



MØTEINNKALLING

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Dato: 23. mai 2022

Kl.: 08.30

Sted: Digitalt møte



MØTEINNKALLING

UTVALG:	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
MØTESTED:	Digitalt møte
DATO:	23.05.2022 kl. 08.30-15.30

Forfall meldes til Administrasjonen, telefon 776 69122/776 27654 eller 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 Hofsøy	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 44-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
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
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">1. Pusterom for kreft – <i>mundlig</i>2. Orientering om UNNs oppfølging av bestilling i foretaksmøtet 6. april 2022 - <i>skriftlig</i>3. Klinikkpresentasjon Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken – <i>mundlig</i>4. Informasjon fra administrerende direktør til styret – <i>mundlig</i>5. Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF - <i>skriftlig</i>6. Orientering om rehabiliteringstilbudet ved UNN - <i>skriftlig</i>
ST 52-2022	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Referat fra felles møte i Kvalitetsutvalget, datert 03.05.20222. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 09.05.20223. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 09.05.20224. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 11.05.20225. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 18.05.2022
ST 53-2022	Eventuelt
Roald Linaker (s.) styreleder	Anita Schumacher (s.) administrerende direktør



STYRESAK

Styresak:	45/2022
Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2022/32-4
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 28.04.2022

Innstilling til vedtak

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

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 13.05.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- 1 Vedlegg - Møteprotokoll fra styremøte UNN 28.04.2022



MØTEPROTOKOLL

Møtetype:	Styremøte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtedato:	28.04.2022 kl. 08.30-15.10
Møtested:	Tromsø, Linken kurs- og konferansesenter

Tilstede

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

Fra administrasjonen

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

Den første timen av styremøtet gjennomførte styret dialogmøte med Ungdomsrådet og Brukerutvalget.

Ved styremøtets start orienterte styreleder om følgende:

Ved behandling av ST 40-2022 Justering av direktørens lønn og ST 41-2022 Orienteringssaker, punkt 1 Muntlig orientering v/ administrerende direktør og punkt 2 Kvalitet- og pasientsikkerhet – pasienthistorie, lukkes styremøtet for offentligheten i medhold av *Helseforetakslovens §26a, 1 og 3 ledd.*

ST 33-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

ST 33-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 34-2022	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 22.-23.03.2022
ST 35-2022	Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2022 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
ST 36-2022	Handlingsplan økonomi og budsjett 2022 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
ST 37-2022	Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr
ST 38-2022	Innspill til økonomisk langtidsplan 2023-2026 inkludert rullering av investeringsplan
ST 39-2022	Oppnevning av nytt Brukerutvalg ved Universitetssykehuset Nord-Norge 2022-2024
ST 40-2022	Justering av direktørens lønn (<i>unntatt offentlighet jf offl § 23, 1.ledd</i>) <i>Behandles rekkefølgemessig som siste sak i styremøtet.</i>
ST 41-2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – <i>muntlig</i>2. Kvalitet og pasientsikkerhet - pasienthistorie – <i>muntlig</i> <i>Muntlig orientering er unntatt offentlighet jf. offl § 13, jfr. fvl § 13.1.</i>3. Orientering om resultater fra Forbedring 2022 ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - <i>muntlig og skriftlig</i>
ST 42-2022	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 04.04.20222. Referat fra felles møte i Kvalitetsutvalget og Arbeidsmiljøutvalget, datert 05.04.20223. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 06.04.20224. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 22.04.2022 <i>Saksdokumentet var ettersendt.</i>
ST 43-2022	Eventuelt

Roald Linaker (s.)
styreleder

Einar Bugge (s.)
fungerende administrerende direktør

Styrets vedtak:

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

ST 34-2022 Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 22.-23.03.2022

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 22.-23.03.2022.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 22.-23.03.2022.

ST 35-2022 Kvalitets- og virksomhetsrapport mars 2022

Saksdokumentene var ettersendt.

Innstilling til vedtak:

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

Styreleder la frem forslag til vedtakspunkt 2:

Styret viser til oppdraget gitt til UNN i foretaksmøtet 6. april og ber om en oppfølging av dette i neste styremøte.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for mars 2022* til orientering.
2. Styret viser til oppdraget gitt til UNN i foretaksmøtet 6. april og ber om en oppfølging av dette i neste styremøte

ST 36-2022 Handlingsplan økonomi og budsjett 2022

Saksdokumentene var ettersendt.

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar handlingsplan for økonomi og budsjett 2022 til orientering, og ber om å bli informert regelmessig om oppfølging og videre utvikling av handlingsplanen.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret tar handlingsplan for økonomi og budsjett 2022 til orientering, og ber om å bli informert regelmessig om oppfølging og videre utvikling av handlingsplanen.

ST 37-2022 Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar rapporten fra Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr til orientering.
2. Styret tar tiltakene utarbeidet av Helse Nord RHF til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar rapporten fra Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr til orientering.
2. Styret tar tiltakene utarbeidet av Helse Nord RHF til orientering.

ST 38-2022 Innspill til økonomisk langtidsplan 2023-2026 inkludert rullering av investeringsplan

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar redegjørelsen om innspill til prioriteringer av drifts- og investeringsrammen i perioden 2023-2026 til orientering. Styret slutter seg til saken og at den oversendes Helse Nord RHF som tilbakemelding på *Økonomisk langtidsplan 2023-2026, inkludert rullering av investeringsplan*.
2. Styret ber om at rammene for nytt bygg innen rus- og psykisk helsevern justeres i tråd med oppdaterte tall, og at investeringsrammen overføres fra Helse Nord RHF til Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
3. Styret ber om at Nyfødt intensiv inkludert helikopterplass prioriteres som neste prosjekt etter nytt bygg innen rus- og psykisk helsevern.
4. Styret ber om at regionale oppgaver som mangler finansiering prioriteres finansiert for å sikre den nordnorske befolkning et likeverdig og høyspesialisert tilbud.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar redegjørelsen om innspill til prioriteringer av drifts- og investeringsrammen i perioden 2023-2026 til orientering. Styret slutter seg til saken og at den oversendes Helse Nord RHF som tilbakemelding på *Økonomisk langtidsplan 2023-2026, inkludert rullering av investeringsplan*.
2. Styret ber om at rammene for nytt bygg innen rus- og psykisk helsevern justeres i tråd med oppdaterte tall, og at investeringsrammen overføres fra Helse Nord RHF til Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
3. Styret ber om at Nyfødt intensiv inkludert helikopterplass prioriteres som neste prosjekt etter nytt bygg innen rus- og psykisk helsevern.
4. Styret ber om at regionale oppgaver som mangler finansiering prioriteres finansiert for å sikre den nordnorske befolkning et likeverdig og høyspesialisert tilbud.

ST 39-2022 Oppnevning av nytt Brukerutvalg ved Universitetssykehuset Nord-Norge 2022-2024

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF oppnevner følgende medlemmer og varamedlemmer til brukerutvalget for valgperioden 2022-2024:

Representanter

Navn	Fødselsår	Bosted	Brukerorganisasjon/ pasientforening
Nina Benjaminsen*	1970	Storslett	RIO Nord
Ulf Jack Bergstrøm	1954	Harstad	Kreftforeningen
Lisbeth Dyrstad*	1957	Tromsø	FFO/ HLF Tromsø
Thomas Engelskjøn*	1977	Tromsø	Kreftforeningen
Esben Haldorsen*	1962	Narvik	Marborg
Sidsel Haldorsen*	1942	Tromsø	Fylkeseldrerådet i Troms og Finnmark
Ingolf Kvandahl	1947	Ballangen	Nordland eldreråd
Margrethe Larsen*	1967	Harstad	Kreftforeningen/ Blodkreftforeningen
Nina Nedrejord	1956	Karasjok	SAFO Nord/ Norsk forbund for utviklingshemmede
Terje Olsen	1951	Storslett	FFO/ Huntingtonforeningen

*= nye representanter

Vararepresentanter (rangert rekkefølge ihht mandat)

Navn	Fødselsår	Bosted	Brukerorganisasjon/ pasientforening
Gudmund Ruben Johansen**	1942	Gibostad	FFO/ LHL Midt- Troms
Trond Arthur Pedersen*	1958	Narvik	FFO/ Autismeforeningen
Kirsti Baardsen	1950	Tromsø	Kreftforeningen
Ole-Marius Minde Johnsen*	1990	Tromsø	FFO/ Mental Helse
Nina Rossing*	1981	Tromsø	RIO
Alesia Andreassen*	1972	Vadsø	FFO/ Blindeforbundet

*= nye representanter

**= Første vara møter fast i møtene i Brukerutvalget

2. Som leder oppnevnes Terje Olsen og som nestleder oppnevnes Esben Haldorsen.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF oppnevner følgende medlemmer og varamedlemmer til brukerutvalget for valgperioden 2022-2024:

Representanter

Navn	Fødselsår	Bosted	Brukerorganisasjon/ pasientforening
Nina Benjaminsen*	1970	Storslett	RIO Nord
Ulf Jack Bergstrøm	1954	Harstad	Kreftforeningen
Lisbeth Dyrstad*	1957	Tromsø	FFO/ HLF Tromsø
Thomas Engelskjøn*	1977	Tromsø	Kreftforeningen
Esben Haldorsen*	1962	Narvik	Marborg
Sidsel Haldorsen*	1942	Tromsø	Fylkeseldrerådet i Troms og Finnmark
Ingolf Kvandahl	1947	Ballangen	Nordland eldreråd
Margrethe Larsen*	1967	Harstad	Kreftforeningen/ Blodkreftforeningen
Nina Nedrejord	1956	Karasjok	SAFO Nord/ Norsk forbund for utviklingshemmede
Terje Olsen	1951	Storslett	FFO/ Huntingtonforeningen

*= nye representanter

Vararepresentanter (rangert rekkefølge ihht mandat)

Navn	Fødselsår	Bosted	Brukerorganisasjon/ pasientforening
Gudmund Ruben Johansen**	1942	Gibostad	FFO/ LHL Midt- Troms
Trond Arthur Pedersen*	1958	Narvik	FFO/ Autismeforeningen
Kirsti Baardsen	1950	Tromsø	Kreftforeningen
Ole-Marius Minde Johnsen*	1990	Tromsø	FFO/ Mental Helse
Nina Rossing*	1981	Tromsø	RIO
Alesia Andreassen*	1972	Vadsø	FFO/ Blindeforbundet

*= nye representanter

**= Første vara møter fast i møtene i Brukerutvalget

2. Som leder oppnevnes Terje Olsen og som nestleder oppnevnes Esben Haldorsen.

ST 40-2022 Justering av direktørens lønn

Saken er unntatt offentlighet jf. offl § 23, 1.ledd.

Saken ble fremlagt av styreleder.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Administrerende direktør Anita Schumachers lønn reguleres med 2,5 % tilsvarende kroner 50.725,- fra 1. januar 2022.

ST 41-2022 Orienteringssaker

Innstilling til vedtak:

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

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
Deler av orienteringen ble gitt unntatt offentlighet jf. hfl § 26a, 2 ledd nr. 3.
2. Kvalitet og pasientsikkerhet – pasienthistorie – *mundlig*
Saken utgikk.
3. Orientering om resultater fra Forbedring 2022 ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - *mundlig og skriftlig*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

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

ST 42-2022 Referatsaker

Innstilling til vedtak:

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

1. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 04.04.2022
2. Referat fra felles møte i Kvalitetsutvalget og Arbeidsmiljøutvalget, datert 05.04.2022
3. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 06.04.2022
4. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 22.04.2022. *Saksdokumentet var ettersendt.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

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

ST 43-2022 Eventuelt

Ingen saker ble meldt.

Tromsø, 28.04.2022

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:	46/2022
Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2021/475-7
Saksbehandler:	Grethe Andersen

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.

Bakgrunn

Aktiv mot kreft er en privat stiftelse etablert av Helle Aanesen og Grete Waitz i 2007. Stiftelsens mål er å få persontilpasset trening inn som en del av kreftbehandlingen. Stiftelsen etablerer treningsentre, Pusterom på kreftsykehus i Norge, støtter forskning på effekten av fysisk aktivitet og kreft, og utdanner AKTIV-instruktører i samarbeid med Norges Idrettshøgskole og Oslo universitetssykehus. Stiftelsen jobber også internasjonalt, i USA og Etiopia.

Aktiv mot krefts mål er å få fysisk aktivitet inn som en del av kreftbehandlingen. Derfor etablerer stiftelsen treningsentre for kreftpasienter på norske sykehus. Treningsentrene kaller de for Pusterom, fordi brukerne både kan øke pulsen og pusten, men også for å kunne tilby et pusterom fra en vanskelig hverdag. På Pusterommene får kreftpasientene kyndig treningsveiledning av fagpersoner, i et sosialt og trivelig miljø, før, - under og etter behandling. Det er også en møteplass og sosial arena for pasienter i samme situasjon.

Pusterommene etableres av stiftelsen Aktiv mot kreft. Siden 2008 er det etablert 16 Pusterom rundt omkring i Norge. 15 er lokalisert inne på sykehusene. I tillegg ble det i 2015

etablert et utendørs Pusterom i Gaustadskogen ved Rikshospitalet. I juni 2017 ble "Pusterommet på sjøen" lansert i samarbeid med KNS i forbindelse med Færderseilasen 2017. Aktiv mot kreft etablerer nå Pusterom i UNN og tildeler UNN lokalene og midler for 3 års drift.

Formål

Formålet med saken er å invitere styret til å akseptere mottak av gaven, i tråd med gjeldende konsernbestemmelser i Helse Nord.

Saksutredning

Konsernbestemmelser for mottak av gaver og for investeringer i Helse Nord

Ved tilbud om gaver må UNN sikre at mottaket er i henhold til *Konsernbestemmelser for helseforetakenes håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond* (2008) i Helse Nord (vedlegg 1). Bestemmelsene forutsetter at gaver som er av uvanlig art eller størrelse og som kan påvirke foretakets prioriteringer skal behandles i UNNs styre. I forbindelse med styrebehandlingen skal følgende vurderes:

- Habilitetsforhold
- Etiske problemstillinger
- Omdømmemessige problemstillinger
- Om gaven kan påvirke foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer
- Om gaven kan medføre konkurransevridning i forhold til andre aktører
- Om gaven kan medføre endrede driftsutgifter eller økte langsiktige kostnader

Gaven skal også vurderes mot konsernbestemmelsene for investering (vedlegg 2) fordi det blant annet skal vurderes om investeringen påvirker oppgavefordelingen i regionen.

Etablering av Pusterom UNN, Breivika

Pusterommet er planlagt plassert på en del av parkeringsplassen på nordsiden av hovedbygget i Breivika. Aktiv mot kreft setter opp modulbygg vederlagsfritt. Det svares ikke leie for grunnen, og det er ingen tidsbegrensning på retten til å ha modulbygg der. Aktiv mot kreft leverer bygget inkludert innredning og nødvendig utstyr. UNN er ansvarlig for tildeling av tomt, grunnarbeid og infrastruktur (vann, avløp, strøm og IKT). Dette er kostnadsberegnet til 3 mill. kroner, og er avsatt i vedtatt investeringsbudsjett for 2022. UNN har dedikert en intern prosjektleder for prosjektet som jobber tett med Aktiv mot kreft og deres eksterne leverandør av Pusterommet. Arbeidet er igangsatt.

Driftskostnader

Stiftelsen gir foretaket midler til inntil tre ansatte for drift av virksomheten de tre første årene mot en garanti for at sykehuset viderefører driften fra år fire. Direktøren bekreftet etablering og drift av Pusterommet skriftlig 17.11.2021 (vedlegg 3). Kostnadene fra og med år fire må håndteres i UNNs ordinære budsjettprosess. Forvaltnings-, drifts- og

vedlikeholdskostnader av bygget håndteres av UNN fra og med oppstart og inngår i ordinære budsjettrammer for Drifts- og eiendomssenteret.

Organisering og drift av Pusterommet

Pusterommet er et trenings- og aktivitetssenter for kreftpasienter hvor det gis veiledning og tilrettelagt fysisk aktivitet, individuelt og i grupper, før, under og i en begrenset periode etter kreftbehandling. Dette organiseres som et poliklinisk tilbud, noe som også vil generere inntekter. Pasienter henvises fra lege og all behandling vil være registrert i journal, med vanlige polikliniske takster og egenandel. UNN vil etablere dette i pasientforløpet til kreftpasienter.

På senteret vil det jobbe fysioterapeuter med spesialkompetanse innen trening og kreft, men det vil også være behov for sekretær og ressurser fra sykepleier, lege og ernæringsfysiolog. Hovedåpningstiden vil være på dagtid, med enkelte tilbud ettermiddag/kveld. Det skal utarbeides et digitalt tilbud slik at deltakere kan delta i live-trening fra eget hjem.

UNN arbeider nå med intern organisering og planlegging av drift.

Åpning av Pusterommet

UNN og Aktiv mot kreft planlegger i samarbeid åpning av Pusterommet 28.09.2022. Styret orienteres muntlig om markering av åpningen i forkant, når konkrete og endelige planer foreligger.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 19. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering

Direktøren mener at det sjenerøse gavetilsagnet er av stor betydning for kreftpasientene i UNN, og er stolt over at Norges nordligste Pusterom nå er under etablering. Det er direktørens vurdering at gaven kan mottas innenfor rammen av gjeldende konsernbestemmelser.

Mottak av gaven medfører ikke endringer i vedtatte prioriteringer. Mottak av gaven vil etter alt å dømme styrke sykehusets totale omdømme, ved at den nordnorske befolkningen nå får et bedre behandlingstilbud.

Mottak av gaven fra Aktiv mot kreft innebærer ikke endret funksjonsfordeling i regionen. Det vurderes derfor ikke som nødvendig å legge saken fram for styrebehandling i Helse Nord RHF.

Direktøren er takknemlig for at Aktiv mot kreft også dekker driftskostnader for de første årene. Omstillingsutfordringen fra og med år fire vurderes som håndterbar innenfor UNNs ordinære budsjettprosess.

Konklusjon

Direktøren konkluderer med at mottak av gaven kan mottas innenfor gjeldende konsernbestemmelse og inviterer styret til å akseptere den generøse gaven fra Aktiv mot kreft.

Tromsø, 13.05.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Konsernbestemmelser for helseforetakenes håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond (2008)
2. Konsernbestemmelser for investeringer
3. Bekreftelse på drift av fremtidig Pusterom ved UNN

KONSERNBESTEMMELSER FOR HELSEFORETAKENES HÅNDTERING AV FORHOLDET TIL GAVER, STIFTELSE, LEGATER OG FOND

I. GENERELL DEL

1.1 Bakgrunn

Foretaksrådet ba 24. februar 2008 de regionale helseforetakene om å utarbeide retningslinjer vedr helseforetakenes forhold til stiftelser, gaver mv i felleskap.

1.2 Formål

Retningslinjene skal bidra til å sikre foretakets autonomi og være et hjelpemiddel for å ivareta foretakets aktsomhets- og undersøkelsesplikt som følger av regelverk og foretakets rolle som offentlig tjenesteyter. Det er viktig å sikre at helseforetakene har et profesjonelt og ryddig forhold til tilgrensede stiftelser og legater, at gaver blir benyttet til sitt formål og at mottak av gaver blir gjenstand for en forsvarlig vurdering i forhold til etiske problemstillinger, foretakets formål og strategier og virksomheten for øvrig.

1.3 Retningslinjenes virkeområde

Retningslinjene gjelder for samtlige av helseregionens foretak, og skal legges til grunn for etablering og videreføring av samarbeid med stiftelser og legater, mottak av gaver og donasjoner til foretaket fra stiftelser og legater, samt andre utenfor spesialisthelsetjenesten, herunder privatpersoner og kommersielle virksomheter. Rutinen gjelder ikke ved mottak av tilskudd eller midler fra offentlige organer med lovpålagt finansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten. Gaver og lignende til helsepersonell faller også utenfor virkeområdet, da dette er regulert i egen forskrift, Forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse av 29. august 2005 nr. 941, til helsepersonellovens § 9.

1.4 Forholdet til offentligrettslig regelverk

Retningslinjene kommer i tillegg til det regelverk som helseforetak er omfattet av, jf særlig helseforetaksloven og forvaltningsloven, forskrifter og eierfastsatte krav. Ved eventuell motstrid går regelverk og fastsatte eierkrav foran disse retningslinjene.

1.5 Definisjoner

Med *gave* forstås enhver vederlagsfri overføring av en formuesverdi eller formuesposisjon, f eks fast eiendom, løsøre, verdipapirer, penger, gjenstander eller liknende, uavhengig om overføringen er øremerket til et eller flere bestemte formål eller ikke. Overføring på grunnlag av testamente (arv) likestilles med gave, likeså overføring av formuesverdier til underpris.

Med *stiftelse* forstås en formuesverdi som ved testament, gave eller annen rettslig disposisjon selvstendig er stilt til rådighet for et bestemt formål av ideell, humanitær, kulturell, sosial, utdanningsmessig, økonomisk eller annen art, jf stiftelsesloven § 2. Såfremt en formuesverdi selvstendig er stilt til rådighet som beskrevet, er den en stiftelse selv om den er betegnet som legat, institusjon, fond eller annet.

1.6 Vedtakelse

Retningslinjene er vedtatt i styret for Helse Nord RHF, den 23. september 2008.

II. FORHOLDET TIL GAVER

2.1 Rutiner for aksept og mottak

Foretaket skal etablere interne rutiner med fullmaktstruktur for mottak av gaver. Som hovedregel bør den være sammenfallende med foretakets øvrige fullmaktsrammer.

Det forutsettes at gaver av uvanlig art eller størrelse, eller gaver som kan ha innvirkning på foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer, forelegges foretakets styre før gaven aksepteres. Likeså forutsettes at gaver som kan påvirke funksjonsfordelingen mellom helseforetak, eller som har konsekvens for investeringsplan skal behandles i styret i RHF før de aksepteres.

Før foretaket aksepterer en tilbudt gave skal følgende være vurdert;

- habilitet, jf forvaltningsloven §§ 6 flg. Både forholdet mellom stiftelsen/giver og foretaket, samt forholdet til den som beslutter mottak, må vurderes. Det er særlig viktig å iakttas relasjoner som kan være egnet til å svekke tilliten til foretaket, eller dets omdømme. Habilitet må også vurderes ift biervervsreglene.
- hvorvidt mottak vil være forenlig med det til enhver tid gjeldende regelverk, jf bla helsepersonelloven § 9, samt eventuelle eierfestsatte krav.
- etiske problemstillinger knyttet til giver og eventuelt mottak av gaven, jf foretakets etiske retningslinjer og samarbeidsavtalen med legemiddelindustriforeningen.
- omdømmemessige problemstillinger, f eks om giver er involvert i virksomhet eller utøver virksomhet som foretaket ikke ønsker å bli identifisert med
- hvorvidt relasjonen til helseforetaket kan utnyttes i kommersiell, eksempelvis reklamemessig sammenheng, og i så fall konsekvensene av dette
- hvorvidt mottak kan påvirke foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer
- hvorvidt mottak av gave kan medføre konkurransevridning i forhold til andre aktører i markedet
- eventuelle andre konsekvenser for foretaket og dets virksomhet, eksempelvis omprioriteringer, endrede driftsutgifter, langsiktige kostnader
- foretaket bør undersøke stiftelsesregisteret der gaven ønskes gitt av en stiftelse, fond mv og for øvrig andre tilgjengelige offentlige registre der giver vil kunne være registrert.

Gaver med begrenset verdi, båregaver mv, som åpenbart ikke er egnet til å påvirke foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer, kan mottas umiddelbart, så fremt det for øvrig fremstår som kurant.

Foretaket bør gjennom kommunikasjon og samhandling med giver tilstrebe størst mulig handlingsrom for foretaket ved anvendelse av gaven, eventuelt innenfor et overordnet fastsatt formål.

Er gaven en bruksrett eller delvis overføring av eiendomsrett, eller eiendom med påhvilende heftelser, skal det før mottak av gaven skriftlig avtales hvorledes kostnader ved gaven, eventuell inkorporering i foretakets eiendom, påkostninger eller investeringer i gaven, samt eiendomsrett i forhold til slike investeringer, skal fordeles.

Når mottak av gaven er vurdert i henhold til ovenstående, skal giver underrettes skriftlig om foretakets beslutning. Blir gaven akseptert, skal giver om mulig også på hensiktsmessig måte, informeres om hvorledes gaven vil bli anvendt.

Foretaket bør i samarbeid med giver vurdere om, og eventuelt hvordan gaven skal kommuniseres ut til offentligheten.

2.2 Forvaltning av gaver

Foretaket skal etablere interne rutiner som sikrer at;

- Gaver som mottas, forvaltes og anvendes i samsvar med det fastsatte eller avtalte formål.
- Gaver skal, i regnskapsmessig sammenheng dokumenteres og holdes atskilt fra foretakets øvrige midler. Foretakets regnskapsrutiner må utformes slik at dette sikres, samt legge til rette for oppfølging, herunder ettersporbarhet i forhold til kontroll og revisjon
- Pengegaver som ikke er anvendt plasseres slik at foretaket oppnår en akseptabel avkastning og risiko sett i forhold til givers ønske og foretakets behov.
- Renter av større gaver tilfaller det påtenkte formål bare dersom dette er særskilt vurdert, under særlig hensyn til foretakets autonomi. Renter av gaver for øvrig tilskrives formålet dersom det er et krav om dette fra giver på avgivertidspunktet
- Midler som av ulike årsaker forblir ubrukte, skal foretaket vurdere å benytte til andre formål, i samarbeid med giver.
- Ansvar for oversiktighet og rapportering ivaretas, jfr. pkt. VI.

III. FORHOLDET TIL STIFTELSE OG LEGATER

3.1 Rutiner og saksbehandling ved opprettelse av stiftelser

Det skal utvises en restriktiv praksis mht opprettelse av stiftelser som ikke utelukkende er opprettet for å ivareta forvaltning av gaver til foretaket. Det må særlig vurderes hvorvidt foretakets autonomi fullt ut er ivarettatt ved opprettelse av stiftelser.

Ved opprettelse av nye stiftelser må foretaket dessuten nøye vurdere hvorvidt stiftelsens formål er forenlig med foretakets formål og vedtatte strategier, og hvordan foretakets interesser best kan ivaretas, herunder foretakets interesse i at forvaltningen skjer i samsvar med stiftelseslovens bestemmelser. Tilstrekkelig fleksibilitet i mulig anvendelse av stiftelsens midler må sikres, slik at den også over tid kan tilpasses foretakets virksomhet.

Opprettelser av nye stiftelser skal besluttes av styret i Helse Nord RHF.

Overføring av midler til stiftelser (ikke kjøp av tjenester) skal besluttes av styret i helseforetaket.

3.2 Deltakelse i stiftelsers styrende organer

Er helseforetaket gitt rett til oppnevning av styremedlemmer eller medlemmer til andre organer i en stiftelse, må foretaket nøye vurdere om slik deltakelse er forenlig med helseforetakets virksomhet, herunder dets formål, vedtatte strategier og fullmaktsrutiner. Deltakelse i stiftelsens styrende organer må ikke påvirke helseforetakets autonomi, eller reise etiske eller omdømmemessige spørsmål ved deltakelsen i styret. Det samme gjelder i forhold til bierversreglene.

Foretaket må ved vurdering av spørsmålet om foretaket skal akseptere slik oppnevningsrett og ved den konkrete oppnevningen se til at forvaltningslovens habilitetsregler ivaretas.

IV. ADMINISTRASJON OG FORVALTNING

4.1 Administrasjon og forvaltning av stiftelser

Foretaket skal som hovedregel ikke påta seg administrasjon eller forvaltning av / fra stiftelser, men kan likevel vurdere å ivareta regnskapsoppgaver når stiftelsen er opprettet av foretaket selv, eller opprettet som direkte følge av gaver / donasjoner til foretaket. Det er en forutsetning at slike oppgaver håndteres av enheter som er uavhengige av og / eller ikke underlagt instruksjonsmyndighet fra enheter, som kan defineres som potensielle mottakere av eller interessenter i stiftelsen. Samtykke til slik forvaltning eller administrasjon av stiftelser må gis av foretakets styre, og det er en forutsetning at stiftelsens midler holdes klart atskilt fra foretakets egne midler. Oppdraget må nedfelles i skriftlig avtale mellom foretaket og stiftelsen, som omtaler budsjett, personalforhold, regnskapsmessig oppfølging og rapportering.

V. FORHOLDET TIL NÆRINGSDRIVENDE STIFTELSE

Foretaket skal som hovedregel ikke delta i eller ha roller inn i næringsdrivende stiftelser, slik dette er definert i stiftelsesloven § 4. Særlig gjelder dette i forhold til stiftelser som har eller kan tenkes å ha en forretningsmessig forbindelse til spesialisthelsetjenesten eller tilhørende virksomhetsområder.

VI. OVERSIKT OG RAPPORTERING

Foretaket skal iverksette tiltak for å holde oversikt over samtlige stiftelser som man er involvert i, for eksempel gjennom deltakelse i eller opprettelse av disse. Dette kan hensiktsmessig gjøres gjennom føring av et sentralt register i foretaket.

Foretaket skal også føre en årlig fortegnelse over gaver, donasjoner m.v. som mottas over en viss verdi fastsatt av foretaket.

Rapport om foretakets involvering i stiftelser og om gaver, donasjoner m.v. skal følge som vedlegg til årlig melding.

KONSERNBESTEMMELSER INVESTERINGER I HELSE NORD

Vedtatt av styret i Helse Nord RHF 25. november 2015

1. Formål

Konsernbestemmelsene fastsetter fullmakter og krav til behandling og dokumentasjon av investeringsbeslutninger.

Bestemmelsene skal bidra til riktig og god prioritering av investeringsmidlene.

Bestemmelsene skal sikre et fullstendig beslutningsgrunnlag hvor kvalitet, økonomi, organisasjonsutvikling og andre konsekvenser er vurdert.

Konsernbestemmelsene omfatter alle former for investeringer, og beslutninger om leie som alternativ til egen investering.

2. Generelt

2.1 Investeringsrammer og kostnader

Styret i Helse Nord vedtar investeringsrammer for Helse Nord RHF og helseforetakene. Investeringsrammer innebærer ingen overføring av likviditet, men er kun en tillatelse til å gjennomføre investeringer opp til en gitt sum. Som hovedregel finansieres investeringer av helseforetakenes egen kontantstrøm. I tillegg kan Helse Nord RHF tilføre helseforetakene likviditet gjennom interne lån og kassakreditt.

Alle kostnader av investeringer belastes helseforetaket som gjennomfører investeringer. Helseforetaket må derfor vurdere kostnader til kapital på lik linje med andre innsatsfaktorer i sine prioriteringer.

Dersom helseforetak realiserer vedtatte resultatkrav, vil styret i Helse Nord RHF kunne øke helseforetakets investeringsramme.

2.2 Styring av større strategiske investeringer

Større investeringer i sykehusbygg øker driftskostnadene i helseforetaket. De økte kostnadene finansieres av tre forhold:

- Bortfall av kostnader ved eksisterende bygg
- Effektivisering som følge av nytt bygg/ny organisering
- Bidrag fra styret i Helse Nord RHF (kapitalkompensasjon)

For større investeringer skal styret i Helse Nord RHF fastsette P50¹- ramme og P85-ramme når forprosjektet godkjennes. Prosjektets styringsmål er P50 og denne

¹Prosjekter >50 mill. kroner skal styres etter en investeringsramme som tilsvarer P50 (50 % sannsynlighet for at prosjektet blir dyrere eller billigere), inkl. byggelånsrenter og forventet prisstigning i byggeperioden, samt innlagte mulige tilleggskostnader. Utover dette tar styret i Helse Nord RHF høyde for uforutsette kostnader i løpet av prosjektperioden (P85 – dvs. 85 % sannsynlighet for at prosjektet blir billigere og 15 % sannsynlighet for at det blir dyrere). Avsetning for usikkerhet(P85-P50) kan kun disponeres etter vedtak av styret i Helse Nord RHF.

investeringsrammen legges til helseforetaket. Normalt skal investeringer gjennomføres innenfor P50 rammen. P50-rammen skal inneholde alle kostnader, inklusive buffer for usikkerhet i prosjektet, byggelånsrenter og prisstigning i hele byggeperioden. Det skal utarbeides en «kuttliste» med aktuelle kostnadsreducerende tiltak i prosjektet, som kan iverksettes ved behov.

I tillegg setter styret i Helse Nord RHF av en avsetning for uforutsette kostnader (P85 minus P50). Denne disponeres av styret i Helse Nord RHF.

Det er to beslutningsnivå i disponering av eventuelle besparelser i større prosjekter: Besparelser innenfor P50-rammen disponeres av HF-styret. Besparelser innenfor P85 disponeres av styret i Helse Nord RHF.

I tilfeller hvor P85-rammen er stilt til helseforetakets disposisjon, skal overskridelser utover dette håndteres innenfor helseforetakets fastsatte ramme for investeringer (reduksjon av HF styrets disposisjonskonto eller andre planlagte investeringer i helseforetaket).

2.3 Dokumentasjonskrav

Uavhengig av investeringens størrelse og type, skal det alltid gjennomføres

- en økonomisk analyse
- anskaffelse i tråd med regelverk for offentlige anskaffelser
- nødvendige tiltak for å realisere økonomiske og andre gevinster av investeringen

Omfanget av vurderingene og dokumentasjonen vil variere avhengig av investeringens størrelse, og det er normalt et lavere krav til utredning ved nødvendige re-anskaffelser, jf. punkt 7. Dokumentasjonskravene skal sikre at beslutningen er tatt på et godt fundert grunnlag, og at investeringen er formålstjenlig.

Veileder for Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter skal legges til grunn for prosjekter hvor bygg og anlegg er en sentral del av prosjektet.

3. Investeringsvolum

3.1. Overordnet investeringsramme

Styret i Helse Nord RHF beslutter samlet investeringsvolum i foretaksgruppen, herunder:

- samlet investeringsramme for det enkelte helseforetak
- fordeling av investeringsramme i det enkelte helseforetak mellom større enkeltprosjekter og disponibel ramme for helseforetaket til inventar/utstyr og mindre bygningsmessige investeringer
- forutsetninger for disponering av investeringsrammen
- finansiering av investeringsvolumet
- investeringsramme for fellesprosjekter

Investeringsvolumet fastsettes på grunnlag av vurdering av foretaksgruppens økonomiske bæreevne, økonomiske resultater, status og fremskriving av disponible

likvide midler, samt tilgang på lånemidler.

3.2. Helseforetakets fullmakter

Helseforetakene kan planlegge og gjennomføre anskaffelser i en 4-årshorisont i tråd med vedtatt investeringsplan.

Investeringsrammen til det enkelte helseforetak er et øvre tak på bokførte investeringer det aktuelle året. Helseforetak har ikke fullmakt til å gjøre omfordeling av rammer vedtatt av styret i Helse Nord RHF.

Frigjøring av likviditet som følge av salg styrker foretaksgruppens samlede likviditet, og kan kun nyttes til økte investeringer etter vedtak i styret for Helse Nord RHF.

3.3 Finansiering

Som hovedregel finansieres investeringer av helseforetakenes egen kontantstrøm og salg av eiendom. I tillegg kan Helse Nord RHF tilføre helseforetakene likviditet gjennom interne lån og kassakreditt.

Lån gis normalt til store byggeprosjekter hvor HOD har gitt lånetilsagn til Helse Nord RHF. Helse Nord RHF kan gi ytterligere lån til disse prosjektene, opptil 80 % av investeringen.

I tillegg kan det for konkrete prosjekter større enn 100 mill. kroner gis interne lån (inntil 80 % lånefinansiering). mill.

Dersom aksjeselskap, eid av et helseforetak (hvor eierandel > 50 %), tar opp lån vil dette ses i sammenheng med helseforetakets låneramme.

Leie- og leasing, herunder Offentlig-privat-samarbeid (OPS), er alternative finansieringsmåter for egne investeringer. Alle anskaffelser av bygninger og inventar/utstyr skal vurderes på samme måte etter disse konsernbestemmelsene, uavhengig av finansieringsmåte. Dette innebærer at ulike finansieringsmåter skal vurderes opp mot egenfinansiering. Det skal foretas reelle vurderinger av hvilken finansieringsmåte som er driftsøkonomisk mest fordelaktig.

Alle finansielle leasingavtaler med kontraktsverdi over 100.000 kroner skal godkjennes av Helse Nord RHF.

4. Krav til styrebehandling i helseforetaket

Styret i helseforetaket skal behandle følgende:

- a) årlig investeringsplan, jf. punkt 5, inkl. evt. revideringer av planen
- b) enkeltprosjekter med samlet investeringssum 5 mill. kroner eller mer
- c) enkeltprosjekter som i stor grad påvirker pasienttilbudet
- d) enkeltprosjekter som påvirker oppgavefordelingen mellom geografiske enheter i helseforetaket

- e) enkeltprosjekter som påvirker oppgavefordelingen mellom helseforetak og/eller har driftsøkonomiske konsekvenser for andre deler av foretaksgruppen
- f) enkeltprosjekter som medfører økte kostnader til drift utover det som er forutsatt i investeringsplan og inkludert i driftsbudsjettet
- g) orientering om status fremdrift og investeringskostnad per investeringsprosjekt hvert tertial

Dette er minimumskrav til styrebehandling. Styret i det enkelte helseforetak kan beslutte strengere krav med hensyn til styrebehandling.

5. Nærmere om langtidsplan, inklusive neste års budsjett

Styrene i helseforetakene skal hvert år behandle langsiktig plan for investeringer, samt neste års investeringsbudsjett. Dette skal senest skje i forbindelse med behandling av det årlige driftsbudsjettet slik at driftsmessige konsekvenser av investeringsplanen innarbeides i neste års budsjett.

Følgende krav stilles til helseforetakets investeringsplan:

- Analyse av foretakets økonomiske bæreevne. Har helseforetaket driftsøkonomi til å dekke evt. merkostnader som følge av investeringene innenfor fastsatt resultatkrav? Har helseforetaket likviditet til å betale investeringene? P85-ramme skal legges til grunn for bærekraftsanalyser.
- Investeringsramme skal minimum fordeles mellom større enkeltprosjekt, og generell ramme til mindre utstyrsinvesteringer.
- Fastsetting av administrative fullmakter før iverksetting av investeringer innenfor de rammer som fremkommer av disse konsernbestemmelsene.

6. Krav til godkjenning av Helse Nord RHF

Helse Nord RHF skal godkjenne følgende investeringer i helseforetakene:

- enkeltprosjekter med samlet investeringssum 20 mill. kroner eller mer
- enkeltprosjekter som i stor grad påvirker pasienttilbudet (for eksempel flytting av tilbud eller nytt tilbud)
- enkeltprosjekter som påvirker oppgavefordelingen mellom helseforetak, og/eller har driftsøkonomiske konsekvenser for andre deler av foretaksgruppen
- enkeltprosjekter som medfører større endring i oppgavefordeling mellom geografiske enheter i samme helseforetak
- enkeltprosjekter som medfører avvik fra fastsatte standarder eller strategier i foretaksgruppen

Investeringer i helseforetak opp til 50 mill. kroner kan godkjennes av administrerende direktør. For prosjekter i RHF-regi gjelder de samme bestemmelser til styrebehandling som i HF. Prosjekter med samlet investeringssum på 50 mill. kroner eller mer skal godkjennes av styret i Helse Nord RHF. Helse- og omsorgsdepartementet skal godkjenne investeringer over 1 mrd. kroner, samt behandle investeringer over 500 mill. kroner med hensyn til finansiering.

7. Krav til beslutningsgrunnlag og dokumentasjon for den enkelte investering

Før en investering iverksettes og det inngås økonomisk forpliktende avtaler, skal helseforetaket fatte en konkret investeringsbeslutning for hvert enkelt prosjekt. Investeringsbeslutninger over 5 mill. kroner skal styrebehandles i helseforetaket.

Beslutningsgrunnlaget skal inneholde følgende vurderinger som skal dokumenteres og kunne etterprøves:

- a) Hensikt og mål med investeringen, herunder strategisk tilknytning. Er det fortsatt riktig å prioritere denne investeringen, er behovet fortsatt til stede, evt. har det skjedd noe som endrer prioriteringene.
- b) Vurdering av om styrebehandling og evt. godkjenning av Helse Nord RHF er nødvendig i henhold til disse konsernbestemmelsene
- c) Beskrivelse av investeringen/prosjektet, herunder:
 - Gjennomføringsplan inkludert fremdrift
 - Kompetanse/opplæringsbehov
 - Behov for personellressurser til gjennomføring og prosjektorganisering
- d) Konsekvenser av å gjennomføre investeringen/prosjektet
 - Kost/nyttevurderinger for pasienter, ansatte, miljø, driftsøkonomi, likviditet og lånebehov
 - Helsefaglige vurderinger
 - Konsekvenser for bemanningsbehov etter at investeringen er gjennomført
 - Konsekvenser for rutiner og arbeidsfordeling
 - Konsekvenser for oppgavefordeling mellom enheter og mellom helseforetak, og for andre helseforetaks driftsøkonomi
- e) Beskrivelse av nødvendig organisasjonsutvikling og tiltak for gevinstrealisering
 - Dersom gevinster og endringer som følge av investeringen skal realiseres av andre skal det gjennomføres en prosess/dialog med de som skal realisere gevinstene i forkant av investeringsbeslutningen. Det skal foreligge en bekreftelse fra den (de) som skal realisere gevinsten at nødvendige tiltak og endringer blir gjennomført.
- f) Beskrivelse av 0-alternativ og alternative løsninger
- g) Strategi for gjennomføring av anskaffelsen i tråd med lov og forskrift om offentlige anskaffelser og regional innkjøpsstrategi.
- h) Økonomisk analyse skal inneholde:
 - Investeringsanalyse og økonomisk lønnsomhetsanalyse, herunder konsekvenser for drift, transport av pasienter og finanskostnader

- Kritiske variabler og økonomiske konsekvenser av endring i disse
 - For prosjekter som går over mer enn 2 år og over 50 millioner kroner:
 - Styret i Helse Nord RHF skal vedta P50- ramme og P85-ramme. Prosjektets styringsmål er P50 og denne investeringsrammen legges til helseforetaket. Normalt skal investeringer gjennomføres innenfor P50 rammen. P50-rammen skal inneholde buffer for usikkerhet i prosjektet og byggelånsrenter og prisvekst i byggeperioden.
 - Risikovurderinger skal foretas
 - Har foretaket økonomisk bæreevne til å foreta investeringen? P85-ramme skal legges til grunn for bærekraftsanalyser.
 - Finansiering av investeringen.
 - Prinsipper for endringsordrer innenfor P50. Hvilke fullmakter skal ligge til styret, AD og prosjektleder.
 - For re-anskaffelse av utstyr mv som er utrangert og må erstattes, er kravene til omfang av vurdering og dokumentasjon tilsvarende mindre. Her kreves det en vurdering av om det er riktig og hensiktsmessig å foreta en re-anskaffelse, samt konsekvensen av ikke å foreta re-anskaffelse.
- i) Helse Nord IKT skal involveres i planlegging og gjennomføring av prosjekter som inkluderer IKT-anskaffelser Hvor stor del av investeringen som vedrører IKT skal spesifiseres, slik at denne rammen kan legges til Helse Nord IKT. Helseforetaket skal legge til grunn totalkostnad og totalinvesteringer i bærekraftsanalyser.

8. Hastefullmakt

I tilfelle havari på kritisk medisinteknisk utstyr har Administrerende direktør i helseforetakene fullmakt til å omgå saksgang og dokumentasjonskrav nevnt tidligere i dette dokument. Slik beslutning skal gjøres i tråd med de krav til godkjenning som fremgår av punkt 7 over. Kravene til overholdelse av regelverket for offentlige anskaffelser kan ikke fravikes. HF styret skal informeres om dette fortløpende.

9. Gjennomføring og oppfølging av investeringsprosjekter

Helseforetaket ansvarlig for gjennomføring av anskaffelse, planlegging, gjennomføring (byggherre) og oppfølging av investeringsprosjektet i etterkant.

I utredning, planlegging og gjennomføring av prosjektet skal foretaket forberede organisasjonen på de endringer som investeringen vil medføre (herunder endrede arbeidsmetoder, organisering av oppgaver etc.).

Helseforetaket skal sikre at planlagte gevinster realiseres gjennom oppfølging av konkrete tiltak.

For utbyggingsprosjekter større enn 50 mill. kroner skal det utarbeides tertialrapporter til helseforetakets styre og RHF fra og med gjennomføringsfasen. Helseforetakene må i tillegg vurdere om det er behov for særskilt rapportering for prosjekter under 50 mill.

kroner. Ved signaler om større avvik mill. skal dette varsles umiddelbart både til HF-ledelsen og til RHF.

Tertialrapporter skal inkludere:

- a) *Status i byggeprosjekt:*
 - Status og fremdrift i prosjektet
 - Økonomisk status
 - Status for HMS
 - Status for miljø og avfallshåndtering
 - Status for risikohåndtering
- b) *Status i arbeid for nødvendig organisasjonsutvikling*
- c) *Status for gevinstrealisering*



AKTIV MOT KREFT
Slemdalsveien 72
0373 OSLO

Deres ref:

Vår ref:

2021/475-5

Saksbehandler:

Anita Elisabeth Schumacher

Dato:

17.11.2021

Bekreftelse på etablering og drift av fremtidig Pusterom ved UNN

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) jobber nå sammen med Aktiv mot kreft for å realisere et sterkt etterlengtet Pusterom ved UNN. Grunnet mangel på egnede lokaler i sykehuset planlegges det nå å etablere 'Pusterommet på boks' i 7 stk. 40fots containere i umiddelbar nærhet til kreftpoliklinikken. Pusterommet vil bli et permanent tilbud til kreftpasientene på UNN, selv om det etableres i containere. Moderne containerkonstruksjon har lang holdbarhet og vi ser på denne løsningen som både nytenkende og god, da det viktigste er å få etablert dette viktige, nye tilbudet til våre pasienter.

UNN vil jobbe tett sammen med Aktiv mot kreft i forhold til planlegging, etablering og aktivering av tilbudet. Sykehuset vil sørge for at Pusterommet til enhver tid har oppdatert og kyndig kompetanse, samt at tilbudet blir en del av kreftbehandlingsforløpet på UNN.

Vennlig hilsen

Universitetssykehuset Nord-Norge

Anita Elisabeth Schumacher
administrerende direktør



STYRESAK

Styresak:	47/2022
Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2022/37-7
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv og Lars Øverås

Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2022

Innstilling til vedtak

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

--- slutt på innstillingen ---

Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten viser resultater ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for april 2022.

Formål

Informere styret om UNNs virksomhet og resultatutvikling.

Saksutredning

Det vises til vedlagt Kvalitets- og virksomhetsrapport for april 2022.

Medvirkning

Saken er drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 18.05.2022. Protokoll fra møtet legges frem som referatsak i styremøtet 23.05.2022.

Vurdering

Tilgjengelighet

Ventetidene for somatikk og psykisk helsevern voksne er vesentlig høyere enn måltallet, og relativt uendret fra april 2021. Det er positivt at ventetid for fortsatt ventende innen psykisk helsevern for barn og unge og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er på, eller nær nasjonalt måltall.

Tiltakene for å styrke tilgjengeligheten er forsterket, som redegjort for i tidligere kvalitets- og virksomhetsrapporter. Det forberedes et eget program for å styrke planlegging og styring av poliklinikkene i UNN fra høsten. 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 2022.

Andelen kreftpasienter i pakkeforløp som ble behandlet innen standardisert forløpstid er for lav, men like under målet for 2022 som helhet. Det var imidlertid et fall i april sammenlignet med mars. Foreløpige analyser tyder på dette skyldtes en betydelig økning i antall pasienter med behov for brystkreftkirurgi. En årsak til økningen er økt mammografiscreening for å ta igjen etterslep som følge av redusert tilbud om mammografi i løpet av pandemien. 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 vil nå målet om 70 % pasienter innen standardisert forløpstid i 2022.

Pakkeforløpene psykisk helse og rus har lavere måloppnåelse enn landsgjennomsnittet. Dette følges opp som del av handlingsplan for bedre tilgjengelighet i psykisk helsevern voksne.

Sykefravær og AML-brudd

Sykefraværet for april er på 8,7 %, og fremdeles over måltallet på 7,5 %. Det er likevel en positiv utvikling sammenlignet med de foregående månedene. Etter en lang periode med pandemi og influensa, i tillegg til at en del var slitne etter hard belastning over lang tid, ser det ut til at vi nærmer oss et mer «normalt» sykefraværnivå. Det er også i april en nedgang i AML-brudd sammenlignet med 2019 på UNN-nivå, noe som indikerer at vi har planlagt bedre. Det er likevel store ulikheter mellom klinikkene, og dette følges opp lokalt.

Økonomisk resultat

April endte med et negativt budsjettavvik på 26,4 mill. kroner. En økning i ISF-inntektene, hovedsakelig grunnet etterregistrering av DRG-poeng fra årets tre første måneder, resulterte i en positiv inntekt mot budsjett i april på 12,4 mill. kroner. Kostnader til laboratorierekvisita og andre medisinske forbruksvarer har som tidligere måneder et overforbruk med henholdsvis 5,7 og 3,9 mill. kroner. Det største negative avviket i april er på personalkostnadene. Helligdagstilleggene har vært 5 mill. kroner høyere enn budsjettet og innleie fra byrå 11,5 mill. kroner høyere enn budsjettet i perioden. I tillegg utgjorde overtid og vikarer et overforbruk på 8,2 mill. kroner.

Transportkostnader til pasientene hadde et overforbruk på 1,0 mill. kroner i forhold til budsjett i april. Konsulenthonorar har et overforbruk på 3,1 mill. kroner, mens lisenser overforbrukes med 4,2 mill. kroner.

Koronakostnadene i april dekkes av tildelte koronamidler.

Akkumulert er resultatet et negativt budsjettavvik på 153,9 mill. kroner. Av dette er en reduksjon av ISF-inntektene på 43,4 mill. kroner. Laboratoriekostnadene er 21,2 mill. kroner høyere enn budsjettet, mens andre medisinske forbruksvarer er 20,6 mill. høyere enn budsjettet. Av et overforbruk på personalkostnadene inkludert innleie på 71,4 mill. kroner, er overforbruk av innleie fra byrå på 33,8 mill. kroner.

Innkjøp av ikt-utstyr har et overforbruk på 3,6 mill. kroner hittil i år, og står for størstedelen av overforbruket på driftskostnadene i årets første måneder sammen med lisenser som har et overforbruk på 4,6 mill. kroner. Totalt er driftskostnadene 12,1 mill. kroner høyere enn budsjett.

Direktøren vurderer den økonomiske situasjonen som fremdeles krevende, og viser til egen orienteringssak om tiltaksarbeid.

Tromsø, 18.05.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- 1 Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2022

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

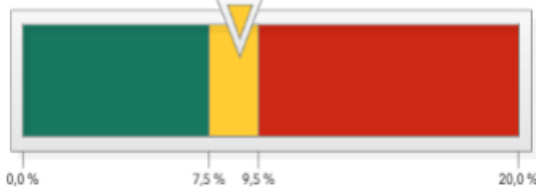

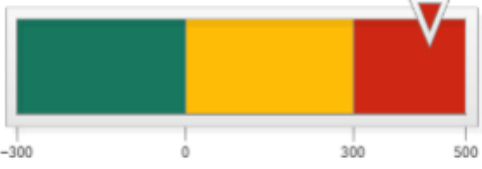
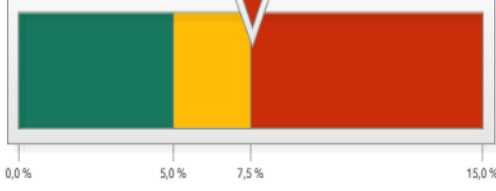
April 2022

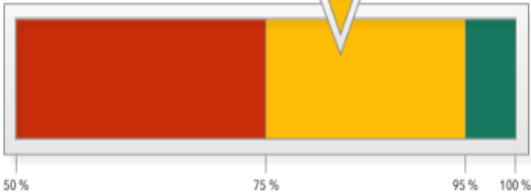
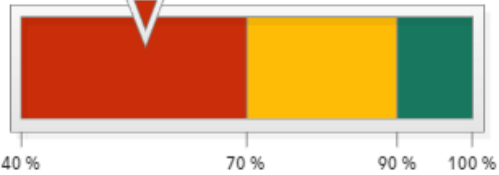

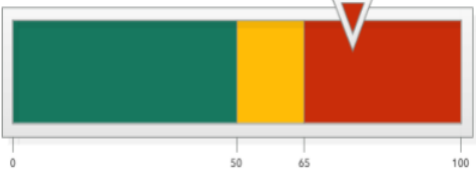


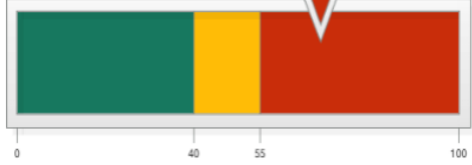
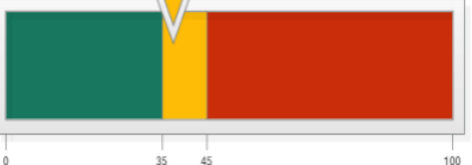
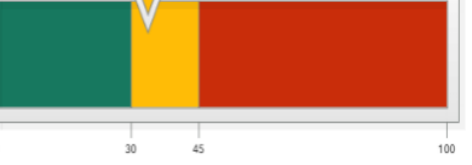
Innholdsfortegnelse

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 avviklet 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
Bemanning	25
Sykefravær.....	27
AML-brudd	28
Økonomi.....	29
Resultat	29
Prognose.....	30

Hovedindikatorer

<p>Sykefravær</p> <p>Måltall: < 7,5 %</p> <p>April: 8,7 %</p>	<p>Sykefravær (siste avslutta måned)</p> <p>8,7 %</p> 
<p>Budsjettavvik akkumulert per april</p> <p>-153,9 mill kr</p>	<p>Budsjettavvik i hele 1000</p> <p>-153 868</p> 
<p>Gjennomsnittlig endring månedsverk 2022 mot 2019</p> <p>Måltall: 0</p> <p>April: 435</p>	<p>Gj.snitt endring månedsverk 2022 mot 2019</p> <p>435</p> 
<p>Andel operasjoner strøket etter kl 14 dagen før</p> <p>Måltall: < 5 %</p> <p>April: 7,5 %</p>	<p>Andel operasjoner strøket etter kl 14 dagen før</p> <p>7,5 %</p> 









<p>Kontakter avvirket innen planlagt tid</p> <p>Måltall: > 95 %</p> <p>April: 82 %</p>	<p>Kontakter avvirket innen planlagt tid</p> <p>82 %</p> 
<p>Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste 6 månedene</p> <p>Måltall: > 90 %</p> <p>April: 56 %</p>	<p>Kontakter med tildelt dato (neste 6 mnd)</p> <p>56 %</p> 
<p>Andel aktive fristbrudd</p> <p>Måltall: 2 %</p> <p>April: 10,2 %</p>	<p>Andel fristbrudd (siste avslutta måned)</p> <p>10,2 %</p> 
<p>Ventetid somatikk</p> <p>Måltall: < 50</p> <p>April: 76</p>	<p>Snitt ventetid somatikk (siste avslutta måned)</p> <p>76</p> 

<p>Ventetid PHV</p> <p>Måltall: < 40</p> <p>April: 69</p>	<p>Snitt ventetid PHV (siste avslutta måned)</p> <p>69</p>  <table border="1"><thead><tr><th>Color</th><th>Start</th><th>End</th></tr></thead><tbody><tr><td>Green</td><td>0</td><td>40</td></tr><tr><td>Yellow</td><td>40</td><td>55</td></tr><tr><td>Red</td><td>55</td><td>100</td></tr></tbody></table>	Color	Start	End	Green	0	40	Yellow	40	55	Red	55	100
Color	Start	End											
Green	0	40											
Yellow	40	55											
Red	55	100											
<p>Ventetid PHBU</p> <p>Måltall: < 35</p> <p>April: 37</p>	<p>Snitt ventetid PHBU (siste avslutta måned)</p> <p>37</p>  <table border="1"><thead><tr><th>Color</th><th>Start</th><th>End</th></tr></thead><tbody><tr><td>Green</td><td>0</td><td>35</td></tr><tr><td>Yellow</td><td>35</td><td>45</td></tr><tr><td>Red</td><td>45</td><td>100</td></tr></tbody></table>	Color	Start	End	Green	0	35	Yellow	35	45	Red	45	100
Color	Start	End											
Green	0	35											
Yellow	35	45											
Red	45	100											
<p>Ventetid TSB</p> <p>Måltall: < 30</p> <p>April: 34</p>	<p>Snitt ventetid TSB (siste avslutta måned)</p> <p>34</p>  <table border="1"><thead><tr><th>Color</th><th>Start</th><th>End</th></tr></thead><tbody><tr><td>Green</td><td>0</td><td>30</td></tr><tr><td>Yellow</td><td>30</td><td>45</td></tr><tr><td>Red</td><td>45</td><td>100</td></tr></tbody></table>	Color	Start	End	Green	0	30	Yellow	30	45	Red	45	100
Color	Start	End											
Green	0	30											
Yellow	30	45											
Red	45	100											

Pasientflyt

PASIENTFLYTT

Per siste avslutta måned og samme periode foregående år

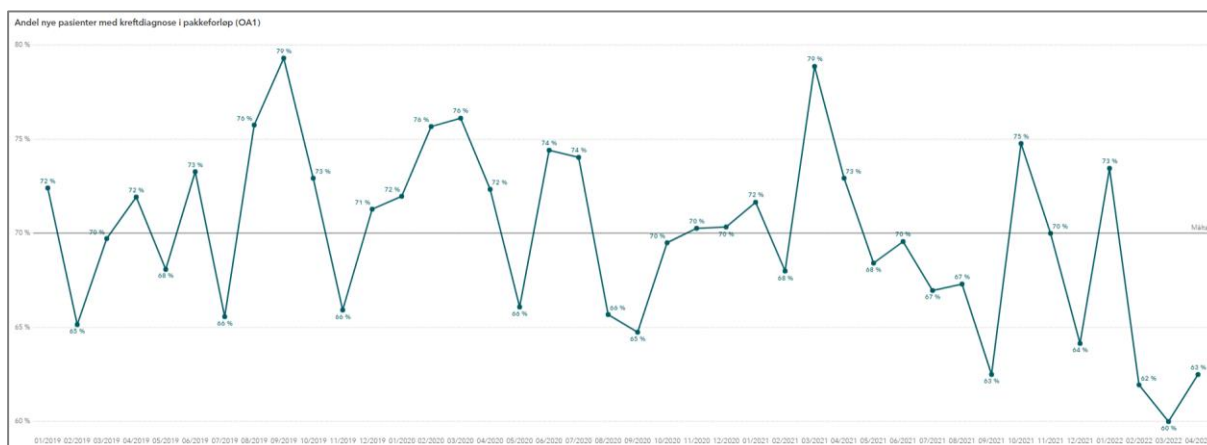
HENNINGER		O-HJELP		INNLÆGGERER		OPERASJONER		ORDINERT AVSLUTTA																									
																																	
Helsen og døgnetilbud		O-Hjelp		Eldre		Anall operasjon		Anall innlegg																									
Nye henninger		Anall innlegg		Inn på post		Anall operasjon		Anall innlegg																									
2019	2 406	2019	21 757	2019	11 861	2019	5 072	2019	37 047																								
2020	1 919	2020	19 253	2020	10 795	2020	4 085	2020	33 067																								
2021	2 013	2021	19 890	2021	12 032	2021	5 214	2021	35 298																								
2022	2 006	2022	20 892	2022	11 087	2022	4 529	2022	33 692																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Poliklinikk</th> <th colspan="2">Totalt innholdt og hestegrad utførelse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Nye henninger</td> <td colspan="2">Inn på post</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>31 815</td> <td>2019</td> <td>37 241</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>27 707</td> <td>2020</td> <td>33 115</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>32 051</td> <td>2021</td> <td>35 476</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>30 617</td> <td>2022</td> <td>34 160</td> </tr> </tbody> </table>										Poliklinikk		Totalt innholdt og hestegrad utførelse		Nye henninger		Inn på post		2019	31 815	2019	37 241	2020	27 707	2020	33 115	2021	32 051	2021	35 476	2022	30 617	2022	34 160
Poliklinikk		Totalt innholdt og hestegrad utførelse																															
Nye henninger		Inn på post																															
2019	31 815	2019	37 241																														
2020	27 707	2020	33 115																														
2021	32 051	2021	35 476																														
2022	30 617	2022	34 160																														
 AVVISTE HENNINGER		 O-Hjelp		 POLIKLINISKE KONSULTASJONER		Ordinert		Telefon		Video																							
Anviste henninger		Inn på post		Inn på post		Telefon		Video																									
2019	5 921	2019	20 590	2020	110 915	2020	15 363	2020	3 865																								
2020	5 002	2020	18 428	2021	133 535	2021	12 455	2021	3 670																								
2021	5 174	2021	18 799	2022	131 441	2022	11 342	2022	3 964																								
2022	4 813	2022	19 658																														

Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling

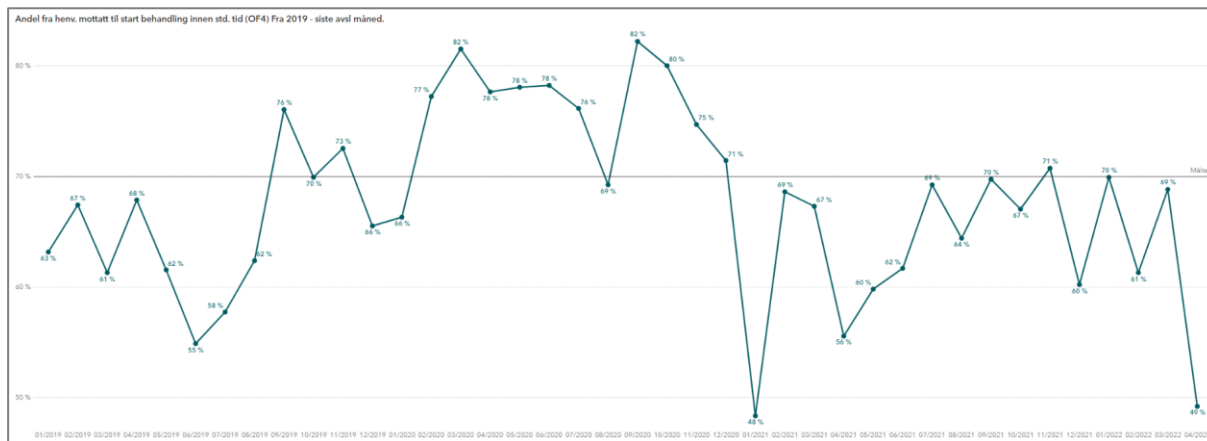
For pakkeforløp kreft fokuserer UNN på to indikatorer, andel nye pasienter i pakkeforløp og andel pakkeforløp innenfor behandlingsfrist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

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)
Total		64%	224	352
Brystkreft	Overvåking uten behandling		0	0
	Medikamentell behandling	96%	22	23
	Kirurgisk behandling	49%	37	76
Lungekreft	Strålebehandling	60%	15	25
	Medikamentell behandling	73%	8	11
	Kirurgisk behandling	62%	8	13
Malignt melanom	Kirurgisk behandling	97%	32	33
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	75%	3	4
	Medikamentell behandling	75%	3	4
	Kirurgisk behandling	30%	6	20
Alle andre	Strålebehandling	20%	2	10
	Overvåking uten behandling	50%	3	6
	Medikamentell behandling	62%	23	37
	Kirurgisk behandling	69%	62	90

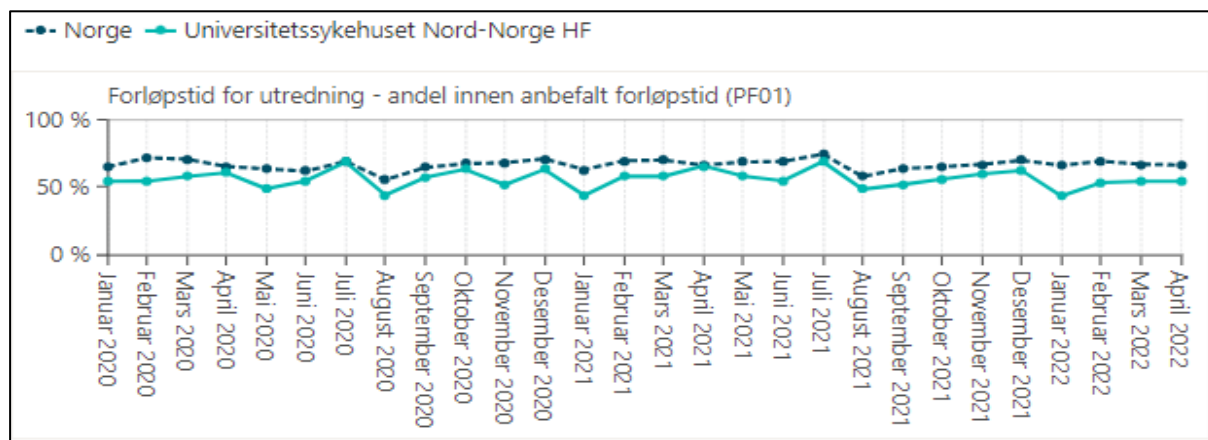
Tabell 2 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (øvrige forløp)

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
Total		64%	224	352
Blærekreft	Kirurgisk behandling	69%	11	16
Bukspyttkjertelkreft	Medikamentell behandling	0%	0	1
	Kirurgisk behandling	100%	4	4
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgisk behandling	93%	14	15
Galleveiskreft	Kirurgisk behandling	100%	1	1
Hjernekreft	Strålebehandling	0%	0	2
	Kirurgisk behandling	100%	3	3
Kreft hos barn	Medikamentell behandling	100%	3	3
	Kirurgisk behandling	67%	2	3
Kreft i spiserør og magesekk	Strålebehandling	0%	0	1
	Medikamentell behandling	100%	1	1
	Kirurgisk behandling	0%	0	1
Livmorhalskreft (cervix)	Strålebehandling	50%	2	4
	Medikamentell behandling	0%	0	1
	Kirurgisk behandling	67%	2	3
Livmorkreft (endometrie)	Medikamentell behandling	0%	0	1
	Kirurgisk behandling	100%	14	14
Lungekreft	Strålebehandling	60%	15	25
	Medikamentell behandling	73%	8	11
	Kirurgisk behandling	62%	8	13
Lymfomer	Strålebehandling	0%	0	3
	Medikamentell behandling	64%	9	14
Malignt melanom	Kirurgisk behandling	97%	32	33
Myelomatose	Medikamentell behandling	100%	5	5
Nyrekreft	Kirurgisk behandling	42%	5	12
Prostatakreft	Overvåking uten behandling	0%	0	3
	Medikamentell behandling	33%	2	6
	Kirurgisk behandling	0%	0	8
Sarkom	Kirurgisk behandling	100%	1	1
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgisk behandling	56%	5	9
Testikkelkreft	Overvåking uten behandling	100%	3	3
	Medikamentell behandling	60%	3	5
Tykk- og endetarmskreft	Strålebehandling	75%	3	4
	Medikamentell behandling	75%	3	4
	Kirurgisk behandling	30%	6	20
Alle andre	Medikamentell behandling	96%	22	23
	Kirurgisk behandling	49%	37	76

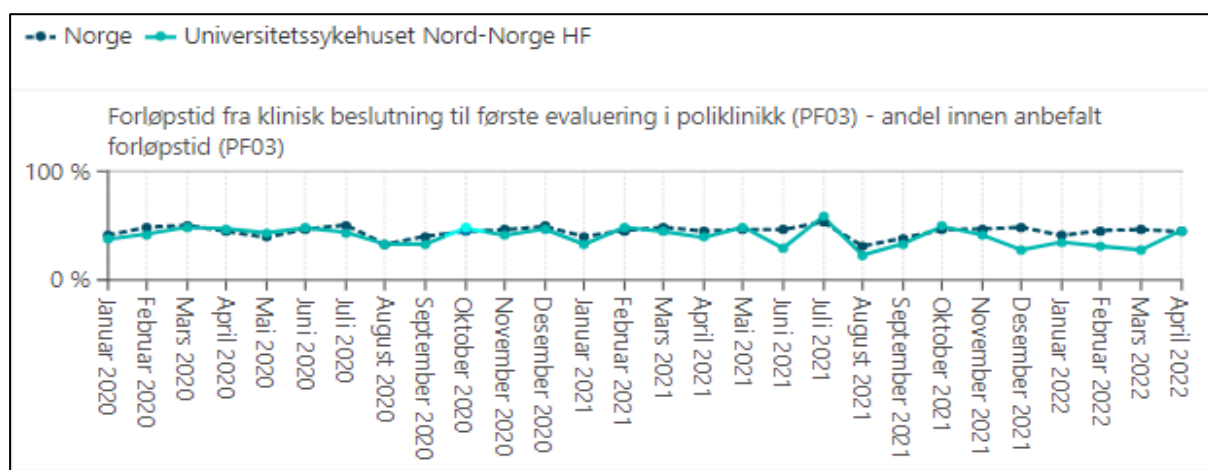
*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standardforløpstid. Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

Pakkeforløp – psykisk helse og rus

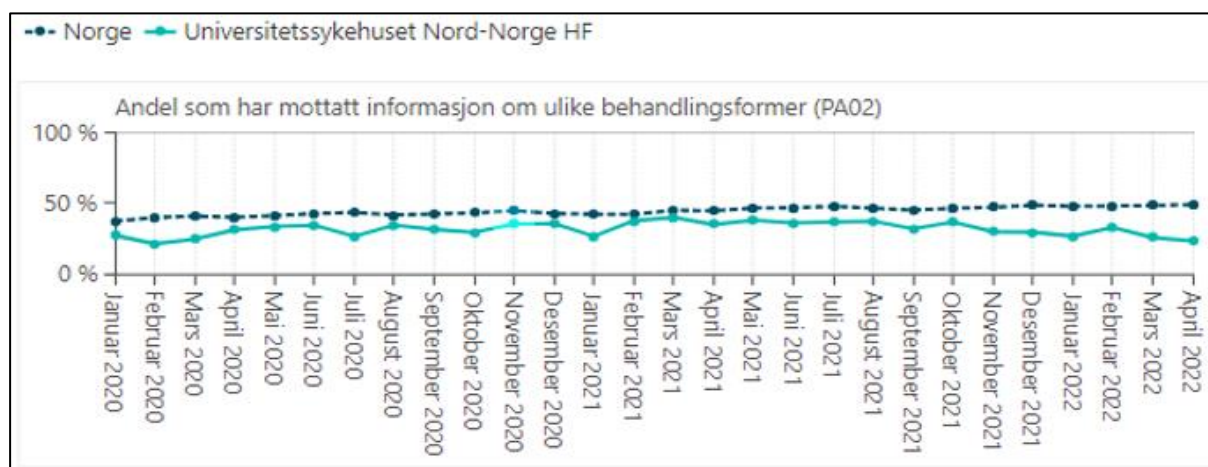
Figur 3 Forløpstid for utredning – andel innen anbefalt forløpstid



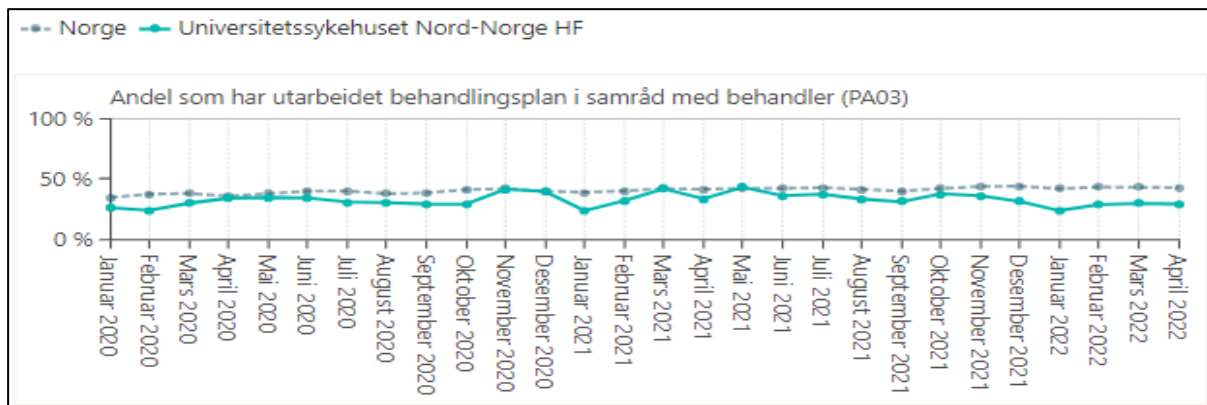
Figur 4 Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk – andel innen anbefalt forløpstid



Figur 5 Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer

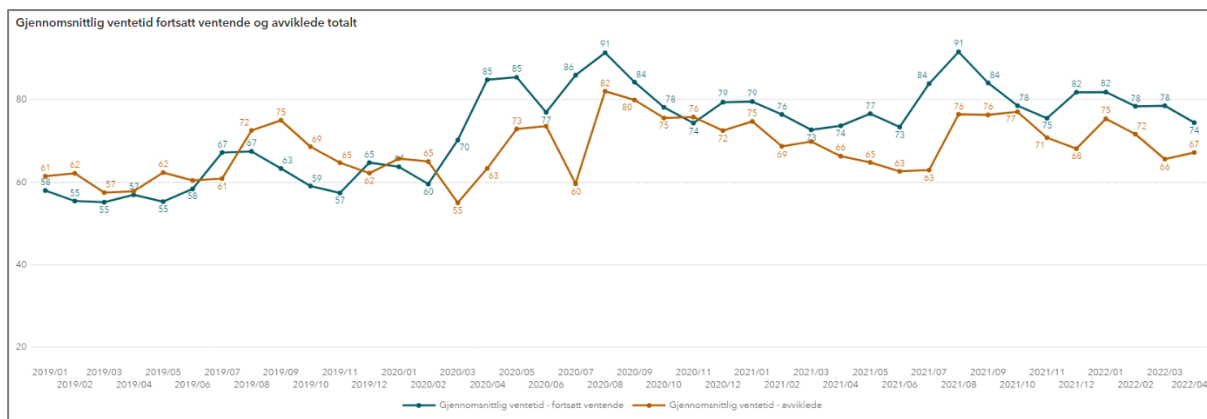


Figur 6 Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler



Ventetid fortsatt ventende og avviklede

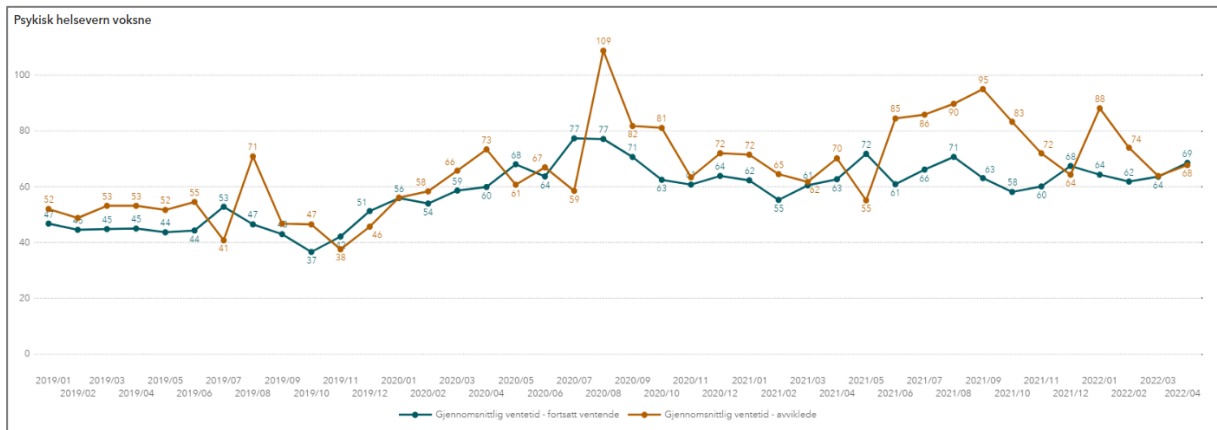
Figur 7 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede totalt



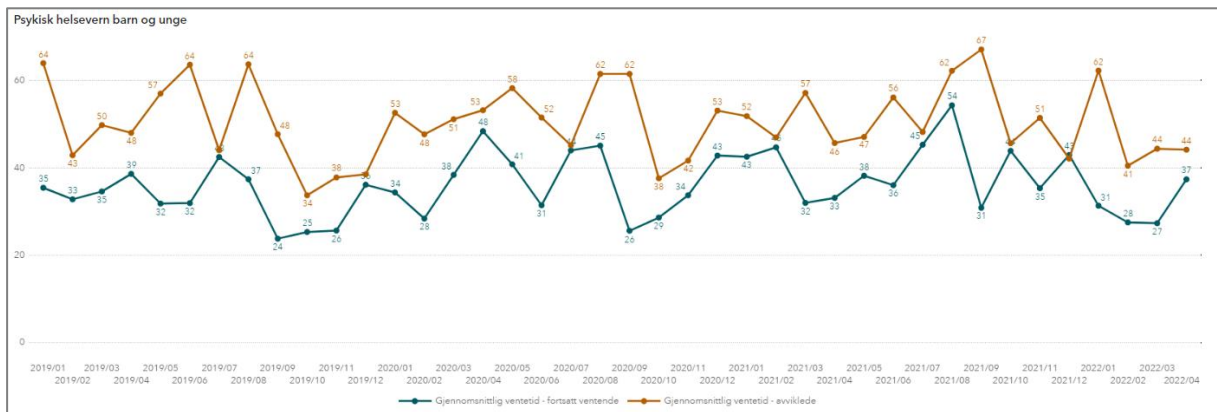
Figur 8 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – somatikk



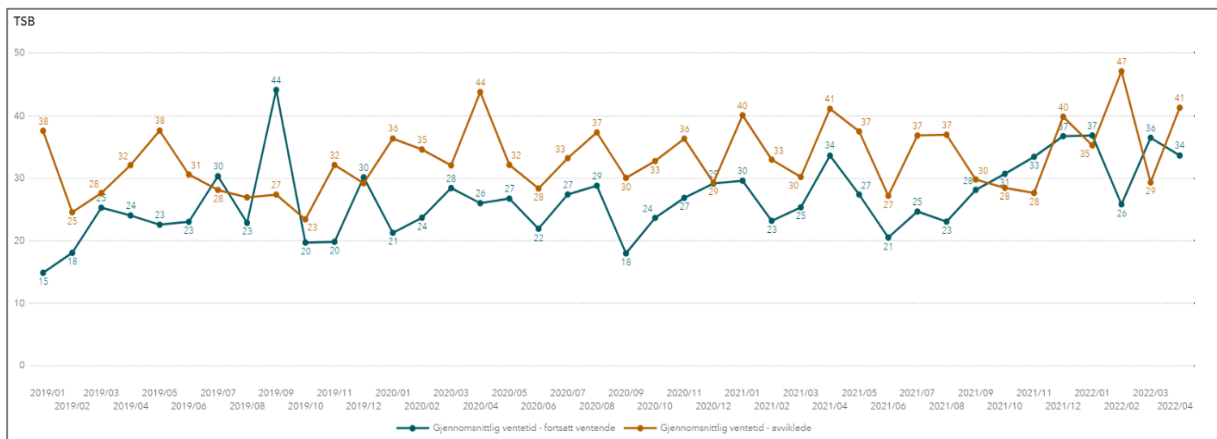
Figur 9 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - psykisk helsevern voksne



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



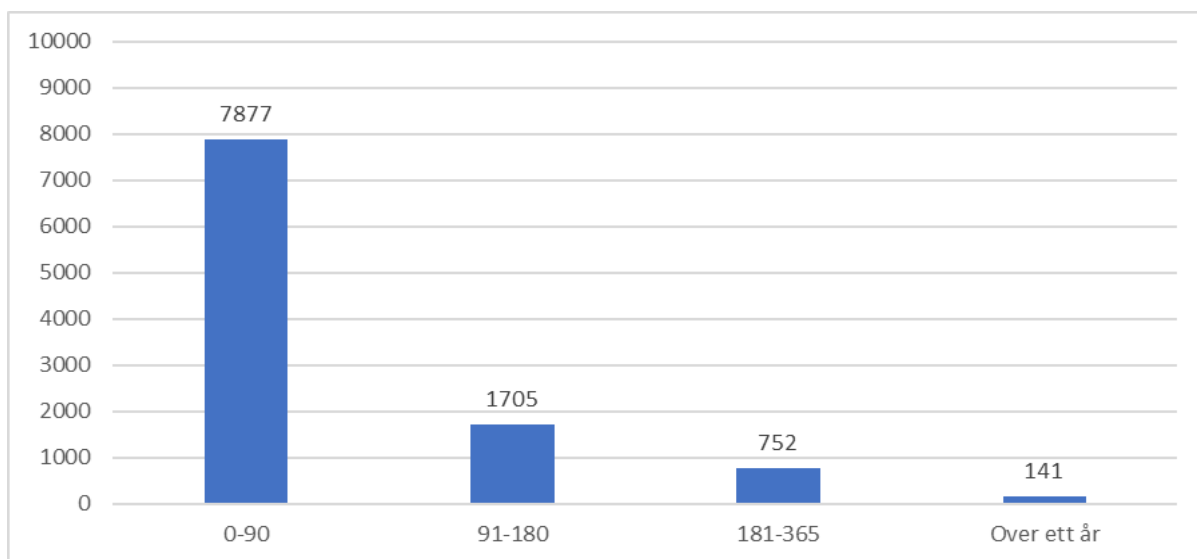
Figur 11 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – TSB



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

Hovedfagområde	Gjennomsnittlig ventetid - avviklede	Gjennomsnittlig ventetid - Fortsatt ventende
Total	70	78
Psykisk helsevern barn og unge	48	31
Psykisk helsevern voksne	74	65
Somatisk virksomhet	71	80
TSB	37	33

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

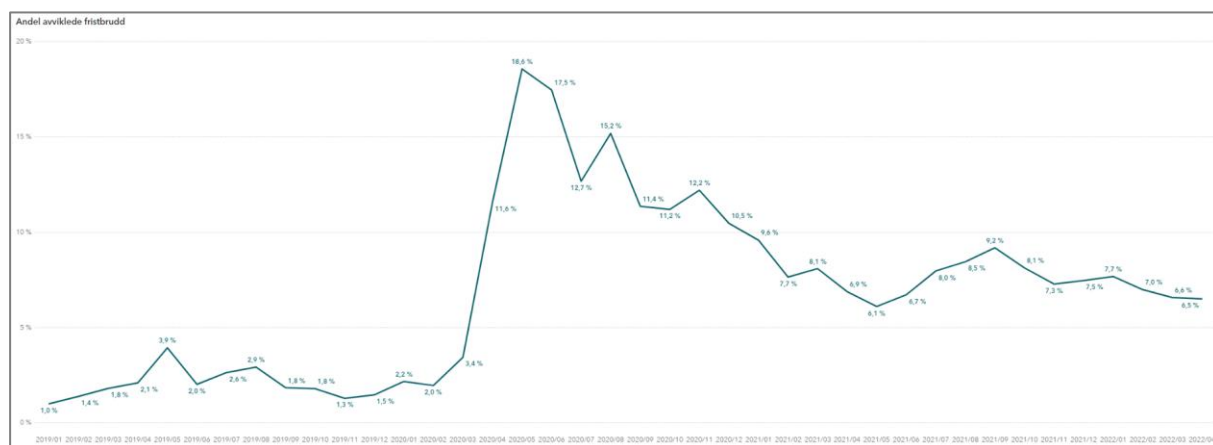
Figur 12 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)

Fristbrudd

Tabell 4 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av måneden

Måned ▲	mars		april	
Klinikknavn - UNN ▲	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	AndelFristbruddPerioder	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	AndelFristbruddPerioder
Total	1052	10,3 %	1048	10,2 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	.	0	.
17 - Barne- og ungdomsklinikken	0	0,0 %	4	0,7 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	62	3,3 %	74	3,8 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	20	4,8 %	38	8,5 %
15 - Medisinsk klinikk	88	8,8 %	104	10,4 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	733	12,9 %	611	11,0 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	149	22,6 %	217	29,8 %

Figur 13 Prosent avvilede fristbrudd



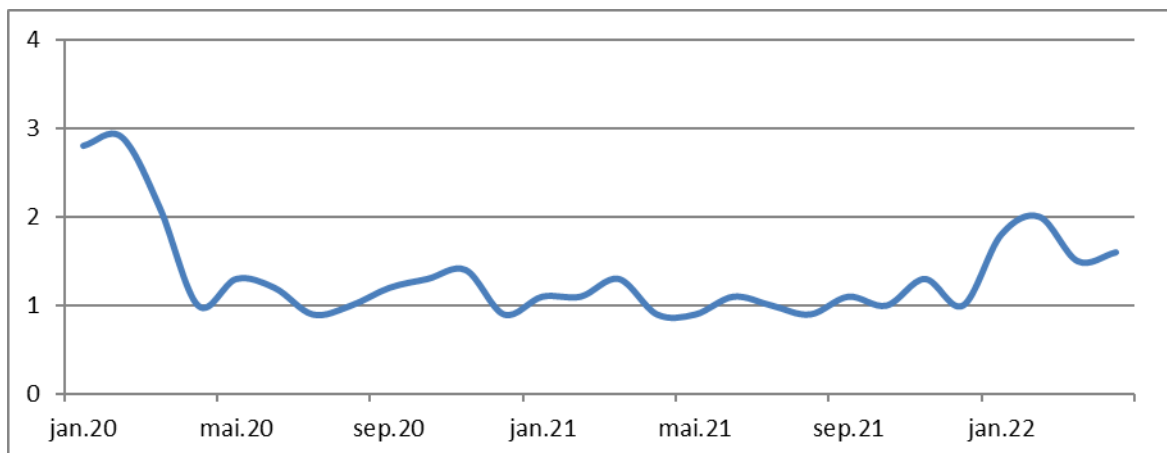
Andel avvilet etter frist per måned

Tabell 5 Antall avvilede fristbrudd fordelt på klinikk

Måned ▲	mars		april	
Klinikknavn - UNN ▼	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall
Total	393		292	
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	39		35	
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	200		164	
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0		0	
17 - Barne- og ungdomsklinikken	6		1	
15 - Medisinsk klinikk	68		36	
13 - Hjerte- og lungeklinikken	20		8	
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	60		48	

Korridorpasienter

Figur 14 Korridorpasienter andel per måned – somatikk



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

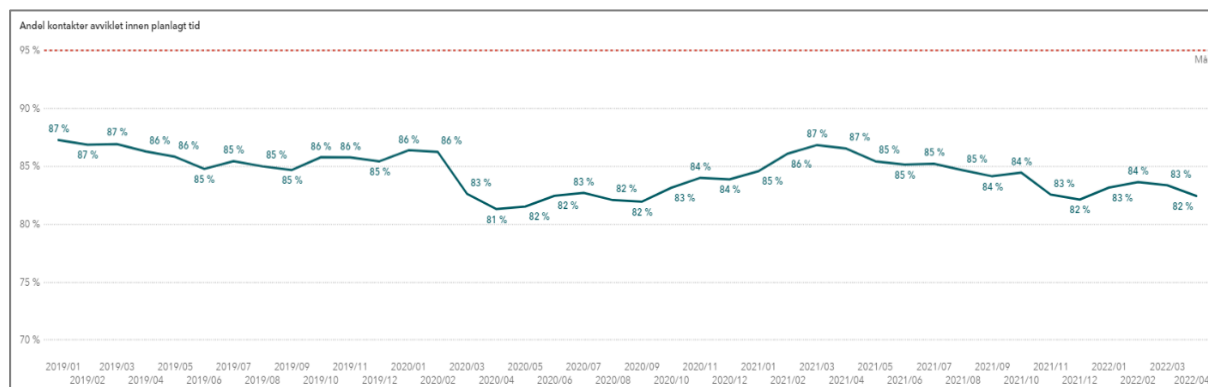
Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Fordøyelse-nyre post Tromsø	426	21	4,9 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	630	20	3,2 %
Medisinsk post A Harstad	387	18	4,7 %
Geriatrisk post Tromsø	373	16	4,3 %
Ortopedisk post Harstad	289	14	4,8 %
Hjertemed. post Tromsø	759	13	1,7 %
Ort-kir. post Narvik	399	7	1,8 %
HLK kir. post Tromsø	566	6	1,1 %
Kreftpost Tromsø	438	6	1,4 %
Lungemedisinsk post Tromsø	435	4	0,9 %
Ortopedisk post Tromsø	591	4	0,7 %
Kirurgisk post Harstad	436	2	0,5 %
Medisinsk post B Harstad	433	1	0,2 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	685	1	0,1 %
Nevro-hud-revmapost Tromsø	298	1	0,3 %

Målepunkt: kl. 07:00 pr dag.

Andel kontakter avviklet innen planlagt tid

Figur 15 Andel kontakter avviklet innen planlagt tid



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

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

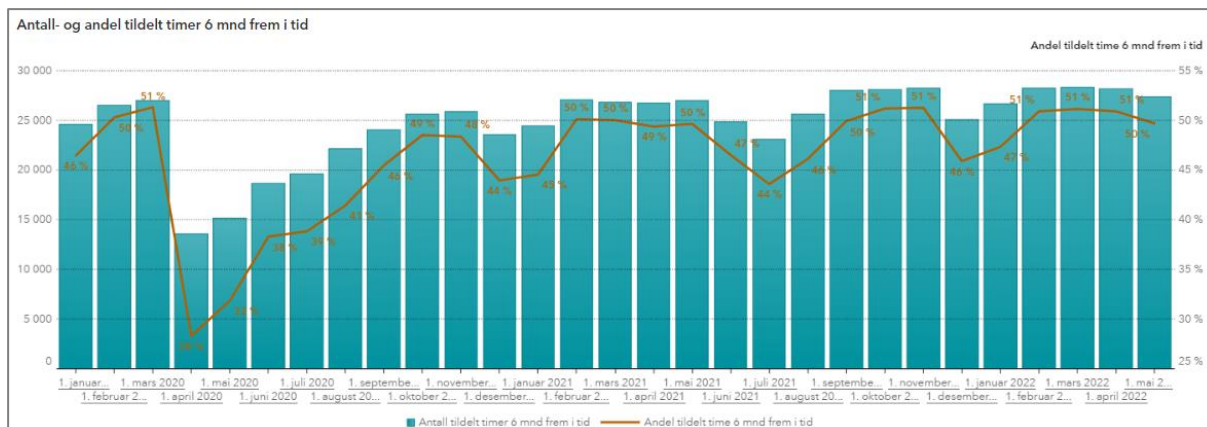
Måned ▲	april			
	Fagområde ▼	Andel kontakter avviklet innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total		82 %	97 772	17 156
Lungesykdommer		66 %	2 612	893
Revmatiske sykdommer (revmatologi)		73 %	6 694	1 777
Endokrinologi		74 %	3 192	839
Øre-nese-hals sykdommer		74 %	7 098	1 847
Fordøyelsesykdommer		77 %	5 065	1 175
Gastroenterologisk kirurgi		77 %	3 361	776
Øyesykdommer		78 %	6 288	1 393
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)		80 %	6 695	1 354
Psykisk helsevern barn og unge		80 %	3 751	737
Psykisk helsevern voksne		87 %	7 688	971
Alle andre		88 %	45 328	5 394

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

Måned ▲	april			
	Klinikk ▲	Andel kontakter avviklet innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total		82 %	97 643	17 141
Medisinsk klinikk - UNN		75 %	12 209	2 993
Nevro-, orto- og rehabklinik - UNN		80 %	39 759	8 079
Hjerte- og lungeklinik - UNN		84 %	11 182	1 810
Psykisk helse og rusklinik - UNN		86 %	10 595	1 505
Barne- og ungdomsklinik - UNN		87 %	7 521	953
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinik - UNN		89 %	15 783	1 773
Operasjon- og intensivklinik - UNN		95 %	594	28

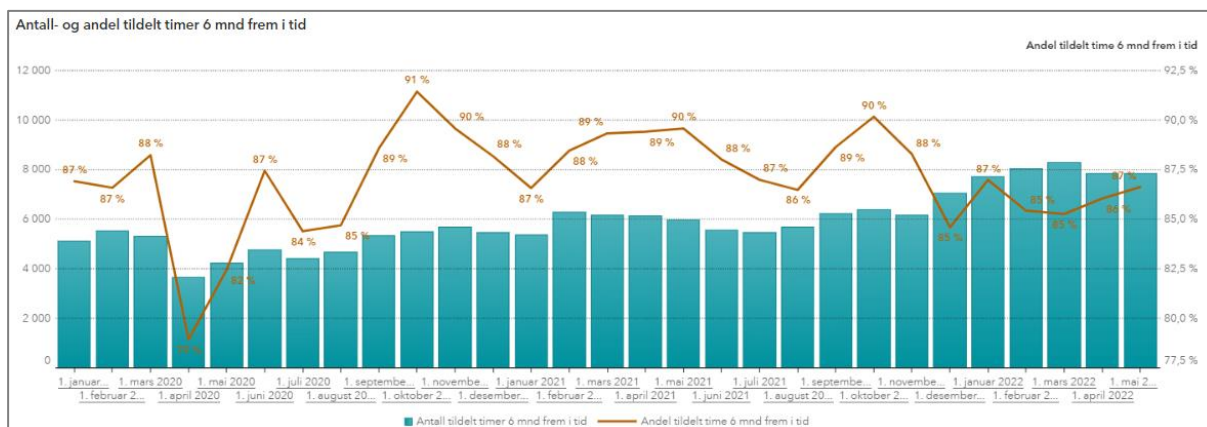
Planleggingshorisont

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



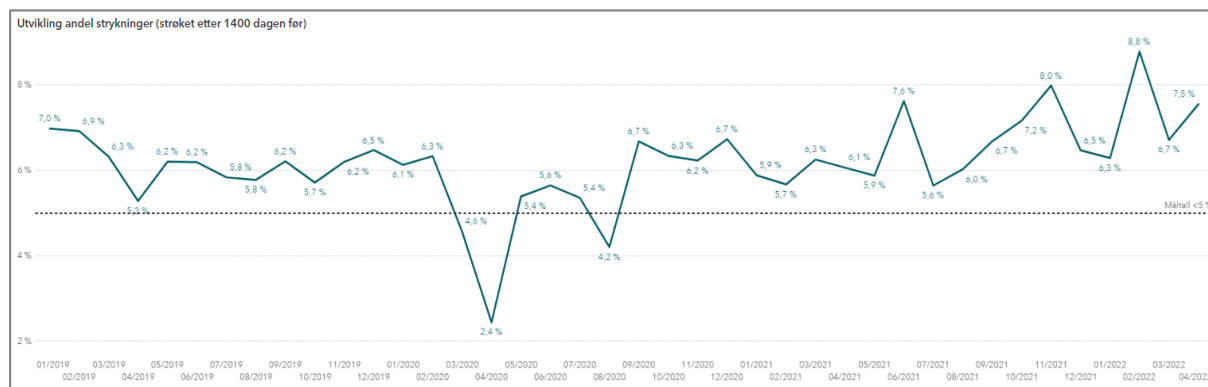
Antall planlagte kontakter som er tildelt time. Andel planlagte kontakter som er satt opp på time av totalt antall kontakter.

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

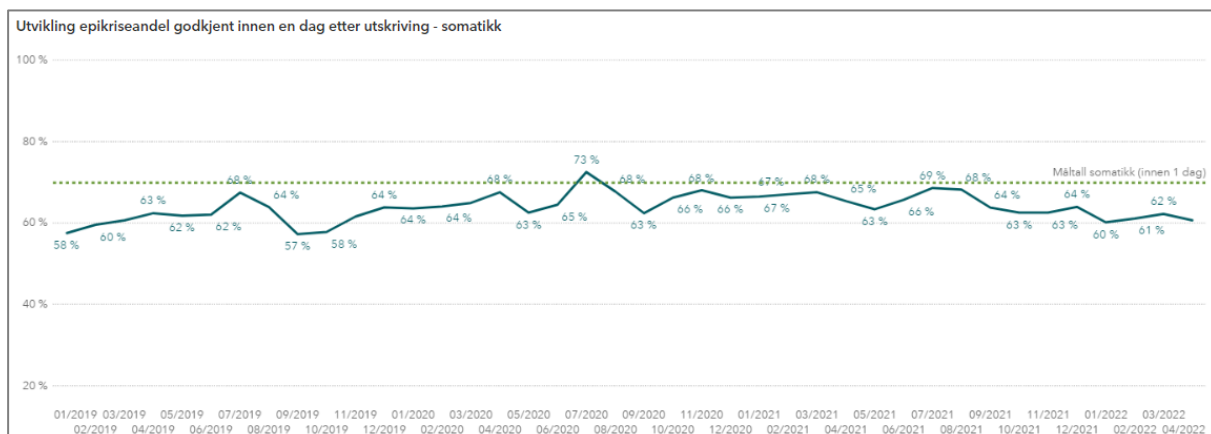


Tabell 9 Årsaker til strykninger av planlagte operasjoner siste måned

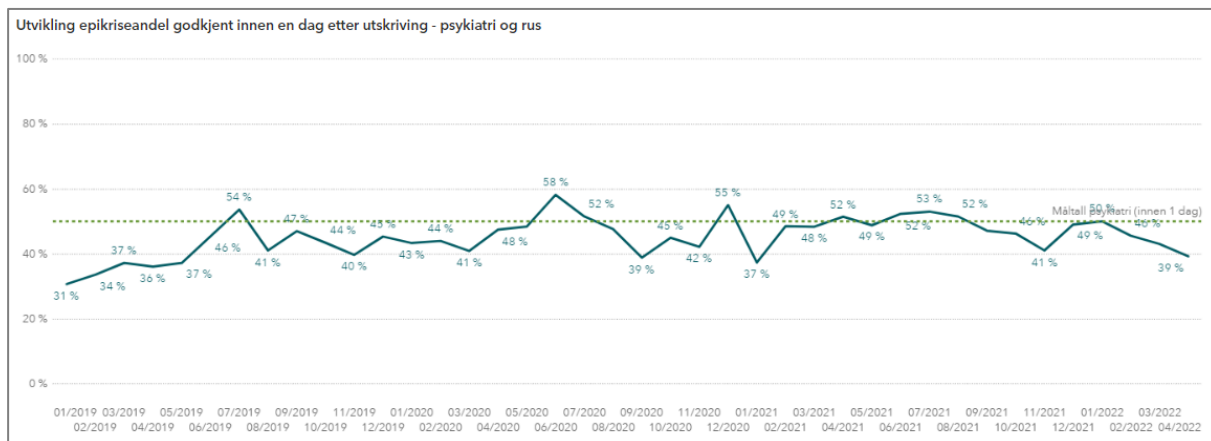
Måned ▲	april
Strykningskategorier UNN ▲	Strøket 1400 dagen før
Total	112
Sykehus - ikke klinisk årsak	70
Sykehus - kliniske årsaker	20
Årsaker hos pasient	22

Epikrisetid

Figur 19 Epikriser - andel godkjent innen 1 dag- somatikk



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

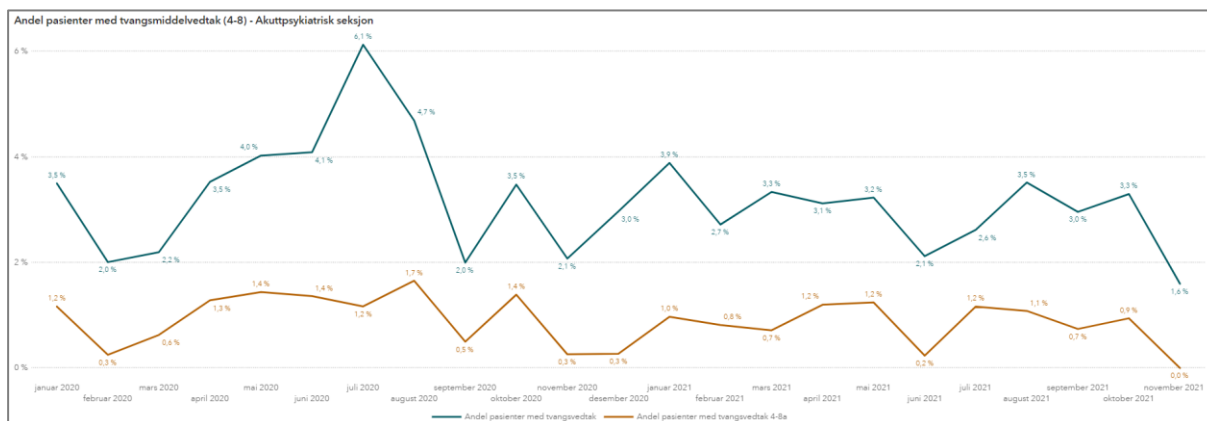


Tabell 10 Antall og andel epikriser godkjent innen 1 dag siste måned per hovedfagområde og klinikk

Hovedfagområde	Klinikk UNN	Antall epikriser godkjent innen 1 dag	Andel epikriser godkjent innen 1 dag
Total		1 397	59 %
Psykiisk helsevern, barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	4	50 %
Psykiisk helsevern, voksne	22 - Psykiisk helse- og rusklinikken	59	39 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22 - Psykiisk helse- og rusklinikken	7	20 %
Somatikk	12 - Kirurgi, kreft- og kvinnehelseklinikken	388	60 %
	13 - Hjerte- og lungeklinikken	195	52 %
	15 - Medisinsk klinikk	326	68 %
	17 - Barne- og ungdomsklinikken	44	64 %
	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	374	60 %

Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

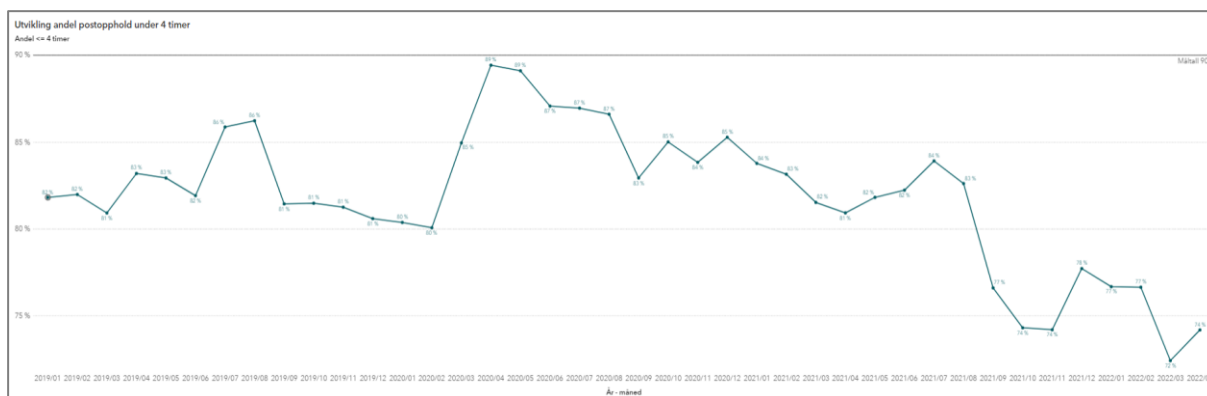
Figur 21 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



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		90 499	79 970	83 061	-10 528	-3 091	-12 %	-4 %
Liggedøgn	Psykisk helsevern, barn og unge	897	802	1 111	-95	-309	-11 %	-28 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	6 821	6 043	6 890	-778	-847	-11 %	-12 %
	Psykisk helsevern, voksne	14 791	15 842	14 947	1 052	896	7 %	6 %
	Somatikk	67 990	57 283	60 113	-10 707	-2 830	-16 %	-5 %
Delsum: Konsultasjoner		130 879	138 273	138 506	7 394	-233	6 %	-0 %
Konsultasjoner	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	4 579	4 412	4 439	-167	-27	-4 %	-1 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	11 750	12 429	7 900	679	4 529	6 %	57 %
	Psykisk helsevern, voksne	21 440	22 906	22 559	1 466	347	7 %	2 %
	Somatikk	93 110	98 526	103 608	5 416	-5 082	6 %	-5 %

Aktivitet UNN HF		2019	2020	2021	2022	Plantall 2022	Endring fra 2019 Antall	%	Avvik fra plan 2022 Antall	%
Laboratorieanalyser	Somatikk	2 579 901	2 359 504	2 743 780	2 739 287	2 686 280	159 386	6,2	53 007	2,0
Røntgenhenvisninger	Somatikk	52 731	44 372	46 777	48 133	47 480	-4 598	-8,7	653	1,4
PET-undersøkelser	Somatikk	355	447	491	590	443	235	66,2	147	33,1

DRG

Tabell 12 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	715	868	-153
Hjerte- og lungeklinikken	4 151	4 445	-294
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	7 251	7 723	-472
Medisinsk klinikk	3 725	4 332	-607
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	7 622	8 166	-543
Operasjons- og intensivklinikken	29	23	6
Senter for e-helse, samhandling og innovasjon	8	8	0
Totalt Somatikk	23 500	25 563	-2 063
Klinikk (Psykatri/rus)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	3 281	3 132	150
Psykisk helse og rusklinikken	4 264	4 716	-452
Totalt Psykiatri/rus	7 545	7 848	-303

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	0,180	0,171	-0,009	4 307	4 230	- 77
Hjerte-lungeklinikken	0,562	0,514	-0,048	8 508	9 106	598
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,283	0,276	-0,008	25 401	25 242	- 159
Medisinsk klinikk	0,193	0,213	0,020	13 623	14 065	442
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,146	0,146	0,000	52 227	49 684	- 2 543
OPIN	0,051	0,052	0,000	579	571	- 8
ESI	0,000	0,069	0,069	-	113	113
DRG indeks pr klinikk - PHV/TSB				Poliklinikk (ISF)		
Klinikk	Indeks			Poliklinikk (ISF)		
	2021	2022	Endring	2021	2022	Endring
Psykisk helse og rusklinikken	0,168	0,158	-0,010	24 271	24 411	140
Barne- og ungdomsklinikken	0,277	0,281	0,004	13 448	11 676	- 1 772

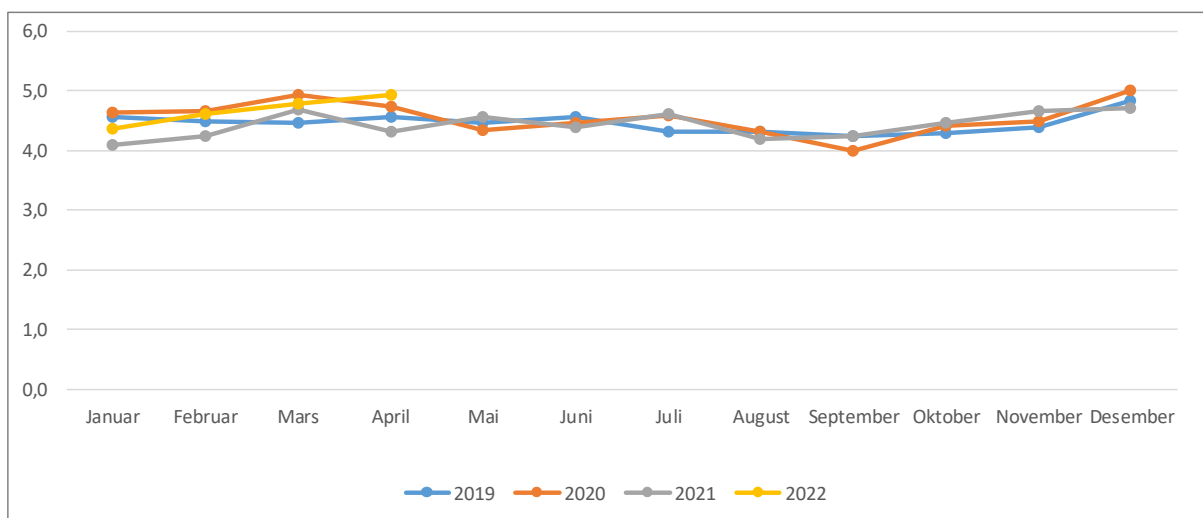
PSHT-aktivitet flyttet fra Medisinsk klinikk til ESI fra april 2022

Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 14 Liggetid sykehusopphold fordelt på klinikk

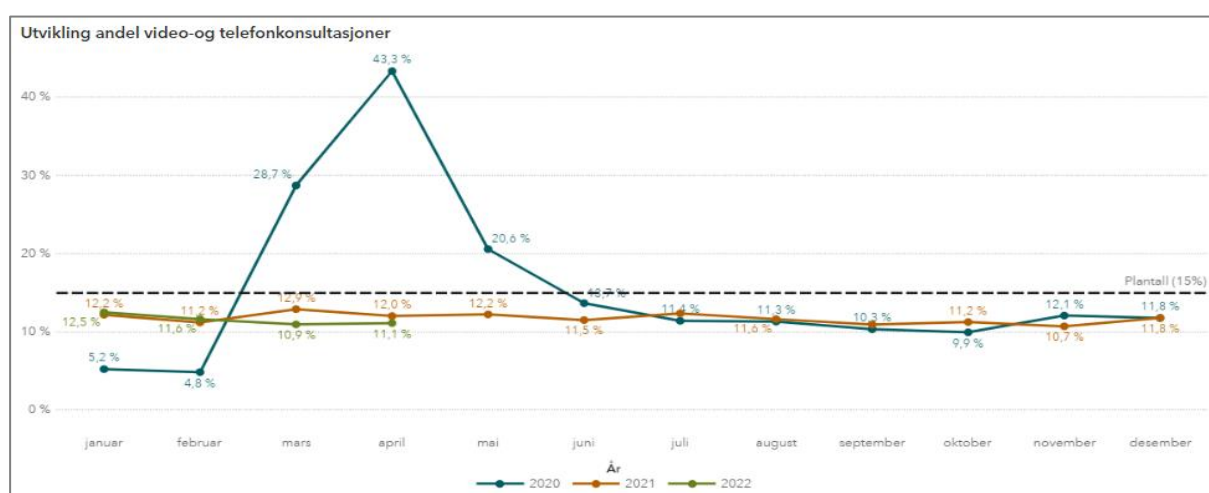
Klinikk	2019	2020	2021	2022
K3K	4,0	4,2	3,6	3,9
Hjerte- og lungeklinikken	4,1	4,2	4,3	4,5
Medisinsk klinikk	5,3	5,9	5,5	5,8
BUK	5,7	7,2	6,1	4,6
NOR	5,0	5,1	4,7	5,1

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	145 737	131 224	11,5 %	15 130
10 - Akuttmedisinsk klinikk	33	33	.	0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	24 810	22 109	7,3 %	1 618
13 - Hjerter- og lungeklinikken	6 002	4 869	8,2 %	399
15 - Medisinsk klinikk	16 377	13 216	5,1 %	669
17 - Barne- og ungdomsklinikken	17 094	15 008	24,0 %	3 608
18 - Operasjons- og intensivklinikken	837	681	37,7 %	257
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	53 014	49 884	6,6 %	3 314
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	27 355	25 299	20,8 %	5 257
48 - Forsknings- og utdanningscenteret	215	125	.	8

Den gylne regel

Tabell 16 Den gylne regel (hittil i år)

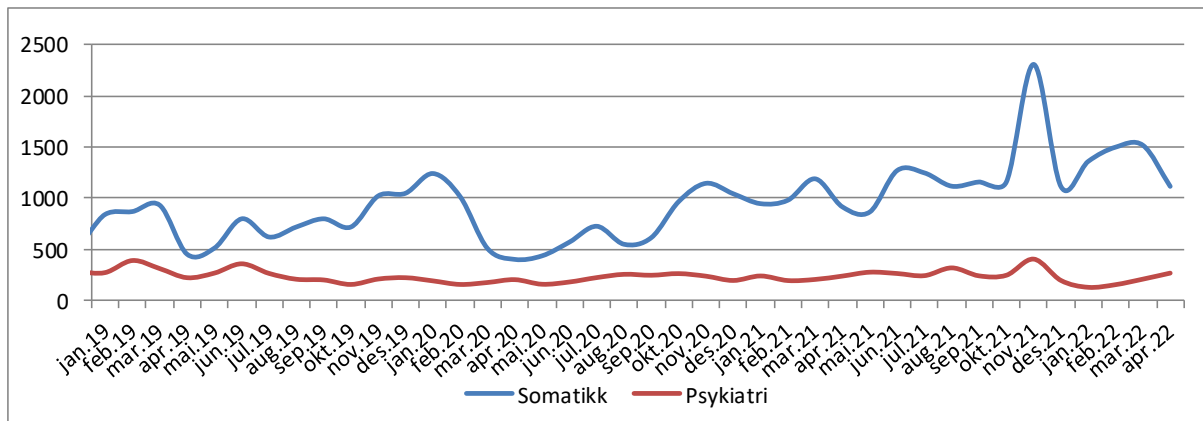
Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2019	2022	Endring 19-22
Somatikk*	Økonomi	1 640 024	1 908 946	16,4 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	255 219	308 921	21,0 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	59 112	69 842	18,2 %
TSB	Økonomi	64 985	73 160	12,6 %
Somatikk	Konsultasjoner	93 110	98 526	5,8 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	21 440	22 906	6,8 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	11 750	12 429	5,8 %
TSB	Konsultasjoner	4 579	4 412	-3,6 %
Somatikk	Ventetid	64,7	69,6	7,6 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	53,5	77,0	43,9 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	49,8	50,6	1,6 %
TSB	Ventetid	32,1	34,6	7,8 %

* 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

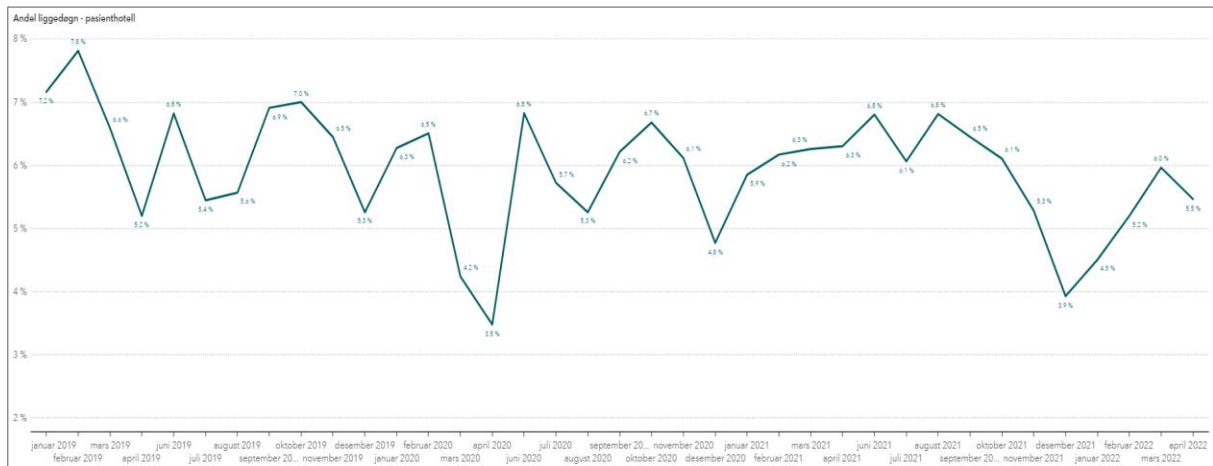


Tabell 17 Utskrivningsklare døgn hittil i år fordelt på kommune

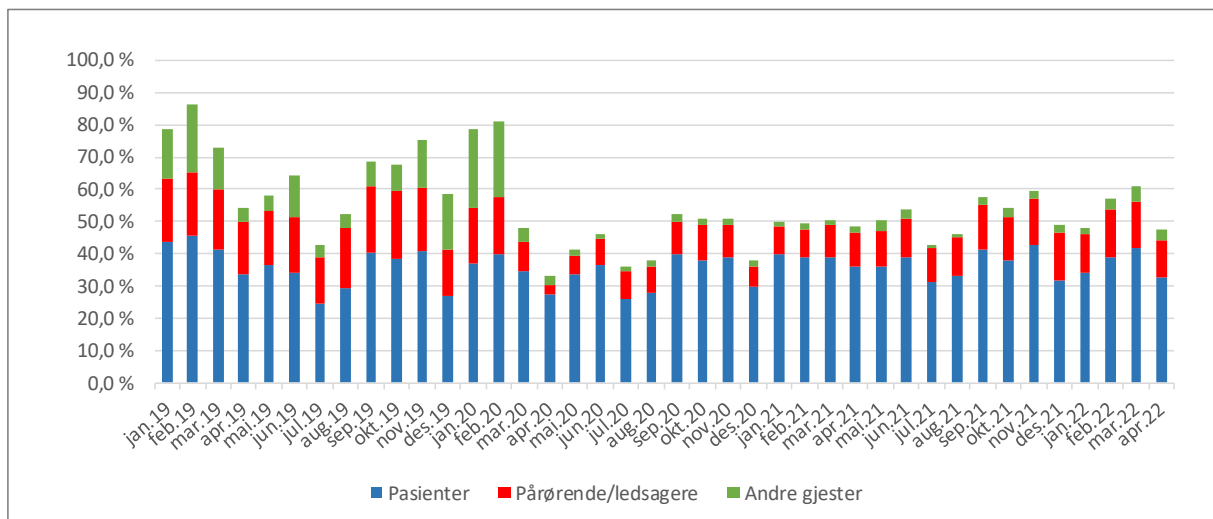
Kommune	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Ibestad	83	64	1	1	84	65
Harstad	1 037	42	200	8	1 237	50
Tromsø	2 967	38	333	4	3 300	43
Gáivuotna Kåfjord	64	32	16	8	80	40
Nordreisa	146	31	3	1	149	31
Lavangen	25	26			25	26
Narvik	456	21	65	3	521	24
Lødingen	45	23	1	1	46	23
Salangen	44	21	2	1	46	22
Kvæfjord	50	18	8	3	58	21
Tjeldsund	73	17	9	2	82	20
Bardu	70	18	1	0	71	18
Evenes	22	16	0	0	22	16
Lyngen	39	14	3	1	42	15
Balsfjord	71	13			71	13
Gratangen	13	12			13	12
Målselv	74	11	2	0	76	12
Skjervøy	23	8	3	1	26	9
Karlsøy	8	4	10	5	18	8
Senja	92	6	22	1	114	8
Storfjord	13	7			13	7
Kvæningen	3	3	3	3	6	5
Sørreisa	12	4	5	1	17	5
Dyrøy	4	4			4	4
SUM	5 434	28	687	4	6 121	32

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

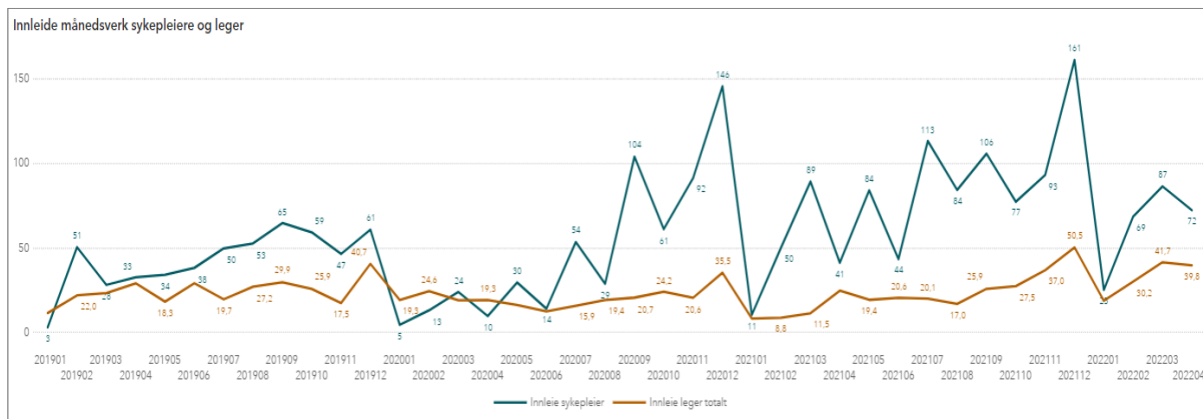
Lønnselement	Gj.snitt månedsværk 2019	Gj.snitt månedsværk 2021	Gj.snitt månedsværk 2022	Gj.snitt endring 2019-2022	Gj..snitt endring 2021-2022
Etterregulering	32	31	29	-3	-2
Grunnlønn/basis	5 798	6 050	6 175	377	125
Mertid / timelønn	359	372	361	2	-11
Overtid	175	172	230	56	58
UTA	74	79	78	4	-1
Utrykning påvakt	39	37	33	-5	-3
Totalsum	6 476	6 741	6 906	435	166

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/hje lpepleier	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstillinger	09. Drifts/teknisk personell	10. Ambulanspersonell	11. Forskning
	435,0	72,6	72,0	31,4	36,9	119,7	1,7	16,2	2,9	32,1	29,2	15,3
10 - Akuttmedisinsk klinikk	52,4	3,7	10,8	1,0	-	10,3	0,0	-	0,0	-2,4	29,1	-
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	40,0	12,2	9,7	8,4	-	4,0	3,3	0,5	-	-0,2	-	2,1
13 - Hjerter- og lungeklinikken	92,9	-0,3	8,9	3,7	-0,8	79,0	4,0	1,1	-	-1,7	0,0	-1,0
15 - Medisinsk klinikk	17,5	0,2	4,2	1,4	-0,9	3,5	-3,6	11,1	-	1,2	-	0,4
17 - Barne- og ungdomsklinikken	27,4	1,3	8,5	-2,5	8,9	11,3	-2,8	2,2	-	-0,6	-	1,2
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-20,5	1,5	-11,1	10,7	0,1	-30,5	-5,7	-	-	14,6	0,0	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	83,3	6,2	19,9	10,5	11,0	28,9	8,0	-1,0	-	0,1	-	-0,2
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	44,0	5,0	24,8	-5,4	21,0	-0,5	-3,2	-	-	2,1	-	0,3
30 - Diagnostisk klinikk	7,8	8,3	2,5	1,4	-	4,5	1,6	-17,2	2,9	5,5	-	-1,6
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	21,6	9,7	0,1	-	-	-	-	-	-	-0,3	-	12,1
45 - Drifts- og eiendomssenteret	32,5	17,6	0,1	-	-	-	-	-	-	14,9	-	-
46 - Fag- og kvalitetssenteret	0,3	0,8	-1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	1,4	2,8	0,0	0,2	-	-0,3	-	-	-	-1,0	-	-0,3
49 - Senter for E-Helse, Samhandling og Innovasjon	54,4	12,8	8,9	2,7	-	8,7	-	19,4	-	-	-	1,9
50 - Direktøren	10,0	8,0	-	-	1,0	1,0	-	-	-	-	-	0,0
51 - Personal- og organisasjonssenteret	-7,3	-6,3	-1,0	0,1	-	-0,1	-	-	-	-	-	-
53 - Kommunikasjons- og kultursenteret	-0,4	-0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55 - Økonomi- og analysesenteret	-6,7	-6,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
62 - Fellesinntekter/-kostnader	-20,7	-3,5	-13,3	-0,7	-3,3	0,0	0,0	-	-	-	0,1	-

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

Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

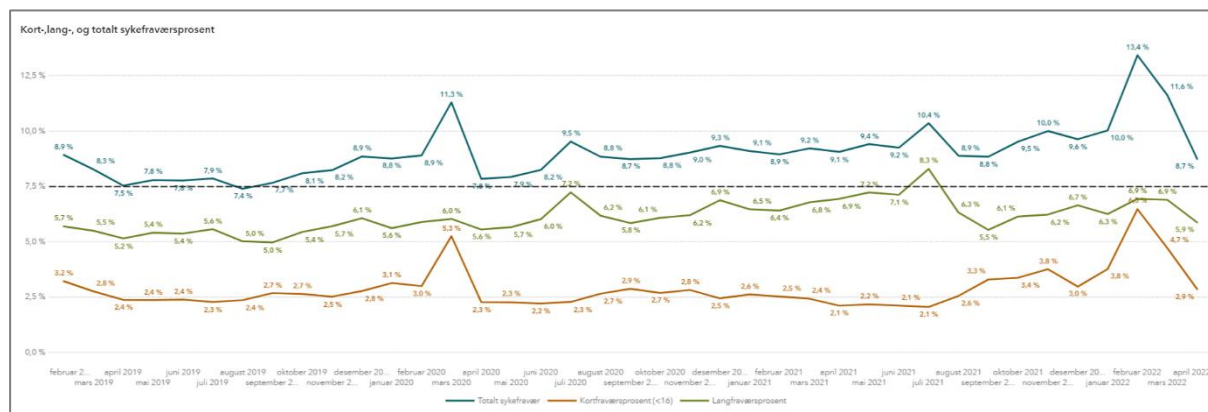
Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønnsystem.

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		28,7	21,6	63,3	32,6
10 - Akuttmedisinsk klinikk		-0,0	0,0	5,0	0,3
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		2,8	1,0	5,6	3,2
13 - Hjerter- og lungeklinikken		0,0	0,0	19,7	0,1
15 - Medisinsk klinikk		0,9	5,3	1,2	4,0
17 - Barne- og ungdomsklinikken		0,5	0,4	0,0	0,9
18 - Operasjons- og intensivklinikken		22,6	5,4	31,6	6,2
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken		3,5	1,0	0,2	3,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken		0,0	3,6	0,0	5,2
30 - Diagnostisk klinikk		0,0	4,8	0,0	9,8

Sykefravær

Figur 29 Sykefravær



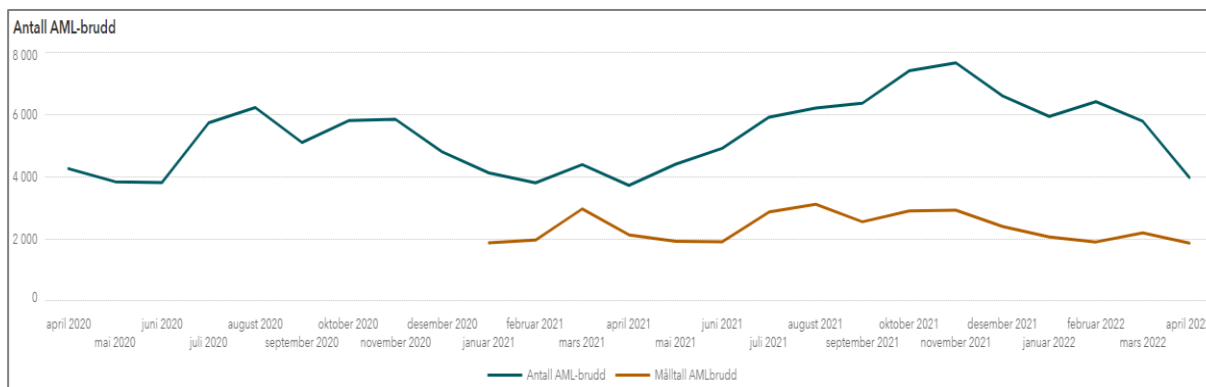
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned. Sykefravær inkluderer koronafravær.

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

AML-brudd

Figur 30 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned.

Tabell 22 AML-brudd per klinikk

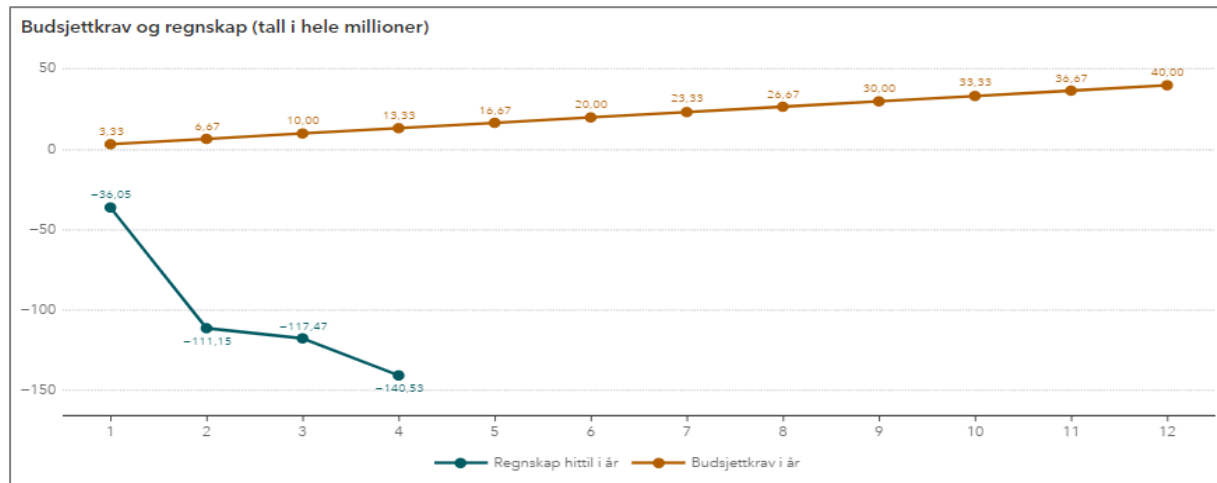
Klinikk - UNN ▲	Antall brudd forrige mnd ▼	Brudd forrige mnd i 2019	Endring i % forrige mnd mot samme mnd 2019
Total	3 973	4 118	-3,5 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	713	607	17,5 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	604	357	69,2 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	527	362	45,6 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	518	260	99,2 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	454	560	-18,9 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	432	856	-49,5 %
30 - Diagnostisk klinikk	258	233	10,7 %
15 - Medisinsk klinikk	235	505	-53,5 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	132	107	23,4 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	95	264	-64,0 %
55 - Økonomi- og analysesenteret	3	6	-50,0 %
49 - Senter for E-helse, Samhandling og Innovasjon	1	1	0,0 %

Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2019 til 2022.

Økonomi

Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2022



Tabell 23 Resultatregnskap 2022

Resultatrapportering (tall i mill kr)	April				Akkumulert per April			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	486,1	486,1	0,0	0 %	1 884,8	1 884,8	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	10,3	10,3	0,0	0 %
ISF egne pasienter	166,0	155,8	10,3	7 %	607,9	648,1	-40,2	-6 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,1	6,0	-3,9	-64 %	32,7	36,0	-3,3	-9 %
Gjestepasientinntekter	5,1	3,5	1,6	45 %	14,0	14,0	0,0	0 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	13,7	15,4	-1,7	-11 %	69,3	65,0	4,3	7 %
Utskrivningsklare pasienter	5,2	2,6	2,6	101 %	23,2	10,3	12,9	125 %
Andre øremerkede tilskudd	41,0	35,2	5,9	17 %	161,1	149,0	12,1	8 %
Andre driftsinntekter	34,3	36,7	-2,4	-6 %	145,8	150,3	-4,5	-3 %
Sum driftsinntekter	756,2	743,8	12,4	2 %	2 949,2	2 967,8	-18,6	-1 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	19,6	19,1	0,5	3 %	85,4	78,7	6,7	9 %
Kjøp av private helsetjenester	6,6	5,1	1,5	29 %	25,0	21,6	3,4	16 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	84,8	76,6	8,2	11 %	358,9	317,2	41,7	13 %
Innleid arbeidskraft	13,3	4,6	8,7	191 %	45,4	20,8	24,6	118 %
Lønn til fast ansatte	425,5	407,1	18,4	5 %	1 634,7	1 589,8	44,9	3 %
Overtid og ekstrahjelp	33,7	26,8	6,9	26 %	143,6	110,1	33,5	30 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	62,1	62,5	-0,5	-1 %	244,9	246,9	-2,0	-1 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-34,6	-19,9	-14,7	74 %	-124,7	-89,0	-35,7	40 %
Annen lønnskostnad	36,1	34,1	2,0	6 %	142,3	136,2	6,1	5 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	473,9	452,6	21,3	5 %	1 841,3	1 767,8	73,4	4 %
Avskrivninger	27,8	28,0	-0,2	-1 %	111,3	109,6	1,7	2 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	103,5	95,1	8,4	9 %	419,0	407,2	11,9	3 %
Sum driftskostnader	778,4	739,1	39,3	5 %	3 085,8	2 949,0	136,8	5 %
Driftsresultat	-22,2	4,7	-26,9	-573 %	-136,6	18,8	-155,3	-828 %
Finansinntekter	0,5	0,3	0,3		1,7	1,0	0,7	
Finanskostnader	1,4	1,6	-0,2		5,7	6,4	-0,7	
Finansresultat	-0,9	-1,4	0,5		-4,0	-5,4	1,5	
Ordinært resultat	-23,1	3,3	-26,4	-792 %	-140,5	13,3	-153,9	-1154 %

Tabell 24 Resultatregnskap 2022, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	April ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per April ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	486,1	486,1	0,0	1 884,8	1 884,8	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	10,3	10,3	0,0
ISF egne pasienter	166,0	155,8	10,3	607,9	648,1	-40,2
ISF av legemidler utenfor sykehus	2,1	6,0	-3,9	32,7	36,0	-3,3
Gjestepasientinntekter	5,1	3,5	1,6	14,0	14,0	0,0
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	13,7	15,4	-1,7	69,3	65,0	4,3
Utskrivningsklare pasienter	5,2	2,6	2,6	23,2	10,3	12,9
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	34,3	36,7	-2,4	145,8	150,3	-4,5
Sum driftsinntekter	715,1	708,6	6,5	2 788,1	2 818,8	-30,7
Kjøp av offentlige helsetjenester	19,6	19,1	0,5	85,4	78,7	6,7
Kjøp av private helsetjenester	6,6	5,1	1,5	24,9	21,5	3,4
Varekostnader knyttet til aktivitet	83,2	75,2	8,0	352,7	311,4	41,2
Innleid arbeidskraft	13,3	4,6	8,7	45,4	20,8	24,6
Lønn til fast ansatte	404,3	388,9	15,4	1 551,4	1 512,7	38,6
Overtid og ekstrahjelp	29,0	22,8	6,2	124,9	92,8	32,1
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	56,8	58,0	-1,2	224,4	227,9	-3,6
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-33,2	-18,7	-14,5	-118,9	-83,6	-35,3
Annen lønnskostnad	33,3	31,7	1,6	131,3	126,0	5,3
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	446,6	429,3	17,4	1 734,1	1 668,7	65,4
Avskrivninger	27,8	28,0	-0,2	111,3	109,6	1,7
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	96,6	89,2	7,4	391,9	382,1	9,8
Sum driftskostnader	737,3	703,9	33,4	2 924,7	2 800,0	124,7
Driftsresultat	-22,2	4,7	-26,9	-136,6	18,8	-155,3
Finansinntekter	0,5	0,3	0,3	1,7	1,0	0,7
Finanskostnader	1,4	1,6	-0,2	5,7	6,4	-0,7
Finansresultat	-0,9	-1,4	0,5	-4,0	-5,4	1,5
Ordinært resultat	-23,1	3,3	-26,4	-140,5	13,3	-153,9

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

Regnskap per klinikk - tall i mill kr	April			Akkumulert per april		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10 - Akuttmedisinsk klinikk	51,3	48,4	-2,9	202,6	182,3	-20,3
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	19,7	19,2	-0,5	97,5	67,9	-29,6
13 - Hjerte- lungeklinikken	21,9	18,1	-3,8	87,4	72,7	-14,8
15 - Medisinsk klinikk	46,1	39,2	-6,9	159,2	135,4	-23,9
17 - Barne- og ungdomsklinikken	26,5	24,5	-2,0	108,6	94,9	-13,7
18 - Operasjons- og intensivklinikken	72,9	64,8	-8,0	294,1	266,0	-28,1
19 - Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	28,0	27,1	-0,9	110,1	97,8	-12,2
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	74,0	70,3	-3,7	279,0	269,8	-9,2
30 - Diagnostisk klinikk	62,7	56,3	-6,4	244,6	220,6	-24,0
43 - Nasjonalt senter for E-helseforskning	0,2	0,2	0,0	0,8	0,8	0,0
45 - Drifts- og eiendomssenter	56,3	55,0	-1,3	211,6	207,8	-3,8
46 - Fag- og kvalitetssenteret	1,7	1,9	0,3	6,8	7,7	0,9
48 - Forsknings- og utdanningssenteret	3,3	4,1	0,8	14,7	17,3	2,6
49 - Senter For E-helse, samhandling og innovasjon	9,3	10,2	0,9	38,6	40,2	1,6
50 - Direktøren	3,0	2,9	-0,1	11,9	12,0	0,0
51 - Personal- og organisasjonssenteret	5,2	5,4	0,2	20,9	20,4	-0,5
53 - Kommunikasjons- og kultursenteret	0,9	1,0	0,1	3,5	3,8	0,3
55 - Økonomi- og analysesenteret	5,2	5,9	0,7	22,3	23,9	1,6
62 - Felles	-464,9	-457,8	7,1	-1 773,7	-1 754,7	19,0
Totalt	-23,1	3,3	-26,4	-140,5	13,3	-153,9

Prognose

UNN har en prognose som tilsier negativt budsjettavvik på 120 mill kr ved utgangen av 2022.



STYRESAK

Styresak:	48/2022
Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2022/37-8
Saksbehandler:	Lars Øverås

Investering over 5 mill. kroner undersøkelsesunitere 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.

--- slutt på innstillingen ---

Bakgrunn

Investeringer > 5 mill kroner skal godkjennes av styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Formål

Erstatte gammelt utstyr ved Øyeavdelingen.

Saksutredning

11 undersøkelsesenheter innen øyefaget er fra innflyttingen av nytt sykehus i Breivika (1991). Disse har gått over økonomisk levetid med mange år. En undersøkelsesenhet består av ulike komponenter som stol, spaltelamper, prosjektor osv. Enhetene bærer preg av alderen (plastikk gammel og svidd, ustabile prosjektorer).

Medisinskteknisk avdeling anbefaler at enhetene kasseres og begrunner dette med tilstand, pasientsikkerhet og sikkerhet for de ansatte. I tillegg er enhetene ikke egnet for rullestolbrukere, er dårlig egnet for behandling av barn og har dårlig ergonomi.

Som følge av manglende investeringsmidler ved UNN har investeringsgruppen anbefalt, gitt styrets godkjenning, at disse enhetene byttes ut over fire år. Dette vil spre investeringene samtidig som sårbarheten ved eventuelle driftsstanser som følge av utstyret reduseres. Fagmiljøet selv mener også at utskiftingen må spres over tid slik at aktiviteten i øyepoliklinikken/-dagkirurgi blir minst mulig forstyrret av utskiftningene.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne medvirknings og drøftingsmøter i uke 19. Referater og protokoll fra møtene legges frem som referatsaker i styremøtet 23.05.2022.

Vurdering

Utstyret er nå > 30 år gammelt, er i slik stand at driftsstanser må kunne påregnes samtidig som det er dårlig egnet for å ivareta god pasientbehandling/pasientsikkerhet.

Investeringen er nødvendig for å opprettholde normal drift og anbefales.

Tromsø, 13.05.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- RL 4802 - Konsernbestemmelser investeringer

KONSERNBESTEMMELSER INVESTERINGER I HELSE NORD

Vedtatt av styret i Helse Nord RHF 25. november 2015

1. Formål

Konsernbestemmelsene fastsetter fullmakter og krav til behandling og dokumentasjon av investeringsbeslutninger.

Bestemmelsene skal bidra til riktig og god prioritering av investeringsmidlene.

Bestemmelsene skal sikre et fullstendig beslutningsgrunnlag hvor kvalitet, økonomi, organisasjonsutvikling og andre konsekvenser er vurdert.

Konsernbestemmelsene omfatter alle former for investeringer, og beslutninger om leie som alternativ til egen investering.

2. Generelt

2.1 Investeringsrammer og kostnader

Styret i Helse Nord vedtar investeringsrammer for Helse Nord RHF og helseforetakene. Investeringsrammer innebærer ingen overføring av likviditet, men er kun en tillatelse til å gjennomføre investeringer opp til en gitt sum. Som hovedregel finansieres investeringer av helseforetakenes egen kontantstrøm. I tillegg kan Helse Nord RHF tilføre helseforetakene likviditet gjennom interne lån og kassakreditt.

Alle kostnader av investeringer belastes helseforetaket som gjennomfører investeringer. Helseforetaket må derfor vurdere kostnader til kapital på lik linje med andre innsatsfaktorer i sine prioriteringer.

Dersom helseforetak realiserer vedtatte resultatkrav, vil styret i Helse Nord RHF kunne øke helseforetakets investeringsramme.

2.2 Styring av større strategiske investeringer

Større investeringer i sykehusbygg øker driftskostnadene i helseforetaket. De økte kostnadene finansieres av tre forhold:

- Bortfall av kostnader ved eksisterende bygg
- Effektivisering som følge av nytt bygg/ny organisering
- Bidrag fra styret i Helse Nord RHF (kapitalkompensasjon)

For større investeringer skal styret i Helse Nord RHF fastsette P50¹- ramme og P85-ramme når forprosjektet godkjennes. Prosjektets styringsmål er P50 og denne

¹Prosjekter >50 mill. kroner skal styres etter en investeringsramme som tilsvarer P50 (50 % sannsynlighet for at prosjektet blir dyrere eller billigere), inkl. byggelånsrenter og forventet prisstigning i byggeperioden, samt innlagte mulige tilleggskostnader. Utover dette tar styret i Helse Nord RHF høyde for uforutsette kostnader i løpet av prosjektperioden (P85 – dvs. 85 % sannsynlighet for at prosjektet blir billigere og 15 % sannsynlighet for at det blir dyrere). Avsetning for usikkerhet(P85-P50) kan kun disponeres etter vedtak av styret i Helse Nord RHF.

investeringsrammen legges til helseforetaket. Normalt skal investeringer gjennomføres innenfor P50 rammen. P50-rammen skal inneholde alle kostnader, inklusive buffer for usikkerhet i prosjektet, byggelånsrenter og prisstigning i hele byggeperioden. Det skal utarbeides en «kuttliste» med aktuelle kostnadsreducerende tiltak i prosjektet, som kan iverksettes ved behov.

I tillegg setter styret i Helse Nord RHF av en avsetning for uforutsette kostnader (P85 minus P50). Denne disponeres av styret i Helse Nord RHF.

Det er to beslutningsnivå i disponering av eventuelle besparelser i større prosjekter: Besparelser innenfor P50-rammen disponeres av HF-styret. Besparelser innenfor P85 disponeres av styret i Helse Nord RHF.

I tilfeller hvor P85-rammen er stilt til helseforetakets disposisjon, skal overskridelser utover dette håndteres innenfor helseforetakets fastsatte ramme for investeringer (reduksjon av HF styrets disposisjonskonto eller andre planlagte investeringer i helseforetaket).

2.3 Dokumentasjonskrav

Uavhengig av investeringens størrelse og type, skal det alltid gjennomføres

- en økonomisk analyse
- anskaffelse i tråd med regelverk for offentlige anskaffelser
- nødvendige tiltak for å realisere økonomiske og andre gevinster av investeringen

Omfanget av vurderingene og dokumentasjonen vil variere avhengig av investeringens størrelse, og det er normalt et lavere krav til utredning ved nødvendige re-anskaffelser, jf. punkt 7. Dokumentasjonskravene skal sikre at beslutningen er tatt på et godt fundert grunnlag, og at investeringen er formålstjenlig.

Veileder for Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter skal legges til grunn for prosjekter hvor bygg og anlegg er en sentral del av prosjektet.

3. Investeringsvolum

3.1. Overordnet investeringsramme

Styret i Helse Nord RHF beslutter samlet investeringsvolum i foretaksgruppen, herunder:

- samlet investeringsramme for det enkelte helseforetak
- fordeling av investeringsramme i det enkelte helseforetak mellom større enkeltprosjekter og disponibel ramme for helseforetaket til inventar/utstyr og mindre bygningsmessige investeringer
- forutsetninger for disponering av investeringsrammen
- finansiering av investeringsvolumet
- investeringsramme for fellesprosjekter

Investeringsvolumet fastsettes på grunnlag av vurdering av foretaksgruppens økonomiske bæreevne, økonomiske resultater, status og fremskriving av disponible

likvide midler, samt tilgang på lånemidler.

3.2. Helseforetakets fullmakter

Helseforetakene kan planlegge og gjennomføre anskaffelser i en 4-årshorisont i tråd med vedtatt investeringsplan.

Investeringsrammen til det enkelte helseforetak er et øvre tak på bokførte investeringer det aktuelle året. Helseforetak har ikke fullmakt til å gjøre omfordeling av rammer vedtatt av styret i Helse Nord RHF.

Frigjøring av likviditet som følge av salg styrker foretaksgruppens samlede likviditet, og kan kun nyttes til økte investeringer etter vedtak i styret for Helse Nord RHF.

3.3 Finansiering

Som hovedregel finansieres investeringer av helseforetakenes egen kontantstrøm og salg av eiendom. I tillegg kan Helse Nord RHF tilføre helseforetakene likviditet gjennom interne lån og kassakreditt.

Lån gis normalt til store byggeprosjekter hvor HOD har gitt lånetilsagn til Helse Nord RHF. Helse Nord RHF kan gi ytterligere lån til disse prosjektene, opptil 80 % av investeringen.

I tillegg kan det for konkrete prosjekter større enn 100 mill. kroner gis interne lån (inntil 80 % lånefinansiering). mill.

Dersom aksjeselskap, eid av et helseforetak (hvor eierandel > 50 %), tar opp lån vil dette ses i sammenheng med helseforetakets låneramme.

Leie- og leasing, herunder Offentlig-privat-samarbeid (OPS), er alternative finansieringsmåter for egne investeringer. Alle anskaffelser av bygninger og inventar/utstyr skal vurderes på samme måte etter disse konsernbestemmelsene, uavhengig av finansieringsmåte. Dette innebærer at ulike finansieringsmåter skal vurderes opp mot egenfinansiering. Det skal foretas reelle vurderinger av hvilken finansieringsmåte som er driftsøkonomisk mest fordelaktig.

Alle finansielle leasingavtaler med kontraktsverdi over 100.000 kroner skal godkjennes av Helse Nord RHF.

4. Krav til styrebehandling i helseforetaket

Styret i helseforetaket skal behandle følgende:

- a) årlig investeringsplan, jf. punkt 5, inkl. evt. revideringer av planen
- b) enkeltprosjekter med samlet investeringssum 5 mill. kroner eller mer
- c) enkeltprosjekter som i stor grad påvirker pasienttilbudet
- d) enkeltprosjekter som påvirker oppgavefordelingen mellom geografiske enheter i helseforetaket

- e) enkeltprosjekter som påvirker oppgavefordelingen mellom helseforetak og/eller har driftsøkonomiske konsekvenser for andre deler av foretaksgruppen
- f) enkeltprosjekter som medfører økte kostnader til drift utover det som er forutsatt i investeringsplan og inkludert i driftsbudsjettet
- g) orientering om status fremdrift og investeringskostnad per investeringsprosjekt hvert tertial

Dette er minimumskrav til styrebehandling. Styret i det enkelte helseforetak kan beslutte strengere krav med hensyn til styrebehandling.

5. Nærmere om langtidsplan, inklusive neste års budsjett

Styrene i helseforetakene skal hvert år behandle langsiktig plan for investeringer, samt neste års investeringsbudsjett. Dette skal senest skje i forbindelse med behandling av det årlige driftsbudsjettet slik at driftsmessige konsekvenser av investeringsplanen innarbeides i neste års budsjett.

Følgende krav stilles til helseforetakets investeringsplan:

- Analyse av foretakets økonomiske bæreevne. Har helseforetaket driftsøkonomi til å dekke evt. merkostnader som følge av investeringene innenfor fastsatt resultatkrav? Har helseforetaket likviditet til å betale investeringene? P85-ramme skal legges til grunn for bærekraftsanalyser.
- Investeringsramme skal minimum fordeles mellom større enkeltprosjekt, og generell ramme til mindre utstyrsinvesteringer.
- Fastsetting av administrative fullmakter før iverksetting av investeringer innenfor de rammer som fremkommer av disse konsernbestemmelsene.

6. Krav til godkjenning av Helse Nord RHF

Helse Nord RHF skal godkjenne følgende investeringer i helseforetakene:

- enkeltprosjekter med samlet investeringssum 20 mill. kroner eller mer
- enkeltprosjekter som i stor grad påvirker pasienttilbudet (for eksempel flytting av tilbud eller nytt tilbud)
- enkeltprosjekter som påvirker oppgavefordelingen mellom helseforetak, og/eller har driftsøkonomiske konsekvenser for andre deler av foretaksgruppen
- enkeltprosjekter som medfører større endring i oppgavefordeling mellom geografiske enheter i samme helseforetak
- enkeltprosjekter som medfører avvik fra fastsatte standarder eller strategier i foretaksgruppen

Investeringer i helseforetak opp til 50 mill. kroner kan godkjennes av administrerende direktør. For prosjekter i RHF-regi gjelder de samme bestemmelser til styrebehandling som i HF. Prosjekter med samlet investeringssum på 50 mill. kroner eller mer skal godkjennes av styret i Helse Nord RHF. Helse- og omsorgsdepartementet skal godkjenne investeringer over 1 mrd. kroner, samt behandle investeringer over 500 mill. kroner med hensyn til finansiering.

7. Krav til beslutningsgrunnlag og dokumentasjon for den enkelte investering

Før en investering iverksettes og det inngås økonomisk forpliktende avtaler, skal helseforetaket fatte en konkret investeringsbeslutning for hvert enkelt prosjekt. Investeringsbeslutninger over 5 mill. kroner skal styrebehandles i helseforetaket.

Beslutningsgrunnlaget skal inneholde følgende vurderinger som skal dokumenteres og kunne etterprøves:

- a) Hensikt og mål med investeringen, herunder strategisk tilknytning. Er det fortsatt riktig å prioritere denne investeringen, er behovet fortsatt til stede, evt. har det skjedd noe som endrer prioriteringene.
- b) Vurdering av om styrebehandling og evt. godkjenning av Helse Nord RHF er nødvendig i henhold til disse konsernbestemmelsene
- c) Beskrivelse av investeringen/prosjektet, herunder:
 - Gjennomføringsplan inkludert fremdrift
 - Kompetanse/opplæringsbehov
 - Behov for personellressurser til gjennomføring og prosjektorganisering
- d) Konsekvenser av å gjennomføre investeringen/prosjektet
 - Kost/nyttevurderinger for pasienter, ansatte, miljø, driftsøkonomi, likviditet og lånebehov
 - Helsefaglige vurderinger
 - Konsekvenser for bemanningsbehov etter at investeringen er gjennomført
 - Konsekvenser for rutiner og arbeidsfordeling
 - Konsekvenser for oppgavefordeling mellom enheter og mellom helseforetak, og for andre helseforetaks driftsøkonomi
- e) Beskrivelse av nødvendig organisasjonsutvikling og tiltak for gevinstrealisering
 - Dersom gevinster og endringer som følge av investeringen skal realiseres av andre skal det gjennomføres en prosess/dialog med de som skal realisere gevinstene i forkant av investeringsbeslutningen. Det skal foreligge en bekreftelse fra den (de) som skal realisere gevinsten at nødvendige tiltak og endringer blir gjennomført.
- f) Beskrivelse av 0-alternativ og alternative løsninger
- g) Strategi for gjennomføring av anskaffelsen i tråd med lov og forskrift om offentlige anskaffelser og regional innkjøpsstrategi.
- h) Økonomisk analyse skal inneholde:
 - Investeringsanalyse og økonomisk lønnsomhetsanalyse, herunder konsekvenser for drift, transport av pasienter og finanskostnader

- Kritiske variabler og økonomiske konsekvenser av endring i disse
 - For prosjekter som går over mer enn 2 år og over 50 millioner kroner:
 - Styret i Helse Nord RHF skal vedta P50- ramme og P85-ramme. Prosjektets styringsmål er P50 og denne investeringsrammen legges til helseforetaket. Normalt skal investeringer gjennomføres innenfor P50 rammen. P50-rammen skal inneholde buffer for usikkerhet i prosjektet og byggelånsrenter og prisvekst i byggeperioden.
 - Risikovurderinger skal foretas
 - Har foretaket økonomisk bæreevne til å foreta investeringen? P85-ramme skal legges til grunn for bærekraftsanalyser.
 - Finansiering av investeringen.
 - Prinsipper for endringsordrer innenfor P50. Hvilke fullmakter skal ligge til styret, AD og prosjektleder.
 - For re-anskaffelse av utstyr mv som er utrangert og må erstattes, er kravene til omfang av vurdering og dokumentasjon tilsvarende mindre. Her kreves det en vurdering av om det er riktig og hensiktsmessig å foreta en re-anskaffelse, samt konsekvensen av ikke å foreta re-anskaffelse.
- i) Helse Nord IKT skal involveres i planlegging og gjennomføring av prosjekter som inkluderer IKT-anskaffelser Hvor stor del av investeringen som vedrører IKT skal spesifiseres, slik at denne rammen kan legges til Helse Nord IKT. Helseforetaket skal legge til grunn totalkostnad og totalinvesteringer i bærekraftsanalyser.

8. Hastefullmakt

I tilfelle havari på kritisk medisinteknisk utstyr har Administrerende direktør i helseforetakene fullmakt til å omgå saksgang og dokumentasjonskrav nevnt tidligere i dette dokument. Slik beslutning skal gjøres i tråd med de krav til godkjenning som fremgår av punkt 7 over. Kravene til overholdelse av regelverket for offentlige anskaffelser kan ikke fravikes. HF styret skal informeres om dette fortløpende.

9. Gjennomføring og oppfølging av investeringsprosjekter

Helseforetaket ansvarlig for gjennomføring av anskaffelse, planlegging, gjennomføring (byggherre) og oppfølging av investeringsprosjektet i etterkant.

I utredning, planlegging og gjennomføring av prosjektet skal foretaket forberede organisasjonen på de endringer som investeringen vil medføre (herunder endrede arbeidsmetoder, organisering av oppgaver etc.).

Helseforetaket skal sikre at planlagte gevinster realiseres gjennom oppfølging av konkrete tiltak.

For utbyggingsprosjekter større enn 50 mill. kroner skal det utarbeides tertialrapporter til helseforetakets styre og RHF fra og med gjennomføringsfasen. Helseforetakene må i tillegg vurdere om det er behov for særskilt rapportering for prosjekter under 50 mill.

kroner. Ved signaler om større avvik mill. skal dette varsles umiddelbart både til HF-ledelsen og til RHF.

Tertialrapporter skal inkludere:

a) Status i byggeprosjekt:

- Status og fremdrift i prosjektet
- Økonomisk status
- Status for HMS
- Status for miljø og avfallshåndtering
- Status for risikohåndtering

b) Status i arbeid for nødvendig organisasjonsutvikling

c) Status for gevinstrealisering



STYRESAK

Styresak:	49/2022
Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2022/38-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

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 og med 30.04.2022* til orientering.

--- slutt på innstillingen ---

Bakgrunn

Statlige tilsynsmyndigheter og internrevisjonen i Helse Nord RHF gjennomfører regelmessig tilsyn og revisjoner ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Status for oppfølging av eksterne tilsyn og revisjoner forelegges styret etter avsluttet tertial. I tillegg presenteres utvalgte tilsynsrapporter og revisjoner med handlingsplaner i egne saker for styret.

Formål

Å gi styret status over gjennomførte planlagte tilsyn og revisjoner fra Statens Helsetilsyn, Arbeidstilsynet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Riksrevisjonen, Sivilombudsmannen, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) og Internrevisjonen i Helse Nord RHF.

Saksutredning

Det har blitt avsluttet to eksterne tilsyn siden forrige rapportering.

- Statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker. Rapport foreligger. Handlingsplan er utarbeidet og arbeidet med gjennomgang av retningslinjer og prosedyrer starter i august 2022.
- Riksrevisjonen har gjennomført oppfølgingstilsyn angående undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Foretaket har oppdatert overordnet prosedyre etter oppfølging.

Det var 30.04.2022 varslet fire tilsyn. Disse er kort omtalt i vedlegget.

I tillegg har det vært gjennomført rutinemessige el-tilsyn, branntilsyn og tilsyn av produksjon og servering av mat og drikke. Påviste mangler etter denne type tilsyn følges opp av Drifts- og eiendomssenteret (DES). Dersom det påvises større avvik med økonomiske konsekvenser ut over normal drift, vil styret orienteres i egen sak.

Medvirkning

Saken er forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne møter i uke 19. Referat og protokoller fra møtene presenteres for styret som referatsaker i styremøtet 23.05.2022.

Vurdering

Oppfølgingen av eksterne tilsyn og revisjoner i UNN er tilfredsstillende.

Tromsø, 13.05.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

Status for eksterne tilsyn og revisjoner ved UNN 1. tertial 2022

Sak 49/2022 - vedlegg

Status for eksterne tilsyn av følgende tilsynsmyndigheter:		
Statens helsetilsyn	Arbeidstilsynet	Internrevisjon Helse Nord RHF
Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB)	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA)	Riksrevisjonen Sivilombudsmannen

Status pr 30.04.2022	Avsluttet
	Under gjennomføring
	Pålegg/avvik

Tilsynsmyndighet og tema for revisjon	Status	Rapport foreligger	Handlingsplan besluttet	Rapport presentert for Styret	Rapport presentert for Kvalitetsutvalget	Rapport presentert for Direktørens ledergruppe	Rapport presentert for Stabsmøtet	Klinikk/senter: koordinator	Elements
Statens helsetilsyn: Tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker	Avsluttet	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Forsknings- og utdanningssenteret	2020/1716
Riksrevisjonen: Undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene	Avsluttet	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Økonomi og analysesenteret	2020/2916
Statsforvalteren: Digitalt egenvurderingstilsyn med psykisk helsevern barn og unge	Pågår	Nei						Psykisk-helse og rusklinikken	2021/2967
Internrevisjon Helse Nord Nasjonale faglige retningslinjer	Gjennomført	Rapportutkast mottatt						PHRK, K3K og BUK	2021/6926
Statens helsetilsyn: Tilsyn med håndtering av blod og blodkomponenter, celler og vev.	Del 1 gjennomført desember 2021, del 2 i februar 2022	Rapportutkast mottatt						K3K, DIAG,NOR,MED og OPIN	2021/7129
Helse Nord: Internrevisjon -virksomhetsstyring i Helse Nord	Under gjennomføring							UNN HF	2022/836
Direktorat for strålevern og atomsikkerhet: Tilsyn med nukleærmedisin terapi	Varslet							Diagnostisk klinikk	2022/3180
Riksrevisjonen: Forvaltningsrevisjon om utnyttelse av IT-systemer	Under gjennomføring							E-helse-, samhandlings- og inno	2022/1959
Statsforvalteren: Tilsyn om utskrivningsklare pasienter fra UNN HF til Tromsø kommune	Varslet							UNN HF	2022/3323



STYRESAK

Styresak:	50/2022
Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2022/302-20
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Ledelsens gjennomgang 2021

Innstilling til vedtak

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

--- slutt på innstillingen ---

Bakgrunn

Ledelsens gjennomgang er en årlig gjennomgang av styringssystemet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Ledelsens gjennomgang er hjemlet i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og Oppdragsdokumentet*.

UNN har utviklet en ny modell der ledelsens gjennomgang ikke bare gjøres på foretaksnivå, men også på seksjons-, avdelings- og klinikknivå. I år er første gang denne gjennomgående modellen har vært gjennomført.

Formål

Informere styret om vurderinger og vedtatte tiltak i *Ledelsens gjennomgang 2021*.

Saksutredning

Ledelsens gjennomgang på klinikknivå ble utført av direktørens ledergruppe med utgangspunkt i de klinikkvise gjennomgangene. Ledergruppen gjennomgikk status på hovedområdene, diskuterte og vedtok tiltak.

Det vises til vedlagt *Ledelsens gjennomgang 2021*.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne medvirknings- og drøftingsmøter i uke 19/20. Protokoll og referater fra disse møtene ligger som egne referatsaker til styremøtet 23.05.2022.

Vurdering

UNN har en god og systematisk internkontroll i tråd med krav i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* og *Oppdragsdokumentet*. Innføring av ledelsens gjennomgang på seksjons-, avdelings- og klinikknivå vil styrke dette.

Direktøren har følgende vurderinger vedrørende hovedområdene i *Ledelsens gjennomgang*:

Avvikssystemet og Hendelsesanalyser

UNN har en god meldekultur og forståelse for varslingsplikten. Det pågår en regional anskaffelse av nytt avvikssystem og nye tiltak forventes til dette er fullført.

Kompetanseledelse

Etablering av retningslinjer for kompetanseledelse i UNN vil tydeliggjøre ledernes ansvar, myndighet og oppgaver.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

I forbindelse med det nasjonale *inkluderende arbeidsliv* i sykehus, har UNN igangsatt et prosjekt med satsing på systematisk, målrettet og langvarig arbeid med fokus på sammenhengen mellom sykefravær, arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og ledelse. Dette er et viktig arbeid for å øke arbeidsglede, redusere sykefravær og bedre pasientsikkerhet.

Dokumentstyring

Det er en generell utfordring ved alle norske sykehus at dokumentstyringssystemet inneholder svært mange dokumenter, hvorav flere er duplikater eller har passert revisjonsfrist. I forbindelse med anskaffelse av nytt kvalitetssystem, planlegges det et regionalt mandat for forvaltning av kvalitetssystem. Dette arbeidet vil kunne bli et utgangspunkt for rydding i dokumentsamlingene.

Interne revisjoner

Etableringen av et system for internrevisjon i alle klinikker vil styrke evnen til å identifisere risikoområder og ettergå den interne oppfølgingen.

Pasientsikkerhet

UNN har et godt system for å følge opp og styrke pasientsikkerhet. Dette må tilpasses det til enhver tid eksisterende risikobildet. Det er derfor viktig å risikovurdere drivere for pasientsikkerhet i UNN og tilpasse tiltak etter risikobildet.

Risikostyring

Arbeidet med å implementere revidert regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord er under arbeid, men forsinket. Dette vil forelegges styret som egen sak i løpet av 2022. For operative risikoanalyser er det utarbeidet nye retningslinjer, maler og opplæringsprogram.

Operasjonsvirksomhet 2021

Bedre preoperativ planlegging, samt flytting av inngrep fra døgn til dag og til poliklinikk forventes å styrke operasjonskapasiteten i UNN. Innføring av dynamisk prioritering av operasjonskapasitet forventes å bedre andelen pakkeforløp innenfor standardisert forløpstid.

Personvern og informasjonssikkerhet

Det var i 2021 flere større avvik relatert til sårbarheter og angrep mot IKT-infrastrukturen i Helse Nord. Det er positivt at tiltak for sårbarhetene er iverksatt og i stor grad lukket. Styringssystemet for informasjonssikkerhet på foretaksnivå er ikke ferdigstilt. Arbeidet med å implementere nye/oppdaterte prosedyrer videreføres i 2022.

Smittevern

Den nasjonale handlingsplanen for antibiotikaresistens i helsetjenesten har som krav at alle foretak skal redusere samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 med 30 % sammenlignet med 2012. UNN hadde i 2021 redusert forbruket av bredspektret antibiotika med 9 % sammenlignet med 2012. Det bemerkes at UNN gjennom hele virketiden for handlingsplanen har vært blant sykehusene med lavest forbruk. I 2021 var UNN det tredje beste helseforetaket nasjonalt.

Miljøledelse - Grønt sykehus

Det ble i 2021 arbeidet med tilpasning av rammeverket rundt nytt felles regionalt miljøstyringssystem. Utvikling av nye miljømål og ny miljøstrategi vil bli videreført i 2022.

Beredskap

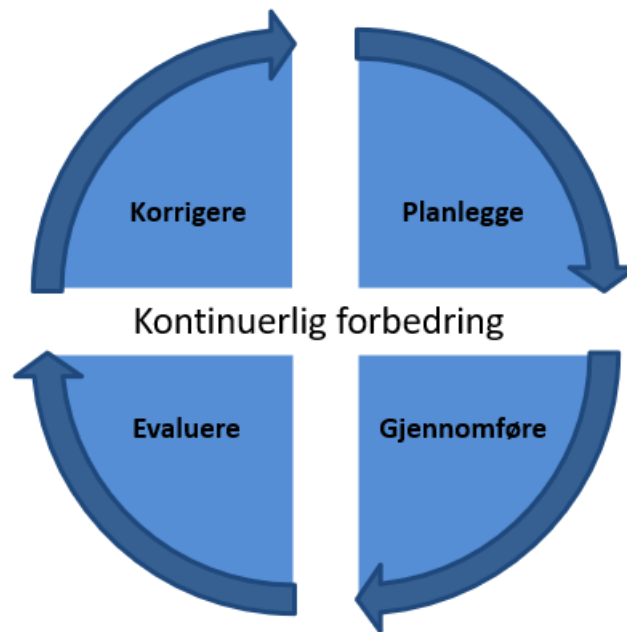
Plan for massetilstrømning, Pandemiplan for covid-19 og Plan for IKT svikt ble revidert. Plan for radioaktive og nukleære hendelser ble ajourført og revidert med fokus på anløp av reaktordrevet fartøy og lokale kilder. Revidering av generell pandemiplan er under arbeid og videreføres i 2022, dette gjelder også det øvrige planverket. Overgang til nytt varslingsystem er gjennomført. Utbruddet av covid-19 har medført at det ikke har vært mulig å gjennomføre større øvelser i 2021.

Tromsø, 13.05.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Ledelsens gjennomgang 2021



Ledelsens gjennomgang 2021

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Innledning.....	3
Formål.....	3
Metode.....	3
Resultater	3
Hendelsesanalyser.....	5
Avvikssystem	6
Kompetanseledelse	7
Systematisk HMS	8
Dokumentstyring.....	9
Internrevisjon	10
Pasientsikkerhet	11
Risikostyring	12
Operasjonsvirksomhet	13
Personvern og informasjonssikkerhet.....	15
Smittevern	17
Miljøledelse - Grønt sykehus	18
Beredskap.....	20
Øvrige forhold utenom overnevnte hovedområder	21

Innledning

Ledelsens gjennomgang (LGG) er en intern gjennomgang der virksomhetens ledelse vurderer de systematiske aktivitetene for styring og kontroll. LGG er hjemlet i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §8. Direktørens ledergruppe vedtok i 2018 (sak 8.18-2) å gjennomføre LGG på seksjons-, avdelings-, klinikk- og foretaksnivå. Dette har i etterkant vært under utvikling. I 2021 ble en elektronisk løsning for innsamling av data utviklet og småskalatestet.

I år er første gang UNN gjennomfører LGG etter denne gjennomgående modellen.

Formål

Systematisk gjennomgå og vurdere at styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Metode

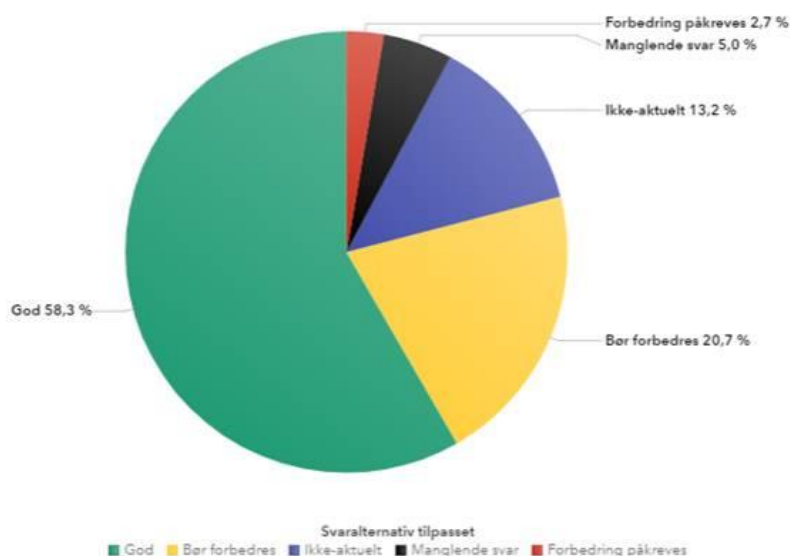
Seksjons- og avdelingsledere i UNN dokumenterte vurderinger i den elektroniske løsningen for innsamling av data til LGG. Rapporter ble utarbeidet i Helse-Nord ledelsesinformasjonssystem (HN-LIS). Rapportene gir oversikt over områder som trenger oppfølging og har vært grunnlag for LGG på avdelings- og klinikk-/senternivå.

LGG 2021 på foretaksnivå er basert på vurderinger innhentet fra fagmiljøer, supplert med områder kliniksjefer/senterledere har meldt inn for tiltak på foretaksnivå.

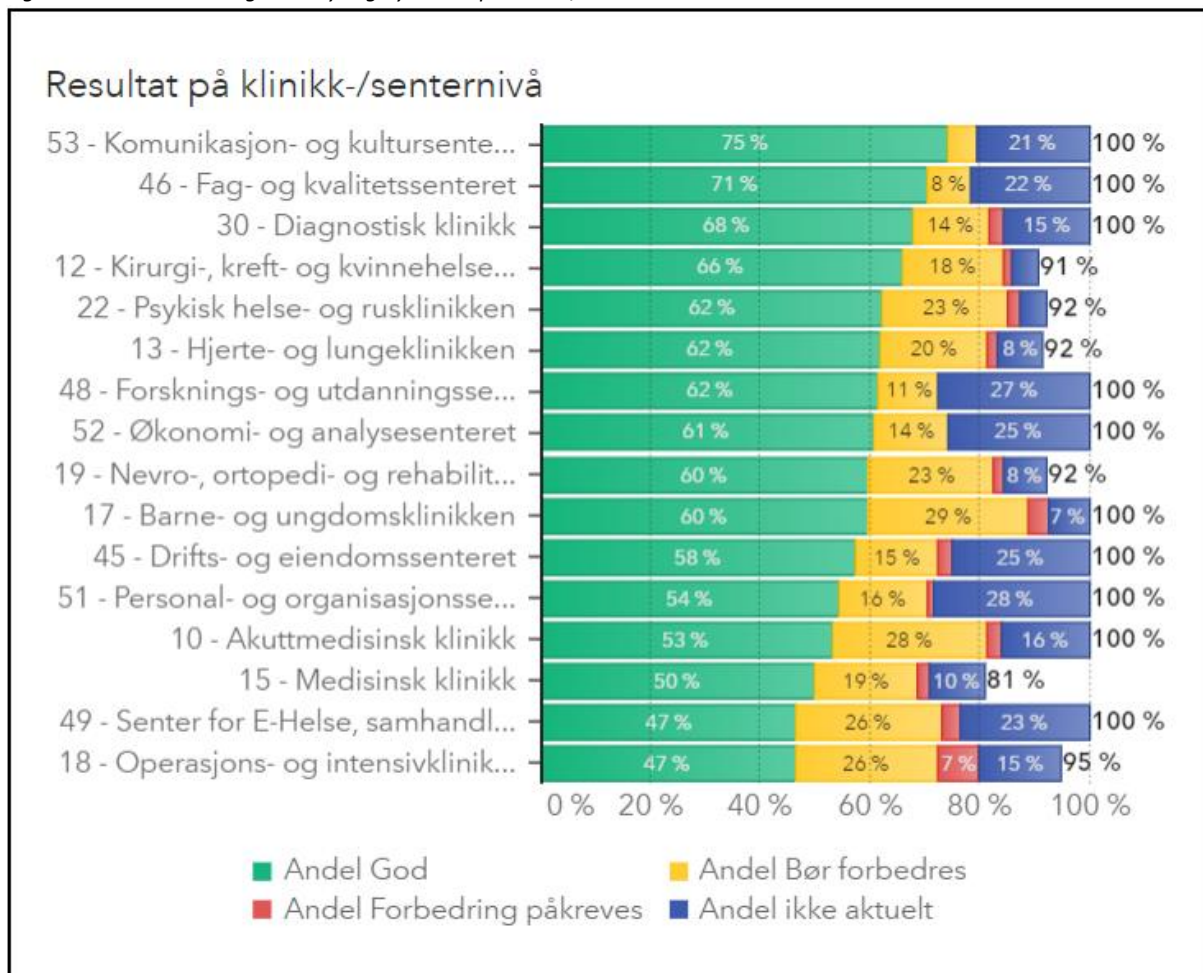
Resultater

Til sammen har 95% av seksjons- og avdelingsledere i UNN dokumentert vurderinger for egne enheter i den elektroniske løsningen for innsamling av data til LGG. Figurene 1-3 viser oversikt over vurderingene sammenslått på foretaksnivå. Klinikker med manglende elektroniske vurderinger fra seksjonsledernivå oppnår ikke 100% måloppnåelse i figur 2 og 3.

Figur 1 Samlet oversikt vurderinger av styringssystemet på foretaksnivå

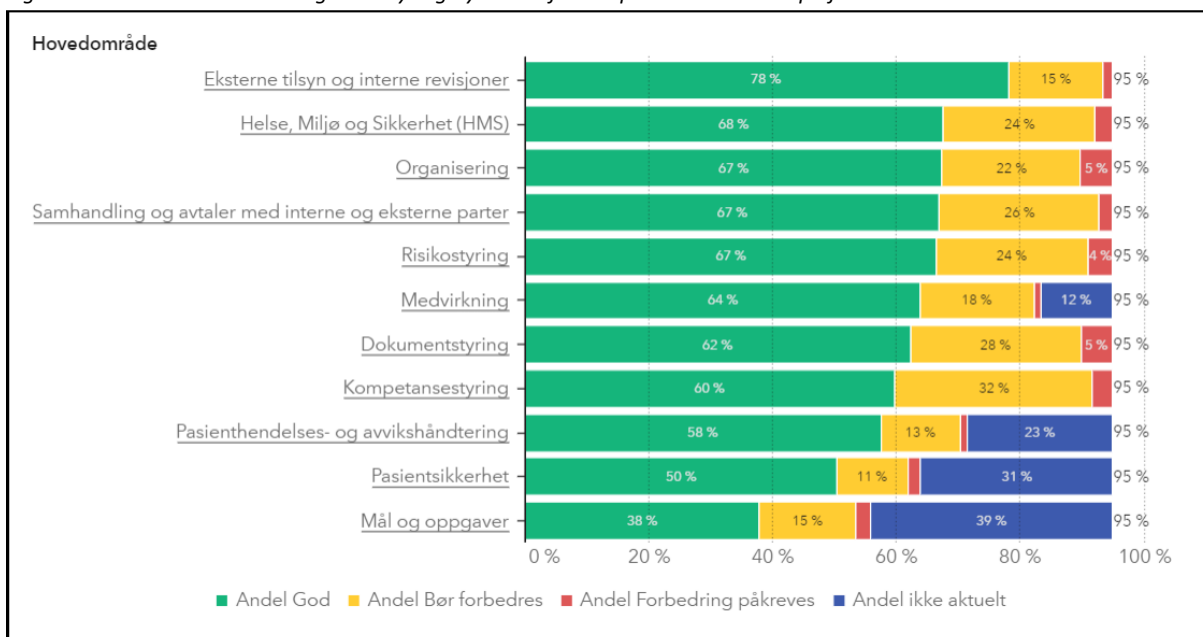


Figur 2 Oversikt vurderinger av styringssystemet på klinikk/senternivå



Faktiske andeler (klinikker med manglende svar oppnår ikke 100%)

Figur 3 Samlet oversikt vurderinger av styringssystemet fordelt på hovedområder på foretaksnivå



Faktiske andeler (Enheter med manglende svar oppnår ikke 100%)

Hendelsesanalyser

Mål og planer:

Tiltak fra LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Alle §3-3a varsler skal vurderes for hendelsesanalyse.	Klinikker	31.12.21	
Etablere retningslinje med tilhørende prosedyrebeskrivelser og maler for å benytte hendelsesanalyse for å undersøke bakenforliggende årsaker til administrative/HMS-relaterte hendelser med store konsekvenser.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21	
Hendelsesanalyse skal prøves ut i småskalatest på et avvik vedrørende informasjonssikkerhet, for å lære mer om hvordan avviket kan skje.	Fag- og kvalitetssenteret / Klinikker og stabssenter	1.9.21	
Etablere et system for oppfølging på tvers av interne revisjoner, hendelsesanalyser, risikovurderinger og øvrige pasienthendelser.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21	

Gjennomført og evaluert for 2021:

Fem klinikker ved UNN varslet 30 uønskede hendelser til Helsetilsynet i 2021, jf spesialisthelsetjenestelovens §3-3a:

- 7 ble avsluttet etter innledende undersøkelser.
- 21 ble oversendt Statsforvalter.
- 1 ble vurdert for stedlig tilsyn og gjennomført som egevaluering.
- 1 ble vurdert for stedlig tilsyn. Etter oversendte dokumentasjon fra UNN, herunder forenklet hendelsesanalyse, besluttet Helsetilsynet oversendelse av saken til Statsforvalter.

Ved varsel etter §3-3a skal klinikkjef vurdere behov for hendelsesanalyse og dokumentere dersom analyse ikke skal gjennomføres, jf Retningslinje hendelsesanalyser. Oppfølging etter varsel er dokumentert på følgende måte:

- 13: gjennomført faglig gjennomgang, ikke benyttet hendelsesanalyse som metode (9 PHRK, 3 OPIN, 1 AKUTTMED).
- 10: gjennomført analyse etter UNN-metoden (forenklet hendelsesanalyse).
- 3: dokumentert vurdering for at hendelsesanalyse ikke skal gjennomføres og hvordan oppfølging skal gjøres.
- 4: ingen dokumentasjon gjenfunnet for hvordan oppfølging er planlagt/gjennomført.

Arbeidet med å etablere retningslinjer for bruk av hendelsesanalyse på administrative/HMS-relaterte hendelser ble påbegynt, men ikke slutført som følge av oppgaver med høyere prioritet. Det har ikke vært identifisert egnet avvik på informasjonssikkerhet til småskalatest med hendelsesanalyse. Det ble ikke gjennomført opplæring i forenklet hendelsesanalyse i 2021. Dette påvirket måloppnåelse for vurdering og gjennomføring av hendelsesanalyser for pasienthendelser varslet etter spesialisthelsetjenestelovens §3-3a. Kurs i UNN-metoden (forenklet hendelsesanalyse) ble høsten 2021 omgjort til webkurs. Dette vil sikre lik tilgang uavhengig av lokalisasjon og vil gi mulighet for økt kompetanse for å sikre vurdering og gjennomføring av hendelsesanalyser i UNN. Pilotering av kurset ble gjennomført mars 2022.

UNN og Harstad kommune undersøkte i 2021 styrker og svakheter ved overføring av pasienter mellom tjenestenivåene. Samarbeidet ble gjennomført som et prosjekt: *Sammen om læring for økt pasientsikkerhet*. Hendelsesanalyse som metode ble benyttet for innsamling og strukturering av data i prosjektet.

UNN startet i 2020 etableringen av et helhetlig system for å se på funn etter hendelsesanalyser samlet og på tvers. Et eksempel på dette er å sammenstille funn i læringsnotater. Hensikten med læringsnotatene er å synliggjøre hvilke funn som går igjen på tvers av rapporter, slik at kliniksjefer får muligheten til å prioritere oppfølgende tiltak i egen klinikk. Arbeidet videreføres i 2022.

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Ledere og rådgivere fra klinikk og stab som utfører hendelsesanalyse skal delta på webkurs i UNN-metoden (forenklet hendelsesanalyse) som gjennomføres minimum 3 ganger pr år.	Klinikker / Fag- og kvalitetssenteret	30.12.22
Utvikle en sammenstilling av funn fra hendelsesanalyser, NPE-saker og tilsynssaker (pasienthendelser) og utarbeide læringsnotater, for læring på tvers.	Fag- og kvalitetssenteret	30.12.22
Etablere prosedyrebeskrivelser og maler for å benytte hendelsesanalyse for å undersøke bakenforliggende årsaker til administrative/HMS-relaterte hendelser med store konsekvenser. <i>Prosedyrer utprøves i småskala test på et avvik vedrørende informasjonssikkerhet.</i>	Fag- og kvalitetssenteret	30.12.22

Avvikssystem

Gjennomført og evaluert for 2021:

UNN vurderes å ha en god meldekultur og forståelse for varslingsplikten. Avvikssystemet har blitt brukt i større grad enn året før, mulig som en konsekvens av at arbeidsforholdene i forbindelse med utbruddet av covid-19 har stabilisert seg noe mer i 2021.

Seksjonsleders egenvurdering i forbindelse med LGG 2021 viser at ca 70% av lederne har vurdert hovedområdet avvikshåndtering grønt, at de *sørger for læring og forbedring lokalt, samt sørger for erfaringsutveksling utover egen enhet etter funn fra avvikshåndtering og uønskede hendelser.*

Tabell 1 viser oversikt over meldte avvik i 2019 - 2021. Det ble i 2021 meldt flere avvik innenfor alle avvikstyper. Antall forbedringsforslag er tilnærmet lik 2020, og det er heller ingen økning sammenlignet med året før utbruddet av covid-19.

Det pågår en regional anskaffelse av nytt avvikssystem.

Tabell 1 Oversikt meldte hendelsestyper 2019-2021

Avvikstyper	2019	2020	2021
Avvik egen avdeling/seksjon, UNN	3452	3070	3247
Avvik annen avdeling/seksjon, UNN	2011	1916	2193
Pasienthendesskjema UNN	1977	1994	2145
Avvik for laboratorier på UNN	922	665	712
Skademelding personal, UNN	691	687	739
Samhandlingsavvik med kommuner UNN	370	313	364
Forbedringsforslag for UNN	274	215	211

Anbefalinger til 2022:

Tiltak avventes inntil nytt avvikssystem er anskaffet.

Kompetanseledelse

Mål og planer:

Tiltak	Ansvarlig	Frist	
Definere systemansvar på foretaksnivå, herunder ansvarsfordeling stabsfunksjonene og fagmiljøene.	Personal- og organisasjonssenteret / E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.6.21	
Utarbeide oversikt over relevante områder for foretakssentrale planer og -krav.	Personal- og organisasjonssenteret	1.9.21	
Delta i opplæring i bruk av modell for framskriving av bemanningsbehov og scenariomodell. Ta i bruk modellen.	Personal- og organisasjonssenteret	Våren 2021	
Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord.	Personal- og organisasjonssenteret	Våren 2021	
Ved hjelp av risikovurdering identifisere kompetanseplaner med manglende gjennomføring, og utarbeide tiltak for å bedre gjennomføringen.	Fag- og kvalitetssenteret/ Forsknings- og utdannings-senteret/ Personal- og organisasjonssenteret	1.9.21	

Gjennomført og evaluert for 2021:

Retningslinjer for kompetanseledelse i UNN har vært under utarbeidelse gjennom 2021. Arbeidet vil sluttføres i 2022 og forelleges ledergruppen for beslutning. Retningslinjen vil beskrive systemet i UNN for kompetanseledelse og definerer ansvar, myndighet og oppgaver.

Det er utarbeidet retningslinje som beskriver lederes ansvar og oppgaver for å sikre at medarbeidere har dokumentert opplæring. Seksjonsleders egen vurdering i LGG understøtter behovet for satsning på kompetanseledelse. Halvparten av lederne påpekte behov for forbedring knyttet til områdene *relevante kompetanseplaner for enheten, gjennomføringsgrad av utviklingsamtaler og gjennomføringsgrad av obligatorisk e-læring*. En av fire rapporterte behov for forbedring av *plan for kompetansesammensetning og kartlegging av opplæringsbehov i enheten*.

Arbeidsgruppen *Bemanning og kompetanse* utarbeidet plan for å beskrive utvikling av bemanning og kompetanse i UNN. Bemanningsmodellen er et verktøy for å vurdere utvikling av behov for bemanning i fremtiden. Modellen er revidert og det skal fra 2022 utarbeides oppdaterte scenarier for kompetansebehov i UNN.

Måloppnåelse var også i 2021 påvirket av utbruddet av covid-19. Arbeidsoppgaver relatert til covid-19 ble prioritert på bekostning av gjennomføring av andre tiltak besluttet i LGG 2020.

I klinikkens LGG er det rapportert at medarbeidere i liten grad gjennomfører reopplæring og kompetansekrav som har tidsbegrenset varighet blir ofte stående ufullført. Foreslåtte årsaker er at rutinene for reopplæring av tidligere gjennomførte kompetansekrav i kompetanseportalen i liten grad er kjent, samt at det mangler funksjoner i læringsplattformen Campus.

Videre har klinikkens LGG beskrevet at mange ansatte ikke gjennomfører obligatoriske kurs i Kompetansemodule. I andre sykehus har man løst denne utfordringen ved at nytilsatte må gjennomføre obligatorisk opplæringspakke før de blir gitt brukertilgang til eksempelvis elektronisk pasientjournal.

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Definere og beskrive systemansvar på foretaksnivå i retningslinje, herunder ansvarsfordeling stabsfunksjonene og fagmiljøene.	Personal- og organisasjonssenteret	1.6.22
Utarbeide plan som skal beskrive en realistisk og bærekraftig plan for utvikling av bemanning og kompetanse i UNN, tilpasset en realistisk økonomisk ramme.	Personal- og organisasjonssenteret	1.10.22
Ta i bruk modell for framskriving av bemanningsbehov og scenariomodell. <ul style="list-style-type: none"> Utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til jordmødre på kort, mellomlang og lang sikt. 	Personal- og organisasjonssenteret Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	31.12.22
Ta initiativ til å revidere rutinene (PR47053) og systemet i Campus for re-opplæring av tidligere gjennomført kompetansekrav i kompetanseportalen og etablere en handlingsplan for å implementere disse i organisasjonen.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	31.12.22
Etablere en handlingsplan med nye tiltak for å øke andelen ansatte som har dokumentert gjennomført obligatorisk opplæring.	Koordineres av E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret/ Klinikker	31.12.22

Systematisk HMS

Mål og planer:

Tiltak fra LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Etablere en arbeidsgruppe med bistand fra aktuelle klinikker og sentre for å foreslå hvordan koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet kan styrkes.	Personal- og organisasjonssenteret	1.9.21	
Rutiner for håndtering av trusler fra 3. part (pårørende) innarbeides i eksisterende rutiner for håndtering av vold og trusler.	Personal- og organisasjonssenteret	1.6.21	
Det psykososiale støtteamet videreføres permanent, men i ny form. Mandat for arbeidet må utarbeides og forankres.	Personal- og organisasjonssenteret	1.6.21	
Det etableres en struktur for kollegastøtte i UNN.	Personal- og organisasjonssenteret	1.12.21	
Styrke arbeidet med psykologisk trygghet.	Personal- og organisasjonssenteret	1.12.21	

Gjennomført og evaluert for 2021:

HMS er det hovedområdet som scorer nest høyest i vurderingen av virksomhetsstyringen i LGG 2021. 68 % av lederne vurderer området som grønt.

En arbeidsgruppe vurderte i 2021 hvordan koblingen mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet kan styrkes. Følgende tiltak ble utarbeidet og orientert for styret:

Med utgangspunkt i arbeidet med å etablere *kollegastøtteordningen* i UNN, ble videreføring av psykososialt team ikke prioritert i 2021. *Psykologisk trygghet* var tema på KVAM-dagen og ble presentert i et leder- og medarbeiderperspektiv. Kurs om kollegastøtteordning i UNN er planlagt gjennomført våren 2022. Retningslinje for håndtering av utfordrende relasjoner til tredjepart er utarbeidet.

Det nasjonale prosjektet «Når det går galt» i regi av Helsedirektoratet omhandler *kurs i å gjennomføre den vanskelige samtalen etter uønskede hendelser*. UNN har også et pågående arbeid på klinisk kommunikasjon. «Fire gode vaner» er kurs for leger i spesialisering, med fokus på å styrke kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell.

HMS-grunnkurs er revidert i 2021. HMS-opplæring er obligatorisk og skal gjennomføres av alle ledere og verneombud.

Det ble etablert en arbeidsgruppe i samarbeid med Norsk sykepleierforbund (NSF) for å følge opp *rekruttering og stabilisering av sykepleiere*. Se også hovedområde strategisk kompetanseledelse for mer informasjon om arbeidet med rekruttering og stabilisering.

Det nasjonale *bransjeprogrammet IA i sykehus* definerer spesifikke innsatsområder hvor interne prosjekter skal ha sitt utspring. Stikkord i prosjektet til UNN er satsing på systematisk, målrettet og langvarig arbeid med fokus på sammenhengen mellom sykefravær, arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og ledelse. Prosjektperioden nasjonalt og lokalt på UNN går ut 2022.

Totalt besvarte 76% av medarbeiderne i UNN spørreundersøkelsen ForBedring 2021 sammenlignet med 79% i 2020. Dette er over det nasjonale måltallet på 70%. Andelen enheter med handlingsplan for å følge opp ForBedring 2021 var 61 %. I 2019 var andelen 71%. Forvaltningsforumet evaluerte 2021-gjennomføringen med hovedfokus på tiltak som kan støtte og styrke oppfølgingsarbeidet.

Felles regionale *retningslinjer for varsling av kritikkverdige forhold* er utarbeidet og tatt i bruk. UNN har etablert ressursgruppe som skal være mottakere av varsel og påse at varsel håndteres i henhold til retningslinjene. Helse Nord RHF leder arbeidet med å utarbeide en kompetansepakke for implementering av retningslinjen.

Anbefalinger for 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Øke kompetansen på gjennomføring av vernerunde gjennom HMS-opplæringen.	Personal- og organisasjonssenteret	1.8.22
Etablere god samarbeidsarena/nettverk for å koordinere HMS-arbeidet, samt styrke koblingen mellom HMS og pasientsikkerhet.	Personal- og organisasjonssenteret	1.4.22
Implementere ny HMS-opplæring (fast tilbud min 2 x pr år).	Personal- og organisasjonssenteret	1.10.22
Implementere opplæring i kollegastøtteordningen som fast tilbud.	Personal- og organisasjonssenteret	1.5.22

Dokumentstyring

Mål og planer:

Tiltak fra LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Hver klinikk og senter utarbeider en plan for å revidere dokumenter som er passert revisjonsdato.	Klinikker og senter	1.6.21	
Utarbeide en felles struktur for dokumentsamlinger.	Fag- og kvalitetssenteret	1.9.21	

Gjennomført og evaluert for 2021:

UNN hadde 28458 dokumenter i dokumentstyringssystemet Docmap i 2021 mot 27499 i 2020. 15000 av disse er prosedyrer (14414 i 2020). Utbruddet av covid-19 har generert behov for utarbeidelse av nye dokumenter, fra pandemiplaner til lokale prosedyrer. LGG 2020 definerte tiltak der hver klinikk og senter skulle utarbeide plan for å revidere dokumenter som er passert revisjonsdato. Dette tiltaket har ikke gitt ønsket effekt. Det er enda betydelig antall dokumenter i Docmap som fortsatt har passert revisjonsfrist uten at dokumentet er revidert og godkjent. Se tabell 2 for fordeling per klinikk/senter.

Tabell 2 oversikt dokumenter passert revisjonsfrist fordelt på klinikker/senter

Klinikk og senter	Totalt antall dokumenter 2020	Totalt antall dokumenter 2021	Passert revisjonsdato per 1. april 2021	Passert revisjonsdato per 28. januar 2022
Diagnostisk	7960	8258	463	518
OPIN	3627	3875	633	646
K3K	3237	3420	580	368
Med	2642	2778	188	151
UNN HF	2180	2217	220	191
BUK	2166	2130	157	180
NOR	1314	1505	98	208
PHRK	1232	1305	181	310
HLK	1112	1203	104	109
Akuttmedisinsk	1071	1010	339	262
Drift- og eiendom	642	688	9	16
Personal- og organisasjon	199	247	28	37
Forskning - og utdanning	162	151	6	7
E-helse, samhandling og innovasjon	68	357	7	25
Økonomi- og analyse	39	75	6	7
Fag- og kvalitet	29	40	0	2
Kommunikasjon og kultur	14	16	0	0

Helse Nord RHF har ansvaret for det regionale prosjektet for anskaffelse av kvalitets- og dokumentstyringsystem. Konkurransedokumenter ble lagt ut på høring i november 2021. Anbudskonkurransen er planlagt utlyst i februar/mars 2022.

Det er en generell utfordring ved alle norske sykehus at dokumentstyringsystemet inneholder svært mange dokumenter, hvorav flere er duplikater eller har passert revisjonsfrist. I forbindelse med anskaffelse av nytt kvalitetssystem, planlegges det et regionalt mandat for forvaltning av kvalitetssystem. Dette arbeidet vil kunne bli et utgangspunkt for rydding i dokumentsamlingene. Arbeidet forventes startet i løpet av 2022.

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Gjennomgå dokumenter som er passert revisjonsdato og revidere disse.	Klinikker og senter	Kontinuerlig

Internrevisjon

Mål og planer:

Tiltak	Ansvarlig	Frist	
Gjennomføre minimum 3 kurs i internrevisjon årlig.	Fag- og kvalitetssenteret	Kontinuerlig	
Utarbeide revisjonsprogram og plan for oppfølging ved alle klinikker/senter.	Klinikker og senter	Kontinuerlig	
Bruke kompetanse fra akkrediterte avdelinger til opplæring i oppfølging og læring av revisjoner.	Klinikker og senter	1.10.21	

Gjennomført og evaluert for 2021:

Opplæring grunnkurs internrevisjon gjennomføres som webkurs. Syv av ni klinikker og ett av syv senter besluttet revisjonsprogram for 2021 dokumentert i Docmap. Samtlige klinikker og senter har oppnevnt kontaktperson/koordinator for internrevisjon. Kvalitetsavdelingen har dedikerte rådgivere for klinikk og senter. Rådgivers rolle er å være kontaktperson og veileder.

Resultater etter revisjoner følges opp i lederlinje internt i den enkelte klinikk/senter. I overkant av 75% av lederne har vurdert at de har et *system på plass for oppfølging av tiltak etter tilsyn og revisjoner*. Om lag 75% av lederne har vurdert at de *sørger for erfaringsutveksling og læring på tvers etter funn fra tilsyn og revisjoner*.

Måloppnåelse er også i 2021 påvirket av utbruddet av covid-19 og omdisponering av personell.

Grunnkurs internrevisjon ble omgjort til webkurs. Evaluering av kurset viser at det fungerer tilfredsstillende og sikrer lik tilgang uavhengig av lokalisasjon. Erfaringsoverføring er brukt til utvikling av webkurs i UNN-metoden (forenklet hendelsesanalyse).

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Etablere system for oppfølging og læring av revisjoner på tvers av klinikker/senter.	Fag- og kvalitetssenteret	30.12.22

Pasientsikkerhet

Mål og planer:

Tiltak fra LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Risikovurdere drivere for pasientsikkerhet i UNN og tilpasse tiltak etter risikobildet.	Fag- og kvalitetssenteret Klinikker	1.12.21	Red
Gjennomføre overgang til regionalt scoringssystem for å identifisere pasienter som er i fare for forverret tilstand (fra TILT til NEWS2 ¹).	Klinikker Fag- og kvalitetssenteret	1.6.22	Yellow

Oppdragsdokument

Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent innen 2023.

Gjennomført og evaluert for 2021:

Harstad tok i bruk NEWS2 som verktøy for tidlig varsling av livstruende tilstander i 2020. Overgang fra TILT til NEWS2 for resterende enheter skulle gjennomføres i forbindelse med innføring av elektronisk kurve MetaVision i resten av UNN. Innføringen av MetaVision ble forsinket og det planlegges en samlet overgang i september 2022.

Arbeidet med å risikovurdere drivere for pasientsikkerhet i UNN og tilpasse tiltak etter risikobildet ble ikke påbegynt grunnet kapasitetsproblemer i 2021.

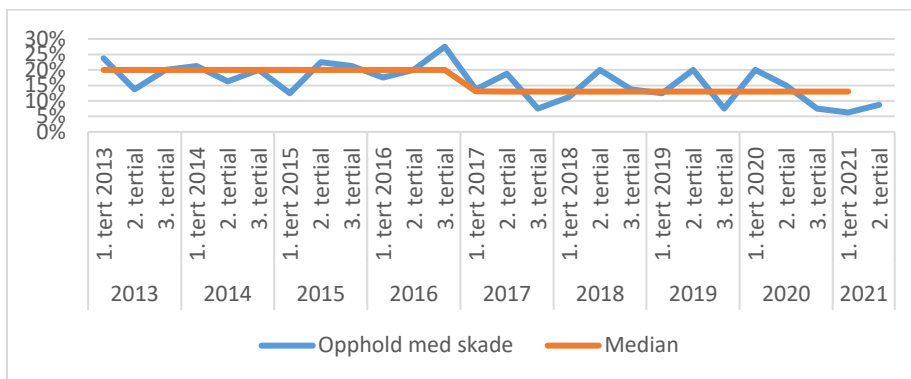
Direktørene gjennomførte pasientsikkerhetsvisitter ved 23 enheter i 2021. Klinikksjefene har presentert oppfølgende arbeid etter visittene i Kvalitetsutvalget.

Nasjonale tall for andel sykehusopphold med minst én pasientskade for 2020, målt med metoden Global trigger tool, er ikke offentliggjort enda, men for UNN var resultatet 14 % for 2020. I første og andre tertial 2021 var resultatet 7,5 %.

Videre innsats med infeksjonsforebygging og læring av komplikasjoner etter kirurgi anses å være de viktigste tiltakene for å redusere antall pasientskader i UNN.

¹ For voksne. Egne skåringsystemer for barn og gravide.

Figur 6 GTT – Prosentandel opphold med minst en pasientskade (Run-diagram)



Andel legemiddellister som er kodet for samstemt ved innleggelse var 33,6% i 2021 mot 38,6 % i 2020 og 34,1% i 2019 (Kilde HN-LIS). Dette tallet speiler ikke hvor mange legemiddellister som er samstemt, men i hvilken grad det kodes korrekt i DIPS. Enheter som også teller manuelt, rapporterer en langt større andel faktisk samstemt enn andelen som fremkommer i rapporten i HN-LIS. Legemiddelsamstemming følges opp ved bruk av eksisterende prosedyrer og e-læring til innføring av MetaVision er på plass.

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Risikovurdere drivere for pasientsikkerhet i UNN og tilpasse tiltak etter risikobildet.	Fag- og kvalitetssenteret Klinikker og senter	1.12.22
Videreføre pasientsikkerhetsvisitter og evaluere disse.	Administrerende direktør Fag- og kvalitetssenteret	1.8.22

Risikostyring

Mål og planer:

Tiltak fra LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Videreføre arbeidet med implementering av revidert regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord.	Administrerende direktør	31.12.21	
Systematisk vurdere behov for risikovurdering av pasientsikkerheten ved innføring/overlevering av store prosjekter.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.10.21	

Andre relevante forhold

Helse Nord RHF publiserte i februar 2020 nye retningslinjer for risikostyring.

Gjennomført og evaluert for 2021:

Arbeidet med å implementere revidert regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord ble påbegynt i april 2020 og fortsatte i 2021. Risikostyring ved bruk av driverdiagram ble småskalatestet på det nasjonale styringsmålets underliggende driver: *Nok personell med tilstrekkelig kompetanse*, som en pilot i september 2021. Arbeidet med å beskrive prosess for den strategiske risikostyringen ble ikke ferdigstilt. Utbruddet av covid-19, samt at foretakskontroller sluttet har vært forsinkende faktorer i arbeidet med den strategiske risikostyringen i UNN.

For operative risikoanalyser er det utarbeidet nye retningslinjer, maler og opplæringsprogram. Det er en vekst i bestilte risikovurderinger fra det kliniske miljøet. Fag- og kvalitetssenteret var involvert i 11 risikovurderinger i 2021, mot 4 i 2020. Arbeidet med risikoreducerende tiltak fikk større oppmerksomhet og risikovurdering gjennomføres i større grad ved endringer. Det nye malverket for operative risikovurderinger ble utviklet og tatt i bruk. Det er utviklet nytt internt opplæringsprogram

for operative risikovurderinger. Klinikker og senter anbefales å sikre kompetanse i operativ risikovurdering ved deltagelse i opplæringsprogrammet.

Risikovurdering ved innføring/overlevering av store prosjekter

Det ble gjennomført risikovurdering av pasientsikkerhet ved innføring av MetaVision. Det ble også gjort en risikovurdering med fokus på eventuelle samtidighetskonflikter ved innføring av DIPS-Arena. Det ble gjennomført en risikovurdering i forbindelse med situasjonen rundt utbruddet av covid-19 høsten 2021. Risikoreduserende tiltak bidro til en større oppmerksomhet på samtidighetskonflikter og ressursbruk av klinisk personell i innføringsfasen. Vurderingene har vært sentrale i beslutningsprosesser rundt innføringene av MetaVision.

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Videreføre arbeidet med implementering av revidert regional retningslinje for risikostyring i Helse Nord.	Administrerende direktør	31.12.22
Delta på intern opplæring i operative risikovurderinger for personell i UNN.	Klinikk og senter	31.12.22

Operasjonsvirksomhet

Mål og planer:

Tiltak fra LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Etablere tydeligere styringsystem for operasjonsvirksomheten i UNN HF, hvor definerte styringsmål og indikatorer får tett oppfølging.	OPK Opererende klinikker	1.5.21	
Gjennomføre målrettede tiltak for områder uten måloppnåelse.	OPK Opererende klinikker	Kontinuerlig	

Nasjonale kvalitetsindikatorer

- Strykninger – nasjonal indikator, <5%
- Passert planlagt tid – nasjonal indikator, <5%
- Hoftebrudd operert innen 24 timer >60%, innen 48 timer >90%
- Andelen kreftpakkeforløp innen standardisert forløpstid skal være >70%

Gjennomført og evaluert for 2021:

I 2021 ble det etablert en årlig møttestruktur for Overordnet planleggings- og koordineringsgruppe (OPK) som er harmonisert med overordnet virksomhetsplanlegging.

Utbruddet av covid-19 og perioder med lav anestesilegedekning forsinket det målrettede forbedringsarbeidet for å effektivisere driften. Prosesser for å bedre flyteffektivitet på operasjonsstuen ble startet opp for enkelte pasientforløp. Forbedring av den preoperative planlegging av pasienter ble igangsatt knyttet til innføring av DIPS Arena. Kartlegging av muligheten for å flytte pasientforløp fra døgn til dag til poliklinikk er gjennomført. Forarbeid til etablering av kirurgisk fagråd som rådgivende organ til OPK, for vurdering av endret praksis, er gjennomført. Strykningsprosenten for foretaket var samlet 7,3% (Narvik 7,5%, Harstad 6,5%, dagkirurgi Tromsø 7,3% og heldøgnskirurgi Tromsø 12,2%). De vanligste årsakene til strykning samme dag er; «overbooking/skiftetid/forsinkelse annen elektiv operasjon», «utsatt pga øyeblikkelig hjelp» og «ikke indikasjon for operasjon».

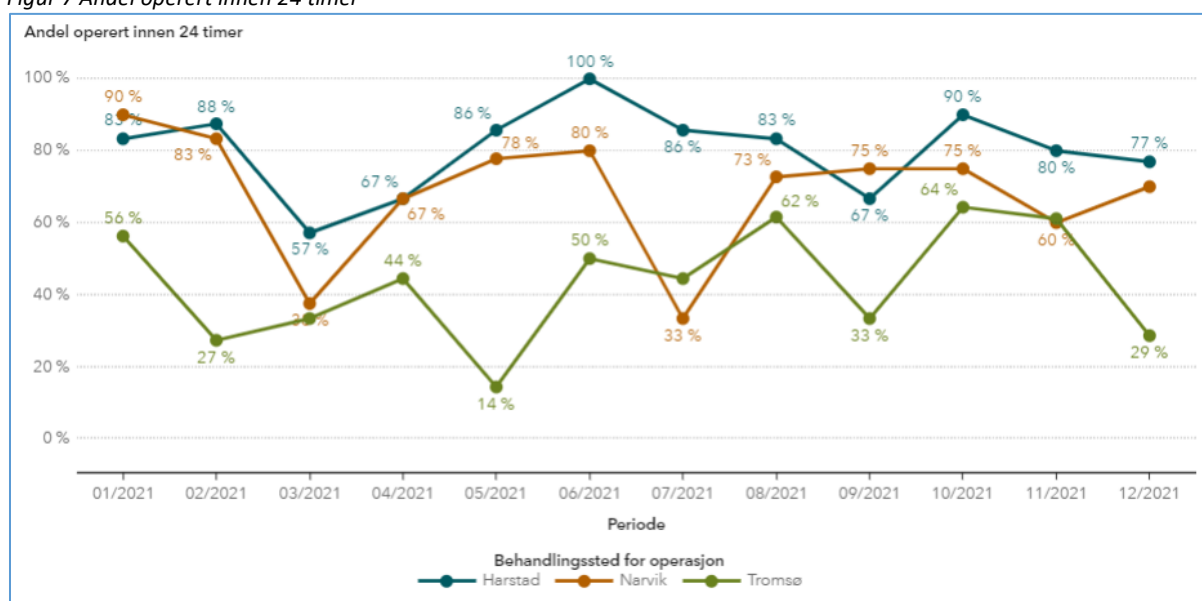
Indikatoren *passert planlagt tid* beskriver antall og andel pasientavtaler som er forsinket i forhold til tidspunkt registrert i pasientdatasystemet. UNN nådde ikke målet om <5% andel passert planlagt tid i 2021 (for heldøgns- og dagkirurgipasienter). Utbruddet av covid-19, spesielt i siste del av 2021 og perioder med lav anestesilegedekning førte til økte ventetider og passert planlagt tid spesielt i første halvdel av 2021. Tabell 3 viser andel passert planlagt tid for heldøgns- og dagkirurgipasienter.

Tabell 3 Andel passert planlagt tid per 31.12.21 (for heldøgns- og dagkirurgipasienter)

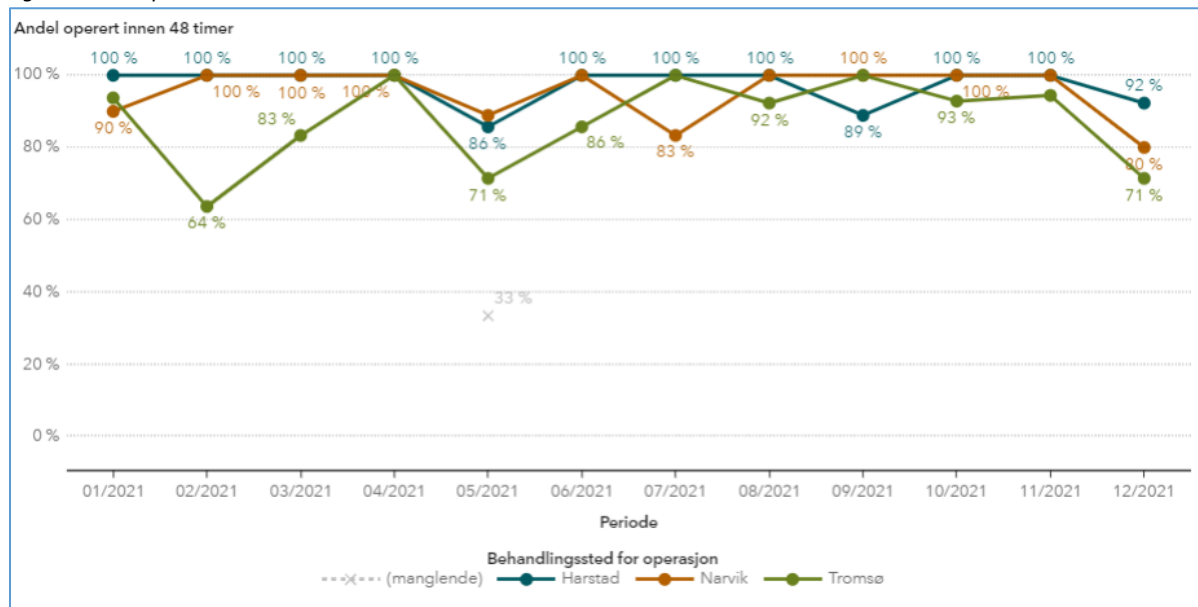
Omsorgsnivå	Andel passert planlagt tid
Heldøgn	25,4 %
Dagkirurgi	25,3 %

Helse Nord har utviklet målekort for monitorering av måloppnåelse knyttet til operasjon for hoftibrudd. Figur 7 og 8 viser resultat innen henholdsvis 24 og 48 timer.

Figur 7 Andel operert innen 24 timer



Figur 8 Andel operert innen 48 timer



Fra klinikkens LGG er det løftet at UNN gjennom 2021 har hatt betydelige utfordringer med å ivareta vår eiers forventninger til andelen pakkeforløp innenfor standardisert forløpstid. Det har vært innhentet erfaringer fra andre sykehus der disse kravene ivaretas gjennom en dynamisk tildeling av operasjonskapasitet til kreftkirurgi på tvers av klinikker og fagområder.

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Dynamisk prioritere operasjonskapasiteten slik at UNN overholder eiers forventninger til andelen pakkeforløp innenfor standardisert forløpstid.	OPK Opererende klinikker	Kontinuerlig
Øke tilgjengelighet til anestesi og operasjon gjennom bedre preoperativ planlegging, samt flytting av inngrep fra døgn til dag og til poliklinikk.	OPK Opererende klinikker	Kontinuerlig

Personvern og informasjonssikkerhet

Mål og planer:

Tiltak LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Gjennomgå avtaler som innebærer overføring av personopplysninger fra UNN til USA.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21	
Ferdigstille protokoll over behandling av personopplysning.	Forsknings- og utdanningssenteret E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	31.7.21	
Styrke rapportering til UNN-ledelsen (4/år) og styret (4/år).	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21	
Ny gjennomføring av obligatorisk informasjonssikkerhetskurs for alle ansatte (mål om 90%). Bevisstgjøring inkl. også passordbruk.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21	
Gjennomføre Nasjonal sikkerhetsmåned årlig- første gang i oktober 2021.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.21	

Gjennomført og evaluert for 2021:

Arbeidet med å gjennomgå databehandleravtaler og verifisere om personopplysninger lagres i tredje land uten nødvendige garantier for personvern ble startet, og vil fortsette i 2022.

Handlingsplan for å lukke avvik etter Helse Nord RHF's internrevisjonsrapport 07/20 «*Behandling av personopplysninger i Universitetssykehuset Nord-Norge HF*» ble utarbeidet og vedtatt.

Gjennomføring av handlingsplanen ble påbegynt høsten 2020 og var planlagt ferdigstilt juni 2021. Tiltakene ble gjennomført, men i løpet av arbeidet kom det fram at forvaltning av protokollen og kvalitetssikring av innhold var større enn først antatt. Arbeidet videreføres i 2022.

Handlingsplan for å lukke avvik i Riksrevisjonens rapport «*Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer*», ble ferdigstilt desember 2020. Rapporten ble styrebehandlet 17. mars 2021 og det ble vedtatt å rapportere fire ganger årlig på status for informasjonssikkerhet i UNN. Av de tolv hovedområdene er de alvorligste avvikene lukket. Det gjenstår noen tiltak av mer alvorlig grad. Disse avhenger av leveranser fra delprosjektene *Helhetlig informasjonssikkerhet, identity and access management (IAM) og Privilege Access Management (PAM)* i Helse Nord IKTs, samt prosjektet *Sterk autentisering*. Prosjektene har planlagt leveranser i løpet av 2022.

Sikkerhetskulturen i UNN ble høsten 2021 kartlagt gjennom spørreundersøkelsen *Digital sikkerhetskultur*. Totalt besvarte 40% av medarbeiderne undersøkelsen. Resultatene fra undersøkelsen og tiltak ble lagt frem for Direktørens ledergruppe i februar 2022 og følges opp på samme måte som ForBedringsundersøkelsen. Tiltak for bevisstgjøring av ansatte og holdninger om digital sikkerhet vil inngå i revidert handlingsplan for informasjonssikkerhet. UNN vil gjenta kampanjen *Sikkerhetsmåned* i oktober 2022.

Det var i 2021 flere større avvik relatert til sårbarheter og angrep mot IKT-infrastrukturen i Helse Nord. UNN og Helse Nord IKT ble varslet om disse av blant annet HelseCERT (helse- og omsorgssektorens nasjonale senter for cybersikkerhet). Tiltak for sårbarhetene er iverksatt og i stor grad lukket. Gjenstående arbeid videreføres til 2022

Styringssystemet for informasjonssikkerhet på foretaksnivå er ikke ferdigstilt. Det er utarbeidet forslag til lokale prosedyrer for Personvern og informasjonssikkerhet. Arbeidet med å implementere nye/oppdaterte prosedyrer for styringssystemet for informasjonssikkerhet på foretaksnivå i UNN videreføres i 2022.

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utvikle nye/oppdaterte rutiner og prosedyrer på foretaksnivå i UNN for Felles styringssystem informasjonssikkerhet DS6121.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.22
Revidere Handlingsplan for informasjonssikkerhet i UNN.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.4.22
Gjennomføre sikkerhetsmåned i oktober 2022.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.11.22
Gjennomføre sikkerhetstest i samarbeid med de øvrige foretakene i Helse Nord.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.7.22
Gjennomgå avtaler som innebærer overføring av personopplysninger fra UNN til USA.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.22
Ferdigstille protokoll over behandling av personopplysninger.	Forsknings- og utdanningssenteret E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	30.6.22

Ferdigstille applikasjonsoversikt for UNN.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.22
--	--	---------

Smittevern

Mål og planer:

Tiltak LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Følge opp den nasjonale « <i>Handlingsplan for et bedre smittevern</i> » (jf tiltak fra klinikknivå om åpningstid).	Klinikker Smittevernssenteret	1.12.21	
Innskjerpe lederoppfølgingen av kravet om å redusere bruken av bredspektret antibiotika.	Administrerende direktør Klinikker	1.10.21	

Oppdragsdokument

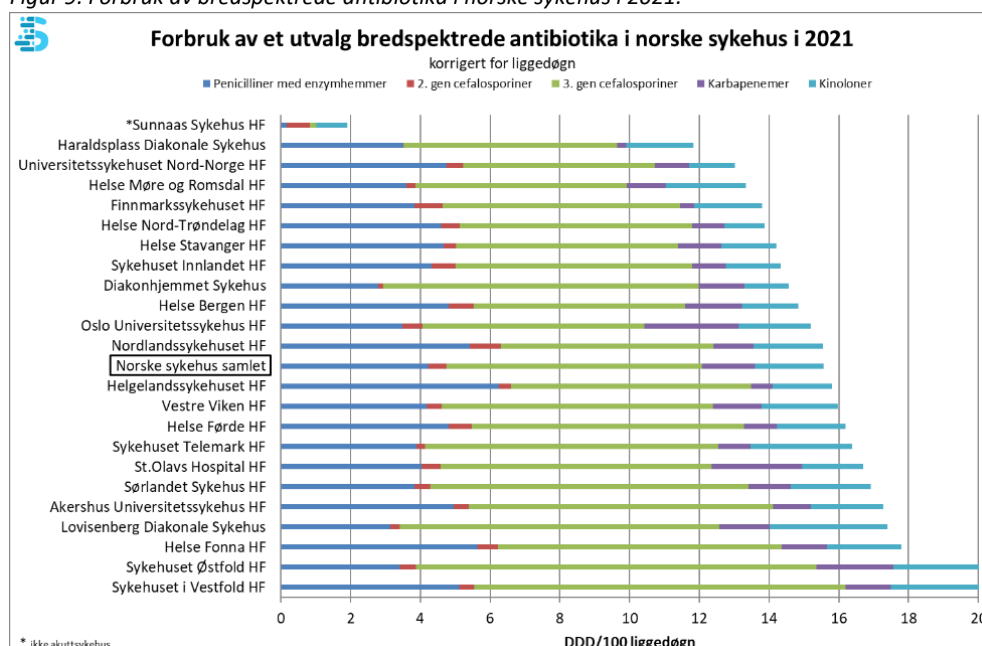
- I samarbeid med Norsk Helsenett legges til rette for at «En vei innløsningen/melde.no» tas i bruk i virksomhetene for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner.
- Redusere bredspektret antibiotikabruk med 30 % sammenlignet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.

Gjennomført og evaluert for 2021:

Helse Sør-Øst koordinerer et nasjonalt arbeid i foretakene med å ta i bruk felles meldesystem for uønskede hendelser («En vei inn/melde.no»). UNN har sammen med Nordlandssykehuset deltatt i den nasjonale arbeidsgruppen. Arbeidet videreføres i januar 2022.

Den nasjonale handlingsplanen for antibiotikaresistens i helsetjenesten har som krav at alle foretak skal redusere samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 med 30% sammenlignet med 2012. UNN hadde i 2021 redusert forbruket av bredspektret antibiotika med 9% sammenlignet med 2012. Det bemerkes at UNN gjennom hele virketiden for handlingsplanen har vært blant sykehusene med lavest forbruk. I 2021 var UNN det tredje beste helseforetaket nasjonalt (Figur 9). Potensialet til å redusere forbruket har derfor vært lavere i UNN enn i sammenlignbare helseforetak. Arbeidet følges tett av antibiotikateam og har god forankring blant helsepersonell og ledere i UNN.

Figur 9. Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2021.



I oktober 2019 utga Helse- og omsorgsdepartementet «Handlingsplan for et bedre smittevern», med mål om å redusere helseassosierte infeksjoner i perioden 2019-2023, og bedre organisering og struktur av smittevernet i Norge. Som del av arbeidet utarbeidet Folkehelseinstituttet i 2021 rutiner og et nasjonalt verktøy for observasjon av smitteforebyggende tiltak i helsetjenesten.

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Sette i system et program for overvåking av hvordan anbefalinger for håndhygiene blant helsepersonell etterleves, samt gjennomgå og evaluere håndhygienefasiliteter.	Smittevernssenteret Klinikker	31.12.22

Miljøledelse - Grønt sykehus

Mål og planer:

Tiltak LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Alle relevante kvalitetsmål og gevinstrealiseringstiltak merkes med miljøetikett etterhvert som styringshjulet implementeres.	Klinikker og senter	1.2.22	
Forbedringsområdene i egenvurderingene for ytre miljø følges opp regelmessig av miljøkontakter og KVAM.	Klinikker og senter	Årlig	
Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.	Drifts- og eiendomssenteret	1.6.22	

Andre relevante forhold

- Det er utgitt et nasjonalt rammeverk for spesialisthelsetjenesten - Felles mål og føringer. *Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten.*
- Det er lansert en felles delstrategi for klima og miljø i Helse Nord, som viderefører nasjonale miljømål og føringer.
- UNNs miljørevisjon 2021 ble utsatt grunnet utbruddet av covid-19 til 2.3.22.

Gjennomført og evaluert for 2021:

Alle klinikker og senter har miljøkontakter. Miljøkontaktene skal bidra til oppfølging av forbedringsområdene i klinikkens og sentrenes egenvurderinger for ytre miljø. Det ble i 2021 avholdt fire møter for miljøkontaktene. I tillegg fikk nyvalgte kontakter individuell opplæring. Aktiviteten vil i 2022 intensiveres ved implementering av nytt felles regionalt ledelsessystem for miljø og implementering av felles nasjonale miljømål.

Det ble i 2021 arbeidet med tilpasning av rammeverket rundt nytt felles miljøstyringssystem. Utvikling av nye miljømål og ny miljøstrategi vil bli videreført i arbeidet med felles regionalt miljøstyringssystem. Den praktiske gjennomføringen for felles regionalt miljøstyringssystem fortsetter i 2022. Det har ikke vært avholdt interne revisjoner i 2021 grunnet endring i organisering av HMS-systemansvaret og endrede arbeidsoppgaver som følge av pandemien. Stikkprøver viser at arbeidet med klinikkens miljømål i varierende grad er fulgt opp med mål og tiltak i styringshjulet.

Klinikkene/sentrenes egenvurdering viser at vi har forbedringspotensiale i oppfølgingen av miljøarbeidet, jf tabell 4. Forbedringsområdene er: *Regelmessig oppfølging av miljøtiltak i leder-Kvammøter, meldekultur miljøavvik, vernerunder, avfallshåndtering og oppfølging av stoffkartotek.*

Tabell 4 Klinikkene/sentrenes egen vurdering av etterlevelse av krav til ytre miljø²

Etterlevelse av krav til ytre miljø på klinikk- og senter-nivå.	UNN totalt	AKUTT	BUK	DES	DIAG	DIR/Stab/ADM	HILK	OPIN	NOR	NK	KAK	PHRK	Fag og kvalitet	ØAS	Fors/utd.	E-Helse, S- I.	Personal	Kommunikasjo
Er det opprettet miljømål for klinikk/senter?	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Rød	Grå	Grå	Grå	Grå
Er ytre miljø ivarettatt i samhandlingsavtaler?	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå
Følges lovkrav, forskrifter og prosedyrer som ivaretar hensyn til ytre miljø for egen drift?	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå
Tas det hensyn til miljø ved egne innkjøp?	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå
Er ytre miljø tema i ledermøter, KVAM, personalmøter?	Grå	Rød	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå
Kvalitetsplan og årshjul	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Rød	Grå	Grå	Grå	Grå
Er merknader fra tilsyn og revisjoner lukket	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå
Miljøavvik	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå
Vernerunder	Grå	Grå	Grå	Rød	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå
Avfallshåndtering	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå
Stoffkartotek	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå
Beredskap	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå
Strålevern	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå	Grå

Utbruddet av covid-19 har påvirket driften av foretaket også i 2021 og dermed også resultatene av miljøindikatorer. Tabell 5 viser oversikt over resultater.

Utslipp av klimagasser fra virksomheten ved UNN økte med 16 % fra 2020. Utslipet for 2021 er likevel 11 % lavere enn for 2019. Sammenlignet med 2019 hadde UNN et høyere totalt energiforbruk i 2021, men det spesifikke energiforbruket (energiforbruk per kvadratmeter areal) falt. Sammenlignet med 2020 var den største økningen innen transport bruk av leiebil til tjenestereiser (97 %) og pasientreiser med bruk av rutegående båt (117%). Grunnet vesentlig færre tjenestereiser utenlands falt det totale antallet reiste kilometer. Driften av UNN har generert mindre avfall på de fleste områder, et unntak er risikoavfall som har økt betydelig.

² Grå felt er vurdert til ikke aktuelt

Tabell 5 Oversikt over resultater fra overvåkning og målinger av miljøstrategi UNN HF

Miljømål/ Indikator	%	Vurderinger og kommentarer
Redusere CO2 utslippet med 3 % årlig (direkte påvirkninger).	10 %	Økning fra 2020. Særlig økning i transport og totalt forbruk av energi.
Redusere energiforbruket med 3 % årlig Kwh pr m ² .	-4,5 %	Tiltak vedrørende energiledelse er under planlegging.
UNN skal ha kontroll på vannforbruket ved å gjennomføre faste målinger.	-10,6%	Vannforbruket avleses manuelt pr kvartal. Detaljert statistikk pr bygg kan hentes ut av HN-LIS eller E-save.
Redusere pasientreiser med 3 % årlig i reiste km.	9,4%	Økning på alle områder foruten fly innenlands hvor det er en reduksjon på 4 %.
Video- og telefonkonsultasjoner skal øke til minst 20% for alle polikliniske konsultasjoner.	12,4%	Andel video- og telefonkonsultasjoner i UNN i 2021.
Redusere ansattreiser med 3 % årlig.	-2,3 %	Økning i alle tjenestereiser utenom med fly utenlands hvor det er en ytterligere reduksjon fra 2020 på 37 %.
Andel sortert avfall skal øke med 3 % årlig.	-8 %	Det er oppnådd en lavere sorteringsgrad, men også levert mindre avfall totalt.
Miljøavvik.	-14 %	Av 199 meldte miljøavvik ble 38 vurdert til reelle miljøavvik for 2021. Det er 6 færre enn i 2020.

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Implementere nye felles miljømål for spesialisthelsetjenesten.	Klinikker og senter	1.10.22

Beredskap

Mål og planer:

Tiltak LGG 2020	Ansvarlig	Frist
Ferdigstille IKT-beredskapsplan for UNN.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.6.21
Ferdigstille plan for radioaktive og nukleære hendelser.	Akuttmedisinsk klinikk	1.7.21
Delta i pilot som skal utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret (ledes av Helse Nord RHF).	Akuttmedisinsk klinikk	31.12.21

Gjennomført og evaluert for 2021:

Plan for massetilstrømning, Pandemiplan for covid-19 og Plan for IKT svikt ble revidert. Plan for radioaktive og nukleære hendelser ble ajourført og revidert med fokus på anløp av reaktordrevet fartøy og lokale kilder. Revidering av generell pandemiplan er under arbeid og videreføres i 2022. Arbeidet med forbedring av øvrig planverk fortsetter også i 2022. Overgang til nytt varslingsystem er gjennomført.

Utbruddet av covid-19 har medført at det ikke har vært mulig å gjennomføre større øvelser i 2021.

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Systematisere og koordinere revisjon og vedlikehold av beredskapssystemene.	Akuttmedisinsk klinikk	1.12.22
Implementere kompetanseplaner om beredskap (RL9771) for ansatte/leder og kriseledelse.	Klinikker	1.9.22
Implementere plan for evaluering kriseledelse (PR57505).	Akuttmedisinsk klinikk	1.9.22
Revidere årshjul for øvelser.	Akuttmedisinsk klinikk	1.6.22
Gjennomgå lokale beredskapslager.	Akuttmedisinsk klinikk	31.12.22

Utarbeide plan for hvem i UNN som skal sikkerhetsklareres og hvordan graderte dokumenter skal behandles / oppbevares i UNN, i forbindelse med totalforsvaret.	Akuttmedisinsk klinikk E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.6.22
---	--	--------

Øvrige forhold utenom overnevnte hovedområder

Mål og planer:

Tiltak LGG 2020	Ansvarlig	Frist	
Ferdigstille utarbeidelse av prosedyrer for gode overganger fra barnemedisin til voksenmedisin. Arbeidet ledes av BUK. Prosedyrene skal utarbeides i samarbeid med ungdomsråd UNN og øvrige klinikker.	Klinikker	1.10.21	

Gjennomført og evaluert for 2021:

BUK har ledet arbeidet der prosedyrer for gode overganger er utarbeidet, og disse ble sendt på høring til Ungdomsrådet september 2021. Alle prosedyrer skal ferdigstilles og publiseres innen 1.5.22. Barne- og ungdomsklinikken har invitert mottakende klinikker og brukere til workshop 1.4.22. Hovedbudskapet blir å drøfte problemstillinger rundt overganger fra barne- til voksenmedisin. Det planlegges å gjennomføre slik workshop årlig.

Flere forhold ble løftet fra klinikkene til LGG på foretaksnivå. Tiltakene er i hovedsak omtalt under det aktuelle hovedområdet i dokumentet over. Tiltak som ikke lot seg innplassere i et eksisterende hovedområde er beskrevet under:

Anbefalinger til 2022:

Tiltak	Ansvarlig	Frist
Utarbeide reviderte rutiner for hvordan avdelingene kan gjennomføre brukerundersøkelser.	E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret	1.12.22
Etablere et program for å bedre tilgjengelighet på poliklinikkene i UNN.	Klinikker og senter	1.6.22



STYRESAK

Styresak:	51/2022
Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2022/33-5
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

Orienteringssaker til styremøte 23.05.2022

Innstilling til vedtak

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

1. Pusterom for kreft ved UNN – *mundlig*
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*
5. Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF - *skriftlig*
6. Orientering om rehabiliteringstilbudet ved UNN - *skriftlig*

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 13.05.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2022/37-9
Saksbehandler:	Lars Øverås

Orientering om UNNs oppfølging av bestilling i foretaksmøtet 6. april 2022

Bakgrunn

Styret ba i styremøtet 28.04.2022 under behandling av ST 35/22 *Kvalitets og virksomhetsrapport for mars* direktøren om å få en orientering på UNNs oppfølging av oppdraget gitt til UNN i foretaksmøtet 6. april d.å.

Vedtaks punktet var som følger:

- 2. Styret viser til oppdraget gitt til UNN i foretaksmøtet 6. april og ber om en oppfølging av dette i neste styremøte.*

Formål

Formålet med saken er å følge opp vedtaket og gi styret en orientering på rapporteringen gitt til foretaksmøtet.

Saksutredning

Viser til vedlagte rapport, sendt Helse Nord RHF 10.05.2022.

Vurdering

Rapporten viser at det ikke er utarbeidet nok tiltak i forhold til den omstillingen UNN står ovenfor. Månedsverkene skal ned ytterligere 168 i forhold til prognosen for de tre neste måneder. Rapporteringene blir tatt opp hver måned fremover med forbedringer og eventuelle nye tiltak for å nå målene. Denne oppdaterte rapporteringen vil legges ved den månedlige kvalitets- og virksomhetsrapporten hvor regnskapstallene, månedsverkene og tiltaksoppfølgingen er oppdatert.

Tromsø, 13.05.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



Vedlegg:

- Rapportering Helse Nord RHF 10.05.2022

Rapportering april UNN

10. mai 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 april

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 PSI i Tromsø. Likevel er det en økning i utskrivningsklare døgn på 1 960 som er en økning på 46% i forhold til samme periode i 2019. Det jobbes med å holde aktiviteten oppe, samtidig som liggetiden pr pasient skal ned.

Tabell 1: Liggedøgn

Klinikk (tall i hele 1 000)	Liggedøgn	Plantall	2019	Avvik vs plan	Avvik vs 2019	Endring USK 22vs19
Akuttmedisinsk klinikk	4 225	4 805	4 598	-581	-373	
Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken	29 286	31 523	31 079	-2 237	-1 792	227
Hjerte- og lungeklinikken	17 643	18 834	17 854	-1 191	-211	254
Medisinsk klinikk	24 974	25 146	29 009	-173	-4 035	716
Barne- og ungdomsklinikken	5 717	6 942	6 590	-1 225	-873	15
Operasjons- og intensivklinikken	7 697	7 890	15 752	-8 056	-194	
Nevro-, ortopedi og rehabiliterings klinikken	29 193	29 938	27 641	-745	1 552	1 186
Psykisk helse- og rusklinikken	43 771	43 673	43 223	97	547	-438
Totalt	162 505	168 752	175 747	-6 247	-13 241	1 960

Antall gjennomførte konsultasjoner pr april 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 er det flere konsultasjoner som også ble gjennomført i 2019 som gir DRG-poeng. Et eksempel på dette er samarbeidsmøter. Tabell 2 viser utviklingen av konsultasjoner mot plan og 2019.

Tabell 2: Konsultasjoner

Klinikk (tall i hele 1 000)	Konsultasjoner	Plantall	2019	Avvik vs plan	Avvik vs 2019
Akuttmedisinsk klinikk	3 554	7 057	3 537	-3 503	17
Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken	22 109	24 450	21 358	-2 341	751
Hjerte- og lungeklinikken	4 869	4 635	4 285	234	584
Medisinsk klinikk	13 216	12 296	11 859	920	1 357
Barne- og ungdomsklinikken	16 611	12 208	15 428	4 403	1 183
Operasjons- og intensivklinikken	681	442	433	239	248
Nevro-, ortopedi og rehabiliterings klinikk	49 886	50 419	47 851	-533	2 035
Psykisk helse- og rusklinikken	27 318	26 998	25 918	320	1400
Totalt	138 273	138 506	130 879	-233	7 394

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
Bemanning				
Her enheten gjennomgått egne bemanningsplaner?	211	205	6	0
Er det etablert lokale rutiner for bemanningsplanlegging?	209	182	11	16
Har leder kontroll og ansvar for bemanningsplanleggingen?	212	212	0	0
Er det samsvar mellom bemanningsplanene og arbeidsplanene?	211	179	22	10
Er planlagt og faktisk arbeidstid for alle ansatte lagt inn i GAT?	223	215	7	1
Er det etablert bruk av trafikklys for prioriteringsliste ved stor belastning?	115	46	34	35
Er antall månedsverk tatt ned til 2019 nivå med unntak av nye stillinger som har særskilt finansiering?	209	160	24	25
Brukes stillingsarkene til å bemanne i henhold til budsjett?	226	192	15	19
Minimalisere bruk av innleie og overtid				
Er sjekkliste før innleie tatt i bruk?	122	92	20	10
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?	96	57	21	18
Er det sikret lederstyring av overtidsbruk i henhold til UNNs rutiner?	223	219	3	1
Vurderes det fortløpende om pasienthotellet brukes optimalt	80	72	4	4
Er ferieplanene ferdigstilt innen 1.4.22	229	186	34	9
Følges det opp systematisk at det er budsjettdekning før utlysning og ansettelse?	224	220	3	1
Er det kontroll med at kun leder kan godkjenne innkjøp?	228	220	7	1
Poliklinikkdrift				
Er det iverksatt ukentlig rydding av ventelister, jf. RL7233?	73	44	23	6
Er alle pasienter med ventetid >365 dager avvirket?	67	43	17	7
Hvis nei på spørsmålet over, er det laget milepælsplan for å avvike de langtidsventende?	33	7	15	11
Er det etablert rutiner for opplæring og oppfølging av leger som vurderer henvisninger, for å sikre enhetlig praksis?	79	48	20	11

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

4. Månedsverk

Pr april er antall månedsverk i klinikkene 448 flere enn i 2019. I perioden er det tilført 224 stillinger, mens 39 stillinger er avgitt. Målet er derfor å redusere differansen mellom avvik og tilførte/avgitte stillinger. Nedgangen skal derfor være 262 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 høye forbruk av vikarer og overtid hittil i år. Alle klinikkene har rapportert inn hvor mange månedsverk de skal ha i mai, juni og juli. Når dette nedtaket er gjort er det fremdeles et overforbruk på 168 månedsverk. Også denne vil rapporteres månedlig og fra neste måned vil den vise nedtakene ut året.

Tabell 5: Månedsverk

Månedsverk	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	Avvik 1. juli
Akutt	653	600	29	25	48	634	634	639	35
K3K	668	634	19	12	27	658	650	650	9
HLK	402	313	60	-	29	402	402	392	19
MK	615	585	-	-	30	605	595	585	0
BUK	419	390	16	1	15	405	405	405	1
OPIN	631	580	-	-	51	631	622	622	42
NOR	867	779	58	1	31	867	867	867	31
PHRK	991	950	43	-	2	991	991	991	-
DK	610	576	-	-	34	609	606	610	34
Totalt	5 855	5 407	224	39	262	5 802	5 772	5 761	168

På samme måte som månedsverkene rapporteres bruken av innleie. Hittil i år er det forbrukt 13,9 mill kroner i innleie gjennomsnittlig hver måned. Tabell 5 viser nedtaket i mai, juni og juli. Fra neste rapportering vil denne vise reduksjonene ut året.

Tabell 6: Innleie fra byrå

Klinikk	Innleie i snitt pr mnd hia	Innleie mai	Innleie juni	Innleie juli
Akutt	714 991	500 000	400 000	300 000
K3K	1 260 695	1 200 000	1 200 000	1 200 000
HLK	2 615 254	2 500 000	2 400 000	2 300 000
MK	838 255	800 000	800 000	600 000
BUK	142 309	137 000	137 000	137 000
OPIN	5 178 860	4 662 860	4 662 860	4 662 860
NOR	564 157	400 000	400 000	400 000
PHRK	960 969	810 837	810 837	810 837
DK	1 631 281	1 300 000	1 300 000	1 300 000
Totalt	13 906 770	12 310 697	12 110 697	11 710 697

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 7 viser en oppsummering av tiltakene fordelt på klinikk.

Tabell 7: 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
Totalt	80 827	73 784	154 612

De neste tabeller viser tiltaksrapporteringen for hver klinikk. Denne rapporteringen blir fulgt opp månedlig og består av innslagstidspunkt og månedlige effekter. Ved forsinkelse/ikke oppnådde effekter må det utarbeides nye tiltak.

Tabell 10: Hjerte- og lungeklinikken

Nr	Tiltak (tall i 1000 kr)	Beløp	1-5 Risiko vurdering	Beløp vektet	Type tiltak	Effekt pr. 31. mars? (J/N)	Skal tiltaket erstattes (J/N)	Effekt jan - apr	Samlet effekt 2022											
									Mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	SUM			
1	Redusert bemanning leger Hjerte-lunge-kirurgisk avdeling	1900	3	950	Nedbemanning	N	N	0	0	0	0	190	190	190	190	190	190	950		
2	Redusert bemanning sykepleier sengepost Hjerte-lunge-kirurgisk avdeling	700	2	560	Nedbemanning	J	N	187	47	47	47	47	47	47	47	47	47	560		
3	Redusert bruk av fibrinogen ved point of care koagulasjonsutredning	400	2	320	Reduserte driftskostnader	N	J											-		
4	Minimalisert henvisning via HELFO, poliklinisk kardiologi	5760	2	4608	Reduserte driftskostnader	J	N	429	107	107	107	107	107	107	107	107	107	1288		
5	Optimalisere ABP på indremedisinske sengeposter	5500	2	4400	reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	N	N	0	0	0	0	0	183	183	183	183	733			
6	Optimalisere ferieplan leger alle avdelinger	1500	2	1200	reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	N	?											-		
7	Forbedring av diagnose- og prosedyrekoding samt dokumentasjon av kodegrunnlag	4000	1	4000	ISF-økning pga. kodeforbedring	N	N											-		
8	Aktivitetstøknning i lungemedisinsk poliklinikk	500	1	500	ISF-økning pga. økt aktivitet	N	N	0	0	71	71	71	71	71	71	71	71	500		
9	Redusert utstyrskostnad gjennom prisreduksjon anbudprosesser	2100	3	1050	Reduserte lønnskostnader	N	N	0										-		
10	Besette vakante kardiologstillinger med US (midlertidig tiltak 2022)	500	1	500	reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	J	N	167	42	42	42	42	42	42	42	42	42	500		
11	Budsjettjustering sykepleierenhet hjertemedisinsk lab	700	1	700	reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	J	N	233	58	58	58	58	58	58	58	58	58	700		
12	Redusere utdanningskapasitet og bemanning i underordnede skikk (US 2/3)	2400	3	1200	Nedbemanning	N	J											-		
13	Redusere utdanningskapasitet og bemanning med 1 US-stilling kirurgi	1500	1	1500	Nedbemanning	N	N	0						125	125	125	125	500		
14	Redusere bemanning en overlegestilling kardiologi	1700	1	1700	Nedbemanning	J	N	567	142	142	142	142	142	142	142	142	142	1700		
15	Reduserte utstyrskostnader kardiolog	1000	1	1000	Reduserte driftskostnader	N	N	-										-		
Sum totalt		30160		24188				1583	396	467	467	657	965	965	965	965	965	7431		

Tabell 11: Medisinsk klinikk

Tiltak 2022 - Medisinsk klinikk						Samlet effekt 2022														
Nr	Tiltak (tall i 1000 kr)	Beløp	1-5 Risiko vurdering	Beløp vektet	Type tiltak	Effekt pr. 31. mars? (J/N)	Skal tiltaket erstattes (J/N)	Effekt jan - apr	Samlet effekt 2022											
									Mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	SUM			
1	ISF-økning pga. kodeforbedring	12500	2	10000	ISF-økning pga. kodeforbedring	2200	N	2200	850	900	750	750	900	900	850	800	8890			
2	Redusert varekostnader	6000	3	3000	Reduserte driftskostnader	750	N	1000	250	250	250	250	250	250	250	250	3000			
3	Reduserte lønnskostnader	10000	1	10000	reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	0	N	0	600	600	600	600	600	600	600	600	4800			
4	Økte labinntekter	3000	1	3000	Øving inntektøkning	3000	N	4000	0	0	0	0	0	0	0	0	4000			
5	Aktivisert basert bemanningsplanlegging	2100	1	2100	reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	0	N	0	100	100	100	100	100	100	100	100	800			
6	Økt poliklinikk	1900	1	1900	Øving inntektøkning	0	N	0	154	187	123	127	192	185	144	105	1217			
Sum totalt		35900		30000				7200	1954	2037	1822	1827	2042	2035	1945	1855	22716			

Tabell 12: Barne- og ungdomsklinikken

Tiltak 2022 - Barne- og ungdomsklinikken						Samlet effekt 2022														
Nr	Tiltak (tall i 1000 kr)	Beløp	1-5 Risiko vurdering	Beløp vektet	Type tiltak	Effekt pr. 31. mars? (J/N)	Skal tiltaket erstattes (J/N)	Effekt jan - apr	Samlet effekt 2022											
									Mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	SUM			
1	Med-Gen økte poliklinikk inntekter pga økte resurser på overleger	100	1	100	ISF-økning pga. økt aktivitet	N	N	0					20	20	20	20	20	100		
2	Med-Gen økte labinntekter pga ny maskin NIPT som kan ta andre analyser	190	1	190	ISF-økning pga. økt aktivitet	N	J	0										-		
3	BUA - Tjenesteplaner leger	1000	3	500	reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	N	N	0							83	83	83	333		
4	BUA - forbruksstyrer- medikamenter	500	1	500	reduserte driftskostnader	J	N	167	42	42	42	42	42	42	42	42	42	500		
5	BUA - personalkostnader	3500	3	1750	reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	N	N	0	146	146	146	146	146	146	146	146	146	1167		
6	BUA - økt antall Tidlig hjem konsultasjoner	55	1	55	ISF-økning pga. økt aktivitet	N	N	0	7	7	7	7	7	7	7	7	7	55		
Sum totalt		5345		3095				167	194	194	194	194	298	298	298	298	298	2155		
Nye tiltak som erstatter urealistiske/økt omstilling						Samlet effekt 2022														
Nr	Tiltak (tall i 1000 kr)	Beløp	1-5 Risiko vurdering	Beløp vektet	Type tiltak	Effekt pr. 31. mars? (J/N)	Skal tiltaket erstattes (J/N)	Effekt jan - apr	Samlet effekt 2022											
									Mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	SUM			
1	BUA - redusert 0,2 bistilling	233	1	233	Nedbemanning	N	N	0					19	19	19	19	19	117		
2	KL-ledelse klinikkoverlegestilling vakant	1271	1	1271	reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	J	N	424	106	106	106	106	106	106	106	106	106	1271		
3	Kvalitetsrådgiver i permisjon 4 mnd	220	1	220	reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	N	N	0	55	55	55	55	55	55	55	55	55	220		
4	0,2 kl rådgiver i redusert stilling	180	1	180	reduserte lønnskostnader - ikke nedbemanning	J	N	60	15	15	15	15	15	15	15	15	15	180		
Sum totalt		1904		1904				484	176	176	195	195	140	140	140	140	140	1788		

Tabell 15: Psykisk helse- og rusklinikken

Nye tiltak som erstatter urealistiske/økt omstilling						Samlet effekt 2022											
Nr.	Tiltak (tall i 1000 kr)	Beløp	1-5 Risiko vurdering	Beløp vektet	Type tiltak	Effekt pr. 31. mars? (J/N)	Skal tiltaket erstattes (J/N)	Effekt jan - apr	Mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	SUM
1	Redusere variabel lønn, og overtidbruk spesielt, gjennom: Planlegging på tvers av enheter, Bruk av sjekklister og trafikklys ved innleie, Reduksjon av innleie som utløser overtid Gjennomgang bemanningsplaner	5 800	2	4 640	Reduksjon lønnskostnader	0			350	450	640	640	640	640	640	640	4 640
2	Redusere bruk av variabel lønn gjennom økt og målrettet arbeid for å redusere sykefraværet	5 800	3	2 900	Reduksjon lønnskostnader	0			200	300	400	400	400	400	400	400	2 900
3	Øke inntekter gjennom økt registrering av poliklinisk aktivitet på døgn og generell kvalitetsikring.	1 450	3	725	Økte inntekter	0			50	75	100	100	100	100	100	100	725
4	Bedre utnyttelse av total døgnkapasitet	300	3	150	Reduksjon lønnskostnader	0			0	0	25	25	25	25	25	25	150
5	Rekruttering og stabilisering av legespesialister	300	3	150	Reduksjon innleie	0			0	0	25	25	25	25	25	25	150
6	Begrense innkjøp og reiser	600	3	300	Reduksjon driftskostnader	0			0	0	50	50	50	50	50	50	300
Sum totalt		14 250		8 865				-	600	825	1 240	1 240	1 240	1 240	1 240	1 240	8 865

Tabell 16: Diagnostisk klinikk

Tiltak 2022 - Diagnostisk klinikk						Samlet effekt 2022											
Nr.	Tiltak (tall i 1000 kr)	Beløp	1-5 Risiko vurdering	Beløp vektet	Type tiltak	Effekt pr. 31. mars? (J/N)	Skal tiltaket erstattes (J/N)	Effekt jan - apr	Mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	SUM
1	Reduserte lønnskostnader (variabel lønn, overtid) Røntgen	1 800	1	1 800		N	J	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
2	Redusert bruk av private røntgentjenester	550	1	550		J	N	368	50	50	25	0	25	25	25	25	593
3	Reduserte innkjøpskostnader (nytt anbud Angio)	2 100	1	2 100		N	N	0	0	150	150	150	150	150	150	150	1 050
4	Avvikle COVID portertstillinger Harstad	1 800	1	1 800		J	N	600	150	150	150	150	150	150	150	150	1 800
5	Oppstart av egenproduksjon PET-radiofarmaka	7 000	1	7 000		N	N	0	0	0	0	1 000	1 300	1 400	1 400	1 400	6 500
6	Reduserte (rådgiverstilling PET)	400	1	400		N	N	0	0	57	57	57	57	57	57	57	400
7	Økte inntekter Klinisk patologi	600	1	600		J	N	690	100	100	75	60	100	100	100	75	1 400
8	Reduserte lønnskostnader (variabel lønn) Klinisk patologi	250	1	250		N	N	0	0	20	20	20	50	50	50	40	250
9	Reduserte driftskostnader (reduksjon gasstransport)	600	1	600		J	N	120	40	40	40	40	40	40	40	40	440
10	Redusere vedlikehold og service MTA	500	2	400		J	N	250	80	80	80	80	80	80	80	80	890
11	Reduserte lønnskostnader (BHM)	500	1	500		J	N	91	23	23	23	23	23	23	23	23	275
12	Økte inntekter Laboratoriemedisin	900	1	900		J	N	50	100	100	100	100	100	100	100	100	850
13	Reduserte driftskostnader (koagulasjon og blodgass)	275	1	275		J	N	91	23	23	23	23	23	23	23	23	275
14	Reduserte lønnskostnader (variabel lønn)	1 250	2	1 000		N	N	50	100	100	100	100	100	100	100	100	850
15	Reduserte driftskostnader (reduert rekvirering)	1 500	2	1 200		N	N	0	0	100	100	100	100	100	100	100	700
16	Reduserte driftskostnader (prøvetakingsutstyr COVID)	938	2	750		J	N	628	25	25	25	25	25	25	25	25	828
17	Reduserte kostnader insulinpumper	1 875	2	1 500		N	J	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Sum totalt		22 838		21 625				2 938	691	#####	968	1 928	2 323	2 423	2 423	2 389	17 101

Nye tiltak som erstatter urealistiske/økt omstilling						Samlet effekt 2022											
Nr.	Tiltak (tall i 1000 kr)	Beløp	1-5 Risiko vurdering	Beløp vektet	Type tiltak	Effekt pr. 31. mars? (J/N)	Skal tiltaket erstattes (J/N)	Effekt jan - apr	Mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	SUM
1	Økte inntekter PET?	1 000	2	800		J			509	70	70	40	40	70	70	70	1 009
2	Medisinerstudenter tas inn som vikarer i US stillinger pga foreldrepermisjon	250	1	250		N			0						80	80	240
Sum totalt		1 250		1 050					509	70	70	40	40	70	150	150	1 249

Tabell 17: Drifts- og eiendomssenteret

Nr.	Avd	Opprinnelige tiltak			Samlet effekt 2022											
		Tiltak (tall i 1000 kr)	Beløp vektet - opprinnelige tiltak	Effekt pr. 31. mars? (J/N)	Skal tiltaket erstattes (J/N)	Effekt jan - apr	Mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	Effekt 2022 (pr 1. mai 2022)	
1	Eiendomsavd	Økte leieinntekter personalboliger	0,90	0,23	N	0,30	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,90
2	Eiendomsavd	Nytt parkeringssystem, mindre manuell adn	0,10	0,03	N	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,10
3	Forsyningsavd	Redusere kontroll faktura (økt bruk av CW)	0,20	-	J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Forsyningsavd	Avtale UiT kompensasjon for bruk av tøy	1,00	-	J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Forsyningsavd	Salg sentralbordtjenester	0,25	-	J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Forsyningsavd	Bytte puter, mindre gjenanskaffelseskost	0,20	0,05	N	0,07	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,20
7	Forsyningsavd	Redusere kontorrenhold	0,10	-	N	-	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,07
8	Forsyningsavd	Justere åpningstid smittevask	0,20	0,05	J	0,07	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,20
9	Forsyningsavd	Insourcing renhold Harstad	0,50	0,13	N	0,17	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,50
10	Forsyningsavd	Effektivisering renhold	0,70	-	N	0,23	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,70
11	Forsyningsavd	Redusere matsvinn/overforbruk	1,50	0,38	N	0,50	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	1,50
12	Teknisk avdeling	Økt parkeringsavgift	0,50	0,13	N	0,17	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,50
13	Teknisk avdeling	Effektivisere kundebehandling Planina	1,50	-	N	-	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	1,00
14	Teknisk avdeling	Riktig kostnadsføring prosjekter	1,25	-	N	-	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,83
15	Teknisk avdeling	Redusere innleie driftsoppgaver	0,50	-	N	-	-	-	0,04	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	0,28
16	Teknisk avdeling	Ressursstyring	1,50	-	N	-	-	-	-	-	-	-	0,20	0,20	0,20	0,40
17	Teknisk avdeling	Slå sammen vaktordninger	3,00	-	N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Teknisk avdeling	Effektivisere bruk innleide håndverktøyer	0,50	0,13	N	-	-	-	-	-	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,40
	Alle	Redusere variabel lønn (forbedre arbeidspr	2,00	0,50	N	-	-	-	-	0,15	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	1,35
	Alle	Redusere vikarer (reduert sykefravær, ("tr	1,00	-	N	-	0,04	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,62
	Alle	Økt bruk av avtaler	0,30	0,08	N	0,10	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,30
		Sum totalt	17,70	1,68		1,63	0,69	0,73	0,77	0,92	1,17	1,18	1,38	1,38	9,85	

Nr.		Nye tiltak som erstatter urealistiske/økt omstilling			Samlet effekt 2022											
		Tiltak (tall i 1000 kr)	Beløp vektet	Effekt pr. 31. mars? (J/N)	Skal tiltaket erstattes (J/N)	Effekt jan - apr	Mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	SUM	
1		Vakante stillinger (midlertidig tiltak)		0		0,60	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	4,60
2		Begrensning lurs, reise, innkjøp (midlertidig		0		0,04	0,02	0,03	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	3,09
3		Utsette møbelvask og tekstilomtrekking		0		-	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,16
		Sum totalt		-		0,64	0,54	0,55	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	7,85



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2022/3435-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Orientering om § 3-3-a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Formål

Orientere styret om alvorlige hendelser ved UNN som er varslet til Statens helsetilsyn.

Saksutredning

I perioden 01.01.2022-30.04.2022 har UNN sendt 7 varsler til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3a:

- 4 varsler er overført til Statsforvalter for tilsynsmessig vurdering
- 1 varsel er avsluttet uten tilsynsmessig oppfølging
- 1 varsel følges opp med stedlig tilsyn
- Venter på vurdering fra Helsetilsynet for ett varsel

En kortfattet og anonymisert oversikt over de enkelte varslene er vedlagt.

Vurdering

UNN varsler alvorlige hendelser og følger opp pårørende i tråd med gjeldende regelverk. UNN gjennomgår alvorlige hendelser for å finne forbedringsområder.

Tromsø, 13.05.2022

Anita Schumacher (s.)
Administrerende direktør

Vedlegg

- Oversikt § 3- 3 - a varsler



Hva skjedde	Konsekvens	Møte med pårørende	Status på tilsyn	Vurdering og interne forbedringstiltak
Utfordrende situasjon med boforhold og rus hos pasient i legemiddelassistert rehabilitering.	Ingen alvorlig skade		Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Under intern vurdering
Pasient under poliklinisk behandling i psykisk helsevern begikk selvmord	Død	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Under intern vurdering
Pasient døde etter komplikasjon etter sementering av lårhalsbrudd.	Død	Ja	Avsluttet etter innledende undersøkelser	Sjelden komplikasjon som ikke er mulig å forhindre
Fødsel der barnet ble dårlig og utført katastrofekeisersnitt.	Vurderes på et senere tidspunkt	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Under intern vurdering
Pasient døde med hjertestans prehospitalt. Spørsmål om forsinket transport til sykehus	Død	Ja	Stedlig tilsyn	Under intern vurdering
Tarmskade under operasjon	Forlenget behandlingstid	Ja	Venter på Helsetilsynets tilbakemelding på vurdering av varselet	Under intern vurdering
Pasient med alvorlig somatisk sykdom begikk selvmord	Død	Ja	Oversendt Statsforvalter for videre oppfølging	Under intern vurdering



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2021/10308-6
Saksbehandler:	Bjørn-Yngvar Nordvåg

Orientering om rehabiliteringstilbudet i UNN

Bakgrunn

I brev datert 07.01.2022 (vedlegg 1) sendt til brukerutvalget og styret i UNN skriver Rådet for personer med funksjonsnedsettelse i Troms og Finnmark at de har mottatt bekymringsmeldinger fra brukere ved avdelinger på UNN angående dagrehabilitering. Tilbudet er eksempelvis 14 dagers intensiv dagrehabilitering ved respektive avdeling. Selve kurset er gratis, men bruker må selv betale til og fra reise, opphold på sykehotell og kost. Bare oppholdet på sykehotell - inklusive frokost - beløper seg på kr 6000 for et 14 dagers opphold.

De mener da at dette tilbudet ikke er likeverdig for alle brukere som UNN skal serve og ønsker å vite følgende:

Hva ligger til grunn for dagens praksis og økonomiske dekning for dagrehabilitering, samt at styret ved UNN/Helse Nord tar saken til revurdering og ordningen får en mer brukervennlig tilnærming.

Formål

Formålet med saken er å redegjøre for hvilke økonomiske regler som gjelder for dagrehabiliteringstilbud, samt hvilke dagrehabiliteringstilbud som gjennomføres i regi av Rehabiliteringsavdelingen ved UNN.

Saksutredning

Behandlingstilbud

Rehabiliteringsavdelingen i UNN har døgndrift ved UNN Harstad og Tromsø, samt poliklinisk virksomhet ved alle tre lokalisasjoner. Det er fysikalskmedisinsk poliklinikk, og poliklinikk drevet av fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og sosionom. Avdelingen har også ansvaret for å arrangere ulike lærings- og mestringkurs i samarbeid med alle klinikker i UNN. LMS-kurs er av 1-3 dagers varighet avhengig av kursets innhold/målgruppe. I tillegg tilbud om dagrehabilitering for ulike pasientgrupper, og med forskjellig varighet.

Dagrehabiliteringstilbud med varighet 10 dager:

- Pasienter med ny-diagnostisert revmatologisk sykdom,
- Pasienter med komplekse neurologiske problemstillinger
- Pasienter med langvarige bekken- og underlivssmerter

Dagrehabiliteringstilbud med varighet 7 dager:

- 7-dagers gruppebehandling for pasienter med rygg- og nakkeplager

For fullstendig oversikt over behandlingstilbud i regi av Rehabiliteringsavdelingen, se vedlegg 2. I denne redegjørelsen er behandlingstilbud formidlet via Regional vurderingsenhet som gjennomføres av private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med Helse Nord ikke tatt med.

Økonomiske forhold

Reglene for dekning av reise og opphold som blir praktisert for dagrehabiliteringstilbudene, er beskrevet i vedlegg 3: *Garanti for opphold ved behandling over flere dager ved UNN HF (skjema utarbeidet av Pasientreise basert på Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 jfr. pasientreiseforskriften § 12 tredje ledd)*

Skjemaet skiller mellom seriebehandling og kurs over 5 dager, hvor seriebehandling dekkes etter en høyere sats (kr 1245) enn kurs inntil 5 dager (kr 631). Skjemaet skiller også på type seriebehandling ved Helse Nord's helseforetak, hvor det for UNN står strålepasienter, mens de andre foretakene har alle slags seriebehandling som dekningsområde. Tekst i skjemaet er: *Helse Nord garanterer med dette for overnatting kr. 1245,- pr. døgn (2022) jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 jfr. pasientreiseforskriften § 12 tredje ledd, overnatting som alternativ til reise ved seriebehandling (inkl. strålebehandling).*

Vurdering

Dagrehabiliteringstilbudene ved UNN med varighet 7 eller 10 dager er for pasienter fra hele helseregionen. Slik reglene for dekning av oppholdsutgifter er utformet, fremstår ikke tilbudene som likeverdige for befolkningen i hele helseregionen. Dette fordi dagrehabiliteringstilbud ut over 5 dager ved UNN havner i kategorien *kurs* som gir lavere dekning av oppholdsutgifter, da det for UNN er spesifisert at garantien ved slik seriebehandling kun gjelder strålebehandling og ikke andre behandlingstilbud med varighet over 5 dager.

Konklusjon

Saksutredningen har vist at problemstillingen knyttet til dekning av utgifter ved overnatting i pasienthotellet for pasienter som gjennomfører dagrehabilitering / behandling ut over 5 dager (seriebehandling) har ulik praksis i Helse Nord. UNN ser at dette er en problemstilling som bør løftes opp til regionalt nivå for å sikre et likeverdig dagtilbud for alle i Helse Nord uavhengig av bosted og økonomi.

Tromsø, 13.05.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



Vedlegg

1. Henvendelse fra Rådet for personer med funksjonsnedsettelse i Troms og Finnmark vedr. Dagrehabiliteringstilbud ved HF Nord/UNN. Bekymring
2. Oversikt over rehabiliteringstilbud som gis i regi av Rehabiliteringsavdelingen i UNN, alle lokalisasjoner
3. Garanti for opphold ved behandling over flere dager ved UNN HF
4. Rehabiliteringskapasiteten andre regioner/ pandemien



Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Dato: 07.01.2022

Dok.nr: 21/00112-23

Deres ref:

Saksbehandler: Alesia T. Andreassen

Dagrehabiliteringstilbud ved HF Nord/UNN. Bekymring

Rådet for personer med funksjonsnedsettelse i Troms og Finnmark har mottatt bekymringsmeldinger fra brukere ved avdelinger på UNN angående dagrehabilitering. Tilbudet er eksempelvis 14 dagers intensiv dagrehabilitering ved respektive avdeling. Selve kurset er gratis, men bruker må selv betale til- og fra reise, opphold på sykehotell og kost. Bare oppholdet på sykehotell - inklusive frokost - beløper seg på 6000kr for et 14- dagers opphold.

Ved slike forhold mener vi at dette rehabiliteringstilbudet ikke er likeverdig for alle brukere som UNN skal serve. Selv om en bruker kunne hatt meget god effekt av rehabiliteringen, forbeholdes dette nå eksklusivt for de brukerne som bor i nærheten av UNN, som kan ta bussen til og fra og bo hjemme eller har god inntekt. Skeivfordelingen rammer brukere som er kronisk syke med en prøvet økonomi.

Rådet for personer med funksjonsnedsettelse i Troms og Finnmark fylkeskommune ønsker å vite hva som ligger til grunn for dagens praksis og økonomisk dekning for dagrehabilitering, samt at styret ved UNN/Helse Nord tar saken til revurdering og ordningen får en mer brukervennlig tilnærming.

Med hilsen

Tom Erik Forså
fung. leder i rådet

Alesia T. Andreassen
Rådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Mottakere:
HELSE NORD RHF
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF
UNN Nord Norge

Rehabiliteringstilbudet i UNN

Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk seksjon Tromsø/Narvik

- Poliklinikk
- Ambulant rehabiliteringsteam
- FRM Narvik
- Sengepost inkl terapeuter, 14 senger (3 senger regional funksjon)
- LMS kurs

Regional kompetanseseksjon

- Regional vurderingsenhet (RVE) Formidler behandling til private Rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med Helse Nord
- Regional fag- og forskningsenhet (ReFF)
- Lærings- og Mestringscenteret (LMS)

Fysikalsk- og Rehabiliteringsmedisinsk seksjon Harstad

- Sengepost inkl terapeuter, 11 senger
- Fysioterapi enhet inkludert polikliniske konsultasjoner
- LMS kurs

Fysioterapi seksjon Tromsø

- Fysioterapeut tilbud til inneliggende pasienter UNN Tromsø
- Fysioterapeut dagbehandling, tilbud om kurs og oppfølging
- Polikliniske konsultasjoner
- LMS kurs

Ergoterapi, Logopedi og Sosionom tjenester seksjon Tromsø

- Tilbud til inneliggende pasienter UNN Tromsø
- Polikliniske konsultasjoner
- LMS kurs

Helse I Arbeid

- Polikliniske konsultasjoner
- Gruppebaserte mestringskurs av 2 dagers varighet
- Bedriftstiltak

Rehabiliterings enhet Storslett

- 3 senger
- Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT)

Rehabiliterings enhet Finnsnes

- 6 senger
- Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT)
- Geriatrisk poliklinikk

Habiliteringsseksjon (Tromsø, Harstad og Narvik) – redegjøres ikke for innhold i tjenesten i denne omgang.

Dagrehabiliteringstilbud i UNN

Fysioterapienheten Tromsø

- 10-14 dagers tilbud til pasienter med ny -diagnostisert revmatologisk sykdom
- 10-14 dagers tilbud til pasienter med komplekse nevrologiske problemstillinger
- 10-14 dagers gruppe tilbud til pasienter med langvarige bekken- og underlivssmerter
- Kurs/gruppetrening:
[Aktiv med artrose og Hofte- og kneskole](#)
[Hjerterehabilitering, Tromsø](#)
[Trening for lungesyke](#)

LMS kurs i Tromsø, Harstad og Narvik

- Revmatologiske sykdommer
- SLE/Lupus
- Vaskulittsykdommer
- CFS/ME
- Rygg og nakkesmerter
- Underlivskreft
- Øre-, nese-halskreft
- Prostatakreft
- Hjerneskade
- Hjerneslag
- Multippel sklerose
- Parkinsons sykdom
- Atrieflimmer
- Hjertekurs
- Hjertesvikt
- Astma og Kols
- KOLS
- Sykelig overvekt
- ADHD-ADD-opplæringstilbud for foreldre
- Diabetes type I
- Diabetes type II
- Starthjelp (for foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne eller langvarig sykdom)
- Kreft – veien videre etter sykdom

Fysikalsk medisin og rehabiliterings poliklinikk i Tromsø

- 7-dagers gruppebehandling for pasienter med rygg- og nakkeplager («[ryggskole](#)»)
- Pasienter med senfølger etter COVID trenger et mer intensivt rehabiliteringstilbud for å mestre sine sammensatte plager. Utredning poliklinisk

Fysikalsk medisin og rehabilitering sengepost Tromsø

Amputasjoner

- Rehabilitering medisinsk sengepost Tromsø har tilbud til protesetilpasning:
- Team av lege og fysioterapeut
- Samarbeid med ortopedisk verksted

- Ikke lenger overføring fra andre avdelinger, f.eks karkirurgisk
- Pasienten får tilbud til flere opphold mtp. trening på gange med protese, samt tilpasning og justering av protese.

Helse i Arbeid

- kartlegging og avklaring av kroppslige eller psykiske plager med et særskilt fokus på jobbfungering (individuell oppfølging av psykolog, fysioterapeut, lege, ergoterapeut eller NAV rådgiver etter individuelt behov).
- Bedriftstiltaket er et samarbeid mellom HelseArbeid senter og NAV Arbeidslivssenter, med fokus på helse-fremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplass.
- 2-dagers gruppebasert mestringskurs for pasienter med alminnelige- og sammensatte helseplager
- Dette vil også kunne ivareta pasienter som ikke snakker norsk og derfor ikke kan delta i et gruppetilbud med arbeidsfokus
- Det samme gjelder pasienter med generaliserte smerteplager. Vi henviser flere til rehabiliteringsopphold pga. manglende «LMS/mestringstilbud» (f.eks. fibromyalgi)

Fysikalsk og Rehabiliteringsmedisinsk sengepost Tromsø

- Dagtilbud brukes til videreføring av rehabilitering som er startet i sengeposten, kortere utredninger, eller tverrfaglig oppfølging av tidligere innlagte pasienter. (Etter individuelt behov). Varighet: 1-2 dager

Se nettsiden for UNN og Helse Nord for mer informasjon om tilbudene.

Oppdatert 22.4.22.

GARANTI FOR OPPHOLD VED BEHANDLING OVER FLERE DAGER VED UNN HF

Pasientens navn: _____ F.dato: _____

Adresse: _____

Kommune: _____

Garantien gjelder ikke overnatting i forkant av behandlingens oppstart. Garantien gjelder ikke for ledsager eller pårørende. Behandlende avdeling er ansvarlig for at det ikke skrives ut garanti på feil grunnlag.

Garantien gjelder for perioden: _____

Kryss av for hvilken av pasientgruppene nevnt under pasienten tilhører: (kun ett kryss)

- Finnmarkssykehuset HF, seriebehandling eller fødende
- Nordlandssykehuset HF, seriebehandling eller fødende
- Helgelandssykehuset HF, seriebehandling eller fødende
- Strålepasient tilhørende UNN HF med behandling over fem dager
- Påvente av fødsel, pasient tilhørende UNN HF selektert til å føde i Tromsø

- Pasient tilhørende UNN HF, som overnatter én natt etter behandling i stedet for dyr returreise med rekvisisjon

Helse Nord garanterer med dette for overnatting kr. 1245,- pr. døgn (2022) jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 jfr. pasientreiseforskriften § 12 tredje ledd, overnatting som alternativ til reise ved seriebehandling (inkl. strålebehandling).

Gjelder også i forbindelse med retningslinjer fra Helse Nord RHF for kvinner som er selektert til å føde i Tromsø.

NB: Kurs er ikke seriebehandling

- Kursopphold over fem dager, alle helseforetak

Helse Nord garanterer med dette for overnatting etter sats kr. 631,- pr. døgn (2022) jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 jfr. pasientreiseforskriften § 12.

Pasientreiseforskriften §12 regulerer rett til dekning av overnatting. Pasienter som ikke er omfattet av gruppene over søker selv om refusjon på helsenorge.no eller i reiseregning.

Skjemaet fylles ut av behandlende avdeling. Er du i tvil, kontakt pasientreiser.

Faktura sendes til det helseforetak pasienten er hjemmehørende i.

Avdeling: _____

Dato og underskrift

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Rehab-kapasitet i UNN sammenlignet med andre regioner

- Forbruksratene for døgnoppholdene og liggedøgn viser at Troms fylke totalt sett har lavere forbruk enn landsgjennomsnittet, men har høyere forbruk av private rehabiliteringsinstitusjoner og lavere forbruk av sykehusopphold sammenlignet med landsgjennomsnittet.
- Forbruket av døgnopphold er lavere i Troms fylke enn de øvrige fylkene i Helse Nord.
- Forbruket av polikliniske konsultasjoner er lavere i Troms enn i Finnmark, men høyere enn i Nordland.
- Beregningene og framskrivningene som er gjort i 2015 ser ut til å stemme noenlunde med dagens situasjon. UNN Tromsø har tre senger til regionale funksjoner dvs. hodeskadepasienter, men i realiteten er det ca. 5-6 senger i bruk til regionale funksjoner til enhver tid. Dette gjør at liggetidene i Tromsø er litt lenger enn i de andre lokalisasjonene og alder på pasientene er litt lavere.
- Belegg på Storslett har gått mer ned enn forventet. Dette muligens på grunn av økt bruk av de private institusjonene som for eksempel Kurbadet (Vigør).

Fakta vedrørende nedtrekk av Rehab i Helse Nord som følge av pandemien

- Det har vært en betydelig nedgang i rehabiliteringsaktiviteten, særlig i de komplekse regionale rehabiliteringstilbudene i 2020 og 2021.
- Sykehusavdelingene i Fysikalsk medisin og rehabilitering har vært hardt rammet av pandemien og har hatt perioder med nedtrekk i sengetall, og flere avdelinger har opplevd omdisponering av både personell og lokaler.
- Avdelinger med Fysikalsk medisin og rehabilitering i akuttisyrkehus har vært til stor hjelp med sin tverrfaglige bemanning og brede medisinske kunnskaper for å bistå de medisinske avdelingene i pandemien. Flere av avdelingene har personell med spesialkompetanse på pasienter med store respiratoriske problemer og har hatt både kompetanse og utstyr til å ivareta disse.
- Det har vært hevdet at sykkeligheten og dermed rehabiliteringsbehovet har vært lavere under pandemien. Men data fra hjerneslagsregistret og det nasjonale traumeregistret og gjennomgang av innleggelser med traumatisk hjerneskadde i 2019-2021 viser imidlertid uendret eller økende antall pasienter.
- Tallene indikerer at Helsedirektoratets prioriteringer ikke er blitt fulgt i Helse Nord. Nasjonale faglige prioriteringer er viktige og nødvendige under kriser og pandemier, og bør inkludere rehabilitering slik som det etter hvert ble utarbeidet under covid-19 pandemien i Norge.
- Det er nå viktig at rehabiliteringstilbudet følges godt opp i etterkant av pandemien og ikke utsettes for ytterligere belastning, men tvert imot prioriteres.
- Det anbefales en oppbygging av sengekapasiteten ved avdelinger i fysikalsk medisin og rehabilitering i akuttisyrkehus både for å dekke befolkningens rehabiliteringsbehov ved akutt sykdom og skade (særlig de mest komplekse regionale tilbudene), og for å sikre en bedre beredskap ved katastrofer og pandemier (bygge opp spesialkompetanse).



STYRESAK

Styresak:	52/2022
Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2022/35-5
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

Referatsaker til styremøte 23.05.2022

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

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 18.05.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN

Tid	Tirsdag 03.05.2022 10.00 – 11.50
Sted	Digitalt TEAMS-møte

Tilstede	<p>Elin Gullhav</p> <p>Grethe Andersen Kristian Bartnes Eva-Hanne Hansen Vibeke Haukland David Johansen Gina Marie Johansen Hilde Annie Pettersen Kvalvik Haakon Lindekleiv Jon Mathisen Tove Cathrine Mack Torni Myrbakk Kate Myreng Bjørn Yngvar Nordvåg Marianne Nordhov</p> <p>Markus Rumpsfeld Eirik Stellander Fredrik Sund Lars Øverås</p>	<p>Fungerende viseadministrerende direktør (<i>møteleder</i>)</p> <p>Drifts- og eiendomssjef Klinikksjef HLK-klinikken Klinikksjef OPIN-klinikken Driftsleder Narvik Klinikksjef Medisinsk klinikk Driftsleder Harstad Kommunikasjonssjef Fagsjef, Senterleder Fag- og Kvalitetssenteret Klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk Hovedverneombud Smittevernoverlege Klinikksjef Diagnostisk klinikk Klinikksjef NOR-klinikken Fungerende Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Senterleder E-helse og IKT Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikk Fungerende Klinikksjef K3K-klinikken Økonomisjef UNN</p>
Forfall	<p>Anita Schumacher Einar Bugge</p> <p>Gøril Bertheussen Terje Olsen</p>	<p>Administrerende direktør Forsknings- og utdanningssjef/fungerende viseadministrerende direktør Personalsjef Leder Brukerutvalget (<i>Ny</i>)</p>
Øvrige	<p>Grete Steinry Åsvang Mette Fredheim Snorre Manskow Sollid Tove Sørensen</p> <p>Oddgeir Strømsnes</p> <p>Odd Arvid Ryan Kristin Jenssen</p>	<p>Avdelingsleder Kvalitetsavd. Pasientsikkerhetskoordinator, Kvalitetsavd. Driftsleder operasjonsvirksomheten i UNN HF Prosjektleder Pasient- og samhandlingstjenester i nord, Helse Nord/HN Delprosjektleder Pasient- og samhandlingstjenester i nord, Helse Nord/HN</p> <p>Pasient- og brukerombud, avd. Tromsø</p>

		Seniorrådgiver Pasient- og brukerombudet, avd. Tromsø
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
12/22	Godkjenning av agenda og referat fra KU-møtet 01.03.2022 (Elements 2022/64)	
	<i>Referat vedlagt</i>	Elin Gullhav
	Agenda og referat ble godkjent uten endringer.	
13/22	Styringssystem for operasjonsvirksomheten – Fra lovgivning til operasjonsstue	
	<u>Beslutningssak</u> <i>Saksfremlegg og vedlegg vedlagt</i>	Snorre Manskow Sollid
	<u>Beslutning</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kvalitetsutvalget tar informasjon om styringssystemet for operasjonsvirksomheten til orientering. 2. Kvalitetsutvalget støtter etablering av et eget prioriteringsråd med myndighet til å omfordele anestesi- og operasjonskapasitet mellom de kirurgiske klinikkene når dette er nødvendig for å innfri kravene til maksimal ventetid for alvorlige tilstander og tilstander med høy hastegrad, inkludert OF3K (pasienter i kirurgiske kreftpakkeforløp). 3. Kvalitetsutvalget støtter videreutvikling av metoden for planlegging av operasjonsvirksomheten, spesielt med fokus på utvikling av beslutningsstøtte for å øke utnyttelsen av tilgjengelig kapasitet. <i>PP-presentasjon vedlagt (1)</i>	<p>Driftsleder for operasjonsvirksomheten i UNN Frist: 19.05.2022</p> <p>Driftsleder for operasjonsvirksomheten i UNN</p>
14/22	Pasientsikkerhetsvisitter	
	<u>Orienteringssak</u> <i>Saksfremlegg og vedlegg vedlagt</i>	David Johansen

	Kvalitetsutvalget tar presentasjonen til orientering.	
15/22	Pasient- og brukerombudets årsmelding 2021 – dialog	
	<u>Beslutningssak</u> <i>Saksfremlegg og vedlegg (2) vedlagt</i>	Odd Arvid Ryan Tove Sørensen Oddgeir Straumsnes
	<u>Beslutning</u> Kvalitetsutvalget takker for presentasjonene i møtet og ber om at innspillene i den påfølgende dialogen tas med i det videre forbedringsarbeidet i UNN. <i>PP-presentasjoner vedlagt (2)</i>	
Eventuelt		
Ingen saker tilkommet under eventuelt		



MØTEREFERAT

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

Dato: Mandag 09.05.2022 kl. 10.30 – 12.20

Sted: Møterom D1-704, UNN

Tilstede: Terje Olsen og Esben Haldorsen

Forfall:

Fra adm: Ingrid Lernes Mathiassen (administrasjonssjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

Innkalling og sakliste godkjent.

Brukerrepresentant Nina Nedrejord er forespurt og har takket ja til å være medlem av BAU.

BAU 29/22 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 23.05.2022

Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU torsdag 05.05.2022.

Investering over 5 mill. kroner undersøkelsesuniten øye

Økonomisjef Lars Øverås orienterte og svarte ut spørsmål.

Det er kassasjonsanbefaling på mange av undersøkelsesenhetene innen øyefaget. Søknaden er på en samlet investeringssum 15 mill. kroner til kjøp av nye apparater. Det anbefales at disse enhetene byttes ut over en 4-årsperiode. Alle investeringer på over kr 5 mill. kroner må behandles i styret.

BAU takker for orienteringen.

Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 1. tertial 2022

Fag- og kvalitetssjef Haakon Lindekleiv hadde ikke anledning til å orientere om saken. BAU kaller inn til eget Teamsmøte om de ser behov for det.

Ledelsens gjennomgang 2021

Fag- og kvalitetssjef Haakon Lindekleiv hadde ikke anledning til å orientere om saken. BAU kaller inn til eget Teamsmøte om de ser behov for det.

Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen orienterte kort. Vedlegget er en oppsummering av status på klinikkene for 2021.

Mottak av gave - Pusterom

Drifts- og eiendomssjef Grethe Andersen orienterte og svarte ut spørsmål.

Aktiv mot kreft er en privat stiftelse der målet er å få persontilpasset trening inn som en del av kreftbehandlingen. Aktiv mot kreft etablerer nå Pusterom i UNN og tildeler UNN lokalene og midler for 3 års drift. Åpning av Pusterom i UNN er 28.09.2022. Behandlingen tas med i kreftpakkeforløpet. Pasientene må ha en henvisning for å delta.

BAU ber om at seineffekt poliklinikk som ble opprettet ses i sammenheng med Pusterom.

BU har møte samme dag som åpningen av Pusterom, og ønsker gjerne en omvisning.

BAU støtter direktørens innstilling.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 23.05.2022.

BAU 30/22 Direktørens time

BAU har følgende innspill til Direktørens time 25.05.2022:

- Direktøren i Helse Nord RHF har snakket om å eskalere ned Åsgårdprosjektet. Hvordan stiller UNN seg til det? (samhandling)
- Det vises til sak om helikopternekt pga feil belysning ved landing på UNN. Er dette ordnet?
- Regjeringen vurderer å endre på beredskapen i Ambulanseberedskapen. Blant annet slik at kun en av de to ansatte i ambulansen skal være kvalifisert til å kjøre bilen. Er dette riktig?
- I Alta har det vært oppstyr rundt hjemmevaktordning. Er det noe av dette på UNN?
- Regjeringen har i Oppdragsdokument (OD) 2022 gitt Helse Sør-Øst i oppdrag å følge tiltak i Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser.

De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med brukerorganisasjonene og andre relevante aktører, utrede hvordan likeverdig og rask tilgang til høyspesialisert utredning, diagnostikk og behandling av personer med sjeldne diagnoser best kan ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Det skal vurderes om det bør etableres nasjonale og/eller regionale tilbud. I arbeidet skal også utredning av et nasjonalt register for sjeldne diagnoser inngå. Sistnevnte må sees i sammenheng med oppdrag til Direktoratet for e-helse om kodeverk innen sjeldenområdet. I arbeidet skal det sees hen til internasjonalt arbeid med sjeldenområdet.

Er UNN blitt kontaktet i forhold til oppfølgingen av strategiarbeidet?

Beslutning/oppfølging:

Administrasjonen formidler nye innspill til viseadministrerende direktør i god tid før møte i BU.

BAU 30/2022 Opplæring nytt brukerutvalg

Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen orienterte.

Beslutning

BAU takker for orienteringen og ser fram til opplæring av nytt brukerutvalg.

BAU 31/22 Forslag til dagsorden for BU-møte 25.05.2022

SAKER	Tid og beskrivelse
1. Godkjenning av innkalling og saksliste	Kl 09.00
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 27.04.2022	
3. Samvalg	Kl 09.10-09.40 Ta kontakt med Anne Lager
4. Kontinuerlig forbedring	Kl 09.40-10.20 Hege Andersen – bekreftet at de kommer
Pause	Kl 10.20-10.30
5. Direktørens time	Kl 10.30-11.30 Einar Bugge
Lunsj i Kantina – <i>Kafe Evert</i> , plan 3	Kl 11.30-12.15
6. «Ikke stikk meg uten grunn»	Kl 12.15-12.45 Heidi Høifødt
7. Brukerstyrt klinisk oppfølging	Kl 12.45-13.05 Lars Tunby
Pause	Kl 13.05-13.15
8. Orienteringssaker - Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper	Kl 13.15-14.50
9. Referatsaker - 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	Kl 14.50
10. Eventuelt	

BAU 32/22 Eventuelt

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 23.05.2022**

Dato: 09.05.2022

Tidspunkt: 14.30-15.00

Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Mai-Britt Martinsen, NSF
Lars Øverås, økonomisjef	Rune Moe, Fagforbundet
Grethe Andersen, drifts- og eiendomssjef	Einar Rebni, FVO
Marte L. Henriksen, fung. fagsjef Fag- og kvalitetssenteret	Solveig Nergård, Dnlf

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. Investering over 5 mill kroner - undersøkelsesunit øye	Lars Øverås orienterte og svarte ut spørsmål om saken. Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
2. Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 1. tertial 2022	Marte L. Henriksen orienterte. Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.
3. Ledelsens gjennomgang	Marte L. Henriksen orienterte og svarte ut spørsmål. Saken settes opp til ny drøfting til drøftingsmøte II 18.05.2022.
4. Mottak av gave – Pusterom	Grethe Andersen orienterte og svarte ut spørsmål til saken. Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.

Tromsø, 09.05.2022

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 11.5.2022 kl. 13.00-15.10

Sted: Digitalt via teams

Arkiv: 2022/31

Medlemmer		Varamedlemmer	
Anita Schumacher, administrerende direktør		Gøril Bertheussen, personal og organisasjonssjef	x
Gøril Bertheussen, personal og organisasjonssjef		Hanna Uleberg, avd.leder personal og organisasjonssenteret	
Kate Myräng, klinikkssjef Diagnostisk klinikk	x	Eva-Hanne Hansen, klinikkssjef OpIn	
Grethe Andersen, drift- og eiendomssjef, DES	Deltok kun på sak 29.22	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	
Rune Moe, fagforbundet	x	Camilla Pettersen, KTV Samfunnsviterne	
Monica Fyhn Sørensen, HTV UNN	x	Hanne Sofie Yttervik, HTV NSF Harstad	
Karina Olsen, DNLF (FTV)	x	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

Saksforbereder: HMS-rådgiver Karina Fredheim

Referent: Anne Christina Simonsen-Sagerup

BHT meldte forfall til dette møte.

På sak 27.22 møtte Morten Boye Jørgensen fra Pingvinrevyen, på sak 29.22 møtte avdelingsleder Randi Løkholm Ramberg og på styresaken møtte rådgiver Finn Morten Helland.

SAKSOVERSIKT		Frist	Ansvarlig
24.22	Godkjenning av innkalling og saksliste Godkjent.		Tove Mack
25.22	Protokoll fra AMU-møtet 9.3.2022 Møteprotokollen var vedlagt innkallingen, protokollen er godkjent på e-post før møtet. Godkjent.		Tove Mack
BESLUTNING			
26.22	Søknad om velferdsmidler – Anna Rogde tur Harstad Søknad om velferdsmidler til den årlige Anna Rogde tur i Harstad. <u>Vedtak</u> Arbeidsmiljøutvalget vedtar å støtte Kulturavdelingen Harstad med 20.000 kr til den årlige Anna Rogde tur for de ansatte.		Karina Fredheim
INFORMASJONS-, DISKUSJONS- OG DRØFTINGSSAKER			
27.22	Påskekrim fra Pingvinrevyen – tilbakemelding Morten Boye Jørgensen møtte på sak og gav en muntlig orientering om arbeidet som ble gjort i Kulturavdelingen med påskekrimmen, som ble lagt ut på sosiale medier til ansatte og pasienter i påsken. Samt hvordan de generelt arbeider med prosjekter i Pingvinrevyen.		Tove Mack
28.22	Helsehuset Harstad Formålet med saken var å gi arbeidsmiljøutvalget i UNN en orientering om forprosjekt Harstad Helsehus og videre planarbeid. AMU ga blant annet innspill til støy-reduserende tiltak i byggeperioden. Og påpeker viktigheten av kommunikasjon slik at berørte ansatte og pasienter vet når og hvor lenge støy vil pågå. <u>Konklusjon</u> Arbeidsmiljøutvalget tar fremlagte sak om forprosjekt Harstad Helsehus til orientering.		Gina Johansen
29.22	Orientering om ny parkeringsstrategi UNN HF		Grethe Andersen

	<p>Formålet med å behandle utkast til parkeringsstrategi i AMU var å få utvalgets innspill til strategien før den styrebehandles og arbeid med handlingsplan iverksettes.</p> <p>Avdelingsleder Ragni Løkholm Ramberg møtte på sak.</p> <p>AMU hadde en diskusjonsrunde med innspill til saken. Drift og eiendom tar med seg alle innspillene i det videre arbeidet med å utforme strategien.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Arbeidsmiljøutvalget tar utkast til Parkeringsstrategi til orientering, og ber Drifts- og eiendomssenteret følge opp innspill til strategien i det videre arbeidet.</p>		
30.22	<p>Orientering fra Hovedverneombudet</p> <p>Muntlig orientering fra Hovedverneombudet om følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anbefaling fra vernetjenesten: På grunn av den økonomiske situasjon UNN er i, bør Direktøren fortsette å invitere plassverneombud og plasstillitsvalgte til statusmøte for ledere i tiden framover. Dette kan bidra til en felles forståelse i hele organisasjonen samt at vi unngår frykt/misforståelser for konsekvenser som er uriktige. • Fysiske arbeidsforhold i UNN og rekruttering • Seminar for verneombudene i UNN 		Tove Mack
STYRESAKER			
31.22	<p>Styresaker til</p> <p>Følgende styresak var på forhånd valgt ut av AU til gjennomgang i AMU:</p> <p>-Ledelsens gjennomgang – HMS faktorene v/Gøril Bertheussen.</p> <p>Ble kombinert med presentasjon av LGG 2021, prosess og resultater i HN-LIS v/Finn Morten Helland.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Arbeidsmiljøutvalget tar styresaken til orientering.</p>		Gøril Bertheussen og Finn Morten Helland
INFORMASJONS-, DISKUSJONS- OG DRØFTINGSSAKER			
32.22	<p>Orientering fra Bedriftshelsetjenesten</p> <p>Utgikk fra dette møte grunnet forfall fra Bedriftshelsetjenesten.</p>		Paul Martin Hansen

EVENTUELT			
33.22	<p>Spørsmål fra Nordlys</p> <p>Det har kommet inn en henvendelse fra Nordlys til de tillitsvalgte, direktøren og andre ansatte ved UNN med spørsmål basert på informasjon som ble er lagt frem i årsregnskapet og årsberetningen for UNN fra 2021.</p> <p>AMU diskuterte saken og i diskusjonen kom det fram viktigheten av å ta seg tid til å gi gode velbegrunnede svar, og å være varsom med svar som kan virke polariserende.</p> <p>Ellers ble det påpekt at man kan henvende seg til Kommunikasjonsavdeling ved behov for bistand.</p> <p>De tillitsvalgte har innkalt til et møte for å koordinere et samlet svar fra de tillitsvalgte. Henvendelsen er også svaret ut fra direktøren og personalsjefen. Personalsjefen oversender Lindrupsen svar gitt fra direktør tirsdag 10. mai.</p>		Geir Magne Lindrupsen

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 23.05.2022**

Dato: 18.05.2022

Tidspunkt: 09.30-10.00

Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Mai-Britt Martinsen, NSF
Lars Øverås, økonomisjef	Rune Moe, Fagforbundet
Haakon Lindekleiv, fagsjef Fag- og kvalitetssenteret	Einar Rebni, FVO
	Karina Olsen, Dnlf
	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. Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2022	<p>Lars Øverås og Haakon Lindekleiv orienterte og svarte ut spørsmål om saken, blant annet på følgende tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beregning/ definisjon av månedsverk - AML-brudd og registrering av avtaler inn i GAT - Fristbrudd - fortsatt mye høyere enn plan - Poliklinikkdriften <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
2. Ledelsens gjennomgang	<p>Haakon Lindekleiv orienterte og svarte ut spørsmål.</p> <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>

Tromsø, 18.05.2022

Mai-Britt Martinsen (s.)
NSF

Rune Moe (s.)
Fagforbundet

Ingrid Lernes Mathiassen (s.)
administrasjonssjef

Dokumentet er signert elektronisk.



STYRESAK

Styresak:	53/2022
Møtedato:	23.05.2022
Arkivsak:	2022/36-5
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

Eventuelt til styremøte 23.05.2022

Ingen saker til behandling.

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 13.05.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør