 04.05.2022 for gjennomgang av utkast til strategien.
- Arbeidsmiljøutvalget i UNN (AMU) fikk presentert utkast til strategi og ga sine innspill i møte 11.05.2022.
- Saken behandles i møte i parkeringsutvalg 02.06.2022. Leder og deltakere i parkeringsutvalg har deltatt i innspillmøte med foretaksverneombud og tillitsvalgte.

De innspillene som kom var i hovedsak tilslutning til de valg og den retning strategien tar, med særlig fokus på at det er viktig å gi noen brukere prioritert parkeringsrett. Det ble også gitt innspill på at det er nødvendig med egne parkeringsplasser for de som har utrykning på vakt, noe som er inntatt i strategien. I tillegg ble utvikling av tilbud for ansatte som gjør det mer gunstig å velge alternativer til bil for reise til og fra arbeidssted vektlagt.

Saken er lagt frem for brukernes arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne medvirknings og drøftingsmøter i uke 22. Referat og protokoll fra møtene legges frem som referatsaker i styremøtet 21.06.2022.

## Vurdering

Det er ikke ønskelig at UNN skal bruke mer areal til parkering enn det som er strengt nødvendig, av hensyn til foretakets utviklingsbehov og andre arealformål, både hva gjelder uterom og etablering av ny bygningsmasse. Parkeringsstrategiens formål må derfor ses opp mot andre (areal) formål.

Arealknapphet gjør at UNN både på lokasjonene i Narvik, Harstad og Tromsø (Breivika) har sett på planer for parkeringsanlegg heller enn overflateparkering. Strategien åpner for dette, samt at eksterne aktører kan etablere og drifte parkeringsanlegg der det er hensiktsmessig. Etablering av parkeringsanlegg i egen regi anses utfordrende å få til i de krevende investeringsprioriteringene foretaket står i. Dersom det blir aktuelt å etablere parkeringsanlegg i regi av eksterne aktører, vil det bli forelagt styret i hver enkelt sak.

Det er ikke mulig eller ønskelig at UNN skal ha en så stor kapasitet på parkering at alle ansatte er garantert rett til parkering til enhver tid. For noen ansatte foreligger det likevel forhold som gjør at det ikke finnes alternativ til å bruke bil til og fra jobb. Det foreslås derfor at det innføres en prioritering for noen brukere, som gis rett til å parkere på egne avsatte plasser.

UNN skal utvikle tilbud for våre ansatte som gjør det mer gunstig å velge alternativer til bil for reise til og fra arbeidssted. Dette inkluderer samarbeidsmøter med fylkeskommunene og andre aktuelle aktører for å få tilbud om billigere og bedre kollektivtrafikk.

Det vil bli utarbeidet en handlingsplan i løpet av oktober 2022 i tråd med strategien.

Tromsø, 03.06.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

Vedlegg 1 - Ny parkeringsstrategi UNN HF  
Vedlegg 2 - Nasjonal parkeringsveileder

# Parkeringsstrategi Universitetssykehuset Nord-Norge HF

## 1. Bakgrunn og formål

Det er gjennomført og under planlegging ombygginger og nybyggprosjekt ved de ulike lokasjoner i Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Disse aktualiserer hver for seg et behov for å gjennomgå gjeldende parkeringsmuligheter og -begrensninger ved lokasjonene, og samlet sett fører endringene til at det er nødvendig med en ny parkeringsstrategi i UNN.

Formålet med strategien er både å løse UNNs behov for parkering og legge til rette for arealbruk som fremmer ønsket utvikling i foretaket, men også ta tydelig standpunkt til hvilken rolle UNN skal ha i de lokalsamfunn vi opererer i, hensett til klimamål, trafikkavvikling og byutvikling.

I samarbeid mellom de regionale helseforetakene ble det i 2021 vedtatt en nasjonal veileder, som gir noen føringer som er bindende for UNN. I henhold til denne skal helseforetakene i sin planlegging av transporttilbudet (herunder parkering), støtte opp om de klimatiltak som helseforetakene er pålagt å følge som følge av nasjonal klimapolitikk. Helseforetakene bør samarbeide med lokale myndigheter om kollektivtransport for pasienter og ansatte for å ta mest mulig miljøhensyn. Videre skal pasienthensyn vektlegges i større grad i parkeringsstrategi og -retningslinjer. Det skal tilbys lademuligheter for ladbar motorvogn. Helseforetakene pålegges også å hensynta lokale forhold, som blant annet alternative parkeringstilbud i nærheten, kollektivtilbud og beliggenheten til sykehuset i sin planlegging av trafikk til og rundt egen eiendom.

I tillegg til det ovennevnte er det som setter de ytre rammer for hvor mange parkeringsplasser vi kan og må etablere i tilknytning til våre bygg, reguleringsplaner, kommuneplanens arealdel i de ulike kommunene, totalt tilgjengelig areal og andre lokale myndigheters begrensninger og retningslinjer. Innenfor disse rammene må UNN gjøre sine prioriteringer og strategiske valg.

## 2. Prinsipper for ansatteparkering i UNN

### 2.1 Tilgjengelig areal for parkering - utnyttelse

UNNs totale tilgjengelige ubebygde areal er begrenset, og skal ikke bare dekke parkeringsformål. For å få den mest effektive utnyttelse av det tilgjengelige areal, skal UNN ha parkeringsplasser både i parkeringsanlegg og overflateparkering. Parkeringsanlegg åpner for flere parkeringsplasser på det samme fotavtrykket, og vil benyttes der det er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig antall parkeringsplasser. Overflateparkering skal fremdeles benyttes der det er tilstrekkelig.

Drifts- og eiendomssenteret (DES) står for administrering og drift av parkering. Der det er hensiktsmessig, skal eksterne aktører drifte parkeringsanlegg.

## **2.2 Prispolitikk**

Parkering for de ansatte i UNN skal være selvfinansierende. Et eventuelt overskudd av intern drift skal gå tilbake til trafikk- eller parkeringsformål.

Medarbeidere som har parkeringsrett på overflateparkering, betaler en lavere parkeringsavgift enn de som har parkeringsrett i anlegg. Det er lik pris på parkering på overflateparkering i hele foretaket.

De medarbeidere som har parkeringsrett i parkeringsanlegg som driftes i egen regi av UNN, betaler lik pris uavhengig av hvilket parkeringsanlegg de benytter eller hvilken lokasjon de har som arbeidssted. I parkeringsanlegg som driftes av eksterne blir prisen for bruker bestemt i avtale mellom UNN og den aktuelle eksterne aktøren.

Det differensieres på pris av parkering etter tid på døgnet og kjøp av parkeringsrett på daglig, ukentlig og månedlig basis.

## **2.3 Disponering av tilgjengelige plasser – prioriterte brukere**

For å bedre parkeringstilbudet for pasienter og pårørende, skal andelen parkeringsplasser reservert besøkende og pasienter i UNN, på sikt økes.

Ansatte som oppfyller ett eller flere av følgende kriterier, kan søke om rett til å få prioritert parkeringsbevis.

- Avstand fra bopel til arbeidsstedet
- Lettere funksjonsnedsettelse (ses i sammenheng med hc-parkering og -bevis)
- Aleneomsorg for barn under 12 år
- Kollektivtilbud mellom bopel og arbeidssted
- Andre sosiale eller medisinske forhold

Det avsettes et avgrenset antall plasserte parkeringsplasser som forbeholdes den gruppen som oppfyller kriteriene.

Det avsettes egne parkeringsplasser for ansatte som har utrykning på vakt.

## **2.4 Sykkelparkering og kollektivtilbud for ansatte i UNN.**

Det etableres flere kostnadsfrie ski- og sykkelparkeringer. I barmarksesong omgjøres noen bilparkeringsplasser til midlertidige sykkelparkeringsplasser (stativ).

UNN skal utvikle tilbud for sine ansatte som gjør det mer gunstig å velge alternativer til bil for reise til og fra arbeidssted, som for eksempel billigere og bedre kollektivtrafikk.

### 3. Vurderinger og valg

Det er som følge av utviklingen i foretaket og tilpasning til fremtidige behov og krav, nødvendig å gjøre noen endringer i måten parkering for ansatte løses på i UNN.

Arealknapphet gjør at UNN både på lokasjonene i Narvik, Harstad og Tromsø (Breivika) har sett på planer for parkeringsanlegg heller enn overflateparkering. Parkeringsanlegg er dyrere å drifte enn gateparkering, men åpner for å få plass til flere parkeringsplasser. Det gir en bedre arealutnyttelse og åpner for annen bruk i øvrige etasjer. Det gir i tillegg et bedre tilbud til brukerne, særlig i vinterhalvåret. For å ha tilstrekkelig areal til nødvendig utvikling i foretaket, er det nødvendig å ta i bruk parkeringsanlegg fremfor kun overflateparkering.

Parkeringsanlegg som et tilbud i tillegg til overflateparkering, gjør at ulike ansatte i UNN får ulike tilbud, som varierer i både kvalitet og driftskostnad. Det er naturlig å gå bort fra fullstendig likebehandling i prispolitikken når tilbudene blir ulike. Overflateparkering vil bli billigere enn parkering i anlegg, både for foretaket og for den enkelte medarbeider.

Parkeringen ved sykehusene forvaltes i dag av Drift- og eiendomssenteret. Etablering av parkeringsanlegg nødvendiggjør en forandring også her, slik at det åpnes for at private kan etablere og drifte parkeringsanlegg for UNN.

Dersom det skal etableres det antall parkeringsplasser som er under planlegging i nye parkeringsanlegg, er det en betydelig investering. Dette lar seg vanskelig gjennomføre uten å slippe til eksterne aktører, gitt foretakets økonomiske situasjon og investeringsetterslep.

Det legges til grunn at det er ukomplisert for foretaket å konkurranseutsette denne tjenesten, og at det samlet sett vil føre til et bedre tilbud til de ansatte. Det vil imidlertid også kunne føre til et dyrere tilbud. Det foreslås at drift av parkering skal kunne gjøres av eksterne, private aktører der det er ansett som hensiktsmessig av DES.

Selv om parkering på noen lokasjoner blir dyrere, er det ikke naturlig å se for seg foretaket selv skal ta denne kostnaden for å legge til rette for flere og bedre parkeringsplasser for de ansatte. Det er i tråd med UNNs klimastrategi at bilparkering ikke er subsidiert.

Det differensieres i dag mellom parkering på ulike tider på døgnet. Det anbefales at dette fortsetter og forsterkes, slik at en større del av prisøkningen tas innenfor tidsrommet 08:00-16:00, og en mindre del av økningen tas for hhv. ettermiddag, kveld og natt.

Alle ansatte<sup>1</sup> i UNN kan i dag søke om parkeringstillatelse. Det har vært praktisert «først til mølla»-prinsipp for fordeling av parkeringsplasser, noe som har medført at noen ansatte har problem med å finne parkeringsplasser på de tider av døgnet hvor det er lavest dekningsgrad.

---

<sup>1</sup> Avtalekunder, praksisstudenter og ansatte i sykehusapoteket tilbys også parkering etter samme ordning og vilkår. Når det her henvises til de ansatte i UNN, omfattes også denne gruppen med mindre noe annet er særlig presisert.

Det anbefales at det innføres delvis behovsprøving i hele foretaket, hva gjelder både rett til plass og pris, for å sikre at ansatte med særskilte behov har mulighet til å benytte bil når annet alternativ ikke er tilgjengelig/mulig.

Det medfører at de ansatte som oppfyller et sett med kriterier gis rett til å parkere innenfor et bestemt, avgrenset område, og til en lavere pris. Det vil sikre at de som er i målgruppen, og som ikke har reelle alternativ til å kjøre egen bil til arbeid, ikke blir like berørt av prisøkningen og ikke trenger å forholde seg til et prinsipp om «først til mølla» når det er knapphet på parkeringsplasser.

Det gjøres ingen begrensning slik at noen ansatte nektes parkeringsrett, men å inneha en parkeringsrett vil fremdeles ikke gi garantert plass på alle tidspunkt av døgnet.

Som ledd i UNNs klima- og miljøstrategi, oppfordres medarbeidere til å sykle, gå eller benytte kollektivtrafikk til jobb. Ved UNNs lokasjoner skal det etableres flere kostnadsfrie sykkelparkeringer, både i adgangskontrollerte sykkelhus med kameraovervåking og sykkelparkering med enkel tilgang til personalinnganger. Mulighet for skiparkering skal utvides og videreutvikles der det er mulig.

UNN skal utvikle tilbud for sine ansatte som gjør det mer gunstig å velge alternativer til bil for reise til og fra arbeidssted, som for eksempel billigere og bedre kollektivtrafikk.

Strategien vedtas av styre i UNN. DES er ansvarlig for å utarbeide handlingsplan i tråd med strategien, som skal vedtas av direktørens ledergruppe. DES skal videre iverksette tiltak i tråd med handlingsplan. Parkeringsutvalget erstattes av et mobilitetsutvalg, og skal bidra i arbeidet.

Strategi og prinsipper skal gjelde for alle lokasjoner i UNN, med unntak av DPS og andre lokasjoner utenfor hovedsykehus hvor det i dag ikke er innført avgift av ulike lokale årsaker.





# Parkeringsveileder

Støtte ved forvaltning av parkeringsareal i spesialisthelsetjenesten

## Endringslogg

Tittel	Endringer	Dato	Ny versjon
Behandling AD	Godkjent av AD-ene i RHF-ene. Ingen endringer.	22.11.2021	1.0

Innhold

<b>1. Innledning</b> .....	<b>3</b>
1.1 Oppsummering .....	3
1.2 Målbilde for parkeringsveileder.....	3
<b>2. Anbefalinger</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Parkeringssituasjon ved landets sykehus</b> .....	<b>7</b>
3.1 Kartlegging av parkeringsforhold.....	7
3.1.1 Om sykehusenhetene .....	7
3.1.2 Pris og betalingsordning.....	8
3.2 Priser for ansattparkering .....	9
3.3 Organisering av parkeringsforvaltning.....	10
3.4 Tilgang på parkering og kollektivtilbud .....	11
3.5 Oppsummering .....	12
<b>4. Regelverk og eksterne ressurser knyttet til parkering</b> .....	<b>13</b>
4.1 Parkeringsforskriften .....	13
4.2 Register for parkeringstilbydere .....	14
4.3 Gebyrfinansiering Statens vegvesen.....	14
4.4 Forskrift om offentlig parkeringsgebyr .....	14
4.5 Parkeringsklagenemnda.....	15
4.6 Forskrift om parkeringstillatelse for forflytningshemmede.....	15
4.7 Vegvesenets håndbok.....	15
4.8 Vegtrafikkloven .....	15
4.9 Skiltforskriften.....	16
4.10 Sykkelveileder .....	16
<b>5. Organisering av parkeringsforvaltning</b> .....	<b>16</b>
5.1 De regionale helseforetakenes ansvar.....	16
5.2 Mobilitetsutvalg.....	17
5.3 Informasjon om transportmuligheter .....	17
5.4 Organisering av drift .....	18
5.5 Norges parkeringsforening (Norpark).....	19
<b>6. Parkeringsløsninger</b> .....	<b>20</b>
<b>7. Prispolitikk</b> .....	<b>21</b>
<b>8. Etablering av nye parkeringsarealer</b> .....	<b>22</b>
<b>9. Fremtidstrender</b> .....	<b>24</b>
9.1 Endringer i forutsetninger i fremtiden.....	25
<b>10. Konklusjon</b> .....	<b>26</b>

## 1. Innledning

Parkerings situasjonen ved sykehusene ble sist kartlagt og vurdert i 2008, og dokumentert i rapporten «Parkering ved landets sykehus» (datert 24.11.2008). Helse Sør-Øst RHF tok i januar 2020 initiativ overfor de tre andre regionale helseforetakene med mål om å få revidert retningslinjene for parkeringsordninger ved landets sykehus. Bakgrunnen var et behov for å oppdatere retningslinjene i tråd med dagens situasjon, utfordringer og nye krav og klimatiltak som helseforetakene er pålagt å følge.

### 1.1 Oppsummering

Problemstillingene knyttet til parkeringssituasjonen ved landets sykehus er mange og komplekse. Sykehusene er ulike både når det gjelder størrelse med hensyn til antall ansatte og antall pasienter og pårørende med parkeringsbehov, men også når det gjelder beliggenhet og parkeringsmuligheter. Det er også ulikheter i hvordan parkeringsområdene driftes. Det er altså mange lokale hensyn som må tas med i betraktningen når det kommer til utforming av parkeringsareal og parkeringsregime, og det finnes derfor ikke én løsning som passer for alle.

Denne veilederen skal være til hjelp for helseforetakene som forvalter parkeringsareal i dag eller skal planlegge å gjøre det i fremtiden. Veilederen vil kunne gjøre helseforetakene bedre rustet til å gjøre vurderinger med bakgrunn i lokale forhold.

Helseforetakene har et ansvar for å være tilgjengelig for pasienter, pårørende og ansatte. I vurderingen av dette ansvaret må det tas hensyn til sykehusets beliggenhet med tanke på hvor tilgjengelig det er for pasienter, pårørende og ansatte. Vurderingen må inkludere kollektivtilbud og mulighet for gange eller sykkel i tillegg til parkeringstilbud for de som benytter personbil. I denne veilederen har fokuset vært på forvaltning av parkering, men det må samtidig tas hensyn til den totale tilgjengeligheten.

Veilederen viser til relevante regelverk for forvaltning av parkeringsarealer, ulike måter å organisere parkering på og hva det må tas hensynt til når det gjelder prising av parkering. I tillegg er det en beskrivelse av parkeringssituasjonen ved helseforetakene i dag. Dette er ment som eksempler på hvordan parkering kan forvaltes og hvilke utfordringer som finnes knyttet til parkeringsforvaltning.

### 1.2 Målbilde for parkeringsveileder

Veilederen skal understøtte et målbilde om realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte og være i tråd med gjeldende Nasjonal helse- og sykehusplan. Det betyr at

helseforetakene ikke nødvendigvis kan tilby rimelig parkering til alle som måtte ønske det da parkering på mange steder vil være en begrenset ressurs.

Veilederen tar også hensyn til nasjonale klimamål som blant annet innebærer at det skal legges til rette for å redusere transportomfanget med personbil.

For pasienter er det et særlig behov for god tilgjengelighet til helsetjenester hele døgnet. Dette innebærer at sykehusene må legge til rette for at pasienter på en enkel måte skal kunne transportere seg til og fra sykehuset. De pårørende må også oppleve god tilgjengelighet til sykehuset, ikke minst fordi kjøring til sykehus ofte vil være forbundet med stressende situasjoner.

For de ansatte er det behov for forutsigbarhet og tilgjengelighet som er tilpasset arbeidsplassen. Dette betyr at ansatte ikke nødvendigvis kan forvente å ha parkeringsplass tilgjengelig, men de må kunne vite når de eventuelt har det og når de må finne andre løsninger. I tillegg bør de som trenger bil i jobben prioriteres. Det samme bør de som jobber utenfor ordinær arbeidstid ettersom kollektivtilbudet ofte er dårligere på kveld, natt og i helger.

Helseforetakene ønsker en bedre forvaltning av parkeringsareal som understøtter driften og som er forutsigbar og tilgjengelig for pasienter, pårørende og ansatte. Det er også et behov for å ha en tydelig veiledning slik at alle involverte forstår ordningen og hvilke prioriteringer som er lagt til grunn.

Samfunnet ønsker gode helsetjenester som legger til rette for sikker og forutsigbar tilgang til sykehusene for pasienter, pårørende og ansatte, og samtidig ivaretar nasjonale klimamål. De forskjellige sykehusenhetene vil ha forskjellige forutsetninger for å kunne lykkes her, avhengig av tilgjengelighet ved andre fremkomstmidler enn bil. Det oppfordres til dialog og samhandling med kommune og andre aktuelle aktører for å få til gode løsninger for samfunnet.



## 2. Anbefalinger

Arbeidsgruppen har oppsummert noen anbefalinger som kan føre til forbedringer av parkeringstilbudet, og være førende for helseforetakene. Disse er listet i følgende punkter:

1. Ved tilrettelegging av parkering ved sykehusene skal pasienter og pårørende, som er avhengige av bil som transportmiddel, prioriteres. Prioritering av pasienter og pårørende kan omhandle både antall plasser, men også avstand til inngang.
2. Det skal være et tilstrekkelig antall merkede HC-plasser ved de mest sentrale inngangene. Også ved personalinngang. Parkering for forflytningshemmede er regulert i parkeringsforskriften §§ 61 – 64.
3. Helseforetakene skal arbeide for at både parkeringsforhold og transportforhold støtter opp om de klimatiltak som helseforetakene er pålagt å følge, som følge av nasjonal klimapolitikk. Helseforetakene bør samarbeide med lokale myndigheter om kollektivtransport for pasienter og ansatte for å ta mest mulig miljøhensyn. Det er viktig at pasienters og pårørendes behov veier sterkt og at det gjøres en avveining mellom deres behov og miljøhensyn. I henhold til parkeringsforskriften skal det tilbys lademuligheter for ladbar motorvogn, på plasser tilrettelagt for allmenheten, på et tilstrekkelig antall parkeringsplasser.
4. Parkering for ansatte bør tilrettelegges på en slik måte at den dekker behov for en fornuftig hensetting av kjøretøy for de som har behov for dette i arbeidssammenheng, for eksempel vaktjeneste og utadrettet tjeneste. For andre ansatte kan det gjøres en vurdering av hvilken parkeringsordning som skal benyttes basert på lokale forhold. Helseforetakene bør også tilrettelegge for kollektivtransport eller bruk av sykkel/sparkesykkel, for å frigi parkeringskapasitet, samt ivareta miljøhensyn og klimapolitikk.
5. For å videreutvikle mobilitetsløsninger på tilgjengelig areal, kan det nedsettes et partssammensatt mobilitetsutvalg som kan fungere som et rådgivende forum når det gjelder helseforetakets mobilitetsløsninger. Utvalget kan også gi retningslinjer for klagebehandling og følge opp disse innenfor rammene av lovverket. Utvalget kan være sammensatt av brukere, ansatte og helseforetak.
6. Utvikling med økende grad av dagbehandling eller poliklinisk behandling endrer transportbehovet og dermed trafikkmønsteret ved sykehusene. Dette må tas hensyn til i planlegging av nye sykehus eller ombygginger, slik at det avsettes arealer for av- og

påstigning og venting i nærheten av inngangene. Ved etablering av nye parkeringsarealer bør helseforetaket involvere seg i reguleringsarbeidet til kommunen for på den måten å kunne komme med innspill til utarbeidelsen av forutsetningene for nye parkeringsarealer.

7. Når parkeringsavgift benyttes, skal denne ikke være urimelig og tilpasses lokale forhold. Urimelighet kan for eksempel være en parkeringsavgift som oppleves som en stor belastning for pasient, pårørende eller ansatt, særlig om alternative tilbud er dårlige. Urimelig parkeringsavgift kan også være høye priser på tidspunkter der det ikke er knapphet på parkeringsplass. Lokale forhold som må hensyntas er blant annet alternative parkeringstilbud i nærheten, kollektivtilbud og beliggenheten til sykehuset. Det bør utvises skjønn ved behandling av pasienter eller pårørende med høye parkeringskostnader som allikevel ikke har krav på refusjon. Eksempler på dette kan være kompensierende tiltak med rabattert parkering for pasienter med kroniske lidelser og pårørende som må være ved sykehuset i lengre perioder.
8. Inntekter fra parkeringsdriften bør brukes til etablering, forvaltning, drift og vedlikehold av parkeringstilbudet, samt til å fremme andre mobilitetsløsninger for å sikre et best mulig tilbud til pasienter, pårørende og ansatte.
9. Dersom helseforetaket eller eksterne benytter seg av kontroll sanksjon ved overtredelse av parkeringsbestemmelsene, bør helseforetakene tilstrebe å sikre en fornuftig inndrivelse av kontroll sanksjoner og muligheter for forenklet klagebehandling. Ved inndrivelse og klagehåndtering bør dette foregå på en måte som oppfattes som mild og forståelsesfull av brukerne, men i henhold til regelverket i parkeringsforskriften.
10. Det bør tilstrebes parkeringsløsninger som gjør at kontroll sanksjoner blir minimalisert, eksempelvis med etterskuddsbetaling, god skilting, lett tilgjengelig informasjon, fornuftig plassering av betalingsautomater og kontaktinformasjon eller et sted å henvende seg til ved spørsmål.
11. Ved innkalling av pasienter bør det gis informasjon om parkeringsforholdene, betalingssystem, og de mobilitetsløsningene som kan benyttes. Innkallingene bør vise til informasjon som ligger på nettsidene. Det er viktig for brukeropplevelsen at sykehuset oppleves tilgjengelig for brukerne.

### 3. Parkeringssituasjon ved landets sykehus

For å få en oversikt over parkeringsforholdene ved landets sykehus og hvordan parkeringsplassene blir administrert ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant helseforetakene. Spørsmålene omhandlet blant annet antall og tildeling av parkeringsplasser med hensyn til pasienter, pårørende og ansatte, lokasjon og driftsmåter, pris, betalings- og klageordninger, muligheter for kollektivtransport, samt foretakets fremtidsplaner med hensyn til parkeringsforhold.

Det var god respons på spørreundersøkelsen fra sykehusenhetene. På grunn av store forskjeller mellom helseforetakene, både geografisk og størrelsesmessig, var ikke spørsmålene like dekkende for alle. Noen besvarelser var derfor ikke fullstendige, eller førte til at svarene ikke umiddelbart kunne sammenlignes. Tilbakemeldingene fra spørreundersøkelsen oppfattes likevel som godt nok grunnlag for å dokumentere hvordan parkeringsforholdene fremstår ved de enkelte sykehusenhetene.

Det er mottatt besvarelser som omfatter 68 sykehusenheter fordelt på 19 helseforetak.

#### 3.1 Kartlegging av parkeringsforhold

Sykehusene kan grovt sett deles inn i tre kategorier:

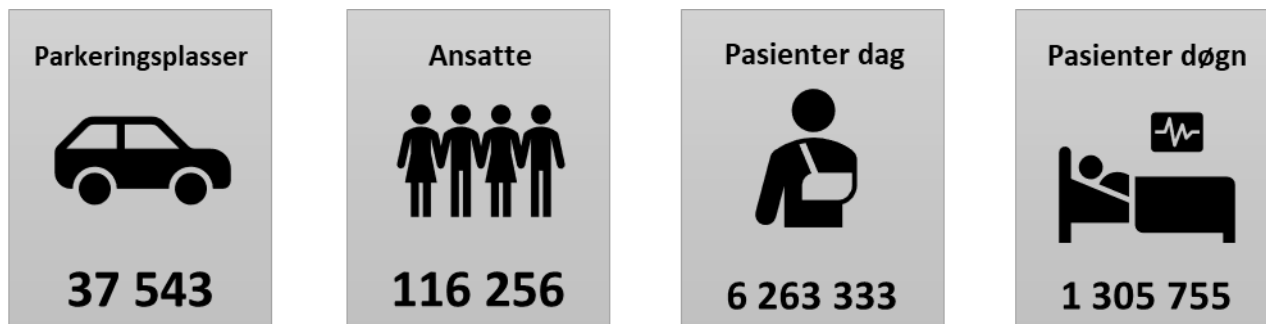
- 1) Sykehus som ligger i pressområder i eller ved storbyer, hvor det er generell aksept og betalingsvilje for parkering, samt at det finnes et godt utbygd kollektivsystem. Besvarelsene viser at disse sykehusene i stor grad benytter tjenester fra private eller kommunale parkeringsselskaper. Prisene for parkering her ligger gjerne på 20-50 kroner per time.
- 2) Sykehus som ligger i mindre byer og tettsteder, hvor det er en delvis aksept for betalt parkering. Her er prisene noe lavere på rundt 18-20 kroner per time. Parkeringskontrollen her utføres gjerne av kommunen.
- 3) Sykehus som ligger i distriktsområder uten knapphet på parkeringsarealer hvor det ikke tas betalt for parkering.

##### 3.1.1 Om sykehusenhetene

Med bakgrunn i de store lokale forskjellene kan ikke arbeidsgruppen anbefale et enhetlig parkeringsopplegg som kan gjelde for alle sykehus. Det anses som viktig at det tas lokale hensyn, samtidig som styreformen forutsetter at helseforetakene, som egne rettssubjekt, har ansvar for parkeringstilbud og at lover og forskrifter følges. Videre bør det vurderes om en inndeling av sykehusene i kategorier som nevnt over er hensiktsmessig. Ut ifra slik det innkomne materiale fremstår, er det vanskelig å gjøre sammenligninger av sykehus med så store forskjeller.



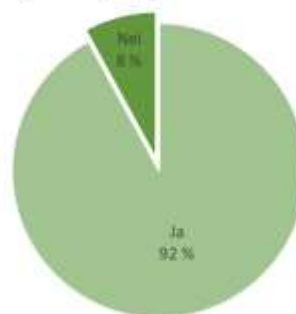
De sykehus som har svart på undersøkelsen representerer 37.453 parkeringsplasser, 116.256 ansatte, 6.263.333 pasienter som er inne til poliklinikk- eller dagbehandling per år og 1.305.755 pasienter som er på døgnopphold per år.



### 3.1.2 Pris og betalingsordning

Av 68 sykehusenheter oppgir 42 at de har betalingsordning, det vil si om lag 60 %. 92 % av pasientene tilhører sykehusenheter som har betalingsordning mens 8 % tilhører sykehusenheter som ikke har det. Selv om det er mange sykehusenheter som ikke har betalingsordning i dag ser det ut til å gjelde mange små sykehus, mens de store sykehusene med størst volum av pasienter har betalingsordning.

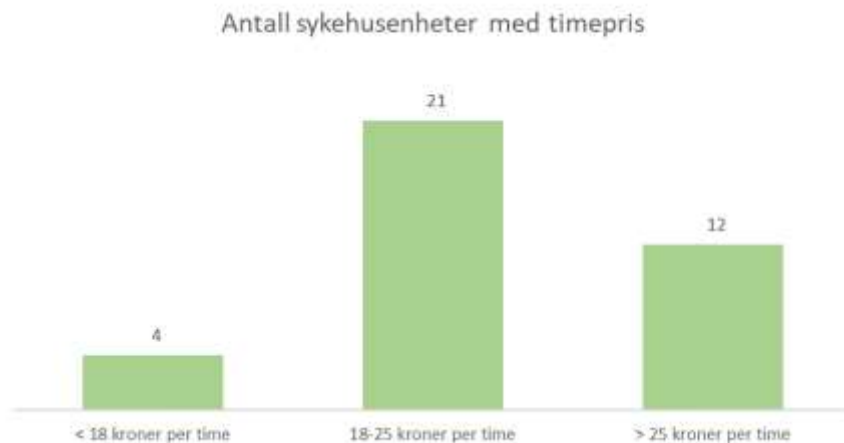
Er det betalingsordning i dag (vektet med antall pasienter)



Når det gjelder spørsmålet om virksomheten er selvfinansierende så oppgir 38 av sykehusenheter at dette er tilfelle. Arbeidsgruppen påpeker at det kan være utfordrende å allokere alle kostnader knyttet til parkering og at det ikke nødvendigvis er slik at alle sykehusenheter har god innsikt i hvorvidt parkeringsvirksomheten er selvfinansierende. Dette er en utfordring veilederen omtaler mer i kapittelet om prispolitikk.

Når det gjelder pris for parkering så varierer dette fra 18 kroner til nærmere 50 kroner per time. Oversikten under viser antall sykehusenheter med de forskjellige intervallene for timepris. Merk at dette er for primærperioden på dagtid og at det er sykehus som differensierer på pris basert på tid på døgnet. Flere sykehusenheter har reduserte takster på kveld- og nattestid.

Grafen under viser at det er fire sykehusenheter som oppgir å ha en timepris på 18 kroner timen eller lavere, 21 som oppgir å ha en timepris på mellom 18 og 25 kroner per time, mens 12 sykehusenheter har en timepris på over 25 kroner per time.



Det er videre gjort en kategorisering av hvorvidt sykehusenheten ligger i by eller distrikt.

Gjennomsnittlig timepris for parkering for sykehusenheter i by er NOK 29 og for distrikt er den NOK 19. Merk at det er for de sykehusenheter som har betaling, altså de med timepris på NOK 0 per time er ikke inkludert i gjennomsnittsberegningen. Alle som har betalingsordning, har betaling med kort eller kontant på automat. Nesten alle disse har også mulighet for å betale med app.

### 3.2 Priser for ansattparkering

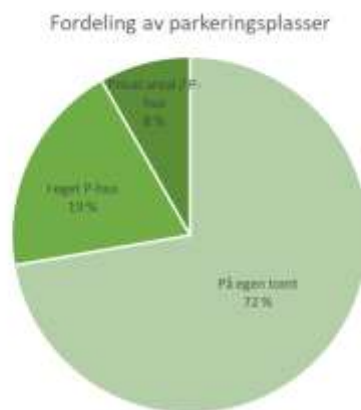
Det er flere ulike varianter for prising av parkering for ansatte. Noen tilbyr gratis parkering. Dette er de samme sykehusenheter som også gir gratis parkering for pasienter og pårørende. Mange av de som har betalingsordninger har rimeligere løsninger for de ansatte enn timebetaling. De fleste tilbyr en døgnpris og en månedspris. Døgnpriser varierer fra 20 til 50 kroner per døgn. Månedsprisene varierer fra 300 kroner til 1.125 kroner per måned. Det er også sykehus som oppgir å ha forskjellige månedspriser for de ansatte basert på ulike parkeringsområder. I tillegg til døgn- og månedspriser er det noen sykehusenheter som oppgir å ha egne priser for parkering per uke, 14 dager, 3 måneder, 6 måneder og 12 måneder. Det er også sykehus som oppgir å ha tilbud om parkering til lavere pris for ansatte kveld, natt og helg.

### 3.3 Organisering av parkeringsforvaltning

De aller fleste parkeringsplassene som sykehusenhetene disponerer er på egen tomt eller i eget parkeringshus. 72 % av parkeringsplassene er lokalisert som overflateparkering på egen tomt, 19 % er i eget parkeringshus og 8 % er på privat areal eller parkeringshus.

Kommunale parkeringsplasser er her ikke inkludert da dette har vært vanskelig å avgrense, f.eks. der sykehus ligger i eller ved byer med høy andel kommunal parkering.

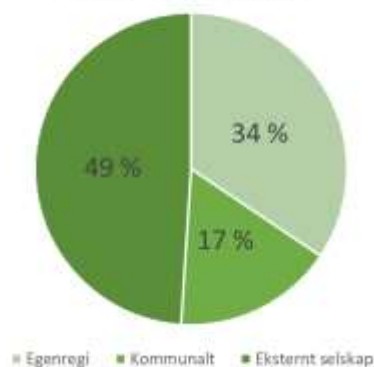
Når det gjelder organisering av parkeringsforvaltning er det relativt likt fordelt mellom egenregi, kommunalt og eksternt selskap. Ved å korrigere for antall pasienter øker andelen som har satt ut parkeringsdriften til eksternt selskap.



Organisering av parkeringsforvaltning



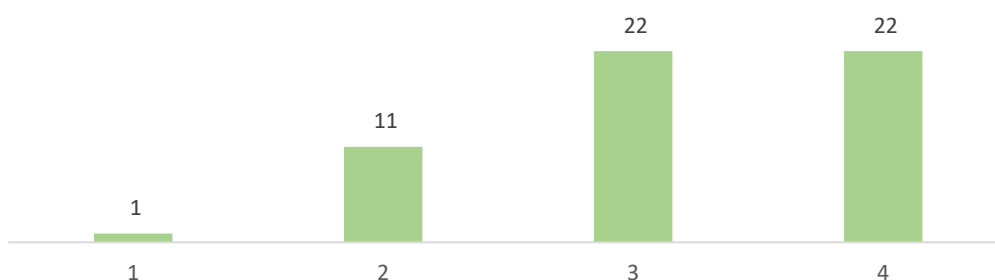
Vektet med antall pasienter



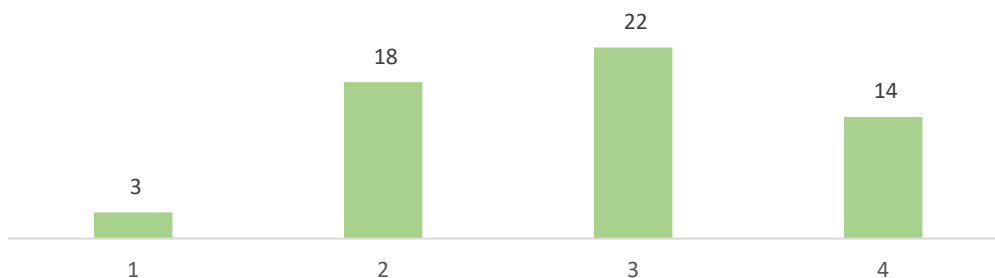
### 3.4 Tilgang på parkering og kollektivtilbud

I spørreundersøkelsen ble sykehusenheter bedt om å vurdere tilgang på parkering for ansatte og pasienter samt kollektivtilbudet for det aktuelle sykehuset. Vurderingen ble gjort på en skala fra 1 til 4 der 1 er dårlig og 4 er bra. Grafene under viser hvordan sykehusenheter fordelte seg på de forskjellige besvarelsene på skalaen. Tallene skal altså leses slik at skalaen fra 1 til 4 ligger på horisontal akse og hvor mange sykehusenheter som har svart den aktuelle verdien på skalaen. I grafen for «Tilgang på parkering pasienter» under har 22 sykehusenheter svart 3 på en skala fra 1 til 4.

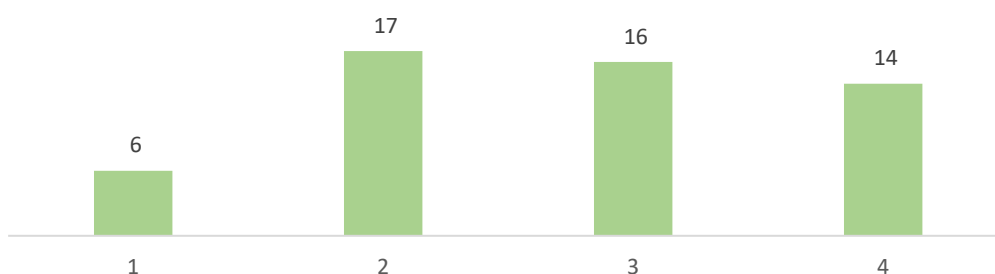
Tilgang på parkering pasienter



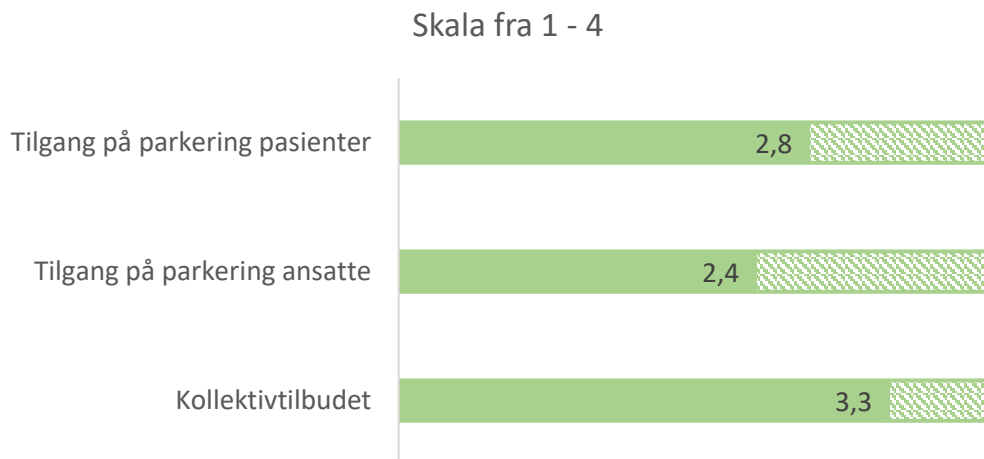
Tilgang på parkering ansatte



Kollektivtilbudet



Det er en svakhet ved å se på tilfredsheten basert på antall sykehus da hver sykehusenhet ikke omfatter like mange pasienter og ansatte. Derfor er det også beregnet gjennomsnittverdier her som er vektet med pasienter eller ansatte. Grafen under viser gjennomsnittsverdier oppgitt på en skala fra 1 til 4 vektet med antall pasienter for «Tilgang på parkering pasienter» og «Kollektivtilbud», og vektet med antall ansatte på «Tilgang på parkering ansatte». Dette viser et mer korrekt bilde og her ser vi at det er tilgang på parkering for ansatte som er vurdert som dårligst.



I spørreundersøkelsen ble det også stilt spørsmål om hvilke utfordringer sykehusene hadde med parkering i dag. Blant emnene som går igjen utmerker utfordringer med nok ansattparkering seg, særlig på toppene rundt vaktskifte. Dette harmonerer også med at det er tilgang til parkering for ansatte som er vurdert som dårligst av sykehusene.

### 3.5 Oppsummering

Spørreundersøkelsen viser at det er store forskjeller på sykehusenhetene hva angår størrelse, antall ansatte, antall pasienter, beliggenhet og parkeringsforhold. De stedene som håndterer flest pasienter har for det meste betalingsordninger for parkering. For de aller fleste av de er det selvfinansierende. Timeprisene varierer en del avhengig av størrelse og plassering på sykehusenhet, men de fleste med betalingsordning ligger mellom 18 og 25 kroner per time innenfor ordinær tid.

De fleste er relativt fornøyd med kollektivtilbudet (3,3 på en skala fra 1 til 4). Tilgangen på parkering ligger noe lavere for pasienter (2,8 på en skala fra 1 til 4) og ansatte (2,4 på en skala fra 1 til 4). Av fritekstfeltet fremgår det at det som går igjen på fleste sykehusenheter er utfordringer knyttet til ansattparkering og særlig med tanke på å håndtere toppene som kommer ved vaktskifte.

## 4. Regelverk og eksterne ressurser knyttet til parkering

Dette kapitlet gir en oversikt over relevante regelverk og eksterne ressurser knyttet til parkering med tilhørende linker.

### 4.1 Parkeringsforskriften

Sykehus som tilbyr parkering for allmenheten, må forholde seg til Forskrift om vilkårsparkering for allmenheten og håndheving av private parkeringsreguleringer, heretter benevnt som parkeringsforskriften. Forskriften gjelder for vilkårsparkering av motorvogn på veg åpen for alminnelig ferdsel. Med vilkårsparkering menes parkering mot betaling, parkering med tidsbegrensning og parkering på andre vilkår som for eksempel parkering innenfor oppmerket felt. Parkeringsforskriften gjelder for både offentlige og private parkeringstilbud. Med offentlig parkeringstilbud menes all parkering som tilbys av stat og kommune (regulert av statens vegvesen eller politi), mens private parkeringstilbud tar utgangspunkt i egen eiendom (driftet av sykehuset selv eller innleid aktør som kan være et privat eller et kommunalt parkeringsselskap)

Forskriften gjelder ikke for parkering reservert for særskilte grupper på områder som er fysisk avgrenset eller det ved privat skilting i samsvar med § 26 fremgår at parkering ikke tilbys allmenheten. Dersom det ilegges sanksjoner på slike steder gjelder likevel kravene i kapittel 3 (personell), kapittel 8 (sanksjon) og kapittel 9 (klage).

Forskriften gjelder ikke midlertidig tilbud om parkering mot betaling der betalingen skjer til en fysisk person og det ikke ilegges sanksjoner. Forskriften gjelder heller ikke for områder med veiledende skilt og oppmerking som ikke håndheves. Statens vegvesen avgjør i tvilstilfelle om vilkårene er oppfylt.

Parkeringsforskriften tar for seg de fleste sider knyttet til vilkårsparkering, blant annet standardiserte satser på kontrollsanksjonene som ilegges hvis parkeringsreglene ikke overholdes, krav om parkeringsplasser for el-biler og forflytningshemmede, standardisering av skilting og krav om opplæring av parkeringsvakter. Formålet med reglene er å gjøre parkering mer forbrukervennlig, sikre universelt utformede tilbud, gi likere konkurranseforhold og legge til rette for offentlig kontroll av virksomhetene. Parkeringsforskriften tar for seg de fleste sider knyttet opp mot vilkårsparkering, blant annet standardiserte satser på kontrollsanksjonene som ilegges hvis parkeringsreglene ikke overholdes, krav om parkeringsplasser for el-biler og forflytningshemmede og standardisering av skilting. Det stilles dessuten klare krav om opplæring og regodkjenning av parkeringsvakter, dersom sykehuset ønsker å drifte parkeringsområdene selv.

Formålet med reglene er å gjøre parkering mer forbrukervennlig, sikre universelt utformede tilbud, gi likere konkurranseforhold og legge til rette for offentlig kontroll av virksomhetene.

Håndhevelse av stans- og parkeringsforbud som følger av trafikkreglene, vegtrafikkloven eller skiltforskriftens skilt omfattes ikke av parkeringsforskriften, men reguleres i forskrift om offentlig parkeringsgebyr.

Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017.

Lenke: [Parkeringsforskriften](#)

#### 4.2 Register for parkeringstilbydere

Alle som ønsker å tilby vilkårsparkering må registrere virksomheten og parkeringsområdene i et sentralt register. Registreringen må gjøres før parkering tilbys. Virksomheten må først registreres via Altinn og deretter registrere parkeringsområde. I lenken under er det beskrevet en mer detaljert fremgangsmåte.

Lenke: [Register for parkeringstilbydere](#)

#### 4.3 Gebyrfinansiering Statens vegvesen

Parkeringsvirksomheter og opplæringstilbydere skal betale gebyr for å dekke kostnader Statens vegvesen har ved å forvalte parkeringsforskriften. Det betales gebyr for antall plasser i register, gebyr for tilsyn og gebyr for tilbydere av opplæringstjenester. Gebyrfinansieringen er regulert i Forskrift om gebyr for parkeringsvirksomhet og opplæringstilbydere (gebyrforskriften) som fastsetter gebyrer for kostnader Statens vegvesen har med å forvalte forskrift om vilkårsparkering for allmennheten og håndheving av private parkeringsreguleringer (parkeringsforskriften). Under er lenke til beskrivelse av gebyrfinansiering hos Statens vegvesen og lenke til selve Gebyrforskriften.

Lenke: [Gebyrfinansiering Statens vegvesen](#)

Lenke: [Gebyrforskriften – finansiering av Parkeringsregisteret m.m.](#)

#### 4.4 Forskrift om offentlig parkeringsgebyr

Forskrift om offentlig parkeringsgebyr gjelder overtredelser av bestemmelser om stans og parkering av motorvogn eller tilhenger til motorvogn på veg åpen for alminnelig ferdsel, jf. trafikkreglene § 1 og som ikke omfattes av forskrift om vilkårsparkering for allmennheten og håndheving av private parkeringsreguleringer. Denne er altså relevant der det ikke er vilkårsparkering for allmennheten som reguleres av parkeringsforskriften.

Private parkeringselskaper kan kun ilegge kontroll sanksjoner for overtredelser og disse er regulert i parkeringsforskriften. Kommuner kan ilegge gebyr dersom de står for parkeringsdriften.

Lenke: [Forskrift om offentlig parkeringsgebyr](#)

#### 4.5 Parkeringsklagenemnda

Det er opprettet en obligatorisk parkeringsklagenemnd (pknemnda.no). Hvis klagen til parkeringsvirksomheten har blitt avslått kan avgjørelsen klages til parkeringsklagenemnda.

Parkeringsklagenemnda er et selvstendig og uavhengig tvisteløsningsorgan som søker å løse tvister som gjelder kontroll sanksjoner eller fjerning av kjøretøy. Det er også en forskrift om finansiering av Parkeringsklagenemnda og hvordan den skal finansieres av parkeringsvirksomhet og andre som ilegger sanksjon i henhold til parkeringsforskriften eller håndhever parkeringsrestriksjoner. Formålet med denne forskriften er å sikre brukerfinansiering av Parkeringsklagenemnda. Under er lenke til Parkeringsklagenemnda og forskrift om brukerfinansiering av Parkeringsklagenemnda.

Lenke: [Parkeringsklagenemnda](#)

Lenke: [Forskrift om brukerfinansiering av Parkeringsklagenemnda](#)

#### 4.6 Forskrift om parkeringstillatelse for forflytningshemmede

Forskrift om parkeringstillatelse for forflytningshemmede har som formål å gi forflytningshemmede med et reelt behov for parkeringslette et tilgjengelig parkeringstilbud. En slik tillatelse kan man søke om i sin hjemkommune.

Lenke: [Forskrift om parkeringstillatelse for forflytningshemmede](#)

#### 4.7 Vegvesenets håndbok

Vegvesenets håndbok for universell utforming av vei og gater gir gode råd til utforming og plassering.

Lenke: [Vegvesenets håndbok for universell utforming](#)

#### 4.8 Vegtrafikkloven

Vegtrafikkloven kan også være relevant for parkeringsforvaltning. Denne lov gjelder all trafikk med motorvogn. Den gjelder også annen ferdsel, også parkering, men da bare på veg eller på område som har alminnelig trafikk med motorvogn.

Lenke: [Vegtrafikkloven](#)



#### 4.9 Skiltforskriften

Skiltforskriften omhandler offentlige trafikkskilt, vegoppmerkinger og trafikksignaler med utforming, farge og betydning. Det er kun skilt i Parkeringsforskriften vedlegg 1 som skal benyttes til vilkårsparkering.

Lenke: [Skiltforskriften](#)

#### 4.10 Sykkelveileder

Kolumbus har laget en veileder for sykkelparkering som skal være et verktøy for alle som ønsker å utbedre parkeringstilbudet for de som sykler.

Lenke: [Sykkelparkeringsveileder](#)

### 5. Organisering av parkeringsforvaltning

Ansvar for å tilrettelegge for gode parkeringsordninger for pasienter, pårørende og de ansatte påhviler helseforetakene. Som følge av deres autonomi står helseforetakene fritt til å velge hvilken måte dette skal gjøres; enten det er i egen regi eller i samarbeid med for eksempel kommuner eller private parkeringsselskap. Helseforetakene kan fritt opprette eget selskap for parkeringsadministrasjon med de begrensninger som ligger på selskapsform i helseforetakslovens § 42 tredje ledd, samt Parkeringsforskriften § 5.

#### 5.1 De regionale helseforetakenes ansvar

De regionale helseforetakenes ansvar er tosidig. I første rekke har de regionale helseforetakene et "sørge for"-ansvar, og som eier av helseforetakene styres disse gjennom oppdragsdokumenter og foretaksmøter. Gjennom denne styringsdialogen har de regionale helseforetakene mulighet til å påvirke helseforetakenes pasientrettede ordninger som f.eks. parkering.

Derne har de regionale foretakene et praktisk ansvar i forbindelse med refusjon av kostnader pasientene har hatt i forbindelse med reiser for å motta behandling. Dette følger av forskrift gitt i samsvar med pasientrettighetsloven §2-6 og spesialisthelsetjenesteloven § 5-5; Forskrift om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften).

I henhold til forskriftens §5 jfr. §§ 9, 11 og 15 skal pasienter, ledsagere og pårørendes utgifter til parkerings refunderes av de regionale helseforetakene etter nærmere angitte vilkår. Utgifter som utgjør mindre enn 100 kroner utbetales imidlertid ikke, hvis ikke det innen 6 måneder oppstår rett til ytterligere dekning, og dette samlet overstiger 100 kroner jfr. Forskriftens § 16.

Svært mange pasienter omfattes imidlertid ikke av refusjonsordningen på grunn av beløpsgrensen, og for disse vil utgiftene til parkering kunne føles som en belastning. Refusjonsordningen omfatter heller ikke kontrollsanksjoner pådratt om parkeringstiden utløper. Å bli ilagt kontrollsanksjon, eller muligheten av det, vil oppleves som et stressmoment og urimelig i en ellers sårbar situasjon. For samtlige brukere; pasienter, pårørende og ansatte er derfor gode og tilrettelagte parkeringsordninger nødvendige.

## 5.2 Mobilitetsutvalg

Både pasienter og ansatte har behov for parkering ved sykehusene. Der hvor det er knapphet på parkeringsplasser vil det være en avveining av hvordan fordeling av parkeringsplasser skal skje, i første rekke mellom pasienter og ansatte. Det er arbeidsgruppens vurdering at pasientenes og pårørendes behov må prioriteres.

Samtidig er det også slik at for mange ansatte er bil eneste mulige transportmiddel. Særlig gjelder dette de med ugunstig arbeidstid, og de med behov for bil i tjenesten.

For å gjennomføre en riktig prioritering og fordeling kan det være formålstjenlig å nedsette et partssammensatt mobilitetsutvalg. Dette utvalget kan sammen med helseforetakets ledelse komme fram til hvordan parkeringsplassene fordeles etter gitte kriterier. I en slik sammenheng kan helseforetaket f.eks. fordele antall plasser utover døgnet, idet behovet for pasient- og pårørendeparkering er mindre på natten. Det partssammensatte parkeringsutvalget bør gis i mandat å utrede hvordan eventuell gratis parkering kan praktiseres. Utvalget bør også undersøke andre transportmuligheter enn personbil slik at det gjøres en vurdering av hele tilgjengelighetsbildet og ikke bare selve parkeringen.

Når det gjelder fordelingen av parkeringsplasser må det avsettes tilstrekkelig antall HC-plasser i nærheten av de viktigste inngangene, også ved personalinnganger slik dette fremkommer i Parkeringsforskriften. HC-plassene skal være både riktig dimensjonert og plassert. Videre gjøres det oppmerksom på at bevegelseshemmede har rett til fri parkering på parkeringsområder som tilbys av det offentlige. Helseforetak regnes som offentlig område, selv om parkeringsdriften drives privatrettslig.

## 5.3 Informasjon om transportmuligheter

Ved innkalling til behandling ved sykehuset anses det som viktig at pasienten får informasjon om hvordan en lettest kan ta seg frem til sykehuset, om dette er med privatbil, og om hvordan parkeringsmulighetene er. Noen sykehus praktiserer fri parkering for pasienter som er til dagbehandling selv om det forøvrig er avgiftsparkering. Dette vurderes som pasientvennlig og vil

også være arbeidsbesparende i det noen pasienter har krav på refusjon av transportutgifter herunder parkering. Dersom det ikke gis fri parkering bør likevel ikke pasientene betale for lengre parkeringstid enn tid avsatt til behandling, eller bli belastet med kontroll sanksjoner ved for eksempel forsinkelse i behandlingen.

Det anbefales at det lages en oversikt over transportmuligheter til og fra sykehuset som inkluderer parkeringsforhold. Denne oversikten bør inkluderes eller vises til i innkallingen av pasienter. Den bør inkludere informasjon om:

- Bussforbindelser
- Sykkel- og gangsti
- Parkeringsplasser
- Informasjon om priser og betalingsløsning hvis det er betalingsordning
- Parkeringsplasser for forskjellige pasientgrupper som for eksempel dialysepasienter eller blodgivere
- Eventuelt parkeringssamarbeid med andre
- Eventuelle andre transportmuligheter til og fra behandlingssted

For de ansatte bør det i tillegg være en utvidet oversikt som oppfattes å være relevante for de ansatte. Dette er ekstra viktig på steder der ansatte bemanner flere sykehusenheter. En slik oversikt bør inneholde særordninger for de ansatte og parkeringsplasser for ansatte, tjenestebiler, bruk av eget kjøretøy i tjeneste, hjemmevakter og lignende.

#### 5.4 Organisering av drift

Helseforetakene kan organisere forvaltningen av parkeringsplasser på ulike måter. Helseforetakene kan selv drifte parkeringsplassene i egen organisasjonen, som et eget selskap, driften kan settes ut til en privat aktør eller i avtale med kommunen. Det er også mulig å drifte i en kombinasjon av dette der deler av driften settes ut og deler gjøres selv. Eksempelvis kan et helseforetak selv drive innkreving av parkeringsavgift, men la andre utføre kontroll og ileggelse av kontroll sanksjoner.

Helseforetaket bør utarbeide en parkeringspolitikk/strategi som beskriver prinsipper og hvordan parkeringen skal driftes ved sykehusene. Mobilitetsutvalget bør få i mandat å ivareta og utvikle strategien, samt påse at parkeringspolitikken for helseforetaket blir gjennomført.

Skal helseforetaket drive i egen regi vil det kreve en organisasjon som følger opp forvaltningen av parkeringsarealene. Helseforetaket må også kunne håndtere ileggelse av kontroll sanksjoner og klagesaker. Statens vegvesen skal føre tilsyn med og påse at vilkårsparkering drives og håndheves i samsvar med forskriften.

Statens vegvesen kan gi pålegg om å rette forhold som ikke er i samsvar med forskriften, fastsette frist og ved behov følge opp med tvangsmulkt. Dersom et parkeringsområde ikke oppfyller forskriftens krav eller håndheving ikke skjer i samsvar med forskriften kan Statens vegvesen fatte vedtak om å avskilte parkeringsområdet og nedlegge forbud mot å sette opp nye skilt. Statens vegvesen kan beslutte at avskilting skal gjelde flere eller alle virksomhetens parkeringsområder. Det er derfor viktig at de som forvalter parkeringen har kontroll på regelverk og overholder dette både i etablering og drift av parkeringsareal.

Om helseforetakene benytter en ekstern aktør, enten i form av et privat selskap eller kommunen, så vil det fristille administrasjonen for en del oppgaver knyttet til parkeringsforvaltning. De må allikevel følge opp ekstern aktør og påse at de utfører oppdraget i henhold til avtale.

Om helseforetaket setter ut arbeidet til eksterne må foretaket være tydelig på at de skal ha fullt innsyn i parkeringshåndteringen ved forespørsel og skal orienteres om henvendelser av klager og rutiner for klagehåndtering. Dette er særlig viktig da det er helseforetakets brukere som vil bli påvirket av parkeringsforvaltningen uten at de sitter med all informasjon om henvendelser som går til parkeringsselskapet. Helseforetaket må derfor forsikre seg om at parkeringsselskapet ikke opptrer urimelig.

Helseforetaket må derfor drive oppsyn med at parkeringsbestemmelsene overholdes, og at kontrollsanksjon er et hjelpemiddel for å oppnå dette. Det anbefales at helseforetaket pålegges å ha et smidig forhold til dette, slik at pasienter ikke opplever systemet som urettferdig, eller at det er vanskelig å nå frem med sine synspunkter. Det må etableres rutiner hvor det er enkelt å komme i kontakt med de som skal refundere eventuelt feil ilagte kontrollsanksjoner. Det må spesielt tas hensyn til at de som hensetter bilen i en akutt eller stresset situasjon ved egen eller nære pårørendes sykdom, har et sted å henvende seg.

### 5.5 Norges parkeringsforening (Norpark)

Norpark er bransjeforeningen for all parkeringsrelatert virksomhet, både for kommersiell og forvaltningsmessig drift. Når man driver parkeringsforvaltning, kan det være vanskelig å sette seg inn i alle krav og regler. Norpark avholder regelmessig kurs for ansatte som jobber med parkering. I tillegg kan de yte juridisk bistand til medlemmer. Under er en lenke til Norpark sine hjemmesider. Der kan man blant annet se gjeldende parkeringsregler og hvilke ulike kurs som tilbys de som driver med parkering, for eksempel parkeringsbetjener som har strenge krav til opplæring jamfør Parkeringsforskriften, men også til parkeringsledere.

Lenke: <http://norpark.no/>

## 6. Parkeringsløsninger

I parkeringsforskriften er det regulert hvilke betalingsløsninger som må tilbys for de forskjellige parkeringsområdene. I åpne anlegg skal det være en universelt utformet betalingsautomat og en betalingsløsning som ikke forutsetter bruk av automat eller annen fysisk innretning, men som den parkerende kan betjene fra motorvognen ved hjelp av mobiltelefon eller annen teknologi. I parkeringsforskriften pekes det på dokumentasjon som beskriver automat som oppfyller krav til universell utforming.

I lukkede anlegg skal det i henhold til parkeringsforskriften tilbys en betalingsløsning som ikke innebærer behov for manuell betjening av kortleser, automat eller lignende, men hvor kontroll ved inn- og utkjøring skjer automatisk. Dette kan for eksempel være ved hjelp av egen brikke eller automatisk lesing av registreringsnummer.

Generelt oppleves illeggelse av kontrollsanksjon når parkeringstiden ikke overholdes som unødvendig, og av og til urettferdig. Det er et mer brukervennlig system når betaling skjer etter medgått tid, det vil si ved utkjøring.

Det er oppgitt i Parkeringsforskriften at det skal tilbys lademuligheter for ladbar motorvogn på et tilstrekkelig antall parkeringsplasser for allmenheten. Det er definert som at det i alminnelighet til enhver tid skal være en ledig plass med lademulighet, men maks 6 % av det totale antallet parkeringsplasser, avhengig av hvilket tall som er lavest. Her kan det gjøres unntak om investerings- eller driftskostnadene blir urimelig høye.

Lademuligheter må også tas hensyn til om man utvider antall elektriske tjenestekjøretøy. Ved bruk av mer elektriske kjøretøy i tjeneste er man avhengig av parkeringsplasser med lademuligheter for å sikre at kjøretøyene er operasjonelle. Det kan også bli behov for lademuligheter for andre type el-kjøretøyer som for eksempel sykler og sparkesykler.

## 7. Prispolitikk

Spørsmålet om bruk av parkeringsavgift har en viss kompleksitet. Avgiftene har i enkelte tilfeller betydning for finansiering av parkeringshus og opparbeidelse av parkeringsarealer og lignende, eller kommer som følge av avtalemessige forpliktelser i forhold til parkeringsselskaper som ivaretar drift. En kan også forsvare bruk av parkeringsavgifter ut fra at det ved enkelte sykehus er knapphet på parkeringsplasser, eller ut fra et bredere samfunnsmessig hensyn knyttet til bilbruk, bruk av kollektivtransport og klimaproblematikk.

De helseforetakene som har avgiftsparkering får en inntektskilde. Det vurderes som logisk at disse inntektene går til drift av selve parkeringen eller andre tiltak som bidrar i tilgjengelighetsbildet for sykehuset. Som tidligere nevnt kan det være vanskelig å identifisere alle kostnadene knyttet til parkering. Dette gjør at parkeringen tilsynelatende kan gi et overskudd som vil inngå i det totale inntektsbildet til helseforetaket. Det anbefales derfor at sykehusene identifiserer kostnadene knyttet til parkering slik at de kan sammenstilles med inntektene. Hensikten med dette er å vise at man ikke profitterer på parkering eller bruker det som en finansieringskilde for øvrig drift av sykehuset.

Prisen kan settes basert på driftskostnader og kostnader knyttet til utvikling av tilgjengelighetstiltak for sykehuset. Dette anses imidlertid som utfordrende, da prisen bør tilpasses lokale forhold og bestemmelser, slik at de verken blir for høye eller lave i forhold til nærliggende parkeringsanlegg. Dersom det er uoverensstemmelse i prisene for parkering, kan dette skape uønskede trafikkstrømmer og bruk av parkeringsplassene, avhengig av hvor det er billigst å parkere.

Om sykehuset har en betalingsordning og opplever knapphet på parkeringsplasser finnes det også forskjellige virkemidler for å kunne styre etterspørselen. Det kan da differensiere pris basert på behov som for eksempel

- Ordinær takst på dagtid og redusert takst på kveld- og nattestid for ansatte. Dette vil gjøre det mindre gunstig å parkere på dagtid, men da er det også bedre kollektivtilbud og det oppfordres dermed til å benytte andre måter for å komme seg til behandlingssted eller arbeidsplass.
- Helseforetakene kan differensiere på pris avhengig av avstand til inngang. Dette vil gi de som er minst betalingsvillig, og dermed opplever parkeringskostnaden som en større belastning, muligheten til å betale en lavere pris mot å måtte gå en lengre distanse til inngangen.
- Det går også an å differensiere på parkering i og utenfor parkeringshus. Noen er villig til å betale mer for å kunne stå under tak og opplever gjerne parkeringshus som tryggere. Da vil de kunne ta en høyere pris for dette.

Hensikten med prisdifferensiering er ikke nødvendigvis å økt inntektene knyttet til parkering, men å kunne gjøre fordelingen mer rettferdig. Hvis noen er villig til å betale mer for å stå nær inngangen betyr det at de kan ta tilsvarende lavere pris for de som parkerer langt vekk.

Det er relativt få helseforetak som angir at de differensierer pasientgrupper når det gjelder parkeringstilbud. Dette anses også som arbeidskrevende og kan også oppfattes urettferdig av de pasientgrupper som ikke nyter godt av det beste tilbudet. Det kan være vanskelig å skille den ene gruppen fra den andre, hvor alle vil ha gode grunner for fri parkering nærmest mulig inngang. Dersom noen pasienter kommer uheldig ut, bør det utvises et pasientvennlig skjønn i slike tilfeller.

## 8. Etablering av nye parkeringsarealer

Når det skal etableres nye parkeringsarealer, enten som følge av utvidelse av eksisterende areal eller nybygg, må hele tilgjengelighetsbildet for sykehuset vurderes. Det kan også være begrensninger i reguleringsplaner fra kommunen som legger føringer for hva de kan tillate seg å inkludere av parkeringsareal. I arbeidet med reguleringsplaner er det viktig at sykehusene engasjerer seg i planleggingsfasen slik at det er mulig å påvirke basert på de behovene helseforetaket har.

Hvis det skal etableres nybygg må parkeringsbehovet utredes, likeså av- og påstigningssoner ved besøksinnganger. Pårørende og pasienter vil ofte være i en stresset situasjon og oppleve situasjonen som kritisk, de vil da søke å kjøre nærmest mulig aktuell inngang, enten det er fødeavdeling, akutt barneavdeling eller skadepoliklinikk. Pasienter som ankommer eller reiser med pårørende eller drosje, vil ofte ha en redusert allmenntilstand, og bør av den grunn sikres kortest mulig transportetappe utomhus.

Pasientreiser og Helsebuss vil sammen med ordinære drosjer ha behov for lett tilgang til besøksinngangene, også plasser hvor de kan sette fra seg bilen den tiden det tar å følge pasienten inn i sykehuset. Ambulansetjenesten vil også ha behov for å kunne transportere pasienter til de ulike inngangene, samt hente ut pasienter som skal transporteres til et annet omsorgsnivå. Overbygde oppstillingsplasser med direkte adkomst til de ulike inngangene må være isfrie for sikker adkomst. Klimaforholdene i Norge tilsier at avstanden mellom oppstillingsplass og inngang bør være kortest mulig. Tidligst mulig i planleggingsprosessen når behovet for parkering og oppstillingsplasser er avklart, bør det søkes dialog med regulerende myndighet for å sikre at reguleringen for området ivaretar de nødvendige hensyn for parkering ved sykehus.

I etablering av nybygg må det estimeres antall ansatte og antall pasienter og pårørende som må ha tilgang til tjenestene som leveres der. Deretter må avstand til nedslagsområde for sykehuset og alternative transportmetoder vurderes.

Helseforetaket må også ta i betraktning andre parkeringsalternativer i nærheten som drives av kommunen eller private parkeringsselskaper. Dette spesielt med tanke på ekstraordinære hendelser og beredskapssituasjoner, hvor en vil ha behov for merkbart økt parkeringskapasitet for å sikre tilstrekkelig kapasitet for kritisk personell og pårørende. Tilstrekkelig antall parkeringsplasser for ansatte og brukere av sykehuset vil kunne være en faktor som påvirker sykehusets evne til å fungere godt i beredskapssituasjoner. Eksempler på dette kan være:

- I en masseskadesituasjon hvor pasientene raskt vil komme til sykehuset er det vesentlig at vi raskt kan få på plass tilstrekkelig antall personell. Dette kan være personell som er helt kritisk for at sykehuset skal kunne løse sine oppgaver ved kriser eller masseskader. Personell som tilkalles må ha mulighet til å parkere. En masseskadesituasjon vil også kunne innebære ekstra tilstrømming av pårørende, presse, samarbeidspartnere som politi, frivillige organisasjoner og andre til sykehusets område. Det vil da være særdeles viktig å unngå uønsket parkering i traseer som brukes av ambulanser og/ eller utrykningskjøretøy ol.
- I en pandemisituasjon eller andre situasjoner hvor myndighetene fraråder bruk av kollektivtransport, vil det være viktig å ha tilstrekkelig antall parkeringsplasser slik at man unngår at personell ansatt på sykehuset eksponeres for smitte på vei til og fra jobb. Dette kan løses ved at man inngår avtaler med omkringliggende institusjoner og/ eller bedrifter, som gjør at en i krisetilfeller kan gjøre avrop fra inngått avtale.
- Ved interne kritiske hendelser som brann, større lekkasjer ol. vil det kunne oppstå behov for å tilkalle ekstra personell samtidig som det vil være kritisk å unngå at parkerte biler hindrer redningsarbeidet fra brann, politi, ambulanse, andre store kjøretøy, ol.

Det blir flere elektriske kjøretøy blant både pasienter, pårørende, ansatte og tjenestebiler. For pasienter, pårørende og ansatte er det ikke gitt at sykehus skal tilby lademuligheter i fremtiden da økt kapasitet på batterier vil kunne føre til at behovet for dette reduseres. Ved økning i elektriske tjenestebiler vil sykehusene derimot måtte ha ladeinfrastruktur for at man skal kunne bruke bilene i tjeneste.

Ved utformingen av selve parkeringsplassene kan sykehusene konsultere Statens vegvesen sin håndbok for veg- og gateutforming. Denne håndboken beskriver standardkrav for utforming av veger og gater. Kravene gjelder for alle offentlige veger og gater. Under er en lenke til håndboken.

Lenke: [Håndbok N100 – veg- og gateutforming](#)

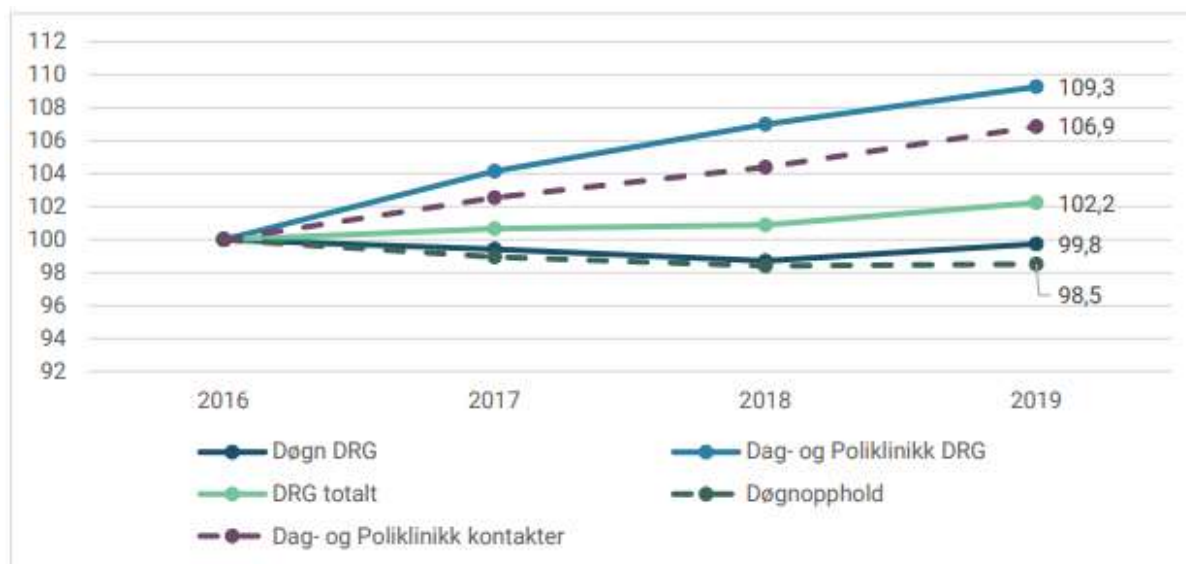


## 9. Fremtidstrender

Det er vanskelig å si hvordan behovet for parkering vil være i fremtiden. Samferdsel og transport er et område som skal bidra til å oppnå klimamål. Trendene de siste årene har gitt mindre biler i byer og økt fokus på at vekst i persontransport skal tas av kollektivtrafikk, sykkel eller gange. Derimot er det ikke sikkert slik transport passer for en pasient som skal til behandling og at pasienten derfor har behov for bil og parkering. For pårørende og ansatte som ikke jobber på ukurante tidspunkter burde kollektivtransport være et godt alternativ. Det kan derfor være fornuftig å se på kollektivtransport til og fra sykehuset og samarbeide med kollektivselskapene eller direkte med bussoperatørene for å tilpasse rutetilbud eller sette opp egne ruter til og fra sykehuset.

Bruk av privatbil som transportmiddel til og fra sykehus for pasienter er oftest aktuelt ved lettere elektiv behandling. Både ved akuttinnleggelser og større planlagte inngrep er det mindre aktuelt å bruke egen privatbil. Bruk av kollektivtransport, taxi, ambulanse og hjelp fra pårørende er i slike tilfeller aktuell transportmåte.

Behandlingsmåte ved sykehusene har endret seg i de siste årene, og endres stadig i retning av økt dagbehandling og poliklinisk behandling. Dette kan vi se av grafen under som viser utvikling i DRG-poeng, døgnoophold og polikliniske konsultasjoner i perioden 2016 til 2019. DRG-poeng er et aktivitetsmål som tar hensyn til at ulike sykehus har ulik pasientsammensetning. DRG-poengene uttrykker hva et opphold i diagnoserelatert pasientgruppe koster i gjennomsnitt.



Grafen er hentet fra Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenester,

SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2019 – Rapport IS-2957.

En slik utvikling i dag- og poliklinisk behandling øker trafikkmengden til og fra sykehuset per dag. Det er ikke gjort undersøkelser av hvor stor andel som kommer med egen bil og trenger parkeringsplass, eller vil trenge dette i fremtiden. En stor del av disse pasientene må antas å bli kjørt, eventuelt benytte taxi også i fremtiden.

Dette bør tas hensyn til i fremtidige sykehusplanlegging med utomhusanlegg, da det trengs plasser for av- og påstigning for pasienter. Korttidsparkering for pårørende som bringer og henter bør også tas hensyn til. For de pasienter som kan benytte seg av generell kollektivtransport bør det tilrettelegges for dette. Regjeringens klimamelding og internasjonal klimapolitikk etterstreber mer miljøvennlige transportmåter og dermed reduksjon av CO<sub>2</sub>-utslipp. Dette må også være førende for helseforetakenes tilrettelegging for transport av pasienter. Også for ansatte må det på denne bakgrunn tilrettelegges for mest mulig bruk av miljøvennlig transport. En ser her for seg samarbeid med offentlige og private transportselskap, som kan ta hensyn til helseforetakenes behov både når det gjelder kjøreruter og tidspunkt eller frekvens.

Det bør fra helseforetakets side også stimuleres og tilrettelegges for bruk av sykkel ved for eksempel god tilrettelegging for sykkelparkering og stimulering både gjennom kampanjer og informasjon.

### 9.1 Endringer i forutsetninger i fremtiden

En fortsatt utvikling av teknologiske løsninger vil påvirke mobilitetsmønster og behov for parkering. Det kan skje mye på kort tid både når det gjelder teknologi og atferd og behov hos både pasienter, pårørende og ansatte. Autonome kjøretøy og bildelingsordninger vil kanskje gjøre behov for parkeringsplasser i nærheten av sykehus lavere, men kan samtidig gi økt behov for inn- og utfart til sykehus og tilgang til av- og påstigningsområder.

Som det er vist til tidligere vil det kunne bli økt behov for ladeinfrastruktur hvis man øker antall tjenestebiler som trenger lading på sykehuset. I veilederen er vi derimot forsiktig med å komme med sterke anbefalinger om hva man bør inkludere i fremtidige parkeringsanlegg. Det kan skje utvikling innen energi som gjør at det ikke blir aktuelt med ladeinfrastruktur på sykehus eller det kan være andre klimanøytrale drivstoff som vokser frem.

En annen trend som har økt de siste årene er hjemmebehandling eller fjernbehandling. Dette kan gi et redusert behov for parkering og mobilitetsalternativer på sykehusene. Det ser også ut som at trenden tilsier at det vil bli utvidede åpningstider på sykehusene. Dette kan gi større knapphet på parkering også utenfor ordinær åpningstid, eller det kan føre til at man får fordelt de store toppene i større grad og redusere knappheten på de tidspunktene som er mest belastet i dag.

## 10. Konklusjon

Klima- og miljøpolitikk må ligge til grunn for planlegging av transporttilbudet, som parkeringen er en del av. Spørreundersøkelsen har gitt arbeidsgruppen en god oversikt over hvordan parkeringen drives ved alle landets helseforetak.

Det er stor variasjon i tilbudet, både når det gjelder mengde og pris. Dette avhenger i stor grad av helseforetakets beliggenhet og tomteforholdene til sykehuset, både størrelse og funksjonalitet. Parkeringen drives både i regi av helseforetakene og er satt ut til eksterne selskap.

Arbeidsgruppen konkluderer med at det ikke er mulig å innføre felles parkeringssystem eller likt tilbud over hele landet. Det kan likevel utarbeides føringer og noen pålegg eller absolutter som må etterleves hva angår parkering, for så langt som mulig å gi pasienter, pårørende og ansatte enklest mulig tilgang på sykehustjenesten. Dersom det skal innføres større endringer i parkeringstilbud og måten dette drives på blant landets helseforetak, må det i større grad gjennomføres en konsekvensanalyse av tiltakene, samtidig som helseforetakenes egne argumenter må bli vektlagt.

Arbeidsgruppen anbefaler at de lokale forhold veier tungt i utforming av parkeringstilbudet.

Det vurderes slik at de fleste helseforetak tilbyr pasienter et tilstrekkelig parkeringstilbud, men at det i enkelttilfeller gis for dårlig tilbud. Det er også enkelttilfeller hvor parkeringsbestemmelsene håndheves for rigid, og oppleves lite pasientvennlig for mennesker i en vanskelig og sårbar fase av livet.

Det må legges sterke føringer om pasientvennlighet ved håndtering av kontrollsanksjoner på sykehusområder, særlig må dette fremgå i kontrakter med eksterne drivere av parkeringsanleggene. Dette må gjøres uten at man gir ulovlig forskjellsbehandling i form av definerte og klare retningslinjer for saksbehandling. Her står sykehuset fritt til å være «snillere» enn lov og forskrift, men omforente rutiner må sørge for lik behandling i like tilfeller.

Denne veilederen er utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av de regionale helseforetakene.

Styringsgruppen har bestått av:

- Lars Alvar Mickelsen, Helse Nord RHF
- Lars Magnussen, Helse Midt-Norge RHF
- Jan-Åge Moen, Helse Vest RHF
- Sigmund Stikbakke, Helse Sør-Øst RHF.

Nevnte medlemmer av styringsgruppen har også inngått i arbeidsgruppen som i tillegg har bestått av:

- Torolv Dalheim, Helse Møre og Romsdal HF
- Anne Charlotte Moe, Sykehuset Østfold HF
- Gry Strand, Oslo Universitetssykehus HF
- Jonny Svendsen, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
- Baard Martinsen, konserntillitsvalgt Helse Nord RHF
- Bjarte Jensen, konsernverneombud Helse Midt-Norge RHF
- Cathrin Snare, konserntillitsvalgt Helse Sør-Øst RHF
- Oddvin Næsse, konserntillitsvalgt Helse Vest RHF
- Bjørn Ludvig Andreassen, Oslo Universitetssykehus HF

Daniel Eide fra konsulentselskapet Karabin har vært innleid som prosjektleder.

Parkeringsveilederen har vært på høring i de regionale helseforetakene. Takk til alle som har kommet med innspill i prosessen.



## STYRESAK

Styresak:	59/2022
Møtedato:	21.06.2022
Arkivsak:	2020/70-8
Saksbehandler:	Tor-Arne Hanssen

## Tertialrapport nr.1 - 2022 for byggeprosjekter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar tertialrapporten per 30.04.2022 om byggeprosjekter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering.

--- slutt på innstillingen ---

### Bakgrunn

I denne styresaken legges det frem et sammendrag av tertialrapportene for 1. tertial 2022 for utbyggingsprosjektene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Styret ble sist orientert om byggeprosjektene i styresak 15/2022 *Tertialrapport 3, 2021 for byggeprosjekter ved UNN*.

### Formål

UNNs kjerneverdier er kvalitet, trygghet, respekt og lagspill. Tertialvis rapportering til styret bidrar til å gi styret *trygghet* for at prosjektet gjennomføres i tråd med vedtak. Rapporteringen gir styret mulighet til å fatte vedtak om korrigerende tiltak i tilfeller hvor det er adekvat. Slik virksomhetsstyring skal bidra til økt *kvalitet* i gjennomføring av krevende prosjekt.

### Saksutredning

Rapporten omfatter prosjektene *Validering PET-senter UNN Tromsø, Nye UNN Narvik (NUN), Nybygg psykisk helse og rusbehandling Tromsø (PHR), Renovering kjøkken UNN Brevika og*

Hybridstuer UNN Breivika. Saksfremlegget er sammenfallende med tilsvarende orienteringssak til styret i Helse Nord RHF (Helse Nord).

	Kjøkken Breivika	PET senter	Nye UNN Narvik
OU status	I henhold til plan		I henhold til plan
HMS	Ingen hendelser H=0		Ingen hendelser H=0
Prognose Økonomiavvik	Økt ramme vedtatt i UNN		Presses av eksterne forhold
Framdrift	Forsert plan	Valideringsprosess har startet	På plan
Planlagt ferdigstillelse	Sept. 2022	Høst 2022	2023
Investeringsramme	87,0 mill. kr	567,9 mill. kr	2679 mill. kr*
Sum investert totalt	30,5 mill. kr	559,0 mill. kr	966,4 mill. kr
	Konseptfase PHR Tromsø	Hybrid stuer Breivika	
OU status		Pågår	
HMS	Ikke aktuell, kun planlegging	Ingen hendelser H=0	
Prognose Økonomiavvik	Revidert budsjett	Økt ramme vedtatt i UNN	
Framdrift	Revidert framdriftsplan	Revidert framdriftsplan	
Planlagt ferdigstillelse	Konseptrapport Okt. 2022	Nov 2023	
Investeringsramme	27 mill. kr	72,0 mill. kr	
Sum investert totalt	13,2 mill. kr	10,3 mill. kr	

Tabell 1 – Nøkkeltall for byggeprosjektene ved UNN

\* eks sykehusapotek

### Nye UNN Narvik (NUN)

Framdriften av prosjektet er i henhold til plan. I 1. tertial 2022 er råbygget ferdigstilt for fløy C og E, samt påstartet for fløy A. Innredningsarbeider er godt i gang, og ca. 70 % ferdigstilt for fløy C. Grunnarbeidene tilhørende helsehuset er ferdigstilt. Økonomien for prosjektet er under press på grunn av effekten av pandemi og krigen i Ukraina. Spesielt sistnevnte har ført til et ustabil marked med stor prisstigning og leveranseutfordringer. Den inngåtte totalentreprisen for bygging av selve sykehuset er ikke truet. Alle kjente økonomiforhold er prognosert i prosjektet, og det er avholdt særmøter med entreprenør som har omforent de fleste omtvistede krav og endringer i byggeprosjektet. Budsjettposten lønns- og prisstigning er prognostisert til 3 mill. kroner over budsjett men dekkes av prosjektereservene. Totalt sett er derfor kostnaden for hovedentreprisen innenfor budsjett.

Den ustabile økonomiske situasjonen i markedet har større innflytelse på 2 delarbeider som ikke inngår i totalentreprisekontrakten; etablering av parkeringsanlegg og ambulansestasjon. Prosjektledelsen oppfatter markedssituasjonen som så kritisk at det sannsynligvis ikke er rom innenfor styringsrammen å finansiere begge delene.

Funksjonsprosjektet for ambulansestasjon er avsluttet og revidert kalkyle fra HENT er nylig mottatt. Tilbudet fra entreprenør er såpass mye over prognose at det er besluttet å utlyse bygging av ambulansestasjon inkludert gymsal og rengjøringsenhet for personer utsatt for kjemisk-, biologisk- eller radioaktivt avfall (CBRNE) i egen konkurranse.

For å sikre at prosjektet gjennomføres innenfor styringsrammen, ønsker prosjektstyret å lyse ut etablering og drift av parkering som egen konkurranse. Det vil bli framlagt egen styresak til styret i UNN om dette forholdet.

### **Organisasjonsutviklingsprosjektet Nye UNN Narvik**

Organisasjonsutviklingsarbeidet pågår og rapporterer ikke risiko for måloppnåelse.

I perioden er det utarbeidet interessentanalyse og kommunikasjonsplan for OU/NUN.

For å sikre gjennomføring er det jobbet med fokus på kompetansetiltak og løpende oppfølging av delprosjektledere. Det arbeides med overordnede avtaler mellom UNN og Narvik kommune for å avklare drift og kostnadsdeling i fellesområder og samarbeid om tjenester og leveranser i ferdig bygg.

For å ivareta utvikling og riktig bruk av IKT- løsninger i nybygg, er det etablert et eget IKT-prosjekt som er sidestilt med OU og Bygg. Prosjektet ledes av prosjektleder fra E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret (ESI) og rapporterer til prosjektstyret for Nye UNN Narvik.

### **PET-senter valideringsprosess**

Statens legemiddelverk (SLV) hadde tilsyn av legemiddelproduksjonen (GMP)- virksomheten ved PET-senteret i UNN 10.-13.05.2022. Ved avslutningsmøte 13. mai har SLV lagt frem en observasjonsliste på 19 punkter, og UNN fikk muntlig orientering fra SLV om at ingen av observasjonene er å anse som kritiske avvik. SLV vil innen 30 dager fra tilsynet oversende formell dokumentasjon som klassifiserer observasjonene i henhold til alvorlighetsgrad. PET-senteret er i gang med å finne løsninger som utbedrer de observasjoner som SLV la frem under avslutningsmøtet. PET-senteret har som målsetning og i løpet sommeren sende svar til SLV med redegjørelse for de forbedringer som er gjort. Dersom SLV aksepterer forbedringene vil det være mulig å starte egenproduksjon av PET-radiofarmaka etter sommeren når tilvirkertillatelse foreligger fra SLV.

### **Konseptfase Nybygg psykisk helse- og rusbehandling Tromsø (PHR)**

Første tertial i 2022 har hatt fokus på ulike avklaringer i forbindelse med levering av rapport som grunnlag for B3a-beslutning om plassering av nybygget som ble tatt i styret i mars.

Arbeidet har bestått av videreutvikling av arbeidsoppgavene som ble rapportert i siste tertial 2021. Fristen for rapport og styrebehandling ble overholdt og prosjektet er godt fornøyd med at beslutning om plassering ble gjort. Arbeidet i kommende periode vil bestå av

utdyping av hovedkonsept og skisseprosjekt. Det arbeides også med å bearbeide prosjektet for å finne mest mulig kostnadseffektive løsninger som samtidig ivaretar gevinstpotensialet for driften.

### **Hybrid operasjonsstue Breivika**

I perioden har det vært arbeidet med å utarbeide et konsept som ivaretar utviklingen innenfor hybridteknologiutviklingen på en best mulig måte, og som sikrer ivaretagelse av pasienter med hjerneslag. Det har vært gjennomført risiko- og sårbarhetsundersøkelse av vedtatt løsning, og fagområdene støtter løsningen. Et viktig premiss for dette er at et identifisert behov for reinvestering i røntgenutstyr i eksisterende lab 10 og 11 iverksettes. I disse laboratoriene på Røntgenavdelingen foregår all intervensjonsbehandling av hjerneslag, hjerteklaffepoteser, kreftbehandling med mer i dag. Utstyret har teknisk levetid ut 2023. Etter desember 2023 kan ikke leverandør sikre leveranse av reservedeler for dette utstyret. Nedetid på utstyret vil gi redusert tilbud innenfor intervensjon, trombectomi og annen behandling selv om en ny hybridstue er ferdig. Diagnostisk klinikk har startet arbeidet med å forberede investeringssøknad for nytt røntgenutstyr.

Fram til sommeren blir det utarbeidet romprogram for arealet i B2 plan 7 som er tilgjengelig for prosjektet. Det blir laget en fleksibel løsning som legger til rette for 2 hybrid operasjonsstuer. Bygningsmessig pågår arbeid med nødvendig infrastruktur, og kostnader i perioden er andel for kjøleanlegg og infrastruktur som dekker behov for nye hybridstuer. I kommende periode ønsker prosjektet å lyse ut konkurranse om etablering av ventilasjon til hybridstuene på taket av fløy B.

### **Renovering kjøkken Breivika**

Med vedtak om finansiering er det inngått gjennomføringsavtale med PEAB Bjørn Bygg som startet oppdraget 07.02.2022. Entreprenøren har satt en effektiv gjennomføringsplan med ferdigstilling på 6 måneder, inkludert 1 måneds prøvedrift. Prosjektet forventes ferdigstilt i begynnelsen av september. Arbeidet er omlag 2 uker forsinket på grunn av uforutsett utfordring med gulvet på kjøkkenet. Prosjektet hadde forutsett å kun skifte toppdekket av betonggulvet, men det ble avdekket store hulrom med soppoppvekst under betongen ved avløp og kokesone. For å sikre dette ble det nødvendig å fjerne store deler av betonggulvet og legge nytt betongdekke. Arbeidet medførte store støyutfordringer for nærliggende sengeavdelinger, og Kreftavdelingen måtte flytte ut av sine arealer i 3 uker omkring påske mens det mest støyende arbeidet foregikk. Økonomisk ligger prosjektet innenfor budsjett. Det har ikke vært skader på ansatte i perioden. Matproduksjon i midlertidig kjøkken på Åsgård med levering til Breivika fungerer bra, og har ikke hatt komplikasjoner for pasientene.

### **Medvirkning**

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 22. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.



## Vurdering

Prosjektet Nye UNN Narvik er godt i gang med gjennomføringsfasen, og arbeidet går i henhold til planer, framdrift og HMS. Økonomien er under press, og det er derfor ønskelig å finne ekstern kapital til etablering og drift av parkering for sykehuset og Narvik kommunes helsehus. Tiltaket antas å være nødvendig for å overholde prosjektets styringsramme. Organisasjonsutviklingsarbeidet har godt moment og vurderes som under kontroll. Det er etablert et eget IKT-prosjekt for å bidra til realisering av gevinstpotensialet i driften.

Prosjekt for nybygg Psykisk helse- og rusbehandling Tromsø har hatt fokus på nødvendige utredninger fram til B3a-beslutning om plassering. Videre arbeid vil ha fokus på utdyping av valgt alternativ og skisseprosjekt. Det tas sikte på å levere ferdig konseptrapport til behandling i oktober 2022.

PET-senteret har hatt besøk fra Statens legemiddelverk (SLV), og har god kontroll på valideringsarbeidet. Det er realistisk å få endelig godkjenning av legemiddelproduksjon (GMP) i løpet av september 2022.

Arbeidet med renovering av kjøkkenet i Breivika er godt i gang med mindre forsinkelser. Leveranse av mat til sykehuset i Breivika fungerer godt i perioden.

Hybridstue-prosjektet har fått nødvendige avklaringer, og har gjennomført risiko- og sårbarhetsundersøkelse av hjerneslagsbehandling og annen intervensjonsbehandling. Det pågår planlegging av omforent løsning samtidig som det etableres nødvendig infrastruktur for å dekke behovet for framtidig hybridstue.

UNN har en høy ambisjon for helse, miljø og sikkerhetsarbeidet i byggeprosjektene der målet er gjennomføring uten alvorlige personskader. Det er gledelig at HMS-arbeidet i alle prosjektene er godt ivaretatt, og at det ikke meldes om personskader i noen av byggeprosjektene.

Tromsø, 03.06.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Vedlegg - Nye UNN Narvik tertialrapport T1



# Nye UNN Narvik

## TERTIALRAPPORT

### Januar – april 2022

Kuttdato: 30.04.2022

Dato: 14.04.2022

Åge Rødde  
Prosjektleder



## Innhold

1	SAMMENDRAG.....	3
1.1	Prosjektledelsens oppsummering til styringsgruppen for gjeldende periode..	3
1.2	Koordinering og samhandling.....	3
1.3	Viktigste aktiviteter i kommende periode.....	4
2	Resultatmål.....	4
2.1	Resultatmål.....	4
2.2	Effekt mål.....	6
2.3	Overordnede krav.....	7
2.4	Suksessfaktorer.....	7
3	HMS.....	9
3.1	Planlagte og gjennomførte HMS aktiviteter.....	9
3.2	Vernetiltak: Antall vernerunder, Sikker Jobb Analyse (SJA) og Rapportering av Uønskede Hendelser (RUH), Farlige forhold.....	10
3.3	Personskader siste periode og skader på materiell.....	11
3.4	Seriøsitet.....	11
4	KVALITET.....	12
4.1	Kvalitetsarbeid.....	12
4.2	Avviksoppfølging.....	12
5	PROSJEKTERING.....	13
5.1	Prosjektering - Funksjonalitet.....	13
5.2	Prosjektering - Bygg.....	13
5.3	Prosjektering - Teknikk.....	13
5.4	Prosjektering - IKT.....	14
5.5	Prosjektering - Utstyr/ Inventar.....	14
5.6	Prosjektering - Utomhus.....	15
6	PROSJEKTSTYRING.....	16
6.1	Plan og fremdrift.....	16
6.2	Økonomi.....	16
6.3	Risiko- og mulighetsbilde.....	18
7	MYNDIGHETSFORHOLD.....	23
8	KUNST.....	23
9	ANNET.....	23



## 1 SAMMENDRAG

### 1.1 Prosjektledelsens oppsummering til styringsgruppen for gjeldende periode

Prosjektet følger omforent fremdriftsplan både for prosjektering og byggefase.

HMS: H-verdi: 0.

Prosjektet har hatt en drapstrussel på byggeplass (se kap. 3.2 for ytterligere detaljer).

I perioden er råbygget ferdigstilt for fløy C og E, samt påstartet for fløy A. Grunnarbeidene tilhørende helsehuset er ferdigstilt. Innredningsarbeider er godt i gang og ca. 70% ferdigstilt for fløy C.

Korona: I perioden har prosjektet hatt meget begrensede tilfeller som ikke har påvirket fremdrift for prosjektering og bygging.

Krigen: Pågående krig i Ukraina, samt ettervirkninger og fortsatt korona utfordringer (Kina), gir store konsekvenser i material tilgang, prisutvikling og leveringssituasjon. Dette påvirker prosjektet utover økte kostnader relatert til lønns og prisstigning (LPS).

Økonomi: Alle kjente forhold er prognosert. Det er avholdt særmøter som har omforent de fleste omtvistede krav og endringer i byggeprosjektet. Funksjonsprosjektet for ambulansestasjon er avsluttet og revidert kalkyle fra HENT er mottatt. Kalkyle er såpass mye over prognose at det er besluttet å utlyse bygging av ambulansestasjon inkl. gymsal og CBRNE i egen konkurranse.

Det henvises til vedlegget for en presentasjon av status på reserver og en oppstilling av kostnader.

### 1.2 Koordinering og samhandling

Møtevirksomhet og samhandling forløper iht. tidligere rapportert og planlagt. Samarbeidsavtaler mellom UNN og Narvik kommune er påstartet og i prosess. De respektive avtaler (på klinikknivå) skal sammenstilles sammen med teknisk driftsavtale i en overordnet avtale. Arbeidet med å utarbeide overordnet avtale pågår i samarbeid med Arntzen de Besche Advokatfirma AS. Overordnet avtale skal ferdigstilles senest juni-22.



### 1.3 Viktigste aktiviteter i kommende periode

- Delta i vernerunder og utføre kvalitetskontroll i prosjektering og bygging.
- Følge opp avtalt plan for Byggherre anskaffelser, gjennomføre medvirkning og avklaringer med leverandører.
- Avklare grensesnitts oppfølging, samt oppfølging av grensesnitts register. Spesielt for BH anskaffet utstyr.
- Avslutte produktgodkjenninger i helsehuset.
- Utlyse konkurranse for bygging av ambulansestasjon, og fremlegge dette for prosjektstyret.
- Utarbeide faseplaner, ansvar og aktiviteter for sluttfasen (bruker opplæring, prøvedrift totaltester inkl. klinisk utstyr etc.) i prosjektet.
- Slutføre skiltprosjektet for sykehuset og helsehuset.
- Avklare økonomiske reserver for helsehuset.
- Utlyse konkurranse for flateparkering.
- Arbeide videre med driftsavtaler for samarbeid mellom UNN og Narvik Kommune.

## 2 Resultatmål

### 2.1 Resultatmål

#### Resultatmål Sykehuset

Resultatmål bygg	Beskrivelse	Nåværende vurdering	Forrige vurdering
Byggekostnad skal være innenfor P50 rammen på 2,679 mrd kroner	P85 reserven forutsettes ikke utløst.		
Nye UNN Narvik skal være ferdigstilt, testet og klart til ibruktakelse 30. juni 2024	Bygget er ferdigstilt fra entreprenør, all FDV informasjon er levert og bygget er ferdig testet og klart til full klinisk drift.		
Byggets omfang og kvalitet skal minimum være lik forprosjektets målbeskrivelse.	Det forutsettes at prosjektet leverer den funksjonalitet som er beskrevet i forprosjektrapporten.		
Prosjektets miljøplan skal gjennomføres i byggeperioden	12 mnd: Det skal være målbare reduksjon av energi, CO2, og kostnader per behandlet pasient		
Prosjektets IKT plan skal være gjennomført	6 mnd: IKT løsninger skal fungere for å optimalisere undervisning og være plattform for framtidsrettede løsninger		
Innkjøp av medisinsk teknisk utstyr innkjøp skal gjennomføres innenfor budsjettammen og sørge for funksjonelt utstyr og opplæring innen innflytting.	12 mnd: Ansatte skal oppleve redusert stress i arbeidshverdagen, tilgang til nødvendig MTU og gjenkjennbare strukturer i forskjellige deler av sykehuset		



Prosjektets gjennomføring av interiør og merking skal sørge for at pasienter opplever sykehuset som imøtekommende og enkelt å finne fram i.	3 mnd: Pasienter skal oppleve det lettfattelig å finne fram til sitt behandlingssted i sykehuset uten hjelp fra ansatte		
---	---	--	--

**Kommentar sykehuset på grunn av gul vurdering:**

Prognoser for ambulansestasjon og flateparkering ligge inne på P50 avsetningen, og medfører dermed en risiko for at prosjektet ikke leverer innenfor P50 rammen.

Det er usikkerhet angående sen avklaring i OU prosjektet relatert til IKT, prosjektleder IKT prosjektet er utnevnt i slutten av perioden.

Det er knyttet økt risiko til prisstigning for medisinsk teknisk utstyr. Prisene som så langt er levert av leverandørene viser priser som er høyere enn budsjettert.

**Resultatmål Helsehuset**

Med hensyn til økonomi viser foreløpig oppstilling av potensielle endringer for helsehuset at prosjektets P50- reserve ser ut til å overskrides relativ tidlig i prosjektet, om varm overgang bestilles.

Når potensielle endringer er spesifisert fra HENT vil vi ha bedre oversikt. Dette er forventet medio mai 2021. Forholdene medfører samlet sett stor risiko for overskridelse av helsehusets P85- reserve.

Vedrørende fremdrift er avvik i forhold til prosjektmandatet varslet til prosjektstyret i møte 16.12.21. Jfr. HENTs gjeldende fremdriftsplan datert 02.12.20

Resultatmål bygg	Beskrivelse	Nåværende vurdering	Forrige vurdering
Etablere nøkkelferdig helsehus i henhold til KST-079/20, inkl. innredning og kunstnerisk utsmykning klart til drift mai 2024.	P85 reserven forutsettes ikke utløst.		

**Kommentar helsehuset på grunn av gul vurdering:**

Mhp. foreliggende prognoser forventes store avvik ift. vedtatt kostnadsramme i KST-079/20. Oppstilling av potensielle endringer for helsehuset ift. foreliggende tilbud, krav og prognoser viser at prosjektets reserver vil overskrides betydelig relativ tidlig i prosjektet. Det forventes at kostnadsrammen må økes.



= Prosjektet forventer å nå målet



= Prosjektet forventer å nå målet med iverksette tiltak



= Prosjektet forventer ikke å nå målet

## 2.2 Effektmål

Effektmål	Mål ansvarlig byggeprosjekt	Nåværende vurdering	Forrige vurdering
Innen et år etter innflyttingen skal pasienterfaringene være bedre enn før innflyttingen.	Utstyr og arbeidsprosesser skal være standardisert for optimalisering av pasientsikkerheten.		
Innen et år etter innflyttingen Nye UNN Narvik skal være et sykehus som er mer miljøvennlig og har en bærekraftig drift en dagens UNN Narvik.	Utforming av arealer som legger til rette for en mindre personellintensiv drift og har lave investeringskostnader. Byggets generalitet: Redusere risiko for store og/eller kostbare ombygninger ved bruksendring eller senere omdisponering av rommene ved endret aktivitet.		

### Effektmål Helsehuset

Effektmål	Beskrivelse	Nåværende vurdering	Forrige vurdering
Dekke fremtidig forventet behov for kortidsplasser, Skape en arena for god samhandling mellom Narvik kommunen og UNN Narvik.			





## 2.3 Overordnede krav

### Overordnede krav Sykehuset

Overordnet krav	Nåværende vurdering	Forrige vurdering
Det skal være en reell medvirkning fra brukere, ansatte, ansattes organisasjoner, vernetjenesten i utviklingen og ibruktakingen av nye tjenester og løsninger.		
Byggets utforming, tekniske løsninger og drift skal ivareta krav til konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet for pasienter, besøkende og ansatte.		
Smittevernsetret og Bedriftshelsetjenesten skal involveres i utviklingen og ibruktakingen av arealer, nye tjenester og løsninger. Av smittevern hensyn skal pasientrommene være ensengsrom samt muligheter for å isolere enkeltpasienter og grupper av pasienter.		
Tjenestetilbudet innen somatikk, psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling skal være fysisk samlokalisert for å understøtte en integrerte driftsmodell.		
Det skal legges til rette for en dreining i pasientforløpene fra døgnopphold til dag- og poliklinisk behandling.		
Det skal tilrettelegges for fysisk aktivitet og trening både innendørs og utendørs som en integrert del av behandlingen.		
Utformingen av bygget, valg av tekniske løsninger og innføringen av nye tjenester skal ivareta krav til moderne og miljøvennlig byggeprosess og drift. Herunder sikre at personell, areal og utstyr (spesielt MTU, IKT og e-helseløsninger) kan benyttes effektivt.		
Bygget skal være tilstrekkelig fleksibelt til at endringer i funksjonsdelingen mellom UNN sine ulike lokasjoner kan ivaretas kostnadseffektivt (byggets generalitet).		
Byggets utforming og tekniske løsninger skal legge til rette for opplæring og undervisning av pasienter- og pårørende, ansatte, studenter og elever gjennom tilpassede og moderne undervisnings- og forskningsfasiliteter.		

## 2.4 Suksessfaktorer

### Suksessfaktorer Sykehuset

Suksessfaktor	Nåværende vurdering	Forrige vurdering
Godt samarbeid med Helse Nord RHF, Narvik kommune helsehus, Totalentreprenør HENT AS.		





Solid forankring av prosjektene i linjeorganisasjonen.		
Åpenhet, involvering og forutsigbarhet i prioriteringer og beslutningsprosesser.		
Erfaringer fra tidligere og/ eller lignende (interne og eksterne) prosjekter skal nyttiggjøres.		
Prosjektene skal ha en eksplisitt struktur som beskriver organiseringen av prosjektene. I beskrivelsen skal definerte og avtalte roller og ansvar for personene som er involvert framkomme.		
Prosjektene planlegges, overvåkes og kontrolleres på en fase-for-fase basis.		
Planlegging utføres på et detaljeringsnivå som er handterbart og forutsigbart.		
Prosjektene har definerte toleranser for hvert prosjektmål som reflekterer grensene for delegert autoritet (avviksledelse).		
God samordning med interne prosjektaktiviteter og satsinger i UNN samt overfor eksterne samarbeidspartnere. Herunder avklaring og oppfølging av grensesnittproblemer.		
Prosjektene er leveranseorientert, og har gode beskrivelser av produktene som skal leveres. Gode produktbeskrivelser avhenger av en reell medvirkning fra brukere, ansatte og eksterne samarbeidspartnere.		
Nye tjenester og løsninger skal utvikles og testes på et tidligst mulig tidspunkt slik at forbedringer kan gjennomføres fortløpende og i forkant av innflyttingen.		





### Kommentar sykehuset på grunn av gule vurderinger:

Det har vært en gjennomgående lav kvalitet på HENTs interne tverrfaglige kvalitetskontroll før dokumenter har blitt lagt ut for byggherrens kontroll (av TFK).

IKT prosjektet fra UNN er påstartet i tertiale, dette er noe sent i forhold til fremdrift i gjennomføringsfasen. IKT prosjektet er i slutten av perioden inkorporert i prosjektstyret.



## Suksessfaktorer Helsehuset

Suksessfaktor	Nåværende vurdering	Forrige vurdering
Leveranse innenfor rammene kostnad, tid og kvalitet		
Legge til rette for fremtidens helsetjenester og et samlet helhetlig helsetilbud for alle kommunens innbyggere.		

### Kommentar helsehuset på grunn av rød vurdering:

Ang. fremdrift

Fremdriftsplan ble modnet og koordinert med NUN etter vedtak KST-079/20. Gjeldende fremdriftsplan fra HENT er fortsatt datert 02.12.20, og er uendret de to siste prosjektstyremøte. Avvik på tid i forhold til prosjektmandatet ble varslet til prosjektstyret i møte 16.12.20. Fremdriftsstyringen til HENT er fortsatt ikke helt entydig, og det jobbes med forbedringer. HENT planlegger en revisjon av gjeldende fremdriftsplan (baseline) i kommende periode.

Ang. økonomi

Mhp. foreliggende prognoser forventes store avvik ift. vedtatt kostnadsramme i KST-079/20.

Oppstilling av potensielle endringer for helsehuset ift. foreliggende tilbud, krav og prognoser viser at prosjektets reserver vil overskrides betydelig relativt tidlig i prosjektet. Det forventes at kostnadsrammen må økes.

## 3 HMS

### 3.1 Planlagte og gjennomførte HMS aktiviteter

HMS arbeidet på byggeplassen går godt. Det utføres månedlig HMS inspeksjoner utført av HENT med fokus på HMS med særskilt fokus rundt temaene sikkerhet, merkantilt og miljø. Vi har også i dette tertial hatt god score på inspeksjonen. Månedene har ligget rundt score vi fikk for april:

Sikkerhet: 8,00

Merkantilt: 8,20

Miljø: 8,00

Total vurdering: 8,08



Å få en totalvurdering på 8 er ansett som en meget god score fra HENT sin side. Det er ikke behov for akutte tiltak, men det er iverksatt tiltak med mindre kritikalitet som f.eks: 1) bruk av vernebriller må bli bedre, 2) jobbe bedre med lukkehastighet på hms avvik, 3) etablere innleieprotokoll på HENT sin egen innleie.

Det planlegges også en egen ledelsesk kontroll med fokus på kjemi på byggeplass.

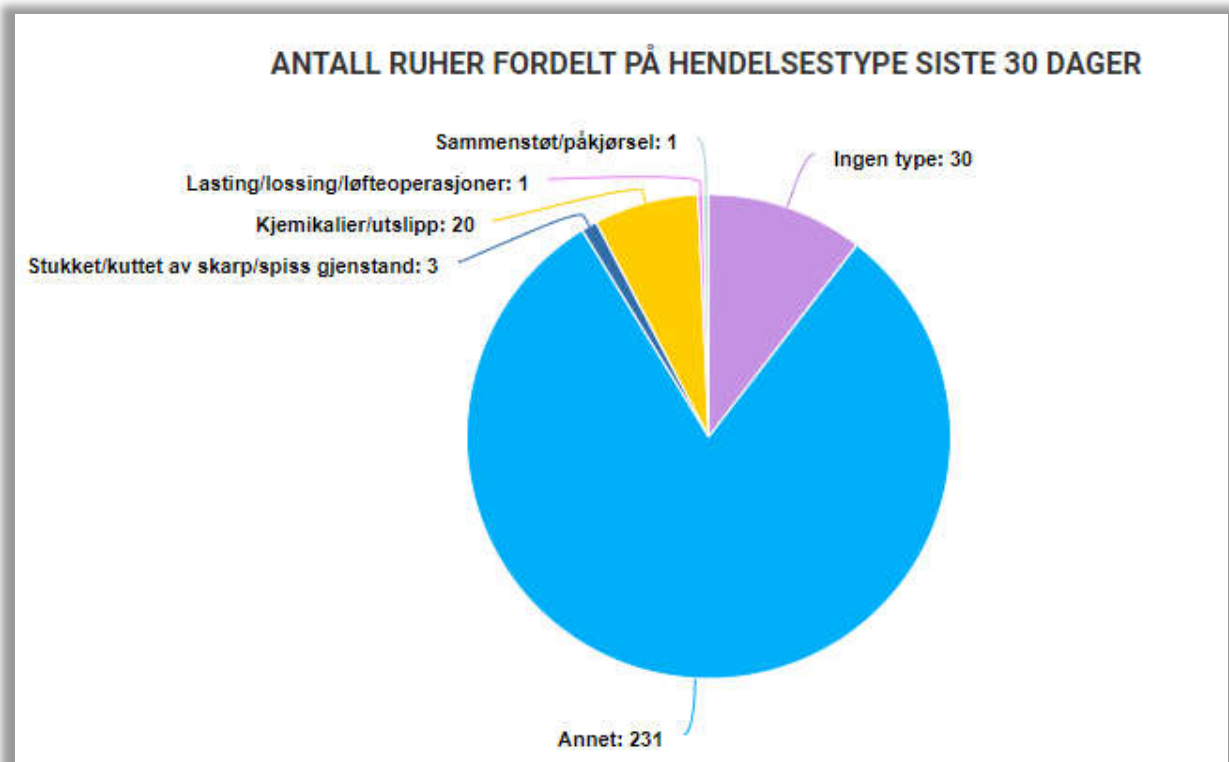
### 3.2 Vernetiltak: Antall vernerunder, Sikker Jobb Analyse (SJA) og Rapportering av Uønskede Hendelser (RUH), Farlige forhold.

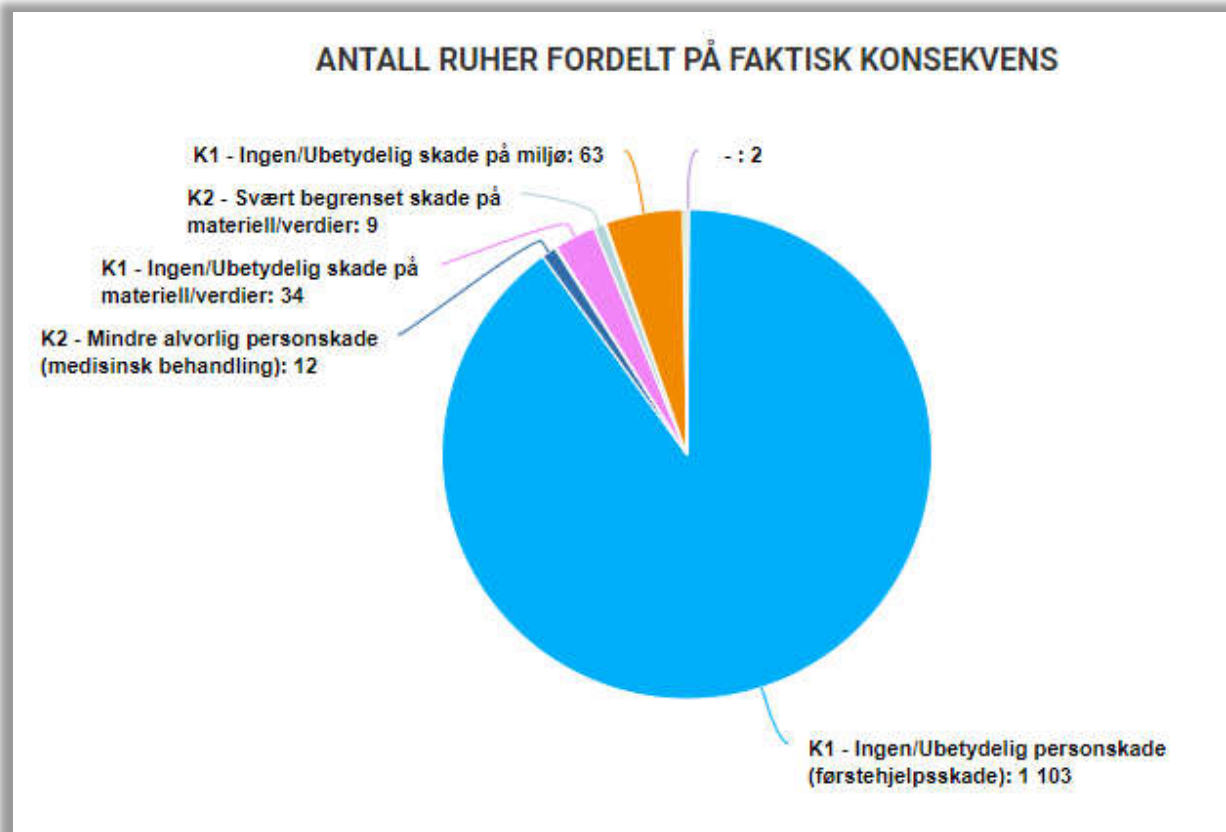
**Antall vernerunder:** 16 stk.

#### **RUH i perioden:**

Antall RUH (rapport om uønsket hendelse) i april: 286 stk

Antall totalt i prosjektet: 1223 stk





Farlige forhold i perioden:

- Avvik H00549, Person har mottatt drapstrusler på byggeplass. Saken er anmeldt til politiet. Person og firmaet til personen som har kommet med drapstrusler er utestengt fra prosjektet og byggeplass da vi har nulltoleranse for slikt
- Avvik H00666, Det har oppstått en konflikt mellom to arbeidere fra forskjellige bedrifter. Det oppsto litt dytting og kjefting mellom disse, da angivelig den ene skal ha rygget på bilen til den andre. Disse aktørene har hatt et avviksmøte dem imellom for å løse saken. Begge arbeiderne har fått skriftlig advarsel for oppførselen deres. Sak lukket

### 3.3 Personskader siste periode og skader på materiell

HMS: H-verdi: 0.

Personskader med og uten fravær: 0

### 3.4 Seriositet

Samarbeidet med prosjektet går bra og det er jevnlig dialog med HMS-leder og KU. HMS-leder og KU har i perioden jobbet med forbedringer knyttet til aktiv seriositetsoppfølging i prosjektet.



Så langt i år er snittkarakter på 4 av 7, rett under norm. Dette skyldes i all hovedsak manglende etterlevelse knyttet til andel lærlinger og litt lav andel fagbrev.

Det er etablert sammen med TE en omforent status på timer lærlinger i prosjektet pr 31.12.2021. Det jobbes fortsatt med tiltak for å øke andel lærlinger i prosjektet.

## 4 KVALITET

### 4.1 Kvalitetsarbeid

**Kvalitetsarbeid på byggeplass:** Går som planlagt, og har i tertiale gått på kontroll av sjekklister på utført arbeid.

Kvalitetsarbeidet på byggeplass har i tertiale til eksempelvis dreid seg om kontroller av:

- U.C: Fukthetsmåling, gulv på grunn
- Fløy E – Taktekking
- C-fløy. Fuging vinduer i YV
- Fløy E. Badekabiner, plassering/høyde
- Gulvarmering KOMR 2.E

#### **Kvalitetsarbeid i prosjektering:**

Samtlige planlagte tverrfaglige kontroller er nå gjennomført for sykehuset.

For Helsehuset vil planlagte tverrfaglige kontroller avsluttes i mai måned med:

TFK påstøp plan 1-4 utføres 06.05.2022 TFK tett bygg (tekniske rom) 10.05.2022

Det som gjenstår er tverrfaglige kontroller av hold områder som det nå arbeides med både for sykehuset og helsehuset.

### 4.2 Avviksoppfølging

Byggherren har styrket sin deltakelse i HENT sine fagforamøter hvor grensesnitt koordinering utøves. Dette for å bistå med raskere tekniske avklaringer. Det er nå definert et HOLD register på de områder som trenger senere avklaring/ferdigprosjektering.

Fagforamøtene for helsehuset er også oppstartet i perioden.



Prosjektet har i perioden implementert Dalux som verktøy for kvalitetsoppfølging og avviksregistrering på byggeplass. Prosjektet vil således koble kvalitetsavvikene opp mot 3D-modell for enklere oppfølging på byggeplass. Opplæring gjennomført av både HENT og byggherrens personell.

Det er ikke registrert noen kvalitetsavvik av vesentlig karakter ut over det overnevnte i perioden.

## 5 PROSJEKTERING

### 5.1 Prosjektering - Funksjonalitet

I denne perioden er det jobbet videre med avklaringer rundt produktvalg og fast innredning. Blant annet er malingstyper vurdert opp mot renholdsvennlighet og bestandighet for desinfeksjonsmidler. Det meste er nå avklart. Hovedtyngden av medvirkning er nå ferdig men det vil gjennom byggeperioden bli behov for mindre avklaringer på detaljnivå gjennom hele fasen. Blant annet skal skiltkonseptet ferdigstilles med navn på innvendige henvisningsskilt og romskilt.

### 5.2 Prosjektering - Bygg

Prosjekteringen er i hovedsak i henhold til plan. Planlagte tverrfaglige kontroller (TFK) for sykehuset er ferdigstilt, men det gjenstår noe for HOLD-områder. For helsehuset gjenstår det TFK Tett bygg.

Det har i perioden pågått innredningsarbeider for fløy C, skjultanlegg + teknikk over himling. Montasje inntakskamre, vegger, gulvstøp og gulvbehandling i teknisk rom, samt oppstart innredningsarbeider for fløy E. Forberedende arbeider med maling, plassbygde vegger, gulvbehandling for fløy G. Råbyggsmontasje fløy A, inkl. montasje badekabiner, samt isolering og avsluttende takteking fløy E og G.

### 5.3 Prosjektering - Teknikk

#### **Sykehuset:**

Tekniske rådgivere er tilnærmet ferdig prosjektert i alle fløyer og etasjer i sykehuset.

Systemskjema og funksjonsbeskrivelse er slutført for alle tekniske anlegg plassert i sykehuset som er del av HENT sin leveranse.

er gjennomført prosjekteringsmøter, særmøter- tekniske fag/infrastruktur/kollisjonskontroll/medisinsk teknisk utstyr (MTU) etc. Videre er det gjennomført teknisk forumsmøter og grensesnitts avklaringer for MTU -



innkjøpspakker.

Elforsyning, effektbudsjett, energisentral (varme og kjøleanlegg) er komplett designet i systemskjema og funksjonsbeskrivelser. Alle risikoer som er identifisert i risiko og sårbarhets analyser er lagt inn i risikoregisteret for videre oppfølging/ lukking.

I perioden har prosjektet avsluttet alle forespørslers og avklaringer angående produktavklaringer og godkjenning.

#### **Helsehuset:**

I perioden er det hovedsakelig jobbet med funksjonsprosjektet, fast inventar og oppstart av detaljprosjektering. Det er utført TFK (tverrfaglig kontroll) for grunnarbeider.

Produktavklaringer og godkjenning er påstartet i perioden.

### **5.4 Prosjektering - IKT**

Det har i perioden vært jobbet med føringsveier for fiber inn til byggene sammen med Norsk Helsenett og GlobalConnect. Det er også planlagt etablering av midlertidig fiber mellom eksisterende og nytt sykehus for å kunne ha drift på begge lokasjonene samtidig før og under innflytting. Dette må være på plass til installasjon og prøvedriftsperioden starter for å kunne avhjelpe installasjon til SD og automasjon.

Det har vært avholdt møter med Ascom ang. pasientsignal og akuttalarmer. Det jobbes videre med hvordan alarmer skal aktiveres og distribueres.

Det er påstartet et samarbeid med UNN's IKT prosjekt for Nye UNN Narvik sykehus.

#### **IKT Helsehuset:**

I detaljprosjektering har det pågått særmøter for IKT.

### **5.5 Prosjektering - Utstyr/ Inventar**

I samarbeid med Sykehusinnkjøp har arbeidet med anbuds materiale for innkjøpspakker med byggpåvirkende utstyr fortsatt vært høyt prioritert. I perioden er det gjennomført prosjektmøter/-evaluerings-møter med UNN og Sykehusinnkjøp.

For innkjøpspakkene som er kontrahert, er installasjonsplanlegging mellom leverandør, UNN og Sykehusbygg i gang. Leverandørenes underlag for fullføring av detaljprosjekteringen er under arbeid og en rekke grensesnitts møter med HENT er avholdt.





Følgende innkjøpspakker har vært utlyst, og er under evaluering/nylig kontrahert. Det påregnes kontrahering i hht. fremdriftsplan:

- 9100-MR
- 9130-CT
- 9160-Digita radiografi
- 9170-Mammografi
- 9615-Senge- og vognvask
- 9611-Endoskopvaskemaskin (er tildelt, enkelte avklaringer gjenstår før kontrahering).
- 9650-Renhold, byggpåvirkende
- 9210-Sikkerhetskabinetter og avtrekksskap
- 9320-Varmeskap og inkubatorer
- 9402-Undersøkeleslamper

Følgende innkjøpspakker er klargjort for utlysning:

- 9360-Lab kjøll- og frys
- 9220-Analysehall
- 9405-Bildestyring av operasjonsstue
- 9440 Anestesi/respirasjon

#### **Helsehuset:**

Helsehuset inkluderes med opsjon for aktuelle innkjøpspakker.

## **5.6 Prosjektering - Utomhus**

Kontraktsmessig prosjektering for utomhusarbeider er i all hovedsak ferdigstilt. Det gjenstår noe forhold utenfor kontrakt og det er noen grensesnitt opp mot pågående revisjon av reguleringsplanen som må ivaretas.

Det har i perioden vært utført arbeider med vestre fordrøyningsbasseng, samt etablering av drens og overvannsledninger fra helsehuset og sykehjemmet som leder til dette bassenget.

Graving og grøftesprenghing for vann og avløpsanlegg/pumpeledning pågår nært sykehjemmets fløy. Det er etablert forskjellige midlertidige omkjøringer til varemottak og sykehjemmets søppelgarasje ut fra hvor arbeidet pågår. Det har også vært en del VA- og avrettingsarbeider i parken.

Utgraving og oppfylling for fundamenter i umiddelbar nærhet til gabionmuren for helipaden er utført. Ellers pågår det også tilfylling ved byggene, noe som også medfører bedre forhold for sikkerhet, kjøring og lagring av utstyr og materialer.





## 6 PROSJEKTSTYRING

### 6.1 Plan og fremdrift

Fremdriften i byggeprosjektet ligger på plan i forhold til godkjent hovedfremdriftsplan. I slutten av tertiale har man kommet i gang med innredningstoget i samtlige etasjer i fløy C. Råbygget på fløy E og A går som planlagt.

Leveringstiden på materialer er det mest kritiske forholdet for fremdriften slik det er nå. Leveringstiden har økt kraftig på flere varer og prosjektet gjør det vi kan for å sikre tidlig nok bestilling av varer som potensielt kan ha lang leveringstid.

Vi har i tertiale arbeidet med en revidert baseline av fremdriftsplanen, som nå også inkluderer byggherrens utstyrsanskaffelser.

### 6.2 Økonomi

Prosjektet følger vedtatt betalingsplan og det er p.t. ingen utfordringer knyttet til prosjektets kostnadsfremdrift.

Prosjektet har gjort en sammenlikning av Budsjettet LPS mot LPS prognose, denne vurderingen viser at det p.t. er tilstrekkelige reserver for prisstigningen totalt i hele prosjektforløpet. Dette temaet vil også vurderes omfattende i kommende budsjettrevisjon i august.

Det er enighet mellom UNN og NK om prosessen videre som gjelder fordeling av felles byggherrekostnader, det vil arbeides med et utkast til faktura i kommende periode.

Fordelingen mellom UNN og Narvik Kommune er ikke reflektert i påløpte kostnader i oversikten.

Totalt bokførte kostnader tom. april er 966 mnok inkl. mva. Påløpte kostnader, inkl. interim, per april er 1 035 mnok inkl. mva. Prognostiserte kostnader er 1 041 mnok inkl. mva.



Avviket mellom prognostiserte kostnader og påløpte kostnader er på 6 mnok og skyldes i hovedsak følgende momenter:

- Prisveksten er langt høyere enn forventet, påløpte kostnader er 17 mnok høyere enn prognostiserte
- Påløpte finanskostnader er 4 mnok lavere enn prognostiserte kostnader
- Påløpte kostnader knyttet til BH Administrasjon og bikostnader er 1 mnok lavere enn prognostiserte kostnader
- Det har ikke påløpt kostnader knyttet til utstyr så langt, prognostiserte kostnader er 5 mnok
- Påløpte kostnader knyttet til reserveavsetninger (uspesifisert, P50 og P85) er 6,5 mnok lavere enn prognostisert

Kostnadsstatus per PNS - Nye UNN Narvik									
Periode 30.04.2022									
Alle verdier x1000									
PNS / Arbeidspakke	Fremdrift		Akkumulert verdi så langt i prosjektet				Total Estimert		
	Planlagt %	Faktisk %	Planlagt	Prognose	Påløpt	Bokført	Justert Budsjet	Godkjent Budsjet	Prognose
Nye UNN Narvik			1 041 304	1 041 304	1 034 855	966 439	2 693 860	2 693 860	2 693 860
D.1 Prosjektering tidligfase (NUN)	100 %	100 %	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959
NUN_81 - NUN Prosjektering tidligfase	100 %	100 %	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959	62 959
E.1 Nye Narvik Universitetssykehus (NUN)	35 %		978 345	978 345	971 896	903 480	2 630 901	2 630 901	2 630 901
E.1.a BH Administrasjon (NUN)	31 %		58 112	58 112	52 209	50 639	189 167	189 167	189 167
E.1.b HENT (NUN)	38 %		671 831	671 831	668 712	608 239	1 749 918	1 749 918	1 765 650
E.1.c BH Leveranser (NUN)	46 %		203 614	203 614	198 359	198 359	442 493	442 493	426 761
E.1.d Prosjektreserver og LPS (NUN)	11 %		44 788	44 788	52 616	46 243	249 323	249 323	249 323

Prosjektet har i denne perioden gjennomført kalkylemøter med HENT med mål om å omforenes rundt de omtvistede kravene for sykehuset. Dette har resultert i en enighet om de fleste omtvistede krav og endringer i byggeprosjektet. Dialogen mellom partene var god og profesjonell under forhandlingene. Det at vi nå er omforent rundt de omtvistede kravene, bidrar også positivt til samhandlingen mellom partene. Status på reserver og endringer er presentert i eget vedlegg til månedsrapporten.

Presentert under er en 12-mnd rullerende likviditetsprognose, merk at denne prognosen inkluderer alle kostnader opp til og med P85 avsetningen.



<b>12-mnd rullerende likviditetsprognose - Nye UNN Narvik</b>		
Alle verdier x1000		Periodisert verdi
<b>2022 Totalt</b>		<b>574 878</b>
2022	Mai	75 130
	Juni	70 487
	Juli	71 408
	August	70 393
	September	68 231
	Oktober	78 001
	November	73 179
	Desember	68 048
<b>2023 Totalt</b>		<b>250 994</b>
2023	Januar	62 757
	Februar	61 648
	Mars	60 225
	April	66 364
<b>Totalt 12 mnd</b>		<b>825 872</b>



### 6.3 Risiko- og mulighetsbilde

Prosjektet har forbedret risikomatrisen i rapporten med å inkludere initiell risiko (0= opprinnelig/ initiell risiko visning pr risiko id). Tiltakets tittel og beskrivelse vises i matrisen. I tillegg vises nå lukkede tiltak med overstreking pr risiko.

Restrisikoen vises i nåværende risikovurdering (N) pr risiko id.

Prosjektet har redusert noen av topp risikoen siden sist tertial rapport. Prosjektet har ingen røde risiko.



## Status per 13.05.22

Enhet: Pims/HN RHF/UNN HF/512401240: 0000

Ansvarlig:

Laget av: Jørn Refsnes

Utskriftsdato: 13.05.22

Trusler					Muligheter				
		12573							
	12357	12609	11778 11992						
	12267 10795	10796	11973 12056						

Sannsynlighet ⇅

Konsekvens ⇅



ID	Tittel / Beskrivelse / Vurderingskommentar	Sannsynlighet	Konsekvens	Saker / tiltak
11778	<p><b>Ansvarsforhold og risikoovergang i helsehuskontrakt</b></p> <p><b>N - F</b> <b>O</b></p> <p>Ifm. i helsehusets funksjonsprosjekt har det blitt behov for en prinsipiell avklaring angående ansvaret til HENT og de prosjekterende, sett ift. det Narvik kommune har lagt inn i dRofus. Byggherren har vist til kontraktens A.03, Avtaledokument Helsehuset, punkt 8 med tilhørende bestemmelser vedr. at totalentreprenøren overtar risiko for valg av løsninger og annen prosjektering ved kontraktsignering. Samt at byggherren på bakgrunn av denne risikoovergangen ikke kan se at HENTs økonomiske kontraktsansvar kan begrenses til dRofus-beskrivelsen. Resultatet av denne avklaringen har stor økonomisk betydning for Narvik kommune, og utgjør en betydelig risiko i Helsehusprosjektet. Kfr. for øvrig egen PIMS-sak: 75044</p> <p><i>Det har vært avholdt flere møter med HENT ang. saken. Det ble avholdt et L1-møte 09.03.22 kom partene til forlik for en del av de foreliggende kravene. Herunder for de økonomiske konsekvenser etter medvirkning i funksjonsprosjekt (nivå 1), K2001-K001 til -K004. I tillegg retningslinjer for videre behandling av K2001-K005 og -K011 etter at nytt nullpunkt (nivå 2) er priset fra HENT. Som del av forliket aksepterte byggherren å ta ansvaret for utstyr iht. budsjettkoding angitt i dRofus. Budsjettkodene angir type utstyr som ansees som byggherreleveranser for helsehuset. Før PIMS-sak 75044 lukkes ønsker byggherren å ha avklart øvrige omtvistede saker.</i></p>	50%	4	





<b>11992</b> <b>N - F</b> <b>O</b>	<b>Risiko betongarbeid - Kraning, anhuking og teleskoptruck</b> Fallende gjenstander, feil anhuking, klemfare, feil på utstyr(stropper, kjetting), påkjørsel og heising over personell. <i>Vurdering etter tiltak implementert.</i>	50%	4	<b>Tittel: Generelle tiltak for kraning og anhuking, Beskrivelse:</b> Alltid benytte sertifisert utstyr, kontroller stropper for skader. Sikring av løse gjenstander. Oppmerksom på klemskader. Avsperring av heisesone. Anhukning utføres kun av sertifisert personell. Signalmann/radio benyttes ifb kommunikasjon med kran sjåfør. Det henvises til sjekkliste "Kranbruk - sjekkliste sikkerhet" 28.05.21 Endret i matrisen pga høyere aktivitet Sikre hiv mot utglidning. God kommunikasjon og sikkerhetsvurdering med kranfører og evt. andre i nærområdet. Kvalifisert personell. Sikker plassering før last løses. Vær og vind må vurderes daglig. Aldri gå under hengende last. Avsperring må på plass dersom personer ferdes i området. Ved tette arbeider skal firma gjennomføre skriftlig vurdering sammen. Ingen fag skal arbeide i nærheten av maskin uten at fører vet det. Dersom mulig, skal alltid annen vei benyttes. Aldri stå i en posisjon som gir fare for å kunne havne i klem mellom to elementer (F.eks. vegg og maskin). SJA skal inneholde opplysninger som ivaretar sikkerheten ift. vær og vind, festing, anhuking, kommunikasjon og tiltak som iverksettes for å redusere risiko for nevnte uønskede hendelser. Sertifikater skal være kontrollert før personer sendes hit av arbeidsgiver. Visuell kontroll før bruk. Varselskilt/kontaktinformasjon skal være på plass i områder hvor det skal heises. SJA skal utarbeides med kranfører og ankhuker. Sørg for aktsomhet ved anhuking. Riktig bruk av stropper. Viktig sikkerhetsinformasjon gitt om stropper og slinger, skrevet ut. Fokus på oppbevaring, tørking, visuell inspeksjon og kassering. Hold avstand. Dokumentert opplæring - kontakt HENT. Anleggsledelse for rødt klistemerke som viser at personer er kontrollert av HENT på plassen. Avtalt kommunikasjonsform med tegn og signal. Kranførere og anhukere skal gjennomføre SJA sammen, ved flere kraner på plassen samtidig skal egen risikovurdering tas og gjennomgås i daglige morgenmøter.	05.05.22
<b>12573</b> <b>N - F</b> <b>O</b>	<b>Økt markedsrisiko i forhold til krigen i Ukraina</b> Grunnet krigen i Ukraina har det skapt usikkerheter for leveransesikkerheten og dertil prisnivå for ulike materialer og varer. Dette kan medføre forsinkelser og økt lønns og prisstigning i markedet. <i>Vurderingen er utført basert på dagens situasjon. Varigheten på krigen er høyst usikker. Prosjektet vil følge situasjonen løpende fremover.</i>	82.5%	3	<b>Tittel: Områdesikring, Beskrivelse:</b> Områder hvor det foregår løft skal alltid være avsperrert, og personell kan ikke ferdes inne på det området uten å avklare med BAS-EMV først.	29.09.22
<b>12609</b> <b>N</b> <b>O</b>	<b>Risiko for at ambulansestasjonen ikke blir ferdigstilt før overlevering av sykehuset</b> Fare for at ambulansestasjonen blir for kostbar til at vi kan realisere den innenfor prosjektet. <i>Mottatt pristilbud fra HENT overstiger budsjettprisen avsatt i prosjektet. Beslutnet dermed å lyse ut ambulansestasjonen på åpen konkurranse i markedet høst 22.</i>	50%	3	<b>Tittel: Utlysning av ambulansestasjonen som en åpen konkurranse i markedet, Beskrivelse:</b> Lyse ut ambulansestasjonen som egen konkurranse høst 2022 for beslutning om gjennomføring etter tilbud mottatt.	31.10.22



<b>11973</b> <b>N - F</b> <b>O</b>	<b>Fare for fallskader/ fallende gjenstander ved montasje i høyden</b> <b>Risikoen gjelder alt arbeid i høyden</b> <i>Tiltak innført: Det tilstrebes å prosjektere/planlegge alle arbeider slik at de kan utføres fra stillas/lift. Men ved enkelte operasjoner, er ikke dette mulig. Da må det jobbe i godkjent fallforhindrende utstyr. Før hver slik arbeidsoperasjon, skal det utarbeides en SJA av de som skal utføre dette arbeidet. Denne SJA, skal også gås igjennom med/av HENT før arbeidene kan starte. Dette er tema i morgenmøter, Driftsmøter og vermerunder.</i>  <i>Risikoen er opprettholdt fra sist måned tatt i betraktning at det også fremover er en økning i antall arbeidende personell på byggeplass. Dette er et risiko område som har hatt og vil ha stort fokus fremover tatt i betraktning oppbemanningen som kommer på byggeplass</i>	17.5%	4	Tittel.:Tiltak med at KU ukentlig har fokus på risiko for fallskader personell/gjenstander på byggeplass, Beskrivelse.: KU gjennomfører egne kontrollbefaringer minimum 2 ganger pr mnd som dokumenteres i PIMS. Dette i tillegg til at fallskader er fokus i de ukentlige vermerunder.	31.07.24
<b>12056</b> <b>N - F</b> <b>O</b>	<b>Risiko for kvalitetsavvik pga svak grensesnittkoordinering av HENT</b> <b>Risiko for at prosjektet får kvalitetsavvik og "rework" på prosjekterte løsninger pga svak grensesnitt koordinering av HENT i prosjektet. HENT etterlever ikke kontraktskravene til grensesnittkoordinering for tekniske, funksjonelle og geometriske grensesnitt i prosjektet.</b> <i>Risikoen er opprettholdt fra sist måned. Byggherren har imidlertid styrket sin deltakelse i HENT sine fagformøter med teknisk personell for å hjelpe til med tekniske avklaringer.</i>	17.5%	4	Tittel.:HENT og byggherre har avtalt at det skal gjennomføres en evaluering av arbeidet med grensesnitt, Beskrivelse.: HENT og byggherre har avtalt at det skal gjennomføres en evaluering av arbeidet med grensesnitt.Grensesnitt registrert bør brukes i samsvar med modellgjennomgang. I dag så lukkes grensesnittene noe lett. Tiltakene må ha tidsfrister som følges.	
<b>10796</b> <b>N ▼ F</b> <b>O</b>	<b>Risiko for leveransesikkerheten på BH leveransene pga. korona</b> <b>Risiko for forsinkelser på byggherreleveransene pga corona. Kapasitet/transport mm.</b> <i>Tiltaket rundt inkludering av byggherrens innkjøpspakker i HENT sin fremdriftsplan er nå fullført.</i>  <i>I tillegg kontraherer byggherren sine innkjøp tidlig i prosjektet med en leveranse av medisins teknisk utstyr/løst utstyr mm. sent i prosjektet. Dette gir leverandørene god ledetid for å sikre at leveransen kommer rettidig.</i>  <i>Risikoen reduseres dermed med disse tiltakene implementert i prosjektet.</i>	17.5%	3		
<b>12357</b> <b>N - F</b> <b>O</b>	<b>Innheising av utstyr og materiell ved bruk av trapoflex og liftroller</b> <b>Det oppstår en del risikoer med innheising av utstyr/materiell inn i bygget, i forskjellige etasjer. Ved bruk av trapoflex og liftroller vil vi kunne minimere risikoene ved denne type operasjon.</b> <i>Ved å implementere tiltak som bruk av liftroller og trapoflex, vil vi kunne minimere risikoene ved innheising av utstyr/material inn i etasjene.</i>	50%	2	Tittel.:Stropping og anhuking, Beskrivelse.: Gjennomgng med kranleverandør ang. rutiner for stropping og anhuking – samt krav til oppdragsøier. 22.04.22 Tittel.:Avsperring, Beskrivelse.: Gjennomgang med kranleverandør – krav til avsperring og merking/handheving i fellesskap med bestiller. 22.04.22 Tittel.:Arbeid i høyden, Beskrivelse.: Ved å bruke trapoflex og liftroller, så minimerer vi risikoen ved arbeid i høyden. Ved bruk av trapoflex må man bruke fallsikringsutstyr, men ved liftroller trenger man ikke det. 31.03.23 Tittel.:Skade på elementer, Beskrivelse.: Ved å bruke liftroller og trapoflex minimerer vi risikoen for å kunne ødelegge elementer ved innheising av material og utstyr. 31.03.23 Tittel.:Klemfare, Beskrivelse.: Ved bruk av liftroller og trapoflex vil vi kunne minimere faren for å komme i klem ved innheising av utstyr og material- 28.07.23	





<b>10795</b> <b>N ▼ F</b> <b>O</b>	<b>Risiko for fremdriftskonsekvens ifm vanskelig tilgang til utenlands arbeidskraft</b> 1) Vanskelig tilgang på utenlands arbeidskraft i og med at den norske kr svekkes/ mindre lukrativt å komme hit. 2) Smittevern tiltak som hindrer de å komme til landet <i>HENT har nå kontrahert det meste av sine UE, og vi kan dermed redusere denne risiko.</i>  <i>Prosjektet har arbeidet aktivt med å sikre leveransene og ressurstilgjengeligheten i prosjektet. Nå som de fleste underentreprenører er kontrahert av HENT, så er denne risiko redusert vesentlig.</i>	17.5%	2	
<b>12267</b> <b>N ▼ F</b> <b>O</b>	<b>Fare for glatte overflater, vinter</b> På grunn av minusgrader og vinter vil det kunne oppstå situasjoner hvor vi vil få glatte overflater/partier på byggeplass. Ting vil også kunne fryse fast, så viktig at vintertiltak blir gjort. <i>Vinteren er på hell, og prosjektet har innarbeidet gode rutiner for strøing og vedlikehold av glatte overflater/gangveier. Risikoen er dermed redusert fra sist måned</i>	17.5%	2	Tittel.: Få kabler opp fra bakken, Beskrivelse.: Få opp kabler slik at de ikke fryser fast. 29.04.22 Tittel.: Strøing, Beskrivelse.: Strøing ved bruk av pukksand vil gjøre det tryggere for personell. 29.04.22

N - Farge i nåværende periode, F - Farge i forrige periode, O - Opprinnelig. Nye risikoer denne periode markert i blått.



## 7 MYNDIGHETSFORHOLD

Det pågår arbeid med revisjon og offentlig godkjenning av reguleringsplanen slik at denne også skal omfatte det nyervervede arealet sør for Statkraft ettersom dette skal inngå i den samlede parkeringsløsningen for alle helseinstitusjonene på Furumoen. Det er dessuten oversendt til teknisk godkjenning en plan for tilslutning mellom ny og eksisterende Stasjonsvei, generell og spesiell veioppbygging og tilhørende skiltplan. Miljøsanering ved skytebanens 300m målskiver er avsluttet og sluttrapport er godkjent av Narvik kommune. Etter funn av udefinert avfall i grøfte- og veitrase resulterte i mistanke om forurensninger av grunnen ved 100m, 30m og standplass. Prøvegravinger ble foretatt og det ble sanket jordprøver fra de nevnte stedene, samt i deponiet der de allerede utgravde massene var mellomlagret. Rapporten konkluderer med at det ikke er behov for å behandle noen av disse massene særskilt.

## 8 KUNST

Kunstfaglige rådgivere har gjort utvalg blant de påmeldte kunstnere/kunstnergrupper og har presentert disse i felles-samling.

Komiteemedlemmene har deretter stemt over de fremlagte konseptene med rangering. De tre beste av disse konkurrerer innbyrdes om hovedverket i inngangspartiet på sykehuset. Hver av kunstnerne/gruppene leverer et skisseutkast mot en godtgjørelse på 20 000,-. Valg av kunstner til hovedinngangen skal fullføres før fellesferien.

Det er videre foreslått et utvalg kunstnere til et verk som skal utgjøre hovedverket i parken foran sykehuset. Disse ble presentert i et felles teams-møte for påfølgende avstemming. UNN sine representanter har bedt om noe tid til å gå gjennom det framviste materialet og også "ta en fot eller to i bakken" for å kunne fremstå mest mulig entydig og forutsigbart i det videre arbeidet.

Det er også fremlagt et utvalg kunstnere som er tenkt utfordret til utsmykning av området som strekker seg fra kantina og opp til Furukollen.

Det arbeides hele tiden med å kartlegge, gjøre utvalg og involvere eksisterende kunst i sykehuset.

## 9 ANNET





## STYRESAK

Styresak:	60/2022
Møtedato:	21.06.2022
Arkivsak:	2020/84-7
Saksbehandler:	Tor-Arne Hanssen

## Parkeringsløsning UNN Narvik

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar å lyse ut etablering og drift av parkering ved Nye UNN Narvik og Narvik kommunes helsehus som offentlig konkurranse.
2. Styret ønsker at det legges til rette for etablering av Helsepark på deler av parkeringsarealet og ber om å få en sak tilbake når forhold omkring dette er avklart og før konkurranse om Helsepark lyses ut.

### Bakgrunn

Byggeprosjektet Nye UNN Narvik er et prosjekt som er delintegrert med Narvik kommunes helsehus. Det er en felles reguleringsplan med krav om parkering. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og Narvik kommune har et felles ønske om å drifte dette som ett parkeringsanlegg med felles driftskonsept. Styret har tidligere behandlet sak om parkering og Helsepark ved Nye UNN Narvik i sak 7/2020 *Salg av tomteeiendom ved Nye UNN Narvik* og 33/2020 *Parkeringsløsning ved Nye UNN Narvik*.

### Formål

Denne saken inviterer styret å gjøre vedtak om parkeringsløsning for Nye UNN Narvik.

## Saksutredning

Parkeringsspørsmål og løsning av dette ved Nye UNN Narvik og Narvik kommunes helsehus har vært utredet i byggeprosjektet over flere år for å finne en økonomisk fordelaktig løsning for foretaket som samtidig gir en god løsning for pasienter, besøkende og ansatte ved sykehuset og helsehuset. Behovet for antall plasser defineres i reguleringsplanen for området. Planen inkluderer sykehuset, helsehuset og eksisterende kommunalt sykehjem. I tertialrapport 3 – 2021 orienteres styret om at det er undertegnet kontrakt med Statkraft om erverv av tomteareal for å sikre nødvendig areal til overflateparkering. Parkering for både helsehus, sykehjem og sykehus vil dermed foregå på eiendom som i hovedsak besittes av UNN. I pågående arbeid med driftsavtaler mellom UNN og Narvik kommune framgår det felles ønske om å drifte all parkering som et felles parkeringsanlegg.

Utredning av framtidig parkeringsstrategi for UNN viser at det er nødvendig og ønskelig at UNN ikke bruker investeringsmidler for å etablere parkering når eksterne forhold legger til rette for annen løsning. Det er nødvendig med andre løsninger ved alle tre hovedlokalisasjoner i UNN.

I tertialrapport for 1 tertial 2022 vises det til utfordrende økonomiske forhold på bakgrunn av krigen i Ukraina. Byggebransjen opplever et kostandshopp på 30 % i forhold til priser som ble gitt før krigsutbruddet. For å sikre at prosjektet Nye UNN Narvik løses innenfor styringsrammen (P50) for prosjektet, ser prosjektstyret det nødvendig å utløse deler av kutttiltakene som gjenstår i prosjektet. De to største mulige kutt i prosjektet på nåværende tidspunkt er parkering og ambulansestasjon. Prosjektstyret anbefaler at ambulansestasjonen ikke berøres av kutt, men at opparbeiding og drift av parkering settes ut som offentlig anbudskonkurranse. Ved å sikre ekstern kapital til etablering av parkering vil kostnaden dekkes inn over parkeringsavgift til driftsselskap. Reduksjonen i prosjektkostnad er av betydelig størrelse, og vil gi økt sikkerhet for gjennomføringen av prosjektet. Av gjennomføringsmessige årsaker er det nødvendig å begynne og planlegge konkurranse nå, og lyse denne ut i løpet av høsten 2022. Konkurranse for parkering vil lyses ut der hovedelementene er rett til å etablere parkering på UNNs eiendom og drifte dette i et gitt antall år, antatt om lag 10 år. Det viktigste konkurranseelementet er pris per time per parkeringsplass i ferdig anlegg.

Etablering av randsoneaktivitet i form av næringsbygg for en privat Helsepark har vært viktig for administrerende direktør, styret og Narvik kommune. Muligheten for dette ønskes å sikres gjennom utformingen av konkurransen for parkering. Utlysning av konkurransen vil legge som premiss at deler av parkeringsareal midlertidig må påregnes frigitt til oppføring av Helsepark med parkeringsanlegg i underetasje. Konkurranses grunnlaget utformes sammen med foretaksadvokatene og advokatfirma Simonsen Vogt Wiig AS.

Det er 4 hovedårsaker til at parkering og etablering av Helsepark skilles i denne konkurransen.

- Primært ønskes det sikkerhet for etablering av nødvendige parkeringsplasser slik at sykehus og helsehus får ferdigattest og kan åpne som planlagt. En tydelig konkurranse om parkering sikrer best konkurranse på formålet.

- Parkeringsdrift og Helsepark er ikke kjerneområde for samme markedssegment og vil kunne gi få tilbydere.
- Etablering av Helsepark krever at investeringsselskap har sikre avtaler for utleie før igangsetting. Dette utfordrer tidsaspektet for gjennomføring.
- Parkering krever lavere investeringskostnad enn Helsepark og dermed lengre avskrivning av kostnader. Dette påvirker hvilken type avtale som må inngås mellom partene.

Styret vil bli forelagt ny sak om Helsepark når forholdene omkring saken er ferdig utredet.

## Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 22. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

## Vurdering

Denne saken berører hvordan byggeprosjektet Nye UNN Narvik skal løses innenfor budsjettammen som er gitt til UNNs disposisjon. Parkering er en viktig premisse for å åpne og drifte sykehuset forsvarlig. En ustabil markedsituasjon på grunn av krigen i Ukraina gir utfordringer til prosjektet med hensyn til ferdigstilling av de 2 siste punktene på kuttlisten i prosjektet, ambulansestasjon og parkeringsanlegg. Prosjektstyret har av hensyn til risiko i prosjektet ventet med å bestille disse to delene av prosjektet til øvrige forhold som berører prosjektøkonomien er avklart. Ingen kunne forutsett krigsutbrudd og konsekvens av dette.

Administrerende direktør støtter prosjektstyrets vurdering og prioritering av kuttlisten. Alternativt til å kutte i prosjektet vil være å be om å utløse deler av risikoavsetningen (P85) hos Helse Nord. Den globale situasjonen som er årsak til kostnadsøkningen er en legitim årsak til å be om å utløse P85-rammen, men den økonomiske situasjonen i Helse Nord taler imot. Administrerende direktørs samlede vurdering er at parkering ikke er en kjernevirksomhet for UNN og at den økonomiske situasjonen i foretaksgruppen derfor bør veie tyngst i vurderingen.

Tromsø, 03.06.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Vedlegg - Kuttliste Nye UNN Narvik (*Unntatt offentlighet jf. offl § 5*)



## STYRESAK

Styresak:	61/2022
Møtedato:	21.06.2022
Arkivsak:	2020/84-8
Saksbehandler:	Grethe Andersen

## Salg av eiendommer Narvik

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF beslutter salg av eiendommer gnr./bnr. 47/117, 47/248 og 47/180, og ber Helse Nord RHF om godkjenning av salget.

### Bakgrunn

Det bygges nytt sykehus i Narvik med antatt ferdigstillelse medio 2024. Det vises til styresak 28/2022, hvor det ble besluttet samsalg av gamle Narvik sykehus med Statsbygg. Nytt sykehus skal i tillegg huse funksjoner som i dag ligger i bygg på andre eiendommer, utenfor eksisterende sykehus. Denne saken gjelder disse eiendommene.

### Formål

Styret inviteres til å godkjenne salg av UNNs eiendommer i Narvik.

### Saksutredning

På eiendommen 47/117, som ligger i Buveien 63, Ankenesstrand, har det vært en barnehage. Denne er nå lagt ned, og bygget er ikke lenger i bruk. På eiendommen 47/248, som ligger i Buveien 75, ligger russeksjon Narvik. Det ligger også tilhørende hytte og garasje på tomten. Ingen av disse vil være i bruk etter innflytting i nytt sykehusbygg. På eiendommen 47/180, som ligger i Buveien 62, ligger Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten, med hovedbygning, bo- og behandlingssenter og garasjer på tomten.

De funksjonene som i dag er lokalisert på eiendommene som nevnt over, skal inn i nytt sykehusbygg (nye UNN Narvik). Det foreligger ikke alternativt behov for eiendommen i UNNs nåværende drift eller fremtidige planer.

Ved et salg vil alle formålsbygg som er i bruk, få utsatt overdragelse til flytting er gjennomført, selv om kontrakt om salg av eiendommen(e) vil kunne inngås før den tid.

## **Medvirkning**

Saken er forelagt brukernes arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 22. Viser til referatsaker til styremøtet 21.06.2022.

## **Vurdering**

Det anbefales at eiendommene legges ut på det åpne markedet for salg i Narvik. Eiendommene er ikke verdsatt, og det vil innhentes takst for prisantydning for salg. Det legges ellers ingen føringer for salget med hensyn til pris eller øvrige betingelser, da det legges til grunn at et salg på det åpne markedet for disse eiendommer vil gi beste pris.

## **Konklusjon**

Direktøren anbefaler at alle eiendommer med påstående bygg selges.

Tromsø, 03.06.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## STYRESAK

<b>Styresak:</b>	<b>62/2022</b>
<b>Møtedato:</b>	<b>21.06.2022</b>
Arkivsak:	2020/4971-11
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Møteplan 2023 for styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner følgende møteplan for 2023:

Møter	Jan	Febr	Mars	April	Mai	Juni	Sept	Okt	Nov	Des
Styremøter	25	22 <sup>1</sup>	20 <sup>2</sup>	24 <sup>3</sup>	24 <sup>4</sup>	20	20 <sup>5</sup>	24	28	19
Styreseminar						19 Narvik			27 Harstad	

--- slutt på innstillingen ---

### Formål/ bakgrunn

Administrasjonen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har utarbeidet forslag til møteplan for styret ved UNN for 2023. Møteplanen er tilpasset møteplan for styret ved Helse Nord RHF, vedtatt i deres styremøte i mai. d.å., med vektlegging på avleveringsfrister fra helseforetakenes styrer for tertialrapporter, regnskap og årlig melding. Helseforetakene er bedt om å planlegge sine styremøter før styret i Helse Nord RHF sine møter, og dette er hensyntatt i forslag til møteplan for styret ved UNN 2023.

Det foreslås å legge styremøtene til *følgende steder*:

<sup>1</sup> Oppdragsdokument 2023

<sup>2</sup> Årsregnskap 2022 og styrets beretning. Årlig melding 2022.

<sup>3</sup> Innspill til økonomisk langtidsplan inkl. rullering av investeringsplan

<sup>4</sup> Tertialrapport nr.1-2023

<sup>5</sup> Tertialrapport nr.2- 2023

25. januar 2023:	Digitalt
22. februar 2023:	Tromsø (Oppdragsdokument 2023)
20. mars 2023:	Tromsø (Årsregnskap 2022 og styrets beretning. Årlig melding)
24. april 2023:	Tromsø
24. mai 2023:	Digitalt
20. juni 2023:	Narvik (i forbindelse med styreseminar 19. juni 2023)
20. september 2023:	Digitalt
24. oktober 2023:	Tromsø
28. november 2023:	Harstad (i forbindelse med styreseminar 27. november 2023)
19. desember 2023:	Tromsø evt digitalt

#### *Styreseminarer*

Styret har tidligere prioritert å avsette tid til *ett* styreseminar per semester, og disse er lagt inn i tilknytning til siste møte før sommerferien samt i styremøtet i november. Styret bes om å ta stilling til hvor seminarene ønskes avviklet. Som tidligere år er Narvik foreslått i juni og Harstad i november.

Dato for *felles styreseminar med Helsefakultetet* ved Universitetet i Tromsø er under planlegging, og administrasjonen vil komme tilbake med forslag til dato for felles styreseminar i løpet av høsten.

#### *Frister*

Det er tatt hensyn til *tidligst mulige intern leveringsfrist* for utarbeidelse av kvalitets- og virksomhetsrapportene hver måned. I tillegg er det gitt rom for nødvendig behandling og drøftinger med ansattes organisasjoner, brukerutvalg og arbeidsmiljøutvalg før utsendelse av sakene til styret. Det vil ved enkelte av de oppsatte møtene ikke være mulig å levere ferdige kvalitets- og virksomhetsrapporter innenfor gitte frister, som følge av at møtetidspunktene er styrt ut fra krav til leveringsfrister fra Helse Nord RHF. Dette vil medføre ettersendelse til styret, *etter* 10-dagersfristen før hvert styremøte ref. styreinstruksen.

#### *Lokaliseringer*

Foreslåtte lokaliseringer for møtene er gjort skjønnsmessig ut fra hensynet til en ønsket variasjon og tilstedeværelse i vertskommunene for de største enhetene. Det foreslås også å gjennomføre flere styremøter digitalt.

#### *Regionale styreseminar*

De regionale styreseminarene avholdes i Tromsø 29.- 30. mars 2023 og i Bodø 25.- 26. oktober 2023 i tråd med Helse Nord RHF's vedtatte møteplan (vedlegg 1).

Tromsø, 15.06.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

- Styremøte Helse Nord RHF 25.05.2022 - presseprotokoll



## Presseprotokoll

Vår ref.:  
2022/67Saksbehandler:  
Tina EitranDato:  
25.5.2022

<b>Møtetype:</b>	Styremøte i Helse Nord RHF
<b>Møtedato:</b>	25. mai 2022 - kl. 08.30
<b>Møtested:</b>	Thon Hotell Nordlys, Bodø

### Tilstede

<b>Navn:</b>	
Renate Larsen	styreleder
Inger Lise Strøm	styrets nestleder
Anne Husebekk	styremedlem
Henrik Olsen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem – <i>deltok frem til kl. 14.00</i>
Kari Jørgensen	styremedlem – <i>deltok frem til kl. 14.00</i>
Rune Gjertin Rafaelsen	styremedlem – <i>deltok frem til kl. 14.00</i>
Sissel Alterskjær	styremedlem
Sturla Heitmann	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Knut Georg Hartviksen	observatør fra Regionalt brukerutvalg – <i>deltok frem til kl. 14.00</i>

### Forfall

*Ingen hadde meldt forfall til dette styremøtet.*

### Fra administrasjonen

<b>Navn:</b>	
Cecilie Daae	adm. direktør
Tina Eitran	spesialrådgiver
Anne May Knudsen	kommunikasjonsdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Erik Arne Hansen	økonomidirektør
Anita Mentzoni-Einarsen	HR-direktør – <i>deltok frem til klokken 13.00</i>
Hilde Rolandsen	eierdirektør
Jon Tomas Finnsson	avdelingsdirektør helsefag
Janny Helene Aasen	revisjonssjef
Hanne Husom Haukland	medisinsk rådgiver
Jan Eskil Severinsen	kommunikasjonsrådgiver
Tove Klæboe Nilsen	direktør for forskning og innovasjon – <i>deltok under behandling av styresak 65-2022</i>

I forkant av styremøtet orienterte seniorrådgiver *Espen Mælen Hauge* om arbeidet med *Regional utviklingsplan 2038* og eierdirektør *Hilde Rolandsen* orienterte om *felleseide helseforetak*.

I forbindelse med behandling av *styresak 61-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste* spurte styreleder Larsen om det foreligger habilitet eller andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til styremedlemmenes upartiskhet i noen styresaker som skal behandles i dagens styremøte.

## **Styresak 61-2022      Godkjenning av innkalling og saksliste**

Sak 61-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 62-2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 27. april 2022
Sak 63-2022	Virksomhetsrapport nr. 4-2022 <i>Saksdokumentene var ettersendt</i>
Sak 64-2022	Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, oppfølging av styresak 4-2022
Sak 65-2022	Presisjonsmedisin i Helse Nord, status, oppfølging av sak 117-2021
Sak 66-2022	Oppfølging av Internrevisjonsrapport nr. 06/2021: Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord, oppfølging av styresak 17-2022
Sak 67-2022	Moderne Digital arbeidsflate – Telekom <i>Saken omhandler opplysninger som kan lette gjennomføring av straffbare handlinger. Hele dokumentet er unntatt offentlighet jf. offl. §24, 3. ledd.</i> <i>Saksdokumentene var ettersendt</i>
Sak 68-2022	Prosjekt Planlegging og optimaliseringsløsning - Pasientreiser HF <i>Saken er unntatt offentlighet, jf. offl. § 23 1. ledd.</i> <i>Saksdokumentene var ettersendt</i>
Sak 69-2022	Avansert oppgaveplanlegging, konseptfase - status
Sak 70-2022	Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021
Sak 71-2022	Anskaffelser av avtalebaserte helsetjenester - oppfølging av styresak 121-2020
Sak 72-2022	ForBedring 2022 – resultater og oppfølging
Sak 73-2022	Forbedringsprisen høst 2021 og vår 2022, oppsummering – oppfølging av styresak 27-2019
Sak 74-2022	Møteplan 2023 - styret i Helse Nord RHF
Sak 75-2022	Orienteringssaker
	1. Informasjon fra styreleder til styret - <i>muntlig</i>
	2. Informasjon fra adm. direktør til styret - <i>muntlig</i>
	3. Helgelandssykehuset - eksterne henvendelser <i>Saksdokumentene var ettersendt</i>
	4. Årsplan 2022 for styret i Helse Nord RHF
	5. Rekrutteringskampanjer i Helse Nord
	6. Desentralisert legeutdanning ved Helgelandssykehuset

- |             |   |
|-------------|---|
|             | 7. Kirurgiske inngrep ved Finnmarkssykehuset, klinikk Alta, oppfølging av styresak 162-2021 |
| Sak 76-2022 | 8. Koronakommisjonens rapport del 2<br>Referatsaker   |
|             | 1. Møte i Regionalt brukerutvalg 7. april 2022 - protokoll                                  |
| Sak 77-2022 | 2. Møte i Regionalt brukerutvalg 13. mai 2022 - protokoll<br>Eventuelt                      |

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

**Styresak 62-2022      Godkjenning av protokoll fra styremøte  
27. april 2022**

Det kom innspill om feil i oversikt over tilstedeværelse og feil i bosted for et varamedlem i Regionalt brukerutvalg 2022-2024.

Styrets vedtak:

1. Protokoll fra styremøtet, den 27. april 2022 godkjennes med de innspill som kom fram under behandling av saken.

**Styresak 63-2022      Virksomhetsrapport nr. 4-2022**  
*Saksdokumentene var ettersendt*

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 4-2022 til orientering.
2. Styret i Helse Nord RHF er fortsatt ikke tilfreds med resultatutviklingen og viser til vedtak i styresak 57-2022/5 hvor det bes om en samlet regional omstillingsplan til neste styremøte.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 4-2022 til orientering.
2. Styret i Helse Nord RHF er fortsatt ikke tilfreds med resultatutviklingen og viser til vedtak i styresak 57-2022/5 hvor det bes om en samlet regional omstillingsplan til neste styremøte.

**Styresak 64-2022      Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig  
spesialisert rusbehandling, oppfølging av  
styresak 4-2022**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, plan for oppfølging av målområdet til orientering.
2. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør styrke innsatsen knyttet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjennom tettere oppfølging av måloppnåelse og etablering av ny delstrategi.

**Det ble lagt frem følgende *endrede* forslag til punkt 2 i vedtaket:**

2. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør styrke innsatsen knyttet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjennom tettere oppfølging av måloppnåelse og etablering av ny delstrategi ***med vurdering av økonomiske rammer for å styrke nødvendig kapasitet og kvalitet. Styret ber adm. direktør starte arbeidet med delstrategien høsten 2022. Øremerking av midler kan brukes som virkemiddel der det vurderes at dette kan ha en effekt. Styret forventer at delstrategien også omfatter en bred vurdering av dagens struktur og innhold innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.***

**Det ble fremmet følgende forslag til nytt punkt 3 og 4 i vedtaket:**

3. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør prioritere noen områder der man raskt utarbeider konkrete handlingsplaner, og om å bli holdt oppdatert på dette arbeidet.
4. Styret ber adm. direktør legge frem for styret mandat for arbeidet med delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling høsten 2022.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, plan for oppfølging av målområdet til orientering.
2. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør styrke innsatsen knyttet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjennom tettere oppfølging av måloppnåelse og etablering av ny delstrategi med vurdering av økonomiske rammer for å styrke nødvendig kapasitet og kvalitet. Styret ber adm. direktør starte arbeidet med delstrategien høsten 2022. Øremerking av midler kan brukes som virkemiddel der det vurderes at dette kan ha en effekt. Styret forventer at

delstrategien også omfatter bred vurdering av dagens struktur og innhold innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

3. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør prioritere noen områder der man raskt utarbeider konkrete handlingsplaner, og om å bli holdt oppdatert på dette arbeidet.
4. Styret ber adm. direktør legge frem for styret mandat for arbeidet med delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling høsten 2022.

## **Styresak 65-2022      Presisjonsmedisin i Helse Nord, status, oppfølging av sak 117-2021**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar den årlige statusoppdateringen om satsingen på presisjonsmedisin i forkant av behandling av Økonomisk langtidsplan til orientering.
2. Styret i Helse Nord RHF ber om at Senter for Persontilpasset medisin etableres og implementeres trinnvis som vist til i saken. Det må fortsatt ses på fellesfunksjoner og synergieffekter med andre satsinger i regionen, som Senter for pasientnær kunstig intelligens og felles støttefunksjoner innen klinisk forskning.
3. Styret i Helse Nord RHF vil gjøre de endelige vurderingene av prioritering i budsjett ved behandling av Økonomisk langtidsplan.

*Enstemmig vedtatt.*

### Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar den årlige statusoppdateringen om satsingen på presisjonsmedisin i forkant av behandling av Økonomisk langtidsplan til orientering.
2. Styret i Helse Nord RHF ber om at Senter for Persontilpasset medisin etableres og implementeres trinnvis som vist til i saken. Det må fortsatt ses på fellesfunksjoner og synergieffekter med andre satsinger i regionen, som Senter for pasientnær kunstig intelligens og felles støttefunksjoner innen klinisk forskning.
3. Styret i Helse Nord RHF vil gjøre de endelige vurderingene av prioritering i budsjett ved behandling av Økonomisk langtidsplan.

**Styresak 66-2022      Oppfølging av Internrevisjonsrapport nr. 06/2021: Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord, oppfølging av styresak 17-2022**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar handlingsplan for oppfølging av Internrevisjonsrapport nr. 06/2021: Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord til orientering.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar handlingsplan for oppfølging av Internrevisjonsrapport nr. 06/2021: Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord til orientering.

**Styresak 67-2022      Moderne Digital arbeidsflate – Telekom**

*Saken omhandler opplysninger som kan lette gjennomføring av straffbare handlinger. Hele dokumentet er unntatt offentlighet jf. offl. §24, 3. ledd. Administrasjonen foreslår å behandle saken for lukkede dører.  
Styret lukket møte med henvisning til helseforetaksloven § 26 a, 2. ledd nr. 3.  
Saksdokumentene var ettersendt*

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner investering i Telekom-prosjektet med en sum på inntil 58,7 mill. kroner og ber adm. direktør faseinndele finansieringen på en hensiktsmessig måte.
2. Styret ber adm. direktør legge frem rapportering på fremdrift i prosjektet i tertialrapporter f.o.m. 2022 til prosjektet er avsluttet.
3. Styret understreker at planlegging av innføring nye telefoniløsninger må gjøres i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten i helseforetakene.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner investering i Telekom-prosjektet med en sum på inntil 58,7 mill. kroner og ber adm. direktør faseinndele finansieringen på en hensiktsmessig måte.

2. Styret ber adm. direktør legge frem rapportering på fremdrift i prosjektet i tertialrapporter f.o.m. 2022 til prosjektet er avsluttet.
3. Styret understreker at planlegging av innføring nye telefoniløsninger må gjøres i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten i helseforetakene.

**Styresak 68-2022      Prosjekt *Planlegging og optimaliseringsløsning* - Pasientreiser HF**

Saken ble behandlet i lukket møte, jf. helseforetaksloven § 26a 2. ledd nr. 4 og protokollføres i B-protokoll.

**Styresak 69-2022      Avansert oppgaveplanlegging, konseptfase - status**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar status for avansert oppgaveplanlegging, konseptfase til orientering.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar status for avansert oppgaveplanlegging, konseptfase til orientering.

**Styresak 70-2022      Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021 til orientering.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021 til orientering.

**Styresak 71-2022      Anskaffelser av avtalebaserte helsetjenester  
- oppfølging av styresak 121-2020**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjon om gjennomførte, pågående og planlagte anskaffelser av private helsetjenester til orientering.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjon om gjennomførte, pågående og planlagte anskaffelser av private helsetjenester til orientering.

**Styresak 72-2022      ForBedring 2022 – resultater og oppfølging**  
*Saken ble av tidshensyn utsatt til styremøte i august 2022*

**Styresak 73-2022      Forbedringsprisen høst 2021 og vår 2022,  
oppsummering – oppfølging av styresak 27-  
2019**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjon om vinnere av forbedringsprisen til orientering.
2. Styret i Helse Nord RHF ber om at fremtidig orientering om forbedringsprisen innarbeides i virksomhetsrapporter.

**Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til punkt 1 i vedtaket:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjon om vinnere av forbedringsprisen til orientering, **og gratulerer vinnerne.**

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjon om vinnere av forbedringsprisen til orientering, og gratulerer vinnerne.
2. Styret i Helse Nord RHF ber om at fremtidig orientering om forbedringsprisen innarbeides i virksomhetsrapporter.



## Styresak 74-2022 Møteplan 2023 - styret i Helse Nord RHF

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Møteplan for 2023 godkjennes som følger:

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter Helse Nord RHF		8 <sup>1</sup> 28	29 <sup>2</sup>	26	31	21		30	21	25	29	20
Styreseminar HF-styrene			29-30 (Tromsø)							25-26 (Bodø)		
Foretaksmøte HN RHF	X				X (eller juni)	X (eller mai)						
Foretaksmøter HF-ene		8 <sup>3</sup>			X <sup>4</sup>							

2. Helseforetakene bes om å planlegge sine styremøter før styret i Helse Nord RHF sine møter, jf. vedtatt møteplan for 2023. I tillegg bes helseforetakene om å ta hensyn til følgende datoer for drøfting og styrebehandling i helseforetakene:

- innen 29. mars 2023: Årsregnskap og årlig melding for 2022
- innen 4. juni 2023: Tertialrapport nr. 1-2023
- innen 7. oktober 2023: Tertialrapport nr. 2-2023

Det ble lagt frem følgende *endrede* forslag til punkt 1 i vedtaket:

1. Møteplan for 2023 godkjennes som følger:

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter Helse Nord RHF		8 <sup>5</sup> <del>28</del> 23	29 <sup>6</sup>	26	31	21		30	21	25	29	20
Styreseminar HF-styrene			29-30 (Tromsø)							25-26 (Bodø)		
Foretaksmøte HN RHF	X				X (eller juni)	X (eller mai)						
Foretaksmøter HF-ene		8 <sup>7</sup>			X <sup>8</sup>							

*Enstemmig vedtatt.*

<sup>1</sup> Oppdragsdokument 2023 til HF-ene og Budsjett 2023 – konsolidert

<sup>2</sup> Årsregnskap og styrets beretning 2022. Årlig melding 2022 sendes administrativt til Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. mars 2023, styrebehandling 29. mars 2023.

<sup>3</sup> Foretaksmøter med HF-ene (felles foretaksmøte) for overlevering av oppdragsdokument 2023 til HF-ene. Avholdes så raskt som mulig etter styremøte 8. februar 2023, fortrinnsvis samme dag.

<sup>4</sup> Foretaksmøter med HF-ene (felles foretaksmøte) for behandling av årlig melding og årsregnskap 2022 m. m. Avtales nærmere på et senere tidspunkt, gjerne i tilknytning til styreledermøte samme måned.

<sup>5</sup> Oppdragsdokument 2023 til HF-ene og Budsjett 2023 – konsolidert

<sup>6</sup> Årsregnskap og styrets beretning 2022. Årlig melding 2022 sendes administrativt til Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. mars 2023, styrebehandling 29. mars 2023.

<sup>7</sup> Foretaksmøter med HF-ene (felles foretaksmøte) for overlevering av oppdragsdokument 2023 til HF-ene. Avholdes så raskt som mulig etter styremøte 8. februar 2023, fortrinnsvis samme dag.

<sup>8</sup> Foretaksmøter med HF-ene (felles foretaksmøte) for behandling av årlig melding og årsregnskap 2022 m. m. Avtales nærmere på et senere tidspunkt, gjerne i tilknytning til styreledermøte samme måned.

Styrets vedtak:

## 1. Møteplan for 2023 godkjennes som følger:

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Styremøter Helse Nord RHF		8 <sup>9</sup> 23	29 <sup>10</sup>	26	31	21		30	21	25	29	20
Styreseminar HF-styrene			29-30 (Tromsø)							25-26 (Bodø)		
Foretaksmøte HN RHF	X				X (eller juni)	X (eller mai)						
Foretaksmøter HF-ene		8 <sup>11</sup>			X <sup>12</sup>							

## 2. Helseforetakene bes om å planlegge sine styremøter før styret i Helse Nord RHF sine møter, jf. vedtatt møteplan for 2023. I tillegg bes helseforetakene om å ta hensyn til følgende datoer for drøfting og styrebehandling i helseforetakene:

- innen 29. mars 2023: Årsregnskap og årlig melding for 2022
- innen 4. juni 2023: Tertialrapport nr. 1-2023
- innen 7. oktober 2023: Tertialrapport nr. 2-2023

**Styresak 75-2022 Orienteringssaker**

Det ble gitt orientering om arbeidet med følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret - *mundtlig*

- Møte med Sametinget
- Møte med Vefsn og Leirfjord kommune 20. mai 2022

2. Informasjon fra adm. direktør til styret - *mundtlig*

- *Omstillingsplaner – løypemeldinger*

Det ble presentert milepæler mot styrebehandling 22. juni 2022 og foreløpig vurdering av omstillingsplanene.

- *Styringssystem for informasjonssikkerhet – status, oppfølging av styresak 135-2021 og 156-2021*

Det ble vist til styresak 156-2021 hvor styret ba adm. direktør følge opp sykehusforetakenes arbeid med utarbeidelse av protokoll for behandling av personopplysninger i henhold til lovkrav og prosesser for å holde protokollen løpende oppdatert. Styret ba om å få saken tilbake i løpet av våren 2022, men denne er forsinket og kommer til styret høsten 2022.

Det ble også vist til styresak 135-2021. Styring og organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet i Helse Nord vil også legges frem for styret i en egen sak høsten 2022.

<sup>9</sup> Oppdragsdokument 2023 til HF-ene og Budsjett 2023 – konsolidert

<sup>10</sup> Årsregnskap og styrets beretning 2022. Årlig melding 2022 sendes administrativt til Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. mars 2023, styrebehandling 29. mars 2023.

<sup>11</sup> Foretaksmøter med HF-ene (felles foretaksmøte) for overlevering av oppdragsdokument 2023 til HF-ene. Avholdes så raskt som mulig etter styremøte 8. februar 2023, fortrinnsvis samme dag.

<sup>12</sup> Foretaksmøter med HF-ene (felles foretaksmøte) for behandling av årlig melding og årsregnskap 2022 m. m. Avtales nærmere på et senere tidspunkt, gjerne i tilknytning til styreleder møte samme måned.

- *Delstrategi for intensivmedisin i Helse Nord, sluttrapport, oppfølging av styresak 175-2021*

Det ble vist til styresak 175-2021, der styret ba om å få sluttrapporten for arbeidet i styremøte juni 2022. I det interregionalt fagdirektørmøte 20.oktober 2021 (sak 222-21) ble mandat for interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet vedtatt, og rapporten fra den interregionale utredningen skulle legges til grunn i det videre regionale utredningsarbeidet i hver helseregion. Fristen for å levere denne rapport til styringsgruppen var 14. mars 2022, men ble utsatt til mai. Den regionale utredningen er kommet godt i gang, men vil bli forsinket pga. sen leveranse fra det interregionale arbeidet. Det interregionale arbeidet er nå slutført og Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet er godkjent av interregionalt fagdirektørmøte. Det er i tillegg vurdert som hensiktsmessig at det gjennomføres en ekstern høring på utkast til strategi for intensivmedisin før strategien legges fram for styret i Helse Nord RHF. Endringene innebærer at saken presenteres til styret 28. september 2022.
  - *Strategi for prehospitaltjenester i Helse Nord, oppfølging av styresak 174-2021*

Styret behandlet Strategi for prehospitaltjenester i Helse Nord 2022-2025 i styremøte 15. desember 2021. Styret ba administrerende direktør legge fram *Strategi for prehospitaltjenester i Helse Nord 2022-2025* for endelig beslutning i styremøte våren 2022. Strategien er sendt ut på ekstern høring, men vil ikke komme tilbake til styret for endelig behandling før høsten 2022.
  - *Delstrategi personell, utdanning og kompetanseutvikling – status mandat, oppfølging av sak 58-2021*

Formålet med saken er informere styret om forsinkelse i arbeidet med strategi for personell, utdanning og kompetanse. Jamfør styresak 58-2021 skulle strategien legges fram for som orienteringssak i styret for Helse Nord RHF i mai 2022. Det er avgjørende at helseforetakene deltar aktivt i utarbeidelsen av strategien. Av praktiske årsaker måtte en felles regional workshop om strategien utsettes fra mars til mai 2022. Det er også hensiktsmessig å gjennomføre en ekstern høring på utkast til strategi for personell, utdanning og kompetanse før strategien legges fram for styret i Helse Nord RHF. Endringene innebærer at saken presenteres til styret i oktober 2022.
  - *Møter siden sist:*
    - o Toppledermøte om EU4Health 29. april 2022
    - o Markering sivil-militært samarbeid på Nordlandssykehuset Bodø 4. mai 2022
    - o Møte med helse- og omsorgskomiteen 5. mai 2022
    - o Persontilpasset medisin – konferanse, innlegg – 6. mai 2022
3. Helgelandssykehuset - eksterne henvendelser  
*Saksdokumentene var ettersendt*
  4. Årsplan 2022 for styret i Helse Nord RHF
  5. Rekrutteringskampanjer i Helse Nord
  6. Desentralisert legeutdanning ved Helgelandssykehuset
  7. Kirurgiske inngrep ved Finnmarkssykehuset, klinikk Alta, oppfølging av styresak 162-2021
  8. Koronakommisjonens rapport del 2

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

**Styresak 76-2022      Referatsaker**

Det ble referert fra følgende saker:

1. Møte i Regionalt brukerutvalg 7. april 2022 - protokoll
2. Møte i Regionalt brukerutvalg 13. mai 2022 - protokoll

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

**Styresak 77-2022      Eventuelt**  
*Ingen saker ble fremmet.*

*Møtet ble hevet kl. 14.23.*

Bodø, den 25. mai 2022

*godkjent av Renate Larsen,  
i etterkant av styremøtet,  
den 25. mai 2022 - kl. 14.37*

---

Renate Larsen



## STYRESAK

Styresak:	63/2022
Møtedato:	21.06.2022
Arkivsak:	2022/33-6
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Orienteringssaker til styremøte 21.06.2022

### Innstilling til vedtak

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

1. Klinikkpresentasjon – *mundlig*
2. Orientering ved administrerende direktør – *mundlig*
3. Kvalitet- og pasientsikkerhet - pasienthistorie
4. Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer - *skriftlig og muntlig*

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 03.06.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	21.06.2022
Arkivsak:	2020/11231-8
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

## Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer

### Bakgrunn

Nasjonale kvalitetsindikatorer sammenligner kvaliteten ved norske sykehus. HelseDirektoratet publiserte 05.05.2022 nye resultater for 79 av 188 nasjonale kvalitetsindikatorer. Resultatene er i hovedsak fra tidsperioden 2021.

### Formål

Orienterer styret om resultatene for Universitetssykehuset Nord- Norge HF (UNN).

### Saksutredning

Oppdaterte resultater er vedlagt og vil presenteres muntlig for styret.

Det er flere resultater der UNN utpeker seg positivt:

- En høy andel pasienter med plutselig uventet hjertestans ble vellykket gjenopplivet utenfor sykehus
- Andelen hoftebrudd operert innenfor 24 og 48 timer er nå over landsgjennomsnittet
- UNN har et lavt forbruk av bredspektret antibiotika

UNN hadde vesentlig lavere resultater på kvalitetsindikatorerne som går på tilgjengelighet:

- Fristbrudd
- Gjennomsnittlig ventetid
- Brudd på vurderingsgarantien
- Pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer
  - For lav måloppnåelse innen blant annet brystkreft, tykk- og endetarmskreft og prostatakreft
  - God måloppnåelse innen blant annet lungekreft
  - Forløpstid utredning psykisk helse og TSB

UNN hadde ved punktmåling i november 2021 litt flere helsetjenesteassosierte infeksjoner enn landsgjennomsnittet. UNN har tidligere vært blant sykehusene med lav forekomst av

slike infeksjoner. Dette følges tett og det er for tidlig å fastslå om dette er tilfeldig variasjon eller begynnelsen på en ny trend.

## Vurdering

UNN utmerker seg på flere områder. Det er svært positivt at andelen hoftebrudd operert innen 24 og 48 timer er forbedret sammenlignet med 2020.

UNN har i likhet med de andre sykehusene i Helse Nord større utfordringer med tilgjengelighet sammenlignet med de andre helseregionene. Utfordringene og oppfølgingen av dette er beskrevet i kvalitets og virksomhetsrapportene og følges opp tett.

Tromsø, 03.06.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

### Vedlegg:

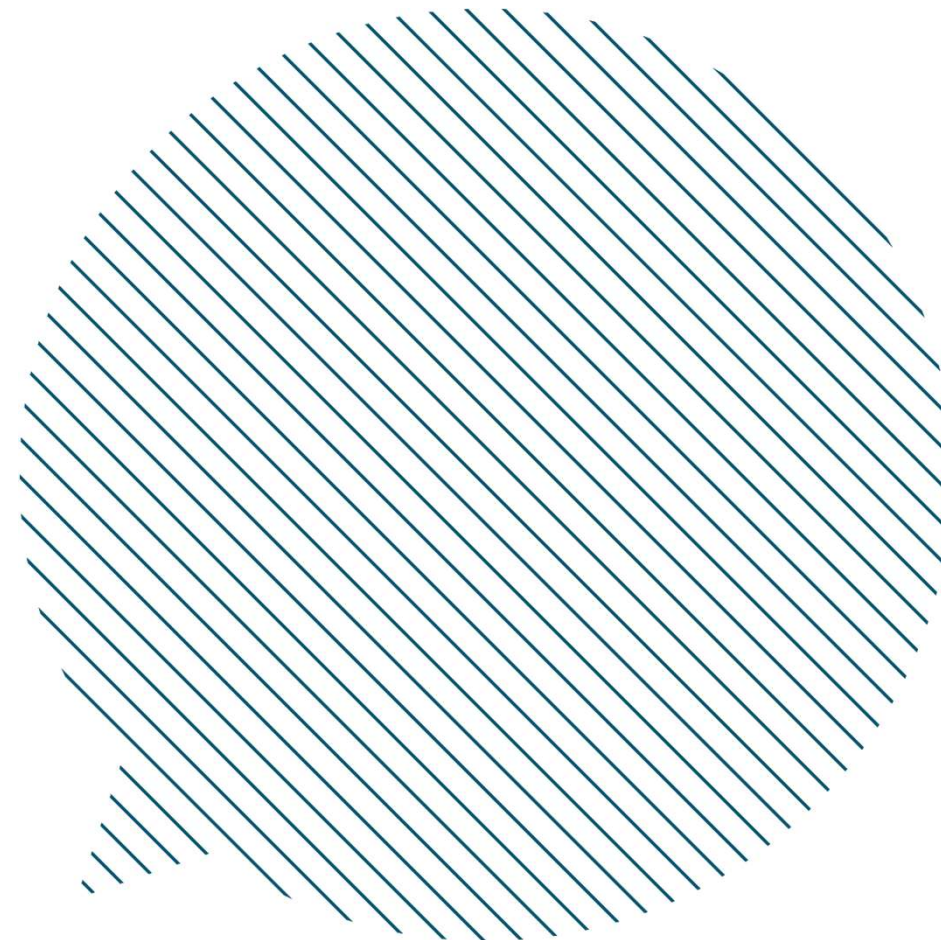
- Publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer 05.05.2022



# Publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer 05.05.2022

---

Oppdaterte resultater



Avdeling komparativ statistikk og styringsinformasjon,  
Sekretariat for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem



## Innhold

---

- Om publiseringen 05.mai 2022
- Resultater på indikatorer som inngår i HODs oppdragsdokument til RHF'ene for 2021
- Resultater på kvalitetsindikatorerne som publiseres 05.mai 2022



## Antall nasjonale kvalitetsindikatorer per 5.mai 2022

	Antall KI i NKI-systemet per 05.05.2022	Antall KI som publiseres 05.05.2022
Somatikk spesialist	113	43
Allmennlegetjenesten	3	-
Akuttmedisinske tjenester	4	2
Kommunale helse- og omsorgstjenester	32	2
Psykisk helse- og rus	36	32
SUM	188	79

## Nasjonale kvalitetsindikatorer som ikke blir publisert

Område	Navn	Kilde	Kommentar
Sykehusopphold	Individuell plan i barnehabilitering	NPR	Utgår
Diabetes	Amputasjoner blant pasienter med diabetes	NPR/ Reseptregisteret	Publiseres 23. juni
Hjerte- og karsykdommer	Hjerneslag - overlevelse 30 dager etter innleggelse	FHI	*
Hjerte- og karsykdommer	Hjerteinfarkt - overlevelse 30 dager etter innleggelse	FHI	*
Behandling av sykdom og overlevelse	Hoftebrudd - overlevelse 30 dager etter innleggelse	FHI	*
Behandling av sykdom og overlevelse	Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus	FHI	*
Behandling av sykdom og overlevelse	Brudd - reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse	FHI	*
Hjerte- og karsykdommer	Hjertesvikt - reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse	FHI	*
Behandling av sykdom og overlevelse	Lungebetennelse - reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse	FHI	*
Behandling av sykdom og overlevelse	Astma/kols - reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for astma/kols	FHI	*
Hjerte- og karsykdommer	Hjerneslag - reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse	FHI	*
Behandling av sykdom og overlevelse	Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning	FHI	*
Kommunale helse- og omsorgstjenester	Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning per kommune	FHI	*

\*Publisering utsatt til data foreligger

## Publiseres kun som årsdata fra 2022

Fra tertial- til  
årspublisering

- Årsdata for 2021  
publiseres mai 2022
- Årsdata for 2022  
publiseres mai 2023

### **Ventetid, fristbrudd og brudd på vurderingsgarantien**

- Ventetid i somatikk
- Ventetid i PHV
- Ventetid i PHBU
- Ventetid i TSB
- Fristbrudd somatikk
- Fristbrudd PHV
- Fristbrudd PHBU
- Fristbrudd TSB
- Brudd på vurderingsgarantien somatikk
- Brudd på vurderingsgarantien PHV
- Brudd på vurderingsgarantien PHBU
- Brudd på vurderingsgarantien TSB

### **Spesifikke tilstandskoder**

- Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for voksne
- Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for barn/unge
- Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for TSB

### **Gjenopplivning og hjerte-lunge-redning**

- Vellykket gjenopplivning etter hjertestans
- Hjerte-lunge-redning startet av tilstedeværende

## Publiseres kun som årsdata fra 2022

Fra tertial- til  
årspublisering

Månedssdata finnes i NPR  
dashboard

### **Tertialdata beholdes for følgende NKI:**

- Diagnostisk pakkeforløp gjennomført innen maks. anbefalt forløpstid
- Nye kreftpasienter i pakkeforløp for 22 kreftformer
- Pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer

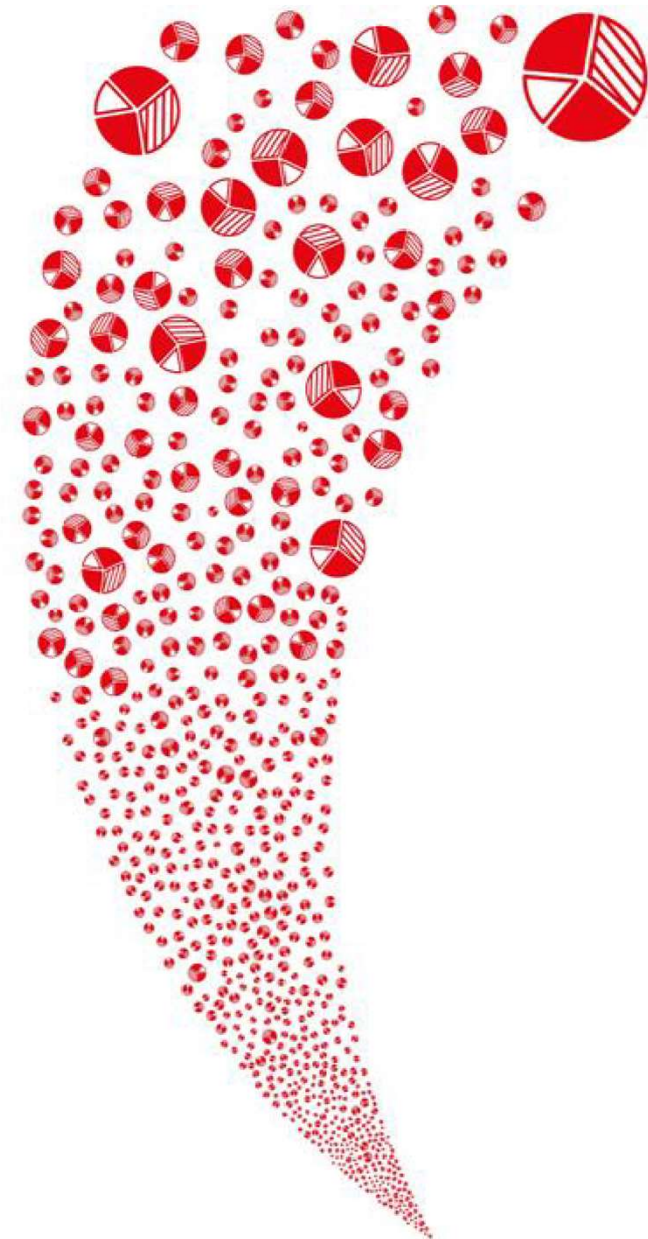
### **Årsdata fra 2022 for:**

- Pakkeforløp for brystkreft
- Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft
- Pakkeforløp for lungekreft
- Pakkeforløp for prostatakreft
- Pakkeforløp for blærekreft
- Pakkeforløp for hode- halskreft
- Pakkeforløp for livmorkreft
- Pakkeforløp for lymfom
- Pakkeforløp for nyrekreft
- Pakkeforløp for eggstokkreft
- Pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk
- Pakkeforløp for malignt melanom
- Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft
- Pakkeforløp for galleveiskreft
- Pakkeforløp for hjernekreft
- Pakkeforløp for kreft hos barn
- Pakkeforløp for kreft i skjoldbruskkjertelen
- Pakkeforløp for livmorhalskreft
- Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt
- Pakkeforløp for myelomatose
- Pakkeforløp for nevroendokrine svulster
- Pakkeforløp for peniskreft
- Pakkeforløp for primær leverkreft
- Pakkeforløp for sarkom
- Pakkeforløp for testikkelkreft



# Resultater på indikatorer som inngår i RHF-ene sine oppdragsdokument i 2021

Resultat på lands- og RHF-nivå for året 2021



# Målområde 1 - Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Indikator	Målsetting		Landet		Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord	
			Resultat 2021	2020	Resultat 2021	2020	Resultat 2021	2020	Resultat 2021	2020	Resultat 2021	2020
Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes (somatikk)	Under 50 dager i 2022, og redusert ift. året før.	Resultat og endring i antall dager	62,6	-2,8	60,5	-3,6	67,8	-0,3	57,5	-6,9	68,8	-1,4
Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid for 24 kreftformer	Minst 70 %, og redusert variasjon på HF-nivå.	Andel i 2021 og i 2020	72,1 %	73,5 %	72,8 %	74,2 %	76,7 %	74,2 %	68,7 %	72,6 %	61,2 %	69,0%

Resultatene i tabellen gjelder årsdata 2021, med endring fra årsdata 2020.

## Målområde 2 – Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Indikator	Målsetting		Landet		Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord	
			Resultat	endring	Resultat	endring	Resultat	endring	Resultat	endring	Resultat	endring
Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes (PHV)	Under 40 dager	Resultat og endring i antall dager	46	2,2	44,8	2,6	39	1	47	2,5	61,5	-0,9
Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes (PHBU)	Under 35 dager	Resultat og endring i antall dager	49,6	5,5	47,6	2,9	46,6	9,5	56,4	8,4	54,4	3,4
Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes (TSB)	Under 30 dager	Resultat og endring i antall dager	32,6	0,9	32,5	1,9	27,2	-1,8	27,1	-2,1	42,6	1,6
Epikrisetid, TSB	Minst 60 % innen 1 dag etter utskrivning	Resultat i prosent og endring i prosentpoeng.	54,2 %	5,6 pp	52,7 %	3,8 pp	52,3 %	19,5 pp	79,5 %	1,3 pp	34,9 %	3,9 pp
Epikrisetid, PHV	Minst 60 % innen 1 dag etter utskrivning	Resultat i prosent og endring i prosentpoeng.	50,4 %	2,6 pp	49,4 %	3,5 pp	49,8 %	3,1 pp	56,7 %	0,6 pp	49,7 %	-0,7 pp
Antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern	Skal reduseres i 2021	Resultat og endring i antall	2 333	-4	1 379	13	508	-39	298	20	178	14

Resultatene i tabellen gjelder årsdata 2021, med endring fra årsdata 2020.



## Målområde 2 forts. – Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Indikator	Målsetting		Landet		Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord	
			Resultat	endring	Resultat	endring	Resultat	endring	Resultat	endring	Resultat	endring
Pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning, PHBU	Minst 80 %	Resultat i prosent, endring i prosentpoeng	55 %	-1 pp	60 %	2 pp	59 %	-2 pp	34 %	-5 pp	54 %	-1 pp
Pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning, PHV	Minst 80 %	Resultat i prosent, endring i prosentpoeng	74 %	0 pp	75 %	1 pp	75 %	-2 pp	71 %	1 pp	69 %	2 pp
Pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning, TSB	Minst 80 %	Resultat i prosent, endring i prosentpoeng	84 %	1 pp	87 %	2 pp	77 %	-4 pp	80 %	3 pp	58 %	-11 pp
Pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk, PHBU	Minst 80 %	Resultat i prosent, endring i prosentpoeng	38 %	-1 pp	37 %	0 pp	47 %	-1 pp	18 %	-12 pp	47 %	2 pp
Pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk, PHV	Minst 80 %	Resultat i prosent, endring i prosentpoeng	46 %	0 pp	49 %	0 pp	47 %	-2 pp	40 %	-7 pp	40 %	-5 pp
Pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk, TSB	Minst 80 %	Resultat i prosent, endring i prosentpoeng	41 %	8 pp	38 %	16 pp	43 %	1 pp	60 %	2 pp	30 %	-2 pp
Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet behandlingsplan, PHBU	Minst 80 %	Resultat i prosent, endring i prosentpoeng	44 %	4 pp	54 %	8 pp	20 %	2 pp	44 %	-6 pp	39 %	4 pp
Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet behandlingsplan, PHV	Minst 80 %	Resultat i prosent, endring i prosentpoeng	40 %	0 pp	47 %	0 pp	17 %	-2 pp	42 %	3 pp	22 %	-5 pp
Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet behandlingsplan, TSB	Minst 80 %	Resultat i prosent, endring i prosentpoeng	41 %	12 pp	46 %	12 pp	25 %	11 pp	35 %	12 pp	48 %	14 pp

Resultatene i tabellen gjelder årsdata 2021, med endring fra årsdata 2020.

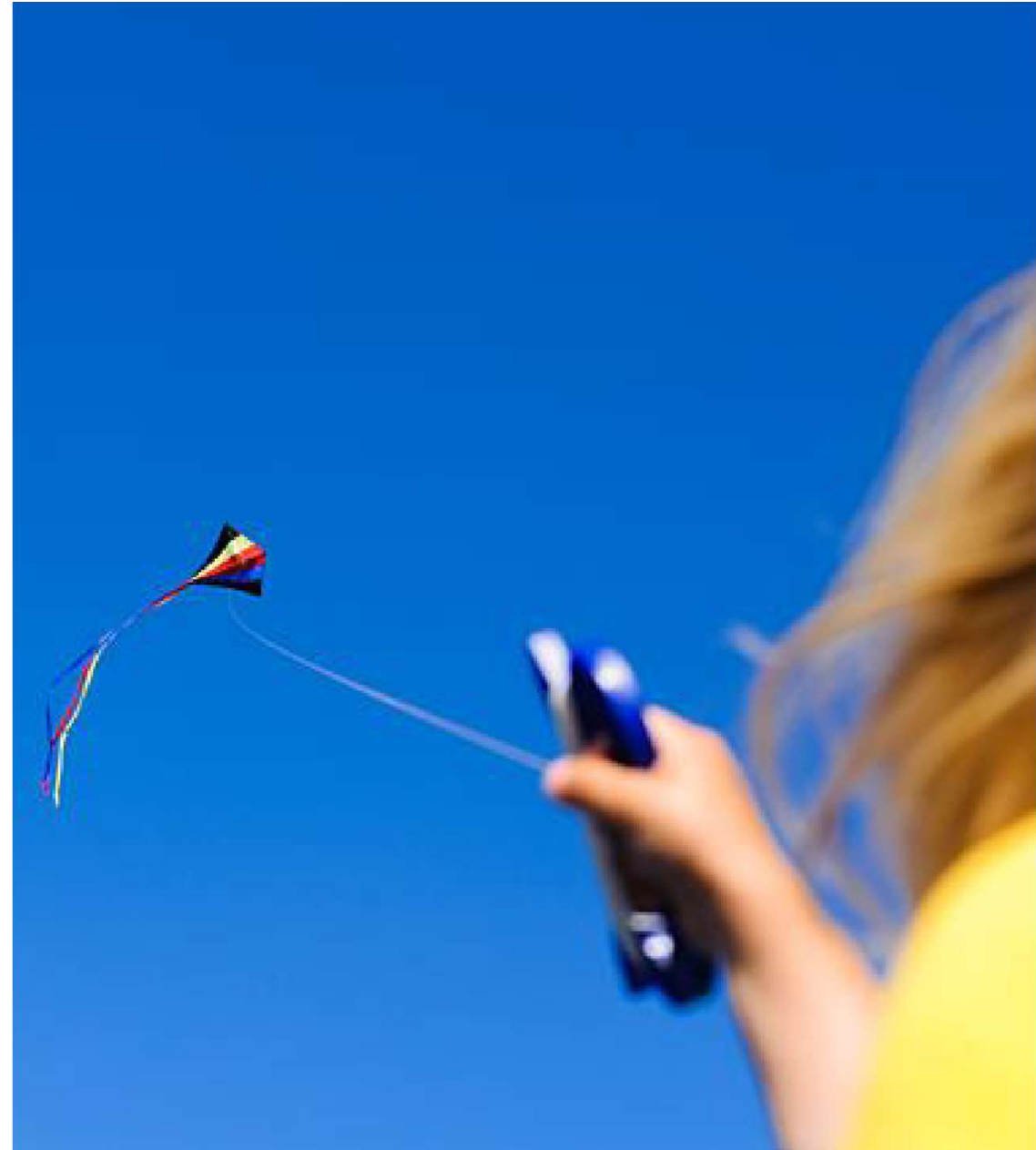
## Målområde 3 – Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Indikator	Målsetting		Landet		Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord	
			Resultat	Endring	Resultat	Endring	Resultat	Endring	Resultat	Endring	Resultat	Endring
Forbruk av bredspektret antibiotika i sykehus*	Redusert med 30 % i 2021, fra 2012-nivå.	Resultat i DDD/100 liggedøgn og endring i prosent	15,6	3,2 %	16,1	4,3 %	15,0	-0,3 %	15,5	5,2 %	14,2	1,6 %
		<i>Endring i prosent, 2012 -2021</i>		-11,8 %		-8,6 %		-16,0 %		-13,8 %		-17,0 %
Korridorpasienter	Ingen korridorpasienter	Resultat og endring i antall	28 404	3 635	13 891	2 339	9 008	742	2 926	866	2 579	137
Epikrisetid (somatikk)	Minst 70 % sendt innen 1 dag etter utskrivning	Resultat i prosent og endring i prosentpoeng	65,6 %	2,0 pp	67,4 %	2,6 pp	63,3 %	0,4 pp	59,2 %	2,9 pp	69,6 %	0,5 pp

Resultatene i tabellen gjelder årsdata 2021, med endring fra årsdata 2020.



## Oppdaterte resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer



## Oversikt over områder med nye resultater

Område	Side
Akuttmedisinske tjenester	14
Sykehusopphold	19
Hoftebrudd	56
Hjerte- og karsykdommer	61
Nyre	66
Pakkeforløp kreft	71
Diabetes	152
Infeksjon	157
Legemidler	163
Psykisk helsevern for barn og unge	170
Pakkeforløp for psykiske lidelser – barn og unge	189
Psykisk helsevern for voksne	196
Pakkeforløp for psykiske lidelser – PHV	221
Rusbehandling	228
Pakkeforløp for rusbehandling - TSB	247

# Akuttmedisinske tjenester

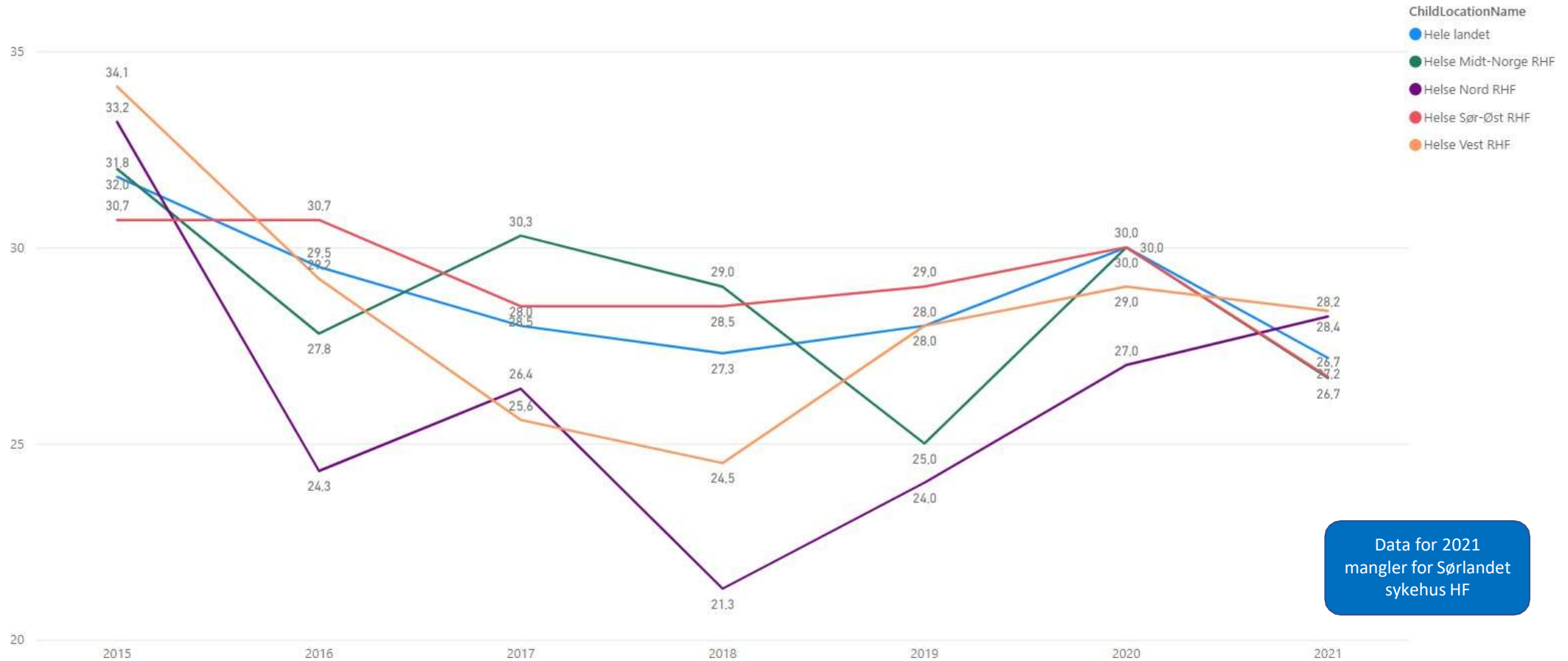
---



Kilde: Unsplash

## Vellykket gjenopplivning etter hjertestans

Definisjon: Andel pasienter med plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus som ble behandlet av ambulansen og som fikk tilbake egen hjerterytme



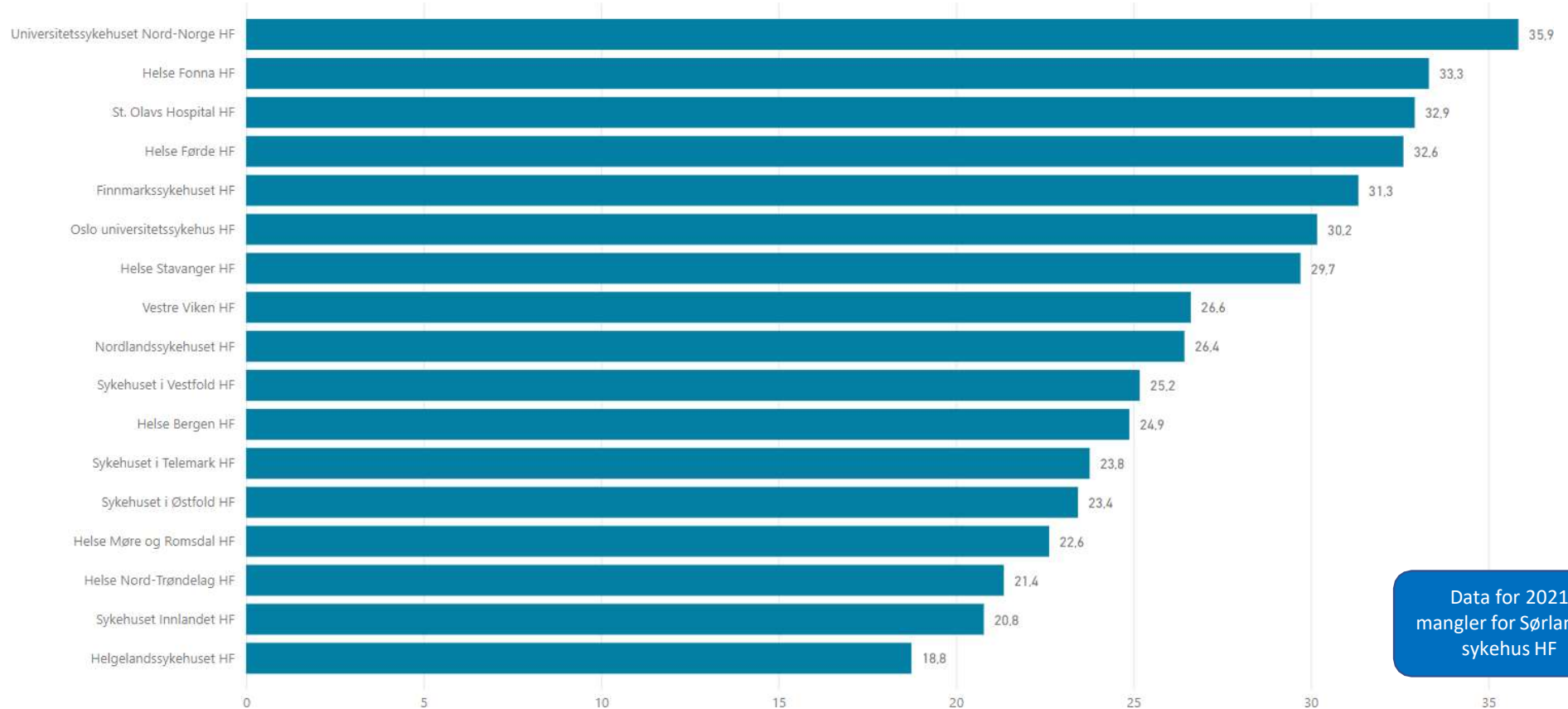
Data for 2021 mangler for Sørlandet sykehus HF

Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Hjertestansregisteret

## Vellykket gjenopplivning etter hjertestans

Definisjon: Andel pasienter med plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus som ble behandlet av ambulansen og som fikk tilbake egen hjerterytme

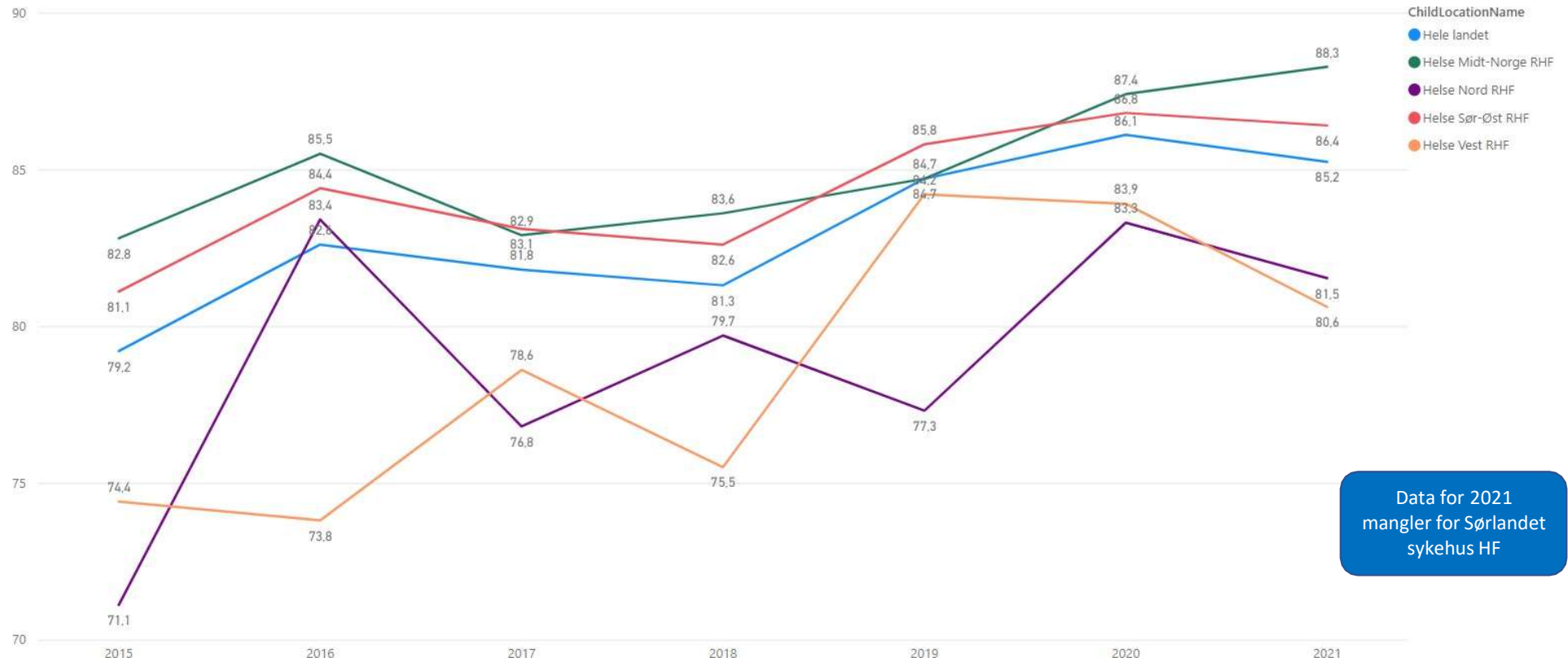


Periode:  
2021

Kilde:  
Hjertestansregisteret

## Hjerte-lunge-redning før ambulansen kommer

Definisjon: Andel hjertestanser utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet HLR før ambulansen ankommer



Data for 2021 mangler for Sørlandet sykehus HF

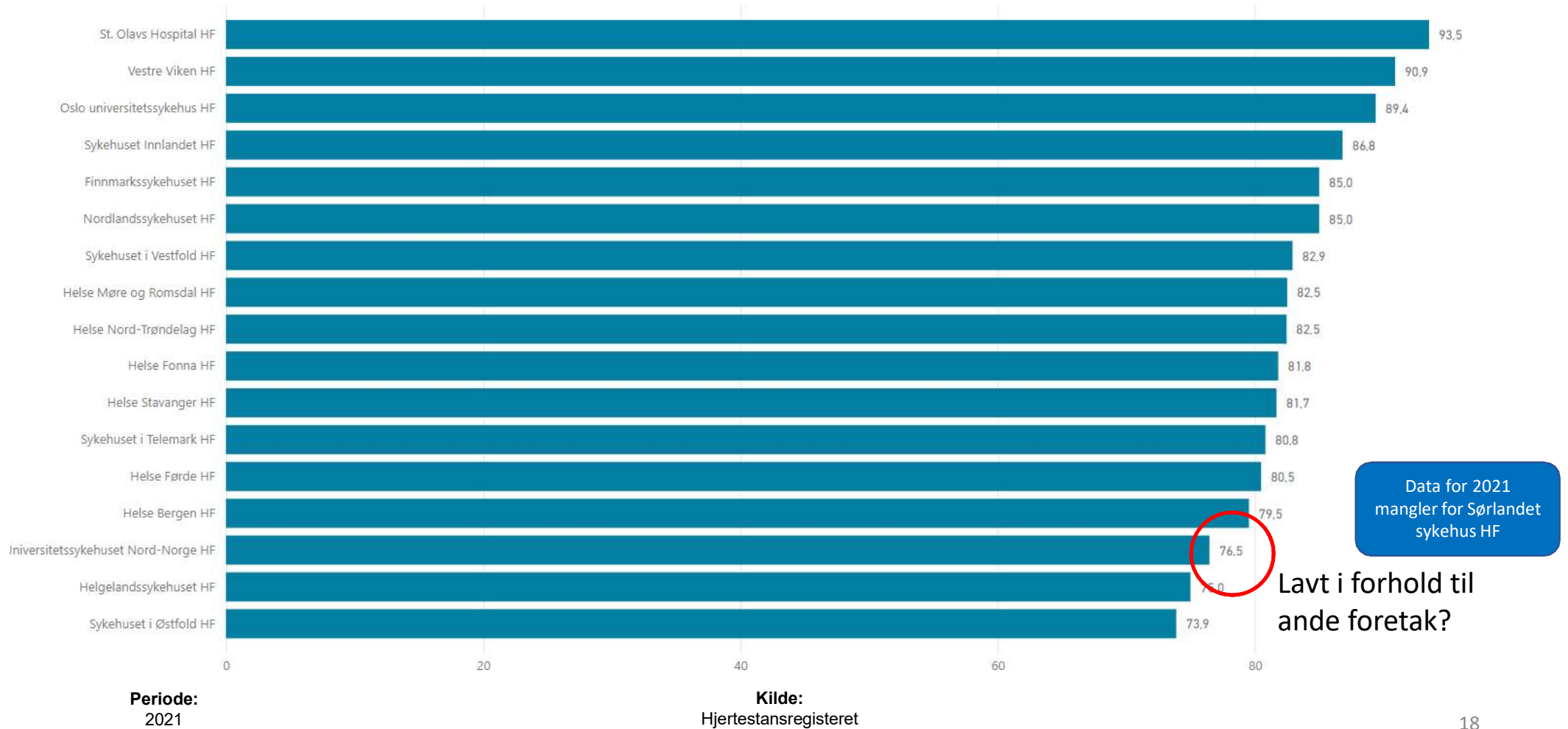
Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Hjertestansregisteret



## Hjerte-lunge-redning før ambulansen kommer

Definisjon: Andel hjertestanser utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet HLR før ambulansen ankommer



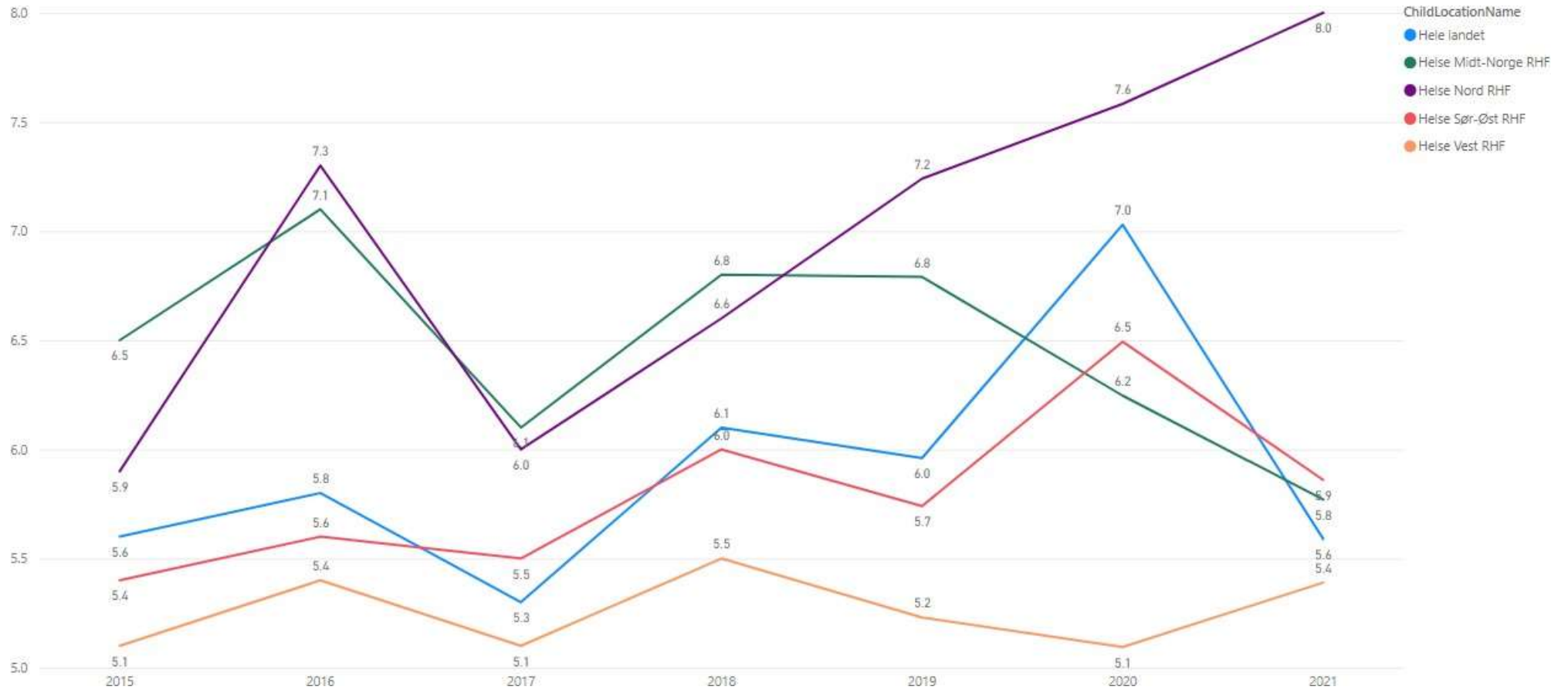
# Sykehusopphold



Kilde: Unsplash

## Utsettelse av planlagte operasjoner

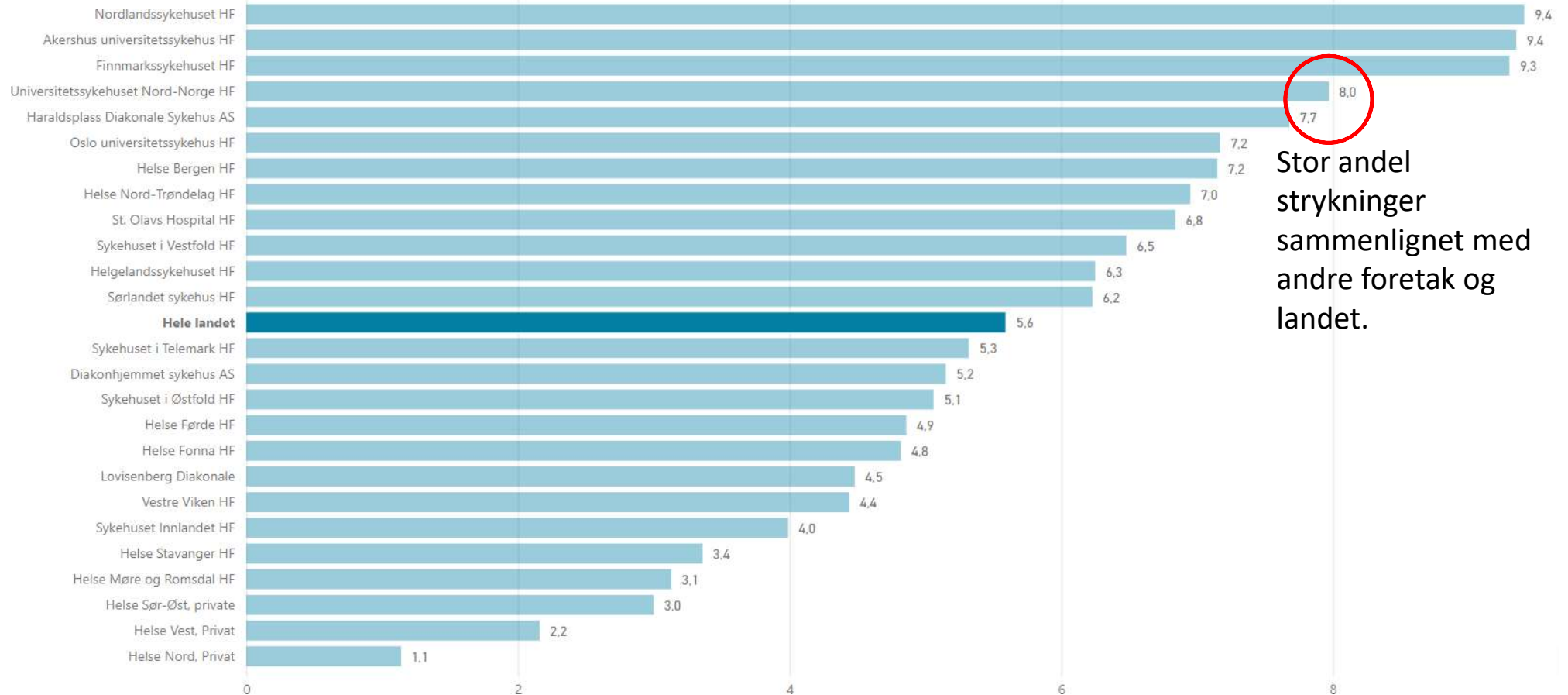
Definisjon: Andel pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet.



Kilde:  
Særrapportering fra helseforetakene

## Utsettelse av planlagte operasjoner

Definisjon: Andel pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet.



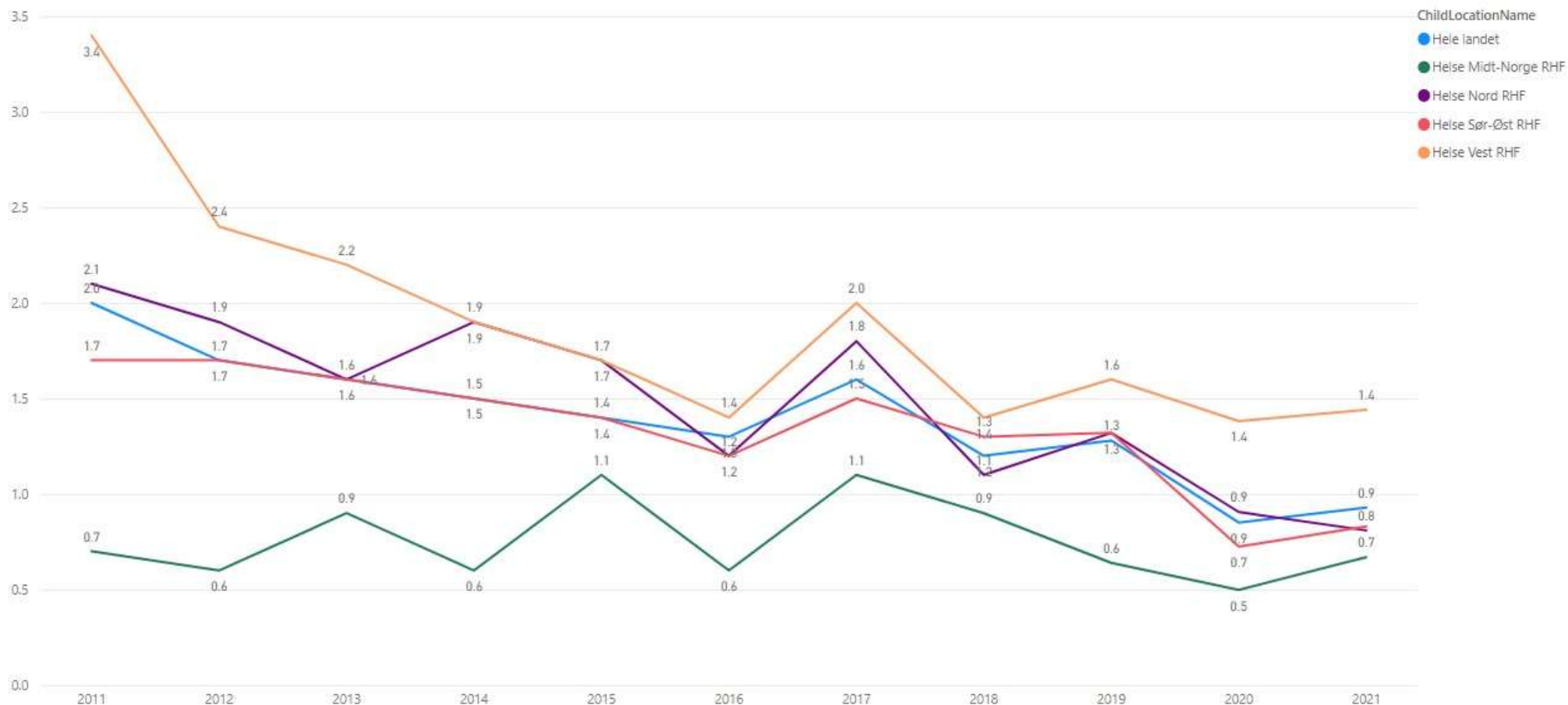
Stor andel strykninger sammenlignet med andre foretak og landet.

Periode:  
2021

Kilde:  
Særrapportering fra helseforetakene

## Korridorpasienter

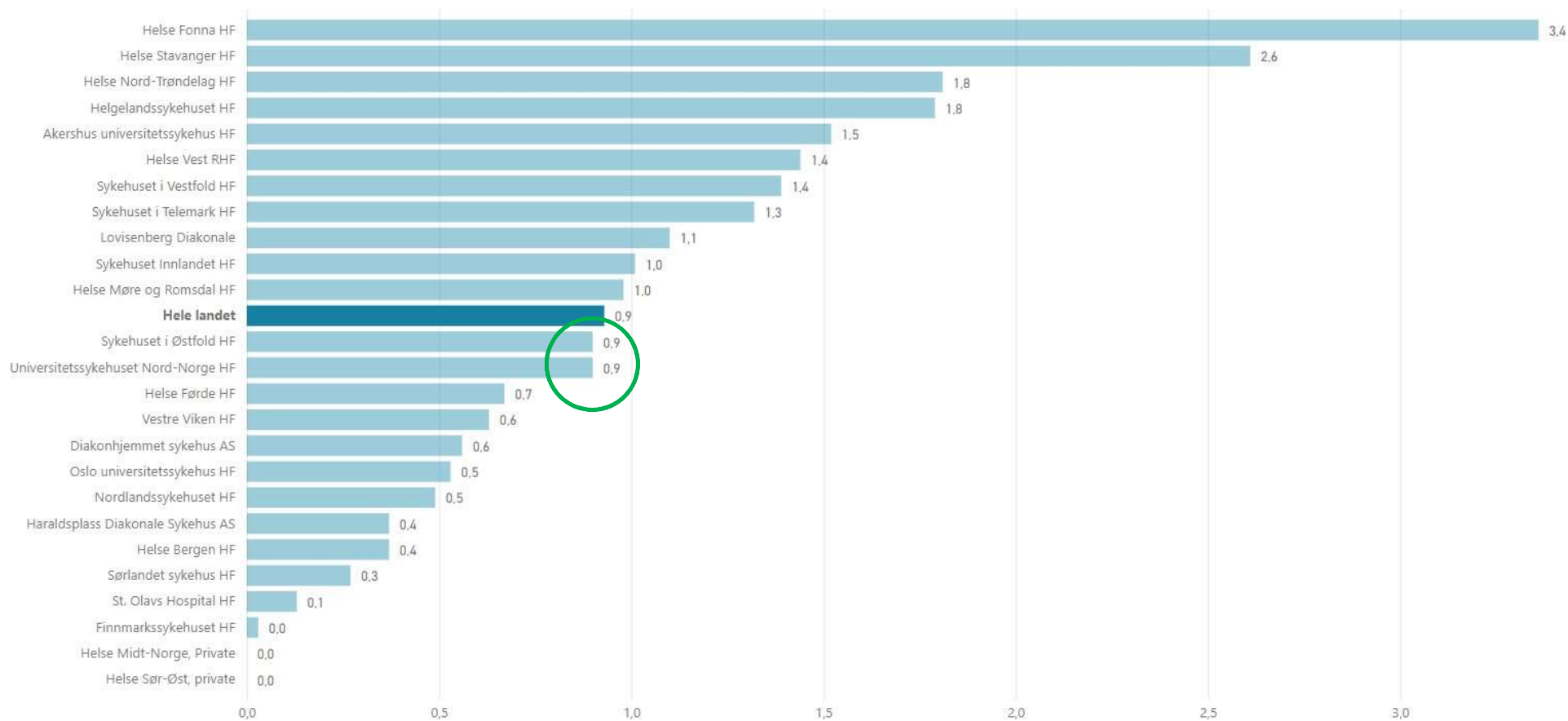
Definisjon: Andel pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.



Kilde:  
Særrapportering fra helseforetakene  
og Norsk Pasientregister (NPR)

## Korridorpasienter

Definisjon: Andel pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.



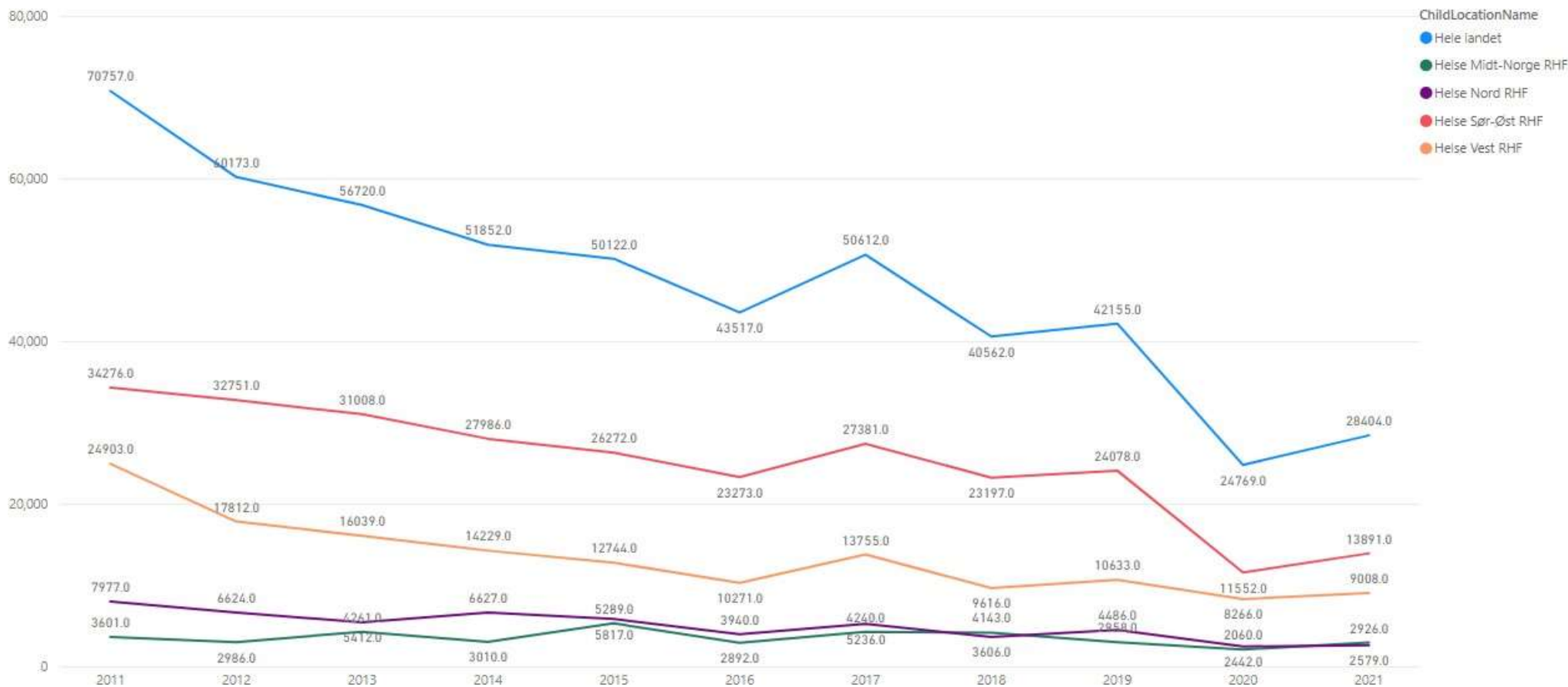
**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Særrapportering fra helseforetakene  
og Norsk Pasientregister (NPR)



## Korridorpasienter

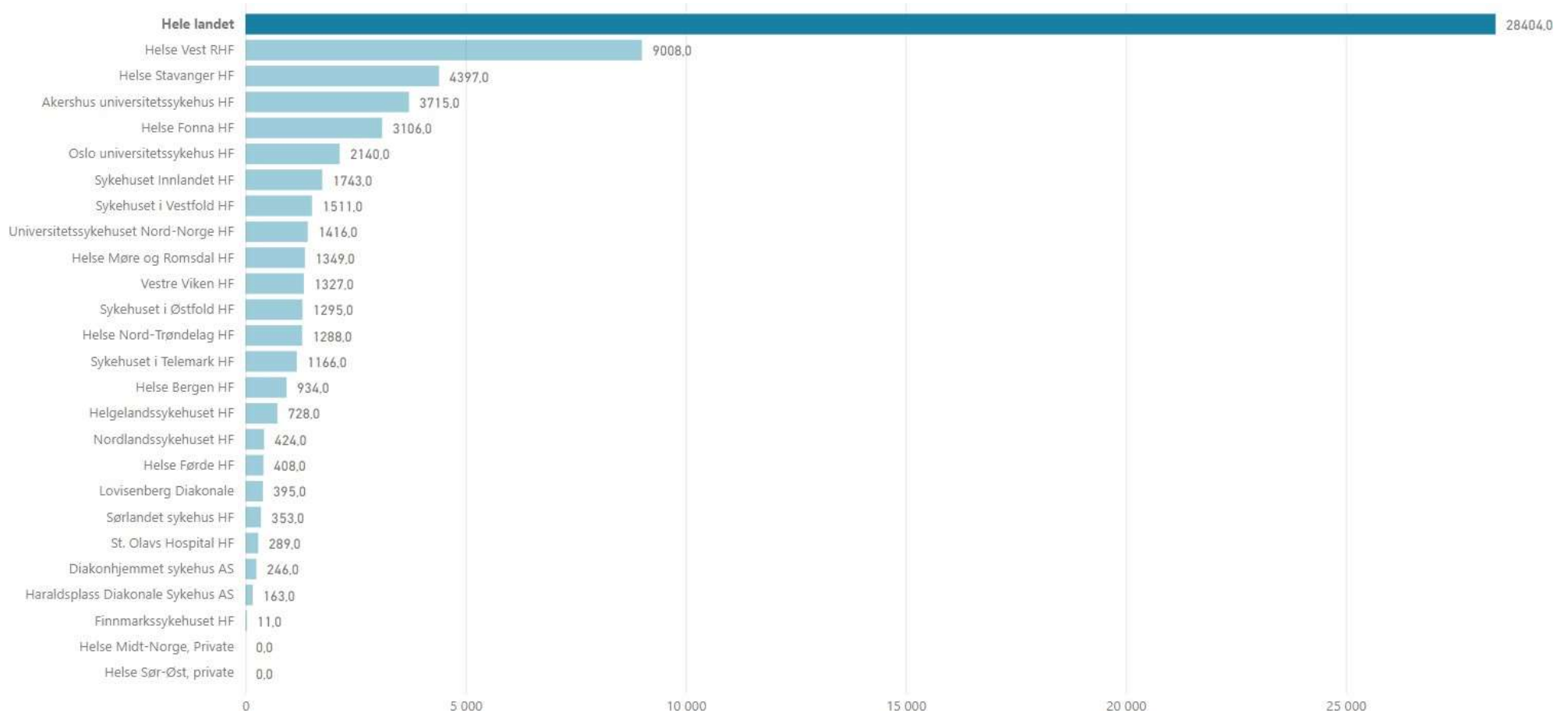
Definisjon: Antall pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.



Kilde:  
Særrapportering fra helseforetakene  
og Norsk Pasientregister (NPR)

## Korridorpasienter

Definisjon: Antall pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.



**Periode:**  
2021

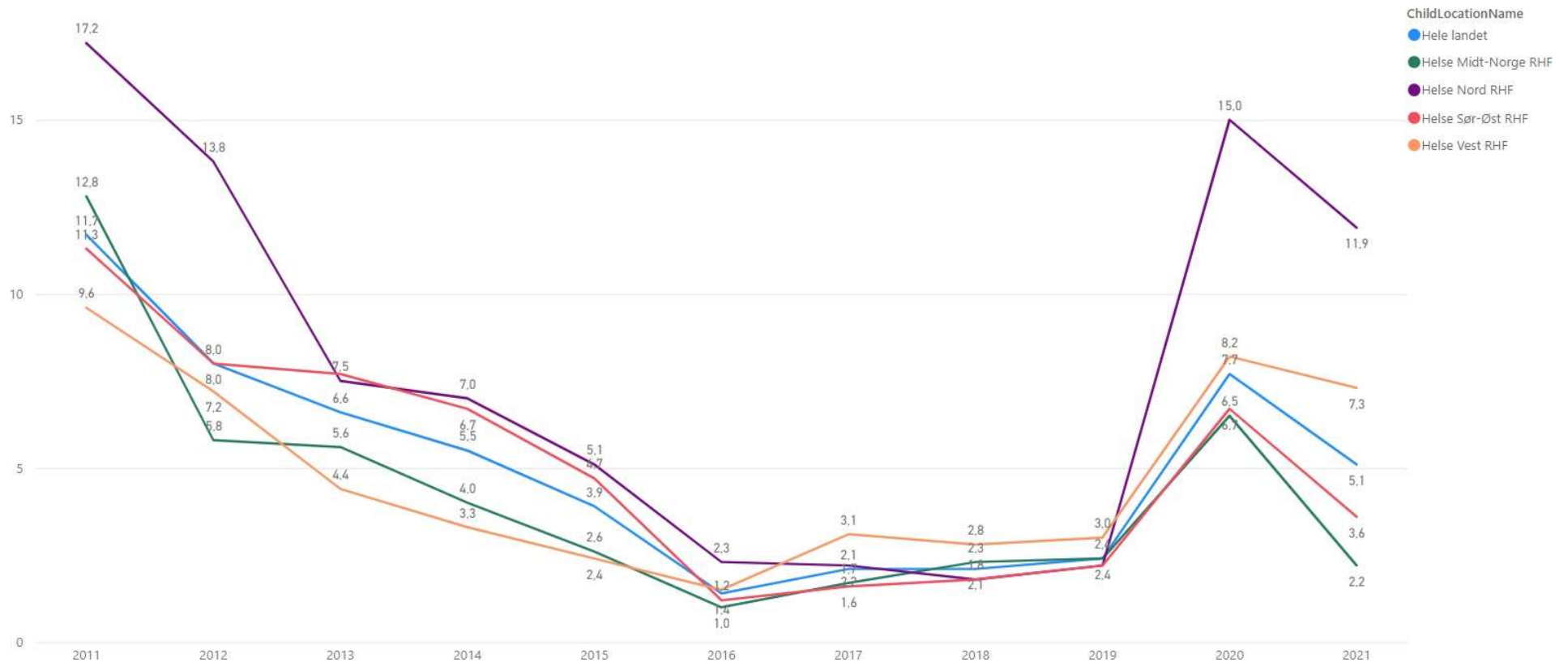
**Kilde:**  
Særrapportering fra helseforetakene  
og Norsk Pasientregister (NPR)



Resultatene for 2020 er ikke reelle, da plikten til å fastsette frist og varsle Helfo bortfalt i perioden 27.03.2020 – 01.10. 2020.

## Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk helse

Definisjon: Andel pasienter med rett til prioritert helsehjelp, som har påbegynt behandling i somatisk helsetjeneste etter frist for oppstart av helsehjelp, av alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp som har påbegynt behandling i rapporteringsperioden.



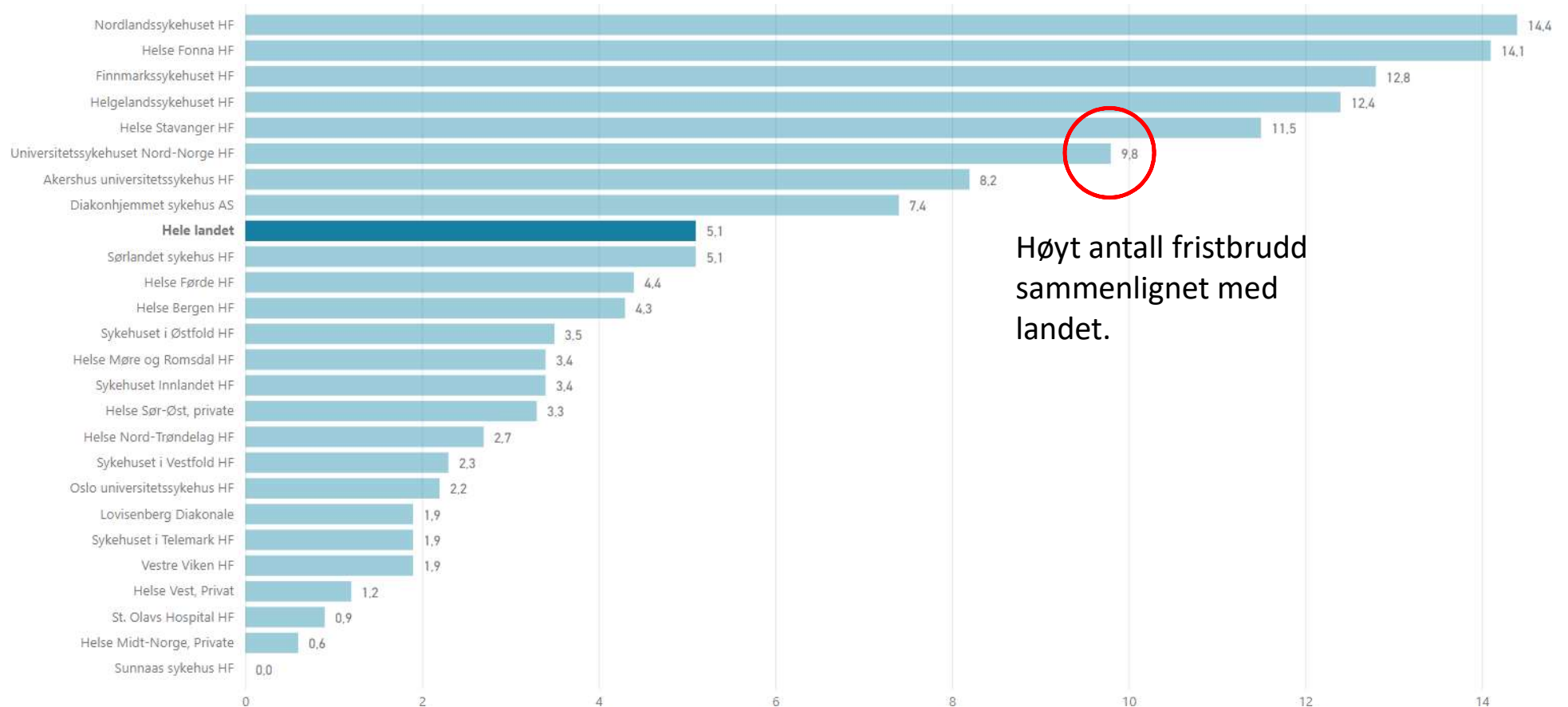
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

26

## Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk helse

Definisjon: Andel pasienter med rett til prioritert helsehjelp, som har påbegynt behandling i somatisk helsetjeneste etter frist for oppstart av helsehjelp, av alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp som har påbegynt behandling i rapporteringsperioden.



Høyt antall fristbrudd sammenlignet med landet.

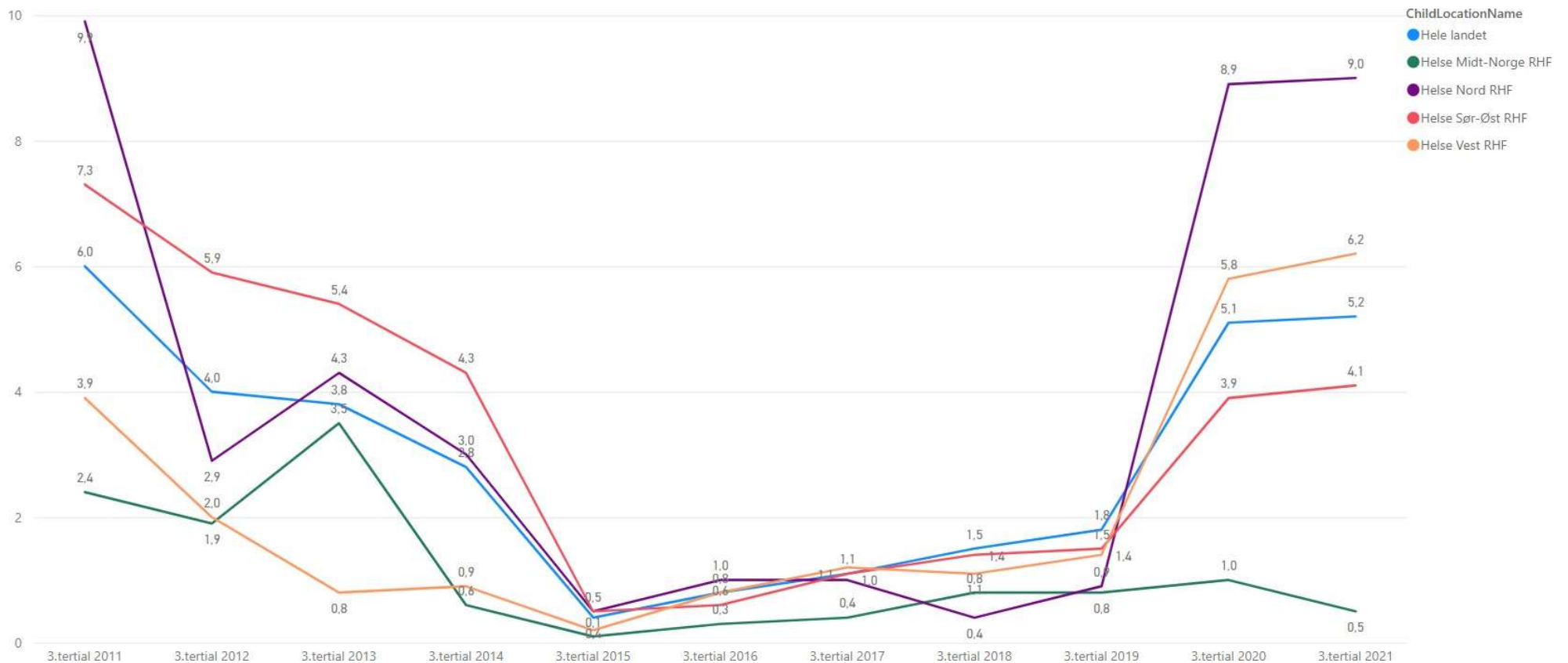
Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Resultatene for 2020 er ikke reelle, da plikten til å fastsette frist og varsle Helfo bortfalt i perioden 27.03.2020 – 01.10. 2020.

## Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i somatisk helse

Definisjon: Andel pasienter i somatikk med rett til prioritert helsehjelp og som har fristbrudd, av alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp i somatisk helsetjeneste som står på venteliste på et gitt tidspunkt.

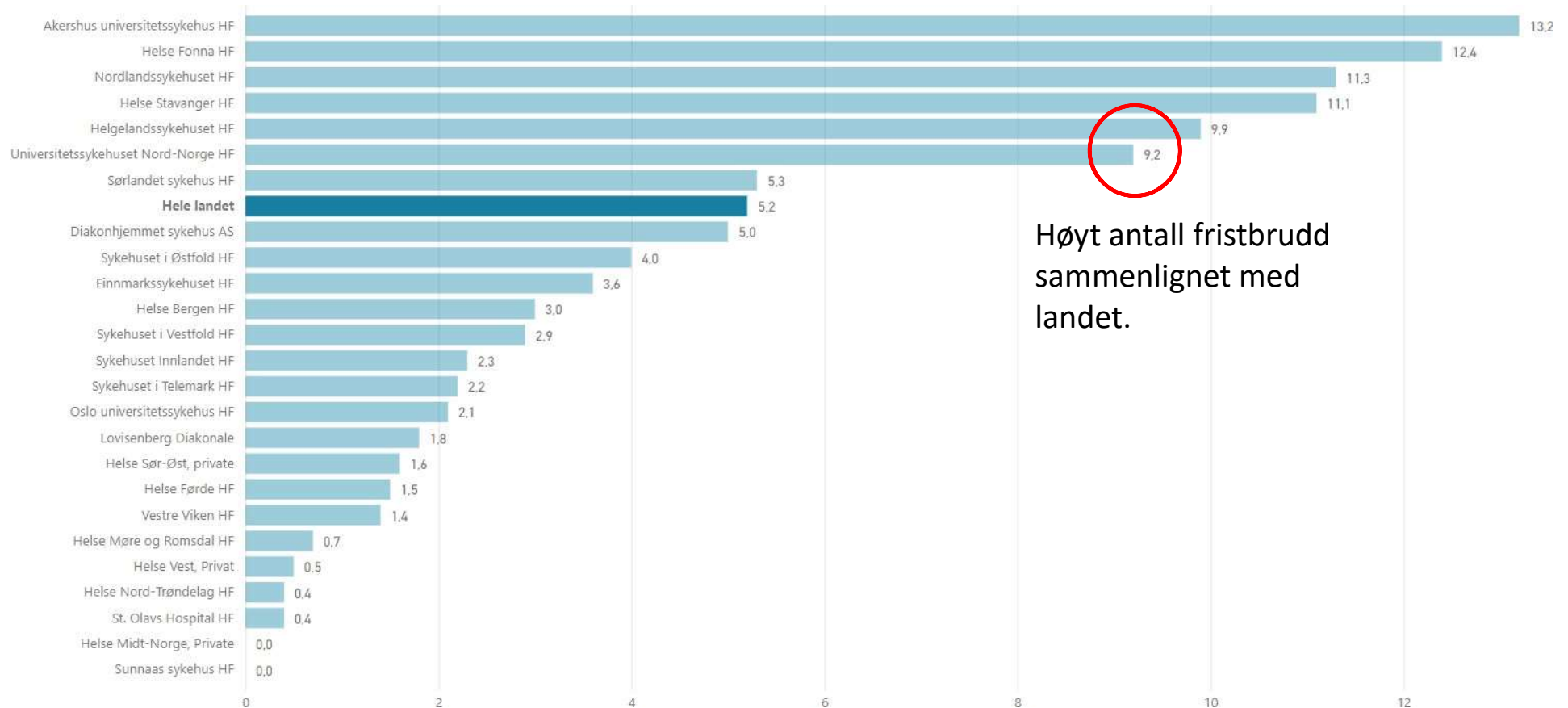


Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Det publiseres kun tertialdata for  
fristbrudd ventende

## Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i somatisk helse

Definisjon: Andel pasienter i somatikk med rett til prioritert helsehjelp og som har fristbrudd, av alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp i somatisk helsetjeneste som står på venteliste på et gitt tidspunkt.



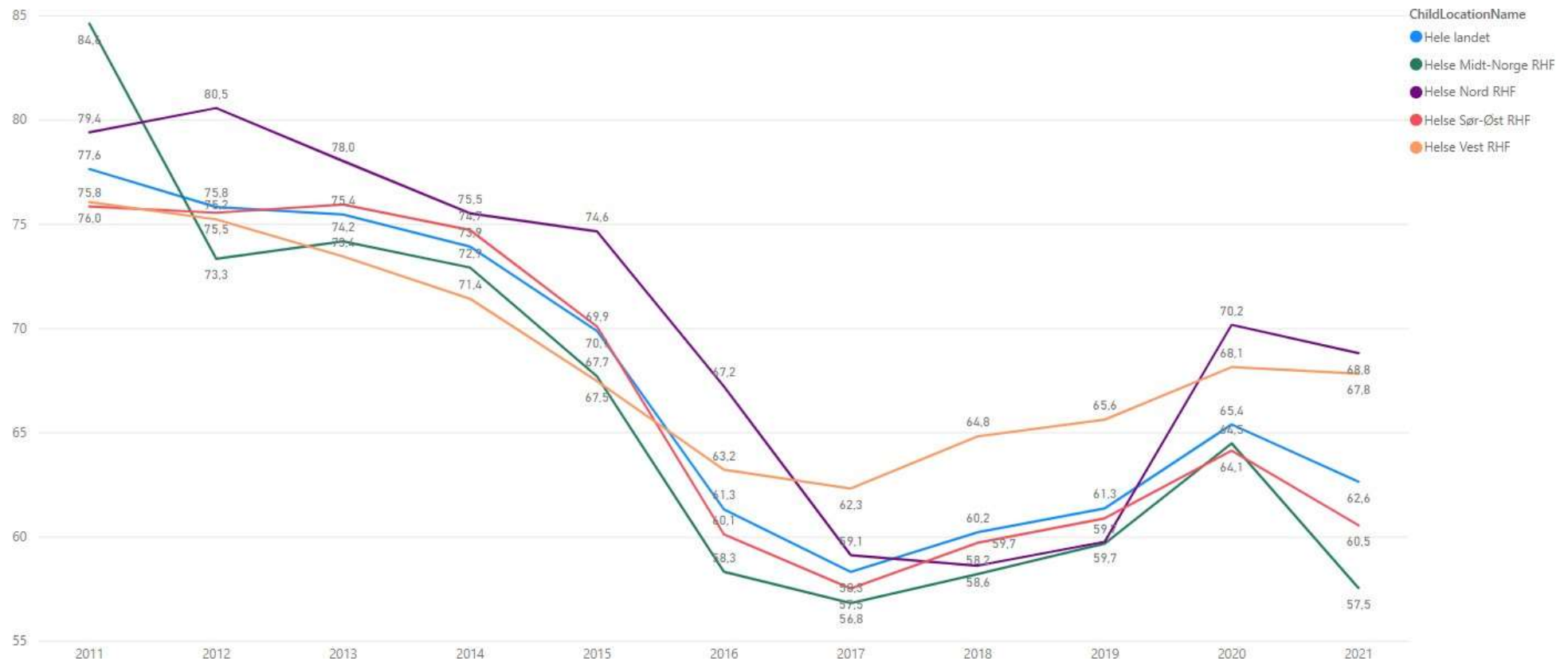
Høyt antall fristbrudd  
sammenlignet med  
landet.

**Periode:**  
3. Tertial 2021

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i somatisk helse

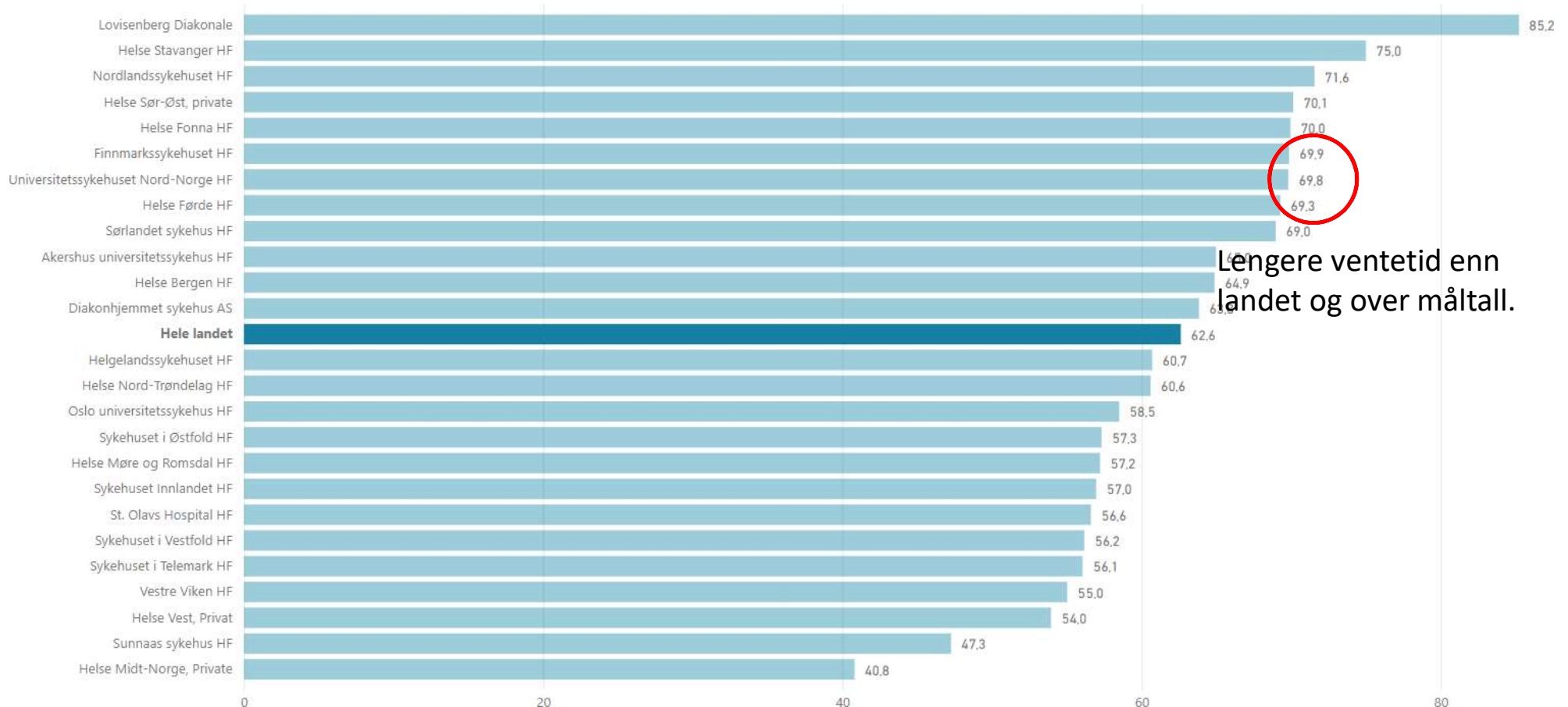
Definisjon: Gjennomsnittlig ventetid fra første mottak av henvisning i somatisk helsetjeneste i spesialisthelsetjenesten til påbegynt helsehjelp.



**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i somatisk helse

Definisjon: Gjennomsnittlig ventetid fra første mottak av henvisning i somatisk helsetjeneste i spesialisthelsetjenesten til påbegynt helsehjelp.



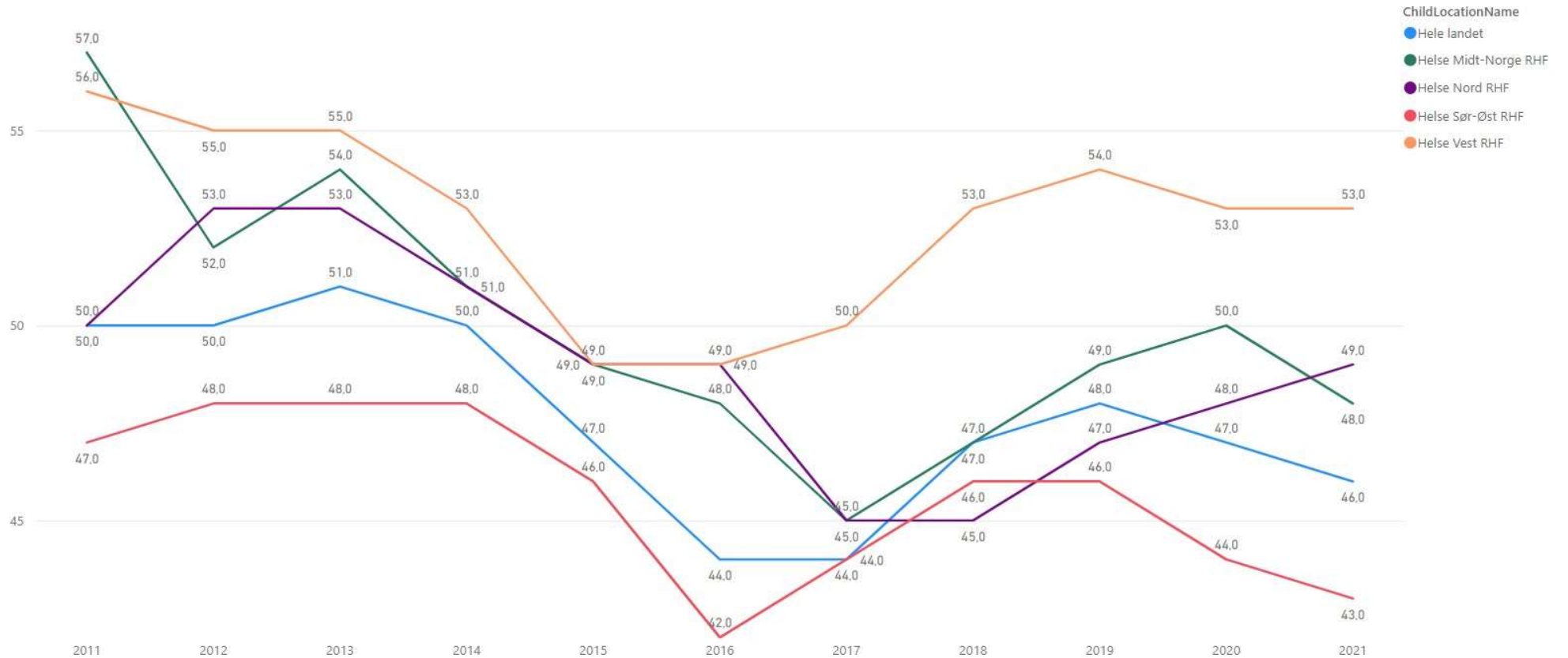
Lengere ventetid enn landet og over måltall.

Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Median ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i somatisk helse

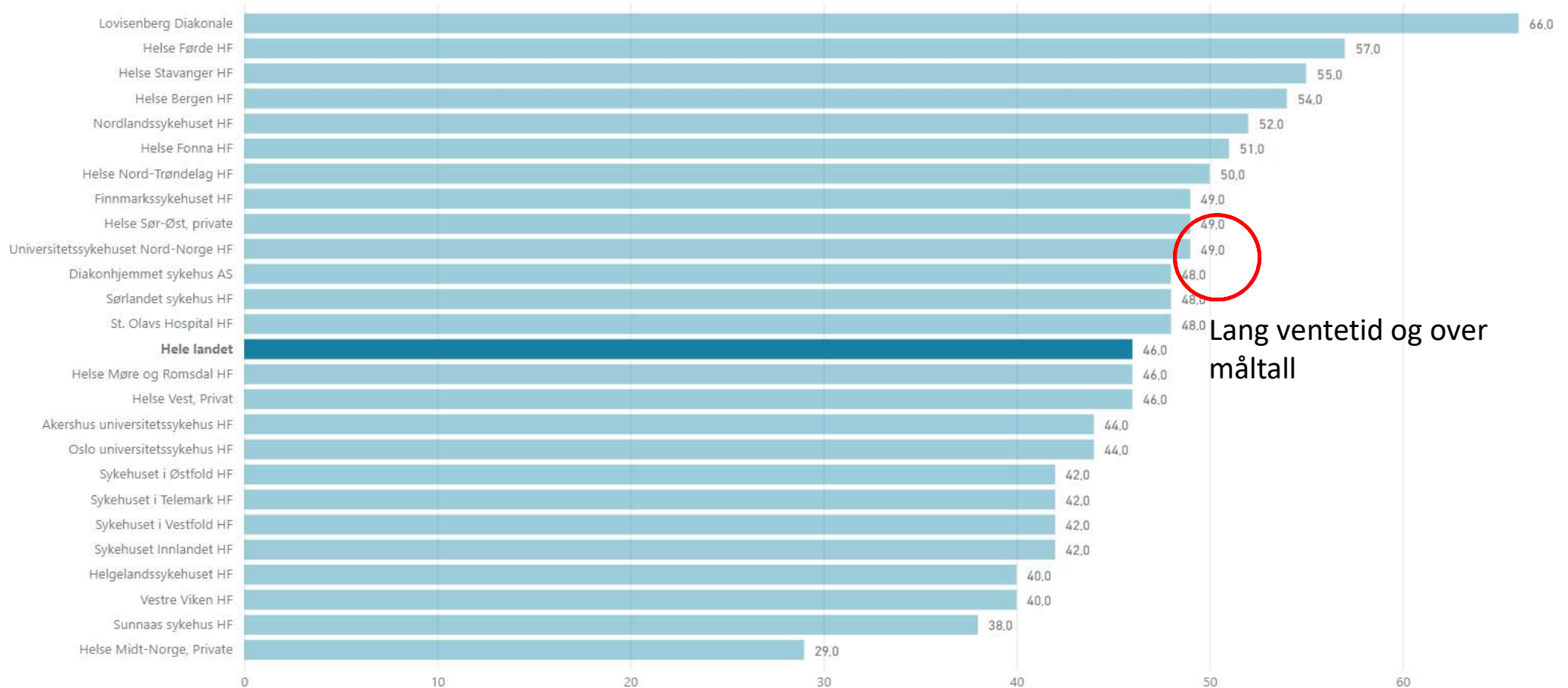
Definisjon: Median ventetid fra første mottak av henvisning i somatisk helsetjeneste i spesialisthelsetjenesten til påbegynt helsehjelp.



**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Median ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i somatisk helse

Definisjon: Median ventetid fra første mottak av henvisning i somatisk helsetjeneste i spesialisthelsetjenesten til påbegynt helsehjelp.



Lang ventetid og over måltall

Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i somatisk helsetjeneste

Definisjon: Andel henvisninger i somatisk helsetjeneste der det er blitt brudd på vurderingsgarantien, av alle henvisninger som er mottatt og vurdert i samme rapporteringsperiode.

Andel brudd i 2020 er ikke reelt, da dataene som ligger til grunn ikke tar høyde for at frist for å vurdere henvisninger ble utvidet fra 10 til 30 dager i perioden 27. mars til 27. mai 2020, og deretter bortfalt i perioden 27.05.2020 – 01.10. 2020.

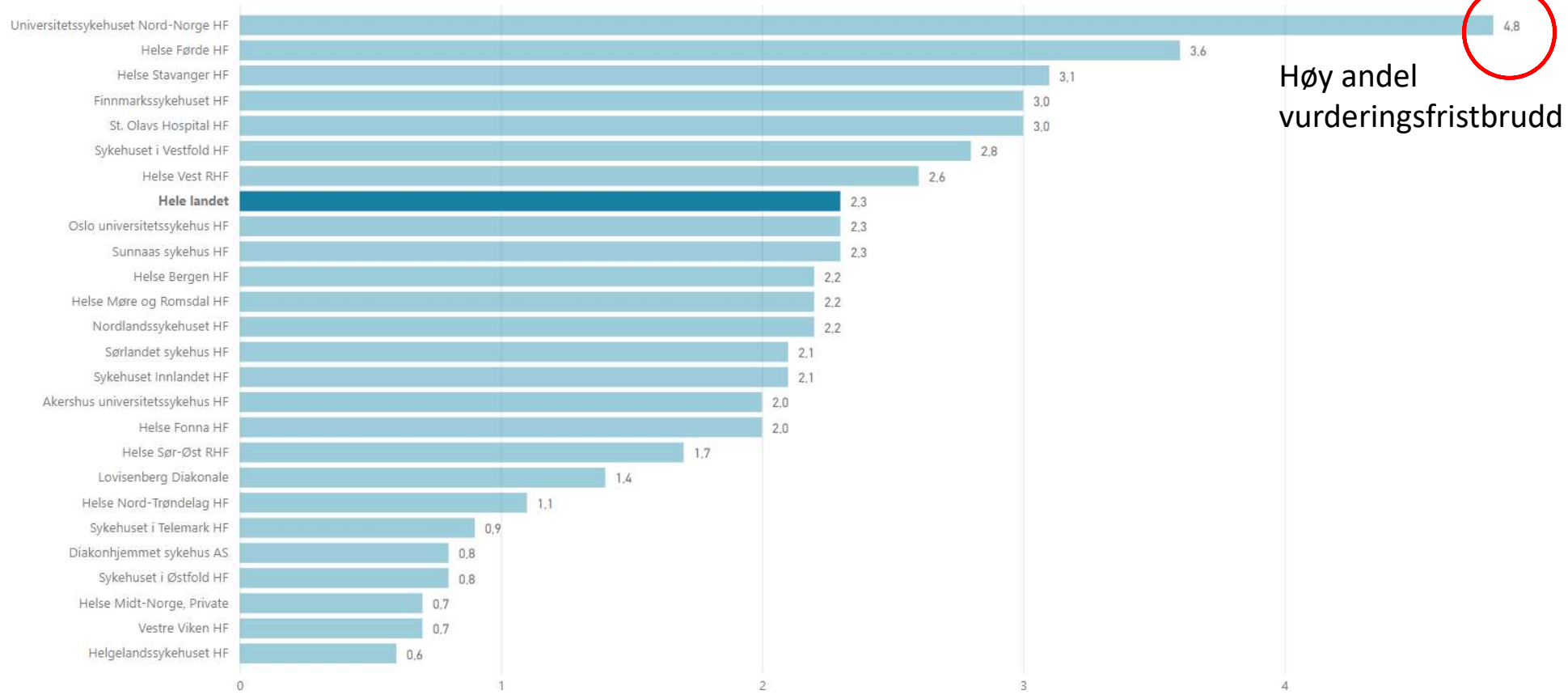


Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i somatisk helsetjeneste

Definisjon: Andel henvisninger i somatisk helsetjeneste der det er blitt brudd på vurderingsgarantien, av alle henvisninger som er mottatt og vurdert i samme rapporteringsperiode.

*Andel brudd i 2020 er ikke reelt, da dataene som ligger til grunn ikke tar høyde for at frist for å vurdere henvisninger ble utvidet fra 10 til 30 dager i perioden 27. mars til 27. mai 2020, og deretter bortfalt i perioden 27.05.2020 – 01.10. 2020.*



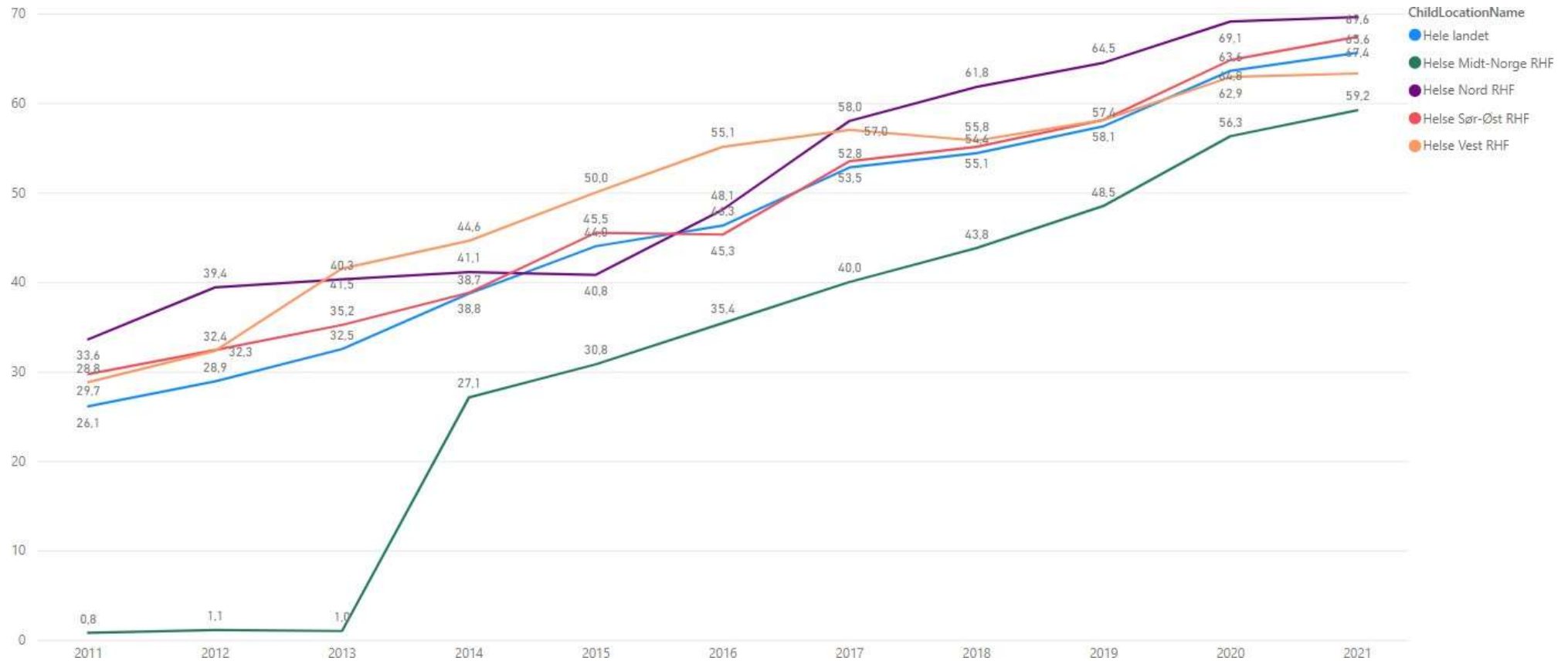
Høy andel vurderingsfristbrudd

Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Epikrisetid ved utskriving fra somatisk helsetjeneste (innen 1 dag)

Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 dag etter utskrivningsdato fra somatisk helsetjeneste.



**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Epikrisetid ved utskriving fra somatisk helsetjeneste (innen 1 dag)

Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 dag etter utskrivningsdato fra somatisk helsetjeneste.

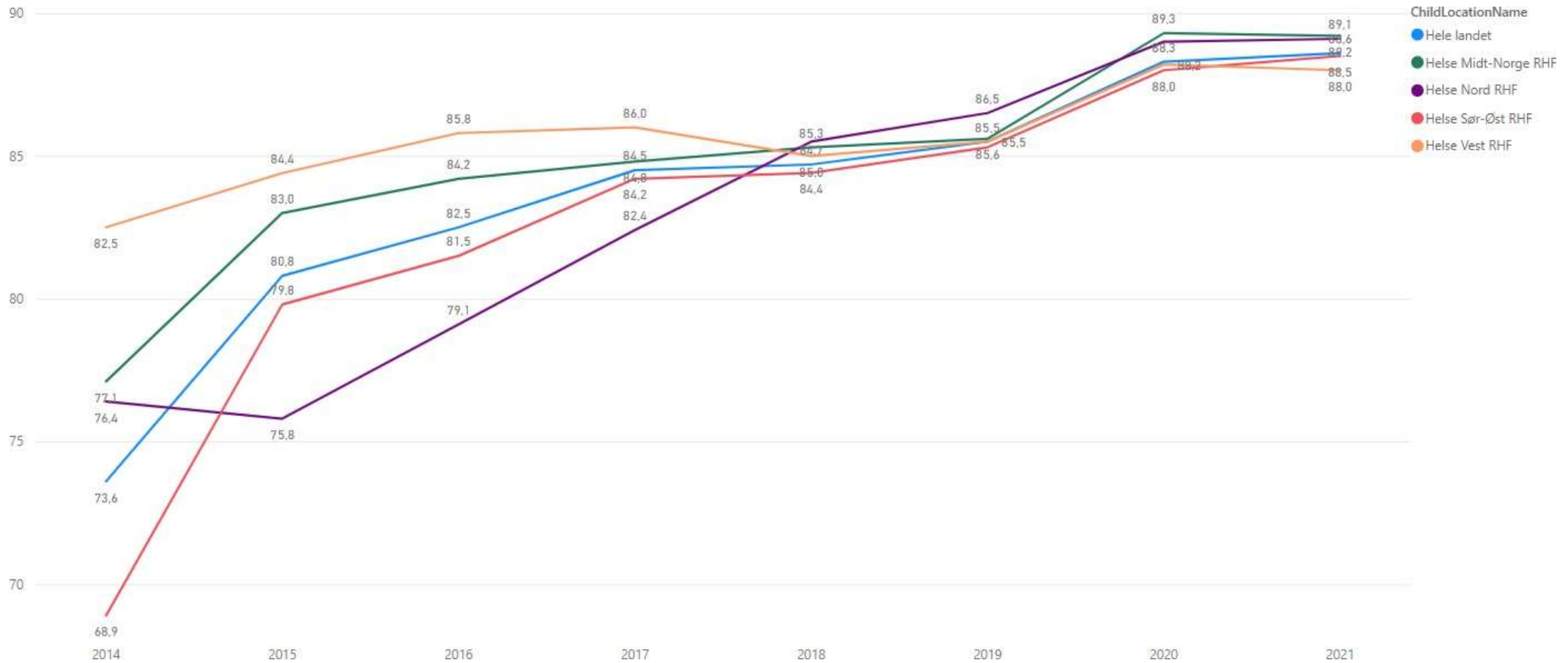


Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Epikrisetid ved utskriving fra somatisk helsetjeneste (innen 7 dager)

Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter utskrivningsdato fra somatisk helsetjeneste.



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Epikrisetid ved utskriving fra somatisk helsetjeneste (innen 7 dager)

Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter utskrivningsdato fra somatisk helsetjeneste.



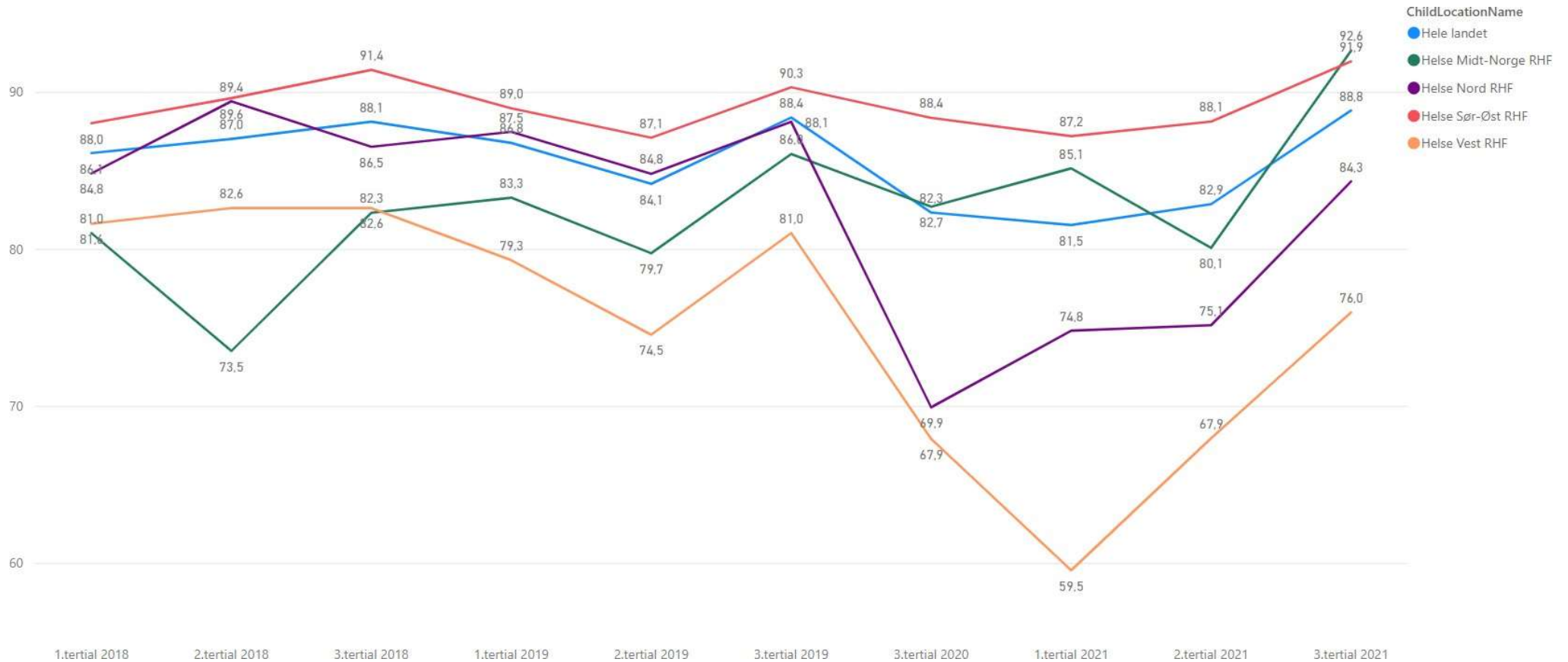
Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingstid, uavhengig av fagområde

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingstid på helsenorge.no, uavhengig av fagområde.

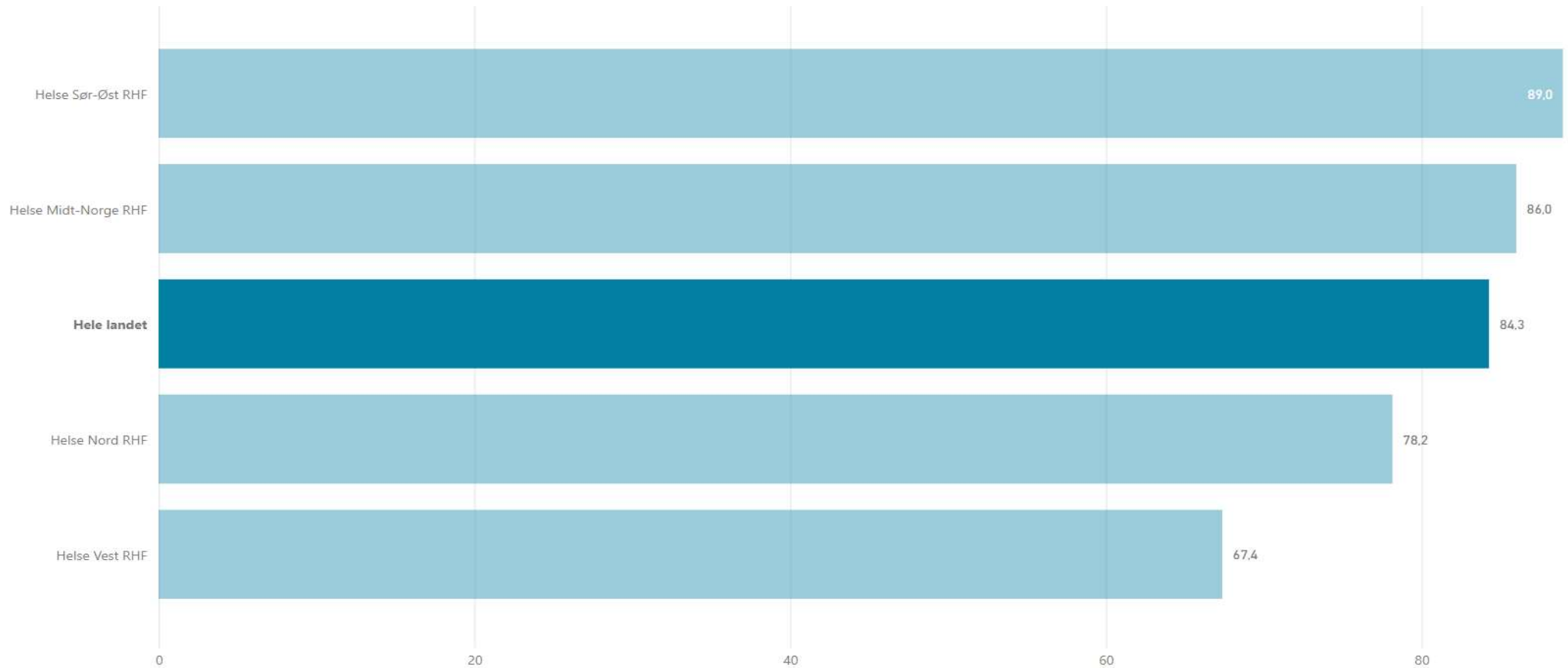
Resultater for 1. og 2. tertial 2020 foreligger ikke.



**Kilde:**  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted, uavhengig av fagområde

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no, uavhengig av fagområde.



**Periode:**  
2021

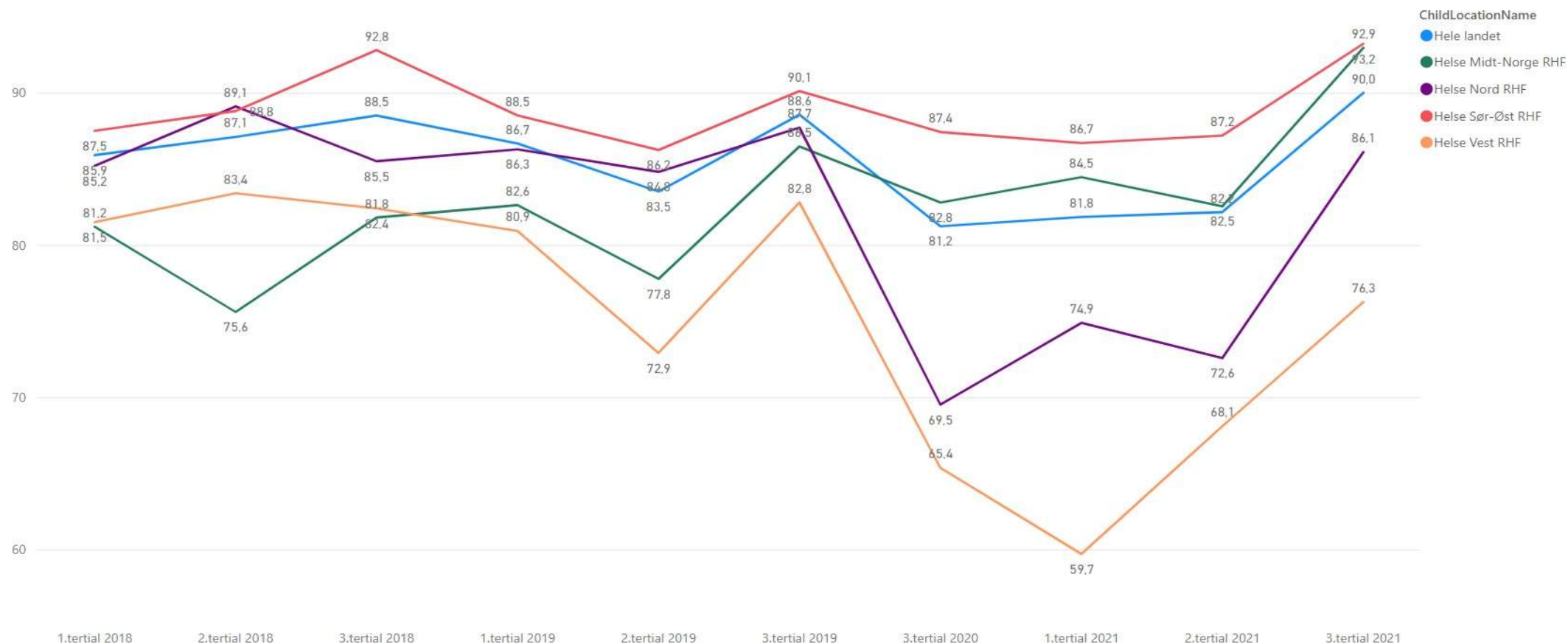
**Kilde:**  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)



## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingstid innen fysisk helse

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingstid på helsenorge.no innen fysisk helse.

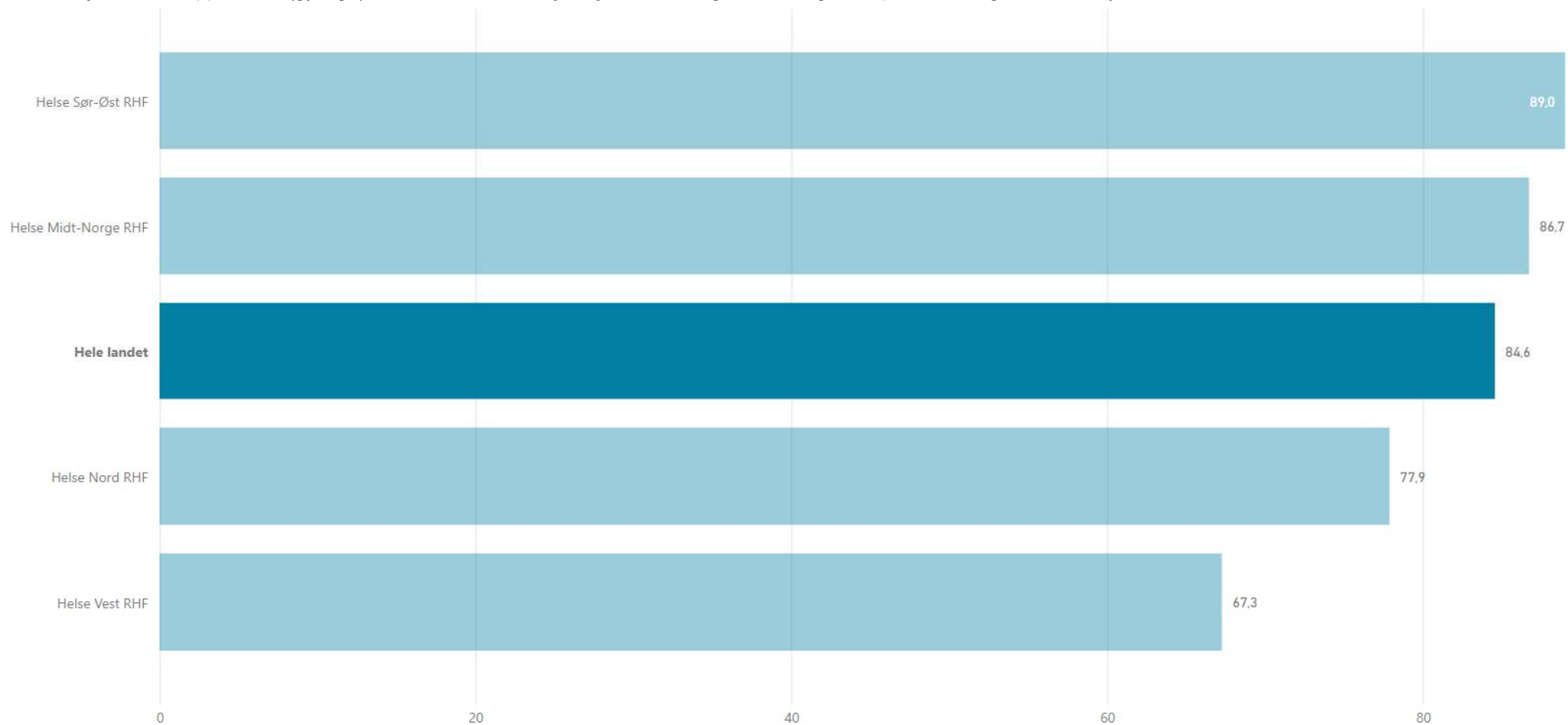
Resultater for 1. og 2. tertial 2020 foreligger ikke.



Kilde:  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen fysisk helse

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no innen fysisk helse.



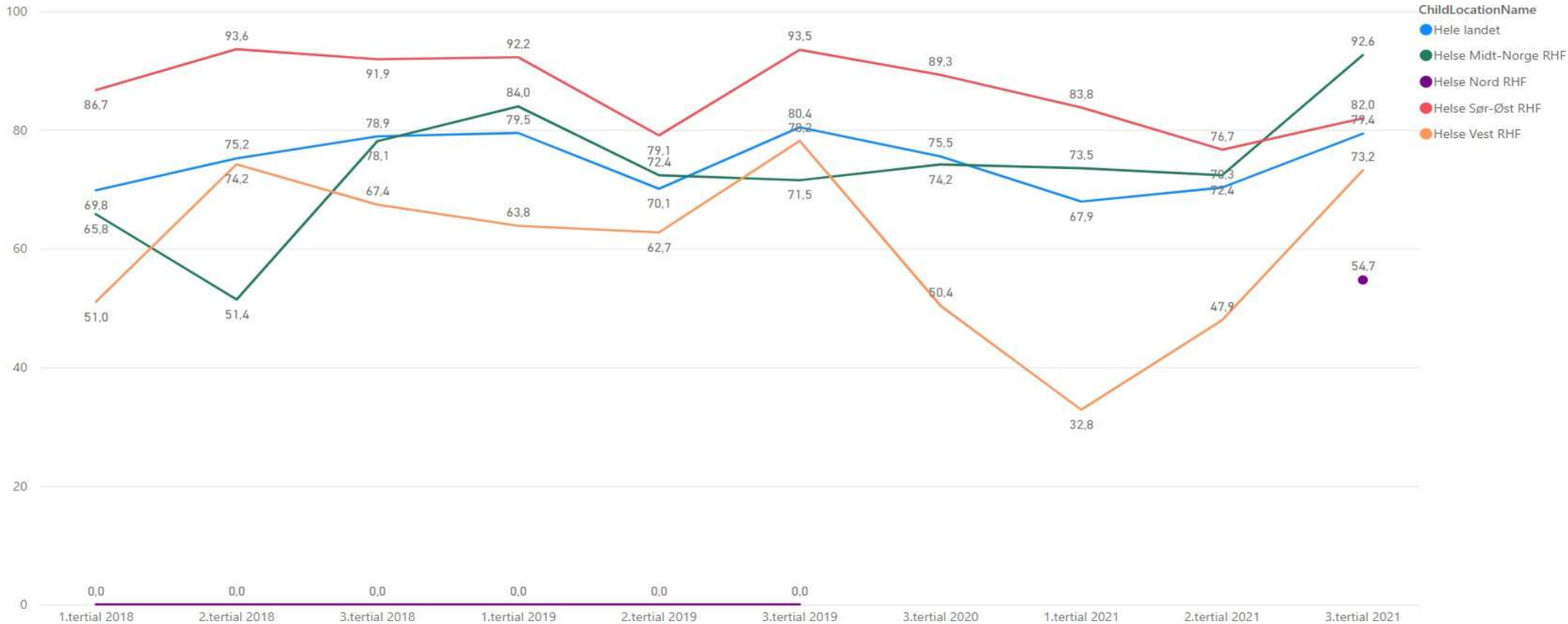
**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen habilitering BU

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no innen habilitering, barn og unge.

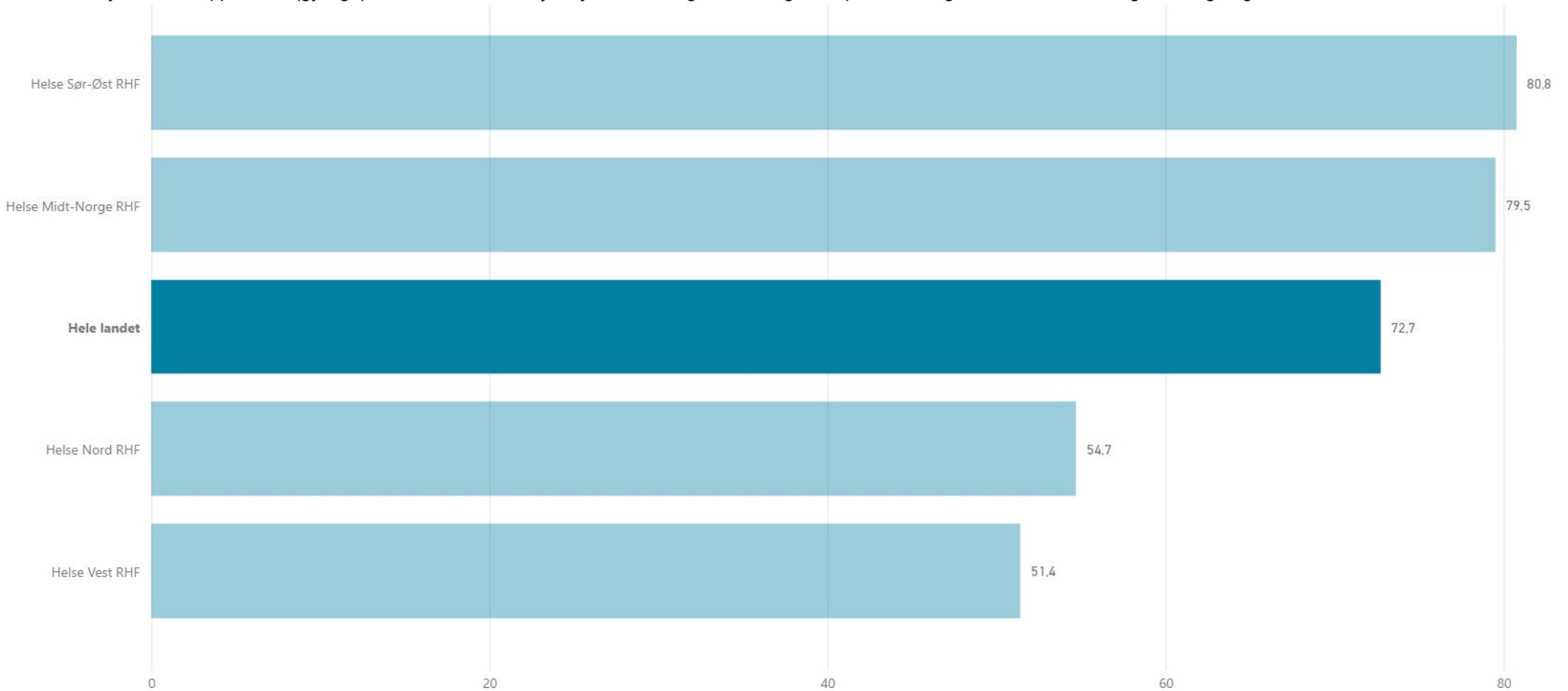
Resultater for 1. og 2. tertial 2020 foreligger ikke.



Kilde:  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen habilitering BU

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no innen habilitering, barn og unge.



Periode:  
2021

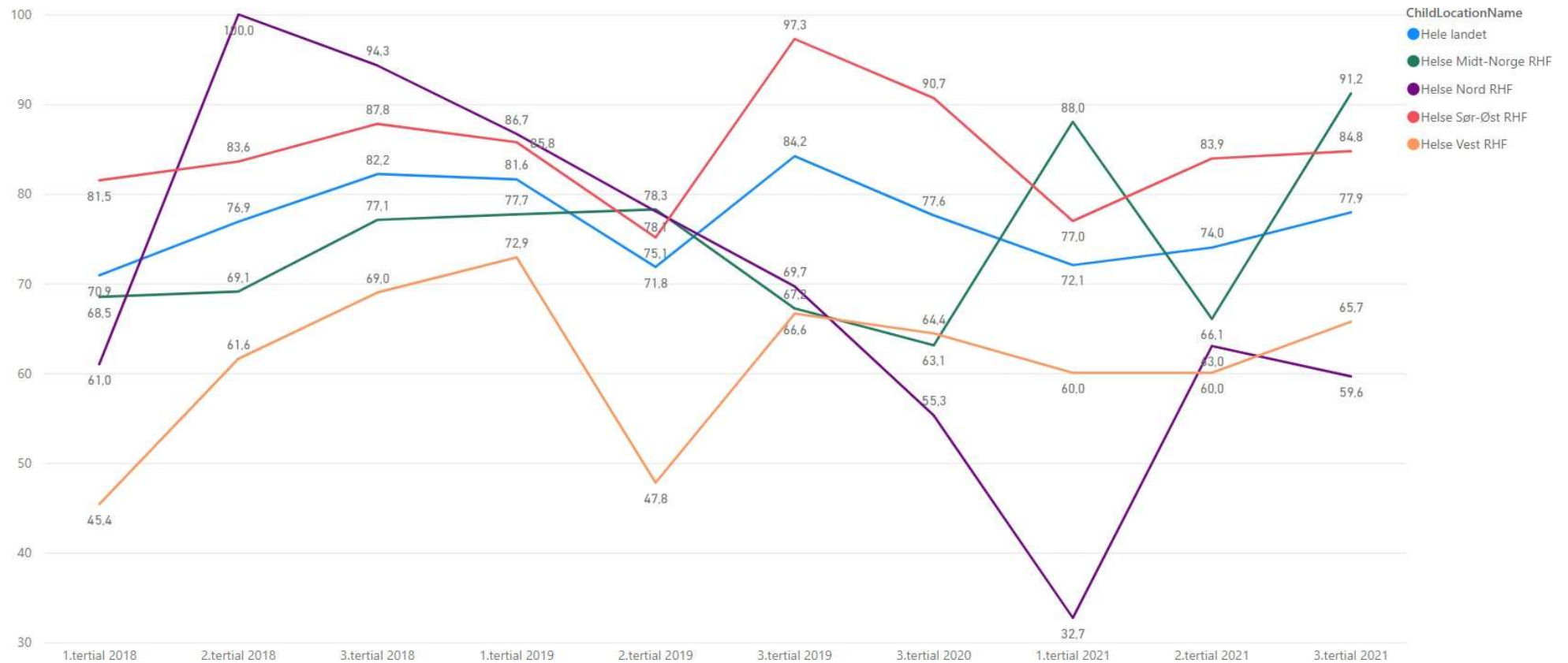
Kilde:  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenet (NHN)

45

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen habilitering Voksne

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no innen habilitering, voksne.

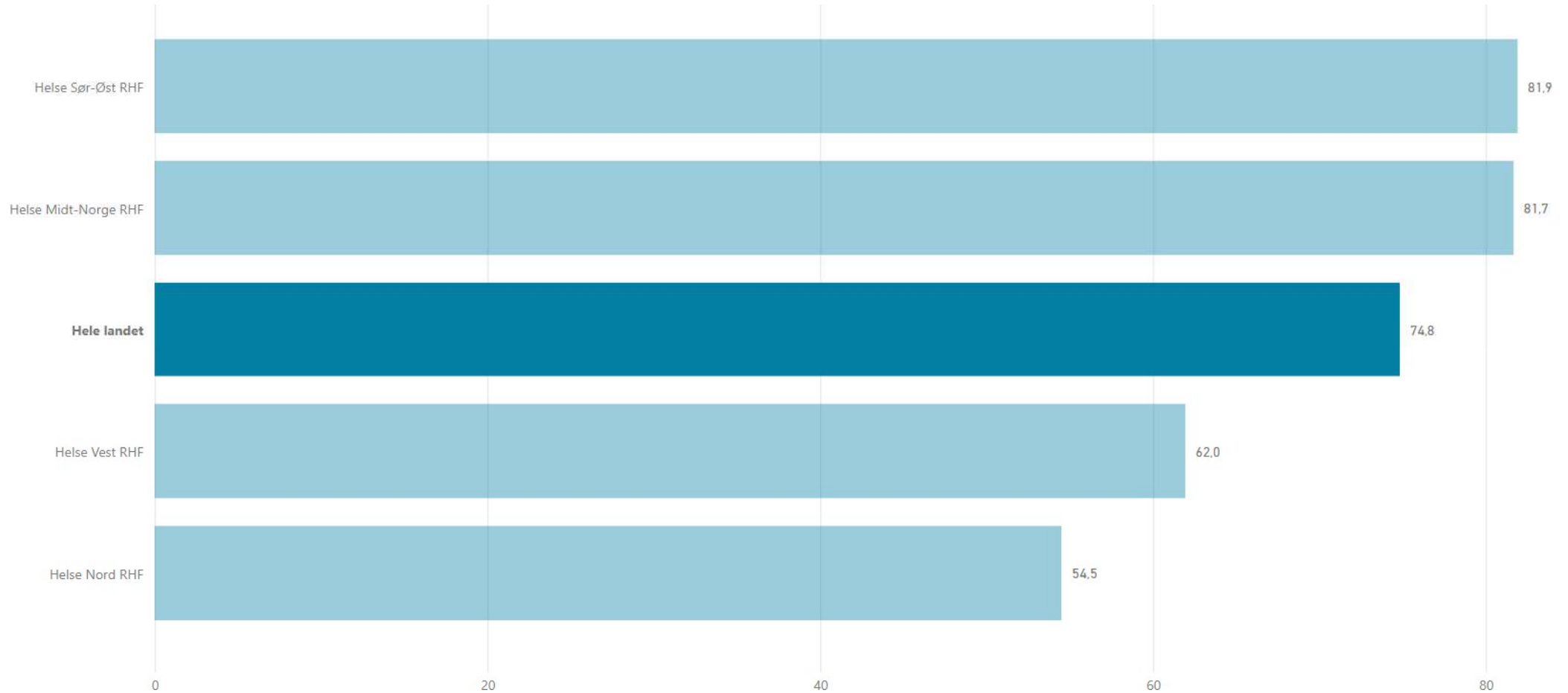
Resultater for 1. og 2. tertial 2020 foreligger ikke.



**Kilde:**  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen habilitering Voksne

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no innen habilitering, voksne.



Periode:  
2021

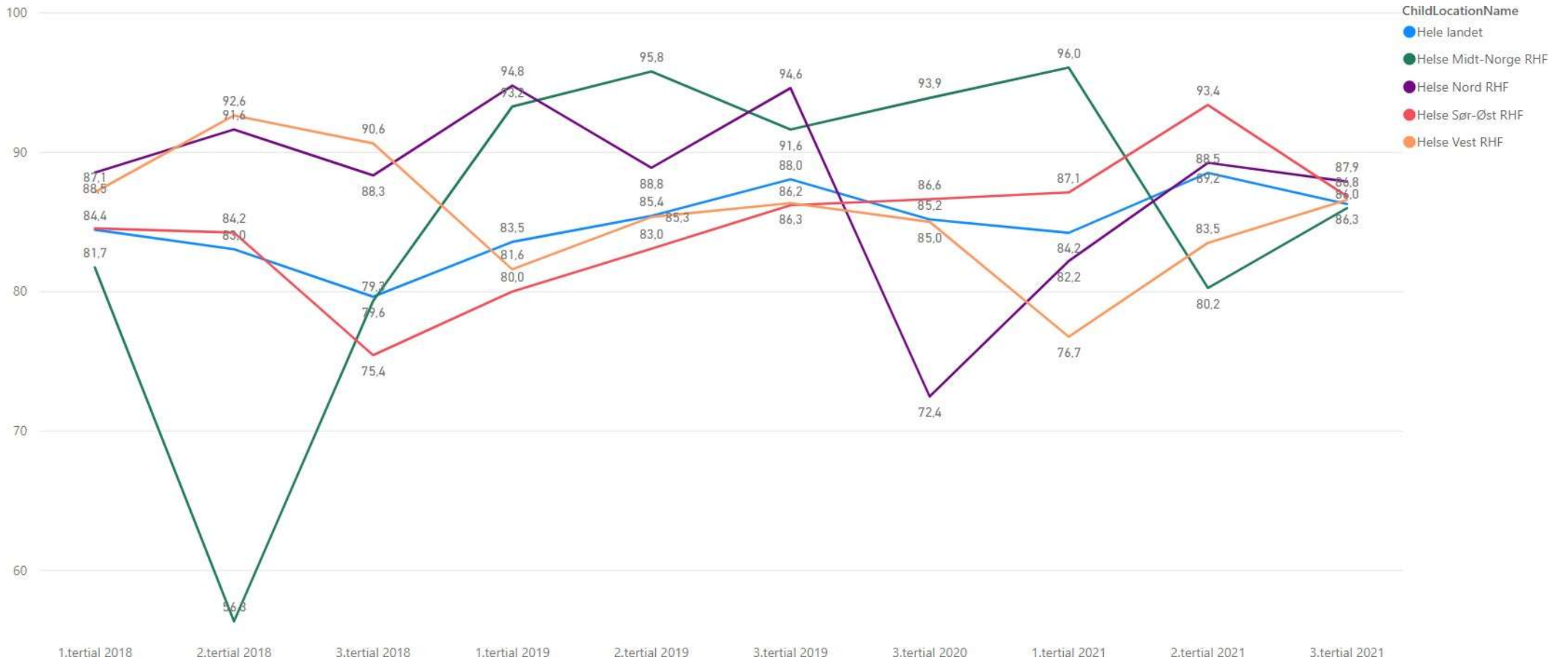
Kilde:  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)

47

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen psykisk helse BU

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no innen psykisk helse, barn og unge.

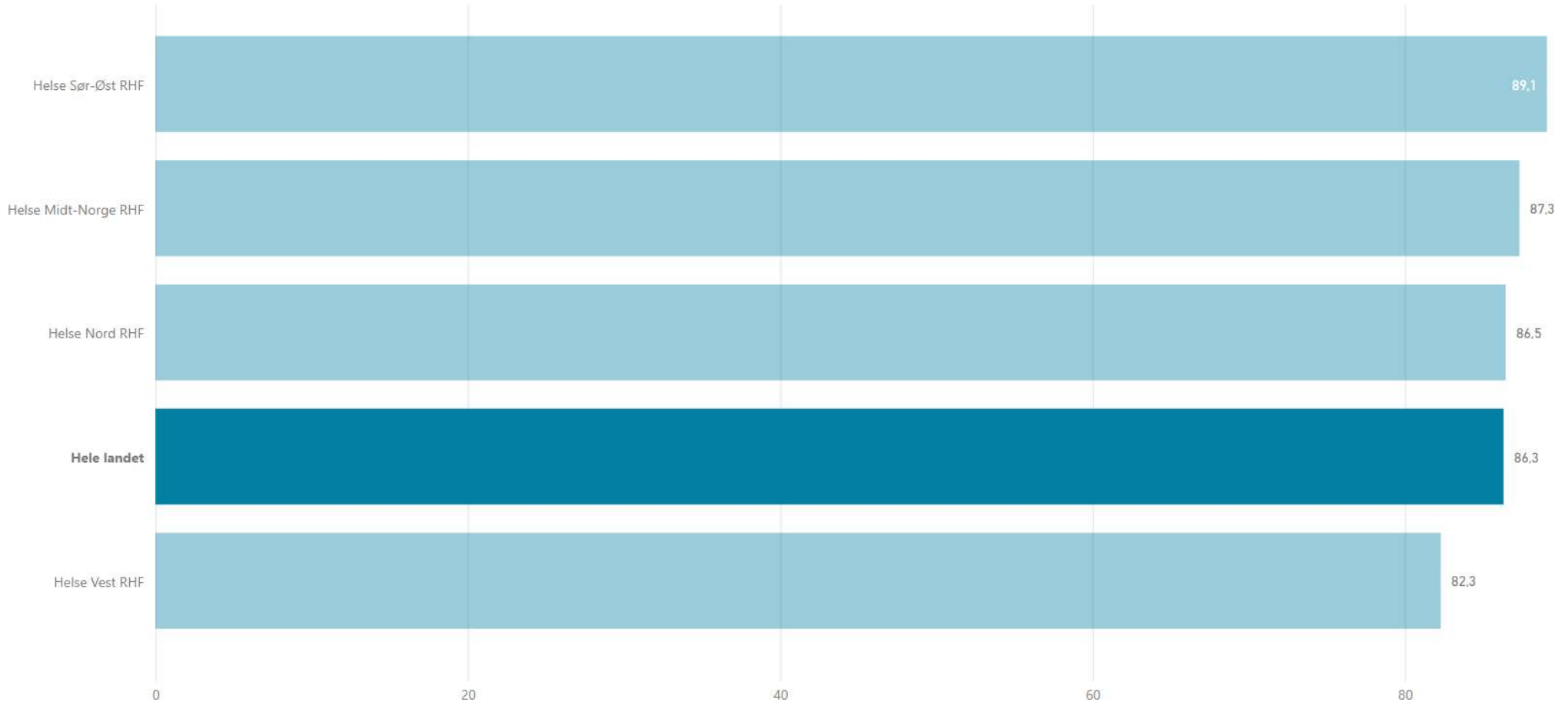
Resultater for 1. og 2. tertial 2020 foreligger ikke



Kilde:  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen psykisk helse BU

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no innen psykisk helse, barn og unge.



**Periode:**  
2021

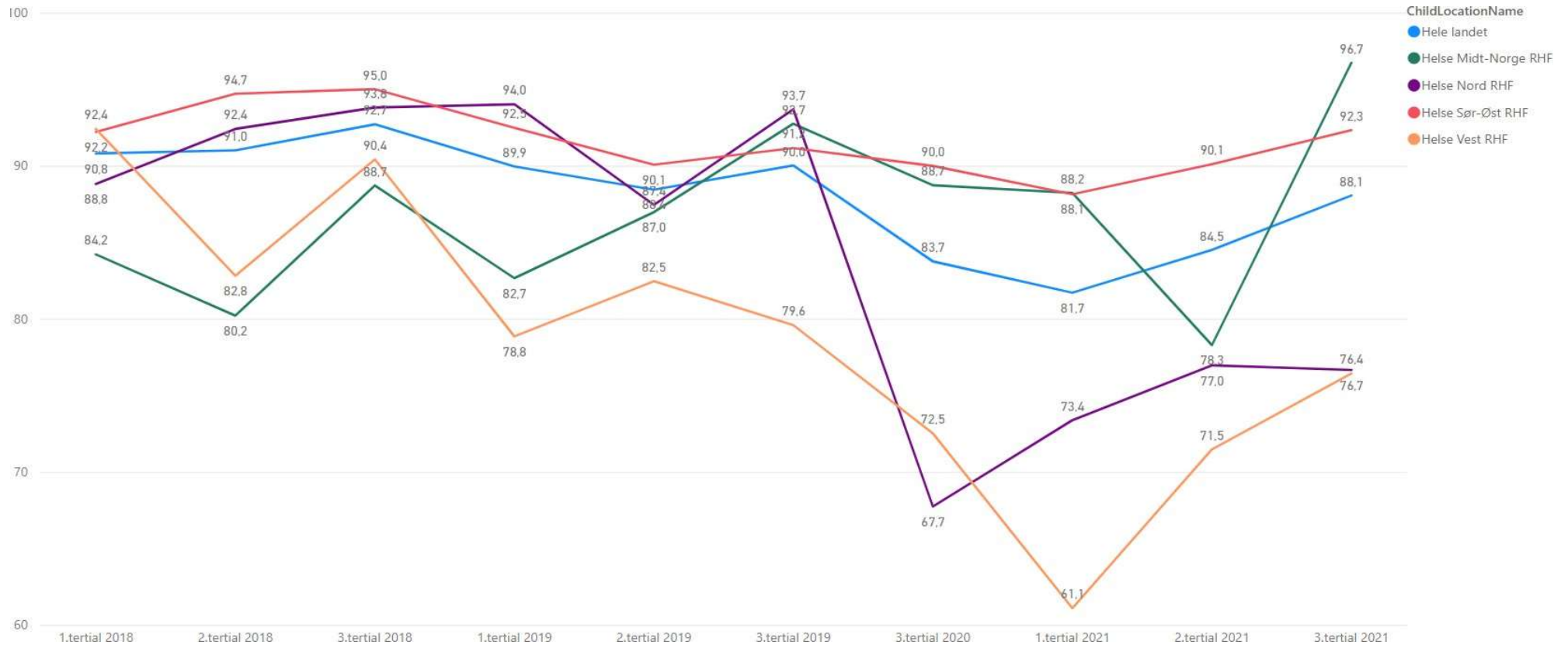
**Kilde:**  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)



## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen psykisk helse Voksne

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no innen psykisk helse, voksne.

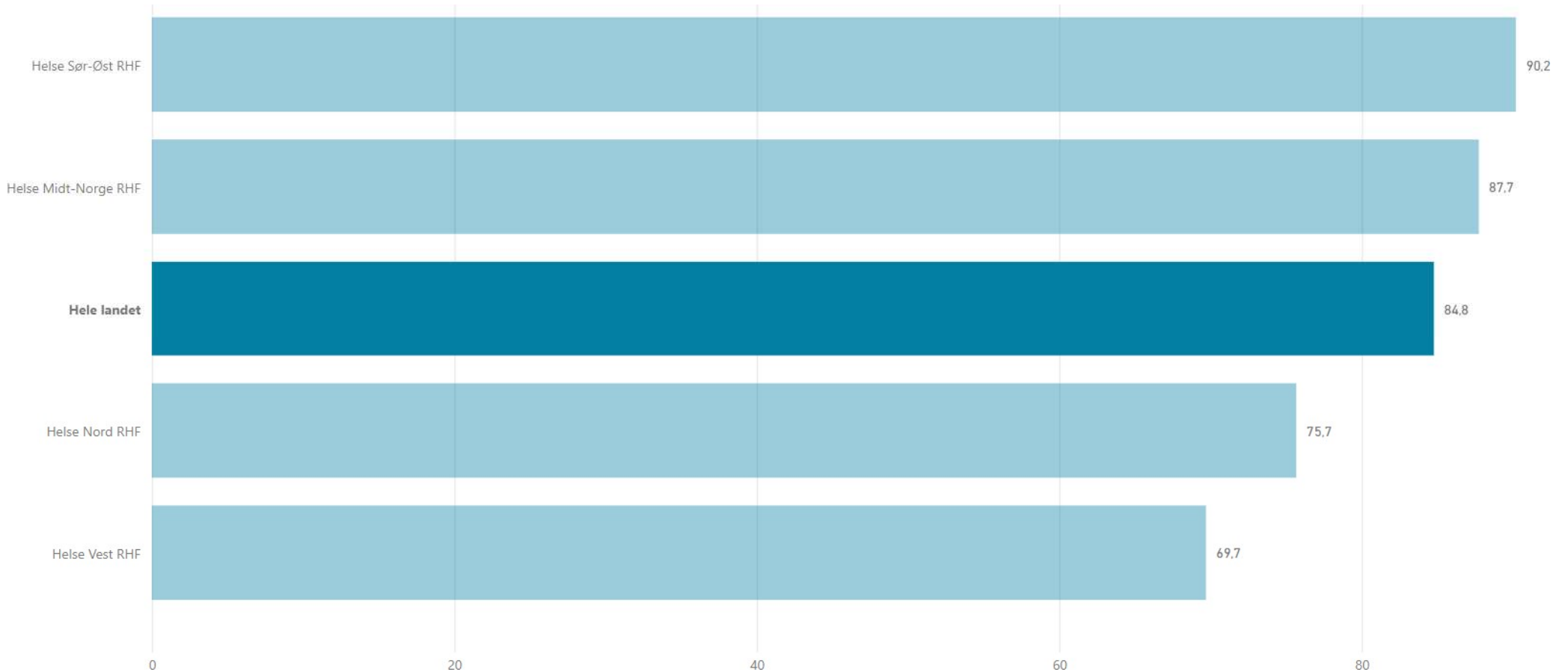
Resultater for 1. årgang Beretning 2020 for 2020 og gjensvarende



**Kilde:**  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen psykisk helse Voksne

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no innen psykisk helse, voksne.



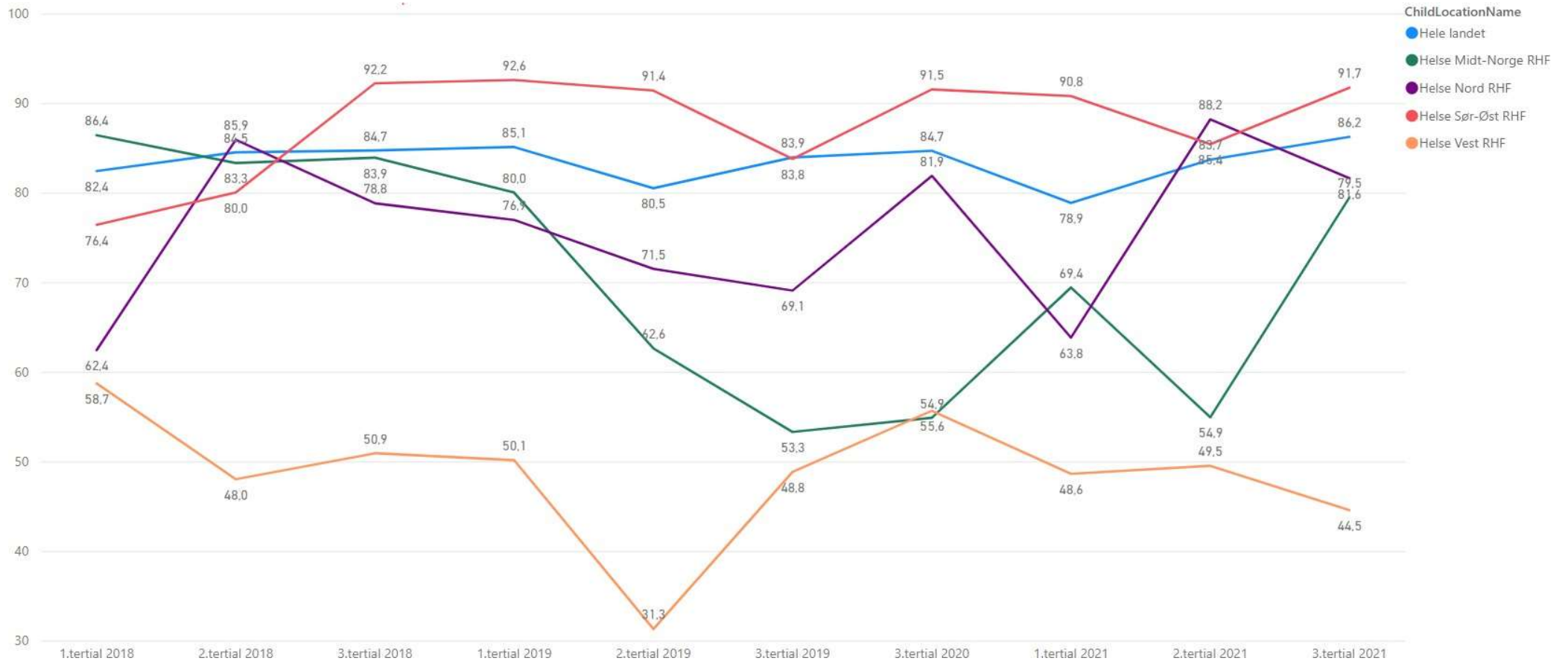
Periode:  
2021

Kilde:  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingstid innen rehabilitering

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingstid på helsenorge.no innen rehabilitering.

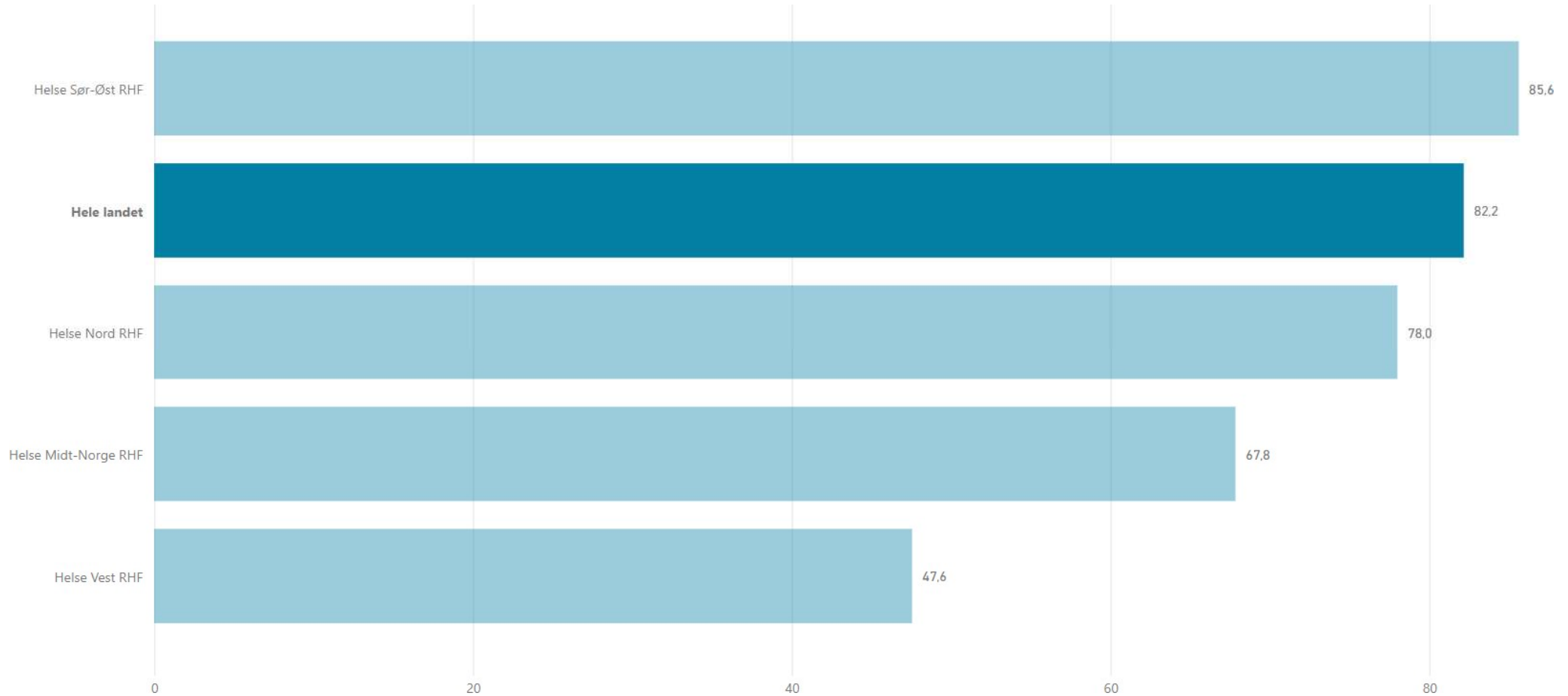
Resultater for 1. og 2. tertial 2020 foreligger ikke.



Kilde:  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen rehabilitering

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no innen rehabilitering.



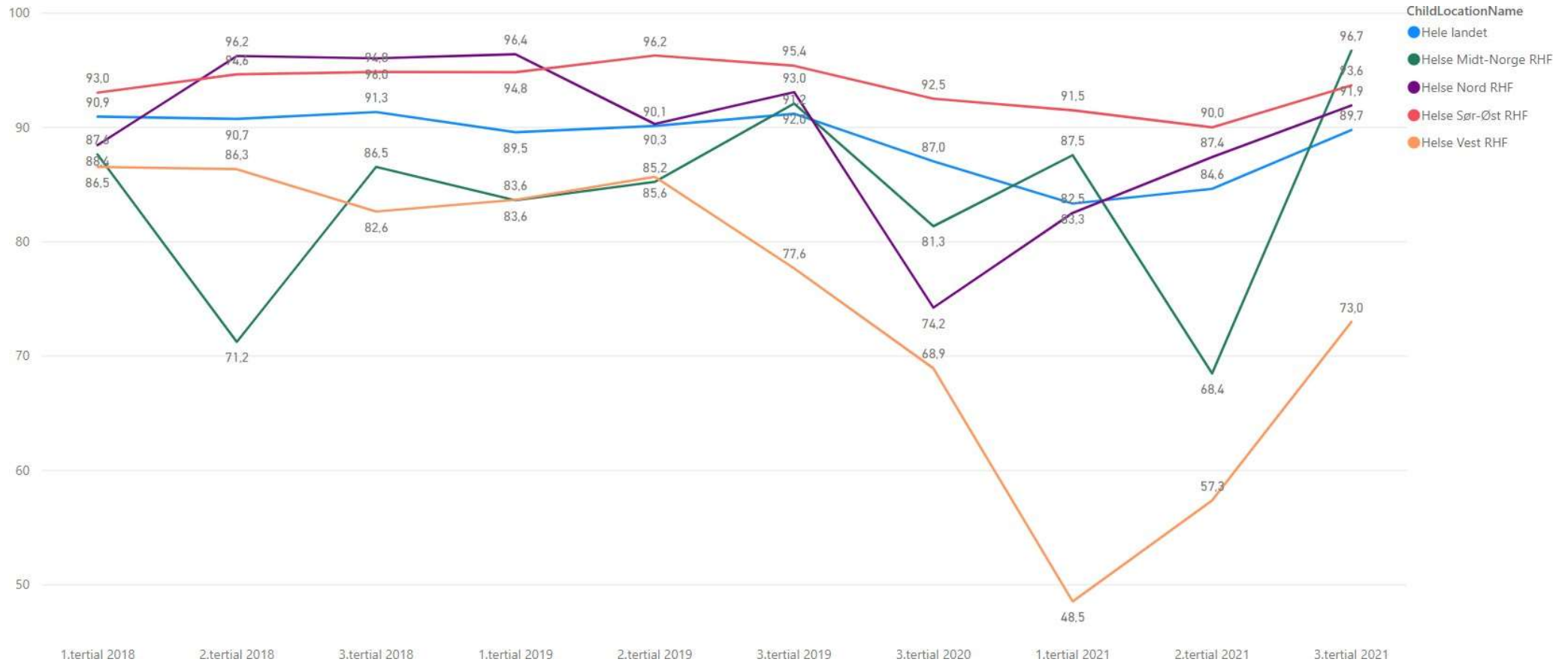
**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen rus og avhengighet

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no innen rus og avhengighet.

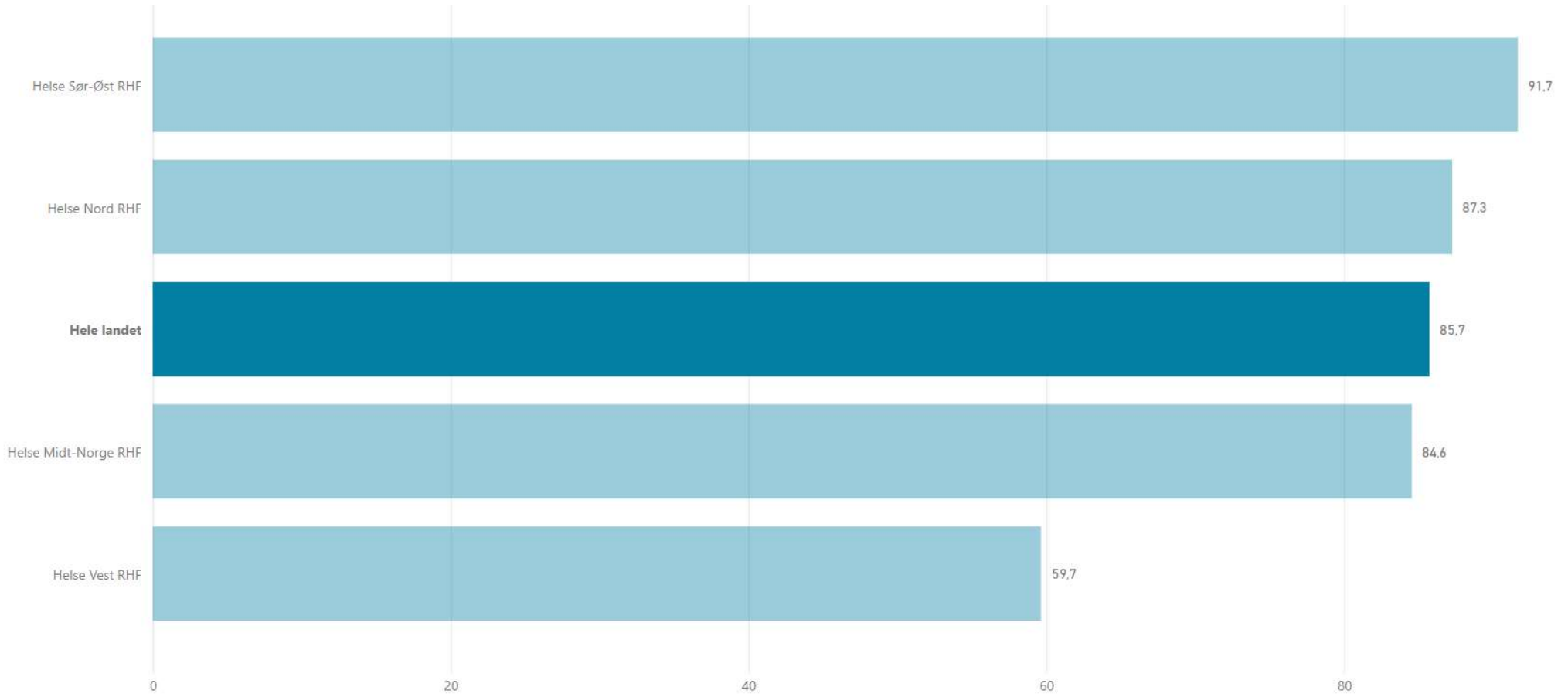
Resultater for 1. og 2. tertial 2020 foreligger ikke.



Kilde:  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenet (NHN)

## Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen rus og avhengighet

Definisjon: Andel oppdaterte (gyldige) ventetider i informasjonstjenesten Velg behandlingssted på helsenorge.no innen rus og avhengighet.



**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Helsetjenestekatalogen, Norsk helsenett (NHN)

# Hoftebrudd

---

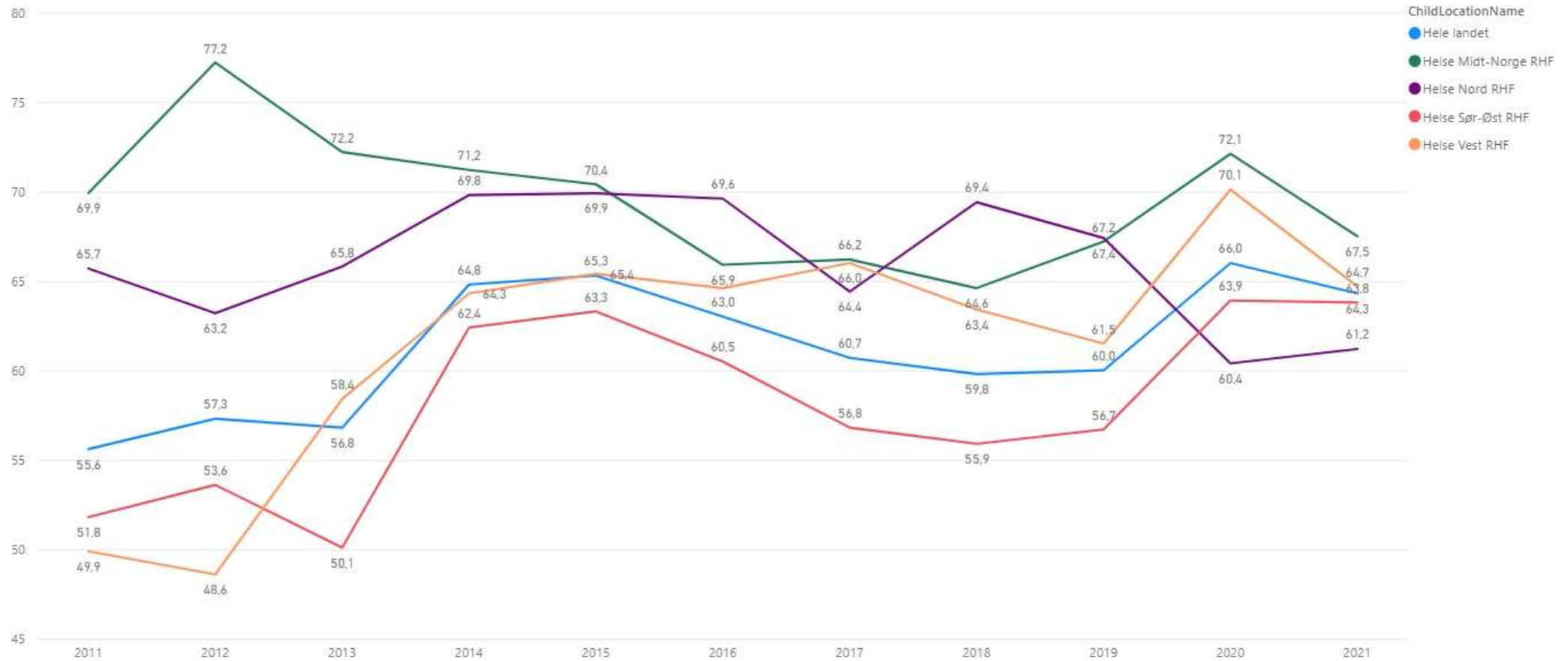


Kilde: Unsplash



## Hoftebrudd operert innen 24 timer

Definisjon: Andel pasienter over 65 år med hoftebrudd som blir operert innen 24 timer etter innleggelse ved behov for øyeblikkelig hjelp



2021

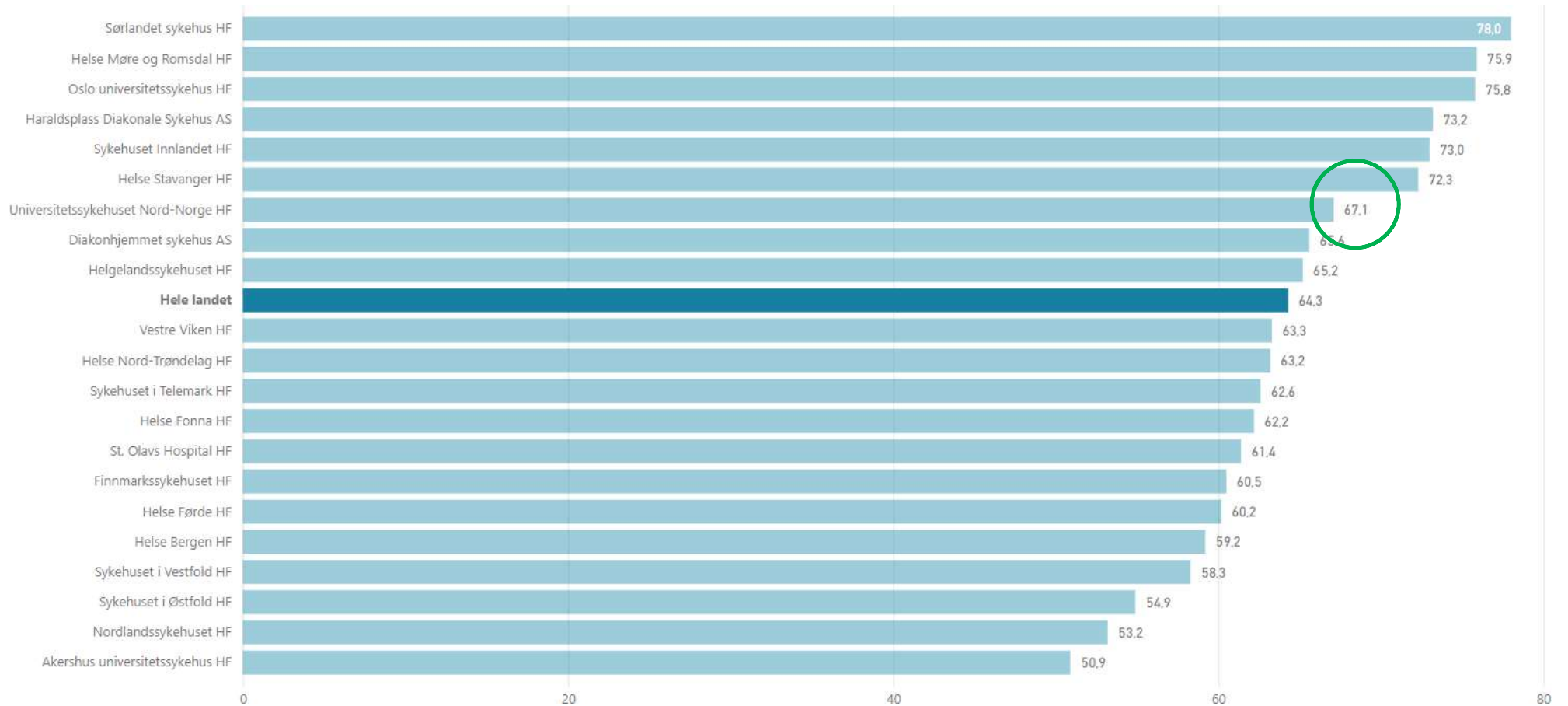
Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

57



## Hoftebrudd operert innen 24 timer

Definisjon: Andel pasienter over 65 år med hoftebrudd som blir operert innen 24 timer etter innleggelse ved behov for øyeblikkelig hjelp



Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Hoftebrudd operert innen 48 timer

Definisjon: Andel pasienter over 65 år med hoftebrudd som blir operert innen 48 timer etter innleggelse ved behov for øyeblikkelig hjelp



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Hoftebrudd operert innen 48 timer

Definisjon: Andel pasienter over 65 år med hoftebrudd som blir operert innen 48 timer etter innleggelse ved behov for øyeblikkelig hjelp

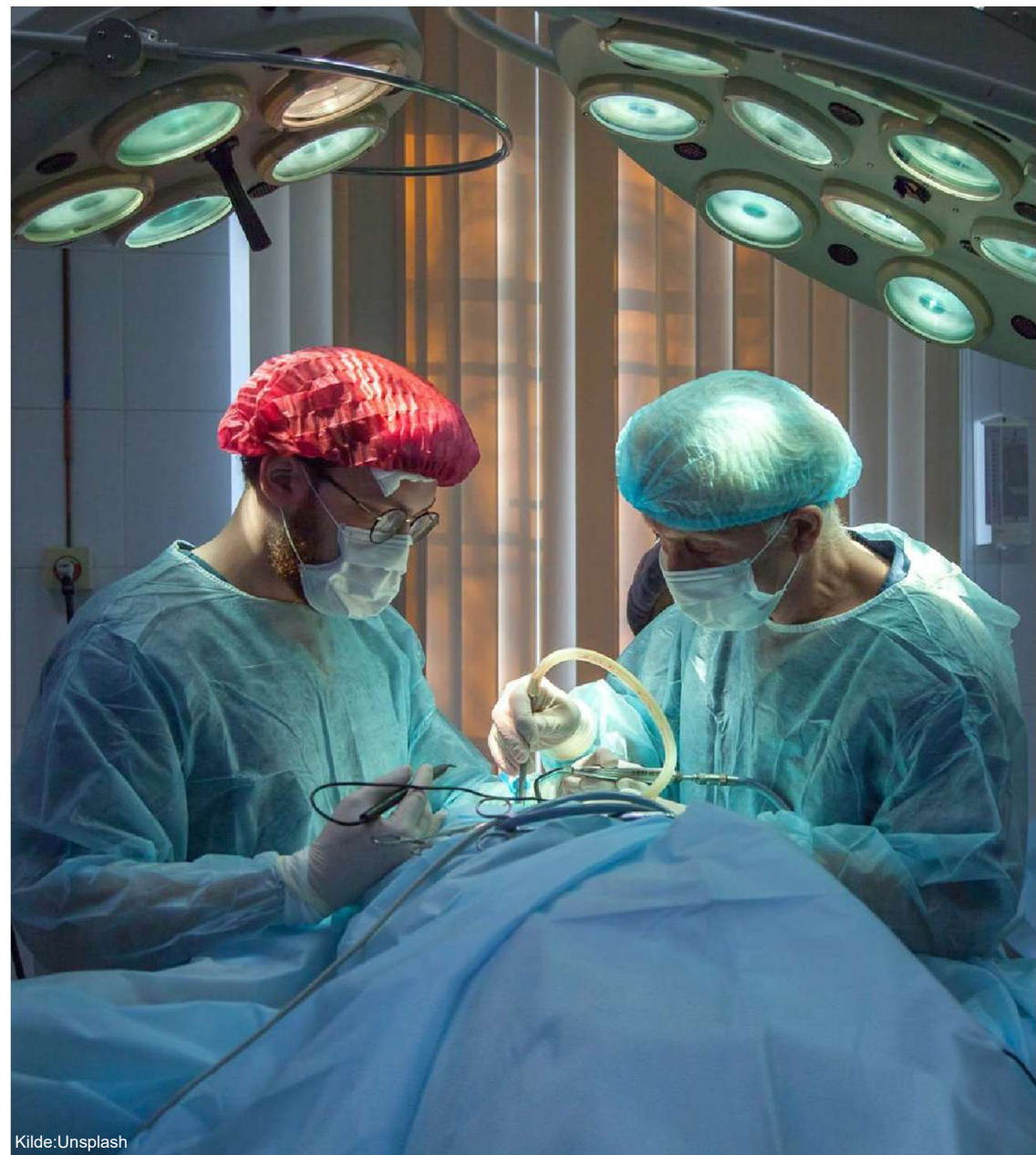


**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

60

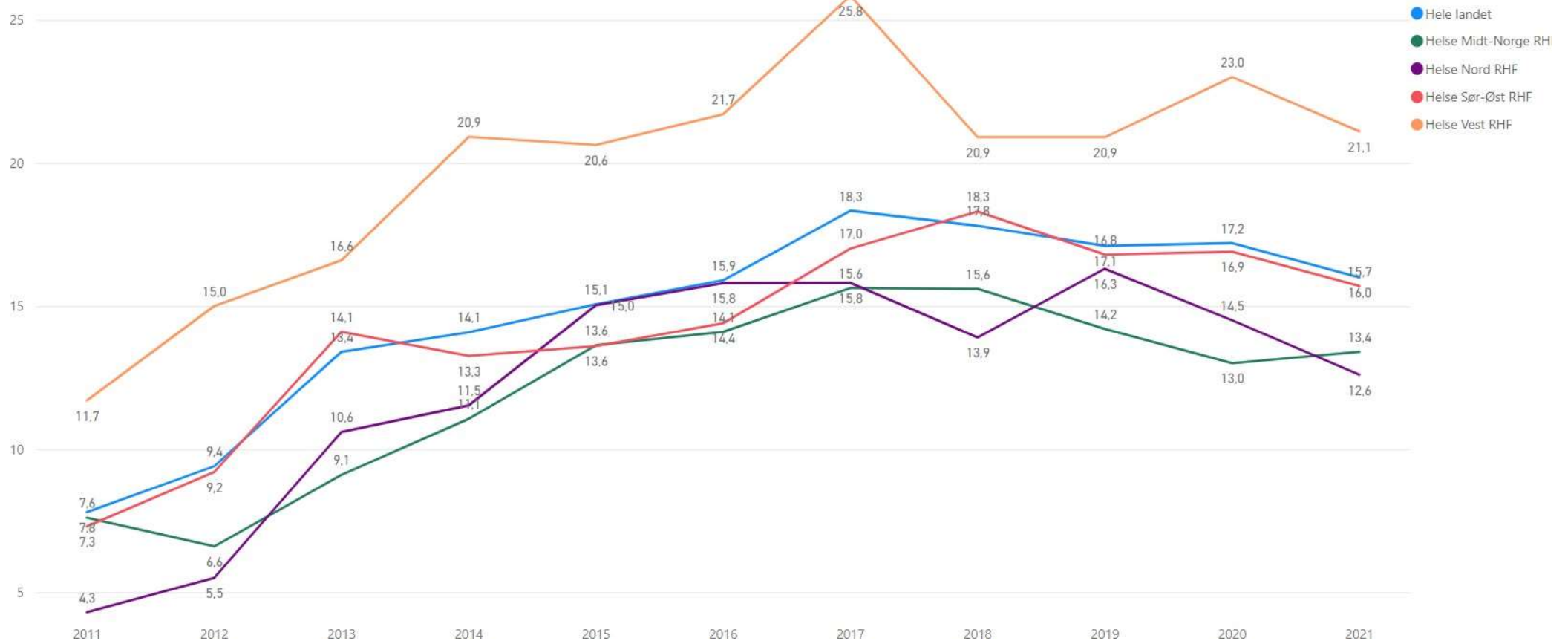
## Hjerte- og karsykdommer



Kilde: Unsplash

## Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen

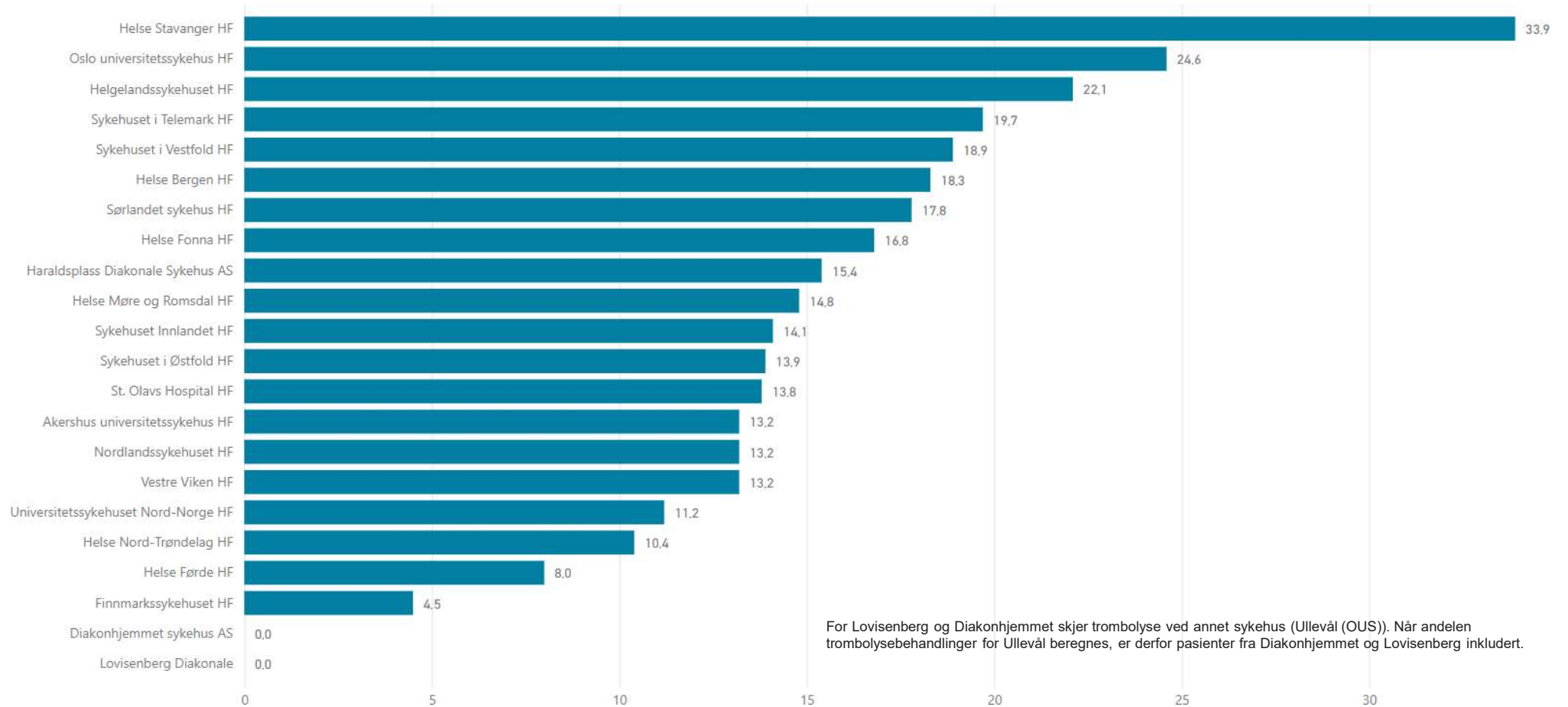
Definisjon: Andel pasienter (18 år og eldre) med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse.



Kilde:  
Norsk pasientregister (NPR)

## Trombolysbehandling ved blodpropp i hjernen

Definisjon: Andel pasienter (18 år og eldre) med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolys.



For Lovisenberg og Diakonhjemmet skjer trombolys ved annet sykehus (Ullevål (OUS)). Når andelen trombolysbehandling for Ullevål beregnes, er derfor pasienter fra Diakonhjemmet og Lovisenberg inkludert.

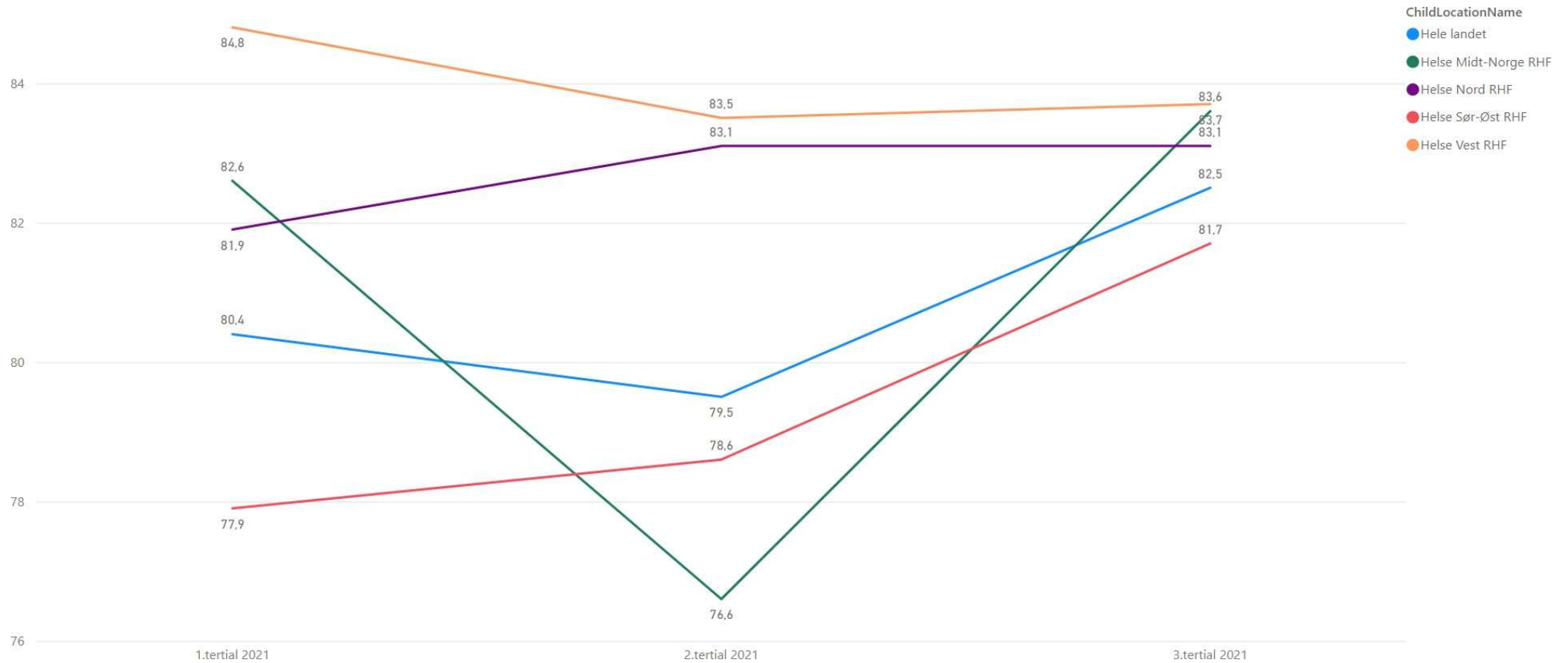
Periode:  
Årstall 2021

Kilde:  
Norsk pasientregister (NPR)



## Gjennomført tverrfaglig funksjonsvurdering innen anbefalt tid

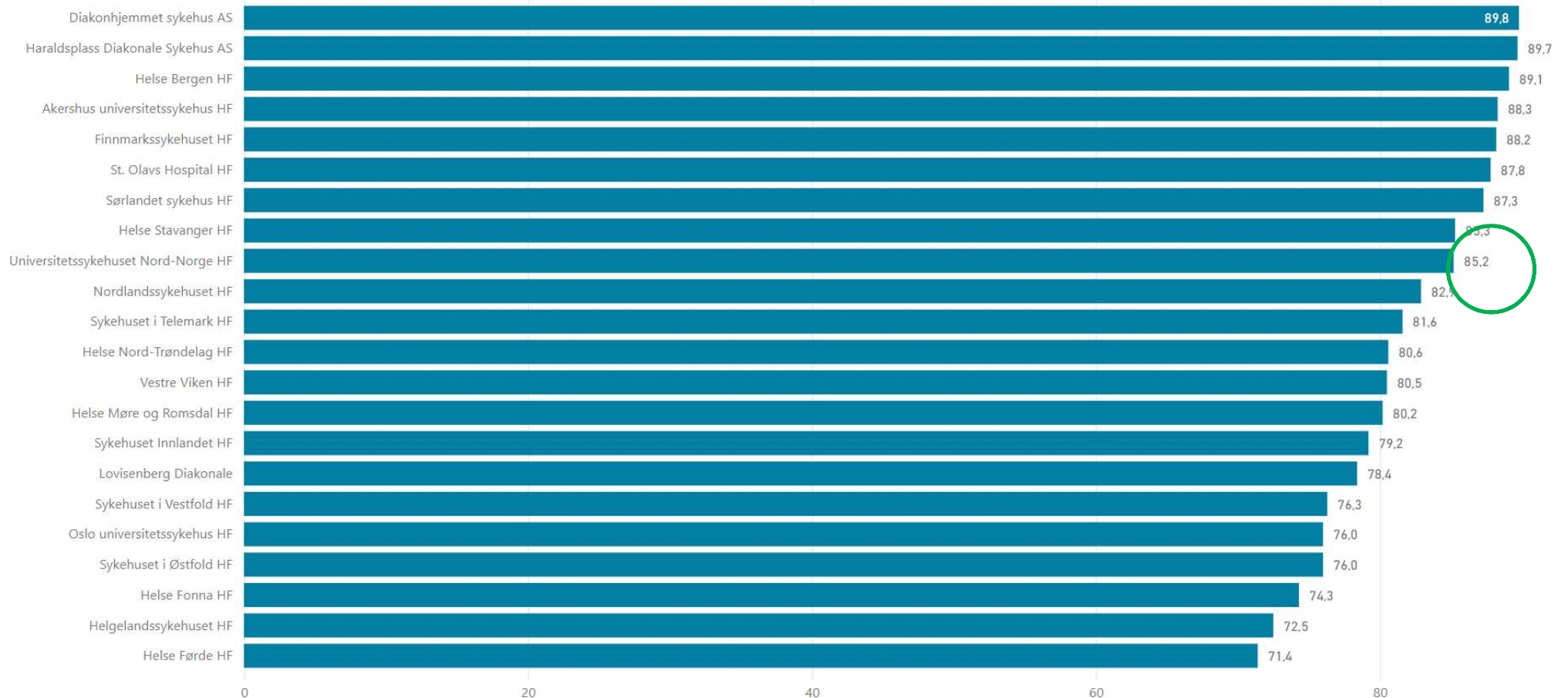
Definisjon: Andel pasienter med akutt hjerneslag som har fått tverrfaglig funksjonsvurdering inkludert beslutning om anbefalt videre forløp (med eller uten rehabilitering) innen 7 kalenderdager etter innleggelse i slagenhet.



**Kilde:**  
Norsk hjerneslagregister (NHR)

## Gjennomført tverrfaglig funksjonsvurdering innen anbefalt tid

Definisjon: Andel pasienter med akutt hjerneslag som har fått tverrfaglig funksjonsvurdering inkludert beslutning om anbefalt videre forløp (med eller uten rehabilitering) innen 7 kalenderdager etter innleggelse i slagenhet.



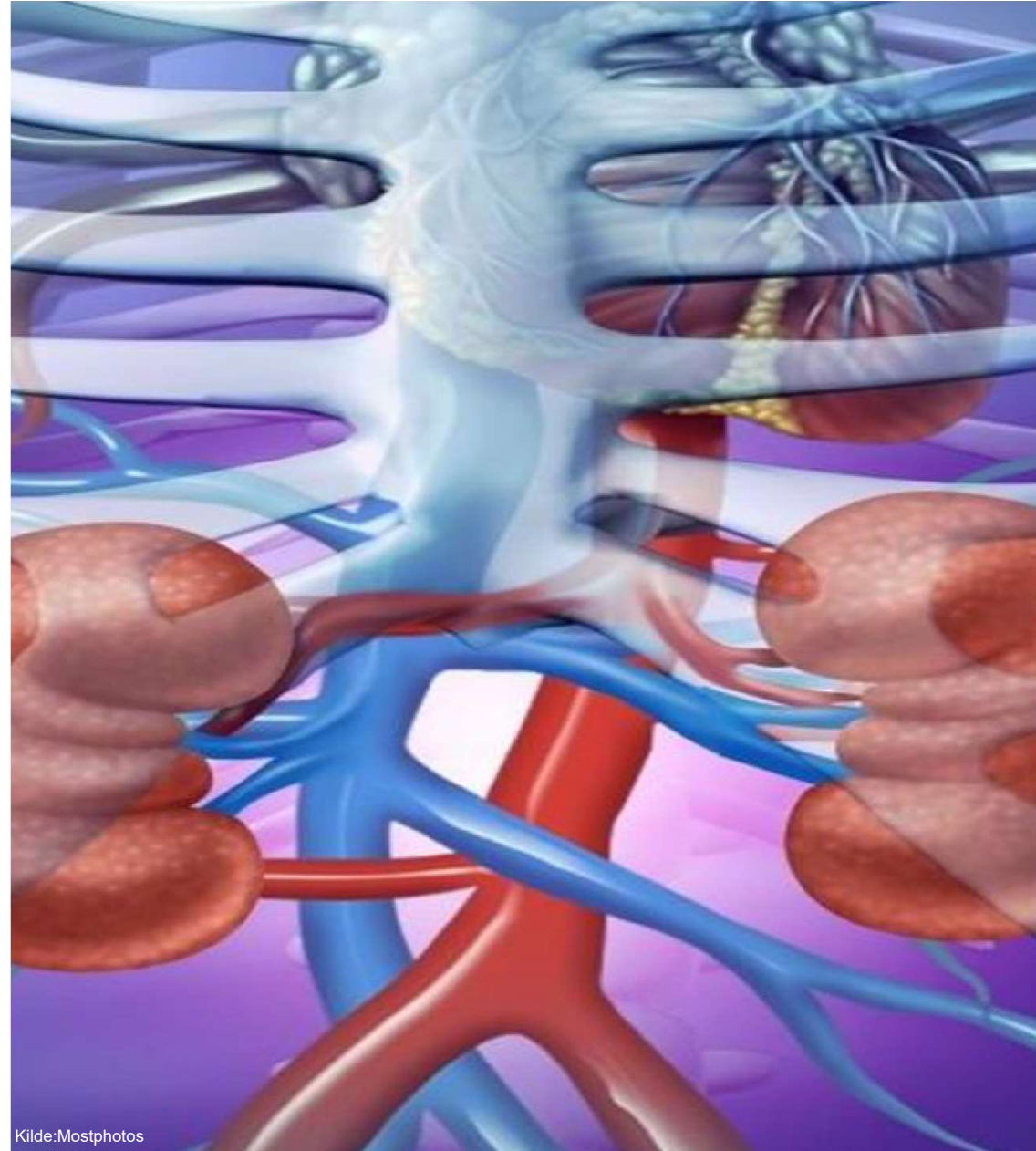
**Periode:**  
3. tertial 2021

**Kilde:**  
Norsk hjerneslagregister (NHR)



# Nyre

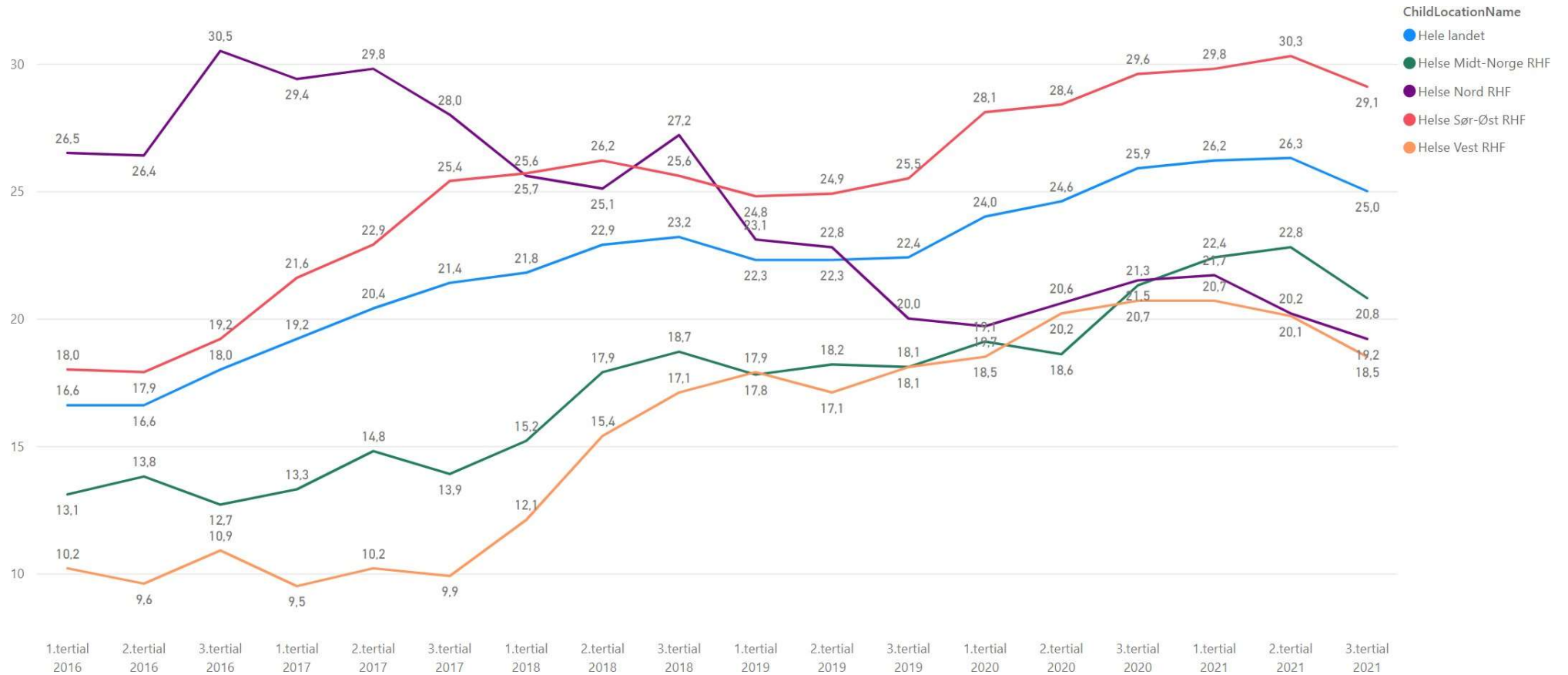
---



Kilde: Mostphotos

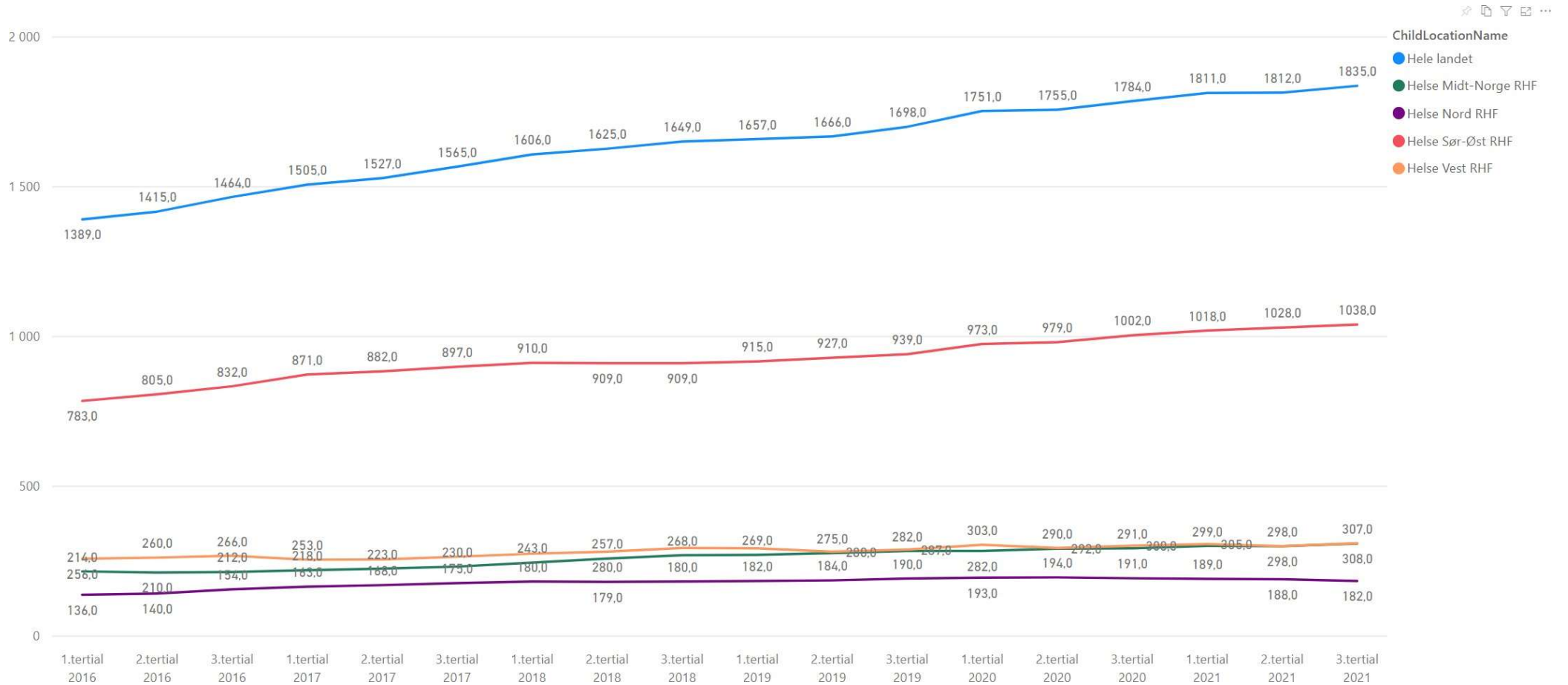
## Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse

Definisjon: Andel dialysepasienter med kronisk nyresvikt som får hjemmedialyse.



Kilde:  
Norsk nyregister

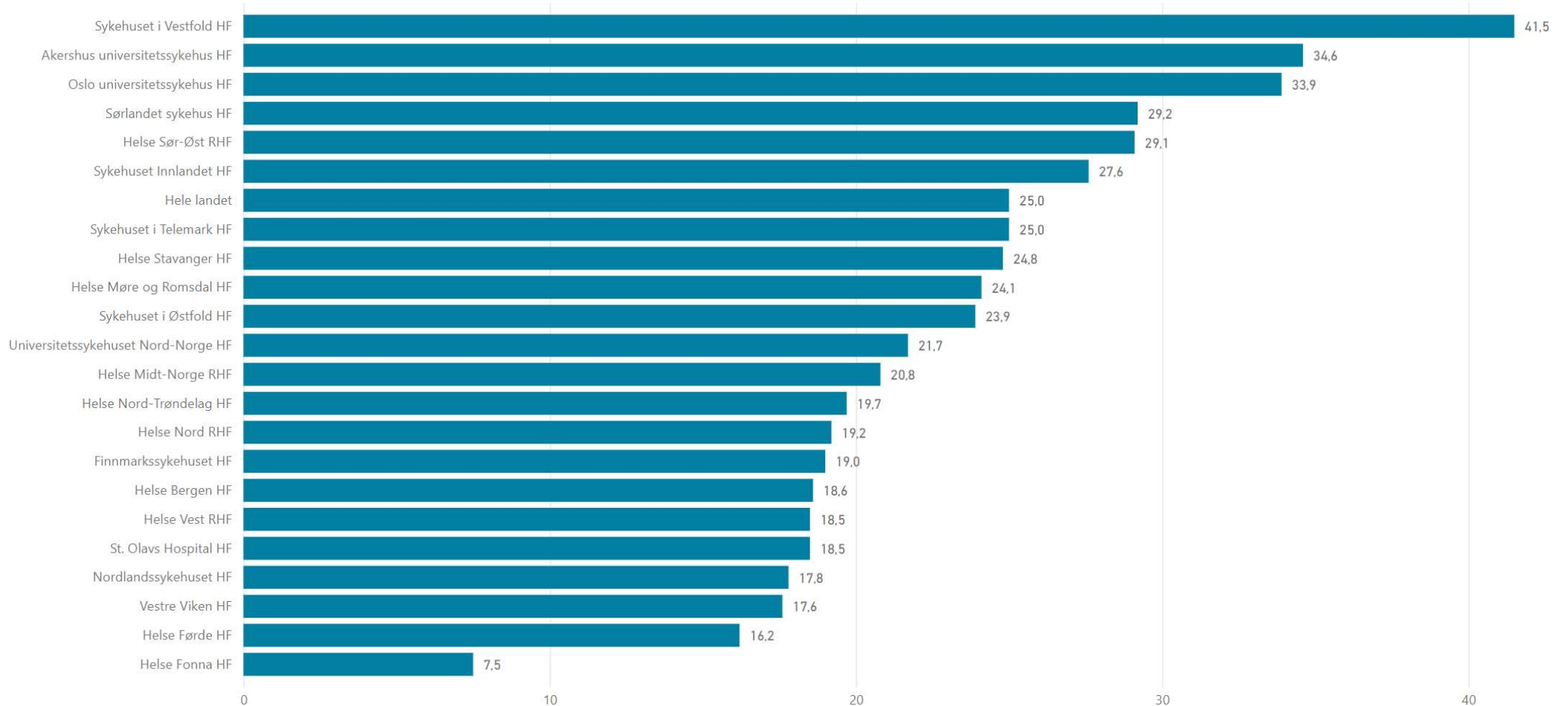
## Antall dialysepasienter (nevneren)



**Kilde:**  
Norsk nyregister

## Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse

Definisjon: Andel dialysepasienter med kronisk nyresvikt som får hjemmedialyse.

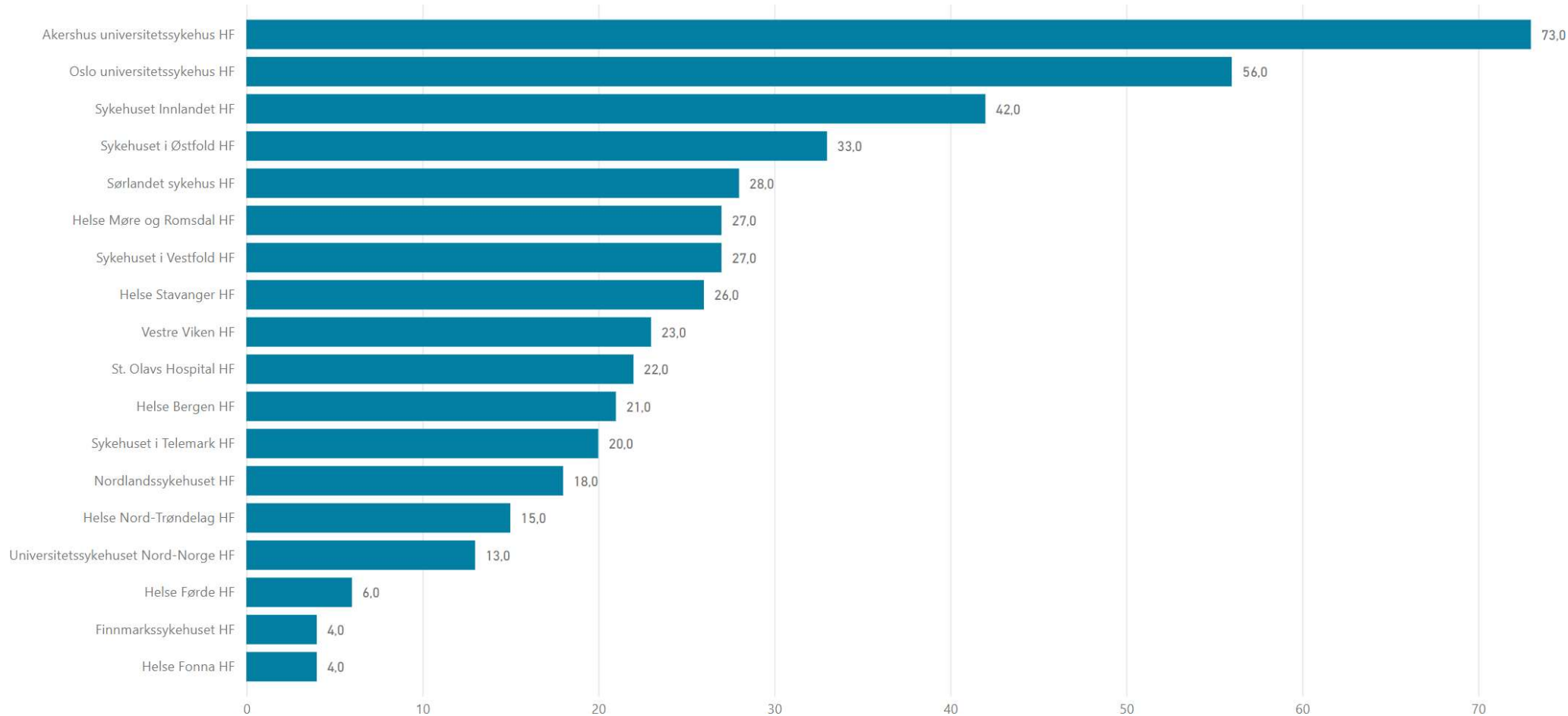


**Periode:**  
3. tertial 2021

**Kilde:**  
Norsk nyregister

## Antall dialysepasienter

Definisjon: Antall dialysepasienter med kronisk nyresvikt som får dialyse siste dag i tertialet.



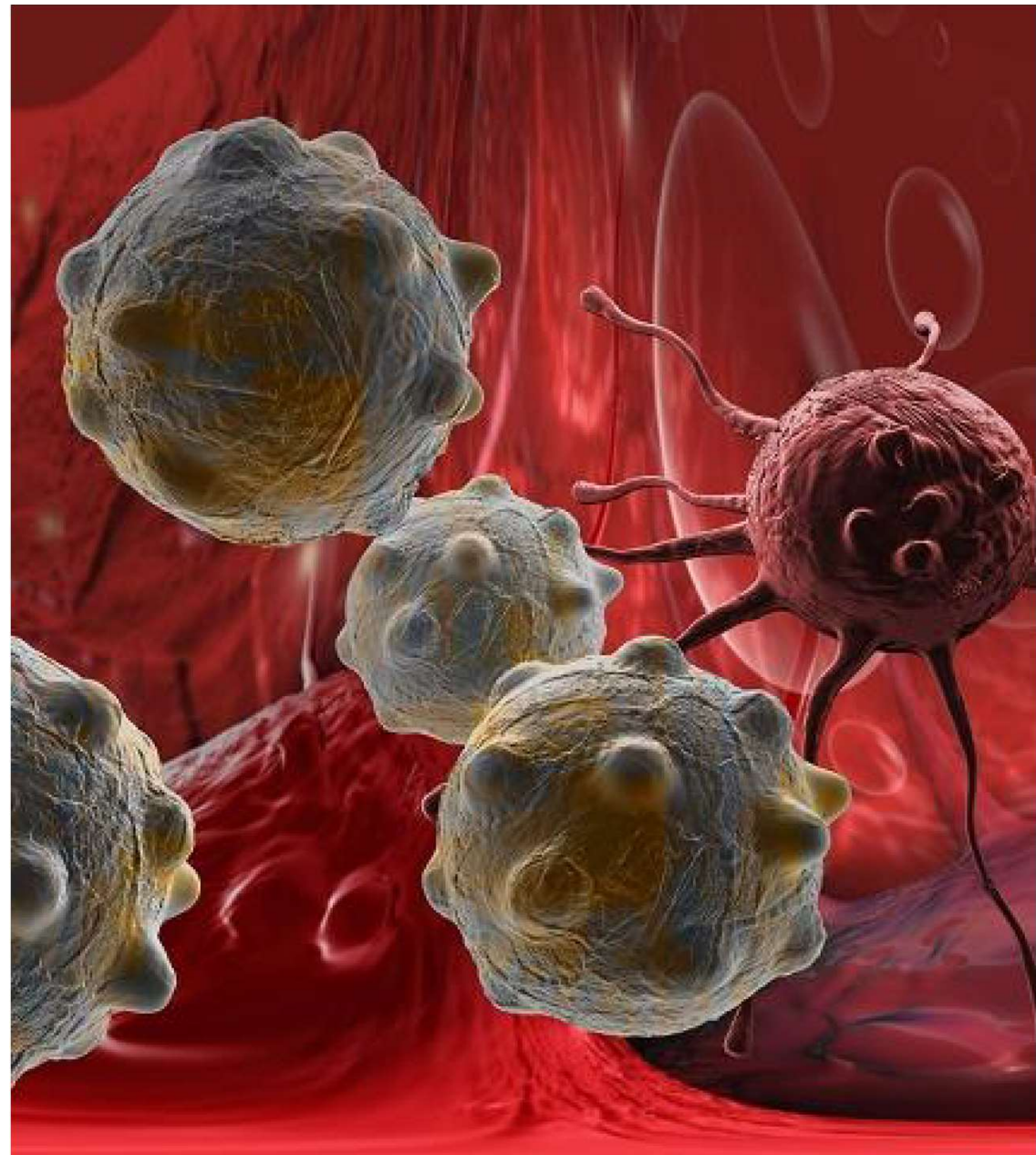
**Periode:**  
3. tertial 2021

**Kilde:**  
Norsk nyregister



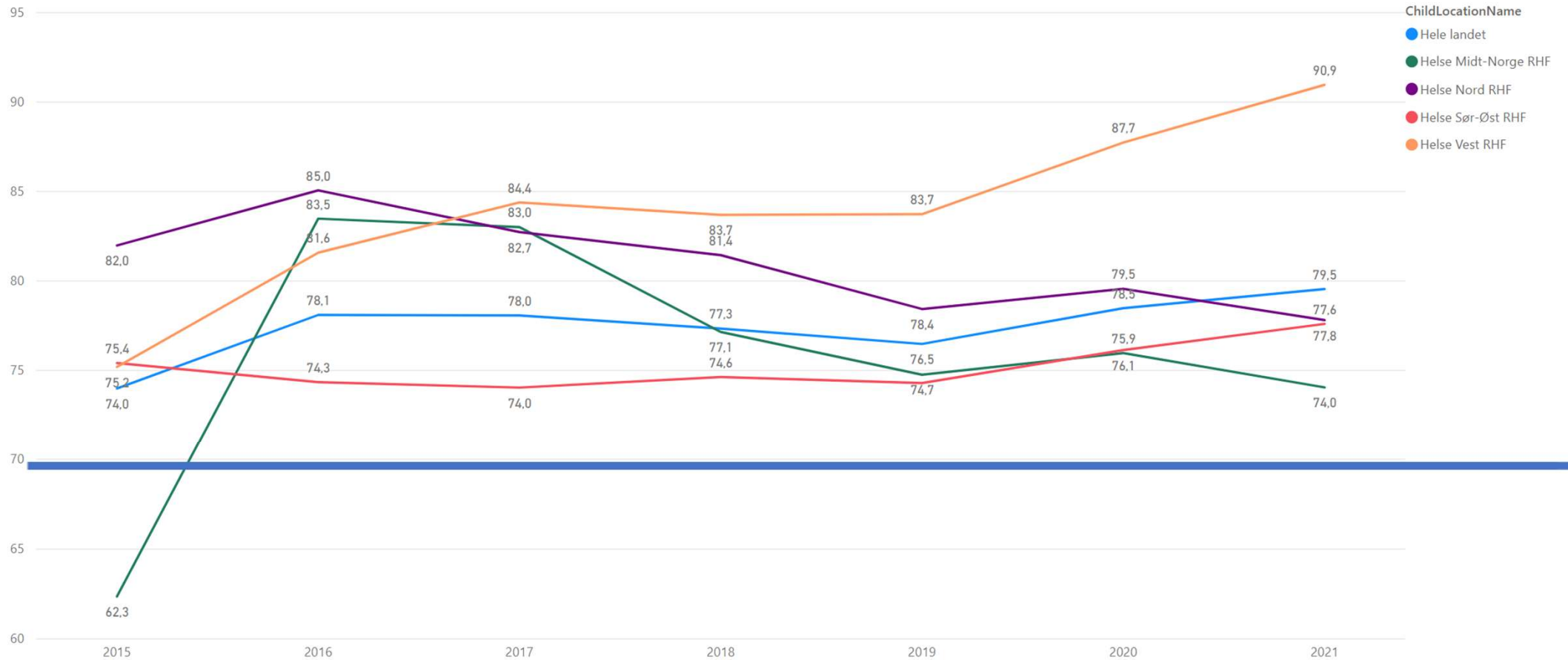
## Pakkeforløp kreft

---



## Nye kreftpasienter i pakkeforløp for 22 kreftformer

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 22 utvalgte kreftformer.



Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Nye kreftpasienter i pakkeforløp for 22 kreftformer

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 22 utvalgte kreftformer.



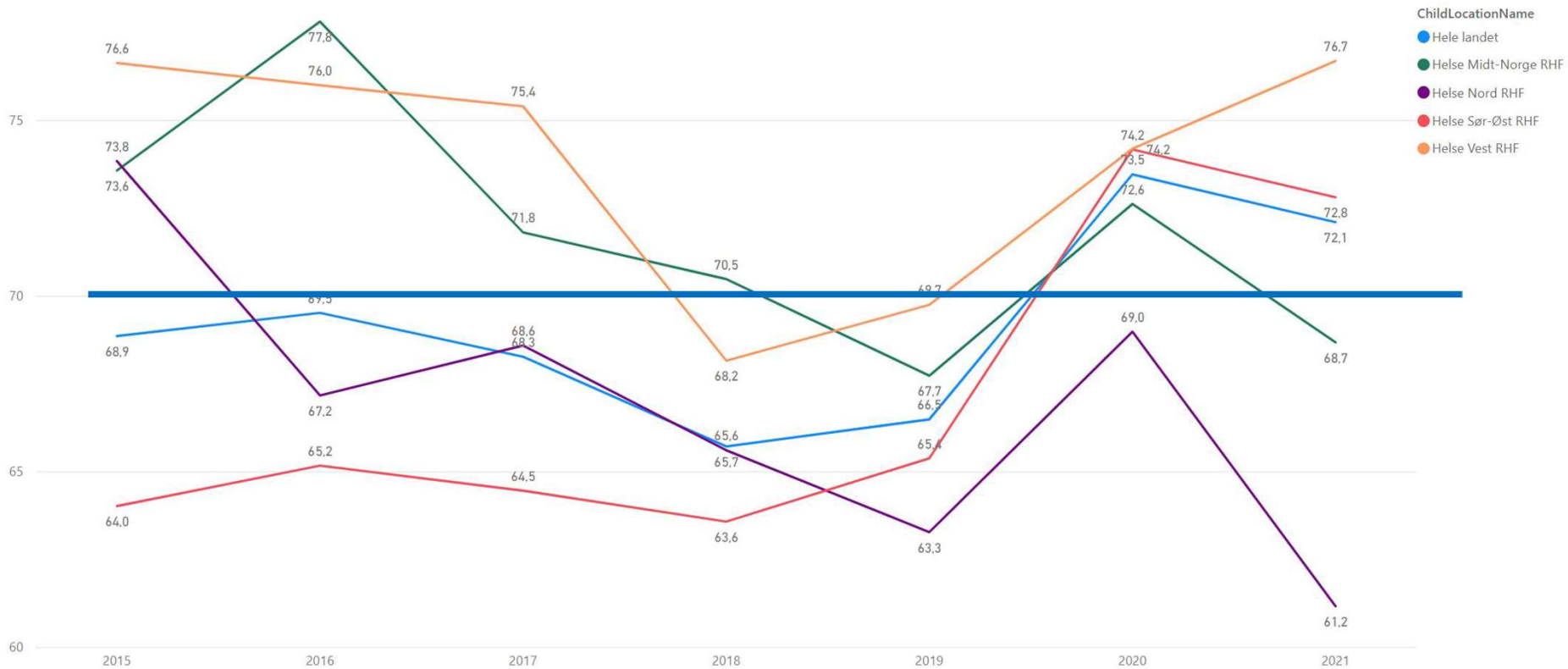
**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

**Periode:**  
Årsdata 2021



## Pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



2015: N= 13 827  
 2016: N= 23 156  
 2017: N= 24 199  
 2018: N= 24 914  
 2019: N= 24 476  
 2020: N= 24 365  
 2021: N= 25 043

Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer

	Andel gjennomført innen fristen						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer	68,9	69,5	68,3	65,7	66,5	73,5	72,1
kirurgisk behandling	72,5	74,3	72,8	70,5	70,2	77,6	75,8
medikamentell behandling	65,0	65,7	64,7	62,3	64,5	68,3	69,2
strålebehandling	56,6	51,9	55,1	47,1	47,4	58,6	53,2

## Pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



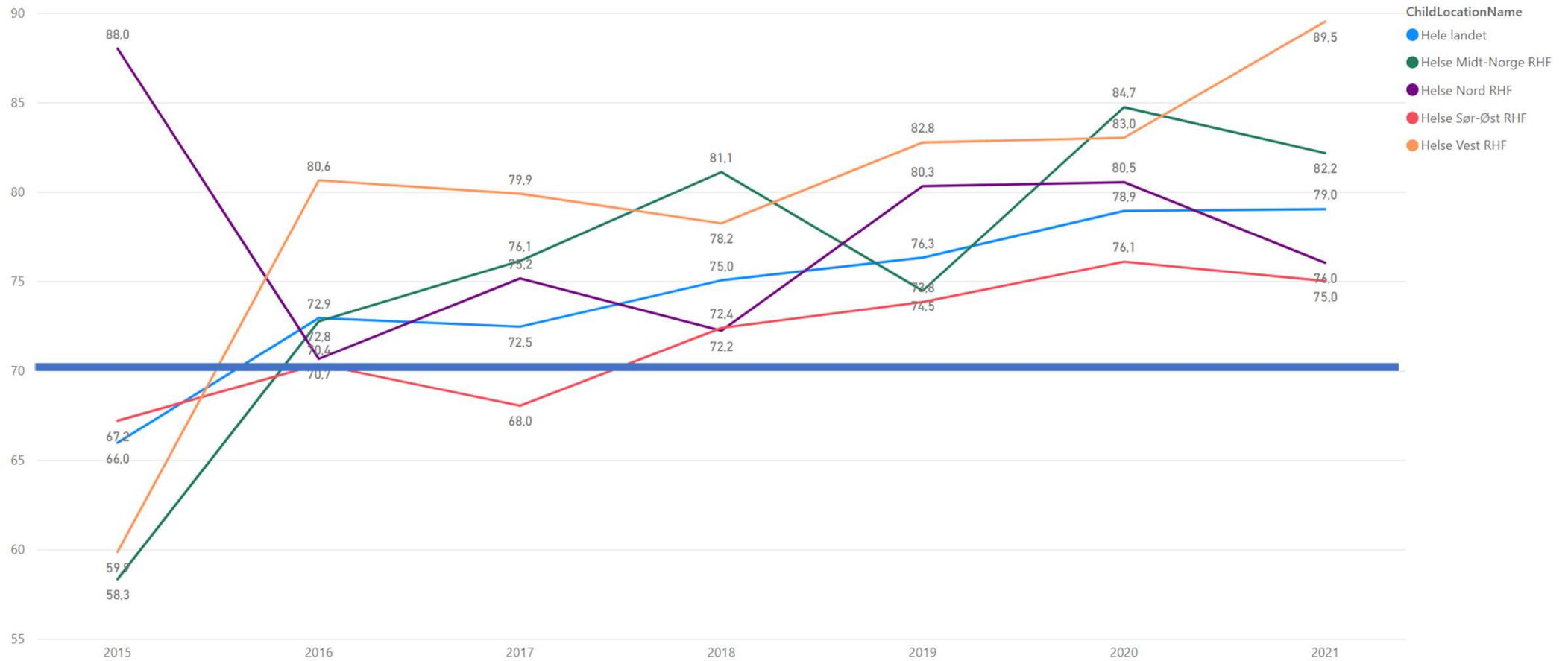
Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
Årsdata 2021

	Andel inn i pakkeforløp							Andel gjennomført innen fristen							Teller/nevner 2021	Teller/nevner 2021
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Inn i pakkeforløp	Gjennomført
Pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk	70,9	82,5	77,6	75,4	74,6	74,5	74,1	79,7	75,9	71,8	71,1	70,4	78,1	74,1	600/810	278/375
Pakkeforløp for blærekreft	63,4	75,2	75,7	78,6	76,1	78,0	79,7	81,0	80,1	85,8	85,4	86,1	89,0	89,9	1531/1922	1402/1559
Pakkeforløp for malignt melanom	66	72,9	72,5	74,9	76,3	78,9	79,0	92,3	92,6	89,6	88,5	86,8	92,0	91,4	2133/2699	2664/2916
Pakkeforløp for brystkreft	85,9	90,6	91,1	88,2	88,2	90,6	92,3	71,1	73,4	67,7	63,1	65,4	72,1	74,2	4253/4607	3267/4404
Pakkeforløp for testikkelkreft	75,7	87,7	87,6	85,6	87,2	89,0	84,7	74,2	69,3	78,2	65,8	69,5	76,0	69,5	321/379	210/302
Pakkeforløp for livmorkreft	65,4	82,1	70,4	74,8	74,1	78,3	83,0	64,7	60,4	56,7	54,9	59,7	78,9	74,7	652/786	543/727
Pakkeforløp for eggstokkreft	78	75,3	70,8	68,9	70,8	77,6	78,5	66,4	63,7	65,1	61,4	65,5	83,9	75,1	540/688	453/603
Pakkeforløp for prostatakreft	67,6	77,2	78,6	78,8	77,1	80,7	80,7	48,4	52,9	51,6	49,5	52,4	57,4	60,7	3652/4526	2286/3765
Pakkeforløp for nyrekreft	61,3	77,4	77,1	80,8	78,2	75,6	80,0	68,7	60,5	56,5	58,0	57,1	64,8	61,8	906/1132	470/761
Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft	79,4	84,6	85	84,2	83	82,4	82,2	78,1	76,1	75,6	70,9	69,3	74,4	69,1	3726/4532	2415/3493
Pakkeforløp for livmorhalskreft	67	73,3	60,9	66,5	70,1	76,2	77,5	45,5	51,1	62,8	53,8	56,1	72,9	67,3	323/417	198/294
Pakkeforløp for lymfom	63,2	71,3	75,1	67,7	71,4	75,4	75,0	64,4	60,3	65,2	62,8	60,7	60,4	61,5	966/1328	457/743
Pakkeforløp for kreft hos barn	53	68,2	66,5	68,3	70,8	72,5	66,1	83,9	85,5	82,1	83,0	85,0	84,6	86,4	166/251	140/162
Pakkeforløp for peniskreft	44	70,2	59	51	58,5	59,4	66,1	100,0	71,2	80,4	76,7	72,3	76,6	83,3	74/112	50/60
Pakkeforløp for galleveiskreft	42,3	58,8	57,3	45,5	45,9	47,2	43,9	94,4	81,9	80,5	76,7	77,4	78,6	72,9	151/344	62/85
Pakkeforløp for myelomatose	54,6	51,1	52,1	50,3	50,6	51,5	55,3	93,3	92,5	85,9	89,3	90,3	84,5	80,5	352/636	173/215
Pakkeforløp for hjernekreft	54,8	61,8	64,2	63,7	64	70,7	75,5	57,6	78,8	84,8	87,9	83,5	87,2	82,9	428/567	223/269
Pakkeforløp for kreft i skjoldbruskkjertelen	48	62,2	60,5	56,1	60	61,6	55,3	76,0	69,0	63,2	58,4	57,2	71,2	63,9	284/514	156/244
Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft	58	68,5	68,3	63,4	60,9	62,6	60,9	81,3	60,2	67,1	59,9	61,0	70,8	64,2	652/1071	215/335
Pakkeforløp for hodehalskreft	77	77,5	80,1	77,6	73,3	75,6	74,3	73,8	64,4	62,5	57,2	56,5	68,5	64,0	782/1053	550/860
Pakkeforløp for lungekreft	77,3	83,5	85,3	85,3	84,2	85,6	86,8	68,4	63,2	60,6	55,8	56,9	64,4	62,2	3054/3518	1531/2461
Pakkeforløp for primær leverkreft	39,4	58,5	55	50,4	50,4	48,8	40,2	83,3	56,2	39,6	41,3	32,8	38,2	39,7	134/333	27/68

# Pakkeforløp for malignt melanom

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for malignt melanom.

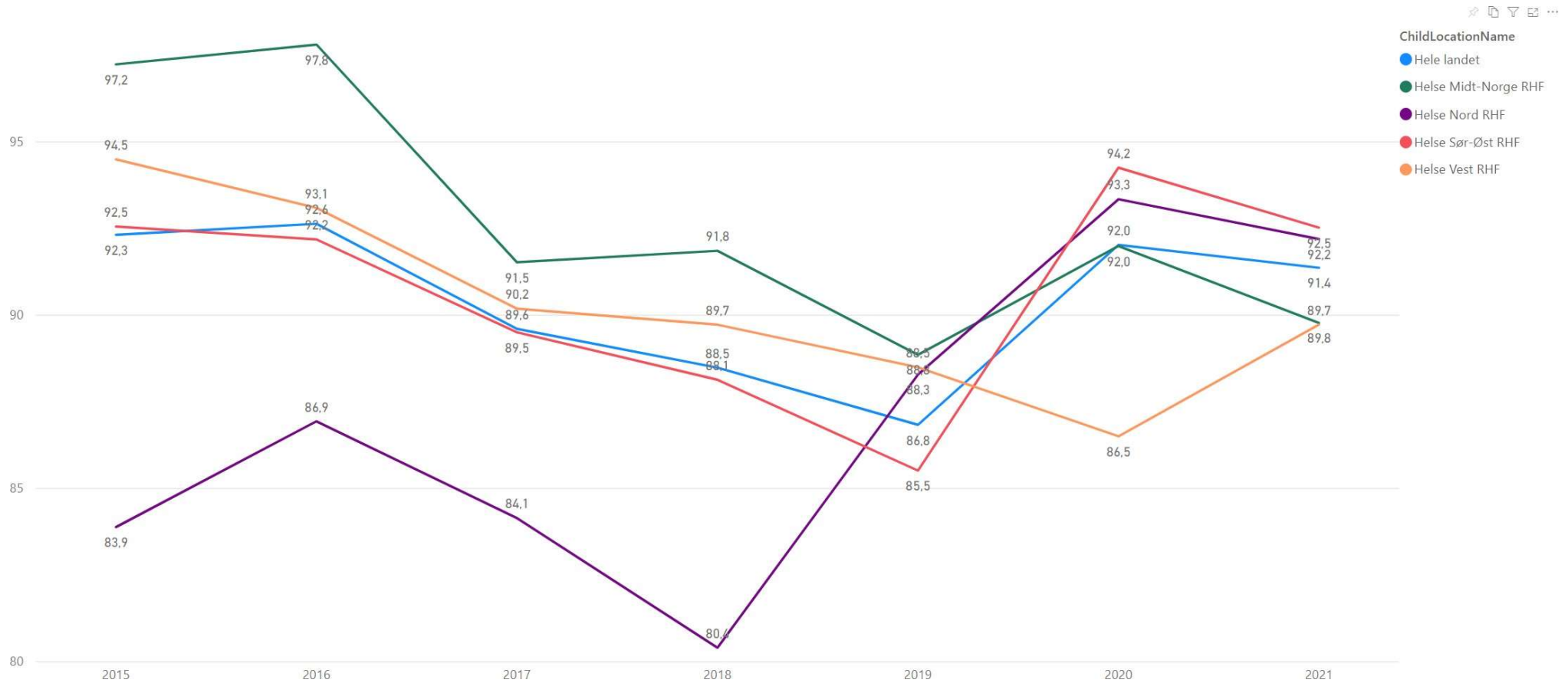


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for malignt melanom

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimalt anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
2015-2021

## Pakkeforløp for malignt melanom

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimalt anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.



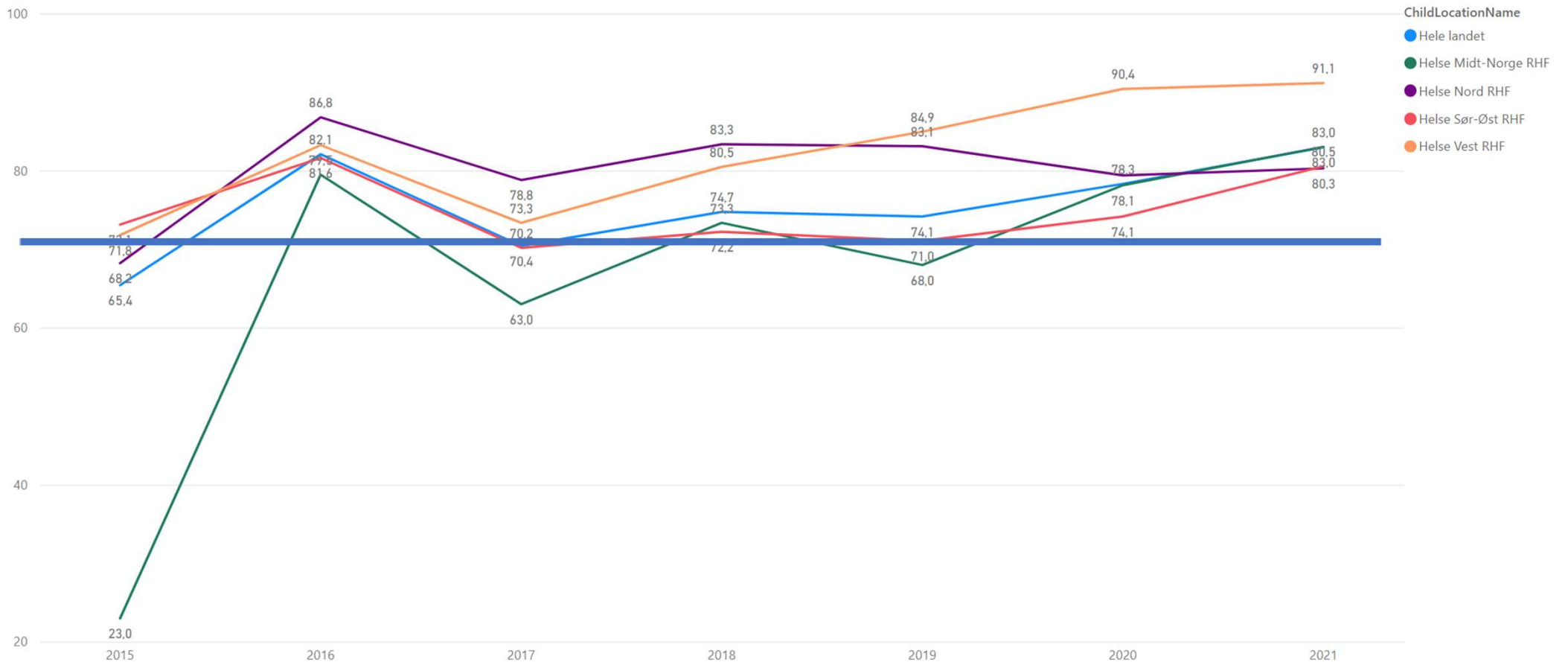
Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
Årsdata 2021

80

# Pakkeforløp for livmorkreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for livmorkreft.



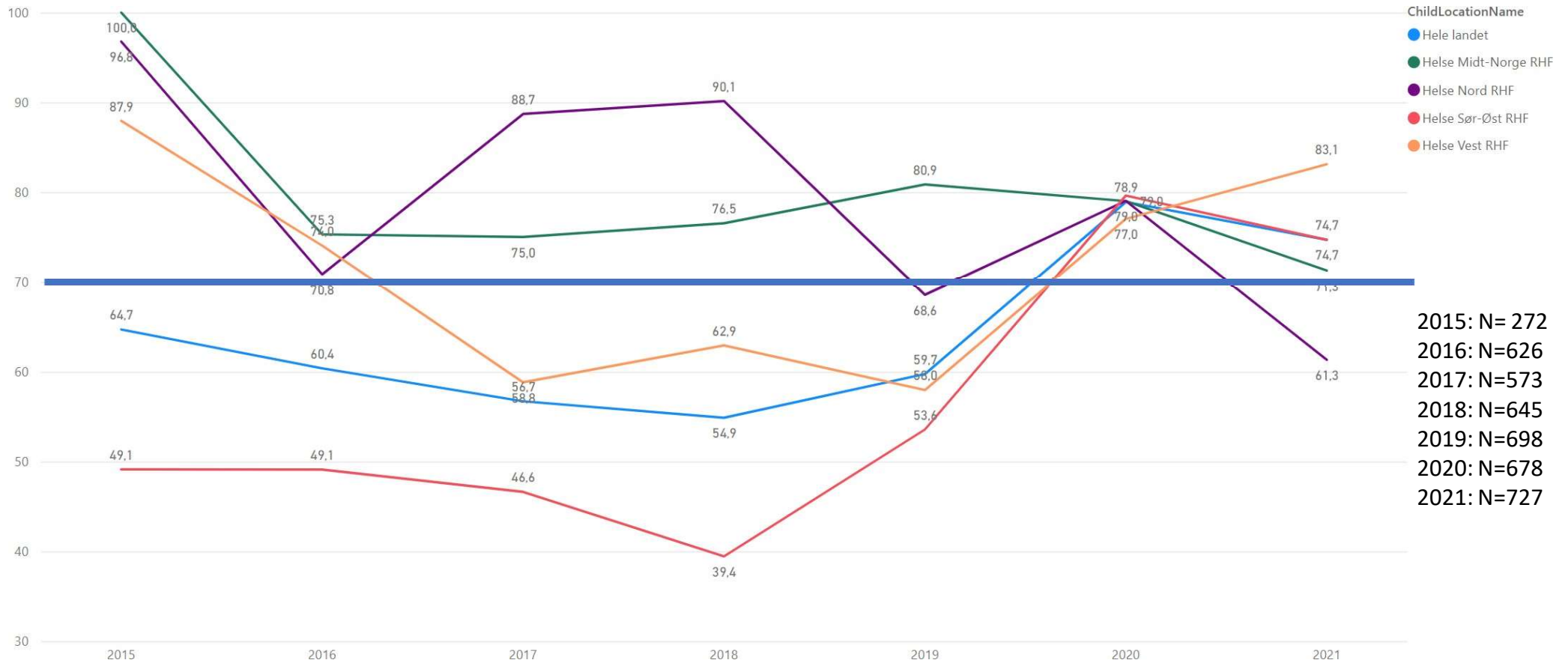
Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



# Pakkeforløp for livmorkreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimalt anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.



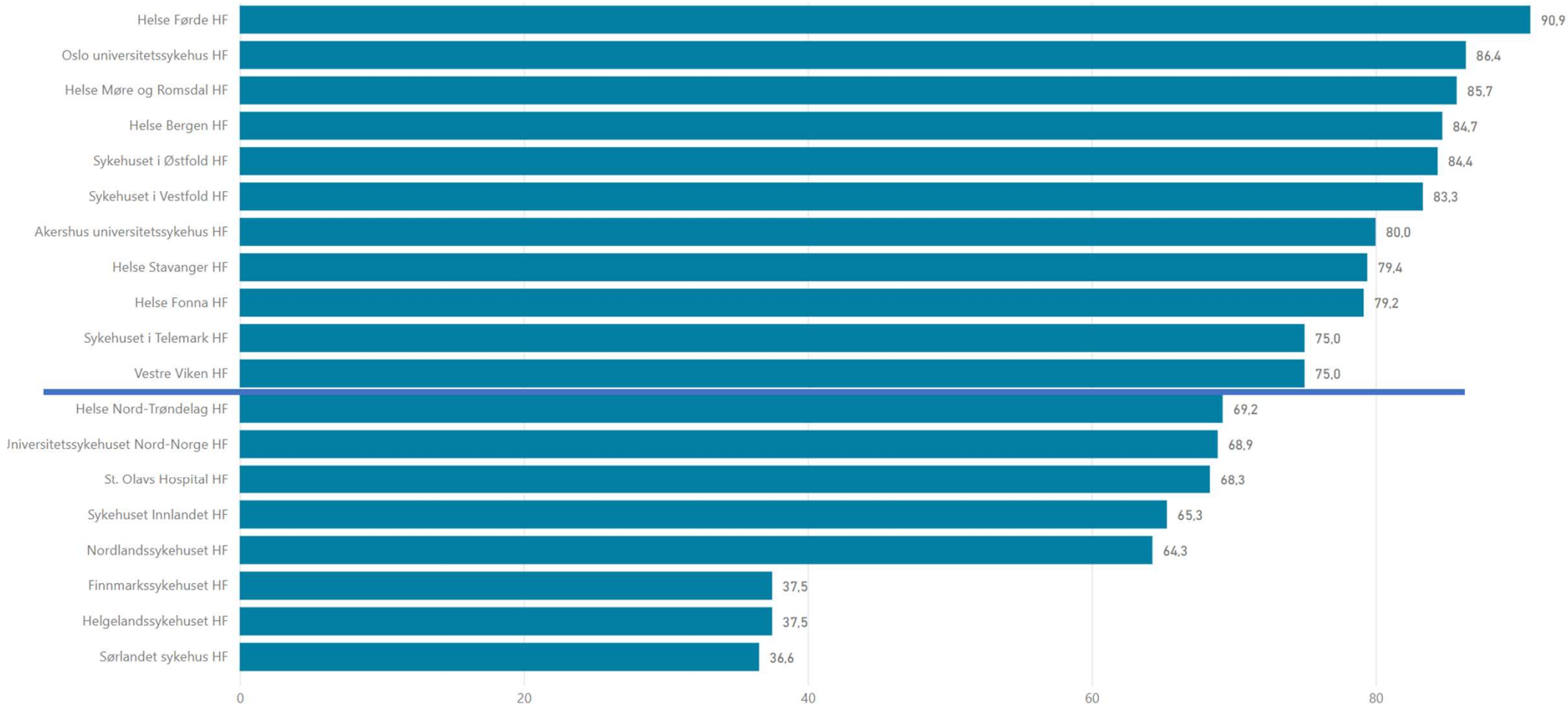
2015: N= 272  
 2016: N=626  
 2017: N=573  
 2018: N=645  
 2019: N=698  
 2020: N=678  
 2021: N=727

Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for livmorkreft

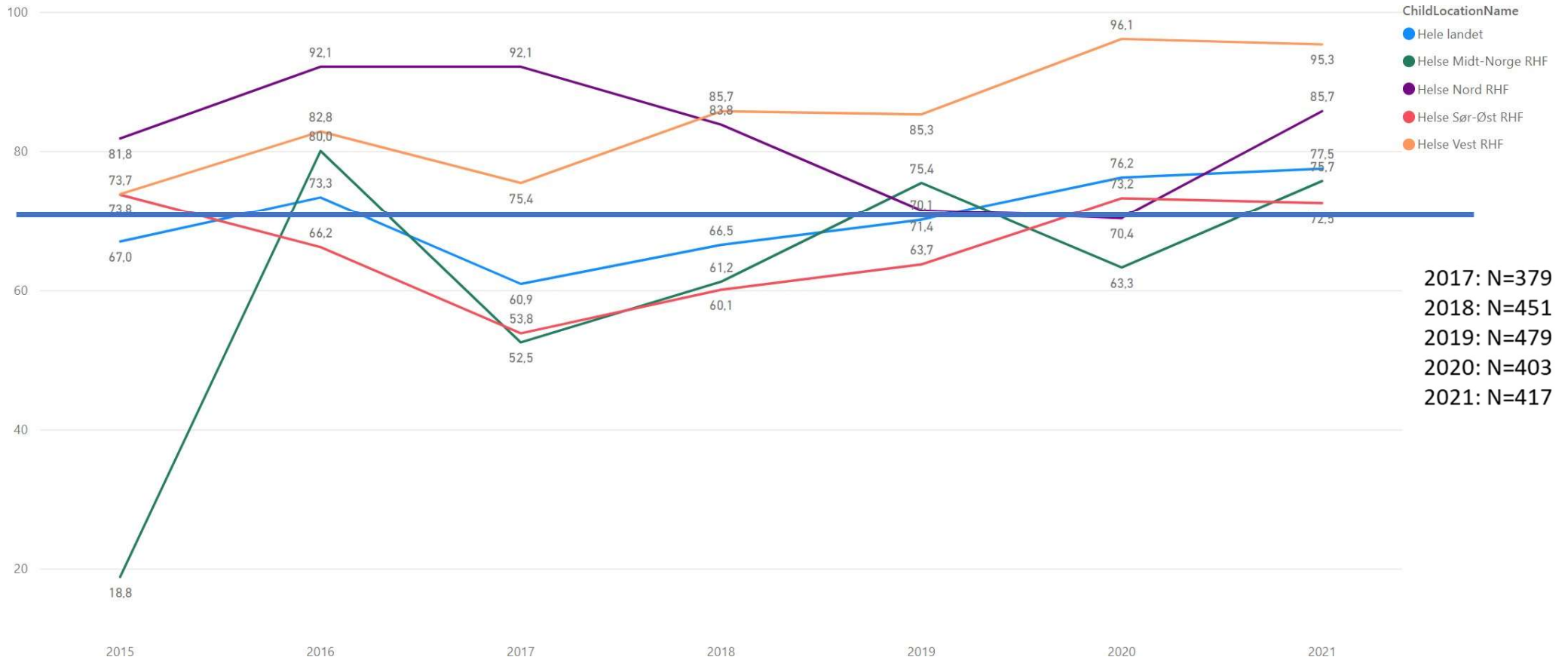
Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimalt anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for livmorhalskreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for livmorhalskreft.



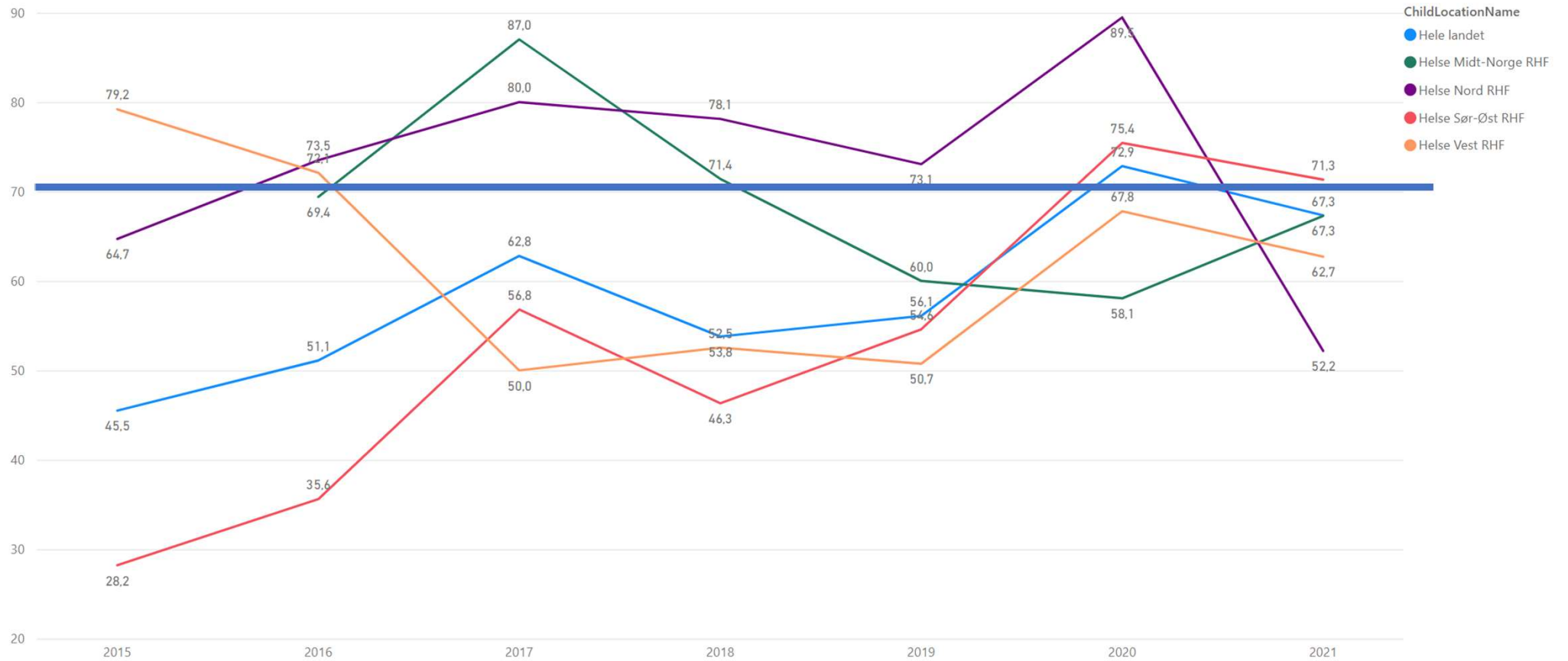
2017: N=379  
 2018: N=451  
 2019: N=479  
 2020: N=403  
 2021: N=417

Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for livmorhalskreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimalt anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.

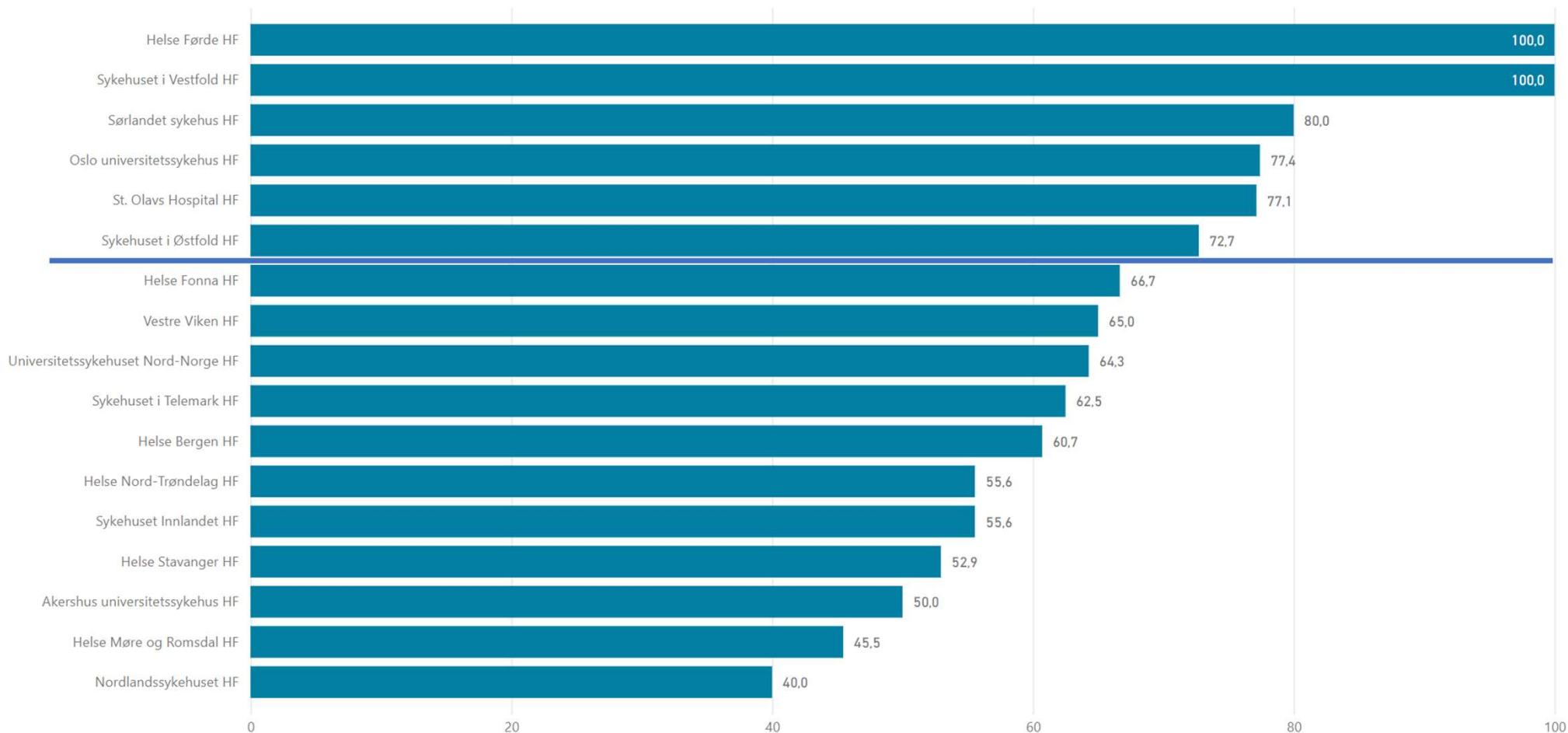


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for livmorhalskreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimalt anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.

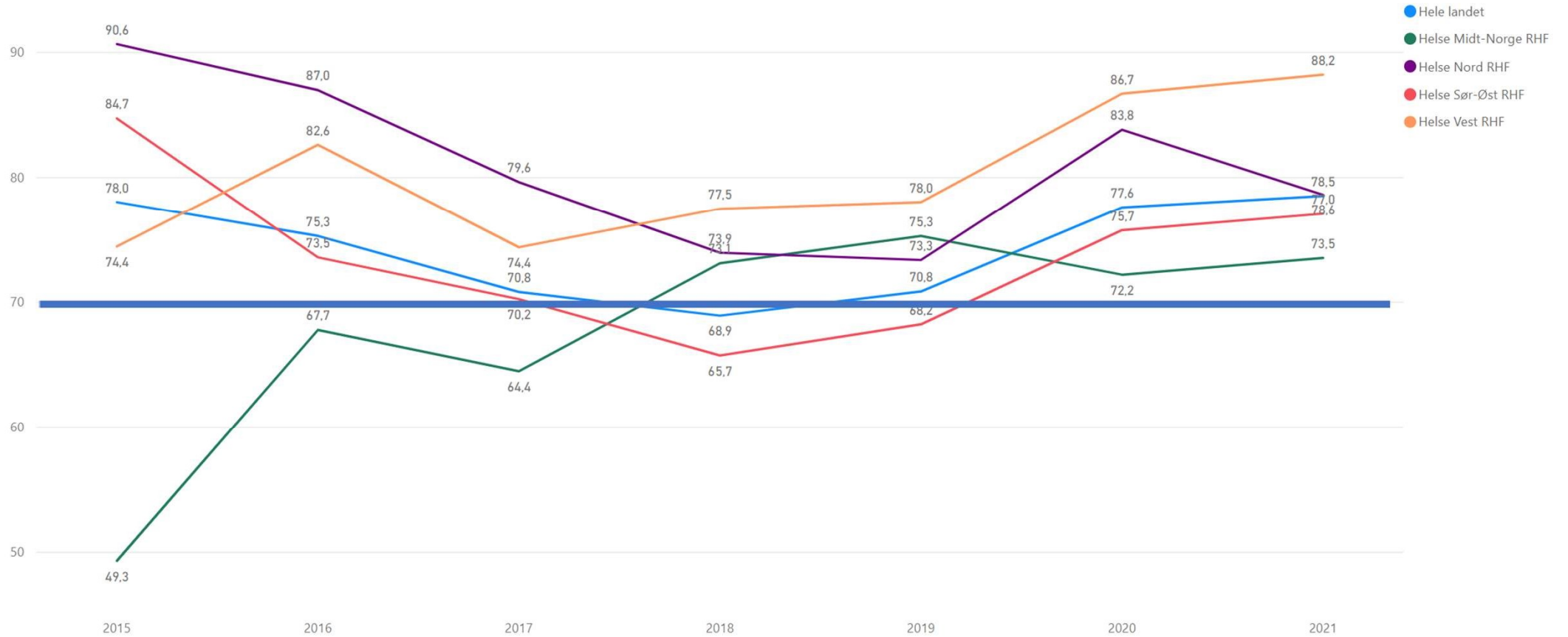


**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

**Periode:**  
Årsdata 2021

# Pakkeforløp for eggstokkreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for eggstokkreft.

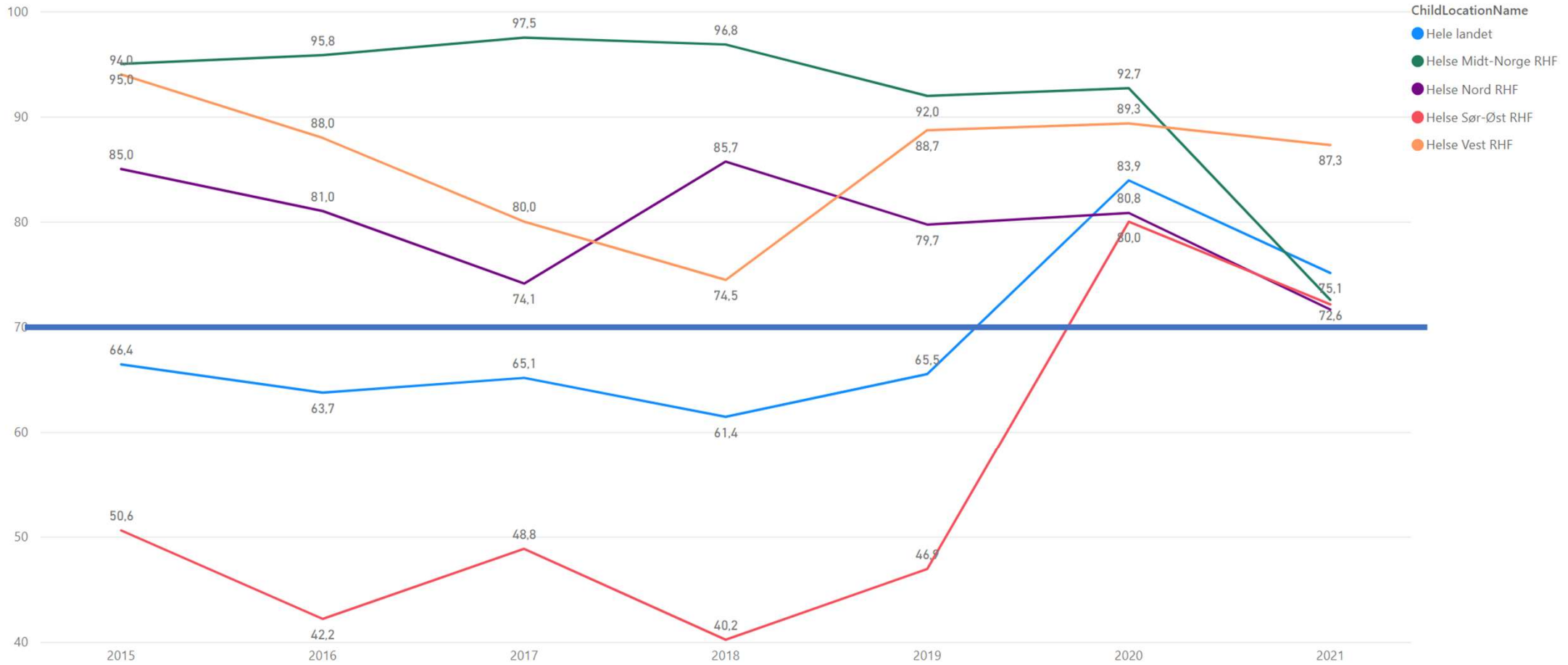


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for eggstokkreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

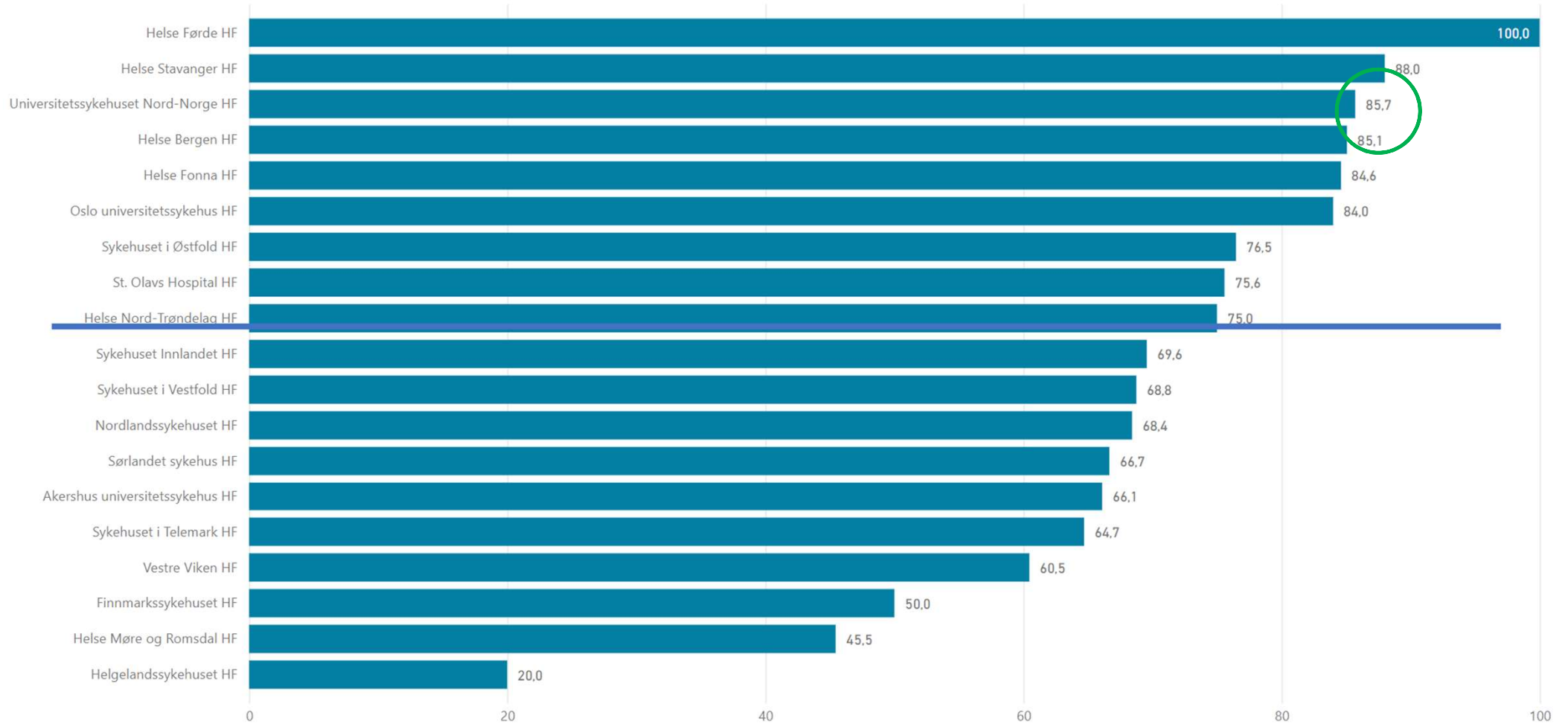


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for eggstokkreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



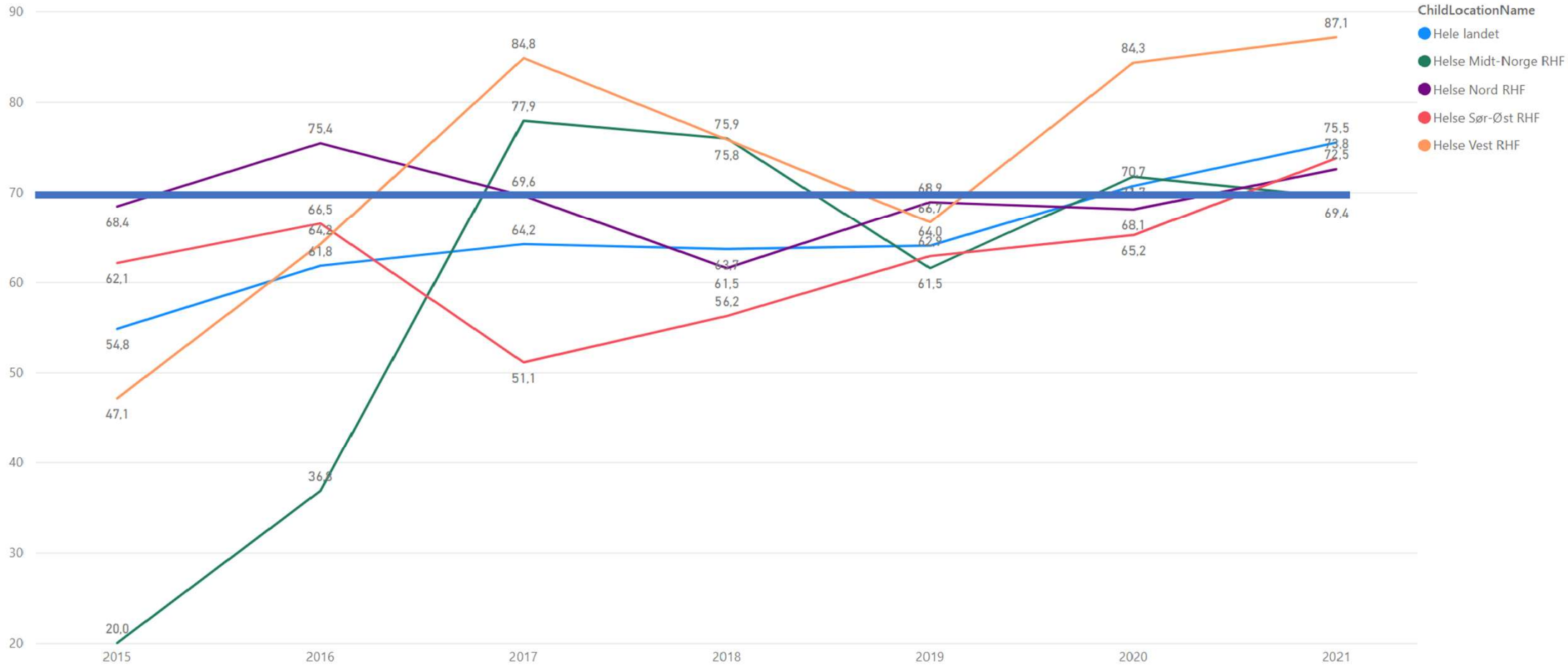
Periode:  
Årsdata 2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



# Pakkeforløp for hjernekreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for hjernekreft.

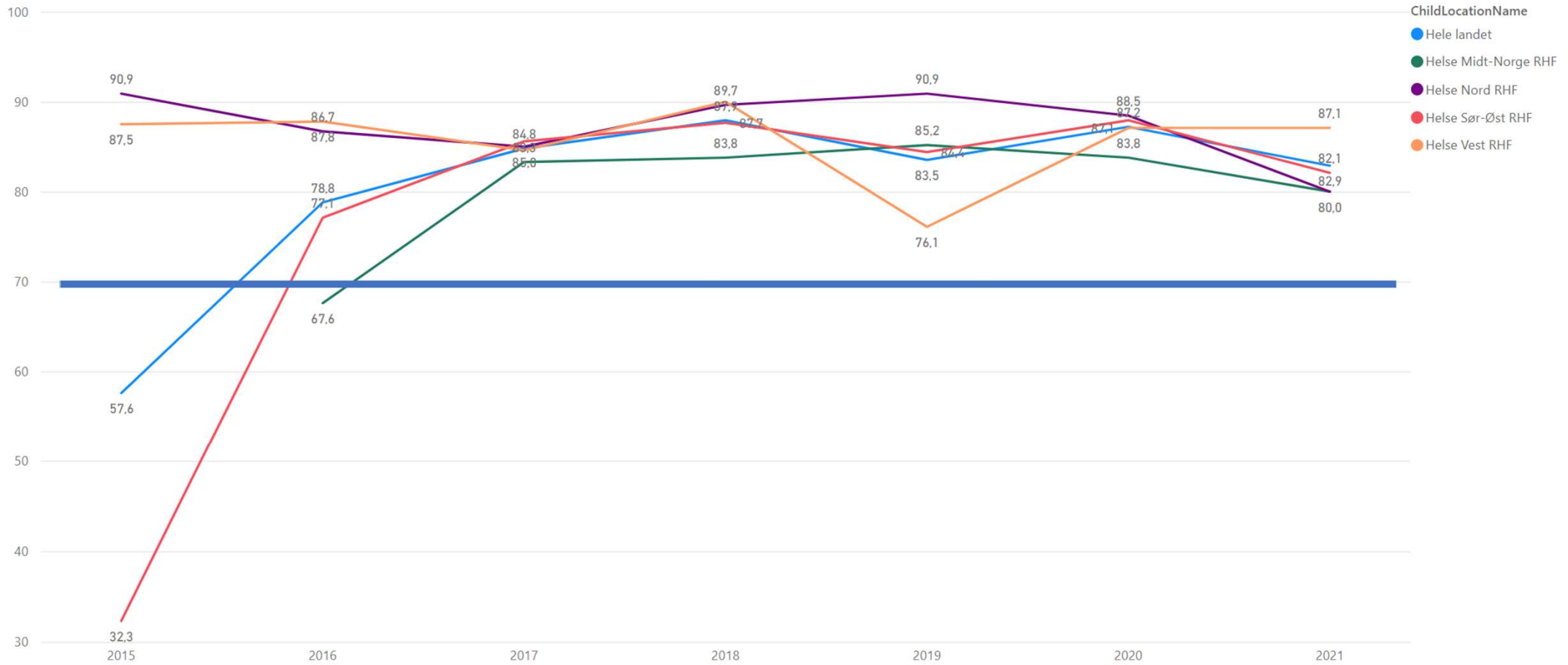


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for hjernekreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

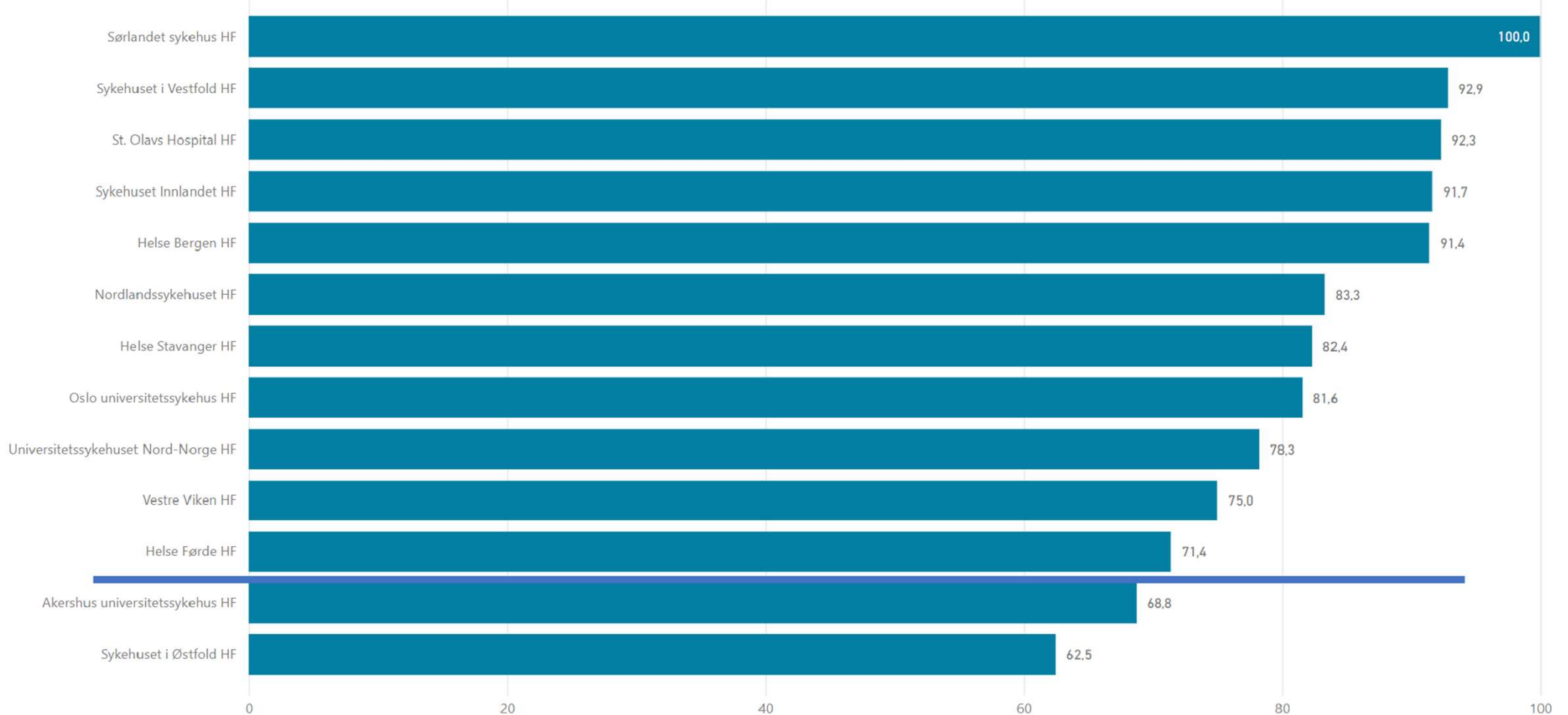


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for hjernekreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

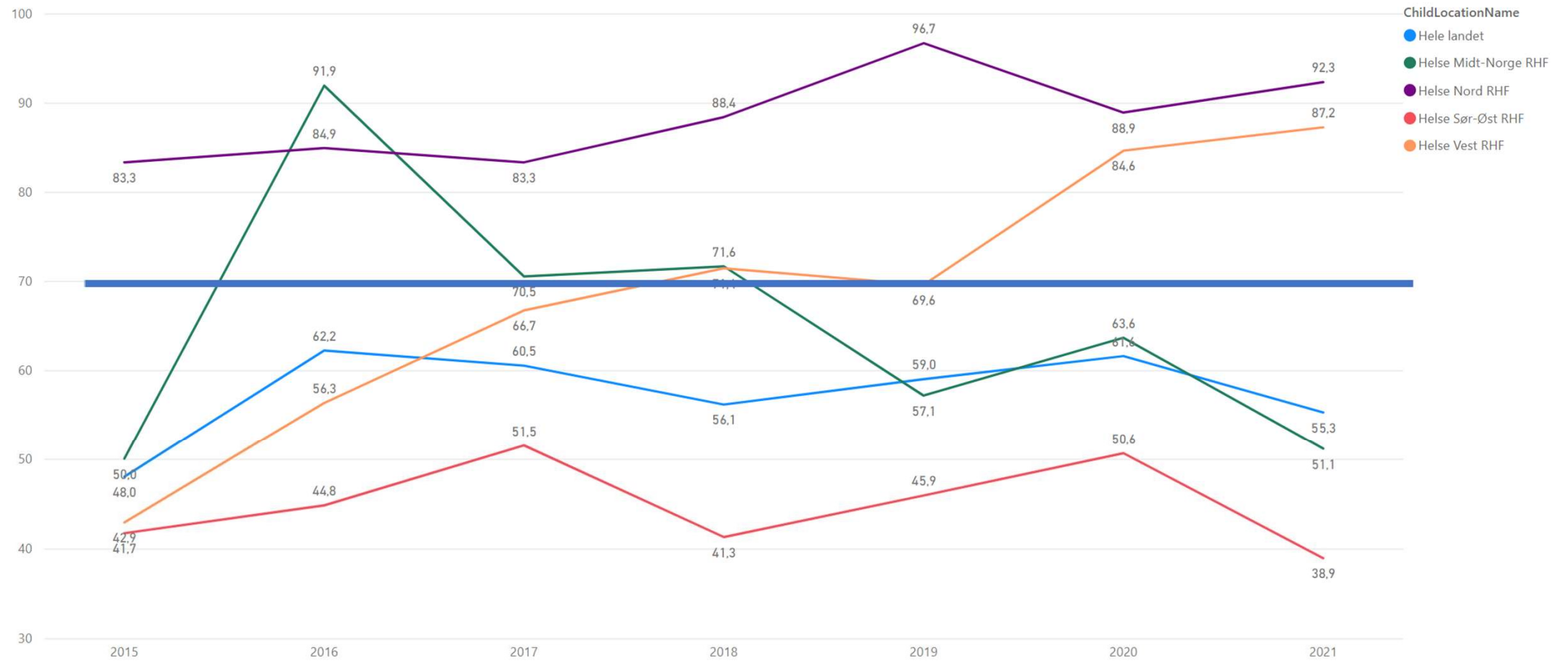


Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
Årsdata 2021

# Pakkeforløp for kreft i skjoldbruskkjertelen

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for kreft i skjoldbruskkjertelen.

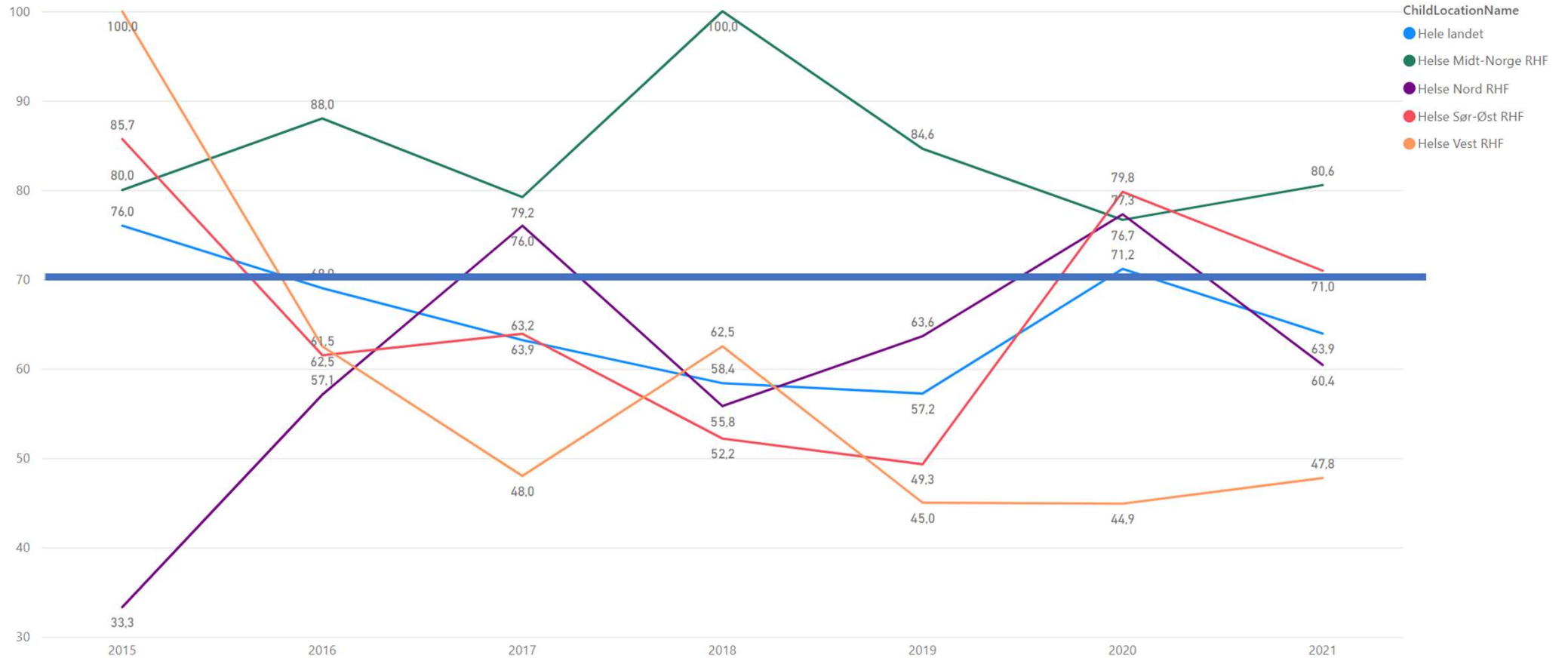


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for kreft i skjoldbruskkjertelen

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

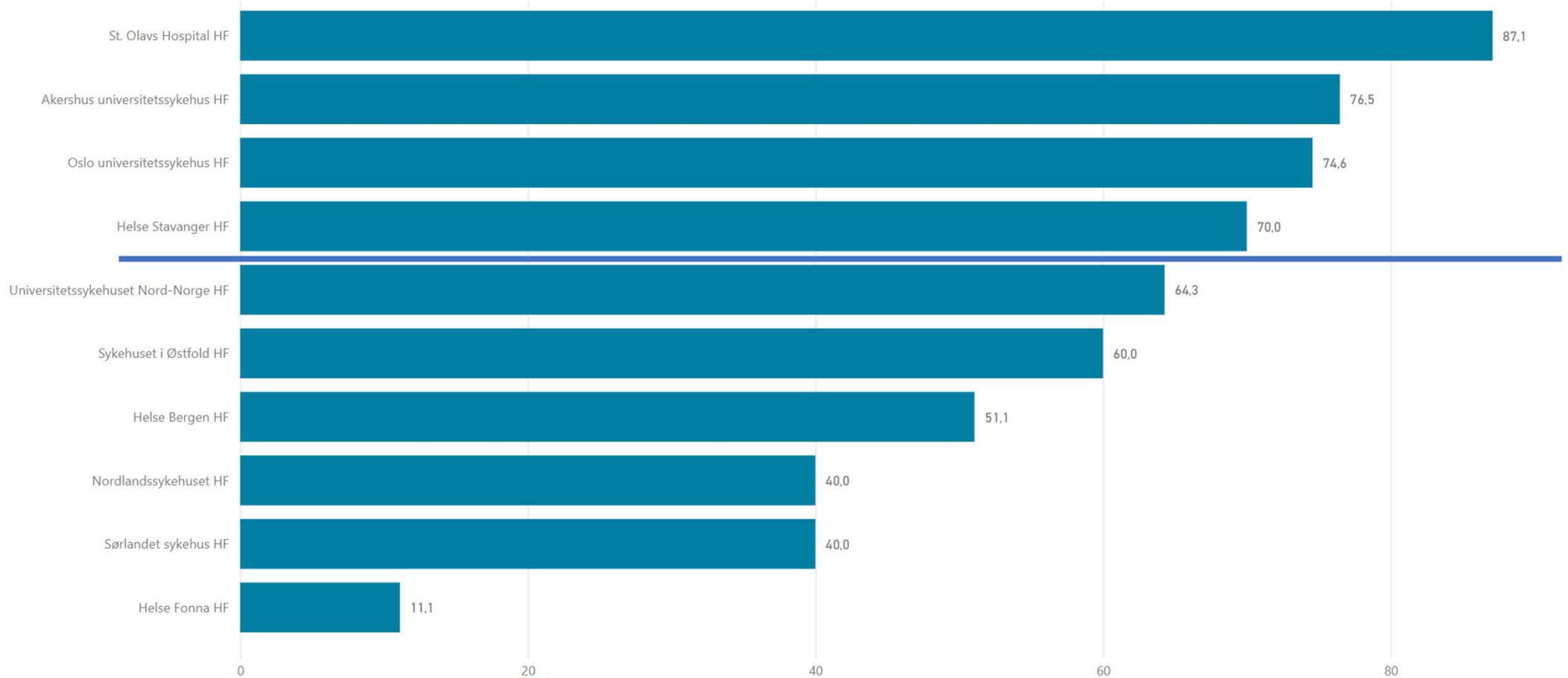


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for kreft i skjoldbruskkjertelen

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

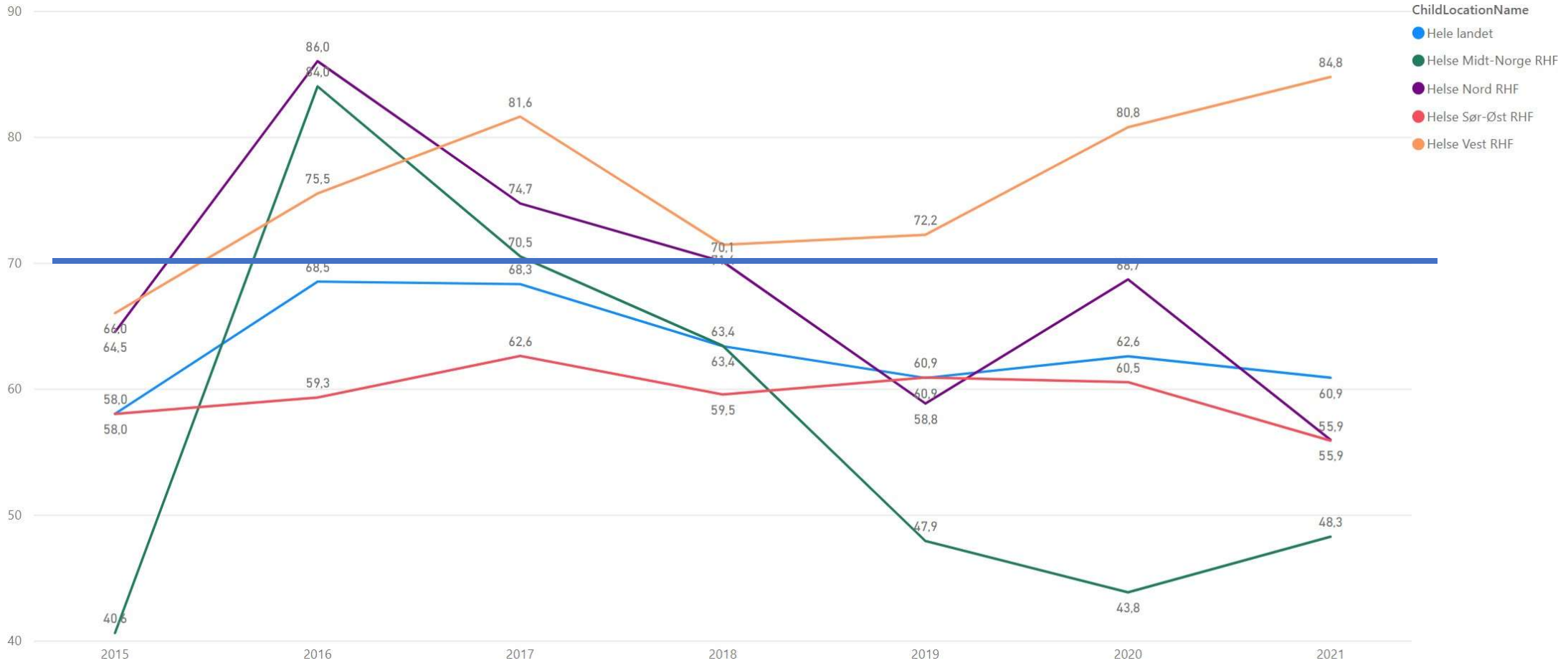


**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

**Periode:**  
Årsdata 2021

# Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft.

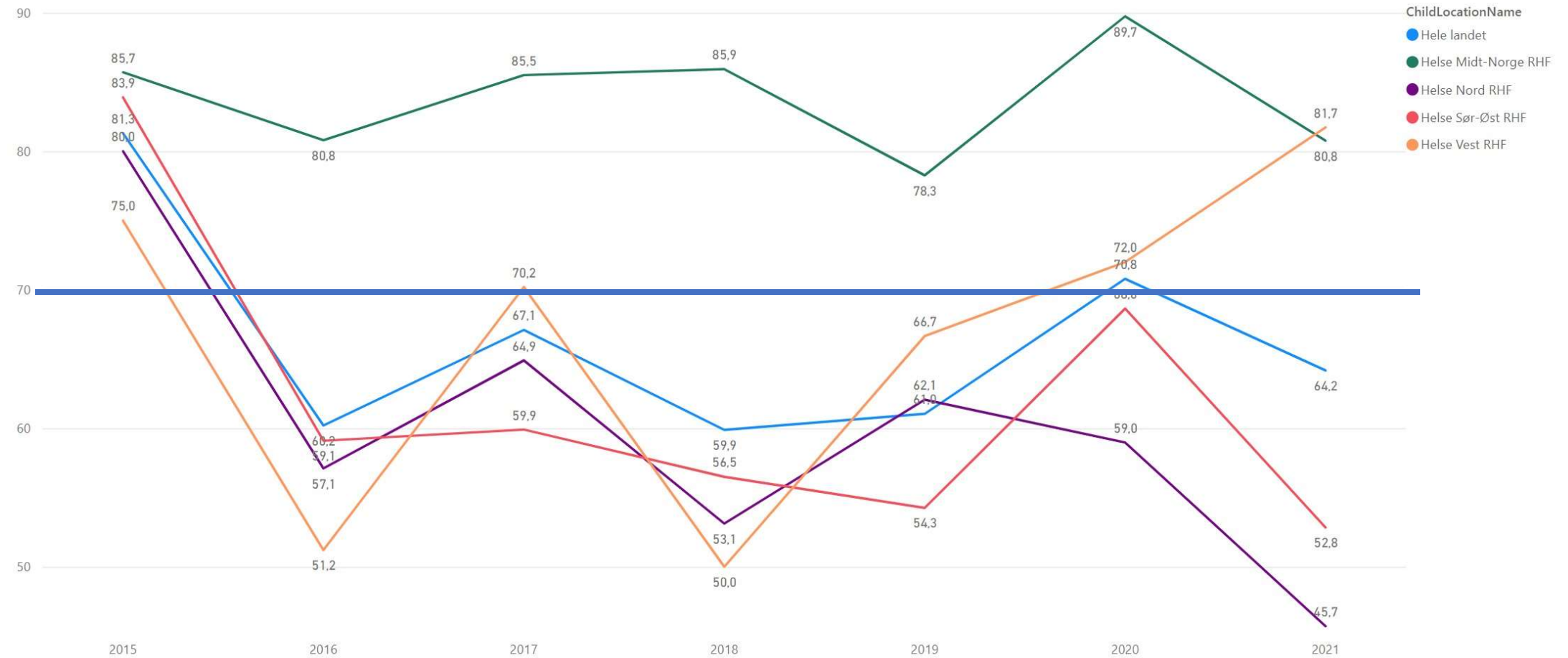


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



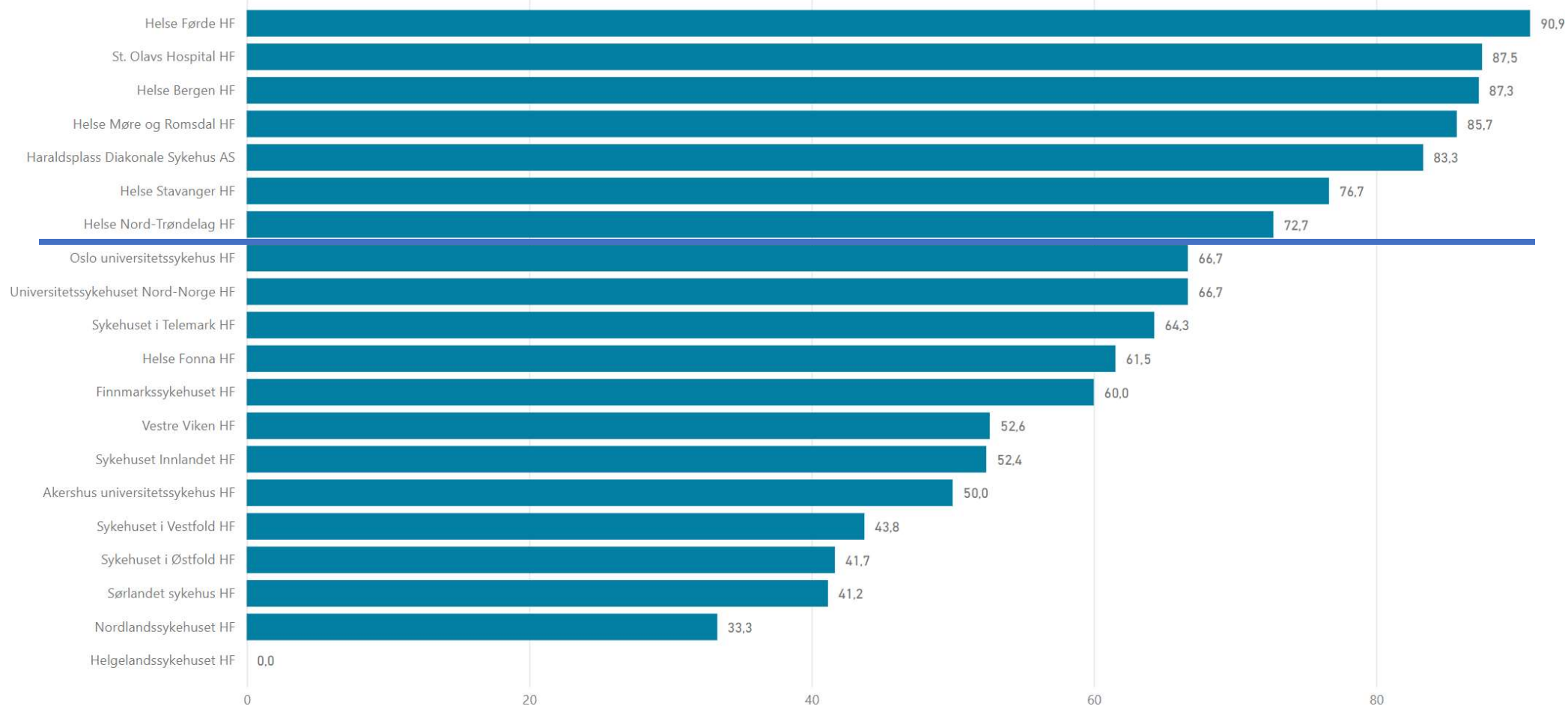
Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

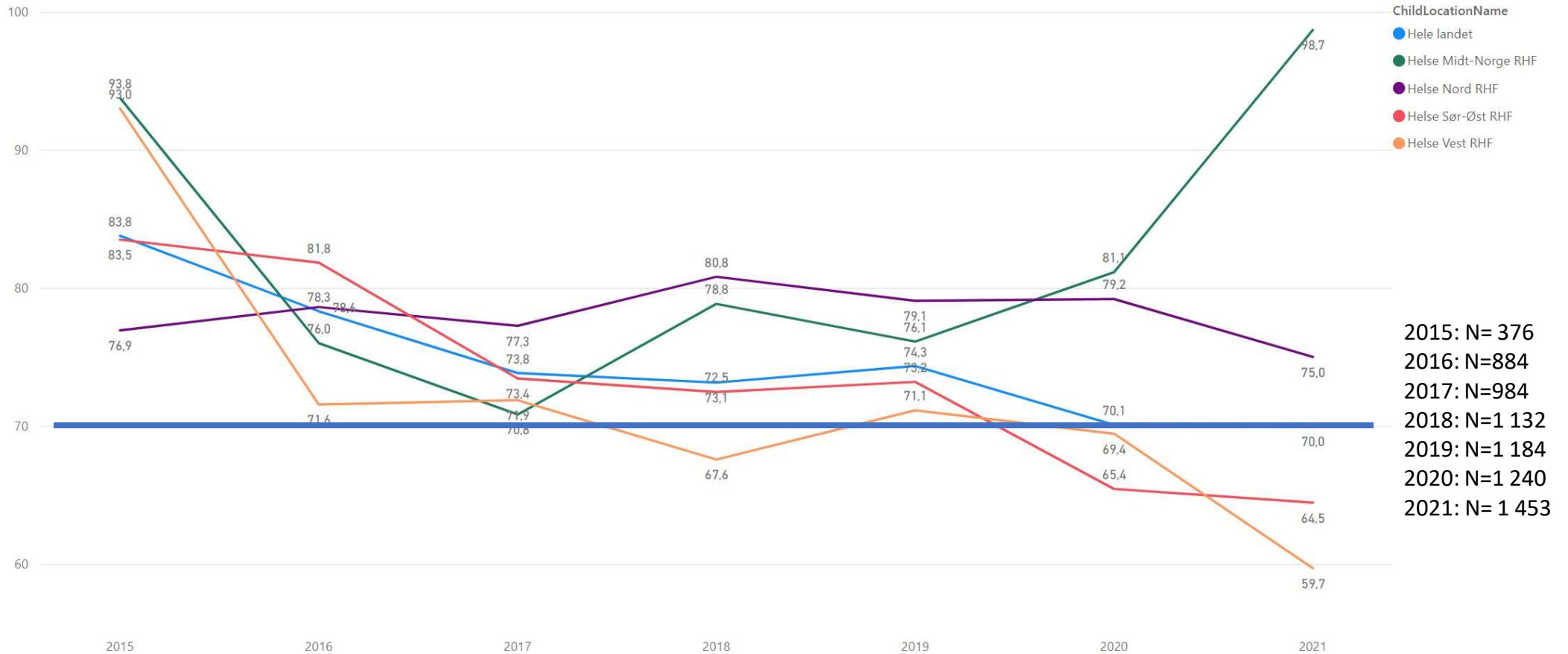


Periode:  
Årsdata 2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Gjennomføring av diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid

Definisjon: Andel diagnostisk pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til klinisk beslutning innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



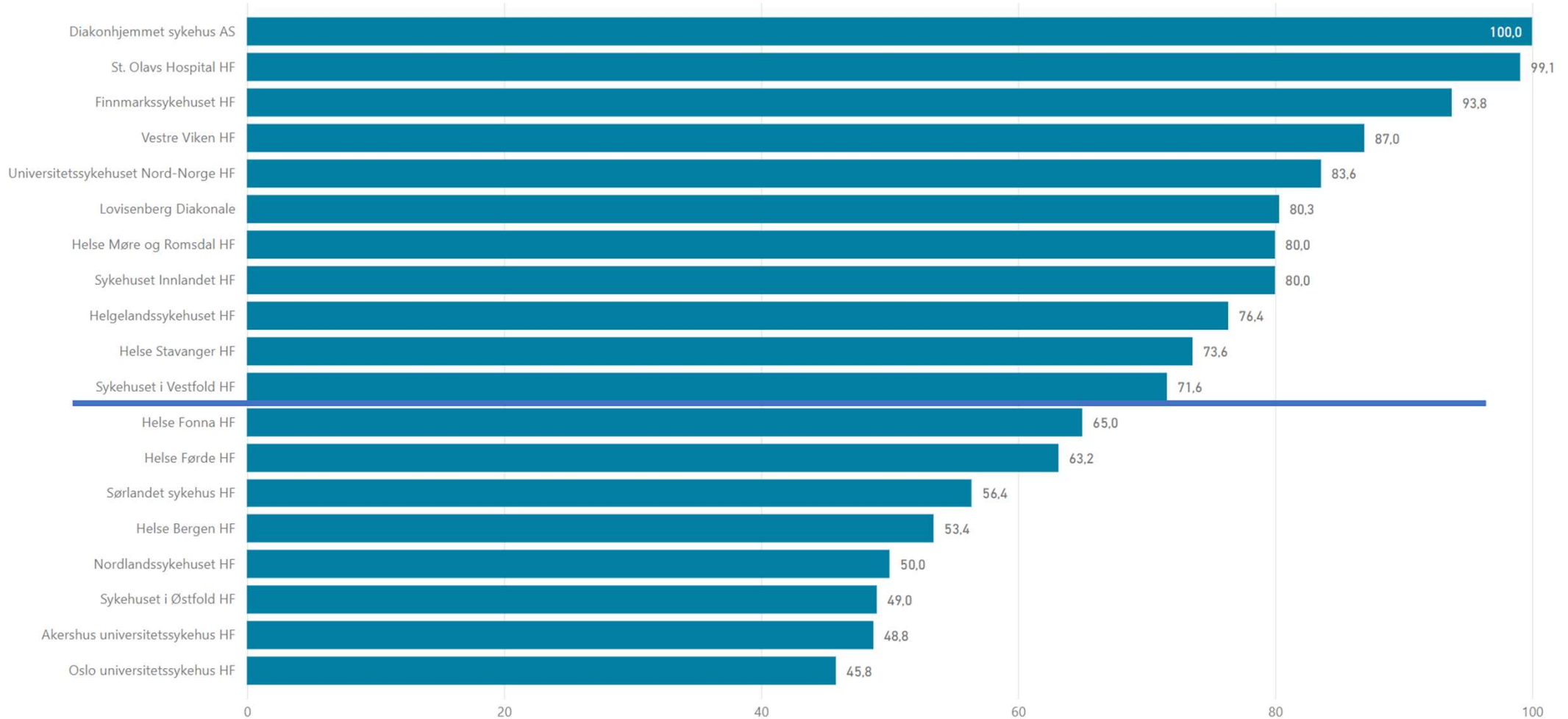
2015: N= 376  
 2016: N=884  
 2017: N=984  
 2018: N=1 132  
 2019: N=1 184  
 2020: N=1 240  
 2021: N= 1 453

Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Gjennomføring av diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid

Definisjon: Andel diagnostisk pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til klinisk beslutning innenfor maksimal anbefalt forløpstid.



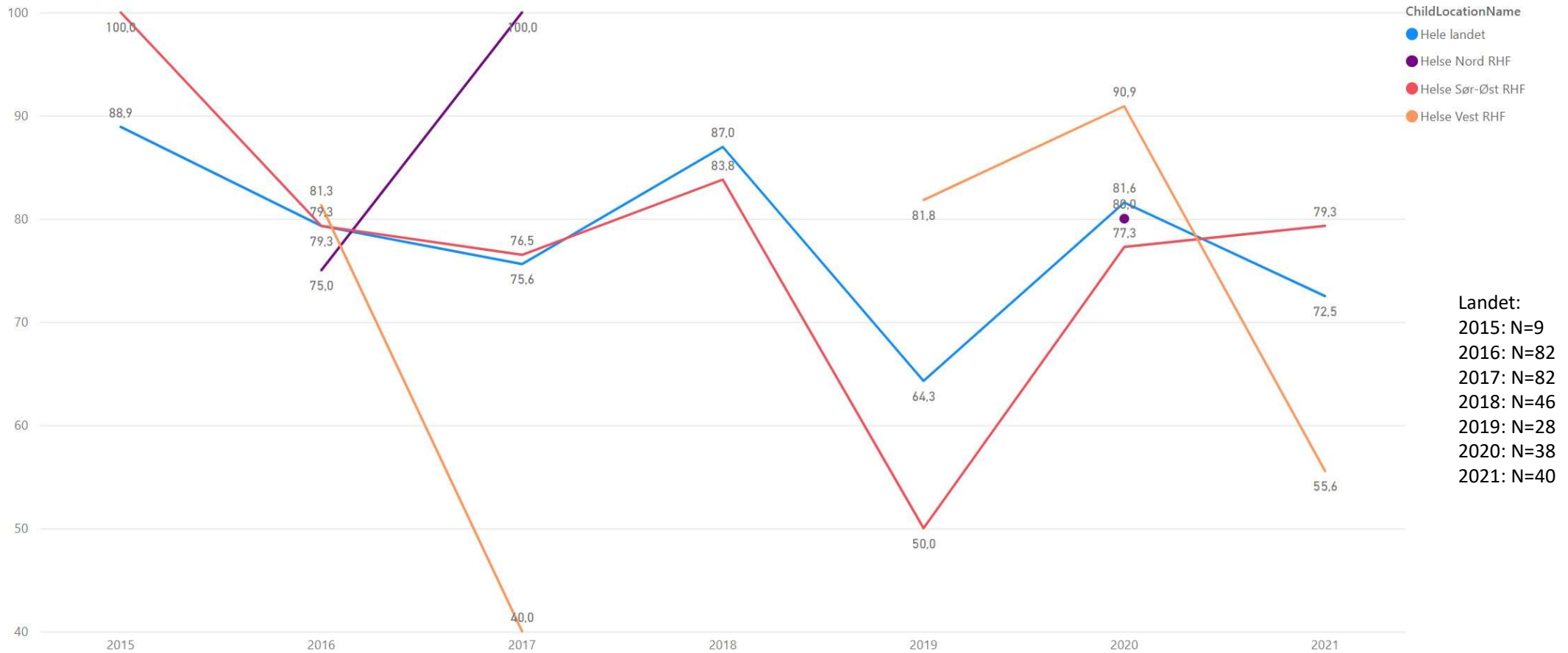
Periode:  
Årsdata 2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

100

# Gjennomføring av pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt innen maksimal anbefalt forløpstid

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



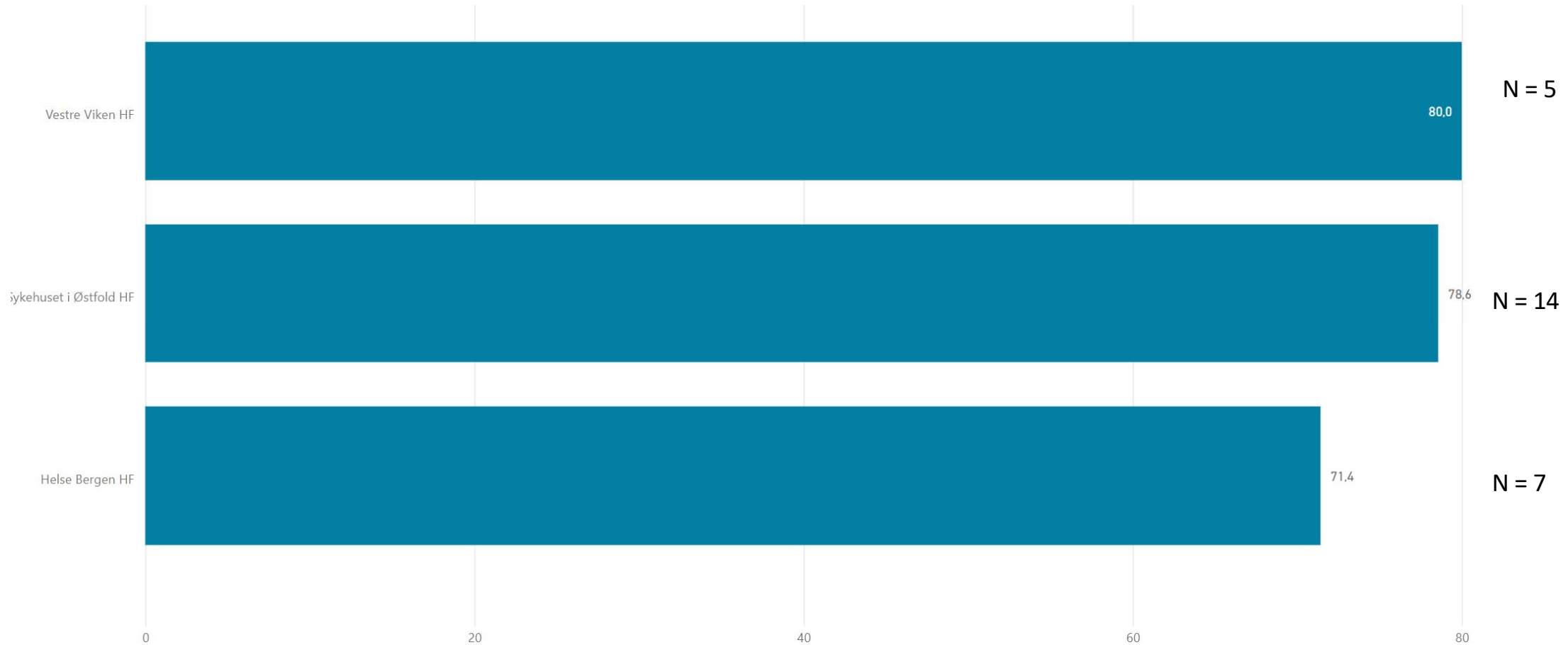
Landet:  
 2015: N=9  
 2016: N=82  
 2017: N=82  
 2018: N=46  
 2019: N=28  
 2020: N=38  
 2021: N=40

Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Gjennomføring av pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt innen maksimal anbefalt forløpstid

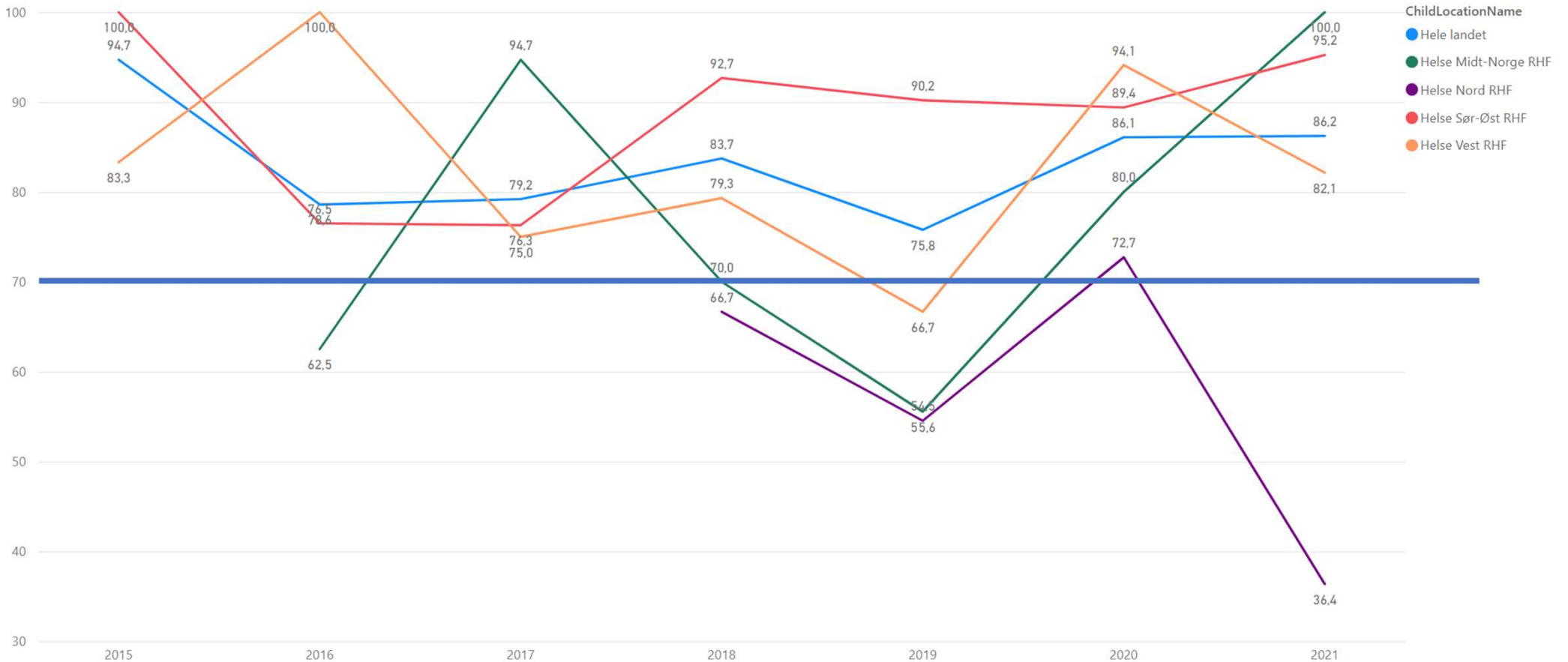
Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Gjennomføring av pakkeforløp for nevroendokrine svulster innen maksimal anbefalt forløpstid

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



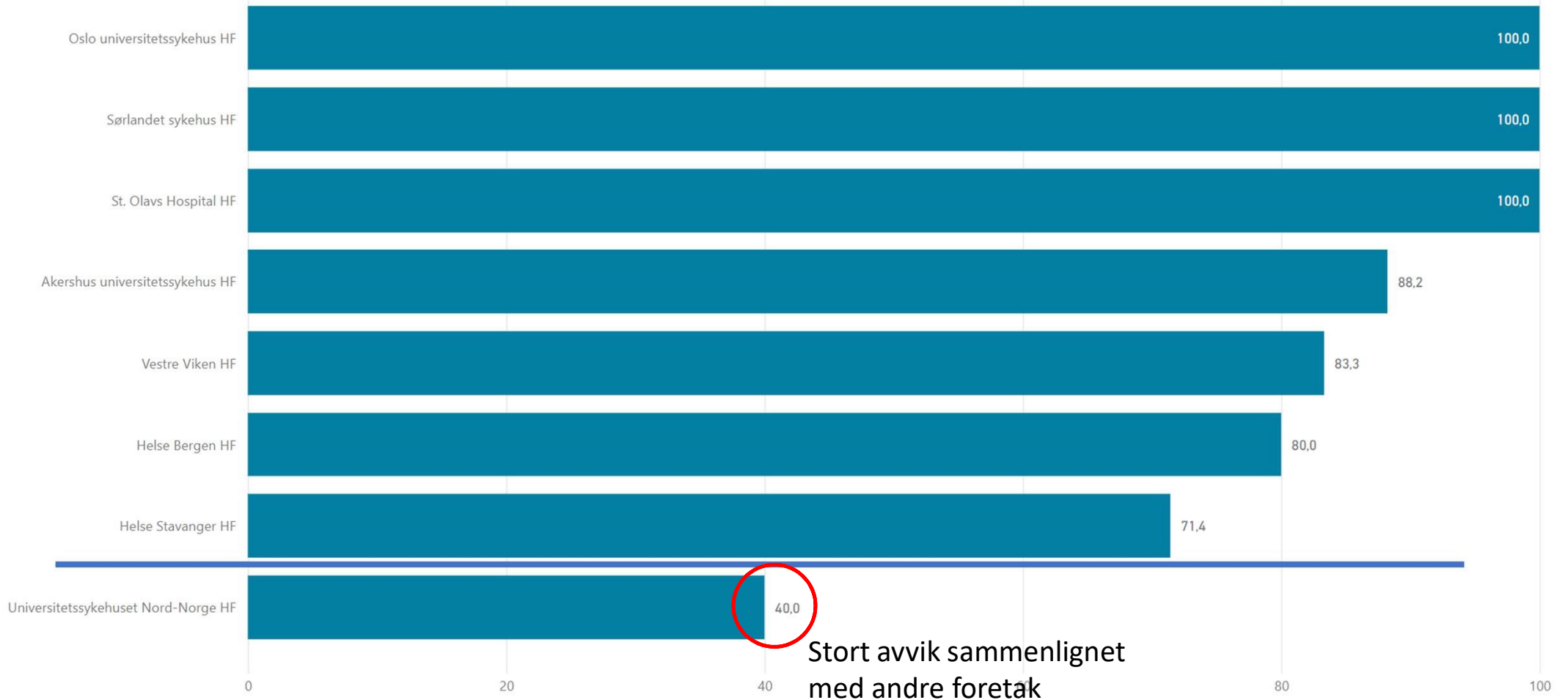
Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Helse Sør-Øst	N=63
Helse Midt-Norge	N=7
Helse Vest	N=28
Helse Nord	N=11

## Gjennomføring av pakkeforløp for nevroendokrine svulster innen maksimal anbefalt forløpstid

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
Årsdata 2021

104

# Gjennomføring av pakkeforløp for sarkom innen maksimal anbefalt forløpstid

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



Periode:  
2015-2021

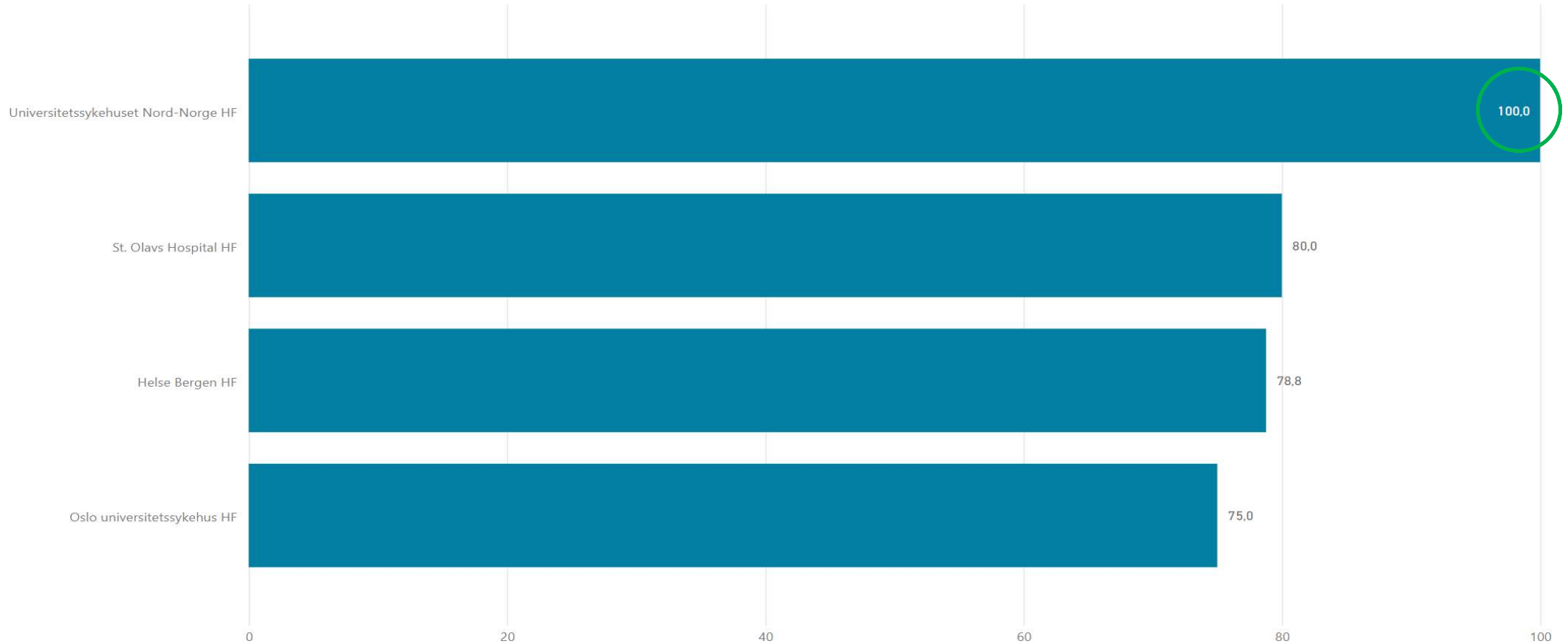
Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Helse Sør-Øst	N=83
Helse Midt-Norge	N=11
Helse Vest	N=33
Helse Nord	N=6



## Gjennomføring av pakkeforløp for sarkom innen maksimal anbefalt forløpstid

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



**Kilde:**

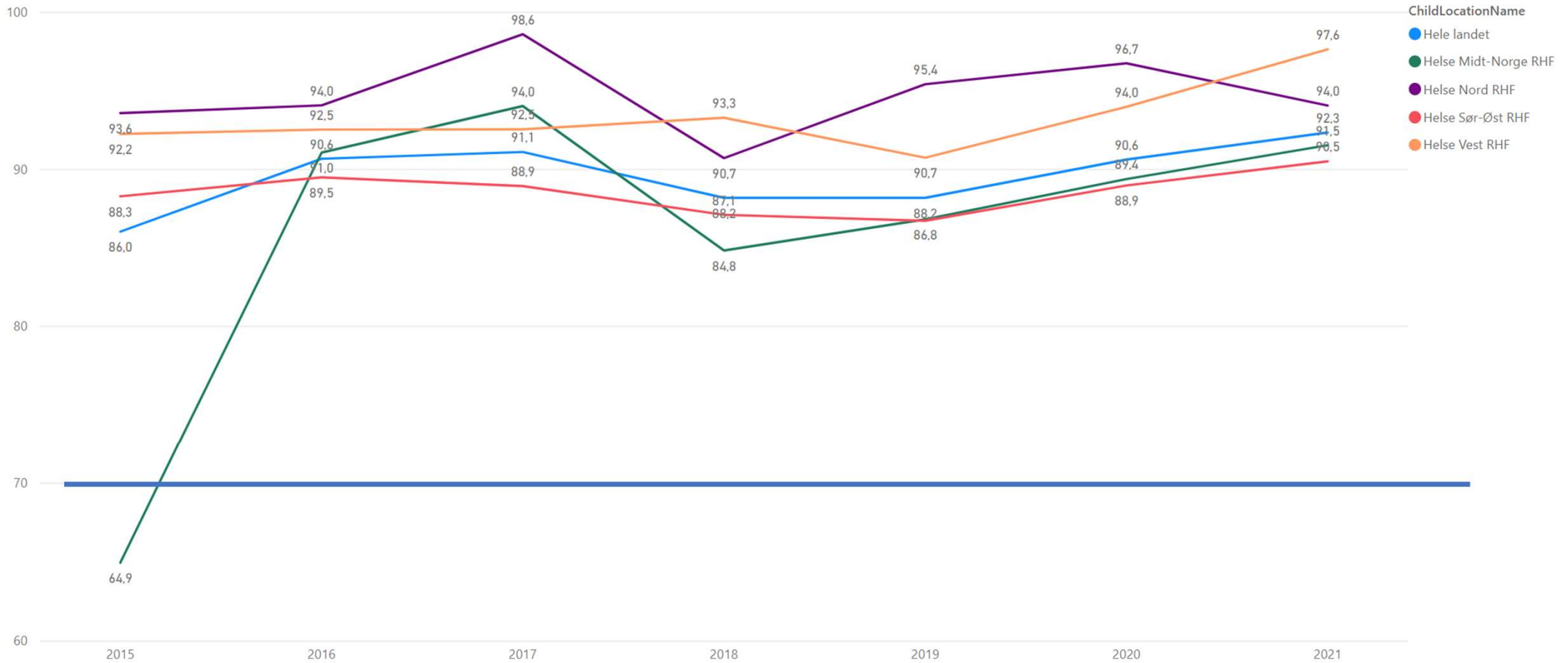
Norsk Pasientregister (NPR)

**Periode:**  
Årsdata 2021

106

# Pakkeforløp for brystkreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for brystkreft.

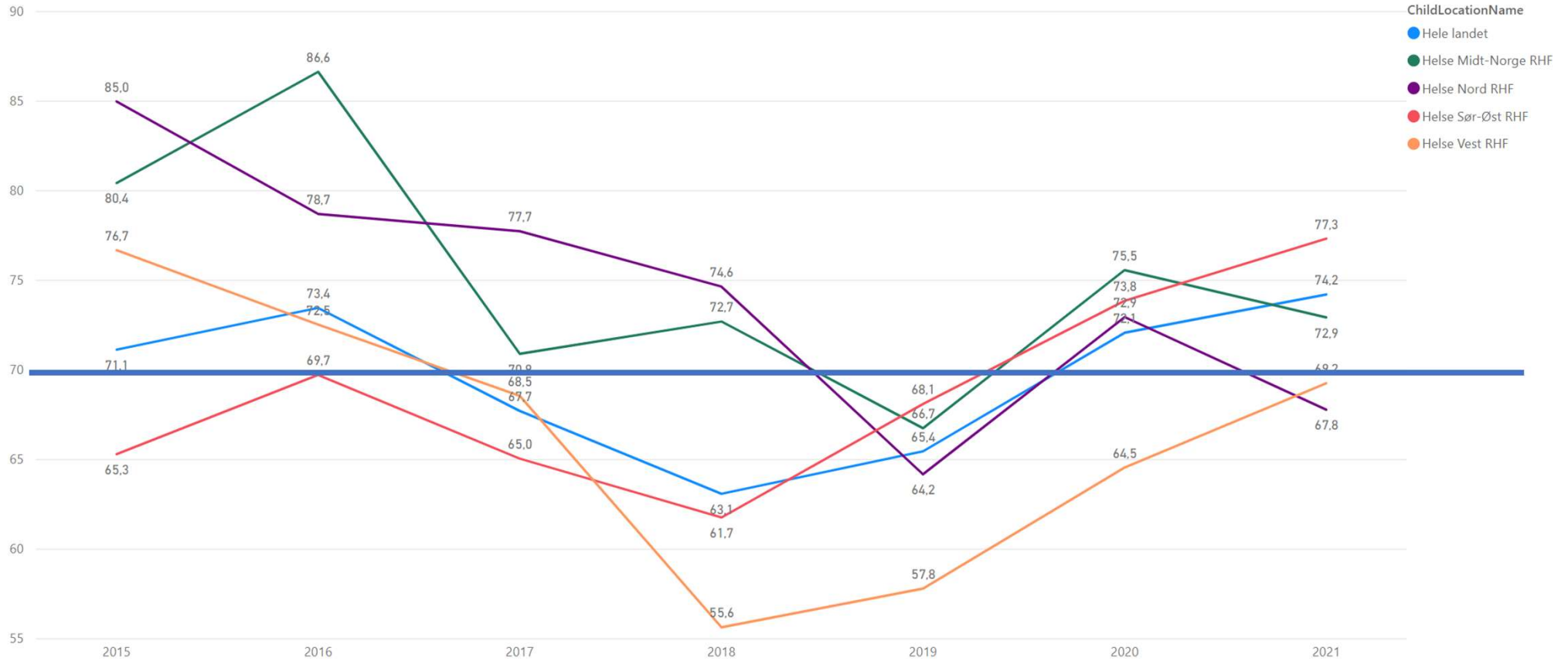


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for brystkreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

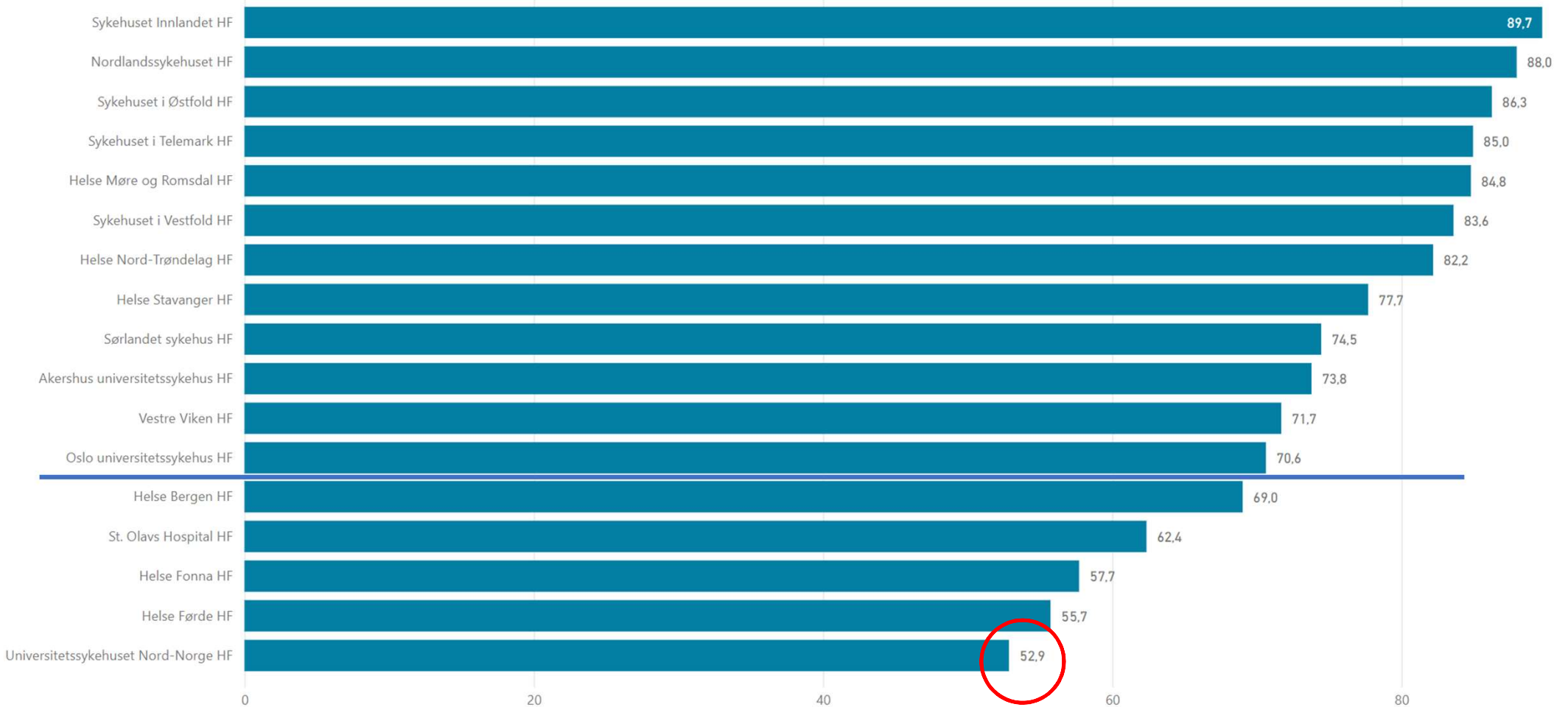


	Landet				Helse Sør-Øst				Helse Vest RHF				Helse Midt-Norge RHF				Helse Nord RHF			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Kirurgisk behandling	66,9	68,9	74,7	74,9	64,3	71,9	77,2	78,8	65,9	62,9	68,4	69,5	76,3	67,0	76,5	72,6	71,9	62,0	68,7	63,0
Medikamentell beh.	48,2	52,3	63,3	71,9	49,6	49,2	61,3	71,2	32,4	47,9	56,3	68,7	52,6	65,3	70,4	74,7	82,9	70,6	82,7	84,2

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for brystkreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

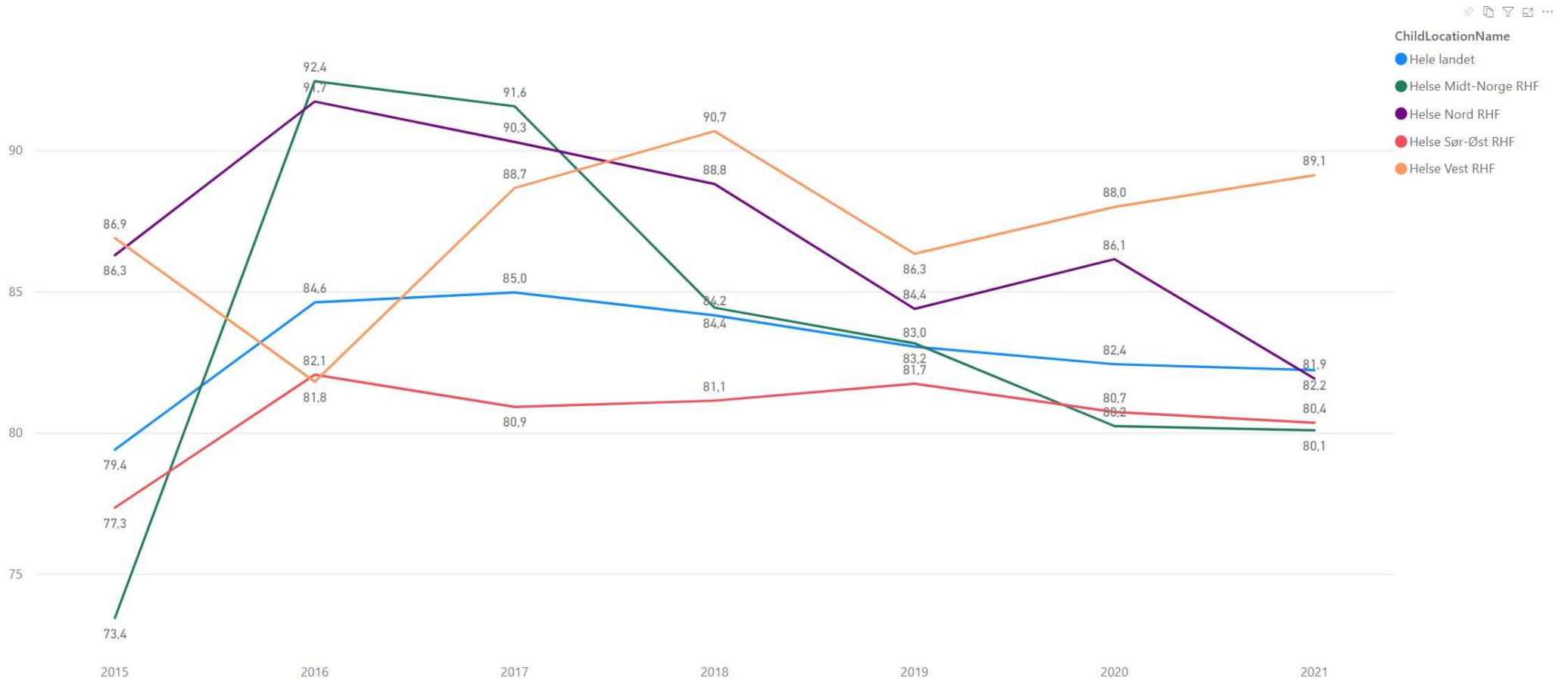


Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Lav andel sammenlignet med  
andre foretak

# Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft.

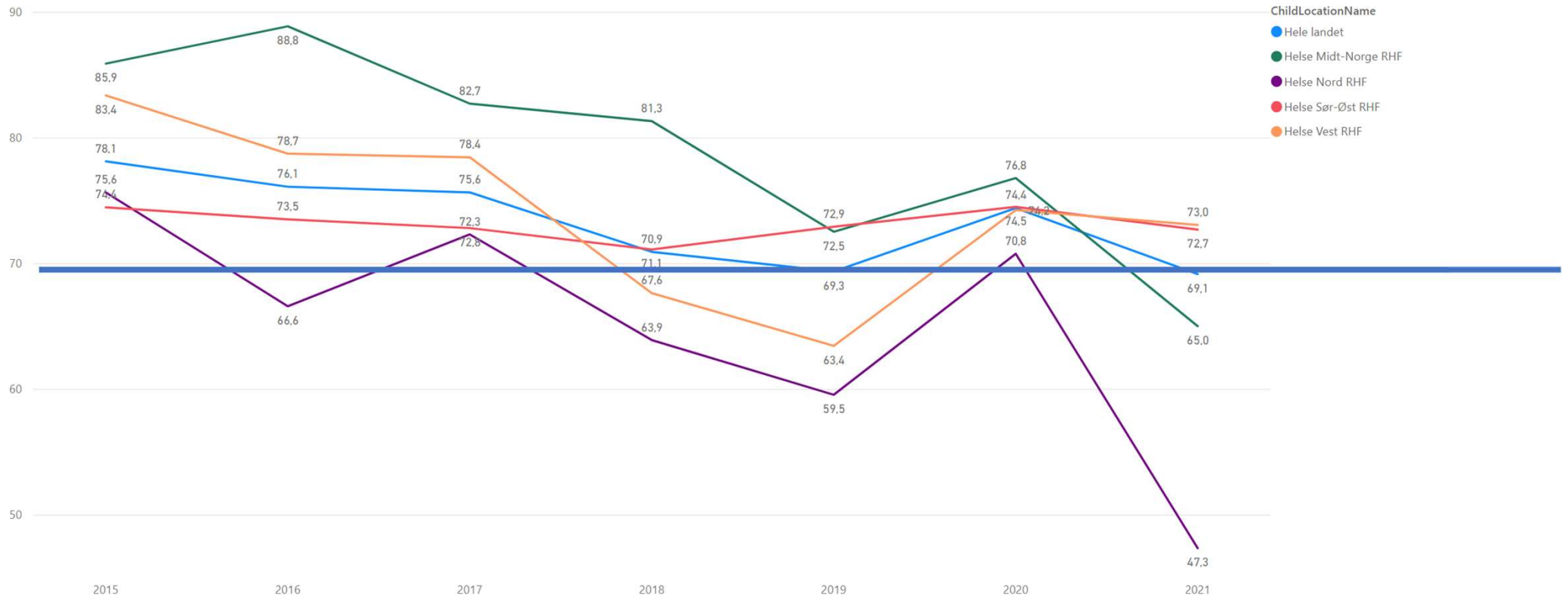


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

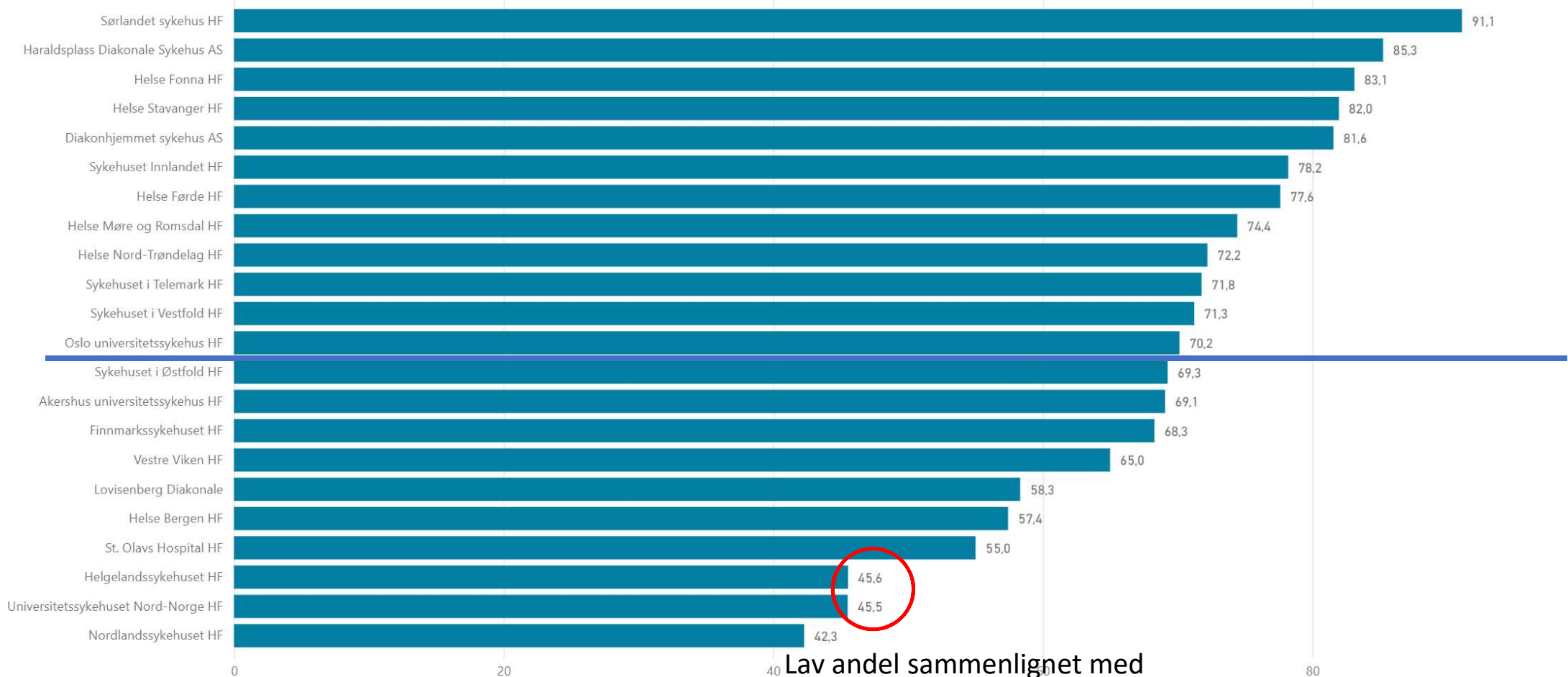


	Landet					Helse Sør-Øst					Helse Vest RHF					Helse Midt-Norge RHF					Helse Nord RHF				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Kirurgisk behandling	79,0	75,1	72,9	78,4	72,4	77,2	78,1	78,1	80,3	78,5	79,1	69,3	64,8	75,6	72,4	87,9	83,5	73,7	80,8	67,8	72,5	64,7	59,8	71,6	45,8
Medikamentell behandling	67,7	62,5	62,2	64,0	61,5	62,1	57,0	57,6	57,0	58,4	81,1	71,4	65,6	73,5	77,7	65,3	68,3	66,2	59,5	49,3	65,0	58,6	61,5	79,2	48,1
Stråleterapi	55,9	46,7	48,7	53,3	50,7	41,4	33,7	40,7	40,7	38,4	71,4	53,6	50,0	64,9	71,6	59,6	79,4	71,0	72,9	62,8	75,0	61,7	57,4	60,5	57,9

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



Lav andel sammenlignet med andre foretak

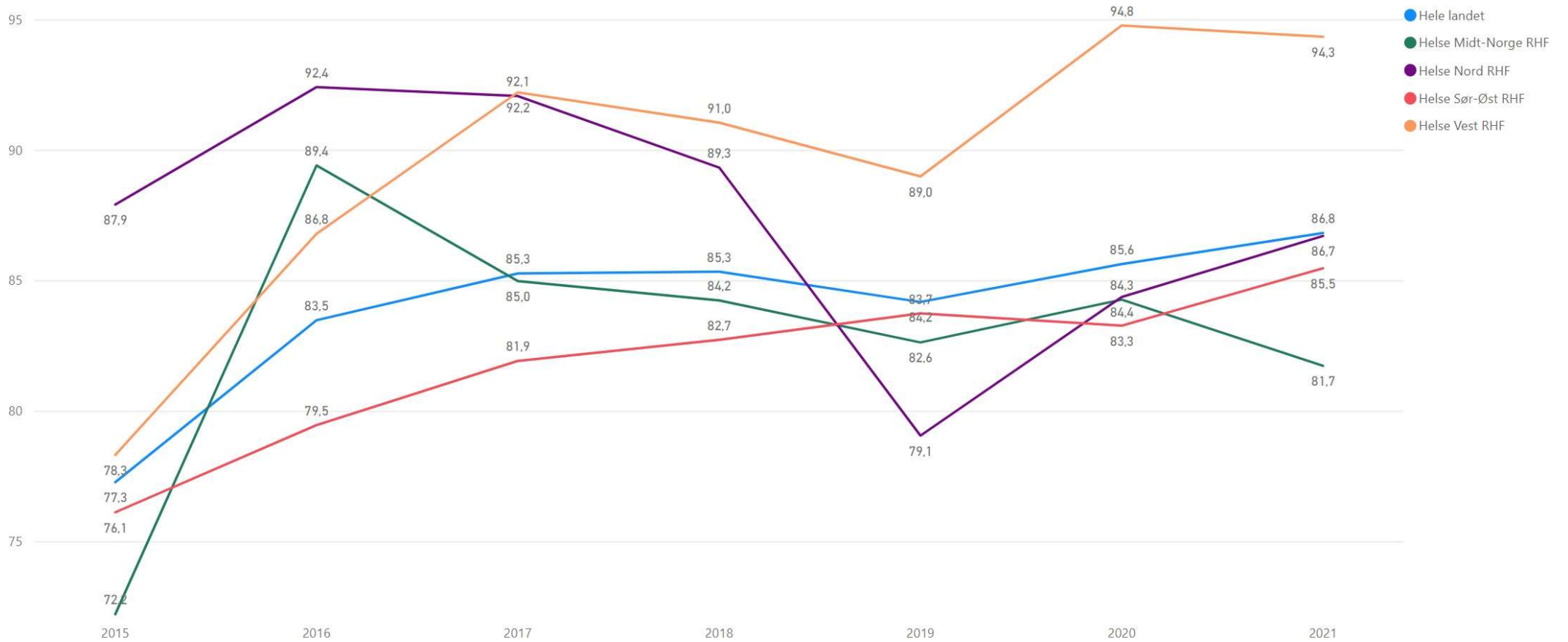
Kilde:

Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
Årsdata 2021

# Pakkeforløp for lungekreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lungekreft.



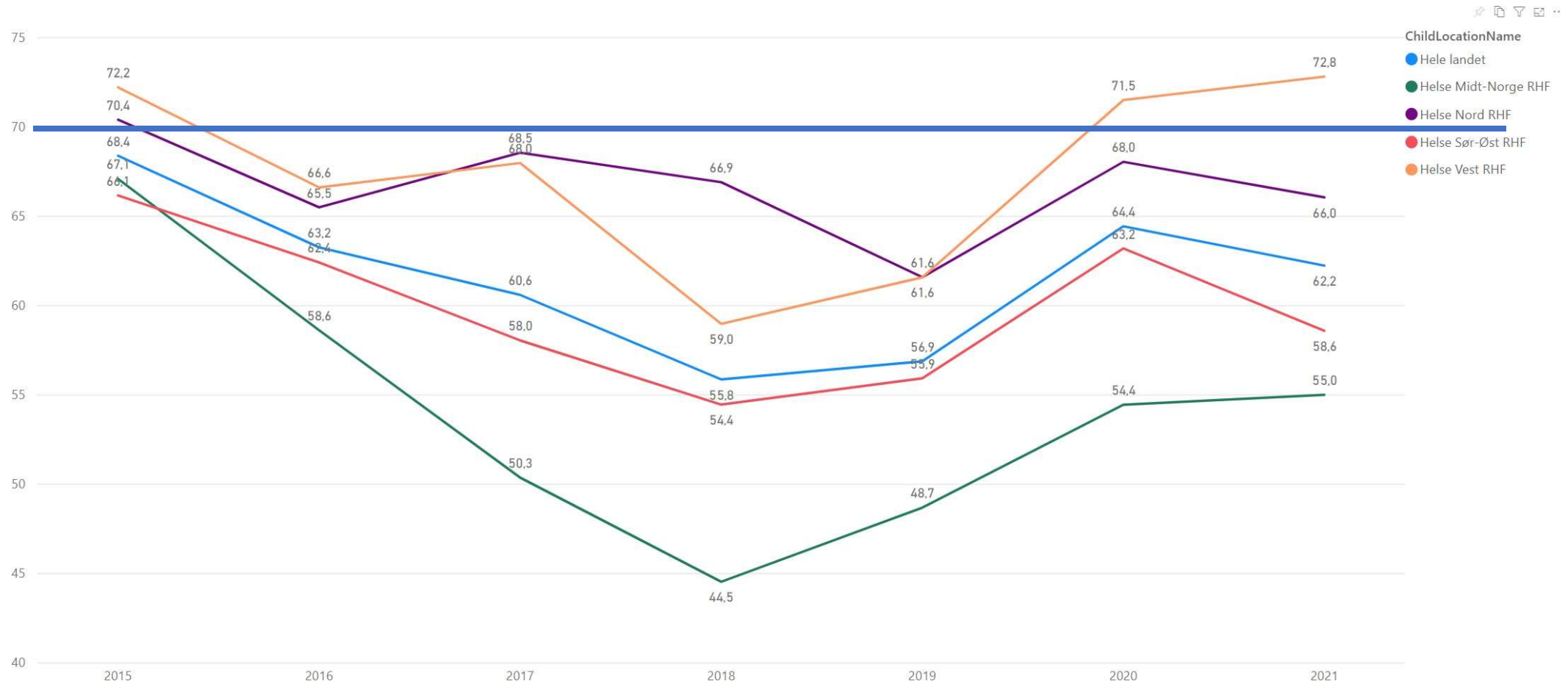
Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



# Pakkeforløp for lungekreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

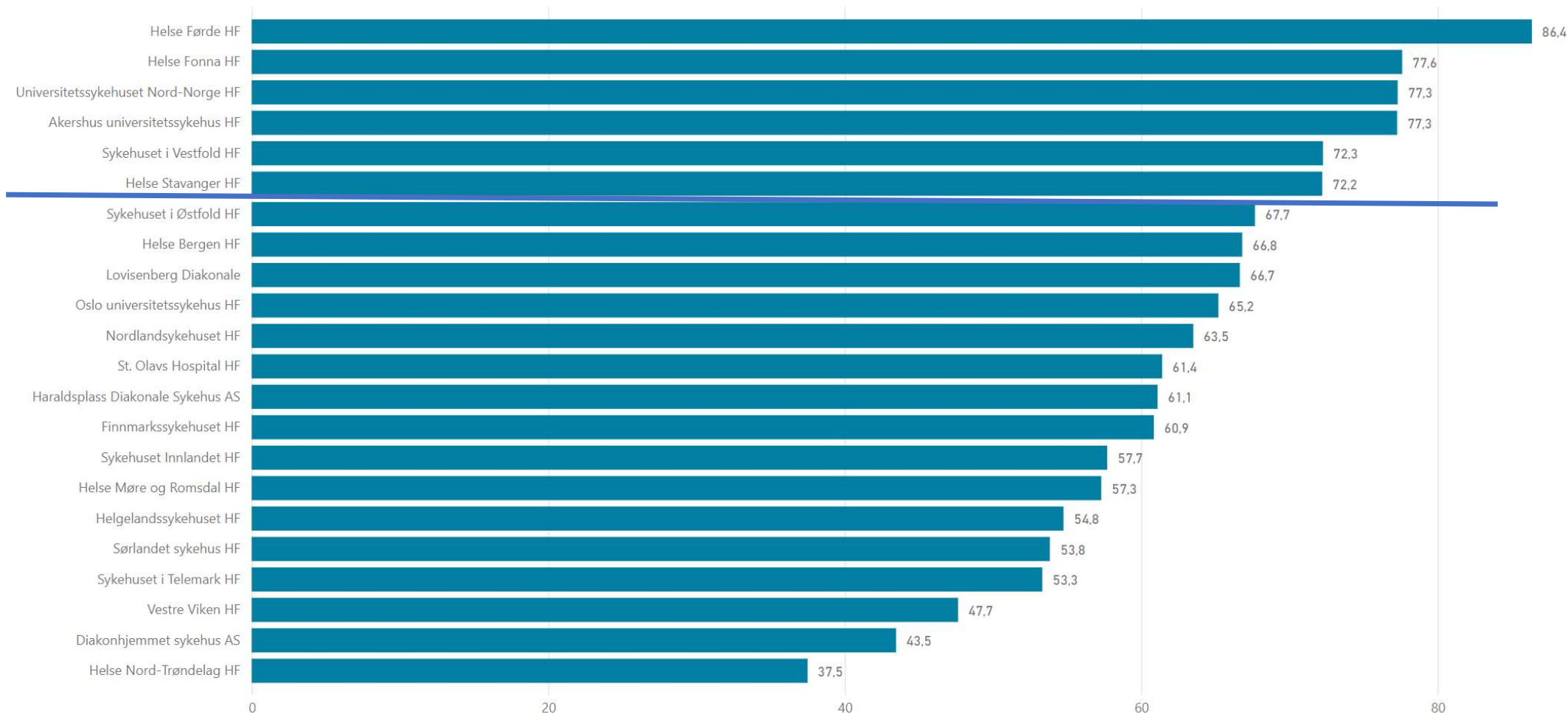


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for lungekreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

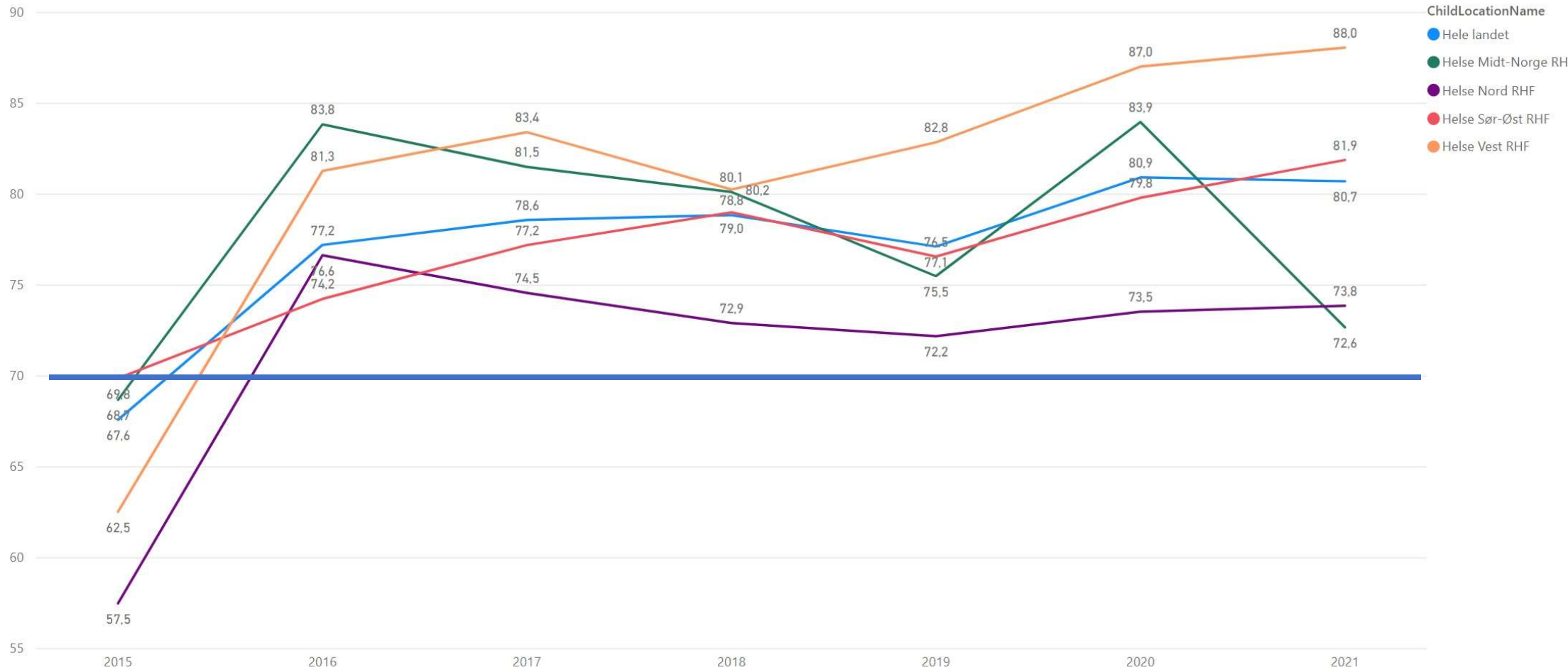


Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
Årsdata 2021

# Pakkeforløp for prostatakreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for prostatakreft.

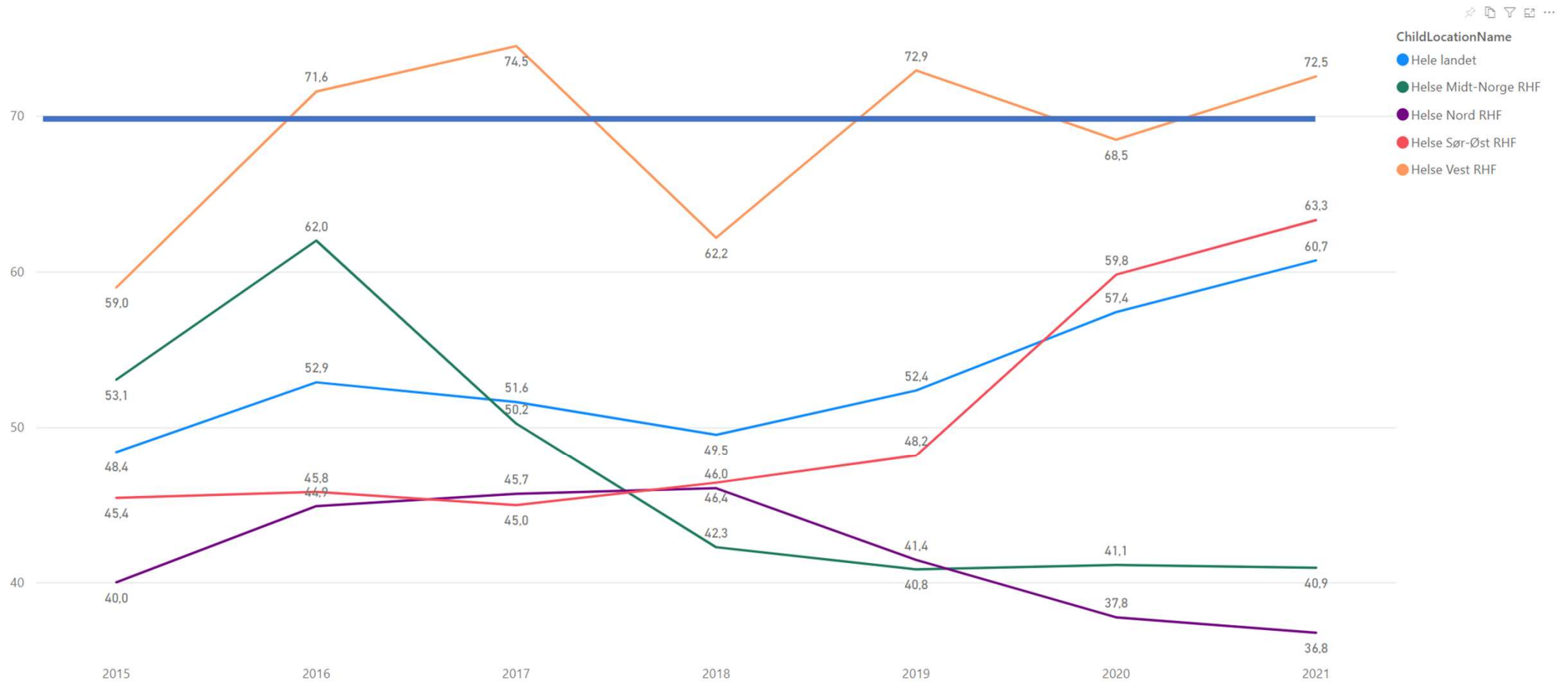


Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
2015-2021

# Pakkeforløp for prostatakreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimalt anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.

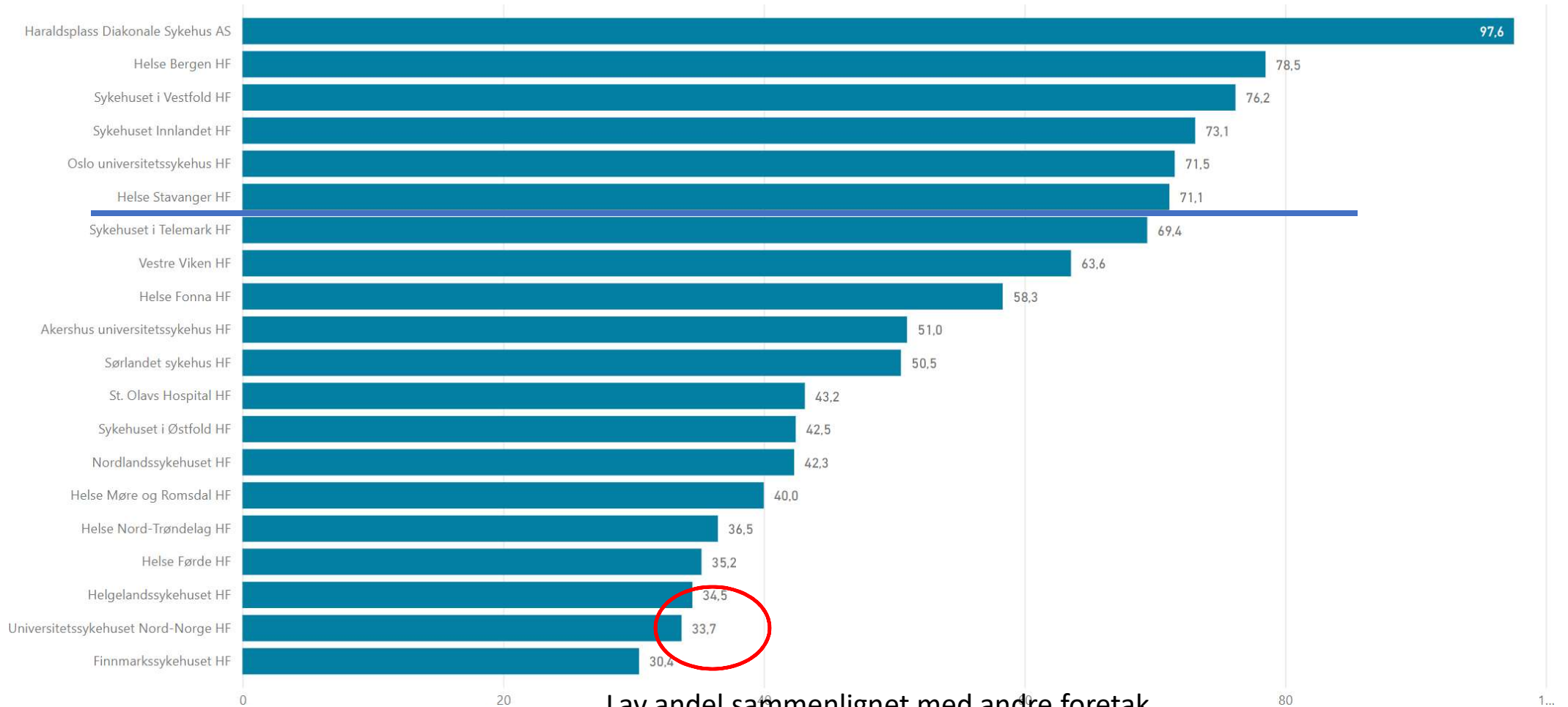


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for prostatakreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimalt anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.



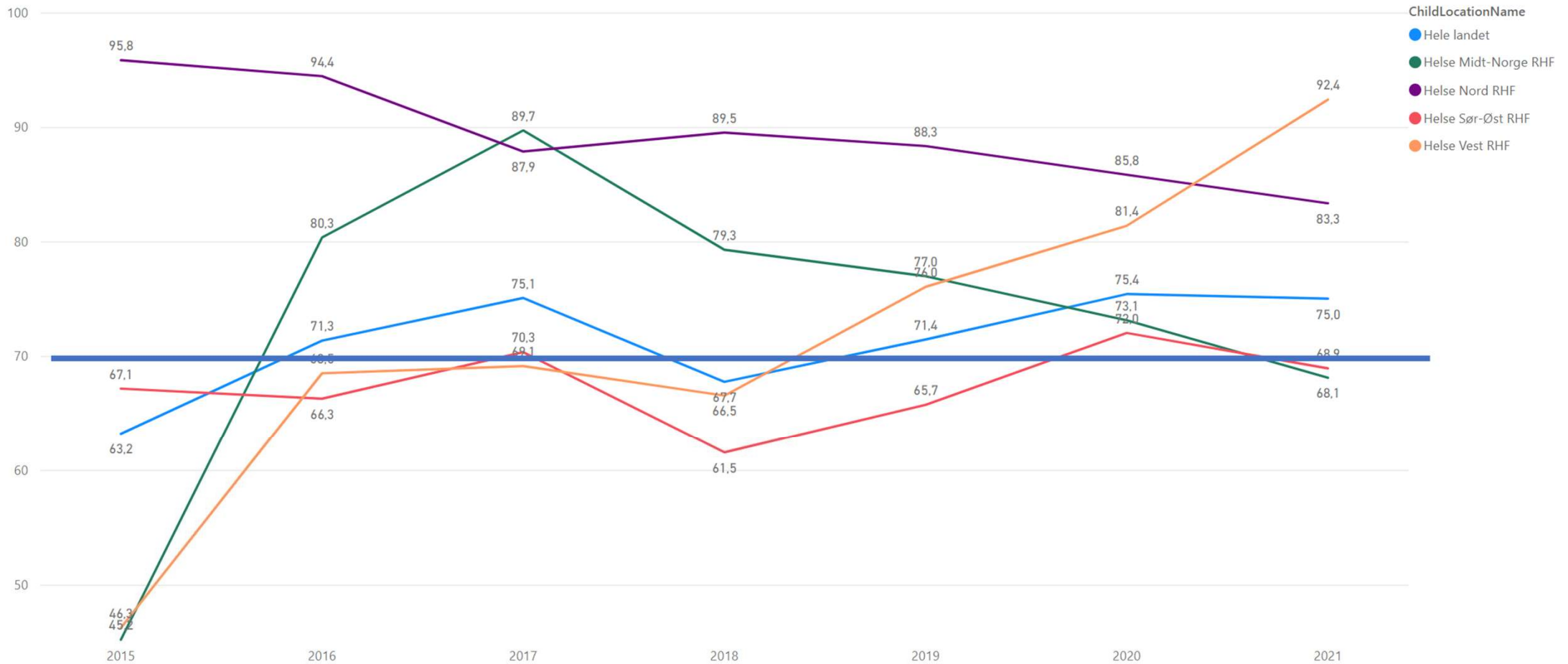
Lav andel sammenlignet med andre foretak

Kilde:

Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for lymfom

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lymfom.

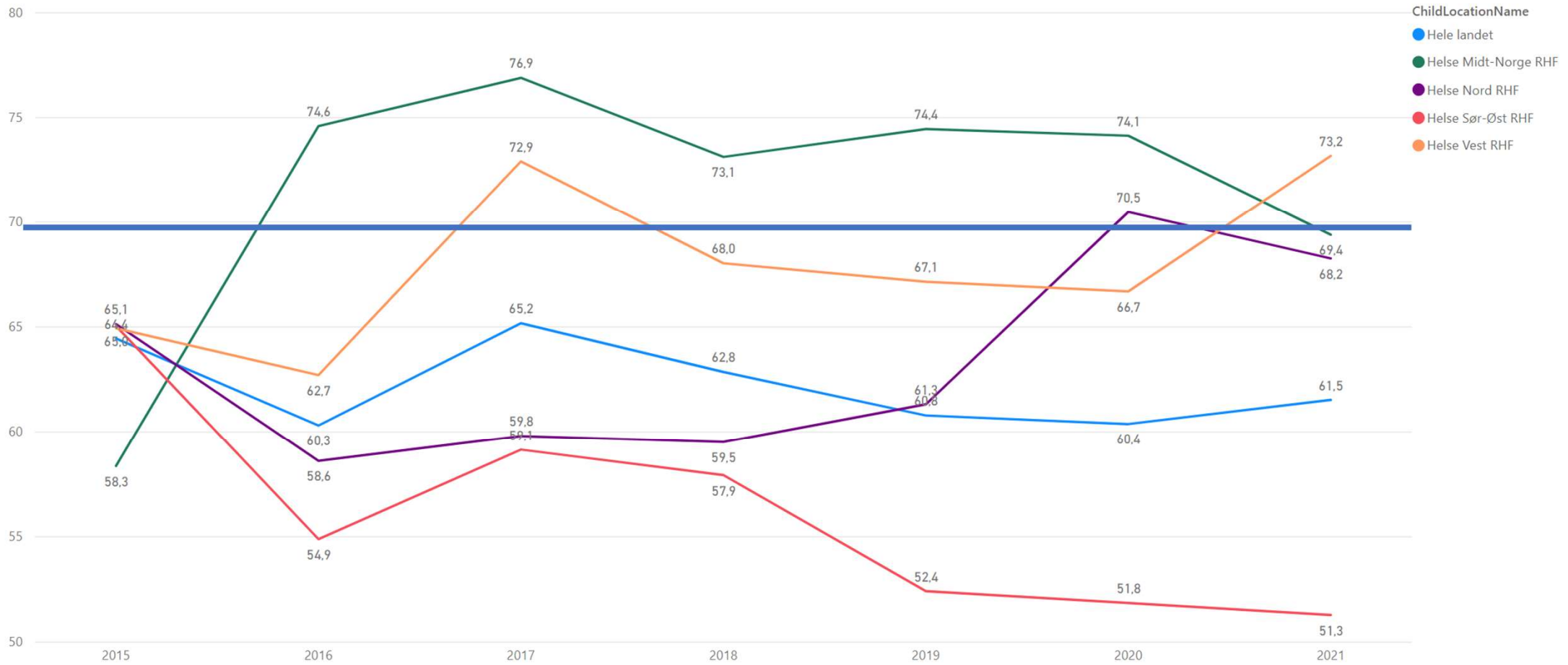


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for lymfom

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimalt anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.

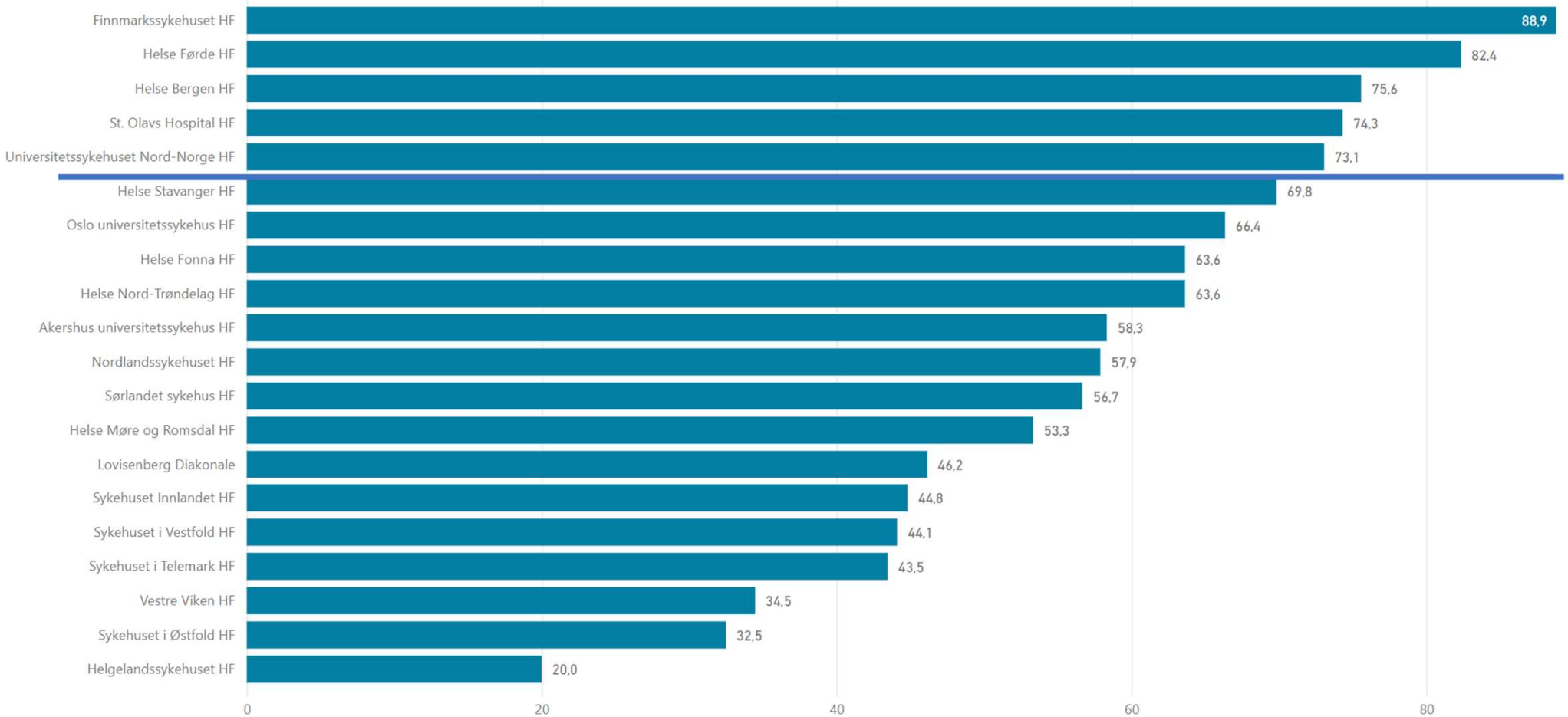


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for lymfom

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimalt anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.



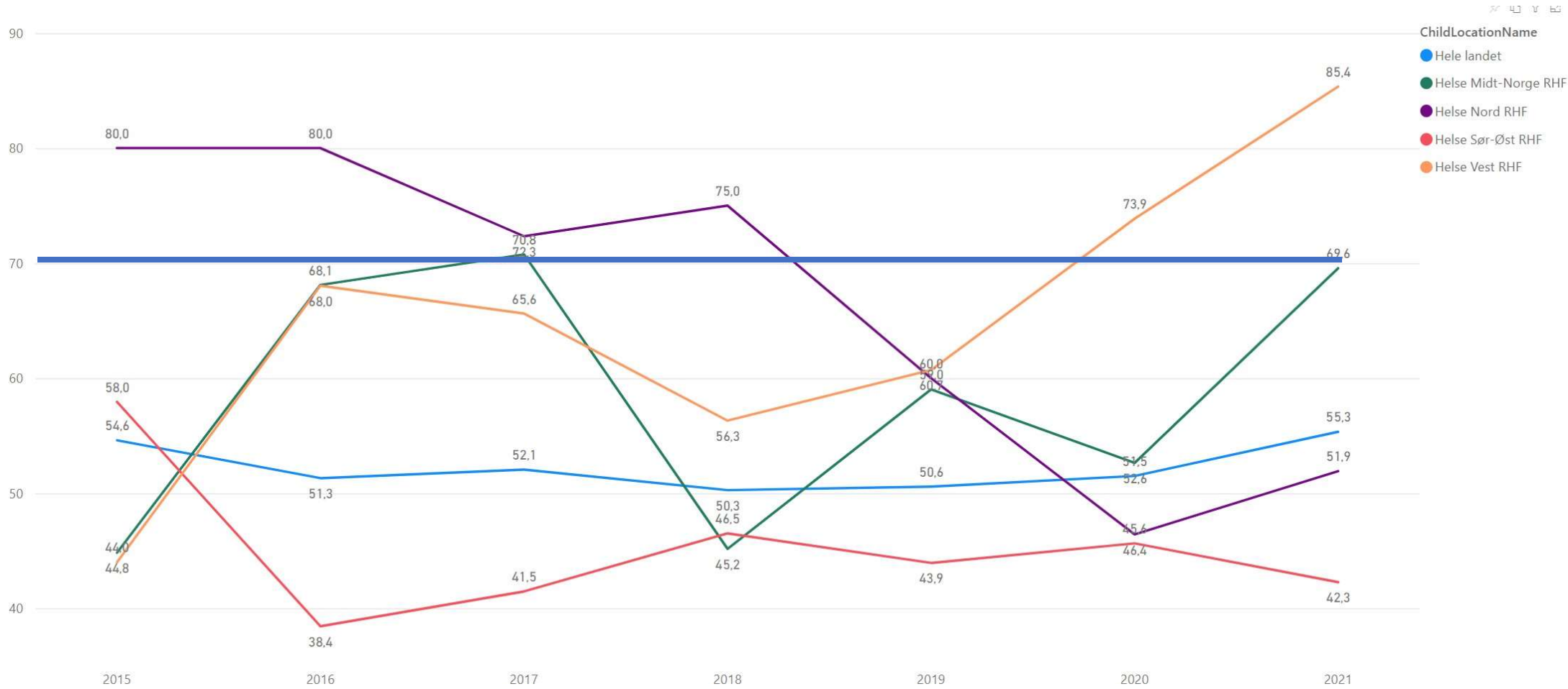
Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
Årsdata 2021



# Pakkeforløp for myelomatose

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for myelomatose.

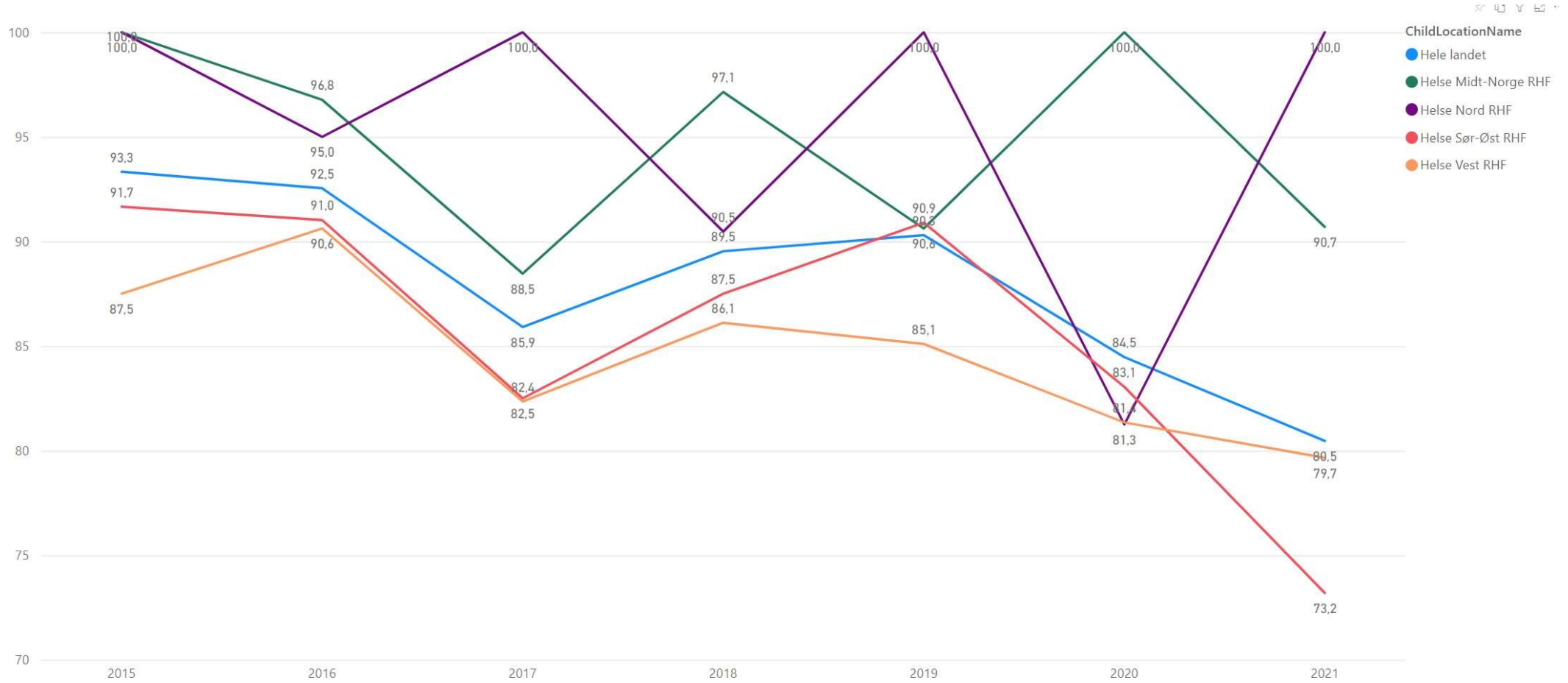


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for myelomatose

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

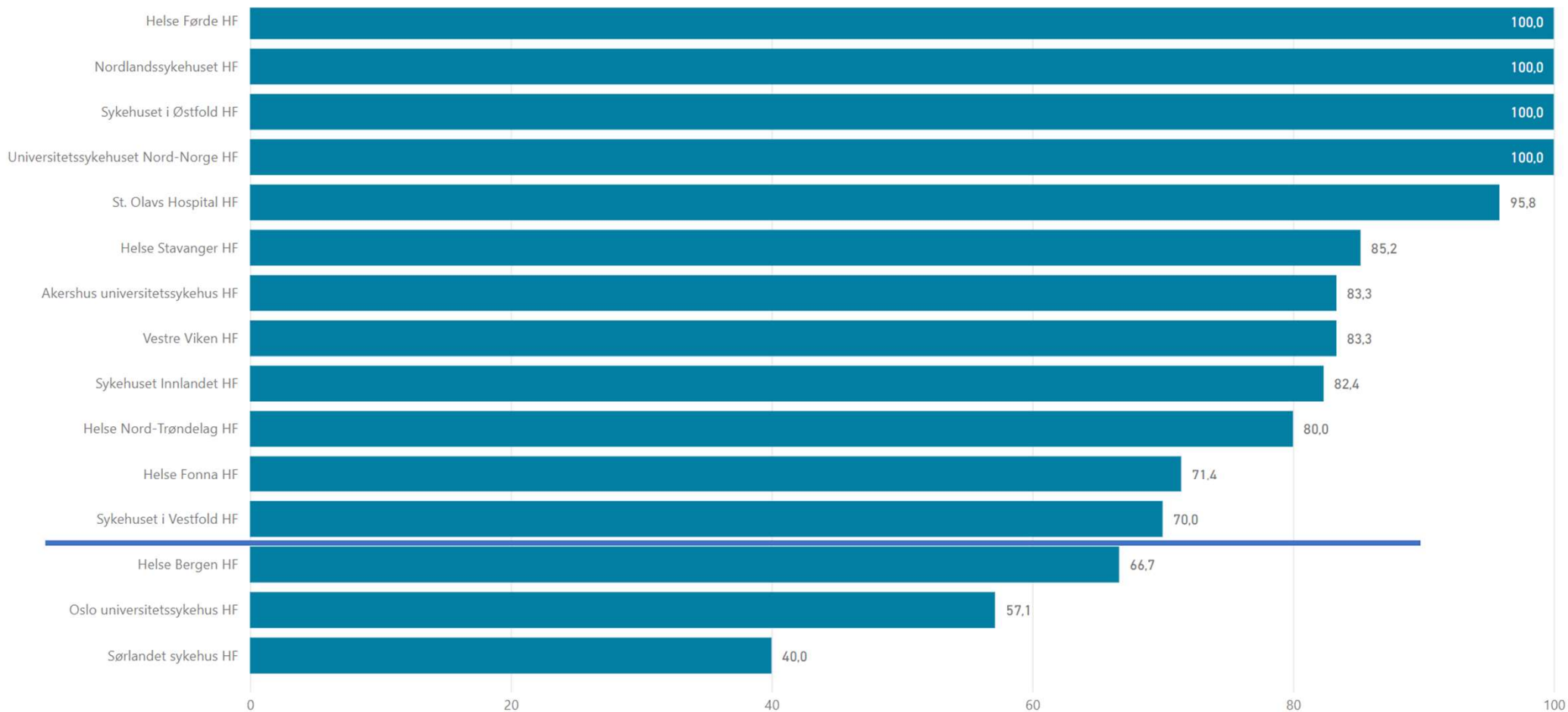


Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
2015-2021

## Pakkeforløp for myelomatose

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

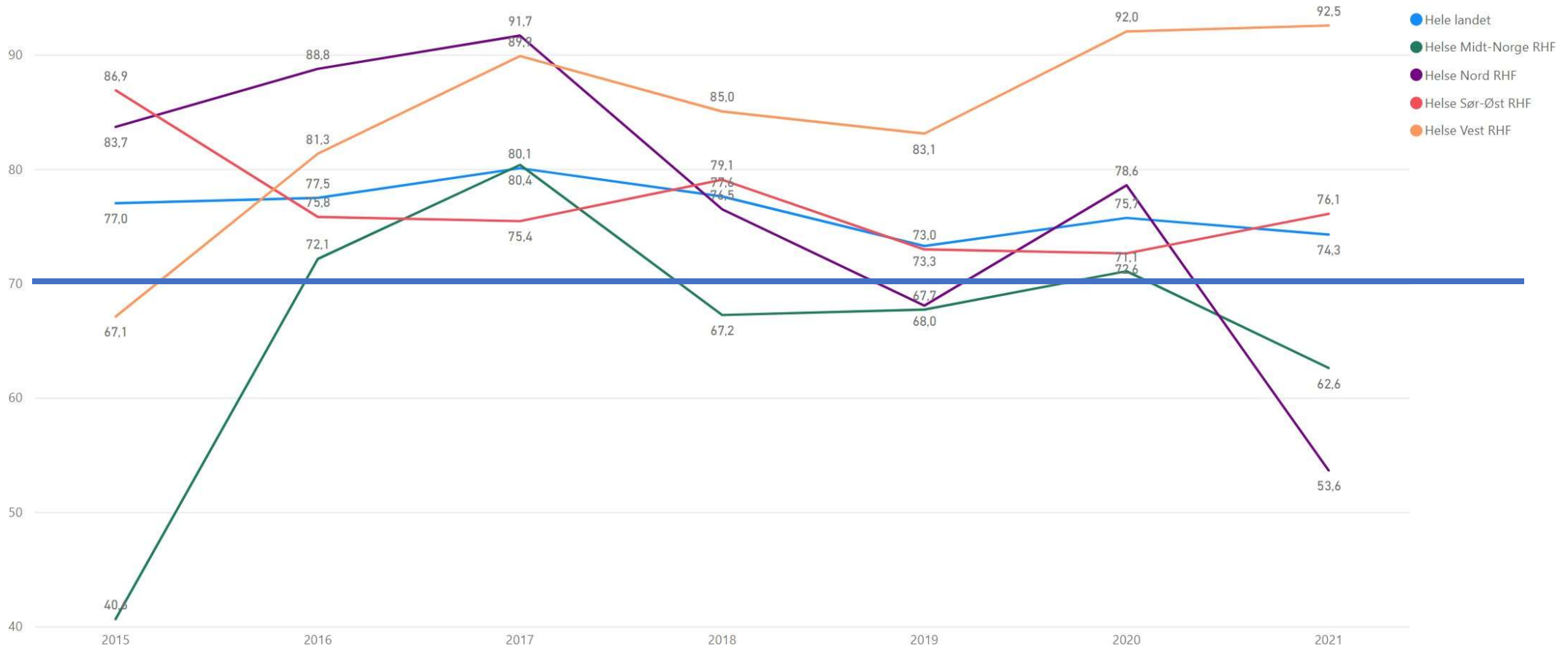


Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
Årsdata 2021

# Pakkeforløp for hode-halskreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for hode-halskreft.

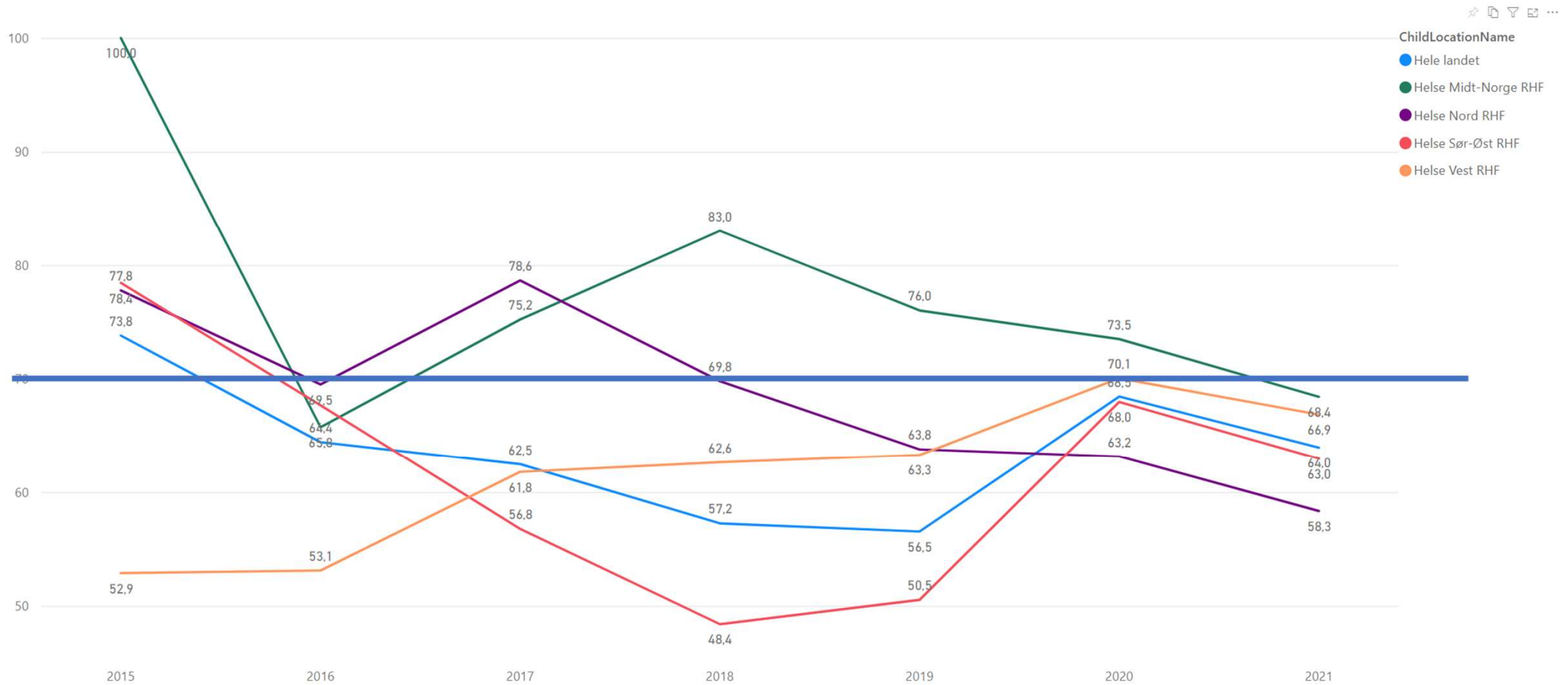


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for hode-halskreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.

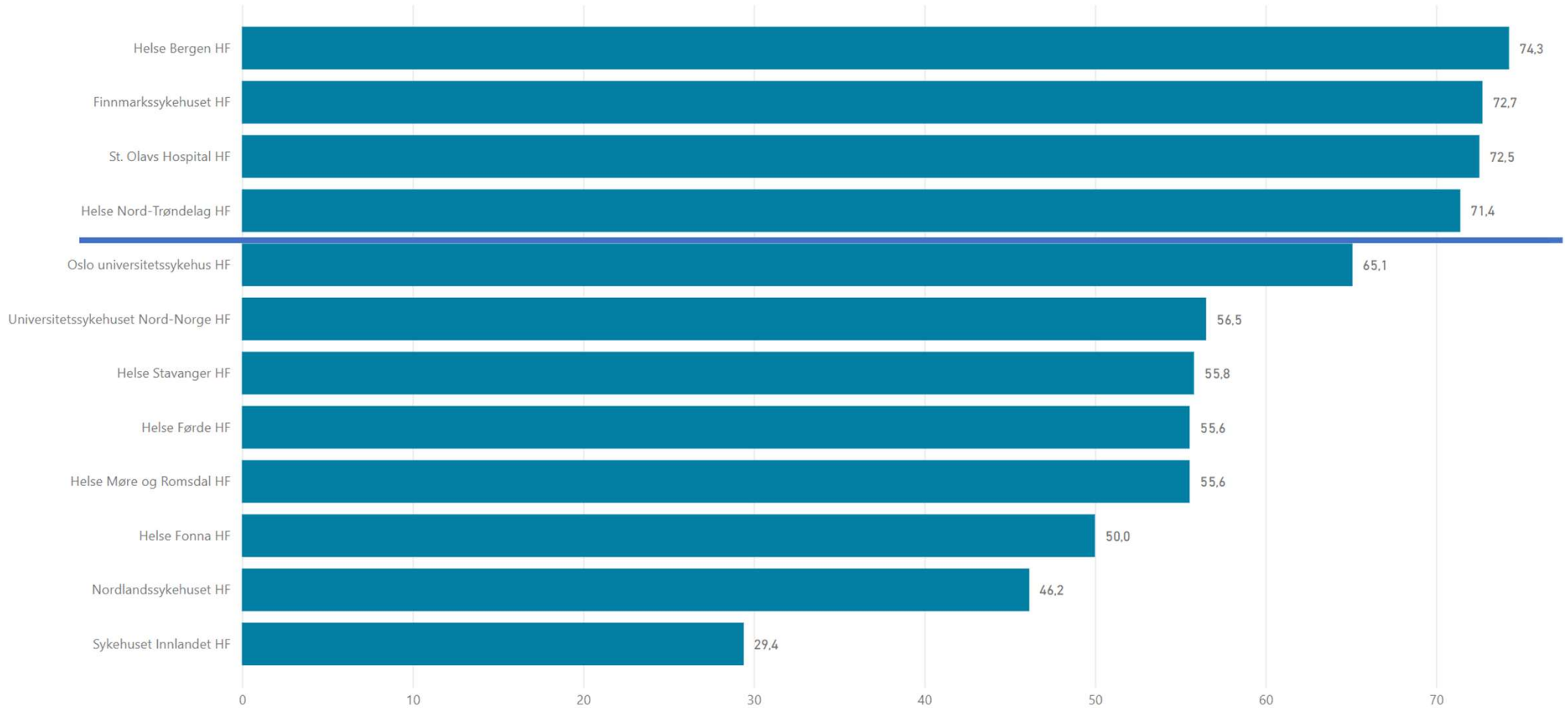


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for hode-halskreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.



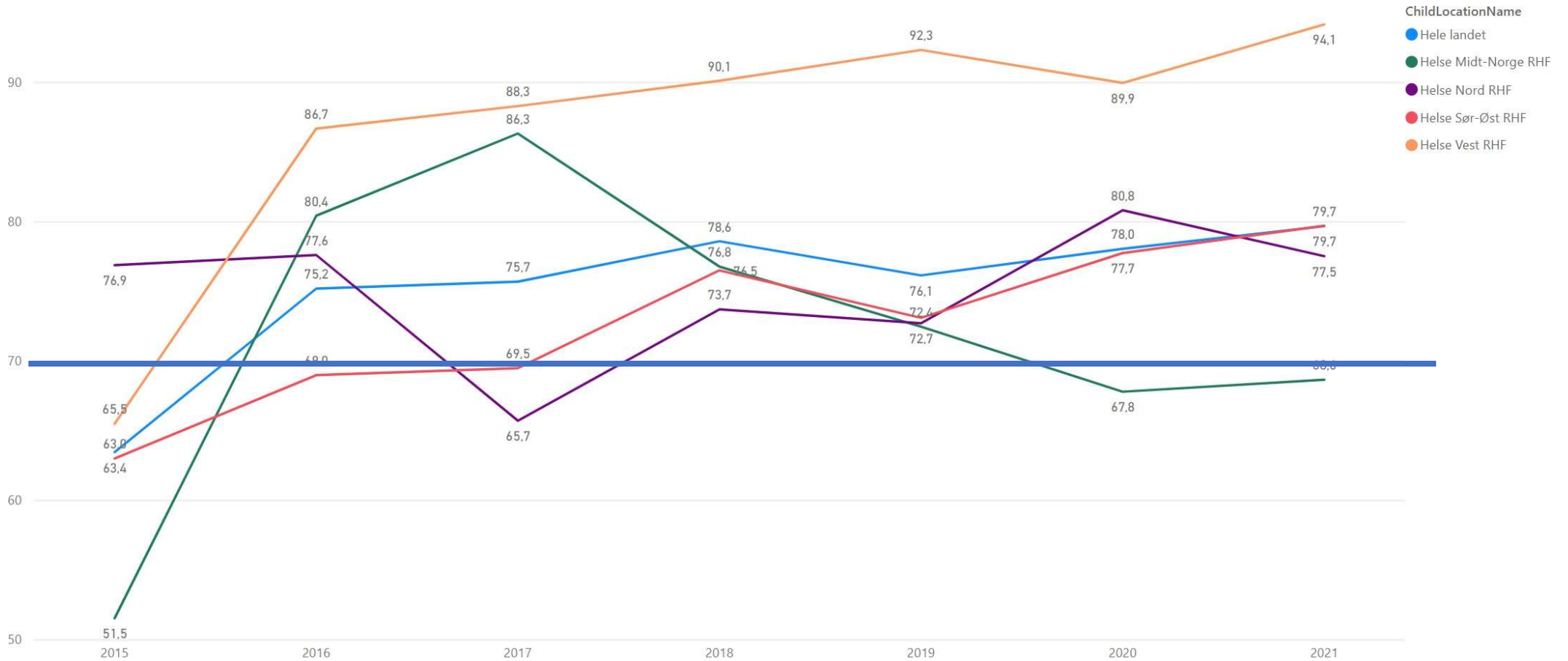
**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

**Periode:**  
Årsdata 2021

127

# Pakkeforløp for blærekreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for blærekreft.

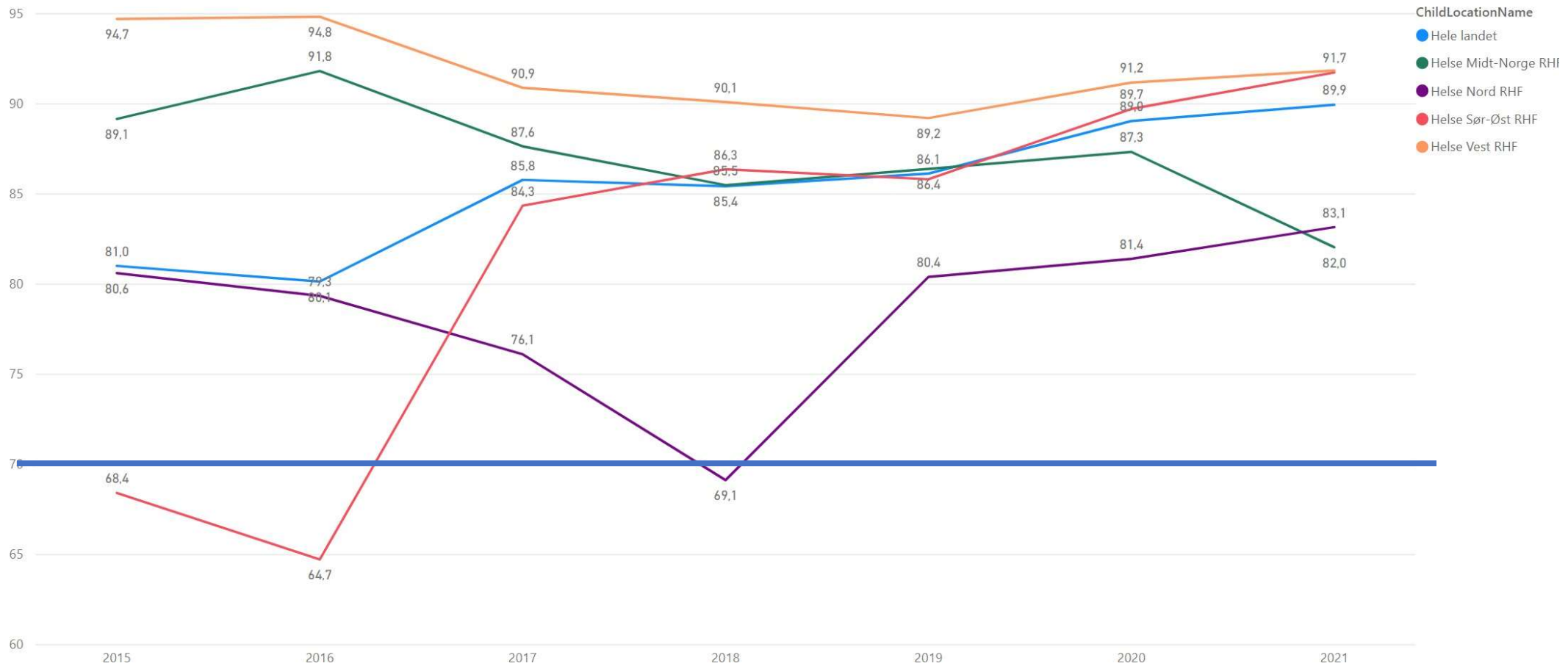


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for blærekreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.



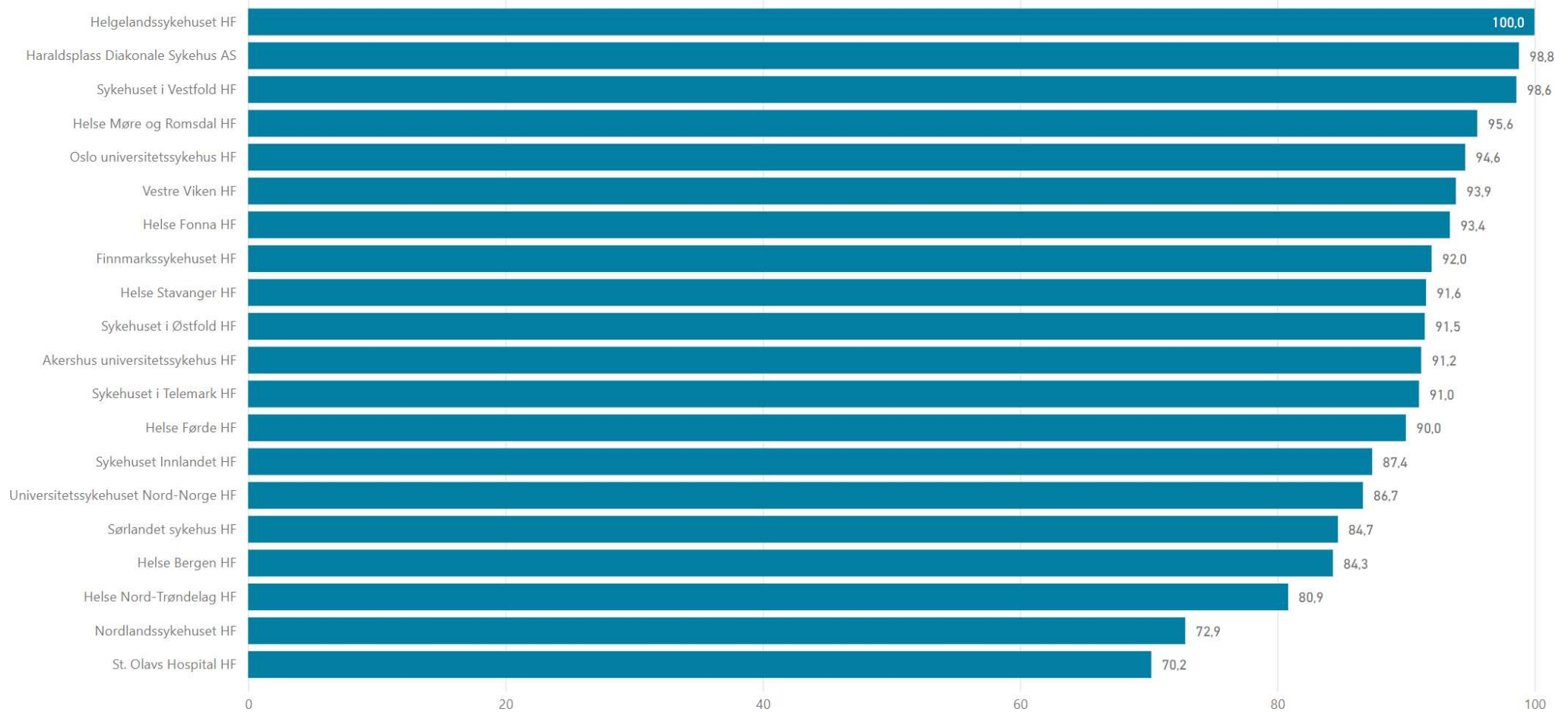
Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Pakkeforløp for blærekreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.

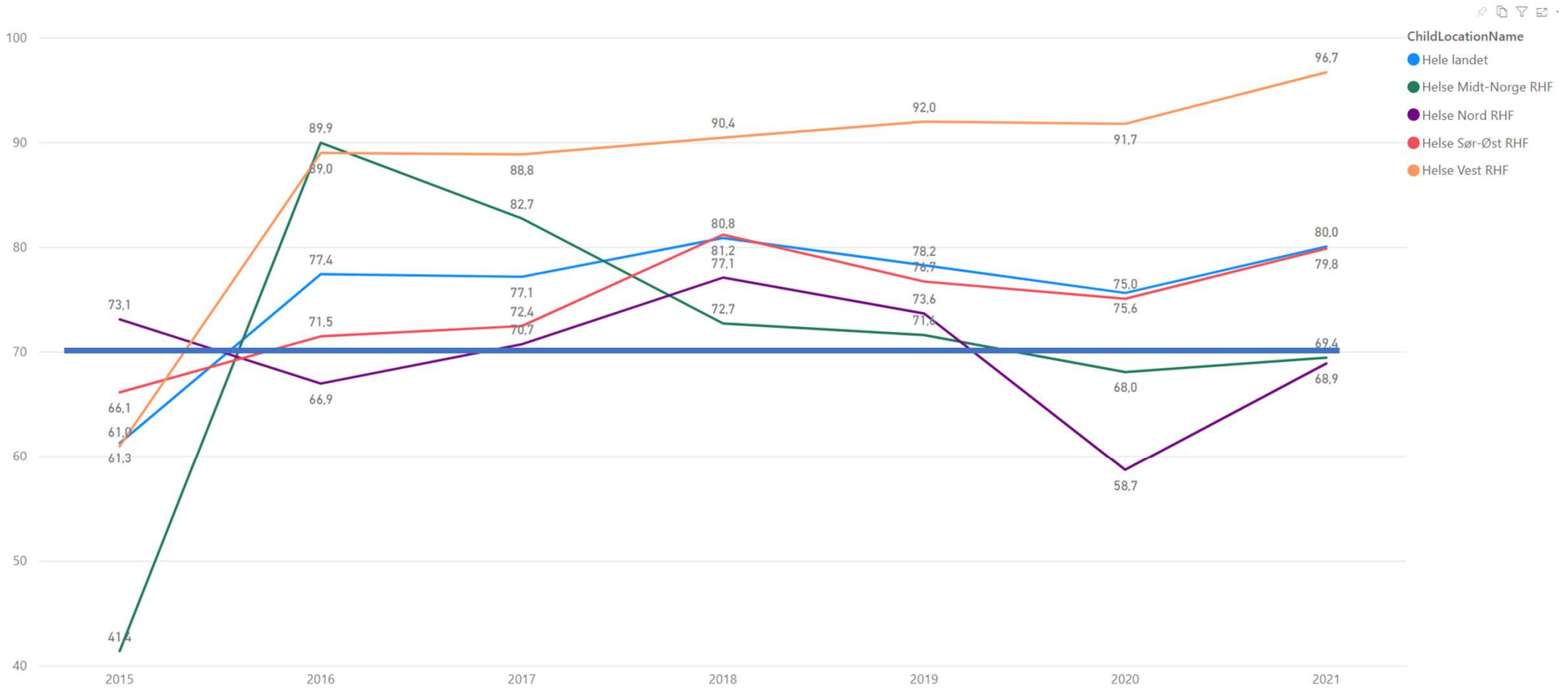


Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
Årsdata 2021

# Pakkeforløp for nyrekreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for nyrekreft.

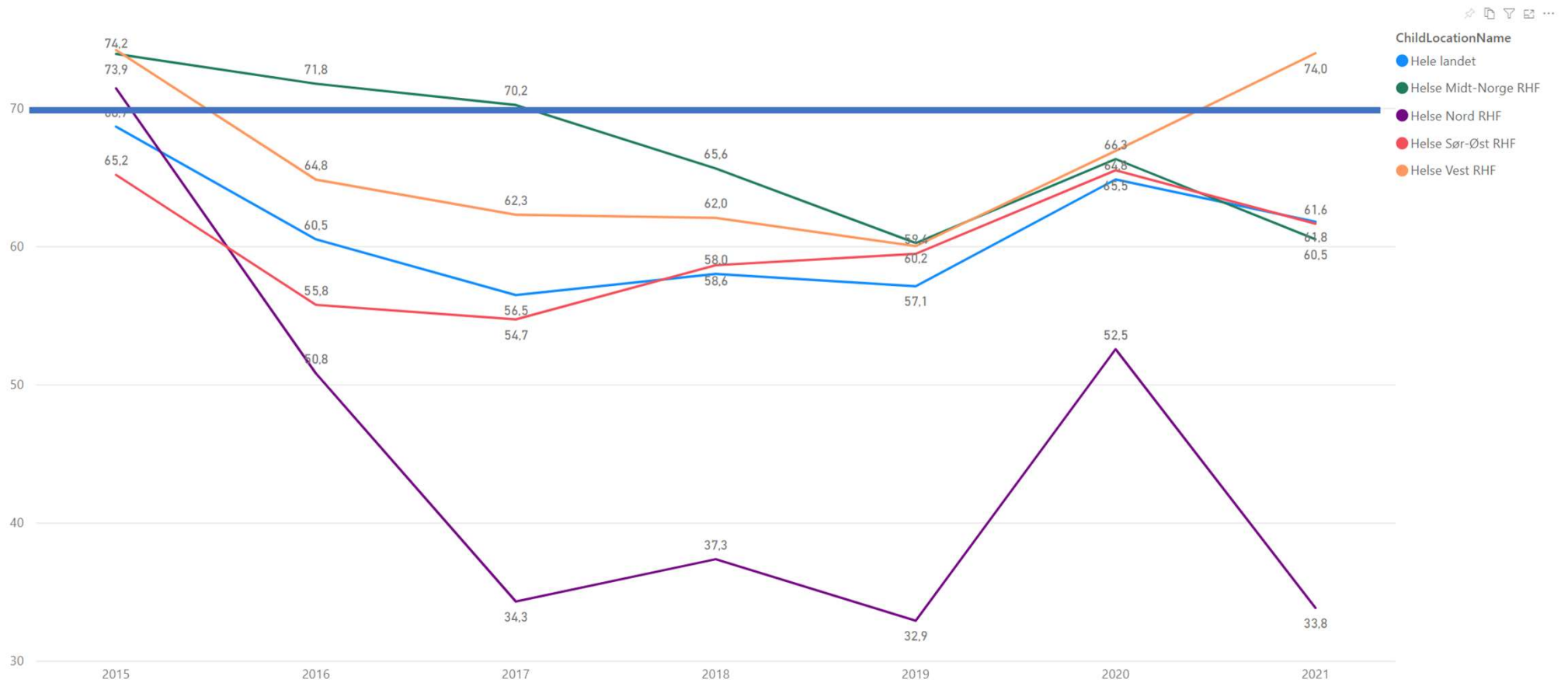


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for nyrekreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimalt anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.

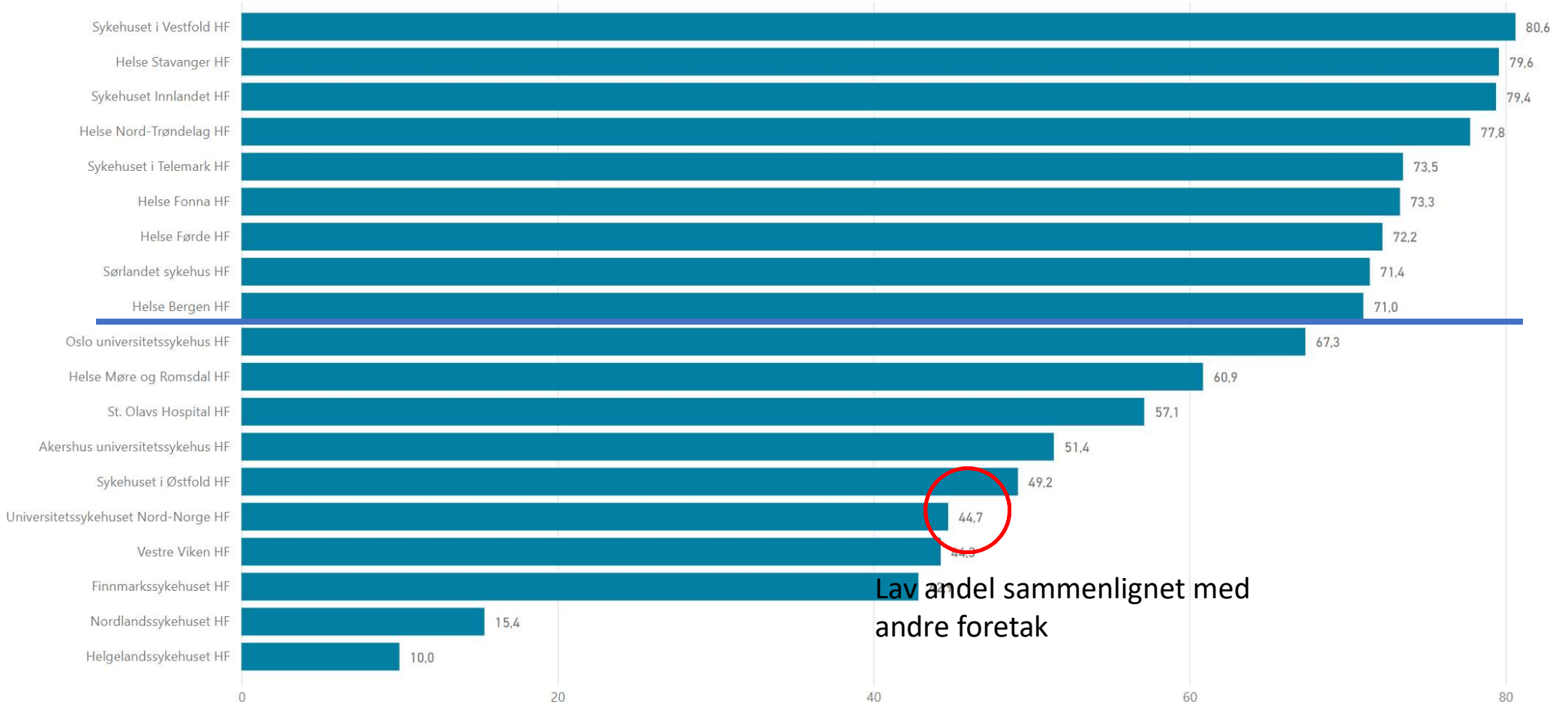


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for nyrekreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimalt anbefalt forløpstid fra start av forløpet til oppstart av behandling.



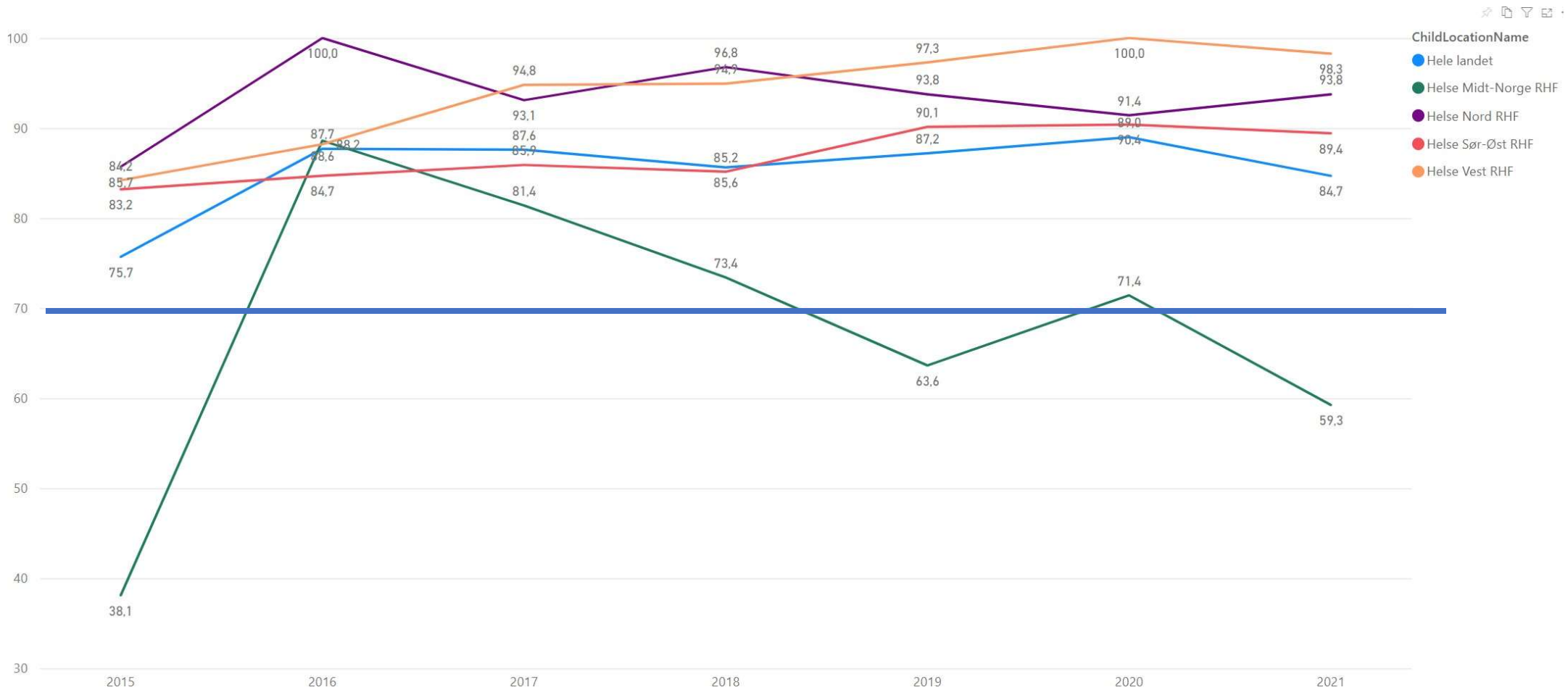
Lav andel sammenlignet med andre foretak

Kilde:

Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for testikkelkreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for testikkelkreft.

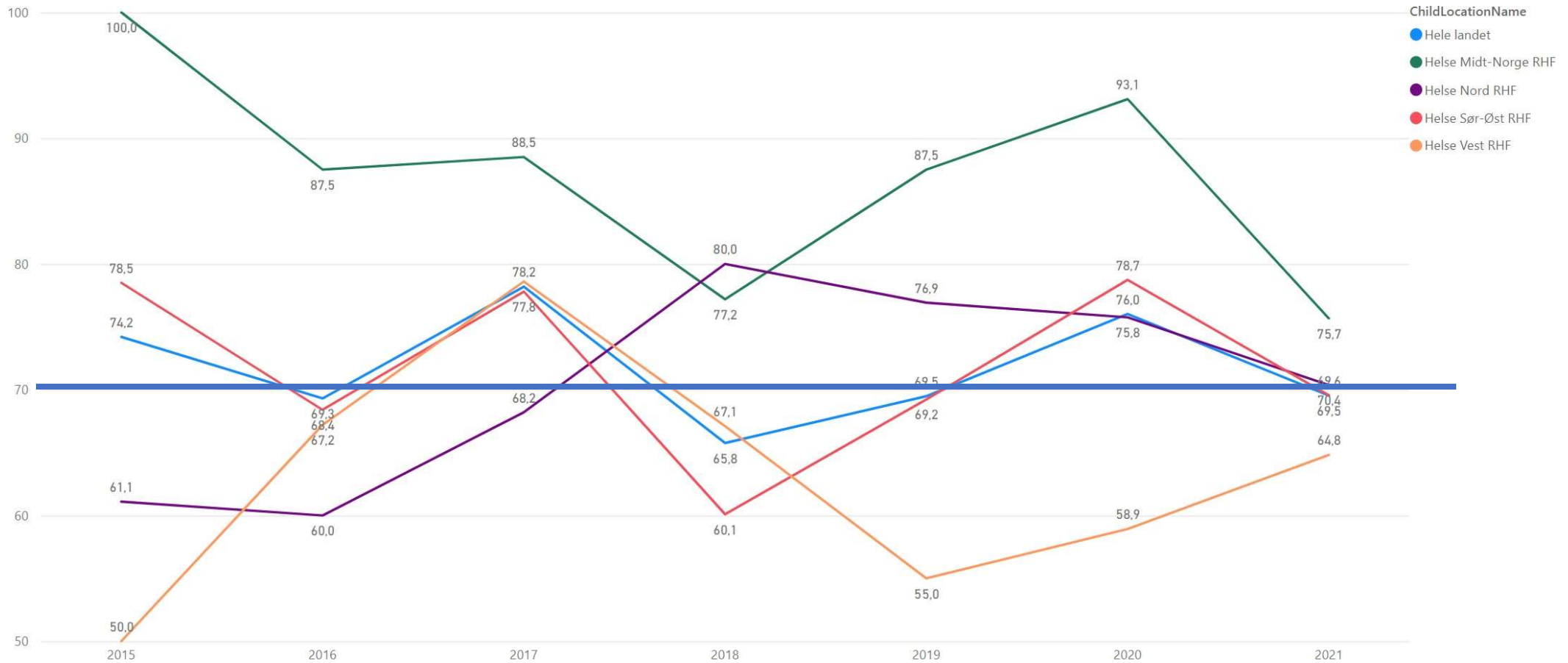


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for testikkelkreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

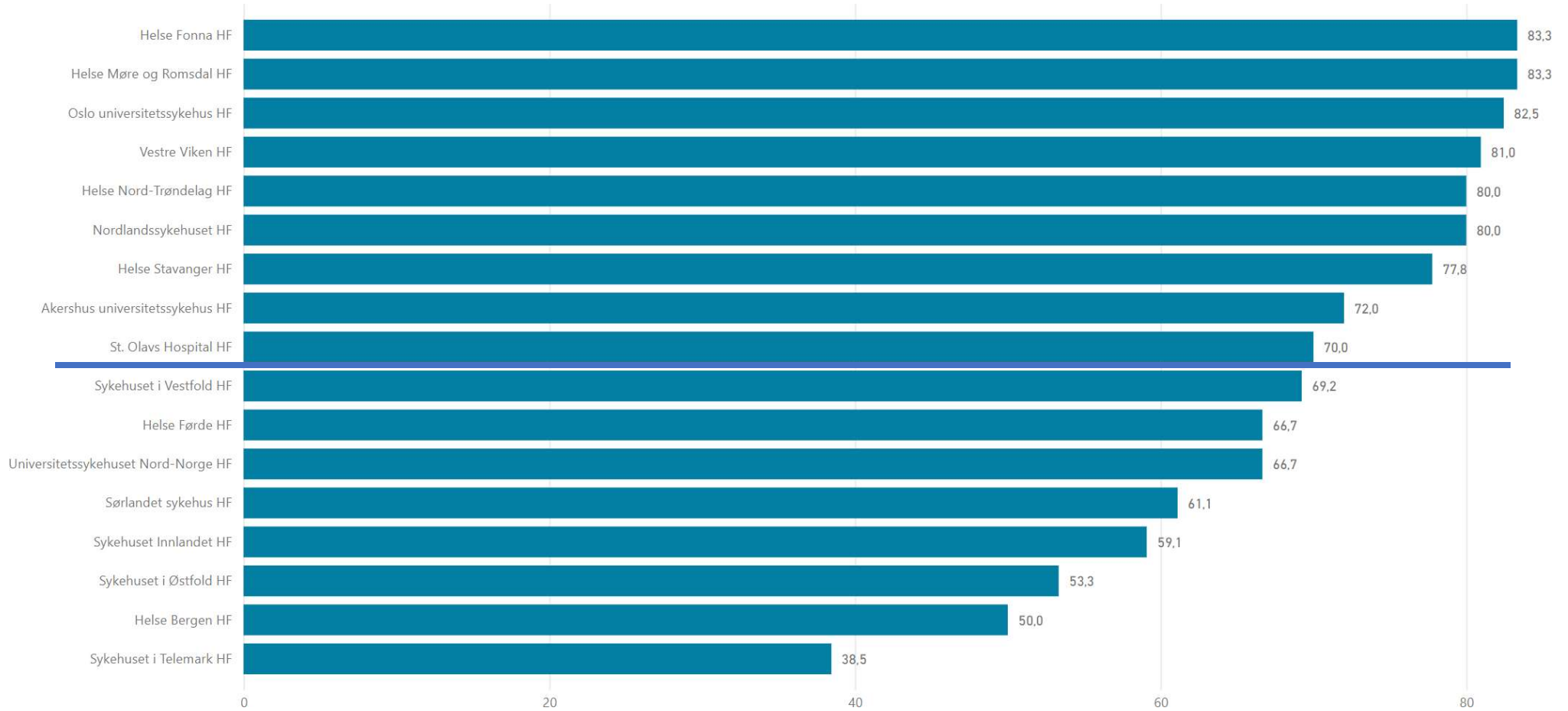


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for testikkelkreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

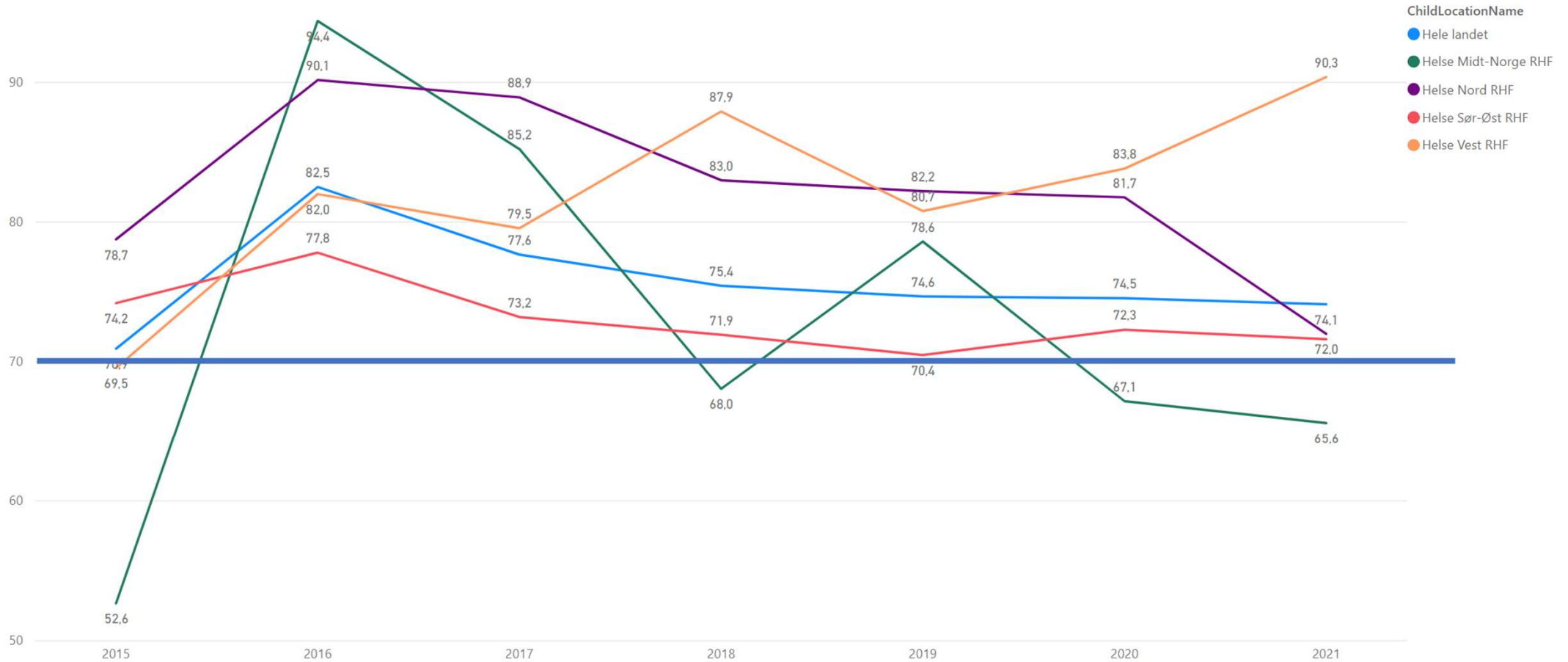


Kilde:

Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk.



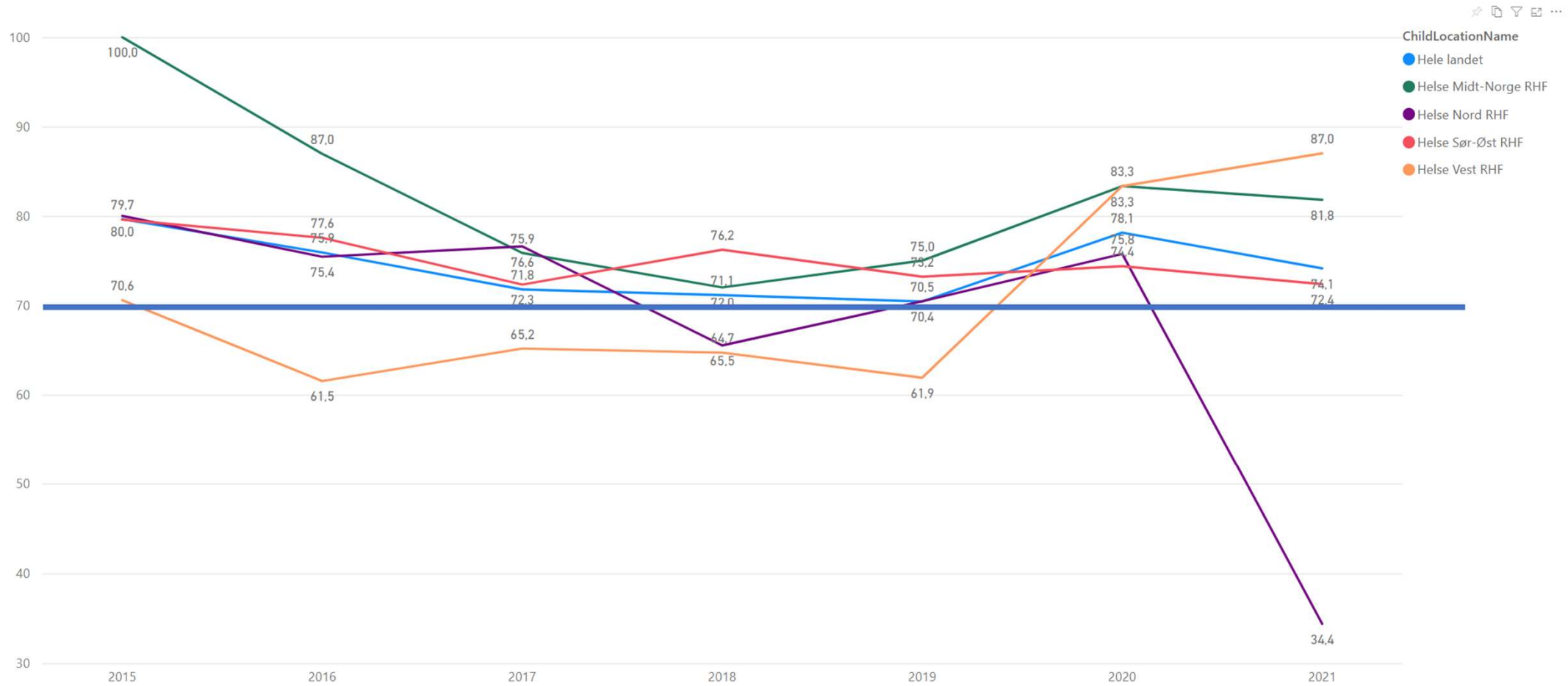
Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



# Pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

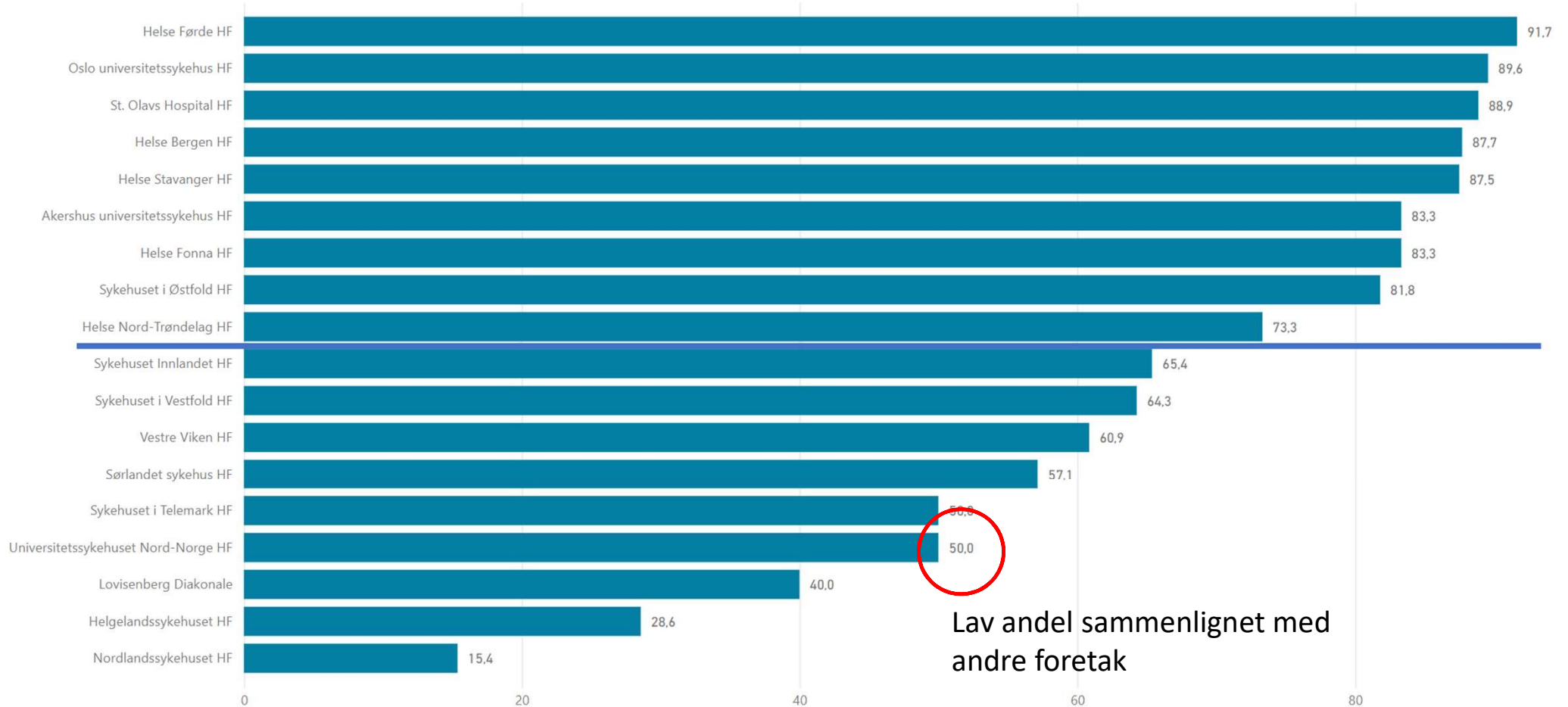


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



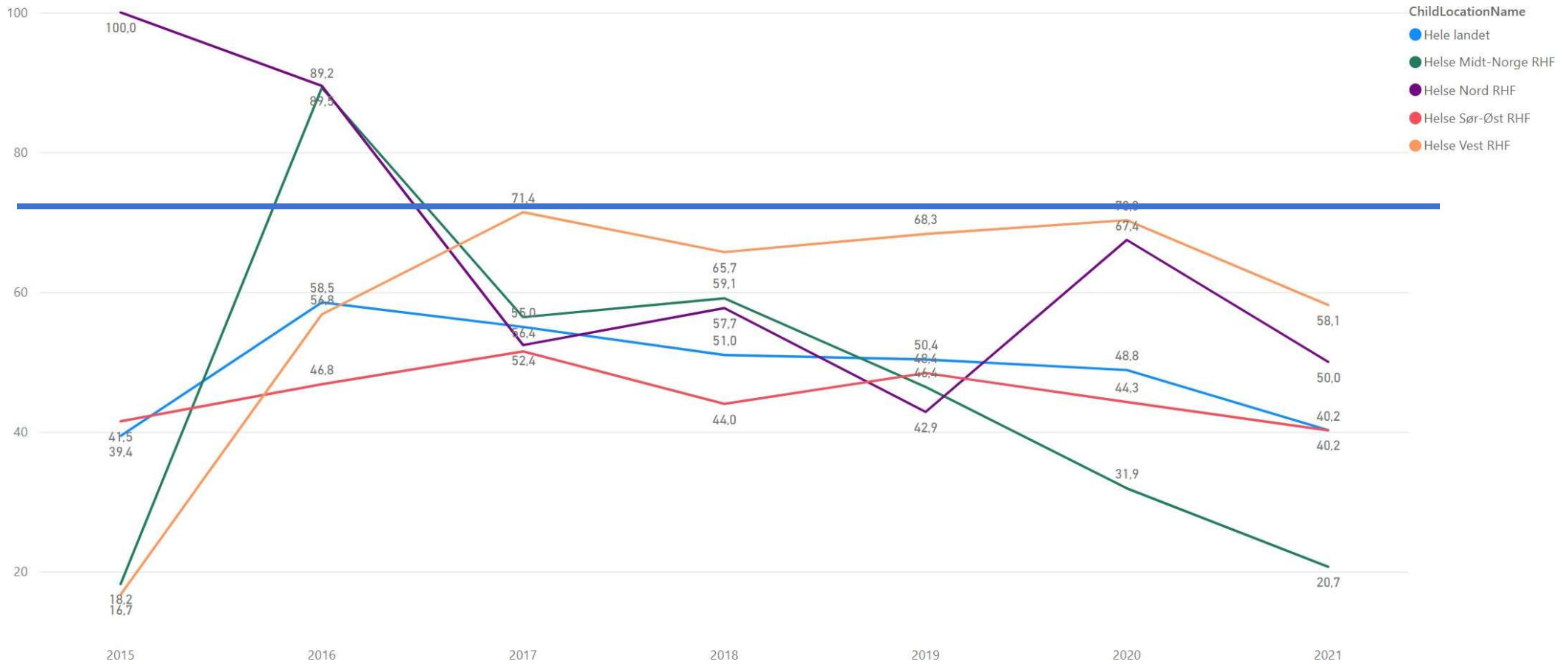
Lav andel sammenlignet med andre foretak

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
Årsdata 2021

# Pakkeforløp for primær leverkreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for primær leverkreft.

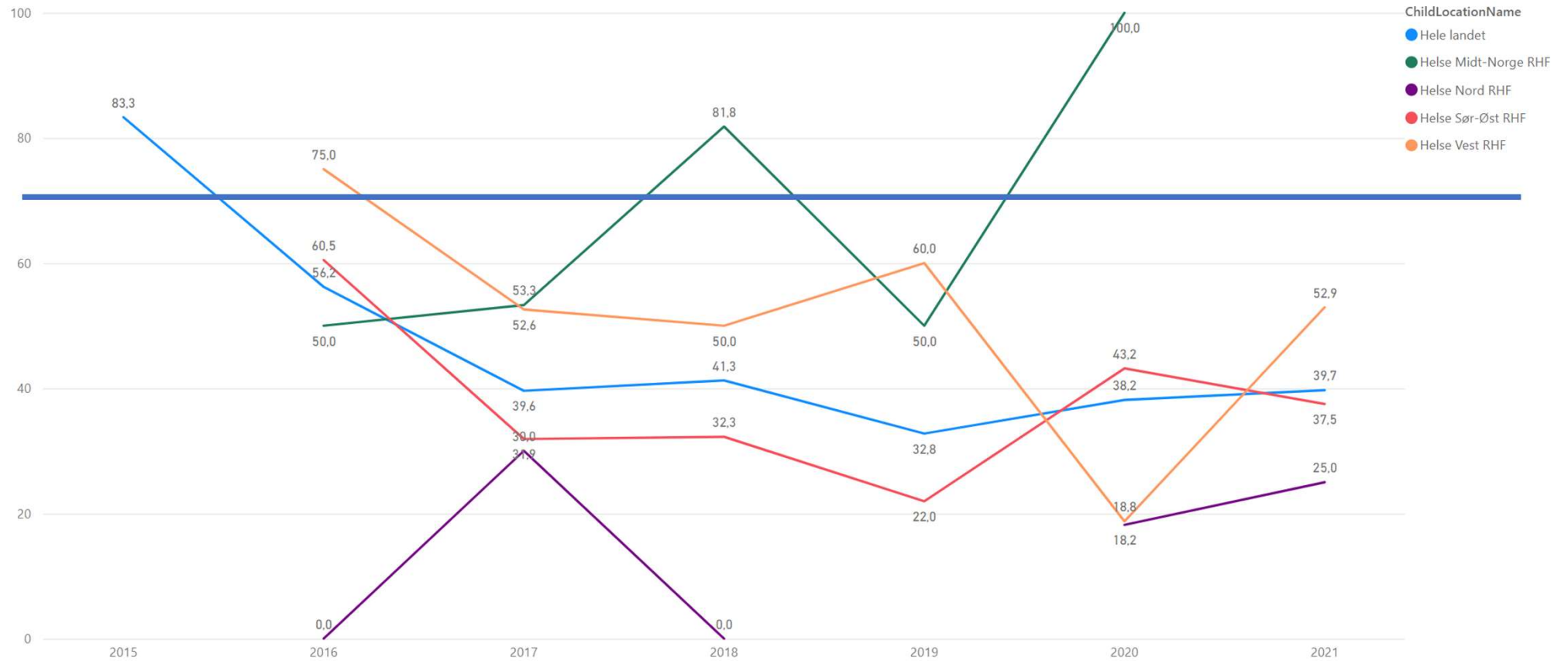


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for primær leverkreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

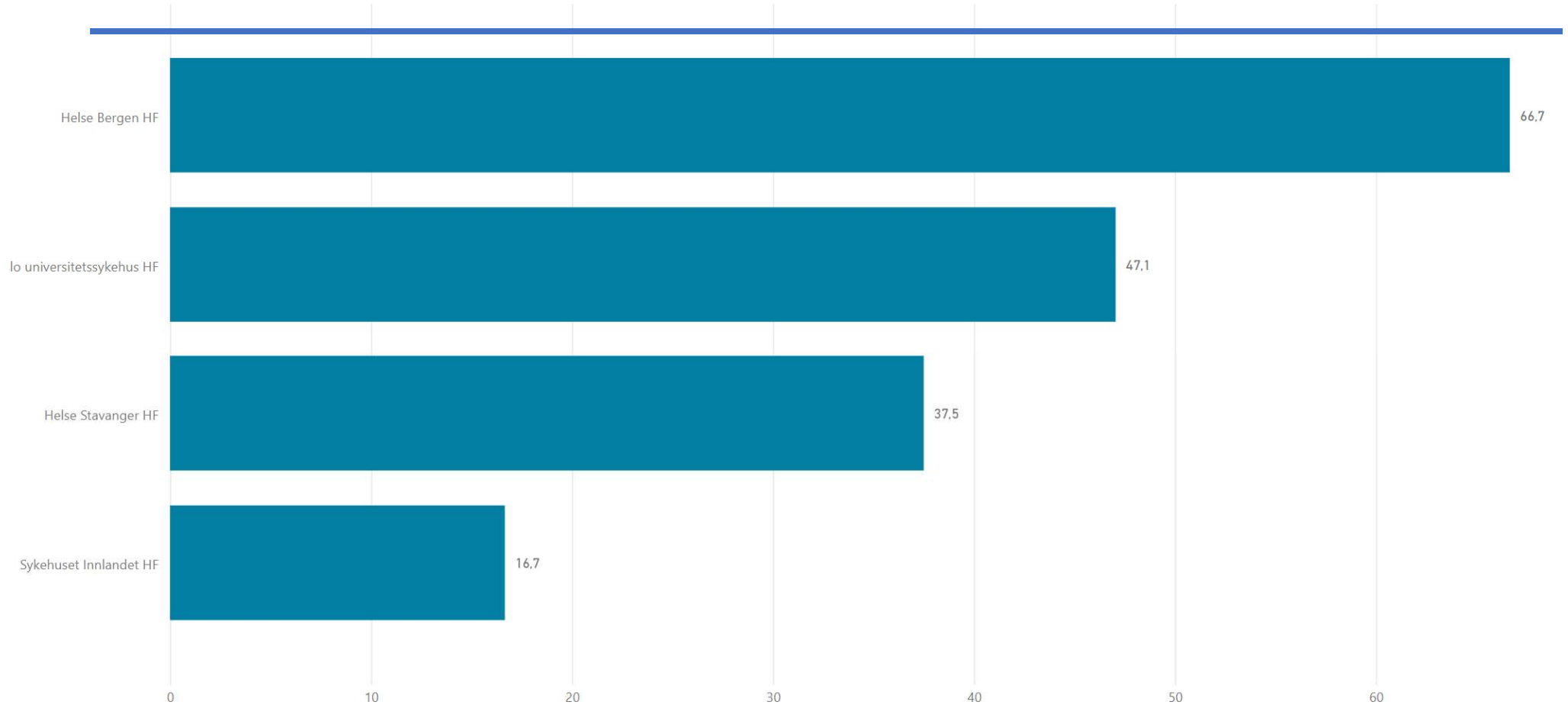


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for primær leverkreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



Kilde:

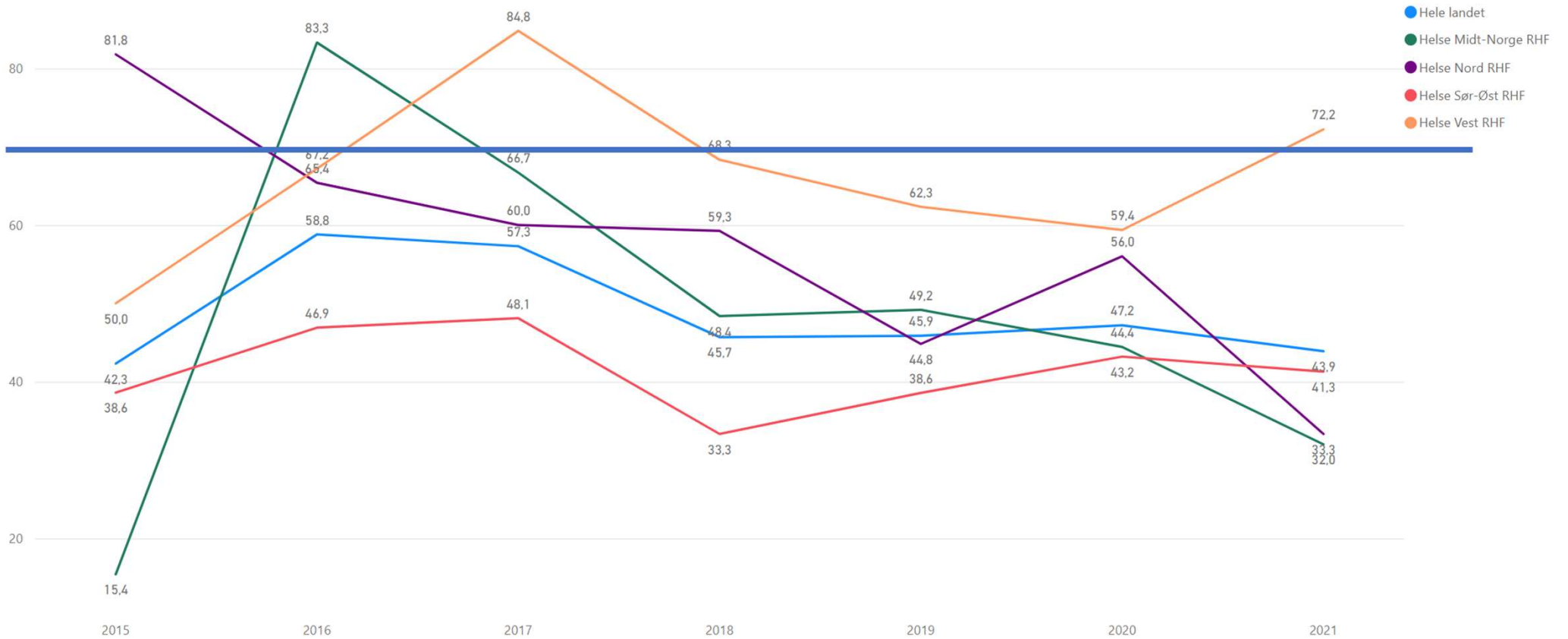
Norsk Pasientregister (NPR)

Periode:  
Årsdata 2021

142

# Pakkeforløp for galleveiskreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for galleveiskreft.

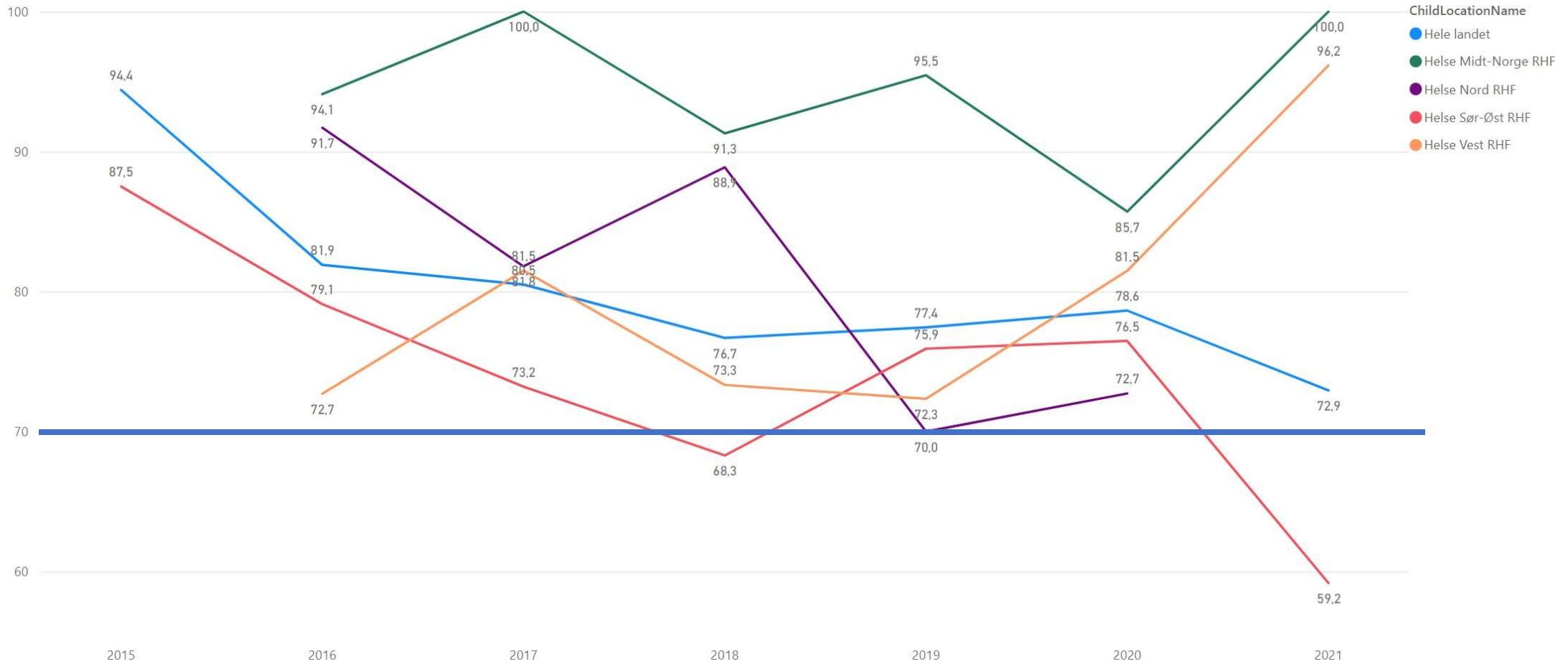


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for galleveiskreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

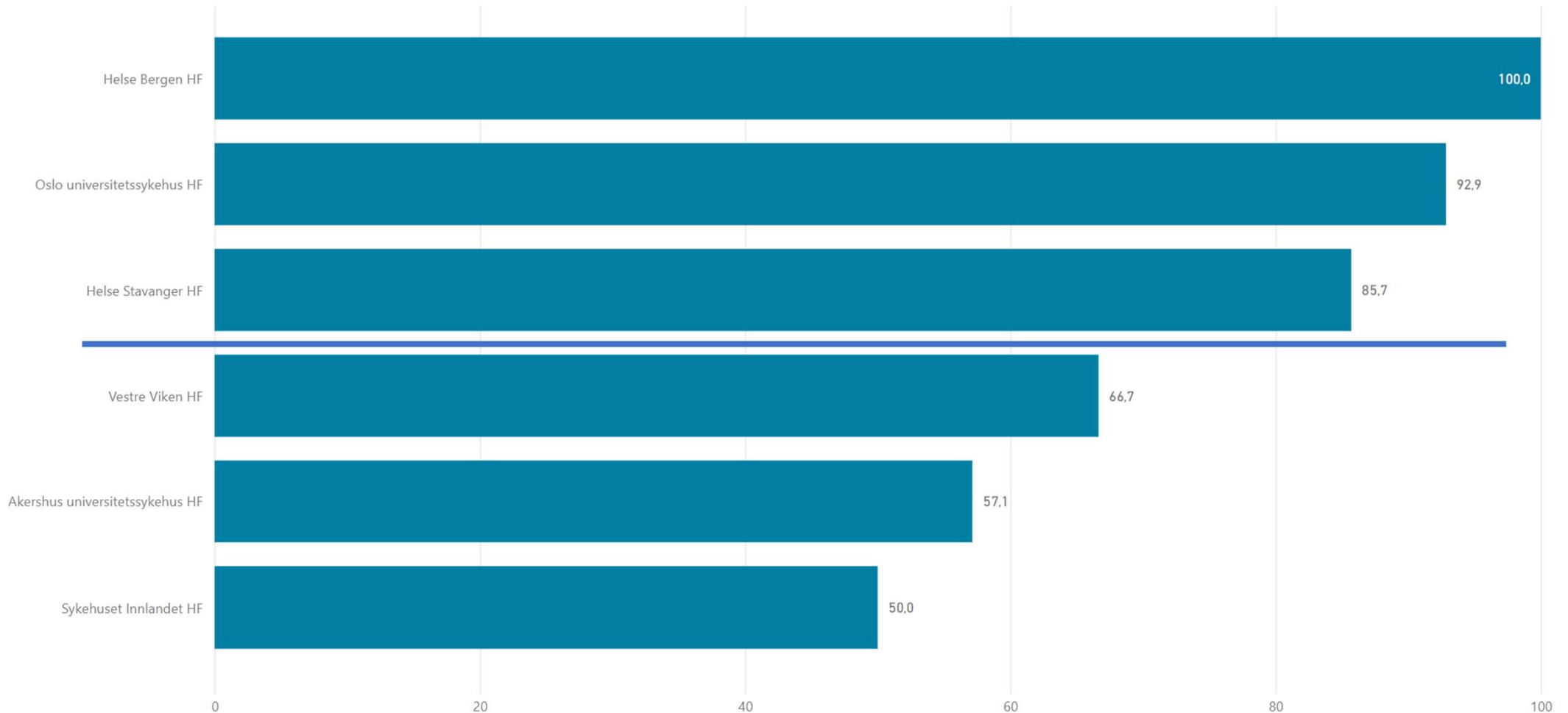


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for galleveiskreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

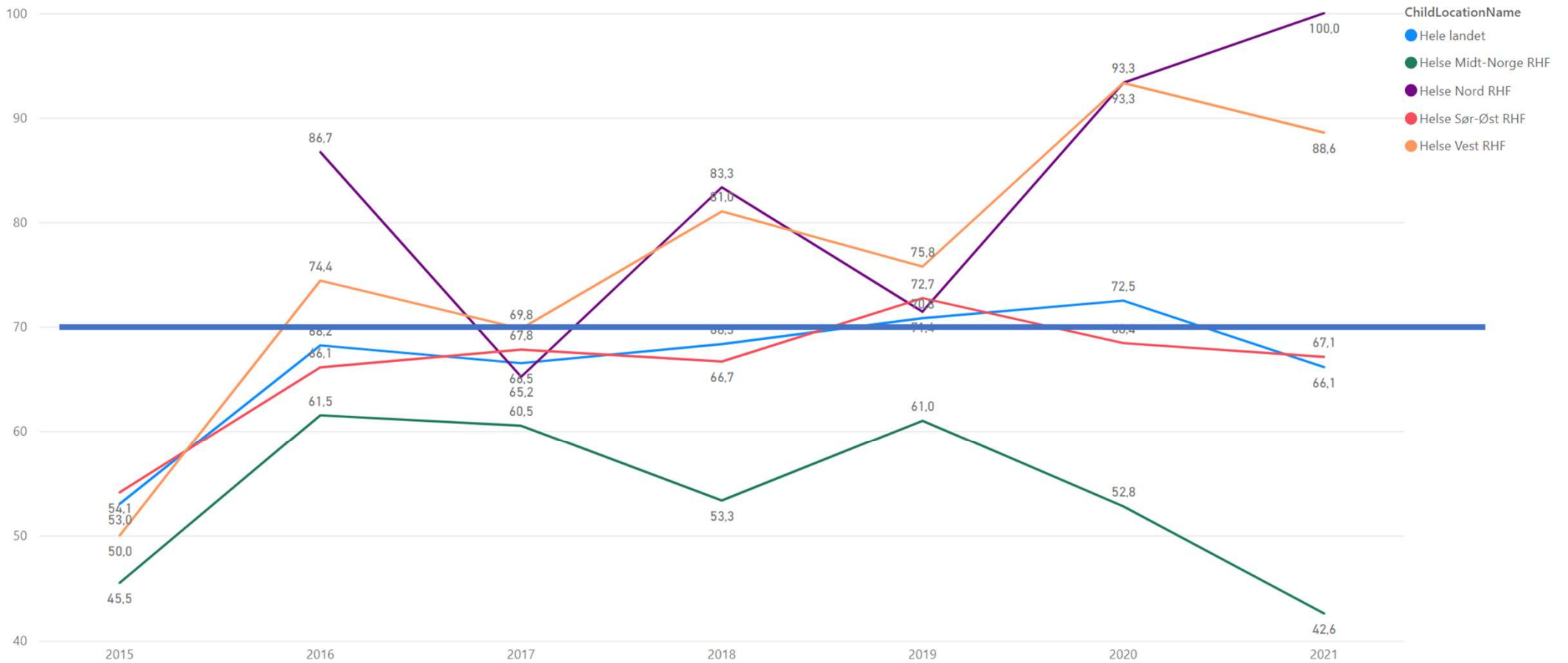
145

Periode:  
Årsdata 2021



# Pakkeforløp for kreft hos barn

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for kreft hos barn.

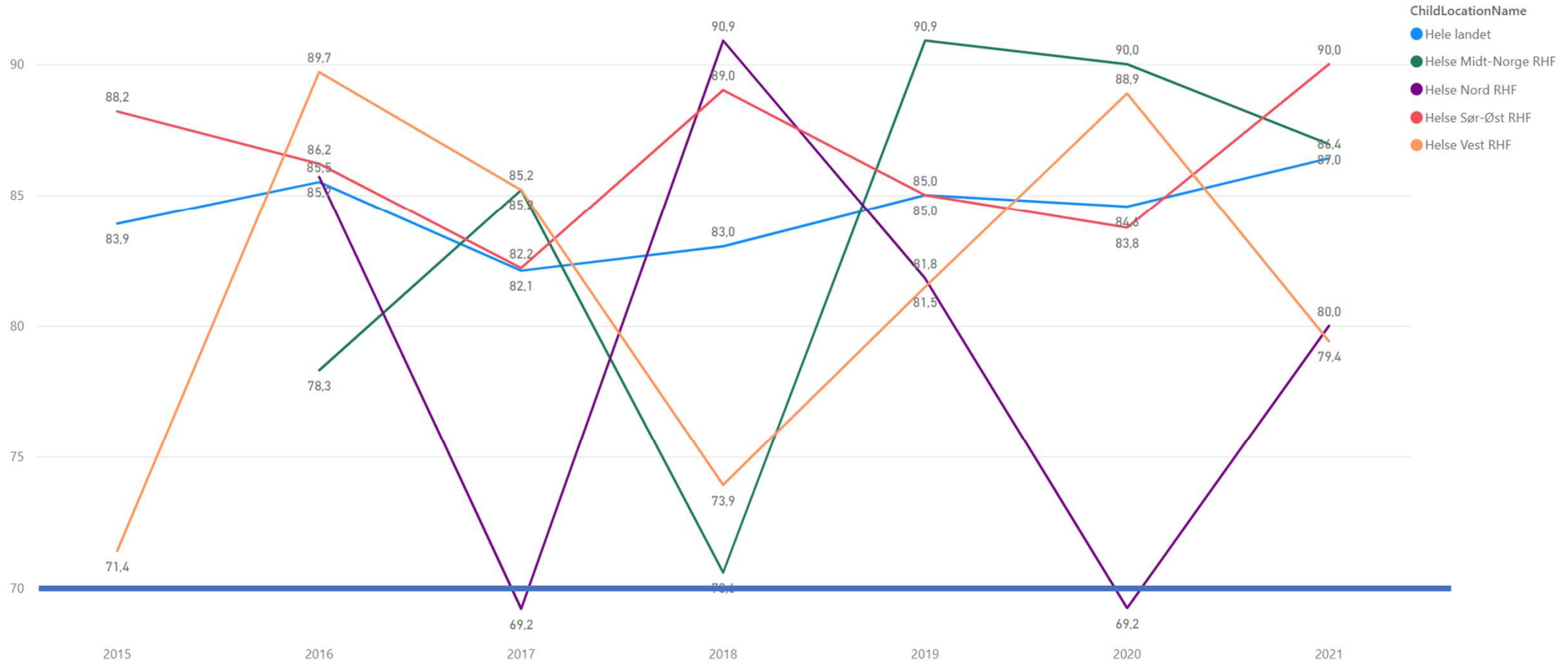


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for kreft hos barn

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Pakkeforløp for kreft hos barn

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

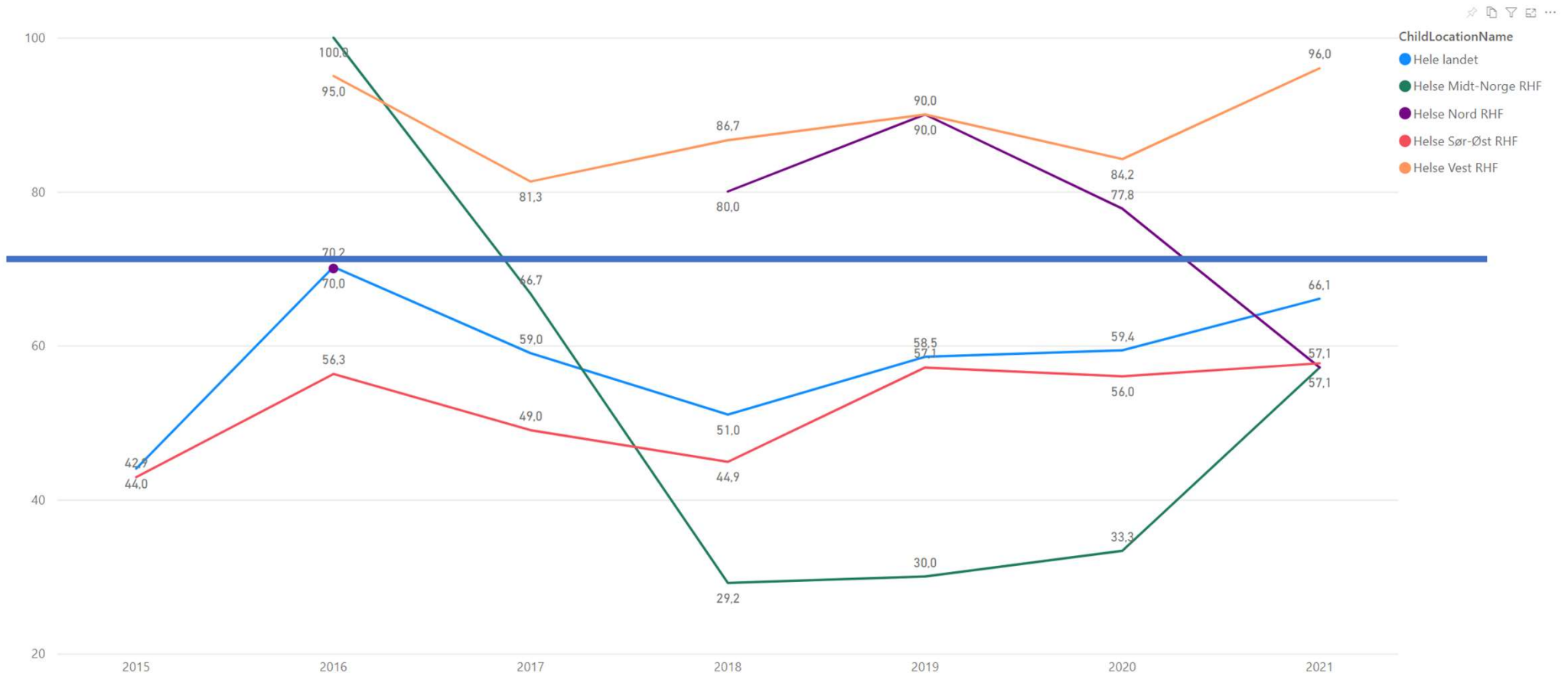


**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

**Periode:**  
Årsdata 2021

# Pakkeforløp for peniskreft

Definisjon: Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for peniskreft.

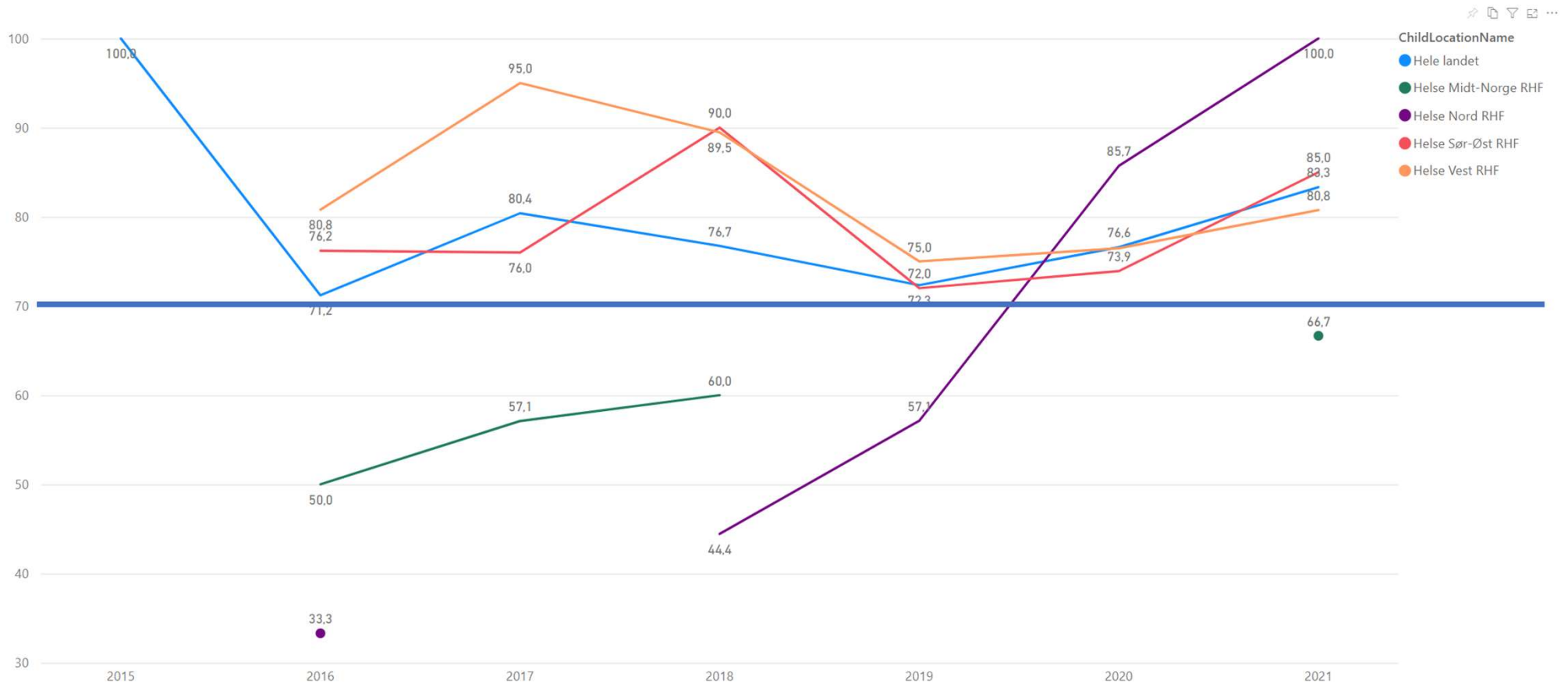


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for peniskreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.

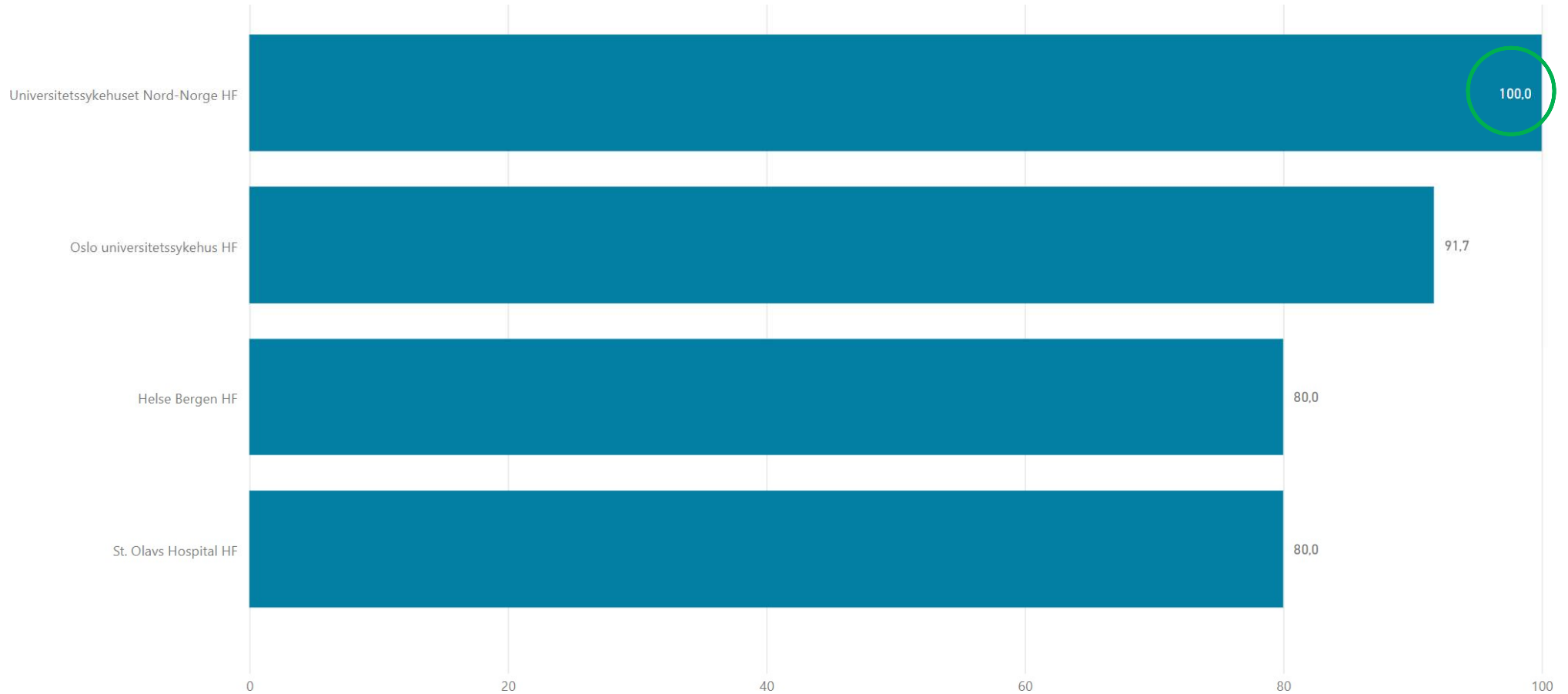


Periode:  
2015-2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

# Pakkeforløp for peniskreft

Definisjon: Andel som har en forløpstid innenfor maksimal forløpstid fra start av forløpet til start av behandling.



**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

**Periode:**  
Årsdata 2021

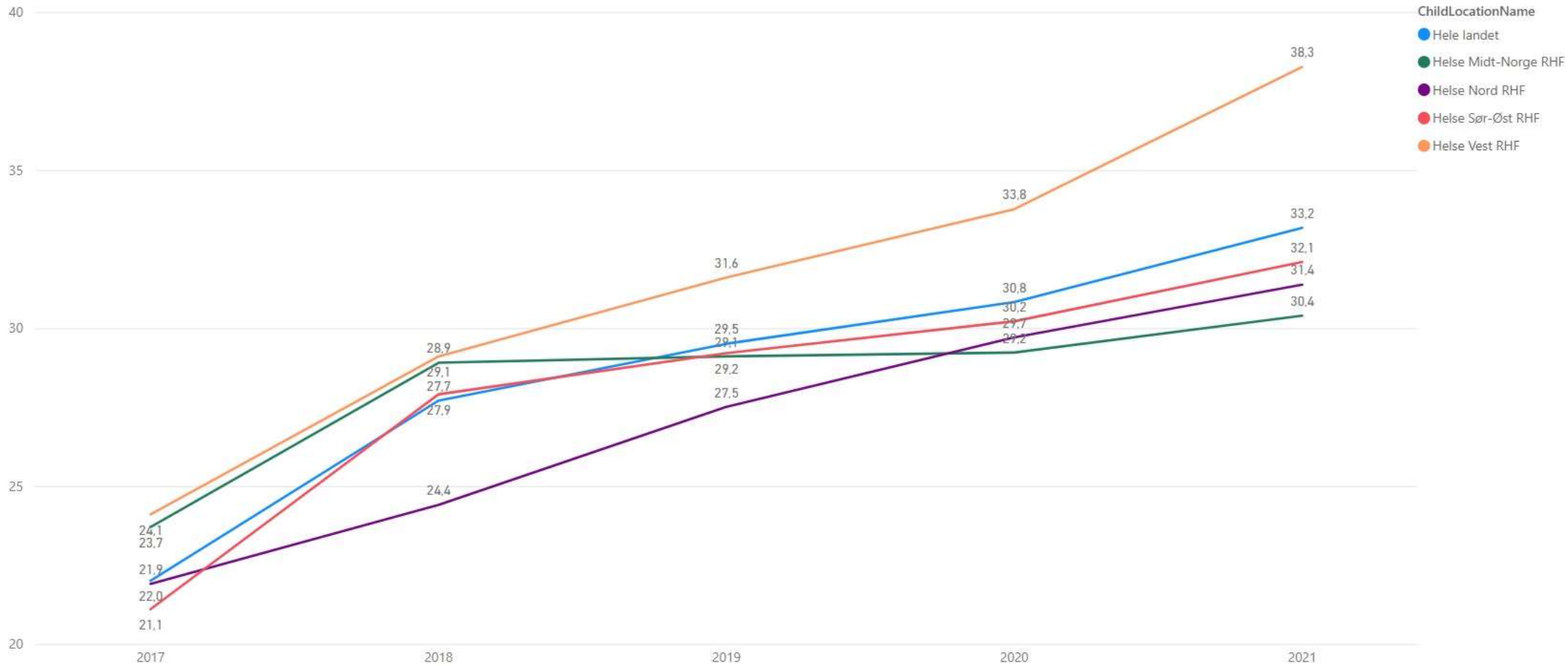
# Diabetes

---



## Blodsukkerregulering ved type 1 diabetes hos voksne

Definisjon: Andelen av pasienter med type 1 diabetes som ved årskontroll har HbA1c under eller lik 53 mmol/mol

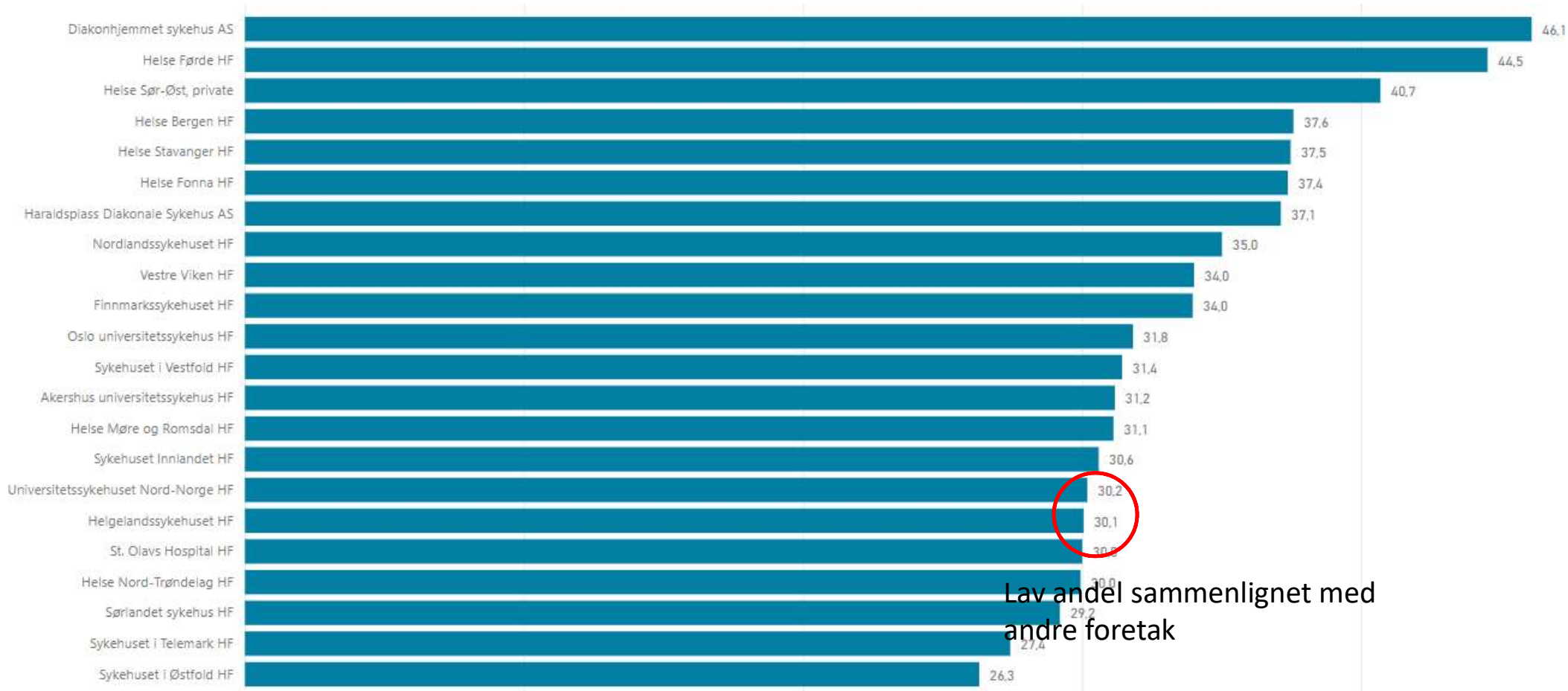


Kilde:  
Norsk diabetesregister for voksne



## Blodsukkerregulering ved type 1 diabetes hos voksne

Definisjon: Andelen av pasienter med type 1 diabetes som ved årskontroll har HbA1c under eller lik 53 mmol/mol



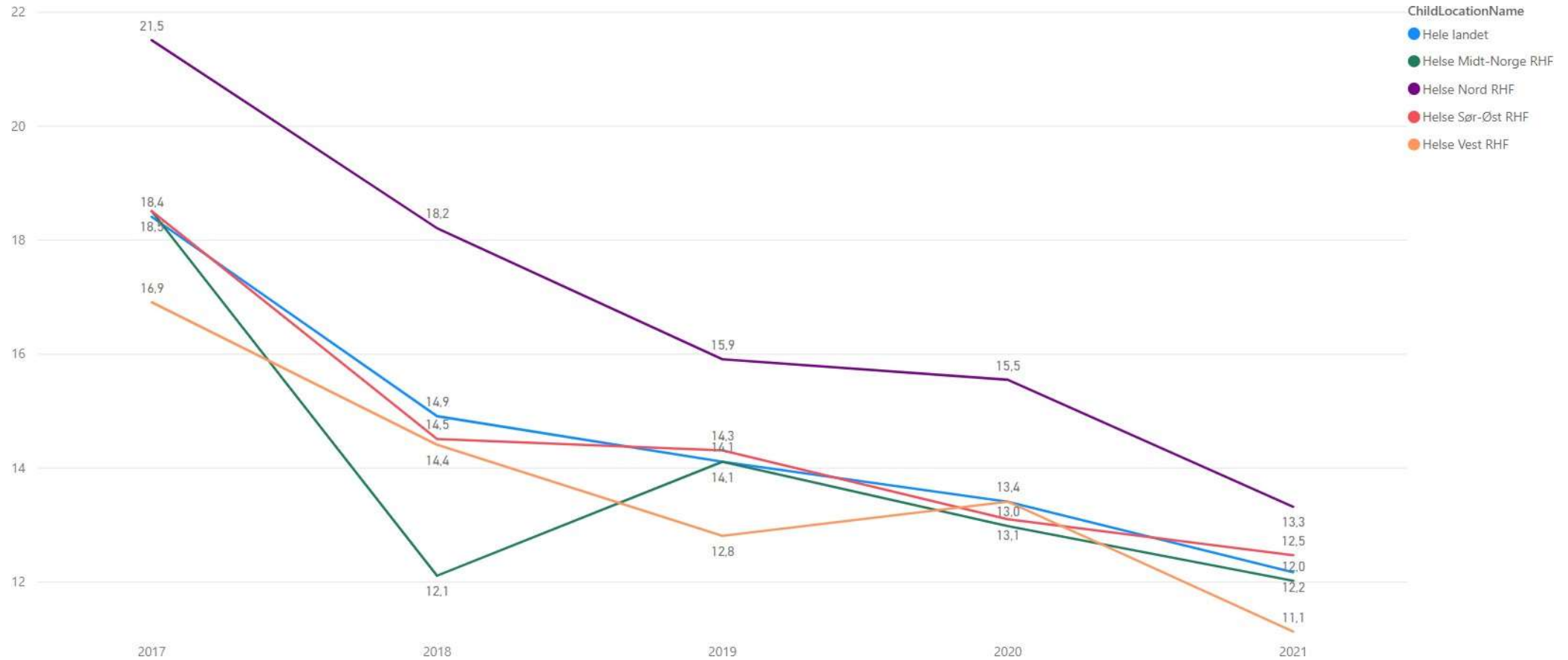
Lav andel sammenlignet med andre foretak

Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk diabetesregister for voksne

## Blodsukkerregulering ved type 1 diabetes hos voksne

Definisjon: Andelen av pasienter med type 1 diabetes som ved årskontroll har HbA1c over eller lik 75 mmol/mol



**Kilde:**  
Norsk diabetesregister for voksne

## Blodsukkerregulering ved type 1 diabetes hos voksne

Definisjon: Andelen av pasienter med type 1 diabetes som ved årskontroll har HbA1c over eller lik 75 mmol/mol

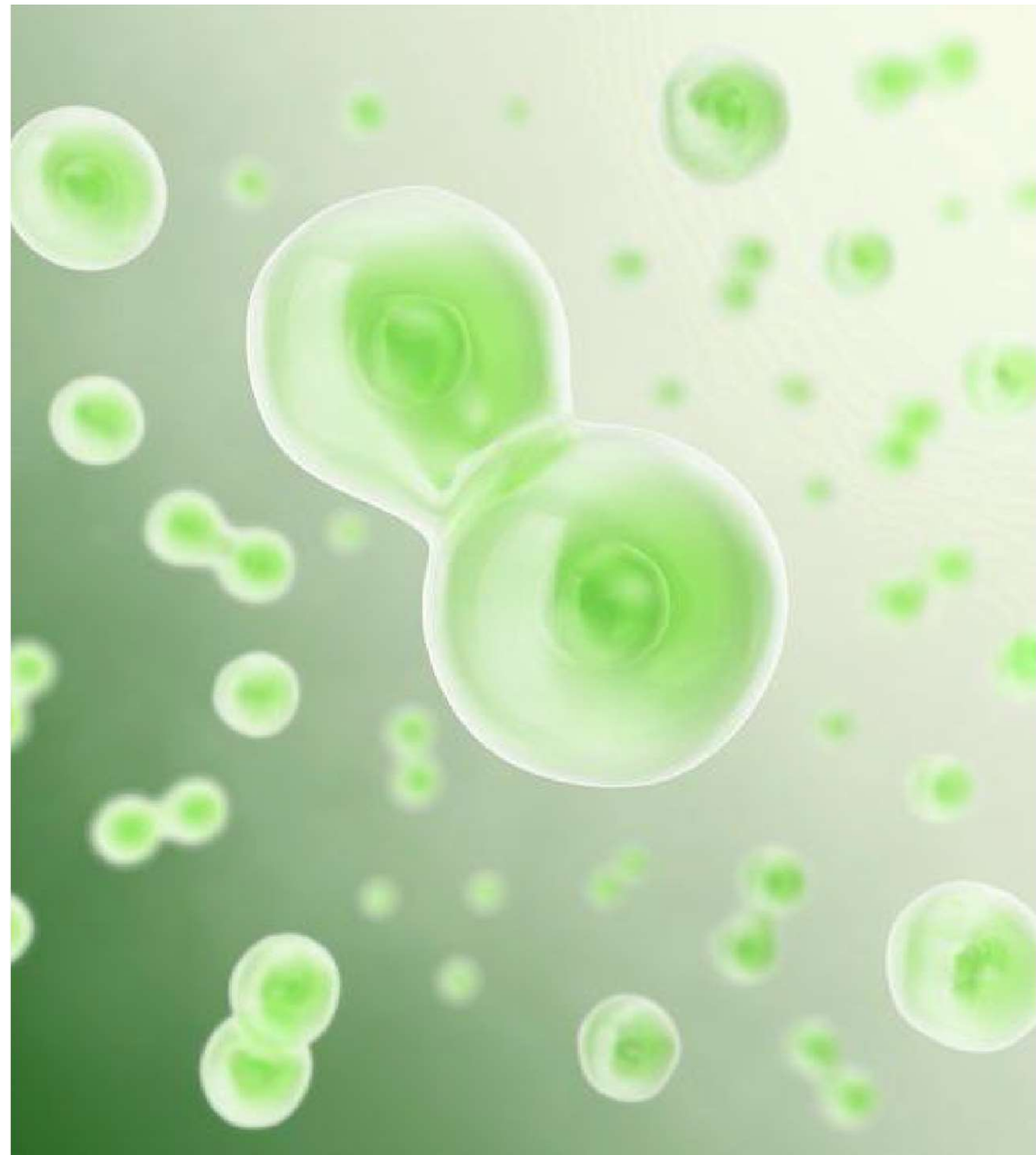


Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk diabetesregister for voksne

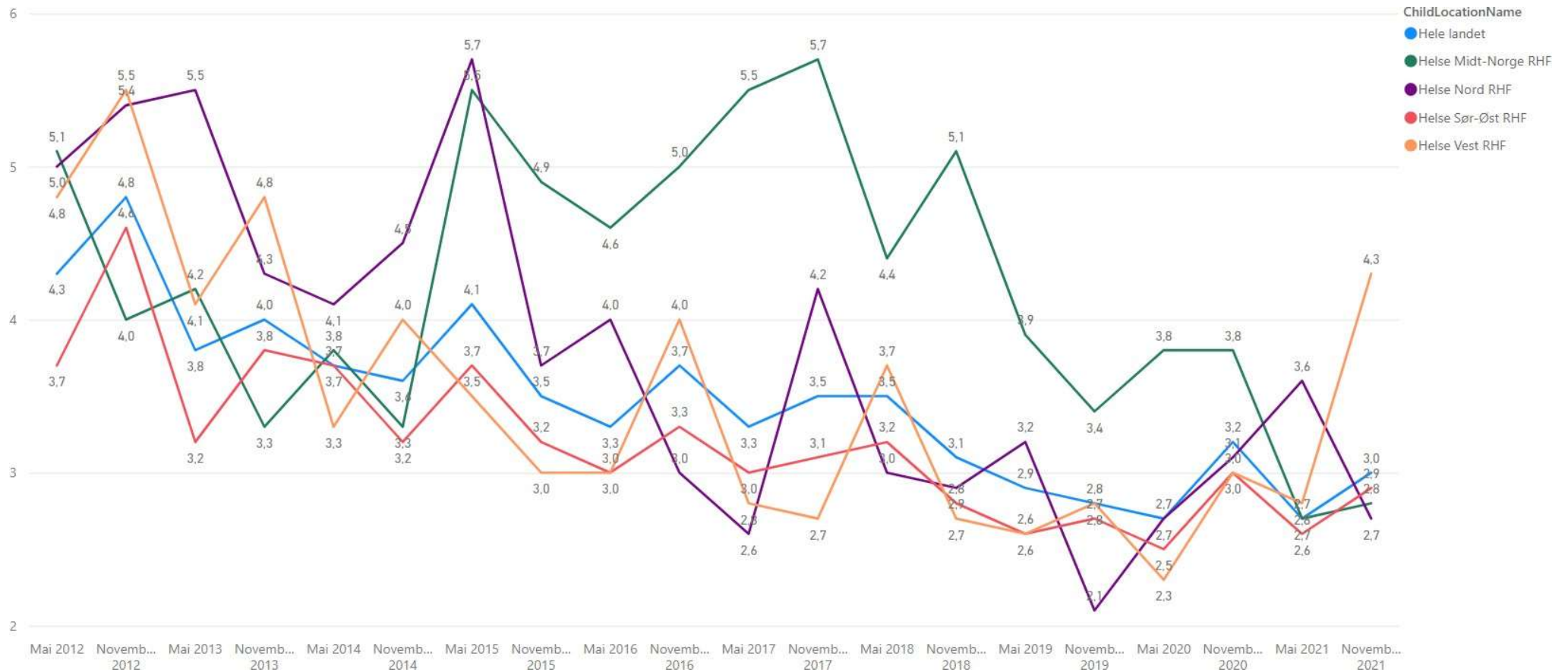
# Infeksjon

---



## Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus

Definisjon: Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus på målingstidspunktet.

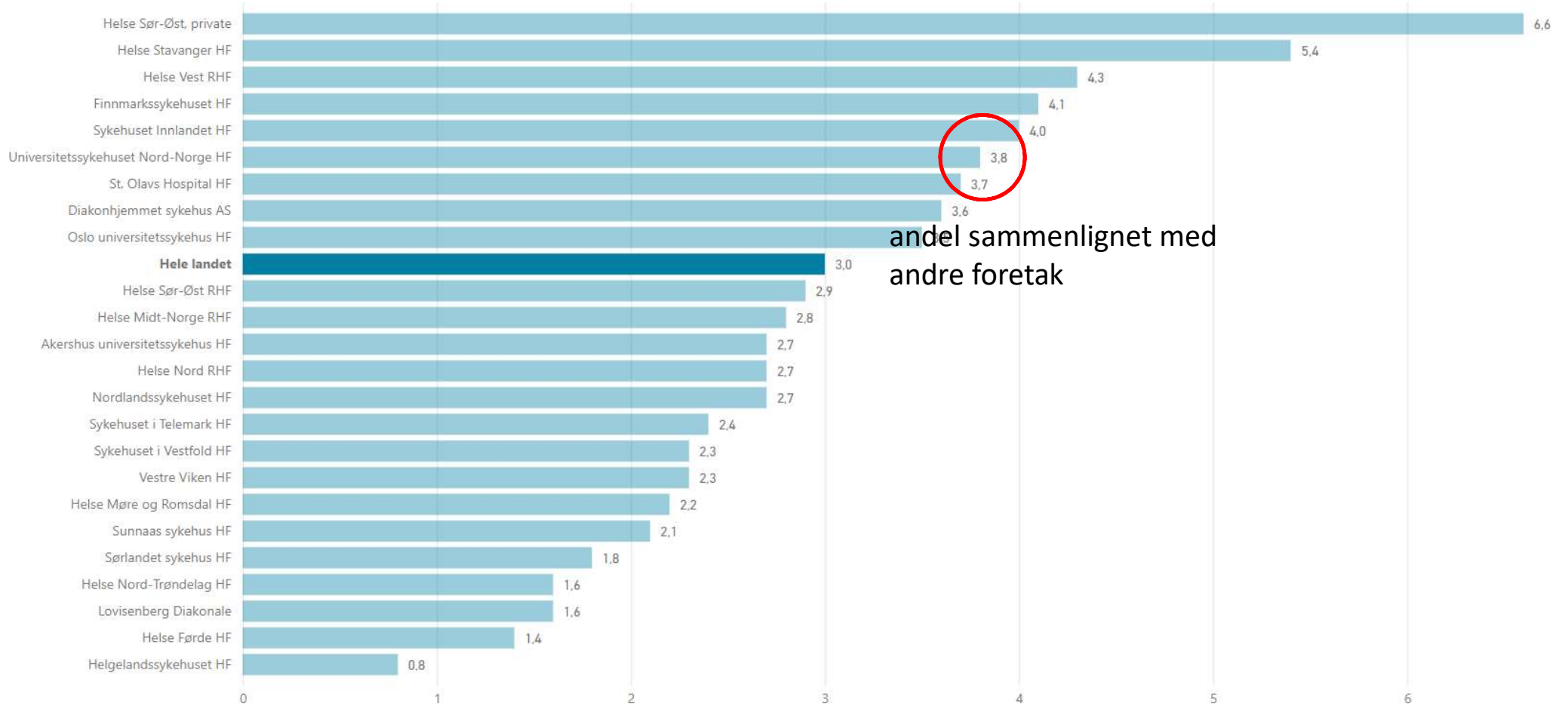


**Kilde:**

Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS),

## Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus

Definisjon: Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus på målingstidspunktet.



andel sammenlignet med andre foretak

**Periode:**  
November 2021

**Kilde:**  
Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS),



# Legemidler

---



Kilde:Mostphotos

## Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i sykehus

Definisjon: Antall definerte døgndoser (DDD) av et utvalg bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus.



2021

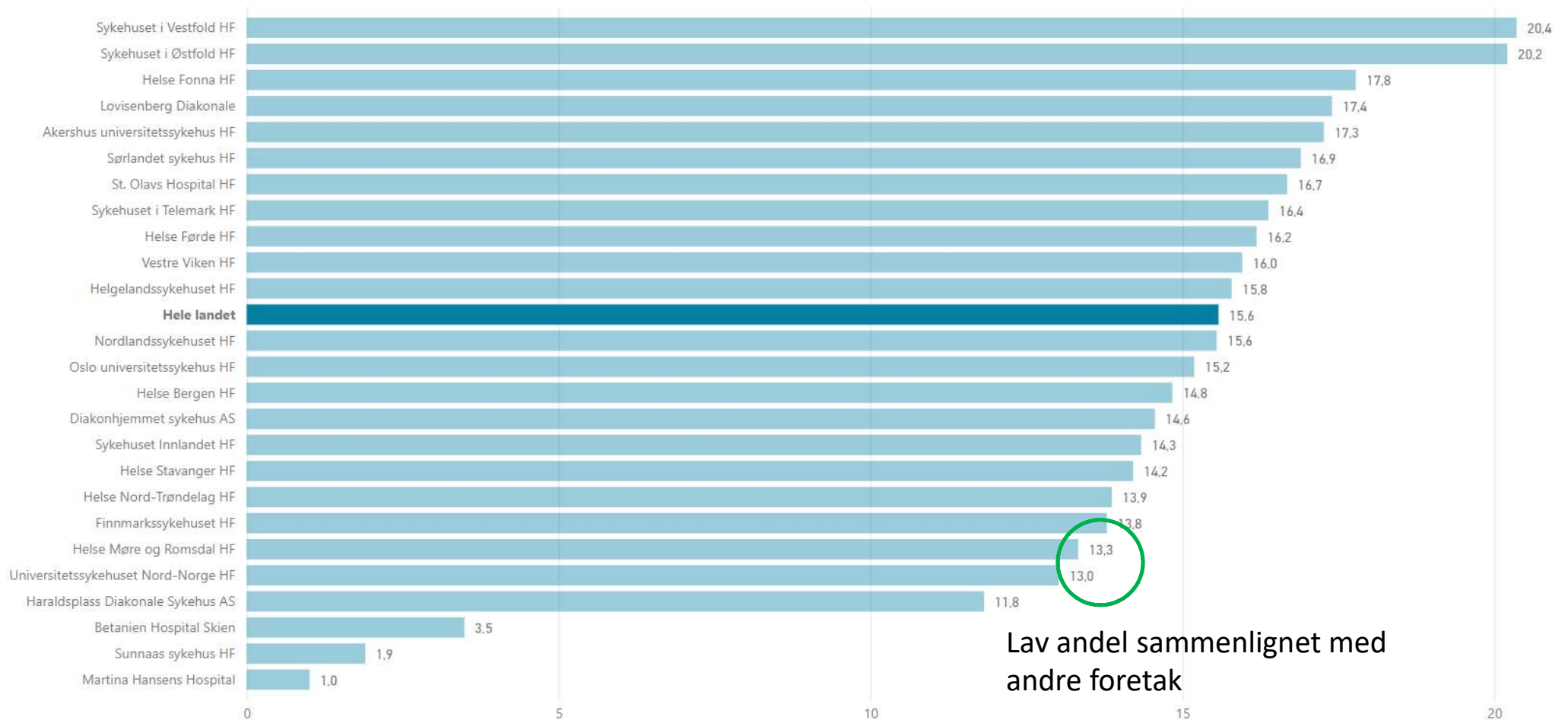
**Kilde:**  
Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk,  
Norsk pasientregister (NPR)

161



## Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i sykehus

Definisjon: Antall definerte døgndoser (DDD) av et utvalg bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus.



Lav andel sammenlignet med andre foretak

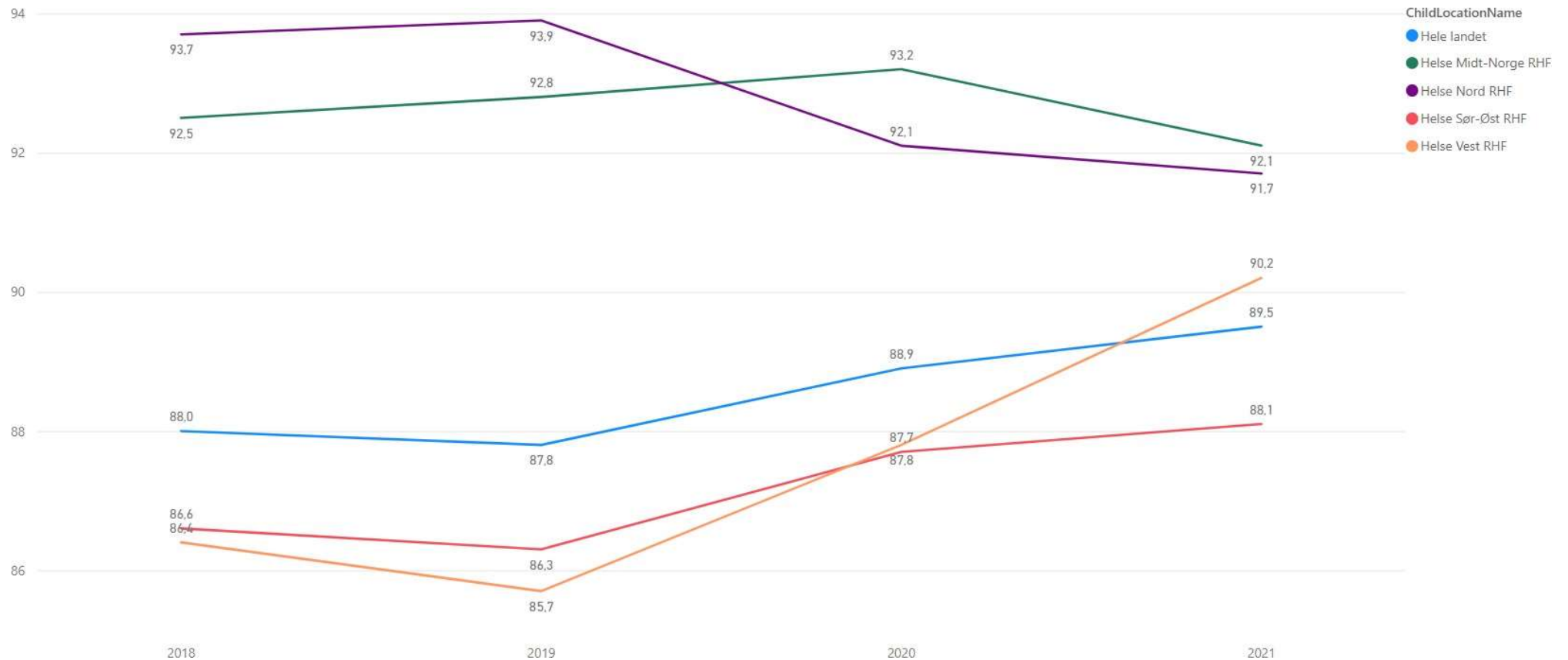
## Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

---



## Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for barn og unge – akse 1

Definisjon: Andel henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 1



2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

164

## Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for barn og unge – akse 1

Definisjon: Andel henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 1

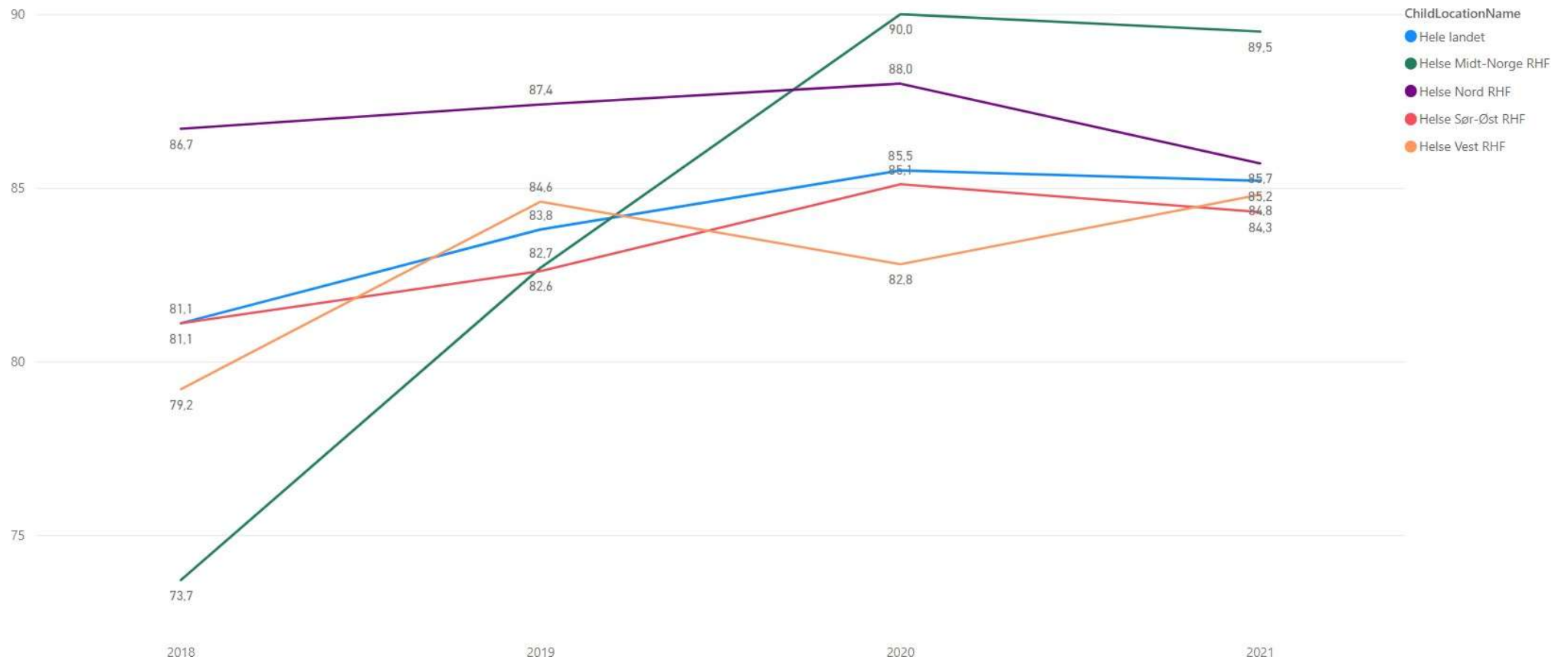


Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for barn og unge – akse 2

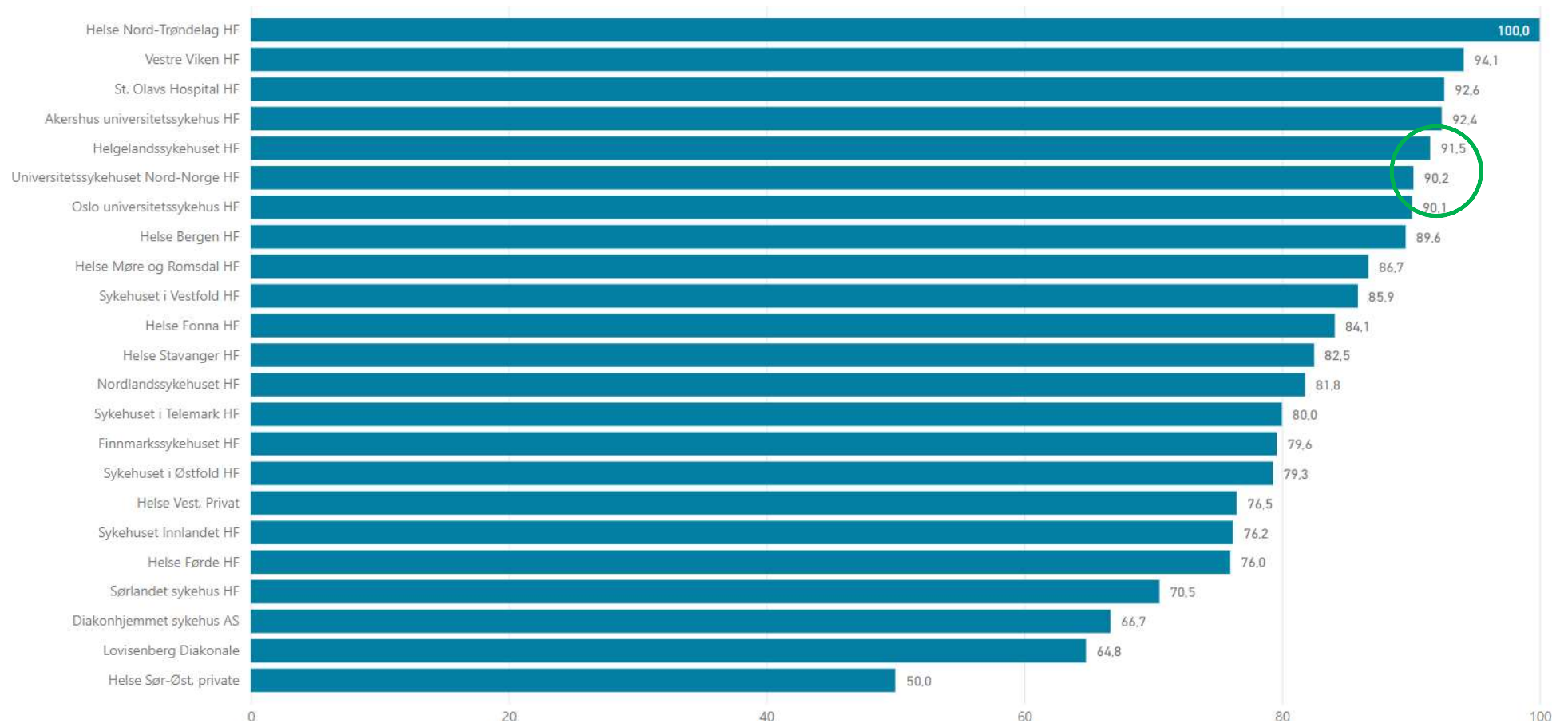
Definisjon: Andel henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 2



**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for barn og unge – akse 2

Definisjon: Andel henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 2

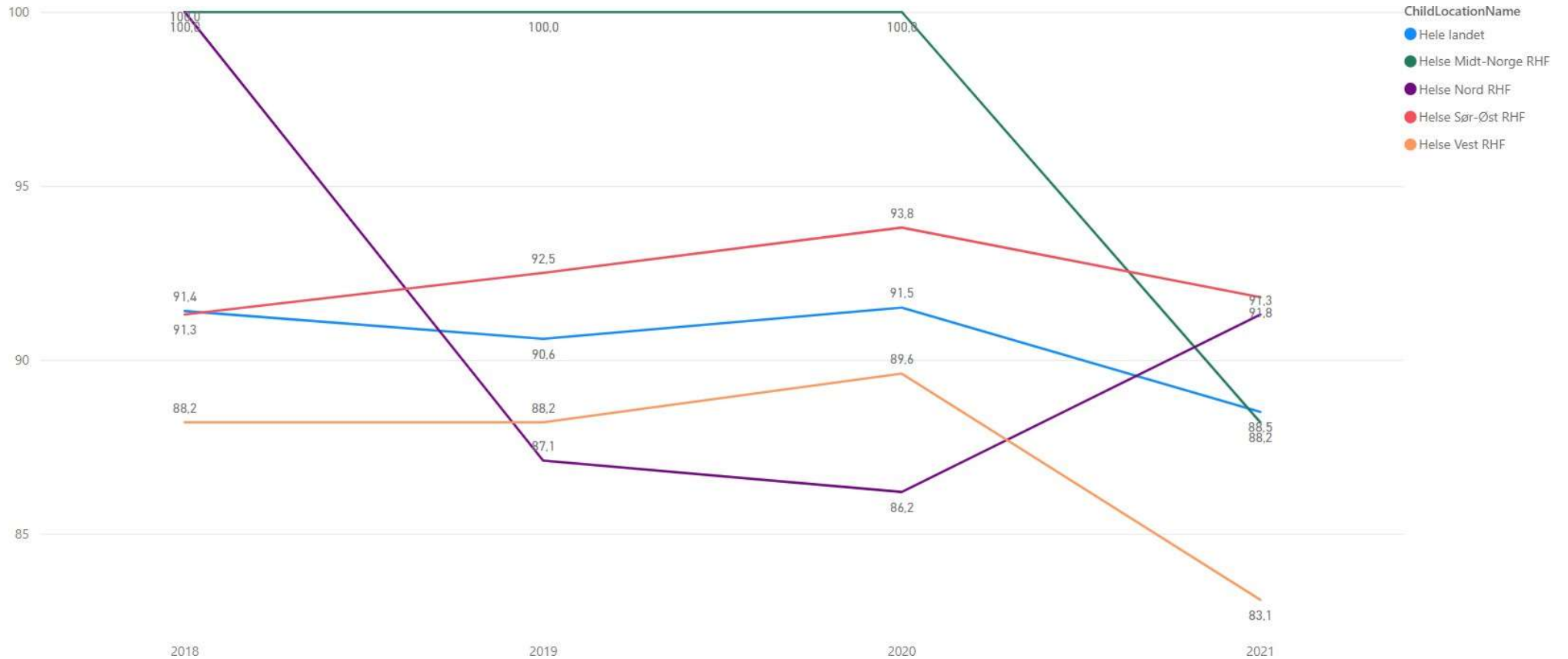


Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for barn og unge – akse 3

Definisjon: Andel henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 3



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for barn og unge – akse 3

Definisjon: Andel henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 3



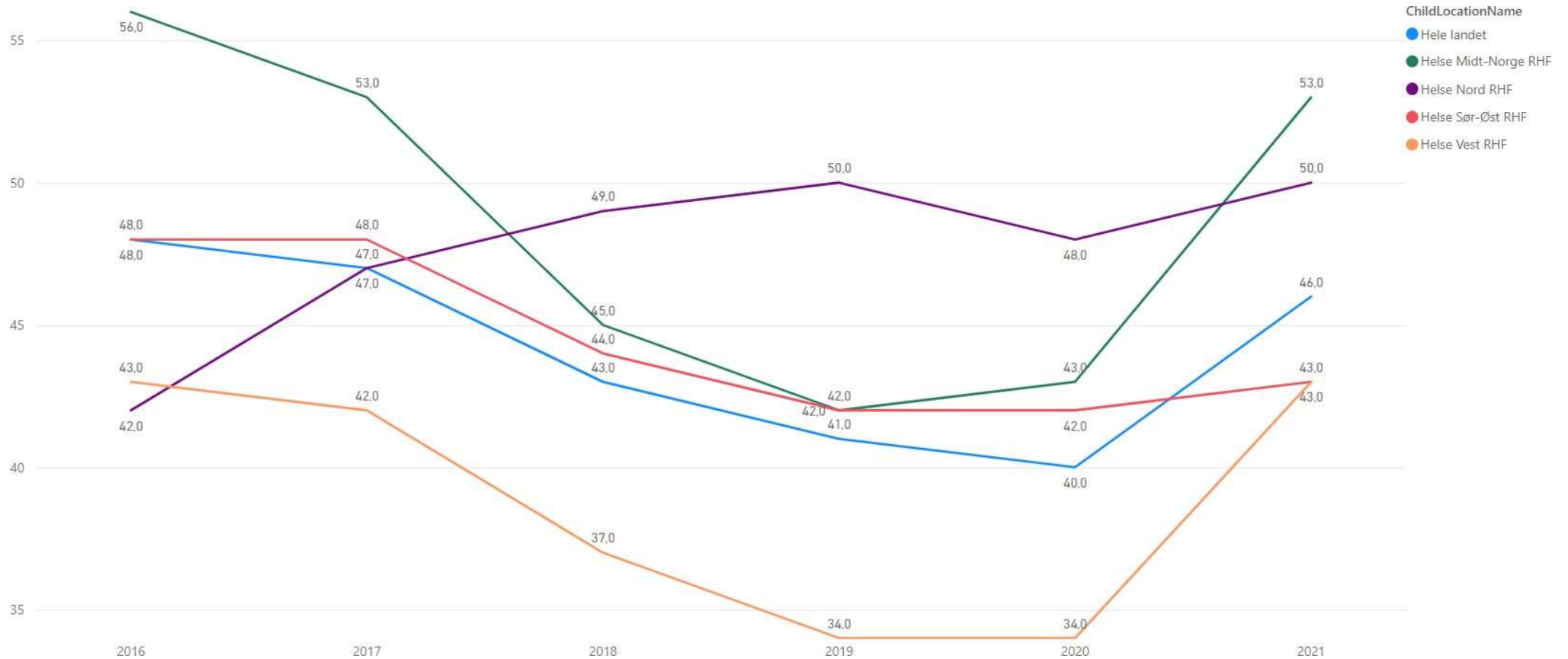
**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Median ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHBU

Definisjon: Median ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHBU i antall dager

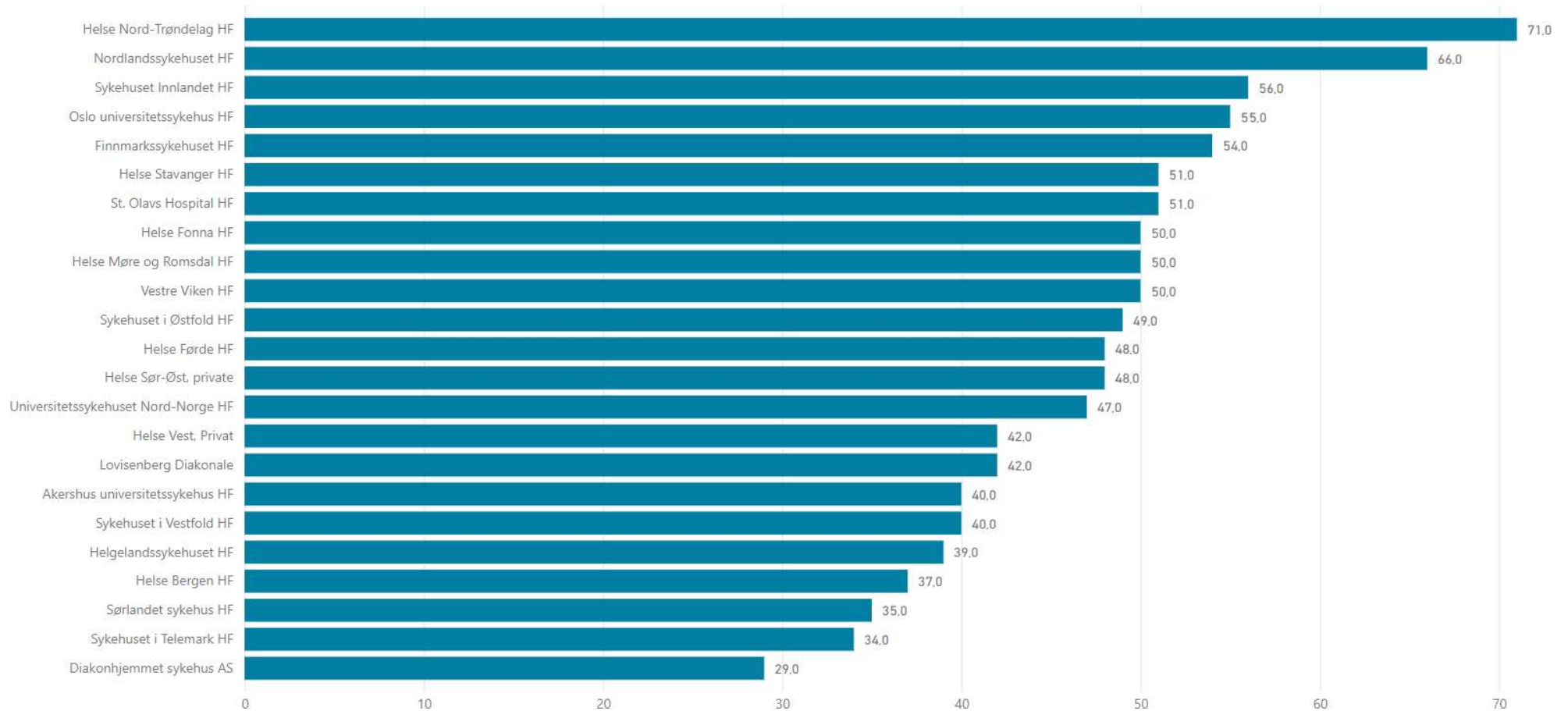


Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Median ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHBU

Definisjon: Median ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHBU i antall dager

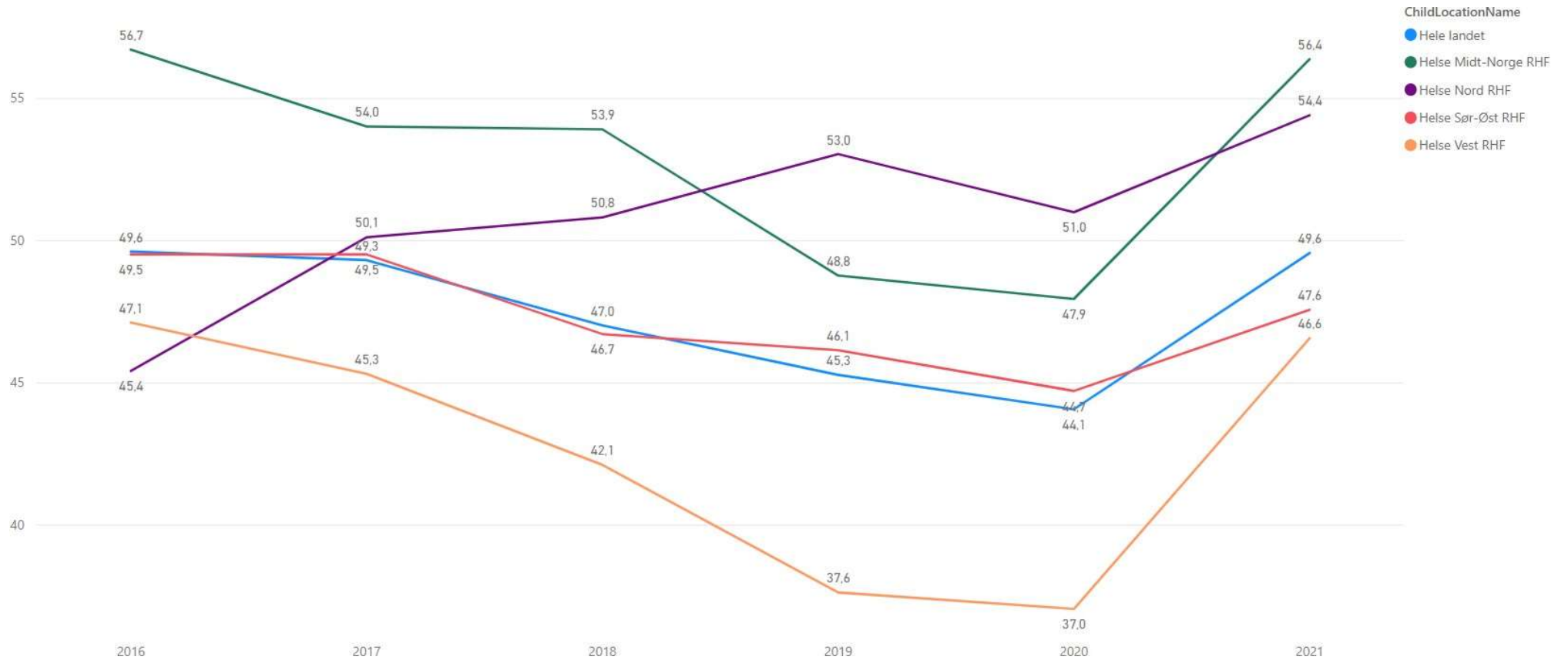


Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Gjennomsnittlig ventetid fra henvisningen er mottatt til helsehjelpen har startet for PHBU

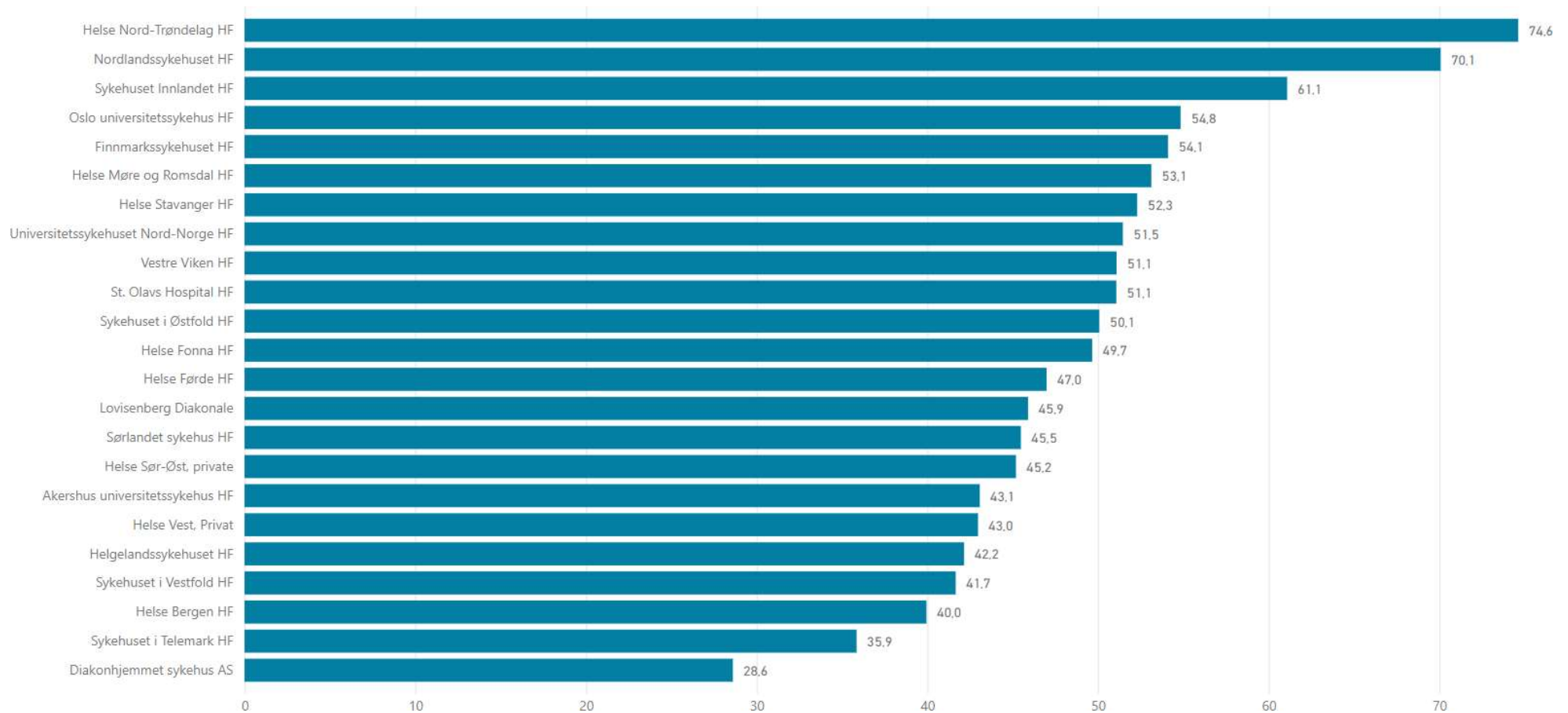
Definisjon: Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse barn og unge i antall dager



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Gjennomsnittlig ventetid fra henvisningen er mottatt til helsehjelpen har startet for PHBU

Definisjon: Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse barn og unge i antall dager

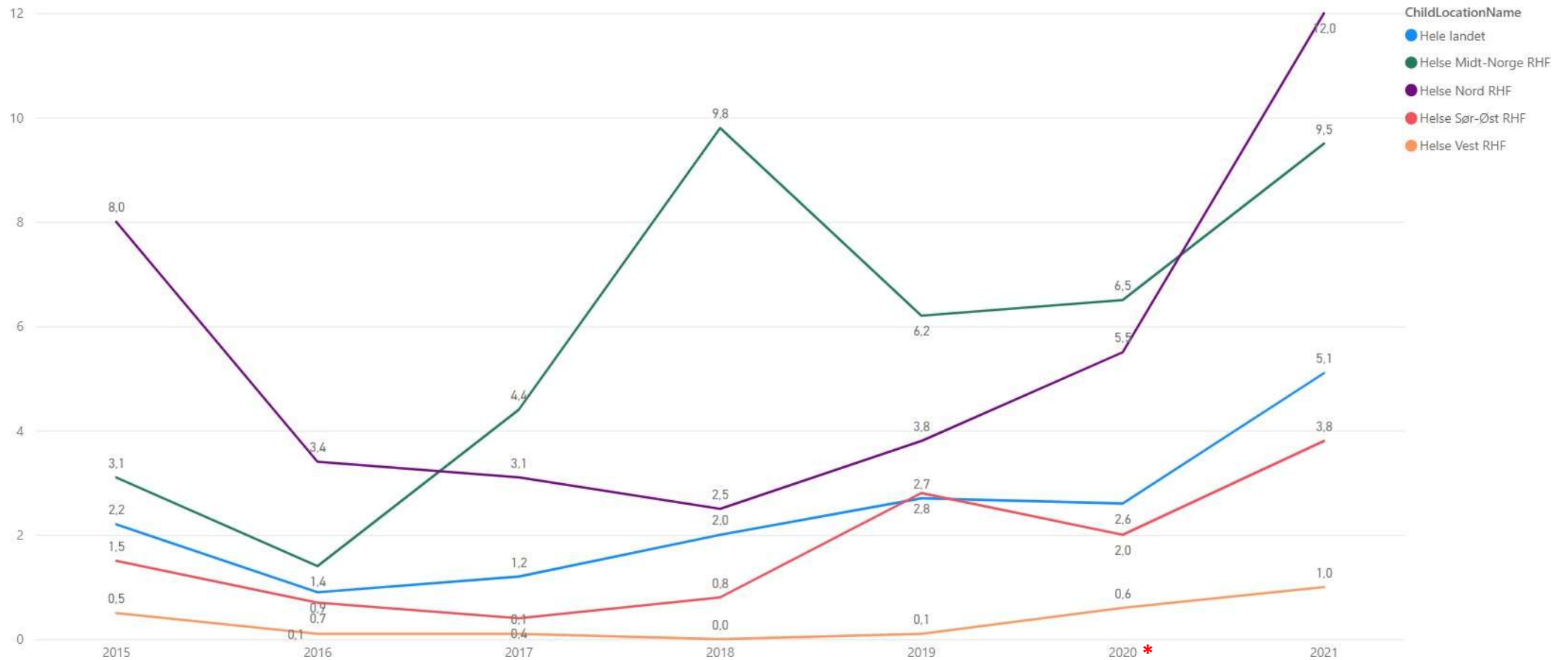


**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Fristbrudd for barn og unge i psykisk helsevern som har påbegynt helsehjelp

Definisjon: Andel fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp i PHBU



**\*Andel brudd i 2020 er ikke reelt, da dataene som ligger til grunn ikke tar høyde for at frist for å vurdere henvisninger ble utvidet fra 10 til 30 dager i perioden 27. mars til 27. mai 2020, og deretter bortfalt i perioden 27.05.2020 –01.10. 2020.**

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Fristbrudd for barn og unge i psykisk helsevern som har påbegynt helsehjelp

Definisjon: Andel fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp i PHBU



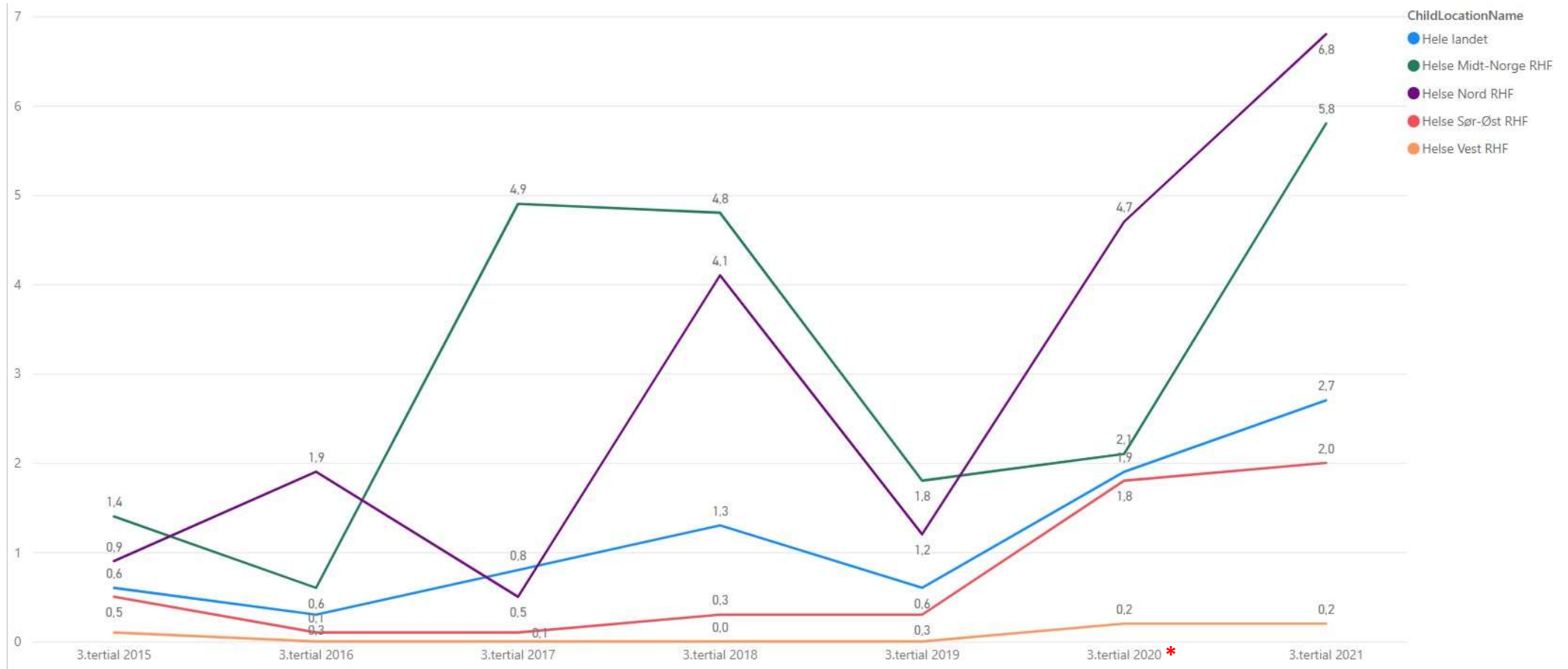
Høy andel sammenlignet med andre foretak

Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Fristbrudd for barn og unge på venteliste i psykisk helsevern

Definisjon: Andel barn og unge med rett til prioritert helsehjelp i psykisk helsevern som fortsatt står på venteliste etter passert frist for start av nødvendig helsehjelp

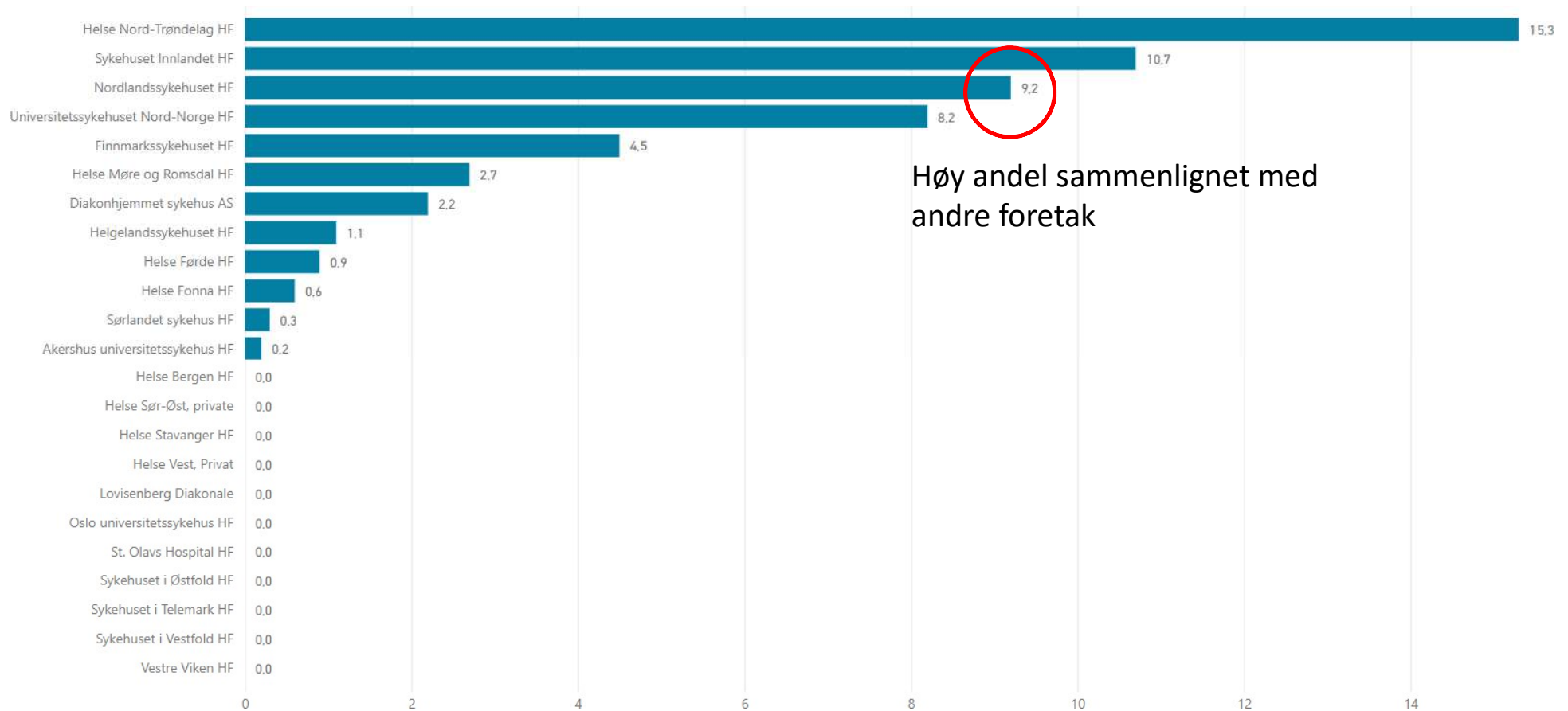


**\*Andel brudd i 2020 er ikke reelt, da dataene som ligger til grunn ikke tar høyde for at frist for å vurdere henvisninger ble utvidet fra 10 til 30 dager i perioden 27. mars til 27. mai 2020, og deretter bortfalt i perioden 27.05.2020 –01.10. 2020.**

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Fristbrudd for barn og unge på venteliste i psykisk helsevern

Definisjon: Andel barn og unge med rett til prioritert helsehjelp i psykisk helsevern som fortsatt står på venteliste etter passert frist for start av nødvendig helsehjelp



Høy andel sammenlignet med andre foretak

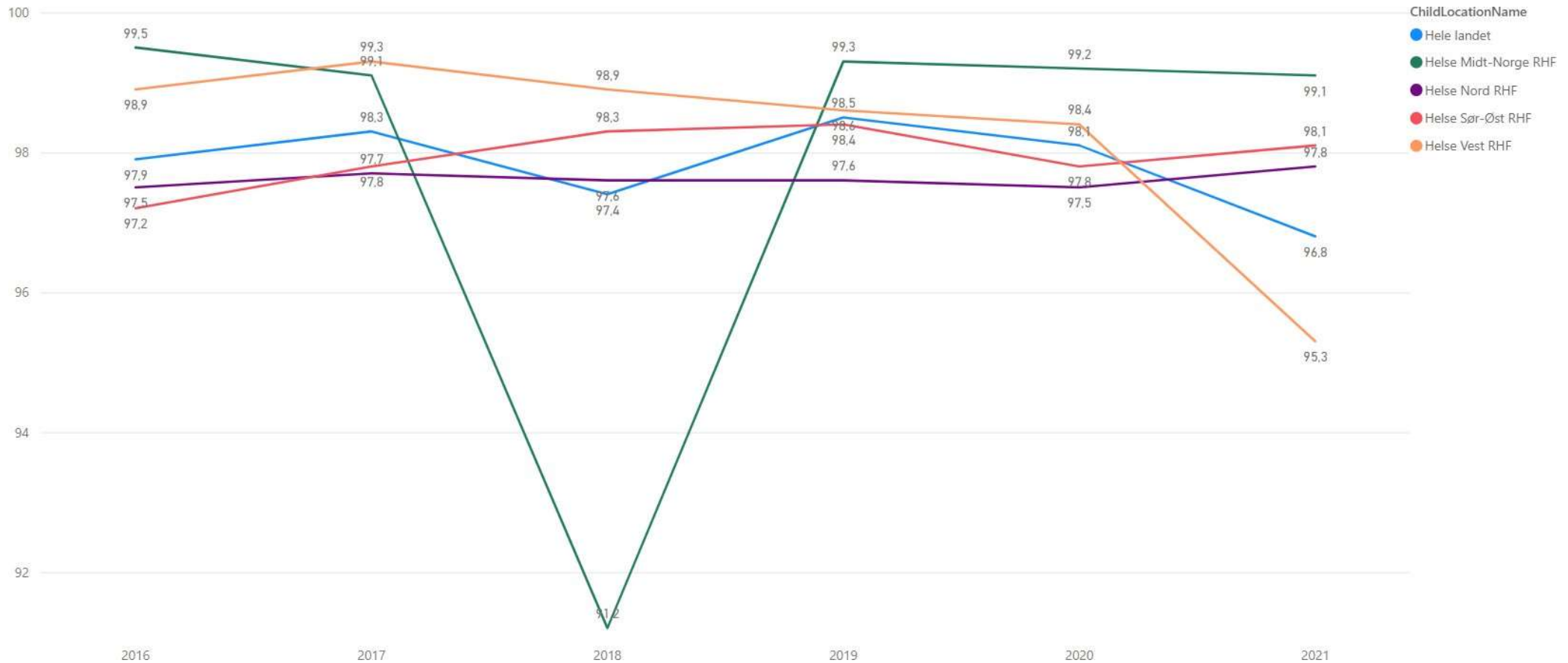
Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Barne- og ungdomsgarantien - andel vurdert innen 10 dager

Definisjon: Andel henvisninger som er vurdert innen 10 arbeidsdager etter at sykehuset har mottatt henvisning for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge



2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

178

## Barne- og ungdomsgarantien - andel vurdert innen 10 dager

Definisjon: Andel henvisninger som er vurdert innen 10 arbeidsdager etter at sykehuset har mottatt henvisning for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge



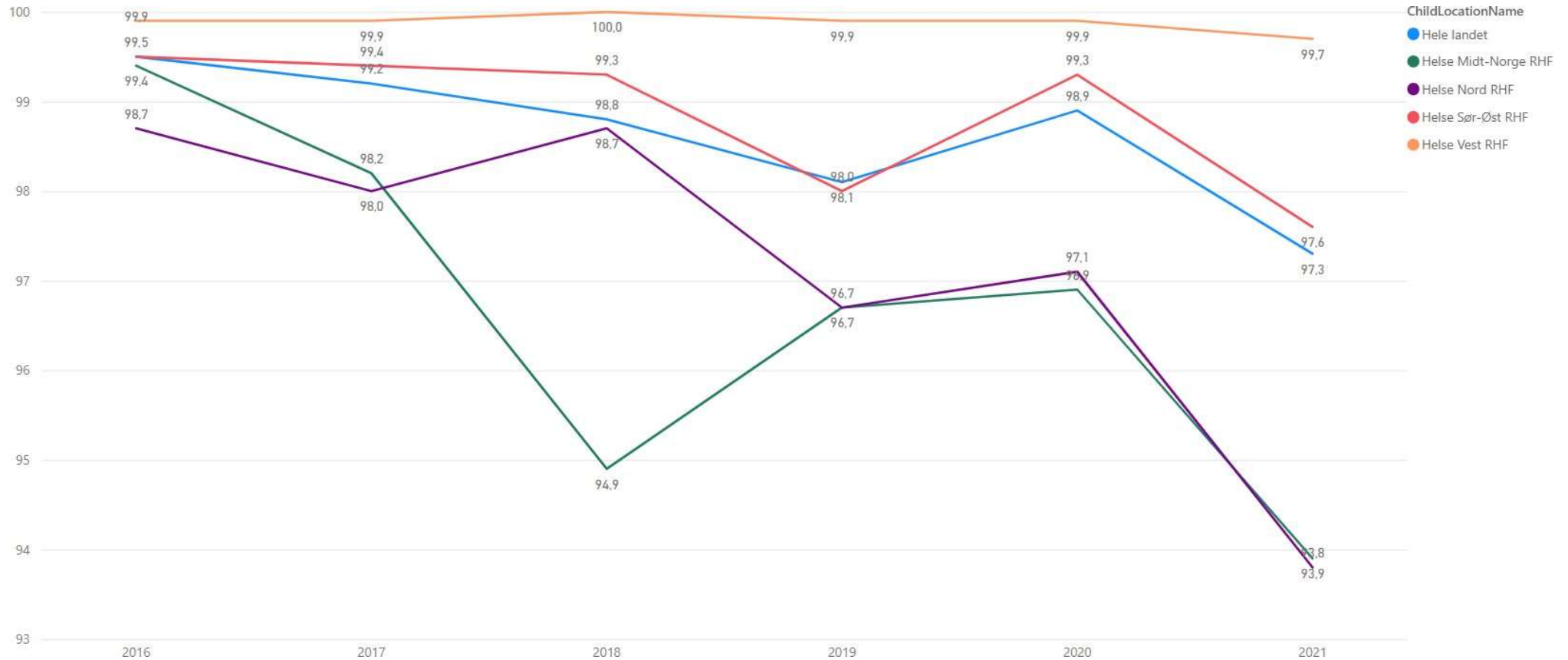
**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

179

## Barne- og ungdomsgarantien - andel startet helsehjelp innen 65 dager

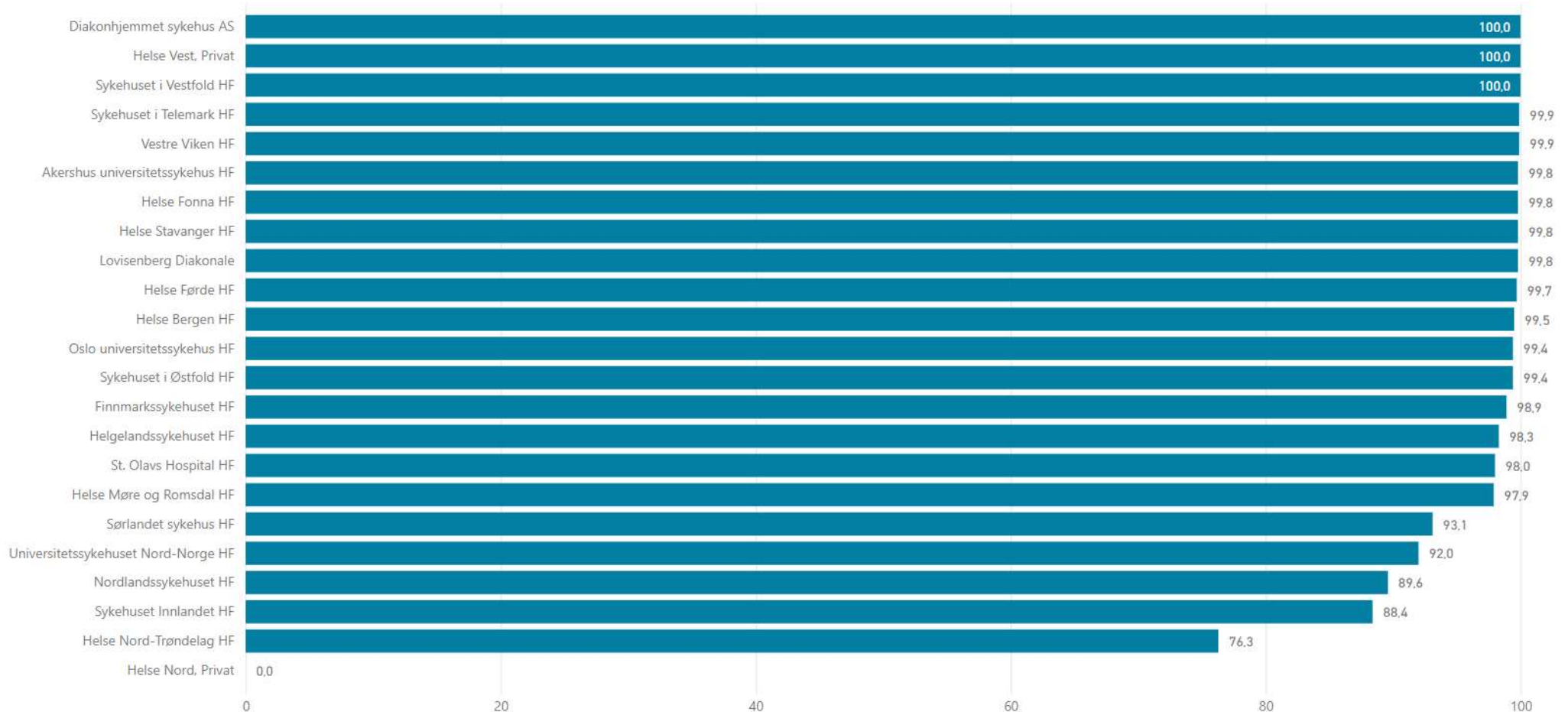
Definisjon: Andel barn og unge med rett til prioritert helsehjelp i psykisk helsevern, som har startet helsehjelpen innen 65 arbeidsdager



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Barne- og ungdomsgarantien - andel startet helsehjelp innen 65 dager

Definisjon: Andel barn og unge med rett til prioritert helsehjelp i psykisk helsevern, som har startet helsehjelpen innen 65 arbeidsdager



Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

181

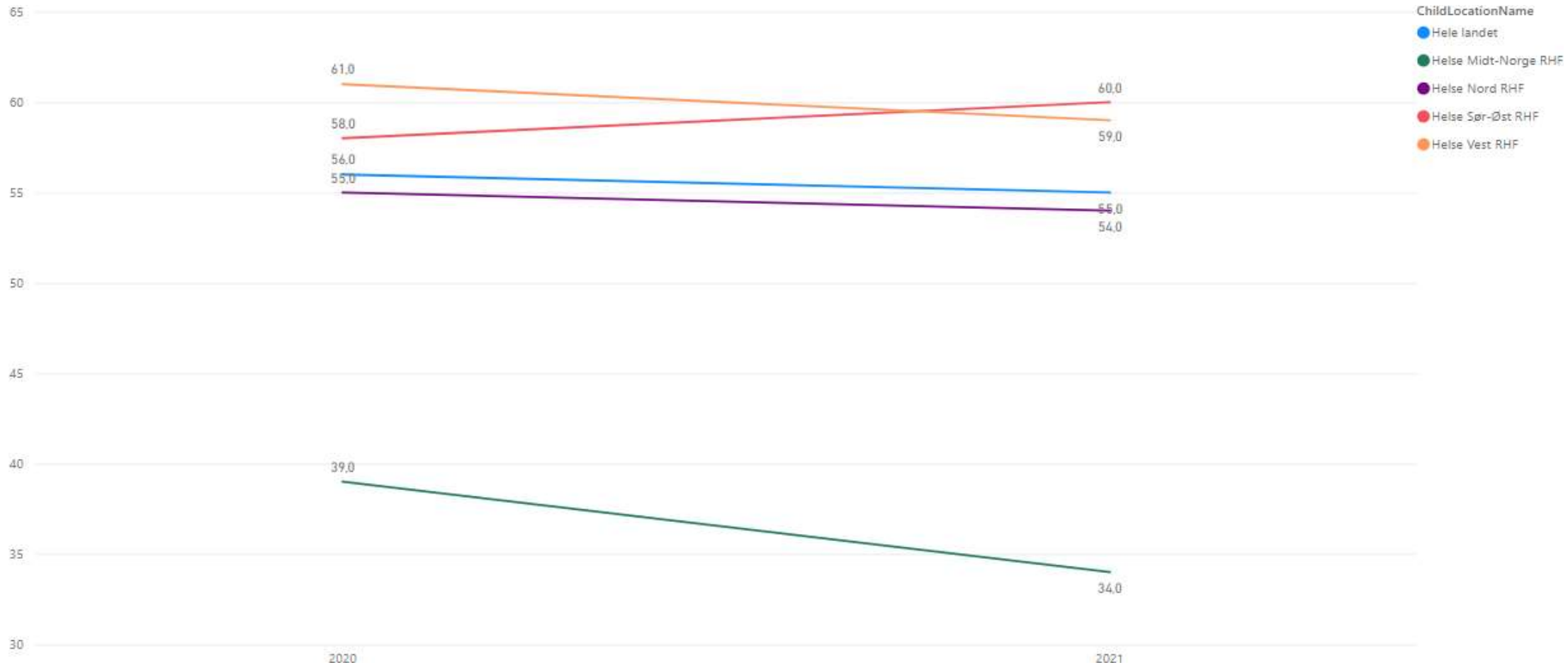
## Pakkeforløp for psykiske lidelser – barn og unge



Kilde: Mostphotos

## Forløpstid for utredning (barn og unge)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som er utredet innen anbefalt forløpstid i psykisk helsevern for barn og unge

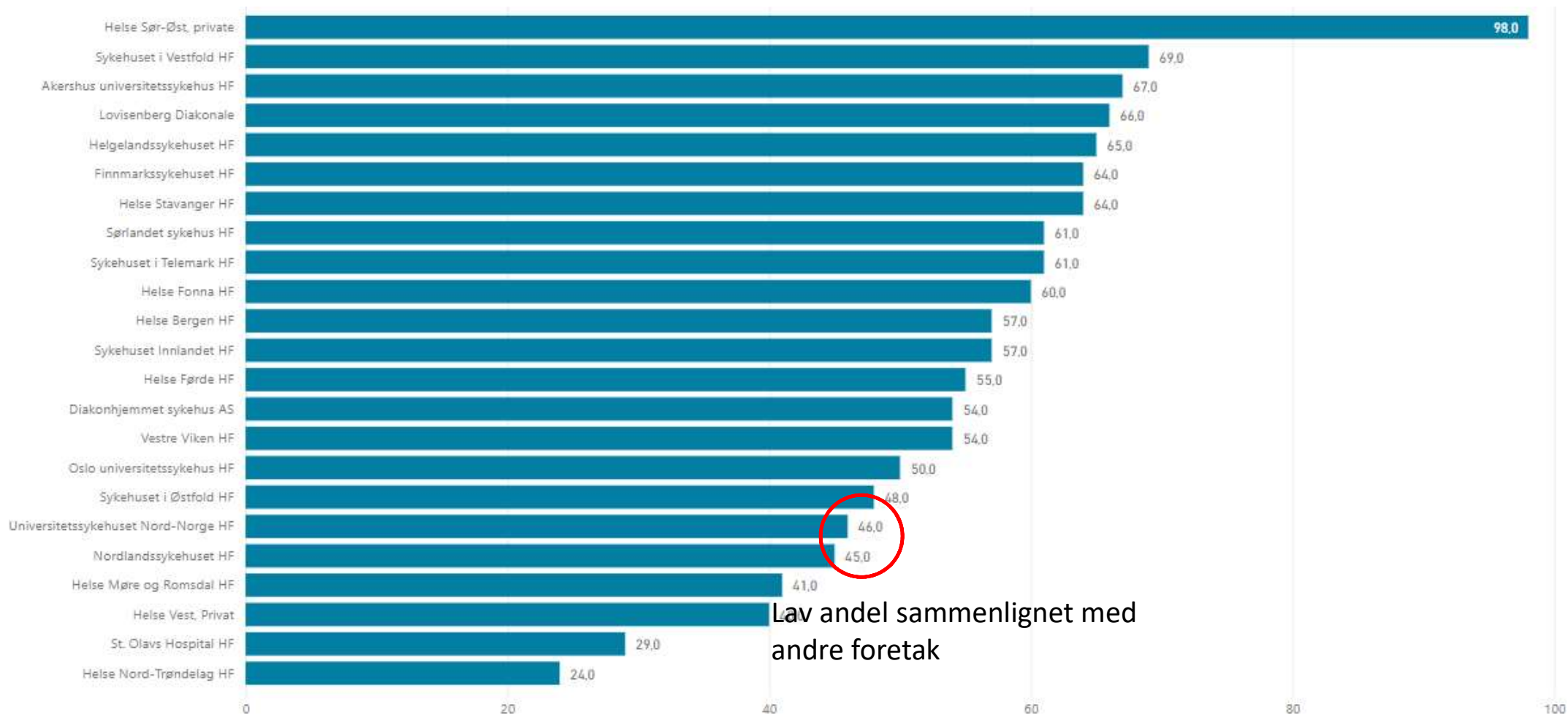


Kilde:

Norsk Pasientregister (NPR)

## Forløpstid for utredning (barn og unge)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som er utredet innen anbefalt forløpstid i psykisk helsevern for barn og unge



Lav andel sammenlignet med andre foretak

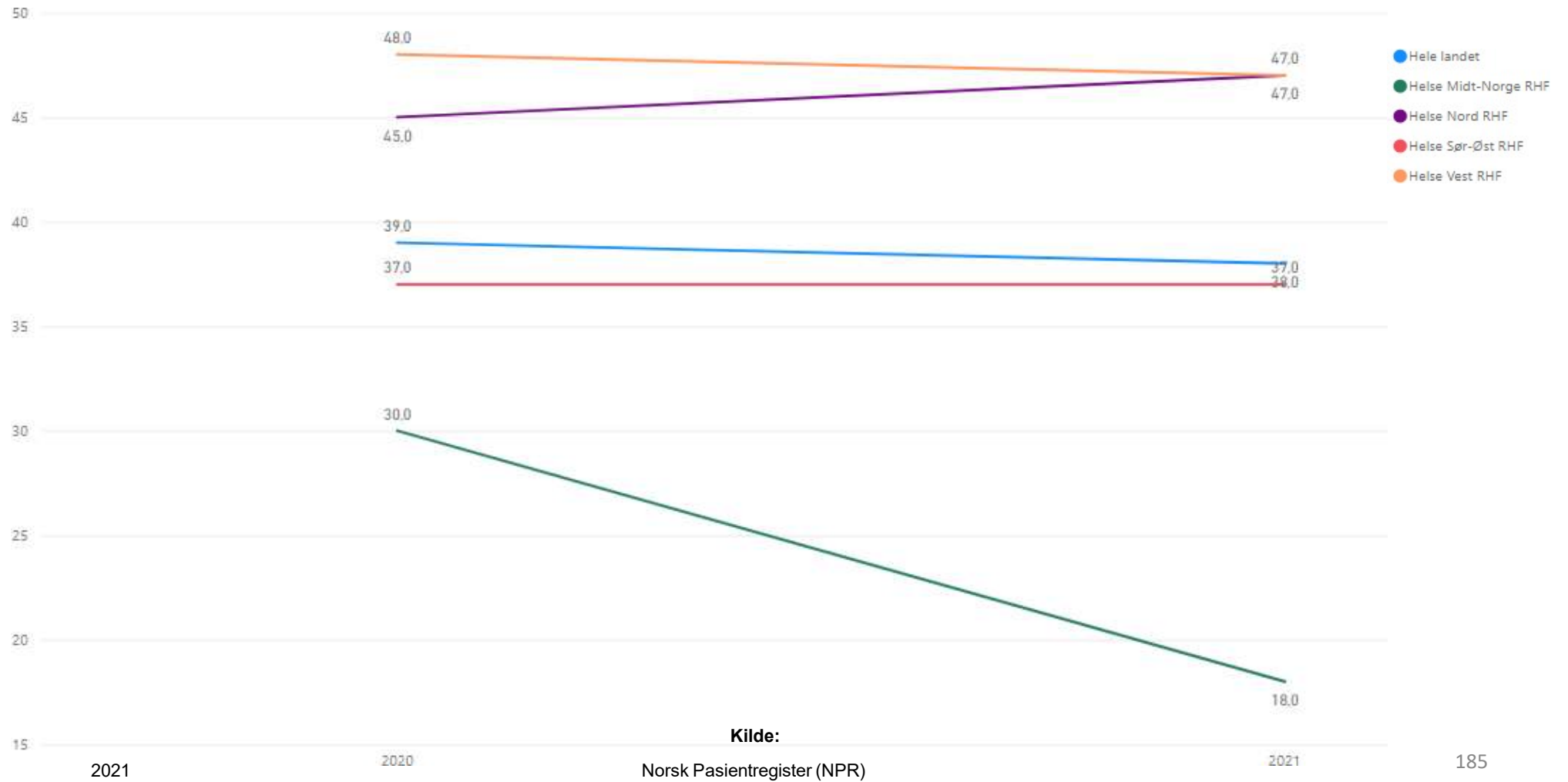
Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk (barn og unge)

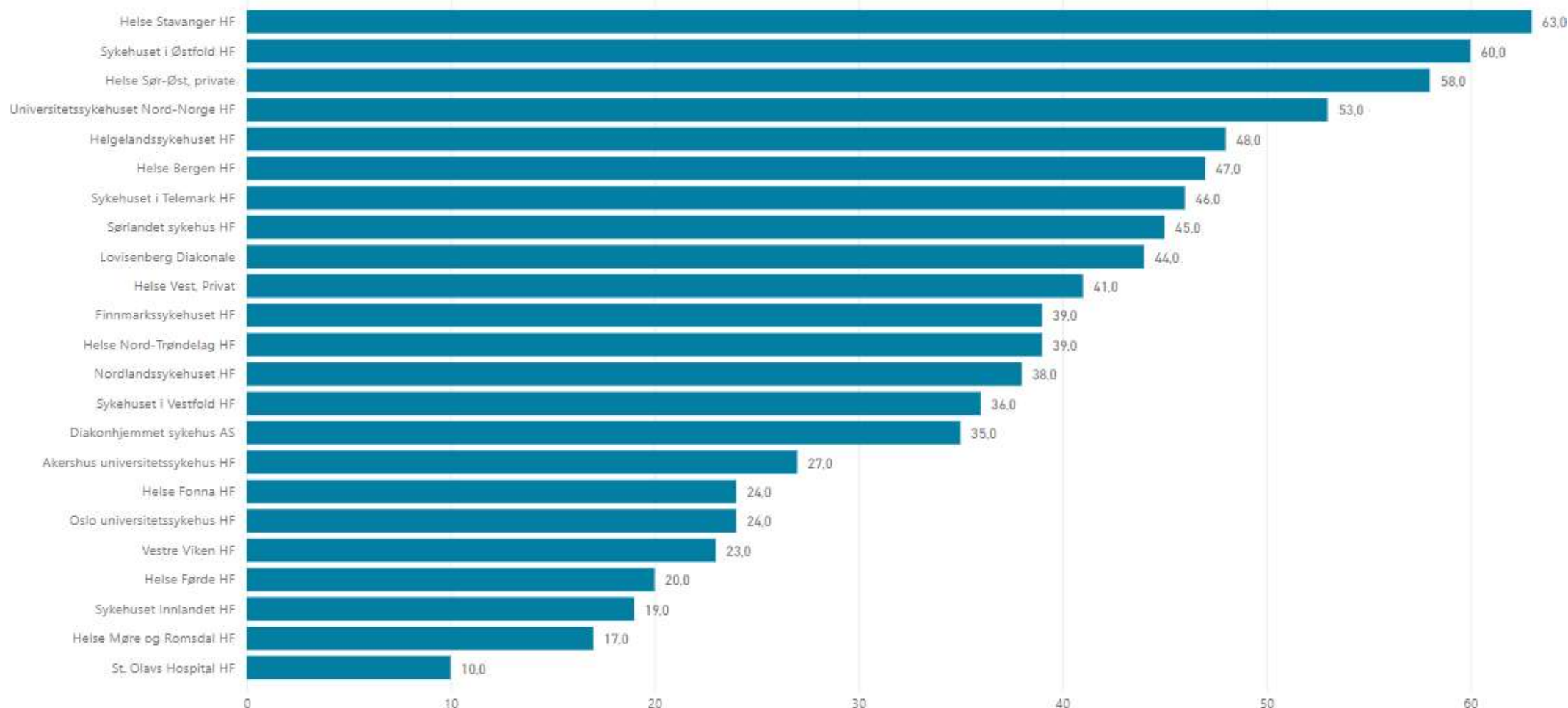
Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid, psykisk helsevern barn og unge





## Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk (barn og unge)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid, psykisk helsevern for barn og unge



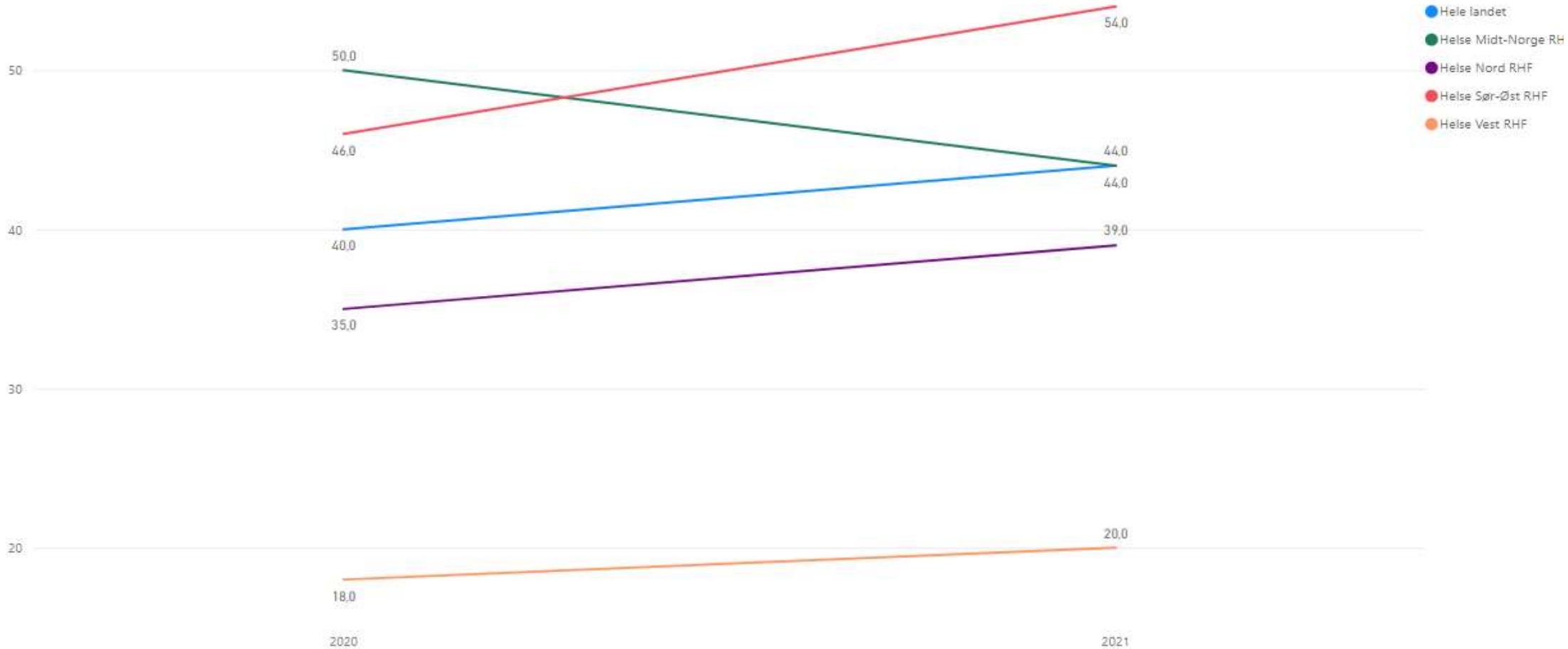
Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

186

## Medvirkning i egen behandling – involvering i behandlingsplan (barn og unge)

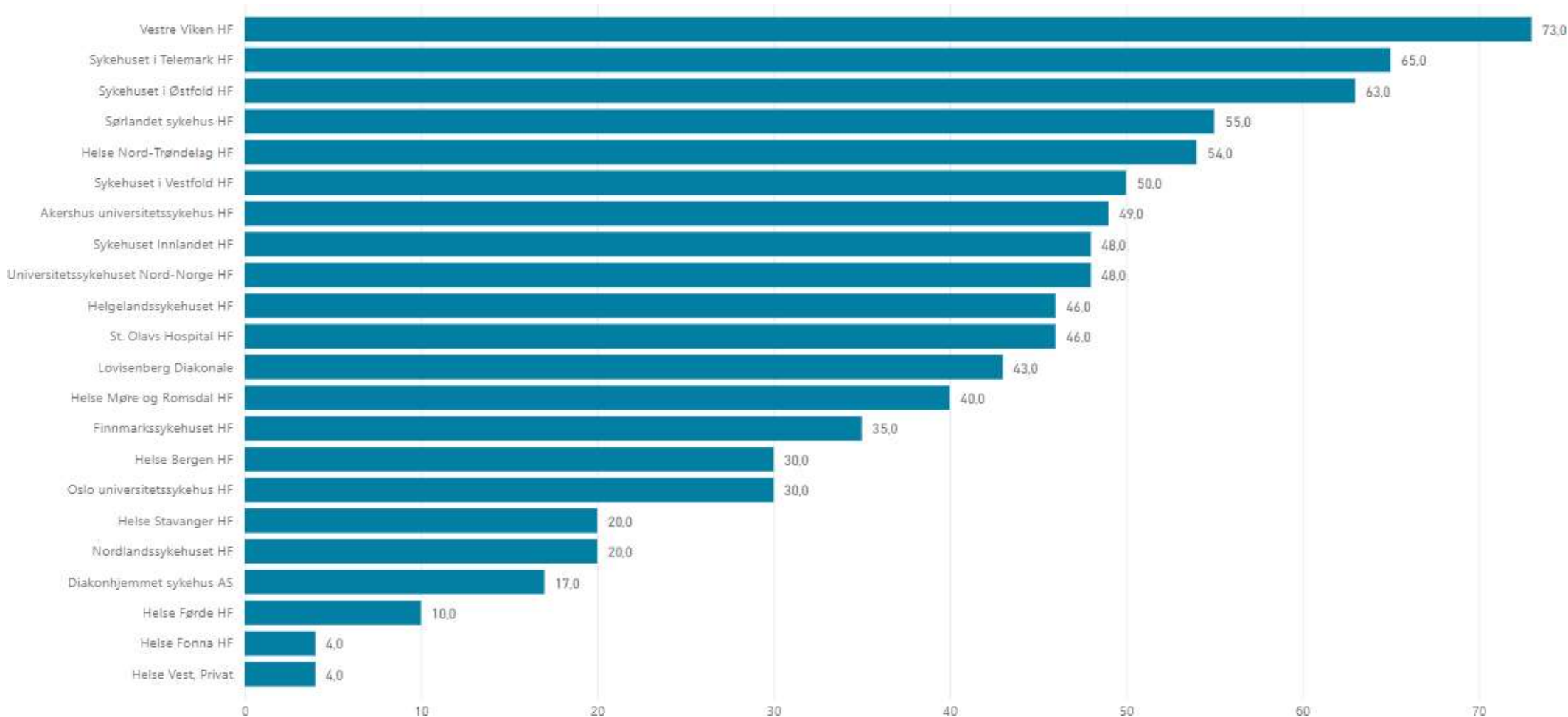
Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan i psykisk helsevern for barn og unge



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Medvirkning i egen behandling – involvering i behandlingsplan (barn og unge)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan i psykisk helsevern for barn og unge



Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

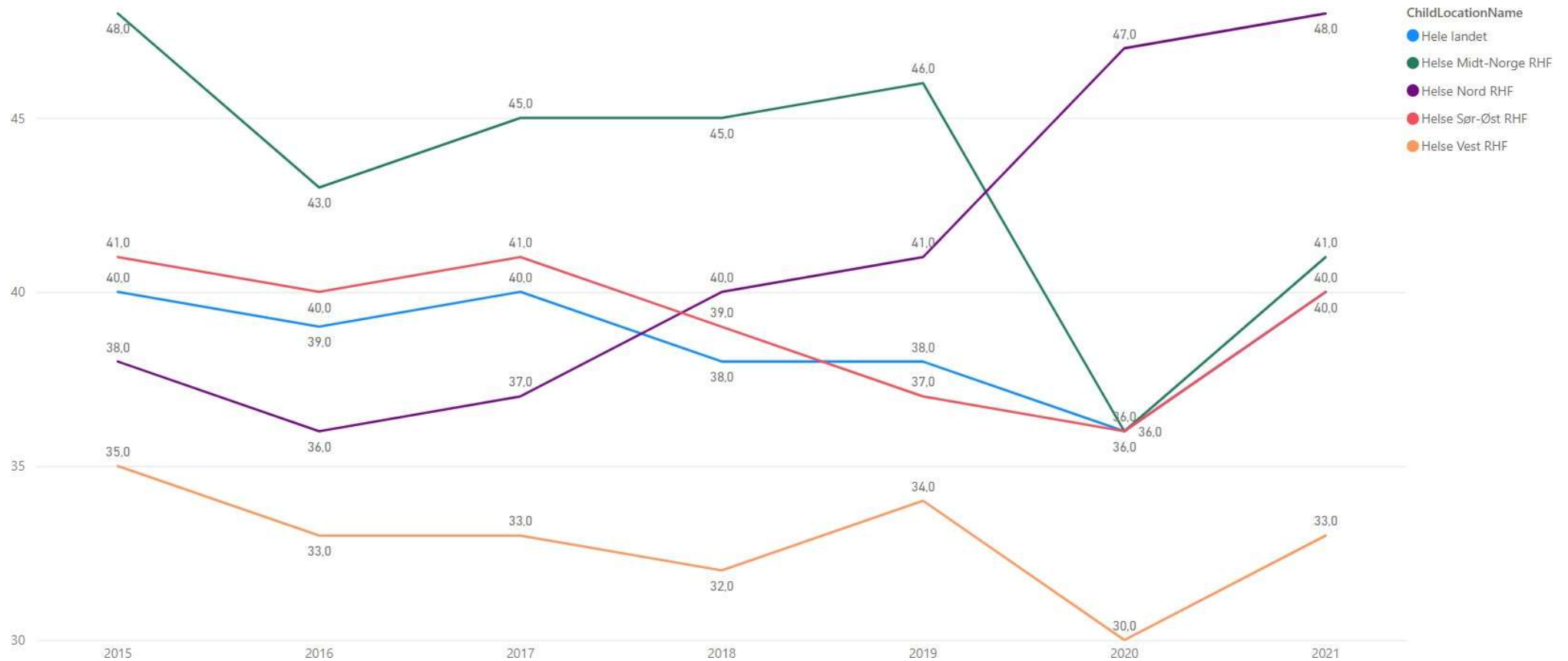
## Psykisk helsevern for voksne (PHV)

---



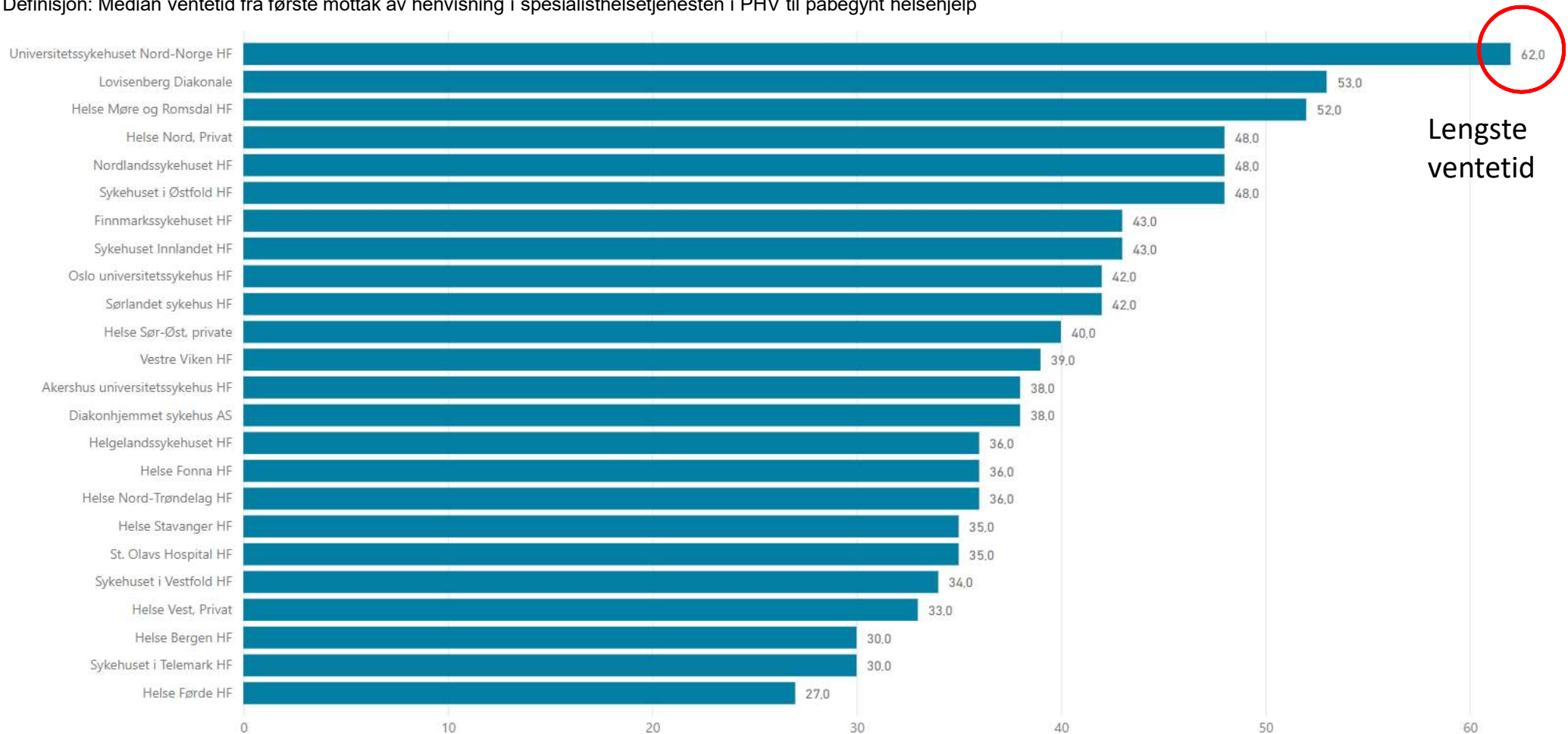
## Median ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHV

Definisjon: Median ventetid fra første mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten i PHV til påbegynt helsehjelp



## Median ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHV

Definisjon: Median ventetid fra første mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten i PHV til påbegynt helsehjelp



Lengste ventetid

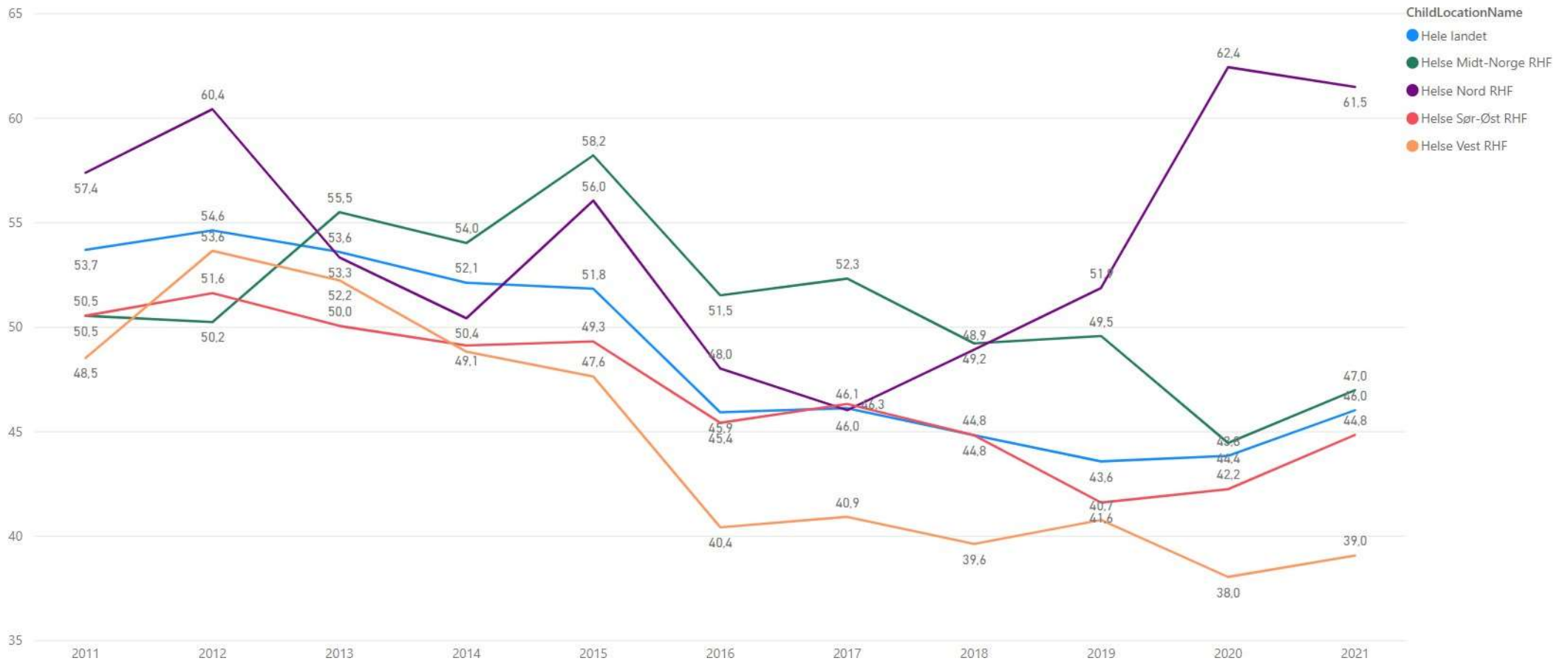
Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

191

## Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHV

Definisjon: Gjennomsnittlig ventetid fra første mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten i PHV til påbegynt helsehjelp

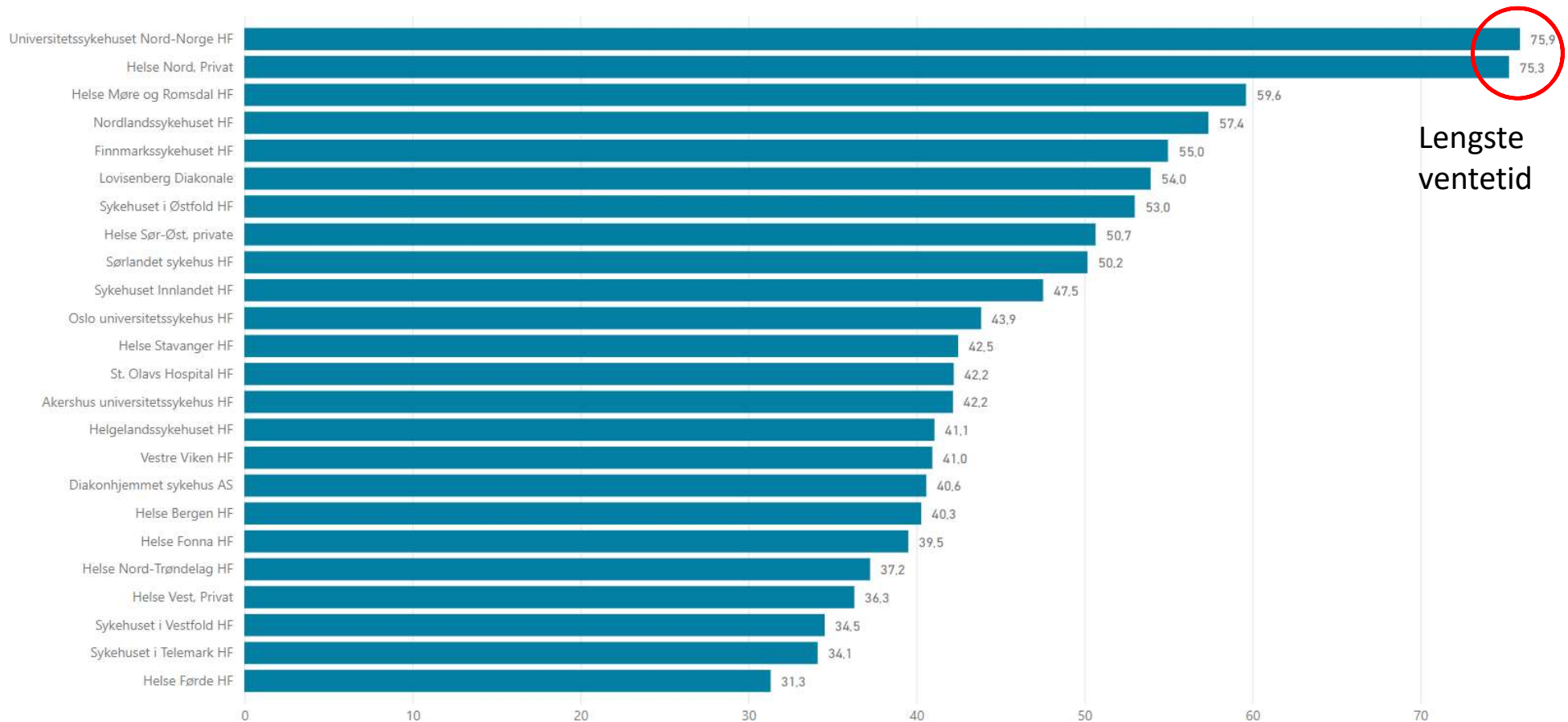


Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHV

Definisjon: Gjennomsnittlig ventetid fra første mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten i PHV til påbegynt helsehjelp



Lengste ventetid

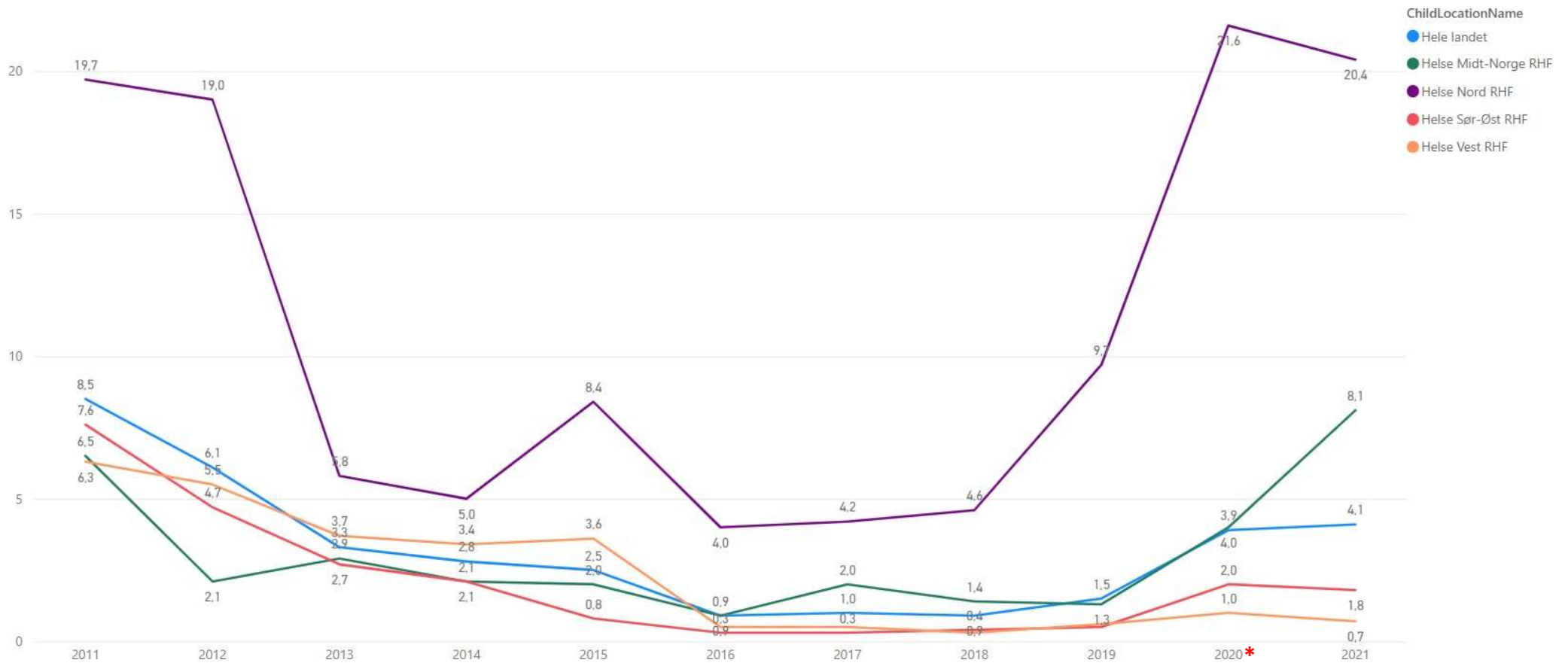
Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Fristbrudd for voksne i psykisk helsevern som har påbegynt helsehjelp

Definisjon: Andel voksne med rett prioritert helsehjelp som har påbegynt helsehjelpen i psykisk helsevern etter fastsatt frist

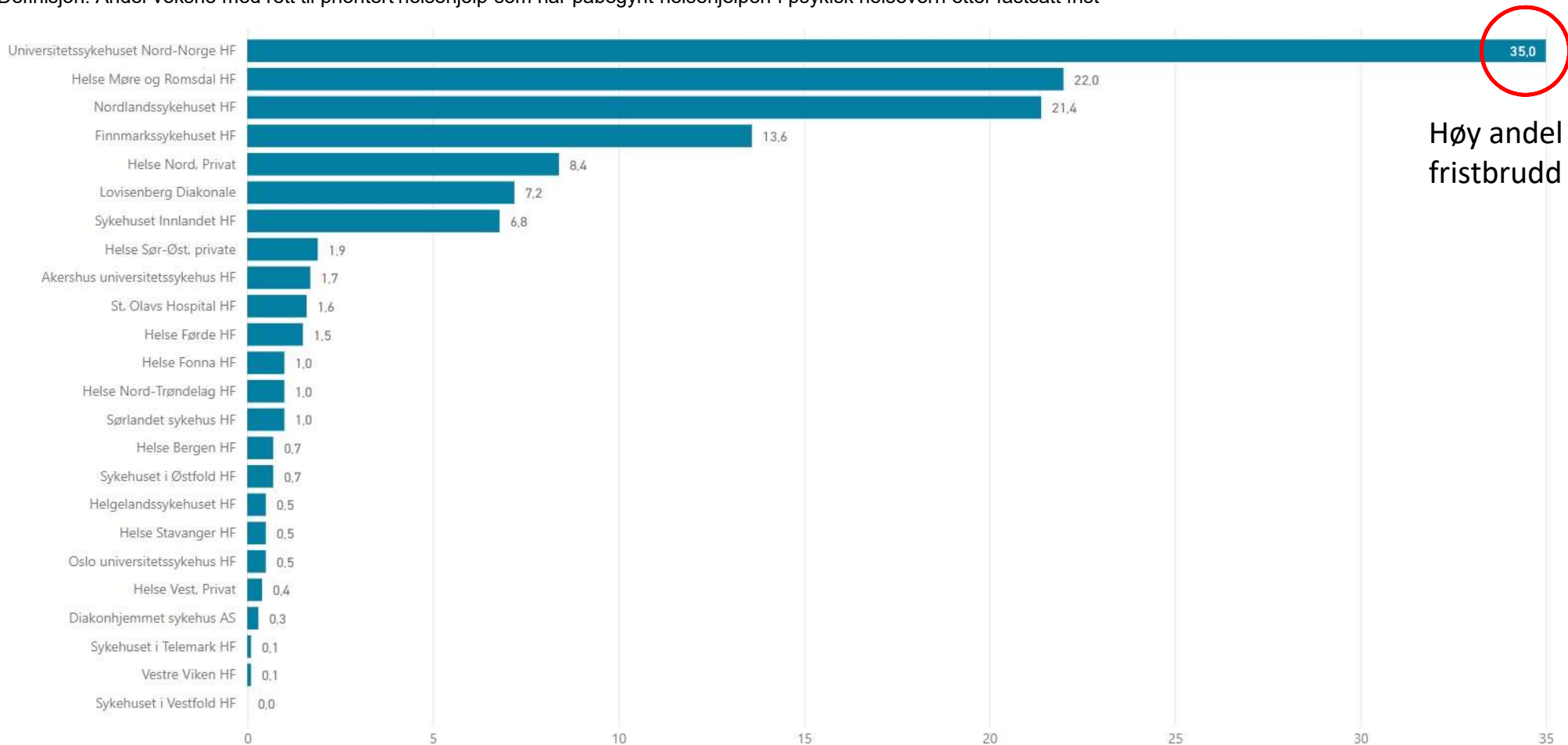


*\*Andel brudd i 2020 er ikke reelt, da dataene som ligger til grunn ikke tar høyde for at frist for å vurdere henvisninger ble utvidet fra 10 til 30 dager i perioden 27. mars til 27. mai 2020, og deretter bortfalt i perioden 27.05.2020 –01.10. 2020.*

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Fristbrudd for voksne i psykisk helsevern som har påbegynt helsehjelp

Definisjon: Andel voksne med rett til prioritert helsehjelp som har påbegynt helsehjelpen i psykisk helsevern etter fastsatt frist



Høy andel  
fristbrudd

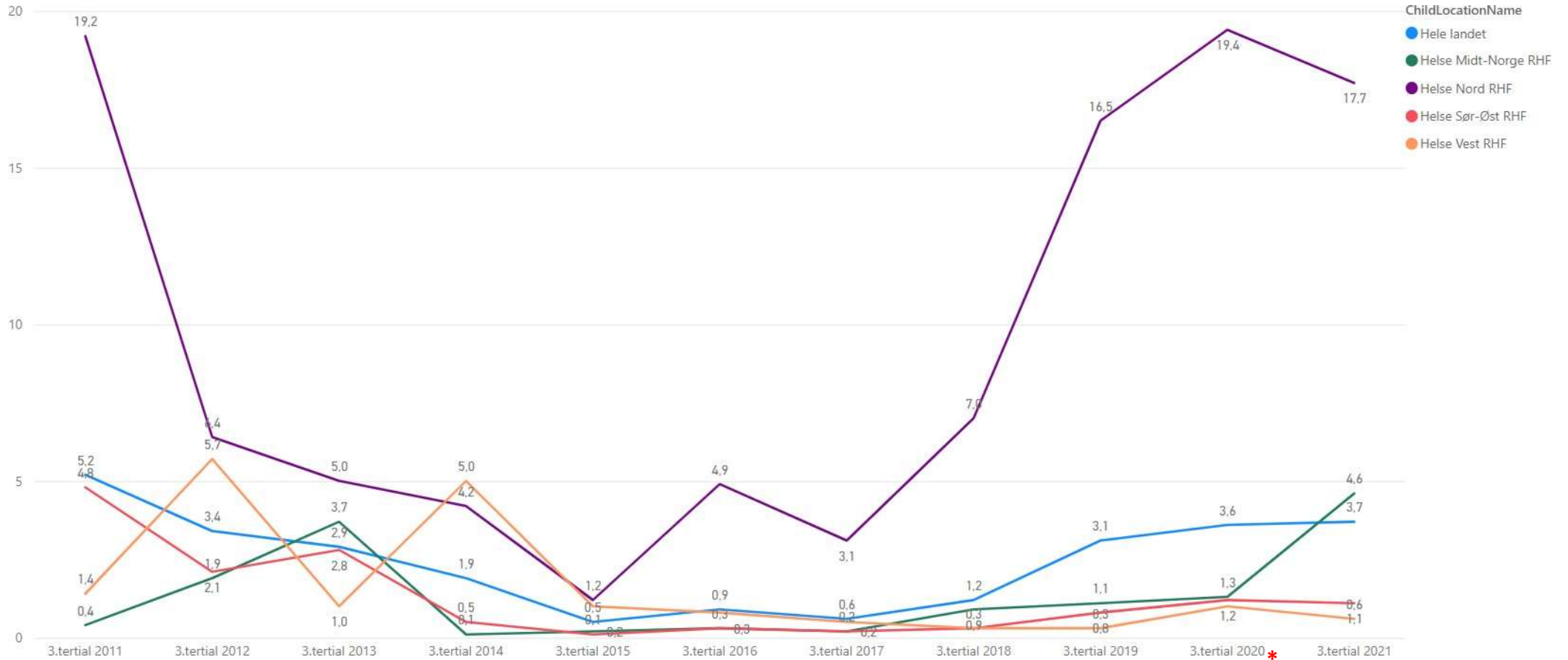
Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

202

## Fristbrudd for voksne på venteliste i psykisk helsevern

Definisjon: Andel voksne med rett til prioritert helsehjelp i psykisk helsevern som fortsatt står på venteliste etter at fristen for start av nødvendig helsehjelp er passert

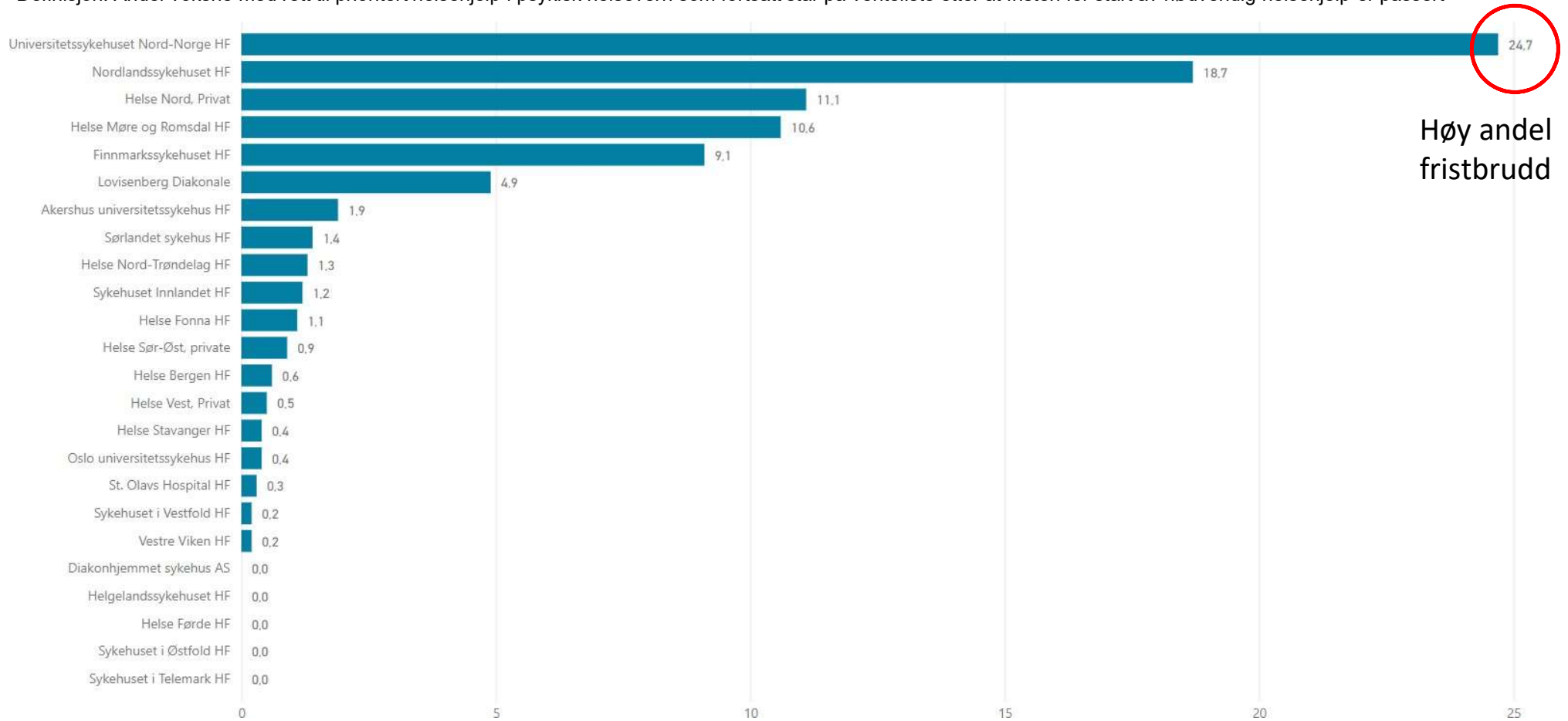


**\*Andel brudd i 2020 er ikke reelt, da dataene som ligger til grunn ikke tar høyde for at frist for å vurdere henvisninger ble utvidet fra 10 til 30 dager i perioden 27. mars til 27. mai 2020, og deretter bortfalt i perioden 27.05.2020 –01.10. 2020.**

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Fristbrudd for voksne på venteliste i psykisk helsevern

Definisjon: Andel voksne med rett til prioritert helsehjelp i psykisk helsevern som fortsatt står på venteliste etter at fristen for start av nødvendig helsehjelp er passert



Høy andel  
fristbrudd

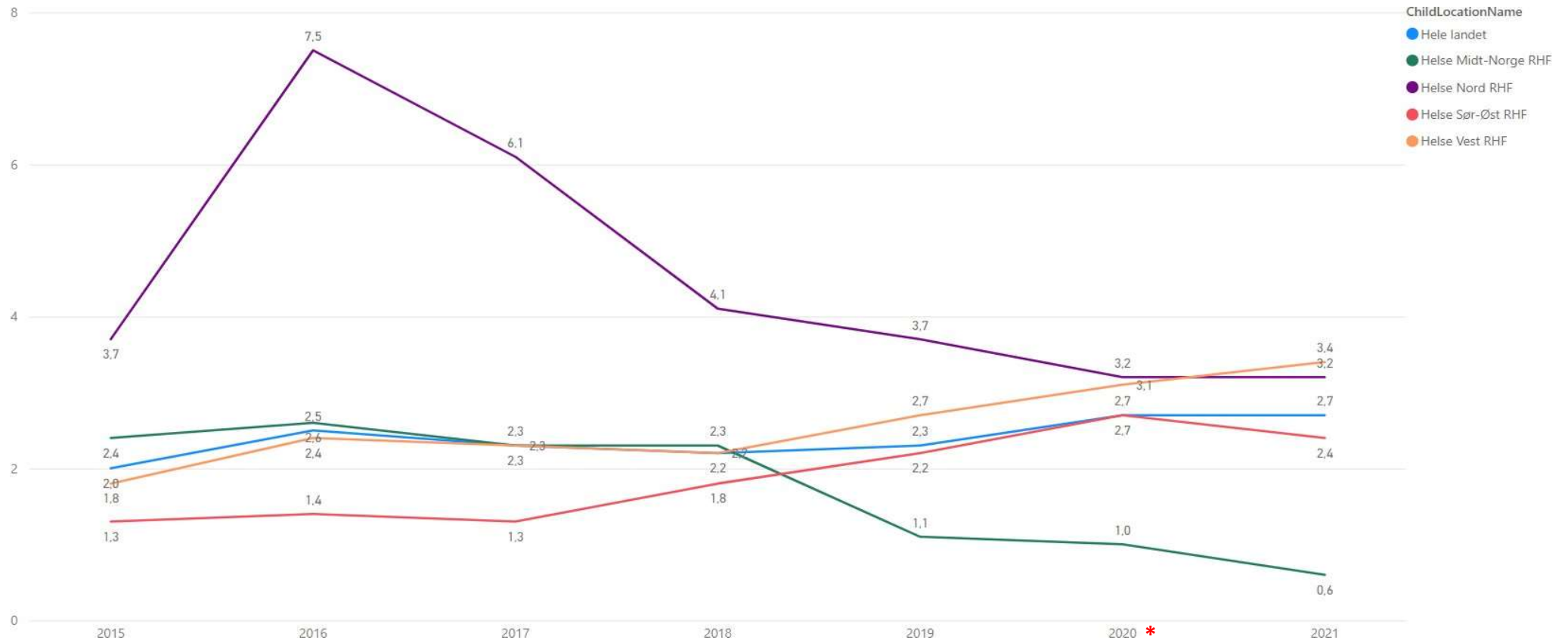
Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

204

## Brudd på vurderingsgarantien i psykisk helsevern for voksne

Definisjon: Andel henvisninger som ikke er vurdert innen 10 arbeidsdager etter at sykehuset har mottatt henvisning for pasienter i psykisk helsevern for voksne

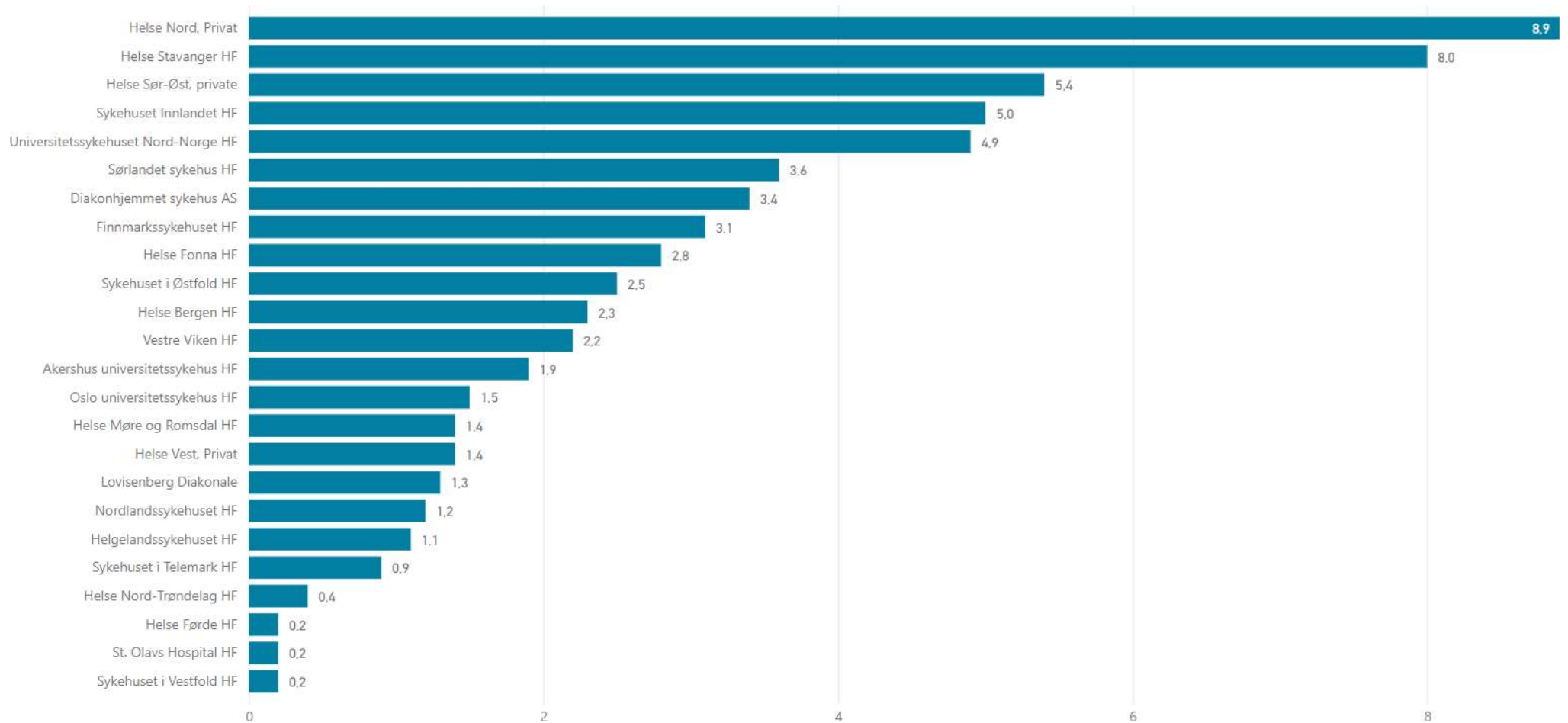


**\*Andel brudd i 2020 er ikke reelt, da dataene som ligger til grunn ikke tar høyde for at frist for å vurdere henvisninger ble utvidet fra 10 til 30 dager i perioden 27. mars til 27. mai 2020, og deretter bortfalt i perioden 27.05.2020 –01.10. 2020.**

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Brudd på vurderingsgarantien i psykisk helsevern for voksne

Definisjon: Andel henvisninger som ikke er vurdert innen 10 arbeidsdager etter at sykehuset har mottatt henvisning for pasienter i psykisk helsevern for voksne

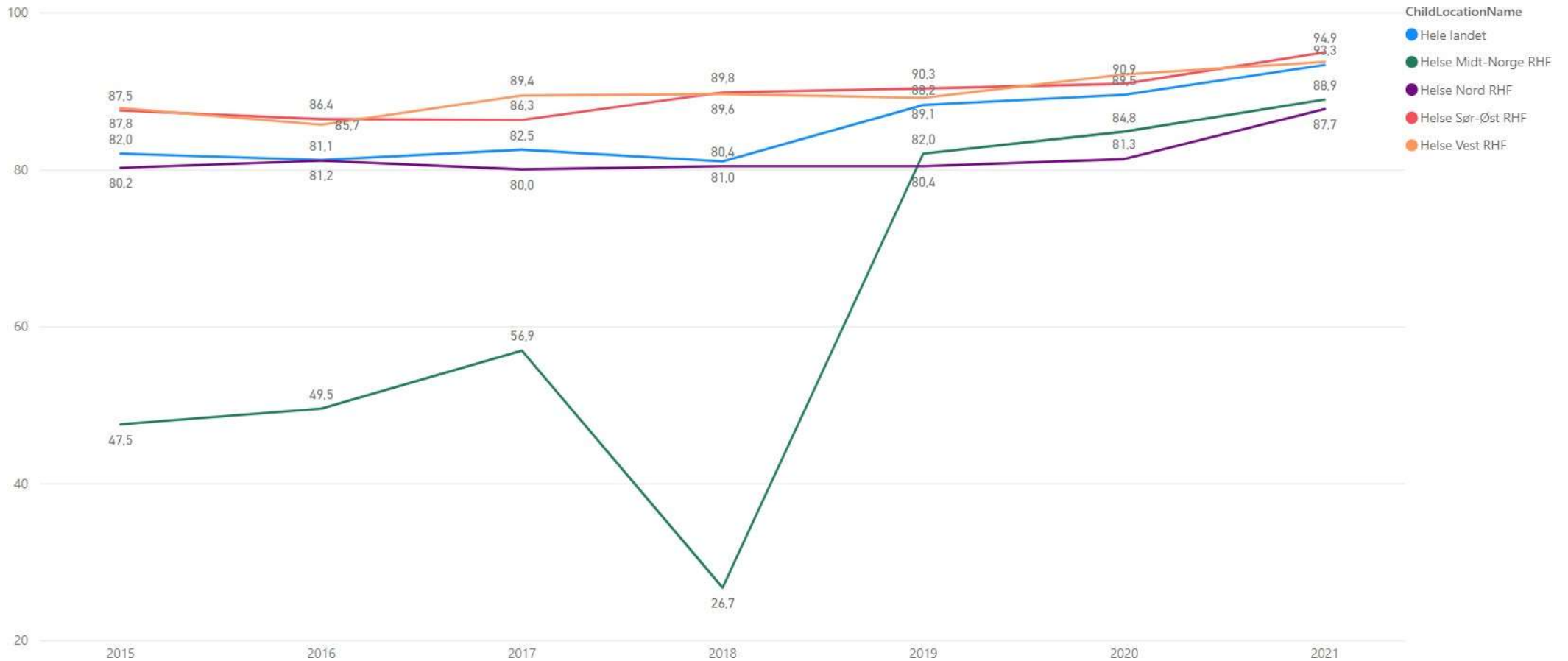


Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Henvisningsformalitet i psykisk helsevern for voksne

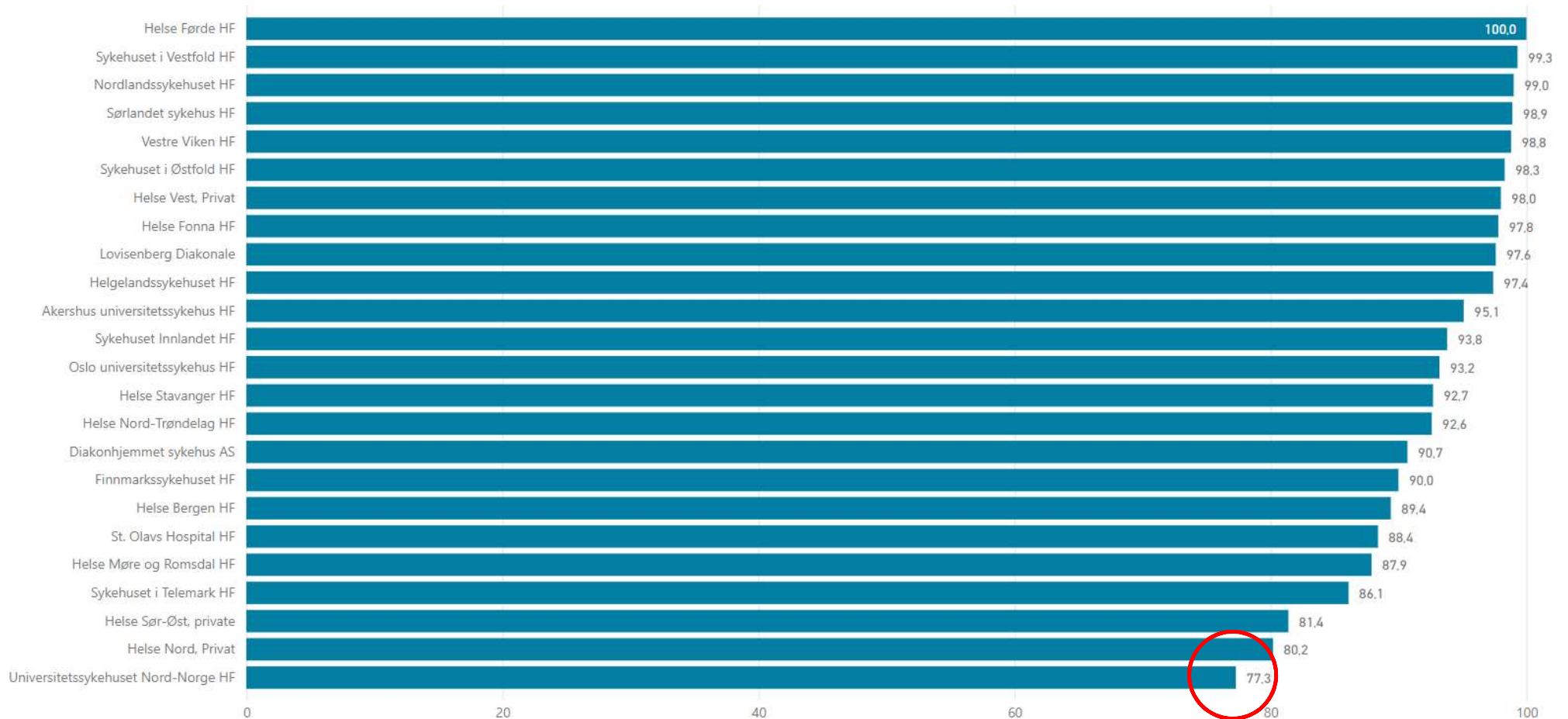
Definisjon: Andel henvisninger til psykisk helsevern for voksne, hvor henvisningsformalitet blir dokumentert av henvisningsmottaker



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Henvisningsformalitet i psykisk helsevern for voksne

Definisjon: Andel henvisninger til psykisk helsevern for voksne, hvor henvisningsformalitet blir dokumentert av henvisningsmottaker



Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

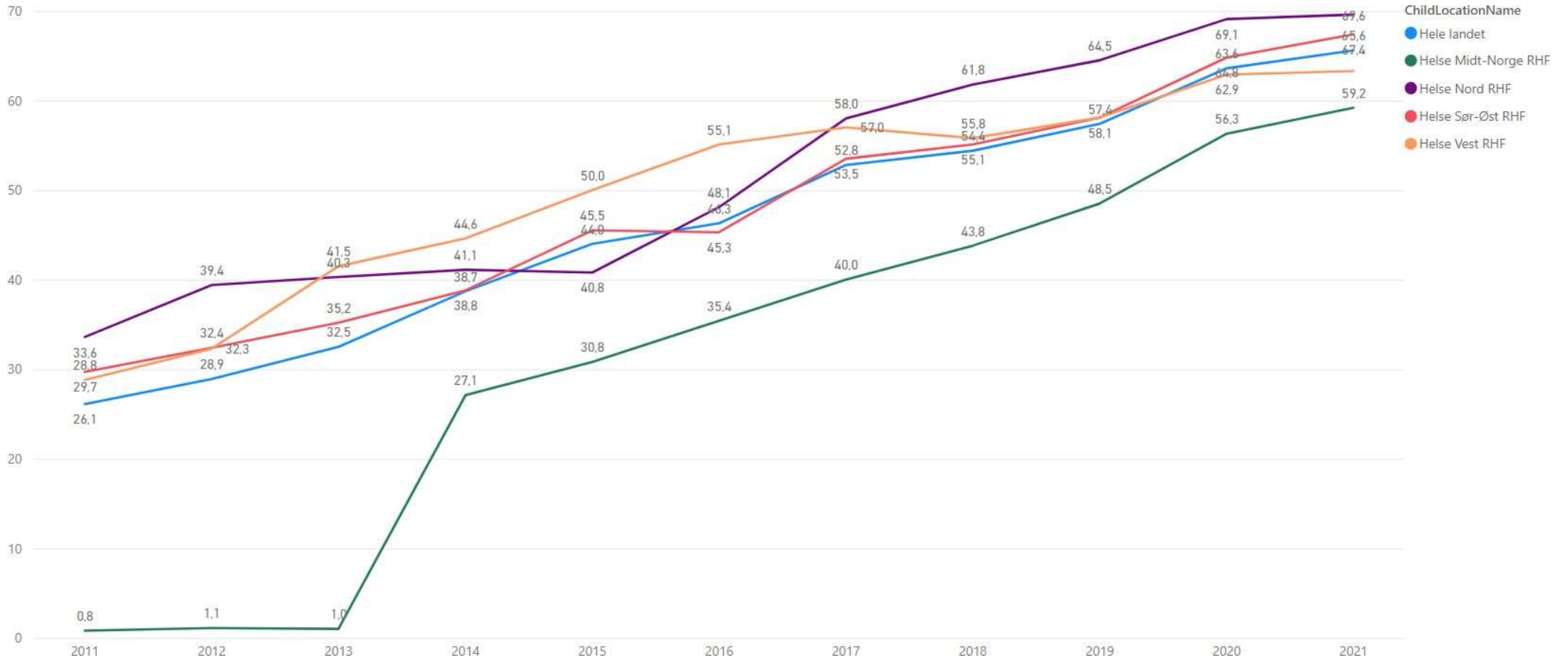
Lav andel i forhold til  
andre foretak

201



## Epikrisetid ved utskriving fra døgntil behandling i psykisk helsevern voksne (innen 1 dag)

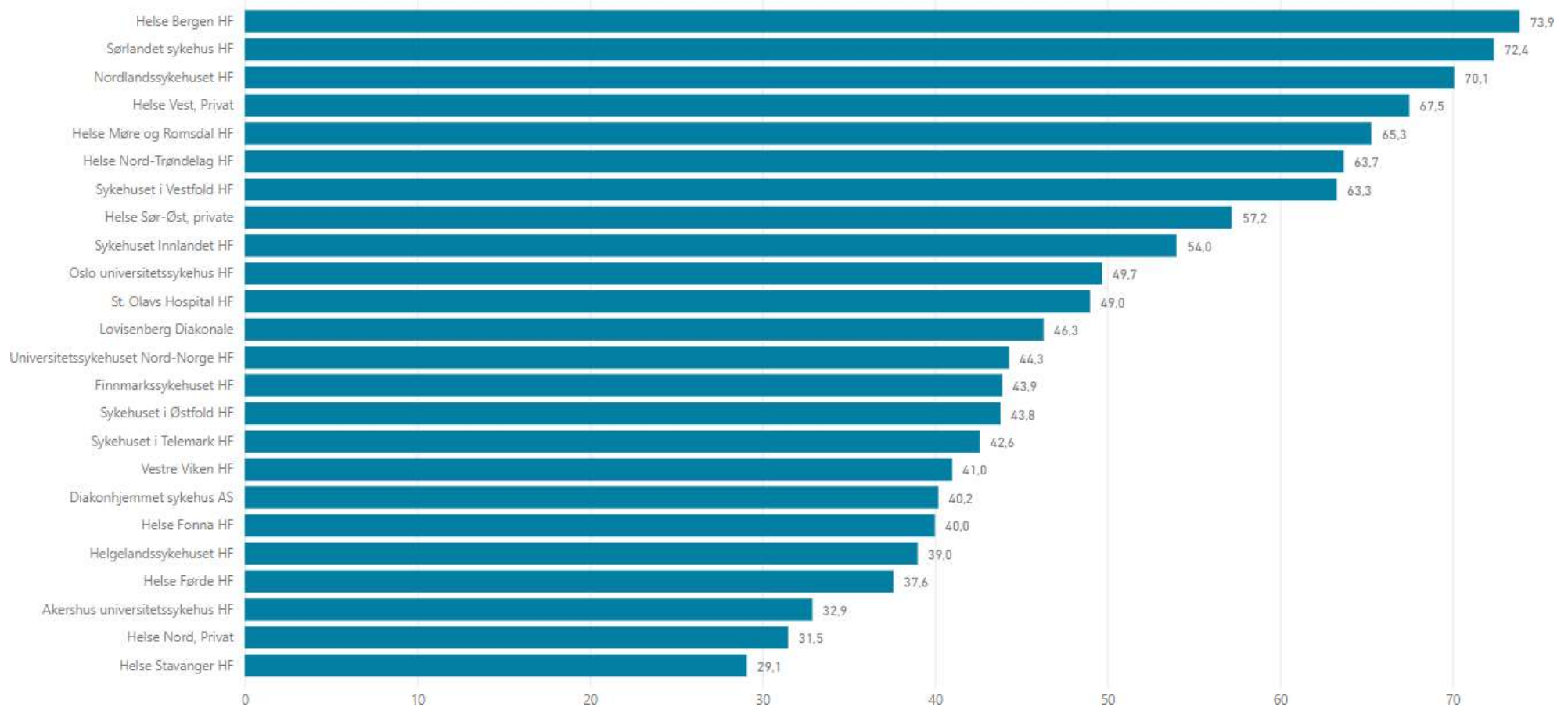
Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 dag etter utskrivningsdato fra psykisk helsevern voksne



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Epikrisetid ved utskriving fra døgntil behandling i psykisk helsevern voksne (innen 1 dag)

Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 dag etter utskrivningsdato fra psykisk helsevern voksne

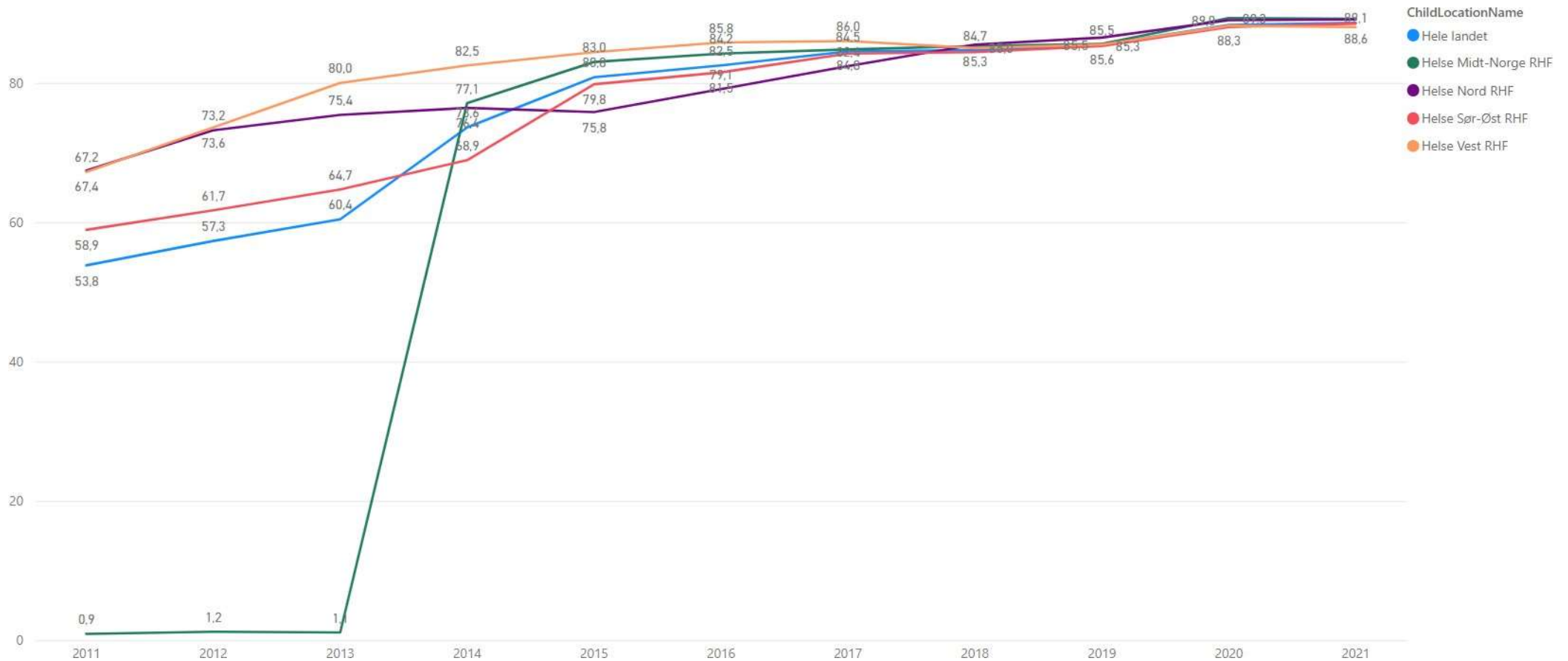


Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Epikrisetid ved utskriving fra somatisk helsetjeneste (innen 7 dager)

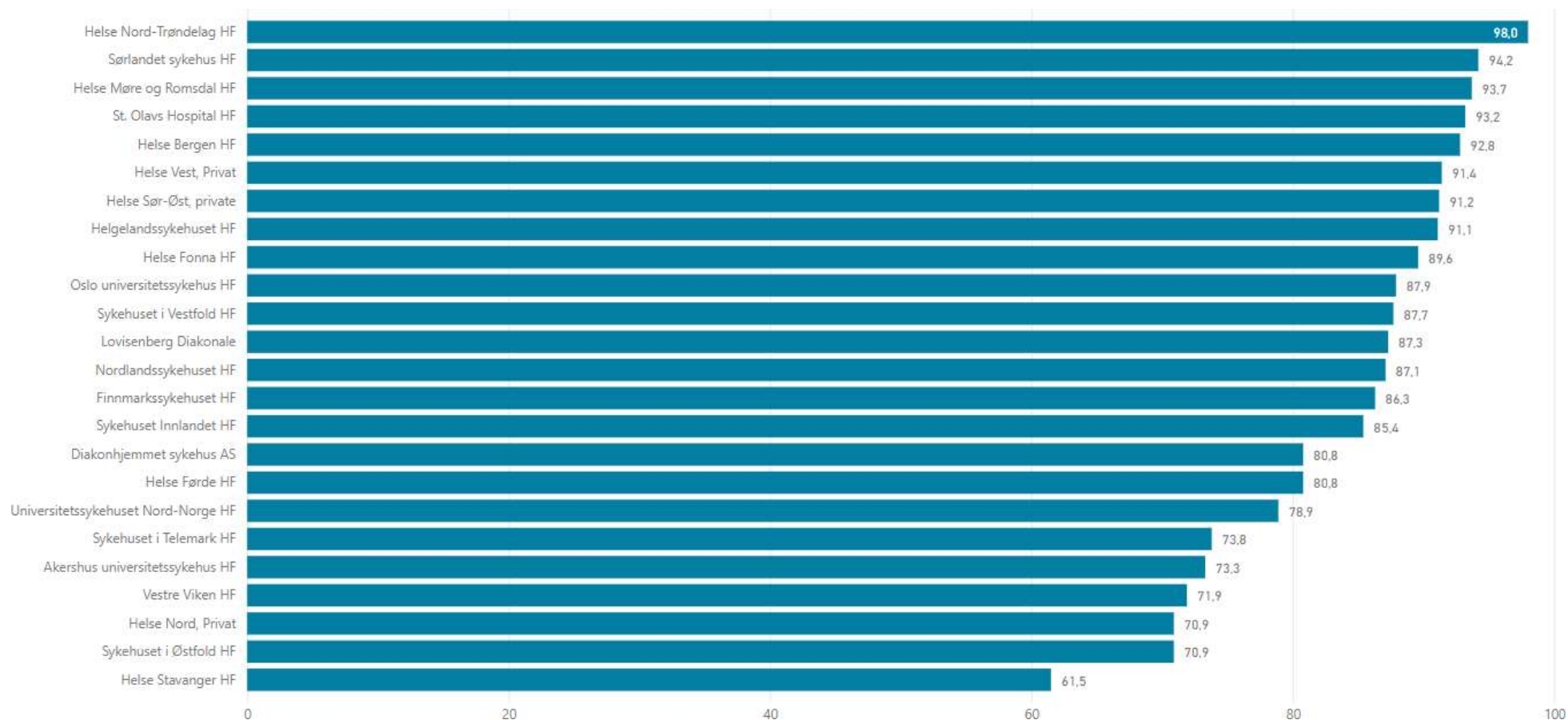
Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter utskrivningsdato fra somatisk helsetjeneste



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Epikrisetid ved utskriving fra døgntil behandling i psykisk helsevern voksne (innen 7 dager)

Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter utskrivningsdato fra psykisk helsevern voksne

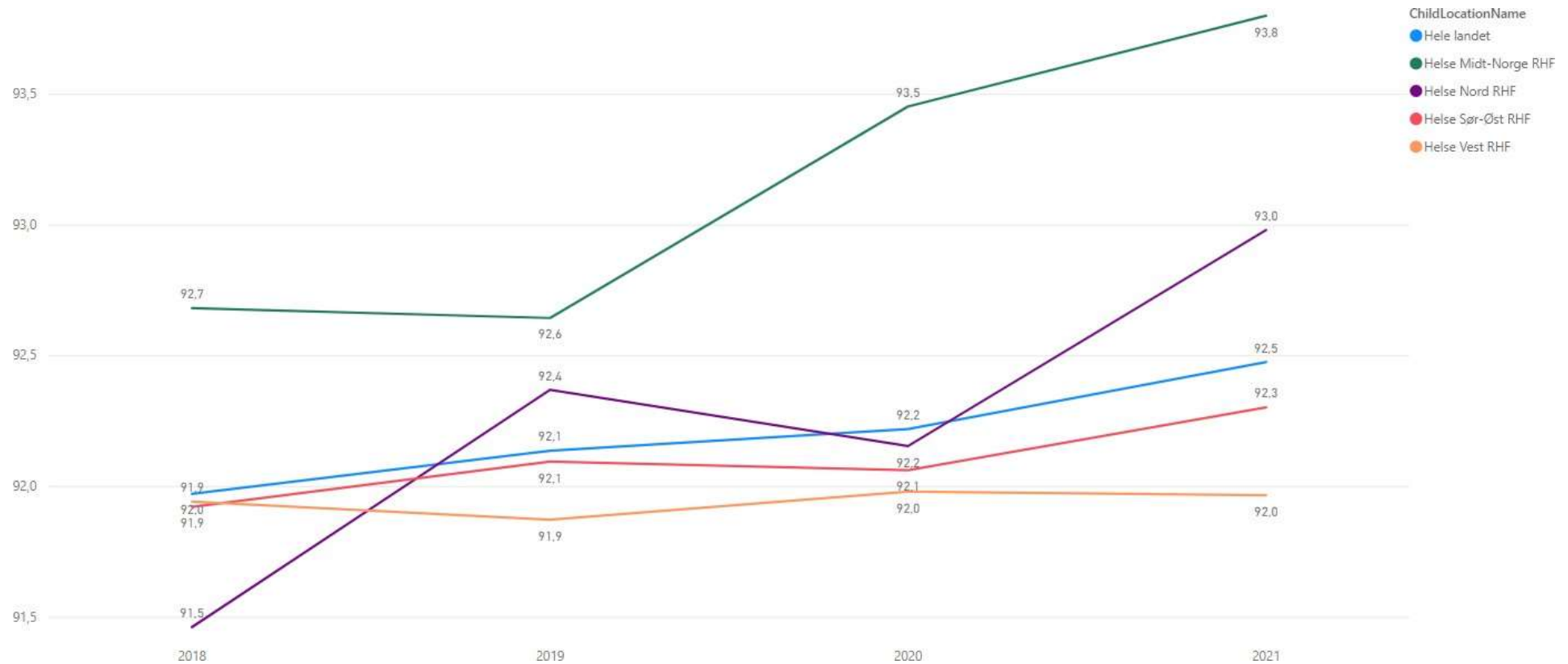


**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for voksne

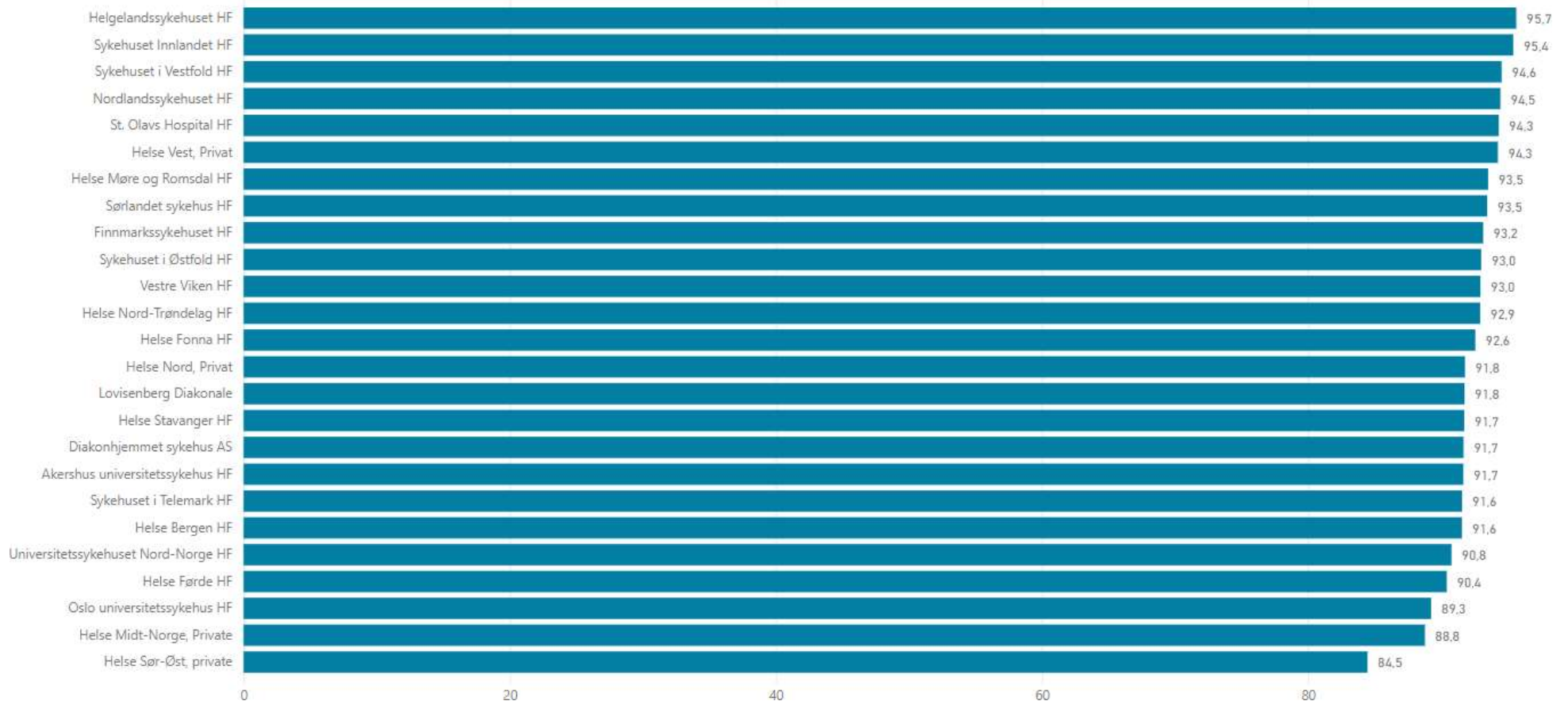
Definisjon: Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode for hovedtilstand i psykisk helsevern for voksne



**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for voksne

Definisjon: Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode for hovedtilstand i psykisk helsevern for voksne



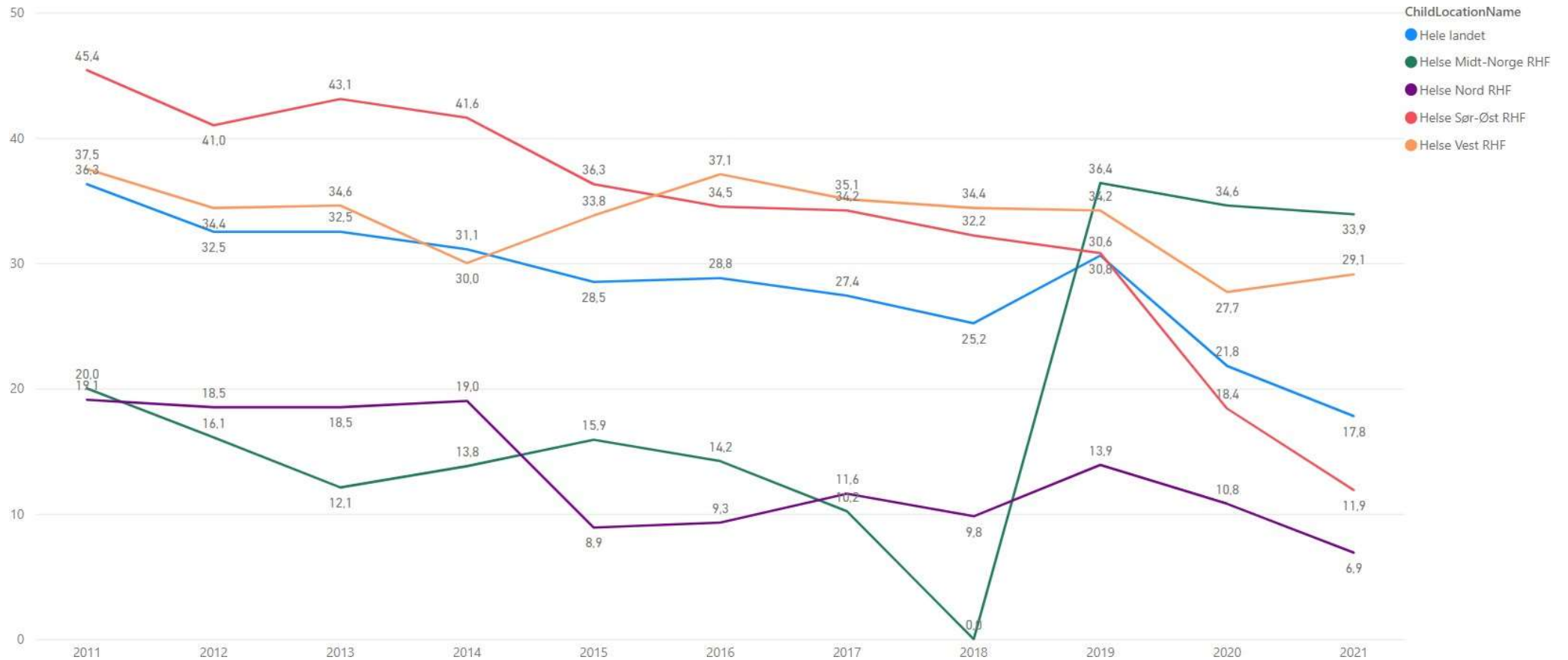
**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

207

## Individuell plan ved diagnose schizofreni i psykisk helsevern for voksne

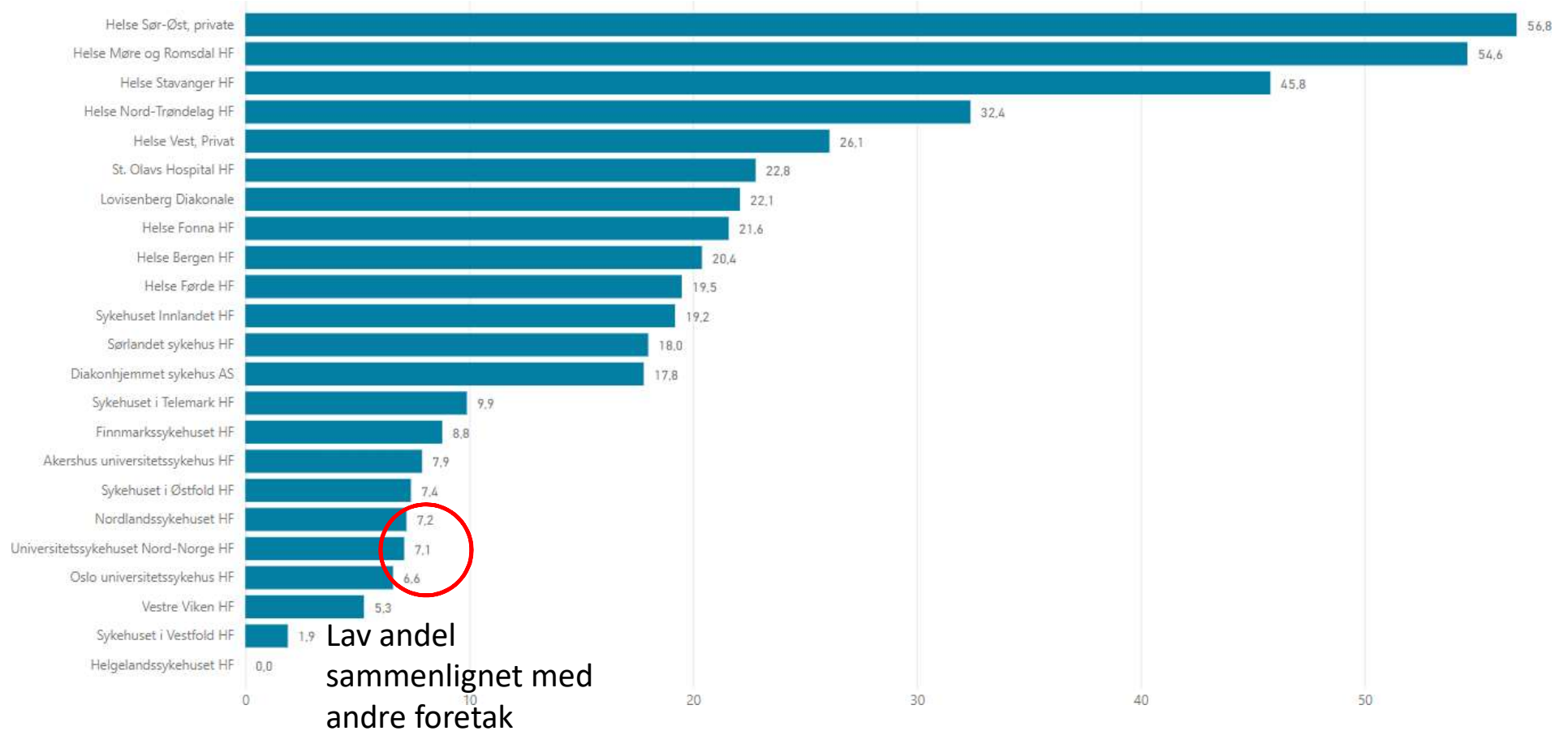
Definisjon: Andel voksne pasienter med diagnosen schizofreni, som har fått en individuell plan for koordinering av helsetjenester i behandling og oppfølging av sin tilstand



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Individuell plan ved diagnose schizofreni i psykisk helsevern for voksne

Definisjon: Andel voksne pasienter med diagnosen schizofreni, som har fått en individuell plan for koordinering av helsetjenester i behandling og oppfølging av sin tilstand



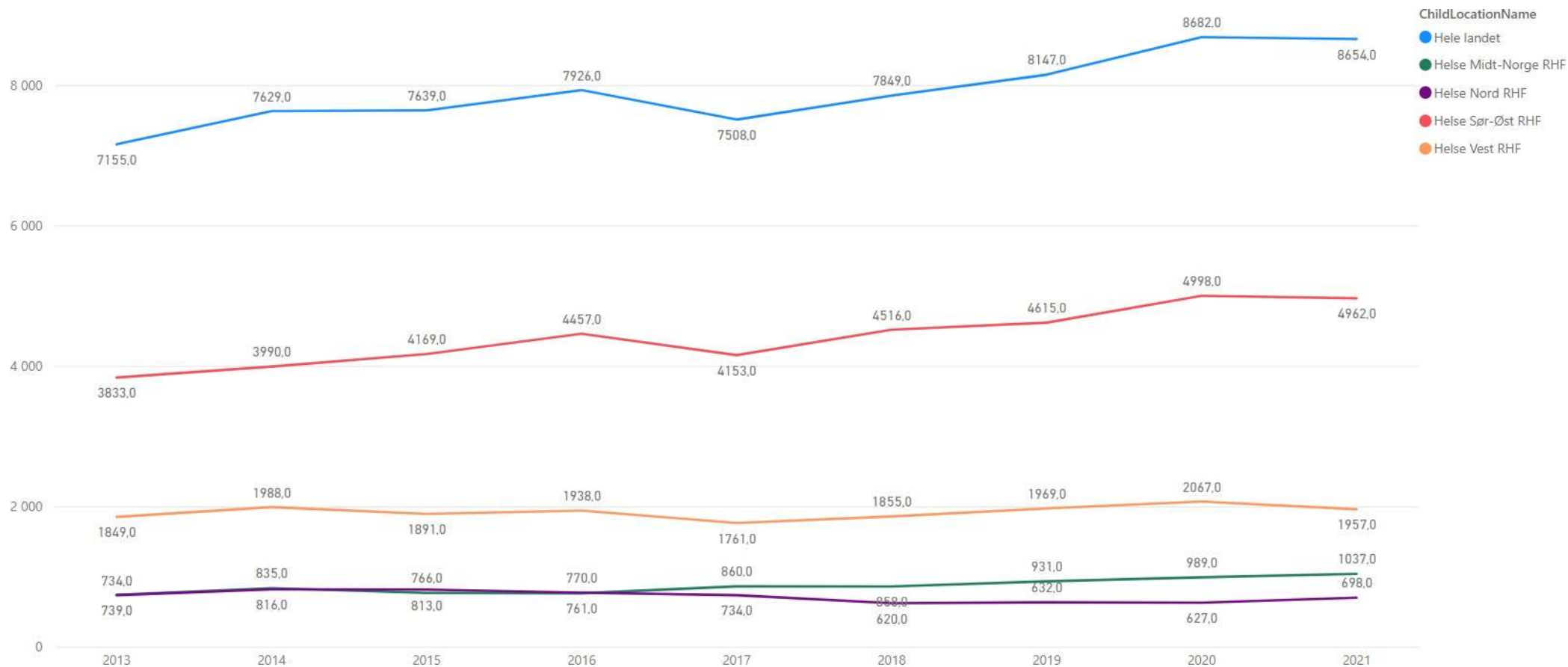
Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne

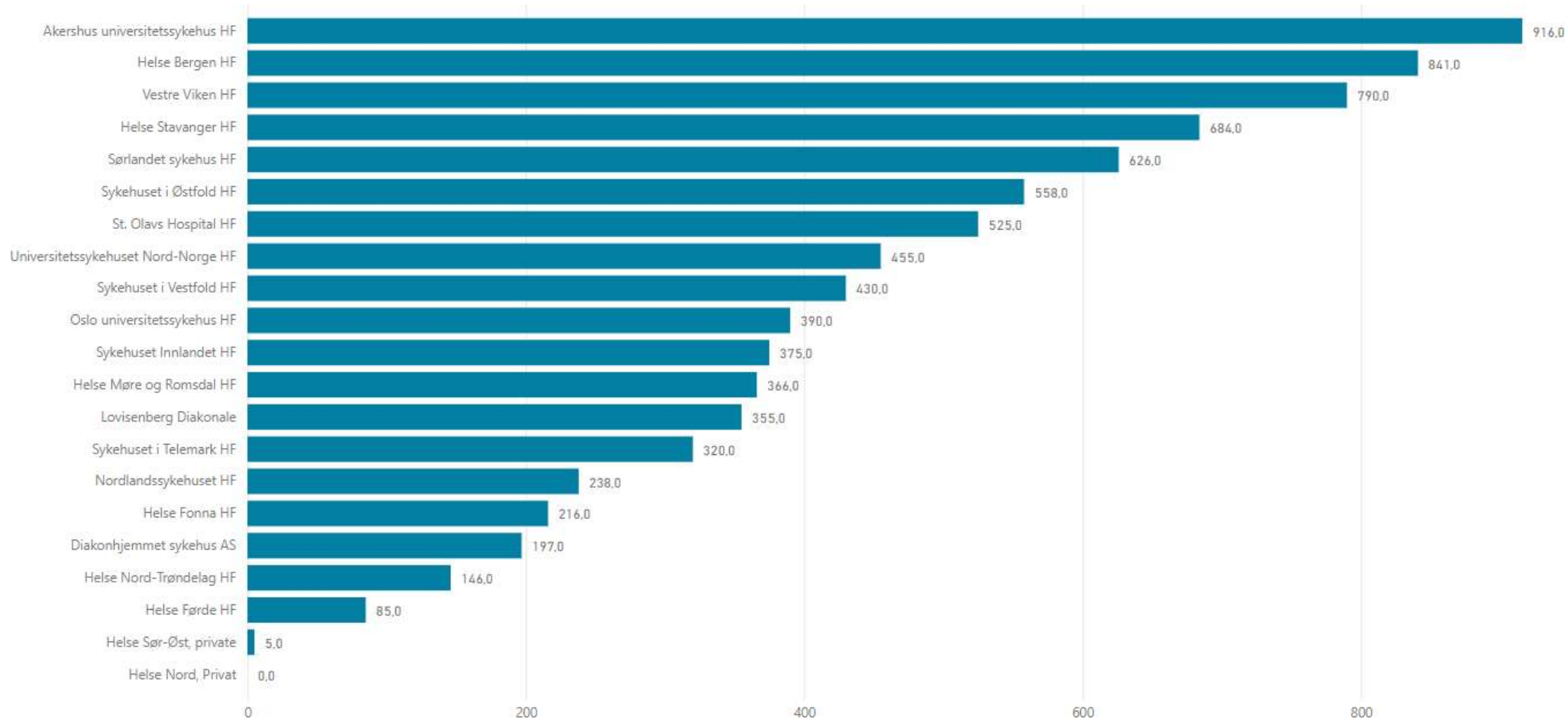
Definisjon: Antall innleggelser til døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne som er tvangsinnleggelser.



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne

Definisjon: Antall innleggelser til døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne som er tvangsinnleggelser.

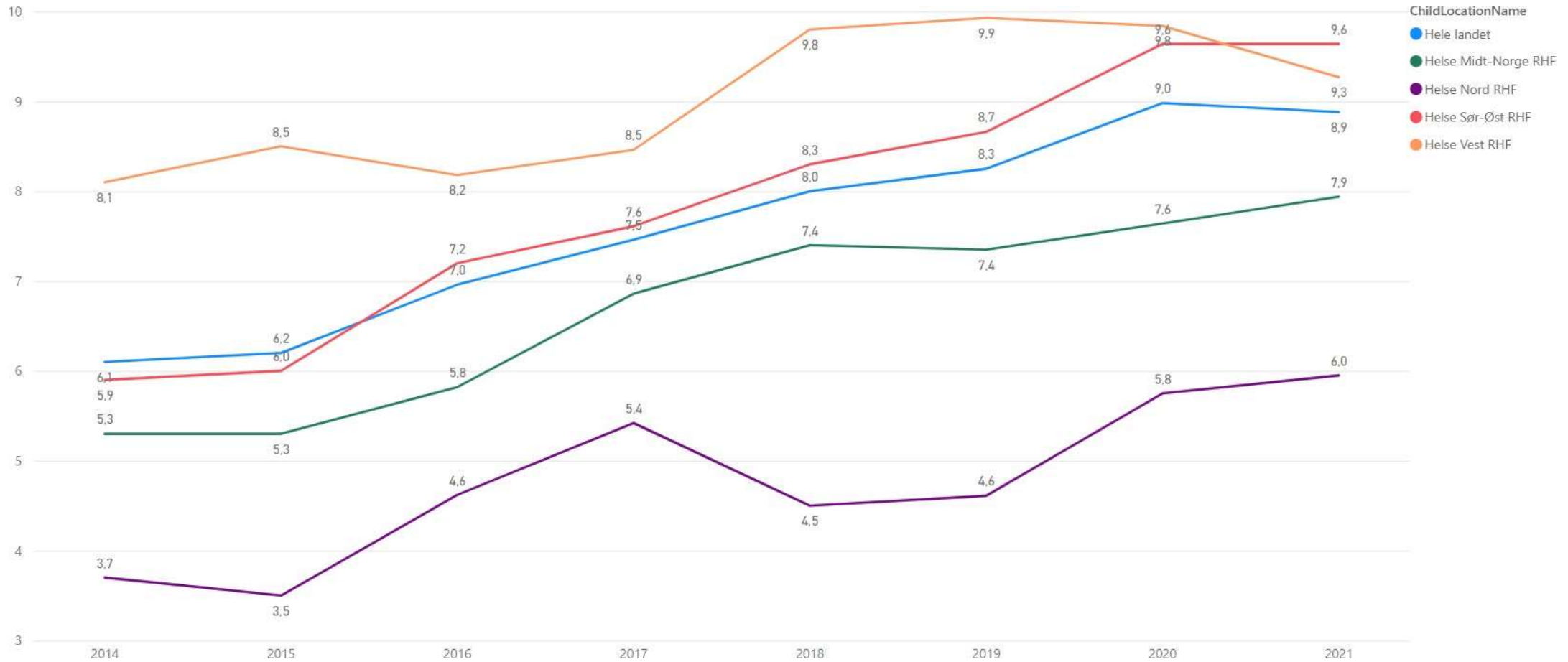


Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne

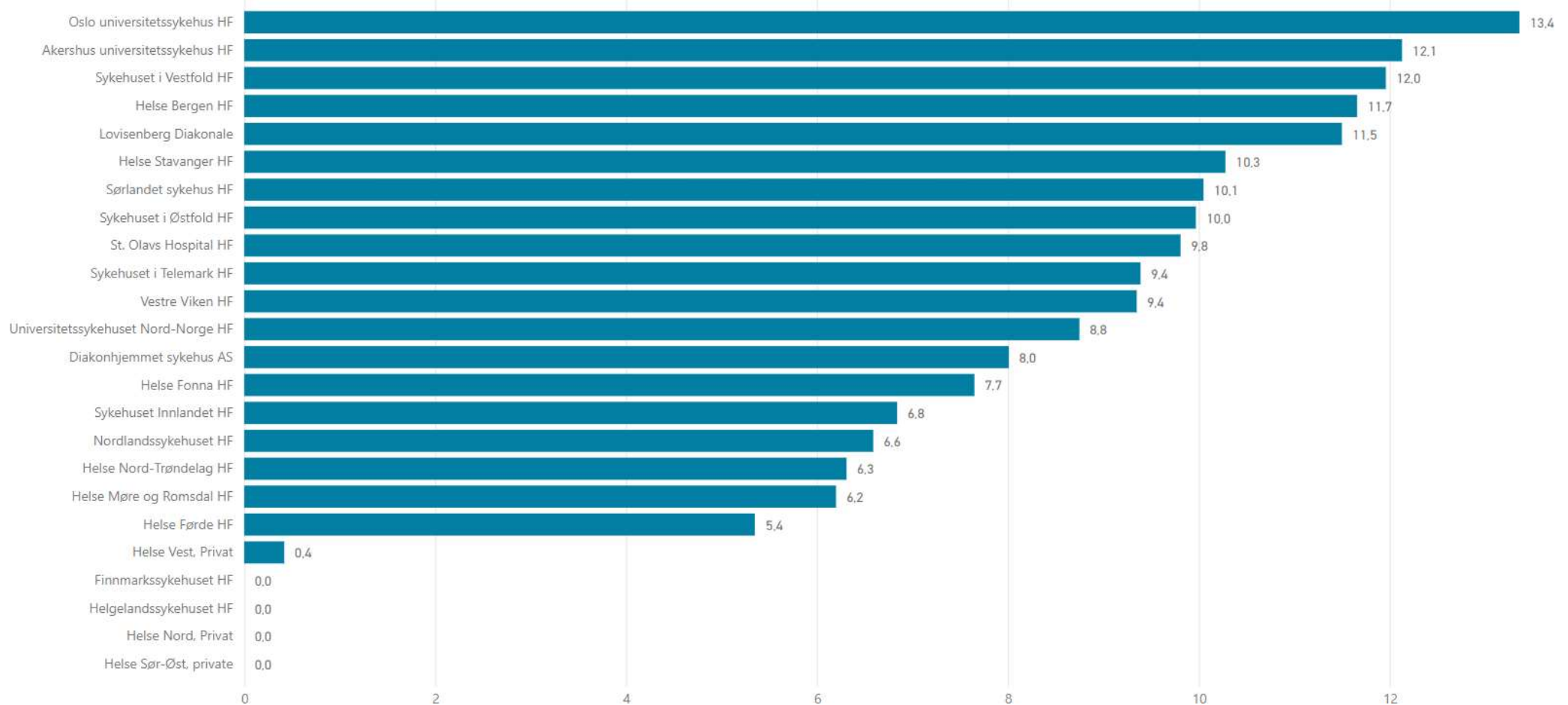
Definisjon: Andel pasienter i døgntilrettelagt behandling med minst ett tvangsmiddelvedtak i måleperioden



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne

Definisjon: Andel pasienter i døgntilrettelagt behandling med minst ett tvangsmiddelvedtak i måleperioden



Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

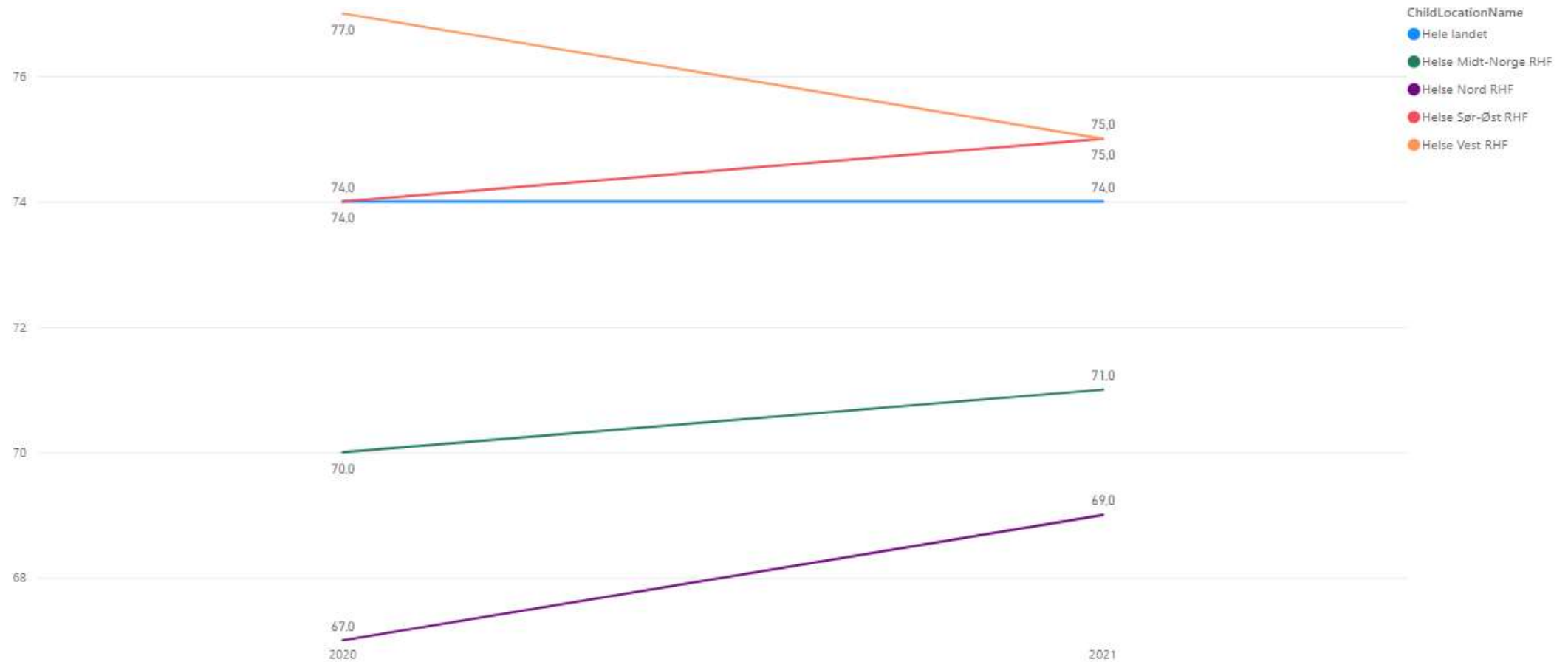
## Pakkeforløp for psykiske lidelser – PHV

---



## Forløpstid for utredning (PHV)

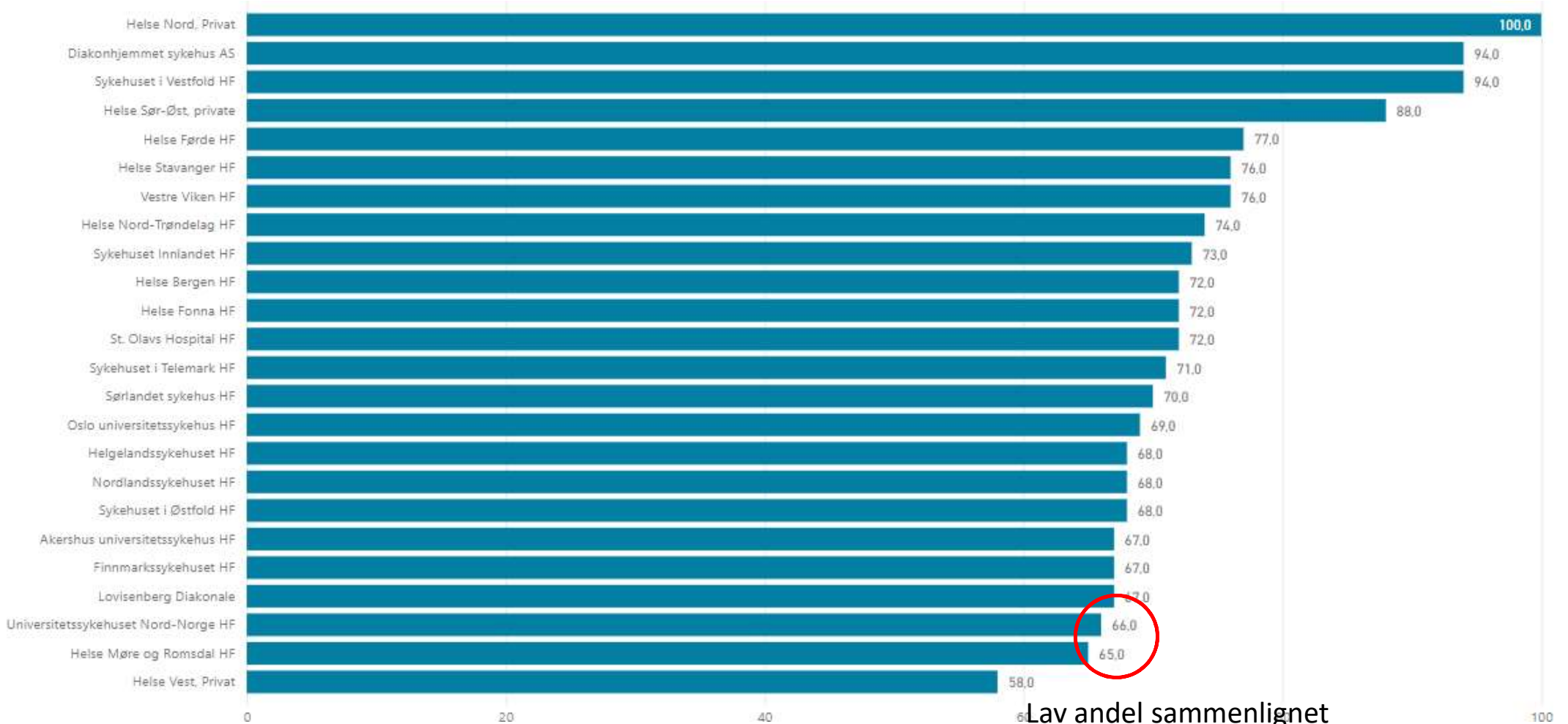
Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som er utredet innen anbefalt forløpstid i psykisk helsevern for voksne (PHV)



**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Forløpstid for utredning (PHV)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som er utredet innen anbefalt forløpstid i psykisk helsevern for voksne (PHV)



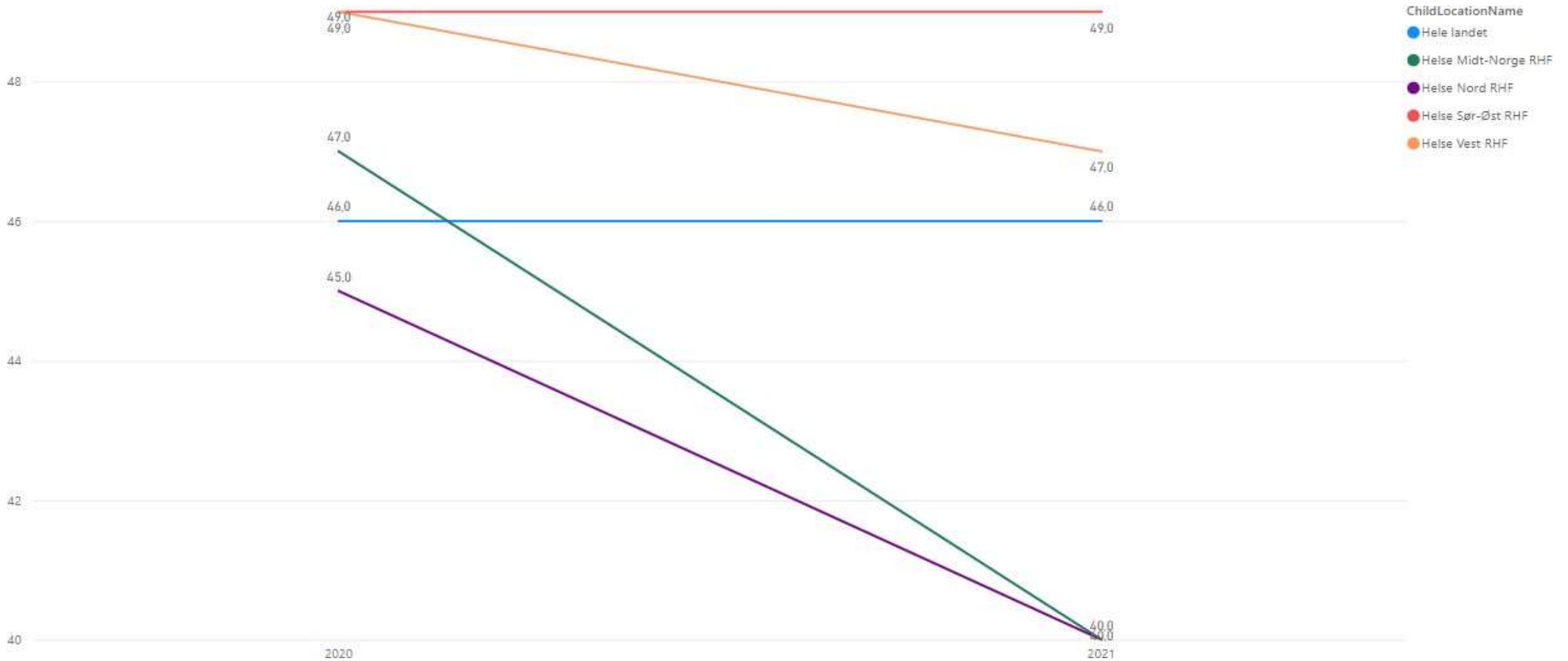
Lav andel sammenlignet med andre foretak

Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk (PHV)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid, psykisk helsevern for voksne (PHV)

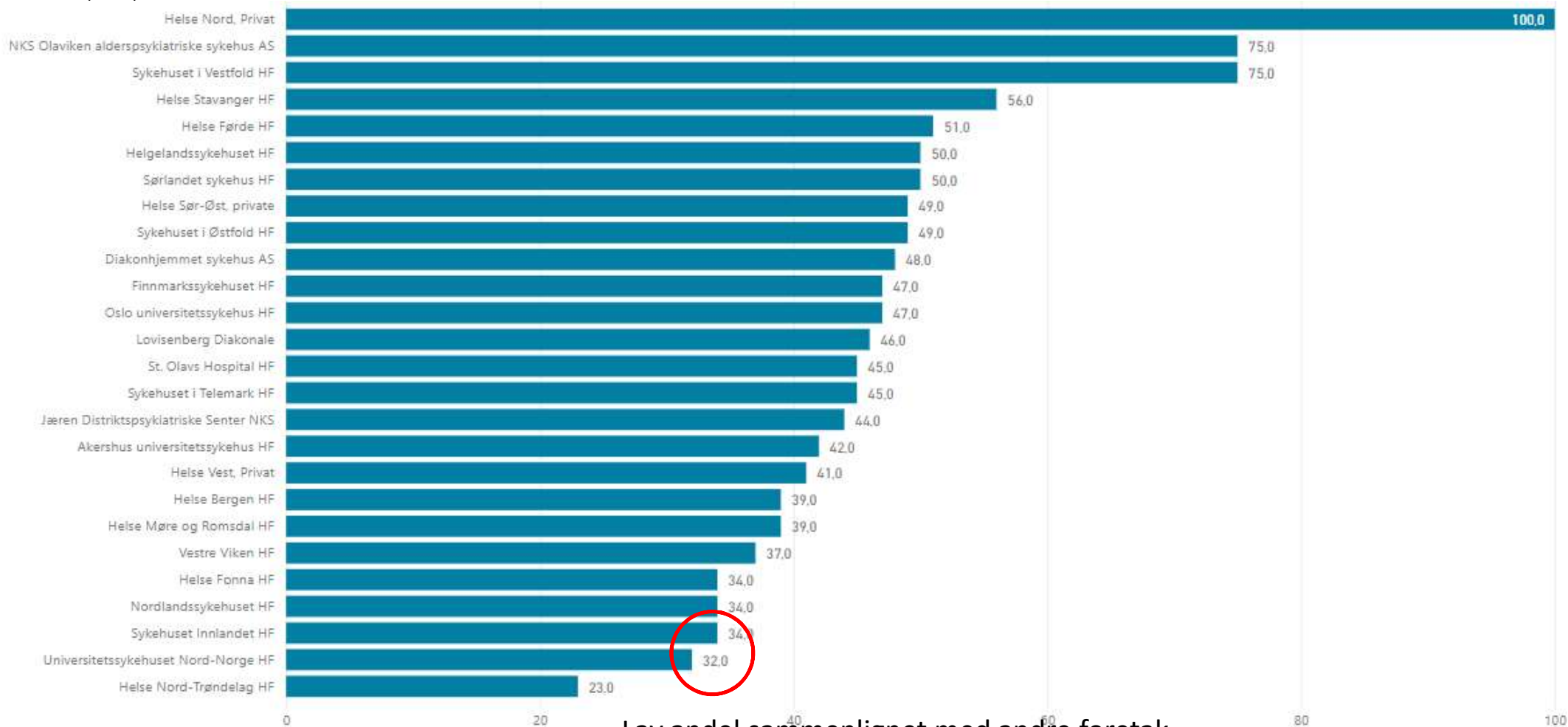


Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk (PHV)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid, psykisk helsevern for voksne (PHV)



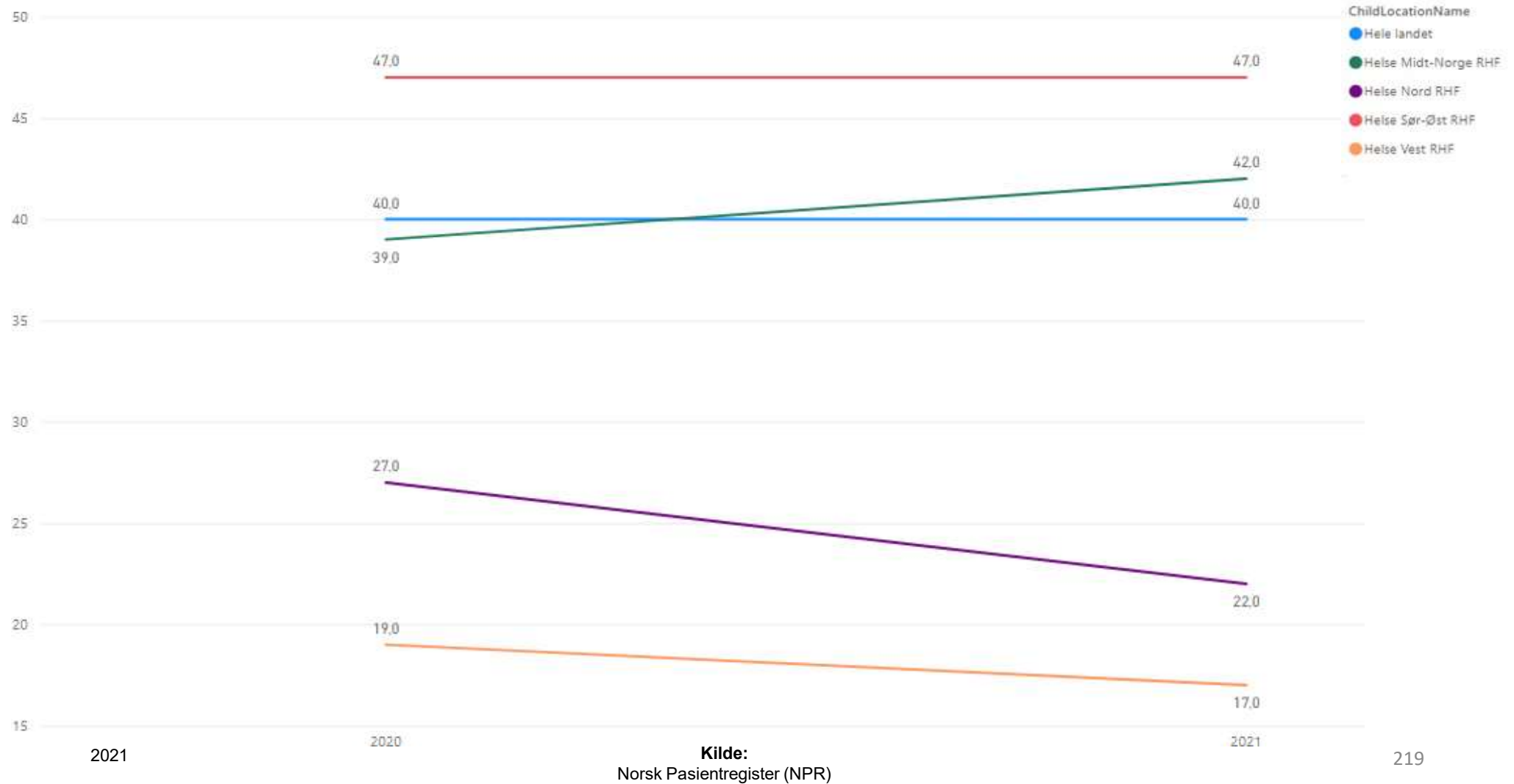
Periode:  
2021

Lav andel sammenlignet med andre foretak

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

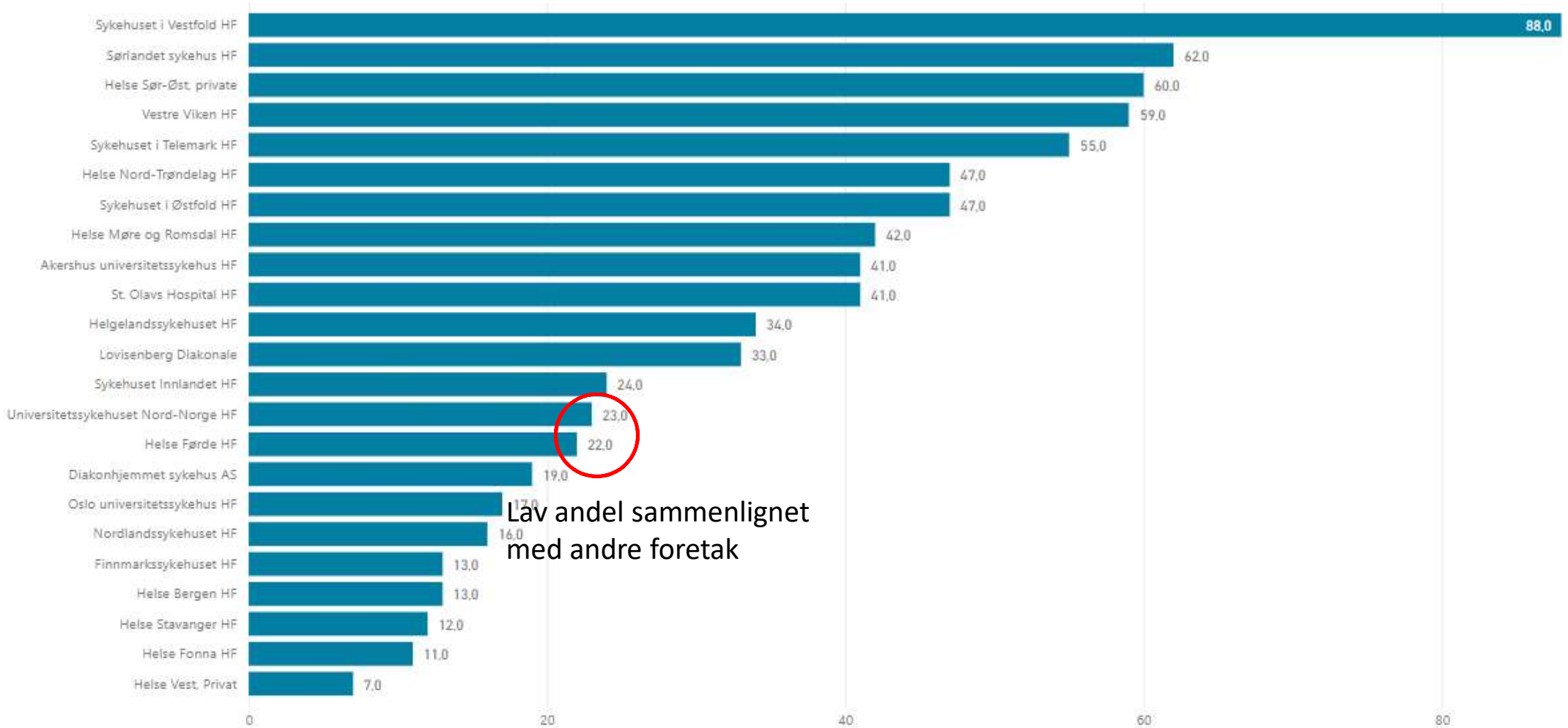
## Medvirkning i egen behandling – involvering i behandlingsplan (PHV)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, psykisk helsevern for voksne (PHV)



## Medvirkning i egen behandling – involvering i behandlingsplan (PHV)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, psykisk helsevern for voksne



Lav andel sammenlignet med andre foretak

Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

227

# Rusbehandling

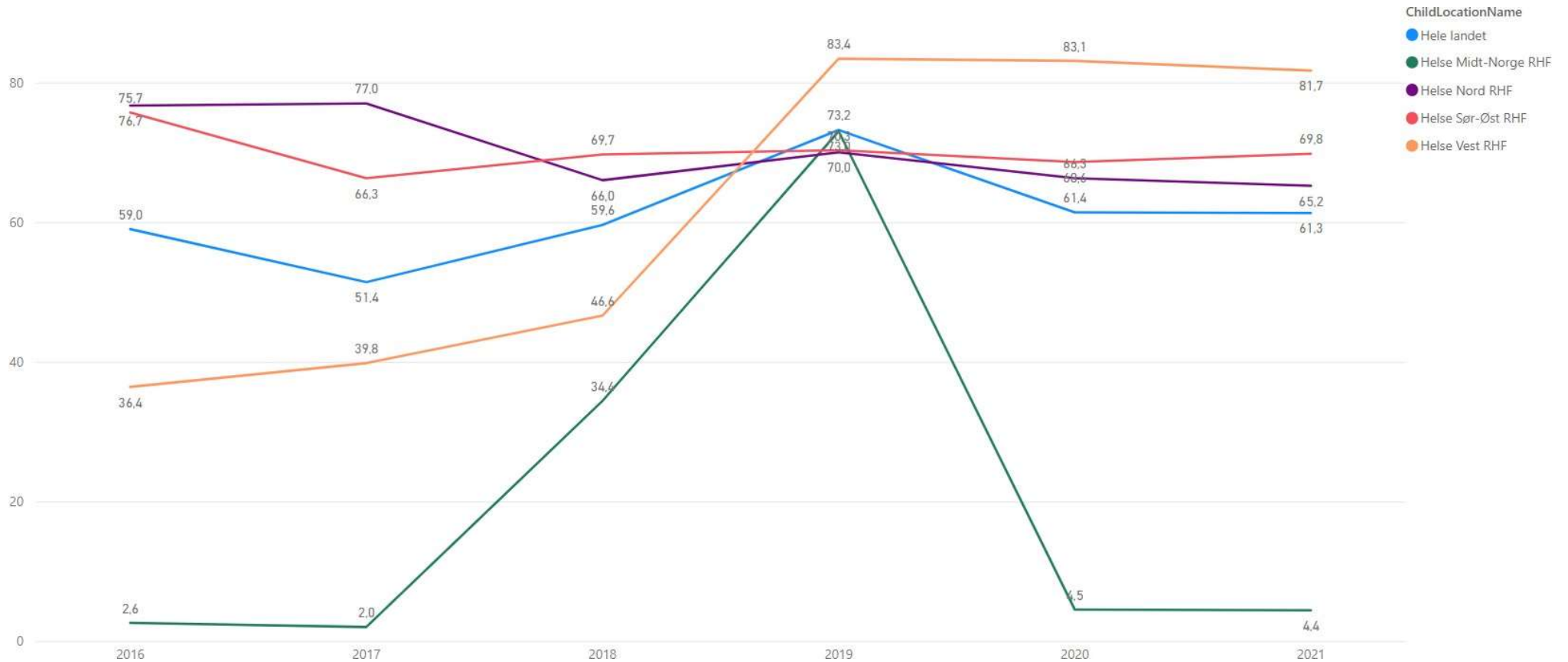
---



Kilde:Mostphotos

## Avsluttede opphold i TSB med manglende rapportering om avslutningstype

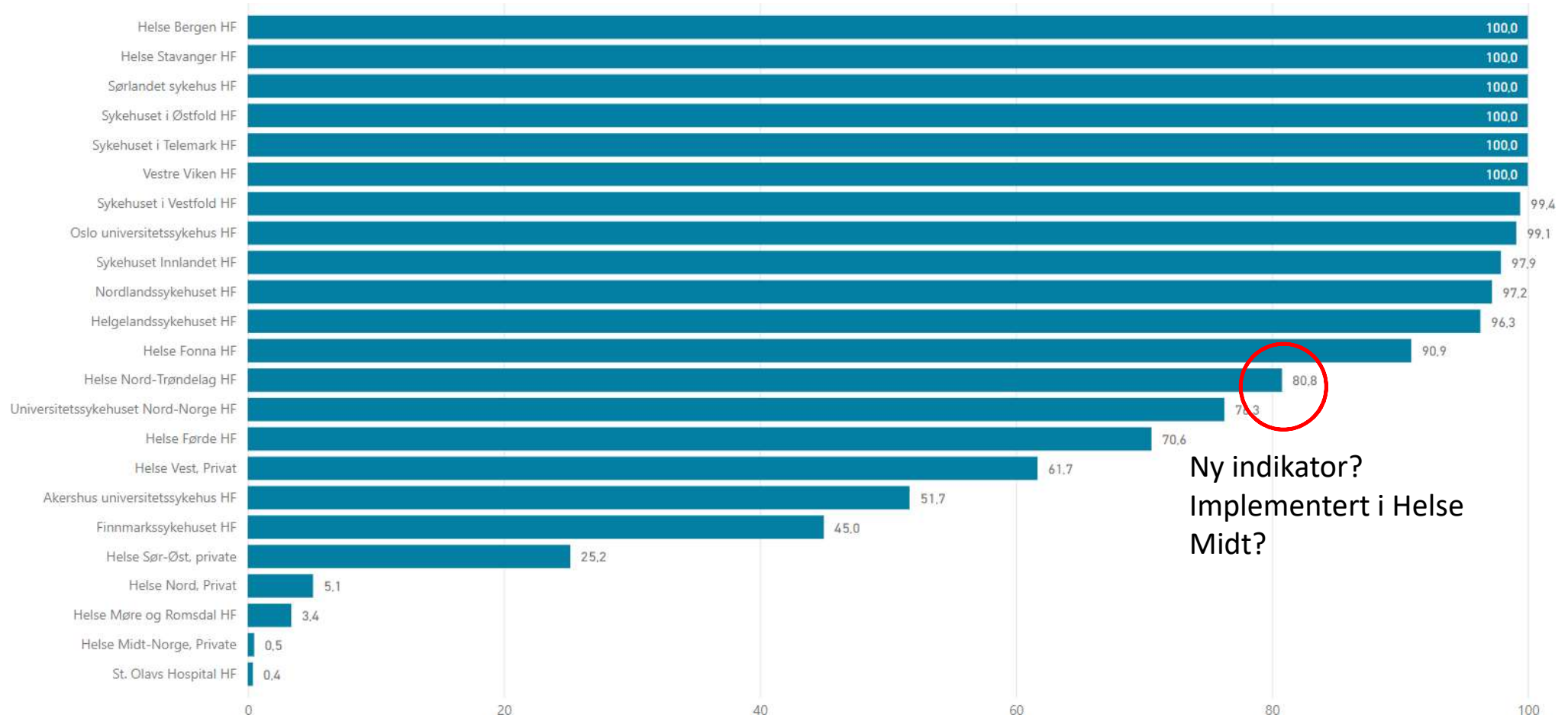
Definisjon: Andel avsluttede opphold i TSB døgnbehandling for pasienter over 18 år, med manglende rapportering om avslutningstype



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Avsluttede opphold i TSB med manglende rapportering om avslutningstype

Definisjon: Andel avsluttede opphold i TSB døgnbehandling for pasienter over 18 år, med manglende rapportering om avslutningstype



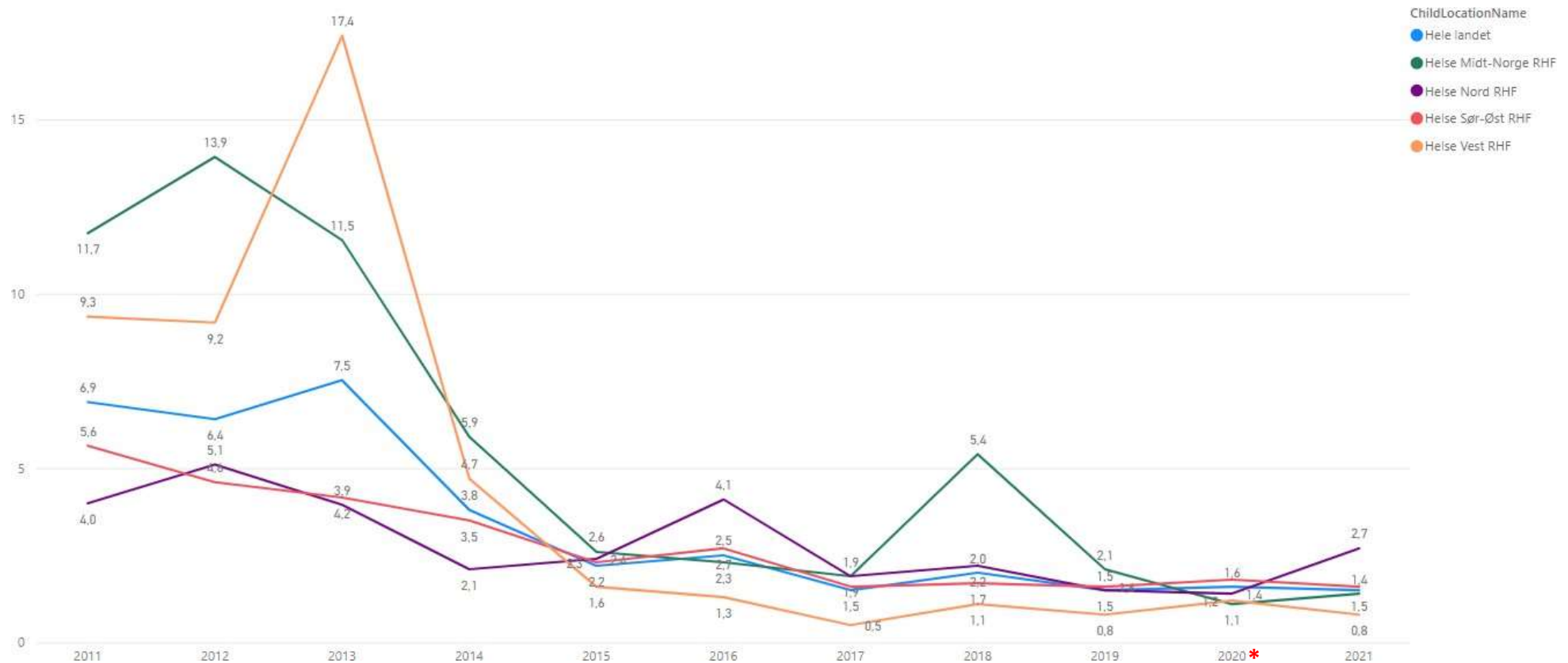
Ny indikator?  
Implementert i Helse  
Midt?

Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Andel pasienter med brudd på vurderingsgarantien i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Definisjon: Andel av pasienter med brudd på vurderingsgarantien innen TSB

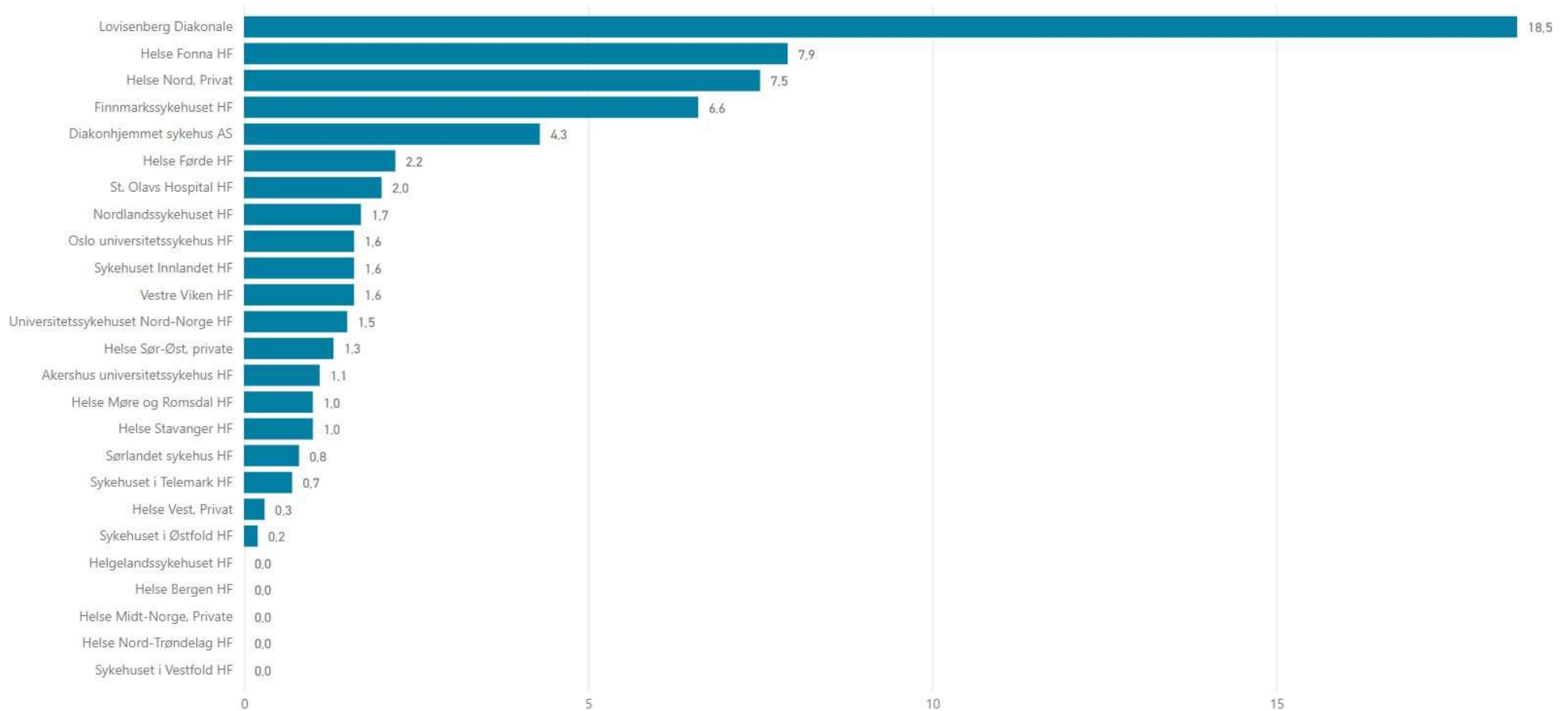


**\*Andel brudd i 2020 er ikke reelt, da dataene som ligger til grunn ikke tar høyde for at frist for å vurdere henvisninger ble utvidet fra 10 til 30 dager i perioden 27. mars til 27. mai 2020, og deretter bortfalt i perioden 27.05.2020 –01.10. 2020.**

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Andel pasienter med brudd på vurderingsgarantien i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Definisjon: Andel av pasienter med brudd på vurderingsgarantien innen TSB



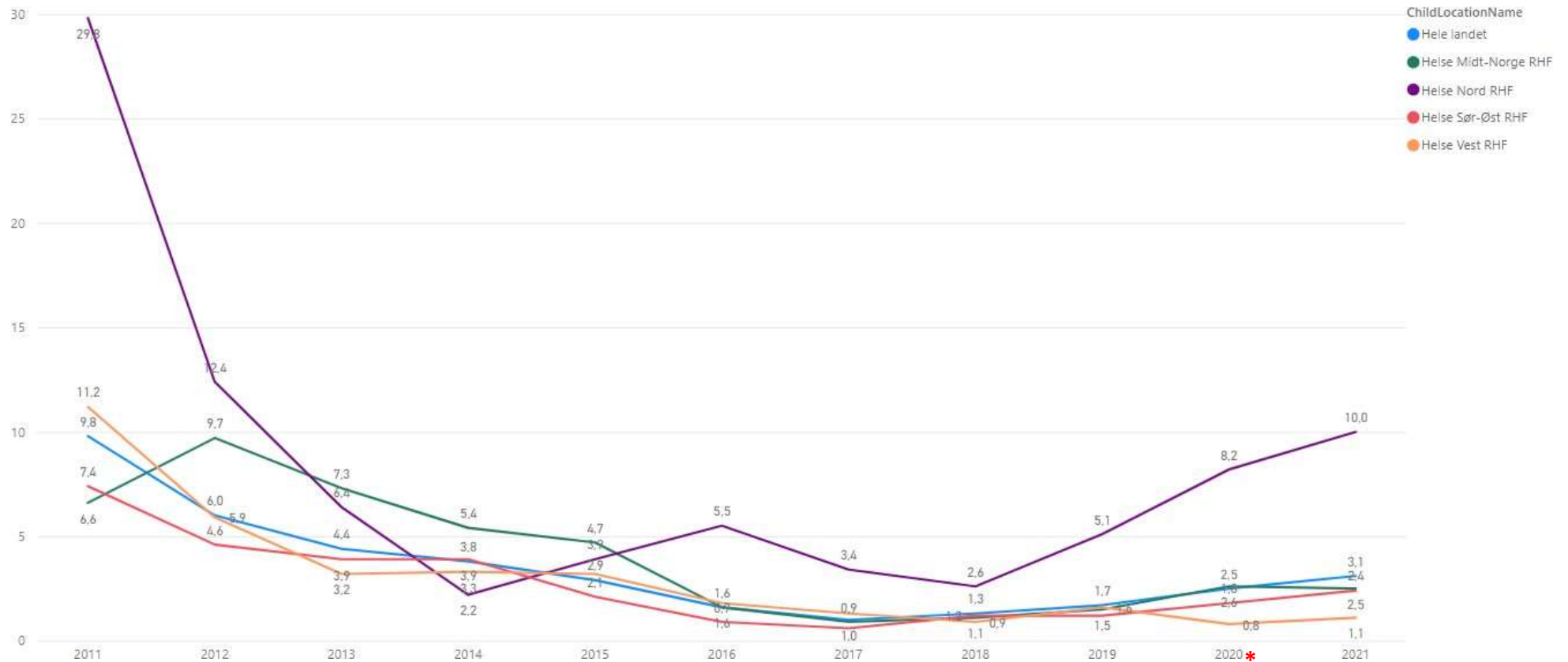
**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Fristbrudd for pasienter som har påbegynt tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Definisjon: Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt TSB

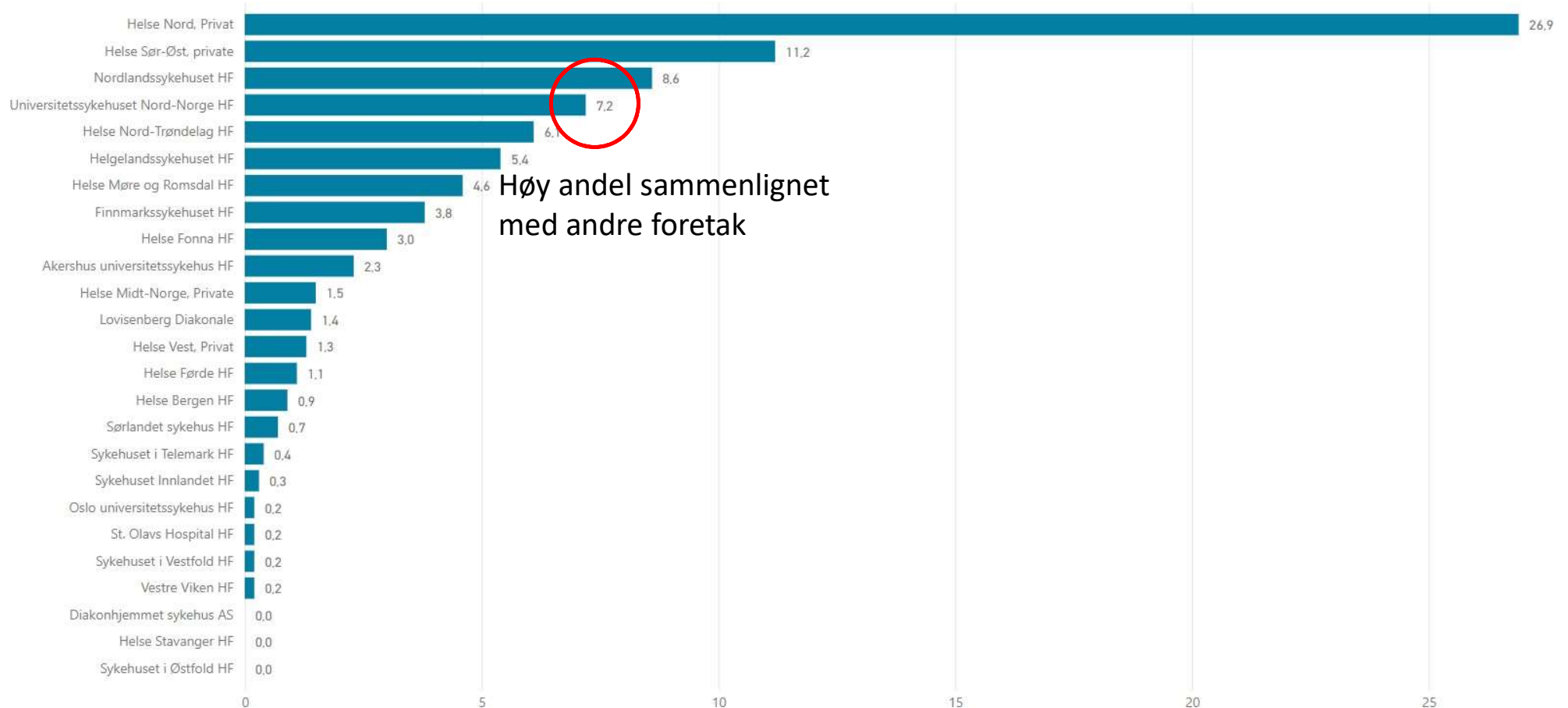


*\*Andel brudd i 2020 er ikke reelt, da dataene som ligger til grunn ikke tar høyde for at frist for å vurdere henvisninger ble utvidet fra 10 til 30 dager i perioden 27. mars til 27. mai 2020, og deretter bortfalt i perioden 27.05.2020 –01.10. 2020.*

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Fristbrudd for pasienter som har påbegynt tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Definisjon: Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt TSB



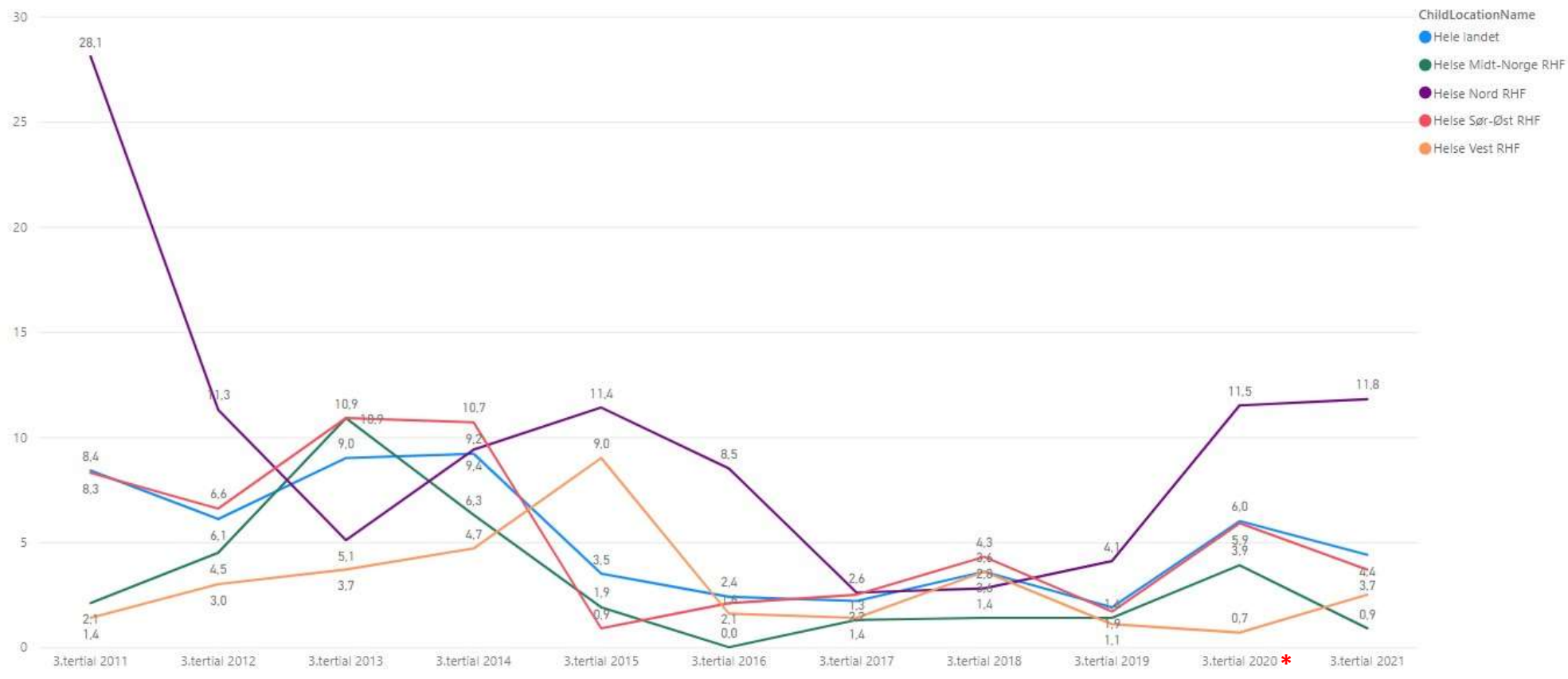
Høy andel sammenlignet med andre foretak

Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Fristbrudd for pasienter som står på venteliste til tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Definisjon: Andel fristbrudd for pasienter som står på venteliste til TSB

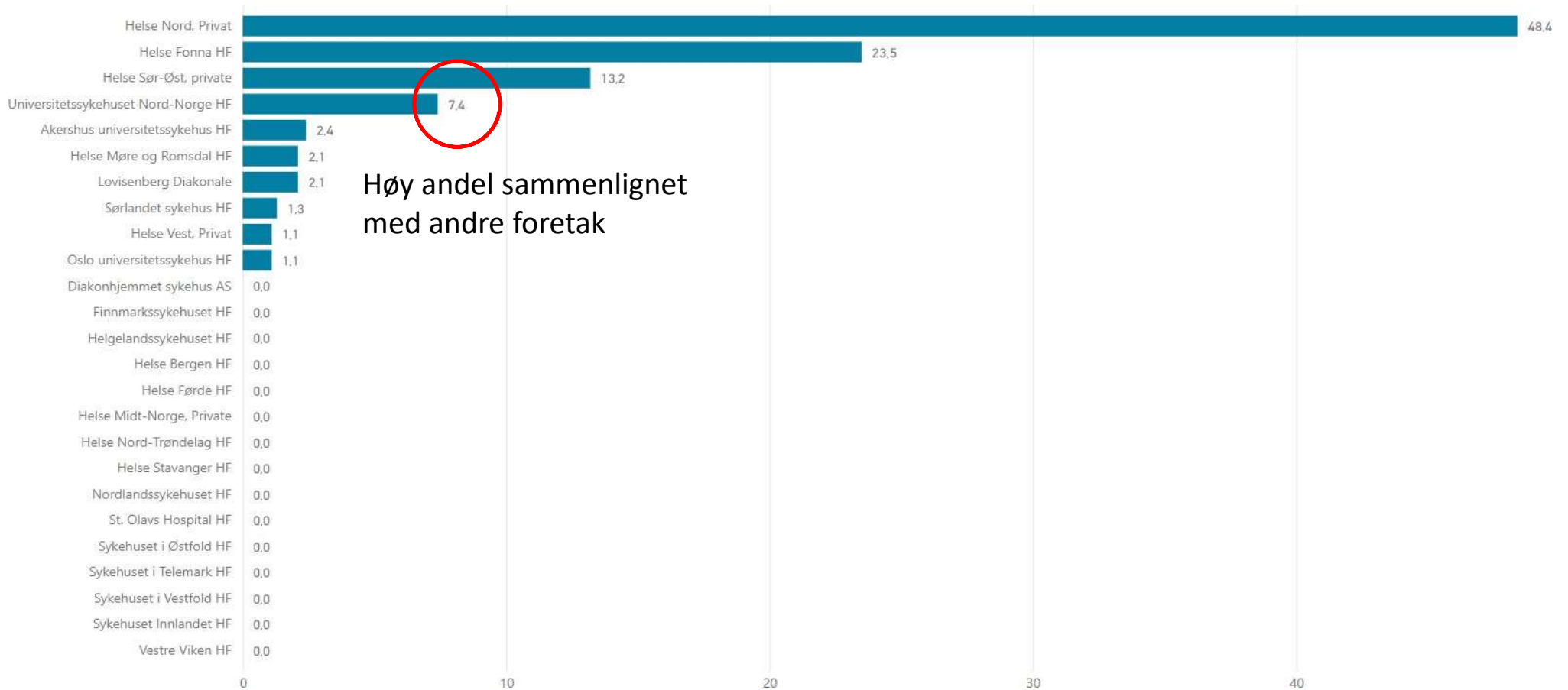


**\*Andel brudd i 2020 er ikke reelt, da dataene som ligger til grunn ikke tar høyde for at frist for å vurdere henvisninger ble utvidet fra 10 til 30 dager i perioden 27. mars til 27. mai 2020, og deretter bortfalt i perioden 27.05.2020 –01.10. 2020.**

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Fristbrudd for pasienter som står på venteliste til tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Definisjon: Andel fristbrudd for pasienter som står på venteliste til TSB

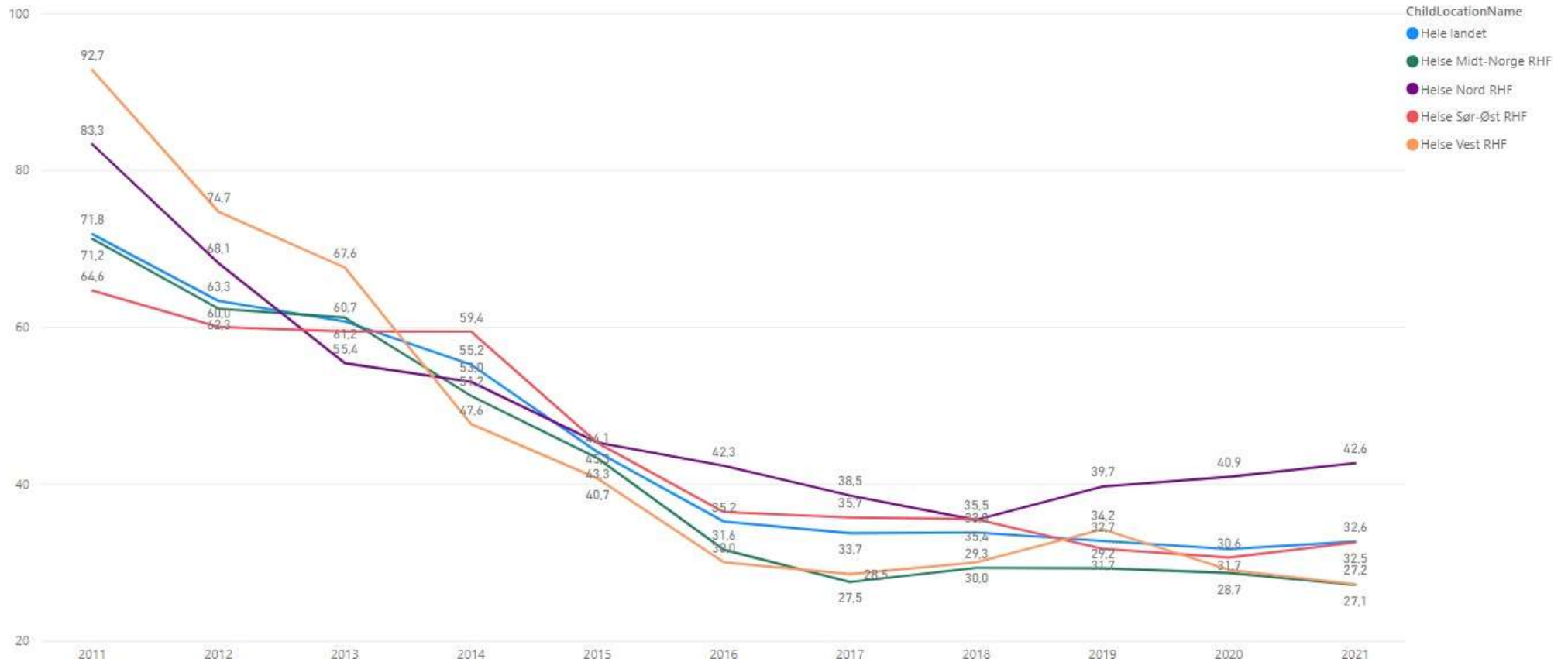


Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Gjennomsnittlig ventetid i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

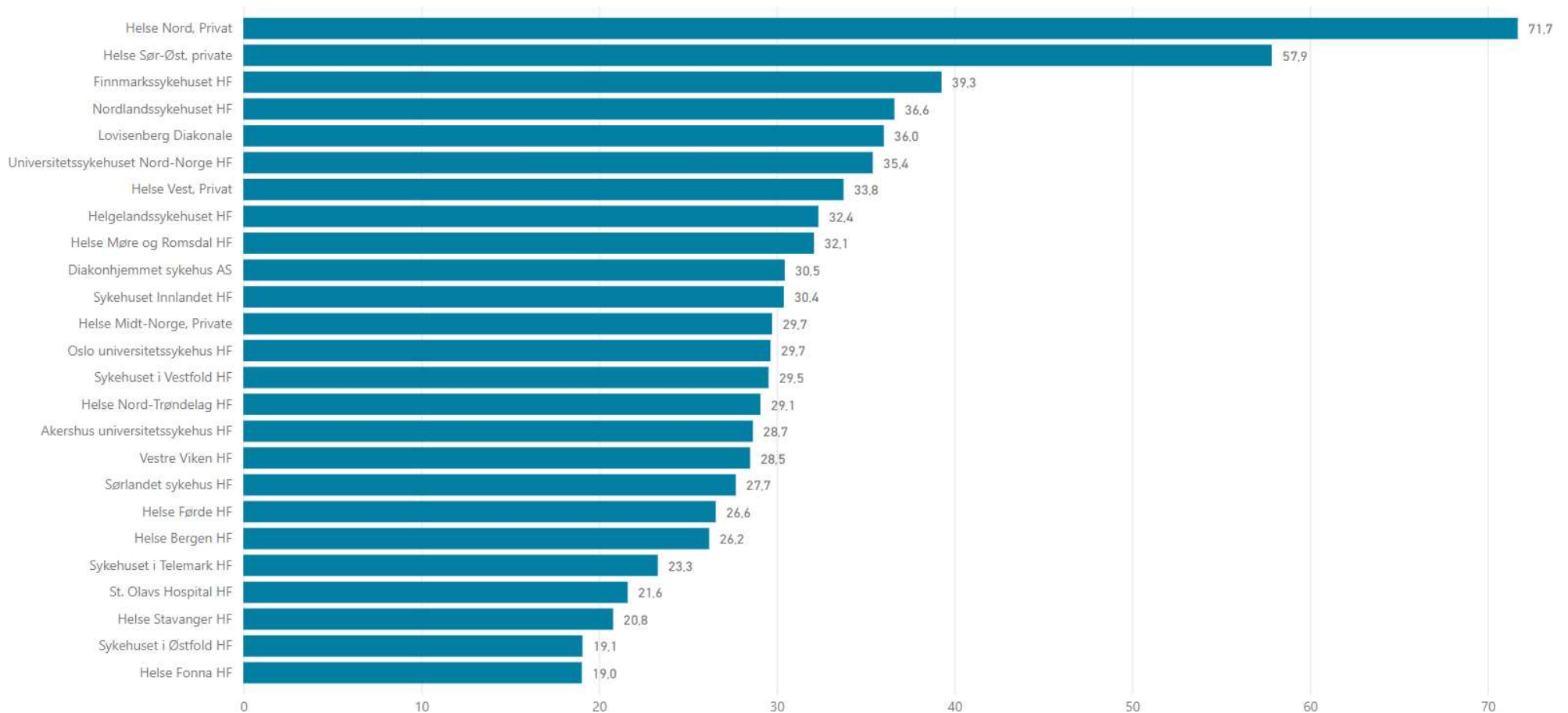
Definisjon: Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Antall dager



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Gjennomsnittlig ventetid i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Definisjon: Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Antall dager



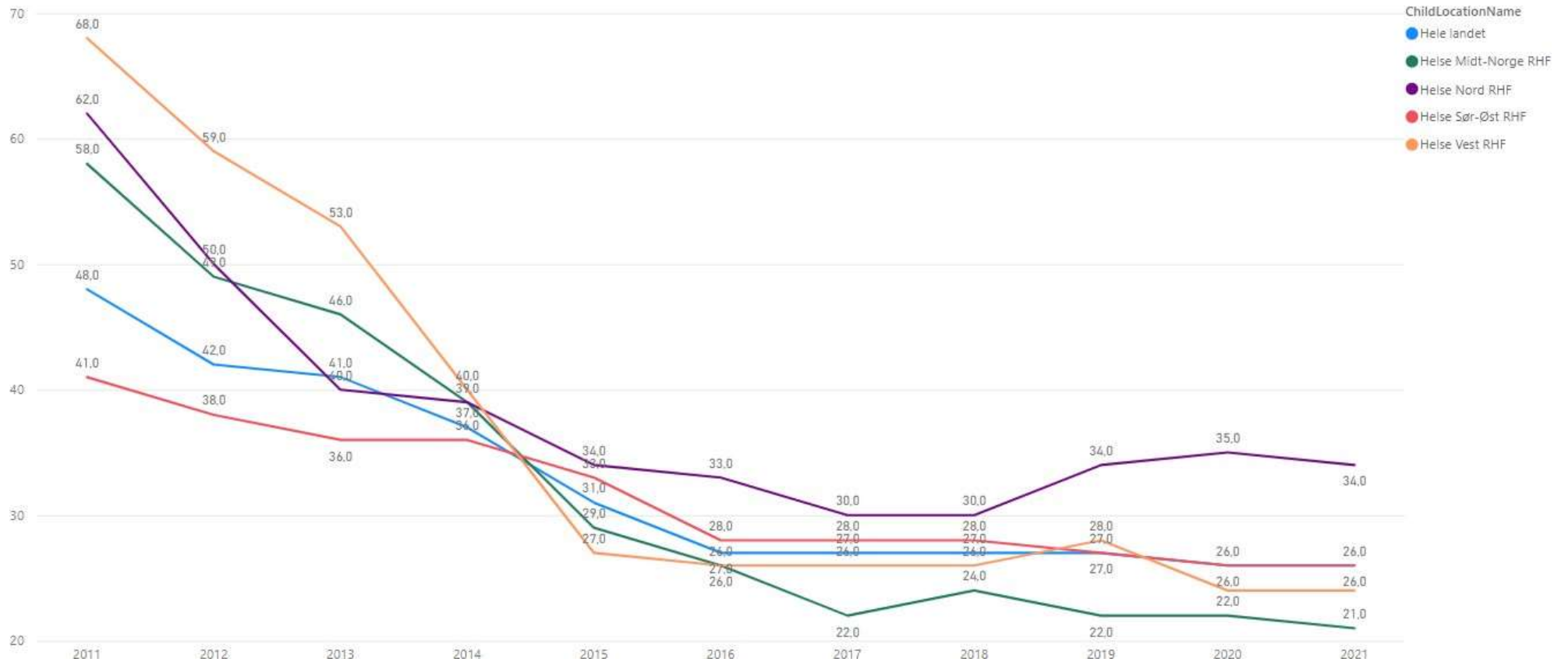
**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

231

## Median ventetid i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

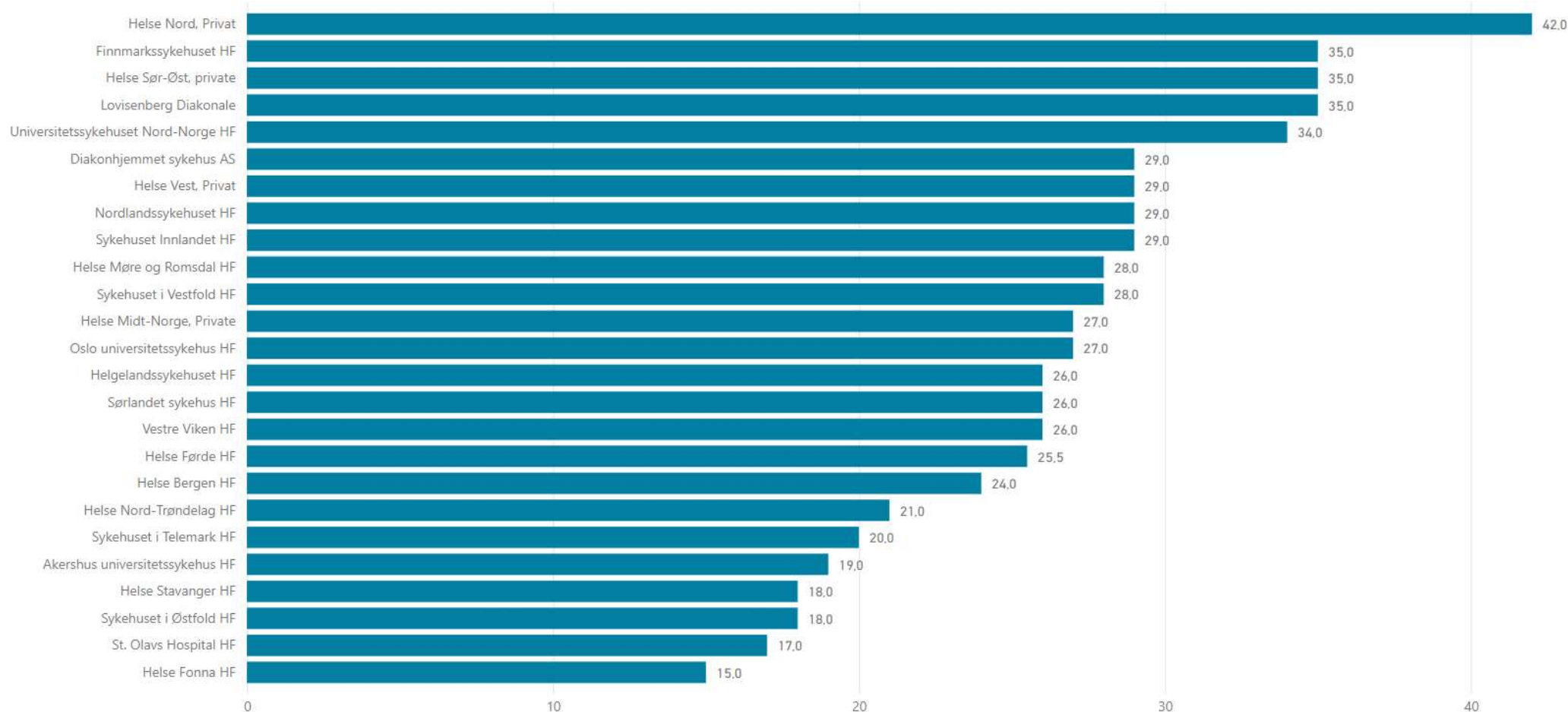
Definisjon: Median ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Antall dager.



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Median ventetid i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Definisjon: Median ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Antall dager.



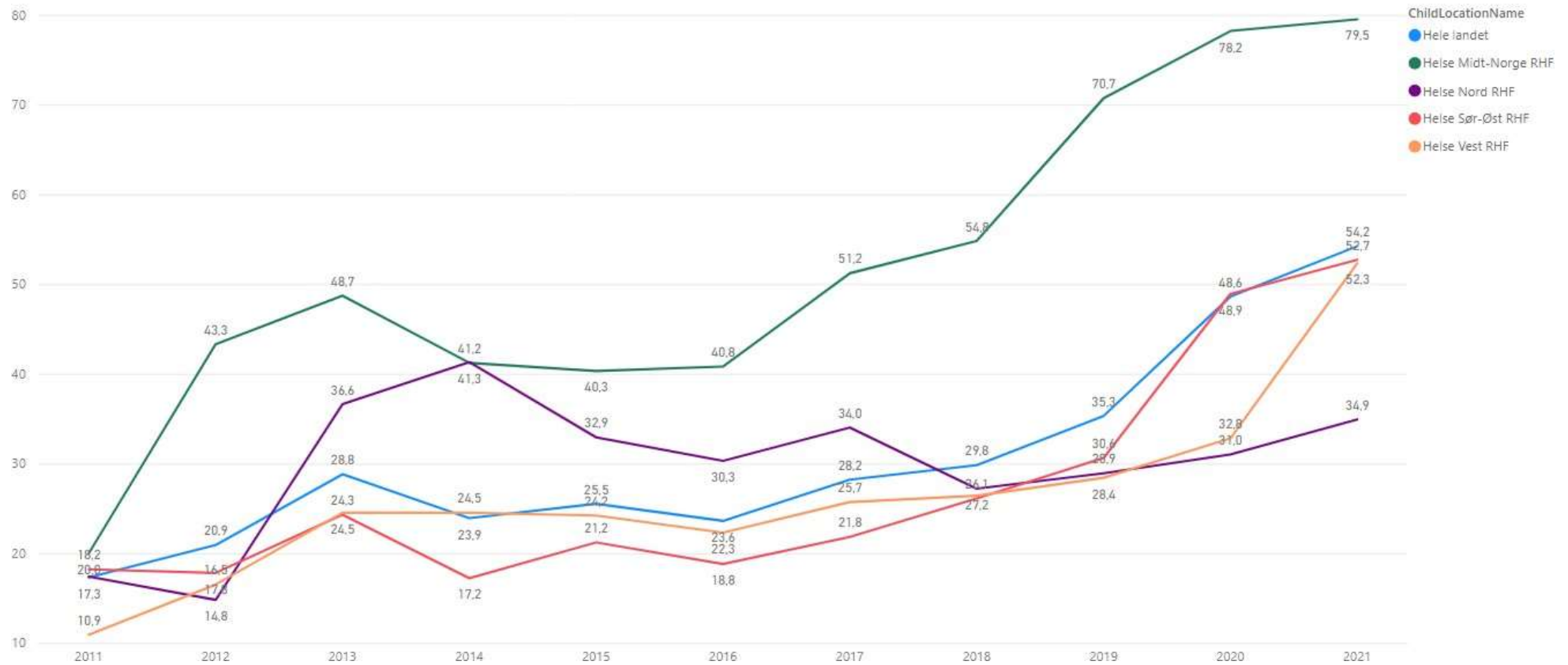
Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Epikrisetid ved utskriving fra døgntil behandling i TSB (innen 1 dag)

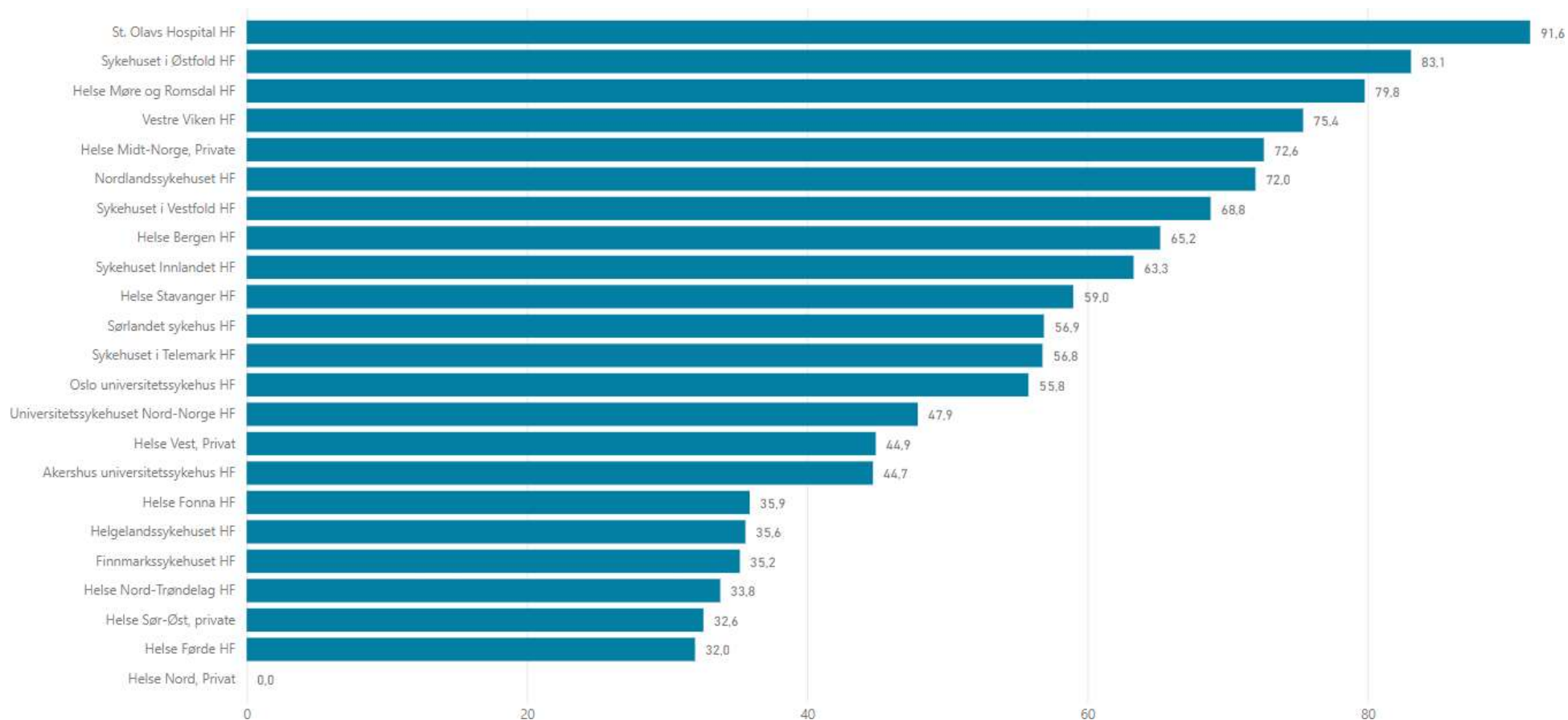
Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 dag etter utskrivningsdato fra TSB



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Epikrisetid ved utskriving fra døgntil behandling i TSB (innen 1 dag)

Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 dag etter utskrivningsdato fra TSB

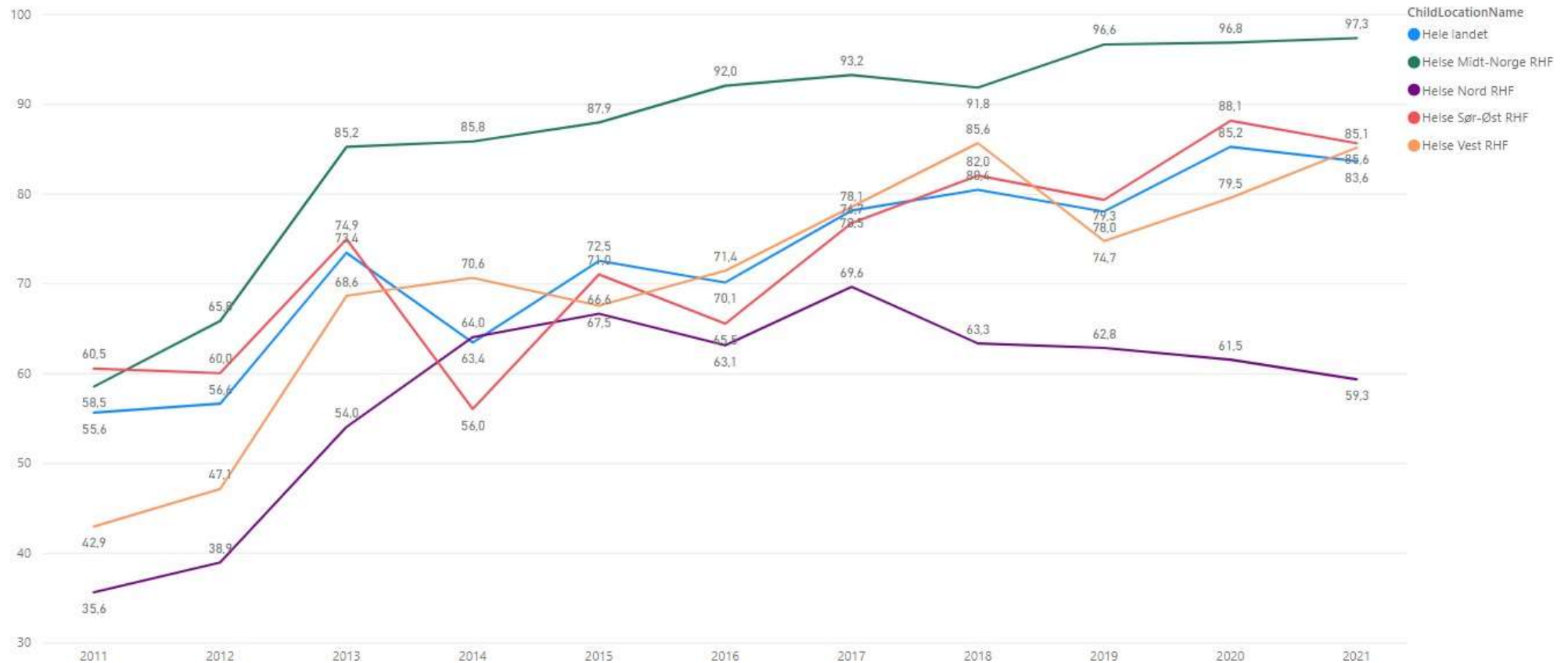


Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Epikrisetid ved utskrivning fra døgntil behandling i TSB (innen 7 dager)

Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter utskrivningsdato fra TSB



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Epikrisetid ved utskriving fra døgntil behandling i TSB (innen 7 dager)

Definisjon: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter utskrivningsdato fra TSB



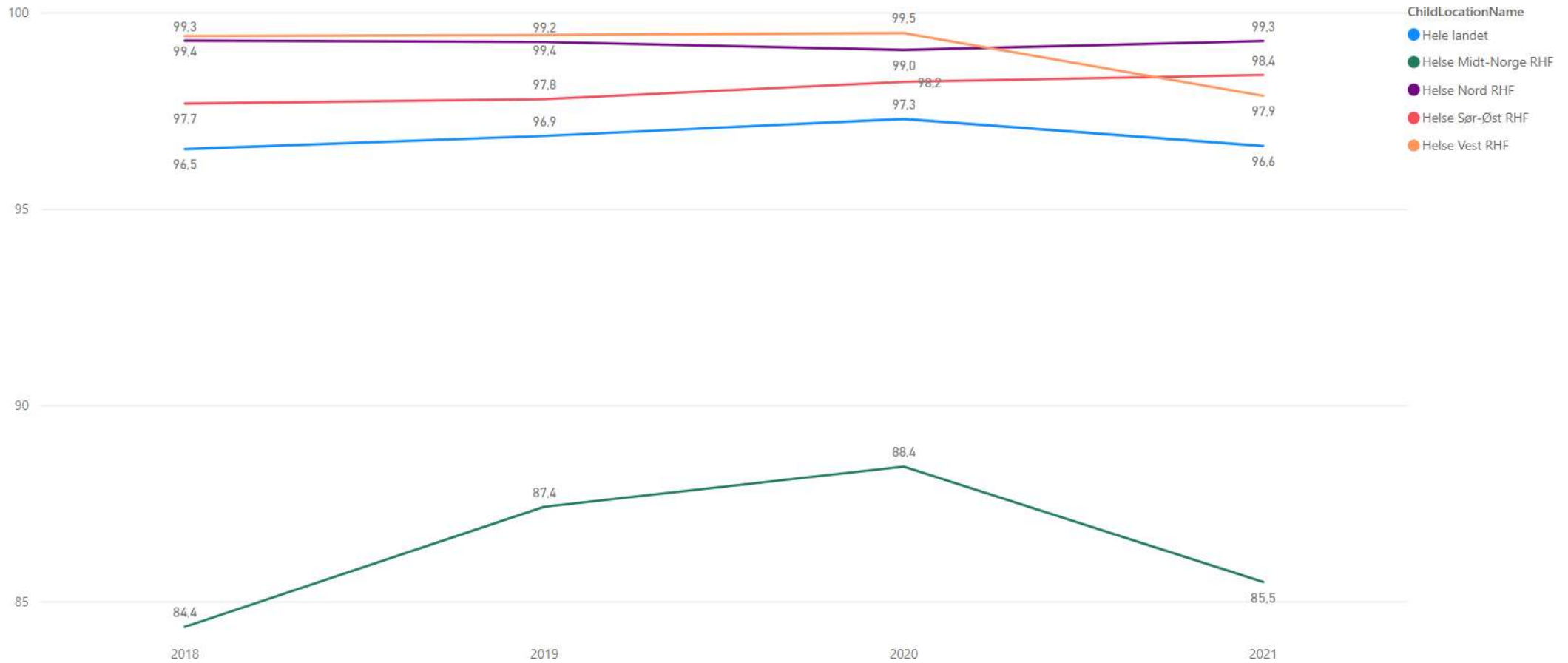
**Periode:**  
2021

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

237

## Bruk av spesifikke tilstandskoder i TSB

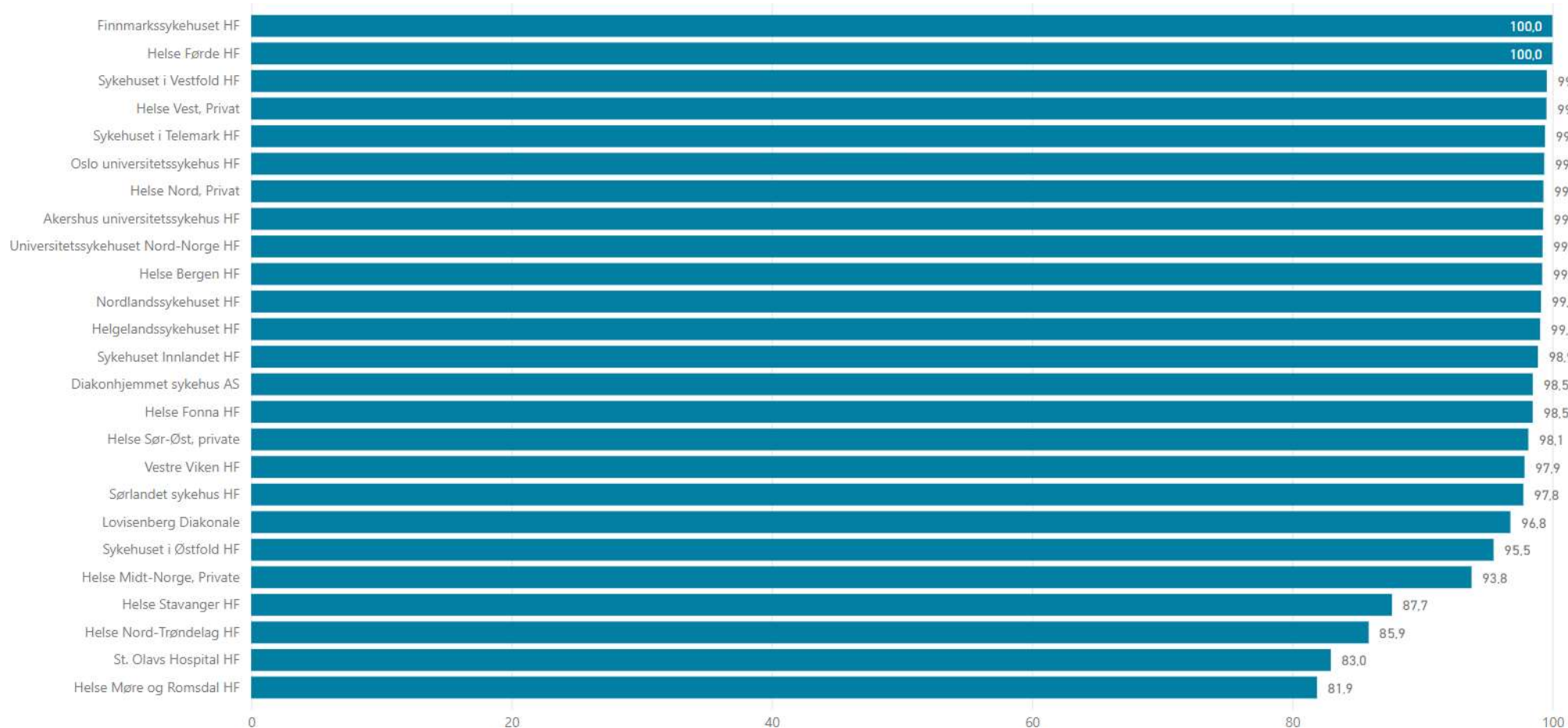
Definisjon: Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode for hovedtilstand i TSB



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Bruk av spesifikke tilstandskoder i TSB

Definisjon: Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode for hovedtilstand i TSB



Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

239

# Pakkeforløp for rusbehandling - TSB

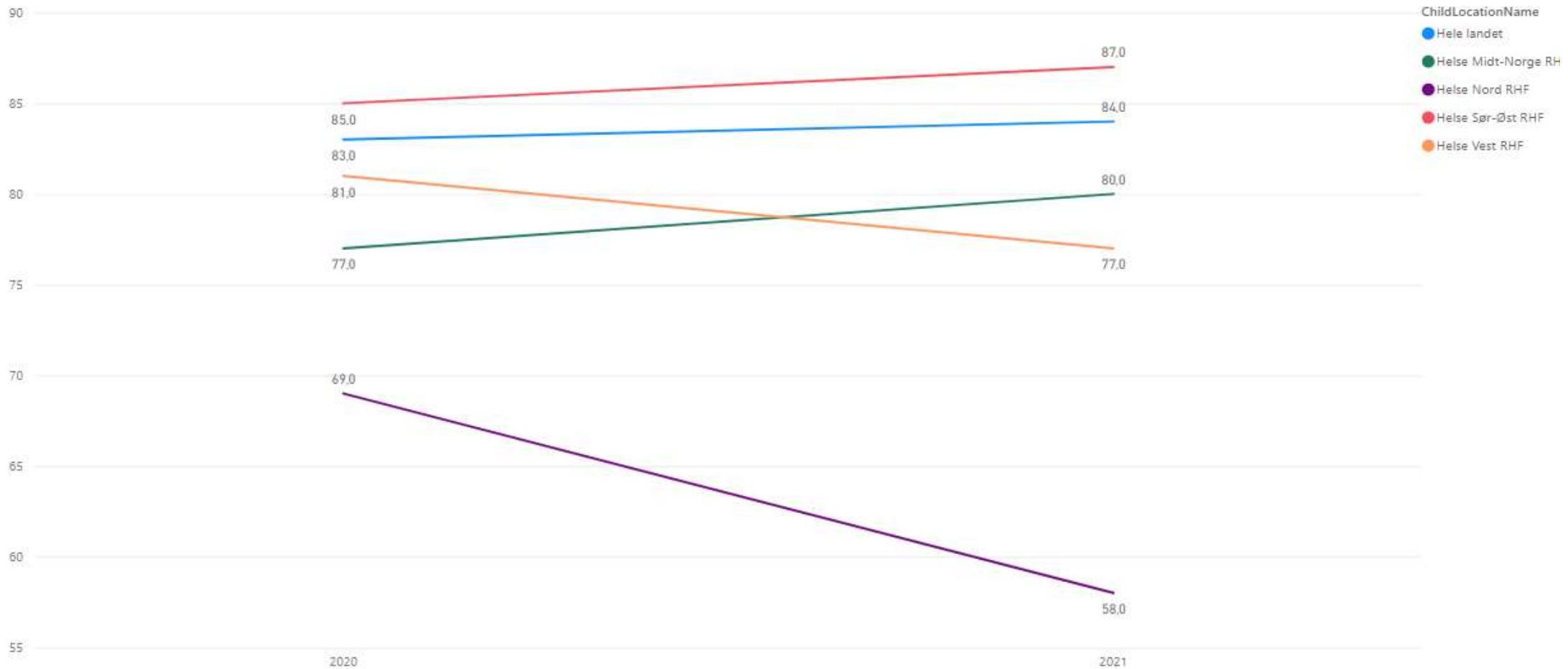
---



Kilde:Mostphotos

## Forløpstid for utredning (TSB)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som er utredet innen anbefalt forløpstid i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

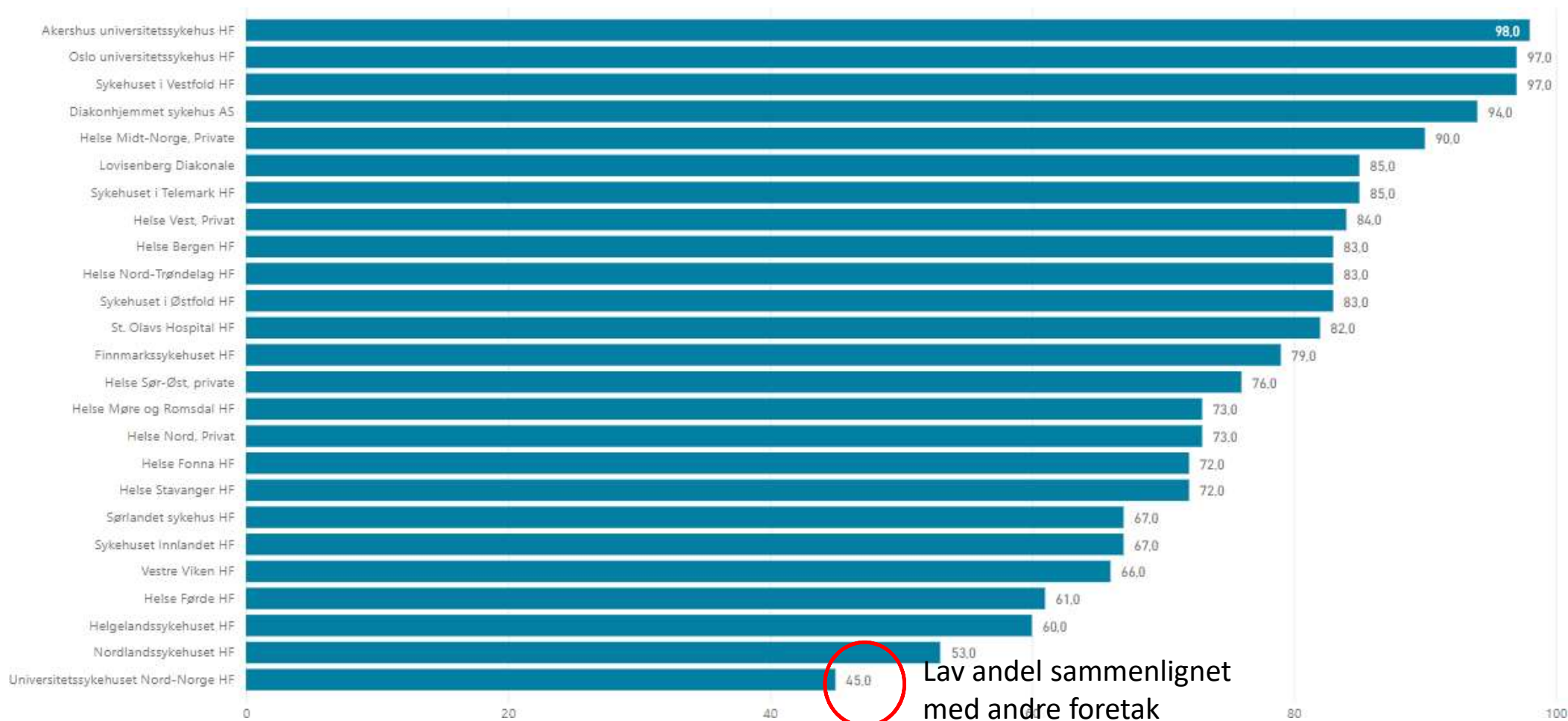


**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)



## Forløpstid for utredning (TSB)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som er utredet innen anbefalt forløpstid i tverrfaglig spesialisert rusbehandling



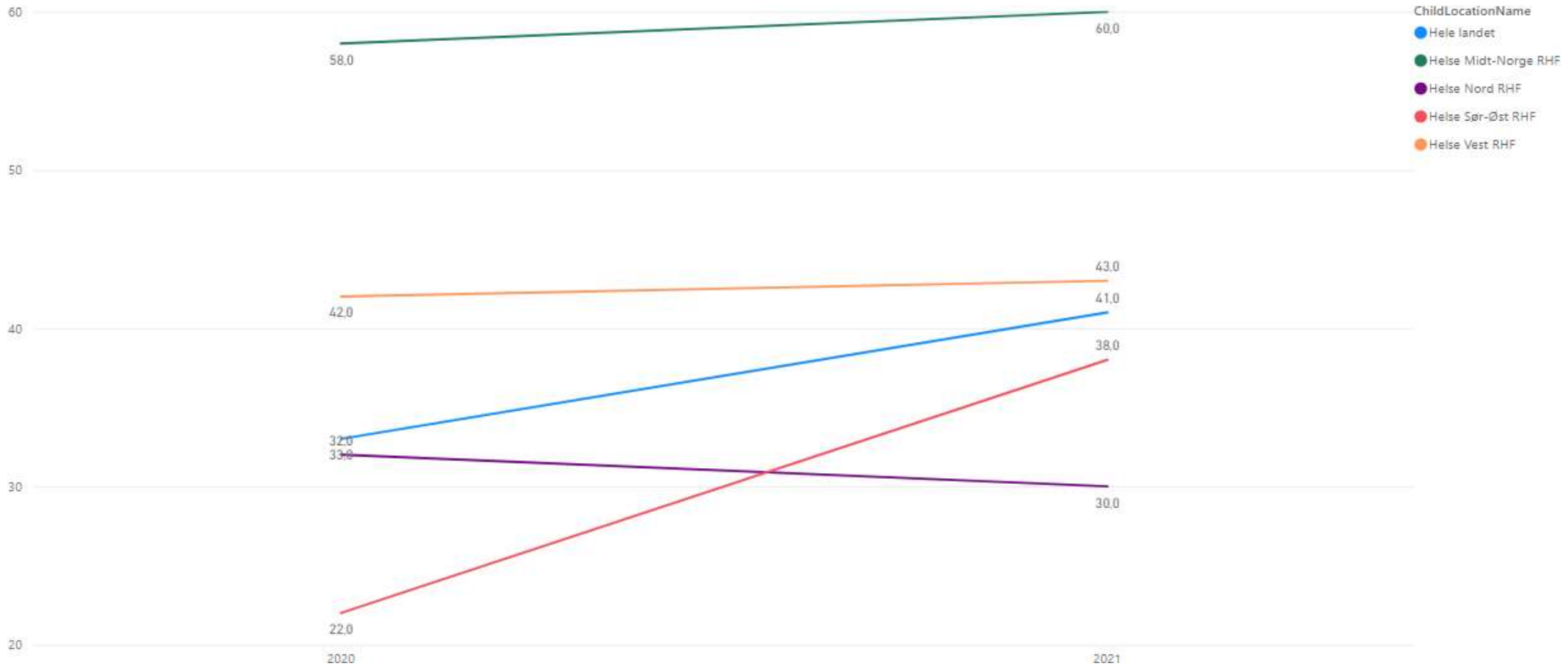
Lav andel sammenlignet med andre foretak

Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk (TSB)

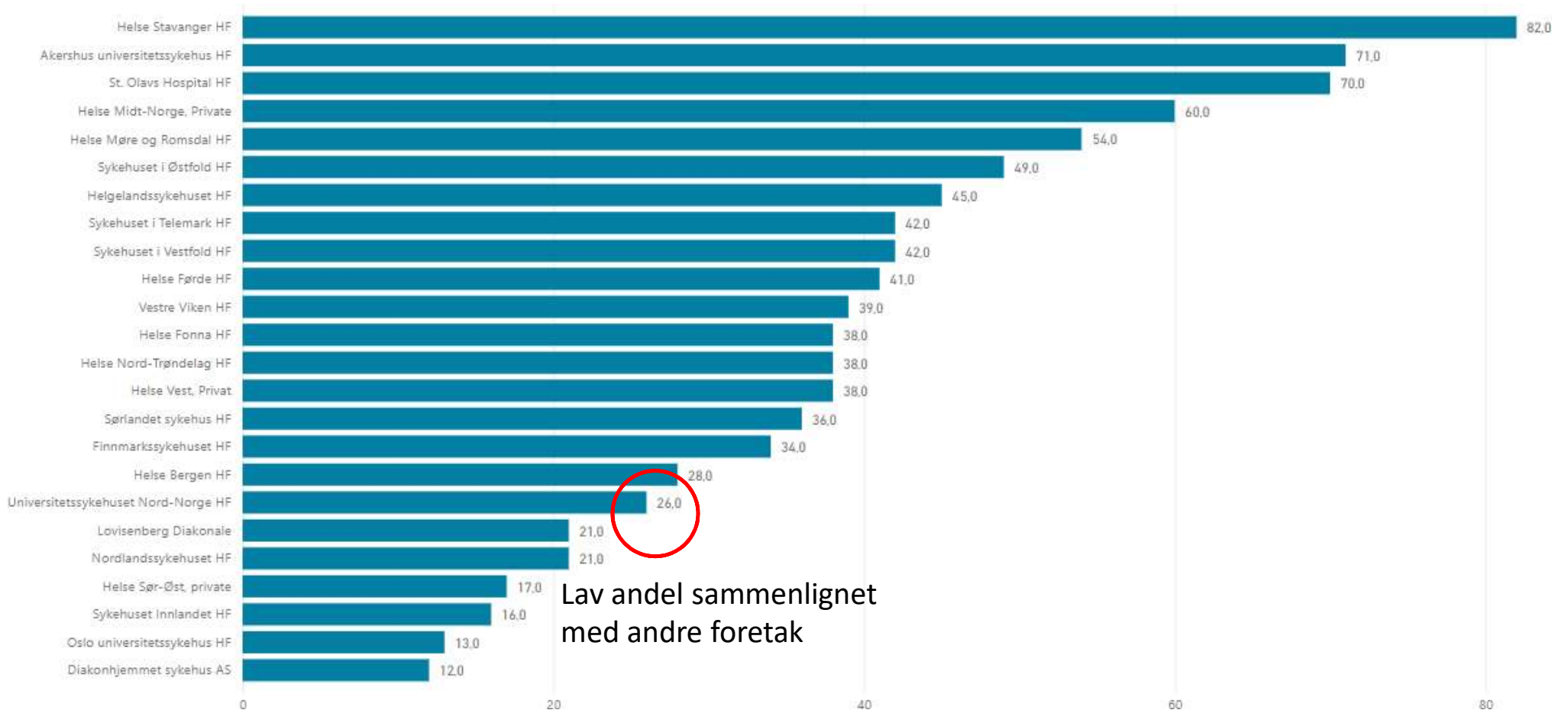
Definisjon: Indikatoren måler andel av pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid.



Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

## Forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk (TSB)

Definisjon: Indikatoren måler andel av pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid.



Lav andel sammenlignet med andre foretak

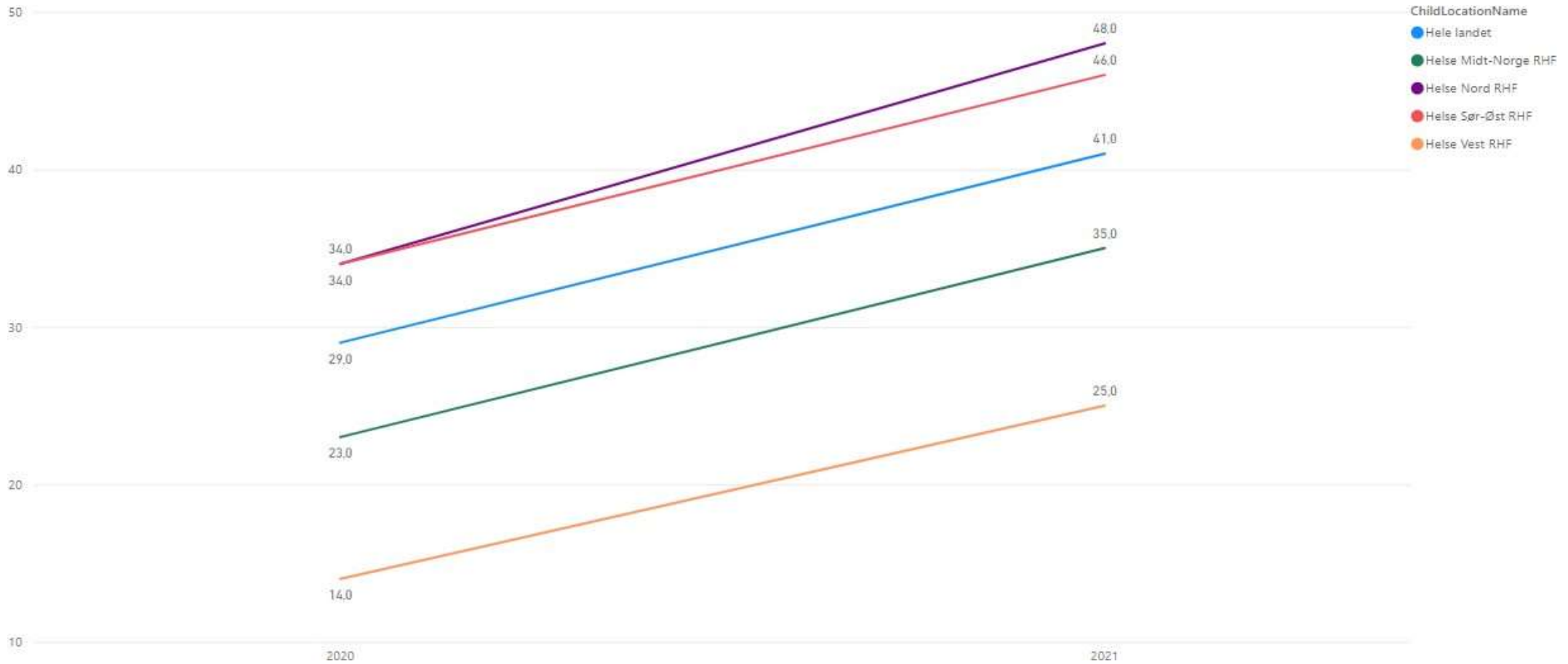
Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

251

## Medvirkning i egen behandling – involvering i behandlingsplan (TSB)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)



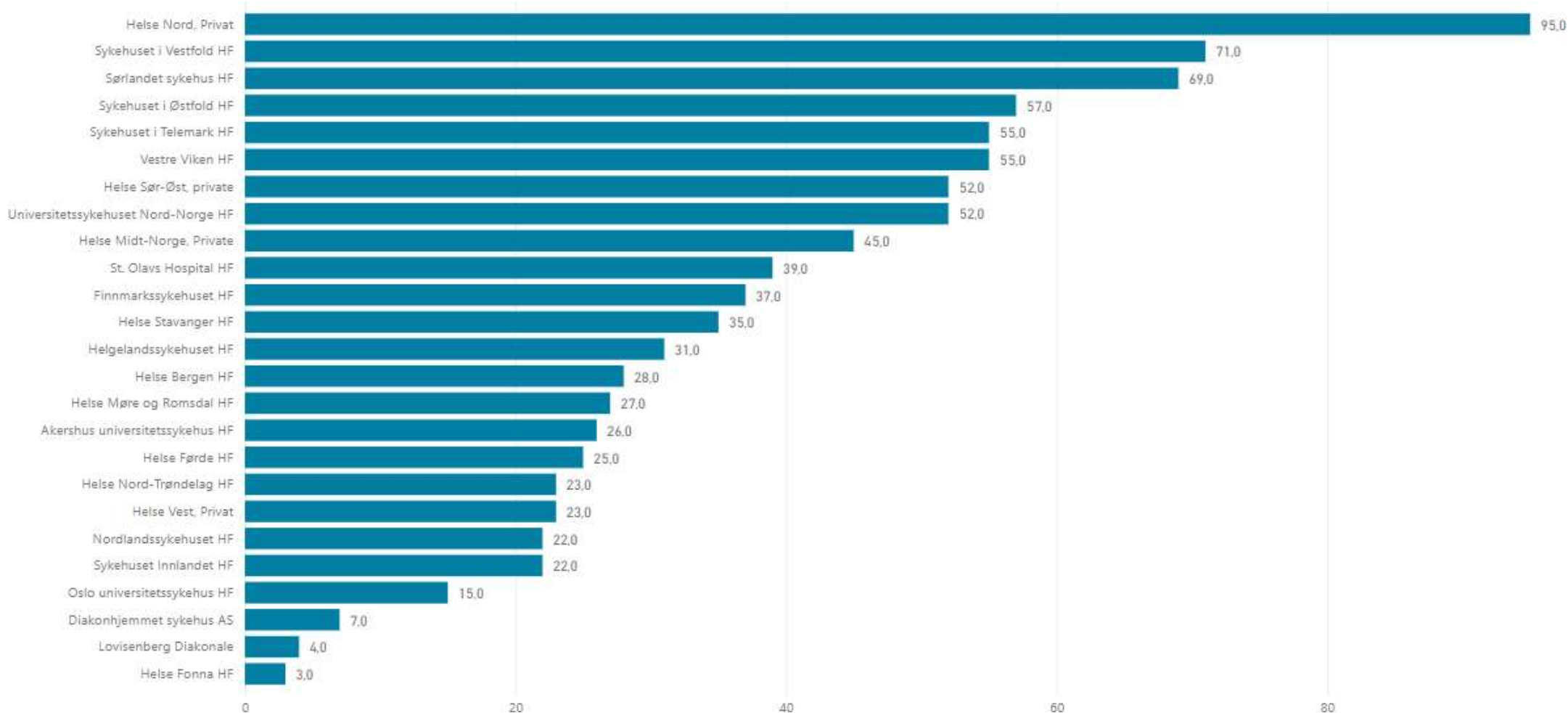
2021

**Kilde:**  
Norsk Pasientregister (NPR)

245

## Medvirkning i egen behandling – involvering i behandlingsplan (TSB)

Definisjon: Indikatoren viser andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)



Periode:  
2021

Kilde:  
Norsk Pasientregister (NPR)

**Tallene publiseres 5. mai**



## STYRESAK

Styresak:	64/2022
Møtedato:	21.06.2022
Arkivsak:	2022/35-6
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

## Referatsaker til styremøte 21.06.2022

### Innstilling til vedtak

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

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 24.05.2022
2. Referat fra møte i Brukerutvalget, datert 25.05.2022
3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 30.05.2022
4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 30.05.2022
5. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 01.06.2022
6. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 15.06.2022

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 15.06.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør



## Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

<b>Tid</b>	Tirsdag 24.05.2022 10.00 – 11.50
<b>Sted</b>	Digitalt TEAMS-møte

<b>Tilstede</b>	<p>Anita Schumacher Grethe Andersen Kristian Bartnes Einar Bugge</p> <p>Gøril Bertheussen Elin Gullhav Eva-Hanne Hansen Vibeke Haukland Gina Marie Johansen Hilde Annie Pettersen Kvalvik Haakon Lindekleiv Jon Mathisen Tove Cathrine Mack Torni Myrbakk Bjørn Yngvar Nordvåg Marianne Nordhov</p> <p>Markus Rumpfeld Eirik Stellander Fredrik Sund Lars Øverås Kine Eide Pedersen</p>	<p>Administrerende direktør (<i>møteleder</i>) Drifts- og eiendomssjef (<i>til 11.30</i>) Klinikkssjef HLK-klinikken Forsknings- og utdanningssjef/fungerende viseadministrerende direktør Personalsjef (<i>fra 10.30</i>) Fungerende viseadministrerende direktør Klinikkssjef OPIN-klinikken Driftsleder Narvik Driftsleder Harstad Kommunikasjonssjef Fagsjef, Senterleder Fag- og Kvalitetscenteret Klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk Hovedverneombud Smittevernoverlege Klinikkssjef NOR-klinikken Fungerende Klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken Senterleder E-helse og IKT Klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikk Fungerende Klinikkssjef K3K-klinikken Økonomisjef UNN Avdelingsleder Medisinsk klinikk (<i>vara</i>)</p>
<b>Øvrige</b>	<p>Mette Fredheim Marte Lødemel Henriksen Rune Sylvarnes Pål Iden Kristin Osland Lexow Synnøve Serigstad Stine Marit Moen</p>	<p>Pasientsikkerhetskoordinator, Kvalitetsavd. Medisinskfaglig rådgiver, Kvalitetsavd. Enhetsleder, Kreftavd. Direktør, UKOM Seniorrådgiver, UKOM Leder for relasjon og læring, UKOM Leder medisin og helsefag, UKOM</p>
<b>På sak 19/22</b>	<p>Kirsti Fosland Knut Eivind Kjørstad Snorre Sollid Manskow</p>	



<b>Forfall</b>	David Johansen Grete Steinry Åsvang Kate Myreng Terje Olsen	Klinikkssjef Medisinsk klinikk Avdelingsleder Kvalitetsavd. Klinikkssjef Diagnostisk klinikk Leder Brukerutvalget
<b>Referent</b>	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
<b>16/22</b>	<b>Godkjenning av agenda og referat fra KU-møtet 03.05.2022</b> (Elements 2022/64)	
	Agenda og referat ble godkjent uten endringer.	Anita Schumacher
<b>17/22</b> (Elements 2021/6926)	<b>Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord</b>	
	<u>Orienteringssak</u>  <i>Saksfremlegg og vedlegg vedlagt</i>	Haakon Lindekleiv
	<u>Beslutning</u>  Kvalitetsutvalget takker for orientering og ber om at saken sette opp til behandling i et senere møte.	Haakon Lindekleiv  Frist: 01.10.2022
<b>18/22</b>	<b>Tilbud om protonbehandling til pasienter med kreft i Helse Nord</b>	
	<u>Orienteringssak</u>  <i>Saksfremlegg vedlagt</i>	Rune Sylvarnes
	<u>Beslutning</u>  Kvalitetsutvalget tar presentasjonen til orientering.  <i>PP-presentasjon vedlagt.</i>	
<b>19/22</b> (Elements 2020/5930)	<b>Pasientsikkerhet ved nye kirurgiske og invasive metoder</b>	
	<u>Orienteringssak</u>  <i>Saksfremlegg og vedlegg vedlagt</i>	Pål Iden
	<u>Beslutning</u>  Kvalitetsutvalget takker UKOM for presentasjonen av rapporten «Pasientsikkerhet ved nye kirurgiske og invasive metoder» og ber om at funnene legges til grunn ved innføringer av nye intervensjoner og kirurgiske metoder i UNN.	

	<i>PP-presentasjon vedlagt</i>	
<b>Eventuelt</b>		
Ingen saker tilkommet under eventuelt		



## MØTEREFERAT

### Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

---

<b>Møtedato:</b>	<b>Onsdag 25.05.2022 kl 09.00-14.30</b>
<b>Møtested:</b>	<b>UNN Breivika - møterom D1-707</b>
<b>Tilstede:</b>	<b>Medlemmer:</b> Terje Olsen (leder), Nina Nedrejord, Ulf J Bergstrøm, Ingolf Kvandahl, Nina Benjaminsen, Lisbeth Dyrstad, Thomas Engelskjøn, Margrethe Larsen, Trond Arhur Pedersen ( <i>digitalt</i> ), Kirsti Baardsen <i>Ole-Marius Minde-Johnsen 4. vara, og Nina Rossing 5. vara deltok som observatører</i>
<b>Forfall:</b>	Esben Haldorsen, Sidsel Haldorsen, Gudmund R Johansen
<b>Fra adm.:</b>	Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen Administrasjonskonsulent Hilde A. Johannessen (referent)

---

#### Saksliste

- BU-23/22 Godkjenning av innkalling og saksliste**  
Innkalling og saksliste ble gjennomgått.
- Vedtak** Brukerutvalget godkjente innkalling og saksliste.
- BU-24/22 Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 27.04.2022**  
Referatet er gjennomgått.
- Vedtak** Referatet ble godkjent.
- BU-25/22 Samvalg**  
Rådgiver Elisabeth Sundkvist og prosjektmedarbeider Mirjam Lauritzen ved Samvalgssenteret orienterte.  
Utfordringen ved UNN er implementering.  
Brukerutvalget kan bidra med å :
- Etterspørre samvalgsarbeidet i de klinikkene og foraene  
Brukerutvalget deltar i
  - Informere medlemmene i pasient- og brukerorganisasjonene om Samvalg

Film om Samvalg som kan være nyttig å se:

<https://www.helsenorge.no/samvalg/>

Brukerutvalget oppfordres til at ta Lynkurs i Samvalg:

[https://rise.articulate.com/share/sBtm\\_r3F5kMXCl8Qazzk-vKQGQq7KBGc#/](https://rise.articulate.com/share/sBtm_r3F5kMXCl8Qazzk-vKQGQq7KBGc#/)

Brukerutvalget mener at det er viktig at informasjon om Samvalg er kjent hos fastlegen, da dette er første instans med pasienten. Også viktig med enhetlig informasjon.

**Vedtak:** Brukerutvalget takker for informasjon om Samvalg. Brukerutvalget vil understreke at pårørende automatisk kobles inn der det kan være aktuelt, for eksempel ved kognitiv svikt. Brukerutvalget ønsker videre informasjon og deltakelse i implementering av Samvalg.

**BU-26A/22 Kontinuerlig forbedring – hvem, hva og hvor?**

Leder ved Kontinuerlig forbedring Hege Andersen orienterte. Hun hadde med seg to praksisstudenter fra UiT som observatører.

Kontinuerlig forbedring har tre hovedoppgaver :

- **Engasjert: UNN Brukerbank** – brukermedvirkning på tjenestenivå
- <https://unn.no/kontinuerlig-forbedring/engasjert-unn-brukerbank>
- **Arbeidsmiljø**
- **Forslag til forbedring i UNN** - Forbedringspoliklinikken

**Vedtak** Brukerutvalget takker for informasjon om Kontinuerlig forbedring. Brukerutvalget anser arbeidet med kontinuerlig forbedring å være av stor betydning for pasientsikkerhet og kvalitet i UNN.

**BU 26B/22 Postdoc – søknad PhD**

Hege Andersen orienterte. Hun ønsker en brukerrepresentant på systemnivå i arbeidet med søknad til dette prosjektet. Henvendelse sendes til BAU. Brukerutvalget kom med flere innspill i forbindelse med formidling av informasjon i UNN.

**Vedtak** Brukerutvalget ser svært positivt på at det igangsettes et forskningsprosjekt på gjennomføringskraft i UNN.

**BU-27/22 Direktørens time**

Fungerende administrerende direktør Einar Bugge svarte på følgende:

- *Direktøren i Helse Nord RHF har snakket om å eskalere ned Åsgårdprosjektet. Hvordan stiller UNN seg til det?*  
UNN har ikke fått pålegg om nedskalering, men har fått bestilling på å gjøre utbyggingen mindre kostbar. Styringsgruppen arbeider med å se

på om mer av den gamle bygningsmassen kan brukes, slik at det bygges mindre nytt. Dette skal likevel ikke gå ut over kvaliteten.

- *Det vises til sak om helikopternekt pga feil belysning ved landing på UNN. Er dette ordnet?*  
Det er strenge krav til landingslys for helikoptre, og tilsynet etter påske avdekket at det var for mange landingslys som ikke virket. Lysene ble ordnet og godkjent på noen dager. Mangelen på landingslys fikk ingen følger.
- *Regjeringen vurderer å endre på Ambulanseberedskapen. Blant annet slik at kun en av de to ansatte i ambulansen skal være kvalifisert til å kjøre bilen. Er dette riktig?*  
I dag er forskriften slik at begge som sitter i ambulanses bilen skal ha førerkort og kompetansebevis for utrykningskjøretøy. Dette gir utfordringer i forbindelse med ferieavvikling og vikariat. Forslaget om endring går ut på at begge som sitter i ambulanses bilen skal ha førerkort, og minst en skal ha kompetansebevis for utrykningskjøring. Det er ikke kommet noen tilbakemeldinger på at dette er et problem.
- *I Alta har det vært oppstyr rundt hjemmevaktordning. Er det noe av dette på UNN?*  
Ved UNN er det ønske om tilstedevakt ved noen lokalisasjoner som i dag har hjemmevaktordning. Dette gjelder stasjoner med veldig liten aktivitet.
- *Regjeringen har i Oppdragsdokument (OD) 2022 gitt Helse Sør-Øst i oppdrag å følge tiltak i Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser. Er UNN blitt kontaktet i forhold til oppfølgingen av strategiarbeidet?*  
Det har ikke kommet noen henvendelser i dette arbeidet, og UNN venter på svar fra Helse Sør-Øst RHF. Leder i Brukerutvalget vil etterlyse status i arbeidet i brukerorganisasjonen og med RBU.

**Vedtak:** Brukerutvalget viser til direktørens informasjon og er fornøyd med at de fleste aktuelle temaer håndteres tilfredsstillende.

Når det gjelder Nye Åsgård ber Brukerutvalget om å bli orientert om prosessen videre i gjennomføringen, og er spesielt opptatt av at reduksjon i kostnader ikke skal forringe det faglige tilbudet.

Brukerutvalget er opptatt av at *Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser* blir en reell forbedring av tilbudet, og ikke forvitres.

Brukerutvalget er opptatt av at også Nyfødt intensiv blir utbygd, men at det ikke går på bekostning av Åsgård.

Brukerutvalget ber om at pasientene sikres et forsvarlig behandlingstilbud i forbindelse med sommerferieavviklingen.

**BU-28/22 "Ikke stikk meg uten grunn" - orientering**

Avdelingsleder ved Klinisk utdanningsavdeling, Heidi Høifødt, og lege Anette Michaelsen fra LIS 2 orienterte.

Gjennom prosjektet Kloke valg skal overbehandling i form av blant annet unødvendige blodprøver reduseres ved UNN. Et prosjekt er gjennomført på barneavdelinga under navnet "Ikke stikk meg uten grunn".

Blant annet er unødvendige blodprøver som hang igjen fra gammelt av, tatt bort, og det er foretatt justering av analysepakker.

**Vedtak:** Brukerutvalget viser til informasjon om prosjektet «Ikke stikk meg uten grunn» og er fornøyd med at det i større grad er bevisstgjøring rundt blodprøvetaking. Brukerutvalget ber om at prosjektet involverer en representant fra Brukerbanken.

**BU-29/22 Brukerstyrt klinisk oppfølging - orientering**

Prosjektleder ved E-helse og IKT, Lars Tunby orienterte om prosjektet behovsstyrt poliklinisk behandling.

På UNN sin nettside <https://unn.no/behandlinger/digital-egenregistrering-fysisk-helse> kan pasienten gjøre en egenregistrering for fysisk helse. Informasjonsvideo ligger på siden.

Det arbeides med egenregistrering også for psykisk helse.

Prosjektet ønsker tilbakemelding fra Brukerutvalget om hvilke behov og informasjon om brukerstyrt poliklinisk oppfølging som er viktig for pasientene.

Brukerutvalget mener det må arbeides med å få et system som er likt for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Registreringen krever pålogging med bankID, men det er ikke alle som kan logge seg på med dette. Finnmarkssykehuset tilbyr bistand til pålogging for disse.

**Vedtak:** Brukerutvalget takker for informasjonen og tar saken til orientering.

**BU-30/22 Sykehusapotek Nord 2022-2024 – oppnevning av representant**

Saken ble behandlet under sak 31/22 – nr 5.

**BU-31/22 Orienteringssaker**

**BU-31/22-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper**

	Aktivitet/Prosjekt	Ansvarlig 2022-2024	Status/ merknader
1	Styret ved UNN	Terje Olsen Esben Haldorsen vara	Ordinære styresaker til behandling.
2	Kvalitetsutvalget i UNN	Ingolf Kvandahl Lisbeth Dyrstad vara	
3	Prostatasenteret ved UNN	Ulf J Bergstrøm Gudmund R Johansen vara	Tore Knutsen. Prosjektet fortsetter.
4	Strategisk Samarbeidsorgan - SSU ( Tidligere OSO - Overordnet Samarbeidsorgan)	Terje Olsen Esben Haldorsen vara	Sekretariatsleder oppnevnes. God strukturert. Møte 07.04.2022
5	Sykehusapotekets brukerutvalg	Terje Olsen Lisbeth Dyrstad vara	Ny strategi, ligger på <a href="http://www.SANO.no">www.SANO.no</a> . Ny direktør.
6	Parkeringsutvalget	Thomas Engelskjøn Nina Benjaminsen vara	
7	<b>Stormottakersatsingen</b>  <b>Referansegruppe for stormottakerprosjektet</b> En referansegruppe for Helsefellesskapet Troms og Ofoten er utpekt: Ulf Bergstrøm og Merethe Saga Lønnum (vara), Brukerutvalget UNN  Delprosjekt D: <b>Pasientsentrerte helsetjenester, team og metodikk</b>	Ulf J Bergstrøm Nina Benjaminsen vara Margrethe Larsen vara  Ulf J Bergstrøm Nina Benjaminsen vara Margrethe Larsen vara  Ulf J Bergstrøm Nina Benjaminsen vara Margrethe Larsen vara	Per Erlend Hasvold         Ulf vært i møte med Pasientsentrert helsetj.team.
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	BU fått orientering 23.02.2022.
9	Kvam utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Nina Nedrejord Thomas Engelskjøn vara	Klinikksjef Jon Mathisen
10	Kvam utvalg Diagnostisk klinikk	Margrethe Larsen Nina Benjaminsen vara	Klinikksjef Kate Myreng/ Bente Aune.
11	Kvam utvalg Hjerte- og lungeklinikken	Ingolf Kvandahl Gudmund R Johansen vara	Klinikksjef Kristian Bartnes
12	Kvam utvalg NOR klinikken	Lisbeth Dyrstad Sidsel Haldorsen vara SPØR HENNE	Klinikksjef Bjørn Yngvar Nordvåg (Toril D Nilsen) Skal innføre "Brukerrepresentantens 5 minutter" som fast post på hvert møte. Jobbe med å sette opp et org.kart over klinikken og oversikt over forkortelser samt ledere, en hjelp til BU-repr. Neste møte 09.06.2022 kl 14-15.

13	Kvam utvalg Psykiatri- og rusklinikken	Nina Nedrejord Nina Benjaminsen vara	Klinikksjef Eirik Stellander.
14	Kvam utvalg Operasjons- og intensivklinikken	Margrethe Larsen Kirsti Baardsen vara	Klinikksjef Eva-Hanne Hansen 10 minutter til brukerstemmen i hvert møte.
15	Kvam utvalg Barne- og ungdomsklinikken	Ungdomsrådet Nina Nedrejord vara	Kst. klinikksjef Marianne Nordhov
16	Kvam utvalg Kirurgi, - kreft og kvinnehelseklinikken	Ulf J Bergstrøm Terje Olsen vara	Kst. klinikksjef Fredrik Sund. Kontaktperson Merete Andreassen.
17	Kvam utvalg Medisinsk klinikk	Margrethe Larsen Thomas Engelskjøn vara	Klinikksjef David Johansen
18	Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen	Kirsti Baardsen Lisbeth Dyrstad vara	Pasientverter godt synlig.
19	Helse I Arbeid	Mildrid Pedersen Terje Olsen vara	Dato for møte 21.02.2022.
20	Etablering av robotassistert PCI	Thomas Engelskjøn	Kristian Bartnes.
21	Klinisk etisk komite	Kirsti Baardsen Terje Olsen vara	
22	Ref.gruppe for behandlingshjelpemidler	Martin Moe	Neste møte 30/5. (Denne gruppa er viktig og de bør presentere seg for BU) -Hjemmebehandling i en pandemi og postpandemi -systemer som bør og må snakke sammen -personvern (hva er viktigst, behandling eller personvern)
23	Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K	Kirsti Baardsen (arbeidsutvalget) Gudmund R Johansen (styringsgruppe K3K) Terje Olsen (styringsgruppe NOR)	
24	<b>Styringsgruppe for Nybygg psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø – konseptfase – observatør til overordnet medvirkningsgruppe</b> Samme som nr 35. Nr 35: Observatør til overordnet medvirknings-gruppe OU prosjekt: Nye arealer psykisk helse og rus	Nina Benjaminsen Margrethe Larsen	Tor-Arne Hanssen.
25	<b>FSU Akuttmedisinsk</b> Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk samhandling (FSU Akuttmedisin) er en del av Helsefellesskapet Troms og Ofoten.  FSU Akuttmedisin etableres som en del av regjeringens og Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023s mål om «å styrke kompetanse, innsikt og forståelse, samarbeid og samhandling	Ulf J Bergstrøm	Ulf har møtt. 05.04.2022. Et meget godt møte hvor BU-repr. ble godt ivaretatt. Mads Gilbert hadde presentasjon, og ved flere anledninger info rettet direkte mot BU-repr. i faguttrykk.



	<p>og sikre god ressursutnyttelse i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus».</p> <p>Samarbeidsutvalget skal blant annet diskutere, avklare og være pådriver for aktuelle saker og problemstillinger relevant for akuttmedisinsk samhandling mellom berørte nivåer og faggrupper.</p> <p>FSU Akuttmedisin rapporterer til Strategisk samarbeidsutvalg (SSU). Strategisk samarbeidsutvalg har gitt FSU-et et mandat som beskriver utvalgets oppdrag. For mer informasjon om oppdraget, se mandat.</p>		
26	<p><b>FSU Rekruttering og stabilisering</b></p> <p>Faglig samarbeidsutvalg for rekruttering og stabilisering av helsepersonell er opprettet på bakgrunn av føringene som framkommer i Ishavserklæringen om felles innsats for å sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse i alle ledd av helsetjenesten. Utvalget er sammensatt av representanter fra samarbeidspartnerne i Helsefellesskapet Troms og Ofoten. Kommunenes medlemmer fordeler seg på de ulike kommuneregionene. UNN sine medlemmer kommer fra ulike lokalisasjoner og klinikker. Brukerne, fastlegene og ansatte er representert.</p> <p>Utdanningsinstitusjonene er også invitert inn da samarbeidet med disse anses som svært viktig. Strategisk samarbeidsutvalg har gitt FSU-et et mandat som beskriver utvalgets oppdrag.</p>	Terje Olsen	Gøril Bertheussen. To digitale møter og fysisk møte 04.05.2022.
27	<p><b>FSU Fastlegerådet</b></p> <p>Fagråd for fastleger (Fastlegerådet) er opprettet av OSO (Overordnet samarbeidsorgan Troms og Ofoten) for å skape en møteplass for fastlegene som gruppe og helseforetaket. I Helsefellesskapet Troms og Ofoten videreføres Fastlegerådet som et faglig samarbeidsutvalg for legetjenesten. Utvalget består av en fastlege fra henholdsvis kommuneregionene Nord-, Midt- og Sør-Troms, og Tromsø-området, samt en fastlege fra hver av vertskommunene for sykehusene. Fra UNN deltar medisinsk fagsjef, representanter fra ulike klinikker og PKO-leder (leder praksiskonsulentene), samt seksjonsleder og/eller rådgiver fra Samhandlingsseksjonen. Rådet har vært aktivt siden 2016, og behandler saker innenfor samhandlingsfeltet.</p>	Ingolf Kvandahl Lisbeth Dyrstad vara	Oppstart 19.01.2022 Ikke mottatt innkalling.
28	<p>Prehospitalt sepsisregister og forskningsprosjekt</p>	Nina Nedrejord Ulf J Bergstrøm vara	Fortsatt ikke hørt noe.
29	<p>Forskningsutvalg NOR</p>	Lisbeth Dyrstad	Presentasjon av ulike planlagte forskningsprosjekter i NOR-klinikken.

			Neste møte 07.09.- gj.gang av søknader til forskningsprosjekter som skal sendes Helse Nord.
30	Forskningsprosjekt Kunstig intelligens	Ulf J Bergstrøm	
31	Referansegruppe til Prosjekt Brukerbanken	Nina Nedrejord Kirsti Baardsen vara	Brukerbanken har fått navnet Engasjert. Går sin gang.
32	<b>Utviklingsplan UNN 2020-2038:</b> Underarbeidsgruppe  Bemanning/kompetanse	Sidsel Haldorsen?	Gøril Bertheussen.
33	<b>Utviklingsplan UNN 2020-2038:</b> Underarbeidsgruppe  Akuttmottak	Thomas Engelskjøn	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021. Har vært avholdt tre møter. Fire temaer har vært drøftet i arbeidsgruppa: Ledelse, Organisering, Bemanning og Areal. Rapport fra arbeidet antatt å være ferdig i uke 21.
34	<b>Utviklingsplan UNN 2020-2038:</b> Underarbeidsgruppe  Utvikling av tilbud til skrøpelige eldre og pasienter m fl kroniske sykdommer	Målfrid Ovanger	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021 Ikke svart noe.
35	<b>Utviklingsplan UNN 2020-2038:</b> 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) vært på 2 møter.
36	<b>Utviklingsplan UNN 2020-2038:</b> Arbeidsgruppe Overordnet	Merethe Saga Lønnum	Prosjektet varer til september 2022. Merethe fortsetter til da.
37	Regionalt prosjekt for digitale pasienttjenester - brukerpanel	Thomas Engeskjøn	Markus Rumpsfeld Har vært avholdt ett møte, der ulike funksjoner i digitale pasienttjenester ble vurdert. Eksempel digital journal, pasientreiser online, timeavtaler.
38	SSU: Revisjonsutvalg for utarbeidelse av samarbeidsavtaler for Helsefelleskapet Troms og Ofoten	Ulf J Bergstrøm Kirsti Baardsen vara	Ikke hørt noe.
39	Utprøvningsprosjekt: Hjelpemiddel Dolley	Merethe Krohn	Privat firma som jobber med en prototype som ev skal prøves ut ved tre avdelinger ved UNN Tromsø. Hatt telefonsamtale med en av utviklerne, og et teams møte med rådgiver ved Ehelse, samhandling og innovasjonssenter ved UNN Ønsker å sitte til prosjektet er ferdig.
40	Revisjon av prosedyrer for tekniske hjelpemidler	Kirsti Baardsen	(Tony Andre Berntsen) Kirsti har sendt innspill.

**Vedtak**

Brukerutvalget vedtar endringer i representasjon og sekretariatet

følger opp der det er aktuelt. De enkelte representantene følger opp sine prosjekt.

**BU-32/22**

**Referatsaker**

Følgende vedlegg fremlegges:

1. Referat fra møte i BU Helgelandssykehuset, 20.04.2022
2. Referat fra møter i BU Nordlandssykehuset, 20.04.2022
3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, 03.05.2022
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, 09.05.2022

Det ble foreslått at BAU-referatene blir sendt Brukerutvalget med en gang det er ferdig, og ikke vente til neste møte i Brukerutvalget.

**Vedtak**

Brukerutvalget tar referatsakene til orientering. BAU-referatene vil heretter sendt til Brukerutvalget så snart de er godkjent.

**BU-33/22**

**Eventuelt**

**1. Godkjenning av arealendring – A1-608 (tidligere BU 22/22)**

Brukerutvalget har fått tilbakemelding fra Drifts- og eiendomssenteret, der de opplyser at det kun er deler av rom A1-608 som er tenkt til de frivillige/ sykehusvertene. Tegning er forevist Brukerutvalget.

**Vedtak**

Brukerutvalget viser til sak BU-22/22 *Godkjenning av arealendring – A1-608*, behandlet i Brukerutvalgets møte 27.04.2022, og opprettholder vedtaket.

**2. Arbeidsgruppe – Samisk kompetansegruppe – brukerrepresentant**

Nina Nedrejord har blitt forespurt om å delta i ovennevnte kompetansegruppe.

**Vedtak**

Nina Nedrejord stiller som representant og Ingolf Kvandahl ble valgt som vararepresentant.

**3. Brukerkonferansen 2022**

Saken behandles i BAU 30.05.2022.

- Grensegang mellom sykehusets brukerutvalg og regionalt brukerutvalg. Ansvarsområdet til disse to

**Vedtak**

Brukerutvalgets arbeidsutvalg behandler saken i sitt møte 30.05.2022. Eventuelle innspill sendes Hilde A Johannessen i forkant av møtet.

#### 4. Evaluering

Det var enighet om at møtet var veldig interessant og det er mye å lære, både for de nye og også for de som har vært her en stund.

Det er ønskelig med flere pauser gjennom møtedagen.

Utvalget virker som å være et aktivt utvalg, og det er positivt.

Terje Olsen (sign.)  
leder

Hilde A Johannessen(sign.)  
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 28.09.2022.

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
- Ungdområdet UNN v/ Elisabeth Warvik



## MØTEREFERAT

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

---

**Dato:** Mandag 30.05.2022 kl. 11.00 – 12.30  
**Sted:** Møterom D1-707, UNN  
**Tilstede:** Terje Olsen, Nina Nedrejord  
**Forfall:** Esben Haldorsen  
**Fra adm:** Ingrid Lernes Mathiassen (administrasjonssjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

---

Innkalling og sakliste godkjent.

**BAU 34/22 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 21.06.2022**  
Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU onsdag 25.05.2022.

#### Tertialrapport 1, 2022

Fag- og kvalitetssjef Haakon Lindekleiv orienterte kort om saken.  
Saken redegjør for hvordan kravene i Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF er fulgt opp av UNN.

*BAU har ingen kommentarer til saken.*

#### Tertialrapport 1, 2022 for byggeprosjekt ved UNN

Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen orienterte om saken.  
Saken beskriver hva som er gjort i de ulike byggeprosjektene UNN har og om de gjennomføres i tråd med vedtak.

*BAU har ingen kommentarer til saken.*

#### Parkeringsløsning UNN Narvik

Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen orienterte og svarte ut spørsmål.  
Ambulansestasjonen ble ferdigprosjektert i vinter. På grunn av krigen i Ukraina har byggekostnadene gått betraktelig opp, slik at prisen nå er langt over budsjett. Det ses også på muligheten for at opparbeiding og drift av parkering settes ut som offentlig anbudskonkurranse.

Renovering av kjøkkenet ved UNN Breivika går bra, og er kun et par uker etter planen. Planlagt åpning er i slutten av september 2022.

*BAU har ingen kommentarer til saken.*

#### Salg eiendommer Narvik

Drifts- og eiendomssjef Grethe Andersen orienterte og svarte ut spørsmål. Når nye UNN Narvik står ferdig vil det huse funksjoner som i dag ligger i bygg på andre eiendommer, og det vil da være hensiktsmessig å selge disse. Saken gir en oversikt over hvilke eiendommer dette gjelder.

*BAU har ingen kommentarer til saken.*

#### Ny parkeringsstrategi ved UNN

Drifts- og eiendomssjef Grethe Andersen orienterte og svarte ut spørsmål. Saken gjelder ansatteparkering på alle UNNs lokasjoner; en fordeling av de plasser som er og hvordan disse skal driftes. Det er blant annet spørsmål om å åpne for at private aktører kan bygge og drifte parkeringsplasser.

*BAU har ingen kommentarer til saken.*

#### Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 21.06.2022.

#### **BAU 35/22    Direktørens time**

BAU ønsker generell informasjon om status ved UNN. Andre innspill kommer i neste møte.

#### Beslutning/oppfølging:

BAU kommer med innspill til Direktørens time i sitt neste møte 12.09.2022.

#### **BAU 36/2022 Brukerutvalget: Møte i Narvik og Harstad**

Brukerutvalget ønsker å avholde møte i Narvik og Harstad. Det tenkes et møte på våren og et på høsten på hver lokasjon.

#### Beslutning

Administrasjonen legger inn i møteplanen for Brukerutvalget UNN 2023 møte i Harstad vår 2023 og møte i Narvik høst 2023/vår 2024.

#### **BAU 37/2022 Styresak Kvalitets- og virksomhetsrapport (KVR) – gjennomgang i BU**

Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen orienterte.

KVR-sakene vil ikke være klar til behandling når BAU har sine møter, siden saken alltid ettersendes styret. Dette fordi styret ønsker ferskest mulig tall.

#### Beslutning

Forrige måneds KVR settes opp som en fast post i BAU-møtene. Ved spørsmål til saken formidles dette videre.

#### **BAU 38/2022 Bruerkonferansen 2022**

Konferansen avholdes 21.-22. september 2022 på Radisson Blu hotell i Tromsø. Helse Nord ønsker innspill fra Brukerutvalgene om spørsmål som skal drøftes gjennom metoden kafe-dialog. Brukerutvalget har følgende innspill:

- Brukerutvalgets rolle
- Hva er brukermedvirkning
- Grensegang mellom sykehusets brukerutvalg og regionalt brukerutvalg. Ansvarsområdet til disse to.
- Funksjonsfordeling og spesialisering
- Likeverdige tilbud
- Tilbudet til den samiske befolkningen – hva er det og hvor er det?
- Strategi for pårørende (BU UNN har spilt inn denne saken til Helse Nord)
- Tolketjenesten på flere språk

#### Beslutning

Administrasjonen formidler innspillene til Helse Nord RHF.

#### **BAU 39/22 Forslag til dagsorden for BU-møte 28.09.2022**

<b>SAKER</b>	<b>Tid og beskrivelse</b>
1. Godkjenning av innkalling og sakliste	Kl 09.00
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 25.05.2022	
3. Direktørens time	Kl 13.00-14.00 Marit Lind og Anita Schumacher
4. Informasjon om Regionalt brukerutvalg	
5. Informasjon om tolketjenester <ul style="list-style-type: none"><li>- Ifbm satsing med samisk</li><li>- (Referansegruppen – prosjekter?)</li><li>- - tolke begge veier (og ikke ord for ord)</li><li>- Hvordan brukes tolketjenesten i UNN-systemet</li><li>- Hvor langt er de kommet med ulike språk og ulike samiske språk</li></ul>	
<b>8. Orienteringssaker</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Rapportering fra prosjekter og</li></ul>	Kl

arbeidsgrupper	
<b>9. Referatsaker</b> - Referat fra møte i Sykehusapoteket Nord, 06.12.2021xx -Referat fra møte i BU Helgelandssykehuset, 18.02.2022xx -Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset, 17.03.2022 xx - Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 16.02.2022 og 07.04.2022xx -Referat fra møte i KU,01.03. og 05.04.2022xx - Referat fra møte i BAU, 09.05.2022xx -Referat fra møte i BU Nordlandssykehuset, 16.03.2022xx	KI
10. Eventuelt	

**BAU 40/22    Eventuelt****1. Brukermedvirkning i forskningssøknad**

Hege Andersen vil søke post-doc i Helse Nord og har i den forbindelse behov for en brukerrepresentant til medvirkning for utforming av forskningssøknaden. Juni og august er aktuelle måneder, og det er ikke mye arbeid for brukerrepresentanten, men er av stor verdi for søknaden.

Forskningstema er: *Gjennomføring – implementering av tiltak i et helseforetak – beslutninger «ovenfra» og ideer «nedefra» - glavalag?*

Søknaden er for et 6 årlig post-doc stipend, der en kombinerer 50 % forskning med 50 % ordinær jobb ved UNN. Oppstart 2023.

Beslutning/oppfølging:

BAU har forespurt Liseth Dyrstad om hun vil delta, og hun har takket ja. Kontaktinformasjon sendes Hege Andersen.

**2.     Ungdomsrådet – deltakelse i BU**

BAU ønsker at UR får tilbud om å følge BUs møter, slik som BU følger URs møter.

Beslutning/oppfølging:

Administrasjonen retter en henvendelse til UR vedrørende fast deltakelse i BU sine møter.



---

## PROTOKOLL

---

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 21.06.2022**

Dato: 30.05.2022

Tidspunkt: 14.30- 15.05

Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Mai-Britt Martinsen, NSF
Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	Rune Moe, Fagforbundet
Grethe Andersen, drifts- og eiendomssjef	Einar Rebni, FVO
Grete Åsvang, Fag- og kvalitetssenteret	Jan-Eivind Pettersen, Delta

### 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. Tertialrapport 1, 2022	Grete Åsvang orienterte og svarte ut spørsmål om saken.  Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
2. Tertialrapport 1, 2022 for byggeprosjekt ved UNN	Tor-Arne Hanssen orienterte og svarte ut spørsmål til saken.  Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
3. Parkeringsstrategi ved UNN	Grethe Andersen orienterte.  Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
4. Parkeringsløsning UNN Narvik	Tor-Arne Hanssen orienterte og svarte ut spørsmål til saken.  <i>Protokolltilførsel fra ansattes organisasjoner og vernetjenesten:</i> <i>Organisasjonene og vernetjenesten forstår at den økonomiske situasjonen er presset, og at UNN ønsker å bruke eksterne aktører for å ivareta parkering ved UNN Narvik.</i>  <i>Likevel er vi skeptisk til en slik løsning da vi frykter at dette vil drive opp kostnadene for ansatte, pasienter og pårørende som er avhengig av å bruke bil. Dette fordi slike tilbydere er avhengig av overskudd og avkastning.</i>  <i>Vi ber derfor styret ha et skarpt fokus på at kostnadene ved parkering skal bli så lav som mulig for disse gruppene.</i>  Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
5. Salg eiendommer Narvik	Grethe Andersen orienterte og svarte ut spørsmål til saken.  Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges

	styret til endelig behandling.
--	--------------------------------

Tromsø, 30.05.2022

Mai-Britt Martinsen (s.)  
NSF

Rune Moe (s.)  
Fagforbundet

Ingrid Lernes Mathiassen (s.)  
administrasjonssjef

*Dokumentet er signert elektronisk.*



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

Tid: Onsdag 1.6.2022 kl. 13.00-15.30

Sted: Digitalt via teams

Arkiv: 2022/31

Medlemmer		Varamedlemmer	
Anita Schumacher, administrerende direktør		Gøril Bertheussen, personal og organisasjonssjef	
Gøril Bertheussen, personal og organisasjonssjef		Hanna Uleberg, avd.leder personal og organisasjonssenteret	x
Kate Myräng, klinikkssjef Diagnostisk klinikk		Eva-Hanne Hansen, klinikkssjef OpIn	
Grethe Andersen, drift- og eiendomssjef, DES	x	Fredrik Sund konst. klinikkssjef Kirurg, kreft- og kvinnehelseklinikken	
Jon Mathisen, klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk		Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerne- og lungeklinikken	
Gina Johansen, driftsleder UNN Harstad	x	Vibeke Haukland, driftsleder UNN Narvik	
Tove Mack, FVO (leder)	x	Rita Vang, FHVO	x
Rune Moe, fagforbundet		Camilla Pettersen, KTV Samfunnsviterne	x fra kl.13.15
Monica Fyhn Sørensen, HTV UNN		Hanne Sofie Yttervik, HTV NSF Harstad	
Karina Olsen, DNLF (FTV)		Solveig Nergård, DNLF (FTV)	
Rita Vestgård, HTV Fagforbundet UNN Harstad		Lisa-Mari Andreassen, HTV Fagforbundet UNN Tromsø	
Geir Magne Lindrupsen, FTV Nito	x	Malin Botnmark, HTV NSF Narvik	

Til stede (x)

Møteleder: Tove Mack

Referent: Anne Christina Simonsen-Sagerup

Fra BHT møtte leder Paul Martin Hansen

På sak 38.22 møtte rådgiver Ole-Martin Andersen, på sak 39.22 møtte rådgiver Ole-Martin Andersen og avdelingsleder Tor-Arne Hanssen. På styresak Parkeringsløsning UNN Narvik møtte avdelingsleder Tor-Arne Hanssen, og på sak 41.22 møtte klinikkverneombud Veronje Ingebrigtsen.

SAKSOVERSIKT		Frist	Ansvarlig
34.22	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> Godkjent.		Tove Mack
35.22	<b>Protokoll fra AMU-møtet 11.5.2022</b> Møteprotokollen var vedlagt innkallingen, protokollen er godkjent på e-post før møtet. Godkjent.		Tove Mack
<b>BESLUTNING</b>			
36.22	<b>Søknad om velferdsmidler – Harstad Pensjonist forening.</b> Harstad pensjonist forening hadde sendt inn søknad om støtte til markering av deres 30 års jubileum 12. oktober 2022.  <u>Beslutning</u> Arbeidsmiljøutvalget vedtar å støtte Pensjonistforeningen UNN Harstad med beløp 25.000 kr til markering av 30 års jubileum 12. oktober 2022.		Tove Mack
<b>INFORMASJONS-, DISKUSJONS- OG DRØFTINGSSAKER</b>			
37.22	<b>Orientering fra Bedriftshelsetjenesten</b> Muntlig orientering om følgende punkter:  <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientering om at det jobbes med forbedring av klinikkvise forebyggende handlingsplaner mellom klinikkene og bedriftshelsetjenesten. Det jobbes med å få dem på plass – prosjektet inngår også som et QI Nord forbedringsprosjekt hvor det jobbes med hvordan få til en mere proaktiv og målrettet innsats ut i organisasjonen.</li> </ul>		Paul Martin Hansen
38.22	<b>ForBedring 2022 – handlingsplaner</b> Formålet med saken var å orientere AMU om status for antall handlingsplaner i UNN etter ForBedring 2022. Det er et krav om at resultatene fra undersøkelsen skal presenteres for de ansatte og at det skal etableres forbedringstiltak. Utarbeidelsen av tiltak skal følge forbedringsmetodikken og prinsipper for		Ole-Martin Andersen

	<p>medvirkning. Tiltakene skal inngå i en handlingsplan, og denne skal dokumenteres og følges opp i Dialogavtalen.</p> <p>Rådgiver Ole-Martin Andersen presenterte saken.</p> <p><u>Konklusjon</u> Arbeidsmiljøutvalget tar status for handlingsplaner pr 30.5.2022 til orientering, og ønsker ny rapportering høsten 2022.</p>		
39.22	<p><b>Oppstart prosjektering av ny Hybridstue i UNN Breivika</b></p> <p>Formålet med saken er å redegjøre for den foreløpige status i OU-prosjektet Hybridstue UNN Breivika per 25.5.2022.</p> <p>Den endelig beslutningssak landes først når arbeidsgruppen er ferdig med prosjektplanen, saken kommer tilbake til AMU da.</p> <p>Rådgiver Ole-Martin Andersen la frem saken og svarte ut spørsmål sammen med avdelingsleder Tor-Arne Hanssen.</p> <p><u>Konklusjon</u> Arbeidsmiljøutvalget tar status i OU-prosjektet Hybridstue UNN Breivika til orientering.</p>		Ole-Martin Andersen/Tor-Arne Hanssen
<b>STYRESAKER</b>			
40.22	<p><b>Styresaker til</b></p> <p>Følgende styresaker var på forhånd valgt ut av AU til gjennomgang i AMU:</p> <p>-Parkeringsløsning UNN Narvik. Avdelingsleder Tor-Arne Hanssen presenterte saken og svarte ut spørsmål.</p> <p>AMU diskuterte viktigheten av tidlig og god kommunikasjon med de ansatte for å forberede dem på de endringer som kommer.</p> <p>-Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2022. Gina Johansen la frem presentasjon med tallene for bemanning, innleie, innleid månedsverk per klinikk, sykefravær og AML-brudd. Også her diskuterte AMU viktigheten av god og tilpasset kommunikasjon med de ansatte for å sikre trygghet når man kommuniserer ut situasjonen og tallene.</p> <p><u>Konklusjon</u> Arbeidsmiljøutvalget tar styresakene til orientering.</p>		Tove Mack
<b>INFORMASJONS-, DISKUSJONS- OG DRØFTINGSSAKER fortsatt</b>			

41.22	<p><b>Orientering fra Hovedverneombud</b> Sommerdrift/ferieavvikling sett fra et klinikkverneombuds ståsted. Klinikkverneombud Veronje Ingebrigtsen fra K3K møtte på sak og delte sine erfaringer med hvordan sommerferieavviklingen oppleves fra de ansattes side.</p> <p><u>Konklusjon</u> Arbeidsmiljøutvalget takker Veronje for en god presentasjon. Arbeidsmiljøutvalget hadde flere innspill til saken om hvordan vi kan jobbe videre for å få avviklet sommerdriften på en god måte. Arbeidsmiljøutvalget anbefaler at det gjennomføres forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsordning. Dette gjelder særskilt når det avdekkes sannsynlige risikofaktorer ved arbeidstidsordningen.</p>		Tove Mack
42.22	<p><b>Forbedre Arbeidsmiljøutvalgets kommunikasjon med organisasjonen</b></p> <p><i>Utsatt til høsten.</i></p>		Paul Martin m.fl.
<b>EVENTUELT</b>			
43.22	<p><b>Tilbake til fysiske møter i AMU?</b></p> <p><i>Utsatt til høsten.</i></p>		

---

**PROTOKOLL**


---

Tema: **Drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 21.06.2022**

Dato: 15.06.2022

Tidspunkt: 09.00- 09.35

Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Monica Fyhn Sørensen, NSF
Stig Bakken, avdelingsleder ØAS	Rune Moe, Fagforbundet
Haakon Lindekleiv, fag- og kvalitetssjef	Einar Rebni, FVO
	Geir Magne Lindrupsen (til kl. 09.05)
	Jan- Eivind Pettersen, Delta

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Monica Fyhn Sørensen og Rune Moe valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen signerte fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2022	<p>Stig Bakken og Haakon Lindekleiv orienterte og svarte ut spørsmål om saken.</p> <p>Følgende momenter ble lagt frem fra tillitsvalgte/FVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det er dårlig planlegging med ABP og det etterlyses større gjennomføringskraft fra ledere. ABP-løsningen er dyrere dersom den ikke fungerer.</li> <li>- Det ses en dreining mot større turnover i organisasjonen og dette kan skape en negativ trend på arbeidsmiljøet</li> <li>- Det uttrykkes en sterk bekymring for arbeidsmiljøet ute i avdelingene</li> </ul> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>

Tromsø, 15.06.2022

Monica Fyhn Sørensen (s.)  
NSF

Rune Moe (s.)  
Fagforbundet

Ingrid Lernes Mathiassen (s.)  
administrasjonssjef

*Dokumentet er signert elektronisk.*



## STYRESAK

Styresak:	65/2022
Møtedato:	21.06.2022
Arkivsak:	2022/36-6
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

### Eventuelt til styremøte 21.06.2022

*Ingen saker til behandling.*

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 03.06.2022

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør